

Subjektives Wohlbefinden im Alter und seine Bedeutung für gesundheitsbezogene Lebensqualität

Manuela Pichler

Sie sind SozialpädagogIn/SozialarbeiterIn
und arbeiten in einem klinisch-sozialen Berufsfeld?

Die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)
zertifiziert Ihre professionelle Arbeit!

Weitere Informationen unter:
www.klinische-sozialarbeit.de

Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit

Manuela Pichler

Subjektives Wohlbefinden im Alter und seine Bedeutung für gesundheitsbezogene Lebensqualität



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Manuela Pichler

Subjektives Wohlbefinden im Alter und seine Bedeutung für gesundheitsbezogene Lebensqualität

Diese Arbeit erscheint im Rahmen der Reihe

"Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit"

Herausgeber:

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

Prof. Dr. Helmut Pauls

Coburg: ZKS-Verlag

Alle Rechte vorbehalten

© 2015 ZKS-Verlag

Cover-Design: Leon Reicherts

Technische Redaktion: Tony Hofmann

ISBN 978-3-934247-26-0

Der ZKS-Verlag ist eine Einrichtung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

UG (haftungsbeschränkt), HRB Nummer 5154

Geschäftsführer: Prof. Dr. Helmut Pauls und Dr. Gernot Hahn.

Anschrift:

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit

Mönchswiesenweg 12 A

96479 Weitramsdorf-Weidach

Kontakt:

info@zks-verlag.de

www.zks-verlag.de

Tel./Fax (09561) 33197

Gesellschafter der ZKS:

- IPSG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit (gGmbH) – Wissenschaftliche Einrichtung nach dem Bayerischen Hochschulgesetz an der Hochschule Coburg, Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe, Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband.

Amtsgericht Coburg. HRB 2927.

Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert

- Dr. Gernot Hahn

- Prof. Dr. Helmut Pauls

INHALTSVERZEICHNIS

THEORIETEIL

1. Einleitung.....	9
2. Bevölkerungsentwicklung – Österreich und International – Ein Ausblick	13
3. Lebensqualitätsforschung	15
3.1 Begriffsbestimmung.....	15
3.2 Historischer Überblick	16
4. „Gesundheitsbezogene“ Lebensqualitätsforschung.....	17
4.1 Begriffsbestimmung.....	17
4.2 Historischer Überblick	17
4.3 Modelle „gesundheitsbezogener“ Lebensqualität.....	18
4.4 Wozu „gesundheitsbezogene“ Lebensqualitäts- forschung?.....	19
5. Operationalisierung und Messung „gesundheitsbezogener“ Lebensqualität	21
5.1 Ein Operationalisierungsansatz „gesundheitsbezogener“ Lebensqualitätsmessung	21
5.2 Richtlinien zur Entwicklung von Messinstrumenten	22
5.3 Messinstrumente: Entwicklung – Typen klinische Anwendungsbereiche.....	22
5.4 Anwendungsmöglichkeiten für Lebensqualitätsverfahren..	24
5.5 Neuere Entwicklungen	24
6. Erfolgreiches Altern.....	27
6.1 Theorien des erfolgreichen Alterns.....	27
6.1.1 Aktivitätstheorie und Disengagementtheorie.....	27
6.1.2 Kontinuitätstheorie.....	28
6.1.3 SOK Modell	28
6.2 Wohlbefinden im Alter	28
7. Faktoren „gesundheitsbezogener“ Lebensqualität im Alter.....	31

7.1	Körperlicher Gesundheitszustand im Alter.....	31
7.1.1	Erkrankungen, Beschwerden und Medikation.....	32
7.1.2	Risikoverhalten und Prävention.....	35
7.1.3	Objektiver und subjektiver Gesundheitszustand und der Zusammenhang mit Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter	36
7.1.4	Gesundheitsausgaben, Gesundheitsversorgung und Sterblichkeit in Österreich	38
7.2	Sehen und Hören im Alter	39
7.2.1	Phänomenologische Aspekte von Seh- und Höreinbußen im Alter	39
7.2.2	Beeinträchtigungen und Erkrankungen des Sehens und Hörens im Alter	41
7.2.3	Bedeutung von Seh- und Höreinbußen für Erleben und Verhalten älterer Menschen	43
7.2.4	Theoretische Modelle über den Einfluss von Seh- und Höreinbußen im Alter	46
7.3	Schlaf im Alter	47
7.3.1	Epidemiologie von Schlafstörungen im Alter.....	47
7.3.2	Veränderungen des Schlafs im Alter	48
7.3.3	Spezifische Schlafstörungen im Alter.....	50
7.3.4	Mögliche Ursachen für nicht erholsamen Schlaf.....	51
7.4	Körperliche Aktivität im Alter	52
7.4.1	Zeitverwendung älterer Menschen.....	53
7.4.2	Körperliche Aktivitäten im täglichen Leben.....	53
7.4.3	Sport und seine Bedeutung für Gesundheit und Wohlbefinden.....	54

8. Problemdarstellung und Forschungshypothese.....57

EMPIRISCHER TEIL

9. Fragestellung59

10. Methode61

10.1	Versuchspersonen.....	61
10.2	Untersuchungsdesign.....	61
10.2.1	Variablen	61

10.2.2	zentrale Fragestellungen der Untersuchung	63
10.3	Erfassungsinstrumente	66
10.4	Untersuchungsdurchführung	67
10.5	Statistische Verfahren	68
10.5.1	Überblick	68
10.5.2	allgemeine statistische Kriterien	69
10.5.3	Reliabilitätsanalyse und Normierung	69
10.5.4	Irrtumswahrscheinlichkeit	70
11.	Ergebnisse	73
11.1	Soziodemographische Daten der Stichprobe	73
11.2	Deskriptivstatistische Ergebnisse	76
11.2.1	Befindlichkeitsskala und „life-events“	76
11.2.2	Gesundheitsfaktoren	76
11.2.3	Lebenszufriedenheit	76
11.3	Überprüfung der zentralen Fragestellungen	81
11.3.1	Zusammenhang zwischen den Indikatoren „gesundheits- bezogener“ Lebensqualität und aktueller Lebens- zufriedenheit bei älteren Menschen	82
11.3.2	Zusammenhang zwischen den Indikatoren „gesundheits- bezogener“ Lebensqualität und der allgemeinen Lebens- zufriedenheit im Alter	85
11.3.3	Unterschiede in der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes zwischen den einzelnen Gruppen Geschlecht, Bildung und Alter	87
12.	Diskussion der Ergebnisse	89
12.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	89
12.2	Vergleich der Ergebnisse mit der Literatur	90
12.3	Interpretation der Ergebnisse	93
12.4	Grenzen der vorliegenden Arbeit	95
12.5	Konklusion und Ausblick	97
12.6	Zusammenfassung	99
	Literaturverzeichnis	103

Anhang

THEORIETEIL

1 Einleitung

Die Vorliegende Arbeit ist dem Themenbereich der „quality-of-life“ Forschung zuzuordnen. Sie wurde im Rahmen des ESAW-Projekts erstellt. Das Forschungsprojekt ESAW (*European Study of Adult Well-Being*) wurde, finanziert von der Europäischen Union, gemeinsam mit fünf weiteren europäischen Staaten (Großbritannien, Italien, Luxemburg, Niederlande, Schweden) im Zeitraum Januar 2002 bis Dezember 2004 durchgeführt. In Österreich war Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber, Mitarbeiter des Instituts für Psychologie an der Universität Wien, Arbeitsgruppe für Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie mit der Durchführung der Studie beauftragt. Insgesamt wurden 2262 Personen im Alter von 50 bis 90 Jahren befragt.

Die Untersuchung basiert auf dem “Socio-Cultural Model for Ageing Well”. Dieses Modell beschäftigt sich mit dem Wohlbefinden im Alter und geht von einem Zusammenhang zwischen den latenten Faktoren

- Soziale Unterstützungsressourcen
 - Körperliche Gesundheit und Fähigkeiten zur Bewältigung des täglichen Lebens
 - Emotionale und geistige Befindlichkeit
 - Lebensaktivität
 - Materielle Sicherheit
- und dem “erfolgreichen Altern” aus.

Die ESAW-Studie findet im Rahmen einer „Global-Ageing – Initiative“ unter der Leitung von Barbara Hawking statt. Ziel ist es, ein globales Modell des Alterns auf Basis der kulturspezifischen Faktoren, die erfolgreiches Altern beeinflussen, aufzustellen.

Die vorliegende Arbeit, in deren Rahmen Daten von 151 der befragten Personen ausgewertet wurden, beschäftigt sich mit dem Bereich des Körperlichen Gesundheitszustandes und seinem Zusammenhang mit dem allgemeinen und gegenwärtigen Wohlbefinden und der Lebenszufriedenheit im Alter.

Die Themen dieser Arbeit sind die körperliche Gesundheit und das Wohlbefinden im Alter. Nach Maddox (1987, S. 399, zit. nach Lehr, 1997, S. 284) werden die Begriffe Lebensqualität, Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden, life

satisfaction und wellbeing synonym verwendet und bezeichnen „reactions of individuals to their life experiences along a positive-negative continuum“. Nach Gaul (1999) wiederum beschreibt Wohlbefinden „eine kollektiv gute Lebensqualität und eine damit übereinstimmende subjektiv ebenfalls als gut erlebte Lebensqualität“ (S. 617), also den Deckungsgrad objektiver und subjektiv erlebter Lebensqualität und umfasst Dimensionen wie beispielsweise „Arbeitsbedingungen, Wohnverhältnisse, Gesundheit, Bildung, ...“ (S. 617). Für die vorliegende Arbeit ist speziell der in der Medizin als „gesundheitsbezogene“ Lebensqualität bezeichnete Bereich, der sich dem Gesundheitsbegriff der WHO annähert, nach dem „psychisches, körperliches und soziales Wohlbefinden und nicht nur die Abwesenheit von Erkrankung“ kennzeichnend für Gesundheit ist, von näherem Interesse (Bullinger, 1998, S. 1). Von besonderer Relevanz ist dabei die subjektive Bewertung und ihre bio-psycho-soziale Bedeutung für das Individuum. Das Bio-psycho-soziale Modell wurde erstmals von Engel (1977 zitiert nach Gahleitner, Hahn und Glemser, 2014) erwähnt. Es ist nach Borrell-Carrió, Suchmann und Eppstein (2004, S. 576, zit. nach Pauls, 2013, S. 16) eine Art Philosophie zur klinischen Behandlung von Leiden und Krankheit und eine Weise, wie diese Erkrankungen auf verschiedenen Integrationsebenen, von der sozialen bis zur molekularen, verstanden werden können. Krankheit ist dabei ein komplexes Geschehen und kein rein biologisches. Insbesondere die subjektiven Erfahrungen der PatientInnen für Diagnose und Behandlungserfolg sind bedeutend. Die ursprüngliche Trennung von Körper und Seele entstammt einem dualistischen Weltbild, das auf Descartes zurückgeht. In der Psychologie, den Sozialwissenschaften und insbesondere in der Medizin taucht dieser Dualismus immer wieder auf. Immer mehr aktuelle neurophysiologische Forschungsergebnisse wie beispielsweise jene von Fuchs (2010, zit. nach Gahleitner, Hintenberger und Leitner, 2013, S. 4) deuten darauf hin, dass körperliche, emotionale und kognitive Prozesse sowie soziale Komponenten untrennbar miteinander verwoben sind. Ein Realitätsbegriff ohne subjektive Elemente kann zwar wissenschaftlich exakt sein, läuft aber Gefahr, den Menschen aus dem Blick zu verlieren (Walch, 1981, zit. nach Gahleitner, Hintenberger und Leitner, 2013, S. 4).

Die durchgeführte Studie untersucht die Frage nach dem Zusammenhang zwischen einzelnen Faktoren der „gesundheitsbezogenen“ Lebensqualität und dem aktuellen und allgemeinen subjektiven Wohlbefinden im Alter und ist in zwei Abschnitte gegliedert. Der erste, theoretische Teil gibt eine Einführung in die Thematik der Lebensqualitätsforschung und ihre messtheoretische Operationalisierung. Es werden kurz die wichtigsten Theorien des erfolgrei-

chen Alterns dargestellt und ein Überblick über den aktuellen Stand der Forschung zu den Bereichen „körperlicher Gesundheitszustand im Alter“, „Sehen und Hören im Alter“, „Schlaf im Alter“, „körperliche Aktivität im Alter“ und „subjektive Einschätzung der `gesundheitsbezogenen Lebensqualität`“ gegeben. Der zweite, empirische Abschnitt stellt die Methode der durchgeführten Untersuchung, die verwendeten Materialien, die Untersuchungsdurchführung und das Design vor. Im Anschluss folgt eine Darstellung der gewonnenen Ergebnisse mit einer Überprüfung der eingangs formulierten statistischen Hypothesen und einer anschließenden Interpretation und Diskussion derselben.

2 Bevölkerungsentwicklung – Österreich und International – Ein Ausblick

Nach Angaben der Statistik Austria im statistischen Jahrbuch Österreichs 2014 liegt die Lebenserwartung von Männern in Österreich derzeit bei über 77 und die von Frauen bei über 83 Lebensjahren. Bis 2050 wird die Zahl der über 50Jährigen voraussichtlich von derzeit knapp 3 Millionen Menschen auf über 4 Millionen ansteigen. Die Zahl der unter 50Jährigen wird im gleichen Zeitraum von 5 Millionen auf 4,2 zurückgehen. Bei einem gleichzeitigen Absinken der Geburtenrate hat dies zur Folge, dass sich die Bevölkerungspyramide bis 2050 (siehe Abb. 1) nach oben hin erweitern und nach unten hin schmälern wird. Das heißt, der Anteil der Älteren in der Bevölkerung wird überwiegen. Gleich die Bevölkerungspyramide Anfang des 20. Jahrhunderts noch der tatsächlichen Form einer Pyramide, so wird sie sich bis zur Mitte des 21. Jahrhunderts eher der Form eines Pilzes angenähert haben.

Nach Lehr (2000) ergeben sich daraus vielfältige Auswirkungen für die Versorgung der älteren Bevölkerung. International betrachtet wird es insgesamt zu einem Anstieg der Weltbevölkerung von 6,1 Milliarden Menschen auf voraussichtlich knapp 9 Milliarden bis 2050 kommen. Dieser Anstieg ist vor allem auf ein erwartetes Bevölkerungswachstum in den Entwicklungsländern zurückzuführen, allen voraus Afrika, dessen Bevölkerung um mehr als 100% wachsen wird (Statistik Austria, 2004, Abb. 37.01 & 37.02). Das Steigen der Lebenserwartung ist ein weltweiter Trend, der auch in Entwicklungsländern stattfindet, wenngleich in abgeschwächtem Maße. Einem Bericht der WHO (1987) zufolge wird die Gesamtbevölkerung in den Entwicklungsländern bis 2020 um voraussichtlich 95% ansteigen, die Zahl der älteren Menschen dagegen um 240% (Lehr, 2000, Kap. 3)!

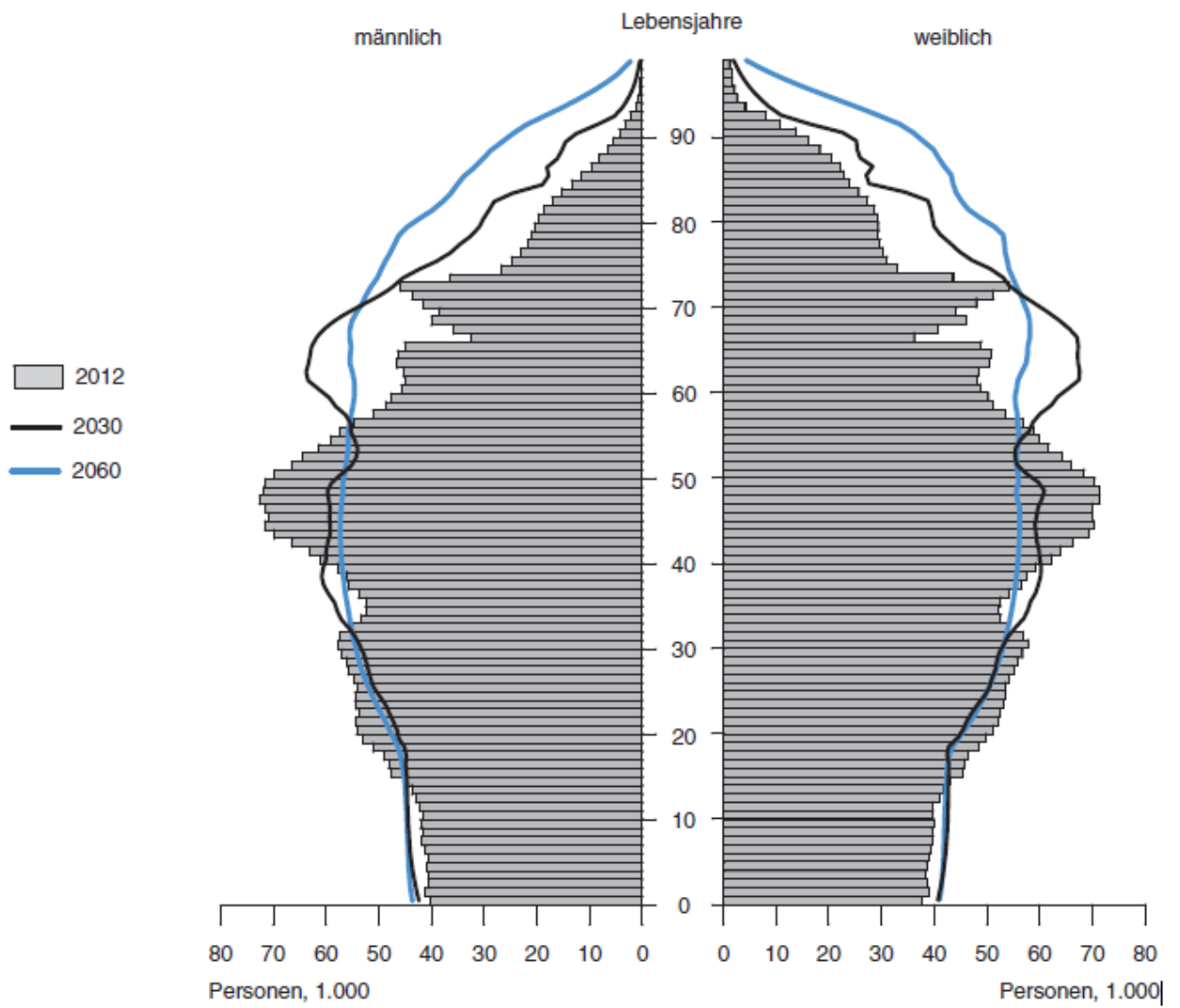


Abbildung. 1: Bevölkerungspyramide für Österreich 2012, 2030 und 2060 (Statistik Austria, 2014)

3 Lebensqualitätsforschung

3.1 Begriffsbestimmung

„Zunächst war das Wort `Lebensqualität` eine Möglichkeit, ein Grundbedürfnis zu artikulieren, doch nach längerem Gebrauch beginnt sich so mancher zu fragen: was meint man eigentlich `wirklich` mit Lebensqualität?“ (Pöppel, 1991, S. 1). Nach Hofmann (1991) zerfällt diese Frage bei genauer Betrachtung in zwei: Was bedeutet der Begriff Lebensqualität? Was macht die Lebensqualität einer Person aus?

Die Beantwortung der ersten Frage ist sinnlos, da sich der wahre Gehalt eines Konstruktes nicht feststellen lässt. Antworten auf die zweite Frage können nur aus Ergebnissen von Studien entwickelt werden, die ein Bild dessen liefern, was Lebensqualität ausmacht (Hofmann, 1991). Als ein Beitrag dazu versteht sich auch die vorliegende Untersuchung. „Die Lebensqualität als objektive Realität gibt es also nicht, sondern es handelt sich um ein psychologisches Konstrukt, dessen Realität im konsensfähigen Gebrauch liegt“ (Pöppel, 1991, S. 1).

Generell kann nach Campbell und Andrews (zit. nach Bullinger, 1998). Lebensqualität als möglichst große Annäherung zwischen Ideal- und Sollzustand in Bezug auf verschiedene Lebensbereiche definiert werden. Dieser Ansatz ist in entsprechenden Untersuchungen zur Lebenszufriedenheit repräsentiert, die nach der Bewertung und Wichtigkeit von Dimensionen wie Gesundheit, Einkommen, politische Freiheit, materielle Sicherheit, soziales Umfeld, Umweltbedingungen, Zugang zu Versorgungsstrukturen und ähnlichem fragen (Bullinger, 1998). Auch der Begriff des Wohlbefindens in der Psychologie repräsentiert einen wesentlichen Aspekt der Lebensqualität (Abele & Becker, 1991, zit. nach Bullinger, 1997a).

„Lebensqualität ist keine stabile Größe – ist vielmehr rollenspezifisch, persönlichkeitspezifisch, ist biographisch und situationsspezifisch oder gar krankheitsspezifisch zu sehen; sie zeigt epochale und regionale Unterschiede“ (Lehr, 1990, S. 257). Das subjektive Empfinden der ProbandInnen, ihre persönliche Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Alter, wie gesund sie sich fühlen und wie zufrieden sie damit sind, ist in der vorliegenden Arbeit von besonderem Interesse. Es wird ein Bogen gespannt von Fakten und Daten über den Gesundheitszustand der untersuchten Personen hin zu ihrer subjektiv empfundenen Lebensqualität.

3.2 Historischer Überblick

Der Begriff der Lebensqualität wurde Anfang des 20. Jahrhunderts erstmals als Übersetzung des englischen Terminus „quality of life“ in der Wohlfahrtsökonomie verwendet (Gaul, 1999). Sie gilt als „zusammenfassende Kennzeichnung für das Maß der Kongruenz zwischen Bedingungen eines bestimmten objektiven Lebensstandards und der subjektiven Bewertung der dadurch gekennzeichneten Bevölkerungsgruppe“ (Glatzer & Zapf, 1984, zit. nach Bullinger, Ravens-Sieberer & Siegrist, 2000, S. 11). Der Begriff hat somit in der Ökonomie und in den Sozialwissenschaften seinen Ursprung und wurde zur Charakterisierung sozialpolitischer Gegebenheiten benützt (Gaul, 1999). „In Deutschland wird die Einführung des Begriffes Willi Brandt zugeschrieben, der in einer seiner Reden 1967 von der Lebensqualität der Bürger als wesentlichem Ziel eines Sozialstaates sprach“ (Glatzer & Zapf, 1984, zit. nach Bullinger, 1997a, S. 76).

In den 1940er und 1950er Jahren spielte der Begriff der „Lebensqualität“ eine bedeutende Rolle in den Sozialwissenschaften. Erst in den 1960er Jahren wurden größere, interkulturelle Studien zur Erforschung der Lebensqualität in verschiedenen Ländern durchgeführt. Hier wurde Lebensqualität primär als sozio-ökonomische Ressource und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung definiert und durch rein objektiv messbare Daten erfasst (Bullinger, 1997a).

Eine Hinwendung zum Individuum erfolgte erstmals in einer Studie von Campell et al. 1981 zur „quality of American Life“, in der die Befragten selbst ihre Lebensqualität einschätzten. In gleicher Weise untersuchten Glatzer und Zapf 1984 die Lebensqualität in der Bundesrepublik Deutschland (Bullinger, 1997a).

Die Untersuchung der Lebensqualität einzelner Individuen ist ein sehr neues Forschungsgebiet. Seine Problematik liegt in der Frage danach, wie Lebensqualität konzeptualisiert und gemessen werden soll. Analog dazu liegt seine Herausforderung in der Erarbeitung von Grundlagen, Methoden und Ergebnissen der Lebensqualitätsforschung (Bullinger, Ludwig & Steinbüchel, 1991). Verstärkte Forschung zur subjektiven Lebensqualität und ihrer bio-psycho-sozialen Relevanz ist daher wünschenswert.

4 „Gesundheitsbezogene“ Lebensqualitätsforschung

4.1 Begriffsbestimmung

In der Medizin ist der Begriff der „Lebensqualität“ relativ spät eingeführt worden. Einige Autoren sehen die Einführung im Zusammenhang mit einer frühen Arbeit aus dem Jahre 1967, andere datieren sie mit dem beginnenden Anstieg der Publikationen zum Thema (Spilker, 1996). Der Begriff gewinnt zunehmend an Bedeutung als „health-related quality of life“ also als „gesundheitsbezogene“ Lebensqualität, da in der Medizin „speziell auf Gesundheit bezogene Aspekte des menschlichen Erlebens und Verhaltens“ (Patrick & Erikson, 1992, zit. nach Bullinger 1997a, S. 77) von Interesse sind.

Die „gesundheitsbezogene“ Lebensqualität ist ein latentes Konstrukt und wird nicht direkt beobachtet, sondern durch Verwendung von Indikatoren erschlossen (Calman, 1987, sowie Najman & Levine, 1981, zit. nach Bullinger, Ravens-Sieberger & Siegrist, 2000, S. 12). Es herrscht in der gegenwärtigen Forschung kein Konsens über die Dimensionen dieses latenten Konstruktes, aber es besteht weitgehend Übereinstimmung darin, dass „psychische, soziale und somatische Dimensionen von Befinden und Handlungsvermögen“ enthalten sein sollen und „deren Operationalisierung alltagsrelevante Erfahrungen kranker Menschen“ widerspiegeln sollte (Siegrist, Broer & Junge, 1996, zit. nach Bullinger, Ravens-Sieberger & Siegrist, 2000, S. 12), was den Grundannahmen des Bio-psycho-sozialen-Modells entspricht.

4.2 Historischer Überblick

Die bisherige medizinische Lebensqualitätsforschung kann in verschiedene Stadien eingeteilt werden. In einem ersten Stadium ab Mitte 1980 fand eine Reflexion in theoretischen Artikeln darüber statt, was Lebensqualität sei und wie sie im Einzelfall bestimmt werden könnte. Anfang der 90er Jahre schloss sich eine Phase der Konstruktion und Prüfung von Instrumenten zur Erfassung der Lebensqualität an und erst ab Mitte der 90er Jahre begann die anwendungsbezogene Arbeit mit Lebensqualitätsindikatoren (Bullinger, 1998).

Bullinger (1998) unterscheidet drei Einsatzbereiche:

Epidemiologische Studien

Sie gehen der Frage nach, wie die Lebensqualität bestimmter PatientInnen mit bestimmten Erkrankungen ist.

Klinische Studien

Sie dienen der Untersuchung von Effekten bestimmter Behandlungsformen auf die Lebensqualität.

Studien in der Tradition der Qualitätssicherung oder der Gesundheitsökonomie

Hier wird Lebensqualität als Zielgröße bei der Erfassung der Effektivität und Qualität medizinischer Behandlungen eingesetzt (Bullinger, 1998).

Gegenwärtig zeichnet sich eine vierte Phase ab, in der es wieder zu einer Hinwendung zu messtheoretischen Grundlagen kommt, aber die Lebensqualitätsmessung auch in die Evaluation, Qualitätssicherung und Planung von Leistungen der Gesundheitsversorgung einbezogen wird (Bullinger, Ravensieberer & Siegrist, 2000).

4.3 Modelle „gesundheitsbezogener“ Lebensqualität

Der Begriff der Lebensqualität wurde in der Medizin bisher weitgehend ohne fundierte Theorien verwendet (Bullinger, 1997a). Eine frühe Sammlung (Calman, 1987, zit. nach Bullinger, 1997a) sieht zwar unterschiedliche Ansätze, aber als Theorie im wissenschaftstheoretischen Sinne können diese nicht betrachtet werden, sondern eher als einfachste Definitionen oder Modelle.

Nach Bullinger (1997a) lassen sich folgende drei Typen von Modellen der Lebensqualität unterscheiden:

Individualzentrierte Modelle nach Guyatt und Cook (1994)

Hier wird davon ausgegangen, dass Lebensqualität eine Dimension ist, die von Person zu Person in ihren Dimensionen variiert und somit nicht über verschiedene Personen hinweg erfasst werden kann. Eine Abstraktion über verschiedene Personen hinweg ist unter dieser Modellannahme nur dann möglich, wenn Lebensqualität als Differenz zwischen angestrebten Zielen und deren erfahrenen Realisierungen definiert wird.

Interindividuelle Modelle nach Schipper et al. (1996)

Diese Modelle nehmen an, dass Lebensqualität durch eine endliche Zahl von Dimensionen, die für verschiedene Personen relevant sind, beschreibbar ist. Diese Dimensionen umfassen körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden als Aspekte der Gesundheit. Entsprechende Messungen versuchen diese Dimensionen zu erfassen und Personen durch ihre Ausprägungen in den jeweiligen Dimensionen zu charakterisieren.

Modelle der Lebensqualität als implizites Konstrukt nach Revicki (1996)

Die Grundannahme dieser Modelle besagt, dass Lebensqualität weder durch intraindividuelle noch interindividuelle Kriterien messbar ist, sondern implizit durch PatientInnenpräferenzen. Dieser Ansatz kommt aus der Gesundheitsökonomie bzw. „cost utility“. Betroffene beurteilen gesundheitliche Ergebnisse mit bestimmten Szenarien von Gesundheitszuständen oder mit Ansätzen aus der Spieltheorie.

4.4 Wozu „gesundheitsbezogene“ Lebensqualitätsforschung?

In den letzten Jahren hat sich ein Paradigmenwechsel in der Bewertung medizinischer Behandlungsverfahren vollzogen; nicht mehr allein die Veränderung der klinischen Symptomatik oder die Verlängerung des Lebens, sondern die Art und Weise wie erkrankte Menschen ihren Gesundheitszustand erleben, gewinnt als Bewertungskriterium von Therapien an Bedeutung. (Najman & Levine, 1981, zit. nach Bullinger, 1997a, S. 76)

„Die Hinwendung zum Begriff ‘Lebensqualität’ spiegelt nicht nur die Skepsis an der Aussagekraft klassischer klinischer Zielkriterien wider, sondern steht auch im Zusammenhang mit gesundheitspolitischen Entwicklungen.“ (Patrick & Erikson, 1992 zit. nach Bullinger 1997a, S. 76) Durch das

Steigen des Anteils älterer und somit potentiell chronisch kranker und langfristig behandlungsbedürftiger Menschen einerseits und notwendiger Sparmaßnahmen andererseits, ist es notwendig, die einzelnen Behandlungsformen und Therapien einer Prüfung hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Güte zu unterziehen (Patrick & Erikson, 1992 zit. nach Bullinger 1997a).

*„Wenn ein Problem zu komplex ist, als dass du es auf einmal lösen kannst,
so zerlege es in so viele Unterprobleme, die dann entsprechend so klein sind,
dass du jedes dieser Unterprobleme für sich lösen kannst“*
(Descartes, zit. nach Cramer, 1993, zit. nach Mayer, 1998, S. 39).

5 Operationalisierung und Messung „gesundheitsbezogener“ Lebensqualität

5.1 Ein Operationalisierungsansatz „gesundheitsbezogener“ Lebensqualitätsmessung

Nach Mayer (1998, Kap. 4) kann die Messung „gesundheitsbezogener“ Lebensqualität unter dem symbolischen Dach des Gesundheitswesens und seinem wechselseitigen Zusammenspiel mit dem Gesundheitsversorgungssystem und den Zielen der Stakeholder, betrachtet werden. Ins Zentrum des Interesses rückt die Diskussion über Möglichkeiten der Erhebung umso mehr, als eine Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen herrscht und sich in der Ausrichtung der Versorgung eine Orientierung am Patienten abzeichnet. Die wesentlichen Parameter sind Qualität und Quantität, zwei Konzepte, die in einem wirtschaftlichen Kontext miteinander konkurrieren. Bei der Messung „gesundheitsbezogener“ Lebensqualität sind nach Mayer (1998) ein holistischer und ein dekomponierter Ansatz zu unterscheiden.

Der dekomponierte Ansatz

Dieses Modell identifiziert zuerst lebensqualitätsrelevante Parameter, die einzeln numerisch abgebildet werden. Das Ergebnis bilden quantitative Lebensqualitäts- und Gesundheitszustandsprofile, die wieder zu einem Gesamtindex LQ (= Lebensqualität) zusammengefügt werden.

Holistischer oder ganzheitlicher Ansatz

Es erfolgt eine unmittelbare situationsspezifische Bewertung, ohne nähere Spezifizierung des Begriffes, oder das individuelle Urteil stützt sich auf die Integration aller beschriebenen Einflussgrößen in ein einzelnes quantitatives Urteil (beispielsweise Urteile auf Ratingskalen).

In der vorliegenden Arbeit kamen beide Ansätze zur Anwendung. So wurden dem dekomponierten Ansatz entsprechend die StudienteilnehmerInnen zu zahlreichen Fakten ihre Gesundheit betreffend befragt. Von besonderem Inte-

resse für die Untersuchung war aber, wie im holistischen Ansatz, die jeweils individuelle Beurteilung der Lebenszufriedenheit.

5.2 Richtlinien zur Entwicklung von Messinstrumenten

Grundsätzlich gelten für die Entwicklung und Anwendung von Messinstrumenten zur Erhebung der Lebensqualität die gleichen Richtlinien wie für alle übrigen, wissenschaftlich und testtheoretisch fundierten Messinstrumente (Bullinger, 1997b). Die wichtigsten seien hier nur der Vollständigkeit halber erwähnt.

Zu den wichtigsten Richtlinien bei der Entwicklung von Messinstrumenten zählen die theoretische Fundierung darüber, was das Instrument leisten soll, die Überprüfung seiner methodischen Güte (Reliabilität, Validität, Sensitivität) und seine PatientInnenfreundlichkeit, die Zumutbarkeit der Anwendung zur Testung (Bullinger, 1997b).

Bei der Anwendung von Instrumenten ist auf eine Passung zwischen Fragestellung der Studie und dem Messinstrument zu achten, ebenso wie auf die Passung des Instruments mit dem jeweiligen Studiendesign. Außerdem müssen klare Anweisungen über Art und Weise der Auswertung vorhanden sein und eingehalten werden (Bullinger, 1997b).

5.3 Messinstrumente: Entwicklung – Typen – klinisch Anwendungsbe- reiche

Methodologische Arbeiten zur Messung der Lebensqualität sind im Gegensatz zur theoretischen Konzeptualisierung der Lebensqualitätsforschung relativ weit vorangeschritten (Mc. Dowell & Newell, 1987 sowie Bowling 1991, zit. nach Bullinger 1997a). Es herrscht ein Konsens darüber, dass Lebensqualität aus der individuellen Sicht des/der Befragten zu erfassen ist; Angaben dritter Personen (Fremdbefragungen) werden als eigenständige Informationen gewertet. Es gibt an die 1500 Messinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität, die von an verschiedenen PatientInnenpopulationen getesteten Standardinstrumenten bis zu ad hoc entwickelten krankheitsspezifischen Instrumenten, reichen (Bullinger, 2000).

Prinzipiell lassen sich nach O'Connor (1993) und Bullinger (2000) folgende zwei Typen von Messinstrumenten zur Erfassung der Lebensqualität unterscheiden:

Krankheitsspezifische versus krankheitsübergreifende Messinstrumente

Deyo und Patrick (1989) stellten fest, dass krankheitsspezifische Messungen einen größeren Nutzen für ÄrztInnen darstellen, da sie die funktionellen Bereiche spezifischer Erkrankungen genauer beleuchten und bessere Auskunft über erkrankungsspezifische Interventionen bieten. Krankheitsübergreifende Instrumente wiederum ermöglichen den Vergleich zwischen Behandlungs- und Diagnosemethoden, was vor allem für die Politik von Interesse ist (O'Connor, 1993).

Uni- versus multidimensionale Messinstrumente

Nach Bergner (1989) gibt es Instrumente, die spezielle Aktivitäten wie Gehen, Essen oder die Fähigkeit sich an- und auszuziehen abfragen (Alltagsfertigkeiten), während andere neben einem funktionellen Status weitere „gesundheitsbezogene“ Faktoren wie Krankheitssymptome, emotionalen Status oder kognitive Fertigkeiten mit einbeziehen.

Darüber hinaus unterscheiden sich die Instrumente in der Art ihrer Ergebniswerte. Diese reichen von einem einzigen Wert für Lebensqualität über nur einzelne Subskalenwerte bis hin zu Instrumenten, die beides integrieren, einen Überblick über die Werte der einzelnen Skalen und einem Gesamtindex (O'Connor, 1993).

Zu den international vielfach angewendeten und diskutierten Messinstrumenten zählen etwa das Sickness Impact Profile SIP (Bergner et al., 1981), das Nottingham Health Profile (Hunt et al., 1981), der SF-36 Health Survey (Sherbourne & Ware, 1992), der Health Assessment Questionnaire (Ramey et al., 1996) und die Dartmouth Coop Charts (Nelson et al., 1996). Im deutschen Sprachraum gehören Skalen zur Erfassung der Lebensqualität (SELT) (Averbeck et al., 1989) und „Zufriedenheitslisten“ (Henrich et al., 1992) zu den etabliertesten Verfahren (zit. nach Bullinger, 1997a). Der Fragebogen Alltagsleben (Bullinger et al., 1993) ist ein deutschsprachiges, krankheitsübergreifendes Instrument zur Erfassung der „gesundheitsbezogenen“ Lebensqualität auf vier Dimensionen.

All diese Verfahren werden in verschiedensten klinischen Forschungsfeldern eingesetzt. Im Bereich der Medizin finden sie beispielsweise in der Onkologie, der Kardiologie und Pulmologie, der Chirurgie und Traumatologie, der Psychiatrie und Neurologie, in der Schmerzbehandlung, bei Asthma, bei gastrointestinalen Erkrankungen, in der Gynäkologie und nicht zuletzt auch in der Therapieforschung zu HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen ihre Anwendung (Bullinger, 1979a).

5.4 Anwendungsmöglichkeiten für Lebensqualitätsverfahren

Ravens-Sieberer und Cieza (2000) unterscheiden folgende Einsatzbereiche:

- Kohortenstudien, in denen eine Population einmal (Querschnitt) oder über die Zeit (Längsschnitt) untersucht wird
- Klinische Studien, die den Effekt bestimmter therapeutischer Verfahren auf die Lebensqualität bestimmter Populationen unter kontrollierten Bedingungen untersuchen
- Repräsentative Bevölkerungssurveys zur Erhebung von der Verteilung von Lebensqualität in der Bevölkerung oder in spezifischen Populationen (epidemiologische Studien)
- Qualitätssicherung, wobei hier Lebensqualität als Bewertungskriterium für Versorgungsqualität herangezogen wird
- Gesundheitsökonomische Studien, die Lebensqualität als Parameter zur Einschätzung des Gewinns von Maßnahmen verwenden.

5.5 Neuere Entwicklungen

Vor allem Form und Design der Verfahren haben sich über die Zeit verändert. Zwischenzeitlich sind die Fragebögen, verglichen mit den Anfangszeiten der Lebensqualitätsmessung, im Allgemeinen sehr kurz gehalten. Skalen mit nur drei Items sind durchaus gängig. Generell ist das Bestreben, die Instrumente so einfach wie möglich zu gestalten um die Belastung für die PatientInnen auf ein Minimum zu reduzieren (Bullinger, 2000).

Die meisten Verfahren liegen als Fragebögen in Papier-Bleistift-Form zum Selbstausfüllen vor, wobei sie oft auch zusätzlich in Interviewform durchführbar sind. Neuere Methoden bedienen sich zunehmend der Möglichkeit des Computergestützten Testens. Diese Option wird für das Erreichen

von mehr BenutzerInnenfreundlichkeit bei der Vorgabe von Fragebögen genutzt. Testpersonen müssen nur die Fragen beantworten, die sich aufgrund vorheriger Antworten logisch ergeben. Außerdem hat eine Entwicklung von Fragebögen für den Computer begonnen, wo die Fragen direkt am Bildschirm erscheinen und nach Eingabe der entsprechenden Daten durch den/die Befragte/n direkt ein Informations- und Profilblatt ausgedruckt werden kann (Bullinger, 2000).

Eine weitere neue Entwicklung besteht darin, einzelne Testitems auszuwählen und in einem neuen Instrument zusammenzufügen. Hierbei wird davon ausgegangen, dass auf dem Kontinuum zwischen höchster und niedrigster Lebensqualität bestimmte Komponenten (z.B.: psychische Komponente der Lebensqualität) durch bestimmte Items definiert werden können. Durch ein „Maßschneidern von Messinstrumenten“ wird ermöglicht, Items auszuwählen, die den, für die Studie relevanten Aspekt der Lebensqualität messen (Bullinger, 2000).

*„Es gilt nicht nur dem Leben Jahre,
sondern den Jahren Leben zu geben“*
(Schaefer, 1979, zit. nach Lehr, 1990, S. 258).

6 Erfolgreiches Altern

6.1 Theorien des erfolgreichen Alterns

Havighurst (1963, S. 664, zit. nach Lehr, 2000) bezeichnete „erfolgreiches Altern“ als einen inneren „Zustand der Zufriedenheit und des Glücks“ (S. 55). Dieser Vorstellung liegt die Annahme zugrunde, dass es im Alter zu einem Ungleichgewicht zwischen innerer und äußerer Situation kommt. In diesem Zusammenhang ist Lebenszufriedenheit der „Indikator für eine gelungene Anpassung an den Alternsprozess“ (Lehr, 2000, S. 55).

6.1.1 Aktivitätstheorie und Disengagementtheorie

Die Grundannahme der Aktivitätstheorie besagt, „dass nur derjenige Mensch glücklich und zufrieden ist, der aktiv ist, der etwas leisten kann und von anderen Menschen gebraucht wird“ (Tartler, 1961, zit. nach Lehr, 2000, S. 56). Nach Havighurst (1964, zit. nach Lehr 2000, S. 56) ist „optimales Altern“ durch ein Beibehalten von „Aktivitäten des mittleren Erwachsenenalters“ und einen „geeigneten Ersatz von Aktivitäten“ die man aufgeben muss, gekennzeichnet.

Anhänger der Disengagement-Theorie hingegen gehen davon aus, dass der ältere Mensch sich nach so wenig sozialem Kontakt wie möglich sehnt. Nur so wäre es möglich, den herannahenden Tod zu akzeptieren und sich mit der Endlichkeit des Lebens auseinanderzusetzen. Der Wunsch älterer Menschen gebraucht zu werden sei lediglich ein Streben nach Sicherheit nicht „verstoßen und hilflos zu sein“ (S. 58), dem durch Bereitstellung sozialer Dienstleistungen Abhilfe geleistet werden kann (Lehr, 2000).

Ergebnisse der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA) (Lehr et al., 1978, zit. nach Lehr, 2000) zeigten, dass ältere Menschen mit vielen Interessen und höheren Werten in Intelligenztests in familiären Rollen entsprechend der Disengagement-Theorie reagierten, in außerfamiliären Rollen hingegen entsprechend der Aktivitätstheorie. Bei Menschen mit geringerem Intelligenzquotienten verhielt es sich genau umgekehrt.

6.1.2 Kontinuitätstheorie

Die Kontinuitätstheorie betrachtet den Übergang vom mittleren ins späte Erwachsenenalter als eine kritische Phase, die nur durch Erhaltung innerer und äußerer Strukturen gelingen kann. Geeignete Strategien sind „innere Kontinuität“ und „äußere Kontinuität“. Innere Kontinuität meint das Beibehalten von Einstellungen, Temperament, Ideen, Vorlieben, Fertigkeiten und Ähnlichem; äußere bezeichnet ein sich Bewegen in vertrauter Umgebung, ein Interagieren mit vertrauten Menschen und das Ausüben vertrauter Handlungen (Lehr, 2000).

6.1.3 SOK (= selektive Optimierung und Kompensation) Modell

Dieses Modell wurde von Baltes und Baltes (1989, zit. nach Lehr, 2000) begründet. Sie reklamierten vor allem neben der individuellen Einschätzung der Lebenszufriedenheit objektive Kriterien ein. Um erfolgreiches Altern zu ermöglichen empfehlen sie „die Aktivierung aller eigenen Kräfte `im Familien-, Freizeit- und Arbeitsbereich`“ (S. 64). Dazu ist vor allem das „Prinzip der Selektion“, der Auswahl von, im Rahmen der individuellen Möglichkeiten und Fähigkeiten, geeigneten Aktivitäten nötig, was zu einer Optimierung „des eigenen Funktionierens in diesem Kontext“ führt. Gerät diese Passung aus dem Gleichgewicht, ist es nötig, diese durch Kompensationsprozesse wiederherzustellen (Lehr, 2000, S. 64).

6.2 Wohlbefinden im Alter

Nach Lehr (1990) ergeben sich aufgrund zahlreicher Forschungsergebnisse vielfältige Faktoren der Lebensqualität im Alter, die entsprechend dem bio-psycho-sozialen Modell vor allem durch das subjektive Erleben dieser Gegebenheiten geprägt sind. Als Grundvoraussetzungen führt sie die gesundheitliche Versorgung, die finanzielle Absicherung sowie Möglichkeiten zur körperlichen, geistigen und sozialen Betätigung an. Anzustreben ist ein möglichst hohes „psychophysisches Wohlbefinden“ im Alter, das „mit höherer Bildung, geistiger Aktivität, breitem Interessensradius, größerem Ausmaß an Sozialkontakten und Zukunftsbezug“ (Sonneck, 1999, S. 239) korreliert. Eine Analyse der wichtigsten Forschungsergebnisse (Lehr, 1990) ergibt folgenden „state of the art“ zur Lebensqualität im Alter:

Der Alterungsprozess ist hinsichtlich „Lebensqualität“ in beide Richtungen (Erhöhung und Verminderung) beeinflussbar. Dem Abbauprozess kann

vorgebeugt werden aber er kann auch, wenn er bereits eingesetzt hat, zumindest partiell wieder rückgängig gemacht werden.

Neben genetischen und biologischen Komponenten nehmen zahlreiche weitere Faktoren und auch Umwelteinflüsse verschiedenster Art Einfluss auf das Wohlbefinden im Alter.

Die Politik muss sich ganz klar um die pflegerische Versorgung und Absicherung kümmern, aber im gleichen Maße auch versuchen das Eintreten dieses Zustandes zu verzögern und präventiv Voraussetzungen für eine selbständige und eigenverantwortliche Lebensführung schaffen.

Die UNO formulierte bei der zweiten Weltversammlung über das Altern 2002 in Madrid zur Sicherung der Gesundheitsförderung und des Wohlbefindens während des gesamten Lebens in Absatz 63:

Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und der gleiche Zugang älterer Menschen zu Gesundheitsversorgung und Gesundheitsdiensten, einschließlich der Prävention, während des ganzen Lebens sind der Eckpfeiler für ein gesundes Altern. Eine den gesamten Lebensverlauf einbeziehende Betrachtungsweise schließt die Erkenntnis ein, dass gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten darauf ausgerichtet sein müssen, eine selbständige Lebensführung zu erhalten, Krankheiten und Behinderungen vorzubeugen beziehungsweise ihr Eintreten hinauszuzögern, Behandlungen durchzuführen und die Funktionsfähigkeit und die Lebensqualität älterer Menschen, die bereits Behinderungen haben, zu verbessern.

Jedwede politische Maßnahme zur Sicherung einer Lebensqualität im Alter hat „bereits in Kindheit und Jugend anzusetzen, denn *Altern* – und darin sind sich Biologen, Mediziner, Psychologen und Sozialwissenschaftler einig – *ist ein lebenslanger Prozeß*“ (Lehr, 1990, S. 265).

7 Faktoren „gesundheitsbezogener“ Lebensqualität im Alter

Wie in den vorangegangenen Kapiteln dargestellt, besteht in der Wissenschaft keine Einigung über bestimmte Indikatoren, die das latente Konstrukt der „gesundheitsbezogenen“ Lebensqualität repräsentieren. Im folgenden Abschnitt werden nun jene Faktoren, die im Zuge der vorliegenden Arbeit zur Untersuchung der Fragestellung herangezogen wurden, näher betrachtet.

7.1 Körperlicher Gesundheitszustand im Alter

Nach Angaben des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BMAGS, 1999) gibt es beim Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung folgende typische Charakteristika:

- **Höhere Inzidenz:** Ältere Menschen werden häufiger krank als jüngere.
- **Alterskrankheiten:** Bestimmte Krankheiten, wie Krebs, kardiovaskuläre Erkrankungen, körperliche Gebrechen oder geistige Störungen treten mit höherer Wahrscheinlichkeit bei älteren als bei jüngeren Menschen auf.
- **Chronizität:** Bei älteren Menschen dauern Heilungsprozesse länger als bei jüngeren und sie haben ein erhöhtes Risiko chronisch zu erkranken.
- **Multimorbidität:** Ältere Menschen weisen häufiger als jüngere mehrere Erkrankungen gleichzeitig auf.

Ältere Menschen sind also durch eine Vielzahl von besonderen gesundheitlichen Merkmalen gekennzeichnet: das biologische Alter, das Leiden an mehreren Erkrankungen, verlängerte Krankheitsverläufe und eine oft verzögerte Genesung und veränderte Reaktionen auf Medikamente (Amann, 2000). Die Forscher stimmen weitgehend darin überein, dass Gesundheit im Alter vor allem auch bedeutet, mit Erkrankungen und Beeinträchtigungen adäquat umzugehen und dennoch zufrieden zu sein (Lehr, 1997). Es sollte unterschieden werden zwischen „alternden“ Erkrankungen, die bereits in früheren Lebensjahren erworben werden, Erkrankungen, die vorwiegend im Alter auftreten und altersunspezifischen Erkrankungen (Amann, 2000).

7.1.1 Erkrankungen, Beschwerden und Medikation

Zu den häufigsten gesundheitlichen Beeinträchtigungen, unter denen ältere Menschen leiden, zählen Herz- Kreislauf-Erkrankungen, Schäden der Wirbelsäule und Erkrankungen der Gelenke, Erkrankungen der Atmungsorgane, Zuckerkrankheit, Krebserkrankungen und altersspezifische Erkrankungen. Zu letzteren zählen vor allem auch die Parkinson-Krankheit und Demenzerkrankungen wie der Morbus Alzheimer (BMAGS, 1999).

Mitte der 1990er Jahre wurde an einer repräsentativen Stichprobe der österreichischen Bevölkerung die so genannte "Self-reported-Morbidity-" kurz SERMO-Studie (Schmeiser-Rieder et al., 1997, zit. nach Kytir et al., 2000) durchgeführt. Die Angaben über die zehn häufigsten Erkrankungen und Beschwerden der innerhalb eines Jahres immer wieder in regelmäßigen Zeitabständen befragten über 60jährigen Männer und Frauen sind in Tabelle 1 und Tabelle 2 zusammengefasst.

Teilnehmer der Berliner Altersstudie (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1999) gaben als häufigste Beschwerden Rückenleiden, Gelenksabnützungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen an. Zu den häufigsten Erkrankungen der Stichprobe zählten Fettstoffwechselstörungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Rückenleiden, Gelenksabnützungen und Bluthochdruck.

Steinhagen-Thiessen und Borchelt (1999) kommen anhand einer Analyse der Daten der Berliner Altersstudie zu dem Ergebnis, dass bei den 70Jährigen und Älteren mit einer Prävalenz von 87-96% zumindest eine Diagnose vorliegt. Die Prävalenz von mindestens fünf mittel- bis schwergradigen Erkrankungen zur gleichen Zeit liegt bei 30%, bei 21% für mindestens fünf gleichzeitig medikamentös behandelte Erkrankungen, aber nur 6% leiden an mehr als vier Erkrankungen, die mit schweren subjektiven Beschwerden einhergehen.

Tabelle1: Die zehn häufigsten Erkrankungen (SERMO-Studie, 1997)

Erkrankungen	Männer	Frauen
Schäden an der Wirbelsäule	9,1%	11,8%
Fieber	9,1%	11,8%
Erhöhter Blutdruck	19,3%	21,6%
Erkrankungen der Hüft- und Beingelenke	12,1%	17,8%
Erkrankungen der Schulter- und Armge- lenke	7,4%	8,8%
Herzkrankheiten	6,0%	8,6%
HNO-Beschwerden	4,1%	----
Magenleiden exklusive Geschwür	4,5%	----
Niedriger Blutdruck	----	6,3%
Zuckerkrankheit	4,7%	8,4%
Venenentzündungen und Krampfadern	4,5%	13,5%
Augenkrankheiten	----	5,4%

Tabelle 2: Die zehn häufigsten Beschwerden (SERMO-Studie, 1997)

Beschwerden	Männer	Frauen
Rücken-, Kreuzschmerzen	12,5%	17,0%
Schwäche, Müdigkeit	8,5%	12,0%
Schlafstörungen	12,2%	19,2%
Schmerzen in Hüfte oder Bein	9,6%	15,6%
Kopfschmerzen, Migräne	----	9,8%
Wetterempfindlichkeit	12,9%	18,9%
Schmerzen in Schulter oder Arm	7,1%	10,0%
Beinleiden	6,1%	11,4%
Kreislaufstörungen	5,6%	11,3%
Magenbeschwerden	5,5%	----
Herzbeschwerden	5,3%	7,6%

Insgesamt gaben mehr Frauen als Männer an, unter Erkrankungen und Beschwerden zu leiden. Als vier häufigste Erkrankungen wurden in beiden Geschlechtern erhöhter Blutdruck, Erkrankungen der Hüft- und Beingelenke, Schäden an der Wirbelsäule und Fieber genannt (Kytir et al., 2000). Zu den häufigsten Beschwerden zählten Schlafstörungen, Wetterempfindlichkeit, Rücken- und Kreuzschmerzen und Schmerzen in Hüfte oder Bein. Ähnliche Ergebnisse lieferte auch der Mikrozensus 1991 (zit. nach Kytir et al., 2000). Nach Kytir (1994, zit. nach Kytir et al., 2000) konnten im Jahr 1992 60jährige Männer damit rechnen, mehr als 80% ihrer noch verbleibenden Lebenszeit ohne funktionale Beeinträchtigungen zu verbringen, der Anteil der Frauen lag bei 72%.

Weiters wurden im Rahmen der SERMO-Studie die TeilnehmerInnen nach einer regelmäßigen Einnahme von Medikamenten befragt. Zu den am häufigsten genannten Arzneimitteln zählten Medikamente gegen Bluthochdruck, rheumatische Erkrankungen, Kopfschmerzen und Schlafstörungen, Magenbeschwerden und Herzbeschwerden (Kytir et al., 2000). Die prozentuale Verteilung der am häufigsten genannten Medikamente ist getrennt nach Geschlecht in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Medikamente gegen... (SERMO-Studie, 1997)

	Männer	Frauen
Hohen Blutdruck	20,4%	25,5%
Rheumatische Erkrankungen	12,9%	17,8%
Kopfschmerzen	6,8%	14,4%
Schlafstörungen	7,7%	14,8%
Magenbeschwerden	7,4%	6,2%
Herzbeschwerden	10,8%	14,9%
Verdauungsstörungen	3,2%	5,8%
Nervosität	2,8%	4,3%
Asthma	2,3%	2,2%
Niedrigen Blutdruck	3,1%	6,0%
Leistungsstörungen	0,7%	0,9%
Cholesterin	4,1%	4,6%

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Steinhagen-Thiessen und Borchelt (1999) in der Berliner Altersstudie. Hier waren die am häufigsten genannten Medikamente jene gegen Herzbeschwerden (31%), gegen Rheuma (33%), gegen hohen Blutdruck (30%) und gegen Augenprobleme (34%). Wurden ärztlich nicht verordnete Medikamente aus der Auswertung ausgeklammert, so lagen Mittel gegen Bluthochdruck und Herzbeschwerden an erster Stelle. Insgesamt ergab sich eine Prävalenz von 96% für eine regelmäßige Medikation ab dem 70. Lebensjahr, wovon 87% mindestens ein Präparat täglich auf ärztliche Anweisung einnehmen.

Ein besonders Augenmerk ist darauf zu legen, dass es bei älteren Menschen, vor allem durch mehrere gleichzeitig eingenommene Medikamente, häufig zu unerwünschten Nebenwirkungen kommen kann. Bei einer gleichzeitigen Einnahme von 1-5 Medikamenten, werden bei etwa 3,5% aller Fälle, bei sechs oder mehr Medikamenten bei etwa 25% Nebenwirkungen beobachtet. Diese Nebenwirkungen sind vor allem insofern von Bedeutung, als sie bei 5-23% der Betroffenen zu einer stationären Einweisung mit dem Charakter einer akuten Erkrankung führen, bei knapp 2% zu einer ambulanten Behandlung und bei einem von 1000 zum Tod (Mühlberg, Platt & Mutschler, 1999). Nach Steinhagen-Thiessen und Borchelt (1999) zählten laut Daten der Berliner Altersstudie Psychopharmaka, Magen-Darmmittel, Diuretika und durchblutungsfördernde Mittel zu den häufigsten nicht indizierten, oder sogar kontraindizierten Medikamenten. Insgesamt stellten sie fest, dass jeder siebte (14%) Mensch ab 70 zumindest ein ärztlich verordnetes Medikament einnimmt, das nicht nötig wäre. Bei der Anwendung expliziter Kriterien für geriatrische Fehlmedikation steigt dieser Anteil auf 19%. Zusammen mit Übermedikation im Alter ergibt sich eine Prävalenz von 28% für unangebrachte Medikation für 70-Jährige und Ältere. Dies unterstreichen auch die Daten von Monette et al. (1995, zit. nach Mühlberg, Platt & Mutschler, 1999). Sie fanden bei einer Analyse des Medikamentenkonsums bei Altenheimbewohnern heraus, dass neben medizinisch indizierten und somit notwendigen Medikamenten durchschnittlich noch fünf bis acht weitere, durchaus verzichtbare, Medikamente verschrieben wurden.

7.1.2 Risikoverhalten und Prävention

Der wichtigste Bereich in der Gesundheitsversorgung, auch im Alter, ist die primäre Prävention, das Verhindern vom Auftreten einer Erkrankung. Diese muss „psychische, körperliche und soziale Faktoren“ einschließen und sowohl das Verhalten des Menschen als auch gegebene Umweltbedingungen

(Luftverschmutzung, Lärm,...) berücksichtigen (BMAGS, 1999). Einer Schätzung des Gesundheitszustandes der Weltbevölkerung, durchgeführt von der Weltbank und der WHO in den Jahren 1992 und 1993, zufolge ist mit einem Anstieg der Zahl der Alzheimer-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes, durch Osteoporose bedingte Frakturen sowie Seh- und Höreinbußen zu rechnen (Diczfalusy, 1998, zit. nach Kytir et al., 2000).

Zu den wichtigsten Risikofaktoren, die während des gesamten Lebens in Hinblick auf ein gesundes Alter beachtet werden sollten, zählen Rauchen, Alkohol, Dauerstress, Übergewicht, Fehlernährung, mangelnde Bewegung, Diabetes und Bluthochdruck. Außerdem ist es gesundheitsförderlich, regelmäßig Kurangebote und Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch zu nehmen. Dies zeigten auch Untersuchungen an Hundertjährigen, wo vor allem gesundes Essen, regelmäßige Bewegung, Vermeiden von Übergewicht, Nichtrauchen und die Teilnahme an Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge während des ganzen Lebens ein gesundes Älterwerden begünstigten (Kytir et al., 2000).

Interessant im Hinblick auf Risikoverhalten sind Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Frauen sind seltener und kürzer im Krankenstand als Männer, gehen häufiger zu Ärzten und nehmen häufiger regelmäßig Medikamente ein. Männer hingegen trinken mehr Alkohol, rauchen häufiger, ernähren sich ungesünder und neigen eher zu Übergewicht als Frauen. Generell scheinen Frauen sich gesundheitsbewusster zu verhalten als Männer. Darüber hinaus gibt es auch einen Zusammenhang zwischen der Höhe der Bildung und dem Risikoverhalten. Je höher die Bildung umso geringer das gesundheitsschädigende Risikoverhalten. Zurückgeführt wurde dies vor allem auf die unterschiedlichen Lebensstile und darauf, dass Bildung einen Zugang zu mehr Information ermöglicht (BMAGS, 1999).

7.1.3 Objektiver und subjektiver Gesundheitszustand und der Zusammenhang mit Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter

Viele internationale Studien legen nahe, dass die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes einen guten Indikator für die Lebensqualität und Lebenserwartung darstellt. Aus vielen dieser Studien geht sogar hervor, dass die subjektive Beurteilung ein besseres Indiz für Langlebigkeit ist als entsprechende objektive Kriterien (Kytir et al., 2000). Dies belegen Ergebnisse der Duke-Studie (Palmore, 1985, zit. nach Lehr, 1997) ebenso wie die Be-

funde der BOLSA, der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie (Lehr & Thomae, 1987 sowie Kesser & Reimer, 1987, zit. nach Lehr, 1997). Bei der Untersuchung von Zusammenhängen mit Langlebigkeit in der BOLSA erwies sich die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes als wesentlichster Faktor. Mittels Pfad-Analysen konnten Olbrich und Thomae (1978, zit. nach Lehr, 1997) zeigen, dass dies darauf zurückzuführen ist, dass jene älteren Menschen, die sich selbst als gesund empfanden insgesamt aktiver waren, sich mehr bewegten, geistig reger waren, an mehr sozialen Aktivitäten teilnahmen und sich aktiver mit ihren Problemen auseinandersetzten. In den Ergebnissen der Berliner Altersstudie hatte der subjektive Gesundheitszustand den höchsten Voraussagewert für das Wohlbefinden der befragten Population (Lehr, 1997). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Smith et al. (1999a). Einer Analyse der Daten der Berliner Altersstudie zufolge, war die subjektive Einschätzung der Gesundheit der beste Prädiktor für Wohlbefinden. Die interdisziplinäre Langzeitstudie des Erwachsenenalters (ILSE) untersuchte auch die Frage nach dem Zusammenhang zwischen subjektiver Einschätzung des Gesundheitszustandes und objektiver Beurteilung durch ÄrztInnen. Die Beurteilungen stimmten nur zu 41,8% überein. In 35,8% der Fälle wurde die eigene Gesundheit besser, in 22,4% schlechter eingestuft (Minnemann & Sperling, 1996, zit. nach Lehr, 1997).

Die Frage, wie ältere Menschen zu einer subjektiven Beurteilung ihrer Gesundheit gelangen ist noch weitgehend unbeantwortet. „Durch die Anzahl der ärztlich verordneten Medikamente, durch Alter, Geschlecht, Bildung und psychische Erkrankungen wie Depression und Demenz“ sieht etwa Verbugge (1989, zit. nach Borchelt et al., 1999) die subjektive Wahrnehmung beeinflusst. Borchelt et al. (1999) gelangten bei ihrer Analyse der Daten der Berliner Altersstudie zu dem Schluss, dass ältere Menschen ihre Gesundheit vor allem zunehmend durch Vergleichsprozesse mit Gleichaltrigen beurteilen. (Alterskorrelation der subjektiven Beurteilung im Vergleich zu Gleichaltrigen betrug $r = 0,19$; $p \leq 0,001$) Gute Gesundheit im Alter, so Heckhausen und Krueger (1993, zit. nach Borchelt et al., 1999, S. 466), bedeutet „nicht (mehr) Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung, sondern Abwesenheit von quälenden Beschwerden oder auch, dass die eigene Gesundheit `besser als die von Gleichaltrigen` ist“.

Insgesamt nimmt zwar der Anteil derer, die ihre Gesundheit als mittelmäßig bis schlecht einstufen mit dem Alter zu, aber beachtlich ist der Anteil derer, die ihren Gesundheitszustand als gut und sehr gut einstufen, also eine hohe Zufriedenheit mit ihrem Gesundheitszustand aufweisen. So zeigte eine

Gesundheitsbefragung in der Schweiz in den Jahren 1992/1993 durchgeführt, dass 72% der 65- bis 79Jährigen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einschätzten und noch 62% der über 85Jährigen (Höpflinger & Stuckelberger, 1999). Weiters zeigten Ergebnisse dieser Untersuchung, dass Männer ihren Gesundheitszustand leicht besser einschätzten als Frauen und Frauen häufiger angaben unter körperlichen Beschwerden zu leiden als Männer. Vergleichbare Ergebnisse liefert auch der Mikrozensus 1998 für Österreich (zit. nach Kytir et al., 2000). Zusätzlich zum Geschlechtsunterschied konnte hier außerdem eine Verbesserung der Einschätzung über die Zeit beobachtet werden. Stufen 1978 17% der Männer und 18% der Frauen ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht ein, so waren es 1998 nur noch 8% der 65-69Jährigen bei beiden Geschlechtern. Unter den 80-84Jährigen gaben 16% der Männer, sowie 25% der Frauen an, sich in einem schlechten bis sehr schlechten Gesundheitszustand zu befinden. Nach einer Untersuchung von Gunzelmann et al. (1999) zur „gesundheitsbezogenen“ Lebensqualität alter Menschen erwiesen sich neben Alter und Geschlecht außerdem Schulbildung und Haushaltseinkommen als wichtige Prädiktoren für die subjektive Einschätzung der „gesundheitsbezogenen“ Lebensqualität.

7.1.4 Gesundheitsausgaben, Gesundheitsversorgung und Sterblichkeit in Österreich

In Österreich wurden in den Jahren 1999, 2000 und 2001 je mehr als 200 Mrd. Schillinge, fast 8% des Bruttoinlandsproduktes, für den Bereich der Gesundheitsversorgung ausgegeben (Statistik Austria, 2004).

Mit Ende 2001 gab es in Österreich 310 Krankenanstalten mit fast 72 000 Betten, wo mehr als 18 000 ÄrztInnen und fast 74 000 Personen im Pflegedienst arbeiteten. Insgesamt praktizierten mehr als 37 000 ÄrztInnen, davon über 11 000 AllgemeinmedizinerInnen und fast 20 000 FachärztInnen und weitere knapp 6 000 standen in Ausbildung (TurnusärztInnen). In ganz Österreich waren es mehr als 75 000 Personen, die im Pflegedienst oder medizinisch-technischen Dienst tätig waren und mehr als 2 200 Apotheken standen zur Verfügung (Statistik Austria, 2004, Tab. 3.01 – 3.04).

Knapp 2,4 Millionen Menschen waren alleine 2001 in stationärer Behandlung. Die häufigsten Gründe waren Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen (circa 25%), Verletzungen und Vergiftungen (>10%) und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (>10%) (Statistik Austria, 2004, Tab 3.07). Auf die über 60Jährigen entfallen 53% aller Aufenthaltstage in Akutkrankenhäuser und 26% auf über 75Jährige. So verbringen 55-

60Jährige etwa 2,5 Tage eines Jahres im Spital, 70-74Jährige bis zu 6 Tage und über 75Jährige 9 Tage und mehr (Kytir et al., 2000).

Die häufigsten Todesursachen bei den über 60Jährigen in Österreich sind laut Statistik Austria (2004, Tab.38.02) Krebserkrankungen und Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, mehr als dreiviertel aller Todesfälle sind auf eine der beiden Krankheitsgruppen zurückzuführen. Von Tod durch Herz-Kreislaufkrankungen sind Frauen (59,5%) häufiger betroffen als Männer (48,4%). Bei der Sterblichkeit durch Krebs, von der prinzipiell mehr Männer (26,4%) als Frauen (21,5%) betroffen sind, sterben doppelt so viele Männer an Magenkrebs als Frauen, bei Lungenkrebs ist die Sterblichkeit der Männer rückläufig, während die der Frauen zunimmt (BMSG, 2000).

7.2 Sehen und Hören im Alter

Seh- und Höreinbußen begegnen uns oft im Alltag und gelten als typische Kennzeichen des Altwerdens und Altseins. Wir begegnen diesem Phänomen so häufig, dass wir es als notwendige Begleiterscheinung des Alters akzeptieren, ohne uns zu fragen, was diese Beeinträchtigungen für Betroffene bedeuten (Tesch-Römer & Wahl, 1996).

7.2.1 Phänomenologische Aspekte von Seh- und Höreinbußen im Alter

Nach Tesch-Römer und Wahl (1996) führen Höreinbußen im Alter vor allem zu Beeinträchtigungen in zweierlei Lebensbereichen:

Zwischenmenschliche Kommunikation

Häufig berichten ältere Menschen darüber, ihre Gesprächspartner nicht zu verstehen, weil deren Äußerungen nuschelnd klingen. Deshalb müssen schwerhörige Menschen sich besonders konzentrieren, um dem Gespräch folgen zu können, und auch nonverbale Merkmale beachten, um daraus auf den Gehalt der Mitteilung schließen zu können. Kommunikation ist für schwerhörige Menschen also immer äußerst anstrengend und ein bestimmtes Restrisiko, nicht adäquat zu reagieren, weil etwas missverstanden wurde, ist nie auszuschließen. Dieser Druck führt oft dazu, dass schwerhörige Menschen gegen unausgesprochene Regeln der zwischenmenschlichen Kommunikation verstoßen. Von besonderem Interesse sind in diesem Zusammenhang die Maximen der Anknüpfung (das Gesagte sollte aufeinander bezogen sein) und der Sparsamkeit (das Gesagte sollte so kurz wie möglich gehalten

werden). Versucht eine schwerhörige Person nachzufragen um sicherzustellen das Gesagte verstanden zu haben, so verstößt sie gegen die Maxime der Sparsamkeit, verzichtet sie darauf, so besteht ständig das Risiko gegen die Maxime der Anknüpfung zu verstoßen.

Orientierung

Schwerhörige Menschen verlieren zusehends die lautliche Orientierung. Alltagsgeräusche wie etwa das Klingeln des Telefons oder das Rattern der Waschmaschine treten immer mehr in den Hintergrund oder verlieren sich gänzlich in der Stille. Dies erschwert es älteren Menschen sich beispielsweise im Straßenverkehr zu orientieren, aber auch emotionale und ästhetische Komponenten von Geräuschen und Klängen wahrzunehmen und zu genießen.

Die Sinnesmodalität des Sehens spielt vor allem eine bedeutende Rolle im Hinblick auf menschliches Erleben. Kommt es nun zu Seheinbußen, sind vor allem folgende Funktionen beeinträchtigt (Tesch-Römer & Wahl, 1996):

Das Erleben von Person, Selbst und Handlungsfähigkeit

Aus klinischen Beobachtungen können sich als typische Folgen von Seheinbußen beispielsweise Angst, Verwirrung, Wut, Trauer, Hilflosigkeit, Kontrollverlust, Depression oder Einsamkeit einstellen. Sehbeeinträchtigungen scheinen nicht nur das Ausführen von Alltagshandlungen zu erschweren, sondern auch „das Erleben der eigenen Person, des eigenen Selbst“. Dies wird vor allem damit im Zusammenhang gesehen, dass Handlungen kaum oder gar nicht mehr visuell gestützt geplant und durchgeführt werden können (z.B.: das Erkennen anderer Personen als Voraussetzung für soziales Handeln).

Das Erleben von Räumlichkeit

Vor allem das Erleben des „Hier-Gefühls“ geht teilweise oder gänzlich verloren und muss durch andere Sinnesmodalitäten kompensiert werden. Der sehbehinderte Mensch steht vor der Aufgabe, seine räumliche Selbstwahrnehmung, die bisher durch visuelle Eindrücke gestützt wurde, neu regulieren zu müssen wobei die Möglichkeit eines optischen Gesamteindrucks einer Situation nicht länger gegeben ist.

7.2.2 Beeinträchtigungen und Erkrankungen des Sehens und Hörens im Alter

Im auditorischen System ist die häufigste Beeinträchtigung im Alter die sogenannte Presbyakusis, die Altersschwerhörigkeit, ein mit dem Alter einhergehender symmetrischer Hörverlust von 45dB und mehr im Bereich der Sprachfrequenzen, der besonders durch Arteriosklerose begünstigt wird (Marsiske, Delius, Maas, Lindenberger, Scherer & Tesch-Römer, 1999). Bei den über 65Jährigen kann die Prävalenz auf etwa ein Drittel geschätzt werden, wobei mehr Männer als Frauen davon betroffen sind (Tesch-Römer & Wahl, 1996). Das zeigten auch erste Zwischenergebnisse der BLSA 1993, der Baltimore Longitudinal Study of Aging, die 1958 begann und die längste noch laufende Studie zum Thema Altern ist. Bei Männern, beginnend ab dem 30. Lebensjahr, entwickeln sich doppelt so rasch Einschränkungen des Hörens als bei Frauen (Kytir et al., 2000). 33,5% der 70 bis über 90Jährigen leiden an leichten Höreinbußen, 36 % unter mittleren und 26 % unter schweren, so Marsiske et al. (1999) nach den Daten der Berliner Altersstudie. Nach Plinkert und Zenner (1996) handelt es sich bei der Altersschwerhörigkeit um ein multifaktorielles Geschehen, „das über die eigentliche Schwerhörigkeit des älteren Menschen, die Altershörigkeit hinaus geht“. Die häufigsten Beschwerden (Plinkert & Zenner, 1996) sind:

- das Absinken der Hörschwelle
- Störungen des Sprachverständnisses (cocktail-party-Effekt)
- Ohrgeräusche (Tinnitus)

Die Schädigungen betreffen das Mittel- und das Innenohr, sowie die periphere und zentrale Hörbahn. Vor allem betroffen ist das cortische Organ mit seinen Sinneszellen, die von einer fortschreitenden Degeneration bis hin zur Schnecken spitze betroffen sind, was in weiterer Folge zu einer Degeneration nachgeschalteter Nervenfasern führt. Durch den Verlust der Sinneszelle im Innenohr verläuft die Welle eines auftreffenden Reizes flacher und breiter als sonst, was dazu führt, dass generell schlechter gehört wird und die Diskrimination von Reizen erschwert ist. Ein weiteres Phänomen, das beobachtet werden kann ist Rekrutment (Lautheitsausgleich). Es hat sich gezeigt, dass nicht nur die Schwelle des Hörbaren höher ist, sondern auch der Bereich zwischen gerade hörbar und bereits unangenehm laut sich deutlich verringert. Dies ist vor allem immer wieder im Zusammenhang mit der Benützung von Hörgeräten beobachtbar, was häufig zu Schwierigkeiten in der Anwen-

derung führt und eine exakte Anpassung durch den Fachmann/die Fachfrau erfordert. (Plinkert & Zenner, 1996)

Im Alter lassen sich im visuellen System drei Gruppen von Veränderungen differenzieren (Marsiske et al., 1999):

Normale periphere Veränderungen der Linse und des optischen Apparates

Es kommt zu einer Einschränkung der Anpassungsfähigkeit der Linsenform und einer Trübung der Linse.

Normale zentrale Veränderungen

Diese führen, wie auch im auditiven System, zu einer Abnahme an Nervenfasern und einer Degeneration neuronaler Fortsätze, weiters kommt es zu einer Ansammlung von Pigmenten in Neuronen und einer Veränderung in der Freisetzung von Neurotransmittern.

Erkrankungen des Auges im Alter

Zu den häufigsten zählen der senile Katarakt (grauer Star), Glaukom (grüner Star), diabetische Retinopathie (Netzhauterkrankung, die ohne rechtzeitiger Therapie zur Erblindung führt) und senile Makuladegeneration (Veränderungen am Augenhintergrund). Diese Erkrankungen betreffen fast 50% der über 74Jährigen.

Die normalen Veränderungen des Auges und des optischen Apparates im Alter führen zu folgenden Beeinträchtigungen (Marsiske et al., 1999):

- Verluste der Kontrastempfindlichkeit und Sehschärfe
- Verluste der zeitlichen Reizauflösung
- Verluste der Farbdiskrimination
- Verluste der Dunkeladaptation
- Einschränkungen des Gesichtsfeldes
- Einschränkungen des räumlichen Sehvermögens

Nach Marsiske et al. (1999) leiden 63% an leichten, 30% an mäßigen und 7% an schweren Seheindebußen, Lediglich ein halbes Prozent der 70- bis über 90Jährigen wies keine Sehbeeinträchtigung auf. Der alte Mensch ist also einer Reihe von Veränderungen des optischen und akustischen Systems ausge-

setzt. Da die Bedeutung von Sehen und Hören für die Interaktion mit der Umwelt unumstritten ist, müssen Sinnesbeeinträchtigungen älterer Menschen als Risikofaktor für das alltägliche Funktionieren betrachtet werden“ (Marsiske et al., 1999).

7.2.3 Bedeutung von Seh- und Höreinbußen für Erleben und Verhalten älterer Menschen

Im Zusammenhang mit Seh- und Höreinbußen im Alter scheint die Frage nach deren Relevanz für und Einfluß auf verschiedene lebenspraktische Bereiche des älteren Menschen von besonderem Interesse (Rott et al., 1996). Die Annahme, dass die Funktionsfähigkeit von Sehen und Hören ein signifikanter Prädiktor für die Bereiche „intellektuelle und kognitive Leistungsfähigkeit“, „basale und erweiterte Alltagskompetenz“, „soziale Beziehungen“ und „Erleben von Selbst und Persönlichkeit“ ist, kann, durch verschiedenste empirische Befunde belegt, als gesichert angesehen werden (Marsiske et al., 1999).

Einflüsse auf geistige Leistungsfähigkeit

Snyder, Pyrek und Smith (1976, zit. nach Rott et al., 1996) konnten als eine der ersten einen Zusammenhang zwischen Sehfähigkeit und geistiger Leistungsfähigkeit empirisch belegen. Ihre Versuchspersonen schnitten in einem Screening Test umso besser ab, je besser ihre Sehkraft war. Dies konnte ebenso von Owsley et al. (1991, zit. nach Rott et al., 1996) bestätigt werden, die den höchsten Zusammenhang zwischen Gesichtsfeldmaßen und mentalem Status fanden. Zwar sind die Ergebnisse entsprechender Untersuchungen zum Hörvermögen sehr unterschiedlich (Rott et al., 1996) sofern nur das Hörvermögen alleine untersucht wurde, aber zumindest geringe signifikante Zusammenhänge konnten auch hier gefunden werden (Thomas et al., 1983, sowie Gennis et al., 1991, zit. nach Rott et al., 1996). In groß angelegten Längsschnittuntersuchungen, wie etwa der Berliner Altersstudie oder der Bonner Längsschnittstudie, die Einflüsse von Sehen und Hören untersuchten, waren die Ergebnisse eindeutig und wiesen einen klaren signifikanten Zusammenhang mit intellektueller Leistungsfähigkeit nach (Rott et al., 1996). Marsiske et al. (1999) sowie Smith und Baltes (1999) konnten zeigen, dass der Zusammenhang zwischen Sensorik und intellektueller Leistungsfähigkeit so hoch ist, dass sämtliche altersbezogenen Unterschiede in der Intelligenz durch Unterschiede in der Sensorik (Sehschärfe, Gehör) erklärbar waren. Lindenberger und Baltes (1999) interpretierten dies als Beleg dafür, dass

das biologische Alter des Gehirns sowohl die Funktionalität der Sinne als auch die der Intelligenz bestimmt. Rott (1995, zit. nach Rott et al. 1996) fand nach genauerer Analyse der Daten der Bonner Längsschnittstudie heraus, dass der Einfluss der sensorischen Einbußen umso stärker wurde, je stärker die Einbußen waren, dass Einbußen im auditorischen System zu stärkeren Beeinträchtigungen führten als jene des visuellen, da dieses keine Auswirkungen auf die Gedächtnisfunktion zu haben schien, und dass Veränderungen der visuellen Intelligenz zeitgleich mit Seheinbußen auftreten, während Veränderungen im Gedächtnis Höreinbußen vorausgehen und sich danach fortsetzen.

Einflüsse auf Aktivitäten des täglichen Lebens

Im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens ist zwischen basalen und „instrumentellen“ Fertigkeiten zu unterscheiden. Erstere werden über Jahrzehnte erlernt und können daher auch vielfältig kompensiert werden. Zu diesen Aktivitäten zählen etwa das Einnehmen von Mahlzeiten oder die Körperpflege (Rott et al., 1996). Wahl (1987, zit. nach Rott et al., 1996) und Rudberg et al. (1993, zit. nach Rott et al., 1996) konnten keine signifikanten Einflüsse von Höreinbußen und nur leichte Einflüsse schwerer Seheinbußen feststellen. Dies deckt sich weitgehend mit den Ergebnissen der Berliner Altersstudie (Marsiske et al., 1999), in der Veränderungen in den basalen Kompetenzen kaum durch Einbußen in der Sinnesphysiologie, aber eher noch durch Sehen als durch Hören erklärbar waren. Rott et al. (1996) kommen zu dem Schluss, dass diese einfachen Tätigkeiten des täglichen Lebens kaum durch Seh- und Höreinbußen beeinträchtigt werden, bestenfalls noch Verschlechterungen der Sehleistung einen geringen Einfluss ausüben. „Instrumentelle“ Fertigkeiten, wie Einkaufen oder Telefonieren sind stärker von Veränderungen der Sensorik betroffen (Rott et al., 1996). Dies zeigten Ergebnisse verschiedener Untersuchungen wie beispielsweise jene von Ott-Tobler (1988, zit. nach Rott et al., 1996) oder Carabellese et al. (1993, zit. nach Rott et al., 1996). Auch Marsiske et al. (1999) konnten im Rahmen der Berliner Altersstudie einen deutlich höheren Einfluss der Sinnesmodalitäten, besonders des Sehens im Bereich der erweiterten Kompetenz feststellen. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Einbußen der Sinnesmodalitäten vorwiegend komplexere alltägliche Aktivitäten beeinflussen und dem Sehen eine größere Bedeutung als dem Hören bei der Ausübung dieser Fertigkeiten beizumessen ist (Rott et al., 1996).

Einflüsse auf soziale Beziehungen

Die Auswirkungen von Seh- und Höreinbußen auf soziale Beziehungen sind differenziert zu betrachten (Rott et al., 1996). Rott und Wahl (1993, zit. nach Rott et al., 1996) fanden im Rahmen ihrer Auswertung der Daten der Bonner Längsschnittstudie signifikante Einflüsse auf das Ausüben sozialer Rollen, besonders der Elternrolle, der Großelternrolle, der Freundrolle sowie allgemein in Bezug auf eine soziale Interaktionen mit Verwandten. Bei innerfamiliären Kontakten war das Hörvermögen, bei außerfamiliären Kontakten mehr das Sehvermögen von Bedeutung. Buss et al. (1985, zit. nach Rott et al., 1996) berichten im Rahmen der Duke-Längsschnittstudien von der Beobachtung der Abnahme sozialer Aktivitäten bei einsetzender Sehbeeinträchtigung. Diese Beobachtung konnte 1999 (Marsiske et al.) in der Berliner Altersstudie erneut bestätigt werden. Hier konnten Veränderungen in der Größe des sozialen Netzwerks zu einem Großteil durch Einbußen der Sinnesmodalitäten erklärt werden, wobei dem Sehen eine vielfach höhere Bedeutung als dem Hören zukommt. Zur Ansicht, dass sensorische Einbußen teilweise zu massiven Beeinträchtigungen der sozialen Kommunikation führen, kommen auch Höpflinger und Stuckelberger (1999).

Einflüsse auf das Erleben der eigenen Person

Klare Zusammenhänge konnten auch zwischen Einbußen der Sinnesmodalitäten und dem Erleben von Persönlichkeitsaspekten gefunden werden (Rott et al., 1996). Anderson und Palmore (1974, zit. nach Rott et al., 1996) beobachteten eine geringere emotionale Sicherheit und einen verminderten Selbstwert bei älteren Menschen mit Sehbeeinträchtigungen. Höreinbußen scheinen vor allem die zwischenmenschliche Kommunikation stark zu beeinträchtigen und darüber hinaus konnte ein Zusammenhang mit Gefühlen der Einsamkeit festgestellt werden (Rott et al., 1996). Marsiske et al. (1999) kommen aufgrund ihrer Ergebnisse zu dem Schluss, dass Einbußen in sensorischen Systemen sowohl emotionale Befindlichkeiten, Extraversion, Neurotizismus wie auch Gefühle der Einsamkeit beeinträchtigen. Der größte Effekt ist einer Wechselwirkung zwischen den Sinnesmodalitäten, im Besonderen dem hier untersuchten Gleichgewichtssinn, zuzuschreiben.

Einflüsse auf allgemeines Wohlbefinden

Marsiske et al. (1999) konnten im Rahmen der Berliner Altersstudie geringe, aber statistisch signifikante Einflüsse von Seh- und Höreinbußen auf das allgemeine Wohlbefinden nachweisen.

7.2.4 Theoretische Modelle über den Einfluss von Seh- und Höreinbußen im Alter

Für den oben beschriebenen Zusammenhang zwischen Seh- und Höreinbußen und kognitiver Leistungsfähigkeit gibt es nach Rott, Wahl und Tesch-Römer (1996) zwei unterschiedliche theoretische Erklärungsmodelle:

Kaskaden-Hypothese

(Birren, 1964, zit. nach Rott, Wahl & Tesch-Römer, 1996)

Diese Hypothese geht davon aus, dass Einbußen im sensorischen System zu einer sensorischen Deprivation führen und somit unmittelbar und gleichsam „dominosteinartig“ andere Funktionsbereiche beeinträchtigen. Der kausale Mechanismus liegt hier in einer Unterstimulierung des kognitiven Systems, verursacht durch die sensorische Deprivation. Nach dieser Annahme wären die Verluste durch technische Hilfsmittel vollständig zu kompensieren.

Drittvariablen-Hypothese („common cause“)

Diesem Modell liegt die Annahme zugrunde, sensorischen Verlusten und kognitiven Einbußen läge eine dritte Variable, nämlich zentralnervöse Veränderungsprozesse, die einem altersbedingten Abbau unterliegen, zugrunde (Gennis et al., 1991, sowie Lindenberger & Baltes, 1994, zit. nach Rott, Wahl & Tesch-Römer, 1996). Hier hätten technische Hilfsmittel nur bedingte Wirksamkeit, da die zugrundeliegenden Prozesse nicht beeinflusst werden können (Rott et al., 1996).

Bisher vorliegende Forschungsergebnisse sprechen eher für die Gültigkeit der Drittvariablen-Hypothese. Siehe dazu Beiträge von Bergman (1983), Devaney und Johnson (1980), Weale (1987) oder Willott (1991) (zit. nach Rott, Wahl & Tesch-Römer, 1996). All diese Untersuchungen kommen zu dem Schluss, dass Veränderungen des Sehens und Hörens im Alter auf neuronale Veränderungen, die nicht nur Auge und Ohr betreffen zurückgeführt werden

müssen (Rott et al., 1996). Fozard (1990, zit. nach Rott et al., 1996) fasste dies so zusammen, dass Veränderungen der Sinnesmodalitäten immer periphere und zentrale Prozesse beinhalten. Wäre tatsächlich eine zentrale Verbindung zwischen Seh- und Hörleistungen und intellektueller Leistungsfähigkeit vorhanden, so hätte dies auch Auswirkungen auf die Intelligenzentwicklung verschiedener Bereiche und negative Altersunterschiede würden bei zentralen Aspekten der Informationsverarbeitung einen stärkeren Einfluss ausüben als bei peripheren. Dass dies nicht der Fall ist, bestätigen auch Ergebnisse von Cerella (1990, zit. nach Rott et al. 1996) und Salthouse (1985 zit. nach Rott et al., 1996) und auch Ergebnisse längsschnittlicher Untersuchungen (Marsiske et al., 1999) sprechen eher für die Gültigkeit der Drittvariablen-Hypothese.

Sehr unterschiedlich fielen die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen sensorischen Veränderungen und Bereichen des Erlebens und der Persönlichkeit aus (Rott et al., 1996). Diese Unterschiede sind durch die Annahme eines Schwellenmodells erklärbar. Dies bedeutet, dass Einbußen im sensorischen Bereich erst ab einem Ausmaß, das nicht mehr kompensiert werden kann, also erst ab dem Erreichen einer bestimmten Schwelle, Auswirkungen auf psychologische Funktionsbereiche haben (Branch et al., 1989, sowie Wahl, 1995, zit. nach Rott et al., 1996).

7.3 Schlaf im Alter

Schlafprobleme stellen ein erhebliches Problem für die Gesamtbevölkerung dar und treten im Alter gehäuft auf, entweder als eigenständige Problematik oder infolge einer Erkrankung oder als Folge psychischer Belastungen (Simen et al., 1997). Doch auch ohne Vorliegen einer Pathologie kommt es, bedingt durch das Alter, zu Veränderungen der Dauer des Schlafs, seiner inneren Struktur und Rhythmik (Schulz, 1997).

7.3.1 Epidemiologie von Schlafstörungen im Alter

Nach einer repräsentativen Umfrage in Deutschland, durchgeführt an knapp 2000 Personen, leiden über 40% der Menschen über 65 Jahren an Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten, von denen beinahe jeder Sechste ständig betroffen ist. Jeder Vierte empfindet seinen Schlaf häufig oder ständig als nicht erholsam und jeder Fünfte leidet häufig oder ständig an Tagesmüdigkeit (Simen et al., 1997).

Der nicht als erholsam empfundene Schlaf und die Tagesmüdigkeit können eine Folge von Ein- und Durchschlafschwierigkeiten sein, mit zunehmendem Alter aber auch gehäuft durch andere Schlafstörungen wie Atemfunktionsstörungen, dem „restless-legs-syndrom“ (periodische Beinbewegungen) oder kurzen, nicht bewusst wahrgenommenen Schlafunterbrechungen verursacht werden. Schlafbezogene Atemstörungen betreffen circa 30% der über 65Jährigen, periodische Beinbewegungen etwa 50%. Kommt es infolgedessen zu Tagesmüdigkeit, so hat dies Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit, Reaktionsgeschwindigkeit und das emotionale Befinden der Betroffenen, was wiederum zu einem erhöhten Unfallrisiko, sozialem Rückzug und Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen führen kann. Ergebnisse verschiedener Studien ergaben, dass 50% der über 65Jährigen zumindest einmal täglich ein Nickerchen halten (Simen, 1997).

Frauen sind wesentlich häufiger von Schlafstörungen betroffen als Männer. Sie klagen doppelt so oft über Ein- und Durchschlafschwierigkeiten und mangelnde Erholsamkeit des Schlafes. Von Tagesmüdigkeit sind beide Geschlechter gleichermaßen betroffen was vermutlich darauf zurückzuführen ist, dass Männer zehnmal sooft an schlafbedingten Atemstörungen leiden wie Frauen. Beim „restless-legs-Syndrom“ bestand ebenfalls kein Unterschied zwischen den Geschlechtern (Simen, 1997).

Mehr als 30% der über 65Jährigen suchen öfter oder regelmäßig einen Arzt wegen Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten auf und jeder zehnte nimmt mehrmals pro Woche oder täglich ein Schlafmittel. Weitere 16% nehmen Schlafmittel mehrmals im Jahr und 8% mehrmals im Monat. Verglichen mit entsprechenden Daten für die jüngere Bevölkerung nehmen die über 65Jährigen viermal so viele Schlafmittel wie die unter 65Jährige ein, wovon die 85 bis 89Jährigen ebenso viele einnehmen wie die Bevölkerung unter 65. In der überwiegenden Mehrheit werden Benzodiazepine verabreicht, obwohl sie nächtliche Atemstörungen verstärken können, Verwirrtheit und Gleichgewichtsstörungen verursachen können, rasch zur Gewöhnung führen können und nur bei etwa der Hälfte der Betroffenen durch die Einnahme der Schlaf verbessert wird (Simen, 1997).

7.3.2 Veränderungen des Schlafs im Alter

Organische Faktoren

Im Alter vermindert sich die Schlafkontinuität und somit die Schlafeffizienz. Letztere sinkt von 95% bei jüngerer Bevölkerung auf etwa 70 bis 80%

ab. Zu den typischen altersbedingten Veränderungen des Schlafs zählen eine Verlängerung der Einschlafzeit, eine Häufung nächtlicher Wachepisoden, eine Zunahme des oberflächlichen Schlafs, des Dösens, eine Abnahme des REM-Schlafs und des Tiefschlafs. Unter EEG Beobachtung konnte festgestellt werden, dass das Auftreten der ersten REM-Phase vorverlagert ist, die Höhe der Deltawellen, die charakteristisch für das Tiefschlafstadium sind, und die Spindelaktivität, von der vermutet wird, dass sie schlafprotektiv wirkt, abnehmen (Schulz, 1997).

Der gesamte Schlaf-Wach-Rhythmus verändert sich im Alter. Ältere Menschen neigen dazu früh ins Bett zu gehen und ebenso früh auch wieder aufzustehen; tagsüber machen sie häufig ein Nickerchen. Es kommt also insgesamt zu einer Zunahme der Frequenz des Schlaf-Wach-Rhythmus (Schulz, 1997). Es wird vermutet, dass im Alter die Wirksamkeit so genannter Zeitgeber abnimmt. Zeitgeber sind Mechanismen und Merkmale, die es dem Menschen ermöglichen seine biologische Uhr an einen äußeren 24-Stunden-Rhythmus anzupassen. Zu den wichtigsten Zeitgebern zählen helles Licht und soziale Kontakte (Wever, 1974 zit. nach Schulz, 1997).

Im Nucleus Suprachiasmaticus, einem sehr kleinen Hirnareal wird der Sitz der „inneren Uhr“ des Menschen vermutet. Dieses Gebiet scheint an verschiedenen Funktionen von Körperrhythmen wie etwa Hormonsekretionen beteiligt zu sein. Bemerkenswert ist, dass das Volumen dieses Kerns mit dem Alter abnimmt. Bei Untersuchungen an Alzheimer PatientInnen, deren Schlaf-Wach-Rhythmus typischerweise gestört ist, wurden besonders kleine Nuclei gefunden (Swaab et al., 1985 zit. nach Steiger, 1997).

Psychiatrisch-psychologische Faktoren

Die häufigsten psychischen Ursachen für Schlafprobleme im Alter sind organische Psychosyndrome und Depressionen (Schmidtke et al., 1988, zit. nach Riemann et al., 1997). Weiter Gründe können in den vielfältigen psychosozialen Veränderungen, wie etwa dem Übertritt in die Pension, oder einschneidenden Lebensereignissen, denen ältere Menschen häufiger ausgesetzt sind, liegen. Auch der zunehmenden sozialen Isolation im Alter kommt besondere Bedeutung bei, vor allem weil sie mitunter ein auslösender Faktor für psychische Erkrankungen sein kann, die wiederum zu Schlafschwierigkeiten führen (Riemann et al., 1997).

Wie bereits weiter oben erwähnt kommt es durch biologische Veränderungen im Alter zu einer Zunahme der Einschlafzeit und durch eine geringere Weckschwelle zu einer Abnahme der Durchschlaffähigkeit. Dadurch, aber auch durch verschiedene Erkrankungen, die im Alter gehäuft auftreten können, kommt es zu einer Verminderung der Schlaffähigkeit. Dem gegenüber steht eine gesteigerte Schlafbereitschaft älterer Menschen. Sie gehen häufig früher zu Bett und halten einen Mittagsschlaf oder ein Nickerchen, zudem nehmen oft die Sozialkontakte im Alter und die körperliche Bewegungsfähigkeit ab (Schulz, 1997). Dies alles kann zu unrealistischen Erwartungen bezüglich des eigenen Schlafs und zu Fehlverhalten führen. So verbringen viele ältere Menschen in Erwartung von Schlafproblemen mehr Zeit im Bett als nötig und erleben so den eigenen Schlaf als gestört und nicht befriedigend (Riemann et al., 1997). Es kann dadurch zu einer gesamten Fehleinschätzung der Qualität des eigenen Schlafes kommen (Riemann et al., 1997), weshalb besonders darauf zu achten ist ältere Menschen über die Normalität dieser Veränderungen aufzuklären, um dem subjektiven Empfinden, der Schlaf sei gestört und man müsse besser und länger schlafen können, vorzubeugen (Schulz, 1997).

7.3.3 Spezifische Schlafstörungen im Alter

Neben den bereits beschriebenen, typischen Veränderungen des Schlafs im Alter können laut Universität Marburg (2002) auch folgende spezifische Schlafstörungen, die mit zunehmendem Alter gehäuft auftreten, differenziert werden:

Schlafapnoe

Es handelt sich hierbei um eine Atemstörung, die sowohl im Schlaf aber auch im Wachzustand Probleme verursachen kann. Als typisches Kennzeichen kann bei Betroffenen Schnarchen beobachtet werden, das je nach Art der Schlafapnoe bis zu kurzzeitigen Atemstillständen führen kann. Im Zuge dieser Beeinträchtigung kommt es zu vermehrten Weckreaktionen im Schlaf, an die sich die Betroffenen in der Regel nicht erinnern können. Folgen können Konzentrationsstörungen und in schweren Fällen sogar Herz- und Lungenerkrankungen sein.

Syndrom der vorverlagerten Schlafphase

Die meisten Menschen passen sich dem Umstand, dass sie im Alter ein verfrühtes Bedürfnis haben zu Bett zu gehen, problemlos an. Einige Men-

schen empfinden dies aber als sehr belastend und fühlen sich in ihrer Möglichkeit sozialen Kontakten nachzugehen massiv beeinträchtigt. In diesem Fall spricht man vom Syndrom der vorverlagerten Schlafphase. Dem kann beispielsweise durch eine Bestrahlung mit Tageslicht Abhilfe verschafft werden.

Periodische Bewegungen der Gliedmaßen

Dieses Phänomen ist bei circa 50% der über 65Jährigen beobachtbar. Es kommt zu nächtlichen Zuckungen in Armen und Beinen, die ein- bis zweimal in der Minute über ein bis zwei Stunden auftreten können. Dies kann sich auf die Erholbarkeit des Schlafs auswirken und zu Leistungseinbußen und erhöhter Tagesschläfrigkeit führen.

Abnormes Verhalten im REM-Schlaf

Diese Schlafanomalie ist hauptsächlich bei Männern über 50 beobachtbar. Es kommt zu einem Ausagieren des Geträumten in REM-Phasen, was vor allem zu einer massiven Verletzungsgefahr führen kann.

7.3.4 Mögliche Ursachen für nicht erholsamen Schlaf

Im Folgenden seien mögliche Ursachen für einen nicht erholsamen Nachtschlaf im Alter nach Simen et al. (1997) nochmals im Überblick dargestellt und um einige wesentliche Umweltbedingungen ergänzt:

- ausgedehnter Tagschlaf
- unregelmäßige Aufsteh- und Zubettgehzeiten
- langes „im-Bett-Liegen“
- Grübeln und Nachdenken im Bett
- unbequemes Bett oder ungeeigneter Schlafraum
- Aktivitäten im Bett wie Fernsehen, Essen und Ähnliches.
- Lärm oder helles Licht im Schlafraum
- Konsum von Alkohol, Nikotin oder Koffein
- sonstiger Substanzmissbrauch
- körperliche Erkrankungen

Es bestehen also vielfältige Einflüsse auf den Schlaf. Die wichtigsten lassen sich zu den Gruppen mangelnde Schlafhygiene, Störungen des zirkadia-

nen Rhythmus, Substanzmissbrauch und zugrunde liegende Erkrankungen zusammenfassen (Somnologie, 2001). Besonders im Alter ist es wichtig die Gründe zugrunde liegender Ursachen von Schlafschwierigkeiten genau abzuklären, weil eine leichtfertige Verordnung von Medikamenten oft zu einer Verschlechterung der Symptomatik beiträgt. Vorzuziehen sind verhaltens- und soziotherapeutische Maßnahmen sowie eine verstärkte Aufklärung über natürliche Veränderungen des Schlafs im Alter (Simen et al., 1997).

7.4 Körperliche Aktivität im Alter

Bereits seit der Antike gehen MedizinerInnen und WissenschaftlerInnen von einem kausalen Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit, körperlicher Aktivität und erfolgreichem Altern aus (Lehr, 1978, zit. nach Brehm & Abele, 1992). „Unter körperlicher Aktivität“, so Löllgen, Kunstmann und Engelbrecht (2002, S. 1), „versteht man jede Aktivität, die eine Steigerung des Energieumsatzes zur Folge hat. Körperliche Aktivität wird dann zu Übung, Training und Sport, wenn sie geplant, strukturiert, wiederholt und zielgerichtet ist“; sie stellt „einen aktiven Beitrag des Menschen/Patienten zur Gesundheit“(S. 1) dar. Fontane (1990, zit. nach WHO, 1998a) unterscheidet Aktivitäten des täglichen Lebens, instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, generelle Aktivität und Training, Fitnesstraining und Trainingsübungen.

Regelmäßige körperliche Aktivität führt, unter anderem, zu einer Verbesserung der Lungenfunktion, Senkung der Herzfrequenz, Verbesserung des Fettstoffwechsels, Begünstigung des Zuckerstoffwechsels und Senkung des Blutdrucks (Löllgen, Kunstmann & Engelbrecht, 2002). Laut WHO (1998b) ist ein unmittelbarer Haupteffekt eine bessere Beweglichkeit und eine damit verbundene höhere Mobilität im Alter. Darüber hinaus wirkt körperliches Training vorbeugend gegen Stürze im Alter, von denen die meisten über 65Jährigen betroffen sind, was häufig zu schweren Folgeschäden führt. Zu beachten ist, dass für einen gewünschten Effekt die Belastungsdauer 20 bis 30 Minuten mindestens dreimal wöchentlich in kleineren Einheiten über den Tag verteilt betragen sollte. Der Ausdaueranteil sollte ca. 70% ausmachen und die Belastungsintensität 50 bis 60% der maximalen Herzfrequenz betragen (Löllgen, Kunstmann & Engelbrecht, 2002).

7.4.1 Zeitverwendung älterer Menschen

Die Ergebnisse der Mikrozensusbefragungen 1981 und 1992 des statistischen Zentralamts Österreichs (ÖSTAT, zit. nach Kolland, 2000) zeigen eine deutliche Abnahme von Erwerbstätigkeit bei gleichzeitiger Zunahme von Freizeit und „Tätigkeiten im persönlichen Bereich“ mit dem Alter. So wenden über 70-Jährige drei Stunden mehr für Schlafen und Persönliches und zwei Stunden mehr für Freizeit auf als Personen zwischen 50 und 54. Männer gaben durchschnittlich eine Stunde mehr Freizeit als Frauen und Alleinlebende eine dreiviertel Stunde mehr als jene an, die in einer Partnerschaft lebten (Pomezny, 1995, zit. nach Kolland, 2000). Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch Küster (1998, zit. nach Kolland, 2000) bei einer deutschen Studie zur Zeitverwendung im Alter. Er untersuchte überdies die Relevanz soziodemographischer Daten und fand heraus, dass über 75-jährige BewohnerInnen von Einpersonenhaushalten, Personen mit Pflichtschulabschlüssen, Befragte in Großstädten bzw. Angehörige der unteren sozialen Schichten über das höchste Ausmaß an Freizeit verfügen.

7.4.2 Körperliche Aktivitäten im täglichen Leben

In früheren Zeiten war Beweglichkeit für Menschen notwendig um zu überleben. Sie mussten ihr Essen jagen, Gefahren ausweichen, sich verteidigen und Ähnliches. Heute, vor allem in den westlichen Industrieländern, wird der Großteil der körperlichen Arbeit von Maschinen übernommen. Schon Kinder beginnen früh zu lernen, sich hinzusetzen und fernzusehen oder sich mit dem Computer zu beschäftigen. Nur noch leichte körperliche Anstrengungen sind nötig, um den Alltag zu bewältigen (WHO, 1998b).

Körperliche Aktivitäten des Alltags und funktioneller körperlicher Status können durch verschiedenste Instrumente gemessen werden. Die gebräuchlichsten der letzten Jahre unterscheiden standardmäßig zwischen Aktivitäten des täglichen Lebens wie Essen, sich An- und Ausziehen, Körperpflege und sich in der Wohnung bewegen, und instrumentellen Fertigkeiten wie Haushaltsführung, Benützung öffentlicher Verkehrsmittel und Zubereitung von Essen. Zu Kompetenzeinbußen im Alter kommt es vorwiegend im Bereich der instrumentellen Fertigkeiten (WHO, 1998b).

7.4.3 Sport und seine Bedeutung für Gesundheit und Wohlbefinden

Nach Brehm und Abele (1992) kommt dem Sport als körperliche Aktivität in zweierlei Hinsicht Bedeutung zu. Einerseits beeinflusst sportliche Aktivität die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes positiv, andererseits wirkt sie steigernd auf physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden. Vielfach empirisch belegt ist ein Effekt auf das subjektive Wohlbefinden. Es beschreibt eine subjektiv wahrgenommene Steigerung des Wohlbefindens bei und direkt nach der sportlichen Aktivität. In Untersuchungen von Abele und Brehm (1984, 1985, 1986, 1989 sowie Brehm, 1988, zit. nach Brehm & Abele, 1992) gaben 75% der Sporttreibenden eine Verbesserung der Befindlichkeit nach dem Sport an. Sie sprachen von einer „Stimmungsverbesserung durch größere Ruhe, durch eine gehobenere Stimmung und durch erhöhte Aktivität“ und einer Verringerung von „Erregtheit, Ärger, Deprimiertheit und Energielosigkeit“ (Brehm & Abele, 1992, S. 98). Besonders profitierten ältere Menschen, die nicht an sportliche Betätigungen gewöhnt waren. Als besonders positiven Effekt nannten die TeilnehmerInnen das Erleben der noch vorhandenen körperlichen Möglichkeiten im Kontrast zu ihren Alltagserfahrungen, die sie vor allem mit den individuellen Grenzen konfrontierten.

Der Fragestellung nach einem Zusammenhang zwischen der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes und sportlicher Betätigung sind etwa Uson und Larossa 1982 oder Blumenthal et al. 1982 (zit. nach Brehm & Abele, 1992) nachgegangen. In beiden Untersuchungen konnten leichte positive Auswirkungen auf den wahrgenommenen Gesundheitszustand durch Sport beobachtet werden.

Viele Studien verweisen auf „Aktivität als generelles Korrelat von Lebenszufriedenheit und gesundheitlichem Wohlbefinden“ (Lehr, 1984, zit. nach Brehm & Abele, 1992, S. 110). Der stärkste Zusammenhang wurde zwischen der Häufigkeit körperlicher Aktivität und gesundheitlichem Wohlbefinden gefunden. (Lehr, 1984, zit. nach Brehm & Abele, 1992). Besonders geeignet sind alle Belastungen möglichst großer Muskelgruppen, die auf Ausdauer ausgerichtet sind – also Wandern, Laufen, Radfahren, Schwimmen, Skilanglauf, Gymnastik (Brehm & Abele, 1992). In einer Erhebung des Austrian Life Style 1997 (zit. nach Kolland, 2000) gaben 15,2% der über 60Jährigen Wandern, 12,6% Schwimmen, 18,8% Radfahren und 8,9% Gymnastik als regelmäßige sportliche Betätigung an. Frauen nannten häufiger Schwimmen oder Gymnastik, Männer hingegen Radfahren. Beim Wandern

zeigte sich kein Geschlechtsunterschied. Auch eine Studie von Avlund et al. (1999) bestätigte den Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Wohlbefinden. Besonders hoch war hier der Einfluss des funktionellen Status.

Zu den wichtigsten Ergebnissen der Erforschung von Auswirkungen regelmäßiger sportlicher Aktivität auf das Wohlbefinden zählen nach Brehm und Abele (1992) folgende:

- Kurzzeitige Verbesserungen der Befindlichkeit durch gehobene Stimmung und Spannungsveränderung sowie einer Reduktion negativer Aspekte wie Angst oder Ärger
- Verbesserung des subjektiven Beschwerdestatus
- Kurzfristige Befindensverbesserungen treten besonders häufig auf, wenn mehrere Motivationsgründe für Sport vorliegen, man mit seiner Leistung zufrieden ist und/oder eine bestimmte Belastungsschwelle überschritten wurde.
- Längerfristig ist die Reduktion negativer Empfindungen wie Depressivität, Angst, oder Gereiztheit.
- Positive Empfindungen werden kaum verändert.
- Wohlbefinden ist zunehmend der Grund für körperliche Betätigung.

8 Problemdarstellung und Forschungshypothese

Aufgabestellung vorliegender Arbeit ist die Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen „gesundheitsbezogener“ Lebensqualität und dem Wohlbefinden im Alter.

Bereits hieraus sind wesentliche Schwierigkeiten ersichtlich. Wenngleich vielfache Befunde zur Untersuchung der Lebensqualität und des Wohlbefindens vorliegen, so ist dennoch die Frage nach der Definition dieser Begrifflichkeiten in keiner Weise geklärt. Am sinnvollsten scheint nach Durchsicht der Literatur die Annahme von Maddox (1987, S. 399, zit. nach Lehr, 1997, S. 284), wonach diese Begriffe synonym verwendet werden und Reaktionen eines Individuums auf seine Lebenserfahrungen beschreiben. Von besonderem Interesse ist die subjektive Bewertung der Lebensqualität, ganz im Sinne des biopsychosozialen Modells, wonach erst durch die Einbeziehung der Subjektivität der ganze Mensch betrachtet wird (Walch, 1981, zit. nach Gahleitner, Hintenberger und Leitner, 2013, S. 4). Die „gesundheitsbezogene“ Lebensqualitätsforschung als Teildisziplin der Lebensqualitätsforschung beschäftigt sich mit allen gesundheitsrelevanten Fragestellungen und ihrem Zusammenhang mit dem Wohlbefinden (Patrick & Erikson, 1992 zit. nach Bullinger 1997a). Ihre praktische Anwendung reicht von der Untersuchung von Therapieeffekten bis zu repräsentativen Bevölkerungssurveys (Ravens-Sieberer & Cieza 2000).

Bei der Betrachtung vorliegender Forschungsergebnisse zu „gesundheitsbezogenen“ Dimensionen der Lebensqualität kann festgestellt werden, dass Menschen mit zunehmendem Alter mit einer Vielzahl körperlicher Beeinträchtigungen leben. Sie haben ein erhöhtes Risiko für körperliche Erkrankungen und Beschwerden, es kommt zu Veränderungen der Sinnesphysiologie des Sehens und Hörens sowie des Schlafs und zu Einschränkungen der Mobilität (vergleiche Kapitel 7). Das bedeutet, dass ältere Menschen eine massive Veränderung ihrer Physiologie und damit einhergehend der meisten ihrer Lebensbereiche wie Kommunikation, Mobilität und alltäglichen Fertigkeiten, erleben. Wichtig ist eine lebenslange Orientierung am Alter, um gesundes Altern möglich zu machen (Lehr, 1990). Dies beinhaltet regelmäßige körperliche Aktivitäten gleichermaßen wie gesunde Ernährung, Nichtrauchen, das Pflegen von Sozialkontakten, Wahrnehmen von vorsorgemedizinischen Maßnahmen und kognitive Fertigkeiten zur Problembewältigung. Auch

schulische Bildung und Geschlecht sind wichtige Faktoren für einen verantwortungsvollen Umgang mit der eigenen Gesundheit.

Insgesamt ist der wichtigste Faktor für ein hohes „gesundheitsbezogenes“ Wohlbefinden im Alter weniger objektive körperliche Gesundheit, als vielmehr „ein sich gesund Fühlen“, die subjektive Bewertung des Gesundheitszustandes. Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit führt insgesamt zu einer aktiveren Teilnahme am Leben und so zu mehr Wohlbefinden. Einen positiven Einfluss auf die Wahrnehmung der eigenen körperlichen Gesundheit übt vor allem regelmäßige körperliche Betätigung aus.

Daher ist es höchst interessant, Zusammenhänge zwischen den Dimensionen „Gesundheitszustand“, „Sehen und Hören“, „Schlaf“, „körperliche Aktivitäten“ und „subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes“ und der subjektiven Lebenszufriedenheit zu untersuchen. Bisherige Forschungsergebnisse lassen signifikante Einflüsse dieser Bereiche auf das subjektive Wohlbefinden erwarten. Außerdem ist von Unterschieden hinsichtlich Alter, Geschlecht und schulischer Bildung bei der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes auszugehen.

EMPIRISCHER TEIL

9 Fragestellung

Ziel der vorliegenden Studie ist es, zu untersuchen, ob ein Zusammenhang zwischen „gesundheitsbezogener“ Lebensqualität (LQ) und Wohlbefinden im Alter zu beobachten ist. Abhängig von den bereits vorliegenden empirischen Befunden und eigenen Überlegungen wird dieser Zusammenhang als gerichtet oder ungerichtet angenommen. Von weiterem Interesse ist die Bedeutung soziodemographischer Merkmale der Stichprobe, wie Alter und Geschlecht, für die subjektive Einschätzung der „gesundheitsbezogenen“ Lebensqualität.

Konkret werden die Bereiche „Gesundheitszustand“, „Sehen und Hören“, „Zufriedenheit mit dem Schlaf“, „körperliche Aktivitäten“ und „subjektive Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustandes“ als Indikatoren des latenten Konstrukts der „gesundheitsbezogenen“ Lebensqualität näher betrachtet. Untersucht wird ihr Einfluss auf die aktuelle Einschätzung der Lebenszufriedenheit wie auch auf die allgemeine Zufriedenheit mit dem Leben.

Weiterführend sind von den Ergebnissen ableitbare, sozialpolitische Empfehlungen für den Umgang mit älteren Menschen, den Umgang älterer Menschen mit sich selbst und Angebote für ältere Menschen im Hinblick auf eine Verbesserung ihrer Lebenssituation in unserer Gesellschaft von besonderem Interesse. Hierzu werden die vorgefundenen Ergebnisse mit den im Theorie- teil dargestellten empirischen Befunden verglichen und weiterführende Überlegungen angestellt. Es soll ein Eindruck davon vermittelt werden, was der/die Einzelne, was die Gesellschaft und was die Politik zu einer Verbesserung der Lebenssituation älterer Menschen beitragen kann.

10 Methode

10.1 Versuchspersonen

Für die vorliegende Untersuchung wurden 151 der insgesamt rund 2400 für das ESAW Projekt interviewten Personen im Alter von 50 bis 90 Jahren befragt. Die Versuchspersonen wurden alle einer einzigen Gruppe (= Versuchsgruppe) zugeteilt und innerhalb derer in die Altersklassen 50-59 Jahre, 60-69 Jahre, 70-79 Jahre und 80-90 Jahre unterteilt. Da sich die Fragestellung an eine gesunde ältere Bevölkerung richtete, durften, als Bedingung für die Teilnahme an der Befragung, die Versuchspersonen an keinen schweren chronischen Erkrankungen leiden und sie mussten imstande sein weitgehend selbständig zu wohnen. Um eine Repräsentativität für die Bevölkerung Österreichs gewährleisten zu können, wurden gleich viele Männer und Frauen wie auch Personen aus unterschiedlichen wirtschaftlichen Regionen Österreichs und Personen städtischer sowie ländlicher Regionen befragt. Nähere Angaben zu den soziodemographischen Daten der Stichprobe entnehmen Sie dem Abschnitt 3.1 der Ergebnisse und dem Anhang.

10.2 Untersuchungsdesign

10.2.1 Variablen

Abhängige Variable

Die abhängigen Variablen (AV) sind die Einschätzung der aktuellen Lebenssituation (= aktuelle Lebenszufriedenheit) und die Einschätzung der allgemeinen Zufriedenheit mit dem Leben im Alter.

Unabhängige Variablen

Die unabhängige Variable (UV) der Untersuchung ist die „gesundheitsbezogene“ Lebensqualität. Dieses latente Konstrukt wurde hier durch die Faktoren „Gesundheitszustand“, „Sehen und Hören“, „Zufriedenheit mit dem Schlaf“, „körperliche Aktivitäten“ und „subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes“ erhoben.

Störvariablen

Versuchsleitereffekt

Dadurch, dass die Interviews von verschiedenen Personen durchgeführt wurden, die zu den meisten ihrer Interviewpersonen in einem Nahverhältnis standen, sind Effekte, die auf das Einfühlungsvermögen, die Bereitschaft Skalen zu erklären und auf Fragen einzugehen, Gesprächsatmosphäre und Beziehung zurückzuführen, nicht auszuschließen. Es wurde versucht, diesen Effekt durch einen standardisierten Fragebogen (Abschnitte daraus siehe Anhang) und eine einheitliche InterviewerInnenschulung möglichst konstant zu halten.

Versuchspersonen

Seitens der Versuchspersonen konnten Einflüsse der aktuellen Befindlichkeit und Wachheit zur Zeit der Interviewdurchführung das Ergebnis beeinflussen. Diese wurden mittels einer Befindlichkeitsskala zu Beginn des Fragebogens und der Erhebung von „Life-events“ kontrolliert (Angaben der Versuchspersonen finden sie in Abschnitt 11.2.1). Weiters ist zu berücksichtigen, dass das Instrument sehr lange ist und eine Durchführung viel Zeit in Anspruch nahm, weshalb es in Laufe des Interviews zu Einbußen der Konzentration und Motivation kommen konnte.

Setting

Einen störenden Einfluss konnte auch das sehr unterschiedliche Setting ausüben. Die Interviews wurden an unterschiedlichen Orten und zu unterschiedlichen Tageszeiten durchgeführt. Es gab die Möglichkeit, die Interviews in Räumlichkeiten des Instituts, bei den Versuchspersonen oder den InterviewerInnen zu Hause durchzuführen.

Vorgabemodus

Der uneinheitliche Vorgabemodus konnte Relevanz für die Ergebnisse haben. Die Interviews wurden entweder mit der Versuchsperson gemeinsam im persönlichen Gespräch durchgeführt (1-2 Stunden), nach einer persönlichen Instruktion von der Versuchsperson alleine ausgefüllt oder nach telefo-

nischer Instruktion postalisch an die Interviewperson versendet. Im Rahmen dessen war nicht kontrollierbar, ob die Versuchsperson den Fragebogen auf einmal oder in mehreren Einheiten ausfüllte. Durch einheitliche Instruktionen, die in der InterviewerInnenschulung geübt wurden, wurde versucht, diesen Einfluss so gering wie möglich zu halten.

10.2.2 Zentrale Fragestellungen der Untersuchung

Aufgrund vorliegender empirischer Belege und eigener Überlegungen lassen sich zur Überprüfung der Forschungshypothese folgende Fragestellungen ableiten beziehungsweise formulieren:

Zusammenhänge zwischen den Indikatoren „gesundheitsbezogener“ Lebensqualität und der aktuellen Lebenszufriedenheit bei älteren Menschen:

Ein gerichteter Zusammenhang wird zwischen allen hier untersuchten Indikatoren „gesundheitsbezogener“ Lebensqualität und der subjektiven Einschätzung der aktuellen Lebenszufriedenheit älterer Menschen angenommen. Das bedeutet, dass Sehvermögen, Hörvermögen,... nicht nur Prädiktoren für die aktuelle Lebenszufriedenheit im Alter sind, sondern hohe Einschätzungen des Sehvermögens beispielsweise zu einer hohen aktuellen Lebenszufriedenheit führen.

Die Annahmen für die einzelnen Indikatoren lauten wie folgt:

Körperliche Beeinträchtigungen

Unter je weniger körperlichen Beeinträchtigungen ältere Menschen ihrer subjektiven Einschätzung nach leiden, desto höher ist ihre Einschätzung der aktuellen Lebenszufriedenheit. ($r = \rho < 0$)

Hörvermögen

Die subjektive Einschätzung der aktuellen Lebenszufriedenheit älterer Menschen ist umso höher, je besser sie ihr Hörvermögen einschätzen. ($r = \rho < 0$)

Sehvermögen

Je besser ältere Menschen ihr Sehvermögen einschätzen, desto höher ist auch ihre Einschätzung der aktuellen Lebenszufriedenheit. ($r = \rho < 0$)

Schlaf

Je zufriedenstellender der Schlaf von älteren Menschen empfunden wird, desto höher ist auch ihre subjektive Einschätzung der aktuellen Lebenszufriedenheit. ($r = \rho > 0$)

Häufigkeit körperlicher Aktivitäten

Je häufiger körperlichen Aktivitäten im Alter nachgegangen wird, desto höher ist die Einschätzung aktueller Lebenszufriedenheit. ($r = \rho > 0$)

Subjektive Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustandes

Je besser ältere Menschen ihren körperlichen Gesundheitszustand bewerten, desto höher ist die aktuelle Lebenszufriedenheit. ($r = \rho > 0$)

Zusammenhänge zwischen den Indikatoren „gesundheitsbezogener“ Lebensqualität und der allgemeinen subjektiven Lebenszufriedenheit im Alter:

Zwischen den Indikatoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der allgemeinen Lebenszufriedenheit im Alter wird ein Zusammenhang angenommen. Sehvermögen, Hörvermögen,... sind somit Prädiktoren für die allgemeine Lebenszufriedenheit älterer Menschen. Ob allerdings ein positiver oder ein negativer Einfluss besteht, kann aufgrund der vorgefundenen Belege nicht vorausgesagt werden.

Die Annahmen für die einzelnen Indikatoren lauten wie folgt:

Körperliche Beeinträchtigungen

Die Einschätzung körperlicher Beeinträchtigungen übt einen Einfluss auf die subjektive Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit älterer Menschen aus. ($r = \rho \neq 0$)

Hörvermögen

Die subjektive Einschätzung des Hörvermögens übt einen Einfluss auf die allgemeine Lebenszufriedenheit älterer Menschen aus. ($r = \rho \neq 0$)

Sehvermögen

Die Einschätzung des Sehvermögens älterer Menschen beeinflusst ihre subjektive Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit. ($r = \rho \neq 0$)

Schlaf

Die Zufriedenheit mit dem Schlaf übt einen Einfluss auf die allgemeine Lebenszufriedenheit älterer Menschen aus. ($r = \rho \neq 0$)

Häufigkeit körperlicher Aktivitäten

Die Häufigkeit körperlicher Aktivitäten im Alter beeinflusst die allgemeine Lebenszufriedenheit. ($r = \rho \neq 0$)

Subjektive Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustandes

Die subjektive Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustandes beeinflusst die allgemeine Lebenszufriedenheit im Alter. ($r = \rho \neq 0$)

Unterschiede in der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes.

Geschlecht

Männer und Frauen unterscheiden sich statistisch signifikant in ihrer subjektiven Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustandes.

$$(\bar{x}_1 \neq \bar{x}_2)$$

Bildungsniveau

Personen verschiedener Bildungsniveaus unterscheiden sich statistisch signifikant in ihrer subjektiven Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustandes.

$$(\bar{x}_1 \neq \bar{x}_2)$$

Alter

Menschen unterschiedlichen Alters unterscheiden sich statistisch signifikant hinsichtlich ihrer subjektiven Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustandes.

$$(\bar{x}_1 \neq \bar{x}_2)$$

10.3 Erfassungsinstrumente

Die Fragebogenabschnitte des ESAW Fragebogens, die für vorliegende Untersuchung herangezogen wurden, setzen sich aus Skalen folgender Instrumente Zusammen:

OARS – Multidimensional Functional Assessment Questionnaire.

Der OARS ist ein nach testtheoretischen Maßstäben entwickeltes und überprüfbares Instrument zur Erhebung des funktionellen Status und der Nutzung sozialer Services älterer Menschen. Der Fragebogen wurde 1972 an der Duke University im Rahmen des „Older Americans Resources and Services Program“ (OARS) entwickelt (Fillenbaum, 1988).

Für die vorliegende Studie wurden neun (siehe Abschnitt 10.2.3) der insgesamt 35 vorgelegten Fragen aus dem Abschnitt A des OARS herangezogen. Diese dienen der Erhebung des Faktors „Körperliche Gesundheit und Fähigkeiten zur Bewältigung des Täglichen Lebens“, sie bilden Faktoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ab.

Die Fragen wurden im Rahmen der ESAW Studie erstmals in deutscher Sprache vorgelegt; somit sind keine Angaben über die Gütekriterien der hier verwendeten Version möglich. Für das englischsprachige Original kann die inhaltliche Validität für Abschnitt A des OARS aufgrund der durchgeführten Itemselektion als gesichert angenommen werden, die Kriteriumsvalidität be-

trägt $r = 0,82$. Die Interrater Reliabilität ist mit $r = 0,78$ bis $0,92$ für $p < 0,001$ sehr hoch.

Life Satisfaction Index Z (LSI-Z).

Der LSI-Z ist ein Instrument zur Erhebung der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Er misst Dimensionen wie Entscheidungsstärke, Übereinstimmung zwischen erwünschten und erreichten Zielen, Selbstkonzepte und Optimismus. Der Test besteht aus 13 Items, die mit „Stimme zu“, „Stimme nicht zu“ oder „Nicht sicher“ zu beantworten sind. Für jede Zustimmung (oder Ablehnung bei Negativformulierung) werden 2 Punkte vergeben, was bedeutet, dass Testpersonen einen Wert von maximal 26 Punkten erzielen können, höhere Werte stehen für eine höhere Lebenszufriedenheit (American Thoracic Society, 2004 a). Der LSI-Z ist im Anhang dargestellt.

Cantril's Self Anchoring Ladder.

Dieses Instrument kann zur Einschätzung der gegenwärtigen, vergangenen oder zukünftigen Lebensqualität eingesetzt werden. Die Testpersonen der vorliegenden Untersuchung wurden gebeten, ihre subjektive Einschätzung ihrer gegenwärtigen Lebenszufriedenheit auf einer 10stufigen Leiter einzzeichnen. Die oberste Sprosse repräsentiert dabei die bestmögliche Lebenssituation, die unterste Sprosse die schlechteste. Entsprechend ihrer Angaben konnten die Testpersonen einen Wert zwischen 1 und 10 erzielen, wobei höhere Werte eine höhere Lebenszufriedenheit bedeuten (American Thoracic Society, 2004 b). Die Leiter ist im Anhang abgebildet.

10.4 Untersuchungsdurchführung

Vorliegende Untersuchung wurde in Zeitraum Januar 2002 bis 2004 durchgeführt. Im Rahmen des Forschungsprojektes ESAW wurden von der Abteilung für Klinische Psychologie von Professor Dr. Germain Weber, Durchführungsbeauftragter für Österreich und Luxemburg, acht Diplomarbeiten vergeben. Diese wurden von Studentinnen der Psychologie im Rahmen ihrer Abschlussarbeit durchgeführt.

Nach einer ersten Einführung in das Forschungsprojekt und die zu verwendenden Materialien wurden die Instrumente, die in englischer Originalsprache vorlagen, von den Studentinnen, den Projektmitarbeitern und von einem Übersetzungsbüro übersetzt. Nötige inhaltliche Anpassungen, vor al-

lem in Bezug auf die Erhebung soziodemographischer Daten, wurde von den Studentinnen und den MitarbeiterInnen übernommen; das Übersetzungsbüro gewährleistete eine korrekte Übersetzung und elegante Formulierungen. Eine Gruppe von Studentinnen erarbeitete im Rahmen ihrer Abschlussarbeit eine standardisierte Interviewerschulung für die Vorgabe des Instruments in Österreich.

Nach Absolvierung dieser Schulung wurde von der zweiten Gruppe von Studentinnen und der Abteilung für klinische Psychologie die Stichprobe rekrutiert. Jede Studentin befragte 30 Personen, die vorwiegend aus ihrem persönlichen sozialen Umfeld stammten. Als Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie mussten die Versuchspersonen zwischen 50 und 90 Jahren alt und weitgehend in der Lage sein, selbständig zu leben. Sie wurden am Institut für Psychologie zentral angemeldet um sicherzustellen, dass, entsprechend dem Design für das gesamte Forschungsprojekt, gleich viele Männer wie Frauen je Altersklasse teilnahmen und die Personen, für die Gewährleistung der Repräsentativität, aus städtischen und ländlichen sowie wirtschaftlich reicheren und ärmeren Region kamen.

Der Fragebogen umfasste letztlich 51 Seiten mit über 250 Fragen zu soziodemographischen Daten der Personen und subjektiven Einschätzungen der materiellen Sicherheit, der körperlichen Gesundheit, Fähigkeiten des täglichen Lebens, emotionaler und geistiger Befindlichkeit, Lebensaktivität, sozialen Ressourcen und der Einschätzung der aktuellen und allgemeinen Lebenszufriedenheit.

Für die Untersuchung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurden die soziodemographischen Daten sowie die Angaben zur körperlichen Gesundheit und zur Einschätzung der allgemeinen und gegenwärtigen Lebenszufriedenheit herangezogen. Ergebnisse zu den anderen Bereichen entnehmen Sie den Arbeiten von Unterweger, (2002), Obereder, (2002), Wehinger, (2003) und Eichlehner, (2004).

10.5 Statistische Verfahren

10.5.1 Überblick

In einem ersten Schritt wurden Angaben zur Person wie Alter, Geschlecht, Ausbildungsniveau und andere einer Häufigkeitszählung unterzogen. Die so gewonnenen Daten sind im Abschnitt 11.1 soziodemographische Daten der

Stichprobe angeführt. Anschließend wurde gleichermaßen mit den Angaben zu den einzelnen Indikatoren der „gesundheitsbezogenen“ Lebensqualität, zur Lebenszufriedenheit, zur Befindlichkeitsskala und den Life-events verfahren. Sämtliche Angaben dazu finden Sie im Abschnitt 11.2 deskriptivstatistische Ergebnisse.

Weiters wurde die Skala zur Messung der allgemeinen Lebenszufriedenheit einer Reliabilitätstestung unterzogen. Die Angaben der Testpersonen zur Lebenszufriedenheit wurden mittels Normierung in hohe mittlere und geringe Lebenszufriedenheit unterteilt.

Zur Überprüfung der zentralen Fragestellungen wurden einzelne Items des Fragebogens zu Indices zusammengefasst und anschließend einer Signifikanztestung unterzogen.

10.5.2 Allgemeine statistische Kriterien

Durch die Vorgabe der Fragen mittels Rating-Skalen kann für die vorliegenden Daten Intervallskalierung angenommen werden.

Zur Bestätigung der Gültigkeit wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $p = 0.05$ angenommen. Dies bedeutet ein Ergebnis ist mit 95%iger (signifikant) Wahrscheinlichkeit gültig. Ergebnisse mit $p = 0,01$ sind sehr signifikant, mit $p = 0.001$ höchst signifikant. Die jeweiligen Signifikanzniveaus der einzelnen Ergebnisse sind im Abschnitt 11.3 dargestellt.

Die Gesamte Auswertung der Daten erfolgte mittels SPSS für Windows Version 11.0.1.

10.5.3 Reliabilitätsanalyse und Normierung

Die Skala zur Erfassung der allgemeinen Lebenszufriedenheit wurde zur Überprüfung der Messgenauigkeit einer Reliabilitätsprüfung unterzogen. Der Reliabilitätskoeffizient ALPHA kann einen Wert zwischen 0 und 1 erreichen. Das hier vorgefundene Ergebnis von $ALPHA = 0,7717$ deutet darauf hin, dass der Test zur Messung allgemeiner Lebensqualität gut geeignet ist.

Anschließend wurde, für beide Skalen zur Lebenszufriedenheit, eine Normierung durch die Formel $(x - \bar{x})/s$ getrennt für Geschlecht und Altersgruppen berechnet und die z- und weiters die t-Werte für jede Skala ermittelt. Somit konnten die erreichten Rohwerte in hohe ($t \geq 61$), mittlere ($t = 40-60$)

und geringe ($T \leq 39$) Lebenszufriedenheit eingeteilt werden. Die Ergebnisse der Reliabilitätsprüfung und die Normtabellen finden Sie im Anhang.

10.5.4 Indexbildung zur Überprüfung der zentralen Fragestellungen

Die Indikatoren wurden wie folgt operationalisiert:

Körperliche Beeinträchtigungen – Gesundheitszustand

Die Versuchspersonen wurden zu 20 verschiedenen Medikamenten befragt, „ob sie im vergangenen Monat eines oder mehrere der ... Präparate genommen haben“. In einem weiteren Item wurden sie befragt, ob sie „gegenwärtig unter einer“ von 33 genannten „Beeinträchtigungen der Gesundheit“ leiden, wobei der Grad der Beeinträchtigung auf einer dreistufigen Rating-Skala von „Beeinträchtigt mich...überhaupt nicht“ bis „Beeinträchtigt mich...sehr“ einzustufen war. Zur Berechnung des Faktors „körperliche Beeinträchtigungen“ wurden die Häufigkeiten der Einnahme von Medikamenten und genannter Beeinträchtigungen summiert und auf Basis des errechneten Mittelwertes in die Kategorien „völlig gesund“ (0 Nennungen), „leichte körperliche Beeinträchtigungen“ (1-3 Nennungen) und „schwere körperliche Beeinträchtigungen“ (mindestens 4 Nennungen) eingeteilt.

Sehen und Hören

Der Faktor „Sehen und Hören“, basiert auf den Daten zweier Items. Die Fragen „Wie würden Sie ihr Sehvermögen einstufen?“ und „Wie würden Sie ihr Hörvermögen einstufen?“ wurden von den Versuchspersonen auf jeweils fünfstufigen Rating-Skalen von „Ausgezeichnet“ bis „vollkommen blind/taub“ eingeschätzt. Aufgrund unterschiedlicher empirischer Belege für Sehen und Hören wurde auf eine Summierung beider Variablen zu einem Gesamtscore verzichtet.

Zufriedenheit mit dem Schlaf

Die Zufriedenheit mit dem Schlaf wurde durch die dichotomen (Ja/Nein) Fragen „Fühlen Sie sich normalerweise erholt, wenn Sie am Morgen aufstehen?“ und „Haben Sie normalerweise Schwierigkeiten einzuschlafen?“ ermittelt. Durch Summierung der beiden Items wurde die Zielvariable „Zufriedenheit mit dem Schlaf“ errechnet und die Daten in die Kategorien „gesunder Schlaf“ (keine Beeinträchtigung), „leichte Schlafprobleme“ (eine Beeinträch-

tigung) und „schwere Schlafprobleme“ (zwei Beeinträchtigungen) untergliedert.

Körperliche Aktivitäten

Der Faktor „Körperliche Aktivitäten“ wurde mit der Frage „Wie oft gehen Sie in der Regel“ körperlichen Aktivitäten nach erhoben. Die Beantwortung erfolgte durch Einschätzung auf einer Rating-Skala mit den Antwortmöglichkeiten „täglich“ „Drei bis Viermal pro Woche“, „Ein- bis Zweimal pro Woche“ oder „nie“. Erfragt wurde jede Form körperlicher Aktivität. Sportliche Betätigung gleichermaßen wie Haus- oder Gartenarbeiten.

Subjektive Einschätzung der körperlichen Gesundheit

Für die „Subjektive Einschätzung der körperlichen Gesundheit“ wurden jene beiden Items des Fragebogens herangezogen, die von Fillenbaum (G. G., S. 23, Tab. 6) 1988 für den zugrunde liegenden OARS (Multidimensional Funktional Assessment Questionnaire) mittels Faktorenanalyse errechnet wurden. Laut dieser Analyse repräsentieren diese beiden Fragen den Faktor der subjektiven Einschätzung der körperlichen Gesundheit. Die Fragen lauten „Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand zum gegenwärtigen Zeitpunkt einstufen: ausgezeichnet, gut, zufrieden stellend oder schlecht?“ und „Inwieweit hindern Ihre gesundheitlichen Probleme Sie daran, die Dinge zu tun, die Sie tun möchten: überhaupt nicht, ein wenig oder sehr?“. Die Zielvariable wurde durch Summenbildung berechnet und die neuen Werte wurden auf Basis des Mittelwerts in „Schlechte LQ“ (0 Punkte), „Mittlere LQ“ (1-3 Punkte) und „hohe LQ“ (ab 4 Punkte) eingeteilt.

11 Ergebnisse

11.1 Soziodemographische Daten der Stichprobe

17% der Testpersonen standen in einem engen Bekanntheitsverhältnis zu ihren InterviewerInnen, 43% in einem entfernten Bekanntheitsverhältnis und 40% kannten ihre InterviewerIn überhaupt nicht.

Alter und Geschlecht

Für die vorliegende Untersuchung wurden 76 männliche und 75 weibliche Personen im Alter zwischen 50 und 90 Jahren interviewt. Das durchschnittliche Alter der Versuchspersonen betrug 65 Jahre. Die Verteilung der Geschlechter auf die einzelnen Altersgruppen war, mit Ausnahme der Gruppe 60-69Jähriger, gleich. Die Verteilung ist in Abbildung 5 graphisch veranschaulicht.

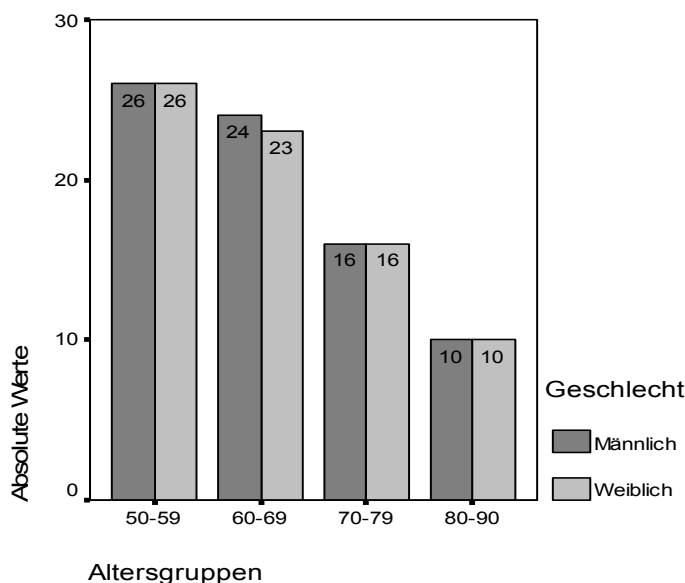


Abbildung 5: Geschlechterverteilung nach Altersgruppen

Stadt/Land – wirtschaftlich reichere und ärmere Regionen

Der überwiegende Anteil der befragten Personen kam aus ländlichen Gegenden (68%), der Anteil städtischer BewohnerInnen nahm mit dem Alter stark ab. Wirtschaftlich ärmere und reichere Regionen waren mit 49% und

51% annähernd gleich stark vertreten, wobei mit zunehmendem Alter eine Verschiebung in Richtung reicherer Regionen zu beobachten war.

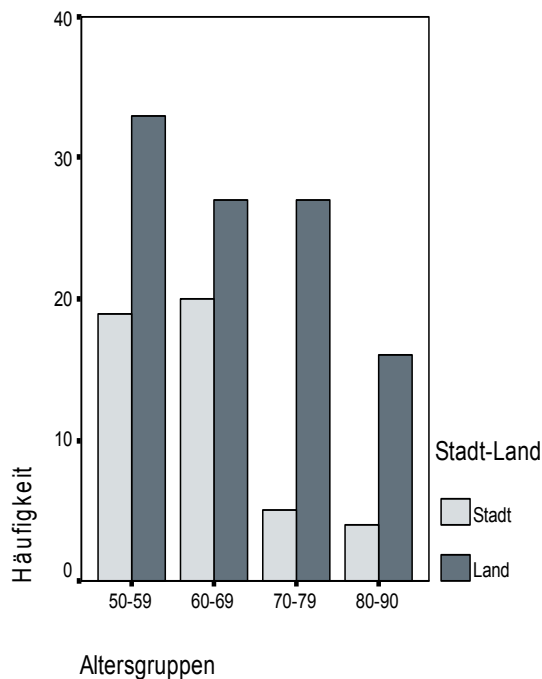


Abbildung 6: städtische und ländliche Regionen getrennt nach Altersgruppen.

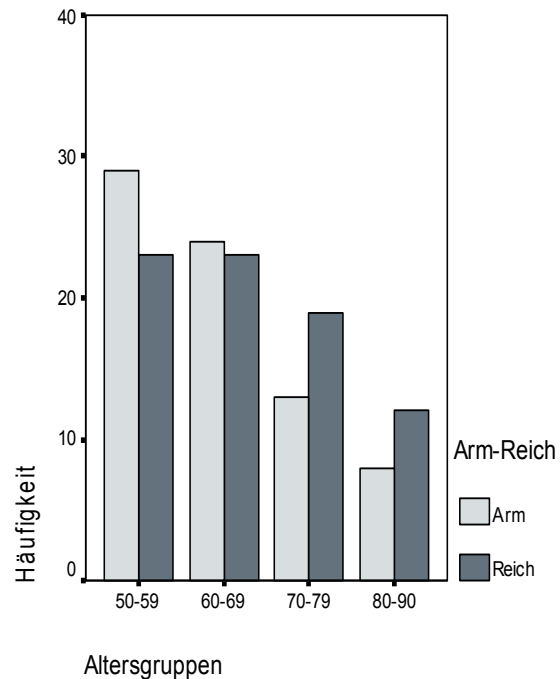


Abbildung 7: ärmere und reichere Regionen getrennt nach Altersgruppen.

Herkunftsfamilie

85% der Testpersonen gaben an schon immer in Österreich gelebt zu haben. Bei 87,4% war auch die Mutter gebürtige Österreicherin und bei 73,5% der Vater. Für mehr als 97% der Befragten war Deutsch die Muttersprache. 88,7% gaben an, Geschwister zu haben beziehungsweise gehabt zu haben, über 60% ein bis vier.

Religion

Auf die Frage nach religiöser Zugehörigkeit antworteten 84,1% der Befragten mit Römisch-katholisch, 13,2% gaben an, ohne Bekenntnis zu sein, 2% nannten Evangelisch und 0,7% andere Glaubensrichtungen.

Wohnsituation

Auf die Frage nach der Größe des Haushalts antworteten 25,2% der Befragten mit Einpersonenhaushalt, 44,4% lebten in Zweipersonenhaushalten und 30,4% in Mehrpersonenhaushalten. Die größte Gruppe (etwa 45%) lebte nach eigenen Angaben in einer Zwei - bis Dreizimmerwohnung.

Ausbildungsstand

Mehr als die Hälfte der interviewten Personen gaben als höchsten Schulabschluss Volksschule, Hauptschule oder Berufsschule an. Knapp 28% absolvierten eine AHS, BHS oder eine Fachschule und nur 11,3% hatten eine universitäre Ausbildung abgeschlossen. Mehr als die Hälfte der Befragten gaben an, vier bis acht Jahre lang eine Schule besucht zu haben.

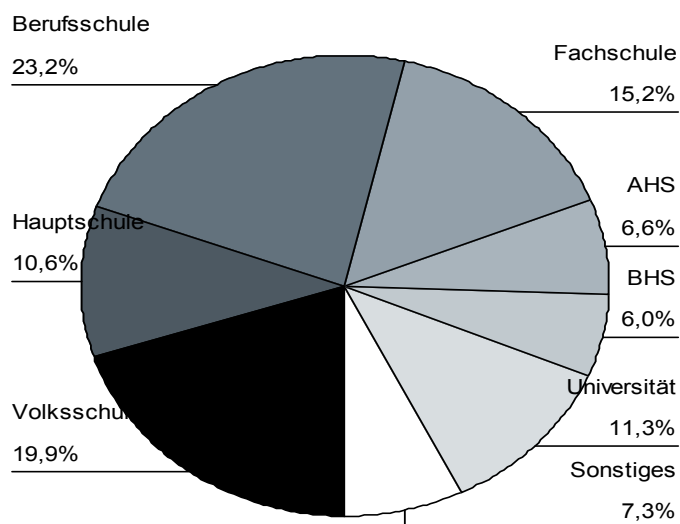


Abbildung 8: Ausbildungsstand

Kinder

70 Prozent der Befragten gaben an ein bis drei Kinder zu haben, etwa 20 Prozent vier oder mehr. Keine Kinder hatten circa 10 Prozent der StudienteilnehmerInnen.

11.2 Deskriptivstatistische Ergebnisse

11.2.1 Befindlichkeitsskala und „Life-events“

Die Befindlichkeitsskala und die Erhebung der „Life-events“ während der letzten 12 Monate vor der Befragung dienten der Kontrolle möglicher Versuchspersonen-spezifischer Einflüsse auf das Testergebnis.

Mittels der Befindlichkeitsskala wurden die Personen nach ihrem aktuellen Befinden („im Moment fühle ich mich...“) hinsichtlich verschiedenster Befindenzustände (gut, müde,...) befragt. Mehr als 75 Prozent der Personen gaben an, zum Zeitpunkt der Befragung etwas oder sehr entspannt, munter, ausgeruht, ruhig und zufrieden zu sein. Sie fühlten sich wohl und gelassen.

Die „Life-events“ wurden durch eine dichotome Skala (Ja/Nein) erfasst. Die Versuchspersonen wurden aufgefordert anzugeben, ob in den letzten 12 Monaten eines oder mehrere der angeführten Ereignisse in ihrem Leben stattgefunden hatten. Die Fragen reichten vom Tod des Partners über Pensionierung und Familienzuwachs bis zu finanziellen Belastungen (Die vollständige Skala ist im Anhang dargestellt). Am häufigsten wurden mit Ja beantwortet Familienzuwachs (17%), das Leiden an einer schwerwiegenden Erkrankung oder Verletzung (16%) und der Tod eines nahe stehenden Familienmitgliedes (14,7%). Keine Nennung gab es zur Entlassung vom Arbeitsplatz. Insgesamt gaben nur wenige der befragten Personen den Vorfall eines einschneidenden Lebensereignisses an. Mehr als 40 Prozent der befragten Testpersonen gaben kein einschneidendes Lebensereignis während der letzten 12 Monate an.

11.2.2 Gesundheitsfaktoren

Körperliche Beeinträchtigungen

Etwa 18 Prozent der befragten Männer und 16 Prozent der Frauen schätzten sich als körperlich völlig gesund ein, das heißt sie nannten weder das Vorliegen einer körperlichen Beeinträchtigung noch die Einnahme eines Medikaments. Weitere 46 beziehungsweise 43 Prozent gaben an unter leichten körperlichen Beeinträchtigungen (ein bis drei Beschwerden oder Medikamente) zu leiden, aber immerhin 36 Prozent der Männer und 41 Prozent der Frauen gaben an unter vier oder mehr Beeinträchtigungen zu leiden und oder Medikamente regelmäßig einzunehmen.

Insgesamt gaben etwa gleich viele Männer wie Frauen an unter Beeinträchtigungen zu leiden, wobei bei den Männern der Anteil derer, die leicht beeinträchtigt waren überwog. Eine graphische Darstellung dazu bietet Abbildung 9.

Zu den fünf häufigsten Beschwerden, die von den StudienteilnehmerInnen angegeben wurden, zählten Bluthochdruck (30%), Durchblutungsstörungen in Armen und Beinen (26%), Rheuma (22%), Herzbeschwerden (13%) und Magen- Darmbeschwerden (11%).

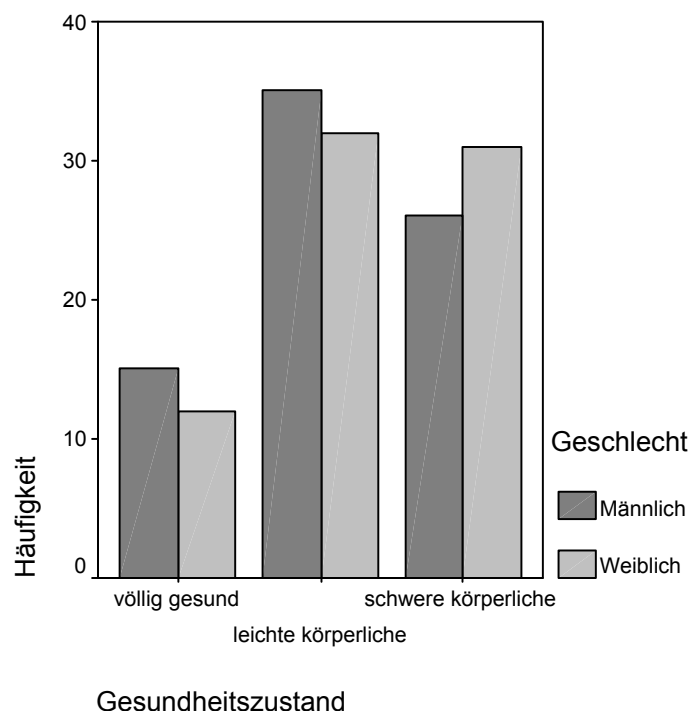


Abbildung 9: Einschätzung des Gesundheitszustandes getrennt nach Geschlecht.

Medikamente nahmen die befragten Personen am häufigsten wegen Bluthochdruck (29%), Herzbeschwerden (25%) und Rheuma (15%). Außerdem nahmen 21% rezeptpflichtige Schmerzmittel und 13% Beruhigungsmittel und Psychopharmaka ein.

Sehvermögen

Etwa 29% der befragten Männer und 28% der Frauen stufte ihr Sehvermögen als ausgezeichnet oder gut ein. Die überwiegende Mehrheit stufte es als zufrieden stellend ein. 20% der Männer und 16% der Frauen gaben an, schlecht zu sehen.

Hörvermögen

Bei der Einschätzung des Hörvermögens gaben jeweils mehr als 50% der Befragten ausgezeichnet oder gut an. Für knapp ein Viertel der StudienteilnehmerInnen war das Hörvermögen zufriedenstellend, und 9% der Frauen und fast doppelt so viele Männer stuften es als schlecht ein.

Zufriedenheit mit dem Schlaf

Mehr als 70% der Männer aber nur knapp über 50% der Frauen schätzten ihren Schlaf als störungsfrei ein. 8% gaben an Probleme beim Einschlafen zu haben und den Schlaf als nicht erholsam zu empfinden. Bei 36% der Frauen und 21% der Männer lag eines dieser beiden Schlafprobleme vor. Männer stuften ihren Schlaf insgesamt besser ein als Frauen.

Körperliche Aktivitäten

Auf die Frage nach der Häufigkeit körperlicher Betätigung gaben 40% der befragten Männer und mehr als 55% der Frauen „täglich“ an. Jeweils 10% gaben an nie körperlichen Aktivitäten nachzugeben. Die übrigen Personen gingen mehrmals wöchentlich, überwiegend drei- bis fünfmal, körperlichen Aktivitäten nach.

Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands

Die überwiegende Mehrheit der Männer und Frauen schätzten ihren Gesundheitszustand als mittel ein. Insgesamt schätzten 94% der Männer und 97% der Frauen ihren Gesundheitszustand als mittel oder gut ein, 3% der Frauen und doppelt so viele Männer gaben an, sich in einem schlechten Gesundheitszustand zu befinden. Eine graphische Darstellung der Ergebnisse getrennt nach Geschlecht bietet Abbildung 10.

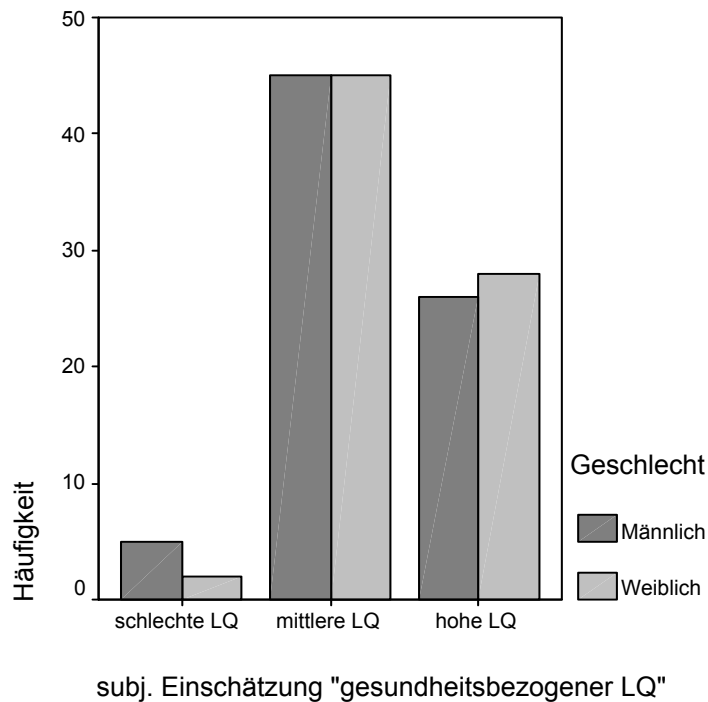


Abbildung 10: subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes

11.2.3 Lebenszufriedenheit

Gegenwärtige Lebenszufriedenheit

Abbildung 11 veranschaulicht die Einschätzung der aktuellen Lebenszufriedenheit der StudienteilnehmerInnen. Aus den Boxplots sind die Mediane (horizontaler Balken) und die Streuung (Boxen und T) getrennt nach Geschlecht und Altersgruppen sowie die Ausreißer (Kreise) abzulesen.

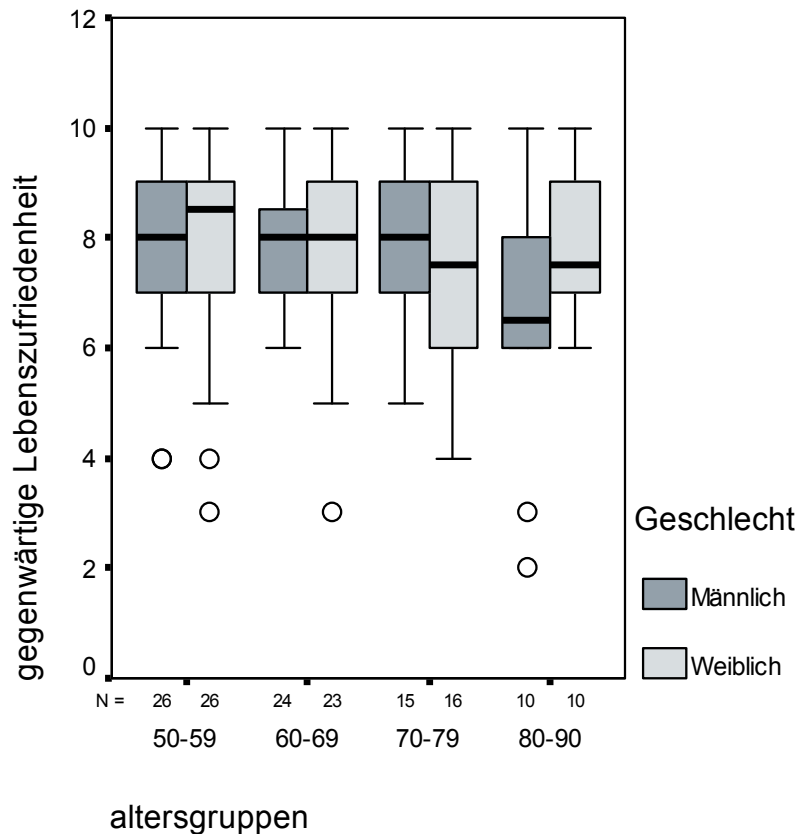


Abbildung 11: aktuelle Lebenszufriedenheit

Es liegt eine generell hohe Einschätzung der gegenwärtigen Lebenszufriedenheit vor. Am schlechtesten ist die Einschätzung der Männer in der Altersgruppe der 80 bis 90-Jährigen mit einem Median von knapp über 6 Rohwerten (= mittlere Lebenszufriedenheit), wobei die Ausreißer in dieser Gruppe mit Werten von nur 2 und 3 zu berücksichtigen sind. Die restlichen Gruppen unterscheiden sich nur geringfügig in ihren Ergebnissen. Der Median liegt zwischen 7,5 und 8,8 von 10 möglichen Rohwerten. Bei den Frauen ist eine kontinuierliche Abnahme mit dem Alter beobachtbar, wohingegen bei Männern erst in der letzten Altersgruppe eine Verschlechterung ersichtlich wird. Der schlechteste Wert war 2, den eine Person in der Altersgruppe der 80- bis 90-jährigen Männer angab.

Allgemeine Lebenszufriedenheit

Bei den Frauen ist auch in der Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit mit zunehmendem Alter eine stetige Abnahme beobachtbar, wobei aber sämtliche der angegebenen Werte im Bereich der mittleren Lebenszufriedenheit (siehe Normtabelle im Anhang) liegen. Männer erzielen zwi-

schen 60 und 69 Jahren die höchsten Werte und die niedrigsten zwischen 70 und 79; ab dem 80. Lebensjahr ist wieder ein Anstieg in der Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit beobachtbar.

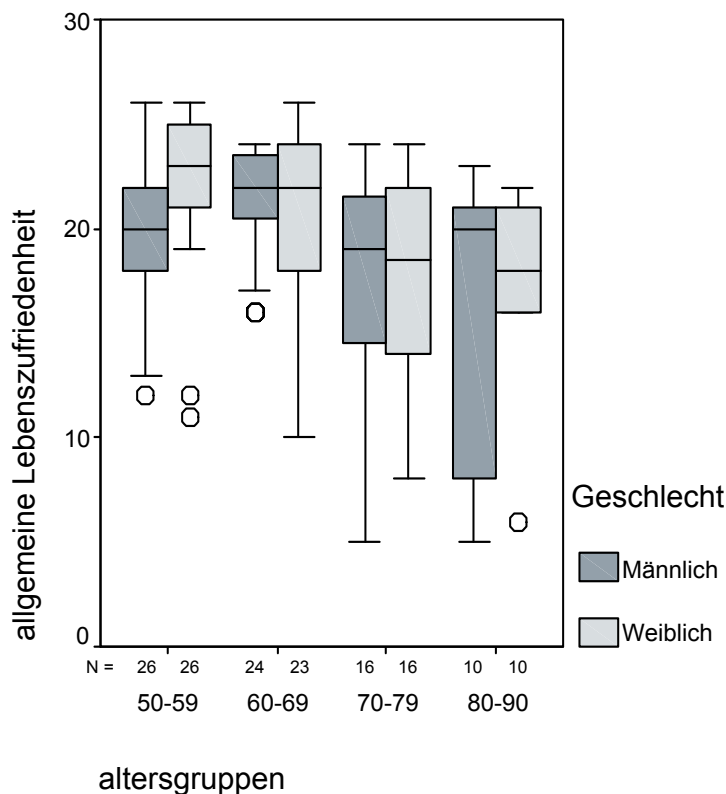


Abbildung 12: allgemeine Lebenszufriedenheit

Insgesamt ist die Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit der befragten Population sehr hoch. Mehr als 80% der Befragten gaben eine mittlere oder hohe Zufriedenheit mit ihrem Leben an. Die höchsten Werte lagen bei 26 von 26 möglichen Punkten und repräsentierten die bestmögliche Zufriedenheit mit dem Leben. Diese Angabe machten Frauen der Altersgruppen 50-59 und 60-69 sowie Männer der Altersgruppe 50-59. Den geringsten Wert, einen Rohscore von 5, erzielten zwei Männer aus den Altersgruppen 70-79 und 80-90; dies entsprach einer schlechten Lebenszufriedenheit. Mit zunehmendem Alter war vor allem eine Konzentration auf eine mittlere Lebenszufriedenheit bei beiden Geschlechtern beobachtbar.

11.3 Überprüfung der zentralen Fragestellungen

Die Testergebnisse des Kolmogorov-Smirnov-Tests zur Überprüfung von Normalverteilung für die Faktoren der „gesundheitsbezogenen“ Lebensqualität (LQ) und der Skalen für Lebenszufriedenheit waren mit 0.000 signi-

fikant. Das bedeutet, dass keine Normalverteilung vorliegt und somit parameterfreie Verfahren angewendet werden mussten. Deshalb wurde zur Überprüfung der Zusammenhänge zwischen den einzelnen Faktoren der „gesundheitsbezogenen“ Lebensqualität und der Lebenszufriedenheit jeweils eine Spearman-Korrelation, für die Berechnung statistisch signifikanter Zusammenhänge nicht normalverteilter, intervallskalierter Variablen, berechnet.

In den Abschnitten 11.3.1 und 11.3.2 werden die Ergebnisse gegliedert nach Zusammenhängen mit der aktuellen und allgemeinen Lebenszufriedenheit, für die eingangs formulierten zentralen Fragestellungen getrennt, dargestellt. Die Ergebnisse der Signifikanztests sind in Tabelle 5 und Tabelle 6 zusammengefasst.

11.3.1 Zusammenhang zwischen den Indikatoren „gesundheitsbezogener“ Lebensqualität und aktueller Lebenszufriedenheit bei älteren Menschen

Körperliche Beeinträchtigungen

Der Zusammenhang zwischen der Einschätzung körperlicher Beeinträchtigungen und der aktuellen Lebenszufriedenheit beträgt $r = -0,316$ und weist somit auf einen geringen Zusammenhang zwischen den beiden Variablen. Dieses Ergebnis ist auf einem Niveau von 0.001 statistisch höchst signifikant und bedeutet, dass hohe Werte bei der Einschätzung der körperlichen Beeinträchtigung (= schlechter Gesundheitszustand) zu einer niedrigen Einschätzung der aktuellen Lebenszufriedenheit führen.

→ Unter je weniger körperlichen Beeinträchtigungen eine ältere Person nach ihrer eigenen Einschätzung leidet, desto höher ist ihre subjektive Einschätzung der gegenwärtigen Lebenszufriedenheit.

Hörvermögen

Die Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der Einschätzung des Hörvermögens und der gegenwärtigen Lebenszufriedenheit ergibt eine Korrelation in der Höhe von $r = -0,161$. Dieses Ergebnis ist auf einem Niveau von 0,05 signifikant. Das Hörvermögen übt einen sehr geringen, aber statistisch signifikanten Einfluss auf die Einschätzung der aktuellen Lebenszufriedenheit aus.

→ Ein subjektiv als gut erlebtes Hörvermögen wirkt sich positiv auf die Einschätzung der gegenwärtigen Lebenszufriedenheit aus.

Sehvermögen

Der Zusammenhang zwischen der Einschätzung des Sehvermögens und der aktuellen Lebenszufriedenheit beträgt $r = -0,201$, bestätigt also einen geringen Zusammenhang. Das negative Vorzeichen bedeutet, wie schon bei den vorangegangenen Korrelationen, dass hohe Werte beim Sehvermögen zu geringen Werten der aktuellen Lebenszufriedenheit führen. (Je geringer die Werte des Sehvermögens sind, umso besser wurde es eingeschätzt). Das Ergebnis ist auf einem Niveau von 0,05 signifikant.

→ Ein subjektiv als gut erlebtes Sehvermögen hat einen positiven Einfluss auf die Einschätzung der gegenwärtigen Lebenszufriedenheit älterer Menschen.

Schlaf

Die Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der Zufriedenheit mit dem Schlaf und der Einschätzung der aktuellen Lebenszufriedenheit führte zu einem geringen, statistisch signifikanten ($p = 0,01$) Ergebnis. ($r = 0,217$) Hohe Werte der Variable Zufriedenheit mit dem Schlaf repräsentieren eine hohe Zufriedenheit.

→ Je Zufriedener ältere Menschen mit ihrem Schlaf sind, desto höher stufen sie ihre gegenwärtige Lebenszufriedenheit ein.

Häufigkeit körperlicher Aktivitäten

Der Korrelationskoeffizient für die Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der Häufigkeit körperlicher Aktivitäten und der subjektiven Einschätzung der aktuellen Lebenszufriedenheit beträgt $r = -0,184$. Dies stellt einen sehr geringen Zusammenhang dar, der auf einem Niveau von 0.05 statistisch signifikant ist. Hohe Ausprägungen der Variable „Häufigkeiten körperlicher Aktivität“ deuten auf häufigere körperliche Betätigung hin.

→ Häufige körperliche Aktivitäten üben keinen statistisch signifikanten, positiven Einfluss auf die subjektive Einschätzung der gegenwärtigen Lebenszufriedenheit aus.

Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes

Der Zusammenhang zwischen der subjektiven Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustandes und der aktuellen Lebenszufriedenheit weist den höchsten Zusammenhang der vorliegenden Untersuchung auf und beträgt $r = 0,489$. Dieses Ergebnis ist auf einem Niveau von 0.001 höchst signifikant und bestätigt die Annahme, dass eine insgesamt hohe subjektive Zufriedenheit mit der körperlichen Gesundheit einen positiven Einfluss auf die Einschätzung der gegenwärtigen Lebenszufriedenheit ausübt.

→ Je besser ältere Menschen ihren Gesundheitszustand einschätzen umso höher ist auch ihre Einschätzung der gegenwärtigen Lebenszufriedenheit.

Tabelle 5: Korrelationen der einzelnen Faktoren der „gesundheitsbezogenen“ Lebensqualität mit der subjektiven Einschätzung der gegenwärtigen Lebenszufriedenheit.

	Gegenwärtige Lebenszufriedenheit		
	Korrelationskoeffizient	Signifikanz	N
Körperl. Beeinträchtigungen	-0,316	0,000	150
Hörvermögen	-0,161	0,049	150
Sehvermögen	-0,201	0,014	150
Zufriedenheit mit dem Schlaf	0,217	0,008	150
Körperliche Aktivitäten	-0,184	0,024	150
Subj. Gesundheitszustand	0,489	0,000	150

Ergebnisse mit einer Signifikanz $< 0,05$ oder $0,01$ sind auf dem entsprechenden Niveau statistisch signifikant. Der Korrelationskoeffizient gibt die Richtung (Vorzeichen) und die Stärke(-1 bis +1) des Zusammenhangs an. Die Stichprobe bei der Einschätzung der gegenwärtigen Lebenszufriedenheit betrug $N = 150$, weil eine der teilnehmenden Testpersonen diesen Abschnitt des Fragebogens nicht ausgefüllt hatte.

11.3.2 Zusammenhang zwischen den Indikatoren „gesundheitsbezogener“ Lebensqualität und der allgemeinen Lebenszufriedenheit im Alter.

Körperliche Beeinträchtigungen

Zwischen körperlichen Beeinträchtigungen und der Einschätzung der aktuellen Lebenszufriedenheit konnte ein geringer Zusammenhang in der Höhe von $r = -0,256$ nachgewiesen werden. Dieses Ergebnis ist auf einem Niveau von 0,01 statistisch hoch signifikant.

→ Es besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Einschätzung körperlicher Beschwerden und der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Je geringer die Beschwerden eingeschätzt werden, desto höher ist die Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit.

Hörvermögen

Die Korrelation zwischen den Variablen Hörvermögen und Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit beträgt $r = -0,266$. Dieses Ergebnis ist auf einem Niveau von 0,01 statistisch hoch signifikant.

→ Es besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der subjektiven Einschätzung des Hörvermögens und der der aktuellen Lebenszufriedenheit. Je besser ältere Menschen ihr Hörvermögen einschätzen, desto höher ist ihre Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit.

Sehvermögen

Der Zusammenhang zwischen der Einschätzung des Sehvermögens und der allgemeinen Lebenszufriedenheit beträgt $r = -0,136$. Dieses Ergebnis ist statistisch nicht signifikant. Somit konnte kein Einfluss der Einschätzung des Sehvermögens auf die allgemeine Lebenszufriedenheit nachgewiesen werden kann.

→ Es konnte kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der subjektiven Einschätzung des Sehvermögens und der allgemeinen Lebenszufriedenheit nachgewiesen werden.

Schlaf

Die Überprüfung eines Zusammenhangs zwischen der Zufriedenheit mit dem Schlaf und der Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit ergab eine Korrelation in der Höhe von $r = 0,213$. Dieses Ergebnis ist auf einem Niveau von 0,01 statistisch hoch signifikant.

→ Es besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit dem Schlaf und der Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Je zufriedener ältere Menschen mit ihrem Schlaf sind, desto besser stufen sie ihre allgemeine Lebenszufriedenheit ein.

Häufigkeit körperlicher Aktivitäten

Der Zusammenhang zwischen der Häufigkeit körperlicher Aktivitäten und der allgemeinen Lebenszufriedenheit ist auf einem Niveau von 0,01 statistisch hoch signifikant. Der Korrelationskoeffizient beträgt $r = -0,227$ und weist einen geringen Einfluss nach..

→ Es besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Häufigkeit körperlicher Aktivitäten und der Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Häufige körperliche Betätigung führt zu einer geringeren Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit.

Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes

Die Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der subjektiven Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustandes und der allgemeinen Lebenszufriedenheit ergab einen Zusammenhang in der Höhe von $r = 0,443$. Dieses Ergebnis ist höchst signifikant auf einem Niveau von 0,001.

→ Es besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes und der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Je gesünder sich ältere Menschen fühlen desto höher ihre Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit.

Tabelle 6: Korrelationen der einzelnen Faktoren der „gesundheitsbezogenen“ Lebensqualität mit der subjektiven Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit.

	Allgemeine Lebenszufriedenheit		N
	Korrelationskoeffizient	Signifikanz	
Körperl. Beeinträchtigungen	-0,256	0,002	151
Hörvermögen	-0,266	0,001	151
Sehvermögen	-0,136	0,096	151
Zufriedenheit mit dem Schlaf	0,213	0,009	151
Körperliche Aktivitäten	-0,227	0,005	151
Subj. Gesundheitszustand	0,443	0,000	151

11.3.3 Unterschiede in der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Mittelwertsvergleiche zwischen den Geschlechtsgruppen, den Bildungsgruppen und den Altersgruppen dargestellt.

Zur Überprüfung auf Normalverteilung der subjektiven Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustandes für die einzelnen Gruppen der Variablen Geschlecht, Bildung und Alter und der untersuchten Faktoren und der abhängigen Variablen wurde der Kolmogorov-Smirnov-Test verwendet. Für die Variablen Altersgruppen und Geschlecht konnte in keiner Gruppe eine Normalverteilung gefunden werden, lediglich die Gruppen „AHS“, „Hauptschule“ und „sonstige“ der Variable Bildung weisen eine Normalverteilung bei der subjektiven Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustandes auf. Diese Gruppen wurden anschließend paarweise mittels Levine-Test auf Homogenität der Varianzen überprüft. Die Ergebnisse waren für alle Gruppen nicht signifikant, was heißt, dass keine Homogenität der Varianzen vorliegt. Aufgrund dieser Ergebnisse musste anstelle eines T-Tests ein U-Test für die Mittelwertsvergleiche verwendet werden.

Die Signifikanztestung erfolgte aufgrund dessen für die einzelnen Gruppen paarweise mittels U-Test nach Mann und Whitney für 2 Gruppen und mittels Kruskal-Wallis- und anschließend Mann-Whitney U-Test für k Gruppen.

Geschlecht

Der Mittelwertsvergleich zwischen Männern und Frauen hinsichtlich ihrer subjektiven Einschätzung ihres körperlichen Gesundheitszustandes lieferte kein statistisch signifikantes Ergebnis.

→ Männer unterscheiden sich nicht statistisch signifikant von Frauen hinsichtlich ihrer Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustandes.

Bildungsniveau

Das Ergebnis des Mittelwertsvergleichs zwischen den Bildungsgruppen bezüglich ihrer subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes lieferte kein statistisch signifikantes Ergebnis.

→ Es konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den einzelnen Gruppen des Bildungsniveaus hinsichtlich ihrer Einschätzung des Gesundheitszustandes nachgewiesen werden; Personen unterschiedlichen Ausbildungsstandes unterscheiden sich nicht voneinander.

Alter

Das Ergebnis des Kruskal-Wallis Test zur Überprüfung auf Unterschiede zwischen den Altersgruppen hinsichtlich ihrer Einschätzung des Gesundheitszustandes war mit $p = 0,000$ höchst signifikant. Die weitere Überprüfung mittels U-Test ergab signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen 50-59 und 70-79, 50-59 und 80-90, 60-69 und 70-79, 60-69 und 80-90. Nur die Gruppen 70-79 und 80-90 beziehungsweise 50-59 und 60-69 unterschieden sich nicht statistisch signifikant voneinander. Die Ergebnisse des Kruskal-Wallis Tests sind: Chi-Quadrat: 28,623, df 3, Asymptotische Signifikanz 0,000.

→ Die Altersgruppen unterscheiden sich statistisch signifikant voneinander in Hinblick auf ihre subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes. Nur 70-79Jährige unterscheiden sich nicht statistisch signifikant von 80-90Jährigen und 50-59Jährige nicht von 60-69jährigen. Je älter die Versuchspersonen waren, desto schlechter schätzten sie ihren Gesundheitszustand ein.

12 Diskussion der Ergebnisse

12.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die 151 StudienteilnehmerInnen waren durchschnittlich 65 Jahre alt. Davon waren 75 weiblich und 76 männlich. Untersucht wurden die Variablen „körperliche Beeinträchtigung“, „Hörvermögen“, „Sehvermögen“, „Zufriedenheit mit dem Schlaf“, „Häufigkeit körperlicher Aktivitäten“ und „subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes“ als Indikatoren des latenten Konstrukts „gesundheitsbezogene Lebensqualität“.

Die deskriptivstatistische Untersuchung der Indikatoren zeigte:

Der Großteil der Befragten leidet unter leichten (46% der Männer und 43% der Frauen) oder schweren (36% der Männer und 41% der Frauen) körperlichen Beeinträchtigungen. Die häufigsten genannten Beschwerden waren Bluthochdruck (30%), Durchblutungsstörungen in Armen und Beinen (26%), Rheuma (22%), Herzbeschwerden (13%) und Magen- Darmbeschwerden (11%). Medikamente nahmen die befragten Personen am häufigsten gegen Bluthochdruck (29%), Herzbeschwerden (25%), Rheuma (15%), Schmerzen (21%) und Beruhigungsmittel und Psychopharmaka (13%).

Von knapp 30% der Befragten wurde das Sehvermögen als gut oder ausgezeichnet eingestuft, die Mehrheit stufte es als zufriedenstellend ein.

Mehr als die Hälfte schätzte ihr Hörvermögen als gut oder ausgezeichnet ein, lediglich knapp 10% der Frauen und 18% der Männer stuften es als schlecht ein.

Fast drei Viertel aller Männer und knapp die Hälfte der Frauen schätzten ihren Schlaf als störungsfrei ein. 36% der Frauen und 21% der Männer hatten entweder Schwierigkeiten beim Einschlafen oder empfanden den Schlaf als nicht erholsam, lediglich 8% der Befragten wiesen beide Störungen auf.

Der Großteil der Männer (50%) ging mehrmals wöchentlich, der Großteil der Frauen (55%) täglich körperlichen Aktivitäten nach. Etwa 10% gaben an, sich nie körperlich zu betätigen.

Insgesamt schätzten 94% der Männer und 97% der Frauen ihren Gesundheitszustand als mittel oder gut ein.

Bei den Mittelwertsvergleichen zwischen den Gruppen der Variablen Geschlecht, Alter und Bildung hinsichtlich ihrer subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes wurden nur für die Altersgruppen statistisch signifikante Unterschiede nachgewiesen. Alle Gruppen unterschieden sich signifi-

kant voneinander mit Ausnahme der Gruppen der 70-79Jährigen von den 80-90Jährigen und 50-59Jährige von den 60-69Jährigen.

Die Signifikanztestung der Indikatoren hinsichtlich eines Zusammenhangs mit der abhängigen Variable gegenwärtige Lebenszufriedenheit ergab hoch signifikante Zusammenhänge mit körperlichen Beeinträchtigungen, Sehvermögen, Hörvermögen, Zufriedenheit mit dem Schlaf und subjektiver Einschätzung des Gesundheitszustandes.. All diese Indikatoren haben einen positiven Einfluss auf die Einschätzung der gegenwärtigen Lebenszufriedenheit. Nur für die Häufigkeit der körperlichen Aktivitäten konnte kein positiver statistisch signifikanter Einfluss nachgewiesen werden. Der Einfluss der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes auf die aktuelle Lebenszufriedenheit ist aber fast doppelt so groß als der, aller anderen Faktoren.

Die Überprüfung des Zusammenhangs mit der zweiten abhängigen Variablen, der Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit, ergab statistisch signifikante Zusammenhänge für körperliche Beeinträchtigungen, Hörvermögen, Zufriedenheit mit dem Schlaf. körperliche Aktivitäten und die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes, nicht aber für das Sehvermögen. Alle Variablen mit Ausnahme der körperlichen Aktivitäten, für die ein geringfügiger negativer Einfluss nachgewiesen wurde, übten einen positiven Einfluss auf die Einschätzung der aktuellen Lebenszufriedenheit aus. Auch bei der allgemeinen Lebenszufriedenheit war der Einfluss der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes am stärksten.

Insgesamt erreichten die StudienteilnehmerInnen bei der Einschätzung der gegenwärtigen und allgemeinen Lebenszufriedenheit sehr hohe Werte. Mehr als 80% erzielten Werte von mittlerer oder hoher Lebenszufriedenheit. Männer erzielten leicht bessere Werte als Frauen. Bei den Frauen war im Mittel eine Abnahme mit dem Alter beobachtbar.

12.2 Vergleich der Ergebnisse mit der Literatur

Vorliegender Studie liegt nach der Einteilung von Bullinger (1997a, Kapitel 4.3) die Annahme eines interindividuellen Modells der Lebensqualität nach Schipper (1996) zugrunde, wonach das Konstrukt der Lebensqualität durch eine endliche Anzahl von messbaren Indikatoren, die für verschiedene Personen relevant sind, beschreibbar ist. Im Vergleich mit neueren Entwick-

lungen in der Lebensqualitätsforschung (vergleiche Kapitel 5.5) ist das hier verwendete Instrument eher umfangreich und lange.

Die gewonnenen Daten bieten eine Ergänzung zu den Querschnittserhebungen zur Lebensqualität älterer Menschen im deutschsprachigen Raum. Einzureihen sind sie neben denen groß angelegter Studien wie etwa die Berliner Altersstudie, der Bonner Längsschnittstudie oder den Mikrozensusserhebungen der ÖSTAT.

Die erzielten Ergebnisse zu körperlichen Beeinträchtigungen stimmen weitgehend mit denen gesichteter empirischer Belege überein. Die fünf am häufigsten genannten Beschwerden Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen in Armen und Beinen, Rheuma, Herzbeschwerden und Magen-Darmbeschwerden finden sich auch in den Ergebnissen von Steinhagen-Thiessen und Borchelt (1999) der Berliner Altersstudie und der SERMO-Studie (1997). Dies trifft auch auf die häufigsten genannten Medikamente (gegen Bluthochdruck, Herzbeschwerden, Rheuma, Schmerzen und Beruhigungsmittel und Psychopharmaka) zu. Mehr als 80% der StudienteilnehmerInnen litten unter mindestens einer körperlichen Beschwerde oder nahmen regelmäßig ein Medikament ein. Die Prävalenz für 70-Jährige und Ältere für das Vorliegen von zumindest einer Erkrankung liegt nach Steinhagen-Thiessen und Borchelt (1999) bei 87-96%, für die regelmäßige Einnahme von Medikamenten bei 96%. Die Häufigkeit ist in der vorliegenden Untersuchung geringer als die in der Literatur vorgefundene, die Stichprobe umfasste allerdings Personen ab dem vollendeten 50. Lebensjahr.

Die Untersuchung von Seh- und Höreinbußen zeigte, dass ca. 70% der StudienteilnehmerInnen ihr Sehvermögen und knapp 50% ihr Hörvermögen als zufriedenstellend oder schlecht einstufen. Dies lässt auf das Vorliegen von Seh- und Höreinbußen schließen. Werden auch jene miteinbezogen, die die Funktionalität ihrer Sinnesorgane als gut und nicht ausgezeichnet einstufen, so decken sich die Ergebnisse zum Sehvermögen in etwa mit den Angaben von Marsiske et al. (1999) aus der Berliner Altersstudie. Nicht vergleichbar sind die Werte zum Hörvermögen. In den gesichteten Unterlagen lagen die Werte weit unter denen, die hier vorgefunden wurden. Die Zusammenhänge mit gegenwärtiger Lebenszufriedenheit waren statistisch signifikant, besonders jene des Sehvermögens. Dazu lagen keine vergleichbaren empirischen Befunde vor. Der Zusammenhang mit allgemeiner Lebenszufriedenheit konnte, im Gegensatz zu den Ergebnissen der Berliner Altersstudie, wo der

Einfluss beider Sinnesmodalitäten nachgewiesen werden konnte, nur für das Hörvermögen bestätigt werden.

Bei der Zufriedenheit mit dem Schlaf waren die Angaben der Studienteilnehmer vergleichbar mit jenen von Simen et al. (1997). Auch das Ergebnis, dass Frauen öfter von Schlafschwierigkeiten betroffen sind als Männer konnte bestätigt werden, wobei die Unterschiede nur auf deskriptivstatistischen Untersuchungen basieren und keiner Signifikanztestung unterzogen wurden. Außerdem wurden statistisch signifikante Zusammenhänge mit aktueller und allgemeiner Lebenszufriedenheit festgestellt, wobei vergleichbare empirische Belege fehlen.

Der in der Literatur vielfach nachgewiesene positive Effekt körperlicher Aktivitäten auf das Wohlbefinden (vergleiche Brehm & Abele, 1992; Avlund et al., 1999, Kapitel 7.4) konnte nicht bestätigt werden. Ganz im Gegenteil wurde hier ein leicht negativer Einfluss auf die gegenwärtige und allgemeine Lebenszufriedenheit vorgefunden.

Die Ergebnisse der Signifikanztestung der vorliegenden Studie zu körperlichen Beeinträchtigungen und subjektiver Einschätzung des Gesundheitszustandes lieferten statistisch hoch signifikante Zusammenhänge mit aktueller und allgemeiner Lebensqualität. Wie auch in den Ergebnissen der Berliner Altersstudie (Smith et al. 1999a), der Bonner Längsschnittstudie (Lehr & Thomae, 1987; Kesser & Reimer, 1987, zit. nach Lehr, 1997) und der Duke-Studie (Palmore, 1985, zit. nach Lehr, 1997) war die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes der beste Prädiktor für Wohlbefinden im Alter. Im Gegensatz zu Gunzelmann et. al. (1999) konnten Unterschiede in der subjektiven Einschätzung nur zwischen den Altersgruppen, nicht aber für Geschlecht und Bildung nachgewiesen werden. Die vorgefundene, insgesamt sehr positive Einschätzung des Gesundheitszustandes findet sich auch in einer Gesundheitsbefragung in der Schweiz (Höpflinger & Stuckelberger, 1999) und im Mikrozensus für Österreich 1998 (zit. nach Kytir et al., 2000). Diese Daten über den Einfluss der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes auf die aktuelle Lebenszufriedenheit entsprechen auch den Annahmen des Bio-psycho-sozialen-Modells, das die subjektive Bewertung von Personen in den Mittelpunkt stellt und als wesentlich erachtet. Engels Modell förderte Patientenorientierung, Orientierung am Dialog und an der Beziehung und die Berücksichtigung des sozialen Umfeldes (Pauls, 2013 zitiert nach Gahleitner, Hahn und Glemser, 2014). Auch aktuelle Forschungsergebnisse aus der Neurophysiologie deuten darauf hin, dass körperliche, emotionale

und kognitive Prozesse ebenso, wie soziales Geschehen untrennbar miteinander verbunden sind (Fuchs, 2010, zit. nach Gahleitner, Hintenberger und Leitner, 2013, S. 4) Es gibt inzwischen zahlreiche Belege dafür, dass psychosoziale Faktoren das wichtigste Bindeglied zwischen materiellen Nachteilen und psychischer sowie körperlicher Gesundheit sind (Gahleitner, Hahn und Glemser, 2014). Siegrist (1998, zitiert nach Pauls, 2013) fand vier Bereiche in denen soziale wie psychische Einflüsse besonders bedeutsam sind: Inanspruchnahme und Telhabe an medizinischer Versorgung, materielle Lebenssituation, gesundheitsschädliches und gesundheitsförderliches Verhalten und chronische Belastungen mit negativen Emotionen als Folge sozialer Benachteiligung. „Der BPS-Entwurf ist ein `Paradigma im Werden`. Seine metatheoretischen Perspektiven und vielfältige empirische Belege geben Impulse für die Entwicklung hin zu einer tatsächlichen Paradigmenänderung.“ (Pauls, 2013 S 13)

12.3 Interpretation der Ergebnisse

Die untersuchte Population wies generell eine sehr hohe allgemeine und gegenwärtige Lebenszufriedenheit auf, die meisten der befragten Personen waren mit ihrem derzeitigen Leben und ihrem Leben insgesamt zufrieden.

Der statistisch signifikante Zusammenhang zwischen den Indikatoren der „gesundheitsbezogenen“ Lebensqualität und der allgemeinen und gegenwärtigen Lebenszufriedenheit, bestätigt die Grundannahme der Forschungshypothese, dass körperliche Faktoren einen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit im Alter ausüben.

Das Vorhandensein körperlicher Beeinträchtigungen, die Funktionalität des Hörens und die Qualität des Schlafs sind ausschlaggebend für gegenwärtiges und allgemeines Wohlbefinden im Alter. Unter je weniger körperlichen Beeinträchtigungen ein älterer Mensch leidet, je weniger Medikamente er zu sich nehmen muss, je besser er sein Hörvermögen einschätzt und unter je weniger Schlafstörungen er leidet und je erholsamer er seinen Schlaf empfindet desto zufriedener ist er mit seinem gegenwärtigen Leben und seinem Leben im Allgemeinen.

Wie gut ein älterer Mensch sein Sehvermögen empfindet scheint aufgrund der Ergebnisse nur für sein gegenwärtiges Wohlbefinden von Relevanz. Dies ist aufgrund der Ergebnisse der Berliner Altersstudie (Marsiske et al., 1999) eher verwunderlich. Einerseits könnte eine Unschärfe in der Messung des Sehvermögens bei der vorliegenden Studie ausschlaggebend für dieses Er-

gebnis sein, oder aber der Unterschied ist auf den Umstand zurückzuführen, dass bei der Berliner Altersstudie objektive Daten, bei vorliegender Studie hingegen subjektive Einschätzungen zur Untersuchung herangezogen wurden. Letzteres scheint insofern plausibel, als auch bei anderen Parametern, wie etwa dem des Gesundheitszustandes einer Person, Unterschiede zwischen objektiver und subjektiver Einschätzung (vergleiche Kapitel 7.1.3) nachgewiesen werden konnten. Somit hat die subjektive Empfindung des Sehvermögens bei älteren Menschen keinen Einfluss auf die allgemeine Zufriedenheit mit dem Leben. Als Überlegenswert erscheint in diesem Zusammenhang auch die Annahme eines Schwellenmodells (Branch et al., 1989 und Wahl, 1995, zit. nach Rott et al., 1996). Demnach wäre die subjektive Einschätzung des Sehvermögens nur bis zu einem bestimmten Schwellenwert irrelevant; besonders negative Einschätzungen des Sehvermögens würden also zu einem verminderten allgemeinen Wohlbefinden führen.

Für die Häufigkeit körperlicher Aktivitäten wurde ein negativer Einfluss auf allgemeines und gegenwärtiges Wohlbefinden älterer Menschen festgestellt. Dies widerspricht sämtlichen in der Literatur vorgefundenen Ergebnissen, wonach körperliche, besonders sportliche Betätigung einen positiven Effekt auf Wohlbefinden ausübt. Einerseits wurde für die Erhebung ausschließlich die Häufigkeit der Aktivitäten, nicht aber die Zufriedenheit damit erhoben, andererseits wurde nicht nach Freizeit- oder Alltagsaktivitäten unterschieden. Erklärbar wäre dieses Ergebnis im Rahmen der Disengagementtheorie (Cumming & Henry, 1961 und Henry, 1964, zit. nach Lehr, 2000), wonach ältere Menschen nach sowenig Aktivität wie möglich streben um sich mit der Endlichkeit des Lebens auseinandersetzen zu können, und wenig Aktivität zu hohem Wohlbefinden im Alter führt. Da diese Annahme aber kaum empirisch belegt ist, scheint am sinnvollsten die Schlussfolgerung, dass körperliche Aktivität an sich zwar keinen positiven Effekt auf das Wohlbefinden älterer Menschen ausübt; der vorgefundene negative Einfluss bedarf aber einer differenzierten und kritischen Auseinandersetzung.

Den höchsten Einfluss auf allgemeines und gegenwärtiges Wohlbefinden älterer Menschen nimmt die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes, das Ausmaß also, indem eine Person sich gesund fühlt, ungeachtet dessen wie gesund sie objektiv betrachtet sein mag. Diese Einschätzung ist abhängig vom Alter der befragten Personen; sie unterscheiden sich signifikant hinsichtlich ihrer Einschätzung des Gesundheitszustandes. Ältere Menschen neigen eher zu einer mittleren Zufriedenheit mit ihrem Gesundheitszustand im Vergleich zu jüngeren. Dieses Ergebnis deckt sich auch mit denen groß angelegter Studien, wie der Berliner Altersstudie oder der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie (vergleiche Kapitel 7.1.3). Demzufolge ist der

ausschlaggebende „gesundheitsbezogene“ Faktor für das Wohlbefinden älterer Menschen ihr individuelles „Sich-gesund-Fühlen“. Ältere Menschen, die sich gesund fühlen sind auch mit ihrem gegenwärtigen Leben und ihrem Leben im Allgemeinen zufrieden.

Insgesamt ist Wohlbefinden im Alter durch sämtliche Maßnahmen, die eine Erhaltung der körperlichen Gesundheit zum Ziel haben, zu fördern. Wichtiger als medizinische Versorgung bei vorliegenden Gebrechen oder Einschränkungen ist die Förderung des Gesundheitsgefühls, des „Sich-gesund-Fühlens“. Statt medikamentösen Therapien sind Aufklärungen über natürliche körperliche Veränderungen im Alter und Verhaltens- oder soziotherapeutische Maßnahmen vorzuziehen. Natürlich mag es beispielsweise für Ärzte kurzfristig ökonomischer erscheinen Medikamente gegen Schlafstörungen zu verschreiben, bei näherer Betrachtung allerdings wären Aufklärung und das Erlernen geeigneter Copingstrategien zielführender. So hätten ältere Menschen weniger das Gefühl krank zu sein und mehr Möglichkeit mit Veränderungen im Leben selbstbestimmt und kompetent umzugehen. Dort, wo Abbauprozesse also nicht zu verhindern sind ist es von gesundheits- und sozialpolitischem und nicht zuletzt auch von gesellschaftlichem Interesse, das subjektive Wohlbefinden der älteren Bevölkerung zu stärken und so zu einer hohen Lebensqualität beizutragen.

12.4 Grenzen der vorliegenden Untersuchung

Eine wichtige Funktion wissenschaftlichen Arbeitens ist auch das Erkennen von Grenzen wissenschaftlicher Forschung und die Reflexion über das eigene Handeln. Dies möchte ich im Folgenden tun und die durchgeführte Studie im Hinblick auf Möglichkeiten und Grenzen ihrer Aussagekraft betrachten.

Mögliche Kritikpunkte am Erhebungsinstrument: Zur Untersuchung „gesundheitsbezogener“ Lebensqualität war es auf der einen Seite zu umfangreich mit mehr als 51 Seiten, für die Betrachtung der einzelnen Indikatoren des Konstrukts wiederum zu ungenau. So wurden Sehvermögen, Hörvermögen und körperliche Aktivitäten etwa durch nur jeweils eine einzige Frage erhoben. Die vergleichbare Literatur erfasste jeweils mehrere Aspekte der Faktoren, wie etwa bei den Untersuchungen zur Zufriedenheit mit dem Schlaf, wo immer auch Durchschlafschwierigkeiten berücksichtigt wurden. Dies schränkt die Vergleichbarkeit der Ergebnisse ein, da einzelne Aspekte der untersuchten Dimensionen unberücksichtigt blieben.

Dieses Problem kann auf mehrere Ursachen zurückgeführt werden. Zum einen wurde die vorliegende Studie mit den Daten des ESAW-Projekts, dessen Fragestellung weitreichende Gebiete der Lebensqualität älterer Bevölkerung zum Thema hatte, durchgeführt. Insofern war es nicht möglich, auf die speziellen Fragestellungen vorliegender Arbeit im Besonderen einzugehen. Zum anderen konnte das Instrument auch nicht uneingeschränkt an die österreichischen Rahmenbedingungen angepasst werden. Es wurde im Zuge des gesamteuropäischen Forschungsprojekts vorgegeben und durfte, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit den anderen teilnehmenden Staaten zu gewährleisten in seinen grundsätzlichen Inhalten nicht abgeändert werden.

Als problematisch kann auch der Umfang des Gesamtfragebogens gesehen werden, dessen Vorgabe mehr als eine Stunde je Interview in Anspruch nahm. Selbst sehr motivierte Testpersonen ermüdeten während der Vorgabe, was wiederum zur Folge hatte, dass manche Fragen einfach schnell und ohne viele Überlegungen beantwortet wurden. Auch die Formulierung einiger Fragestellungen war nicht eindeutig und wurde in der InterviewerInnenschulung nicht ausreichend erklärt. So fragten viele StudienteilnehmerInnen, ob das Sehvermögen mit oder ohne Brille gemeint wäre. Was persönliche Einschätzung generell bedeutete, war für manche der InterviewpartnerInnen ebenso nicht klar. Ob der Vergleich mit Gleichaltrigen gemeint wäre, oder der Vergleich wie sie selbst es gerne hätten, oder der Vergleich mit sich selbst früher; es kam zu Unsicherheiten was den Bezugspunkt ihrer Einschätzung anbelangte. Besonders auffällig wurde die Problematik bei der Skala zur gegenwärtigen Lebenszufriedenheit. Wenngleich in der Instruktion klar formuliert wurde, das x auf eine Sprosse zu schreiben, so war dies nicht ausreichend verständlich für die StudienteilnehmerInnen. Manche setzten das x in die Zwischenräume, andere genau oberhalb der Zeilen und wieder andere genau darauf. Dies führte zu Schwierigkeiten bei der Dateneingabe, wobei letztendlich der mittlere Zwischenraum der Leiter als „Mittel“ bestimmt wurde. Möglich wäre ein optisches Beispiel bei der Instruktion.

Daran schließt auch eine weitere Problematik, deren Einfluss nicht einschätzbar ist, an. Die Interviews wurden in verschiedenen Settings und in unterschiedlichen Beziehungen zwischen den InterviewerInnen und den Interviewten durchgeführt. Besser wäre es den Fragebogen einheitlich in Interviewform vorzugeben, um ausreichend auf eventuelle Fragestellungen der Testpersonen eingehen zu können. Verwandte oder bekannte Personen hätten von anderen Interviewern befragt werden können, um den Einfluss persönlicher Motivationen aufgrund der Beziehung zum/zur InterviewerIn ausschließen zu können.

Um die Zumutbarkeit des umfangreichen Instruments zu erhöhen könnte der Fragebogen in zwei Teilen vorgegeben werden.

Als schwierig erwies sich auch aufgrund der Komplexität und mangelnder theoretischer Fundierung der „gesundheitsbezogenen“ Lebensqualität die Bestimmung der zu untersuchenden Indikatoren. Die Auswahl erfolgte auf Basis der Forschungsliteratur einerseits und Grenzen der Diplomarbeit andererseits. Die Informationen waren vielfältig und mein Mut zur Auswahl eher zurückhaltend, weshalb ich versuchte so vieles wie möglich zu berücksichtigen, weil mir alles von größter Wichtigkeit erschien. Aus jetziger Perspektive betrachtet hätte es aber durchaus ausgereicht, einzelne Faktoren wie beispielsweise die körperlichen Beeinträchtigungen und die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes als Indikatoren „gesundheitsbezogener“ Lebensqualität zu untersuchen. Dies hätte eine intensivere Auseinandersetzung mit diesen Faktoren und eine genauere Analyse der vorgefundenen Daten ermöglicht. Da aber mehrere Faktoren einer Testung unterzogen wurden, blieben die Ergebnisse letztlich allgemein. Interessante Fragestellungen wie etwa die wechselseitige Beeinflussung innerhalb der Faktoren, doppelte Effekte von mehreren Faktoren oder Zusammenhänge zwischen Populationsmerkmalen und den Einschätzungen zur Lebenszufriedenheit blieben deshalb unberücksichtigt.

Das Feld der Lebensqualitätsmessung ist ein sehr breites, das nur wenige konkrete Anhaltspunkte bietet, was speziell für die Durchführung einer Diplomarbeit eine große Herausforderung darstellte. Das Ergebnis ist trotz aller Kritik zufriedenstellend. Ich habe mir mit der Auswahl der Indikatoren und den formulierten Fragestellungen vieles vorgenommen und die Ergebnisse sprechen verglichen mit der Literatur, für eine korrekte Vorgangsweise. Sie untermauern im Wesentlichen den aktuellen Stand zur „gesundheitsbezogenen“ Lebensqualitätsforschung bei älteren Menschen und verweisen auf weiterführende interessante Fragestellungen (siehe Kapitel 12.5).

12.5 Konklusion und Ausblick

Die Studie beschäftigte sich vorwiegend mit dem Einfluss gesundheitsrelevanter Faktoren auf das Wohlbefinden im Alter. Dieser Zusammenhang konnte für die ausgewählten Indikatoren, mit Ausnahme von körperlichen Aktivitäten, bestätigt werden. Demnach beurteilen ältere Menschen ihr Wohlbefinden umso besser je weniger körperliche Beeinträchtigungen sie haben, je weniger Medikamente sie einnehmen, je besser sie ihr Sehvermö-

gen und ihr Hörvermögen einstufen und je störungsfreier und erholsamer sie ihren Schlaf empfinden. Abermals zeigte sich, dass die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes den wichtigsten Prädiktor für Wohlbefinden im Alter darstellt. Besonders wichtig für eine hohe Lebenszufriedenheit im Alter ist demnach, dass ältere Menschen sich gesund fühlen. Nach dem biopsychosozialen Modell, das genau diesen subjektiven Aspekt betont, sollte das Ziel von Behandlungen, Beratungen und Begleitung eine Wiederherstellung der Integrität sein, wodurch in der Krankheit oder trotz Krankheit Würde bewahrt oder wieder gewonnen werden kann. (Leitner, 2007, Müller & Petzold 2002, Ricoeur, 2007, zit. nach Gahleitner, Hintenberger und Leitner, 2013, S. 8).

Von besonderem Interesse könnten vorliegende Daten insofern sein, als sie ausschließlich durch eine subjektive Einschätzung der Testpersonen gewonnen wurden. In der Literatur wird vielfach auf eine hohe Korrelation zwischen der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Langlebigkeit von Populationen und dem Wohlbefinden im Alter hingewiesen (siehe Kapitel 7.1.3). Denn letztlich stellen alle hier untersuchten Indikatoren Einschätzungen des Gesundheitszustandes im weitesten Sinne dar. Weiterführende Studien sollten deshalb vor allem die wechselseitig wirksamen Zusammenhänge zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren, wie sie im Bio-psycho-sozialen-Modell dargestellt werden, einbeziehen. Dieses Verständnis von Wechselwirkungen der oben genannten Faktoren gilt heute als „state of the art“ und dennoch zeigt sich bei einem genaueren Blick in die Vorgänge der Gesundheitssysteme, dass dieser Gedanke nur wenig in die Praxis umgesetzt wurde und wird (Gahleitner, Pauls, Hintenberger und Leitner, 2014 zit. nach Gahleitner, Hahn und Glemser, 2014). Verstärkte Einbeziehung in Forschung und daraus abgeleitete Maßnahmen zur Förderung des subjektiven Wohlbefindens und damit der Lebensqualität älterer Menschen ist wünschenswert. Insbesondere die sozialen Aspekte bleiben in der Praxis oft wenig berücksichtigt wie die Studie „Mental Health – New Understanding, New Hope“ der WHO aus dem Jahr 2001 (zitiert nach Gahleitner, Hintenberger und Leitner, 2013) zeigt. Dabei sind psychosoziale Faktoren nachweislich das wichtigste Bindeglied zwischen materieller Benachteiligung und psychischer sowie körperlicher Gesundheit. Nach Gahleitner (2012) üben ein Mangel an Respekt, Wertschätzung, Ansehen und sozialer Einbettung einen deutlich negativen Effekt auf Gesundheit, Lebenserwartung und mögliche Lebensgestaltung aus (zitiert nach Gahleitner, Hintenberger und Leitner, 2013). Eine umfassende Studie zu frühen Traumata (Felitti, 2002 zitiert nach Gahleitner, Hintenberger und Leitner, 2013) zeigte,

dass Menschen, die in der Kindheit Traumata erlebten häufiger unter Arbeitslosigkeit, Armut, Mittellosigkeit, schwierigen Wohnsituationen und sozialer Gefährdung leiden. Krankheitsentstehung kann als ein multikausaler, nonlinearer Prozess gesehen werden, der durch bio-psycho-sozial- kulturelle, politische und ökonomische Verhältnisse bedingt ist (Leitner, 2010 S. 164; vgl. auch Foucault, 1996 zitiert nach Gahleitner, Hintenberger und Leitner, 2013). Dieser Komplexität trägt das Bio-psycho-soziale-Modell Rechnung, indem es komplexe theoretische Modellvorstellungen zur Reflexion und Gestaltung dieser Prozesse entwickelt. Nachweise über Ursachen und Wirkungen bei multikausal verstandenen Störungen, die multimodale Behandlungen erfordern, sind schwer zu erbringen und erfordern höchst differenzierte Untersuchungsdesigns. Diese Problematik sollte nicht dazu führen, sich ausschließlich auf eine reflexiv-kritische Position und Methodenabkehr zurückzuziehen und das Feld esoterischen Strömungen zu überlassen, die sich mehr und mehr in diesen Bereichen ausbreiten. Aktuelle Konzepte sind notwendig um eine Weiterentwicklung voranzutreiben, Konzepte, die das Bio-psycho-soziale-Modell von unterschiedlichen Seiten beleuchten (Gahleitner, Hintenberger und Leitner, 2013).

Die bio-psycho-soziale Perspektive hat sich im sozial- und gesundheitspolitischen Kontext durchgesetzt. Elemente dieses Gesundheitskonzeptes sind: Prävention, gemeindenähe Versorgung, Empowerment und sozialökologische Ansätze (Pauls, 2013). Daraus lässt sich auch die Forderung ableiten nach multimethodischen Behandlungswegen, in denen neue Ansätze des Denkens, Erlebens und Verhaltens der PatientInnen beim Bearbeiten aktueller Lebensprobleme, sozialer Netzwerksituationen und unbewusster Konflikte entwickelt werden können (Gahleitner, Hintenberger und Leitner, 2013). Denn Ziel sollte es sein, dass es nicht bei unspezifischen Wirkungen bleibt, sondern, dass immer deutlicher wird, welche Maßnahmen wie welche Effekte hervorbringen (Leitner&Sieper, 2007 zitiert nach Gahleitner, Hintenberger und Leitner, 2013).

12.6 Zusammenfassung

Vorliegende Studie wurde in Rahmen des ESAW-Projekts (European study of adult wellbeing) durchgeführt. Die zentrale Frage war, ob „gesundheitsbezogene“ Faktoren einen Einfluss auf allgemeines und gegenwärtiges Wohlbefinden im Alter ausüben und ob Unterschiede hinsichtlich Alter, Geschlecht und Bildung in der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes vorliegen.

Insgesamt nahmen 151 Personen im Alter von 50 bis 90 Jahren an der Untersuchung teil. Davon waren 75 weiblich und 76 männlich. Das Durchschnittsalter betrug 65 Jahre. Die Daten wurden durch einen Fragebogen, der in Interviewform vorgegeben oder nach Instruktion von den StudienteilnehmerInnen eigenständig bearbeitet wurde, erhoben. Insgesamt umfasste der Fragebogen 51 Seiten und erfasste soziodemographische Daten, Angaben zur aktuellen Befindlichkeit und subjektive Einschätzungen der Dimensionen soziale Ressourcen, körperliche Gesundheit und Alltagsfähigkeiten, emotionale und geistige Befindlichkeit, materielle Sicherheit, Aktivitäten sowie gegenwärtige und allgemeine Lebenszufriedenheit.

Vorliegende Arbeit untersuchte die Dimensionen körperliche Gesundheit und Lebenszufriedenheit. Ausgangspunkt war das Konstrukt „gesundheitsbezogener“ Lebensqualität, das über die Indikatoren „körperliche Beeinträchtigungen“, Sehen“, Hören“, „Zufriedenheit mit dem Schlaf“, „körperliche Aktivitäten“ und „subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes“ erschlossen wurde.

Die einzelnen Indikatoren wurden einer Signifikanztestung auf Zusammenhang mit allgemeiner und gegenwärtiger Lebensqualität unterzogen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass möglichst wenige körperliche Beeinträchtigungen, ein gutes Hörvermögen und ein störungsfreier und erholsamer Schlaf zu einem hohen aktuellen und allgemeinen Wohlbefinden älterer Menschen führen. Gutes Sehvermögen trägt zu hohem gegenwärtigem Wohlbefinden bei. Für körperliche Aktivitäten wurde ein negativer Effekt nachgewiesen, das heißt, dass wenig körperliche Aktivität zu hohem Wohlbefinden führt. Der stärkste positive Effekt wurde für die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes gefunden.

Statistisch signifikante Unterschiede hinsichtlich der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes lagen für die Altersgruppen, nicht aber für Geschlecht und Bildung vor.

Abschließend kann festgestellt werden, dass körperliche Beeinträchtigungen, die Funktionalität von Sehen und Hören sowie störungsfreier und erholsamer Schlaf wichtig für Wohlbefinden im Alter sind.

Der mit Abstand wichtigste „gesundheitsbezogene“ Faktor ist aber, ganz im Sinne des biopsychosozialen Modells, die subjektive Bewertung. Deshalb sollte es Anliegen und Ziel von Forschung und Politik sein, körperliche, psy-

chische und soziale Faktoren zu identifizieren und zu fördern, die einen positiven Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden ausüben. Darin kann eine zukunftsweisende Richtung für das Wohlbefinden älterer Menschen liegen.

Literaturverzeichnis

- Amann, A. (2000). Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich – eine Synthese. In Österreichisches Institut für Familienforschung (ÖIF) (Hrsg.), Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen (S. 586-609). Abgefragt 12.1.2004, von <http://www.bmsg.gv.at>
- American Thoracic Society (2004 a). Life satisfaction Inventory-A (LSI-A). Abgefragt 14.1.2004, von <http://www.atsqol.org/qinst.asp#m>
- American Thoracic Society (2004 b). Cantril's Self-Anchoring Ladder. Abgefragt 14.1.2004, von <http://www.atsqol.org/qinst.asp#m>
- Avlund, K., Holstein, B.E., & Mortensen, E.I. (1999). Active life in old age. Danish Medical Bulletin, 46, 345-349.
- Borchelt, M., Gilberg, R., Horgas A.L. & Geiselman, B. (1999). Zur Bedeutung von Krankheit und Behinderung im Alter. In K.U. Mayer & P.B. Baltes, (Hrsg.), Die Berliner Altersstudie (2. Auflage) (S. 449-474). Berlin: Akademie Verlag.
- Brehm, W. & Abele, A. (1992). Auswirkungen sportlicher Aktivität. In H. Baumann, (Hrsg.), Altern und körperliches Training (1. Auflage) (S. 93-113). Bern: Huber.
- Bullinger, M, Ludwig, M. & von Steinbüchel, N. (1991). Nachwort. Lebensqualität: Die Herausforderung wurde angenommen. In M. Bullinger, M. Ludwig & N. von Steinbüchel (Hrsg.), Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen (S. 211-213). Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Bullinger, M, Kirchberger, I. & von Steinbüchel, N. (1993). Der Fragebogen Alltagsleben – Ein Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 3, 121-131.
- Bullinger, M. (1997a). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie, 47, 76-91.
- Bullinger, M. (1997b). Entwicklung und Anwendung von Instrumenten zur Erfassung der Lebensqualität. In M. Bullinger (Hrsg.), Lebensqualitätsforschung (S. 1-6). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Bullinger, M. (1998). Gesundheitsbezogene Lebensqualität. Vortrag beim 16. Internationalen Krankenhaussymposium in Berlin. Abgefragt 24.2.2002, von http://www.heclinet.tu-berlin.de/IKS/beitraege/vortrag05_lang.htm
- Bullinger, M. (2000). Lebensqualität – Aktueller Stand und neuere Entwicklungen der internationalen Lebensqualitätsforschung. In U. Ravens-Sieberer & A. Cieza (Hrsg.), Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin (S. 13-24). Landsberg: eco-med.

- Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U. & Siegrist, J. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin – eine Einführung. In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und – soziologischer Perspektive (S.11-21). Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.). (1999). Älter werden in Österreich. Wien: Hausdruckerei des BMAGS.
- Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.). (2000). Gesundheitsbericht 2000. Wien: Hausdruckerei des BMSG.
- Campell, I. (Hrsg.). (1981). The quality of american life. New York: Russel-Sage.
- Eichlehner, R. (2004): ESAW – EUROPEAN STUDY OF ADULT WELL-BEING. Subjektives Wohlbefinden im Alter unter besonderer Berücksichtigung der Materiellen Sicherheit. Univiersität Wien: Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Fillenbaum, G.G. (1988). Multidimensional functional assessment of older adults. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gahleitner, S.B., Hahn, G. & Glemser, R. (Hrsg.). (2014). Psychosoziale Interventionen. Köln: Psychiatrieverlag.
- Gahleitner, B., Hintenberger, G., Leitner, A. (2013). Biopsychosozial – zur Aktualität des interdisziplinären Modells in Psychotherapie, Beratung und Supervision. Resonanzen, 1, 1-14. <http://www.resonanzen-journal.org/>
- Gaul, G.B. (1999). Quality of life – Therapieziel oder Schlagwort. Abgefragt 24.2.2002, von <http://journals.imc.akh-wien.ac.at/kup/pdf/319.pdf>
- Gunzelmann, T., Hessel, A. & Braehler, E. (1999). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität älterer Menschen. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 47(2), 123-140.
- Hofmann, S. (1991). Vorbereitende Schwerpunktsetzung. In H. Tüchler & D. Lutz (Hrsg.), Lebensqualität und Krankheit (S.50-63). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Höpflinger, F. & Stuckelberger, A. (1999). Alter-Anziani-Vieillesse Hauptergebnisse und Folgerungen aus dem nationalen Forschungsprogramm NFP 32. Abgefragt 10.12.2003, von <http://mypage.bluewin.ch/hoepf/fhtop/fhalter1.html>
- Kolland, F. (2000). Freizeit, Bildung, Verkehr. In Österreichisches Institut für Familienforschung (ÖIF) (Hrsg.), Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen (S. 324-383). Abgefragt 12.1.2004, von <http://www.bmsg.gv.at>
- Kytir, J., Schmeiser-Rieder, A., Böhmer, F., Langgassner, J. & Panuschka, C. (2000).

- Gesund und Krank älter werden. In Österreichisches Institut für Familienforschung (ÖIF) (Hrsg.), Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen (S. 258-322). Abgefragt 12.1.2004, von <http://www.bmsg.gv.at>
- Lehr, U. (1990). „Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Medizin: Beitrag der Gerontologie als interdisziplinäre Wissenschaft. In P. Schölmerich & G. Thews (Hrsg.), „Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Medizin (S. 257-270). Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Lehr, U. (1997). Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie, 4, 277-287.
- Lehr, U. (2000). Psychologie des Alterns. 9. Auflage. Wiebelsheim: Quelle und Meyer.
- Löllgen, H., Kunstmann, W. & Engelbrecht, J. (2002). Körperliche Aktivität beugt Krankheiten vor. Abgefragt 14.11.2003, von www.bundesaerztekammer.de/30/Praevention/30Tage/Artikel2.html
- Marsiske, M., Delius, J., Maas, I., Lindenberger, U., Scherer, H. & Tesch-Römer, C. (1999). Sensorische Systeme im Alter. In K.U. Mayer & P.B. Baltes, (Hrsg.), Die Berliner Altersstudie (2. Auflage) (S. 379-403). Berlin: Akademie Verlag.
- Mayer, F. H. (1998). Gesundheitsbezogene Lebensqualität - Zur Methodik der Messung. Bayreuth: Verlag P.C.O..
- Mühlberg, W., Platt, D. & Mutschler, E. (1999). Neben- und Wechselwirkungen von Pharmaka im Alter. In D. Platt & E. Mutschler, (Hrsg.), Pharmakotherapie im Alter (S. 21-32). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.
- Obereder, D. M. (2002): ESAW, Wohlbefinden im Alter: unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Unterstützungsressourcen. Universität Wien: Diplomarbeit.
- O'Connor, R. (1993). Issues in the measurement of health-related quality of life. Abgefragt 18.1.2003, von <http://www.RodOConnorAssoc.com>
- Pauls, H. (2013). Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. Resonanzen, 1, 15-31. <http://www.resonanzen-journal.org/>
- Plinkert, P.K. & Zenner, H.P. (1996). Physiologie des Innenohres und pathophysiologische Aspekte im Alter. In C. Tesch-Römer & H.W. Wahl, (Hrsg.), Seh- und Höreinbußen älterer Menschen (S. 13-31). Darmstadt: Steinkopff.
- Pöppel, E. (1991). Lebensqualität zur Herausforderung eines Begriffs. In M. Bullinger, M. Ludwig, & N. von Steinbüchel (Hrsg.), Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen (S. 1-3). Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Ravens-Sieberer, U. & Cieza, A. (2000). Lebensqualitätsforschung in Deutschland –

- Forschungsstand, Methoden, Anwendungsbeispiele und Implikationen. In U. Ravens-Sieberer & A. Cieza (Hrsg.), Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin (S. 25-49). Landsberg: ecomed.
- Rienamm, D., Löw, H., Stadtmöller, G. & Bahro, M. (1997). Psychologische Aspekte von Schlaf und Traum im Alter. In H. Schulz, (Hrsg.), Altern und Schlaf (S. 69-84). Bern: Hans Huber.
- Rott, C., Wahl, H.W. & Tesch-Römer, C. (1996). Die Rolle von Seh- und Höreinbußen für den Alternsprozess. In C. Tesch-Römer & H.W. Wahl, (Hrsg.), Seh- und Höreinbußen älterer Menschen (S. 91-106). Darmstadt: Steinkopff.
- Schulz, H., (1997). Schlafphysiologie im Alter. In H. Schulz, (Hrsg.), Altern und Schlaf (S. 27-44). Bern: Hans Huber.
- Simen, S., Schlaf, G. & Hajak, G. (1997). Epidemiologie von Schlafstörungen. In H. Schulz, (Hrsg.), Altern und Schlaf (S. 15-26). Bern: Hans Huber.
- Smith, J. & Baltes, P.B. (1999). Altern aus psychologischer Perspektive: Trends und Profile im hohen Alter. In K.U. Mayer & P.B. Baltes, (Hrsg.), Die Berliner Altersstudie (2. Auflage) (S. 221-250). Berlin: Akademie Verlag.
- Smith, J., Fleeson, W., Geiselman, B. Settersten, R. & Kunzmann, U. (1999). Wohlbefinden im hohen Alter: Vorhersagen aufgrund objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Bewertung. In K.U. Mayer & P.B. Baltes, (Hrsg.), Die Berliner Altersstudie (2. Auflage) (S. 497-523). Berlin: Akademie Verlag.
- Somnologie. (2001). Nicht erholsamer Schlaf. Abgefragt 10.12.2003, von <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/schlm-01.htm>
- Sonneck, G. (1999). Der alte Mensch. In G. Sonneck, O. Frischenschlager, M. Hexel, U. Kropiunigg, I. Pucher & M. Schjerve, (Hrsg.), Medizinische Psychologie (6. Auflage) (S. 239-257). Wien: Facultas
- Spilker, B. (1996). Introduction to the field of quality of life trials. In B. Spilker, (Hrsg.), Quality of life and pharmacoconomics in clinical trials (S. 1-10). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Statistik Austria (2014). Statistisches Jahrbuch 2014. http://www.statistik.at/web_de/services/stat_jahrbuch/index.html
- Steiger, A., (1997). Mechanismen der hormonellen und biochemischen Regulation des Schlafes im Alter. In H. Schulz, (Hrsg.), Altern und Schlaf (S. 45-58). Bern: Hans Huber.
- Steinhagen-Thiessen, E. & Borchelt, M. (1999). Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In K.U. Mayer & P.B. Baltes, (Hrsg.), Die Berliner Altersstudie (2. Auflage) (S. 151-183). Berlin: Akademie Verlag.

Tesch-Römer, C. & Wahl, H.W. (1996). Was es bedeutet, (nicht) hören und sehen zu können. In C. Tesch-Römer & H.W. Wahl, (Hrsg.), Seh- und Höreinbußen älterer Menschen (S. 1-12). Darmstadt: Steinkopff.

Universität Marburg. (2002). Schlaf im Alter. Abgefragt 10.12.2003, von <http://www.uni-marburg.de/sleep/dgsm/rat/alter.html>

UNO. (Hrsg.). (2002). Zweite Weltversammlung über das Altern (auszugsweise Übersetzung). Abgefragt 15.9.2003, von <http://www.webfactory.apa.at/bmsg/relaunch/senioren/downloads/Weltversammlung.pdf>

Unterweger, B. V. (2002): ESAW, Wohlbefinden im Alter unter besonderer Berücksichtigung des Selbstwertgefühls und der Kontrollüberzeugungen. Universität Wien: Diplomarbeit.

Wehinger, K. (2003): Einfluss der Aktivität auf die Lebenszufriedenheit älterer Menschen. Universität Wien: Diplomarbeit.

WHO. (Hrsg.). (1998a). Growing Older – Staying Well. Ageing and physical activity in everyday life. Abgefragt 14.11.2003, von www.who.int/hpr/ageing/publications.htm

WHO. (Hrsg.). (1998b). The role of physical activity in healthy ageing. Abgefragt 14.11.2003, von www.who.int/hpr/ageing/publications.htm

Anhang

Normtabellen für Frauen und Männer getrennt nach Altersgruppen (LSI-Z)

Rohscore	T-Werte für Frauen zwischen 50 und 59	T-Werte für Männer zwischen 50 und 59
10	25	21
11	28	24
12	30	27
13	32	30
14	34	33
15	36	36
16	38	39
17	40	42
18	42	45
19	44	48
20	47	51
21	49	54
22	51	56
23	53	59
24	55	62
25	57	65
26	59	68

Rohscore	T-Werte für Frauen zwischen 60 und 69	T-Werte für Männer zwischen 60 und 69
11	28	20
12	30	23
13	32	26
14	34	29
15	37	32
16	40	35
17	41	38
18	44	41
19	46	44
20	48	47
21	50	50
22	53	53
23	55	56
24	57	59
25	59	62
26	62	65

Rohscore	T-Werte für Frauen zwischen 70 und 79	T-Werte für Männer zwischen 70 und 79
4	21	24
5	23	26
6	25	28
7	27	30
8	29	32
9	31	33
10	33	35
11	36	37
12	38	39
13	40	41
14	42	43
15	44	45
16	46	47
17	48	49
18	50	51
19	52	53
20	55	55
21	57	57
22	59	58
23	61	60
24	63	62
25	65	64
26	67	66

Rohscore	T-Werte für Frauen zwischen 80 und 90	T-Werte für Männer zwischen 80 und 90
4	21	32
5	24	34
6	26	35
7	28	36
8	30	38
9	32	39
10	34	41
11	36	42
12	38	43
13	41	45
14	43	46
15	45	48
16	47	49
17	49	51
18	51	52
19	53	53
20	55	55
21	57	56
22	60	58
23	62	59
24	64	61
25	66	62
26	68	63

Normtabellen Für Frauen und Männer getrennt nach Altersgruppen (CSAL)

Rohscore	T-Werte für Frauen zwischen 50 und 59	T-Werte für Männer zwischen 50 und 59
4	29	25
5	34	31
6	40	38
7	45	44
8	50	51
9	56	58
10	61	64

Rohscore	T-Werte für Frauen zwischen 60 und 69	T-Werte für Männer zwischen 60 und 69
3	20	20
4	27	26
5	33	33
6	39	39
7	46	46
8	52	52
9	58	59
10	65	65

Rohscore	T-Werte für Frauen zwischen 70 und 79	T-Werte für Männer zwischen 70 und 79
4	31	26
5	37	32
6	42	39
7	48	46
8	53	52
9	59	59
10	64	66

Rohscore	T-Werte für Frauen zwischen 80 und 90	T-Werte für Männer zwischen 80 und 90
4	22	40
5	29	45
6	36	49
7	43	53
8	51	57
9	58	61
10	65	66

Ausgewählte Fragebogenabschnitte

6a. Geben Sie bitte an, ob Sie **im vergangenen Monat** eines oder mehrere der folgenden Präparate genommen haben.

Bitte kreuzen Sie bei jedem Präparat **“JA”** oder **“NEIN”** an.

	JA	NEIN
Rheumamedikament (Arthritis)		
Rezeptpflichtiges Schmerzmittel (ausgenommen vorige)		
Medikament gegen Bluthochdruck		
Medikament zur Entwässerung		
Digitalis-Tabletten für das Herz		
Nitroglycerin-Tabletten gegen Brustschmerzen		
Medikamente zur „Blutverdünnung“ (Marcoumar, Sintrom)		
Medikamente zur Kreislaufstärkung		
Insulinspritzen für Diabetiker		
Blutzuckersenkende Tabletten (Diabetes)		
Rezeptpflichtige Medikamente für Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre		
Medikamente gegen Epilepsie		
Schilddrüsenmedikamente		
Kortisontabletten oder –spritzen		
Antibiotika		
Beruhigungsmittel oder Psychopharmaka		
Rezeptpflichtige Schlafmittel (einmal wöchentlich oder häufiger)		
Hormonpräparate (z.B. Antibabypille, Hormonersatztherapie)		
Medikament gegen Harnverlust (Inkontinenz)		
Medikament gegen Verstopfung		

7. Leiden Sie gegenwärtig unter einer der folgenden Beeinträchtigungen der Gesundheit?

Bitte kreuzen Sie bei jedem Punkt **"JA"** oder **"NEIN"** an UND wenn die Antwort **"JA"** zutrifft, dann geben Sie bitte an, inwieweit Sie diese Beeinträchtigung bei Ihren Aktivitäten behindert, indem Sie die entsprechende Spalte ankreuzen.

	JA	NEIN	Beeinträchtigt mich..		
			...über- haupt nicht	...ein wenig	... sehr
Arthritis oder Rheumatismus					
Grüner Star					
Asthma (Emphysem im Alter)					
Emphysem oder chronische Bronchitis					
Tuberkulose					
Bluthochdruck					
Herzbeschwerden					
Durchblutungsstörungen in Armen oder Beinen					
Zuckerkrankheit (Diabetes)					
Geschwüre (im Verdauungstrakt)					
Andere Magen- oder Darmbeschwerden oder Probleme mit der Gallenblase					
Leberkrankheiten					
Nierenkrankheiten					
Erkrankungen der ableitenden Harnwege (einschließlich Prostatabeschwerden)					
Krebs oder Leukämie					
Blutarmut					

			Beeinträchtigt mich..		
	JA	NEIN	...überhaupt nicht	...ein wenig	...sehr
Folgen eines Schlaganfalls					
Zerebralparese					
Parkinson-Krankheit					
Multiple Sklerose					
Muskeldystrophie					
Nachwirkungen von Kinderlähmung					
Epilepsie					
Schilddrüsenerkrankung oder Störungen anderer endokriner (hormoneller) Drüsen					
Hautkrankheiten wie Druckgeschwüre, Beingeschwüre, Wundliegen oder schwere Verbrennungen					
Sprachstörung oder –behinderung					
Sonstige					

EINSCHÄTZUNG DER LEBENSZUFRIEDENHEIT

In diesem Teil des Fragebogens werden Sie gefragt, wie zufrieden Sie mit Ihrem Leben sind.

Lesen Sie nun bitte wieder jede Aussage sorgfältig durch und kreuzen Sie an, ob Sie ihr zustimmen oder nicht bzw. ob sie sich nicht sicher sind.

	Stimme zu	Stimme nicht zu	Nicht Sicher
1. Mit zunehmendem Alter hat es den Anschein, als würden sich die Dinge besser entwickeln, als ich ursprünglich gedacht hatte.			
2. Ich habe im Leben mehr Glück gehabt als die meisten Menschen, die ich kenne.			
3. Dies ist die trostloseste Zeit meines Lebens.			
4. Ich bin heute ebenso glücklich wie in jüngeren Jahren.			
5. Dies sind die besten Jahre meines Lebens.			
6. Die meisten Dinge, die ich mache, sind langweilig oder monoton.			
7. Die Dinge, die ich mache, sind für mich noch genau so interessant wie früher.			
8. Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, bin ich durchaus zufrieden.			
9. Ich mache Pläne für Dinge, die ich in einem oder zwei Jahren tun werde.			
10. Wenn ich über mein Leben nachdenke, so stelle ich fest, dass ich die meisten Dinge, die mir wichtig waren, nicht erreicht habe.			
11. Verglichen mit anderen Leuten bin ich zu oft niedergeschlagen.			
12. Ich habe weitgehend das erhalten, was ich mir vom Leben erwartet hatte.			
13. Ungeachtet dessen was die Leute sagen, wird die Menschheit schlechter, nicht besser.			

J. In der folgenden Tabelle finden Sie eine Reihe von Ereignissen, die einem im Laufe des Lebens begegnen können. Bitte geben Sie an, ob Sie irgendwelche der folgenden Ereignisse **in den letzten 12 Monaten** erlebt haben.

Kreuzen Sie bei jedem Ereignis **"JA"** oder **"NEIN"** an.

	JA	NEIN
1. Tod des/der Partners/In		
2. Scheidung/Trennung		
3. Tod eines nahestehenden Familienmitglieds		
4. Schwerwiegende Krankheit oder Verletzung		
5. Entlassung am Arbeitsplatz		
6. Pensionierung/Ruhestand		
7. Familienzuwachs		
8. Finanzielle Belastungen (z.B. Hypotheken über 10.000 €)		
9. Veränderung des Verantwortungsbereiches in der Arbeit		
10. Änderung des Wohnsitzes		
11. Andere _____		

Unten sehen Sie eine Leiter, auf der Sie Ihr gegenwärtiges Leben in Hinblick darauf einstufen sollen, wie Sie sich die schlechteste mögliche Lebenssituation und die beste mögliche Lebenssituation vorstellen. Die oberste Sprosse der Leiter steht für die in Ihren Augen beste mögliche Lebenssituation, die unterste Sprosse für die in Ihren Augen schlechteste mögliche Lebenssituation.

Bitte kennzeichnen Sie **jene Sprosse**, die ihrer gegenwärtigen Lebenssituation am ehesten entspricht, mit einem "X". Schreiben Sie das "X" bitte unbedingt auf die Sprosse, also die Linie.

Bestmögliche Lebenssituation

Schlechtmöglichste
Lebenssituation