



Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen
Austrian Interdisciplinary Platform on Ageing

Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie

WELLE II
2015-2018

Qualitative Fokusstudie

**Individuelle und soziale Potenziale
für ein „gutes Leben“ im hohen Alter**



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger



Das Land
Steiermark



Bundesministerium
Arbeit, Soziales, Gesundheit
und Konsumentenschutz





Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen
Austrian Interdisciplinary Platform on Ageing

Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie

WELLE II
2015-2018

Qualitative Fokusstudie

**Individuelle und soziale Potenziale
für ein „gutes Leben“ im hohen Alter**



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger



Das Land
Steiermark



Bundesministerium
Arbeit, Soziales, Gesundheit
und Konsumentenschutz



Eine Studie der

Österreichischen Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA)

Projektpartner und Finanzierung

Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

Land Steiermark, Ressort für Wissenschaft und Forschung, Gesundheit und
Pflegermanagement

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Amt der NÖ Landesregierung, Abteilung Soziales

Impressum

Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA)
Laudongasse 21/10, 1080 Wien, E-Mail: office@oepia.at, Internet: www.oepia.at

Alle Rechte vorbehalten. Jede Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe im Fernsehen und Hörfunk sowie der Verarbeitung und Einspeicherung in elektronischen Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM. Irrtümer, Druck- und Satzfehler vorbehalten.

Copyright: Wien 2018

Projektleitung

Dr. med. Georg Ruppe, MA (*Projektleiter*)

Andreas Stückler, MA (*stv. Projektleiter*)

Berichterstellung und qualitative Auswertung

Andreas Stückler, MA

Julia Pintsuk-Christof, MA

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Paulina Wosko

Mitarbeit

Mag.^a Justyna Zgud (*Layout*)

Mitwirkende in beratender Funktion

Prof. Dr. Thomas Frühwald

Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse

Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Sabine Pleschberger, MPH

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	11
EINLEITUNG	16
METHODIK UND STUDIENPOPULATION	26
1 EIN QUALITATIVER BLICK AUF DIE „VERLETZLICHKEIT“ DES HOHEN ALTERS	30
1.1 Physische Verletzlichkeit	31
1.2 Psychische Verletzlichkeit	34
1.3 Kognitive Verletzlichkeit	38
1.4 Zunehmende Unterstützungs- und Hilfebedürftigkeit	38
2 ALLTAGS- UND LEBENSGESTALTUNG HOCHALTRIGER MENSCHEN IM SPANNUNGSFELD VON „VERLETZLICHKEIT“ UND „POTENZIAL“	44
2.1 Tagesrhythmus hochaltriger Menschen.....	45
2.2 Aktive Anregung von Körper und Geist als Potenzial zur Selbstgestaltung.....	48
3 ZUKUNFTSPERSPEKTIVE „PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT“ UND „LEBENSENDE“ ..	54
3.1 Blicke in die Zukunft	54
3.2 Formen des Umgangs mit der Perspektive zukünftiger Hilfe- und Pflegebedürftigkeit.....	57
3.3 Vorsorgepläne – Wenn es einmal nicht mehr selber geht.....	59
4 ALTER(N) ZWISCHEN VERLUST UND POTENZIAL – SUBJEKTIVE WAHRNEHMUNGEN SPEZIFISCHER (ENTWICKLUNGS-) POTENZIALE IM ALTER	68
4.1 Alter(n) als Verlust	68
4.2 Das Alter als Phase der Entdeckung persönlicher Potenziale	71
4.3 Persönlichkeitsentwicklung im Alter	74
5 WAS HEISST: „GUTES LEBEN IM HOHEN ALTER“?	80
5.1 Gesundheit & Selbsthilfefähigkeit.....	80
5.1.1 „So möchte ich im Alter nicht leben“	83
5.1.2 „Gesundheit“ und „Unabhängigkeit“: Bedrohter Normalzustand vs. tagtägliche Herausforderung	86
5.2 Familie & soziale Kontakte	92
5.2.1 Einsamkeit und schlechte Familienbeziehungen als Gegenteil eines „guten Lebens im Alter“	94
5.3 Finanzielle Sicherheit.....	96
6 WIE MAN SICH (NICHT) AUF DAS ALTER VORBEREITET	102
6.1 „Auf das Alter kann man sich nicht vorbereiten“	102

6.2	„Gesund leben“ und „aktiv bleiben“ als beste Vorbereitung auf das Alter	104
6.3	Testament und Regelung der finanziellen Angelegenheiten.....	107
6.4	„Man muss das Alter nehmen wie es kommt“	108
7	GESELLSCHAFTLICHE POTENZIALE FÜR EIN „GUTES LEBEN“ IM ALTER.....	112
7.1	„Für alte Menschen wird bereits sehr viel getan“	112
7.2	„Alte Menschen brauchen Zuwendung und Respekt“	114
7.3	„Eine qualitativ hochwertige und menschenwürdige Pflege“	117
	ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE	124
	LITERATUR	132



Foto: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Österreich befindet sich mitten in einem demografischen Wandel und gesellschaftlichen Veränderungen. Mit dieser zweiten Erhebung der Hochaltrigenstudie konnten wir aktuelle und wichtige Einblicke in die Zielgruppe der Hochaltrigen gewinnen. Positiv ist, dass 50% der in der Zweitbefragung eingeschlossenen Personen ihren Alltag noch ohne fremde Hilfe meistern können.

Der Schwerpunkt der zweiten Erhebung liegt auf den individuellen Potenzialen hochaltriger Menschen zur Lebens- wie auch Selbstgestaltung. Diese Potentiale sind für ältere Menschen eine wichtige Grundlage für ein erfülltes Leben. Hohe Bildung und hohes Einkommen waren die größten positiven Einflussfaktoren auf die Entwicklung zwischen Erst- und Zweitbefragung. Soziale Eingebundenheit, psychisches Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit sind weitere Einflussgrößen.

Die vorliegende Studie trägt dazu bei, Einflussfaktoren auf die Gesundheit von hochaltrigen Personen zu verstehen. Es konnten auch Ansatzpunkte erkannt werden, wie Ressourcen gestärkt werden können. Wir dürfen jedoch die Wünsche seitens der älteren Bevölkerung nach menschlicher Zuwendung nicht vergessen. Diese Zuwendungen sind wichtig für ein gutes Leben im Alter.

Die Sozialversicherung setzt sich „für ein längeres selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit“ ein. Unser Ziel ist es, die Gesundheit der Menschen über die gesamte Lebensspanne zu fördern und die Gesundheitspotentiale zu stärken. Im Rahmen der „Gesundheitsziele Österreich“ engagieren wir uns unter anderem seit mehreren Jahren zur Stärkung der Gesundheit auch im hohen Alter. Nicht nur die persönlichen Ressourcen von Personen müssen dabei gestärkt werden. Es geht auch darum, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu schaffen. Denn diese Rahmenbedingungen sind Voraussetzung für die Stärkung von persönlichen Ressourcen.

Dr. Alexander Biach

Vorstandsvorsitzender, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger



Foto: Rothwangl

Wer weiß schon was der Morgen bringt?

Älter werden ist ein fixer Bestandteil unseres Lebens. Im Alter krank, immobil oder multimorbid zu werden und auf professionelle Hilfe oder ständige Betreuung angewiesen zu sein, zählt zu den unaufhebbaren Lebensrisiken. Es liegt aber nahe und in unserer Hand, diese Risiken – beispielsweise durch gesunden Lebensstil in jungen Jahren – zu minimieren und Verantwortung für sich selbst zu übernehmen.

Verantwortung oder Vorsorge tragen bedeutet u.a. sich rechtzeitig mit den richtigen Fragen auseinanderzusetzen: Wo und wie möchte ich im Alter leben? Was wird dann für mich wichtig sein? Was werde ich nicht mehr benötigen? Wen brauche ich, um meine Wünsche zu erfüllen? Solche und weitere Debatten sind wichtig, um sich mit den eigenen Bedürfnissen rechtzeitig auseinanderzusetzen. Wir nehmen diese Fragen sehr ernst und stellen den älteren Menschen selbst in den Mittelpunkt, und diese Studie liefert die dafür so notwendige Basisarbeit.

Immer noch zu wenig an Informationsarbeit, schlecht kommunizierte Maßnahmen aus der Hüfte, unsichere Finanzierungsvorschläge, zu wenig an Ausbildung und fertig ist ein gepflegtes Dilemma. Es fehlt vielerorts noch immer der unaufgeregte Mut, Klartext in Sachen Pflege zu sprechen.

Frei nach dem Gebot: Informiert euch, statt empört euch, brauchen wir eine solidarische, lebendige Generationenverantwortungsgesellschaft. Wir müssen Verantwortung für unsere Älteren übernehmen, weil auch vor uns und für uns bereits Verantwortung getragen wurde. Wir bekennen uns ganz klar zum Grundsatz: Eine Generation für die nächste Generation.

Mag. Christopher Drexler

Landesrat für Kultur, Gesundheit, Pflege und Personal



Foto: sozialministerium

Hochaltrigkeit wird immer mehr ein fester Bestandteil unserer Gesellschaft und ist eine der zentralen Errungenschaften und Herausforderungen unserer Zeit. Einerseits wollen wir alle immer älter werden, andererseits dynamisch, jung und gesund bleiben. Diesen Widerspruch müssen wir überwinden, indem wir Hochaltrige wieder in die Mitte unserer Gesellschaft holen, ihnen wertschätzend begegnen und uns vergegenwärtigen, dass auch wir selbst Hochaltrige werden können.

Die über 80-Jährigen sind dank hoher sozialer und gesundheitlicher Standards in Österreich bereits heute die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe. Die Gruppe der Hochaltrigen mit ihren Potenzialen und Bedürfnissen ist damit nicht nur demographisch, sondern auch sozial- und gesundheitspolitisch von enormer Bedeutung. Gleichzeitig ist der Wissensstand über Hochbetagte noch dürftig und oftmals widersprüchlich.

Umso wichtiger ist es mir als Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, die genaue Betrachtung und Erforschung dieser Bevölkerungsgruppe aktiv voranzutreiben. Nur so kann die notwendige Grundlage für gesundheits- und sozialpolitische Strategien und Interventionen gelegt werden.

Bereits in der 2015 veröffentlichten Pilotstudie wurde die außerordentliche Heterogenität dieser Altersgruppe deutlich. Die längsschnittliche Ausrichtung der Studie erlaubt mit der nun vorliegenden zweiten Phase der Studie eine für Österreich bisher einzigartige Betrachtung der Hochaltrigkeit und ihrer Auswirkung auf die Betroffenen, ihre Angehörigen und die Gesellschaft.

Ich wünsche mir, dass die Studienergebnisse als Basis für notwendige zukunftsorientierte Entscheidungen breite Anwendung finden und in eine vorausschauende Gesundheits- und Sozialplanung aller Bundesländer einfließen. Der Erkenntnisgewinn daraus kommt damit uns allen zugute und unterstützt die individuelle Lebensqualität bis ins hohe Alter.

Mag.^a Beate Hartinger-Klein

Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz



Foto: Philipp Monihart

Unsere Lebenserwartung steigt und ebenso der Anteil der über 80-Jährigen in unserer Gesellschaft. Was bedeutet das für die strategische Planung der Unterstützung älterer Menschen für ein „gutes Leben im Alter“? Die vorliegende Studie erhebt erstmals systematisch Daten und Informationen für die Altersgruppe über 80. Dabei kommen die hochaltrigen Menschen selbst zu Wort, beschreiben ihre Lebenssituationen und Bedürfnisse. Durch die wissenschaftliche Auswertung der Befragungen und Erhebungen wird es möglich, entscheidungsrelevante Schlüsse zu ziehen.

Die Studienergebnisse zeigen ein heterogenes Bild dieser Altersgruppe mit einer Vielfalt von Lebensrealitäten. Besonders erfreulich ist aber die hohe Zufriedenheit dieser Altersgruppe mit ihrer Lebenssituation und ihrer Alltagsgestaltung. Die Studie zeigt, dass mit dem Altern nicht in erster Linie sinkende Lebensqualität aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und eingeschränkten Möglichkeiten vorherrscht. Sie ermöglicht einen neuen Blick auf das hohe Alter, der durchwegs positiv ist.

Für das Land Niederösterreich ist die von der ÖPIA vorgelegte Studie besonders wertvoll. Wir werden die Ergebnisse und Erkenntnisse in unsere strategischen Planungen aufnehmen. Sie ist eine hervorragende Grundlage, um unsere vielfältigen Unterstützungsleistungen weiter zu entwickeln.

Mag.^a Christiane Teschl-Hofmeister
Landesrätin, Amt der NÖ Landesregierung

VORWORT

Die Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie (ÖIHS) ist die einzige Studie ihrer Art in Österreich. Sie bildet die Lebenssituation ebenso wie die gesundheitliche und die soziale Situation von über 80-jährigen Frauen und Männern in Österreich ab und zeigt dabei zugleich Risiken im Hinblick auf Autonomie und Teilhabe sowie Ressourcen und Potenziale für eine selbstständige und sinnerfüllte Lebensführung auf. Die ÖIHS hat Frauen und Männer in Privathaushalten, in betreuten Wohneinrichtungen und in Pflegeheimen untersucht: Auch damit wird sie ihrem Anspruch gerecht, zu einem möglichst repräsentativen Bild alter Menschen in Österreich beizutragen sowie Einblick in den gesundheitlichen und sozialen Versorgungsbedarf dieser Bevölkerungsgruppe zu geben.

Dies ist insofern von großer Bedeutung, als die Gruppe der alten Menschen schon heute, vor allem aber in naher Zukunft eine der bedeutendsten sozial- und gesundheitspolitischen Zielgruppen bildet bzw. bilden wird, nehmen doch die durchschnittliche Lebenserwartung und damit die Anzahl der Frauen und Männer in den **höchsten Lebensjahrzehnten** kontinuierlich zu.

Dabei ist zu bedenken: Die gesellschaftliche, kulturelle und politische Ansprache alter Menschen muss **hochdifferenziert** erfolgen. Eine einseitige Betonung der Risiken und Verletzlichkeiten wird der Lebenssituation und dem Selbstverständnis dieser Altersgruppe genauso wenig gerecht wie eine übertriebene Darstellung von Stärken und Kräften in dieser Lebensphase. Vielmehr lässt sich bei Mitgliedern dieser Altersgruppe beides beobachten: Körperliche (zum Teil auch kognitive) Verletzlichkeit einerseits, seelisch-geistige und sozialkommunikative Stärken und Kräfte andererseits. Dabei können diese Stärken und Kräfte auch dazu beitragen, die Verletzlichkeit innerlich (psychisch) zu verarbeiten, wenn nicht sogar zu überwinden. In dem Maße, in dem es gelingt, zu einer differenzierten Ansprache alter Menschen zu gelangen, fühlen sich diese gesellschaftlich, kulturell und politisch wirklich verstanden, fühlen sie sich motiviert, Gesellschaft, Kultur und Politik mitzugestalten, erkennen sie auch selbst Möglichkeiten, ihren Beitrag zur Gesellschaft zu leisten. Und dieser potenzielle Beitrag alter Menschen ist erheblich, wird allerdings vielfach unterschätzt. Auch hier möchte die ÖIHS Anregungen geben: Wie können und sollen die **Gelegenheitsstrukturen zum Engagement** im hohen Alter beschaffen sein?

Die differenzierte Darstellung von Risiken, Verletzlichkeiten, Ressourcen und Potenzialen ist auch mit Blick auf Entscheidungen und Planungen im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens unerlässlich. Erst auf der Grundlage umfassender Kenntnisse über die Lebensbedingungen wie auch über die Lebensqualität im hohen Alter ist es möglich, **Versorgungsbedarfe** abzuleiten, differenzierte Entscheidungen über Versorgungsangebote zu treffen und derartige Angebote weiterzuentwickeln. Gerade diese **Weiterentwicklung von Angeboten** kann von dem in der ÖIHS verwirklichten, längsschnittlichen Untersuchungsdesign profitieren. Denn nur mit einem solchen Design können Veränderungsprozesse abgebildet werden, die ihrerseits entsprechende Antworten der Gesundheits- und Sozialplanung wie auch der Gesundheits- und

Sozialpolitik überhaupt erfordern. Dabei darf nicht über das hohe Alter vorschnell generalisiert werden. Vielmehr ist ausdrücklich zu berücksichtigen, dass sich die Gesamtgruppe der alten Menschen durch eine stark ausgeprägte Variabilität (Heterogenität) auszeichnet; auf diese muss entsprechend differenziert geantwortet werden.

Mit der zweiten Erhebungswelle, die im vorliegenden Bericht im Zentrum steht, konnte die ÖIHS zum ersten Mal im Längsschnitt fortgeführt und gleichzeitig, mit der Erweiterung auf das Bundesland Niederösterreich, auch regional ausgeweitet werden. Zwar ist mit der Erhebung in drei von neun österreichischen Bundesländern das mittelfristig angestrebte Ziel einer österreichweiten Erhebung noch nicht erreicht, ungeachtet dessen bietet die ÖIHS Welle II – mit einer erstmaligen Querschnittserhebung im Bundesland Niederösterreich, einer Panelerhebung (also der Weiterverfolgung der Stichprobe der ÖIHS Welle I) in der Steiermark und Wien und einer qualitativen Fokusstudie – umfassende Studienergebnisse von großer regionaler wie nationaler Relevanz.

Dies wird nicht zuletzt durch einige Charakteristika und Alleinstellungsmerkmale der ÖIHS ermöglicht, die auch international bereits Anerkennung gefunden haben. Insbesondere die **interdisziplinäre** Konzeption und Analyse der umfassenden ÖIHS-Fragebögen in Kombination mit ausführlichen face-to-face Interviews, die beispielsweise auch geriatrische Assessments oder eine vollständige Erhebung der tatsächlichen Medikamenteneinnahmen einschließen, geben den ÖIHS-Daten eine beachtliche Breite und Tiefe.

Die Weiterverfolgung der StudienteilnehmerInnen der Ersterhebungswelle (2013/14) und die damit verbundene **längsschnittliche Beobachtung** ermöglichen Rückschlüsse auf die Relevanz und Gewichtung möglicher Einflüsse auf Gesundheit, Lebensqualität, soziale Beziehungen und die Entwicklung von Unterstützungs- und Betreuungsbedarf im hohen Alter. Gleichzeitig kann ein besseres Verständnis des Zusammenwirkens von Risikofaktoren und Verletzlichkeiten sowie von Stärken und Kräften erzielt werden: So ist auch eine Antwort auf die Frage möglich, wie es Menschen gelingt, sich mit Risikofaktoren und Verletzlichkeiten effektiv auseinanderzusetzen. Und aus diesen Erkenntnissen lässt sich eine Aussage darüber ableiten, welche Formen gesundheitlicher und sozialer Unterstützung notwendig sind, um diesen Prozess innerer und äußerer Auseinandersetzung gezielt zu fördern. Gerade die Frage nach Potenzialen und Ressourcen ist dabei auch Thema der qualitativen Fokusstudie der ÖIHS Welle II.

Die vorliegenden Berichte der ÖIHS Welle II basieren auf Erhebungen in den Jahren 2016/17. Die Teilnehmenden in der Ersterhebung in Niederösterreich waren dabei zwischen 80 und 85 Jahre alt, in der Panelerhebung in der Steiermark und in Wien zwischen 82 und 89 Jahre alt. Die ÖIHS zielte von Anfang an darauf, ihre Stichprobe entsprechend der tatsächlichen Wohnortverteilung in dieser Altersgruppe der Bevölkerung zusammenzustellen, wodurch sich der größte Anteil der ÖIHS-StudienteilnehmerInnen unter den zu Hause lebenden Menschen findet und nur ein relativ geringer Anteil in betreuten Wohneinrichtungen oder in Pflegeheimen.

Unausweichlich ist in empirischen Studien wie der ÖIHS eine gewisse Verzerrung zugunsten von sozial und gesundheitlich besser gestellten Personen. Dies ist nicht zuletzt durch den häufigeren Ausfall von sehr kranken, pflegebedürftigen und kognitiv stark beeinträchtigten Personen bedingt. Im Rahmen der ÖIHS-Erhebung ist es gelungen, diesen Effekt durch ergänzende telefonische Kurzinterviews oder durch die Beteiligung von nahestehenden Personen an den persönlichen Interviews erkennbar zu verringern. Jedenfalls wurden aber in allen Auswertungen, Dateninterpretationen und Berichten potenzielle Verzerrungen ausdrücklich und umfassend berücksichtigt.

Unsere Erkenntnisse über das Leben im hohen Alter sind immer noch sehr unvollständig. Ein Großteil der empirischen Studien zum Thema Altern und Alter konzentriert sich auf die Gruppe der 60-80jährigen Frauen und Männer. Dies ist in zweifacher Hinsicht problematisch: Zum einen lässt sich auf dieser empirischen Grundlage nur ein unvollständiges Bild des Lebens im Alter zeichnen, zum anderen bleiben zentrale gesundheitliche und soziale Versorgungsbedarfe, aber auch Bildungs- und Teilhabebedarfe unberücksichtigt. In der Erweiterung der Erkenntnisse über das Alter – und hier speziell über das hohe Alter – wie auch in der Beschreibung der genannten Bedarfe sieht die ÖIHS ihre besondere Aufgabe, zugleich ihr besonderes Potenzial. Dabei möchte sie dafür sensibilisieren, dass ein persönlich sinnerfülltes und stimmiges Leben im hohen Alter nicht allein von persönlichen Ressourcen und Potenzialen abhängig ist, sondern auch in hohem Maße Umwelteinflüssen unterliegt. Nicht allein die Gestaltung der sozialen und der räumlichen Umwelt ist hier wichtig, auch die Gestaltung der infrastrukturellen Umwelt besitzt großes Gewicht. Dies zeigen die Befunde der ÖIHS sehr deutlich.

Dr. Georg Ruppe

Projektleiter der ÖIHS, Wissenschaftlicher Leiter und Geschäftsführer der ÖPIA

Prof. Dr. Andreas Kruse

Wissenschaftlicher Berater der ÖIHS, Vorstandsvorsitzender der ÖPIA, Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg

EINLEITUNG

EINLEITUNG

Individuelle und soziale Potenziale für ein „gutes Leben“ im hohen Alter

Die in diesem Bericht dargestellte qualitative Fokusstudie – durchgeführt im Rahmen der zweiten Erhebungswelle der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie (ÖIHS) – beschäftigt sich mit individuellen und sozialen Potenzialen für ein „gutes Leben“ im hohen Alter. Mit diesem Forschungsfokus wird im Wesentlichen an die Ergebnisse der ersten qualitativen Untersuchung im Zuge der ÖIHS-Ersterhebung 2013/2014 angeknüpft.

Die ÖIHS-Ersterhebung ergab generell eine große Vielfalt und Heterogenität unter den hochaltrigen Studienteilnehmer/innen, insbesondere mit Blick auf ihre Gesundheitssituation und ihre funktionalen Kapazitäten: In etwa die Hälfte der Teilnehmer/innen befand sich trotz ihres hohen Alters (die Teilnehmer/innen waren zum Erhebungszeitpunkt zwischen 80 und 85 Jahre alt) in einem nach wie vor vergleichsweise guten gesundheitlichen und funktionalen Zustand und war in der Lage, ein in vielerlei Hinsicht noch recht aktives und selbstbestimmtes Leben zu führen, ohne größeren Unterstützungs- und Hilfebedarf. Die andere Hälfte war hingegen bereits von mehr oder weniger stark ausgeprägten funktionalen Einschränkungen betroffen, die oftmals mit Einschränkungen in der Selbsthilfefähigkeit und einer Angewiesenheit auf Hilfe und Unterstützung, teilweise auch Pflege, durch andere Personen (Angehörige, soziale Dienste etc.) einhergingen.

Die ergänzend mit einem Subsample von insgesamt 40 Teilnehmer/innen der Ersterhebung durchgeführte, explorativ angelegte qualitative Studie bestätigte diese Befunde zusätzlich und lieferte instruktive, vertiefende Einsichten in die – aufgrund ihrer sehr verschiedenen Gesundheits- und Lebenssituation – vielfältigen Lebensrealitäten hochaltriger Menschen.

Die Ergebnisse deuteten darüber hinaus auf eine unter hochaltrigen Menschen weit verbreitete Lebensfreude und eine durchaus positive Sicht auf das hohe Alter hin und vermittelten insgesamt – entgegen der gesellschaftlich dominanten Konnotation von Hochaltrigkeit mit Pflegebedürftigkeit und Gebrechlichkeit – ein Bild des hohen Alters als einer Lebensphase, in der trotz zunehmender funktionaler Einbußen und einem stark steigenden Risiko für altersbedingte Krankheiten nach wie vor sehr viel möglich ist und Menschen über eine ganze Reihe von Potenzialen zur aktiven Lebens- und Selbstgestaltung verfügen (vgl. ÖPIA 2015: 161ff.).

Dieser Aspekt der Potenziale des hohen Alters bzw. im hohen Alter soll in der vorliegenden qualitativen Fokusstudie noch etwas genauer beleuchtet und vertieft werden.

Der Potenziale-Begriff ist freilich recht vieldeutig und schillernd und bedarf daher im Vorfeld einer hinreichenden Begriffsbestimmung und Operationalisierung. Im öffentlichen wie wissenschaftlichen Altersdiskurs der letzten Jahre wird der Potenzialebegriff bevorzugt mit Blick auf bestimmte Kompetenzen und produktive Kapazitäten älterer Menschen verwendet, die vor dem Hintergrund des demographischen

Wandels und im Sinne eines „aktiven Alterns“ für die Gesellschaft nutzbar gemacht werden könnten (vgl. BMFSFJ 2006; Fangerau et al. 2007; Kruse 2010). In diesem Zusammenhang wird verstärkt auch die „Produktivität“ älterer Menschen betont (Künemund 2000; Staudinger/Schindler 2002; Erlinghagen/Hank 2008). Auch dieser Diskurs wird zwar nicht ausschließlich, aber auch und nicht zuletzt im Hinblick auf den gesellschaftlichen Nutzen einer stärkeren sozialen Integration und Partizipation Älterer geführt (etwa durch einen längeren Verbleib im Erwerbsleben, durch bürgerschaftliches Engagement, Freiwilligenarbeit/Ehrenamt etc.).¹

Dieser noch relativ junge Potenzialediskurs des Alters hat auf der einen Seite eine offenkundige und unbestreitbare Berechtigung, da Menschen auch im höheren Lebensalter in der Tat noch über eine Reihe von produktiven Ressourcen und Potenzialen, aber auch über ein entsprechendes Aktivitätsbedürfnis verfügen, die jedoch bislang gesellschaftlich weitestgehend ungenützt sind und brachliegen (Amann 2006). Hier kommt hinzu, dass es mittlerweile eine recht eindeutige, wissenschaftlich gesicherte empirische Evidenz dafür gibt, dass eine bis ins höhere Alter fortgesetzte Aktivität sich positiv auf die Lebensqualität im Alter insgesamt auswirkt (Rowe/Kahn 1998; WHO 2002). Wie nicht nur die ÖIHS, sondern auch andere Hochaltrigenstudien wie etwa die deutsche *Generali Hochaltrigenstudie* gezeigt haben (vgl. Institut für Gerontologie 2014), finden sich solche „Potenziale“ und Aktivitätsbedürfnisse in unterschiedlicher Ausprägung auch noch in der Gruppe der Hochaltrigen, also auch noch in einem Alter von 80+.

Auf der anderen Seite wird in den letzten Jahren verschiedentlich auch kritisch darauf hingewiesen, dass dieser hegemoniale Diskurs der „Alterspotenziale“ durchaus auch einige problematische Implikationen hat. Kritisiert wird hier insbesondere, dass der Potenziale-Begriff, gewissermaßen ideologisch, dazu verwendet werde, vor dem Hintergrund des demographischen Wandels sowie zunehmender neoliberaler Restrukturierungen die „Rückholung der Alten in die gesellschaftliche Verwertung“ (Amann et al. 2010: 47) zu propagieren und politisch voranzutreiben. Diese Aktivierung älterer Menschen im Interesse der gesellschaftlich möglichst nützlichen Verwertung ihrer (produktiven) Potenziale gehe dabei nicht zuletzt einher mit neuen normativen Zwängen („aktives“ und „produktives Altern“ als gesellschaftliche Norm), die wiederum unter dem Gesichtspunkt sozialer Ungleichheit überaus problematisch seien (vgl. Holstein 1999; Holstein/Minkler 2003; Dyk 2007; Lessenich 2009; Denninger et al. 2014; Wegner 2014).

Ein weiteres, nicht minder gravierendes Problem dieses altersbezogenen Potenzialdiskurses besteht darin, dass die einseitige Betonung der Potenziale, der Aktivität und der Produktivität älterer Menschen Gefahr läuft, die durchaus gegebenen und genauso wenig zu leugnenden negativen (oder negativ bewerteten) Begleitumstände des Alter(n)s, wie altersbedingte Krankheiten, funktionale Einschränkungen, Pflegebedürftigkeit oder Demenz, der Tendenz nach zu negieren oder vielleicht sogar – u.a. im Interesse einer Verbesserung des gesellschaftlichen Altersbildes – bewusst zu

¹ Dies wird auch deutlich an verschiedenen einflussreichen Definitionen eines „aktiven Alterns“ wie etwa jener der OECD, die „aktives Altern“ definiert als „capacity of people, as they grow older, to lead productive lives in society and the economy“ (OECD 2000: 126).

verdrängen. Gerade mit Blick auf das hohe und höchste Lebensalter erweist sich ein solcher einseitig positiver Altersdiskurs als ausgesprochen problematisch. Denn das hohe Alter ist – wie auch die Ergebnisse der ÖIHS eindrücklich verdeutlichen – mit einer sukzessive steigenden Wahrscheinlichkeit für altersassoziierte Erkrankungen, funktionale Einschränkungen und in weiterer Folge Pflegebedürftigkeit verbunden, auch wenn davon nicht alle hochaltrigen Menschen gleichermaßen betroffen sind und das hohe Alter als Lebensphase nicht ausschließlich auf Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu reduzieren ist. In der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Alter(n) sind daher auch diese, eher negativ konnotierten Aspekte des Alters und Alterns hinreichend zur Kenntnis zu nehmen und dürfen nicht im (an sich durchaus verständlichen und berechtigten) Interesse einer Positivierung des Altersdiskurses ausgeblendet werden – eine Tendenz bzw. eine Gefahr, die in aktuellen Potenzialdiskursen des Alters durchaus gegeben ist.

Wenn also in der vorliegenden Studie von „Potenzialen“ im bzw. des hohen Alters die Rede ist, so folgen wir damit ausdrücklich einem anderen Potenzialeverständnis als im heute gesellschaftlich und wissenschaftlich dominanten, primär auf die gesellschaftlich nützliche Abschöpfung der produktiven Kapazitäten älterer Menschen zielenden Potenzialediskurs. Es wäre eine ganz eigene Fragestellung, die produktiven Potenziale speziell der hochaltrigen Bevölkerung zu untersuchen – eine Fragestellung, die an anderer Stelle in einem eigenständigen Forschungsprojekt nachzugehen wäre und der zum Teil wissenschaftlich bereits auch nachgegangen wird (siehe etwa die oben genannte *Generali Hochaltrigenstudie*). In der hier und im folgenden dargestellten Untersuchung soll stattdessen der Fokus vor allem auf den **individuellen Potenzialen hochaltriger Menschen zur Lebens- wie auch Selbstgestaltung** liegen, d.h. auf den individuellen Ressourcen, Fähigkeiten, Strategien und Handlungsorientierungen, über die hochaltrige Menschen verfügen bzw. die sie einsetzen, um auch im hohen Alter und trotz damit einhergehender (insbesondere gesundheitlicher und funktionaler) Einschränkungen und Verluste ein für sie erfülltes und zufriedenstellendes Leben zu führen.

Für die Entwicklung eines solchen, eher individuell akzentuierten Potenzialebegriffs kann insbesondere – gerade mit Blick auf das hohe Alter – auf empirische und theoretische Befunde einer rezenten Studie von Andreas Kruse zur „Lebensphase hohes Alter“ zurückgegriffen werden (vgl. Kruse 2017). Kruse spricht in dem Zusammenhang von „Verletzlichkeit“ und „Reife“ als zwei wesentlichen Dimensionen bzw. Charakteristika des hohen und sehr hohen Alters.

„Verletzlichkeit“ bezieht sich dabei auf den bereits angesprochenen Sachverhalt, dass gerade das hohe Alter sich durch ein erhöhtes Risiko für Verluste unterschiedlichster Art auszeichnet. Hier sind allen voran, auf einer physiologisch-biologischen Ebene, altersbedingte Erkrankungen und funktionale Einschränkungen zu nennen, deren Wahrscheinlichkeit mit steigendem Alter stetig zunimmt, und die die Selbsthilfefähigkeit und damit auch die selbstbestimmte Lebensgestaltung zunehmend bis hin zur Pflegebedürftigkeit beeinträchtigen können.

Auch sozial sind hochaltrige Menschen häufig mit Verlusten konfrontiert, insbesondere dem Tod des/der Ehegatt/in oder Lebensgefährte/in, aber auch von nahen Freund/innen

und Bekannten. Daraus ergibt sich oftmals das Problem der sozialen Isolation und Einsamkeit hochaltriger Menschen.

Psychologisch kommt, neben der erwähnten Einsamkeit sowie auch einer erhöhten Depressionsneigung (aufgrund von gesundheitlichen/funktionalen Einschränkungen, Pflegebedürftigkeit, sozialer Isolation etc.), ein steigendes Risiko für kognitive Einschränkungen hinzu, die sich nicht notwendigerweise, aber mit zunehmender Wahrscheinlichkeit in einer Demenz manifestieren können.

Trotz dieser multiplen „Verletzlichkeit“, die mit dem hohen Alter verbunden ist und dieses als Lebensphase recht maßgeblich prägt, lässt sich das hohe Alter aber auch nicht ausschließlich darauf reduzieren. Denn hochaltrige Menschen verfügen auch über vielfältige Ressourcen und Potenziale, um mit ihrer erhöhten Verletzlichkeit umzugehen und trotz verschiedener altersbedingter Verluste ein für sie als sinnvoll erlebtes Leben zu führen. Kruse verwendet hier den etwas idealistischen (und unseres Erachtens selbst nicht ganz unproblematischen) Begriff der „Reife“, im Sinne von auch und gerade im hohen Alter bestehenden individuellen Entwicklungspotenzialen, die es hochaltrigen Menschen erlauben, mit dem hohen Alter verbundene Verluste zu bewältigen und zu kompensieren.

Kompensation beschreibt dabei „die adaptive Reaktion des Individuums auf den Verlust von Ressourcen, wobei alternative Handlungsmittel aktiviert oder Hilfsmittel verwendet werden, um den Funktionsstand möglichst weit und lange aufrechtzuerhalten“ (Kruse 2017: 25). Neben Kompensation spielen im Alter auch Prozesse der **Selektion**, als bewusst vorgenommene oder unwillkürlich einsetzende Auswahl realistischer Lebensziele bei einer Bündelung bestehender Ressourcen, eine große Rolle, ebenso wie Prozesse der **Optimierung**, als Bemühen, sich gewählten Zielen durch Einsatz bestehender Ressourcen zu nähern sowie dafür notwendige Handlungsmittel zu pflegen und kontinuierlich zu verbessern (vgl. Baltes/Baltes 1990). Vor allem Kompensation und Selektion – auch im Sinne des Verzichts auf nicht mehr Mögliches – gewinnen im hohen Alter aufgrund zunehmender Verluste an Gewicht (Kruse 2017: 25).

Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang auch **Resilienz**, im Sinne von protektiven Merkmalen und Fähigkeiten, auf die ältere Menschen bei der Bewältigung von Verlusten zurückgreifen können (Staudinger/Greve 2001). Viele alte Menschen haben im Laufe ihres Lebens ideelle und materielle Ressourcen erworben bzw. entwickelt, die sie in der Auseinandersetzung mit altersbedingten Verlusten stärken und schützen und möglicherweise sogar überhaupt erst in Situationen mit erhöhtem Anforderungscharakter, wie sie etwa im hohem Alter angesichts der erhöhten „Verletzlichkeit“ verstärkt auftreten, abgerufen und aktualisiert werden (Kruse 2017: 192).

Aus einer solchen, eher individuell orientierten bzw. akzentuierten Potenzialeperspektive bezieht sich „Potenzial“ mithin primär auf die **Fähigkeiten hochaltriger Menschen zur tätigen Lebens- und Selbstgestaltung unter den Bedingungen erhöhter Verletzlichkeit**. In den Forschungsfokus rücken auf diese Weise die „schöpferischen Potenziale alter Menschen (...), mit denen es gelingen kann, die

Verletzlichkeit anzunehmen und auch im Zustand erhöhter Verletzlichkeit ein sinnerfülltes, als stimmig erlebtes Leben zu führen“ (Kruse 2017: 194). Eben in diesem Sinne bzw. auf der Grundlage eines solchen Verständnisses von „Potenzialen“ soll in dieser Studie den „Potenzialen des hohen Alters“ nachgegangen werden.

Die in dieser Studie vorgenommene Akzentsetzung auf individuelle Potenziale zur Selbst- und Lebensgestaltung vor dem Hintergrund zunehmender Verletzlichkeit im hohen Alter ist gerade auch bedeutsam mit Blick auf die Entwicklung und Förderung eines möglichst realistischen Bildes des hohen Alters. Die Überwindung einseitig negativer Altersbilder, wie sie den gesellschaftlichen Altersdiskurs traditionell bis heute bestimmen, und die Entwicklung eines differenzierten, realistischen Altersbildes gehört ganz wesentlich zu den primären Zielsetzungen der ÖIHS. Es ist nicht sinnvoll und in dieser Pauschalität auch unzutreffend, wenn das hohe Alter einseitig mit Gebrechlichkeit, Pflegebedürftigkeit und Demenz gleichgesetzt und ausschließlich aus einer Defizit- und Verlustperspektive beschrieben wird. Damit werden gerade die angesprochenen Potenziale alter Menschen im Umgang mit Verletzlichkeit, ihre individuellen Fähigkeiten zur Kompensation, ihre Resilienz, ihre protektiven Ressourcen usw. ausgeblendet und negiert.

Genauso wenig ist es allerdings zielführend, gleichsam umgekehrt, den Aspekt der Verletzlichkeit, im Interesse eines möglichst positiven Altersbildes, auszuklammern. Dies ist, wie bereits erwähnt, eine ernstzunehmende Gefahr bzw. eine Tendenz, die in der heute gängigen gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Betonung der vielfältigen, gesellschaftlich relevanten „Potenziale“ und „Kompetenzen“, der „Aktivität“ und der „Produktivität“ alter Menschen durchaus gegeben ist. Es spricht sogar einiges dafür, dass die weit verbreitete, besonders negative Sicht auf das hohe und höchste Alter – als eine primär durch Pflegebedürftigkeit, Gebrechlichkeit und Demenz geprägte Lebensphase – nicht unwesentlich aus der gegenwärtigen diskursiven Positivierung des „dritten Alters“, im Sinne eines „jungen und aktiven Alters“, resultiert oder zumindest stark dadurch begünstigt wird. Die als negativ bewerteten Aspekte und Begleitumstände des Alter(n)s, wie sie sich insbesondere in einer zunehmenden Verletzlichkeit darstellen, werden vom nunmehr als „jung“ und „aktiv“ konnotierten dritten Alter ins hohe Alter verlagert. Und je „aktiver“ und „produktiver“ die „jungen Alten“ erscheinen, desto negativer wird das durch zunehmende Verletzlichkeit geprägte hohe Alter wahrgenommen (vgl. Dyk 2009).

Mit einem solchen einseitig positiven und letztlich kaum weniger unrealistischen Altersbild wäre uns freilich genauso wenig geholfen – und am allerwenigsten den hochaltrigen Menschen selbst –, wie mit dem bisherigen, einseitig negativen, ausschließlich auf Verletzlichkeit und Verlust fokussierenden Altersbild. Der Fokus der vorliegenden Studie auf individuelle Potenziale hochaltriger Menschen hinsichtlich des Umgangs und der Bewältigung von Verletzlichkeit versteht sich daher nicht zuletzt als ein weiterer Beitrag zur Schaffung einer realistischen Perspektive auf das Alter und insbesondere das hohe und höchste Alter.

Eine solche thematische Schwerpunktsetzung schließt freilich nicht zwangsläufig aus, dass dabei auch sozial relevante Potenziale hochaltriger Menschen zur Sprache kommen können, etwa wenn es um die konkrete Alltagsgestaltung und Aktivitäten Hochaltriger geht (z.B. ehrenamtliche Tätigkeiten im hohen Alter u. dgl.). Oftmals beziehen sich

individuelle Aktivitäten und Aktivitätsbedürfnisse älterer Menschen ja durchaus und teilweise sogar vorrangig auf gesellschaftlich relevante Tätigkeiten und sind nicht zuletzt motiviert durch ein Bedürfnis, einen aktiven Beitrag zur Gemeinschaft zu leisten. In diesem Sinne kann also auch eine potentielle gesellschaftliche Relevanz der Potenzialentfaltung hochaltriger Menschen in diesem Bericht thematisch werden.

Wenn in der vorliegenden Studie, wie auch dem Titel der Studie entnommen werden kann, neben „individuellen“ auch „soziale“ Potenziale eine Rolle spielen, so wird sich das in der Hauptsache dennoch weniger auf die soziale Relevanz bzw. Nützlichkeit einer möglichst gesellschaftlich zu fördernden Potenzialentfaltung hochaltriger Menschen beziehen, sondern vielmehr – und eher sogar umgekehrt – auf gesellschaftliche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, die einer Entfaltung der individuellen Potenziale hochaltriger Menschen zur sinnerfüllten Selbst- und Lebensgestaltung förderlich sind. Dass alte Menschen – auch hochaltrige – über gesellschaftlich wertvolle Potenziale und Kompetenzen verfügen, steht außer Frage und wurde vonseiten der Gerontologie mittlerweile hinreichend und umfassend wissenschaftlich belegt. Mindestens genauso wichtig und relevant wie die Frage, was alte Menschen zur Gesellschaft beitragen können, ist aber auch, was die Gesellschaft für alte Menschen tun kann, um diese in ihrer möglichst aktiven und selbstbestimmten Lebensführung zu unterstützen, welche gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Gelegenheitsstrukturen geschaffen werden müssen, damit alte Menschen ihre Potenziale auch zur Entfaltung bringen können. Einige konkrete Überlegungen und Empfehlungen in diesem Zusammenhang wurden bereits im Anschluss an die Ersterhebung der ÖIHS formuliert – etwa die Entwicklung präventiver und rehabilitativer Angebote, die einen Beitrag zur Erhaltung von Selbstständigkeit und sozialer Teilhabe hochaltriger Menschen leisten, oder psychotherapeutische Angebote, die Hochaltrige bei der Verarbeitung und Bewältigung von Verletzlichkeit unterstützen etc. (ÖPIA 2015: 215ff.).

In der vorliegenden qualitativen Fokusstudie soll nun darüber hinaus auch die subjektive Sicht der hochaltrigen Studienteilnehmer/innen erhoben werden. Es gehört zu den besonderen Vorzügen der qualitativen Methodik, die in quantitativ ausgerichteten, fragebogengestützten Befragungen weitestgehend vernachlässigte subjektive Perspektive der Teilnehmer/innen sichtbar und für die weitere Forschung fruchtbar zu machen. In diesem Sinne soll also auch die Frage beleuchtet werden, was aus Sicht der hochaltrigen Studienteilnehmer/innen die Gesellschaft tun könnte oder sollte, um alten Menschen ein gutes, sinnerfülltes Leben zu ermöglichen und sie in ihrer selbstständigen Lebensgestaltung und der Bewältigung ihrer mit höherem Alter zunehmenden „Verletzlichkeit“ zu unterstützen.

In diesem Zusammenhang stellt sich generell auch die Frage, welche Bedeutung ein „gutes“, sinnerfülltes Leben für hochaltrige Menschen hat, was diese also überhaupt unter einem „guten Leben“ im hohen Alter verstehen. Die Relevanz dieser Frage ergibt sich nicht zuletzt und in besonderem Maße aus der Perspektive einer erhöhten Verletzlichkeit, die das hohe Alter zu einer ganz eigenen Lebensphase macht, in der das Leben der Menschen mitunter einschneidenden Veränderungen unterworfen und mit zahlreichen persönlichen Herausforderungen verbunden ist. Dies lässt möglicherweise bestimmte Aspekte bzw. Einstellungen und Bedürfnisse, die in jüngeren Lebensaltern eher dominant

waren, stärker in den Hintergrund und dafür andere Bedürfnisse in den Vordergrund treten. Gleichzeitig ist die Gruppe der Hochaltrigen heterogen wie kaum eine andere Bevölkerungsgruppe, was durchaus vielfältige Relevanz- und Bedürfnisstrukturen und damit auch Deutungsmuster eines „guten Lebens“ im hohen Alter erwarten lässt. Auch das ist daher eine Fragestellung, die in dieser Studie auf der Basis qualitativer Interviews mit hochaltrigen Menschen untersucht werden soll.

Damit ist der thematische Schwerpunkt der vorliegenden qualitativen Studie – die „individuellen und sozialen Potenziale für ein ‚gutes Leben‘ im hohen Alter“ – zumindest grob skizziert. Auf den folgenden Seiten gilt es nun, die Befunde aus den qualitativen Interviews mit hochaltrigen Menschen darzustellen und im Hinblick auf die dabei sichtbar werdenden Potenziale zur Selbst- und Lebensgestaltung im hohen Alter zu diskutieren, um auf diese Weise den Blick zu schärfen für das hohe Alter als Lebensphase im Spannungsfeld von „Verletzlichkeit“ und „Potenzial“.

Aufbau des Berichts

Nach einer kurzen Darstellung der Stichprobe und der Methodik der vorliegenden qualitativen Fokusstudie, beginnt die Ergebnisdarstellung zunächst mit einem Kapitel über das gesundheitliche Befinden der hochaltrigen Studienteilnehmer/innen. In diesem Kapitel geht es vor allem darum, die für das hohe Alter charakteristische zunehmende „**Verletzlichkeit**“ – die in der ÖIHS-Hauptstudie u.a. auf dem Wege geriatrischer Assessments bereits recht ausführlich untersucht wurde – auch qualitativ noch ein wenig stärker auszuleuchten und insbesondere subjektive Bezugnahmen der Teilnehmer/innen auf ihren Gesundheitszustand bzw. ihr Erleben ihres gesundheitlichen und funktionalen Status darzustellen. Die Potenziale des hohen Alters bestehen ja zu einem großen Teil – so lautet auch eine wesentliche forschungsleitende Hypothese dieser Studie – im persönlichen Umgang mit und der Bewältigung von Verletzlichkeit im Alltag. Es wird gezeigt, dass „Verletzlichkeit“ das Leben und den Alltag hochaltriger Menschen, wenn auch auf je unterschiedliche Weise und in unterschiedlichem Ausmaß, in der Tat sehr stark prägt. Hierher gehört nicht zuletzt auch die zunehmende Angewiesenheit auf Hilfe und Unterstützung im Alltag bzw. Pflege.

In einem daran anschließenden zweiten Kapitel, befassen wir uns mit der **Alltagsgestaltung** der hochaltrigen Studienteilnehmer/innen. Auch und gerade in diesem Bereich erweist sich eine Perspektive im Spannungsfeld von „Verletzlichkeit“ und „Potenzial“ als überaus aufschlussreich und instruktiv. Hier lässt sich zunächst einmal (auch in Übereinstimmung mit den Befunden anderer gerontologischer Studien) feststellen, dass die Alltagsgestaltung vieler hochaltriger Menschen auffällig ritualisiert, d.h. durch bestimmte persönliche Gewohnheiten und gleichsam ritualhaft in den Tagesrhythmus eingebettete Alltagsaktivitäten strukturiert ist. Auch das lässt sich vor dem Hintergrund der in dieser Studie angewandten Potenzialeperspektive als Strategien zur Bewältigung von Verletzlichkeit interpretieren, die Sicherheit schaffen und dabei helfen Selbstständigkeit aufrechtzuerhalten. Darüber hinaus zeigt ein Blick auf die Alltagsgestaltung hochaltriger Menschen aber auch, dass diese oftmals auch trotz zunehmender Verletzlichkeit und damit verbundener funktionaler Einschränkungen nach wie vor ein recht aktives Leben führen und vielfältige Interessen verfolgen, was wiederum auf beträchtliche Potenziale zur Selbstgestaltung verweist. Hierher gehören

insbesondere auch Aktivitäten, die gezielt auf die Erhaltung von Gesundheit und Selbsthilfefähigkeit gerichtet sind (z.B. regelmäßige Bewegung, Gymnastik, Gedächtnistrainings etc.) und somit der Bewältigung von Verletzlichkeit dienen.

Einen zentralen Aspekt der „Verletzlichkeit“ des hohen Alters stellt die stetig kürzer werdende, verbleibende Lebenszeit bzw. das sukzessive näher rückende **Lebensende** sowie die Aussicht auf eine **in Zukunft möglicherweise eintretende Hilfe- und Pflegebedürftigkeit** dar. Mit diesen sich verstärkt im hohen Alter stellenden „Zukunftsfragen“ und dem Umgang der hochaltrigen Teilnehmer/innen mit diesen Lebensthemen beschäftigt sich ausführlicher das dritte Kapitel. Auch hier lassen sich sehr vielfältige Formen des Umgangs und der Bewältigung konstatieren, die oftmals durchaus auch problematisch sein können. Hierher gehört etwa die unter hochaltrigen Menschen weit verbreitete Neigung, die realistische Möglichkeit zukünftiger Pflegebedürftigkeit zu verdrängen, mit der Begründung sich mit solchen Themen nicht befassen zu wollen und es quasi „auf sich zukommen zu lassen“ – eine Neigung, die eine in vielen Fällen sicherlich sinnvolle bewusste Vorbereitung auf eine möglicherweise eintretende Pflegebedürftigkeit bereits systematisch verhindert oder jedenfalls erheblich erschwert.

Im vierten Kapitel wird ein Blick geworfen auf die subjektive Wahrnehmung hochaltriger Menschen von ihren individuellen, mit dem Alter(n) verbundenen bzw. damit assoziierten **Entwicklungsperspektiven**. Hier haben wir mit den Studienteilnehmer/innen vor allem darüber gesprochen, wie sie im Rückblick ihre persönliche Entwicklung bilanzieren würden – welche für sie bedeutsamen Veränderungen sie im Zuge des Alterns erfahren haben und wie sie sich im Alter, aus ihrer Sicht, selbst entwickelt und verändert haben. Die Schilderungen der hochaltrigen Teilnehmer/innen veranschaulichen dabei einmal mehr die Ambivalenz des (hohen) Alters – einerseits das Erleben des Alters als eine Lebensphase zunehmender Verluste, andererseits aber auch als eine Phase, in der sich mitunter auch ganz neue Lebens- und Entwicklungsperspektiven eröffnen.

Die spannungsreiche Gleichzeitigkeit von „Verletzlichkeit“ und „Potenzial“ des hohen Alters kulminiert schließlich auf besondere Weise in den subjektiven Bezugnahmen hochaltriger Menschen auf die Vorstellung eines **„guten Lebens“ im hohen Alter** (Kapitel 5). Es zeigt sich dabei sehr eindrucksvoll, dass eine im hohen Alter zunehmende „Verletzlichkeit“ die subjektive Betrachtungsweise von wie auch die eigene Erwartungshaltung gegenüber einem „guten Leben“ im Alter recht maßgeblich prägt. Funktionale, aber auch soziale und psychische Verluste relativieren vieles, und so bleibt auch die Idee eines „guten Lebens“ davon nicht unberührt. Gleichzeitig wird auch sehr deutlich sichtbar, dass auch bei hohem Grad an „Verletzlichkeit“ – etwa bei schwerwiegenden gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen, bei Pflegebedürftigkeit usw. – die Idee eines „guten Lebens“ im Alter stets präsent, d.h. ein positiver Bezugspunkt, bleibt und ein als „gut“ und sinnvoll erlebtes Leben auch unter diesen schwierigen Bedingungen durchaus möglich ist.

Abgeschlossen wird der Bericht mit einem Kapitel zu Perspektiven der Teilnehmer/innen auf Möglichkeiten der **Vorbereitung auf und Vorsorge für das Alter**, im Interesse eines „guten Lebens“ im Alter (Kapitel 6), sowie mit einem Kapitel über **gesellschaftliche**

Rahmenbedingungen und Potenziale für ein „gutes“ und erfülltes Leben im hohen Alter (Kapitel 7). Hier werden besonders Wünsche nach (mehr) menschlicher Zuwendung und nach einer qualitativ hochwertigen Altenpflege artikuliert, die es hochaltrigen Menschen erlaubt, auch bei Pflegebedürftigkeit gut und in Würde zu leben.

**METHODIK
UND
STUDIENPOPULATION**

METHODIK UND STUDIENPOPULATION

Die Datengrundlage dieser qualitativen Studie besteht, wie schon bei der ersten Studie 2014, aus Interviews mit insgesamt 40 hochaltrigen Frauen und Männern. Beim Großteil davon (32 Interviews) handelt es sich um Personen, die auch an der quantitativen Erhebung der zweiten Erhebungswelle der ÖIHS teilgenommen haben (*Panelerhebung in Wien und Steiermark, Ersterhebung in Niederösterreich*, siehe ÖPIA 2018a, ÖPIA 2018b). Dieses Sample wurde ergänzt um 8 Interviews aus einer im Anschluss an die qualitative Studie der ÖIHS-Ersterhebung durchgeführten Untersuchung über „Perspektiven allein lebender hochaltriger Menschen auf das Lebensende“.²

Durch diese Integration von Interviews mit Personen, die nicht der Gesamtstichprobe der ÖIHS angehören, befinden sich vereinzelt auch Teilnehmer/innen im Sample, die älter sind als die ÖIHS-Teilnehmer/innen, deren Alter zum Zeitpunkt der Zweiterhebung bei maximal 89 Jahren liegt. Die älteste Teilnehmerin an der qualitativen Studie ist 96 Jahre alt. Das Alter der Teilnehmer/innen an der qualitativen Fokusstudie liegt somit zwischen 80 und 96 Jahren.

Qualitative Interviews wurden in allen bislang an der ÖIHS teilnehmenden Bundesländern durchgeführt, wobei nicht ganz die Hälfte aller Interviews (18) auf Teilnehmer/innen aus Wien entfallen, ein Viertel (10) auf Niederösterreich und etwas mehr als ein Viertel (12) auf die Steiermark.

Ausgewählt wurden die Teilnehmer/innen primär entlang ihres gesundheitlichen und funktionalen Status, gemäß der Befunde aus dem im Rahmen der ÖIHS-Hauptbefragung durchgeführten geriatrischen Assessments. Da im Mittelpunkt der Studie die Potenziale hochaltriger Menschen zur Lebens- und Selbstgestaltung unter Bedingungen zunehmender Verletzlichkeit stehen, erschien es sinnvoll, als zentrales Kriterium der Auswahl den Grad der Verletzlichkeit der Teilnehmer/innen zu setzen und besonderen Wert darauf zu legen, dass die Heterogenität der hochaltrigen Teilnehmer/innen hinsichtlich ihres gesundheitlichen und funktionalen Zustands hinreichend in der Stichprobe abgebildet ist. Mithin wurde darauf geachtet, dass ein möglichst ausgeglichenes Verhältnis von Teilnehmer/innen mit vergleichsweise gutem Gesundheitszustand und somit geringem Grad an Verletzlichkeit („rüstig“ und „fit“) und solchen mit vergleichsweise schlechtem Gesundheitszustand und entsprechend höherer Verletzlichkeit („pre-frail“ und „frail“) in der Stichprobe gewährleistet ist. Ein solches, möglichst ausgeglichenes Verhältnis ist im Wesentlichen gegeben (siehe unten Tabelle 1). Allerdings sind ausgeprägte Formen der „Frailty“ im Sample deutlich unterrepräsentiert, da bei gesundheitlich und funktional besonders stark eingeschränkten Personen eine Teilnahme an der qualitativen Studie entweder aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich war oder abgelehnt wurde. Dies betrifft insbesondere Pflegeheimbewohner/innen, deren Anteil im Sample etwas niedriger ist als ursprünglich angestrebt.

² Diese Studie wurde von 2015 bis 2016 von Sabine Pleschberger und Paulina Wosko im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales Konsumentenschutz durchgeführt (V/A/6).

Der krankheitsbedingte Ausfall frailer Teilnehmer/innen wurde kompensiert durch eine entsprechend stärkere Repräsentation von Teilnehmer/innen, die im Zuge des geriatrischen Assessments als „pre-frail“ eingestuft werden mussten. Deren gesundheitlicher und funktionaler Status ist zwar nicht so eingeschränkt wie bei Personen mit ausgeprägter Frailty, kann aber dennoch als bereits relativ labil betrachtet werden und birgt bereits eine relativ hohe Wahrscheinlichkeit, in absehbarer Zeit in eine manifeste Frailty überzugehen. Der jeweilige funktionale Status der Studienteilnehmer/innen wird im Folgenden bei Zitaten aus den Interviews, neben dem Alter und dem Geschlecht, stets im Text angegeben.

Bei den 8 Teilnehmer/innen, die nicht Teil der ÖIHS-Stichprobe sind und daher auch kein geriatrisches Assessment durchlaufen haben, wurde der funktionale Status anhand des Gesamteindrucks beim Interview grob eingeschätzt.

Zusätzlich zum gesundheitlichen und funktionalen Status wurde bei der Auswahl der Teilnehmer/innen auch darauf geachtet, ein möglichst ausgeglichenes Geschlechterverhältnis (wenngleich Frauen im Sample leicht überrepräsentiert sind) sowie eine einigermaßen gleichmäßige Verteilung entlang des Bildungsniveaus zu gewährleisten, um die Diversität hochaltriger Menschen und ihre entsprechend unterschiedlichen Lebensrealitäten hinreichend zu berücksichtigen.

Merkmale	Anzahl Teilnehmer/innen	Relativer Anteil
Funktionaler Status:		
rüstig	10	25,0%
fit	9	22,5%
pre-frail	18	45,0%
frail	3	7,5%
Geschlecht:		
männlich	16	40,0%
weiblich	24	60,0%
Wohnform:		
Privathaushalt	36	90,0%
Seniorenresidenz	2	5,0%
Pflegeheim	2	5,0%
Bildung:		
niedrig (Pflichtschule)	11	27,5%
mittel (Lehre, mittlere Schule)	8	20,0%
eher hoch (Matura)	12	30,0%
hoch (Universität)	9	22,5%

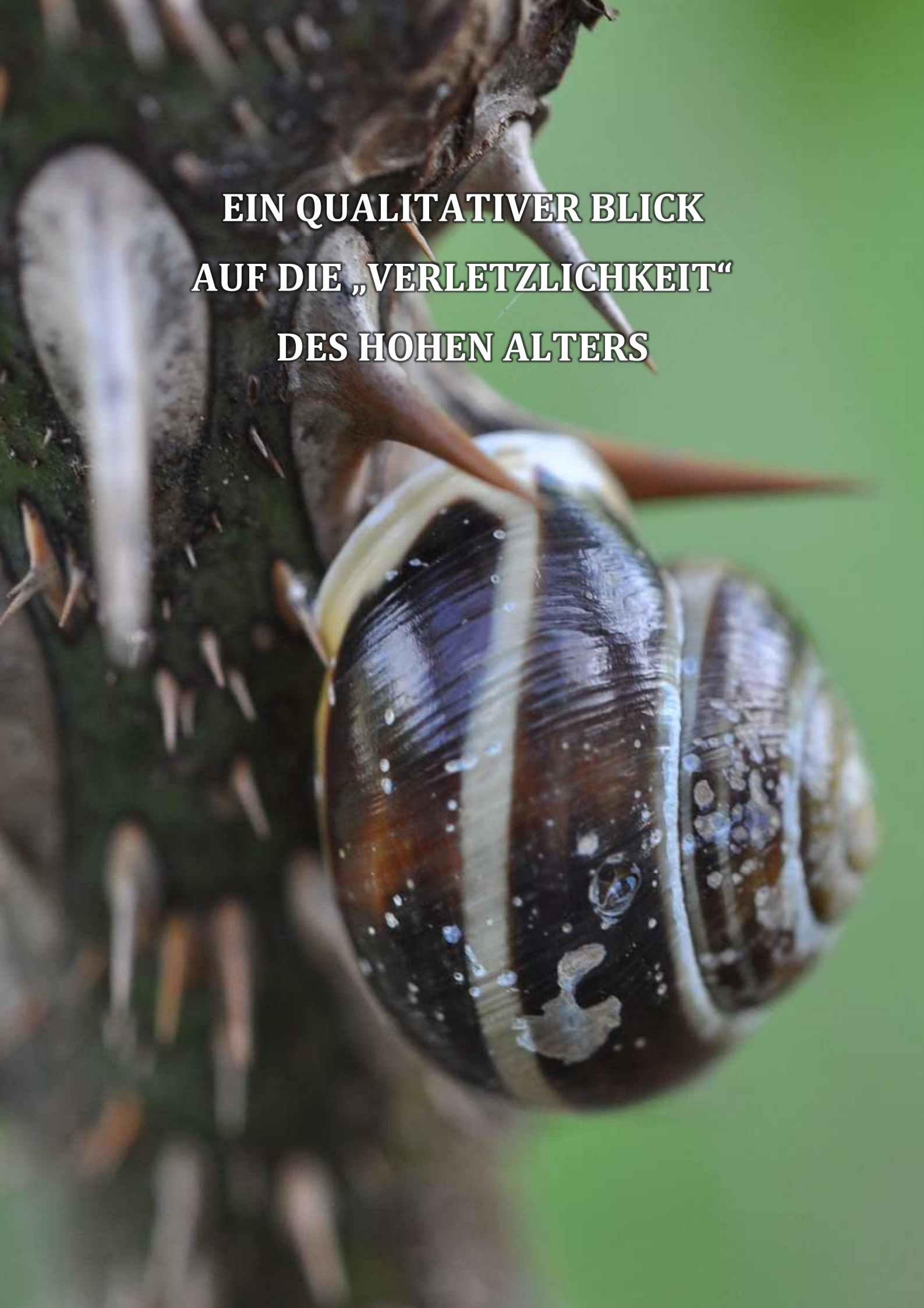
Tabelle: Merkmale der Studienpopulation.

Wie die quantitative Befragung, wurden auch die qualitativen Interviews bei den Teilnehmer/innen zu Hause durchgeführt. Die Interviews wurden auf der Basis eines

vorher entwickelten **Gesprächsleitfadens** geführt, waren aber mit Blick auf die Interviewführung **möglichst offen und narrativ**, d.h. wenig strukturiert, angelegt, um die Studienteilnehmer/innen zum Erzählen anzuregen und so zu gewährleisten, dass besonders deren subjektive Sichtweisen und Deutungen erfasst werden konnten.

Die 40 geführten Interviews wurden anschließend transkribiert und unter Verwendung von qualitativen Kodierverfahren EDV-unterstützt ausgewertet.

**EIN QUALITATIVER BLICK
AUF DIE „VERLETZLICHKEIT“
DES HOHEN ALTERS**



1 EIN QUALITATIVER BLICK AUF DIE „VERLETZLICHKEIT“ DES HOHEN ALTERS

Wie in der Einleitung dargelegt wurde, erfordert die Auseinandersetzung mit spezifischen Potenzialen im bzw. Potenzialen des hohen Alters eine Perspektive, welche diese Potenziale stets in ihrer Relation zur erhöhten „Verletzlichkeit“ des hohen Alters betrachtet und reflektiert. (Entwicklungs-)Potenziale im hohen Alter bestehen ja oftmals gerade darin, mit zunehmenden körperlichen und funktionalen, aber auch psychischen und sozialen Einschränkungen und Verlusten, die sich im hohen Alter mit deutlich erhöhter Wahrscheinlichkeit ergeben, umgehen zu können und trotz solcher Einschränkungen das Leben im Alter nach wie vor als sinnvoll und lebenswert empfinden zu können. Eine hinreichend differenzierte und realistische Perspektive auf das hohe Alter – die auch ein wesentliches Ziel der ÖIHS darstellt – kann daher genauso wenig darin bestehen, die erhöhte Verletzlichkeit im hohen Alter im Interesse der Betonung immer auch bestehender Potenziale, Fähigkeiten und Kompetenzen alter Menschen tendenziell auszublenden und zu negieren, wie in der lange Zeit vorherrschenden, pauschalen Gleichsetzung von hohem Alter mit Gebrechlichkeit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Zunehmende Verletzlichkeit – daran lassen auch die Interviews mit den hochaltrigen Studienteilnehmer/innen kaum einen Zweifel – stellt ein zentrales Wesensmerkmal des hohen Alters dar, auch wenn davon nicht alle hochaltrigen Menschen gleichermaßen betroffen sind und sich das hohe Alter nicht allein in dieser Verletzlichkeit erschöpft, sondern trotz altersbedingter Einschränkungen immer noch sehr viel möglich ist und vielfältige Potenziale zur Selbstgestaltung wie auch persönliche Entwicklungsperspektiven gegeben sind.

Die große Rolle und die Bedeutung einer erhöhten (vor allem physischen) Verletzlichkeit im und für das Leben und den Alltag hochaltriger Menschen wird bereits daran ersichtlich, dass Einschränkungen gesundheitlicher und funktionaler Natur praktisch von allen Teilnehmer/innen auf die eine oder andere Weise und in unterschiedlicher Intensität in den Interviews thematisiert werden. Oftmals sind die Gesundheit und der funktionale Status bzw. deren zunehmende Einschränkung für die Teilnehmer/innen so zentrale Themen, dass diese bereits zu Beginn, im Rahmen der biographischen Einstiegsfrage (bei der die Teilnehmer/innen aufgefordert waren, einleitend ein wenig über sich selbst und ihr Leben zu erzählen) sehr prominent zur Sprache kommen und in den Vordergrund gestellt werden. Dies wird durch die folgenden Zitate beispielhaft illustriert:

„Anfangen mit dem Alter, was jetzt, was zurzeit...? Ich weiß nicht, sollen wir da mit einem Gebrechen anfangen?“ (86-jährige Frau, rüstig)

„Ich rede jetzt viel von meiner Krankheit, weil das ist das momentane Ding und hoffentlich passt das, dass Sie sich ein Bild machen können von mir.“ (87-jährige Frau, rüstig)

An solchen Aussagen wird unmittelbar deutlich, dass gesundheitliche Einschränkungen und der Verlust funktionaler Kapazitäten das Leben vieler Teilnehmer/innen sehr stark prägen.

Gesundheitliche und funktionale Verluste werden von den Teilnehmer/innen praktisch in allen gesundheitlichen Bereichen und Dimensionen angesprochen – **physisch (1.1.)**, **psychisch (1.2.)** wie auch **kognitiv (1.3.)**. Ihren Niederschlag finden diese altersbedingten Verluste schließlich in einer **zunehmenden Unterstützungs- und Hilfebedürftigkeit** bei alltäglichen Verrichtungen **(1.4.)**.

1.1 Physische Verletzlichkeit

Am stärksten werden nachlassende physische Funktionen, chronische Schmerzen und altersassoziierte Krankheiten thematisiert. Das Spektrum reicht dabei vom fortschreitenden, oftmals als unaufhaltsam empfundenen Abbau des Körpers, über die als steigend wahrgenommene Krankheitsanfälligkeit bis zu damit einhergehenden Einschränkungen im Alltag:

„Ich habe den Eindruck, dass die Evolution, besonders dem Mann, aber es ist (...) bei Frauen wahrscheinlich ähnlich, das Endalter bei maximal 75 vorgesehen hat, weil ab 75 beginnt langsam, aber ganz entscheidend der Verfall des Körpers.“ (85-jähriger Mann, pre-frail)

„Ja, mein Leben geht hauptsächlich, dreht sich immer um Ärzte. Aber nicht, weil ich ein Hypochonder bin, weil ich alles zusammenräumen muss, was ich erwische an Krankheiten und alles Mögliche.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

„Was soll ich Ihnen sagen? Bis vor vier, fünf Jahren hat mir überhaupt nichts gefehlt, da habe ich keine Schwierigkeiten gehabt, aber je älter man wird, desto mehr macht sich natürlich die Müdigkeit bemerkbar. Früher bin ich da runter und raufgelaufen, und jetzt bleibe ich zwei-, dreimal stehen, wenn ich von der Straße raufgehe. Aber sonst fühle ich mich wohl. Na hie und da bin ich halt im Krankenhaus, wenn ich irgendwas hab halt, aber sonst...“ (87-jähriger Mann, rüstig)

Hinsichtlich zunehmender Einschränkungen im Alltag wird vor allem auf die nachlassende Geschwindigkeit bei der Verrichtung von Tätigkeiten hingewiesen:

„Und das hat sich jetzt in meinem Alter ziemlich, wie soll ich sagen, verlängert, verlangsamt (...) Früher konnte ich also mir die Wochenmärkte – da bin ich vier, fünf Mal gegangen. Jetzt geh ich vielleicht in drei Monaten zweimal.“ (86-jährige Frau, rüstig)

„Na ja, insofern, dass ich langsam bin, dass ich zu allem viel, viel länger brauche, dass ich nicht alles machen kann, aber... im Großen und Ganzen komm ich eigentlich ganz gut noch über die Runden.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

Während die Interviewten die nachlassende Geschwindigkeit bei alltäglichen Verrichtungen überwiegend akzeptieren, wird eine schwindende Energie für die Anforderungen des täglichen Lebens eher als belastend empfunden:

„Ja, da fehlt dann die Energie. Das Drangehen. (...) Was man halt früher wirklich leicht gemacht hat. Oder das dreht man sich halt jetzt 10 Jahre herum, bis man es einmal angeht oder gar nicht. Und das ist belastend, muss ich sagen, weil man das immer vor

sich sieht und nichts weiterbringt. (...) Es ist natürlich... ich bin sehr bequem geworden. Ich, nämlich meine ganze Einstellung, meine ganze Geisteshaltung und alles. Ich brauch... ich sitz oft eine halbe Stunde da, wenn ich irgendetwas machen soll oder will, bis ich mich entschliefse dann, das zu machen.“ (87-jährige Frau, rüstig)

Neben einer schwindenden Energie, größeren Müdigkeit und einer abnehmenden Geschwindigkeit berichten interviewte Studienteilnehmer/innen häufig von chronischen Schmerzen und zunehmenden Einschränkungen im Bewegungsapparat:

„Und dann tut mir meistens das Kreuz so weh, dass ich mich noch, weiß ich, Viertelstunde oder halbe Stunde hinlege, so ganz gerade am Rücken, das ist dann besser.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

„Ja, jetzt habe ich... ich kann den Arm nicht so nach hinten heben. Gewisse Bewegungen kann ich nicht machen.“ (96-jährige Frau, pre-frail)

Mitunter rühren Schmerzen und funktionale Einschränkungen auch von Stürzen und dabei erlittenen Verletzungen her. Eine erhöhte Sturzneigung ist ein wesentlicher Aspekt der „Verletzlichkeit“ des hohen Alters, der das Risiko funktionaler Verluste und chronischer Schmerzzustände zusätzlich erhöht:

„Häkeln kann ich nicht mehr, weil da bin ich einmal gefallen. (...) Seit damals ist halt das alles kaputt da drinnen, die ganzen Handwurzeln. Und das tut jetzt da herauf so weh, jetzt haben sie mir den Rollator auch so hoch gemacht, dass ich die Hand drauflegen kann, weil so belasten, ich kann ein Liter-Häferl nicht heben. Das tut mir zu viel weh da.“ (81-jährige Frau, frail)

Besonders große Auswirkungen auf die selbstständige Gestaltung des Alltags haben mit hohem Alter tendenziell zunehmende Einschränkungen in der Mobilität. Mobilität ist eine wesentliche Voraussetzung für Aktivitäten außerhalb des Haushalts, für die Versorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs, für sozialen Austausch und damit generell für die Aufrechterhaltung eines eigenständigen Lebens (vgl. Mollenkopf/Oswald 2001).

Mehrere Befragte berichten in dem Zusammenhang von einer Reduktion außerhäuslicher Aktivitäten im hohen Alter sowie einer Beschränkung auf das nähere Wohnumfeld:

„Nein... na ja, wie gesagt, jetzt gehe ich schon ein bisschen schlechter und mit dem Stock, aber Einkaufen geht. Ich hab ja... so gut wie ich wohnt ja niemand. Ich habe da rundherum... Apotheke, der Billa ist da auf der anderen Seite... nach X (Ort in Wien) komme ich jetzt schon weniger. Sonst bin ich zweimal in der Woche mindestens (...) gewesen beim Tchibo oder beim Radatz oder so etwas. Ich gehe schon, aber das... es strengt mich schon mehr an jetzt, würde ich sagen.“ (96-jährige Frau, pre-frail)

„Ja, das hat schon Auswirkungen, weil ich kann nicht überall hingehen, wo ich hingehen möchte. Heute ist es mir gelungen, vom Lokal (...) nur einmal stehenbleiben zu müssen, sonst muss ich drei, vier Mal... nach 100 Schritten muss ich stehen. Und heute ist es mir das erste Mal gelungen, dass ich einmal stehenbleiben hab müssen. Und es ist halt

*wechselhaft, einmal so, einmal so. Aber das belastet mich schon, diese Beschwerden.“
(84-jährige Frau, pre-frail)*

Auch werden vermehrt Hilfsmittel wie Gehstock oder Rollator benötigt, deren Handhabung teils mit gewissen Schwierigkeiten verbunden ist:

„Oder ich nehme einen Stock zum Gehen. Es hilft nichts. Weil der Rollator ist mir unbequem. Das ist ein Monster. Na da kommt man nirgends ums Eck. Es ist auch schwierig. Die Türen sind so schwer, die Eingangstüren. Bis man rauskommt.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

Bei einigen Teilnehmer/innen haben zunehmende Abnützungerscheinungen im Bewegungsapparat die operative Ersetzung von Hüft- oder Kniegelenken durch Implantate erforderlich gemacht:

„Ich bin nach meiner zweiten Hüftoperation, eigentlich muss ich sagen: nach meiner dritten Hüftoperation, weil die linke Hüfte, die habe ich bekommen heuer im Mai, und im August ist sie mir herausgesprungen.“ (85-jährige Frau, pre-frail)

*„Jetzt kriege ich eh dann ein neues Knie und dann geht es mir wieder besser. Ich hoffe.“
(80-jährige Frau, pre-frail)*

Auch nachlassendes Seh- und Hörvermögen bedingen im hohen Alter oftmals eine Umstellung bei Alltags- sowie Freizeittätigkeiten und sind für manche Personen mit erheblichen Unsicherheiten oder sogar Einschränkungen verbunden:

„Weil ich fast nicht lesen kann, weil ich so schwer da bei einem Auge operiert worden [bin]. Das ist fehlgeschlagen. Da habe ich nur Clowngesichter. Links jetzt habe ich einen grauen Star. Das Gesichtsfeld ist so eingeengt, dass ich schon meine Kaffeehäferl umwerfe.“ (86-jährige Frau, rüstig)

„Fernsehen tue ich nur die Nachrichten mehr. Weil ich schlecht hören tue. Ich müsste Kopfhörer aufsetzen, aber... Ich habe schon ein Hörgerät einmal [gehabt], aber das habe ich nicht getragen.“ (88-jährige Frau, rüstig)

Mit Blick auf chronische Krankheiten werden von Teilnehmer/innen besonders häufig Beschwerden im Zusammenhang mit Diabetes genannt, die einer spezifischen Behandlung und strikten Einhaltung ärztlicher Vorschriften bedürfen:

„Ich habe Diabetes 2 mit all ihren entsetzlichen Folgen, daraus ist... das rechte Auge muss ich überprüfen, stark geschädigt um nicht zu sagen blind.“ (85-jähriger Mann, pre-frail)

„Und der Zucker frisst die Nerven im Fuß, in den Knöcheln. Und darum habe ich Gehbeschwerden.“ (88-jährige Frau, rüstig)

„Wenn ich viel Zucker hab, sehe ich schlecht. Was hab ich noch? Die Füße tun mir weh, meine Nieren, das ist natürlich alles schon kaputt vom Zucker. Das ist aber 30 Jahre Zucker, suchen Sie die Leute, die 30 Jahre Zucker haben.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

Des Weiteren werden häufig Herz-Kreislauf-Erkrankungen und damit zusammenhängende Beschwerden thematisiert:

„Vorhofflimmern und eine leicht verkalkte – wie heißt die? – Aorta. Auf jeden Fall habe ich ein Herzpräparat und Concor zu nehmen.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

„Manchmal, ich merke es schon beim Aufstehen, da habe ich ein Gefühl irgendwie, so ein inneres Gefühl. Ich will nicht sagen, keine Schmerzen oder irgendwas, vom Herz her. Mit dem Herz bin ich auch, nicht operiert worden, sondern Vorhofflimmern habe ich gehabt, da war ich auch im Spital, also das habe ich theoretisch immer noch. Und da kommt es manchmal vor, dass ich schwindlig werde, und da unternehme ich dann nicht viel, und da gehe ich dann nicht viel fort.“ (83-jähriger Mann, pre-frail)

„Blutdruck, das schwankt halt immer. Einmal ist er auf 180 dann ist er wieder auf 90 unten. Und der Puls ist immer leicht erhöht. Eine Zeit lang war er um 100 herum, das war auch nicht das richtige.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

Zu schaffen machen einigen Interviewten auch wiederkehrende Kreislauf- und Schwindelprobleme, insbesondere bei großer Hitze im Sommer:

„Aber ich kann jetzt da nicht mehr hinaufgehen. Mir ist es da oben zu heiß. Ich kippe um. Im dritten Stock ist es unglaublich heiß. (...) Ich vertrage Hitze nicht, es hilft nichts. Ich habe jetzt auch vor 14 Tagen, wie ich mit dem Zahn die Geschichte gehabt hab, einen Schwindelanfall gekriegt, wie sie mich heimgeschickt haben, [hat mich] von der Therapie jemand herüber begleitet. Es hilft nichts, es geht nicht. Ich halte die Hitze einfach nicht aus.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

Teilnehmer/innen, die von keinerlei altersbedingten Einschränkungen und gesundheitlichen Beschwerden berichten, sind im Sample eine große Ausnahme, wobei es sich hier primär um männliche Teilnehmer handelt. Dies stimmt auch mit den Ergebnissen des im Rahmen der ÖIHS durchgeführten geriatrischen Assessments (ÖPIA 2015, 2018a) überein, wonach sich die Gruppe besonders „rüstiger“ Hochaltriger ohne nennenswerte funktionale Einschränkungen großteils aus Männern zusammensetzt:

„Nein, überhaupt keine [Beschwerden]. Überhaupt keine. Wenn ich eh sage, ich habe keinen einzigen Wert überschritten, ich brauch kein Medikament zu nehmen, na was will ich? (...) Ja, nein, warum soll ich da klagen oder soll jammern, wenn ich es nicht habe?“ (83-jähriger Mann, rüstig)

1.2 Psychische Verletzlichkeit

Neben physischen und funktionalen Verlusten sprechen die Teilnehmer/innen immer wieder auch mit dem hohen Alter verbundene psychische Veränderungen an.

Zwar kann zunächst einmal festgestellt werden, dass die Interviewten sich insgesamt recht zufrieden mit ihrer Lebenssituation äußern und den gedanklichen Fokus oftmals

sehr positiv auf Gegenwart und Zukunft richten – auch wenn dabei aufgrund der eigenen Wahrnehmung der voraussichtlich nur noch recht kurzen verbleibenden Lebensspanne durchaus eine gewisse Abschiedlichkeit zum Ausdruck kommt. Auch wird häufig eine gewisse Genügsamkeit gegenüber vorhandenen Ressourcen deutlich:

„Ja will ich gar nichts sagen dazu, weil das ist vorbei. Ich lebe jetzt nur mehr in der Zukunft. Und da ist das, was ich sage, oder was ich wissen will, da will ich nicht zurückdenken. Ich will nicht mehr zurückdenken. Ich hab so schöne Jahre erlebt und auch schwere Jahre und da will ich nichts mehr wissen davon. Ich will jetzt nur mehr leben, weil ich hab nur mehr so ein Stück und da will ich das.“ (83-jähriger Mann, rüstig)

„Es geht mir, ich sag immer, es geht mir so gut, wie noch nie in meinem Leben, wirklich wahr. Wirklich wahr. Ich brauch nix. Ich sag immer, wenn ich so viel hab, dass ich jeden Monat herum komm, ich kann eh nix mitnehmen. Was soll ich denn?“ (93-jährige Frau, pre-frail)

Die Zufriedenheit mit der gegenwärtigen Lebenssituation besteht dabei gerade auch trotz mancher gesundheitlicher und funktionaler Einschränkungen und wird dadurch nicht zwangsläufig gemindert, wie etwa die beiden folgenden Zitate veranschaulichen:

„Und sonst, ja gesundheitlich geht es auch so halbwegs, also ich meine, irgendwie so kleine Wehwehchen hast ja schon, das ist eh ganz normal, aber sonst eigentlich, kann ich mich nicht beklagen, dass es mir so schlecht geht.“ (82-jährige Frau, rüstig)

„Und wissen Sie, was? Also ich bin mit meinem Leben wirklich zufrieden... auch, ich bin ja nicht sehr viel krank.“ (96-jährige Frau, pre-frail)

Wesentlich für das persönliche Wohlbefinden erscheint dabei – und das ist gerade auch aus einer Potenziale-Perspektive bedeutsam – das Akzeptieren von Grenzen sowie das Erkennen der eigenen Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten:

„Und ich wundere mich selber, wie soll ich sagen, dass ich so fröhlich bin. Ich habe es gelernt irgendwie anzunehmen und so mein Leben zu gestalten.“ (84-jähriger Mann, pre-frail)

Trotz der hohen Lebenszufriedenheit, die in den Interviews zum Ausdruck kommt, darf aber auch nicht übersehen werden, dass ein durchaus beträchtlicher Teil der Befragten unter psychischen Erkrankungen und Belastungen leidet, wobei sich diesbezüglich in erster Linie Frauen äußern. Vor allem Depressionen werden dabei häufiger genannt:

„Ich bin eingeliefert worden in die Nervenklinik, wie ich so schwer depressiv war und wie ich wirklich nicht mehr ein und aus wusste, haben Sie mich unten also in die Nervenklinik, in die offene Heilanstalt gesteckt.“ (86-jährige Frau, rüstig)

Oftmals sind es dabei gerade nachlassende funktionale Kapazitäten und die schwindende Selbsthilfefähigkeit, die das psychische Wohlbefinden stark beeinträchtigen. So

beschreibt eine Interviewte ihre nachlassenden körperlichen Funktionen und ihre zunehmende Hilfebedürftigkeit im höheren Lebensalter als Grund für ihre Depressionen:

„Aber es ist ganz logisch, dass man depressiv ist, wenn man so viele Handicaps hat wie ich. Das kann ich nicht und jenes kann ich nicht. Ich brauche ständig meinen Mann. Ich bin halt früher gewohnt gewesen, selbsttätig und selbständig zu sein, und jetzt muss ich halt sehr viel, muss ich mich halt einschränken bzw. brauche ich wen, der mir hilft. Entweder meinen Mann oder wer halt gerade da ist. (...) Und das ist eigentlich das Lästigste am Alter, dass man nicht mehr alleine für sich zurechtkommt.“ (85-jährige Frau, pre-frail)

Auch berichten manche Teilnehmer/innen über Angstzustände, die häufig auf selbst oder auch von Nahestehenden erlebte Traumata zurückgehen (z.B. Überfälle). Aus der Forschung ist bekannt, dass sich Angstgefühle zumeist in als unsicher erlebten Lebensbereichen herausbilden und dazu tendieren, Vermeidungsverhalten anzuregen und dadurch den Lebensraum einzuschränken (vgl. Kaiser 2000). Dies wird ebenfalls in einigen Interviews recht deutlich:

„Also dieser ganze Überfall und alles... und dann habe ich Angst bekommen, wenn ich am Weg gegangen bin, habe mich immer umgedreht, dann wenn jemand gekommen ist, bin ich stehen geblieben und hab ihn vorübergehen lassen, also ich habe immer Angst gehabt von dem. Habe mich auch nicht am Abend raus getraut, mach ich auch jetzt nicht.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

Während die Angst vor Überfällen Aktivitäten eher auf bestimmte Tageszeiten beschränkt, veranlasst die im hohen Alter und bei eingeschränkter Mobilität ebenfalls weit verbreitete Angst vor Stürzen Teilnehmer/innen dazu, nur mehr wenig bzw. nur noch unter Verwendung von Hilfsmitteln aus dem Haus zu gehen:

„Ich habe auch mit der Doktorin geredet, wie ich letztens drinnen war. Sag ich, das funktioniert ganz einfach nicht. Und ehrlich gesagt, ich traue mich aber auch nicht. Wenn ich nicht gleich dann irgendwo sitzen kann. Was habe ich denn davon wenn ich irgendwo hin falle? Ich habe ja nichts davon. Jetzt bleibe ich zu Hause sitzen, nehme mein Buch, setze mich raus, tue lesen und fertig aus.“ (84-jährige Frau, rüstig)

„Ja man wird unsicher. Ich gehe mit Stock. Sagen mir immer viele, wie gestern, wenn wir da vorne mit den Pensionisten [unterwegs sind]: ‚Mei, du hast den Stock mit, hätte ich meinen auch nehmen sollen.‘ Sage ich: ‚Ich gehe nicht ohne Stock, weil da wäre ich schon hundertmal gestürzt.‘“ (87-jährige Frau, rüstig)

Sorgen bereitet auch die eigene gesundheitliche Verfassung und deren weitere Entwicklung in der Zukunft. So belastet eine Interviewte ein mögliches Fortschreiten diabetesbedingter Folgebeschwerden und daraus resultierende, möglicherweise erforderliche medizinische Eingriffe:

„Ich hab Angst. Ich hab Angst vorm Abnehmen, vorm Fußabnehmen.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

Eine 81-jährige Teilnehmerin berichtet, aufgrund ihrer Ängste und Panikattacken sogar auf eine medikamentöse Behandlung angewiesen zu sein:

„Ich weiß es nicht, ob, wenn ich die Psychopharmaka aufhören täte, ob nicht vielleicht wieder was kommen würde, dass ich vielleicht eine Angst kriege wieder, oder Panikattacken, ich weiß es nicht.“ (81-jährige Frau, frail)

Einschränkungen im psychischen Wohlbefinden stehen im hohen Alter oftmals auch im Zusammenhang mit dem Verlust des Ehemanns bzw. der Ehefrau und damit verbundenen Gefühlen der Einsamkeit. Ein männlicher Interviewter ließ während des Interviews wiederholt den Verlust seiner Lebensfreude seit dem Tod der Ehefrau durchblicken:

„Seither ist das Leben uninteressant. (...) Ja, 65 Jahre [waren wir zusammen], die Jahre, wie wir miteinander gehüpft sind, muss man ja dazurechnen. (...) Nur etwas ist nicht eingetroffen, ich habe mir wieder einen Wagen gekauft und habe mir gedacht, wenn ich Depressionen kriegen sollte, setze ich mich rein und fahre ein bisschen wo raus. Und das freut mich allein nicht. Ich bin nie allein gefahren, ich habe immer wen neben mir gehabt.“ (86-jähriger Mann, rüstig)

Im Allgemeinen wird Alleinsein und Einsamkeit in den Interviews jedoch hauptsächlich von weiblichen Interviewten thematisiert. Dies dürfte vor allem darin begründet sein, dass hochaltrige Frauen in der Stichprobe wie auch in der Gesamtbevölkerung wesentlich häufiger verwitwet und alleinlebend sind und daher auch tendenziell stärker vom Risiko sozialer Isolation im hohen Alter bedroht sind:

„Aber manchmal das Alleinsein am Abend. Das ist bitter.“ (96-jährige Frau, pre-frail)

„Also ich fühl mich halt öfter allein, aber ich geh schon weg. Ich gehe dann in ein Kaffeehaus. Ich nehm mir vor, ich mach's nicht immer, aber ich nehm mir vor, immer hinaus zu gehen. Einmal am Tag auf jeden Fall hinaus zu gehen. Und versuch halt, so gut wie möglich halbwegs normal zu leben.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

Speziell im letzten Zitat scheinen – im Sinne der in dieser Studie zentralen Potenziale-Perspektive – auch Ansätze von nach wie vor im hohen Alter bestehenden Potenzialen zur Selbstgestaltung auf. Gefühlen der Einsamkeit wird im konkreten Fall aktiv durch die Suche nach sozialem Kontakt begegnet. Auch wird dabei die Bedeutung sichtbar, die soziale Partizipation, im Sinne einer Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, auch im hohen Alter für die Menschen hat.

Was hinsichtlich der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben im hohen Alter darüber hinaus hilfreich ist, sind nahe Bezugspersonen, z.B. Kinder, die für ein Gefühl der sozialen Eingebundenheit sorgen und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben aktiv fördern:

„Wie gesagt, ich nehme noch ein bisschen am Leben teil. Da ist die Tochter sehr brav, muss ich wirklich sagen, schaut sie immer, dass sie mich wo mitnimmt und dass ich wo hinkomme. Ich habe zum Beispiel den Enkel im X-Theater (...), weil der spielt im X-Theater [Theater in Wien], da nehmen sie mich mit zu den Vorstellungen.“ (87-jährige Frau, rüstig)

1.3 Kognitive Verletzlichkeit

Auch kognitive Verluste werden in den Interviews, wenn auch vergleichsweise marginal thematisiert. Dies könnte u.a. damit zu tun haben, dass eine manifeste Demenz ein Ausschlusskriterium hinsichtlich der Teilnahme an der qualitativen Fokusstudie darstellte und sich die Studienteilnehmer/innen daher überwiegend noch in einem relativ intakten kognitiven Zustand befanden. Vereinzelt Bezugnahmen auf kognitive Verluste beziehen sich daher vor allem auf ein als nachlassend wahrgenommenes Erinnerungsvermögen, das von den Betroffenen aber durchaus als belastend empfunden wird:

„Vergesslich bis dort hinaus, sonst eigentlich gut. Mein Hirn lässt nach. Abnützungerscheinungen.“ (87-jährige Frau, rüstig)

„Ich koche da herüber zum Beispiel, hab da ein Rezept liegen, dann muss ich 2-3 Mal hin und her gehen, weil ich wieder vergesse. (...) Wir gehen jetzt zum Beispiel wieder in den nächsten Tagen einmal [in eine Veranstaltung], aber das habe ich vergessen. Das ist das, was mich belastet. Ich habe Karten bestellt und ich weiß nicht mehr für wann.“ (87-jährige Frau, rüstig)

Sorge macht manchen Teilnehmer/innen dabei auch, ob sich die wahrgenommenen kognitiven Einbußen noch im altersbedingten „Normalbereich“ befinden – also einfach Folge „natürlicher“ altersbedingter kognitiver Verluste sind – oder aber Folge einer Erkrankung (z.B. Alzheimer) sind, wie z.B. in folgender Aussage einer 86-jährigen Frau zum Ausdruck kommt:

„Mir entfallen die Namen und da, ich weiß nicht, soll ich da etwas unternehmen oder nicht? Oder ist das automatisch, dass man da im Alter... Der eine hat in diese Richtung da schon einen Fehler, der andere in der anderen Richtung, dass da irgendetwas nicht klappt. (...) Oder ist das, weil mir im Kopf immer so viel herummarschiert?“ (86-jährige Frau, rüstig)

Abgesehen von solchen Phänomenen der schwindenden Erinnerungsfähigkeit, sind kognitive Einschränkungen bei den Teilnehmer/innen eher im Sinne einer möglicherweise in Zukunft eintretenden Demenz präsent. Wie in einem späteren Kapitel noch etwas ausführlicher darzustellen sein wird, ist vor allem diese Aussicht auf ein Leben in Demenz bei vielen Teilnehmer/innen mit großen Ängsten und Sorgen verbunden.

1.4 Zunehmende Unterstützungs- und Hilfebedürftigkeit

Die erhöhte Verletzlichkeit im hohen Alter spiegelt sich auch in einer mehr oder weniger stark ausgeprägten Unterstützungs- und Hilfsbedürftigkeit der Teilnehmer/innen bei alltäglichen Verrichtungen wider. Die mit steigendem Lebensalter tendenziell nachlassende Funktionalität des menschlichen Körpers geht oftmals mit dem Verlust der Selbsthilfefähigkeit und einer zunehmenden Angewiesenheit auf Hilfe und Unterstützung durch andere Personen einher (Hilfe im Haushalt, Betreuung bzw. Begleitung, Pflege etc.). Auch dies bildet sich recht deutlich im Datenmaterial ab, wie die folgenden Zitate beispielhaft veranschaulichen:

„Ja, dass ich in der Bewegung eingeschränkt bin, dass ich nur, dass ich nicht sehr große Sprünge machen kann. Ich darf nur in Begleitung über die Stiegen gehen und in Begleitung auf die Terrasse raus gehen. Weil zuerst habe ich das ja gar nicht können. Jetzt kann ich das in Begleitung schon machen.“ (85-jährige Frau, pre-frail)

„Aber auf jeden Fall brauche ich halt immer mehr Helfer. Früher habe ich mir alles 100 Prozent selber gemacht, und dann habe ich mir nur mehr 80 Prozent gemacht, und jetzt muss ich schon froh sein, wenn ich mir noch 50 Prozent machen kann, weil alles, was halt schwerer ist, ich nicht mehr machen kann.“ (82-jähriger Mann, rüstig)

Hilfe erhalten die Teilnehmer/innen u.a. von Familienmitgliedern, die sie z.B. im Haushalt und bei anderen alltäglichen Verrichtungen unterstützen:

„Einkaufen gehe ich nicht mehr, ich habe einen Großneffen und eine Großnichte, die sich sehr kümmern, jetzt sind eine Urgroßnichte und ein Urgroßneffe auch noch da, die tauchen auch wieder auf, die fragen so vor den Feiertagen, der eine ist am Freitag gekommen einkaufen, die andere hat am Samstag angerufen, da hat der Mann nicht gehen können, der hat ein wehes Bein gehabt, ob ich doch noch was brauch.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

„Mein Enkerl hilft mir, Fenster putzen, die Vorhänge runter tun, in die Waschmaschine hae ich sie rein und sie hängt mir es wieder auf. Alles was oben ist, sagt sie: ‚Omi, klettere nicht rauf, weil wenn du runter fällst, haben wir mehr Arbeit als wie wenn ich das mache.‘ Sagt sie: ‚Weil wenn du dir etwas brichst oder was‘, sage ich: ‚Nein, das will ich eh nicht.‘ Aber sie macht mir das schon, dass das alles in Ordnung ist.“ (80-jährige Frau, pre-frail)

Manche Teilnehmer/innen können darüber hinaus auf die bedarfsweise Unterstützung von Nachbar/innen oder Bekannten etwa bei alltäglichen Erledigungen oder Arztbesuchen zählen:

„Ja, ich bin gut aufgehoben. Ich habe zwei Stock höher eine Nachbarin, wo wir uns, wenn akut was ist... Und meine beste Freundin ist nicht weit weg, wir telefonieren jeden Tag.“ (84-jährige Frau, rüstig)

„Da kann ich schon mit dem Rollator. Und da habe ich eine ganz gute Nachbarin, im dritten Stock, direkt Nachbarin ist sie nicht. Wir haben uns schon vorher gut verstanden. Und jetzt hilft sie mir. Und jetzt gehen wir einkaufen. Sie fährt zwar auch schon mit dem Rollator, weil es besser geht. Sie ist gerade eben reingegangen. Und da hilft sie mir einkaufen, das geht. Und rauftragen, ein bisschen was, wenn ich es mir auf die Schulter hänge, geht auch.“ (87-jährige Frau, rüstig)

„Und die Vis-a-vis-Nachbarin geht mit mir zum Doktor und so.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

Darüber hinaus beschäftigen manche Teilnehmer/innen Haushaltshilfen und Reinigungskräfte, um sich zu entlasten:

„Ich habe, alle 14 Tage Donnerstag kommt dann meine Tochter oder schickt jemanden, der durchsaugt und die Fenster macht. Alles andere mache ich noch alleine.“ (84-jährige Frau, rüstig)

„Ich habe alle drei Wochen, hab ich eine Hilfe – Gott sei Dank, weil ich mich kaum bücken kann – für meine Wohnung. Also das, das leider geht nicht mehr ganz, also. Ich sage ja, drei Wochen, manchmal vier Wochen, nicht wahr. Das krieg ich, also.“ (86-jährige Frau, rüstig)

„Und ich habe einen türkischen Putzteufel, der mir einmal in der Woche, jeden Mittwoch, da ein bisschen gründlicher sauber macht, also Fenster putzt und Vorhänge, wenn sie glaubt, dass das... ich rede ihr nichts drein, die macht das von selber. Da setze ich mich hinten hin, dass ich nicht im Weg herumstehe.“ (86-jähriger Mann, rüstig)

Vor allem, wenn bereits ein höherer Grad an Hilfebedürftigkeit gegeben ist, nehmen hochaltrige Teilnehmer/innen auch Heimhilfen oder andere soziale Dienste für Alltags- und Basisaktivitäten in Anspruch:

„In der Früh zum Strümpfe Anziehen, weil ich mich nicht mehr bücken kann bzw. ich bin das nicht mehr imstande. In der Früh kommen sie [die Heimhilfen] eine Viertelstunde. Am Montag und am Mittwoch kommt der Besuchsdienst.“ (83-jähriger Mann, pre-frail)

Das Vorhandensein eines hinreichend unterstützenden Umfeldes und passender Betreuungsarrangements ermöglicht es dabei hochaltrigen Menschen, ihre Selbstständigkeit auch bei zunehmenden funktionalen Einschränkungen noch so weitgehend wie möglich zu bewahren. Dies ist gerade auch unter einem Potenziale-Aspekt bedeutsam, insofern eine adäquate und auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmte Pflege und Betreuung Hilfe und Unterstützung gibt, wo und soweit ältere Menschen sie tatsächlich brauchen, und diesen auf diese Weise den möglichst langen und selbstständigen Verbleib in der eigenen Wohnung ermöglichen.

Dies kommt besonders eindrücklich im folgenden Zitat zum Ausdruck. Hierbei handelt es sich um eine 84-jährige Frau, die nach einer schweren Krankheit sehr intensiv von einem sozialmedizinischen Nachbarschaftszentrum betreut wurde, bis sie wieder weitestgehend selbsthilfefähig war. Nach Wiederherstellung der Selbsthilfefähigkeit konnten der Umfang der Betreuung nach und nach reduziert werden. Das Wissen, je nach Bedarf auf Hilfe durch das Nachbarschaftszentrum zurückgreifen und so ein weitestgehend selbstständiges Leben führen zu können, gibt der interviewten Frau sichtlich ein Gefühl der Sicherheit:

„Und an und für sich ist auch die zweite große Beruhigung das SMUP [Sozialmedizinisches Nachbarschaftszentrum]. Wenn irgendetwas ist, weiß ich, ich bin in sehr gutem Kontakt mit ihnen. Ich bin ja vorher schon Jahre lang ein Mitglied gewesen von dem Verein und dass jederzeit jemand kommen kann und mir helfen. (...) Na ja und... ich werde jetzt dann im Februar, werd ich 85. Und hab festgestellt, ich lebe eigentlich ganz gern noch. Es ist wohl einiges mühsam, aber ich bin dankbar, dass es geht, weil ich voriges Jahr ziemlich krank war. Da war ich drei Wochen im Spital, da

hatte ich Rotlauf und Nierenversagen und im Delirium war ich und bin dann hier, wie ich also nach drei Wochen, bin ich ja rausgeworfen, nicht rausgeworfen, aber bitte entlassen worden. Und wir haben ja hier im Haus das SMUP. (...) Und da bin ich ganz, ganz toll versorgt worden. Zuerst einmal 24 Stunden und dann haben wir das immer weiter reduziert und also, ich hab ja nicht gehen können und ich hab gar nichts selber machen können.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

Trotz zunehmender Einschränkungen kann ein gut abgestimmtes Hilfe- und Betreuungsarrangement also Entscheidendes zur Bewältigung von Verletzlichkeit und zur Aufrechterhaltung von Selbstständigkeit und Wohlbefinden im hohen Alter beitragen.

A scenic view of a village in a valley. In the foreground, there are trees with yellow and orange autumn leaves. The middle ground shows several houses with dark roofs and white walls, some with balconies. In the background, a hillside is covered in dense forest with autumn foliage, and a white church with a tall steeple is visible on the right. The sky is clear and blue.

ALLTAGS- UND LEBENSGESTALTUNG HOCHALTRIGER MENSCHEN

im Spannungsfeld von
„Verletzlichkeit“ und „Potenzial“

2 ALLTAGS- UND LEBENSGESTALTUNG HOCHALTRIGER MENSCHEN IM SPANNUNGSFELD VON „VERLETZLICHKEIT“ UND „POTENZIAL“

Dass das hohe Alter und insbesondere das Leben im hohen Alter nicht auf den Aspekt der Verletzlichkeit reduziert werden kann, macht bereits ein oberflächlicher Blick auf die Alltags- und Lebensgestaltung hochaltriger Menschen deutlich. Zunehmende Verletzlichkeit, vor allem in Form wachsender funktionaler Einschränkungen, stellt, wie gezeigt, eine wesentliche Charakteristikum des hohen Alters dar und betrifft in unterschiedlich hohem Ausmaß so gut wie jeden hochaltrigen Menschen. Diese Verletzlichkeit hat auch unmittelbare Auswirkungen auf den Alltag und die Lebensgestaltung, insofern die Selbsthilfefähigkeit darunter leidet und infolge funktionaler Verluste, wie ebenfalls im vorigen Kapitel veranschaulicht wurde, vieles „nicht mehr (so gut) geht“. Gleichzeitig und trotz zunehmender (physischer) Verletzlichkeit erschöpft sich das Leben im hohen Alter aber auch nicht einfach darin, sondern gestalten hochaltrige Menschen ihren Alltag oftmals noch sehr aktiv und gehen nach wie vor vielfältigen Aktivitäten und Beschäftigungen nach. Auch werden an der Alltags- und Lebensgestaltung hochaltriger Menschen vielfältige Potenziale im alltäglichen Umgang mit und in der Bewältigung von Verletzlichkeit sichtbar, die eine genauere Betrachtung verdienen.

Ohne die durchaus breite Vielfalt an Aktivitäten, die die hochaltrigen Studienteilnehmer/innen ausüben, erschöpfend darstellen zu können, sollen im Folgenden vor allem zwei Aspekte der Alltags- und Lebensgestaltung im hohen Alter näher beleuchtet werden, die gerade unter dem Gesichtspunkt des komplexen Verhältnisses von „Verletzlichkeit“ und „Potenzial“ im hohen Alter besonders bedeutsam erscheinen. Zunächst wird ein Blick auf die Tagesstruktur hochaltriger Menschen geworfen (*Kapitel 2.1.*). An der Alltags- und Lebensgestaltung hochaltriger Menschen fällt besonders auf, dass diese sehr stark strukturiert und von gleichsam ritualhaft in den Tagesablauf eingebundenen Tätigkeiten, Handlungen und Aktivitäten geprägt ist. Hierin drückt sich zum einen die zunehmende Verletzlichkeit im hohen Alter aus: Aufgrund funktionaler Einschränkungen verlangen früher selbstverständliche und nahezu automatisch ablaufende alltägliche Verrichtungen einer höheren Aufmerksamkeit, um damit einhergehende Unsicherheiten zu kompensieren. Eben diese Kompensationsleistung verweist aber zum anderen auch auf aktiv zum Einsatz gebrachte Strategien und damit auf Potenziale zur Bewältigung von Verletzlichkeit.

Im Anschluss daran – und darüber hinaus – soll die Freizeitgestaltung der Studienteilnehmer/innen in den Blick genommen werden, wobei der Fokus primär auf solche Aktivitäten gelegt wird, die von hochaltrigen Menschen bewusst zum Zweck der Anregung von Körper und Geist ausgeübt werden und somit gezielt der Erhaltung von Gesundheit und Selbsthilfefähigkeit dienen (*Kapitel 2.2.*). Auch diese Aktivitäten können unmittelbar im Kontext der Potenziale hochaltriger Menschen betrachtet werden, die nicht nur trotz erhöhter Verletzlichkeit, sondern vielmehr gerade zur aktiven Bewältigung von Verletzlichkeit zur Entfaltung gebracht werden und gesellschaftlich gefördert und unterstützt werden könnten.

2.1 Tagesrhythmus hochaltriger Menschen

Aus der gerontologischen Forschung ist schon länger bekannt, dass im Alltag älterer Menschen häufig ein gleichförmiger Tagesablauf an die Stelle eines geplanten aktiven Lebens tritt (vgl. Roether 1997). Dabei werden bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens, wie etwa der Verzehr von Mahlzeiten, die Lektüre der Zeitung oder die Einnahme von Medikamenten, gleichsam ritualisiert. Die Bedeutung von Gewohnheiten und Ritualen im Alltag steigt dabei tendenziell mit zunehmendem Lebensalter. Diese beeinflussen das subjektive Wohlbefinden und vermitteln älteren Menschen ein Gefühl von Sicherheit. Die ritualisierte Strukturierung des Alltags kann vor diesem Hintergrund als Handlungsorientierung verstanden werden, die insbesondere auf die Bewältigung von „Verletzlichkeit“ gerichtet ist.

Ein durch Rituale und Gewohnheiten strukturierter Alltag gehört zu den markantesten Charakteristika der Tagesgestaltung hochaltriger Menschen und kann praktisch über die gesamte Stichprobe hinweg beobachtet werden. Nahezu alle Interviewten folgen relativ geregelten Tagesrhythmen, wenngleich sich diese von Teilnehmer/in zu Teilnehmer/in zum Teil erheblich unterscheiden. Es ist also auch hier wieder die enorme Heterogenität und Diversität hochaltriger Menschen zu berücksichtigen. Diese zeigt sich beispielsweise bereits daran, dass schon Tagesbeginn und Tagesende unter den hochaltrigen Teilnehmer/innen stark differieren. Bei manchen beginnt der Tag bereits um vier Uhr Früh, bei anderen nicht vor neun oder zehn Uhr, wie folgende Zitate exemplarisch veranschaulichen:

*„Ich stehe früh auf, das heißt ich werde wach und mag dann nicht mehr länger liegen. Das kann manchmal um vier Uhr sein, manchmal um sechs. Ja, ich komme mit, was weiß ich, sechs Stunden Schlaf leicht aus. In meinem Alter auch nicht verwunderlich.“
(84-jähriger Mann, pre-frail)*

„Habe natürlich am nächsten Tag bis um neun, zehn [geschlafen]. Vorher bin ich nicht aufgestanden.“ (86-jähriger Mann, pre-frail)

Ebenso endet der Tag bei manchen relativ früh, bei anderen wiederum erst spät nachts:

„Ich gehe dann wieder früh schlafen. Ich tu sehr wenig fernsehen, und wenn, dann liege ich aber schon im Bett. Meistens um halb acht, da ist so eine Quiz-Sendung auf einem Sender. Sonst ist eh nichts Gescheites, ob ihr es glaubt oder nicht. (...) Aber sonst schlafe ich schon ein.“ (87-jährige Frau, rüstig)

„Ins Bett gehe ich um zwei Uhr früh.“ (86-jährige Frau, rüstig)

Was den meisten Studienteilnehmer/innen gemeinsam ist – bei aller Diversität und aller Unterschiedlichkeit im Detail und in der konkreten Tagesstruktur –, ist allerdings die starke Strukturierung des Tagesablaufs und die große Bedeutung von festen Gewohnheiten und Ritualen, die teilweise von den Teilnehmer/innen auch selbst ausdrücklich betont wird. Bereits die Zeit des Aufstehens und Schlafgehens folgt dabei, wie gezeigt, festen Gewohnheiten.

Auch die Mahlzeiten finden gewöhnlich zu relativ festen Zeiten statt, wenn auch hier die konkreten Zeiten unter den Teilnehmer/innen recht stark variieren. Mittag gegessen wird überwiegend gegen zwölf Uhr, zum Teil aber auch erst nachmittags, wobei die genaue Uhrzeit nicht zuletzt vom Zeitpunkt des Frühstücks abhängt:

„Um halb zwölf sowas tun wir Mittag essen.“ (87-jähriger Mann, rüstig)

„Na ja, und da wir meistens erst um zehn mit dem Frühstück fertig sind, tun wir erst fünf Stunden später Mittagessen, also meistens gegen drei.“ (85-jährige Frau, pre-frail)

Viele hochaltrige Teilnehmer/innen halten auch eine Mittagsruhe, wobei auch diese unterschiedlich lang ausfallen kann – von einer halben Stunde bis hinauf zu zweieinhalb Stunden:

„Nach dem Mittagessen, wenn alles erledigt war... da muss ich mich niederlegen, also das können Sie [in Ihren Bericht] hineinschreiben, da muss ich mich hinlegen. Halbe Stunde, Stunde.“ (96-jährige Frau, pre-frail)

„Dann lege ich mich hin, und was glauben Sie, wie lange ich schlafe? Bis drei. Von halb eins, ein Uhr weg, bis drei und dann gehe ich kochen.“ (86-jährige Frau, rüstig)

Der Mittagsschlaf dient vor allem dazu, wieder Energie aufzutanken, wie das folgende Zitat veranschaulicht:

„Aber zu Mittag muss ich mich immer ein wenig hinlegen, das geht nicht anders. Und tu ich das nicht, dann bringe ich nichts weiter.“ (83-jähriger Mann, rüstig)

Vor oder nach dem Frühstück widmen sich die Interviewten ihrer Körperhygiene, wobei auch diese oftmals die Form eines Rituals annimmt, wie etwa folgender 84-jähriger Mann betont:

„Ich habe für die Morgenzeit ein ruhiges Ritual, das heißt ich nütze die Zeit. Ich nehme mir Zeit zum Duschen, zum Ankleiden und so.“ (84-jähriger Mann, pre-frail)

Nicht zuletzt die Einnahme von Medikamenten und andere Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Behandlung altersassoziiertes chronischer Krankheiten (z.B. das Messen von Blutzucker) bilden einen festen, integrierten Bestandteil des Tagesrhythmus hochaltriger Menschen:

„[Zunächst] tue ich frühstücken, dann nehme ich nach und nach meine Pulver.“ (87-jährige Frau, rüstig)

„Ja, Pulver muss ich noch nehmen, sechs Pulver in der Früh, zwei mittags. Jetzt muss ich wieder Lasix nehmen, das ist ein Entwässerungsmittel, aber nur ganz sanft, nur zweimal in der Woche, also das nehme ich auch mittags, dann geht es bis abends.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

„[Blutzucker] Messen tu ich noch vor dem Frühstück. (...) [Insulin] Spritzen auch vorm Frühstück.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

Vor- oder nachmittags kümmern sich die Interviewten zumeist um den Haushalt und machen außerhäusliche Erledigungen, wobei sie – je nach individuellem Hilfebedarf – von Familie, Bekannten, unterschiedlichen Dienstleister/innen oder Ehrenamtlichen unterstützt werden. Zu den regelmäßigen außerhäuslichen Aktivitäten der Befragten zählen u.a. Arztbesuche, Friseur- oder Fußpflegetermine:

„Dann mache ich mein Bett, nein die Küche habe ich schon vorher eingeräumt. Weil ich habe eine neue Küche und da habe ich Gott sei Dank einen Geschirrspüler gekriegt. Und der ist schon vor dem Ding eingeräumt. Das mache ich schon meistens bevor ich in das Bad gehe. Und dann Bett machen, ich habe schon sogar gesaugt, ein bisschen abstauben.“ (87-jährige Frau, rüstig)

„Und sonst mit der Tochter einkaufen gehen, so ein bisschen herumflanieren.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

„Am Mittwoch kommt der Besuchsdienst. Da gehen wir, wenn ich etwas zu erledigen habe. Weil ich soll eigentlich nicht unbedingt – ich gehe aber trotzdem – alleine gehen. Das steht da im Befund, dass die Gefahr ist, dass ich zum Stürzen komme. Aber von meinem Gefühl her ist das... Und dann gehen wir, je nachdem wie, auf die Post oder einkaufen.“ (83-jähriger Mann, pre-frail)

„Alle vier Wochen gehe ich zur Fußpflege und dann dazwischen natürlich die diversen Arzttermine, die nehmen ja auch einige Zeit in Anspruch. (...) Am Freitag habe ich immer meinen Friseurtermin – das ist auch schon fix.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

Einige Teilnehmer/innen haben auch eine/n pflegebedürftigen Ehepartner/in, den/die sie betreuen müssen, und deren Pflege und Betreuung einen zentralen Teil ihres Alltags einnimmt:

„Dann habe ich meine Frau zu versorgen, die ist dement.“ (86-jähriger Mann, rüstig)

„Dann tut die Frau mit einem Rollator die Füße bewegen, dann tut sie lesen oder irgendwas ausmalen, damit sie eine Beschäftigung hat. (...) Ich gehe [in der Zwischenzeit] auf die Post, auf die Bank, zum Doktor, in die Apotheke, einkaufen.“ (87-jähriger Mann, rüstig)

Manchmal sind auch Haustiere zu versorgen:

„Dann werden die Vögel versorgt, kriegen das Wasser, dann die Schildkröte wird versorgt.“ (86-jährige Frau, rüstig)

„Dann ist eh schon wieder, musst eh in der Nacht schon wieder füttern gehen, musst ja noch einmal gehen. Dann ist es eh schon meistens sieben oder halb acht, das machen wir halt wie wir dazu kommen zum Füttern.“ (82-jährige Frau, rüstig)

Was in den Gesprächen mit den hochaltrigen Teilnehmer/innen über ihren Tagesablauf außerdem besonders auffällt, ist ihre starke Betonung von spezifischen Handlungskompetenzen und ihr Hinweis auf unterschiedliche Tätigkeiten und Aktivitäten, die sie trotz ihres hohen Alters noch selbst leisten können. Darin reflektiert sich die große Bedeutung, die hochaltrige Menschen einer möglichst weitgehenden Selbsthilfefähigkeit und Unabhängigkeit im Alter beimessen:

„Ich koche auch selbst noch alles, muss ich dazu sagen. Mach das liebend gern, weil das habe ich immer gern gemacht und habe auch nur geschaut... also Sie sehen eh, alles ist vollgeräumt da.“ (86-jährige Frau, rüstig)

„Dann schau ich, was es im Garten Neues gibt oder im Winter Schnee räumen. Ich tu selber noch. Ich habe Heizung Öl und Holz, da tue ich mir selber noch das Holz mir schneiden und herein räumen.“ (83-jähriger Mann, rüstig)

2.2 Aktive Anregung von Körper und Geist als Potenzial zur Selbstgestaltung

Lässt sich die ritualisierte Strukturierung des Tagesablaufs insbesondere als Folgeerscheinung erhöhter Verletzlichkeit im hohen Alter auffassen, die durch Sicherheit stiftende Gewohnheiten und Rituale bewältigt werden soll, verweisen die Erzählungen hochaltriger Menschen über ihre Alltags- und Lebensgestaltung auch auf eine ganze Reihe von Aktivitäten, die ganz gezielt auf die Erhaltung von Gesundheit und Selbsthilfefähigkeit gerichtet sind. Dies spricht nicht nur für eine unter hochaltrigen Menschen weit verbreitete Gesundheitsorientierung, an die verschiedene gesundheitsfördernde Angebote anknüpfen könnten, sondern vor allem auch für bedeutsame Potenziale zur Selbstgestaltung auch im hohen Alter. Die verschiedenen Aktivitäten erweisen sich dabei einmal mehr als fest in den Tagesablauf hochaltriger Menschen integriert.

Die Studienteilnehmer/innen legen in den Interviews generell sehr starken Wert darauf, ihre Aktivität, ihre körperliche Fitness sowie ihre Psychomotorik zu erhalten. Vorhandene Potenziale sollen trotz altersbedingter physischer und kognitiver Veränderungen ausgeschöpft werden. So betonen mehrere Teilnehmer/innen, darauf zu achten, sich regelmäßig zu bewegen. Dazu gehört beispielsweise der tägliche Spaziergang im Wohnumfeld oder in Parks:

„Mittags gehen wir spazieren.“ (83-jähriger Mann, rüstig)

„Was tue ich jetzt am Nachmittag? Ich schaue schon, dass ich jeden Tag mich bewege. Da gehe ich durch die Siedlung einmal und schaue, wer einen Hund hat und Katzen. Und da gehe ich schon walken.“ (84-jährige Frau, rüstig)

Auch körperliche Aktivitäten wie Nordic Walking und Wandern dienen der regelmäßigen Bewegung im hohen Alter:

„Oder ich gehe Nordic Walken. Sehr, sehr interessante und wichtige Tätigkeit, wenn es das Wetter erlaubt.“ (85-jähriger Mann, pre-frail)

„Ja, na ich bewege mich relativ viel, also ich gehe regelmäßig größere Strecken. Wir haben eine Wandergruppe, mit der wir unterwegs sind.“ (81-jähriger Mann, rüstig)

Zahlreiche Interviewte haben auch Übungen zur Stärkung der Muskulatur und des Gleichgewichts in ihren Alltag integriert:

„Täglich, eine gute Viertelstunde mach ich verschiedene Übungen, jeden Tag in der Früh. Konsequent.“ (89-jähriger Mann, pre-frail)

„Und dann lege ich mich am Boden hin, versuche ganz gerade zu liegen. Dass einmal das Rückgrat und alles gerade ist. Und dann sind ein paar Übungen mit den Beinen. Dann erfolgt die Kerze, meistens zehn Minuten. Dann auch noch eine Gleichgewichtsübung, auf einem Bein [zu] stehen. Bis 30 zählen usw. Oder Streckübungen hab ich auch da noch.“ (87-jährige Frau, rüstig)

„Ja, was ich halt gerade mache. Holz spalten oder so etwas. Meistens mache ich es so, tue ich Vormittag etwas anderes und Nachmittag etwas anderes. Dass ich andere Muskeln beanspruche. Dass ich nicht, was weiß ich, nicht ganz zusammenfalle.“ (83-jähriger Mann, rüstig)

Einzelne Personen berichteten darüber hinaus von täglichem Ausdauertraining, wie dem Fahren am Ergometer:

„Nach dem Duschen automatisch geh ich auf den Ergometer, zehn Minuten.“ (87-jährige Frau, rüstig)

In dem Zusammenhang werden häufig auch gemeinschaftliche Aktivitäten wie Seniorenturnen oder Angebote wie z.B. LIMA („Lebensqualität im Alter“, ein Trainingsprogramm des Katholischen Bildungswerks der Erzdiözese Wien) in Anspruch genommen, die auf die Förderung sowohl physischer und kognitiver als auch Alltagskompetenzen zielen:

„Dienstag bin ich LIMA gegangen, Mittwoch bin ich turnen gegangen. Da ist dann eh der Nachmittag ausgefüllt.“ (87-jährige Frau, rüstig)

Was dabei in den Interviews sehr deutlich zum Ausdruck kommt, ist das Bemühen um den Erhalt von Aktivität und Bewegung trotz nachlassender physischer Belastbarkeit. Die vorhandenen Potenziale sollen so weit wie möglich ausgeschöpft werden, auch wenn es manchmal aufgrund funktionaler Einschränkungen schon etwas schwerfällt:

„Ich kann nicht mehr laufen, was ich früher so gerne gemacht hab, ich komme viel früher zum Schnaufen bei körperlichen Anstrengungen. Aber ich meide sie trotzdem nicht, sondern tue weiterhin zweimal in der Woche beim USI (Universitätssportinstitut) turnen und versuch an übrigen Tagen mindestens eine halbe, dreiviertel Stunden Gymnastik, Dehnungsübungen etc. zu machen. Was man so machen kann, das alles tu ich, um den Abbau zu verlangsamen.“ (83-jähriger Mann, rüstig)

„Da gehe ich beim Seniorenturnen (...) in der Turnhalle unten. Ja das sind Übungen, ich habe mir noch ganz leicht getan. Nur vom Boden aufstehen ist halt schon schwer. Aber es waren alle nett. Jeder ist rüber gesprungen und hat mir geholfen. Vielleicht hat es mir geholfen, dass ich das alles gemacht habe. Dass ich so eigentlich noch... weil viele glauben ja nicht, dass ich 87 bin.“ (87-jährige Frau, rüstig)

Regelmäßige Bewegung hilft dabei nach Aussage von Teilnehmer/innen auch unmittelbar, funktionale Einschränkungen und damit oftmals verbundene Schmerzen zu bewältigen, indem man diese – wie es eine 80-jährige, funktional bereits relativ labile Frau ausdrückt – zeitweilig „vergessen“ kann:

„Weil es ist eigenartig, weil da vergisst du, was dir weh tut, ich täte einem jeden raten, Seniorentanzen gehen. Weil wenn du gerne getanzt hast früher und die Musik hörst, du tust ja nicht Paartanzen, sondern einzeln, Kreistänze und... einzeln schon, haben wir auch Paartänze, aber nicht viel. Und wenn du da die Musik hörst und die Schritte machst, da denkst du gar nicht [daran], was dir alles weh tut. Wirklich wahr, das soll ein jeder probieren. Ich habe das auch nicht geglaubt.“ (80-jährige Frau, pre-frail)

Neben der körperlichen Agilität ist es den Interviewten besonders wichtig, auch geistig fit zu bleiben. Hier spielen teilweise auch Ängste alter Menschen vor Demenz eine gewisse Rolle, wie vor allem das erste der beiden folgenden Zitate illustriert:

„Aber ich glaube schon, dass der alte Mensch, wenn er nichts tut, an sich verblödet. Das glaube ich schon. Weil wenn man nicht lesen tut, eine Zeitlang habe ich nicht mehr laut gelesen, und jetzt lese ich alle Tage in der Früh da eben die Bibel oder das Engelbuch, das lese ich dann laut. (...) Man muss schon selber was tun, sonst ist es aus. Weil das Gehirn, alles lässt nach. Mir kommt vor, es ist wie ein altes Auto, wenn das keine Wartung hat, ja, dann wird es rostig und dann geht es eines Tages nicht mehr. Und so komme ich mir auch vor. Und da ich aber nicht... das brauchen wir nicht, wir können selber noch was tun.“ (81-jährige Frau, frail)

„Ich will geistig aktiv bleiben und dazu verhilft mir auch, dass ich jeden Sonntag eine Gemeinde zum Gottesdienst habe und dort predige. Und das muss sich alles im Kopf abspielen bei mir, die Vorbereitung und das Einprägen und so. Aber ich hatte auf der Uni das Fach über Predigt zu lehren und da bin ich der erste, der sich jetzt danach haltet.“ (84-jähriger Mann, pre-frail)

Zu diesem Zweck haben einige Studienteilnehmer/innen das Lösen von Kreuzworträtseln oder andere Formen des „Denksports“ in ihren Alltag integriert:

„Dann tue ich ein wenig Kreuzworträtsel auflösen.“ (84-jährige Frau, rüstig)

„Dann brauch ich auch eine Stunde, bis ich Rätsel, das muss ich alles auflösen, das geht nicht, dass ich die Zeitung der vis-a-vis-Nachbarin gebe und dass die noch was zum Rätseln hat, wenn es zu wenig ist.“ (84-jähriger Frau, pre-frail)

Dies kann auch gemeinschaftlich in Gruppen stattfinden, etwa im Rahmen von Gedächtnistrainings:

„Ich bin auch bei einem Gedächtnistraining, das ist immer jede Woche, aber ist das wirklich jede Woche? Ja, ja, jede Woche einmal von halb neun bis um elf. Und da ist eine Psychologin, die mit uns das macht. (...) Und dort machen wir dann unsere Übungen. Und da kriegen wir auch wieder Übungen für zuhause. (...) Ich habe vor, wieder hinzugehen, weil das ist etwas, was man tut. (...) Das kann man dann auch zuhause machen und was... ich habe das gestern wieder hervorgeholt und habe mir gedacht, ich werde dann mich wieder mit dem befassen.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

„Ganz verschiedene Sachen sind das, was wir machen. (...) Da zum Beispiel, Wörter sind da verdreht oder von hinten. Und das müssen wir halt alles machen. Und das, denk ich, tut einem schon irgendwie weiterhelfen, wenn man halt nachdenken muss. Was weiß ich, hier fehlen die Buchstaben. Muss ich mich schon bemühen ein bisschen. Aber ich mache es halt, und was ich nicht kann, machen wir halt gemeinsam. Ja das sind halt die Sachen, die ich noch mache. Und die ich schon lange mache. Wirklich schon elf oder zwölf Jahre gehe ich schon.“ (87-jährige Frau, rüstig)

Mit Blick auf die von hochaltrigen Menschen durchaus häufig in Anspruch genommenen physischen und geistigen Aktivitäten in Gruppen darf auch der soziale Aspekt nicht unterschätzt werden. So tragen beispielsweise Seniorenturnen, gemeinsames Wandern oder gemeinsame Gedächtnistrainings zu sozialer Teilhabe, zum regelmäßigen Austausch mit anderen Menschen sowie zum Knüpfen neuer Kontakte bei:

„Montag Männergesangsverein. Dienstag. Also heute am Samstag haben wir von halb acht bis zwölf Uhr Probe, weil wir Konzert haben. Und das hält einen jung.“ (86-jähriger Mann, rüstig)

„Und LIMA gehe ich auf alle Fälle, so lange ich kann. Und da haben wir eine ganz Liebe, die das schon elf Jahre oder was mit uns macht. (...) Ich glaube auch, dass mich das ein bisschen erhält. Und das ist auch das, was ich, wenn ich zum Beispiel in diese Gruppe gehe, LIMA, da sind wir zwölf bis dreizehn, manchmal 15. Und die Gespräche, dass man zusammen sich wieder austauscht, und die Frau, die das macht, die da kommt, erklärt wieder und hält einen sicher jung, noch ein bisschen munter.“ (87-jährige Frau, rüstig)

Der Anregung und Förderung der geistigen Aktivität dienen auch verschiedene Formen des informellen Lernens, etwa Lesen oder das Lernen von Fremdsprachen, wie sie in den Interviews häufig genannt werden:

„Die katholische Blindenbücherei in Bonn beliefert mich mit Literatur, die von philosophischen bis belletristischen und theologischen [Büchern] sehr reichhaltig ist. Da bin ich sehr froh, dass ich auf diese Weise geistig aktiv bleiben kann und mich ernähren kann von der geistigen Seite her. Und wenn ich einmal eine Woche Verspätung die Bücher erst kriege, dann hungere ich schon.“ (84-jähriger Mann, pre-frail)

„Ja und dann wird ein bisschen reingeschaut in meine (...) Sprachbücher. Muss ich ein bisschen lesen drinnen. (...) Und am Abend dann habe ich jetzt ja Ungarisch noch. Aber die Dame (die Sprachlehrerin) ist momentan mit ihrem Mann in ihrer Heimat. (...) Dann habe ich ja noch Spanisch.“ (87-jährige Frau, rüstig)

„Ich werde jetzt wahrscheinlich wieder ein bisserl Latein übersetzen anfangen.“ (86-jähriger Mann, pre-frail)

Die Anregung und Forderung von Körper und Geist kann auch durch kreative Betätigung wie Basteln unterstützt werden:

„Ja, und dann ist es am Abend, und dann setze ich mich rauf und dann mache ich eben wieder... ich habe jetzt nichts da, außer fotografiert halt, eine Kerze habe ich jetzt fertig, dass Sie sehen können, aber das ist natürlich viel Arbeit. Aber meistens, heuer habe ich zu Ostern 58 gemacht und die alle verschenkt.“ (81-jährige Frau, frail)

Autobiographische Aufzeichnungen oder das Sammeln von Zitaten können wiederum das Erinnerungsvermögen unterstützen:

„Ich schreibe viel, also was ich so erleb am Tag.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

„Oder, ich hab auch so einen Tick, ich habe alles gesammelt immer, jeden Spruch und alles, und das tu ich jetzt ein bisschen sortieren.“ (81-jährige Frau, frail)

Speziell das Schreiben und Lesen eigener Tagebücher kann zum subjektiven psychischen Wohlbefinden beitragen, wie etwa das folgende Zitat zeigt:

„Da habe ich immer hineingeschrieben, wo wir waren. Und da schaue ich manchmal nach und tue lesen. Denke mir, was ich schon alles gesehen habe. (...) Und wenn ich das nachschaue, denke ich mir, was ich schon alles gesehen habe. Das sind die Erinnerungen und die kann einem niemand mehr nehmen.“ (88-jährige Frau, rüstig)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Alltags- und Lebensgestaltung hochaltriger Menschen sich nicht im Geringsten in einer im hohen Alter zunehmenden Verletzlichkeit und damit verbundenen fortschreitenden funktionalen Einschränkungen erschöpft. Die Interviews zeugen von einem starken Willen wie auch von deutlichen Kompetenzen zur aktiven Selbst- und Lebensgestaltung, wobei zahlreiche von den Teilnehmer/innen gesetzte Aktivitäten gezielt auf die Bewältigung der zunehmenden Verletzlichkeit und die Erhaltung von Gesundheit und Selbsthilfefähigkeit gerichtet sind. Selbst wo der Alltag durch die Verletzlichkeit des hohen Alters geprägt ist – etwa mit Blick auf die ritualisierte Tagesstrukturierung hochaltriger Menschen – scheinen immer auch Potenziale, im Sinne einer Kompensation von bzw. eines aktiven, tätigen Umgangs mit altersbedingten Einschränkungen, auf.



**ZUKUNFTSPERSPEKTIVE
„PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT“
UND „LEBENSENDE“**

3 ZUKUNFTSPERSPEKTIVE „PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT“ UND „LEBSENDE“

Einen zentralen Aspekt der „Verletzlichkeit“ des hohen Alters stellt das sukzessive Schrumpfen der eigenen verbleibenden Lebenszeit sowie die Aussicht auf eine in naher Zukunft möglicherweise eintretende Hilfe- und Pflegebedürftigkeit dar. Dies sind Zukunftsfragen und -perspektiven, mit denen sich Menschen im hohen Alter verstärkt auseinandersetzen und mit denen sie in irgendeiner Weise umgehen müssen. Mit dem Umgang und der Bewältigung dieser Themen befasst sich das folgende Kapitel.

Dabei wird aufgezeigt, wie hochaltrige Menschen auf ihre Zukunft Bezug nehmen, welche Vorkehrungen sie für die Zukunft (z.B. für eine mögliche Pflegebedürftigkeit) treffen, aber auch, weshalb manche von ihnen dazu neigen, die Zukunft schlicht auf sich zukommen zu lassen. Vor allem im persönlichen Umgang mit der zunehmenden Wahrscheinlichkeit eigener Pflegebedürftigkeit zeigt sich, dass hier nicht zuletzt Erfahrungen, die Teilnehmer/innen bereits mit Pflegebedürftigkeit gemacht haben – sei es beim Ehemann oder der Ehefrau, sei es bei den Eltern, sei es bei gleichaltrigen Freund/innen und Bekannten oder anderen Angehörigen – erhebliche Auswirkung auf das Handeln und den Umgang mit der eigenen Aussicht auf eine altersbedingte Hilfe- und Pflegebedürftigkeit haben.

3.1 Blicke in die Zukunft

Wie denken hochaltrige Menschen über ihre Zukunft und insbesondere ihre Lebenssituation? Diesem Thema wollten wir uns in den Interviews vor allem durch die Frage nähern, was die Teilnehmer/innen in Bezug auf die Zukunft besonders beschäftigt. Die Antworten darauf fallen vielfältig aus und hängen insbesondere vom Gesundheitszustand der Person ab sowie davon, ob die Person alleine lebt oder verheiratet ist bzw. ob Kinder und Enkelkinder einen Bestandteil des täglichen Lebens bilden. Die nachfolgend angeführten Antworten veranschaulichen das breite Spektrum:

„Darüber mag ich nicht Auskunft geben.“ (83-jähriger Mann, rüstig)

„Ich lasse es an mich herankommen“ (87-jährige Frau, fit)

„Ja ich lebe mehr in der Vergangenheit, weil ich habe ja keine Zukunft mehr.“ (83-jährige Frau, pre-frail)

„Eine gewisse Neugierde, wie das weiter gehen wird.“ (81-jähriger Mann, rüstig)

„Ich bereite mich vor für die Himmelfahrt.“ (87-jähriger Mann, fit)

Die Gedanken, die sich hochaltrige Menschen über ihre Zukunft machen, beziehen sich insbesondere auf **(a) das Leben von Tag zu Tag**; darauf, dass **(b) der Glaube die Zukunft lenkt**, sowie **(c) die Sorgen um diejenigen, die zurück bleiben**. Auf diese drei Punkte wird im Folgenden näher eingegangen.

(a) Leben von Tag zu Tag bedeutet, dass größere Pläne für die Zukunft in diesem Lebensabschnitt eher nicht mehr gemacht werden. In den Gesprächen mit den hochbetagten Menschen wird deutlich, dass diese zumeist nur von einem Tag auf den anderen planen bzw. leben:

„Aber man denkt ja nicht, ja es ist klar, aber was will man noch, den nächsten Tag, ich will gar nicht weit voraus denken. Bekannte, ach Gott na, die sind alle aus dem ganzen Bekanntenkreis, aus der Familienrunde, die wir da waren (...) leben nur mehr die Frauen. Und die Männer waren zum größten Teil jünger wie ich. (...) Also man kann, wenn man 85 ist, nicht mehr große Pläne machen.“ (84-jähriger Mann, rüstig)

Wird ein höheres Alter erreicht, so werden Menschen vielfach mit dem Tod von Verwandten, Bekannten und Freund/innen konfrontiert. Das Bewusstsein, dass viele Gleichaltrige oder gar Jüngere bereits verstorben sind, lässt Zweifel an der eigenen Zukunft entstehen. Hochaltrige Menschen, die das Gefühl haben „übrig geblieben“ zu sein, rechnen mit ihrem eigenen baldigen Ableben, wodurch ein pessimistischer und „planloser“ Blick auf die Zukunft geworfen wird. Doch auch Personen, welche betonen, durchaus noch gerne zu leben, scheinen doch in diesem Lebensalter nicht mehr weit vor auszuplanen, wie folgendes Zitat illustriert:

„Jetzt muss ich Ihnen etwas sagen. Wissen Sie, wann der liebe Gott lächeln muss? Wenn Menschen Pläne machen. (...) Und an den halte ich mich. Was soll ich für eine Zukunft... Ich lebe gerne, ich freue mich an jedem Tag, ob es schneit oder regnet, ich bedanke mich auch für jeden Tag. Meine Tage verlaufen hektisch, ich hab Ihnen eh schon gesagt, wenn nichts ist, hab ich frei gehabt. Das ist schön, aber auch schön, wenn wer kommt, ich hab mich gefreut, dass Sie kommen. Aber Pläne hab ich keine.“ (80-jährige Frau, frail)

Geht es Betroffenen physisch und psychisch gut, sind sie für ihre Tage dankbar und begegnen ihnen positiv eingestellt. Diese Tage werden versucht, mit einem breiten abwechslungsreichen Programm auszufüllen:

„Ich freue mich. Ich mache es so: Ich nütze den Tag, als wenn es mein letzter wäre. Was morgen ist, sehe ich eh dann. Ich passe auf mich auf. Was ich will, mache ich. Gute Freunde, herum telefonieren, dann weggehen. Aber ich gehe gerne ins Konzert, ich gehe gerne zum Dorfheurigen, unter der Woche, ich habe immer jemanden zum Weggehen. Ansonsten gehe ich Essen. Friedhof mag ich nicht gehen. (...) Das sind lauter Tote, ich will was Lebendiges sehen.“ (84-jährige Frau, rüstig)

Die Einstellung, das Leben noch intensiv genießen zu wollen und dementsprechend noch vieles zu unternehmen, stellt allerdings eher die Ausnahme von der Regel in dieser Betroffenengruppe dar. Und selbst diesen Einzelfällen ist gemeinsam, dass ausschließlich Aktivitäten unternommen werden, die innerhalb eines oder weniger Tage durchführbar sind. Längere Unternehmungen werden auch bei guter Gesundheit kaum mehr erwogen. Die Ablehnung gegenüber Friedhöfen bekräftigt die Lebensweise dieser zitierten Frau, die nur im Hier und Jetzt leben und Tätigkeiten, die sie gerne macht, in vollen Zügen genießen möchte, solange dies noch möglich ist. Bei solch einer Lebenseinstellung ist nicht

verwunderlich, dass die Auseinandersetzung mit Themen wie Sterben und Tod schwer fällt bzw. gemieden wird.

(b) Der Glaube nimmt bei Fragen hinsichtlich der Zukunft bei vielen der befragten Hochaltrigen eine zentrale Rolle ein. Zum einen ist es die Dankbarkeit der Personen dafür, dass sie im hohen Alter noch bei guter Gesundheit sind. Zum anderen bitten sie darum, dass ihnen Lebensqualität und Zufriedenheit auch weiterhin erhalten bleibt, wie in den folgenden Beispielen veranschaulicht wird:

„Das Leben ist so, jeder Tag ist ausgefüllt und verstehen Sie mich, ich erwarte mir nichts. Ich erwarte mir, wenn es so bleibt, bin ich dem lieben Gott dankbar.“ (86-jährige Frau, fit)

„Ich bitt halt jeden Tag, dass es mir weiterhin so, so gut geht wie jetzt, weil das ist nicht selbstverständlich. Und mehr kann man eigentlich nicht verlangen.“ (93-jährige Frau, pre-frail)

„Ich bin sehr im Gebet auch mit meinem Sterben beschäftigt. Und ich bete sehr gern zu Christus meinem Herrn und bitte um eine gute Zukunft.“ (84-jähriger Mann, pre-frail)

Der gute Gesundheitszustand wird in diesem Lebensabschnitt nicht mehr als eine Selbstverständlichkeit gesehen. Von daher ist nachvollziehbar, dass gläubige Menschen ihre Dankbarkeit in Form des Gebetes ausdrücken sowie um die Erhaltung des aktuellen Zustandes bitten. In keinem der Gespräche wurde der Wunsch nach gesundheitlicher Verbesserung vorgebracht. Die Interviewpartner sind sich auch im Hinblick auf ihren Glauben ihres hohen Alters bewusst und stellen keine unrealistischen Erwartungen. Viel eher wird auch die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod und dem Sterbeprozess ins Gebet eingeschlossen. Mitunter wird auch der Wunsch geäußert früher zu sterben, um nicht „übrig zu bleiben“, wie es beispielsweise eine Interviewperson beschreibt:

„Da bete ich jeden Tag zu Gott, dass er mich vor meinem Mann sterben lässt. Dass ich nicht überlebe. Weil dann kann ich mich nur aufhängen. (...) Dann müsste ich halt in ein Seniorenheim gehen, weil alleine täte ich nicht zurechtkommen.“ (85-jährige Frau, pre-frail)

(c) Die sorgenvollen Blicke in die Zukunft richten hochaltrige Menschen eher in Bezug auf andere, als auf sich selbst. Hierbei stehen insbesondere die Zukunft der eigenen Kinder und Enkelkinder sowie aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen im Fokus. Im folgenden Zitat wird dies illustriert:

„Ach, da [mit Blick auf die Zukunft] beschäftigt mich sehr viel. Ich bin sehr, wie soll ich sagen, es kränkt mich sehr, dass in Österreich vieles nicht stimmt. Denn unsere Generation hat sich erwartet... Gut, wir haben jetzt eine lange Friedenszeit gehabt, aber wenn man jetzt ganz objektiv schaut, es geht überall bergab. Da braucht man gar kein Pessimist sein, es klappt nicht in der Politik, es klappt nicht im Schulwesen, es klappt dort nicht, es klappt da nicht, es ist ein Wahnsinn. (...) Also das macht mir Sorgen. Wenn ich keine Kinder und Enkelkinder hätte, wäre es mir wurscht, muss ich ehrlich sagen. Aber ich Sorge mich um meine Enkelkinder vor allem (...). Da kann man

beruhigter sterben, wenn man niemanden hinterlässt. (...) [Was meine eigene Zukunft betrifft] habe ich keine Angst. Was kann mir noch passieren? Außer, dass ich sterbe. Und damit rechne ich jeden Tag. Kein Problem. Bei mir ist alles in Ordnung. Ich habe mein Begräbnis bezahlt, ich habe mein Grab, ich bin schon auf dem Grabstein eingraviert, also was soll noch sein?“ (85-jährige Frau, pre-frail)

Die gesellschaftspolitische Entwicklung Österreichs scheint für die Interviewpartnerin nur insofern eine Rolle zu spielen, als ihre eigenen Nachkommen davon betroffen sein werden. Mitunter werden in den Gesprächen Zusammenhänge zwischen den aktuellen politischen Entwicklungen und eigenen Kriegserfahrungen hergestellt. Die Wahrnehmung eines Abwärtstrends in Verbindung mit der langen westeuropäischen Friedenszeit lässt eine Unruhe darüber keimen, dass Kinder und Enkelkinder nicht mehr den Lebensstandard erreichen werden, den viele der Befragten zumindest in ihrer zweiten Lebenshälfte genossen haben. Die Gewissheit, diese Entwicklungen weder beobachten noch in sie eingreifen zu können, vergrößert diese Sorgen. Die Möglichkeit selber noch von gesellschaftlichen Entwicklungen und politischen Entscheidungen betroffen zu werden, scheint für die Befragten hingegen von wenig Bedeutung. Dies zeigt sich besonders bei denjenigen, die bereits vorgesorgt haben und offene Fragen beispielsweise hinsichtlich des eigenen Begräbnisses geklärt haben. Das Bewusstsein der eigenen Endlichkeit und darüber, dass persönliche Verbesserungen unwahrscheinlich sind, werden klar benannt:

„Meine Zukunft ist beschränkt. (lacht) (...) Also sagen wir so... ich beschäftige mich nicht intensiv damit, mit dem Sterben. Aber ich weiche auch nicht einer Diskussion aus, also... Es sind alles Freunde, die vorausgegangen sind.“ (83-jähriger Mann, fit)

Wenn viele Personen aus dem engen Familien- und Freundeskreis bereits verstorben sind und die hochaltrigen Menschen ihren Verbleib als „übrig bleiben“ sehen, so wird dem Zukunftsgedanken oftmals auch mit einer gewissen Gleichgültigkeit begegnet:

„Ich rechne also nicht mehr in mehr als ein paar Monaten, rechne ich nicht mehr, sondern... Jahre durch gar nicht mehr (lacht), nicht? Weil ich muss ehrlich sagen, mir liegt am Leben eigentlich gar nichts mehr. Na, weil... ich bring meine Zeit so schlecht und recht bring ich rum.“ (86-jähriger Mann, pre-frail)

Deutlich wird in diesem Zitat eine Form der Resignation dem Leben gegenüber. Diese Haltung verstärkt sich insbesondere dann, wenn eine zunehmende Hilfe- und Pflegebedürftigkeit hinzukommt. Infolgedessen sind die Gedanken hinsichtlich der Zukunft ausschließlich negativ behaftet.

3.2 Formen des Umgangs mit der Perspektive zukünftiger Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

In Zusammenhang mit der Frage nach der Zukunft der hochaltrigen Teilnehmer/innen, wurden die Betroffenen auch danach gefragt, welche Rolle eine mögliche bzw. zunehmende Hilfe- und Pflegebedürftigkeit darin für sie spiele:

„Wie wird es denn wohl einmal sein? Das Haus hat keinen Lift. Was ist wenn? Die Wohnung ist hier verteilt über zwei Stockwerke, verbunden über eine innere Wendeltreppe. Was ist wenn? Natürlich, ich bin im 85. Lebensjahr, da denkt man ja zwangsläufig, was unter Umständen schon morgen passieren kann.“ (84-jähriger Mann, rüstig)

„Ich muss damit rechnen, dass es nicht besser wird.“ (89-jähriger Mann, pre-frail)

In vielen Interviewpassagen werden hypothetische Szenarien beschrieben, in welchen sich die hochaltrigen Menschen die „Was ist wenn“-Frage stellen. Diese Fragen lassen die befragten Personen oftmals im Raum stehen, und nur wenige haben ausführlichere Antworten darauf. Worauf es bei einer möglichen Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ankommt, unterstreicht die nächste Aussage:

„Ja, [über eine mögliche Pflegebedürftigkeit in der Zukunft] denke ich auch mit meiner Tochter. Das hat meine Tochter übernommen, das ist schon im Übergabevertrag vom Haus. Sie kümmert sich um alles. (...) Sie ist da für mich. Das macht sie. Kann mich verlassen. Das weiß ich. Da brauche ich mir gar keine Sorgen machen, und wenn ich soweit bin, dass ich geistig da schon abgetreten bin, dann müssen sie mich halt in ein Heim geben. Weil das kann man nicht verlangen. Da brauche ich keine Tag- und Nachtpflege oder gar nichts. In ein Heim. Weil ich kriege es nicht mehr mit. Die Kinder sind nicht belastet.“ (86-jährige Frau, fit)

Deutlich wird in diesem Zitat, dass es im Falle von Pflegebedürftigkeit für hochaltrige Menschen wichtig ist, sich auf die Angehörigen verlassen zu können und sich gut aufgehoben zu fühlen. Obwohl Familienmitglieder als wichtige Stütze empfunden werden, besteht aber auch stets der Anspruch, bei intensiver Pflegebedürftigkeit nicht als Belastung empfunden zu werden.

In den Gesprächen mit hochaltrigen Menschen wird mehrmals der Wunsch geäußert eher früher zu sterben, als einen Zustand hoher Pflegebedürftigkeit zu erreichen, wie die folgenden beiden Gesprächsausschnitte veranschaulichen:

„Naja. Ich hoffe, dass ich früher sterben tue [bevor ich pflegebedürftig werde]. (...) Ich muss das so nehmen, wie es kommt. Heute habe ich einen guten Ding (zeigt einen Zettel): ‚Lege dein Leben in Gottes Hände, denn Gott allein kennt Ziel und Ende.‘“ (88-jährige Frau, fit)

„Das ist eben das, vor dem ich ein bisschen Angst habe, wo ich (lacht) Stoßgebete zum lieben Gott schicke, dass ich vorher sterben kann. Aber wenn es eintreten sollte, muss ich natürlich in ein Heim gehen, das ist keine Frage. Die Kinder werden auf mich schauen, ich hab ja selber, weil da kriegst du ja dann auch Pflegestufen dazu und mit meinem Geld, ich glaube das wird sich ausgehen, aber die zahlen da schon dazu. Und dann muss ich halt den lieben Gott bitten, dass ich das hinnehmen kann.“ (80-jährige Frau, frail)

Aus diesen beiden Aussagen geht zum einen die Sorge vor zunehmender Pflegebedürftigkeit hervor, zum anderen aber auch die Hoffnung, entsprechende Situationen bestmöglich annehmen und akzeptieren zu können.

Diese Sicht wird kontrastiert durch Aussagen von manchen Teilnehmer/innen, die es an den Punkt zunehmender Pflegebedürftigkeit gar nicht erst kommen lassen wollen, wie aus dem folgenden Zitat zu entnehmen ist:

„Nein, das spielt bei mir keine Rolle. Ich werde das vermeiden. Das kann man vermeiden.“ (86-jähriger Mann, rüstig)

Obwohl der zitierte Mann die Vermeidung der Pflegebedürftigkeit nicht konkretisiert, scheint er für das Eintreten bestimmter Umstände den Freitod zu erwägen. Solche Überlegungen stellen allerdings eher die Ausnahme unter den Befragten dar. Wenngleich auch bei anderen befragten Personen die Auseinandersetzung mit dieser Thematik erfolgt:

„Ich habe keine Angst vor dem Tod, ich empfinde ihn teilweise als Erlösung von einem unwürdigen Dasein. In Würde sollte das Leben verlaufen und auch erlöschen. Wenn die Würde nicht mehr gegeben ist – sofort. Darum bedauere ich zutiefst, dass die Sterbehilfe in Österreich verboten ist.“ (85-jähriger Mann, pre-frail)

Es sind zumeist Männer die solcherart Gedanken vorbringen, wenngleich nicht vertiefend auf diese Thematik eingegangen wurde bzw. das Thema in den Interviews oftmals auch bald gewechselt wurde.

3.3 Vorsorgepläne – Wenn es einmal nicht mehr selber geht

Geht es um Vorsorgepläne betreffend einer möglichen bzw. zunehmenden Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, fällt es hochaltrigen Menschen zumeist schwer sich damit auseinanderzusetzen. Um Präferenzen und Wünsche dieser Betroffenenengruppe besser verstehen zu können, ist es jedoch wichtig danach zu fragen, was hochbetagte Menschen tun würden, kämen sie alleine nicht mehr zurecht oder benötigten sie Hilfe etwa bei der täglichen Körperpflege. Die Antworten auf diese Frage bilden vier Themenbereiche, welche im Folgenden näher ausgeführt werden: Es geht darum **(a) die Situation auf sich zukommen zu lassen**, um sich vorab damit nicht zu belasten, **(b) sich Gedanken darüber zu machen**, **(c) sich mit der Option eines Pflegeheims** auseinander zu setzen sowie **(d) um den Wunsch bis zuletzt zu Hause bleiben zu wollen**.

(a) Es auf sich zukommen lassen

Die Einstellung: „Warum sich über etwas Gedanken machen, was noch nicht eingetreten ist“ wird von zahlreichen Teilnehmer/innen zum Ausdruck gebracht. Personen, welche diese Einstellung vertreten, möchten sich von daher mit diesen Themen nicht belasten und folglich auch nicht aktiv damit auseinander setzen, wie die beiden folgenden Aussagen veranschaulichen:

„Naja, da tu ich eigentlich nicht so darüber nachdenken, weil das kommt eh dann. Das kommt eh, da kann man nicht sagen, wann das ist oder das ist. Zwar die Kinder sagen, nein Mama, du brauchst nicht ins Heim gehen, wir machen dir das alles, aber das kann man nicht sagen. (...) Über das mache ich mir keine Gedanken (lacht).“ (80-jährige Frau, pre-frail)

„Nein, man schiebt es ja vor sich her. Man sagt, was dann sein wird, wenn es so weit ist, kann man heutzutage eh nicht wirklich vorhersehen und dann ist es müßig, sich mit irgendwelchen allgemeinen Überlegungen zu belasten. Dann ist es gescheiter, zum Zeitpunkt wenn richtig zu reagieren. Nein, mehr geschieht nicht.“ (83-jähriger Mann, rüstig)

Um bei Eintreten einer Pflegebedürftigkeit entsprechend reagieren zu können, wäre allerdings eine vorherige Auseinandersetzung sinnvoll. Stattdessen werden Mechanismen des Verdrängens eingesetzt, da das Ansprechen bestimmter hypothetischer Themen im Familienkreis aufwühlen und mögliche Sorgen verstärken könnte. Daher wird von entsprechenden Überlegungen lieber Abstand genommen.

Ähnliche Aussagen bezüglich des „auf sich zukommen lassen“ wurden auch in anderen Interviews artikuliert. Erwähnt sei an dieser Stelle eine Frau, welcher Ärzte vor mehreren Jahren eine baldige Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit prophezeit haben, die allerdings bis heute nicht eingetreten ist:

„Nein, eigentlich das lasse ich auf mich zukommen. Weil da kannst keine Pläne machen. Das geht nicht, weil da kommt irgendetwas daher. Zwar mir haben sie schon vor 15 Jahren gesagt, ich sitze im Rollstuhl, wenn ich mich aufhöre zu bewegen, aber ich sitze heute noch nicht im Rollstuhl.“ (80-jährige Frau, pre-frail)

Begründungen wie die im vorangegangenen Zitat verdecken die Wichtigkeit von Vorsorgemaßnahmen und bestärken die Betroffenen sogar noch in ihrer Einstellung, sich mit den negativen Aspekten des Älterwerdens nicht beschäftigen zu müssen. Um diese Betrachtungsweise zu rechtfertigen, werden positive Erfahrungswerte herangezogen während negative verdrängt werden – all dies in der ungerechtfertigten Erwartung, dass vergangene vorteilhafte Entwicklungen vor zukünftigen Verschlechterungen schützen.

(b) Sich Gedanken machen

Es existiert allerdings auch eine Gruppe hochaltriger Personen, die den Fragen der Vorsorge nicht ausweichen und sich durchaus Gedanken darüber machen, wie es einmal gehen könnte, wenn es eben nicht mehr geht. Unterschiedliche Optionen der Vorsorge werden in Betracht gezogen, jedoch können selten klare Antworten auf diese Frage gegeben werden:

„Na ja, wie gesagt, entweder möglicherweise, wenn von den Kindern eines in der Pension ist. Die sind, unsere Kinder sind sehr brave Kinder. (...) Und da kann man eigentlich sagen, dass sich die dann bemühen täten um uns. (...) Aber nur ist es halt so, anders wäre es, wenn sie im Haus wären. Da wäre das fast selbstverständlich. Das war früher überall in jedem Haus selbstverständlich und das hat man so. Aber heute, wie unsere sind, sind schon sehr besorgt. Aber halt, na ja, sie müssen die Möglichkeit haben. Aber... aber wie das genau geht, weiß ich auch nicht. Aber vielleicht entweder, dass eines, entweder wenn es wirklich, dass eines [der Kinder] raufzieht und da oder dass sie jemanden runter nehmen würden. Das würde dann irgendwie... Höchstens, weiß ich, ja wenn es wirklich so ein Leiden werden würde, wie ich sage, ohne Ende, dann wird es vielleicht ein Heim oder was weiß ich nicht zu vermeiden sein. Aber die Mehrheit der Leute, die ich kenne in X (Dorf in Niederösterreich), sind daheim gestorben und haben

kein Heim gebraucht und keine Pflege, weiß ich, in irgendeiner Weise, eine fremde Pflege meine ich. Eine Pflege braucht jeder, aber keine fremde. (81-jähriger Mann, fit)

Aus dieser Aussage geht hervor, dass den befragten Personen durchaus bewusst ist, dass mit Erreichen des hohen Alters auch immer mehr Hilfe- und Pflegebedürftigkeit einhergeht. Allerdings wird eine Abneigung gegenüber der Durchführung von Pflegetätigkeiten durch fremde Personen (z.B. professionelle Pfleger/innen) deutlich. Die Vorstellung, Pflege von einer fremden Person anzunehmen, scheint von daher für einige der befragten Hochaltrigen eine wesentliche Barriere darzustellen. Dies wird in der nächsten Schilderung gut sichtbar:

„Wie es einmal wird in 5, 6 Jahren – ich habe keinen blassen Schimmer. Das weiß ich nicht. Wer weiß lebe ich da noch. (...) Aber wo das dann sein wird, wenn ich gegen 90 hin gehe, ob ich mich dann noch so selber waschen kann, das weiß ich nicht. Aber solange es ein wenig geht, solange mache ich mir das auf alle Fälle selber, weil noch derweil geht es ohne weiteres. Da hab ich kein Problem. (...) Mein Gott (...) weil ich kann mir das überhaupt nicht vorstellen, wenn da irgendwer mir mein Gesicht waschen würde, meine Füße waschen würde oder mich am ganzen Körper... na das würde noch derweil nicht funktionieren. (lacht) Nein, derweil noch geht es. Aber was sein wird einmal (...) Nein, ich kann mir das nicht vorstellen. Aber es wird wahrscheinlich so sein einmal. Das kann man nicht wissen.“ (83-jährige Frau, fit)

Es erscheint wichtig, sich diese bestehenden Barrieren vor Augen zu führen, um sich in die Lage hochaltriger Menschen versetzen und entsprechend empathisch auf diese sensible Thematik eingehen zu können.

Deutlich wird, dass auch bei intensiver Auseinandersetzung mit dem Thema und klarer Wünschäußerungen vonseiten hochbetagter Menschen diese selten mit anderen besprochen werden. Es scheint die Betroffenen große Überwindung zu kosten, diese Gedanken zu verbalisieren:

„Na ja, es beschäftigt schon die Frage, wie lange ich da alleine noch leben kann. Und diese Heime sind mir alle suspekt, ich kann mich nicht anfreunden damit. Werde ich mich doch überwinden und mit einer meiner Töchter verhandeln. (...) Aber die jüngere hat eigentlich nichts dagegen mich aufzunehmen. Nur ich will halt nicht so recht. (...) Mich da irgendwie einmischen bei einem jungen Paar, ich weiß nicht. Meistens tut das nicht gut.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

Aus dieser Aussage geht zudem hervor, dass nicht nur die Auseinandersetzung mit der zunehmenden Pflegebedürftigkeit belastet, sondern auch die Gedanken über die Auswirkungen, welche ein Umzug zur Tochter mit sich bringen könnte.

Leichter scheint es den Betroffenen zu fallen, Dinge anzusprechen, die sie auf keinen Fall wollen. Besonders häufig wird hierbei der Umzug in ein Pflegeheim genannt. Um dies zu vermeiden entschließen sich hochaltrige Menschen dann doch dazu, vorzusorgen bzw. diese Gedanken ihren Angehörigen mitzuteilen:

„Gott, wenn ich durch das Haus gehe und die Leute sehe, wie sie alle nur sitzen und warten, auf das Essen warten, auf das Aufstehen, auf das Niederlegen, boah. Tja wenn, dann hoffe ich, also das habe ich auch schon mit meiner Tochter besprochen, das Geld ist auch da, dass man mit einer 24-Stunden-Betreuung in X (Zweitwohnsitz des Teilnehmers) leben kann.“ (84-jähriger Mann, rüstig)

„Ja da mache ich mir schon Gedanken. Weil ich möchte absolut nicht ins Heim. Ich denke immer, sterben will ich daheim.“ (85-jährige Frau, pre-frail)

Die Entscheidung gegen das Pflegeheim beruht sowohl auf klaren Vorstellungen als auch auf eigenen Erfahrungen, welche scheinbar eine abschreckende Wirkung auf die befragten Personen hatten. Eine Ablehnung des Pflegeheims heißt demnach aber auch, dass andere Lösungen für eine zunehmende Pflegebedürftigkeit gefunden werden müssen, wie etwa 24-Stunden-Betreuung oder Pflege durch Angehörige.

(c) Die Option Pflegeheim

Die Gründe, aus denen sich hochaltrige Menschen dazu entschließen, in ein Pflegeheim zu gehen, sind vielfältig. Würde beispielsweise der Bedarf an Unterstützungsleistungen bei den pflegebedürftigen Personen enorm ansteigen, so könnten sich einige der Interviewpersonen durchaus vorstellen in ein Pflegeheim zu gehen, wie folgendes Zitat illustriert:

„Wenn es nicht mehr anders geht, müsste man dann natürlich in ein Pflegeheim gehen, und das muss man dann ja sehen, wie das läuft.“ (81-jähriger Mann, rüstig)

Die Entscheidung in ein Pflegeheim zu gehen wird nicht leichtfertig getroffen, sondern abgewogen und hängt oftmals mit bestimmten, für die Zukunft antizipierten Ereignissen (z.B. dem Verlust der Gehfähigkeit) zusammen, wie folgendes Zitat unterstreicht:

„Ja sicher beschäftigt mich das. Weil solange ich kann, solange bleibe ich ja hier. Solange ich mir selber alles machen kann. Wenn ich aber einmal nicht mehr kann, dass ich mir denke, da könnte ich jetzt nicht einmal mehr so richtig gehen. Oder dass einmal die Buben sagen, Mama du musst jetzt irgendetwas machen. Dann gehe ich auf der Stelle ins Heim. Die Buben sind dann mit dem Haushalt, das gehört sowieso ihnen. Die sollen dann da machen, was sie wollen. Sollen das so richtig... Ich bin finanziell abgesichert, also da habe ich überhaupt kein Problem. Und dann bin ich im Heim, da tue ich nicht mehr lange um.“ (83-jährige Frau, fit)

Aus dieser Aussage geht hervor, dass der Eintritt ins Heim nicht notwendigerweise durch unbedingte Hilfe- und Pflegebedürftigkeit motiviert sein muss, sondern auch aus der Überlegung und dem Wunsch heraus, den Kindern nicht zur Last zu fallen, erwogen wird. Diese Haltung kommt in den Interviews mehrmals zutage. Oft stellt die Entscheidung in ein Heim zu gehen allerdings auch die Letztoption dar, wenn alle anderen Optionen ausgeschöpft sind und kein anderer Ausweg mehr gesehen wird:

„Ich weiß nicht, irgendwie, wenn ich nicht mehr kann, muss ich halt auch in ein Heim gehen. Solange das noch mit der Heimhilfe geht, so geht das. Und dass ich nicht verkomme.“ (88-jährige Frau, fit)

„Wenn ich nicht mehr kann? Ja, dann muss ich irgendwen hernehmen. Dann muss ich eine Ganztagspflege ganztags da haben. Was soll ich sonst machen? Oder ins Heim gehen, aber ins Heim, so lange ich da bin, bin ich da. (lacht) Daheim ist es immer noch am schönsten.“ (86-jähriger Mann, rüstig)

Dass hochaltrige Menschen die Haltung vertreten, gerne ins Pflegeheim zu gehen, ist eine Ausnahmeerscheinung. Dies ist der Fall, wenn andere Angehörige oder Freund/innen in der gleichen Institution bereits vor Ort sind. Hierbei handelt es sich allerdings zumeist um sogenannte Seniorenresidenzen:

„Wenn ich allein über bleiben würde, dann würde ich in die Seniorenresidenz X (Ort in Niederösterreich) gehen. Das weiß ich heute schon. Da ist auch meine Cousine.“ (85-jährige Frau, pre-frail)

(d) Zuhause bleiben bis zuletzt

In der Regel möchten hochaltrige Menschen bis zuletzt zuhause bleiben. Diese Haltung wurde auch in den Gesprächen mit den befragten Personen dieser Studie abermals bestätigt (vgl. dazu auch die qualitativen Befunde der ÖIHS-Ersterhebung 2013/14 in ÖPIA 2015). Um dies zu ermöglichen, ziehen hochaltrige Menschen verschiedene Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung in Betracht. Unterstützung durch Angehörige, die Heimhilfe oder die 24-Stunden-Betreuung sind einige dieser Optionen, welche im Folgenden angeführt werden, um zu veranschaulichen, wie es aus Sicht der Teilnehmer/innen gehen könnte, um möglichst lange zuhause verbleiben zu können.

Die Hoffnung, dass die eigenen Kinder die Pflege der Eltern oder des Elternteils übernehmen, wird immer wieder geäußert. Eine Interviewperson sieht dies gar als Selbstverständlichkeit an:

„Ja, ich finde, dass die Kinder sich um die Eltern kümmern sollten. Schauen Sie, man zieht ja auch die Kinder auf. Was machst denn mit denen? Schule, Pflege, Sprechtag, Lernen, Hinfahren, Abholen. Man tut ja für seine Kinder alles. Da können die doch auch für mich alles machen. Punkt, aus, fertig. Oder? Ist es nicht so?“ (84-jährige Frau, rüstig)

Für andere wiederum wird diese Möglichkeit der Pflegeübernahme durch die eigenen Kinder kategorisch abgelehnt:

„Ich gehe auf keinen Fall zu meinen Kindern, weil ich würde ihre Familie zerstören, das geht heute nicht mehr. Und ich möchte auch nicht in ein Heim gehen. Zuerst hab ich immer in ein Heim wollen, weil ich mir gedacht habe, ich bin so gut beieinander, da könnte ich die alten Leute noch füttern, und da könnte ich noch was tun. (...) Aber komischerweise jetzt möchte ich es nicht mehr. Weil ich das mit dem Durchfall habe. Und da möchte ich daheim bleiben, und die Kinder werden mir eine 24-Stunden-Pflege geben.“ (80-jährige Frau, frail)

Ehepaare zählen darauf, dass im Falle von zunehmender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit der Ehemann bzw. die Ehefrau solange wie möglich helfen und eventuelle Pflegetätigkeiten übernehmen würde, wie im folgenden Zitat:

„Na ja, mir muss eh mein Mann helfen. (...) Ja, weil z.B. ich kann mir nicht mehr allein den Rücken waschen, weil ich seit dem Sturz nicht mehr so weit nach hinten kann bzw. kann ich mir auch unten die Zehen nicht waschen, weil ich nicht so weit runter komme. Und das macht mir Gott sei Dank mein Mann. Aber es wäre auch gegenseitig. Wenn es ihn treffen würde, würde ich es auch tun.“ (85-jährige Frau, pre-frail)

Dass der Ehemann die Pflege für die Ehefrau übernimmt, stellt allerdings eher die Ausnahme dar. In den meisten Fällen ist es umgekehrt. Im nachfolgenden Interviewausschnitt wird sowohl die Pflegeübernahme durch die Ehefrau, als auch der Verbleib zu Hause vom Interviewpartner als eine Selbstverständlichkeit angesehen:

I (Interviewerin): „Und was würden Sie tun, wenn es einmal nicht mehr selber geht und sie zum Beispiel Hilfe bei der täglichen Körperpflege brauchen würden?“

T (Teilnehmer): „Ich sage es meiner Frau.“

I: „Okay, und sie würde das dann machen?“

T: „Na selbstverständlich.“

I: „Also würden Sie gerne hier wohnen im Haus oder würden Sie in ein Pflegeheim oder irgend so etwas?“

T: „Na selbstverständlich hier im Haus, bis zu meinem Tod. Nach wie vor, so gut kann keine Betreuung in einem sogenannten Altersheim sein, dass es mir nicht große seelische Wunden schlagen würde.“

I: „Okay, also das kommt gar nicht für Sie in Frage?“

T: „Na ja, wenn meine Frau früher stirbt, dann schon.“ (85-jähriger Mann, pre-frail)

Es werden auch andere Möglichkeiten der Unterstützung herangezogen, wie beispielsweise ein Umzug zu den Enkelkindern oder die Aufnahme von Student/innen in den Haushalt gegen Hilfe im Alltag, wie beide nachfolgenden Zitate illustrieren:

„So diese alltäglich notwendige Hilfe, die leisten meine Studenten schon.“ (84-jähriger Mann, pre-frail)

„Ja da habe ich Enkerl, die sind da ja. (...) Die helfen mir ja. Ja und auch jetzt schon. Da gibt es nichts.“ (82-jähriger Mann, rüstig)

Die beiden geschilderten Hilfestellungen durch Student/innen oder die Enkelkinder sind aber eher Ausnahmeerscheinungen. Hochaltrige Menschen greifen häufiger auf die Möglichkeit einer Heimhilfe oder andere mobile Dienste zurück, welche nach der jeweiligen Notwendigkeit und der Hilfebedürftigkeit der betroffenen Person regelmäßig ins Haus kommen:

„[Wenn es einmal nicht mehr selber geht], dann muss ich mir wahrscheinlich wen nehmen. Ich weiß auch von meiner Freundin, die Schwester. Die hat dann stundenweise, 3-mal in der Woche, kam Vormittag wer und kam Nachmittag wer. War Diabetikerin – die haben dann auch gespritzt. Also man kann so was organisieren, dass

jemand kommt, der dich in der Früh wäscht und was weiß ich und dann wieder geht, und Essen auf Rädern.“ (84-jährige Frau, rüstig)

Die Aussage dieser Frau macht deutlich, dass sie gut informiert darüber ist, was alles an Möglichkeiten besteht, um den Verbleib im eigenen Zuhause so lange wie möglich aufrecht zu halten. Sichtlich gibt es Unterschiede zwischen den diversen Angeboten der Heimhilfe, wie aus den Gesprächen mit den hochaltrigen Menschen hervorgeht, insbesondere dann, wenn die betreuenden Personen häufig wechseln:

„Ich habe das lang hin und her überlegt, habe mir gedacht, na, also ich kann mir das nicht vorstellen [in ein Heim zu gehen], wieder irgendwo zu wohnen mit irgendwelchen Leuten und so weiter (...) Ich hab's nämlich auch da versucht mit der normalen Pflege da... (...) Weil jedes Mal kommt jemand anderer, nicht? Und jedes Mal müssen Sie alles von vorn... erklären, wo was ist, wie, was, nicht? Die Frau D (Betreuerin), die war also die, die kommt jetzt schon, weiß ich, drei Jahre zu mir, die ist faktisch da schon zuhause, nicht? Die weiß über alles Bescheid. Und dadurch funktioniert das ganz gut.“ (86-jähriger Mann, pre-frail)

Die befragten Personen, welche sich trotz zunehmender Pflegebedürftigkeit für den weiteren Verbleib in ihrem Zuhause entscheiden, wissen zumeist, welche Vorkehrungen getroffen werden müssen, um z.B. eine 24-Stunden-Betreuung heranzuziehen:

„Wenn er [der Gesundheitszustand] noch schlechter werden würde, würde ich versuchen, dass ich eine Heimpflege [meint 24-Stunden-Betreuung] habe. Weil da habe ich ja ein Zimmer frei, da muss man ja ein Zimmer zur Verfügung stellen.“ (85-jährige Frau, pre-frail)

„Ich würde mir eine 24-Stunden-Pflege nehmen. Das da drinnen räumen wir ein bisschen aus, die kriegt einen Kastenteil, und die kann da drinnen ein wunderbares Bett, in dem ich eh nicht liege, das ist fast neu, Bettzeug hab ich ein schönes, die kann da drinnen duschen, die kann da drinnen wohnen. (...) Obwohl alle sagen, das kommt überhaupt nicht in Frage, wir schauen schon, aber ich denke mir immer, ich will ja den Menschen nicht zur Last fallen. Ich will sie nicht belasten.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

Interviewpersonen, welche die Möglichkeit der 24-Stunden-Betreuung in Erwägung ziehen, wissen davon oftmals von anderen pflegebedürftigen Personen in ihrer Umgebung:

„Na ja, wir wollen relativ lange, soweit es möglich ist, im Haus bleiben und eventuell dann eine Pflegerin, je nachdem täglich oder ganztägig, wie es halt notwendig ist, ins Haus nehmen. Weil Platz hätten wir für eine Frau. Wir denken also eh an, also bei uns in der Reihe, sind in der Siedlung schon einige Slowakinnen oder Rumäninnen tätig, also das können wir uns für uns auch vorstellen.“ (81-jähriger Mann, rüstig)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass hochaltrige Menschen sich infolge diverser Erfahrungen ihrer Verletzlichkeit durchaus bewusst sind. Es wurde eine Fülle an Argumenten gebracht, wann sich Betroffene mit einer möglichen bzw. zunehmenden Hilfe- und Pflegebedürftigkeit auseinandersetzen möchten und entsprechend vorsorgen,

und warum bei manchen das Thema beiseite geschoben oder gar verdrängt wird. Sichtlich wissen sie über die Möglichkeiten der Unterstützungsleistungen Bescheid, und die Mehrheit der Interviewpersonen erwägt insbesondere die Unterstützung einer Heimhilfe oder einer 24-Stunden-Betreuung, um dadurch so lange wie möglich im eigenen Zuhause verbleiben zu können.

ALTER(N) ZWISCHEN VERLUST UND POTENZIAL

**Subjektive Wahrnehmungen
spezifischer (Entwicklungs-)Potenziale im Alter**



4 ALTER(N) ZWISCHEN VERLUST UND POTENZIAL – SUBJEKTIVE WAHRNEHMUNGEN SPEZIFISCHER (ENTWICKLUNGS-) POTENZIALE IM ALTER

Ein weiterer Fragenblock fokussierte sich auf die Ressourcen und Entwicklungsperspektiven im höheren Lebensalter. Dabei war zum einen von Interesse, wie sich das Leben der Interviewten nach der Pensionierung verändert hat und wie sie den Übergang in die Lebensphase Alter erlebt haben. Zum anderen sollte ein Eindruck davon gewonnen werden, wie die Teilnehmer/innen sich möglicherweise in den letzten ein bis zwei Jahrzehnten aus der eigenen Perspektive auch als Menschen verändert oder weiterentwickelt haben.

Eine wesentliche Motivation für diese Fragestellung bildete der Umstand, dass das Alter in der Gesellschaft häufig eher negativ besetzt ist, im Sinne einer primär durch Abbau und Verlust geprägten Lebensphase, während es sich dabei zugleich aber auch um eine relativ lange Lebensspanne handelt, in der sich Menschen durchaus noch weiterentwickeln können. Zu diesem Zweck sollte die subjektive Sicht der Teilnehmer/innen bzw. ihr Erleben des Alters als Lebensphase und damit verbundenen individuellen Entwicklungspotenzialen erhoben werden.

Dabei wurde einmal mehr das in dieser Studie im Mittelpunkt stehende Spannungsfeld aus „Verletzlichkeit“ und „Potenzialen“ des hohen Alters offenbar, das insbesondere auch die Wahrnehmung altersbezogener bzw. mit dem Alter assoziierter Entwicklungspotenziale maßgeblich bestimmt.

4.1 Alter(n) als Verlust

Die zunehmende Verletzlichkeit im Alter macht sich besonders in Aussagen von Teilnehmer/innen geltend, die das Alter primär als Phase zunehmender Verluste wahrnehmen. An vorderster Stelle werden dabei Verluste gesundheitlicher Natur genannt:

„Nein [ich nehme keine besondere Entwicklung im Alter wahr], nur, dass ich nicht mehr gesund bin. Das ist das einzige, was ich Ihnen sagen kann. Sonst nichts. Vor 20 Jahren war ich gesund und jetzt nicht mehr.“ (87-jährige Frau, rüstig)

Fortschreitende physische Verletzlichkeit lässt hochaltrige Menschen eine persönliche (Weiter-)Entwicklung im Alter tendenziell verneinen. Stattdessen wird das Alter als Prozess eines stetigen physischen und kognitiven Abbaus wahrgenommen. Es liegt auf der Hand, dass diese negative Sicht auf das Alter vor allem von Menschen ausgedrückt wird, deren gesundheitlicher und funktionaler Status bereits fortgeschrittenen Einschränkungen unterworfen ist. Allerdings wird dergleichen (wie bereits am vorigen Zitat kenntlich wurde) nicht selten auch von „rüstigen“ Hochaltrigen artikuliert:

„Entwickelt sowieso kaum. Eher abgebaut. Ständig baut man ab im Alter.“ (89-jähriger Mann, pre-frail)

„Weiter entwickeln... mein Gott. Die Entwicklung ist sehr eingeschränkt, insofern, weil man ja nicht mehr alles machen kann. Man muss sich beschränken und muss Abstriche machen. Das fällt manches Mal schon ein bisschen schwer.“ (85-jährige Frau, pre-frail)

„Aber alles andere habe ich abgebaut. Also das körperlich... darf man nicht daran denken. Also ich war wirklich einmal sehr fit und ja... ein, ein Bruchteil dessen, was früher war, ist heute.“ (83-jähriger Mann, rüstig)

Vor allem die Verringerung der Leistungskapazität des Organismus, die nachlassende körperliche bzw. kognitive Leistungsfähigkeit, Mobilitätseinschränkungen und der Verlust der Selbstständigkeit werden häufig als belastend empfunden:

„Die Ansprüche sind, wie soll ich sagen, ich fühl mich allerdings jetzt immer unzufriedener mit mir selbst. Früher konnte ich dieses oder jenes machen und hab es gemacht und habe mir nicht gewünscht, ich könnte um 20 oder 25 Prozent mehr leisten, ist ganz wurscht ob kognitiv oder physisch oder wie immer.“ (83-jähriger Mann, rüstig)

„Es ist die Mobilität etwas schlechter geworden. Und das Hirn ist vor allem schlechter geworden, sehr schlecht geworden. Aber so mit dem Alltag komme ich schon noch zurecht.“ (87-jährige Frau, rüstig)

„Ich werde immer dümmer. Wirklich wahr, ehrlich. Ich werde immer dümmer. Das sehe ich bei den Quizsendungen, was ich alles nicht mehr weiß. (...) Und da sehe ich das, und da denke ich mir, mei, das hab ich doch gewusst, und ich weiß es nicht mehr.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

Zu schaffen machen auch die Verringerung der Anpassungsfähigkeit und Einschränkungen bei Verrichtungen von Alltags- bzw. Freizeittätigkeiten. Mit nachlassender Selbstständigkeit geht bei einzelnen Personen sogar das Gefühl einher, „unnützlich“ zu sein, wie folgendes Zitat beispielhaft illustriert:

„Und das ist dann, was einen im Alter schon auch belastet. Wenn man sich eigentlich, wie soll ich Ihnen sagen, unnützlich fühlt. Ich sage oft zu meiner Tochter: Du, ich bin jetzt wirklich oft traurig, weil ich gar nichts mehr zusammenbringe. Obwohl, ich gehe noch was backen, aber früher hätte ich halt schon längst, wie es jetzt ist, da wär schon längst was fertig. Und jetzt schaust du halt und schiebst es raus. Aber da kannst du halt nichts machen.“ (86-jährige Frau, frail)

Altersbedingte körperliche Veränderungen und nachlassende Mobilität führten in mehreren Fällen auch dazu, den Aktivitätsradius zunehmend auf das nähere Wohnumfeld zu beschränken, was dementsprechend die Wahrnehmung der eigenen Möglichkeiten und Potenziale beeinflusst:

„Natürlich ändert sich das mit den Möglichkeiten, die man hat, ich mein das ist klar. Also die Reisen werden immer kürzer, nicht kürzer aber näher, das ist auch klar. Ich habe also die ganzen Geschäfte, die mache ich auch nicht mehr seit fünf Jahren. Ja, man reduziert sich auf ein gewisses Maß, wie es halt notwendig ist.“ (81-jähriger Mann, rüstig)

Auch psychische und soziale Verluste, etwa aufgrund des Todes nahestehender Personen, und – als Folge davon – Einsamkeit im höheren Alter werden des Öfteren in dem Zusammenhang genannt:

„Na ja, ich habe mich früher viel mehr verlassen, dass entweder mein Mann oder meine Mutter da war. Nicht, dass sie für mich so gedacht haben, aber ich habe einen Ansprechpartner gehabt und wir haben das besprochen und, und das geht mir ab. Und die Leute sind noch so lieb und noch so nett, aber es gibt Dinge, die man eben nur in der Familie bereden kann. Und da, da... da weine ich auch manchmal. Warum muss ich allein da bleiben?“ (96-jährige Frau, pre-frail)

Einzelne Interviewte erlebten auch die Pensionierung und den Eintritt in den Ruhestand als Entwertung der eigenen Person, da in unserer Gesellschaft nur beruflich aktive Menschen über ihre Leistungen in Ausbildung und Beruf gesellschaftliche Anerkennung erfahren würden. Auch das lässt sie das Alter oftmals als eine Phase des Verlusts wahrnehmen:

„Ich habe nicht mehr das, heute denkt gar keiner mehr über das, was ich geleistet habe. Die meisten wissen es gar nicht.“ (86-jähriger Mann, rüstig)

„Na ja, wichtig war ich nur so lange, solange ich gearbeitet habe. Jetzt bin ich an sich unwichtig.“ (89-jähriger Mann, pre-frail)

„Meine Zeugnisse sind mein Um und Auf. Ja, weil ich nichts mehr bin, als wie ein altes Weiberl und Ding, dass ich doch ein bisschen was geleistet habe.“ (86-jährige Frau, rüstig)

Einzelne (vor allem männliche) Interviewte berichten auch über zunehmende Hinnahme und Apathie gegenüber gesellschaftlichen Entwicklungen. Darin spiegelt sich ein negatives Alters(selbst)bild hinsichtlich des Stellenwerts älterer Menschen in der Gesellschaft und deren Möglichkeiten, Einfluss auf diese zu üben, wider:

„Ich habe früher Einfluss nehmen können, ich habe früher Leserbriefe geschrieben, ich habe früher Essays geschrieben an diverse Zeitungen – ist mehr oder weniger unbeachtet geblieben, und mein Einfluss diesbezüglich ist außer in meinem Freundeskreis, wo ich noch als Sprachrohr gelte, völlig minimal geworden. Wir sind als, meiner Meinung nach, als ältere, erfahrene und doch nicht verblödete Generation, völlig wertlos geworden für die Gesellschaft und für die Herrschenden, total. Ich betrachte mich längst schon als klinisch tot, geistig tot im Reflex auf die Gesellschaft, gesellschaftlichen Einfluss und sozialen Einfluss. Da ich ja leider Gottes, meine Kinder erwachsen sind und ihr eigenes Leben führen, habe ich das auch in entscheidender Weise mitbekommen: ‚Papa, ich bitte dich, wir wissen schon, was wir machen müssen.‘ Okay, so stell ich auch hiermit meine geistige Hilfe ein, wenn sie es so wollen – geistige Hilfe nicht präpotent gemeint, sondern aus der Erfahrung heraus.“ (85-jähriger Mann, pre-frail)

4.2 Das Alter als Phase der Entdeckung persönlicher Potenziale

Diese Verlustperspektive auf das Alter und auf altersbezogene Entwicklungspotenziale wird kontrastiert durch Aussagen von Teilnehmer/innen, die darauf verweisen, dass das Alter, trotz zunehmender physischer, psychischer und sozialer Verletzlichkeit, auch eine Phase des Lebens darstellt, die nicht nur Verlust, sondern zum einen auch das Entdecken persönlicher Interessen bedeuten kann sowie zum anderen stets auch Gelegenheiten zur persönlichen Weiterentwicklung bietet.

Insbesondere der Eintritt in den Ruhestand wird von den Teilnehmer/innen durchaus nicht nur – wie im vorigen Kapitel – mit dem Verlust von Lebensmöglichkeiten und der lange Zeit im Vordergrund stehenden beruflichen Identität assoziiert, sondern gerade auch, gleichsam im Sinne einer „späten Freiheit“ (Rosenmayr 1983), als eine Lebensphase betrachtet, die oftmals auch neue Perspektiven und Entwicklungspotenziale eröffnet.

In der kürzest möglichen und prägnantesten Weise wird die grundsätzlich positive Sicht auf die sich mit dem Ruhestand eröffnende Lebensphase des Alters von einem Teilnehmer im folgenden Gesprächsausschnitt zum Ausdruck gebracht:

I (Interviewerin): „Und wie ist es Ihnen da sonst so ergangen in der Pension?“

T: (Teilnehmer): „Herrlich.“ (87-jähriger Mann, rüstig)

Vor allem die neue Zeitstruktur, die es nunmehr u.a. möglich machte, selbst über die Zeit des morgendlichen Aufstehens zu bestimmen und die Schlafdauer nach den persönlichen Bedürfnissen auszurichten, wurde öfters von Teilnehmer/innen als positive Begleiterscheinung des Ruhestands hervorgehoben:

„Was mir am meisten getaugt hat, ist, dass ich in der Früh nicht mehr so zeitig aufstehen habe müssen. (...) Das ist bis heute so. Ich raufe um jede Minute. (...) Das ist das Schöne daran.“ (83-jähriger Mann, pre-frail)

Auch die intensivere Pflege von Freundschaften, für die im Arbeitsleben oftmals die Zeit fehlt, wird vereinzelt in diesem Zusammenhang als ein „Potenzial“ des Alters genannt:

„[Da hab ich dann] ein bisschen eine Freundschaft gepflegt, weil wenn du allerweil arbeitest, hast du nicht viel Zeit. Hast schon ein paar Bekannte gehabt, aber dann ist es ein bisschen intensiver geworden, und jetzt haben wir eine Frauengruppe, eh schon Jahre, da gehen wir jede Woche zum Heurigen.“ (80-jährige Frau, pre-frail)

Generell sei der Lebensalltag seit der Pensionierung wesentlich entspannter, im Gegensatz zum häufig stressigen und hektischen Berufsleben. Der Verlust der durch den Beruf vorgegebenen Tages- und Zeitstruktur ist dabei durchaus nicht gleichbedeutend mit Langeweile, da die frei gewordene Zeit mit neuen, frei gewählten Beschäftigungen oder diversen persönlichen Interessen und Vorhaben ausgefüllt werden kann, wie folgende Zitate veranschaulichen:

„Seit ich in der Pension bin muss ich sagen, der ganze Stress ist weg. Dann hab ich... jetzt bin ich fast 24 Jahre in der Pension. Mir war noch keinen Tag fad. Weil ich wieder

eine Arbeit habe. Ich habe mich umgestellt von meinem Beruf komplett weg und bin gegangen... Ich bin Gemüsebauer geworden, ich baue mir mein Gemüse selber an. Ich mach mir das alles selber und... mit dem läuft das und so bin ich zufrieden.“ (83-jähriger Mann, rüstig)

„Ich habe keinen Pensionsschock gehabt. Ich habe so viel zu tun gehabt, wir haben da dazu gebaut, draußen.“ (86-jähriger Mann, rüstig)

Manche Teilnehmer/innen nutzten die flexiblere Zeitstruktur nach der Pensionierung auch für formale Weiterbildung. So wurden beispielsweise Universitätsstudien bis zum Doktorat absolviert, für die in früheren Lebensjahren zeitliche Ressourcen gefehlt hatten:

„Ich hab zuerst sieben Jahre auf der Universität für Bodenkultur studiert, Forstwirtschaft. Zuerst das Grundstudium zum Diplomingenieur und dann das Doktoratsstudium zum Doktor der Technik. Und bin dann anschließend, nachdem das fertig war, nach X (Stadt in der Steiermark) zurückgekommen und hab zwei Masterstudien auf der theologischen Fakultät absolviert. Angewandte Ethik, Religionswissenschaften zuerst und dann angewandte Ethik. Das hat geendet 2014.“ (83-jähriger Mann, rüstig)

Besonders hervorgehoben wird dabei das eigene, individuelle Interesse an der Sache, das die Aufnahme eines neuen Studiums im Alter motivierte. Ausschlaggebend hierfür sollte die persönliche Weiterentwicklung sein – eine Motivation, die ausdrücklich vom vorher lange dominanten Berufsleben abgegrenzt wird, da im Beruf gerade die eigenen Interessen im Regelfall hintangestellt werden müssen, wie folgendes Zitat recht eindrücklich veranschaulicht:

„Wie ich 50 war, bin ich auf die Uni gegangen und habe inskribiert. Und da habe ich mir ausgerechnet, zehn Jahre habe ich noch, und in den zehn Jahren werde ich mir ein neues Berufsfeld schaffen. Und werde etwas studieren, was niemand anderen was angeht, also alles, was ich bis dahin gelernt habe, alles habe ich in die Firma eingebracht. Das (...) war für mich und für meine Leute in der Abteilung so, wie wenn es unser Eigentum wäre. Wir haben gelacht und gezittert mit dem Unternehmen. Habe ich inskribiert Geschichte. Weil ich gesagt habe, jetzt mache ich was, was nur mir gehört.“ (86-jähriger Mann, rüstig)

Das Spektrum an Interessen, Beschäftigungen und Hobbys, die hochaltrige Menschen nach ihrem Eintritt in die Altersphase für sich entdeckt und verfolgt haben, ist groß und vielfältig, sodass hier nur ein beispielhafter Auszug gegeben werden kann. Es reicht von der Imkerei, dem Segeln, dem Lernen von Sprachen bis hin zu verschiedenen kreativen bzw. künstlerischen Tätigkeiten:

„Ja, Bienen habe ich. Ich habe sie so halbwegs durchgebracht. (...) Und aber bei dem einen, da muss ich schon bald den Honigraum aufsetzen. Wenn es etwas wärmer ist, setze ich den Honigraum auf. Dass sie mir den Honig heimbringen können.“ (83-jähriger Mann, rüstig)

„Ich habe mich seit damals vielen Hobbys wie der Seglerei, ich war zwei Mal Staatsmeister (...) und [hab mich] auch dem Rallyesport zugewandt. Wo ich auch sehr große Erfolge hatte.“ (85-jähriger Mann, pre-frail)

„Ich wollte früher immer zeichnen und malen. Und das schaffe ich nicht mehr, dass ich da hineinkomme. Da bin ich zufrieden, wenn ich ein paar Sprachen erlerne. Das reicht mir jetzt. (...) Da möchte ich fit sein. Spanisch geht ganz flott. Kann ich schon lesen und versuche ich ein Buch zu übersetzen.“ (87-jährige Frau, rüstig)

„Na super, da habe ich [in der Pension] machen können erstens einmal das, was ich will. Handarbeiten. (...) Nähen tu ich. Wenn wir haben beim Seniorentanzen, da haben wir im Fasching immer für die Senioren einen Seniorenfasching und da machen wir immer so Aufführungen und da habe ich die Kostüme genäht. Heuer waren wir Clowns, ja habe ich vierzehn Clown-Kostüme genäht.“ (80-jährige Frau, pre-frail)

„Ich habe auch künstlerisch mich betätigt und habe auch in der Ergotherapie, wie sich das genannt hat – das habe ich geliebt, muss ich ehrlich sagen. Da hab ich gar nicht gewusst, wie sehr, was ich alles kann. Da hab ich Tücher hergestellt in verschiedenen Farben. Seidentücher etc. Die haben's mir aus der Hand gerissen, die haben die Leute, also die auch mit waren, haben gesagt: ‚Ja ich möcht das, das gefällt mir‘.“ (86-jährige Frau, rüstig)

Vor allem das letzte Zitat veranschaulicht nochmals sehr eindrücklich den Aspekt des Entdeckens von bisher unentdeckten persönlichen Potenzialen und Leidenschaften im Alter. Im Alter bzw. im Ruhestand, ist das Leben noch lange nicht vorbei, sondern ergeben sich selbst bei zunehmenden altersassoziierten Einschränkungen stets auch neue Möglichkeiten der Selbst- und Lebensgestaltung.

Was in den Interviews aber dennoch auch recht deutlich zum Ausdruck kommt, ist, dass sich Wertigkeiten und persönliche Interessen bis ins hohe Alter hinein weiter verändern können. Auch Aktivitäten, Leidenschaften und Hobbys, die nach der Pensionierung das Leben ausgefüllt (und oft auch erfüllt) haben, können im noch höheren Alter für die Menschen an Bedeutung verlieren. Zum Teil dürfte dies auf zunehmende funktionale und gesundheitliche Einschränkungen zurückzuführen sein, die dazu zwingen, früher liebgewonnene Aktivitäten aufzugeben. Zum Teil liegt es aber auch daran, dass das Interesse daran verloren geht und man manches, was einem früher wichtig war, im hohen Alter „nicht mehr braucht“, wie es manche Teilnehmer/innen ausdrücken. Speziell dieser zweite Aspekt wird in den Interviews bevorzugt als Grund für die Aufgabe bestimmter Interessen und Aktivitäten angegeben, wobei in den Aussagen zuweilen eine gewisse Antriebslosigkeit durchzuschimmern scheint:

„Mein Gott, früher einmal war Reisen etwas Großes. Wir haben fast die ganze Welt gesehen, bis auf Südamerika, waren wir nicht und Indien waren wir nicht, aber sonst. Ich brauche das alles nicht mehr. Es kommt ganz von selber, dass man das alles nicht mehr braucht.“ (84-jährige Frau, rüstig)

„Ich habe einiges aufgegeben schon. (...) Ich habe ein philharmonisches Abonnement gehabt. Ich bin nach wie vor noch Mitglied bei den Philharmonikern und habe mein

Abonnement für diese eine Saison einer Schulkollegin einmal verkauft für diese eine Saison. Und... ich weiß nicht... es ist nicht mehr das, was es war.“ (87-jährige Frau, rüstig)

„Ich habe leidenschaftlich gerne Karten gespielt, jetzt ist mir nicht danach. Unsere Nachmittage waren mit dem Karten spielen, schon früher alleweil und jetzt auch. Wenn ich dann meine Arbeit gemacht habe, die X (Nachbarin), wir haben Karten gespielt. Canasta, das werden Sie gar nicht kennen, aber wir haben es gespielt, weil es so Ding. Und jetzt nicht. Vielleicht, sie täte sich schon freuen, wenn ich sagen würde, ‚Ich will wieder Karten spielen einmal‘. Aber mir ist um das nicht... aber warum ist das? Ich weiß es nicht.“ (87-jährige Frau, rüstig)

4.3 Persönlichkeitsentwicklung im Alter

Mit Blick auf das Alter und damit verbundene (Entwicklungs-)Potenziale wurden die Teilnehmer/innen auch gefragt, ob sie sich in ihrer Selbstwahrnehmung im Alter bzw. in den Jahren seit der Pensionierung auch persönlich und/oder charakterlich verändert haben.

Häufig wird dabei von Teilnehmer/innen angegeben, mit zunehmender Lebenserfahrung ruhiger und gelassener geworden zu sein. Dadurch sei man im Alter auch etwas nachsichtiger gegenüber anderen Menschen:

„Gelassener, auf jeden Fall. Ruhiger. Und manchmal denke ich mir, wenn ich mich über irgendetwas ärgere, wenn von Jungen was kommt oder so, dann halte ich meinen Mund und denke mir: ‚Macht was ihr wollt, ich bin draußen‘.“ (84-jährige Frau, rüstig)

„Ja, dass ich ruhiger geworden bin. (...) Und wenn man älter ist, sieht man das mit ganz anderen Augen, weil man sagt, für was sollte ich mich aufregen? Für was? Ich rege mich eh genug auf, wenn ich fernsehe und ich sehe die Dodeln, was die aufführen.“ (83-jähriger Mann, rüstig)

„Ja vielleicht mehr Erfahrung, das mag schon sein. Man wird ruhiger, wenn irgendwelche vermeintlichen Aufregungen sind in der Bevölkerung, nimmt man das alles nicht mehr so ernst, sondern hat eine gewisse Lebenserfahrung und sieht alles anders.“ (83-jähriger Mann, pre-frail)

„Man wird im Alter, wenn man noch seine Sinne beisammen hat, wird man nachsichtiger, barmherziger, gütiger. Es regt einen nicht mehr gar so viel auf.“ (85-jährige Frau, pre-frail)

Auch werde die eigene Person stärker zurückgenommen als in früheren Lebensjahrzehnten:

„Mehr Rücksicht nehmen. Weniger eigene Vorstellungen im Mittelpunkt des Interesses zu haben, sondern zuzuhören und dem Willen anderer mehr Raum zur Erfüllung zu geben.“ (83-jähriger Mann, rüstig)

„Ich spiele zwar nicht mehr die erste Geige, im Gegenteil, ich halte mich eher zurück, aber wenn man mich fragt, gebe ich schon noch Antwort und sage schon, das ist nicht in Ordnung und das will ich so machen. Also ein ‚Jasager‘ bin ich nicht, dass ich einfach sage, ja, du bist lieb oder... das kann ich nicht. Das tu ich heute noch, aber ich tu mich nicht hervor.“ (81-jährige Frau, frail)

In den Interviews zeigten sich dabei Unterschiede hinsichtlich thematisierter charakterlicher Veränderungen und Entwicklungen zwischen Männern und Frauen. So gaben tendenziell männliche Interviewte an, im Alter zu einer kritischeren, reflektierteren und insgesamt nachdenklicheren Lebenshaltung gefunden zu haben:

„Ja ich habe mich verändert, weil ich bin wesentlich kritischer geworden. Weil mir viel mehr Zeit über bleibt, die Situation zu überdenken und zu analysieren. Früher habe ich dazu keine Gelegenheit gehabt, ich musste schauen, dass ich über die Runden komme und dass ich meinen Beruf ordentlich ausfülle, auch meinen Sport ausfülle, jetzt habe ich Zeit, davon alles zu analysieren und zu überdenken.“ (85-jähriger Mann, pre-frail)

Vielleicht dass ich, bevor ich was mache, darüber nachdenke. Auch bei ganz banalen Dingen, wenn ich eine Arbeit vor mir habe, denke ich gründlich darüber nach, wie ich das mache und in welcher Abfolge ich die Arbeitsgänge erledigen werde, das heißt, dass ich länger nachgrüble, als die Arbeit dann dauert.“ (86-jähriger Mann, rüstig)

Für manche Männer war es offenbar auch Teil eines mit dem Alter notwendig gewordenen persönlichen Lern- und Entwicklungsprozesses, zu lernen, nicht alles selber können zu müssen, sondern sich im Alltag bei Bedarf helfen zu lassen:

„Und da ist mir wichtig und da habe ich lernen müssen auch um Hilfe zu bitten. Das war notwendig bei manchen Dingen, weil ich es als Blinder einfach nicht schaffen konnte, was andere selbstverständlich schaffen. Und so habe ich mühsam gelernt, wirklich mühsam, zu bitten. Bitte kauf mir das ein. Oder: Schau wo meine Schuhe sind. Oder: Hilf mir da. Und das habe ich erst durch den Kontakt mit den Studierenden in meiner Wohnung gelernt.“ (86-jähriger Mann, rüstig)

Frauen betonen dagegen mit Blick auf persönliche Veränderungen und Weiterentwicklungen eher, dass Äußerlichkeiten im Alter für sie zunehmend in den Hintergrund gerückt sind und gegenüber früheren Lebensjahren an Relevanz verloren haben:

„Ich war schon eitler. Das bin ich auch nicht mehr. Wo gehe ich hin, ich hab schon ein, zwei Stücke wo ich fortgehen kann, ich kann nicht immer mit dem Selben gehen, dann ziehe ich halt, das schaut ja auch nicht schlecht aus zu einer schwarzen oder braunen Hose. (...) Na ja, früher hätte ich diese Verbandschuhe nicht angezogen. Es bleibt mir ja nichts anderes übrig. Man überschätzt sich, es schaut eh eigentlich kein Mensch, wenn man es genau nimmt. Das ist überschätzt, ich nehme mich nicht so wichtig.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

„Ich war ein ausgesprochen eitler Knopf und habe sehr viel auf Mode gehalten. Also das ist schon sehr zurückgetreten. Ich bin früher wegen ein paar Knöpfen in den ersten Bezirk rein gefahren. Das würde ich heute nicht mehr tun.“ (85-jährige Frau, pre-frail)

Auch ist für manche Frauen im Laufe der Zeit der Stellenwert von Ordnung zurückgegangen:

„Die Ordnung ist mir nicht mehr so wichtig. Ja, also das... früher habe ich geglaubt, ich muss immer alles abwischen und alles machen und so weiter, also... Das hat sich in letzter Zeit aufgehört. Das muss ich nicht haben. Jetzt hat zwar gestern die X (Haushaltshilfe) gesagt zu mir: ‚Das müssen wir abwischen, das kannst du nicht allein‘, hat sie gesagt. Beim nächsten Mal machen wir es mitsammen. Also da mach ich schon was. Und ich mein, ich habe auch gerne eine Ordnung in meiner Wohnung, nach einem Durcheinander, also das mag ich schon. Aber so pedant oder... das, das bin ich nicht mehr. Das ist etwas, das brauche ich nicht.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

Mehrere weibliche Befragte berichteten darüber hinaus, heute mehr im Reinen mit sich selbst zu sein und über die Jahre an Selbstbewusstsein gewonnen zu haben. Dazu gehört u.a., gelernt zu haben, auch mal Nein sagen zu können:

„Erstens habe ich gelernt, Nein zu sagen, was ich früher nicht konnte.“ (85-jährige Frau, pre-frail)

„Ich habe mich diesbezüglich verändert, dass ich mich, wie soll ich sagen, mehr zu sagen traue. Weniger Rücksicht nehme, wenn irgendetwas nicht in Ordnung ist, dann melde ich mich sofort. Ist wurscht, ob ich beim Einkaufen bin oder beim Nachbarn, irgendetwas. Dann sage ich: ‚Mei, bist mir nicht böse, dieses und jenes, sei so gut‘. In einem höflichen Ton. Und wenn ich eine Antwort kriege, wo es schon kitzelt, dann kann ich mich schon dementsprechend, dann bin ich schon dementsprechend laut, und so dass mich alle hören. So weit bin ich. Was ich früher immer berücksichtigt habe, ja. Aus. Ich bin von niemandem abhängig. Es kümmert sich ja niemand um mich und so wehre ich mich halt. Tu ich mir leichter jetzt.“ (86-jährige Frau, rüstig)

Ein Grund dafür ist mitunter, wie bereits andeutungsweise im vorigen Zitat zur Sprache gekommen ist, die im Alter gewonnene Unabhängigkeit von anderen Menschen:

„Ja, ich bin im 86. Lebensjahr und ich muss sagen, ich bin jetzt erst ein richtiger Mensch geworden. Bumm – das klingt komisch, aber es ist so. Ich würde mir auch jetzt erst meinen Partner aussuchen sozusagen und jetzt wäre ich erst reif für eine Familie. Denn ich kann selbst entscheiden. Ich habe meine Freiheit der Entscheidung. Ich bin nicht von der Politik abhängig und ich bin von niemand mehr abhängig, also auch nicht von meinen Eltern. (...) Ich hab mich also unabhängig gemacht, auch von den Kindern. Es muss niemand für mich sorgen.“ (85-jährige Frau, rüstig)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass auch die Wahrnehmung des Alterns als Prozess wie auch des Alters als Lebensphase von den hochaltrigen Teilnehmer/innen sehr stark innerhalb eines Spannungsfeldes zwischen „Verletzlichkeit“ und „Potenzial“ verläuft. Vor allem bei Vorliegen von gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen wird das Alter(n) primär mit Abbau und Verlust konnotiert. Auch der Verlust des beruflichen Status und der beruflichen Identität infolge der Pensionierung hat bei manchen Teilnehmer/innen dahingehend Spuren hinterlassen, dass sie das Alter als einen Verlust von gesellschaftlichem Einfluss, teilweise sogar als ein Überflüssig- und Irrelevantwerden ihrer Person erleben.

Auf der anderen Seite verdeutlichen die Aussagen vieler Teilnehmer/innen aber auch, dass sich gerade mit dem Eintritt in den Ruhestand neue Möglichkeiten eröffnen, das Leben bis ins hohe Alter hinein selbstbestimmt und nach eigenen Interessen zu gestalten.

Ebenso scheinen in den subjektiven Bezugnahmen der Teilnehmer/innen erhebliche persönliche bzw. charakterliche Entwicklungspotenziale auf. Diese sind vor allem aus einer Gender-Perspektive interessant: Männer erleben sich im Alter als ruhiger, gelassener und nachsichtiger, während Frauen häufig betonen, dass im Alter die Bedeutung von Aussehen und Ordnung abgenommen haben, während sie als Personen selbstbewusster geworden seien und vor allem auch gelernt hätten, Nein zu sagen, und sich besser durchzusetzen. Hier deutet sich eine gewisse Aufweichung von Geschlechterrollen und -identitäten im höheren Alter an, wie sie auch aus der gerontologischen Forschung bekannt ist (vgl. Kohli 1990; Silver 2003).

**WAS HEISST:
„GUTES LEBEN IM HOHEN ALTER“?**



5 WAS HEISST: „GUTES LEBEN IM HOHEN ALTER“?

Die Frage nach Potenzialen im und für das hohe Alter kulminiert auf besondere Weise in der Auseinandersetzung der Teilnehmer/innen mit Fragen eines „guten Lebens“ im hohen Alter. Sein Leben auch im hohen Alter und trotz damit oftmals verbundener physischer Einschränkungen nach wie vor als „gut“ beurteilen zu können, verweist eben immer auch auf ein Potenzial, trotz der erhöhten Verletzlichkeit, die mit dem hohen Alter einhergeht, sein Leben und auch das Alter selbst noch als lebenswert zu empfinden. Das hohe Alter erschöpft sich nicht in der höheren Verletzlichkeit, in gesundheitlichen und funktionalen Einbußen oder in Pflegebedürftigkeit, sondern das Leben hat auch im hohen Alter immer noch einiges zu bieten, auch wenn es erforderlich sein mag, sich mit gewissen altersbedingten Verlusten abzufinden und sein Leben entsprechend umzustellen.

Wir haben deshalb mit den Teilnehmer/innen auch darüber gesprochen, was sie unter einem „guten Leben im hohen Alter“ verstehen – gerade auch vor dem Hintergrund, dass das hohe Alter häufig mit Verletzlichkeit und Verlusten verbunden ist.

Die Verletzlichkeit anzunehmen und mit altersbedingten Verlusten umgehen zu können ist dabei ein Orientierungsmuster, das wir in nahezu allen Interviews, die wir mit hochaltrigen Menschen geführt haben, finden können – auch bei solchen (wenn auch zum Teil in anderer Form) bei denen es hinsichtlich Gesundheit und Funktionalität schon vergleichsweise schlecht bestellt und bereits eine stark erhöhte Verletzlichkeit gegeben ist.

Drei größere Kategorien lassen sich anhand der subjektiven Bezugnahmen der hochaltrigen Teilnehmer/innen mit Blick auf ein „gutes Leben im hohen Alter“ unterscheiden: **Gesundheit & Selbsthilfefähigkeit, Familie & soziale Kontakte** und **finanzielle Sicherheit**.

5.1 Gesundheit & Selbsthilfefähigkeit

Der in den Interviews am häufigsten und nahezu von allen Teilnehmer/innen auf die eine oder andere Weise genannte Aspekt, den sie mit einem „guten Leben im Alter“ verbinden, bezieht sich auf die möglichst lange Erhaltung von Gesundheit und Selbsthilfefähigkeit. Ein „gutes Leben“ ist für die meisten Teilnehmer/innen solange gegeben, wie sie sich noch hinreichend selbst versorgen können, ohne auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen zu sein, und sie nicht von schweren Krankheiten oder Pflegebedürftigkeit betroffen sind, die sie oftmals mit Leiden und einem nicht mehr lebenswerten Siechtum verbinden:

*„Ein gutes Leben? Wenn man in der Früh aufsteht und kann sich alleine anziehen und die Familie hat, damit man alles gemeinsam machen kann. Das ist für mich das Alter.“
(82-jährige Frau, rüstig)*

„Dass ich, wie soll man sagen, von der Kraft und von der Leistung her, dass das so weit ist... Es soll nicht ärger sein, dass ich bettlägerig werde oder irgendwie. Das wünsche ich mir nicht! Das ist ganz klar. Weil da muss ich sowieso, wenn ich bettlägerig bin, bin ich entweder in einem Spital oder ich bin in einem Pflegeheim. Das ist ganz klar.“ (83-jähriger Mann, pre-frail)

„Ja, gesund sein. Alles andere ist hinfällig. Das bedeutet, dass ich, wenn man gesund ist, da kann nichts Schlimmeres passieren wie wenn man nicht gesund ist. (...) In meinen Augen ist die Krankheit das Allerschlechteste und die Gesundheit das Beste auf der Welt, was es gibt.“ (87-jährige Frau, pre-frail)

„Ja, dass ich noch halbwegs gesund bin und dass ich eigentlich noch alleine herum komme. Dass ich keine Hilfe brauche. Das ist für mich sehr wichtig.“ (86-jährige Frau, frail)

„Also jetzt, so wie ich jetzt bin, würde ich es mir wünschen, dass ich keine Schmerzen habe, ein schmerzfreies Alter, schmerzfrei, selbstständig. Das sind die zwei wichtigsten Dinge, weil dann kann man sich alles lösen.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

Die große Bedeutung, die die hochaltrigen Teilnehmer/innen der Erhaltung von Gesundheit und Selbsthilfefähigkeit mit Blick auf ein „gutes Leben im Alter“ beimessen, wird noch deutlicher in ihren Antworten auf die umgekehrt gestellte Frage, was sie mit „keinem guten Leben im Alter“ verbinden, was für sie also gewissermaßen das Gegenteil eines „guten Lebens im Alter“ darstellt. Dabei findet sich im ganzen Sample kaum ein Interview, in dem nicht Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Verlust der Selbsthilfefähigkeit usw. als Inbegriff eines Lebens genannt werden, das aus Sicht der Teilnehmer/innen nicht mehr als „gut“ bezeichnet werden kann. Vor allem Demenz wird besonders häufig in diesem Zusammenhang genannt, wobei diese den hochaltrigen Teilnehmer/innen als potentiell zukünftiges Schicksal nicht nur mit Blick auf den damit verbundenen Verlust ihrer Selbsthilfefähigkeit Unbehagen bereitet, sondern nicht zuletzt auch mit einem Verlust der eigenen Persönlichkeit und des eigenen Selbst gleichgesetzt wird:

„Also kein gutes Alter wäre, wenn ich unbedingt eine Pflege brauche, dass ich dahinsiechen würde. Das wäre eine Katastrophe. Und dass ich einmal nicht mehr weiß, also diese Demenz, das fürchte ich wirklich. (...) Dass ich nicht mehr weiß, was ich tue. Oder dass ich jemanden nicht mehr erkenne. Also das wäre, glaube ich, für mich eine Tortur. Vielleicht kriege ich das eh nicht mit, dass es eh egal wäre. Aber das wäre wirklich so das Grausliche.“ (83-jährige Frau, fit)

„Krank sein. (...) Und in krank sein schließe ich ein, dass du dir selber nicht mehr, dass du dir selber nicht mehr helfen kannst (...). Weil wenn du krank bist (...) kannst du dir nicht mehr helfen. Kannst gar nichts machen. Kannst nicht mehr spazieren gehen. Kannst du gar nichts, wenn du krank bist. Und da schließe ich alles ein, die ganze Krankheit, da schließe ich auch Demenz ein und alles.“ (82-jähriger Mann, rüstig)

„Kein gutes Leben? Ja bitte, kein gutes Leben ist ein Leben in Demenz. Kein gutes Leben ist ein solches mit schwerer Krankheit, glaube ich (...). Kein gutes Leben ist ein solches in Abhängigkeit.“ (83-jähriger Mann, rüstig)

Die Teilnehmer/innen stellen dabei auch klar, dass sie mit „Krankheit“ nicht altersbedingte Beschwerden und damit zusammenhängende „Wehwehchen“ meinen, die im hohen Alter ohnehin praktisch jeden Menschen betreffen, sondern einen gesundheitlichen bzw. funktionalen Zustand, der es einem nicht mehr erlaubt, sich noch hinreichend selbst zu versorgen, und die Selbsthilfefähigkeit massiv einschränkt:

„Na ja, kein gutes Leben, wenn du krank bist. Das ist eh klar. Ich meine, wenn du richtig etwas hast, was wirklich eine Krankheit ist, wo du nicht mehr sagen kannst, das sind nur mehr so kleine Wehwehchen, also wenn du einmal nicht mehr gehen kannst oder schon einmal nicht aufstehen kannst alleine und lauter so Zeug, das ist halt schon schwierig. Da brauchst du dann schon wieder wen.“ (82-jährige Frau, fit)

Eine große Rolle spielt hier Unabhängigkeit bzw. der Verlust derselben. Seine Selbsthilfefähigkeit zu verlieren und pflegebedürftig zu werden, bedeutet zwangsläufig abhängig zu werden – eine Situation, die in einer Gesellschaft, die dazu neigt, ein unabhängiges und autonomes Erwachsenenleben zu idealisieren und als den menschlichen „Normalzustand“ zu betrachten, für die Betroffenen in vielerlei Hinsicht problematisch ist.

Pflegebedürftigkeit bedeutet dabei zunächst, auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen zu sein, was von alten Menschen oftmals als ein Zur-Last-Fallen (vor allem gegenüber den eigenen Kindern) empfunden wird, wie folgende Aussagen von Teilnehmer/innen über die Bedeutung von Unabhängigkeit für ein „gutes Leben“ im Alter verdeutlichen:

„Wenn man sich (...) nicht mehr selbst helfen kann. Wenn man angewiesen ist auf fremde Hilfe. Das ist das schlechteste. Weil mir tut der leid, der mir helfen muss. Und ich soll mir leid tun.“ (86-jähriger Mann, rüstig)

„Ich schäme mich nicht zu bitten, aber mir ist lieber, wenn ich nicht bitte sagen muss. Wenn ich um nichts bitten brauche, wenn sich niemand für mich abstrudeln muss. (...) Das will ich nicht, dass sich jemand für mich... Weil die Jungen, das weiß ich eh, die tun eh nur, was geht. Aber sie, dass sie sich halt nicht... Und wenn ich selbständig bin, kann ich mir Verschiedenes machen.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

„Ich möchte also niemandem, wie es so schön heißt, zur Last fallen, der es nicht will. Und wie gesagt, wir haben unsere Kinder, also die eine Tochter lebt in X (Ort in Salzburg), die andere am anderen Ende von Wien. Die haben wir nur am Rande in unseren Überlegungen eingeschlossen. (...) Also wir wollen eben auch im Alter noch unsere Selbstständigkeit insofern behalten, als dass wir uns eben dann jemanden ins Haus holen und den bezahlen.“ (81-jähriger Mann, rüstig)

Besonders das letztgenannte Beispiel veranschaulicht recht eindrücklich, dass die Angst, anderen durch Pflegebedürftigkeit zur Last zu fallen, eine Angst ist, die sich primär auf die eigenen Kinder bezieht. Vor allem den Kindern bzw. der Familie möchte man im Alter nicht zur Last fallen. Da bedeutet es schon eine erhebliche Unabhängigkeit, die man sich bewahrt, wenn man im Fall von Pflegebedürftigkeit für ein Betreuungsarrangement sorgen kann, das die eigene Familie von der Pflegeverantwortung entlastet.

Von der Hilfe anderer Menschen abhängig zu sein bedeutet aber nicht nur, anderen, vor allem der eigenen Familie, zur Last zu fallen, sondern heißt darüber hinaus, seine Fähigkeit einzubüßen, autonom und selbstbestimmt über sich selbst entscheiden zu können. Und Verlust der Selbstbestimmung bedeutet automatisch Fremdbestimmung: Wer über sich selbst nicht mehr entscheiden kann, über den wird von anderen entschieden. Dies wird von einem 83-jährigen Teilnehmer im folgenden Zitat recht

prägnant auf den Punkt gebracht, wobei er den Verlust der Entscheidungsfähigkeit vor allem mit einem Leben im Pflegeheim assoziiert:

„Ja eben, der was lebt in einem Pflegeheim. (...) Wenn man nicht selbst entscheiden kann. Weil wenn man einmal gepflegt werden muss, da kann ich ja nichts mehr entscheiden. Da wird ja nur mehr entschieden dann.“ (83-jähriger Mann, pre-frail)

Nicht mehr selbst über sich und sein Leben entscheiden zu können – dies steht letztlich auch hinter der zuweilen in den Interviews ausgedrückten Sorge, bei schwerer Krankheit medizinisch bis zuletzt am Leben erhalten zu werden:

„Und ich möchte auch nicht, sagen wir, dass die im Krankenhaus mich da dahin retten mit irgendwelchen Apparaten etc. Das will ich gar nicht. Für was denn? Das ist so etwas von unnötig. Es hat ja keiner mehr etwas davon. Du hast nichts mehr davon und die neben dir sind ja genauso wenig... Im Gegenteil. Also das wäre wirklich grauslich, das würde ich fürchten.“ (83-jährige Frau, fit)

„Es kommt so, wie es kommen muss. Und der liebe Gott weiß, wann das Ende ist. Nicht wir. Aber ich will nicht künstlich, wie sagt man da, am Leben erhalten werden. Sondern, wenn es aus ist, ist es aus.“ (88-jährige Frau, fit)

Als ganz besonders negativ wird von den Teilnehmer/innen ein Leben empfunden, das in Krankheit und Pflegebedürftigkeit zugebracht werden muss, ohne jemanden zu haben, der sich um einen kümmert, wenn also zum Verlust der Gesundheit und der Selbsthilfefähigkeit noch soziale Isolation und Einsamkeit hinzukommen:

„Kein gutes Leben ist, wenn man krank ist. Das ist schon einmal ein Jammer. Und wenn man niemanden hat, der sich um einen kümmert. Das ist bedauerenswert so etwas. Das ist ein bedauerenswertes Leben. Das Alter allein ist ja wirklich nichts für Feiglinge.“ (85-jährige Frau, pre-frail)

Der letzte Satz ist dabei zweideutig: Er verweist einerseits auf die Härte des Alleinseins im Alter. Als alter Mensch allein zu sein ist eine schwierige Situation und daher „nichts für Feiglinge“. Andererseits scheint sich darin auch die zusätzliche Erschwernis zu reflektieren, die das Alleinsein im Alter bedeutet: Das *Alter(n) allein* ist schon an und für sich eine Herausforderung, wenn die Gesundheit zunehmend bedroht ist und funktionale Kapazitäten sukzessive schwinden. Aber damit lässt sich einigermaßen umgehen, wenn es Menschen gibt, die sich um einen kümmern und die einen unterstützen, sei es emotional, sei es in Form konkreter praktischer Hilfeleistungen im Alltag. Wenn man aber allein ist und niemanden in seinem Umfeld hat, der einen unterstützt, dann ist das *Alter(n)* doppelt schwer. Das ist dann kein „gutes Leben“ mehr.

5.1.1 „So möchte ich im Alter nicht leben“

Die Vorstellung eines „nicht-guten Alters“, als Kontrast bzw. Negativfolie zur Idee eines „guten Alters“, macht sich in den Erzählungen der Teilnehmer/innen oftmals auch an sehr konkreten Beispielen von Personen aus ihrem näheren oder fernerem Umfeld fest, die gleichsam ein *Alter(n)* verkörpern, das man für sich selbst unter keinen Umständen für erstrebenswert hält. Zumeist sind es Beispiele eines Lebens in Pflegebedürftigkeit,

Abhängigkeit, Immobilität und nicht zuletzt Demenz, das repräsentiert bzw. personifiziert wird durch konkrete Menschen aus dem weiteren Bekanntenkreis, und von dem die Teilnehmer/innen quasi sagen: So wie diese oder jene Person, so möchte ich im Alter nicht leben:

„Wie gesagt, da vis-a-vis ist eine Frau, die jetzt praktisch nicht mehr aus der Wohnung kommt, kaum gehen kann. In so einer Haut möchte ich nicht stecken. Nicht mobil! Die Mobilität ist ganz wichtig. Auch im Alter.“ (83-jähriger Mann, pre-frail)

„Da stellt es mir jetzt schon die Haare auf. Das ist grauslich. Ich war in den letzten Tagen röntgen drinnen [im Krankenhaus], wegen meinen Schilddrüsen und da haben sie eine Frau hereingebracht zum Röntgen, die hat ein Gesicht gehabt, das hätte hier hineingepasst. (...) So zusammengefallen. Ich glaube, die muss zwischen 80 und 90 Jahre garantiert gewesen sein. Wieso sie die da noch zum Röntgen schicken, ich weiß es nicht. Weil ich mir gedacht habe, wenn du einmal so bist, das ist dann eine einzige Katastrophe. Weil die hat das, glaube ich, garantiert nicht mehr so mitbekommen. Also das wäre grauslich. Also das wäre richtig grauslich.“ (83-jährige Frau, fit)

Oft beziehen sich die genannten Beispiele auch auf die eigene Familie, so z.B. auf die in der Kindheit als bettlägerig erlebte Großmutter:

„Aber wenn ich an meine Großmutter denke, das war kein gutes Alter, wie die gelebt hat. Das war während dem Krieg. (...) Das war traurig. Daran denke ich nämlich oft. Meiner Mutter ist es schon besser gegangen. Die war auch nicht bettlägerig, aber meine Großmutter war bettlägerig. Meine Mutter nie, die ist nur einen Tag im Bett gewesen und dann hat sie in der Nacht können einschlafen. Aber das war nicht so schlimm. Aber meiner Großmutter...“ (87-jährige Frau, pre-frail)

Was sich in den genannten Beispielen zuweilen auch ausdrückt, ist eine gewisse Angst davor, dass einen in dem bereits erreichten hohen Alter im Grunde jederzeit etwas ereilen kann (z.B. ein Schlaganfall), das einen zum Pflegefall macht, und zwar auch dann, wenn man bis dahin noch sehr fit und aktiv gewesen ist:

„Die Frau [Ehefrau des Interviewten], die haben eine Landwirtschaft gehabt und die haben wir verpachtet und dann verkauft. Und da ist der Pächter, ist da alt gewesen, jetzt ist er 78 Jahre. Der liegt drinnen wie gestorben. Hat einen Schlaganfall gehabt, Demenz und aus. Wenn Sie den sehen – der Tod. Der lebende Tod liegt dort drinnen. Und war voll fit. Hat noch alles gearbeitet, ist mit dem Traktor gefahren, hat alles gemacht. Schlagerl [in Österreich verbreiteter Diminutiv für ‚Schlaganfall‘] und aus war es.“ (82-jähriger Mann, rüstig)

Ganz plötzlich kann es mit dem bisher gelebten unabhängigen Leben vorbei sein – diese Aussicht bereitet umso mehr Unbehagen, als man an konkreten Menschen aus dem Umfeld sehen kann, was Pflegebedürftigkeit und Verlust der Selbsthilfefähigkeit bedeuten kann. Auch die Angst davor, nicht sterben zu können und ewig dahinsiechen zu müssen, klingt hier an. Dies ist ein Motiv, das sich im Datenmaterial häufiger finden lässt, so z.B. auch im folgenden Zitat:

„Ein Nachbar, der liegt schon 8 Jahre nach einem Schlaganfall im Bett. Der rührt sich nicht mehr viel, aber er kann nicht sterben. (...) Der hat ja auch eine Ganztagspflege und seine Frau lebt auch noch, die haben sich da halt so arrangiert.“ (81-jähriger Mann, rüstig)

Auch die Ablehnung einer medizinischen Lebensverlängerung bis zuletzt speist sich oft aus eigenen Erfahrungen, die man in der Vergangenheit im Sterbeprozess nahestehender Personen gemacht hat:

„Aber ich will nicht künstlich, wie sagt man da, am Leben erhalten werden. Sondern, wenn es aus ist, ist es aus. Ich habe das bei meiner Mutti gesehen, die haben sie am Boden gehabt und haben sie künstlich beatmet. Und ich habe gesagt, sie war 85 Jahre und sie hat immer gesagt, ich möchte schon sterben. Und da habe ich gesagt, lasst sie doch in Ruhe sterben. Und da hat er [der Arzt] aufgehört und sie ist gestorben.“ (88-jährige Frau, fit)

Die Vorstellung, pflegebedürftig und von der Hilfe anderer abhängig zu sein, bekommt noch etwas zusätzlich Bedrohliches vor dem Hintergrund von Beispielen aus dem näheren Umfeld, wo entweder gerüchteweise bekannt ist oder wo man allenfalls auch persönlich die Erfahrung machen konnte, dass alte, pflegebedürftige Menschen von ihrer Familie vernachlässigt und/oder schlecht behandelt werden:

„Und die Nachbarin, die bräuchten ein paar Euro wirklich nicht anschauen und was, die ist um ein Jahr jünger als ich. Die geht, was weiß ich, von da hinaus und wieder herein mit dem Rollator und hat, glaube ich, die Windelhose schon und was. Die ist den ganzen halben Tag alleine, die verkommt. Also ich habe sie jetzt schon länger, ja jetzt mit dem Winter, aber ist auch schon wieder ein paar Monate her, da habe ich sie besucht und was. Da habe ich mir schon gedacht: Verdammt noch einmal, ihr könntet es euch leisten.“ (82-jähriger Mann, rüstig)

Von der Familie und insbesondere den eigenen Kindern schlecht behandelt oder vernachlässigt zu werden, ist allgemein eine Sorge, die in den Interviews häufiger zur Sprache kommt (siehe dazu unten das *Kapitel 5.2.*).

Manchmal dienen die genannten Beispiele auch dazu, die eigene Situation zu relativieren, vor allem dann, wenn man selbst funktional bereits stark eingeschränkt ist. Die eigenen Probleme und altersbedingten Einschränkungen relativieren sich dann im Vergleich zu anderen Leuten, denen es noch schlechter geht:

„Ich bin noch zufrieden, solange ich so beieinander bin, wie ich bin. Weil ich habe das gestern wieder gesehen, wir haben da wieder, bei einer Frau ist der Sohn immer mit ihr mit dem Rollstuhl, dann denk ich mir: Mei, du bist eigentlich glücklich, du gehst da mit deinem Stock dahin. Wir sind gestern sehr viel gegangen. Da war ich froh, dass die Tochter mit war, da kann ich mich dann ein bisschen anhängen, da geh ich dann leichter.“ (86-jährige Frau, frail)

In dieser Aussage wird auch nochmals deutlich, dass sich mit gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen im hohen Alter leichter umgehen lässt, wenn man auf Rückhalt und Unterstützung (im konkreten Fall von der Tochter) zurückgreifen kann.

5.1.2 „Gesundheit“ und „Unabhängigkeit“: Bedrohter Normalzustand vs. tägliche Herausforderung

Generell fällt auf, dass sich die Aussagen und subjektiven Bezugnahmen der Teilnehmer/innen hinsichtlich der Bedeutung von Gesundheit und Selbsthilfefähigkeit bzw. Unabhängigkeit für ein „gutes Leben im Alter“ zum Teil erheblich voneinander unterscheiden, abhängig von ihrem gesundheitlichen und funktionalen Zustand. Was ein „gutes Leben“ im Alter bedeutet hängt also nicht zuletzt davon ab, ob sich die Person noch **(a) in einem vergleichsweise guten gesundheitlichen und funktionalen Zustand befindet** oder ob sie **(b) funktional bereits sehr stark eingeschränkt ist**.

(a) „Rüstige“ und „fitte“ Teilnehmer/innen sprechen sozusagen aus der Position noch weitgehend selbstständiger und unabhängiger Menschen, die ihr Leben häufig noch recht aktiv gestalten können. Ein „gutes Leben im Alter“ hat für sie dementsprechend eine andere Bedeutung als für funktional bereits relativ eingeschränkte Personen. Dies betrifft insbesondere auch Begriffe wie „Gesundheit“ und „Unabhängigkeit“ und deren Bedeutung im Kontext eines „guten Lebens im Alter“.

So hat unter den Bedingungen eines noch vergleichsweise guten Gesundheitszustandes ein „gutes Leben im Alter“ häufig die Konnotation, weiterhin aktiv und – wie es der im Folgenden zitierte Teilnehmer ausdrückt – „unterwegs“ sein zu können. Und aus diesem Aktivseinkönnen beziehen wiederum Gesundheit, Selbsthilfefähigkeit und Unabhängigkeit ihre spezifische Bedeutung:

*„Ja, dass man noch unterwegs sein kann. Dass man beweglich ist, dass man unterwegs sein kann und vor allem, dass man geistig noch so halbwegs das Ganze mit derpackt.“
(84-jähriger Mann, rüstig)*

Ein „gutes Leben im Alter“ heißt in diesem Kontext vor allem auch, regelmäßig unter Leute zu kommen, Sozialkontakte zu pflegen und nach wie vor eine sinnvolle Beschäftigung zu haben:

„Ich bin zufrieden mit dem, wie es ist (...). Ich komme zu den Leuten, heute war ich wieder in der Kirche oder am Sonntag gehe ich meistens in die Kirche, fast jeden Sonntag, ganz selten nicht. Ja. Sonst eigentlich, dass man ein bisschen eine Beschäftigung hat, das ist für mich schon wichtig. Und wenn ich nur im Garten Gras auszupfe oder irgendwas. Man hat eine Beschäftigung.“ (82-jähriger Mann, rüstig)

„Dass man halbwegs gesund bleibt und ist, dass man eben seine sozialen Kontakte pflegen kann.“ (81-jähriger Mann, rüstig)

Unter noch relativ günstigen gesundheitlichen und funktionalen Bedingungen steckt man sich auch noch nach wie vor so manche mehr oder weniger großen Ziele, z.B. eine größere Wanderung, wie sie sich eine 87-jährige Teilnehmerin vornimmt:

„Und vielleicht gelingt auch die große, große Sache, die ich mir noch vornehme. Ich habe einmal den Tauern-Höhenweg gemacht. (...) Ich habe ihn nur zur Hälfte gemacht. Weil man da mich abgeholt hat. Das war ein Missverständnis von zu Hause (lacht). Die haben den Hubschrauber ausgeschickt und haben mich gesucht. Da musste ich abbrechen und das möchte ich noch gerne fertig machen.“ (87-jährige Frau, rüstig)

Unabhängigkeit erscheint hier oftmals im Sinne einer Kontinuität des eigenen Lebens und der Lebensgestaltung auch im Alter, nach Maßstäben der Entscheidungsfähigkeit und Selbstbestimmung, wie sie auch in jüngeren Jahren für sich beansprucht wurden. „Gut“ ist aus dieser Perspektive ein Leben dann, wenn jenes das ganze Leben lang gelebte Bedürfnis nach Unabhängigkeit und Selbstbestimmung, bei allen sonstigen (auch persönlichen) Veränderungen, auch im Alter noch hinreichend befriedigt werden kann:

„Natürlich, ich war jahrzehntelang Selbstständiger und solche Leute haben ja dann mehr als jeder andere, aus der beruflichen Erfahrung heraus, das Gefühl über sich selbst verfügen zu können. Nicht nur über sich selbst, auch über andere. (...) Natürlich, ich sagte, die Selbstsucht ist zurückgegangen, aber das Bedürfnis wichtige Entscheidungen, soweit nicht im Widerspruch mit den berechtigten Ansprüchen anderer, solche Entscheidungen nach eigener Einsicht treffen zu können, das ist ein Bedürfnis. Autonomie, nicht?“ (83-jähriger Mann, rüstig)

Auch verbindet sich bei vergleichsweise „rüstigen“ und „fitten“ Teilnehmer/innen ein „gutes Leben im Alter“ häufig mit Genuss bzw. Vorstellungen von einem genussvollen Leben, wobei gerade das hohe Alter und die Aussicht auf das in absehbarer Zeit bevorstehende Lebensende eine zusätzliche Motivation für diese Haltung darstellen. Nach dem Motto „Es kann so schnell vorbei sein“ gelte es, das noch verbleibende Leben zu genießen und das Beste daraus zu machen, und dabei ist es dann durchaus auch erlaubt, gelegentlich ein wenig zu „sündigen“:

„Mein gutes Essen. Mein Trinken, ich trinke mein Seiderl Bier, ich trinke mein Achterl Wein. Habe ich kein Problem, wenn sie mich auch deppert anschauen, aber das ist mir egal. (...) Und wenn ich halt hin und wieder, sagen wir, auf so eine blöde Leberkässemmel einen Gusto habe und ich bin drinnen in der Stadt, na das kaufich mir halt dann. Das sind halt so Sachen, was vielleicht blöd ist und so. Wo ich mir denke, na hast du einen Detscher [= ‚Vogel‘] oder was. Aber na, das ist halt einfach so.“ (83-jährige Frau, fit)

„Man kann so schnell verstorben sein. Natürlich ist man traurig, wenn der Mann wegstirbt und Ding. Aber ich habe Gott sei Dank meine Kinder und mein Zuhause und meine Freunde (...), einmal zum Dorfheurigen, einmal da und dort hin. (...) Weil zu Hause verkommen... Man lebt nur einmal und ich versuche halt das Beste daraus zu machen.“ (84-jährige Frau, rüstig)

Funktional noch weitestgehend intakte Personen können es sich dann zuweilen sogar leisten, sich über ihre Unabhängigkeit und einen potentiellen Verlust der Selbsthilfefähigkeit gar keine Gedanken zu machen:

„Über das habe ich mir noch gar keine Gedanken gemacht. Ja, manchesmal ist man schon auch angewiesen auf andere, ja. Und das stört mich auch nicht, was weiß ich, wenn ich zu jemandem sage, geh hilf mir schnell. Das stört mich nicht. Und wie das ist, dass ich mir einmal überhaupt nicht helfen kann. Über das habe ich mir eigentlich noch gar keine Gedanken gemacht. Das kommt eh von selbst.“ (82-jähriger Mann, rüstig)

„Ich sitze ja, wenn wir oft im Kaffeehaus sind... was die für Leiden schon haben, da muss ich immer lachen. Gott sei Dank. Wissen wir was morgen ist? Und ich will es auch gar nicht wissen, weil wenn es kommt, dann kommt es eh von alleine.“ (82-jähriger Mann, rüstig)

Unabhängigkeit und Selbsthilfefähigkeit erscheinen in solchen Aussagen gewissermaßen als der „Normalzustand“, über den man nicht nachzudenken braucht, und über den man sich noch früh genug Gedanken machen kann, wenn er irgendwann nicht mehr gegeben sein sollte. Für den funktional noch weitgehend intakten, selbsthilfefähigen hochaltrigen Menschen ist seine Unabhängigkeit einstweilen noch nicht problematisch und insofern nicht zwangsläufig ein Thema – wenngleich Verlust der Selbsthilfefähigkeit und Pflegebedürftigkeit auch bei „rüstigen“ und „fitten“ Teilnehmer/innen als mögliche Zukunftsperspektive durchaus präsent sind:

„Große, eine ganz eine große [Bedeutung von Unabhängigkeit für ein gutes Leben im Alter]. Ich will ja nicht abhängig sein (lacht) von niemandem. Vorläufig von niemandem. Es geht auch noch. Irgendwann muss man das ja wahrscheinlich aufgeben. Aber ich nehme an, dass man das dann eh einsieht, wenn irgendwas nicht mehr geht.“ (84-jähriger Mann, rüstig)

(b) Vergleicht man diese Aussagen „rüstiger“ und „fitter“ Teilnehmer/innen hinsichtlich Gesundheit, Selbsthilfefähigkeit und Unabhängigkeit bzw. deren Bedeutung für ein „gutes Leben im Alter“ mit solchen von bereits **funktional mehr oder weniger stark eingeschränkten Teilnehmer/innen**, dann fällt zunächst auf, dass diese sich kaum weniger auf Kategorien wie Unabhängigkeit, Selbsthilfefähigkeit, Gesundheit usw. als zentrale Kriterien eines „guten Lebens im Alter“ beziehen. Allerdings verschieben sich bei diesen die Wertigkeiten und verändert sich insbesondere die Bedeutung dessen, was sie als „Selbsthilfefähigkeit“ und „Unabhängigkeit“ bezeichnen.

Wo Gesundheit und Selbsthilfefähigkeit bereits tangiert sind, kann z.B. schon die Fähigkeit, sich noch selber eine Strumpfhose anziehen zu können, als eine (wenngleich bereits geminderte) Form von Unabhängigkeit betrachtet werden, über die man sehr froh ist, weil sie es einem eben ermöglicht, noch einigermaßen „alleine herum zu kommen“, wie es die im Folgenden zitierte Teilnehmerin ausdrückt:

„Ja, dass ich noch halbwegs gesund bin und dass ich eigentlich noch alleine herum komme. Dass ich keine Hilfe brauche. Das ist für mich sehr wichtig. Weil wenn ich einmal gewaschen werden muss... Und ich denke mir heute schon, die Strumpfhosen,

wie ich mir die raufziehe, es geht schwieriger. Aber es geht. Dann denk ich mir: Sei dankbar, dass du sie noch anziehen kannst.“ (86-jährige Frau, frail)

Hier hat Unabhängigkeit und Selbsthilfefähigkeit, anders als bei rüstigeren Teilnehmer/innen, nicht (mehr) die Bedeutung eines mehr oder weniger selbstverständlichen Zustands, der solange wie möglich aufrechterhalten werden soll, sondern hier sind Selbsthilfefähigkeit und Unabhängigkeit bereits problematisch geworden. Als Kategorien bleiben sie dennoch relevant, wenn auch in veränderter Bedeutung. Unabhängig zu sein bedeutet dann, das wie auch immer eingeschränkte Niveau an Selbsthilfefähigkeit möglichst zu erhalten. Der bereits eingeschränkte funktionale Status quo wird gewissermaßen selbst zum neuen „Normalzustand“, der aufrechterhalten werden soll. Auch „Gesundheit“ bedeutet aus dieser Perspektive dann – wie ebenfalls im vorigen Zitat zum Ausdruck kommt – „halbwegs gesund“ zu bleiben und den aktuellen Gesundheitszustand, wie eingeschränkt dieser auch immer sein mag, möglichst zu konservieren. Mit anderen Worten: Gesundheit, Selbsthilfefähigkeit und Unabhängigkeit bleiben mit Blick auf ein „gutes Leben“ auch weiterhin positive Bezugspunkte, jedoch ändert sich ihre konkrete Bedeutung.

Ein wesentlicher Unterschied ist dabei auch, dass bei bereits eingeschränkter Funktionalität der noch bestehende Rest von Unabhängigkeit oftmals etwas ist, das man sich – anders als funktional intakte Personen – sehr hart erarbeiten muss. Wenn die Selbsthilfefähigkeit bereits eingeschränkt ist, genügt es nicht mehr, zu hoffen und gegebenenfalls gezielt darauf hinzuarbeiten (z.B. durch gesundheitsfördernde Aktivitäten), dass sie solange wie möglich bestehen bleibt, sondern dann muss sie jeden Tag aufs Neue hergestellt werden, nicht zuletzt wenn es darum geht, ein Minimum an Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu bewahren. Umso größer ist dann aber auch der Wert, der der vergleichsweise „kleinen“ Unabhängigkeit beigemessen wird.

So berichtet eine 85-jährige, in ihrer Mobilität stark eingeschränkte Frau, dass sie mit ihrem Therapeuten extra Stiegenstiegen geübt hat, damit sie an der Firmung ihrer Enkelin teilnehmen konnte:

„Wenn man an den Rollstuhl halb und halb gefesselt ist, ist es mit der Unabhängigkeit nicht mehr weit her. (...) Obwohl, ich muss sagen, meine Söhne haben mich jetzt mitgenommen zur Firmung von meiner Enkelin. Was ja furchtbar anstrengend war. Habe ich gesagt: ‚Bitteschön, bitteschön, um halb fünf führt’s mich wieder nach Hause, ich muss ja noch zwei mal neun, 18 Stufen steigen zum Lift‘. Das muss man ja alles ins Kalkül ziehen. Und da muss man wissen, ob man das kann und ob man sich das zutraut. Da habe ich schon vorher mit meinem Therapeuten geübt, dass ich über die Stiegen gehen kann.“ (85-jährige Frau, pre-frail)

Wenn eine aktive Teilnahme am Gesellschaftsleben durch fortschreitende funktionale und gesundheitliche Einschränkungen zunehmend schwerer wird, wird es für alte Menschen auch wichtiger, regelmäßigen Kontakt zur Familie zu pflegen und insbesondere Kinder zu haben, die sich um einen kümmern. Das bei besonders „fitten“ und „rüstigen“ Hochaltrigen häufig anzutreffende Bedürfnis nach fortgesetzter Aktivität, Unabhängigkeit und nach einem regen Sozialleben tritt gewissermaßen etwas in den Hintergrund und es

„genügt“ einem schon, regelmäßig Zeit mit den Kindern verbringen zu können, wie es eine 85-jährige Teilnehmerin formuliert:

„Ein gutes Leben ist, wenn ich ein umsorgtes Zuhause habe, wenn meine Kinder kommen und wenn sich meine Kinder um mich kümmern und wenn ich eine Konversation habe mit den nächsten Angehörigen oder mit lieben Freunden. Dass man sich ein bisschen austauscht. Das genügt mir schon.“ (85-jährige Frau, pre-frail)

Die Familie in seiner Nähe zu haben und von den Kindern umsorgt zu werden – das wird dann mitunter sogar als das schönste Leben empfunden, das es im Alter überhaupt geben kann, auch wenn man sich dessen bewusst ist, dass funktionale (insbesondere kognitive) Einschränkungen sich nicht unerheblich auf die Qualität des sozialen Kontakts auswirken können, wie vor allem folgendes Zitat sehr eindrücklich veranschaulicht:

„Also ich könnte mir nicht vorstellen, dass man ein schöneres Leben hat. Die Kinder kommen, sie sorgen sich, wie gesagt, der Bub ruft alle Tage an, das Dirndl ein-, zweimal in der Woche. Und das ist das Schöne, wenn sie kommt, sagt sie immer, Mama, mit dir kann ich noch reden wie früher. Weil ich oft sage, merkst du das nicht, dass ich schon ein bisschen dumm bin? Nein, sagt sie, Mama, ich kann mit dir noch reden wie früher. Sie erzählt mir auch noch alles und so, während die Enkelin, die Ärztin ist, die sehe ich ja nur mehr zwei Mal im Jahr, die knuddelt mich ab und sagt, mei Oma, es war so schön bei dir, und spricht von der Vergangenheit, von den Märchen, die ich ihr erzählt habe. Und da hab ich so das Gefühl, die nimmt mich nicht mehr ganz voll. Du warst so viel lieb und so, aber jetzt kann ich mit dir nicht mehr reden, weil auf dem Level bist du nicht oder so. Aber ich liebe sie trotzdem. Ja, das ist halt so, wenn du 25 bist, kannst du mit 82-Jährigen nicht mehr so, das verstehe ich schon.“ (82-jährige Frau, frail)

Auch bei gesundheitlich und funktional eingeschränkten Teilnehmer/innen spielt Genuss – ähnlich wie bei „Rüstigen“ und „Fitten“ – eine Rolle. Allerdings zählen hier eher die kleinen Freuden im Leben, die man sich hin und wieder genehmigt, insbesondere Essen und Trinken:

„Na das [ein gutes Leben im Alter] bedeutet mir sehr viel, aber leider muss man sich einschränken, weil du ja einen Zucker hast, Harnsäure hast (lacht). Und du musst du dich ein bisschen einschränken mit den guten Sachen, aber hie und da. (...) Ein gutes Glaserl Wein, eine gute Mehlspeise und einen Kaffee (lacht).“ (80-jährige Frau, pre-frail)

Vor allem wenn man in einem Pflegeheim lebt, sind es eher die kleinen Dinge, die das Leben schön machen, so z.B. gelegentliche Besuche:

„Wenn mich wer besuchen kommt von unten, dann freue ich mich wirklich. Das habe ich gerne. Oder die Nachbarinnen kommen, ja, das habe ich gerne dann.“ (86-jährige Frau, frail, Pflegeheim)

Aus einer Potenziale-Perspektive sind diese Aussagen insofern bedeutsam und aufschlussreich, als sie veranschaulichen, dass das „gute Leben“ durchaus eine Kategorie darstellt, die auch für funktional eingeschränkte, in ihrer Selbsthilfefähigkeit und

Unabhängigkeit geminderte Teilnehmer/innen nach wie vor relevant ist, und die sie insbesondere auch, trotz aller Einschränkungen, positiv auf ihr eigenes Leben im Alter beziehen können. Ein „gutes Leben im Alter“ hat für sie eine andere Bedeutung als für „rüstige“ und „fitte“ Hochaltrige. Auch auf die mit einem „guten Leben“ so stark verknüpften Begriffe „Gesundheit“ und „Unabhängigkeit“ beziehen sie sich überwiegend anders, aber dennoch in einer Art und Weise, dass sie für ihr Leben, sei dieses noch so sehr geprägt von körperlichen Einschränkungen und altersbedingten Beschwerden, in sinnvoller Weise verwendet werden können und nach wie vor positive Bezugspunkte bleiben. Gesundheit bedeutet dann eher, nicht noch stärker funktional eingeschränkt zu sein als man bereits ist, und Unabhängigkeit hat weniger die relativ abstrakte Bedeutung eines autonomen und weiterhin selbstständigen, aktiven Lebens, sondern heißt dann möglicherweise sehr konkret, sich noch selber anziehen und selber die Treppen im Stiegenhaus hinaufgehen zu können.

Mit anderen Worten: Trotz ihrer erhöhten Verletzlichkeit und teilweise stark fortgeschrittenen funktionalen Einbußen bleibt das Leben dieser Menschen und insbesondere ihre Wahrnehmung davon nicht auf ihre Verletzlichkeit und ihre Verluste reduziert. Sondern es gelingt auch diesen Menschen, ihr Leben nach wie vor als „gut“ und lebenswert zu beurteilen – auch wenn sich in ihren Aussagen durchaus auch immer wieder reflektiert, „was nicht mehr geht“.

Es darf dabei freilich auch nicht übersehen werden, dass die Zufriedenheit und oft auch Lebensfreude, die sich in den Aussagen der Teilnehmer/innen ausdrücken, angesichts der erhöhten Verletzlichkeit, in der sie sich befinden, durchaus prekär und fragil sind. Funktionale Einbußen können weiter zunehmen, liebgewordene Dinge oder Tätigkeiten verlorengehen und damit wertvolle persönliche Ressourcen, das Leben aktiv und selbstbestimmt zu gestalten, und den Alltag, bei allen funktionalen Einschränkungen, als sinnvoll und erfüllt betrachten zu können.

Wir finden einige entsprechende Aussagen von Teilnehmer/innen im Datenmaterial, in denen sich dies vor allem dadurch ausdrückt, dass sie sich auf ein „gutes Leben im Alter“ nur noch im Konjunktiv beziehen, so z.B. im folgenden Zitat:

„Das wäre schon schön, ein gutes Leben im Alter. Also ich... ja, gesund sein. Alles andere ist hinfällig.“ (87-jährige Frau, pre-frail)

Dieses Zitat ist dabei durchaus noch mehrdeutig: Der Konjunktiv kann einerseits bedeuten, dass von einem „guten Leben“, angesichts des bereits relativ labilen funktionalen Zustands der Teilnehmerin, nicht mehr wirklich die Rede sein kann. Ein „gutes Leben“ in Gesundheit wäre schön, ist aber leider nicht (mehr). Er könnte aber auch bedeuten, im Sinne der vorhin dargestellten, an den eigenen funktionalen Zustand angepassten Interpretation von Gesundheit, dass man schon zufrieden ist, solange der Gesundheitszustand nicht schlechter wird, als er sich gegenwärtig darstellt.

Deutlicher wird es, wenn die subjektiven Bezugnahmen auf das „gute Leben im Alter“ primär auf Verlorenes abstellen, wenn also das „gute Leben“ quasi gleichbedeutend damit ist, „was nicht mehr geht“:

„Ja was ich ab und zu gerne hätte, was ich aber nicht mehr darf: Süßigkeiten. (lacht) (...) Wenn ich Stricken könnte noch, aber die Finger tun mir dann weh. (...) Das war mein Lieblings-... Mei so viel gestrickt. (...) Ich wäre schon froh wenn ich mit dem Rollstuhl rausfahren könnte, und stricken ein wenig. Das wäre schon schön.“ (83-jährige Frau, pre-frail, Pflegeheim)

Hier steht nicht mehr im Vordergrund, was trotz aller Verluste noch „schön“ ist, sondern hier haben die Verluste offenbar ein Ausmaß erreicht, das es nicht mehr erlaubt, den aktuellen Zustand mit der Vorstellung eines „guten Lebens im Alter“ in Einklang zu bringen. Stattdessen bezieht sich das „gute Leben im Alter“ nur noch auf früher als „schön“ Empfundenes, aber mittlerweile Verlorenes.

Was aber immerhin auch hier auffällt, in Übereinstimmung mit den übrigen Befunden, ist, dass es selbst im konkreten Fall für ein als „gut“ empfundenes Leben im Alter im Prinzip nicht allzu viel bräuchte: Süßigkeiten, Stricken, mit dem Rollstuhl hinausfahren. Auch hier blitzen also gewisse Potenziale auf, an die angeknüpft werden und die mobilisiert werden könnten.

5.2 Familie & soziale Kontakte

Ein anderer Aspekt, der von den Teilnehmer/innen neben Gesundheit und Selbsthilfefähigkeit (zum Teil aber auch eng damit zusammenhängend) mit einem „guten Leben im Alter“ verbunden wird, sind Familie und soziale Kontakte. Ein „gutes Leben im Alter“ bedeutet aus dieser Perspektive hauptsächlich, regelmäßigen Kontakt mit der Familie, insbesondere mit den eigenen Kindern, und die Kontaktpflege mit Freunden und Bekannten:

„Ich sehe meinen Lebensabend schön, weil ich schön wohne, weil die I. (Tochter) im Haus sind, weil ich vier Enkelkinder habe, weil ich zwei Mal Uroma bin und weil die mich mögen. Das genieße ich. Und das alle drei Wochen mit den Freunden sich treffen ist mir auch wichtig.“ (84-jährige Frau, rüstig)

„Ein bisschen fortfahren, unter die Leute gehen, dass man ein bisschen plaudern kann. Was noch? Mein Urenkerl ist mein großer Sonnenschein und meine Kinder überhaupt, weil sie alle brav sind. Und in der Nähe habe ich sie. (lacht) Das ist das Schöne.“ (80-jährige Frau, pre-frail)

Gesundheit und Selbsthilfefähigkeit hängen dabei insofern mit dieser sozialen Dimension eines „guten Lebens im Alter“ zusammen, als ein hinreichend intakter gesundheitlicher und funktionaler Zustand eine Grundvoraussetzung dafür ist, regelmäßig Sozialkontakte pflegen zu können. Dies spiegelt sich u.a. darin wider, dass die Erhaltung von Gesundheit und die Pflege von Sozialkontakten von Teilnehmer/innen zuweilen im selben Atemzug genannt werden:

„Dass man halbwegs gesund bleibt und ist, dass man eben seine sozialen Kontakte pflegen kann.“ (81-jähriger Mann, rüstig)

Manche Aussagen von Teilnehmer/innen verweisen auch darauf, dass Kontaktpflege etwas ist, das man speziell im Alter aktiv betreiben muss, wie etwa ein 84-jähriger Mann betont:

„Die Kontaktpflege. Die muss man, denke ich, bewusstmachen und auch lernen. Ich merke das oder habe das an manchen Menschen wahrgenommen, dass die zwar dann und wann kontaktfreudig sind, aber man muss einen Kontakt zu Freunden oder Bekannten, Berufsgenossen und so weiter pflegen, damit der Kontakt erhalten oder fähig bleibt. Das ist etwas, was man lernen kann und wahrscheinlich auch lernen muss.“ (84-jähriger Mann, pre-frail)

Vor allem gesundheitlich und funktional vergleichsweise eingeschränkte Teilnehmer/innen beziehen sich bei der Frage nach einem „guten Leben im Alter“ – wie bereits an früherer Stelle erwähnt – besonders häufig auf regelmäßigen und engen Kontakt mit ihrer Familie und vor allem ihren Kindern, wobei hier oftmals auch Aspekte der Sorge und der Betreuung eine gewisse Rolle spielen. Ein „gutes Leben im Alter“ ist aus der Sicht dieser Teilnehmer/innen, wenn sich die Kinder um sie kümmern und ein guter und regelmäßiger Kontakt zu ihnen besteht. Andere Dinge rücken dabei eher in den Hintergrund.

Manche Teilnehmer/innen verbinden mit einem „guten Leben im Alter“ auch ausdrücklich eine intakte Beziehung mit einem verlässlichen Partner:

„Vor allem habe ich beobachtet, die Partnerschaft muss klappen. Ich komme seit ich denken kann, komme ich nach Hause, früher war es das Elternhaus, dann die Partnerin, um meine Batterien aufzuladen, auch wenn die Kinder da sind etc. Sollte dieses Batterien aufladen nicht funktionieren, bist du stark gehandicapt, sei es im Beruf, sei es im Sport, sei es im Körper, sei es in der Gesundheit. Das ist einmal Nummer eins.“ (85-jähriger Mann, pre-frail)

„Einen Lebenspartner, auf den man sich verlassen kann. Das ist das wichtigste. Weil sonst ist halt schon, entwickeln sich verschiedene psychische Krankheiten sonst. Einen Lebenspartner, dass du jemanden hast, dem du vertrauen kannst, ja.“ (86-jährige Frau, fit)

Auf einer Gender-Ebene ist an den beiden Aussagen interessant, dass sich darin geschlechtsspezifisch differente Verständnisse und Erwartungshaltungen gegenüber Beziehungen widerspiegeln: Die an zweiter Stelle zitierte Frau bezieht sich primär auf emotionale Aspekte und die Qualität der Beziehung (Vertrauen, Verlässlichkeit), während der Mann – in seiner traditionellen Rolle als „Familienernährer“ – Beziehung und Familie als eine Art Rückzugsort betrachtet, der es ihm ermöglicht, seine „Batterien aufzuladen“.

Auch ist erwähnenswert, dass beide Zitate von verheirateten Personen stammen. Die Bedeutung einer intakten Partnerschaft für ein „gutes Leben im Alter“ ergibt sich bei beiden also offenbar aus ihrer je konkreten Beziehung zum Ehegatten bzw. zur Ehefrau,

nicht aus der Sehnsucht oder dem Wunsch von Alleinstehenden (z.B. Verwitweten) nach einem neuen Partner oder einer neuen Partnerin. Tatsächlich wird der ausdrückliche Wunsch nach einem Partner oder einer Partnerin im Datenmaterial nur selten von Alleinstehenden (und wenn, dann eher von Männern als von Frauen) im Zusammenhang mit einem „guten Leben im Alter“ genannt.

5.2.1 Einsamkeit und schlechte Familienbeziehungen als Gegenteil eines „guten Lebens im Alter“

Entsprechend ihrer starken Fokussierung auf Familie und soziale Kontakte als zentrale Elemente eines „guten Lebens im Alter“, sind es auch primär Einsamkeit und schlechte Familienbeziehungen, die von diesen Teilnehmer/innen besonders negativ konnotiert und als Gegenteil eines „guten Lebens im Alter“ aufgefasst werden. Ihr Negativbild eines Lebens im Alter wird verkörpert von einem alten Menschen, der allein und einsam ist oder mit seiner Familie im Streit liegt:

„Kein gutes Leben? Also, ich glaube, wenn jemand ganz allein ist.“ (84-jährige Frau, rüstig)

„Das ist die Vereinsamung. Die (lacht) ich vor allem spüre, wenn ich sehr früh wach werde. Und der Tag so viele Stunden hat. Das ist eine Herausforderung.“ (84-jähriger Mann, pre-frail)

„Wenn in der Familie gestritten werden würde. Das habe ich 28 Jahre lang mitgemacht. Und das möchte ich nicht mehr. (...) Das hat mich damals belastet, ich habe Herz-Rhythmus-Störungen gehabt. Das hat sich alles wieder gegeben. Darum bin ich auch lieber alleine, als wie wenn ich da, bevor ich da irgendeinen Streit anfangen. Oder ich gehe weg, wenn es mir zu heiß wird. (lacht) Ja da kann ich mich zurückziehen.“ (82-jähriger Mann, rüstig)

Als besonders schlimm wird dabei die Vorstellung erachtet, als alter Mensch eine ganz schlechte Beziehung zu den eigenen Kindern zu haben und von diesen vernachlässigt oder nicht gut behandelt zu werden. Diese Vorstellung erscheint so negativ, dass dem mitunter sogar ein Leben im Pflegeheim vorgezogen würde:

„Das schlechte Leben wäre, wenn die Kinder grauslich zu dir sind. Das wäre furchtbar. Das würde ich nicht packen. Wenn da so ein Unfrieden im Haus ist, geh, da möchte ich gar nicht leben. Da ginge ich gleich ins Heim. (lacht)“ (80-jährige Frau, pre-frail)

Diese Vorstellungen reflektieren mehr oder weniger stark ausgeprägte Ängste, die häufig auch eine gewisse Erfahrungsgrundlage in der eigenen konkreten Lebenssituation bzw. in realen familiären Konflikten haben dürften.

So artikuliert beispielsweise eine 80-jährige Teilnehmerin, die kurz zuvor noch von ihrer guten Beziehung zu ihren Kindern geschwärmt hatte, die Sorge, von ihren Kindern aufgrund von Besitzansprüchen und finanziellen Interessen aus ihrem Haus geworfen bzw. in ein Pflegeheim abgeschoben zu werden. Auch wenn es zu dieser Sorge offenbar keinen konkreten Anlass gibt, so scheint dies doch etwas zu sein, das die Frau recht stark

beschäftigt. Dabei ist für sie das Schlimmste nicht einmal die Tatsache, womöglich die gewohnte Umgebung aufgeben zu müssen, sondern vielmehr die herbe Enttäuschung über das antizipierte Verhalten der Kinder:

„Ich sage nur, das Schlimmste wäre, wenn ich böse Kinder hätte, und die würden da sagen, das wollen wir haben und das machen wir, und du gehst. Sie schmeißen mich nicht raus, auch das würde weh tun, wenn sie mich rauswerfen würden, aber wie gesagt, nicht weil ich nicht einfach leben will, sondern einfach enttäuscht von den Kindern.“ (80-jährige Frau, frail)

Auch in anderen Interviews tauchen gelegentlich Hinweise auf familiäre Konflikte auf, so etwa im Interview mit einer 86-jährigen Pflegeheimbewohnerin, die die Ansicht vertritt, dass alte Menschen im Pflegeheim besser aufgehoben seien als zuhause in der Familie:

„Aber was ich da [im Pflegeheim] sehe, die alten Menschen haben es gut. Aber zu Hause haben es die alten Menschen nicht gut. Wissen Sie eh, wie das immer ist, in der Familie, da streiten sie ja.“ (86-jährige Frau, frail, Pflegeheim)

Auch mit Blick auf Einsamkeit und schlechte Familienbeziehungen liefern die interviewten Teilnehmer/innen immer wieder konkrete Beispiele von Personen aus ihrem Bekanntenkreis, die für sie in diesem Sinne kein „gutes Leben im Alter“ verkörpern. Vor allem familiäre Konflikte und Vernachlässigung durch die Kinder sind dabei häufig wiederkehrende Themen.

So berichtet etwa eine 87-jährige Frau von einer Bekannten, deren Beziehung zum Sohn offenbar so schlecht ist, dass er ihr nicht einmal zum 90. Geburtstag gratuliert hat:

„Diese Dame (eine Bekannte der Interviewten) (...), die ist 91, die dahinvegetiert. Wenn der Sohn sie nicht kümmert, der im Haus wohnt und nicht einmal zum 90er gratuliert! Ich bin mit einem großen Pack Blumen hingekommen, hab ihr gratuliert und umarmt und habe ihr kleine Freuden noch gemacht. Ich weiß nicht, was ich mit dem machen würde. Den würde ich rausjagen, glaube ich. So was, das ist schlimm.“ (87-jährige Frau, rüstig)

Das Beispiel der „dahinvegetierenden“ Bekannten fungiert dabei wahrscheinlich auch als Kontrast zu den eigenen, besseren (oder als besser erlebten) Familienbeziehungen. Wie wichtig es ist, im Alter ein gutes Verhältnis zu den eigenen Kindern zu haben, wird verdeutlicht an solchen Negativbeispielen, die das verkörpern, was man selber nicht ist und was man auch am wenigsten zu sein wünscht.

Einen Fall familiärer Zerrüttung infolge von Streitigkeiten im Zusammenhang mit der Hofübergabe schildert ein 82-jähriger Teilnehmer, der damit seine Vorstellung eines „guten Lebens im Alter“ ohne familiäre Konflikte unterstreicht:

„Früher hat es halt geheißsen, die alten Leute leben vom Halten – Kinder halten, Kühe halten und das Maul halten. (lacht) (...) Die alten Leute, die, überhaupt bei manchen, wenn es etwas schirch [= ‚hässlich‘] hergegangen ist in der Familie, die haben es da nicht gut gehabt. Ich weiß einen Fall, was weiß ich, der hat der Tochter übergeben. Die

hat einen Haufen Grund verkauft und der Alte war sich so heikel am Wald, der hätte da ein wenig geholfen, die hat ihn verjagt vom Wald. Wenn er Besuch bekommt, die müssen [mit dem Auto] beim Nachbarn stehen bleiben.“ (82-jähriger Mann, rüstig)

5.3 Finanzielle Sicherheit

Ein dritter Aspekt, der häufig im Zusammenhang mit einem „guten Leben im Alter“ genannt wird, betrifft schließlich die finanzielle Sicherheit. Ein „gutes Leben im Alter“ bedeutet aus dieser Sicht, dass man keine finanziellen Sorgen und ausreichend Geld zur Verfügung hat für die Dinge des täglichen Bedarfs:

„Ein gutes Leben? Dass ich, sagen wir einmal so, genug Geld habe, dass ich so normal dahinleben kann. (...) Dass das so normal dahingeht, dass ich mir denke, das kann ich mir immer noch leisten, das kaufe ich mir einfach. (...) Dass ich nicht fragen muss, halt, das kann ich mir aber nicht kaufen. Oder das ist mir jetzt ein wenig... Also das will ich haben, dass das immer so schön bleibt. Mehr brauche ich nicht.“ (83-jährige Frau, fit)

„Dass ich mir keine Sorgen machen muss um mein Auskommen und dass ich halt so lange wie möglich mich selber betreuen kann.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

„Ein gutes Leben im Alter hängt auch, nehme ich an, vom Finanziellen ab. Wenn jemand ganz arm ist, ist er auf Deutsch ein armes Schwein.“ (84-jährige Frau, rüstig)

Finanzielle Unsicherheit und Armut wird von diesen Teilnehmer/innen daher auch an erster Stelle genannt, wenn sie danach gefragt werden, was für sie „kein gutes Leben im Alter“ wäre – noch vor Verlust der Gesundheit und der Selbsthilfefähigkeit:

„Wenn man finanzielle Not hätte zum Beispiel. Das wäre natürlich schlecht.“ (83-jähriger Mann, pre-frail)

„Erstens wenn ich ganz alleine bin und niemanden habe und vielleicht auch immer so schlecht verdient habe, dass ich mir nicht einmal gescheit eine Wohnung leisten kann. Also das finde ich schon schrecklich. Wenn ich gerade nur von der Hand in den Mund leben muss, wie soll das gehen im Alter?“ (84-jährige Frau, pre-frail)

Mit finanzieller Sicherheit meinen die Teilnehmer/innen dabei zumeist ausdrücklich die Sicherung ihrer Grundbedürfnisse. Sie beanspruchen für sich kein Leben in Luxus, aber sie wollen auch nicht in Armut leben und Not leiden müssen, sondern ausreichend Geld zur Verfügung haben für Essen, Trinken, Kleidung, Wohnen und andere Güter des täglichen Bedarfs. Bei manchen reflektiert sich hier möglicherweise noch die Erfahrung der schwierigen Lebensverhältnisse in der Kriegs- und Nachkriegszeit. Wichtig ist ihnen jedenfalls, keine Existenzsorgen zu haben. Luxus hingegen ist nicht notwendig, von Luxusvorstellungen grenzen sich die Teilnehmer/innen eher sogar ab:

„Also dass die Grundbedürfnisse erfüllt sind, dass man nicht hungern muss, nicht frieren muss. Alles andere ist nicht so wichtig. (...) Dass man, wie gesagt, einigermaßen lebenswert leben kann. Ohne Luxus, der ist nicht notwendig.“ (83-jähriger Mann, pre-frail)

„Du solltest keine finanziellen Sorgen haben, nicht so wie der X (Prominenter), der hat leicht reden mit seinen 6 Oldtimern usw. Um das geht es nicht, du kannst ohne denen hervorragend leben, aber du sollst keine Existenzsorgen haben.“ (85-jähriger Mann, pre-frail)

Vereinzelt weisen Teilnehmer/innen auch darauf hin, dass im Alter die Ansprüche ohnehin geringer würden, wodurch sich auch die finanzielle Situation etwas einfacher gestalten, so z.B. jener 89-jährige Teilnehmer:

„Na ja, ich hab keine finanziellen Probleme, also die Pension ist für meine Ansprüche ausreichend. (...) Ja, ich kann auch keine Ansprüche mehr stellen, also keine Reisen und so weiter, damit wird das ja einfacher.“ (89-jähriger Mann, pre-frail)

Wie Gesundheit und Selbsthilfefähigkeit, wird auch finanzielle Sicherheit von den Teilnehmer/innen sehr stark mit der Erhaltung von Unabhängigkeit im Alter verbunden. Ein Unterschied liegt dabei allerdings in der konkreten Definition von Unabhängigkeit. Gefragt nach der Bedeutung, die Unabhängigkeit für ein „gutes Leben im Alter“ hat, stellen Teilnehmer/innen, die der finanziellen Sicherheit einen besonderen Stellenwert einräumen, auch in ihrer Definition von Unabhängigkeit bevorzugt auf finanzielle Unabhängigkeit ab, während Unabhängigkeit als physische Funktionalität und Selbsthilfefähigkeit eher in den Hintergrund rückt:

„Schauen Sie, die Unabhängigkeit, die hat man sich in jungen Jahren, die muss man sich erarbeiten. Das muss man sich erarbeiten. Weil unabhängig bist du nur dann, wenn du von niemandem etwas brauchst, dass du selber so viel hast, dass du von niemandem etwas brauchst.“ (82-jähriger Mann, rüstig)

Finanzielle Unabhängigkeit kann sich, neben und über die Erfüllung der Grundbedürfnisse hinaus, auch darauf beziehen, weiterhin aktiv am gesellschaftlichen Leben teilnehmen oder Freundschaften pflegen zu können. Auch das kostet Geld, wie folgende 84-jährige Teilnehmerin ausführt:

„Schauen Sie, wenn man Freunde hat, da muss man dann auch einmal... Bei uns ist das halt so, dass jeder einmal alle einladet, da braucht man halt einmal 300, 400 Euro. Ich lade alle ein, wir gehen essen, wir tanzen und Ding und der nächste macht es dann auch. Dann macht der andere das. So kommst du zwei Mal im Jahr dran. Na bitte, für was hast denn das Geld? Du kannst nichts mitnehmen.“ (84-jährige Frau, rüstig)

Finanzielle Unabhängigkeit kann für alte Menschen aber auch darin bestehen, andere Menschen, insbesondere Kinder und Enkelkinder, bei Bedarf finanziell unterstützen zu können. Dies ist für alte Menschen insofern bedeutsam, als sie dadurch oftmals ein Gefühl der Reziprozität erlangen, d.h. sich im intergenerationellen Austausch nicht nur als Nehmende, sondern auch als Gebende wahrnehmen können:

„Ich hab es schön, ich habe keine Not zu leiden, ich kann mit meinem Geld tun, was ich will, und ich kann teilen. Ich bin der Mensch, der teilt. Und ich gebe gerne, und das macht mir am meisten Freude, und zwar muss ich dazu sagen, dass das nicht unbedingt meine Kinder oder meine Enkelkinder sind, sondern ganz fremde Leute. Wenn ich sehe,

der braucht das, dann wird dort geholfen, ohne dass man da viel Aufsehen macht. Und das allein macht mein Leben lebenswert.“ (80-jährige Frau, frail)

Finanzielle Unabhängigkeit und Sicherheit ist dabei allerdings auch etwas, für das man nach Ansicht mancher interviewter Teilnehmer/innen schon frühzeitig vorsorgen muss, um im hohen Alter finanziell zurechtzukommen:

„Mir geht es soweit gut. Ich kann mir diese kleinen Ausflüge und das Theater und die Wohnung [leisten], ich kann mir Gewand kaufen. Also es geht mir gut. Ich finde, das ist im Alter relativ wichtig. Als wenn man da jetzt noch jeden Schilling zählen muss. (...) Aber dazu gehört auch, dass man ein ganzes Leben lang vorsorgt. Mit Lebensversicherungen, mit Eigentumswohnungen. Ja, so dass man dann, wenn man nicht übermäßig prasst, gut zurechtkommt im Alter.“ (84-jährige Frau, rüstig)

Die hier zitierte Frau dürfte freilich aus einer vergleichsweise komfortablen finanziellen Position heraus sprechen. Wo eine solche Position nicht gegeben ist, kann es durchaus erforderlich sein, die eigenen Ansprüche im Alter entsprechend zurückzuschrauben bzw. an die finanziellen Gegebenheiten anzupassen. Ein 89-jähriger Teilnehmer erachtet mangelnde Anpassung von Ansprüchen an die eigenen finanziellen Möglichkeiten sogar ausdrücklich als einem „guten Leben im Alter“ abträglich und hinderlich:

„Kein gutes Leben, na ja, das kann ich an sich kaum beurteilen, weil ich komme mit dem, was ich habe, durch. (...) Wenn jemand besondere Wünsche oder Ansprüche stellt, die er nicht befriedigen kann, dann ist das sicher negativ.“ (89-jähriger Mann, pre-frail)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Vorstellung eines „guten Lebens“ im hohen Alter sich primär um die Aspekte „Gesundheit & Selbsthilfefähigkeit“, „Familie & soziale Kontakte“ sowie „finanzielle Sicherheit“ dreht, wobei diese von den Teilnehmer/innen unterschiedlich gewichtet werden. Manche betonen stärker die Bedeutung der Gesundheit, während andere mit einem „guten Leben“ eher finanzielle Sicherheit verbinden. Damit einher gehen auch, wie gezeigt wurde, differente Bezugnahmen auf die Idee von Unabhängigkeit und Selbständigkeit: Wer ein „gutes Leben“ in erster Linie mit Gesundheit und Selbsthilfefähigkeit in Verbindung bringt, der/die betrachtet auch Unabhängigkeit und Autonomie primär unter diesem Aspekt. Hingegen verstehen Teilnehmer/innen, die besonderen Wert auf finanzielle Sicherheit legen, auch Unabhängigkeit und Selbständigkeit hauptsächlich im Sinne von finanzieller Unabhängigkeit.

Die stärkste Gewichtung erfährt dabei jedoch tendenziell „Gesundheit & Selbsthilfefähigkeit“. Der hohe Stellenwert von Gesundheit und Funktionalität für ein „gutes Leben“ im hohen Alter kommt auf die eine oder andere Weise und in unterschiedlicher Intensität in nahezu allen Interviews zum Ausdruck, während der Bezug auf „Familie & soziale Kontakte“ und „finanzielle Sicherheit“ von weitergehenden, individuell verschiedenen Bedürfnisstrukturen, Wertigkeiten und Relevanzsetzungen abhängt. Hier spiegelt sich einmal mehr die im hohen Alter zunehmende (physische) Verletzlichkeit wider, die den Erhalt bzw. den Verlust von Gesundheit und

Selbsthilfefähigkeit zu einem Thema macht, das alle hochaltrigen Teilnehmer/innen mehr oder weniger stark betrifft.

Auch gibt es oftmals sehr große Unterschiede in den konkreten Bezugnahmen auf die drei verschiedenen Aspekte sowie daran gebundene Vorstellungen von Unabhängigkeit im Alter. Vor allem die Bedeutung von Gesundheit und Selbsthilfefähigkeit für ein „gutes Leben“ im hohen Alter hängt sehr stark vom individuellen gesundheitlichen und funktionalen Status ab. Für funktional noch weitestgehend intakte Teilnehmer/innen hat Gesundheit und Selbsthilfefähigkeit vor allem die Bedeutung der möglichst langen Aufrechterhaltung von Aktivität und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, insbesondere in Form der Aufrechterhaltung und Pflege regelmäßiger sozialer Kontakte. Hingegen bedeutet „Gesundheit & Selbsthilfefähigkeit“ für funktional eingeschränkte Teilnehmer/innen eher den Erhalt der bereits verminderten funktionalen Kapazitäten, um zumindest ein Mindestmaß an Selbsthilfefähigkeit so lange wie möglich zu bewahren und Pflegebedürftigkeit möglichst lange hinauszuzögern.

Aus einer Potenziale-Perspektive ist dabei sehr bedeutsam, dass auch stark funktional eingeschränkte Teilnehmer/innen sich nach wie vor überaus positiv auf die Idee eines „guten Lebens“ im Alter beziehen können und diese in ihrer subjektiven Wahrnehmung trotz fortschreitender Verletzlichkeit und damit einhergehender gesundheitlicher Verluste für ihr Leben gültig und sinnvoll verwendbar bleibt. Das „gute Leben“ endet also nicht mit dem hohen Alter und dem altersbedingten Verlust funktionaler Fähigkeiten, sondern das Leben bleibt trotz wachsender Verletzlichkeit nach wie vor lebenswert – auch wenn sich im Datenmaterial abzeichnet, dass mit weiter fortschreitenden physischen und funktionalen Verlusten die Wahrscheinlichkeit einer „Dissonanz“ zwischen „gutem Leben“ und der eigenen Gesundheits- und Lebenssituation zunimmt.

A collection of vintage suitcases and travel items. At the top, a dark green suitcase is partially visible with a brass diamond-shaped latch. Below it, a blue suitcase with a brass handle and latch is shown. In the center, a brown suitcase with a leather handle and a brass latch is visible. To the right, a dark blue suitcase with a brass latch and keyhole is shown. In the bottom left, a reddish-brown suitcase with a brass latch is visible. A small blue and white postcard is tucked into the top left corner, and a white tag is attached to the blue suitcase on the left.

**WIE MAN SICH (NICHT)
AUF DAS ALTER VORBEREITET**

Hotel Atlanta
HOTEL ATLANTA

OLE

6 WIE MAN SICH (NICHT) AUF DAS ALTER VORBEREITET

Im Zusammenhang mit einem „guten Leben im Alter“ wurden die Teilnehmer/innen auch gefragt, ob man sich ihrer Meinung nach auf das Alter bzw. auf das Leben im Alter vorbereiten kann, d.h. ob sie konkrete Mittel oder Maßnahmen sehen, die man bereits in jüngeren Jahren ergreifen könnte oder die sie vielleicht sogar selber ergriffen haben, um gezielt für das Alter und damit verbundene gesundheitliche, soziale, finanzielle etc. Veränderungen vorzusorgen. Die Fragestellung zielte insbesondere auch auf Fragen der (bereits in *Kapitel 3* thematisierten) Pflegevorsorge ab, um auszuloten, ob und welche Rolle solche Überlegungen für die hochaltrigen Teilnehmer/innen spielen.

Dabei fällt in der Auswertung zunächst einmal auf, dass die Teilnehmer/innen auf die Frage, ob und wie man sich ihrer Meinung nach auf das Alter vorbereiten kann, überwiegend keine Maßnahmen ansprechen, die sie selbst gesetzt haben oder die sie für sinnvoll erachten, um sich auf das Leben und die Veränderungen, die sich im Alter ergeben, möglichst frühzeitig vorzubereiten und in dieser Hinsicht Vorsorge zu tragen. Zumeist beantworten sie die Frage eher dahingehend, was man tun sollte oder was sie gewissermaßen für ein gutes „Rezept“ halten, um überhaupt ein hohes Alter zu erreichen und im Alter noch ein möglichst gutes und erfülltes Leben führen zu können. Es sind also eher Rezepte fürs Altwerden, die sie formulieren, und nicht so sehr – worauf die Frage primär abzielte – Überlegungen, wie man sich schon in jüngeren Jahren auf das Alter und die damit verbundenen Veränderungen im Leben vorbereiten kann (z.B. durch eine gezielte Pflegevorsorge, altersgerechte Adaptierungen des Wohnraums oder dgl.).

6.1 „Auf das Alter kann man sich nicht vorbereiten“

Dies hat zu einem erheblichen Teil bereits damit zu tun, dass viele Teilnehmer/innen der Ansicht sind, dass man sich auf das Alter eigentlich gar nicht wirklich vorbereiten kann. Das Alter, so drücken es einige Teilnehmer/innen aus, „passiert einfach“, insbesondere weil die Zeit so schnell vergeht und man dann gleichsam plötzlich und unvorbereitet mit der Situation konfrontiert wird, „alt“ zu sein. Hier komme auch hinzu, dass man sich als junger Mensch für gewöhnlich gar keine Vorstellung davon mache, dass man überhaupt jemals ein so hohes Alter erreichen könnte, geschweige denn davon, wie es im Alter einmal sein werde. Darüber geben einige Aussagen von Teilnehmer/innen recht eindrücklich Auskunft:

„Dass ich mich da vorbereite, dass ich alt werde? Du übersiehst ja die Jahre ganz einfach. (...) Ab 50 Jahren, da darf mich keiner fragen, was du da gemacht hast. Na ja, es ist ja wahr. Und je älter du wirst, desto schneller geht die ganze Geschichte. Und ob ich da jetzt vorbereitet bin? Nein, überhaupt nicht.“ (83-jährige Frau, fit)

„Ich glaub nicht [dass man sich auf das Alter vorbereiten kann]. Ich glaube, das glaubt ja gar niemand, dass man so alt wird. Ich hätt's zumindest nie gemacht. Meine Mutter ist mit 87 gestorben, wenn ich denk. (...) Ich bin schon sechs Jahr drüber, nicht?“ (93-jährige Frau, pre-frail)

„Das habe ich eigentlich nie gemacht (lacht). Habe mir eigentlich nie gedacht, dass ich so alt werde.“ (87-jährige Frau, fit)

Gedanken über das Alter, so berichten zahlreiche Teilnehmer/innen, macht man sich im Grunde erst, wenn die ersten größeren gesundheitlichen Beschwerden und Einschränkungen auftauchen und sich das Alter sozusagen nicht mehr ausblenden lässt. Das Problem mit der Vorbereitung auf das Alter ist demnach also vor allem, dass das Alter eben erst im Alter ein „Problem“ wird, das Aufmerksamkeit erfordert:

„Das kann man nicht [sich auf das Alter vorbereiten]. Wenn man normal lebt, ohne Exzesse, (lacht) in jeder Art, dann wird man alt. Aber vorbereiten – ich wüsste nicht, was ich mit 20 Jahren gedacht habe, um alt zu werden. Da ist das kein Problem. (...) Erst mit 70 wird es dann zum Problem.“ (87-jähriger Mann, fit)

„Das [Alter] kommt ganz einfach. Ich habe das komplett übersehen, glaube ich. Seit meinem 80er zähle ich nichts mehr, aus. Wirklich, da ist noch was zu machen gewesen. Da habe ich noch marschieren können, aber jetzt geht mir oft schon nach ein paar Metern die Puste aus, das ist nicht lustig. Aber es hat kein Mensch versprochen, dass das Altsein lustig ist, das muss ich auch dazu sagen.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

In solchen Aussagen bestätigt sich in gewisser Weise recht eindrucksvoll, was der Alternswissenschaftler Andrew Blaikie über das Alter als ein „unbekanntes Land“ schreibt: „The trouble is that old age is not interesting until one gets there, a foreign country with an unknown language“ (Blaikie 1999: 1).

Das „Problem“ des Alters kann dabei mitunter auch sehr überraschend in den Alltag einbrechen und plötzlich zur Auseinandersetzung mit dem Alter zwingen, der man bis dahin, mangels funktionaler Einschränkungen, noch erfolgreich aus dem Weg gehen konnte, so etwa durch einen Sturz und daraus resultierende Verletzungen:

„Ich habe mich nicht darauf [auf das Alter] vorbereitet. Weil ich war immer bei meiner Ärztin, die hat also immer gesagt: ‚Sie sind ja gesund, Sie brauchen ja nix‘ und so weiter, nicht? (...) Das natürlich, das mit dem, mit diesem Sturz da und so weiter, das ist völlig überraschend gekommen, nicht? Und daher habe ich mich auch, wie gesagt, auch überhaupt nicht drauf, auf irgendwas eingestellt. (...) Weil ich bis dorthin keine besonderen Erschwernisse gehabt habe, die ins Gewicht gefallen wären.“ (86-jähriger Mann, pre-frail)

Selbst wo etwa eine frühzeitige Pflegevorsorge als potentielle Vorbereitung auf das Alter angesprochen wird, klingt durch, dass man tendenziell dazu neigt, dies eigentlich erst dann in Betracht zu ziehen, wenn akut ein Ereignis, z.B. in Form einer Krankheit, eintritt:

„Ja, schon natürlich denken, was wird einmal sein, wenn du nicht mehr kannst. Aber das habe ich eigentlich vor mir her geschoben. (...) Das habe ich gar nicht richtig... nein das hab ich gar nicht so. Weil das ist eigentlich so übergangs losgegangen. Wie gesagt, ich habe viele Krankheiten gehabt. (...) Aber ich habe nie gedacht, dass da irgendetwas Besonderes... Weil nix war, habe ich mir gedacht, wird eh nichts Besonderes sein.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

Manche Teilnehmer/innen erachten es darüber hinaus auch als gar nicht notwendig, sich auf das Alter vorzubereiten, und finden den Gedanken daran eher seltsam und komisch:

„Vorbereiten soll man sich? Einmal freuen auf die Pension und dann das Beste daraus machen (lacht).“ (80-jährige Frau, pre-frail)

6.2 „Gesund leben“ und „aktiv bleiben“ als beste Vorbereitung auf das Alter

Die meisten Antworten der Teilnehmer/innen auf die Frage nach einer potentiellen Vorbereitung auf das Alter beziehen sich daher überwiegend darauf, wie man möglichst gut alt wird, wobei hier in erster Linie Aspekte einer gesunden Lebensführung genannt werden, wie z.B. gesunde Ernährung, Bewegung, nicht rauchen, mäßiger Alkoholkonsum oder Vermeidung von Stress:

„Nicht rauchen, nicht übermäßig trinken. Ein Achtel Wein kann man schon trinken oder was, aber essen wie ein Normaler, nicht wie 3 Personen. Dort fängt es an. Die unnötiges Gewicht herumtragen, die müssen sich unnötig plagen. Und das hängt ihnen als Alter an und das Gewicht bringen sie nicht mehr los. Und wenn, dann teuer und mit großen Problemen. Also solide leben, Bewegung machen.“ (81-jähriger Mann, fit)

„Viel Bewegung machen, gesund ernähren (...), möglichst viel schlafen, ein ruhiges Leben, Aufregungen vermeiden, die meistens eh sinnlos sind, Ausgeglichenheit.“ (83-jähriger Mann, pre-frail)

„Bewegung! Die Medikamente nehmen. Leider Gottes, mir sind es zu viele, aber was hilft es. Das, was mir die Ärzte, was sie mir sagen, dass ich das machen soll, das mache ich halt. Tut es mir gut, ja, tut es mir nicht gut, sage ich puh, die vielen Medikamente, ich weiß nicht, ob mir das unbedingt gut tut. Noch habe ich keine Probleme.“ (83-jähriger Mann, pre-frail)

„Indem man in jüngeren Jahren schon auf sich selbst achtet. Essen. Bewegung. Privatleben. (...) Ja und für die Gesundheit, wie gesagt: wird ja, so viel im Fernsehen bringen sie. Wo Ärzte und Professoren da Ratschläge geben. Es gibt so viel Information und sie sollen sich da ein bisschen orientieren.“ (86-jährige Frau, fit)

Auch fortgesetzte Aktivität und die Pflege sozialer Kontakte werden häufig als Rezept für ein „gutes Leben im Alter“ genannt. Wichtig sei, „am Ball zu bleiben“ und sich nicht zu sehr zurückzuziehen oder gar sozial zu isolieren:

„Ich würde einmal sagen, am Ball bleiben, auf keinen Fall sich zurückziehen und sagen, jetzt bin ich alt, da bleib ich jetzt sitzen, wenn ich mein Häferl Kaffee habe. Da denke ich zurück an meine Großmutter: Ein Häferl Kaffee und ein Stückel Brot und beim Ofen gesessen. Also das würde ich keinem raten.“ (80-jährige Frau, frail)

„Aber ich finde, nicht aufgeben, schöne Dinge zu suchen, solange man gesund ist. Es haben alle ihre Pensionen, Geld haben alle, mit Freunden treffen, zum Heurigen gehen, in Konzerte gehen. In Wien sind so viele Möglichkeiten, ins Theater kannst gehen. Ich gehe ins Theater, ich gehe ins Konzert, ich gehe ins Neujahrskonzert. Ich habe Freunde, mit denen mache ich das und das. Ich gehe schon sehr viel weg, weil es ist schade um

jeden Tag, wo man nur herumjammert und nur herumsitzt. Das ist nichts.“ (84-jährige Frau, rüstig)

„Schauen, dass man rechtzeitig Freunde hat. Also sich nicht zu isolieren, weil das ist bitter, nicht? Allein ist in Ordnung, einsam ist nicht in Ordnung. (...) Wobei jetzt eins dazu kommt, dass also immer mehr Freunde schon sterben. Also ist schon sehr ausgedünnt. Aber das ist der Lauf der Dinge. Wenn du alt wirst, ist das halt so.“ (83-jähriger Mann, pre-frail)

Dazu gehört aus Sicht mancher Teilnehmer/innen auch, möglichst bis ins Alter hinein eine sinnvolle Arbeit oder sonst irgendeine erfüllende Beschäftigung zu haben. Vor allem Müßiggang und Trägheit werden dabei häufig – nach dem Motto „Wer rastet, der rostet“ – als einem „guten Altern“ abträglich erachtet:

„Ich habe mir schon angeschaut, bevor ich in Pension gegangen bin, ein wenig. Die den Herrgott einen guten Mann sein haben lassen, sind im Wirtshaus gehockt und haben nicht recht viel getan, die sind bald weg gewesen. Und wenn einer die Möglichkeit hat, dass er irgendeine sinnvolle Beschäftigung hat, man freut sich.“ (82-jähriger Mann, rüstig)

„Viel arbeiten. Ein bisschen Sport betreiben. Ich hab zum Beispiel sehr gerne Ball gespielt. Sehr gerne! (...) Meine Mutter ist 92 Jahre alt geworden, und die hat sehr viel gearbeitet. (...) Also man braucht nicht schwer arbeiten, aber schon arbeiten. Und rege sein dabei.“ (87-jährige Frau, pre-frail)

„Wenn man schon als Junger sehr träge ist und sehr, wie soll ich sagen, für wenig Sachen Interesse hat, verschlechtert sich das im Alter sicher noch mehr. (...) Ich habe mein Leben lang viel gearbeitet, ich war immer rege, ich habe mich nie auf der faulen Haut ausgerastet, und es ist, wie soll ich sagen, eine Gabe, wenn man das noch hat. Das hat nicht ein jeder. Es ist ein Geschenk im Alter.“ (85-jährige Frau, pre-frail)

Wichtig sei in diesem Zusammenhang, auch im Alter noch Interessen zu haben, die man verfolgen kann, und nicht einfach nur – wie es ein Teilnehmer ausdrückt – „aufs Sterben zu warten“:

„Na ja, sich interessieren für alles und nicht einsperren und... warten aufs Sterben. Also das ist ein Scheiß, nicht?“ (83-jähriger Mann, fit)

„Indem die Bereiche, die man liebt, die man ersehnt hat, vielleicht als Jugendlicher schon, dass man die nicht vergisst und für die Ausbaufähigkeit sorgt. (...) Also, dass das Interesse sich weiten darf. Da sind die Kontakte mit gesprächswilligen und gesprächsfähigen Leuten sehr hilfreich. Sehr hilfreich. Und ich glaube, dass nicht jeder Person das auch geschenkt ist, so im Kontakt mit anderen zu bleiben.“ (84-jähriger Mann, pre-frail)

Aktivität bis ins hohe Alter hat dabei für die Teilnehmer/innen nicht zuletzt auch die Funktion, geistig fit zu bleiben:

„In Bewegung bleiben, aktiv unterwegs sein und dass man sich für das andere auch ein bisschen interessiert. Nicht dass man da sitzt und Löcher in die Wand rein macht. (lacht) Man muss sich schon ein bisschen geistig auch betätigen, weil sonst verkommst du, wirst du stupid oder wie man jetzt sagt (lacht) oder früher hat man gesagt, oje, die ist verkalkt. (lacht) Da rieselt der Kalk (lacht).“ (80-jährige Frau, pre-frail)

Dabei fällt wieder auf, dass sich sowohl rüstige als auch funktional eingeschränkte Teilnehmer/innen gleichermaßen auf ein gesundes Leben und auf Aktivität als „Vorbereitung“ auf das Alter beziehen, wenngleich auch hier – wie hinsichtlich der Bedeutung von Gesundheit und Selbsthilfefähigkeit für ein „gutes Leben im Alter“ (siehe oben Kapitel 5.1.) – funktional eingeschränkte Teilnehmer/innen insofern anders darauf Bezug nehmen, als sie diese als Handlungsorientierung primär auf ihren aktuellen funktionalen Zustand beziehen und das Bemühen um Gesundheit und Aktivität vorwiegend als Mittel zur Erhaltung des Status quo und zur Aufrechterhaltung der bereits relativ eingeschränkten Selbsthilfefähigkeit dient. Aktiv sein hat hier dann vor allem die Bedeutung, trotz aller alterbedingten Beschwerden „aus dem Bett rauszukommen“, „nicht nachzulassen“, „sich nicht gehen zu lassen“, „nicht alles aufzugeben“ und noch „ein bisschen im Leben zu bleiben“, wie die folgenden Zitate recht schön veranschaulichen:

„Ich schaue, dass ich aus dem Bett raus komme. Denke ich mir, mein Gott, um fünf Uhr musst schon munter sein und um halb sechs stehst du schon auf, ich läge gerne einmal bis halb sieben. Nein, dann denke ich mir, um halb acht kommt womöglich schon die erste Heimhilfe, nein, da muss ich schon gewaschen sein und schon angezogen sein. Also das treibt mich. Und sie sagt, das ist auch gut so: ‚Ja nicht liegen bleiben, nicht liegen bleiben, weil wenn man einmal im Bett ist, kommt man dann nicht mehr heraus‘. Und wenn man es noch kann, soll man es tun. Nicht alle Viere von sich strecken.“ (85-jährige Frau, pre-frail)

„Ja, nicht nachlassen. Das hat schon meine Mutter gesagt: ‚Man darf nicht nachlassen!‘ Also wenn einem halt etwas wehtut, muss man trotzdem gehen und trotzdem Übungen machen. (...) Nicht nachlassen, nicht so wehleidig zu sein. Das Alter – das hat schon ein Schauspieler, ich weiß jetzt nicht wie er heißt, geschrieben – ist nichts für Feiglinge. (...) Ich muss noch dazu sagen, ist nichts für Feiglinge und nichts für Wehleidige. (lacht) Weil Zwicken und Zwacken tut es einen ja immer. Und kaum glauben Sie, Sie haben etwas in Ordnung gebracht, zack, kommt das Nächste.“ (85-jährige Frau, pre-frail)

„Na ja, dass man immer irgendein Ziel hat. Dass man irgend... sich nicht gehen lässt. Nicht gehen [lassen]: ‚Ach heute ist mir wieder schlecht, was soll ich denn machen‘ und so weiter. Nein, man muss ein Ziel haben. ‚Ach, heute, es geht gut, heut geht's gut, heut hast gut geschlafen, schau dir das an.‘ Nach einer halben Stunde geht's mir schon schlecht, aber das macht nichts, es ist mir eine halbe Stunde gut gegangen (lacht).“ (96-jährige Frau, pre-frail)

„Ich würde sagen, was man kann, nicht aufgeben. Weil was man aufgibt, das geht man nicht mehr an. Das ist sehr wichtig. So lange man irgendwie kann, soll man das machen. Weil wenn man es einmal nicht mehr macht, wie ich zum Beispiel das Wasserturnen gegangen bin, ich bin dann nicht mehr gegangen. Das ist das, was ich sehe. Oder zum Beispiel das LIMA („Lebensqualität im Alter“ – ein Trainingsprogramm des Katholischen Bildungswerks der Erzdiözese Wien) jetzt gehen. Wenn ich das jetzt

einmal aufgabe, dann gehe ich nicht mehr. Das ist aber wichtig. Dass man noch den Kontakt zu den Menschen [sucht].“ (86-jährige Frau, frail)

„Wie gesagt, ein bisschen mit im Leben bleiben. Nicht abkapseln. Das ist absolut sicher nicht gut. Und wenn einem oft das zu viel ist, wie jetzt, wenn ich denk: Mein Gott nein, wenn wir da auf die ‚Seebühne‘ rausfahren, was werde ich wieder anziehen. Aber eigentlich gar nicht denken drüber. Wenn es dann da ist, steige ich in die Badewanne und ziehe mich an und nehme den nächsten Fetzen, der mir geheuer ist, und fertig aus.“ (86-jährige Frau, frail)

6.3 Testament und Regelung der finanziellen Angelegenheiten

Nur selten werden von Teilnehmer/innen Möglichkeiten oder konkrete Maßnahmen zur gezielten Vorbereitung auf das Alter angesprochen. Und wenn doch, dann stehen dabei vor allem Fragen der Verfügung über ihre Hinterlassenschaft (Testament) oder die Regelung ihrer finanziellen Angelegenheiten im Mittelpunkt. Hier geht es also nicht darum, Vorsorge für das Alter oder für das Lebensende zu treffen, sondern vor allem darum, was man den Angehörigen materiell hinterlässt, wenn man gestorben ist, und wie man das im Vorhinein regeln sollte. Wobei auch hier manche Teilnehmer/innen durchblicken lassen, dass dies ebenfalls eine „Vorbereitung auf das Alter“ ist, die sie nicht immer systematisch und sorgfältig betreiben:

„Na ja, indem man vorher alles Wirtschaftliche regelt. Vor allem alles Wirtschaftliche, alles Finanzielle, alle Situationen regelt und versucht geistig und körperlich so lange es geht fit bleiben, aus. Ja mehr kann man nicht machen.“ (84-jähriger Mann, rüstig)

„Ja das [Vorbereitung auf das Alter] ist überhaupt kein Problem. Nur ich bin halt überhaupt nicht auf den Tod eingestellt, ich weiß wie das mit meinem Mann war. Da sagt der Notar drinnen, habt ihr nicht irgendwo ein Testament? Sage ich, nein. Ich kann mich nicht erinnern. Auf einmal bekomme ich einen Lichtblick, mein Gott. Wie wir angefangen haben zum Fortfahren da im 61, 62er Jahr. Hat mein Mann auf einem so einen blöden Schreibblockzettel Testament geschrieben. (...) Ich habe dann auch unterschrieben und das ist wie gesagt ein blöder Blockzettel. (...) Der blöde Blockzettel hat das gelöst. Das war vorgesorgt.“ (83-jährige Frau, fit)

Auch das eigene Begräbnis oder die Einhaltung bestimmter Sterbetraditionen beschäftigt manche Personen im Sinne der „Vorbereitung“ auf das Alter bzw. den eigenen Tod:

„Nein, also ich stelle mir vor, das kann ich nicht [mich auf das Alter vorbereiten]. Ich kann mich papiermäßig vorbereiten. Dass ich sage, gut das ist in Ordnung, da haben sie keine Scherereien mehr mit mir. Das kann ich machen. Oder wie ich auch gesagt habe, weil meine Buben ja da in R. (Dorf in Niederösterreich) ja wirklich niemanden kennen (...) habe ich den Buben gesagt, ihr braucht euch nur an die Frau W. (Bekannte) wenden, die erklärt euch das. Damit wir da keine Schwierigkeiten bekommen beim ‚Toten ansagen‘ (traditioneller Brauch am Land, bei dem von Haus zu Haus gefahren wird, um die Dorfgemeinschaft über den Tod eines Gemeindemitglieds in Kenntnis zu setzen). (...) Nein, wie gesagt, das ist abgesichert also da. Und vorbereiten, das kann ich sowieso nicht.“ (83-jährige Frau, fit)

Es bestätigt sich also nochmals sehr deutlich, was bereits im Rahmen der qualitativen Studie der ÖIHS-Ersterhebung (ÖPIA 2015: 211ff.) beobachtet und festgestellt wurde: Konkrete Überlegungen oder Maßnahmen zur Vorsorge für das Alter und die Gestaltung des eigenen Lebensendes finden sich unter den interviewten hochaltrigen Teilnehmer/innen kaum bzw. beschränken sich auf die Regelung ihres Nachlasses und ihrer finanziellen Verhältnisse, während Fragen der Pflegevorsorge und der Vorbereitung auf altersbedingte Veränderungen der individuellen Gesundheits- und Lebenssituation (z.B. Pflegebedürftigkeit) marginal sind.

6.4 „Man muss das Alter nehmen wie es kommt“

Was sich hinsichtlich einer möglichen „Vorbereitung“ auf das Alter aus den Interviews – über Rezepte für ein „gutes Altern“ und Vorsorgemaßnahmen für den eigenen Todesfall (Testament) hinaus – mitnehmen lässt, sind eher Aspekte der subjektiven Einstellung im und zum Alter(n). Hier reflektiert sich freilich nicht zuletzt die eher ablehnende bzw. verneinende Haltung zur Frage der altersbezogenen Vorbereitung.

So geben die meisten interviewten Teilnehmer/innen recht einhellig ihrer Meinung Ausdruck, die beste und im Grunde einzig mögliche Vorbereitung auf das Alter sei, sich anpassungsfähig zu zeigen und zu lernen, mit altersbedingten Einschränkungen umzugehen. Denn letztendlich müsse man ohnehin alles so nehmen, wie es kommt, und dann das Beste daraus machen:

„Man muss es nehmen, wie es kommt. (...) Schauen Sie, man weiß nicht, bekommt man einen Krebs, bekommt man keinen Krebs. Meine Mutti hat Brustkrebs gehabt, mein Vater hat Darmkrebs gehabt. Bis jetzt, ich bin sehr krebbsgefährdet, aber – (...) Ich glaube, jeder Mensch hat ein Ablaufdatum. Es bleibt ja keiner übrig. Gott sei Dank.“ (88-jährige Frau, fit)

„Ich habe da keine Ratschläge dafür. Man muss sich ganz einfach mit den Sachen abfinden, die daherkommen, es hilft eh nichts, man kann es nicht wegwischen. Es ist halt Jahr für Jahr immer irgendetwas, was weniger wird an Leistung, aber solange es irgendwie geht, kann man ja noch zufrieden sein.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

„Den Tatsachen ins Auge sehen, nicht sich was einreden, und die Dinge nehmen wie sie sind. Bin ich halt langsam, bin ich vergesslich. (...) Und man muss auch dazu stehen, ja, ich bin vergesslich, und nicht sagen, nein. Meine Schwester hat immer gesagt, sie vergisst nichts, da hat man nichts sagen dürfen, sie hat nichts vergessen. Sie hat natürlich... und alles Mögliche verdreht.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

„Man muss das eben nehmen, wie es kommt. Und sich drauf einstellen.“ (89-jähriger Mann, pre-frail)

Hilfreich ist dabei aus Sicht der Teilnehmer/innen eine gesunde Portion Optimismus. Das Glas lieber halbvoll als halbleer zu sehen, erscheint dabei insbesondere als hilfreiche Einstellung, um mit altersbedingten Einschränkungen und Beschwerden leichter umgehen zu können:

„Vor allem einmal nicht grantig sein und nicht (lacht), wie sagt man, streiten. Ich bin nicht so ein Mensch. Lieber einmal gute Laune haben und einmal lachen. Freilich gibt es viele Dinge, die muss man dann nehmen wie sie kommen und schauen wie man damit fertig wird. Aber bei mir ist das Glas immer halb voll und nicht halb leer. Und ich glaube das ist eine große Hilfe.“ (84-jährige Frau, rüstig)

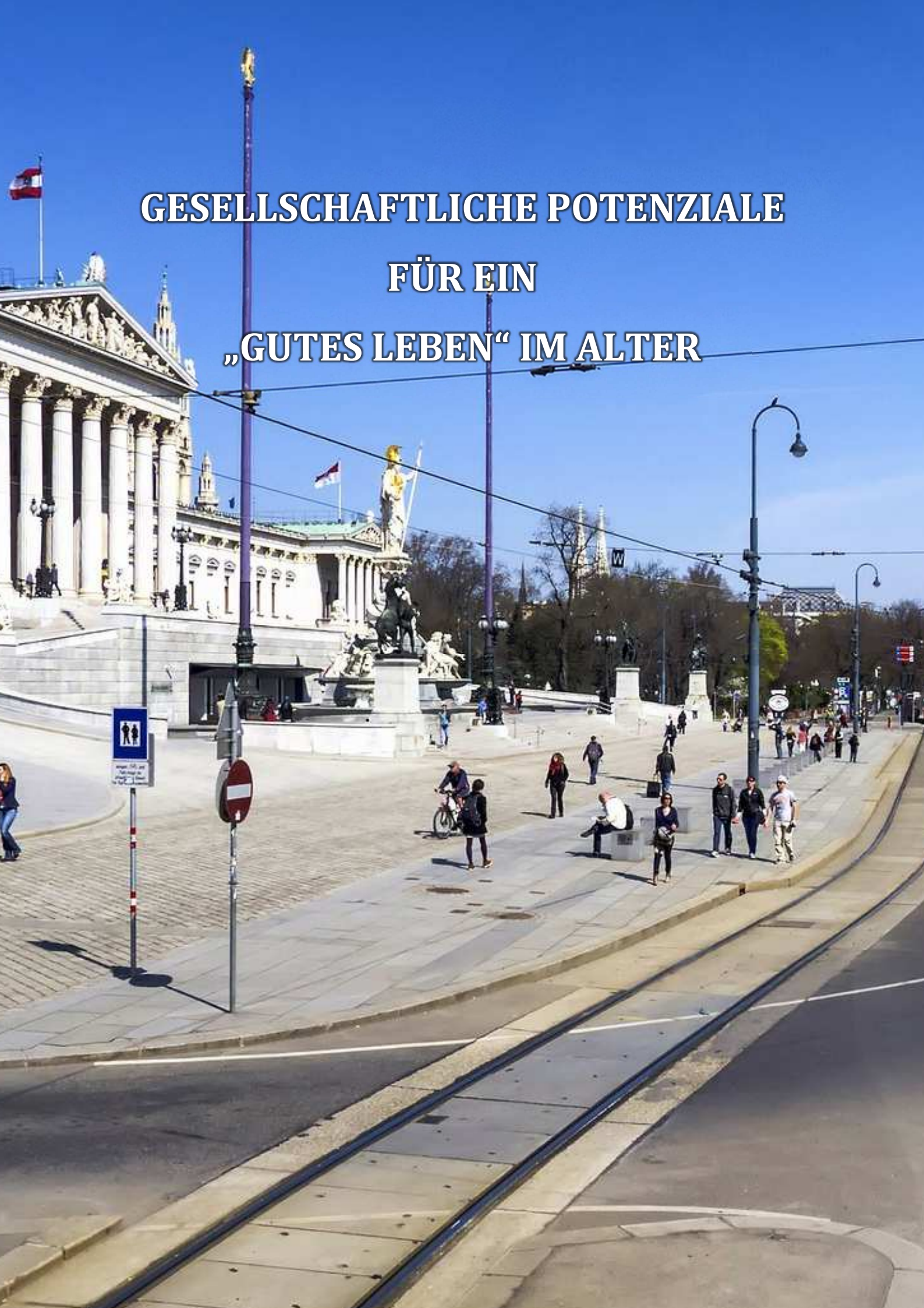
„Immer optimistisch sein. Nie pessimistisch, sondern nur freundlich in die Zukunft blicken. Das ist das Beste. Weil wenn man immer optimistisch... weil wie heißt es im Lied: ‚Wer immer denkt ans Sterben, fängt nie zu leben an.‘ (...) So ist es. Immer fidel und lustig sein, ist wichtig. (...) Nur nicht rein und mein Gott und weh tut es mir. Weh tut es dir sowieso! (lacht) Das ist im Alter die Abnützung. Das ist Abnützung. Das hilft ja nichts.“ (86-jähriger Mann, rüstig)

Vereinzelt wird auch die Adaptation der eigenen Wünsche und Bedürfnisse an die Lebenssituation im Alter, im Sinne einer „Vorbereitung“ auf das Alter, genannt:

„Ja, bei Zeiten die eigenen Wünsche zurück zu schrauben. So dass dann keine Unzufriedenheit den Alltag belastet. Sich auf nichts Besonderes einstellen und dann unter Umständen sogar freudig überrascht sein, wenn die Realität doch ein bisschen besser ausfällt als vorhergesehen, vorgestellt.“ (83-jähriger Mann, rüstig)

Hierbei handelt es sich allerdings bereits um eine vergleichsweise negative und pessimistische Perspektive. Das Glas lieber halbleer sehen und sich darüber freuen, wenn es sich als halbvoll herausstellt – das erscheint eher als eine auf altersbedingte Verluste fokussierte Sichtweise, die allerdings in der hier untersuchten Stichprobe deutlich in der Minderheit ist.

**GESELLSCHAFTLICHE POTENZIALE
FÜR EIN
„GUTES LEBEN“ IM ALTER**



7 GESELLSCHAFTLICHE POTENZIALE FÜR EIN „GUTES LEBEN“ IM ALTER

Ein Aspekt der Potenziale des Alters bzw. im Alter, der noch beleuchtet werden soll, betrifft alter(n)srelevante gesellschaftliche Potenziale. Bisher wurden vor allem Potenziale der Selbstgestaltung hochaltriger Menschen betrachtet sowie Potenziale im Sinne einer Fähigkeit hochaltriger Menschen, das Leben auch im hohen Alter noch lebenswert empfinden und dem hohen Alter trotz zunehmender Verletzlichkeit noch sehr viel Positives abgewinnen zu können. Und in der Tat hat die Auswertung gezeigt, dass unabhängig vom gesundheitlichen und funktionalen Zustand der Teilnehmer/innen ein hohes Maß an Lebensfreude und Willen wie auch Kompetenz zur Selbstgestaltung im hohen Alter gegeben ist.

Eine ebenso relevante und im öffentlichen wie wissenschaftlichen Potenziale-Diskurs des Alter(n)s tendenziell vernachlässigte Frage ist aber freilich auch, welche Potenziale vonseiten der Gesellschaft hinsichtlich des hohen Alters und einer sich abzeichnenden „Gesellschaft des langen Lebens“ (Stöckl et al. 2016) bestehen oder allenfalls zu mobilisieren wären. Die Teilnehmer/innen wurden daher zu diesem Zweck auch gefragt, was aus ihrer Sicht die Gesellschaft tun könnte oder müsste, um es Menschen zu ermöglichen, auch im hohen Alter noch gut und sinnerfüllt zu leben.

7.1 „Für alte Menschen wird bereits sehr viel getan“

Dabei ergibt die Analyse zunächst einmal eine sehr große Einigkeit unter den Teilnehmer/innen, dass für alte Menschen seitens der Gesellschaft und insbesondere des Staates heute bereits sehr viel getan wird:

„Ich finde, es wird viel getan für alte Leute. Wenn einer will, bekommt er Hilfe in allen Lebensbereichen. Nur die meisten wissen es entweder nicht oder sie scheuen sich, Hilfe in Anspruch zu nehmen. (...) Ja, die ganzen Betreuungsangebote, was es gibt, allein von der Gemeinde Wien. Was ich da alles gehört [habe]: da kann man eine zum Putzen nehmen, zum Einkaufen und für Behördenwege und mobile Krankenschwestern kommen, also das gibt es eh alles.“ (83-jähriger Mann, pre-frail)

„Ja ich glaube, es wird eh schon viel getan für sie, oder? Ja schon, wenn du schaust, für die Heime, was wir schon haben, eigentlich ja viel. Und jetzt überhaupt mit dieser Heimpflege [meint wahrscheinlich Heimhilfe und/oder 24-Stunden-Betreuung zuhause] was sie da haben, das macht dann auch schon viel aus. Manche können daheim bleiben und bei manchen geht es halt nicht, die müssen halt [in ein Pflegeheim]. Aber ich glaube, dass eigentlich viel schon getan wird. Kann man schon sagen. Das passt schon so.“ (82-jährige Frau, fit)

„Ja nein, im Großen und Ganzen wird ja wirklich viel gemacht für die Pensionisten. Da bin ich eh... schauen Sie die ganzen Ausflüge an, was sind. Alles was da kommt. Das ist ja... das sind ja Einrichtungen.“ (82-jähriger Mann, rüstig)

Gerade auch im Vergleich zu den Verhältnissen in früheren Zeiten ebenso wie zu den Verhältnissen in anderen Ländern, gehe es alten Menschen in Österreich heute vergleichsweise sehr gut:

„Im Grunde genommen wird ja eigentlich viel getan. Ich glaub nicht, dass man sich da beklagen kann. Also meiner Meinung nach nicht, wenn ich an die frühere Zeit denk. Da war nix, wenn ich denk bis 65...“ (93-jährige Frau, pre-frail)

„Ich weiß nicht. Ich glaube für uns wird so viel getan. Dass ich mir gar nicht denke, was da alles geschieht. Wenn man da irgendwo anders schaut, wie es denen geht und was. Also, da kann ich sagen, ja ich wüsste nicht was ich da sage, was man da fast noch verbessern könnte und was.“ (82-jähriger Mann, rüstig)

„Für ältere Menschen? Ja also, wenn man so öfters im Ausland war und wieder heimkommt und vom Flugzeug wieder daheim bist, finde ich, ein wunderschönes Österreich, eine der schönsten Städte der Welt, ein jeder hat sein Einkommen, es geht uns doch allen gut. (...) Ja. Geht es uns schlecht? Wissen Sie, bei uns daheim, die Alten waren von den Kindern abhängig. Da hat es keine Pensionen gegeben jedes Monat.“ (84-jährige Frau, rüstig)

Was hier freilich besonders auffällt, ist, dass sich die von den Teilnehmer/innen genannten Leistungen der Gesellschaft für ihre älteren Mitglieder oftmals primär auf Fragen der Pflege und Betreuung beziehen. Als primäre Aufgabe der Gesellschaft wird also erachtet, für eine funktionierende und qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung alter Menschen zu sorgen. Diese ist darüber hinaus keine alleinige Bringschuld der Gesellschaft, sondern hier sind auch die alten Menschen gefragt, es z.B. dem Pflegepersonal nicht übermäßig schwer zu machen, wie eine 85-jährige Teilnehmerin festhält:

„Es wird sehr viel getan. Es wird sehr viel getan, das muss man schon sagen. Und es ist nicht immer nur auf Pflegeseite, dass es nicht klappt. Sondern es ist manchmal auch auf der Patientenseite, dass es nicht klappt. Es gibt auch sehr Heikle, denen nichts passt. Es ist halt, man müsste aufeinander zugehen, man muss einen Ausgleich finden. Aber ich finde, es wird für die alten Leute wirklich genug getan.“ (85-jähriger Frau, pre-frail)

In diesen Aussagen drückt sich also zunächst einmal viel an Anerkennung und auch Dankbarkeit für die vergleichsweise gute und sozial gesicherte Lage aus, in der sich alte Menschen heute in Österreich befinden. Zum Teil könnte sich darin freilich auch die bei alten Menschen häufig anzutreffende Haltung reflektieren, anderen bzw. der Gesellschaft nicht zu sehr zur Last fallen zu wollen (vgl. Pleschberger 2005). Die Aussagen könnten also auch so interpretiert werden, dass man es als alter Mensch bevorzugt – gerade in Zeiten wie heute, in denen das Alter gesellschaftlich, vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, primär unter dem Gesichtspunkt der Kosten verhandelt wird, die der Gesellschaft durch einen stetig wachsende Altenpopulation, durch Pensionen, durch die Finanzierung von Pflegesystemen usw. entstehen –, zunächst einmal zufrieden zu sein mit dem, was man hat, und von der Gesellschaft nicht zu viel zu fordern.

Was darüber hinaus in manchen Aussagen der Teilnehmer/innen durchaus problematisch erscheint, ist, dass sich der Hinweis auf die bereits bestehenden gesellschaftlichen Leistungen manchmal auch mit einem Diskurs der Selbstverantwortlichkeit verbindet, der teilweise bedenkliche sozialdarwinistische Züge annimmt. Aus dieser Sicht werde vom Staat bzw. der Gesellschaft ohnehin bereits „zu viel getan“, nämlich vor allem für solche Menschen, die sich nach Meinung der zitierten Teilnehmer/innen selbst zu wenig um ihr Fortkommen und ihre Alterssicherung bemühen und daher die Unterstützung der Gesellschaft auch nicht verdienen:

„Das, ich glaube, dass für alle genug getan wird, weil jeder muss, ein wenig muss sich jeder selber nach der Decke strecken. Und die gar nichts tun, für die wird noch viel zu viel getan. Für die wird zu viel getan und für die anderen, die sich selber umschaauen, die brauchen eh nicht so viel.“ (81-jähriger Mann, fit)

„Man kann nicht überall den Staat zu Hilfe rufen. (...) Mir geht das sowieso auf die Nerven. (...) Anstatt, dass man sich selber einsetzt und was macht. Das hilft nichts. Der Staat kann was machen, er kann Pflegeheime errichten, er kann das machen. Aber mehr kann er auch nicht.“ (86-jähriger Mann, rüstig)

7.2 „Alte Menschen brauchen Zuwendung und Respekt“

Trotz der recht einhelligen Meinung, dass in Österreich bereits sehr viel für alte Menschen getan werde, gibt es aber durchaus auch Bereiche, wo die Teilnehmer/innen gewisse Verbesserungspotenziale sehen. Was alte Menschen dabei aus der Perspektive der Teilnehmer/innen am meisten brauchen, sind Zuwendung und Respekt. Hier erkennen sie auf gesellschaftlicher Seite den größten Handlungsbedarf, wobei auch hier wieder insbesondere der Bereich der Pflege und Betreuung, d.h. die Behandlung pflegebedürftiger Menschen, angesprochen wird. Speziell in diesem Bereich scheinen die Teilnehmer/innen Respekt und persönliche Zuwendung am stärksten zu vermissen:

„Also es müsste in der Pflege etwas getan werden, mehr getan werden, meiner Meinung nach. In der Pflege also, eben in der Altenpflege – nicht jetzt Isolation oder was – sondern in der Pflege selbst müsste... die Pfleger sind nicht, in Österreich zumindest... ist mir zu wenig. Das ist zu wenig da vom Staat. (...) Zu wenig an Hinwendung.“ (86-jährige Frau, fit)

„Zu wenig Hinwendung“ hat hier zunächst einmal die Bedeutung einer mangelnden Sensibilität für die Bedürfnisse und die Situation alter, zumal pflegebedürftiger Menschen, was dazu führe, dass alte Menschen nicht immer in angemessener Weise behandelt und betreut werden. Eine 86-jährige Teilnehmerin berichtet etwa von einem Erlebnis mit einem Arzt, das sie zwar nicht selber am eigenen Leib gemacht, sondern noch mit ihrer alten und gebrechlichen Mutter erlebt hat. Diese wurde offenbar trotz erheblicher und schmerzhafter körperlicher Einschränkungen von dem Arzt sehr unsensibel und grob behandelt:

„Man kann es eh nicht ändern, es kommt eh so wie es kommt. Da kannst du eh nichts machen. Ich bin nur dankbar, weil meine Mutter ist da 10 Jahre im Sessel gesessen. Sie war ganz gebückt. Da war mal ein Arzt auch da, da hat sie sich rüber legen müssen (...)“

beim Bauchabdruck da. Manchmal wirklich, da bin ich dankbar, dass ich niemanden brauche, weil es gibt da schon sehr verschiedene Umgangsweisen, die nicht notwendig wären. Wenn man als ein Alter wen braucht. Das habe ich genossen und das kreide ich auch praktisch dem Arzt an. Weil wenn er nicht umgehen kann mit alten Leuten, dann soll er sich vertschüssen. Weil gerade der alte Mensch braucht das dringend, dass mit ihm anständig umgegangen wird.“ (86-jährige Frau, frail)

Speziell mit Pflegeheimen und der dort praktizierten Betreuung pflegebedürftiger Menschen haben Teilnehmer/innen oftmals sehr schlechte Erfahrungen gemacht:

„Ich habe einen guten Freund, der ist jetzt in einem Pflegeheim. Ich sage nicht wo. Da war ich dort bei ihm. Der hat so viel geheult. Und hat gesagt, du, hat er gesagt, am liebsten würde ich mich umbringen. Hab ich gesagt, wieso? Hat er gesagt, du wir haben Schwestern dabei, wenn ich läute, sind die da und pflegen dich. Aber ich habe auch Schwestern dabei, wenn ich mich anmache, weil ich alleine nicht mehr aufs Klo gehen kann, liege ich eine Stunde im Dreck und es kommt noch immer keiner. Hat er gesagt, weißt du wie menschenunwürdig das ist?“ (82-jähriger Mann, rüstig)

Nicht zuletzt aus solchen Erlebnissen nehmen Menschen oftmals die Erfahrung mit, dass man gut beraten ist, darauf zu achten, solange wie möglich ohne Hilfe und Pflege von anderen Menschen zurande zu kommen, um nicht auf deren guten Willen angewiesen und einer möglicherweise schlechten Behandlung ausgeliefert zu sein. Die weit verbreitete Ablehnung und Angst vor Pflegebedürftigkeit dürfte u.a. durch solche negativen Erfahrungen wesentlich befördert werden.

Zuwendung hat in den subjektiven Bezugnahmen der Teilnehmer/innen aber oft auch die Bedeutung einer über die unmittelbare Pflege und Betreuung hinausgehenden Qualität. Im Alter gut versorgt zu sein, eine hohe fachliche Qualität der Betreuung zu genießen und gut behandelt zu werden ist das eine, etwas Anderes und mindestens genauso Wichtiges ist aber auch eine persönliche, menschliche Zuwendung, d.h. dass alten Menschen Verständnis entgegengebracht und im Umgang mit ihnen stets auch eine wertschätzende, zwischenmenschliche Beziehung hergestellt wird, wie folgende Zitate veranschaulichen:

„Ja vor allem glaube ich, braucht man persönliche Zuwendung. Es ist nicht einmal so wichtig, dass jetzt... ich mein, ist auch sehr wichtig, dass man gewaschen wird und gewickelt wird, und das hab ich alles erlebt. Aber... und das ist mir zum Beispiel im Spital abgegangen. (...) Die persönliche Zuwendung. Natürlich, weil keine Schwester Zeit hat. Und wie gesagt, ich kreide das niemandem an, aber...“ (84-jährige Frau, pre-frail)

„Gute Worte, Liebe, Streicheleinheiten. Viel wichtiger, als wenn sie das Bett dreimal anziehen am Tag. Unwichtig. Aber wenn sie kommen, über die Hand streicheln oder ein gutes Wort sagen. (...) Ich war selber Schwester, und ich weiß, das ist ganz wichtig, das ist wichtiger. Auch die Menschen werden leichter, nicht gesund, gesund werden sie ja nicht mehr, weil sie sind älter und sie werden vergesslicher und so. Aber das vergisst man nicht, wenn wer gut war zu einem.“ (80-jährige Frau, frail)

Zuwendung kann dabei auch die Bedeutung von Ablenkung haben, damit alte Menschen nicht nur auf ihre altersbedingten Beschwerden zurückgeworfen sind und z.B. in gemeinsamen Aktivitäten den Alltag und das Leben noch als interessant und sinnvoll erfahren zu können. Dies wird vor allem von Teilnehmer/innen angesprochen, die in Institutionen leben:

„Gut, dass sie ein bisschen eine Ablenkung haben – so wie es hier im Heim ist, dass etwas auch unternommen wird im Heim. Zum Beispiel Spielnachmittage oder so was. Dass sie abgelenkt werden von ihren eventuellen Wehwehchen, oder... dass sie nicht ins Sinnieren kommen.“ (87-jährige Frau, pre-frail, Seniorenresidenz)

„Pff... außer der Pflege eine Ansprache, ein Hobby oder noch irgendetwas, was sie ein bisschen in der Höhe hält, auch nicht nur den Kopf, sondern auch den Geist ein bisschen (lacht). Ich sehe das, wenn ich da drinnen in der X (Kuranstalt) bin, die sitzen da alle rund um den Tisch und zum Teil schlafen sie, zum Teil schauen sie vor sich hin (seufzt). Furchtbar. Ja ich weiß nicht ob das noch ein Leben ist.“ (84-jähriger Mann, rüstig)

Was von den Teilnehmer/innen in den Interviews im Sinne mangelnden gesellschaftlichen Respekts immer wieder problematisiert wird, ist die Erfahrung diskriminierender gesellschaftlicher Zuschreibungen, wonach alte Menschen ohnehin keine Bedürfnisse mehr hätten:

„Na ja, ich kann mich nicht beschweren, aber meine Freundin sagt, man soll die alten Menschen ordentlich behandeln, nicht als Idioten schon von vornherein, und so tun, der braucht eh nichts mehr und so, diese Einstellung müsste man... (...) Genau, das ist der Respekt, mir ist das Wort nicht eingefallen. (84-jährige Frau, pre-frail)

„Ich würde auf Menschen eingehen. Wissen Sie, wenn es da vorkommt, die wollen gar nicht mehr, das ist aber nicht wahr. Ich sehe ja das da drinnen [im Seniorenclub], ich frage sie, und schon redet ein jeder und erzählt, und dann kriege ich doch raus, was sie wollen. Und wenn die eine gern häkelt, na muss ich halt schauen, dass ich andere dazu kriege, weil allein ist es nicht lustig.“ (80-jährige Frau, frail)

Das letzte Zitat verweist nicht zuletzt auf das Problem, dass sich solche negativen Zuschreibungen oftmals auch, im Sinne von Selbststereotypen, auf alte Menschen selbst übertragen können, wodurch sich die zugeschriebene Bedürfnis- und Antriebslosigkeit gewissermaßen selbst bestätigt. Es zeigt aber zugleich auch, dass nur ein wenig persönliche Zuwendung oft schon ausreichen würde, um durchaus vorhandene Interessen und Potenziale auszuloten und diese zu mobilisieren.

Trotz aller Wünsche und Forderungen nach mehr gesellschaftlichem Respekt und Rücksichtnahme gegenüber alten Menschen, die Teilnehmer/innen in den Interviews äußern, wird von einigen auch anerkannt und ausdrücklich darauf hingewiesen, dass in vielen gesellschaftlichen Bereichen durchaus bereits sehr viel Rücksicht auf alte Menschen genommen wird und auch ein gewisser Respekt seitens der Gesellschaft durchaus gegeben ist:

„Ja, schon Rücksichtnahme auf alte Menschen, weil das tut einem halt gut und wohl, wenn man, wie gesagt, wie ich da mit bin [auf einen Seniorenausflug], die Hilfe. Ein jeder beim Autobus aus- und einsteigen usw. Und die Führung in X (Ort in Kärnten) war sehr nett. Er hat mich oft angeschaut und ich bin immer nach vor, weil ich höre das sonst nicht. Hat er gesagt: Wir gehen eh langsam. Ich meine, das finde ich nett. Wenn einer dahinrennt und ich kann als ein alter Mensch da nicht nach, dann habe ich nichts davon. Das sind schon Sachen, die man irgendwie empfindet. Oder beim Autobus aussteigen, die helfen da jeder, jeder hilft da. Ich steige alles verkehrt hinunter, ich steige nicht nach vor. Aber da steht er schon unten dann der Chauffeur und hilft einem schon und sagt, du sollst dich anhalten. Das sind schon Sachen, die man angenehm findet.“ (86-jährige Frau, frail)

Auch müssten alte Menschen teilweise auch selbst erst noch lernen, Gefälligkeiten und Rücksichtnahme anderer Leute anzunehmen, wie eine 85-jährige Frau betont:

„Also dass zum Beispiel auf alte Leute Rücksicht genommen wird, das sollte man vielleicht der Jugend in der Schule ein bisschen beibringen. Muss man aber auch den alten Leuten selbst beibringen. Weil wenn zum Beispiel mich ein Jugendlicher in der Straßenbahn niedersetzen lässt, weil jeder sagt, ich schaue nicht aus wie 86, dann bedanke ich mich höflich und sage, das ist aber nett von dir. Und ich habe aber schon beobachtet alte Leute, die dann sagen: ‚Nein nein, lass nur, bleib nur sitzen!‘ Na, der steht kein zweites Mal auf.“ (85-jährige Frau, pre-frail)

7.3 „Eine qualitativ hochwertige und menschenwürdige Pflege“

Neben mehr Zuwendung und Respekt gegenüber alten Menschen äußern die Teilnehmer/innen vor allem den Wunsch nach einer qualitativ hochwertigen Pflege. Darunter verstehen sie in erster Linie eine gute Behandlung durch das Pflegepersonal bzw. generell Pflege- und Betreuungsverhältnisse, die so beschaffen sind, dass sie alten, pflegebedürftigen Menschen ein Leben (und Sterben) in Würde ermöglichen:

„Na ja, mit Würde behandelt werden. (...) Und dass jene, die diese schwierige Aufgabe übernehmen, immer dran denken, dass es ihnen auch so gehen wird.“ (86-jähriger Mann, rüstig)

Wie bereits erwähnt, spielt hier vor allem auch der Wunsch nach mehr Zuwendung eine erhebliche Rolle: Speziell mit Blick auf Pflege und Betreuung wünschen sich alte Menschen, dass diese sich nicht nur in ihrer grundlegenden Versorgung (ihrer Ernährung, ihrer Körperpflege usw.) erschöpft, sondern dass darüber hinaus auch weitergehende Bedürfnisse nach menschlicher Nähe und Hinwendung gestillt werden und man auch auf sie als Personen eingeht:

„Zuwendung. Gespräch. Nicht nur Pflege, sondern Gespräch. Das brauchen Sie am allermeisten. Das habe ich in der Apotheke auch kennengelernt. Die brauchen keine Chemie. Sie brauchen nur einen Zuspruch. (...) Im Ernst. Das braucht jeder Mensch, glauben Sie mir. (...) Liebe, Zuwendung.“ (86-jährige Frau, fit)

In den meisten Aussagen von Teilnehmer/innen reflektieren sich dabei unter alten Menschen recht weit verbreitete Ängste vor Pflegebedürftigkeit und insbesondere vor

einem Leben im Pflegeheim. Ein Leben im Heim empfinden sie häufig als unwürdig und lehnen sie für sich persönlich daher zumeist explizit ab:

„Na ja das mit der Pflege. Es ist halt so, es wird auch viel Schindluder damit getrieben, nicht?“ (83-jähriger Mann, pre-frail)

„Na ja, wenn jemand so sehr am Leben hängt, ihm das zu ermöglichen in einem Pflegeheim. Aber es kommt mir fürchterlich vor, wenn ich gefüttert werden müsste zum Beispiel, oder Windeln tragen müsste. Also ich würde das nicht machen.“ (86-jähriger Mann, rüstig)

Die Angst vor dem Pflegeheim speist sich häufig aus eigenen negativen Erfahrungen oder von Menschen aus dem privaten Umfeld mit mangelnder Zuwendung oder gar einer unwürdigen Behandlung von alten Menschen in Pflegeheimen:

„Da hat mir Mal jemand einmal erzählt, eh im Hofer drüben, weil da treffe ich die meisten älteren Leute. Ja Katastrophe, die [PflegerInnen] haben in der Früh schon einen Grant und sind zuwider, wenn sie reinkommen und die Türen, das wird da hinten, kommen sie, wie hat die Frau gesagt, die ihre Mutter im Heim hat: Die Tür aufgemacht (steht auf und deutet pantomimisch an, wie die Tür laut zugeschlagen wird), so zugeschossen. Und ich meine, das arme Weiberl, das arme Mannerl, das alte, das sich nicht gescheit rühren kann, muss das ansehen. Da hat sie ja schon Angst, wenn die [PflegerInnen] zum Bett kommen: Und auf! Jetzt probieren Sie! Nein, es geht schon! Und auf! Und auf! Und vor allem auch die Lautstärke. Die Lautstärke, so wie ich jetzt laut geworden bin. Ich wollte Ihnen nur zeigen, wie es zugeht. Die Lautstärke spielt auch eine große Rolle. Weil wenn sie in der Früh schon grantig zukommen und laut hin schreien. Heim ist Katastrophe.“ (86-jährige Frau, fit)

„Sie müssten die Sicherheit haben, dass wenn sie alt sind, dass sie gut aufgehoben sind. Also gute Pflegeheime, oder gute Pflegemöglichkeit. Das würde die Leute beruhigen. (...) Selbst wenn sie in ein Heim kommen, die meisten fürchten sich vor den Heimen. (...) Und sie sagen, nein, nein. Ja ich auch, ich gehe ja nur, wenn ich ding. Aber dass wirklich alle wissen, egal, wenn ich in ein Heim komme, ich weiß nicht mehr, wie es jetzt ist, aber ich kann mich erinnern, eine Verwandte, irgendeine Schwiegermutter von irgendeinem Kind, die war damals in X (Ort in Wien) im Altersheim. Das war der Schrecken des Lebens. 6 oder 8 Betten im Zimmer, keine Schwester hat sich umgeschaut, die hat alleweil die Decke runtergeschmissen, die Ding sind gegangen, haben sie aufgehoben. ‚Ah!‘, hat eine geschrien, kein Mensch hat sich gekümmert um die. Und da sind wir gekommen, die hat Mittagessen noch nicht gehabt. Das ist noch dort gestanden. Das sind die Horrorbilder, die man hat.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

Dabei ist es nicht nur die Pflegesituation als solche und die Behandlung durch die PflegerInnen, die Unbehagen bereiten, sondern auch die Situation, mit lauter anderen Pflegebedürftigen, die einem fremd sind, zusammenleben zu müssen. Auch der Verlust der Privatsphäre wird hier angesprochen, wenn nicht für alle ein Einzelzimmer verfügbar oder erschwinglich ist:

„Das geht jetzt in die Pflegerichtung natürlich, nicht. (...) Weil ich finde, wenn man nicht mehr in der Lage ist, gibt's ja nur zwei Möglichkeiten. Entweder man wird

zu Hause betreut, oder man wird in einem Pflegeheim betreut, nicht wahr? Und ich habe mir das auch schon angeschaut, nicht wahr, wie das ist. Und in einem Pflegeheim kommen die verschie... das lehne ich persönlich ab, weil ich nicht zuschauen kann, wenn wer anderer zum Beispiel gefüttert wird. Das geht grad noch, aber wenn wer anderer versucht, dem nächsten sein Essen wegzunehmen... ich hab das nämlich alles erlebt. (...) Das wegzunehmen sogar, nicht, wenn das auch hingestellt wird und ‚das gehört mir‘. Das ist so schrecklich, also das. Aber das lässt sich leider nicht verhindern, weil nicht jeder kann in ein Einzelzimmer. Also es müsste in der Pflege etwas getan werden, mehr getan werden, meiner Meinung nach.“ (86-jährige Frau, fit)

Ein Problem, das von Teilnehmer/innen insbesondere mit Blick auf die Betreuung in Pflegeheimen häufig angesprochen wird, ist mangelnde Zeit. Oftmals sei das Pflegepersonal zu wenig und/oder überlastet, sodass besonders die menschliche Zuwendung dabei auf der Strecke bleibe:

„Was [pflegebedürftige alte Menschen] am meisten brauchen? (...) Eine Liebe brauchen sie. Die sie betreuen, die brauchen eine Liebe, die müssen eine Liebe haben. Aber nur ist eines, das ganze Pflegepersonal ist meiner Meinung nach überlastet. Die hat eine Person, die soll 10 oder 15 [Personen] pflegen. Wollen Sie mir sagen, wie das geht?“ (82-jähriger Mann, rüstig)

„Die Ansprache fehlt den Menschen. Man merkt ja auch, man braucht nur in ein Heim hingehen. Wenn sie da in, sagen wir, so einem Raum, sitzen alle beieinander... (spricht mit ganz leiser Stimme) Geh, das ist furchtbar. (...) Und es hat keiner Zeit. Das ist diese Bürokratie, das ist einfach entsetzlich! Die Bürokratie ist über dem Menschen!“ (93-jährige Frau, pre-frail)

Wobei durchaus auch anerkannt wird, dass sich Pfleger/innen oftmals ehrlich bemühen, und dass bestimmte Missstände nicht allein dem Pflegepersonal oder dem Pflegesystem angelastet werden können, sondern auch die Seite der Gepflegten berücksichtigt werden müsse, da es alte, pflegebedürftige Menschen ihren Pfleger/innen auch nicht immer gerade leicht machen würden:

„Ich bin zufrieden mit dem System. Wenn man es sich richtig einteilt und wenn man alles strukturiert, klappt es auch. Wenn einmal etwas daneben geht, bitte, es sind alles Menschen. Es kann einmal einer etwas vergessen, einer etwas zusammenhauen, das kann passieren. Aber man darf auch als Patient nicht grantig sein und nicht sekkant sein. Weil dann ist gegenseitig dasselbe. Die wehren sich dann auch. Weil die müssen ja von so und so vielen das einstecken. Ist ja nicht einfach. Man muss da beide Seiten ins Kalkül ziehen.“ (85-jährige Frau, pre-frail)

Und es wird auch anerkannt, dass es sehr wohl auch viele gute Heime gibt und nicht alle Heime pauschal in einen Topf geworfen werden können, wenngleich dabei dennoch immer auch ein gewisses Unbehagen vor Pflegeheimen durchklingt und Teilnehmer/innen zu verstehen geben, dass sie für sich ein Leben im Pflegeheim eher nicht anstreben:

„Viel pflegen eben schon daheim, eh wenn einer Zeit hat oder [wenn sie] irgendwen haben, geht das ja schon. Ich weiß nicht, gerne werden sie ja nicht ins Heim gehen, die

alten Leute überhaupt, aber was bleibt ihnen schon über? Wenn niemand da ist, müssen sie in ein Heim gehen. Aber es gibt schon richtig gute Heime auch. Aber gut, das weiß man nicht, es wird schon schlechte auch geben, sicher auch. Aber sonst kann ich eigentlich gar nichts sagen. Und eigentlich, wenn ich ehrlich bin, befasse ich mich eigentlich gar nicht so mit dem.“ (82-jährige Frau, fit)

„Die Frau, die mir zusammenräumen kommt (...), die hat den Mann auch irgendwo in einem Heim, die fährt auch alle Tage rein zu Mittag, dass er zum Essen kommt. Da ist auch die Pflege nicht besonders, so übermäßig. Es ist nicht so schlecht, aber schön, so dass man sagen kann, er ist glücklich, er müsste glücklich sein dort.... Oder zumindest... Na ja, Heim ist nicht Heim.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

Manche sehen sogar eine gute Pflege und Betreuung alter Menschen eher in einem Pflegeheim als innerhalb der Familie gewährleistet, wie etwa folgende 86-jährige Pflegeheimbewohnerin:

„Unterstützen. Mit der Pension. Und betreuen. Zu Hause kann man nicht so betreut werden wie da im Pflegeheim. Und dass man sie gut behandelt. (...) Zu Hause findet man das sehr selten. Da sind die alten Menschen im Pflegeheim gut aufgehoben. Die tun alles für die alten Menschen, die Schwestern, die Pfleger.“ (86-jährige Frau, frail, Pflegeheim)

Vereinzelt werden von Teilnehmer/innen auch Probleme angesprochen, die man mit dem Begriff der „integrierten Versorgung“ umschreiben könnte. So etwa die Situation nach einem längeren Krankenhausaufenthalt, in der alte Menschen oftmals Sorge bereitet, ob sie bereits wieder fit genug sind, um zuhause allein zurecht zu kommen, oder ob im negativen Fall ein Pflegeheimplatz für sie verfügbar ist:

„Mehr Pflegeheime. Wenn man krank ist, kommt man ins Krankenhaus. Aber was macht ein alter Mensch, der muss sich anmelden, und... Bitte auf der anderen Seite, wenn einer einen Schlaganfall hat, der kommt ins Krankenhaus, aber nachher?“ (88-jährige Frau, fit)

„Na ja, also ich glaube, dass die Gesundheitsvorsorge... kann man ja fast nicht sagen bei einem alten Menschen... dass das schon etwas verbessert sein müsste. Wenn ich zum Beispiel denk, im Spital. Also die haben mir dann nach drei Wochen, haben sie mir gesagt: ‚Also übermorgen werden Sie entlassen‘. Es war ein Schock für mich. Wie gesagt, um Gottes Willen, was soll ich machen zuhause? Ich kann doch nicht. Ich kann mich weder versorgen, noch weiß ich wie, was, wann.“ (84-jährige Frau, pre-frail)

Auch die finanzielle Problematik bzw. die Leistbarkeit eines guten Pflegeheims wird angesprochen, wobei hier offenbar eher die Leistbarkeit für nachfolgende Generationen Sorge bereitet:

„Ich glaube Pflegeheime sind schon wichtig. Aber erschwingliche! Bitte, unsere Generation hat ja noch gespart. Aber heute hat jeder ein Auto, ich weiß bei meinen Kindern, haben drei Autos. Wozu? Sie sollen es haben. Der Vater, die Mutter, der Sohn. Und dann haben sie nie ein Geld. (lacht)“ (88-jährige Frau, fit)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die hochaltrigen Teilnehmer/innen der Gesellschaft grundsätzlich große Anerkennung und Dankbarkeit entgegenbringen für die Leistungen, die für alte Menschen erbracht werden. Verbesserungspotenziale sehen sie teilweise beim (mangelnden) Respekt, den sie seitens der Gesellschaft gegenüber alten Menschen wahrnehmen, vor allem aber bei der menschlichen Zuwendung. Diese vermissen sie besonders in der Pflege. Zuwendung bedeutet dabei, dass zusätzlich zur reinen Pflege- und Betreuungstätigkeit auf sie als Menschen mit ihren ganz spezifischen Bedürfnissen eingegangen wird. Dabei besteht vonseiten hochaltriger Menschen bei der Problematisierung mangelnder Zuwendung durchaus eine Sensibilität dafür, dass es oft nicht am Willen des Pflegepersonals scheitert, sondern an den Rahmen- und insbesondere Arbeitsbedingungen in der Pflege insgesamt. Die Aussagen der hochaltrigen Teilnehmer/innen lassen sich daher als Appell an Politik und Gesellschaft verstehen, für Pflegebedingungen Sorge zu tragen, die es alten Menschen erlauben, auch bei Pflegebedürftigkeit in Würde zu leben (und zu sterben).

ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE

In dieser qualitativen Fokusstudie wurde auf der Grundlage von 40 qualitativen Interviews mit hochaltrigen Menschen den individuellen und sozialen Potenzialen für ein „gutes Leben“ im hohen Alter nachgegangen. Im Mittelpunkt standen dabei die Fähigkeiten und individuellen Ressourcen hochaltriger Menschen zur tätigen und bewussten Lebens- und Selbstgestaltung unter den Bedingungen zunehmender Verletzlichkeit.

Dieser Forschungsfokus ging von der Hypothese aus, dass das hohe Alter durch eine zunehmende Verletzlichkeit sowohl physischer (altersbedingte Krankheiten, Verlust der Selbsthilfefähigkeit) als auch sozialer (Verwitwung, soziale Isolation, Einsamkeit) und psychologischer Natur (Depression, kognitive Einschränkungen) geprägt ist. Zugleich, so wurde angenommen, kann das hohe Alter aber auch nicht ausschließlich auf jene Verletzlichkeit reduziert werden, sondern bestehen im hohen Alter nach wie vor vielfältige Potenziale zur Selbstgestaltung, nämlich auch und gerade im Umgang mit den Herausforderungen, die eine zunehmende Verletzlichkeit für das Individuum mit sich bringt. Hier würden verschiedene Prozesse der Kompensation, der Selektion, der Optimierung wie auch der Resilienz aktiviert, die es hochaltrigen Menschen auch unter den Bedingungen fortschreitender Verletzlichkeit und damit assoziierter physischer, sozialer und psychischer Verluste ermöglichen würden, ihr Leben nach wie vor als sinnerfüllt zu erfahren.

Diese inhaltliche Ausrichtung der Studie war u.a. motiviert durch die Absicht einer „diskursiven Intervention“ in gängige, in den letzten Jahren in Wissenschaft und Gesellschaft dominant gewordene Potenzialdiskurse, die die „Potenziale des Alters“ primär unter dem Gesichtspunkt gesellschaftlicher Nützlichkeit vor dem Hintergrund des demographischen Altersstrukturwandels zum Thema machen, und hinter denen die Betrachtung der individuellen Potenziale alter und vor allem hochaltriger Menschen im Umgang mit den persönlichen Herausforderungen des Alter(n)s tendenziell in den Hintergrund tritt. In diesem Zusammenhang scheint generell eine problematische Tendenz gegeben zu sein, die im Allgemeinen negativ konnotierten Aspekte des Alter(n)s wie z.B. funktionale Einschränkungen, Pflegebedürftigkeit, Demenz – also alles Aspekte, die in dieser Studie unter dem Begriff der „Verletzlichkeit“ zusammengefasst werden – im Interesse einer Verbesserung des gesellschaftlichen Altersbildes mehr oder weniger auszublenden, was dem Anspruch eines möglichst differenzierten, realistischen Altersbildes allerdings genauso wenig gerecht wird, wie die lange vorherrschende, pauschale Gleichsetzung des hohen Alters mit Pflegebedürftigkeit und Gebrechlichkeit, gegen die das neue Bild von den „aktiven“ und „produktiven Alten“ eigentlich (und durchaus zu Recht) opponiert. Gerade hochaltrigen Menschen wäre mit einer Ablösung des überkommenen, einseitig negativen Altersbildes durch ein nicht minder einseitiges positives Altersbild am allerwenigsten geholfen, da hier nicht zuletzt die Gefahr einer sehr normativen Betrachtung des Alters und der Institutionalisierung einer gesellschaftlichen Altersnorm besteht, welcher hochaltrige Menschen infolge zunehmender Verletzlichkeit oftmals nicht entsprechen können. Auf diese Weise könnte schließlich auch, gegen alle Absicht, einer zusätzlichen Abwertung des hohen Alters – nämlich als Negativfolie der heute im Mittelpunkt stehenden „jungen und aktiven Alten“ – Vorschub geleistet werden.

Aus der Absicht heraus, beide einseitigen Sichtweisen – eine einseitig negative wie auch eine einseitig positive – zu vermeiden und ein möglichst realistisches Bild des hohen Alters zu zeichnen und gesellschaftlich zu befördern, wurde in der vorliegenden Studie der Fokus auf eine Beschreibung und Analyse der Lebensrealitäten hochaltriger Menschen im Spannungsfeld von „Verletzlichkeit“ und „Potenzial“ gelegt.

Bereits im ersten Abschnitt des Ergebnisberichts wurde dieser Absicht dadurch Rechnung getragen, dass die – durch die ÖIHS auf der Grundlage geriatrischer Assessments an anderen Stellen schon sehr ausführlich belegte und analysierte – **(physische) „Verletzlichkeit“ des hohen Alters** nun auch qualitativ etwas eingehender betrachtet wurde. Wie aus den Interviews mit hochaltrigen Menschen recht eindeutig hervorgeht, ist zunehmende Verletzlichkeit ein Aspekt, der das Leben im hohen Alter in der Tat – wenn auch nicht für alle Menschen gleichermaßen – sehr maßgeblich prägt. Nur in ganz wenigen Fällen sind Teilnehmer/innen frei von chronischen Krankheiten und (zumindest geringfügigen) funktionalen Einschränkungen. Dementsprechend nehmen Gesundheit und Selbsthilfefähigkeit bzw. der Verlust derselben in den Interviews und in den subjektiven Selbstbezugnahmen der Teilnehmer/innen sehr breiten Raum ein.

Zunehmende physische Verletzlichkeit stellt hochaltrige Menschen in steigendem Maße vor Herausforderungen in der selbständigen Bewältigung alltäglicher Anforderungen – dies umso mehr, je selbstverständlicher eine autonome und selbstständige Lebensführung in jüngeren Lebensjahren erlebt wurde. Somit ist es nur verständlich, dass der wahrgenommene Verlust funktionaler Kapazitäten hochaltrige Menschen stark beschäftigt, nicht zuletzt auch unter dem Blickwinkel: Was wird einmal sein, wenn es noch schlechter wird? Dies ist eine Situation, die das Leben von hochaltrigen von dem von „jüngeren“ alten Menschen (60+) beträchtlich unterscheidet, die in der Regel in einem noch sehr viel geringeren Ausmaß „verletzlich“ sind, und bei denen die Perspektive des Verlusts der Selbsthilfefähigkeit und einer absehbaren Pflegebedürftigkeit in den meisten Fällen deutlich weniger greifbar ist. Zahlreiche Teilnehmer/innen berichteten in den Interviews auch, dass sie bis in ein Alter von etwa 80 Jahren kaum von nennenswerten funktionalen Einschränkungen betroffen waren, dass aber dann ein relativ rascher und für sie umso belastenderer Abbau physischer und funktionaler Kapazitäten einsetzte. Eben darin besteht die in dieser Studie so bezeichnete „Verletzlichkeit“, die insofern als ein Charakteristikum des hohen Alters betrachtet werden kann, als eine entsprechende „Verletzlichkeit“ im hohen Alter in zunehmendem Maße für die meisten Menschen in der einen oder anderen Form aktuell wird.

Dass sich das Leben hochaltriger Menschen jedoch nicht allein auf diese zunehmende „Verletzlichkeit“ und damit auf Verlust, physischen und kognitiven Abbau und Pflegebedürftigkeit reduzieren lässt, wurde bereits im darauffolgenden Kapitel über die **Alltags- und Lebensgestaltung** der hochaltrigen Studienteilnehmer/innen ersichtlich. Zwar ist auch hier der Aspekt der „Verletzlichkeit“ stets präsent, etwa wenn thematisch wird, was aufgrund fortschreitender physischer Einschränkungen im Vergleich zu jüngeren Jahren „nicht mehr geht“ und welche Alltagsaktivitäten, Hobbys usw. mittlerweile nicht mehr ausgeübt werden können bzw. aufgegeben werden mussten.

Auch wird aus den Erzählungen der Teilnehmer/innen erkennbar, dass ihre Alltagsgestaltung häufig stark ritualisiert ist und sehr festen Gewohnheiten folgt, die den Alltag hochaltriger Menschen strukturieren. Auch das lässt sich vor dem Hintergrund zunehmender Verletzlichkeit betrachten, da die ritualisierte Tagesgestaltung eine Sicherheit schafft, die durch den altersassoziierten Verlust funktionaler Kapazitäten tendenziell verlorengelassen, und somit der subjektiven Bewältigung bzw. Kompensation fortschreitender Verletzlichkeit dient.

Darüber hinaus geht aus den Interviews aber auch sehr deutlich hervor, dass viele hochaltrige Menschen trotz zunehmender Verletzlichkeit nach wie vor ein sehr aktives Leben führen. Das konkrete Ausmaß und das Spektrum an regelmäßig ausgeübten Alltagsaktivitäten hängt dabei freilich stark vom Grad der Verletzlichkeit, d.h. dem gesundheitlichen und funktionalen Status, ab. Wir sehen aber Formen der (von den Teilnehmer/innen als sinnvoll erlebten) aktiven Tagesgestaltung auch bei funktional bereits stark eingeschränkten Personen – auch wenn diese im Vergleich zu funktional noch weitgehend intakten Hochaltrigen als relativ eingeschränkt und gemindert zu betrachten sein mag.

Ein wesentlicher Bestandteil der Alltagsgestaltung hochaltriger Menschen besteht dabei auch aus einer Vielfalt von gesundheitsrelevanten Aktivitäten, mit denen hochaltrige Menschen aktiv versuchen, der zunehmenden Verletzlichkeit des hohen Alters entgegenzuwirken bzw. diese zu verzögern (z.B. durch regelmäßige Bewegung, Gymnastik, Gedächtnistrainings etc.). Auch das lässt sich unmittelbar als „Potenzial“ werten, das hochaltrige Menschen vor dem Hintergrund zunehmender Verletzlichkeit mobilisieren und an das auch gesellschaftlich durch gezielte gesundheitsfördernde Angebote angeknüpft werden könnte, um hochaltrige Menschen dabei zu unterstützen, funktionale Verluste zu bewältigen bzw. zu kompensieren und so ihre Selbsthilfefähigkeit so lange wie möglich zu erhalten.

Einen zentralen Aspekt der „Verletzlichkeit“ des hohen Alters stellt das **sukzessive Schrumpfen der eigenen verbleibenden Lebenszeit** sowie die **Aussicht auf eine in naher Zukunft möglicherweise eintretende Hilfe- und Pflegebedürftigkeit** dar. Aus einer Potenziale-Perspektive ist somit relevant, wie hochaltrige Menschen mit dieser sehr spezifischen Form der Verletzlichkeit umgehen. Damit beschäftigte sich eingehender das dritte Kapitel.

Nach der Auswertung und Analyse der Interviews stellen sich die Ergebnisse zu dieser Fragestellung gerade aus der in der vorliegenden Studie im Mittelpunkt stehenden Potenziale-Perspektive als ausgesprochen ambivalent dar. Denn wie aus den Aussagen vieler Teilnehmer/innen hervorgeht, sind dies Themen, über die sie sich möglichst wenig Gedanken machen und die sie teilweise sogar verdrängen. Diese Verdrängung fällt noch vergleichsweise gering aus und hat bereits an sich eine etwas andere Qualität mit Blick auf das bevorstehende Lebensende. Hier sprechen die Aussagen der Teilnehmer/innen eher für einen relativ gelassenen Umgang mit der zunehmend greifbar werdenden Perspektive des eigenen Lebensendes und für eine Haltung, die den näher rückenden Tod bzw. die eigene Sterblichkeit weitestgehend angenommen hat – auch wenn (oder gerade weil) sich die Teilnehmer/innen über den Tod ansonsten nicht allzu viele Gedanken

machen und stattdessen ihre verbleibende Lebenszeit noch so gut und so intensiv wie möglich genießen möchten. Mit Sicherheit ist eine solche Sichtweise – sofern sie nicht in Resignation und Pessimismus mündet – als ein sehr sinnvoller und „gesunder“ Umgang mit der eigenen Endlichkeit zu werten.

Etwas anders stellt sich dies allerdings mit Blick auf die Perspektive einer möglichen, in Zukunft eintretenden Pflegebedürftigkeit dar. Auch hier kann die unter hochaltrigen Menschen weit verbreitete Neigung, dieses Thema möglichst zu verdrängen und nicht darüber nachzudenken, zwar ebenfalls zunächst im Sinne der (positiven) Bewältigung und Verarbeitung von Verletzlichkeit betrachtet werden, insofern diese Einstellung hilft, das hohe Alter nicht nur negativ unter dem Aspekt von Abbau und Verlust zu sehen, sondern als eine Phase des Lebens, die immer noch gelebt werden will. Speziell aus einer Perspektive der Pflegevorsorge, wie sie gegenwärtig zunehmend propagiert wird („advance care planning“; vgl. Coors et al. 2015; Bellamy 2017), wird die sichtliche, mehr oder weniger bewusste Weigerung vieler hochaltriger Menschen, negative Aspekte des Alter(n)s wie Pflegebedürftigkeit bereits möglichst früh zu antizipieren und aktiv dafür vorzusorgen, nicht nur als subjektives, möglichst zu überwindendes Hindernis für eine rechtzeitige Pflegevorsorge betrachtet werden können, sondern auch als menschliches Verhalten zur Kenntnis zu nehmen sein, das unter dem Gesichtspunkt der Bewältigung von Verletzlichkeit durchaus eine gewisse Berechtigung und sogar „Sinnhaftigkeit“ hat. Auf der anderen Seite wird eine mangelnde Vorbereitung auf eine im hohen Alter immer wahrscheinlicher werdende Pflegebedürftigkeit auch und gerade für die Betroffenen spätestens dann problematisch, wenn bei Eintreten von Pflegebedürftigkeit möglicherweise Entscheidungen getroffen werden (z.B. ein Umzug ins Pflegeheim), die nicht im Sinne des alten Menschen sind – eine Situation, die eventuell hätte vermieden werden können, wenn die eigenen Wünsche und Präferenzen frühzeitig artikuliert und schriftlich festgehalten worden wären.

Mit anderen Worten: Sowohl das relative Ausblenden des näher rückenden Lebensendes als auch die Einstellung, Pflegebedürftigkeit „an sich herankommen“ zu lassen und erst darüber nachzudenken, „wenn es soweit ist“, kann unter dem Gesichtspunkt des Umgangs mit und der Bewältigung von Verletzlichkeit in gewisser Weise als „Potenzial“ betrachtet werden. Aus einer Perspektive der rechtzeitigen Pflegevorsorge wird man hingegen feststellen müssen, dass es hinsichtlich der Bereitschaft hochaltriger Menschen zur Pflegevorsorge noch sehr viel „Potenzial“, im Sinne von Handlungsbedarf gibt.

Die Einstellung, das Alter(n) und damit assoziierte negative Aspekte wie Pflegebedürftigkeit an sich herankommen zu lassen spiegelt sich wider bzw. wird zusätzlich bestätigt durch die in *Kapitel 6* behandelten Antworten der hochaltrigen Teilnehmer/innen auf die Frage, **ob und wie man sich ihrer Meinung nach am besten auf das Alter vorbereiten könne**. Die einhellige Meinung der Teilnehmer/innen dazu lautet: Auf das Alter kann sich nicht vorbereiten. Das Alter, so sagen sie, „kommt einfach“. Ein wesentliches Problem dabei sei, dass die (Lebens-)Zeit so schnell vergehe, sodass man vom Alter irgendwann gewissermaßen überrumpelt werde. Ganz plötzlich sei man mit der Situation konfrontiert, „alt“ zu sein. Oft tritt diese Situation durch ein Ereignis ein, das plötzlich in den Alltag einbricht: eine altersbedingte Erkrankung, ein Sturz und/oder eine

Verletzung, die mit dem Verlust von bis dahin als selbstverständlich betrachteten funktionalen Kapazitäten einhergeht.

Hier wird nochmals recht eindrücklich sichtbar, worin die Sinnhaftigkeit einer frühzeitigen Pflegevorsorge bestehen könnte: Sich schon frühzeitig über die Lebenssituation im hohen Alter und eine möglicherweise damit einhergehende Pflegebedürftigkeit Gedanken zu machen, könnte eventuell genau davor bewahren, vom Alter und damit assoziierten Veränderungen völlig unvorbereitet getroffen zu werden. Gleichzeitig wird an diesem Punkt besonders plastisch greifbar, was älter werdende Menschen oftmals davon abhält, frühzeitig (Pflege-)Vorsorge für das Alter zu treffen: Das Alter wird erst im Alter zum Problem. Und selbst wenn das Alter bereits zum Problem geworden ist – darüber geben zahlreiche Aussagen von hochaltrigen Teilnehmer/innen sehr beredt Auskunft – liegt der Fokus primär auf dem Erhalt des Status quo, d.h. des jeweils bestehenden Grades an Selbsthilfefähigkeit, während die Frage, was einmal sein wird, wenn es noch schlechter werden bzw. irgendwann „nicht mehr gehen“ sollte, tendenziell in den Hintergrund rückt.

Auch wenn diese Einstellung, wie gesagt, nicht unproblematisch ist, da damit das Risiko verbunden ist, durch eine möglicherweise eintretende Pflegebedürftigkeit oder – schlimmer noch – durch eine Demenz, durch die man auch seine Entscheidungsfähigkeit verliert, völlig unvorbereitet getroffen zu werden, so ist sie doch auch irgendwie, zumindest ein Stück weit, nachvollziehbar. Gerade unter den Bedingungen erhöhter Verletzlichkeit, wie sie für das hohe Alter charakteristisch ist, besteht offenbar eine wesentliche Strategie darin, aus einer sozusagen ressourcenorientierten Perspektive den Fokus primär darauf zu legen, was immer noch geht und was nach wie vor, trotz fortschreitender gesundheitlicher und funktionaler Einschränkungen, am Leben noch schön ist, ohne ständig den Blick darauf zu richten, was möglicherweise morgen sein wird.

Diese Einstellung wird zusätzlich befördert durch die subjektive Wahrnehmung der nur noch kurzen verbleibenden Lebenszeit. Das bisschen Lebenszeit, das einem noch vergönnt ist, soll möglichst genossen und gut verbracht werden. Dass in dieser Situation die Menschen nicht ständig über die, wenn auch mehr als realistische Aussicht auf Pflegebedürftigkeit nachdenken möchten, erscheint so gesehen nur verständlich. So hinderlich dies aus einer Pflegevorsorge-Perspektive, die auf die Förderung einer möglichst frühzeitigen Vorsorge für das Alter und das Lebensende abhebt, auch sein mag, so ist durch die hier vorgelegten qualitativen Befunde immerhin ein Problem näher bezeichnet, auf das eine solche Perspektive bei alten Menschen praktisch häufig stoßen wird.

Mit „**Entwicklungspotenzialen**“ des Alters und insbesondere der subjektiven Sicht der Teilnehmer/innen auf entsprechende Potenziale befasste sich *Kapitel 4*. Auch hier sollte – ganz im Sinne der forschungsleitenden Fragestellung der qualitativen Studie – das hohe Alter als Lebensphase im Spannungsfeld von „Verletzlichkeit“ und „Potenzialen“ näher beleuchtet werden. Im Mittelpunkt stand dabei die Frage, wie die Teilnehmer/innen ihre eigene Entwicklung im Alter rückblickend bilanzieren würden und welche spezifischen Entwicklungspotenziale im bzw. des Alters sie an ihrer eigenen Person im Laufe ihres Lebens wahrgenommen haben.

Auch hier macht sich zunächst wieder die stets präsente „Verletzlichkeit“ des hohen Alters geltend. Diese kommt zum Ausdruck in Aussagen von Teilnehmer/innen, die eine persönliche Entwicklung im Alter eher verneinen und dieses in erster Linie mit physischem Abbau assoziieren. Viele hochaltrige Menschen haben auch die Erfahrung gemacht, als alte Menschen für die Gesellschaft obsolet und irrelevant zu sein und keinen Einfluss mehr auf die Gesellschaft nehmen zu können. Auch das lässt sie das Alter oftmals als eine Phase des Verlusts wahrnehmen. Was in solchen Aussagen aber natürlich ebenfalls zum Ausdruck kommt, ist eine unter hochaltrigen Menschen durchaus weitverbreitete Bereitschaft, ja ein Bedürfnis, auch im hohen Alter aktiv an der Gesellschaft teilzunehmen und ihre Erfahrungen einzubringen.

Diese Wahrnehmung des Alter(n)s als Abbau und Verlust wird kontrastiert durch Aussagen von Teilnehmer/innen, die das Alter und insbesondere den Ruhezustand als eine Phase der Entdeckung neuer Lebensinteressen und individueller Entwicklungspotenziale zeichnen. Viele nennen hier zum Beispiel Hobbys oder persönliche Leidenschaften, denen sie sich nach dem Austritt aus dem Erwerbsleben, im Sinne einer „späten Freiheit“ (Rosenmayr), im Alter widmen konnten und oftmals auch heute noch, im hohen Alter, widmen. Auch werden hier Aktivitäten genannt, für die während eines stressigen Arbeitslebens stets zu wenig Zeit war, z.B. die intensivere Pflege von Freundschaften.

Auch persönlich bzw. charakterlich haben sich viele Teilnehmer/innen in ihrer subjektiven Wahrnehmung im Alter verändert. Männer geben dabei häufig an, im Alter ruhiger und gelassener geworden zu sein und sich nicht mehr so schnell wie in jüngeren Jahren über bestimmte Dinge aufzuregen. Frauen berichten hingegen, mittlerweile nicht mehr so viel Wert auf ihr äußeres Erscheinungsbild zu legen und stärker als früher auf ihre eigenen Bedürfnisse achten zu können. Speziell die Aussagen hochaltriger Frauen lassen sich als Hinweis auf eine Aufweichung oder auch als eine so empfundene (zumindest partielle) „Befreiung“ von immer auch einengenden Geschlechterrollen und -normen im Alter auffassen.

Eine zentrale Fragestellung im Zusammenhang mit den „Potenzialen“ für ein „gutes Leben“ im hohen Alter war schließlich auch, was hochaltrige Menschen eigentlich unter einem „**guten Leben im Alter**“ verstehen, unter welchen Bedingungen also das Leben im hohen Alter aus ihrer Sicht als „gut“ bezeichnet werden kann. Hier ergaben sich vor allem drei Aspekte bzw. Kriterien, die für hochaltrige Menschen im Sinne eines „guten Lebens“ erfüllt sein müssen: **Gesundheit & Selbsthilfefähigkeit, Familie & soziale Kontakte** sowie **finanzielle Sicherheit**.

In diesen Kategorien reflektieren sich einmal mehr die mit dem hohen Alter oftmals verbundenen „Verletzlichkeiten“: Lebenswert ist für die Teilnehmer/innen das Leben auch im hohen Alter, solange sie noch hinreichend selbsthilfefähig sind und nicht unter altersassoziierten Krankheiten und Pflegebedürftigkeit leiden. Ebenso verbinden sie soziale Isolation und Einsamkeit, deren Wahrscheinlichkeit mit steigendem Alter erheblich zunimmt (z.B. durch Verwitwung, durch den Tod von Freunden und Bekannten usw.), mit einem massiven Verlust von Lebensqualität, der hochaltrige Menschen das Leben nicht mehr als „gut“ wahrnehmen lässt. Und schließlich artikuliert sich in der Betonung finanzieller Sicherheit eine mehr oder weniger explizite Furcht vor Altersarmut

– ein Phänomen, das ja gegenwärtig wieder stark im Zunehmen begriffen ist (vgl. Butterwegge et al. 2012; Vogel/Motel-Klingebiel 2013).

Als besonders instruktiv und aufschlussreich erwiesen sich die Ergebnisse zu „Gesundheit & Selbsthilfefähigkeit“ als zentralem Deutungsmuster eines „guten Lebens im Alter“. Hier zeigte sich, dass die Idee eines „guten Lebens“ für gesundheitlich und funktional bereits sehr eingeschränkte Teilnehmer/innen kaum weniger einen positiven Bezugspunkt darstellte als für noch vergleichsweise „rüstige“ und „fitte“ Teilnehmer/innen. Worin sich die subjektiven Bezugnahmen hingegen teils erheblich unterschieden, waren differente Bewertungen und teilweise auch sehr unterschiedliche Definitionen und Verständnisse von Begriffen wie „Gesundheit“, „Selbstständigkeit“, „Unabhängigkeit“ usw. Während funktional intakte Teilnehmer/innen „Gesundheit“ und „Unabhängigkeit“ relativ abstrakt auf die möglichst lange Aufrechterhaltung des bisher gelebten aktiven Lebens bezogen, hatten dieselben Begriffe für funktional eingeschränkte Personen oftmals die sehr konkrete Bedeutung, bestimmte Tätigkeiten und alltägliche Verrichtungen (z.B. sich selber anziehen zu können, die Treppe zur Wohnung steigen zu können etc.) noch ohne Hilfe auszuführen und zu bewältigen und auf diese Weise ein Mindestmaß an Selbsthilfefähigkeit zu bewahren.

Diese qualitativen Befunde sind aus einer Potenziale-Perspektive insofern bedeutsam, als sie ein sehr eindrückliches Zeugnis davon ablegen, dass hochaltrige Menschen selbst bei einem hohen Grad an „Verletzlichkeit“ ihr Leben nach wie vor als „gut“ und lebenswert empfinden können. Speziell in ihren Deutungen und Verwendungsweisen von Begriffen wie „Gesundheit“, „Unabhängigkeit“ etc. werden Adaptionsprozesse sichtbar, die es ihnen erlauben, diese Begriffe trotz fortschreitender funktionaler und gesundheitlicher Verluste in einer Weise auf ihre individuelle Gesundheits- und Lebenssituation zu beziehen, dass diese auch weiterhin mit der Vorstellung eines „guten Lebens“ stimmig bleibt – auch wenn dabei nicht übersehen werden darf, dass diese Deutungs- und Orientierungsmuster relativ fragil sind und bei weiter zunehmender Verletzlichkeit die Wahrscheinlichkeit steigt, dass diese kognitive Übereinstimmung der eigenen Lebenssituation mit der Idee eines „guten Lebens“ irgendwann einmal verlorengelht und nicht mehr hergestellt werden kann.

Abgeschlossen wurde die Ergebnisdarstellung mit einigen Ergebnissen zu **„sozialen Potenzialen“ für ein „gutes Leben“ im hohen Alter**. Dabei lag der Fokus weniger (worauf sich ja der gegenwärtig dominante „Alterspotenziale“-Begriff primär bezieht) auf der gesellschaftlichen Relevanz und „Nutzbarkeit“ der individuellen Potenziale hochaltriger Menschen zur Selbst- und Lebensgestaltung, sondern vielmehr auf den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die der Entfaltung ihrer individuellen Potenziale hinsichtlich der Bewältigung von Verletzlichkeit förderlich oder aber auch hinderlich sein könnten. In diesem Zusammenhang interessierten vor allem die subjektiven Sichtweisen der Teilnehmer/innen, was die Gesellschaft speziell für sie als hochaltrige Menschen tun könnte oder sollte und wo sie allenfalls bestimmte Verbesserungspotenziale und -bedarfe sehen.

Als wesentliches Ergebnis ergab sich dabei in erster Linie ein Bedürfnis hochaltriger Menschen nach mehr **menschlicher Zuwendung und gesellschaftlichem Respekt**.

Zuwendung und Respekt beziehen sich zunächst einmal darauf, dass hochaltrige Personen als Menschen mit eigenen Bedürfnissen zur Kenntnis genommen und anerkannt werden möchten. Oft machen sie die kränkende Erfahrung, dass alten Menschen abgesprochen wird, überhaupt noch Bedürfnisse zu haben, und dass gesellschaftlich dementsprechend wenig Rücksicht auf sie genommen wird. Darüber hinaus hat Zuwendung in den Aussagen der Teilnehmer/innen häufig die Bedeutung einer persönlichen, wertschätzenden zwischenmenschlichen Beziehung in sozialen Interaktionen, wobei sie hier vor allem an das Setting der Pflege und Betreuung denken. Besonders in der Altenpflege scheinen sie Zuwendung, im Sinne eines über die unmittelbare Pflege- und Betreuungstätigkeit hinausgehenden zwischenmenschlichen Kontakts, am stärksten zu vermissen. Dabei sind sie sich durchaus bewusst, dass dieser menschlichen Zuwendung bereits die Struktur des Pflegesystems und die darin vorherrschenden Zwänge der Kosten- und vor allem Zeiteffizienz tendenziell entgegenstehen. Umso größeres Unbehagen bereitet ihnen die Vorstellung, bei Pflegebedürftigkeit womöglich in ein Pflegeheim ziehen zu müssen und auf den guten Willen von (ihrer subjektiven Wahrnehmung nach) überlasteten Pfleger/innen angewiesen zu sein.

Generell ist die Frage der **Pflege und Betreuung** ein Thema, das hochaltrige Menschen stark beschäftigt, und wo sie am meisten gesellschaftlichen Handlungsbedarf sehen. Alte Menschen sollten ihrer Meinung nach das Vertrauen haben dürfen, im Falle von Pflegebedürftigkeit gut versorgt zu sein und in den Genuss einer menschenwürdigen und qualitativ hochwertigen Pflege zu kommen – eine Anforderung, die sie speziell mit Blick auf die Situation in Pflegeheimen eher nicht gewährleistet sehen. Die Voreingenommenheit gegenüber Pflegeheimen resultiert bei vielen Teilnehmer/innen aus negativen Erfahrungen, die sie damit in ihrem persönlichen Umfeld machen mussten. Besonders problematisch sehen sie dabei die bereits erwähnte mangelnde menschliche Zuwendung, die Pflegebedürftige in Pflegeheimen aufgrund der dort vorherrschenden Zeitökonomie und den als unvorteilhaft wahrgenommenen Arbeitsbedingungen in der Pflege erfahren würden.

LITERATUR

- Amann, Anton (2006): Unentdeckte und ungenutzte Ressourcen und Potenziale des Alter(n)s. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.): Gesellschaftliches und familiäres Engagement älterer Menschen als Potenzial. Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung. Münster: LIT, 7-146.
- Amann, Anton/Ehgartner, Günther/Felder, David (2010): Sozialprodukt des Alters. Über Produktivitätswahn, Alter und Lebensqualität. Wien: Böhlau.
- Baltes, Paul B./Baltes, Margret M. (1990): Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: Baltes, Paul B./Baltes, Margret M. (Hg.): Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences. New York: Cambridge University Press, 1-33.
- Bellamy, Gary (2017): Advance care planning for older adults at the end of life. In: Docking, Rachael E./Stock, Jennifer (Hg.): International handbook of positive aging. Abingdon/New York: Routledge, 239-248.
- Blaikie, Andrew (1999): Ageing and popular culture. Cambridge: Cambridge University Press.
- BMFSFJ (2006): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Berlin: BMFSFJ.
- Butterwegge, Christoph/Bosbach, Gerd/Birkwald, Matthias W. (Hg.) (2012): Armut im Alter. Probleme und Perspektiven der sozialen Sicherung. Frankfurt/Main: Campus.
- Coors, Michael/Jox, Ralf J./Schmitt, Jürgen in der (Hg.) (2015): Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Denninger, Tina/Dyk, Silke van/Lessenich, Stephan/Richter, Anna (2014): Leben im Ruhestand. Zur Neuverhandlung des Alters in der Aktivgesellschaft. Bielefeld: transcript.
- Dyk, Silke van (2007): Kompetent, aktiv, produktiv? Die Entdeckung der Alten in der Aktivgesellschaft. In: PROKLA 146, 93-112.
- Dyk, Silke van (2009): „Junge Alte“ im Spannungsfeld von liberaler Aktivierung, ageism und anti-ageing-Strategien. In: Dyk, Silke van/Lessenich, Stephan (Hg.): Die jungen Alten. Analysen einer neuen Sozialfigur. Frankfurt/Main: Campus, 316-339.
- Erlinghagen, Marcel/Hank, Karsten (Hg.) (2008): Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften. Theoretische Perspektiven und empirische Befunde. Wiesbaden: VS.
- Fangerau, Heiner/Gomille, Monika/Herwig, Henriette/Horst, Christoph auf der/Hülsen-Esch, Andrea von/Pott, Hans-Georg/Siegrist, Johannes/Vögele, Jörg (Hg.) (2007): Alterskulturen und Potentiale des Alter(n)s. Berlin: Akademie Verlag.
- Holstein, Martha (1999): Women and productive aging: Troubling implications. In: Minkler, Meredith/Estes, Carroll L. (Hg.): Critical Gerontology. Perspectives from political and moral economy. Amityville: Baywood, 359-373.
- Holstein, Martha B./Minkler, Meredith (2003): Self, society, and the „new gerontology“. In: The Gerontologist 43, 787-796.
- Institut für Gerontologie (2014): Der Ältesten Rat. Generali Hochaltrigenstudie: Teilhabe im hohen Alter. Köln: Generali.
- Kaiser, Heinz Jürgen (2000): Erlernen von Sicherheits- (und Kontroll)bewußtsein. In: Becker, Susanne/Veelken, Ludger/Wallraven, Klaus Peter (Hg.): Handbuch Altenbildung. Theorien und Konzepte für Gegenwart und Zukunft. Wiesbaden: VS, 435-443.

- Kohli, Martin (1990): Das Alter als Herausforderung für die Theorie sozialer Ungleichheit. In: Berger, Peter A./Hradil, Stefan (Hg.): Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile (Soziale Welt, Sonderband 7). Göttingen: Schwartz, 387-406.
- Kruse, Andreas (Hg.) (2010): Potenziale im Altern. Chancen und Aufgaben für Individuum und Gesellschaft. Heidelberg: AKA.
- Kruse, Andreas (2017): Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife. Berlin: Springer.
- Künemund, Harald (2000): „Produktive“ Tätigkeiten. In: Kohli, Martin/Künemund, Harald (Hg.): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen: Leske + Budrich, 277-317.
- Lessenich, Stephan (2009): Lohn und Leistung, Schuld und Verantwortung: Das Alter in der Aktivgesellschaft. In: Dyk, Silke van/Lessenich, Stephan (Hg.): Die jungen Alten. Analysen einer neuen Sozialfigur. Frankfurt/Main: Campus, 279-295.
- Mollenkopf, Heidrun/Oswald, Frank (2001): Die Mobilität Älterer in städtischen und ländlichen Regionen Ost- und Westdeutschlands. In: Flade, Antje/Limbourg, Maria/ Schlag, Bernhard (Hg.): Mobilität älterer Menschen. Wiesbaden: Springer, 111-126.
- OECD (2000): Reforms for an ageing society. Paris: OECD.
- ÖPIA (2015): Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie. Zusammenwirken von Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung. 1. Erhebung 2013/2014 – Wien und Steiermark. Wien: ÖPIA.
- ÖPIA (2018a): Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie, Welle II 2015-2018. Panelerhebung Wien und Steiermark. Wien: ÖPIA.
- ÖPIA (2018b): Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie, Welle II 2015-2018. Ersterhebung Niederösterreich. Wien: ÖPIA.
- Pleschberger, Sabine (2005): Nur nicht zur Last fallen. Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Roether, Dorothea (1997): Tagesstrukturierung und Interessen bei alten Menschen in Abhängigkeit vom Hilfe- und Pflegebedarf. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 10(2), 75-83.
- Rosenmayr, Leopold (1983): Die späte Freiheit. Das Alter – ein Stück bewußt gelebten Lebens. Berlin: Severin und Siedler.
- Rowe, John W./Robert L. Kahn (1997): Successful aging. In: The Gerontologist 37(4), 433-440.
- Silver, Catherine B. (2003): Gendered identities in old age: Toward (de)gendering? In: Journal of Aging Studies 17(4), 379-397.
- Staudinger, Ursula M./Greve, Werner (2001): Resilienz im Alter. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.): Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung. Opladen: Leske + Budrich, 95-144.
- Staudinger, Ulrike/Schindler, Ines (2002): Produktives Leben im Alter: Aufgaben, Funktionen und Kompetenzen. In: Oerter, Rolf/Montada, Leo (Hg.): Entwicklungspsychologie, 5. Auflage. Weinheim: Beltz, 955-982.
- Stöckl, Claudia/Kicker-Frasinghelli, Karin/Finker, Susanna (Hg.) (2016): Die Gesellschaft des langen Lebens. Soziale und individuelle Herausforderungen. Bielefeld: transcript.
- Tews, Hans Peter (1994): Alter zwischen Entpflichtung, Belastung und Verpflichtung. In: Verheugen, Günter (Hg.): 60 plus. Die wachsende Macht der Älteren. Köln: Bund, 51-60.
- Vogel, Claudia/Motel-Klingebiel, Andreas (Hg.) (2013): Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut? Wiesbaden: Springer VS.

- Wegner, Martina (2014): Produktives Altern. Ältere Menschen als Reserve des neoliberalen Sozialstaats. In: Hammerschmidt, Peter/Pohlmann, Stefan/Sagebiel, Juliane (Hg.): Gelingendes Alter(n) und Soziale Arbeit. Neu-Ulm: AG SPAK Bücher, 145-163.
- WHO (2002): Active ageing. A policy framework. Genf: World Health Organization.

