



Brigitte Jenull

Spannungsfeld Pflegeheim

„geri-AKTIV“

Ein Projekt zur Förderung der Selbstbestimmung und Autonomie von Heimbewohner/inne/n unter Berücksichtigung von Arbeitsbelastungen bei Pflegekräften und Problemstellungen der Angehörigen

Brigitte Jenull

Spannungsfeld Pflegeheim

„geri-AKTIV“

Ein Projekt zur Förderung der Selbstbestimmung und
Autonomie von Heimbewohner/inne/n unter
Berücksichtigung von Arbeitsbelastungen bei
Pflegekräften und Problemstellungen der Angehörigen

Zur Erlangung der Venia docendi für das Fach Psychologie
vorgelegt an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt

von Mag. Dr. Brigitte Jenull

Mai 2010



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Lengerich, Berlin, Bremen, Miami,
Riga, Viernheim, Wien, Zagreb

Kontakt:

AO. UNIV.-PROF. MAG. DR. BRIGITTE JENULL

Institut für Psychologie

Abteilung für Angewandte Psychologie und Methodenforschung

Alpen-Adria Universität Klagenfurt

Universitätsstr. 65-67

A-9020 Klagenfurt

Österreich

E-Mail: brigitte.jenull@uni-klu.ac.at

Die Anhänge stehen unter folgendem Link zur Verfügung:
www.psychologie-aktuell.com/jenull

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über [<http://dnb.ddb.de>](http://dnb.ddb.de) abrufbar.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2011 Pabst Science Publishers, D-49525 Lengerich

Druck: Printed in the EU by booksfactory.de

Titelfoto: © Peter Atkins – Fotolia.com

ISBN 978-3-89967-701-0

Inhaltsverzeichnis

I. Theorie	1
1. Einleitung	2
2. Herausforderung einer Altersgesellschaft	4
2.1. Bevölkerungsentwicklung	4
2.2. Drittes und viertes Lebensalter	5
2.3. Geschlechtsspezifische Differenzen im Alter	7
2.3.1. Lebenserwartung und Gesundheit	7
2.3.2. Suizidalität im Alter	10
2.3.3. Suizidprävention	13
2.3.4. Lebensformen älterer Menschen	13
2.4. Tod und Sterben	15
2.4.1. Institutionalisiertes Sterben	15
2.4.2. Würdiges Sterben	17
2.4.3. Der letzte Schritt	19
3. Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen	22
3.1. Familie und Pflege	22
3.2. Familie im sozialen und gesellschaftlichen Wandel	27
3.3. Institutionelle Pflege	32
3.3.1. Charakterisierung des Arbeitsalltages in der stationären Altenpflege	33
3.3.2. Arbeitsbelastungen beim Pflegepersonal	34
3.3.3. Burnout in der Altenpflege	35
3.3.4. Gewalt in der Altenpflege	38
3.3.5. Arbeitsstressmodelle und deren Anwendung in der stationären Altenpflege	40
3.3.6. Stressbewältigung	46

Inhaltsverzeichnis

4. Älter werden und alt sein in einer alternden Welt	49
4.1. Psychosoziale Alternstheorien	49
4.1.1. Veränderungstheorien	50
4.1.2. Kontinuitätstheorien	53
4.1.3. Modell der selektiven Optimierung und Kompensation (SOK- Modell)	56
4.1.4. Resümee zu den psychosozialen Alternstheorien	56
4.1.5. Studien zum erfolgreichen Altern	59
4.1.6. Strategien für ein erfolgreiches Altern	62
4.2. Altersbilder und Altersstereotype	63
4.3. Aktivität im Alter	65
4.3.1. Aktivsein im dritten Lebensalter	66
4.3.2. Aktivsein im vierten Lebensalter	66
4.4. Desiderata	68
II. Empirie	70
5. „geri-AKTIV“ – ein Projektüberblick	71
5.1. Die Konzeption von „geri-AKTIV“	71
5.2. Forschungsstrategie	73
5.3. Forschungsprobleme	76
5.4. Kooperationsaufbau	76
5.5. Datenerhebung bei alten Menschen	77
5.6. Ethische Richtlinien	78
5.7. Abschließende Anmerkungen	78
6. Studie A: Aktivität und Selbstbestimmung in der Institution Pflegeheim	79
6.1. Studie A1: Arbeits- und Organisationsanalyse im Pflegeheim	79
6.1.1. Zielsetzung	79
6.1.2. Methodisches Vorgehen	80
6.1.2.1. Studiendesign	80
6.1.2.2. Stichprobe	80
6.1.2.3. Erhebungsinstrument	81
6.1.2.4. Datenauswertung	82
6.1.3. Ergebnisse	82
6.1.3.1. Spezifik der Pflegeheimbewohner/innen	82
6.1.3.2. Personelle Besetzung	84
6.1.3.3. Materielle und räumliche Ausstattung	85

Inhaltsverzeichnis

6.1.3.4.	Kooperationen mit anderen Organisationseinheiten . .	85
6.1.3.5.	Arbeitsorganisation im engeren Sinn	87
6.1.3.6.	Führungsstil	88
6.1.3.7.	Angebote der Organisation an die Mitarbeiter/innen .	88
6.1.3.8.	Grad der Entscheidungscentralisierung in der Einrichtung	89
6.1.4.	Abschließende Anmerkungen	89
6.2.	Studie A2: Der Stellenwert von Aktivitäten	89
6.2.1.	Theoretischer Hintergrund	89
6.2.2.	Zielsetzung	90
6.2.3.	Methodisches Vorgehen	91
6.2.3.1.	Studiendesign	91
6.2.3.2.	Studienbeteiligung	91
6.2.3.3.	Durchführung der Studie	91
6.2.3.4.	Erhebungsinstrumente	92
6.2.3.5.	Stichprobencharakteristik	95
6.2.3.6.	Datenauswertung	95
6.2.4.	Ergebnisse	96
6.2.4.1.	Heimcharakterisierung und aktivierende Angebote . .	96
6.2.4.2.	Inanspruchnahme und Zufriedenheit mit den Heiman- geboten	96
6.2.4.3.	Gründe für die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an Ak- tivistäten	99
6.2.4.4.	Ideen und Vorstellungen an einen veränderten Heimalltag	99
6.2.4.5.	Teilnehmende Beobachtung	100
6.2.4.6.	Beobachtungseinheit: Heimbewohner/innen unterein- ander	101
6.2.4.7.	Beobachtungseinheit: Pflegekräfte und Heimbewohner/- innen	102
6.3.	Studie A3: Anregbarkeit und Faktoren der Aktivierung	103
6.3.1.	Theoretischer Hintergrund	103
6.3.2.	Zielsetzung	105
6.3.3.	Methodisches Vorgehen	106
6.3.3.1.	Studiendesign	106
6.3.3.2.	Stichprobe	106
6.3.3.3.	Erhebungsinstrument	106
6.3.3.4.	Datenerhebung	107
6.3.3.5.	Datenauswertung	108

Inhaltsverzeichnis

6.3.3.6.	Studienbeteiligung und Stichprobencharakteristik . . .	108
6.3.4.	Ergebnisse	109
6.3.4.1.	Aktuell durchgeführte Aktivitäten	109
6.3.4.2.	Früher durchgeführte Aktivitäten	110
6.3.4.3.	Aktivitäten über die Lebensspanne	111
6.3.4.4.	Handlungsmotive	112
6.3.4.5.	Das 3-Ebenen-Modell der Aktivierung	113
6.3.5.	Umsetzung des 3-Ebenen-Modells der Aktivierung	114
6.3.5.1.	Stichprobencharakteristik	114
6.3.5.2.	Ergebnisse	114
6.3.5.3.	Allgemeine Schlussfolgerungen zu den Fallvignetten .	124
6.3.6.	Zusammenführung und Interpretation der Ergebnisse aus Studie A	125
7.	Studie B: Stressoren und Ressourcen in der stationären Altenpflege	128
7.1.	Studie B1: Arbeitsbelastungen, Burnout und Coping	128
7.1.1.	Theoretischer Hintergrund	128
7.1.2.	Zielsetzung	129
7.1.3.	Methodisches Vorgehen	129
7.1.3.1.	Studiendesign	129
7.1.3.2.	Erhebungsinstrument	130
7.1.3.3.	Studienbeteiligung und Stichprobencharakteristik . . .	132
7.1.3.4.	Datenauswertung	134
7.1.4.	Ergebnisse	134
7.1.4.1.	Typologie	134
7.1.4.2.	Erklärung der Typologie	136
7.1.4.3.	Beschreibung der Belastungsprofile	141
7.1.4.4.	Logistische Regression	142
7.1.4.5.	Anmerkungen zu berufs- und gesundheitsrelevanten Variablen	146
7.2.	Studie B2: Macht Altenpflege krank?	149
7.2.1.	Zielsetzung	149
7.2.2.	Methodisches Vorgehen	150
7.2.2.1.	Studiendesign	150
7.2.2.2.	Erhebungsinstrument	150
7.2.2.3.	Datenerhebung	151
7.2.2.4.	Datenauswertung	151
7.2.2.5.	Studienbeteiligung und Stichprobencharakteristik . . .	152

Inhaltsverzeichnis

7.2.3.	Ergebnisse	152
7.2.3.1.	Arbeitserfahrungen	152
7.2.3.2.	Individuelle Bewältigungsstrategien	154
7.2.3.3.	Gesundheitsverhaltensweisen	155
7.2.4.	Zusammenführung und Interpretation der Ergebnisse	157
8.	Studie C: Angehörige in der Institution Pflegeheim	161
8.1.	Theoretischer Hintergrund	161
8.2.	Zielsetzung	162
8.3.	Methodisches Vorgehen	163
8.3.1.	Studiendesign	163
8.3.2.	Erhebungsinstrumente	163
8.3.3.	Studienbeteiligung und Stichprobencharakteristik	165
8.3.4.	Datenauswertung	166
8.4.	Ergebnisse	167
8.4.1.	Beweggründe für einen Heimeintritt	167
8.4.2.	Belastungserleben nach der Heimeinweisung	169
8.4.3.	Bewältigungsstrategien nach der Heimeinweisung	170
8.4.4.	Emotionale Aspekte von der Familienpflege hin zur Institutionalisierung	170
8.4.5.	Positive und negative Emotionen im Betreuungsverlauf	176
8.4.6.	Soziale Unterstützung	177
8.5.	Zusammenführung und Interpretation der Ergebnisse	180
9.	Diskussion	183
10.	Konsequenzen für die Praxis	201
	Literaturverzeichnis	209

Tabellenverzeichnis

3.1. Österreichische Pflegegeldregelung seit 1.1.2009	23
3.2. Studien zur Versorgungssituation	31
3.3. Multifaktorielles Phasenmodell des Burnout bei Altenpfleger/inne/n	37
4.1. EU-Studien zu „erfolgreichem Altern“	60
6.1. Spezifik der Pflegeheimbewohner/innen	83
6.2. Pflegeeinstufung der Heimbewohner/innen	84
6.3. Personalausstattung	85
6.4. Räumliche Ausstattung	85
6.5. Bestehende Kooperationen	86
6.6. Beurteilung der Kooperation mit anderen Institutionen	86
6.7. Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen	86
6.8. Arbeitsorganisatorische Charakterisierung der Pflegeheime	87
6.9. Führungsstil	88
6.10. Karriereplanung	88
6.11. Angebote der 11 Pflegeheime und deren Inanspruchnahme durch die Pflegeheimbewohner/innen	97
6.12. Inanspruchnahme und Zufriedenheit mit den Heimangeboten	98
6.13. Gründe für die (Nicht-)Inanspruchnahme des aktivierenden Heimangebots	100
6.14. Charakteristik der Heimbewohner/innen	109
6.15. Aktivitäten von Altenheim- und Pflegeheimbewohner/inne/n	111
6.16. Stichprobencharakteristik	116
7.1. Erhebungsinstrument zu Arbeitsbelastungen und Burnout	132
7.2. Stichprobencharakteristik Kärnten – Wien	133
7.3. Modellgüteindizes für die 2-, 3- und 4-Klassen-Lösung	135
7.4. Belastungsprofile der 3 latenten Klassen	137
7.5. Gesamtmodell	144
7.6. Geplanter Wechsel der Institution	145
7.7. Geplanter Berufswechsel	146
7.8. Berufswahlmotive	147

Tabellenverzeichnis

7.9. Fortbildungswünsche	149
7.10. Negative Arbeitserfahrungen im beruflichen Alltag	152
7.11. Positive Arbeitserfahrungen im beruflichen Alltag	154
7.12. individuelle Bewältigungsstrategien außerberuflich	154
7.13. individuelle Bewältigungsstrategien im Pflegealltag	155
7.14. Gesundheitsverhaltensweisen	156
8.1. Beweggründe der Heimunterbringung	168
8.2. Heimunterbringung und damit verbundene Belastungen	169
8.3. Bewältigungsstrategien nach der Heimunterbringung	170
8.4. Emotionen im zeitlichen Verlauf von der ersten Hilfestellung bis zum Leben in der Institution	172
8.5. Intercoderübereinstimmung – Emotionen	175
8.6. Soziale Unterstützung	178

Abbildungsverzeichnis

2.1. Anteil der über 80-jährigen Bevölkerung in Österreich	7
2.2. Männliche Suizidraten in Alterskategorien	11
3.1. Job Demand-Control Modell	41
3.2. Das Arbeitsverhältnis nach dem Prinzip der Reziprozität	43
3.3. Das Modell der beruflichen Gratifikationskrise	43
3.4. Integratives Stressmodell von Cohen-Mansfield (1995)	46
5.1. „geri-AKTIV“ Konzeption	72
5.2. „geri-AKTIV“-Studien im Überblick	75
6.1. Aktivitätenprofil Altenheimbewohner/innen	110
6.2. Aktivitätenprofil Pflegeheimbewohner/innen	110
6.3. Gewohnheiten Altenheimbewohner/innen	111
6.4. Gewohnheiten Pflegeheimbewohner/innen	111
6.5. Beweggründe des Handelns	112
6.6. Das 3-Ebenen-Modell der Aktivierung	115
6.7. 3-Ebenen-Modell bedürfnisorientierter Aktivierung, Herr K	120
6.8. 3-Ebenen-Modell bedürfnisorientierter Aktivierung, Frau K	122
6.9. 3-Ebenen-Modell bedürfnisorientierter Aktivierung, Frau M	124
7.1. Profilplot für die 3-Klassen-Lösung	136
8.1. Positive und negative Emotionen im zeitlichen Verlauf	176
8.2. Soziale Unterstützung (Studienphase 1, $n = 30$)	177

Teil I.
Theorie

1. Einleitung

Das Pflegeheim ist ein Ort, der uns mit der Realität des Altseins konfrontiert. Die Bilder von den aktiven, attraktiven, alterslosen Menschen sind weitestgehend von der Bildfläche verschwunden. Zumeist nicht von heute auf morgen, vielfach schleichend, aber mit kontinuierlicher Präsenz, ereilt den alternden Menschen, trotz medizinischer und pflegerischer Fortschritte, Abhängigkeit und Gebrechlichkeit. Wenn familiäre Hilfe- und Unterstützungsleistungen nicht mehr möglich oder ausgereizt sind, wird das Pflegeheim zum Lebensort, was er in aller Regel auch bis zum Ende des Lebens bleibt. In dieser letzten Lebensphase verlässt der gealterte, mehrfach beeinträchtigte Mensch sein gewohntes Umfeld und bezieht ein Zimmer, das sie/er in den meisten Fällen mit einer fremden Person teilt, in einer Einrichtung, in der sie/er nie sein wollte. Der Hinweis, dass 41% der Pflegeheimbewohner/innen innerhalb der ersten sechs Monate nach Heimeintritt und davon 80% im ersten Monat sterben (Mautner, Standl & Pillau, 1994) führt zu einer Vielzahl von Fragen: Bedeutet der Übergang in ein Pflegeheim die Aufgabe von Selbstständigkeit, den Abschied vom eigenen Willen, von Interessen, Wünschen und Visionen? Nimmt das Leben im Pflegeheim die Lust am Leben? Welche Auswirkungen hat dies auf das Gesundheits- und Krankenpersonal? Wie gestaltet sich ein Arbeitsalltag, wenn Menschen ohne Aussicht auf Besserung geschweige denn Heilung gepflegt, in den Tod begleitet werden sollen? Und welchen Part übernehmen die Angehörigen in diesem System? Wie geht es ihnen mit der Entscheidung, die Betreuung eines nahen Angehörigen der Institution Pflegeheim überantwortet zu haben?

Das Projekt „geri-AKTIV“ widmet sich diesen Fragen und beschreibt aus der Perspektive der Heimbewohner/innen, der Pflegekräfte und der Angehörigen die Situation der stationären Altenpflege in Österreich. Die hier vorliegende Habilitationsschrift ist das Ergebnis einer mehrjährigen intensiven Forschungstätigkeit, die von zahlreichen Personen in den kooperierenden Pflegeheimen ermöglicht und unterstützt wurde.

In detaillierter Form wird auf den folgenden Seiten der Forschungsprozess beschrieben und relevante Handlungsperspektiven aufgezeigt. Zunächst wird im theoretischen Teil dieser Arbeit auf die demografische Entwicklung Bezug genommen. Ausgehend von den bekannten Fakten einer stark wachsenden Bevölkerungsgruppe der hochbetagten, über 80-jährigen Menschen, wird auf geschlechtsspezifische Unterschiede im Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko eingegangen und das Thema Tod und Sterben – Suizidalität im Alter, Aspekte eines würdigen Sterbens, Sterben in Institutionen – ausführlich

1. Einleitung

dargelegt. Das erste Kapitel gibt diesem Projekt einen allgemeinen Rahmen, in dem relevante Lebensthemen andiskutiert werden. In Anknüpfung daran bilden die alternde Gesellschaft und die sich ändernden Familienkonstellationen den Fokus im zweiten Kapitel. Veränderungen in soziodemographischer, sozioökonomischer und soziokultureller Hinsicht lassen künftig geringere familiäre Betreuungsleistungen erwarten. Zunehmende Kinderlosigkeit, hohe Scheidungsraten, steigende Erwerbsbeteiligung von Frauen und damit einhergehende multiple Lebensstile werden in Kapitel 3 thematisiert und spannen den Bogen von der Familienpflege hin zur vielfach kritisierten institutionellen Pflege. In Kapitel 4 werden psychosoziale Alternstheorien, sowohl aus dem Blickwinkel der Veränderung als auch der Kontinuität betrachtet und das Konzept des erfolgreichen Alterns dargelegt. Mit zunehmendem Alter, fortschreitenden physischen und psychischen Beeinträchtigungen bleibt für Menschen des hohen Lebensalters wenig Illusion und Hoffnung, ohne institutionelle Pflege auskommen zu können. Individuelle Folgen, die mit dem Umzug in ein Pflegeheim oder dem Erleben des Alltags in einer Institution verbunden sind, werden aufgezeigt.

Die empirischen Arbeiten, die in dieser Habilitationsschrift zusammengefasst sind, wurden in Kooperation mit Einrichtungen der stationären Altenpflege konzipiert und sind in einem ganz konkreten, angewandten Sinn zu verstehen. In der Bearbeitung inhaltlicher Schwerpunkte wurde auf die Berücksichtigung unterschiedlicher Sichtweisen, Sachverhalte und Spannungsfelder Wert gelegt. In der Zusammenschau der Ergebnisse wird das komplexe Zusammenspiel aller Akteurinnen und Akteure im Setting Pflegeheim verständlich und die Implementierung integrativer Handlungsstrategien eine notwendige Schlussfolgerung.

2. Herausforderung einer Altersgesellschaft

Der demografische Wandel ist in vollem Gange und stellt uns, eine alternde Gesellschaft, vor erhebliche Herausforderungen. Werden die älteren, aktiven Seniorinnen und Senioren noch als wesentliche Stütze unserer (Konsum-)Gesellschaft und somit in einem positiven Licht gesehen, stimmen uns die langlebigen, hochaltrigen und hundertjährigen Menschen, die zunehmend auch unser Alltagsleben prägen, doch nachdenklich. Die stark steigende Zahl sehr alter Menschen, vor allem auch die höhere Lebenserwartung von Frauen und deren höhere Morbidität, verursacht Besorgnis hinsichtlich unseres Gesundheits- und Versorgungssystems. Wenn wir uns vorstellen, dass schon im Jahr 2050 jede/r Zehnte älter als 80 Jahre alt sein wird, müssen wir uns auch fragen, was mit jenen geschieht, die am Lebensende angekommen sind. Die Sterbeorte unserer Gesellschaft sind schon jetzt die Intensiv- und Palliativstationen der Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, so dass wir uns künftig auch mit der Kostenfrage des Sterbens auseinander setzen werden müssen.

2.1. Bevölkerungsentwicklung

Die Bevölkerung wird immer älter; die Verschiebung der Altersstruktur hin zum alten Menschen wird in den nächsten zwei Jahrzehnten noch deutlicher werden (Babel, Bomsdorf & Schmidt, 2007; Lutz, Sanderson & Scherbov, 2008; Statistik Austria, 2009a). Wahl (2005, S. 12) spricht von einem „universalen Phänomen“, denn sowohl die Industrienationen als auch die Entwicklungsländer sind davon betroffen.

In Österreich liegt die durchschnittliche Lebenserwartung (bei der Geburt) für Frauen derzeit bei rund 83 und die der Männer bei ca. 78 Jahren. Im Jahr 1955 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung bei Frauen um rund 12 und die der Männer um 10 Jahre weniger (Statistik Austria, 2009b). Im internationalen Vergleich der Lebenserwartung führt Japan. Die durchschnittliche Lebenserwartung für in Japan geborene Kinder lag im Jahr 2006 bei 86 Jahren für Mädchen und bei 79 Jahren für Jungen (WHO, 2008a).

Für den Prozess einer alternden Bevölkerung werden medizinische und technische Fortschritte und der Rückgang in den Geburtenraten verantwortlich gemacht (Statistik

2. Herausforderung einer Altersgesellschaft

Austria, 2003; Tazi-Preve, Kytir, Lehart & Münz, 1999). Gebar eine Frau um 1900 noch im Schnitt vier Kinder, wird seit 1997 eine durchschnittliche Kinderzahl von 1.4 Kindern pro österreichischer Frau angegeben (Schipfer, 2007; Statistik Austria, 2009c; Wirth & Dümmler, 2005). Im Bundesländervergleich zeigen sich für das Jahr 2008 die niedrigste Fertilität im Burgenland mit 1.31 Kindern und die höchste in Vorarlberg und Oberösterreich mit 1.51 Kindern pro Frau (Statistik Austria, 2009d). In den meisten Ländern Europas besteht eine ähnlich niedrige Fertilitätsrate. Höhere Geburtenraten (um 1.8) finden sich in familien- und kinderfreundlicheren Staaten wie Irland, Finnland, Schweden, Dänemark, Großbritannien und Frankreich (Eurostat, 2008a; Schipfer, 2007).

Weniger und später im Leben geborene Kinder gelten als klar zu erkennender Trend. Das durchschnittliche Gebäralter österreichischer Frauen hat sich seit den 1980er Jahren von im Schnitt 26 auf 30 Jahre, bzw. von 24 auf 28 Jahre beim ersten Kind, erhöht (Schipfer, 2007; Statistik Austria, 2009c), dies entspricht auch den europäischen Durchschnittsangaben (Eurostat, 2008b). Diese Entwicklung wird von Wirth und Dümmler (2005) im Zusammenhang mit bildungsspezifischen Aspekten diskutiert. Den höchsten Anteil an kinderlosen Frauen in Westdeutschland fanden sie auf der Grundlage des Mikrozensus 1989-2001 mit 40% in der Gruppe der 35- bis 39-jährigen Akademikerinnen, mit weiteren 30% bei den Frauen mit Matura. Ausbildung erfordert Zeit und schürt den Wunsch nach beruflicher Karriere. Die Konsequenzen einer höheren Bildung gepaart mit später Mutterschaft oder Kinderlosigkeit wirft für zukünftige Entwicklungen interessante Fragen auf: Wer bzw. wie gebildet werden die künftigen Mütter sein?

2.2. Drittes und viertes Lebensalter

Die Lebensphase Alter hat sich ausgedehnt. Definiert man sie beginnend mit dem Ende der Berufstätigkeit, kann diese Phase bis zu 40 Jahre umfassen. Der Anteil der über 60-jährigen Menschen an der Gesamtbevölkerung liegt in deutschsprachigen Ländern um die 22% (Statistik Austria, 2009b; GeroStat, 2009).

Die derzeit in Österreich lebenden 1.8 Mio. Menschen, die über 60 Jahre alt sind, werden sich laut Prognosen bis ins Jahr 2030 auf 2.9 bis 3 Millionen erhöhen. Dann wird jeder dritte Österreicher bzw. jede dritte Österreicherin im Pensionsalter stehen. Als überaus hoch gilt der Anteil der über 60-jährigen in den Bundesländern Burgenland (24.4%), Kärnten (23.8%) und Steiermark (23.5%) (Statistik Austria, 2008a).

Um die Komplexität der Lebensphase Alter besser verstehen zu können, wird in der Altersforschung zwischen dem dritten und vierten Lebensalter unterschieden (Baltes, 1997; Laslett, 1995). Das dritte Lebensalter beginnt mit dem gesetzlich festgelegten Pensionsantrittsalter (APG in der Fassung des Bundesgesetzes vom 28. Dezember 2006, BGBl I Nr. 170/2006).

2. Herausforderung einer Altersgesellschaft

Die aktuellen Altersangaben für diese Lebensspanne umfassen die 65- bis 80-jährigen Menschen, welche in der Literatur gerne als die „jungen Alten“ bezeichnet werden (Martin & Kliegel, 2008).

Die Befunde für diesen Lebensabschnitt, was körperliche und geistige Funktionsfähigkeit und Entwicklungspotentiale anbelangt, tragen zu einer positiven Sichtweise des jungen Alters bei (Baltes, 2007). Das vierte Lebensalter, dem die so genannten „alten Alten“ oder „Hochbetagten“ zugerechnet werden, ist hingegen durch degenerative Prozesse und gesundheitliche Einschränkungen geprägt und wird in der Forschungsliteratur bei 80+ angesetzt (Baltes, 1997; Martin & Kliegel, 2008).

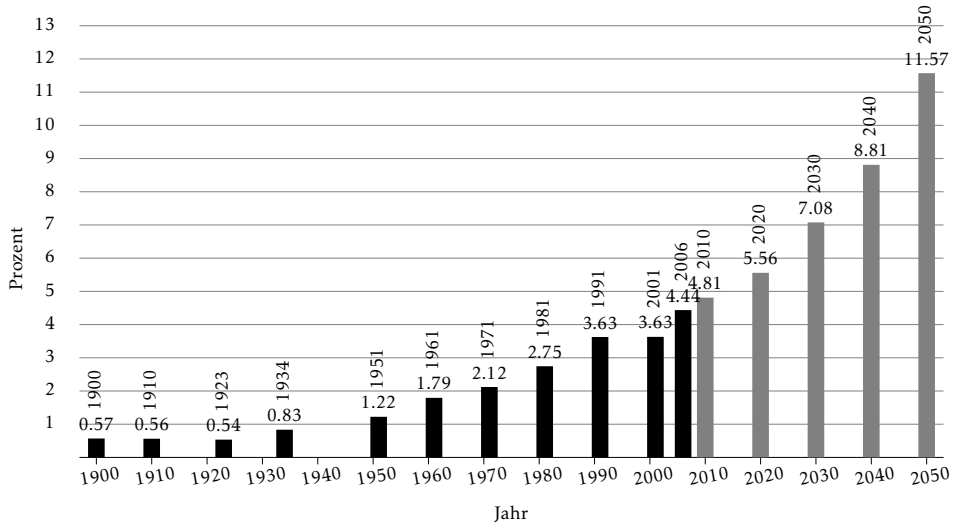
Die altersspezifischen Funktionsverluste sind im Übergang vom dritten zum vierten Lebensalter besonders offensichtlich; Multimorbidität, Mobilitätsprobleme und Schmerz nehmen deutlich zu (Walter, Hager & Lux, 2008; Weber, Ferring & Glück, 2008). Die Berliner Altersstudie (Mayer & Baltes, 1999) bestätigt zunehmende körperliche und psychische Dysfunktionen im hohen Alter. Diese Sichtweise wird am Beispiel der Demenz besonders bedrückend: Liegt das Risiko im dritten Lebensalter an einer Demenz zu erkranken zwischen einem und 18%, steigt es im vierten Lebensalter auf 39% an (Bickel, 2002; Berr, Wancata & Ritschie, 2005). Für die hochbetagten, über 95-jährigen Menschen werden Prävalenzraten von mehr als 50% angegeben (Mayer & Baltes, 1999; Weyerer & Bickel, 2007). Nüchtern betrachtet zeigt das vierte Lebensalter deutlich weniger positive Aspekte, für die meisten stellen sich beträchtliche Verluste an kognitivem Potential und subjektivem Wohlbefinden ein (Baltes, 2007).

Als spezielle Entwicklung der demografischen Alterung wird in der Literatur das Phänomen der doppelten Alterung (Baltes, 1999) oder des dreifachen Alterns (Tews, 1996) diskutiert. Mit diesen Begriffen ist der überproportionale und weiter anwachsende Anteil der Hoch- und Höchstbetagten (Menschen über 80 Jahre) in der Gesamtbevölkerung gemeint (Baltes, 1999). Im Jahr 2005 betrug der Anteil der über 80-jährigen Menschen an der deutschsprachigen Gesamtbevölkerung vier Prozent, das sind ca. 360.000 Menschen in Österreich.

Der genannte Prozentsatz wird sich in den nächsten 40 Jahren auf 12 Prozent erhöhen (Lutz et al., 2008; Gerostat, 2009). Abbildung 2.1 gibt einen Eindruck von der kleinen, aber rasch wachsenden Bevölkerungsgruppe der über 80-jährigen Österreicher/innen. Auch Hundertjährige sind keine Ausnahme mehr (Rott, 2004). Die Verschiebung der Altersstruktur hin zum hochbetagten Menschen hat, wie bereits angemerkt, weit reichende individuelle und gesellschaftliche Auswirkungen.

2. Herausforderung einer Altersgesellschaft

Abbildung 2.1.: Anteil der über 80-jährigen Bevölkerung in Österreich (Statistik Austria, 2009e, eigene Berechnungen)



2.3. Geschlechtsspezifische Differenzen im Alter

Bei der Angabe demografischer Fakten und Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung wird regelmäßig und einhellig von einer Feminisierung des Alters gesprochen (z.B. Höpflinger, 1997; Kytir & Münz, 2000; Rieder & Meryn, 2001). So ist auch der bislang älteste dokumentierte Mensch aller Zeiten eine Frau. Die Französin Jeanne Calment erreichte ein Lebensalter von 122 Jahren (<http://www.supercentenarian.com/records.html>) [11.2.2009]. Für Frauen in den Industrienationen geht die Lebenserwartung dynamisch aufwärts. Liegt, wie eingangs schon erwähnt, die Lebenserwartung von Frauen bei durchschnittlich 83 Jahren, ist die der Männer um fünf Jahre geringer (Statistik Austria, 2009b). Besonders deutlich zeigt sich das geschlechtsspezifische Ungleichgewicht in der Gruppe der Hochaltrigen. Bei den über 90-jährigen gibt es dreimal so viele Frauen als Männer (Statistik Austria, 2007).

2.3.1. Lebenserwartung und Gesundheit

Die geschlechtsspezifischen Differenzen in der Morbidität und Mortalität haben in den letzten Jahren deutlich an Interesse gewonnen (Lawrence & Rieder, 2007; Rieder & Meryn, 2001). Die unterschiedliche Lebenserwartung von Männern und Frauen wird mit dem Hinweis einer engen Verzahnung von biologischen, psychischen und sozialen Prozessen erklärt (Dinkel & Luy, 1999; Fischer, 2005). Gemäß dieser biopsychosozialen

2. Herausforderung einer Altersgesellschaft

Perspektive werden im Folgenden relevante Faktoren aus den genannten Bereichen angeführt, die zur Erklärung der Geschlechterdifferenz beitragen und übereinstimmend die Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsforschung verdeutlichen.

Für beide Geschlechter verläuft die Gesundheitsentwicklung innerhalb der letzten Jahrzehnte positiv (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen [ÖBIG], 2004; Schneekloth, 2006). Land und Yang (2006) betonen die Relevanz von sozioökonomischen Bedingungen und Lebensstilfaktoren für das Mortalitätsrisiko und verweisen darauf, dass sich durch die gesellschaftlichen Veränderungstrends im letzten Jahrhundert, wie erhöhte Erwerbstätigkeit sowie vermehrter Nikotin-, Alkohol- und Drogenkonsum bei Frauen, durchaus eine Annäherung in der Lebenserwartung einstellen könnte.

Frauen und Männer sterben auch heute schon an denselben Krankheiten, nur zu unterschiedlichen Zeiten. Die häufigste Todesursache sind Herz-Kreislaufkrankungen (Statistik Austria, 2008a). Die Todesursache Nr. 1 in Österreich – der Herzinfarkt – wird nach wie vor als Männerkrankheit angesehen. Im Unterschied zu Männern tritt der Herzinfarkt bei Frauen ca. zehn Jahre später auf. Der spätere Erkrankungsbeginn bei Frauen wird durch hormonelle Faktoren, den schützenden Effekt des Östrogens auf die Blutgefäße, erklärt (Walter, et al., 2008). Die Behandlung des Myokardinfarkts ist zwar bei beiden Geschlechtern gleichermaßen effektiv, dennoch werden Frauen vielfach nicht evidenzbasiert, d. h. den wissenschaftlichen Standards und aktuellen Befunden entsprechend, untersucht und medizinisch versorgt (El-Chami, Hanna, Bush & Langberg, 2007; Fischer, 2005). Baumhäkel, Müller und Böhm (2009) konnten auf der Grundlage von 1 857 Krankenakten zeigen, dass Patientinnen Medikamente wie beispielsweise Thrombozytenaggregationshemmer und Betablocker, welche sich in der Behandlung der Hypertonie, bei Herzinfarkt und chronischer Herzinsuffizienz als wirksam erwiesen haben, seltener und häufig in unzureichender Dosierung verordnet bekommen. Die seltenere Indikation von Koronarangiographien oder Ballondilatationen und die medikamentöse Unterversorgung von Frauen werden durch die subtilere Symptomatik des „weiblichen Herzinfarkts“ begründet. Dieser zeigt sich häufig mit untypischen Symptomen wie Übelkeit, Rückenschmerzen oder Atemnot, ist daher schwerer diagnostizierbar bzw. werden diese Beschwerden seltener zum Anlass für weitere Untersuchungen genommen (Stanger, 2008).

Im Jahr 2005 erkrankten in Österreich an die 37 000 Menschen an Krebs (Statistik Austria, 2008a). Krebserkrankungen oder Neubildungen gelten als zweithäufigste Todesursache. Männer sind von bösartigen Neubildungen 1.5- bis 2-mal häufiger betroffen. Deutliche Geschlechtsunterschiede gibt es hinsichtlich der Tumorlokalisation und des Krankheitsverlaufs. Die häufigste Krebserkrankung bei Männern ist der Prostatakrebs, gefolgt von Lungen- und Dickdarmkrebs; Die häufigste Tumorlokalisation bei Frauen ist der Brustkrebs (Statistik Austria, 2008a). Sowohl für Prostata- als auch Brustkrebs wird eine Zunahme der Inzidenz verzeichnet, was auf vermehrte Vorsorgeuntersuchun-

2. Herausforderung einer Altersgesellschaft

gen zurückgeführt wird. Das Risiko an Lungenkrebs zu erkranken verläuft für beide Geschlechter unterschiedlich: Während der Lungenkrebs bei Männern, trotz ca. dreimal so hohen Fallzahlen gegenüber Frauen, rückläufig ist, ist das Risiko der Frauen deutlich angestiegen. Die deutliche Zunahme rauchender Frauen, besonders in sozial benachteiligten Schichten, wird damit in Zusammenhang gebracht (Fischer, 2005).

Die dritte bedeutende Todesursachenkategorie (Unfälle und Gewaltverbrechen) wird ebenfalls von Männern angeführt und mit deren riskanteren Lebensstil in Verbindung gebracht (Lohaus, 2006). Im Jahr 2001 waren drei Viertel der tödlich Verunglückten junge Männer (ÖBIG, 2004). Die hohe Unfallsterblichkeit findet sich aber auch in der Altersspanne der 45- bis 64-jährigen Männer, wo die Sterblichkeitsraten doppelt so hoch wie bei Frauen sind. Für das aggressivere und risikofreudigere Verhalten von Männern werden die männlichen Sexualhormone verantwortlich gemacht (Dinkel & Luy, 1999).

Welches Ausmaß den einzelnen Faktoren bei der Erklärung der Geschlechterdifferenz zukommt, ist bislang nicht zu beantworten (Luy, 2002). Die in der so genannten Klosterstudie (www.klosterstudie.de) gefundenen geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsunterschiede deuten darauf hin, dass der biologische Überlebensvorteil der Frauen maximal zwei Jahre beträgt und die Differenz zwischen der Allgemein- und der Klosterbevölkerung überwiegend umwelt- und verhaltensbedingt ist (Luy, 2002).

Es kann also festgehalten werden, dass Männer im höheren Alter häufiger lebensbedrohlich erkranken und sterben, während Frauen vermehrt an nicht lebensbedrohlichen, chronischen Erkrankungen leiden (Faltermaier, 2005). Neben dem objektiven Vorteil eines längeren Lebens, sind Frauen in vielerlei Hinsicht von den Problemen des Alters stärker betroffen (Hoffmann & Nachtmann, 2007). Psychische Störungen, wie Depression, Angst und somatoforme Störungen, sind ebenfalls in höherem Ausmaß bei der weiblichen Bevölkerung anzutreffen (Wittchen & Jacobi, 2005). Frauen fühlen sich generell und in höherem Alter nochmals stärker als gleichaltrige Männer gesundheitlich beeinträchtigt und nehmen körperliche Symptome eher wahr (Maercker, 2002; Smith & Baltes, 1998). Die subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes von Frauen ist weit negativer als jene der Männer (Faltermaier, 2005; Schultz-Zehden, 2005). Darüber hinaus kann durch Studien belegt werden, dass Frauen im Vergleich zu gleichaltrigen Männern auch psychische Symptome differenzierter wahrnehmen und erleben (Fischer, 2005).

In der höheren Morbidität und höheren Lebenserwartung von Frauen werden Gründe für die höhere Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen sowie dem höheren Psychopharmakakonsum gesehen (Fischer, 2005; Stiehr & Spindler, 2006). In der Interaktion zwischen Arzt/Ärztin und Patientin wird häufiger die Diagnose einer psychischen Störung vergeben, damit einhergehend vermehrt Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerzmittel verordnet, während die Diagnosestellung bei Patienten eher somatische

2. Herausforderung einer Altersgesellschaft

und physiologische Komponenten beinhaltet (Chiaramonte & Friend, 2006; Kolip & Hurrelmann, 2002). Kolip und Glaeske (2002) erklären Befunde solcher Art mit dem Kommunikationsverhalten von Frauen. Sie sprechen über ihre Probleme in einer Form, welche einen psychosomatischen Anteil erkennen lassen. Männer hingegen reagieren auf Krankheitssymptome später und meist nur dann, wenn diese mit dem männlichen Selbstbild vereinbar sind; Sie werden medizinisch umfassender abgeklärt, erhalten häufiger somatische Diagnosen und werden medikamentös besser eingestellt (Baumhäkel et al., 2009; Fischer, 2005).

Gesundheit muss geschlechtsspezifisch betrachtet werden: Frauen erleben über die Lebensspanne hinweg häufiger Verluste, leiden vermehrt an chronischen Erkrankungen, haben ein erhöhtes Risiko, eine hirnanorganische Störung auszubilden und sind wesentlich häufiger von dem kritischen Lebensereignis einer Heimübersiedelung betroffen (Kytir & Münz, 2000; Wahl & Maier, 2001; Stiehr & Spindler, 2006). Männer müssen, angesichts einer geschlechterdifferenzierten Betrachtung in der Lebenserwartung, den Krankheitserfahrungen und den Sterbestatistiken als Hochrisikogruppe für einen frühzeitigen Tod bezeichnet werden (Rieder & Meryn, 2001). Die angeführten Studien verweisen auf die Notwendigkeit einer geschlechtersensiblen Betrachtungsweise der Gesundheit, die zunächst darin bestehen kann, über die Wahrnehmung des geschlechtlichen Körpers hinaus die sozialen, gesunderhaltenden und krankmachenden Bedingungen als relevante Themen anzuerkennen und diese im diagnostischen und therapeutischen Prozess miteinzubeziehen (Kolip & Hurrelmann, 2002; Voß & Lohff, 2008). Die primärärztliche Versorgung, als erste Anlaufstelle auch für psychische Auffälligkeiten, ist dabei im Besonderen gefragt.

2.3.2. Suizidalität im Alter

Im internationalen Vergleich der Suizidraten liegt Österreich, gemeinsam mit Schweden, Deutschland, Japan, Kanada und den USA, seit 1997 erstmals nicht mehr im höchsten Bereich, sondern im Mittelfeld. Höhere Raten weisen z.B. Ungarn, Estland, Lettland, Litauen und Finnland auf. Die niedrigsten Raten werden für Niederlande, Großbritannien, Spanien, Italien und Griechenland berichtet (Katschnig, Ladinsner, Scherer, Sonneck & Wancata, 2001).

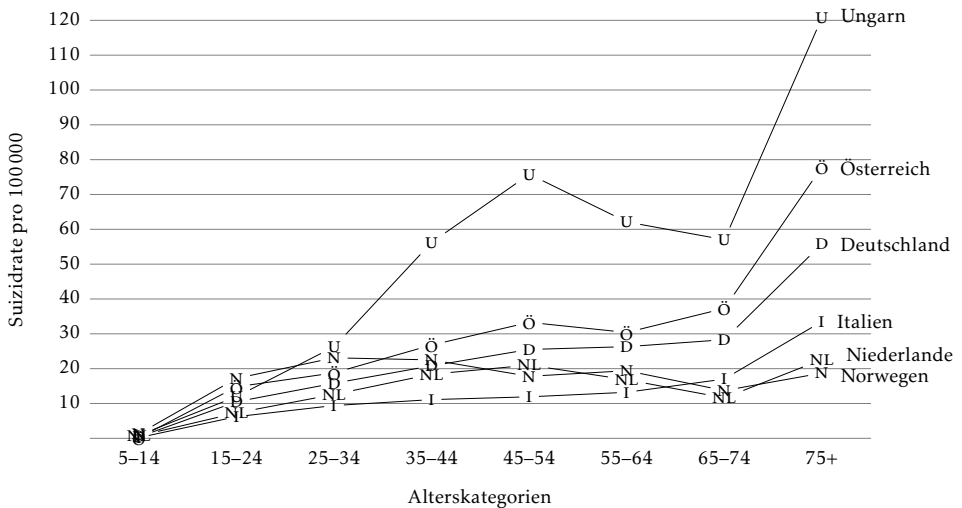
Männern wird generell ein wesentlich höheres Suizidrisiko konstatiert (Faltermaier, 2005; Hawton & van Heeringen, 2009; Schmidtke et al., 2004a). Die Suizidziffern für Österreich (Zahl pro 100 000 Einwohner/innen) betragen für das Jahr 2005 26.3 für Männer und 8.3 für Frauen. Insgesamt wurden im betreffenden Jahr 1 392 Suizide verübt, wobei die Bundesländerstatistik von Kärnten und der Steiermark angeführt wird (Kapusta, 2005). Nur in China übertreffen Frauen die Männer in der Suizidrate (WHO, 2008b).

2. Herausforderung einer Altersgesellschaft

Die Suizidmortalität folgt in vielen europäischen Ländern dem „ungarischen Muster“, das heißt, sie steigt im Alter an und erreicht ihren Höhepunkt bei hochaltrigen Männern (Erlemeier, 2002). Der genannte Begriff hat sich in der einschlägigen Literatur durchgesetzt, da sich das Phänomen exorbitant hoher Suizidraten bei über 75-jährigen Männern in Ungarn ganz besonders deutlich zeigt (s. Abb. 2.2).

Abbildung 2.2.: Männliche Suizidraten in Alterskategorien

(http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html [31.8.2009], eigene Darstellung)



Psychische und körperliche Erkrankungen, aber auch Verlusterlebnisse, Vereinsamung und Angst vor Abhängigkeit werden als relevante Risikofaktoren für den Alterssuizid genannt (Hirsch, Teising & Wächtler, 2008). Ein erhöhtes Suizidrisiko bringen Juurlink, Herrmann, Szalai, Kopp und Redelmeier (2004) auf der Grundlage von Dokumentenanalysen der im Zeitraum von 1992 bis 2000 durch Suizid verstorbenen, über 66-jährigen Personen ($n = 1354$), primär mit einer Depression in Zusammenhang. Andere Erkrankungen wie Schmerz, chronische Lungenerkrankungen oder eine kongestive Herzinsuffizienz gehen ebenfalls mit einem höheren Risiko einher. Die psychologische Autopsiestudie von Harwood, Hawton, Hope, Harriss und Jacoby (2006) an 100 Suizidfällen in England ergab, dass 82% der Betroffenen an körperlichen Erkrankungen litten und 47% von Trauer- bzw. Verlusterlebnissen betroffen waren. Ähnliche Ergebnisse werden auf der Grundlage von 23 Suizidfällen berichtet, wo 57% an körperlichen und 25% an lebensbedrohlichen Krankheiten litten und knapp 50% Verlusterlebnisse im Jahr vor ihrem Tod erleben mussten (Harwood, Hawton, Hope & Jacoby, 2006).

Obwohl die Suizidrate der Männer in unseren Breiten etwa drei Mal höher ist als

2. Herausforderung einer Altersgesellschaft

jene der Frauen (WHO, 2008b), hat sich in den letzten Jahrzehnten der Anteil älterer Frauen an allen Suiziden überproportional erhöht. Die Hälfte aller von Frauen verübten Suizide findet nach dem 60. Lebensjahr statt (Schmidtke, Sell & Löhr, 2008).

Bei den Suizidmethoden unterscheidet man „harte“, das heißt Methoden mit höherem Letalitätsrisiko (z. B. Erhängen oder der Sturz in die Tiefe) von „weichen“ Methoden (z.B. Intoxikation) (Schmidtke, Sell & Löhr, 2008). In der Zeitspanne von 1989 bis 1993 setzten 65% der Männer und 82% der Frauen eine weiche Methode ein, um ihr Leben zu beenden (Schmidtke et al., 2004b). Weiche Methoden werden insgesamt stärker von Frauen bevorzugt (Erlemeier, 2002). Fakt ist, dass bei älteren Personen die „harten“ Methoden vermehrt zum Einsatz kommen. An erster Stelle stehen sowohl bei Männern (55%) als auch bei Frauen (40%) „Erhängen, erdrosseln, ersticken“, gefolgt vom Tod durch „Feuerwaffe und Explosivstoffe“ bei den Männern mit 15% (Frauen 1%). An der zweiten Stelle stehen bei den Frauen „Vergiftungen“ mit 24% (Männer 8%). Für beide Geschlechter steht an dritter Stelle der Suizidmethoden der „Sturz aus der Höhe“ mit einer Häufigkeit von 8% bei den Männern und 14% bei den Frauen (Schmidtke et al., 2008).

Motive, sich das Leben zu nehmen, wurden von Klostermann und Schneider (2004) an einer Stichprobe von 130 hochaltrigen Menschen untersucht. Aus den Textanalysen der Abschiedsbriefe gingen schwere Erkrankungen, chronische Schmerzen, Aussichtslosigkeit als wesentliche Motive hervor. Auch die Angst, in einem Pflegeheim die letzten Tage verbringen zu müssen, wurde von den Studienteilnehmer/inne/n thematisiert. Über Suizide von hochaltrigen Menschen in Pflegeheimen ist, auch wenn sie vorkommen, wenig bekannt (Grek, 2008). Um das Leben zu beenden, werden im Pflegeheim vorrangig die Methoden „Herabstürzen“, „Erhängen“ und „Vergiften“ gewählt (Scocco et al., 2006a). Pflegeheimbewohner/innen weisen eine Vielzahl von Risikofaktoren – wie körperliche und psychische Erkrankungen, Verlusterlebnisse, ein hohes Lebensalter – auf, die suizidales Verhalten begünstigen (Scocco, de Girolamo & Pavan, 2006b). Haight (1999) fand in ihrer Studie ($n = 99$) zwölf suizidal eingeeingte Pflegeheimbewohner/innen, diese unterschieden sich von den anderen durch ein höheres Alter (über 85 Jahre) und dem ausgeprägten Wunsch, Kontrolle über ihr Leben zu behalten. Des Weiteren verfügten sie über ein hohes Maß an Selbstachtung und wiesen behandlungsbedürftige Depressionswerte auf. Pflegeheimbewohner/innen sind, auch wenn die Forschungslage eine bislang dürftige ist, eine Hochrisikogruppe für Suizide. Pflegeheimbetreiber/innen sollten sich dessen bewusst werden, denn gerade für diese Personen ist es bedeutsam, Sterben, Tod und Suizidalität anzusprechen, Risikofaktoren wahrzunehmen und Präventions- und Behandlungsstrategien zu entwickeln (Haight, 1999; Scocco et al., 2006a, b).

2.3.3. Suizidprävention

Der mit zunehmendem Alter dramatische Anstieg von Suiziden erfordert eine Intensivierung und Optimierung der Suizidprävention und Krisenhilfe im Alter (Erlemeier, 2002; Hawton & Van Heeringen, 2009; Schaller, 2008). Das wird jedoch erschwert durch die geringe Inanspruchnahmebereitschaft psychologischer bzw. psychotherapeutischer Hilfen alter Menschen. Hirsch et al. (2008) geben an, dass lediglich ca. 10% der über 60-jährigen Krisendienste in Anspruch nehmen. In psychotherapeutischen Praxen werden über 60-jährige nur in geringem Ausmaß versorgt (Heuft, Kruse & Radebold, 2006). Zum einen befürchten ältere Menschen, dass ein Ansprechen suizidaler Befindlichkeiten ihre Selbstständigkeit und Autonomie einschränkt, zum anderen gibt es auch Unsicherheiten im Umgang mit Suizidalität auf Seite der Expert/inn/en. Vorbehalte, wie mangelndes gerontologisches Wissen, Angst vor der Auseinandersetzung mit Tod und Sterben sowie die umgekehrte Übertragungssituation sind Barrieren, die auf beide Seiten zutreffen und gezielte Interventionen verhindern (Heuft et al., 2006; Zank, 2002). Die besonders hohen Selbstmordraten bei über 60-jährigen Männern und die geringe Inanspruchnahme professioneller Hilfsangebote fordern unsere Aufmerksamkeit. Besonderes Augenmerk muss auch auf die institutionalisierten alten Menschen gerichtet werden, deren Suizidproblematik sich oft in dem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe äußert. Es bedarf der Hellhörigkeit und eines aktiven Zugehens auf alte Menschen, insbesondere auch in stationären Pflegeeinrichtungen. Auf die genannte Problematik hin orientierte Informations- und Behandlungsangebote wie z. B. „Wenn das Altwerden zur Last wird – Suizidprävention im Alter“, <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/publikationsliste,did=28024.html> [15.5.2009] geben wertvolle Informationen und sollten den Weg in die Praxis finden und aktiv umgesetzt werden. Eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Alter(n) und den gängigen Altersbildern wäre bereits in jüngeren Jahren im Sinne der primären Prävention ratsam, um sich auf die Zeit als hochaltrige Frau oder hochbetagter Mann vorbereiten zu können (Hirsch et al., 2008). Damit in Verbindung steht auch der hohe Anspruch, unzureichende oder ungünstige Lebenslagen als Risikofaktoren anzuerkennen und entsprechende sozialpolitische und sozialökologische Bedingungen zu verbessern (Erlemeier, 2002).

2.3.4. Lebensformen älterer Menschen

Mit steigendem Lebensalter werden geschlechtsspezifische Differenzen auch in der Lebensform deutlicher. Waren im Jahr 2008 knapp 62% der Männer im Alter von 80 Jahren und älter verheiratet, trifft dies nur auf 16% der Frauen zu (Statistik Austria, 2009f). Entsprechend den traditionellen Normen der Partner/innen/wahl finden sich höhere

2. Herausforderung einer Altersgesellschaft

Wiederverheiratungsquoten bei den Männern und ein höheres Verwitwungsrisiko bei Frauen (Heß-Meining & Tölke, 2005; Statistik Austria, 2007).

Auch in Bezug auf die Wohnform lassen sich deutliche Unterschiede erkennen. Die häufigste Wohnform für über 80-jährige Männer ist der Ehepaarhaushalt, für über 80-jährige Frauen ist es, aufgrund von Verwitwung und einer generell höheren Lebenserwartung, der private Einpersonenhaushalt (Statistik Austria, 2007; Wahl, 2005). Gut 60% der über 85-jährigen Frauen, aber nur 32.3% der gleichaltrigen österreichischen Männer leben in Einpersonenhaushalten (Schipfer, 2007). Bis ins Jahr 2050 wird sich die Zahl alleinlebender über 60-jähriger Menschen auf fast eine Million Menschen verdoppeln (Rosenmayr & Böhmer, 2006). Diese Singularisierung trifft vorrangig auf ältere Frauen zu, so dass im Falle einer Pflegebedürftigkeit auch ein Pflegeheimenritt für Frauen wahrscheinlicher als für Männer wird. An die acht Prozent der über 75-jährigen Frauen und vier Prozent der 75-jährigen und älteren Männer lebt in Pflegeheimen, ein Anteil, der mit zunehmendem Alter weiter ansteigt (Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Frauen [BMGFJ], 2005).

Um alternative Wohnkonzepte für die stetig wachsende Altersgesellschaft bemüht, entwickelten sich vor ca. 50 Jahren Senior/inn/enstädte. In der wohl bekanntesten Stadt – Sun City in Arizona – wohnen fast 50 000 Einwohner/innen mit einem Durchschnittsalter von 75 Jahren. Die Wüstenstadt verfügt über ein Krankenhaus, Freizeitanlagen, Kirchen und das Miteinander ist von hohem sozialem Engagement geprägt (<http://www.city-data.com/housing/houses-Sun-City-Arizona.html> [15.9.2009]). Mittlerweile gibt es eine Vielzahl an vergleichbaren Städten in anderen Bundesstaaten und auch in Australien finden sich „retirement villages“. Der interessierte Leser/die interessierte Leserin sei beispielsweise auf <http://www.castlehill.com> [15.9.2009] verwiesen. Aus der hohen Nachfrage lässt sich schließen, dass sich die Menschen in den Altenstädten wohl fühlen und sie gerne unter sich und freiwillig außerhalb der Gesellschaft leben, auch wenn es für manchen den Schein eines elitären Gettos hat. Ein Miteinander der Generationen wird hier bewusst nicht angestrebt.

Ganz anders in einem europäischen Altenprojekt, das auf Gemeinschaft, Solidarität und Familiensinn fokussiert. In den Bergen der Emilia Romagna, in Tiedoli, startete im Jahr 2003 ein ganzheitliches Dorfprojekt. Dort wurden auf Initiative von Mario Tommasini (1928–2006), der in den 1960er Jahren als Sozialdezernent maßgeblich an der Umsetzung der Psychiatriereform in Italien beteiligt war, und vielen überzeugten Mitwirkenden die leerstehenden Häuser altengerecht saniert und ein flexibles Pflegesystem organisiert, das Unterstützung in der familiären Pflege bietet und ein Zusammenleben der Generationen ermöglicht (Deutsch, 2007). Projekte und Initiativen, wie beispielsweise das Frauenwohnprojekt Beginenhof in Bremen, wo Frauen unterschiedlicher Generationen und Lebenssituationen miteinander leben (<http://www.beginenhof.de/basics/idee.html> [15.9.2009]), der Mandalahof in Wien, der sich als Lebensort für Menschen mit spirituel-