



Medizinische Universität Graz



Masterarbeit

„Erfolgreiches - aktives Altern“

**Lebenslanges Lernen als wichtiger Beitrag zur
Gesundheitsförderung im Alter, am Beispiel der
Hauskrankenpflege Villach Stadt**

eingereicht von

Katrin Hermine Maria Köfer, BSc, MSc

Mat.Nr.: 0633076

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Public Health (MPH)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Universitätslehrgang Public Health

unter der Anleitung von Betreuerin

Mag.^a Brigitte Walzl, MPH

Zweitbegutachtung: Frau Mag.^a Karin Reis-Klingspiegl

Graz, Juli 2013

„Irgendwann – früher oder später – geschieht wohl in jedem Leben ein vielleicht leiser, aber folgenreicher Perspektivenwechsel. Die eigene Lebensgeschichte wird zu einer Wirklichkeit, die Interesse weckt, fasziniert, erschreckt, und eine deutende Selbsterforschung auf sich zieht.

Das Altern beginnt.“

(Mader 1989 zitiert in Kade 2009, S.13)

KURZZUSAMMENFASSUNG

Erfolgreich Altern spielt im Rahmen einer Gesundheitsförderung eine immer bedeutendere Rolle. Dafür sprechen nicht nur die zunehmende demographische Veränderung in Richtung Hochaltrigkeit, sondern auch das Bestreben der Gesellschaft gesund und aktiv zu altern. Um ein erfolgreiches Altern möglich zu machen, müssen unterschiedliche interne und externe Faktoren berücksichtigt werden. Diese Faktoren können auf Grund der Heterogenität der älteren Population nicht immer spezifisch definiert werden.

Eine ausführliche Literaturrecherche hat ergeben, dass es zahlreiche Theorien und Modelle gibt, die einen erfolgreichen Alterungsprozess unterstützen und auf die Individualität der älteren Generation Rücksicht nehmen. Als wichtigstes Element, dem Alter aktiv und erfolgreich entgegenblicken zu können, wird dabei ein lebenslanges Lernen gesehen. Bildung ist und bleibt die Grundvoraussetzung für die Fähigkeit, sich im Alter an kommende Veränderungen anzupassen. Die durchgeführten ExpertInneninterviews haben aufgezeigt, dass ein lebenslanges Lernen, unter der Berücksichtigung von unterschiedlichen Faktoren, auch in den Kontext der Hauskrankenpflege übertragbar ist. Kernaussage ist, dass alle Interventionen nach den Bedürfnissen der älteren Menschen und auf der Basis von politischen Rahmenbedingungen geplant und durchgeführt werden sollen. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit aller beteiligten Organisationen soll schließlich helfen, die Maßnahmen praktisch umzusetzen.

Fazit ist, dass es immer wichtiger wird, die Lücke zwischen Theorie und Praxis mit Hilfe der Wissenschaft zu schließen. Es kann folglich davon ausgegangen werden, dass es in Zukunft zu einer zunehmenden Auseinandersetzung mit den Ressourcen und Kompetenzen des Alters kommen wird. Die Altersbilder werden sich einem Wandel unterziehen, und mehr denn je wird die älter werdende Generation in gesellschaftspolitische Fragestellungen miteinbezogen werden. Public Health kann dabei eine Schlüsselrolle spielen und helfen bedürfnisgerechte Interventionen zu entwickeln, durchzuführen und zu überprüfen.

Schlüsselwörter: Gesundheitsförderung, lebenslanges Lernen, Gedächtnistraining, aktives Altern, erfolgreiches Altern, Hauskrankenpflege, Public Health

ABSTRACT

Life-long learning is becoming ever more important in the context of health promotion, not only because of increasing life expectancy but also because of the desire to stay healthy and active in older years. If aging is to be successful, a number of internal and external factors have to be taken into consideration, but due to the heterogeneity of older age groups, they are not always specifically defined.

An extensive literature search showed that there are many theories and models designed to encourage a successful aging process and that take the individuality of the older generation into consideration, whereby life-long learning contributes most importantly to an active and successful aging process. Learning is, and remains, the basic prerequisite for an ability to adjust to the changes that accompany aging. The expert interviews performed for this study showed that life-long learning, taking a variety of factors into consideration, can also be carried over into home care. The main message is that all interventions must be planned and performed according to the needs of older people and on the basis of a policy framework. Interdisciplinary cooperation on the part of all the agencies involved should ultimately help to put the measures into practice.

The truth of the matter is that it is increasingly important to use science to close the gap between theory and practice. It can be assumed that discussion of resources and competences for the elderly will escalate. The public image of the elderly will change, and more than ever, the generation approaching old age will be included in discussion of social policy. Public health can play a key role here, helping to develop, perform and monitor need-based interventions.

Keywords: health promotion, live long learning, memory training, active aging, successful aging, community care, Public Health

DANKSAGUNG

Mein Dank gilt besonders den österreichischen Bundesministerien, die mir wertvolle Literatur zur Verfügung gestellt haben, dem Fonds Gesundes Österreich für seine Unterstützung und Frau Miriam Brunner für die Zusammenarbeit beim Entstehen der ExpertInneninterviews. Weiters danke ich Frau Stefanie Jeroutschitsch für das Korrekturlesen und meinem Bruder Christian für das Formatieren der Arbeit. Schließlich danke ich Frau Mag.^a Brigitte Walzl, MPH für ihre Betreuung beim Entstehen dieser Arbeit und Frau Mag.^a Karin Reis-Klingspiogl für die Zweitbegutachtung.

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, Juli 2013



Katrin Köfer, BSc, MSc

INHALTSVERZEICHNIS

BEGRIFFSDEFINITION.....	1
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	1
ABBILDUNGS - UND TABELLENVERZEICHNIS.....	2
1. EINLEITUNG.....	3
2. PUBLIC HEALTH RELEVANZ.....	7
3. FORSCHUNGSFRAGEN.....	9
4. METHODE.....	10
4.1. Literatursuche.....	10
4.2. Leitfadenunterstütztes ExpertInneninterview.....	10
4.3. Auswahl und Beschreibung der Stichprobe.....	11
4.4. Datenanalyse.....	12
5. DAS ALTERN IN SEINER KOMPLEXITÄT VERSTEHEN.....	14
5.1. Die demographische Entwicklung in Europa.....	15
5.1.1. Die demographische Entwicklung in Österreich.....	17
5.1.2. Die steigende Lebenserwartung.....	18
5.1.3. Das doppelte Altern.....	19
5.2. Altersbilder.....	19
5.3. Die Dimensionen des Alters.....	22
5.3.1. Biologisches Altern.....	22
5.3.2. Kognitives Altern.....	23
5.3.3. Psychisches Altern.....	24
5.3.4. Soziales Altern.....	24
5.4. Altern in der Gesellschaft.....	25
5.4.1. Das Alter und die Medien.....	26
5.4.2. Ageism.....	27
5.5. Der Genderaspekt im Alter.....	27
5.6. Partnerschaft und Sexualität im Alter.....	28

5.7.	Generationsvertrag und Generationsverhältnisse	29
5.7.1.	Die politischen Herausforderungen in Bezug auf das Alter	31
5.8.	Familienstruktur und soziale Beziehungen im Alter	32
5.8.1.	Wohn- und Lebensformen im Alter.....	33
5.8.2.	Die finanzielle Lage der älteren Generation.....	35
5.8.3.	Einsamkeit und Isolation im Alter.....	36
5.9.	Lebenszufriedenheit im Alter	37
5.9.1.	Sinngebung und Ziele im Alter	38
5.9.2.	Die Bedeutung der Forschung und Wissenschaft für das Alter	39
6.	ERFOLGREICHES UND AKTIVES ALTERN	41
6.1.	Der dritten und vierten Lebensphase erfolgreich entgegenblicken	42
6.1.1.	Modell der Selektiven Optimierung (SOK)	43
6.1.2.	Disengagement-Theorie.....	44
6.1.3.	Aktivitätstheorie	45
6.1.4.	Sozialisationstheorie.....	46
6.2.	Im Alter produktiv sein	48
6.2.1.	Ehrenamt.....	49
6.3.	Im Alter aktiv und mobil sein.....	49
6.3.1.	Neue Technologien nutzen	51
6.4.	Sich im Alter bilden	51
6.4.1.	Lebenslanges Lernen	53
7.	EMPIRISCHER TEIL	55
7.1.	Der Begriff lebenslanges Lernen.....	55
7.2.	Lebenslanges Lernen als wichtiger Beitrag zur Gesundheitsförderung im Alter.....	56
7.3.	Lebenslanges Lernen im Rahmen der Hauskrankenpflege	57
7.4.	Fördernde und hinderliche Faktoren in Bezug auf das lebenslange Lernen	58
7.5.	Perspektiven des lebenslangen Lernens	60
8.	DIE ROLLE VON PUBLIC HEALTH	62
9.	DISKUSSION.....	64
10.	SCHLUSSFOLGERUNG	69

11. LITERATURVERZEICHNIS.....	71
12. ANHANG.....	79
12.1. ExpertInneninterview 1	79
12.2. ExpertInneninterview 2	84
12.3. ExpertInneninterview 3	87
12.4. ExpertInneninterview 4	90
12.5. ExpertInneninterview 5	93
12.6. Informed Consent	79
12.7. Leitfadenunterstützter Fragebogen.....	80

BEGRIFFSDEFINITION

Gender	soziales Geschlecht
Gerontologie	Alterswissenschaft
interdisziplinär	fächerübergreifendes Zusammenarbeiten
Outcome	Ergebnis
Morbidität	Krankheitsrate in der Bevölkerung
Mortalität	Sterberate in der Bevölkerung
partizipativ	mitwirkend
Pluralismus	Meinungsvielfalt

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AVS	Arbeitsvereinigung der Sozialhilfe Kärntens
bzw.	beziehungsweise
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
ca.	circa
d.h.	das heißt
dzt.	derzeit
etc.	et cetera
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
IFES	Institut für Empirische Sozialforschung
LLL	lebenslanges Lernen
HKP	Hauskrankenpflege
od.	oder
ÖKSA	Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit
PH	Public Health
SES	Sozioökonomischer Status
sog.	sogenannt
UN	Vereinte Nationen
UNESCO	Vereinte Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur
vgl.	Vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

ABBILDUNGS - UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildung 1: Bevölkerungspyramide im Vergleich 2012, 2030 und 2050.....	18
Abbildung 2: Lebenserwartung 1970 – 2010 nach Geschlecht.....	19
Abbildung 3: Stufenalter des Mannes in Form einer Lebenstreppe	21
Abbildung 4: Stufenalter der Frau in Form einer Lebenstreppe.....	21
Abbildung 5: Haushaltsnettoeinkommen von SeniorInnen.....	36
Abbildung 6: Sozialtheoretisches Modell	47
Abbildung 7: Die 4 Säulen der Bildung	52

Tabelle 1: Entwicklung des Anteils der älteren Bevölkerung in Europa und der Weltbevölkerung von 1950 bis 2050.....	16
Tabelle 2: Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2011-2075.....	17
Tabelle 3: Bevölkerung im Jahresdurchschnitt nach Alter und Geschlecht.....	28
Tabelle 4: Repräsentanten von Ein- und Mehrpersonenhaushalten 2001 – 2050 nach Alter und Geschlecht	34
Tabelle 5: Bevölkerung nach Alter, Familienstand und Geschlecht	35

1. EINLEITUNG

Die Diskussionen um ein erfolgreiches, aktives Altern und die damit zusammenhängende Gesundheitsförderung werden sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene immer wichtiger (Resch et al. 2010, S.7). Vor allem durch die demographische Entwicklung in Österreich und in ganz Europa gewinnen eine Förderung der Gesundheit im Alter und die damit verbundene, verbesserte Lebensqualität immer mehr an Bedeutung (Stöger 2010, S.6). Gesundheitsförderung zielt darauf ab den Gesundheitszustand und das Gesundheitsbewusstsein der einzelnen Bevölkerungsgruppen zu verbessern. Grundvoraussetzung hierbei ist die Stärkung der persönlichen und sozialen Gesundheitskompetenz und das in jedem Alter (Resch et al. 2010, S.7). Dass gesundheitsförderliche Maßnahmen auch im hohen Alter noch wirksam sind, dafür gibt es zahlreiche Belege (Stöger 2010, S.6). Stichhaltige Argumente, warum gesundheitsförderliche Interventionen im Alter von großer Bedeutung sind, finden sich sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene (Resch et al. 2010, S.7), wie nachfolgend aufgelistet:

- *„Gesundheit ist ein Grundrecht von (älteren) Menschen.*
- *Gesundheit ist ein wichtiger Einflussfaktor betreffend die Zufriedenheit und Lebensqualität im Alter.*
- *Gesundheit ist eine Grundvoraussetzung für ein autonomes Leben im Alter. [...]*
- *Eine gesunde Bevölkerung senkt die Kosten des Gesundheitswesens und entlastet das Gesundheitssystem.“* (Resch et al. 2010, S.7)

Bekannt ist, dass es schon einzelne Projekte auf europäischer Ebene gibt, die sich mit der Gesundheitsförderung der älteren Bevölkerung befassen. Die vorhandenen Projekte beschäftigen sich vor allem mit den sozioökonomischen, ökologischen und lebensstilbezogenen Determinanten, die eine Einflussgröße auf den Gesundheitszustand der älteren Generationen darstellen (Resch et al. 2010, S.7). Die bereits vorhandenen Konzepte gehen konform mit den Forderungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Diese appelliert bereits seit den 1990er Jahren Rahmenbedingungen für ein aktives Altern zu schaffen (WHO 2002, S.5).

Sowohl die biologische, die psychische, als auch die soziale Gesundheit gewinnen mit zunehmendem Lebensalter auf Grund von Verlusten im Bereich der Selbstständigkeit, der körperlichen Funktionen und der ansteigenden Morbidität an Wert. Somit sind die wichtigsten Ziele der gesundheitsförderlichen Maßnahmen bei älteren Menschen nicht die Vermeidung von Krankheiten, sondern die Optimierung der Lebensqualität und Lebenszufriedenheit (Dorner & Rieder 2008, S.317). Um auf die Forderungen der älteren Generationen in Bezug auf

Lebensqualität und Lebenszufriedenheit eingehen zu können, muss erkannt werden, dass sich die Bedingungen, unter denen die Individuen älter werden, grundlegend geändert haben. Die Menschheit lebt heutzutage in einer Wissensgesellschaft, die geprägt ist von Modernisierungsprozessen, Veränderungen der Lebensformen und dem schnellen Wandel der sozialen Lebensbedingungen. Dadurch werden Forderungen an Bildung über die gesamte Lebensspanne hinweg immer lauter. Um eine andauernde Teilhabe am sozialen, politischen und gesellschaftlichen Leben heutzutage weiterhin sichern zu können, wird der Begriff „lebenslanges Lernen“ immer bedeutungsvoller (Simon 2007, S.3f). *„In der Wissensgesellschaft soll Bildung zu einem ständigen Prozess werden, in dem der Einzelne in der Lage ist, lebenslang frei und aktiv zu lernen. – sei es in Bildungseinrichtungen, am Arbeitsplatz oder in der Freizeit. Investitionen in das Humankapital gelten den europäischen Bildungspolitikern als Investition in die Zukunft Europas. Bildung wird als kollektives Gut verstanden, dessen Erwerb für alle Bevölkerungsgruppen gewährleistet sein soll.“* (Lenz 2004 zitiert in Simon 2007, S.4)

Bildung in allen Lebensphasen ist zu einem der wichtigsten Themen des 21sten Jahrhunderts geworden. In einer Gesellschaft des langen Lebens sind ein ständiges Anpassen und eine ständige Neuorientierung Grundvoraussetzung für ein erfolgreiches, aktives Altern. Tatsache ist aber, dass die Menschen der heutigen älteren Generation, die ihre Kindheit in der Kriegs- und Nachkriegszeit verlebt haben, über ein durchschnittlich niedrigeres Bildungsniveau und geringeres Bildungsinteresse verfügen, als dies zukünftige Ältere haben werden. Dies ist historisch bedingt und in den kurzen Bildungswegen der damaligen Zeit begründet (Kolland 2007, S.1). Fakt ist, dass es im Laufe der Zeit zu immensen gesellschaftlichen Umstrukturierungen und damit verbundenen radikalen kulturellen Veränderungen gekommen ist. Diese Veränderungen spiegeln sich vor allem in den Generationsverhältnissen, der wirtschaftlichen Produktivität, dem neuen Rollenbild der Frau, der Säkularisierung der Kultur, der gesellschaftlichen Technologisierung und der medizinischen Forschungsleistung wider. Deshalb ist es wichtig die komplett neu gestaltete Situation der heute lebenden älteren Menschen zu überdenken und ein Bewusstsein für die zukünftigen Herausforderungen, die damit verbunden sind, zu entwickeln. Ebenso sollen sich auch die älteren Menschen mit der Frage beschäftigen, welche Werte und Kultur sie den jüngeren Generationen hinterlassen wollen (Böhme 2012, S.7). Aus diesem Grund bedarf es besonderer Überlegungen bei der Planung von Bildungsangeboten für ältere Leute (Simon 2007, S.4f).

Die Gerontologie konnte bereits nachweisen (Simon 2007, S.4f):

- *„wie wichtig und notwendig die Anpassung an Veränderungen im individuellen Alterungsprozess ist,*

- *dass Bildungsbeteiligung gesundes Altern fördert, insbesondere Demenzprävention leistet,*
- *dass viele ältere Menschen, die früher als sozial Benachteiligte wenig lernen konnten, Nachholbedarf haben,*
- *dass ältere Menschen im Prinzip nicht schlechter, aber anders lernen als junge“ (Simon 2007, S. 5)*

Aus verschiedenen Blickwinkeln der Wissenschaft kommen also Forderungen, sich mit der Thematik des „lebenslangen Lernens“ zu beschäftigen (Simon 2007, S. 5).

Weiters zeigen die demographischen Zahlen, dass die Themen Bildung und lebenslanges Lernen eine aktuelle, brennende Materie darstellen. In Österreich sind rund 23 Prozent der Bevölkerung älter als sechzig Jahre und fast 12.000 Leute älter als 95. Bis zum Jahr 2020 wird sich der Anteil der Generation sechzig plus auf 26 Prozent gesteigert haben. Ausgehend von diesen Daten ist bekannt, dass sich die Lebensphase des Alters geändert hat. Die nachberufliche Lebensspanne umfasst derzeit ca. 20 bis 27 Jahre, ein Zeitraum der so lange andauert wie Kindheit, Jugend und junges Erwachsenenalter zusammen. Die Gesellschaft hat somit die Möglichkeit und den Auftrag eine ganze Lebensphase selbst zu arrangieren. Durch die gegebene Chance heutzutage bei guter Gesundheit und sozial abgesichert ein hohes Alter zu erreichen, geht es darum, das Weltbild, in dem die ältere Generation lebt und zukünftig leben wird, aktiv mitzugestalten. Denn Bildung und lebenslanges Lernen kann einen wesentlichen Beitrag zur Sicherung der sozialen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und der Chancengleichheit für die ältere Menschheit leisten (Haring et al. 2011, S.8f).

Lernen soll als Gelegenheit betrachtet werden sich ständig weiter zu entwickeln, um Qualifikationen zu erlangen oder zu verbessern, um Herausforderungen, die sich in jedem Lebensabschnitt ereignen, zu meistern und den Alltag mit seinen modernen Errungenschaften bewältigen zu können (Haring et al. 2011, S. 9). Der Fokus dieser Arbeit richtet sich daher auf das erfolgreiche Altern und die damit zusammenhängende Bildung im Alter. Es soll den Fragen nachgegangen werden, was ein erfolgreiches Altern ermöglicht, und in welchem Ausmaß ein lebenslanges Lernen den Alterungsprozess positiv beeinflussen kann. Weiters wird versucht mit der Arbeit aufzuzeigen, welche Maßnahmen, Rahmenbedingungen und Voraussetzungen ein lebenslanges Lernen überhaupt möglich machen. Ziel der Arbeit ist es nicht bestehende Projekte zu analysieren und zu evaluieren. Vielmehr soll es Ziel der Arbeit sein, eine Gegenüberstellung der Aussagen aus unterschiedlichen Quellen zu geben. Es sollen folglich Unterschiede und Widersprüche aufgezeigt werden, sowie ein Erklärungsversuch als auch eine kritische Analyse

der Daten durchgeführt werden. Im Laufe der Arbeit soll schließlich versucht werden, Antworten auf bereits gestellte und weitere anfallende Fragen zu finden (Meduni Graz 2009, S.4).

2. PUBLIC HEALTH RELEVANZ

Das Jahr 2012 war das Jahr des aktiven Alterns. Europa und damit auch Österreich, hat sich dazu bereit erklärt gemeinsam eine neue Kultur in Richtung aktiven Alterns zu schaffen. Hierbei geht es darum, den alten Menschen und seine noch vorhandenen Fähigkeiten in den Mittelpunkt zu rücken, um eine stetige Steigerung der Lebensqualität zu ermöglichen. Die Zusammenarbeit der europäischen Länder soll eine Basis garantieren, in der die langlebige Menschheit alle Möglichkeiten und Chancen bestmöglich nutzen kann, sowie die wirtschaftlichen, kulturellen und sozialen Interventionen so zu gestalten, dass ein aktives Altern möglich ist (Hundstorfer 2012, S.3).

Laut Spindelegger (2012, S.2) lebt die Bevölkerung in einer „altersbunten Gesellschaft“. Die ältere Generation ist so lange wie nie zuvor aktiv und gesund. Es gilt die Frage zu beantworten, wie diese neue ältere Menschheit noch mehr eingebunden werden kann und ihre Potentiale noch besser genutzt werden können. Der Begriff „altersbunte Gesellschaft“ beschreibt hierbei die Forderung, ältere Generationen viel länger als bisher in die Gesellschaft zu integrieren (Spindelegger 2012, S.2).

Dass das Alter seine Probleme mit sich bringt, ist bekannt. Auch dass die Gesellschaft ihre Probleme mit dem Alter hat, ist ein Faktum. Diese Tatsachen sind aktueller denn je. Denn nie zuvor wurden Menschen älter als bis jetzt und das noch bei relativ guter Gesundheit. Mehr noch, die Lebenserwartung steigt permanent an, somit verändert sich das Generationsverhältnis zunehmend. Doch was macht der ältere Mensch mit seiner gewonnen Lebensphase? Um eine solide Lebensgrundlage auch im Alter zu besitzen, braucht es materielle und ökonomische Mittel. Aber alles Geld und Material hilft nur dann, wenn der Mensch es auch sinnvoll verwenden kann. Der Mensch ist ohne Bildung bzw. ohne Geisteskraft nicht fähig, sein Leben aktiv zu gestalten. Dies wussten schon die alten Griechen. Jeder Mensch hat ein elementares Bedürfnis nach Bildung, und das ändert sich mit dem Alter nicht. Nur der Inhalt des Bildungsinteresses passt sich an die gegebene Lebensspanne an (Böhme 2012, S. 12ff).

„Gesundheit und aktive Lebensführung sind für die Mehrheit der älteren Bevölkerung möglich und bereits Realität, wenn Zugang und Nutzungsmöglichkeiten (Bildung, Gesundheitsbewusstsein) zu einer Reserven ausbauenden Lebensführung (Empowerment, aktive Gesundheitsförderung) und entsprechenden hausärztlichen Begleitung (Vorsorge, altersmedizinische Fertigkeiten, Behandlungen chronischer Erkrankungen) bestehen.“ (Dapp et al. 2011, S. 65) Laut Stöger (2010, S. 6) wurden bis vor kurzer Zeit Projekte zum Thema Gesundheitsförderung noch vorwiegend für die jüngeren Generationen entwickelt und

durchgeführt. Mit dem Ansatz, dass sich diese Projekte dann in den reiferen Jahren auswirken würden. Es gibt aber immer mehr Beweise dafür, dass sich Programme zur Gesundheitsförderung auch im hohen Alter noch positiv auswirken und erfolgreich sind. Noch vor wenigen Jahren waren Begriffe der Altenbildung und lebenslanges Lernen völlig unbekannt. So wurde diese Bevölkerungsgruppe der älteren Generation weder für bildungsfähig gehalten, noch wurde ihr Bedürfnis nach Bildung erkannt. Dies hat sich grundlegend geändert. Heute werden im Alter und in der dritten bzw. vierten Lebensphase die Bewegung und Zukunft gesehen und nicht der Abbau und der Verlust (Kolland & Ahmadi 2010, S.9).

3. FORSCHUNGSFRAGEN

- Welche Faktoren wirken sich auf ein erfolgreiches Altern aus?
- In welchem Ausmaß kann der Alterungsprozess durch erfolgreiches Altern positiv verändert werden?
- Welche Rahmenbedingungen, Voraussetzungen, Motivationsfaktoren, Strukturen und Maßnahmen müssen vorhanden sein, damit das Modell des lebenslangen Lernens auf die ältere Allgemeinbevölkerung ab 70+ übertragbar ist?
- In welchem Ausmaß ist das Modell des lebenslangen Lernens in den Kontext der Hauskrankenpflege übertragbar?

4. METHODE

4.1. Literatursuche

Um den aktuellsten Stand der Wissenschaft zu den Themen Alter, erfolgreiches, aktives Altern und lebenslanges Lernen in Erfahrung zu bringen, wurde im Zeitraum von Mai bis Juli 2012 eine gezielte Literatursuche durchgeführt. Verwendet wurden Online-Literaturdatenbanken, die Suchmaschinen Google und Google Scholar, der Bibliothekskatalog der Universität Graz, Fachbüchereien sowie facheinschlägige Internetseiten.

Die verwendeten Online-Literaturdatenbanken waren CINAHL, Medline, Embase, Cochrane und Sowiport. In den ausgewählten Datenbanken wurde mit den folgenden Suchwörtern recherchiert: community elderly, health promotion, elderly activity, cognitive activity, live long learning, memory training, aging, successful aging, und community care. Die Suchwörter wurden mit den Operatoren AND und OR verbunden. Die gefundenen Studien wurden bewertet und in die Arbeit aufgenommen bzw. verworfen.

Des Weiteren wurde eine Suche mit Google Scholar durchgeführt. Hier wurde mit den Schlagwörtern erfolgreich Altern, lebenslanges Lernen, Gedächtnistraining, Gesundheitsförderung, Hauskrankenpflege und häusliche Pflege gesucht.

Zur Ergänzung der Literatursuche wurden das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz sowie der Fonds Gesundes Österreich kontaktiert. Abschließend wurde noch eine Literatursuche in der Bibliothek der Universität Graz durchgeführt.

4.2. Leitfadenunterstütztes ExpertInneninterview

Mittels leitfadenunterstützten ExpterInneninterviews wurden Informationen bezüglich lebenslanges Lernen im Rahmen der Hauskrankenpflege eingeholt. *„Ein Interview ist eine planmäßige mündliche Befragung mit wissenschaftlicher Zielsetzung, in der der/ die Befragte verbal Informationen mitteilt.“* (Mayer 2007, S.175) *„Das Kennzeichen des Leitfadeninterview ist, dass mehr oder minder offen formulierte Fragen in Form eines Leitfadens in die Interviewsituation „mitgebracht“ werden, auf die der Interviewte frei antworten soll. Es handelt sich um teilstandardisierte Interviews.“* (Schwartz et al. 2012, S.454) Der Interviewer/die Interviewerin geht vorbereitet in das Interview. Bereits im Vorhinein wird ein Leitfaden für das Interview erstellt. Die im Leitfaden enthaltenen Fragestellungen sollen möglichst logisch und vom Allgemeinen zum Spezifischen formuliert sein. Dem/der Befragten soll es möglich sein, offen auf

die gestellten Fragen zu antworten (Polit & Beck 2008, S.394). Stärken des Leitfadenterviews finden sich in ihrer Vergleichbarkeit und Erfassung der Sinnbezüge. Größte Schwäche ist, dass die vorgegebenen Fragen verhindern, dass in die nötige Tiefe gegangen wird. Leitfadenterviews werden vor allem gerne zu Public Health relevanten Fragestellungen verwendet (Schwartz et al. 2012, S.454). Der verwendete Interviewleitfaden dieser Masterthesis befindet sich im Anhang der Arbeit.

Eine Besonderheit des Leitfadenterviews ist das ExpertInneninterview. Hierbei ist die Fachexpertise des/der Befragten und nicht das Individuum selber von Interesse. Mittels des ExpertInneninterviews kann entweder ein erstes Bild vom Untersuchungsgegenstand gewonnen werden oder das detaillierte Wissen von jemandem zu einem bestimmten Thema erfragt werden. Stärken dieser Form des Interviews sind, dass gezielte Informationen geliefert werden und ExpertInnenvergleiche möglich sind. Schwächen zeigen sich vor allem durch die schwierige Trennung der befragten Person als Individuum selbst mit seinem breiten Wissensfeld und seiner Fachexpertise zu einem bestimmten Themengebiet. Das ExpertInneninterview ist in der Public Health Forschung sehr wichtig, da ohne das Geheimwissen vieler ExpertInnen im Gesundheitsbereich Teilgebiete unerschlossen bleiben würden (Schwartz et al 2012, S.455f).

Im Rahmen der ExpertInneninterviews wurden Interviewprotokolle angefertigt. Interviewprotokolle sollen helfen, zusätzliche Informationen wie beispielsweise Besonderheiten, Umgebungsfaktoren oder Störfaktoren zu dokumentieren (Mayer 2007, S.190).

4.3. Auswahl und Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe sollte ein Sortiment an Individuen, Ereignissen und/oder Elementen, mit denen eine Studie durchgeführt wird, enthalten (Burns & Grove 2005, S.270). „*Von Stichproben wird erwartet, dass sie eine Population von Personen repräsentieren.*“ (Burns & Grove 2005, S.270) Im Vordergrund der qualitativen Forschung steht die Ermittlung von Erfahrungen und Erlebnissen. Dadurch wird die Stichprobenauswahl nicht zufällig getroffen, sondern anders als in der quantitativen Forschung zweckmäßig und bewusst ausgewählt. Dies ermöglicht es eine Population zu gewinnen, die tiefgreifende Informationen bezüglich der gestellten Fragen besitzt (Burns & Grove 2005, S.296). Bei der Auswahl der Stichprobengröße ist nicht die Quantität ausschlaggebend, sondern eine Erreichung der Datensättigung. Eine Datensättigung ist dann gegeben, wenn die Befragung von neuen TeilnehmerInnen der Studien keine neuen Erkenntnisse mehr liefern würde (Mayer 2007, S.288). Eine Beschreibung der Stichprobe dient der Qualitätssteigerung (Burns & Grove 2005, S.296).

Um größtmögliche Informationen aus den ExpertInneninterviews erhalten zu können, wurden alle Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen der AVS (Arbeitsvereinigung der Sozialhilfe Kärntens) Villach Stadt interviewt. Die AVS ist neben dem Roten Kreuz, der Caritas, der Volkshilfe und dem Hilfswerk eine der größten Kärntner Trägerorganisationen im Bereich der mobilen Hauskrankenpflege und -betreuung (AVS 2013). Alle interviewten Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte waren weiblich, zwischen vierundzwanzig und vierzig Jahre alt und verfügten über eine durchschnittlich mehrjährige Berufserfahrung in der mobilen Hauskrankenpflege. Auf Grund der Erfahrung mit älteren Personen ab dem siebzigsten Lebensjahr und der Tatsache, dass das Diplomierte Pflegepersonal ständig in Kontakt mit allen Klienten der AVS stand, wurde dieses Klientel als ideale InterviewpartnerInnen angesehen. Darüber hinaus war der Zugang zu den Diplomierte Fachkräften der AVS Villach Stadt problemlos möglich.

Die Kontaktaufnahme mit den potentiellen InterviewteilnehmerInnen erfolgte über Frau Miriam Brunner, Organisationsleitung der AVS Villach Stadt. Sie stimmte dem Forschungsvorhaben zu und übermittelte die notwendigen Kontaktdetails (Telefonnummer, Email-Adressen) zu den InterviewpartnerInnen. Nach einer telefonischen Anfrage bezüglich der Interviews und der Zustimmung zu diesen wurden Gesprächstermine mit den ExpertInnen vereinbart. Vor Durchführungsbeginn wurde von allen TeilnehmerInnen der Studie ein informed consent (im Anhang der Masterarbeit) unterschrieben. Ein informed consent ist eine schriftliche Einverständniserklärung zur Studie. Dieser sagt aus, dass die TeilnehmerInnen freiwillig, anonym und ausreichend aufgeklärt an der Studie teilnehmen (Burns & Grove 2005, S.564). Nach der Unterzeichnung der Einverständniserklärung wurden die leitlinienunterstützten ExpertInneninterviews durchgeführt. Die Gespräche dauerten durchschnittlich 50 Minuten und wurden im Büro der AVS Villach Stadt abgehalten. Die Interviews wurden nach Zustimmung der ExpertInnen mittels Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Das transkribierte Material wurde kommunikativ validiert. Dies bedeutet, dass die gewonnenen Daten in einem zweiten Termin von den InterviewpartnerInnen auf ihren Inhalt und ihre Aussage überprüft wurden (Schwartz et al. 2012, S.483).

4.4. Datenanalyse

Die Datenanalyse wurde mittels qualitativer Inhaltsanalyse durchgeführt. Dies „[...] ist eine empirische Methode zur systematischen, intersubjektiv nachvollziehbaren Beschreibung inhaltlicher und formaler Merkmale von Mitteilungen.“ (Schwartz et al. 2012, S.471) Es werden Kategorien gebildet, mit dem Ziel das vorhandene Material zu reduzieren. Danach werden die Analyseeinheiten festgelegt und ein Kategoriensystem abgeleitet. Dieses sollte klar trennend,

erschöpfend und präzise sein (Schwartz et al. 2012, S.472). Drei Analysearten stehen im Mittelpunkt der Inhaltsanalyse:

1. Zusammenfassende Inhaltsanalyse
2. Explizierte Inhaltsanalyse
3. Strukturierte Inhaltsanalyse

Mittels der zusammenfassenden Inhaltsanalyse werden die Daten auf ihre Hauptaussagen reduziert, irrelevante Passagen gestrichen und Doppelaussagen gebündelt. Bei der explizierten Inhaltsanalyse werden widersprüchliche, undeutliche Textstellen durch Heranziehen von Kontextmaterial aufgeklärt. Die strukturierte Inhaltsanalyse arbeitet mit formalen Strukturen, die sich im Material befinden (Schwartz et al. 2012, S.472f).

Mit Blick auf die vorliegende theoretische Grundlage wurde für diese Arbeit eine zusammenfassende Inhaltsanalyse herangezogen. Die transkribierten ExpertInneninterviews wurden anhand der Fragestellungen gegliedert, codiert, kategorisiert, anonymisiert und ausgewertet. Es wurde versucht Zusammenhänge aufzuzeigen und die Aussagen der unterschiedlichen InterviewpartnerInnen mit der Literatur zu vergleichen. Die Ergebnisse werden in Kapitel 7 dargestellt.

Im Folgenden wird näher auf das Alter und seine Vielfältigkeit eingegangen.

5. DAS ALTERN IN SEINER KOMPLEXITÄT VERSTEHEN

*„Das Alter ist eine Lebensphase mit vielen Gesichtern.
Alterswege sind nicht einheitlich, sondern verlaufen in
verschiedene und einander widersprechende Richtungen.
Paul Baltes“ (Rampe 2006, S.191)*

Der Mensch befindet sich in einer Zeit des langen Lebens, in einer immer älter werdenden Gesellschaft mit steigender Lebenserwartung. Das sind Aussichten, die die Bevölkerung freuen sollte (ÖKSA 2007, S.23). Doch versuchte die Menschheit schon immer das Altern auf unterschiedlichste Art und Weise aufzuhalten. Es gibt Untersuchungen, die belegen, dass bereits das alte Ägypten eine Auseinandersetzung mit der Thematik des Alterns gehabt hat. So haben Philosophen schon damals versucht Konzepte zu entwickeln, die es möglich machen sollten, den unabwendbaren Alterungsprozess zu bewältigen. Damals herrschte die Meinung vor, dass dies vor allem durch die Weitergabe von Wissen und Macht an jüngere Generationen gelingen sollte. Gleichzeitig setzte sich im übrigen Europa die Erkenntnis durch, dass Alter nicht nur biologisch bedingt, sondern zum wesentlichen Anteil auch soziokulturell geprägt ist. Die europäische Weisheitslehre vermittelte, dass der Alterungsprozess nur durch stetiges Lernen und soziale Integration aufgehalten werden könne (Rosenmayr 2008, S.13).

Schon früh wurde erkannt, dass die Verluste, die mit dem Alter einhergehen, nicht nur durch eine medizinische Therapie sondern auch vielmehr durch soziale Verhaltensweisen kompensiert werden könnten. Bereits im 20sten Jahrhundert entwickelten sich in Amerika Spezialgebiete der psychologischen und soziologischen Altersforschung, die sich mit diesem Thema befassten. Auch in Österreich wurde nach dem zweiten Weltkrieg nach einer Verbindung von Medizin und sozialwissenschaftlicher Forschung gesucht (Rosenmayr 2008, S.13f). Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Alter (Gerontologie) blieb jedoch noch lange der Medizin allein zugeschrieben. Vor allem der Wunsch nach Lebensverlängerung in möglichst langer, guter Gesundheit und in Vollbesitz aller geistigen und körperlichen Kräfte stand im Vordergrund. Auch die Tatsache, dass die Medizin stets nach Verjüngungsmöglichkeiten sucht, um das Alter aufzuhalten spricht dafür, dass die meisten Definitionen von Altersvorgängen und Alterstheorien eine medizinische-, biologische- bzw. physikalische Natur haben (Lehr a 2007, S.5).

Heutzutage reicht es aber nicht mehr aus, nur die Unterteilung zwischen pathologischem, normalem und optimalem Alter zu treffen. Gegenwärtig werden die Altersprozesse und Altersvorgänge durch die unterschiedliche Zusammensetzung von umweltbedingten, genetischen und sozialen Faktoren, definiert. Auch die physischen und psychischen Einflussfaktoren auf das

Alter spielen bei der Definition eine Rolle. So stellt sich das Alter heute, je nach Zusammenspiel von Anlage und Umwelt, durch mannigfache Alternsformen dar (Lehr a 2007, S.5). „*Von Seiten der Gerontologie (Alternswissenschaft) wird Altern heute als lebenslanger Prozess verstanden und Alter nicht als isolierte Phase gesehen.*“ (Simon 2007, S.16)

Ein wichtiger Teil des Alterns ist die aktive Auseinandersetzung mit dem eigenen Älterwerden. Trotz fortgeschrittenen Alters ist es wichtig einen Weg zu finden, um auf kommende Herausforderungen und Lernprozesse positiv und mit individueller Reife reagieren zu können (Rosenmayr 2008, S.20f). Wichtig hierbei ist die Erkenntnis, dass es nicht um Anti-Ageing-Maßnahmen geht, sondern um Handlungen, die den Altersprozess mit einschließen und ein langes Leben bis ins hohe Alter in guter Gesundheit ermöglichen. Denn gewiss ist, dass zwar die Zellen und der Körper älter werden, doch durch Maßnahmen, die ein erfolgreiches Altern ermöglichen, kann eine gewisse Vitalität und Lebenskraft noch sehr lange erhalten bleiben (Grubeck-Loebenstein 2008, S.23f). Wichtig zu wissen ist, dass das Alter eine Reihe von Gelegenheiten bieten kann, die diesen Lebensabschnitt zu etwas Besonderem machen. Wie bereits erwähnt, ist ein gewisses Einverständnis mit dem eigenen Älterwerden die Grundvoraussetzung, um die Lebensphase Alter genießen zu können (Stöhr 2007, S.6).

Schon Abraham Lincoln hat gesagt: „*Es sind am Ende nicht die Lebensjahre, die zählen, sondern das Leben in diesen Jahren*“. Ausgehend von dieser Aussage wurde von einigen gerontologischen Gesellschaften der Gedanke weiter getragen, dem Leben nicht nur mehr Jahre zu geben, sondern den Jahren auch mehr Leben. Dies bedeutet, sich den Herausforderungen des Alterns zu stellen und nach Potentialen und Ressourcen zu suchen, die die dritte und vierte Lebensphase (siehe 5.1.3) mit Freude und Sinn erfüllen, und somit den letzten Lebensabschnitt zu einer heiteren und intensiven Zeit werden lassen (Rampe 2006, S.9).

5.1. Die demographische Entwicklung in Europa

„*Jede Veränderung in der Größe und Zusammensetzung einer Bevölkerung ist das Resultat der Entwicklung von Fertilität (Geburtenzahl), Mortalität (Sterbefälle) und Migration (Zu- und Abwanderung). Dies gilt auch für den demographischen Alterungsprozess.*“ (Kytir & Münz 2000, S.22) Ausschlaggebend für die demographische Struktur einer Bevölkerung ist somit nicht vorwiegend die steigende Lebenserwartung, sondern vielmehr die sinkende Geburtenrate (Haustein, 2010, S.9). In den nächsten Jahrzehnten wird sich die Alterspyramide von der bekannten Dreiecksform in eine stark rechteckig orientierte Verteilungsform umwandeln (WHO 2005, S.9).

Fest steht, dass sich die Bevölkerung in den nächsten Jahren zu einer immer älter werdenden Gesellschaft entwickeln wird. Derzeit gibt es in Europa 116 Millionen ErdenbürgerInnen, die 65 Jahre alt und älter sind. Im Vergleich zu dem Altenanteil in der Weltbevölkerung, der bei 7% liegt, ist die Anzahl der alten Menschen in Europa damit mehr als doppelt so hoch. Bekannt ist, dass bereits zu Mitte des 20sten Jahrhunderts der Anteil der älteren Personen klar anstieg (Kytir 2008, S.45f). „So lag der Altenanteil im Jahr 1950 bei rund 8%, hat sich seither also verdoppelt. Gleichzeitig zählte damals lediglich jeder/jede siebente ältere Mensch (14%) zu den betagten Personen im Alter von 80 und mehr Jahren.“ (Kytir 2008, S.46) Laut UN wird die Anzahl der älteren Mitmenschen in Europa in den nächsten Jahren auf 180 Millionen ansteigen, und die Zahl an Hochbetagten wird auf 63 Millionen Menschen anwachsen (Kytir 2008, S.46). Ein Begriff, der Europa in den nächsten Jahrzehnten stark prägen wird, ist der des doppelten Alterns. Dies bedeutet eine Zunahme der alten Menschen mit einem gleichzeitigen Zuwachs der hoch- und höchstältrigen Personen. So werden in 20 Jahren doppelt so viele 85jährige leben als derzeit (Kytir 2008,S.52).

Auch weltweit gesehen gibt es in den folgenden Jahren eine demographische Alterung der Gesellschaft. So wird es zwar insgesamt weniger ErdenbürgerInnen geben, die Zahl der Leute ab 65 Jahren wird sich aber bis 2050 verdreifachen (Kytir 2008, S.46). Die nachfolgende Tabelle schildert die demographische Entwicklung von 1950 bis 2050 im Vergleich Europa mit der Welt.

Jahr	Europa				Welt			
	Bevölkerung 65+ Jahre		Bevölkerung 80+ Jahre		Bevölkerung 65+ Jahre		Bevölkerung 80+ Jahre	
	absolut	in % der	absolut	in % der Bev.	absolut	in % der	absolut	in % der Bev.
	(in 1.000)	Bevöl-kerung	(in 1.000)	65+ Jahre	(in 1.000)	Bevölkerung	(in 1.000)	65+ Jahre
1950	44.960	8,2	6.077	13,5	130.875	5,2	13.780	10,5
1975	77.267	11,4	11.873	15,4	231.660	5,7	31.451	13,6
2005	115.762	15,9	25.726	22,2	475.719	7,4	86.648	18,2
2010	117.899	16,2	30.564	25,9	526.680	7,7	105.414	20
2015	125.810	17,4	32.947	26,2	604.553	8,4	122.591	20,3
2020	136.407	19,1	36.282	26,6	714.786	9,4	141.535	19,8
2025	148.521	21	37.175	25	832.151	10,5	160.219	19,3
2030	160.082	22,9	41.948	26,2	968.397	11,8	194.177	20,1
2035	168.321	24,5	47.755	28,4	1.113.129	13,2	241.587	21,7
2040	173.986	25,7	53.788	30,9	1.244.970	14,3	287.079	23,1
2045	177.345	26,6	59.222	33,4	1.349.556	15,2	339.595	25,2
2050	180.134	27,6	62.764	34,8	1.464.938	16,1	394.224	26,9

Tabelle 1: Entwicklung des Anteils der älteren Bevölkerung in Europa und der Weltbevölkerung von 1950 bis 2050

Quelle: Kytir 2008, S.46

5.1.1. Die demographische Entwicklung in Österreich

Österreich reiht sich in Fragen der demographischen Entwicklung in die übrigen europäischen Länder mit ein (Kytir 2008, S.47). Bereits seit Ende des ersten Weltkriegs findet ein demographischer Alterungsprozess statt, der sich darin widerspiegelt, dass bereits in den 1970er Jahren jeder/jede fünfte ÖsterreicherIn 60 Jahre und älter war (Kytir 2008, S.65ff). Laut Statistik Austria a (2011, S.43) leben in Österreich derzeit ca. 1,94 Millionen Menschen, die 60 Jahre und älter sind. Dieser Anteil wird bis zum Jahr 2050 auf 34,5 Prozent anschwellen. Daraus ist zu erkennen, dass die Anzahl der älteren Bevölkerung im Steigen ist (Kytir 2008, S.65ff). Die nachstehende Tabelle zeigt eine Prognose der Bevölkerungsentwicklung in Österreich in der Zeitspanne 2011 – 2075 (Statistik Austria c 2012, o.S).

Jahr	Bevölkerungsstruktur						
	Insgesamt	Unter 19 Jahre	20 bis unter 65 Jahre	65 und mehr Jahre	Unter 19 Jahre	20 bis unter 65 Jahre	65 und mehr Jahre
	absolut				in %		
2011	8.420.900	1.721.501	5.212.958	1.486.441	20,4	61,9	17,7
2012	8.458.023	1.707.802	5.234.916	1.515.305	20,2	61,9	17,9
2013	8.489.482	1.696.271	5.246.530	1.546.681	20,0	61,8	18,2
2014	8.523.323	1.686.810	5.261.980	1.574.533	19,8	61,7	18,5
2015	8.557.938	1.679.978	5.278.697	1.599.263	19,6	61,7	18,7
2020	8.713.178	1.673.468	5.320.754	1.718.956	19,2	61,1	19,7
2025	8.862.955	1.696.738	5.255.791	1.910.426	19,1	59,3	21,6
2030	9.000.007	1.721.138	5.116.648	2.162.221	19,1	56,9	24,0
2035	9.113.214	1.730.302	4.998.518	2.384.394	19,0	54,8	26,2
2040	9.205.647	1.725.581	4.974.434	2.505.632	18,7	54,0	27,2
2045	9.279.839	1.717.694	4.994.684	2.567.461	18,5	53,8	27,7
2050	9.330.904	1.716.914	4.980.239	2.633.751	18,4	53,4	28,2
2055	9.359.308	1.727.086	4.959.516	2.672.706	18,5	53,0	28,6
2060	9.378.251	1.743.073	4.928.007	2.707.171	18,6	52,5	28,9
2075	9.428.409	1.764.878	4.952.370	2.711.161	18,7	52,5	28,8

Tabelle 2: Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2011-2075

Quelle: Statistik Austria c 2012, o. S.

Ein Phänomen, das die demographische Entwicklung in Österreich maßgeblich mitbeeinflusst, ist die Verdoppelung der Lebenserwartung bei der Geburt in den 1950er Jahren. Dies wirkt sich vor allem auf die Baby-Boom-reichen 1950er und 1960er Jahre aus. Diese starken Geburtenjahrgänge wandern langsam in Richtung 60+ und prägen das Gesellschaftsbild im Wesentlichen mit. Hinzu kommt, dass zu Beginn des 20sten Jahrhunderts die Kinderzahlen fortwährend zu sinken begannen. Das macht deutlich, dass es zu einem immer größer werdenden Anteil an älteren Personen in der österreichischen Gesellschaft kommen wird. Österreich entwickelt sich somit von einer demographisch jungen, zu einer demographisch alten Gesellschaft (Kytir 2008, S. 47f). Die nachfolgende Abbildung zeigt die Entwicklung der österreichischen Bevölkerungspyramide im Vergleich 2010, 2030 und 2050 (Statistik Austria b 2011,S.53).

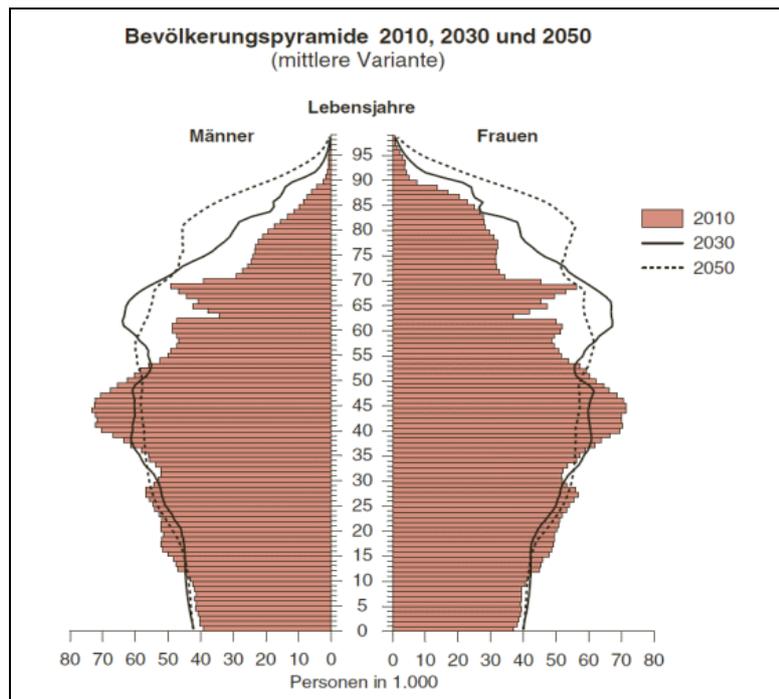


Abbildung 1: Bevölkerungspyramide im Vergleich 2012, 2030 und 2050

Quelle: Statistik Austria b 2011, S.53

5.1.2. Die steigende Lebenserwartung

In den letzten Jahrzehnten ist es zu einer epidemiologischen Veränderung gekommen. Die Lebenserwartung ist deutlich gestiegen, durchschnittlich um 2,5 bis 2,8 Jahre bei der Geburt und 0,22 bis 0,23 Jahre ab dem 60sten Lebensjahr. Somit liegt die aktuelle Lebenserwartung bei Frauen bei 83,2 Jahren und bei Männern bei 77,7 Jahren. Prognosen für das Jahr 2050 gehen sogar davon aus, dass die Lebenserwartung für Frauen auf 89 Jahre und für Männer auf 84 Jahre ansteigen wird (Statistik Austria a 2011, S.31f). „Während sich die Lebenserwartung in den vergangenen 30 Jahren um mehr als acht Jahre erhöht hat, ist die Säuglingssterblichkeit um mehr als 75 Prozent gesunken und lag 2009 bei 3,9 von 1.000 lebend geborenen.“ (BMG 2010, S.2). Damit liegt Österreich mit der Lebenserwartung knapp über dem Europadurchschnitt und zählt zur Gruppe der Länder mit den höchsten Lebenserwartungswerten (Kytir 2008, S. 71). Zugleich mit der steigenden Lebenserwartung ist es aber zu einer sinkenden Geburtenzahl gekommen. Somit hat sich in den letzten Jahren die Anzahl der Jugendlichen verringert und wird bis zum Jahr 2050 weiter zurückgehen, während sich die Zahl der Älteren verdoppeln bzw. verdreifachen wird (Statistik Austria a 2011, S.23f). Die nachfolgenden Abbildungen zeigen die Entwicklung der Lebenserwartung zwischen den Jahren 1970 – 2010, aufgeteilt nach Geschlecht (Statistik Austria a 2011, S.32).

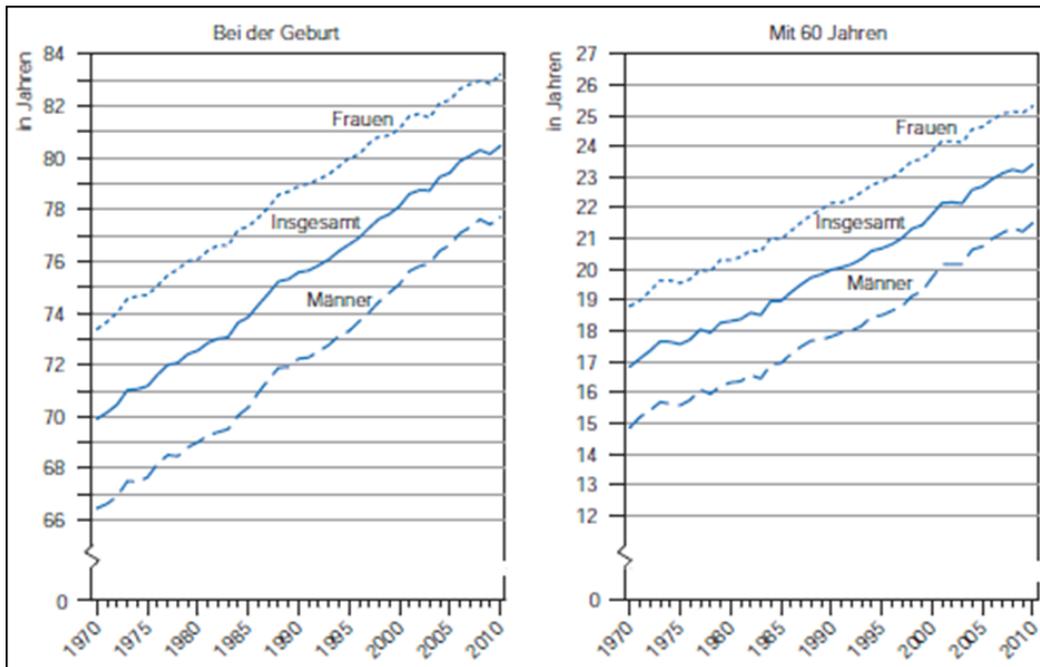


Abbildung 2: Lebenserwartung 1970 – 2010 nach Geschlecht

Quelle: Statistik Austria a 2011, S.32

5.1.3. Das doppelte Altern

Unter dem Begriff „doppeltes Altern“ wird die absolute und relative Zunahme der Hochaltrigen unter den Älteren in der Gesellschaft verstanden. Daraus folgt, dass es in Zukunft nicht mehr nur ältere Leute geben wird, es wird sich insbesondere auch die Zahl der hochaltrigen Menschen stark erhöhen. Die Bevölkerungsstatistik zeigt auf, dass die Generation 80+ von dzt. ca. 354.000 Individuen bis zum Jahr 2050 auf eine Million anwachsen wird (Hörl et al. 2008, S.16). Mit dem Begriff des doppelten Alterns eng verbunden sind die dritte und vierte Lebensphase. Die dritte Lebensphase bezeichnet die jungen Alten in der Lebensspanne zwischen sechzig und achtzig Jahren, die vierte Lebensphase hingegen beinhaltet die Generation zwischen achtzig und hundert Jahren und älter (Haustein 2010, S.6).

5.2. Altersbilder

Altersbilder sind eine Spiegelbild dessen, was Menschen in einer Gesellschaft zu einem bestimmten Zeitpunkt über Ältere denken, wissen oder meinen (Maresch 2006, S.21). „Altersbilder sind gesellschaftliche Konstruktionen, die in der Gesellschaft zur Diskussion gestellt werden, um die Praxis zu rechtfertigen bzw. zu verändern.“ (Kade 2009, S.18) Nicht selten werden den älteren Personen dabei Aufgaben, Stereotypen und Rollen zugeschrieben, die nicht immer mit der Selbstbeschreibung jener Personengruppe konform gehen. Dabei sind Kultur und Gesellschaft eines Landes wichtige Einflussgrößen, die auf das Alter wirken und die Beziehung zwischen den

einzelnen Altersgruppen im Wesentlichen definieren. Es sind nicht nur die biologischen und physiologischen Prozesse, die das Bild des Alters mitbestimmen, sondern auch die sozialen und kulturellen Determinanten, die jede Lebensphase prägen und formen. Auf Grund dessen, dass sich die Altersbilder den jeweiligen sozialen Gegebenheiten anpassen, herrscht in jeder zeitlichen Epoche ein anderes Bild vom Älterwerden vor. Altersbilder sind ein Modell der Wirklichkeit und bestimmen das Denken und Wirken der Menschen im Wesentlichen mit. Sie sind somit ein Ausdruck der sozialen Dimensionen, die in einer Gesellschaft bestehen (Amann 2004, S.15ff). *„Altersbilder beziehen sich dabei sowohl auf kognitive Repräsentationen von Informationen über die Lebenslage und die Lebensführung alter Menschen als auch auf gesellschaftliche Altersdiskurse und altersbezogene Körperbilder.“* (Kolland & Ahmadi 2010, S.20)

In der heutigen Zeit herrscht ein negatives Altersbild vor. Das Wissen, die Meinungen und die Fähigkeiten der „alten weisen Menschen“ haben im Gegensatz zu früher kaum noch Bedeutung. Es ist nicht mehr erstrebenswert ein optisch hohes Alter zu erreichen. Das Ziel aller Altersgruppen ist es, möglichst lange körperlich jung zu sein und vor allem jung auszusehen. Dadurch geraten alte Menschen immer öfter unter Druck und kämpfen mit allen Mitteln gegen das natürliche Altern an. Diesen Druck gilt es auszuschalten (Maresch 2006, S.23). Eine immer größer werdende Anzahl an älteren MitbürgerInnen versucht deshalb ein Bild des/der Älteren nach außen zu transportieren, dass vermittelt „old is beautiful“. Es wird folglich angestrebt, dem Alter das negative Image zu nehmen. Ein humorvolles und schönes Altern ist keine Traumvorstellung, sondern wird schon von einigen Menschen vorgelebt. Es gilt eine neu gewonnene Freizeit zu genießen und sinnvoll zu gestalten. Wünsche und Vorstellung aus den jungen Jahren können im Alter Erfüllung finden (Stöhr 2007, S.5). *„Das Alter ist die einzige Lebensphase, in der man – nach den Bevormundungen in der Kindheit und den zahllosen familiären und beruflichen Verpflichtungen als Erwachsener – ein selbstbestimmtes Leben zu führen und Tag für Tag frei zu gestalten vermag.“* (Stöhr 2007, S.5)

Auch die Wissenschaft hat sich mit dem Thema des Alterns beschäftigt und ein Bild geprägt, das heute als Defizitmodell bekannt ist. Die Alterswissenschaft (Gerontologie) geht davon aus, dass sich die Lebensspanne in einem Bogen darstellen lässt. Dieser Bogen besteht aus zwei Teilen. Der ansteigende Teil ist gekennzeichnet durch die Kindheit, Jugend und das frühe Erwachsenenalter mit Wachstum, Entwicklung und Dynamik, bis hin zum Kompetenzhöhepunkt im mittleren Alter. Die zweite Etappe bildet der absteigende Teil, der den körperlichen und geistigen Rückzug demonstriert (Walter 2006, S.182). Die nachfolgenden Abbildungen sollen den Verlauf der Lebensspanne in Form einer Lebenstreppe veranschaulichen.

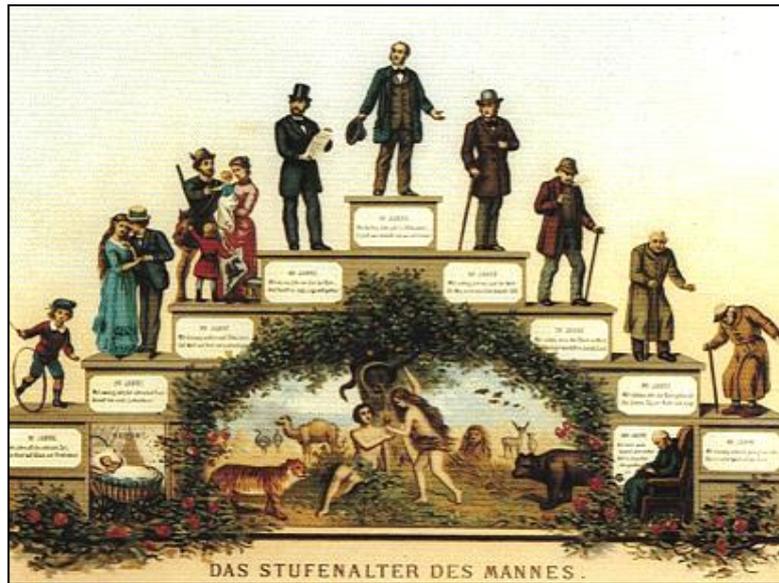


Abbildung 3: Stufenalter des Mannes in Form einer Lebenstreppe
 Quelle: Walter 2006, S.182



Abbildung 4: Stufenalter der Frau in Form einer Lebenstreppe
 Quelle: Walter 2006, S.182

Es ist eine Tatsache, dass das Thema Alter mit Ängsten verbunden ist. Diese Ängste tragen im Wesentlichen dazu bei, dass das Altern, die alten Menschen und der Alterungsprozess negativ betrachtet werden. Um dem Alter die Angst zu nehmen, müssen soziale, familiäre, individuelle, generationenspezifische und kommunale Faktoren ineinander greifen. Nur durch gegenseitiges Lernen, Verstehen und Respektieren, können positive Altersbilder gefördert werden (Amrhein & Backes 2007 S.108f).

5.3. Die Dimensionen des Alters

Es ist unbestritten, dass der letzte Lebensabschnitt geprägt ist von der Art und Weise, wie das Leben im Kindes- und Erwachsenenalter gestaltet wurde. Dadurch ergibt sich eine individuelle Ausprägung des Alters. Diese Ausprägung wird durch verschiedene Dimensionen beeinflusst. Einerseits durch die Veränderung der Körpergestalt und der Funktionsfähigkeit des Körpers, und andererseits durch eine seelische und geistige Ausgeglichenheit oder Instabilität. Weiters nehmen vorhandene psychische Veränderungen sowie eine Umgestaltung der sozialen Umgebung Einfluss. Eine allgemein gültige Aussage, wie das Alter auszusehen hat, kann somit nicht getroffen werden (Lehr a 2007, S.7ff). Als durch zahlreiche Forschungsergebnisse abgesicherte Meinung gilt, dass heutzutage die Möglichkeit besteht, in all diese Dimensionen einzugreifen, um eine Verlängerung aber auch eine Verbesserung der Lebensphase Alter zu erreichen (Grubeck-Loebenstein 2008, S.23).

5.3.1. Biologisches Altern

Durch die Gegebenheit, dass der Alterungsprozess in der Gesellschaft sehr unterschiedlich verläuft, entsteht eine gewisse Variabilität des Alterns. Diese Variabilität ist dafür verantwortlich, dass das chronologische Alter häufig nicht mit dem biologischen Alter übereinstimmt. Deshalb zeigen sich bei jedem älter werdenden Individuum Unterschiede in der Physiologie, der Morphologie und der Funktionalität des Körpers (Schwartz et al. 2012, S.180).

Biologisches Altern ist eine „Naturtatsache“. Auf Grund der Gegebenheit, dass die Zellteilung des Organismus mit zunehmendem Alter nicht mehr hinreichend funktioniert, kommt es zu einer Störung der Erneuerung der Zellen. Dadurch weitet sich eine Immunschwäche im Körper aus, und Krankheiten können nicht mehr erfolgreich abgewehrt werden (Kade 2009, S.38). Die Erkenntnis, dass Zellen nur eine begrenzte Lebensdauer haben, wurde schon in den sechziger Jahren von Leonard Hayflick gewonnen (Grubeck-Loebenstein 2008, S.24).

Beim biologischen Altern stehen der körperliche Abbau, die Zunahme an Gebrechen und die Veränderung der äußerlichen Gestalt an erster Stelle. Zudem kommt es zu Funktionseinschränkungen, die mit der Zeit den ganzen Körper betreffen können (Lehr 2007, S.10). Infolge von Muskelschwund kommt es zu einer verminderten Leibeskraft, die Gelenke sind nicht mehr uneingeschränkt beweglich, und die Feinmotorik ist herabgesetzt. Zudem setzen Gleichgewichtstörungen ein, und die Sehkraft ist vermindert. All diese Faktoren führen dazu, dass Krankheiten schlechter bis gar nicht mehr kompensiert werden können (Harlacher 2008, S.161).

Das Wissen über eine Zell- und Organalterung sowie die der dahinterliegenden molekularbiologischen Veränderungen wächst stetig. Neuere Forschungsergebnisse, die sich mit dem Altern der Zellen beschäftigen, lassen einen Zusammenhang zwischen den individuellen Alterungsprozessen und der Entstehung von Krankheiten erkennen. Interventionen, die sich gezielt mit der Verlangsamung der Zellalterung beschäftigen, spielen somit in der Prävention eine große Rolle und können ein Altern in Würde ermöglichen (Grubeck-Loebenstein 2008, S.28).

5.3.2. Kognitives Altern

„Kognitiver Funktionsabbau bzw. geistige Alterung geht stets mit einer partiellen Desorientierung einher.“ (Kade 2009, S.42) Der zunehmende Abbau beginnt mit einer leichten Gedächtnislücke und kann bis hin zu einem völligen Gedächtnisverlust führen. Der beginnende Zerfall der Gedächtnisleistung ist irreversibel. Denn das neuronale Nervensystem im Gehirn kann sich nicht, so wie andere Systeme im Körper, erneuern. Dabei wird der zunehmende Gedächtnisverlust von der betroffenen Person selbst am Schlimmsten empfunden (Kade 2009, S.42).

„Die kognitiven Störungen, d.h. die Denk- und Gedächtnisstörungen werden als dementielles Syndrom zusammengefasst.“ (Kasper 2006, S.52) Unter Gedächtnisstörung wird hierbei die Unfähigkeit verstanden, Sinneseindrücke und Emotionen zu speichern und sich anschließend daran zu erinnern. Dementielle Veränderungen können sich über Jahre hinweg hinziehen, ohne sichtbare Auffälligkeiten aufzuzeigen. Im Alter ist es daher schwer genau zu differenzieren, ob es sich um eine dementielle Erkrankung handelt oder um normale Einbußen der Gedächtnisleistung, die mit zunehmendem Alter ansteigen (Steidl & Nigg 2011, S.41).

„Intelligenz ist die zusammengesetzte Fähigkeit, richtig und weitgehend zu abstrahieren, zu kombinieren, zu transformieren und zu implizieren.“ (Steidl & Nigg 2011, S.44). Basis der Entwicklung der Intelligenz einer Person ist die Unterteilung in eine kristallisierte Intelligenz und in eine flüssige Intelligenz. Die kristallisierte Intelligenz wird weitgehend auch als erfahrungs- und wissensgebundene Intelligenz bezeichnet. Sie hängt stark mit den alltäglichen, praktischen Dingen des Lebens zusammen. Die fluide Intelligenz hingegen wird benötigt, um neue kognitive Herausforderungen zu lösen. Wissenschaftlich bewiesen ist die Tatsache, dass bei der fluiden Intelligenz bereits im jungen Alter Verluste auftreten können. Die kristallisierte Intelligenz zeigt eine höhere Stabilität. Wie die Einbußen zu Tage treten, ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich und hängt stark mit dem jeweiligen Gesundheitszustand und dem Ausmaß der geistigen Tätigkeit, sowohl im Alter als auch in jungen Jahren, zusammen. Belegt ist, dass durch entsprechendes Training kognitive Verluste verringert bzw. vermieden werden können und darüber hinaus die kristallisierte Intelligenz sogar noch weiterentwickelt werden kann (Steidl & Nigg 2011, S.44).

5.3.3. Psychisches Altern

Psychische Alterung wird angezeigt durch eine Art Aussichtslosigkeit in Bezug auf die Zukunft. Die psychische Spannkraft lässt nach, und der Mensch fällt in eine Depression. Auslöser dieser Depression können verschiedene Faktoren sein, wie zum Beispiel das Nichterreichen von Lebenszielen oder immer wiederkehrende Enttäuschungen im Laufe des Lebens. Daraus entsteht eine Lebenskrise, die mit herkömmlicher Dekompensation alleine nicht mehr bewältigbar ist. Hier wird deutlich, dass ein psychisches Altern bereits in jungen Jahren einsetzen kann. Vorrangiges Ziel in dieser Phase ist es, dem Menschen wieder Hoffnung zu geben, ihn zu begleiten, mit ihm zu interagieren und zu kommunizieren. Wichtig hierbei ist, dass das gesamte soziale Umfeld eingebunden wird (Kade 2009, S.44).

Bedingt durch die Tatsache, dass es kein einheitliches Verhalten der älteren Personen gibt, muss beachtet werden, dass ein psychisches Altern in verschiedenen Facetten auftritt. Diese Facetten zeigen sich in Antriebslosigkeit, Emotionslosigkeit, Gleichgültigkeit und Eigensinn in Bezug auf die Sozialkontakte, die ältere Menschen pflegen (Steidl & Nigg 2011, S.39).

Lehr a (2007, S.10) geht einen ganz anderen Weg und beschreibt die psychischen Veränderungen im Alter als etwas Positives. Sie geht darauf ein, dass mit zunehmendem Alter die Kleinigkeiten im Leben nichtig werden und immer mehr ein genereller, allgemeiner Blick über das Leben gelingt. Nur so kann eine Anpassung an eine neue Situation erfolgen (Lehr a 2007, S.11).

„Betrachtet man menschliches Verhalten als auch von der psychischen Entwicklung in der Kindheit beeinflusst, so dürfte Eric Erikson einer der ersten PsychologInnen gewesen sein, der menschliche Entwicklung nicht mit dem Erreichen des Erwachsenenalters als abgeschlossen betrachtete, sondern Veränderungen, Aufgaben und Konflikte des Menschen bis ins hohe Alter beschrieb.“ (Steidl & Nigg 2011, S.40) Aus diesem Grund ergeben sich laut Erikson aus einer funktionierenden bzw. einer nicht funktionierenden Konfliktbewältigung im Alltag das Empfinden, die Haltung, die Einstellung und der Verstand von älteren Personen (Steidl & Nigg 2011, S.40).

5.3.4. Soziales Altern

Ein soziales Altern beginnt nicht erst mit dem Berufsausstieg. Schon weit vorher kann ein Zustand der Resignation einsetzen. Vor allem dann, wenn das Gefühl vorherrscht, dass die erlernten Fähigkeiten nicht mehr gebraucht werden. Jedoch ist der Berufsausstieg Grund Nummer eins einen sozialen Ausschluss zu erfahren. Kontakte, die zuvor mit Arbeitskollegen gepflegt wurden, enden mit einem Mal. Die soziale Achtung und das Ansehen, die mit der Arbeit einhergingen, sind plötzlich weg. Je intensiver der Beruf den Lebensmittelpunkt einer Person gebildet hat, umso

größer ist der Verlust des Selbstwertgefühls, und umso schwerer fällt eine soziale Umorientierung (Kade 2009, S.46).

„Soziale Desintegration ist eines der schwerwiegendsten Phänomene des Alterns, weil diese sich in jedem Fall mit dem Alter verstärkt, nachdem das vertraute soziale Umfeld nach und nach ausstirbt, individuell aber kaum noch aus eigener Kraft mehr ausgeglichen werden kann. Integration im Alter hängt stärker als in früheren Lebensphasen von der Kontakthäufigkeit und der Qualität der Beziehung zur Familie ab.“ (Kade 2009, S.46) Eine soziale Anschlussfähigkeit ist die wichtigste Grundlage für ein gelungenes Altern und hilft eine Einsamkeit und Isolation (siehe Punkt 5.8.3.) zu verringern bzw. zu vermeiden (Kade 2009, S.46).

5.4. Altern in der Gesellschaft

Wie bereits beschrieben prägen die steigende Lebenserwartung und die sinkende Geburtenzahl unser zukünftiges Weltbild. Ein Weltbild, das durch ältere MitbürgerInnen geformt ist. Dadurch kommt es zu einer gesellschaftlichen Instabilität, und diese Instabilität verursacht eine Verunsicherung. Folglich wird das Miteinander von Jung und Alt auf eine harte Probe gestellt. Herausforderung der Gesellschaft ist es nun Gegebenheiten und Rahmenbedingungen bereitzustellen, die es gestatten, den Individuen in jeder Lebensphase eine Möglichkeit zu bieten sich weiter zu entwickeln und ein erfülltes Leben zu leben. Es muss zu einem Bewusstsein darüber kommen, dass die Gesellschaft erst am Anfang eines Lernprozesses steht, der hilft zu begreifen, was im Alter noch alles möglich ist (Maresch 2006, S.24f). *„Aussagen zum Alter, mögen sie kritisch oder bedauernd, befürwortend oder glorifizierend sein, wirken jedenfalls immer in die gesamte Gesellschaft hinein. Sie treffen also nicht nur die Gruppe der Alten selbst.“* (Kolland & Ahmadi 2010, S.20) *„Historische Altersstereotype beeinflussen alle, die in Familie, Staat, Wirtschaft oder Politik mit den Alten zu tun haben.“* (Rosenmayr 2000, S.539)

Auf der individuellen Ebene freuen sich die meisten Leute und ihre Angehörige darüber, dass sie immer älter werden. Auf der gesellschaftlichen Ebene wird genau dieser Trend für zahlreiche negative Szenarien verantwortlich gemacht. So wird von einem Pensionszusammenbruch, der Pflegelast oder dem Solidaritätsproblem gesprochen. Die älteren MitbürgerInnen werden verantwortlich gemacht für ökonomische Probleme, für sozialen Unfrieden und für die Gefahr des Zusammenbruchs der Gesundheitsversorgung. Es kann somit zusammengefasst werden, dass die Gesellschaft die immer größer werdende Anzahl von älteren Menschen in Bezug auf die Wirtschaftskraft und die soziale Zukunft als negativ betrachtet (Kolland & Ahmadi 2010, S.19).

Die Menschheit braucht die Alten aber genauso wie die Jungen. Die jungen Leute für das Neue und Energische und die älteren ErdenbürgerInnen für das Überlegte und Ausgeglichenere. Vor allem in Kulturen, wo geistiges Wissen und Erfahrung von großer Bedeutung sind, erleben ältere Generationen Wertschätzung, Anerkennung und Achtung. In modernen Gesellschaften wird diese Wertschätzung und Anerkennung jedoch meistens mit Jugend, Leistung und Dynamik in Verbindung gebracht. Dadurch ist es zu einer Umverteilung dessen gekommen, was das Hoch- bzw. Geringschätzen der Mitmenschen betrifft. Ältere Individuen können nicht unablässig dem Idealbild der Jugend entsprechen und werden so zu Randgruppen der Gesellschaft stilisiert. Dieser Schiefelage gilt es entgegen zu wirken (Stöhr, 2007, S.172ff). *„Ältere Menschen sind ein unverzichtbarer, stabilisierender Faktor unserer Gesellschaft. Sie sind ein Vorbild für den tatkräftigen Einsatz für das Gemeinwohl, sie bewahren einen Werte-Kanon, der für die Gesellschaft überlebenswichtig ist, und sie engagieren sich in großer Zahl ehrenamtlich auf den unterschiedlichsten Gebieten, so dass es dringlich erscheint, ihnen endlich wieder die gebotene Wertschätzung und gesellschaftliche Anerkennung zuteil werden zu lassen.“* (Stöhr, 2007, S.183)

Tatsache ist, dass die älteren Generationen von heute gekennzeichnet sind durch eine Heterogenität, die nicht auf eine wirtschaftliche Zweckmäßigkeit ausgerichtet ist. Sie haben keine Angst vor der Zukunft und richten ihr Handeln auch danach. Das heißt nicht, dass sie nicht über ihr Tun nachdenken, sondern dass sich das Altsein nicht so anfühlt, wie es oft demonstriert wird. Auf jeden Fall ist das Altern in unserer Gesellschaft umfangreicher, abwechslungsreicher und zu einer sozioökonomischen Herausforderung geworden. (Gross & Fagetti, 2008, S.15f).

5.4.1. Das Alter und die Medien

Ein oft diskutiertes Thema ist die Darstellung des Alters in den Medien. Hierbei erscheint das Altersbild eher negativ. Die Ausführungen reichen von gerontopsychiatrischen Demenzstationen über an den Rollstuhl oder ans Bett gefesselte Menschen bis hin zu von Arbeit und Last gezeichnete und geschundene Körper. Diese Extremdarstellungen treffen jedoch nur auf einen geringen Anteil der älteren Bevölkerung zu, sodass sich der Rest nicht mit Ihnen identifizieren kann. Im Gegensatz hierzu präsentieren sich andere Alte wieder in einem übertriebenen positiven, vor Energie strotzenden Bild, sodass sich in diesem auch nicht alle Älteren widerspiegeln können (Lehr a 2007, S.329f).

Über Film und Fernsehen wird weitgehend ein Altersbild vermittelt, das wenig mit Tod und Sterben zu tun hat. In Serien und Spielfilmen werden ältere Leute präsentiert, die körperlich gesund und geistig aktiv sind. Der physische Verfall und die typischen Alterserscheinungen werden höchstens in Dokumentationen und Gesprächsrunden diskutiert. Anders wird das Altersbild in der

Presse behandelt. Es wird von Alter in Verbindung mit Leid und Krankheit geschrieben. Vor allem die negative Einstellung zum Bild der älteren Frau in der Gesellschaft wird in der Presse propagiert und durch die Werbung verstärkt (Lehr a 2007, S.330f).

5.4.2. Ageism

Ageism bezeichnet die Diskriminierung von Individuen basierend auf dem Faktum ihres chronologischen Alters (Amrhein & Backes 2007, S.105). Es werden darunter soziale Prozesse verstanden, die sich auf die Situation der älteren Menschen in der Gesellschaft negativ auswirken. „Ageism“ argumentiert damit, dass die Alten mit ihren Forderungen an den Staat und an die Politik den ökonomischen Spielraum so ausnutzen, dass dies auf Kosten der Allgemeinbevölkerung geht. Daraus hat sich eine gewisse „Altenfeindlichkeit“ entwickelt und die Meinung durchgesetzt, dass alte Menschen zu viel Macht besitzen und wirtschaftlich zu kostspielig sind. „Ageism“ findet sich nicht nur im Generationenkonflikt wieder, sondern wird auch ständig durch Medien propagiert. Vor allem die negative Berichterstattung über die Finanzierbarkeit der Pensionen wird zum Anlass genommen „Ageism“ zu fördern (Lehr a 2007, S.198f).

5.5. Der Genderaspekt im Alter

Derzeit leben im Durchschnitt rund 8,5 Millionen Menschen in Österreich. Davon beträgt der Frauenanteil 4,3 Millionen und der Männeranteil 4,1 Millionen. Daraus ergibt sich eine Quote von 51% an Frauen. Diese Prozentverteilung ist aber nicht in jedem Lebensabschnitt gleich. So werden mehr Jungen als Mädchen geboren. Der Frauenanteil steigt erst mit zunehmendem Lebensalter, durch die höhere Lebenserwartung der Frauen. So lag der Anteil der Frauen im Alter von sechzig und mehr Jahren bei 56,8% und jener der über Fünfundsiebzigjährigen sogar bei 64,2%. In Zukunft wird der Männeranteil im Alter aber zu steigen beginnen, da die Generation der Männer, die den Krieg überlebt haben, ins höhere Lebensalter vorrückt (Statistik Austria 2012, o. S.). Die nachstehende Tabelle zeigt den Jahresdurchschnitt der Bevölkerung aufgeteilt zwischen Alter und Geschlecht.

	1961	1971	1981	1991	2001	2010	Prognose (Hauptvariante)		
							2020	2030	2050
Wohnbevölkerung									
Insgesamt	7.086.299	7.500.482	7.568.710	7.754.891	8.042.293	8.387.742	8.723.754	8.993.464	9.360.344
unter 15 Jahren	1.589.459	1.823.905	1.511.616	1.362.758	1.352.478	1.239.538	1.249.136	1.273.737	1.246.043
von 15 bis unter 60 Jahren	4.187.263	4.164.467	4.600.456	4.837.811	4.989.050	5.206.513	5.192.488	4.909.995	4.886.893
von 60 und mehr Jahren	1.309.577	1.512.110	1.456.638	1.554.322	1.700.765	1.941.691	2.282.130	2.809.732	3.227.408
von 75 und mehr Jahren	297.087	356.611	459.788	518.822	584.464	672.668	848.467	1.024.245	1.587.773
Frauen	3.783.617	3.962.953	3.988.477	4.033.516	4.148.373	4.301.308	4.456.908	4.594.740	4.772.225
unter 15 Jahren	777.619	890.583	738.768	663.243	659.431	604.398	607.917	619.190	605.618
von 15 bis unter 60 Jahren	2.221.675	2.151.166	2.328.330	2.400.359	2.481.393	2.593.695	2.589.021	2.448.032	2.421.713
von 60 und mehr Jahren	784.123	921.204	921.379	969.914	1.007.549	1.103.215	1.259.970	1.527.518	1.744.894
von 75 und mehr Jahren	187.852	240.764	312.268	358.612	404.458	431.756	507.296	598.546	899.292
Männer	3.302.682	3.537.529	3.580.233	3.721.375	3.893.920	4.086.434	4.266.846	4.398.724	4.588.119
unter 15 Jahren	811.840	933.322	772.848	699.515	693.047	635.140	641.219	654.547	640.425
von 15 bis unter 60 Jahren	1.965.388	2.013.301	2.272.126	2.437.452	2.507.657	2.612.818	2.603.467	2.461.963	2.465.180
von 60 und mehr Jahren	525.454	590.906	535.259	584.408	693.216	838.476	1.022.160	1.282.214	1.482.514
von 75 und mehr Jahren	109.235	115.847	147.520	160.210	180.006	240.912	341.171	425.699	688.481
Geschlechterverhältnis (Männer auf 1.000 Frauen)									
Insgesamt	873	893	898	923	939	950	957	957	961
unter 15 Jahren	1.044	1.048	1.046	1.055	1.051	1.051	1.055	1.057	1.057
von 15 bis unter 60 Jahren	885	936	976	1.015	1.011	1.007	1.006	1.006	1.018
von 60 und mehr Jahren	670	641	581	603	688	760	811	839	850
von 75 und mehr Jahren	581	481	472	447	445	558	673	711	766
Altersstruktur der Frauen (In %)									
unter 15 Jahren	20,6	22,5	18,5	16,4	15,9	14,1	13,6	13,5	12,7
von 15 bis unter 60 Jahren	58,7	54,3	58,4	59,5	59,8	60,3	58,1	53,3	50,7
von 60 und mehr Jahren	20,7	23,2	23,1	24,0	24,3	25,6	28,3	33,2	36,6
von 75 und mehr Jahren	5,0	6,1	7,8	8,9	9,7	10,0	11,4	13,0	18,8
Altersstruktur der Männer (In %)									
unter 15 Jahren	24,6	25,4	21,6	18,8	17,8	15,5	15,0	14,9	14,0
von 15 bis unter 60 Jahren	59,5	56,9	63,5	65,5	64,4	63,9	61,0	56,0	53,7
von 60 und mehr Jahren	15,9	16,7	15,0	15,7	17,8	20,5	24,0	29,1	32,3
von 75 und mehr Jahren	3,3	3,3	4,1	4,3	4,6	5,9	8,0	9,7	15,0
Durchschnittsalter in Jahren									
Insgesamt	36,5	36,1	37,1	38,1	39,7	41,6	43,3	44,9	47,1
Frauen	38,3	38,2	39,3	40,1	41,4	43,0	44,5	46,1	48,3
Männer	34,5	33,7	34,7	35,9	37,9	40,1	42,1	43,7	45,8

Tabelle 3: Bevölkerung im Jahresdurchschnitt nach Alter und Geschlecht

Quelle: Statistik Austria a 2012, o.S.

Frauen erleben den Alterungsprozess anders als Männer. Sie erfahren die Verluste, die das Alter mit sich bringt, meist intensiver und bewusster und sind sich im Klaren darüber, dass das Zeitfenster, in dem sie Kinder bekommen können, viel kürzer ist als jenes der Männer. Das männliche Geschlecht muss sich im Alter mit dem Verlust der Erwerbstätigkeit und einer damit verbundenen neuen Zielsetzung beziehungsweise Sinngebung auseinandersetzen. Frauen hingegen beschäftigen darüber hinaus noch Gedanken wie der Auszug der Kinder, die Umgestaltung des Haushaltes, die ständige Anwesenheit des Partners und vielleicht auch noch die Pflege eines Familienmitgliedes (Niejahr 2007, S.26ff). Zudem haben Frauen ein höheres Risiko im Alter einsam zu sein oder materielle und finanzielle Benachteiligungen zu erfahren (Kolb 2010, S. 108).

5.6. Partnerschaft und Sexualität im Alter

Partnerschaften im Alter sind genauso abwechslungsreich und vielfältig wie in jungen Jahren. Es gibt ebenfalls heftige Konfrontationen und darauf folgende Versöhnungen. Anders jedoch sind der Umgang mit Konflikten und eine durch das Alter gewachsene Streitkultur. Eine Tatsache ist, dass stabile Partnerschaften im Alter an Bedeutung gewinnen, da die sozialen Aktivitäten, die außerhalb der Familie stattfinden, abnehmen und das häusliche Umfeld dadurch umso wichtiger wird (Stöhr

2007, S.65f). In der gesellschaftlichen Vorstellung herrscht jedoch ein Bild vor, das lange Partnerschaften als langweilig, spannungslos und freudlos bezeichnet. Somit führen Paare, die vierzig Jahre und länger zusammenleben, nach der gängigen Vorstellung keine qualitätsreiche Beziehung mehr. Darum ist die Gestaltung einer Partnerschaft im Alter eine arbeitsintensive Zeit. Es gilt der Meinung der Gesellschaft entgegenzuwirken und die Ansicht zu verneinen die Qualität der Partnerschaft im Alter nur am Maßstab der Jungen zu messen (Amann 2004, S.146ff).

In der heutigen Zeit, wo alle Menschen länger leben und auch in einem gewissen Maß energievoller sind, scheint es natürlich, dass auch die sexuelle Leistungskraft länger anhält. So ist es selbstverständlich, dass auch die erotische Liebe von älteren Leuten in der modernen Gesellschaft ihren Platz finden sollte. Dennoch wird oft allein das Händchenhalten bei alten Paaren als unpassend angesehen. Die Vorstellung der Sexualität der Eltern bzw. der Großeltern fällt vielen Jungen schwer (Gross & Fagetti 2008, S.35f). Sexualität steht aber nicht an vorderster Stelle bei partnerschaftlichen Beziehungen im Alter. Es hat sich im Laufe der Zeit eine „zweite Sprache der Sexualität“ entwickelt. Hierbei geht es vielmehr um Zuneigung, Zusammengehörigkeit und Achtung. Die „zweite Sprache der Sexualität“ ist Ausdruck eines Selbstwertgefühls gegenüber dem eigenem Körper sowie des Verlangens nach Erhalt und Vermittlung von Sicherheit und Geborgenheit (Lehr a 2007, S.169). *„Bei älteren Paaren sind Einfühlungsvermögen, Zärtlichkeit und durch gelegentliche Geschenke ausgedrückte Dankbarkeit für die Dienste und die Gegenwart des Partners wichtiger als leidenschaftliche erotische Begegnungen.“* (Stöhr 2007, S.74)

5.7. Generationsvertrag und Generationsverhältnisse

Die immer älter werdende Gesellschaft und die damit verbundenen Diskussionen über das Verhältnis der Generationen zueinander sind heutzutage zu einer brennenden Thematik geworden. Aber nicht nur die gegenwärtige Situation wirft eine Vielzahl von Fragestellungen auf, sondern auch die Zukunft der Generationsverhältnisse ist ungewiss. Sicher ist, dass es nach wissenschaftlicher Meinung keine Einigung über die weitere Entwicklung der Beziehungen zwischen den Generationen gibt. Während die Einen Familienzerfall und Konflikte vorhersagen, prognostizieren die Anderen ein einträchtiges Miteinander. (Rosenmayr & Böhmer 2006, S.173f). Polarisierender Inhalt der Diskussionen hierbei ist, dass immer „weniger junge Leute für immer mehr Ältere“ aufkommen müssen. Dieser Brennpunkt wird von Statistikern, Ökonomen und Soziologen noch weiter angeheizt. Wenn die Situation aber genau betrachtet wird, so zahlen nicht die Jungen für die Alten, sondern die Erwerbstätigen müssen ihren Beitrag sowohl für die jungen als auch die alten Menschen leisten. So ist es nicht verwunderlich, dass von den Erwerbstätigen als Hochleistungsgeneration gesprochen wird. Sie sorgen zugleich für die Finanzierung der Familie, der Kinder und der alten Leute (Gross & Fagetti 2008, S.95ff).

*„Die Generationsverhältnisse werden immer dann öffentlich problematisiert, wenn die so gar nicht existierenden „Generationsverträge“ fraglich oder brüchig werden.“ (Kolland & Ahmadi 2010, S.19) Durch den staatlichen Generationsvertrag sind die erwerbstätigen Personen an die ältere Menschheit gebunden. In der heutigen Zeit wird häufig von einer Aufkündigung dieses Vertrages gesprochen, was eigentlich nicht möglich ist, da es privatrechtlich, öffentlich und moralisch keinen Vertrag gibt und dieser nur im fiktiven Sinn besteht. Der Generationsvertrag beruht auf einem Umlageverfahren, wobei sich die Erwerbstätigen verpflichten, einen Prozentsatz ihres Einkommens für die ältere Generation zur Verfügung zu stellen. Dieses Umlageverfahren wurde vom Staat festgelegt und kann somit nicht von den Generationen gekündigt werden. Sinnvoller Gedanke wäre es, den Generationsvertrag zu überdenken und die Verteilung der Ressourcen neu zu gewichten. Denn genau genommen besteht kein Generationskonflikt, sondern ein Konflikt um die gerechte Verteilung der vorhandenen Ressourcen auf eine große Gruppe von unterschiedlich stark ausgeprägten Interessenspartnern. Es existiert sozusagen ein sozialer Verteilungskampf, wobei die Gewinner und Verlierer immer deutlicher hervortreten. Der viel diskutierte Generationskonflikt soll dabei veranschaulichen, wer für die finanziellen Mittel aufkommt und wer am meisten davon profitiert. Eine einfache Unterteilung der beteiligten Gruppen in Jung und Alt kann hierbei aber als stupide und als eine absichtliche Reduzierung vorhandener komplexer Sachverhalte angesehen werden. Es ist eine bekannte Tatsache, dass die Finanzierung der Pensionsversicherungssysteme nicht mehr lange durch die laufenden Einnahmen der Erwerbstätigen gedeckt werden kann. Die Ursachen für diesen Umstand sind aber mannigfaltig (Amann et al. 2010, S.193ff). *„Was jedoch als unverrückbar gilt, ist die Tatsache, dass die Kostensteigerung unter keinen Umständen alleine auf die zahlenmäßige Zunahme der älteren Bevölkerung zurückgeht bzw. auf immer weniger Aktive und immer mehr Inaktive, was oft kurzschlüssig behauptet wird. Es ist das Zusammenspiel zwischen demografischen Veränderungen, Funktionsproblemen des Arbeitsmarktes, diskontinuierlicher Wirtschaftsentwicklung, Eigendynamik des Gesundheitssystems und steigendem Lebensstandard etc., das die bekannten Probleme hervorbringt.“ (Amann et al. 2010, S.194)**

Bekannt ist, dass sich die „gesellschaftlichen Generationen“ ferner stehen als die „familiären“. Dies heißt aber nicht zwangsläufig, dass sie sich feindselig gegenüberstehen. Jede Altersgruppe hat Erfordernisse, Vorlieben und Probleme, die mit den anderen Generationen rivalisieren. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass auf Grund des massiven demographischen Wandels große Belastungen auf die einzelnen Generationen zukommen bzw. bereits zugekommen sind. Gewiss ist, dass es leichter ist das Generationsverhältnis im Allgemeinen zu beschreiben, als es in seiner Vielfältigkeit darzustellen. Um ein besseres Generationsverhältnis zu schaffen, ist es aber unvermeidlich die unterschiedlichen Ansichten und Werthaltungen zu analysieren und dafür Sorge zu tragen, sowohl den jungen Generationen als auch den älteren und alten Generationen Raum zu schaffen, diese Werte auch zu leben. Denn in Zukunft wird es sicher mehr ältere Menschen geben,

die den Jungen gegenüberstehen und mehr denn je die Durchsetzung ihrer Wünsche und Bedürfnisse begehren (Rosenmayr & Böhmer 2006, S.191ff).

5.7.1. Die politischen Herausforderungen in Bezug auf das Alter

Auf Grund der demographischen Veränderungen bzw. der gestiegenen Lebenserwartung ist es Aufgabe der Politik geworden nicht nur eine reine Gesundheitspolitik durchzuführen, sondern auch ein Risikomanagement zu betreiben. Denn als gesichert gilt, dass eine gestiegene Anzahl an älteren Leuten, die ein immer höheres Alter erreichen, gleichzeitig einen Anstieg der Gesundheitskosten im Sozialstaat bedingen. Es besteht daher berechtigt die Frage, wie eine soziale Ungleichheit in Gesundheitsfragen verringert werden kann, während die Bedürfnisse der älteren Generationen eine Berücksichtigung finden sollen. Vor allem die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Alter sollte ausgebaut werden, da Maßnahmen, die auf Prävention und Gesundheitsförderung aufbauen, eine evaluierende, verbessernde, unterstützende und steuernde Wirkung besitzen. Somit könnten altersbedingte Erkrankungen schon vor ihrer Entstehung beeinflusst werden (Maresch 2006, S.47f).

Ein kritischer Punkt in Österreich ist die Tatsache, dass ein extrem hoher Prozentsatz der Gesundheits- und Krankenversorgung im Krankenhaus stattfindet. Dies bedeutet, dass die teuerste Variante Interventionen in Anspruch zu nehmen auch die häufigste ist. Die Schlussfolgerung daraus ist eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen, wie sie schon seit Jahren zu beobachten ist. Aufgabe der Politik ist es nun einen Dialog zwischen den Generationen zu führen, zur Selbsthilfe anzuregen und Maßnahmen auszuarbeiten, die auch extramural greifen. Nur so kann garantiert werden, dass es zu einer nachhaltigen und effektiven Sicherung der Gesundheitsversorgung im Alter kommt (Maresch 2006, S.50).

Laut der WHO (2012, S.22) gibt es auch weltweit große politische Herausforderungen in Bezug auf das Alter. Nicht zu übersehen ist eine soziale Ungleichheit zwischen den einzelnen Ländern. Bekannt ist, dass Länder mit einem geringen Haushaltseinkommen über eine höhere Sterblichkeitsrate und über geringere Gesundheitsinfrastrukturen verfügen als Länder mit einem hohen Haushaltseinkommen. Darüber hinaus sind „nicht kommunizierbare Krankheiten“ wie Adipositas, Herzinfarkt, Insult, Krebs und Depression auch im Alter weit verbreitet. Laut der WHO ist es jetzt politische Aufgabe Einrichtungen und Infrastrukturen zu schaffen, die eine Ungleichheit verringern bzw. die Krankheiten im Alter reduzieren sollen. Eine wissenschaftliche Evidenz für die Notwendigkeit solcher Maßnahmen ist ausreichend vorhanden (WHO 2012, S.22).

Allgemeine politische Vorstellung für das Alter ist ein Gewinn an Gesundheit in jeder Lebenslage. Ausgangspunkt hierfür kann eine verbesserte finanzielle bzw. soziale Lage sein oder der Ausbau des Angebots an Bildung, Ernährung, Hygiene und Wohnen im Alter (Maresch 2006, S.49).

5.8. Familienstruktur und soziale Beziehungen im Alter

Die Bedeutung der Familie wird immer wieder als sinkend demonstriert. Aber ihre Wichtigkeit in Fragen der sozialen Integration ist nach wie vor unumstritten. Studien belegen, dass es innerhalb der Familie zu Wertschätzung, Zusammenhalt und gegenseitiger Unterstützung kommt (Lehr a 2007, S.257). Die Familie wird nicht selten als „Solidaritätsdrehscheibe zwischen den Generationen“ bezeichnet. Dabei kommt es sowohl sozial, materiell als auch psychisch, zu einer wechselseitigen Unterstützung. Die älteren Generationen leisten hierbei einen wesentlichen Beitrag, ohne den das aktive und gesellschaftliche Leben der Jungen stark eingeschränkt wäre (Amann 2004, S.87). Es ist aber nicht zu leugnen, dass sich die Familienstrukturen in den letzten Jahren geändert haben. Es kommt zu einer steigenden Zahl an Generationen, die parallel leben. Demgegenüber steht eine Abnahme der Mehrgenerationshaushalte hin zu Eingenerationshaushalten. Ältere Menschen kennzeichnen sich durch die Tendenz, nicht mehr im Haushalt ihrer Kinder und Kindeskiner leben zu wollen, sondern in deren unmittelbarer Nähe. Durch diese räumliche Distanz soll eine familiäre Nähe gefördert werden (Lehr a 2007, S.257). Form und Rolle der Familie sind nicht zuletzt auf Grund des demographischen Wandels einem starken Wechsel unterlegen. Die neu gestalteten Familienstrukturen verlangen ein Umstrukturieren in Bezug auf Solidarität und Rollenverteilung zwischen den Generationen. Diese Umstrukturierung fand in den letzten Jahren bereits verstärkt statt (Amann 2004, S.88).

Mit dem Alter kommt es im Leben eines Menschen zu einer Veränderung der sozialen Rolle. Ausschlaggebend sind vor allem zum einen der Auszug der Kinder und der Verlust des Ehepartners und zum anderen der Eintritt in die Pension. Diese Faktoren erschweren das Beibehalten von sozialen Kontakten und Aktivitäten. Somit wird die Familie das wichtigste soziale Netzwerk für den alten Menschen. Ein regelmäßiger Kontakt mit anderen Menschen ist dennoch ein wichtiger Bestandteil, um soziale Beziehungen aufrechterhalten zu können (Lehr a 2007, S.259). Interessant ist die Tatsache, dass die Häufigkeit der Kontaktpflege von älteren Menschen nach außen zu Bekannten und Freunden deutlich vom Bildungsgrad der Menschen abhängt. Je höher dieser ist, umso öfter werden Sozialkontakte nach außen hin gesucht und gepflegt. Ein niedriger Bildungsstand führt eher zu kinder- und familienorientierten Tätigkeiten (Maresch 2006, S.31). Zudem gilt es als gesichert, dass formelle außerfamiliäre Beziehungen wie Kirche und/oder Vereine wichtige gesellschaftliche Kontaktmöglichkeiten für ältere Leute sind. Im Gegensatz dazu werden so genannte informelle Sozialkontakte, wie ein regelmäßiges Zusammentreffen eines

Freundeskreises, eher von jungen Alten gepflegt. Überdies nimmt das Telefon als Kommunikationsmittel eine immer wichtiger werdende Funktion ein. Es ist für ältere Menschen, die an ihr Wohnumfeld gebunden sind, der bedeutendste Kontakt zur Außenwelt (Lehr a 2007, S.268).

5.8.1. Wohn- und Lebensformen im Alter

Fast dreiviertel der älteren Generation lebt, wenn auch eine Umsiedelung in ein Alten- oder ein Pflegeheim mit zunehmenden Alter wahrscheinlicher wird, noch in den eigenen vier Wänden zu Hause. Teilweise wird der Wohnraum mit den Kindern geteilt. Dies hängt stark mit einem Stadt-Land-Gefälle zusammen. Während ältere Leute am Land häufig mit Kindern und Enkeln unter einem Dach leben, zeigt sich in der Stadt ein gegenteiliges Bild. Trotz räumlicher Trennung wird aber darauf geachtet, dass die Distanz zu den Kindern und Enkeln nicht sehr groß ist. (Rischaneck 2008, S.75f).

Der Wohnraum wird im Alter zu einer Art Grundlage für Sicherheit, Geborgenheit und Abgrenzung. Mit steigendem Lebensalter wird immer mehr Zeit in der eigenen Wohnung verbracht. Mit dem räumlichen Rahmen, in dem ältere Leute die meiste Zeit ihres Lebens verbringen, ist eine Lebenszufriedenheit eng verbunden. Dabei zeigen Studien, dass eine höhere Bildung und das Einkommen nur einen geringen Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Wohnform haben. Vielmehr wirken sich die Kontaktmöglichkeiten mit Familie, Vereinen und Nachbarn positiv auf das Wohlbefinden aus. (Lehr a 2007, S.303f). Wie bereits erwähnt wird die Familie mit zunehmendem Alter immer wichtiger für einen Menschen. So leben ca. 39% der über achtzigjährigen Personen in Zwei- oder Mehrgenerationenhaushalten oder haben zumindest regelmäßigen Kontakt mit ihren Kindern und/oder Enkelkindern. Sicher ist, dass der größte Anteil der älteren Bevölkerung in privaten Haushalten und nur ein geringer Anteil in institutionellen Einrichtungen leben (Rischaneck 2008, S.75). Die nachstehende Tabelle zeigt die Häufigkeit von Ein- bzw. Mehrpersonenhaushalten nach Alter und Geschlecht im Zeitraum von 2001 – 2050 (Statistik Austria b 2012, o.S.).

Jahr	Haushalte insgesamt				Einkommenshaushalte				Mehrpersonenhaushalte			
	insgesamt	15-39 Jahre	40-64 Jahre	65 Jahre und älter	zusammen	15-39 Jahre	40-64 Jahre	65 Jahre und älter	zusammen	15-39 Jahre	40-64 Jahre	65 Jahre und älter
Männer und Frauen												
2001	3.339.662	1.037.518	1.502.212	799.932	1.119.910	340.317	375.808	403.785	2.219.752	697.201	1.126.404	396.147
2010	3.621.267	939.917	1.748.883	932.467	1.309.216	350.340	495.750	463.126	2.312.051	589.577	1.253.133	469.341
2030	4.025.300	909.112	1.768.554	1.347.634	1.555.320	335.184	551.240	668.896	2.469.980	573.928	1.217.314	678.738
2050	4.272.179	911.382	1.709.064	1.651.733	1.722.630	341.149	533.584	847.897	2.549.549	570.233	1.175.480	803.836
Männer												
2001	2.183.955	693.822	1.085.700	404.433	455.837	199.361	181.561	74.915	1.728.118	494.461	904.139	329.518
2010	2.254.397	567.830	1.180.491	506.076	524.052	188.180	227.678	108.194	1.730.345	379.650	952.813	397.882
2030	2.331.828	523.391	1.069.899	738.538	542.653	172.747	204.978	164.928	1.789.175	350.644	864.921	573.610
2050	2.475.178	525.216	1.038.439	911.523	603.947	176.577	201.770	225.600	1.871.231	348.639	836.669	685.923
Frauen												
2001	1.155.707	343.696	416.512	395.499	664.073	140.956	194.247	328.870	491.634	202.740	222.265	66.629
2010	1.366.870	372.087	568.392	426.391	785.164	162.160	268.072	354.932	581.706	209.927	300.320	71.459
2030	1.693.472	385.721	698.655	609.096	1.012.667	162.437	346.262	503.968	680.805	223.284	352.393	105.128
2050	1.797.001	386.166	670.625	740.210	1.118.683	164.572	331.814	622.297	678.318	221.594	338.811	117.913

Tabelle 4: Repräsentanten von Ein- und Mehrpersonenhaushalten 2001 – 2050 nach Alter und Geschlecht

Quelle: Statistik Austria b 2012, o.S.

Wird die Lebensform von Älteren betrachtet so zeigt sich, dass ca. 65% der über 75jährigen Frauen verwitwet und nur fast 20% verheiratet sind. Bei den Männern hingegen zeigt sich ein Verhältnis von verwitwet rund 20% zu verheiratet rund 60%. Die Zahl der verwitweten Personen steigt mit dem Lebensalter sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern an. Dabei ist der Anteil der Frauen deutlich größer, was mit der höheren Lebenserwartung einhergehen dürfte. Einen nur geringen Anteil bilden die älteren Leute, die geschieden sind. Viel auffallender ist die Tatsache, dass ab dem 75sten Lebensjahr knapp 38% der Frauen alleine leben, im Gegensatz zu nur 7% der Männer in diesem Lebensalter (IFES 2010, S.10). Die nachfolgende Tabelle zeigt die Verteilung der Bevölkerung gegliedert nach Alter, Geschlecht und Familienstand (Statistik Austria 2011, S.47).

Alter	Absolut					In Prozent			
	zusammen	ledig	verheiratet	verwitwet	geschieden	ledig	verheiratet	verwitwet	geschieden
	Insgesamt								
Insgesamt	8.032.926	3.413.954	3.527.786	573.318	517.868	42,5	43,9	7,1	6,4
0 bis 14 Jahre	1.353.482	1.353.482	-	-	-	100,0	-	-	-
15 bis 19 Jahre	483.957	480.508	3.341	18	90	99,3	0,7	0,0	0,0
20 bis 24 Jahre	472.777	424.437	45.364	83	2.893	89,8	9,6	0,0	0,6
25 bis 29 Jahre	539.031	349.813	172.686	484	16.048	64,9	32,0	0,1	3,0
30 bis 34 Jahre	668.281	265.373	356.057	1.509	45.342	39,7	53,3	0,2	6,8
35 bis 39 Jahre	704.872	172.059	456.609	3.644	72.560	24,4	64,8	0,5	10,3
40 bis 44 Jahre	625.783	104.093	436.908	6.802	77.980	16,6	69,8	1,1	12,5
45 bis 49 Jahre	525.207	61.496	382.860	11.075	69.776	11,7	72,9	2,1	13,3
50 bis 54 Jahre	514.535	45.128	380.385	19.466	69.556	8,8	73,9	3,8	13,5
55 bis 59 Jahre	452.265	33.730	332.797	28.956	56.782	7,5	73,6	6,4	12,6
60 bis 64 Jahre	451.057	31.565	330.020	48.368	41.104	7,0	73,2	10,7	9,1
65 bis 69 Jahre	332.596	22.945	227.355	60.718	21.578	6,9	68,4	18,3	6,5
70 bis 74 Jahre	327.321	22.500	197.144	89.932	17.745	6,9	60,2	27,5	5,4
75 bis 79 Jahre	290.140	22.771	132.060	120.754	14.555	7,8	45,5	41,6	5,0
80 bis 84 Jahre	151.242	11.753	49.788	82.899	6.802	7,8	32,9	54,8	4,5
85 bis 89 Jahre	96.166	8.178	19.440	64.885	3.663	8,5	20,2	67,5	3,8
90 bis 94 Jahre	37.255	3.353	4.550	28.153	1.199	9,0	12,2	75,6	3,2
95 Jahre und älter	6.959	770	422	5.572	195	11,1	6,1	80,1	2,8

Tabelle 5: Bevölkerung nach Alter, Familienstand und Geschlecht

Quelle: Statistik Austria 2011, S.47.

5.8.2. Die finanzielle Lage der älteren Generation

Die finanzielle Lage der älteren Menschen hängt im größten Maße vom Aufbau der Altersversorgung eines Landes ab. In Österreich bildet das öffentliche Pensionssystem die hauptsächlich ökonomische Absicherung für Ältere. Kaum in einem anderen Land kommt der öffentlichen Absicherung der älteren Generation so viel Bedeutung zu wie in Österreich. Individuen, die in ihrem Lebensverlauf durchgehend gearbeitet haben und in einer stabilen Beziehung leben, sind im Alter im internationalen Vergleich gut versorgt. Als gesichert gilt, dass trotz angehobenen Pensionsantrittsalters die Lebensphase, in der kein Aktiveinkommen mehr bezogen wird, immer länger wird. Dadurch kommt es zu einer Ausdehnung der Lebensspanne, in der ältere Menschen auf öffentliche Transferleistungen und individuelle Ersparnisse angewiesen sind. Vor allem hochbetagte Menschen, die ohnedies über eine niedrige Antrittspension und eine geringe Pensionsanpassung verfügen, geraten somit in Gefahr, in eine Armutsfalle zu tappen (Guger & Mayrhuber 2008, S.207f).

Neben den Hochbetagten sind vor allem Frauen und Einzelhaushalte, vornehmlich verwitwete und geschiedene Personen, von einem niedrigen Nettoeinkommen betroffen. Ein Zusammenhang findet sich auch bei einer niedrigen Pension und dem ländlichen Raum. Vorwiegend deshalb, da die Schul- bez. Ausbildung hier niedriger ist als im städtischen Gebiet (IFES 2010, S.27). Die nachfolgende Abbildung zeigt das Haushaltsnettoeinkommen eines Auszuges von SeniorInnen

gegliedert nach Geschlecht, Familienstand, Bildung, Gemeindegröße, subjektivem Gesundheitszustand und Aktivität. (IFES 2010, S.28).

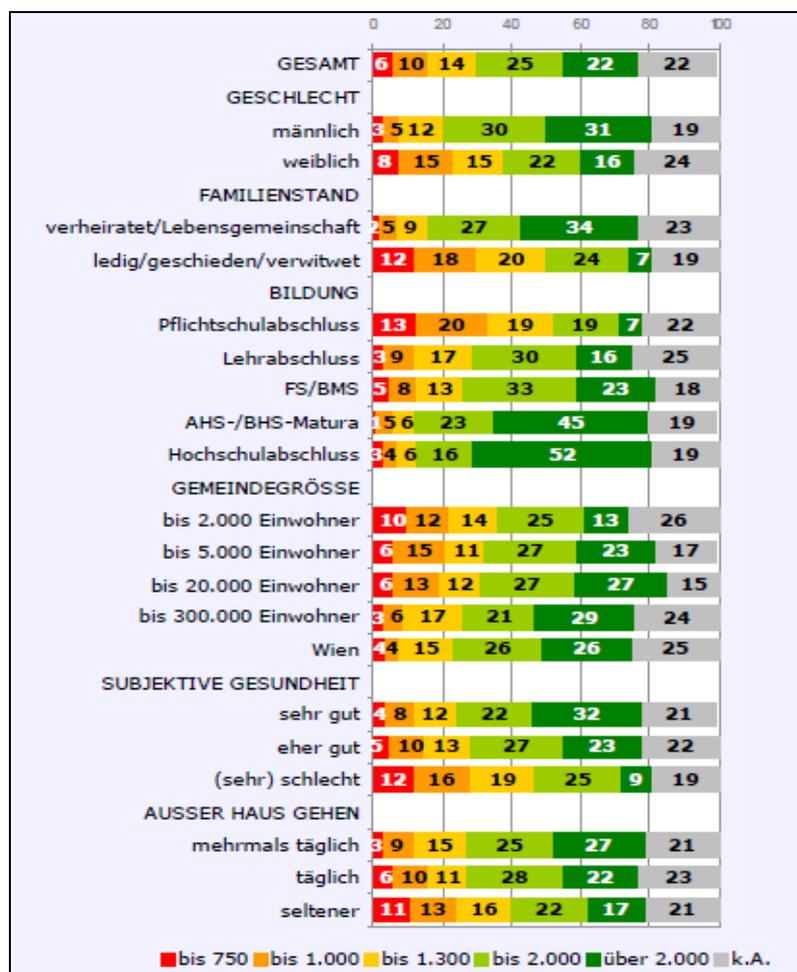


Abbildung 5: Haushaltsnettoeinkommen von SeniorInnen

Quelle: IFES 2010, S.28.

5.8.3. Einsamkeit und Isolation im Alter

Grundsätzlich muss zwischen Einsamkeit und Isolation unterschieden werden. Einsamkeit hängt stark mit einem subjektiven Gefühl des Alleinseins zusammen, während Isolation mit einem geringen bis gar keinen Anteil an Sozialkontakten einhergeht. Eine spezielle Form der Isolation ist die „Desolation“. Diese beschreibt den natürlichen Prozess von zunehmenden Verlusten an nahe stehenden Menschen auf Grund des fortschreitenden Alters (Hörl 2008, S.285).

Eine Einigkeit herrscht darüber, dass es sich bei Einsamkeit um einen Zustand handelt, der mit den Empfindungen von Leere, Unsicherheit, Unzufriedenheit, Verlassenheit und fehlender zwischenmenschlicher Wärme einhergeht (Hörl 2008, S.285). Einsamkeit gewinnt mit zunehmendem Alter an Bedeutung, da es hier öfter zum Gefühl der Nichtzugehörigkeit kommt.

Vor allem bei Personen, die in Altersheimen leben, verwitwet oder kinderlos sind, zeigt sich ein signifikantes Einsamkeitsgefühl (Lehr a 2007, S.164). Je höher die Lebensphase ist, desto stärker ist sie mit Personenverlusten verbunden. Lebensereignisse, die zu einer Einsamkeit führen können, treten gehäuft auf. Der Wegfall des Lebenspartners/der Lebenspartnerin, das Sterben von Geschwistern und anderen nahe stehenden Menschen führen dazu, dass Sozialkontakte stark verringert werden. Eine vollständige Kompensation der Verluste durch neue Kontakte ist mit steigendem Alter eher unwahrscheinlich. Zudem sollte beachtet werden, dass Einsamkeit individuell geprägt ist. Kinderlose beziehungsweise lebenslang ledig gebliebene Menschen haben über ihren Lebenslauf hinweg andere Kommunikationsformen entwickelt und sind somit im hohen Alter familiären Verlustprozessen weniger ausgeliefert. Je nachdem, ob sie immer schon eine kontaktarme Lebensweise bevorzugt oder einen großen Bekannten- und Freundeskreis aufgebaut haben, kristallisiert sich ein mehr oder weniger intensives Einsamkeitsgefühl heraus (Hörl 2008, S.286f). Bekannt ist, dass Frauen mehr über Einsamkeit klagen als Männer, dass sich hochbetagte Menschen häufiger über Einsamkeit äußern als junge Alte und dass sich Witwen einsamer fühlen als Frauen, die nie verheiratet waren (Lehr a 2007, S.296).

Eine wirkungsvolle Maßnahme Einsamkeit und Isolation zu reduzieren ist die Erschließung neuer Interessensgebiete. Dabei gilt als gesichert, dass das Gefühl der Einsamkeit nicht selten mit Emotionen der Langeweile und Inaktivität einhergeht. Personen, die keine Perspektive, keine Zielorientierung und einen eingeschränkten Interessensbereich haben, sind unzufriedener und haben ein geringeres Selbstwertgefühl. Dies wird durch Einsamkeit zum Ausdruck gebracht. Ein breit angelegtes Wissensfeld und ständiges Auseinandersetzen mit Neuem kann helfen Einsamkeit und Isolation im Alter zu verringern (Lehr a 2007, S.296).

5.9. Lebenszufriedenheit im Alter

Die meisten älteren Leute sind in den wesentlichen Bereichen mit ihrem Leben zufrieden. Dies betrifft vor allem die Wohnsituation, die Selbstständigkeit sowie die Familien- und Sozialkontakte. Eine größere Unzufriedenheit spiegelt sich in Bereichen wieder, die direkt mit dem Alter zusammenhängen. Dies betrifft vermehrt die körperliche Funktionsfähigkeit, die geistige Verfassung und das individuelle Wohlbefinden. Eine große Rolle spielt hierbei wiederum das Zusammenwirken von Realität und Erwartung. Was erwartet der ältere Mensch noch an Leistungsfähigkeit, und was ist sein Körper noch bereit zu leisten? Da die Realität zumeist mit der Wirklichkeit auseinander geht, ist eine Zufriedenheit in Bezug auf die gesundheitliche Verfassung größtenteils nicht gegeben. Insgesamt gesehen geben ältere Leute aber an, dass sie mit ihrer derzeitigen Lebenssituation sehr zufrieden sind (IFES 2010, S.13f).

Eine Lebenszufriedenheit gilt als wichtigster Schlüsselfaktor für einen erfolgreichen Alterungsprozess. Maßgeblich für das Erreichen einer hohen Lebenszufriedenheit im Alter sind das realistische Einschätzen der körperlichen Veränderungen während der Lebensspanne sowie eine Balance zwischen den Bedürfnissen der Älteren und den vorhandenen sozialen Angeboten. Wichtigstes Element hierbei ist und bleibt ein positives Bild von sich selbst (Lehr a 2007, S.56f). Eine Zufriedenheit wird gefördert durch einen bewussteren Umgang mit dem eigenen Körper, durch freies, kreatives Denken im Zusammenhang mit neuen Tätigkeitsbereichen, ein Wertschätzen des Alters und ein Konzentrieren auf die essentiellen Dinge im Leben. Es zeigt sich nämlich, dass Individuen langsamer altern, wenn sie auch im Alter aktiv bleiben und ihr Glück finden (Deutsch 2006, S.193ff).

5.9.1. Sinnggebung und Ziele im Alter

Unter finanziellen und materiellen Gesichtspunkten betrachtet ging es wohl noch keiner Generation so gut wie der heutigen. Diese Tatsache spiegelt sich jedoch nicht in der allgemeinen Stimmung wieder. Vielmehr werden heutzutage Sprüche geprägt wie der von Karl Valentin „Früher war alles besser, sogar die Zukunft“. Die anfängliche Hochstimmung des 20. Jahrhunderts ist einem Katastrophenszenario gewichen. In diesem Szenario fällt es dem Individuum schwer seinen Platz zu finden. Immer öfter wird von Depression, Bitterkeit, Missstimmung, Pluralismus, Orientierungslosigkeit und Werteverfall gesprochen. Alle diese Zuschreibungen erschweren es älteren Leuten den Sinn im Alter zu erkennen. Alte Menschen brauchen Klarheit darüber, wie ihr zukünftiger Lebensweg aussieht, um eine Neuorientierung wagen zu können. Dabei brauchen sie mehr als Wohlstand und gesellschaftliche Anerkennung. Doch eine Akzeptanz des stetig fortschreitenden Altersprozesses und einer damit verbundenen Sinnggebung des Alters ist in einer schnelllebigen, von einem Jugendwahn geprägten und nützlichkeitsdefinierten Zeit schwierig geworden. Viel eher kommt es zu einer Flucht weg vom Alter hin zu einem Jugendwahn, mit dem sich Anti-Ageing-Mediziner profilieren. Dadurch entsteht ein Bild des alten Menschen, der stets sportlich, jugendlich und attraktiv ist. Tragisch und lächerlich zugleich ist die daraus resultierende Alterstorheit. Denn Ältere sollen anerkannt und ihre Altersweisheit gefördert werden, und sie sollten nicht im Jugendwahn untergehen (Stöhr 2007, S.203f).

„Wenn Cicero recht hat mit seiner Behauptung, dass der Grad der Ehrfurcht vor dem Alter ein Maß sei für die Gesittung einer Gesellschaft, leben wir in einer recht ungesitteten Zeit, in der es schwer fällt, Sinnziele zu erkennen und zu erlangen.“ (Stöhr 2007, S.204) Um dem Leben im Alter einen Sinn zu geben, muss der ältere Mensch sich bewusst über seine Wünsche, Sehnsüchte, Fähigkeiten und aber auch über seine Ängste und Einschränkungen sein. Die individuelle Lebenserfahrung ist hierbei entscheidend. Mit geistigem Wissensdurst und Neugier sollte der Welt

sowohl induktiv als auch deduktiv offen begegnet werden. Nur so kann man der letzten Lebensphase mit Achtsamkeit und Willensfreiheit entgegentreten (Stöhr 2007, S.205f).

Der Lebenssinn im Alter kann viele Bereiche umschließen, wie zum Beispiel den regelmäßigen Kontakt mit Familienangehörigen, das Erfreuen an der Natur oder Kultur sowie das Ausführen von gesellschaftlichen Angelegenheiten (Stöhr 2007, S.207f). Denn der Kampf um das Überleben und das Klammern an Belustigungen unterschiedlichster Art und Weise reichen schon lange nicht mehr als Sinngebung für das Alter aus. Vielmehr geht es um ein ständiges Loslassen. Ein Loslassen in beruflicher Hinsicht oder aus der Sicht von Ritualen und den eigenen Kräften, um dabei wieder Neues zu entdecken. Im Alter gehen aber nicht nur Fähigkeiten verloren, sondern es kommen auch andere Möglichkeiten hinzu. Dies können vor allem geistige Aktivitäten und das Erkunden von Themengebieten sein, die zuvor vernachlässigt wurden. Vor allem geht es aber darum, die gewonnene Lebensphase mit Sinn zu erfüllen und die Zeit nicht zu vergeuden (Gross & Fagetti 2008, S.75ff).

5.9.2. Die Bedeutung der Forschung und Wissenschaft für das Alter

Die Neuerrungenschaften der Medizin werden dafür Sorge tragen, dass die Menschen länger leben als je zuvor. Aber wird das die Menschheit auch glücklicher machen? Was bringen die neu gewonnenen Jahre? Wie sinnvoll die letzten Lebensjahre genutzt werden können, hängt maßgeblich vom medizinischen Fortschritt ab. Wenn Alzheimer oder Altersdiabetes geheilt werden können, ändert das das Leben zahlreicher Mitmenschen. Ohne solche Errungenschaften leben die Menschen zwar länger, aber die Frage ist, in welchem Gesundheitszustand? Es kann auch sein, dass die Medizin gar nicht in der Lage sein wird die Jahre in guter Gesundheit zu verlängern, sondern dass sie nur fähig sein wird die Lebensphase hinauszuzögern, in denen die Leute krank und pflegebedürftig sind. Somit ist klar, dass für die ältere Generation von morgen die Wissenschaft und Forschung von heute von großer Bedeutung ist. Schon jetzt wird deutlich, dass der ältere Mensch und seine Leiden ein fixer Bestandteil der Ausbildung im medizinischen und gesundheitsrelevanten Bereich werden muss. Bekannt ist nämlich, dass sehr viel Geld in die Bekämpfung von akuten Leiden investiert wird und im Gegensatz dazu der Behandlung von Langzeiterkrankungen noch immer zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. (Niejahr 2007, S.106ff)

Die steigende Lebenserwartung und mit ihr die zunehmende Alterung der Gesellschaft stellt die Menschheit vor neue Herausforderungen. Mit dem Altwerden steigt der geistige und körperliche Abbau, den Individuen besonders im letzten Lebensdrittel erfahren, rasch an. Empirische Befunde zeigen jedoch, dass dieser Abbau starke Unterschiede zwischen den Populationen aufweist. Gene,

sozioökonomischer Status, Lebensbedingungen, Lifestyle, geistige und körperliche Erkrankungen, sowie die Erreichbarkeit von medizinischer Hilfe beeinflussen das menschliche Altern im Wesentlichen mit. Was als optimaler Alterungsprozess zu gelten hat, ist deshalb schwer zu definieren (Häfner et al. 2010, S.41). *„Neuerungen in der Forschungskooperation sind unbedingt notwendig. Jedes europäische Land sollte über ein multidisziplinäres besetztes nationales Forschungsinstitut zu „Altern, Generationen und Lebensentwicklung“ verfügen.“* (Rosenmayr & Böhmer 2006, S.12)

Die heutigen Siebzigerjährigen sind agiler und aktiver, als sie es früher waren. Sie besitzen noch Ressourcen, die durch den gesellschaftlichen und medizinischen Fortschritt gefördert werden können. Nichtsdestotrotz braucht der Körper mit zunehmendem Alter das Gehirn, um Aktivitäten ablaufen zu lassen. Alte Menschen können sich nur mehr auf eine Sache konzentrieren. Gleichzeitiges Denken und Handeln wird immer schwieriger. Diesen Einschränkungen kann aber entgegengewirkt werden. Stetiges und wiederholtes Trainieren der geistigen und körperlichen Fähigkeiten kann die Leistungskapazität bis ins hohe Alter erhalten (Haustein 2010, S.7). In der modernen medizinischen Forschung von heute stehen deshalb das Verständnis über neuronale Prozesse, die Verhinderung des geistigen Abbaus im Alter, sowie die Entwicklung von Techniken zur Früherkennung von Alterserkrankungen im Mittelpunkt (Häfner et al. 2010, S.42).

6. ERFOLGREICHES UND AKTIVES ALTERN

„Ich glaube, es ist an der Zeit, dass wir nach dem >Altbrunnen< suchen und aufhören, unser Älterwerden zu verleugnen. Wir müssen die Realität unserer eigenen Erfahrung ernst nehmen und auf die Erfahrungen anderer Frauen und Männer horchen, die mit sechzig, siebzig oder achtzig ihr Alter nicht länger verleugnen und zu neuen Ufern aufgebrochen sind. Betty Friedan.“ (Quelle: Rampe 2006, S.164)

Laut Rosenmayr & Böhmer (2006, S.15ff) ist sich die Wissenschaft dessen bewusst, dass ein Ende der Langlebigkeit noch nicht erreicht ist. Im Zuge der Eroberung weiterer Lebensjahre zeigen sich immer unterschiedlichere soziale Ausprägungen, finanzielle und pflegerische Herausforderungen sowie differenzierte kulturelle Erneuerungen. Dabei soll ein großer Teil der sozialen und gesundheitlichen Verantwortung in die Hände der Individuen selbst übergeben werden. Kurz definiert wird den Menschen nichts anderes übrig bleiben, als die Gestaltung der gewonnenen Lebensjahre für ein erfolgreiches und aktives Altern selbst zu übernehmen. Die Bedeutung der selbstgestalteten Lebenswelt im Alter zur Befriedigung der Lebenszufriedenheit nimmt somit maßgeblich zu. Es ist wichtig und es wird auch in Zukunft weiterhin wichtig sein, sich mit Fragen auseinander zu setzen, die sich damit beschäftigen, wie auch noch im hohen Alter etwas Neues gelernt und das Selbstbewusstsein ausgebaut werden kann. Darüber hinaus ist zu eruieren, wie ein gegenseitiges Verständnis zwischen Generationen geschaffen werden kann, und welchen Beitrag hierzu einerseits die Jugend und andererseits die Alten leisten können. (Rosenmayr & Böhmer 2006, S.15ff). *„Aktives Altern ist laut Weltgesundheitsorganisation ein Prozess, in dem die Möglichkeiten im Hinblick auf Gesundheit, Teilhabe und Sicherheit optimiert werden, um die Lebensqualität der alternden Personen zu verbessern. Durch aktives Altern können die Menschen ihr Potenzial für ihr physisches, soziales und geistiges Wohlergehen im Laufe ihres ganzen Lebens ausschöpfen und am Gesellschaftsleben teilhaben, und gleichzeitig werden sie in angemessener Weise geschützt, abgesichert und betreut, sollten sie dies benötigen. Daher erfordert die Förderung des aktiven Alterns einen mehrdimensionalen Ansatz sowie Mitverantwortung und dauerhafte Unterstützung aller Generationen.“* (Europäische Union 2011, S.3)

Erfolgreiches Altern geht einher mit einer erfolgreichen Bewältigung der Lebensaufgaben, die sich Menschen selbst zum Ziel gesteckt haben. Daraus resultiert ein hohes Wohlbefinden im Alter (Amann et al. 2010, S.80). Ein wichtiger Begriff im Zusammenhang mit erfolgreichem Altern ist der Gestaltungswille. Diesen gilt es ein Leben lang zu erhalten, beziehungsweise bei Verlust neu zu definieren. Damit soll die vorhandene Selbstständigkeit individualisiert werden (Rosenmayr &

Böhmer 2006, S.16). Eindeutige Determinanten, die ein erfolgreiches und aktives Altern ermöglichen, können nicht definiert werden. Diese hängen stark von der Persönlichkeit eines jeden einzelnen ab. Somit ist die Vorstellung eines langen Lebens in guter Gesundheit zwar der Traum eines jeden Menschen, dieser Traum ist aber individuell ausgeprägt. Während der Zustand eines erfolgreichen, aktiven Alterns für manche durch einen klaren Verstand, Toleranz und Vernunft definiert ist, ist er für andere nur durch eine physiologische und biologische Gesundheit erreichbar. Fakt ist aber, dass im Alter sowohl physiologische als auch psychologische Verlusterscheinungen auftreten. Grundprinzip des erfolgreichen Alterns ist es also, sich mit den Verlusten auseinanderzusetzen und mit den Grenzen des Alters leben zu lernen (Maresch 2006, S.119f). Laut Haustein (2010 S. 6) bedeutet dies einen Ausgleich zwischen den folgenden Ambivalenzen zu finden:

- *Hoffnung und Angst*
- *Optimismus und Pessimismus*
- *Erfahrung und Leistungseinbuße*
- *Kreativität und Demenz*
- *Freude und Leid*
- *Pragmatik (erworbenes Wissen) und Mechanik (Kurzzeitgedächtnis).*“ (Haustein 2010, S.6)

Wie bereits erwähnt ist die Tendenz, dass die Menschen immer älter werden, nicht zu leugnen. Die zentrale gesellschafts- und gesundheitspolitische Frage ist nun, wie die Bevölkerung länger sozial handlungsfähig und gesund erhalten werden kann, beziehungsweise wie die ältere Generation in zukünftige Fragestellungen vermehrt integriert werden kann. Dies deutet an, dass Wertfragen und die Bedeutung der Älteren in der Gesellschaft in Zukunft neu definiert werden müssen. Nur so kann eine Basis für ein erfolgreiches und aktives Altern geschaffen werden (Rosenmayr & Böhmer 2006, S.17). Ziel ist es, eine Kultur des aktiven Alterns zu entwickeln und diese in einem lebenslangen Prozess zu verankern. Zukünftige ältere Generationen sollen besser gebildet und gesünder sein. Sie sollen aktiv am sozialen und familiären Leben teilhaben, sie sollen sich gesellschaftlich engagieren, körperlich aktiv bleiben und sich lebenslang bilden (Europäische Union 2011, S.3).

6.1. Der dritten und vierten Lebensphase erfolgreich entgegenblicken

„Erfolgreich altert, wer sich selbst kennt und verwirklicht, ohne sein Alter zu leugnen. Der direkteste Weg dahin geht über das Sondieren des eigenen Terrains: Wünsche, Ziele und Freunde. Weisheit ist Expertenwissen: Jeder sucht das aus, was am besten zu ihm passt und das größte

Versprechen auf Glück verheißt. Das Alter kann Wege für eine neue Ganzheitlichkeit eröffnen. Das Potential ist da, aber es braucht Mut und Weisheit, um es optimal zu nutzen.“ (Rampe 2006, S.29) Zentrale Aufgabe ist es deshalb die enormen Potentiale, die im Alter liegen, nicht nur zu entdecken, sondern diese auch sichtbar zu machen (Rampe 2006, S.28). Grundsteine für die Potentialentwicklung im Alter werden schon in der Jugend gelegt. So wird eine größere Kreativität im Alter hervorgerufen, wenn ein Leben lang schon Neugier, Sensibilität und Ausdauer in Bezug auf Neues getätigt wird. Auch Schicksalsschläge und weitere Unannehmlichkeiten, die in der Jugend auftreten, können sich positiv auf das Alter auswirken. Denn auch im Alter wird der Mensch mit Verlusten und zunehmenden körperlichen Beschwerden konfrontiert. Diese können durch bereits erlernte Fähigkeiten kompensiert werden (Kade 2009, S.75).

Wissenschaftlich dokumentiert ist die Tatsache, dass das Gehirn auch noch im Alter eine Einprägbarkeit besitzt und somit lernfähig bleibt. Das verdeutlicht, dass im Alter immer noch gelernt werden kann, was in der Jugend versäumt wurde. Dies gilt vor allem für die emotionale Intelligenz. Dies ist die Fähigkeit, eigene und auch fremde Gefühle wahrzunehmen und zu verstehen. Hier liegt die Ressource des älteren Menschen. Mit dem Ausbau der emotionalen Intelligenz kann das Individuum die Lebendigkeit und Weisheit im Alter stärken, die festgefahrene Routine durchbrechen und neue Wege bestreiten. Grundlegend hierbei ist es, stets mit anderen Menschen in Kontakt zu bleiben, sich auszutauschen und zu kommunizieren. Egal ob mit gleichaltrigen oder mit der jüngeren Generation. Wichtig ist es neue Erkenntnisse zu gewinnen und das eigene Wissen weiterzuentwickeln. Die Zugehörigkeit zu einer Gruppe und der Austausch von Wissen mit anderen Personen steigert zudem das eigene Selbstwertgefühl. Zusammengefasst bedeutet eine erfolgreiche Vorbereitung auf die dritte und vierte Lebensphase, dem Leben positiv gegenüber zu stehen, einen beweglichen Geist zu besitzen, offen für Neues zu sein und sich stets weiterzuentwickeln (Rampe 2006, S.19ff).

„Wir alle werden älter: von Tag zu Tag, von Woche zu Woche, von Monat zu Monat, von Jahr zu Jahr. Dass wir älter werden, daran können wir nichts ändern. Aber wie wir älter werden, das haben wir zum Teil selbst in der Hand. Es kommt nämlich nicht nur darauf an, wie alt wir werden, sondern wie wir alt werden.“ (Lehr b 2007, S.23) Um die Herausforderungen in einer Gesellschaft des langen Lebens erfolgreich meistern zu können braucht es deshalb eine Vielzahl an individuellen Angeboten, unterschiedliche Altersmodelle und Theorien (Lehr b 2007, S.23).

6.1.1. Modell der Selektiven Optimierung (SOK)

Laut Maresch (2006, S.92) zeigt das Modell der Selektiven Optimierung (SOK) am besten auf, welchen Einfluss die älteren Menschen auf das erfolgreiche Altern besitzen. Demnach sind es drei

Vorgehensweisen, deren Zusammenwirken der Menschheit eine erfolgreiche positive Lebensentwicklung ermöglicht:

Selektion: Die Individuen selektieren aus den wählbaren Lebensumständen jene aus, die sie verwirklichen wollen.

Optimierung: Es werden Mittel und Methoden überlegt, um das Gewählte am besten umsetzen zu können.

Kompensation: Wenn Möglichkeiten und Wege wegfallen, reagiert der Mensch flexibel und lässt sich andere Vorgehensweisen einfallen, um dem gewählten Ziel näher zu kommen (Maresch 2006, S.92).

Personen, die den Weg der Auswahl der Optimierung und der Kompensation folgen, sind zufriedener als jene, die ständig versuchen Unmögliches zu erreichen. Menschen, die dem SOK-Prinzip folgen, konzentrieren sich auf jene Gebiete, in denen sie sich entwickeln können und wollen, und können Verluste gut handhaben (Maresch 2006, S.121).

Um dem Alterungsprozess positiv entgegen zu blicken, müssen laut dem SOK-Modell sämtliche Kräfte aus Familie, Freizeit und gegebenenfalls noch Arbeitsbereich aktiviert werden. Weiters ist eine fokussierte Auseinandersetzung mit den Schwierigkeiten, die das Alter mit sich bringt, notwendig. Dabei soll vor allem die schwindende Anpassungsfähigkeit beachtet werden. Voraussetzung, um ein inneres Gleichgewicht zu bewahren, ist auch noch im Alter Zufriedenheit und Wohlbefinden zu spüren, Gefühle die für das Verhalten und Erleben in der letzten Lebensphase verantwortlich sind (Lehr a 2007, S.65f).

„Viele Ältere praktizieren SOK intuitiv, sie richten ganz selbstverständlich ihr Leben danach aus. Ansprüche, Wünsche und Möglichkeiten werden so gewichtet, dass sie sinnvoll miteinander vereinbar werden. SOK ist eine Form von Weisheit, die große Anpassungsfähigkeit des Alters beweist und eine Flexibilität verrät, die sonst nur jungen Leuten zugeschrieben wird.“ (Rampe 2006, S.46) Das Modell der Selektiven Optimierung, das von Paul und Magret Baltes entwickelt wurde, bringt auf den Punkt, dass ältere Menschen sich lieber auf wenige Aufgaben konzentrieren, diese dafür aber intensiver durchführen sollten (Baltes 2004, o.S.)

6.1.2. Disengagement-Theorie

Die Disengagement-Theorie, die 1961 von Cumming und Henry aufgestellt wurde, besagt, dass erfolgreiches Altern nur durch einen sozialen Rückzug (Disengagement) möglich ist, da es im Alter unweigerlich zum Verlust von Kontakten und Aktivitäten kommt. Der soziale Rückzug beginnt, wenn die Individuen sich dessen bewusst werden, dass Fähigkeiten verloren gehen (Maresch 2006,

S.83f). Das Altern wird als naturgegebener und funktionaler Prozess angesehen, der mit dem Tod endet. Die Disengagement-Theorie besagt, dass ältere Menschen glücklicher und zufriedener sind, wenn sie freiwillig den Rückzug antreten und nur mehr bei jenen Angelegenheiten volles Interesse zeigen, die für sie wichtig sind. Cuming und Henry sprechen hierbei von einer Prioritätensetzung des Engagements (Kade 2009, S.38).

Im Alter gehen viele der angesammelten sozialen Beziehungen entweder von Seiten der Individuen oder von Seiten der Gesellschaft auseinander. Jene Kontakte die erhalten bleiben, erfahren qualitative Veränderungen. Dadurch kommt es für die älteren Generationen zu einer Art Ungezwungenheit, die auch eine Normfreiheit bedeutet. Die zugeschriebene Rolle im Leben ändert sich in der letzten Lebensphase. Gesellschaftliche Aktivitäten verringern sich zu Gunsten der sozialen. Grundvoraussetzung für ein erfolgreiches Disengagement sind eine erfolgreiche Konfrontation mit der neuen Lebenssituation sowie eine positive Anpassung und Umstellung (Lehr a 2007, S.59ff).

Die Theorie muss aber auch zahlreichen Kritiken standhalten. So weist die Gerontologie darauf hin, dass das Modell des sozialen Rückzugs alle Variablen ausblendet, die auch noch im Alter dafür Sorge tragen, dass Menschen aktiv und regsam im Leben stehen (Kade 2009, S.39). Auch zeigen wissenschaftliche Untersuchungen auf, dass es eine hohe Korrelation zwischen der Aktivität im Alter und einer Lebenszufriedenheit gibt, wobei hingegen eine niedrige Aktivität mit einer hohen Unzufriedenheit korreliert (Lehr a 2007, S.61).

Die Disengagement-Theorie hat im Laufe der Zeit zu zahlreichen Diskussionen angeregt und wurde mehrfach modifiziert (Lehr a 2007, S.60f). Ihr gegenüber steht die Aktivitätstheorie (Maresch 2006, S.84).

6.1.3. Aktivitätstheorie

Die Aktivitätstheorie geht davon aus, dass nur jene Menschen erfolgreich altern, die aktiv sind, etwas produzieren und gebraucht werden. Jene die inaktiv sind und sich aus der Gesellschaft zurückziehen, blicken dem Alter hingegen unglücklich und unzufrieden entgegen. Zentrale Aussage der Theorie ist, dass ein aktiver Lebensstil, der während der gesamten Lebensspanne gepflegt wurde, auch im Alter weiter angewandt werden soll. So sollen verloren gegangene Aktivitäten durch neue ersetzt und Verluste von Freunden und Verwandten durch neue Kontakte ausgeglichen werden. Eine fortwährende Aktivität mit unterschiedlichen gesellschaftlichen Ausprägungen hat einen positiven Einfluss auf das Selbstbild der älteren Generationen. Dieses positive Selbstbild ist die Grundvoraussetzung für eine Zufriedenheit im Leben und der Grundstein

für ein erfolgreiches Altern (Lehr a 2007, S.57). So zögern regelmäßig durchgeführte Aktivitäten den Alterungsprozess hinaus (Steidl & Nigg 2011, S.34). *„Ein aktiver Mensch (und nur ein aktiver Mensch) ist mit seinem Leben zufrieden. Soziale Prozesse haben bei diesem Ansatz eine besondere Bedeutung: In soziale Beziehungen eingebunden zu sein, soziale Rollen und Positionen innezuhaben, ist hier gleichbedeutend mit Leistung und Anerkennung. Ziel muss es also sein, sich diese aktive, mit Zufriedenheit erfüllte Phase des Lebens möglichst lange zu erhalten oder Verluste durch neue Rollen wettzumachen.“* (Steidl & Nigg 2011, S.34) Die Theorie legt das Ausscheiden aus dem Berufsleben als Punkt fest, wo das Altern beginnt. Denn hier zeigt sich der Verlust von bestimmten sozialen Beziehungen und Rollen am deutlichsten (Steidl & Nigg 2011, S.34).

Jedes Individuum ist selbst dafür verantwortlich, ob der Alterungsprozess schnell voran geht oder ob er aktiv zurückgedrängt wird. Die Aktivitätstheorie erkennt einen altersdingten Funktionsverlust zwar an, jedoch geht sie davon aus, dass durch Engagement und fortwährende Übung der Abbau von physischen und psychischen Kräften hinausgezögert werden kann. So passt der Slogan *„Wer rastet, der rostet“* am besten zur Theorie. Wer nicht rastet wird durch ein langes Leben entlohnt (Kade 2009, S.39).

Es gibt aber auch Kritik an der Aktivitätstheorie. Demnach ist es nicht zulässig, dass Altern mit einem bestimmten Datum beginnt. Weder der Berufsaustritt noch der damit verbundene Verlust von diversen Rollen und sozialen Beziehungen können als Beginn des Altseins postuliert werden (Steidl & Nigg 2011, S.35). Weiters wird der Theorie vorgeworfen, dass sie sich vorwiegend am mittleren Lebensabschnitt orientiert, wo die Aktivität ihren Höhepunkt besitzt. Die Idee, dass eine Aktivität auch noch im hohen Alter stetig weitergeführt wird verdrängt die Tatsache, dass zum Leben auch das Sterben dazu gehört. Der Tod wird als verlorener Kampf angesehen und nicht als selbstverständlich akzeptiert (Lehr a 2007, S.59).

„Nach Tartler, der als ein Vertreter der in den 1690er-Jahren entwickelten Aktivitätstheorie gilt, ist Aktivität gleich Leistung, und Leistung erfüllt immer eine Funktion für die Gesellschaft.“ (Steidl & Nigg 2011, S.35) Laut ihm sollen die älteren Menschen nach ihren Vorstellungen und Möglichkeiten Aufgaben in der Bevölkerung vollbringen, aber gleichzeitig auch genügend Freiraum für Entspannung und Ruhe erhalten (Steidl & Nigg 2011, S.35).

6.1.4. Sozialisationstheorie

Die meisten Theorien setzen voraus, dass Individuen, um erfolgreich Altern zu können, in vorhinein gesund und aktiv sein müssen. Ein nicht geringer Anteil der älteren Generation ist aber bereits pflegebedürftig. Gelingt es diesen ebenfalls erfolgreich zu altern? Die Sozialisationstheorie ist eine Theorie, die auf bereits bestehende physische Einschränkungen Rücksicht nimmt. Sie

schließt die Situation von älteren pflegebedürftigen Menschen mit ein. Grundstein ist eine gelingende Lebensbalance zwischen Belastungs- und Bewältigungsprozessen. Durch Krankheit, Schicksalsschläge oder Unfälle ändert sich die Lebenssituation der älteren Personen. Aus Selbständigkeit wird Abhängigkeit und der/die Pflegebedürftige ist auf seine/ihre Umwelt angewiesen. Gerade in dieser Lage ist es wichtig, auf soziale und persönliche Ressourcen zurückzugreifen und diese positiv anzunehmen. Der/die Pflegebedürftige wird über den Gesundheits- bzw. den Krankheitszustand informiert, als selbstständige Persönlichkeit respektiert und somit in den Zustand versetzt, so lange wie möglich selbstbestimmt agieren zu können. Grundaussage der Sozialisationstheorie ist, dass auch die schwierigen Seiten des Altwerdens bewusst erlebt werden sollen (Maresch 2006, S.87ff).

Ältere Menschen mit zunehmenden physischen Einschränkungen weisen oft eine hohe Korrelation mit einem geringen Wohlbefinden auf. Wenn es der älteren Generation aber gelingt, den negativen Aspekten der körperlichen Funktionseinbußen positiv entgegenzutreten, wird das Alter eher akzeptiert und eine höhere Zufriedenheit tritt ein. Vor allem das von Antonovsky geprägte Sense of Coherence (SOC) ist bei der Verarbeitung von Bewältigungs- und Belastungsprozessen sehr hilfreich (Schneider et al. 2006, S.857). SOC bezeichnet den besonders erfolgreichen Umgang mit Stressfaktoren. Alle vorhandenen Widerstandsressourcen werden mobilisiert. Dabei ist es unwichtig, ob ein Stressor von außen (körperlich) oder von innen (psychisch) kommt (Hurrelmann 2010, S.122).

Die nachfolgende Abbildung stellt das Sozialtheoretische Modell der Belastungs- und Bewältigungsprozesse von Hurrelmann dar (Hurrelmann 2010, S.132).

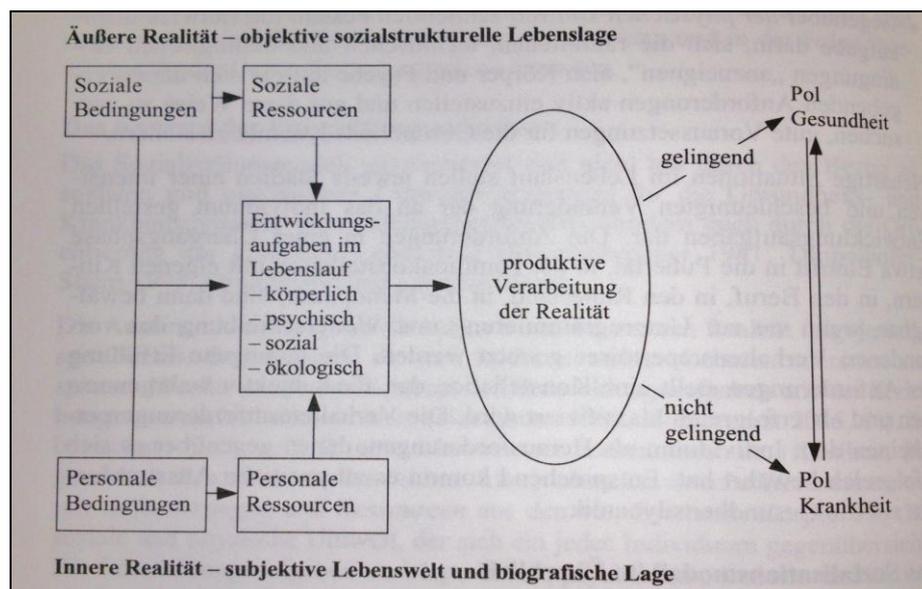


Abbildung 6: Sozialtheoretisches Modell

Quelle: Hurrelmann 2010, S.132

Nach diesem Modell wirken sowohl soziale als auch personale Ressourcen und Bedingungen auf die Entwicklung von körperlichen, psychischen, sozialen und ökologischen Zuständen ein. Schlüsselfaktoren sind hierbei die sozialen und personalen Ressourcen. Sie sind die Grundvoraussetzung für die erfolgreiche Bewältigung von Krisen. Die sozialen Ressourcen ergeben sich aus Bildung, Ökonomie und Soziologie, die personalen aus Lebensstil und Biographie (Hurrelmann 2010, S.131f).

6.2. Im Alter produktiv sein

„Ältere sollen sich in ehrenamtlicher Arbeit engagieren, sie sollen Familienpflege leisten, sie sollen Kinder und Enkel betreuen, sie sollen länger arbeiten, sie sollen aktive Gesundheitsförderung betreiben, sie sollen die Remedien der Gesundheits- und Schönheits- sowie Freizeit- und Wellness- Industrie konsumieren, sie sollen der Bildung obliegen, sie sollen Vor- und Nachteile langer Auslandsaufenthalte oder gar Übersiedlungen dorthin im Gegensatz zu aktivem Altern zu Hause und zur Weitergabe von Vermögen anstelle dessen egoistischen Verbrauchs wohl abwägen.“ (Amann et al. 2010, S.41) Das Modell, nach dem Berufsende Ruhe und Erholung zu finden und gleichzeitig die Freizeit zu genießen, muss überdacht werden (Amann et al. 2010, S.47). Es geht darum, die Ressourcen des Alters sichtbar zu machen, neu zu definieren und für die Gesellschaft als unentbehrlich zu gestalten. Das Ziel ist es produktiv und gesund zu altern (Amann et al. 2010, S.50f).

Produktiv sein bedeutet eine der Norm entsprechende Ware zu erzeugen oder Leistung zu erbringen und dies in einem zuvor festgelegtem Zeitraum. Diese Definition beinhaltet die Aussage, dass nur jene Aktivitäten honoriert werden, die wirtschaftlich messbar sind. Somit werden die älteren Menschen automatisch als unproduktiv eingestuft, denn sie vollbringen Leistungen, die aus der gängigen Produktivitätsdefinition herausfallen. Darunter werden soziale Kompetenzen, Haus- und Pflegearbeit, Betreuung der Enkelkinder, Verantwortungsbewusstsein und Empathie verstanden. All diese Fähigkeiten verlangen Zeit und diese Zeit hat die rationale Produktivität nicht. (Amann et al. 2010, S.37f).

Laut Lehr a (2007, S.246) sollen den Älteren neue Tätigkeitsfelder aufgezeigt werden, damit diese auch noch in der Pension aktiv an der Gesellschaft teilnehmen können. Solche Bereiche könnten beispielsweise die Politik als Interessensvertretung für die ältere Generation, die Beaufsichtigung von Pflegeheimen, die Gründung von Seniorenclubs, die Beratung von Firmen, die Wissensweitergabe an jüngere Generationen durch Lehrveranstaltungen oder die Durchführung von ehrenamtlichen Tätigkeiten sein. Wichtig ist es, dass diese Aufgaben auch entsprechend entlohnt werden. Dabei ist nicht immer die Ausbezahlung von Geld, Mittel der ersten Wahl.

Vielmehr geht es um Anerkennung und Respekt. Dies führt zu Wohlbefinden und gibt dem Alter einen Sinn. Somit ist produktiv sein im Alter eng verbunden mit einem gesund sein im Alter. Denn das Gefühl gebraucht zu werden und kompetent zu wirken, beeinflusst die Gesundheit positiv. Produktivität und Aktivität sind als Prävention zur Altersnutzlosigkeit zu sehen. Egal welche Tätigkeiten im letzten Lebensabschnitt auch durchgeführt werden, wichtig ist, dass sie für den Menschen selbst einen Sinn ergeben. Egal ob als „produktiv“ definiert oder nicht (Lehr a 2007, S.246f).

6.2.1. Ehrenamt

Als Ehrenamt werden alle auf freiwilliger Basis ausgerichteten Tätigkeiten bezeichnet, die nicht mit Geld entlohnt werden. Meistens sind dies Aktivitäten im Rahmen einer Institution oder Organisation. Ehrenamtliche Betätigungen werden grob in politisches und soziales Engagement unterteilt. Unter Politische Beschäftigung fallen das Planen, das Organisieren und die Entscheidungsmithilfe in Organisationen, was gleichzeitig mit Ehre und Ansehen verbunden ist. Soziale Aktivitäten, wie beispielsweise Kinderbetreuung oder Seniorenbegleitung, sind mit weniger Anerkennung verbunden (Amann et al. 2010, S.93f).

Ehrenamt wird heutzutage in den Bereichen Bildung, Kultur und Alltagshilfen sichtbar. Was in der vergangenen Zeit als Nächstenliebe, Hilfsbereitschaft und Pflicht gesehen wurde, ist jetzt gleichzusetzen mit Selbstständigkeit, Interessensverfolgung, Wissenserweiterung und sinnvoller Zeitnutzen. Dadurch entsteht ein zunehmendes Interesse der älteren Bevölkerung an ehrenamtlichen Tätigkeiten (Amann et al. 2010, S.94f).

Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Durchführung von ehrenamtlichen Aktivitäten und dem Bildungsniveau der älteren Generationen. So finden sich wesentlich mehr höher gebildete Personen im Ehrenamt als Menschen mit einer geringen Schulbildung. Auch zeigt sich ein Geschlechterunterschied. Während Männer sich eher in Vereinen engagieren, setzen sich Frauen vorwiegend im sozialen Bereich ein. Ein Hindernis, ehrenamtlich tätig zu sein, sind für Ältere feste Einsatzzeiten, denn nach dem Berufsleben wollen sich die älteren Generationen nicht mehr an fixe Zeitpläne binden. Sie bevorzugen es eher dort Engagement zu zeigen, wo ein flexibler Einsatz möglich ist (Lehr a 2007, S.249f).

6.3. Im Alter aktiv und mobil sein

Mobilität trägt wesentlich zu einer Zufriedenheit im Alter bei (BMSK 2008, S.181). *„Wer mobil ist, ist imstande, alltägliche Verrichtungen autonom durchzuführen, das soziale Netz aufrechtzuerhalten, berufliche, ehrenamtliche, oder Freizeitaktivitäten auszuführen und durch*

Bewegung die eigene Gesundheit positiv zu beeinflussen. Eine Verschlechterung der Mobilität kann folgenschwere Konsequenzen zeitigen, bis hin zu Vereinsamung, Depression, Krankheit.“ (BMSK 2008, S.181)

Basierend auf der demografischen Entwicklung ist es der Gesellschaft ein Anliegen, die ältere Bevölkerung so lange wie möglich autonom und aktiv zu erhalten (BMSK 2008, S.181). Aus diesem Grund ist es wichtig, dass ältere Personen jede Gelegenheit wahrnehmen körperlich beweglich zu sein. Diese Aussage geht auch mit der Forderung der WHO einher, körperlicher Aktivität auch im Alter mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Denn das Wissen um einen Zusammenhang zwischen regelmäßiger Bewegung und Gesundheit ist evidenzbasiert (FGÖ et al. 2012, S.7ff). Die ältere Generation verfügt auf Grund der Durchführung von regelmäßiger Bewegung über verbesserte kognitive Fähigkeiten, weniger Schlafstörungen, verbesserte Knochendichte und Erleichterung bei der Verrichtung der Aktivitäten des täglichen Lebens (FGÖ et al. 2012, S.20).

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Tatsache, dass mit der Zunahme an Verlusterscheinungen die Gestaltung der unmittelbaren Lebenswelt der älteren Generation an Bedeutung gewinnt. Wenn die Umgebung altersgerecht geformt ist, sind Einschränkungen nicht mehr so wesentlich. Diese Korrelation zeigt auf, dass sowohl der Ältere selbst, aber auch die Bevölkerung aufgefordert ist, Rahmenbedingungen für eine barrierefreie Mobilität zu schaffen. So muss es der älteren Generation möglich sein ungehinderten Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln zu haben. Dies gilt vor allem für den ländlichen Bereich. Denn viele Ältere geben das Autofahren auf Grund der Überforderung im Verkehr auf und sind dann auf die öffentliche Versorgung angewiesen. Der öffentliche Verkehr muss daher so gestaltet werden, dass er gut erreichbar, benutzerfreundlich und sicher ist. Derzeit gibt es noch viele Hindernisse für die älteren Menschen. Überfüllte Fahrzeuge, geringe Ein- und Ausstiegszeiten, hohe Sturzgefahr beim Anfahren und fehlendes Personal um Fragen zu klären sind nur einige der Gründe, die die Mobilität im Alter erschweren. Aber nicht nur die öffentlichen Verkehrsmittel müssen umgestaltet werden, auch die öffentliche Lebenswelt bedarf einer Umstrukturierung. So muss es der älteren Generation beispielsweise möglich sein, ohne Hindernisse spazieren gehen zu können (BMSK 2008, S.181ff).

Auch die persönlichen und sozialen Rahmenbedingungen tragen wesentlich zu einer Verbesserung der Mobilität bei. Hierzu zählen persönliche Potentiale, Bedürfnisse und Fähigkeiten sowie Lebensformen und soziale Netzwerke (Maresch 2006, S.108). Eine aufmerksame, unterstützende soziale Umgebung kann helfen Einschränkungen auszugleichen. Grundvoraussetzung für alle vorangegangenen Punkte ist, dass die Angst vor Bewegung abgeschwächt werden muss. Angst führt

zu Unsicherheit und Unsicherheit führt zu Immobilität. Eine Verringerung der Angst gelingt vor allem durch Bildung und Aufklärung (BMSK 2008 S.190ff).

6.3.1. Neue Technologien nutzen

„Durch den Einsatz flexibel unterstützender Technologien kann die Balance auf Hilfe und Herausforderung verbessert, die Alltagskompetenz erhöht und die soziale Teilhabe gestärkt werden.“ (Haustein 2010, S.36) Laut Haustein (2010, S.36) kann die moderne Technologie so eingesetzt werden, dass sie helfen kann die Beeinträchtigungen und Verluste, die das Altwerden mit sich bringen, zu *„[...] vermeiden, hinauszuzögern, auszugleichen und abzuschwächen, indem sie*

- 1. Fertigkeiten und Fähigkeiten trainiert,*
- 2. Alterskompetenzen unterstützt und*
- 3. Vitalfunktionen überwacht.“* (Hausstein 2010, S.36)

Moderne Hilfen sollen die ältere Generation darin unterstützen, selbstständig zu bleiben. Hierzu zählen zum Beispiel Hörgeräte, Brillen, Gehhilfen, Warnfunktionen in Küche und Bad oder Kommunikationsmittel. Sie sollen dafür Sorge tragen, dass die Älteren solange wie möglich autonom bleiben und Dinge des täglichen Lebens (Einkaufen, Kochen, Arztbesuch, etc.) eigenständig erledigen können. Handys mit größeren Tasten und größerer Schrift können erfolgreich als Weck-, Erinnerungs- und Warnmittel eingesetzt werden (Haustein 2010, S.36). Auch das Internet breitet sich in der älteren Bevölkerung immer mehr aus. Es löst die alten Massenmedien (Radio und Zeitung) ab und wird vorwiegend als Kommunikationsmittel benutzt (BMSK 2008, S.141f).

6.4. Sich im Alter bilden

Bildung ist ein Wissens- und Fertigkeiten-Zuwachs, der gezielt und bewusst getätigt wird. Der Bildungsprozess erstreckt sich über unterschiedlich lange Zeitspannen und beinhaltet immer eine sinnvolle, zielorientierte Handlung (Maresch 2006, S.98).

Die vergangenen Jahrzehnte waren geprägt von der Annahme, dass Bildungsfähigkeit im Alter nicht existiert. Basierend auf der Defizit-Theorie, die durch physische und geistige Abbauprozesse gekennzeichnet ist, wurde dem Alter nur ein geringes Bildungsinteresse zugeschrieben. Bildungsprogramme für ältere Leute wurden einer hypothetischen Leistungsschwäche angepasst. Seit Anfang der 90er Jahre hat sich dieses Bild jedoch geändert. Immer öfter bestimmen die alten Menschen, was, wie, wann und wieviel sie lernen wollen. Neu ist auch, dass Bildung als wichtiges Mittel gesehen wird aktiv, unabhängig und selbstbestimmt zu sein. Die UNESCO (1998) hat einen Bericht mit dem Titel „Bildung für das 21. Jahrhundert“ veröffentlicht. Der Bericht beschreibt

Bildung als einen ständigen und tendenziell lebensbegleiteten Prozess. Dabei werden die Motivationsfaktoren für Bildung in vier Bereiche gegliedert (Maresch 2006, S.99f). Die nachfolgende Abbildung zeigt die vier unterschiedlichen Säulen der Bildung laut UNESCO (Maresch 2006, S.100).

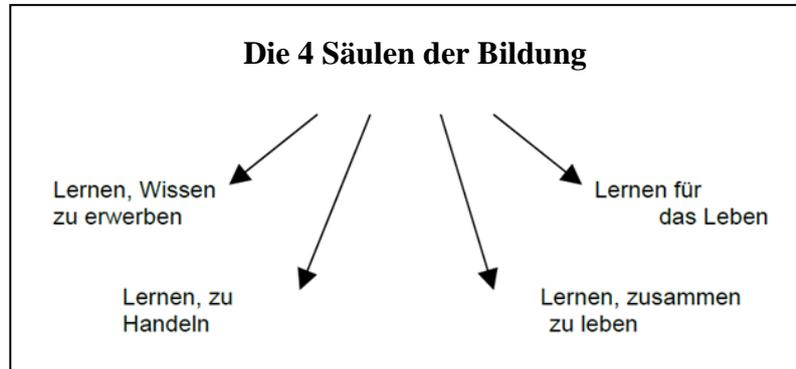


Abbildung 7: Die 4 Säulen der Bildung

Quelle: Maresch 2006, S.100

Die verschiedenen Bereiche der Bildung stellen dar, dass Bildung als Chance gesehen werden muss, die Lebensqualität der älteren Generationen wesentlich zu verbessern. Bildung ist nicht nur ein Wissenserwerb, sondern trägt wesentlich zur Befriedigung der emotionalen, sozialen und generationsgeprägten Bedürfnisse bei (Maresch 2006, S.101). Bildungsinteresse führt zu einer Lebenszufriedenheit, stärkt eine soziale Einbindung, holt versteckte Fähigkeiten hervor und wirkt somit positiv auf die Gesundheit. Bildung befähigt den alten Menschen zur autonomen Lebensführung und öffnet den Weg zur Teilnahme an gesellschaftspolitischen Entscheidungen (Kolland & Ahmadi 2010, S.11).

Um die Motivation der älteren Generation an Bildung teilzunehmen verstehen zu können, muss ihr Lebensalltag beachtet werden. Hier greifen unterschiedliche individuelle Ressourcen, Einflussfaktoren und soziale Aspekte ineinander. Bildungsinteresse hängt nicht nur mit den persönlichen physischen und geistigen Zuständen zusammen. Es steckt mehr dahinter. Die Teilhabe an Bildung im Alter ist abhängig von Lebensformen, dem Ausbau des sozialen Umfeldes, der gesellschaftlichen Erwartung und der Institutionalisierung der Altenbildung (Kolland & Ahmadi 2010, S.11). Anbieter für Bildung im Alter sind meistens öffentlich geförderte Verbände oder Institutionen, aber auch Universitäten, Volkshochschulen, kirchliche Verbände und von Älteren selbstorganisierte Seniorenclubs (Kade 2009, S.49).

Auf Grund der Tatsache, dass trotz verbesserter Lebenslage der Älteren immer noch benachteiligte Lebensumstände vorzufinden sind, ist Altenbildung auch Aufgabe der Sozialpolitik. Dabei geht es

nicht nur darum materielle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Die Sozialpolitik muss dafür Sorge tragen, dass alle Generationen, egal in welcher Lebenslage, zu jeder Zeit gleichen Zugang zu Bildung besitzen (Kolland & Ahmadi 2010, S.12).

6.4.1. Lebenslanges Lernen

Lebenslanges Lernen (LLL) ist eine früh erworbene Angewohnheit, die sich über die gesamte Lebensspanne hinzieht und erst mit dem Lebensende endet (Neely et al. 2006, S.608). Kolland & Klingenberg (2011, S.18) sagen: *„Lebenslanges Lernen wird definiert als Lernen aus persönlichen sozialen und beruflichen Gründen. Lebenslanges Lernen zu fördern bedeutet, mehr in Menschen und ihr Wissen zu investieren“* Bereits 2002 wurde in Madrid ein Weltaltenplan verabschiedet, der beinhaltet, dass LLL gefördert werden muss. Es muss zu einer Angleichung der Bildungssysteme kommen, indem spezifische Maßnahmen aufgestellt werden, die helfen die Bildungsbedürfnisse Älterer zu befriedigen. Hierbei geht es nicht primär um Wissenszuwachs, sondern um die Sicherung und Bewältigung von Alltagsaufgaben (Kolland & Klingenberg 2011, S.18f). Das Ziel von LLL ist ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Es soll ein Grundwissen darüber erworben werden, wie der Alltag leichter zu meistern ist. Die ältere Generation soll sich neue Kompetenzen und Fähigkeiten aneignen und ihr Handlungswissen erweitern (Kolland & Klingenberg 2011, S.25). Dass ein lebenslanges Lernen einen positiven Effekt erzeugt, zeigen zahlreiche Evidenzen. Fakt ist, dass eine kontinuierliche geistige Aktivität das Demenzrisiko senkt, das Mortalitätsrisiko reduziert, das psychische und physische Wohlbefinden stärkt und zur gesellschaftlichen Integration beiträgt (Kolland & Ahmadi 2010, S.39).

Es ist zu beobachten, dass Menschen die Fähigkeit besitzen sich ihr ganzes Leben lang neue Lern- und Gedächtnisstrategien anzueignen, um sich somit an neue Verhältnisse anzupassen. Durch Lernen ist das Individuum fähig eine dauerhafte Veränderung des Verhaltens zu erreichen und den altersbedingten Funktionseinbußen entgegenzuwirken (Steidl & Nigg 2011, S.41). Durch gezielte Aktivitäten kann das geistige Niveau bis ins hohe Alter hoch gehalten werden. Dies ist die ideale Voraussetzung für ein langes Leben mit hoher Lebenszufriedenheit. Grundstein ist, sich aktiv mit dem Leben auseinanderzusetzen, neue Herausforderungen anzunehmen und sich nicht vor Neuem zu scheuen (Steidl & Nigg 2011, S.50).

Es gibt eine Reihe von Absichten für die zukünftige Richtung, die LLL einschlagen soll, um damit einen wesentlicher Anteil zur Gesundheitsförderung älterer MitbürgerInnen beizusteuern (Haring et al. 2011, S.9). *„Diese Ziele sind: älteren Menschen einen gleichberechtigten und ungehinderten Zugang zu hochwertigen und vielfältigen Lernangeboten und zu einer Vielzahl von Lernerfahrungen zu ermöglichen; durch Grundlagenforschung die Entwicklung von innovativen*

Angeboten anzuregen und die Schaffung eines breitgefächerten Angebots zu unterstützen, das auch und vor allem niederschwellige Angebote vor Ort anbietet; und die Qualitätssicherung der Angebote zu fördern.“ (Haring et al. 2011, S.10)

7. EMPIRISCHER TEIL

Es wurden leitlinienunterstützte ExpertInneninterviews (siehe 4.2) durchgeführt. Die Ergebnisse werden im Folgenden mit der Literatur verglichen. Zur Wahrung der Anonymität ist die Nummerierung der Aussagen und Erörterungen zufällig gewählt und stimmt nicht mit der Reihenfolge, in der die Interviews durchgeführt wurden, überein. Für die ExpertInnen besonders wichtige Aussagen wurden unterstrichen dargestellt. Wörtlich übernommene Aussagen der InterviewpartnerInnen wurden kursiv geschrieben, unter Anführungszeichen gesetzt und zentriert.

7.1. Der Begriff Lebenslanges Lernen

Der Begriff „Lifelong Education“ wurde von Basil Alfred Yeaxlee erstmals im Jahr 1929 ausgesprochen. Dabei wurde Bildung als eine selbstverständliche Aktivität des täglichen Lebens verstanden (Haring et al. 2011, S.23). Die Europäische Kommission definiert lebenslanges Lernen dadurch, dass über die gesamte Lebensspanne hinweg immer wieder neues Wissen angeeignet, kritisch analysiert und auch angewendet wird. Dadurch soll der Mensch ständig politisch, sozial und kulturell an der Gesellschaft teilnehmen können (Simon 2007, S.4). Laut Böhme (2012, S.7) passiert Bildung oder Lernen ständig, auch ohne jeglichen pädagogischen Hintergrund. Der Alltag bildet das Lernumfeld, in dem der Mensch immer wieder dazulernt. Lernen bildet die Grundlage dafür, dass die ältere Generation mit Problemen, ökonomischen und technischen Herausforderungen und dem radikalen gesellschaftlichen Wandel umzugehen lernt (Böhme 2012, S.8). Im Vordergrund stehen ein soziales und gesellschaftliches Lernen und die Motivation der älteren Menschen das freiwillig angeeignete Wissen im Alltag anzuwenden (Kolland & Ahmadi 2010, S.27). Steidl & Nigg (2011, S.41) sagen aus, dass Lernen immer mit einer Veränderung des Verhaltens auf Grund von Erfahrung einhergeht. Maresch (2006, S.96) definiert Bildung *„[...] als der bewusste, gezielte Erwerb von neuem Wissen oder neuen Fertigkeiten.“*

Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass lebenslanges Lernen von allen ExpertInnen als ein kontinuierlicher Prozess beschrieben wurde. Zentrale Aussage ist, dass die Menschen im Rahmen des lebenslangen Lernens ständig weiterlernen, nie ausgelernt haben und offen für neue Themenbereiche sein sollen (I1-I5).

„Unter „lebenslanges Lernen“ verstehe ich, dass man sein ganzes Leben auf der geistigen, seelischen und emotionalen Ebene lernt und nie auslernt.“ (I5)

7.2. Lebenslanges Lernen als wichtiger Beitrag zur Gesundheitsförderung im Alter

„Wenn ältere Menschen an Lernprozessen teilnehmen, dann wirkt sich das nicht nur auf ihre gesellschaftliche Beteiligung aus, sondern es lassen sich darüber hinaus gesundheitliche Effekte belegen. Wer sich an Bildung beteiligt, kümmert sich mehr um die eigene Gesundheit und fühlt sich auch gesünder.“ (Kolland & Ahmadi 2010, S.154) *„Bildung vermittelt die Voraussetzungen für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil.“* (Kolland & Klingenberg 2011, S.28) Und dies auch im Alter. Die Gerontologie konnte bereits zahlreiche Zusammenhänge zwischen kontinuierlicher geistiger Stimulation und guter Gesundheit aufzeigen. Dabei wurde erkannt, dass Lernen die Gehirnstruktur positiv verändert. Eine wichtige Erkenntnis ist, dass sich eine körperliche Aktivität und permanentes geistiges Training ständig gegenseitig beeinflussen. Darüber hinaus ermöglicht ein ständiges Lernen neue Kompetenzen zu entwickeln bzw. bestehende zu entfalten und zu erhalten. Bildung hält tatsächlich gesund (Kolland & Klingenberg 2011, S28f).

„Bildung führt zur Entwicklung von Gewohnheiten, Fertigkeiten, Ressourcen und Fähigkeiten, die dazu beitragen, dass (ältere) Menschen in die Lage versetzt werden, persönlich bedeutsame Ziele zu erreichen und ihr Leben in diesem Sinne effektiv zu gestalten.“ (Kolland & Klingenberg 2011, S.29) Weiters zeigen Studien auf, dass ältere Personen, die ständig geistig aktiv sind, länger leben als Leute, die ein geringes Bildungsinteresse besitzen. Erkannt wurde auch, dass Bildung ein wichtiger Indikator für Gesundheitsförderung ist. Ein lebensbegleitendes Lernen bildet somit eine wichtige Einflussgröße auf die Gesundheit (Kruse 2006, S.4ff). Lebenslanges Lernen gewinnt für die ältere Bevölkerung immer mehr an Bedeutung. Denn in einem schnelllebigen Zeitalter, wo es ständig zu technologischen und wissensbasierten Veränderungen kommt, ist es wichtig, Neues zu entdecken, zu analysieren und anzuwenden. Dies ist die Grundvoraussetzung für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Kolland & Ahmadi 2010, S.25). Die älteren Menschen möchten immer noch wissen, was in der Welt passiert. Sie möchten herausgefordert werden und ihre Zukunft selbst mitgestalten. Das Alter wird nicht mehr nur als selbstverständlich hingenommen. Jeder/jede einzelne trägt zu seiner/ihrer Persönlichkeitsentwicklung bei. Bildung wird dabei als Grundbedürfnis gesehen (Böhme 2012, S.15f). Ein Lernen im Alter bedeutet schließlich, so lange wie möglich autonom zu bleiben (Simon 2007, S.10).

Die Interviews haben gezeigt, dass ein lebenslanges Lernen als wichtiger Indikator für die Weiterentwicklung im Leben gesehen wird. Ein ständiges Lernen wird mit einer verbesserten geistigen Aktivität und dem Willen aktiv zu sein in Verbindung gebracht. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass jemand, der geistig aktiv ist, auch länger selbstbestimmt leben kann (I1-I5).

„Ich persönlich finde lebenslanges Lernen ist ein wichtiger Beitrag um fit zu bleiben im Alter. Nicht nur geistig, auch körperlich. Ich finde, durch ständiges Weiterlernen wird die Motivation etwas zu tun gesteigert.“ (I4)

7.3. Lebenslanges Lernen im Rahmen der Hauskrankenpflege

„Aufgrund der Forschungslage weiß man, dass Dienstleistungsorganisationen den Alltag der betroffenen Menschen und damit die subjektive Lebensqualität, aber auch die Funktionsfähigkeit positiv, aber auch negativ beeinflussen können.“ (Krajic et al. 2011, S.30) Es gibt eine Evidenz dafür, dass die Lebensqualität der älteren Generationen verbessert werden kann. Positive Effekte können aber nur dann erfolgreich erzielt werden, wenn verschiedene Angebote aus unterschiedlichen Bereichen ineinander greifen. Das in Studien befragte diplomierte Personal in der Hauskrankenpflege (HKP) betont, dass Maßnahmen erfolgreich wären, wenn sie in Kombination mit anderen Sozialdiensten durchgeführt werden würden. Vor allem die Zusammenarbeit mit den Hausärzten ist von großer Bedeutung (Drennan et al. 2005, S.136ff). Belegt ist, dass ältere Personen, die regelmäßig geistiges Training durchführen, eine bessere kognitive Leistung besitzen als jene, die nicht trainieren. Die Aktivitätsbreite reicht hier von Schachspielen, Lesen und Kreuzworträtsel-Lösen bis zum Kommunizieren mit anderen. Dabei sollte das Gehirn wie ein Muskel betrachtet werden, der durch ständiges Training auch im Alter noch an Leistung zunehmen kann (Bielak 2009, S.507ff).

Zu beachten ist, dass bei der Planung von Interventionen die Zielgruppe (also der alte Mensch) involviert werden soll. Dabei wäre es wichtig unterschiedliche Angebote von Lern- und Bildungsmöglichkeiten zu gewährleisten, aus denen der ältere Mensch dann frei wählen kann. Es sollte ein Mix aus körperlicher und geistiger Aktivität stattfinden. Vorhandene soziale Netzwerke sollten miteingeschlossen und nichtvorhandene neu aufgebaut werden. Die durchzuführenden Maßnahmen sollten vor allem verfügbare Ressourcen nutzen und bestehende Einrichtungen mit einbinden (Hörl et al. 2008, S.485ff). Die Politik wird aufgefordert für entsprechende Strukturen zu sorgen, die Wissenschaft zu fördern, in der Bevölkerung ein Bewusstsein für die Vorteile eines lebenslangen Lernens zu schaffen, Geld zur Verfügung zu stellen und Qualitätsstandards einzuführen. Die Dienstleistungsorganisationen sind dazu angehalten für die Entwicklung und Durchführung von nachhaltigen Projekten Sorge zu tragen (Heidecker & Sauter 2011, S.46). *„Möglichkeiten zur Bildung sind so zu gestalten, dass sie Nachhaltigkeit bewirken: eine anhaltende Einsicht in Sachverhalte, eine Einstellungs- und Verhaltensänderung, die die Auswirkungen des Verhaltens der/des Einzelnen oder einer Gesamtheit auch für die Zukunft im Blick hat.“ (Heidecker & Sauter 2011, S.40)*

Die Ergebnisse der ExpertInnenbefragung zeigen, dass sich zahlreiche Maßnahmen und Aktivitäten auch in die Hauskrankenpflege übertragen lassen. Beispiele wären: Schachspielen, Rätselstunden, Sudoku, das Spielen von Kartenspielen, das Erlernen neuer Spiele, das Feiern von Bräuchen, das Wiederholen von Wörtern, Begriffen oder Dialekten, Erzählstunden, Diskussionsabende, das Singen von Liedern, Lesen, Kochen, Rechnen und das Führen von Motivationsgesprächen. Darüber hinaus sollten vermehrt Seniorentreffen und Ausflüge organisiert werden, wo ältere Menschen auf Gleichgesinnte treffen und Erfahrungen austauschen können. Weiters sind die ExpertInnen der Meinung, dass unterschiedliche Vorträge und Demonstrationen helfen könnten, mit technologischen Neuerungen besser umzugehen. Bei all den Maßnahmen sollte aber immer das soziale Umfeld des/der Betroffenen berücksichtigt und Familienangehörige miteingebunden werden. In kleinem Rahmen werden Maßnahmen bereits vereinzelt durchgeführt. (I1- I5).

„Noch finde ich es wichtig, dass man einfach den betagten Menschen ihre Kompetenzen wieder gibt und dass man einfach herausfindet, welchen Beruf sie z.B. ausgeübt haben, dass man einfach jetzt sagt, wenn dieser Koch war, dass er einfach, ja weiß ich nicht - beim Kartoffelschälen hilft und einfach kleine Tätigkeiten macht, die er noch durchführen kann - dies auch fördert und nicht alles übernimmt.“ (I3)

7.4. Fördernde und hinderliche Faktoren in Bezug auf das lebenslange Lernen

Obwohl nachgewiesen werden konnte, dass ein lebenslanges Lernen positive Effekte erzielt, ist das Interesse im Alter noch geistig aktiv zu sein eher gering. Dies hat unterschiedliche Ursachen. Hauptursache ist der Indikator Bildungsstand. Ein geringer Bildungsstand indiziert eine geringe Beteiligung an Weiterbildungs- und Lernangeboten im Alter. Weiters ist das soziokulturelle Umfeld von Bedeutung. Ältere Menschen, die im urbanen Bereich leben, nehmen eher an Lernangeboten teil als jene, die am Land leben. Darüber hinaus spielt der eigene Gesundheitszustand eine Rolle (Kolland & Klingenberg 2011, S.29). Viele der älteren Leute sehen gar keine Veranlassung geistig fit zu bleiben und sich auf Neues einzulassen. Zudem sind die Rahmenbedingungen, zu denen Kosten, Zeit, Personal und diverse Räumlichkeiten zählen, oft nicht vorhanden (Kolland & Ahmadi 2010, S.93). Auf politischer Ebene wird deutlich, dass ein lebenslanges Lernen mit dem Ziel eine Gesundheitsförderung im Alter zu erzielen an den Kosten scheitert. Altenbetreuung wird laut österreichischem Gesetz dem Sozialministerium zugeschrieben und wird nicht als Teil des Gesundheitswesens verstanden. Die Betreuung und Pflege der alten Menschen obliegt oftmals den Angehörigen und wird nur zu einem geringen Teil von Institutionen übernommen. Politisch-rechtlich ist es Aufgabe der Gemeinden für soziale Unterstützung zu sorgen. Geld fließt hierbei nicht in die Gesundheitsförderung (Krajic et al. 2011, S.30f). „Eine

nachhaltige Steuerung, Qualitätssicherung und -entwicklung scheint in diesem Kontext sogar noch komplizierter als im Gesundheitsbereich.“ (Krajic et al. 2011, S.31)

Als ein begünstigter Faktor lebenslanges Lernen im Alter zu fördern wird eine wohnortnahe Angebotsbreite verstanden. Maßnahmen, die in den eigenen vier Wänden durchgeführt werden können, werden eher in Anspruch genommen, als wenn Wege mit dem Auto zurückgelegt werden müssen. Vor allem bei Hochaltrigen wird sichtbar, dass sich die Lernaktivitäten eher auf den eigenen Haushalt reduzieren. Im Alter soll Lernen als soziale Interaktion verstanden werden. Der Ausbau von Rahmenbedingungen und Ressourcen soll helfen, einen kommunikativen Austausch zu fördern. Dies soll auch bei den Menschen zu Hause möglich sein (Kolland & Klingenberg 2011, S.31).

Um Lern- und Bildungshemmnisse abzubauen, muss ein detailliertes Wissen über die Bedürfnisse der Zielgruppe vorherrschen. Die Grundlagenforschung soll hierbei helfen Angebote auf die Erfordernisse der älteren Generation abzustimmen (Kolland & Ahmadi 2010, S.96). Alle Maßnahmen sollen nach dem Prinzip „Angebot nach Nachfrage“ geplant und durchgeführt werden. Nur so können ältere Generationen dazu motiviert werden, weiter zu lernen und geistig aktiv zu bleiben (Kade 2009, S.99).

Die Interviewergebnisse haben gezeigt, dass vor allem das Geld und die notwendige finanzielle Unterstützung vom Arbeitgeber der Hauskrankenpflege (HKP) fehlen, um ein lebenslanges Lernen in der Hauskrankenpflege zu integrieren. Auch die notwendige finanzielle Unterstützung von Land und Bund fehlt. Als zweitwichtigster hinderlicher Faktor konnte das fehlende Personal identifiziert werden. Insbesondere gibt es einen Mangel an speziell geschultem Personal, das gezielt auf das Thema lebenslanges Lernen eingehen kann. Im Rahmen der normalen Arbeitszeit ist dies oft nicht möglich. Für die ExpertInnen ist es ein wichtiger förderlicher Faktor auch die Angehörigen in die Interventionen miteinzuschließen und für LLL zu begeistern. Bei allen Maßnahmen soll das soziale Umfeld mit berücksichtigt werden. Weiters ist es auch wichtig, die älteren Leute zum Mitmachen zu motivieren und auf ihren Gesundheitszustand einzugehen. Positiv erwähnt wurde, dass es bereits Arbeitgeber gibt, die Zeit, Räumlichkeiten und Personal für geistig aktivierende Tätigkeiten während der Arbeitszeit zur Verfügung stellen (I1- I5).

„Wichtig ist, dass das Pflegepersonal offen gegenüber dem Altwerden ist bzw. die Angehörigen dahinterstehen und die älteren Menschen selbst auch offen sind gegenüber dem lebenslangen Lernen. Auch dass der Arbeitgeber all seine Möglichkeiten zur Verfügung stellt und auch dem ganzen positiv gegenüber steht.“ (I5)

„Hinderliche Faktoren sind jetzt eben, wenn die finanzielle Unterstützung nicht gegeben ist, das fehlende soziale Umfeld, körperliche oder eben psychische Schwächen und obendrein noch – wenn man sagt – ältere Menschen haben oft ihr Leben gelebt und dass sie da einfach aus ihrer Isolation nicht zum Herausholen sind [...].“ (11)

7.5. Perspektiven des lebenslangen Lernens

Im Rahmen des lebenslangen Lernens im Alter geht es nicht vorrangig um eine Neuerkenntnis bzw. Neugewinnung von Fertigkeiten, sondern eher darum, bestehende Fähigkeiten und Kompetenzen zu stärken. Vorhandene Ressourcen und Potenziale sollen aufgegriffen und genutzt werden. Damit sollen ältere Menschen darin unterstützt werden ihre Autonomie zu erhalten und ihr Leben selbst zu gestalten. Es sollen in Zukunft Schlüsselqualifikationen bestimmt werden, die helfen sollen das Alter als eigene Lebensphase zu sehen und Lernangebote an die Anforderungen der älteren Generation anzupassen (Haring 2011, S.11ff).

Bildung hat und wird auch immer einen wichtigen Stellenwert in der Gesellschaft haben. Die Altersbilder müssen sich also einem Wandel unterziehen. Alter wird nicht mehr nur mit dem Ruhestand verknüpft, sondern mit dem Ausbau von Interessen und Fertigkeiten. Organisationen, die Bildung anbieten, müssen sich den Zielgruppen anpassen. Mehr denn je sollten die älteren Generationen in die Planung von Interventionen eingeschlossen werden. Des Weiteren sollte eine politische Transparenz in der Bildungsarbeit zum Tragen kommen (Kolland & Ahmadi 2010, S.153f).

In Zukunft werden unterschiedliche Rahmenbedingungen und Lernangebote benötigt werden, um der Heterogenität des Alters gerecht zu werden. Die Älteren bestimmen auf Grund ihres Erfahrungswissens, welche Bildungsangebote sie brauchen, um den täglichen Herausforderungen Stand zu halten. Wissen soll nicht nur weitergegeben, sondern ständig weiterentwickelt werden. Dabei soll auch das Lebensumfeld der älteren Leute mitbeachtet werden. Denn Fakt ist, dass alte Menschen nicht nur alleine für sich lernen wollen, sondern insbesondere auch an der Gesellschaft teilhaben wollen, um ihr Wissen mit anderen teilen zu können (Kolland & Ahmadi 2010, S.155ff).

Basis einer bedürfnisgerechten Interventionsplanung ist die Wissenschaft. In Zukunft soll die Lücke zwischen Praxis und Forschung geschlossen werden. Beide sollen zusammenarbeiten und sich gegenseitig inspirieren. Nur so kann ein lebenslanges Lernen erfolgreich gesundheitsförderlich wirken (Dahlin-Ivanoff et al. 2010, S.8).

Aus den Interviews ist zu entnehmen, dass es für die ExpertInnen sehr wichtig ist sich auch persönlich ständig weiterzubilden, um auf dem neuesten Stand zu sein. Die Hauskrankenpflege bildet die Basis, um gegenseitig voneinander lernen zu können. Denn in Zukunft wird es immer wichtiger werden mehr auf die älteren Menschen einzugehen. Allein schon wegen der demografischen Entwicklung wird die Bedeutung der Hauskrankenpflege immer wichtiger. Die InterviewpartnerInnen betonen, dass es in Zukunft keine Grenzen in Bezug auf LLL geben sollte. Vor allem finanziell und zeitlich müsste mehr getan werden. Darüber hinaus sollte es mehr ehrenamtliches Engagement geben, mit alten Leuten sollte mehr unternommen werden. Auch sollte das Personal in Zukunft besser geschult werden, damit es genau erkennt, was der alte Mensch tatsächlich braucht und wo seine Ressourcen liegen.

Ich finde, in diesem Bereich sollte es in Zukunft keine Grenzen geben, wenn jemand Interesse zeigt und man auch wirklich genügend Möglichkeiten anbietet, dann sollte derjenige das wahrnehmen können und ich denke es sollte nicht in die Richtung gehen, dass man da wirklich so ein Zeitschema aufbaut, den Klienten unter Druck setzt und z.B. sagt nach 30 Minuten Betreuungsende, wir fahren jetzt weiter, also dass man dem auch wirklich die Möglichkeit gibt fördernde Gespräche zu führen (I1).

8. DIE ROLLE VON PUBLIC HEALTH

Public Health (PH) ist vor allem an entscheidungsanalytischen Projekten beteiligt. ExpertInnen wirken als Koordinatoren oder Berater bei Forschungsaufgaben mit. Da nicht ein/eine ExpertIn ein Gesamtwissen in allen an den Projekten beteiligten Teildisziplinen aufzeigen kann, arbeiten viele ForscherInnen zusammen, um ein qualifiziertes Ergebnis zu erlangen. Der größte Vorteil von PH ist also das Vorhandensein eines interdisziplinären Netzwerkes, das sich national und international erstreckt. Dadurch ist das Aufgabengebiet von PH breitgefächert (Siebert 2012, S.531). Zukünftige Forschungsprojekte in Fragen einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung können durch Public Health ExpertInnen beantwortet werden (Siebert 2012, S.533).

Die demographische Entwicklung der Bevölkerung verlangt einen Paradigmenwechsel. Die Anforderungen an die Gesundheits- und Krankenversorgung müssen an die heutigen Bedürfnisse angepasst werden. Besonders dem niedergelassenen Bereich soll mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Dieser benötigt einen Ausbau der qualifizierten Gesundheitsförderung. Eine Schlüsselrolle ist hierbei die Aus- und Fortbildung aller im Gesundheitssystem beteiligten Personen. (Naegele 2009, S.440). Ausbildungsschwerpunkte sollten die Gerontologie und Geriatrie sein. PH kann helfen die Lücke zwischen primärer und sekundärer Gesundheitsversorgung zu schließen, indem sie interdisziplinäre Teamarbeit fördert und eine fachgerechte Ausbildung garantiert. Dies führt dazu, dass die individuellen Bedürfnisse der älteren Generation erkannt und in zukünftige Forschungsthemen integriert werden. (Vass et al. 2007, S.209). PH soll eine Brücke zwischen der derzeitigen Forschungsrichtung und neuer, innovativer, auf den Ressourcen Älterer aufbauender Forschung errichten (Martin et al. 2011, S.237). Evidenz ist es, dass es professionell ausgebildetes Personal braucht, das informiert und agiert. Nur so können positive Effekte erzielt werden. Health Professionals sorgen dafür, dass die Situation der älteren Generation ernst genommen wird und Projekte sich nach deren Wünschen richten. Sie sorgen weiters dafür, dass das Empowerment und die Selbstbestimmung der alten Menschen gestärkt werden (Dapp et al. 2005, S.122ff).

Laut Perry (2010, S.406) sollen ExpertInnen aber auch politisch tätig sein. Sie sollen die Politik dabei unterstützen altersgerechte Entscheidungen zu treffen. Darunter fallen die Städte-, Verkehrs- und Infrastrukturplanung gleichermaßen wie die soziale, partizipative Einbettung der älteren Generation in gesellschaftliche Netzwerke. PH kann helfen die Älteren zu Diskussionen zu animieren, zur Kommunikation anzuregen und in grundlegende Fragestellungen zu involvieren. Darüber hinaus ist es wesentlich, dass die Bevölkerung informiert wird. Wissen muss transportiert werden. Die Menschen brauchen Informationen darüber, wie wichtig Forschung ist, und dass diese einen wesentlichen Anteil an erfolgreichem Altern besitzt. PH kann sich mit anderen Berufsgruppen verbinden und aufklärend tätig sein (Ruhl 2006, S.284). Weiters kann PH dazu

beitragen einen Aktionsplan für die Sicherheit der älteren Generation zu erstellen und somit den Vorgaben der WHO zu entsprechen (Hörl et al. 2008, S.485).

Zusammengefasst soll PH sich mit der Lebenswelt der älteren Generationen auseinandersetzen, interdisziplinär tätig sein und Forschungsprojekte so gestalten, dass sie die demographische Entwicklung berücksichtigen. PH soll helfen die Ressourcen der Alten zu fördern, Rahmenbedingungen für ein lebenslanges Lernen zu schaffen und Qualitätsstandards zur Förderung der Bedürfnisse der Älteren zu entwickeln. Weiters soll es durch das Schaffen einer professionellen Kommunikationskultur auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene helfen Stereotypen zu überwinden, wobei auf die Heterogenität der Zielgruppe eingegangen werden soll. Schließlich soll PH politisch tätig sein, empirische Lücken schließen und helfen eine Generationenpolitik zu entwickeln (Hörl et al. 2008, S.483ff).

9. DISKUSSION

Zahlreiche Quellen (ÖKSA 2007; WHO 2005; Kytir 2008; Statistik Austria a 2011; Statistik Austria c 2012; BMG 2010) bestätigen, dass es zu einer demografischen Veränderung kommen wird bzw. bereits gekommen ist. Laut Haustein (2010) und Hörl et al. (2008) leben die Menschen immer länger. Dadurch wird die Anzahl der Hochbetagten stetig anwachsen, und es kommt zum Phänomen des doppelten Alterns. Auf Grund der Tatsache, dass es immer mehr ältere ErdenbürgerInnen geben wird, werden Forderungen an die Gesellschaft gestellt, sich aktiv mit der Materie des Alterns zu beschäftigen (WHO 2002).

Dabei ist es wichtig sich mit den Themen Altersbilder und Dimensionen des Alters auseinander zu setzen (Kade 2009; Amrhein & Backes 2007; Lehr 2007). Maresch (2006) und Amann (2004) sagen aus, dass sich das Bild des Alterns der jeweiligen Zeit anpasst und durch soziale und gesellschaftliche Einflüsse geformt ist. Dadurch ergeben sich unterschiedliche Ausprägungen, wie mit dem Alter bzw. mit den älteren Menschen in der jeweiligen Epoche umgegangen wird (Amann 2004). Grubeck-Loebenstein (2008) betont, dass die Dimensionen des Alterns beeinflussbar sind. Sowohl das biologische, das kognitive, das psychische als auch das soziale Altern sind formbar. Dadurch lässt sich die Lebensphase Alter verlängern bzw. die Lebensqualität insgesamt verbessern. Das Alter selbst ist in den letzten Jahren umfassender und vielfältiger geworden. Gesellschaftliche Herausforderung ist es jetzt mit dieser Heterogenität umzugehen zu lernen (Gross & Fagetti 2008).

Vor allem die Medien haben einen großen Einfluss auf das Bild des älteren Menschen. Sie können Ageism mindern bzw. verstärken, darüber sind sich sowohl Lehr a (2007) als auch Amrhein & Backes (2007) einig. Eine Einigkeit herrscht auch darüber, dass der Genderaspekt eine tragende Rolle in Bezug auf ein erfolgreiches Altern spielt. Frauen altern anders als Männer (Niejahr 2007; Kolb 2010). Auch partnerschaftliche Beziehungen werden im Alter immer wichtiger. Dabei spielt nicht die Sexualität eine vordergründige Rolle, sondern es entwickelt sich eine „zweite Sprache der Sexualität“. Diese ist Ausdruck von Sicherheit und Geborgenheit und gibt eine Stabilität, die eine Lebenszufriedenheit erst ermöglicht (Stöhr 2007; Amann 2004; Gross & Fagetti 2008; Lehr a 2007).

Gemäß Rosenmayr & Böhmer (2006), Gross & Fagetti (2008), Kolland & Ahmadi (2010) und Amann et al. (2010) bringen Generationsvertrag und Generationsverhältnisse Generationskonflikte zu Tage, die es zu verringern gilt. Dies gelingt am besten, wenn eine Gesellschaft den Jungen wie den Alten Raum gibt ihre Werte und Überzeugungen zu leben (Rosenmayr & Böhmer 2006). Einen wesentlichen Beitrag dazu könnte weltweit die Politik liefern, darüber sind sich Maresch (2006) und die WHO (2012) einig.

Auch spielen das soziale wie ebenfalls das familiäre Wohnumfeld der älteren Generation eine bedeutsame Rolle in Bezug auf ein erfolgreiches Altern. Dem stimmen Lehr a (2007), Amann (2004), Maresch (2006) und Rischaneck (2008) zu. IFES (2010) und Statistik Austria (2011) zeigen auf, dass es in den letzten Jahren zu einer Veränderung der Haushaltsformen gekommen ist. Ältere Personen leben nicht länger in Mehrgenerationshaushalten. Sie wohnen in Einpersonenhaushalten oder Alterswohnsitzen. Wie stark abgesichert der letzte Lebensabschnitt ist, hängt intensiv mit der finanziellen Situation der älteren Menschen zusammen. Österreich garantiert eine Pension, die aber alleine nicht mehr ausreicht, um den immer länger werdenden dritten Lebensabschnitt abzusichern. Frauen sind dabei von Benachteiligungen eher betroffen als Männer (IFES 2010). Hinzu kommt, dass die neuen Wohn- und Lebensformen eine Einsamkeit und Isolation im Alter fördern (Lehr a 2007). Hörl (2008) und Lehr a (2007) sagen aus, dass diese Einsamkeit nur durch Erschließung neuer Wissensgebiete und Sozialkontakte verringert werden kann.

IFES (2010), Lehr a (2007) und Deutsch (2006) gehen davon aus, dass ein erfolgreiches Altern im Einklang mit einer Lebenszufriedenheit steht. Diese entsteht, wenn das soziale und gesellschaftliche Angebot den Bedürfnissen der älteren Generation entspricht und die körperlichen, unvermeidlichen Veränderungen angenommen werden. Wünsche und Sehnsüchte, die das Alter mit sich bringt, sollen erkannt, offen gelegt und erfüllt werden. Nur so kann eine Sinngebung im Alter stattfinden. Die älteren Leute sollen offen gegenüber Neuem sein und ihr Leben mit gezielten Aufgaben bereichern (Stöhr 2007; Rampe 2006).

Niejahr 2007, Häfner et al. 2010 und Haustein 2010 stimmen überein, dass die medizinische Forschung auch einen wesentlichen Beitrag zum erfolgreichen Alterungsprozess leistet. Wissenschaftliche Erkenntnisse über chronische Erkrankungen, geistigen Verfall oder körperliche Immobilität liefern Informationen darüber, wie der Mensch aktiv und gesund altern kann. Grundvoraussetzung ist, dass die Älteren ihre Lebenswelt noch selbst gestalten können, und dass ein gegenseitiges Verständnis und eine gegenseitige Unterstützung zwischen den Generationen herrschen (Rosenmayr & Böhmer 2006; Europäische Union 2011).

Um den Anforderungen der heutigen, langlebigen Gesellschaft gerecht zu werden, gibt es zahlreiche unterstützende Modelle und Theorien. (Lehr b 2007). So sprechen sich Lehr a (2007), Maresch (2006), Rampe (2007) und Baltes (2004) für das Model der selektiven Optimierung aus. Kade (2009) betont, dass nur anhand Disengagement-Theorie ein erfolgreiches Altern möglich ist. Steidl & Nigg (2011) gehen einen anderen Weg und erklären, dass nur die Aktivitätstheorie eine Lebenszufriedenheit hervorbringen kann. Da nicht alle älteren Personen gesund sein können, aber dennoch ein aktives Altern möglich ist, gibt es zahlreiche Punkte, die für eine Sozialisationstheorie

sprechen (Hurrelmann 2010). Alle Theorien und Modelle haben den Anspruch den Alterungsprozess positiv zu beeinflussen und eine Lebenszufriedenheit bzw. einen Lebenssinn im Alter zu garantieren (Lehr a 2007; Maresch 2006; Rampe 2007; Kade 2009; Steidl & Nigg 2011; Hurrelmann 2010). Zudem weisen Amann et al. (2010), Lehr a (2007), BMSK (2008), FGÖ (2012) und Maresch (2006) darauf hin, dass es sehr wichtig ist im Alter noch produktiv zu sein. Dabei geht es nicht vorwiegend um manuelle Arbeit, sondern um die Erschließung neuer Interessensgebiete oder die Ausführung von ehrenamtlichen Tätigkeiten. Dies soll ermöglichen, dass die ältere Generation noch so lange wie möglich aktiv bleibt und dadurch autonom und selbständig leben kann. Diese selbständige Mobilität und Aktivität soll in gewissem Maß durch die Nutzung von neuen Technologien unterstützt werden (Haustein 2010).

Zentrale Rolle, um erfolgreich altern zu können, spielt jedoch eine lebensbegleitende Bildung. Sie beeinflusst sowohl die soziale, gesellschaftliche als auch die politische Teilhabe der älteren Generation am täglichen Leben. Dies untermauern Maresch (2006), Kolland & Ahmadi (2010) und Kade (2009). Kolland & Ahmadi (2010) betonen zu dem, das es Aufgabe der Sozialpolitik ist, für einen fairen Zugang zu Bildung für alle Menschen in jeder Lebenslage zu sorgen. Bereits 2002 wurde darüber abgestimmt, dass ein lebenslanges Lernen gefördert werden muss. Dabei geht es nicht nur um einen Wissenszuwachs, sondern um die Sicherung der Selbstbestimmung und die Kompensation von Alltagsaufgaben (Lehr a 2007; Maresch 2006; Rampe 2007; Kade 2009; Steidl & Nigg 2011; Hurrelmann 2010).

Die durchgeführten ExpertInneninterviews (I1-I5) sagen aus, dass es keine einheitliche Meinung darüber gibt, was der Begriff lebenslanges Lernen (LLL) beinhaltet. Grundsätzlich herrscht aber eine Übereinstimmung darüber, dass die Menschen nie auslernen, und dass das Lernen ein kontinuierlicher Prozess ist. Diesen Aussagen stimmen Haring (2011), Simon (2007), Böhme (2012) und Kolland & Ahmadi (2010) zu. Kolland & Ahmadi (2010), Kolland & Klingenberg (2011) sowie Kruse (2006) weisen darauf hin, dass ein LLL einen gesunden Lebensstil fördert und eine direkte Verbindung zur Gesundheitsförderung besitzt. Die Teilhabe der älteren Generation am gesellschaftlichen Leben wird durch LLL forciert, und neu entdeckte Kompetenzen und Fähigkeiten können helfen den Alltag zu erleichtern. Kontinuierliches Lernen wird als wichtigster Indikator gesehen, um im Alter gesund und aktiv zu sein und zu bleiben. Dies zeigen auch die durchgeführten Interviews (I1-I5) auf, sie bestätigen somit die Literatur.

Die Befragung der ExpertInnen hat ergeben, dass ein LLL in die Hauskrankenpflege integrierbar ist, z.B. durch die Durchführung von Ausflügen und das Organisieren von Seniorentreffen, der Förderung von Rätsel- oder Spielstunden sowie das Forcieren der Alltagsaktivitäten. Grundlage ist, dass gewisse Voraussetzungen gegeben sein müssen, um Maßnahmen gezielt durchführen zu

können. So sollten das soziale Umfeld der älteren Generation berücksichtigt und Familienangehörige in die Planung und Ausführung der Aktivitäten miteinbezogen werden (I1-I5). Die Literatur bestärkt diese Aussagen und betont zudem, dass es von großer Bedeutung ist, dass die unterschiedlichen Dienstleistungsorganisationen zusammenarbeiten, untereinander kommunizieren und die Ressourcen der alten Menschen dadurch optimal nutzen sollten. Außerdem sind Maßnahmen so zu gestalten, dass sie nachhaltig wirken. Interventionen sollten nicht nur auf einzelne Personen Einfluss nehmen, sondern auf die Gesellschaft als Ganzes wirken. Dabei soll die Individualität der Älteren aber nicht verloren gehen (Krajic et al 2011; Drennan et al 2005; Bielak 2009; Heidecker & Sauter 2011).

Sowohl Kolland & Klingenberg (2011) als auch Kolland & Ahmadi (2010), Krajic et al. (2011) und Kade (2009) stimmen überein, dass es zahlreiche hinderliche aber auch förderliche Faktoren für ein LLL gibt. So ist es wichtig immer das gesellschaftliche, soziale und politische Umfeld der älteren Leute zu betrachten. Zentrale Frage ist auch der Bildungsstand der heutigen älteren Generation. Denn je gebildeter die Menschen sind, desto eher nehmen sie weitere Bildungsangebote in Anspruch. Rahmenbedingungen, die einen hohen Einfluss auf die Inanspruchnahme oder Ablehnung von LLL haben, sind die Kosten, wohnortnahe Angebote, Angebotsplanung nach den Bedürfnissen der älteren Generation und der politische Wille Maßnahmen zu forcieren. Aus den erhobenen Interviews ist ableitbar, dass vor allem das Personal, die Zeit und die finanziellen Mittel fehlen, um LLL im Rahmen der Hauskrankenpflege durchführen zu können. Eine Erleichterung gibt es dort, wo die Arbeitgeber der HKP finanzielle Mittel und Zeit zur Verfügung stellen, und wo die Angehörigen der älteren Leute in alle Aktivitäten des LLL miteinbezogen werden und mithilfe der alten Menschen zum Mitmachen zu motivieren (I1-I5).

Die zukünftigen Lernangebote für den älteren Anteil der Menschheit müssen sich mehr denn je an die Heterogenität dieser Zielgruppe anpassen. Bildung hat und wird auch immer einen hohen Stellenwert in Gesellschaft haben. Die Lücke zwischen Praxis und Theorie soll mit Hilfe der Wissenschaft geschlossen werden, und es soll zu einer politischen Transparenz in Bezug auf alle Bildungsangelegenheiten kommen. Nur durch eine bedürfnisgerechte Interventionsplanung kann ein LLL auch in der Zukunft gefördert werden (Haring 2011; Kolland & Ahmadi 2010; Dahlin-Ivanoff et al. 2010). Die ExpertInnen bestätigen diese Aussagen und betonen des Weiteren die Wichtigkeit in Zukunft mehr auf die älteren Leute einzugehen. Vor allem soll in der kommenden Zeit das Personal besser geschult werden. Nur so können die Bedürfnisse und Ressourcen der Menschen im letzten Lebensabschnitt erkannt, zufrieden gestellt und gefördert werden (I1-I5).

Da Public Health (PH) über ein großes interdisziplinäres Netzwerk verfügt, kann es helfen zukünftige Forschungsprojekte in Bezug auf erfolgreiches Altern zu gestalten, um somit für eine

effektive und effiziente Gesundheitsversorgung zu sorgen. PH kann helfen, die Lücke zwischen primärem, sekundärem und tertiärem Sektor zu schließen und die ältere Generation zu motivieren, einen aktiven und gesunden Beitrag zum Älterwerden und -sein zu leisten. Zudem kann und soll PH generationspolitisch tätig sein (Siebert 2012; Naegele 2009; Vass et al. 2007; Martin et al. 2011; Dapp et al. 2005; Perry 2010; Ruhl 2006; Hörl et al. 2008).

10. SCHLUSSFOLGERUNG

Wie in der Arbeit bestätigt wurde, wird es weiterhin zu einer zunehmenden demographischen Veränderung in Richtung Hochaltrigkeit kommen. Dadurch ist die Wichtigkeit sich mit dem Thema der Alterspolitik auseinanderzusetzen nicht zu leugnen (Haustein 2010; Hörl et al. 2008; WHO 2002). Grubeck-Loebenstein (2008) weist darauf hin, dass auf den Alterungsprozess Einfluss genommen werden kann, indem das biologische, das kognitive, das psychische und auch das soziale Altern gleichermaßen beachtet wird. Lehr a (2007), Amrhein & Backes (2007) Niejahr (2007) Kolb (2010) und die Europäische Union (2011) sagen darüber hinaus aus, dass externe Faktoren ebenfalls einen großen Einfluss auf ein erfolgreiches Altern nehmen. Diese Erkenntnis alleine reicht aber nicht aus.

Die Interventionen, die ein erfolgreiches Altern möglich machen sollen, brauchen schon während der Planungsphase einen guten Top-down-Bottom-up-Mix. Es braucht politische Rahmenbedingungen und Vorgaben, und es braucht den Willen und die Motivation der älteren Generation. Zudem können Maßnahmen nur dann greifen, wenn sie auf die Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst worden sind (Maresch 2006; WHO 2012; Kolland & Ahmadi 2010; I1-I5). Ergänzend dazu sollen zahlreiche Modelle und Theorien helfen einen erfolgreichen Alterungsprozess zu fördern. Dabei gibt es keine allgemeingültigen Aussagen. Das Alter besitzt eine erstaunliche Heterogenität, und deshalb sollte jeder Mensch für sich entscheiden, welche Vorgehensweise die richtige ist, um eine Lebenszufriedenheit im Alter zu erreichen (Lehr b 2007; Lehr a 2007; Maresch 2006; Rampe 2007; Kade 2009; Steidl & Nigg 2011; Hurrelmann 2010).

Sowohl Maresch (2006), Kolland & Ahmadi (2010) als auch Kade (2009) sprechen sich dafür aus, dass im Mittelpunkt eines erfolgreichen Alterns ein lebenslanges Lernen (LLL) steht. Wissenschaftlich bewiesen wurde bereits, dass ein LLL zur Gesundheitsförderung beiträgt, Kompetenzen fördert und Ressourcen aktiviert (Kolland & Ahmadi 2010; Kolland & Klingenberg 2011; Kruse 2006). Die Arbeit hat aufgezeigt, dass ein LLL als Grundlage, im Alter noch gesund und aktiv am täglichen Leben teilnehmen zu können, gesehen wird. Die durchgeführten ExpertInneninterviews (I1-I5) haben ergeben, dass ein LLL auch in die Hauskrankenpflege, unter der Berücksichtigung von förderlichen und hinderlichen Faktoren und der Beachtung einer interdisziplinären Zusammenarbeit aller Dienstleistungsorganisationen, integrierbar ist (Krajic et al 2011; Drennan et al 2005; Bielak 2009; Heidecker & Sauter 2011; Kolland & Klingenberg 2011; Kade 2009).

In Zukunft sollte die Wissenschaft forciert werden, um die Lücke zwischen Theorie und Praxis zu schließen. Public Health kann dazu einen wichtigen Beitrag leisten. Es kann helfen ein LLL zu

optimieren und erfolgreiches Altern zu fördern und sollte deshalb von Anfang an in die Planung und Gestaltung von Interventionen miteinbezogen werden (Siebert 2012; Naegele 2009; Vass et al. 2007; Martin et al. 2011; Dapp et al. 2005; Perry 2010; Ruhl 2006; Hörl et al. 2008).

Die Autorin kommt schlussendlich zu der Erkenntnis, dass weitere Forschungstätigkeiten im Bereich des lebenslangen Lernens in der Hauskrankenpflege in größerem Umfang notwendig sind, um ein detaillierteres Wissen in Bezug auf das erfolgreiche Altern erhalten zu können.

11. LITERATURVERZEICHNIS

Amann, A 2004, Die großen Alterslügen, Generationenkrieg, Pflegechaos, Fortschrittsbremse?, Böhlau Verlag, Wien.

Amann, A, Ehgartner, G & Felder, D 2010, Sozialprodukt des Alters, Über Produktivitätswahn, Alter und Lebensqualität, Böhlau Verlag, Wien.

Amrhein, L & Backes, G 2007, „Alter(n)sbilder und Diskurse des Alter(n)s, Anmerkungen zum Stand der Forschung“ in Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, vol. 40, S. 104-111.

AVS 2013, „Organisation“, gesehen 05. Februar 2013, http://www.avs-sozial.at/default2.asp?active_page_id=59&parent_page_id=1.

Baltes, P 2004, „Erfolgreich Altern“ in Berliner Zeitung, GenPOST.

Bielak, A 2009, „How can we not lose it if we still don't understand how to use it? Unanswered questions about the influence of activity participation on cognitive performance in older age – a mini-review.“ In Gerontology, vol. 56, S. 507- 519.

Böhme, G 2012, Verständigung über das Alter oder Bildung und kein Ende, Eine gerontologische Studie, 2. erweiterte Auflage, Schultz- Kirchner Verlag GmbH, Idstein.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2010, Das Österreichische Gesundheitssystem, Zahlen-Daten- Fakten, Bundesministerium für Gesundheit, Wien.

Burns, N & Grove, S 2005, Pflegeforschung verstehen und anwenden, 1. Auflage, Urban & Fischer Verlag, München.

Dahlin- Ivanoff, S, Gosman- Hedström, G, Edberg, A, Wilhelmson, K, Eklund, K, Duner, A, Ziden, L, Welmer, A & Landahl, S 2010, „Elderly persons in the risk zone. Design of a multidimensional, health- promoting, randomised three- armed controlled trial for „prefrail“ people of 80+ living at home“ in BioMedCentral, vol. 10, S. 1- 10.

Dapp, U, Anders, J, Renteln- Kruse, W & Meier Baumgartner, H 2005, „ Active health promotion in old age: methodology of a preventive intervention programme provided by an interdisciplinary

health advisory team for independent older people“ in Journal of Public Health, vol. 13, S. 122-127.

Dapp, U, Fertmann, R, Anders, J, Schmidt, S, Pröfener, F, Deneke, C, Minder, C, Hasford, J, & von Renteln- Kruse, W 2011, „Die Longitudinal- Urban- Cohort- Ageing- Studie (LUCAS)“ in Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie, vol. 44, S. 55-72.

Deutsch, D 2006, Schöne Aussichten fürs Alter, Wie ein italienisches Dorf unser Leben verändern kann, Piper Verlag, München.

Dorner, T & Rieder, A 2008, „Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung bei Hochbetagten“ in Hochaltrigkeit in Österreich, Eine Bestandsaufnahme, BMSK, 1. Auflage, Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Wien.

Drennan, V, Iliffe, S, Haworth, D, Tai, S, Lenihan, P & Deave, T 2005, „The feasibility and acceptability of a specialist health and social care team for the promotion of health and independence in at risk older adults“ in Health and Social care in the Community, vol. 13, S. 136-144.

Europäische Union 2011, Beschluss des Europäischen Parlaments und Rates über das Europäische Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen (2012), Gesetzgebungsakte und andere Rechtsinstrumente, Brüssel.

Fond Gesundes Österreich (FGÖ), Bundesministerium für Gesundheit & Gesundheit Österreich GmbH 2012, Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung, Grasl Druck & Neue Medien, Bad Vöslau.

Gross, P & Fagetti, K 2008 Glücksfall Alter, Alte Menschen sind gefährlich, weil sie keine Angst vor der Zukunft haben, Herder Verlag, Freiburg im Breisgau.

Grubeck-Loebenstein, B 2008, „Biologie des Alterns“ in Geriatrie, Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten, Füsgen (Hg), Böhlau Verlag, Wien.

Guger, A, & Mayrhuber, C 2008 „Die ökonomische Situation der Hochbetagten in Österreich“ in Hochaltrigkeit in Österreich, Eine Bestandsaufnahme, BMSK, 1. Auflage, Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Wien.

Kasper, S 2006, „Depression, Angst und Gedächtnisstörungen“ in *Hoffnung Alter, Forschung Theorie und Praxis*, Rosenmayr & Böhmer (Hg), Facultas Verlag, Wien.

Haring, S, Heidecker, D, Kolland, F, Ludescher, M, Sauter, H, Simon, G, Strümpel, C, Wappelshammer, E & Waxenegger, A 2011, *Lernen und Bildung im späteren Lebensalter, Leitlinien und Prioritäten 2020*, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Karl- Franzens- Universität, Graz.

Harlacher, R 2008, „Immobilität“ in *Geriatric, Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten*, Füsgen (Hg), Böhlau Verlag, Wien.

Haustein, U 2010, *Das Altern in der Moderne*, Sächsische Akademie der Wissenschaften zu Leipzig, Hirzel Verlag, Stuttgart.

Häfner, H, Beyreuther, K, & Schlicht, W (Hg) 2010, *Altern gestalten, Medizin- Technik- Umwelt*, Springer Verlag, Berlin.

Heidecker, D & Sauter, H 2011, „Qualitätsentwicklung und Nachhaltigkeit“ in *Lernen und Bildung im späteren Lebensalter, Leitlinien und Prioritäten 2020*, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Karl- Franzens- Universität, Graz.

Hörl, J 2008, „Einsamkeit und Isolation“ in *Hochaltrigkeit in Österreich, Eine Bestandsaufnahme*, BMSK, 1. Auflage, Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Wien.

Hörl, J, Kolland, F & Majce, G 2008, „Hochaltrige in Österreich: Eine Bestandsaufnahme“ in *Hochaltrigkeit in Österreich, Eine Bestandsaufnahme*, BMSK, 1. Auflage, Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Wien.

Hundstorfer, R 2012, „Statement“ in *Symposium „Aktiv Altern – Der österreichische Weg“*, 29. Mai 2012, Zusammenfassungen der Statements und wissenschaftliche Beiträge, Symposium der ÖPIA in Kooperation mit dem Österreichischen Seniorenrat und dem Präsidium des Parlaments, Wien.

Hurrelmann, K 2010, *Gesundheitssoziologie, Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*, Juventa Verlag, München.

Institut für empirische Sozialforschung (IFES) GmbH 2010, Lebensqualität im Alter, Befragung von Personen ab 60 Jahren, Studienbericht, Auftraggeber Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien.

Kade, S 2009, Altern und Bildung, Eine Einführung, 2. Auflage, W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG, Bielefeld.

Kolland, F 2007, Endbericht, Lernbedürfnisse und Lernarrangements von älteren Menschen, Projektförderung durch das Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Büro für Sozialtechnologie und Evaluationsforschung, Wien.

Kolland, F & Ahmadi, P 2010, Bildung und aktives Altern, Bewegung im Ruhestand, W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG, Bielefeld.

Kolb, B 2010, „Alter- und Genderfragen: Die besondere Lage älterer Frauen“ in Alter und Zukunft. Wissen und Gestalten. Forschungsexperise zu einem Bundesplan für Seniorinnen und Senioren, Endbericht, Auftraggeber Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, WISDOM, Wien.

Krajic, K, Cichocki, M & Wagreich, T 2011, „Förderbar“ in Das österreichische Gesundheitswesen, vol. 52, S.30-31.

Kruse, A 2006, „Der Beitrag der Prävention zur Gesundheit im Alter – Perspektiven für die Erwachsenenbildung“ in Bildungsforschung, Schwerpunkt „Bildung Älterer“, Schmidt (Hg), vol. 02, S.1-25.

Kytir, J 2008, „Demographische Entwicklung, Die alternde Gesellschaft“, in Hochaltrigkeit in Österreich, Eine Bestandsaufnahme, BMSK, 1. Auflage, Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Wien.

Kytir, J & Münz, R 2000, „Demographische Rahmenbedingungen: die alternde Gesellschaft und das älter werdende Individuum“ in Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen, Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Wien.

Lehr a, U 2007, Psychologie des Alterns, 11.Auflage, Quelle & Meyer Verlag, Wiebelsheim.

Lehr b, U 2007, „Älter werden- aktiv bleiben: Herausforderungen in einer Gesellschaft zunehmender Langlebigkeit.“ in Alt sein 2030 in Österreich, Wege zu einem kreativen, selbstbestimmten und sinnerfüllten Leben, Dokumentation der Jahreskonferenz vom 24./25. Oktober 2007, Villach, Kärnten.

Lenz, W 2004 in Simon, G 2007, Lernen und Bildung im Interesse älterer Menschen. Untersuchungen der wichtigsten Konzepte zum lebenslangen Lernen im 3. und 4. Lebensalter, Endbericht, Projekt im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz, Graz.

Martin, M, Kressnig, R & Röcke, C 2011, „Editorial: Maintaining and Promoting Mobility and Functional Independence in Older Adults“ in Gerontology, vol. 57, S.237-238.

Maresch, M 2006, Erfolgreiches Alter(n) als Lebensaufgabe, Schriften der Johannes- Kepler-Universität Linz, Linz.

Mayer, H 2007, Pflegeforschung anwenden, Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung, 2. Auflage, Facultas Verlag, Wien.

Medizinische Universität Graz 2009, Richtlinien für die Erstellung einer Masterarbeit/Diplomarbeit and der Medizinischen Universität Graz für die Diplomstudien Humanmedizin und Zahnmedizin sowie für das Masterstudium Gesundheits- und Pflegewissenschaft.

Naegele, G 2009, „Perspektiven einer fachlich angemessenen, bedarfs- und bedürfnisgerechten gesundheitlichen Versorgung für ältere Menschen“ in Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, vol. 42, S. 432-404.

Neely, J, Paniello, R, Nussenbaum, B, Engel, S, Karni, R & Fraley, P 2006, „ Practical guides to efficient life-long learning“ in Otolaryngology - Head and Neck Surgery, vol. 135, S. 608-615.

Niejahr, E 2007, Alt sind nur die anderen, So werden wir leben, lieben und arbeiten, 2.Auflage, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.

Österreichisches Komitee für soziale Arbeit (ÖKSA) 2007, Alt sein 2030 in Österreich, Wege zu einem kreativen, selbstbestimmten und sinnerfüllten Leben, Dokumentation der Jahreskonferenz vom 24./25. Oktober 2007, Villach, Kärnten.

Parry, J 2010, „Network of cities tackles age- old problems“ in Bull World Health Organ, vol. 88, S.406-407.

Polit & Beck 2008, Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, 8. Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Rampe, M 2006, Jeder will es werden, keiner will es sein, Alter als Herausforderung, 1. Auflage, A1 Verlag, München

Resch, K, Strümpel, C, Wild, C, Hackl, C & Lang, G 2010, Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen, health pro elderly, FGÖ, BMG, Rotes Kreuz, Europäische Kommission, Wien.

Rosenmayr, L 2000, „Die soziale Situation der älteren Menschen nach kulturellen Gesichtspunkten“ in Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen, Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Wien.

Rosenmayr, L 2008, „Soziale und kulturelle Konstruktion des Alterns“ in Geriatrie, Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten, Füsgen (Hg), Böhlau Verlag, Wien.

Rischanek, U 2008, „Lebensformen und Wohnsituation der Hochbetagten in Österreich“ in Hochaltrigkeit in Österreich, Eine Bestandsaufnahme, BMSK, 1. Auflage, Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Wien.

Ruhl, C 2006, „How well will we age?, Why we need to consider our health in old age now“ in Association of women`s health, Obstetric and neonatal nurses, vol. 10, S.284-286.

Schneider, G, Driesch, G, Kruse, A, Nehen, H & Heuft, G 2006, „Old and ill and still feeling well? Determinants of subjective well- being in >60 year olds: The role of the sense of coherence“ in American Association for Geriatric Psychiatry, vol. 14, S. 850-857.

Siebert, U 2012, „Transparente Entscheidungen in Public Health mittels systematischer Entscheidungsanalyse“ in Public Health, Gesundheit und Gesundheitswesen, Schwartz et al (Hg), 3. Auflage, Urban & Fischer Verlag, München.

Simon, G 2007, Lernen und Bildung im Interesse älterer Menschen. Untersuchungen der wichtigsten Konzepte zum lebenslangen Lernen im 3. und 4. Lebensalter, Endbericht, Projekt im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz, Graz.

Spindelegger, M 2012, „Statement“ in Symposium „Aktiv Altern – Der österreichische Weg“, 29. Mai 2012, Zusammenfassungen der Statements und wissenschaftliche Beiträge, Symposium der ÖPIA in Kooperation mit dem Österreichischen Seniorenrat und dem Präsidium des Parlaments, Wien.

Statistik Austria a 2011, Demographisches Jahrbuch 2010, Statistik Austria, Wien.

Statistik Austria b 2011, Statistisches Jahrbuch Österreichs, Statistik Austria, Wien.

Statistik Austria a 2012, „Demographie“, gesehen 31. März 2012, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/gender-statistik/demographie/index.html

Statistik Austria b 2012, „Haushalts- und Familienprognosen“, gesehen 22. April 2012, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/haushalts_und_familienprognosen/index.html

Statistik Austria c 2012, „Ergebnisse im Überblick: Bevölkerungsprognose für Österreich“ gesehen 02. November 2012, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html

Steidl, S & Nigg, B 2011, Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie, Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe, 3. Überarbeitete Auflage, Facultas Verlag, Wien.

Stöger, A 2010, „Vorwort“, in Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen, health pro elderly, FGÖ, BMG, Rotes Kreuz, Europäische Kommission, Wien.

Stöhr, M 2007, Reifejahre, Lebensfreude und Sinnfindung, 1. Auflage, Via Nova Verlag, Petersberg.

Vass, M, Aylund, K, Hendriksen, C, Philipson, L & Riis, P, 2007, „Preventive home visits to older people in Denmark, why, how, by whom, and when“ in Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, vol. 40, S. 209- 216.

Walter, H 2006, „Altersbilder“ in Journal of Psychological, vol. 14, S. 178-192.

World Health Organization (WHO) 2012, Good Health, Adds Life to Years, Global brief for World Health Day 2012, World Health Organization, Geneva.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2005, Gesundes Altern, Aufsuchende Aktivierung älterer Menschen, Weltgesundheitsorganisation für Europa, Kopenhagen.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2002, Active Ageing, A Policy Framework, A contribution of the World Health Organization to the second United Nation World Assembly on Ageing, Madrid, Spain.

12. ANHANG

12.1. Informed Consent

Sehr geehrte(r) Teilnehmerin/ Teilnehmer!

Danke, dass Sie sich bereit erklärt haben am wissenschaftlichen Interview in Bezug auf das lebenslange Lernen teilzunehmen.

Die Teilnahme am Interview ist anonym sowie absolut freiwillig und kann jederzeit zurückgenommen werden.

Für die Durchführung und wissenschaftliche Auswertung verantwortlich ist Katrin Köfer BSc, MSc, wohnhaft in Edling 12, 9072 Ludmannsdorf. Die wissenschaftliche Auswertung erfolgt im Rahmen des Masterstudienganges „Public Health“ an der Medizinischen Universität Graz und dient der Erstellung der Masterthesis zum Thema lebenslanges Lernen.

Alle erhobenen Daten werden streng vertraulich behandelt und ausschließlich zum vereinbarten Zweck verwendet.

Nach Ende der Transkription werden alle Tonaufzeichnungen gelöscht.

Eine unterschriebene Kopie dieses Informed Consent erhält der/die Befragte.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift den Inhalt dieser Seite gelesen zu haben und dem Interview sowie der wissenschaftlichen Verarbeitung der gewonnen Daten zuzustimmen.

Datum/ Ort

Unterschrift Befragte(r)

Datum/Ort

Unterschrift Interviewerin

12.2. Leitfadenunterstützter Fragebogen

<p>1) Wann haben Sie das Diplom zur Gesundheits- und Krankenschwester erworben?</p> <ul style="list-style-type: none">• Wie lange arbeiten Sie schon als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester? Auf welchen Stationen bzw. in welchen Bereichen haben Sie bis jetzt gearbeitet?• Welche Erfahrungen haben Sie bereits im Umgang mit älteren Menschen ab dem 70. Lebensjahr sammeln können?
<p>2) Was verstehen Sie unter „lebenslanges Lernen“?</p> <ul style="list-style-type: none">• Was ist Ihre persönliche Einstellung zum Thema „Lebenslanges Lernen“?• Was denken Sie, welche Vorgehensweisen im Allgemeinen kann ein „Lebenslanges Lernen“ fördern?
<p>3) Denken Sie, dass das Konzept des „Lebenslangen Lernens“ in die Hauskrankenpflege integrierbar ist?</p> <ul style="list-style-type: none">• Was denken Sie, welche Maßnahmen könnten in die Hauskrankenpflege integriert werden?• Was denken Sie sind förderliche Faktoren?• Was denken Sie sind hinderliche Faktoren, um ein „Lebenslanges Lernen“ in die Hauskrankenpflege zu integrieren?• Gibt es sonst noch Faktoren, die für Sie wichtig wären?• Denken Sie, dass es Grenzen geben sollte?
<p>5) Wie wichtig ist für Sie persönlich die Weiterbildung und ständiges Lernen?</p>
<p>6) Können Sie mir bitte noch Ihr Geburtsjahr nennen?</p>
<p>Vielen Dank für das Interview!</p>

12.3. ExpertInneninterview 1

Interview 1 am 10.09.2012

KK: Zu Gast bei Frau B.

KK: Danke, dass ich zu Gast sein darf Frau B. und dass sie mit mir das Interview machen.

Ich werde Ihnen zu Beginn allgemeine Fragen stellen und dann tiefer in die Materie des lebenslangen Lernens eintauchen.

KK: Frau B, **wann haben Sie das Diplom zur Gesundheits- und Krankenschwester erworben?**

Frau B: Am 06. Feber 2009.

KK: **Wie lange arbeiten sie schon als dipl. Gesundheits- und Krankenschwester und auf welchen Stationen bzw. in welchen Bereichen haben Sie bis jetzt gearbeitet?**

Frau B: Seit dem 09. März 2009 in der Hauskrankenpflege AVS Villach Stadt. Auf anderen Stationen bzw. anderen Bereichen war ich bisher noch nicht.

KK: Frau B, **welche Erfahrungen haben sie bereits im Umgang mit älteren Menschen ab dem 70. Lebensjahr sammeln können?**

Frau B: Nachdem ich in der Hauskrankenpflege seit 3 ½ Jahren arbeite und überwiegend mit älteren Menschen (ähm) habe ich viel Erfahrungen sammeln können. Als allererst einmal das Altern bzw. Altwerden (ähm), ja viele Komplikationen mit sich bringt. Es gibt viele psychische und physische Veränderungen. Aus meinen Erfahrungswerten erzählen mir auch viele ältere Menschen, dass das Altwerden für sie nicht schön ist. Viele weibliche ältere Menschen jammern, dass sie Falten bekommen, graue Haare, Gewichtszunahme, dass sie schwieriger Abnehmen im Alter. Viele alte Menschen bekommen im Alter Schmerzen, sie jammern, dass sie alleine sind. Viele Angehörige sind noch berufstätig, haben nicht immer die Zeit und die Möglichkeit auf Besuch zu kommen. Viele alte Menschen vegetieren zu Hause alleine vor sich hin und warten eigentlich nur noch, dass sie endlich sterben können. Im Gegensatz dazu gibt es aber auch viele positive Erlebnisse mit alten Menschen, vor allem kann man von alten Menschen sehr viel lernen. Ich glaub immer alte Menschen können von den jungen Menschen lernen und umgekehrt.

KK: Sehr gut Frau B, damit wären wir schon beim Thema Lernen um, eh, Lebenslanges Lernen. **Was verstehen Sie unter „Lebenslangem Lernen“?**

Frau B: Unter „Lebenslangem Lernen“ verstehe ich, dass man sein ganzes Leben auf der geistigen, seelischen und emotionalen Ebene lernt und nie auslernt.

KK: Frau B, **was ist Ihre persönliche Einstellung zum Thema „Lebenslanges Lernen“?**

Frau B: Für mich ist lebenslanges Lernen sehr wichtig, denn ohne das lebenslange Lernen kann man sich nicht weiterentwickeln. Ich glaube, es gibt einen Grund warum die Menschen auf dieser Welt sind und ich denke der Sinn ist, dass wir Lernen. Ich stehe dem lebenslangen Lernen sehr positiv gegenüber, denn wie ich schon gesagt habe, ist es sehr wichtig für die Weiterentwicklung im Leben.

KK: Was denken Sie welche Vorgehensweisen und Maßnahmen im Allgemeinen können ein „lebenslanges Lernen“ fördern?

Frau B: Ich denke man muss offen sein für Neues, vor allem auch offen für andere Menschen, vor allem älteren Menschen, denn von älteren Menschen kann man sehr viel lernen, weil ältere Menschen sehr viel Lebensweisheit haben, viele haben ja auch den Weltkrieg erlebt und können uns jungen Menschen dadurch sehr viel mitgeben, aber wiederum können die älteren Menschen auf der emotionalen Ebene von uns jungen Menschen auch lernen, z.B. offen zu sein und aufgeschlossen zu sein. In materieller Hinsicht können ältere Menschen von uns lernen. Umgang mit Handy, Umgang mit dem Computer, mit technischen Geräten und im modernen Zeitalter zurecht zu kommen.

KK: Denken Sie, dass das Konzept des lebenslangen Lernens in die Hauskrankenpflege integrierbar ist?

Frau B: Ja, weil in der Hauskrankenpflege sehr viel alte Menschen zu betreuen sind und das Pflegepersonal meist sehr jung ist und deswegen kann man voneinander lernen.

KK: Welche Maßnahmen könnten in die Hauskrankenpflege integriert werden?

Frau B: Ich glaube, dass es viele Maßnahmen gibt, die in der Hauskrankenpflege integriert werden können. Wichtig wäre z.B. Besuchsdienste, dass man Treffen organisiert mit Gleichaltrigen, wo man z.B. Spiele spielt, bastelt oder auch z.B. zusammen etwas kocht oder auch z.B. Treffen organisiert mit einem Kindergarten mit Kindern, wo man gemeinsam Lieder singen kann, wo auch alte Menschen ihre Erfahrungen im Leben den Kindern weitergeben können oder wo man mit alten Menschen – soweit dies noch möglich ist – Ausflüge organisiert. Diese Maßnahmen sind nicht immer leicht durchzuführen, aber es gibt auch Maßnahmen die man täglich in der Pflege integrieren kann, z.B. auf geistig anregende Gespräche achten, aktive Gespräche führen, Motivationsgespräche. Geistig anregend wäre z.B. Rechnen oder ein Rätsel lösen oder von der Vergangenheit erzählen lassen.

KK: Was sind Ihrer Meinung nach förderliche Faktoren um ein lebenslanges Lernen in der Hauskrankenpflege zu integrieren?

Frau B: Wichtig ist, dass das Pflegepersonal offen gegenüber dem Altwerden ist bzw. die Angehörigen dahinterstehen und die älteren Menschen selbst auch offen sind gegenüber dem lebenslangen Lernen. Auch

dass der Arbeitgeber all seine Möglichkeiten zur Verfügung stellt und auch dem ganzen positiv gegenüber steht.

KK: Was sind Ihrer Meinung nach hinderliche Faktoren?

Frau B.: Dass der Arbeitgeber uns nicht unterstützt, finanziell nicht unterstützt, auch keine Zeit zur Verfügung stellt . Durch das mangelnde Pflegepersonal entsteht sehr viel Druck und Stress bei der Arbeit, dass wirkt sich dann negativ auf die alten Menschen aus und dadurch kann ein lebenslanges Lernen nicht gefördert werden.

KK: Sollte es oder gibt es Ihrer Meinung nach Grenzen beim lebenslangen Lernen im Bereich der Hauskrankenpflege?

Frau B.: Leider sind alte Menschen in unserer heutigen Gesellschaft sehr ausgegrenzt, dadurch dass aber die Menschen im älter werden, sollte es keine Grenzen geben, da es in der Zukunft immer mehr alte pflegebedürftige Menschen geben und meiner Meinung nach die Hauskrankenpflege boomen wird, sollte es gerade in diesem Bereich keine finanziellen oder auch (lachen) personelle Grenzen gesetzt werden.

KK: Wie wichtig ist für Sie persönlich Frau B, ständiges Lernen und Weiterbildung?

Frau B.: Ständiges Lernen und Weiterbildung ist für mich sehr wichtig, wobei ständiges Lernen und Weiterbildung für mich nicht das gleiche ist. Ständiges Lernen werde ich mein Leben lang. Weiterbildung ist für mich auf meinen Beruf hin bezogen auch sehr wichtig, weil um ah, naja, es ist wichtig in meinem Beruf dass ich immer am neuesten Stand bin und kompetent arbeite.

KK: Frau B, könnten Sie mir bitte noch Ihr Geburtsjahr nennen?

Frau B.: 1988.

KK: Ich danke Ihnen recht herzlich für das Interview und für Ihre bereitgestellte Zeit, Dankeschön!

12.4. ExpertInneninterview 2

Interview 2 am 15.09.2012

KK: Danke Frau K, dass ich heute bei Ihnen zu Gast sein darf. Ich werde mit Ihnen nun ein Interview führen zum Thema „Lebenslanges Lernen“.

Zu Beginn werde ich mit ein paar einführenden Fragen anfangen und dann übergehen zum tieferen Thema „Lebenslanges Lernen“.

KK: Wann haben Sie das Diplom zur Gesundheits- und Krankenschwester erworben?

Frau K: Das war im Jahr 2003.

KK: Und wie lange arbeiten Sie schon als dipl. Gesundheits- und Krankenschwester? Auf welchen Stationen bzw. in welchen Bereichen haben Sie bereits gearbeitet?

Frau K: Gleich im Anschluss eben an das Diplom habe ich mich in dem Beruf weitergebildet bzw. gearbeitet und die Bereiche waren in der Hauskrankenpflege, des Weiteren 1 Jahr in einem Behindertenheim und seit 1 Jahr bin ich wieder in der Pflege tätig und zwar in der AVS Villach Stadt.

KK: Welche Erfahrungen haben Sie bereits im Umgang mit älteren Menschen ab dem 70. Lebensjahr sammeln können?

Frau K: Ja das war zum Großteil im Behindertenheim, viele der Leute dort waren, ehm, über 60 Jahre alt waren (Band defekt) ... zum Beispiel.

KK: Tauchen wir nun ein bisschen tiefer ins „Lebenslange Lernen“ ein. Was verstehen Sie unter „Lebenslanges Lernen“ Frau K?

Frau K: .Ich denke es gibt unterschiedliche Entwicklungsstufen. .hum, ja wie sagt man das man.... Erfahrungen sammeln tut, weiterlernt, eigentlich sagen kann man hat nie ausgelernt, weil es kommen immer neue .Aufgaben. auf einen zu und man muss lernen damit fertig zu werden. Zwar hat man die Möglichkeiten auf gewisse Grundprinzipien zu greifen, aber man handelt dann doch immer aus der Intuition und es ist auch wichtig dass man vorausschaut und immer etwas neues anstrebt, und damit einen gewissen dementiellen Abbau dadurch entgegenwirken kann. Ich denk auch, dass einfach das soziale Umfeld da einen großen Faktor spielt, dass man schaut das man nicht alleine ist.

KK: Was ist Ihre persönliche Einstellung zum Thema „Lebenslanges Lernen“?

Frau K: Ich habe eigentlich eine sehr positive Einstellung zu diesem Thema und habe versucht mich selbst immer wieder weiterzuentwickeln und neues zu lernen und dies nicht nur beruflich sondern auch privat.

KK: Was denken Sie welche Vorgehensweisen im Allgemeinen könnten „Lebenslanges Lernen“ fördern?

Frau K: Eine positive Einstellung zu dem Thema ist wichtig. Um, ja, vielleicht... Das man Empathie zu Menschen hat, das man Interesse zeigt und Neugier. In der jetzigen Zeit auch für andere Länder, Völker und offen ist für was Neues.

KK: Frau K., denken Sie, dass das Konzept „Lebenslanges Lernen“ in die Hauskrankenpflege integrierbar ist?

Frau K: Ja ich denke schon und ich habe das auch erlebt, dass verschiedene Anbieter die am Nachmittag sagen es gibt Seniorentreffen und also da haben die älteren Leute sehr wohl die Möglichkeit, dass sie mit anderen in Kontakt treten und Gespräche führen. Da gibt es dann Leute die bringen die Älteren zu diesen Treffen. Da meistens keine Angehörigen da sind und . das normale Umfeld nicht gegeben ist, d.h. niemand der sie zu den Treffen bringt und trotzdem ist da noch so a bissl a Schwachstelle, auch wenn man immer hört es gibt bereits so viel an Angeboten wie Seniorenanimateur und so weiter. Aber ich denke halt trotzdem, dass dies zu wenig gefördert wird.

KK: Frau K., welche Maßnahmen könnten in die Hauskrankenpflege integriert werden?

Frau K: Eine Maßnahme wäre sicher, dass man dies in Form von einem gemeinsamen Nachmittag gestaltet, was unternimmt so wie es eben die anderen Anbieter auch anbieten, dass eben die jeweiligen Klienten zu diesen Treffpunkten kommen und das man dort eben gemeinsame Gespräche, Spiele oder eben sonstiges ausführt. Das Problem ist natürlich wie kommt derjenige zu diesem Treffpunkt, wie ist sein soziales Umfeld, also inwiefern wird der alte Mensch sozial unterstützt und natürlich ist es auch ein finanzieller Faktor. Im kleineren Kreise machen wir das ja selbst mit unseren Klienten, wir machen, Spiele und eben andere fördernde Maßnahmen, aber auch da ist der finanzielle Punkt dann immer ein großes Problem.

KK: Was denken Sie sind förderliche Faktoren?

Frau K: Förderliche Faktoren sind jetzt einmal die finanziellen Mittel die zur Verfügung stehen, dann das soziale Umfeld, dass eben denjenigen unterstützt, und selber die körperliche und psychische Verfassung.

KK: Was sind hinderliche Faktoren?

Frau K: Hinderliche Faktoren sind jetzt eben, wenn die finanzielle Unterstützung nicht gegeben ist, das soziale Umfeld, körperlicher oder eben psychische Schwächen und obendrein noch – wenn man sagt – ältere Menschen haben oft ihr Leben gelebt und dass sie da einfach aus ihrer Isolation nicht zum Herausholen sind, dass sie gar nicht mehr wollen und man soll sie in Ruhe lassen.

KK: Sollte es oder gibt es Grenzen?

Frau K: Ich finde in diesem Bereich sollte es in Zukunft keine Grenzen geben, wenn jemand Interesse zeigt und man auch wirklich genügend Möglichkeiten anbietet, dann sollte derjenige das wahrnehmen können und ich denke es sollte nicht in die Richtung gehen, dass man da wirklich so ein Zeitschema aufbaut, den Klienten unter Druck setzt und z.B. sagt nach 30 Minuten Betreuungsende, wir fahren jetzt weiter, also das man dem auch wirklich die Möglichkeit gibt fördernde Gespräche zu führen.

KK: Frau K, wie wichtig ist für Sie persönlich ständiges Lernen und Weiterbildung?

Frau K: Also ich bin auch schon so um die 40 und dann merk ich halt auch, manchmal schleichen sich schon so kleine Gedächtnisschwächen oder Gedächtnislücken ein und ich denke, dass es sehr wohl wichtig ist, dass man einfach schaut geistig aktiv zu bleiben.

KK: Frau K., könnten Sie mir bitte noch Ihr Geburtsjahr nennen?

Frau K: 1973

KK: Danke für das Interview

Frau K: Danke auch

12.5. ExpertInneninterview 3

Interview 3 am 19.09.2012

KK: Ich bin heute zu Gast bei Frau T.

KK: Danke Frau T., dass ich heute bei Ihnen zu Gast sein darf. Ich werde anfangen mit ein paar allgemeinen Fragen und tauche dann tiefer in die Materie „Lebenslanges Lernen“ ein.

KK: Frau T., **wann haben Sie das Diplom zur Gesundheits- und Krankenschwester erworben?**

Frau T.: 2002.

KK: **Wie lange arbeiten Sie schon als dipl. Gesundheits- und Krankenschwester? Auf welchen Stationen bzw. in welchen Bereichen haben Sie bis jetzt gearbeitet?**

Frau T.: 1 Jahr Salzburg, CDK – Christian Doppler Klinik auf der Wachkomastation, dann Wechsel nach Kärnten. 7 Jahre PK Villach Humanomed, davon 4 Jahre Postnarkose mit Anästhesie und 3 Jahre Interne Station, dann kurzes Gastspiel in einem Pflegeheim mit 2 Diensten und seit knapp 2 Jahren bei der AVS mobile Hauskrankenpflege.

KK: **Welche Erfahrungen haben Sie bereits im Umgang mit älteren Menschen ab dem 70. Lebensjahr sammeln können?**

Frau T.: Aufgrund der Tätigkeit auf der Internen Station – dort war älteres Klientel – war genug Erfahrung zu sammeln und jetzt natürlich in der Hauskrankenpflege die meiste Erfahrung.

KK: Da kommt schon einiges zusammen. Frau T., tauchen wir tiefer in das Thema des „Lebenslangen Lernens“ ein. **Was verstehen Sie unter „Lebenslangem Lernen“?**

Frau T.: Lebenslanges Lernen bedeutet für mich, dass man eigentlich nie auslernt und sowohl privat als auch beruflich immer wieder neue Sachen dazulernen kann. Natürlich ist es auch wichtig, dass man offen dafür ist und sich auch etwas engagiert dafür.

KK: **Was ist Ihre persönliche Einstellung zum Thema „Lebenslanges Lernen“?**

Frau T.: Meine persönliche Einstellung dazu ist, dass ich nie aufhören möchte dazulernen, es für mich persönlich auch ganz wichtig ist, immer wieder neues zu lernen und zu erfahren und dies auch umsetzen zu können, vor allem in der Pflege.

KK: **Was denken Sie, welche Vorgehensweisen im Allgemeinen können „Lebenslanges Lernen“ fördern?**

Frau T.: Für mich, denke ich, dass es wichtig wäre wesentlich mehr Angebote zu stellen, die auch kostenlos sind und damit vielleicht das Interesse der Menschheit auf das „Lebenslange Lernen“ hin zu fördern.

KK: Frau T., denken Sie dass das Konzept des „Lebenslangen Lernens“ in die Hauskrankenpflege integrierbar ist?

Frau T.: Es wäre sicher integrierbar, nur sollte das Personal wesentlich mehr auf das hin geschult werden.

KK: Was denken Sie, welche Maßnahmen könnten in die Hauskrankenpflege integriert werden?

Frau T.: Wenn die Möglichkeit bestünde genug Personal zu haben, wäre es für mich z.B. wichtig, dass es Leute gibt die was zu Patienten oder Klienten vor Ort gehen, mit Ihnen Spiele spielen, mit Ihnen die Zeitung lesen, mit Ihnen Alltägliches einfach durchführen, nur wäre es einfach wichtig genug Personal dafür zu haben und vor allem sollte auch dieses Personal geschult sein. Ebenso wäre es auch wichtig vermehrt Selbsthilfegruppen für ältere Leute zu haben, um einfach Ihnen das anbieten zu können, dass sie sich mit gleichgesinnten treffen können, mit gleichen Interessen.

KK: Was denken Sie sind förderliche Faktoren?

Frau T.: Förderliche Faktoren sind für mich, wenn genug Personal vorhanden wäre, dieses Personal natürlich auch dementsprechend geschult wird und vor allem auch dazu motiviert wird, sich schulen zu lassen.

KK: Gibt es sonst noch Faktoren die für Sie wichtig wären?

Frau T.: Für mich wäre es noch wichtig auch wesentlich mehr Freiwilligkeit von sich selbst aus zu gewährleisten.

KK: Was denken Sie sind hinderliche Faktoren um ein „Lebenslanges Lernen“ zu integrieren in der Hauskrankenpflege?

Frau T.: In erster Linie einmal die finanziellen Mittel, weil niemand möchte auf Freiwilligkeit etwas leisten und meiner Meinung nach auch die Zeit, weil für jeden Menschen eigentlich die Zeit sehr wichtig ist und leider Gottes aufgrund des Egoismus sich sehr wenige Leute Zeit nehmen für jemand anderen.

KK: Denken Sie, dass es Grenzen geben sollte?

Frau T.: Nein finde ich nicht, denn für mich ist es einfach wichtig, immer wieder dazuzulernen, etwas neues zu lernen und auch für jeden einzelnen Menschen ist es wichtig immer weiter zu lernen.

KK: Frau T., wie wichtig ist für Sie persönlich die Weiterbildung und ständiges Lernen?

Frau T.: Für mich persönlich ist es ein sehr sehr wichtiger Teil, aufgrund dessen da ich einen 7-jährigen Sohn habe, der jetzt eingeschult wurde, bin ich dazu verpflichtet wieder mitzulernen und auch aus eigenem Interesse habe ich jetzt den Rettungssanitäterkurs begonnen und jetzt schon gemerkt, dass man sehr sehr viel vergisst und dadurch es wichtig ist immer weiter zu lernen und sich auch weiterzubilden. Ebenso ist es sehr wichtig für mich, eben immer wieder weiterzulernen, weil ich selbst dadurch merke ich fühle mich wohler, ich fühle mich fitter und ebenso merke ich es bei meiner eigenen Mutter, wenn sie immer wieder Interessensanstöße bekommt, dass es ihr einfach körperlich besser geht dadurch.

KK: Frau T., können Sie mir bitte noch ihr Geburtsjahr nennen?

Frau T.: 1975

KK: Danke für das Interview. Ich möchte mich herzlich bedanken und auf Wiedersehen.

12.6. ExpertInneninterview 4

Interview 4 am 26.09.2012

KK: Ich bin heute zu Gast bei Frau W. Danke, dass ich zu Gast sein darf Frau W. und dass sie mit mir das Interview machen.

Ich werde Ihnen zu Beginn allgemeine Fragen stellen und dann tiefer in die Materie des lebenslangen Lernens eintauchen.

KK: Sehr geehrte Frau W., **wann haben Sie das Diplom zur Gesundheits- und Krankenschwester erworben?**

Frau W.: Ich habe das Diplom im Feber 2012 erworben.

KK: **Wie lange arbeiten Sie schon als dipl. Gesundheits- und Krankenschwester, auf welchen Stationen bzw. in welchen Bereichen haben Sie bis jetzt gearbeitet** Frau W.?

Frau W.: Während meiner Ausbildung konnte ich die Praktika im Bereich Psychiatrie, Geriatrie und Unfall absolvieren.

KK: **Welche Erfahrungen haben Sie bereits im Umgang mit älteren Menschen ab dem 70.Lebensjahr sammeln können?**

Frau W.: Dass ältere Menschen einfach einen geregelten Tagesablauf brauchen, der strukturiert ist, weil sie einfach länger brauchen Dinge auszuführen, Haushaltstätigkeiten oder Körperpflege. Sie brauchen auch länger um gesagten zu verarbeiten und zu antworten. Ältere Menschen leiden eher an Depressionen, weil sie merken, dass ihre Fähigkeiten verloren gehen, dass sie es nicht mehr so gut machen können wie in ihrer Jugend. Sie fühlen sich in ihrer Kompetenz beraubt und sie sind dann eher auch schon mit dem Tod konfrontiert, machen sich darüber Gedanken und wenn dann die körperlichen Gebrechen kommen, dann sagen sie halt immer das alt werden nicht schön ist und dass man nicht alt werden soll und dass sie eben sterben werden.

KK: Frau W., **was verstehen Sie unter „Lebenslangem Lernen“?**

Frau W.: Unter „LL“ verstehe ich, dass das Lernen eben das ganze Leben anhält, da man eben schon von Geburt an das Reden, Sehen, Hören und Gehen lernt. Dann im späteren Leben und im jungen erwachsenem Alter, dass es eben ein kontinuierlicher Prozess ist und dass man einfach in jeder Situation was neues dazulernen kann und des eigentlich unvermeidbar ist.

KK: **Was ist Ihre persönliche Einstellung zum Thema „LL“?**

Frau W.: Ich persönlich finde“LL“ sehr wichtig, dass eben zur Weiterbildung und zur Weiterbildung der Persönlichkeit wichtig ist und damit man einfach nicht am gleichen Standpunkt stehen bleibt. Auch in unserem Beruf ist es wichtig , weil sich eben in der Wissenschaft sehr viel tut.

KK: Was denken Sie welche Vorgehensweise im Allgemeinen können ein „LL“ fördern?

Frau W.: Ja Vorgehensweisen wie z.B. in unserer Gesellschaft eh schon üblich ist und Pflicht ist, dass die Kinder eben Kindergarten gehen, die Schule besuchen können, dann Höhere berufsbildende Schulen, genauso wie Lehrgänge, Universitäten, dann eventuell für ältere Personen oder auch beeinträchtigte Personen Tagesstätten. Was ich besonders wichtig finde, ist, dass eben im Kindes- und Jugendalter die Eltern eben ihre Kinder fördern, z.B. Musikunterricht, Flöte, Klavier oder eventuell Ballettstunden oder Turnverein, damit sie eben ihre persönliche Kompetenzen erweitern können.

KK: Denken Sie, dass das Konzept des „LL“ in die Hauskrankenpflege integrierbar ist?

Frau W.: Ja ich glaube schon. Ich bin der Meinung, dass es eine eigene Personengruppe geben sollte neben der Heimhilfe, Pflegehelfern und dipl. Personal, die eben Motivationstraining durchführen, da ich eben die Erfahrung gemacht habe, dass es neben unserer Arbeit einfach nicht möglich ist noch Motivation durchzuführen, oder halt, naja.

KK: Welche Maßnahmen könnten in die Hauskrankenpflege integriert werden?

Frau W.: Meiner Meinung nach könnten im Rahmen der Grundpflege auch von Pflegehelfern Motivationsmaßnahmen im Bereich des Selbstversorgerdefizits durchgeführt werden, Personengruppen könnten Spielgruppen bilden und Spiele wie Schach, Mühle durchführen oder genauso wie Sudoku's oder Rätselstunden veranstalten. Ich finde es wichtig, dass es auch Bewegung im Freien (frischer Luft) gibt, z.B. Wandern, Walken. Dabei kann man eben die ganzen Bäume, Früchte, Sträucher wiederholen ob dies die Personen noch wissen oder zum Auffrischen. Genauso wichtig finde ich es für die älteren Personen, dass man einfach die Bräuche wieder erlebt, dass man mit Ihnen vielleicht Reindling backt oder Sprichwörter aufschreibt oder alte Wörter, Begriffe, Dialekte wiederholt und dies auch aufschreibt – was einerseits interessant für die jüngere Generation ist, weil sie dies teilweise gar nicht mehr kennen und dies einfach verloren geht und weil die älteren Menschen einfach wieder aufleben und sich an alte Zeiten erinnern und so geistig angeregt werden. Noch finde ich es wichtig, dass man einfach den betragten Menschen ihre Kompetenzen wieder gibt und dass man einfach herausfindet welchen Beruf sie z.B. ausgeübt haben, dass man einfach jetzt sagt, wenn dieser Koch war, dass er einfach, ja weiß ich nicht beim Kartoffelschälen hilft und einfach kleine Tätigkeit – die er noch durchführen kann – dies auch fördert und nicht alles übernimmt. Seniorenausflüge plant, weil die Menschen sollen aus ihrer Wohnung kommen, einen Tapetenwechsel eben durchführen, denn wenn sie immer nur „daham hockn“, dann ziehen sie sich zurück, werden depressiv und stummsinnig und wollen auch vielleicht auch gar nicht mehr lernen oder nachdenken.

KK: Frau W., was denken Sie sind förderliche Faktoren um ein „LL“ in die Hauskrankenpflege integrieren zu können?

Frau W.: Förderliche Faktoren sind meiner Meinung nach ein Fachpersonal, dann dass es dazu eine Ausbildung gibt, Zuschüsse vom Land oder vom Bund und das wichtigste eben, dass es motivierte Teilnehmern und Klienten eben gibt die daran teilnehmen wollen und die Compliance dieser Teilnehmer.

KK: Was denken Sie sind hinderliche Faktoren?

Frau W.: Ein hinderlicher Faktor wär z.B. die Zeit, da wir in unserer Arbeitszeit als Fachkraft und dipl. Krankenschwester eben keine motivierenden Maßnahmen durchführen können. Als nächstes wär eben das Geld, es fehlen einfach die Mittel um die Ausbildung eines Fachpersonals aufzutreiben oder halt solche Sachen. und dass die Klienten mit dem Angebot nicht zufrieden sind, dass sie Unmut zeigen, Sturheit, dass sie einfach nicht mitmachen wollen.

KK: Was denken Sie, sollte es oder gibt es Grenzen zum Thema „LL“ in der Hauskrankenpflege?

Frau W.: Meiner Meinung nach gibt es Grenzen, sollte es auch geben, denn mit dem „LL“ sollte man die Klienten eben fördern, fördern und nicht überfordern und man soll als Fachkraft mit Einfühlungsvermögen. und Sensibilität eben genau herausfinden, fühlen und merken können ab wann eben der Klient sich überfordert fühlt und das ganze abbrechen. Hingegen aber wenn er Unmut zeigt, dass man einfach weiter fördert.

KK: Frau W zum Abschluss, wie wichtig ist für Sie persönliches ständiges Lernen und Weiterbildung?

Frau W.: Es ist für mich sehr wichtig, hat einen hohen Stellenwert, also man lernt sowieso ein Leben lang und für mich bedeutet es einfach, dass man sich persönlich entwickeln kann, eine Persönlichkeit bilden und einfach das man nicht am gleichen Standpunkt stehen bleibt.

KK: Frau W., könnten Sie mir bitte noch Ihr Geburtsjahr nennen?

Frau W.: 1989.

KK: Ich danke sehr für das Interview und wünsche Ihnen noch einen schönen Abend.

12.7. ExpertInneninterview 5

Interview 5 am 01.10.2012

KK: Grüß Gott Frau G., danke dass Sie sich bereit erklärt haben mit mir das Interview zu führen. Wir werden mit ein paar allgemeinen Fragen beginnen und dann tiefer in die Materie des „Lebenslangen Lernens“ einsteigen.

KK: Frau G., **wann haben Sie das Diplom zur Gesundheits- und Krankenschwester erworben?**

Frau G.: 2001.

KK: **Wie lange arbeiten Sie schon als dipl. Gesundheits- und Krankenschwester und auf welchen Stationen bzw. in welchen Bereichen haben Sie bis jetzt gearbeitet?**

Frau G.: Also ich arbeite seit 15 Jahren als dipl. Gesundheits- und Krankenschwester. Von den Stationen her habe ich einiges gemacht. Ich habe lange Zeit auf einer Internen gearbeitet, ich habe auch an der Orthopädie und Chirurgie gearbeitet, hab dann aber relativ bald in die Hauskrankenpflege gewechselt und bin eben seit 2006 im Hauskrankenpflegebereich tätig.

KK: Frau G., **welche Erfahrungen haben sie bereits im Umgang mit älteren Menschen ab dem 70. Lebensjahr sammeln können?**

Frau G.: Dadurch dass ich vorwiegend im internen Bereich und in der Hauskrankenpflege arbeite, habe ich schon einige Erfahrungen mit älteren Leuten machen können, vorwiegend jene Erfahrung, dass ältere Leute eine sehr heterogene Gruppe sind. Es gibt einerseits Leute die sehr aktiv sind, die viel unternehmen, die von sich aus selbst fordern, die aktiv dabei sind bei jedem Seniorenausflug usw. und dann gibt es wiederum die andere Gruppe, die sehr verschlossen ist, die alleine leben, die meisten auch keine Angehörigen haben und eher eben in der Depression landen. Aber auf jeden Fall sind ältere Leute eine Gruppe von Personen von denen man viel lernen kann, wo es einfach interessant ist zuzuhören und ja die einfach viel wissen.

KK: Frau G., **was verstehen Sie unter „LL“?**

Frau G.: Unter „LL“ verstehe ich einen Prozess der ständig weiterführt, der niemals endet. Lernen tun wir das ganze Leben, wir fangen schon als Kind damit an, das geht dann in die berufliche Phase über und dann im Alter, dass man einfach neue Hobbys neue Interessen – ja sich einfach neuen Gegebenheiten anpasst. Ein „LL“ ist für mich ein Prozess der niemals anhält, der ständig weiterläuft und wo man aktiv viel dazu beitragen sollte.

KK: **Was ist Ihre persönliche Einstellung zum Thema „LL“?**

Frau G.: Persönlich stehe ich einem „LL“ sehr positiv gegenüber, ich bin eine Person die eigentlich ständig lernt, die immer auf Fortbildungen geht, Weiterbildungen, die immer vorne dabei ist wenn es um Neues und Interessantes geht und ich finde dieses „LL“ ist ganz ein wichtiger Punkt um aktiv alt zu werden, um geistig gut aktiv alt zu werden und ja ich kann dem nur Positives abgewinnen. Ich persönlich finde lebenslanges Lernen ist ein wichtiger Beitrag, um fit zu bleiben im Alter. Nicht nur geistig, auch körperlich. Ich finde durch ständiges Weiterlernen wird die Motivation, etwas zu tun, gesteigert. Man sieht es ja täglich in der Arbeit. Jene Klienten die selbst etwas für sich tun und viel lesen beziehungsweise Kreuzworträtsel ausfüllen das die noch viel fitter sind als jene die gar nichts geistig anregendes mehr machen. Ich habe gemerkt, dass Jene die sich viel für neues interessieren auch autonomer leben als jene die nur noch so gelangweilt vor dem Fernseher sitzen. Bei denen kommen dann die Angehörigen ab und zu und sagen was gemacht werden soll.

KK: Was denken Sie welche Vorgehensweisen im Allgemeinen können ein „LL“ fördern?

Frau G.: Also ich denke, ähm ganz wichtig ist dass man immer offen ist für etwas Neues, dass man neugierig auf etwas zugeht, dass man etwas auch tun möchte, dass der Wille vorhanden ist und dass je älter die Leute sind mit denen man umgeht oder zu tun hat, dass man die Dinge einfach einfacher gestaltet, dass man auf einem niedrigen Niveau tolle Dinge unternimmt, macht und nicht alles verkompliziert.

KK: Denken Sie, dass das Konzept des „LL“ in die Hauskrankenpflege integrierbar ist?

Frau G.: Ja, ich denke, dass ein „LL“ in die Hauskrankenpflege integrierbar ist, weil man dort alle Möglichkeiten vorfindet um mit den Leuten noch aktiv etwas zu machen. Man kann sie motivieren, fördern, ja man kann Angehörige mit einbeziehen, man kann seine eigenen Ideen verwirklichen, im Team gut zusammenarbeiten um Ideen zu verwirklichen. Also ich denke grad die Hauskrankenpflege ist ein breites Spektrum um „LL“ zu ermöglichen.

KK: Welche Maßnahmen könnten in die Hauskrankenpflege integriert werden?

Frau G.: Also ich denke einmal grundsätzliche Maßnahmen die ganz einfach sind, dass man einfach viel mit den Leuten redet, dass man sie erzählen lässt, dass man sie auffordert viel von der Vergangenheit zu reden. Wir haben eine Klientin in der Hauskrankenpflege die singt sehr gerne, die will uns einfach immer diese alten Lieder mitteilen und die hören wir uns sehr gerne an. Dann gibt es weitere Maßnahmen wie einfach eine Einkaufsliste aufzuschreiben tag täglich, dann Rechenbeispiele zu lösen, man kann z.B. auch Kreuzworträtseln mit den Leuten ausfüllen oder einfach einmal eine kurze Partie Schach spielen oder Mensch Ärger Dich Nicht bzw. Kartenspiele spielen oder neue Spiele erlernen. Also das sind sicher so einfache Maßnahmen die greifen würden. Weitere Maßnahmen die dann schon der Verein anbieten könnte wären z.B. dass man Treffen organisiert, Seniorenrunden, dass man Kaffeerunden macht, Seniorenturnen macht, dass man herausfindet was sind die Hobbys oder die Lieblingsaktivitäten von den Leuten, dass man da kleine Gruppen bildet, dass man vielleicht ein bisschen spazieren geht, eine andere Stadt anschaut, z.B. von Villach mal nach Klagenfurt fährt oder so. Man bringt einfach mal die Senioren/Innen in den

Kindergarten und dort können sie dann von früher erzählen oder die Kinder erzählen oder die Kinder erzählen was Ihnen heutzutage auffällt und was gut ist oder die können einfach Fragen stellen und die alten Leute können dann erzählen oder man startet so ehrenamtliche Runden, dass man einfach Leute motiviert dass sie zu den Leuten nach Hause gehen, dass man mit Ihnen Gesprächstherapien macht, dass sie einfach all die Dinge für das eigentlich Angehörige da wären, machen, dass das Gehirn, das geistige Niveau noch angeregt wird. Weiters könnten Vorträge organisiert werden, wo neue Sachen erklärt werden, wie z.B. neue Telefone oder Computer usw. Also das wären sicher Maßnahmen die alle machbar wären. Teilweise gibt es ja schon Vereine die das machen.

KK: Frau G., was sind förderliche Faktoren Ihrer Meinung nach?

Frau G.: Also förderliche Faktoren finde ich einmal grundsätzlich wenn das Personal motiviert ist, wenn es gut geschult ist, wenn es daraufhin ausgebildet ist auch ein geistiges Training mit den Leuten durchzuführen, dann wenn die Firma voll dahinter steht, also wenn die Firma die ganzen Rahmenbedingungen schafft, dass man dies auch macht, dass man zeitlich den Spielraum hat, dass man nicht so einen Druck hat, dass man räumlich vielleicht Plätze schafft wo man dies durchführen kann, ja und einfach ganz ein förderlicher Punkt ist natürlich auch wenn Angehörige mitspielen, also wenn Angebote vom Verein gemacht werden, dass es Seniorentreffen gibt und so, dass die Leute dann die ältere Generation dann auch von Angehörigen hingebacht wird oder auch wieder abgeholt wird – also dies wär schon ganz ein positiver Punkt. Denn ohne dass das Familienumfeld eingebunden wird ist vieles nicht möglich. Angehörige sind ein wichtiger Aspekt. Ahm noch ein wichtiger Punkt wäre es für mich wenn das Personal besser geschult wäre. In Zukunft sollte viel mehr auf die Ausbildung wert gelegt werden. Da sollte viel mehr über die älteren und ihre Bedürfnisse gelehrt werden. Wenn das Personal schon motiviert und richtig geschult ist ist das schon förderlich LLL umzusetzen.

KK: Gibt es im Gegensatz Ihrer Meinung dazu auch hinderliche Faktoren?

Frau G.: Ja, ein hinderlicher Faktor ist sicher einmal wenn der Mensch das nicht will, also wenn die ältere Klientin, der Klient gar nicht motiviert werden will, wenn Sie nicht geistig angeregt werden will. Hinderliche Faktoren wären sicher auch wenn die Firma nicht dahinter steht, wenn alles auf zeitlichen Druck ausgebaut wird, wenn Angehörige nicht da sind. Und auch wenn das Personal, wenn wir als Pfleger/Pflegerinnen einfach nicht motiviert sind, frustriert wären, nicht geschult und gefördert und da irgendwie eingeschränkt wären. Also das wär auch ein hinderlicher Faktor.

KK: Frau G. Meinen Sie sollte es oder gibt es Grenzen beim „LL“ in der Hauskrankenpflege?

Frau G.: Schwer zu sagen. Es sollte einmal sicher keine Grenzen geben, weil grad ein „LL“ fördert einfach dass die Menschen gut und aktiv älter werden und alt werden können und auch noch im Alter relativ agil sind. Es gibt sicherlich Grenzen, weil wir heutzutage in einer schnelllebigen Zeit leben und alles auf Hektik

aufgebaut ist und keiner will sich mehr richtig die Zeit für irgendetwas nehmen, also der Zeitfaktor und wie ich schon gesagt habe die Motivation ist sicher das größte Hindernis.

KK: Frau G., wie wichtig ist für Sie persönlich ständiges Lernen und Weiterbildung?

Frau G.: Also wie schon gesagt, ich bilde mit ständig und gerne weiter, ich bin viel auf Kongressen unterwegs, hab schon einige Schulungen hinter mir, für mich ist es einfach total wichtig, weil man nie stehenbleiben darf, sondern sich immer weiterentwickeln sollte und eben immer mit neuen Leuten in Kontakt kommen sollte und auch mit jüngeren Leuten, dass man einfach mit jüngeren Leuten mitlernt, weiterlernt und neues in sich aufnimmt und ich glaube dies ist ganz ein wichtiger Punkt um aktiv alt zu werden.

KK: Frau G., könnten Sie mir bitte noch Ihr Geburtsjahr nennen?

Frau G.: Ja, 1979.

KK: Dankeschön für das Interview und ich wünsche Ihnen noch einen schönen Abend.

Frau G.: Dankeschön.