

Bericht

Lebensqualität im Alter: Kriterien für eine zielgruppengerechte Verbraucherinformation

**an das Ministerium der Justiz und für
Verbraucherschutz, Berlin**

Karin Stiehr, Jana Eckert, Philipp Garrison
ISIS GmbH – Sozialforschung, Sozialplanung, Politikberatung
Kasseler Straße 1a
60486 Frankfurt am Main

in Kooperation mit

Heimverzeichnis – Gesellschaft für Lebensqualität im Alter und bei
Behinderung gGmbH
Kasseler Straße 1a
60486 Frankfurt am Main

September 2016



Gefördert durch:



Bundesministerium
der Justiz und
für Verbraucherschutz

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund und Zielsetzung	1
2. Metaanalyse zu Lebensqualität im Alter	3
2.1 Methodisches Vorgehen	3
2.2 Ergebnisse der Literaturrecherche	3
2.2.1 Überblick über in die Analyse einbezogene Literatur	4
2.2.2 Einflussfaktoren auf Lebensqualität im Alter	5
2.2.3 Lebensqualität für Menschen mit Demenz	7
2.2.4 Messverfahren für Lebensqualität im Alter	8
3. Befragung zur Lebensqualität im Alter	12
3.1 Methodisches Vorgehen	12
3.1.1 Datenerhebung	12
3.1.2 Rücklauf und Datenbereinigung	13
3.1.3 Datenanalyse	14
3.2 Zusammensetzung der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer	15
3.2.1 Soziodemographische Strukturmerkmale	15
3.2.2 Gesundheitszustand der Befragungsteilnehmer	23
3.3 Ergebnisse zur Lebensqualität im Alter und bei Hilfebedarf	45
3.3.1 Aspekte der Lebensqualität im Alter und bei Hilfebedarf	45
3.3.2 Bewertung von Einzelaspekten der Lebensqualität im Alter und bei Hilfebedarf	52
3.3.3 Bewertung der persönlichen Lebensqualität	58
3.3.4 Erwartungen der Befragten zu individuellen und sozialpolitischen Maßnahmen	60
3.3.5 Resümee der Ergebnisse	67
4. Schlussfolgerungen für eine zielgruppengerechte Verbraucherinformation	70
5. Quellenangaben	83
6. Anhang	90
6.1 Tabellenverzeichnis	90
6.2 Abbildungsverzeichnis	90
6.3 Fragebogen	92

1. Hintergrund und Zielsetzung

Alte Menschen mit Pflegebedarf sind eine Zielgruppe für spezifische Verbraucherinformationen zu Dienstleistungen in Einrichtungen der stationären Pflege. Aus zahlreichen Studien und Befragungen geht hervor, dass die Wünsche und Erwartungen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sich nicht nur auf gute Pflege richten, sondern in mindestens gleich hohem Maße Wohlfühlfaktoren wie die Berücksichtigung von Individualität und Teilhabe sowie den Respekt der Menschenwürde umfassen.

Die Ziele des Heimverzeichnisses, das mit staatlicher Anschubfinanzierung in den Jahren 2007 bis 2012 aufgebaut wurde und inzwischen als gemeinnütziges Unternehmen rechtlich und finanziell selbstständig ist, bestehen zum einen in der Schaffung von Transparenz der Leistungen und ihrer Qualität in Pflegeheimen und Seniorenresidenzen für die Verbraucherinnen und Verbraucher. Zum anderen geht es um die Verbesserung der Lebensqualität in der stationären Altenpflege insgesamt. Angestrebt wird die Weiterentwicklung der Alters- und Pflegekultur zu mehr Menschlichkeit und Wahrung der Würde des Individuums. Mit einer auf Basis von Kriterien durchgeführten Begutachtung der Lebensqualität in Senioreneinrichtungen möchte das Heimverzeichnis dazu beitragen, dass sich Betreiber von Pflegeheimen und Menschen mit Pflegebedarf auf Augenhöhe begegnen und Angebot und Qualität der Leistungen transparent sind. Kriterien für die Prüfung von Lebensqualität in Einrichtungen der stationären Pflege, die die Bedarfe von alten Menschen mit Pflegebedarf generell erfassen, wurden in den Jahren 2007 und 2008 in Abstimmung mit Verbraucherschutz-, Seniorenorganisationen und anderen relevanten Akteuren entwickelt und seither in Teilen den neuen Entwicklungen angepasst. Notwendig war jedoch eine grundlegende Überprüfung der Validität der bisher angewandten Kriterien sowie deren Ergänzung und Überarbeitung.

Das Thema der Lebensqualität im Alter und bei Pflegebedarf hat seit Beginn der Arbeiten am Heimverzeichnis zunehmende Aufmerksamkeit in der Fachöffentlichkeit erfahren. Konzepte zu ihrer Messung, die in Wissenschaft, Politik und Praxis konsentiert sind, fehlen jedoch bislang. Ungeachtet dessen existieren mittlerweile zahlreiche empirische Studien und Fallbeispiele, die sich, oft regional und auf bestimmte Zielgruppen unter den Älteren begrenzt, mit der Lebensqualität im Alter und bei Pflegebedarf auseinandersetzen.

Sie alle sind für eine Verbraucherinformation relevant, die – als unerlässliche Voraussetzung für Lebensqualität im Alter – nicht von einheitlichen Interessenlagen alter Menschen ausgeht, sondern individuelle und zielgruppenspezifische Wünsche und Bedarfe berücksichtigt. Ziel ist eine Verbraucherinformation, die durch die Weiterentwicklung der bisher angewandten Kriterien die konkreten Lebenssituationen und Kontexte stärker als bisher berücksichtigt und eine stärkere Zielgruppengenauigkeit aufweist.

Zur Erreichung dieses Zieles wurden

1. eine Metanalyse der Erkenntnisse in Wissenschaft und Praxis zu Einflussfaktoren für die Lebensqualität im Alter, ausdifferenziert nach einzelnen Teilgruppen unter den Älteren, vorgenommen und
2. eine bundesweite Befragung älterer Menschen mit und ohne Pflegebedarf durchgeführt, um die Erkenntnisse zu ergänzen, zu validieren und zu priorisieren.

Diese Forschungsarbeiten dienen der Wissensbildung zu Wünschen und Bedürfnissen älterer Menschen mit Pflegebedarf. Aus ihnen wurden Kriterien abgeleitet, mit denen die Angebote der stationären Pflege für unterschiedliche Teilgruppen unter älteren Menschen mit Pflegebedarf bewertet werden können.

Die Arbeiten im Bereich der Verbraucherforschung wurden somit mit dem vorrangigen Ziel der Verbraucherinformation und des wirtschaftlichen Verbraucherschutzes, also zum fairen Interessenausgleich zwischen Verbrauchern und Leistungsanbietern, durchgeführt.

2. Metaanalyse zu Lebensqualität im Alter

2.1 Methodisches Vorgehen

Zur Identifizierung von zielgruppenorientierten Kriterien zur Lebensqualität im Alter wurde zunächst eine Metaanalyse zu Studien und praktischen Fallbeispielen durchgeführt. Sie umfasste folgende Arbeitsschritte:

- Online-Recherche zur Identifizierung relevanter Arbeiten und Praxisbeispiele
- Sichtung der Literaturlisten, insbesondere hinsichtlich einzelner Zielgruppen bzw. Funktionseinschränkungen
- Strukturierung und Aufbau einer Online-Bibliothek
- Codierung der Literatur und Praxisbeispiele nach Indizes und inhaltlichen Schlüsselwörtern
- Identifizierung existierender Konzepte von Lebensqualität im Alter, Messverfahren und Erkenntnisse über Einflussfaktoren auf die Lebensqualität älterer Menschen sowie möglicher Differenzierungen nach Teilgruppen unter älteren Menschen für die Fragebogenkonstruktion
- Zusammenfassung der Inhalte der Literaturlisten und Praxisbeispiele, um den Verbraucherinnen und Verbrauchern in der Online-Bibliothek einen Überblick über die Inhalte zu ermöglichen¹
- Einspeisung der Informationen in die Online-Bibliothek

2.2 Ergebnisse der Literaturrecherche

Das vorliegende Kapitel gibt einen Überblick zur Literatur im Themenbereich Lebensqualität im Alter und bei Pflegebedarf. Nach einer quantitativen Übersicht zu den Ergebnissen der Literaturrecherche wird der aktuelle Stand der Diskussion zu Einflussfaktoren für die Lebensqualität im Alter skizziert. Studienergebnisse zur Lebensqualität bei Demenz sind aufgrund ihrer zunehmenden Bedeutung und der besonderen Schwierigkeiten ihrer Erfassung Gegenstand eines gesonderten Kapitels. Auch der Überblick über Messverfahren differenziert zwischen den Zielgruppen älterer Menschen allgemein und Menschen mit Demenzerkrankungen.

Weitere Ergebnisse zum Thema Lebensqualität im Alter und bei Pflegebedarf finden sich in der Online-Bibliothek des Heimverzeichnisses: <http://bib.heimverzeichnis.de/bibliothek/>.

¹ Bei Funden, die in gedruckter Form erschienen sind, wurde die Genehmigung der Veröffentlichung der Klappentexte bei den jeweiligen Verlagen eingeholt.

2.2.1 Überblick über in die Analyse einbezogene Literatur

Im Rahmen der Literaturrecherche zur Lebensqualität im Alter und bei Pflegebedarf wurden Quellen nach Forschungsliteratur, Ratgeber und Praxisbeispiele differenziert. Um den Nutzern die Suche nach den für sie relevanten Themen zu erleichtern, wurden sie nach Schwerpunktthemen und Schlüsselwörtern codiert, wobei Mehrfachzuordnungen möglich waren.

Insgesamt 43 Funde der Literaturrecherche aus der Forschungsliteratur und 7 Ratgeber wurden in die Bibliothek aufgenommen. Hierunter wurden 34 Funde in der Bibliothek dem Schwerpunktthema „Erkenntnisse zu Lebensqualität im Alter und bei Pflegebedarf im Allgemeinen“ zugeordnet. Die beiden Schwerpunkte „Förderung der Lebensqualität im Alter und bei Pflegebedarf“ und „Messverfahren zur Lebensqualität im Alter und bei Pflegebedarf“ weisen 24 bzw. 12 Funde auf. Die häufigsten Schlüsselwörter der Literaturfunde sind „Qualitätssicherung der Pflege“, „Demenzielle Erkrankungen“, „Vergemeinschaftung“, „Aktivierung“ und „Erhalt von Informationen“.

Darüber hinaus wurden Praxisbeispiele in die Online-Bibliothek aufgenommen, die im Heimverzeichnis veröffentlicht sind. Die Beispiele betreffen größtenteils das Schwerpunktthema „Förderung der Lebensqualität im Alter und bei Pflegebedarf“. Die meisten Einträge wurden den Schlüsselwörtern „Aktivierung“, „Vergemeinschaftung“, „Abwechslung und Freizeitgestaltung“, „Soziale Isolation“ und „Materielle Probleme“ zugeordnet.

Tabelle 1: Themen der Literaturfunde und Praxisbeispiele

Schlüsselwörter	Ergebnisse insgesamt	Forschungsliteratur & Ratgeber	Praxisbeispiele
Mobilitätseinschränkungen	27	10	17
Sinneseinschränkungen	15	2	13
Demenzielle Erkrankungen	65	23	42
Chronische Krankheiten	20	9	11
Soziale Isolation	100	14	86
Materielle Probleme	22	11	11
Aktivierung	122	17	105
Sinnstiftende Tätigkeiten	28	1	27
Technische Hilfsmittel	17	10	7
Vergemeinschaftung	119	18	101
Abwechslung und Freizeitgestaltung	107	10	97
Achtung der Würde	26	8	18
Ästhetik und Genuss	43	3	40
Autonomieeinschränkungen	44	15	29
Depressionen	4	4	-
Einbezug Ehrenamtlicher	24	8	16

Tabelle 2: Themen der Literaturliteratur und Praxisbeispiele (Fortsetzung)

Schlüsselwörter	Ergebnisse insgesamt	Forschungsliteratur & Ratgeber	Praxisbeispiele
Emotionale Unterstützung	13	8	5
Erhalt von Informationen	23	17	6
Mitbestimmung	24	9	15
Partnerverlust	4	4	-
Politische Fördermaßnahmen	8	8	-
Gesundheitsförderung	37	13	24
Stärkung der Autonomie	79	14	65
Generationsübergreifende Aktivitäten	25	7	18
Informations- und Kommunikationstechniken	17	5	12
Qualitätssicherung der Pflege	33	33	-

2.2.2 Einflussfaktoren auf Lebensqualität im Alter

Das Verständnis von Lebensqualität im Alter ist in der Fachliteratur maßgeblich von Denksätzen der jeweiligen Disziplin geprägt. Es fanden sich psychologische, soziale und sozialpsychologische, gesundheitsbezogene und mehrdimensionale Ansätze. Weitgehend geteilt sind die Annahmen, dass sich Lebensqualität in der Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt realisiert, wesentlich von den Ressourcen und Potenzialen der Person abhängt und durch positive Rahmenbedingungen befördert werden kann.

Andererseits können bereits bei der Gewichtung der Einflussfaktoren für Lebensqualität die Positionen variieren: Einsamkeit und Depression, so Pasquali (2011), haben - verglichen etwa mit körperlicher Funktionsfähigkeit, Gesundheitszustand, Partnerschaft, Einkommen und Bildungsniveau – den größten Einfluss auf die Lebensqualität; das Alter spielt eine untergeordnete Rolle.

Kratzer (2011) bezeichnete das Alter hinsichtlich der Lebensqualität sogar als wirkungslos, ausschlaggebend seien Selbstständigkeit und soziale Beziehungen. Im Unterschied hierzu wurde sozialen Beziehungen bei Brandenburg (2011) geringere Bedeutung beigemessen; Autonomie, Privatheit und Sicherheit tragen ihm zufolge am meisten zur Lebensqualität in einer stationären Einrichtung bei. Wiese (2015) hingegen bezeichnete Autonomie, Depressivität und Multimorbidität als wichtige Einflussfaktoren auf die Lebensqualität wohingegen Familienstand, sozioökonomischer Status, Bildung, Ernährung und ethische Zugehörigkeit eher eine untergeordnete Rolle einnehmen.

Andere Autoren untersuchen die Lebensqualität bei psychischen Erkrankungen, angeborenen geistigen oder erworbenen körperlichen Behinderungen.

Die zunehmende Ausdifferenzierung der Zielgruppen unter den älteren Menschen bei der Bearbeitung der Frage ihrer Lebensqualität trägt der Tatsache Rechnung, dass individuelle Faktoren bei dieser Thematik bedeutsam sind. Darüber hinaus sind ältere Menschen keine homogene Bevölkerungsgruppe, sondern als Folge der Individualisierungs- und Pluralisierungsprozesse der letzten Jahrzehnte so heterogen in der Zusammensetzung wie jede andere Altersgruppe auch.

Hinsichtlich externer Einflussfaktoren für Lebensqualität wiesen Motel-Klingebiel schon 2002 auf die Notwendigkeit von Unterstützungsmixen zur Realisierung und Aufrechterhaltung von Lebensqualität im Alter hin. In diesem Zusammenhang konzentrierte sich die Aufmerksamkeit in den letzten Jahren auf den Einfluss guter Pflege.² Durch sie kann beispielsweise die Mobilität verbessert werden, die mit Chancen zu einer selbstbestimmteren Teilnahme am Alltagsleben und Einbindung in die Gemeinschaft verbunden ist. Dort, wo Funktionseinschränkungen nicht mehr reversibel sind, können diese Teilhabemöglichkeiten aber auch durch unterstützende Rahmenbedingungen gewährleistet werden. Zu den Kriterien des Heimverzeichnis für die Ermöglichung von Lebensqualität gehören beispielsweise die Verfügbarkeit von Begleitdiensten, die Möglichkeit des Einkaufs von Lebensmitteln und Gebrauchsgegenständen in der Einrichtung oder durch freiwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder die Öffnung der Einrichtung für Gruppen und Initiativen aus dem örtlichen Umfeld. Auch Cirkel et al. (2004) wiesen auf die Bedeutung bedarfsgerechter Produkte und Dienstleistungen für Lebensqualität im Alter hin.³

Eine konsequente Orientierung am Paradigma des aktiven Alterns erfolgt in Untersuchungen und Projekten, die Elemente des Lernens und Engagements für die Gemeinschaft - das Recht auf Ausübung sinnstiftender Tätigkeiten - auch im hohen Alter und bei Funktionseinschränkungen in den Mittelpunkt stellen.

Auch Einrichtungen der stationären Pflege stellen sich zunehmend auf veränderte Interessen ein, entwickeln neue Wohnformen und integrieren Leistungsangebote vom betreuten Wohnen bis hin zur vollstationären Pflege. Es liegt nahe, dass die Anbieter bei der Weiterentwicklung ihrer Leistungen immer noch vorwiegend Menschen mit Pflegebedarf im Blick haben. Bedeutung gewinnen aber auch rüstige Ältere, die unter Präventionsaspekten einen Umzug in eine Einrichtung mit Unterstützungs- und Betreuungsangeboten erwägen oder das gemeinsame Wohnen mit einem pflegebedürftigen Partner wünschen.

² Im Rahmen des Forschungsfelds 6 „Mit guter Pflege zu mehr Lebensqualität“ hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung in den letzten Jahren Arbeiten gefördert, die dem Erhalt der Selbstständigkeit älterer Menschen dienen.

³ Dieser Aspekt wird im Modellprogramm „Das intelligente Heim“ des BMFSFJ aufgegriffen. Die Umsetzung von innovativen MTI-Lösungen in der Pflegepraxis ist auch Bestandteil der BMBF-Initiative „Pflegeinnovationen 2020“.

Die Realisierung von Lebensqualität im Alter und bei Pflegebedarf hängt entscheidend davon ab, wie individuelle Potenziale im Kontext von Strukturen und Prozessen von Leistungsanbietern realisiert werden können. Diese Handlungspotenziale sind bei Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf, also bei körperlichen, Sinnes- oder geistigen Beeinträchtigungen unterschiedlich ausgeprägt. Folglich bedürfen sie auch differenzierter Rahmen- und Umweltbedingungen, um sich zu entfalten.

2.2.3 Lebensqualität für Menschen mit Demenz

Auch wenn Lebensqualität in jedem Alter erlebt werden kann, erhöht ein fortgeschrittenes Alter nicht nur das Risiko des Partnerverlusts, sondern begünstigt auch das Auftreten altersspezifischer Funktionseinschränkungen und Erkrankungen. Demenz ist die häufigste chronische Krankheit bei alten Menschen. Sie führt nicht nur zur Einschränkung der Lebensqualität der erkrankten Person, sondern auch des familiären Umfelds. Zahlreiche Untersuchungen und Projekte (vgl. u. a. Menzi-Kuhn, 2006, Adler et al., 2009, Projekte ReduFix und DEMIAN, gefördert vom BMBF) beschäftigen sich mit dem Thema, wie Demenzpatienten und ihre Angehörigen Lebensqualität wahrnehmen und wie ihre Lebensqualität aufrechterhalten werden kann.

Das Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen von „Good Practice“ im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), herausgegeben von Ulrich Schneekloth und Hans-Werner Wahl im Jahr 2009, zeigt im Abschlussbericht Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz auf. Als besonders wichtig stellte sich in den Studienergebnissen die Sicherstellung eines geeigneten therapeutischen Milieus, somit auch die spezielle Qualifikation des Personals heraus. Dabei sollte das gesamte Personal der Einrichtung, das Kontakt mit den Bewohnerinnen und Bewohner hat, geschult werden. Aufgrund steigender Zahlen von Menschen, die an Demenz erkranken, sollte das fachspezifische Wissen verstärkt in die Ausbildung von Gesundheitsberufen integriert werden. Darüber hinaus gibt es die Handlungsempfehlung zu vermehrter Angehörigen- und Freiwilligenarbeit und zur Förderung von Mobilität und Selbstständigkeit insgesamt. Positiv auf die Lebensqualität wirkt sich außerdem die medikamentöse oder nicht-medikamentöse Intervention im Hinblick auf die nicht-kognitive Symptomatik, wie Depressionen, Agitiertheit/Aggressionen, Apathie und Antriebsmangel, von Menschen mit Demenz aus. Außerdem sollten die fachärztliche Qualifizierung und die interdisziplinäre Kooperation der Ärzteschaft verbessert und eine verstärkte Fokussierung auf eine Erweiterung des Angebots für stark bewegungseingeschränkte und schwer an Demenz erkrankten Menschen vorgenommen werden. Erprobt wurden „Pflegeoasen“, die den Bedürfnissen der Betroffenen nachkommen (Schneekloth 2009).

Schneekloth und Wahl haben für die Betreuung und Versorgung insgesamt zehn Handlungsfelder als beispielgebende Praxis herausgearbeitet. Von Wichtigkeit sind in dieser Aufstellung:

- Bezugspflege
- Biographiearbeit
- Kommunikation
- Überschaubarkeit
- Beschäftigungsangebote
- Rehabilitationsorientierte Pflege
- Beteiligungskultur: Kommunikation innerhalb der Einrichtung
- Qualifikation: notwendiges Fachwissen in pflegerischen Fragen auf Basis einer pflegefachlichen Ausbildung, die laufend durch Fort- und Weiterbildung aktualisiert wird
- Interaktion und Aushandlung zwischen Pfleger und Pflegerinnen sowie Gepflegten bevor sie in die Pflegehandlungen einfließen
- Heimleitung: gemeinsame Umsetzung der Qualitätsziele in der alltäglichen Praxis; Repräsentation des Leitbildes der Einrichtung und Managementkonzepten

Das Projekt „ReduFix“, gefördert vom BMFSFJ für den Zeitraum von Mai 2004 bis April 2006, beschäftigte sich in diesem Rahmen mit der Reduzierung freiheitseinschränkender Mittel wie Ruhigstellung durch Psychopharmaka, körpernaher Fixierung, und nicht benötigter Bettgitter, da diese einen massiven Eingriff in die Menschenrechte darstellen, während das DEMIAN-Konzept auf eine emotionale Förderung von Menschen mit Demenz abzielt.

Nach Gonzales-Salvador et al. (2000) fällt die Lebensqualität der an Demenz erkrankten Personen in Einrichtungen betreuten Wohnens höher aus als in Pflegeheimen. Darüber hinaus identifizierte er Abhängigkeit, Depression und medikamentöse Behandlung als negative Korrelate im Hinblick auf die Lebensqualität. Meier merkte hierzu an, dass die direkte Befragung von Demenzpatienten bisher vernachlässigt worden ist und meist nur der Einfluss auf die betreuenden Personen untersucht wurde (vgl. Meier 1995).

Die Studie Seebergs an der Universität Marburg aus dem Jahr 2014 identifizierte das Vorliegen einer Depression, neuropsychiatrische Auffälligkeiten, wie Aggression, Apathie, Gereiztheit und Angst, sowie Einschränkung in der Fähigkeit zur Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens und eine schlechte physische Gesundheit als wichtigste Einflussfaktoren auf die Lebensqualität für Menschen mit einer Demenzerkrankung. Abweichende Faktoren konnten bei der Fremdeinschätzung der Lebensqualität des Patienten durch Betreuende gezeigt werden, darunter die Einschätzung psychischer Einschränkungen und der Erkrankungsdauer. Überraschenderweise wurde gezeigt, dass die Ausprägung der Einschränkung durch kognitive Defizite wenig Einfluss auf die Selbsteinschätzung der Lebensqualität der Patienten hat (Seeberg 2014).

2.2.4 Messverfahren für Lebensqualität im Alter

Bereitet, wie oben beschrieben, die Bestimmung der Einflussfaktoren auf Lebensqualität bereits Schwierigkeiten, gilt dies umso mehr für ihre Messung. Im Bereich der Lebensqualität im

Alter und bei Pflegebedarf überwiegen Ansätze, nach denen Experten die Standards und ihre Voraussetzungen - also "von oben" - definieren. Deutlich zeichnet sich jedoch die Tendenz ab, alten Menschen einen zunehmend größeren Raum für die Mitsprache zu geben.

Wenn sich die Perspektive auf die individuellen Voraussetzungen für Lebensqualität richtet, wird häufig die Ausprägung von funktionalen Fähigkeiten, gesundheitsbezogenen Einschränkungen und psychischen Ressourcen als Voraussetzung für deren Realisierung betrachtet; dies gilt etwa für den „European Quality of Life Questionnaire“, die „Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life oder den Short Form 36 Health Survey“.

Zur Erfassung der Lebensqualität existiert eine Vielzahl standardisierter Messverfahren.⁴ Im Bereich der nichtstandardisierten Erfassung hat die britische Diskussion „Hearing the Voice of People with Dementia“ diesen Aspekt aufgegriffen. Im Mittelpunkt steht hier, die Inklusion von Menschen mit Demenz zu fördern sowie sie und ihre Angehörigen an der Gestaltung sozialer Dienste zu beteiligen.

Weit verbreitet sind auch Bewohner- und Angehörigenbefragungen zu Fragen der Lebensqualität in stationären Einrichtungen. In der Praxis oft übersehen wird jedoch, dass alte Menschen und Angehörige unterschiedliche Kriterien für Lebensqualität anlegen. Im Rahmen der Studie zur Lebensqualität in der stationären Pflege aus Bewohnersicht „QUISTA“, geleitet von Liane Schenk im Zeitraum Oktober 2008 bis Oktober 2009, gefördert vom Paritätischen Wohlfahrtsverband Berlin, wurde ein Messinstrument entwickelt, mit dem im ersten Schritt die für den Bewohner oder die Bewohnerin für Lebensqualität relevanten Bereiche bestimmt werden.

Ein weiteres Instrument zur Messung und Verbesserung der Lebensqualität in der stationären Pflege ist das „Instrument zur praxisnahen Erfassung von Lebensqualität“ (INSEL), entwickelt von der Paul Wilhelm von Kepler-Stiftung in Zusammenarbeit mit der Abteilung Altersforschung am psychologischen Institut der Universität Heidelberg und der Arbeitsgruppe Interdisziplinäre Alterswissenschaft der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Ziel ist es, sich der Lebenswirklichkeit der Heimbewohner weiter anzunähern und die Lebensqualität zu messen. Das Vorgehen von „INSEL“ sieht die drei Schritte Bewohnerbefragung, moderierte Personalbefragung und das Erstellen eines Auswertungsprotokolls vor (Oswald et al. 2014). Zu betonen ist, dass „INSEL“ ein mehrperspektivisches Instrument ist, also von den Bewohner und Bewohnerinnen und Pflegern gleichermaßen Daten erfasst werden. Es handelt sich um einen niederschweligen, halb-standardisierten, quantitativ-qualitativen Methodenmix. Im Vordergrund der Befragung steht das subjektive Empfinden der Bewohner.

Hinsichtlich der Lebensqualität von Menschen mit einer Demenzerkrankung werden vorwiegend gesundheitsbezogene Messinstrumente genutzt, darunter der „Quality of Life in Alzheimer’s Disease Scale“ (QoL-AD). Vorteilhaft bei einer gesundheitsfokussierten Messmethode ist, dass eine höhere Sensitivität bezüglich krankheitsspezifischer Veränderungen besteht

⁴ Beispielsweise QoL-AD, ADRQL, DEMQOL, QUALDIEM

(Brandenburg et. al 2014). Der objektiven Betrachtung der Lebensqualität von Demenzkranken steht die subjektive Perspektive der Lebensqualität gegenüber, die darauf abzielt herauszufinden, was für die Betroffenen für ihr Wohlergehen von Bedeutung ist. Die Einschätzungen sind immer durch die institutionellen Umwelten als auch durch Kognition und sprachliche Kompetenzen geprägt (Brandenburg, Güther 2014).

Neben den beiden bisher genannten theoretischen Zugängen zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz, sind die Arbeiten von Lawton (1997) und Kruse (2010) zu nennen, die eine lebensweltbezogene Perspektive („good life model“) entwickelt haben. Während Lawton die vier Dimensionen „Verhaltenskompetenz“, „erlebte Lebensqualität“, „objektive Umwelt“ und „Wohlbefinden“ konstituiert, betont Kruse die „Selbstakzentuierung“ und rückt darüber hinaus die vier weiteren Kategorien „Selbstständigkeit“, „Selbstverantwortung“, „bewusst angenommene Abhängigkeit“ und „Mitverantwortung“ in den Fokus.

Auch Funktionseinschränkungen im Alter benötigen Umweltbedingungen, mit denen die verbleibenden Potenziale optimal ausgeschöpft werden können. In Deutschland stehen für die Erfassung von Lebensqualität von Demenzkranken erfolgreich zwei Instrumente zur Verfügung. „H.I.L.DE.“, das Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker, das im Rahmen eines Projekts des BMFSFJ entwickelt wurde, als auch das an der Universität Bradford entwickelte „Dementia Care Mapping“ (DCM) (Kämmer, 2013).

„H.I.L.DE.“ orientiert sich bei der Operationalisierung der Lebensqualität an den Dimensionen räumliche Umwelt, soziale Umwelt, Betreuungsqualität, Verhaltenskompetenz, medizinisch-funktionaler Status, kognitiver Status, Psychopathologie und Verhaltensauffälligkeiten sowie subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit. Die Messung beruht auf Interviews mit Bewohnern, Pflegekräften und Angehörigen, Analyse von Pflegedokumenten, Einschätzungen der räumlichen Umwelt und medizinischen Untersuchungen (Becker et al., 2005).

Eine weitere Art, das Wohlbefinden demenzkranker Menschen zu messen ist das „Dementia Care Mapping“, das bei allen Graden von Demenz angewendet werden kann. Zur Verbesserung der Pflege werden Aktivitätsprotokolle zur Beurteilung von Wohlbefinden, Reaktionen auf Angebote und Kommunikation und Beziehungsqualität in Gruppen geführt. Konzipiert ist das Verfahren als teilnehmende Fremdbeobachtung (Krämer, 2013).

Darüber hinaus wird seit November 2015 an der Universität Heidelberg an der individuellen Verbesserung der Aktivierung von Menschen mit Demenz im Rahmen des „I-CARE Projekts“ geforscht, welches vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird und voraussichtlich im Oktober 2018 abgeschlossen sein wird. Ziel des „I-CARE Projekts“ ist es, ein System für Tablets zu entwickeln, das Aktivierungsinhalte für demenzkranke Personen, die an ihre Kompetenzen und Bedürfnisse angepasst sind, liefert und darüber hinaus in der Lage ist, sensorbasiert Emotionen anhand von Mimik, Bewegung und Stimme vorzunehmen.

Die allgemeine Problematik der Messung von Lebensqualität verdeutlicht Coors 2014 anhand der in Deutschland umstrittenen „QALY-Messmethode“ („Quality Adjusted Life Years“), die in

England bereits Einzug in die Zulassungsverfahren neuer Therapieformen gefunden hat. Grundlegende Fragen dieser Thematik eröffnen sich bezüglich der Objektivierbarkeit der Lebensqualität und der Definition des „Guten Lebens“. Einen Lösungsansatz dieser Problematik bietet diese Untersuchung durch die subjektive Erforschung von Lebensqualität, indem sie die persönliche Bedeutung von Lebensqualität der Betroffenen erfragt.

3. Befragung zur Lebensqualität im Alter

Um die Erkenntnisse zur Lebensqualität bei Pflegebedarf weiterzuentwickeln und für unterschiedliche Zielgruppen unter den Älteren auszudifferenzieren, wurde eine bundesweite Befragung älterer Menschen in Kooperation mit der BAGSO und ihren Mitgliedsverbänden durchgeführt. Dabei werden relevante Aspekte für Lebensqualität im Alter und bei Pflegebedarf auf soziodemografische Merkmale der Befragten sowie ihren Gesundheitszustand und mögliche Funktionseinschränkungen bezogen.

3.1 Methodisches Vorgehen

3.1.1 Datenerhebung

Die Erstellung des Fragebogens basierte im ersten Schritt auf den Erkenntnissen der Literaturrecherche. Insbesondere flossen Faktoren, die nach den bisherigen Ergebnissen für die Lebensqualität im Alter relevant sind, in unterschiedliche Fragen ein. Hinsichtlich des gesundheitlichen Zustands und des möglichen Unterstützungsbedarfs der Befragten erfolgte in Orientierung an den Fragen der Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften („ALLBUS“).

Um auch Personen, die beim Ausfüllen des Fragebogens Unterstützung benötigten, in die Befragung einzubeziehen, wurden Angehörige älterer Menschen um Hilfe gebeten. Sie wurden aufgefordert, darauf zu achten, dass die Sichtweise des befragten älteren Menschen authentisch wiedergegeben wurde. In einer Abschlussfrage wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Befragung gebeten, ob sie die Fragen aus eigener Sicht oder mit Unterstützung einer anderen Person beantwortet hatten.

In einem zweiten Schritt wurde der Fragebogen validiert, indem er insgesamt acht Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Fachgebieten – darunter Soziologie, Gerontologie, Rechtswissenschaft und Psychologie – vorgelegt wurde. In jeweils circa einstündigen face-to-face bzw. telefonischen Interviews brachten diese ihre jeweilige Expertise ein. Die darauf folgende Überarbeitung des Fragebogens betraf u. a. die Anordnung und Formulierung der Fragen, insbesondere hinsichtlich ihrer Verständlichkeit, die Ergänzung von Einflussfaktoren für Lebensqualität, die bisher in der Forschungsliteratur nicht genannt wurden oder die Skalierung der Antwortvorgaben. Es wurde zudem der Rat ausgesprochen, die Anzahl der offenen Fragen so gering wie möglich zu halten, um die Abbruchquote zu senken und motorische Einschränkungen von Befragungsteilnehmern, die das Schreiben erschweren, zu berücksichtigen. Einzelne Fragen entfielen oder wurden durch neue ersetzt; so wurde beispielsweise die Messung der Sinnes- und Mobilitätseinschränkungen im Zuge der Validierung neu konzipiert.

Im Zuge des Pretests füllten fünf ältere Menschen den Fragebogen aus und bestätigten die Verständlichkeit der Formulierungen. Darüber hinaus konnte die für das Ausfüllen des Fragebogens benötigte Zeit anhand der Testläufe kalkuliert werden. Die technische Funktionsfähigkeit des Online-Fragebogens wurde durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ISIS überprüft. Die finale Version des Fragebogens findet sich in der Anlage.

Die Ansprache der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfolgte in Kooperation mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO). Gemeinsam wurden Anschreiben für den E-Mail-Versand entwickelt, mit dem zum einen die BAGSO-Mitgliedsverbände angesprochen und um Unterstützung gebeten wurden, und zum anderen die potenziellen Befragungsteilnehmer, die durch die Verbände über die Umfrage informiert wurden.

Über den E-Mail-Verteiler der BAGSO-Mitgliedsverbände hinaus erfolgte anhand eines erweiterten Verteilers auch eine Ansprache anderer Organisationen und Einrichtungen, wie Seniorenräte und Mehrgenerationenhäuser. Zusätzlich erfolgte ein Aufruf zur Beteiligung im BAGSO-Newsletter und auf der BAGSO-Website. Viele Mitgliedsverbände kamen der Bitte um Verbreitung der Umfrage in unerwartet hohem Maße nach. Beispielsweise präsentierte die Deutsche Alzheimer Gesellschaft das Projekt auf ihrer Website an sehr prominenter Stelle sowie auf ihrer Facebook-Seite.

Um die Beteiligung von Älteren, die nur eingeschränkt oder gar nicht über einen Internet-Zugang verfügen, zu fördern, übernahm die BAGSO zudem die Erstellung, das Layout und den Versand von Print-Fragebögen. Gutachterinnen und Gutachter des Heimverzeichnisses wurden aufgefordert, ältere Menschen bei ihrem Besuch in Senioreneinrichtungen auf die Befragung aufmerksam zu machen. Eine Gutachterin übernahm die Aufgabe, Bewohnerinnen und Bewohner persönliche zu befragen und für sie den Fragebogen auszufüllen.

Ohne Kenntnis des im Rahmen der Verbreitung erreichten Personenkreises war eine Rücklaufkontrolle nicht möglich. Um aber dennoch eine möglichst große Verbreitung des Aufrufes zur Teilnahme an der Befragung sicherzustellen, wurden einen Monat nach Beginn der Erhebungsphase Vertreterinnen und Vertreter von 34 Verbänden im Rahmen einer Nachfassaktion telefonisch oder per E-Mail erneut gebeten, sich an der Verbreitung zu beteiligen.

3.1.2 Rücklauf und Datenbereinigung

Der Rücklauf nach Abschluss der Feldphase belief sich auf 672 Fragebögen. Davon lagen 247 Fragebögen in gedruckter Form vor und wurden manuell in die Maske der Online-Befragung eingepflegt.

Im nächsten Schritt wurden ungültige Datensätze identifiziert und von der weiteren Analyse ausgeschlossen. Als gültig wurden Fragebögen angesehen, in denen wenigstens die ersten vier Fragen zur Soziodemografie und mindestens eine inhaltliche Frage beantwortet worden waren. Insgesamt 624 Fragebögen wurden als gültig und 48 Fragen als ungültig eingestuft; dies

entspricht einer Abbruchquote von 7,1% . Von den gültigen Fragebögen waren 588 Fragebögen vollständig ausgefüllt.

Obwohl die Verbreitungskanäle sich gezielt auf ältere Menschen gerichtet hatten, nahmen auch 58 Personen unter 50 Jahren an der Befragung teil und erfüllten das oben genannte Kriterium für einen gültigen Fragebogen. Eine genauere Betrachtung dieses Personenkreises ergab, dass es sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle um Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen handelte. In einzelnen Fällen kamen auch funktionelle Einschränkungen und ein Hilfebedarf im alltäglichen Leben hinzu. Vor diesem Hintergrund schien es gerechtfertigt, den Kreis der unter 50-jährigen Befragten nicht grundsätzlich aus der Analyse auszuschließen, sondern es von der einzelnen Fragestellung abhängig zu machen, ob nur Menschen von 50 und mehr Jahren berücksichtigt wurden.

3.1.3 Datenanalyse

Die Datenauswertung erfolgte vornehmlich anhand der Erstellung von Kreuztabellen, Mittelwerten, Mittelwertdifferenzen und Korrelationen. Darüber hinaus wurde eine Variable „Vorliegen von Multimorbidität“ gebildet, wenn eine befragte Person angab, dass zwei oder mehr Krankheiten bestehen.⁵ Darüber hinaus wurden die Antwortkategorien „Migräne/Kopfschmerzen“ und „andere chronische Schmerzen“ sowie „chronischer Wirbelsäulenschaden“ und „akuter Wirbelsäulenschaden“ zu jeweils einer Kategorie zusammengefasst. Um die Daten sinnvoll hinsichtlich der Teilgruppen unter älteren Menschen auswerten zu können, wurden die Befragten hinsichtlich der Sinnes- und Mobilitätsbeeinträchtigungen in jeweils zwei Teilgruppen unterteilt und zwar je nachdem, ob subjektiv eine mittlere oder schwere Beeinträchtigung vorlagen oder nicht. Antworten auf offene Fragen wurden codiert und in Kategorien zusammengefasst.

Aufgrund limitierter zeitlicher und finanzieller Ressourcen sind die Befragungsergebnisse nicht repräsentativ und damit verallgemeinerbar. Allerdings lassen sie sich mit mehr als 624 gültigen Fragebögen in hohem Maße als indikativ betrachten.

In den folgenden Kapiteln werden zunächst die soziodemografischen Strukturmerkmale und der Gesundheitszustand der Teilnehmerinnen und Teilnehmer beschrieben und auf dieser Grundlage die Ergebnisse zur Lebensqualität im Alter vorgestellt. Beides bildet das Fundament des Schlusskapitels, in dem Schlussfolgerungen für Bewertungskriterien für die Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern von Senioreneinrichtungen gezogen werden.

⁵ Hier ist zu beachten, dass eine gesundheitliche Beeinträchtigung das Symptom einer anderen Beeinträchtigung sein kann. Beispielsweise kann jemand, der aufgrund eines chronischen Wirbelsäulenschadens unter chronischen Schmerzen leidet, beides bei der Befragung angeben. Aufgrund der beschriebenen Vorgehensweise wurde die befragte Person als multimorbid eingestuft.

Der Einfachheit halber wird aber im Folgenden der Begriff „Stichprobe“ synonym für Befragungsteilnehmer verwandt, auch wenn es sich nicht um eine Zufallsstichprobe einer bekannten Grundgesamtheit handelt.

3.2 Zusammensetzung der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer

3.2.1 Soziodemographische Strukturmerkmale

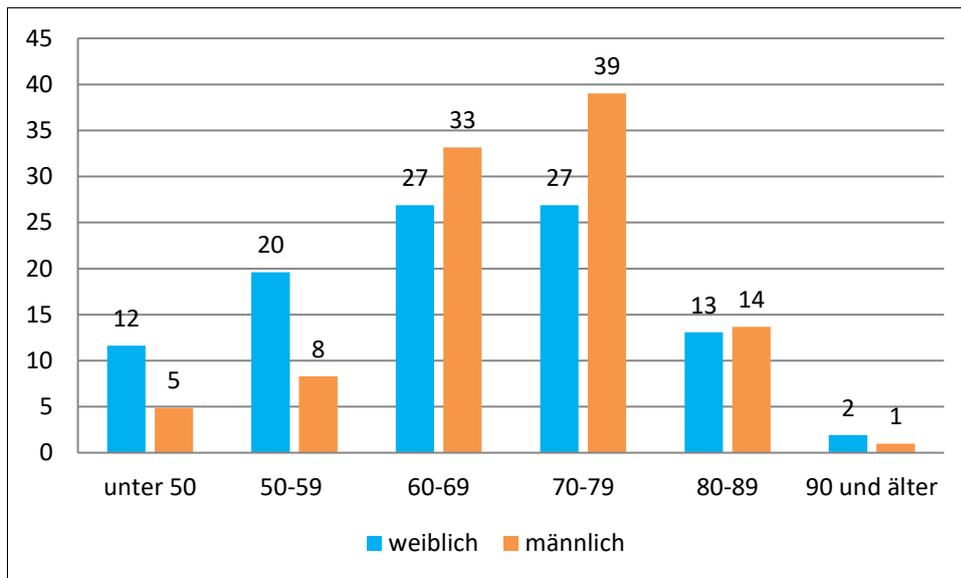
Geschlecht und Alter

Insgesamt beteiligten sich 417 Frauen und 205 Männer mit als gültig bewerteten Aussagen an der Befragung. Somit lag der prozentuale Anteil der Frauen mit 66,8% deutlich höher als der prozentuale Anteil der Männer, die mit 32,9% in die Stichprobe mit einfließen. Lediglich bei zwei Personen (0,3%) lagen keine Angaben hinsichtlich des Geschlechts vor.

Jeweils 111 aller befragten Frauen (26,6%) gaben an, 60 bis 69 Jahre bzw. 70 bis 79 Jahre alt zu sein. Insgesamt waren somit mehr als die Hälfte (53,2%) aller teilnehmenden Frauen im Alter zwischen 60 und 79 Jahren. Rund ein Drittel (30,9%) aller Frauen war jünger als 60 Jahre. 81 Frauen (19,4%) ordneten sich in die Kategorie „50-59 Jahre“ ein, 48 Befragte (11,5%) gaben an, unter 50 zu sein. Insgesamt 62 Frauen (14,8) waren älter als 80. Sie setzten sich aus 54 Befragten (12,9%) in der Altersklasse „80-89 Jahre“ und 8 Befragten (1,9%) der Altersklasse „90 Jahre und älter“ zusammen.

Die Altersverteilung der männlichen Befragten war weniger divers. 148 (72,2%) der 205 männlichen Befragten gaben an, zwischen 60 und 79 Jahren alt zu sein, wobei 68 Befragte (33,2%) der Kategorie „60-69 Jahre“ und 80 Personen (39%) der Kategorie „70-79 Jahre“ angehörten. 28 Männer (13,7%) waren zwischen 80 und 89 Jahre alt, und nur zwei (1%) waren älter als 89 Jahre. Nur 17 Personen (8,3%) gehörten der Altersgruppe „50-59 Jahre“ an, und 10 Befragte (4,9%) waren jünger als 50. Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nach den Merkmalen „Alter“ und „Geschlecht“.

Abbildung 1: Alter der Befragten nach Geschlecht (in Prozent, gerundet)



Die Überrepräsentation der Frauen unter den Befragten trat in den Gruppen der Jüngeren (unter 60 Jahren) besonders zutage. In den Altersgruppen ab 60 Jahren waren die Anteile der Männer in der Stichprobe höher.

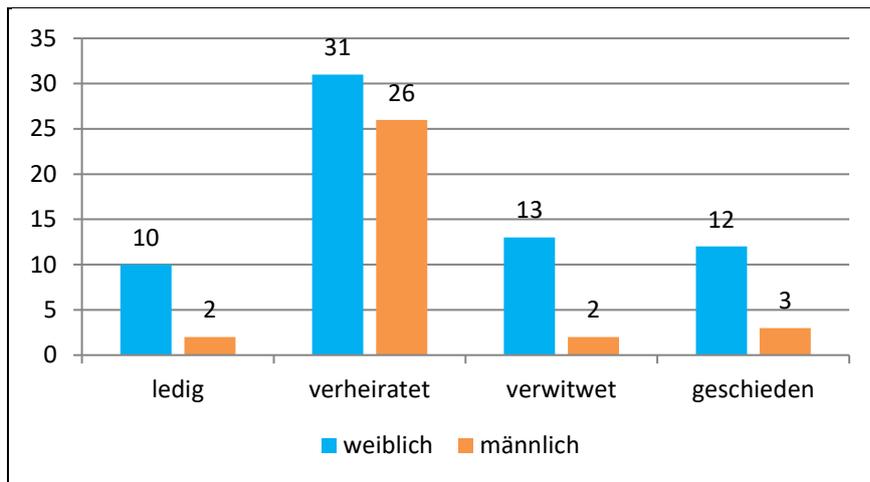
Auf weitere Ausdifferenzierungen für die Gruppe der 90-Jährigen und Älteren wird im Folgenden verzichtet, da diese mit 10 Personen zu gering in der Stichprobe vertreten ist.

Familienstand und Partnerschaft

353 von 619 Personen (57%) antworteten auf die Frage „Welchen Familienstand haben Sie?“ mit „verheiratet“. Etwa jeder 6. Befragungsteilnehmer gab an, entweder verwitwet (15,5%) oder geschieden (14,2%) zu sein. 71 der 619 Teilnehmenden (11,5%) waren ledig. 11 Personen (1,8%) rechneten sich der Kategorie „Sonstiges“ zu; sie verwiesen in diesem Kontext meist darauf, offiziell verheiratet zu sein, jedoch getrennt von dem Ehepartner bzw. der Ehepartnerin zu leben.

Abbildung 2 zeigt die geschlechtliche Differenzierung des Familienstands mit teilweise erheblichen Unterschieden.

Abbildung 2: Familienstand der Befragten nach Geschlecht (in Prozent, gerundet)



Eine überragende Mehrheit der männlichen Befragten (79,4%) gab an, verheiratet zu sein. Demgegenüber stellte sich die Verteilungsstruktur der weiblichen Befragten als heterogener dar, wenngleich auch hier der größte Anteil (45,9%) der Kategorie der Verheirateten zugeordnet ist. Jeweils rund fünf Prozent (10 Personen) aller männlichen Teilnehmer waren verwitwet oder ledig. Insgesamt 16 Männer (7,8%) gaben an, geschieden zu sein. Die Kategorie „verwitwet“ stellt innerhalb der weiblichen Teilgruppe mit 86 Nennungen (20,8%) die zweithäufigste Kategorie dar. Weiterhin waren 72 der befragten Frauen (17,4%) geschieden, während sich 61 Frauen (14,7%) der Kategorie „ledig“ zuordneten.

Aus den Verteilungen in den Abbildung 3 und Abbildung 4 wird ersichtlich, dass die Wahrscheinlichkeit einer Verwitwung bei Frauen weitaus größer ist als bei Männern. Dagegen sind Männer mit großer Wahrscheinlichkeit bis ins hohe Alter verheiratet.

Abbildung 3: Familienstand der befragten Frauen nach Alter (in Prozent, gerundet)

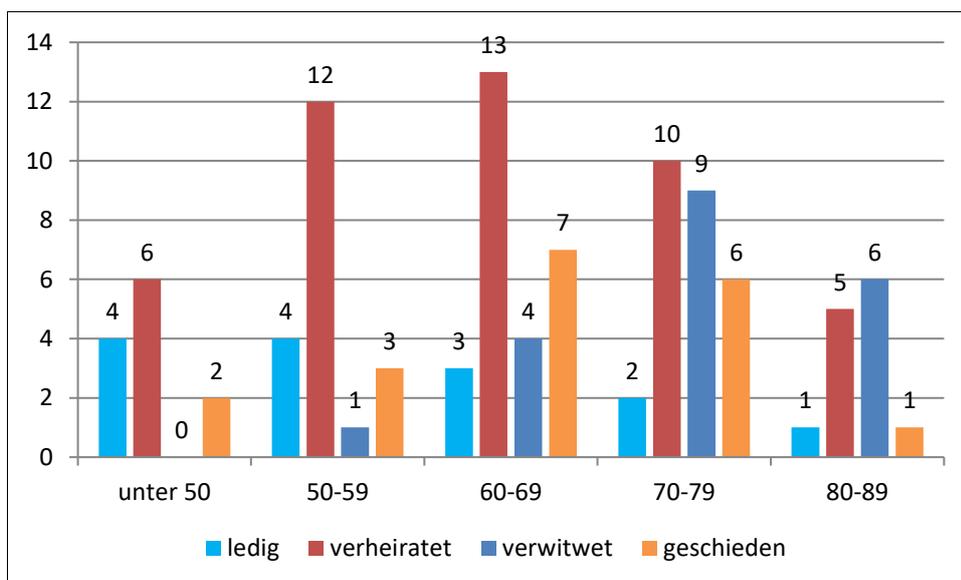
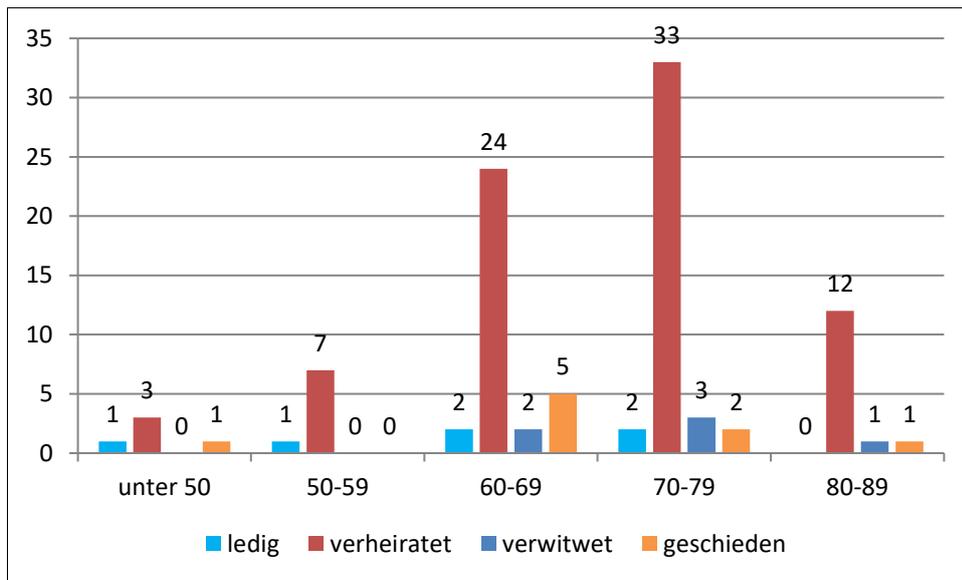


Abbildung 4: Familienstand der befragten Männer nach Alter (in Prozent, gerundet)



Der Familienstand ist lediglich ein Indiz für das Leben innerhalb oder außerhalb einer Partnerschaft; auch unverheiratete Menschen können mit einem festen Partner zusammenleben, während Verheiratete nach ihrer inoffiziellen Trennung alleinstehend sein können. Um über den Familienstand hinaus die Situation der Befragten einschätzen zu können, wurde die Frage „Leben sie in einer festen Partnerschaft?“ gestellt.

Insgesamt 346 von insgesamt 541 Personen (64,0%) bejahten diese Frage, 195 Personen (36,0%) verneinten sie. Damit übersteigt der Anteil der Befragten, die in einer festen Partnerschaft leben, deutlich den Anteil von 57%, die angegeben hatten, verheiratet zu sein.

Durch eine geschlechtliche Differenzierung wird zudem ersichtlich, dass 87,3% aller männlichen Befragten in einer festen Partnerschaft leben, während dies nur für 53,5% der Teilnehmerinnen zutrifft. Unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Befragten ergibt sich, dass Frauen mit steigendem Alter die Frage nach einer festen Partnerschaft zunehmend verneinen, während Männer meist weiterhin in einer Partnerschaft leben.

Sowohl hinsichtlich des Familienstands als auch der festen Partnerschaft kann die ungleiche Verteilung zwischen Männern und Frauen einerseits dadurch erklärt werden, dass Frauen eine höhere durchschnittliche Lebenserwartung aufweisen. Andererseits bestehen spezifische Altersunterschiede in Partnerschaften. In Ehen und festen Partnerschaften in der Bundesrepublik Deutschland sind die Frauen im Durchschnitt jünger als ihre männlichen Partner bzw. Ehemänner (vgl. Statistisches Bundesamt 2012).

Geburtsland

Die überwiegende Mehrheit, nämlich rund 95% aller Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nannte auf die Frage „In welchem Land sind Sie geboren?“ Deutschland. 4,5% wurden in einem anderen europäischen Land und 0,5% in einem Land außerhalb Europas geboren.

Etwas mehr Frauen (5,4%) stammen gegenüber Männern (2%) nicht aus Deutschland, sondern aus einem anderen europäischen Land. Insgesamt zeigt aber die geschlechtliche Differenzierung der Stichprobe eine insgesamt homogene Struktur.

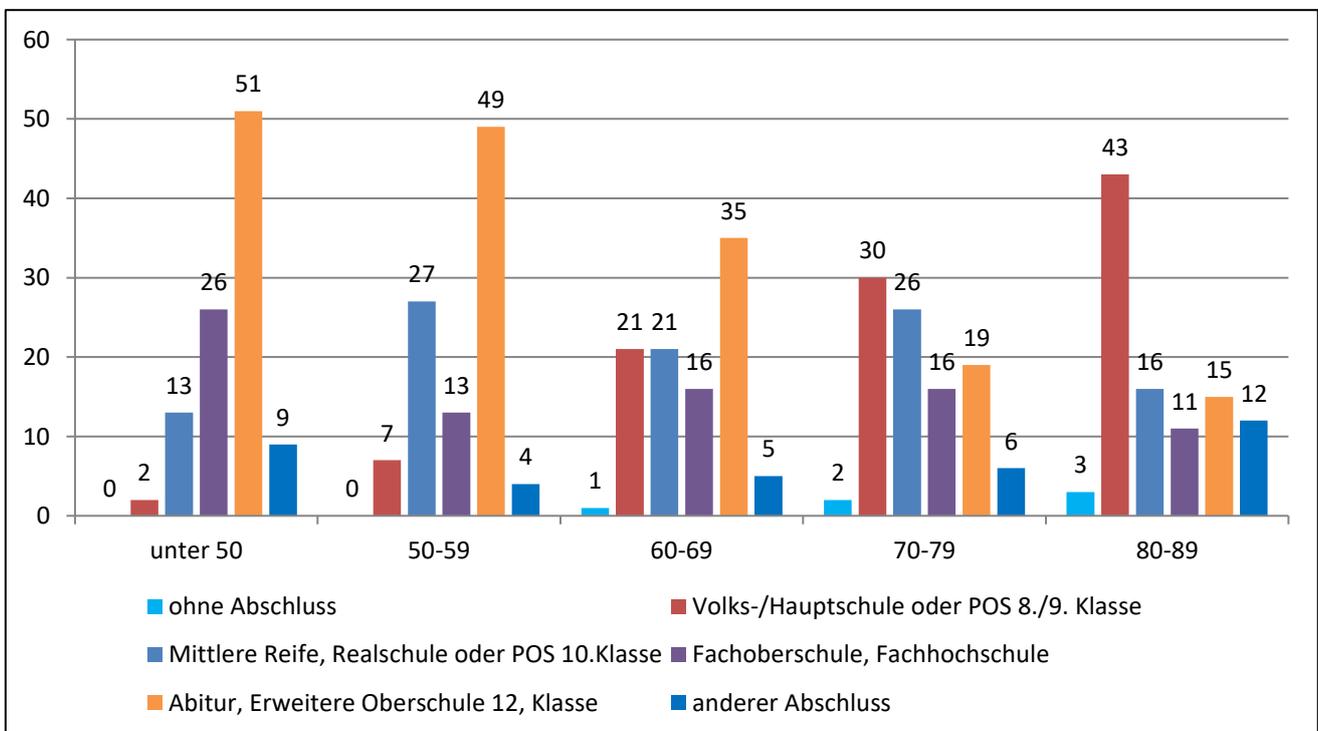
Schulabschluss

Auf die Frage nach dem höchsten Schulabschluss gaben 182 der 589 Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer (rund 31%) an, Abitur oder die erweiterte Oberschule nach Beendigung der 12. Klasse abgeschlossen zu haben. 183 Befragte (23,4%) nannten einen Volks-

oder Hauptschulabschluss oder einen Abschluss an einer polytechnischen Oberschule nach der 8. oder 9. Klasse. Beinahe ebenso groß war mit 131 Nennungen (22,2%), der Anteil an Personen, die mittlere Reife, einen Realschulabschluss bzw. einen Abschluss an einer polytechnischen Oberschule mit Abschluss der 10. Klasse haben. Weiterhin besaßen innerhalb der Stichprobe 92 Personen (15,6%) eine Fachhochschulreife, einen Fachoberschulabschluss oder einen vergleichbaren Abschluss. Zudem gaben 39 Personen (6,6%) einen anderen Schulabschluss an, darunter zum Beispiel der Abschluss an einer Handelsschule.

Eine Untergliederung der jeweiligen Schulabschlüsse für Männer und Frauen zeigt, dass sich die Teilgruppenstruktur von Gesamtverteilung innerhalb Stichprobe nur marginal unterscheidet. Hinsichtlich der Altersstruktur konnten indes, wie in den Abbildung 5 veranschaulicht, spezifische Tendenzen identifiziert werden.

Abbildung 5: Schulabschluss der Befragten nach Alter (in Prozent, gerundet)



Die Anteile der Befragten mit Fachhochschul- oder Hochschulreife sinken mit steigendem Alter. Gleichzeitig steigt mit zunehmendem Alter der Anteil an Personen, die einen Hauptschul- oder vergleichbaren Abschluss besitzen. Da das gesamtdeutsche Bildungsniveau, gemessen an den höchsten erreichten Schul- oder Bildungsabschlüssen, in den letzten Jahrzehnten insgesamt gestiegen ist, lässt sich in der deutschen Bevölkerung ein deutlicher Kohorteneffekt beobachten: je jünger die Menschen, desto höher der erreichte Schulabschluss. Dieser Effekt spiegelte sich auch in der Gruppe der Befragten wieder.

Im Vergleich mit der gesamtdeutschen Bevölkerung ist indes festzustellen, dass die an der Befragung teilnehmenden Personen über eine überdurchschnittliche hohe Bildung verfügten. Der Anteil derjenigen mit Fachhochschul- oder Hochschulreife li in der Stichprobe bei 46,5%, während ihr Anteil in der Gesamtbevölkerung im Jahr 2014 bei nur 31,1% lag. Ältere Menschen im Allgemeinen und ältere Frauen im Besonderen weisen sogar noch weit niedrigere Werte auf.⁶

Beruflicher Status

Auf die Frage „In welcher beruflichen Situation sind Sie?“ waren Mehrfachantworten möglich. 347 von 573 Personen (60,6%) gaben an, in Rente oder Pension zu sein. Mit 169 Personen gingen rund ein Drittel aller befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Erwerbstätigkeit nach. Diese beiden Antwortkategorien fanden bei über 90% der Befragten. Als Hausfrau oder Hausmann ohne weiteren beruflichen Status bezeichneten sich 9 Befragte (1,6%); Arbeitslosigkeit als beruflicher Status traf für 4 Personen (0,7%) zu. Sowohl „Rente bzw. Pension“ als auch „Erwerbstätigkeit“ nannten 16 Befragte (2,8%). Darüber hinaus kam es innerhalb der Stichprobe zu weiteren Kombinationen hinsichtlich der beruflichen Situation, etwa „erwerbstätig“ und „Hausfrau bzw. Hausmann“ oder „erwerbstätig“ und „arbeitslos“ (Tabelle 3).

⁶ Anteile der Schulabschlüsse Fachhochschul- und Hochschulreife in der deutschen Gesamtbevölkerung im Jahr 2014 nach Altersgruppen: 45-55 Jahre: 31,1 %, 55-65 Jahre: 25,6 %, 65 Jahre und mehr: 15,7%; bei Frauen im Jahr 2014 nach Altersgruppen: 45-55 Jahre: 29,6, 55-65 Jahre: 22,1, 65 Jahre und mehr: 10,2 (Statistisches Bundesamt 2015)

Tabelle 3: Berufliche Situation

Berufliche Situation	Häufigkeit	Gültige Prozent	Kumulative Prozente
Rente/Pension	347	60,6	60,6
Erwerbstätig	169	29,5	90,1
Rente/Pension + Hausfrau/Hausmann	19	3,3	93,4
Erwerbstätig + Rente/Pension	16	2,8	96,2
Hausfrau/Hausmann	9	1,6	97,7
Erwerbstätig + Hausfrau/Hausmann	6	1,0	98,8
Arbeitslos	4	0,7	99,5
Erwerbstätig + Rente/Pension + Hausfrau/Hausmann	2	0,3	99,8
Erwerbstätig + Arbeitslos	1	0,2	100,0
Gesamtsumme	573	100,0	

Da die Anzahl der Mehrfachnennungen nur eine geringe Ausprägung aufweisen, wird in den folgenden Abschnitten lediglich nach den Nennungen „Rente bzw. Pension“ und „Erwerbstätigkeit“ unterschieden. Aufgrund ihrer geringen Fallzahl und der damit einhergehenden Interpretationsungenauigkeiten bleiben auch die Kategorien „Hausfrau/Hausmann“ sowie „arbeitslos“ unberücksichtigt. Dies trägt darüber hinaus der Tatsache Rechnung, dass sich von den 36 Hausfrauen und -männern 19 Befragte zusätzlich als Rentnerinnen und Rentner einordneten.

Abbildung 6: Beruflicher Status der befragten Frauen nach Alter (in Prozent, gerundet)

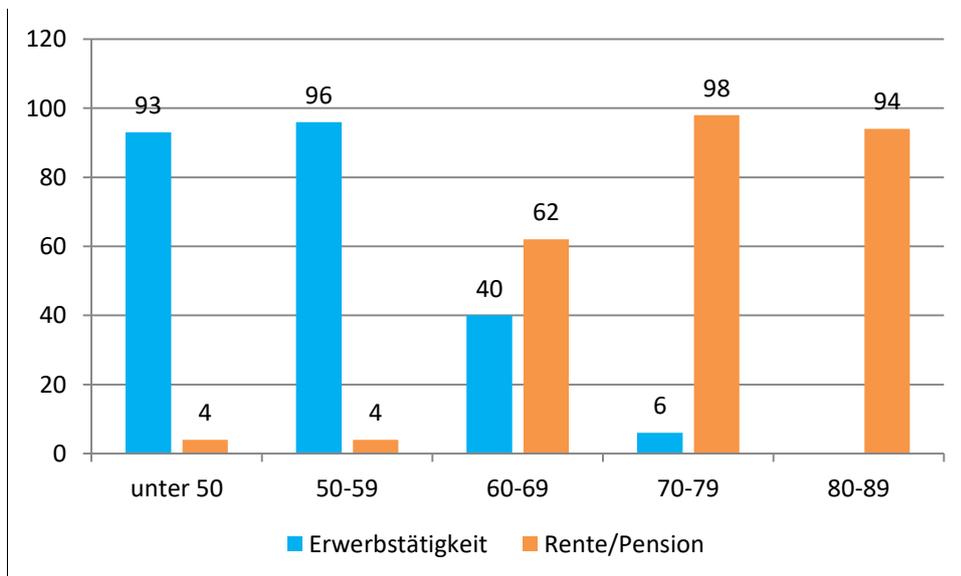


Abbildung 6 und Abbildung 7 zeigen die Verteilung der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nach den Merkmalen „Alter“ und „Geschlecht“ hinsichtlich ihres beruflichen Status „Erwerbstätigkeit“ und „Rente/Pension“.

Abbildung 6: Beruflicher Status der befragten Frauen nach Alter (in Prozent, gerundet)

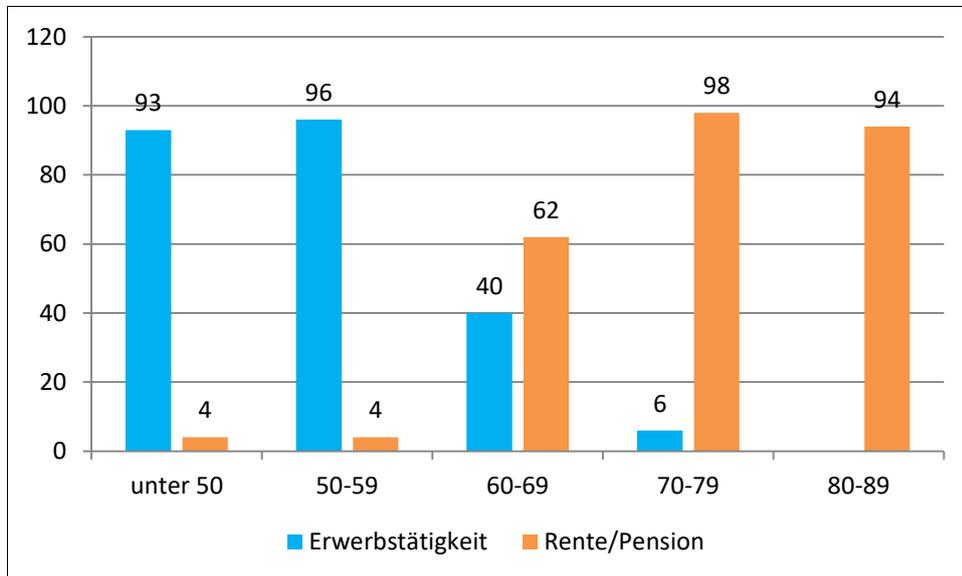
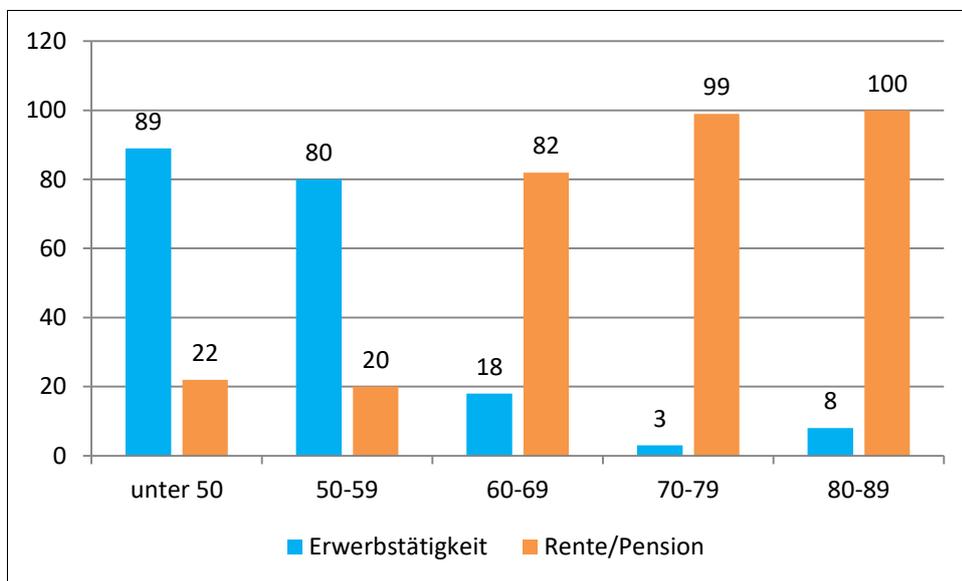


Abbildung 7: Beruflicher Status der befragten Männer nach Alter (in Prozent, gerundet)



Rund jeder fünfte männliche Befragte war innerhalb der Stichprobe bereits im Alter von unter 60 Jahren verrentet oder pensioniert; dies trifft für die gleichaltrigen Befragungsteilnehmerinnen nur selten zu. Die stärkere Ausprägung der Erwerbstätigkeit bei den Frauen setzte sich auch in höheren Altersgruppen, auch neben der Rente, fort. Auffällig ist jedoch der vergleichsweise hohe Anteil von 8,3% in der Gruppe der männlichen Befragungsteilnehmer zwischen 80 und 89 Jahren, die angaben, nach wie vor erwerbstätig zu sein.

3.2.2 Gesundheitszustand der Befragungsteilnehmer

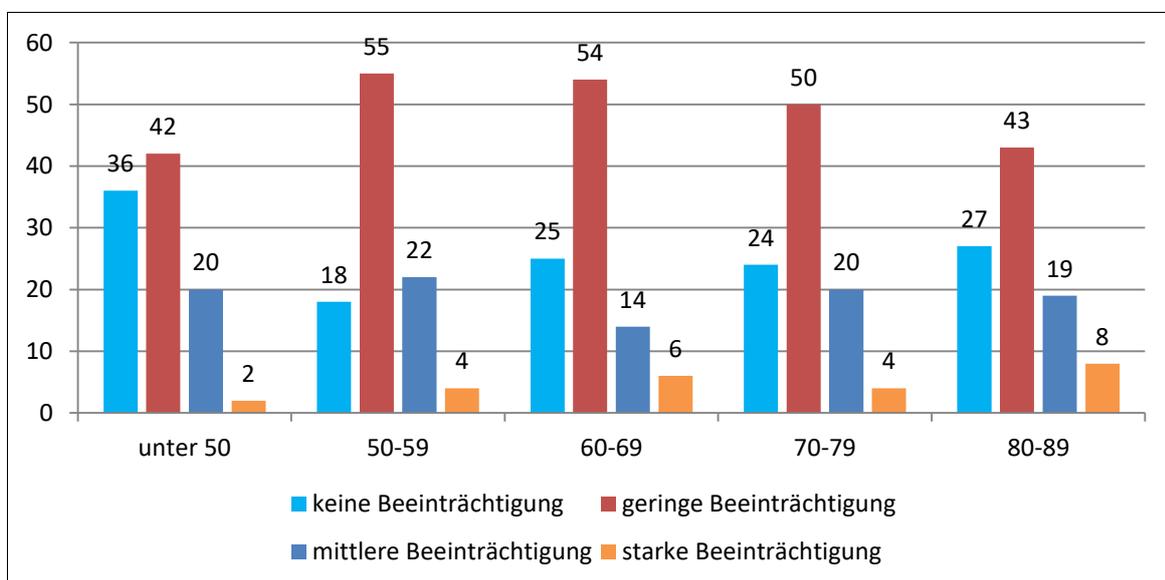
Sinnes- und Mobilitätsbeeinträchtigungen

Um Informationen zum Gesundheitszustand der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer zu erhalten, wurden sie zunächst gebeten anzugeben, in welchem Maße sie von Sinnes- und Mobilitätsbeeinträchtigungen in den Bereichen Sehen, Hören, Schmecken, Riechen, Tasten, Kauen, Schlucken, Gehen und andere Bewegungsabläufe - betroffen sind. Diese Frage wurde von 592 der Befragten unter 90 Jahren beantwortet, so dass in diesem Kontext ein differenziertes Bild der unterschiedlichen Einschränkungsformen vorliegt.

Von den Befragten gaben 147 (24,8%) Personen an, keine Sehbeeinträchtigung zu haben. Mit 296, genau die Hälfte aller Nennungen, fiel auf die Kategorie „geringe Beeinträchtigung“. 108 Personen (18,2%) wiesen eine mittlere Sehbeeinträchtigung auf. Lediglich ca. 5% aller Befragten — 5 Nennungen — gaben eine starke Beeinträchtigung an. Da eine Untergliederung nach Geschlecht im Kontext der visuellen Beeinträchtigung keine gravierenden Unterschiede erkennen ließ, wurde auf eine entsprechende Differenzierung in den weiteren Analysen verzichtet.

Abbildung 8 illustriert, dass jedoch hinsichtlich der prozentualen Verteilungsstruktur nach Alter deutliche Unterschiede auszumachen sind.

Abbildung 8: Visuelle Beeinträchtigung nach Alter (in Prozent, gerundet)

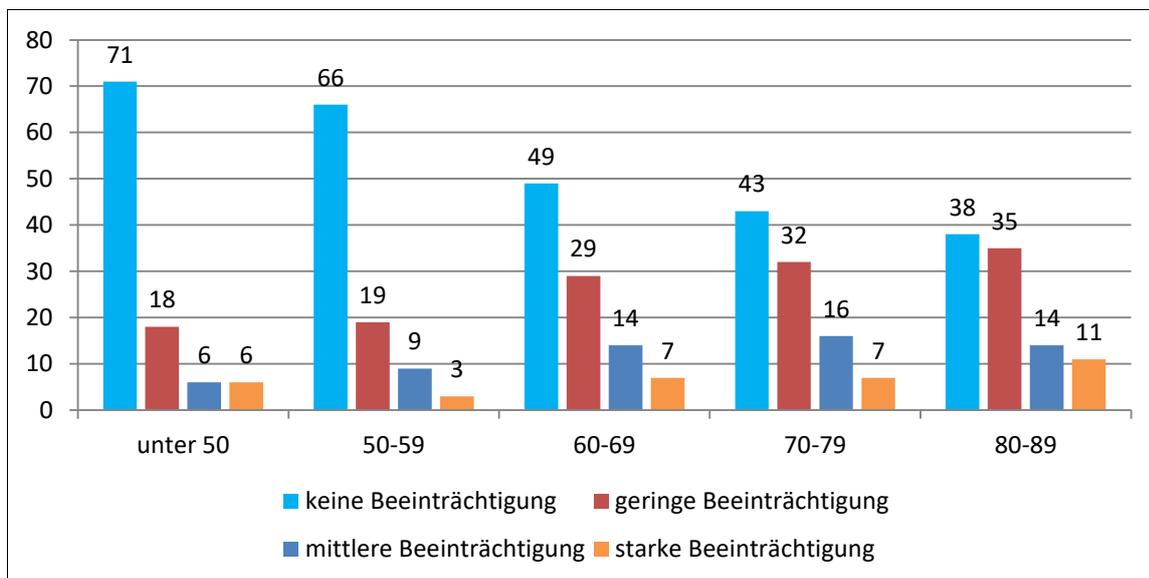


Altersbedingte visuelle Beeinträchtigungen nehmen im Alter von 50 und mehr Jahren zu und verstärken sich mit zunehmendem Alter. Während der Anteil der stark visuell Beeinträchtigten in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen nur bei 4,1% lag, betrug er bei den 80- bis 89-Jährigen bereits knapp 8%.

298 Befragte, mit 50,3% etwa die Hälfte aller befragten Personen, gaben an, über keine Beeinträchtigung des Hörvermögens zu verfügen. Auf die Kategorie „geringe Beeinträchtigung“ fiel in diesem Zusammenhang — mit 166 Personen (28,0%) — etwas mehr als ein Viertel aller Nennungen. 76 Personen (12,8%) verwiesen auf eine mittlere Beeinträchtigung. Lediglich 40 der befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer (6,8%) litten unter einer starken Beeinträchtigung des Hörvermögens. Auch hier führte die geschlechtliche Differenzierung zu keinen signifikanten Unterschieden zwischen Männern und Frauen.

Abbildung 9 zeigt die akustischen Beeinträchtigungen unter Berücksichtigung der Alterskategorien.

Abbildung 9: Akustische Beeinträchtigungen nach Alter (in Prozent, gerundet)



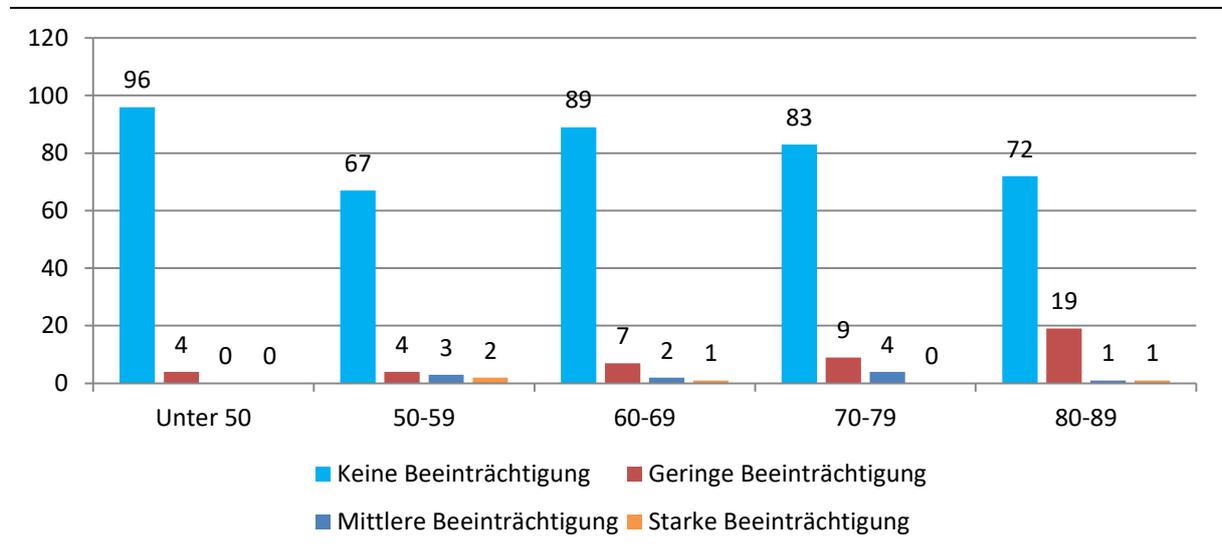
Wie visuelle Beeinträchtigungen nahmen auch akustische Beeinträchtigungen mit zunehmendem Alter zu. Ohne Einschränkungen sind noch zwei Drittel der 50- bis 59-Jährigen, aber nur 38% der 80- bis 89-Jährigen. Der Anteil der stark Beeinträchtigten erhöht sich im Gegenzug zwischen diesen Altersgruppen von 3% auf 11%. Demgegenüber sind die Anstiege in den Gruppen der gering oder mittel Beeinträchtigten vergleichsweise moderat. Durch eine geschlechtliche Differenzierung konnten wiederum keine signifikanten Unterschiede zwischen den männlichen und weiblichen Befragten festgestellt werden.

504 Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer (85,1%) gaben an, im Schmecken nicht beeinträchtigt zu sein. 49 Nennungen (8,3%) in diesem Kontext fielen auf die Kategorie „geringe Beeinträchtigungen“. Auf die Kategorien „mittlere Beeinträchtigungen“ und „starke Beeinträchtigungen“ entfielen zusammen 20 Nennungen (3,3%).⁷

⁷ 15 Personen (2,5%) verwiesen darauf, unter einer mittleren Beeinträchtigung zu leiden, und 5 Befragungsteilnehmerinnen bzw. -teilnehmer (0,8%) ordneten sich der Kategorie „starke Beeinträchtigung“ zu.

Abbildung 10 zeigt die gustatorische Beeinträchtigungen unter Berücksichtigung der Alterskategorien; geschlechtsspezifische Unterschiede ließen sich nicht identifizieren.

Abbildung 10: Gustatorische Beeinträchtigungen nach Alter (in Prozent, gerundet)

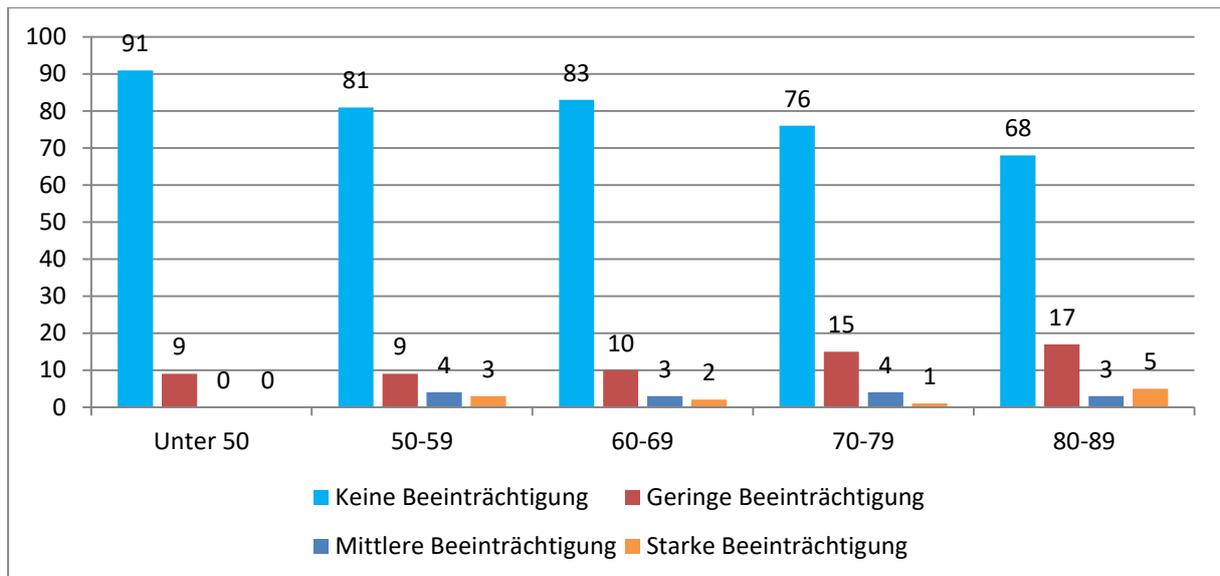


In Übereinstimmung mit den visuellen und akustischen Beeinträchtigungen nahmen die gustatorischen Beeinträchtigungen innerhalb der Stichprobe mit fortschreitendem Alter zu. Insbesondere geringe Beeinträchtigungen wurden mit zunehmendem Alter zahlreicher. Innerhalb der Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen gab rund ein Fünftel der Befragten (19%) an, eine geringe Beeinträchtigung des Geschmacksinns zu besitzen.

471 Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer (79,6%) bezeichneten ihren Geruchssinn als nicht beeinträchtigt. Mit 71 Nennungen (12,0%) wurde die Kategorie „geringe Beeinträchtigung“ am zweithäufigsten gewählt. 20 Personen (3,4%) beantworteten die Frage mit der Auswahl der Kategorie „mittlere Beeinträchtigung“, und 11 der befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer (1,9%) verwiesen darauf, unter einer „starken Beeinträchtigung“ zu leiden. Auch innerhalb dieser Antwortkategorie konnten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede festgestellt werden.

Abbildung 11 stellt die olfaktorischen Beeinträchtigungen unter Berücksichtigung der Alterskategorien dar.

Abbildung 11: Olfaktorische Beeinträchtigungen nach Alter (in Prozent, gerundet)

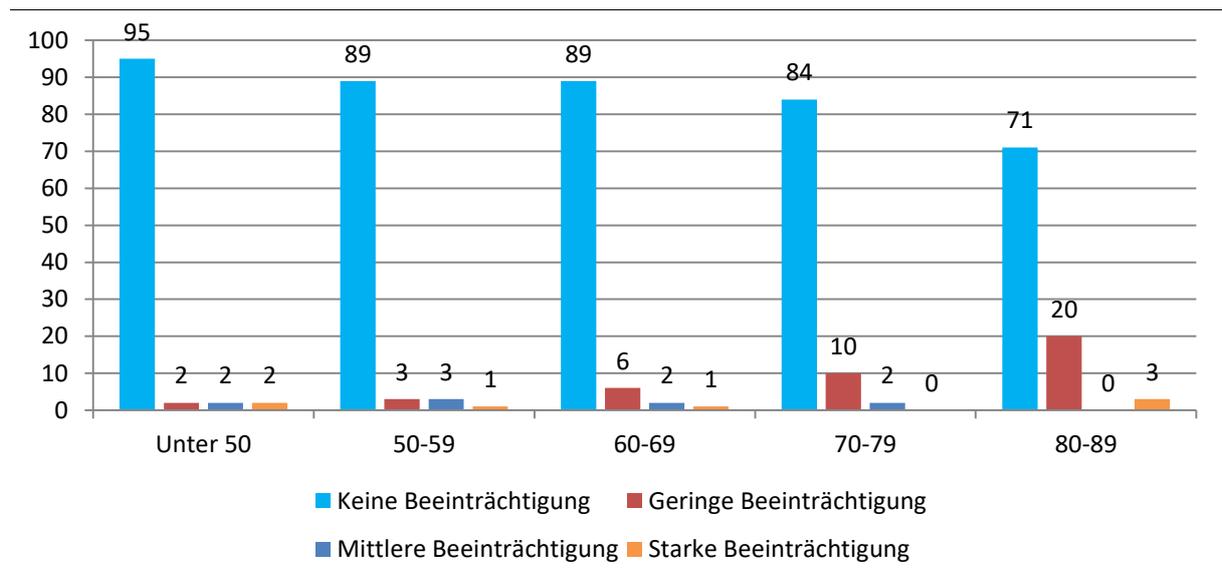


Auch die olfaktorische Beeinträchtigung nimmt mit zunehmendem Alter stetig zu. Diese Tendenz spiegelt sich vor allem innerhalb der Kategorie „geringe Beeinträchtigung“ wider. Der prozentuale Anteil dieser Nennungen erfährt eine systematische Steigerung und ist schließlich in den Gruppen der 70- bis 79-Jährigen (15%) und 80- bis 89-Jährigen (17%) am stärksten ausgeprägt.

Mit 507 Nennungen (85,6%) verwies eine deutliche Mehrheit aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer darauf, keine Beeinträchtigungen ihres Tastsinns zu haben. 48 Befragte (81,1%) gaben an, gering beeinträchtigt zu sein. Auf die Kategorie „mittlere Beeinträchtigung“ entfielen 10 Nennungen (1,7%). Starke Beeinträchtigungen wurden von 5 Personen (0,8%) genannt. Wieder gab es keine Unterschiede hinsichtlich der Verteilungsstruktur nach Geschlecht.

Die Beeinträchtigungsverteilung der haptischen Wahrnehmung unter Berücksichtigung der Altersstruktur wird in Abbildung 12 visualisiert.

Abbildung 12: Beeinträchtigung der haptischen Wahrnehmung nach Alter (in Prozent, gerundet)

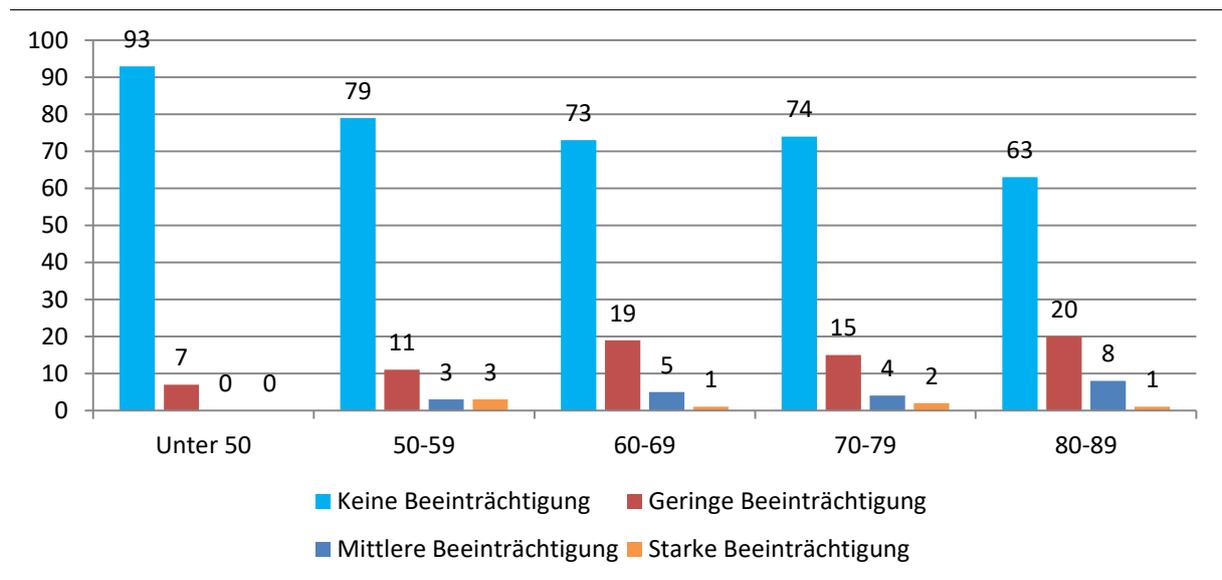


Wie auch bei den anderen Sinnesbeeinträchtigungen ist vor allem innerhalb der Kategorie „geringe Beeinträchtigung“ ein kontinuierlicher Anstieg mit zunehmendem Alter zu beobachten. Auffällig in diesem Kontext ist vor allem die Steigungskurve zwischen den Altersgruppen der 70- bis 79- und 80- bis 89-Jährigen.

Eine Beeinträchtigung des Kauens wurde von 442 Personen (74,7%) verneint. 93 der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer (15,7%) gaben eine geringe Beeinträchtigung an. Jeweils 24 (4,1%) bzw. 10 (1,7%) Nennungen fielen auf die Kategorie „mittlere Beeinträchtigung“ bzw. „starke Beeinträchtigung“. Keine signifikanten Unterschiede in den Ausprägungen konnten für Männer und Frauen identifiziert werden.

Abbildung 13 illustriert die prozentuale Verteilungsstruktur nach Alter hinsichtlich einer Beeinträchtigung der Mastikationsfähigkeit.

Abbildung 13: Beeinträchtigung der Mastikation nach Alter (in Prozent, gerundet)

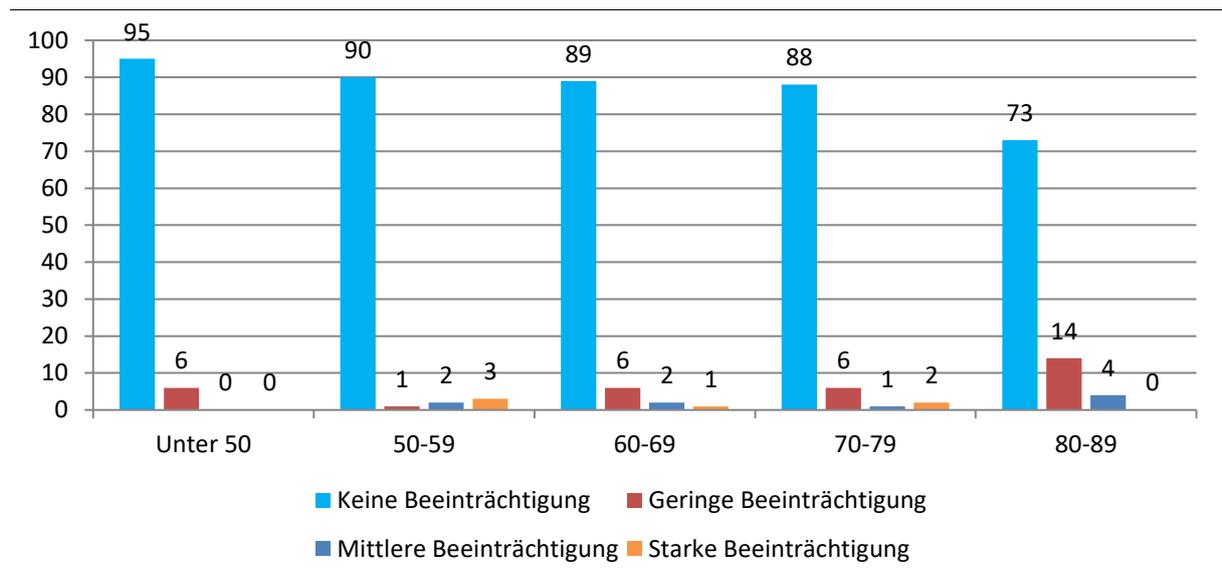


Insgesamt ließ sich mit zunehmendem Alter eine abnehmende Tendenz bezüglich der Kaufähigkeit identifizieren. In der Altersgruppe der unter 50-Jährigen bezeichneten sich nur rund 7% der befragten Personen hinsichtlich der Kaufähigkeit als gering beeinträchtigt. Rund ein Fünftel aller Befragungsteilnehmerinnen bzw. -teilnehmer in den Altersgruppen 60-69 Jahre und 80-89 Jahre verwies in diesem Kontext auf eine geringe Beeinträchtigung beim Kauen. In den Gruppen der 50- bis 59- und 70-79-Jährigen entfielen rund 11% bzw. 15% aller Nennungen auf diese Kategorie.

Mit 515 Nennungen (87%) bezeichnete sich auch die große Mehrheit der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer als nicht beeinträchtigt beim Schlucken. 37 Befragte (6,3%) hatten eine geringe Beeinträchtigung, 11 Personen (1,9%) waren mittelstark beeinträchtigt und 7 Personen (1,2%) gaben eine starke Beeinträchtigung an. Wieder ergaben sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Abbildung 14 zeigt die Beeinträchtigungen des Schluckens unter Berücksichtigung der gegebenen Alterskategorien.

Abbildung 14: Beeinträchtigung des Schluckens nach Alter (in Prozent, gerundet)

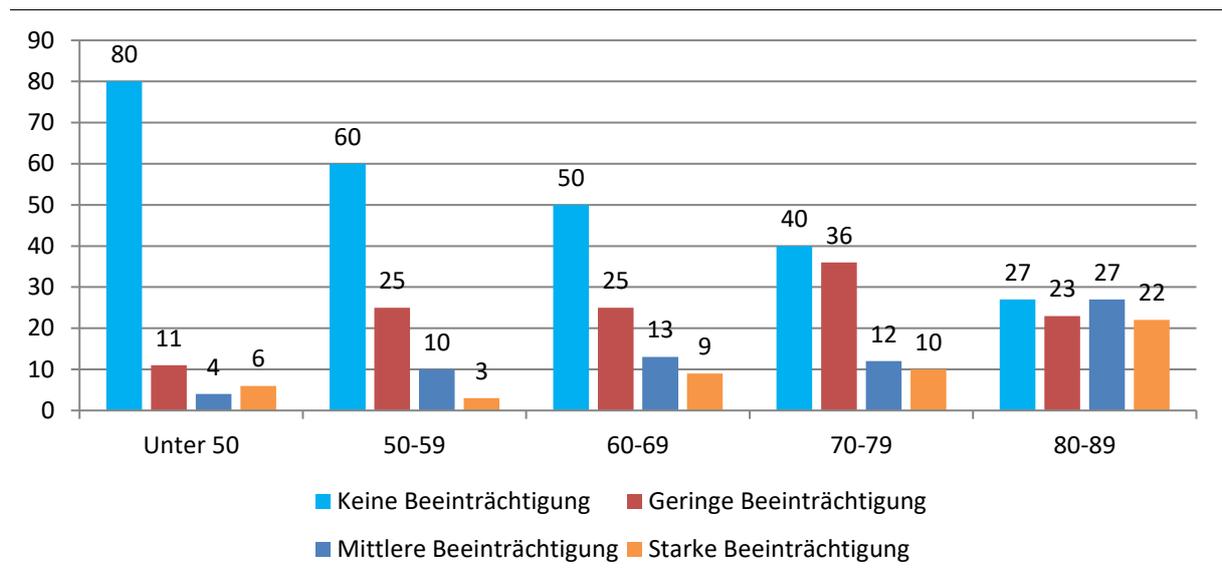


Die Ergebnisse zeigen, dass mit zunehmendem Alter eine Verschlechterung hinsichtlich der Schluckfähigkeit einhergeht, obwohl diese Tendenz nicht so ausgeprägt scheint wie für andere Beeinträchtigungen. 9% aller 60-69-Jährigen sowie der 70-79-Jährigen litten unter Beeinträchtigungen beim Schlucken, wobei die Kategorie „geringe Beeinträchtigung“ jeweils 6% aller Nennungen erhielt. In der Altersgruppe der 80-89-Jährigen verwiesen insgesamt 18% aller befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer darauf, eine geringe (14%) oder mittlere Beeinträchtigung (4%) der Schluckfähigkeit zu haben; damit nannte diese Altersgruppe diese Beeinträchtigung am häufigsten.

285 Personen, und damit rund die Hälfte aller Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer (48,1%), bezeichnete sich beim Gehen als nicht beeinträchtigt. Mit 159 Nennungen (26,9%) wies ein weiteres Viertel der Befragten eine geringe Beeinträchtigung hinsichtlich des Gehens auf. Zudem ordneten sich 78 Personen (13,2%) der Kategorie „mittlere Beeinträchtigung“ und weitere 58 Personen (9,8%) der Kategorie „starke Beeinträchtigung“ zu. In der Stichprobe konnten nur marginale Unterschiede zwischen Männern und Frauen identifiziert werden, die eine geschlechtliche Spezifikation hinsichtlich der Altersstruktur verzichtbar erscheinen ließen.

Abbildung 15 veranschaulicht die Beeinträchtigungsverteilung des Gehens unter Berücksichtigung der Altersstruktur.

Abbildung 15: Beeinträchtigung des Gehens nach Alter (in Prozent, gerundet)



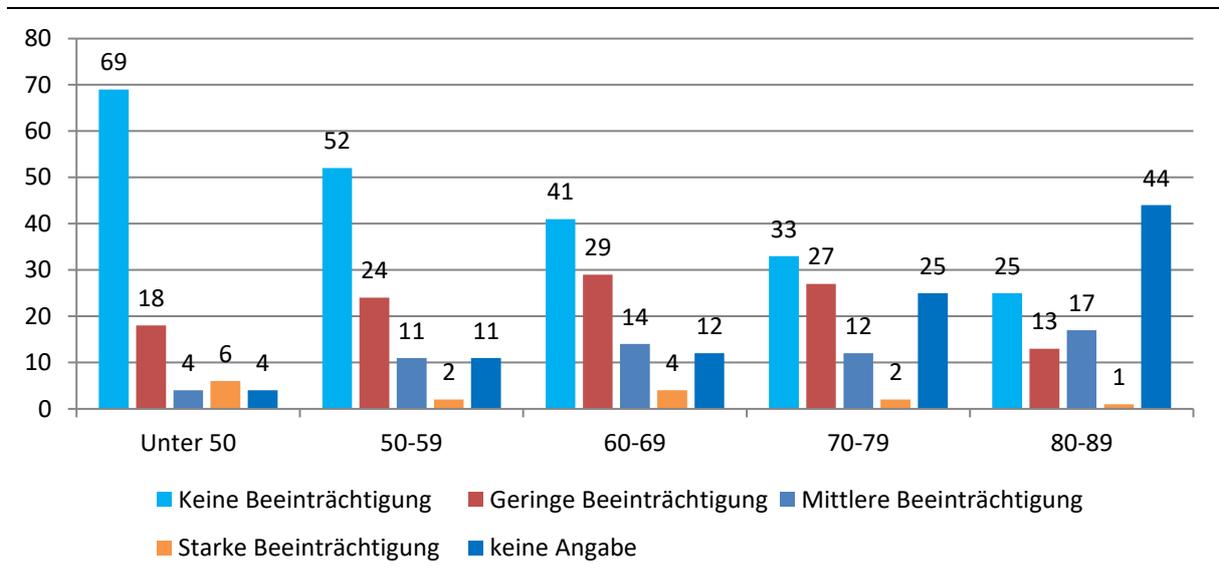
Wie bei den vorangegangenen Aspekten nahmen auch die Beeinträchtigungen des Gehens mit zunehmendem Alter zu, wobei die hier vorliegende Tendenz weitaus deutlicher ausgeprägt ist. Während in der Altersgruppe der unter 50-Jährigen noch rund 80% der Befragten keine Beeinträchtigungen beim Gehen aufweisen, wurde diese Antwortkategorie in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen nur noch von rund 60% gewählt. In der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen verneinte etwa die Hälfte die Frage. In der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen kehrte sich die Verteilung schließlich um. Hier verwiesen nun nur noch rund 40% der Befragten darauf, keine Gehprobleme zu haben; bei den 80- bis 89-Jährigen war dieser Anteil schließlich auf 27% gesunken.

Der Anteil der Befragten mit einer geringen Beeinträchtigung“ nahm zwischen den Altersgruppen der unter 50-Jährigen und der 50- bis 59-Jährigen zunächst um 14% zu, blieb innerhalb der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen mit 25% zunächst konstant, stieg jedoch in der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen wiederum um 11% auf 36% an. In der Gruppe der 80- bis 89-Jährigen sank der Anteil der Nennungen zu geringen Beeinträchtigungen im Gehen auf 23% ab, während im Gegenzug mittlere und starke Beeinträchtigungen deutlich zunahmen.

Mit 350 Nennungen gaben rund 40% aller Befragten keine Beeinträchtigungen bei anderen Bewegungsabläufen an. Der Kategorie „geringe Beeinträchtigungen“ ordneten sich in diesem Zusammenhang 144 Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer (24,3%) zu. 74 Personen (12,5%) wählten die Antwortkategorie „mittlere Beeinträchtigungen“, weitere 12 Personen (2,9%) bezeichneten sich als stark beeinträchtigt. Auffällig in diesem Kontext ist, dass die Kategorie „keine Angabe“ von 115 Personen, und somit rund einem Fünftel aller Befragten (19,4%), ausgewählt wurde. Wiederum zeigte eine geschlechtliche Differenzierung keine signifikanten Unterschiede.

Abbildung 16 verdeutlicht die Beeinträchtigungen bei anderen Bewegungsabläufen nach Alter.

Abbildung 16: Beeinträchtigung hinsichtlich des Aspekts „andere Bewegungsabläufe“ nach Alter (in Prozent, gerundet)



Auch hinsichtlich dieses Aspekts ließ sich eine altersbedingte Zunahme von Beeinträchtigungen feststellen. Wiesen innerhalb der Gruppe der unter 50-Jährigen noch rund 70% motorischen Beeinträchtigungen auf, so gaben dies in der Gruppe der 80- bis 89-Jährigen nur noch etwa 25% der Befragten an. Zwischen diesen beiden Gruppen sank die prozentuale Nennung dieser Kategorie kontinuierlich. Mittlere Beeinträchtigungen wurden am häufigsten von 80- bis 89-Jährigen genannt. Tendenziell nimmt die Häufigkeit der Nennungen dieser Kategorie, mit einer Ausnahme in der Altersgruppe der „60-69“-Jährigen stetig, wenn auch nicht steil ansteigend, zu.

Die sehr schwach in der Befragung vertretenen Teilgruppen derjenigen, die Beeinträchtigungen des Schmeckens, Riechens, Tastens, Kauens oder Schluckens aufwiesen, werden aufgrund der geringen Aussagekraft im Folgenden nicht berücksichtigt. Entsprechend wird sich die Auswertung der für Lebensqualität relevanten Fragen auf die Gruppen mit Beeinträchtigungen hinsichtlich der Aspekte Sehen, Hören, Gehen und anderer Bewegungsabläufe konzentrieren.

Krankheiten

Um eine ausdifferenzierte Information zum Gesundheitszustand der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer zu erhalten, wurden die teilnehmenden Personen gebeten anzugeben, in welchem Maße sie von spezifischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen sind. Zur Frage „Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen Sie haben“ liegen Angaben von 567 Personen, also der überwiegenden Mehrheit der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer vor.⁸ 74 Personen (12,5%) gaben an, keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu haben.

Da eine kategoriale Aufzählung aller Krankheiten den Rahmen dieser Befragung überschritten hätte, wurden die häufigsten Formen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen als mögliche Kategorien vorgegeben. Zudem wurde den befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmern durch die offene Kategorie „Sonstiges“ die Möglichkeit geboten, ihre nicht aufgelisteten Erkrankungen explizit aufzuführen.

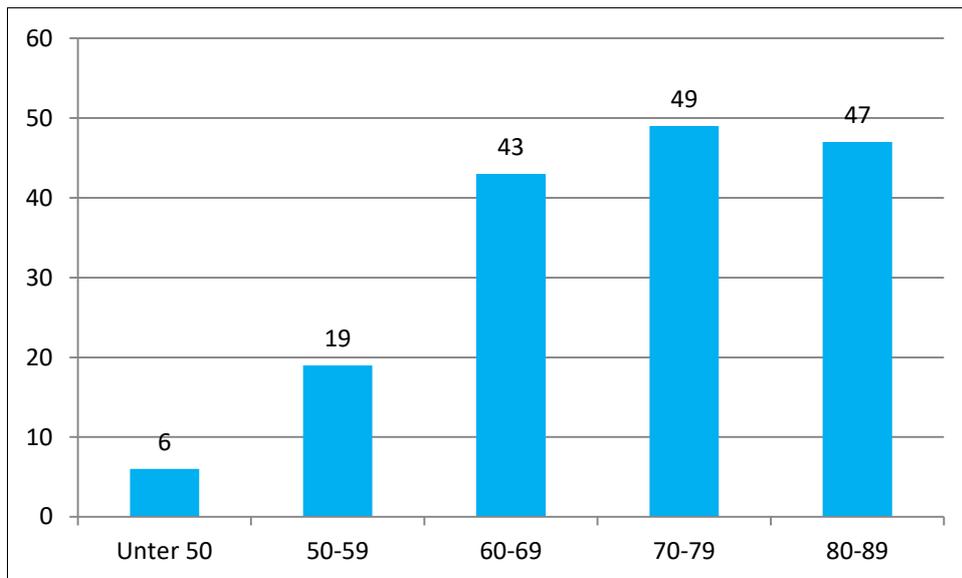
Wie bereits bezüglich der Sinnes- und Mobilitätseinschränkungen erläutert, können die Daten der wenig vertretenen Teilgruppen keine genauen Anhaltspunkte für Interpretationen liefern. Für die weiteren Analysen finden nur Fallzahlen von über 10 Prozent Berücksichtigung. Dementsprechend richten sich die folgenden Ausführungen auf die Teilgruppen Bluthochdruck, Rheuma/Arthritis/Arthrose/Gicht (im Folgenden: Gelenkkrankheiten), Allergien, chronische Kopfschmerzen/Migräne/sonstige chronische Schmerzen (im Folgenden: chronische Schmerzen), chronische Wirbelsäulenschäden sowie Diabetes.

Von den 567 an der Frage partizipierenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern gaben 216 Personen an, unter Bluthochdruck zu leiden, was einem prozentualen Anteil von 38% entsprach.

Unter Einbezug der gegebenen Altersstruktur (siehe Abbildung 17) wurde ersichtlich, dass altersbedingte Bluthochdruckerkrankungen im Alter von 50 und mehr Jahren zunehmen und sich mit zunehmendem Alter verstärken. In den Altersgruppen 70-79 Jahre (49%) und 80-89 Jahre (47%) hatte rund die Hälfte aller Personen einen zu hohen Blutdruck. In der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen gaben rund 43% aller Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer eine Bluthochdruckerkrankung an. In der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen wurde diese Antwortkategorie dennoch noch von etwa jeder fünften Person gewählt, während ein zu hoher Blutdruck im Alter darunter nur selten vorkommt.

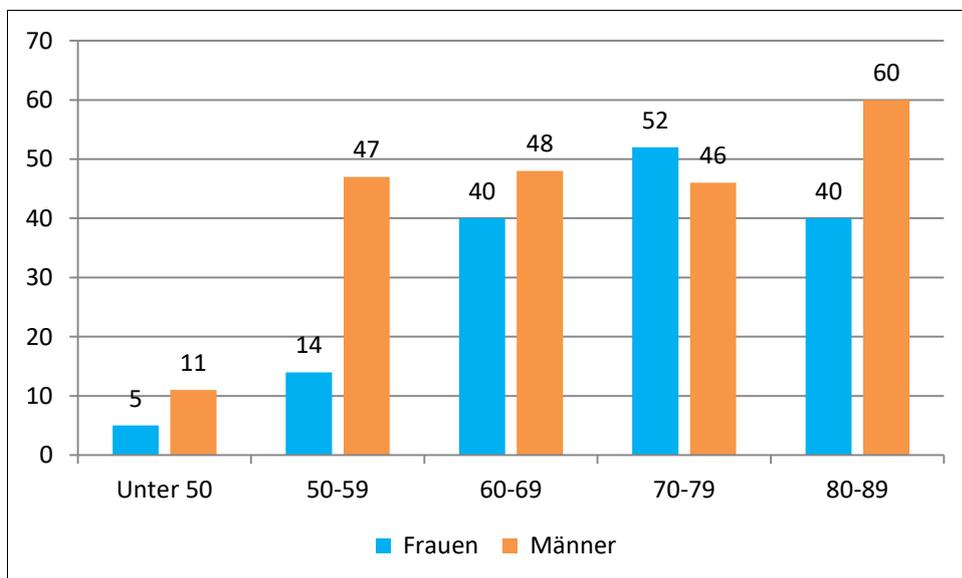
⁸ 19 Personen übergangen die Frage, 23 wählten die Antwortkategorie „keine Angabe“. In den folgenden Betrachtungen finden diese Angaben somit keine Berücksichtigung.

Abbildung 17: Bluthochdruck nach Alter (in Prozent, gerundet)



Eine Untergliederung nach Geschlecht zeigte, dass insgesamt rund 43% aller an der Befragung teilnehmenden Frauen (127 Nennungen) eine Bluthochdruckerkrankung hatten, während dies auf 47% der Männer (89 Nennungen) zutraf. Abbildung 18 illustriert die Verteilungsstruktur von Bluthochdruckerkrankungen nach Alter und Geschlecht.

Abbildung 18: Bluthochdruck der Befragten nach Alter und Geschlecht (in Prozent, gerundet)



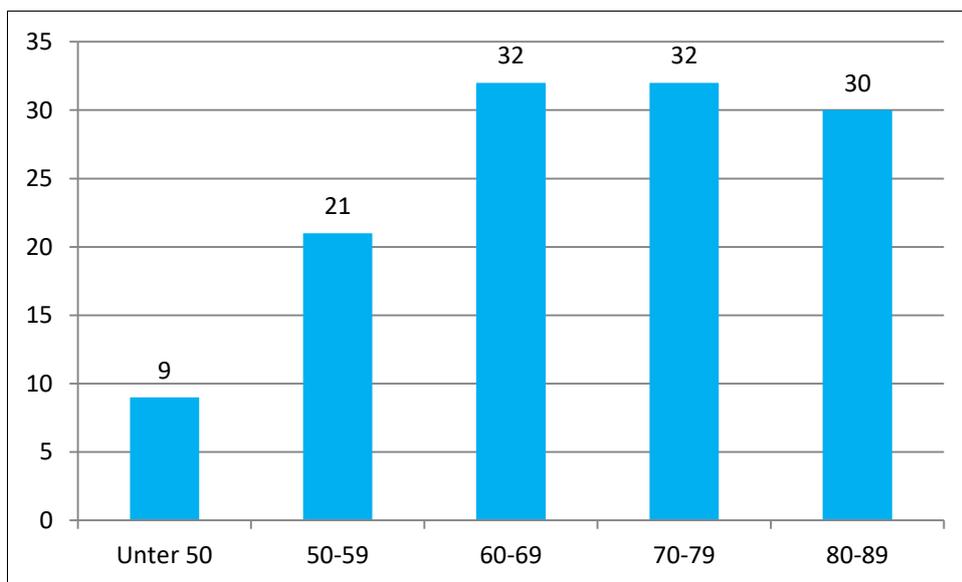
Bluthochdruckerkrankungen waren innerhalb der meisten Altersgruppen weitaus häufiger in der männlichen Teilgruppe vertreten. Bereits rund 11% der männlichen Befragten hatten im Alter von unter 50 Jahren einen zu hohen Blutdruck (Frauen: circa 5%). Zwischen den Alters-

gruppen der über 50- bis 79-Jährigen schwankte der Anteil an männlichen Bluthochdruckerkranken zwischen rund 46 und rund 48 Prozent, während der Anteil bei Frauen rapide von 14% auf 52% anstieg. In der Gruppe der 80- bis 89-Jährigen lag der Anteil an männlichen Personen mit einem zu hohen Blutdruck bei etwa 60%; bei Frauen wiederum war er mit 40% deutlich niedriger.

Über ein Viertel der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer litten unter Gelenkerkrankungen. Insgesamt wurde diese Antwortkategorie 158 von den befragten Personen gewählt, was 27,8% aller Befragten entsprach.

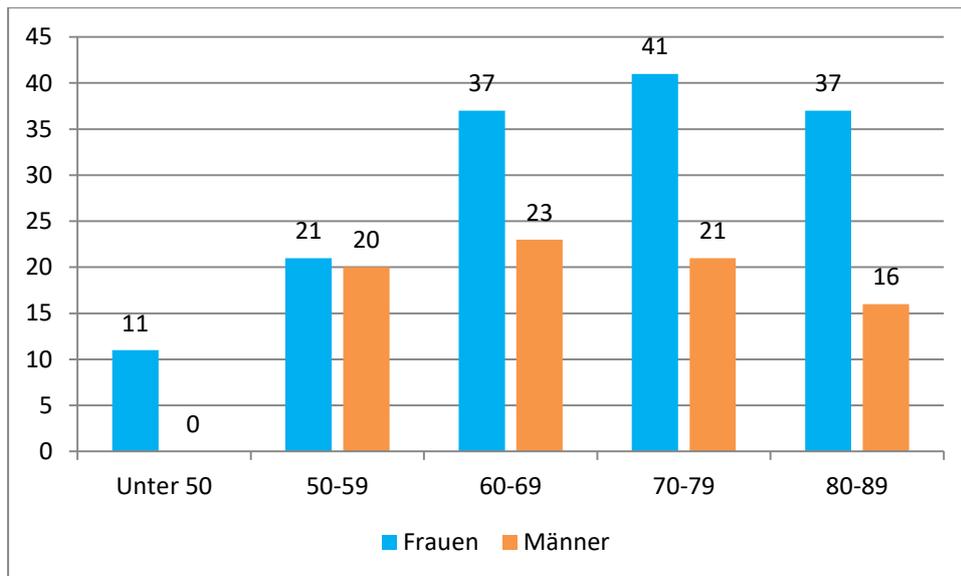
Analog zu den Bluthochdruckerkrankungen nahmen, wie Abbildung 19 visualisiert, Gelenkerkrankungen ab einem Alter von über 50 Jahren zu. Rund jede fünfte Person zwischen 50 und 59 Jahren litt in der Befragung an einer Gelenkerkrankung. In den Altersgruppen der über 60-Jährigen waren Erkrankungen der Gelenke bereits in jeweils rund einem Drittel aller Fälle vertreten.

Abbildung 19: Gelenkerkrankungen nach Alter (in Prozent, gerundet)



Eine geschlechtliche Differenzierung verdeutlichte, dass mit 120 Nennungen rund ein Drittel der Frauen (31,7%) an Gelenkerkrankungen litten. In der männlichen Teilgruppe verwiesen 38 Personen (20,1%) auf eine solche Erkrankung. Abbildung 20 stellt die Verteilung unter Berücksichtigung der Alterskategorien und des Geschlechts dar mit deutlichen geschlechtsspezifischen Unterschieden dar.

Abbildung 20: Gelenkerkrankungen der Befragten nach Alter und Geschlecht (in Prozent, gerundet)

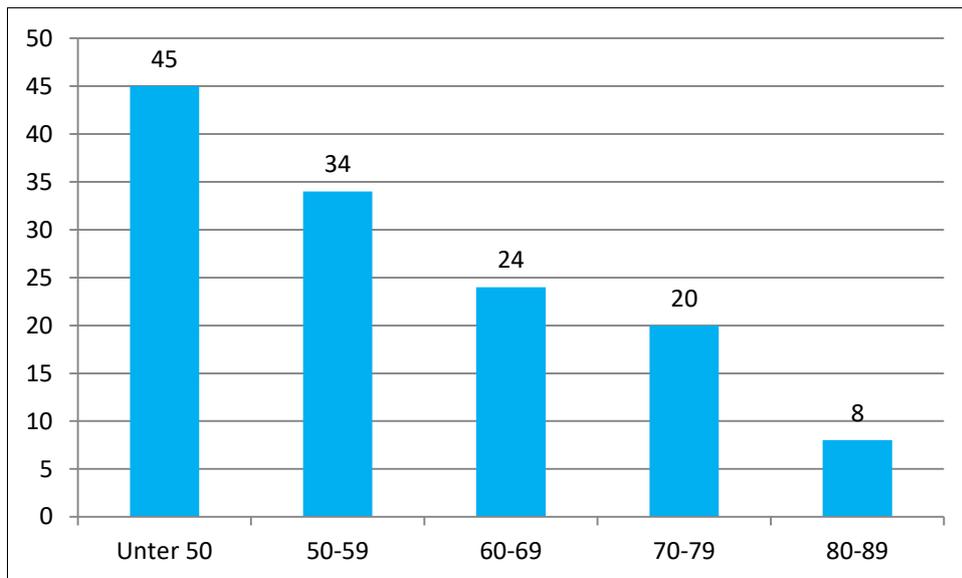


In der Gruppe der unter 50-Jährigen waren Erkrankungen der Gelenke bereits bei 11% aller Frauen zu identifizieren. Mit fortschreitendem Alter stiegen die Anteile bis zur Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen auf 41% kontinuierlich an. In der Gruppe der 80- bis 89-Jährigen gaben rund 37% aller befragten Frauen an unter Erkrankungen der Gelenke zu leiden. In der männlichen Teilgruppe konnten keine Gelenkerkrankungen in der Gruppe der unter 50-Jährigen identifiziert werden. In den Altersgruppen der über 50-Jährigen bis unter 80-Jährigen war die Verteilung der an Gelenkerkrankungen leidenden Männer mit Werten zwischen 20% und 23% recht homogen verteilt. In der Gruppe der über 80-Jährigen war die Zahl der Gelenkerkrankten leicht rückläufig. Hier gaben nur 16% aller männlichen Befragten an, eine Gelenkerkrankung zu haben.

Allergische Erkrankungen wurden von 136 Personen (23,9%) der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer genannt.

Altersbedingte Unterschiede werden in Abbildung 21 ersichtlich. Allergien wurden mit fortschreitendem Alter weitaus weniger häufig benannt, als dies in den jüngeren Altersgruppen geschah. Rund die Hälfte aller Befragten in der Gruppe der unter 50-Jährigen verwies darauf, unter einer Allergie zu leiden, während dies in der Gruppe der über 80-Jährigen nur auf rund 8% zutraf. Zwischen diesen beiden Altersgruppen sank mit fortschreitendem Alter die Häufigkeit der Nennungen sukzessiv.

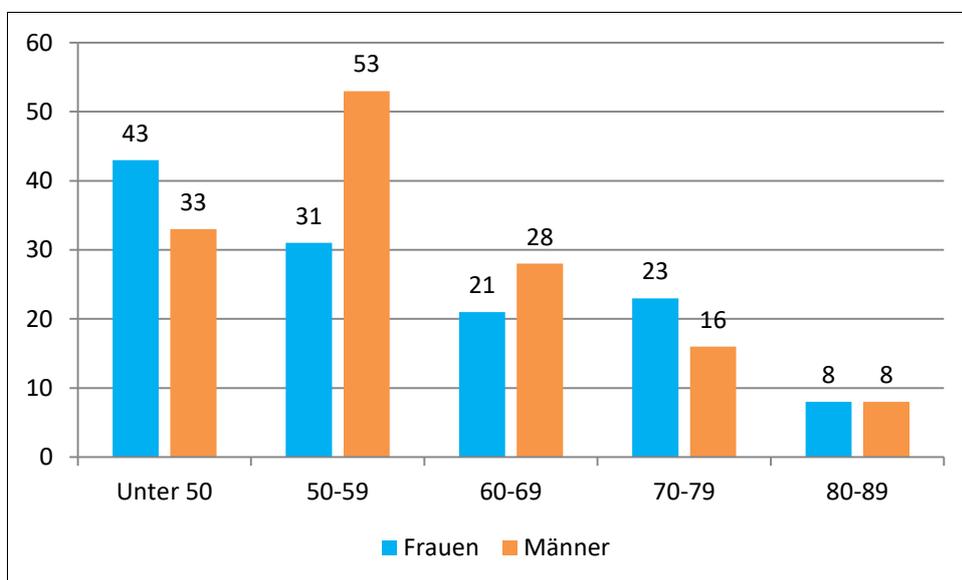
Abbildung 21: Allergische Erkrankungen nach Alter (in Prozent, gerundet)



Eine Untergliederung nach Geschlecht zeigte, dass nur marginale Unterschiede zwischen der weiblichen und der männlichen Teilgruppe bestanden. 43 Männer und 93 Frauen gaben an, unter einer Allergie zu leiden, was einem prozentualen Anteil von 22,8% bzw. 24,5% der befragten Personen entspricht.

Abbildung 22 zeigt die Häufigkeit der Allergien unter Bezug auf Alter und Geschlecht.

Abbildung 22: Allergische Erkrankungen der Befragten nach Alter und Geschlecht (in Prozent, gerundet)



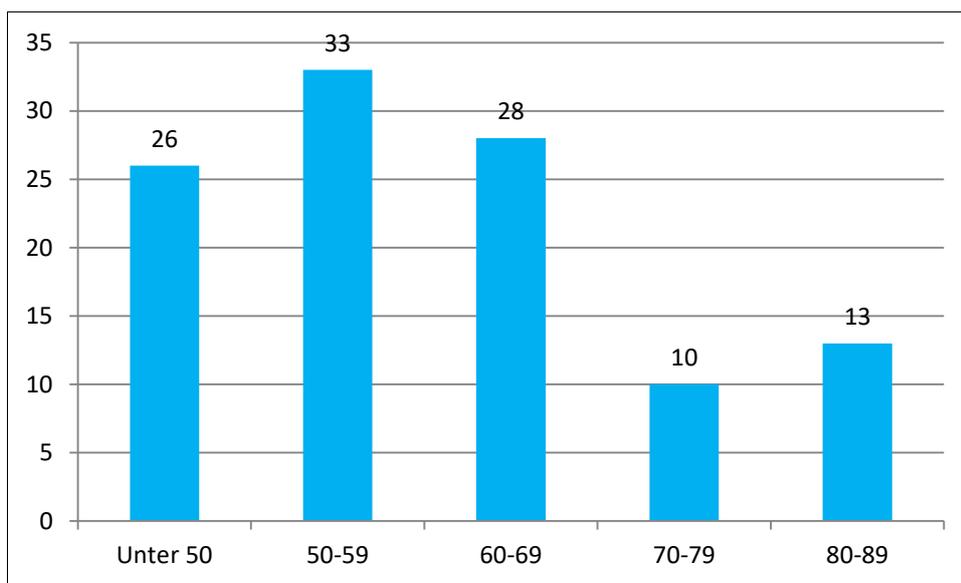
In der männlichen Teilgruppe gaben rund ein Drittel aller befragten Männer unter 50 Jahren an, eine Allergie zu haben. Dieser Anteil stieg in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen sprunghaft auf 53% an. Ab der Altersgruppe der über 60-Jährigen konnte ein konstanter Abfall des Anteils an männlichen Befragten mit einer Allergie festgestellt werden. In diesem Zusammenhang sank die Häufigkeit von rund 28% in der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen auf rund 8% in

der Gruppe der über 80-Jährigen. In der Teilgruppe der Frauen verwiesen rund 43% der unter 50-Jährigen auf eine allergische Erkrankung, während dieser Wert nur bei 31% im Alter von 50 bis 59 Jahren lag. Jeweils rund ein Fünftel der Frauen im Alter zwischen 60 und 69 Jahren (21%) bzw. zwischen 70 und 79 Jahren (23%) nannte allergische Erkrankungen, und nur circa 8% aller Frauen über 80 Jahren bejahten das Vorhandensein von Allergien.

Erkrankungen, die in die Kategorie chronische Schmerzen fielen, wurden von 120 der Befragten (21,1%) angegeben.

Wie die Differenzierung nach Alter in Abbildung 23 veranschaulicht, war in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen rund ein Drittel der Befragten von chronischen Schmerzen betroffen. Mit etwa 28% sank die Häufigkeit der an chronischen Schmerzen leidenden Menschen in der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen leicht ab. Auffällig in diesem Kontext ist, dass in den Altersgruppen 70-79 Jahre bzw. 80-89 Jahre die Anzahl an chronischen Schmerzerkrankten stark rückläufig war. Hier verwiesen nur rund 10% aller 70- bis 79-Jährigen bzw. 13% der 80- bis 89-Jährigen darauf, unter chronischen Schmerzen zu leiden.

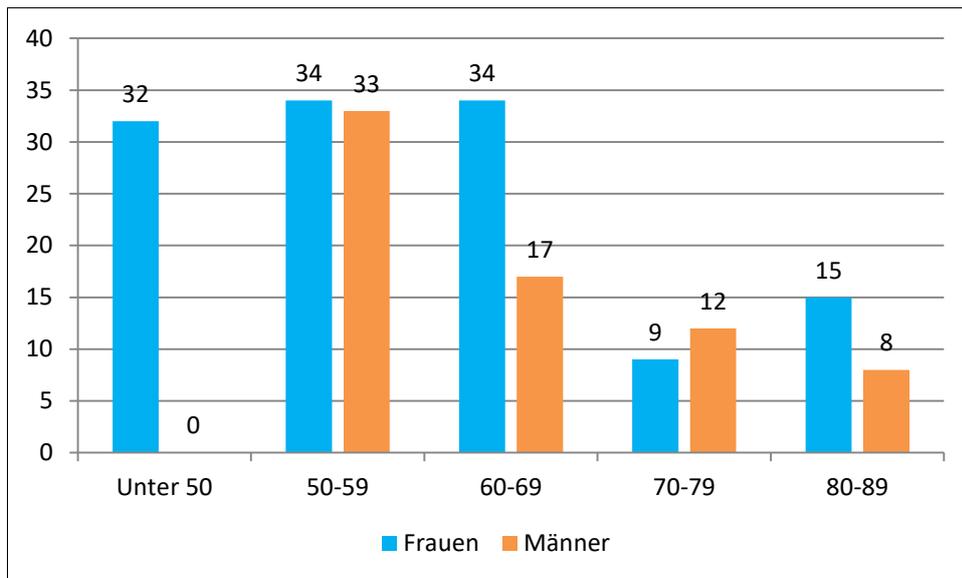
Abbildung 23: Chronische Schmerzerkrankte nach Alter (in Prozent, gerundet)



Eine Differenzierung nach Geschlecht verdeutlichte, dass mit 93 Nennungen rund ein Viertel der Frauen (24,5%) unter chronischen Schmerzen litt. In der Teilgruppe der Männer wurde diese Krankheitsform hingegen von nur 30 Personen (15,9%) bejaht.

Abbildung 24 illustriert die chronischen Schmerzerkrankungen nach Alter und Geschlecht.

Abbildung 24: Chronische Schmerzerkrankungen der Befragten nach Alter und Geschlecht (in Prozent, gerundet)

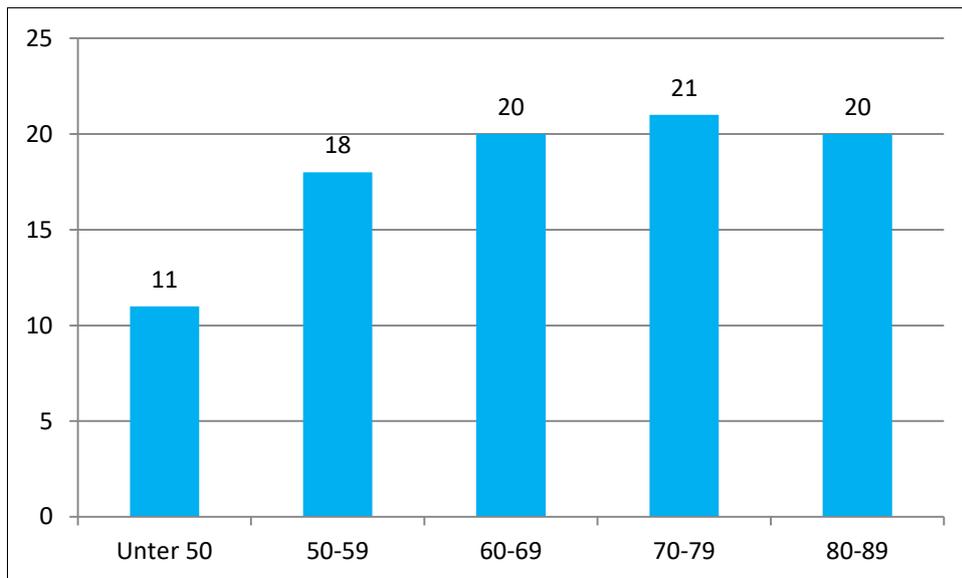


In der weiblichen Teilgruppe waren chronische Schmerzerkrankungen bei den Altersgruppen der unter 50-Jährigen bis zu den unter 70-Jährigen weitgehend gleich verteilt. In diesen Gruppen waren zwischen 32% und 34% der befragten Frauen von chronischen Schmerzen betroffen. In der Gruppe der 70- bis 79-Jährigen traf dies nur für rund 9% der Befragten zu. Weiterhin bejahten 15% der Frauen zwischen 80 und 89 Jahre das Vorhandensein von chronischen Schmerzen. In der männlichen Teilgruppe wurden chronische Schmerzerkrankungen in der Altersgruppe der unter 50-Jährigen nicht genannt. In der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen betraf dies jedoch etwa jeden dritten Befragten. Danach war die Häufigkeit der Angaben rückläufig, wobei sie von 17%, in der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen auf 8% in der Altersgruppe der über 80-Jährigen sanken.

Das Vorhandensein von Wirbelsäulenschäden wurde von insgesamt 108 Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern angeführt, was einem prozentualen Anteil von 19% entspricht.

Unter Einbezug der gegebenen Altersverteilung zeigte sich, wie in Abbildung 25 visualisiert, eine recht homogene Struktur dieses Erkrankungstyps. Lediglich in der Gruppe der unter 50-Jährigen gab es eine klare Abweichung. Hier gaben nur rund 11% aller Befragten an, unter Wirbelsäulenschäden zu leiden. In den folgenden Altersgruppen lag ihr Anteil zwischen 18% und 21%.

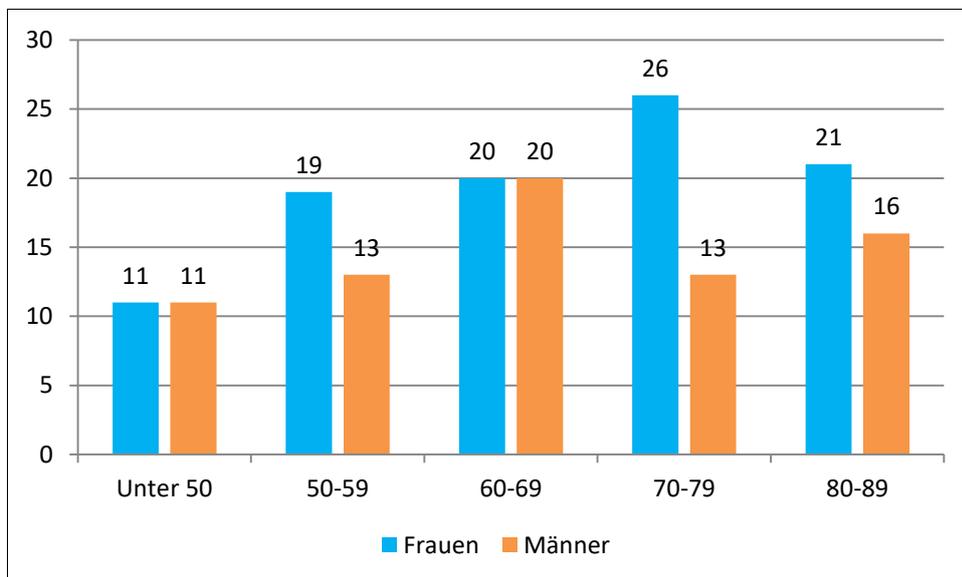
Abbildung 25: Wirbelsäulenschäden nach Alter (in Prozent, gerundet)



Eine Untergliederung hinsichtlich der weiblichen und männlichen Teilgruppe verdeutlichte, dass der Anteil der Frauen mit einem Wirbelsäulenschaden leicht über jenen der männlichen Teilgruppe lag. Insgesamt wurde diese Form der Erkrankung von 78 Befragungsteilnehmerinnen (20,6%) bzw. 30 Befragungsteilnehmern (15,9%) bejaht.

Abbildung 26 zeigt die Häufigkeit von Wirbelsäulenschäden in der weiblichen bzw. männlichen Teilgruppe unter Einbezug des Alters.

Abbildung 26: Wirbelsäulenschäden der Befragten nach Alter und Geschlecht (in Prozent, gerundet)



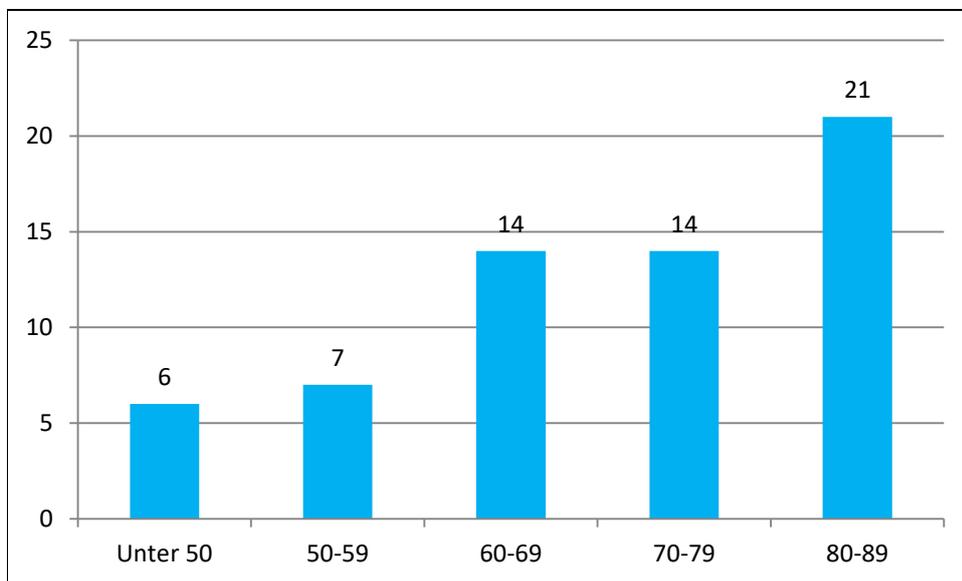
In der Stichprobe zeigte sich, dass innerhalb der männlichen wie weiblichen Teilgruppe in bei den unter 50-Jährigen Wirbelsäulenschäden in 11% aller Fälle vorlagen. Rund jede fünfte Befragte im Alter zwischen 50 und 59 Jahre (19%), zwischen 60 und 69 Jahre (20%) bzw. zwischen 80 und 89 Jahre (21%) nannte diese Erkrankung, während ihr Anteil im Alter zwischen 70 und

79 Jahren 26% betrug. Mit Ausnahme von Männern im Alter zwischen 60 und 69 Jahren, von denen jeder Fünfte unter einem Wirbelsäulenschaden litt, bewegte sich ihr Anteil in allen anderen Altersgruppen zwischen 11% und 16%.

Mit 74 Nennungen gaben 13% der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer an, an Diabetes erkrankt zu sein.

Unter Einbezug der gegebenen Altersstruktur (Abbildung 27) wurde ersichtlich, dass die Wahrscheinlichkeit, an Diabetes zu erkranken, ab einem Alter von 60 Jahren zunimmt. Während in den Altersgruppen der unter 59-Jährigen nur 6-7% der Befragten Personen angaben, an Diabetes zu leiden, stieg ihr Anteil in den Gruppen der 60- bis 79-Jährigen auf 14% an. Rund jede fünfte Person im Alter zwischen 80 und 89 Jahre war von Diabetes betroffen.

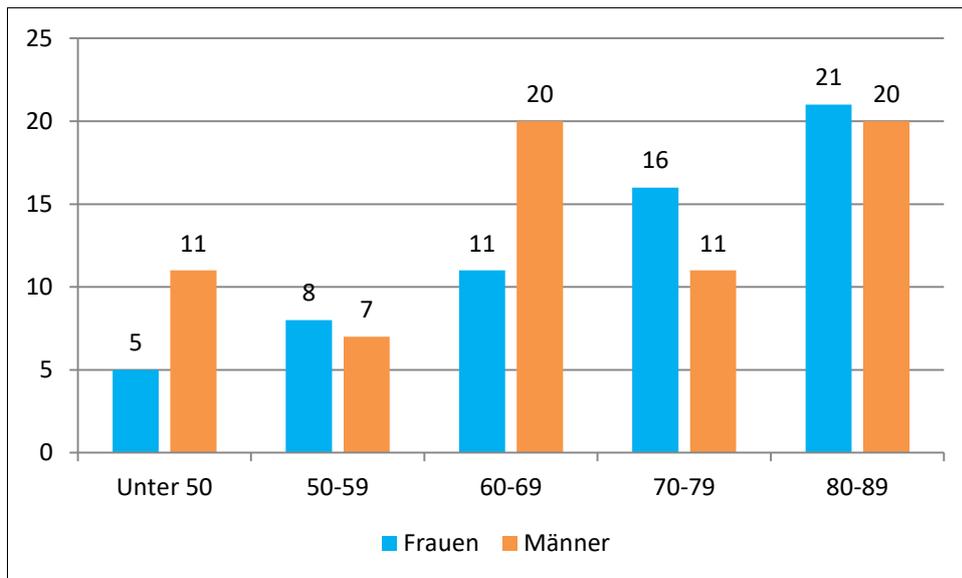
Abbildung 27: Diabetes nach Alter (in Prozent, gerundet)



Eine geschlechtliche Differenzierung zeigte nur marginale Unterschiede hinsichtlich der weiblichen und männlichen Teilgruppe. 46 Frauen (12,1%) und 28 Männer (14,8%) nannten eine Erkrankung an Diabetes.

Abbildung 28 stellt die Diabeteserkrankten nach Alter und Geschlecht dar.

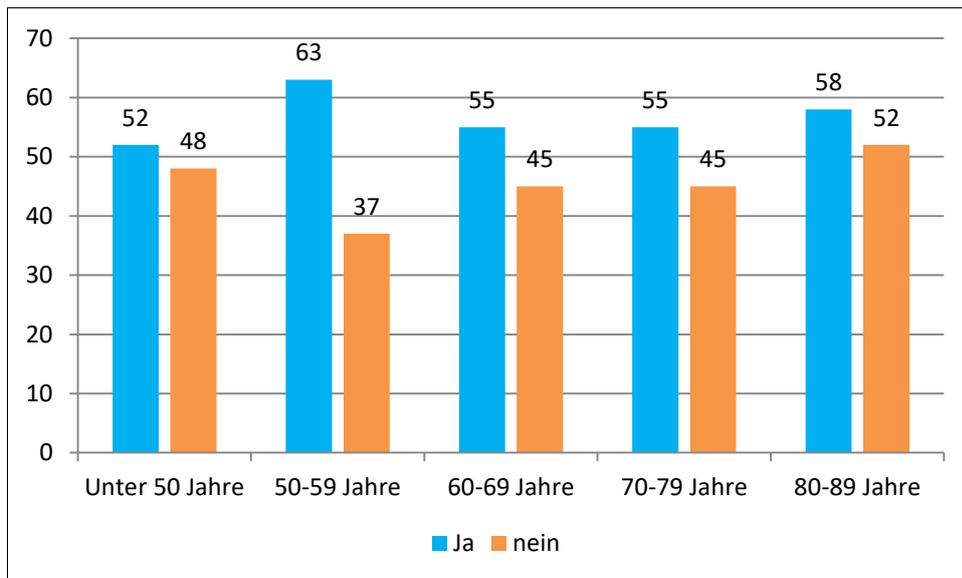
Abbildung 28: Diabetes der Befragten nach Alter und Geschlecht (in Prozent, gerundet)



Hinsichtlich der Erkrankung an Diabetes sind geschlechtsspezifische Unterschiede auszumachen. In der weiblichen Teilgruppe ließ sich erkennen, dass die Häufigkeit der an Diabetes erkrankten Frauen mit zunehmendem Alter kontinuierlich anstieg. So gaben in der Gruppe der unter 50-Jährigen nur rund 5% aller Befragungsteilnehmerinnen an, an Diabetes erkrankt zu sein, während in der Gruppe der 80- bis 89-Jährigen Diabetes von rund jeder fünften Befragten angeführt wurde. In der männlichen Teilgruppe zeigte keine so klare Tendenz. Während bei den unter 50-Jährigen bzw. den 70- bis 79-jährigen Männern jeweils rund 11% Diabetes als Erkrankung angaben, traf dies für rund 20% aller Befragten der 60- bis 69-Jährigen bzw. 80- bis 89-Jährigen zu. Dagegen verwiesen nur rund 7% der Befragten im Alter zwischen 50 und 59 Jahre auf eine Diabeteserkrankung.

Zahlreiche Frauen und Männer beantworteten die Frage nach dem Vorliegen von Erkrankungen mit mehr als einer Nennung. Abbildung 29 illustriert das Vorliegen von Multimorbidität unter Einschluss der gegebenen Altersstruktur.

Abbildung 29: Multimorbidität nach Alter (in Prozent, gerundet)



Wie Abbildung 29 zu entnehmen ist, gestaltete sich die Verteilungsstruktur der Multimorbidität relativ homogen. Eine zunehmende bzw. abnehmende Tendenz konnte mit zunehmendem Alter nicht festgestellt werden. Zwar stieg der Anteil derer, die angaben, an mehr als einer Krankheit zu leiden, zwischen den Altersgruppen der unter 50-Jährigen und der der 50- bis 59-Jährigen von 52% auf 63% der Befragten an. In den darauf folgenden Altersgruppen lag der Anteil der von Multimorbidität Betroffenen recht konstant zwischen 55% und 58%.

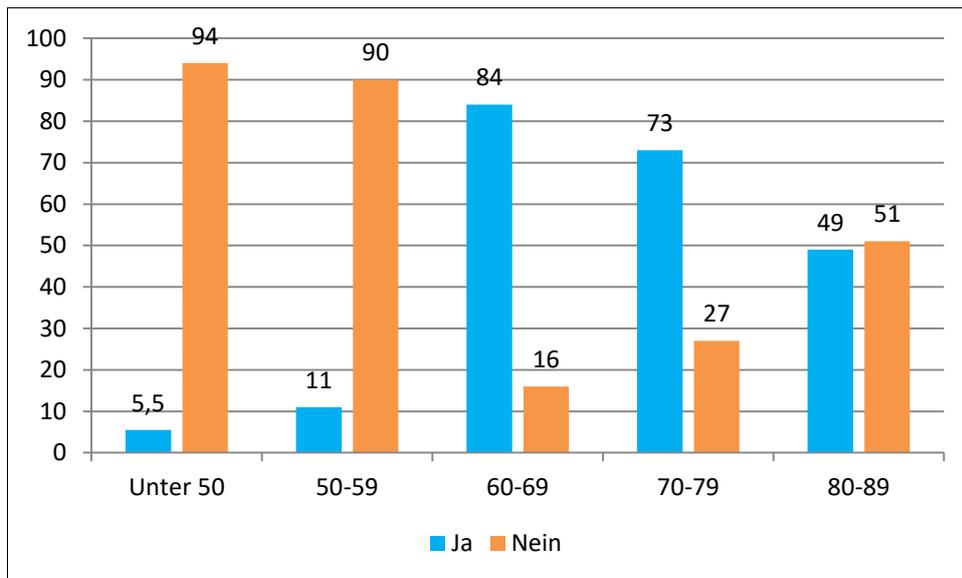
Im Rahmen der Stichprobe nannten 46% der Mehrfacherkrankten (156 Personen) zwei Erkrankungen, 24,5% (83 Personen) drei Erkrankungen, 13% (44 Personen) vier Erkrankungen, 8,9% (30 Personen) fünf Erkrankungen, 5% (17 Personen) sechs Erkrankungen und 2,4% (8 Personen) sieben Erkrankungen; 1 Person gab neun Erkrankungen an. Eine Differenzierung nach Alter und Geschlecht führte zum Ergebnis, dass die Wahrscheinlichkeit, an zwei oder drei Erkrankungen zu leiden, mit zunehmendem Alter ansteigt. Aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung sind hiervon mehr Frauen als Männer betroffen. Nicht nachgewiesen werden konnte der Einfluss von Alter und Geschlecht auf das Auftreten von vier oder mehr Krankheiten.

Hilfebedarf und Unterstützung

Die Frage „Haben Sie in Ihrem Alltag einen Bedarf an Hilfen durch andere Personen?“ wurde von 446 Personen (75,6%) verneint und von 126 Befragten (21,4%) bejaht. 18 Personen (3,1%) machten in diesem Zusammenhang keine Angabe.

Abbildung 30 zeigt den Anteil an im Alltag hilfebedürftigen Personen in Bezug auf die Alterskategorien.

Abbildung 30: Hilfebedarf nach Alter (in Prozent, gerundet)



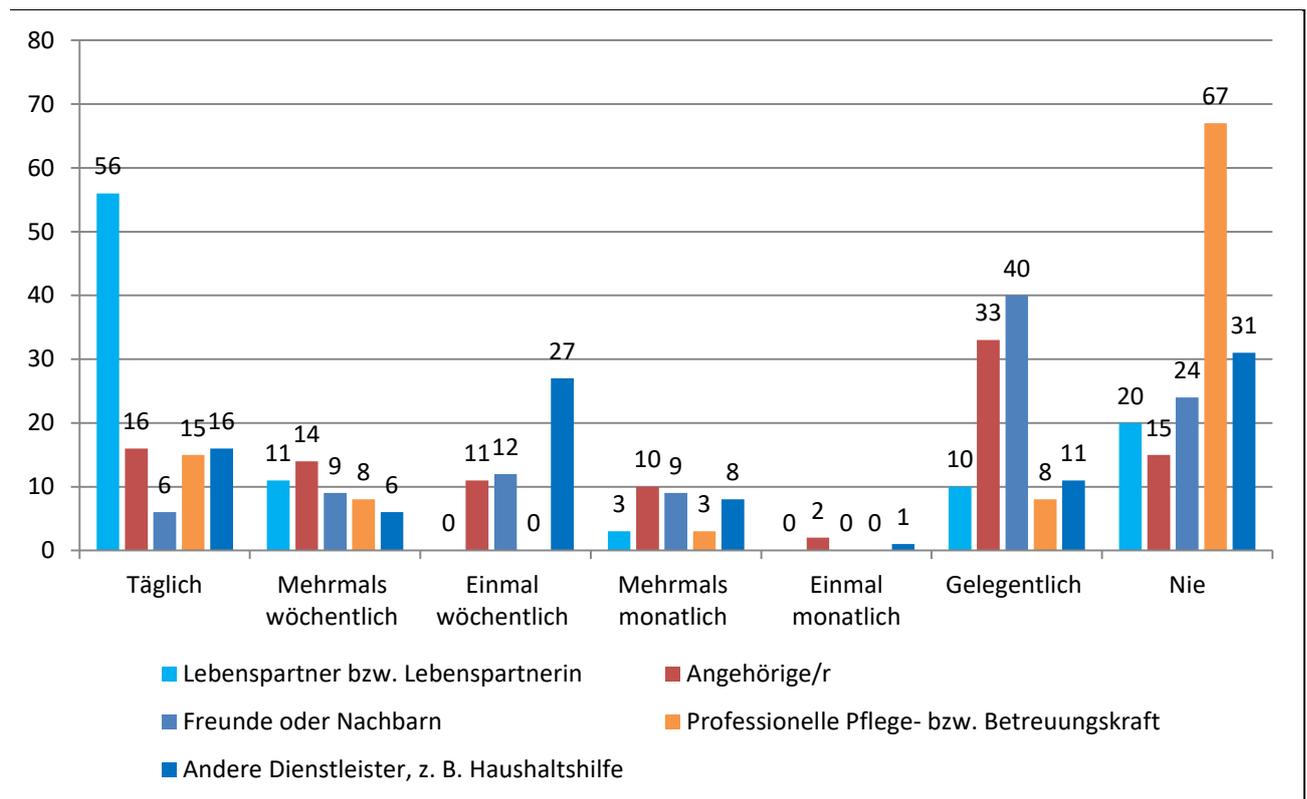
Mit fortschreitendem Alter nimmt der Anteil der Personen, der von Hilfe im Alltag unabhängig ist, ab. Im Gegenzug steigt der Anteil derer mit Hilfebedarf an. Ein rapider Anstieg von 27% auf 51% war insbesondere zwischen den Altersgruppen der 70- bis 79-Jährigen und der 80- bis 89-Jährigen zu beobachten.

Hinsichtlich des Hilfebedarfs nach Geschlecht nannten Frauen in allen Alterskategorien mit Ausnahme der Gruppe der unter 50-Jährigen einen größeren Hilfebedarf als Männer. Dies galt für 11,3% der 50- bis 59-Jährigen (Männer: 6,3%), 17,6% der 60- bis 69-Jährigen (Männer: 12,1%), 30,5% der 70- bis 79-Jährigen (Männer: 20,0%) und 50,9% der 80- bis 89-Jährigen (Männer: 42,3%).

Der Bitte anzugeben, wer üblicherweise in welchem Umfang hilft, folgten 125 der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer der Onlinebefragung.⁹ Abbildung 31 illustriert den Unterstützungsbedarf der befragten Personen mit Hilfebedarf, gegliedert nach Unterstützungsleistern.

⁹ In der schriftlichen Fassung des Fragebogens wurde diese Frage nicht abgedruckt.

Abbildung 31: Unterstützungsbedarf der Befragten (in Prozent, gerundet)



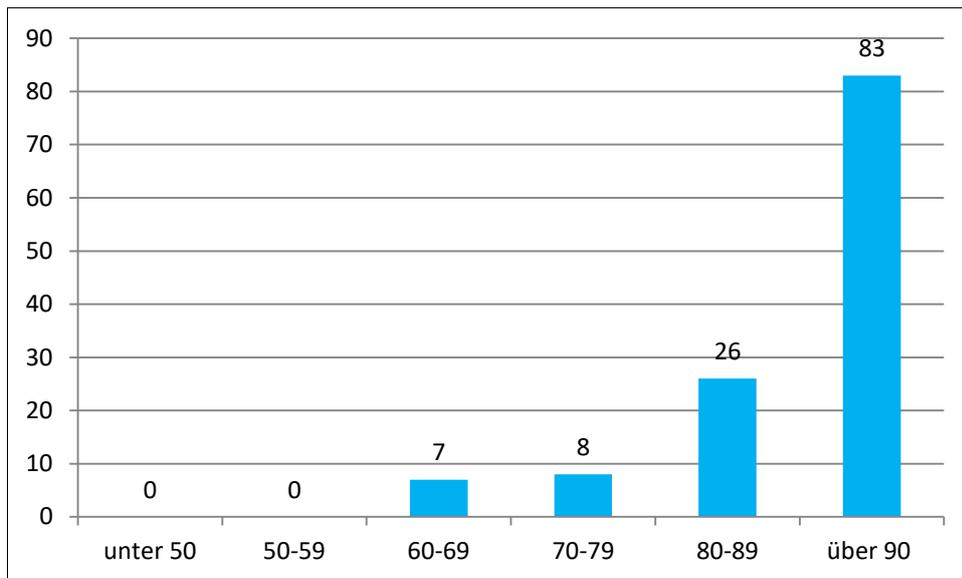
Vor allem Lebenspartnerinnen und Lebenspartner leisteten täglich Unterstützung, eine Tendenz die auch unter Berücksichtigung der Altersgruppen weiter Bestand hatte. Angehörige und professionelle Dienstleister jeglicher Art wurden in diesem Zusammenhang mit rund 15 bzw. 16% als Unterstützer benannt. Freunde und Nachbarn werden in hohem Maße gelegentlich tätig.

Wohnen in einer Senioreneinrichtung

Befragte mit Hilfebedarf wurden des Weiteren gebeten, Auskunft über ihre Wohnsituation zu geben. Die Frage „Wohnen Sie in einer Einrichtung des Betreuten Wohnens, einer Senioreneinrichtung oder in einer Pflegeeinrichtung“ wurde von 119 Personen verneint und 22 Personen bejaht.

Abbildung 32 veranschaulicht, dass diese Wohnsituation vor allem auf Befragte im Alter von 80 und mehr Jahren zutraf. Eine geschlechtliche Differenzierung ergab nur marginale Unterschiede.

Abbildung 32: Seniorenresidenz, Pflegeeinrichtung, betreutes Wohnen nach Alter (in Prozent, gerundet)



3.3 Ergebnisse zur Lebensqualität im Alter und bei Hilfebedarf

Wie auch aus den Ergebnissen zu den soziodemografischen Strukturmerkmalen der Befragten hervorgeht, handelt es sich bei ihnen um keine repräsentative Stichprobe. Dennoch liefern ihre Aussagen wertvolle Beiträge für die Erreichung des Zieles der Studie, die Identifizierung relevanter Aspekte für die Lebensqualität im Alter und bei Pflegebedarf für unterschiedliche Teilgruppen unter den älteren Menschen.

Der folgende Abschnitt beschreibt zunächst Aspekte der Lebensqualität, die aus persönlicher Sicht als wesentlich erachtet werden. Danach wird dargestellt, in welcher Weise unterschiedliche Detailsaspekte bewertet werden und welchen Einfluss persönliche Lebensumstände auf diese Bewertung haben. Der Einfluss der Gesundheit und dessen Bewertung durch ältere Menschen selbst kommt dabei besondere Bedeutung zu. Schließlich folgen eine Bewertung der individuellen Sichtweise der Lebensqualität und Vorschläge der Befragten, wie Lebensqualität im Alter und bei Hilfebedarf verbessert werden kann.

3.3.1 Aspekte der Lebensqualität im Alter und bei Hilfebedarf

In einem ersten Schritt wurden die Befragten gebeten, die Aussage „Lebensqualität ist für mich, wenn ...“ zu vervollständigen. Aufgrund der großen Heterogenität der Antworten war es bei der Codierung der Antworten oftmals nicht möglich, übergreifende Kategorien zu bilden. Die Antworten der insgesamt 517 Befragten, die diesbezüglich Angaben gemacht haben, wurden 35 unterschiedlichen inhaltlichen Kategorien zugeordnet. Die folgende Darstellung beschränkt sich auf die Kategorien, denen mindestens 50 Nennungen zugeordnet wurden, um eine größtmögliche Übersichtlichkeit zu gewährleisten.

Tabelle 4: Häufigkeiten und Anteile der kategorisierten Nennungen der Frage „Lebensqualität ist für mich, wenn ...“

Kategorie	Anzahl	Gültige Prozent
Gesundheit	146	28,2
Zufriedenheit	87	16,8
Selbstbestimmung	79	15,3
Selbständigkeit	78	15,1
Aktive Lebensgestaltung	59	11,4
Materielle Situation	57	11,0
Familiäre Einbindung	50	9,7

Am häufigsten nannten die Befragten bei ihren ganz persönlichen Vorstellungen von Lebensqualität das Wort Gesundheit bzw. gesund. Diese Nennung findet sich in 28,2% aller Antworten auf diese Frage.¹⁰ Beispielhafte Nennungen lauten: „Lebensqualität ist für mich, wenn ich möglichst gesund bin und bleiben kann“ oder „die Gesundheit stimmt“.

Jede sechste Antwort konnte unter „Zufriedenheit“ zusammengefasst werden. Diese Kategorie schließt Nennungen ein, die sich in einem eher abstrakten Sinne auf Harmonie, Glück, Zufriedenheit, allgemeines Wohlbefinden und Sorgenfreiheit beziehen. Beispiele hierfür sind: „Lebensqualität ist für mich, wenn alles in Ordnung ist“, „alles zusammen passt“ oder „ich auch mit 80 Jahren noch so zufrieden und lächelnd durchs Leben gehen kann.“

Beinahe ebenso häufig finden sich Nennungen, die als „Selbstbestimmung“ kategorisiert wurden. Diese beziehen sich auf den Wunsch der antwortenden Person, freie und uneingeschränkte Entscheidungen zu treffen, insbesondere, was die Gestaltung des Alltags, das Altern oder das Sterben betrifft. Beispielhafte Antworten sind: „Lebensqualität ist für mich, wenn ich zu jeder Zeit selbstbestimmt über mich bestimmen kann und darf, einschließlich Medikamente wie Cannabis und der aktiven Sterbehilfe auf Wunsch, oder meine Patientenverfügung umgesetzt wird“, „ich selbstbestimmt bis zuletzt leben kann - auch wenn ich Hilfe benötige“ oder „ich frei bin in meinen Entscheidungen.“

Von der Selbstbestimmung abzugrenzen ist die Kategorie der Selbständigkeit, zu der beinahe ebenso viele Nennungen zugeordnet wurden. Hierzu zählen Aussagen, die die Unabhängigkeit betonen und sich oft auf die Verrichtung von alltäglichen Aktivitäten beziehen. Hierzu gehören beispielsweise folgende Aussagen: „Lebensqualität ist für mich, wenn ich alleine zurechtkomme“, „ich meinen Alltag selbständig gestalten kann und unabhängig bin“ oder „ich täglich aufstehen und mich selbst versorgen kann“.

Die Kategorie „Aktive Lebensgestaltung“, welcher 59 Nennungen zugeordnet wurden, spiegelt den Wunsch der Befragten wieder, aktiv zu sein. Dabei kann sich die Aktivität auf unterschiedliche Bereiche beziehen kann, z. B.: „Lebensqualität ist für mich, wenn ich den Tag mit nützlich-

¹⁰ Nennungen, die den Bereich „Gesundheit“ in einem weiteren Sinne betreffen, wurden weiteren Kategorien, wie „Körperliches Wohlbefinden“ oder „Schmerzfreiheit“, zugeordnet, welche hier aufgrund der relativ geringen Anzahl der Nennungen nicht näher betrachtet werden.

chen Tätigkeiten ausfülle“, „ich gesund bleibe, aktiv am Leben teilnehmen kann und eine sinnstiftende Aufgabe habe, z.B. Hobby oder Projekt“ oder „ich soziale Kontakte habe, an Veranstaltungen teilnehmen und in Urlaub fahren kann“.

Nennungen, die sich mit Sorgen um den eigenen Lebensstandard oder Problemen aus der materiellen Absicherung der Befragten beschäftigten, wurden als „Materielle Situation“ codiert; sie betrafen etwa jede neunte Antwort. Oftmals wurden Aspekte der materiellen Absicherung von den Befragten gemeinsam mit solchen der Selbständigkeit und Selbstbestimmung genannt: „Lebensqualität ist für mich, wenn ich gesund bleibe, ausreichend Mittel (Rente) zur Verfügung habe, um nicht nur die Miete bezahlen, sondern auch am Leben außerhalb der Wohnung teilnehmen zu können“ oder „ich selbstständig sein kann und finanziell abgesichert bin, und bei gesundheitlichen Problemen gut versorgt bin.“

Die „Familiäre Einbindung“ umfasst Nennungen, die sowohl einen Wunsch nach Interaktion mit den eigenen Familienangehörigen als auch den Wunsch nach dem Wohlergehen der Angehörigen ausdrücken. Dies trifft auf etwa jede zehnte Antwort zu und lautet beispielsweise: „Lebensqualität ist für mich, wenn meine Kinder uns besuchen“, „der Alltag für alle Familienmitglieder in den verschiedenen Lebensbereichen halbwegs rund und erfolgreich läuft und Zeit für Gemeinsames bleibt“ oder „ich in meiner Familie und im Kreis meiner Freunde geborgen bin“.

Aspekte der Lebensqualität nach soziodemografischen Merkmalen

Soziodemografische Strukturmerkmale beeinflussen die Nennungen der oben genannten Aspekte der Lebensqualität in verschiedener Hinsicht.

Der Anteil der Nennungen bezüglich der „Gesundheit“ steigt mit zunehmendem Alter bis zur Gruppe der 60-69-Jährigen an und bleibt bei etwa 30% der Antwortenden relativ stabil über die Altersgruppen hinweg. Ein deutlicher Unterschied kann auch bei einer Differenzierung nach höchstem Schulabschluss festgestellt werden. Die Anteile der Nennung dieser Kategorie liegen bei Personen mit Haupt- oder vergleichbarem Schulabschluss bei 23,2%, bei Befragten mit Mittlerer Reife oder ähnlichem bei 34,5%. Ein Hinweis auf einen linearen Einfluss des Bildungsniveaus kann aber nicht gefunden werden: die Anteile derjenigen mit Fachhochschul- oder Hochschulreife liegen mit 32,4% bzw. 27,3% zwischen denen der zuvor genannten. Des Weiteren steigen die Anteile der Nennungen von „Gesundheit“ mit steigender subjektiver Beurteilung der Lebensqualität an.

Zwischen Männern und Frauen sowie zwischen erwerbstätigen und Rente oder Pension beziehenden Befragten gibt es keinen nennenswerten Unterschied bezüglich der Anteile derer, die „Gesundheit“ als wesentlichen Faktor für Lebensqualität nannten. Ob jemand „Gesundheit“ äußert oder nicht, scheint des Weiteren ebenfalls unabhängig davon zu sein, ob er oder sie in einer Partnerschaft lebt.

Für Äußerungen, die mit „Zufriedenheit“ codiert wurden, gilt: Je älter die Befragten, desto seltener wurden diese, anteilig an den Nennungen je Altersgruppe, genannt.¹¹ Auch hinsichtlich der subjektiven Beurteilung der Lebensqualität gibt es deutliche Hinweise für einen Zusammenhang: Je besser die eigene Lebensqualität beurteilt wird, desto seltener wurden abstrakte Beschreibungen der Zufriedenheit geäußert. Dies legt den Schluss nahe, dass jene, die mit ihrer Lebensqualität in hohem Maße zufrieden sind, auch genauer benennen können, was für diese wichtig ist und sie sind sich der Aspekte eher bewusst, die sich positiv auf ihre Lebensqualität auswirken. Darauf weist außerdem hin, dass jene, die nicht angaben, mit ihrer Lebensqualität zufrieden zu sein, bei allen anderen Nennungen, welche konkrete Aspekte bezeichnen, anteilig die seltensten Nennungen aufwiesen.

Bei den weiblichen Befragten lag der Anteil der Nennungen von Zufriedenheit kaum niedriger als bei den männlichen Befragten. (16,1% gegenüber 18,3%). Auch ist er bei den Erwerbstätigen nur etwas geringer als bei den Rentnerinnen und Rentnern (14,4% gegenüber 17,8%). Auch das Vorhandensein einer festen Partnerschaft führte nur zu marginalen Unterschieden. Im Hinblick auf den Schulabschluss wurde „Zufriedenheit“ am häufigsten von jenen mit Fachhochschulreife genannt, wobei hier wiederum kein linearer Zusammenhang beobachtet werden konnte.

Die Kategorie „Selbstbestimmung“ scheint maßgeblich vom Alter und vom Geschlecht abhängig zu sein: In den jüngeren Altersgruppen bis 69 Jahre liegt der Anteil der Nennungen jeweils über 20%, bei den 70-79-Jährigen nur bei 8,2% und den 80-89-Jährigen bei 3,7%. 18,8% der weiblichen Befragten nannten Aspekte der Selbstbestimmung im Zusammenhang mit ihrer persönlichen Lebensqualität, männliche Befragungsteilnehmer nur zu 8,6%. Der Hinweis auf den Zusammenhang mit dem Alter blieb auch dann bestehen, wenn man in Betracht zieht, dass in den jüngeren Altersgruppen weibliche Befragte in der Stichprobe stark überrepräsentiert waren. Auch unter den 60- bis 69-Jährigen nannte jeder fünfte Befragte Aspekte der Selbstbestimmung, obwohl der Anteil der männlichen Befragten hier deutlich höher ist als in den zuvor genannten Altersgruppen.

Differenziert nach höchstem Schulabschluss nannten diejenigen mit Fachhochschulreife Aspekte der Selbstbestimmung seltener als jene mit anderen Schulabschlüssen. Selbstbestimmung wurde etwas häufiger von erwerbstätigen Befragten als von Personen in Rente oder Pension und etwas häufiger von Alleinstehenden als von Befragten, die in einer festen Partnerschaft leben, genannt. Tendenziell sinkt der Anteil der Nennungen mit zunehmender Zufriedenheit mit der eigenen Lebensqualität.

Hinsichtlich der Kategorie „Selbstständigkeit“ nannten Frauen häufiger entsprechende Aspekte als Männer (18,5% gegenüber 8,6%). Dies traf auch auf Alleinstehende im Vergleich zu Befragten zu, die in einer Partnerschaft leben (21,7% gegenüber 12,9%). Vergleichsweise häufig wurde „Selbstständigkeit“ auch von der Altersgruppe 70-79 Jahre (22,5%), von Befragten

¹¹ Mit Ausnahme der 80-89-Jährigen.

mit Hauptschul- oder vergleichbarem Abschluss (24,1%) und Befragten in Rente oder Pension (15,7%) genannt.

Die Nennung von Aspekten, die der Kategorie „Aktive Lebensgestaltung“ zugeordnet wurden, nahm mit steigendem Alter bis zur Gruppe der 70- bis 79-Jährigen auf 15,7% der Befragten zu. Bei den befragten 80- bis 89-Jährigen sank der Anteil hingegen wieder (9,3%), und es treten andere für die Lebensqualität relevante Aspekte in den Vordergrund. Des Weiteren nannten Männer diese Aspekte anteilig häufiger als Frauen, Befragte mit Fachhochschulreife als höchstem Abschluss etwas häufiger als Befragte mit anderen Abschlüssen. Bei jenen, die ihre Lebensqualität als „eher gut“ einstufen, ist der Anteil der Nennungen deutlich höher als bei den anderen Befragten.

Keine nennenswerten Unterschiede können jeweils zwischen den Gruppen nach dem beruflichen Status beobachtet werden. Ebenso scheint es unerheblich für die Bedeutung einer aktiven Lebensgestaltung im individuellen Konzept der Lebensqualität zu sein, ob jemand in einer festen Partnerschaft lebt oder nicht.

„Familiäre Einbindung“ wurde unter den 80- bis 89-Jährigen von jedem fünften Befragten und damit deutlich häufiger als in den anderen Altersgruppen genannt. Die Familie scheint ab einem gewissen Alter deutlich an Bedeutung zu gewinnen, wenn es um die subjektive Lebensqualität geht. Die Anteile der Nennungen steigen außerdem mit zunehmendem Bildungsniveau (von 4,5% der Befragten mit Hauptschulabschluss auf über 10% der Befragten mit Fachhochschul- oder Hochschulreife). Des Weiteren steigt der Anteil mit zunehmender Zufriedenheit mit der eigenen Lebensqualität und ist bei Erwerbstätigen und in einer festen Partnerschaft lebenden deutlich höher als in der jeweiligen Vergleichsgruppe. Keine relevanten Unterschiede konnten zwischen männlichen und weiblichen Befragten festgestellt werden.

Aspekte der „Materielle Situation“ wurden in den Altersgruppen der 50- bis 59-Jährigen und der 60- bis 69-Jährigen am häufigsten thematisiert. Bei den Gruppen ab 70 bzw. 80 Jahren nahmen die Anteile hingegen wieder ab. Männliche Befragte nannten finanzielle Aspekte mit 13,1% etwas häufiger als weibliche (9,7%) und Erwerbstätige häufiger als Rentnerinnen und Rentner (13% gegenüber 9,2%). Hinweise auf lineare Zusammenhänge mit dem Bildungsniveau oder der subjektiven Zufriedenheit mit der Lebensqualität konnten nicht beobachtet werden, wobei die Gruppen mit den größten Anteilen jene mit Mittlerer Reife als höchstem Schulabschluss und (14,2%) und jene, die ihre Lebensqualität als „sehr gut“ einschätzen (16,4%), sind. Das Vorhandensein einer festen Partnerschaft scheint sich nicht auf die Tendenz, materielle Aspekte als für die Lebensqualität relevant zu nennen, auszuwirken.

Aspekte der Lebensqualität nach Gesundheitszustand und Hilfebedarf

Neben den Unterschieden zwischen Teilgruppen nach demografischen Merkmalen interessiert im Rahmen dieses Projektes insbesondere die Differenzierung älterer Menschen nach gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Hilfebedarf.

Die Nennungen der Befragten mit Hilfebedarf wurden am häufigsten der Kategorie „Gesundheit“ zugeordnet (33,9%), gefolgt von Nennungen der Kategorie „Selbstständigkeit“ und „Selbstbestimmung“ (mit Anteilen von jeweils 17,4% aller Nennungen innerhalb der Gruppe der Befragten mit Hilfebedarf). Insbesondere bei der Kategorie „Gesundheit“ ist der Anteil der Nennungen auch gegenüber der Vergleichsgruppe ohne Hilfebedarf (26,3%) deutlich höher, was darauf hindeutet, dass für ältere Menschen mit Pflegebedarf der Gesundheitszustand eine besonders wichtige Rolle für die Lebensqualität spielt bzw. sie sich dessen eher bewusst sind. Vergleichsweise häufiger nennen Befragte mit Hilfebedarf außerdem finanzielle Aspekte. Eintretender Pflegebedarf und die damit verbundenen Kosten scheinen Sorgen um das Auskommen mit sich zu bringen, weshalb ihnen dieses eher präsent ist. Im Vergleich zu Befragten ohne Hilfebedarf wurden Aspekte der familiären Einbindung hingegen deutlich seltener genannt (4,6% gegenüber 10,6%).

Unterteilt man die Befragten mit Hilfebedarf weiter nach ihrer Wohnsituation zeigt sich, dass insbesondere jene, die nicht in einer Senioreneinrichtung leben, Aspekte der Gesundheit bei der offenen Frage nach der Lebensqualität nennen: Mit einem Anteil von 39,8% liegt dieser sogar um über 23 Prozentpunkte über jenem derer, die in einer Senioreneinrichtung leben (16,7%). Unter den befragten Bewohnerinnen und Bewohner von Senioreneinrichtungen wurden am häufigsten der Wunsch nach genereller Zufriedenheit geäußert.

Die Nennungen von „Gesundheit“ sind innerhalb der Teilgruppe der Befragten mit mehreren gesundheitlichen Beeinträchtigungen um 5 Prozentpunkte höher als in der Gruppe derer mit nur einer oder gar keiner gesundheitlichen Beeinträchtigung (30,6% gegenüber 25,6%). Nennungen der Kategorien „Zufriedenheit“ und „Selbstbestimmung“ wurden unter den mehrfach erkrankten Befragten am zweit- bzw. dritthäufigsten genannt, allerdings ohne deutliche Unterschiede zu den Anteilen in der Vergleichsgruppe.

Bei Betrachtung der Teilgruppen unter den Befragten mit den am häufigsten in der Stichprobe vertretenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen kann zwar festgestellt werden, dass sich auch hier die Antwortmuster bezüglich der Aussage „Lebensqualität ist für mich, wenn ...“ teilweise recht deutlich unterscheiden. Allerdings ist aufgrund der teilweise geringen Zellenbesetzung eine valide Interpretation oft nicht möglich.

Vergleicht man die Nennungen der Befragten mit mittelstarker oder starker Sehbeeinträchtigung mit den von anderen Teilgruppen, so fällt auf, dass sehbeeinträchtigte Menschen vergleichsweise häufig Aspekte der „Gesundheit“ (33,3%), „Selbstständigkeit“ (18%) und „Aktive Lebensgestaltung“ (14,5%) äußerten. Für mittelstark und stark Hörbeeinträchtigte stehen dagegen Aspekte der „Gesundheit“ (28,4%), „Zufriedenheit“ (19,6%) und „Selbstständigkeit“ (15,7%) im Vordergrund.

Auch bei Befragten mit Einschränkungen beim Gehen und anderen Bewegungsabläufen stand der Aspekt der „Gesundheit“ für die individuelle Lebensqualität, mit Anteilen von jeweils rund

einem Drittel, deutlich an erster Stelle, gefolgt von „Selbstbestimmung“, mit 17,4% hinsichtlich der Kategorie „Gehen“ und 20,7% innerhalb der Kategorie „andere Bewegungsbeeinträchtigungen“. Darüber hinaus waren die Nennungen, die den Kategorien „Materielle Ausstattung“ und „Familiäre Einbindung“ zugeordnet wurden, in der Gruppe jener, die unter Beeinträchtigungen anderer Bewegungsabläufe leiden, vergleichsweise häufig (13,4% bzw. 12,2%).

Bedeutung der Gesundheit für Lebensqualität

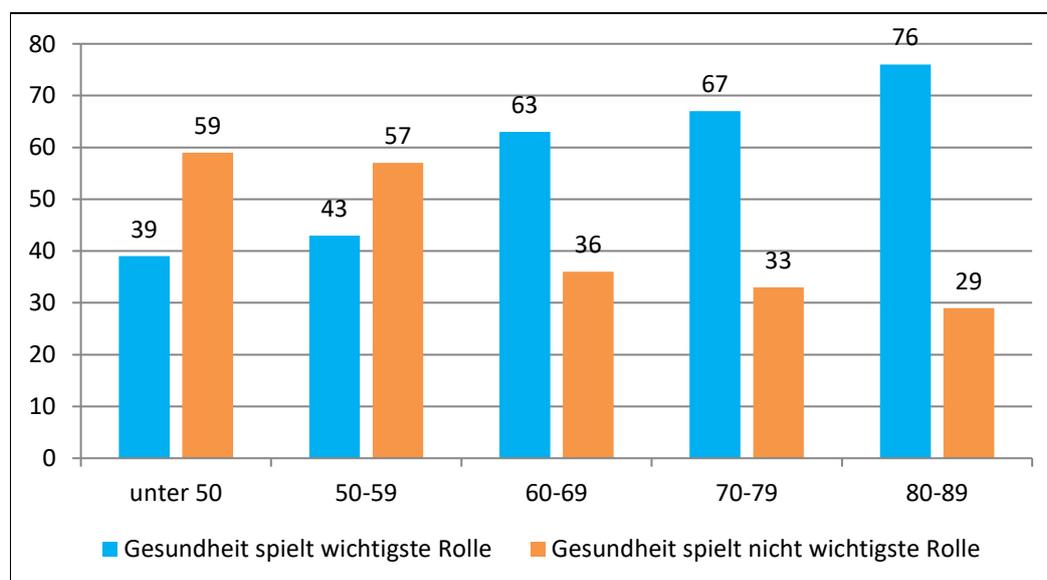
Aus den oben genannten Antworten geht bereits implizit die überragende Bedeutung der Gesundheit als Einflussfaktor auf Lebensqualität hervor. Um den Grad der Wichtigkeit differenzierter beurteilen zu können, wurden die Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer gebeten, folgende Auskunft zu geben: „Für viele Menschen spielt Gesundheit die wichtigste Rolle, wenn es um Lebensqualität geht. Bitte kreuzen Sie die Aussage an, die am ehesten auf Sie zutrifft: 1) Gesundheit spielt für mich die wichtigste Rolle, wenn es um Lebensqualität geht. 2) Gesundheit ist mir wichtig, spielt aber nicht die wichtigste Rolle. 3) Gesundheit ist mir eher unwichtig.“

366 Befragte (60,7%) bezeichneten die Gesundheit als vorrangig für Lebensqualität. Für 233 Personen (38,6%) war Gesundheit wichtig, aber nicht das Wichtigste. Nur vier Befragten war die Gesundheit unwichtig.

Während sich Männer und Frauen nicht signifikant in ihrem Antwortverhalten unterschieden, rückte die Gesundheit bei den Befragten mit steigendem Alter ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Während noch für über die Hälfte der Befragten unter 60 Jahren Gesundheit nicht die wichtigste Rolle für Lebensqualität spielte, betrug dieser Anteil nur noch 28,8% bei den 80- bis 89-Jährigen.

Abbildung 33 verdeutlicht diesen Zusammenhang.

Abbildung 33: Bewertung der Wichtigkeit von Gesundheit für die Lebensqualität (in Prozent, gerundet)



Auch das Vorliegen von Hilfebedarf und der damit verbundenen Beeinträchtigungen und Krankheiten führte zur einer höheren Wichtigkeit der Gesundheit als Voraussetzung für Lebensqualität.

Demgegenüber führte ein höherer Schulabschluss zu einer gewissen Relativierung. Befragte mit Fachhochschul- oder Hochschulreife im Alter von 80 und mehr Jahren gaben häufiger als Gleichaltrige mit einem niedrigeren Schulabschluss an, es gäbe Wichtigeres als Gesundheit, wenn es um Lebensqualität gehe.

Vor allem soziale Beziehungen in allen Ausprägungen erschienen denjenigen, die sich hierzu äußerten, für ihre Lebensqualität wichtiger als Gesundheit zu sein. Hierzu gehörten Ehepartner, Freunde, Bekannte und die gesellschaftliche Teilhabe ganz allgemein. „Lieben und geliebt zu werden“ oder „meine Frau“ sind Beispiele für Äußerungen in diesem Zusammenhang. Einem spirituellen Leben und die Nähe zu Gott wurde ebenfalls relativ häufig eine wichtigere Rolle zugewiesen. Relevanter als Gesundheit erschien etlichen Befragten auch, mit sich selbst und anderen im Reinen zu sein, Freude empfinden zu können, sich nicht als Mittelpunkt zu betrachten, andere zu unterstützen und ein zufriedenes Leben zu führen. Auch Unabhängigkeit und Selbstbestimmung wurden vereinzelt als essentielle Aspekte bezeichnet.

3.3.2 Bewertung von Einzelaspekten der Lebensqualität im Alter und bei Hilfebedarf

Um einen systematischen Vergleich von einzelnen Aspekten der Lebensqualität zu gewährleisten, wurde den Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern eine Liste von Einflussfaktoren vorgegeben, die in der Forschungsliteratur und den Experteninterviews zur Validierung des Erhebungsbogens als relevant erachtet worden waren. Mit dem Hinweis darauf, dass Lebensqualität subjektiv grundlegend anders bewertet werden kann, wurden sie gebeten, auf einer Antwortskala anzugeben, ob die jeweiligen Aspekte aus der persönlichen Sicht sehr wichtig (3), ziemlich wichtig (2), weniger wichtig (1) oder gar nicht wichtig (0) sind.

Eine Zusammenstellung der bewerteten Aspekte nach dem jeweils erzielten gewichteten Mittelwert ergibt die in Tabelle 5 ausgewiesene Rangfolge.

Tabelle 5: Relevanz von Detailaspekten der Lebensqualität

Aspekte der Lebensqualität	Mittelwert
sich seelisch wohlfühlen	2,8 ¹²
selbstbestimmt entscheiden	2,8
sich körperlich wohlfühlen	2,8
sich in seinem Zuhause wohlfühlen	2,7
unabhängig sein	2,6
Würde bewahren können	2,6
sich sicher fühlen	2,6
Privatsphäre haben	2,5
materiell abgesichert sein	2,5
respektiert werden	2,5
eine Vertrauensperson haben	2,5
Freunde haben	2,4
einer sinnvollen Beschäftigung nachgehen	2,4
Ruhe finden	2,3
Natur erleben	2,3
am öffentlichen Leben teilnehmen	2,2
kulturelle und geistige Interessen pflegen	2,2
die Familie um sich haben	2,2
sich bewegen / sportlich betätigen	2,2
in eine Gemeinschaft eingebunden sein	2,2
Wohnkomfort haben	2,1
Essen und Trinken genießen	2,1
Hobbys nachgehen	2,0
von anderen gebraucht werden	2,0
Ausflüge machen / verreisen	2,0
eine Liebesbeziehung haben	1,7
ein spirituelles bzw. religiöses Leben führen	1,5

Die große Bedeutung der Gesundheit, die bereits bei den offenen Antworten zu Aspekten der Lebensqualität zum Ausdruck kam, spiegelt sich in den hier gegebenen Antworten. Interessanterweise wird aber Gesundheit in einem umfassenden Sinne des Wortes verstanden; sie beinhaltet nicht nur körperliches Wohlbefinden, sondern auch - wenn beim Mittelwert die zweite Stelle hinter dem Komma berücksichtigt wird - zu sogar einem etwas höheren Ausmaß das seelische Wohlbefinden. Gleichauf mit diesen beiden Aspekten liegt die selbstbestimmte Entscheidung. Zusammen mit einem Zuhause, in dem man sich wohlfühlt, Unabhängigkeit,

¹² Bei identischen Werten entscheidet die zweite Ziffer hinter dem Komma über die Position in der Rangfolge.

Würde und Sicherheit können die hier genannten Aspekte als essentiell für die Lebensqualität im Alter und bei Pflegebedarf betrachtet werden.

Fast alle anderen Vorgaben bewegen sich im breiten Mittelfeld für relevante Aspekte der Lebensqualität. Auf den ersten Blick vergleichsweise unwichtig erscheinen das Vorhandensein einer Liebesbeziehung und das Führen eines spirituellen Lebens. Auch wenn diese beiden Aspekte hinsichtlich ihrer quantitativen Ergebnisse an letzter Stelle stehen, können sie jedoch eine große individuelle Bedeutung haben. Dies wird anhand der späteren Analysen zu überprüfen sein.

Die Wichtigkeit der Aspekte für Lebensqualität hängt, zumindest in Teilen, auch von der persönlichen Lebenssituation ab. Mit zunehmendem Alter weniger wichtig wird es, einer sinnvollen Beschäftigung nachzugehen, Ausflüge machen und zu verreisen sowie eine Liebesbeziehung zu haben.¹³ Tendenziell wichtiger wird es demgegenüber, von anderen gebraucht zu werden, die Familie um sich zu haben, materiell abgesichert zu sein, Ruhe zu finden, sich sicher zu fühlen und ein spirituelles Leben zu führen.¹⁴

Bei einer Differenzierung nach Geschlecht ergibt sich, dass für Frauen Lebensqualität in höherem Maße als für Männer davon abhängt, dass sie sich in ihrem Zuhause wohlfühlen, respektiert werden und Würde bewahren können.¹⁵ Für Männer ist demgegenüber eine Liebesbeziehung wichtiger. Während diese bei Frauen nur einen Mittelwert von 1,4 erreicht, beträgt er 2,1 bei Männern. Dies steht im Einklang mit dem Ergebnis, dass Liebesbeziehungen vor allem von denjenigen als wichtig für Lebensqualität erachtet werden, die in einer festen Partnerschaft leben (2,1 gegenüber 0,9 bei Befragten ohne feste Partnerschaft); Letzteres trifft ungleich häufiger auf Männer zu.¹⁶

Die Wichtigkeit verschiedener Aspekte der Lebensqualität steht schließlich auch in einem Zusammenhang mit dem höchsten Schulabschluss. Befragte mit einem niedrigeren Schulabschluss fanden es wichtiger für ihre Lebensqualität, materiell abgesichert zu sein und sich generell sicher zu fühlen. Demgegenüber war es Befragten mit Hochschulreife in höherem Maße wichtig, einer sinnvollen Beschäftigung nachzugehen und eine Liebesbeziehung zu haben.¹⁷

¹³ Mittelwerte für die Kategorie der 80- bis 89-Jährigen: einer sinnvollen Beschäftigung nachgehen: 1,9 / Ausflüge machen / verreisen: 1,8 / Liebesbeziehung haben: 1,2

¹⁴ Mittelwerte für die Kategorie der 80- bis 89-Jährigen in der Reihenfolge der Nennungen: von anderen gebraucht zu werden: 2,2 / die Familie um sich haben: 2,5 / materiell abgesichert sein: 2,6 / Ruhe finden: 2,5 / sich sicher fühlen: 2,8 / ein spirituelles Leben führen: 1,9

¹⁵ Mittelwerte für Frauen und Männer: sich in seinem Zuhause wohlfühlen: 2,8 vs. 2,5 / respektiert werden: 2,6 vs. 2,3 / Würde bewahren können: 2,7 vs. 2,5

¹⁶ Vgl. Ergebnisse in Kapitel 3.2.1

¹⁷ Mittelwerte für Befragte mit Volks-/Hauptschulabschluss oder POS 8./9. Klasse und Befragte mit Abitur oder Abschluss der Erweiterten Oberschule: materiell abgesichert sein: 2,6 vs. 2,4 / sich sicher fühlen: 2,7 vs. 2,4 / einer sinnvollen Beschäftigung nachgehen: 2,5 vs. 2,2 / eine Liebesbeziehung haben: 1,9 vs. 1,3

Etwa 15% der Befragten, die die Wichtigkeit der Aspekte für ihre Lebensqualität beurteilt haben, machten zusätzliche Angaben darüber, was ihnen außerdem wichtig ist. Viele dieser Antworten lassen sich bereits in den vorgegebenen Aspekten wiederfinden¹⁸, enthalten konkrete Vorstellungen dessen, wie die genannten Aspekte zu verwirklichen sind¹⁹ oder persönliche Wünsche und Erläuterungen.²⁰

Als weitere Aspekte von Lebensqualität, die als Ergänzung der in Frage 6 enthaltenen Aspekte gesehen werden können, wurden genannt: In einem harmonischen Umfeld/einer guten Nachbarschaft leben, das Wohlergehen von nahen Verwandten, Haustiere haben und informiert sein. Die geringe Zahl der Nennungen weiterer Aspekte von Lebensqualität kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass die in dem Fragebogen enthaltenen Punkte die für die Lebensqualität wichtigen Aspekte bereits gut abbilden. Dennoch sollen die zusätzlichen Nennungen zumindest teilweise auch Gegenstand von weiteren Überlegungen sein.

Einfluss von Hilfebedarf

Bei der Betrachtung der Bedeutung einzelner Aspekte in der Gruppe der auf Hilfe angewiesenen Befragten fällt auf, dass für sie besonders wichtig ist, ihre Familie um sich zu haben; 86,4% beurteilen dies als sehr wichtig oder ziemlich wichtig gegenüber 75,6% der Befragten ohne Hilfebedarf. Dies entspricht der Tatsache, dass es häufig Familienangehörige sind, die im Bedarfsfall Unterstützung leisten. Darüber hinaus beurteilen vier von fünf Befragten mit Hilfebedarf (81,7% gegenüber 75,6% derer ohne Hilfebedarf) den Aspekt, von anderen gebraucht zu werden als ziemlich oder sehr wichtig. Dies deckt sich mit dem Befund von Lisa Marie Warner, dass es für Menschen, die auf die Hilfe anderer angewiesen sind, wichtig ist, selbst andere zu unterstützen und damit das Gefühl zu haben, etwas von der empfangenen Hilfe zurückgeben zu können (Warner 2011). Deutliche Unterschiede hinsichtlich der Bedeutung einzelner Aspekte für die Lebensqualität zeigen sich zwischen Befragten mit Hilfebedarf, die in einer Senioreneinrichtung wohnen gegenüber jenen, die mit Hilfebedarf zu Hause wohnen: Ersteren ist es durchschnittlich wichtiger, respektiert zu werden, Natur zu erleben, einer sinnvollen Beschäftigung nachzugehen. Noch deutlicher ausgeprägt ist der Mittelwertunterschied hinsichtlich der Teilnahme am öffentlichen Leben.²¹

Um die Auswirkungen der erfahrenen Unterstützung auf die Lebensqualität von Menschen mit Hilfebedarf beurteilen zu können, wurden Personen, die diese Hilfe außerhalb einer Seni-

¹⁸ So ist z. B. die Aussage „Liebhobbies nachgehen“ mit dem Aspekt „Hobbys nachgehen“ identisch.

¹⁹ Hier werden z. B. eine gute Betreuungssituation, medizinische Versorgung, Informationsmedien oder Infrastrukturangebote genannt.

²⁰ Zum Beispiel wird der Aspekt „einer sinnvollen Beschäftigung nachgehen“ mit der Übernahme eines Ehrenamts konkretisiert.

²¹ Mittelwerte für Einrichtungsbewohner und andere: respektiert werden: 2,6 vs. 2,4 / Natur erleben: 2,6 vs. 2,3 / einer sinnvollen Beschäftigung nachgehen: 2,6 vs. 2,3 / am öffentlichen Leben teilnehmen: 2,6 vs. 2,2

oreinrichtung erhalten, gefragt, welche Auswirkungen sie auf ausgewählte Aspekte der Lebensqualität hat. Die Befragten konnten ihre Bewertung auf einer Skala von sehr positiv (+2) über positiv (+1), gar nicht (0) und negativ (-1) bis hin zu sehr negativ (-2) abgeben.

Im Durchschnitt wurde der empfangenen Unterstützung eine positive Auswirkung auf alle genannten Aspekte bescheinigt. Tabelle 6 zeigt die Rangfolge des Einflusses auf die Faktoren für Lebensqualität:

Tabelle 6: Einfluss der Unterstützung bei Hilfebedarf auf die Lebensqualität (außerhalb von Einrichtungen)

Aspekte der Lebensqualität	Mittelwert
sich in seinem Zuhause wohlfühlen	1,6
sich sicher fühlen	1,4
selbstbestimmt entscheiden	1,4
unabhängig sein	1,4
Würde bewahren können	1,4
eine Vertrauensperson haben	1,4
sich seelisch wohlfühlen	1,3
Privatsphäre haben	1,3
respektiert werden	1,3
sich körperlich wohlfühlen	1,2
die Familie um sich haben	1,2
in eine Gemeinschaft eingebunden sein	1,1
Freunde haben	1,1
Essen und Trinken genießen	1,1
Ruhe finden	1,1
seinen Hobbys nachgehen	0,9

Der wichtigste Beitrag der erfahrenen Hilfe besteht darin, sich in seinem Zuhause wohlfühlen zu können, gefolgt davon, sich sicher zu fühlen, selbstbestimmt entscheiden zu können, unabhängig zu sein und Würde bewahren zu können. Als positives Ergebnis der Unterstützung steht auch eine Vertrauensperson zur Verfügung, seelisches Wohlbefinden wird erzeugt, die Privatsphäre gesichert, und Respekt wird gefördert. Alle genannten Aspekte spielen für die Realisierung von Lebensqualität eine sehr große Rolle, und die Unterstützung anderer trägt dazu bei.

Weitere in der Regel positiv bewertete Aspekte der Unterstützung bestehen darin, dass körperliches Wohlbefinden gefördert wird und dass man die Familie um sich hat. Auch für die Einbindung in eine Gemeinschaft, Freundschaften, den Genuss von Essen und Trinken und das Finden von Ruhe werden meist positive Auswirkungen gesehen, wobei aber zunehmend bemerkt wird, dass die erhaltene Hilfe keinen Einfluss darauf habe. Nur in sehr seltenen Fällen wurden die Auswirkungen der Unterstützung als negativ oder sehr negativ bezeichnet.

Auch die Bewohnerinnen und Bewohner von Senioreneinrichtungen wurden gebeten, die Auswirkungen des Lebens dort auf ihre Lebensqualität zu bewerten. In diesem Fall wurde die

gesamte Vorgabeliste zur Grundlage gemacht. Wieder wurden die Antworten auf einer Skala von sehr positiv (+2) über positiv (+1), gar nicht (0) und negativ (-1) bis hin zu sehr negativ (-2) erfasst.

Auch das Leben in Senioreneinrichtungen wirkt sich positiv auf die Lebensqualität der Befragten auf, wenn auch auf einem niedrigeren Niveau, wie in Tabelle 7 veranschaulicht.

Tabelle 7: Einfluss des Lebens in Senioreneinrichtungen auf die Lebensqualität

Aspekte der Lebensqualität	Mittelwert
respektiert werden	1,0
Würde bewahren können	1,0
sich körperlich wohlfühlen	1,0
sich sicher fühlen	1,0
in eine Gemeinschaft eingebunden sein	1,0
selbstbestimmt entscheiden	0,9
Ruhe finden	0,9
sich seelisch wohlfühlen	0,8
Wohnkomfort haben	0,8
sich in seinem Zuhause wohlfühlen	0,8
Privatsphäre haben	0,8
unabhängig sein	0,8
Essen und Trinken genießen	0,8
eine Vertrauensperson haben	0,7
Freunde haben	0,7
einer sinnvollen Beschäftigung nachgehen	0,7
materiell abgesichert sein	0,7
am öffentlichen Leben teilnehmen	0,7
ein spirituelles / religiöses Leben führen	0,7
von anderen gebraucht werden	0,6
Hobbys nachgehen	0,6
Natur erleben	0,6
die Familie um sich haben	0,4
Ausflüge machen / verreisen	0,4
sich bewegen / sportlich betätigen	0,4
kulturelle und geistige Interessen pflegen	0,4
eine Liebesbeziehung haben	-0,1

Respekt, Würde, körperliches Wohlbefinden, Sicherheit und die Einbindung in eine Gemeinschaft sind die besonders positiv konnotierten Aspekte von Lebensqualität, die mit dem Leben in einer Senioreneinrichtung verbunden sind. Auch selbstbestimmte Entscheidungen, Ruhe finden, seelisches Wohlbefinden, Wohnkomfort, das Wohlfühlen in seinem Zuhause, Privatsphäre, Unabhängigkeit und der Genuss von Essen und Trinken können durch das Leben in einer Senioreneinrichtung positiv beeinflusst werden.

Schwächer ausgeprägt sind die Mittelwerte für das Vorhandensein einer Vertrauensperson oder von Freunden, die Möglichkeit, einer sinnvollen Beschäftigung oder Hobbys nachzugehen, materiell abgesichert zu sein, am öffentlichen Leben teilzunehmen oder ein spirituelles Leben zu führen, von anderen gebraucht zu werden und die Natur zu erleben. Nur geringfügig fördert das Leben in einer Senioreneinrichtung das Zusammensein mit der Familie, Ausflüge und Reisen, sportliche Betätigung und die Pflege von kulturellen und geistigen Interessen; nachteilig ist es für die Pflege von Liebesbeziehungen.

Auch wenn Senioreneinrichtungen in mancher Hinsicht unerwartet gute Bewertungen in Bezug auf die Förderung der Lebensqualität bekommen, etwa im Hinblick auf Respekt, Würde und selbstbestimmte Entscheidungen, zeigt ein genauerer Blick, dass es Verbesserungspotential gibt. Alle Aspekte – inklusive der Pflege von Liebesbeziehungen – werden positiv, wenn nicht sehr positiv bewertet; alle Aspekte erfahren aber auch negative und sehr negative Bewertungen, die den Mittelwert insgesamt senken. Sie beziehen sich vor allem auf mangelnden Wohnkomfort, auf das fehlende Gefühl eines Zuhauses, auf nicht ausreichende Privatsphäre, das Fehlen von Familie und Vertrauensperson sowie das Pflegen einer Liebesbeziehung.

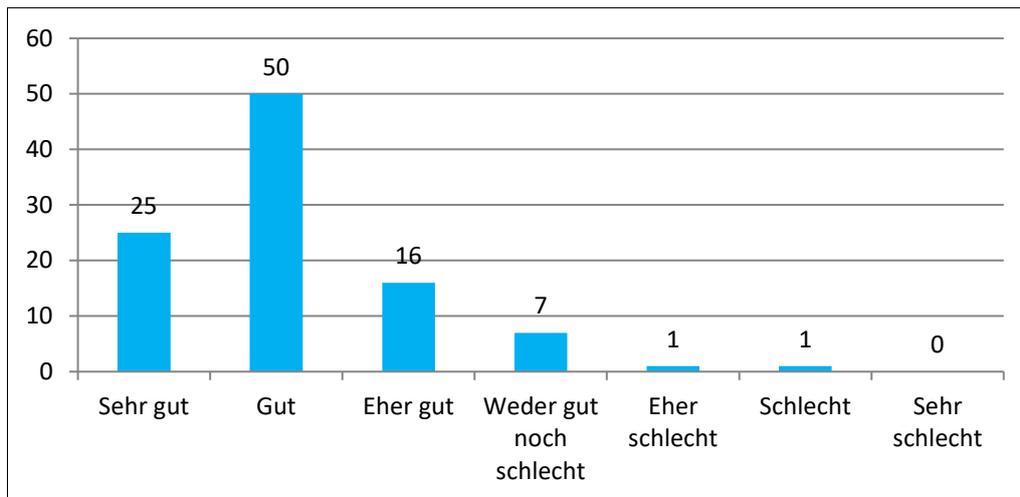
Es liegt nahe, dass die sowohl positiven als auch negativen Bewertungen ein und derselben Aspekte die unterschiedlichen Leistungsniveaus der Anbieter stationärer Pflege reflektieren. Basierend auf diesen Ergebnissen sollte angestrebt werden, das in vielen Fällen bereits erreichte hohe Niveau der Leistungen mit positiven, wenn nicht sehr positiven Auswirkungen auf die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner zum allgemein gültigen Standard zu machen.

3.3.3 Bewertung der persönlichen Lebensqualität

Die überwiegende Mehrheit der Befragten beurteilte ihre Lebensqualität positiv. 152 Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer, ein Viertel der Stichprobe, bezeichneten ihre Lebensqualität als sehr gut, weitere 305 Personen (50,2%) bewerteten ihre Lebensqualität als gut. Eher gut war sie aus Sicht von 96 Befragten (15,8%), als weder gut noch schlecht ordneten sie 42 Befragte (6,9%) ein. Nur 8 Befragte (1,3%) bezeichneten ihre Lebensqualität als eher schlecht und 4 Befragte (0,7%) bewerteten sie als schlecht. Auf einer Gewichtungsskala von 6 (= sehr gut) bis 0 (= sehr schlecht) erreicht die Lebensqualität der Befragungsteilnehmer einen Mittelwert von 4,9.

Abbildung 34 gibt einen Überblick über die Ergebnisse hinsichtlich der bewerteten individuellen Lebensqualität.

Abbildung 34: Bewertung der individuellen Lebensqualität (in Prozent, gerundet)



Frauen beurteilten ihre Lebensqualität etwas schlechter als Männer (4,86 gegenüber 4,94). Deutlicher sind die Unterschiede jedoch bei einer Differenzierung nach Alter: Während die Gesamtbewertung der Lebensqualität bis zum Alter von 69 Jahren stabil bei einem Wert von knapp unter 5,0 lag, sank dieser bei den Befragten im Alter von 70 bis 79 Jahren auf 4,9 und im Alter von 80 bis 89 Jahren auf 4,6.

Der Schulabschluss scheint eine entscheidende Rolle für individuelle Lebensqualität zu spielen. Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer, die die Schule ohne Abschluss beendet haben, erreichten einen Mittelwert von lediglich 4,0, während er für Personen mit Abitur oder einem Abschluss der Erweiterten Oberschule bei 5,1 lag. Ebenfalls günstig wirkt sich das Leben in einer festen Partnerschaft auf die Lebensqualität aus; Befragte in einer festen Beziehung erreichten einen Mittelwert von 5,0, Befragte ohne feste Partnerschaft nur 4,7.

Unabhängigkeit von der Unterstützung anderer trägt ebenfalls zur Lebensqualität bei. Befragte ohne Hilfebedarf erzielten einen Mittelwert von 5,0. Für Befragte mit Hilfebedarf, die in ihrer eigenen häuslichen Umgebung leben, sank dieser Wert auf 4,6; für Bewohnerinnen und Bewohner von Senioreneinrichtungen lag er bei nur noch 4,3.

Nicht alle Erkrankungen tragen zur Schmälerung von Lebensqualität bei. Keine relevanten Auswirkungen lassen die Antworten von Befragten erkennen, die unter Allergien, Asthma, Bronchitis oder Bluthochdruck leiden. Mittelwerte von unter 4,6 oder weniger wurden erreicht, wenn folgende Krankheiten vorlagen: Rheuma, chronischer Wirbelsäulenschaden, Migräne, Krebs (4,6), Osteoporose, Durchblutungsstörung am Herzen, chronische Schmerzen (4,5), Diabetes (4,4), akuter Wirbelsäulenschaden (4,2), seelische Erkrankung (4,0) und Demenz (3,8).

Der relativ hohe Mittelwert der Teilgruppe der Mehrfacherkrankten lässt zunächst vermuten, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen sich positiv auf die subjektive Lebensqualität auswirken. Es zeigt sich bei genauer Betrachtung aber, dass sich der Zusammenhang mit der Anzahl der angegebenen Beeinträchtigungen umkehrt: Es besteht eine schwache Korrelation von -

0,3 zwischen der Anzahl der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Beurteilung der Lebensqualität. Je mehr Beeinträchtigungen also vorliegen, als desto schlechter wird die subjektive Lebensqualität beurteilt.

Auch Sinnes- und Mobilitätsbehinderungen spielten für die Wahrnehmung von Lebensqualität eine Rolle, wenn auch in unterschiedlichem Maße. Erst starke Seh- oder Hörbeeinträchtigungen wirkten sich mit einem Mittelwert von 4,6 bzw. 4,7 auf die Lebensqualität aus. Demgegenüber fielen die Werte bei Einschränkungen im Gehen je nach Grad der Beeinträchtigung deutlich ab: Während Befragte mit geringen Beeinträchtigungen noch einen Wert von 4,9 erzielten, lag dieser bei mittleren Beeinträchtigungen nur bei 4,4 und bei starken Beeinträchtigungen bei 4,3. Auch bei starken Beeinträchtigungen in anderen Bewegungsabläufen wurde nur ein Mittelwert von 4,4 erreicht.

3.3.4 Erwartungen der Befragten zu individuellen und sozialpolitischen Maßnahmen

Ansatzpunkte zur Erhöhung der Lebensqualität

In einem abschließenden Teil der Befragung wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gebeten zu beschreiben, was ihre Lebensqualität erhöhen würde. Für die vorgenannten Teilgruppen unter den Befragten, die ihre Lebensqualität unterdurchschnittlich bewerteten, lassen sich - neben dem alle Kategorien übergreifenden Wunsch nach Gesundheit und körperlichem Wohlbefinden - folgende Aussagen festhalten.

Befragte mit Haupt-/Volksschulabschluss, Abschluss der Polytechnischen Oberschule nach der 8. oder 9. Klasse sowie Befragte ohne Abschluss wünschten sich vor allem materielle Absicherung und den Erhalt des Status quo. Eine niedrige Rente erschwert die angemessene Versorgung in einer Pflegeeinrichtung, und finanzielle Sorgen werden als kräftezehrend bezeichnet. Der Blick in die Zukunft ist oft nicht ungetrübt, so dass häufig der Wunsch geäußert wurde, dass alles so bleiben möge, wie es ist.

Befragte, die ohne feste Partnerschaft lebten, nannten vergleichsweise häufig den Wunsch, wieder eine Beziehung einzugehen, die Familie häufiger um sich zu haben oder den verstorbenen Partner bzw. die Partnerin zurückzubekommen. Aber auch hier spielten materielle Probleme keine untergeordnete Rolle. Sie erschweren u. a. die Realisierung eines Lebens in der Gemeinschaft, mit Menschen, die die eigenen Interessen teilen und mit denen man gemeinsame Aktivitäten ausüben könnte. Eine weitere Voraussetzung für die gesellschaftliche Teilhabe im Alter und bei Pflegebedarf ist eine seniorenrechtliche Infrastruktur. Beispielsweise lautet eine Aussage: „Meine Lebensqualität würde sich verbessern, wenn Barrieren für schwerhörige Menschen in öffentlichen Institutionen weiter abgebaut würden, z.B. im Kino, Theater, Vortragsräumen, Kirchen, und für blinde und sehingeschränkte Menschen taktile Leitsysteme, kontrastreiche Gestaltung von Räumlichkeiten und im Verkehrsraum, z.B. Stufen, Poller etc. bestünden.“

Die Aussagen von Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen wiesen keine typischen Muster auf. Auch hier wurden oft gesundheitliche und finanzielle Voraussetzungen für ein höheres Maß an Lebensqualität genannt. In einem Fall wurde, ähnlich wie oben, auch eine politische Forderung aufgestellt: „Meine Lebensqualität würde sich verbessern, wenn der Informationsstand über Hörbehinderungen und der Umgang besser bekannt wäre in der Bevölkerung (öffentliches Leben und Berufsleben). Als Betroffener immer wieder die eigenen Bedürfnisse erbeten zu müssen, ist anstrengend und oft auch enttäuschend und demütigend. Hilfsmittel für das Privatleben sind für uns Hörgeschädigte schon gut vorhanden, mehr Untertitel im Fernsehen oder Kino wären gut.“

Die Mehrheit der Befragten mit Mobilitätseinschränkungen sah deren Beseitigung als Voraussetzung für mehr Lebensqualität an. Schwierigkeiten beim Gehen sind besonders problematisch für Menschen, die sich in der Vergangenheit gern bewegt haben. Als schmerzlich wird erlebt, dass Ausflüge in die Natur - eine Voraussetzung für die Lebensqualität einer Befragten, nicht mehr möglich sind. Die Lebensqualität eines anderen Befragten würde sich verbessern, wenn „ich wie vor dem Unfall laufen könnte. Ich war Leistungssportler, habe z. B. 25 Marathons hinter mir. Ich war aktiver Tennis- und Handballspieler.“ Das Leben in einer Einrichtung als Folge der gesundheitlichen Einschränkungen ist für eine weitere Befragte für ihre Lebensqualität nicht förderlich. Sie würde sich verbessern, wenn „ich Meinesgleichen im Pflegeheim finden würde, und ich nicht zusammen mit psychisch veränderten Bewohnern, sondern mit geistig Fitten leben würde.“

In den Aussagen von Befragten mit chronischen Krankheiten spielte Beschwerdefreiheit naturgemäß eine bedeutsame Rolle für Lebensqualität. Die Lösung von Problemen mit der Renten- und Krankenversicherung, eine bessere finanzielle Ausstattung und eine bedarfsgerechte Infrastruktur sind andere wichtige Aspekte: „Meine Lebensqualität würde sich verbessern, wenn sich die Infrastruktur in der Region verbessern würde: medizinische Versorgung, Personennahverkehr, wohnortnahe Einkaufsmöglichkeiten, ein besseres kulturelles Angebot.“ Mehr Unterstützung - oder weniger Belastung - wären ebenfalls hilfreich: „Meine Lebensqualität würde sich verbessern, wenn ich gelegentlich Hilfe bei der Hausarbeit und bei Einkäufen hätte. Und wenn die finanziellen Mittel ausreichen würden, auch am kulturellen Leben teilzunehmen oder einfach mal Kaffee trinken gehen könnte“ oder „wenn es meiner pflegebedürftigen Mutter und Tante, die ich beide versorge, besser ginge“.

Bewertung der Wichtigkeit von Maßnahmen

Weiterhin wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Befragung gebeten, eine Reihe von Maßnahmen zu beurteilen, die individuell, auf der Ebene von Leistungsanbietern oder von der Politik durchgeführt werden, um die Lebensqualität im Alter zu steigern. Hierfür standen vorgegebene Antworten auf einer Skala von „trifft gar nicht zu“ (=0) bis „trifft voll und ganz zu“ (= 3) zur Verfügung.

Tabelle 8 illustriert die Wichtigkeit der Maßnahmen aus Sicht der Befragten.

Tabelle 8: Priorisierung von Maßnahmen zur Lebensqualität

Maßnahmen	Mittelwert
Für meine Lebensqualität ist es wichtig, dass ich selbst etwas für meine Gesundheit tue.	2,7
Für die Lebensqualität im Alter sind Angebote zur Gesundheitsförderung besonders wichtig.	2,5
Die Politik sollte mehr unternehmen, um die Lebensqualität im Alter zu fördern.	2,4
Wenn Familienangehörige zu weit entfernt wohnen, können Ehrenamtliche, z. B. durch Besuchsdienste, einen wichtigen Beitrag gegen Vereinsamung im Alter leisten.	2,2
Für meine Lebensqualität ist es wichtig, dass ich Zugang zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten habe.	2,1
Das Internet leistet einen wichtigen Beitrag zu meiner Lebensqualität.	1,9

Alle zur Diskussion gestellten Maßnahmen können angesichts der Ergebnisse als wichtig erachtet werden. Dabei wird die Wahrnehmung, für die Gesundheit als wesentliche Voraussetzung für Lebensqualität etwas tun zu müssen, von den Befragten insgesamt in sehr hohem Ausmaß geteilt. Um dieser Selbstverantwortung gerecht werden zu können, erscheinen Angebote zur Gesundheitsförderung besonders wichtig; diese Aussage richtet sich an Leistungsanbieter ebenso wie an Entscheidungsträgerinnen und -träger im Gesundheitsbereich. Auch die Politik ist mit der Platzierung an dritter Stelle in der Wichtigkeitshierarchie aufgerufen, Maßnahmen zu ergreifen. Ehrenamtlich erbrachte Leistungen sowie andere Beratungs- und Unterstützungsangebote sind in ihrer Bedeutung für Lebensqualität in der Wahrnehmung Älterer inzwischen fest etabliert. Im Vergleich zu persönlichen Beziehungen und Angeboten der "analogen Welt" weniger wichtig erscheint hingegen der Beitrag des Internets.

Differenziert nach Geschlecht zeigt sich, dass Frauen allen Aussagen - mit Ausnahme des Beitrags des Internets - in höherem Maße zustimmen als Männer. Diese zeigen sich insgesamt in ihren Bewertungen zurückhaltender, was insbesondere für die Bedeutung von ehrenamtlichen Leistungen gilt. Während Gesundheitsaspekte - eigenes Handeln ebenso wie Leistungsangebote - mit steigendem Alter als zunehmend relevant für die Lebensqualität betrachtet werden, sehen jüngere Ältere die Beiträge des Internets als wichtiger an als die Angehörigen höherer Altersgruppen. Auch mit zunehmend höherem Schulabschluss wird das Internet für die Lebensqualität als bedeutender bewertet. Gleiches gilt für die Einschätzung ehrenamtlich erbrachter Leistungen und Forderungen an die Politik, Maßnahmen zur Förderung der Lebensqualität im Alter zu ergreifen.

191 Befragte ergriffen an die Stelle die Gelegenheit, weitere Maßnahmen zu nennen, die die Lebensqualität im Alter fördern würden. Fast ein Drittel derer, die an dieser Stelle eine Antwort gaben (31,6%) nannten Aspekte der gemeinschaftlichen Einbindung, z. B.:

- „Es wäre schön, wenn ältere Menschen immer wieder aktiv eingeladen und angesprochen werden, teilzunehmen an Aktivitäten, mit anderen Menschen zusammen zu kommen etc., um Vereinsamung vorzubeugen.“
- „Nachbarschaftsforen, Verknüpfung junger Familien mit Altentreffs, Abruf der Fähigkeiten und Talente, die alte Menschen in Fülle haben, durch die junge Generation. Viele Familien mit Kindern leben heute weit entfernt von den Großeltern. Es sollte Initiativen und Treffpunkte für 'Adoptiv-Großeltern' geben.“
- „Handarbeitscafés in Stadtteilen oder Orten, in denen Menschen niederschwellig zueinander kommen, reden, handarbeiten, vielleicht auch gemeinsam kochen können; intergenerative Projekte - Alter lernt von Jung, Jung lernt von Alt; die vielen Kompetenzen von Senioren nicht brachliegen lassen, sondern Settings schaffen, in denen sie sinnstiftend eingebracht werden können und gebraucht werden; Rahmenbedingungen schaffen, damit ältere Arbeitnehmer auch in der Arbeit bleiben können und nicht gekündigt werden; altersgerechte Arbeitsbedingungen schaffen; auch intergenerative Projekte in der Arbeit.“

Mehr als ein Viertel der Nennungen (26,0%) bezog sich auf die Notwendigkeit der materiellen Absicherung; finanzielle Sorgen verhindern Lebensqualität. Die Nennungen reichten von politischen Forderungen bis hin zu persönlichen Erfahrungsberichten, z. B:

- „Insbesondere die finanzielle Sicherheit der älteren Generation - in gewissem Maße - garantieren. Denn wir Senioren haben doch erst den wirtschaftlichen Aufschwung der BRD in den 50er/60er Jahren möglich gemacht.“
- „Grundeinkommensrente für alle - Kindererziehungszeiten bezahlen und in der Rentenberechnung wie einen Leitungsjob in Ämtern und Unternehmen behandeln. Mietpreisdckelung; Investitionen in Barrierefreiheit und da hinein, dass bei bestimmten Krankheiten Lebensbegleiter kostenlos zur Verfügung gestellt werden könnten - Geld in die sozialen Sicherungssysteme pumpen, statt in Bankensanierung und Unternehmen u. v. m.“
- „Meine Stadt (Berlin) ist offenbar so arm, dass das Sozialamt immer weniger Hilfe bewilligt. Wenn ich um Hilfe gegen meine Einsamkeit bitte, wird mir vom Sozialamt gesagt, ein Anruf von einer Bekannten einmal in der Woche reicht als sozialer Kontakt. So etwas darf nicht passieren.“

Für jeden Sechsten, der sich hier äußerte, stand die Wohnsituation im Mittelpunkt der Empfehlungen. Dazu gehörten folgende Beiträge:

- „Mehr seniorengerechte Wohnungen bauen, die man sich leisten kann; in den Altenheimen mehr Geld/Personal für die Betreuung der Bewohner zur Verfügung stellen.“
- „Projekte für alternative, vielfältige Wohn- und Zusammenlebensformen sollten erdacht und gefördert werden. Diese Wohnformen sollten bezahlbar sein oder so gestrickt, dass sie sich sogar selber finanzieren. Provokativ: Seniorenheime auflösen und andere Wohn-

projekte entwickeln. Die Eigenständigkeit muss erhalten bleiben und ein würdevolles Leben nach eigenen Vorstellung muss ermöglicht werden, eventuell durch Haushaltshilfen, Fahrdienste, Einkaufshilfen, Reinigungskräfte etc.“

- „Gemeinschaftliche Wohnprojekte/Baugemeinschaften, die eingebunden sind in ein barrierearmes/-freies Umfeld/Stadtteil mit Anbindung von ambulanten Diensten, Wohnpflegegemeinschaften und kulturellen Institutionen im Umkreis von 800 - max. 1.000 m.“

Darüber hinaus führen negative Altersstereotypen oft dazu, dass sich ältere Menschen nicht ausreichend geschätzt und akzeptiert fühlen. Rund 15% der Antworten bezogen sich auf diesen Kontext, darunter die folgenden Nennungen:

- „Werte-Diskussion über Menschen im Alter. Gesellschaftliche Einordnung, Sinnhaftigkeit des hohen Alters wieder erobern, indem man Altersweisheit erkennt.“
- „Wenn das Alter mehr gewürdigt würde, wenn die Älteren nicht so oft für weltfremd oder unwissend gehalten würden, wenn die Älteren nicht ständig auf ihr Alter reduziert würden, wenn es ebenso tolle Mode wie für die Jungen gäbe, wenn der Satz „Du in deinem Alter“ gestrichen würde.“
- „Wenn auch das Bewusstsein der jüngeren Menschen dahingehend gefördert wird, dass alternde Menschen nicht automatisch ihre zu respektierende Persönlichkeit noch jedwede Rechte verlieren.“

Eine altersgerechte Infrastruktur war einem Achtel derer, die diese Frage beantworteten (12,2%), von Bedeutung. Zu den Nennungen gehörten folgende Beiträge:

- „In den Städten sollten mehr Treffpunkte für ältere Menschen eingerichtet werden. Mehrgenerationenwohnen sollte mehr gefördert werden. Das Wohnumfeld sollte so gestaltet sein, dass z.B. ausreichend Bänke (altersgerechte - mit Lehne etc.) vorhanden sind, so dass ältere und behinderte Menschen sich häufiger außerhalb der Wohnung aufhalten können und wahrgenommen werden. Ein gut gestaltetes Umfeld hat auch einen Aufforderungscharakter, die eigene Mobilität zu pflegen.“
- „Die Gestaltung von Stadtteilen mit Rücksicht auf körperliche und kognitive Einschränkungen von älteren Menschen; Beratung zu allen Belangen rund um Wohnen, Hilfe- und Pflege aus einer Hand; technische Hilfen, die einfach zu bedienen sind und Selbstständigkeit ermöglichen.“
- „Der Bewegungsradius auf dem Land ist ohne entsprechende Hilfe durch die Kommune sehr eingeschränkt. Leider wird zu viel auf Ballungsgebiete geachtet (Großstadt), der Ländliche Raum verkommt. Es fehlen entsprechende Gelder um Gemeinden attraktiv zu halten. Die Masse der Bürger möchte nicht in Ballungsgebieten wohnen (Problemkonzentration).“

Weitere Anmerkungen

Diese Nennungen sind nur ein Auszug aus vielen weiteren, mit denen die Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer ihre Bereitschaft und Kompetenz zum Ausdruck brachten, Politik

und Verbände dahingehend zu beraten, welche Maßnahmen vorrangig zu ergreifen sind, wenn es um die Erhöhung der Lebensqualität im Alter geht. Dies zeigte sich auch in der hohen Beteiligung an der offenen Abschlussfrage, die die Möglichkeit bot, weitere Kommentare zum Themenbereich Lebensqualität im Alter und bei Pflegebedarf abzugeben. Rund ein Drittel aller Befragten machte hiervon Gebrauch.

Die Antworten vertiefen in vielen Fällen Themen, die bereits in den früheren Fragen angesprochen wurden. Darüber hinaus wurden Aspekte thematisiert, die nach dem Eindruck der Befragten zuvor zu wenig Geltung erfahren hatten. Beispielhaft gilt dies für folgende Nennungen:

- *Altersgerechte Versorgungsinfrastruktur:* „Alleinlebende ältere Menschen im ländlichen Raum sehen sich "gezwungen" in Städte zu ziehen, weil sie sich oft nicht selbst versorgen können. Angebote fehlen, selbst für Grundbedürfnisse. Die Politik sollte sich mehr um Senioren kümmern - Seniorenmitbestimmung - Sicherheit vermitteln, z.B. für Renten und Renteneintrittsalter - Organisation der Pflege verbessern, Bürokratie, Dokumentation, Personalschlüssel, usw. ändern - medizinische Versorgung für Senioren verbessern genügend (Haus-)Ärzte, Fachärzte für Hausbesuche, Budgetierung nicht für ältere Patienten.“
- *Materielle Absicherung:* „Mehr Unterstützung vom Staat, wenn man im Rentenalter noch arbeiten muss. Bin 2006 mit 60 Jahren in Rente gegangen (aus gesundheitlichen Gründen) und habe 18% Abzüge (mtl. 950 Bruttorente).“ ... „Als Alleinlebende muss ich arbeiten gehen (bin Hauswirtschaftsmeisterin und war immer in leitenden Positionen tätig), sonst könnte ich nicht leben!“
- *Wohnsituation:* „Offenere Wohnkonzepte, wie Hausgemeinschaften, bei denen gegenseitige Hilfestellung möglich ist und ggfs. pflegerische Maßnahmen zugekauft werden können. Auf jeden Fall Möglichkeiten, die sich auch Frauen mit kleiner Rente leisten können.“ „Seniorengerechter Umbau von Wohnungen sollte ebenso gefördert werden, wie der Umbau zur behindertengerechten Wohnungen. Der Wohnungsbau sollte mehr Wert darauf legen, Wohnungen in variabler Modulbauweise zu entwickeln, so dass je nach Bedarf Familienwohnungen oder altengerechte WG-Wohnungen entstehen können. Altenwohnungen/Heime sollten immer mitten im Geschehen sein, so dass eine Teilnahme am öffentlichen und gesellschaftlichen Leben einer Stadt ganz selbstverständlich bleibt.“
- *Gemeinwesenarbeit:* „Das soziale Umfeld im Quartier/in der Gemeinde ist wichtig. Unterstützungsmöglichkeiten durch Share-Community wäre eine Lösung, sich gegenseitig Hilfestellung zu geben.“
- *Aufsuchende Beratung:* „Dass es eine Behörde/Gemeinschaft gibt, die bei alten alleinlebenden Menschen telefonisch oder persönlich anfragt, ob Hilfe oder Beistand benötigt wird; evtl. in Augenscheinahme. (Ich denke dabei an Personen, die alleine in Hochhäusern ohne Angehörige leben).“

- *Unterstützung pflegender Angehöriger:* „Wenn Angehörige zuhause die Betreuung übernehmen, sollten sie bessere Unterstützung durch öffentliche Einrichtungen (Staat) erhalten.“
- *Ausbau ambulanter Betreuungs- und Pflegeangebote:* „Gutes und genügend Pflegepersonal für die Betreuung im häuslichen Bereich, damit ältere Personen, solange es gesundheitlich möglich ist, zu Hause betreut werden können. Gute ärztliche Betreuung und genügend Angebote für die Freizeitgestaltung in unmittelbarer Nähe sowie Einkaufsmöglichkeiten, sind im Alter sehr wichtig.“
- *Verbesserung der Angebote in der stationären Pflege:* „Ich denke, dass meine Lebensqualität in einem Pflegeheim oder einer sonstigen Einrichtung eingeschränkt wäre und ich dort eher eingehen würde (habe jahrelang in solchen Einrichtungen gearbeitet und kenne die Schattenseiten).“
- *Stärkung der Pflege insgesamt:* „Der Personalschlüssel in Einrichtungen der stationären Altenpflege muss erhöht werden. Das Personal hat zu wenig Zeit, sich nach der Grundpflege um die Bewohner zu kümmern! Es werden mehr Betreuungskräfte gebraucht.“ „Die Politik lässt Pflegebedürftige sowie Pflegepersonal bewusst im Stich, ignoriert die schlechten Rahmenbedingungen, sorgt damit für gefährliche Pflege und "verheizt" kompetentes Pflegepersonal bzw. senkt die Ausbildungsqualität.“
- *Generationsverbindende Aktivitäten:* „Die Behandlung in Pflegeheimen ist nicht immer menschenwürdig und wird von zu vielen nicht für diesen Beruf qualifizierten Kräften durchgeführt. Ein verpflichtendes Freiwilliges Sozialjahr für alle Jugendlichen könnte dem Personalmangel Abhilfe schaffen und die Generationen wieder stärker zusammenführen.“
- *Interkulturelle Praxis:* „Es gibt in Deutschland immer mehr alte Türken wie mich. Es ist sehr viel Geld ausgegeben worden, damit die Anbieter sich für uns "öffnen". Bei uns kommt das aber nicht an. Wenn sich Anbieter 'geöffnet' haben, müssen sie sich auch auf uns zu bewegen. Wenn der Pflegedienst und der Pflegebedürftige sich nicht verstehen, ist das Geld für die Pflege zum Fenster hinaus geworfen.“
- *Prävention:* „Das Präventionsgesetz hat die große Zielgruppe der aktiven Senioren, die Gesundheitsförderung und Prävention nötig haben, leider nicht berücksichtigt. Neben der großen Gruppe der Pflegebedürftigen und der Pflegenden sollten ältere Menschen Rahmenbedingungen finden können für ein gesundes und aktives Alter(n). Hier könnten grundsätzlich die Bundesländer Unterstützung und Förderung (auch finanziell) erfahren.“
- *Kommunikationskultur:* „Gespräche sind die wichtigsten Angelegenheiten, um Sorgen und Nöte zu artikulieren. In Dörfern fehlen dafür Wirtschaften. In den Städten könnten

gemütliche Treffpunkte geschaffen werden, ohne Kaufzwang für Essen und Trinken. Leider ist unsere Gesellschaft sehr überaltert. Einsichten in die mögliche Zukunft einer Generation morgen und übermorgen sind von politischer Seite nicht vermittelt worden.“

- *Gemeinschaftsleben*: „Lebensqualität ist in jedem Alter sehr wichtig. Das Zusammenleben von Menschen in verschiedenen Alters- und Lebensabschnitten ist die Lebensader einer gesunden Gesellschaft. In früheren Zeiten waren die natürlichen Lebensumstände dafür eher gegeben. Dieses soziale Zusammenleben muss jedoch, damit es sich ereignet, heute ganz gezielt gefördert und gestützt werden. Diese ganzheitliche Sicht auf das menschliche Leben muss Grundlage für politische Maßnahmen sein.“
- *Zielgruppengerechte Fördermaßnahmen*: „Menschen die vor dem Ruhestand aus gesundheitlichen Gründen erwerbsunfähig sind, finden meiner Meinung nach keine Beachtung, geschweige passende Angebote. Das soziale Umfeld bricht in vielen Fällen weg, Partner gehen oft noch arbeiten, man hat wenig, oft auch keine, sozialen Kontakte. Ich merke, dass man vereinsamt und somit auch geistig abbaut.“
- *Aktivierung von Menschen mit Pflegebedarf*: „Es ist wichtig, genügend Pflegekräfte zu haben und sie angemessen zu bezahlen. Auch in stationären Einrichtungen sollten die Bewohner in die Arbeit eingebunden und nicht nur versorgt werden.“
- *Abbau von Altersstereotypen*: „Das Alter ist unverändert - leider - vorwiegend negativ konnotiert. Das Alter, die Alten haben noch immer ein schlechtes Image - so wird den Älteren oft begegnet ... Diskriminierung, Stigmatisierung, Ageism... diese negativen Bilder wirken von außen auf die Älteren und sie denken letztlich oft selber so. Mit zu mischen und sich ein zu mischen - beides ist unheimlich wichtig, um mit dem Leben im Dialog zu sein und auch in Beziehung mit anderen zu bleiben. Oft braucht es "Moderatoren" dafür.“

3.3.5 Resümee der Ergebnisse

Resümierend lässt sich konstatieren, dass der Anteil der an der Umfrage partizipierenden Frauen weitaus größer war als der Anteil der Männer. Die überwiegende Mehrheit aller befragten Personen — rund 60% — war zwischen 60 und 79 Jahre alt. Vor allem jüngere Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer besaßen weitaus häufiger einen hohen Bildungs- bzw. Schulabschluss. Ältere Personen wiesen indes weitaus häufiger einen Volks- bzw. Hauptschulabschluss und/oder einen Realschulabschluss auf, eine Tendenz, die der gesamtdeutschen Verteilungsstruktur entspricht. Insgesamt beteiligten sich, gemessen am bundesdeutschen Durchschnitt, jedoch überdurchschnittliche gut ausgebildete Personen an der Befragung. Insbesondere die weiblichen Befragten besaßen, unter Berücksichtigung der Altersverteilung, häufig einen höheren Bildungs- bzw. Schulabschluss.

Der Gesundheitszustand ähnelte zumeist dem gesamtdeutschen Durchschnitt. Mit zunehmendem Alter traten bei den meisten Befragten visuelle, akustische und/oder motorische Beeinträchtigungen zutage. Mit zunehmendem Alter nahmen Anzahl und Häufigkeit von Erkrankungen bei den Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern zu. Die häufigsten Erkrankungsarten waren Bluthochdruck, Gelenkerkrankungen, Allergien, chronische Schmerzen, Wirbelsäulenschäden und Diabetes. Durch eine geschlechtliche Differenzierung wurde ersichtlich, dass vor allem Frauen im fortgeschrittenen Alter unter Multimorbidität litten. Auffällig schien zudem, dass ein hoher Anteil von unter 50-Jährigen in der Befragung an körperlichen Beeinträchtigungen und/oder Krankheiten litt.

Der Hilfebedarf der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wies keine gravierenden Unterschiede hinsichtlich des gesamtdeutschen Durchschnitts auf. Im Alltag waren vor allem Lebenspartnerinnen und -partner für die Erbringung von Hilfeleistungen wichtig. Bewohnerinnen und Bewohner nahmen nur in geringer Zahl an der Befragung teil. Solche Einrichtungen wurden vor allem von den über 80-Jährigen in Anspruch genommen.

Hinsichtlich der Einflussfaktoren für Lebensqualität im Alter und bei Hilfebedarf zeigte sich, dass Gesundheit im Sinne des seelischen und körperlichen Wohlbefindens von der Mehrheit der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer als zentraler Faktor für die Realisierung von Lebensqualität betrachtet wird. Dies gilt insbesondere dann, wenn ein Hilfebedarf vorliegt, für den die Wahrscheinlichkeit mit zunehmendem Alter steigt. Für eine starke Minderheit von immerhin fast 40% ist Gesundheit zwar wichtig, aber nicht zwangsläufig das Allerwichtigste. Harmonische Beziehungen zu anderen, vor allem auch zum festen Partner oder zur festen Partnerin, Spiritualität, Zufriedenheit und das Gefühl, mit sich im Reinen zu sein, sind wirkungsvolle Einflussfaktoren, die die Bedeutung der Gesundheit relativieren können. Insbesondere ein höheres Bildungsniveau scheint dazu zu führen, dass Gesundheit nicht als die wichtigste Voraussetzung für Lebensqualität betrachtet wird.

Weitere sehr wichtige Einflussfaktoren für die Realisierung von Lebensqualität sind selbstbestimmte Entscheidungen, Unabhängigkeit, der Respekt von anderen, das Bewahren von Würde sowie ein Zuhause, in dem man sich wohlfühlen kann und das Privatsphäre ermöglicht. Alter, Geschlecht, Bildungsniveau und Hilfebedarf beeinflussen die Wahrnehmung dieser Faktoren. So wird es mit zunehmendem Alter tendenziell als relevanter für Lebensqualität erlebt, von anderen gebraucht zu werden, die Familie um sich zu haben, materiell abgesichert zu sein, Ruhe zu finden, sich sicher zu fühlen und ein spirituelles Leben zu führen. Männer, die häufiger als Frauen auch im hohen Alter noch in einer festen Partnerschaft leben, betonen die Bedeutung einer Liebesbeziehung; Frauen scheinen demgegenüber ihre Erwartungen an die geringe Wahrscheinlichkeit angepasst zu haben, im höheren Alter noch einen neuen Partner zu finden. Während für Personen mit niedrigem Schulabschluss oft Fragen der materiellen Absicherung im Vordergrund stehen, ist sinnvollen Beschäftigungen nachzugehen für Menschen mit hohem Bildungsabschluss in vielen Fällen der Schlüssel für Lebensqualität.

Solange durch Unterstützungsleistungen bei Hilfebedarf der Umzug in eine Senioreneinrichtung vermieden werden kann, wird der Einfluss dieser Angebote auf die eigene Lebensqualität überwiegend positiv beurteilt; nur selten wird eine Beeinträchtigung der Lebensqualität durch sie geäußert. Anders verhält es sich, wenn der Hilfebedarf ein Leben in einer Senioreneinrichtung erfordert. Sehr positiven Äußerungen zu dessen Einfluss auf die Lebensqualität stehen zahlreiche Nennungen gegenüber, nach denen relevante Aspekte für Lebensqualität beeinträchtigt werden. Die Breite der Bewertung identischer Aspekte legt nahe, dass sich hierin die Qualitätsunterschiede in den Leistungen reflektieren und in diesem Zusammenhang noch immer ein beträchtliches Verbesserungspotential existiert.

Insgesamt bewerteten die Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer ihre persönliche Lebensqualität überwiegend positiv. Dies kann darin begründet sein, dass sie über ein überdurchschnittlich hohes Bildungsniveau verfügten. In zahlreichen Beiträgen begründeten sie zudem differenziert, welche Maßnahmen die Lebensqualität im Alter und bei Hilfebedarf fördern würden und riefen Verbände und Politik zum Handeln auf. Dabei entließen sie sich selbst nicht aus der Pflicht. Weitgehende Zustimmung fand die Aussage: „Für meine Lebensqualität ist es wichtig, dass ich selbst etwas für meine Gesundheit tue.“

4. Schlussfolgerungen für eine zielgruppengerechte Verbraucherinformation

Basierend auf den Ergebnissen, die in der bundesweiten Befragung von älteren Menschen für die Wichtigkeit unterschiedlicher Aspekte für Lebensqualität identifiziert worden waren (vgl. Abschnitt 3.3.2 Bewertung von Einzelaspekten der Lebensqualität im Alter und bei Hilfebedarf), und unter Einbezug von offenen Antworten zu Voraussetzungen für Lebensqualität werden im vorliegenden Kapitel Schlussfolgerungen für eine zielgruppengerechte Verbraucherinformation abgeleitet.

Zu den essentiellen Aspekten für Lebensqualität im Alter und bei Hilfebedarf gehörte, sich seelisch wohl zu fühlen, selbstbestimmt zu entscheiden, sich körperlich wohl zu fühlen, sich in seinem Zuhause wohl zu fühlen, unabhängig zu sein, Würde bewahren zu können und sich sicher zu fühlen. Auf etwas niedrigerem Niveau als wichtig erachtet wurde es, Privatsphäre zu haben, materiell abgesichert zu sein, respektiert zu werden, eine Vertrauensperson zu haben, Freunde zu haben, einer sinnvollen Beschäftigung nachzugehen, Ruhe zu finden, Natur zu erleben, am öffentlichen Leben teilzunehmen, kulturelle und geistige Interessen zu pflegen, die Familie um sich zu haben, sich zu bewegen / sportlich zu betätigen, in eine Gemeinschaft eingebunden zu sein, Wohnkomfort zu haben und Essen und Trinken zu genießen. Als insgesamt weniger bedeutsam eingeschätzt wurde es, Hobbys nachzugehen, von anderen gebraucht zu werden, Ausflüge zu machen / zu verreisen, eine Liebesbeziehung zu haben und ein spirituelles bzw. religiöses Leben zu führen.

Trotz der Hierarchie der Wichtigkeit einzelner Aspekte, die auf der Grundlage von gewichteten Mittelwerten erstellt wurde, geben zahlreiche persönliche Kommentare Aufschluss auch über die Wichtigkeit von Aspekten, die am Ende der Skala stehen. Religiöses Leben und eine harmonische Paarbeziehung relativieren sogar die Wichtigkeit der Gesundheit, die im Allgemeinen als wesentliche Voraussetzung dafür betrachtet wird, Lebensqualität zu erfahren. Deshalb beziehen die nachfolgenden Kriterien, die für die Lebensqualität in Einrichtungen der stationären Pflege formuliert werden, sämtliche oben genannten Aspekte ein. Darüber hinaus werden Aspekte, die in einer offenen Frage ergänzend als relevant für Lebensqualität genannt wurden und von Einrichtungsleitungen gestaltet werden können, ebenfalls einbezogen. Wo Erkenntnisse vorhanden sind, dass bestimmte Aspekte für einzelne Teilgruppen unter den älteren Menschen besondere Bedeutung haben, wird dies gesondert erwähnt.

Die nachstehenden Kriterien beinhalten auch solche, die bereits vom Heimverzeichnis angewandt werden. Wenn ein Kriterium mehreren Faktoren für Lebensqualität zuordenbar ist, wird es doppelt genannt. In Bezug auf Demenzerkrankte, deren Beteiligung an der Befragung für valide Ergebnisse meist nicht ausreichend war, erfolgt die Kriterienbildung vorwiegend auf Grundlage von Erkenntnissen in der Forschungsliteratur.

Sich seelisch wohlfühlen

Für alle älteren Menschen, unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu bestimmten Teilgruppen, ist seelisches Wohlbefinden der wichtigste Aspekt für Lebensqualität im Alter. Seelisches Wohlbefinden entsteht, wenn eine Vielzahl von begünstigenden Faktoren zusammenkommt. Dennoch ist seelisches Wohlbefinden als Ganzes mehr als die Summe seiner Teile und soll durch folgende Kriterien berücksichtigt werden:

- Es gibt für jede Bewohnerin und jeden Bewohner eine Ansprechperson in der Einrichtung, die für alle Belange ein offenes Ohr hat.
- Leitung und Personal fragen Wünsche und Kritiken der Bewohnerinnen und Bewohner sowie ihrer Angehörigen und Vertrauenspersonen regelmäßig ab und setzen sich mit ihnen aktiv auseinander.
- Bei der Organisation von Wohn-Nachbarschaften / Wohngruppen wird auf die soziale Herkunft und die sozio-kulturelle Interessenlagen von Bewohnerinnen und Bewohnern geachtet.
- Ein persönlicher Kontakt zu jeder Bewohnerin und jedem Bewohner wird durch eine kontinuierliche und mit ihr bzw. ihm abgestimmte Pflegekraft gefördert.
- Das Entstehen von vertrauensvollen Beziehungen unter den Bewohnerinnen und Bewohnern wird gefördert.
- Das Betreuungs- und Beschäftigungskonzept beinhaltet Wellness-Angebote.
- Eine psychologische oder seelsorgerische Betreuung wird auf Wunsch vermittelt.
- Das Wohlbefinden von demenzkranken Menschen wird durch die Anwendung geeigneter Methoden ermittelt und gefördert.
- Demenzkranke Menschen werden mit ihren Besonderheiten angenommen und respektiert.

Selbstbestimmt entscheiden

Selbstbestimmte Entscheidungen werden als wesentliche Grundvoraussetzung für Lebensqualität betrachtet. Dies ist bei bestimmten Beeinträchtigungen, die die Kommunikation mit anderen erschweren, sogar von überdurchschnittlicher Bedeutung. Die Möglichkeit der selbstbestimmten Entscheidung kann durch folgende Kriterien festgestellt werden:

- Wünsche werden regelmäßig erfragt und im Rahmen des Möglichen zeitnah umgesetzt.
- Kulturell und weltanschaulich geprägte Lebensführungen werden individuell erfasst, und die Betreuung und Pflege wird nach ihnen ausgerichtet.
- Es besteht die Möglichkeit, pflegerische Hilfen von Personen gleichen Geschlechts zu erhalten.
- Der Dienstplan sieht keine zwingende Strukturierung des Tagesablaufes vor.
- Raucher haben die Möglichkeit, Rauchwaren zu erwerben und in Räumen der Einrichtung – nicht nur auf der Terrasse oder im Garten – zu rauchen.

- In konfessionellen Einrichtungen wird eine Teilnahme an Gottesdiensten oder ähnlichen religiösen Ritualen nicht erwartet, und Besuche von Seelsorgern oder sonstigen kirchlichen Repräsentanten finden nicht ohne ausdrücklichen Wunsch statt.

Sich körperlich wohlfühlen

Auch körperliches Wohlbefinden ist für alle älteren Menschen von großer Bedeutung. Besonders häufig wurde es von Menschen genannt, die in einer Senioreneinrichtung leben. Aspekte für körperliches Wohlbefinden können ihren Ausdruck in folgenden Kriterien finden:

- Es gibt unterschiedliche Angebote zur körperlichen Betätigung, die die verschiedenen Interessenlagen und gesundheitlichen Gegebenheiten der Bewohnerschaft berücksichtigen.
- Ärztliche Verordnungen werden zuverlässig umgesetzt.
- Bewohnerinnen und Bewohner, die auf Hilfe angewiesen sind, werden bei der Körperpflege unterstützt.
- Bewohnerinnen und Bewohner, die Unterstützung beim Ankleiden benötigen, sehen gepflegt aus.
- Getränke werden für die Bewohnerinnen und Bewohner mit Unterstützungsbedarf jederzeit in geeigneter Darreichungsform und in erreichbarer Nähe bereitgestellt.

Sich in seinem Zuhause wohlfühlen

Alle älteren Befragten gehört das Wohlbefinden im Zuhause mit zu den wichtigsten Faktoren für Lebensqualität. In einer Senioreneinrichtung kann mit folgenden Kriterien überprüft werden, ob hierfür die Voraussetzung gegeben ist:

- Die Hausordnung beschränkt sich auf informativische Hinweise, verzichtet auf Verhaltensvorschriften und widerspricht nicht dem Leitbild.
- Die Bewohnerinnen und Bewohner können ihren Wohnbereich nach eigenen Wünschen gestalten und werden dabei unterstützt.
- Bei an Demenz erkrankten Bewohnern wird das Mitbringen eigenen Mobiliars und sonstiger Einrichtungsgegenstände gefördert.
- Bei der Unterstützung zur Ausgestaltung des Wohnraums mit persönlichen Gegenständen wird auf das Blickfeld bettlägeriger Bewohnerinnen und Bewohner geachtet.
- Die Bewohnerinnen und Bewohner können Haustiere mitbringen, und es gibt Vertretungsregelungen für deren Betreuung.
- Die Farb- und Lichtgestaltung der Gemeinschaftsflächen und Gemeinschaftsräume ist ansprechend und zielgruppenorientiert.
- Flure und Gemeinschaftsräume wirken einladend und bieten Orientierungshilfen.
- Die Luft in der Einrichtung ist frisch, und es sind keine unangenehmen Gerüche bemerkbar.

- Zimmer, die der Sonne zugewandt sind, verfügen über Sonnenblenden oder vergleichbaren Sonnenschutz oder eine Klimaanlage.
- Im Konfliktfall wird auf Wunsch von Bewohnerinnen oder Bewohnern die Möglichkeit eines Umzugs in ein anderes Zimmer geprüft und versucht, eine zeitnahe Lösung zu finden.

Unabhängig sein

Ein weiterer essentieller Faktor für Lebensqualität ist aus Sicht der Befragten Unabhängigkeit. Wieder sind es funktionelle Beeinträchtigungen wie Hör- oder Sehbehinderungen, die die Betroffenen veranlassen, Unabhängigkeit eine besonders hohe Bedeutung beizumessen. Folgende Kriterien beziehen sich darauf, ein hohes Maß an Unabhängigkeit in einer Senioreneinrichtung auch bei Sinnes- und Mobilitätseinschränkungen zu gewährleisten:

- Es wird darauf geachtet, dass Tischdecke bzw. Tischplatte und Geschirr im farblichen Kontrast zueinander stehen.
- Bewohnerinnen und Bewohner mit Sehbehinderungen erhalten Informationen zum Speiseplan in anderer geeigneter Weise.
- Die Selbstständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner bei der Körperpflege und Kosmetik wird durch aktivierende Pflege unterstützt.
- In den Badezimmern sind technisch angepasste Sanitärobjekte für die selbstständige Körperpflege vorhanden.
- Die Selbstständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner wird durch Maßnahmen zur Förderung der Kontinenz unterstützt.
- Die Nutzbarkeit und Bedienbarkeit von Aufzügen entspricht auch den Fähigkeiten mobilitätseingeschränkter und sinnesbehinderter Bewohnerinnen und Bewohner.
- In Gemeinschaftsflächen und -räumen wird die individuelle Orientierung durch gestalterische Maßnahmen unterstützt.
- Alle Bewohnerinnen und Bewohner können Artikel des täglichen Bedarfs an einer Verkaufsstelle oder bei einem mobilen Händler erwerben und werden dabei unterstützt, dieses Angebot wahrzunehmen.

Würde bewahren können

Die Wahrung der Würde ist für alle älteren Menschen ein vorrangiger Aspekt für Lebensqualität; besonders häufig wird er von Menschen genannt, die in einer Senioreneinrichtung leben. Folgende Kriterien berücksichtigen die Wahrung der Menschenwürde in existentiellen Krisensituationen:

- Es können Wünsche und Vorstellungen zur letzten Lebensphase und zum Vorgehen nach dem Tod mit der Einrichtung (Leitung, Wohnbereichsleitung, Pflegedienstleitung) abgesprochen und entsprechende Vereinbarungen getroffen werden.
- Bei Unklarheiten werden Angehörige konsultiert, um den mutmaßlichen Willen der betroffenen Person zu erfahren.

- Bewohnerinnen und Bewohner sowie ihre Angehörigen und Vertrauenspersonen erhalten ein gezieltes Angebot an Beratung zu Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten.
- Es gibt Verfahrensregeln (Grundsätze/Leitlinien) über die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen oder der Vergabe von Psychopharmaka, die auch Alternativen zu deren Vermeidung beinhalten.
- Eine Ethikkommission oder ein vergleichbares Gremium wird in Konfliktfragen bei Zwangsernährung, freiheitsentziehenden Maßnahmen und in der Sterbephase beratend hinzugezogen.
- Es ist sichergestellt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner in ihrem Zimmer sterben können.
- Kulturell geprägte Abschiedsrituale sind möglich und werden respektiert.

Sich sicher fühlen

Sicherheit wird mit steigendem Lebensalter immer wichtiger, ist also für das Leben in Senioreneinrichtungen von hoher Bedeutung. Auf die Erhöhung des Sicherheitsgefühls beziehen sich folgende Kriterien:

- Ebenerdig liegende Räume haben einbruchssichere Sicherheitsvorrichtungen an Terrassentüren und Fenstern.
- Soweit Glastüren vorhanden sind, sind diese durch Farbstreifen oder in anderer Weise gekennzeichnet, um als solche erkannt zu werden.
- Bei Treppen, die von den Bewohnerinnen und Bewohnern genutzt werden können, sind der Beginn und das Ende besonders gekennzeichnet.
- Es ist sichergestellt, dass nachts kein unkontrollierter Zugang zur Einrichtungen möglich ist.
- Es sind organisatorische Vorkehrungen getroffen, dass die Bewohnerinnen und Bewohner von verhaltensauffälligen Mitbewohnern nicht über Gebühr belästigt werden und insbesondere vor Gewaltanwendung geschützt sind.
- Es gibt Absprachen mit den örtlichen Polizeidienststellen, wie Gefahren von gesundheitlich beeinträchtigten Bewohnerinnen und Bewohnern, die sich im öffentlichen Raum bewegen, soweit wie möglich ausgeschlossen werden können.
- Es gibt Absprachen mit der örtlichen Feuerwehr, wie im Notfall die Besonderheiten bei gesundheitlich eingeschränkten Personen berücksichtigt werden können.
- Über Begehungen durch externe Kontrollstellen und deren Ergebnisse wird das Mitwirkungs-gremium unverzüglich informiert.

Privatsphäre haben

Im Wunsch nach Privatsphäre als Faktor für Lebensqualität sind sich Ältere, weitgehend unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu bestimmten Teilgruppen, weitgehend einig. Für Senioreneinrichtungen sollen folgende Kriterien für die Erfüllung dieser Voraussetzung angelegt werden:

- Vor Betreten der Bewohnerzimmer wird grundsätzlich – wenn keine anderen Verabredungen getroffen wurden – angeklopft und die Erlaubnis zum Eintreten abgewartet.
- Die Bewohnerinnen und Bewohner haben grundsätzlich die Möglichkeit, ihre Zimmer abzuschließen.
- Die Bewohnerinnen und Bewohner haben die Möglichkeit, persönliche Gegenstände einzuschließen.
- In Zweibettzimmern ermöglichen die Architektur oder die Anordnung der Möbel ein Mindestmaß an persönlichen Rückzugsmöglichkeiten.
- Es gibt Räume und Kommunikationsbereiche für einen ungestörten Rückzug mit Besuchern, die nicht im eigenen Zimmer empfangen werden wollen oder können.
- Persönliche Briefe oder E-Mails werden grundsätzlich nur mit schriftlicher Einwilligung der Bewohnerinnen und Bewohner von Dritten geöffnet oder gelesen.
- Ungestörtes Telefonieren ist möglich.

Materiell abgesichert sein

Materielle Absicherung ist aus Sicht älterer Menschen insgesamt weniger wichtig als seelisches und körperliches Wohlbefinden und selbstbestimmte Entscheidungen. Bewohnerinnen und Bewohner von Senioreneinrichtungen betrachten sie jedoch als Grundvoraussetzung für Lebensqualität. Auch wenn das Einkommen selbst in der Regel von den Einrichtungen nicht beeinflusst werden kann, sind Hilfestellungen zugunsten eines finanziell autonomen Handelns der Bewohnerinnen und Bewohner möglich. Dies wird von folgenden Kriterien berücksichtigt:

- Hilfestellung bei der Beschaffung von Bargeld wird auf Wunsch geleistet.
- Hilfestellung bei Geldüberweisungen wird auf Wunsch geleistet.
- Eine Bargeldverwaltung erfolgt nur, wenn die Bewohnerinnen und Bewohner den Umgang mit Geld nicht mehr beherrschen.
- Soweit Bewohnerinnen und Bewohner Sozialhilfeleistungen erhalten, wird die Einrichtung von Bankkonten für die Überweisung der Barbeträge durch den Sozialhilfeträger auf Wunsch vermittelt.

Respektiert werden

Respekt, der einem trotz gesundheitlicher und funktioneller Beeinträchtigungen entgegengebracht wird, ist ein besonderes Anliegen von Bewohnerinnen und Bewohnern von Senioreneinrichtungen. Hierauf beziehen sich folgende Kriterien:

- Die Gewohnheiten und Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner in alltäglichen Verrichtungen werden respektiert und bei Bedarf unterstützt.
- Der Umgangston des Personals gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern ist freundlich und respektvoll.
- Bestimmte Erfordernisse bei der Kommunikation, wie langsames und deutliches Sprechen oder Gestikulieren, werden berücksichtigt.
- Anregungen aus der Bewohnerschaft und ihrem sozialen Umfeld, die zur Qualitätsverbesserung geführt haben, werden öffentlich gemacht.

Eine Vertrauensperson haben

Für alle älteren Befragten ist das Vorhandensein einer Vertrauensperson wichtig. Die Förderung des Verhältnisses zu Vertrauenspersonen in einer Senioreneinrichtung kann mit folgenden Kriterien erfasst werden:

- Der regelmäßige Kontakt zu und die Kommunikation mit Vertrauenspersonen wird gefördert.
- Es gibt Räume und Kommunikationsbereiche für Treffen von Bewohnerinnen und Bewohnern mit ihren Vertrauenspersonen.
- Vertrauenspersonen werden auf Wunsch der Betroffenen in Betreuungsmaßnahmen einbezogen, und ihre Mitwirkung wird gefördert.

Freunde haben

Auch das Vorhandensein von Freunden gilt älteren Menschen als wichtig. Oft gehen mit der Übersiedlung in eine Einrichtung, insbesondere wenn dies auf gesundheitliche Veränderungen zurückzuführen ist, Kontakte zu Freunden verloren. Senioreneinrichtungen können besondere Beiträge dafür leisten, dass diese Kontakte bestehen bleiben:

- Die Einrichtung holt Erkundigungen zum Freundeskreis ein und fördert in Absprache mit den Bewohnerinnen und Bewohnern die Kontakte durch konkrete Maßnahmen.
- Für die Pkws von Freunden stehen fußläufig gut erreichbare Parkplätze zur Verfügung.
- Es gibt Räume und Kommunikationsbereiche für Treffen von Bewohnerinnen und Bewohnern mit ihren Freunden.

Einer sinnvollen Beschäftigung nachgehen

Unabhängig von Alterskategorie und Gesundheitszustand erachten es die Befragten durchweg als wichtig, einer sinnvollen Beschäftigung nachzugehen. Senioreneinrichtungen können wie folgt zur Realisierung dieses Wunsches beitragen:

- Den Bewohnerinnen und Bewohnern wird angeboten, ehrenamtliche Tätigkeiten in der Einrichtung zu übernehmen.

- Alle Bewohnerinnen und Bewohner werden über Angebote der Einrichtung zur Beschäftigung informiert und erhalten Unterstützung zur Teilnahme an den Angeboten.
- Es gibt spezielle tagesstrukturierende Angebote für demenziell erkrankte Menschen.

Ruhe finden

In gleicher Weise besteht aber auch der Wunsch, Ruhe zu finden; überdurchschnittlich oft wurde dies von den Bewohnerinnen und Bewohner von Senioreneinrichtungen formuliert. Folgende Kriterien sollen diesen Aspekt berücksichtigen:

- Die Tagesstrukturierung sieht vor, dass die Bewohnerinnen und Bewohner während bestimmter Zeitspannen in ihrem Zimmer nicht gestört werden und diese in dieser Zeit nur im Notfall oder auf ausdrücklichen Wunsch betreten werden.
- Der Wunsch der Bewohnerinnen und Bewohner, an Angeboten zur Aktivierung nicht teilzunehmen, wird respektiert.
- Es gibt Räume, die die Entspannung fördern.
- Eine psychologische oder seelsorgerische Betreuung wird auf Wunsch vermittelt.

Natur erleben

Über alle Gruppen unter den Befragten hinweg werden Naturerlebnisse als wichtig für Lebensqualität erachtet. Überdurchschnittlich hoch ist dieser Anteil bei Menschen, die in Senioreneinrichtungen leben, geringer bei Menschen mit starken Mobilitätsbeeinträchtigungen. Auch Haustiere werden diesem Bereich zugeordnet, da er von etlichen Befragten zur Vervollständigung der vorgegebenen Liste von relevanten Aspekten der Lebensqualität genannt wurde. Zur Bewertung dieses Aspekts in Senioreneinrichtungen kommen folgende Kriterien in Frage:

- Die Einrichtung verfügt über einen Garten oder Park, der von allen Bewohnerinnen und Bewohnern genutzt werden kann.
- Es besteht die Möglichkeit, sich aktiv an der Pflege der Pflanzen zu beteiligen.
- Es werden regelmäßig Ausflüge in die Naturumgebung angeboten.

Am öffentlichen Leben teilnehmen

Am öffentlichen Leben teilzunehmen gilt den Befragten auch mit zunehmendem Alter als wichtig für Lebensqualität. Insbesondere Menschen mit starken Beeinträchtigungen beim Hören und Personen, die in Senioreneinrichtungen leben, nennen die Teilnahme am öffentlichen Leben als Faktor für Lebensqualität. Zur Bewertung der Leistungsangebote in der stationären Pflege kommen folgende Kriterien in Frage:

- Die Kommunikation über das tagesaktuelle Geschehen in der Einrichtung und in der Kommune wird gefördert.
- Die Teilnahme an Veranstaltungen im örtlichen Umfeld wird gefördert.
- Unterstützung bei der Ausübung des Wahlrechts wird auf Wunsch vermittelt.

Kulturelle und geistige Interessen pflegen

Verwandt mit dem oben genannten Aspekt ist die Pflege geistiger und kultureller Interessen. Menschen, die in Einrichtungen der stationären Pflege leben, nennen diese jedoch etwas seltener als andere Teilgruppen unter den Befragten. Folgende Kriterien berücksichtigen diesen Sachverhalt:

- Das Angebot an Veranstaltungen ist vielfältig und abwechslungsreich und berücksichtigt die Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner.
- Die Freizeit- und Beschäftigungsangebote berücksichtigen auch geschlechtsspezifische Interessen.
- Die Angebote berücksichtigen die Wünsche und Möglichkeiten sinneseingeschränkter Menschen.
- Die Angebote berücksichtigen die speziellen Bedarfe von demenziell veränderten Menschen.

Die Familie um sich haben

Die Anwesenheit der Familie scheint nach den Antworten älterer Menschen insgesamt für Lebensqualität weniger wichtig als erwartet zu sein. Mit steigendem Alter wächst jedoch die Bedeutung der Familie und erreicht bei 80-Jährigen und Älteren das Niveau von Vertrauenspersonen und Freunden. Folgende Kriterien lassen sich zur Bewertung dieses Sachverhalts in Senioreneinrichtungen anlegen:

- Für die Pkws der Angehörigen stehen fußläufig gut erreichbare Parkplätze zur Verfügung.
- Es gibt Räume und Kommunikationsbereiche für Treffen von Bewohnerinnen und Bewohnern mit ihren Angehörigen.
- Angehörige werden auf Wunsch der Betroffenen in Betreuungsmaßnahmen einbezogen, und ihre Mitwirkung wird gefördert.
- Die Mitwirkung von Angehörigen an den Angeboten der Einrichtung wird gefördert.
- Angehörige werden begleitet und beraten, und im Fall von Konfliktsituationen wird vermittelt.

Sich bewegen / sportlich betätigen

Sich zu bewegen bzw. sportlich zu betätigen ist für alle älteren Menschen ein Ausdruck von Lebensqualität. Unterdurchschnittlich fällt jedoch die Nennung dieses Aspekts bei Personen mit starken Beeinträchtigungen beim Gehen aus. Möglichkeiten, sich zu bewegen und sportliche zu betätigen, sollen in Senioreneinrichtungen durch folgende Kriterien berücksichtigt werden:

- Für sportliche Aktivitäten stehen geeignete Räume zur Verfügung.
- Es werden bewegungsfördernde Aktivitäten angeboten.
- Für gehfähige Bewohnerinnen und Bewohner werden täglich Spaziergänge angeboten.

- Es gibt Kooperationsvereinbarung mit Ärzten und Therapeuten, um individuell ausgerichtete Bewegungsprogramme, z. B. zur Sturzprophylaxe oder Schmerztherapie, zu erstellen.

In eine Gemeinschaft eingebunden sein

Für die Einbindung in eine Gemeinschaft bieten Einrichtungen der stationären Pflege besonders gute Voraussetzungen. Ihre Bewohnerinnen und Bewohner erachten diesen Aspekt aber kaum als wichtiger als andere Teilgruppen unter den Älteren. Folgende Kriterien erfassen die möglichen Angebote von Einrichtungen, die Einbindung in die Gemeinschaft zu fördern:

- Dem Mitwirkungs-gremium werden die Namen neuer Bewohnerinnen und Bewohner bekannt gegeben, damit es sie begrüßen kann.
- Bewohnerinnen und Bewohnern wird an Geburtstagen persönlich gratuliert.
- Die Einrichtung trägt dafür Sorge, dass die Bewohnerinnen und Bewohnern mit vergleichbar sozio-kultureller Herkunft und ähnlichen Interessenlagen im Kontakt zueinander treten.
- Im Falle möglicher Konflikte zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern wird vermittelt.
- Das gemeinschaftliche Erleben von Filmen und Fernsehübertragungen zu Ereignissen von besonderem Interesse wird gefördert.
- Besuche von Nachbarn und anderen Gästen werden gefördert.
- Auf Wunsch haben die Bewohnerinnen und Bewohner die Möglichkeit, mit Mitteln des Internets zu kommunizieren, und sie werden dabei unterstützt.
- Briefe und Pakete werden auf Wunsch zur Post bzw. zum Versand gebracht.
- Angehörige, Freunde oder Vertrauenspersonen werden auf Wunsch der Sterbenden in die Sterbebegleitung einbezogen und beim Abschied nehmen unterstützt.
- Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern wird ausreichend Zeit zum Abschied nehmen gegeben.

Wohnkomfort haben

Wohnkomfort ist Älteren wichtig, aber überdurchschnittliche Nennungen in dieser Hinsicht sind nur bei stark sinnesbeeinträchtigten Menschen (Hören und Sehen) zu finden. Folgende Kriterien decken diesen Aspekt ab:

- Tätigkeiten im Kochbereich können auch im Sitzen oder im Rollstuhl verrichtet werden.
- In den Badezimmern sind technisch angepasste Sanitär-objekte für die selbständige Körperpflege vorhanden.
- Ein Waschkeller mit Waschmaschine und Wäschetrockner steht zur individuellen Nutzung zur Verfügung.

Essen und Trinken genießen

Der Genuss von Essen und Trinken wird von Älteren seltener als essentieller Faktor für Lebensqualität bezeichnet als dies Vorannahmen nahelegen. Dies gilt auch für Menschen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben. Folgende Kriterien berücksichtigen den Genuss von Essen und Trinken:

- Das Speisenangebot beim Mittagessen ist abwechslungsreich.
- Das Speisenangebot ist appetitanregend und wird optisch ansprechend angeboten.
- Die Bewohnerinnen und Bewohner haben die Möglichkeit, alkoholische Getränke zu innerhalb und außerhalb der Einrichtung erwerben und zu sich zu nehmen.
- Bei der Menüplanung werden kulturelle und weltanschauliche Gegebenheiten berücksichtigt.
- Die Bewohnerinnen und Bewohner erhalten bei Bedarf individuelle Anregung und Motivierung zum Essen und Trinken.

Hobbys nachgehen

Hobbys nachzugehen erscheint Älteren als wichtig, wird aber von Menschen, die in einer Einrichtung leben, überdurchschnittlich häufig genannt. Folgende Kriterien beziehen sich darauf, wie Einrichtungen der stationären Pflege diesen Aspekt fördern können:

- Multifunktionelle Räume stehen für Werken oder ein sonstiges Hobby zur Verfügung.
- Die Ausübung von Hobbys innerhalb und außerhalb der Einrichtung wird gefördert.

Von anderen gebraucht werden

Überdurchschnittlich häufig ist es für hochaltrige Menschen, Menschen mit starken Mobilitätseinschränkungen und Bewohnerinnen und Bewohner von Senioreneinrichtungen wichtig, von anderen gebraucht zu werden. Zu seiner Bewertung bieten sich folgende Kriterien an:

- Den Bewohnerinnen und Bewohnern wird die Möglichkeit eingeräumt, bestimmte Aufgaben in der Einrichtung eigenverantwortlich zu übernehmen.
- Ehrenamtliche Tätigkeiten in der Einrichtung, z. B. in der Bewohnervertretung, werden gefördert.
- Es bestehen Kooperationsbeziehungen zu lokalen Vereinen und Kirchengemeinden, in denen sich die Bewohnerinnen und Bewohner aktiv einbringen können.

Ausflüge machen / verreisen

Ausflüge zu machen und zu verreisen steht nicht im Vordergrund dessen, was Menschen über 80 Jahren und Personen mit starken Hörbeeinträchtigungen mit Lebensqualität assoziieren. Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen messen diesem Aspekt dennoch eine durchaus wichtige Rolle bei, für die folgende Kriterien entwickelt wurden:

- Ausflüge in die Umgebung werden regelmäßig angeboten.
- Es gibt ein Konzept, wie auch mobilitäts- und sinneseingeschränkte Personen sowie finanziell schwache Menschen an solchen Ausflügen und Reisen teilnehmen können.
- Bewohnerinnen und Bewohner werden dabei unterstützt, Angebote im örtlichen Umfeld zu nutzen.
- Auch Bewohnerinnen und Bewohner, die Unterstützung benötigen, haben die Möglichkeit, jederzeit auszugehen und nach Belieben zurückzukehren.

Eine Liebesbeziehung haben

Liebesbeziehungen scheinen mit zunehmendem Alter sowie bei Personen mit Sinnes- und Mobilitätsbeeinträchtigungen an Bedeutung zu verlieren. Dies kann jedoch auch dem Mangel an Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme zu neuen Partnern geschuldet sein, so dass die Antworten weniger die Wünsche als die Einschätzungen zur Realisierung der Wünsche zum Ausdruck bringen. In zahlreichen offenen Antworten wird das Leben mit einem Partner als wichtige Voraussetzung für Lebensqualität bezeichnet. Um entsprechende Wünsche von Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen zu berücksichtigen, kann folgendes Kriterium angewandt werden:

- Sexuelle Aktivitäten und Beziehungen unter Bewohnerinnen und Bewohnern werden erfasst, respektiert und können gelebt werden.

Ein spirituelles bzw. religiöses Leben führen

Das Führen eines spirituellen bzw. religiösen Lebens erscheint älteren Menschen vergleichsweise unwichtig. Seine Bedeutung für Lebensqualität nimmt aber mit steigendem Alter zu. Dies findet seinen Ausdruck in folgenden Kriterien:

- Religiös geprägte Lebensführungen werden individuell erfasst, und die Betreuung und Pflege wird nach ihnen ausgerichtet.
- Eine Teilnahme an Gottesdiensten und anderen religiösen bzw. weltanschaulichen Ritualen oder aufsuchende seelsorgerische Begleitung werden ermöglicht.

Die vorliegenden Forschungsergebnisse haben zu einem reichhaltigen Fundus von Kriterien für Lebensqualität im Alter und bei Pflegebedarf geführt. Wie geplant werden die erzielten Ergebnisse nach Abschluss des Projekts in die Arbeit des Heimverzeichnisses eingehen und damit für die Verbraucherinformation nutzbar gemacht. Angesichts des Umfangs der neu hinzugekommenen Kriterien wird, auch nach der Konsultation des Beirats, aus Praktikabilitätsgründen zunächst eine Auswahl zu treffen sein. Sukzessive sollen zu einem späteren Zeitpunkt möglichst alle neuen Kriterien berücksichtigt werden.

Informiert sein

Der Wunsch nach Informiertheit älterer Menschen war bisher nicht Gegenstand der Forschungsliteratur, wurde aber vom Heimverzeichnis bereits seit seinem Bestehen als Qualitätskriterium angewandt. In den offenen Zusatzantworten zur Liste der vorgegebenen Aspekte der Lebensqualität wiesen etliche Befragte auf die Wichtigkeit von Informationen zu deren Realisierung hin.

- Die Informationsmaterialien, die Interessenten zur Verfügung gestellt werden, sind vollständig, gut lesbar und leicht verständlich.
- Die Einrichtung verfügt über einen informativen und aktuellen Internet-Auftritt.
- Der Vertrag und die Anlagen dazu enthalten eine genaue Beschreibung des Wohnplatzes, des Verpflegungsangebots, der hauswirtschaftlichen Leistungen, der Betreuungs- und Pflegeleistungen sowie der Zusatzangebote und Angaben zu den Preisen der jeweiligen Leistungen.
- In den Informationsmaterialien, die den Interessenten zur Verfügung gestellt werden, lässt sich die Einrichtung wiedererkennen.
- Die Informationsmaterialien liegen für Interessenten und Bewohnerinnen und Bewohner anderer Muttersprache auch in den Sprachen der größten nationalen Minderheiten vor.
- Leitbild, Betreuungskonzept, Vereinbarungen mit Dritten (insbesondere Pflegekassen), einschlägige Gesetze (insbesondere Landesheimgesetze, Pflegeversicherungsgesetz) sowie sonstige Dokumente, auf die Bezug genommen wird, werden auf Wunsch zur Verfügung gestellt.
- Die Informationen, die im Gespräch mit Interessenten gegeben werden, sind vollständig und decken sich mit den schriftlichen Informationen.
- Mustervertrag, Hausordnung sowie Anlagen werden erläutert.
- Name, Kommunikationsdaten und Erreichbarkeit der Leitungskräfte, der Kontaktpersonen für Qualitätsfragen, der Mitglieder der Bewohnervertretung sowie von Informations- und Beschwerdestellen hängen oder liegen für alle sichtbar aus oder werden auf sonstige Weise für alle erkennbar und in gut lesbarer Schrift veröffentlicht.

Haustiere haben

- In der Einrichtung leben Tiere.
- Die Bewohnerinnen und Bewohner haben die Möglichkeit, sich an der Versorgung der Tiere zu beteiligen.
- Es finden regelmäßig Tierbesuche statt.

5. Quellenangaben

- Adler, G. et al. (Hrsg.) (2009): Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Depression – Demenz – Versorgung. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP), Bd. 7., 1. Aufl., Stuttgart Kohlhammer.
- Becker, S. et al. (2005): Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei demenzkranken Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie 38 (2), S. 108-121. Online verfügbar unter: http://www.gero.uni-heidelberg.de/imperia/md/content/fakultaeten/vekw/ifg/forschung/hildekongress/becker_etal_2005.pdf, zuletzt geprüft am 21.01.2016.
- Becker, S. et al. (2011): Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen (H.I.L.DE.). Verlag Hans Huber Bern.
- Berendonk, C. et al. (2011): Biographiearbeit in der stationären Langzeitpflege von Menschen mit Demenz – Potentiale des DEMIAN-Pflegekonzepts. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 44, S. 13-18.
- Böhm, K. et al. (Hrsg.) (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut Berlin. Online verfügbar unter: http://e-doc.rki.de/documents/rki_fv/reJBwqKp45Pil/PDF/21r1eZ1NVL2AY_02.pdf, zuletzt geprüft am 21.01.2016.
- Bowling, A. (2005): Ageing Well: Quality of Life in Old Age. Open University Press Maidenhead.
- Bowling, A.; Stenner, P. (2011): Which measure of quality of life performs best in older age? A comparison of the OPQOL, CASP-19 and WHOQOL-OLD. In: Journal of epidemiology and community health 65 (3), S. 273–280. Online verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3034083/pdf/jech87668.pdf>, zuletzt geprüft am 06.01.2016.
- Brandenburg, H. et al. (2011): Pflegeoasen: (K)ein Lebensraum für Menschen im Alter mit schwerer Demenz!? POLA-SD. Abschlussbericht. Vallendar. Online verfügbar unter: http://www.pthv.de/fileadmin/user_upload/PDF_Pflege/Projektberichte/PFLEGEOASE_Abschlussbericht_Veroeffentlichung.pdf, zuletzt geprüft am 21.01.2016.
- Brandenburg, H. (2014): Lebensqualität, Heim und gesellschaftliche Wohlfahrt. Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar, Heilbronn, 29.01.2014. Online verfügbar unter: http://www.ism-mainz.de/fileadmin/Dateien/MOMEL/Vortrag_Lebensqualitaet_im_Heim_Prof_Dr_Hermann_Brandenburg_2014.pdf, zuletzt geprüft am 21.01.2016.
- Brandenburg, H. et al. (2014): Soziales Management in der stationären Altenhilfe. Kontexte und Gestaltungsspielräume. 1. Aufl., Verlag Hans Huber Bern.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2014): Lebensqualität im Alter bis „zuletzt“. Die Bedeutung von informeller Hilfe für einen Verbleib zu Hause von alten und hochbetagten Menschen in Einpersonenhaushalten. Wien, online verfügbar unter: <http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/3/7/6/CH2228/CMS1323865896868/umit-studie.pdf>, zuletzt geprüft am 21.01.2016.

- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (o.J.): Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter. Porträts ausgewählter Projekte in der Förderlinie „Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter – SILQUA-FH“. Online verfügbar unter https://www.sw.hs-mannheim.de/fileadmin/user_upload/fakultaeten/fakultaet_s/innowo/Broschuere_060509_1_.pdf, zuletzt geprüft am 05.01.2016.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2015): Lebensqualität erhalten. Online verfügbar unter: <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/lebensqualitaet-erhalten.php>, zuletzt aktualisiert am 03.07.2015, zuletzt geprüft am 21.01.2016.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht. Bielefeld/Köln, online verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-stationaere-altenhilfe,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, zuletzt geprüft am 21.01.2016.
- Bundeszentrale für politische Bildung (2012): Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht. Online verfügbar unter: <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61538/altersgruppen>, zuletzt geprüft am 12.08.2016.
- Cirkel, M. et al. (2004): Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter. Gelsenkirchen. Online verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/cirkel-produkte-und-dienstleistungen.pdf>, zuletzt geprüft am 13.01.2016.
- Coors, M.; Kumlehn, M. (Hrsg.) (2014): Lebensqualität im Alter. Gerontologische und ethische Perspektiven auf Alter und Demenz. 1. Aufl., Kohlhammer Stuttgart.
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Berlin e. V. (Hrsg.) (2012): Bewohner erheben selbst: Wie steht's um die Qualität im Pflegeheim? Paritätischer ermöglicht Charité-Projekt zur Messung von Lebensqualität in der stationären Pflege Quista. Online verfügbar unter <https://www.paritaet-berlin.de/themen-a-z/themen-a-z-detailansicht/article/bewohner-erheben-selbst-wie-stehts-um-die-qualitaet-im-pflegeheim.html>, zuletzt aktualisiert am 10.07.2012, zuletzt geprüft am 21.01.2016.
- Dieckmann, F. et al. (2013): Bausteine für eine sozialraumorientierte Gestaltung von Wohn- und Unterstützungsarrangements mit und für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Vierter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI). Münster. Online verfügbar unter: http://www.katho-nrw.de/fileadmin/_migrated/content_uploads/LEQUI-4.bericht.pdf, zuletzt geprüft am 11.01.2016.
- Gabriel, Z.; Bowling, A. (2004): Quality of life from the perspectives of older people. In: Ageing & Society 24 (5), S. 675–691. Online verfügbar unter: <http://discovery.ucl.ac.uk/1648/1/qualityoflife.pdf>, zuletzt geprüft am 22.01.2016.

- G-Plus - Zentrum im internationalen Gesundheitswesen (Hrsg) (2010): transferplus Nr. 3. Zwischen Freiheit und Sicherheit: Problemfall freiheitseinschränkende Maßnahmen. Online verfügbar unter: http://www.g-plus.org/wp-content/uploads/2015/07/03_transferplus_freiheit_november_2010.pdf, zuletzt geprüft am 21.01.2016.
- Gonzales-Salvador, T. et al. (2000). Quality of Life in Dementia Patients in Long-Term-Care. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15 (2), S. 181-189.
- Held, C.; Ermini-Fünfschilling, D. (2004): Das demenzgerechte Heim. Lebensraumgestaltung, Betreuung und Pflege für Menschen mit leichter, mittelschwerer und schwerer Alzheimerkrankheit. 2., vollständig erneuerte und erweiterte Aufl., Karger Basel.
- Hodek, J.M. et al. (2009): Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Multimorbidität im Alter. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 52 (12), S. 1188-1201.
- IFES - INSTITUT FÜR EMPIRISCHE SOZIALFORSCHUNG GMBH (2010): Lebensqualität im Alter. Befragung von Personen ab 60 Jahren. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz Wien. Online verfügbar unter: http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/3/7/6/CH2228/CMS1323865896868/bericht_lebensqualitaet_im_alter_ifes_2010.pdf, zuletzt geprüft am 05.01.2016.
- Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg (2006): Projekt „Identifizierung bzw. Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von Lebensqualität gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe“. H.I.L.DE. Heidelberger Instrument zur Lebensqualität Demenzkranker. Das HILDE-Instrument: Vorstellung der Inhalte und Entwicklungsphasen. Online verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-projektphase-hilde,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf>, zuletzt geprüft am 21.01.2016.
- ILC-UK (The International Longevity Centre – UK) (Hrsg.) (2011): *Good Neighbours. Measuring Quality of Life in Older Age*. London. Online verfügbar unter: http://www.ilcuk.org.uk/images/uploads/publication-pdfs/pdf_pdf_159.pdf, zuletzt geprüft am 11.01.2016.
- Kämmer, K. (2013): 50 Tipps für die Umsetzung von mehr Lebensqualität bei Menschen mit Demenz. Neue Angebotsformen entwickeln. Konzepte schnell erstellen. Wettbewerbsvorteile sichern. Schlütersche Verlagsgesellschaft Hannover.
- Klie, T. et al. (2005): Effektivität einer multifaktoriellen Intervention zur Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern: Ziele und Studiendesign einer prospektiven clusterrandomisierten Interventionsstudie. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38 (1), S. 33-39. Online verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/7978855_Effektivitaet_einer_multifaktoriellen_Intervention_zur_Reduktion_von_koerpernaehere_Fixierung_bei_demenzerkrankten_Heimbewohnern, zuletzt geprüft am 22.01.2016.
- Klie, T. et al. (2008): Abschlussbericht zum Modellvorhaben: Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern. Online verfügbar unter: http://www.redufix.de/html/img/pool/redufix_Abschlussbericht_Ministerium_Entfixierung.pdf, zuletzt geprüft am 13.01.2016.

- Klie, T. et al. (2010): Beispiele für eine gute Praxis bei der Vermeidung von körpernahen Fixierungen in Einrichtungen der stationären Altenpflege. Best-Practice-Bericht zum Projekt ReduFix Praxis. Online verfügbar unter: http://agp-freiburg.de/downloads/ReduFix_Leitfaden_Vermeidung_koerpernaeher_Fixierungen_2010.pdf, zuletzt geprüft am 13.01.2016.
- Klie, T. et al. (2013): Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben ReduFix ambulant – Sicherheit und Lebensqualität in der häuslichen Versorgung von älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf. AGP Sozialforschung/Fachhochschule Frankfurt Freiburg/Frankfurt. Online verfügbar unter: http://www.pea-ev.de/fileadmin/download/btb_2014/ReduFix_amb_Abschlussbericht_2013-01-17.pdf, zuletzt geprüft am 21.01.2016.
- Klie, T.; Hollfelder, T.; Schuhmacher, B. (2012): Evaluation der CURAVIVA ReduFix-Schulung. Hg. v. Institut für angewandte Sozialforschung. Freiburg. Online verfügbar unter http://www.redufix.de/html/img/pool/12_11_Endbericht_Redufix_Schweiz.pdf, zuletzt geprüft am 07.07.2015.
- Klimes, R. (2013): Lebensqualität trotz Pflegebedürftigkeit. Pflegerelevante Leistungsindikatoren zur Förderung und Erhaltung von positiver Lebensqualität im Alter. Diplomarbeit. Universität Wien, Wien. Online verfügbar unter: http://othes.univie.ac.at/27274/1/2013-03-28_9949697.pdf, zuletzt geprüft am 06.01.2016.
- Kratzer, M. (2011): Lebensqualität im hohen und höchsten Alter im städtischen Bereich. Eine Untersuchung von 75- bis 95-jährigen Wiener und Wienerinnen in Privathaushalten und Altersheimen. Dissertation. Universität Wien, Wien. Online verfügbar unter http://othes.univie.ac.at/18629/1/2011-10-11_0348574.pdf, zuletzt geprüft am 06.01.2016.
- Kruse, A. (2003): Lebensqualität im Alter. Befunde und Interventionsansätze. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 36 (6), S. 419-420.
- Kruse, A. (Hrsg.) (2010): Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter. Akademische Verlagsgesellschaft Heidelberg.
- Kuhlmey, A.; Tesch-Römer, C. (Hrsg.) (2013): Autonomie trotz Multimorbidität. Ressourcen für Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im Alter. 1. Aufl., Hogrefe Verlag Göttingen.
- Lang, G. et al. (2007): Well-being in the nursing home - A methodological approach towards the quality of life. In: Journal of Public Health 15 (2), S. 109-120. Online verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/225312965_Well-being_in_the_nursing_home_-_A_methodological_approach_towards_the_quality_of_life, zuletzt geprüft am 22.01.2016.
- Likar, R. et al. (Hrsg.) (2005): Lebensqualität im Alter. Therapie und Prophylaxe von Altersleiden, Springer-Verlag Wien.
- Meier, D. (1995): Lebensqualität im Alter. Eine Studie zur Erfassung der individuellen Lebensqualität von gesunden Älteren, von Patienten im Anfangsstadium einer Demenz und ihren Angehörigen. Europäische Hochschulschriften: Reihe 6, Psychologie. Band 532, Peter Lang Bern u. a..

- Menzi-Kuhn, C. (2006): Lebensqualität von Menschen mit Demenz in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen. Universität Maastricht, Maastricht. Online verfügbar unter: http://www.human-rights.ch/upload/pdf/090304_Demenz_Langzeitpflege.pdf, zuletzt geprüft am 06.01.2016.
- Mollenkopf, H.; Walker, A. (Hrsg.) (2007): Quality of Life in Old Age. International and Multi-Disciplinary Perspectives. Social Indicators Research Series (31), Springer Dordrecht.
- Motel-Klingebiel, A. et al. (Hrsg.)(2002): Lebensqualität im Alter. Generationenbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel. Reihe Alter(n) und Gesellschaft, Bd. 4, Springer Fachmedien Wiesbaden (ursprünglich erschienen bei Leske + Budrich Opladen 2002).
- Namazi, K. H. et al. (1989): Psychological Well-Being of Elderly Board and Care Home Residents. *The Gerontologist* 29 (4), S. 511-516.
- National Council on Ageing and Older People (Hrsg.) (2006): Improving Quality of Life for Older People in Long-Stay Care Settings in Ireland. Report No. 93, Dublin. Online verfügbar unter: http://www.ncaop.ie/publications/research/reports/93_Imp_QoL_Long_Stay_Care.pdf, zuletzt geprüft am 12.01.2016.
- National Council on Ageing and Older People (Hrsg.) (2007): The Quality of Life of Older People With a Disability in Ireland. Report No. 99, Dublin. Online verfügbar unter: http://www.ncaop.ie/publications/research/reports/99_QoL_Disability.pdf, geprüft am 12.01.2016.
- Oswald, F. et al. (2014): Lebensqualität in der stationären Altenpflege mit INSEL. Konzeption, praxisnahe Erfassung, Befunde und sozialpolitische Implikationen. 1. Aufl., LIT Verlag Berlin.
- Oswald, F. (2014): Das Projekt INSEL. Instrument zur praxisnahen Erfassung von Lebensqualität im stationären Kontext. Vortrag auf dem Fachtag „Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden bei Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen“. Heilbronn. Online verfügbar unter: http://www.ism-mainz.de/fileadmin/Dateien/MOMEL/Vortrag_INSEL_Prof_Dr_Frank_Oswald_2014.pdf, geprüft am 05.01.2016.
- Pasquali, M. (2011): Lebensqualität im Alter. eine Untersuchung von Einflussfaktoren auf die Lebenszufriedenheit. Universität Wien, Wien.
- Schäper, S. et al. (2010): Anforderungen an die Lebensgestaltung älter werdender Menschen mit geistiger Behinderung in unterstützten Wohnformen. Ergebnisse einer Literaturanalyse und Expertenbefragung. Zweiter Zwischenbericht zum Forschungsbericht „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI). Münster. Online verfügbar unter: http://www.katho-nrw.de/fileadmin/_migrated/content_uploads/2_LEQUI-Zwischenbericht_Anforderungen_im_Alter_01.pdf, zuletzt geprüft am 11.01.2016.
- Schenk, L. (2010): Lebenswelt Pflegeheim. Studie zur Lebensqualität in der stationären Pflege aus Bewohnersicht (QUISTA). 5. Fachtagung Palliative Geriatrie. Berlin, 15.10.2010. Online verfügbar unter http://www.palliative-geriatrie.de/fileadmin/downloads/Vortraege/5_FTPG_S_3.2_Lebensqualitaet_L_Schenk.pdf, zuletzt geprüft am 22.01.2016.

- Schenk, L. et al. (2013): Quality of life in nursing homes: results of a qualitative resident survey. In: Quality of Life Research 22 (10), S. 2929-2938.
- Schneekloth, U.; Wahl, H. (Hrsg.) (2007): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Integrierter Abschlussbericht, München. Online verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-mug4,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, zuletzt geprüft am 06.01.2016.
- Schneekloth, U.; Wahl, H. (Hrsg.) (2009): Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für „Good Practice“. Forschungsprojekt MuG IV. 1. Aufl., Kohlhammer Stuttgart.
- Seeberg, G. (2014) : Krankheitskosten, gesundheitsbezogene Lebensqualität und Versorgungssituation bei Patienten mit kognitiven Defiziten, Marburg. Online verfügbar unter: <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2014/0749/pdf/dgs.pdf>, zuletzt geprüft am 31.08.2016.
- Statistisches Bundesamt (2015): Das statistische Jahrbuch 2015, Kapitel Bildung, Wiesbaden. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/Bildung.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 12.08.2016.
- Statistisches Bundesamt (2016): Datenreport 2016: Kapitel Familie, Lebensformen und Bildung, Bonn. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2016.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 21.09.2016.
- Stöhr, Ursula (2007): Seniorenspielbuch. Reaktivierung Dementer in Pflege und Betreuung. Springer-Verlag Wien.
- Tesch-Römer, C. (2012): Active aging and quality of life in old age. United Nations New York. Online verfügbar unter: http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/2012_Active_Ageing_UNECE.pdf, zuletzt geprüft am 11.01.2016.
- Tester, S. et al. (2003): Exploring perceptions of quality of life of frail older people during and after their transition to institutional care. ESRC Growing Older Programme Sheffield. Online verfügbar unter: <http://www.talkingmats.com/wp-content/uploads/2013/09/TM-and-Frail-Older-People-2003.pdf>, zuletzt geprüft am 22.01.2016.
- Trescher, H. (2013): Kontexte des Lebens. Lebenssituation demenziell erkrankter Menschen im Heim. Springer SV Wiesbaden.
- Vaarama, M. et al. (Hrsg.) (2008): Care-Related Quality of Life in Old Age: Concepts, Models, and Empirical Findings. Springer New York.
- Warner, L. M. (2011): Social resources and risk factors for autonomy and quality of life despite multimorbidity. Dissertation. Freie Universität Berlin, Berlin. Online verfügbar unter: http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000009551/2011-06-07_-_Dissertation_Lisa_Marie_Warner_online.pdf;jsessionid=4FB3AAAA0D3D657030E1B8A1406A2BAF?hosts=, zuletzt geprüft am 22.01.2016.

Wiese, C. (2015): Einflussfaktoren von Lebensqualität im Alter: eine systematische Übersichtsarbeit. Dissertation, Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg, Hamburg.

World Health Organization and Milberg Memorial Fund (2000): Towards an International Consensus on Policy for Long-Term Care of the Ageing, Ageing and Health Programme. Online verfügbar unter: <http://www.milbank.org/uploads/documents/000712oms.pdf>, zuletzt geprüft am 13.01.2016.

6. Anhang:

6.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Themen der Literaturliteratur und Praxisbeispiele	4
Tabelle 2: Themen der Literaturliteratur und Praxisbeispiele (Fortsetzung)	5
Tabelle 3: Berufliche Situation	21
Tabelle 4: Häufigkeiten und Anteile der kategorisierten Nennungen der Frage „Lebensqualität ist für mich, wenn ...“	46
Tabelle 5: Relevanz von Detailaspekten der Lebensqualität	53
Tabelle 6: Einfluss der Unterstützung bei Hilfebedarf auf die Lebensqualität (außerhalb von Einrichtungen).....	56
Tabelle 7: Einfluss des Lebens in Senioreneinrichtungen auf die Lebensqualität	57
Tabelle 8: Priorisierung von Maßnahmen zur Lebensqualität	62

6.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Alter der Befragten nach Geschlecht (in Prozent, gerundet).....	16
Abbildung 2: Familienstand der Befragten nach Geschlecht (in Prozent, gerundet)	17
Abbildung 3: Familienstand der befragten Frauen nach Alter (in Prozent, gerundet).....	17
Abbildung 4: Familienstand der befragten Männer nach Alter (in Prozent, gerundet)	18
Abbildung 5: Schulabschluss der Befragten nach Alter (in Prozent, gerundet).....	19
Abbildung 6: Beruflicher Status der befragten Frauen nach Alter (in Prozent, gerundet).....	22
Abbildung 7: Beruflicher Status der befragten Männer nach Alter (in Prozent, gerundet)	22
Abbildung 8: Visuelle Beeinträchtigung nach Alter (in Prozent, gerundet).....	23
Abbildung 9: Akustische Beeinträchtigungen nach Alter (in Prozent, gerundet).....	24
Abbildung 10: Gustatorische Beeinträchtigungen nach Alter (in Prozent, gerundet).....	25
Abbildung 11: Olfaktorische Beeinträchtigungen nach Alter (in Prozent, gerundet).....	26
Abbildung 12: Beeinträchtigung der haptischen Wahrnehmung nach Alter (in Prozent, ^ gerundet)	27
Abbildung 13: Beeinträchtigung der Mastikation nach Alter (in Prozent, gerundet).....	28
Abbildung 14: Beeinträchtigung des Schluckens nach Alter (in Prozent, gerundet)	29
Abbildung 15: Beeinträchtigung des Gehens nach Alter (in Prozent, gerundet).....	30
Abbildung 16: Beeinträchtigung hinsichtlich des Aspekts „andere Bewegungsabläufe“ nach Alter (in Prozent, gerundet).....	31
Abbildung 17: Bluthochdruck nach Alter (in Prozent, gerundet).....	33
Abbildung 18: Bluthochdruck der Befragten nach Alter und Geschlecht (in Prozent, gerundet)	33
Abbildung 19: Gelenkerkrankungen nach Alter (in Prozent, gerundet)	34
Abbildung 20: Gelenkerkrankungen der Befragten nach Alter und Geschlecht (in Prozent, gerundet)	35

Abbildung 21: Allergische Erkrankungen nach Alter (in Prozent, gerundet).....	36
Abbildung 22: Allergische Erkrankungen der Befragten nach Alter und Geschlecht (in Prozent, gerundet).....	36
Abbildung 23: Chronische Schmerzerkrankte nach Alter (in Prozent, gerundet).....	37
Abbildung 24: Chronische Schmerzerkrankungen der Befragten nach Alter und Geschlecht (in Prozent, gerundet).....	38
Abbildung 25: Wirbelsäulenschäden nach Alter (in Prozent, gerundet)	39
Abbildung 26: Wirbelsäulenschäden der Befragten nach Alter und Geschlecht (in Prozent, gerundet).....	39
Abbildung 27: Diabetes nach Alter (in Prozent, gerundet)	40
Abbildung 28: Diabetes der Befragten nach Alter und Geschlecht (in Prozent, gerundet).....	41
Abbildung 29: Multimorbidität nach Alter (in Prozent, gerundet)	42
Abbildung 30: Hilfebedarf nach Alter (in Prozent, gerundet)	43
Abbildung 31: Unterstützungsbedarf der Befragten (in Prozent, gerundet).....	44
Abbildung 32: Seniorenresidenz, Pflegeeinrichtung, betreutes Wohnen nach Alter (in Prozent, gerundet).....	45
Abbildung 33: Bewertung der Wichtigkeit von Gesundheit für die Lebensqualität (in Prozent, gerundet).....	51
Abbildung 34: Bewertung der individuellen Lebensqualität (in Prozent, gerundet).....	59

6.3 Fragebogen



"Lebensqualität im Alter - Kriterien für eine zielgruppengerechte Verbraucherinformation" - Ein Projekt mit Unterstützung des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz

Willkommen zu unserer Umfrage!

Lebensqualität im Alter wünscht sich jeder, sie ist aber keine Selbstverständlichkeit. Unabhängig davon, ob man auf Unterstützung durch andere angewiesen ist oder nicht, sollte man darauf vertrauen können, dass die individuellen Bedürfnisse respektiert werden. Dies gilt innerhalb der Familie ebenso wie in den Fällen, in denen Unterstützungsleistungen durch andere Personen erbracht werden.

Um zu verstehen, was Lebensqualität im Alter ausmacht, führen die Heimverzeichnis gGmbH und ISIS mit Unterstützung der BAGSO eine Umfrage unter älteren Menschen durch. Wir laden alle Älteren herzlich dazu ein, sich an der Befragung zu beteiligen.

Sollte es eine Ihnen nahestehende Person geben, die die Fragen nicht allein beantworten kann, so wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie ihr dabei helfen könnten. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass die Sichtweisen des befragten älteren Menschen wiedergegeben werden, damit wir möglichst authentische Antworten erhalten.

Die Befragung dauert ca. 20 Minuten.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme. Ihre Antworten sind uns wichtig.

Über die Ergebnisse der Umfrage werden wir in den BAGSO-Nachrichten und in dem Internetportal www.heimverzeichnis.de in der Rubrik „Bibliothek“ berichten.

1. Fragen zu Ihrer Person

Wir stellen zunächst Fragen zu Ihrer Person. Die Angaben werden streng vertraulich behandelt. Ihre Anonymität bleibt gewahrt.

1.1 Wie alt sind Sie?

- Unter 50 Jahre
- 50 - 59 Jahre
- 60 - 69 Jahre
- 70 - 79 Jahre
- 80 - 89 Jahre
- 90 Jahre und älter

1.2 Welches Geschlecht haben Sie?

- Weiblich
- Männlich

1.3 Welchen Familienstand haben Sie?

- Ledig
- Verheiratet
- Verwitwet
- Geschieden
- Sonstiges (bitte angeben):

.....

.....

1.4 Leben Sie in einer festen Partnerschaft?

- Nein
- Ja

2. Persönliche Lebensqualität

2.1 Bitte vervollständigen Sie den Satz: "Lebensqualität ist für mich, wenn ..."

.....

.....

.....

2.2 Lebensqualität kann für jeden Menschen etwas anderes bedeuten. Bitte lassen Sie uns wissen, wie wichtig die folgenden Aspekte für Ihre persönliche Lebensqualität sind.

	sehr wichtig	ziemlich wichtig	weniger wichtig	gar nicht wichtig
Sich körperlich wohlfühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich seelisch wohlfühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einer sinnvollen Beschäftigung nachgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von anderen gebraucht werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In eine Gemeinschaft eingebunden sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Familie um sich haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Vertrauensperson haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Liebesbeziehung haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen und Trinken genießen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hobbys nachgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturelle und geistige Interessen pflegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Materiell abgesichert sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am öffentlichen Leben teilnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausflüge machen / verreisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Natur erleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich bewegen / sportlich betätigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhe finden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnkomfort haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich in seinem Zuhause wohlfühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich sicher fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatsphäre haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstbestimmt entscheiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unabhängig sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respektiert werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Würde bewahren können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein spirituelles / religiöses Leben führen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es sonst noch etwas, was für Ihre Lebensqualität sehr wichtig ist?

.....

2.3 Alles in allem: Wie beurteilen Sie Ihre Lebensqualität?

- Sehr gut
- Gut
- Eher gut
- Weder gut noch schlecht
- Eher schlecht
- Schlecht
- Sehr schlecht

Möchten Sie dies erläutern?

.....

.....

.....

3. Lebensqualität und Gesundheit

3.1 Für viele Menschen spielt Gesundheit die wichtigste Rolle, wenn es um Lebensqualität geht. Bitte kreuzen Sie die Aussage an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

- Gesundheit spielt für mich die wichtigste Rolle, wenn es um Lebensqualität geht.
- Gesundheit ist mir wichtig, spielt aber nicht die wichtigste Rolle.
- Gesundheit ist mir eher unwichtig.

Möchten Sie uns erläutern, was für Sie wichtiger ist als Gesundheit?

.....

.....

.....

3.2 Bitte geben Sie an, in welchem Maße Sie sich bei folgenden Aspekten beeinträchtigt fühlen.

	Keine Beeinträchtigung	Geringe Beeinträchtigung	Mittlere Beeinträchtigung	Starke Beeinträchtigung
Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tasten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Bewegungsabläufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Möchten Sie Ihre Beeinträchtigungen erläutern?

.....
.....
.....

3.3 Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen Sie haben.

- Allergie
 - Asthma
 - Bluthochdruck
 - Chronische Bronchitis
 - Migräne, Kopfschmerzen
 - Andere chronische Schmerzen
 - Diabetes, Zuckerkrankheit
 - Durchblutungsstörungen am Herze
 - Hepatitis, Leberzirrhose
 - Kognitive Beeinträchtigung, z. B. Demenz
 - Krebs
 - Osteoporose
 - Rheuma, Arthritis, Arthrose, Gicht
 - Seelische Erkrankung, z. B. Depressionen
 - Chronischer Wirbelsäulenschaden
 - Akuter Wirbelsäulenschaden, z. B. Bandscheibenvorfall
 - Keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen
 - Sonstige (bitte angeben):
-
.....
.....

3.4 Haben Sie in Ihrem Alltag einen Bedarf an Hilfen durch andere Personen?

- Nein ▶ Bitte weiter mit Frage 4.1
- Ja

3.5 Bitte geben Sie an, wer Ihnen üblicherweise in welchem Umfang hilft.

	Täglich	Mehrmals wöchentlich	Einmal wöchentlich	Mehrmals monatlich	Einmal monatlich	Gelegentlich	Nie
Lebenspartner/in	<input type="checkbox"/>						
Angehörige/r	<input type="checkbox"/>						
Freunde oder Nachbarn	<input type="checkbox"/>						

Professionelle Pfleger/in bzw. Betreuer/in	<input type="checkbox"/>						
Andere Dienst- leister z.B. Haus- haltshilfe	<input type="checkbox"/>						

Ich erhalte regelmäßig Hilfe von einer oder mehreren anderen Personen (bitte angeben):

.....

.....

3.6 Wohnen Sie in einer Einrichtung des Betreuten Wohnens, einer Seniorenresidenz oder in einer Pflegeeinrichtung?

- Ja ▶ Bitte weiter mit Frage 3.8
- Nein

3.7 Wie verändert die Hilfe, die Sie von anderen erhalten, Ihre Lebensqualität in folgenden Aspekten?

	Sehr positiv	Positiv	Gar nicht	Negativ	Sehr negativ
Sich körperlich wohlfühlen	<input type="checkbox"/>				
Sich seelisch wohlfühlen	<input type="checkbox"/>				
In eine Gemeinschaft eingebunden sein	<input type="checkbox"/>				
Die Familie um sich haben	<input type="checkbox"/>				
Eine Vertrauensperson haben	<input type="checkbox"/>				
Freunde haben	<input type="checkbox"/>				
Essen und Trinken genießen	<input type="checkbox"/>				
Hobbys nachgehen	<input type="checkbox"/>				
Ruhe finden	<input type="checkbox"/>				
Sich in seinem Zuhause wohlfühlen	<input type="checkbox"/>				
Sich sicher fühlen	<input type="checkbox"/>				
Privatsphäre haben	<input type="checkbox"/>				
Selbstbestimmt entscheiden	<input type="checkbox"/>				
Unabhängig sein	<input type="checkbox"/>				
Respektiert werden	<input type="checkbox"/>				
Würde bewahren können	<input type="checkbox"/>				

► Bitte weiter mit Frage 4.1

3.8 Wie verändert das Leben in einer Senioreneinrichtung, also z. B. im Betreuten Wohnen, in einer Seniorenresidenz oder im Pflegeheim, Ihre Lebensqualität in folgenden Aspekten?

	Sehr positiv	Positiv	Gar nicht	Negativ	Sehr negativ
Sich körperlich wohlfühlen	<input type="checkbox"/>				
Sich seelisch wohlfühlen	<input type="checkbox"/>				
Einer sinnvollen Beschäftigung nachgehen	<input type="checkbox"/>				
Von anderen gebraucht werden	<input type="checkbox"/>				
In eine Gemeinschaft eingebunden sein	<input type="checkbox"/>				
Die Familie um sich haben	<input type="checkbox"/>				
Eine Vertrauensperson haben	<input type="checkbox"/>				
Freunde haben	<input type="checkbox"/>				
Eine Liebesbeziehung haben	<input type="checkbox"/>				
Essen und Trinken genießen	<input type="checkbox"/>				
Hobbys nachgehen	<input type="checkbox"/>				
Kulturelle und geistige Interessen pflegen	<input type="checkbox"/>				
Materiell abgesichert sein	<input type="checkbox"/>				
Am öffentlichen Leben teilnehmen	<input type="checkbox"/>				
Ausflüge machen / verreisen	<input type="checkbox"/>				
Natur erleben	<input type="checkbox"/>				
Sich bewegen / sportlich betätigen	<input type="checkbox"/>				
Ruhe finden	<input type="checkbox"/>				
Wohnkomfort haben	<input type="checkbox"/>				
Sich in seinem Zuhause wohlfühlen	<input type="checkbox"/>				
Sich sicher fühlen	<input type="checkbox"/>				
Privatsphäre haben	<input type="checkbox"/>				
Selbstbestimmt entscheiden	<input type="checkbox"/>				
Unabhängig sein	<input type="checkbox"/>				

Respektiert werden	<input type="checkbox"/>				
Würde bewahren können	<input type="checkbox"/>				
Ein spirituelles / religiöses Leben führen	<input type="checkbox"/>				

4. Förderung der Lebensqualität im Alter

4.1 Bitte vervollständigen Sie den Satz: "Meine Lebensqualität würde sich verbessern, wenn ..."

.....

.....

4.2 Schließlich interessieren wir uns noch dafür, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Für die Lebensqualität im Alter sind Angebote zur Gesundheitsförderung besonders wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für meine Lebensqualität ist es wichtig, dass ich selbst etwas für die Gesundheit tue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Familienangehörige zu weit entfernt wohnen, können Ehrenamtliche, z. B. durch Besuchsdienste, einen wichtigen Beitrag gegen die Vereinsamung im Alter leisten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für meine Lebensqualität ist es wichtig, dass ich Zugang zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Internet leistet einen wichtigen Beitrag zu meiner Lebensqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Politik sollte mehr unternehmen, um die Lebensqualität im Alter zu fördern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Maßnahmen würden die Lebensqualität älterer Menschen außerdem fördern?

.....

.....

.....

4.3 Gibt es noch etwas, das Sie uns zur Lebensqualität im Alter und bei Pflegebedarf sagen möchten?

- Nein
- Ja, und zwar:

.....

.....

.....

5. Abschlussfragen

Vielen Dank für Ihre Geduld und die Beantwortung der bisherigen Fragen. Nun benötigen wir noch einige zusätzliche statistische Angaben.

5.1 In welchem Land sind Sie geboren?

- In Deutschland
- In einem anderen Land in Europa
- In einem Land außerhalb Europas

5.2 Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

- Schule beendet ohne Abschluss
- Volks-/Hauptschulabschluss bzw. Polytechnische Oberschule mit Abschluss 8. oder 9. Klasse
- Mittlere Reife, Realschulabschluss bzw. Polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse
- Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule etc.
- Abitur bzw. Erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse
- Anderer Schulabschluss, nämlich:

.....

5.3 In welcher beruflichen Situation sind Sie? Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort an. Sie können aber auch zum Beispiel gleichzeitig in Rente und erwerbstätig sein.

- Erwerbstätig
- In Rente oder Pension
- Hausfrau oder Hausmann
- Arbeitslos

5.4 Bitte lassen Sie uns zuletzt noch wissen, in welcher Rolle Sie die Antworten gegeben haben.

- In eigener Sache
- Für eine Person mit Unterstützungsbedarf