
Soziale Isolation älterer Menschen

Ursachen, Folgen und technische
Lösungsansätze



© Kathrin Hofer

Kathrin Hofer
Verena Moser-Siegmeth

Autorinnen



Kathrin Hofer BA

Bachelorstudium Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung, derzeit Masterstudium Management im Gesundheitswesen, Junior Projektmanagerin. Seit 2009 wissenschaftliche Projektmitarbeiterin beim Forschungsinstitut des Roten Kreuzes in Wien mit den Forschungsschwerpunkten seelische Gesundheit bei älteren Menschen sowie Alter und Technik.



Mag^a. Drⁱⁿ Verena Moser-Siegmeth

Soziologin, Pflegewissenschaftlerin, diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester; seit Mai 2009 als Projektleiterin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Forschungsinstitut des Roten Kreuzes mit dem Forschungsschwerpunkt Alter und Technik tätig.

Impressum

Die vorliegende Studie „Soziale Isolation älterer Menschen. Ursachen, Folgen und technische Lösungsansätze“ wurde im Rahmen des AMASL Projekts vom Forschungsinstitut des Roten Kreuzes erstellt. Das Projekt AMASL wird mit Mitteln des Bundesministeriums für Verkehr, Innovation und Technologie sowie von der FFG gefördert.

Wien, 2010



FORSCHUNGSINSTITUT
DES ROTEN KREUZES



FFG

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Das Problem der sozialen Isolation im Alter	1
1.2	Soziale Isolation und Einsamkeit – eine Begriffsbestimmung	2
1.3	Forschungsfragen	5
1.4	Methodik	5
2	Ursachen sozialer Isolation	6
2.1	Risikofaktor Alter	6
2.1.1	Übertritt vom Erwerbsleben in das Pensionsalter	6
2.1.2	Verwitung	7
2.2	Entfamiliarisierung – Ein Wandel in der Familienstruktur	9
2.2.1	Generationen und wie sie wohnen	10
2.2.2	Ein Wandel in der klassischen Familienstruktur	14
2.2.3	Entwicklungen am Arbeitsmarkt	15
2.3	Beziehungsmuster älterer Menschen	17
2.4	Gesundheitliche Ursachen	18
2.5	Finanzielle Ursachen – Altersarmut	23
3	Folgen/Auswirkungen sozialer Isolation	25
3.1	Biopsychosoziale Auswirkungen	25
3.2	Auswirkungen auf Gesundheitssysteme	26
4	Möglichkeiten der Reduktion sozialer Isolation	28
4.1	Soziale Beziehungen als Ressource	28
4.2	Systematische Interventionsprogramme	30
4.3	Technische Entwicklungen und neue Medien	31
5	Zusammenfassung	37
6	Literatur	40
7	Anhang	45
7.1	Tabellenverzeichnis	45
7.2	Abbildungsverzeichnis	45
7.3	Abkürzungsverzeichnis	45

1 Einleitung

1.1 Das Problem der sozialen Isolation im Alter

Wenn den statistischen Berechnungen Aufmerksamkeit geschenkt wird, leben immer mehr Menschen in industrialisierten Gesellschaften länger. Die Anzahl der über 60-Jährigen wird laut Statistik Austria mittelfristig (2015) um 10% ansteigen. Voraussrechnungen ergeben, dass dieser Prozentwert langfristig (2050) auf 34,2% anwachsen wird. Noch erheblicher verändern sich die Zahlen und Anteile der über 75-jährigen Bevölkerung. 2008 waren noch 662 000 Menschen in dieser Altersgruppe, bis zum Jahr 2050 wird es ein weiteres Plus um 139%, nämlich auf 1,58 Millionen über 75-Jährige, geben (Statistik Austria 2009a).

Die Altersstruktur verschiebt sich deutlich hin zu den älteren Menschen. Dieser Alterungsprozess wird im Wesentlichen fast alle europäischen Länder betreffen, was ebenso für alle österreichischen Bundesländer gilt, wenn auch mit unterschiedlicher Intensität.

Einerseits ist diese Tendenz eines ständig wachsenden Lebensalters erfreulich, sie wirft jedoch auch die Problematik der Integration sowie der Versorgung der alten Menschen auf. In den höchsten Altersstufen steigt die Wahrscheinlichkeit isoliert und pflegebedürftig zu sein massiv an.

Es sind hier vor allem Menschen über 80 Jahren, die sehr stark von sozialer Isolation betroffen sein werden. 40 bis 50 Prozent der über 80-Jährigen fühlen sich oft allein, einsam oder verlassen (Dykstra 2009). Aus einer Auswertung von Netzwerkdaten der Framingham Heart Study geht hervor, dass eine Mehrzahl der StudienteilnehmerInnen an sozialer Isolation und Einsamkeit leidet (Cacioppo et al. 2009). Wenn diese Tendenz weiterhin bestätigt werden kann, darf die Frage aufgeworfen werden, welche Bedeutung das Gefühl der sozialen Zusammengehörigkeit noch hat und inwiefern Menschen soziale Beziehungen brauchen, um sich ihre Gesundheit bewahren zu können. Der überwiegende Teil von Unterstützungs- und Versorgungsleistungen sowie die Einbindung der älteren Generation in Gemeinschaften finden über die Familie statt, doch was passiert wenn sich diese aufgrund moderner Veränderungen in der Familienstruktur in alle Winde zerstreut? Wer fühlt sich dann verantwortlich für die Integration und Versorgung der Älteren (Amann 2000)?

Vor diesem Hintergrund ist es sehr wahrscheinlich, dass soziale Isolation und Einsamkeit von älteren Menschen aus den unterschiedlichsten Gründen im Steigen begriffen ist, was erhebliche Auswirkungen auf künftige gesellschaftliche Entwicklungen haben wird. Es liegt einerseits an der Bevölkerung selbst und andererseits an gesundheits- und sozialpolitischen Entscheidungsträgern, entsprechende Lösungsmöglichkeiten zur Reduktion der sozialen Isolation und Einsamkeit im Alter zu entwerfen und diese Maßnahmen umzusetzen.

Aus diesem Grund gliedert sich folgende Arbeit in vier größere Abschnitte, wobei der erste Teil soziale Isolation und Einsamkeit näher definiert sowie die Forschungsfragen und Methodik behandelt. Der zweite Abschnitt befasst sich mit den Ursachen sozialer Isolation und gibt Aufschluss über die Rolle der Familie in diesem Themenbereich. Der dritte Abschnitt erläutert die Auswirkungen sozialer Isolation und Einsamkeit auf ältere Menschen und Abschnitt vier setzt sich mit den Möglichkeiten zur Reduktion sozialer Isolation auseinander.

1.2 Soziale Isolation und Einsamkeit – eine Begriffsbestimmung

Um zu einer genauen Definition sozialer Isolation und Einsamkeit zu kommen – auch im transdisziplinären Sinn – werden die beiden Begriffe einer näheren Analyse unterzogen.

Soziale Isolation

Ein psychologisches Wörterbuch definiert Isolation im Allgemeinen als einen Zustand geringsten sozialen Kontaktes bzw. größter Distanz, Absonderung, Vereinzelung von Individuen (z.B. Einzelgänger, Psychopathen, Kranke, Verbrecher) und ganzer Bevölkerungsgruppen (z.B. Angehörige bestimmter Rassen, bestimmten Glaubens oder politischer Überzeugungen). Neben der frei gewählten Isolation steht die erzwungene Isolation (z.B. Vertreibung, Ghettozwang, Apartheid) (Häcker und Stapf 2004).

Für eine soziologische Untersuchung definieren De Jong et al. folgendermaßen: Soziale Isolation hat etwas zu tun mit der Abwesenheit von sozialen Beziehungen im Hinblick zu anderen Menschen (De Jong Gierveld et al. 2006) und hängt mit

bestimmten objektiven Merkmalen in der Funktionalität von Gemeinschaften zusammen. Solche Merkmale sind zum Beispiel die Größe, Zusammensetzung und Funktionalität von persönlichen Netzwerken sowie Beziehungen zwischen Menschen bzw. die Häufigkeit der Kontakte mit den einzelnen Netzwerkmitgliedern. Auf einem Kontinuum der sozialen Isolation stehen sich soziale Isolation und soziale Integration bzw. Partizipation gegenüber (De Jong Gierveld und Van Tilburg 2010).

Einsamkeit

Den Ergebnissen des „NFP 32“ (Nationales Schweizer Forschungsprogramm von 1992 bis 1998 zur Deckung der Lücken in der Schweizer Altersforschung) zufolge ist Einsamkeit im Gegensatz dazu etwas komplexer. Neben einer geringen Anzahl an sozialen Beziehungen handelt es sich bei Einsamkeit nicht nur um die Situation des Alleinseins, sondern auch um ein existentielles Gefühl des Verlorenseins. Das Gefühl der Einsamkeit ist eng mit Persönlichkeit und lebensgeschichtlichen Erfahrungen verbunden, was auch dazu führt, dass Einsamkeit bei älteren Menschen häufiger vorkommt, als bei jüngeren (Höpflinger und Stuckelberger 1999).

Unter Einsamkeit im soziologischen Sinn wird die soziale Situation eines Menschen verstanden, welche durch eine (im Vergleich zu den allgemeinen sozialen Lebensformen und Vorstellungen über Sozialität und Kontaktdichte) permanente, zeitlich befristete oder aus bestimmten sozialen Lagen sich ergebende Reduktion der Aktivitäten und der sozialen Interaktionen gekennzeichnet ist. Einsamkeit kann vom Individuum selbst gewählt (abweichendes Verhalten) oder die Folge sozialer Ausgliederungsprozesse sein (z.B. im Alter). Ob Einsamkeit als Vereinsamung oder als Chance für Individualisierung und Unabhängigkeit von sozial genormten Lebensformen empfunden wird, hängt von spezifischen Prägungen der Persönlichkeit hinsichtlich früher sozialer Erfahrungen, die die sozialen Lebens- und Daseinserwartungen bestimmen, ab (Hillmann 2007). Nach Weiss gibt es zwei unterschiedliche Formen der Einsamkeit: emotionale Einsamkeit, die sich aus der Abwesenheit eines intimen Partners ergibt, und soziale Einsamkeit als Folge des Fehlens unterstützender Freunde und von Einbettung in ein soziales Netz (Weiss 1975).

Um bereits an dieser Stelle einen Bezug zu Auswirkungen auf die Gesundheit (Kapitel 2.4 und 3.1) herzustellen, ist es interessant auf eine länger zurückliegende Untersuchung von Berkan und Syme aus dem Jahre 1979 hinzuweisen. Sie gingen der Frage nach, ob ein Mangel an Einbindung in Beziehung schlecht für die Gesundheit ist. Die Autoren untersuchten, welche Personen aus einer Stichprobe, die im Jahre 1965 über ihre sozialen Beziehungen befragt worden waren, nach neun Jahren nicht mehr lebten. Die Verstorbenen hatten eine gemeinsame Kennzeichnung. Sie waren sozial isoliert. Zusätzlich waren sie häufiger nicht verheiratet, hatten schlechtere und seltener Kontakte mit Freunden und Familien und waren weniger häufig Mitglied einer Kirche oder anderer Organisationen. Während es für die Überlebensrate der Männer wichtiger war, verheiratet zu sein, spielten für die Überlebensrate der Frauen intensive Beziehungen mit Freunden und der Familie eine Schlüsselrolle. Die berichteten Sterblichkeitsunterschiede waren unmittelbar auf die Auswirkungen von Affiliation (=soz. Isolation) zurückzuführen und konnten nicht dadurch erklärt werden, dass die sozial weniger eingebundenen Personen weniger gesund lebten oder dass Personen mit einer Behinderung schlechter in der Lage waren, soziale Bindungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Seit dieser wegweisenden Studie sind inzwischen viel unterschiedliche epidemiologische Untersuchungen in verschiedenen Ländern durchgeführt worden, die vor allem für Männer Sterblichkeitseffekte aufgrund eines Mangels an sozialer Integration zeigen (Strobe und Strobe 1996).

Folgerungen

Zurückkommend auf die Begriffsdefinition von sozialer Isolation und Einsamkeit werden die beiden Begriffe in einem pflegewissenschaftlichen Buch über NANDA Pflegediagnosen miteinander verbunden.

Soziale Isolation wird als Einsamkeit beschrieben, die von einem Menschen als negative oder bedrohende Situation erlebt wird und durch andere verhängt worden ist (Johnson et al. 2001). Einsamkeit hingegen ist die Antwort der Ausbreitung von emotionaler, sozialer und existenzieller Isolation. Sie wird auch gesehen als Status, in welchem eine Person das Risiko hat eine unklare Missstimmung zu erfahren. (Johnson et al. 2001)

Aus diesem begrifflichen Diskurs ergibt sich, dass soziale Isolation und Einsamkeit zwar zwei Begriffe sind, welche zunächst gleiche Bedeutung vermuten lassen, was sich bei genauerer Betrachtung jedoch widerlegen lässt. Menschen, die sozial isoliert sind, müssen sich nicht gezwungenermaßen alleine fühlen und Menschen, die sich alleine fühlen, müssen nicht automatisch isoliert von ihrer Umgebung sein.

Daraus ergibt sich, dass die beiden Begriffe ähnliche Bedeutung, Ursachen und Wirkungen haben, sodass die Notwendigkeit besteht, diese zwei Phänomene auch gemeinsam zu untersuchen.

1.3 Forschungsfragen

Hinsichtlich der vorangegangenen Problemstellung ergeben sich folgende Fragestellungen:

1. Was sind die Ursachen und Folgen von sozialer Isolation und Einsamkeit bei älteren Menschen?
2. Wie kann soziale Isolation und Einsamkeit reduziert werden?

1.4 Methodik

Im Zuge dieser Arbeit wird eine Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und OPAC der Universität Wien, auf der Homepage von Statistik Austria und über „google scholar“ sowie in Bibliotheken von Universitäten und Forschungseinrichtungen durchgeführt. Gesucht wird nach Publikationen, die seit dem Jahr 1995 erschienen sind, mit Ausnahme der Publikation von Weiss im Jahr 1975, worin „Einsamkeit“ definiert wird, und der Publikation von Amann 1990, worin es um Pensionierung und soziale Isolation geht. Folgende deutsche oder englische Begriffe werden als Suchbegriffe eingegeben: loneliness/Einsamkeit, isolation/Isolation, integration/Integration, social aid/soziale Unterstützung, aged/Alter, older people/ältere Menschen, elderly/Ältere.

2 Ursachen sozialer Isolation

2.1 Risikofaktor Alter

Viele Menschen wünschen sich ein möglichst langes Leben. Dass damit auch Probleme verbunden sein können, bedenken sie oft aber nicht. Vor allem soziale Isolation und Einsamkeit sind Angelegenheiten, die eine beträchtliche Zahl an Menschen im späteren Leben betreffen.

15% der älteren Bevölkerung hat ein Risiko unter sozialer Isolation zu leiden. Dieses steigt mit der Anzahl an Lebensjahren immer weiter an. Das Risiko für soziale Isolation steht in Verbindung mit hohem Alter. Zusätzliche Indikatoren wie niedrige Bildung, depressive Stimmung, Schwierigkeiten mit Aktivitäten des täglichen Lebens, die Angst des Hinfallens und schlechte Gesundheit beeinflussen soziale Isolation und Einsamkeit unter älteren Menschen negativ (Iliffe et al. 2007).

Zwei besonders kritische Lebensphasen, in der Gefühle und Symptome der sozialen Isolation und Einsamkeit in einer späteren Lebensphase vermehrt eintreten, sind der Übertritt vom Erwerbsleben ins Pensionsalter und der Verlust des Ehepartners oder Lebensgefährten.

2.1.1 Übertritt vom Erwerbsleben in das Pensionsalter

Der Übergang vom Erwerbsleben in die Pension ist bereits seit einigen Jahren ein zentrales Thema der Gerontologie. Sozialwissenschaftliche Forschungen befassten sich zunächst mit den Lebensumständen von Männern. Durch die wachsende berufliche Orientierung von Frauen und die Verstetigung weiblicher Erwerbsbiografien nimmt allerdings die Anzahl der Arbeiten mit dem Schwerpunkt auf Frauen zu. Aus vorangegangenen Arbeiten geht hervor, dass die Folgen des Ausgliederungsprozesses aus dem Erwerbsleben und der damit einhergehenden Veränderung hauptsächlich sozialer Natur sind.

Die Pensionierung ist für die meisten Menschen ein sehr einschneidendes Ereignis hinsichtlich der Lebensgestaltung in späteren Jahren und stellt quasi den Übergang in die Lebensphase des Alters dar. Bereits mehr als zwei Drittel des Lebens haben die Menschen zu diesem Zeitpunkt hinter sich gebracht, sodass diese Phase

zunehmend an Bedeutung gewinnt. Der Ausstieg vom Erwerbsleben in das Leben als PensionistIn ist gekennzeichnet von Umorientierung. Verpflichtungen werden abgegeben und im Idealfall neue Aufgaben und Pflichten übernommen.

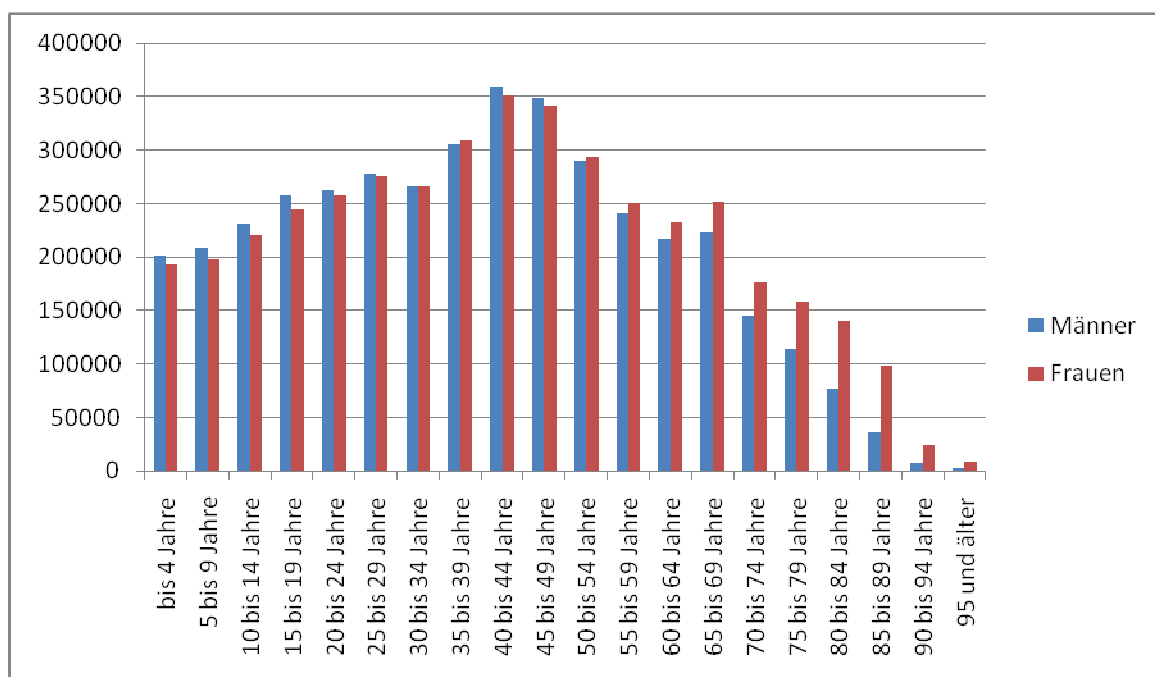
Hinsichtlich der sozialen Isolation und Einsamkeit bedeutet das Ausscheiden aus dem Berufsleben in der Regel die Beendigung einer Vielzahl beruflich bedingter sozialer Beziehungen und Kontakte. Es kommt zu einer Abschwächung der Integration von einzelnen Menschen im sozialen Kontext und eine Rollen-Diskontinuität ist die Folge (Hörl und Kytir 2000). Mit dem Prozess der Ausgliederung aus dem Erwerbsleben und den Eintritt in die neue Lebensphase „Alter“ bleiben für einen größeren Teil der Altersbevölkerung zunächst soziale Unsicherheiten und Gefährdungen als soziale Probleme bestehen (Backes und Clemens 2008). Vor allem der vorzeitige Ruhestand kann einen bedeutsamen und einschneidenden Vorgang darstellen. Viele Menschen müssen – in einem neuen Kontext – lernen wieder Anschluss zu finden, um sich erneut in die Gesellschaft integrieren zu können. Amann (1990) spricht in diesem Zusammenhang von einer „Balance-Arbeit“ welche strukturell von erlernten Dispositionsspielräumen organisiert und durch externe Bedingungen und innere Autonomie eröffnet wird (Amann 1990).

2.1.2 Verwitwung

Als zweiter großer Problembereich ist an dieser Stelle der Verlust des Lebenspartners zu erwähnen, da sich mit steigendem Alter die Wahrscheinlichkeit den Tod des Partners erleben zu müssen erhöht. Das Wegsterben eines/r Ehepartners/Ehepartnerin oder des Lebensgefährten/der Lebensgefährtin wird als eine der häufigsten Ursachen zur Entstehung sozialer Isolation gesehen. Besonders im Alter stellt es eine zusätzliche Herausforderung für den verwitweten Ehepartner dar. Nachdem sich, wie im Kapitel 2.2.1 ausführlich erwähnt, die Familienstruktur von PensionistInnen stark hin zum Zwei- oder Einpersonenhaushalt gewandelt hat, ist es naheliegend, dass mit dem Verlust des Partners oder der Partnerin eine wichtige soziale Komponente verloren geht. Neben der empfundenen Sicherheit und Nähe sowie der Möglichkeit der Kommunikation fallen oft Aufgaben, wie beispielsweise die Pflege und Betreuung des Partners und diverse Aktivitäten im Haushalt zur Gänze weg, oder werden plötzlich als nicht mehr sinnvoll empfunden.

Verwitung und infolge auch Einsamkeit, Isolation und andere soziale Probleme sind Schicksale, die – zumindest derzeit noch – überwiegend das weibliche Geschlecht betreffen. Frauen haben hier ein mehr als doppelt so hohes Risiko Verwitung zu erleiden als Männer. In der Literatur wird in diesem Zusammenhang von einer „Feminisierung des Alters“ gesprochen, womit das zunehmende Überwiegen des Frauenanteils in den älteren Bevölkerungsgruppen gemeint ist (BMGF 2006). Folgende Tabelle veranschaulicht dies und gibt die Altersstruktur der Geschlechter in Österreich für das Jahr 2009 wieder.

Tabelle 1: Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht 2009



Quelle: eigene Berechnung mit Daten aus Statistik Austria Jahresdurchschnittsbevölkerung nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht

Während bis zum Alter von rund 45 Jahren Männer in der Mehrzahl sind, ist ab 50 Jahren ein Überwiegen der weiblichen Bevölkerung zu erkennen, was mit zunehmendem Alter deutlicher wird.

Gründe für diese Entwicklung sind die längere Lebenserwartung der Frauen, die Tatsache, dass Frauen um zwei bis drei Jahre ältere Männer heiraten und dass Männer nach einer Verwitung häufiger eine neue Partnerschaft eingehen als Frauen. Grundsätzlich ist es leichter Lebenskrisen zu überwinden, wenn die Beziehung in der Ehe als glücklich und die familiäre sowie berufliche Vergangenheit

als positiv erlebt wurde. Im Gegensatz dazu werfen Probleme in Ehe, Familie und Beruf einen Schatten auf die Bewältigung der Lebenssituation. Die Anzahl und Intensität sozialer Kontakte außerhalb der Ehe, die Form und Plötzlichkeit des Verlustes eines Partners/einer Partnerin, die soziale Unterstützung durch Angehörige und Freunde, die biographischen Erfahrungen und Lebenseinstellungen und auch der eigene Gesundheitszustand haben zusätzlich Einfluss darauf, ob sich eine Person nach dem Tod des Partners/der Partnerin mehr oder weniger sozial isoliert und einsam fühlt (Höpflinger und Stuckelberger 1999). Häufig versuchen ältere Menschen einen Ausgleich zu schaffen, indem sie andere Sozialkontakte, vor allem jene im familiären Kontext, forcieren. Auch außerfamiliäre Sozialbeziehungen zu Freunden, Bekannten, Nachbarn, in Vereinen oder sonstigen Gruppen werden besonders bedeutsam beim Verlust des Partners (Backes und Clemens 2008). Für die geglückte Bewältigung einer Verwitwung ist demnach ein gut funktionierendes soziales Netzwerk und die Möglichkeit des gegenseitigen Austausches ein entscheidender Faktor.

2.2 Entfamiliarisierung – Ein Wandel in der Familienstruktur

Neben dem Alter spielen auch Veränderungen im gemeinschaftlichen Zusammenleben und in der Familienstruktur eine Rolle im Anstieg von sozialer Isolation und Einsamkeit. Unzufriedenheit bezogen auf Lebens- und Wohnverhältnisse, ein unregelmäßiger Kontakt zu Familie und Freunden, ein elterlicher oder familiärer Konflikt und ein kleines soziales Netzwerk werden mit höheren Stufen von Einsamkeit assoziiert (Cacioppo et al. 2009).

Eltern und ihre Kinder bildeten lange Zeit den Kern der Familie. Immer mehr scheint sich dieser aber auch außer Haus auszubreiten, was nicht zuletzt an der Entwicklung von modernen Transport- und Kommunikationstechnologien liegt (Lange und Lettke 2007).

Die Wörter „Singularisierung“ oder „Entfamiliarisierung“ sind oft gebrauchte Ausdrücke, die im Zusammenhang mit der veränderten Familienstruktur verwendet werden. Bei beiden Begrifflichkeiten handelt es sich, wenn man an die Institution Familie denkt, um eine Veränderung von klassischen Sozialformen. Es wandelt sich nicht nur das Bild der Familie bzw. der familialen Lebensform, sondern damit

verbunden auch die Stellung der Geschlechter und der Generationen. Eine besondere Wirkung darauf haben die Veränderungen der Wohnformen, familiäre Veränderungen sowie neue Entwicklungen am Arbeitsmarkt.

2.2.1 Generationen und wie sie wohnen

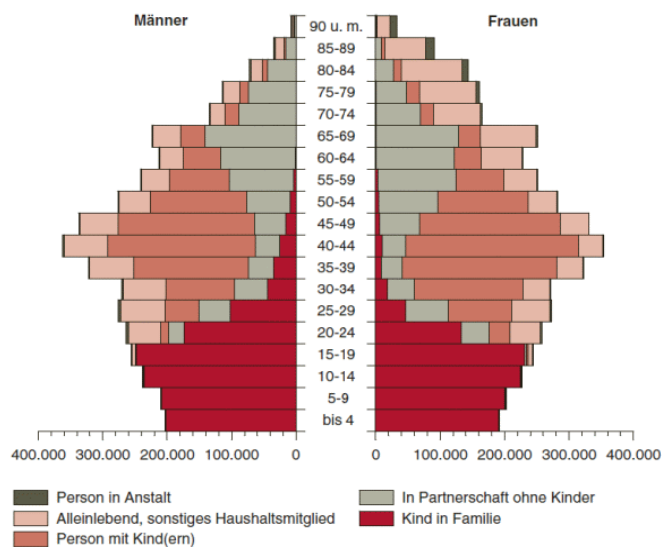
Die Anzahl der in einem Haushalt zusammen lebenden Personen hat Auswirkungen auf soziale Isolation und Einsamkeit im Alter. Wer alleine lebt, hat eine höhere Wahrscheinlichkeit sozial isoliert und einsam zu sein (De Jong Gierveld und Van Tilburg 2010). Es ist jedoch Tatsache, dass sich heutzutage ältere Menschen nur mehr selten eine Wohnung mit ihren Kindern und Enkelkindern teilen (Koresidenz).

Generationenhaushalte, in denen drei oder mehr Generationen zusammenleben sind in Österreich bereits von geringer Anzahl. Im Jahr 2009 wohnten in drei Prozent der 3,6 Millionen Privathaushalte in Österreich, Eltern mit deren Kindern und Großeltern sowie in seltenen Fällen auch Urgroßeltern zusammen. Vor allem in ländlichen Gegenden und speziell in den Bundesländern Burgenland und Steiermark kommen Drei-Generationenhaushalte noch am häufigsten vor, in Wien und Vorarlberg am geringsten (Statistik Austria 2010b). Ein Grund für die höhere Anzahl an Mehrgenerationenhaushalten im ländlichen Raum könnte sein, dass die Mehrheit der älteren ÖsterreicherInnen, sprich 60%, in Gemeinden mit weniger als 10.000 Einwohnern leben und der Lebensstil dort von Gemeinschaftlichkeit und Tradition geprägt ist (Hörl 2001). Menschen, die in Ein- oder Zweifamilienhäusern leben, können mehr Hilfe in Not- und Belastungssituationen erwarten als ältere Menschen in städtischen Mietwohnungen. Allerdings führt die Landflucht der jüngeren Generation zu einem Zusammenbruch der Traditionen und zu einem Zusammenbruch des Hilfesystems (Backes und Clemens 2008). Verstärkt wird dies noch durch starke Qualifikationszuwächse welche die Entfremdung der Generationen voneinander beschleunigt. Die jüngere Generation wird durch das in der Schule und in der Ausbildung erworbene Wissen an die ältere Generation immer weniger anschlussfähig, das Unverständnis füreinander wächst (Prisching 2006).

Die derzeit häufigste Haushaltsform der Bevölkerung – im Alter zwischen 60 und 69 Jahren – ist der Eingenerationenhaushalt, also der Paarhaushalt ohne Kinder. Hinsichtlich der Lebensformen nehmen speziell in der Altersgruppe ab 80

geschlechtsspezifische Unterschiede zu. Während Frauen in ihrem Lebensabend häufig alleine leben (Frauen 59,8%; Männer 29,0%), verbringen Männer ihren letzten Lebensabschnitt zum Großteil in Partnerschaften (Statistik Austria 2010b). Die erhebliche Anzahl an Eingenerationenhaushalten im höheren Alter ist auch Beweis dafür, dass Menschen so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung, zu Hause, leben wollen. Die ältere Generation verbringt fast 90 Prozent des Tages in ihrer Wohnung, die somit den zentralen Aufenthaltsort für diese Leute darstellt. Besonders Hochbetagte fühlen sich, auch aufgrund der sozialen Sicherheit in der Wohnung sowie in der unmittelbaren Wohnumgebung, emotional an ihre Wohnung gebunden und wollen ihren Lebensalltag dort verbringen (Georgieff 2009). Die folgende Grafik zeigt anhand der Bevölkerungspyramide welche Lebensformen die ÖsterreicherInnen im Jahr 2008 bevorzugten bzw. welchen sie zugehörten.

Abbildung 1: Bevölkerung nach Lebensform 2008



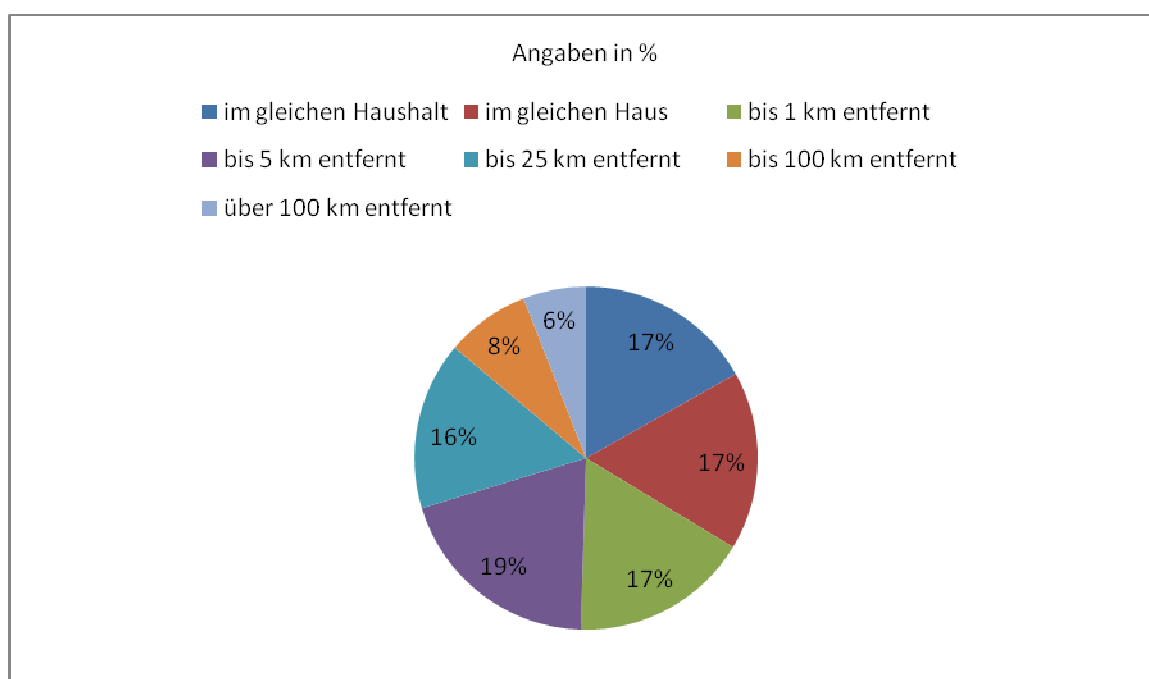
Quelle: (Statistik Austria 2010b)

Aus dieser Abbildung kann erkannt werden, dass die Anzahl der Menschen, die in einer Partnerschaft ohne Kinder leben, ab dem 60. Lebensjahr durchgehend den größten Teil ausmacht. Auffallend ist auch, dass der Anteil der Alleinlebenden relativ hoch ist, jener der Frauen noch viel höher als jener der Männer. Die Anzahl, der in einer Anstalt Lebenden, ist relativ gering, bei Frauen allerdings auch höher als bei Männern. Viele ältere Ehepaare leben ohne Kinder, da diese bereits ausgezogen sind und oft schon ihre eigene Familie gegründet haben. In den meisten Fällen jedoch, wie aus Abbildung 2 ersichtlich ist, wohnen die Kinder mit deren Familien in relativ großer Nähe zu den Eltern.

Entfernung

Eine große räumliche Nähe zu den Kindern und Enkelkindern begünstigt die persönlichen Kontakt- und Hilfsmöglichkeiten, wobei sich große Entfernungen hingegen hemmend auf die Unterstützungsleistungen auswirken. Im Rahmen der SHARE Studie (Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe) konnten Daten zu Einstellungen und Wahrnehmungen der Befragten hinsichtlich Gesundheit, Wohnsituation und finanzieller Lage gewonnen werden. Die durchschnittliche Entfernung zum nächst lebenden Kind ist aus folgender Abbildung ersichtlich.

Abbildung 2: Distanz zu dem am nächsten lebenden Kind



Quelle: SHARE 2004; eigene Berechnung ÖIF (Wernhart et al. 2008)

Ergebnisse der SHARE Studie¹ zeigen, dass bei einem Drittel der Befragten zumindest ein Kind im gleichen Haus oder im gleichen Haushalt lebt, die Hälfte wohnt höchstens 1 km vom nächsten Kind entfernt. Bei einem Fünftel beträgt diese Distanz mindestens 5 km, bei knapp einem Drittel leben zumindest 2 Kinder innerhalb der 5-km-Distanz. Die häufig vorhandene Nähe zu mindestens einem Kind kann daher als kontakt- und hilfsbegünstigende Rahmenbedingung für die

¹ **Die SHARE-Studie** wurde in den Jahren 2004 und 2005 in 11 europäischen Ländern durchgeführt. Neben Fragen zur Gesundheit, der Zahl an Verwandten, der Wohnsituation und der finanziellen Lage wurden Einstellungen und die Wahrnehmung der eigenen Situation erfasst, sowie Fragen zur erhaltenen und geleisteten Hilfe gestellt. Grundgesamtheit dieser Auswertung: in österreichischen Privathaushalten lebende zumindest 50-jährige Großeltern. Stichprobengröße für Österreich: 1.203.

Großeltern und deren Kinder als positiv betrachtet werden, da das familiäre Netzwerk ohne größeren, wegzzeitbedingten Aufwand genutzt werden kann und die Chance zu einer intensiven Beziehung zwischen den Generationen besteht. Dennoch muss dabei berücksichtigt werden, dass 40% nur ein einziges Kind innerhalb von 5 km haben. Erst bei einer maximalen Distanz von 25 km steht der Hälfte der Befragten ein zweites Kind als potenzielle Hilfsquelle (oder als Hilfeempfänger) zur Verfügung (Wernhart et al. 2008).

Um Informationen über die Schwierigkeit der Überbrückung von Distanzen zwischen Eltern-Kind Entfernungen zu erhalten, ist es wichtig deren Fähigkeit der Mobilität zu erfahren. Dazu ist es hilfreich neben einer adäquaten Verkehrsinfrastruktur und der Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel, zusätzlich die Möglichkeit der Mobilität durch ein eigenes Fahrzeug und der Lenkerberechtigung für dieses, zu haben.

Laut mündlicher Auskunft (Telefonat am 8. September 2010) von Statistik Austria kann die Anzahl der FührerscheinbesitzerInnen über 60 Jahren in Österreich derzeit nicht berechnet werden, da die entsprechenden Registerdaten bei Sterbefällen nicht immer aktualisiert wurden und aufgrund dessen keine aktuellen Werte aufliegen. Tatsache ist jedoch, dass in Zukunft immer mehr Menschen über 60 Jahren einen Führerschein besitzen, da dieser, im Vergleich zu den Nachkriegsjahren, für die Menschen leichter erschwinglich geworden ist und von der Gesellschaft als selbstverständlich gesehen wird.

Kontaktausmaß

Beim Kontaktausmaß wurden der SHARE Studie zufolge persönliche und der telefonische bzw. elektronische Kontakt gemeinsam abgefragt. Eine Analyse der Kontakthäufigkeit nach räumlicher Distanz ist in diesem Zusammenhang nicht sinnvoll. Es kann bei dieser Frage nur geklärt werden, zu wem (Töchter oder Söhne) und von wem (Großmütter oder Großväter) wie viel Kontakt gehalten wird.

Tabelle 2: Kontaktausmaß

Angaben in %

Personen	täglich	Mehrmals pro Woche	Einmal pro Woche	14-tägig	Einmal pro Monat	selten	nie
bezogen auf die Kinder							
Zu Söhnen	22,1	24,5	24,3	11,2	9,8	6,7	1,4
Zu Töchtern	26,7	32,6	20,9	10,6	6,6	3,0	0,7
Zu Kindern gesamt	24,6	28,2	22,5	10,9	8,1	4,7	1,0

Quelle: SHARE 2004; eigene Berechnung ÖIF (Wernhart et al. 2008)

Zu einem Viertel der Kinder haben Großeltern täglich Kontakt, zu drei Viertel zumindest einmal in der Woche. Ein sehr loser oder gar kein Kontakt besteht zu 5% der Kinder. Dabei wird zu Töchtern häufiger Kontakt aufgenommen als zu Söhnen. Es besteht zu 79% der Töchter und nur zu 71% der Söhne ein zumindest wöchentlicher Kontakt (Wernhart et al. 2008).

2.2.2 Ein Wandel in der klassischen Familienstruktur

Neben dem Trend zum Eingenerationenhaushalt zeigen sich zunehmend auch Veränderungen in der klassischen Familienform.

Der Begriff Familie kann unterschiedlich definiert werden, jedoch gibt es keine einheitliche Definition, weder in der Alltags- noch in der wissenschaftlichen Diskussion (Backes 1997).

Grundsätzlich lässt sich darunter aber eine Sozialform verstehen, in der mindestens zwei Generationen biologisch und durch persönliche Beziehungen miteinander verbunden sind und gemeinsam leben. Die Familie funktioniert nicht nach festgefahrenen Mustern und Strukturen, ständige Veränderungen und Entwicklungen sind logisch und auch wichtig für das Wachstum und den Fortschritt einzelner Familienmitglieder.

Heute wird es immer weniger selbstverständlich, dass junge Paare im selben Haushalt mit ihren Eltern wohnen. Auch der Wunsch nach eigenen Kindern lässt nach und das Bedürfnis nach Selbstentfaltung und Selbstverwirklichung, welches Maslow an die Spitze seiner Bedürfnispyramide gesetzt hat (Schein 2010), sowie Karriere, berufliche Entwicklung und Wachstum stehen für viele Männer, aber auch

für immer mehr Frauen an vorderster Stelle. Kinder finden in diesem Zusammenhang oft keinen Platz und werden bei Paaren mit Karrieregedanken auch nur selten gewünscht (Schattovits 2000).

Diese Entwicklungen zeigen auch die Zahlen von Statistik Austria. Der Anteil der Paare mit Kindern ist in den letzten 25 Jahren um 7% gesunken. Zudem ist jede achte Frau mit Kindern unter 15 Jahren alleinerziehend (Statistik Austria 2010b) und im Jahr 2009 lag die Scheidungsrate bei 46% (Statistik Austria 2010e).

Auch wenn sich die Familie verändert hat, bedeutet das nicht ihren Untergang oder das Aufstreben einer „egoistischen Single-Gesellschaft“. Die hohen Scheidungsziffern – aus der Sicht der Soziologie – sind ein Indiz für ein selbstbestimmtes Leben. Auch wenn Ehe und Familie in der Gesellschaft krisenanfällig und instabil sind, bedeutet diese Entwicklung nicht das Ende der Traditionsinstitution Familie. Paare lassen sich scheiden, aber häufig gehen sie neue Verbindungen ein, es kommt zu Fortsetzungs-Ehen und zu Wahl-Verwandtschaften. Fast zehn Prozent der Familien (Paare mit Kindern unter 27) sind Stieffamilien oder Patchworkfamilien (Statistik Austria 2010d).

Diese Tatsache könnte sogar als Gegenargument für eine Zunahme der sozialen Isolation und Einsamkeit gesehen werden. Schließlich vergrößert sich durch neue Partnerschaften und Beziehungen das soziale Netz, auch von älteren Menschen, durch den Zuwachs neuer Schwiegertöchter und –söhne sowie Enkelkinder und andere Verwandte. Inwieweit jedoch diese neuen Verbindungen bereit sind, Unterstützung und Integration der älteren Generation zu leisten, ist unklar. Klar ist jedoch, dass die Familie nicht länger der Garant für Hilfe, Unterstützung und Integration alter Menschen sein kann und sein wird. Soziale Beziehungen und Netzwerke sind aber nahezu überlebenswichtig für die Menschen, im Besonderen für die älteren.

2.2.3 Entwicklungen am Arbeitsmarkt

Neben der Familie ist auch der Arbeitsmarkt einem Wandel unterworfen welcher Auswirkungen auf die soziale Isolation und Vereinsamung von älteren Menschen mit sich bringt und dadurch neue Problemfelder aufwirft.

Dass Frauen nicht nur mehr im häuslichen und familiären Bereich ihre Aufgaben finden, lässt sich zunehmend beobachten. Die Anzahl der erwerbstätigen Frauen im

Speziell jene die einer Teilzeitbeschäftigung und geringfügigen Beschäftigung nachgehen, hat beim weiblichen Geschlecht in den letzten 15 Jahren deutlich zugenommen (Statistik Austria 2010b).

Zusätzlich dazu herrscht in vielen wirtschaftlichen Branchen ein ständiger Kosten- und Leistungsdruck. Immer mehr Leistungen müssen mit immer weniger Ressourcen, sprich Zeit und Geld, erbracht werden. Aufgrund der Globalisierung der Märkte haben sich Betriebe in einer weiteren Entfernung zum Heimatort der MitarbeiterInnen angesiedelt. Höchste Flexibilität, Mobilität und Einsatzbereitschaft der ArbeitnehmerInnen wird aufgrund dessen gefordert. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, inwieweit Angehörige, und vor allem Frauen, neben den ständig zunehmenden beruflichen Anforderungen auch in Zukunft bereit sind, ihre Mütter und Väter in deren letztem Lebensabschnitt zu betreuen und zu begleiten.

Zumindest derzeit wird die Integration, Unterstützung und Versorgung von älteren Menschen innerhalb der Familie noch sehr oft von weiblichen Angehörigen übernommen. Faktoren, wie zum Beispiel die zunehmende Berufstätigkeit der Frau oder das steigende Erstgeburtensalter (Prisching 2006) können sich aber hemmend auf die Übernahme von Versorgungsleistungen für deren ältere Angehörige auswirken (Moser-Siegmeth 2010).

Hinzuzufügen ist, dass vor allem Frauen durch Beruf und familiäre Verantwortlichkeiten einer Mehrfachbelastung ausgesetzt sind, dadurch über weniger Freizeit verfügen, was sich wiederum negativ auf deren persönliche Gesundheit auswirkt. Eine Untersuchung zu diesem Themenbereich hat ergeben, dass informelle Pflegekräfte öfter krank werden und ein höheres Risiko haben an stressbedingten Krankheiten zu leiden als die durchschnittliche Bevölkerung (Lang et al. 2010).

Somit müssen die älteren Menschen lernen, dass sie außerhalb der Familien und traditionellen Lebensformen auf Sozialbeziehungen und Hilfe angewiesen sein werden und mit höherem Lebensalter auch zu nicht verwandten Personen Beziehungen aufbauen und eventuell deren Hilfe in Anspruch nehmen müssen, wenn die Familie den nötigen Rückhalt verweigert (Moser-Siegmeth 2010).

2.3 Beziehungsmuster älterer Menschen

Soziale Kontakte und soziale Unterstützung spielen auch in der späteren Lebensphase eine entscheidende Rolle für die Lebensqualität. Hinsichtlich der Lebensgestaltung älterer Menschen ist es besonders bedeutend, ob und welche Mitglieder aus der Herkunftsfamilie (Eltern, Geschwister, Nichten und Neffen) (noch) leben und welche Art der Beziehungen zu ihnen bestehen (Vaskovics 2001).

Fazit ist, dass hohe soziale Unterstützung und gute soziale Beziehungen sich positiv auf Wohlbefinden und Gesundheit auswirken.

Empirische Untersuchungen von sozialen Beziehungen und Netzwerken sind allerdings nicht einfach, was folgende drei Faktoren zur Ursache haben.

Erstens ist es sehr zeitintensiv soziale Netzwerke detailliert zu erfassen. Zweitens hängen Ergebnisse von Untersuchungen sehr stark von der subjektiven Wahrnehmung der Menschen ab, welche von der tatsächlichen Situation oft abweichend ist. Drittens muss speziell bei älteren Menschen unterschieden werden, ob sie keine oder nur geringe soziale Kontakte haben, weil es einerseits keine Angehörigen oder Freunde gibt oder weil sie andererseits keine oder nur schlechte Kontakte zu ihnen pflegen (Höpflinger und Stuckelberger 1999).

Die soziale Isolation älterer Menschen hängt von der Größe, der Zusammensetzung und den Umgangsformen innerhalb der sozialen Netzwerke und Beziehungen ab. Vor allem im späteren Leben wird das Vorhandensein von geringen sozialen Kontakten und die Tatsache keine Kinder zu haben als entscheidender Risikofaktor gesehen an sozialer Isolation zu leiden (De Jong Gierveld und Van Tilburg 2010).

Ergebnisse einer Studie von Berkman 1995 zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit innerhalb der folgenden neun Jahre zu sterben bei Frauen und Männern, die fast nie Kontakt zu anderen Leuten haben, um 1,9 bis 3,1 Mal höher ist als bei Menschen, die regelmäßige Kontakte pflegen (Wilkinson 2001).

Ebenfalls sind Personen, die nur über starke Verbindungen verfügen, einem höheren Risiko ausgesetzt, unter Einsamkeit zu leiden, als Menschen mit starken und schwachen Verbindungen. Das größte Risiko haben jedoch Menschen, die auf familiäre Kontakte angewiesen sind, weil sich keine Alternativen bieten (De Jong Gierveld et al. 2006).

Im Gegensatz dazu fühlen sich Menschen, deren Partner nicht als meist unterstützendes Netzwerkmitglied agiert, sehr einsam. Dafür können drei Motive identifiziert werden. Erstens verfügen Menschen, die alleine leben, über ein kleineres soziales Netzwerk als Menschen mit einem Partner. Zweitens haben Alleinlebende keine Unterstützung im Haushalt und müssen sich ständig um externe Kontakte bemühen. Drittens ist das Leben alleine meist ein Zeichen oder die Folge einer fehlgeschlagenen Beziehung (De Jong Gierveld et al. 2006).

Die Größe eines Netzwerkes sagt aber nichts über die Intensität und die Qualität der Beziehungen darin aus. Meist finden sich auch in großen Netzwerken nur oberflächliche Beziehungen, auf die im Notfall nur schwer zurückgegriffen werden kann (Backes und Clemens 2008).

Neben Größe, Zusammensetzung und Umgangsformen innerhalb des Netzwerkes spielt aber auch die eigene Persönlichkeit eine Rolle hinsichtlich sozialer Isolation und Einsamkeit. Menschen mit geringen sozialen Fähigkeiten und wenig psychologischen Ressourcen haben eine hohe Wahrscheinlichkeit in schwierigen Beziehungen zu leben und fühlen sich deshalb einsam. Außerdem fördern Schüchternheit, ein niedriges Selbstwertgefühl und Durchsetzungsvermögen, Angst vor Vertrautheit und die Unfähigkeit der adäquaten Kommunikation zu anderen sowie Entwicklungsstörungen die soziale Isolation und Einsamkeit von Individuen (De Jong Gierveld et al. 2006).

Anhand einer Studie von Van Tilburg et al. kann generell festgehalten werden, dass sich Menschen in Europa eher einsam fühlen, wenn sie weniger Freunde, eine geringe Anzahl an intensiven Kontakten mit den Nachbarn und weniger Austausch mit Familienmitgliedern haben (Van Tilburg et al. 1998).

2.4 Gesundheitliche Ursachen

Soziale Isolation kann neben altersbedingten Faktoren auch vom Gesundheitszustand abhängen. Menschen mit einem schlechten gesundheitlichen Befinden fühlen sich sozial isolierter, als Menschen mit einer guten oder sehr guten Gesundheit (Cornwell und Waite 2009).

Gründe dafür liegen im Verhalten der nicht gesunden Menschen, die hinsichtlich Bewegung, Medikamenteneinnahme, Arztbesuchen, Ernährung und Entspannung

weniger gesundheitsförderlich und vorbeugend agieren (De Jong Gierveld et al. 2006).

Das Vorhandensein von entsprechenden somatisch-funktionellen Fähigkeiten können als Grundvoraussetzung gelten, um am sozialen Leben teilhaben zu können. Die fünf Sinne des Menschen wie „Sehen“, „Hören“, „Tasten“, „Riechen“ und „Schmecken“ sind für die Orientierung und Sicherheit von Älteren besonders wichtig. Oft verschlechtern sich diese sensorische Fähigkeiten mit der steigenden Anzahl an Lebensjahren und führen zu erheblichen Behinderungen im Leben der alten Menschen, besonders dann, wenn die Älteren nicht erkennen, dass eine Veränderung eingetreten ist. Vor allem die drei erstgenannten Sinne tragen erheblich zur Orientierung und zu einem Gefühl der Sicherheit bei.

Gemessen an der Fähigkeit Stiegen zu steigen, hat sich die Anzahl der über 60-Jährigen, die sich dabei nicht beeinträchtigt fühlen, von 1971 bis 1998 um 10% erhöht. Der Spalt zwischen Männern und Frauen hat sich nahezu geschlossen. Das weibliche Geschlecht konnte die größeren Zugewinne an Mobilität verzeichnen (Hörl 2001).

Ein beeinträchtigtes Seh- und Hörvermögen verringert die Mobilität und erhöht gleichzeitig die Wahrscheinlichkeit für Stürze und Verletzungen. „Sehen“ und „Hören“ stellen auch einen zentralen Wert in Verbindung mit der menschlichen Kommunikation dar und führen bei negativen Veränderungen zu Scheu an der Teilnahme der sozialen und kulturellen Öffentlichkeit sowie in der Folge zur Entfremdung von der Umwelt und zur sozialen Isolation. Auch durch den Tastsinn erhält der Mensch Informationen über die Beschaffenheit seiner Umwelt und wird vor Gefahren gewarnt. Verschlechtert er sich, entstehen neue Risiken in der Umgebung der älteren Menschen, die Angst vor Unsicherheiten wächst und die Leute ziehen sich weiter in ihren Wohnraum zurück, was wiederum soziale Isolation und Einsamkeit zur Folge hat (Amann 2000).

Obwohl ältere Menschen heutzutage immer länger aktiv und mobil bleiben, treten mit gewissen Altersstufen doch bestimmte Einschränkungen in der Aktivität und Mobilität auf. Veränderungen in Strukturen der Versorgung, in Siedlungen und im Verkehr haben in den letzten Jahren, in erster Linie in ländlichen Gegenden und im städtischen Randgebiet, zu einer Verschlechterung in regionalen Verkehrsver-

bindungen sowie zu einer Zentralisierung und Entfernung von Einkaufsmöglichkeiten, Freizeitangeboten und Verwaltungseinrichtungen geführt (Mollenkopf 2001).

Aufgrund der lang andauernden und mühsamen Erledigungen und aus Angst vor einem Sturz begeben sich viele ältere Menschen nicht mehr außer Haus, sondern verharren in ihren vier Wänden. Dort kann das Leben im Alltag ohne kleine bauliche Veränderungen oft zu einer großen Herausforderung, wenn nicht zu einer Gefahr werden. Räume sind meist zu klein, Stiegen zu steil, Bäder und Gänge zu eng. Besonders für Menschen mit Beeinträchtigungen in ihrer Mobilität stellt das eigene Heim einen Ort der Unsicherheit dar (Amann 2000).

Trotzdem fühlen sich ältere Menschen zuhause noch am wohlsten, was sich auch in Zukunft nicht ändern wird. Die Abnahme der Mobilität bewirkt, dass sich ältere Menschen aus der Gesellschaft zurückziehen und nur mehr mit einigen wenigen Verwandten und Freunden regelmäßigen Kontakt pflegen. Ein paar Mal wöchentlich bekommen sie Besuch von einer Haushaltshilfe oder PflegerIn, die beim Einkaufen, Putzen und der Körperpflege unterstützt und in vielen Fällen den wichtigsten außerfamiliären Kontakt darstellt. Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen sind also besonders von sozialer Isolation und Einsamkeit betroffen. Generell ist eine hohe Rate der Einsamkeit unter den alleinlebenden Älteren zu verzeichnen. Probleme in der Gesundheit oder in der aktuellen Lebenssituation der älteren Menschen tragen zusätzlich zu einem stärkeren Gefühl der Einsamkeit bei.

Bewertungen des Gesundheitszustandes nach Geschlecht und Alter werden in den beiden nachstehenden Tabellen aufgezeigt.

Tabelle 3: Subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht

Geschlecht	Angaben in %		
	(sehr) gut	mittelmäßig	(sehr) schlecht
Männer	64,3	27,5	8,2
Frauen	55,4	33,0	12,0
Gesamt	58,9	30,7	10,4

Quelle: SHARE 2004; eigene Berechnungen ÖIF (Wernhart et al. 2008)

Ergebnissen der SHARE Studie zufolge bewerten zwei Drittel der Männer und mehr als die Hälfte der Frauen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, jeder Zehnte aber als schlecht oder sehr schlecht.

Tabelle 4: Subjektiver Gesundheitszustand nach Alter

Altersgruppe	Angaben in %		
	(sehr) gut	mittelmäßig	(sehr) schlecht
50 bis 59 Jahre	70,2	21,7	8,1
60 bis 69 Jahre	64,7	29,1	6,2
70 bis 79 Jahre	50,1	37,8	12,1
80 bis 89 Jahre	33,0	40,9	26,1
90 Jahre oder älter*	50,0	33,3	16,7

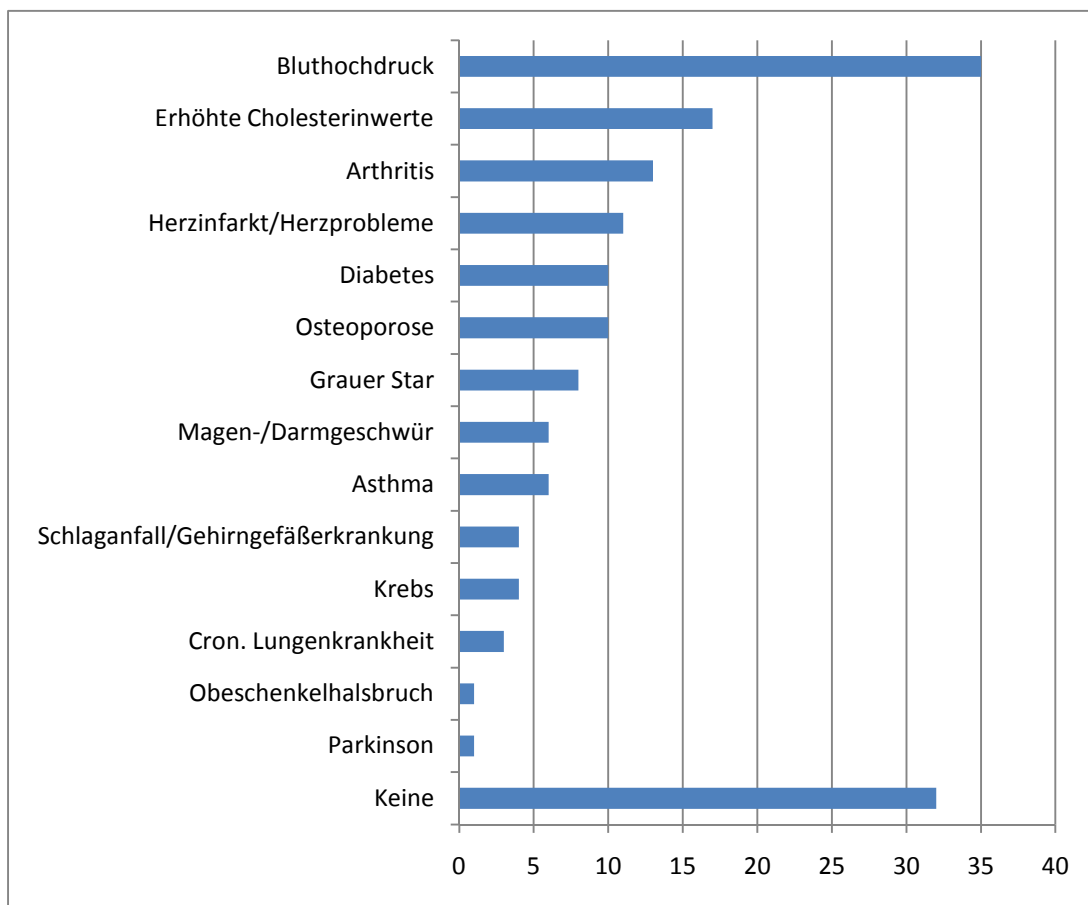
Quelle: SHARE 2004; eigene Berechnungen ÖIF (Wernhart et al. 2008)

Anm.: Aufgrund der zu geringen Fallzahl lassen sich die Ergebnisse der zumindest 90-Jährigen nur eingeschränkt interpretieren.

Wesentlich deutlicher sind die Unterschiede des Gesundheitszustandes bei der Differenzierung nach dem Alter. Während sich 70% der unter 60-Jährigen sehr oder eher gesund fühlen und sich nur 8% als ungesund betrachten, wandelt sich das Bild mit zunehmendem Alter. Unter den 80- bis 89-Jährigen empfindet nur noch ein Drittel den eigenen Gesundheitszustand als gut, ein Viertel dagegen als schlecht. Die Verbesserung bei den über 90-Jährigen erklärt sich teilweise aus der Tatsache, dass diese bei sehr schlechtem Gesundheitszustand verstärkt in Pflegeeinrichtungen und seltener in Privathaushalten wohnen. Menschen, die in Privathaushalten verbleiben sind daher etwas gesünder als die 80- bis 89-Jährigen (Wernhart et al. 2008).

Hinsichtlich des Gesundheitszustandes stellt sich die Frage, welche Erkrankungen im Alter häufig diagnostiziert werden. Darüber gibt die nächste Abbildung Aufschluss.

Abbildung 3: Diagnostizierte Erkrankungen



Quelle: SHARE 2004; eigene Berechnungen ÖIF (Wernhart et al. 2008)

Die Abbildung zeigt, dass bei etwa einem Drittel keine konkreten Krankheiten diagnostiziert wurden (es muss jedoch mit dem Vorhandensein nicht diagnostizierter Erkrankungen gerechnet werden; daher ist anzunehmen, dass die realen Prozentsätze an Erkrankungen über den erhobenen Werten liegen). Unter den diagnostizierten Krankheiten dominieren Abweichungen beim Blutdruck (bei 35%) und erhöhte Cholesterinwerte (bei 17%). Mindestens 10% leiden an Arthritis, Herzproblemen, Diabetes oder Osteoporose (Wernhart et al. 2008).

Diagnostizierte und nicht diagnostizierte Krankheitsbilder können das Alltagsleben einschränken. Diese Bereiche werden grundsätzlich als ADL-Bereiche (Activities of Daily Living) bezeichnet. Einzelne Aktivitäten können zu übergeordneten Bereichen zusammengefasst werden. Der für diese Arbeit relevante ADL-Bereich ist vor allem jener der Mobilität. Speziell das Steigen über mehrere Stockwerke fällt vielfach (einem Drittel) schwer. Bei der Überwindung nur eines Stockwerkes halbiert

sich der Anteil der Betroffenen. 9% haben Probleme, zumindest 100m zu gehen. Einschränkungen in einem Teilbereich können deshalb, je nach Lage der Wohnung und Ausstattung des Hauses (Vorhandensein eines Aufzuges, Stiegen zum Aufzug), zu Problemen bei der Erreichung von Zielen außer Haus und in Folge zu Abhängigkeiten von Anderen führen (Wernhart et al. 2008).

2.5 Finanzielle Ursachen – Altersarmut

Die finanzielle Situation stellt eine Grundvoraussetzung für eine adäquate Lebensgestaltung im Alter dar. Ältere Menschen, die wenig Geld zur Verfügung haben, können es sich oft nicht leisten an gesellschaftlichen Aktivitäten teilzunehmen. Finanzieller Druck und die damit verbundenen Schwierigkeiten über die Runden zu kommen werden als Risikofaktoren in Verbindung mit sozialer Isolation gesehen (De Jong Gierveld und Van Tilburg 2010).

Im Jahr 2008 lebten in Österreich 576 000 Männer und 800 000 Frauen über 65 Jahren, wobei 87% der Männer und 85% der Frauen Pensionen erhielten (Statistik Austria 2008).

Das durchschnittliche Nettojahreseinkommen von Pensionisten in Österreich lag im Jahr 2008 bei € 19 150, das von Pensionistinnen bei € 13 350 (Statistik Austria 2009b). Unter Berücksichtigung von 14 Pensionen im Jahr ergibt sich eine durchschnittliche, monatliche Nettopension von € 1 370 für Männer und € 950 für Frauen.

Armut hat im Alter eine Besonderheit, nämlich dass sie im Vergleich zu früheren Lebensphasen viel länger anhält (Backes und Clemens 2008).

Sehr bedeutsam wird dies, wenn zu einer schlechten finanziellen Lage sich noch eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation paart. Diese Kumulation bringt ältere Menschen in große Bedrängnis. Selbst Politik und Medien beschäftigen sich in den letzten Jahren immer wieder mit diesem Problembereich, auch die immer wiederkehrende Frage nach der Finanzierung ist ein ständiges Thema von Gesundheits- und Sozialpolitik.

Das Pflegegeld ist eine vom Einkommen unabhängige Geldleistung des Staates, auf die ein monatlicher Anspruch besteht, wenn eine Pflegedauer von mindestens sechs Monaten voraussehbar ist und die Person eine Mindestanzahl an Pflegestunden benötigt. Die Höhe des Geldes ist abhängig vom Pflegeaufwand in Stunden und der

damit verbundenen Pflegestufe und beträgt derzeit von € 154,20 bis € 1655,80 pro Monat (Hofmarcher und Rack 2006).

Österreich hat im Jahr 1993 eine umfassende Reform der Pflegevorsorge durchgeführt. Am 1. Juni 1993 traten das Bundespflegegeldgesetz und die entsprechenden Landespflegegeldgesetze in Kraft. Damit wurde ein abgestuftes, bedarfsorientiertes Pflegegeld eingeführt, auf das unabhängig von Einkommen und Vermögen sowie der Ursache der Pflegebedürftigkeit ein Rechtsanspruch besteht. Parallel zum Bundespflegegeldgesetz wurde zwischen Bund und Ländern eine Vereinbarung über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen (Pflegevorsorgevereinbarung) abgeschlossen, die am 1. Jänner 1994 in Kraft trat. Darin verpflichten sich die Länder, für einen dezentralen, flächendeckenden Ausbau der sozialen Dienste zu sorgen. Mit der Reform der Pflegevorsorge wurde das Hauptziel verfolgt, für pflegebedürftige Menschen einerseits durch eine direkte Geldleistung und andererseits durch ein Angebot an sozialen Dienstleistungen die Möglichkeiten zu einer selbstständigen Lebensführung und zur Teilnahme am sozialen Leben zu verbessern (BMSG 2004).

Trotzdem kommen ältere Menschen oft nur schwer mit ihren finanziellen Mitteln aus und sind auf die Unterstützung ihrer Kinder angewiesen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass das Pflegegeld in erster Linie den unteren Einkommensschichten zugute kommt. Das Pflegegeld als Beitrag zur Vermeidung von Armut zu sehen, kann nicht von der Hand gewiesen werden, da es sich nicht ausschließen lässt, dass es auch zur Deckung anderer Bedürfnisse verwendet wird und dadurch der materiellen Existenzsicherung dient (Moser-Siegmeth 2010).

Auch die Tatsache, dass psychische Bedürfnisse, worunter auch das Bedürfnis nach sozialen Kontakten fällt, bei der Beurteilung des Grades der Pflegebedürftigkeit – zumindest bis dato – nicht einbezogen werden, ist ein großes Manko. Resultierend daraus hat dieser Sachverhalt oft schwerwiegende Folgen wie Einsamkeit oder Isolation älterer Menschen.

3 Folgen/Auswirkungen sozialer Isolation

3.1 Biopsychosoziale Auswirkungen

Sofern gesundheitliche Beeinträchtigungen, beispielsweise in der Mobilität von Älteren, das Risiko für soziale Isolation und Einsamkeit erhöhen, kann soziale Isolation und Einsamkeit auch umgekehrt zu einer schlechteren Gesundheit führen.

Menschen, die sich sozial isoliert fühlen geben häufiger an, depressive Gefühle zu haben. Im Gegensatz dazu bewerten ältere Männer und Frauen, die mit einem Ehepartner leben, die Stufen der Depression niedriger als Menschen in einem hohen Alter ohne Partner. Hinsichtlich psychischer Gesundheit ist die Anwesenheit eines Partners für Viele bedeutender, als die Anwesenheit oder der Kontakt mit Kindern. Trotzdem können regelmäßige Kontakte mit Kindern zu einer Verbesserung der psychischen Gesundheit beitragen (Buber und Engelhardt 2008).

Soziale Isolation und Einsamkeit gehen laut einer amerikanischen Studie aus Philadelphia direkt mit Gefühlen der Angst und Hilflosigkeit sowie depressiven Symptomen der Interesselosigkeit, Müdigkeit, Traurigkeit und Einsamkeit einher. Einsam zu sein wurde von den Befragten vielfach als ein Grund für deren depressive Stimmungen genannt (Barg et al. 2006).

Sozial Isolierte haben ein doppelt so hohes Risiko in den folgenden drei Jahren an einem Myokardinfarkt zu sterben, als sozial Integrierte. Unverheiratete hatten im Vergleich zu Verheirateten oder an eine Partnerin Gebundene sogar eine mehr als dreimal so hohe Mortalitätsrate innerhalb der folgenden fünf Jahre (Smith und Christakis 2008; Leppin und Schwarzer 1997). Auch die Beziehung zu anderen Menschen kann die Gesundheit beeinflussen.

So entsteht bei pflegenden Angehörigen oft hoher Stress in Zusammenhang mit der Pflege und eine schlechte physische Gesundheit von Pflegelingen beeinflusst die psychische Gesundheit von Pflegekräften negativ sowie auch eine schlechte psychische Gesundheit die physische Gesundheit des Partners schwächen kann. Auch im Eltern-Kind Verhältnis und zwischen Freunden gibt es eine gegenseitige Beeinflussung der Gesundheit. Im Freundeskreis trifft dies vor allem in Verbindung mit der Häufigkeit und Regelmäßigkeit des Konsums von Alkohol und Nikotin zu. Im

nachbarschaftlichen Beziehungsverhältnis kann keine direkte gesundheitliche Beeinflussung entstehen (Smith und Christakis 2008).

Im Gegensatz dazu sorgen soziales Engagement, Heirat und das Zusammenleben mit anderen Menschen (Pillai und Verghese 2009) und größere soziale Netzwerke für einen Schutz vor Demenz im Hinblick auf ältere Menschen. Außerdem fördern sie den Zugang zu Gesundheitseinrichtungen, beeinflussen das Gesundheitsverhalten positiv und reduzieren oder vermindern pathologische Veränderungen im Gehirn (Crooks et al. 2008).

3.2 Auswirkungen auf Gesundheitssysteme

Alter ist nicht identisch mit Krankheit, jedoch ist das höhere Lebensalter durch eine Zunahme der Morbidität, insbesondere der Multimorbidität, und Behinderung geprägt. Dank medizinischer Forschung und Steigerung der Lebensqualität erhöht sich für viele Menschen die Aussicht auf ein langes Leben. Die „todbringende Trias“: Pest, Hunger und Krieg, welche große Teile der Bevölkerung in der vorindustriellen Gesellschaft (Pest ungefähr 25 Mio. Menschen) dahinraffte, gehören der Vergangenheit an. Mit der Verlängerung des Lebens sind jedoch neue Herausforderungen dazugekommen. Die wesentlichste Rolle zur Aufrechterhaltung eines optimalen Zustandes spielt dabei das Gesundheitssystem (Moser-Siegmeth 2010).

Eine gültige Aussage darüber, wie sich das Krankheitsspektrum und die damit verbundene Betreuungsbedürftigkeit in Zukunft entwickeln werden, lässt sich nicht genau formulieren, wesentlich realistischer ist es, Annahmen über die Veränderungen der altersbedingten Morbidität zu treffen. In der Literatur bewegen sich die Antworten auf diese Frage zwischen zwei Extremen. Die einen schließen von der demografisch bedingten Zunahme an alten Menschen auf ein starkes Wachstum des Betreuungsbedarfes, andere dagegen rechnen infolge medizinischen Fortschritts und Veränderungen von Lebensstilen mit einem Rückgang der Morbidität. Welche der beiden Varianten eher der Realität entspricht, hängt stark von den zukünftigen Entwicklungen und Prioritätensetzungen im Gesundheitswesen sowie von den Daten, die zur Überprüfung und Stützung der jeweiligen These vorhanden sind bzw. eingesetzt werden ab. Die Zahl der betreuungsbedürftigen

Personen wird sich unterschiedlich entwickeln, je nachdem, wie stark der Schwerpunkt medizinischer Leistung und medizinischer Innovationen auch in der Prävention oder ausschließlich in der Behandlung akuter, unmittelbar lebensbedrohender Krankheiten liegt (Badelt et al. 1995). An einen Anstieg von älteren Menschen koppelt sich die Notwendigkeit der Bereitstellung des Angebotes an geeigneten Gesundheits- und Betreuungssystemen für ältere Menschen. Geeignet insofern, dass der gängigen Meinung von ExpertInnen Folge geleistet wird, durch das System eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen. Es ist außerdem notwendig, ausreichend Pflege- und Betreuungspersonal zu gewinnen, um den Bedarf decken zu können. Hier greift die Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG ein, denn dieses Übereinkommen enthält als wesentliches Ziel die Verpflichtung der Länder zum Auf- und Ausbau der sozialen Dienste bis zum Jahr 2010.

Mit Stand 31.12.2002 ergaben diese Bestrebungen für Österreich 67.600 Heimplätze, das entspricht einer Versorgungsdichte von 116 Plätzen pro 1.000 Einwohner im Alter von 75 Jahren und älter (davon 14.600 Wohnplätze und 53.000 Pflegeplätze). Die Anzahl der Heimplätze in Österreich hat sich somit seit 1995/96/97 um 2.800 erhöht, das entspricht einer Zunahme an Heimplätzen um 4%. In den Alten- und Pflegeheimen waren zum Stichtag 21.300 Personen (Vollzeitäquivalente) tätig. Im Zeitraum zwischen 1995/96/97 und 2002 hat sich daher die Personalausstattung der Heime um rund 60% oder 7.800 vollzeitbeschäftigten Personen erhöht. Bei den mobilen Diensten sind mit derzeit rund 7.900 eingesetzten Vollzeitäquivalenten um 1.800 Personen mehr tätig als noch Mitte der neunziger Jahre. Von 1995 bis 2002 stieg somit die Zahl der Beschäftigten (Vollzeitäquivalente) bei mobilen Diensten um 30% (BMSG 2004). Für den Bereich der gesundheitlichen Versorgung muss die Überlegung angestellt werden mit welchen möglichen gesundheitlichen Entwicklungsszenarien wir künftig konfrontiert werden könnten.

4 Möglichkeiten der Reduktion sozialer Isolation

4.1 Soziale Beziehungen als Ressource

Wie in Kapitel 2.3 ausgeführt, leben Generationen heute meist getrennt voneinander und führen ihre eigenen Haushalte. Wer glaubt, die Veränderung der Wohnsituation zwischen Generationen habe eine direkte Verschärfung der sozialen Isolation und Einsamkeit im Alter mit sich gebracht, irrt.

Die gegenseitigen Kontakte zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern sowie auch deren Kindern, sprich Enkelkindern, sind primär wichtig, intensiv und im Vergleich zu Kontakten mit anderen Verwandten oder Freunden am häufigsten vorkommend. In diesem Zusammenhang wird heute der Begriff „Intimität auf Abstand“ von Leopold Rosenmayr verwendet. Die Entwicklung, dass Eltern mit Kindern und Großeltern nicht mehr in einem Haus, dafür aber vielfach in der Nähe wohnen, hat eher zur Entschärfung der Generationenkonflikte in den Haushalten beigetragen (Höpflinger und Stuckelberger 1999).

Familiäre Solidarität und damit verbundene Hilfeleistungen sind sowohl für die ältere als auch für die jüngere Generation von großer Bedeutung. Es ist falsch immer nur auf den Hilfebedarf der älteren Menschen einzugehen, sie verfügen auch über Ressourcen, welche für die jüngere Generation von bedeutender Wichtigkeit sind. Zwei davon sind Zeit und Geld. Glücklicherweise verlaufen Hilfe- und Unterstützungsleistungen also auch in beide Richtungen, von der jüngeren Generation zur älteren und umgekehrt. Studien aus verschiedenen Ländern belegen, dass die Familie nach wie vor den wichtigsten sozialen Zusammenhalt von Generationen darstellt (Majce 2006).

Grundsätzlich ist es aber für ältere und betagte Menschen nicht primär wichtig häufig Kontakt zur Familie oder Freunden zu haben. Für sie zählt in erster Linie die Qualität dieser Kontakte (Höpflinger und Stuckelberger 1999). Zusätzlich ist die Aufrechterhaltung einer stabilen Netzwerkgröße von hoher Wichtigkeit und geht direkt mit einer steigenden Anzahl an nahen Verwandten sowie meist mit einer Reduktion der Anzahl an Freunden einher (Van Tilburg 1998). Die vier nächsten Beziehungen in einem sozialen Netzwerk einer Person können als die größte

Ressource zum Schutz vor Einsamkeit gesehen werden (De Jong Gierveld et al. 2006).

Vor allem die Tatsache, verheiratet zu sein, stellt einen Schlüsselfaktor in der Reduktion von sozialer Isolation und Einsamkeit dar. Ein vertrauter Partner trägt zusätzlich zu physischem, finanziellem und mentalem Wohlbefinden bei. Generell muss die Einbettung in ein Netzwerk von Familie und Freunden sowie das Wissen, im Krisenfall ein Netz mobilisieren zu können als ein riesiges Potenzial erkannt werden, das den Menschen ein Gefühl der Zugehörigkeit verleiht (Leppin und Schwarzer 1997).

Was die verwandtschaftliche Hilfe und den Kontakt zu weiteren Verwandten betrifft, sind Frauen die Hauptträgerinnen in der Aufrechterhaltung dieser Netzwerke (De Jong Gierveld und Van Tilburg 2010). Fehlende familiäre Kontakte können durch außerfamiliäre Kontakte, wie Beziehungen zu anderen Verwandten, Freunden und Nachbarn, kompensiert werden. Freundschaftliche Beziehungen beruhen im Gegensatz zu familialen Kontakten auf reiner Freiwilligkeit und sind meist durch langjährige gemeinsame Interessen geprägt (Höpflinger und Stuckelberger 1999).

Nachbarschaftskontakte sind eine wichtige gesellschaftliche Ressource und werden dann umso wichtiger, wenn die unmittelbare Wohnumgebung aufgrund von Mobilitätseinschränkungen an Bedeutung gewinnt. Je länger ältere Menschen in derselben Wohnung leben, desto besser ist deren Zugehörigkeitsgefühl zur nachbarschaftlichen Gemeinschaft. Auch allein lebende Frauen haben ein höheres Gefühl der Dazugehörigkeit (Young et al. 2004).

Freunde und Nachbarn können Unterstützung im Alltag, beispielsweise im Haushalt, bei Einkäufen oder bei der Beratung von administrativen Angelegenheiten sein und tragen allgemein zu einer besseren sozialen Integration von älteren Menschen bei. Nachbarschaftsbeziehungen zwischen älteren Menschen sind allerdings nicht besonders ausgeprägt (Höpflinger und Stuckelberger 1999).

Wenn ältere Menschen in einem Heim wohnen, haben sie nur schwer die Möglichkeit den Kontakt in der ehemaligen Nachbarschaft aufrecht zu halten. Ehemalige Nachbarn treten in der sozialen Beziehung klar zurück. Neben den Angehörigen zählen vor allem auch Freunde zu den zentralen Kontaktpersonen von HeimbewohnerInnen. Durch das Zusammenleben mit gemeinschaftlichem Charakter werden im Heim auch neue Kontakte geschlossen. Allerdings ergeben sich auch

neue Konfliktpotenziale, beispielsweise zwischen den BewohnerInnen und dem Personal oder zwischen den BewohnerInnen untereinander (Höpflinger und Stuckelberger 1999).

Grundsätzlich sehen Menschen in Beziehungen zu Verwandten, Freunden, Nachbarn oder Bekannten jeweils einen unterschiedlichen sozialen Nutzen für sich selbst. Generell sind familiäre und verwandtschaftliche Beziehungen besonders bedeutend für physisch belastende und länger währende Unterstützungsleistungen. Beziehungen zu Freunden ermöglichen in erster Linie soziale Anerkennung, helfen Gefühle und Emotionen auszutauschen und dienen dazu die Freizeit gemeinsam zu gestalten. Nachbarn sind vor allem für kleinere Hilfen im Haus und den sozialen Austausch wichtig. Kontakte über Bekannte und durch Vereinszugehörigkeiten stellen für rüstige ältere Menschen eine beachtliche Funktion betreffend Sozialkontakte und Aktivitäten in der Freizeit dar. Menschen, die in eine Religionsgemeinschaft eingebunden sind, fühlen sich weniger einsam (Backes und Clemens 2008).

Generell haben freiwilliges Engagement (Musick und Wilson 2003) und die Teilnahme an Programmen des lebenslangen Lernen im Alter (Kolland et al. 2007) positive Wirkungen auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden in späteren Lebensjahren. Es führt zu sozialer Anerkennung, Akzeptanz und zu einem gesteigerten Selbstwert. Zusätzlich gibt es den älteren Personen einen Sinn im Leben sowie ein Gefühl der Sicherheit und sorgt für einen geregelten und strukturierten Tagesablauf (Lang et al. 2010).

4.2 Systematische Interventionsprogramme

Prinzipiell sind weltweit unzählige Interventionsprogramme in Anwendung, die die Reduktion sozialer Isolation im Alter als Ziel haben. Trotzdem gibt es nur wenig Evidenz, die für eine Wirksamkeit der jeweiligen Programme spricht (Findlay 2003), auch der Wirkungsgrad dieser Interventionen ist unterschiedlich stark. Gruppeninterventionen mit fokussiertem Bildungs- und Informationshintergrund oder Unterstützung in zielgerichteten Aktivitäten sind effektive Interventionen, wenn sie länger als fünf Monate stattfinden. Aktivitäten mit Kindern werden in der Literatur zusätzlich als sehr positiv beschrieben. Außerdem sind E-mail - Kontakte, Telefonkonferenzprogramme oder speziell gestaltete Webseiten vor allem für

ländliche, abgeschiedene Gebiete hilfreich in der Linderung der sozialen Isolation im Alter (Cattan et al. 2005). Im Bezug auf eine Unterstützung oder Hilfe in der Problemlösung erweisen sich Eins zu Eins Interventionen wie Besuchsdienste, Telefonkontakte oder die alleinige Unterstützung durch die Pflege als wenig wirksam (Burns und Haslinger-Baumann 2008). Allerdings kann eine bessere Effektivität erreicht werden, wenn einerseits eine spezifische Zielgruppenauswahl von z.B. Verwitweten, physisch Inaktiven, pflegenden Angehörigen oder Personen mit mentalen Defiziten vorab getroffen wird oder wenn andererseits die freiwilligen BesucherInnen aus derselben Generation stammen wie die Zielperson und somit ähnliche Interessen, kulturelle und soziale Hintergründe haben (Cattan et al. 2005). Im Gegensatz dazu tragen Besuchsdienste aber zu höheren funktionalen Fähigkeiten und zu einer geringeren Anzahl an Alten- und Pflegeheimenritten (Vass, Holmberg, et al. 2007) sowie zu einer Verzögerung der Mortalität bei (Vass, Avlund, et al. 2007).

4.3 Technische Entwicklungen und neue Medien

Je älter Menschen werden, desto mehr medizinischer und sozialer Versorgung bedürfen sie und desto eher leben sie alleine (Stroetmann et al. 2002).

Die Erfindung, Entwicklung und Verbreitung von Mobiltelefonen hat einen großen Beitrag zur Reduktion der sozialen Isolation sowie zur Stärkung des Sicherheitsgefühls bei der älteren Bevölkerung geleistet. Die Technik entwickelt sich weiter und ist ständig bestrebt isolierte und wenig mobile Menschen in die Gesellschaft zu integrieren.

Der Konsum und die Nutzung klassischer Medien gewinnen mit zunehmendem Alter an Bedeutung. Grundsätzlich können bei älteren Menschen zwei typische „Konsumstile“ beobachtet werden. Einerseits sind dies die „sparsam-häuslichen bescheidenen Älteren“ und andererseits die „konservativ-(klein-)bürgerlichen Älteren“. Je nachdem geben sie auch im Bezug auf die Technik und neue Medien entweder mehr oder weniger Geld aus (Ministerium für Generationen 2008).

Hinsichtlich der Nutzung technischer Produkte und neuer Medien spielt der Faktor Zeit eine bedeutende Rolle. Die meisten SeniorInnen empfinden subjektiv weniger Zeit zu haben, als ihnen objektiv frei zur Verfügung steht. Dies sind nämlich rund 1600 freie Stunden mehr (200 Arbeitstage à 8 Stunden) im Vergleich zu

Lebensphasen der Berufstätigkeit. Allerdings muss hier auch erwähnt werden, dass manche ältere Menschen einer geringfügigen Beschäftigung nachgehen oder sich erst langsam von ihrer beruflichen Karriere zurückziehen. Trotzdem deutet eine subjektiv weniger empfundene Zeit auf einen allgemein gestiegenen Aktivitätsgrad Älterer hin. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wie Menschen nach der Pensionierung ihre Zeit verwenden. Dazu hat Statistik Austria in den Jahren 2008 und 2009 eine Zeitverwendungserhebung durchgeführt die folgendes Ergebnis zeigt.

Tabelle 5: Durchschnittliche Zeitverwendung pro Tag in Stunden und Minuten

Zusammengefasste Tätigkeiten	20 bis 39 Jährige	40 bis 59 Jährige	60 Jahre und älter
Persönliche Tätigkeiten	10:19	10:34	12:20
Berufliche Tätigkeiten	05:11	04:57	00:28
Weiterbildung	00:34	00:05	04:14
Haushaltsführung	02:18	03:07	01:48
Soziale Kontakte, Kinderbetreuung, Freiwilligenarbeit	02:40	01:51	05:06
Freizeitaktivitäten	02:53	03:19	00:04

Quelle: eigene Darstellung, Statistik Austria (Statistik Austria 2010a)

Anm.: Die Differenz auf 24 Stunden (pro Tag) entfallen auf nicht zuordenbare Zeiten

Neben einer durchschnittlich verrichteten Hausarbeit von vier bis fünf Stunden über den ganzen Tag verteilt gestalten SeniorInnen ihren Alltag mit Spazieren gehen, Zeitung lesen, Fern sehen oder ehrenamtlichen Tätigkeiten. Zwischendurch wird den Ruhephasen in höherem Alter immer mehr Wichtigkeit zugesprochen. Speziell für die alleinlebenden Älteren ist die Zeit der sozialen Kontakte über Gespräche, Besuche und Treffen mit Verwandten und Bekannten sehr wichtig. Hierbei kann beobachtet werden, dass Frauen zwischen 60 und 70 Jahren fast eine Stunde täglich mehr in Gesellschaft verbringen als Männer derselben Altersgruppe. Dieses Bild ändert sich ab dem 70. Lebensjahr wieder. Von dort an haben auch Frauen immer weniger soziale Kontakte mit ihrem Umfeld (Cirkel et al. 2004).

Hinsichtlich moderner Informations- und Kommunikationstechnologien werden hohe Erwartungen bezüglich Förderung der Gesundheit, Sicherheit, sozialer Integration und Lebensqualität von älteren Menschen gestellt. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage inwiefern diese Zielgruppe bereit ist, neue Technologien zu nutzen. Im Rahmen des Projekts senior-watch, worin es um ein besseres Verständnis für und

eine einfachere Kontrolle von Marktdynamiken im Bereich Informations- und Kommunikationstechnologien für ältere BewohnerInnen der EU geht, wurde eine europaweite Studie durchgeführt. Diese inkludierte Europäer über 50 Jahren und zeigt folgende Ergebnisse.

Von allen Informations- und Kommunikationstechnologien ist der Fernseher in Haushalten von älteren Europäern am weitesten verbreitet. Der Durchdringungsgrad liegt bei 98%. 16% der EU-Bevölkerung über 50 würde sich auch eine Internetverbindung via TV-Gerät wünschen, wobei zwei Drittel davon im Jahr 2002 noch keinen Internetanschluss hatten. Teletext wird von 45% der über 50-jährigen EU-Bevölkerung genutzt. Hinsichtlich Computer als Informations- und Kommunikationsmedium zeigen die Zahlen, dass 40% der EU 50+ Bevölkerung mindestens einmal in ihrem Leben einen Computer bedient hat und ein Drittel über Zugang zu einem Computer von zu Hause aus verfügt. 61% der ComputerbesitzerInnen haben auch Zugang zum Internet. Zukünftig planen ungefähr 10% der Bevölkerung über 50 Jahren einen PC zu kaufen. Betreffend Nutzung von Mobiltelefonen ist mit einem Zuwachs von 20% zu rechnen. Handys und andere Informations- und Kommunikationstechnologien bieten neben der Chance zur sozialen Integration durch Kommunikation vor allem auch Sicherheit für die ältere Generation (Kubitschke et al. 2002).

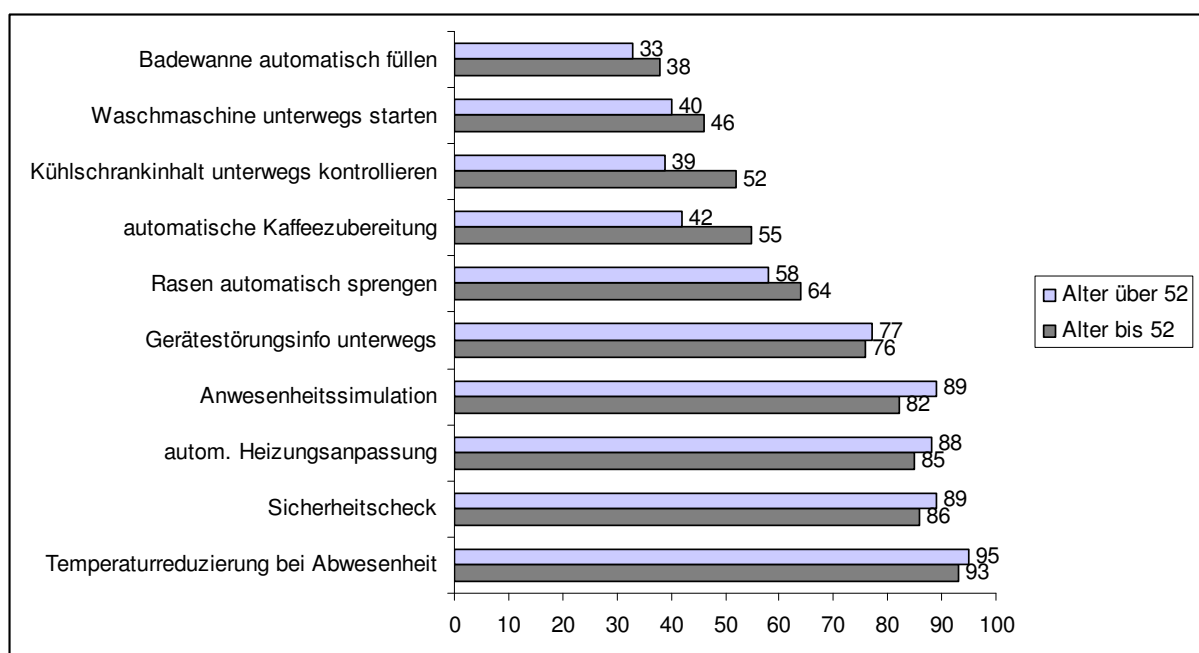
Neben den Ergebnissen aus Europa ist es interessant zu wissen, welche Bedeutung Informations- und Kommunikationsmedien für Generationen in Österreich haben. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich in Österreich ein ähnliches Bild zeigt, als in Europa. Aufgrund der zeitlichen Verschiebung der beiden Publikationen (Europa 2002 vs. Österreich 2010) kann in Österreich im Jahr 2010 ein etwas höherer Anteil der Mediennutzung festgestellt werden. In diesem Zusammenhang ist der steigende Trend an Medienkonsum, auch bei der älteren Generation, gut ersichtlich. Es ist anzunehmen, dass dieser in den letzten 8 Jahren auch auf europäischer Ebene angewachsen ist.

Im Bezug auf das Vorhandensein eines Computers spielt neben der Anzahl der in einem Haushalt lebenden Personen auch das Alter der darin lebenden eine wesentliche Rolle. 95% der Haushalte mit fünf oder mehr Haushaltsmitgliedern sind mit einem Computer ausgestattet. Außerdem befinden sich häufiger Computer in

Haushalten, wenn dort Kinder unter 15 Jahren leben. Unter den 55- bis 64-Jährigen Alleinlebenden hatten im Jahr 2009 jedoch nur 50% einen Computer. Bei den 65- bis 74-Jährigen waren es noch 19%. Ein gravierendes Stadt-Land-Gefälle im Besitz von Computern konnte nicht festgestellt werden. Der Unterschied liegt bei 4%. Was den Internetzugang betrifft, hat sich dieser vom Jahr 2002 auf 2009 mehr als verdoppelt (von 34% auf 70% der Haushalte). Auch hier ist die Ausstattung der Haushalte mit Internetzugang mit der Anzahl der im Haushalt lebenden Personen und dem Alter dieser verbunden. Die prozentuellen Werte liegen ähnlich derer aus der Computernutzung. Internetzugänge über Breitbandverbindungen sind in den letzten Jahren seit 2002 stark gestiegen (von 10% aller Haushalte mit Internetzugang auf 58%). Genutzt wird das Internet von der Bevölkerung am häufigsten zur Informationsgewinnung und als Kommunikationsmedium (Statistik Austria 2010c).

Die Technik kann in vielerlei Hinsicht einen Beitrag dazu leisten, das Leben älterer Menschen zu unterstützen. Vor allem soll sie eine höhere Sicherheit und Komfort im Haushalt gewährleisten, als Gedächtnisstütze dienen und Energie sparen (Mollenkopf 2005). Welche anderen Funktionen durch technische Hilfsmittel erfüllt werden sollen, kann aus der folgenden Abbildung entnommen werden.

Abbildung 4: Gewünschte Funktionen „intelligenter“ Haustechnik



Quelle: (Mollenkopf 2005)

Die meisten Befragten aus beiden Altersklassen wünschen sich die Möglichkeit der Temperaturreduzierung bei Abwesenheit. Auch ein Sicherheitscheck sowie die automatische Anpassung der Heizung und eine Anwesenheitssimulation stehen auf der Wunschliste von älteren und jüngeren Leuten ganz oben. Weniger interessant ist es für Menschen die Badewanne befüllen lassen zu können oder die Waschmaschine automatisch zu starten.

Im Alltag erleichtern ferngesteuerte Garagentore und Rollläden, Mikrowellengeräte oder Herde mit Kochsensoren die Lebenssituation von Menschen mit sensorischen, motorischen oder kognitiven Beeinträchtigungen. Durch den Einsatz von Bildtelefonen, Internet und E-Mail kann das Bedürfnis nach sozialen Kontakten, Beratung, Weiterbildung oder anderen Information gedeckt werden, auch wenn Menschen in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Intelligente Haustechnik wie Sensoren an Fenstern, Türen oder Herdplatten bewirkt, dass Menschen länger in ihrer vertrauten Umgebung wohnen können und vermeidet oder verzögert den Umzug in eine stationäre Einrichtung, zum Beispiel in ein Alten- oder Pflegeheim. Zur Unterstützung von Pflegeleistungen stehen medizinisch-technische Geräte wie Blutdruck- und Blutzuckermessgeräte, Pflegebetten, Hebe- und Tragehilfen oder Sturzmelder zur Verfügung (Mollenkopf 2004).

In Deutschland zeigt sich, dass das Interesse der älteren Bevölkerung, im speziellen jener mit einem höheren Bildungsgrad, auch bei der Nutzung von gesundheitsorientierten Anwendungen wie beispielsweise die Konsultation eines Arztes per E-mail oder per Bildübertragung steigt. Als limitierender Faktor für den Kauf oder die Verwendung von modernen Informations- und Kommunikationstechnologien wird vor allem die nicht angemessene Berücksichtigung funktionaler Einschränkungen bei der Produktgestaltung verstanden. Im Bereich Unterstützung der selbständigen Lebensführung im Alter liegen die größten Potenziale für privat genutzte Angebote.

Grundsätzlich unterscheidet Cirkel et al. zwischen folgenden fünf Varianten der Unterstützung durch Informations- und Kommunikationstechnik zu Hause (Cirkel et al. 2004).

- Haus-Notruf-Systeme (Notruf und Kontaktvermittlung)
- Über das Internet (Information, Orientierung, Kommunikation)
- Videokonferenztechnologie (Netzwerke älterer Menschen zur Kommunikation)

- Intelligente Häuser (Sicherheit durch technische Lösungen)
- telepflegerische und telemedizinische Anwendungen (Pflege und Versorgung über Telefon oder Internet)

Die Technik rückt also immer weiter in die Lebensweisen der älteren Bevölkerung vor und spielt auch hinsichtlich der Sicherheit im eigenen Haushalt, hinsichtlich der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sowie hinsichtlich der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und Netzwerke eine zunehmend zentrale Rolle.

5 Zusammenfassung

Beschäftigt man sich mit dem Themenbereich der sozialen Isolation und der Einsamkeit älterer Menschen in Österreich, belegen statistische Daten Verteilungshäufigkeiten in guter Form. Es fällt jedoch auf, dass eine Mehrzahl der wissenschaftlichen Arbeiten zu diesem Thema nicht aus Österreich stammt. Die vorliegende Arbeit liefert insofern einen Beitrag dazu, indem sie einen Überblick der aktuell vorhandenen Literatur gibt und Möglichkeiten zur Reduktion dieses Problembereiches aufdeckt.

Generell wird das Leben im Alter derzeit von verschiedenen Lebenslagen geprägt, die sich zwischen zwei Polen bewegen. Das Leben älterer Menschen ist durch Selbstbestimmung und Vitalität auf der einen Seite und durch Abhängigkeit, Isolation und Fragilität auf der anderen Seite gekennzeichnet. Hinzu kommt, dass schlechte Gesundheit, mindere Wohnbedingungen, geringe materielle Ressourcen, Kinderlosigkeit und alleine leben allgemein als Risikofaktoren für Isolation gelten (Moser-Siegmeth 2010), wobei soziale Isolation und Einsamkeit speziell in späteren Lebensjahren und vor allem beim weiblichen Geschlecht ansteigen. Die Ursachen dafür sind unterschiedlicher Natur. Der demographische Wandel, der Übertritt vom Erwerbsleben in das Pensionsalter, die Entfamilialisierung, der Trend zum Eingenerationenhaushalt, Entwicklungen am Arbeitsplatz, die Tatsache, dass Frauen nach dem Tod ihrer Männer oft alleine bleiben sowie gesundheitliche und finanzielle Belastungen sind Faktoren, die zu einer erhöhten sozialen Isolation in der letzten Lebensphase beitragen.

Ebenfalls führen Veränderungen im Generationenverhältnis dazu, dass familiäre Hilfepotentialen gegenüber alten Familienmitgliedern nicht mehr selbstverständlich erwartbar sind und dass die Gesellschaft hierzu Ergänzungen und Alternativen leisten muss. Nicht nur für jüngere sondern auch für ältere Kohorten gelten finanzielle Probleme als große Belastung. So kann eine bauliche Adaptierung durch fehlende Mittel oft nicht vorgenommen werden und der Verbleib in der eigenen Wohnung ist bedroht sowie ein Umzug ins Heim oft unabdingbar. Die zunehmende Mobilität der jüngeren Generationen bewirkt in manchen Fällen eine Abnahme der sozialen Kontakte und führt zu Entfremdung der Familienmitglieder. Je länger der alternde Mensch in seiner Wohnung verbleiben kann, desto stärker ist auch das Zugehörigkeitsgefühl zur nachbarschaftlichen Gemeinschaft und die mitunter

fehlenden familiären Kontakte können so kompensiert werden. Fakt ist, dass Einsamkeit als Ursache für depressive Stimmungsveränderungen älterer Menschen gelten kann. Hier ist es nicht nur der ältere Mensch selbst, sondern auch die mit seiner/ihrer Betreuung beauftragten Personen, die nicht gefeit sind, selbst an Depressionen zu leiden. Je größer das Netzwerk ist, desto besser ist auch der Schutz vor psychischen Problemen, aber auch haben ausgedehnte Netzwerke eine positive Auswirkung auf das Gesundheitsverhalten der älteren Menschen.

Vor dem Hintergrund der demografischen Veränderungen ist anzunehmen, dass eine Abhängigkeit von nicht-familiären Institutionen und Einrichtungen wie Heimen oder sozialen Dienstleistungen voraussagbar ist. Auch in den ländlichen Gebieten werden sich diese Entwicklungen durch die demografischen Veränderungen – die sinkende Geburtenrate – und dem noch vielfach unzureichend ausgebautem Netz der sozialen Dienstleitungen gravierend auswirken. Aus diesem Grund ist es unerlässlich, soziale Netzwerke, vor allem im peripheren Raum, wiederherzustellen und zu forcieren, um eine Barriere gegen Einsamkeit, sozialer Isolation und gegen den Zusammenbruch von gesellschaftlichen Beziehungen zu schaffen.

Technische Entwicklungen lassen sich in der heutigen Gesellschaft nicht mehr wegdenken, was auch durch die gewonnenen Daten belegt werden kann. Wie aus Kapitel 4 ersichtlich ist, nimmt die Anzahl der Computer- und MobiltelefonnutzerInnen immer mehr zu. Nicht nur dem Ausbau von Kommunikationsnetzwerken wird Beachtung geschenkt, sondern auch die Ausstattung der Wohnungen mit intelligenten Technologien wird gefördert. Sensoren an Fenstern, Türen oder Herdplatten bewirken, dass ältere Menschen länger in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können und ein Umzug in ein Heim vermieden oder verzögert werden kann. Ebenfalls nehmen in der häuslichen, professionellen Betreuung von bereits pflegebedürftigen Menschen technologische Geräte ihren Einzug. Bluetooth gesteuerte medizinische Geräte messen Blutdruck, Gewicht und Blutzucker und erleichtern ÄrztInnen und Pflegepersonal den Alltag. Nicht leicht ist es jedoch ältere Menschen vom Nutzen dieser technischen Errungenschaften zu überzeugen. In vielen Fällen gibt es Schwellenängste, die es durch gute Aufklärung zu durchbrechen gilt. Vielfach ist es die Initiative der BetreuerInnen – Familie oder Pflegepersonal – diese Hemmschwellen zu überbrücken und den älteren Menschen die Angst vor der Bedienung unbekannter Geräte zu nehmen. Forschungsprogramme wie

AAL (Ambient Assisted Living) befassen sich seit einigen Jahren damit, die Geräte den Wünschen der potentiellen TestuserInnen entsprechend anzupassen und weiter zu entwickeln, wobei auch ein Schwerpunkt darauf gesetzt wird, kommunikationsunterstützende Medien auf den Markt zu bringen. Diese können bewirken, dass räumliche oder bauliche Barrieren verschwinden und entfernt lebenden Familien die Möglichkeit gegeben wird, zumindest virtuell wieder näher zusammenzurücken.

Einer alten Weisheit zufolge erkennt man eine Gesellschaft daran, wie sie mit ihren Alten und Greisen umgeht. Demzufolge ist klar, dass Forschungs-, Gesundheits- und Sozialsysteme permanenter Weiterentwicklung und Unterstützung bedürfen, damit auch in Zukunft ein risikofreies Altern möglich sein wird.

6 Literatur

- Amann, Anton*, 1990: In den biografischen Brüchen der Pensionierung oder der lange Atem der Erwerbsarbeit. S. 177-204. In: *Hoff, E. H.* (Hg.): Die doppelte Sozialisation Erwachsener. München: DJI.
- Amann, Anton*, 2000: Umwelt, Mobilität und Kompetenzen im Alter. S. 105-118. In: *Amann, Anton* (Hg.): Kurswechsel für das Alter. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag.
- Backes, Gertrud M.*, 1997: Alter(n) als "Gesellschaftliches Problem"? Zur Vergesellschaftung des Alter(n)s im Kontext der Modernisierung: Westdeutscher Verlag.
- Backes, Gertrud M. und Wolfgang Clemens*, 2008: Lebensphase Alter. Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Badelt, C., A. Holzmann, C. Matul und A. Österle*, 1995: Kosten der Pflegesicherung. Strukturen und Entwicklungstrend der Altenbetreuung.: Böhlau.
- Barg, Frances K., Rebecca Huss-Ashmore, Marsha N. Wittink, Genevra F. Murray, Hillary R. Bogner und Joseph J. Gallo*, 2006: A Mixed-Methods Approach to Understanding Loneliness and Depression in Older Adults. In: The journals of Gerontology, Psychological sciences and social sciences 6/61: S. 329-339.
- BMGF*, 2006: Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMSG*, 2004: Bericht über die soziale Lage 2003-2004. Wien: BMSG.
- Buber, Isabella und Henriette Engelhardt*, 2008: Children's impact on the mental health of their older mothers and fathers: findings from the Survey of health, Ageing and Retirement in Europe. In: European Journal of Ageing 1/5: S. 31-45.
- Burns, Eveline und Elisabeth Haslinger-Baumann*, 2008: Evaluierung von Interventionen aufgrund der Pflegediagnose "Soziale Isolation" und Anwendung der Methode Evidence-based Nursing. In: Pflege 1/21: S. 25-30.
- Cacioppo, John T., James H. Fowler und Nicholas A. Christakis*, 2009: Alone in the Crowd: The Structure and Spread of Loneliness in a Large Social Network. In: Journal of personality and social psychology 6/97: S. 977-991.
- Cattan, Mima, Martin White, John Bond und Alison Learmouth*, 2005: Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. In: Ageing & Society 25/: S. 41-67.
- Cirkel, Michael, Josef Hilbert und Christa Schalk*, 2004: Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter. Gelsenkirchen.

- Cornwell, Erin York und Linda J. Waite*, 2009: Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the NSHAP study. In: *The journals of Gerontology, Psychological sciences and social sciences* 1/64: S. 38-46.
- Crooks, Valerie C., James Lubben, Diana B. Petitti, Deborah Little und Vicki Chiu*, 2008: Social Network, Cognitive Function, and Dementia. Incidence Among Elderly Women. In: *American Journal of Public Health* 7/98: S. 1221-1227.
- De Jong Gierveld, Jenny und Theo Van Tilburg*, 2010: The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. In: *European Journal of Ageing*: S. in print.
- De Jong Gierveld, Jenny, Theo Van Tilburg und Pearl A. Dykstra*, 2006: Loneliness and social isolation. S. 485-500. In: *Vangelisti, A. und D. Perlman* (Hg.): *Cambridge handbook of personal relationships*. Cambridge university press.
- Dykstra, Pearl A.*, 2009: Older adult loneliness: Myths and realities. In: *European Journal of Ageing* 6/: S. 91-100.
- Findlay, Robyn A.*, 2003: Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? In: *Ageing & Society* 23: S. 647-658.
- Georgieff, Peter*, 2009: Aktives Alter(n) und Technik. Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnik (IKT) zur Erhaltung und Betreuung der Gesundheit älterer Menschen zu Hause. Karlsruhe.
- Häcker, Hartmut und Kurt-Hermann Stapf*, 2004: *Dorsch Psychologisches Wörterbuch*. Bern: Hans Huber.
- Hillmann, Karl-Heinz*, 2007: *Wörterbuch der Soziologie*. Stuttgart: Alfred Kröner Verlag.
- Hofmarcher, Maria M. und Herta M. Rack*, 2006: *Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich*. Kopenhagen.
- Höpflinger, Francois und Astrid Stuckelberger*, 1999: *Demographische Alterung und individuelles Altern*. Zürich: Seismo Verlag.
- Hörl, Josef*, 2001: Trendanalyse Alter 1971 - 1998. In: *SWS-Rundschau* 2/41: S. 250-262.
- Hörl, Josef und Josef Kytir*, 2000: Private Lebensformen und soziale Beziehungen älterer Menschen. S. In: *BMSK* (Hg.): *Ältere Menschen - neue Perspektiven*. Seniorenbericht 2000: Zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich. Wien.
- Iliffe, Steve, Kalpa Kharicha, Danielle Harari, Cameron Swift, Gerhard Gillmann und Andreas E. Stuck*, 2007: Health risk appraisal in older people 2: the implications for clinicians and commissioners of social isolation risk in older people. In: *British Journal of General Practice* 57: S. 277-282.

- Johnson, Marion, Gloria Bulechek, Joanne McCloskey Dochterman, Meridean Maas und Sue Moorhead, 2001: Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions. NANDA, NOC, and NIC Linkages. St. Louis, MO: Mosby.*
- Kolland, Franz, Pegah Ahmadi, Silvia Benda-Kahri, Verena Kranzl und Margit Neururer, 2007: Lernbedürfnisse und lernarrangements von älteren Menschen. Wien: Büro für Sozialtechnologie und Evaluationsforschung, Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz.*
- Kubitschke, Lutz, Veli Stroetmann und Karl Stroetmann, 2002: European SeniorWatch Observatory and Inventory - A market study about the specific IST needs of older and disabled people to guide industry, RTD and policy. empirica.*
- Lang, Gert, Katharina Resch, Kathrin Hofer, Fleur Braddick und Andrea Gabilondo, 2010: Background document and key messages for the EU thematic conference: "Mental Health and Well-being in Older People - Making it Happen". Luxembourg.*
- Lange, Andreas und Frank Lettke, 2007: Schrumpfen, Erweiterung, Diversität. S. In: Frank, Lettke und Andreas Lange (Hg.): Generationen und Familien. Analysen - Konzepte - gesellschaftliche Spannungsfelder. Frankfurt am Main: Suhrkamp.*
- Leppin, Anja und Ralf Schwarzer, 1997: Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. S. In: Schwarzer, Ralf (Hg.): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe Verlag.*
- Majce, Gerhard, 2006: Generationenbeziehungen: Eine Chance für die Zukunft. S. 173-193. In: Rosenmayr, Leopold und Franz Böhmer (Hg.): Hoffnung Alter. Forschung, Theorie, Praxis. Wien: Facultas.*
- Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen, , 2008: Wie wollen wir künftig leben? Düsseldorf: tuschen GmbH.*
- Mollenkopf, Heidrun, 2001: Technik - ein "knappes Gut"? Neue soziale Ungleichheit im Alter durch unterschiedliche Zugangs- und Nutzungschancen. S. 223-238. In: Backes, Gertrud M., Wolfgang Clemens und Klaus R. Schroeter (Hg.): Zur Konstruktion sozialer Ordnungen des Alter(n)s. Opladen: Leske + Budrich.*
- Mollenkopf, Heidrun, 2004: Technik zur Erhaltung von Lebensqualität im Alter. In: NOVA 8/7: S. 6-10.*
- Mollenkopf, Heidrun, 2005: Erhaltung der Selbstständigkeit im Alter durch Technik? In: Orthopädie Technik 12/: S. 868-870.*
- Moser-Siegmeth, Verena, 2010: Wohin mit den Alten in Österreich? Bestandsaufnahme, institutionelle Analyse und ExpertInnenwissen zur Pflegevorsorge. Wien: Universität Wien.*

- Musick, Marc A. und John Wilson*, 2003: Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups. In: *Social Science & Medicine* 56: S. 259-269.
- Pillai, Jagan A. und Joe Verghese*, 2009: Social networks and their role in preventing dementia. In: *Indian Journal of Psychiatry* 5/51: S. 22-28.
- Prisching, Manfred*, 2006: Alter heute - ein Mosaik mit Widersprüchen. S. 247-272. In: *Rosenmayr, Leopold und Franz Böhmer* (Hg.): *Hoffnung Alter. Forschung, Theorie, Praxis*. Wien: Facultas.
- Schattovits, Helmuth*, 2000: Haushalt und Familienleben: Netzwerke der Kommunikation und Kooperation. S. 97-104. In: *Amann, Anton* (Hg.): *Kurswechsel für das Alter*. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag.
- Schein, Edgar*, 2010: *Der selbst-verwirklichende Mensch. Kaiserslautern: Technische Universität Kaiserslautern*.
- Smith, Kirsten P. und Nicholas A. Christakis*, 2008: Social Networks and Health. In: *Annual Review of Sociology* 34: S. 405-429.
- Statistik Austria*, 2008: *Haupteinkommensquelle nach soziodemographischen Merkmalen*.
- Statistik Austria*, 2009a: *Demographisches Jahrbuch*. Wien.
- Statistik Austria*, 2009b: *Einkommen der Pensionisten und Pensionistinnen mit Wohnsitz in Österreich 2008*.
- Statistik Austria*, 2010a: *Durchschnittliche Zeitverwendung pro Tag nach Altersgruppen*.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/zeitverwendung/index.html
- Statistik Austria* (Hg.), 2010b: *Familien- und Haushaltsstatistik. Ergebnisse der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung*. Wien: Verlag Österreich GmbH.
- Statistik Austria*, 2010c: *IKT-Einsatz in Haushalten*. Wien.
- Statistik Austria*, 2010d: *Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2009*.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/familien/index.html
- Statistik Austria*, 2010e: *Statistik der Ehescheidungen*.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/scheidungen/index.html
- Strobe, W. und M. Strobe*, 1996: The social psychology of social support. S. 597-621. In: *Higgins, E.T. und Arie W. Kruglanski* (Hg.): *Social psychology. Handbook of basic principles*. New York: Guilford.
- Stroetmann, Veli N, Tobias Hüsing, Lutz Kubitschke und Karl A Stroetmann*, 2002: *The attitudes, expectations and needs of elderly people in relation to e-health*

applications: results from a European survey. In: *Journal of Telemedicine and Telecare* 2/8: S. 82-84.

Van Tilburg, Theo, 1998: Losing and gaining in old age: changes in personal network size and social support in a four-year longitudinal study. In: *The journals of Gerontology, Psychological sciences and social sciences* 6/53: S. 313-323.

Van Tilburg, Theo, Jenny De Jong Gierveld, Laura Lecchini und Donatella Marsiglia, 1998: Social Integration and Loneliness: A comparative Study among Older Adults in the Netherlands and Tuscany, Italy. In: *Journal of Social and Personal Relationships* 15/: S. 740-754.

Vaskovics, Laszlo A., 2001: Alter(n) aus der Perspektive der Familiensoziologie. S. 97-118. In: *Backes, Gertrud M., Wolfgang Clemens und Klaus R. Schroeter* (Hg.): *Zur Konstruktion sozialer Ordnungen des Alter(n)s*. Opladen: Leske + Budrich.

Vass, Mikkel, Kirsten Avlund und Carsten Hendriksen, 2007: Randomized intervention trial on preventive home visits to older people: Baseline and follow-up characteristics of participants and non-participants. In: *Scandinavian Journal of Public Health* 35/: S. 410-417.

Vass, Mikkel, Rasmus Holmberg, Henrik Fiil-Nielsen, Jorgen Lauridsen, Kirsten Avlund und Carsten Hendriksen, 2007: Preventive home visitation programmes for older people: the role of municipality organisation. In: *European Journal of Ageing* 4/: S. 133-140.

Weiss, R.S., 1975: *Marital separation*. New York.

Wernhart, Georg, Markus Kaindl, Rudolf Karl Schipfer und Mariam Irene Tazi-Preve, 2008: *Drei Generationen - eine Familie. Austauschbeziehungen zwischen den Generationen aus Sicht der Großeltern und das Altersbild in der Politik*. Wien: Studien Verlag.

Wilkinson, Richard G., 2001: *Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und Gesundheit*. Wien: Springer Verlag.

Young, Anne F., Anne Russell und Jennifer R. Powers, 2004: The sense of belonging to a neighbourhood: can it be measured and is it related to health and well being in older women? In: *Social Science & Medicine* 59: S. 2627-2637.

7 Anhang

7.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht 2009.....	8
Tabelle 2: Kontaktausmaß	14
Tabelle 3: Subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht	20
Tabelle 4: Subjektiver Gesundheitszustand nach Alter.....	21
Tabelle 5: Durchschnittliche Zeitverwendung pro Tag in Stunden und Minuten.....	32

7.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerung nach Lebensform 2008.....	11
Abbildung 2: Distanz zu dem am nächsten lebenden Kind	12
Abbildung 3: Diagnostizierte Erkrankungen	22
Abbildung 4: Gewünschte Funktionen „intelligenter“ Haustechnik	34

7.3 Abkürzungsverzeichnis

SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
NFP 32	Nationales Forschungsprogramm der Schweiz von 1992 bis 1998
ADL	Activities of daily living
AAL	Ambient assisted living

Forschungsinstitut des Roten Kreuzes

Nottendorfer Gasse 21
A-1030 Wien
Telefon: +43 1 79 580-7423
kathrin.hofer@w.rotekreuz.at
verena.moser-siegmeth@w.rotekreuz.at
www.frk.or.at
