

Diplomarbeit

**Determinanten von Lebensqualität unter älteren
PflegegeldempfängerInnen (50+) in Österreich**

eingereicht von

Moritz Platzer

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)**

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

unter der Anleitung von

Univ.-Ass. Dr. Erwin Stolz

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Freidl

Klagenfurt, 26.09.19

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Klagenfurt, am 26.09.19

Moritz Platzer eh

Danksagungen

Mein großer Dank gilt meinem Betreuer Univ.-Ass. Priv.-Doz. Dr.phil. **Erwin Stolz**. Er hatte stets ein offenes Ohr bei Fragen und nahm sich immer Zeit um mich bei der Diplomarbeit zu unterstützen. Darüber hinaus möchte ich mich bei ihm dafür bedanken, dass er mir auf verständliche Art und Weise eine Vielzahl von statistischen Datenauswertungen beibrachte.

Herzlichen Dank auch an Univ.-Prof. Dr.phil. **Wolfgang Freidl**, für seine kritische Auseinandersetzung mit der Diplomarbeit und seinen zahlreichen Anregungen.

Des Weiteren möchte ich noch meinen Eltern, **Manuela und Günther Platzer**, für die gesamte Unterstützung während meines Studiums und bei dieser Diplomarbeit bedanken. Sie legten das Fundament für meine Zukunft.

Große Wertschätzung gilt ebenfalls meinen beiden Großmüttern, **Anna Platzer und Käthe Grossmann**. Ihre Fürsorglichkeit gegenüber mir, gaben mir die Motivation mich mit diesem Thema auseinanderzusetzen.

Ein weiterer Dank gilt meiner **Freundin Katharina und meinen Freunden** die stets motivierende und erheiternde Worte für mich finden.

Inhaltsverzeichnis

Danksagungen	ii
Inhaltsverzeichnis	iii
Glossar und Abkürzungen	v
Abbildungsverzeichnis	vi
Tabellenverzeichnis	vii
Zusammenfassung	viii
Abstract.....	ix
1 Einleitung	1
1.1 Ein alterndes Österreich.....	1
1.2 Die österreichische Pflegelandschaft	4
1.2.1 Geschichte und demographische Kennzahlen	4
1.2.2 Pflegegeldbezug.....	7
1.2.3 Arten der Pflege.....	8
2 Forschungsstand	11
2.1 QOL - Modelle.....	11
2.1.1 Definition von Lebensqualität	11
2.1.2 QoL Modell nach Felce und Perry	12
2.1.3 Lawtons Modell der QoL von alten Menschen	13
2.1.4 WHO Definition von QoL.....	14
2.2 Determinanten der QoL von älteren Menschen und älteren pflegebedürftigen Menschen.....	15
2.2.1 Determinanten der QoL im Alter.....	15
2.2.2 Determinanten der QoL von älteren pflegebedürftigen Menschen	17
2.2.3 Moderationseffekt der Determinanten.....	21
3 Zielsetzung	23
4 Methoden und Material	25
4.1 Datenerhebung	25
4.2 Bestimmung der Lebensqualität	26
4.3 Einflussvariablen	27
4.4 Analyse	29
5 Resultate	30
5.1 Stichprobenmerkmale	30
5.2 Item non-response.....	30

5.3	Deskriptive Analyse.....	32
5.4	Multiple lineare Regression.....	33
6	Diskussion.....	35
6.1	Stärken und Schwächen.....	39
6.2	Ausblick.....	40
6.3	Fazit.....	41
7	Literaturverzeichnis.....	43
8	Appendix.....	50
8.1	Ein- & Ausschlusskriterien.....	50
8.2	Fragebogen.....	52

Glossar und Abkürzungen

ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
CAPI	computerassistierte, persönliche Interviews
EW	Einwohner
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
HLY	Healthy Life Years
IADL	instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens
IFES	Institut für empirische Sozialforschung
INQ-10	Interpersonal Needs Questionnaire Form
Lj	Lebensjahre
<i>p</i>	p-Wert
QoL	Lebensqualität
<i>r</i>	Korrelation
SD	Standardabweichung
SRH	Selbst eingeschätzter Gesundheitszustand
WHO	World Health Organization
WHOQOL	Instrument zur Erfassung der Lebensqualität
WHOQOL-BREF	Instrument zur Erfassung der Lebensqualität in gekürzter Form
WHO-QoL-OLD	Instrument zur Erfassung der Lebensqualität von alten Menschen
χ^2	Chi Square

Abbildungsverzeichnis

ABB. 1 ENTWICKLUNG DER PFLEGEGELDBERECHTIGTEN IN ÖSTERREICH (10).....	5
ABB. 2 ELEMENTE DES QOL MODELL NACH FELCE UND PERRY (35).....	12
ABB. 3 LAWTONS 4 ÜBERLAPPENDE DIMENSIONEN DER LEBENSQUALITÄT (36).....	13
ABB. 4 MODELL NACH PIEPER UND VAARAMA DER QOL VON ÄLTEREN MENSCHEN (57).....	20
ABB. 5 PROGNOSE BADEL. GRAFIK AUS ULRIKE SCHNEIDER ET. AL. DIE KOSTEN DER PFLEGE IN ÖSTERREICH (82,83).....	40

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1 ÖST. PFLEGEgeld ANSPRUCHSBERECHTIGE 2016 MÄNNER UND FRAUEN (10) -----	6
TABELLE 2 PFLEGESTUFEN UND HÖHE DES PFLEGEgeldES (AB 01.01.2016) (23) -----	7
TABELLE 3 ABSOLUTE UND RELATIVE VERTEILUNG DER PFLEGESTUFEN NACH GESCHLECHT (10)-----	8
TABELLE 4 STICHPROBENMERKMALE-----	31
TABELLE 5 MULTIPLE LINEARE REGRESSION -----	34

Zusammenfassung

Hintergrund

Durch die Alterung der österreichischen Bevölkerung und einer damit einhergehenden steigenden Krankheitslast, empfängt eine wachsende Anzahl älterer Österreicher/-innen Pflegegeld. Daten über die Lebensqualität und deren Einflussfaktoren dieser Bevölkerungsgruppe gibt es jedoch kaum. Um evidenzbasierte Informationen für die Optimierung der gesundheitlichen Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe zu gewährleisten, wurden die Determinanten Gesundheit, soziale Zugehörigkeit, Umwelt und Umgebung, finanzielle Ressourcen und Art der Pflege analysiert.

Methodik

In einer vom Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Graz in Auftrag gegebenen Querschnittsanalyse, wurden 2016 493 ältere (50+) österreichische Pflegegeldempfänger/-innen mittels computergestützter persönlicher Interviews (CAPI) über Lebensqualität und deren Determinanten (Gesundheit, Soziodemographische Faktoren, soziales Umfeld) befragt. Nach der deskriptiven Datenanalyse wurde der Einfluss unabhängiger Variablen auf die abhängige Variable Lebensqualität mittels multipler linearer Regression ermittelt.

Resultate

Die Determinanten „Anzahl der Activities of Daily Living (ADL)“, „selbsteingeschätzte Gesundheitszustand (SRH)“, „allein zu leben“, „mangelnde soziale Zugehörigkeit“, „Wohnort“ und „monatliches Nettoeinkommen“ zeigten jeweils signifikante ($p < 0,05$) Zusammenhänge mit der Lebensqualität.

Die Determinanten „Pflegestufe“, „Art der Pflege“, „Geschlecht“ sowie „Alter“ hatten keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität. In der multiplen linearen Regression betrug das Bestimmtheitsmaß $R^2 = 0,391$ ($N = 452$; $p = 0,001$).

Conclusio

Gesundheitliche und soziale Determinanten hatten den stärksten Einfluss auf die Lebensqualität. Diese Ergebnisse können MedizinerInnen und entscheidungstragenden Personen helfen, nachhaltige und innovative Lösungen für eine Verbesserung der Lebensqualität älterer (50+) österreichischer Pflegegeldempfänger/-innen zu finden.

Abstract

Background

Due to the demographic transition into old age and the resulting growing burden of disease, a growing number of older Austrians receive care allowance. However, there are hardly any data on the quality of life and its determinants for this population. To provide evidence-based information different determinants (physical well-being, social well-being, socio-demographic factors and type of care) were analysed to identify their influence on the quality of life in older Austrians receiving care allowance.

Methods

In a cross-sectional survey commissioned by the Institute of Social Medicine and Epidemiology of the Medical University of Graz, 493 older (50+) Austrians receiving care allowance were asked about their quality of life and its possible determinants (health, socio-demographic factors, social environment) in computer-assisted personal interviews (CAPI). After the descriptive data analysis, the influence of independent variables on the dependent variable quality of life was analysed using a multiple linear regression model.

Results

The determinants “Self-rated health (SRH)”, “Activities of Daily Living (ADL)”, “living alone”, “thwarted belonging”, “place of living” and “monthly income” each had a significant ($p < 0.05$) impact on quality of life. “The care level”, “the type of care”, the “sex” and the “age” had no statistically significant impact on the quality of life. In the multiple linear regression, the coefficient of determination was $R^2 = 0.391$ ($N = 452$, $p = 0.001$).

Conclusion

Physical wellbeing and social determinants were the strongest determinants for quality of life of older (50+) Austrians receiving care allowance. The results can help physicians and policy makers to find innovative ways to improve quality of life.

1 Einleitung

1.1 Ein alterndes Österreich

Fragen bezüglich eines gesunden Alterns gewinnen für die Öffentlichkeit und Politik schon länger an Bedeutung (1,2). Durch die Erhöhung des Durchschnittalters der Bevölkerung und den damit zusammenhängenden gesellschaftliche Wandel wird die Gesellschaft vor neue Herausforderungen gestellt (3). Darüber hinaus wird ein kontinuierlicher Anstieg der Lebenserwartung, welcher neben z.B. einer niedrigen Geburtenrate eine Hauptursache für diese demographische Entwicklung ist, auch in Zukunft in allen Industriestaaten zu erwarten sein (4).

Auch in Österreich zeigt sich diese Entwicklung. Zwischen 1981 und 2018 hat sich der Anteil von über 60-jährigen Österreichern/-innen von rund 19,2% auf rund 24,6% erhöht (5). Weiters ist in den letzten 40 Jahren die Lebenserwartung der Bevölkerungen um mehr als 10 Jahre gestiegen und steigt fortlaufend an (4,6).

Für österreichische Frauen beträgt sie, Stand 2017, bei Geburt 83,9 Jahre und für Männer 79,3 Jahre. Über 65-jährige Österreicherinnen haben eine fernere Lebenserwartung von 86,4 Jahren und Österreicher von 83,3 Jahren (7). Österreich befindet sich damit im Mittelfeld der globalen Industriestaaten (4).

Mit Zunahme des Anteils alter Menschen in der Bevölkerung und kontinuierlich ansteigender Lebenserwartung nimmt seit mehreren Jahren auch die Anzahl älterer Menschen mit chronischen Erkrankungen zu (7). Hinzu kommt, dass mit steigendem Alter auch eine zunehmende Anzahl an Österreichern/-innen mit Seh- und Hörbehinderungen, Mobilitätsproblemen und Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags zu kämpfen hat (8). Um trotz dieser Beschwerden ein eigenständiges Leben führen zu können, sind viele Österreicher/-innen auf pflegerische Assistenz angewiesen.

Die hohe Bedeutung der pflegerischen Assistenz wurde bereits im letzten Jahrhundert erkannt, weshalb 1993 als sozial unterstützendes Mittel das Pflegegeld in Österreich eingeführt wurde (9). Seit dessen Einführung hat sich die Zahl der Pflegegeldbeziehenden von rund 260.000 auf ungefähr 460.000 (Stand Juli 2018) fast verdoppelt. Mehr als drei Viertel der Beziehenden sind über 50 Jahre alt (~380.000) (10,11). Obwohl Pflegegeldempfänger/-innen eine relativ große und schnell wachsende Bevölkerungsgruppe

(~4,3% der Gesamtbevölkerung¹) darstellen, gibt es keine bekannte Literatur, die sich mit der Lebensqualität (QoL) und deren Determinanten dieser österreichischen Population beschäftigt.

Die Bestimmung dieser Determinanten ist jedoch von Relevanz, da QoL einen besseren Überblick über den Gesamtzustand einer Person vermittelt und sich nicht nur auf den Gesundheitszustand konzentriert (12,13). So sind laut der WHO-Definition von Gesundheit das physische, psychische und soziale Wohlbefinden wichtige Einflussfaktoren der Gesundheit (14). Es reicht zum Beispiel nicht aus, bei einer an Osteoporose erkrankten Patientin nur medikamentös die Situation zu verbessern, sondern auch die weiteren Auswirkungen auf ihre physische Gesundheit (rezidivierende Schmerzen), ihre mentale Gesundheit (Angst vor Stürzen), finanzielle Situation (zusätzliche Gesundheitskosten) und soziale Situation (eingeschränkte Betätigung) müssen berücksichtigt werden. Durch Messung der Lebensqualität lässt sich die Gesamtsituation der Patientin besser erfassen (12).

Weiters ist es auch für Pflegende und Angehörige wichtig, die Lebensumstände neben der Erkrankung besser zu verstehen, um für die gepflegte Person die subjektive Lebenssituation zu verbessern. Im klinischen Bereich gewinnt die Bestimmung der Lebensqualität zunehmend an Bedeutung, um zum Beispiel die Effektivität einer Therapie zu optimieren (13). Außerdem ist die von den Ärzten und Ärztinnen erwartete Lebensqualität, oft ein Schlüsselfaktor bei der Entscheidung, ob lebenserhaltenden Therapien durchgeführt werden oder nicht (15).

Für Staat und Öffentlichkeit ist es auch wichtig, die Einflussfaktoren der Lebensqualität besser zu verstehen, um die steigenden Pflegekosten so effizient wie möglich einzusetzen (2,10).

Bei der Bestimmung der QoL ist es von Relevanz, standardisierte Lebensqualitätsmessinstrumente zu verwenden. So werden z.B. der WHOQOL und der WHOQOL-BREF als unzureichende Messinstrumente beschrieben, um die QoL von älteren Menschen zu bestimmen, da sie nicht auf spezielle Fragestellungen des höheren Alters

¹ Stand 2016

eingehen. Aus diesem Grund wurde ein eigenes WHO-Fragebogeninstrument entworfen, um die Lebensqualität älterer Menschen spezifischer bestimmen zu können (16).

Auch bei der Bestimmung von QoL von älteren pflegebedürftigen Menschen werden unpassende Messinstrumente beschrieben, da diese nicht auf pflegerelevante Themen eingehen (17). Anhand der Bestimmung von Determinanten könnten jedoch bessere Messinstrumente für ältere pflegebedürftige Menschen entworfen werden, um deren Situation differenzierter darzustellen und besser zu verstehen. Über Determinanten der QoL von älteren pflegebedürftigen Menschen wurde bis jetzt jedoch kaum geforscht.

Mit dieser Diplomarbeit sollen die Determinanten der Lebensqualität für ältere Pflegegeldempfänger/-innen (50+) in Österreich wissenschaftlich ausgearbeitet werden. Bevor jedoch auf das eigentliche Diplomarbeitsthema „*Determinanten von Lebensqualität unter älteren PflegegeldempfängerInnen (50+) in Österreich*“ eingegangen wird, sollen verständnisschaffende Themen besprochen werden. Diese sollen Lesenden eine bessere Übersicht über die österreichische Pflegelandschaft und die Definition und Bedeutung von Lebensqualität bieten. Daran anschließend werden die auf Basis der Fachliteratur identifizierten Determinanten der Lebensqualität im Alter und der Lebensqualität älterer pflegeempfangender Menschen besprochen.

1.2 Die österreichische Pflegelandschaft

In diesem Kapitel erfolgt eine Auseinandersetzung mit der Pflegelandschaft in Österreich. Mittels eines kurzen geschichtlichen Abrisses, demographischer Kennzahlen, Erklärung zur Pflegegeldinanspruchnahme und den Arten der Pflegedienste soll ein Überblick über die österreichische Pflegelandschaft geschaffen werden.

1.2.1 Geschichte und demographische Kennzahlen

In den späten 1980er-Jahren erkannte die österreichische Bundesregierung die zunehmende Bedeutung der Pflegeversorgung. 1993 wurde unter Bundesminister Josef Hesoun der parlamentarische Beschluss zur Einführung des Pflegegeldes gefasst. Anfangs gab es noch das Bundespflegegesetz und neun Landespflegegesetze, sodass Bund und Länder eigene Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenzen hatten. 2012 wurde im Rahmen des Bundespflegegeldreformgesetzes diese Struktur aufgelöst und die volle Kompetenz auf den Bund übertragen (9,18). Das Pflegegeld selbst wird unabhängig von Alter, Einkommen und Ursache ausbezahlt. Es werden jedoch nicht die gesamten Pflegekosten einer Person abgegolten, sondern es wird ein festgelegter Betrag ausbezahlt, um die Grundpflege abzusichern. Dieses, auch „Cash-for-Care“ genannte System, wurde neben Österreich auch in weiteren europäischen Ländern wie den Niederlanden, Frankreich, Schweden oder Deutschland etabliert (19). Das Ziel des „Cash-for-Care“ Systems ist es, Pflegegeldempfänger/-innen Autonomie darüber zu geben, welche Art von Pflege sie in Anspruch nehmen wollen. Weiters zielt es darauf ab, die Pflege im eigenen zu Hause zu unterstützen und den Pflegedienstleistungsmarkt positiv und kosteneffizient zu entwickeln bzw. durch die Möglichkeit der (teils) unregulierten Verwendung des Pflegegeldes den Bedürfnissen der Bevölkerung anzupassen (20).

Durch dieses System entstehen jedoch nicht nur Vorteile für Pflegegeldempfangende. Das österreichische Pflegegeldsystem ist v.a. bei den individuellen Pflegegeldausgaben im Vergleich z.B. zu den Niederlanden oder Frankreich relativ unreguliert. Sind niederländische „Persoongebonden Budget“-²-Bezieher/-innen verpflichtet, ihre Pflegegeldausgaben zu rechtfertigen, können österreichische Pflegegeldbezieher/-innen ihr Pflegegeld unreguliert verwenden (19). Durch die unregulierte Verwendung des Pflegegeldes können jedoch Nachteile für Pflegegeldempfänger/-innen und Angehörige entstehen. Ungerson beschreibt

² Niederländisches Pflegegeld

zum Beispiel, dass das unregulierte Pflegegeld Teil des Haushaltseinkommen werden kann, es dabei jedoch nicht automatisch zu einer Erweiterung der professionellen Pflegedienstleistungen oder Entlastung der informell pflegenden Angehörigen kommen muss (21). Weiters wird beschrieben, dass durch das unregulierte Pflegegeld der Markt für die in Österreich illegale, aber geduldete Pflegearbeit von Migranten/-innen, gestärkt wird. Mögliche Nachteile der Pflegearbeit von Migranten/-innen sind, dass sie niedrigere Qualifikationen besitzen können und oft nicht offiziell angestellt sind, was ebenfalls ein flächendeckendes Qualitätsmanagement der erbrachten Pflegedienstleistungen erschwert (20).

Betrachtet man die demographischen Kennzahlen des Pflegegeldes, so fällt auf, dass seit dessen Einführung die Zahl der Pflegegeldberechtigten von 260.000 auf ~460.000 (Stand Juli 2018) sowie die Kosten des Pflegegeldes für den Bund von 1,34 Mrd. Euro jährlich auf 2,59 Mrd. Euro angestiegen sind (10,11).

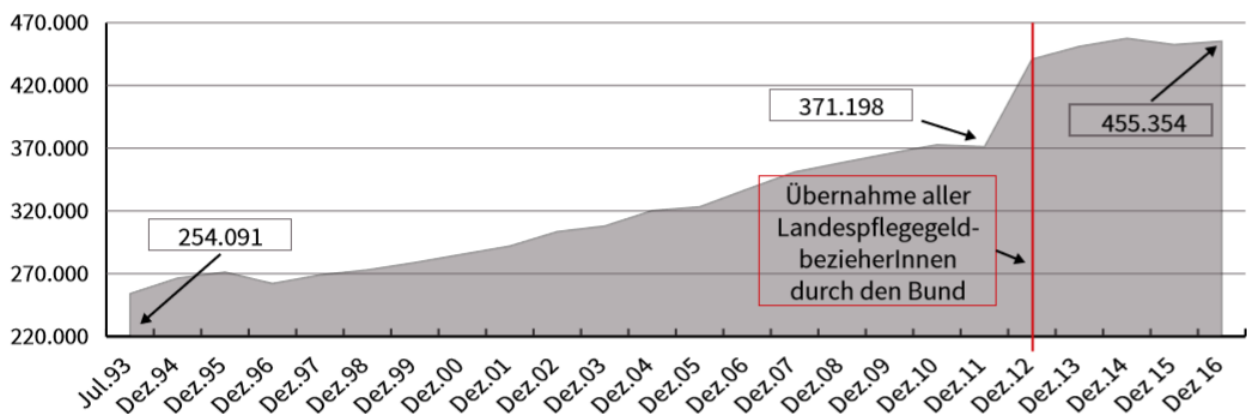


Abb. 1 Entwicklung der Pflegegeldberechtigten in Österreich (10)

75% der Pflegegeldberechtigten sind über 50 Jahre alt, wobei der Anteil der weiblichen Pflegeberechtigten größer ist (10).

<i>Alter</i>	Bgld.	Ktn.	NOe	OOe	Sbg.	Stmk.	Tirol	Vbg.	Wien	Ausl.	Summe
0-20	371	789	2.737	1.867	821	2.017	1.036	683	3.522	39	13.882
21-40	565	1.326	3.827	3.038	1.145	3.279	1.512	948	4.210	45	19.895
41-60	1.584	3.702	9.387	6.977	2.832	8.783	3.516	2.301	10.225	134	49.441
61-80	6.022	11.138	29.685	21.466	8.305	26.278	9.849	5.770	29.305	298	148.116
81+	10.045	17.940	44.476	36.875	12.623	39.635	15.373	7.568	37.663	1.622	224.020
Gesamt	18.587	34.895	90.312	70.223	25.726	79.992	31.286	17.270	84.925	2.138	455.354

Tabelle 1 Öst. Pflegegeld Anspruchsberechtigte 2016 Männer und Frauen (10)

Mit dem Alter steigt auch die Anzahl der Pflegegeldempfängenden³. In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen beträgt der Anteil an Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern rund 7 Prozent. In der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen beziehen rund 30 Prozent der Frauen und 20 Prozent der Männer Pflegegeld. Bei den 85+-Jährigen beziehen 75 Prozent der Frauen und knapp 60 Prozent der Männer Pflegegeld (22).

³ Die Zahl der Pflegegeldberechtigten und -empfängenden unterscheidet sich etwas, da nicht jede Pflegegeldberechtigte Person dieses ansucht.

1.2.2 Pflegegeldbezug

Anspruch auf Pflegegeld in Österreich haben alle Menschen, die einen ständigen Betreuungs- und Hilfsbedarf wegen einer gesundheitlichen Einschränkung über sechs Monate haben. Weiters muss der Pflegebedarf monatlich mehr als 65 Stunden betragen und der gewöhnliche Aufenthalt in Österreich (in Ausnahmen auch in EWR-Staaten und der Schweiz) sein (23).

Die Höhe des Pflegegeldes wird mittels eines 7-Stufensystems bestimmt. Die Pflegestufen hängen vom Pflegebedarf in Stunden pro Monat und besonderen Kriterien ab. (23)

<i>Pflegebedarf in Stunden pro Monat</i>	<i>Stufe</i>	<i>Betrag in Euro monatlich</i>
Mehr als 65 Stunden	1	157,30
Mehr als 95 Stunden	2	290,00
Mehr als 120 Stunden	3	451,80
Mehr als 160 Stunden	4	677,60
Mehr als 180 Stunden, wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist, insbesondere weil: <ul style="list-style-type: none"> • die dauernde Bereitschaft, nicht jedoch die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson erforderlich ist <u>oder</u> • die regelmäßige Nachschau durch eine Pflegeperson in relativ kurzen, jedoch planbaren Zeitabständen erforderlich ist, davon zumindest eine einmalige Nachschau auch in den Nachtstunden <u>oder</u> • mehr als 5 Pflegeeinheiten, davon eine auch in den Nachtstunden erforderlich sind 	5	920,30
Mehr als 180 Stunden, wenn <ul style="list-style-type: none"> • zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen über 24 Stunden erforderlich sind <u>oder</u> • die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson über 24 Stunden erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist. 	6	1285,20
Mehr als 180 Stunden, wenn <ul style="list-style-type: none"> • keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind <u>oder</u> • ein gleichzuachtender Zustand vorliegt 	7	1688,90

Tabelle 2 Pflegestufen und Höhe des Pflegegeldes (ab 01.01.2016) (23)

Ob Anspruch auf das Pflegegeld besteht, wird nach Antragsstellung bei dem zuständigen Pensionsversicherungsträger mittels eines ärztlichen Gutachtens bestimmt. Bei dem Gutachten wird der Pflegebedarf u.a. durch Richt- und Mindestwerte festgelegt. Bei diesen Werten handelt es sich um Zeiteinheiten, die für bestimmte pflegerische Tätigkeiten wie tägliche Körperpflege, Zubereitung von Mahlzeiten, An- und Auskleiden, Mobilitätshilfe etc. verrechnet werden. Addiert man diese Zeiteinheiten, ergibt die Summe den Pflegeanspruch bzw. die Höhe der Pflegestufe. Es gibt auch diagnosebezogene Mindesteinstufungen, wie z.B. höhergradige Sehbehinderung oder Querschnittslähmung, die automatisch eine Zuweisung zu einer Pflegestufe nach sich zieht (23).

	<i>Stufe 1</i>	<i>Stufe 2</i>	<i>Stufe 3</i>	<i>Stufe 4</i>	<i>Stufe 5</i>	<i>Stufe 6</i>	<i>Stufe 7</i>	<i>Summe</i>	<i>%</i>
Frauen	77.723	70.058	51.662	41.411	33.198	11.927	5.949	291.928	64,0
Männer	40.939	40.801	29.929	24.084	16.298	7.967	3.408	163.426	36,0
Gesamt	118.662	110.859	81.591	65.495	49.496	19.894	9.357	455.954	100
%	26,1	24,3	17,9	14,4	10,9	4,4	2,1	100	

Tabelle 3 Absolute und relative Verteilung der Pflegestufen nach Geschlecht (10)

1.2.3 Arten der Pflege

Grundsätzlich wird zwischen professioneller und informeller Pflege unterschieden.

- Unter professioneller Pflege versteht man alle Pflegedienstleistungen, die von offiziellen, hauptsächlich nicht profitorientierten Anbietern wie Caritas Österreich, Diakonie Österreich, Volkshilfe oder dem Roten Kreuz Österreich kommen.
- Unter informeller Pflege versteht man Pflegedienstleistungen, die von Familie oder näheren Angehörigen erbracht werden.

Pflegegeldempfänger/-innen haben die Wahl, ihr Pflegegeld für professionelle, informelle oder beide Pflegearten auszugeben, wobei aus Kostengründen eine häufigere Bevorzugung der informellen Pflege beschrieben wird (24)

1.2.3.1 Professionelle Pflege

Es gibt verschiedene Arten der professionellen Pflegedienste in der österreichischen Pflegelandschaft. Man unterscheidet zwischen (25):

- Mobile und ambulante Betreuungs- und Pflegedienste
 - Pflege in der eigenen häuslichen Umgebung.
- Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste
 - Pflege im Alten- und Pflegeheim.
- Teilstationäre Tagesbetreuung
 - Einmal oder mehrmals pro Woche stattfindende ambulante Pflege in z.B. geriatrischen Tageszentren.
- Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen
 - Zur Entlastung von Angehörigen, welche zu Hause Pflege und Betreuungsarbeit leisten und vorübergehend abwesend sind, wird die betreute Person in einer stationären Einrichtung versorgt.
- Alternative Wohnformen
 - Eine Senioren-Wohngemeinschaft, die von ambulanten Diensten versorgt wird.
- Case Management
 - Individuelle Begleitung und Beratung von Klienten und Angehörigen, um angepasste Lösungen und Unterstützung für den Pflegefall zu finden.

Professionelle Betreuung und Pflege erfolgt überwiegend im eigenen zu Hause. So wurden im Jahr 2016 147.037 Personen (59%) durch mobile Dienste (z.B. Hauskrankenpflege, Haushaltshilfe) unterstützt. 74.710 Personen lebten in stationären Einrichtungen wie z.B. Pflegewohnhäusern, Altenwohnheimen und weitere 9.320 Menschen waren auf Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen untergebracht (gemeinsam 34 %). 11.856 lebten in alternativen Wohnformen (betreutes Wohnen, 5 %). 7.486 Personen (3 %) hatten eine teilstationäre Tagesbetreuung aufgesucht (26). Das Case- und Care-Management versorgte insgesamt 97.722 pflegebedürftige Personen bzw. deren Angehörige (27). Die Gesamtkosten für Pflege von professioneller Seite betragen 3,5 Mrd. Euro pro Jahr. Diese Kosten werden zum Teil von der Sozialhilfe (56%) und zum anderen Teil von den betreuten Personen und deren Angehörigen (39%) selbst aufgebracht (26).

1.2.3.2 Informelle Pflege

Nach dem österreichischen Pflegevorsorgebericht 2011 nehmen 53% der Pflegegeldempfänger/-innen informelle Pflege in Anspruch und beziehen in keiner Art professionelle Pflege (28). Schätzungen zufolge sollen rund 80% aller österreichischen Pflegearrangements informelle Pflegedienstleistungen beinhalten. Das heißt, dass auch ein größerer Teil der Personen, die professionelle Pflege erhalten, ebenfalls Unterstützung von privater Seite erhalten (29).

Betreut werden informell gepflegte Personen vor allem von engen Familienangehörigen wie Ehepartner/-in, Tochter oder Sohn, wobei der Großteil der Hauptbetreuungspersonen weiblich ist und das durchschnittliche Alter der betreuenden Personen bei 63 Jahren liegt (30). Vor allem pflegebedürftige Personen, die sich in den ersten drei Pflegestufen befinden, werden meistens von informeller Seite gepflegt.

Für die Hauptpflegeperson ist die informelle Pflege fordernd. So geben rund 70% der pflegenden Personen an, dass die Versorgung von pflegebedürftigen Personen eine Belastung für sie darstellt (24). Auch volkswirtschaftlich betrachtet ist der Wert informeller Pflege relativ hoch. Schätzungen zufolge soll der finanzielle Wert bei etwa 2-3 Mrd. Euro/Jahr betragen (31).

Zusammengefasst besitzt das österreichische Pflegegeldsystem mit dem „Cash-for-Care“-System ein anerkanntes Modell, um pflegebedürftigen Menschen zu helfen. Mit seiner derzeitigen Handhabung hat es Vor- und Nachteile. Seit dessen Einführung sind die Anzahl der Anspruchsberechtigten sowie die Kosten zunehmend gestiegen und 2012 gab es eine größere Reform des Systems. Die Höhe der finanziellen Zuwendung ist geregelt und ermöglicht den Pflegegeldempfängenden, die Betreuung nach ihren Vorstellungen zu wählen. Vorwiegend fällt die Wahl dabei wie schon oben angeführt auf die informelle Pflege.

2 Forschungsstand

2.1 QOL - Modelle

In diesem Kapitel werden zwei Modelle der QoL vorgestellt, die zum besseren Verständnis der im Folgenden präsentierten WHO-Definition von Lebensqualität beitragen sollen. Zum Schluss wird die Definition von Lebensqualität der WHO vorgestellt, mit der in dieser Diplomarbeit empirisch gearbeitet wird.

2.1.1 Definition von Lebensqualität

Eine klare Definition von Lebensqualität zu finden ist schwierig. Das liegt vermutlich daran, dass Lebensqualität ein in vielen Bereichen wie Sozialforschung, Psychologie, Medizin etc. verwendeter Begriff ist. Dementsprechend gibt es zahlreiche Definitionen (32). Das hat zur Folge, dass bei Messungen der Lebensqualität immer wieder eine klare Definition fehlt (33) oder der Begriff falsch verwendet wird (34).

Um solche Unklarheiten zu vermeiden, soll anhand zweier anerkannter Modelle die Definition von QoL erläutert werden. Darauffolgend wird die Definition von QoL der WHO vorgestellt.

In den folgenden Modellen wird QoL als ein Sammelbegriff für objektive und subjektive Faktoren verstanden, welche die subjektive Wahrnehmung der Lebensbedingungen eines Menschen beeinflussen. Subjektive und objektive Faktoren können miteinander interagieren, wodurch es zu nichtlinearen Veränderungen der QoL kommen kann.

2.1.2 QoL Modell nach Felce und Perry

Ein häufig zitiertes Modell der Lebensqualität stammt von Felce und Perry (35). Vereinfacht ausgedrückt stellt für die Autoren Lebensqualität ein generelles Wohlbefinden dar, welches aus den drei Elementen „objektive Lebensumstände“, „subjektives Wohlbefinden“ und „persönliche Werte und Ziele“ besteht. Alle drei Elemente stehen in einer dynamischen Interaktion zueinander und Änderungen in einem Element können Änderungen in den anderen Elementen nach sich ziehen. Weiters können externe Faktoren wie Verlust der Arbeit, Naturkatastrophen u.v.m. die Elemente individuell beeinflussen.

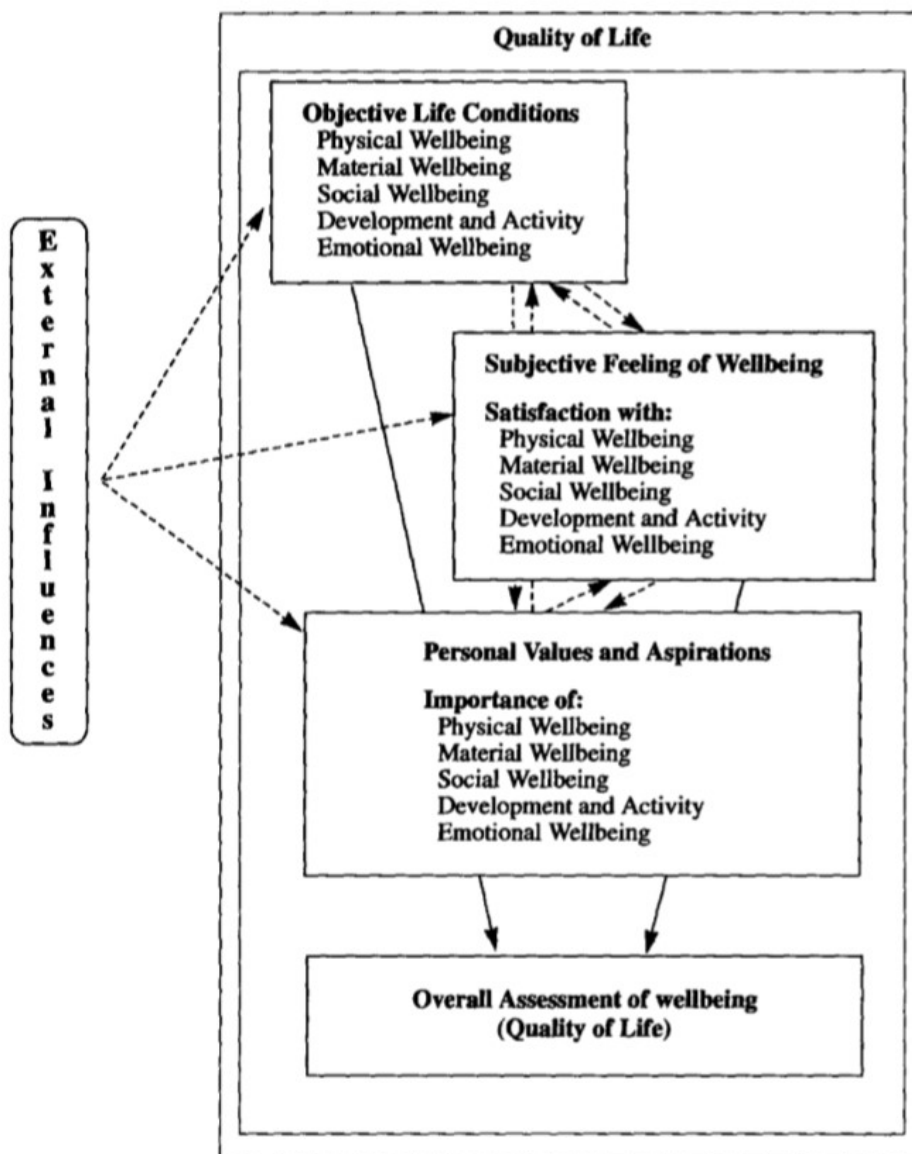


Abb. 2 Elemente des QoL Modell nach Felce und Perry (35)

2.1.3 Lawtons Modell der QoL von alten Menschen

Nach Lawton ist Lebensqualität: *“the multidimensional evaluation, by both intrapersonal and social-normative criteria, of the person-environment system of an individual in time past, current, and anticipated.”* Vereinfacht ist Lebensqualität das Zusammenspiel objektiver (objektive Umwelt und Verhaltenskompetenzen) und subjektiver Dimensionen (wahrgenommene Lebensqualität, psychologisches Wohlbefinden). Die objektive Dimension umfasst zum Beispiel die soziale und räumliche Umwelt sowie die körperliche Funktionsfähigkeit. Die subjektive Dimension stellt z.B. die emotionale Befindlichkeit sowie die individuelle Bewertung von verschiedenen Lebensbedingungen dar.

Aus der oben genannten Definition stammt sein Modell, das aus vier sich überlappenden Dimensionen besteht, die im Folgenden erläutert werden sollen (36).

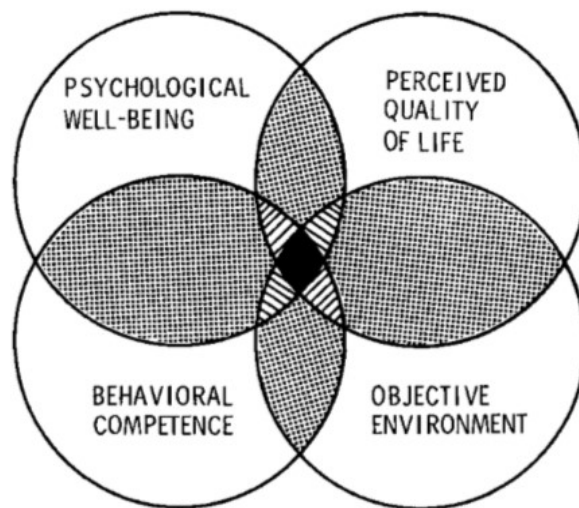


Abb. 3 Lawtons 4 überlappende Dimensionen der Lebensqualität (36)

- 1) Behavioral Competence (Verhaltenskompetenz) stellt die Funktionsfähigkeit in Bezug auf Gesundheit, Kognition, Sozialverhalten etc. dar und das Potential, sich neuen Umständen anzupassen.
- 2) Objective Environment (objektive Umwelt) stellt die Möglichkeiten und Restriktionen der näheren physischen und sozialen Umgebung dar und das Potential, diese zu verändern.
- 3) Perceived Quality of Life (subjektive Lebensqualität) beschreibt die subjektive Wahrnehmung der eigenen Lebensumstände in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft.

- 4) Psychological well-being (psychisches Wohlbefinden) beschreibt das psychische Wohlbefinden, die psychische Gesundheit und die Fähigkeit, mit positiven wie auch negativen Einflüssen umzugehen.

2.1.4 WHO-Definition von QoL

Im Folgenden wird die Definition von QoL der WHOQOL – einer Forschungsgruppe der WHO, die in der Lebensqualitätsforschung gut etabliert und weithin akzeptiert ist – vorgestellt (37). Die Definition lautet wie folgt (38):

„Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen. Die Lebensqualität wird beeinflusst durch die körperliche Gesundheit, den psychischen Zustand, den Grad der Unabhängigkeit, die sozialen Beziehungen sowie durch ökologische Umweltmerkmale.“

Bei Lebensqualität handelt es sich um eine subjektive Wahrnehmung, die vom körperlichen und psychischen Zustand sowie dem sozialen Umfeld, dem Grad der Unabhängigkeit und ökologischen Umweltmerkmalen beeinflusst wird. Es gibt also durchaus Parallelen zu den beiden bereits vorgestellten Modellen.

Überschneidungen gibt es bei den QoL-Modellen und -Definitionen in mehreren Punkten, wie bei der subjektiven Wahrnehmung, der körperlichen und seelischen Gesundheit und bei der Umweltkomponente. Anpassungsfähigkeit wird von Lawton beschrieben. Werte von Felce und Perry und der WHO. Insgesamt ist die Lebensqualität von mehreren Komponenten geprägt.

2.2 Determinanten der QoL von älteren Menschen und älteren pflegebedürftigen Menschen

In diesem Kapitel werden Determinanten der QoL von älteren Menschen und älteren pflegebedürftigen Menschen vorgestellt. Diese Determinanten wurden wissenschaftlich mittels Literaturrecherche in der Datenbank PubMed, mit fixen Ein- und Ausschlusskriterien ausgearbeitet (siehe Appendix). Es folgen nun zuerst die Determinanten der QoL von älteren Menschen, die einen ersten Überblick über das Thema: „*Determinanten von Lebensqualität unter älteren PflegegeldempfängerInnen (50+) in Österreich*“ geben sollen. Daraufhin folgen die Determinanten der QoL von älteren pflegebedürftigen Menschen. Da sich die Sozialsysteme einzelner Länder unterscheiden, wurde, um unter anderem eine bessere internationale Vergleichbarkeit zu erreichen, nach pflegebedürftigen älteren Menschen und nicht nach Pflegegeldempfängern/-innen gesucht. Weiters beziehen sich die folgenden Determinanten nicht nur auf Österreich, sondern sie stammen auch aus Studien, die sich auf einzelne oder mehrere EWR-Staaten und die Schweiz konzentrieren.

2.2.1 Determinanten der QoL im Alter

QoL im höheren Alter kann nicht auf eine einzelne Determinante reduziert werden. Vielmehr bestimmen mehrere interagierende Determinanten auf verschiedene Art und Weise die Lebensqualität dieser Population.

Die Determinanten selbst lassen sich in folgende Kategorien zusammenfassen:

1. Gesundheit
2. Psychisches Wohlbefinden
3. Soziales Umfeld
4. Umwelt und Umgebung
5. Finanzieller Status

1) Gesundheit

Gesundheit ist in allen inkludierten Studien eine Determinante der QoL von älteren Menschen (34,36,39-46). Vor allem werden gesundheitliche Beeinträchtigungen beschrieben, weil diese die QoL negativ beeinflussen können. Solche gesundheitlichen Beeinträchtigungen schränken alte Menschen in ihren Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)⁴ (36,39,43,44) und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL)⁵ ein (36). Zu den häufigsten gesundheitlichen Beeinträchtigungen alter Menschen zählen kardiovaskuläre und pulmonale Erkrankungen, Diabetes, Schlaganfall, Arthropathien, Demenz, Beeinträchtigungen der Sinnesorgane und des Stützapparates (45).

Nach Lawton und Bowling et al. ist auch die subjektive Wahrnehmung der Gesundheit und der persönliche Bezug zur eigenen Gesundheit von Bedeutung (36,39).

2) Psychisches Wohlbefinden

Das psychische Wohlbefinden ist ebenfalls eine Determinante der QoL im hohen Alter (34,36,39,40,43,46). Depression wird von mehreren Autoren als häufiger Faktor für das Sinken der QoL verantwortlich gemacht (36,43,46). Weiters spielen auch bestimmte Persönlichkeitszüge wie Optimismus und Pessimismus (39) und die Kongruenz von gewünschten und erreichten Zielen eine Rolle (36).

3) Soziales Umfeld

Eine weitere wichtige Determinante der QoL im höheren Alter ist das soziale Umfeld (34,36,39,40,42-46). Neben innerfamiliären Kontakten (Ehepartner, Kinder, Enkelkinder) sind außerfamiliäre Beziehungen zu Freunden und Nachbarn von Bedeutung (44,45). Weiters scheint auch die soziale Partizipation in Vereinen oder Ähnlichem einen positiven Einfluss auf die QoL im hohen Alter zu haben (45).

⁴ ADL (Aktivitäten des täglichen Lebens) beschreibt Kompetenzen wie Mobilität, selbständige Nahrungsaufnahme, selbständiges Waschen und Kontinenz.

⁵ IADL (Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens) beschreibt die Kompetenzen selbständig einzukaufen, zu telefonieren, Wäsche zu waschen, Medikamente selbst einzunehmen, selbständig zu kochen und selbständig Verkehrsmittel zu nutzen.

4) Umwelt und Umgebung

Umwelt und Umgebung sind Determinanten der QoL im hohen Alter (34,36,39-46). Vor allem drei Faktoren scheinen relevant: Sicherheit, Privatsphäre und Autonomie. So spielt eine sichere Nachbarschaft bzw. ein sicheres Stadtviertel eine wichtige Rolle für alte Menschen (34,39-41,44-46). Die eigene Unterkunft, im eigenen Haus oder in einem Altersheim, ist für die Privatsphäre und Identität ein Faktor (45). Die Autonomie wirkt sich besonders stark auf die QoL aus (39,41,44,45). Gute Infrastrukturen wie öffentliche Verkehrsmittel, adäquate Gesundheitsversorgung, Möglichkeiten zum Einkaufen u. Ä. sind wichtige Faktoren der Autonomie.

5) Finanzielle Ressourcen

Die finanziellen Ressourcen, die persönliche Wahrnehmung der finanziellen Lage sowie das Einkommen sind ebenfalls eine Determinante der QoL im hohen Alter (34,40,42-46).

2.2.2 Determinanten der QoL von älteren pflegebedürftigen Menschen

Nach den oben genannten Determinanten der QoL von älteren Menschen folgen nun die Determinanten der QoL von älteren pflegebedürftigen Menschen. Die Literaturrecherche hat gezeigt, dass das Gebiet kaum erforscht ist und dass sich nur wenige Autoren und Autorinnen mit diesem Thema in den EWR-Staaten und der Schweiz befasst haben⁶.

In der Literatur wird zwischen den Gruppen, die zu Hause und die in einem Altersheim gepflegt werden, unterschieden. Für Menschen, die zu Hause gepflegt werden, bestehen zur nicht pflegebedürftigen Population nur geringe Differenzen zwischen den Determinanten (47). Bei Menschen, die jedoch in einem Pflege- bzw. Altersheim wohnen, spielen die Pflege und Umwelt eine zentrale Rolle als Determinanten (48). Dennoch gibt es zwischen den beiden Gruppen auch viele Überschneidungen.

⁶ Abgesehen von der QoL demenziell erkrankter Menschen, welche jedoch nicht in dieser Studie inkludiert sind.

Die Determinanten lauten wie folgt:

1) Gesundheit

Die Gesundheit ist auch bei älteren Menschen, die Pflege benötigen, eine Determinante, die die QoL beeinflusst (47-54). Die häufigsten pflegerelevanten Hauptdiagnosen sind laut österreichischem Pflegevorsorgebericht (55): Demenz (30%), Erkrankungen der Knochen, Muskel, Sehnen und Gelenke (21%), Lähmungen (12%), Kardio-pulmonale Erkrankungen (11%), bösartige Neubildungen (7%).

Eine Gesundheitsverschlechterung (47,48,51) und eine höhere Anzahl an Komorbiditäten (54,56) senken die QoL. Die häufigsten Komorbiditäten dieser Population sind nach Hellström– gereiht nach Häufigkeit (53): (I) muskuloskelettale Beschwerden, (II) eingeschränkte Mobilität, (III) Sehbeschwerden, (IV) Hörbeschwerden u.v.m.

Eine sinkende Anzahl an bewältigbaren IADLs und ADLs haben ebenfalls eine negative Auswirkung auf die QoL (47,49-51,56,57)

2) Psychisches Wohlbefinden

Auch das psychische Wohlbefinden und psychische Erkrankungen beeinflussen die QoL älterer pflegebedürftiger Menschen (47,49-51,54,58,59). Sehr wichtig scheinen hier psychologische Ressourcen zu sein, die älteren pflegebedürftigen Menschen helfen mit ihrer neuen Lebenslage, wie einer gesundheitlichen Einschränkung oder dem Umzug in ein Altersheim, besser umzugehen. Coping und Anpassungsfähigkeit, Optimismus und positive Einstellung, das Gefühl, Kontrolle über die eigene Situation zu haben, und auch Akzeptanz der eigenen Situation haben alle einen positiven Einfluss auf die QoL (47,50,54,58,59). Coping und positive Einstellung können sogar die negativen Konsequenzen für die QoL von Erkrankungen aufheben (50,54).

Sorgen senken hingegen die QoL von älteren pflegebedürftigen Menschen (49,58). Psychiatrische Erkrankungen senken die QoL ebenfalls (50,51). Bestimmte Lebenserfahrungen, wie der akute Verlust einer nahe stehenden Person oder eine größere Veränderung der finanziellen Situation, beeinflussen ebenfalls die QoL (57).

3) Soziales Umfeld

Das soziale Umfeld hat auf die QoL ebenfalls einen Einfluss (47,50,51,56,58-60). Vor allem das Vorhandensein von sozialen Ressourcen wie Familie, Freunde und Nachbarn haben einen positiven Einfluss auf die QoL (47,51,58-60).

Ein großes soziales Netzwerk wird ebenfalls als positive Determinante genannt (56).

Negativen Einfluss auf die QoL haben Einsamkeit, Verwitwung und wenn allein gelebt wird (49,52,56).

Für Altersheimbewohner/-innen sind auch die Interaktion miteinander und mit der näheren Umgebung sowie Unterhaltungen mit dem Pflegepersonal von Relevanz für eine gute QoL (59,60).

4) Umwelt und Umgebung

Die Umwelt und die Umgebung sind Determinanten der QoL für pflegebedürftige ältere Menschen (47,48,50,59,60). Wenn die Umwelt und Umgebung Autonomie, Privatsphäre, Sicherheit und Individualität fördert, verbessert dies auch die QoL.

Für Menschen, die in ihrem eigenen zu Hause gepflegt werden, ist es vor allem wichtig, dass ihre Unterkunft altersgerecht gebaut ist (47). Die Nachbarschaft, die lokalen Infrastrukturen sowie die lokale Sicherheit beeinflussen ebenfalls die QoL (47,50).

Für Altersheimbewohner/-innen spielt die Umwelt und Umgebung eine zentrale Rolle. Die individuelle Gestaltung des Lebensraumes mit z.B. Bildern oder Möbeln sowie Einzelzimmer, um die Privatsphäre zu wahren, kann die QoL positiv beeinflussen (60). Eine gemütliche und heimelige Umgebung und Raum für soziale Aktivitäten fördert ebenfalls die QoL (59). Autonomieverbundene Eigenschaften des Heimes, wie eine individuelle Freizeitgestaltung oder Mitentscheidung der Bewohner/-innen bei Schlafenszeiten und Essenszeiten, haben ebenfalls einen positiven Einfluss auf die QoL (48).

5) Finanzielle Ressourcen

Finanzielle Ressourcen sind ebenfalls eine Determinante der QoL älterer pflegebedürftiger Menschen (47,57,58). Eine schlechte finanzielle Situation hat einen negativen Einfluss auf die QoL (49), während ein adäquater finanzieller Rahmen positiven Einfluss auf die QoL hat (50).

6) Pflege

Die Pflege ist eine bisher noch nicht erwähnte Determinante. Sie hat einen substantiellen Einfluss auf die QoL von älteren pflegebedürftigen Menschen (47,48,52,59-61). So kann zum Beispiel durch fehlerhafte gesundheitliche Pflege, wie Medikamentenverwechslung oder unsachgerechte Mobilisierung, die QoL negativ beeinflusst werden (48). Nach Piepers und Vaarama kann Pflege die QoL durch folgende Faktoren beeinflussen: funktionelle/gesundheitliche Unterstützung, emotionale Unterstützung, soziale Unterstützung und Unterstützung bei der Versorgung (57).

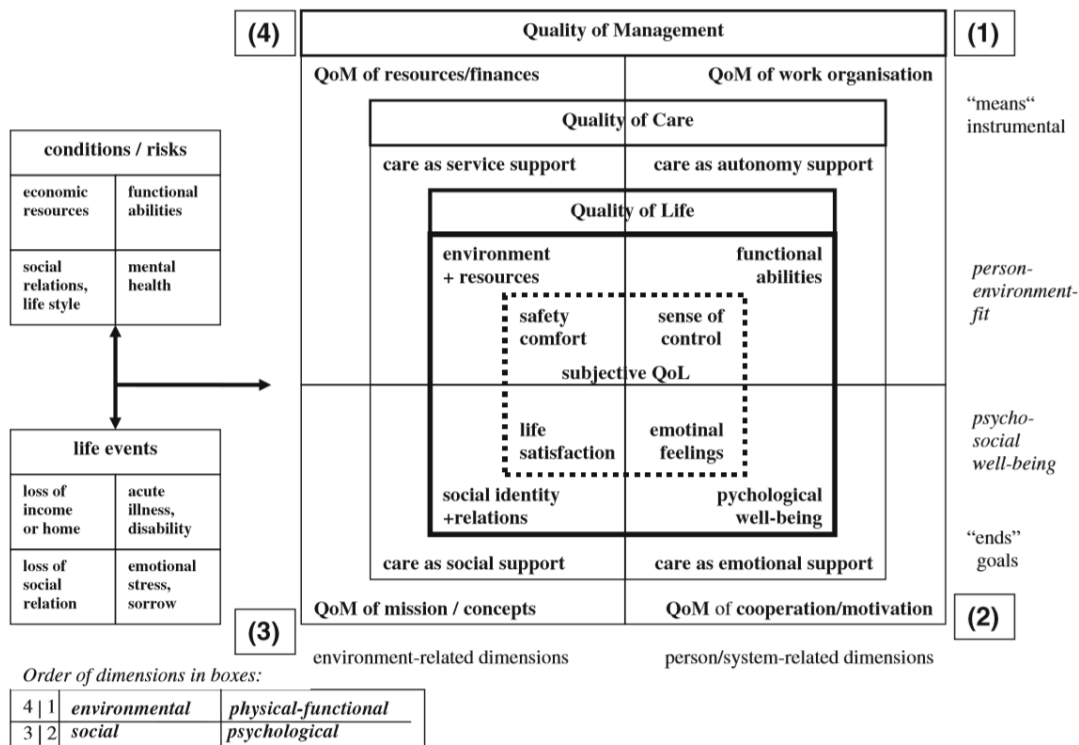


Abb. 4 Modell nach Pieper und Vaarama der QoL von älteren Menschen (57)

Gepflegte Personen hatten eine gute QoL, wenn sie adäquate Hilfe bei gesundheitlichen Beschwerden, Hygiene, Ernährung und Mobilität bekamen. Wenn die pflegende Person auf Wünsche einging und die zu pflegende Person verstand, hatte dies ebenfalls einen positiven Einfluss auf die QoL (47,48).

Einen positiven Einfluss auf die QoL hat ebenfalls die Wahrung der Intimsphäre bei Toilettengang und Körperpflege (62).

Sinngebende Aktivitäten und Freizeitaktivitäten, wie Familientreffen oder Konzertbesuche, haben einen positiven Einfluss auf die QoL, während Langeweile und Abwesenheit von sinngebenden Aktivitäten einen negativen Einfluss haben (59,60).

Steigt die Anzahl der pflegenden Person, hat das einen negativen Einfluss auf die QoL (52).

2.2.3 Moderationseffekt der Determinanten

Neben den oben genannten Determinanten soll an dieser Stelle auf Moderationseffekte, wo sich der Einfluss bestimmter Variablen auf Determinanten zeigt, eingegangen werden. Unter Moderationseffekt bzw. Moderatorvariable versteht man, dass eine Variable, wie zum Beispiel höheres Alter, den Effekt von Gesundheit auf die QoL beeinflussen kann. Insgesamt lassen sich drei Variablen, die Determinanten beeinflussen können, erkennen: Alter, Gender und kultureller Hintergrund.

Nach Vaarama moderiert zunehmendes Alter den Effekt von Gesundheit auf die QoL. So ist für 60- bis 64-Jährige die Gesundheit gleich wichtig wie andere Determinanten. Für 65- bis 80-Jährige spielt die Gesundheit jedoch eine sehr wichtige Rolle. Dies hängt wahrscheinlich mit den wachsenden gesundheitlichen Beschwerden, die mit dem Alter einhergehen, zusammen. Für 80+-jährige Personen spielt das psychische Wohlbefinden eine wichtigere Rolle als bei jüngeren Personen. Dies könnte eine mögliche Kompensation für die schlechter werdende Gesundheit sein (63).

Die Variable Gender moderiert zum Beispiel den Effekt des „Sozialen Umfeldes“ auf die QoL. So steigt bei Frauen die QoL stärker durch soziale Aktivitäten, während sie bei Männern mehr durch soziale Netzwerke steigt (64).

Beim kulturellen Hintergrund zeigen sich ebenfalls Differenzen zwischen einzelnen ethnischen Gruppen. So ist zum Beispiel für pakistanische und indische Migranten/-innen in England der Kontakt zur Familie und die Qualität des Nachbarschaftsviertels viel wichtiger im Bezug zu QoL als für die englische Gruppe ohne Migrationshintergrund (65).

In diesem Abschnitt wurden mehrere Determinanten älterer Menschen und älterer pflegebedürftiger Menschen vorgestellt. Zwischen den beiden Gruppen gab es bei den Determinanten viele Überschneidungen, aber auch Unterschiede.

Darüber hinaus haben einzelne Moderatorvariablen wie Alter, Gender und kultureller Hintergrund Einfluss auf den Effekt einiger Determinanten der Lebensqualität.

3 Zielsetzung

Wie oben bereits dargelegt steigt der Anteil älterer Menschen in Österreich. Damit zusammenhängend erhöht sich auch die Anzahl der chronischen Erkrankungen sowie die Anzahl der Pflegegeldempfänger/-innen. Dieser demographische Wandel stellt nicht nur für Österreich, sondern für die gesamte Europäische Union eine Herausforderung dar. So bezeichnet die Europäische Kommission diesen demographischen Wandel „...as the most pressing policy issue in the 21st century“ (66).

Trotz dieser großen Herausforderung ist das Feld der Lebensqualitätserforschung von älteren pflegebedürftigen Menschen in Österreich und anderen Teilen Europas untererforscht. So sind nur wenige europäische und keine österreichischen Forschungsarbeiten bekannt, die sich spezifisch mit der Lebensqualität bzw. deren Determinanten von älteren Pflegegeldempfänger/-innen beschäftigt.

Die Erfassung der QoL bzw. ihrer Determinanten ist wie oben erwähnt für Pflegebedürftige, deren Angehörige, Pflegedienstleister, medizinisches Personal sowie für politische Institutionen von Relevanz.

Um die QoL und Einflussfaktoren auf die QoL pflegebedürftiger älterer Menschen besser verstehen zu können, kann mit der Bestimmung von Determinanten mehr Klarheit geschaffen werden. Weiters kann die Bestimmung der Determinanten dabei unterstützen, spezifischere Messinstrumente der QoL älterer pflegebedürftiger Menschen zu entwickeln.

Um diese Forschungslücke zu schließen, sollen mit dieser Diplomarbeit Determinanten der Lebensqualität für ältere Pflegegeldempfänger/-innen (50+) in Österreich nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten untersucht werden,. Die primäre Fragestellung dieser Forschungsarbeit lautet wie folgt:

„Welche Determinanten beeinflussen die Lebensqualität älterer (50+) österreichischer Pflegegeldempfänger/-innen?“

Weiters soll festgestellt werden, wie hoch die Lebensqualität österreichischer Pflegegeldempfänger/-innen ist.

Abgrenzung

Diese Diplomarbeit befasst sich ausschließlich mit den Determinanten der QoL von in Österreich Pflegegeld empfangenden Menschen, die älter als 50 Lebensjahre sind.

Diese Diplomarbeit beschränkt sich auf die österreichischen Bundesländer. Pflegegeldempfänger, die im Ausland wohnhaft sind und auch dort Pflegegeld empfangen, sind nicht inkludiert.

Darüber hinaus sind auch pflegeempfangende ältere Menschen, die weniger als 65 Stunden pro Monat gepflegt werden, sowie auskunftsfähige ältere Personen, wie z.B. bei Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung, von dieser Diplomarbeit ausgeschlossen.

4 Methoden und Material

Für diese Diplomarbeit wurde ein bereits vorhandener Datensatz einer vorausgegangenen Studie verwendet. Dieser wurde vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz beim Institut für empirische Sozialforschung (IFES, Wien)⁷ in Auftrag gegeben. Ziel war es, die Einstellung älterer Pflegegeldempfänger/-innen (50+) zu assistiertem Suizid und Sterbehilfe herauszufinden und eventuelle Determinanten wie z.B. das soziodemographische Verteilungsmuster, die Lebensqualität oder den Gesundheitszustand zu bestimmen. Auf Basis dieses Datensatzes ist es möglich, die QoL von älteren (50+) pflegebedürftigen Menschen zu erheben sowie deren Determinanten mittels multipler linearer Regression zu analysieren.

4.1 Datenerhebung

Da es für wissenschaftliche Zwecke keinen Zugang zum Bevölkerungsregister und anderen Datenbanken, welche Informationen über den Pflegestatus einzelner Personen besitzen, gegeben hat, wurde vom IFES eine Screening-Frage gestellt („Darf ich Sie fragen: Gibt es in Ihrem Haushalt jemanden, der in einer Pflegestufe ist?“), um Pflegegeldempfänger/-innen zu identifizieren. Diese Screening-Frage wurde in persönlichen Interviews (n=8420), welche im Rahmen verschiedener Umfragen geführt wurden, gestellt. Die Teilnehmer/-innen dieser Umfragen wurden durch ein mehrstufiges Zufallsauswahlverfahren aus der Allgemeinbevölkerung ausgewählt. Mittels der Screening-Frage konnten 588 ältere (50+) pflegegeldempfangende Personen ermittelt werden. Davon gaben 501 (85,2%) ihre mündliche Einwilligung an der Studie teilzunehmen. Von Juni bis September 2016 folgten computerassistierte, persönliche Interviews (CAPI) mit den Teilnehmenden. Diese wurden über das Thema der Studie sowie über ihre Anonymität und ihr Recht, die Studie zu jedem Zeitpunkt zu beenden, aufgeklärt. Acht persönliche Interviews wurden abgebrochen, sodass insgesamt 493 Interviews vorliegen.

⁷ IFES ist Mitglied der *World Association of Opinion and Marketing Research Professionals* (ESOMAR) und ist an den Verhaltenskodex sowie die Qualitätsstandards der Organisation gebunden.

4.2 Bestimmung der Lebensqualität

Die Variable QoL wurde anhand eines komprimierten WHO-QoL-OLD Fragebogens bestimmt. Normalerweise beinhaltet das WHO-QoL-OLD Fragebogeninstrument 24 Fragen, die auf sechs Kategorien aufgeteilt sind. Analysen von Fang & Power et al. (2011) zeigten, dass drei Versionen eines WHO-QoL-OLD mit fast gleicher Reliabilität und jeweils nur einer Frage pro Kategorie als Kurzform möglich sind (Korrelationskoeffizienten WHO-QoL-OLD und jeweilige Kurzform $V1 = 0,918$, $V2 = 0,925$ und $V3 = 0,922$) (67).

In dieser Diplomarbeit wird die Version 1 verwendet, (Korrelationskoeffizient $V1 = 0.918$), welche die folgenden sechs Fragen beinhaltet:

1. „*Ich mache mir Sorgen, wie ich einmal sterben werde*“ (OLD_6; Kategorie: Death and Dying) mit Antwortmöglichkeiten von „überhaupt nicht“ (1) bis „sehr“ (5)
2. „*In welchem Umfang sind Sie in der Lage, die Dinge zu tun, die Sie gerne tun wollen?*“ (OLD_11; Kategorie: Autonomy) mit Antwortmöglichkeiten von „überhaupt nicht“ (1) bis „völlig“ (5)
3. „*Inwieweit sind Sie mit Ihren Möglichkeiten zufrieden, weiterhin im Leben etwas zu erreichen?*“ (OLD_12; Kategorie: Past, present and future activities) mit Antwortmöglichkeiten von „überhaupt nicht“ (1) bis „sehr“ (5).
4. „*Wie zufrieden sind Sie mit der Art und Weise, wie Sie Ihre Zeit nutzen?*“ (OLD_16; Kategorie: Social participation) mit Antwortmöglichkeiten von „überhaupt nicht“ (1) bis „sehr“ (5).
5. „*Wie beurteilen Sie Ihre Sinnesfunktionen, also Hören, Sehen, Schmecken, Riechen, Tasten?*“ (OLD_20; Kategorie: Sensory abilities) mit Antwortmöglichkeiten von „sehr schlecht“ (1) bis „sehr gut“ (5).
6. „*Ich erfahre in meinem Leben ein Gefühl von Gemeinschaft*“ (OLD_21; Kategorie: Intimacy) mit Antwortmöglichkeiten von „überhaupt nicht“ (1) bis „sehr“ (5).

Addiert man die Punkte der sechs Fragen zusammen, ergibt sich ein Minimum von 6 Punkten (sehr niedrige QoL) und ein Maximum von 30 Punkten (sehr hohe QoL) ($\alpha = 0,59$). Die Punktevergabe von „*Ich mache mir Sorgen, wie ich einmal sterben werde*“ (OLD_6; Kategorie: Death and Dying) wurde umgepolt.

4.3 Einflussvariablen

Nach ausführlicher wissenschaftlicher Literaturrecherche der Datenbank PubMed konnten nach Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien⁸ 14 Artikel ermittelt werden, welche von den Determinanten der Lebensqualität älterer pflegebedürftiger Menschen handelten. Anschließend wurden die zu den Determinanten passenden Fragen aus dem Fragebogen ausgewählt, um diese darauffolgend in einer multiplen linearen Regression zu testen.

Folgende Fragen wurden gewählt:

Gesundheitszustand

Zwei Variablen wurden inkludiert.

- 1) Der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand (SRH) wurde mit der Frage: „Wie beurteilen Sie Ihren Gesundheitszustand?“ erhoben. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „sehr gut“ (1) bis „sehr schlecht“ (5).
- 2) Funktionelle Kompetenzen bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) wurden mittels Fragen von Problemen beim „Essen oder Trinken“, „Sich-Erheben oder sich Sich-Niederzulassen auf einem Bett oder Sessel“, „An- und Ausziehen“, bei der „Toilettenbenutzung“ und beim „Baden oder Duschen“ bestimmt. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „keine Schwierigkeiten“ (1) bis „bin nicht dazu in der Lage“ (4).

Soziales Umfeld

Zwei Variablen wurden inkludiert.

- 1) Alleine leben wurde mittels der Frage „Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?“ bestimmt. Antwortmöglichkeiten reichten von „nur befragte Person“ bis „vier oder mehr Personen“, wobei letztendlich nur zwischen alleinlebenden und nicht alleinlebenden Personen unterschieden wurde.
- 2) Das Gefühl mangelnder sozialer Zugehörigkeit wurde mittels einer Subskala des *Interpersonal Needs Questionnaire Form* (INQ-10) erfragt (68). Zu folgenden fünf Aussagen wurden Teilnehmer/-innen gebeten eine Antwort zu geben: „Zurzeit habe ich das Glück, viele fürsorgliche und unterstützende Freunde zu haben.“, „Zurzeit

⁸ Diese befinden sich im Appendix

fühle ich mich, als würde ich dazugehören.“, „Zurzeit bin ich anderen Menschen nahe.“, „Zurzeit fühle ich mich abgeschnitten von anderen Menschen.“ und „Zurzeit fühle ich mich bei sozialen Zusammenkünften oft wie ein Außenseiter.“ Antwortmöglichkeiten reichten von „trifft überhaupt nicht auf mich zu“ (1) bis „trifft voll und ganz auf mich zu“ (7). Eine Skala von 5 (Teil einer wertschätzenden Gruppe zu sein) bis 35 (kein Teil einer wertschätzenden Gruppe zu sein).

Umwelt und Umgebung

Eine Variable wurde inkludiert.

- 1) Die Gemeindegröße wurde an Hand von folgenden vier Kategorien erfragt: Ländlich (Gemeinde hat <5000 Einwohner/-innen), Kleinstadt (Gemeinde hat 5001 – 50.000 Einwohner/-innen), Großstadt (Gemeinde hat 50.001 – 300.000 Einwohner/-innen), Wien (über 300.000 Einwohner/-innen)

Finanzielle Ressourcen

Eine Variable wurde inkludiert.

- 1) Die finanziellen Ressourcen wurden durch die Frage „Wie hoch ist circa das gesamte Netto-Haushaltseinkommen – ohne Pflegegeld?“ erfragt. Antwortmöglichkeiten reichten von „bis 1.000 Euro“ (1) bis „über 3.000 Euro“ (5), sowie „weiß nicht“ (6).

Pflege

Zwei Variablen wurden inkludiert.

- 1) Die Pflegestufe der teilnehmenden Person: Stufe 1 (1) bis Stufe 7 (7).
- 2) Arten der Pflegedienstleistung, wobei zwischen „nur informelle Pflege“ (1), „nur professionelle Pflege“ (2) und „beides“ (3) unterschieden wurde. Teilnehmer/-innen wurden gefragt, von wem sie Hilfe für die kurz davor gefragten ADLs bekommen. Antwortmöglichkeiten für informelle Pflege waren: „Partner/Partnerin“, „Tochter“, „Schwiegertochter“, „Sohn“, „Schwiegersohn“, „Enkelkinder“, „Nachbarn/Freunde/Bekannte“. Für die professionelle Pflege lauteten die Antwortmöglichkeiten: „24-Stunden Pflege“ und „mobile Hauskrankenpflege“.

Des Weiteren wurden noch soziodemographische Charakteristika wie „Alter“, „Geschlecht“ und „Bildungsniveau“ in die Analyse mit einbezogen.

4.4 Analyse

Einzelne Variablen hatten nicht vernachlässigbare fehlende Werte (>1%): WHO-QoL-OLD (8,3%), mangelnde soziale Zugehörigkeit (10,1%), Nettoeinkommen (19,1%) und Pflegedienstleistungstyp (6,4%).

Es wurden nur Teilnehmende in die Analyse inkludiert, welche bei der abhängigen Variablen WHO-QoL-OLD keine fehlenden Werte hatten (n = 452). Die fehlenden Werte bei Nettoeinkommen und Pflegedienstleistungstyp wurden als eigenständige Kategorie in der Regression analysiert.

Die statistische Datenauswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0.* (Armonk, NY: IBM Corp.).

Zuerst wurden die deskriptiven Daten der einzelnen Variablen mittels relativer oder absoluter Häufigkeit sowie Mittelwert, Median und Standardabweichung festgestellt. Fehlende Werte wurden mittels Chi-Quadrat Verteilungstests analysiert und mit den Mittelwerten der Determinanten verglichen.

Anschließend wurde an Hand von einfacher und multipler linearer Regressionsanalyse der Zusammenhang der einzelnen mit der QoL von älteren (50+) Pflegegeldempfänger/-innen ermittelt.

Auf Grund der nominalen und ordinalen Skalierung einzelner Variablen wurden diese Dummy codiert. Weiters wurde der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand (SRH) zu „schlechter selbsteingeschätzter Gesundheitszustand“ und „guter selbsteingeschätzter Gesundheitszustand“ umcodiert. Die Pflegestufen wurden zu „Pflegestufe 1 & 2“, „Pflegestufe 3 & 4“ und „Pflegestufe 5, 6 & 7“ umcodiert.

5 Resultate

5.1 Stichprobenmerkmale

Von den 493 teilnehmenden Personen waren 58,2% Frauen. Der Altersdurchschnitt lag bei 74,2 Jahren (SD = 11,0). 22,9% lebten in ländlichen Regionen oder Dörfern, 18,7% lebten in Kleinstädten, 14,4% lebten in Großstädten und 44,0% lebten in Wien. 28,6% der Teilnehmenden lebten allein, wobei Frauen eher alleine lebten (36,2%) als Männer (18%) ($\chi^2(1, N = 493) = 19,6; p = 0,001$). Der Großteil der Teilnehmenden befindet sich in einer der ersten drei Pflegestufen (Stufe 1 = 33,3%, Stufe 2 = 34,9%, Stufe 3 = 18,7%). 45,0% erhalten nur informelle Pflege und 34,3% erhalten informelle und professionelle Pflege. Genauere Details zu den einzelnen Variablen der Stichprobe finden sich in Tabelle 4 wieder.

5.2 Item non-response

Es gab mehrere signifikante Zusammenhänge bei nicht angegebenen Werten der WHO-QoL-OLD. So fehlten bei 15,9% der Teilnehmenden, die in ländlichen Gemeinden (<5000 EW) wohnten, gültige Antworten, bei Teilnehmenden, die aus Wien stammten, jedoch nur 2,6% ($\chi^2(3, N = 493) = 20,2; p < 0,001$).

Weiters gaben ältere Teilnehmende (80+) ebenfalls seltener gültige Antworten (13,6%) zum WHO-QoL-OLD, als zum Beispiel die jüngste Gruppe (50-64 Lj.) (8,8%) ($\chi^2(2, N = 493) = 11,9; p = 0,003$).

Auch bei der Auswertung der Antworten unter Berücksichtigung des Bildungsstands gab es Unterschiede. Bei Teilnehmenden, die nur die Pflichtschule abgeschlossen hatten, gab es 15,2% item non-response, bei Teilnehmenden mit höherem Bildungsabschluss wie Hochschule/Universität nur 8,0% ($\chi^2(2, N = 493) = 12,8; p = 0,002$). Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch für die selbsteingeschätzte Gesundheit (SRH) ($\chi^2(1, N = 490) = 4,7; p = 0,030$) und den ADLs ($\chi^2(14, N = 491) = 38,4; p < 0,001$).

Auch bei den unabhängigen Variablen wurden vermehrt bei Personen aus ländlichen Gemeinden und Kleinstädten (mit z.B. Pflgetyp) ($\chi^2(3, N = 493) = 26,9; p < 0,001$) und bei Teilnehmenden mit niedrigerem Bildungsstands (mit z.B. Nettoeinkommen) ($\chi^2(2, N = 493) = 17,3; p < 0,001$) fehlende Werte beobachtet.

Variable	n	%	n	Mittelwert	SD
Geschlecht					
männlich	206	41,8			
weiblich	287	58,2			
Alter in Jahren			493	74,2	11,0
Abgeschlossene Schulbildung					
niedrig	405	82,1			
hoch	88	17,9			
WHO-QoL-OLD			452	19,3	3,7
fehlend			41 (8,32%)		
Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand (SRH)			490	2,9	0,8
Sehr gut/gut/normal SRH	379	77,9			
Schlechter/sehr schlechter SRH	111	22,5			
fehlend	3	0,6			
ADLs			491	9,2	3,0
fehlend			2 (0,41%)		
Depressiver Affekt			489	5,6	1,8
fehlend			4 (0,81%)		
Lebt allein zu Hause					
nein	352	71,4			
ja	141	28,6			
Mangelnde soziale Zugehörigkeit			443	16,6	6,9
fehlend			50 (10,14%)		
Wohnort					
Ländlich <5.000 EW	113	22,9			
Kleinstadt 5.001-50.000 EW	92	18,7			
Großstadt 50.001-300.000 EW	71	14,4			
Wien > 300.000 EW	217	44,0			
Nettoeinkommen					
bis 1.000 €	75	15,2			
bis 1.500 €	94	19,1			
bis 2.000 €	65	13,2			
bis 3.000 €	87	17,6			
über 3.000 €	78	15,8			
fehlend	94	19,1			
Pflegestufe					
Stufe 1	164	33,3			
Stufe 2	172	34,9			
Stufe 3	92	18,7			
Stufe 4	35	7,1			
Stufe 5	17	3,6			
Stufe 6	8	1,6			
Stufe 7	5	1,0			

n - Anzahl, SD – Standardabweichung

Tabelle 4 Stichprobenmerkmale

Variable	<i>n</i>	%	<i>n</i>	Mittelwert	SD
Monate in Pflegestufe			493	23,4	31,6
Pflegeyp					
keine Pflege	34	6,9			
nur informell	225	45,0			
nur professionell	34	6,9			
beides	169	34,3			
fehlend	31	6,3			

n - Anzahl, SD - Standardabweichung

Forts. Tabelle 4 Stichprobenmerkmale

5.3 Deskriptive Analyse

Im Durchschnitt betrug die QoL 19,3 (SD = 3,7). In der bivariaten Analyse hatten Frauen (19,6; SD = 3,7) und alleinlebende Teilnehmende (20,6; SD = 4,1) im Durchschnitt eine signifikant höhere QoL als Männer (18,9; SD = 3,6; $r(452) = 0,10, p = 0,041$) bzw. als nicht alleinlebende Teilnehmer/-innen (18,8; SD = 3,4; $r(452) = 0,22, p < 0,001$).

Teilnehmende, welche ihre Gesundheit als schlecht einstufen, hatten eine signifikant niedrigere QoL (17,7; SD = 3,7) als Teilnehmende, welche ihre Gesundheit als gut einstufen (19,7; SD = 3,2) ($r(452) = -0,22, p < 0,001$).

In der Korrelation zwischen Personen mit einem ADL-Wert ≥ 11 (von maximal 20 Punkten; höher ist schlechter) und einem guten bzw. mittelmäßig selbsteingeschätzten Gesundheitszustand (QoL = 17,6; SD = 3,3) und Personen mit einem schlechten/sehr schlechten selbsteingeschätzten Gesundheitszustand (QoL = 17,3; SD = 3,1) zeigte sich bei der QoL-Höhe allerdings keine Signifikanz ($r(121) = -0,07, p = 0,450$). Bei Personen mit einem ADL Wert ≤ 10 hatte der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand jedoch Einfluss auf die QoL (SRH sehr gut/gut/mittelmäßig = 20,2; SD = 3,6; SRH schlecht/sehr schlecht = 18,4; SD = 3,2; $r(331) = -0,153, p = 0,005$).

Des Weiteren korrelierten die ADLs ($r(451) = -0,38, p < 0,001$) sowie mangelnde soziale Zugehörigkeit ($r(429) = -0,50, p < 0,001$) mit der QoL, wobei Männer eher als Frauen das Gefühl mangelnder sozialer Zugehörigkeit hatten ($\sigma = 18,0; \rho = 16,2; r(429) = -0,129, p = 0,008$).

Auch die Gemeindegröße hatte einen annähernd statistisch signifikanten negativen Zusammenhang mit der QoL ($r(452) = -0,09$, $p = 0,057$). Im Durchschnitt hatten Teilnehmer/-innen aus Großstädten (50.001-300.000 EW) die höchste QoL (21,2; SD = 4,5) der vier Wohnortseinstufungen und Teilnehmer/-innen aus Wien die niedrigste QoL (18,6; SD = 3,2).

5.4 Multiple lineare Regression

Um den Einfluss der einzelnen unabhängigen Variablen auf die abhängige Variable QoL zu bestimmen, wurde eine multiple lineare Regression durchgeführt. Die Ergebnisse der multiplen linearen Regressionsanalyse befinden sich in Tabelle 5.

Nicht alle in der Literatur gefundenen und in dieser Diplomarbeit analysierten Variablen zeigten signifikante Ergebnisse. Der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand (SRH), die Anzahl der Activities of Daily Living (ADLs), allein zu leben oder nicht, das Gefühl mangelnder sozialer Zugehörigkeit, in einer Großstadt zu leben (50.001-300.000 EW) und ein monatliches Nettoeinkommen über 3000€ zeigten jeweils signifikante ($p < 0,05$) Zusammenhänge mit der Lebensqualität.

Die Pflegestufe, die Art der Pflege, das Geschlecht sowie das Alter hatten keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität. Im Gesamtmodell betrug das Bestimmtheitsmaß $R^2 = 0,391$ ($N = 452$; $p = 0,001$).

Unabhängige Variable	B (SE)	Beta	p-Wert
Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand schlecht/sehr schlecht (ref. = sehr gut/gut/normal)	-1,37 (0,40)	-0,15	0,001
ADLs	-0,27 (0,06)	-0,20	0,001
Lebt allein (ref. = lebt nicht allein)	1,04 (0,42)	0,13	0,012
Mangelnde soziale Zugehörigkeit	-0,24 (0,02)	-0,44	0,001
Wohnort (ref. = Wien)			
Ländlich < 5.000 EW	-0,11 (0,43)	-0,01	0,792
Kleinstadt 5.001 - 50.000 EW	0,14 (0,43)	0,01	0,754
Großstadt 50.001 – 300.000 EW	0,99 (0,48)	0,10	0,040
Nettoeinkommen ohne Pflegegeld (ref. = bis 1.000 €)			
Bis 1.500 €	-0,89 (0,50)	-0,10	0,079
Bis 2.000 €	0,03 (0,56)	0,00	0,958
Bis 3.000 €	0,56 (0,58)	0,06	0,333
Über 3.000€	1,23 (0,59)	0,12	0,039
Keine Angabe	0,53 (0,54)	0,05	0,329
Pflegestufe (ref. = Pflegestufe 1 & 2)			
Pflegestufe 3 & 4	-0,52 (0,36)	-0,06	0,148
Pflegestufe 5, 6, 7	0,74 (0,73)	0,04	0,308
Pflegedienstleistungsart (ref. = nur informelle Pflege)			
Keine Pflege	0,22 (0,59)	0,02	0,715
Nur professionelle Pflege	-0,31 (0,63)	-0,02	0,620
Inform. & prof. Pflege	-0,45 (0,34)	-0,06	0,189
Keine Angabe	0,23 (0,63)	0,02	0,713
Alter	0,02 (0,02)	0,07	0,130
Geschlecht (ref. = Männer)	0,13(0,30)	0,02	0,655

Anzahl	Korrigiertes R ²	F	df	Signifikanz
452	0,391	14,410	20	0,001

Signifikante p-Werte ($p < 0,05$) sind hervorgehoben; SE - Standard Error; df – degrees of freedom;

Tabelle 5 Multiple Lineare Regression

6 Diskussion

Mit dieser Diplomarbeit wurden erstmals die Determinanten der QoL von älteren (50+) pflegebedürftigen Österreichern/-innen bestimmt. Insgesamt nahmen 493 Personen, welche auf verschiedene Arten gepflegt wurden und aus unterschiedlichen Regionen Österreichs stammten, teil. Für die statistische Datenauswertung wurde ein bereits vorhandener Datensatz einer vorausgegangenen Studie des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz verwendet.

Das Geschlecht zeigte in der multiplen linearen Regression keinen signifikanten Einfluss auf die QoL. Dies bestätigten auch andere Studien (z.B. (50,53,56)). Im Vergleich dazu war die Lebensqualität von pflegebedürftigen Frauen in der bivariaten Analyse signifikant höher als die QoL von pflegebedürftigen Männern. Ein ähnliches Ergebnis ergab eine tschechische Studie (54). Als Grund für die höhere QoL von Frauen wird eine bessere soziale Eingebundenheit genannt. Übereinstimmendes findet man auch in dieser Studie. Männer hatten eher das Gefühl mangelnder sozialer Zugehörigkeit als Frauen.

In der multiplen linearen Regression zeigten folgende Determinanten einen statistisch signifikanten Zusammenhang mit der QoL: (a) ADLs, (b) selbsteingeschätzter Gesundheitszustand, (c) alleine leben, (d) mangelnde soziale Zugehörigkeit, (e) der Wohnort und (f) monatliches Nettoeinkommen.

Der signifikante Einfluss von ADLs auf die QoL erwies sich auch in anderen Studien (z.B.: (46,48,56)). In einer britischen Studie zeigte sich, dass jede zusätzliche Erschwernis bei der Ausführung von ADLs einen negativen Einfluss auf die QoL hat (46). Vergleichbares fand sich auch in dieser Studie, wo mit jedem zusätzlichen Punkt im ADL Gesamtscore die QoL sank. Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass ab einem bestimmten Grad an funktioneller Einschränkung (ADLs) die Bewältigung des Alltags nur noch eingeschränkt möglich ist. Wurden statt der ADLs medizinische Symptome wie z.B.: muskuloskelettale Schmerzen, Ermüdung, Immobilität, Sehstörungen und Anzahl der Komorbiditäten herangezogen, welche ebenfalls einen Zusammenhang mit funktionellen Einschränkungen (ADL) haben können, zeigte sich ebenfalls ein ausschlaggebender Einfluss auf die QoL (52,69).

Der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand hatte ebenfalls signifikanten Einfluss auf die QoL. An der Studie teilnehmende Personen hatten eine höhere QoL, wenn sie ihren subjektiven Gesundheitszustand als mittelmäßig, gut bzw. sehr gut einschätzten. Vergleichbares zeigte sich auch in einer britischen Studie, wo die selbsteingeschätzte Gesundheit ebenfalls die QoL beeinflusste (50). Dies würde auch zu dem von Albrecht vorgestellten „Disability Paradoxon“ passen (70). Dieses sagt aus, dass Menschen trotz beeinträchtigenden Erkrankungen eine hohe QoL haben können, indem sie sich mittels Copingstrategien an die Krankheit anpassen und durch die Erkrankung neuen Lebenssinn finden. Dies scheint jedoch nur bis zu einem gewissen Grad an funktioneller Einschränkung (ADLs) übereinzustimmen. So zeigte der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand keinen signifikanten Zusammenhang mehr mit QoL, wenn Studienteilnehmer/-innen einen ADL Score ≥ 11 hatten. Trotz umfangreicher Recherchen wurden keine Studien mit vergleichbaren Analysen gefunden.

Studienteilnehmer/-innen, die allein lebten, hatten überraschenderweise eine höhere QoL als Studienteilnehmer/-innen, die mit jemanden zusammenwohnten. Vergleichbares fand sich auch in einer schwedischen und einer englischen Studie (69,71), allerdings handelte es sich dabei um eine Abweichung, da in den meisten Studien die QoL niedriger war, wenn ältere pflegebedürftige Menschen allein lebten (z.B.: (52,53,72). Als mögliche Ursache für dieses Ergebnis könnte jedoch die Fähigkeit, noch problemlos allein zu Hause zurechtzukommen, in Frage kommen. So hatten in Hellströms Studie alleinlebende ältere pflegebedürftige Menschen eine höhere QoL, wenn sie ohne ständige Unterstützung im Haushalt zurechtkamen (69). In einer anderen Studie hatten ältere Menschen in Altersheimen eine niedrigere QoL als allein lebende ältere Menschen, was eventuell mit mangelnder Privatsphäre zusammenhängen könnte (62,73). Um jedoch konkretere Ursachen für dieses Ergebnis nennen zu können, bedarf es weiterführender Forschung.

Mangelnde soziale Zugehörigkeit zeigte ebenfalls einen Zusammenhang mit der QoL. Ähnliches zeigte sich auch in den meisten Studien, die sich ebenfalls mit der QoL von älteren pflegebedürftigen Menschen befassten (z.B.: (50,56,74). Sie hatten alle gemeinsam, dass bei einem Rückgang der sozialen Kontakte bzw. bei einem kleinen sozialen Netzwerk die Höhe der QoL sank oder bei einer höheren Dichte an sozialen Kontakten und einem größeren sozialen Netzwerk die QoL stieg. So war z.B. in Bowlings Studie die Wahrscheinlichkeit,

dass Teilnehmer/-innen eine gute/sehr gute QoL hatten ungefähr fünf Mal höher, wenn diese öfter soziale Aktivitäten verfolgten (50). Zu den wichtigsten sozialen Kontakten von älteren pflegebedürftigen Menschen zählen Familie und Freunde (46).

Als eine Ursache, warum die soziale Zugehörigkeit eine so wichtige Determinante der QoL war, könnte die Rolle der informellen Pflege in Frage kommen. Ältere pflegebedürftige Menschen wurden in dieser Studie zu großen Teilen von informeller Seite gepflegt (~80%; dies entspricht auch dem österreichischen Schnitt (29)). Bei der Ausführung von informeller Pflege spielt das soziale Umfeld eine tragende Rolle (30,53). Somit könnte eine mangelnde soziale Zugehörigkeit auf eine ungenügende Unterstützung im Alltag hinweisen, was wiederum die QoL beeinflusst.

Als weitere Ursache könnte die große Bedeutung sozialer Kontakte für die QoL in Frage kommen. Eine niederländische qualitative Studie zeigte, dass für ältere Menschen mit einem Frailty-Syndrom die Anzahl sozialer Kontakte den größten Einfluss auf ihre QoL hatte und diese als notwendig beschrieben wurden (75).

Weiters haben soziale Bindungen Einfluss auf die funktionelle Gesundheit und die kognitiven Fähigkeiten. So haben ältere Menschen eine höhere Wahrscheinlichkeit eine funktionelle bzw. kognitive gesundheitliche Einschränkung zu bekommen, wenn sie schwache soziale Verbindungen haben (76,77). Wie bereits oben erwähnt, kann sich ein schlechter Gesundheitszustand negativ auf die QoL auswirken.

In Bezug auf den Wohnort zeigte sich ein statisch signifikanter Einfluss hinsichtlich der QoL von älteren pflegebedürftigen Österreichern/-innen, jedoch nur zwischen jenen, die in einer Großstadt (50.000 -300.000 EW), und jenen, die in Wien wohnten. Dies scheint die erste Studie mit solch einem Ergebnis zu sein. In einer schwedischen Studie konnte gezeigt werden, dass städtisches Wohnen einen negativen Einfluss auf die QoL hatte (56). Der Wohnort Wien hatte bemerkenswerterweise – ist Wien doch für seine hohe QoL bekannt – einen negativen Einfluss auf die QoL. Mögliche Ursachen für den Einfluss des Wohnortes auf die QoL könnten die Nachbarschaft und das Wohnviertel sein. So fand z.B. Webb, dass eine Verbesserung der Nachbarschaft sich positiv auf die QoL älterer Menschen auswirkt (46). Weiters kann sich die Nachbarschaft auch als Sozialkapital positiv auf die QoL auswirken (39). Wenn ein Wohnviertel infrastrukturell gut ausgestattet war, hatte dies ebenfalls einen positiven Einfluss auf die QoL. Genauere Ursachen für den Einfluss des

Wohnortes auf die QoL wurden in dieser Studie jedoch nicht bestimmt und benötigen noch weiterführende Forschung.

Das Nettoeinkommen ohne Pflegegeld zeigte ebenfalls einen statistisch signifikanten Zusammenhang mit der QoL. So hatte ein Nettoeinkommen über 3.000€ einen positiven Einfluss im Vergleich mit einem Einkommen unter 1.000€. Ein ähnliches Muster ergab sich auch in anderen Studien, wo hohes Einkommen mit besserer QoL bzw. niedriges Einkommen mit schlechterer QoL zusammenhing (z.B.: (46,50). Gegensätzliches fand sich in Gobbens Studie, wo niedriges Einkommen mit höherer QoL zusammenhing (74). Der positive Einfluss eines höheren Einkommen auf die QoL hängt vermutlich mit einem größeren Maß an Unabhängigkeit und an Autonomie, um persönlichen Wünschen nachzugehen oder bessere Gesundheitsleistungen bei Krankheitsverschlechterung in Anspruch nehmen zu können, zusammen (49).

Unter Berücksichtigung der anderen Determinanten zeigte die Art der Pflege (informelle Pflege, professionelle Pflege, informelle und professionelle Pflege, keine Pflege) in dieser Studie keinen statistisch signifikanten Zusammenhang mit der QoL. Vorhergehende Studien zeigen diesbezüglich ein unterschiedliches Bild (52,56) weshalb dieses Ergebnis mit Vorsicht interpretiert werden sollte.

6.1 Stärken und Schwächen

Die Stärken dieser Diplomarbeit sind die österreichweite Studienpopulation von älteren pflegebedürftigen Menschen und die validierten Messinstrumente von der QoL, den ADLs sowie der mangelnden sozialen Zugehörigkeit. Es gibt jedoch auch einige Schwächen in dieser Studie. Erstens waren ältere pflegebedürftige Menschen aus Städten (>50.000 Einwohner) überrepräsentiert und Teilnehmer/-innen in den höheren Pflegestufen (Pflegestufen: 5,6,7) unterrepräsentiert. Dies könnte zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen. Zweitens wurde der Fragebogen, aus welchem die Daten für diese Diplomarbeit stammen, für eine Studie über Euthanasie und Sterbehilfe konzipiert. Dadurch wurden möglicherweise wichtige Variablen nicht erfragt. Dazu zählen u.a. Fragen, die sich mit dem psychischen Wohlbefinden, der Autonomie, der Anpassungsfähigkeit sowie dem Coping, der pflegerelevanten Umwelt, dem näheren sozialen Umfeld und der Pflegequalität von älteren pflegebedürftigen Menschen auseinandersetzen. Drittens gab es bei der abhängigen sowie bei den unabhängigen Variablen nicht zu vernachlässigende fehlende Werte. Viertens könnte die Auswahl der Altersspanne (50+) die Vergleichbarkeit mit anderen Studien erschweren, da sich diese meist auf eine Studienpopulation mit 65+ Jahren konzentrieren. Fünftens handelt es sich hier um eine Querschnittstudie, wodurch es nicht möglich ist, kausale Zusammenhänge zwischen den Determinanten von Lebensqualität und Lebensqualität herzustellen.

6.2 Ausblick

Diese Diplomarbeit hat sich erstmals mit den Determinanten der QoL von älteren pflegebedürftigen Menschen auseinandergesetzt. Die Determinanten könnten die Ausarbeitung lösungsorientierter Maßnahmen für ein besseres Leben von älteren pflegebedürftigen Österreichern/-innen unterstützen. Prognosen zufolge wird der Anteil an pflegebedürftigen Österreichern/-innen bis 2030 auf ca. 635 Tsd. ansteigen (78). Zu gleicher Zeit wird vor einem Pflegepersonalmangel sowie vor einer Überforderung des Pflegepersonal gewarnt (79,80). Um die Lebensqualität trotzdem erhalten zu können bzw. diese zu erhöhen, herrscht Handlungsbedarf. Die wichtigsten QoL beeinflussenden Determinanten fanden sich in dieser Diplomarbeit bei den Themen Gesundheit und sozialem Umfeld. Betrachtet man den Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung steigt wie oben erwähnt die Lebenserwartung weiterhin an. Bessere Aussagekraft über den Gesundheitszustand einer Bevölkerung haben jedoch die Healthy Life Years (HLY)⁹. Im Gegensatz zur Lebenserwartung stagnieren diese und Österreich zählt zu dem am schlechtesten abschneidenden EU-Ländern. So wurden Österreicherinnen 2016 bei Geburt 57,1 HLY prognostiziert, während z.B. Schwedinnen 73,3 HLY prognostiziert wurden. Das sind 16,2 Jahre Unterschied. Bei Männern betrug dieser 16 Jahre (81). Dieses gesundheitliche Missverhältnis wirkt sich auch finanziell aus. So prognostizierte Badelt bereits 1996, dass ein längeres Leben und der damit einhergehende sich verschlechternde Gesundheitszustand ein die jährlichen Pflegekosten stark ansteigen lassen wird. Ein besserer

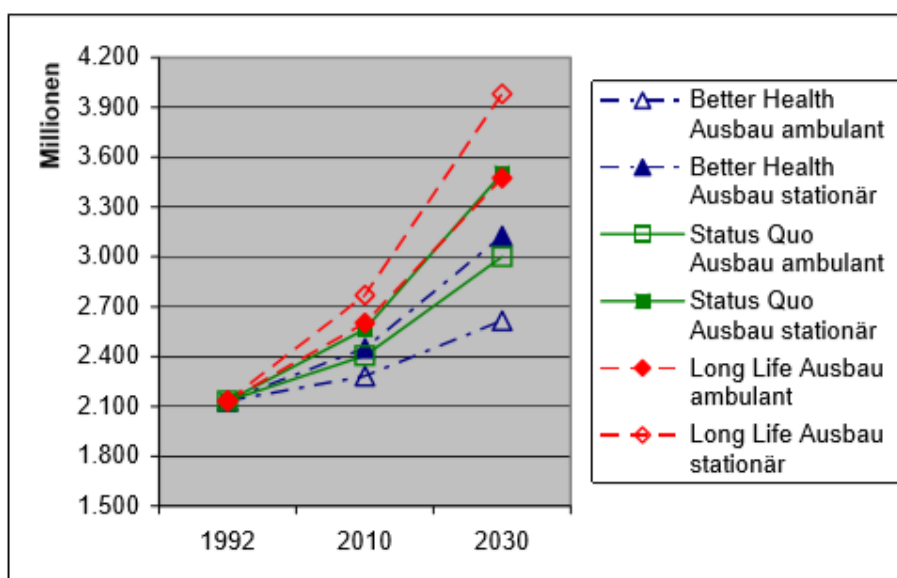


Abb. 5 Prognose Badelt. Grafik aus Ulrike Schneider et. al. Die Kosten der Pflege in Österreich (82,83)

⁹ Jahre, die voraussichtlich in guter Gesundheit und ohne funktionelle Einschränkung verbracht werden.

Gesundheitszustand wirkte sich hingegen positiv auf die Kosten aus (82). Weiters zeigen Prognosen, dass der Anteil an informeller Pflege zukünftig sinken wird. Als Gründe werden die höhere Erwerbsquote unter Frauen oder die niedrigere Fertilität genannt (83).

Um den Gesundheitszustand zukünftig trotzdem zu optimieren und somit die QoL zu verbessern, könnte eine Reform, wie sie z.B. die Reformarbeitsgruppe Pflege 2012 ausgearbeitet hat, für Verbesserung sorgen (80). Des Weiteren sollte das österreichische Gesundheitssystem stärker auf Gesundheitsförderung setzen und nicht sein Hauptaugenmerk auf die kurative Medizin legen. Somit könnten zukünftig weniger Menschen zum Pflegefall werden oder es könnte zu einem milderem Pflegeverlauf kommen.

Auch bei älteren pflegebedürftigen Menschen mit mangelnder sozialer Zugehörigkeit und einem schwachen sozialen Netzwerk besteht Handlungsbedarf, um die QoL zu verbessern. Da eine generelle Tendenz zur Vereinsamung der alten Bevölkerung beschrieben wird (84), könnte eine Erhebung der Einsamkeit von älteren pflegebedürftigen Menschen und eine Vermittlung von sozialen Aktivitäten bei Bedarf Abhilfe schaffen. In Deutschland hat sich zum Beispiel eine eigene Telefonhotline für einsame Menschen etabliert. Dort werden Alltagsgespräche geführt oder Angebote für soziale Aktivitäten vermittelt (84). Um jedoch evidenzbasierte soziale Maßnahmen für diese Bevölkerungsgruppe nennen zu können, bedarf es weiterführender Forschung.

6.3 Fazit

Mit dieser Diplomarbeit konnten folgende Determinanten der Lebensqualität älterer pflegebedürftiger Österreicher/-innen identifiziert werden: Funktionelle Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens, schlechter selbsteingeschätzter Gesundheitszustand, allein zu leben, mangelnde soziale Zugehörigkeit, der Wohnort und monatliches Nettoeinkommen. Beim Literaturvergleich im Diskussionsabschnitt zeigte sich bei den Determinanten durchaus Übereinstimmendes, jedoch wie z.B. bei der Determinante „Alleine Leben“ auch Widersprüchliches. Beim Ausblick konnten Lösungsmaßnahmen angeboten werden. Insgesamt benötigt es noch vertiefende Forschung, um die Determinanten der QoL von älteren pflegebedürftigen Österreichern/-innen besser zu verstehen. Um innovative

Maßnahmen für eine bessere QoL dieser wachsenden Bevölkerungsgruppe anzubieten, benötigt es ebenfalls eine evidenzbasierte Auseinandersetzung.

7 Literaturverzeichnis

- (1) World Health Organization, Ageing and Lifecourse Programme. Active Ageing [Internet]. Genf: World Health Organization; 2002. Available from: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>.
- (2) World Health Organization. World Report on Ageing and Health [Internet]. Genf: World Health Organization; 2015. p. 3-18. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1.
- (3) Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* 2009 Oct 3;374(9696):1196-1208.
- (4) Kontis V, Bennett JE, Mathers CD, Li G, Foreman K, Ezzati M. Future life expectancy in 35 industrialised countries: projections with a Bayesian model ensemble. *Lancet* 2017 Apr 1;389(10076):1323-1335.
- (5) Statistik Austria. Bevölkerung seit 1869 nach Geschlecht bzw. breiten Altersgruppen [Internet]. Wien: Statistik Austria; 17.05.18 [cited 2018 Aug 18]. Available from: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/031384.html.
- (6) Statistik Austria. Lebenserwartung nach subjektivem Gesundheitszustand [Internet]. Wien: Statistik Austria; 11.11.2015 [cited 2018 Aug 18]. Available from: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/041863.html.
- (7) Statistik Austria. Lebenserwartung ohne chronische Krankheit seit 2003 [Internet]. Wien: Statistik Austria; 13.07.2018 [cited 2018 Aug 08]. Available from: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/041833.html.
- (8) Stückler A, Ruppe G. Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie. ÖPIA, Wien 2015.
- (9) Wehringer C. Grundsätze der Pflegegeldregelung. In: Das Gutachten zum Pflegegeld. Eine Wegbeschreibung zum Verfassen des perfekten Gutachtens. . 2nd ed. Wien: MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung; 2012. p. 1-14.
- (10) Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Geldleistungsteil. In: Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2016. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz; 2017. p. 113-135.

- (11) Statistik Austria. Bundespflegegeldbezieherinnen und -bezieher sowie Ausgaben für das Bundespflegegeld 2018 [Internet]. Wien: Statistik Austria; 31.07.2018 [cited 2018 Aug 19]. Available from:
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/034778.html.
- (12) World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse. *WHOQOL*. Measuring Quality of Life [Internet]. Genf: World Health Organization; 1997. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
- (13) Higginson IJ, Carr AJ. Measuring quality of life: Using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ* 2001 May 26;322(7297):1297-1300.
- (14) United Nations. Constitution of the World Health Organization [Internet]. New York: United Nations; 1946 [cited 2018 Aug 18]. Available from:
<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>.
- (15) Pellegrino ED. Decisions to withdraw life-sustaining treatment: a moral algorithm. *JAMA* 2000 Feb 23;283(8):1065-1067.
- (16) Winkler I, Matschinger H, Angermeyer MC, WHOQOL-OLD Group. The WHOQOL-OLD. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2006 Feb;56(2):63-69.
- (17) Hall S, Opio D, Dodd RH, Higginson IJ. Assessing quality-of-life in older people in care homes. *Age Ageing* 2011;40(4):507-512.
- (18) Österreichisches Bundeskanzleramt. Pflegegeldreformgesetz 2012 - beschlossene Änderungen [Internet]. Wien: Österreichisches Bundeskanzleramt; [cited 2018 Sep 17]. Available from:
<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/171/Seite.1710363.html>.
- (19) Da Roit B, Le Bihan B. Similar and yet so different: cash- for- care in six European countries' long- term care policies. *Milbank Q* 2010;88(3):286-309.
- (20) Österle A, Bauer G. Home care in Austria: the interplay of family orientation, cash- for- care and migrant care. *Health & social care in the community* 2012;20(3):265-273.
- (21) Ungerson C. Whose empowerment and independence? A cross-national perspective on 'cash for care' schemes. *Ageing & Society* 2004;24(2):189-212.
- (22) Winkler P, Pochobradsky E, Wirl C. Funktionale Gesundheit. In: *Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 2012. p. 15-25.
- (23) ÖBAK. Allgemeiner Teil. In: *Gutachterfibel. Bundespflegegeld*. Wien: Österreichische Akademie für ärztliche und pflegerische Begutachtung (ÖBAK); 2017. p. 1-13.
- (24) Riedel M, Kraus M. *The Long-Term Care System For The Elderly In Austria*. ENEPRI Research Report No 69 2010.

- (25) Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Soziale Dienste [Internet]. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz; [cited 2018 Sep 18]. Available from: https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/Hilfe_Finanzielle_Unterstuetzung/Soziale_Dienste/.
- (26) Statistik Austria. Statistics Brief. Betreuung und Pflege im Alter. 1st ed. Wien: Statistik Austria; 2018.
- (27) Statistik Austria. Betreuungs- und Pflegedienste 2016 [Internet]. Wien: Statistik Austria; [cited 2018 Sep 17]. Available from: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/061948.html.
- (28) Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Allgemeiner Teil. In: Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2011. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz; 2012. p. 7-21.
- (29) Pochobradsky E, für Gesundheitswesen, Wien Österreichisches Bundesinstitut. Situation pflegender Angehöriger: Endbericht. : Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen u. Konsumentenschutz; 2005.
- (30) Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Qualitätsteil. In: Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2016. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz; 2017. p. 41-46.
- (31) Schneider U, Österle A, Schober D, Schober C. Die Kosten der Pflege in Österreich. Ausgabenstrukturen und Finanzierung. 2006.
- (32) Post MW. Definitions of quality of life: what has happened and how to move on. Top Spinal Cord Inj Rehabil 2014 Summer;20(3):167-180.
- (33) Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. JAMA 1994 Aug 24-31;272(8):619-626.
- (34) Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. Soc Sci Med 1995 Nov;41(10):1439-1446.
- (35) Felce D, Perry J. Quality of life: its definition and measurement. Res Dev Disabil 1995 Jan-Feb;16(1):51-74.
- (36) Lawton MP. Environment and other determinants of well-being in older people. Gerontologist 1983 Aug;23(4):349-357.
- (37) Power M, Harper A, Bullinger M. The World Health Organization WHOQOL-100: tests of the universality of Quality of Life in 15 different cultural groups worldwide. Health Psychol 1999 Sep;18(5):495-505.

- (38) Gunzelmann T, Brähler E. C. Angermeyer, R. Kilian & H. Matschinger: Deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität WHOQOL-100 und WHOQOL-BREFM. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 2002;11(1):44-48.
- (39) Bowling A, Banister D, Sutton S, Evans O, Windsor J. A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging Ment Health* 2002 Nov;6(4):355-371.
- (40) Bowling A, Gabriel Z, Dykes J, Dowding LM, Evans O, Fleissig A, et al. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *Int J Aging Hum Dev* 2003;56(4):269-306.
- (41) Henchoz Y, Meylan L, Goy R, Guessous I, Bula C, Demont M, et al. Domains of importance to the quality of life of older people from two Swiss regions. *Age Ageing* 2015 Nov;44(6):979-985.
- (42) Low G, Molzahn AE. Predictors of quality of life in old age: a cross-validation study. *Res Nurs Health* 2007 Apr;30(2):141-150.
- (43) Martinez-Martin P, Prieto-Flores ME, Forjaz MJ, Fernandez-Mayoralas G, Rojo-Perez F, Rojo JM, et al. Components and determinants of quality of life in community-dwelling older adults. *Eur J Ageing* 2012 May 24;9(3):255-263.
- (44) Netuveli G, Wiggins RD, Hildon Z, Montgomery SM, Blane D. Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *J Epidemiol Community Health* 2006 Apr;60(4):357-363.
- (45) Walker A. Quality of Life in old age in Europe. In: *Growing older. Growing older in Europe*. 1st ed.: Open University Press; 2005. p. 1-29.
- (46) Webb E, Blane D, McMunn A, Netuveli G. Proximal predictors of change in quality of life at older ages. *J Epidemiol Community Health* 2011 Jun;65(6):542-547.
- (47) Vaarama M, Tiit EM. Quality of Life in Older Homecare Clients. In: *Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models and Empirical Findings*. 1st ed. New York: Springer; 2008. p. 168-195.
- (48) Saks K, Tiit EM, Muurinen S, Mukkila S, Frommelt M, Hammond M. Quality of Life in Institutional Care. In: *Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models and Empirical Findings*. 1st ed. New York: Springer; 2008. p. 196-216.
- (49) Borg C, Hallberg IR, Blomqvist K. Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *J Clin Nurs* 2006 May;15(5):607-618.
- (50) Bowling A, Seetai S, Morris R, Ebrahim S. Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived control over life. *Age Ageing* 2007 May;36(3):310-315.

- (51) Fernandez-Mayoralas G, Rojo-Perez F, Martinez-Martin P, Prieto-Flores ME, Rodriguez-Blazquez C, Martin-Garcia S, et al. Active ageing and quality of life: factors associated with participation in leisure activities among institutionalized older adults, with and without dementia. *Aging Ment Health* 2015;19(11):1031-1041.
- (52) Hellstrom Y, Hallberg IR. Determinants and characteristics of help provision for elderly people living at home and in relation to quality of life. *Scand J Caring Sci* 2004 Dec;18(4):387-395.
- (53) Hellstrom Y, Hallberg IR. Perspectives of elderly people receiving home help on health, care and quality of life. *Health Soc Care Community* 2001 Mar;9(2):61-71.
- (54) Yamada Y, Merz L, Kisvetrova H. Quality of life and comorbidity among older home care clients: role of positive attitudes toward aging. *Qual Life Res* 2015 Jul;24(7):1661-1667.
- (55) Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Allgemeiner Teil. In: *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2016*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz; 2017. p. 7-41.
- (56) Hellstrom Y, Andersson M, Hallberg IR. Quality of life among older people in Sweden receiving help from informal and/or formal helpers at home or in special accommodation. *Health Soc Care Community* 2004 Nov;12(6):504-516.
- (57) Pieper R, Vaarama M. The Concept of Care-Related Quality of Life. In: *Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models and Empirical Findings*. 1st ed. New York: Springer; 2008. p. 65-101.
- (58) Borg C, Fagerstrom C, Balducci C, Burholt V, Ferring D, Weber G, et al. Life satisfaction in 6 European countries: the relationship to health, self-esteem, and social and financial resources among people (Aged 65-89) with reduced functional capacity. *Geriatr Nurs* 2008 Jan-Feb;29(1):48-57.
- (59) Cooney A, Murphy K, O'Shea E. Resident perspectives of the determinants of quality of life in residential care in Ireland. *J Adv Nurs* 2009 May;65(5):1029-1038.
- (60) Murphy K, Shea EO, Cooney A. Quality of life for older people living in long-stay settings in Ireland. *J Clin Nurs* 2007 Nov;16(11):2167-2177.
- (61) Netten A, Trukeschitz B, Beadle-Brown J, Forder J, Towers AM, Welch E. Quality of life outcomes for residents and quality ratings of care homes: is there a relationship? *Age Ageing* 2012 Jul;41(4):512-517.
- (62) Behr A, Meyer R, Holzhausen M, Kuhlmeier A, Schenk L. Privacy: a most important dimension for the quality of life of nursing home residents. *Z Gerontol Geriatr* 2013 Oct;46(7):639-644.
- (63) Vaarama M. Care-related quality of life in old age. *Eur J Ageing* 2009 Apr 16;6(2):113-125.

- (64) Tobiasz-Adamczyk B, Galas A, Zawisza K, Chatterji S, Haro JM, Ayuso-Mateos JL, et al. Gender-related differences in the multi-pathway effect of social determinants on quality of life in older age-the COURAGE in Europe project. *Qual Life Res* 2017 Jul;26(7):1865-1878.
- (65) Bajekal M, Blane D, Grewal I, Karlsen S, Nazroo J. Ethnic differences in influences on quality of life at older ages: a quantitative analysis. *Ageing & Society* 2004;24(5):709-728.
- (66) Europäische Kommission. Final Report Summary - COURAGE IN EUROPE (Collaborative research on ageing in Europe) [Internet]. Brüssel: Europäische Kommission; [cited 2019 Jan 11]. Available from: <https://cordis.europa.eu/project/rcn/90533/reporting/en>.
- (67) Fang J, Power M, Lin Y, Zhang J, Hao Y, Chatterji S. Development of short versions for the WHOQOL-OLD module. *Gerontologist* 2011;52(1):66-78.
- (68) Glaesmer H, Spangenberg L, Scherer A, Forkmann T. Die Erfassung von Suizidwünschen: Erste psychometrische Befunde zur deutschen Version des Interpersonal Needs Questionnaire (INQ). *Psychiatr Prax* 2014;41(05):250-256.
- (69) Hellstrom Y, Persson G, Hallberg IR. Quality of life and symptoms among older people living at home. *J Adv Nurs* 2004 Dec;48(6):584-593.
- (70) Albrecht GL, Devlieger PJ. The disability paradox: high quality of life against all odds. *Soc Sci Med* 1999;48(8):977-988.
- (71) Iliffe S, Tai SS, Haines A, Gallivan S, Goldenberg E, Booroff A, et al. Are elderly people living alone an at risk group? *BMJ* 1992 Oct 24;305(6860):1001-1004.
- (72) Bilotta C, Bowling A, Nicolini P, Casè A, Vergani C. Quality of life in older outpatients living alone in the community in Italy. *Health & Social Care in the community* 2012;20(1):32-41.
- (73) Lin P, Yen M, Fetzer SJ. Quality of life in elders living alone in Taiwan. *J Clin Nurs* 2008;17(12):1610-1617.
- (74) Gobbens R, Van Assen M. The prediction of quality of life by physical, psychological and social components of frailty in community-dwelling older people. *Quality of Life Research* 2014;23(8):2289-2300.
- (75) Puts M, Shekary N, Widdershoven G, Heldens J, Lips P, Deeg D. What does quality of life mean to older frail and non-frail community-dwelling adults in the Netherlands? *Quality of life Research* 2007;16(2):263-277.
- (76) Unger JB, McAvay G, Bruce ML, Berkman L, Seeman T. Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur Studies of Successful Aging. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 1999;54(5):S245-S251.

- (77) Zunzunegui M, Alvarado BE, Del Ser T, Otero A. Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2003;58(2):S93-S100.
- (78) Famira-Mühlberger U. Die Bedeutung der 24-Stunden-Betreuung für die Altenbetreuung in Österreich. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung; 2017.
- (79) Jeannine H. Pfleger haben wenig Zeit für Pflege. *Die Presse*. 2018 19 Nov;Economist.
- (80) Reformarbeitsgruppe Pflege. Empfehlungen der Reformarbeitsgruppe Pflege zur Verbesserung des Pflegeangebotes, Attraktivierung der Pflegeberufe, Optimierungen und Finanzierung in Österreich. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz; 2012.
- (81) Eurostat. Healthy life years statistics [Internet]. Luxemburg: Europäische Kommission; [cited 2019 Mar 29]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics#Healthy_life_years_at_age_65.
- (82) Badelt C. Kosten der Pflegesicherung: Strukturen und Entwicklungstrends der Altenbetreuung. : Böhlau; 1995.
- (83) Schneider U, Österle A, Schober D, Schober C. Die Kosten der Pflege in Österreich. Ausgabenstrukturen und Finanzierung. 2006.
- (84) Martin S. Gegen die Einsamkeit. *Die Zeit* (15) 2019 4 Apr;Wissen:31-32.

8 Appendix

8.1 Ein- & Ausschlusskriterien

Ein- & Ausschlusskriterien für die Literaturrecherche der Determinanten der QoL von älteren pflegebedürftigen Menschen

Kategorie	Kriterium für Einschluss	Kriterium für Ausschluss
Sprache	<ul style="list-style-type: none"> • Englisch & Deutsch 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle nicht deutschoder englischen Publikationen
Journal	<ul style="list-style-type: none"> • Peer Reviewed • IF>1 	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht peer reviewed • IF<1
Datum der Veröffentlichung	<ul style="list-style-type: none"> • 01.01.2000-heute 	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitraum vor 2000
Studiendesign	<ul style="list-style-type: none"> • Longitudinal Studies • Querschnittsstudien • Kohortenstudien • Reviews • Individual randomized controlled trials • Qualitative Forschung in Form von Interviews 	<ul style="list-style-type: none"> • Quasi-experimental trials
Publikationsart	<ul style="list-style-type: none"> • Komplette Artikel • Systematische Reviews • Metaanalysen 	<ul style="list-style-type: none"> • Protokolle • Studien, welche nur Abstracts beinhalten • Editorials, letters
Studienpopulation	<ul style="list-style-type: none"> • Erwachsene und ältere Menschen (≥50 Lj.) • Ältere Menschen, die regelmäßige Pflege benötigen • Menschen, die nach dem Kriterienkatalog des Öst. Ministeriums für Soziales und Gesundheit Anspruch auf Pflegegeld haben • Altersheimbewohner • Geriatrische Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> • Jüngere Population • Krebspatienten • Menschen mit starken kognitiven Einschränkungen

Kategorie	Kriterium für Einschluss	Kriterium für Ausschluss
Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> • Einflussvariablen der QoL im hohen Alter • Status der QoL im hohen Alter • Bestimmung des QoL im höheren Alter • Status des CrQoL im höheren Alter • Bestimmung des CrQoL im höheren Alter • Messung der QoL oder CrQoL 	
Zeitraum	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Limit der Studiendauer 	
Settings	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatrie, Altersheim, Hauspflege 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenhäuser
Geografische Lage	<ul style="list-style-type: none"> • Österreich, alle EWR Staaten, Schweiz Australien, Kanada, Israel, Japan, USA 	<ul style="list-style-type: none"> • Jedes nicht inkludierte Land
Sample sizes	<ul style="list-style-type: none"> • $N \geq 50$ 	<ul style="list-style-type: none"> • $N < 50$
Weitere	<ul style="list-style-type: none"> • Artikel ist online oder über die MedUNI Graz verfügbar 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Möglichkeit, anderwärtig Artikel zu bekommen

8.2 Fragebogen

Fragebogen zur Pflege – Finale Version vom 6.6.16 (Projekt: 26.604.005)

NUR PERSONEN AB 50 JAHREN BEFRAGEN

0. Screening-Frage:

Darf ich Sie fragen: Gibt es in Ihrem Haushalt jemanden, der in einer Pflegestufe ist?

- ja, Befragte/r selbst 1 *1
ja, ein Haushaltsmitglied (Zielpersonenwechsel) 2*PAPI machen/FB übergeben
nein 3*Ende dieses Teiles

1. In welcher Pflegestufe befinden Sie sich derzeit?

- Stufe 1 1
Stufe 2 2
Stufe 3 3
Stufe 4 4
Stufe 5 5
Stufe 6 6
Stufe 7 7

2. Wie viele Monate befinden Sie sich bereits in dieser Pflegestufe? [Anzahl der Monate]

--	--	--

3. Wie beurteilen Sie Ihren Gesundheitszustand? (Vorlesen)

- sehr gut 1
gut 2
mittelmäßig 3
schlecht 4
sehr schlecht 5

4. Haben Sie normalerweise Schwierigkeiten eine der folgenden Tätigkeiten ohne Hilfe auszuführen? (Durchfragen)

	keine Schwierigkeiten	einige Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	bin nicht dazu in der Lage	<i>weiß nicht, kann ich nicht sagen</i>
Essen oder trinken	1	2	3	4	5
Sich von einem Bett oder Sessel erheben oder sich darauf niederzulassen	1	2	3	4	5
An- und ausziehen	1	2	3	4	5
Toilettenbenützung	1	2	3	4	5
Baden oder duschen	1	2	3	4	5

5. Erhalten Sie im Zusammenhang mit diesen Tätigkeiten normalerweise Hilfe von anderen?

- ja, in ausreichendem Maße 1
- ja, aber nicht in ausreichendem Maße ... 2
- nein 3

**6. Wenn ja, von wem erhalten Sie regelmäßig Hilfe bei den genannten Tätigkeiten?
(Durchfragen)**

	ja	nein	<i>trifft nicht zu, habe ich nicht</i>
24-Stunden Pflege	1	2	3
mobile Hauskrankenpflege	1	2	3
Partner/Partnerin	1	2	3
Tochter	1	2	3
Schwiegertochter	1	2	3
Sohn	1	2	3
Schwiegersohn	1	2	3
Enkelkinder	1	2	3
Nachbarn/Freunde/Bekannte	1	2	3
andere	1	2	3

7. Ich lese Ihnen nun einige Aussagen vor. Sagen Sie bitte jeweils, wie sehr Sie dem zustimmen oder nicht zustimmen. (Durchfragen)

	stimme völlig zu	stimme eher schon zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu	<i>weiß nicht, kann ich nicht sagen</i>
Die meisten Menschen sind hilfsbereit.	1	2	3	4	5
Ich bin davon überzeugt, dass die meisten Menschen gute Absichten haben.	1	2	3	4	5
Heutzutage kann man sich auf niemanden mehr verlassen.	1	2	3	4	5
Im Allgemeinen kann man den Menschen vertrauen.	1	2	3	4	5
Die meisten Menschen versuchen andere auszunutzen.	1	2	3	4	5

8. Nun geht es um Gefühle: (Durchfragen)

	sehr selten oder nie	selten	manchmal	oft	sehr oft	<i>weiß nicht, kann nicht sagen</i>
Wie oft haben Sie das Gefühl, in einer ungewohnten Situation zu sein und nicht zu wissen, was Sie tun sollen?	1	2	3	4	5	6
Wie oft sind Ihre Gefühle und Gedanken ganz durcheinander?	1	2	3	4	5	6

9. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken – was davon trifft da am ehesten zu?

(Vorlesen)

Sie spüren, wie schön es ist, zu leben				Sie fragen sich, wieso Sie überhaupt leben	<i>weiß nicht, kann nicht sagen</i>
1	2	3	4	5	6

10. Jetzt möchte ich Ihnen einige Sätze vorlesen, bei denen es um Ihr Befinden in letzter Zeit geht. Bitte sagen Sie jeweils, wie sehr das Folgende zutraf. (Durchfragen)

	überhaupt nicht bzw. kaum	manchmal	öfter	meistens bzw. die ganze Zeit	<i>weiß nicht, kann ich nicht sagen</i>
Ich war deprimiert/niedergeschlagen	1	2	3	4	5
Ich fühlte mich einsam	1	2	3	4	5
Ich war traurig	1	2	3	4	5

11. Nun geht es um ihre allgemeine Lebenszufriedenheit. Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit ihrem Leben? 0 = überhaupt nicht zufrieden, 10 = völlig zufrieden

Überhaupt nicht

völlig *kann ich nicht sagen*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	98
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

12. Wie viel Freiraum haben Sie, um Ihre eigenen Entscheidungen zu treffen?

- überhaupt keinen..... 1
- wenig 2
- mittelmäßig..... 3
- ziemlich viel 4
- sehr viel 5

13. Wie sehr trifft das Folgende auf Sie zu oder nicht zu? (Durchfragen)

	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr	<i>weiß nicht, kann nicht sagen</i>
Ich mache mir darüber Sorgen, wie ich einmal sterben werde	1	2	3	4	5	6
Ich fürchte mich davor, keinen Einfluss darauf zu haben, wie ich sterben werden	1	2	3	4	5	6
Ich habe Angst vor dem Sterben	1	2	3	4	5	6
Ich fürchte mich davor, dass mein Tod von Schmerzen begleitet sein könnte	1	2	3	4	5	6
Ich erfahre in meinem Leben ein Gefühl von Gemeinschaft	1	2	3	4	5	6

14. Im Folgenden geht es um Ihre Zufriedenheit: (Durchfragen)

	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr	<i>weiß nicht, kann nicht sagen</i>
Inwieweit sind Sie mit Ihren Möglichkeiten zufrieden, weiterhin im Leben etwas zu erreichen?	1	2	3	4	5	6
Wie zufrieden sind Sie mit der Art und Weise, wie Sie Ihre Zeit nutzen?	1	2	3	4	5	6

15. In welchem Umfang sind Sie in der Lage, die Dinge zu tun, die Sie gerne tun wollen?

- überhaupt nicht 1
- eher nicht 2
- halbwegs 3
- überwiegend..... 4
- völlig..... 5
- kann ich nicht sagen* 6

16. Wie beurteilen Sie Ihre Sinnesfunktionen, also Hören, Sehen, Schmecken, Riechen, Tasten?

(Bei der Einstufung im Zweifelsfall das jeweils schlechteste eintragen – z.B. schlecht sehen)

- sehr schlecht 1
- eher schlecht 2
- mittelmäßig..... 3
- eher gut 4
- sehr gut 5
- kann ich nicht sagen* 6

17. Jetzt möchte ich Ihnen einige Fragen vorlesen, bei denen es um Ihr Befinden in den letzten sechs Monaten geht. Sagen Sie bitte jeweils, ob dies auf Ihr Befinden in den letzten sechs Monaten zutraf oder nicht zutraf. (Durchfragen)

	ja	nein	<i>weiß nicht</i>
Haben Sie das Gefühl gehabt, dass Ihr Leben nicht wert ist, gelebt zu werden?	1	2	3
Haben Sie sich gewünscht, tot zu sein, z.B. zu Bett zu gehen und nicht mehr aufzuwachen?	1	2	3
Haben Sie daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?	1	2	3

18. Bei den folgenden Aussagen sollen Sie über sich und andere Menschen nachdenken. Bitte beantworten Sie jede Frage mit Ihren eigenen Einstellungen und Erfahrungen und NICHT mit dem, was generell oder für andere Menschen zutreffend sein könnte. Bitte denken Sie dabei daran, wie Sie sich in letzter Zeit gefühlt haben. (Durchfragen)

		trifft überhaupt nicht auf mich zu						trifft voll und ganz auf mich zu	<i>kann ich nicht sagen</i>
A	Zurzeit ginge es den Menschen in meinem Leben besser, wenn ich nicht mehr da wäre.	1	2	3	4	5	6	7	8
B	Zurzeit habe ich das Glück, viele fürsorgliche und unterstützende Freunde zu haben.	1	2	3	4	5	6	7	8
C	Zurzeit wären die Menschen in meinem Leben glücklicher ohne mich.	1	2	3	4	5	6	7	8
D	Zurzeit fühle ich mich, als würde ich dazugehören.	1	2	3	4	5	6	7	8
E	Zurzeit denke ich dass, dass mein Tod eine Erleichterung für die Menschen in meinem Leben wäre.	1	2	3	4	5	6	7	8
F	Zurzeit bin ich anderen Menschen nahe.	1	2	3	4	5	6	7	8
G	Zurzeit denke ich, dass die Menschen in meinem Leben wünschen, sie könnten mich los sein.	1	2	3	4	5	6	7	8
H	Zurzeit fühle ich mich abgeschnitten von anderen Menschen.	1	2	3	4	5	6	7	8

I	Zurzeit denke ich, dass ich die Dinge für die Menschen in meinem Leben schlimmer mache.	1	2	3	4	5	6	7	8
J	Zurzeit fühle ich mich bei sozialen Zusammenkünften oft wie ein Außenseiter.	1	2	3	4	5	6	7	8

19. Bei den folgenden Aussagen geht es um Ärzte und Ärztinnen im Allgemeinen. Bitte geben Sie an, wie Sie diese einschätzen. (Durchfragen)

	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu	<i>weiß nicht, kann ich nicht sagen</i>
Alles in allem: Ärzten kann man vertrauen	1	2	3	4	5
Ärzte besprechen alle Behandlungsmöglichkeiten mit ihren Patienten	1	2	3	4	5
Die medizinischen Fähigkeiten und Kenntnisse von Ärzten sind nicht so gut wie sie sein sollten	1	2	3	4	5
Ärzte interessieren sich mehr fürs Geldverdienen als für ihre Patienten	1	2	3	4	5
Ärzte würden es ihren Patienten sagen, wenn sie einen Behandlungsfehler gemacht hätten	1	2	3	4	5

20. Sagen Sie mir bitte, wie groß das Vertrauen ist, dass Sie dem österreichischen Gesundheitssystem entgegenbringen? (Vorlesen)

- überhaupt kein Vertrauen 1
- wenig Vertrauen..... 2
- etwas Vertrauen 3
- großes Vertrauen..... 4
- sehr großes Vertrauen 5

21. Haben Sie persönlich ältere Angehörige bzw. einen Partner gepflegt?

Ja 1
Nein..... 2

22. Haben Sie persönlich eine oder mehrere sterbende Personen begleitet?

Ja 1
Nein..... 2

**23. Stellen Sie sich folgende Situation vor: Eine betagte, ältere Person wohnt alleine und ist seit längerem pflegebedürftig, d.h. sie benötigt mehrmals täglich die Unterstützung anderer bei folgenden Tätigkeiten: Essen zu sich nehmen, auf die Toilette gehen, Körperpflege (Waschen/Duschen), Anziehen von Kleidung und aus dem Bett aufstehen. Falls diese ältere, pflegebedürftige Person nicht mehr weiterleben möchte, was davon würden Sie befürworten oder ablehnen?
(Durchfragen)**

	ja	nein	<i>weiß nicht</i>
Bei dieser Person sollte auf deren Wunsch auf mögliche lebensverlängernde medizinische Behandlungen verzichtet werden.	1	2	3
Es sollte dieser Person der Wunsch zum Sterben erfüllt werden, indem ihr ein Mittel zur Selbsttötung zur Verfügung gestellt wird.	1	2	3
Es sollte dieser Person der Wunsch zum Sterben erfüllt werden, indem ihr vom Arzt ein Mittel verabreicht wird, das ihren Tod herbeiführt.	1	2	3

24. Und was würden Sie, vorausgesetzt Sie würden nicht mehr weiterleben wollen, für sich selbst in Betracht ziehen? (Durchfragen)

	ja	nein	<i>weiß nicht</i>
Auf mögliche lebensverlängernde medizinische Behandlungen verzichten.	1	2	3
Ein zur Verfügung gestelltes Mittel zur Selbstötung einnehmen.	1	2	3
Vom Arzt ein Mittel verabreichen lassen, das den Tod herbeiführt.	1	2	3

25. Wie religiös würden Sie sich selbst bezeichnen? (Vorlesen)

- sehr religiös..... 1
- eher religiös 2
- eher nicht religiös 3
- gar nicht religiös 4

26. Welcher Religionsgemeinschaft gehören Sie an? (Zuordnen)

- der römisch-katholischen Kirche..... 1
- der evangelischen Kirche..... 2
- einer anderen christlichen Religionsgemeinschaft 3
- einer moslemischen Glaubensgemeinschaft..... 4
- einer anderen nicht-christlichen Religionsgemeinschaft5
- keiner Religionsgemeinschaft..... 6

27. Wie würden Sie sich selbst einschätzen? (Vorlesen)

- sehr liberal 1
- eher liberal 2
- eher konservativ 3
- sehr konservativ 4

28. Wenn Sie an das gesamte Haushaltseinkommen im Monat denken – was würden Sie dann sagen, wie ihr Haushalt finanziell über die Runden kommt? (Vorlesen)

- mit großen Schwierigkeiten 1
- mit gewissen Schwierigkeiten 2
- einigermaßen problemlos..... 3
- völlig problemlos 4

STATISTIKFRAGEN:

29. GESCHLECHT

- Männlich 1
- Weiblich 2

30. ALTER IN JAHREN (Eintragen)

31. ABGESCHLOSSENE SCHULBILDUNG

- Pflichtschulabschluss 1
- Lehrabschluss/Fachschule 2
- Matura..... 3
- Universität, Hochschule..... 4

32. Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt (samt Ihnen)?

- Eine Person (nur Befragte/r selbst). 1
- Zwei Personen 2
- Drei Personen 3
- Vier oder mehr Personen 4

33. Wie hoch ca. ist das gesamte Netto-Haushaltseinkommen – ohne Pflegegeld

Bis 1.000 Euro	1
Bis 1.500 Euro	2
Bis 2.000 Euro	3
Bis 3.000 Euro	4
<u>Über 3.000 Euro</u>	<u>5</u>
<i>Weiß nicht, keine Angabe</i>	<i>6</i>

34. Gemeindegröße

bis 5.000 Einwohner	1
bis 10.000 Einwohner	2
bis 20.000 Einwohner	3
bis 50.000 Einwohner	4
<u>bis 300.000 Einwohner</u>	<u>5</u>
über 300.000 Einwohner (Wien)	6

35. BUNDESLAND

Vorarlberg.....	1
Tirol	2
Salzburg.....	3
Oberösterreich	4
Kärnten	5
Steiermark.....	6
Burgenland	7
Niederösterreich.....	8
Wien	9