

Lebensqualität und Alter

Tomas Kobi

Der Autor befasst sich mit dem Begriff der Lebensqualität und insbesondere mit der Lebensqualität im Alter. Er geht verschiedenen Betrachtungsweisen nach, damit die Lesenden sich ein Bild machen können, wie vielfältig das Konstrukt «Lebensqualität» ist und welche Bedeutung Lebensqualität und Alter hat.

Der Begriff der Lebensqualität stellt eine Übersetzung des englischen «quality of life» dar, den Arthur Cecil Pigou in den 1920er Jahren in Zusammenhang mit Wohlfahrtsökonomie verwendete. Er ist ein Begriff aus der Ökonomie und der Sozialwissenschaften und wurde bereits zu dieser Zeit zum Darstellen sozialpolitischer Gegebenheiten benutzt (Gaul, 1999, S. 617). Der finnische Soziologe Allardt (1993) hat unter Lebensqualität Folgendes verstanden (Kasten 1):

In der grundlagen- und anwendungsorientierten gerontologischen Forschung ist der Begriff Lebensqualität ein häufig beschriebenes Thema. Es gibt keine verbindliche Aussage zur Definition und Messung von Lebensqualität und dennoch besteht dahingehend Einigkeit, dass Lebensqualität sowohl subjektive Wahrnehmungen und Befindlichkeiten als auch objektive Potenziale, Ressourcen, Barrieren und Defizite umfasst. (Kruse, 2003, S. 419)

Lebensqualität als mehrdimensionales «Gebilde»

In den letzten Jahren haben sich verschiedene Erkenntnisse aus der Gesundheitsforschung und aus der Wohlfahrtsforschung in die sozialwissenschaftliche Lebensqualitätsforschung verwoben. Lebensqualität ist ein mehrdimensionales «Gebilde», welches versucht, neben den objektiven Lebensbedingungen, wie sozioökonomischer Status, Einkommen, Vermögen, Bildung u. Ä., die subjektive Befindlichkeit des Menschen im psychischen, physischen und sozialen Erleben darzustellen. Lebensqualität ist das Ergebnis der eigenen Einstellungen und Haltungen. Wohlbefinden ist als Kategorie mit der Lebensqualität eng verknüpft. Lebensqualität hängt davon ab, was den Menschen beschäftigt, was ihm zugestanden wird, was ihn fordert, was ihn an-

Kasten 1. Definitionen des Begriffs der Lebensqualität nach Allardt (1993)

«Having»: Wohlstand, materielle Bedürfnisse, ökonomische Ressourcen, Sicherung des Lebensstandards, gute Arbeitsbedingungen, Gesundheit, Bildung und Umwelt
 «Loving»: Zugehörigkeit und soziale Kontakte, Freundschaftsbeziehungen und andere soziale Netzwerke, soziales Engagement und sozialer Austausch, Qualität in den zwischenmenschlichen Beziehungen
 «Being»: Beteiligung am gesellschaftlichen Leben und Selbstverwirklichung, Einflussnahme und Entscheidungsmöglichkeiten auf ein aktives, selbstbestimmtes Leben, Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Beschaffenheit der eigenen Arbeits- und Wohnumwelt, sinnvolle Arbeit und Freizeitbetätigung



Unterschiedliche Konzepte gibt es in der Literatur zur Lebensqualität im Alter. Ihre Dimensionen haben unmittelbaren Bezug zum pflegerischen Alltag, ihre Ausgestaltung liegt in den Händen der Menschen selbst. Foto: Martin Glauser

Kasten 2. Dimensionen der Lebensqualität nach Lawton et al. (1996)

- subjektives Wohlbefinden (emotionale Befindlichkeit)
- erlebte Lebensqualität (subjektive Bewertung der verschiedenen Lebensbedingungen)
- objektiv gegebene soziale und räumliche Umwelt
- Verhaltenskompetenz.

spricht und wie mit ihm umgegangen wird. «Lebensqualität im Alter muss als Kontextbegriff verstanden werden, der einen eindeutigen Handlungsbezug hat; der Handlungsbezug muss sich z. B. auf Gesundheitsverhalten, Bildungsverhalten und soziale Beziehungen konzentrieren lassen.» (Kolland, 2013, S. 22)

Gerade die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist für den alten Menschen nicht belanglos. Es spielen einige Dimensionen eine wesentliche Rolle, wie beispielsweise die somatische, psychische (mentale), interpersonelle, sozioökonomische und spirituelle Erlebens-Dimension. Diese Dimensionen sind im subjektiven Erleben eng miteinander verbunden und können sich gegenseitig beeinflussen. Das viel verwendete Zitat: «Gesundheit ist zwar nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts» (Radoschewski, 2000, S. 167) definiert zwar nicht den Begriff gesundheitsbezogene Lebensqualität. Es zeigt jedoch genau auf, dass eine Beziehungen zwischen Gesundheit und Lebensqualität besteht. Lebensqualität ist mehr als nur Gesundheit. Dabei ist Gesundheit aber eine wesentliche Voraussetzung, wenn nicht gar ein Bestandteil von Lebensqualität. Daraus kann abgeleitet werden, dass das Fehlen von Gesundheit die Lebensqualität in hohem Masse reduziert.

Mit zunehmendem hohem Alter tritt der Gesundheitsstatus als objektive Lagebedingung im Vergleich zu anderen Faktoren verstärkt in den Vordergrund. Gesundheit im Alter zeigt, dass Gesundheit zusehends als vielschichtig begriffen wird. Ein langes Leben bedeutet nicht automatisch Krankheit, Abhängigkeit und Isolation, es enthält auch die Chance, dass weiterhin Selbständigkeit,

Kasten 3. Umweltdimensionen der Lebensqualität nach Lawton (1996)

1. Sicherheit und Geborgenheit
2. Unterstützung der Orientierung
3. Unterstützung der Funktionsfähigkeit
4. Stimulation und Anregung
5. Ermöglichen von Umweltkontrolle
6. Gelegenheit zu Privatheit und sozialer Interaktion
7. Kontinuität, Bezug zum bisherigen Leben
8. Anpassung an Veränderungen

generationenübergreifende Kontakte und verbliebene Fähigkeiten und Fertigkeiten erhalten bleiben. Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein mehrdimensionales Konstrukt, das auf subjektive Einschätzungen zurückzuführen ist.

Dimensionen der Lebensqualität (Lawton, 1996)

- **Subjektives Wohlbefinden:** Jeder Mensch hat eine eigene subjektive Wahrnehmung. Die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität ist vor dem Hintergrund von Persönlichkeitsfaktoren und gewachsenen Wertmassstäben der Person zu bewerten. Es geht um das Ausmass der Lebenszufriedenheit in allen Bereichen des gegenwärtigen Lebens. Es betrifft das seelische Wohlbefinden.
- **Erlebte Lebensqualität:** Hier handelt es sich um die subjektiven Bewertungen der eigenen Verhaltenskompetenz mit Blick auf wichtige Bereiche der Lebensqualität. Chronische Erkrankungen führen häufig zu einer erhöhten Beeinträchtigung. Diese resultiert aus dem Erleben verlorener oder reduzierter Alltagskompetenz. Es geht darum, wie die Lebensqualität wahrgenommen wird (z. B. Schmerzempfinden: Wie erlebe ich Schmerzen? Wie gehe ich damit um?)
- **Objektive Umwelt:** Hier stehen die Strukturen der Umwelt im Fokus. Unter objektiven Umweltbedingungen werden die Faktoren aus der Umwelt des Individuums zusammengefasst, die seine Verhaltenskompetenz entfalten lassen oder Zwänge auferlegen. Wie sind die Strukturen in einem Heim? Sind sie förderlich für die Bewohner/Bewohnerinnen? Wie kann sich der Bewohner/die Bewohnerin in den gegebenen Strukturen bewegen? Fördert es seine/ihre Autonomie oder nicht?
- **Verhaltenskompetenz:** Die Verhaltenskompetenz umfasst die Beurteilung einer Person im Hinblick auf ihre Fähigkeiten, den Alltag zu meistern. Ältere und insbesondere Menschen mit einer Demenz leiden häufig darunter, dass ihnen das, was das ganze Leben über selbstverständlich möglich war, nun nicht mehr möglich sein soll. Alltagskompetenzen gehen verloren (Kasten 2).

Das Modell von Lawton (1996) betont das seelische Wohlbefinden im Sinne der emotionalen Befindlichkeit. Ebenso wird der Verhaltenskompetenz des Menschen grosse Bedeutung beigemessen. Lawton interpretiert die Anregung zu selbständigem und selbstverantwortlichem Verhalten – mit dem Ziel der Erhaltung und Steigerung der Verhaltenskompetenz – als eine zentrale Komponente der Intervention, welche ein autonomes und selbstverantwortliches Leben ermöglichen sollen. In der individuellen Gestaltung der sozialen und räumlichen Umwelt sieht das Modell von Lawton eine für Menschen mit Demenz besonders wichtige Interventionsmassnahme. Dabei sind Lawton die acht Umweltdimensionen wichtig (siehe Kasten 3).

Anwendungsmöglichkeiten in der Pflege

Für die Förderung des individuellen Wohlbefindens und der Lebensqualität von Menschen mit einer Demenz sind diese Umweltdimensionen in einer pflege und betreuungsbezogenen Umgebung zu berücksichtigen. Es können einzelne Dimensionen näher in Betracht gezogen werden, welche förderlich sind für die Lebensqualität bei Menschen mit Demenz, u. a. «Stimulation und Anregung», «Ermöglichen von Umweltkontrolle» oder «Gelegenheit zu Privatheit und sozialer Interaktion». Gezielte Pflegeinterventionen innerhalb dieser Dimensionen sorgen dafür, dass eine fördernde und fordernde Umwelt für die Erhaltung der Verhaltenskompetenz etwas Entscheidendes sein kann.

Wie kann dies konkret umgesetzt werden? Die Pflegenden können versuchen, sich in die veränderte Welt der Menschen mit Demenz hinein zu versetzen und ihre Sinnbezüge, Vorstellungen und Bedürfnisse zu verstehen und zu akzeptieren. Es können vorhandene Ressourcen einbezogen werden, welche im Bereich des emotionalen Erlebens oder des Langzeitgedächtnisses liegen. Das Überlassen von einfachen Aufgaben vermittelt Bestätigung und definiert den Platz in der Gemeinschaft. Menschen mit Demenz benötigen in vermehrter Weise erinnerungsstiftende Anregungen.

Selektion-Optimierung-Kompensation (SOK Modell)

Mit dem SOK Modell (Baltes, 1990) haben wir eine weitere Möglichkeit, uns dem Verständnis von Lebensqualität im Alter zu nähern. Ein adäquater Umgang mit Problemen und schwierigen Situationen kann mit dem Modell angegangen werden. Bei der *Selektion* geht es darum, aus vielen Zielen jene rauszusuchen, die auch erreichbar bzw. erfüllbar sind. In der *selektiven Vorgehensweise* wird überlegt, was wichtig ist, wo Prioritäten gesetzt werden sollen. Die Entscheidungen werden aktiv getroffen. Dabei ist es genau so wichtig, Ziele, Ansprüche und Wünsche den vorhandenen Möglichkeiten und der körperlichen Verfassung anpassen. Beispiele dafür können folgende sein:

- gezielte Beschäftigungen
- gezielte soziale Kontakte
- gezielte Übungen und Trainingseinheiten
- Übernahme von Aufgaben und Tätigkeiten

Unter *Optimierung* sind der Erwerb, die Verfeinerung und der Einsatz von Ressourcen zum Erreichen eines angestrebten Ziels zu verstehen. Dabei geht es auch um die Steigerung und Erweiterung von Handlungs- und Entwicklungsmöglichkeiten, welche dazu führt, dass u. a. Lebenszufriedenheit, Lebenssinn, soziale Teilhabe, Interaktionsfähigkeit und Autonomie erhalten bleiben oder neu entdeckt werden können.

Bei der *Kompensation* geht es um die Frage des Ausgleiches. «Wie kann ich einen Ausgleich bewirken oder herbeiführen?», als eine Reaktion auf einen Ressourcenverlust. Es kann dazu führen, wenn jemand neue Wege sucht, das neu gesteckte Ziel erreicht wird. Möglicherweise steht mehr Zeit zur Verfügung, wenn das Tempo verlangsamt wird. Auch der Einsatz eines Hilfsmittels (zum Beispiel eines Hörgeräts) kann dazu führen, dass die betroffene Person am Alltag teilnimmt und soziale Kontakte pflegt.

Das SOK Modell im pflegerischen Alltag

Das SOK-Modell kann im pflegerischen Setting, im täglichen Kontakt mit Bewohnerinnen und Bewohnern angewendet werden. Es zeigt auf, wie wichtig es in Langzeiteinrichtungen ist, mit den Kompetenzen von Bewohnerinnen und Bewohnern gezielt zu arbeiten. In Zusammenhang mit einer salutogenetischen Sichtweise macht es Sinn, verbleibende Ressourcen und Fähigkeiten einzubinden, um mögliche Einbussen im physischen und psycho-sozialen Bereich zu reduzieren. Das Modell kann einen Beitrag leisten zur Verbesserung der Lebensqualität, in dem es zur Selbstkontrolle und Emanzipation anregt. Im Weiteren können Pflegenden mit Hilfe des Modells die Betroffenen motivieren, geeignete Hilfestellungen in Anspruch zu nehmen sowie eigene Möglichkeiten zu nutzen, den Alltag zu meistern.

Literatur

- Allardt, E. (1993): Having, Loving, Being: An Alternative to the Swedish Model of Welfare Research. In: Nussbaum, M.; Sen, A. (eds.), *The Quality of Life*. University Press: Oxford (S. 88 – 94)
- Gaul, G. B. (1999). Quality of life – Therapieziel oder Schlagwort? *Journal of Cardiology* 1999; 6 (12), 617 – 621
- Kruse, A. (2003) Lebensqualität im Alter. Befunde und Interventionsansätze. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Bd. 36, 6, S. 419 – 420
- Radoschewski, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Konzepte und Maße. Entwicklungen und Stand im Überblick. In: *Bundesgesundheitsblatt des Robert Koch-Institut*, Berlin

Weitere Literatur beim Autor



Tomas Kobi, Master in Gerontologie (MAS), Exekutive Master in Prävention & Gesundheitsförderung FH; Beratung/Coaching/Bildung gg, Gerontologie und Gesundheitsförderung