

NRW80+ Hochaltrigenstudie: Abschlussbericht zur ersten Förderphase 01/2016-12/2018

Woopen, Christiane; Rietz, Christian; Wagner, Michael; Zank, Susanne; Brijoux, Thomas; Geithner, Luise; Hansen, Sylvia; Kaspar, Roman; Neise, Michael; Reissmann, Marcella; Schmitz, Wiebke; Zimmermann, Jaroslava; Janhsen, Anna

Veröffentlichungsversion / Published Version

Abschlussbericht / final report

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Woopen, C., Rietz, C., Wagner, M., Zank, S., Brijoux, T., Geithner, L., ... Janhsen, A. (2019). *NRW80+ Hochaltrigenstudie: Abschlussbericht zur ersten Förderphase 01/2016-12/2018*. Universität zu Köln, Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (ceres). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-90192-5>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-SA Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-SA Licence (Attribution-NonCommercial-ShareAlike). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0>

NRW80+ Hochaltrigenstudie

Abschlussbericht zur ersten Förderphase 01/2016-12/2018

Prof. Dr. **Christiane Woopen**
(Geschäftsführende Direktorin **ceres**,
Medizinische Fakultät, Forschungsstelle Ethik)

Prof. Dr. **Christian Rietz**
(PH Heidelberg,
Forschungsmethoden nach dem Mixed-Methods-Ansatz)

Prof. Dr. **Michael Wagner**
(Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät,
Institut für Soziologie und Sozialpsychologie)

Prof. Dr. **Susanne Zank**
(Humanwissenschaftliche Fakultät,
Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie)

gemeinsam mit
Thomas Brijoux, Luise Geithner, Sylvia Hansen, Dr. Anna Janhsen, Dr. Roman Kaspar,
Michael Neise, Marcella Reissmann, Wiebke Schmitz und Jaroslava Zimmermann

Inhalt

1.	Vorbereitungsphase	5
1.1	Ausgangslage	5
1.2	Hochaltrigkeit	7
1.3	Lebensqualität	8
2.	Machbarkeitsanalyse	10
2.1	Survey-methodologische Vorarbeiten	10
2.1.1	Samplingstrategie	10
2.1.2	Meldeamtsbefragung	10
2.1.3	Pilotstudie zur Erreichbarkeit und Befragbarkeit sehr alter Menschen	11
2.2	Inhaltliche Vorarbeiten zur Operationalisierung des CHAPO-Modells	12
2.2.1	Bestimmung normativer Aspekte der Lebensbewertung	12
2.2.2	Instrumentarium für die Befragung hochaltriger Menschen	13
2.2.3	Pilotierung des Survey-Instrumentariums	14
3.	Erhebungsphase	15
3.1	Interviews mit Vertretern aus gesellschaftlich relevanten Handlungs- und Entscheidungsfeldern (Stakeholderbefragung)	15
3.2	Stichprobenarbeiten	15
3.3	Realisierte Interviews	16
3.4	Bereitstellung der Befragungsdaten	17
4.	Auswertung	17
4.1	Deskription: Lebensqualität hochaltriger Menschen	17
4.1.1	Allgemeine Lebenszufriedenheit	18
4.1.2	Depressivität in der Hochaltrigkeit	19
4.1.3	Subjektiver Gesundheitszustand	19
4.1.4	Pflegebedürftigkeit und Pflegenutzung	20
4.1.5	Soziales Netzwerk	21
4.1.6	Anomie-Empfinden	23
4.1.7	Internetnutzung	24
4.2	Evaluation: Erklärung beobachteter Unterschiede in der Lebensqualität und im subjektiven Wohlbefinden	25
4.2.1	Wertschätzung	25

4.2.2 Lebensführung.....	26
4.3 Sozial-normative Implikationen der Studienbefunde	26
4.3.1 Befunde der Stakeholderbefragung.....	26
4.3.2 Implikationen der Befunde für die Diskussion von Leitvorstellungen zum guten Altern.....	29
5. Kommunikation von Befunden und Umsetzung von Empfehlungen.....	30
5.1 Sicherstellung der Implementierbarkeit der Ergebnisse.....	30
5.2 Umsetzung von Studienbefunden.....	31
Nachweise	32
Anhang	36

Kontakt:

ceres

Universität zu Köln

Albertus-Magnus-Platz

50923 Köln

T +49 221 470-89110

F +49 221 470-89101

ceres-info@uni-koeln.de

www.ceres.uni-koeln.de

Ergebnisse des Projektes nach Phasen des Arbeitsplans

Die Darstellung der Arbeitsergebnisse orientiert sich an der Gliederung des vereinbarten Arbeitsplans und ergänzt die Dokumentation der durchgeführten Arbeiten in den jährlichen Sachstandsberichten um zentrale inhaltsbezogene Aussagen zum Forschungsgegenstand. Eine ausführliche wissenschaftliche Darstellung und Diskussion von Befunden zu ausgesuchten Inhaltsbereichen ist als Buchpublikation im Rahmen der ceres-Schriftenreihe für Ende 2020 geplant.

1. Vorbereitungsphase

Die durch das Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen in einer ersten Förderphase von 1.1.2016 bis 31.12.2018 unterstützte Hochaltrigenstudie setzt die seit 1.1.2015 aus Mitteln der Exzellenzinitiative der Universität zu Köln (UoC Forum) geförderte Initiative zum Aufbau eines Themenschwerpunktes Altern und demographischer Wandel am CERES (Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health) der Universität zu Köln fort.

1.1 Ausgangslage

Mit der steigenden Lebenserwartung in Deutschland verbringt eine wachsende Zahl an Menschen eine immer längere Zeit im hohen Alter. In NRW waren 2009 noch 4,8% der Bevölkerung 80 Jahre oder älter. Bis 2050 wird sich diese Zahl voraussichtlich auf 14,5 % verdreifachen. Darüber hinaus nimmt die Vielfalt des Alter(n)s zu. Es be- und entsteht ein facettenreiches hohes Alter mit zahlreichen unterschiedlichen Lebensentwürfen und individuellen Vorstellungen davon, was Lebensqualität im hohen Alter ausmacht.

Hochaltrige Menschen stellen jedoch eine Bevölkerungsgruppe dar, über die bisher wenig wissenschaftlich geforscht wurde. Repräsentative Aussagen zu Lebensqualität und Wohlbefinden sind auf Grundlage verfügbarer wissenschaftlicher Studien in Deutschland gegenwärtig nur eingeschränkt möglich (Tab. 1). Einschränkungen in der Generalisierbarkeit bisheriger Studienergebnisse für die Gesamtpopulation hochaltriger Menschen entstehen aufgrund von kleinen (BASE I, ÖIHS) oder selektiven Stichproben (Generalisierte Hochaltrigenstudie), regionalem (BASE I) oder inhaltlichem Fokus (WHOQOL-OLD, LateLine, EnableAge) sowie spezifischen Zielgruppen (Heidelberger Hundertjährigenstudie I und II). Um diese Forschungslücke zu schließen, widmet sich die Hochaltrigenstudie NRW80+ der interdisziplinären Erforschung des hohen Alters unter Einbezug medizinisch-naturwissenschaftlicher, sozial- und humanwissenschaftlicher Ansätze sowie der Philosophie.

Im Themenschwerpunkt „Altern und demographischer Wandel“ bei ceres finden diese Disziplinen zusammen. Mithilfe einer Anschubfinanzierung aus Mitteln der Exzellenzinitiative der Universität zu Köln (UoC-Forum) und der Förderung durch das Ministerium

für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen konnten eine Machbarkeitsstudie zur Untersuchung der Erreichbarkeit und Befragbarkeit hochaltriger Personen sowie darauf aufbauend eine landesweite Repräsentativbefragung durchgeführt werden.

Ziel der Studie ist neben der Entwicklung eines für die Hochaltrigenpopulation geeigneten Lebensqualitätsmodells und seiner Operationalisierung die erstmalige Generierung belastbarer empirischer Daten, die auch die Heimbevölkerung einschließt (vgl. Repräsentativbefragung). Des Weiteren zielt die Studie darauf ab, die Sichtweisen von Vertreter*innen unterschiedlicher Gesellschaftsbereiche (z.B. Politik, Medien, Gesundheitsversorgung) auf Hochaltrigkeit abzubilden (vgl. Stakeholderbefragung). Auf der Grundlage der Ergebnisse sollen Planungsgrößen sowie Handlungsempfehlungen für die Altenpolitik bereitgestellt sowie Ansatzpunkte für weitere Forschung identifiziert werden, die letztlich zu einem guten Leben bis ins hohe Alter beitragen sollen.

Tab. 1: Hochaltrigkeitsstudien im deutschsprachigen Raum

Titel der Studie	Alter	Lebensqualität und ihre Indikatoren	Methode	Literatur
Berliner Altersstudie (BASE I)	70+	Große Bandbreite an objektiven und subjektiven Indikatoren (insbesondere zur Lebenslage und Lebenssituation)	N=516 (intensive Protokolle), Zufallsstichprobe von Bewohner*innen aus West-Berlin, stratifiziert nach Alter und Geschlecht (1990/93)	Lindenberger & Delius (eds) (2010)
Generali Hochaltrigenstudie (Interviewstudie)	85-99	Daseinsthemen	N=400 qualitative biographische Interviews, ad hoc Stichprobe (2013)	Generali Zukunftsfonds (2014)
Heidelberger Hundertjährigen Studie I	100	Vier Aspekte von Lebensqualität: Kognitiver Status, funktionale Fähigkeiten, mentale Gesundheit, subjektives Wohlbefinden	N=91, lokale Zufallsstichprobe (2000/01)	Rott, d'Heureuse, Kliegel et al. (2001)
Heidelberger Hundertjährigen Studie II	100	Lebenszufriedenheit, Lebenssinn	N=112, lokale Zufallsstichprobe (n=95) (2011/13)	Jopp, Rott, Borerer et al. (2013)
Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie (ÖIHS)	80-85	Objektive Indikatoren: u.a. Gesundheit, Pflege, Lebensstandard (quantitativer Studienteil); subjektive Indikatoren: u.a. Lebenszufriedenheit, Einstellungen (qualitativer Studienteil)	N=410, Steiermark (150) und Wien (260), lokale Zufallsstichprobe; 40 qualitative Interviews; (2013/14)	Stückler & Ruppe (2015)
Lebensqualität bei älteren Menschen – Standardisierung des WHOQOL-OLD	60+	Subjektive Lebensqualität (WHOQOL-BREF), sechs Faktoren des WHOQOL-OLD	N=1133, Deutsche Zufallsstichprobe, zusätzliches Sample 80+ (N=309) (2012)	Conrad, Matschinger, Riedel-Heller et al. (2014); Conrad, Uhle, Matschinger et al. (2015)

Förderung von Autonomie, Partizipation und Wohlbefinden im Alter: Das Wohnumfeld als Determinante für gesundes Altern (EnableAge)	80-89	Wohnumfeld und Wohnsituation, objektive und subjektive Gesundheit, Lebenszufriedenheit, Affekt	N=1918 (Schweden, Deutschland, UK, Lettland, Ungarn), N=450 (Deutsches sample), lokale Zufallsstichprobe (2002)	Iwarsson, Wahl, Nygren et al. (2007)
Längsschnittliche Analyse des subjektiven Wohlbefindens im sehr hohen Alter (LateLine)	87-97	Hedonisches Wohlbefinden (u.a. Lebenszufriedenheit, Affekt), eudämonisches Wohlbefinden (u.a. Autonomie, Lebenssinn), mentale Belastung	N=124 (Baseline), Deutsches EnableAge follow up, sieben Messzeitpunkte 2009/13	Wettstein, Schilling, Reidick et al. (2015)

Quelle: Wagner et al. 2018

1.2 Hochaltrigkeit

Bei der hochaltrigen Bevölkerung handelt es sich um eine sehr heterogene Gruppe mit individuell sehr unterschiedlichen Biographien, Ressourcenlagen und altersassoziierten Entwicklungsverläufen. Hochaltrigkeit ausschließlich über das chronologische Lebensalter oder altersbedingte Verluste zu definieren, greift darum zu kurz.

Je nach Disziplin und Perspektive werden unterschiedliche Merkmale für die Bestimmung dieses Lebensabschnitts herangezogen. Es gibt darum auch keinen breiten Konsens darüber, wann die Hochaltrigkeit beginnt oder wie sie sich von anderen Lebensphasen abgrenzt. Mit zunehmendem Lebensalter kann es sowohl zu Funktions- und Ressourceneinbußen, Verlusterfahrungen und steigender Vulnerabilität als auch zum Ausbau bestimmter Wissensbereiche oder Veränderungen in der Selbst- und Weltwahrnehmung sowie in der Lebensgestaltung kommen. Hochaltrigkeit kann folglich kaum als ein statischer Zustand mit klar definierten Eintrittsmerkmalen verstanden werden. In der Studie NRW80+ Studie werden Merkmale aus verschiedenen sozial- und lebenswissenschaftlichen Disziplinen zusammengebracht, um so zu einem vollständigeren Bild dieses Lebensabschnitts und des Phänomens Hochaltrigkeit zu gelangen.

Für die Durchführung der Repräsentativbefragung war es notwendig, bereits zu Studienbeginn die Studienpopulation aufgrund von vorab bekannten Merkmalen festzulegen. Empirische Untersuchungen zur Hochaltrigkeit richten sich aus forschungspragmatischen Gründen gemeinhin am kalendarischen Lebensalter aus und definieren die Hochaltrigenpopulation ab einem Schwellenwert von 80, seltener auch 85 Jahren (Tab. 1). Diese Grenze orientiert sich häufig an einer demografischen Definition, nach der Hochaltrigkeit bei dem Lebensalter beginnt, welches weniger als die Hälfte einer Geburtskohorte erreicht. Auch NRW80+ nutzte diese Definition zur Bestimmung der Studienpopulation, vertritt auf der Grundlage der erfassten Informationen aber ein mehrdimensionales Konzept, nach dem Hochaltrigkeit beispielsweise auf der Ebene körperlicher Funktionalität oder gesellschaftlicher Rollenzuschreibungen unabhängiger vom kalendarischen Lebensalter beschrieben werden kann.

1.3 Lebensqualität

Ausgangspunkt für das Verständnis von Lebensqualität im Rahmen der Studie NRW80+ Studie war die Definition der Weltgesundheitsorganisation:

„Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen“ (WHO 1997: 1).

Objektive Lebens- und Ressourcenlagen werden demnach vor dem Hintergrund individueller Maßstäbe sowie mit Bezug auf den kulturellen Kontext und gesellschaftliche Wertvorstellungen bewertet. Von der Vielzahl von Rahmenmodellen, die zur Abbildung von Lebensqualität vorgeschlagen wurden, ist für die Studie NRW80+ zudem insbesondere das Modell der Four Qualities of Life von Ruut Veenhoven (2000) relevant, das zwischen umwelt- und personenbezogenen Aspekten von Lebensqualität sowie zwischen Lebensmöglichkeiten und Lebensergebnissen unterscheidet. Auf dieser Basis wurde das Challenges and Potentials Model of Quality of Life in Very Old Age (CHAPO-Modell, Abb. 1) entwickelt und auf das hohe Alter hin konkretisiert (vgl. Neise et al. 2019; Wagner et al. 2018).

Diesem Modell liegt ein mehrdimensionales Verständnis von Lebensqualität zugrunde. Es ermöglicht zudem eine Differenzierung zwischen:

- den beurteilenden Instanzen: Erst-, Zweit- und Dritt-Personenperspektive,
- den Beurteilungsgrundlagen: individuelle und über-individuellen Wertvorstellungen, Person-Umwelt-Passung,
- solchen Lebensergebnissen, die der Person selbst wichtig sind, und solchen, die maßgeblich durch ihre (soziale) Umwelt definiert werden,
- hedonischen (d.h. auf individuelles Wohlergehen bezogenen) Konzepten von Lebensqualität und eudämonischen Konzepten von Lebensqualität, bei denen die individuelle Lebensführung im Horizont des gelingenden Lebens bewertet wird, auch vor dem Hintergrund des Gemeinwohls oder der Entfaltung von Personenzpotentialen.

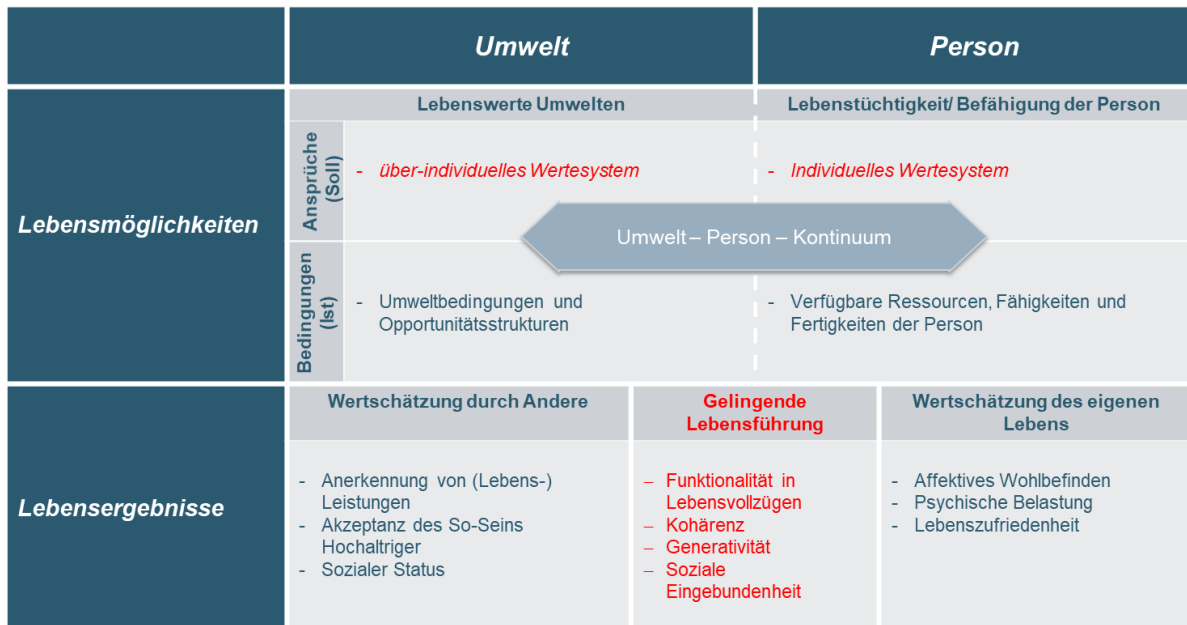


Abb. 1: Das Challenges and Potentials (CHAPO) Model of Quality of Life in Very Old Age (Wagner et al. 2018; Neise et al. 2019)

Darüber hinaus berücksichtigt das Modell drei wissenschaftliche Reflexionsebenen: Deskription, Evaluation, Normierung.

- 1) Auf der deskriptiven Ebene werden Lebensmöglichkeiten und Lebensergebnisse näher beschrieben.
- 2) Auf der evaluativen Ebene wird die Bewertungsperspektive eingeführt und es werden Hypothesen empirisch geprüft, womit der Herstellung und Aufrechterhaltung von Lebensqualität nachgegangen werden kann.
- 3) Auf normativer Ebene werden gesellschaftliche Regelungen und bestehende Wertmaßstäbe für die hochaltrige Bevölkerung genauer betrachtet und hinterfragt.

Durch die ganzheitliche Betrachtungsweise, die Anschlussfähigkeit an verschiedene Disziplinen sowie den Einbezug relevanter Dimensionen der Wohlfahrts- und Wohlbefindensforschung ist das CHAPO-Modell nicht allein als Modell zur Abbildung von Lebensqualität im Populationssegment sehr alter Menschen, sondern auch als Beitrag zu einer integrativen Lebensqualitätsforschung und einer alter(n)sfreundlichen Gesellschaft zu verstehen. Es bildet einen Rahmen, dessen einzelne Felder je nach Erkenntnisinteresse mit unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten konkret ausgefüllt und aufeinander bezogen werden können.

2. Machbarkeitsanalyse

Im Rahmen einer ausführlichen Machbarkeitsanalyse wurden zunächst die Grundlagen für eine wissenschaftlich solide und ethischen Ansprüchen genügende Bevölkerungsumfrage zur Messung von Lebensqualität in diesem bislang wenig beforschten Bevölkerungssegment erarbeitet. In einem ersten Strang der Machbarkeitsstudie wurden die survey-methodologischen Grundlagen für eine Repräsentativbefragung hochaltriger Menschen erarbeitet. Mit Blick auf das Stichprobendesign wurde dabei zunächst anhand von Simulationen auf der Grundlage der offiziellen Statistik zur Bevölkerungsstruktur in NRW geprüft, mit welcher Stichprobenstrategie die Hochaltrigenbevölkerung optimal repräsentiert werden kann und wie zuverlässige Vergleiche nach Geschlecht oder Altersgruppen sichergestellt werden können. Zeitgleich wurde eine telefonische Befragung von Einwohnermeldeämtern in NRW durchgeführt, um Probleme bei der Bereitstellung der benötigten Adressdaten möglichst frühzeitig zu erkennen und unterstützende Maßnahmen einleiten zu können. Da bislang keine Vorerfahrungen zur Umfragebeteiligung in diesem Alterssegment vorlagen, wurden die für die Studienplanung notwendigen Erkenntnisse zur Erreichbarkeit und Befragbarkeit dieser Zielgruppe unter realistischen Bedingungen im Rahmen eines Testlaufes in sechs Gemeinden in NRW erarbeitet. In einem zweiten Strang der studienvorbereitenden Arbeiten wurde parallel geklärt, wie das Rahmenkonzept der Lebensqualität im hohen Lebensalter in diesem Bevölkerungssegment empirisch abgebildet, sowie valide und zuverlässig gemessen werden kann.

2.1 Survey-methodologische Vorarbeiten

Die Strategie für die Stichprobenziehung der Repräsentativbefragung im Projekt NRW80+ wurde zunächst auf der Grundlage einer durch *infas Sozialforschung* erstellten Expertise für die Stichprobenziehung auf Gemeindeebene entwickelt. Darauf konnte anschließend eine von *TNS Infratest (mittlerweile KANTAR Public)* durchgeführte Vorstudie zur Erreichbarkeit und Befragbarkeit von Personen aufbauen.

2.1.1 Samplingstrategie

In einer Expertise zur Stichprobenziehung auf Gemeindeebene empfahl *infas Sozialforschung* eine Zufallsziehung von 120 Sampling Points, wobei Gemeinden, in denen viele Hochaltrige leben, eine proportional entsprechend höhere Einschlusswahrscheinlichkeit erhalten. Anhand von exemplarischen Stichprobenziehungen wurde gezeigt, dass dieses Vorgehen forschungsökonomisch (Aufwand in der Feldphase) und mit Blick auf die Genauigkeit der Aussagen (Minimierung des Designeffektes) optimal ist.

2.1.2 Meldeamtsbefragung

Zur Vorbereitung des Abrufs von Personenstichproben aus den Gemeinden wurden vom 12.01.2016 bis 26.01.2016 55 zufällig ausgewählte Gemeinden in NRW (entspricht knapp 14% aller Gemeinden in NRW) durch wissenschaftliche Mitarbeiter*innen des

Projekts telefonisch befragt. So wurden beispielsweise administrative und technische Voraussetzungen, die Art und der Umfang erhältlicher Informationen sowie zeitliche und finanzielle Rahmenbedingungen der Adressbereitstellung erfragt. Ein erstes zentrales Ergebnis der Meldeamtsbefragung war, dass eine stratifizierte (d.h. nach interessierenden Teilgruppen wie z.B. Männer und Frauen getrennte) Stichprobenziehung nicht in allen Gemeinden möglich ist, und darum auf Gemeindeebene zunächst eine unbedingte Zufallsstichprobe zu ziehen ist, die groß genug ist, um in hinreichendem Ausmaß auch hochaltrige Männer und sehr alte Personen zu enthalten. Ein zweites zentrales Ergebnis war die Verunsicherung einiger Meldeämter, wie im Zuge einer Meldeamtsauskunft mit den nach § 52 BMG vorgesehenen bedingten Sperrvermerken für in Einrichtungen der Altenpflege gemeldeten Personen zu verfahren sei. Hier wurde für die Repräsentativbefragung ein Vorgehen erarbeitet, das es den Meldeämtern ermöglicht, bei der Stichprobenziehung auch die Heimbevölkerung uneingeschränkt zu berücksichtigen.

2.1.3 Pilotstudie zur Erreichbarkeit und Befragbarkeit sehr alter Menschen

Auf Personenebene wurden in einem weiteren Schritt der Machbarkeitsstudie die tatsächliche Erreichbarkeit und Befragbarkeit von zufällig aus den Meldeamtsregistern von sechs Gemeinden in NRW gezogenen hochaltrigen Personen überprüft. Von August 2016 bis Oktober 2016 wurden durch das Befragungsinstitut *KANTAR Public* insgesamt 1.800 Personen angesprochen.

Insgesamt konnten 476 Interviews mit hochaltrigen Personen oder ihren Stellvertretern geführt werden. Die Ausschöpfungsquote lag somit bei 26,4% und damit nicht niedriger als in anderen Altersstudien mit einer insgesamt jüngeren Zielgruppe. Hochaltrige Personen, die persönlich kontaktiert wurden, konnten häufiger für eine Teilnahme gewonnen werden als telefonisch kontaktierte Personen. Der Anteil von Stellvertreterinterviews (Proxy), die durchgeführt wurden, wenn die Zielperson aus gesundheitlichen Gründen die Fragen nicht selbst beantworten konnte, ist mit zunehmendem Alter und bei in Heimen lebenden Personen höher. Auf der Grundlage der Ergebnisse der Machbarkeitsstudie zur Erreichbarkeit von Hochaltrigen und in Übereinstimmung mit den aktuellen Entwicklungen in Altersstudien wie dem Deutschen Alterssurvey oder der Gesundheitsberichterstattung des Robert-Koch-Instituts, wurde die Entscheidung getroffen, nicht-auskunftsfähige Personen nicht systematisch aus der Zielpopulation auszuschließen, sondern nach Möglichkeit Stellvertreterauskünfte einzuholen. Für repräsentative Aussagen in diesem Alterssegment erscheint die Berücksichtigung von Proxyauskünften zwingend erforderlich.

Die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie wurden von *KANTAR Public* als Meilensteine in einem Feldbericht und einer Expertise zur Erreichbarkeit einer Personenstichprobe Hochaltriger detailliert dargelegt. Die Expertise gibt darüber hinaus konkrete Empfeh-

lungen für den Stichprobenplan und die Ansprache Hochaltriger im Rahmen der vorgesehenen landesweiten Repräsentativbefragung NRW80+. Die Befunde einer vertiefenden Analyse von Risikofaktoren für eine Nicht-Teilnahme in dieser Altersgruppe wurden von Wagner und Kollegen (2018) im *European Journal of Aging* veröffentlicht. Hochaltrige Menschen in Einrichtungen der Altenpflege in die Befragung einzubeziehen erforderte wegen der zusätzlich nötigen Abstimmungen mit Betreuenden einen erhöhten Zeitaufwand. Die Befragungsbereitschaft derjenigen Bewohner, die gesundheitlich in der Lage waren sich an der Befragung zu beteiligen, war allerdings deutlich höher als von Personen in Privathaushalten.

2.2 Inhaltliche Vorarbeiten zur Operationalisierung des CHAPO-Modells

Das in der Vorbereitungsphase entwickelte Rahmenkonzept zur Untersuchung der Lebensqualität sehr alter Menschen leistet eine Gliederung der theoretisch und empirisch als relevant erachteten Merkmale der Personen und ihrer Lebenswelten. Die Methoden und Instrumente zur Erfassung der konkreten Merkmale sind durch das CHAPO-Modell jedoch nicht bestimmt, und wurden im Abgleich mit den Rahmenbedingungen der empirischen Studie (Informantengruppen, zeitliche und finanzielle Ressourcen) entwickelt.

2.2.1 Bestimmung normativer Aspekte der Lebensbewertung

Zur Identifikation von sozial-normativen Bewertungskriterien und Leitvorstellungen zum guten Altern wurde ein Datenkorpus aus Dokumenten der politischen Parteien in NRW (insbes. CDU, SPD, Grüne), der Seniorenvertretung (BAGSO), sowie den sozialen Trägerverbänden in NRW (insbes. Caritas und Diakonie) zusammengestellt. Im Zuge der Materialsichtung wurde erkennbar, dass eine reine Dokumentenanalyse zur Abbildung des gegenwärtigen politischen Diskurses alleine schon hinsichtlich Aktualität und Spezifität für die Gruppe der Hochaltrigen nicht ausreichend informativ ist. Aus diesem Grund wurden - über die Dokumentenanalyse hinaus - insgesamt 22 qualitative Interviews mit Stakeholdern geführt. Hierdurch soll zum einen ein differenziertes Bild überindividueller Wertesysteme, insbesondere mit Blick auf die Relevanz und die gesellschaftliche Wertschätzung der Hochaltrigen, nachgezeichnet werden. Daneben sollen Prozesse der sozialen Konstruktion, Kommunikation und Legitimation von Vorstellungen zur Hochaltrigkeit auf der Ebene von Institutionen und Organisationen in den Blick genommen und deren normative Implikationen herausgearbeitet werden.

In den Fragenkatalog der Repräsentativbefragung wurde auch die Rezeption gesellschaftlicher Werthaltungen zum hohen Alter durch die Befragten selbst aufgenommen, um die Perspektive gesellschaftlicher Stakeholder mit derjenigen von Betroffenen abzugleichen.

2.2.2 Instrumentarium für die Befragung hochaltriger Menschen

Unter Berücksichtigung einschlägiger Alter(n)s- und Lebensqualitätstheorien sowie vorhandener Studien in diesem Bereich wurden zunächst 44 Merkmalsbereiche ausgewählt, um das CHAPO-Modell empirisch abzubilden (s. Abb. 2 und Anhang, Tab. 3). Veröffentlichte Fragebögen und Skalen zur Operationalisierung dieser Merkmale und Konstrukte wurden hinsichtlich ihrer Eignung und unter Rückgriff auf vorhandene Gütekriterien ausführlich analysiert. Hierbei wurde auch auf die Anschlussfähigkeit an zentrale Studien im deutschsprachigen Raum geachtet (s. Abb.1, z.B. Deutscher Alterssurvey). Skalen wurden wenn nötig an den Lebenskontext hochaltriger Menschen angepasst und gegebenenfalls gekürzt, um eine möglichst kurze Befragungsdauer zu erreichen. Englischsprachige Instrumente wurden nach standardisierten Verfahren übersetzt. Die Vorarbeiten zur Operationalisierung jedes abzubildenden Merkmalsbereiches sind in entsprechenden Rationalen dokumentiert.

Speziell für die Bereiche Spiritualität, interpersonelle Gewalterfahrungen und Lebensstile in der Hochaltrigkeit fanden im Rahmen von Qualifikationsarbeiten umfangreiche Skalen-Neuentwicklungen mit mehrstufigen qualitativen und quantitativen Entwicklungsschritten statt (Gruppendiskussionen und Think Aloud-Studien, qualitative Befragungen von hochaltrigen Peers und Experten aus einschlägigen Praxisfeldern). Schließlich wurden im ersten Quartal 2017 modifizierte und neu entwickelte Erhebungsinstrumente an einer Stichprobe von insgesamt 28 Personen ab 80 Jahren mit unterschiedlichem Versorgungsbedarf getestet. Die Ergebnisse dieser Vorarbeiten zur Operationalisierung bislang noch nicht zufriedenstellend erfassbarer Ressourcenlagen und Lebensführung der Hochaltrigen wurden daneben in mehreren Veröffentlichungen in anerkannten einschlägigen Zeitschriften und Beiträgen zu nationalen und internationalen Kongressen vorgestellt und diskutiert (Geithner 2017a; Geithner 2017b; Janhsen et al. 2017a; Janhsen et al. 2017b; Janhsen 2018; Janhsen et al. 2018).

	Umwelt		Person
Lebens- möglich- keiten	Lebenswerte Umwelten		Lebenstüchtigkeit/ Befähigung der Person
	Ansprüche (Soll) - über-individuelles Wertesystem: Prioritäten Stakeholder (Stakeholderanalyse) Spiritualität (religiöse Institutionen)		- Individuelles Wertesystem: Einstellung zu Leben, Sterben, Tod Individuelles Wertesystem Spiritualität (Wichtigkeit) Generativität Lebensstil (Wichtigkeit, Interessen) Digitale Kompetenz (Einstellung, Interessen) Politische Präferenz (Patienten)Verfügungen
	Bedingungen (Ist) - Umweltbedingungen u. Opportunitätsstrukturen: Wohnform (Privat/Heim) Haushaltszusammensetzung (Größe) Einkommensarten Nettohaushaltseinkommen Kosten, Schulden, Vermögen Wohnbarrieren Soziales Netzwerk (Größe) Haustiere Herkunftsländ Familiärer Hintergrund (z.B. Geschwister, soz. Stellung Eltern) Persönlichkeit Proxy (Streitsüchtigkeit)	Pflegeunterstützung (nicht/vollstationär) Soziale Kohäsion Soziale Unterstützung Familienstand (Ur-/Groß-)Elternschaft Hilfsmittelnutzung Zugänglichkeit außerh. Umwelt Haushaltszusammensetzung (Beziehung) Soziales Netzwerk (Beziehung, Verbundenheit) Religionsgemeinschaft Vereinsmitgliedschaft Partnerschaftshistorie Wohngeschichte	- Verfügbare Ressourcen, Fähigkeiten und Fertigkeiten: Lebensalter, Geschlecht Pflegebedürftigkeit Gesundheitskompetenz Schmerzen BMI und Gewichtsverlust Handgreifkraft Kognition (Demtect) Multimorbidität Depression Subjektive Gesundheit Selbstwirksamkeit/Kontrollüberzeugungen Persönlichkeit (Streitsüchtigkeit) Alternserleben Bildung(sbiographie) Beruf(sbiografie)
Lebens- ergeb- nisse	Wertschätzung durch Andere	Gelungende Lebensführung	Wertschätzung des eigenen Lebens
	Sozialer Status Wertschätzung durch Andere Wertschätzung durch Proxy	Anomieerleben (ind./gesell. Werte ZP + Proxy) Lebensstil (Aktivitäten) Aktivitäten (Häufigkeit) Politische Teilhabe Ehrenamt Autonomie Verbundenheit mit d. Leben (VOL) Wohnverbundenheit Alltagsselbständigkeit (I/ADL) Digitale Kompetenz (Nutzung)	Affektives Wohlbefinden Einsamkeit Lebenssinn Allgemeine Lebenszufriedenheit Wünsche für eigenen Alltag (offen) Kritische Lebensereignisse (inner-/außerhalb 2. Weltkrieg) Interpersonelle Gewalterfahrung

Abb. 2: Operationalisierung des Challenges and Potentials (CHAPO) Model of Quality of Life in Very Old Age. Bereiche konzeptioneller Neuerungen sind rot gekennzeichnet. Informationen, die nicht die Perspektive der befragten Hochaltrigen widerspiegeln, sondern diejenige von Vertrauenspersonen (Proxys) oder gesellschaftlichen Vertretern (Stakeholder) sind grün gekennzeichnet. Facetten eines übergeordneten Erhebungsbereiches sind in Klammern in hellblau angegeben.

2.2.3 Pilotierung des Survey-Instrumentariums

Das für die maximal 90-minütige standardisierte Face-to-Face-Befragung vorgesehene Gesamt-Instrumentarium wurde im März und April 2017 im Paper-Pencil-Format mit insgesamt 52 hochaltrigen Personen mit unterschiedlichen Versorgungsbedarfen und Wohnbedingungen (Heim und privat) pilotiert. Der Zugang zu den Personen erfolgte über Multiplikatoren aus der regionalen Alten- und Seniorenarbeit sowie im Schneeball-Verfahren. Im Juli 2017 wurde das endgültige Befragungsmaterial gemeinsam mit KANTAR Public in ein computergestütztes persönliches Interview (CAPI) überführt und durch die beteiligten Interviewer des Dienstleisters nochmals abschließend pilotiert.

3. Erhebungsphase

3.1 Interviews mit Vertretern aus gesellschaftlich relevanten Handlungs- und Entscheidungsfeldern (Stakeholderbefragung)

Um einen Einblick in die leitenden gesellschaftlichen Vorstellungen von Hochaltrigkeit sowie die wahrgenommenen sozialen Herausforderungen und Handlungsbedarfe zu gewinnen, wurde neben der Repräsentativbefragung auch eine qualitative Interviewstudie durchgeführt. Diese bestand aus insgesamt 22 teilstandardisierten leitfadengestützten Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern aus der Leitungsebene unterschiedlicher gesellschaftsrelevanter Arbeitsfelder (Stakeholder). Alle Befragten sind in ihrer Arbeit direkt oder indirekt von dem Thema Hochaltrigkeit tangiert und lassen sich folgenden Akteursgruppen zuordnen:

- 1) Medien (öffentliches und privates Fernsehen / Rundfunk)
- 2) Strukturelle Versorgung bzw. Leistungsregulierung im Bereich Gesundheit und Pflege (private und gesetzliche Krankenversicherung, MDK Nordrhein, Landesärztekammer)
- 3) Interessenvertretung (Landesseniorenvertretung, ProAltern, BAGSO, Hospiz-Stiftung)
- 4) Seniorenarbeit (Kubia, Diakonie, Der Paritätische)
- 5) Dienstleister und Ausbilder im Bereich Pflege und Wohnen (AWO, Caritas, SBK)
- 6) Bundes- und Landespolitik (MGEPA in NRW, Bundestagsabgeordnete [FDP], Landtagsabgeordnete [SPD], BMFSFJ, MHKBG in NRW)
- 7) Mobilitätsmanagement (Zukunftsnetz Mobilität NRW)

Die Interviews wurden vollständig transkribiert und unter Verwendung der Datenanalyse-Software MAXQDA mittels qualitativer Inhaltsanalyse (vgl. Mayring 2002; Glaser 2008) ausgewertet. Zur Sicherstellung der Reliabilität und Validität erfolgte die primär induktive Kodierung unabhängig durch mehrere Wissenschaftler*innen. Zudem wurden die Ergebnisse der Kodierung in einem Team aus qualitativ Forschenden zur Sicherstellung der kommunikativen Validität diskutiert und finalisiert (vgl. Levitt 2018; Tong 2007).

3.2 Stichprobenarbeiten

Die Grundgesamtheit der Studie NRW80+ stellen alle Personen dar, die zum Stichtag 31.07.2017 das achtzigste Lebensjahr vollendet haben (geboren vor dem 01.08.1937) und mit Hauptwohnsitz in Nordrhein-Westfalen gemeldet sind. Die Ziehung von Personen aus dieser Grundgesamtheit erfolgte zweistufig: Zunächst wurde aus der Gesamtheit aller Gemeinden in NRW eine Stichprobe von 94 Gemeinden gezogen. In einem zweiten Schritt wurde durch die Einwohnermeldeämter der gezogenen Gemeinden eine unbedingte Zufallsauswahl von insgesamt 48.137 Adressen bereitgestellt (Auswahlgesamtheit). Die Gruppe potenzieller Studienteilnehmer (Bruttostichprobe, N=8.040) wurde anschließend disproportional nach Alter und Geschlecht gezogen, d.h. Personen

aus älteren Altersgruppen (85-89 Jahre, 90+ Jahre) und Männer sind in der Bruttostichprobe häufiger vertreten als man bei einer reinen Zufallsauswahl erwarten könnte. Die dadurch bedingten unterschiedlichen Auswahlwahrscheinlichkeiten werden für generalisierende Aussagen über eine entsprechende Designgewichtung ausgeglichen.

3.3 Realisierte Interviews

Die Repräsentativbefragung wurde vom 12. August 2017 bis 27. Februar 2018 von *Kantar Public* durchgeführt. Das Interview mit einer Zielperson dauerte durchschnittlich 86 Minuten und das Proxy-Interview durchschnittlich 70 Minuten. Die unbereinigte Ausschöpfung liegt bei 1.863 realisierten Interviews von insgesamt 8.040 angesprochenen Personen (23% Responserate). Insgesamt 154 Interviews wurden in Einrichtungen der Altenpflege bzw. im Heim durchgeführt. Damit ist die Heimbevölkerung in der Stichprobe in einem Ausmaß repräsentiert, das nur geringfügig unter dem Anteil von Heimbewohnern in der Gesamtbevölkerung liegt. Der Anteil von Proxy-Interviews beträgt insgesamt 9,4% (N=176) und ist in Heimen höher als in Privathaushalten (27% vs. 8%).

Darüber hinaus wurden 406 Ausfallinterviews geführt, um zumindest grundlegende Informationen zu nicht auskunftsbereiten Personen zu erfassen.

Tab. 2: Ergebnis der Ansprache im Rahmen der NRW80+ Repräsentativbefragung und Zusammensetzung der realisierten Stichprobe

Ergebnis der Ansprache	Privathaushalt	Heim	Gesamt
Anzahl angesprochener Personen	7.300	740	8.040
Anzahl realisierter Interviews	1.724 (24%)	154 (21%)	1.878 (23%)¹
Interview mit Zielperson	1.589	113	1.702 ¹
Interview mit Stellvertreter	135	41	176
Anzahl Ausfallinterviews	383 (5%)	23 (3%)	406 (5%)
Anzahl Ausfälle (ohne Interview)	5.193 (71%)	563 (76%)	5.756 (72%)

Anmerkungen: ¹ Im Zuge der Qualitätssicherung mussten insgesamt 15 nicht vollständig geführte Interviews (Abbrüche, Auslassungen) ausgeschlossen werden.

Die resultierende Stichprobe der NRW80+ Hochaltrigenstudie (N=1.863) weist eine mit der abzubildenden Gesamtpopulation nach Alter, Geschlecht, Institutionalisierung (Pri-

vatwohnende und Heimbewohner) und Ortsgrößenklasse sehr gut vergleichbare Bevölkerungsstruktur auf und kann diesbezüglich als repräsentativ gelten. Einen wesentlichen Beitrag zur Repräsentation insbesondere gesundheitlich stark beeinträchtigter Personen leisten dabei die N=176 Interviews mit nahestehenden Stellvertretern, deren Auskünfte im Folgenden wann immer möglich mitberücksichtigt werden.

3.4 Bereitstellung der Befragungsdaten

Um zentrale Befragungsdaten langfristig zu sichern und einem breiteren wissenschaftlichen Nutzerkreis für Sekundäranalysen verfügbar zu machen, wurde mit gesis – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften ein Servicevertrag geschlossen. Gesis übernimmt ab Juli 2019 unentgeltlich die Langzeitarchivierung, Dokumentation und Bereitstellung der Befragungsdaten als Scientific Use File (SUF) für die wissenschaftliche Forschung und Lehre. Hierzu erfolgten weitere Aufbereitungsschritte zur Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, insbesondere hinsichtlich der Anonymität der Befragungsdaten. Weitere im Projekt erarbeitete sensiblere Datenbestände, z.B. raumbezogene Infrastrukturmerkmale oder qualitative Datenbestände können potenziellen Forschungspartnern im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung zur Verfügung gestellt werden.

4. Auswertung

Der allgemeinen Projektanlage entsprechend werden für die Analyse der Befragungsdaten die drei Forschungsperspektiven Deskription, Evaluation und normative Implikation berücksichtigt.

4.1 Deskription: Lebensqualität hochaltriger Menschen

Da bevölkerungsrepräsentative Daten zur Lebenssituation sehr alter Menschen nur eingeschränkt vorliegen, kommt der Deskription der Daten der in diesem Projekt verwirklichten repräsentativen Stichprobe von alten Menschen in NRW eine hohe Bedeutung zu. Studienergebnisse zur Allgemeinen Lebenszufriedenheit, zur Depressivität, zum subjektiven Gesundheitszustand, zur Pflegebedürftigkeit und Pflegenutzung, sowie zum sozialen Netzwerk, zum Anomieempfinden und zur Internetnutzung geben Einblick in die Lebenssituation hochaltriger Menschen. Ergebnisse sind nach Geschlecht stratifiziert, da die heutige Lebenssituation sehr alter Frauen und sehr alter Männer durch die in diesen Kohorten häufig deutlich unterschiedlichen Biographien mitunter stark differieren. Weiterhin ist der Vergleich verschiedener Altersgruppen in der Hochaltrigkeit aufschlussreich, da sie zu verschiedenen Zeitpunkten geboren und damit in unterschiedlichen zeitgeschichtlichen Kontexten sozialisiert wurden. Unterschiede in der Lebensqualität der Altersgruppen können damit sowohl aus den unterschiedlichen Erfahrungen in diesen

(Geburts-) Kohorten resultieren, als auch die Folge unterschiedlich langer Alternserfahrungen (Lebensalter) sein. Im Folgenden sind für ausgesuchte Erhebungsbereiche deskriptive Ergebnisse zu relativen Häufigkeiten (Anteilswerte) und Mittelwerten (Niveau) dargestellt.

4.1.1 Allgemeine Lebenszufriedenheit

86 % der Hochaltrigen sind in ihrem Leben (eher) zufrieden.

Die Zufriedenheit der über 90-Jährigen ist aber im Durchschnitt deutlich reduziert, gleichzeitig sind die Unterschiede in der Zufriedenheit bei ihnen am stärksten ausgeprägt.

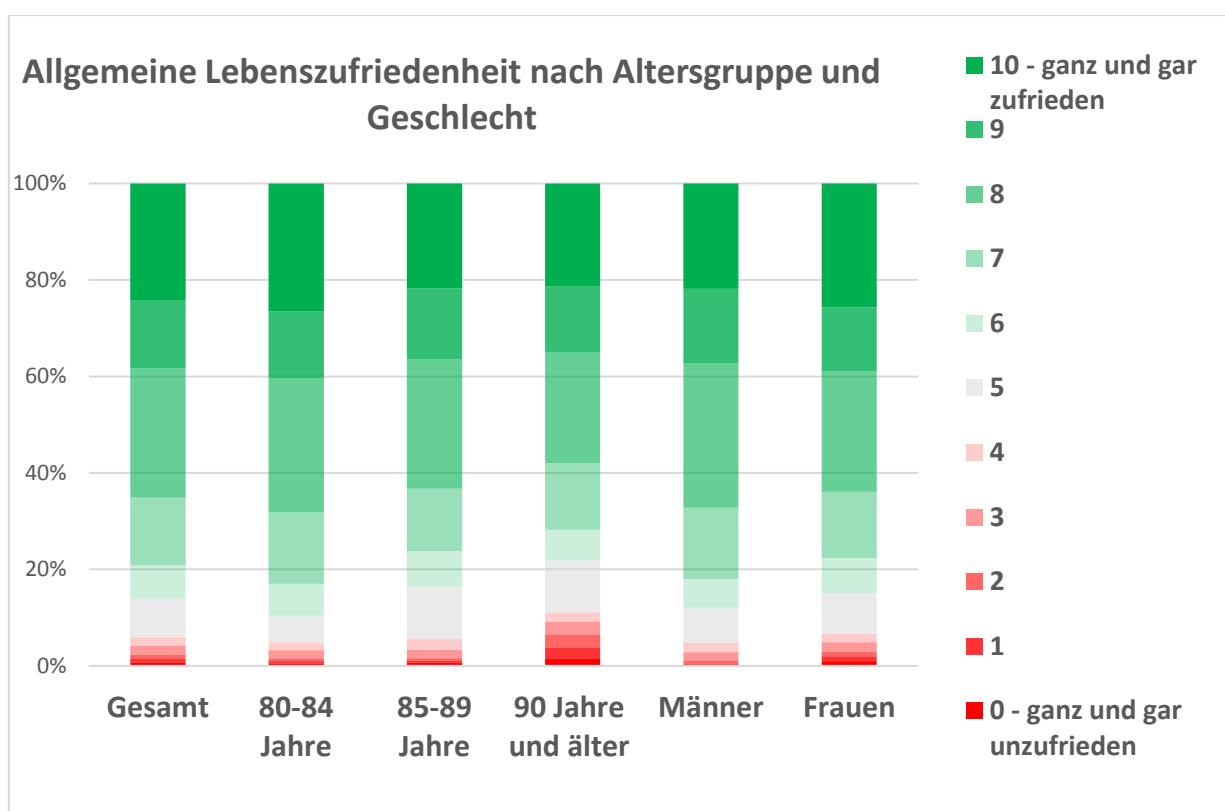


Abb. 3: Lebenszufriedenheit nach Altersgruppe und Geschlecht. Quelle NRW80+, gewichtete Daten (Hochrechnung Bevölkerungsstand 31.12.2016).

Die allgemeine Lebenszufriedenheit der Hochaltrigen in NRW ist mit durchschnittlich 7,8 Punkten auf einer Skala von 0 bis 10 als hoch einzuschätzen. Insgesamt 86% der Hochaltrigen wählen 6 Punkte oder mehr und sind danach mit ihrem Leben (eher) zufrieden. Die Zufriedenheit der über 90-Jährigen ist aber im Durchschnitt deutlich reduziert, gleichzeitig sind die Unterschiede in der Lebenszufriedenheit in dieser Gruppe am stärksten ausgeprägt. So ist der Anteil der eher unzufriedenen Personen unter den über 90-Jährigen insgesamt doppelt so hoch wie in der Gruppe der 80-84 Jährigen, d.h. die

allgemeine Lebenszufriedenheit erscheint in der Gruppe der Ältesten deutlich polarisierter als in den jüngeren Altersgruppen. Es sind keine bedeutsamen Geschlechterunterschiede festzustellen.

4.1.2 Depressivität in der Hochaltrigkeit

Depressive Verstimmung ist ein Problem bei hochaltrigen Menschen.

Jede vierte hochaltrige Person berichtet mindestens zwei der DIAS-Symptome Motivationsverlust, Grübeln, eingetrübte Stimmung und Verlust von Lebensfreude.

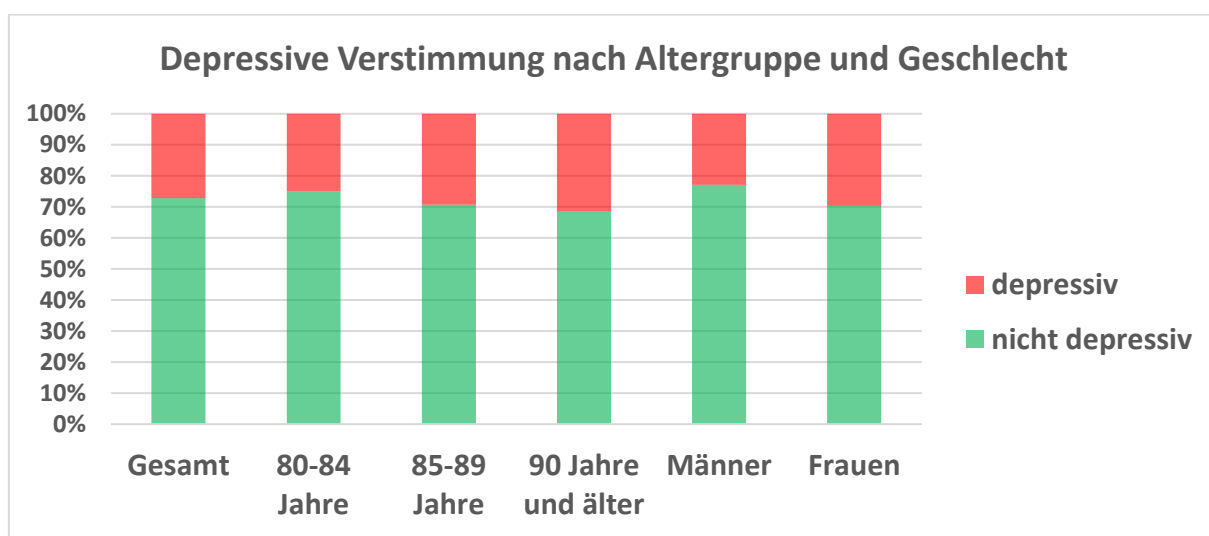


Abb. 4: Depressive Verstimmung nach Altersgruppe und Geschlecht. Quelle NRW80+, gewichtete Daten (Hochrechnung Bevölkerungsstand 31.12.2016).

Die Hälfte (51,1 %) aller Hochaltrigen in NRW haben in den zwei Wochen vor der Erhebung keine Anzeichen einer depressiven Verstimmung erlebt. Allerdings berichten 27,2 % auch zwei oder mehr der vier mit der Depression-im-Alter-Skala (DIA-S) (Heidenblut & Zank 2014) erfassten depressiven Symptome (Motivationsverlust, Grübeln, eingetrübte Stimmung, Verlust von Lebensfreude), und werden dementsprechend als Personen mit subdiagnostischer, jedoch klinisch bedeutsamer depressiver Symptomatik identifiziert. Im Vergleich zu den 80-84-Jährigen weisen Personen in den beiden älteren Altersgruppen eine nur sehr geringfügig höhere Wahrscheinlichkeit für eine depressive Symptomatik auf. Depressivität ist unter hochaltrigen Frauen etwas verbreiteter als unter Männern (29,7 % vs. 22,9 %).

4.1.3 Subjektiver Gesundheitszustand

Mehr als die Hälfte der hochaltrigen Menschen in NRW beschreiben ihre Gesundheit als gut.

49,8 % der hochaltrigen Menschen geben an, dass sie Ihre Gesundheit als eher gut empfinden und 10,3 % schätzen ihre Gesundheit sogar als sehr gut ein.

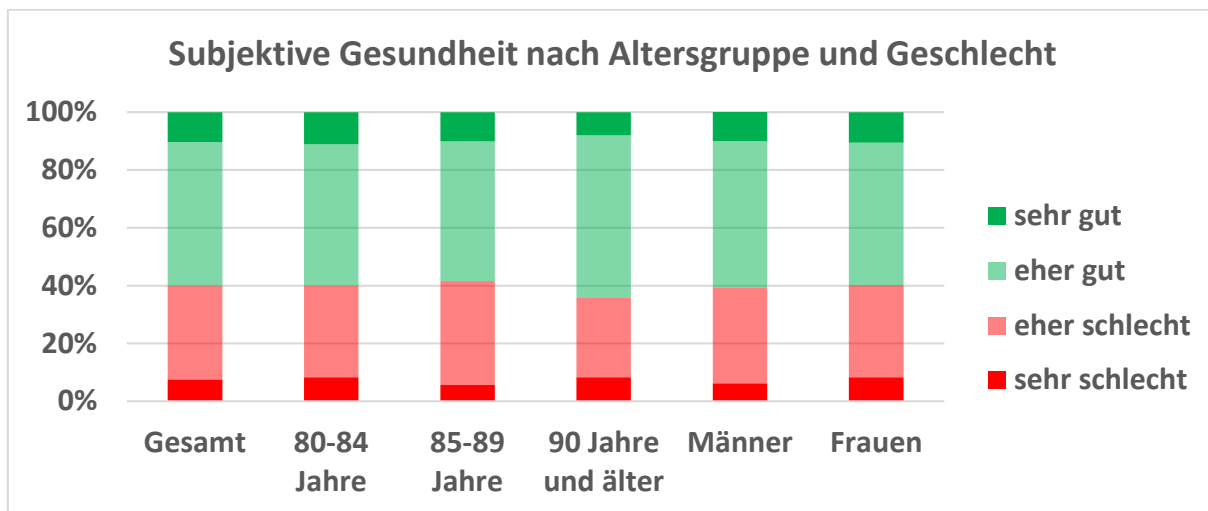


Abb. 5: Subjektive Gesundheit nach Altersgruppe und Geschlecht. Quelle NRW80+, gewichtete Daten (Hochrechnung Bevölkerungsstand 31.12.2016).

Die Ergebnisse zeigen, dass über die Hälfte (60,1 %) der hochaltrigen Menschen in NRW ihre Gesundheit als eher gut bis sehr gut bewerten. Zwischen Männern und Frauen, aber auch mit Blick auf die Altersgruppen lassen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede in der subjektiven Gesundheitseinschätzung feststellen.

4.1.4 Pflegebedürftigkeit und Pflegenutzung

Pflegebedürftigkeit überwiegt erst in der Gruppe der 90+ - Jährigen.

66,8 % der hochaltrigen Personen haben keinen Pflegegrad. Erst in der Gruppe der 90-Jährigen und älteren Personen haben mehr als die Hälfte (62,3 %) einen Pflegegrad.

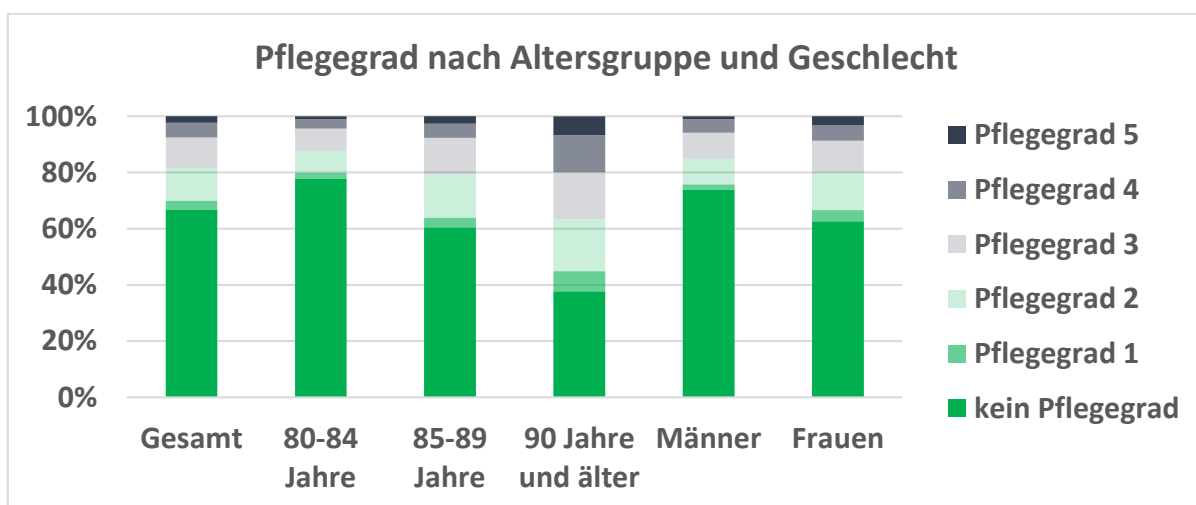


Abb. 6: Verteilung von Pflegegraden nach Altersgruppe und Geschlecht. Quelle NRW80+, gewichtete Daten (Hochrechnung Bevölkerungsstand 31.12.2016).

Der überwiegende Anteil der Menschen ab 80 Jahren in NRW ist nicht pflegebedürftig (66,8%) im Sinne des elften Sozialgesetzbuches. Der Anteil an Personen mit einem Pflegegrad überwiegt erst in der Altersgruppe der über 90-Jährigen, in der 62,3% einen Pflegegrad aufweisen. Mit Blick auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigt sich, dass 73,8% der hochaltrigen Männer und lediglich 62,7% der Frauen keinen Pflegegrad haben.

Der Anteil hochaltriger Personen, die angeben vollstationär versorgt zu werden, liegt bei 12,7 %. Mit Blick auf den häuslichen Wohnkontext zeigt sich, dass 27,6% der hochaltrigen Personen Pflegemaßnahmen erhalten. Von dieser Gruppe werden 69,8% privat gepflegt, 55,7% werden zudem von ambulanter Pflege unterstützt und 14,0% nehmen Tagespflegeangebote in Anspruch. Auch zeigt sich, dass 6,9% der hochaltrigen Menschen, die in häuslichen Wohnkontexten leben, selber Pflegeaufgaben übernehmen. Dabei gibt ca. die Hälfte (46%) der pflegenden hochaltrigen Menschen einen Stundenumfang von bis zu einem vollen Tag in der Woche (bis 24 Stunden) an, weitere 7% leisten 120 Stunden in der Woche oder mehr (mindestens 5 Tage rund-um-die Uhr) Pflege für Andere.

4.1.5 Soziales Netzwerk

Die Hochaltrigen in NRW haben durchschnittlich sechs für sie wichtige Kontaktpersonen.

Zum sozialen Netzwerk hochaltriger Personen gehören vorrangig die Kinder, (Ehe-)Partner und Enkelkinder. Die durchschnittliche Größe des sozialen Netzwerkes nimmt querschnittlich über die betrachteten Altersgruppen hinweg ab.

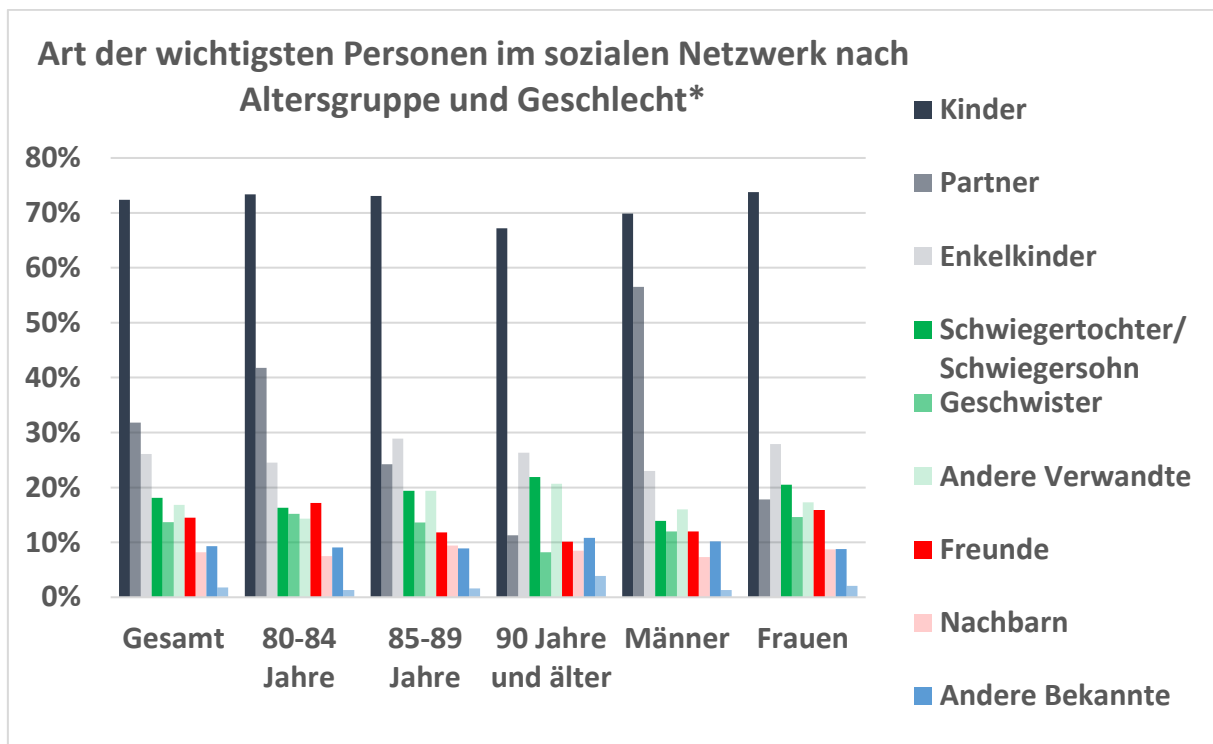


Abb. 7: Zusammensetzung der bis zu vier wichtigsten Personen aus dem sozialen Netzwerk nach Altersgruppe und Geschlecht. *Mehrfachnennung möglich. Quelle NRW80+, gewichtete Daten (Hochrechnung Bevölkerungsstand 31.12.2016).

Das soziale Netzwerk ist durch folgende Frage erhoben worden: „Welche Personen sind für Sie wichtig? Nennen Sie mir bitte die bis zu 4 Wichtigsten“. Über diese vier engeren sozialen Kontakte hinaus hatten die Befragten die Möglichkeit weitere Personen aufzuzählen, die ihnen wichtig sind: „Wenn Sie mehr als 4 Personen nennen könnten, die Ihnen wichtig sind: Wie viele Personen hätten Sie noch genannt?“. Hochaltrige Personen haben durchschnittlich 5,9 Personen in ihrem sozialen Netzwerk, die für sie wichtig sind. Dieser Mittelwert ergibt sich aus der Summe der vier wichtigsten genannten Personen und den Netzwerkmitgliedern, die darüber hinaus noch als wichtige Bezugspersonen aufgezählt werden. Zu den vier bedeutsamsten Personen zählen vor allem Kinder (72,4 %), (Ehe-)Partner (31,8 %) und Enkelkinder (26,1 %). Es zeigt sich, dass sich die Größe des sozialen Netzwerkes zwischen den Altersgruppen unterscheidet (Schmitz 2018a; 2018b). So nennen die 80-84-Jährigen durchschnittlich 6,2 Netzwerkpartner, während in der Altersgruppe der über 90-Jährigen der Durchschnittswert bei 4,9 Personen liegt. Zwischen den Geschlechtern zeigt sich mit Blick auf die Netzwerkgröße keine bedeutende Differenz. In der Zusammensetzung der Netzwerke lassen sich jedoch deutliche Unterschiede ausmachen. Männer nennen neben den Kindern vor allem ihre Partnerin als Netzwerkpartner, während Frauen neben ihren Kindern häufiger auch Enkelkinder und weitere Personengruppen nennen. Ferner sind Unterschiede in der Größe des sozialen Netzwerkes nach dem Gesundheitszustand festzustellen. So haben insbesondere

kognitive gesündere Hochaltrige eine höhere Anzahl sozialer Kontakte in ihrem Netzwerk im Vergleich zu kognitiv beeinträchtigten Personen (Schmitz 2018a; 2018b). Zudem berichten Hochaltrige mit einem kleineren sozialen Netzwerk auch eher Einsamkeitsgefühle und zeigen eher Symptome der Depressivität (Kaspar & Schmitz, 2018).

4.1.6 Anomie-Empfinden

Werte driften auseinander.

Mehr als 60% der Hochaltrigen haben das Gefühl, dass ihre Werte nicht mehr zu denen der heutigen Gesellschaft passen.

Orientierungslosigkeit und divergierende Lebensweisen insbesondere im höchsten Lebensalter.

Fast jede fünfte Person in der Altersgruppe 90+ hat das Gefühl, mit der heutigen gesellschaftlichen Lebensweise immer schlechter zurechtzukommen. Bei Personen, die vollstationär versorgt werden, ist das Gefühl der Orientierungslosigkeit und Anomie besonders deutlich ausgeprägt.

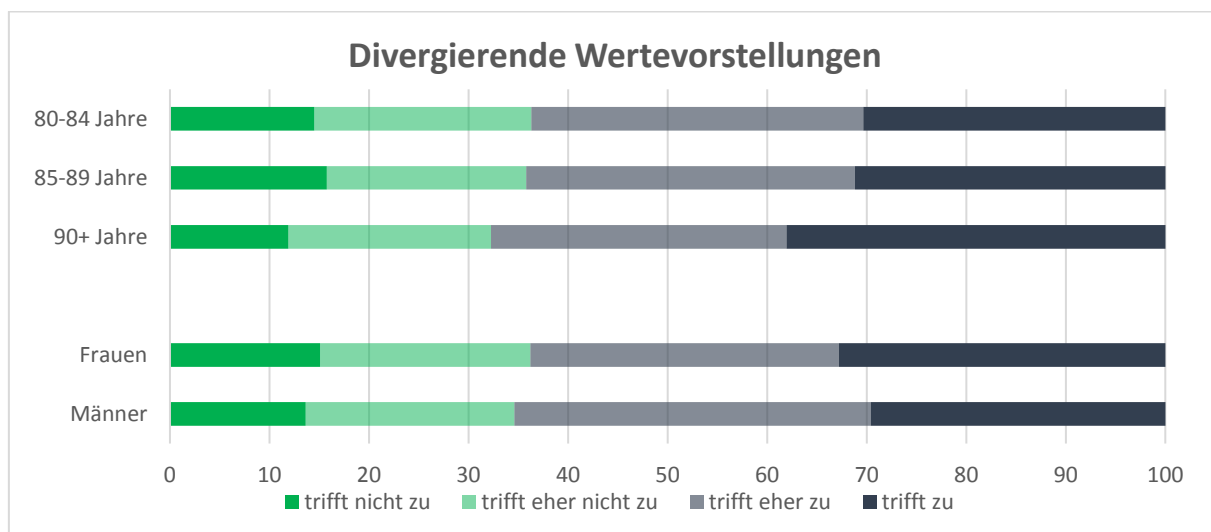


Abb. 8: Zustimmung bzw. Ablehnung zur Aussage in Prozent. Quelle NRW80+, gewichtete Daten (Hochrechnung Bevölkerungsstand 31.12.2016).

Das Anomie-Empfinden hinsichtlich der eigenen Einbindung in die Gesellschaft steigt mit zunehmenden Alter an. So stimmen 64,5 % der Hochaltrigen der Aussage eher oder ganz zu, dass sie das Gefühl haben, dass ihre eigenen Wertevorstellungen immer weniger zu den Wertevorstellungen der Gesellschaft passen. Dies ist in der Gruppe der über 90-Jährigen am deutlichsten ausgeprägt (67,7 %). Mit Blick auf die Aussagen, ob Hochaltrige das Gefühl haben, dass sich die heutige Gesellschaft so schnell verändert, dass sie nicht

mehr wissen, woran sie sich orientieren sollen, stimmen 49,5 % aller Befragten eher oder ganz zu, wobei dies bei den 90+-Jährigen am deutlichsten ausgeprägt ist (55,1 %). Das Gefühl der Orientierungslosigkeit ist bei Personen, die vollstationär versorgt werden, nur geringfügig höher (52,9 %) als bei denen ohne vollstationäre Versorgung (49,1 %). Der Aussage, ob die Befragten mit der heutigen gesellschaftlichen Lebensweise immer schlechter zurechtzukommen, stimmen 39,0 % der Hochaltrigen eher oder ganz zu. In der Gruppe der 90+-Jährigen stimmt fast jeder fünfte dieser Aussage voll zu. Dabei erleben vollstationär versorgte Personen das Gefühl divergierender Lebensweisen häufiger (52,1 %) als die nicht vollstationär versorgten Befragten (37,4 %).

4.1.7 Internetnutzung

Digital Divide: Die Alten sind abgehängt.

Nur 19,3 % der hochaltrigen Personen in NRW nutzen das Internet und digitale Dienstleistungen. Wenn sehr alte Menschen in NRW das Internet und digitale Dienstleistungen nutzen, dann aber zumeist täglich. Über-80-jährige Internetnutzer*innen in NRW schreiben Mails, kaufen Waren und informieren sich - Soziale Medien nutzen sie jedoch nur selten.

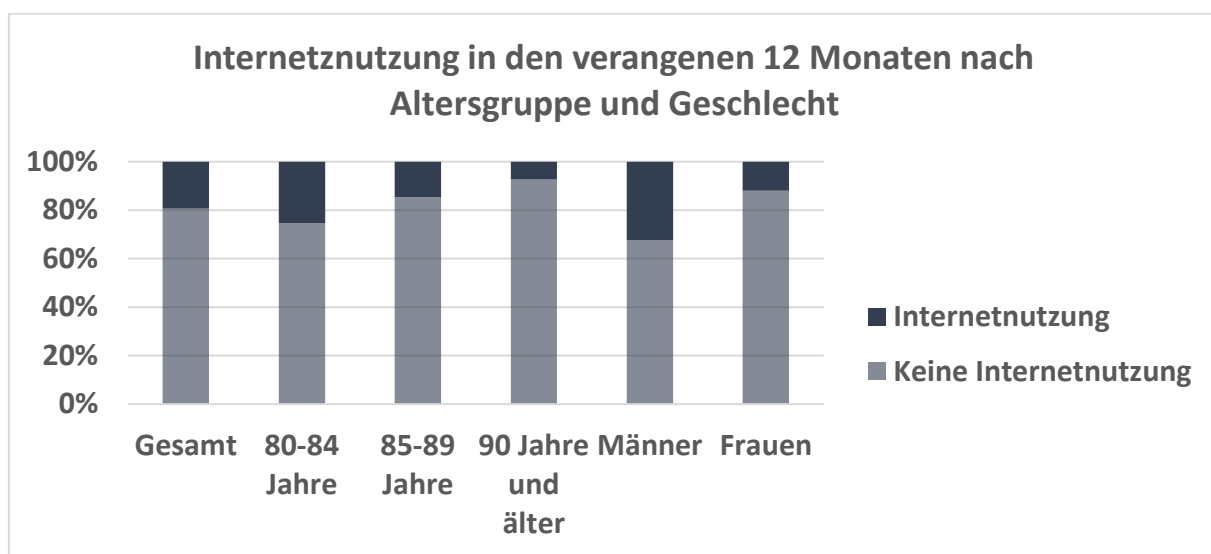


Abb. 9: Internetnutzung nach Altersgruppe und Geschlecht. Quelle NRW80+, gewichtete Daten (Hochrechnung Bevölkerungsstand 31.12.2016).

Insgesamt 80,7 % der hochaltrigen Menschen in NRW gaben an, das Internet in den verangenen 12 Monaten nicht genutzt zu haben. Es zeigen sich aber deutliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen und zwischen Männern und Frauen. Während unter den 80-84-Jährigen jede vierte Person (25,3 %) zu den Internetnutzern zählt, sind es bei den über 90-Jährigen nur eine aus 14 Personen (7,3 %). Männer nutzen das Internet deutlich häufiger als Frauen (32,3 % vs. 11,3 %).

Betrachtet man nur die Gruppe der Internetnutzer*innen, zeigt sich, dass die Mehrheit (63,7 %) täglich online ist. Weitere 27,3 % nutzen das Internet wöchentlich. Anders als für den Vergleich von Internetnutzern und Nicht-Nutzern lassen sich in Bezug auf die Nutzungsfrequenz kaum Unterschiede zwischen den Altersgruppen feststellen. Es gilt: Wenn eine Person das Internet nutzt, ist sie unabhängig vom Alter meist täglich online. Die beliebteste Online-Anwendung ist über alle Altersgruppen hinweg die E-Mail-Nutzung. Insgesamt 85,2 % der männlichen und 71,7 % der weiblichen Internetnutzer*innen über 80 Jahre lesen und schreiben E-Mails. Zudem nutzen 57,4 % der Männer und 44,5 % der Frauen das Internet, um Informationen über Gesundheitsthemen zu suchen. Daneben nutzen 44,8 % der Männer und 16,7 % der Frauen das Internet, um Waren oder Dienstleistungen zu kaufen oder zu verkaufen. Soziale Netzwerke werden von hochaltrigen Menschen mit 6,4 % bislang vergleichsweise selten genutzt.

In Bezug auf die Wohnsituation nutzen die zu Hause lebenden Personen häufiger Internet (22,9 %) als die Heimbewohner (1,9%). In der Schweiz ist der Anteil der Internetnutzer*innen in beiden Gruppen (29,3 % vs. 12,1 %) höher (Schlomann et al. 2019).

4.2 Evaluation: Erklärung beobachteter Unterschiede in der Lebensqualität und im subjektiven Wohlbefinden

Über eine Deskription hinaus werden die Befragungsergebnisse genutzt, um die in den verschiedenen beteiligten Disziplinen (Alterssoziologie, psychologische Altersforschung, Altersmedizin) aktuell diskutierten Modelle zur Generierung und Aufrechterhaltung von Lebensqualität empirisch zu überprüfen. Der Grundstruktur des CHAPO-Modells entsprechend werden dabei beispielsweise Unterschiede in Lebensqualitätsergebnissen wie dem subjektiven Wohlbefinden oder der Lebenszufriedenheit auf unterschiedliche Ressourcenlagen im gesundheitlichen, finanziellen, oder sozialen Bereich zurückgeführt. Daneben werden aber auch Modelle zur Erklärung der Ungleichheit von Lebenslagen, Lebensführung und verfügbarer Lebensqualitätsressourcen im sehr hohen Alter empirisch geprüft.

4.2.1 Wertschätzung

Soziale Teilhabe und Autonomie wirken sich positiv auf die Wertschätzung des eigenen Lebens (im Sinne von Zufriedenheit und Wohlbefinden), aber auch auf die wahrgenommene Wertschätzung durch die Gesellschaft aus. Dagegen führt mehr gesellschaftliches Engagement (produktive Teilhabe) in diesem Alterssegment zwar dazu, dass sich Hochaltrige stärker wertgeschätzt fühlen – ein positiver Effekt auch auf die Lebenszufriedenheit oder das subjektive Wohlbefinden konnte aber nicht nachgewiesen werden. Hochaltrige, die an mehr ärztlich behandelten Krankheiten leiden, fühlen sich von der Gesellschaft weniger wertgeschätzt als solche mit weniger Erkrankungen, und zwar unabhängig vom Ausmaß und der Art, in der sie noch gesellschaftlich partizipieren. Das verweist

auf Stigmatisierungserfahrungen aufgrund von Multimorbidität, die durch die Verbesserung von Teilhabechancen allein kaum aufgefangen werden können (Kaspar & Zank, 2019).

4.2.2 Lebensführung

Eine besonders ausführliche empirische Prüfung von Theorien zur Generierung und Aufrechterhaltung von Lebensqualität im sehr hohen Alter ist im Rahmen der Dissertationen der wissenschaftlichen Projektmitarbeiter erfolgt. So zeigt sich beispielsweise, dass hochaltrige Menschen ihre freie Zeit ganz unterschiedlich gestalten. Knapp die Hälfte der Befragten gehen nur wenigen Freizeitaktivitäten nach. Die andere Hälfte zeigt eine vielseitig gestaltete Freizeit, die u.a. Computer- und Internetnutzung, Reisen, sportliche Tätigkeiten oder auch freiwilliges Engagement einschließt. Wie die freie Zeit genutzt wird, steht im Zusammenhang mit den verfügbaren Ressourcen. Die Wahrscheinlichkeit eines zurückgezogenen Lebensstils nimmt demnach mit einer höheren erhaltenen sozialen Unterstützung, einem größeren sozialen Netzwerk, einem größeren Vermögen, einem höheren Prestige des ehemaligen Berufs sowie einer besseren funktionalen Gesundheit ab. Es zeigt sich zudem, dass hochaltrige Personen mit einem zurückgezogenen Lebensstil eine geringere Lebensqualität haben: Sie berichten eine geringere allgemeine Zufriedenheit, ein höheres Anomieerleben sowie eine geringere Wertschätzung durch Andere sowie des eigenen Lebens (Wagner & Geithner 2018). Diese Ungleichheiten im hohen Alter sind nicht nur durch altersbedingte Veränderungen zu erklären. Sie sind auch aus einer Lebenslaufperspektive zu betrachten, die die Entwicklung sozialer Vor- und Nachteile über den gesamten Lebenslauf, die Sozialisation sowie die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Geburtskohorte einbezieht (Wagner & Geithner 2019).

4.3 Sozial-normative Implikationen der Studienbefunde

Im Anschluss an die wissenschaftliche Auswertung der Befragungsergebnisse hinsichtlich der aktuellen Lebenssituation und der Einflussfaktoren auf die Lebensqualität im sehr hohen Alter werden auch die sozial-normativen Implikationen dieser Befunde diskutiert. Ein erster wichtiger Baustein dieser Perspektive ist der Abgleich der erarbeiteten Befunde mit den Perspektiven von für die Gestaltung der Lebenswirklichkeit hochaltriger Menschen wesentlich mitverantwortlichen gesellschaftlichen Stakeholdern.

4.3.1 Befunde der Stakeholderbefragung

4.3.1.1 Sicht auf Hochaltrige

In der Analyse der 22 Stakeholderinterviews wurde deutlich, dass Hochaltrige als heterogene Gruppe im Spannungsfeld zwischen Verlusten in den Bereichen der körperlichen, psychischen und kognitiven Gesundheit, der Selbstständigkeit sowie des sozialen Lebens

einerseits, und dem Fortbestehen von Lernpotenzial und Autonomie sowie einem Reichtum an Erfahrungsschatz und Erfahrungswissen andererseits gesehen werden. Die genannten Verluste stellen dabei nicht nur die Hochaltrigen selbst, sondern auch die Gesellschaft vor Herausforderungen im Umgang mit den Themen Isolation, Krankheit, Tod und Sterben. Zugleich machen durchaus (weiterhin) bestehende Potenziale Hochaltrige zu wertvollen Meinungs- und Verantwortungsträgern innerhalb der Gesellschaft (z.B. in der Enkel-/Kinderbetreuung, im Ehrenamt oder in der informellen Pflege).

Die Akteure äußern, dass die aktuell hochaltrigen Kohorten hinsichtlich ihrer Einstellungen und Werthaltungen spezifisch sind, da ihre Sozialisation auf historisch anderen Werten basiere. Zudem wandle sich ihre Sichtweise auf das Leben durch die sich verändernde Zukunftsperspektive. Dennoch seien Hochaltrige nicht pauschal zu einer Sondergruppe zu stilisieren, auch wenn sie nicht gänzlich mit anderen Personengruppen gleichzusetzen seien. So bestehe neben dem beschriebenen Spannungsfeld aus Defiziten und Potenzialen zusätzlich dasjenige zwischen dem für alle Geltenden und dem für die Hochaltrigkeit Besonderen. Diese Ambivalenzen des Alters werden als große Herausforderung gesehen, wenn es darum geht, hochaltrigen Menschen entsprechend ihrer zum Teil gegenläufigen Fähigkeiten und Bedürfnisse (selbstständig – abhängig; engagiert – zurückgezogen; integriert – isoliert) Angebote zur Partizipation zu machen.

4.3.1.2 Wahrgenommene Veränderungsbedarfe

Die Akteure führten aus, in welchen Bereichen sie Veränderungen für notwendig halten, um die Lebensbedingungen für Menschen im sehr hohen Alter zu verbessern. So sehen sie zunächst großen Verbesserungsbedarf im Umgang der Zivilgesellschaft mit älteren Mitmenschen. In der Gesellschaft im Allgemeinen und konkret in der Nachbarschaft, dem Wohnumfeld und innerhalb von Familien müsse eine Kultur der Achtsamkeit und Inklusion wachsen, in der hochaltrige Menschen in ihrer Heterogenität als selbstverständlicher und gleichberechtigter Teil der Gesellschaft leben können und in der auf ihren Hilfebedarf unmittelbar reagiert wird. In diesem Zusammenhang lässt sich bei den Stakeholdern die grundlegende Überzeugung erkennen, dass Maßnahmen bereits bei jüngeren Personengruppen ansetzen müssen. So könne sich die Mehr- bzw. Intergenerationalität als Ansatz zur Förderung der gegenseitigen Unterstützung und Befähigung positiv auf das gesellschaftliche Miteinander auswirken. Ein gesellschaftlicher Gesinnungs- und Bewusstseinswandel weg von vorwiegend defizitären normativen Vorstellungen über die Hochaltrigkeit könne die Lebensbedingungen Hochaltriger vielfältig und nachhaltig verbessern.

Interessenvertreter hätten währenddessen die Aufgabe, verbesserte Rahmenbedingungen für ältere Menschen zu etablieren. Dabei gehe es zum einen um Strukturen, die ein würdevolles Leben (z.B. Förderung von Individualität und Autonomie), aber auch ein würdevolles Sterben (z.B. flächendeckende Hospizarbeit) ermöglichen. Zum anderen bedürfe es der Schaffung von Gelegenheitsstrukturen durch einen Ausbau von Infrastruktur und Angeboten. Dazu gehöre neben baulichen Maßnahmen (z.B. altengerechte Wohnungen, längere Ampelphasen) auch die Förderung von sozialen Beziehungen im

Quartier etwa durch zielgruppenspezifische Hilfsangebote und Unterstützung von nachbarschaftlichen Bürgerprojekten. Letztere sollten unbedingt die Heterogenität der Zielgruppe widerspiegeln, geschlechts- sowie kultursensibel gestaltet sein und auch ältere Menschen mit Behinderung einschließen. Die Strukturen und Angebote sollten zudem so gestaltet sein, dass sie die Diskrepanz zwischen urbanem und ländlichem Leben überbrücken.

Letztlich sehen die Stakeholder die Verantwortung bei den Hochaltrigen selbst, bestehende Angebote wahrzunehmen und sich für ihre Interessen einzusetzen. Dazu müsse eine partizipative Entwicklung von Programmen und Maßnahmen etabliert werden, um den Bedürfnissen der Zielgruppe adäquat zu begegnen. Ebenso seien ein proaktives Zugehen auf die Hochaltrigen im Sinne einer Bringstruktur der Angebote sowie eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit förderlich.

4.3.1.3 Ableitung sozial-normativer Implikationen

Die Perspektiven der Stakeholder wurden mit den in der Repräsentativbefragung mittels einer offenen Frage ermittelten Wünschen der Hochaltrigen für eine Verbesserung ihres Alltags verglichen. Diese Gegenüberstellung zeigt auf, in welchen Bereichen sich wahrgenommene Veränderungsbedarfe überschneiden. Zugleich identifiziert sie Bedürfnisse der Hochaltrigen, die von den befragten gesellschaftlichen Akteuren nicht benannt wurden und daher stärker in ihr Bewusstsein gerückt werden müssen. Dies ist umso bedeutsamer, als die Repräsentativbefragung zeigte, dass sich über 60% der Hochaltrigen nicht mit den aktuellen gesellschaftlichen Werten und Lebensweisen identifizieren können. Einige Subgruppen weisen ein solches Anomie-Empfinden verstärkt auf und bedürfen daher eines besonderen Augenmerks (Personen ab 90 Jahren, Frauen, Personen mit geringer Bildung, vollstationär Versorgte und Personen mit Verdacht auf zumindest leichte demenzielle Erkrankung; siehe Kap. 4.1.6). Eine kontinuierliche Ausrichtung der Gestaltung von Lebensbedingungen an den tatsächlichen Bedürfnissen der Betroffenen statt an gängigen gesellschaftlichen Leitvorstellungen ist daher essentiell.

Der Vergleich der Veränderungsbedarfe, wie sie von den Stakeholdern empfunden werden, mit den Wünschen der Hochaltrigen selbst zeigt, dass sich diese zum Teil decken, insbesondere mit Blick auf die Barrierereduzierung im Wohn- und öffentlichen Raum. Ergänzend hierzu wünschen sich die Hochaltrigen eine Mobilitätsförderung in Form von Einkaufsmöglichkeiten im sozialen Nahraum oder der Gewährleistung von Sicherheit und Ordnung im öffentlichen Raum. Auch bezüglich der Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe überschneiden sich die Vorstellungen, ebenso wie in dem Wunsch nach größerer gesellschaftlicher Wertschätzung und einem rücksichts- bzw. respektvolleren Umgang jüngerer Personen mit der älteren Generation. Die Hochaltrigen formulieren hier allerdings weniger differenzierte Wünsche im Sinne von mehrgenerationellen, gender- oder kultursensiblen Strukturen.

Die Hochaltrigen selbst nennen darüber hinaus weitere alltagsbezogene Wünsche. Besonders häufig weisen sie auf nötige Verbesserungen im Bereich der medizinischen und

pflegerischen Versorgung hin und denken dabei auch an eine Entlastung pflegender Angehöriger sowie verbesserte Arbeitsbedingungen für professionell Beschäftigte im ambulanten Bereich. Die Bewältigung der pflegerischen und medizinischen Versorgung in finanzieller und organisatorischer Hinsicht bei gleichzeitiger Wahrung der Qualität ist lediglich bei den Stakeholdern aus einem einschlägigen Arbeitsfeld (Krankenkassen, MDK, Landesärztekammer) ein zentraler Treiber. Sehr häufig äußern die Hochaltrigen auch den Wunsch nach finanzieller Entlastung in Form von höheren Renten, mehr bezahlbaren Wohnungen oder einer umfangreicheren Übernahme medizinischer Leistungen. Daneben möchten sie in ihrer Autonomie gefördert werden, indem beispielsweise die Komplexität der Bürokratie von Antragsstellungen reduziert wird. Der Wunsch nach Selbstbestimmung betrifft auch die Gestaltung des eigenen Lebensendes (z.B. Möglichkeiten des langen Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit, Sterbehilfe).

Die Stakeholderinterviews werden weiter ausgewertet und über die hier beschriebene Gegenüberstellung hinaus mit den Lebensrealitäten und Einschätzungen der Hochaltrigen abgeglichen. Dazu werden zusätzliche Merkmale identifiziert, die in der Repräsentativbefragung erhoben wurden und sinnvoll im Zusammenhang mit den Aussagen der Stakeholder diskutiert werden können. Aus dieser Zusammenschau folgt unter Berücksichtigung allgemeiner ethischer Maßstäbe wie der Respektierung grundlegender Rechte und Freiheiten die Generierung konkreter sozial-normativer Implikationen für den gesellschaftlichen Umgang mit der hochaltrigen Bevölkerungsgruppe. Unabhängig von dem Abgleich mit den Ergebnissen der Stakeholderbefragung sollen einige der in der Repräsentativbefragung erhobenen Merkmale auch für sich genommen im Zusammenhang mit allgemeinen ethischen Erwägungen für eine Ableitung sozial-normativer Implikationen genutzt werden.

4.3.2 Implikationen der Befunde für die Diskussion von Leitvorstellungen zum guten Altern

Die bisherigen Befunde aus der Hochaltrigenstudie wurden in die in der Altersforschung und praxisnahen Feldern gegenwärtig sehr kontrovers geführte Diskussion über Vorstellungen zum guten, produktiven und erfolgreichen Altern eingebracht. Die Studienergebnisse leisten darüber hinaus an mehreren herausgehobenen Stellen auch einen bedeutenden Beitrag zur Diskussion aktueller Leitvorstellungen des guten Alterns.

So bestehen laut Studiendaten überhöhte und reduktionistische öffentliche Normvorstellungen eines vermeintlich natürlichen Zusammenhangs konventioneller Religiosität bzw. frömmig-christlicher Spiritualität mit dem hohen Alter. Dasselbe gilt auch für eine der Religiosität und Spiritualität zugeschriebene konstitutive Rolle für die Lebensqualität sehr alter Menschen. Zwar ist Spiritualität im sehr hohen Alter nach Auskunft der Befragten für manche tatsächlich eine Ressource im Sinne des häufig diskutierten spirituellen Copings; dennoch wurde in der Hochaltrigenstudie deutlich, dass Spiritualität im

sehr weit fortgeschrittenem Alter auch durch Heterogenität und Fragilität gekennzeichnet ist. Die im sehr hohen Lebensalter gemachten existenziellen Erfahrungen führen mitunter auch zur Hinterfragung der subjektiven Spiritualitätskonzepte, der eigenen Selbst- und Weltdeutung. Bei der späten Lebensaufgabe der Antwortfindung auf existenzielle Lebensfragen kann Spiritualität darum auch eine Vulnerabilität darstellen, sofern nicht kulturelle und performative Handlungs- und Deutungsräume verfügbar sind (Janhsen 2018, Janhsen & Woopen, 2019).

Die Befunde der Hochaltrigenstudie wurden auf der Tagung des Europäischen Zweiges der Internationalen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (IAGG-ER) in einem Symposium zum Thema „Erfolgreiches Altern trotz Gebrechlichkeit“ vorgestellt und durch den Welt-Präsidenten der Fachgesellschaft diskutiert. So bestätigen die Ergebnisse der Hochaltrigenstudie einerseits die Kritik an der sozial-normativen Vorstellung von „erfolgreichem Altern“, da deren Kriterien (Vermeidung von Krankheit, Bewahrung von körperlicher und geistiger Funktionalität und Aufrechterhaltung gesellschaftlicher Teilhabe bis zum Tod) die Lebensrealität sehr alter Menschen bisher nicht widerspiegeln. Andererseits zeigen die Befunde, dass selbst die ältesten Befragten am sozialen Leben teilhaben und sich produktiv (d.h. für Dritte) in die Gesellschaft einbringen. Hochaltrige, die sich für Andere engagieren, erleben sich als von der Gesellschaft stärker wertgeschätzt. Zur erlebten Wertschätzung tragen aber auch erhaltene Autonomie und Teilhabe am sozialen Leben bei (s.4.2.1).

5. Kommunikation von Befunden und Umsetzung von Empfehlungen

5.1 Sicherstellung der Implementierbarkeit der Ergebnisse

Die in die Studie einbezogenen inhaltlich diversen Stakeholder stellen auch mögliche Partner für die Implementierung von zentralen Befunden aus der Repräsentativbefragung dar. Der zuvor berichtete Abgleich zentraler genannter Kategorien mit den in der Repräsentativbefragung durch die Hochaltrigen berichteten Wünschen für eine Verbesserung ihrer Lebenssituation/ihres Alltags soll dabei als Input für einen Transfer-Workshop genutzt werden.

Im unmittelbaren Anschluss an die Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) im September 2018 wurden die Studienanlage, der konzeptionelle Hintergrund der Hochaltrigenstudie, sowie die erarbeiteten Datenbestände der NRW80+ Repräsentativbefragung im Rahmen eines Satellitensymposiums präsentiert und diskutiert. Die Veranstaltung richtete sich neben den Kongressteilnehmern auch an die interessierte Öffentlichkeit und Stakeholder, um auch weitere Praxisverantwortliche über die Studie zu informieren und weitere Ideen für eine Implementierung der Befunde zu generieren.

Zur Sicherstellung einer langfristigen Implementierbarkeit der Studienbefunde wurden daneben Schritte zur Verzahnung der NRW80+ Hochaltrigenstudie mit weiteren aktuellen Studien zur Altenberichterstattung in Deutschland unternommen. So wurden zunächst einige Erhebungsbereiche mit dem Deutschen Alterssurvey harmonisiert. Darüber hinaus wurde gemeinsam mit dem Deutschen Zentrum für Altersfragen ein Fahrplan für eine gemeinsame Weiterentwicklung des Studienprotokolls und eine koordinierte Auswertung der Datenbestände des DEAS und der Hochaltrigenstudie erarbeitet. Das Ziel ist hierbei, langfristig im gesamten Bundesgebiet Aussagen über Unterschiede und Veränderungen über das komplette Alterskontinuum des mittleren, höheren und hohen Alters machen zu können. Darüber hinaus konnten Erfahrungen aus der NRW80+ Hochaltrigenstudie in die Planung der vom Robert Koch Institut aktuell durchgeführten „Gesundheit65+“ Studie eingebracht werden, mit der die Gesundheitsberichterstattung des Bundes zukünftig besser auch die älteren und sehr alten Bevölkerungsgruppen berücksichtigen wird.

Vorteile für eine langfristige Implementierung der Befunde aus der repräsentativen Erstbefragung hochaltriger Menschen in NRW erwarten wir nicht zuletzt auch durch die Fortführung der Studie als Panelstudie. Mit der Erweiterung auf einen Längsschnitt können individuelle Veränderungen in bestimmten Teilaspekten der Lebensqualität sehr alter Menschen im Zeitverlauf nachvollzogen und in ihren Bedingungen und Folgen analysiert werden. Empfehlungen zur Förderung der Lebenssituation sehr alter Menschen können damit nicht nur auf Förderbedarfe hinweisen, sondern konkreter auch Mechanismen benennen, mit denen die Lebensqualität in diesem Alterssegment möglichst effizient stabilisiert oder verbessert werden kann.

5.2 Umsetzung von Studienbefunden

Die bisher geleisteten Arbeiten zur Kommunikation der Studienbefunde und mit Blick auf eine Berücksichtigung abgeleiteter Empfehlungen in der Arbeit politischer Entscheidungsträger und Praxispartner erfolgte auf mehreren Ebenen.

Auf der Ebene der theoretischen Modellbildung im Projekt wird das entwickelte CHAPO-Modell als Rahmenkonzept für eine europäische Studie zur integrativen Versorgung von Parkinson-Patienten (iCARE-PD, www.era-learn.eu/network-information/networks/sc1-hco-04-2018/health-and-social-care-for-neurodegenerative-diseases/integrated-parkinson-care-networks-addressing-complex-care-in-parkinson-disease-in-contemporary-society) genutzt.

Auf der Ebene der im Projekt generierten empirischen Erkenntnisse zur Befragbarkeit von Menschen, die 80 Jahre oder älter sind, beteiligte sich das Projekt an mehreren Konsultationstreffen zur Vorbereitung der Studie Gesundheit65+ des Robert Koch Instituts. Daneben fand ein Austausch mit dem Deutschen Zentrum für Altersfragen Berlin zu den Erfahrungen mit Stellvertreterinterviews im Rahmen der Studie NRW80+ und dem Deut-

schen Alterssurvey statt. Die mit den DZA gemeinsame Einwerbung von Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Ausweitung der NRW80+ Hochaltrigenstudie auf das verbleibende Bundesgebiet kann als großer Erfolg bezüglich der Fortführung des entwickelten Studienprotokolls auf der Grundlage des in dieser Studie entwickelten CHAPO-Lebensqualitätsmodells gewertet werden.

Im Hinblick auf die inhaltlichen Erkenntnisse über Lebensqualitätsressourcen, Wohlbefinden oder Zufriedenheit beteiligte sich das Projekt im Februar 2019 an einem Expertenworkshop der Ruhr-Universität Bochum zum Einsamkeitserleben im Alter und brachte Befunde für das Alterssegment der Hochaltrigkeit auch in die Generierung von Handlungsempfehlungen für politische Entscheidungsträger mit ein (Luhmann & Bückler 2019). Durch die insgesamt erfreulichen Entwicklungen mit Blick auf die Möglichkeiten zur Fortsetzung der Studie konnten, wie im Förderantrag vom Oktober 2018 bereits angekündigt, nicht alle für das zweite Halbjahr 2018 vorgesehenen Arbeiten insbesondere zum Transfer der inhaltlichen Studienbefunde bis zum Zeitpunkt der Berichtlegung abgeschlossen werden. Wir sehen vor, diese Arbeiten in Absprache mit dem Mittelgeber in den Arbeitsplan zur zweiten Erhebungswelle zu integrieren. Ein vorgesehenes Format hierfür ist die für das Wintersemester 2019/2020 geplante ceres-Ringvorlesung zum Thema Altern und demographischer Wandel. Hier ist vorgesehen, u.a. auch Ergebnisse der Hochaltrigenstudie vorzustellen und mit Praxisvertretern zu diskutieren.

Nachweise

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Conrad, I., Matschinger, H., Riedel-Heller, S., von Gottberg, C. & Killian, R. (2014): The psychometric properties of the German version of the WHOQOL-OLD in the German population aged 60 and older. In: *Health and Quality of Life Outcomes* 1:105. doi: 10.1186/s12955-014-0105-4.
- Conrad, I., Uhle, C., Matschinger, H., Kilian, R. & Riedel-Heller, S. G. (2015). Lebensqualität von älteren Menschen mit leichten kognitiven Störungen. *Psychiatr Prax* 42(3):152–157. doi: 10.1055/s-0034-1369831.
- Geithner, L. (2017a). Lebensstile und Distinktion im hohen Alter – Eine qualitative Analyse. Vortrag auf der Jahrestagung der DGGG – Heterogenität des Alter(n)s. September 2017, Fulda.
- Geithner, L. (2017b). Lifestyles of the Very Old – A qualitative Analysis. Paper presented at the 13th Conference of the European Sociological Association – Ageing in Europe. August 2017, Athens, Greece.
- Generali Zukunftsfonds (2014) *Der Ältesten Rat*. Generali Hochaltrigenstudie: Teilhabe im hohen Alter.
- Glaser, B. G. (2008). *Doing quantitative grounded theory*. Sociology Press, Mill Valley, CA.

- Heidenblut, S. & Zank, S. (2014). Screening for Depression with the Depression in Old Age Scale (DIA-S) and the Geriatric Depression Scale (GDS15). In: *GeroPsych* 27 (1):41–49. doi: 10.1024/1662-9647/a000101.
- Iwarsson, S., Wahl, H.-W., Nygren, C., Oswald, F., Sixsmith, A., Sixsmith, J., Szémen, Z. & Tomson, S. (2007): Importance of the Home Environment for Healthy Aging: Conceptual and Methodological Background of the European ENABLE–AGE Project. Volume 47, Issue 1, February 2007, Pages ,. In: *The Gerontologist* 47(1):78–84. doi: 10.1093/geront/47.1.78.
- Janhsen, A. (2018). Transzendier dich selbst! Spiritualität als Alternsaufgabe. Vortrag auf der Tagung des DFG-Netzwerks "Altern als Selbstverwirklichung" zum Thema Alterns als Aufgabe. Interdisziplinäre Perspektiven auf die Imperative und soziale Wirklichkeit des Alterns, Heidelberg, 08.03.2018.
- Janhsen, A. & Woopen, C. (2019). Spiritualität und Alter – Spiritualität im Alter. In: K. Hank, F. Schulz-Nieswandt, M. Wagner & S. Zank (Hrsg.): *Handbuch Alternsforschung* (604-630). Baden-Baden: Nomos.
- Jopp, D. S., Rott, C., Boerner, K., Boch, K. & Kruse, A. (2013). *Zweite Heidelberger Hundertjährigen-Studie: Herausforderungen und Stärken des Lebens mit 100 Jahren*, 1st edn. Robert Bosch Stiftung, Stuttgart.
- Kaspar, R. & Schmitz, W. (2018). Loneliness and Social Isolation – Estimates for Very Old Age from the NRW80+ Study. Presentation at the BMFSFJ workshop „Loneliness and Social Isolation in Old Age“ organized by M. Luhmann, RUB, December 3, 2018, Bochum, Germany.
- Kaspar, R. & Zank, S. (2019). Growing Very Old in Germany in Good Quality of Life. Paper presented at the 9th International Associations of Gerontology and Geriatrics IAGG-ER Congress, May 23-25, 2019, Gothenburg, Sweden.
- Levitt, H. M., Bamberg, M., Creswell, J. W., Frost, D. M., Josselson, R. & Suárez-Orozco, C. (2018). Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. *The American psychologist*, 73(1), 26–46. doi: 10.1037/amp0000151.
- Lindenberger, U. & Delius J. A. M. (eds) (2010). *Die Berliner Altersstudie*, 3rd edn. Akademie Verlag, Berlin.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalysen: Grundlagen und Techniken* (8th ed.). Weinheim: Beltz.
- Neise, M., Janhsen, A., Geithner, L., Schmitz, W. & Kaspar, R. (2019). Lebensqualitäten in der Hochaltrigkeit. In K. Hank, F. Schulz-Nieswandt, M. Wagner & S. Zank (Hrsg.): *Handbuch Alternsforschung* (583-607). Baden-Baden: Nomos.
- Rott, C., d’Heureuse, V., Kliegel, M., Schönemann, P. & Becker, G. (2001): Die Heidelberger Hundertjährigen-Studie: Theoretische und methodische Grundlagen zur sozialwissenschaftlichen Hochaltrigkeitsforschung. In: *Z Gerontol Geriat* 34, S. 356–364. doi: 10.1007/s003910170037.

- Schlomann, A., Seifert, A. Zank, S., & Rietz, C. (2019, Mai). Internet and Mobile Device Use Among People Aged 80 Years and Older in Germany and Switzerland. Poster beim International Association of Gerontology and Geriatrics European Region Congress, Göteborg, Schweden.
- Schmitz, W. (2018a): Soziale Netzwerktypen und gesundheitliche Ungleichheit im hohen Alter (80+). Vortrag auf dem 39. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie. Sektion Alter(n) und Gesellschaft: Das lange Leben in Zeiten gesellschaftliche Umbrüche, 26.09.2018, Göttingen.
- Schmitz, W. (2018b): Soziale Netzwerktypen und gesundheitliche Ungleichheit im hohen Alter (80+). Vortrag im Symposium „Neue Facetten der Lebensqualität im sehr hohen Alter – Ergebnisse der NRW80+ Repräsentativbefragung“ auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) 2018: Vielfalt des Alterns: biomedizinische und psychosoziale Herausforderungen, 6. – 8. September, Köln.
- Stückler, A. & Ruppe, G. (2015). Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie. ÖPIA, Wien.
- Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007). Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): A 32-Item Checklist for Interviews and Focus Groups. *International Journal for Qualitative Health Care*, 19(6): 349-357. doi: 10.1093/intqhc/mzm042.
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. In: *Journal of Happiness Studies* 1:1–39. doi: 10.1023/A:1010072010360.
- Wagner, M. & Geithner, L. (2018). Die NRW80+ Hochaltrigenstudie. Lebensqualität und Lebensstile. Vortrag im Rahmen des ISS Research Seminars, 19.12.2018, Köln.
- Wagner, M. & Geithner, L. (2019): Die Lebenslaufperspektive. Theorie und Anwendung am Beispiel kultureller Aktivitäten im Alter. In K. Hank, F. Schulz-Nieswandt, M. Wagner & S. Zank (Hrsg.): *Handbuch Alternsforschung* (109-132). Baden-Baden: Nomos.
- Wagner, M., Rietz, C., Kaspar, R., Janhsen, A., Geithner, L., Neise, M., Kinne-Wall, C., Woopen, C. & Zank, S. (2018). Survey on quality of life and subjective well-being in the very old in North Rhine-Westphalia (NRW80+). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. doi: 10.1007/s00391-017-1217-3.
- Wettstein, M., Schilling, O.K., Reidick, O. & Wahl, H. W. (2015). Four-year Stability, Change, and Multidirectionality of Well-being in Very-old Age. *Psychol Aging* 30(3):500–516. doi: 10.1037/pag0000037.
- World Health Organisation (WHO). (1997). WHOQOL Measuring Quality of Life. Geneva.

Anhang

Tab. 3: Befragungsbereiche und Operationalisierung

<p>Lebensgeschichte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Geschlecht, Alter ▪ Herkunftsland ▪ Familiärer Hintergrund (z.B. Geschwister Soz. Stellung Eltern) ▪ Bildungsbiographie ▪ Berufsbiografie ▪ Partnerschaftshistorie ▪ Kritische Lebensereignisse (inner-/außerhalb 2. Weltkrieg) ▪ Wohngeschichte 	<p>Werte, Einstellungen und Dispositionen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einstellung zu Leben, Sterben, Tod ▪ Individuelles Wertesystem ▪ Alternserleben ▪ Interpersonelle Persönlichkeit ▪ Spiritualität ▪ Wertschätzung durch Andere
<p>Soziale Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Familienstand ▪ (Groß-)Elternschaft ▪ Interpersonelle Gewalterfahrung ▪ Einsamkeit ▪ Soziale Kohäsion ▪ Soziales Netzwerk ▪ Soziale Unterstützung ▪ Haustiere 	<p>Lebensbewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Affektives Wohlbefinden ▪ Lebenssinn ▪ Allgemeine Lebenszufriedenheit ▪ Wünsche für eigenen Alltag (offen)
<p>Gesundheit</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegebedürftigkeit ▪ Pflegeversorgung ▪ (Patienten)Verfügungen ▪ Gesundheitskompetenz ▪ Hilfsmittelnutzung ▪ Schmerzen ▪ BMI und Gewichtsverlust ▪ Handgreifkraft ▪ Kognition (Demtect) ▪ Multimorbidität ▪ Depressivität ▪ Subjektive Gesundheit 	<p>Lebensführung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lebensstil ▪ Aktivitäten ▪ Religionsgemeinschaft ▪ Vereinsmitgliedschaft ▪ Politische Teilhabe ▪ Autonomie ▪ Selbstwirksamkeit ▪ Verbundenheit mit dem Leben ▪ Wohnverbundenheit ▪ Alltagsselbständigkeit ▪ Digitale Kompetenz ▪ Anomieerleben ▪ Generativität
<p>Materielle Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wohnform ▪ Haushaltgröße ▪ Haushaltszusammensetzung ▪ Einkommensarten 	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nettohaushaltseinkommen ▪ Kosten, Schulden, Vermögen ▪ Zugänglichkeit außerh. Umwelt ▪ Wohnbarrieren 	
---	--

Projektbezogene Publikationen

2019

Janhsen, A. & Woopen, C. (2019). Spiritualität in der Medizin - Mehr als ein Add-On? Anthropologische Grundlegung eines ethisch relevanten Existential. Zeitschrift für Ethik in der Medizin 1(66).

Janhsen, A. & Woopen, C. (2019). Spiritualität und Alter – Spiritualität im Alter. In: K. Hank, F. Schulz-Nieswandt, M. Wagner & S. Zank (Hrsg.): Handbuch Alternsforschung (604-630). Baden-Baden: Nomos.

Neise, M., Janhsen, A., Geithner, L., Schmitz, W. & Kaspar, R. (2019). Lebensqualitäten in der Hochaltrigkeit. In K. Hank, F. Schulz-Nieswandt, M. Wagner & S. Zank (Hrsg.): Handbuch Alternsforschung (583-607). Baden-Baden: Nomos.

Neise, M. & Zank, S. (2019). Gewalterfahrungen älterer Menschen im sozialen Nahraum – Befunde und Herausforderungen. In: K. Hank, F. Schulz-Nieswandt, M. Wagner & S. Zank (Hrsg.): Handbuch Alternsforschung (461-491). Handbuch für Wissenschaft und Studium. Baden-Baden: Nomos.

Wagner, M. & Geithner, L. (2019): Die Lebenslaufperspektive. Theorie und Anwendung am Beispiel kultureller Aktivitäten im Alter. In K. Hank, F. Schulz-Nieswandt, M. Wagner & S. Zank (Hrsg.): Handbuch Alternsforschung (109-132). Baden-Baden: Nomos.

2018

Janhsen, A., Golla, H., Romotzky, V. & Woopen, C. (2018). Spiritualität im höheren Lebensalter als dynamische Alter(n)saufgabe. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. doi: 10.1007/s00391-018-1391-y.

Kaspar, R., Gabrian, M., Brothers, A., Wahl, H.-W. & Diehl, M. (2018). Measuring Awareness of Age-Related Change: Development of a 10-Item Short Form for Use in Large-Scale Surveys. The Gerontologist. doi: 10.1093/geront/gnx213.

Wagner, M., Kuppler, M., Rietz, C. & Kaspar, R. (2018). Nonresponse in surveys of very old people. European Journal of Ageing, DOI: 10.1007/s10433-018-0488-x.

Wagner, M., Rietz, C., Kaspar, R., Janhsen, A., Geithner, L., Neise, M., Kinne-Wall, C., Woopen, C. & Zank, S. (2018). Survey on quality of life and subjective well-being in the very old in North Rhine-Westphalia (NRW80+). Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. doi: 10.1007/s00391-017-1217-3.

Projektbezogene Präsentationen

2019

Kaspar, R. & Zank, S. (2019). Growing Very Old in Germany in Good Quality of Life. Paper presented at the 9th International Associations of Gerontology and Geriatrics IAGGER Congress, May 23-25, 2019, Gothenburg, Sweden.

Schlomann, A., Seifert, A. Zank, S. & Rietz, C. (2019, Mai). Internet and Mobile Device Use Among People Aged 80 Years and Older in Germany and Switzerland. Poster beim International Association of Gerontology and Geriatrics European Region Congress, Göteborg, Schweden.

Janhsen, A. (2019). Measuring Quality of Life in the Very Old Age – A Challenges and Potentials Based Model. Keio-Cologne Lecture Series “Getting Old and Even Older – Pathways to Longevity and Implications for Society. Research and Experiences from Japan and Germany”, January 23, 2019, Co-logne/Tokyo.

Kaspar, R. (2019). Living Successfully in an Era of Aging. A State-Wide Study on People over 80 Years of Age. Keio-Cologne Lecture Series “Getting Old and Even Older – Pathways to Longevity and Implications for Society. Research and Experiences from Japan and Germany”, January 9, 2019, Cologne/Tokyo

2018

Geithner, L. (2018). Diversity of Lifestyles. Living Successfully until Very Old Age. Keio-Cologne Lecture Series “Getting Old and Even Older – Pathways to Longevity and Implications for Society. Research and Experiences from Japan and Germany”, November 7, 2018, Cologne/Tokyo

Geithner, L. (2018). Dimensions of Social Space in Very Old Age. Groups of Lifestyle and their Capital. Poster presented at the 24th Nordic Congress of Gerontology, May 2-4, 2018, Oslo, Norway.

Geithner, L. (2018). Die Vielfalt von Lebensstilen im hohen Alter. Vortrag im Symposium „Neue Facetten der Lebensqualität im sehr hohen Alter – Ergebnisse der NRW80+ Repräsentativbefragung“ auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) 2018: Vielfalt des Alterns: biomedizinische und psychosoziale Herausforderungen, 6. – 8. September, Köln.

Geithner, L. (2018). Dynamics in Lifestyle and Practices of Distinction in Very Old Age: Intersectionalities between Age and Class. Paper presented at the Marie Jahoda Winter School of Sociology – Doing Age: The Practices of Age and Ageing. November 2018, Wien.

- Geithner, L. (2018). Lifestyles of People aged 80+: Still a Matter of Social Status? Poster presented at the Gerontological Society of America's (GSA) Annual Scientific Meeting, November 14-18, 2018, Boston, MA.
- Janhsen, A. (2018). Transzendier dich selbst! Spiritualität als Alternsaufgabe. Vortrag auf der Tagung des DFG-Netzwerks "Altern als Selbstverwirklichung" zum Thema Alterns als Aufgabe. Interdisziplinäre Perspektiven auf die Imperative und soziale Wirklichkeit des Alterns, Heidelberg, 08.03.2018.
- Janhsen, A., Woopen, C. & Rietz, C. (2018). Kann Glaube Berge versetzen? Spiritualität im Kontext von Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden. Vortrag im Symposium „Neue Facetten der Lebensqualität im sehr hohen Alter – Ergebnisse der NRW80+ Repräsentativbefragung“ auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) 2018: Vielfalt des Alterns: bio-medizinische und psychosoziale Herausforderungen, 6. – 8. September, Köln.
- Kaspar, R. (2018). Loss of Activity and Social Support Mediates Effect of Cognitive Impairment on Well-Being in the Very Old. Poster presented at the Gerontological Society of America's (GSA) Annual Scientific Meeting, November 14-18, 2018, Boston, MA.
- Kaspar, R. & Geithner, L. (2018). Quality of life of the very old: A new conceptual framework and representative survey data. Paper presented at the 24th Nordic Congress of Gerontology, May 2-4, 2018, Oslo, Norway.
- Kaspar, R. & Schmitz, W. (2018). Loneliness and Social Isolation – Estimates for Very Old Age from the NRW80+ Study. Presentation at the BMFSFJ workshop „Loneliness and Social Isolation in Old Age“ organized by M. Luhmann, RUB, December 3, 2018, Bochum, Germany.
- Kaspar, R. & Zank, S. (2018). Neue Facetten der Lebensqualität im sehr hohen Alter – Ergebnisse der NRW80+ Repräsentativbefragung. Symposium auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) 2018: Vielfalt des Alterns: biomedizinische und psychosoziale Herausforderungen, 6. – 8. September, Köln.
- Neise, M., Kaspar, R., Rietz, C. & Zank, S. (2018). Gewalterfahrungen im sozialen Nahraum hochaltriger Menschen in NRW. Vortrag im Symposium „Neue Facetten der Lebensqualität im sehr hohen Alter – Ergebnisse der NRW80+ Repräsentativbefragung“ auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) 2018: Vielfalt des Alterns: biomedizinische und psychosoziale Herausforderungen, 6. – 8. September, Köln.
- Neise, M., Kaspar, R., Rietz, C. & Zank, S. (2018). Development of the Interpersonal Dispute and Emotional Consequences in Old Age Questionnaire. Poster presented at the

Gerontological Society of America's (GSA) Annual Scientific Meeting, November 14-18, 2018, Boston, MA.

Neise, M. (2018). Gewalt in der Pflege. Vortrag auf dem Fachtag "Gewalt in Partnerschaften älterer Menschen und in der Pflege", 20.11.2018, Hofheim am Taunus.

Schmitz, W. (2018): Soziale Netzwerktypen und gesundheitliche Ungleichheit im hohen Alter (80+). Vortrag im Symposium „Neue Facetten der Lebensqualität im sehr hohen Alter – Ergebnisse der NRW80+ Repräsentativbefragung“ auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) 2018: Vielfalt des Alters: biomedizinische und psychosoziale Herausforderungen, 6. – 8. September, Köln.

Schmitz, W. (2018): Soziale Netzwerktypen und gesundheitliche Ungleichheit im hohen Alter (80+). Vortrag auf dem 39. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie. Sektion Alter(n) und Gesellschaft: Das lange Leben in Zeiten gesellschaftliche Umbrüche, 26.09.2018, Göttingen.

Wagner, M. & Geithner, L. (2018). Die NRW80+ Hochaltrigenstudie. Lebensqualität und Lebensstile. Vortrag im Rahmen des ISS Research Seminars, 19.12.2018, Köln.

2017

Geithner, L. (2017). Lifestyles of the Very Old – A qualitative Analysis. Paper presented at the 13th Conference of the European Sociological Association – Ageing in Europe. August 2017, Athens, Greece.

Geithner, L. (2017). Lebensstile und Distinktion im hohen Alter – Eine qualitative Analyse. Vortrag auf der Jahrestagung der DGGG – Heterogenität des Alter(n)s. September 2017, Fulda.

Janhsen, A. (2017). Gutes Leben im hohen Alter erfassen: Konzeption einer neuen Studie zur Lebensqualität Hochaltriger (NRW80+). Vortrag im Rahmen der Veranstaltung Multimorbidität – Herausforderung der alternden Gesellschaft. Integrative Gesundheitsstrategien für Menschen ab 50, Klinik für Naturheilkunde und integrative Medizin, Kliniken Essen-Mitte, 08. März 2017.

Janhsen, A. (2017). Dämon Alter? Alter(n) als Herausforderung für das Menschsein. Vortrag im Rahmen des Ethikforums „Projekt Unsterblichkeit und das christliche Menschenbild“ der Caritas, Ethik – Medizin – Pflege, 29.03.2017, Köln.

Janhsen, A. (2017). Spirituality of the Oldest Old (80+) in Germany: Results from a Qualitative Study. Vortrag auf der 7th International Conference on Ageing and Spirituality, Chicago, IL (USA), 04.-07.06.2017 (gefördert durch einen Mobility Grant im Rahmen des DAAD-Projekts IPaK).

Janhsen, A. (2017). Spirituality of the Oldest Old (80+): Struggle between Traditional Religion and Post-Modernistic Spirituality. Paper presented at the 13th Conference of

the European Sociological Association – Ageing in Europe, August 30, 2017, Athens, Greece.

Janhsen, A. (2017). Struggle between Traditional Religion and Post-Modernistic Spirituality: Impact of Ambiguous Conceptualizations of Spirituality on Well-Being of the Oldest Old. Poster presented at the 15th Annual Meeting of the International Society for Quality of Life Studies ISQOLS – Quality of Life: Towards a Better Society, September 30, 2017, Innsbruck, Austria.

Janhsen, A., Woopen, C. & Rietz, C. (2017). Measuring the Impact of Spirituality on Quality of Life: QueSt – a New and Short Instrument. Paper presented at the 15th Annual Meeting of the International Society for Quality of Life Studies ISQOLS – Quality of Life: Towards a Better Society, September 30, 2017, Innsbruck, Austria.

Janhsen, A., Woopen, C. & Rietz, C. (2017). Mehrdimensionale Erfassung des Einflusses von Spiritualität auf das psychologische Wohlbefinden – Questionnaire on Spirituality (QueSt). Posterpräsentation auf dem XVII World Congress of Psychiatry (WPA) - Deutsches Programm der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin, 11.10.2017.

Kaspar, R. (2017). Vorstellung der Machbarkeitsstudie des Projektes NRW80+ und erster Ergebnisse. Vortrag zum 1. IMOA-Workshop zu Stichproben- und Erhebungsdesign am Robert Koch Institut, 17. Februar 2017, Berlin.

Kaspar, R., Gabrian, M., Brothers, A., Wahl, H.-W. & Diehl, M. (2017). An Ultra-Short Scale Assessing Awareness of Age-Related Change in Large-Scale Surveys. Paper presented at the 21st IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics, July 23-27, 2017, San Francisco, CA.

Kaspar, R. (2017). Umfragebeteiligung und Repräsentativität einer Meldeamtsstichprobe privat und institutionell wohnender hochaltriger Menschen – Befunde der NRW80+ Machbarkeitsstudie. Vortrag auf der gemeinsamen Fachtagung der Sektionen III und IV der deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), 28.-29. September 2017, Fulda.

Neise, M. & Kaspar, R. (2017). Conceptualization of the Challenges and Potentials (CHAPO) Model of Quality of Life in Very Old Age. Paper presented at the 15th Annual Meeting of the International Society for Quality of Life Studies ISQOLS – Quality of Life: Towards a Better Society, September 28-30, 2017, Innsbruck, Austria.

2016

Janhsen, A. (2016). Spiritualität hochaltriger Menschen – mehr als Coping? Poster-Präsentation beim Gerontologie und Geriatrie Kongress 2016 zu „Leben und Alter – Funktionalität und Qualität“, 7.-10.09.2016 in Stuttgart. Ausgezeichnet mit dem 2. Posterpreis der DGGG

Kaspar, R. (2016). Möglichkeiten und Grenzen einer Repräsentativbefragung zur Lebensqualität im Populationssegment hochaltriger Menschen - die Studie NRW80+. Soziologisches Kolloquium am Institut für Soziologie der Universität Duisburg-Essen, 02. November 2016, Duisburg.

Kaspar, R. & Zank, S. (2016). Zum Stand der deutschsprachigen Hochaltrigenforschung. Symposium auf dem gemeinsamen Gerontologie- und Geriatriekongress (DGGG DGG), 7.-10. September 2016, Stuttgart.