



universität
wien

Institut für Soziologie, Universität Wien

Rooseveltplatz 2; A-1090 Wien

Bedürfnisse älterer Personen in der Gesundheitsversorgung

Endbericht

Prof. Franz Kolland (Projektleitung)

Mag.a Anna Wanka

Anna Fassl, BSc BA

Mag.a Marlene Heinrich, BA

Justyna Zgud

Dezember 2015

TELEFON

0043142774823



Inhalt

1. Einleitung.....	1
2. Ablauf und Methode.....	2
2.1 Vorbereitungsphase.....	2
2.2 Erhebungsphase	3
2.3 Auswertungsphase	4
2.4 Methodenreflexion	4
3. Ergebnisse	6
3.1 Beschreibung der Stichprobe.....	6
3.2 Inanspruchnahme medizinischer Angebote.....	9
a. Arztbesuche im vergangenen Jahr	9
b. Erreichbarkeit und Anreise.....	10
c. Wartezeiten.....	11
d. Spezielle medizinische Angebote und Kuren.....	14
e. Medikamente	17
3.3 Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin	19
a. Gründe für die Wahl und den Wechsel von ÄrztInnen.....	19
b. Persönliche Beziehung zu den ÄrztInnen.....	20
c. Ansprüche an ÄrztInnen.....	23
3.4 Bewertung der medizinischen Versorgung in Österreich.....	24
a. Allgemeine Bewertung des Gesundheitssystems.....	24
b. Bewertung der Sozialversicherungsträger.....	25
c. Kommunikation zwischen ÄrztInnen und Weitergabe von Daten	27
3.5 Soziale und gesundheitliche Ungleichheit	29
a. Finanzielle Situation und finanzielle Schwierigkeiten im Gesundheitssystem.....	29
b. Mangelnde Leistbarkeit von Pflege	33
c. Zwei-Klassen-Medizin.....	35
3.6 Pflege und Unterstützung.....	39
a. Formelle Pflege	39
b. Informelle Pflege und Unterstützung.....	39
c. Einstellungen zu Pflege und Pflegewünsche	41



3.7 Informiertheit über Gesundheit und Pflege	50
a. Informiertheit über Gesundheitsthemen	50
b. Informiertheit über Pflegedienstleistungen und Wohnformen im Alter	51
4. Zusammenfassung und Praxisimplikationen.....	53
5. Projektteam.....	65
Annex 1: Leitfaden.....	67
Annex 2: Informed Consent.....	71



1. Einleitung

Die Studie „Bedürfnisse älterer Personen in der Gesundheitsversorgung“, die vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger initiiert und finanziert wurde, sollte eine Datengrundlage zur Verbesserung der Informationen über die Erwartungen, Wünsche, Bedürfnisse bzw. die gewünschten Rahmenbedingungen älterer Personen in der Gesundheitsversorgung schaffen.

Dazu wurden zwischen Mai und August 2015 24 semi-strukturierte Interviews mit älteren Menschen im urbanen Raum (Wien) und im ländlichen Raum (Waldviertel) durchgeführt. Die Interviewpersonen wurden durch die jeweiligen Sozialversicherungsträger (WGKK, NOEGKK, SVB) nach folgenden Kriterien rekrutiert:

- Alter: drittes Lebensalter („junge Alte“: 65 – 74 Jahre) – viertes Lebensalter (75+ Jahre)
- Wohnort: Stadt – Land (wohnhaft in Wien / wohnhaft im Waldviertel)
- Anzahl der Arztkontakte: mind. 12 Arztkontakte im letzten Jahr
- Versicherungsverhältnis: bei bestimmtem Sozialversicherungsträger (WGKK, NOEGKK, SVB)

Aus der Stichprobenziehung ausgeschlossen wurden Personen, die in einem Pflegeheim leben sowie Personen, die innerhalb der vergangenen fünf Jahre bzw. (für den Fall, dass die Daten eines Sozialversicherungsträgers über die vergangenen fünf Jahre nicht verfügbar waren) innerhalb der vergangenen drei Jahre eine durchgängige Antidementiva-Verschreibung erhalten hatten.

Das Rekrutierungsverfahren erfolgte postalisch über ein vom Auftragnehmer erstelltes Anschreiben, das an Personen, auf die die oben angeführten Charakteristika zutrafen, versandt wurde. Mit jenen Personen, die sich daraufhin beim Auftragnehmer meldeten, wurden diese Kriterien in einem telefonischen Gespräch noch einmal durchgegangen. Daraufhin wurde bei Passung in die Stichprobe ein Termin für ein persönliches face-to-face Interview in unmittelbarer Wohnumgebung (meist in der Wohnung bzw. im Haus) der interessierten SeniorInnen fixiert.



2. Ablauf und Methode

2.1 Vorbereitungsphase

Die durchgeführten Interviews basierten auf einem im Vorfeld vom Auftragnehmer entwickelten und mit dem Auftraggeber abgestimmten Leitfaden (s. Annex 1), der folgende Schwerpunkte abdeckte:

- a. Wie erleben die Befragten die derzeitige Versorgung? Welche Versorgungsangebote nehmen sie derzeit in Anspruch? Welche Erfahrungen haben sie mit dem Gesundheitssystem gemacht?
- b. Welche Bedürfnisse und Wünsche haben die Befragten hinsichtlich Unterstützungsangebote, Kontinuität der Versorgung, Versorgungsformen, Zugang zur Versorgung, Rahmenbedingungen, Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Gesundheitsdienst-AnbieterInnen und Austausch von Gesundheitsdaten?

Als Form der semi-strukturierten Interviews wurde das **episodische Interview**¹ gewählt. Dieses wurde speziell für die Forschung zu sozialen Dienstleistungen (z.B. Pflege, Gesundheit, Sozialarbeit) entwickelt, um sowohl die *Erfahrungen* der KlientInnen mit den entsprechenden Angeboten als auch die *Bewertung* dieser Angebote zu erheben. Ausgangspunkt war die Unterscheidung zwischen episodischem (Erinnerungen an Situationen) und semantischem (Einordnung und Bewertung dieser Situationen) Wissen. Zur Erhebung von episodischem Wissen sind vor allem offene, am narrativen Interview orientierte Erzählanstöße fruchtbar, während zur Erhebung von semantischem Wissen strukturiertere Fragestellungen sinnvoller sind. Somit enthält das episodische Interview einerseits Fragen, die auf Erzählungen bestimmter Situationen, andererseits auf mehr oder minder klar umrissene Antworten abzielen².

Anschließend an die Entwicklung des Interviewleitfadens wurden vier **kognitive Pretests** durchgeführt, die den Kriterien potentieller InterviewpartnerInnen entsprechen. Zwei Pretests wurden mit in Wien lebenden Personen, zwei mit im Waldviertel lebenden Personen durchgeführt. Auf Basis der Ergebnisse der Pretests wurde der Leitfaden überarbeitet und finalisiert.

¹ Flick U et al. (1995) (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. München: Psychologie Verlags Union.

Flick U (2002): An Introduction to Qualitative Research - Second edition. London/ Thousand Oaks, CA/ Dehli: Sage.

² Flick U (2011): Das Episodische Interview. In: Oelerich G., Otto, H-U. (Hrsg.): Empirische Forschung und Soziale Arbeit - Ein Studienbuch Wiesbaden: VS Verlag, 273-279.



Zusätzlich zum Interviewleitfaden wurde ein **Informed Consent**-Formular (s. Annex 2) erstellt, in dem die Zielsetzungen und Inhalte der Studie noch einmal schriftlich dargelegt wurden sowie Vertraulichkeitspflichten des Instituts für Soziologie bezüglich Daten und Anonymität zugesichert wurden. Der Informed Consent diente zur Aufklärung der Interviewperson und der Versicherung der Freiwilligkeit ihrer Teilnahme an der Studie und wurde den Befragten vor dem Interview zur Unterschrift vorgelegt.

2.2 Erhebungsphase

Es wurden **mit insgesamt 24 Personen** im Alter zwischen 67 und 91 Jahren persönliche Interviews durchgeführt. Den interviewten Personen stand es frei, den Ort des Interviews zu wählen, wobei ein Großteil bei den Interviewpersonen zu Hause stattfand. Somit konnte allen interessierten Personen, unabhängig von ihrer körperlichen Mobilität, eine Teilnahme ermöglicht werden. Das Interesse, an der Studie teilzunehmen, war unter WienerInnen höher als im Waldviertel, weshalb schlussendlich 14 in Wien wohnhafte und zehn im Waldviertel wohnhafte Personen befragt wurden.

Die Interviews wurden von zwei verschiedenen Interviewerinnen durchgeführt. In der qualitativen Forschung spielt die die Subjektivität von Forschenden und Beforschten eine wichtige Rolle im Erkenntnisprozess und kann daher nicht ausgeschaltet werden³. Dadurch war es wichtig, dass die Interviews nicht von einer einzigen Person durchgeführt wurden und dass Erhebung und Auswertung ebenfalls personal getrennt wurden. Zur Sicherung der Qualität wurden regelmäßig systematische **Reflexionsgespräche** der Interviewerinnen, der Auswerterinnen und der Projektleitung durchgeführt.

Vor Beginn der Interviews wurde den Interviewpersonen die Studie erklärt und der Informed Consent zur Unterschrift vorgelegt (s. oben). Die **Dauer** der Interviews betrug zwischen 45 Minuten und 2 Stunden. Sie wurden mit einem elektronischen Aufnahmegerät aufgenommen und sequentiell transkribiert.

³ Flick U (2004): Zur Qualität qualitativer Forschung – Diskurse und Ansätze. In: Kuckartz U, Grunenberg H (Hrsg.): Qualitative Datenanalyse computergestützt. Wiesbaden: VS-Verlag, 43-63.



2.3 Auswertungsphase

Die **Datenauswertung** erfolgte nach der speziell für das episodische Interview entwickelten Methode des **thematischen Kodierens**⁴. Dabei wurden Textsegmenten Codes zugewiesen, die im Laufe des Auswertungsprozesses von den Forscherinnen anhand des empirischen Materials entwickelt wurden. Im Gegensatz zum theoretischen Kodieren bleibt beim thematischen Kodieren der Fallbezug im Material vorhanden. Pro Fall/Interview wurde eine Fallbeschreibung (Zusammenfassung des Interviews und sozio-demographische Daten der Interviewperson) erstellt. Dadurch eröffneten sich durch Extraktion von Gemeinsamkeiten über mehrere Fälle Möglichkeiten zur Typenbildung. Die Auswertung erfolgte in Interpretationsgruppen von zwei Personen, die jedoch nicht mit den Interviewerinnen ident waren.

Da es sich bei gesundheitsbezogenen Daten um besonders sensible Daten handelt, wurde im Erhebungs-, Auswertungs- und Berichtslegungsverfahren ein möglichst hohes Maß an **Anonymität** angestrebt. Dies wurde im Prozess dadurch gewährleistet, dass die Personen, die die Interviews durchführten und jene, die sie auswerteten, nicht ident waren. Die Interviewerinnen transkribierten die Interviews und versahen sie mit zufällig ausgewählten Identifikationsnummern. Sozio-demographische Daten, die eindeutig auf eine Interviewperson schließen ließen (z.B. Name, genauer Wohnort), wurden weder in der Dokumentation in Zusammenhang mit der Interview-Identifikationsnummer, noch in der Berichtslegung vermerkt. Die Auswerterinnen kannten somit nur jene für die Auswertung zentralen Variablen wie Alter, Geschlecht und Wohnregion (Wien – Waldviertel).

2.4 Methodenreflexion

Die vorliegenden Ergebnisse sind im Sinne einer kritisch-wissenschaftlichen Methodenreflexion mit gewissen Einschränkungen zu betrachten, die sich einerseits aus dem Erhebungsdesign, andererseits durch das spezifische Antwortverhalten der InterviewpartnerInnen ergeben. Diese Einschränkungen beziehen sich insbesondere auf die Tendenz zur Kritikvermeidung unter den befragten SeniorInnen. Diese Tendenz liegt in zwei Ursachen begründet: Einerseits ist innerhalb älterer Generationen häufig die Überzeugung vorherrschend, dass medizinisches Personal und insbesondere ÄrztInnen Autoritätspersonen darstellen, deren Handlungen von PatientInnenseite nicht zu kritisieren sind. Andererseits kann das Wissen über den Auftraggeber der Studie - manifestiert durch Anschreiben und Rekrutierung der InterviewpartnerInnen durch die Sozialversicherungsträger - dazu führen, dass bestimm-

⁴ Flick U (2011): Das Episodische Interview. In: Oelerich G., Otto, H-U. (Hrsg.): Empirische Forschung und Soziale Arbeit - Ein Studienbuch Wiesbaden: VS Verlag, 273-279.



te Punkte wie etwa falsche Medikamenteneinnahme oder Unwissenheit in manchen gesundheitlichen Bereichen verschwiegen werden (sog. „Sponsorship-Effekt“). Beide Einflussfaktoren führen dazu, dass die von den InterviewpartnerInnen mitgeteilten Einstellungen, Praktiken und Erfahrungen durch soziale Erwünschtheit verzerrt sein können.



3. Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt wurden von Mai bis Juli 2015 24 Personen zwischen 67 und 91 Jahren befragt. Das Durchschnittsalter betrug 75,8 Jahre. Die Hälfte der Befragten war über 75, die andere Hälfte unter 75 Jahre alt. 13 Personen (54,2%) waren männlich, elf Personen (45,8%) weiblich. 14 Personen (58,3%) waren in Wien wohnhaft, 10 Personen (41,7%) im Waldviertel. Alle 14 in Wien wohnhaften Personen waren bei der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) versichert. Von den im Waldviertel wohnhaften Personen waren jeweils fünf bei der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK) und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) versichert.

Tabelle 1: Stichprobendeskription

Personen-Kennziffer	Alter	Geschlecht	Sozialversicherungsträger
P1	75	weiblich	SVB
P2	76	weiblich	SVB
P3	68	männlich	WGKK
P4	72	weiblich	NÖGKK
P5	71	weiblich	WGKK
P6	73	weiblich	NÖGKK
P7	78	weiblich	NÖGKK
P8	77	männlich	WGKK
P9	66	männlich	WGKK
P10	80	weiblich	WGKK
P11	67	weiblich	WGKK
P12	91	männlich	WGKK
P13	71	weiblich	WGKK
P14	73	männlich	WGKK



P15	72	weiblich	WGKK
P16	80	männlich	SVB
P17	70	männlich	SVB
P18	91	weiblich	WGKK
P19	85	männlich	WGKK
P20	76	männlich	SVB
P21	75	weiblich	WGKK
P22	74	männlich	NÖGKK
P23	80	männlich	WGKK
P24	72	männlich	NÖGKK

Der Gesundheitszustand der InterviewpartnerInnen war von mehreren gesundheitlichen Beeinträchtigungen gekennzeichnet. Viele der Krankheitsbilder und Einschränkungen waren chronischer Natur. Genannt wurden Probleme im Bewegungsapparat (Knie, Rücken/Wirbelsäule, Osteoporose, Bandscheibenprobleme), Herz-Kreislauf-Beschwerden (Bluthochdruck, Vorhofflimmern, Durchblutungsstörungen) und andere Beeinträchtigungen, die von Atemproblemen, Müdigkeit und Schlafstörungen über Inkontinenz, Diabetes, Schwindel, Schilddrüsenstörungen, Fettstoffwechselstörungen, chronische Gastritis, Allergien bis zum Restless-Legs-Syndrom reichten. Einige SeniorInnen hatten Probleme mit dem Hören und Sehen (z.B. beginnender grauer Star, erhöhter Augendruck). Darüber hinaus wurden Herzinfarkte, Schlaganfälle und verschiedene Formen von Krebs genannt, mit denen die Befragten in der Vergangenheit zu kämpfen hatten.

Trotz dieser vielfältigen Symptome fühlten sich die SeniorInnen mehrheitlich gesund. Der objektive und der subjektive Gesundheitszustand stimmten also nicht notwendigerweise überein. Gesundheitsprobleme wurden in diesem Zusammenhang lapidarisiert.

„Also ich fühle mich wohl, bin ein gesunder Mensch, weiß aber dass ich krank bin, weil ich eben Medikamente nehmen muss.“ (P3, 75)

„War im Krieg dreimal verwundet und bin natürlich ein bissl abgehärtet, mir macht der Schmerz nichts aus. Sind für mich Kleinigkeiten.“ (P12, 13)

Unterschiede in der Gesundheit waren auch nicht dezidiert altersspezifisch – hochaltrige Personen waren teils fitter als jüngere SeniorInnen.

„Ja, exzellent. Ich geh noch bergsteigen, ich kann Radl fahren, ja, im Prinzip geht es mir, ich bin 86, dann wissen Sie was.“ (P19, 5)

Insgesamt lag es den befragten SeniorInnen fern, über ihre Gesundheit zu jammern. Selbst bei gravierenden Einschränkungen wurde betont, dass man eigentlich keine gesundheitlichen Probleme habe.

„Ich bin voriges Jahr im Urlaub über die Stiege gestürzt und da hat es eben dann verschiedene Probleme gegeben, dass mir z. B. die Bandscheiben [...] ich hab mir jetzt so geholfen, dass ich mit einem Stock gehe, weil ich dadurch weniger Schmerzen habe [...] Ich hab schon jahrelang immer wieder Injektionen bekommen wegen meiner Lendenwirbelsäule, und jetzt ist auch noch eine Verschlechterung der Halswirbelsäule zustande gekommen, und, ja, aber ansonsten, ich meine, es reicht zwar auch, aber ansonsten hab ich soweit keine größeren gesundheitlichen Probleme.“ (P13, 5)

Die positive subjektive Bewertung kam durch Anpassungsleistungen im Alltagsleben zustande, die den Verzicht auf gewisse Tätigkeiten - z.B. Radfahren, weite Strecken zu Fuß gehen, Haushaltstätigkeiten wie einkaufen oder putzen, aber auch Einschränkung sozialer Aktivitäten - involvierten. Dadurch wurde die gesundheitliche Einschränkung weniger spürbar und entsprechend weniger als eine solche erlebt.

„[...] schmerzfrei wie i nimma werden oba i derf hoid nix Schweres heben und war halten und das mach ich jetzt [...] aber wenn ich halt bergauf geh dann muss ich halt rasten. Also i geh a Stickl und dann raste ich und dann geh ich weiter“ (P2, 7; 75)

„Nein, hab, das Einzige, was ich hab, obwohl man kann auch damit leben, ist etwas Inkontinenz [...]. Man lebt damit. Natürlich ist es eine Einschränkung, eine unangenehme Einschränkung, vor allem im Winter, wenn man irgendwo auf Besuch ist, aber sonst, an das brauch ich nicht, ich brauch nicht denken.“ (P19, 9)

„Radlfoahn, ich bin ein leidenschaftlicher Radfahrer, nicht möglich, das Becken, ich sitz am Sattel und muss sofort wieder absteigen, wei die Schmerzen unerträglich sind.“ (P8, 219)

Insgesamt umfasst die Stichprobe damit Frauen und Männer im höheren und hohen Alter, die mit multiplen und vielfältigen Krankheitsbildern leben und durch diese häufig Kontakt zum österreichischen Gesundheitssystem haben. Sie können damit als lebensweltliche ExpertInnen für das Gesundheitssystem bewertet werden.

3.2 Inanspruchnahme medizinischer Angebote

a. Arztbesuche im vergangenen Jahr

Die Befragten wurden eingangs gebeten, anzugeben, wie häufig sie im vergangenen Jahr beim Arzt waren und welche (Fach-)ÄrztInnen sie dabei aufgesucht haben. Die genannte Anzahl der Arztbesuche reichte von vier bis 107. Diese Selbstangabe ist mit Vorsicht zu behandeln, da als InterviewpartnerInnen nur solche Personen ausgewählt wurden, die mindestens 12 Arztkontakte im vergangenen Jahr aufwiesen (s. Einleitung). Die Personen, die eine geringere Anzahl an Arztkontakten angaben, erinnerten sich also offensichtlich nicht an alle Arztbesuche. Aber auch je höher die Anzahl der angegebenen Arztbesuche war, desto eher handelte es sich bei den Angaben um Schätzungen, da die Befragten die genaue Anzahl nicht mehr rekonstruieren konnten. Vier von 20 Befragten konnten keine Angabe machen. Von denjenigen, die eine Angabe machen konnten, gaben 50% bis zu zehn Arztbesuche, 75% bis zu 16 Arztbesuche und 25% mehr als 16 Arztbesuche im vergangenen Jahr an.

Am häufigsten wurde der/die AllgemeinmedizinerIn aufgesucht – alle 24 Befragten gaben an, im letzten Jahr zumindest einmal bei diesem oder dieser gewesen zu sein. Am zweithäufigsten wurde von 69,6% (n = 16) der Befragten im vergangenen Jahr ein Gynäkologe oder Urologe aufgesucht, 62,5% (n = 15) gingen zumindest einmal zum Augenarzt, 50% (n = 12) zum Internisten, 41,7% (n = 10) zum Orthopäden, 25% (n = 6) zum Lungenfacharzt und 20,8% (n = 5) zum Zahnarzt. Jeweils vier Personen suchten einen Chirurgen, Hautarzt oder Wirbelsäulenspezialisten auf und jeweils zwei Personen suchten einen Kardiologen oder HNO-Facharzt auf. Von einzelnen Personen wurde der Hämatologe oder Neurologe genannt. Drei Personen (12,5%) ließen sich röntgen und jeweils eine Person ließ ein MRT oder EKG durchführen.

Damit stellt – wenig überraschend – der Hausarzt bzw. die Hausärztin die stärkste Bezugsperson für ältere PatientInnen dar. Doch auch manche FachärztInnen, wie



jene der Frauen- und Männerheilkunde sowie der Augenheilkunde, waren häufige AnsprechpartnerInnen im Gesundheitssystem.

b. Erreichbarkeit und Anreise

Bei der Frage der Erreichbarkeit der ÄrztInnen und Krankenhäuser zeigte sich ein Unterschied zwischen den Befragten, die im Waldviertel wohnten und jenen, die ihren Hauptwohnsitz in Wien hatten. Im Waldviertel war es üblich, dass sich die Arztpraxen, insbesondere aber die Krankenhäuser, nicht in Gehweite zur Wohnung oder dem Haus der Befragten befanden. Relativ kurze Entfernungen zwischen fünf und zehn Kilometern in den nächsten Ort zum Arzt bzw. zur Ärztin, und zwanzig bis dreißig Kilometer in die nächste Stadt und zum nächsten Krankenhaus wurden als selbstverständlich angenommen und stellten für die SeniorInnen im Großen und Ganzen kein Problem dar.

In Wien, wo die Dichte an ÄrztInnen deutlich höher als im Waldviertel ist, wurden die ÄrztInnen in der Regel in der jeweiligen Wohnumgebung ausgewählt, wobei diese in einigen Fällen auch zu Fuß erreichbar waren.

„also wir haben, wir gehen zu keinem Arzt außerhalb des Bezirkes, ich meine aus praktischen Gründen, nicht, weil wenn man die Ärzte so in der Nähe hat wie wir es haben, warum soll ich zu einem anderen gehen?“ (P19, 137)

Vorrangig für die SeniorInnen war aber die Qualität der ärztlichen Versorgung und nicht nur die örtliche Nähe. So wurden in manchen Fällen auch längere Wege in Kauf genommen, wenn die medizinische Versorgung gut war.

„Ich glaub es ist genug vorhanden. Ich hab in der Nähe das Triester Spital im 10. Bezirk eben, oder wenn's halt sein muss, muss man halt in Wilhelminenspital, es ist halt alles eigentlich, mit dem Auto sowieso alles leicht erreichbar. Wichtig ist, dass man gut untergebracht ist.“ (P13, 201)

Die häufigste Anreiseart zum Arzt war unter den befragten SeniorInnen mit dem Auto: Zwei Drittel gelangten als SelbstfahrerIn (45,8%) oder MitfahrerIn (37,5%) zum Arzt, jeweils die Hälfte nutzte den öffentlichen Verkehr oder ging zu Fuß und nur eine Person gab an, einen Fahrtendienst zu nutzen⁵. Fahrtendienste wurden deshalb weniger in Anspruch genommen, weil die Überzeugung vorherrschte, die Befragten seien dafür nicht „krank genug“ oder sie wollten nicht extra dafür bezah-

⁵ Mehrfachantworten waren möglich, weshalb sich bei Summierung mehr als 100% ergeben.

len. Besonders für hochaltrige Personen, die selber nicht mehr Autofahren konnten oder wollten, stellte aber das Taxi eine Alternative dar.

Dabei zeigten sich bei den Anreisemöglichkeiten signifikante Unterschiede zwischen Wien und Niederösterreich: Während jeweils 71,4% der befragten WienerInnen zu Fuß oder mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zum Arzt gelangten, traf das nur auf jeweils 20% der befragten WaldviertlerInnen zu ($\Phi=0,507$; $p<0,01$). Umgekehrt fuhren 60% der befragten WaldviertlerInnen selber mit dem Auto (35,7% der WienerInnen) und 70% fuhren mit anderen Personen mit (14,3% der WienerInnen; $\Phi=0,567$; $p<0,01$). Das ist einerseits auf die unterschiedliche ÄrztlInnendichte in Stadt und Land zurückzuführen, andererseits aber auch auf den weniger stark ausgebauten öffentlichen Verkehr in ländlichen Regionen, dessen Frequenzen teilweise nicht mit den Arztterminen vereinbar sind.

„Und min Stadtbuss ist das leider Gottes so, dass der nur jede Stunde fährt, also wenn ich beim Arzt gerade um zwei Minuten zu spät raus komm, dann steh ich eine ganze Stunde in der Kälte und warte, bis ich wieder heimfahren kann.“ (P7, 123)

Eine Befragte, die seit einigen Jahren im Rollstuhl saß, kritisierte, dass sehr wenige Ärzte barrierefreie Ordinationen hatten.

Die Mobilitätsarten unterschieden sich dabei auch zwischen Männern und Frauen: So wurden die älteren Frauen, die im Waldviertel lebten, häufiger von ihren Männern oder Kindern mit dem Auto zum Arzt gefahren, weil sie selber keinen Führerschein besaßen.

„Zum Hausarzt entweder i geh, weil ich bin keine Autofahrerin, oder mein Mann bringt mich hin und zum MR und zu die anderen Ärzte braucht man überall das Auto.“ (P1, 19)

Dadurch entstanden teils problematische Situationen, wenn der Mann etwa krank wurde oder das Kind anderen Verpflichtungen nachgehen musste. Die älteren Frauen waren also insbesondere im ländlichen Raum stark in ihrer Mobilität – und damit in ihrem Zugang zu gesundheitlicher Versorgung – von Familienangehörigen abhängig. Wer diese Möglichkeit nicht hatte, konnte auch nicht zum Arzt gehen, wie das Beispiel einer Interviewpartnerin aus dem Waldviertel zeigt, die aufgrund der Mobilitätsbarrieren seit Jahren nicht mehr beim Zahnarzt war.

c. Wartezeiten



Wartezeiten waren allgemein ein gewichtiges und häufig problematisch dargestelltes Thema in den Interviews. Die Wartezeiten sind einer der wenigen Faktoren im Gesundheitssystem, mit dem die Befragten unzufrieden sind. Der Tenor kann mit einer Befragten zusammengefasst werden: „Man muss überall wahnsinnig lang warten“ (P5, 47). Dabei wurde von den Befragten von einer normalen Wartedauer mit Termin von 30 bis 45 Minuten und ohne Termin von etwa drei Stunden ausgegangen. Häufig wurde diese als noch erträgliche Dauer eingeschätzte Wartezeit jedoch überschritten – von fünf Stunden Wartezeit zwischen dem Eintropfen eines und des anderen Auges beim Augenarzt, aber auch sieben oder neun Stunden Wartezeit wurde berichtet.

Insbesondere die Wartezeiten bei FachärztInnen wurde bekräftelt, und zwar jene auf einen Termin als auch jene in der Ordination. Als normal wurde dabei eine Wartezeit von zwei bis drei Wochen, bis man einen Termin bekommt, betrachtet – bei FachärztInnen wurden jedoch Wartezeiten von mehreren Monaten erlebt.

„[...] die Wartezeiten sind schon schlimm, also, wenn ich zu einem HNO-Arzt gehen will und dann krieg ich die Auskunft, dass ich in drei Monaten einen Termin haben kann, das ist nicht lustig.“ (P11, 69)

Die Endlichkeit, derer sich die Befragten aufgrund ihres Lebensalters und ihrer Multimorbidität bewusst waren, stellte einen besonderen Faktor in der Problematik der Wartezeiten auf Termine dar. Die SeniorInnen machten sich ernsthafte Gedanken darüber, dass sie manche Termine womöglich gar nicht mehr erleben würden.

„Ja, das ist ein Thema auch, dauert oft sehr sehr lange, da muss man sich dann echt schon fragen, den Termin erleb ich den noch? Da kann ich ja schon tot sein bis dorthin, ned? [...] Da ist oft eine bösartige, lange Wartezeit.“ (P8, 135)

Aber auch, wenn die Befragten einen Termin beim Facharzt bekommen haben, warteten sie zum Teil mehrere Stunden in der Ordination. Darüber hinaus wurden Erfahrungen mit besonders langen Wartezeiten auf einen Termin wurden beim Röntgen, bei der MRT, bei der Computertomographie und bei Operationen im Allgemeinen gemacht.

„Ich hör es ja aus dem Bekanntenkreis, Hüftoperationen, Knieoperationen, 14 Monate wartet man auf einen Termin zur OP, aber ich glaub, das ist ja eh alles der Krankenkassa bekannt.“ (P13, 265)

Wartezeiten in Spitalsambulanzen wurden mit durchschnittlich sieben Stunden beziffert. Häufig wurden Befragte mit Schmerzen oder andere akute Fälle vorgezogen, doch in Einzelfällen kam es auch hier zu problematisch langen Wartezeiten.

„Wie meine Frau den Schlaganfall gehabt hat, in der Notaufnahme drei Stunden warten, bis sie überhaupt drankommen ist.“ (P19,49)

Wenn es sich nicht um akute gesundheitliche Probleme handelte, entwickelten die Befragten oft Strategien, um die Wartezeiten für sich zu verkürzen. Hier stellte insbesondere die frei disponible Zeit in der Pension eine Erleichterung dar, denn die Befragten konnten als Erste in der Ordination sein und hofften, dadurch früher aufgerufen zu werden.

„Um sieben wird das Wartezimmer aufgesperrt, dann setz i mi eine, meistens bin i die easchte, setz mi eine und woat bis um acht da Arzt kommt. Dann bin ich die eascht drinnen und geh dann wieder ausse und bin fertig. Ansonsten müsste man ja eine, eineinhalb Stunden schon warten, er hat immer sehr viele Leute. Aber ich machs immer so und somit brauch i ned warten.“ (P6, 147)

Anderen machten die Wartezeiten allgemein nichts aus, weil sie in der Pension ohnehin einen Überfluss an Zeit erlebten.

„Nein, ich nehm mir Zeit, weil ich bin in Pension, dann sag ich mir, eigentlich bin ich in Pension, ich kann doch warten, ist ja ganz egal. Dann hab ich zuhause keine Zeitung, keine Zeitschrift, dort schau ich mir die ganzen Blödheiten dann ein bissl an“ (P10, 105)

Insgesamt zeigten die befragten SeniorInnen aber trotz langer Wartezeiten Verständnis für ihre ÄrztInnen, wenn Wartezeiten aufgrund von Notfällen verursacht wurden oder dadurch entstanden, weil sich der Arzt oder die Ärztin auch Zeit für die PatientInnen nehmen wolle. Wartezeiten wurden auch dann in Kauf genommen, wenn das Gefühl bestand, bei einem besonders guten Arzt zu sein, der deshalb von entsprechend vielen Personen aufgesucht wurde.



„Ja, es hat keiner eine Freude mit Wartezeiten, aber wie gesagt, für mich ist das immer ein Zeichen, der Arzt muss gut sein, weil so viel Leute da sind, nicht. Und, Freude hat niemand damit, aber ich nehm's in Kauf und fertig, Hauptsache er hilft mir dann, nicht, wenn ich was brauche.“ (P14, 105)

„[...] aber man wartet ja gerne, wenn's ein guter Arzt ist. Und das haben andere Leute halt auch schon herausgefunden, andere Patienten, dass er halt ein sehr ein verlässlicher und ein guter Arzt ist, nicht. Und da wartet man halt gerne.“ (P13, 133)

Unzufriedenheit führte dagegen zu noch größerer Kritik an den Wartezeiten – vor allem, wenn das Gefühl bestand, der Arzt ziehe andere PatientInnen unbegründet vor oder speiste einen selber mit einer zu oberflächlichen Untersuchung ab. In diesen Fällen stellten Wartezeiten für die SeniorInnen einen Indikator für Gleichgültigkeit oder Nachlässigkeit des Arztes oder der Ärztin dar, unter dem sie deshalb besonders litten, weil die persönliche Arzt-Patienten-Beziehung eine besondere Rolle für sie spielte.

d. Spezielle medizinische Angebote und Kuren

Neben dem Arztbesuch wurden von den Befragten im vergangenen Jahr weitere medizinische Angebote in Anspruch genommen, darunter Rauchertherapien, Massagen, Heilgymnastik, Physiotherapien und Kuren. Im Folgenden soll auf die Einstellungen und Erfahrungen mit Kuren besonders Bezug genommen werden, da sie von den befragten SeniorInnen kontrovers diskutiert wurden. Die Inanspruchnahme von Kuren war in den Interviews ein relevantes Thema, obwohl nicht gezielt danach gefragt wurde. Einige bewerteten die Kur dabei sehr positiv – insbesondere, wurde positiv angemerkt, dass die Kur eine Veränderung des Lebensstils erleichterte.

„Also ich geh jetzt regelmäßig alle zwei Jahre zur Kur, da bekomm ich das immer wieder. Und immer deutlicher und immer besser im Griff, merke schon, dass es was bringt, wenn ich mich halbwegs daran halte. Weniger essen, viel Bewegung. Und trotzdem alles genießen.“ (P3, 71)

Was ein Erfolg bei einer Kur sei, war jedoch von Person zu Person unterschiedlich. Auch jene, die positive Erfahrungen in der Kur gemacht hatten, schränkten ein, dass diese ihren gesundheitlichen Problemen nicht unbedingt geholfen hätte.

„Ich bin zwar nicht gsünder wordn, aber es war eine wunderschöne Betreuungszeit [...] man hats gut gemeint mit mir (lacht) bracht hat's auch nix“ (P8, 175)



„[...] ich fahr so, normal fahr ich so alle vier Jahre ungefähr geh ich auf Kur, und wenn's mir dann immer zwei, drei Jahre relativ besser geht ist das ein guter Kurerfolg.“ (P11, 173)

Manche Befragte würden zwar auf Kur fahren, stießen dabei jedoch auf Barrieren – vor allem fehlende Bewilligungen wurden dabei genannt. Diejenigen, die es sich leisten konnten, fuhren ohne Bewilligung auf Kur und bezahlten sie privat. Der Großteil konnte sich das jedoch nicht leisten.

„Na ja, dann wird man abgelehnt. Jetzt weiß ich nicht, ob man wieder, in welchem Zeitraum man wieder ansuchen darf, oder kriegt man ab 80 keine Kur nicht mehr, ich weiß es nicht. Das würde mich interessieren.“ (P10, 193)

Aber auch die lange Abwesenheit von zu Hause, fehlende Zeit und Stress in der Organisation des Kuraufenthalts wurden als Hindernis zur Inanspruchnahme von Kuren angeführt.

„Es war schön dort, aber wenn man dahuam hod ma a alles dann. Hab ich gesagt, ich muss nimma fahren. Bin auch nimma. Die einen ham gesagt, da fahr ich doch alle 2 Jahre, aber ich weiß ned, es is schön dort und gut, sicher, aber ich geh halt zum Arzt wenn ich was brauch und so.“ (P2, 143)

„[...] ich mach keinen Kuraufenthalt mehr, denn das hat mich damals so gestresst, dass ich eigentlich wahrscheinlich diesen Schlaganfall bekommen habe [...] und deshalb stell ich auch gar keine Anträge mehr, weil ich möchte das eigentlich nicht mehr den Stress haben“ (P13, 233)

Da die meisten SeniorInnen ihre tagtäglichen Routinen nur ungern aufgaben, würde von ihnen eine ambulante Alternativ zur Kur präferiert.

„Also ich würde wirklich gerne, wie soll ich sagen, so, was mir guttut bei der Kur eben, so kurmäßige Sachen ganz einfach in Anspruch nehmen [...] Also, wenn ich, aber es liegt natürlich wahrscheinlich auch, ob man drei Wochen nichts macht oder jeden Tag oder alle zwei-, dreimal mal in der Woche dort hingeh, vielleicht.“ (P11, 257)

Kontrovers besprochen wurde der Kuraufenthalt aber nicht nur aufgrund seiner teils zweifelhaften Wirkung, sondern auch, weil er für die Befragten mit ganz bestimmten Stereotypen verbunden war. So wurde über Personen im Bekanntenkreis erzählt, die häufig unnötig auf Kur fahren und damit das Gesundheitssystem ausnutzen würden. Von solchen Personen wollten sich die Befragten abgrenzen.



„Ich bin nicht der Typ, der alles ausnutzen will, was eine Krankenkassa zahlt, ich bin der Typ nicht. Ich kenne Leute, die haben keine Beschwerden und die fahren alle 2, 3 Jahre auf Kuraufenthalt, nur weil's ein, und die geben das auch zu, dass sie einen kosten Urlaub haben, einen kostenlosen Urlaub haben, nicht. Und ich hab selber bei meiner Kur gesehen, da sind Leute, haben angegeben, sie können nicht gehen, und dann siehst du sie auf den Berg mit einem Rad hinauf treten auf einen steilen. Also, wie passt denn das zusammen? Der kann ja keine Beschwerden haben. Der hat's bewilligt bekommen und der geht alle 3 Jahre und lässt sich's bewilligen. Ich kenne genug so Fälle. Da könnte eigentlich auch die Krankenkassa was einsparen ehrlich gesagt.“ (P13, 309)

Bis auf die Kur wurden nur wenige medizinische Angebote genannt, die die Befragten gerne in Anspruch nehmen würden, das aber aufgrund bestimmter Hindernisse nicht taten. Manche Angebote wurden aus Kostengründen bzw. fehlender Refundierung durch die Krankenkasse nicht in Anspruch genommen, z.B. Magnetresonanztomographie (MRT), Gehtraining oder Rehabilitation (wobei allerdings angemerkt wurde, dass dafür die Pensionsversicherung zuständig ist). Andere wurden aufgrund langer Wartezeiten nicht in Anspruch genommen, wie z.B. Massagen.

„Wenn ich da hingeh, dann krieg ich in 3 Monaten einen Termin. Wenn ich ihn jetzt brauche, ich meine, ein paar Wochen lässt man sich einreden, aber 3 Monate, brauch ich auch nicht mehr hingehen.“ (P16, 341)

Somit ließen Befragten fast alle Krankheiten, von denen sie wussten, behandeln. Eine Ausnahme stellten die häufig genannten Abnützungserscheinungen der Gelenke (Knie und Wirbelsäule dar), bei denen die Befragten der Meinung waren, dass keine Behandlung möglich wäre.

„Meine Knie werden kaputt, langsam aber sicher werden sie kaputt, und da kann man auch nichts mehr machen, das ist das Alter und überbeansprucht.“ (P10, 13)

„Abgenützt ist halt abgenützt.“ (P16, 73)

Der häufigste Grund, eine nicht chronische gesundheitliche Kondition nicht behandeln zu lassen, lag in der Angst bzw. Abneigung vor Operationen. Die Einstellung zu Operationen war bei den befragten SeniorInnen eher negativ. Sie gaben an, Operationen nach Möglichkeit zu vermeiden. Dabei spielten lange Rekonvaleszenz- und Regenerationszeiten eine wichtige Rolle. Außerdem war Angst vor dem Absetzen der blutverdünnenden Medikamente verbreitet.



„Jo, meine Krampfaderen was i jetzt hob, de ghörn a behandelt, oba i was ned, i miassat wahrscheinlich operieren, oba mit der Operation is des so a Sache. Weil i jo die Blutverdünner nimm. Wirbelsäule suit i a operieren.“ (P5, 123)

Insgesamt wurde deutlich, dass die befragten SeniorInnen zwar häufig zum Arzt oder zur Ärztin gehen, darüber hinaus aber wenige andere – insbesondere präventive - Angebote der Gesundheitsförderung in Anspruch nahmen. Noch eher als präventive wurden rehabilitative Angebote, wie z.B. Kuren, angenommen. Vor allem solche Konditionen, die als altersbedingt definiert wurden, wurden keiner Behandlung unterzogen.

e. Medikamente

Neben dem Arztbesuch und spezielle medizinischen Behandlungen stellte der Erhalt von Medikamenten jenen Faktor dar, durch den die befragten SeniorInnen am häufigsten mit dem Gesundheitssystem in Kontakt kamen. Der Großteil der Befragten nahm Medikamente aufgrund chronischer Gesundheitsprobleme meist über einen längeren Zeitraum ein. Hier zeigte sich als übliche Praxis, dass SeniorInnen häufig in die Ordination gingen und sich ein Rezept abholten, ohne ein Arztgespräch zu haben. Andere erledigten die Medikamentenverschreibung telefonisch.

„Ja, nur wenn ma was weh tuat, owa sunst geh i ned eini, i hui di Medikamente, de krieg i bei da Schwester herausn und do kumm i goa ned in die Ordination, also zum Arzt, sag ma so.“ (P1, 7)

„Ja, und da muss ich mir halt von Zeit zu Zeit hingehen, wieder eine Packung verschreiben lassen, da muss ich nicht hineingehen zu ihr, also das geht so.“ (P19, 33)

Diese Arztwege wurden von den Befragten als unnötige Belastung angesehen. Ein häufig geäußerter Wunsch der befragten SeniorInnen war es daher, im Fall von chronischen Krankheiten Dauer- oder Jahresrezepte ausgestellt zu bekommen.

„Stattdessen muss ich [...] praktisch jeden Monat dort stehen, komm eh nur bis ins Vorzimmer. Sag das brauch ich, krieg an Zettel und geh wieder. Der Arzt sieht mich nicht, der Arzt fragt mich nicht, das ist vollkommen sinnlos, das ist nur Zeitverschwendung, Geldverschwendung, nicht meines, sondern vom Gesundheitssystem wenn sie dafür da sitzen. Weil ich muss natürlich immer meine E-Card herzeigen, weiß nicht, rechnet der dann jedesmal a Ordination oder weiß nicht. Aber voll-

kommen unnötig, wenn ich ein Jahresrezept kriegt von denen und ich mir meine Jahresdrangen abhole ist das erledigt.“ (P23, 91)

Im ländlichen Raum wurde daher auch die Hausapotheke beim Arzt sehr geschätzt, um die ohnehin kompliziertere Anreise zum Arzt nicht zusätzlich zu verlängern. Das Ende dieser Apotheken wurde von den Befragten gefürchtet und kritisiert.

„Und dann nimmt man ihnen, den Ärzten dann noch die Hausapotheke weg auch noch dazu. Ja, das ist das Neueste, Masche [die neueste Masche], aber da ist natürlich die Apothekerkammer, die da dahinter ist, dass denen das weggenommen wird.“ (P19, 73)

„In der Stadt ist es wohl anders, wenn der keine Hausapotheke hat, na der schreibt das und da ist man eh dort, nicht. Aber da heraußen könnten Sie es sich nicht vorstellen ohne Apotheke.“ (P16, 249)

Neben der Bürde der Rezepteinholung machten die Beipackzettel SeniorInnen bei der Medikamenteneinnahme Sorgen. Beipackzettel lösten aufgrund der ausführlichen Angabe möglicher Nebenwirkungen große Sorgen aus.

„Das sind zwei Seiten, so lang der Beipackzettel, dann hab ich mir das angeschaut, oder Augentropfen oder was das waren, da dürfte man nicht mit dem Auto fahren, dann denk ich mir: ‚Um Gottes Willen, kann das stimmen?‘ Da traut man sich das oft gar nicht mehr nehmen, wenn man so 2 Seiten Beipackzetteln liest“ (P10, 85)

Einige Befragte reagierten auf die durch Beipackzettel ausgelöste Angst damit, sie gar nicht mehr zu lesen.

„Andererseits bin ich der Meinung, am besten ist, sie gar nicht zu lesen. Entweder vertrau ich dem Arzt und schluck ich das, weil wenn ich die Zettel nehme, muss ich sie sowieso wegschmeißen, weil irgendetwas ist ja immer dabei, nicht. Weil die haben sich ja so abgesichert, nicht, ist glaub ich die amerikanische Methode, so abgesichert, dass ihnen gar nichts passieren kann. Und wenn ich wirklich gestorben bin drauf, dann bin ich selber schuld. Weil es ist im Beipackzettel ja gestanden, und wenn ich das überlese, dann bin ich selber schuld.“ (P12, 283)

„Den Beipackzettel bei Medikamenten les ich grundsätzlich nicht, weil da nehmen's kein einziges Pulver mehr, sondern ich warte ob eine Nebenwirkung eintritt und dann schau ich nach ob die angeführt ist.“ (P23, 63)

Diese Reaktion kann allerdings insbesondere bei multimorbiden Älteren, die mehrere Medikamente gleichzeitig einnehmen, problematisch sein. Auch im Bereich



der Medikamenteneinnahme sollte daher die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen verbessert werden. So gab ein Befragter etwa an, die Behandlung mit dem einen oder anderen Medikament abgebrochen zu haben, ohne das Gespräch mit seinem Arzt zu suchen.

„Man kriegt für jeden Dreck irgendwas verschrieben und das is ma dann eigentlich schon so viel geworden, dass ich nachgedacht habe, eigentlich von mir aus selbst hab ich dann schon das eine oder andere Medikament abgebrochen, da hab ich keinen Arzt mehr gefragt, weil so viel bin ich schon involviert, dass ich weiß wie was lauft, ned?“ (P8, 63)

3.3 Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin

a. Gründe für die Wahl und den Wechsel von ÄrztInnen

Zum Großteil waren die Befragten mit ihren behandelnden ÄrztInnen und auch mit der Beziehung, die sie zu diesen hatten zufrieden. Das zeigte sich vor allem darin, dass diese Beziehungen von langer Dauer gekennzeichnet waren und ein ÄrztInnenwechsel häufig erst durch deren Pensionierung forciert wurde. Vor allem bei den HausärztInnen, waren die Befragten schon jahrzehntelang in Behandlung.

„Na ja, von dem Hausarzt, da hab ich den Vater schon gekannt, ja, da, weil ich auch, ich hab ihn gerne und das war auch ein Jäger, und da war ich schon dort und jetzt beim Sohn bin ich auch, seit was der da ist, ja“ (P17, 97)

Bei ÄrztInnen spezieller Fachrichtungen wie beispielsweise der Neurologie oder der Urologie etc. war die Beziehung etwas kürzer, betrug aber häufig trotzdem um die zehn Jahre. Diese Dauer war für viele Befragte offenbar wichtig, weil sie in der Zeit eine Vertrauensbasis aufbauen und die jeweiligen ÄrztInnen mit ihrer Krankheitsgeschichte vertraut machen konnten.

Die Gründe für die Wahl bestimmter ÄrztInnen wurden nur von SeniorInnen aus Wien, nicht aber von jenen aus dem Waldviertel thematisiert. Dies ergibt sich wahrscheinlich in vielen Fällen auch daraus, dass die Dichte an (Fach-) ÄrztInnen im ländlichen Umfeld geringer ist und die öffentlichen Verbindungen nicht so gut ausgebaut sind wie in Wien. Daher ist die Auswahl an MedizinerInnen von vornherein gewissermaßen begrenzt. In Wien spielten dagegen vor allem Empfehlungen der ÄrztInnen, die man bereits besuchte, sowie die räumliche Entfernung eine wichtige Rolle bei der ÄrztInnenwahl.



„Also der Internist wurde mir durch meinen praktischen Arzt empfohlen, weil es mir eben in den letzten Jahren meines Berufslebens nicht sehr gut gegangen ist, und da hat er eben gemeint, es wird Zeit, mit Herz und sonstigen. [...] Und, ja, Augenarzt, weiß ich nicht, er ist halt in der Nähe. Und der Gynäkologe auch.“ (P11, 125)

Aber auch die Qualifikation der ÄrztInnen spielte für die Auswahl eine Rolle. Teilweise wurde dabei auf Berichte und Empfehlungen aus dem Internet vertraut.

Die Befragten wechselten ihre ÄrztInnen sehr selten, da sehr viele mit diesen zufrieden waren und sich gut betreut fühlten. Ein Wechsel von ÄrztInnen wurde aber auch deshalb vermieden, da sonst die gesamte Krankheitsgeschichte erneut erzählt werden müsste.

„Aber es ist jetzt die Problematik, wenn ich jetzt von dem weggeh, er kennt mich, und wenn ich jetzt zu einem anderen Arzt hingeh, ist es viel anders mit diesen praktischen Ärzten und dem muss ich die ganze Geschichte von A bis Z erzählen und das will ich nicht und drum bleib ich [...]“ (P5, 111)

Da diese Krankengeschichten meist extensiv und komplex waren, kam es vor, dass ältere PatientInnen auch bei ÄrztInnen blieben, von denen sie sich nicht so gut behandelt fühlten.

b. Persönliche Beziehung zu den ÄrztInnen

Die persönlichen Kontakte und Beziehungen zu den behandelnden ÄrztInnen hatten für die Befragten eine hohe Relevanz. Durch die lange Beziehungsdauer konnten sie Vertrauen zu ihren behandelnden ÄrztInnen fassen, und dieses Vertrauen stellte einen Schlüsselfaktor in der Zufriedenheit mit der Betreuung dar.

„Na, ich fühle mich gut behandelt. Weil es ist wie gesagt, es ist immer eine Sache des Vertrauens mit einem Arzt.“ (P9, 67)

„Das ist der Arzt meines Vertrauens und der hat mein Vertrauen.“ (P14, 93)

Dieses Vertrauen wurde auch durch die Gewissenhaftigkeit der ÄrztInnen, die die SeniorInnen wahrnahmen, bestärkt.

„er kontrolliert jeden Zettel, der von irgendwo anders kommt und er sammelt meine Befunde und es ist auch oft so, dass von dem Krankenhaus oft in die Befunde falsche Sachen reingeschrieben werden, links und rechts vertauscht wird und so was und das korrigiert er alles sofort“ (P7, 91)



Es äußerte sich aber auch darin, dass sie sich trauten, bei Unklarheiten in Diagnose oder Behandlung nachzufragen – eine Praxis, die in der älteren Generation, die ÄrztInnen stark als Autoritätspersonen ansieht, nicht weit verbreitet ist. Viele SeniorInnen gaben an, bei Unklarheiten ihre behandelnden ÄrztInnen direkt zu fragen. Es wurde dabei sehr geschätzt, wenn ÄrztInnen sich Zeit nahmen, ihren älteren PatientInnen Diagnosen und Behandlungen zu erklären.

„der Urologe ist überhaupt der beste. Der sitzt eine Viertelstunde bei dir und erklärt dir das Ganze, nicht. Und tippt das jedes Mal hinein, was ich ihm sage und das ist, zu so einem Menschen hast ein Vertrauen auch, nicht.“ (P20, 503)

Anders gestaltete sich daher die Beziehung zu SpitalsärztInnen, von denen sich die SeniorInnen häufig unzureichend informiert fühlten und sich auch nicht nachzufragen trauten.

„Er erklärt mir das ganz genau, wobei man das meistens bei Ambulanzen nicht so genau informiert wird, wie's eigentlich wirklich sein sollte.“ (P13, 73)

In dieser Hinsicht wurden von vielen SeniorInnen hauptsächlich kleinere Ambulanzen bzw. Einrichtungen bevorzugt, in denen ein familiäreres Klima herrschte und es leichter fiel die Menschen, die dort arbeiteten bzw. behandelt wurden, kennenzulernen, als in großen Einheiten.

„sag ich: ‚W. ist mir sympathischer, nicht.‘ Weil das ist nicht so groß, das Ganze, die Abteilung da, das ist alles ein bissl angenehmer, mehr familiär ist das Ganze da. [...] Na, ich täte sagen, dass ich da schon, wie gesagt. Weil man ja ein paar Leute kennt und so, nicht. So hast du überall ein bissl einen Vorteil tät ich sagen“ (P20, 503; 459)

Aber auch für das Personal im Krankenhaus wurden lobende Worte gefunden.

„Und das Pflegepersonal dazu wahnsinnig nett, immer a freundliches Wort, immer hilfsbereit gewesen. Also ich kann nur wirklich was Gutes sagen vom S. und vom A. und dann bin ich in S. a gleng. Also dort waren die Ärzte fantastisch und a is Pflegepersonal muss man sagen. Also wirklich, also ich hab wirklich gute Erfahrungen in jedem Spital gemacht.“ (P5, 139)

Die wenigsten Befragten berichteten über schlechte Erfahrungen, die sie vor kurzem gemacht hatten. Auf weiteres Nachfragen wurde aber auch von negativen Ereignissen erzählt. Besonders wichtig war den Befragten dabei, dass sich ÄrztInnen Zeit für die befragten SeniorInnen nahmen und nicht den Anschein erweckten, sie



würden eine Belastung darstellen oder ihnen Zeit rauben. Letzteres wurde sehr sensibel beobachtet und kritisch bewertet.

„Er gähnt immer so viel. Da hat man irgendwie das Gefühl, er will einen bald los werden.“ (P15, 153)

Generell wurde kritisiert, dass sich die ÄrztInnen nicht ausreichend Zeit für die PatientInnen nahmen bzw. nicht mehr richtig zuhörten, sondern einfach nur Medikamente verschrieben.

„Jo, weil der Mann sich überhaupt ned die Zeit nimmt, jo, oiso ich kann mir vorstellen, dass er wenig Zeit hat, jo und dass er nicht allzu lang aufwenden kann für jeden Patienten, aber wie ich vom A. weggangen bin, hat mir der Arzt im Beisein meines Sohnes gesagt "Frau P., Sie sind schwer krank". Und als schwerkranke Patientin muss ich mir mehr Zeit nehmen als zehn Minuten. Und mit dem bin ich nicht so zufrieden.“ (P5, 111)

„Ja, also Ärzte, die sich wirklich Zeit nehmen, da liegt die Schwierigkeit. Die haben zu wenig Zeit.“ (P12, 91)

Vor allem Spitalsambulanzen oder Spitäler, also große und eher unpersönliche Einrichtungen, wurden diesbezüglich kritisiert.

„Najo wenn ich dran denk, an die Erstversorgung mit meinen Krankheiten, zwei Stunden host gewartet, und dann bist in fünf Minuten behandelt worden und bist wieder draußen. Das hat mir nicht sehr gefallen. So wie jetzt zum Beispiel beim Dr. S. ich hätte die eine oder andere Frage da hat er gar keine Zeit dafür, da hat er sich schon quasi von sich aus selbst verabschiedet und - na bis zum nächsten Mal, Herr T.“ (P8, 123)

„Sie haben mich wirklich kalt abgeschabelt, muss man sagen: "Nein, wir nehmen Sie sicher nicht, weil wir wollen auch nach Hause gehen!", das war die Antwort. Obwohl der meine beiden Knie operiert hat, also mich schon seit vielen Jahren kennt.“ (P15, 45)

Aber auch bei der chefärztlichen Bewilligung wurden die unpersönliche „Abfertigung“ und das vollkommene Fehlen einer persönlichen Beziehung kritisch gesehen.

„Und ich frag mich nur, wie kann das ein Arzt, der mich goa ned gesehen hat und goa nix des beurteilen?“ (P1, 95)



„die chefärztliche Bewilligung, des is a Farce. Ich weiß ja, hin und da muss ich in die N. gehen in die Bezirksstelle. Das verschwindet kommt rein wieder raus, der schaut mich nicht an, fragt mich nicht warum, gar nix [...]“ (P23, 105)

c. Ansprüche an ÄrztInnen

Neben den medizinischen Anforderungen an die ÄrztInnen waren diese in der Wahrnehmung der SeniorInnen nicht nur AnsprechpartnerInnen für rein medizinische Probleme, sondern auch für private Sorgen. So berichtete ein Befragter aus dem Waldviertel, dass sein Hausarzt ihm auch bei seelischen Belastungen, die im privaten Umfeld des Patienten entstanden waren, beistand.

„[...] Haben wir Probleme gehabt da im Haus mit einer Scheidung, die Schwiegertochter ausgezogen mit den Kindern, nicht. Hab ich ihm die Hucke voll geweint, nicht. "Das ist mir wurscht", hat er gesagt, "dafür bin ich da, nicht!" (weint) Der setzt sich auch hin und nimmt sich Zeit dafür.“ (P20, 475)

Allgemein betrachtet kann festgestellt werden, dass die SeniorInnen aus dem Waldviertel mehr Wert auf einen „Wohlfühlfaktor“ in Bezug auf ihre ÄrztInnen legten. Offenbar waren die MedizinerInnen im ländlichen Gebiet nicht nur diejenigen, die Krankheiten behandelten und somit als DienstleisterInnen gesehen wurden, sondern Menschen, zu denen auch außerhalb der rein medizinischen Umgebung eine Beziehung aufgebaut bzw. gesucht wurde. Dies war wohl auch auf die räumlichen Unterschiede, die es zwischen dem urbanen und dem ruralen Raum gibt, zurückzuführen. So berichtete eine Seniorin, die im Waldviertel wohnhaft war, auf die Frage, welches Verhältnis sie zu ihrem Hausarzt hatte:

„Ein sehr gutes. Also ich mag meine Arzt unheimlich, a sie, seine Frau, die sitzt bei den Medikamenten. Wir sind sehr gut mitnand. [...] Weil wenn ich zu einem anderen geh, fühl ich mich gar nicht so wohl, wie bei ihm“ (P6, 107; 111)

Bei einer Befragten in Wien, zeichnete sich ein anderes Bild ab. Dass ihre Behandlungen relativ kurz ausfielen, stellte für diese Seniorin kein Problem dar.

„Ein kurzes Gespräch, mehr ist nicht drinnen, ja. Ich frag auch nicht zu viel, weil es sitzen Leute draußen, die wollen auch noch drankommen. [...] Das ist bei allen Ärzten so, ich komm ja hin, ich weiß, was ich hab, die behandeln mich oder schauen mich an usw. und dann, ja, binnen einigen Minuten ist das wieder, ja bin ich fertig. Ich bin froh, wenn ich wieder weggehen und nach Hause gehen kann. (lacht)“ (P18, 101; 125)



Ein weiterer Interviewpartner, der ebenfalls in Wien ansässig war, antwortete auf die Frage, ob er sich mehr Zeit mit seinem Arzt wünschte:

„Na eigentlich eh ned, was sui a Märchen erzählen oder was? Oder man kann über was reden, mir genügt des.“ (P24, 151)

Hier bestehen also offenbar Unterschiede zwischen den SeniorInnen im Waldviertel und jenen in Wien.

3.4 Bewertung der medizinischen Versorgung in Österreich

a. Allgemeine Bewertung des Gesundheitssystems

Grundsätzlich waren die Befragten dem österreichischen Gesundheitssystem gegenüber positiv eingestellt und bewerteten dieses qualitativ sehr gut. Drei Befragte zogen in diesem Kontext auch Vergleiche mit England und den USA, um ihre Zufriedenheit zu untermauern.

„also im Großen und Ganzen bin ich ein sehr zufriedener Patient, ich hab da nicht so viel Klagen.“ (P22, 3)

„Auch diese Gesunduntersuchung und das ist ja alles, ist ja eh eigentlich alles kostenlos usw., dass man nur sagen kann, wir haben ein wunderbares medizinisches System!“ (P10, 129)

Gleichzeitig wurde aber auch regelmäßig kritisiert, dass das System für den Staat, die Krankenkasse, teilweise aber auch für die einzelnen Menschen zu teuer sei.

„Na, es is so, das System is ned schlecht, aber des kostet viel zu viel.“ (P21, 315)

„Na, do sama zufrieden. Wos ma hom is ned schlecht, es is zwar ois sehr teuer wahrscheinlich“ (P24, 233)

Generika als Ersatz für gewohnte Medikamente wurden von mehreren SeniorInnen kritisiert und nicht als echte, wirksame Präparate wahrgenommen. Von einem Senior wurden diese als Möglichkeit der Einsparung, die zu Lasten älterer Personen passiert, aufgefasst und als Diskriminierung gesehen. Auch hier war der Eindruck des „Abfertigungs“ für die älteren Menschen besonders schmerzhaft.

„Ich mein manche Leute krieg ich mit die ärgern sich auch über die Generika weil sie sich an ein Medikament gewöhnt haben das sie bis jetzt gehabt haben [...] Ok, es macht schon irgendwie den Eindruck, betrifft meistens ältere Leute, je älter man

wird, desto weniger wird man dem Staat wert bzw. der Krankenkassa wert. Diesen Eindruck kann man schwer wegwischen.“ (P3, 43)

Im Hinblick auf Einsparungsmaßnahmen wurde außerdem kritisiert, dass die Dauer der Behandlungen bzw. Therapien gekürzt worden waren.

„Nein, also wenn ich da, aber ich hab eine, vom Orthopäden verschrieben kriegt, einen Physiotherapeuten, also so eine Gangschulung, der kommt zehnmal eine halbe Stunde zu mir, mit dem geh ich zweimal ums Haus, wir plaudern ein bissl, und nach zehnmal mach ich eine Pause und dann reich ich wieder ein, also, das wird immer bewilligt, nicht. Aber das war früher eine Dreiviertelstunde und jetzt ist es nur mehr eine halbe, nicht. Aber das können sie nicht kürzen, weil eine Viertelstunde gehen ist ja ein Witz, nicht. Da komm ich ja nicht einmal bis zum Eck.“ (P12, 335)

b. Bewertung der Sozialversicherungsträger

Mit der Sozialversicherung hatten die Befragten relativ wenig Erfahrung gemacht, waren dieser gegenüber aber tendenziell positiv eingestellt und mit deren Leistungen zufrieden. Einige beklagten bürokratische Hürden und damit verbundene Schwierigkeiten. Es wurden auch Wünsche an bzw. Vorschläge für die Sozialversicherung geäußert.

„Hab ich keine Probleme gehabt. Hab ich eigentlich, da gibt es ja welche, die bewilligungspflichtig sind [...] da wird ja unten bei dem Versicherungsträger bewilligt, aber das geht auch ziemlich schnell. Da kann man warten drauf. Und ich hab wirklich, das hat noch immer hing'haut.“ (P17, 173)

Eine Befragte merkt allerdings kritisch an, dass die Leistungen in der Vergangenheit besser gewesen waren bzw. dass sie mehr bekommen hatte.

„Ich bin froh, dass ich sie habe. (lacht) Ja, nein, wie gesagt, es wird halt langsam alles ein bisschen weniger, was ich noch vor 50, 60 Jahren gekriegt hab. (lacht) Aber, ja, muss man einsehen.“ (P11, 165)

Negative Erfahrungen bezogen sich vor allem auf die zu kleinen Packungsgrößen bzw. die bewilligten Mengen der verschriebenen Medikamente. Ein Befragter gab beispielsweise an, der Medikamente wegen monatlich zu seinem Arzt gehen zu müssen. Dabei käme es allerdings zu keinem Kontakt mit dem Arzt; die E-Card müsste er dennoch vorweisen.



„Stattdessen muss ich, weil da eben nicht mehr verschrieben wird, praktisch jeden Monat dort stehen [...] Das ist so sinnlos, wie nur irgendwas. Und da könnte man irrsinnig viel, allen Zeit, Ärger, Geld einsparen und es is a Farce, weil wie gesagt, der Arzt kümmert sich gar nicht darum.“ (P23, 91)

Bei der Bewilligung von medizinischen Angeboten durch die Krankenkasse fehlte den Befragten offenbar das Wissen, wie der Refundierungsprozess ablief und welcher Teil der Kosten ersetzt wurde. Außerdem stellte diese Vorauszahlung, auch wenn in der Folge ein Teil von der Krankenkasse übernommen wurde, eine große finanzielle Hürde dar.

„nur des is a bissl umständlich, weil i muss die zehn Mal jetzt vorher zahlen, ich hab die Mindestrentn mit Ausgleichszulage [...] des mit dem Massieren jetzt ist zwar bewilligt worden, aber nur a gewisser Prozentsatz und den Schein hat die Physiotherapeutin. [...] sie schickt des dann ein, hods gsogt. Wann des kummt was i no ned. Und wie viel i do kriag? Keine Ahnung.“ (P6, 15; 163)

Diese bürokratischen Hürden wurden aber nicht nur dann kritisiert, wenn die SeniorInnen persönlich davon betroffen waren, sondern auch dann, wenn ihre ÄrztInnen damit zu kämpfen hatten.

„Das solltet die Krankenkassa ned machen. Unser Doktor is herkumman und hod a Joah warten müssen bis er die Zuteilung von da Krankenkasse kriegt hat, dass man mit an Krankenschein hingehen hat können. Aber das dauert ois zu lang, des dauert viel zu lang.“ (P6, 159)

„Na ja, die ist sowieso eine Katastrophe, nicht, allgemein. Weil ich meine, was die Ärzte zusammenfuzeln müssen, schreiben, das ist ja Unsinn.“ (P12, 223)

Zwei Befragte hatten sich in Bezug auf bürokratische Hürden auf Erfahrungen mit der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) bezogen. Einerseits wurde die Unverständlichkeit des Amtsdeutsches kritisch betrachtet:

„Von Verständigung, von lesen können ganz einfach [...] Und da müsste es eigentlich was anderes geben, als wie dass man zu einem Rechtsanwalt gehen muss, der einem das erklärt gegen Geld. Müsste man irgendwo hingehen können, der das wirklich erklärt.“ (P11, 193)

Zwei Befragte äußerten Verbesserungsvorschläge; einerseits wurden dabei die Gesundheitsförderung und Prävention angesprochen, da diese zukünftige Kosten reduzieren könnten.



„Ich halte von der Prophylaxe sehr viel, und da fehlt es auch in Österreich noch sehr viel, also das heißt eine verbesserte Prophylaxe würde sehr vieles, später dann, diese teuren Spitäler, also ein Ambulanz in einem Spital, oh grauenhaft!“ (P19, 49)

Andererseits wurde von einem Befragten ein Selbstbehalt vorgeschlagen, der die Versicherten von vornherein davon abhalten sollte, nicht benötigte Therapien oder übermäßige Besuche bei ÄrztInnen in Anspruch zu nehmen, um ein Bewusstsein für die Kosten zu schaffen und damit eine Reduktion selbiger zu erzielen.

„Eine Selbstbeteiligung, genauso wie es bei der BVA ist [...] die müssen einen Selbstbehalt zahlen und nicht nur die gut Verdienenden, sondern auch die kleinen Beamten und die kleinen Lehrer. [...] dann wird er sichs überlegen, ob er überhaupt zum Arzt geht und nicht unnötig dort herumsitzen“ (P23, 161)

c. Kommunikation zwischen ÄrztInnen und Weitergabe von Daten

Ob aktuell bereits eine Kommunikation zwischen behandelnden ÄrztInnen bestand und wie diese konkret aussah, konnten die SeniorInnen nicht einschätzen. Die Befragten wussten zwar teilweise, dass sich die ÄrztInnen privat kannten und schätzten, waren aber in der Regel nicht darüber informiert, ob und welche Befunde bzw. Informationen über jeweils verschriebene Medikamente etc. ausgetauscht wurden.

„Sag ma so, in der näheren Umgebung hab ich das Gefühl, sie kennen sich untereinander [...] aber ob die vernetzt sein in dem Sinn, das weiß ich nicht, das kann ich nicht sagen.“ (P1, 183)

Die elektronische Gesundheitsakte, ELGA, war vielen der SeniorInnen bekannt und die Einstellung dazu durchwegs positiv. Sie sahen die gespeicherten Gesundheitsdaten, auf die ortsunabhängig mit Hilfe der E-Card zugegriffen werden kann, als Erleichterung; die Krankheitsgeschichten müssten dadurch nicht immer wiederholt und die verschriebenen Medikamente erinnert werden.

„Für das wäre ich hundertprozentig. Weil da brauch ich nicht jedes Mal erklären, was, ich hab eh im Geldbörstel einen Zettel, schreibt mir die Frau immer auf, was ich für Pulver nehme, weil überall wo du hinkommst wollen sie wissen, was ... Das merk ich mir dann nimmer mehr alle. Schreib ich ... Für das bin ich hundertprozentig, weil das ist ja, wieso, die können ja das alle wissen, weil wenn ich wo hinkomme braucht der nur in den Computer schauen und weiß, was ich habe, nicht. [...] das würde ja



dort praktisch alles aufscheinen und was du für Medikamente nimmst. Also für das bin ich hundertprozentig.“ (P20, 679)

„Ich begrüße das sehr, je früher es kommt, desto besser. Ich habe keine Geheimnisse, es kann jeder wissen, was ich gehabt habe, das ist doch lächerlich. Und wenn dann die volle Information da ist und dann a) eine bessere Diagnose oder bessere Therapie zusammenstellen lässt und auf der anderen Seite man sich unnötige Zeit mit Fragenstellungen und Nachdenken und wie war denn das und so erspart, ich horte ja das zuhause auch nicht, ich hab schon einige Unterlagen, aber ich geh doch nicht jedes Mal mit so einem Packl [...] Also ich bin sehr für ELGA.“ (P23, 141)

Die positiven Auswirkungen von ELGA wurden aber nicht nur betreffend der persönlichen Interessen gesehen, sondern auch in Bezug auf Doppelgleisigkeiten bei diversen Untersuchungen, die vermieden werden können.

„Also ich stehe positiv dazu, weil ich denke, es is gscheit wenn jeder Arzt zu dem ich geh weiß, wie die Krankengeschichte aussieht. Versteh die Ärzte die da was dagegen haben, weil sie unter Umständen weniger Beschäftigung bekommen können, weil dann nicht so viel Doppelgleisigkeiten entstehen, wie es jetzt passiert.“ (P3, 203)

Die Anonymität war für viele Befragte einerseits angesichts der allgemeinen Menge von gesammelten Daten kein Grund zur Sorge.

„was die Anonymität betrifft halte ich für lächerlich, wir sind ohnehin gläserne Menschen das ist ja keine Frage, man braucht nur ins Internet hinein gehen und man weiß wer wer ist.“ (P3, 203)

Andererseits standen die SeniorInnen nicht mehr im Berufsleben und müssten sich aufgrund ihrer Pensionierung nicht mehr um ihren Arbeitsplatz sorgen. Sie brachten allerdings Verständnis dafür auf, dass Menschen, die sich (noch) im Erwerbsleben befanden, ELGA ablehnten.

„Ich hab da kein Problem - ich bin allerdings Pensionist, ich bin niemanden mehr sozusagen Rechenschaft oder Leistung schuldig. Wenn ich einen Dienstgeber hätte noch, weiß ich nicht, ob mir das Recht wär, dass der weiß, wie's um mich bestellt ist.“ (P3, 207)

„Ja, also in meinem Alter empfinde ich das als Vorteil, nicht als Nachteil. Wenn man natürlich sagt, ein Junger will das nicht, damit der Dienstgeber nicht erfährt, was man für ein Leiden hätte oder verborgene Krankheiten herumschleppt, das seh ich ein, dass das ein anderer Standpunkt ist, aber über den bin ich schon erhaben. Ich mach nichts gegen ELGA.“ (P10, 313)



Dennoch war den SeniorInnen der allgemeine Datenschutz, vergleichbar mit dem Arztgeheimnis, wichtig.

„[...] das müsste natürlich gesichert sein, [...] in dem Fall ist dann wieder der Datenschutz wichtig, nicht. Da muss die Sicherheit gegeben sein, dass da ja nicht dort einer einsteigen kann und sich alles anschauen, nicht, das ist schon klar. So wie's das Arztgeheimnis gibt müsste das eben dann auch bleiben, dass nur der Arzt Zugriff hat, nicht.“ (P14, 209)

„Ja, man weiß ja nicht, ob nicht dort an diesen Stellen Leute sind, die sich wirklich daran halten. Darum geht es mir. Mir können sie nichts mehr machen, meiner Frau können sie auch nichts machen, von mir aus sollen sie das haben. Natürlich ist es praktischer, wenn der Arzt gleich weiß die Daten von x und sagt, aha das und das, da können wir das und das machen. In Ordnung. Wenn ich jünger wäre würde ich es ablehnen.“ (P19, 181)

Von einer Befragten wurde über konkrete schlechte Erfahrungen mit fehlerhaften Angaben in Befunden berichtet, die frühzeitig von ihrem Arzt entdeckt wurden. Ihre Sorge war allerdings, dass diese Fehler in der elektronischen Gesundheitsakte zukünftig untergehen und sich behandelnde ÄrztInnen so irrtümlich auf falsche Angaben stützen könnten.

3.5 Soziale und gesundheitliche Ungleichheit

a. Finanzielle Situation und finanzielle Schwierigkeiten im Gesundheitssystem

Die finanzielle Lage der befragten SeniorInnen und ihre Auswirkungen auf Zugang zu und Behandlung im Gesundheitssystem haben sich in den Interviews als relevante Themen herausgestellt. 20,8% bzw. fünf der Befragten gaben in der eingangs durchgeführten Screening-Befragung an, sehr leicht mit ihrem Einkommen auszukommen; 37,5% (neun Personen) taten dies eher leicht und 16,7% (vier Personen) mit einigen oder großen Schwierigkeiten. Sechs der 24 Befragten wollten im Screening-Fragebogen keine Angabe zu ihrer finanziellen Situation machen. Allerdings wurde diese im Interviewverlauf auch von jenen Befragten, die eingangs keine Angabe machen wollten, angesprochen. Manche konnten dabei nur mit der finanziellen Unterstützung ihrer Kinder ein Auskommen finden.

„Momentan überhaupt nicht. Weil heuer kassiert das Finanzamt um 500,- im Monat mehr Steuern obwohl ich jedesmal noch was zurückbekommen hab wies noch we-

niger kassiert haben. Also 500,- im Monat, ich muss jedesmal meine Kinder anbeteln, sonst würde ich nicht durchkommen.“ (P7, 55)

Um die Unterschiede in Bezug auf die Befragten aufzuzeigen wurden zwei Interviews als Fallbeispiele ausgewählt. Beim ersten Fall handelt es sich um eine Frau aus dem Waldviertel, die in sehr ärmlichen Verhältnissen lebt. Den zweiten Fall stellt ein 91-Jähriger Mann aus Wien dar, der (fast) ausschließlich von PrivatärztInnen behandelt und von einer Haushälterin sowie einer Putzfrau unterstützt wird.

Fall 1: Frau R., 72 Jahre alt, wohnhaft im Waldviertel

Die Befragte war im letzten Jahr eigenen Angaben zufolge nur vier Mal beim Hausarzt zur Blutabnahme und in den letzten 15 bis 20 Jahren in keinem Krankenhaus. Dieser Aussage widerspricht jedoch die Angabe, dass sie vor zehn Jahren eine Knie-Operation gehabt habe. Sie lässt aktuell nichts von ÄrztInnen behandeln und hat – außer mit ihrem Hausarzt – keinen Kontakt zu anderen ÄrztInnen. Ungeachtet des Widerspruchs betreffend die Zeit steht aber wohl fest, dass diese Frau sehr lange Zeit nicht im Krankenhaus gewesen ist. Seit besagter Operation kann sie ihr Knie nicht mehr abbiegen und kann somit auch sehr schlecht gehen. Sie ist also auf andere angewiesen. Sie ist über ihre eigenen Krankheiten bzw. ihren Gesundheitszustand sehr schlecht informiert. Die Befragte gibt auf Nachfrage zwar an, dass sie sich wünschte, dass es besser sei, kann aber nicht beantworten wie diese Verbesserung aussehen sollte. Sie würde gerne auf Kur fahren, hat dafür aber keine Zeit, da sie ihren Enkelsohn bekochen müsse. Die Nachbarin der Befragten, die dieses Interview vermittelt hat, unterstützt sie sehr, unter anderem auch mit billigeren Lebensmitteln aus dem Sozialmarkt. Die Befragte selbst scheint mit ihrer Situation vollkommen überfordert zu sein und bekommt offenbar auch wenig Hilfe aus ihrer Familie, da „die Jungen“ alle arbeiten würden und somit keine Zeit für sie hätten.

Der zweite Fall stellt das Gegenteil zur eben beschriebenen Befragten dar.

Fall 2: Herr M., 91 Jahre alt, wohnhaft in Wien

Der Interviewpartner hatte zwar eine schwere Kindheit und hat damals mit vier weiteren Personen in einer sehr kleinen Wohnung gelebt; er hat sich damals allerdings geschworen, nie wieder in dieser Art und Weise zu leben und hat es – im Laufe seines Lebens – offenbar zu Reichtum gebracht. Nach eigenen Angaben war der Befragte im vergangenen Jahr 17 Mal bei ÄrztInnen oder in Krankenhäusern. Er besucht (fast) ausschließlich WahlärztInnen und hat eine Zusatzversicherung für 600,- Euro pro Monat. Der Befragte ist aktuell schmerzfrei und lässt alle Beschwerden behandeln. Er wird außerdem von seiner Haushälterin sehr gut umsorgt. Diese kocht für ihn, erledigt die Einkäufe, bringt ihn zu Terminen bei ÄrztInnen, führt sein Büro und kümmert sich um die Blumen. Außerdem hat er Unterstützung durch eine Putzfrau. Seine Blutwerte trägt er täglich in seinem iPad ein und in Bezug auf die Auswahl seiner ÄrztInnen ist er sehr kritisch; er informiert sich über die jeweiligen Qualifikationen im Internet. Seiner Ansicht nach ist die medizinische Versorgung in Österreich ideal, wenn privat nachgeholfen werde. Er hat in den letzten Jahren mit seiner Haushälterin gemeinsam nach eigener Einschätzung 85 Reisen unternommen. Er wünscht sich in Bezug auf seine Gesundheit Unterstützung beim Thema Fitness und der Stärkung des Körpers, um die eigene Lebenserwartung zu erhöhen. Außerdem wünscht er sich einen Rabatt für die öffentlichen Verkehrsmittel, damit er vergünstigt mit dem Bus fahren könne.

29,3% der Befragten gaben dementsprechend an, dass die medizinische Versorgung in Österreich für sie persönlich zu teuer ist; 58,3% lehnten diese Aussage ab und 12,5% wollte keine Angabe machen. Einige spezifische Themen stellten sich in Bezug auf ihre gesundheitliche Versorgung als finanziell besonders problematisch dar: die Refundierung der Rezeptgebühr, steigende Selbstbehalte, die Anreise zum Arzt oder Krankenhaus, Pflegekosten und die Inanspruchnahme bestimmter medizinischer Behandlungen im Allgemeinen.

„I man, ich weiß, dass dass ned schön is, wenn man im Alter solche Sachen in Anspruch nehmen muss im Prinzip, ned? Aber des kost hoit olles a Geld. I man, i hob eh a private Pension aber...“ (P9, 131)

Die Kosten von Behandlungen waren ein ständiges Thema in den Interviews. Teilweise wurden Behandlungen oder gesundheitliche Unterstützungen aufgrund der finanziellen Einschränkungen nicht in Anspruch genommen.

„Naja, ich könnt sicher öfter Gehtraining brauchen, aber das ist finanziell nicht drin. Auch wenn ich krieg von der Kasse ungefähr die Hälfte dann zurück, aber trotzdem ist finanziell nicht mehr drin.“ (P7, 83)

Für andere Behandlungen, die gebraucht oder gewünscht wurden, stellten hohe Selbstbehalte eine finanzielle Hürde dar. Diese wurden subjektiv heute im Vergleich zu früher höher eingeschätzt.

„Und draufzahlen muss man auch überall jetzt. Früher einmal hat man viel weniger draufgezahlt, sei es jetzt Magnetresonanz oder Knochendichte oder x-beliebig halt, was teurer ist, na dann muss man draufzahlen. Das hat es ja früher nicht gegeben, nicht!“ (P16, 261)

Hinsichtlich der Rezeptgebühr fanden es insbesondere die BezieherInnen einer Ausgleichszulage schwierig, den Zeitraum bis zur Refundierung zu überbrücken.

„[...] wenn jemand so wenig hod wie ich, des tuat an dann schon weh, wenna 80,- hinlegen musst, des tut da dann weh und bist des wieder kriegst. [...] Die sollten wenigstens für die Mindestrentner des so machen, dass wenigstens das volle dann kriagn, ned? Man überlegt sich des dann, des nomoi zu machen, wenn man das selber beraten muss, des is halt is Problem. Weil wenna ums Geld geht, essen muss ich, heizen muss ich, Strom muss ich auch zahlen.“ (P6, 159-163)

„Naja das kann man vergessen, das sind 150 Euro, ned? Grad, dass ich noch ansuche beim Finanzamt, ich weiß nicht, wie weit es möglich ist, ich hab ja Unmengen an- ich könnt's Ihnen zeigen, ich werds Ihnen auch zeigen, allein an was ich im Vorjahr an Medikamenten an Rezepten ausgegeben habe, na da staunens!“ (P8, 87)

Die finanzielle Situation war für einige InterviewpartnerInnen insbesondere dann problematisch, wenn es um die Anreise zum Arzt oder Krankenhaus ging. Auf die Frage nach einem Fahrtendienst:

„Najo des muss man ja auch zahlen, oder? Najo mit da Mindestrentn? Is des a bissl a Schmorrn.“ (P6, 49)

Finanzielle Überlegungen und Abwägungen in Bezug auf ihre Gesundheit wurden im Laufe des Gesprächs von fast allen befragten SeniorInnen geäußert. Sie unterschieden sich jedoch einerseits je nachdem, über welche Gesundheitsleistungen gesprochen wurden und inwieweit sich die Personen selber betroffen sahen: So



nannten BezieherInnen einer Ausgleichszulage konkrete finanzielle Hürden in der allgemeinen Gesundheitsversorgung, die sie davon abhielten, bestimmte Leistungen (z.B. Fahrtendienste, spezielle Angebote und Behandlungen wie MRT oder Gehtraining) in Anspruch zu nehmen oder die ihren alltäglichen finanziellen Spielraum enorm einschränkten (z.B. Rezeptgebühr). Bezogen auf Pflegedienstleistungen meinten dagegen auch SeniorInnen, die angaben, keine finanziellen Schwierigkeiten zu haben, dass sie sich solche nicht oder nur schwer leisten könnten.

b. Mangelnde Leistbarkeit von Pflege

Am häufigsten angesprochen wurde die (mangelnde) Leistbarkeit bei SeniorInnenwohnheimen, Pflegeheimen oder anderen betreuten Wohnformen, aber auch der mobilen Pflege. Diese wurden von den meisten Befragten als für sie nicht leistbar eingestuft.

„Aber derweil wir können, werden wir uns niemanden nehmen. Weil, bei 1020 Euro im Monat, haben wir miteinander, da springt man nicht weit.“ (P16, 349)

Aus diesem Grund würden die Befragten auch auf ausländische Pflegekräfte zurückgreifen, obwohl sie diesen insgesamt skeptischer gegenüberstanden als österreichischen Pflegekräften.

Finanziell besonders problematisch wurde der Umzug in ein SeniorInnen- oder Pflegeheim aufgefasst. Die Kosten dafür stellten für einige Befragte die primäre Barriere dafür da, sich für eine solche Wohnform zu entscheiden.

„I muss ehrlich sogn, die Schwiegereltern ziehen in eine Seniorenresidenz, is sehr teuer. [...] Na. I man, ich weiß, dass dass ned schön is, wenn man im Alter solche Sachen in Anspruch nehmen muss im Prinzip, ned? Aber des kost hoit olles a Geld. I man, i hob eh a private Pension aber“ (P9, 115; 131)

„Ja, die sind sehr teuer, also da brauchen wir gar nicht drüber reden, das ist nicht leistbar [...] Man hört das ja, über die Medien und überall die Berichte, oder wenn irgendwelche Anzeigen in den Zeitungen drinnen sind, da steht ja auch überall, was das kostet, das ist ja auch nur für die oberen 10.000.“ (P13, 349; 357)

Auch betreutes Wohnen und SeniorInnen-WGs wurden als nicht leistbar eingestuft.

„[...] in Krems is da betreutes Wohnen. Also ich mein, sowas könnt ich mir vorstellen, nur leisten können wir uns das nicht, das geht sich ned aus.“ (P1, 163)

„Und die hat auch gesagt, heast, nimm da so a betreutes Wohnen, sog i, heast, das kann ich mir nicht leisten. Ich hab 900,- Pension, da kann ich mir wahrscheinlich das betreute Wohnen nicht leisten.“ (P2, 151)

„Betreutes Wohnen. Kenn ich ned, aber, kostet ja ein Geld, des hob i ned. [...] Na weil ich zu wenig bemittelt bin, glaub ich. Das kriegt man jo ned zum Nulltarif, ned? Najo, das können sich nur Reiche leisten.“ (P24, 189; 193)

„Ich weiß, dass es gibt und dass es sehr nett sein soll, aber es is halt a wieder mit Geld verbunden. So eine Genossenschaftswohnung [Anm.: SeniorInnen-WG], also so viel krieg i ned, dass i mi do einmieten kann.“ (P21, 219)

„Ja, das ist schon was, wo wir beide dran denken, weil es ja ... Für uns interessant, aber das ist dann natürlich eine Frage des Sich-leisten-Könnens“ (P19, 113)

Nur ein Interviewpartner gab an, dass er bereits längere Zeit darauf gespart hatte, sich im Alter eine gute Einrichtung leisten zu können.

„Nur möcht ma auch wieder schauen die möglichen die finanziellen Möglichkeiten, dass man nicht unbedingt in ein Null acht fünfzehn Heim kommt sondern in eine bescheidene Seniorenresidenz wo man die Pflege hat sondern auch eine gewisse Freiheit. Und das würden wir sicher vorziehen wenn es geht, wir haben auch gewisse Reserven gebildet, nicht so oft auf Urlaub gefahren, nicht so tolle Autos gefahren, sondern gesagt, wir legen uns fürs Alter einen gewissen Betrag auf'd Seite, dass wir dann nicht auf was i was wie Sozialeinrichtungen zurückgreifen müssen, sondern dass man sich zum guten Teil finanzieren kann. Man muss halt im Leben auf anderes verzichten, kommt drauf an, was wichtig ist.“ (P23, 173)

Für andere stellte der Zugriff auf ihre Rücklagen (Pflegereregress), den sie beim Umzug in ein Heim befürchteten, einen unzulässigen Eingriff in ihre finanzielle Autonomie dar.

„[...] es gibt so Wohnheime, wo praktisch, ja, ich weiß nicht, wie das funktioniert, aber die meisten, die so wohnen, sind ab Pflegestufe drei was ich weiß, also die Pflegestufe eins, zwei nehmen die z. B. gar nicht, erst ab Pflegestufe drei, weil dort können sie glaub ich den, wie nennt man das, den Leuten alles wegnehmen, also da beginnt für uns natürlich sicher, wir haben schon sicher einige Probleme, wenn so was kommt, dass man sozusagen, einem alles weggenommen wird, wenn man in die Pflege kommt. Alles, das ganze Einkommen, das ganze Vermögen kommt an den Träger, der kann das vermarkten und verwursten und mir bleibt also sozusagen dann ein Taschengeld übrig. Das ist ein unmenschliches Verhalten.“ (P19, 113)



c. Zwei-Klassen-Medizin

Neben der tatsächlichen Betroffenheit von fehlender Leistbarkeit in der Gesundheits- oder Pflegeversorgung war die unterschiedliche Behandlung von „Arm und Reich“ im Gesundheitssystem ganz allgemein ein wiederkehrendes Thema. Dabei wurde sowohl die subjektive Besserbehandlung von BesserverdienerInnen, als auch die Unterstützung von einkommensschwachen Schichten thematisiert.

Einige InterviewpartnerInnen wussten dabei durchaus von Vergünstigungen für einkommensschwache Personen und hießen diese gut. Andere beschrieben die finanzielle Unterstützung bei der gesundheitlichen Versorgung jedoch als nicht zielgenau genug und meinten, es würden einerseits nicht alle bedürftigen Personen erfasst, andererseits auch Personen in den Genuss dieser Unterstützung kommen, die sie gar nicht brauchen.

„Es ist nämlich nur so, zum Beispiel, ich bin zuckerkrank. Streifen krieg ich alle 3 Monate 100 Stück, ich muss aber 2x messen, wissens was das kost a Packerl? 46 Euro. Jo, und das muss i ma zusätzlich leisten. Also das ist fast nicht mehr zu leisten. I sog lanas, i hob 41 Joah gearbeitet. I wad froh, wenn ich eine Mindestpensionistin wad. Wei die krieng olles frei. Zahnarzt kann ich mir überhaupt ned leisten. Mindestpensionisten kriegt alles umsonst und ich muss für alles zahlen. Also mir bleibt am Ende des Monats ned mehr wie einer Mindestpensionistin, wei de krenge Medikamente frei, Kuraufenthalt frei, Spital brauchens kein Taggeld zahlen und das wird alles so stillschweigend- zum Beispiel die Rettung. Früher hat man nix zahlen müssen, jetzt muss man einen Tagessatz zahlen, wenn ihnen de wohin führt. Also das wird alles so stillschweigend, ohne dass man des was, eingeführt. A Brille, ned? Ich kann mir keine- brauch a gscheide aber ich kanns ned. Und die Medikamente jo.“ (P21, 39-41)

„Es gibt ja soweit ich weiß für sozial bedürftige durchaus Befreiung von der Rezeptgebühr und so weiter. Was zu der perversen Situation schon geführt hat sag ich ausdrücklich, dass ich im Dezember auch befreit war (lacht), weil meine Frau ist mitversichert, geht alles auf mein Konto und trotz meines nicht so schlechten Einkommens, ich will nicht jammern, aber auch nicht angeben, war ich rezeptgebührenbefreit, (lacht) aber ich habs genommen.“ (P23, 27)

Stärker thematisiert als die Unterstützung von Personen mit finanziellen Schwierigkeiten wurde jedoch die Bevorzugung von Personen, die sich eine bessere Behandlung leisten konnten. Um diese Situation zu beschreiben, wurde der Begriff „Zwei-Klassen-Medizin“ benutzt.

„[...] wenn man halt selber was will, is auch schon alles teuer, Zahnarzt ist teuer und Augenarzt ist teuer wenn man a Brille braucht, das wird dann schon a bissl eng, wenn wer ned viel verdient. I würd schon sagen, wir haben eine Zwei- oder mehr-Klassenmedizin. Also es ist zuviel ausgerichtet auf, der was viel Geld hod, dem gehts besser. [...] Obwohl die allgemeine med. Versorgung wies für mich jetzt is, ned schlecht is. Aber wenn man moi mehr Versorgung braucht, dann is man als Schlechtverdiener nicht so gut dran.“ (P24, 233; 241)

„Ich meine, das kennt man eh das Problem, obwohl es ja auch immer wieder abgestritten wird die Zwei-Klassen-Medizin, aber das macht man eh selber aus eigener Erfahrung, nicht. Dass dir das immer wieder angeboten wird, wenn's heißt, ah, sieben Wochen warten, "Habt ihr keinen früheren Termin?", "Ja, wenn Sie privat kommen, kann ich Ihnen in zwei Tagen einen Termin geben", also, sie brauchen das eigentlich jetzt nimmer mehr leugnen, dass es diese Zwei-Klassen-Medizin nicht gibt, weil ich hab's schon oft genug erfahren.“ (P13, 257)

„Na es is, ich sag ja, wenn du privat wohin gehst, bist besser versorgt, wie wennst von da Krankenkassa wohingehst. Des auf alle Fälle und des irgendwie des is schlecht, des is wieder duat so, die Armen sterben früher und die Reichen leben länger.“ (P21, 135)

Vor allem, wenn es um Termine für Behandlungen oder Operationen ging, wussten die Befragten von finanziell bedingten Ungleichheiten zu berichten. Die Meinung, dass man gegen Bezahlung eine notwendige Behandlung oder Operation sehr viel schneller erhalten würde, war weitverbreitete Meinung unter den befragten SeniorInnen.

„Unzufrieden bin ich aus dem Grund, weil die Fr. Wehsely, unsere Gesundheitssprecherin sogt, es gibt keine zwei Klassen Medizin, also das is da größte Blödsinn und die größte Lüge was überhaupt gibt, jo. Weil wenn Sie heute an Arzt wollen haben, müssen Sie zahlen, wenn Sie a Spitalsbett wolln, z.B. a Hüftoperation können's 7 Monate, 9 Monate warten. Unser Freund hat 7.000 Euro hingelegt und der is nächste Woche operiert worden. Die ganzen Untersuchungen sein im Spital gemacht worden und in einer Woche is der operiert worden. Meine andere Freundin die hat müssen 14 Tage warten. Haben aber alle diesen Spitalarzt gehabt, das hingelegt, meine Freundin hod ned so vü zoit, owa der des was i ganz genau hat 7.000 Euro gezahlt für die Hüft-OP. Und meine andere Freundin der ihr Sohn is orthopädischer Chirurg und da weiß ich ganz genau, wie die Sache läuft, der is ned in Wien, aber dort läuffts genauso.“ (P5, 139)

„Nur und was mi was mi was mi steat des is wennst MR oder zu einem Facharzt geht der was Kasse hat und du sagst du zahlst gleich, dann hast du schnell einen Termin.“

[...]Wie ist das, wenn ich zahle? Hod a gleich an ghobt. [...] es lässt viel zu wünschen übrig, punkto zahlen, wenn man was wirklich schneller haben will" (P1, 123; 135)

„Nur wenn du das dann selber zahlst, bist überhaupt gleich dran, das is eh bekannt.“ (P8, 139)

„Auf den Termin, bei einer Magnetresonanz, aber wenn du privat gehen würdest oder, dann hast du innerhalb von 3 Tagen einen Termin sofort.“ (P13, 121)

„Also ich kann mir kan privaten leisten, so vü Geld hob i ned, oiso bin ich gezwungen 6 Monate zu woatn“ (P21, 1)

„[...] ich geh meistens ins SMZ Ost, normaler Orthopäde, sechs bis sieben Monat, geh i owa zu an privaten Orthopäden der was im SMZ Ost oawat, brauch i nur 4 Wochen woatn. Also ich kann mir kan privaten leisten, so vü Geld hob i ned, oiso bin ich gezwungen 6 Monate zu woatn.“ (P21, 1)

„[...] und die war am nächsten Tag bei der Computertomografie, und das find ich schon ein bissl fragwürdig, wenn wirklich was dringend ist, das war akut und müsste da wirklich einer sagen, okay, werden wir einschieben, nicht.“ (P14, 105)

„Ein Gynäkologe, das war allerdings privat, er lebt auch nicht mehr, der hat mir vor, na ja jetzt fast 40 Jahren gesagt: ‚Wenn ich Sie operiere, dann bringen Sie mir vorher in die Ordination 7 000 Schilling in ein Kuvert, ansonsten weiß ich nicht, ob ich Zeit hätte für Sie.‘“ (P15, 57)

„Wenn sie heute a Knie kring oder a Hüft OP hom, dann werden Sie gefragt, haben's a Zusatzversicherung? Dann kommens früher drann, wens keine haben, kommens a hoibs Jahr später drann, so ungefähr. Das find ich schon noch a bissl unwürdig, dass a bissl weniger nachn Geld gehen, dass die Behandlung an Eingangsstempel drauf und nach dem sollt man behandelt werden, ned nachdem wia viel Geld man hat.“ (P24, 241)

Einerseits gab es dabei die Meinung, dass sich die Zwei-Klassen-Medizin auf die Wartezeiten beschränke. Andererseits wurden aber auch qualitative Unterschiede in der Behandlung befürchtet.

„Ich glaub, bei Privatärzten bist besser aufgehoben, foist da wos leisten kannst. [...] Na, weil sie vielleicht ned die Medikamente nehmen, die die Gebietskrankenkassa vorschreibt. Ich weiß es nicht, von wo die die Medikamente her haben. Ich glaub schon, dass die bessere Medikamente haben. [...] Zum Beispiel mein Orthopäden der gibt ma normale Injektionen über die Krankenkassa zoit. Und dann sog i:

Heans, die helfen überhaupt ned. Sagt a, ich kann Ihnen die anderen geben, aber die kosten 100,-." (P21, 143; 147; 135)

Auch Personen, die sich eine bessere oder schnellere Behandlung leisten konnten, standen der „Zwei-Klassen-Medizin“ prinzipiell eher negativ gegenüber und äußerten teilweise ein schlechtes Gewissen.

„Wenn ich bei meinem privaten Internisten im AKH bin krieg ich oft ein schlechtes Gewissen, dass ich da gleich überall drann komme und die Leute warten vor der Tür und ich habe sozusagen eine bevorzugte Behandlung und das spür ich an meinem eigenen Körper und an meinem eigenen Dasein. Bin natürlich froh, aber auf der anderen Seite wie kommen die anderen dazu? Weil wenn ich dann in der Situation bin ärger ich mich auch, wenn andere vor mir dran kommen. Aber ich weiß nicht, wie man das System verändern soll.“ (P3, 163)

Andere rechtfertigten sie aber auch mit den höheren Kosten, die sie dafür tragen würden und der Unterstützung, die sie dafür für das Gesundheitssystem leisten würden.

„Wobei ich nicht grundsätzlich gegen Zwei-Klassen-Medizin bin [...] Der andere soll medizinisch gleichwertig behandelt werden, nicht, dass wir uns falsch verstehen, aber dass ich dann halt nur mehr anrufe, bitte richtet's mir das Zimmer so und so mit Blick auf den Park, das finde ist richtig, weil wenn ich ein ganzes Berufsleben 460,- dafür zahle, dann muss ich auch einen Anspruch haben, dass ich das anders hab. Und dass ich dann beim Essen mehr Auswahl habe als andere, der andere soll auch keinen Fraß kriegen. [...] Aber wenn das Spital sagt, auch weil die Privatpatienten sind ja ein wesentlicher Anteil an der Spitalsfinanzierung, die sind nicht zu verachten, das ist uns das wert und wir reservieren eben einen gewissen Block für das, dann is a wieder recht, weil das Spital muss ja sein Budget herstellen, ich finde eine vernünftige Zwei-Klassen-Medizin, die sicherstellen muss, dass alle medizinisch gleichwertig behandelt werden ist durchaus gerechtfertigt.“ (P23, 205)



3.6 Pflege und Unterstützung

Von den 24 befragten SeniorInnen zwischen 67 und 91 Jahren nahm nur eine Person (mit Pflegestufe fünf) formelle Pflegeleistungen in Anspruch, fünf Personen (Pflegestufe null, eins oder zwei) erhielten informell Unterstützung.

a. Formelle Pflege

Die befragte Person, die formelle Pflege in Anspruch nahm, war weiblich, 78 Jahre alt und wohnhaft im Waldviertel. Seit 2008 sitzt sie im Rollstuhl und erhält seither professionelle Pflege.

„Ja, das ist ganz plötzlich gegangen, weil ich hatte 2008 eine Kopfoperation und da is dabei ein Virus in die Wirbelsäule gekommen und hat dort Nerven und Rückenmark zerstört, dann war ich halbes Jahr im Krankenhaus und dann noch ein paar Wochen auf Reha und wie ich nachhause gekommen bin, ich konnt nicht einmal sitzen im Rollstuhl, ich konnt nicht einmal meinen Körper aufrecht halten. [...] also das ist über Nacht gegangen, das wir die Pflege gebraucht haben. Ich hätt anders nicht heimgehen können.“ (P7, 187)

Ihr Sohn organisierte daraufhin professionelle Pflege bei einer slowakischen Agentur, die in der Nähe seines Wohnortes ein Büro hatte. Seither wird sie 24 Stunden alternierend im zwei-Wochen-Takt von zwei slowakischen Pflegekräften unterstützt. Die Befragte war zur Zeit des Interviews sehr zufrieden mit ihren Pflegekräften, hatte allerdings auch bereits negative Erfahrungen in einem Pflegeheim gemacht.

„Ja ich war auch schon sechs Wochen in einem Heim, aber das war der reinste Horror. Da haben die Nachtschwestern die Glocke irgendwo hingeschmissen, wo ich's nicht erreicht hab, wenn ich ein Glück hab, hab ich mein Handy erreicht und irgendjemand in der Nacht von meinen Verwandten angerufen und die mussten dann im Heim anrufen, damit die wieder jemanden in mein Zimmer schicken. Das war dort der reinste Horror. [...]Und das Bett, ich konnt mich nicht rühren, es war nirgends zum umdrehen und es war nirgends zum rausschauen, diese Seitenwende waren voll mit Brettern, man ist gelegen wie im Sarg und wartet aufs Abtransportieren.“ (P7, 272; 276)

b. Informelle Pflege und Unterstützung

Vier der befragten SeniorInnen gaben an, von ihrer Familie oder von FreundInnen



informelle Unterstützung in zu erhalten. Zwei davon sind in Wien, zwei im Waldviertel wohnhaft; drei sind männlich, eine Person weiblich. Jene Personen, die informelle Unterstützung beanspruchten, waren zwischen 71 und 91 Jahre alt, wobei eine Person keine Pflegestufe, drei Personen Pflegestufe eins und eine Person Pflegestufe 2 hatten. Zwei der Personen wurden von ihren Kindern, eine Person von ihrer Schwester und zwei Personen von ihrer Partnerin unterstützt.

Am häufigsten wurde von ihnen Unterstützung im Bereich Mobilität – insbesondere bei Autofahrten – oder Tätigkeiten im Haushalt (z.B. handwerkliche Tätigkeiten, einkaufen, kochen), aber auch Körperpflege gebraucht.

„Najo, z.B. bei Arbeiten rund ums Haus. Und auch fallweise bei einem Arztbesuch wo ich befürchten, naja befürchten, wo es halt möglich ist, dass ich vielleicht selber nimma mehr fahren kann oder irgendwie beeinträchtigt bin durch eine Behandlung oder ähnliches, wo teilweise auch von den Ärzten abgeraten wird, dass man selber fährt dann, also da betreut mich meine Frau dann. [...]in der Badewanne aus und einklettern oder so banale Dinge halt.“ (P22, 143; 147)

„Na ja, wie gesagt, hauptsächlich, ich brauch sie einmal beim Sockenanziehen. Jetzt, durch die, Leiberl muss sie mir herunterziehen oder Hemd anziehen und, so, beim Anziehen brauch ich sie schon auch. [...] Ja und dass sie mir alle Tage was kocht, nicht, das ist eh selbstverständlich.“ (P20, 555-559)

Darüber hinaus wurde es als angenehmes Gefühl beschrieben, ganz allgemein zu wissen, dass jemand da wäre, falls etwas passieren würde.

„Ich hab da unten irgendwas gemacht, bin ich gestürzt, ich hab nimmer, ich hab fast nicht aufstehen können, ich bin auf allen Vieren zu einem Auto und hab mich dann über die Stoßstange usw. hoch ..., ist wirklich ein Problem, wenn man stürzt und allein ist oder was, ist ein Jammer.“ (P12, 543)

Die meisten Befragten zeigten sich insgesamt sehr zufrieden mit der informellen Unterstützung, die sie erhielten, sprachen aber auch Konflikte in der Betreuungsbeziehung an.

Danach gefragt, warum keine professionelle Unterstützung in Anspruch genommen wurde, meinten die meisten befragten SeniorInnen, dass Betreuung in der Familie möglich war. Dadurch ergibt sich klar eine Präferenz für innerfamiliäre Unterstützung und Subsidiarität formeller Pflege, die nur dann einspringen sollte, wenn die Familie nicht bereit oder dazu in der Lage wäre, zu unterstützen.

„Weil's so a gangen is. Wenn's ned gangen wad, dann hätt ich müssen eine professionelle Unterstützung. Also des hods ma erklärt die Ärztin, wenn ich mich nicht mehr selbst waschen kann usw. dann hätt ich eine professionelle Unterstützung braucht, aber so am Anfang wies war, hat mir nur müssen wer halten. [...]Und wenns amoi ned geht, brauch i eh professionelle Hilfe.“ (P5, 155)

Auch wurde betont, dass die Betreuung immer nur fallweise, nie durchgehend gebraucht wurde und sich eine professionelle Pflegekraft daher nicht lohnen würde.

„Jo fallweise bei Bedarf halt, ich mein, das ist nicht a ständige Betreuung, sondern fallweise braucht man halt jemanden. [...]Na des sein manchmal Kleinigkeiten, aber permanent nicht, manchmal braucht man eben Unterstützung irgendwie“ (P22, 139; 147)

Über informelle Pflege und Betreuung hinaus nahmen mehrere SeniorInnen Hilfe von Nachbarn an. Diese spielten sowohl in Wien, als auch in Niederösterreich eine bedeutsame Rolle in der gegenseitigen Unterstützung.

„Wir haben da eine sehr gute Hausgemeinschaft. Z.B. is heute eine Frau zhaus kumma vom Spitoi, da unten der Herr hods abgeholt vom Spital, de is in Stockerau gelegen. Und wenn man irgendwen länger ned seng oder wos, tuma uns sofort erkundigen, wos i mit der Frau und so. Also Hausgemeinschaft is wirklich super, muss ich sagen.“ (P5, 163)

Bedeutsam für in Bezug auf die informelle Unterstützungsleistung war also insgesamt das Sicherheitsgefühl, das eine soziale Gemeinschaft im Fall des Falles da wäre, wenn einmal Hilfe gebraucht wurde – auch, wenn diese Hilfe die meiste Zeit nicht abgerufen wurde.

c. Einstellungen zu Pflege und Pflegewünsche

Die Mehrzahl der befragten SeniorInnen nahm keine formelle oder informelle Pflege in Anspruch. Trotzdem hatten die meisten sich bereits Gedanken zu diesem Thema gemacht oder erzählte Erfahrungen von anderen Personen. Die Ansprüche an Pflege, falls man sie selber einmal benötigen sollte, stellten sich differenziert dar. Formelle Pflege wurde erst dann zu einer Möglichkeit, wenn es unbedingt notwendig war. Die Formulierung „So lange ich noch selber kann“ fiel einige Male. Professionelle Pflege wurde im besseren Fall als „tröstliche Gewissheit“, dass jemand da sei, falls sich keine Person im Familienkreis zur Unterstützung fände, wahrgenommen - im schlechteren Fall wurde die Inanspruchnahme professioneller Pflege als un-

tragbare Situation gesehen, die es unter allen Umständen zu vermeiden galt. Folgende Zitate spiegeln das Kontinuum an Einstellungen gegenüber professioneller Pflege wider, das von den befragten SeniorInnen vertreten wurde.

„[...] also keine Ahnung, wie weit meine Frau gesundheitlich mit kann und wer von uns beiden als erster stirbt, das wiss ma nicht. Und wer halt dann angewiesen ist auf den anderen bzw. wie das dann geregelt wird, aber es tröstet, dass es Dienste gibt.“ (P3, 175)

„Najo, man weiß nie was die Zukunft bringt. Wenn sich der Gesundheitszustand verschlechtert, dann muss man im Schlimmsten Fall die Pflegedienste, die es da gibt in Anspruch nehmen, ned? [...] man weiß ja nicht, was die Zukunft bringt. Aber im schlechtesten Fall jo, muss man was in Anspruch nehmen.“ (P22, 151-155)

„Weil i möcht ned dahin siechn, nur dass i nur mehr liegen kann, dass ma wer anderer muss in Hintern auswischen und suiche Sochn mochn oder mi füttern muss oder so. Na des mochat i ned. Do wad ma lieber, sie ramatn mi weg. Oder wenn ichs selber nimma kann, was i ned wos i do tua. [...] Es wäre sehr, sehr schlimm, wenn mein Kopf no klar is und i kann körperlich nimma, des wad ganz schlimm, wenn mein Kopf nimma mehr mittuat na dann was is eh ned, na?“ (P6, 191)

Problematisch an der Vorstellung, sich von einer professionellen Pflegekraft betreuen zu lassen, waren für die befragten SeniorInnen mehrere Aspekte. Einer davon stellte Unbehagen vor der Vorstellung, sehr intime Tätigkeiten von einer fremden Person durchführen zu lassen, dar. Je näher eine Person den Befragten stand, desto eher wären sie bereit, von dieser Person Hilfe anzunehmen. So erzählte eine 73-jährige Befragte:

„Mei Tochter hätt wirklich ka Zeit, man kann von den jungen Madln ned verlangen, dass a Enkelkind des mocht, da müsste eine daher wohnen gehen und des mochn. Aber dass do a Fremder herkommt, das kann ich mir absolut ned vorstellen, weil, ich weiß nicht wie ich Ihnen des erklären soll. Ich kann mich nicht überall waschen lassen von an fremden Menschen. [...] Wann des wos was i, a Frau is, de evtl. in da Nähe wäre, meine Nachbarin arbeitet bei da Caritas, und de geht a so in di Häuser, wo die Leute Verband gewechselt greng und so, wissens eh wos de für an Job hod. De könnt i ma unter Umständen, jo, die [...] könnt i ma vorstellen, weil is schon lang kenn, aber dass do z.B. a Fremder do her kommt oder a Ausländer das könnt i ma überhaupt ned vorstellen. Des möcht i a goa ned. Wenn des wirklich so is, dass des a schlimme Situation wäre, i glaub, dann räumt i mi weg.“ (P6, 191)

Dienstleistungen, die in spezifischen Bereichen niederschwellig unterstützten (z.B. Essen auf Rädern, Haushaltshilfe) oder Pflege Tätigkeiten, die in Reichweite und

Dauer begrenzt waren, wurden positiver von den befragten SeniorInnen gesehen als dauerhafte Pflege, 24-Stunden-Pflege oder Pflegeheime.

„Also so wirklich 24 Stunden nicht. Natürlich, Betreuungen, die man, irgendwer kommt zusammenräumen, Wäsche waschen, Essen auf Rädern, das kann ich mir alles natürlich vorstellen.“ (P11, 297; 309)

Die bestehenden Pflegeangebote wurden von den Befragten allgemein also folgendermaßen gereiht: Alle wollte so lange wie möglich ohne Hilfe auskommen; sollten sie Hilfe brauchen, dann wollten sie diese am liebsten von Familienangehörigen oder zumindest Bekannten erhalten; an dritter Stelle rangierten professionelle Unterstützungsdienste, die auf bestimmte Problemstellungen (z.B. Essen auf Rädern, Haushaltshilfe) fokussierten und an letzter Stelle standen die 24-Stunden-Pflege oder das Pflegeheim, wobei sich zwischen diesen beiden Alternativen die Einstellungen polarisierten.

i. Wohnpräferenz: SeniorInnen- oder Pflegeheim

Hinsichtlich konkreter Wohnvorstellungen im Alter gab es sowohl Personen, die sich vorstellen konnten, in ein SeniorInnen- oder Pflegeheim zu ziehen, als auch Personen, die so lange wie möglich zu Hause bleiben wollten.

Von den sechs Personen, die sich vorstellen konnten, in ein SeniorInnen- oder Pflegeheim zu ziehen, waren vier Personen weiblich und fünf in Wien wohnhaft. Zum größeren Teil befanden sie sich bereits im vierten Lebensalter – vier Personen waren zwischen 76 und 91 Jahre alt, zwei 67 und 68 Jahre alt. Zwei der sechs Personen konnten sich sowohl ein Heim als auch den Verbleib zu Hause vorstellen.

Jene, die in eine SeniorInnen- oder Pflegeeinrichtungen ziehen wollten, nannten als Vorteile vor allem, dass damit einerseits eine 24-Stunden-Pflege vermieden werden könnte und andererseits trotzdem gewährleistet sein würde, dass jemand im Notfall für einen da wäre.

„Und wenn ich einmal nicht mehr kann, dann geh ich in ein Heim. Also die 24h Betreuung würd ich mir nicht nehmen.“ (P2, 147)

„Ja, also das Pensionistenheim, es schaut alles schön aus, und es funktioniert, das Essen ist gut und das Zimmer und es wird aufgeräumt, werden die Fenster geputzt, immer haben sie ein Schwerpunktprogramm, einmal tun sie die Fenster und den anderen Tag die Türen, nächste Woche wieder Sanitärbereich und so, ich seh das

ja immer, gibt's nichts! Und freundlich das Personal auch, da kann man gar nichts sagen." (P10, 257)

Einige Befragte konnten „aus zweiter Hand“ von positiven Erfahrungen mit Pflegeeinrichtungen berichten, die eigenen Vorstellungen und Wünsche nach Pflege in starkem Maße beeinflussten. Diese Erfahrungen hatten insbesondere in Wien wohnhafte Befragte gemacht – es kann also angenommen werden, dass stationäre Einrichtungen in Wien näher in der Lebenswelt und im Alltag der Befragten (physisch und durch Erfahrungen aus zweiter Hand) präsent sind, während in Niederösterreich weniger Personen von direktem oder indirektem Kontakt mit stationären Einrichtungen berichten.

„In einem Pflegeheim vielleicht bei dem, im Haus der Barmherzigkeit. Das kann ich mir dort vorstellen, warum? Da war meine Mutter ein-einviertel Jahre. Und da bin ich sie natürlich oft besuchen gewesen, na. Und dort hat es mir eigentlich gefallen.“ (P18, 273)

„Weiß ich, also, ich hab das mit meinen Schwiegereltern, bei meiner Tante und bei meiner Mutter, also. Ich kenn das Ganze und hab das eigentlich immer für positiv gefunden, dass, wenn man eigentlich sich nicht mehr selbst so gut versorgen kann, bevor man dann da alle Dienste in Anspruch nehmen muss kann man die Wohnung wechseln und kann dort, aber doch nicht in einer Gemeinschaft, sondern halt in seinen eigenen vier Wänden.“ (P11, 389)

ii. *Wohnpräferenz: so lange wie möglich zu Hause bleiben*

Acht befragte SeniorInnen äußerten dagegen den Wunsch, so lange wie möglich zu Hause bleiben zu können (wobei zwei davon sich sowohl ein Heim als auch den Verbleib zu Hause vorstellen konnten). Davon war die Hälfte männlich und der überwiegende Teil (sieben Personen) in Wien wohnhaft – es zeigt sich unter den Befragten WienerInnen also eine stärkere Dichotomisierung im Wunsch nach Pflege, während die befragten SeniorInnen aus dem Waldviertel weniger stark eine Meinung zur Pflege thematisieren. Jene Befragten, die lieber zu Hause bleiben würden und einen Umzug in ein Heim ablehnten, waren durchschnittlich etwas jünger – die Hälfte war zwischen 66 und 71 Jahre alt, also im dritten Lebensalter.

Der Wunsch danach, zu Hause zu bleiben, resultierte einerseits aus dem Wunsch, in gewohnter Umgebung zu bleiben (Pull-Faktor), andererseits aus der Angst davor, in ein Pflegeheim ziehen zu müssen (Push-Faktor). Dafür waren die Befragten auch



bereit, ihre Wohnung zu adaptieren, mobile Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen und auf materielle und immaterielle Hilfe ihrer Kinder zurückzugreifen.

„Ins Pflegeheim wollte ich nicht so gerne gehen, aber, ja, wenn du dir halbwegs helfen kannst geht es noch. [...] wenn's gar nicht anders geht müsste man eh, aber, also das wäre das Letzte, da tät ich schon schauen.“ (P17, 237; 229)

„Aber wenn es soweit ist, sind wir beide der Meinung, wir wollen uns das soweit das geht mit mobilen Diensten organisieren. Dass man im Haus bleiben kann, in der gewohnten Umgebung. Und dass man gegen ein vernünftiges Entgelt, der Extremfall ist dann die 24h-Pflege das organisieren. Sie können sich heute alles organisieren [...]“ (P23, 173)

Der Umzug ins Heim wurde vor allem deswegen gefürchtet, da damit ein Verlust der persönlichen Freiheit verbunden wurde. Dieser Autonomieverlust wurde damit kontextualisiert, dass man im Heim in einer Gemeinschaft leben müsse, die einen einschränken würde.

„Wenn ich mit jemanden sehr persönlich werden will, entscheide ich und das ist halt in den Heimen oft die Gefahr. Da ist ein Gemeinschaftsding dabei aber auch eine gewisse persönliche Freiheit, ned? Und da muss man aufpassen, wobei die Bedürfnisse sind verschieden, andere brauchen nur das und wollen nur das. [...] Ich hasse auch so Zwangsbelustigungen, die man dann auch so im Fernsehen sieht, ich kann ja reden, ich bin ja 80, da sitzen und sich die Bälle zuschupfen im Kreis und gräuliche Volkslieder singen, also das ist für mich keine Vorstellung, die ich anstrebe. Aber anderen tut's gut und darum muss es auch so sein, nur ich bin nicht der Typ dafür.“ (P23, 185; 177)

Auch die Konflikte, die sich durch das Leben in einer Gemeinschaft ergeben würden, wurden am Heimleben gefürchtet.

„Aber die Leute selber sind oft untereinander wie verfeindet, ich versteh nicht warum. [...] da können sich die bemühen, wie sie wollen, da bilden sich Gruppen, und die sind dann verfeindet mit den anderen.“ (P10, 257)

„[...] ich hab das im Pflegeheim miterlebt, die Streitereien untereinander, die älteren Leute sind dann ja manche auch dann schon komisch, und jetzt wenn du in den Speisesaal gehst und, nein, ich will das eigentlich nicht. Ich will es nicht, ich hab das im Pflegeheim alles erlebt bei meiner Mutter, was da für unnötige Streitereien und Unruhen gekommen sind wegen nichts und wieder nichts. Und aus diesen Gründen lehne ich das eigentlich alles ab, solche riesige Gemeinschaften da.“ (P13, 361)



Andere schreckten die Erfahrungen, die sie etwa bei ihren Eltern oder FreundInnen mit Heimen gemacht hatten, eher ab. Diese stammten meist allerdings aus der weiteren Vergangenheit und spiegelten nicht mehr die aktuelle Situation wider.

„Schlechte Erfahrungen mit meiner Mutter, die war acht Jahre in einem Heim und ist die letzten vier Jahre oder na ja fünf Jahre in der Bettenstation gewesen. [...] Zu wenig Personal. Dort hab ich im Aufenthaltsraum Leute gesehen, die haben die Hände so verkrüppelt gehabt, daneben ist ein Glas mit Tee oder was gestanden und die hat geschrien: "Schwester, Schwester, ich möcht was trinken!" - "Ja, nehmen Sie sich das!" Na wie kann die das nehmen bitte! Geht nicht. Schlechte Erfahrungen, zu wenig Personal.“ (P15, 213; 217)

„[...] weil diese allgemeinen Seniorenheime waren zu dem damaligen Zeitpunkt katastrophal. [...] Hob i gsogt, najo, wens unbedingt sein muss werden wir die Mutter in ein Pflegeheim geben und die hat das gleich in die Wege geleitet, dass sie nach Lainz in dieses Geriatriezentrum Wienerwald kommt. Abgesehen jetzt davon, ich hatte ja keine Ahnung, was für Zustände dort sind, ich bin das erste Mal dort hin, die sind in so einer Bettenstation zehn Betten im Zimmer gewesen. Ich bin grad zur Mittagszeit hingekommen, ich hab nix gegen Ausländer, aber eine Ausländerin hat das Essen ausgegeben, meine Mutter hat nicht gewusst, was sie mit Messer und Gabel anfangen soll. [...] Ich mein, ich weiß, die ist überfordert, weil die geht von einem Raum zum anderen und tut da das- und wenn in einem Raum zehn Betten drin sind, kann sie sich nicht um einen kümmern, oder weil - sie stellt das Tablet hin und geht weiter. Ich hab zwar in der Zwischenzeit gehört, dass sich das geändert hat, weils ja umgebaut worden is.“ (P9, 115)

Für manche stellten auch die langen Wartezeiten eine Barriere dafür dar, in eine stationäre Einrichtung zu ziehen.

„Najo erstens ist die Wartezeit bis zu zehn Jahre bis man da aufgenommen wird, damois woa des aso. Und in zehn Jahren hätt si jo viel ändern können, do wad i schon froh gewesen, wenn i schon angemeldet bin und dass ich hingehen könnte.“ (P21, 207)

Dabei schätzten die Befragten die Chancen, so lange wie möglich zu Hause zu bleiben, unterschiedlich ein. Dass die eigene Wohnung nicht unbedingt altersgerecht war, war den SeniorInnen durchaus bewusst.

„Zuhause bleiben, ja, kommt drauf an, unter welchen Voraussetzungen, aber wie gesagt, wenn du dann nur mehr bettlägrig bist und ein Krankenbett zuhause hast, ist wahrscheinlich in der Wohnung keine Lösung, es gibt auch keinen Lift, ich komme da nicht mehr raus, ich komme ja nirgends mehr wo hin, zu keiner Untersu-

chung, also wird man das drauf ankommen lassen, wie man sich halt selber gesundheitlich im Alter entwickelt.“ (P13, 333)

„Nur ich geh sicher in kein Pensionistenheim. Wenn man eine große Wohnung hat, wo man auch ein Zimmer hat, extra, und dann hab ich vier Kinder [...] Also ich denk mir, den Kindern wird was einfallen. Die sollen sich nur was einfallen lassen. [...] Ich will sicher in kein Pensionistenheim gehen.“ (P10, 233)

iii. *Einstellungen zu alternativen Wohnformen im Alter*

Nach anderen Wohnformen im Alter gefragt, die die befragten SeniorInnen – neben dem Pflegeheim und der eigenen Wohnung bzw. dem eigenen Haus – kennen würden, wurde am häufigsten das betreute Wohnen genannt. Dieses wurde von den Befragten positiver gesehen als das klassische Pflegeheim, und einige konnten sich vorstellen, später in betreuten Wohnformen zu leben. Von drei Personen, die diesen Wunsch dezidiert äußerten, waren zwei WienerInnen, zwei weiblich und zwei, die sich auch vorstellen konnten, in ein Pflegeheim zu ziehen – betreutes Wohnen spricht also eher jene SeniorInnen an, die eine stationäre Einrichtung nicht grundsätzlich ablehnen.

„Aber so a betreutes Wohnen könnt i ma vorstellen, es gibt in Krems a Pflegeheim und Altersheim und des ollas, aber wie gesagt, wenn ich mir's aussuchen könnte, dann würd ich sagen a betreutes Wohnen find ich sehr ideal.“ (P1, 163)

Anschließend wurde gefragt, ob die Befragten schon einmal von SeniorInnen-Wohngemeinschaften gehört haben. Der Wissensstand über diese Wohnform war unterschiedlich – einige hatten bereits davon gehört (wobei hier auch Filme, die das Thema behandelten, eine Rolle spielten), anderen war das Konzept neu.

„Ich hab jetzt in einer der letzten Zeitungen [...], da ist eine Form beschrieben worden, wo Gruppen zwischen fünf und sieben ältere Leute in einer, ja Großwohnung sind mit eigenen Räumen, jeder hat einen eigenen Raum, aber Gemeinschaftsküche und Gemeinschaftswohnzimmer.“ (P15, 201)

„Senioren-WG's ja, hab ich nur einen, ich hab gehört davon, Film einmal gesehen einen recht einen guten über eine WG, war wirklich gut, köstlich, aber, da muss man's schon gut treffen.“ (P14, 185)

Die SeniorInnen wurden gefragt, ob sie sich vorstellen könnten, selber in eine solche Wohngemeinschaft zu ziehen. Die Reaktionen darauf waren gemischt einige Befragte waren von der Idee durchaus angetan und könnten sich eine solche Wohnform vorstellen. Von jenen drei Personen, die explizit äußerten, dass sie durchaus in eine WG ziehen würden, waren zwei weiblich und zwei kamen aus dem Waldviertel.

„Jo sicher des kann i schon, weil do hob i Bekannte und mir gengan zusammen und so, jo das könnt ich mir grad schon vorstellen“ (P2, 155)

Der Großteil der Reaktionen kann dagegen als „Ja, mit Vorbehalten“ bzw. mit dem Konzept des Wunsches nach „Intimität auf Abstand“⁶ beschrieben werden. Die SeniorInnen wünschten sich zwar Gemeinschaft, waren aber gleichzeitig sehr darauf bedacht, ihre persönliche Freiheit und ihre Eigenheiten weiterhin uneingeschränkt ausleben zu können.

„Ja, im Prinzip ja, wenn z. B. ein gewisses Maß an Individualität möglich ist. Also ich möchte nicht ununterbrochen mit 20 Leuten ununterbrochen den ganzen Tag, außer beim Schlafen aufeinander picken, das wäre mir, würde ich nicht gut finden.“ (P19, 133)

„Das kommt ganz auf den Bedarf an, wobei ich immer sag, es sollte auch immer viel individuelle Freiheit dabei sein, damit man nicht das Gefühl hat, da muss sich so viel ändern“ (P23, 185)

Dementsprechend war es für die Befragten wichtig, dass Rückzugsbereiche in solchen Wohnformen bestehen, um eine Balance zwischen Mit-, Neben- und Ohne-Einander zu finden.

„Ja, aber wenn dann möchte ich einen Rückzugsbereich für mich selber haben und nicht mit jemand auf einem Zimmer sein oder so etwas, das würde ich nicht wollen. Aber sonst Gemeinschaft hab ich sicher nichts dagegen“ (P3, 179)

Genau diese Bedenken – dass man zu wenig Privatsphäre haben würde und sich zu sehr für andere Menschen ändern müsste – führten auch dazu, dass sich andere das Leben in SeniorInnen-WGs nicht vorstellen konnten.

„Na, eigentlich muss ich sagen ned, des kinnt i ma ned so vorstellen. Ned dass mi ned mit anderen vertrag, aber ich weiß ned, ob ich sowas- a jeder hat seine Eigenheiten dat i song, ned?“ (P1, 167)

⁶ Rosenmayr, L. & Köckeis, E. (1965): Umwelt und Familie alter Menschen. Neuwied.

„Ja, es ist schwierig [...] also diese Wohn-Gemeinschaften, man wird, je älter man wird, schon, ich weiß nicht, ob ich mich wirklich, außer an meinen Mann, noch an viele Menschen so nahe gewöhnen möchte. Das ist, ja, vielleicht ist es gut, aber ich weiß es, glaub nicht.“ (P11, 321)

„WG gefällt mir weniger. Nein. Weil ich eben gewöhnt bin, allein zu sein, gell, und es geht mir kein Mensch ab, gell. [...]mit anderen Menschen umgehen, ich glaub das tät mir schwerfallen, tät mir schwerfallen. Ist für die anderen auch besser, wenn ich allein bin. Ja, ich hab auch wahrscheinlich meine Mucken, gell.“ (P18, 269)

Aber auch die Ablehnung davon, ständig mit älteren Menschen zusammen zu sein, war für einen 80-jährigen Befragten nicht unbedingt ansprechend.

„[...] ich bin lieber mit jüngeren beinand und bilde mir ein, dass ich dort mehr Gleichklang finde, als wenn ich mit Alten zusammensitze, die nur von ihren Krankheiten erzählen. Und dass die Suppe wieder zu wenig gesalzen war und das, das ist nicht meine Welt.“ (P23, 189)

iv. *Verdrängung des Themas Pflege*

Allerdings gab es auch einige Befragte, die es dezidiert ablehnten, sich generell präventiv Gedanken über das Thema Pflege zu machen. Von jenen sechs Befragten, die im Gespräch sagten, sie wollten nicht präventiv über dieses Thema nachdenken - die Formulierung „das lasse ich auf mich zukommen“ wurde hier häufig verwendet – war der größere Teil männlich (vier Personen) und aus Wien (vier Personen). Diese Befragten waren jünger als jene, die sich bereits mehr Gedanken zum Thema Pflege gemacht hatten – alle waren im dritten Lebensalter, zwischen 66 und 74 Jahre alt.

„Also darüber mach ich mir noch keine Gedanken, so lange es mir so gut geht wie jetzt.“ (P3, 175)

„Hab ich mir ehrlich gesagt noch keine Gedanken gemocht, i loss des auf mi zukommen. Ich hoffe, ich bleibe gesund, das is immer das wichtigste“ (P9, 107)

„Es klingt blöd, aber ich kann es mir im Augenblick noch nicht vorstellen, das ist das Schwierige bei der Frage, weil ich fühl mich eigentlich wirklich, ich hoffe, es bleibt so.“ (P14, 165)

Eine 71-jährige Wienerin wollte sich etwa nicht mit der eigenen hypothetischen Pflegebedürftigkeit beschäftigen, weil sie negative Erfahrungen mit der Pflege ihrer Mutter gemacht hatte; aber auch, weil sie sich generell machtlos dabei fühlte und dachte, man könnte ein etwaiges Pflegebedürfnis ohnehin nicht vorausplanen.

„Ja, das ist eigentlich für mich ein belastendes Thema, weil ich hab 6 Jahre lang meine Mutter im Pflegeheim besucht, und das was ich dort alles gesehen und miterlebt habe, ich will mich eigentlich mit dem Thema gar nicht befassen muss ich sagen. Weil es ist deprimierend. Ich bin sechs Jahre ins Pflegeheim gegangen, zu meiner Mutter, dreimal in der Woche, ja. Es war ganz einfach sehr belastend, die ganze Situation. Viel Geld und da erwartet man sich eigentlich was anderes. Und ich selber schieb das aus dem Grund von mir weg. Ich will da gar nicht dran denken, ich lass das herankommen, was sich da ergibt. [...] Also, was soll ich da eigentlich, ich kann gar nicht viel planen, ich kann's nur herankommen lassen und dann muss man sich entscheiden, wie es ist, nicht.“ (P13, 325; 333)

3.7 Informiertheit über Gesundheit und Pflege

a. Informiertheit über Gesundheitsthemen

Betreffend die Information zu Gesundheitsthemen fühlten sich die SeniorInnen gut versorgt; sie bezogen dabei ihr Wissen aus unterschiedlichen Quellen. Einerseits gewann das Internet an Bedeutung, andererseits wurden aber auch klassischere Medien wie Broschüren oder Zeitschriften, zur Information herangezogen. Die Befragten wünschten sich aber prinzipiell sehr wenig zusätzliche Unterstützung beim Thema Gesundheit.

„Nein, eigentlich nicht, nein. Also die, diese Zusendungen, die ich da hie und da krieg sind vollkommen ausreichend. Nein, also. Und im Workshop-Alter bin ich glaub ich nicht mehr.“ (P11, 361)

Falls doch Informationsmaterial herangezogen wurde, griffen die SeniorInnen in der Regel auf Lesestoff, der entweder in den Ordinationen auflag oder per Post nach Hause geliefert wurden, zurück; dieser wurde teils eigenständig, teils als Empfehlung der ÄrztInnen ausgewählt.

„Na meistens les, les, werden solche Sachen gelesen. Er hat ja in der Ordination einen großen Steher, hängen, aufhängen, wo man diverse Broschüren, [...] die interessant sind, kann man alles durchlesen. Oder er kopiert mir was raus manchmal und sagt, lies dir das durch, warum und wieso. Die Informationen krieg ich eigentlich alle von ihm, und das, da sind wir eigentlich sehr froh drüber, nicht.“ (P14, 217)

Der Vorteil, den die Information in Form von Druckwerken lieferte war, dass diese orts- und zeitunabhängig konsumiert werden konnten. Diese beiden Aspekte spielten insbesondere in Bezug auf Vorträge eine wichtige Rolle.

„Also einen Lesestoff, weil das kann ich mir durchlesen, wann ich Lust hab und Zeit hab. Vorträge sind meistens am Abend, und das ist für mich ein Problem, weil ich geh nicht gern bei Finsternis da weg, das ist mir irgendwie unheimlich, mach ich nicht gerne.“ (P15, 273)

Auch das Internet wurde offenbar zunehmend relevanter für die Informationsbeschaffung.

„Na, man wird eh immer wieder überflutet [...] also ich finde, wenn ich will, kann ich gerade speziell übers Internet, hab ich so viele Möglichkeiten, ich nehm mir das was ich brauch. [...] Und im Fernsehen sind auch dauernd Vorträge über alles mögliche, aber ich hör mir die auch nicht an.“ (P23, 193)

Betreffend die wenigen Themen, zu denen sich die SeniorInnen im Allgemeinen mehr Information wünschten, wurden in erster Linie (Alters-) Vorsorge, Abnehmen und Fitness genannt; eine Befragte wünschte sich finanzielle Unterstützung.

b. Informiertheit über Pflegedienstleistungen und Wohnformen im Alter

Danach gefragt, wo sich die Befragten im Fall des Falles über Pflegedienstleistungen informieren würden, wurden in erster Linie die HausärztInnen, dann die großen österreichischen NGOs (v.a. Caritas, Hilfswerk, Volkshilfe, Rotes Kreuz), Informationsstellen der Stadt Wien (z.B. Fonds Soziales Wien, Bezirksämter) und das Internet genannt.

„Zuerst amoi anan Hausarzt, wos der sogt oder der Facharzt, Beratung, wahrscheinlich Hilfswerk“ (P24, 177)

„Najo an den jeweiligen zuständigen Arzt natürlich, also in erster Linie und wie gsogt, wenn i wos hätte, dann muss i mit dem persönlich a Gespräch führen“ (P9, 109-111)

Dabei fanden sich unter den befragten SeniorInnen sowohl solche, die sich gut informiert über die verschiedenen Angebote und den Zugang zu ihnen fühlten, als auch solche, die sich orientierungslos in der Vielfalt der Angebote fühlten. Mehr Informationen wurden auch über die Kosten von professioneller Pflege und betreu-



ten Wohnformen gewünscht. In diesem Bereich war es für die befragten SeniorInnen schwierig, an vergleichbare und transparente Kostenaufstellungen zu kommen.

„[...] aber da möchte ich finanziell wissen, was kostet mich das. Und dann kann ich ausrechnen, kann ich mir das leisten oder nicht. Aber irgendwie hingehen und die kassieren die ganze Pension und, das geht nicht.“ (P12, 479)



4. Zusammenfassung und Praxisimplikationen

Für die vorliegende Studie wurden 24 SeniorInnen im Alter zwischen 67 und 91 Jahren, wohnhaft entweder in Wien (14) oder im Waldviertel (10), befragt. Für die Befragten machen verschiedene gesundheitliche Beeinträchtigungen häufige Arztbesuche notwendig – alle waren im vergangenen Jahr mindestens 12 Mal bei einem Arzt oder einer Ärztin. Die befragten SeniorInnen können durch ihre zahlreichen Kontakte mit dem österreichischen Gesundheitssystem insgesamt durchaus als „lebensweltliche ExpertInnen“ für diesen Themenbereich bezeichnet werden, was ihren Aussagen eine besondere Relevanz verleiht.

Dem WHO-Bericht über die Altern und Gesundheit folgend, führt die Reproduktion der immer gleichen Maßnahmen zu keinem neuen Ergebnis, weshalb neue Wege zur Anpassung des Gesundheitssystems an die Bedürfnisse älterer Menschen beschritten werden sollen.⁷ Aus der quantitativen Erhebung des „Gesundheitsbarometers“ (durchgeführt von der Gesellschaft für Marketing im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit) geht hervor, dass ÖsterreicherInnen am Gesundheitssystem insbesondere zu hohe Selbstbehalte, zu lange Wartezeiten und die Zweiklassen-Medizin kritisieren. Ersteres wird in der repräsentativen Erhebung vor allem in Wien problematisiert, wo außerdem kritisiert wird, dass ÄrztInnen sich für Ihre PatientInnen zu wenig Zeit nehmen. In Niederösterreich stellen dagegen lange Wartezeiten in den Krankenhäusern und der FachärztInnenmangel ein größeres Problem dar.

Diese Ergebnisse spiegeln sich auch in der vorliegenden qualitativen Studie wider und wurden dabei weiter vertieft. Im Folgenden werden die Ergebnisse in 12 relevanten Themen und entsprechenden Praxisimplikationen zusammengefasst. Dabei werden unter anderem die Beziehungen zu ÄrztInnen, finanzielle Hürden und Mobilitätsfragen, Themen der Pflege sowie der Informationsbedarf der SeniorInnen behandelt. Medikamente selbst haben in den Interviews eine untergeordnete Rolle gespielt und sind von den Befragten – etwa in Hinblick auf Probleme mit dem Öffnen von Blistern oder bei der Einnahme – nicht näher besprochen worden. Thematisiert wurden dagegen das Ausstellen von Rezepten sowie das Lesen von Beipackzetteln; diese Themen finden ebenfalls Eingang in die Praxisimplikationen.

4.1 Die Bedeutung des Hausarztes bzw. der Hausärztin

⁷ Vgl. World report on ageing and health (2015)



Insgesamt wird das österreichische Gesundheitssystem sowie die medizinische Versorgung von den älteren Befragten als sehr gut bewertet. Das liegt insbesondere an den ÄrztInnen, die von den SeniorInnen hoch geschätzt werden. Die wichtigste Bezugsperson im Gesundheitssystem stellt für die SeniorInnen der Hausarzt oder die Hausärztin dar, mit dem oder der sie häufig eine langjährige, vertrauensbasierte Beziehung verbindet. Vor allem im ländlichen Raum werden dem Hausarzt oder der Hausärztin nicht nur medizinische, sondern auch psychosoziale Probleme anvertraut. Aber auch FachärztInnen, z.B. aus den Bereichen Gynäkologie und Urologie oder Augenheilkunde, PflegerInnen und OrdinationsassistentInnen sind durch häufige Kontakte und Gespräche über die eigene Gesundheit als höchstpersönliches Thema wichtige Ansprech- und Vertrauenspersonen für die befragten SeniorInnen. Die Annahme, ältere Menschen vertrauen ausschließlich dem Hausarzt oder der Hausärztin, kann in der vorliegenden Studie also nicht bestätigt werden. Trotzdem muss die ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung bei älteren Menschen als besonders intensiv und sensibel herausgestrichen werden. Intensiv deshalb, weil die SeniorInnen aufgrund von Multimorbidität ihre ÄrztInnen sehr häufig besuchen (müssen). Gerade wenn Menschen krank sind, widmen sie ihrer Gesundheit bzw. dem Wiedererlangen dieser viel Aufmerksamkeit; in diesem Zusammenhang sind Ärzte und Ärztinnen naturgemäß die ersten Ansprechpersonen. Die SeniorInnen sind – möglicherweise auch durch die erhöhte Abhängigkeit von der ärztlichen Betreuung – darüber hinaus besonders sensibel, wenn es um Nuancen im Arztgespräch geht. Da die ÄrztInnen nicht nur als rein medizinische DienstleisterInnen verstanden werden, sind die zwischenmenschlichen Beziehungen sehr wichtig. Mehrmaliges Gähnen oder ablehnende Haltungen werden als Diskriminierung empfunden.

Aufgrund dieser intensiven und sensiblen Beziehung wird ein ÄrztInnenwechsel von den Befragten möglichst zu vermeiden versucht. Wenn in wenigen Jahren ein Teil der niedergelassenen Ärzte und ÄrztInnen – gerade im ländlichen Raum – in Pension geht, werden sich durch die entstehenden Diskontinuitäten erhebliche Belastungen für ältere PatientInnen ergeben. Der Verlust der langjährigen Beziehung zu einem Arzt oder einer Ärztin hat für die SeniorInnen in erster Linie eine biografische Komponente, denn mit der Pensionierung oder dem Tod des Arztes oder der Ärztin geht durch den starken Lebenslaufbezug auch ein Teil der Krankheitsgeschichte verloren. Durch eine Verbreiterung und Diversifizierung der Ansprechpersonen in der Primärversorgung könnten diese Belastungen für ältere Menschen abgemildert werden.



Praxisimplikationen

Da ältere Menschen eine besonders intensive Beziehung zu ihren HausärztInnen pflegen und ÄrztInnenwechsel möglichst zu vermeiden versuchen, stellt die Pensionierung ihrer primären Ansprechperson eine große Belastung dar. Durch eine Diversifizierung der Ansprechpersonen in der Primärversorgung, wie etwa in Primary-Health-Care Konzepten angedacht, könnten diese Belastungen für ältere Menschen – insbesondere im Angesicht der bevorstehenden Pensionierungswelle im ländlichen Raum – abgemildert werden.

4.2 Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen und die Bedeutung von Zeit

Innerhalb der älteren Generation herrscht vielfach die Meinung vor, ÄrztInnen seien Autoritätspersonen, deren Einschätzungen nicht hinterfragt werden dürfen. In der vorliegenden Studie zeigt sich dabei, dass eine vertrauensbasierte Beziehung nötig ist, damit SeniorInnen sich trauen, eigeninitiativ Informationen einzuholen und bei Unklarheiten nachzufragen. Eine solche ist in vielen der untersuchten Fälle gegeben. Manche Befragte geben aber auch an, das Gefühl zu haben, für das Gesundheitssystem nur eine Last darzustellen und daher so schnell wie möglich abgefertigt zu werden. Ältere Menschen reagieren auf dieses Gefühl besonders sensibel – ein Befragter interpretiert es sogar als „Altersdiskriminierung“ – weil im Alter generell das Gefühl, eine Belastung für die Gesellschaft zu sein, zunimmt. Vor allem in Spitälern wird dabei häufig die Erfahrung gemacht, lange warten zu müssen und danach so schnell wie möglich abgefertigt zu werden. Bei den WienerInnen zeigen sich solche Erfahrungen aber teilweise auch im niedergelassenen Bereich, wobei diese sich häufig schon mit einer weniger persönlichen ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung abgefunden haben. Im Waldviertel ist dagegen die ganzheitliche Beziehung zum Hausarzt bzw. zur Hausärztin als MedizinerIn und FreundIn noch von besonderer Wichtigkeit und ein Faktor, auf den die Befragten nicht verzichten wollen.

Praxisimplikationen

Ältere Menschen leiden unter der Wahrnehmung, für die Gesellschaft allgemein und das Gesundheitssystem im Speziellen eine Belastung zu sein. Ihnen ist eine verständnisvolle Beziehung, in der sich der Arzt oder die Ärztin Zeit für sie nimmt, besonders wichtig. MedizinerInnen sollten daher besser in der Kommunikation mit älteren PatientInnen geschult werden – auch, um gesundheitliches Fehlverhalten aufgrund von mangelndem Verständnis der PatientInnen zu vermeiden.

4.3 Mangelnde Leistbarkeit: Viele SeniorInnen können aus finanziellen Gründen die medizinische Versorgung, die sie als notwendig erachten, nicht in Anspruch nehmen

Die finanzielle Lage der befragten SeniorInnen und ihre Auswirkungen auf den Zugang zu Leistungen und Behandlungen im Gesundheitssystem haben sich in den Interviews als relevante Themen herausgestellt. Fast ein Drittel der Befragten gibt an, dass die medizinische Versorgung in Österreich für sie persönlich zu teuer sei. Als finanzielle Herausforderungen erweisen sich die Wartezeiten auf Refundierung von Rezeptgebühren (die sich für manche Befragte auf mehrere hundert Euro pro Monat belaufen), die Kosten spezieller, vor allem präventiver, Behandlungen und die Pflegekosten. Finanzielle Abwägungen in Bezug auf ihre Gesundheit nehmen dabei fast alle befragten SeniorInnen, unabhängig von ihrer finanziellen Situation, vor. Allerdings führen finanzielle Hürden eher bei BezieherInnen einer Ausgleichszulage dazu, bestimmte Leistungen (z.B. Fahrtendienste, spezielle Angebote wie ein Gehtraining) nicht in Anspruch zu nehmen. Ein solcher Verzicht kann bei notwendigen Leistungen zu hohen Langzeitkosten führen. In Bezug auf Pflegedienstleistungen (z.B. 24-Stunden-Pflege, Pflege- und SeniorInnenheime, Fahrtendienste, Haushaltshilfe, etc.) geben dagegen auch SeniorInnen ohne größere finanzielle Schwierigkeiten an, sich solche nicht oder nur schwer leisten zu können. Einigen fehlen darüber hinaus auch Informationen über Förderungen (z.B. für BezieherInnen von Ausgleichszulagen). Abgesehen von der persönlichen Leistbarkeit wird die sogenannte „Zwei-Klassen-Medizin“ und die Möglichkeit, sich kürzere Wartezeiten bei Operations- oder MRT-Terminen zu erkaufen, von den befragten SeniorInnen stark kritisiert.

Praxisimplikationen

Ältere Menschen mit geringem finanziellen Spielraum sollten verstärkt über mögliche Förderungen und staatliche Beihilfen im Gesundheitssystem informiert werden.

Eine Transparentmachung der Abläufe von Bewilligungen und detaillierte Informationen zu Selbstbehalten bzw. der Höhe von Refundierungen wären wünschenswert.

Niederschwellige Unterstützungsangebote als Hilfe beim Ausfüllen von Anträgen und Formularen sowie Informationsstellen, bei denen unkompliziert Fragen betreffend Förderungen etc. gestellt werden können, sollten eingerichtet werden.

Um das Kostenbewusstsein bei den PatientInnen zu stärken, sollten Informationskampagnen gestartet werden, die über die Kosten für Untersuchungen wie MRT oder CT aufklären.

Hinweisen auf Möglichkeiten, Wartezeiten finanziell zu verkürzen, sollte verstärkt nachgegangen werden.

4.4 Mobilitätsprobleme: Die Angewiesenheit auf das eigene Auto stellt im ländlichen Raum eine Herausforderung dar

Prinzipiell wird die Erreichbarkeit von Arztpraxen und Krankenhäusern von den befragten SeniorInnen als gut bewertet. Als häufigstes Mobilitätsmittel wird jedoch das Auto genannt. Im Waldviertel erreichen fast drei Viertel der Befragten ihren Arzt oder ihre Ärztin nur mit dem Auto, während in Wien knapp drei Viertel zu Fuß oder mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zum Arzt gelangen. Viele der Frauen, die oft selbst keinen Führerschein haben, werden von ihren Männern gefahren. Dieser Umstand wird von den Befragten zwar subjektiv nicht als problematisch wahrgenommen, kann jedoch akut zum Problem werden, wenn die SeniorInnen oder jene Personen, die sie fahren, zum Autofahren nicht mehr in der Lage sind (etwa beim Tod des Ehemannes, beim Verlust der Sehkraft, etc.). Neben der räumlichen Erreichbarkeit ist auch die Barrierefreiheit beim Zugang zu Arztpraxen nicht flächendeckend gewährleistet.

Praxisimplikationen

In der Zielgruppe der älteren ländlichen Bevölkerung sollte über Fahrtendienste und deren Anspruchsvoraussetzungen umfangreicher informiert werden. Auch Mitfahrbörsen oder andere gemeinschaftlich organisierte Transporte (z.B. Dorf-Busse) stellen eine potenzielle Alternative zum eigenen Auto dar.

Das Entstehen von Ärztezentren als „one-stop-shop“-Lösungen sollte gefördert werden, da die SeniorInnen so mehrere Arzttermine miteinander verbinden können und sich seltener um Chauffeurdienste bemühen müssen.

4.5 Wartezeiten: Lange Wartezeiten stellen für SeniorInnen eines der Hauptprobleme im Gesundheitssystem dar

Wartezeiten werden von den befragten SeniorInnen auf zweifache Weise thematisiert: Erstens werden die Wartezeiten auf Termine bei FachärztInnen sowie auf Spezialbehandlungen (z.B. MRT) und Operationen, die häufig mehrere Monate ausmachen, als viel zu lang bewertet. Andererseits müssen die Befragten trotz Termins mehrere Stunden in der Ordination von FachärztInnen darauf warten, aufgerufen zu werden. Lange Wartezeiten werden insbesondere in Verbindung mit der Anreise als problematisch empfunden, da viele Befragte sowohl für die Hin- als auch für die Rückfahrt auf eine andere Person angewiesen sind.

Praxisimplikationen

Über Wartezeiten für Arzttermine und Spezialbehandlungen (MRT, Operationen) sollte mehr Transparenz geschaffen werden, z.B. mittels einsehbarer Wartelisten für Operationen in verschiedenen Spitälern, aber auch bei FachärztInnen.

4.6 Prävention: SeniorInnen nehmen wenige Angebote der präventiven Gesundheitsförderung in Anspruch

Obwohl die befragten SeniorInnen über regelmäßige Arztkontakte berichten können, nehmen sie fast keine Angebote der präventiven oder rehabilitativen Gesundheitsförderung in Anspruch. Kuren werden von den befragten SeniorInnen kontrovers diskutiert – sie stellen für viele kein attraktives Angebot dar, da sie sich kaum in den Alltag integrieren lassen und daher nur begrenzte Effekte auf Wohlbe-



finden und Lebensführung haben. Insbesondere jene Beschwerden, die als „altersbedingte Abnützungserscheinungen“ verstanden werden – z.B. an den Knien oder der Wirbelsäule – werden daher nur selten behandelt. Hier sind viele der Befragten der Meinung, dass außer einer Kur ohnehin keine Behandlung möglich sei. Operationen wollen sich SeniorInnen aus Angst vor der langen Rekonvaleszenz und den Narkoserisiken meist nicht mehr unterziehen.

Praxisimplikationen

SeniorInnen sollten für Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung (z.B. Physiotherapie oder leichte Sportübungen, die sich positiv auf Gelenksabnützungen auswirken) sensibilisiert werden.

Ambulante Alternativen zu Kuren wären leichter in die Lebensführung von SeniorInnen integrierbar.

4.7 Medikamenteneinnahme: Die langfristige Medikamenteneinnahme bei chronischen Krankheiten stellt SeniorInnen vor Herausforderungen

Die meisten Befragten nehmen aufgrund chronischer Gesundheitsprobleme über einen längeren Zeitraum (mehrere Jahre) Medikamente ein, erhalten ihre Rezepte jedoch trotzdem nur für einen bestimmten Zeitraum ausgestellt. Das führt dazu, dass die SeniorInnen in regelmäßigen Abständen die Ordination ihres Arztes oder ihrer Ärztin nur zum Abholen ihres Rezeptes aufsuchen, ohne ein Arztgespräch in Anspruch zu nehmen. Um sich diesen subjektiv als überflüssig wahrgenommenen Anfahrtsweg zu ersparen, wird häufig der Wunsch geäußert, im Fall von chronischen Krankheiten Dauerrezepte ausgestellt zu bekommen. Im ländlichen Raum werden aber auch die Hausapotheken der Ärzte und ÄrztInnen sehr geschätzt, um die ohnehin mühsame Anreise nicht zusätzlich zu verkomplizieren. Das Ende dieser Apotheken wird von den Befragten gefürchtet und kritisiert. Generika werden von den SeniorInnen tendenziell abgelehnt, da diese Präparate nicht als „echte“ Medikamente angesehen werden.

Praxisimplikationen

Die Ausstellung von Dauerrezepten stellt für SeniorInnen mit chronischen Krankheiten, die langfristig Medikamente einnehmen müssen, eine erhebliche Erleichterung ihres Alltags dar und ist daher zu befürworten.

Hausapotheken verkürzen die im ländlichen Raum oft mühsamen Anfahrtswege für ältere Menschen und sollten insbesondere für diese Zielgruppe erhalten werden.

4.8 Beipackzettel: Beipackzettel sind für SeniorInnen nur schwer verständlich und lösen Ängste aus

Beipackzettel von Medikamenten lösen bei den befragten SeniorInnen aufgrund der ausführlichen Angabe möglicher Nebenwirkungen große Sorgen aus. Einige Befragte reagieren auf diese Angst damit, das Lesen der Beipackzettel überhaupt zu vermeiden. Diese Reaktion kann allerdings insbesondere bei multimorbiden PatientInnen, die mehrere Medikamente gleichzeitig einnehmen, problematisch sein.

Praxisimplikationen

ÄrztInnen sollten ihre älteren PatientInnen im Arztgespräch besser darüber aufklären, welche Nebenwirkungen Medikamente insbesondere bei Multimedikation auslösen können.

4.9 Pflegepräferenzen: eine Typologie

Von den 24 befragten SeniorInnen wollen sechs Personen unter allen Umständen so lange wie möglich zu Hause bleiben, zwei können sich sowohl den Verbleib zu Hause als auch den Umzug in ein SeniorInnenwohnheim vorstellen, vier Personen wollen gerne in ein SeniorInnen- oder Pflegeheim ziehen und sechs Personen wollen sich nicht präventiv mit dem Thema Pflege beschäftigen. Die restlichen sechs Personen – alle aus dem Waldviertel – machen keine konkreten Angaben zu ihren Präferenzen, da sie sich darüber noch keine Gedanken gemacht haben, lehnen es aber auch nicht dezidiert ab, sich mit dem Thema zu befassen. Regional zeigt sich dabei eine klare Differenzierung: Während von 14 befragten WienerInnen



zehn eine klare Präferenz nennen können und nur vier Personen angeben, sich nicht mit dem Thema beschäftigen zu wollen, geben von den zehn befragten WaldviertlerInnen nur zwei eine klare Präferenz an; zwei Personen geben an, sich dezidiert nicht mit dem Thema befassen zu wollen und die Mehrheit von sechs Personen hat sich noch keine genauen Gedanken darüber gemacht. Allerdings sehen vor allem die befragten WaldviertlerInnen Wohngemeinschaften für SeniorInnen als potenziell attraktiv an.

Tabelle 2: Vier Typen von Pflegepräferenzen

	Typ 1: Präferenz zu Hause bleiben	Typ 2: Präferenz stationäre Einrichtung	Typ 3: Akzeptanz stationäre Einrichtung	Typ 4: Verdrängung	Typ 5: noch keine Präferenz
Alter	4 65-74 Jahre 2 75+ Jahre	2 65-74 Jahre 2 75+ Jahre	2 75+ Jahre	6 65-74 Jahre	2 65-74 Jahre 4 75+ Jahre
Geschlecht	4 männlich 2 weiblich	2 männlich 2 weiblich	2 weiblich	4 männlich 2 weiblich	5 männlich 1 weiblich
Wohnregion	5 Wien 1 Waldviertel	3 Wien 1 Waldviertel	2 Wien	4 Wien 2 Waldviertel	6 Waldviertel
Gesamt	6 Personen	4 Personen	2 Personen	6 Personen	6 Personen

Darüber hinaus zeigen sich alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede: Die befragten Frauen haben sich bereits häufiger Gedanken über das Thema Pflege gemacht und äußern häufiger eine klare Präferenz, während die befragten Männer sich damit mehrheitlich noch nicht beschäftigt haben oder es ablehnen, sich damit zu beschäftigen. Auch die Akzeptanz eines SeniorInnen- oder Pflegeheims ist unter den Frauen höher als unter den Männern. Die ältere Kohorte im vierten Lebensalter (75 Jahre oder älter) kann sich eher vorstellen, in eine stationäre Einrichtung zu ziehen, als jüngere SeniorInnen im dritten Lebensalter (65–74 Jahre) – diese tendieren eher dazu, das Thema Pflege zu verdrängen.



Praxisimplikationen

Nur wer sich präventiv mit möglichen Wohn- und Betreuungsformen im Alter beschäftigt, kann im Bedarfsfall eine informierte Entscheidung treffen. Aufklärungsarbeit, z.B. über ÄrztInnen oder mittels Gruppendiskussionen im Gemeindeumfeld, sollte insbesondere auf ältere Menschen im ländlichen Raum, auf ältere Männer und auf „junge Alte“ abzielen.

4.10 Stationäre Wohnformen: wahrgenommene Vor- und Nachteile

Stationäre Wohnformen wie Pflege- oder SeniorInnenheime werden vor allem deshalb präferiert, da einerseits die Sicherheit bei einem gesundheitlichen Notfall gewährleistet ist, andererseits aber auch mehr Privatsphäre als bei einer 24-Stunden-Pflege erwartet wird. Abgelehnt werden stationäre Wohnformen vor allem aus dem Grund, dass damit ein Verlust der persönlichen Freiheit befürchtet wird, wie es die Befragten häufig aus „zweiter Hand“ erfahren oder bei anderen Personen (z.B. ihren eigenen Eltern) miterlebt haben.

Sowohl die Befragten, die der Pflege positiv gegenüberstehen, als auch jene, die die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen dezidiert ablehnen, berufen sich als Begründung ihrer Einstellung auf Erfahrungen, die sie bei anderen Personen gemacht haben. Insbesondere in Wien können die Befragten dabei auch von positiven Erfahrungen mit Pflegeeinrichtungen berichten. Andere sind durch die Erfahrungen, die sie etwa über ihre Eltern oder FreundInnen gemacht haben, eher abgeschreckt. Meist stammen diese negativen Eindrücke aus der Vergangenheit (z.B. Pflege der eigenen Eltern) und beziehen sich auf die damalige Situation in den Pflegeheimen.

Die Einschränkungen der persönlichen Autonomie, die aus dem Leben in Gemeinschaft resultieren, sowie die dadurch befürchteten sozialen Konflikte werden sehr negativ bewertet. Sowohl BefürworterInnen als auch GegnerInnen stationärer Wohnformen äußern den Wunsch nach „Intimität auf Abstand“⁸: Die SeniorInnen wünschen sich zwar Gemeinschaft, sind aber gleichzeitig sehr darauf bedacht, ihre persönliche Freiheit und ihre Gewohnheiten weiterhin uneingeschränkt ausle-

⁸ Rosenmayr, L. & Köckeis, E. (1965): Umwelt und Familie alter Menschen. Neuwied: Luchterhand.

ben zu können. Als andere Gründe, die gegen stationäre Wohnformen sprechen, werden fehlende Informationen, mangelnde Leistbarkeit und lange Wartezeiten auf einen Heimplatz genannt.

Praxisimplikationen

Die Angst vor dem Verlust der persönlichen Freiheit in stationären Wohnformen sollte offensiv thematisiert und diskutiert werden – politisch, medial, aber auch von den AkteurInnen im stationären Wohn- und Pflegebereich selbst.

Die eigene Erfahrung „aus zweiter Hand“ mit stationären Wohnformen im Alter stellt den größten Einflussfaktor für deren Bewertung dar. Um nachhaltig zur Image-Verbesserung stationärer Wohnformen beizutragen, sollten Einrichtungen ihre Türen öffnen und insbesondere Angehörige ansprechen und einladen, den Alltag im Pflege- oder Wohnheim kennenzulernen.

4.11 Flexibilität in der Pflege: SeniorInnen präferieren flexible, bedarfsorientierte Unterstützungsangebote

Viele SeniorInnen brauchen keine permanente oder umfassende Betreuung, sondern Unterstützungsleistungen in bestimmten Bereichen – insbesondere bei der Mobilität, aber auch im Haushalt. Staatliche Dienstleistungen, die Unterstützung in klar umrissenen Problembereichen anbieten – z.B. „Essen auf Rädern“ – werden viel eher akzeptiert als umfassende, langfristige Pflege- oder Betreuungsformen. Bedeutsam ist darüber hinaus auch das allgemeine Sicherheitsgefühl, im Notfall Hilfe zu bekommen – auch, wenn diese nicht permanent abgerufen wird. Diesem Gefühl könnte auch mittels Ambient Assisted Living Technologien, wie etwa eines Notfallarmbands, beigegeben werden. Familiäre Unterstützung wird jedoch sowohl in Wien als auch im Waldviertel der staatlichen Unterstützung stets vorgezogen. In der Hierarchie der subjektiven Unterstützungspräferenzen steht also die Unterstützung von Familienangehörigen oder zumindest Bekannten an erster Stelle; an zweiter Stelle rangieren professionelle Unterstützungsdienste, die bestimmte Problemstellungen (z.B. „Essen auf Rädern“, Haushaltshilfe) fokussieren und erst an dritter Stelle rangieren die 24-Stunden-Pflege und das Pflegeheim.

Praxisimplikationen

Flexible, temporäre Angebote für SeniorInnen, die Unterstützung in einem klar abgegrenzten Bereich anbieten (z.B. Kochen, Haushalt, Fahrtendienste) sollten ausgebaut und verstärkt beworben werden.

Für solche klar abgegrenzten Unterstützungsbereiche sowie zur Erhöhung des allgemeinen gesundheitlichen Sicherheitsgefühls können auch neue Technologien aus dem Bereich des Ambient Assisted Living eingesetzt werden.

4.12 Informationsbedarf: Subjektive Informiertheit über Gesundheitsthemen, Pflegedienstleistungen und Wohnformen im Alter

Insgesamt fühlen sich die befragten SeniorInnen gut über Gesundheitsthemen informiert. Als Informationsquellen werden sowohl das Internet als auch Broschüren und Zeitschriften, die entweder in den Arztpraxen aufliegen oder auch per Post nach Hause versandt werden, genannt. Hinsichtlich des Themas Pflege finden sich unter den befragten SeniorInnen sowohl solche, die sich gut über Pflege- und Wohnangebote im Alter informiert fühlen, als auch solche, die sich orientierungslos in der Vielfalt der Angebote sehen. Den höchsten Bekanntheitsgrad der Wohnformen genießt nach dem Pflegeheim das betreute Wohnen, aber einige der Befragten wissen – vor allem aus Film und Fernsehen – auch über Wohngemeinschaften für SeniorInnen Bescheid. Auf die Frage, wo sie sich über Pflegedienstleistungen informieren, werden von den SeniorInnen in erster Linie die HausärztInnen, danach die großen österreichischen NGOs (v.a. Caritas, Hilfswerk, Volkshilfe, Rotes Kreuz), Informationsstellen der Stadt Wien (z.B. Fonds Soziales Wien, Bezirksämter) und das Internet genannt. Mehr und transparentere Informationen werden über die Kosten von professioneller Pflege und betreuten Wohnformen gewünscht. Weiters äußern die Befragten den Wunsch nach Informationsveranstaltungen, die nicht am Abend stattfinden.

Praxisimplikationen

Informationsbedarf besteht vor allem beim Thema Pflege und Wohnformen im Alter, wobei insbesondere transparente und leicht verständliche Informationen über Kosten gewünscht werden.



Informationsveranstaltungen sollten untertags stattfinden.

5. Projektteam

Das Institut für Soziologie verfügt über langjährige Expertise in der Sozialgerontologie. Es ist das erste wissenschaftliche Forschungsinstitut in Österreich, das sich der empirischen Erforschung von Altern und Lebenslauf verschrieben hat, die auch heute einen der fünf Forschungsschwerpunkte des Instituts darstellt. Das Institut für Soziologie verfügt weiters über langjährige Expertise in qualitativen und quantitativen sozio-empirischen Methoden basierend auf der Tradition der Wiener Soziologie, die sich an sozialen Problemen orientiert und empirische Untersuchungen zu Gesellschaftsdiagnosen und soziologischen Theorien verdichtet. Dadurch hat das Institut für Soziologie umfassende Kompetenzen in der angewandten Sozialforschung, Interventionsforschung und wissenschaftlichen Begleitung bei Entwicklung, Implementierung und Evaluation politischer und technologischer Maßnahmen erworben. Die zentralen methodischen Schwerpunkte liegen in komplexer multivariater Datenanalyse, visueller Soziologie und interpretativer qualitativer Sozialforschung, sowie der Triangulation dieser Methoden.

Projektleitung:

Ao. Univ-Prof. Dr. Franz Kolland studierte Soziologie an der Universität Wien, promovierte dort 1985 und habilitierte sich in Soziologie und Empirischer Sozialforschung 1994. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der quantitativen Soziologie und der sozialen Gerontologie mit Fokus auf Bildungs- und Freizeitforschung im Alter, Gesundheit, ältere ArbeitnehmerInnen und neue Technologien (AAL). Er arbeitete am Ludwig Boltzmann-Institute of Social Gerontology and Life Course Research in Wien (1981-2005), dem er zwischen 1999 und 2005 als wissenschaftlicher Leiter vorstand. Er hat weitreichende Erfahrung in verschiedenen nationalen und internationalen Forschungsprojekten und ist Studienprogrammleiter des Doktoratsprogramms der Fakultät für Sozialwissenschaften.

Projektmitarbeiterinnen:

Mag.a Anna Wanka studierte Soziologie und Rechtswissenschaft an der Universität Wien. Derzeit promoviert sie am Institut für Soziologie und ist Scholarin am Institut für



Höhere Studien (IHS). Sie verfügt über umfassende Expertise in quantitativen und qualitativen sozio-empirischen Methoden, multivariater Datenanalyse, episodische Interviews und mixed-methods research (MMR). Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in der sozialen und ökologischen Gerontologie, der Bildungssoziologie, Techniksoziologie und Raumsoziologie. Sie hat in mehreren nationalen und internationalen Forschungsprojekten zu Bildung und Gesundheit im Alter gearbeitet.

Anna Fassel, BSc BA studierte Betriebswirtschaft und absolviert derzeit das Masterstudium Soziologie an der Universität Wien. In ihrer Tätigkeit als Studienassistentin im Forschungsschwerpunkt „Alter und Generationen“ verfügt sie über einschlägige Erfahrung im Bereich der Gesundheits- und Altersforschung, sowie Erfahrung mit narrativen und semi-strukturierten Leitfadeninterviews.

Justyna Zgud verfügt über einen Diplomabschluss des Kollegs für Informationsmanagement und Informationstechnologie und studiert derzeit Psychologie an der Universität Wien. Durch ihr Studium und ihre Tätigkeit als wissenschaftliche Projektmitarbeiterin verfügt sie über einschlägige Erfahrung im Bereich der Gesundheits- und Altersforschung, sowie über umfassende Kenntnisse der quantitativen und qualitativen Sozialforschung.

Mag.a Marlene Heinrich, BA studierte Soziologie und Spanisch an der Universität Wien. Sie war als Studienassistentin am Institut für Soziologie der Universität Wien tätig und beschäftigte sich im Zuge dessen mit Pflegeforschung, Erwachsenenbildung und sozialer Gerontologie. Derzeit belegt sie das Masterstudium Sozioökonomie an der Wirtschaftsuniversität Wien mit Schwerpunkt auf Arbeitssoziologie, NPO-Forschung und Zivilgesellschaft. Sie arbeitete bereits an mehreren universitären und außeruniversitären Projekten mit, wodurch sie umfassende Kompetenzen in qualitativer Datenerhebung und –auswertung entwickelte.

Annex 1: Leitfaden

EINLEITUNGSTEXT

In Rahmen dieses Projektes möchte ich Sie heute zu Ihren Erfahrungen mit und Ihrer Meinung zum Gesundheitssystem befragen. Dabei ist mir besonders wichtig, Ihre persönlichen Erfahrungen und Ihre Meinung zu hören.

Damit ich im Gesprächsverlauf nichts vergesse, habe ich einen Fragebogen erstellt, der uns durch dieses Gespräch führen soll. Sollten Sie jedoch der Ansicht sein, dass ein wichtiger Aspekt übersprungen wurde, den Sie noch näher ausführen möchten, oder Sie vielleicht eine Frage nicht ganz verstanden haben, weisen Sie mich bitte darauf hin. All Ihre Antworten sind für das Projekt wichtig. Es gibt keine falschen Antworten. Bitte beantworten Sie meine Fragen so offen wie möglich, denn mein Hauptanliegen ist es, mir ein Bild Ihrer persönlichen Erfahrungen zu diesem Thema zu machen und Ihre Sichtweise kennenzulernen.

Kursiv: Nur bei Bedarf zu stellen (=wenn Personen noch nicht darauf eingegangen sind)

1. Zu allererst würde es mich interessieren, wie es Ihnen gesundheitlich geht. *(Chronische Krankheiten, aktuelle Beschwerden,...)*
2. *(falls Einschränkungen vorliegen)* Und sind Sie deswegen in Behandlung? *(falls von Krankheiten erzählt wurde, die nicht behandelt werden)* Warum werden diese nicht behandelt? *(zu teuer, zu aufwendig (z.B. OP), etc.)*
(an alle) Gibt es auch Krankheiten, die Sie nicht behandeln lassen? *(Wenn ja)* Warum werden diese nicht behandelt? *(zu teuer, zu aufwendig (z.B. OP), etc.)*
3. Bitte denken Sie nun an Ihren letzten Arztbesuch zurück und erzählen Sie mir davon. *(Bei welchem Arzt waren Sie da und weshalb? Sind Sie alleine hingegangen?)*
4. Haben Sie schon einmal schlechte Erfahrungen bei einem Arzt oder überhaupt im Gesundheitssystem gemacht? *(Wenn nur vom Arzt gesprochen wird: auf andere Gesundheitsdienstangebote hinweisen, z.B. Krankenhaus, Pflegekräfte)*
5. Und gibt es auch positive Erfahrungen, die Ihnen in Erinnerung geblieben sind?
6. Gibt es Ärzte, zu denen Sie regelmäßig gehen? Wenn ja, welche sind das und wie oft gehen Sie dort hin?
7. Wie lange kennen Sie diese Ärzte schon? Warum gehen Sie genau zu diesen Ärzten? *(z.B. Nähe, Empfehlung, einziger in der Gegend, etc.)*
8. Ist es auch schon vorgekommen, dass Sie den Arzt gewechselt haben bzw. tun Sie das öfter? *(Wenn ja)* Warum wechseln Sie diese?
9. Wenn Sie jetzt an Ihre Wohngegend denken, gibt es da genug Ärzte und Krankenhäuser, die Sie ohne Auto erreichen können? *(Hätten Sie gerne mehr Ärzte oder Krankenhäuser in Ihrer Gegend? Fehlen Ihnen ganz bestimmte Fachärzte oder Versorgungsformen?)*

10. Als Sie das letzte Mal beim Arzt waren, wie lange haben Sie da durchschnittlich warten müssen? *(Wie lange warten Sie sonst normalerweise beim Arzt? Sind die Wartezeiten generell ein Problem für Sie? Falls ein Abholdienst in Anspruch genommen wird: Sind die Abholzeiten ein Problem für Sie?)*
11. Haben Sie schon einmal Schwierigkeiten gehabt, einen zeitnahen Termin beim Arzt zu bekommen? *(Wenn ja: Bei welchem Arzt (Fachgruppe)? Was haben Sie dann gemacht? Krankenhaus, anderer Arzt, etc.)*
12. Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit Ihrer Sozialversicherung gemacht? *(Haben Sie da schon einmal Probleme gehabt, z.B. bei der Bewilligung eines Medikaments oder einer Behandlung? Haben Sie auch positive Erfahrungen gemacht?)*
13. Welche Erfahrungen haben Sie darüber hinaus mit der Bürokratie im Gesundheitssystem gemacht?
14. Wie bewerten Sie ganz allgemein die medizinische Versorgung, die Sie derzeit bekommen?
15. Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihre Ärzte genug Zeit für Sie und Ihre Bedürfnisse und Fragen nehmen?
16. Falls nein, für welche Bedürfnisse nehmen sich die Ärzte nicht genug Zeit?
 - a. Nehmen sich Ihre Ärzte Zeit, Ihnen die Diagnosen zu erklären, die sie stellen? *(Verwendet ihr Arzt viele Fachbegriffe? Trauen Sie sich, beim Arzt nachzufragen, wenn Sie etwas nicht verstehen? Wissen Sie, wofür die Medikamente sind, die Sie verschrieben bekommen?)*
 - b. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Ärzte nur die akuten Symptome behandeln oder auch den Ursachen auf den Grund gehen?
17. Gibt es medizinische Angebote, die Sie gerne in Anspruch nehmen würden, aber das aus irgendeinem Grund nicht können? Wenn ja, warum nicht? *(Leistung, Entfernung, keine Berechtigung, etc.)*

Screening-Frage: s. Screening-Fragebogen

WENN PFLEGE = JA

18. Was für Dienstleistungen haben Sie da in Anspruch genommen? *(Formal / informell? Seit wann? Wie häufig? Für was?)*

WENN PFLEGE = FORMAL (nicht von Freunden oder Familienangehörigen)

19. Können Sie mir kurz erzählen, wann Sie das erste Mal gemerkt haben, dass Sie Unterstützung brauchen und wie Sie sich diese dann organisiert haben?
20. Hatten Sie Probleme bei der Organisation der Pflege? Wenn ja, welche? *(z.B. Sozialversicherung, Pflegegeld, Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Anbietern)*
21. Wie zufrieden sind Sie ganz allgemein mit den Pflege- oder Betreuungsdienstleistungen, die Sie in Anspruch nehmen?

22. Wie verstehen Sie sich mit Ihren PflegerInnen? (*Fühlen Sie sich durch diese gut betreut? Falls nein: was müsste sich ändern, damit Sie sich gut betreut fühlen?*)
23. Wie häufig wechseln Ihre Pflegekräfte? Wie ist so ein Wechsel für Sie?
24. Welche Bedürfnisse haben Sie, welche derzeit nicht adressiert werden? Was für Angebote möchten Sie noch in Anspruch nehmen?

WENN PFLEGE = INFORMELL (von Freunden oder Familienangehörigen)

25. Können Sie mir kurz erzählen, wann Sie das erste Mal gemerkt haben, dass Sie Unterstützung brauchen und wie Sie sich diese dann organisiert haben?
26. Wieso haben Sie noch keine professionelle Unterstützung in Anspruch genommen?
27. Hatten Sie Probleme bei der Organisation der Pflege in Ihrem Verwandten- bzw. Bekanntenkreis? Wenn ja, welche? (*z.B. Kinder sind berufstätig*)
28. Wie zufrieden sind Sie ganz allgemein mit der Pflege oder Unterstützung, die Sie erhalten?
29. Wie ist das Verhältnis mit den Personen, die Sie unterstützen? (*Fühlen Sie sich durch diese gut betreut? Falls nein: was müsste sich ändern, damit Sie sich gut betreut fühlen? Kommt es manchmal zu Konflikten?*)
30. Welche Bedürfnisse haben Sie, welche derzeit nicht adressiert werden? Was für Angebote möchten Sie noch in Anspruch nehmen?

WENN PFLEGE = NEIN

31. Sie haben gesagt, dass Sie keine Pflegedienstleistungen in Anspruch nehmen. Wenn Sie an die Zukunft denken, welche Angebote können Sie sich vorstellen, in Anspruch zu nehmen, wenn Sie Unterstützung brauchen?
32. Wohin würden Sie sich wenden, wenn Sie Pflege oder Unterstützung brauchen?

WEITER: ALLE

33. Es gibt heute ja immer mehr Möglichkeiten, wie man im Alter leben kann, z.B. in betreutem Wohnen, Senioren-WGs oder in Senioren-Genossenschaften. Was für Angebote kennen Sie da?
34. Was davon könnten Sie sich persönlich vorstellen und was nicht? (*Warum / nicht?*)
35. Sie haben gesagt, Sie sind im letzten Jahr zu [Einsetzen, z.B. Hausarzt, Zahnarzt, Orthopäde] gegangen (und haben aufgrund von xxx Pflegedienstleistungen in Anspruch genommen). Welchen Eindruck haben Sie von der Zusammenarbeit zwischen den Ärzten (und Pflegekräften)? (*Weiß der eine, wie der andere Sie behandelt? Könnte man da noch etwas verbessern?*)
36. Gibt es Bereiche beim Thema Gesundheit, in denen Sie sich mehr Unterstützung wünschen würden?
37. Zu welchen Themen würden Sie gerne mehr Informationen erhalten? (*In welcher Form sollten diese Informationen sein? z.B. Lesestoff, Vorträge, Workshops, etc.*)



38. Dieses Jahr ist ja viel von ELGA, der Elektronischen Gesundheitsakte, gesprochen worden. ELGA ist die Abkürzung für „elektronische Gesundheitsakte“. Es ist ein Informationssystem, das Ihnen und Ihren berechtigten ELGA-Gesundheitsdiensteanbietern – Ärztinnen und Ärzten, Spitälern, Pflegeeinrichtungen und Apotheken – Zugang zu Gesundheitsdaten gibt. Wie stehen Sie persönlich zu ELGA?
39. Wie finden Sie es prinzipiell, wenn ein von Ihnen konsultierter Arzt Ihre Diagnosen, Befunde und Medikamentenverschreibungen einsehen kann? Welche Vorteile und welche Nachteile sehen Sie da?

Allgemeine Abschlussfrage: Gibt es sonst noch etwas, das Sie uns gerne zu diesem Thema erzählen möchten oder auf den Weg mitgeben wollen?



Annex 2: Informed Consent

Information und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie Befragung zum Thema „Bedürfnisse älterer Personen in der Gesundheitsversorgung“

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

Wir laden Sie ein, an der oben genannten Studie teilzunehmen. Die Aufklärung darüber erfolgt in einem ausführlichen Gespräch.

Ihre Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden (siehe Punkt 5). Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Sie.

Wissenschaftliche Studien sind notwendig, um verlässliche neue Forschungsergebnisse zu gewinnen. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung einer wissenschaftlichen Studie ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser Studie schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text als Ergänzung zum Informationsgespräch sorgfältig durch und zögern Sie nicht, Fragen zu stellen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur,

- wenn Sie Art und Ablauf der Studie vollständig verstanden haben,
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und
- wenn Sie sich über Ihre Rechte als TeilnehmerIn an dieser Studie im Klaren sind.

1. Was ist das Ziel der Studie?

Die Studie „Bedürfnisse älterer Personen in der Gesundheitsversorgung“, die vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger initiiert und finanziert wird, soll eine Datengrundlage zur Verbesserung der Informationen über die Erwartungen, Wünsche, Bedürfnisse bzw. die gewünschten Rahmenbedingungen älterer Personen in der Gesundheitsversorgung schaffen.

2. Wie läuft die Studie ab?

Die Befragung findet bei Ihnen vor Ort bzw. in den Räumlichkeiten des Instituts für Soziologie der Universität Wien (Adresse: Rooseveltplatz 2, 1090 Wien) statt. Ihre Teilnahme an dieser Studie wird voraussichtlich 1-1,5 Stunde(n) dauern. Da es sich bei der Studie um ein Interview handelt, kann die Dauer der Befragung unter Umständen variieren. Des Weiteren wird während der Untersuchung das Interview für die Auswertung aufgezeichnet.

3. Was für einen Nutzen hat die Teilnahme an der Studie?

Mit Ihrer Teilnahme unterstützen Sie das wissenschaftliche Forschungsprojekt „Bedürfnisse älterer Personen in der Gesundheitsversorgung“, an dem die Universität Wien gemeinsam mit dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger arbeitet. Das Projekt zielt darauf ab durch die leitfadengestützte Befragung einen Mehrwert an Wissen bezüglich älterer Menschen und ihrer Bedürfnisse zu gewinnen.

4. Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen?

Es können die im Rahmen dieser Studie durchgeführten Untersuchungen dazu führen, dass Sie Ermüdungserscheinungen verspüren. In diesem Falle kann jederzeit eine Pause eingelegt und die Testung zu einem späteren Zeitpunkt fortgesetzt werden.

5. Kann die Studie vorzeitig beendet werden?

Sie können jederzeit, auch *ohne Angabe von Gründen*, Ihre Teilnahme beenden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Wenn Sie Ihre Teilnahme beenden möchten, wenden Sie sich bitte an die Testleiterin.

6. In welcher Weise werden die gesammelten Daten verwendet?

Nur die Studienleiter und deren Mitarbeiter haben Zugang zu den *vertraulichen Daten*, in denen Sie namentlich genannt werden. Diese Personen unterliegen der Schweigepflicht.

Darüber hinaus werden Ihre Daten anonymisiert. Auch im Falle einer Veröffentlichung der Daten bleiben diese anonym. Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des österreichi-



schen Datenschutzgesetzes befolgt. Nach der Anonymisierung, welche bei der Abspeicherung der Aufzeichnungen erfolgt, ist eine Löschung der Angaben bzw. Tonbandaufnahmen nicht mehr möglich.

7. Entstehen für die Teilnehmer Kosten?

Durch Ihre Teilnahme an dieser Studie entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten.

8. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser Studie stehen Ihnen die Studienleiterinnen auch nach Ende Ihrer Teilnahme gerne zur Verfügung.

Name der Kontaktperson: Mag. Anna Wanka

Ständig erreichbar unter: anna.wanka@univie.ac.at

9. Einwilligungserklärung

Name des/ der TeilnehmerIn:

.....

Geb. Datum:

Code:

Ich erkläre mich bereit, an der Studie *Befragung zum Thema „Bedürfnisse älterer Personen in der Gesundheitsversorgung“* teilzunehmen.

Ich bin von Frau Justyna Zgud / Frau Marlene Heinrich ausführlich und verständlich über mögliche Belastungen und Risiken, sowie über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie und die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Einwilligungserklärung, die insgesamt *03 Seiten* umfasst, gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich werde den Anordnungen, die für die Durchführung der Studie erforderlich sind, Folge leisten, behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile für mich entstehen.

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie ermittelten Daten aufgezeichnet werden. Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet.

.....

(Datum und Unterschrift des Teilnehmers/ der Teilnehmerin)

.....

(Datum, Name und Unterschrift der verantwortlichen Studienleiterinnen)