



Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

Direktorin: Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeiy

Arbeitsbereich: „Altersforschung“

Leitung: Dr. Dagmar Dräger

Hausanschrift: Luisenstraße 13, 10117 Berlin

Tel. +49/30/450-529193

Fax +49/30/450-529984

dagmar.draeger@charite.de

<http://medsoz.charite.de/institut/>

In Kooperation mit dem
Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)

Versorgung am Lebensende bei Berliner Hundertjährigen **Eine qualitative Studie über Frauen und Männern, die 100 Jahre alt wurden**

- Endbericht -

Projektleitung: Dr. Dagmar Dräger

Projektmitarbeiter: Simon Eggert

Dr. Sabine Hamm

Frau Laura Jordan

Frau Arlett Wenzel

Unterstützung: Frau Marion Schütt

Frau Rita Preuß

Berlin, Oktober 2015

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|--|----|
| 0 | Zusammenfassung | 4 |
| 1 | Einleitung | 6 |
| 1.1 | Ausgangslage | 7 |
| 1.2 | Ziel- und Fragestellung | 9 |
| 2 | Vorgehensweise und Methoden | 10 |
| 2.1 | Studiendesign | 10 |
| 2.2 | Zeitlicher und organisatorischer Ablauf | 10 |
| 2.3 | Rekrutierung, Feldzugang | 12 |
| 2.4 | Leitfadengestützte Interviews | 13 |
| 2.5 | Feldnotizen | 14 |
| 2.6 | Datenanalyse | 15 |
| 2.7 | Methodenkritik | 16 |
| 3. | Ergebnisse | 17 |
| 3.1 | Die Untersuchungspopulation | 17 |
| 3.2 | Biographische und generative Lebenserfahrungen im Zeitkontext | 19 |
| 3.2.1 | Erster Weltkrieg 1914 – 1918 | 19 |
| 3.2.2 | Weimarer Republik (1918 – 1933) | 20 |
| 3.2.3 | Diktatur und Zweiter Weltkrieg (1933 – 1945) | 21 |
| 3.2.4 | Nach dem 2. Weltkrieg (1945 – 1970) | 22 |
| 3.2.5 | 1970 bis heute | 24 |
| 3.3 | Die Versorgungssituation Hundertjähriger | 26 |
| 3.3.1 | Aktuelle Wohn- und Lebenssituation | 26 |
| 3.3.2 | Entscheidungen zum Wohnortwechsel | 28 |
| 3.3.3 | Inanspruchnahme von Pflegestufen | 30 |
| 3.3.4 | Unterstützung und Kompensation | 32 |
| 3.4 | Die gesundheitliche Normalität Hundertjähriger | 34 |
| 3.4.1 | Krankheiten und gesundheitliche Krisen im Lebensverlauf | 34 |
| 3.4.2 | Belastende Krankheitsfolgen | 36 |
| 3.4.3 | Bewertung der Gesundheit und des sehr hohen Alters | 38 |
| 3.4.4 | Qualität und Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung | 40 |
| 3.5 | Einstellungen und Bedürfnisse im Kontext „Lebensende, Sterben und Tod“ | 42 |
| 3.5.1 | Begrenzung und Offenheit | 42 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3.5.2 | Verdrängung und Akzeptanz | 44 |
| 3.5.3 | Ängste und Hoffnungen..... | 46 |
| 3.5.4 | Kommunikation und Versorgung | 48 |
| 3.6 | Hundertjährige und ihr Blick auf das Leben..... | 51 |
| 4 | Diskussion der Ergebnisse | 53 |
| 5 | Fazit | 65 |

Literaturverzeichnis

0 Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels steigt auch die Zahl der Hundertjährigen in den kommenden Jahren stark an. Die Gruppe der über Hundertjährigen ist die am schnellsten wachsende Altersgruppe Deutschlands. Auf nationaler und internationaler Ebene befassen sich nur wenige Forscher mit Hundertjährigen. Die erste populations-basierte Hundertjährigen-Studie fand in Heidelberg in den Jahren 2000/2001 statt. Anhand von 91 persönlich aufgesuchten und befragten Hundertjährigen konnten Aussagen zum kognitiven Status, zur funktionalen Kapazität, der psychischen Gesundheit und dem subjektiven Wohlbefinden getroffen werden. Die Zweite Heidelberger Hundertjährigen-Studie (2011/2013) hatte als zentrales Ziel, kennzeichnende Herausforderungen, Stärken und Potenziale bei 95 Hundertjährigen zu identifizieren. Die Langlebigen sind für die Forschung zum vierten Alter (80+) insofern von erhöhter Bedeutung, als sie innerhalb der Hochaltrigen eine selektierte, aber besonders vulnerable Gruppe darstellen.

Das Wissen um die Wünsche und Einstellungen Hundertjähriger zur Versorgungs- und Lebenssituation ist von hoher Relevanz, wenn bedürfnisorientierte Versorgungskonzepte in der letzten Lebensphase erfolgreich Anwendung finden sollen. Zur Inanspruchnahme von Angeboten für eine spezifische Versorgung am Lebensende sowie Anforderungen oder Wünsche in Bezug auf ein Versorgungsgeschehen in diesem Kontext liegen noch keine Erkenntnisse vor. Die Untersuchung soll einen Beitrag zur Beantwortung der Frage leisten, welche Überlegungen und Präferenzen bei der betrachteten Gruppe als Anhaltspunkte für eine bedürfnisorientierte Versorgung hochbetagter Menschen am Lebensende interpretiert werden könnten.

Die vorliegende Studie nähert sich den verschiedenen Themenbereichen ausschließlich mit einem qualitativen Studiendesign. Der Studienansatz lehnt sich an die theoretischen Überlegungen von Kuckartz (2014) zur inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse an. Zur Datenerhebung wurden 2014/2015 mit insgesamt 12 Probanden semistrukturierte Interviews leitfadengestützt durchgeführt und anschließend wörtlich transkribiert. Diese wurden gemeinsam mit sieben bereits 2013 geführten Interviews ausgewertet. Im Mittelpunkt der Schilderungen standen biographische Ereignisse, die aktuelle Lebens- und Versorgungssituation, die gesundheitliche Situation und deren subjektive Bewertung sowie das Thema Sterben und Tod.

Hundertjährige stellen eine Expertengruppe dar, die über lange Jahre Erfahrungswissen zum Thema Lebensgestaltung mit altersbedingten sozialen und gesundheitlichen Einbußen gesammelt und verdichtet hat. Aspekten von Pflege- und Versorgungsbedarf weisen sie in den Interviews eine hohe Bedeutung für ihre Lebenszufriedenheit zu. Gleichzeitig ist mehrheitlich eine aktuell hohe Zufriedenheit mit der Wohnsituation zu beobachten, unabhängig von der Ausprägung der Institutionalisierung. Allerdings möchten die Hundertjährigen, die in der eigenen Wohnung bzw. Haus leben, so lange wie möglich in ihrem häuslichen Umfeld bleiben. Die Sorge vor Verlust von Selbständigkeit und Selbstbestimmung aktiviert eine Vielzahl von Kompensationsstrategien, wobei diverse Hilfsmittel zum Einsatz kommen. Apartments in Wohnstift bzw. Seniorenresidenz finden eine hohe Akzeptanz. Lediglich zwei der im Senioren-Pflegeheim wohnenden Hundertjährigen sind mit ihrer aktuellen Situation sehr unzufrieden. Es sind in diesem Themenbereich keine wesentlichen Unterschiede zur Hochaltrigenpopulation erkennbar.

In den Beschreibungen des Gesundheitszustandes im Lebensverlauf kristallisieren sich drei verschiedene Typen Hundertjähriger heraus, die sich hinsichtlich des Zeitpunktes des Auftretens von Erkrankungen unterscheiden. Diese entsprechen den in internationalen Studien beschriebenen drei „Morbiditätsprofilen“: „Escaper“, „Survivors“ und „Delayers“. Die Bewertung der Gesundheit durch die Hundertjährigen orientiert sich insbesondere an beeinträchtigenden Symptomen (Schmerzen) und Gesundheitsproblemen, die als belastende Probleme wahrgenommen werden (Inkontinenz) sowie ihre Selbständigkeit bedrohen (Mobilitätsprobleme, visuelle und akustische Einschränkungen). Trotz funktioneller und gesundheitlicher Einbußen bewertet eine Mehrheit der Hundertjährigen ihren gesundheitlichen Zustand subjektiv als „gut bzw. befriedigend“.

Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung orientiert sich an der Häufigkeit des Kontaktes mit dem Hausarzt, an seinen regelmäßigen Hausbesuchen, bei denen er sich Zeit lassen sollte und ausreichend Erklärungen anbietet.

Die Interviews legen nahe, dass Hundertjährige in besonderer Weise mit dem Thema „Leben am Ende“ konfrontiert und sich ihrer engsten Begrenzung des Lebenshorizonts bewusst sind. Ausgedehnte schwere Pflegebedürftigkeit wurde weit überwiegend als zentrale Sorge geäußert, wenn die Teilnehmenden über ihre Zukunftsperspektiven sprachen und ihre Ängste in Bezug auf Sterben und Tod formulierten.

Alle Befragten hatten bereits den größten Teil oder sogar den Gesamtbestand ihrer nahen Angehörigen und Freunde durch Tod verloren – bzw. befanden sich diese, wenn sie noch lebten, in einem Zustand schwerer gesundheitlicher Einschränkung, die oftmals Kommunikation oder gemeinsame Lebensführung ausschlossen. Diese vielfache und langjährige Teilnahme an Fällen von schwerer Erkrankung, Pflegebedarf und schließlich des Versterbens des eigenen näheren sozialen Umfelds und das Miterleben der Abnahme eigener Fähigkeiten zeitigt offenbar eine Haltung, die schnelles unbewusstes Sterben präferiert und eben die Folgen starker Pflegebedürftigkeit als schwerwiegendste Alterslast einschätzt.

Weit überwiegend geben die Teilnehmenden an, sich mit der Perspektive eines relativ baldigen Versterbens konfrontiert zu sehen und dies vor dem Hintergrund eines Lebens auf das sie bis auf eine Ausnahme eher positiv zurückblicken. Unterschiedlich stark aber durchgängig drückt sich in den Interviews aus, dass die Befragten ihr aktuelles Leben auch im Kontext eines möglichen nahen Lebensendes begriffen.

Gleichzeitig nehmen sie dabei mehrheitlich eine lebensbejahende Haltung ein und zeigen eine hohe Wertschätzung des Lebens.

1 Einleitung

In den letzten Jahrzehnten ist das wissenschaftliche Interesse an dem Thema Gesundheit und Krankheit im Kontext der Hochaltrigkeit (80+) und Langlebigkeit (95+) deutlich gestiegen – nicht zuletzt wegen der erwarteten Anpassungsbedarfe im Gesundheits- und Versorgungssystem in Folge der demografischen Veränderungen. Von den Hochaltrigen ist die Gruppe der über Hundertjährigen die am schnellsten wachsende Altersgruppe Deutschlands. Hundertjährige sind für die Forschung insofern von erhöhter Bedeutung, als sie innerhalb der Hochaltrigen eine selektierte, aber besonders vulnerable Gruppe darstellen.

Der Untersuchungsgegenstand „Versorgung am Lebensende Hundertjähriger“ ist von Relevanz durch die Tatsache, dass in der Gruppe der Hochaltrigen chronische Erkrankungen vermehrt auftreten. Typische Alterserkrankungen werden zunehmend zum palliativmedizinischen bzw. -pflegerischen Einsatzfeld. Hundertjährige müssen mit einer Vielzahl körperlicher Einschränkungen oft über viele Jahre umgehen. Fragen nach Gesundheitseinschränkungen und Multimorbidität sowie nach Selbstbestimmtheit und Autonomie stehen vermehrt im Fokus von Überlegungen und Untersuchungen (Kuhlmey et al., 2013).

Häufig sind Langlebige in ihren Lebensbezügen abhängig von der Pflege und Hilfe anderer. Gleichzeitig führt jedoch das sehr hohe Lebensalter dazu, dass Familienangehörige und Freunde aus der gleichen Generation bereits verstorben sind. Diese sich im Alter häufenden Verluste stellen eine zentrale Belastung dar, da aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen und dem erhöhten Unterstützungsbedarf die Verfügbarkeit von helfenden Sozialpartnern besonders relevant ist (Jopp et al. 2013).

Insbesondere Hundertjährige führen ein Leben mit einer sehr endlichen Perspektive. Der Wissenstand aus der Betroffenenperspektive im Hinblick auf Einstellungen, Wünsche und Ängste langlebiger Menschen und im Besonderen von Hundertjährigen ist in diesem Themenfeld jedoch gering. Dabei sind diese Kenntnisse von hoher Relevanz, um Versorgungskonzepte für die letzte Lebensphase einer stetig wachsenden Langlebigenpopulation bedürfnisgerecht zu gestalten.

Der Bericht gliedert sich in fünf Hauptkapitel. Dieses erste **Einleitungskapitel** wird durch Informationen zur Ausgangslage (1.1) sowie zur konkreten Ziel- und Fragestellung, die dem Bericht zugrunde liegen (1.2), komplettiert. **Kapitel 2** beschreibt das Studiendesign und methodische Vorgehen unter Einbeziehung einer Methodenkritik. Den Ergebnissen der Studie widmet sich **Kapitel 3** mit sechs inhaltlichen Schwerpunkten. Ausgehend von der Beschreibung der Untersuchungspopulation (3.1) und der biographischen und generativen Lebenserfahrung im Zeitkontext (3.2) folgt die Darstellung der Versorgungssituation der Studienteilnehmer (3.3) in Hinblick auf ihre Wohn- und Lebenssituation einschließlich der Ausführungen zur Inanspruchnahme von Pflegestufen. Darüber hinaus wird das Thema Gesundheitliche Normalität Hundertjähriger (3.4) unter Berücksichtigung der subjektiven Einschätzung ihres Gesundheitszustandes und der Zufriedenheit mit der ärztlichen und pflegerischen Versorgung aufgegriffen. Einen wesentlichen Schwerpunkt in diesem Ergebnisteil bilden die Ausführungen zu Einstellungen und Bedürfnissen der Befragten im Kontext „Lebensende, Sterben und Tod“ einschließlich der Auseinandersetzung mit dieser Thematik und die Kommunikation darüber (3.5). Das Ende des Ergebnisteils bilden die Aussagen Hundertjähriger hinsichtlich ihrer Lebenseinstellung (3.6). Eine Diskussion der dargestellten Ergebnisse erfolgt in **Kapitel 4**, unter

Einbezug aktueller Literatur. Den Abschluss des Berichtes bilden in **Kapitel 5** die aus der Studie abgeleiteten Schlussfolgerungen für die Versorgungsstruktur und für weitere Forschung.

1.1 Ausgangslage

Die Zahl der Hundertjährigen steigt vor dem Hintergrund des demografischen Wandels in den kommenden Jahren besonders stark an. Laut der Sterbetafel des Statistischen Bundesamtes lebten im Jahre 2011 geschätzte 13.500 Menschen, die 100 Jahre oder älter sind, in Deutschland, so dass sich ihre Zahl innerhalb der letzten zehn Jahre mehr als verdoppelt hat. Für die heute sechzigjährigen Frauen und Männer in Deutschland wird eine Anzahl von etwa 60.000 Hundertjährigen prognostiziert – bei den Dreißigjährigen bereits 120.000 (Bomsdorf, 2011). Unter den über Hundertjährigen befinden sich etwa 90 % Frauen. Die Zahl der über Hundertjährigen variiert zwischen ländlichen und städtischen Regionen. Während beispielsweise in Berlin 31 über Hundertjährige pro 100.000 Einwohner leben, sind dies in Mecklenburg-Vorpommern nur 14 (Statistisches Bundesamt 2013).

Auf nationaler und internationaler Ebene befassen sich nur wenige Forscher mit dieser Altersgruppe. International sind u.a. folgende Studien hervorzuheben: Longitudinal Study of Danish Centenarians, LSDC (Engberg et al., 2008), Georgia Centenarian Study (Cho et al., 2011) und New England Centenarian Study (Sebastiani et al., 2012).

Die Longitudinal Study of Danish Centenarians vergleicht zwei Kohorten Hundertjähriger der Geburtsjahrgänge 1895 und 1905. Der Vergleich richtet sich u.a. auf die basalen Aktivitäten des täglichen Lebens sowie die kognitive Leistungsfähigkeit. Die 1905 Geborenen zeigen bessere Werte hinsichtlich der basalen Aktivitäten, während bei der kognitiven Leistungsfähigkeit keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Kohorten festgestellt werden (Engberg et al., 2008).

Die Georgia Centenarian Study legte ihren Fokus sowohl auf subjektive als auch auf objektive Parameter und untersuchte unter anderem die Beziehung zwischen der physischen Gesundheit von Hundertjährigen und deren psychischen Wohlbefinden. Des Weiteren wurde untersucht inwiefern Hundertjährige ein Beispiel für erfolgreiches Altern sein können. Hier konnte gezeigt werden, dass Modelle erfolgreichen Alterns vor allem mehrdimensional und mit Fokus auf die psychosozialen Aspekte gerichtet sein sollten (Cho et al., 2011).

In der New England Centenarian Study interpretieren Sebastiani und Perls Ergebnisse zur Gesundheitsgeschichte von Hundertjährigen als „living proof of the compression of morbidity hypothesis“. Demnach seien bei der überwiegenden Anzahl der Hundertjährigen Erkrankungen, die mit hohem Sterblichkeitsrisiko assoziiert sind, an das Ende ihres Lebens verschoben. (Sebastiani et al., 2012).

Der Vergleich zu Hundertjährigen in internationalen Studien, insbesondere aus dem amerikanischen Raum, bietet sich nur eingeschränkt an, da die jetzt lebenden Hundertjährigen in Deutschland eine historisch einmalige Prägung erfahren haben. Sie alle waren, wenn auch in persönlich unterschiedlicher Form von den Erlebnissen und Entbehrungen des ersten und zweiten Weltkrieges unmittelbar betroffen. Eine Verbindung zwischen persönlichen Biographien der Hundertjährigen und ihrer Bewertung von gesundheitlichen Einschränkungen sowie ihren Einstellungen zum Lebensende und Tod herzustellen ist wissenschaftlich ein neuer Aspekt.

Die bis dato einzige deutsche Kohorten-Studie Hundertjähriger wurde im Heidelberger Raum durchgeführt. Die erste populations-basierte Heidelberger Hundertjährigen-Studie (HD100-I)

fand in den Jahren 2000 und 2001 statt. Anhand von 91 persönlich aufgesuchten und befragten Hundertjährigen konnten Aussagen zum kognitiven Status, zur funktionalen Kapazität, der psychischen Gesundheit und dem subjektiven Wohlbefinden getroffen werden (Rott et al., 2001). Die Zweite Heidelberger Hundertjährigen-Studie (HD100-II, 2011 bis 2013) hatte als zentrales Ziel, kennzeichnende Herausforderungen, Stärken und Potenziale zu identifizieren. Die repräsentative Kernstichprobe umfasste 95 Personen (Jopp et al., 2013). In beiden Studien wurden im Rahmen des jeweils eingesetzten mixed method designs die Antworten der Studienteilnehmer durch Proxy-Angaben ergänzt (Jopp et al., 2013).

Die Heidelberger Hundertjährigenstudien geben Hinweise zum Gesundheitszustand und zur Versorgungssituation. So zeigt sich, dass die Gesundheit der meisten Hundertjährigen eingeschränkt ist, wobei mit 88 % Seh- oder Höreinbußen besonders ausgeprägt sind (Jopp et al. 2013). Durchschnittlich hatten die Hundertjährigen 4,1 Erkrankungen, die zu deutlichen Einschränkungen im Alltag führen (Jopp et al. 2013). Trotz dieser Erkenntnisse fehlen bisher aus der Gruppe der Hundertjährigen qualitative Daten zur Bewertung des eigenen Gesundheitszustands und zum persönlichen Umgang mit dem Verlust an Selbständigkeit.

Wie die Ausführungen zeigen, ist es eher unrealistisch, im Alter von 100 Jahren an keiner Erkrankung zu leiden, weshalb die Versorgungssituation der Hundertjährigen für deren Gesundheit von zentraler Bedeutung ist (Jopp et al. 2013). Hier zeigte sich, dass 59 % der Hundertjährigen in Privathaushalten lebten und 41 % in Einrichtungen der Altenpflege (Jopp et al. 2013). 74 % der Hundertjährigen, die Kinder hatten, benannten auch ein Kind als Hauptbezugsperson, wobei die Hundertjährigen ohne Kinder vor allem Verwandte oder Freunde als Bezugspersonen angaben (Jopp et al. 2013). Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten etwa 80 % der Hundertjährigen und 18 % befanden sich in Pflegestufe III (Jopp et al. 2013). Die Ergebnisse zeigen, dass die körperliche Verletzlichkeit und Unselbständigkeit Hundertjähriger hoch ist und damit auch ein erhöhter Unterstützungsbedarf einhergeht (Jopp et al. 2013). In Hinblick auf den Pflege- und Unterstützungsbedarf der Gruppe der Hundertjährigen fehlen jedoch qualitative Daten zur Bewertung der eigenen Versorgungssituation.

In einem qualitativen Teil der zweiten Heidelberger Hundertjährigen-Studie (HD100-II, 2013) wurde „Tod und Sterben“ als bedeutsames Thema bei den Probanden identifiziert. Zum einen wurde dabei u.a. deutlich, dass die Beantwortung von Fragen zu dem Gegenstand „Tod und Sterben“ offenkundig kein Tabu berührte. Zum anderen zeigte sich, dass sich die antwortenden Personen offenbar mit Fragen von Endlichkeit und Sterben, wenn auch in Intensität und Zeitverlauf verschieden, auseinandersetzen und auch bereit sind hierzu in Kommunikation zu treten. Zudem konnte gezeigt werden, dass die Hundertjährigen den Tod als einen Teil ihres Lebens akzeptieren und in ihr Leben integriert haben. Lediglich in Bezug auf den Sterbeprozess äußerten die Hundertjährigen Ängste, wie beispielsweise die Angst davor mit Schmerzen sterben zu müssen. Die Frage nach der Todessehnsucht zeigte, dass drei Viertel der Hundertjährigen keine Todessehnsucht verspüren. Faktoren, die im Zusammenhang mit einer Todessehnsucht genannt wurden, waren Einsamkeit, Schmerzen oder eine negative Zukunftsperspektive.

Vor dem Hintergrund der wahrgenommenen Todesnähe oder eines möglichen Todeswunsches stellt sich die Frage, welche Anforderungen und Wünsche in Bezug auf das Versorgungsgeschehen am Lebensende formuliert werden. Über den Kenntnisstand zu Versorgungsformen in der letzten Lebensphase, wie z.B. im Hospiz oder über Palliativversorgung liegen für die Gruppe der über Hundertjährigen bisher ebenfalls keine

Erkenntnisse vor. In diesem Kontext ist das Inanspruchnahmeverhalten gegenüber ehrenamtlichen oder professionellen kommunikativen Angeboten im Leben der Hundertjährigen von Interesse.

1.2 Ziel- und Fragestellung

Ziel der Studie ist daher, mit Hilfe eines qualitativen Zugangs nicht nur die Gesundheits- und Lebenssituation Langlebiger und insbesondere Hundertjähriger vor dem Hintergrund biographischer Erfahrungen zu beschreiben, sondern auch deren Einstellungen und Wünsche zur Versorgung am Lebensende zu analysieren und ihren Umgang mit den Themen Lebensende, Sterben und Tod zu reflektieren.

Die Untersuchung soll einen Beitrag zur Beantwortung der Hauptfrage leisten, welche Überlegungen und Präferenzen bei der betrachteten Gruppe als Anhaltspunkte für eine bedürfnisorientierte Versorgung hochbetagter Menschen am Lebensende interpretiert werden können. Dabei sollen im Detail folgende Fragen beantwortet werden:

1. Welche historischen Phasen prägten das Leben der heute hundertjährigen Berliner und Berlinerinnen und an welche gesellschaftlichen Ereignisse erinnern sie sich?
2. Wie gestaltet sich die Wohn- und Versorgungssituation Hundertjähriger am Lebensende und unterscheidet sich diese von der Hochaltrigenpopulation insgesamt?
3. Wie beschreiben Hundertjährige ihren Gesundheitszustand und Gesundheitskrisen im Lebensverlauf?
4. Wie bewerten Hundertjährige subjektiv ihren Gesundheits-/Krankheitszustand und ihre aktuelle Lebenssituation?
5. Welche Einstellungen haben Hundertjährige zur Versorgung am Lebensende im Hinblick auf Sterbebegleitung und Palliativversorgung?
6. Worauf richten sich Ängste, Hoffnungen und Wünsche der Hundertjährigen in Bezug auf ihr Sterben und ihren Tod?
7. Wie beurteilen Hundertjährige ihr Leben in Hinblick auf die Vergangenheit und Zukunft?

2 Vorgehensweise und Methoden

2.1 Studiendesign

In Abgrenzung zur Heidelberger Hundertjährigen Studie nähert sich die vorliegende Studie den verschiedenen Themenbereichen (Biographie, Gesundheit, Versorgung sowie Sterben und Tod) ausschließlich mit einem qualitativen Studiendesign, welches für die Erweiterung der Kenntnisse zur Lebenswelt der Hundertjährigen und für eine Annäherung an die Betroffenenperspektive besser geeignet ist als quantitative Verfahren. Die Stichprobe hat damit nicht den Anspruch repräsentativ für die Population der Hundertjährigen zu sein.

Im Fokus steht das durch unterschiedliche politische Systeme (Ost/West) geprägte Leben von Berlinern und Berlinerinnen, die das hundertste Lebensjahr erreicht haben. Es werden bedingt ost- und westdeutsche Teilbiographien in der Rekonstruktion der Lebensereignisse einbezogen, durch die gezielte Rekrutierung in Stadtbezirken des ehemaligen Ostberlins (DDR) und des ehemaligen Westberlins (Bundesrepublik).

Die Untersuchung umfasst Aspekte, die mit hoher Emotionalität behaftet sein können, wie bspw. biographische Schilderungen zu Krieg und Vertreibung, aber auch Befragungsteile zum Lebensende, die für die Interviewten belastend sein können. Dies wurde in der Studienkonzeption kritisch reflektiert.

Das Votum der Ethikkommission der Charité - Universitätsmedizin liegt vor (Auftragsnummer. EA4/07/14). Berücksichtigt wurden darüber hinaus die konkreten Auflagen des Datenschutzes hinsichtlich der Pseudonymisierung des Datenmaterials und der Aufklärungspflicht über Studieninformationen und Teilnahmeerklärungen.

Der Studienansatz folgt den Überlegungen zur qualitativen Inhaltsanalyse und lehnt sich an die theoretischen Überlegungen von Kuckartz zur inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse an (Kuckartz, 2014).

2.2 Zeitlicher und organisatorischer Ablauf

Die Studie wurde im Zeitraum vom 01.07.2014 bis zum 30.09.2015 durchgeführt. Bereits in der ersten Jahreshälfte 2014 erfolgten vorbereitende Maßnahmen. Der Prozess der Rekrutierung und der Durchführung der Interviews in der hochbetagten Population hat einen längeren Zeitraum in Anspruch genommen als zunächst geplant und endete im Februar 2015. Der gesamte Auswertungszeitraum einschließlich Transkription, Kodierung und Analyse umfasste eine Zeitspanne von sechs Monaten. Der hier vorliegende Abschlussbericht wurde vom September bis November 2015 erstellt. Der genaue zeitliche Ablauf ist der Tabelle 1 zu entnehmen.

Tab. 1: Ablaufplan

| | Durchführungszeitraum 01.07.2014 bis 30.06.2015 | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------|---------|----------|---------|---------|---------|----------|---------|---------|----------|--------|---------|---------|---------|----------|
| MASSNAHME | Jan. Juni 14 | Juli 14 | Aug. 14 | Sept. 14 | Okt. 14 | Nov. 14 | Dez. 14 | Jan. 15. | Feb. 15 | März 15 | April 15 | Mai 15 | Juni 15 | Juli 15 | Aug. 15 | Sept. 15 |
| Pretest | ■ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Überarbeitung/Anpassung Interviewleitfaden | | ■ | | | | | | | | | | | | | | |
| Datenschutzerklärung Ethikantrag/-votum | | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | |
| Auswahl und Rekrutierung von Interviewpartnern | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | |
| Durchführung der Interviews | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | |
| Transkription Interviews T | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | |
| Kodierung | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | |
| Analyse | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | |
| Erstellung Abschlussbericht | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ |
| Publikationen | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ |

2.3 Rekrutierung, Feldzugang

Der Rekrutierung der Stichprobe gingen umfangreiche Recherchen sowie Kontakte zu Politik, Sozial- und Alteneinrichtungen sowie in Verbänden (z.B. „Club der Hundertjährigen“) voraus. Die Rekrutierung der Probanden erfolgte durch Mitarbeiterinnen von Synopsisfilm, die erstmals 2011 im Rahmen der offiziellen Feierlichkeiten „100 Jahre Rathaus Schöneberg“ Hundertjährige für Interviews suchten. Die Bezirksstadträtin für Gesundheit, Soziales und Stadtentwicklung förderte maßgeblich dieses und weitere Projekte und unterstützte, u.a. indem sie Kontakte zu Hundertjährigen, Seniorenverbänden, Wohn- und Pflegeheimen herstellte. Außerdem erschien eine Pressemitteilung des Bezirksamts Tempelhof-Schöneberg und ein Artikel in einer Berliner Regionalzeitung, mit dem Ziel, hundertjährige Interviewpartner/innen zu finden.

Sieben bereits 2013 geführte Interviews wurden dem Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité – Universitätsmedizin, zum Zweck weiterer wissenschaftlicher Auswertung pseudonymisiert zur Verfügung gestellt.

Mit einem inhaltlich und methodisch erweiterten Anspruch sollten 2014 Folgeinterviews, mit den erstmals 2013 befragten langlebigen Senioren durchgeführt werden und die ursprünglich biographischen Schwerpunkte und Gesundheitsaspekte der Interviews dabei vertieft und erweitert werden. 2014 bzw. 2015 wurden 12 weitere Probanden rekrutiert, die zum ersten Mal an einem Interview teilnahmen.

Beim Prozess der Wieder- und Neurekrutierung kam es in der Regel zu einer ersten Kontaktaufnahme per Telefon und per Brief, es folgten persönliche Besuche, in denen das Vorhaben erklärt wurde. Hierzu wurden den Probanden sowohl ein Informationsschreiben zu den Zielen, dem Ablauf, den beteiligten Institutionen, dem Nutzen, ebenso aber auch den Vorsichtsmaßnahmen, den potentiellen Risiken, wie auch den Rechten (Freiwilligkeit, ohne Begründung abzubrechen bspw.), ausgehändigt. Die Studienteilnehmer wurden gebeten, sich diese Studieninformation in Ruhe durchzulesen, bei Bedarf Fragen zu stellen und die Einwilligungserklärung zu unterschreiben. In einem Fall musste diese Information vorgelesen werden, da der Proband aufgrund einer Augenerkrankung diese nicht mehr lesen konnte.

Die meisten der Langlebigen wurden gezielt in den Bezirken Tempelhof-Schöneberg, Treptow-Köpenick, Spandau, Charlottenburg-Wilmersdorf und Steglitz-Zehlendorf rekrutiert. Der pragmatischen Bildung dieser Gelegenheitsstichprobe aus der Langlebigenpopulation lagen neben der Auskunftsfähigkeit und Auskunftsbereitschaft keine weiteren Einschlusskriterien zu Grunde. Alle interviewten Frauen und Männer haben den 100. Geburtstag erreicht. In Anbetracht der Schwierigkeit, auskunftsfähige langlebige Menschen für umfassende und sehr private Auskünfte in ihrem Lebensumfeld zu gewinnen, erscheint dieses Vorgehen vertretbar.

In der Rekrutierungsphase bis zur Nach- oder Neubefragung wurden folgende Ausfallgründe bei Nonrespondern dokumentiert:

- Angehörige lehnen ein Interview trotz Bereitschaft der Langlebigen ab
- Angehörige lehnen Nachbefragung ab
- Sorge der Probanden hinsichtlich psychischer Belastung durch das Interview
- Ängste der Probanden vor Überforderung durch komplexe Befragung
- Gesundheitliche Gründe (Schwäche)
- Versterben zwischen Rekrutierung und Interview

2.4 Leitfadengestützte Interviews

Zur Datenerhebung wurden semistrukturierte Interviews geführt, die leitfadengestützt durchgeführt und deren wörtliche Transkription anschließend ausgewertet wurden.

Im ersten Schritt wurden ein Erfassungsbogen für die Interviewsituation sowie ein Interviewleitfaden theoriebasiert entwickelt. Der Interviewleitfaden wurde getestet und, basierend auf den Erfahrungen der Testinterviews, modifiziert. Dieser Leitfaden sollte zu Schilderungen von biographischen Ereignissen (Lebensweg, soziale Prägungen, kritische Lebensereignisse), aktuellen Lebensumständen (Gesundheit, Pflege, Umgang mit Einschränkungen), von gesundheitlichen Einstellungen und Wertvorstellungen und deren Vermittlung an die nächste Generation, und zum Thema Sterben und Tod anregen.

Diese vier Befragungsblöcke sollten in der Regel auf zwei Interviewtermine von jeweils ca. 120 Minuten Gesprächszeit aufgeteilt werden, um die Interviewpartner nicht zu überanstrengen und deren Belastung möglichst gering zu halten.

Tabelle 2: Interviewinformationen

| Name | 1. Interview | Dauer | 2. Interview | Dauer | Leitfadeninterview |
|--------------------|--------------|-----------|-------------------------------|-------------------------|--|
| Babett G | 21.03.2013 | 2:23 Std. | 30.01.2014 | 0:58 Std. | Erstbefragung 2013 Nachbefragung 2014 |
| Johann B | 26.03.2013 | 2:19 Std. | 21.05.2014 | 1:08 Std. | Erstbefragung 2013 Nachbefragung 2014 |
| Katharina F | 04.04.2013 | 1:02 Std. | - | - | Erstbefragung 2013 |
| Sophie C | 03.06.2013 | 1:10 Std. | 18.08.2014 | 1:08 Std. | Erstbefragung 2013 Nachbefragung 2014 |
| Anna A | 05.06.2013 | 1:34 Std. | 22.08.2014 | 1:32 Std. | Erstbefragung 2013 Nachbefragung 2014 |
| Hermine D | 28.06.2013 | 2:22 Std. | 15.08.2014 19.08.2014 (3.) | 2:09 Std.+ 1:26 Std. | Erstbefragung 2013 Nachbefragung 2014 |
| Luise E | 30.08.2013, | 1:22 Std. | 11.06.14 | 2:42 Std | Erstbefragung 2013 Nachbefragung 2014 |
| Elisabeth I | 27.06.2014 | 1:57 Std. | 07.07.2014 | 2:50 Std. | Neubefragung 2014 |
| Ludwig H | 29.08.2014 | 1:56 Std. | 05.09.2014 | 1:30 Std. | Neubefragung 2014 |
| Martha J | 16.09.2014 | 2:32 Std. | - | - | Neubefragung 2014 |
| Elsa N | 18.09.2014 | 1:36 Std. | 05.12.2014 | 1:26 Std | Neubefragung 2014 |
| Paul P | 20.11.2014 | 1:03 Std. | 04.12.2014 16.12.2014 (3.) | 2:05 Std.+ 2:17 Std. | Neubefragung 2014 |
| Kunigunde L | 15.12.2014 | 2:11 Std. | - | - | Neubefragung 2014 |
| Frederike M | 18.12.2014 | 1:03 Std. | - | - | Neubefragung 2014 |
| Bettina K | 09.01.2015 | 1:39 Std. | - | - | Neubefragung 2015 |
| Franz S | 13.01.2015 | 2:04 Std. | - | - | Neubefragung 2015 |
| Adelheid O | 04.02.2015 | 1:20 Std. | - | - | Neubefragung 2015 |
| Mathilda R | 18.02.2015 | 2:13 Std. | - | - | Neubefragung 2015 |
| Caroline Q | 25.02.2015 | 2:10 Std. | - | - | Neubefragung 2015 |

Für die Gesprächsführung wurden vier erfahrene Interviewer geschult und eingesetzt, die bereits auf einschlägige Erfahrung in der Führung von Interviews mit hochaltrigen Personen zurückgreifen konnten.

Die Befragungen wurden aus Sicherheitsgründen in Interviewer-Tandems im Wohnumfeld des Interviewpartners durchgeführt. Je nach Kommunikationsbedürfnis und Zeitpotential der Interviewten betrug die durchschnittliche Interview-Dauer zwischen eineinhalb bis zweieinhalb Stunden. Um dem Auftreten von Erschöpfungszuständen während der Befragungen vorzubeugen und den Interviewteilnehmern Erholungsphasen zu ermöglichen, wurden gezielt Pausen eingelegt (Kaffee trinken, die Wohnung, Fotos ansehen etc.). Wenn möglich erfolgten die Interviews, wie geplant, an zwei, maximal jedoch drei, Terminen. Die Entscheidung darüber, ob nach dem ersten Interview ein weiterer Interviewtermin vereinbart wurde, lag bei den Interviewerinnen nach Abwägung von Belastbarkeit und Bereitschaft der Befragten, teilweise unter Einbezug einer Einschätzung der Angehörigen.

Aufgrund der hohen Vulnerabilität der Zielgruppe und dem, teilweise bei den Angehörigen der Hundertjährigen besonders bestehenden, Schutzbedürfnis war es den Interviewten freigestellt, eine Vertrauensperson für die Gespräche an ihre Seite zu bitten. Von dieser Möglichkeit wurde etwa von der Hälfte der Teilnehmer Gebrauch gemacht. Proxyangaben wurden nicht systematisch erhoben.

Die wörtliche Transkription der Interviews wurde durch spezialisierte Dienstleister vorgenommen, die qualitativ hochwertige Transkripte mit dialogischer Rede, Interpunktion und Ausdrucksmerkmalen sowie Zeitangaben erstellten.

Für die Auswertung wurden die transkribierten Interviews entsprechend der datenschutzrechtlichen Bestimmungen von den Interviewerinnen (Synopsisfilm) pseudonymisiert, so dass die Charité Mitarbeiterinnen ausschließlich mit den pseudonymisierten Daten arbeiteten, wodurch ein direkter Personenbezug nicht möglich ist¹.

2.5 Feldnotizen

Den Feldnotizen, die im Anschluss an jede Befragung durch die Interviewerinnen dokumentiert wurden, sind Zusatzinformationen zur **Interviewsituation und zum Interviewverlauf** zu entnehmen.

Die Interviewerinnen selbst werteten die Gespräche für sich persönlich als Gewinn. Die Befragten bezogen geistig rege und lebhaft zu den Fragen Stellung und reflektierten bis ins Detail und sehr authentisch Zeitgeschichte der letzten 100 Jahre. Sie erwiesen sich als zugewandte, interessierte, humorvolle und schlagfertige Persönlichkeiten. Die Befragten erklärten, dass ihnen die Interviews Freude bereitet hätten. Sie antworteten auf alle Fragen offen und artikulierten mehrfach Interesse an den Forschungsinhalten und -ergebnissen.

Das Anliegen der Interviewerinnen war eine entspannte Gesprächsatmosphäre herzustellen. Nur in seltenen Fällen, zumeist wenn es um negative Erfahrungen mit ehemaligen Beziehungspartnern, manchmal auch um Fragen der Körperlichkeit ging, übersprangen die Befragten solche für sie schmerzlichen oder zu intimen Erinnerungen.

¹ Für die Darstellung im Forschungsbericht wurden die pseudonymisierten Namen der Befragten nochmals verändert.

Teilweise nahmen Vertrauenspersonen (Ehepartner, Söhne, Töchter, Freunde, Mitbewohner, Betreuer) durchgehend oder phasenweise an den Interviews teil. Ihre Rolle reichte von „still zuhörend“, „sich zurückhaltend“, „ergänzend“, „sich aktiv einbringend“, „aufmunternd“, mitunter auch „korrigierend“ (Jahreszahlen oder Ereignisse). Sie trugen dazu bei, dass sich die Interviewten von Beginn an sicherer fühlten.

Wie in der Studienkonzeption geplant, erwies sich die eineinhalb bis zweieinhalb Stunden Interviewdauer für diese Altersgruppe als angemessen. Bei Überschreiten dieser Zeit, nahm die Konzentration ab und die Müdigkeit zu, ohne dass die Probanden selbst auf Abbruch gedrungen hätten. Sie wollten, trotz entsprechender Nachfragen der Interviewerinnen, alle Fragen beantworten und die Interviews zu Ende bringen. Teilweise kamen durch die strukturierten Tagesabläufe der Befragten natürliche Interviewunterbrechungen (Essenszeit) zustande.

Darüber hinaus sind in den Feldnotizen Hinweise auf den **physischen und kognitiven Gesamteindruck** der Probanden hinterlegt.

Die Probanden überzeugten die Interviewerinnen überwiegend mit ihrem sehr genauen Langzeitgedächtnis, über das sie sehr schnell Namen, Ortsnamen, Straßen, Jahreszahlen und Situationen abrufen konnten. Sie beeindruckten durch eine große geistige Beweglichkeit und sehr plastische und gute Ausdrucksfähigkeit. Ohne Probleme werden Gedichte rezitiert.

Seltener werden Erinnerungslücken, unklare zeitliche Zuordnungen oder Probleme mit dem Namensgedächtnis beobachtet. Diese Einschränkungen betreffen in der Regel lediglich das Kurzzeitgedächtnis der Befragten.

Darüber hinaus kam es einige Male aufgrund der Schwerhörigkeit der Teilnehmer zu Verständigungsproblemen.

Insofern die Studienteilnehmer mehrfach und in größeren Zeitintervallen interviewt wurden, ließen sich einige Veränderungen feststellen. So verliefen die zweiten bzw. dritten Interviews offener und vertrauter als die ersten. Weiterhin war ein physiologischer Abbau im Hinblick auf die Mobilität, Sensorik und hinsichtlich des äußeren Erscheinungsbildes erkennbar. Eine Zunahme des Hilfe- und Pflegebedarfs war häufiger zu beobachten und offenbarte sich durch eine höhere Pflegestufe oder die Notwendigkeit eines Umzugs in ein Pflegeheim zwischen den Interviews.

2.6 Datenanalyse

In der Datenanalyse des sehr umfangreichen Datenmaterials wurden die Schwerpunkte auf die Auswertung der Interviewdaten zu den Themen Versorgung und Lebenssituation, Gesundheit und Krankheit sowie Lebensende, Sterben und Tod gelegt.

Hierzu wurden nach einem ersten Materialdurchgang zunächst Case-Summaries für eine Orientierung in den Daten erstellt, die zugleich als zentrale Meta-Memos für die einzelnen Fälle dienten.

Anschließend wurde über drei Differenzierungsphasen ein Kategoriensystem entwickelt. In der ersten Entwicklungsphase wurden anhand eines weiteren Materialdurchgangs zunächst zentrale Aspekte von Interviewleitfaden und Case-Summaries deduktiv auf ein erstes, von zwei Kodierern (Erstkodierer und Zweitkodierer) gemeinsam erarbeitetes, Kategoriensystem

angewendet. Nach dieser Phase wurden unterschiedliche Kodierungen im Projektteam diskutiert und dabei Ansätze zu einer weiteren Differenzierung des Kategoriensystems erarbeitet. Im zweiten Kodierdurchgang wurde das gesamte Material von dem Erstkodierer erneut durchgesehen und das Categoriesystem interviewbasiert weiterentwickelt. Im dritten Kodierungsschritt wurde das so entstandene Categoriesystem materialbasiert von dem Zweitkodierer erneut einer Revision unterzogen und strittige Stellen erneut im Team diskutiert. Alle Textdurchgänge wurden zudem durch das Verfassen von Memos zum Material durch beide Kodierer begleitet.

Die Anwendung dieses iterativen Verfahrens mit zwei Kodierenden in drei Schritten der Kategoriebildung und -revision hat sich im Rahmen des Projekts mit 19 Probanden à ca. 240 Minuten Interviewmaterial bewährt.

Zur Unterstützung des Auswertungsverfahrens wurde auf die Software MAXQDA zurückgegriffen.

Ergänzend wurde eine Analyse der biographischen Angaben durchgeführt und in den jeweiligen zeithistorischen Kontext gestellt.

2.7 Methodenkritik

Es sind Begrenzungen in Bezug auf die Untersuchung der Population im Sample erkennbar. Die Stichprobe weist eine positive Selektion insbesondere in Bezug auf gesundheitliche Merkmale auf. So wurden keine Personen mit Pflegestufe III, eingeschränkter Auskunftsfähigkeit und insgesamt fortgeschrittenen kognitiven Einschränkungen einbezogen.

Einige der Langlebigen standen zum Zeitpunkt der Befragung noch vor dem 100. Geburtstag, was der pragmatischen Rekrutierung der Interviewerinnen von Synopsisfilm geschuldet war. In die Studie einbezogen wurden nur die Langlebigen, die zum Zeitpunkt der Datenanalyse 100 Jahre alt waren².

In zukünftigen Befragungen muss noch stärker auf die Einhaltung der geplanten Interviewzeiten geachtet werden, auch wenn die hochbetagten Menschen von sich aus nicht auf eine Beendigung der Interviews drängen.

Unklar bleibt, ob die anwesenden Vertrauenspersonen ausschließlich einen positiven Einfluss auf die Interviews ausübten. Einerseits gaben diese den Probanden Sicherheit, die gute Beziehungsqualität zu den Angehörigen war erkennbar und die ebenfalls Hochbetagten Ehepartner konnten z.B. die Aussagen der Interviewten ergänzen und vertiefen. Andererseits hatten die Interviewerinnen zumindest einmal den Eindruck, dass die anwesende Angehörige die Befragte hemmte, über das Thema „Tod und Sterben“ frei zu sprechen.

² In der folgenden Ergebnisdarstellung werden die befragten Langlebigen durchgängig als Hundertjährige bezeichnet.

3. Ergebnisse

3.1 Die Untersuchungspopulation

Die in die Studie einbezogenen Langlebigen waren zum Zeitpunkt der Befragung 98 bis 105 Jahre alt. Einen Großteil ihres Lebens verbrachten sie in Berlin, mit Ausnahme von drei Frauen, die erst in den zurückliegenden Jahren nach Berlin in die Nähe ihrer Angehörigen zogen. Die 15 Frauen und vier Männer weisen einen unterschiedlichen Bildungshintergrund auf und z.T. vielfach wechselnde berufliche Tätigkeiten.

Die befragten Frauen sind, bis auf eine der Befragten, deren Mann alleine im Pflegeheim lebt, alle verwitwet oder sind ledig geblieben, während von den vier befragten Männern (z.T. in zweiter Ehe) noch drei der Ehefrauen leben. Mehr als ein Drittel der Befragten haben keine Kinder. Nur in einem Fall ist das einzige Kind bereits verstorben, die übrigen befragten Frauen und Männer blieben zeitlebens kinderlos.

Es konnten nur bedingt ostdeutsche Teilbiographien in der Rekonstruktion der Lebensereignisse einbezogen werden, vier der Probanden stammen aus der ehemaligen DDR und 15 aus den alten Bundesländern.

Tabelle 3: Demographische Angaben zur Untersuchungspopulation

| Name | Geboren | West/Ost Biographie | Schule/Beruf | Verheiratet/Kinder |
|--------------------|-----------------------------|---------------------|---|---|
| Anna A | 1914 im damaligen Russland | West | Lyzeum/Gymnasium, Luftwaffenhelferin, 1,5 Jahre Arbeit auf Bauernhof, Lehrerin | Ledig, keine Kinder |
| Johann B | 1913 in Westfalen | West | gelernter Maschinenbauer, Soldat: Flieger, Unternehmer: Schultafelfertigung | Verheiratet, zwei Kinder (Tochter und Sohn) |
| Sophie C | 1912 in der Provinz Sachsen | West | Mittlere Reife in Leipzig, Kindergärtnerin-Ausbildung, 1929-31 Kindergärtnerin, Arbeitsdienst Erzieherin in sozialen Einrichtungen | Ledig, keine Kinder |
| Hermine D | 1912 in Berlin | West | Hauswirtschaftlerin | Verwitwet, drei Kinder (1 sehr früh gestorben) |
| Luise E | 1908 in der Provinz Posen | West | Volksschule, Kindermädchen, Abendschule Steno und Buchhaltung, Hauswirtschafterin (Leiterin) und Lagerverwalterin in einem Krankenhaus | Ledig, keine Kinder |
| Katharina F | 1914 in Berlin | West | Bürokräft | Verheiratet in 2. Ehe 1. Ehe (30iger Jahre), nach 10 J. geschieden drei Söhne alleinerziehend |
| Babett G | 1911 in Berlin | West | Volksschule, Ausbildung als Bürohilfsarbeiterin, Fortbildung Steno/Schreibm., Englisch Hauswirtschaftsschule Hauswirtschafterin in einem Kinderheim Hausfrau, Pflege behinderter Mann | Verwitwet (Ende 70er-Jahre, keine Kinder |

| | | | | |
|--------------------|---|------|---|---|
| Ludwig H | 1915 in der Provinz Sachsen | West | Hauptschule, Lehre zum Versicherungskaufmann, Soldat, Gefangenschaft.. RAW, Sportschule Ausbildung zum Sportlehrer Abteilungsleiter Sportschule, Sportlehrer | Verheiratet (Anfang 40er-Jahre), eine Tochter |
| Elisabeth I | 2015 in Berlin | West | Volksschule „Höhere Töchter-Schule“, Abitur, Arbeitsdienst beim Bauern Lehrerin | Verwitwet (2. Weltkrieg), zwei Söhne |
| Martha J | 1912 in Oberschlesien | West | Lyzeum, Abitur, Rechtspflegerin | Verwitwet (2. Weltkrieg), ein Sohn |
| Bettina K | 1912 in Berlin | West | Volksschule, Lehre als Hutmacherin Verkäuferin, Geschäftsstellenleiterin, nach dem Krieg mit ihrem Mann Aufbau einer Massagepraxis. | Verwitwet, zwei Kinder (Tochter und Sohn) |
| Kunigunde L | 1912 in der Provinz Ostpreußen | Ost | Mittlere Reife, Höhere Handelsschule, Fremdsprachenstenotypistin (Deutsch/Englisch/Französisch) Hausfrau | Verwitwet (Anfang 2000) nach 2. Ehe 1. Ehe geschieden, zwei Kinder (1. Ehe) |
| Frederike M | 1912 in Schlesien | Ost | Volksschule, Arbeiterin: Verkäuferin Fleischerei, Spulerin im Kabelwerk | Verwitwet (Mann mit 85 Jahren verst.), drei Kinder (ein Sohn mit Familie wohnt in der Nähe) |
| Elsa N | 1913 in der Provinz Ostpreußen | Ost | Verwaltungsfachangestellte, Bank und in anderen Betrieben | Ledig, ein Sohn, (alleinerziehend) |
| Adelheid O | 1914 im Großherzogtum Hessen | West | Hilfe Obstplantage und Wirtschaft der Eltern. Hausfrau | Verwitwet, zwei Töchter (beide regelmäßige Besuche) |
| Paul P | 1913 in Berlin | West | Mittlere Reife, Lehre als Drogist, Inhaber von drei Apotheken | Verheiratet in 2. Ehe ein Sohn (aus 1. Ehe bereits verstorben) |
| Caroline Q | 1914 im Königreich Bayern | West | Volksschule, Hausfrau Mitarbeit in der Firma des Mannes | Verwitwet, (nach 40 Jahre 1. Ehe) 8 Jahre Witwenschaft, 5-jährige Partnerschaft drei Kinder (zwei verstorben, eines als Kind) |
| Mathilda R | 1915 in Oberschlesien | West | Ausbildung Krankenschwester, 2. Weltkrieg im Lazarett, Krankenschwester Männer-Chirurgie | Verwitwet, (nach 60 Jahren Ehe) keine Kinder (enge Beziehung zu 2 Neffen) |
| Franz S | 1913 im Großherzogtum Sachsen-Weimar-Eisenach | Ost | Volksschule, Lehre Feinmechaniker, Reparaturen Filmprojektoren | Verwitwet, keine Kinder |

Ein Großteil der Hundertjährigen absolvierte eine Lehre und wenige waren zunächst als ungelernete Arbeitskräfte tätig. Einige der Hundertjährigen versuchten jedoch, sich im weiteren Lebenslauf durch Weiterbildungen wie Abendschule und Kurse zusätzlich zu qualifizieren. Die höchsten akademischen Abschlüsse werden durch zwei Lehrerinnen erreicht. Die beruflichen Werdegänge sind – auch aufgrund der historischen Ereignisse – durch viele biographische Brüche gekennzeichnet und weisen selten eine hohe Kontinuität auf. In den Westbiographien finden sich Frauen, die ihre Berufstätigkeit nach der Heirat, zur Kindererziehung oder um den kranken Ehemann zu versorgen, aufgaben.

3.2 Biographische und generative Lebenserfahrungen im Zeitkontext

Die Transkripte weisen eine Vielzahl biographisch-gesellschaftlicher Zeitabschnitte aus, die für die Probanden wichtig waren. Für die Kindheit war der Erste Weltkrieg (3.2.1) prägend, in der Zeit der Weimarer Republik (3.2.2) erfolgte die Ausbildung. Die ersten Ehen und Kinder aber auch erste Witwenschaft waren im Zweiten Weltkrieg (3.2.3) verortet. Nach 1945 (3.2.4) standen der Wiederaufbau, Berufstätigkeit und der Aufbau neuer Existenz im Mittelpunkt, aber auch familiäre Neuorientierungen. Ab den 70er-Jahren (3.2.5) begann für die meisten der Hundertjährigen die Zeit der Rente.

3.2.1 Erster Weltkrieg 1914 – 1918

Alle befragten Hundertjährigen sind vor und im Ersten Weltkrieg zwischen 1908 und 1915 geboren. Ihre frühesten Kindheitserinnerungen erzählen von Vätern in Uniform, von Vätern, die krank oder nicht aus dem Krieg zurückkamen, von Hunger, Not und Krankheit, von überforderten und verzweifelten Müttern, von toten Soldaten auf dem Rathausplatz, aber auch der prägenden Rolle „starker“ Mütter sowie dem Zusammenhalt der Familien. Zwei der Väter kehrten nicht aus dem Krieg zurück, einer starb an den Spätfolgen des Krieges.

In der Erinnerung spielt der Abschied, mitunter auch die Rückkehr vom Vater aus dem Ersten Weltkrieg eine große Rolle.

„Das war also im Juli 17, da war ich also keine fünf Jahre alt. [...], ich war im Garten bei unserem Haus, da in xxx. Und da kam er feldmarschmäßig gekleidet, um sich von mir zu verabschieden, und dann bin ich weggelaufen. Und dass das stimmt, weiß ich daher, dass mein Vater an meine Mutter geschrieben hat, wie traurig es doch gewesen wär, dass seine Martha vor ihm weggelaufen ist. Den Brief gibt's noch [...].“ (Martha J., 198-207)

Bis heute scheint der frühe Tod des Vaters im Ersten Weltkrieg, aber auch die damit in Zusammenhang stehende existenzielle Notlage der Zurückbleibenden nur schlecht verarbeitet zu sein, auch wenn die Betroffenen ihre Väter kaum kannten. Darüber hinaus wird häufig Hunger als Folge des Krieges, Mangelerscheinungen und schlechte medizinische Versorgung thematisiert. Von Krankheiten wie feuchter Hautausschlag, Blinddarmentzündung, Gehirnhautentzündung und Scharlach wird berichtet.

„Nun ist es natürlich so, dass war ja während der Kriegszeit, nicht? Und [...] wir hatten da so wenig zu essen, nicht, also [...] jedenfalls nicht das richtige Essen, was wir vielleicht gebraucht hätten. Und da haben wir als Kinder, hier in den [zeigt auf ihre Armbeuge] und hier [zeigt auf den anderen Arm] und in den Kniekehlen ganz furchtbaren Ausschlag, feuchten Ausschlag, weil wir nichts Richtiges zu Essen hatten.“ (Elsa N., 37-41)

Vereinzelte fanden die Eltern der Befragten eine Möglichkeit, die Entbehrungen des Krieges von ihren Kindern fern zu halten und ihnen eine unbeschwertere Kindheit zu ermöglichen.

„Als Kind, bei meinen Großeltern bin ich aufgewachsen. Wie der Krieg, der erste Weltkrieg ausbrach, hat mich meine Mutter zu meinen Großeltern gebracht aufs Land. [...] Also, da hab ich ne sehr schöne Zeit jekriegt. Der schöne Umgebung, wunderschönen Park hatten die und dann hatten se auch die Gäste, die se hatten. Also, es war wunderschön da.“ (Bettina K., 63-78)

3.2.2 Weimarer Republik (1918 – 1933)

Die zwanziger und dreißiger Jahre brachten Berlin die erste Republik, aber auch politische Unsicherheit, wirtschaftliche Not und eine Radikalisierung der Gesellschaft.

Die biographischen Aussagen dieser Zeit thematisieren die Jugend, das frühe Erwachsenenleben, die eigene Ausbildung aber auch Freizeit im Vereinsleben, beim Sport und das erste Verliebtsein. Gesellschaftsrelevante Themen beinhalten die politischen Wirren dieser Zeit, die Inflation 1923 und 1929, politische Auseinandersetzungen und Aufmärsche.

Grundsätzlich galt zu dieser Zeit, dass Schule und Ausbildung immer abhängig vom Einkommen der Eltern waren. Daher scheiterte oft der Besuch einer höheren Schule an finanziellen Gründen, was einige der Hundertjährigen später durch Weiterbildung und Abendschulen kompensierten.

Ein bedeutendes Thema dieser Zeit ist die sehr hohe Arbeitslosenquote. Eine der befragten Personen erzählt, dass er nach der Lehre zum Feinmechaniker immer wieder arbeitslos wurde und nur gelegentlich Arbeit finden konnte. Das habe sich erst 1935 geändert.

„Die gesamte Jugend war ja durch die Nazizeit geprägt, nicht. Einmal nach Arbeitslosigkeit war mehrere Jahre und dann mit eenmal Arbeit jekriegt, nicht. Ja, das war doch die Zeit, nicht! Und so muss man das och oftmals betrachten, weil dat heißt: „Ah, Mensch, warum habt ihr denn alle mitjemacht“, und die große Begeisterung, oftmals bedingt durch die Beseitigung der Arbeitslosigkeit, nicht, denn die Menschen sind bestrebt ihren Lebensunterhalt zu bestreiten, irgendwie.“ (Franz S., 150-158)

Prägend für die Weimarer Republik war die rasante Technikentwicklung auf dem Arbeitsmarkt. Es wird von einer Firma, die Radiotechnik und später Telefonanlagen montierten berichtet, die als neues Arbeitsfeld auch für ungelernte Arbeiterinnen diene. Ebenso ermöglichte die neue Arbeit am Fließband den Frauen ein leichteres Tätigkeitsfeld als sie zuvor kannten und bot Möglichkeiten der Weiterqualifizierung.

„Hab dann Arbeit gekriegt: und zwar am Band: Die Schokoladenstückchen auslegen, die denn überzogen wurden. Das meine Arbeit, das war ne Erholung für mich, regelrecht Erholung. Das war sehr schön, hab ich Geld verdient.“ (Luise E., 48-49)

„Wat neu und schwierig war, da hab´n sie mich dann geholt. Also war ich sicher nich dumm. Nö. Wahrscheinlich hab ich so alles verstanden, begriffen.“ (Luise E., 342)

Der technische Fortschritt übte eine große Faszination aus. So erinnern sich zwei der Befragten an die Landung des Luftschiffs Graf Zeppelin L 127 nach seinem Atlantikflug am 13. Mai 1931 auf dem Tempelhofer Feld in Berlin.

„[...] und als wir das hörten, dass der auf dem Tempelhofer Feld war, da haben die meisten von den Schülern den Unterricht geschwänzt, um dorthin zu gehen. Und stellen sie sich mal vor: für uns war das damals noch weit weg [...] und heutzutage ist es ja nur noch ein Katzensprung. Aber das Tempelhofer Feld war weit weg. Und wie gesagt, wir liefen dann einfach von der Schule aus weg. [...] Und dann hab

*ich meinen ersten Tadel bekommen, weil ich weggelaufen bin, aber die anderen natürlich auch.“
(Magarete B., 85-93)*

Die Inflation in Folge des „Schwarzen Freitag“ und ihre Bedeutung für den Berliner Alltag wird von den Zeitzeugen eindrücklich anhand von Erlebnissen geschildert, die beschreiben wie 1929 die Preise ins Unermessliche steigen.

„Na, ich glaub, die Inflationszeit, die war [...] da kann ich mich entsinnen an so nen, hat meine Mutter erlebt, da war auf der anderen Seite ein Bäcker. Und da stand eine Frau davor und guckte sich die Auslagen an und sagte: „Ich wollt mir so gern eine Zuckerschnecke kaufen, aber die kostet [...]“ Wieviel war das nun? „[...] 7 Millionen und ich habe nur 5 Millionen.“ (Kunigunde L., 256-260)

3.2.3 Diktatur und Zweiter Weltkrieg (1933 – 1945)

Die biographischen Aussagen der Männer zur Zeit des Nationalsozialismus verdeutlichen insbesondere ihre Perspektive als Soldat. Währenddessen thematisieren die Frauen in den Interviews einerseits Lebensbereiche wie Eheschließung, Familiengründung und das Leben mit Kindern allein, da die Männer im Krieg gefallen oder vermisst waren. Andererseits wird in ihren Beschreibungen über die Wirren des Krieges, die Bedrohung durch Bombenangriffe und belastende Ereignisse im Luftschutzbunker oder bei der Flucht und Vertreibung berichtet.

Kurz nach der Machtübernahme Hitlers beging der kommunistische Vater einer der befragten Frauen Selbstmord. Sie wurde danach von den Nazis weitgehend in Ruhe gelassen und konnte es sich leisten, keiner NS-Organisation beizutreten. Weitere Hundertjährige, die ein Studium aufnehmen wollten, mussten in NS-Organisationen eintreten und Arbeitsdienst auf dem Land leisten. Drei Frauen berichten, dass sie dort Freundschaften mit anderen „Arbeitsmaiden“ schlossen, die ein Leben lang hielten.

Bei den Befragten wurden bei der Beschreibung dieser Zeit auch Erinnerungen an die „Reichskristallnacht“ am 9. und 10. November 1938 wach. Sie berichten von zerstörten Schaufensterscheiben jüdischer Geschäfte und von brennenden Synagogen.

„Na, da kam diese Pogrom-Nacht, wo die Juden alle, die Geschäfte alle und nebenan war ein Zigarettengeschäft und das haben se vollkommen kaputt gehauen und äh, da war es aus bei mir. Da hab ich gesagt: „Wer sowas fertig bringt, der bringt auch anderes fertig.“ Aber nach außen hin musste ich ja Nazi, die, die Dings haben. Ich war ja Geschäftsmann.“ (Paul P., 937)

„Die Juden haben sie dann alle abgefahren und haben dann auch die Synagoge angezündet, nicht. Ja. [...] das war schlecht, nicht.“ (Elsa N., 36)

Ein Jahr später, am 11. September 1939, griff Deutschland Polen an und löste damit den Zweiten Weltkrieg aus. Eine der Befragten, deren Brüder gleich am Anfang des Polenfeldzuges fielen, war als Krankenschwester in der Männer-Chirurgie in Berlin eingesetzt. Nach dem Angriff auf Polen versorgte sie 1939 die ersten Verwundetentransporte in Berlin:

„Nachts um 2 haben se mich rausgepoltert und da mussten wir zur Bahn am Bahnsteig und da haben wir Strohsäcke gestopft. Da haben wir lauter Strohsäcke hingelegt. Da kamen die ersten Polenfeldzüge, die ersten Verwundeten. Die kamen aus Gleiwitz und so, aus den Grenzgebieten. Wir waren da gleich im Einsatz.“ (Mathilda R., 177-185)

Die Wirren des Zweiten Weltkrieges nehmen bei den Befragten einen größeren Raum in den Erzählungen ein. Zwei männliche Probanden, die als Wehrmachtsoldaten an der Front eingesetzt wurden, sprechen sich mit Nachdruck gegen den Krieg aus oder appellieren an die

kommende Generation den Frieden zu erhalten.

„Dieses Elend! So was muss man miterleben, und die Jugend, die glaubt, dass das ein Räuber- und Gendarmenspiel ist. Die sieht nicht die furchtbare Tragik, die ein Krieg mit sich bringt.“ (Paul P., 45)

„Der ganze Krieg ist ein einziger Irrsinn. [...] Dass die Menschheit nicht vernünftig wird!“ (Johann B., 301-303)

Genauere Erinnerungen an die Bombennächte in Berlin sind bei den Hundertjährigen präsent. Einige bewahren bis heute Fundstücke aus dieser Zeit auf.

Fast alle Ehen der Frauen und Männer wurden in der Zeit des Nationalsozialismus von 1933-1945 geschlossen. Die befragten Männer heirateten alle während des Krieges trotz schwieriger Bedingungen.

„Wir kannten uns 3 Monate, dann waren wir verheiratet. [...] Es war Krieg. Ich musste wieder weg. Da hat man das ein bisschen beschleunigt.“ (Johann B., 102-103)

„Das ging ja alles noch auf Lebensmittelmarken. Die (Schwieger)Mutter hat dann immer schon gespart.“ (Johann B., 172-173)

Der Heirat folgte häufig die Gründung einer Familie. Ein Großteil der Ehemänner kehrte erst nach Jahren aus der Kriegsgefangenschaft zurück, so dass die Frauen in dieser Zeit für die Familie die alleinige Verantwortung tragen mussten. Zwei der Probandinnen verloren ihre Männer im Krieg und mussten fortan für sich und ihre Kinder alleine sorgen. Ebenso eine der Frauen, deren Partner sie und das Kind verließ und in den Westen flüchtete. Frauen blieben aber auch in den schwierigen Zeiten des Krieges ledig, da sie den Verlobten oder Freund im Krieg verloren.

Der Nationalsozialismus propagierte ein sehr konservatives Frauenbild, das Frauen wieder am Herd sehen wollte. So verloren einige der Frauen ihre Anstellung während der NS-Diktatur, u.a. da die Nazis keine Doppelverdiener erlaubten. Es traf aber auch Frauen, die alleinige Versorger ihrer Familie waren.

„Da wurd ich plötzlich in der Bank entlassen. Also, da war ich natürlich todunglücklich. (Elsa N., 38-40)

3.2.4 Nach dem 2. Weltkrieg (1945 – 1970)

Die Zeit nach dem 2. Weltkrieg bedeute für die Menschen in Deutschland einerseits die Bewältigung der Vergangenheit und andererseits ein Neuanfang. So beschäftigen sich die biographischen Aussagen in den Interviews zunächst mit dem Chaos der Nachkriegszeit und den Schwierigkeiten des Wiederaufbaus. Die Berichte zu privaten Veränderungen im Leben der Hundertjährigen beziehen sich auf ihre Berufstätigkeit, den Aufbau einer neuen Existenz und neue Eheschließungen. In den biographischen Aussagen dieser Zeit wird die Trennung in zwei deutsche Staaten thematisiert, über die Beschreibung des Mauerbaus 1961 und über spezifische Erfahrungen in der DDR.

Am 2. Mai 1945 kapitulierten die letzten deutschen Truppen in Berlin-Tempelhof und am 8. Mai wurde die Kapitulation Deutschlands in Karlshorst unterschrieben. Die komplette Infrastruktur der Stadt Berlin war zerstört, mehr als eine halbe Million der Berliner Wohnungen unbewohnbar. Die Befreiung durch die russische Armee brachte jedoch häufig auch Plünderungen und Vergewaltigungen. Über Vergewaltigungen berichten die befragten Frauen nur selten. Eine der Frauen berichtet, dass ihre Kollegin mehrfach vergewaltigt wurde und sie

selber einer Vergewaltigung gerade noch entrinnen konnte.

"Da hat mich ein betrunkenen Russe erwischt. Er gab mir einen Schubs und warf mich auf eine Kommode. Ich konnte mich wehren, hab aber mit der Maschinenpistole nen Schlag auf den Rücken bekommen. Konnte gerade noch nen langen Korridor entlang rennen, musste noch ne Treppe runter, da kam ein anderer Russe auf mich zu und fragte auf deutsch: 'Warum weinen?' Ich bin nur schnell raus, zurück in meinen Keller. Da kann ich nur danke sagen, dass mir da nichts weiter passiert ist." (Luise E., 329)

Die Hälfte der Probanden kehrte erst nach Kriegsende nach Berlin zurück. Neben existentiellen Schwierigkeiten hatten sie oft damit zu kämpfen, dass die Behörden ihren Status als Berliner nicht anerkannten. In Berlin war von den Sowjets ab 1945 eine Zuzugssperre verhängt worden, die ab Oktober auch für ehemalige Berliner galt. Evakuierte und aus der Kriegsgefangenschaft Heimkehrende waren davon betroffen. Papiere fehlten und sie mussten nachweisen, dass sie vor 1943 in Berlin gelebt hatten.

Lange Zeit war die Versorgung mit Lebensmitteln in Berlin sehr schwierig: Der Schwarzmarkt blühte von 1945 bis zur Währungsreform 1948. Carepakete aus dem Ausland halfen und es folgten sogenannte Hamsterfahrten der Städter ins Umland.

„[...] vielleicht sollt´ ich mal erwähnen, wenn´s ganz schlimm kam, wie gesagt, kam ein Carepaket, und ich hatte ein Freundin in Brasilien. Die hat wohl mal gehört, dass Kaffee den höchsten Schwarzmarktpreis erzielte. Denn hat die mir jeden Monat ein Packet Kaffee geschickt, Rohkaffee. Davon hab´ ich ein Paket behalten, für die Familie und das andere verschenkt, nich´ verschenkt, verkauft. [...] Ich bin nich´ damit auf en Schwarzmarkt gegangen oder so, mein Vater hatte natürlich ne Menge Kunden, die wollten auch Kaffee.“ (Elisabeth I., 120-122)

Das Leben dieser Zeit war für einige der Befragten auch geprägt durch die „Entnazifizierung“, von der zwei Frauen berichten. Durch Pro-Nationalsozialistische Tätigkeiten, wie der Einsatz als Arbeitsdienstführerin in der Zeit von 1933 bis 1945 oder der Wunsch nach weiterführenden Ausbildungen waren sie ins Visier der Amerikaner geraten.

„Wir wurden gezwungen an den KZ-Leichen vorbeizugehen. Und uns wurde gezeigt, das habt ihr verbrochen und das seltsamerweise dieses aufgenommen worden ist von dem Amerikanern und von einem Schüler in Amerika in einem amerikanischen Museum gefunden worden ist. Sodass es also wirklich dokumentiert ist.“ (Lange Pause) (Anna A., 46)

1955 führten politische Interventionen unter Konrad Adenauer zur Entlassung der letzten Deutschen aus russischer Gefangenschaft. Unter diesen Kriegsheimkehrern befanden sich nicht nur Männer, wie das Beispiel einer der befragten Hundertjährigen verdeutlicht.

„War ich schon in Gefangenschaft geraten, beim Russen. Da war ich 6 Jahre weg. In Workuta. Alleine.“ (Katharina F., 63)

„Bin erst 1955 zurück im Oktober. Da waren keine Kinder mehr. Ich weiß noch ganz genau wie ich ankam in Eberswalde. [...] Als ich zurückkam, da stand da ... Volker und ..., der hatte Angst. Ich hab ihn in Arm genommen und er hat sich gewunden, dass er weg kam. Nicht so dicht rankam an mir. [...] Der hat gedacht, der wird entführt oder sonst wat.“ (Katharina F., 86)

Die Zeit der fünfziger bis siebziger Jahre erlebten die Hundertjährigen einerseits als eine Zeit der Konsolidierung und des wirtschaftlichen Aufschwungs. Die männlichen Probanden ergriffen bald nach ihrer Rückkehr aus der Kriegsgefangenschaft wieder ihre alten Berufe. Auch ein Großteil der Frauen arbeitete nach 1945, entweder in ihren alten Berufen in denen sie sich teilweise weiter qualifizierten, oder in einem neuen Beruf. Andererseits lebte das Idealbild der

Frau als Hausfrau und Mutter wieder auf. Jedoch nur zwei der Probanden waren trotz ihrer qualifizierten Ausbildung ausschließlich Hausfrauen.

Im Allgemeinen galten die Männer als Familienoberhaupt und konnten ihren Frauen sogar bis 1957 verbieten, eine Arbeit anzunehmen. Frauen, deren Männer nicht aus dem Krieg zurückkehrten, mussten jedoch die Rolle des Familienoberhauptes übernehmen und für ihre Familie und ihre Eltern sorgen.

In den Nachkriegsjahren änderte sich häufiger auch die persönliche Lebenssituation, es wurden neue Ehen geschlossen und neue Partnerschaften eingegangen, die nicht immer durch den Trauschein legitimiert wurden.

Spätestens mit dem Mauerbau 1961 war das Ziel, die deutsche Teilung in Frieden zu überwinden, zunächst in eine ferne Zukunft gerückt. Über die Zeit in der DDR gibt es Aussagen über staatlich geförderte Qualifikation und zum Thema Reisefreiheit sowie persönliche Erinnerungen an Restriktionen.

„Nicht ins Auslandsreisen, darunter habe ich nicht gelitten.“ bis zu der positiven Beurteilung: „Ich habe gar keinen Unterschied gefunden, denn ich habe sehr gut gelebt immer in der DDR.“ (Frederike M., 312-323)

„Es gab ein Volkslied, das konnte ich wunderschön singen: Wohlauf in Gottes schöne Welt [...] durften wir dann nicht mehr singen in der DDR. [...] Gott durfte es dabei nicht geben.“ (Kunigunde L., 1040)

3.2.5 1970 bis heute

Die Biographischen Aussagen der Hundertjährigen zu der Zeit nach 1970 befassen sich fast ausschließlich mit den Beschreibungen der Tätigkeiten im Rentenalter. Das einzige historisch prägende Ereignis in diesem Zeitraum stellt der Mauerfall 1989 dar.

Vom Mauerfall berichten zwei Interviewte aus der Perspektive ehemaliger DDR-Bürgerinnen.

„Ach, das war ein Tag derselbe wie der andere (lacht). Das war ja nicht zu merken groß. Das haben wir nicht gemerkt. Wir haben ja nicht schlecht, ich habe ja nicht schlecht gelebt mit meine Kinder. Ich hatte die Marken, Also, ich muss eigentlich sagen, ich habe sehr gut gelebt.“ (Frederike M., 327)

„Hmmm, wie war denn das? Das war doch mitten in der Nacht. Ach, da bin ich, an dem Tag war ich in West-Berlin und musste noch, musste noch da, hat man doch bestimmte Papiere gekriegt, wurde noch kontrolliert. Als ich nachhause kam, wurde ich kontrolliert [...] und ne Stunde später war alles frei (lacht). Und nicht mal ne Stunde. Also, kurz danach war dann die Grenze offen.“ (Kunigunde L., 749)

Aus der Perspektive der Hundertjährigen, die zu dieser Zeit im Westen lebten, wird der Mauerfall als positives Erlebnis wahrgenommen.

„Die Wende, die haben wir beide sehr, sehr schön verlebt, aber wir haben ja niemanden (im Osten, Anm. d. Verf) gehabt. Wir haben sie nur eben erlebt als Fernsehen und, äh, dass wir die Leute hier gesehen haben, wenn wir unterwegs waren, nicht wahr. Die kamen sich alle vor als wenn sie in einem Schlaraffenland gelebt hätten hier.“ (Paul P., 643)

Die befragten Hundertjährigen haben fast zwei Fünftel ihrer Lebenszeit im sogenannten Ruhestand verbracht. Sie gingen Mitte der siebziger Jahre im Schnitt mit 63 Jahren in Rente. Eine Probandin ist stolz darauf, dass sie nach ihrem Rentenbeginn 1976 noch bis zum 90. Geburtstag (2003) arbeitete. Sie bleibt damit eine Ausnahme, denn die meisten der Befragten verbringen die Zeit ab Mitte der siebziger Jahre mit Freizeittätigkeiten wie Reisen, Vereinstätigkeit, ehrenamtlichem Engagement und Gartenarbeit.

An erster Stelle wurden Reisen genannt; Gruppenreisen innerhalb Europas, Reisen durch Deutschland, auch per Fahrrad. Ausgedehnte Fernreisen nach China oder in die Sowjetunion wurden beschrieben. Eine Probandin reiste mit dem Wohnmobil.

„Dann war ich außer Dienst, hab ich viele Reisen gemacht, mit ner Freundin hab ich die halbe Welt gesehen. In Amerika gewesen, habe wunderbare Verbindungen noch immer. Mit San Francisco, brieflich und telefonisch.“ (Luise E., 74-75)

„Wir haben so viele Erinnerungen, waren drei Mal ein halbes Jahr in Amerika. Kanada, Mexiko alles abgefahren mit dem Wohnmobil.“ (Katharina F., 169-170)

Die Hälfte aller Probanden traten schon als Kind Vereinen bei: Ruderclub, Schwimmverein, Segelverein, Luisenbund, Gesangsverein, Alpenverein, Turnverein, Handball- und Tennisverein u.v.m. Viele sind bis ins hohe Alter ehrenamtlich in ihrem Verein aktiv. Sie treffen sich regelmäßig mit Mitgliedern und auch die Freundschaft zu wesentlich Jüngeren wird gepflegt und hält ein Leben lang. So bildet die jahrzehntelange Mitgliedschaft eine Kontinuität in ihrem Leben, auf die sie stolz sind. Zwei der Probanden feierten ihren 100. Geburtstag im Verein.

„War in Leichtathletik-Verein, war im Gesangsverein, wir hatten einen wunderbaren Ausflugsort, einen See, der so zwischen den Bergen lag. Da war großes Leben.“ (Luise E., 49)

Einige engagierten sich weiterhin in den Vereinen ehrenamtlich als Vorstand, Kassenwart bis hin zum passionierten Handwerker im Vereinsheim. Das Engagement beschränkt sich nicht nur auf Vereinstätigkeiten. Von regelmäßiger Hilfe in der Nachbarschaft oder ehrenamtlicher Arbeit als Gebrechlichkeitspfleger wird ebenso berichtet.

Ein Großteil der Probanden schwärmt darüber hinaus vom eigenen Garten oder Schrebergarten, den sie bis ins hohe Alter bewirtschafteten.

„Ich war noch kurz bevor ich hier einzog, da hatte ich einen Garten und wir hatten einen riesengroßen Kirschbaum und der, so Süßkirsche, ach, das ist eine wunderbare Kirsche. [...] die Leute gingen vorbei: „Frau H., was machen sie denn da oben?“ „Na, Sie sehen doch, ich pflück Kirschen.“ (Mathilda R., 119)

„Naja, und weil ich ja auch so n Gartenliebhaber bin, also Gartenarbeit war für mich die schönste körperliche Arbeit, die es geben konnte. Hausarbeit mochte ich gar nicht, aber Gartenarbeit immer.“ (Kunigunde L., 194)

Mit zunehmenden Alter werden die Kreise der Mobilität kleiner und die Aktivitäten ruhiger. So wird die Lust auf's Spielen im hohen Alter neu entdeckt. Das regelmäßige Schachspiel mit einem Bewohner in einer Senioreneinrichtung, Bowling, Rummikub und Viererskat zweimal die Woche werden beschrieben. Gemeinsame Spiele geben die Möglichkeit, in der Gemeinschaft etwas zu unternehmen und Freundschaften zu schließen.

Als eine der häufigen Beschäftigung dieser Ruhestandszeit wird das Lesen genannt. Es werden einerseits volle Schränke mit Büchern beschrieben und andererseits wird von Lieblingsbüchern berichtet.

„Ich hab zu meinem hundertsten Geburtstag ein Buch bekommen, was köstlich ist. Ein schwedischer Schriftsteller, und es heißt: Der Hundertjährige, der aus dem Fenster klettert und verschwand [...]. Hab mich köstlich amüsiert. [...] Ich hab es gleich zweimal gelesen.“ (Sophie C., 229-230)

Insgesamt bleiben die Befragten auch im Rentenalter lebenslangen Gewohnheiten treu.

3.3 Die Versorgungssituation Hundertjähriger

Zentrale Aspekte der Versorgungssituation werden über Aussagen der Hundertjährigen zur aktuellen Wohn- und Lebenssituation (3.3.1) und zu Entscheidungen hinsichtlich eines Wohnortwechsels (3.3.2) dargelegt. In diesem Kontext sind die Inanspruchnahme von Pflegestufen (3.3.3) und die Unterstützung durch Angehörige und Professionelle ebenso von Bedeutung wie eigene Kompensationsstrategien der Hundertjährigen (3.3.4).

3.3.1 Aktuelle Wohn- und Lebenssituation

Für die Darstellung der aktuellen Wohn- und Lebenssituation werden vier Wohnformen zugrunde gelegt. Geordnet nach der Ausprägung der Institutionalisierung sind dies: (1) die eigene Wohnung bzw. eigenes Haus, (2) das betreute Wohnen bzw. Service-Wohnen, (3) das Wohnstift bzw. die Seniorenresidenz und (4) das Senioren-, Pflege- und Altenheim.

Zum Zeitpunkt der zweiten Interviews lebten von den insgesamt 19 Hundertjährigen sieben in der eigenen Wohnung bzw. im eigenem Haus, je sechs in einem Senioren- und Pflegeheim, fünf in einer Seniorenresidenz und ein Studienteilnehmer in der Wohnform des Service-Wohnen (s. Tab. 4).

Tabelle 4: Versorgungssituation der Hundertjährigen

| Name | Aktuelle Versorgungs- und Wohnsituation | Pflegestufe |
|--------------------|--|--------------|
| Anna A | Lebt in einem Seniorenheim, 2-Bettzimmer | II |
| Johann B | Lebt mit Ehefrau (93 Jahre alt) in einem Haus in Berlin seit 1941. Ihre zwei Kinder mit Familien leben im gleichen Haus. | I |
| Sophie C | Lebt in einer Seniorenresidenz in einem eigenem Apartment mit zwei Zimmern | keine |
| Hermine D | Lebt in einem Seniorenheim, 1-Bettzimmer mit Kochnische und Bad | II |
| Luise E | 1. Interview: lebte alleine in eigener Wohnung 2. Interview: lebt im Pflegeheim in einem 2-Bettzimmer | II |
| Katharina F | Alleinlebend in ihrer Wohnung, Mann im Pflegeheim | keine |
| Babett G | Lebte alleine in eigener Wohnung | I |
| Ludwig H | Lebt mit seiner Ehefrau in der Wohnung von Tochter und Schwiegersohn, bewohnen in dieser Wohnung ein großes Zimmer | II |
| Elisabeth I | Lebt alleine in einer Altbauwohnung | I |
| Martha J | Lebt in einer Seniorenresidenz, 2 Zimmer-Apartment, mit Kochnische und Badezimmer sowie großem Balkon | I |
| Bettina K | Lebt in eigenem Haus, Tochter und Schwiegersohn wohnen ganz in der Nähe | keine |
| Kunigunde L | Lebt im eigenen kleinen Haus gegenüber dem von Tochter, | I |

| | | |
|--------------------|---|--------------|
| | Schwiegersohn und Enkel | |
| Frederike M | Lebt im Seniorenheim, Einzelzimmer | I |
| Elsa N | Lebt in einem Wohnstift, Einzelzimmer, mit eigenem Badezimmer | I |
| Adelheid O | Lebt in einem Pflegeheim, Einzelzimmer | II |
| Paul P | Lebt in einer Seniorenresidenz mit seiner Ehefrau, 2-Zimmer-Apartment | I |
| Caroline Q | Lebt in einem Seniorenheim, Einzelzimmer mit Bad und Balkon | I |
| Mathilda R | Lebt in einer Seniorenresidenz, 1-Zimmer-Apartment mit Bad und Kochnische | keine |
| Franz S | Lebt in einer altengerechten Wohnung, Service-Wohnen | keine |

Mit ihrer aktuellen Lebens- bzw. Versorgungssituation sind die befragten Hundertjährigen weitestgehend zufrieden, unabhängig davon ob sie in ihrem eigenem Zuhause, einer Seniorenresidenz oder einem Seniorenheim leben.

„Mir gefällt das so wie das is´, ja. Ich will auch nich´ gar nicht woanders hinziehen oder so.“ (Elisabeth I., 226-227)

„Ich fühle mich hier sehr wohl.“ (Paul P., 89)

„Ich will sogn, ich hab´s zum Beispiel schön. Es wäre doch a Sünde, wenn ich mich beschweren würde mit 100 Jahren.“ (Caroline Q., 265-271)

Lediglich eine der Befragten, die in einem 2-Bettzimmer in einem Pflegeheim lebt, äußert sich sehr unzufrieden mit ihrer aktuellen Situation.

„Also heute finde ich alles schrecklich, jedenfalls dieses Leben hier. Furchtbar! (Anna A., 54) „Meinen Wünschen entspricht es in keinem Fall [...] und wenn nicht der Schlaganfall gekommen hätte.“ (Anna A., 169-177)

Insbesondere der Verlust von Selbständigkeit, die Fremdbestimmung und die Abhängigkeit von der Pflege und Pflegekräften werden kritisiert.

„Und man wird hier schon am liebsten um sieben ins Bett gebracht. Und ich bin gewöhnt, als ich in meiner Wohnung war erst um zehn oder um elf ins Bett zu kommen.“ (Anna A., 191)

Allgemeine Kritik an dieser Versorgungsform bezieht sich auf die Qualität des Essens (zu salzig, zu fade, zu wenig frische Produkte, zu wenig Abwechslung etc.); und auf den Zeit- und/oder Qualifikationsmangel des Personals. Die Befragten berichten von chronischer Unterbesetzung, von langen Wartezeiten selbst im Notfall sowie von Personal, das keine Zeit hat oder überfordert ist und nur kurz seine Arbeit erledigt.

Darüber hinaus ist die Hinfälligkeit anderer Pflegeheimbewohner z.B. durch eine Demenz für die kognitiv nicht eingeschränkten Hundertjährigen schwer zu ertragen.

„Es ist schon auch das Sehen, Sehen ist schon auch schlimm, wenn Sie dauernd sehen, was aus Menschen so geworden ist, wenn sie so gar nicht mehr können.“ (Martha J., 171-173)

3.3.2 Entscheidungen zum Wohnortwechsel

Einem Wohnortwechsel im sehr hohen Alter liegen selten prospektiv getroffene Entscheidungen der Befragten zugrunde. Allgemeine Gründe für den Umzug in eine altersgerechte Einrichtung, die Unterstützung bietet, sind die Verschlechterung der eigenen gesundheitlichen Situation oder des Ehepartners und der daraus erwachsenden Notwendigkeit von pflegerischer oder betreuerischer Hilfe und Unterstützung sowie räumliche Barrieren, die ein Leben in der eigenen Wohnung zunehmend beschwerlich bzw. unmöglich machten.

Häufiger sind es Notfälle oder traumatische Ereignisse, die eine Entscheidung zum Umzug erzwingen.

„Wie ich durch den Schlaganfall völlig außer Stande war irgendwie was zu tun, also ich selbst war eigentlich fast alles gelähmt. Also, ich hätt nicht alleine, selbst mit großer Hilfe von der Sozialstation hätt ich doch wahrscheinlich nicht alleine in meiner Wohnung sein können, obwohl ich manchmal sage, vielleicht wär auch das gegangen, aber, ich hätte (nuschelt) zu große Angst, dass mir irgendwie vom Herzen her was passieren könnte. Und wollte eben doch gern, dass ich mit jemand zusammen bin, das war aber auch entscheidend“ (Anna A., 121-125)

Mehrfach werden auch Stürze und andere hilflose Situationen erwähnt. Die Angst vor erneuten Stürzen, Schwindelzuständen, daraus folgenden Verletzungen und Schmerzen – ohne auf externe oder familiäre Unterstützung zurückgreifen zu können – führt schließlich dazu, sich für einen Platz in einer stationären Einrichtung zu entscheiden.

„Ich bin so oft gefallen und da war nachts niemand. Und da hab ich einmal die ganze Nacht aufm kalten Boden gelegen. Da hab ich geklingelt, da kam niemand. Also, das konnt' ich nicht mehr ertragen, obwohl ich, ich hab' geheult, weil ich da raus musste.“ (Adelheid O., 150)

Nicht selten wächst bei den Betroffenen nur langsam die Einsicht, dass ein Weiterleben in der vertrauten Häuslichkeit auch nicht mehr mit externer Hilfe und Unterstützung möglich ist.

„Ich bin jetzt hier an das Heim gebunden, weil ich in meiner Wohnung nicht mehr alleine bleiben konnte und auch eingesehen habe, dass mein Zustand immer schlechter wird über 100, nich. Und dass ich da gesagt habe, da kann ich meine Freunde nicht mit belasten, die werden jetzt selber alt, und du musst in ein Heim.“ (Hermine D., 384-385)

Die Entscheidung wird solange wie irgend möglich hinausgezögert, bis das Alleinleben in der gewohnten häuslichen Situation immer problematischer oder unmöglich geworden ist. Einige der Befragten veränderten daher erst in den vergangenen ein bis drei Jahren oder erst mit über 100 ihre Wohnsituation und wechselten in eine Pflegeeinrichtung.

„Und da hab ich noch mit Hundert gesagt: ‚Ich gehe nie in ein Heim‘. Und dann hat sich das aber verschlechtert durch das Treppensteigen. Ich hatte immer 64 Stufen, rauf und runter, im Ganzen 128, und das ist schon ne Leistung.“ (Hermine D., 27)

Oftmals geht die Initiative für einen Umzug auf die Intervention und das Zureden der ebenfalls nicht mehr jungen und mitunter auch schon gesundheitlich eingeschränkten Angehörigen zurück, die ihre Mütter und/oder Väter dahingehend beeinflussen, doch in ihre Nähe zu ziehen, um besser für sie sorgen zu können.

„Ich hatte ne schöne Wohnung sogar in xxx mit Balkon, ne, und alles, eine sehr schöne Wohnung war dat. Ja, von der Wohnung bin ich sehr ungern raus gegangen.“

I.: „Warum mussten Sie denn hier her ziehen?“

„Na, ich weeiß och nicht, wissen Se das hat meine Schwiegertochter gemacht. Warum sie das gemacht

hat? Ich war auf einmal hier (haut mit der Hand locker auf den Tisch), ja, ich hätte auch können noch zuhause bleiben. War doch noch ja nicht so so, war ich doch noch nicht weit. Aber die wollten wohl, dass ich sollte. Naja, sauber gemacht hat sie mir die Wohnung schon. Es war ja nun ne Zweizimmerwohnung, nicht. Das hat se ja schon immer, aber ja (grummelt), warum das sie das gemacht haben, ich bin hier her gekommen, weiß ich alleine nicht.“ (Frederike M., 97-100)

Wenige der befragten Hundertjährigen treffen eine langfristig vorausschauende Entscheidung, um ihre Versorgung im Falle eines gesteigerten Pflegebedarfs frühzeitig abzusichern. Für jene Probanden, die einen Umzug in eine Versorgungseinrichtung relativ frühzeitig planten und zu einem Zeitpunkt umsetzen, als es ihnen persönlich gesundheitlich noch relativ gut ging, scheint sich dieser einfacher zu gestalten. Dieser rationale und pragmatische Schritt der frühzeitigen Planung, der vor allem von Kinderlosen begangen wird, scheint, vor dem Hintergrund des Fehlens familialer Unterstützung im Notfall, verständlich. Frühzeitig heißt im Fall der befragten Hundertjährigen ein Umzug im Alter von ca. 85 bis 90 Jahren.

„Ich bin ein Mensch der voraus denkt und ich habe mir gesagt, das Leben wie in der xxxstraße, in meiner alten Wohnung, kann nicht immer so weitergehen. Eines Tages sind wir angewiesen auf fremde Leute. Und hier haben wir niemanden. Unsere ganze Verwandtschaft wohnt in Hamburg. Und da habe ich gesagt, ‚Mausi‘, wir müssen sehen, dass wir in so ein Heim oder so was gehen. Und da bin ich rumgefahren in Berlin. Ich weiß nicht wie viel, das eine war zu teuer, das andere war zu mondän - bis ich dann hier drauf gekommen bin, das hat uns hier gefallen hier. Das ist ein bisschen familiär. Dann sind wir hier eingezogen und heute sind wir glücklich, dass wir hierher gezogen sind.“ (Paul P., 89)

Unter Umständen führen jedoch diese frühzeitigen Entscheidungen dazu, dass ein nochmaliger Umzug notwendig wird, wenn sich die Befragten für eine Einrichtung mit eingeschränkten Dienstleistungen entschieden haben (Service-Wohnen) oder die einmal gewählte Einrichtung ihr Profil verändert hat. Ein solcher Entschluss, z.B. in eine Einrichtung ohne eine Wochenend-Pflege umzuziehen, kann im Nachgang als Fehlentscheidung wahrgenommen werden, wenn im sehr hohen Alter ein weiterer Umzug und Neuorientierung in einer fremden Umwelt erfolgen muss.

„Wie ich damals vor zwei Jahren mir hier das Haus angesehen habe, da war alles wunderbar, die Sonne schien, draußen die Terrasse war schön, und äh, die vielen schönen Blumen, das hat mich so angesprochen, dass ich gesagt habe, ich will hier her und das ist auch heute so geblieben. Bloß, die sind nur hier von Montag bis Freitag und dann ist hier NICHTS mehr.“ (Hermine D., 46-48)

„Das ging ja net mehr anders. Da ist ja nachts keine Betreuung und am Ende der Woche sowieso nicht. Das ist ja das Schlimme. Ich hatte immer das Gefühl, es könnte mir was passieren.“ (Adelheid O., 170-177)

Gerade die Entscheidung, in ein Pflegeheim zu gehen, wird oft krisenhaft erlebt, insbesondere wenn der Entscheidung keine freiwillige Wahl zugrunde liegt. So wird dieser Wechsel besonders problematisch empfunden, wenn grenzwertige existenzielle Erfahrungen wie z.B. ein Schlaganfall, den langlebigen Menschen an den Punkt bringen, sich im fortgeschrittenen Alter nochmals für etwas entscheiden zu müssen, was sie bis dahin konsequent ablehnten.

„Ich hab natürlich immer gedacht, ich würde in meiner eigenen Wohnung alt werden, in meinem eigenen Schlafzimmer [...] (Pause) und wenn nicht der Schlaganfall gekommen wäre [...]“ (Anna A., 169-177)

Darüber hinaus können auch sehr spontane oder überstürzte Entscheidungen bei plötzlicher Bereitstellung eines Heimplatzes zu einer Überforderung führen.

„Wir sind nämlich a weng schnell ausgezogen. Des ist hier frei worden und da war grad mei Sohn bei mir in Nürnberg und da musste der sofort her wegen der Nachfolge und dann (lacht) ist mer ganz schnell

umzogen und ich hab mei ganze Wohnung alles gelassen und gelassen und es ist ausgeräumt worden.“ (Caroline Q., 275)

Bei der Mehrheit der Befragten stellt sich im Nachhinein eine Zufriedenheit mit der aktuellen Lebensform ein. Diese Zufriedenheit entwickelte sich zumeist nach einer oft krisenhaft erlebten Eingewöhnungsphase. Dazu ist es notwendig, die eigene zunehmende Pflegebedürftigkeit zu realisieren und die Einsicht zu haben, unter den neuen Bedingungen besser aufgehoben zu sein.

„Ich bin gerne hier, ja. Aber ich hab lange gebraucht. 1 Jahr lang hatte ich das Gefühl, ich bin hier zu Besuch und irgendwann geht's wieder weg. Aber nun bin ich hier zu Hause.“ (Sophie C., 118-128)

Akzeptanz gegenüber den Pflege-Strukturen kann erwachsen, wenn die Qualität der vorgefundenen infrastrukturellen, organisatorischen und personellen Ausstattung der Einrichtung, insbesondere der Freundlichkeit und Kompetenz des Pflegepersonals, besser erfahren wird als ursprünglich gedacht.

Eine Stabilisierung der gesundheitlichen Situation, die Unterstützung und regelmäßigen Besuche von Kindern, Enkel können zur Zufriedenheit der Hundertjährigen beitragen.

„Ich hab´s hier schön. Nee, ich bin hier sehr zufrieden, ich habe alles, nee, nee. Schönes Zimmer hab ich, ach ja. Ich muss sagen, ich bin zufrieden. Na, und die Kinder kommen auch manchmal noch.“ (Frederike M., 83)

Der Rückblick lässt Entscheidung als richtig erscheinen, wenn mit zunehmender Hilfs- und Pflegebedürftigkeit die nötige pflegerische Unterstützung nach Bedarf ermöglicht wird und gute, aktive Jahre in den jeweiligen Einrichtungen verbracht werden.

„Im Nachhinein sage ich mir doch: Ein Glück, dass ich das so gemacht habe, denn für mich ist es jetzt immer noch n' Vorteil insofern, dat ich also hier relativ sorglos lebe, dass ich meine Versorgung habe, nicht. Wohnungsmäßig reicht mir das völlig aus, ich brauch jarnischt weiter, nicht.“ (Franz S., 268-270)

3.3.3 Inanspruchnahme von Pflegestufen

Die Mehrheit der befragten Hundertjährigen bezieht Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung und gilt damit als pflegebedürftig (siehe Tab. 4), davon erhalten neun die Pflegestufe I (erheblicher Pflegebedarf) und fünf die Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit). Keiner der Hundertjährigen ist schwerstpflegebedürftig (Pflegestufe III). Lediglich fünf der einbezogenen Probanden erhalten keine derartigen Leistungen.

I.: „Haben Sie denn eine Pflegestufe?“

„Nein, nein, hab ich nicht.“

I.: „Und haben sie auch nie beantragt?“

„Nein, ich wüsste nicht, warum. Könnte ich jar nicht begründen jetzt.“ (Franz S., 530-533)

„Da würde mir der Doktor sagen: „Wat soll ich denn bei Ihnen aufschreiben?“ (Mathilda R., 656-657)

Der Bezug von Leistungen aus der Pflegeversicherung spiegelt sich nur bedingt in den aktuellen Wohnformen wider. Probanden ohne eine Pflegestufe leben entweder in der eigenen Häuslichkeit, im Apartment einer Seniorenresidenz oder nutzen das Service-Wohnen. Vier der fünf Hundertjährigen mit Pflegestufe II leben im Pflegeheim. Das Leben in der eigenen Häuslichkeit steht in dieser kleinen Untersuchungsgruppe in keinem Zusammenhang mit dem aktuellen Grad der Pflegebedürftigkeit. Die Initiative der Beantragung von Leistungen aus der

Pflegeversicherung geht beim Einzug in eine Institution oder Leben in einer Einrichtung von der Organisation aus, unabhängig davon ob die Hundertjährigen sich pflegebedürftig fühlen.

I.: Haben Sie eine Pflegestufe?

„Ja, eins. [...] Sonst kommt man ja hier gar nicht rein, ohne Pflegestufe.“

I.: „Also ich kann jetzt nicht sagen, ich möchte jetzt hier hinkommen?“

„Nein, Sie müssen erst ne Pflegestufe kriegen.“ (Elsa N., 212-215)

Zumeist benötigt es einen externen Anstoß, wie die Initiative von Personen des Umfeldes, eine akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei dem der eingeschaltete Soziale Dienst tätig wird oder die Veränderung von Rahmenbedingungen wie z.B. ein extrem strenger Winter.

„Vor ein paar Jahren bin ich hier auch mit der Rentnerkarre durch den Schnee - das war so mühsam durch die Schneehaufen. Hab ich bei der Kasse angerufen: Wir brauchen Hilfe. Darauf die: Kriegen Sie denn Pflegegeld? Ich sag: Nee. Ich schick ihnen mal die Unterlagen, haben die auch gemacht. Haben uns dann eingestuft mit Pflegestufe I.“ (Johann B., 70-71)

„Meine eine Putzfrau, die also 4 mal in der Woche kommt, die war früher bei der BFA und die is´ ja auch ganz pfiffig. die sagte mir vor einer Zeit schon, kann jetzt schon ein Jahr her sein, ja, Frau D., beantragen Sie doch Mal ne Pflegestufe. Da sag´ ich, Frau G. Sie glauben doch nicht, dass ich ne Pflegestufe kriege. Da sagt Sie, ja wissen se, dass dauert immer so lange und äh bis die dann eine kriegen, wir beantragen das einfach mal.“ (Elisabeth I., 231)

Für einige Befragte ist es unangenehm, solche Leistungen zu beantragen. Zum Teil gehen sie davon aus, den Anforderungen nicht zu entsprechen oder sie zweifeln nach der Beantragung einer Pflegestufe an einer Bewilligung aufgrund des Verhaltens der begutachtenden Person.

„Und dann is´ se gegangen (die begutachtende Ärztin Anm. d. Verf.), hab´ ich zu Frau G. gesagt, also Sie glauben doch nicht, dass ich ne Pflegestufe kriege, denn eine Kollegin von mir, äh, die hat auch ne Pflegestufe beantragt, die is´ wirklich bisschen taperig, aber pensionierte Oberstudienrätin, soll sagen 1, 2, 3, 4, 5 - na dat kann die doch wohl machen. Hat se keine, hat se keine Pflegestufe gekriegt, weil sie 1, 2, 3, 4, 5 zählen konnte. Hat nix bekommen. Hat se nichts bekommen und ich hab´s sofort gekriegt. Ich weiß es nicht, wie es kam.“ (Elisabeth I., 231)

„[...] und die kam (die begutachtende Ärztin Anm. d. Verf), und ich wollte mit ihr sagen, ich da alles aufgeschrieben. Da hat se gesagt: „Stören Sie mich bitte nicht, ich muss mein Laptop hier richten. Ihr Tisch steht schief.“ Da hab ich gedacht, du kriegst im Leben keene von der. Und dann is se aufgestanden [...].Und dann hat es 5 Monate gedauert bis der Bescheid kam, und äh, dass ich Pflegestufe I kriege [...].“ (Hermine D., 373)

Des Öfteren wird die Objektivität der Einstufung von den Befragten in Frage gestellt. Sie berichten einerseits von sehr unterschiedlichen Erfahrungen mit der Beantragung einer Pflegestufe und mit der Begutachtung, bei dem die Durchführung in keinem Verhältnis zum Ergebnis zu stehen scheint. Zuweilen dauerte es sehr lange bis der Bescheid kam, ein anderes Mal ging es schnell. Mal wird intensiv nachgefragt, mal reichte auch nur ein kurzes Gespräch. Andererseits erwähnen sie Verhaltensmuster älterer Menschen bei der Begutachtung, die aus ihrer Sicht zu möglicherweise unangemessenen Einstufungen führen. Verhaltensweisen, die einen schlechteren Gesundheitszustand suggerieren, werden von den Befragten kritisiert.

„[...] es gibt Leute, die können so phantastisch schauspielern, dass der Mann glatt reinfällt. Das haben die sich so vorgelegt alles, das sagst du, das kannst du und wir als Privatleute, wir sehen ja das es tadellos in Ordnung ist, kann gut laufen, kann gut sehen, kann gut hören - ach Katastrophe. Und was meinen Sie wie viele Leute hier im Heim, die laufen alle mit einem Vierer-Rollstuhl rum und tun als wären

sie sonst wie krank und wenn es hier unten sonst wie zu geht, dann tanzen sie.“ (lachen) (Paul P., 93)

„Meine Frau ist zu ehrlich. Da ist z.B. der Arzt gekommen, zeigt seine Finger und fragt wie viele Finger sind das? Da sagt sie drei.“

I.: „Wie hat sie das gemacht?“

„Ich will nur sagen, sie ist zu ehrlich.“ (Paul P., 93)

3.3.4 Unterstützung und Kompensation

Keiner der einbezogenen Hundertjährigen lebt noch völlig autark ohne externer Hilfe und Unterstützung, auch jene nicht, die allein oder mit ihren Partnerinnen in einer eigenen Wohnung oder im eigenen Haus wohnen. Sie erhalten alle entweder familiäre und/oder andere externe Unterstützungsleistungen, zumeist von in unmittelbarer Nähe lebenden Töchtern und Söhnen, teilweise auch ambulanten Diensten und anderen Hilfspersonen (Hilfe beim Saubermachen, Einkaufen etc.). Auch wenn die meisten der Befragten sich auf die Ressource „Familie“ verlassen können, differieren deren Unterstützungsleistungen erheblich.

„Hier meine Tochter, die macht den ganzen Schriftverkehr, Rechnungen bezahlen und so was alles. Weil ich, äh. Ich schreib´ jetzt, langsam.“ (Johann B., 208)

„Ich mache noch alles so was ich kann. Mein Sohn, der macht sauber. Der andere Sohn kommt und fährt mit mir einkaufen. Der andere macht die Bücher, weil ich ja nicht mehr lesen kann. Gibt ne Menge Schreiberei, mit meinem Mann andauernd.“ (Katharina F., 15)

„Ich bin in den besten Händen, die es gibt. Also, das können sich wenige richtig vorstellen wie das ist eine solche Frau wie unsere Tochter, nicht wahr, die sich kümmert ‚Was kann ich tun, was kann ich noch machen?‘ Nicht wahr, die haben einen Lift angeschafft, weil der Kerl nicht mehr Treppen steigen kann und will, all das. Wissen Sie, dieses Zusammenleben, das wünsche ich mir im familiären Kreis aller, aller Familien, die ähnliche Verhältnisse haben, da wünschte ich mir dieses Zusammenleben.“ (Ludwig H., 321-322)

Die familialen Unterstützungsleistungen der Kinder erfolgen in Abhängigkeit des Hilfebedarfs der Eltern und werden durch die eigenen Ressourcen beeinflusst. Auf Seiten der Unterstützungsgeber limitieren deren Alter (häufig um die 70), gesundheitliche Probleme (und/oder des Partners), Unterstützungsaufgaben gegenüber eigenen Kindern und Enkeln, räumliche Distanzen sowie innerfamiliäre Streitereien und Konflikte die Hilfeleistungen für die Hundertjährigen.

Nicht jeder kann auf familiäre Ressourcen zurückgreifen. Sieben Probanden in dieser Stichprobe blieben kinderlos bzw. deren Kinder sind bereits verstorben. Gerade sie erweckten in den Interviews den Eindruck, dass sie ihr Alter, speziell auch ihre Versorgung im Alter, sehr vorausschauend planen, oft strategischer und weitsichtiger als jene, die Kinder haben. Letztere scheinen sich demgegenüber oft weit stärker auf Unterstützungsleistungen ihrer Kinder zu verlassen und auch dazu zu neigen, deren Unterstützungspotentiale und -ressourcen zu überschätzen.

Unabhängig von der Bereitstellung von Unterstützungsressourcen handeln einige der befragten Hundertjährigen soweit wie möglich autonom und versuchen ihre vorhandene Selbständigkeit in den Lebensbereichen aufrecht zu erhalten, wo es ihnen möglich scheint. Die Bestrebungen, weitgehend auf Hilfe zu verzichten, liegen in der Sorge begründet, in eine Pflegeeinrichtung umziehen zu müssen. Dabei entwickeln die Befragten im Alltag eine Vielzahl an

Kompensationsstrategien, die sowohl funktionale körperliche Defizite ausgleichen als bauliche Barrieren überwinden.

Insbesondere die Mobilität ist für die Befragten von großer Bedeutung und wird unter Einsatz unterschiedlichster Ressourcen aufrechterhalten. Dabei kommen nicht nur klassische Hilfsmittel wie der Gehstock oder der Rollator zum Einsatz. Unter anderem dienen nicht selten Möbel dazu, sich an ihnen entlang zu hangeln, hoch zu ziehen, um nicht aus dem Gleichgewicht zu geraten. Die aus professioneller Sicht nicht alten- und behindertengerechten baulichen Voraussetzungen und die vor dem Hintergrund von Unfallschutz und Brandschutz gefährlichen Kompensationen werden von den Hundertjährigen nicht hinterfragt.

„Naja, im Haus gehe ich mit m Stock, aber auch nicht, nee, da hangel ich mich von einem Möbelstück zum anderen.“ (Kunigunde L., 517-525)

„Und ich bin froh, dass ich die drin stehen habe (Möbel anm. des Verfas.), habe ich mir schon von unten hoch holen lassen, weil ich mich nicht immer mit der Krücke fortbewegen will.“ (Martha J., 142-145)

Der Rollator kommt als anerkanntes therapeutisches Hilfsmittel insbesondere bei Spaziergängen zum Einsatz. Bestanden möglicherweise in früheren Jahren noch Akzeptanzprobleme gegenüber diesen Hilfsmitteln, scheint der drei- oder vierbeinige Rollator mit zunehmendem Alter immer unentbehrlicher zu werden. Er gibt Halt, sorgt für Stabilität, Einkäufe lassen sich verstauen und bei Bedarf dient er als Sitzhilfe oder „stiller Diener“. Weniger eignet er sich im Theater, vor Roll- und anderen Treppen und im Nahverkehr.

„Hier im Hause lauf ich ohne alles. Draußen, wenn wir ´ne dreiviertel Stunde oder ´ne Stunde spazieren gehen, nehm´ ich den Rollator, das ist mir sicherer, und kurze Entfernungen draußen mit ´m Stock. Aber ich kann noch in die Badewanne klettern und wieder raus klettern, zwar mit etwas Zittern und Zagen, aber es geht. Und ich bin immer ein Mensch der Bewegung gewesen, hab mich viel bewegt, so.“ (Sophie C., 65-66)

„Für die Wohnung brauch´ ich den nicht, für draußen. Nehm den Rollator, wenn ich in der Küche mein Essen mache. Mit dem Tablett drauf, mein stiller Diener.“ (Katharina F., 137-138)

Auswertige Gänge werden auf notwendige Wegstrecken reduziert und so lange wie möglich trotz baulich-architektonischer Barrieren – manchmal hartnäckig – durchgeführt.

„Und früher bin ich immer die 64 Stufen rauf und, also 128 Stufen gelaufen. Heute, wenn ich in der Bank an mein Schließfach gehe, dann äh, gehe ich wie ein Baby, äh seitlich und so Schritt für Schritt und am Geländer fest.“ (Hermine D., 54)

Im Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) kommen ebenfalls unkonventionelle Hilfsmittel und Improvisationstechniken zum Einsatz.

„Und manchmal geht´s. Manchmal krieg ich auch die Schuhe und die Strümpfe leichter aus. Ich hab ja überall so lange Schuhanzieher. Auch meinen Kühlschrank bediene ich ja mit nem langen Schuhanzieher. Ich kann mich ja kaum bücken, um da ran zu kommen.“ (Martha J., 312-315)

„Also das Anziehen, wenn ich das alleine mache, dauert etwa 40 Minuten, ehe ich offstehe, ich bin aus der Badestube und will mich anziehen, nicht wahr, Klamotten aus, die Nachtklamotten aus, dann fängt das an mit den Strümpfen, von da ab geht es weiter nach oben hoch weiter, nicht wahr. Und wenn ich die Strümpfe an habe, naja, das ist ein Trick, den ich mir angewöhnt habe, erst krepel ich oben herum und dann schlüpfe ich rein und dann kann ich so ganzlangsam mich hoch, ja, das sind so Gewohnheiten.“ (Ludwig H., 323-324)

Zur Aufrechterhaltung der Selbständigkeit kommen bei den Hundertjährigen jedoch auch höchst problematische Strategien zur Anwendung. Insbesondere im Rahmen der Körperpflege werden

Risiken eingegangen, um die Selbständigkeit aufrecht zu erhalten, auch wenn Ihnen teilweise das Gefahrenpotenzial durchaus bewusst ist.

„Noch krieg ich die Beine über den Badewannenrand hinweg, aber i, wie gesagt, es ist jedes Mal eine... na, wirst Du´s schaffen oder wirst Du´s nicht schaffen. Aber noch hab ich´s immer geschafft. Noch steige ich da rein und wieder raus. [...] (Sophie C., 177-181) [...] Es ist, wie sagte man immer – eine Zitterpartie, weil ich denke, na Mensch, wenn Du jetzt da mal ausrutscht und sowas alles. Ich hab zwar innendrin so´ne Auflage, so´ne Gummiauflage und ich stell mir ja den Hocker rein ins Bad und da ist so ein Sitz, der ist mir aber zu niedrig. [...] Dann stell ich ihn ran, dann kann er nicht wegrutschen und dann sitze ich beim Duschen da drauf. Ich stehe zwar immer mal wieder auf, damit ich auch überall hinkomme (lacht), [...] aber im Grunde genommen geht das noch. Aber ein bisschen mit Zittern.“ (Sophie C., 218-230)

„Also äh, ich steig ja auch alleine in die Badewanne. Ja, was wirklich ne Leistung ist mit 100. Ich habe, aber das haben Sie neulich gesehen im Badezimmer, so ein Griff mir gekauft, da kann ich mich daran festhalten und bei der Dusche. Und da steig ich rein, kann mich knien, dreh´ mich dann um und dann sitz´ ich ja schon, dann kann ich nich´ umfallen. Das sind ja grad´ die gefährlichsten Situationen, wenn´s glatt ist. Is´ nicht glatt, bei meiner Badewanne, is´ nich´ glatt. Ja. Manche Leute sagen, ich soll mir da so n, so en, so was kaufen. Und des find´ ich so eklig, so mit Gummizeug, so [...] ärr, ne.“ (Elisabeth I., 225)

3.4 Die gesundheitliche Normalität Hundertjähriger

Zur Beschreibung zentraler Gesichtspunkte der gesundheitlichen Normalität von Hundertjährigen werden Aussagen zu Krankheiten und gesundheitliche Krisen im Lebensverlauf (3.4.1) zu belastenden Krankheitsfolgen (3.4.2) und zur Bewertung der Gesundheit und des sehr hohen Alters (3.4.3) herangezogen. Im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Normalität stehen zudem Aspekte der medizinischen Versorgung, ihrer Qualität und Zufriedenheit (3.4.4)

3.4.1 Krankheiten und gesundheitliche Krisen im Lebensverlauf

Die befragten Hundertjährigen charakterisieren sich in jüngeren Jahren mehrheitlich als gesund. Bis auf Kinder- und Erkältungskrankheiten beschreiben sie keine außergewöhnlichen Krankheitsereignisse. Erwähnt werden vereinzelte Operationen, wie Blinddarmentfernung, Gallenoperation und Tonsillektomie.

„Ich war eigentlich die meiste Zeit gesund.“ (Bettina K., 606-607)

„Von ernsthaften Krankheiten bin ich ja verschont geblieben. Außer Kinderkrankheiten wie die Masern, nicht wahr, habe ja keine ernsthafte Krankheit gehabt. Das fing jetzt an, aber nicht als Krankheit, sondern Beschädigung durch den Sport, mehr nicht. Sonst war ich nicht krank.“ (Ludwig H., 281-282)

Vereinzelt scheinen die Hundertjährigen auch noch zum Zeitpunkt der Befragung keine wesentlichen Morbiditätsprobleme aufzuweisen. Das 100. Lebensjahr bei weitestgehender Gesundheit zu erreichen, scheint in dieser Untersuchungsgruppe den weiblichen Befragten vorbehalten.

„Nee, da haben wir, muss ich eigentlich sagen. Da hab ich eigentlich Glück, dass ich so lange lebe. [...] Naja, nu tut mir ja auch weiter nischt weh. [...] Und das bisschen, wenn dann mal was weh tut, das geht auch wieder vorbei.“ (Frederike M., 431) Nee. So bin ich ja weiter nicht krank. Ich hab ja weiter nischt. [...] Die Ärzte haben mich ja untersucht. Ist alles in Ordnung, hat er gesagt. Naja, ich lebe eben so lange, nicht. Det is ja nu och egal.“ (Frederike M., 446-448)

„Also organisch geht es mir relativ gut. Ja, es sei denn, dass die Inkontinenz gelegentlich sich

unangenehm bemerkbar macht. [...] Aber sonst, ich kann atmen, ich [...] jetzt merke ich natürlich: das Skelett lässt nach. Aber nach der Gesundheit fragt man immer – sind das die Organe, nach denen Sie fragen. Da hab ich keine Schwierigkeiten, ich kann noch alles essen, was ich will.“ (Martha J., 15-18)

Rund die Hälfte der Studienteilnehmer berichtet, dass gesundheitliche Krisen sie erst in jüngster Vergangenheit vermehrt belasten. Bis dahin bekunden sie, überwiegend gesund gewesen zu sein. Ihre Erkrankungen traten damit im Vergleich zu anderen Hochaltrigen deutlich verzögert im sehr hohen Alter auf. Ursachen waren zumeist ein Sturz oder ein Unfall und damit einhergehende Verletzungen und weitere damit im Zusammenhang stehende gesundheitliche Folgen. Deutlich seltener wurde die plötzliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes durch kardio-vaskuläre Erkrankungen, wie Schlaganfall oder Herzschwäche hervorgerufen. Ferner wird ein allmähliches, fast unmerkliches Schwächerwerden ohne schwere Erkrankungen geschildert, welches erst kürzlich als Verschlechterung des Gesundheitszustandes wahrgenommen wird.

„Na das ist noch gar nicht lange her. Kurz bevor ich hier ins Heim kam. Und zwar [lacht] war ich auch wieder selber schuld. Da habe ich hier, [...] von meinem Buffet, da habe ich die Tür aufgemacht und da bin ich dummerweise hier hinten ran und da hatte ich ein Loch (im Bein) drinne.“ (Elsa N., 219-225)

„Eigentlich bis ich dann hierher kam (Heim), durch den blöden Schlaganfall (lange Pause), vor zwei Jahren.“ (Anna A., 59-63)

„Naja, so im Laufe der Zeit, ach, das merken Se' gar net so. Also n' paar Wochen schon jetzt, wo ich denke, dass ist ja gar net mehr so gut wie vorher.“ (Adelheid O., 357-363)

Andere betonen hingegen, dass der Beginn ihrer gesundheitlichen Probleme schon weiter zurück liegt, zum Teil schon 15 Jahre und länger. Sie berichten insbesondere von chronisch degenerativen Erkrankungen des Bewegungsapparates und daraus möglicherweise folgenden orthopädischen Operationen. Mindestens fünf Probanden erwähnen eine Hüftgelenks-OP und drei Probanden eine schwere Arthrose. Alle befragten männlichen Hundertjährigen gehören zu dieser Gruppe, die trotz lange bestehender Krankheit dieses hohe Alter erreichen.

„Ja, bis zum 65. oder 70. Lebensjahr und denn hab ich nichts mehr gemacht und dann wurd' ich eben krank. Da kriegte ich die komische Sache hier mit der Gallenblase. Sonst hab' ich eigentlich direkt nie Schwierigkeiten gehabt.“ (Johann B., 190)

„Mit 89 fing das Theater an. Ich war früher nie 100 % gesund, aber es waren Sachen, die nicht tragisch waren.“ (Paul P., 83)

„Mein ganzer Knochenaufbau der ist kaputt, ich habe ein ganz schweres Hüftleiden, das zieht sich runter bis in den kleinen Zeh. Das rechte Bein ist sehr sehr stark belastet, das ist halbtot und das linke Bein ist noch einigermaßen kräftiger, sodass sich der Körper mehr auf das linke Bein verlagert. Deswegen kann ich ohne so einen Rollator nicht laufen, dann falle ich um, weil ich in dem rechten keinen Halt habe.“ (Paul P., 41)

„Ich bin 2004 das erste Mal operiert worden (Operation an der Hüfte Anm. d. Verf.). Und dann fünfmal nochmal operiert worden, aber diesmal rechts. Und dann hinterher 2007 drei Operationen, nochmal rechts und links. Und deshalb von dieser Zeit an praktisch, wo ich eingeschränkt bin.“ (Ludwig H., 525-528)

„Also schwierig insofern – ich hab ja n Herzschrittmacher, nicht. Aber den hab ich schon ne ganze Zeit. So etliche Jahre hab ick det schon, äh [...]“ (Franz S., 403)

Insgesamt wird in dieser Untersuchungsgruppe hundertjähriger Frauen und Männer zwar ein breites Spektrum an Krankheiten und Gesundheitsproblemen beschrieben, jedoch keine

Häufung vieler Krankheiten bei einzelnen Befragten. Symptome wie Kraftlosigkeit, Schwäche und Schwindel werden von mehreren Hundertjährigen angesprochen,

„Naja, gut, sagen wir mal so, hat sich natürlich nicht verbessert. Wenn ich jetzt hier sagen wir ne Dreiviertelstunde hin und her jelaufen bin, da hab ich nun erstmal jenuch. [...] Da muss ich schon och ne Pause machen. [...] Ja, da hab ich einfach die Kraft, da reicht die Kraft nicht mehr aus.“ (Franz S., 515-517)

„Ja, also die morgendliche Bewegungsunfähigkeit unter Schmerzen macht mir zu schaffen. Da brauch ich ungefähr zwei bis drei Stunden eh ich wieder die Balance hingekriegt habe.“ (Sophie C., 61)

Diese zunächst nicht als bedrohlich wahrgenommenen Symptome können erhebliche Risiken zur Folge haben und Ursache für Stürze, Verletzung und Knochenbrüche sein. Mindestens sechs der Befragten berichten von derartigen Begebenheiten. Im engen Zusammenhang mit diesen Ereignissen stehen Schmerzen und/oder Mobilitätseinschränkungen die zum Autonomieverlust führen können.

„[...] und aber, wie gesagt, im Alter habe ich Schwindel und bin auf der, schon lange 15 Jahre mit dem Stock gegangen, aber Stock flog weg und ich bin immer nach vorne gefallen. [...] immer auf die Nase und schon n paar Mal jebrochen.“ (Hermine D., 226)

Ein bedeutsames und belastendes Problem, welches von acht Befragten thematisiert wird, ist das Auftreten von Blasen- und Prostataproblemen und/oder das Vorliegen einer Inkontinenz.

„Na, zu schaffen macht mir jetzt das Unsichere mit der Inkontinenz, also wenn ich irgendwo eingeladen bin, dann schütze ich mich ab. Und jetzt sitze ich ja hier auch schon ne ganze Weile, hab Kaffee und muss nicht hin. Aber man kann sich nicht drauf verlassen. Das ist unangenehm.“ (Martha J., 137)

„[...] nachdem ich nicht mehr das Wasser halten kann. Das ist ganz was Schlimmes. Also, das kann ich überhaupt niemandem sage wie schlimm das ist.“ (Adelheid O., 161)

Bei fünf der Hundertjährigen wurde ein Altersdiabetes diagnostiziert. Während Erkrankungen, wie Schlaganfall, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung, Angina Pectoris nur im Einzelfall genannt werden. Einen Herzschrittmacher haben fünf der befragten Hundertjährigen.

„Diabetes ja. [...] Ja, eigentlich keine chronische Krankheit, hab´ ich erst im Alter gekriegt. [...] Diabetes 2.“ (Elisabeth I., 272)

„Tchja, ne Tablette muss ich nehmen, aber die wohl, ach ja! Für Insulin, die muss ich nehmen. Das weiß ich, hab Zucker etwas.“ (Frederike M., 259)

3.4.2 Belastende Krankheitsfolgen

Am gravierendsten fühlen sich die Befragten derzeit durch den Verlust körperlicher Mobilität, Schmerzen sowie funktionale Einbußen belastet und durch das Nachlassen oder den Verlust ihres Seh- und/oder Hörvermögens.

Insbesondere Einschränkungen der Mobilität werden als belastend wahrgenommen und können die Lebenszufriedenheit beeinflussen.

„Mit dem Laufen ist es ganz schlecht, Laufen fällt mir sehr schwer, bücken fällt mir sehr schwer, schnaufen fällt mir sehr schwer. Ich hab n Herzschrittmacher und hab e Hüfte, also alles.“ (Caroline Q., 136)

„Naja, laufen nur mit m Rollator und wenn ich n´ Stück laufe, da geht nicht mehr viel. Also, da tun mir dann schon die Beine weh.“ (Kunigunde L., 887-894)

Zur Kompensation von Mobilitätsproblemen werden konsequent Hilfsmittel eingesetzt (vgl. Kapitel 3.3.4). Gänzlich ohne Gehhilfen (Stock, Rollator) kommt keiner der Hundertjährigen mehr aus. Selbst jene Probanden, die sich in ihrer Wohnung noch relativ eigenständig bewegen, bevorzugen bei längeren Spaziergängen den Rollator. Andere können sich ohne Rollator gar nicht mehr fortbewegen oder müssen zunehmend auf einen Rollstuhl zurückgreifen.

„Ich mache immer alles mit dem Dreier oder dem Vierer (Rollator). Auf dem Vierer kann ich mich etwas hinsetzen. Aber nach draußen gehe ich nur ganz ganz selten, nur wenn es dringend sein muss, sonst bleibe ich hier.“ (Paul P., 74)

Daneben beeinträchtigen die Hundertjährigen massiv Sehprobleme in unterschiedlicher Ausprägung, obwohl teilweise mit Hilfe medizinischer Eingriffe bereits interveniert wurde. Bestehende Seheinschränkungen können die Probleme der Mobilität verstärken und die Selbständigkeit zusätzlich einschränken.

„Das Sehen ist sehr schlecht. Ich habe Makuladegeneration.“ „Das ist meine Brille (Herr F zeigt seine Brille) - da sehen Sie, dass das eine Auge ganz weg ist (eingetrübtes Glas) und hier mit dem anderen Auge kann ich es einstellen, wie ein Opernglas. Und damit kann ich einigermaßen fernsehen, aber - wie gesagt – 100 % scharf ist es nicht. Es strengt mich auch an, es ist auch schlechter geworden. Es war weit, weit besser, aber es wird je älter ich werde immer schlechter.“ (Paul P., 72-73)

„Mit dem linken Auge – ich hab beide Augen Grauer-Star-Operation hinter mich gebracht – und mit dem linken Auge sehe ich sehr schlecht, von dem Bild ist nur noch ´n Schatten da, mit dem rechten Auge sehe ich deutlich, da kann ich auch lesen, ich lese ja noch.“ (Sophie C., 64)

Der Ausgleich von Einschränkungen der Sehfähigkeit mit Hilfsmitteln gestaltet sich schwieriger und bringt häufig nicht den gewünschten Erfolg.

„Die können da nischt mehr machen mit den Augen. Ich hab wohl ne Brille, aber die nutzt mir nicht viel. Ich kann doch nischt sehen.“ (Frederike M., 286-295)

„[...] ich hab sogar eine Lichtlupe. Eine elektronische Lichtlupe. Eine elektronische Lichtlupe und kann kaum was sehen.“ (Luise E., 171)

„Habe so ein Apparat, wo ich lesen kann. Ich lese keine Zeitung mehr, mein Mann muss mir die Zeitung vorlesen. Ich sage: Das ist das einzige, was du für mich tun kannst.“ (Katharina F., 122)

Sensorische Probleme werden von den befragten Hundertjährigen zudem im Bereich des Hörens beschrieben, häufig jedoch nur in spezifischen Situationen als stark belastend wahrgenommen.

„Wenn so drei vier Leute zusammensitzen, verstehe ich kein Wort. Wenn mir jemand gegenüber sitzt, dann versteh´ ich noch jeden gut. Nur nicht so nuschlig, recht klar und deutlich, dann versteh ich das und das is´ ja auch sehr schön. Ich war ja auch immer ein geselliger Mensch. Ja. Ja, war ich immer.“ (Luise E., 180-185)

„Und mit dem Hören das wird auch immer schlimmer. Da müsste ich jetzt neue Hörgeräte haben, aber denken Sie mal. Die haben schon 5.000 Euro gekostet und wenn´s dann wäre, dass es mein, dass meine Ohren schlechter gewesen wären, da können die Hörgeräte ja gar nichts dafür.“ (Adelheid O., 312)

Für den Ausgleich der Schwerhörigkeit stehen verschiedenste Hilfsmittel wie Hörgeräte, Telefon-Verstärker und Kopfhörer zur Verfügung. Hörgeräte werden häufig nicht getragen, da sie Nebengeräusche auf unangenehme Art verstärken und bei der Nutzung Schwierigkeiten bereiten.

„Die Nebengeräusche stören einen.“ (Johann B, 280)

„Das Hörgerät liegt natürlich im Schrank. Am TV hab ich ne Verstärkung, am Telefon hab ich keine Schwierigkeiten.“ (Johann B., 37)

„Kann ich gar nich´ bewältigen (Umgang mit dem Hörgerät Anm. d. Verf.). Ja. Unmöglich. Meine Pflegerin, die ist dauernd beim Akustiker und kommt auch nicht mit zurecht.“ (Luise E., 170)

Während im persönlichen häuslichen Umfeld einige der Hilfsmittel zum Ausgleich der Schwerhörigkeit nutzbringend eingesetzt werden können, scheinen die Möglichkeiten der Kompensation im sozialen Leben begrenzt. Es kommt zur Einschränkung sozialer Aktivitäten, Gespräche im größeren Kreis werden vermieden. Auswärtige Unternehmungen, wie Theater- oder Konzertbesuche werden nicht nur wegen der akustischen Probleme, sondern auch aufgrund der Probleme im Bereich der Sehfähigkeit und der Mobilität eine immer größer werdende Herausforderung.

„Ja, das mache ich gern, und zwar alles so ab um 15:00 Uhr. Tue ich die Hörgeräte raus und schalt mein Kopfhörer ein und daseh i die Nachrichten und bleib i meist scho sitzen.“ (Caroline Q., 325)

„Ich hab´ bis vor kurzer Zeit auch immer mit ,nem ehemaligen Kollegen, der hat immer Opernkarten, Konzertkarten, Theaterkarten und so was besorgt. Aber ins Theater geh´ ich nicht mehr so gerne, weil ich´s nicht hören kann. Und dann ist´s immer albern, wenn die Leute über etwas lachen und man weiß gar nicht, was es is´. Deshalb geh´ ich jetzt eigentlich nicht mehr so gerne. In die Oper oder ins Konzert schon, aber Konzert kann ich jetzt auch nicht mehr oder in die Philharmonie gehen, da is´ ja auch immer mit Treppen was zu laufen.“ (Elisabeth I., 266-267)

3.4.3 Bewertung der Gesundheit und des sehr hohen Alters

Trotz der beschriebenen vielfältigen körperlichen Probleme und Einschränkungen sowie unabhängig von der Notwendigkeit familialer oder professioneller Hilfe beurteilt eine Mehrheit der befragten Hundertjährigen ihre Gesundheit als „gut“ oder zu mindestens als „befriedigend“.

„Na, möchte ich schon sagen, müsste ich eigentlich sagen, ich bin zufrieden. Zwei, ja, gut.“ (Caroline Q., 302-305)

„Gut, mir geht´s gut. [...] Ich würde sagen, bei „gut“ können wir das belassen, nicht.“ (Johann B., 373-375)

Diese positive Wahrnehmung erfolgt häufig vor dem Hintergrund eines Altersbildes, bei dem körperliche Gebrechen dem Alter zugeschrieben werden und diese aus der Sicht der Hundertjährigen keine „richtigen“ Erkrankungen darstellen. Zugleich wird das zunehmende Auftreten von Krankheiten im Alter als normaler Prozess wahrgenommen.

„Naja, du wirst älter und das kommt. Wat soll ich machen. Ich muss das eben hinnehmen. Ich kann mich ja nicht sträuben und sagen, hier.“ (Mathilda R., 452-455)

„Ja, ja. Ich würde sagen, äh, es geht mir verhältnismäßig zu meinem Alter gut.“ (Johann B., 138-151)

Eine subjektiv positive Beurteilung der Gesundheit stellt einerseits ein wichtiges Potenzial für die Zufriedenheit der hochaltrigen Menschen dar. Andererseits kann diese Einstellung problematisch werden, wenn gesundheitliche Krisen ignoriert und medizinisch notwendige Behandlungen verweigert werden.

„Ja, also ich tue, was ich persönlich kann. Und wenn ich dabei, äh, übern Strang schlage, etwas mehr mache, dann ist das immer zum Ärger unserer Tochter. [...] Das ist die Gefahr, die besteht, wenn man sich wohl fühlt, dass man sagt: „Mensch, komm, das mach ich doch selber.“ Und dabei passieren mir, wie

es jetzt passiert ist, dass ich ausrutsche, hin falle, nicht wahr, das sind die Gefahren. Das heißt also, wenn man es anders ausdrücken will, negativ, bewusstes, äh, Verdrängen der eigenen Möglichkeiten, die man gar nicht hat, nicht wahr, durch die Beeinträchtigung von ner Krankheit, hat man die Möglichkeit nicht und will sie doch machen, hier wider aller Vernunft, das ist, die Gefahr besteht natürlich.“ (Ludwig H., 233)

I.: Haben Sie sich was gebrochen als Sie hingefallen sind?“

„Das Gesäß und da bin ich nicht zum Röntgen gegangen, es war meine Schuld. Und jetzt tut mir immer alles weh. Ich weiß nicht, vielleicht hätte man das, vielleicht hätte man da was machen können, vielleicht hätte man da operiert oder was, ich weiß es nicht. Aber sehen Sie, das hab ich versäumt, auch meine Schuld.“ (Adelheid O., 294)

Wenige der Hundertjährigen beurteilen ihren Gesundheitszustand als „schlecht“ oder gerade noch „genügend“. Diese Einschätzung korrespondiert meist mit aktuellen, akuten Verschlechterungen der gesundheitlichen und häuslichen Situation, respektive des Beantragens der Pflegestufe II und des unfreiwilligen Umzuges in ein Pflegeheim.

„Wenn ich Ihnen das sag’, dass ich mich vor 14 Tagen noch sehr gut gefühlt hab und dass das in letzten Tagen so weniger geworden ist, dass ich das gar nit erklären kann“.

I.: „Das liegt vielleicht am Wetter, am Winter.“

„Nee, das liegt, mein Körper will net mehr.“

I.: „Haben Sie denn Schmerzen?“

„Oh, nachts, aber wie! Also, ich könnt schreien. Die Fersen tun mir so weh. Ich weiß gar net, was da ist. Das ist so schlimm, dass ich einfach nit mehr weiß, was ich machen soll.“ (Adelheid O., 268-275)

Unter Umständen gehen diese negativen Beurteilungen der Gesundheit mit einem Verlust an Lebenswillen und einer gewissen Resignation einher, verbunden mit der Verweigerung einer medizinischen Behandlung.

„Ich lass nichts mehr machen.“ Ich werd’ auch nicht mehr so alt. Ich merke das. Wenn Sie jetzt so hier sind, dann, ähm, is mein Wille da, also ich lass mir das nicht anmerken, aber wenn ich alleine bin... meine Zeit ist abgelaufen und das ist auch mein WUNSCH.“ (Hermine D., 211)

Im Kontext von Zunahme und Schwere gesundheitlicher Problemlagen und notwendig werdender externer Hilfeleistungen reflektieren und werten die hundertjährigen Befragten, ob sie ihr sehr hohes Alter eher als „Geschenk“ oder „Bürde“ empfinden.

„Alt werden war ein Geschenk, eben wie gesagt, bis vor einem Jahr. Und jetzt sag’ ich, jetzt macht’s mir auch kein Spaß mehr. Weil ich nun auch immer schlechter laufen kann und [...]“ (Elisabeth I., 203)

Wer mit täglichen Schmerzen und körperlichen Einschränkungen seit Jahren leben muss oder von einem Tag auf den anderen auch seine bisherigen Kompetenzen verliert und möglicherweise pflegebedürftig wird, erfährt das hohe Alter zunehmend als „Last“:

„Altwerden ist eine Bürde, eine Katastrophe! Da müssen sie gerade vollkommen gesund sein, dann ist Alter auch zu ertragen.“ (Paul P., 1126-1143)

„Mein Alter sehe ich als eine Bürde an.“ (Anna A., 67-68)

Eine Mehrheit der Hundertjährigen nimmt jedoch ihr außergewöhnlich hohes Alter sowohl als ein „Geschenk“ als auch eine „Bürde“ wahr. Bei ihnen mischen sich einerseits Resignation und Traurigkeit wegen zunehmender Einschränkungen, Belastungen und Abhängigkeiten, andererseits mit Gefühlen des Dankes für ihr bisheriges Leben und Dankbarkeit noch leben zu dürfen.

„Jeder Tag ist doch n’ Geschenk. Und manche Tage sind so, wo sie so viele Hilfe brauchen, die sie nicht kriegen können. Na, da kann einem auch die Galle losgehen. Und das ist eigentlich das Schlimmste,

dass man hilflos mit Kleinigkeiten ist, beispielsweise am Abend die Strümpfe ausziehen, nicht.“ (Martha J., 337-340)

„Ja beides zugleich. Ist ein Geschenk und ist eine Bürde. Kann ich wohl sagen. Ein Geschenk alt zu werden. Ist wirklich ein Geschenk. Aber auch eine Bürde. [...] Es ist ja immer wieder nur schön, immer wieder nur schön.“ (Luise E., 377-380)

„Nach jedem Lesen dieser Todesanzeigen kommt der Gedanke der Dankbarkeit auf, dass ich noch am Leben bin. Mensch, du hast das unerschämte Glück, dass du noch lebst und hoffentlich noch lang.“ (Ludwig H., 414)

3.4.4 Qualität und Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung

Der Schwerpunkt der medizinischen Versorgung im hohen Alter liegt in der hausärztlichen Betreuung. Mit der Leistung des Hausarztes ist rund die Hälfte der Befragten zufrieden, die anderen üben Kritik. Zufriedenheit stellt sich ein, wenn der Hausarzt regelmäßige Hausbesuche anbietet, sich Zeit lässt und freundlich zugewandt zuhört und erklärt.

„Ja, alles was mir mein Hausarzt so verschreibt. [...] Der kommt auch zu mir nach Haus. Das ist ein ganz netter. Der wohnt am Bahnhof XXX und dann kommt er hier mit dem Auto vorbeigefahren.“ (Elisabeth I., 263-265)

„Ja, ich hatte ne sehr gute Hausärztin, aber die hat Schluss gemacht. [...] Und dann war da ne andere. Naja, die kommt nicht mehr nach Hause. Meine Ärztin kam jeden Monat zu mir, einmal im Monat, nicht. Die neue macht das nicht.“ (Kunigunde L., 949-956)

Kritik wird geübt, wenn der Hausarzt keine Hausbesuche anbietet und nicht ausreichend aufklärt. Teilweise fühlen sich die Befragten mit ihren Problemen allein gelassen und nicht ernst genommen.

„Aber es kommt ja auch niemals ein Arzt hierher.“ (Adelheid O., 313-322)

„Ach so ich bin hier mal hingefallen [...] Aber ich hab dann gedacht die (Ärztin Anm. d. Verfassers) würde mich mal zum Durchleuchten schicken, das hat sie aber nicht gemacht. Ich hab sie gebeten, aber sie hat es nicht gemacht! Und dann hat sie immer gesagt: „Nee, Sie haben bloß Rheuma“, nicht. Na, ich dachte so, vorher hatte ich doch auch kein Rheuma (lacht).“ (Elsa N., 237-239)

„Der Arzt hat sich jedenfalls nicht richtig geäußert, im Krankenhaus haben sich nicht geäußert. Aber wie gesagt, ich hatte nur noch Durchfall. Und dadurch bin ich auch abgemagert. Ich hab bloß noch 70 Pfund gewogen, nicht?“ (Elsa N., 227)

Die Betreuung im häuslichen Umfeld stellt für die medizinische Betreuung durch den Facharzt kein geeignetes Beurteilungskriterium dar, da diese in der Regel keine Hausbesuche anbieten. Insbesondere den immobilen Hundertjährigen wird damit möglicherweise notwendige medizinische Versorgung verwehrt, wenn sie bestehende Barrieren des Zugangs nicht mit Unterstützung und finanziellen Ressourcen überwinden können.

„Ich weiß es ja nicht, aber ich würde sehr gerne mal zum Ohrenarzt gehen, ist aber auch wieder immer so schwierig mit dem Hinkommen irgendwo, wenn da Treppen sind wieder, och, also. Ich weiß net wie ich das machen könnte.“ (Adelheid O., 312)

Die von einigen Hundertjährigen dargelegte medizinische Betreuung erscheint bedenkenswert vor dem Hintergrund der beobachteten Verschreibung zahlreicher Medikamente. Bei Nachfrage, wie viele Medikamente in der Regel täglich eingenommen werden (häufig mit Blick in die Medikamentenschachtel) offenbart sich, dass ca. die Hälfte der Probanden sieben und

mehr Medikamente (täglich bis zu dreimal) einnehmen. Dies setzt in der Regel eine sorgfältig ärztliche Überwachung und Dokumentation voraus.

„Aber, ähm, das is ja, dass ich heute 10 Tabletten am Tag nehme, Nich´wahr? Das ist [...] Die reine Chemie hält mich wahrscheinlich am Leben. Ne? Ich hab auch rein äußerlich keine direkten Beschwerden, bis auf das Gehen. Nich´? Die Knie wollen nich´ mehr und jetzt fangen die Schultern an und [...] Nich´?“ (Johann B., 53-54)

Je mehr Medikamente die Befragten einnehmen, umso öfter verlieren sie den Überblick. Nur wenige der Probanden scheinen gut über die täglich einzunehmenden Medikamente informiert zu sein.

„8 Stück, ich weiß gar nicht was das ist, früher wusste ich genau Bescheid, jetzt weiß ich nicht, was die mir da alles andrehen.“ (Anna A., 424-426)

I.: „Nehmen Sie denn regelmäßig Medikamente ein?“

„Ja, ich habe zwei Tabletten morgens und eine abends. Eine wär für, äh, gegen Zucker, glaube ich, und das andere, keine Ahnung.“

I.: „Fürs Herz oder?“

„Ich möchte´s gern wissen. Das können Sie gerne erfahren. Ich weiß gar net. Keiner sagt einem was.“

I.: „Haben Sie denn schon mal nachgefragt?“

„Ja. Keine Zeit!“ (Adelheid O., 333-338)

Diese Hinweise auf eine mögliche unzureichende Aufklärung und Betreuung potenzieren sich zudem in der Unzufriedenheit der Befragten mit den verordneten Medikamenten und deren Nebenwirkungen. Kritisch vermerkt wird, dass bei Schmerzen u.a. Symptomen zu schnell Medikamente verordnet werden, ohne nach den wahren Ursachen oder anderer Abhilfe zu suchen und ohne ihnen häufig die Nebenwirkungen der Medikamente zu erklären.

„Und dann bekomm´ ich ein Drogenpflaster. Alle zwei, drei Tage Droge und da war ich immer ganz benommen, ganz schwindlig. Ich schimpf immer meinen Doktor an, er soll das reduzieren, Schmerzmittel, unheimlich viele Schmerzmittel. Und dann nehm´ ich wie gesagt, Tabletten, Pflaster und dann Wasser, verschiedene. Alles gegen Schmerzen so schwer. Tropfen, Tabletten und diese schweren Pflaster. Alles gegen Schmerzen.“ (Luise E., 201)

„Ich hatte immerzu Durchfall, von den Tabletten. Und als ich ins Krankenhaus kam, habe ich genau wieder solche Tabletten bekommen, da hatte ich auch wieder dauernd Durchfall. Dann habe ich die, das war im Sommer, da habe ich sie gebeten, also entlassen sie mich, ich will von dem schönen Sommer noch was haben. Es ist ja nicht besser geworden.“ (Elsa N., 222-223)

Es gibt unter den befragten Hundertjährigen aber auch jene, die weitgehend auf Medikamente verzichten und selbstbewusst ihre persönliche Erklärung für ihre Gesundheit darlegen.

„Ab 50! Da hat mein Mann denn gesagt: „Jetzt beginnt die Zeit der Reparaturen.“ Aber wir haben das alles mit Hausmitteln und Lebenskraft gut hingekriegt. Ohne Doktor und [...]“ (Hermine D., 274-275)

I.: „Nehmen Sie denn regelmäßig Medikamente?“

„Nee, nee.“

I.: „Überhaupt gar keine?“

„Also, wenn ich die Überweisung lese, dass sich das, was ich schon habe, alles verschlimmern kann, und ich dann mit dem Arzt und Apotheker sprechen soll, dann nehm ich das nicht. Ich sag das immer meiner Ärztin auch.“

I.: „Sie nehmen nichts fürs Herz?“

„Nein. Ja, ich habe jetzt ein homöopathisches Mittel, hier dies Globuli, was da steht. Das nehm ich.“

I.: „Frau S, Sie sind ein Phänomen!“

„Ja. Ich bin auch bloß deswegen so lange gesund gewesen, weil ich das nicht gemacht habe. Aber das wollen die Ärzte natürlich nicht hören. Die Charité schon gar nicht.“ (Hermine D., 251-258)

3.5 Einstellungen und Bedürfnisse im Kontext „Lebensende, Sterben und Tod“

Als zentrale Aspekte im Umgang mit dem Thema Sterben und Tod haben sich in der Auswertung des Interviewmaterials die Kategorien Begrenzung und Offenheit (3.5.1), Verdrängung und Akzeptanz (3.5.2), Ängste und Hoffnungen (3.5.3) sowie Kommunikation und Versorgung (3.5.4) herausgebildet.

3.5.1 Begrenzung und Offenheit

Hundertjährigkeit kann als besondere Zeitmarke im Alterungsprozess angesehen werden. Die Vollendung des hundertsten Lebensjahres impliziert einen symbolischen Altersgipfel, den bisher verhältnismäßig wenige erreichten. Gleichzeitig ist im 101. Lebensjahr die Begrenzung der Lebenszeit, das absehbare eigene Lebensende für die Überlebenden besonders deutlich. Wer 100 Jahre alt geworden ist, erwartet in aller Regel nicht mehr 105 oder gar 110 zu werden.

„Nach m' Hunderteinsten Geburtstag, also der Hundertste. Aber ich hätte ja nie gedacht, dass ich auch noch n Hundertzweiten schaffe.“ (Martha J., 339-341)

„Ach, ich sage jeden Tag, gleich wenn ich aus 'm Bett steige: „Ach, ich bin ja noch da?!“ (Mathilda R., 215-216)

„Ich war hier nicht eingetragen und da sagt er: Fr. D., wir müssen warten. Ich sage: Herr XXX, ich bin 100, ich kann nicht mehr warten.“ (Hermine D., 8-9)

Entsprechend scheint die Lebensperspektive der Hundertjährigen von ihnen als sehr stark im Jetzt verortet empfunden zu werden. Zwar bestehen teilweise noch Träume bei den Teilnehmenden darüber, was gerne noch einmal erlebt werden würde. Diese werden gleichzeitig jedoch als eher unreal eingestuft. Noch bestehende, in der Zukunft liegende, Lebensziele werden von den Teilnehmenden ganz überwiegend nicht mehr geäußert. Die Frage nach solchen wird im Gegenteil mit Verweis auf die eingeschränkten Möglichkeiten oder die unkalkulierbar wenige noch zur Verfügung stehende Lebenszeit oftmals als unrealistisch zurückgewiesen.

„Was soll ich noch träumen? Sagen Sie mir das mal. Ich bin krank, ich bin alt, ich bin...ich habe keinen Traum, was für einen Traum sollte ich noch haben?[...]“ (Paul P., 241-250)

„Nee, das ist jetzt. Natürlich würde ich schon jerne mal in Urlaub fahren, mal hierhin, mal dahin, aber, äh, dat geht einfach nicht, durch dat Laufen bedingt. Da bin ich zu sehr eingeengt, nicht. Und da find ich mich von Vornherein damit ab, dass ich sage: „Dat hat ja gar keinen Sinn, bleibst lieber hier.“ Wenn man nämlich zuhause ist, da kann man so leben, wie man dat möchte, ne, so. Hinsetzen oder hinlegen, wenn man dat möchte. Kann man alles unterwegs nicht machen. Also kurzum, illusorisch.“ (Franz S., 590-591)

Insbesondere wenn der Tod als nahe empfunden, das Aufwachen am nächsten Morgen ungewiss wird, scheinen größere Planungen obsolet zu sein. Die offenbare Reduktion, in der Endphase eines als positiv gelebt empfundenen Lebens, auf die einzige Option des Aktuellen, kann einen anderen Blick auf „geschenkte Zeit“ freigeben.

„Also 100 bin ich heute noch nicht (alle lachen). Also 100 bin ich heute noch nicht.“

I.: „Also eher wie 70?“

„Ich würde sagen ohne Alter. Ich bin eben da und damit hat´s sich´s.“

I.: „Gibt es denn noch was, auf das man sich freuen kann im Alter?“

*„Ach, ich sage jeden Tag, gleich wenn ich aus m Bett steige: „Ach, ich bin ja noch da?!“
(Mathilda R., 209-216)*

*„Ist ja jetzt schon so, dass ich sage: „Wer weiß, ob ich den Geburtstag? Jeder Tag ist doch ´n Geschenk.“
(Martha J., 337)*

Von den Interviewten geben 11 Personen konkret an, Todesnähe zu verspüren. Diese Todesnähe geht jedoch nicht zwangsläufig mit einem Sterbewunsch einher, umgekehrt wird einmal ein Sterbewunsch geäußert, von dem die befragte Person „befürchtet“, dass er sich nicht sehr bald realisieren wird.

„Ich denke viel an den Tod, und je älter ich werde, umso mehr, weil er mir ja nun doch so ziemlich nah auf den Pelz gerückt ist. Irgendwann kommt er zu der Türe rein und sagt: „Nu komm.“ Und dann gehe ich. Ich bin also, will nicht sagen, dass ich mir den Tod jetzt sofort wünsche, aber wenn es sein sollte, dann würd ich sagen: „Nun gut.“ (Sophie C., 233)

„Ich hatte also eigentlich ein schönes Leben und deshalb muss ich auch sagen, ich bin jetzt am Ende meines Lebens und ich denke auch nicht mehr, dass ich lange leben werde, weil es ja, jetzt merk´ ich, dass man keine Kraft mehr hat und dass die Freunde um einen rum weg sind.“ (Elisabeth I., 241-242)

I.: „Haben Sie manchmal den Wunsch, dass das Leben zu Ende gehen soll?“

„Ja, Pause, der ist sehr stark da.“

I.: „Fühlen Sie sich dem Tod nahe?“

*„Nee, ich merke, dass ich leider noch lange leben muss. Fühl mich noch so gesund.“
(Anna A., 315-320)*

Verschiedentlich wird sogar von einem konkreten Kontaktgefühl mit dem Tod berichtet. Entweder wird die Gegenwart des Todes dabei als Gestalt bildhaft geschildert oder es gibt bereits Erlebnisse in denen geglaubt worden ist, das Sterbeereignis würde eintreten, bzw. man sei diesem noch einmal entgangen.

„Nahe... ich meine, ich bin 102, da isser mir [der Tod, Anm. d. Verf.] schon ziemlich nah (lacht). Manchmal, wenn ich nachts zur Toilette gehe, habe ich das Gefühl, er steht da draußen vor der Tür, aber rein kommt er noch nicht.“ (Sophie C., 297-298)

„Einmal hab ich, ich glaube, das hab ich schon gesagt, hab ich in der Nacht gedacht, ich sterbe, aber sonst nee, kann ich nicht sagen.“ (Kunigunde L., 738-745)

Bei der Wahrnehmung begrenzter Zeit, scheinen für einige Befragte auch die eigenen noch vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen eine dominante Rolle zu spielen. Diese schildern teilweise ein Selbsterleben des kontinuierlichen Abbaus im Zusammenhang mit dem absehbaren Lebensende. Der Verlust der körperlichen Fähigkeiten wird von den entsprechenden Teilnehmenden als Angst machend charakterisiert, weil immer weiter fortschreitende Verluste befürchtet werden. Dies droht in eine Lebenssituation zu münden, die offenbar abgelehnt wird.

„Ich wünsche mir ruhig einzuschlafen. ... Irgendwo hört das Herz mal auf zu schlagen. Denn ich meine, jetzt kann ich ja schon so gut wie gar nichts mehr.“ (Luise E., 11-12)

„Ich werd auch nicht mehr so alt. Ich merke das. Wenn Sie jetzt so hier sind, dann, ähm, is mein Wille da, also ich lass mir das nicht merken, aber wenn ich alleine bin... meine Zeit ist abgelaufen und das ist auch mein WUNSCH. Ich möchte nicht immer noch mehr, äh, Federn lassen und eines Tages lande ich noch vielleicht in hier oben.“ (Hermine D., 211)

Neben dem Gefühl von Todesnähe sind Sterbewünsche ein zentraler Aspekt in den Schilderungen der Hundertjährigen. Neun Befragte äußern, gelegentlich oder häufig einen Sterbewunsch zu hegen. In den Interviews wird eine ganze Bandbreite unterschiedlicher Intensität und Häufigkeit solcher Wünsche deutlich. Hierbei findet ebenfalls Erwähnung, dass diese auch von Tagesform und -stimmung abhängen.

„Ich wünsche es mir sehr. Also ich wünsch mir ehrlich, der liebe Gott möge es mich einschlafen lassen, so ruhig hinüberschlafen lassen. Das wünsch ich mir. Ohne langes Leiden und extragroße Schmerzen, das wünsch ich mir so sehr als Geschenk, zum letzten Abschied. Das wünsch´ ich mir so sehr.“ (Luise E., 4)

I.: „Haben Sie manchmal den Wunsch, dass das Leben jetzt zu Ende gehen sollte?“

„Ja, den Wunsch habe ich schon manchmal, ja. Weil es sinnlos, wir beiden leben sinnlos, wir haben keinen richtigen Inhalt, Lebensinhalt mehr.“ (Paul P., 310-313)

Neun Befragte äußern in der Untersuchung keinen Sterbewunsch. Hierunter befindet sich lediglich ein Proband mit einer Pflegestufe II. Die Befragten ohne Sterbewunsch schildern ansonsten Beeinträchtigungsgrade in einem Rahmen zwischen keiner Pflegestufe und einer eher fortgeschrittenen Pflegestufe I. Sie unterscheiden sich in ihrem Optimismus in Bezug auf ihre weitere zu erwartende Lebenszeit, leben in unterschiedlichen Pflegesettings und schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand in etwa zwischen gut und befriedigend ein.

Suizidgedanken oder -absichten werden von den Teilnehmenden während der Interviews nicht ausgesprochen. Im Anschluss an ein Interview rief jedoch eine Teilnehmerin, die sich bereits in der Befragung verzweifelt über ihre Lebenssituation geäußert hatte, bei einer Interviewerin an und teilte mit, dass sie an manchen Tagen so verzweifelt sei, dass sie sich aus dem Fenster stürzen wollte.

3.5.2 Verdrängung und Akzeptanz

Unmittelbar verbunden mit dem Aspekt der engen Begrenztheit der noch zu erwartenden Lebenszeit, bildet sich in den Äußerungen der Teilnehmenden ein Kontinuum zwischen Akzeptanz und Verdrängung des sich abzeichnenden eigenen Sterbens bzw. Todes ab. Zwar können die Interviews nur Anhaltspunkte für die individuelle Bearbeitungstiefe des Themas durch die Interviewten geben. Dennoch zeigt sich einerseits in der umfassenden Sprechbereitschaft andererseits auch in den Ausführungen der Teilnehmenden deutlich, dass sie sich in ihrem Alter der nahen Endlichkeit ihres Lebens bewusst sind und dieses mehr oder weniger als gegeben akzeptieren. Dennoch werden gerade in diesem Punkt, nämlich dem Wissen um das wahrscheinlich nahe Ende und dem gleichzeitigen Wunsch nach Aufschiebung dieses Endes, bei einigen Befragten deutliche Ambivalenzen sichtbar.

„Ich sage immer, wenn der Sensemann vor der Tür steht, dann muss ich eben gehen.“ (Mathilda R., 514)

„Jetzt natürlich häufiger (Nachdenken über Sterben und Tod, Anm. d. Verf.), häufig ist falsch. Öfter mal, nicht wahr, wie das Leben also enden wird. Wo ich noch gar nicht daran denke, dass das. Ich weiß nur, das ist mein Denken, mein Leben endet genau wie überall bei jedem Menschen mit dem Tod. Ein Weiterleben das interessiert gar nicht. Dazu ist die Vergänglichkeit viel zu stark. Aber ich beschäftige mich nicht mit dem Tod, nicht. Das lief für mich noch in einer gewissen Ferne.“ (Ludwig H., 400-401)

Die Befragten meinen überwiegend, dass sich die Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben und Tod bei ihnen altersentsprechend vertieft habe. So denken die meisten heute häufiger und anders über das Thema nach als in jüngeren Jahren.

„Naja, je älter man wird, desto mehr kommt man an dieses Thema ran (Sterben und Tod, Anm. d. Verf.). Nicht in jungen Jahren. Da denkt man nicht daran.“ (Johann B., 123-125)

Ich denke viel an den Tod, und je älter ich werde, umso mehr, weil er mir ja nun doch so ziemlich nah auf den Pelz gerückt ist. Irgendwann kommt er zu der Türe rein und sagt: „Nu komm.“ Und dann gehe ich. Ich bin also, will nicht sagen, dass ich mir den Tod jetzt sofort wünsche, aber wenn es sein sollte, dann würd ich sagen: „Nun gut.“ Ich habe lange gelebt, im Grunde genommen ein langes Leben, ein buntes Leben gehabt, ich kann jetzt gehen.“ (Sophie C., 233)

Diejenigen, die angeben, dass sie sich damit eigentlich nicht beschäftigen, offenbaren zumeist in anderen Interviewabschnitten, dass sie bereits Regelungen o.Ä. getroffen haben, die voraussetzen, dass eine Beschäftigung mit Sterben und Tod doch erfolgt sein muss.

Dennoch: Die Tiefe der Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit, scheint auch bei den Hundertjährigen stark zu variieren. Einige Befragte bekennen bei der Vertiefung des Gesprächs, dass sie manche Aspekte gerne verdrängen und werfen sich dies teilweise selbst vor.

„Eigentlich verbanne ich das (Denken an das Lebensende, Anm. d. Verf.).“ (Bettina K., 759-760)

„Nee, hab´ ich nie gemacht [Verfügungen oder Absprachen zu Maßnahmen im Sterbeprozess, Anm. d. Verf.!] Bis jetzt jedenfalls noch nicht. Man denkt immer man hat noch Zeit und, äh, kann passieren, dass es nachher zu spät ist.“ (Johann B., 71-78)

Eine Befragte, die noch vollkommen eigenständig lebt, betont vehement, dass sie alle Gedanken an den möglichen Tod von sich fernhält.

„Ich hab noch nie an den Tod gedacht. [...] Nee, ich denk doch nicht an den Tod. Nee, da denke ich nicht.“ (Frederike M., 362-264)

Auch ein männlicher Interviewteilnehmer mit angegriffenem Gesundheitszustand und Pflegestufe 2, gibt an, er würde den Gedanken an den Tod und die Auseinandersetzung mit dem Sterben so weit wie möglich verdrängen. Trotz erheblicher Einschränkungen und teilweise starker Schmerzen formuliert er für sich einen relativ weiten und optimistischen Lebenshorizont.

„Nee. Das ist ein großer Fehler, dass ich darüber nicht nachgedacht habe. Ich lebe hier und da sind bestimmte Dinge, weil ich weiß, ich möchte woanders nicht leben. [...] und deshalb geht mir z.B. hat mich die Christa in der Kiez-Oase in der Bülowstraße angesprochen: Ich denke gar nicht daran, ich wohne hier, ich lebe hier, wir sind in gutem Einvernehmen und wir sind noch nicht so siech, dass wir ein absoluter Pflegefall sind. [...] Das ist ein wirkliches Verdrängen. Das will ich nicht und davon spreche ich nicht.“ (Ludwig H., 463-465)

„Ich werde mit meiner Hüfte nicht besser als jetzt. Das wird nicht besser, nicht wahr. Es bleibt also dabei. Es bleibt also dann dabei und da freue ich mich, dass ich 2005 und 6 und 7 noch lebe, nicht wahr, und 13 und 14 das haben wir, nicht wahr, und dann noch ein bisschen weiter, das wünsche ich mir. Ja doch, ich will noch leben.“ (Ludwig H., 325-327)

Sprechbereitschaft über Sterben und Tod und die prinzipielle Ansicht, dass das Leben mit hundert gelebten Jahren für einen selbst bald zu Ende gehen wird, ist den Befragten weit überwiegend gemein. Hierin herrscht insofern offenbar eine Art Akzeptanz-Konsens. Damit einher gehen bei den meisten Befragten mehr oder weniger häufige Gedanken über Sterben und Tod – die sich die Teilnehmenden selbst als mit dem fortgeschrittenen Alter automatisch einhergehend erklären.

3.5.3 Ängste und Hoffnungen

Auskünfte zu Ängsten und Hoffnungen in Bezug auf das eigene Sterben und den eigenen Tod bei Befragten, die sich am Ende einer sehr lange Biographie begreifen, erscheinen zur Annäherung an die Herausforderungen im Umgang mit dem nahen Lebensende im besonders hohen Alter als fruchtbar. Wie oben dargestellt, ist diese Konstellation des empfundenen nahen Endes bei der überwiegenden Zahl der teilnehmenden hundertjährigen Personen gegeben. Die Befragten bewerten ihr Leben in der Rückschau als überwiegend positiv.

Angst vor dem Tod – also dem „nicht mehr da sein“ oder dem was nach dem Eintritt des Todes kommt – wird von den Teilnehmenden nicht berichtet. Sie formulieren nicht nur keine Angst vor dem Tod, sondern thematisieren überwiegend ausdrücklich, eine solche Angst nicht zu haben. Hingegen äußern die meisten von ihnen unterschiedlich stark differenzierte Sorgen mit Blick auf ihr Sterben.

Insbesondere der Prozess bis zum Tod steht also im Mittelpunkt von Befürchtungen. Belastende Symptome scheinen ein Hauptaspekt von Furcht vor dem Sterben auszumachen. Oftmals werden hier Schmerzen genannt.

„Also ich wünsch mir ehrlich, der liebe Gott möge es mich einschlafen lassen, so ruhig hinüberschlafen lassen. Das wünsch ich mir. Ohne langes Leiden und extragroße Schmerzen, das wünsch ich mir so sehr als Geschenk, zum letzten Abschied. Das wünsch´ ich mir so sehr.“ (Luise E., 4)

„Nein (sehr überzeugt), Moment halt halt halt, ich habe Angst vorm Sterben, wenn ich mit Schmerzen sterben muss. Und wenn es langwierige Krankheit ist, davor habe ich Angst. Sonst habe ich vorm Sterben keine Angst.“ (Paul P., 199-200)

Den Sorgen vor belastenden Symptomen steht jedoch ein relativ hohes Vertrauen in die professionellen Fähigkeiten der medizinisch-pflegerischen Versorgung, diese Schmerzen lindern zu können und so den Sterbeprozess zu erleichtern. Vielfach wird erwähnt, dass sich in Bezug auf die Sterbebedingungen eine Verbesserung im Vergleich zu früheren Jahrzehnten eingestellt habe.

„Ja, also ich möchte, das braucht man heute, glaube ich auch nicht mehr. [Der Mann einer Bekannten war krebskrank, Anm. d. Verf.] Und dann haben die alle drei beschlossen, der soll so viel Opiate kriegen wie der Arzt ihm gibt er auch verträgt. Der soll nur geschlafen haben. Und das würde ich hier wahrscheinlich auch bekommen.“ (Hermine D., 538)

„Ich habe höchstens Angst vor großen Schmerzen. Aber des kann man heute ja eigentlich steuern.“ (Elisabeth I., 215-216)

Ebenfalls Sorgen entgegenstehend wird zudem das eigene hohe Alter genannt, in welchem der Sterbeprozess als generell weniger problematisch als in jüngeren Jahren eingeschätzt wird.

„Weiß man nicht, kann man nicht, male ich mir auch nicht aus, wenn man vielleicht keine Luft kriegt oder irgend sowas. Das hab ich bei meinem Vater erlebt, wie der sich hoch bäumte und dann zurück fiel. Also, so ne Art Todeskampf, da denke ich immer, muss man doch schon jünger sein. Wenn man älter ist, ist man doch schon fortgeschrittenes Alter.“ (Martha J., 466-468)

„Ich hab auch keine Angst vorm Tod. Ich hab Angst oder Sorge darum, dass ich vorher ein schmerzhaftes langes Krankenlager bekomme. Aber dann rechne ich nun eigentlich auch nicht mehr damit. Ich bin so alt.“ (Sophie C., 242)

Zudem wird auch das Vertrauen in höhere Mächte im Kontext des Sterbens erwähnt und scheint als furchtmindernder Faktor zu wirken.

„Ich hab keine 6 Richtigen im Lotto gewonnen – aber immer, wenn irgendwas Wichtiges war, ist es für mich und für uns gut ausgegangen und dann denke ich, wenn das nicht klappt, dann wird dir derjenige, der da oben, das Schicksal oder was weiß ich, wird dir schon nicht mehr auflegen wie du tragen kannst.“ (Hermine D., 532-533)

„Ich muss sagen, das überlass ich dem lieben Gott und nicht mir. Wie ich zu gehen hab, weiß ich nicht. Ich meine, wie ich gekommen bin, weiß ich. Aber wie ich zu gehen hab, weiß ich nicht.“ (Mathilda R., 527)

Komplementär zu der Hauptsorge, die sich auf schwieriges Sterben bezieht, ist der friedliche, respektive der leichte Tod, der Hauptwunsch der Hundertjährigen in Bezug auf ihre Sterbesituation. Das Sterben gewissermaßen zu verschlafen, unbewusst die Schwelle vom Leben in den Tod zu überschreiten, scheint ihnen eine Idealvorstellung, die sie häufig auch anderen Menschen unterstellen. Das Motiv plötzlich, schnell, also selbst vom Tod überrascht, versterben zu wollen, taucht in den Interviews sehr häufig auf.

„Ich wünsche mir immer nur ruhig einzuschlafen, nicht aufzuwachen.“ (Bettina K., 798)

„Nein, nein. Ich muss sagen, ich lebe nach dem Motto, das kommt ganz plötzlich, ergreift mich und ich habe keine Zeit mehr nachzudenken.“ (Ludwig H., 417-418)

Bewusstes Versterben mit einem Prozess der Verabschiedung und bewussten Vorbereitung wird entsprechend kaum gewünscht.

In den Interviews zeichnet sich ab, dass tatsächlich eine Hauptsorge der befragten Hundertjährigen lange bzw. schwere Pflegebedürftigkeit vor dem Sterben darstellt. Vielfach wird Pflegebedürftigkeit offenbar als Teil des Sterbeprozesses interpretiert; als ein Sterbeprozess, der dann quälend und unter Umständen langwierig gedacht wird und an dessen Beginn sich manche Teilnehmer bereits verorten.

„Ja, ich denke jetzt, ich hab auch n bisschen Angst, weil ich nun so alt werde und ich werde so viel Gebrechen und dann hab ich manchmal SO Angst, wenn ich das hier sehe, wie die da liegen.“ (Hermine D., 511)

„Denn jetzt, was ich ja jetzt durchmache, is´ ja ein langsames sterben. Nich´? Also, äh, ich kann jetzt auch noch 2 oder 3 Jahre leben. Nich´ wahr? Aber, schön is´ das nich´. Nich? Weil man ja doch, äh, manche Krankheit hat, die nich´ sehr angenehm ist. Man ist inkontinent und alle so Sachen. Nich´ wahr?“ (Johann B., 37-38)

„Naja und ich muss sagen, ich hab´ deshalb auch keine Angst zu sterben, ich würde bloß nicht so gerne lange krank sein oder vielleicht so Pflegefall oder so. Das wär nicht so schön, wär auch für meine Familie nicht so schön.“ (Elisabeth I., 243)

In Zusammenhang mit der Angst vor Pflegebedürftigkeit als Leidenszeit auf das Sterben hin werden auch Befürchtungen über die Versorgungssituation angedeutet, die den Betroffenen in einem solchen Fall bevorstehen würden. Viele Befragte, die Sorgen in Bezug auf weiteren Abbau ihrer Fähigkeiten und daraus resultierender starker Hilfebedürftigkeit artikulieren, äußern in den Interviews entweder belastende Pflegesituationen bereits persönlich erfahren zu haben oder berichten darüber, solche zu kennen. Die Teilnehmer schildern in diesem Zusammenhang, abgesehen von in die Zukunft gerichteten Ängsten in Bezug auf Pflegebedürftigkeit und die damit einhergehenden Versorgungsperspektiven, auch konkrete Selbsterfahrungen die sie beschäftigen. Zusätzlich zu den wohnsetting-übergreifenden Auskünften zu körperlichen oder geistigen Funktionsverlusten und den entsprechenden Problemen wie Autonomieverlust, Schamgefühlen oder Schmerzen, erzählen die Befragten, die sich bereits in stationärer

Langzeitpflege befinden, von weiteren Herausforderungen – wie zum Beispiel pflegebedürftige und kognitiv eingeschränkte Mitbewohner. Ein Zusammenleben bzw. Zusammentreffen mit solchen wird teilweise offenbar als verstörend oder sogar verletzend empfunden. Auch kann das Verhalten von demenziell Erkrankten offenbar nur bedingt nachvollzogen werden und wird daher bisweilen als intentional abweichend verstanden.

„Und hier oben, da sind 23 Zimmer oder noch mehr, und da sind zum Teil schon sehr gehässige Menschen, also die haben...die sind krank. Aber die Unterstützen das auch noch, wenn...nämlich sich keiner wirklich Mühe gibt oder was. [...] Der Herr S. ist immer froh, wenn er noch Leute kriegt, die noch ein bisschen hier oben fit sind.“ (Hermine D., 8)

„Und das würde mich zum Beispiel stören, wenn ich hier nebenan lauter so Schwerkranke hätte oder Demenzkranke. Hier bin ich froh, dass ich Leute meiner Art habe, wenn ich auch mit denen keinen Kontakt mehr habe, aber wenn ich dauernd so diese, das bedrückt einen.“ (Martha J., 171)

Andererseits werden Aspekte der eigenen Pflegesituation mitgeteilt, die die Betroffenen als schwer oder gar nicht erträglich empfinden. Dabei geht es auch um Aspekte kritischer, die Menschenwürde bedrohenden Pflegesituationen wie bspw. Vernachlässigung im Kontext mangelhafter Inkontinenzversorgung oder informeller Einschränkung der Mobilität. Gleichzeitig werden tendenziell die für das Personal nicht zu bewältigenden Verhältnisse in der Einrichtung für die unbefriedigende Lebenssituation als verantwortlich angesehen. Persönliche Schuldzuweisungen an konkrete Pflegekräfte werden nicht geäußert.

„Naja, ich bin nicht die einzige, die in der Nacht nass liegt. Aber dass man jemanden zwei Stunden warten lässt bis jemand kommt. Da ist die Blase leer gelaufen. In neuer Verpackung, das is´nicht so schön. Das is´nicht so schön. Ich weiß ja nich´, zwei Stunden warten, zwei Stunden. Das könnte nicht sein. ... Und dann dreh ich mich um, schwer, umdrehen und wieder umdrehen. Unruhig schlafe, ja, das ist nicht so schön. Dann denk ich immer, wenn nur jemand käme.“ (Luise E., 277)

„Nein, nein (Pause) das ist das größte Übel, dass eben nicht rechtzeitig auf die Toilette komme. Und das dauert manchmal so sehr lange. Ich versteht es ja, dass es unmöglich ist, 23 sind alleine auf dieser Abteilung.“ (Anna A., 256-257)

„Na ja, der Kopf ist noch einigermaßen da. (Lacht in sich hinein). Aber der geht nach meiner Ansicht (nuschelt) dadurch, dass ich eben fast 10 bis 11 Stunden indem ich eben wirklich abgeschlossen lebe, geht allmählich verloren.“ (Anna A., 250-251)

Der oftmals geäußerte Wunsch der Hundertjährigen dem möglichen Weg in schwere Erkrankung und Pflegebedürftigkeit durch ein friedliches Versterben zuvorzukommen, muss auch vor dem Hintergrund solcher „Pflegebilder“ diskutiert werden.

3.5.4 Kommunikation und Versorgung

Die Kommunikation mit professionellen Kräften zum Thema Sterben und Tod sowie die Auseinandersetzung mit spezifischen Versorgungsfragen für das Lebensende kann Teil des Prozesses des Abschiednehmens vom Leben sein. Die befragten Hundertjährigen äußern sich in den Interviews unter anderem auch zu ihren Präferenzen in Bezug auf professionelles Handeln, das solche Aspekte berührte und zu bereits gemachten Erfahrungen mit Helfern, die an dem Prozess des Treffens von Vorkehrungen für das Lebensende beteiligt waren.

In diesem Zusammenhang wird von den Hundertjährigen die Kommunikation, das Sprechen über Sterben und Tod als Aspekt der professionellen Versorgungsdimension thematisiert. Wenn Gesprächswünsche zu Sterben und Tod angegeben werden, wollen die Befragten nicht

ausschließlich mit Familienangehörigen und Freunden zu diesem Thema sprechen. Vielmehr werden durchaus auch professionelle Gesprächspartner erwähnt. Teilnehmende, die eine eher ausgeprägte konfessionelle Religiosität angeben, finden solche Gesprächspartner zum Beispiel in Geistlichen.

Zugleich wird deutlich, dass für Personen, die konfessionellen Glauben eher ablehnen, in Einrichtungen angebotene Gespräche mit christlichen Seelsorgern Akzeptanzproblemen ausgesetzt sein können. Gibt es keine alternativen Gesprächspartner in einer Einrichtung für die Menschen in dieser Personengruppe, fehlt ein entsprechendes bedürfnisgerechtes Angebot.

„Ja, mit m Pfarrer rede ich drüber.“ (Adelheid O., 544-545)

„Nein, die Pfarrerin bietet´s zwar immer wieder an, dass man mit ihr sprechen kann, dass sie kommt, aber sie wird natürlich in christlicher Richtung arbeiten und das ist für mich ja schwierig, das kann ich nicht.“ (Sophie C., 301-302)

In einem Fall wird von einer Bewohnerin einer stationären Einrichtung von einer „Sportleiterin“ berichtet, die auch die Sterbebegleitung in der Einrichtung übernahm und die als mögliche Gesprächspartnerin offenbar bereits wahrgenommen worden ist.

„Naja, wenn ich länger liege, ja da wäre es schon schön, wenn jemand käme. Und zwar auch die Frau (XXX), die hier// die macht auch Begleitung, ja, Sterbebegleitung. Also die wäre mir zum Beispiel recht, nicht. Denn wir vertragen uns beide gut.“ (Elsa N., 408-410)

In Bezug auf die gewünschte Kommunikationskultur bei Versterben von Bewohnern in Versorgungseinrichtungen deutet sich ein differenziertes Bild an. Einerseits wird von den Teilnehmenden in stationären Einrichtungen konstatiert, dass kaum Beziehungen zu den meisten Mitbewohnern bestünden. Entsprechend wird begrenztes Interesse an Erinnerungskultur bekundet. Andererseits besteht durchaus der Wunsch Kenntnis davon zu erlangen, wenn Mitbewohner verstorben sind, die einem bekannt waren und das dies nicht zufällig oder beiläufig erfolgen solle.

„Darum kümmere ich mich nicht (Sterben anderer Bewohner, Anm. d. Verf.). Dazu müsste man eine engere Beziehung haben, zu meiner Bett Nachbarin würde ich natürlich gerne dabei sein.“ (Anna A., 355-356)

„Hm... (längere Pause) Es wäre mir wichtig, wenn ich einen inneren Kontakt zu demjenigen gehabt hätte, dann wäre es mir schon wichtig, also eine Dame hier auf unserer Etage, mit der wir also immer viel zusammen waren, die hat also folgendes gemacht: Sie hat also selber einen Text verfasst und sich verabschiedet und dann ist sie sang- und klanglos verschwunden. Kein Mensch wusste, wann eine Trauerfeier ist, kein Mensch konnte hingehen, wir wissen nicht, wo sie beerdigt ist, nichts. Das fand ich nicht schön. Ich hätte es schöner gefunden, wenn man wirklich noch einmal an sie gedacht hätte, wenn man eine Trauerfeier gehabt hätte und wenn man sich von ihr verabschieden hätte können. Aber im Allgemeinen für Leute, die hier im Hause wohnen, ist mir das nicht wichtig (hustet).“ (Sophie C., 302-304)

„Da wird man nicht informiert, da hört man auf einmal: „Ach, die ist gestorben.“ Oder erstmal: „Die ist ins Krankenhaus gekommen.“ [...] Jetzt ist ja nebenan dieses Ehepaar erst gestorben, aber das hat man nicht offiziell gehört, sondern nur, weil er nebenan gewohnt hat und weil der Herr XXX sich auch kümmert, aber sonst.“ (Martha J., 6-11)

Die Bedeutung von Hospizkultur und Palliativversorgung für den Sterbeprozess kann von den Hundertjährigen begrifflich nur schwer eingeordnet werden. Hospize sind dem Namen nach bekannt und werden – insbesondere bei den Bewohnern stationärer Einrichtungen realistischere – als für ihre Lebenssituation eher als weniger relevant eingeschätzt. Primär

bei den Befragten, die in der eigenen Häuslichkeit leben und die das Thema Hospiz aufgriffen, treten zwei Aspekte zutage: Die Art der Begleitung dort wird von den Interviewten als sehr positiv angesehen. Das Hospiz wird als Möglichkeit erwähnt, der Familie mit der Sterbesituation nicht zur Last zu fallen.

„Ja, das ist ja Hospiz. Das ist dieselbe Richtung. Man versucht den Leuten das Leiden erträglich zu machen und auch Schwerstkranken von großen Schmerzen zu befreien und ja, ihnen nicht zum Tode zu verhelfen, aber ihnen das leichter zu machen, ne.“ (Sophie C., 283-284)

„Und Sie werden es vielleicht wissen, die Nina Hagen, diese Skandalnudel, die ist Sterbebegleiterin. Und es gibt sehr gute, eins ist in Neukölln. Und da ist auch ein Freund von mir, der Herr XXX, der ist mal da hin gefahren. Und das ist gut. Bloß, wenn Sie, so viel ham wer nicht davon. Und wenn Sie das nun brauchen, ist die Frage, ob was frei ist. Da müsste noch viel mehr Geld ausgegeben werden.“ (Hermine D., 610-611)

„Naja, wenn es so ist, dass man der Familie nur noch ne Last wäre, dann, ja (würde sie in ein Hospiz gehen, Anm. d. Verf.).“ (Kunigunde L., 734-735)

Noch weniger namentlich einzuordnen aber dafür von deutlicher Relevanz für die Vorstellung der Hundertjährigen von ihrem Sterben sind Aspekte der Palliativversorgung. So werden – wie bereits oben dargestellt – die modernen Möglichkeiten der Symptomkontrolle als bedeutungsvoll für erleichtertes Sterben eingeschätzt. Hierbei zeigt sich einerseits, dass bei den Teilnehmern Hospiz- und Palliativversorgung stark in einen onkologischen Kontext eingeordnet wird. Andererseits wird offenbar, dass insbesondere Bewohner von stationären Einrichtungen davon ausgehen, von z. B. schmerztherapeutischen Möglichkeiten in der Einrichtung auch zu profitieren. Es wird vermutlich eine hohe Kompetenz der Einrichtungen in Fragen der menschenwürdigen Sterbebegleitung vorausgesetzt, auf die sich die Bewohnerinnen und Bewohner verlassen.

„Und diese Ostpolitikerin mit der großen Schnauze, die Hildebrandt, die hatte nachher n kahlen Kopf und ne Perücke. [...] Und die hat zum Schluss noch ein, die hatten einen See, dort wo sie wohnten die ganze Familie, äh, da frage ich mich, die hatten Brustkrebs, beide. Und beide sind bis zum Schluss geritten und die ist bis zum Schluss geschwommen. Also können se nicht so ein Krankenlager gehabt haben wie man s manchmal hört. Und es ist heute auch besser. Die Krebskranken brauchen nicht mehr diese wahnsinnigen Schmerzen auszuhalten und das finde ich sehr gut.“ (Hermine D., 611-613)

„Naja, das hofft man doch (die angemessene Versorgung sterbender Menschen, Anm. d. Verf.). Schon hier im Heim, ich denke, die sind das schon gewöhnt.“ (Elsa N., 521-522)

„Hab ich mir überlegt (in ein Hospiz zu gehen, Anm. d. Verf.), ja, aber ich glaube ich habe es nicht nötig, wenn ich hier bin (in der Einrichtung, Anm. d. Verf.).“ (Anna A., 314-315)

Drei Personen äußern darüber hinaus gehend explizit Sympathie für „Sterbehilfe“ und verwenden dafür auch diesen Begriff – zwei Personen sehr konkret.

„Ja, übrigens das gehört dicht da dran: Ich gehöre der Vereinigung „Humanes Leben – Humanes Sterben“ an und da geht es ja um – wir kommen auf´s Hospiz gleich, davon habe ich gehört, ich weiß auch, was die da machen, die betreuen Sterbende Menschen und versuchen ihnen die Schmerzen zu lindern, ihnen also dieses letzte Stück erträglich zu machen, ziemlich gut. Aber ich fände es auch gut, wenn die aktive Sterbehilfe nicht mehr strafbar wäre in Fällen, wo die Leute selber nicht mehr leben können und wollen, also unheilbare Krankheiten. Da sollte man den Ärzten unter strenger Aufsicht und strengen Richtlinien aber erlauben den Menschen das Sterben zu erleichtern.“ (Sophie C., 278-279)

„Ich halte sehr viel von der Sterbehilfe, sehr viel. [...] Ich halte das für sehr, sehr richtig und muss ehrlich sagen, dass ich Deutschland da für rückständig halte, in England und in der Schweiz, glaube ich. Überall

ist das üblich, wenn man merkt, es ist aus, du schaffst es nicht mehr, die Schmerzen sind zu groß oder du bist nicht mehr in der Lage den einzelnen zu erkennen, quatscht alles durcheinander, dann gehst du hin, nimmst ne Pille und gehst hin und sagst, Du möchtest diese Sache beenden, das finde ich sehr gut.“ (Paul P., 179-182)

In den Interviews wird jedoch nicht klar, wie stark dabei eine differenzierte Kenntnis in der Abgrenzung von palliativmedizinischen Maßnahmen und „aktiver Sterbehilfe“ anzunehmen ist. Es deutet sich an, dass Begriffsunklarheiten insbesondere in der Angrenzung zwischen passiver Sterbehilfe, der Hilfe beim Sterben, und aktiver Sterbehilfe bei den Befragten besteht.

3.6 Hundertjährige und ihr Blick auf das Leben

Die Gespräche mit den Hundertjährigen offenbaren trotz der vielfach wahrgenommenen Nähe zum Tod eine Zugewandtheit zum Leben, die sich in ihren Einstellungen und der Wertschätzung des Lebens widerspiegelt. Der unveränderte Wunsch teilzuhaben und auch in diesem hohen Alter neugierig zu sein bedeutet im Heute und nicht in der Vergangenheit zu leben.

„An allem teilnehmen, überall dabei sein. Wie ich es gemacht habe.“ (Luise E., 142-143)

„Für mich war immer wichtig an allem teil zu nehmen, alles kennen zu lernen und mit der Bitte um mehr Verständnis aufzubringen, für andere. Das ist ganz wichtig. [...] Lernen. Schönes Motto, alles kennen lernen, aber auch Verständnis aufbringen.“ (Luise E., 383-384)

„Ja, ich möchte alles wissen, immer noch.“ (Luise E., 156-157)

Einige der Befragten haben Humor und Optimismus geprägte Wesenszüge geholfen, schwierige Lebenszeiten zu bewältigen und helfen ihnen auch heute trotz zunehmender Einschränkungen eine positive Perspektive auf das Leben zu bewahren.

„Ja, ich war früher immer viel lustig und ich hab auch viel vorgetragen.“ (Frederike M., 450)

„Ein Lebensmotto? Ja. Ich lache gern.“ (Elisabeth I., 208)

„Hab eine gute Einstellung zum Leben. Und Humor. Ich bin so oft geprüft worden in meinem Leben und das macht sich sehr bemerkbar. Das ich über den Sachen stehe, manchmal.“ (Katharina F., 118)

„Aber dann darf man nicht, wenn ich jetzt ein Pessimist wäre, dann würde ich sagen: „Alles Mist, alles Müll usw.“ Ich bin Optimist. Ich habe ein wunderschönes Leben gehabt!“ (Ludwig H., 188)

Veränderungen zwischen dem Leben „früher“ und „heute“ werden differenziert von den Hundertjährigen wahrgenommen, ohne anzuklagen und ohne den verklärten Blick in die Vergangenheit. Das arbeitsreiche Leben hat sie gelehrt bescheiden zu sein und Maß zu halten.

„Vom menschlichen Verhalten her, würde ich vielleicht sagen, man hat früher vielleicht nicht ganz so hektisch gelebt, man hat vielleicht beschaulicher gelebt, man war bescheidener.“ (Sophie C., 345)

„Die Bescheidenheit, und auch dass die Leute, dadurch, dass sie nicht die Ansprüche befriedigen mussten wie heute.“ (Hermine D., 460)

„Ja, mein Lebensmotto war immer „Arbeiten und arbeiten und eben richtig.“ (Bettina K., 422)

„Also, ich würde sagen, so wie ich gelebt habe, d.h. genieße alles mit Maßen – in der Liebe, im Essen, in ihrem Vorwärtskommen, alles mit Maßen. Dann lebst Du am besten.“ (Paul P., 1213)

Dankbarkeit, Zufriedenheit und Glück, stellt sich aus Sicht der Befragten nicht nur durch finanzielle Mittel ein. Einerseits wünschen sie jüngeren Menschen, dass sie Empfindungen dieser Art erlernen.

*I.: „Was können denn jüngere Menschen von älteren lernen?“
„Lernen? Dankbar für das zu sein, was sie haben.“ (Hermine D., 317-318)*

„Also einmal, nicht unzufrieden zu sein. Ja, ganz sicher. Ja, und vielleicht auch ein bisschen die Gelassenheit, also [...] Naja, und das nicht auch Geld die große Rolle spielt. Also man kann auch mit wenig Geld froh und glücklich sein.“ (Elisabeth I., 206)

Andererseits hinterfragen einzelne der Hundertjährigen kritisch, ob es überhaupt möglich ist, von ihren eigenen Erkenntnissen etwas an jüngere Generationen weiterzugeben. Lebensweise und Verhalten basiert aus ihrer Perspektive auf eigenen durchlebten Erfahrungen.

„Nein, also ich, wenn ich mir überlege, was ich denn nun von meinen Eltern gelernt habe für meine Lebensführung, da ist nicht viel. Und ich bin der Meinung, dass alle jungen Leute dieselben Fehler machen, die wir gemacht haben und dass es gar nichts nützt, wenn man ihnen zuredet, es nicht zu tun, sie tun es doch. Ich hab´s auch getan.“ (Sophie C., 160)

„Jüngere Leute hören sich zwar gerne an, was ich ihnen erzähle, aber das sind Geschichten und das sind ganz interessante Geschichte, und man erfährt etwas, aber wie weit das ihr Verhalten oder ihre Lebensweise beeinflusst, da stelle ich große Fragezeichen.“ (Sophie C., 168)

In den Interviews zeigen sich einige Hundertjährige informiert über Probleme des heutigen Lebens. In kritischer Auseinandersetzung äußern sie Besorgnis und Bedenken über gesellschaftliche Entwicklungen, wie z.B. den Massenkonsum.

„Und da denke ich, was heute weggeschmissen wird, das ist ja ein Skandal, und da waren meinerwegen drei alte Sachen. Daraus machte die Schneiderin eine Neue. Und dann war man froh und glücklich. Und jetzt war gerade heute irgendein Artikel mit Bangladesch, diese Billigsachen. Da wurden auch verschiedene gefragt, die sagen, sie kaufen eben einen Billigen und dann kommt er in den Müll und dann wird eben der nächste gekauft.“ (Martha J., 194)

„Was ich nicht gut finde, ist, dass wir so konsumorientiert sind, dass die Leute so wegwerfen, nicht nur Sachen, sondern meines Erachtens auch Menschen. Die werden abgetan.“ (Sophie C., 347)

„Ja, ein bisschen mehr Geduld könnten wir auch miteinander haben und ein bisschen, hm, humaner sein.“ (Sophie C., 348)

Darüber hinaus richtet sich Kritik an den christlichen Glauben, der von einigen Befragten grundsätzlich in Frage gestellt wird und auf die Religion, um deren Willen Kriege geführt werden.

„Aber sonst muss ich sagen, hab ich mit Religion jetzt nichts mehr im Sinn. Gerade, wenn man jetzt denkt, diese vielen Kriege alle um der Religion Willen.“ (Martha J., 430)

Am Ende ihres hundertjährigen Lebens steht als Fazit, Zufriedenheit mit dem bisherigen Leben und der Blick auf ein glückliches Leben.

„Ja, ich würde genauso wieder leben, wie ich gelebt habe. Ich bin also mit meinem Leben zufrieden. Nicht sehr zufrieden, aber zufrieden. Nich´? Was ich erreicht habe, habe ich durch eigene Kraft durch [...] fast alles immer alleine gemacht.“ (Johann B., 10)

„Das es wirklich ein sehr glückliches Leben gewesen ist. Ein sehr begnadetes Leben, das würde ich sagen. Bin ja immer gut durchgekommen.“ (Anna A., 198)

4 Diskussion der Ergebnisse

Für eine Annäherung an Hundertjährige als eine Gruppe von „Alters-Spezialisten“ mit einer überwiegend selbstempfundenen und akzeptierten Lebensendperspektive liefert diese Studie Hinweise. Die Lebenserfahrung eines ganzen Jahrhunderts, die Prägung durch die beiden Weltkriege – ergänzt durch die langjährigen Erfahrungen mit gesundheitlichen Einschränkungen bei Ihnen selbst und ihrem Umfeld sowie Sterben und Tod in ihren sozialen Netzwerken, machen die im Rahmen dieses Projekts befragten Hundertjährigen zu besonderen Expertiseträgern am äußersten Rand der zu erwartenden menschlichen Lebensspanne. Eine solche Sichtweise schließt an Einschätzungen aus der Forschung an (Baltes 1997, Meyer/Baltes, 1999; Rott et al., 2001; Becker et al. 2003; Cho et al., 2012).

Die Stichprobe bildet ein breites Spektrum im Hinblick auf soziale Herkunft, Bildungshintergrund und lebensweltliche Konstellationen Hundertjähriger ab. Mit vier Männern ist der Anteil männlicher Probanden in der Untersuchungsgruppe fast doppelt so hoch wie in der Gesamtpopulation der Hundertjährigen in Deutschland, deren Anteil ca. 13 % beträgt (Statistisches Bundesamt, 2015). Durch die Überrepräsentierung von Männern in der Stichprobe, wird eine größere Vielfalt im Material in Bezug auf die Einstellungen männlicher Hundertjähriger erreicht. Mit vier Probanden, die in Ostberlin leben, im Vergleich zu den 15 Probanden, die im Westen der Stadt wohnen, sollten die Perspektiven von sogenannten West- und Ostbiographien einbezogen werden. Die Interviews offenbaren hinsichtlich biographischer Aussagen nur geringe Unterschiede. Die Hundertjährigen haben weit mehr als die Hälfte (ca. 65 Jahre) ihres Lebens im gemeinschaftlichen Deutschland verbracht. Im 25-jährigen Rückblick scheint die Lebensphase im geteilten Deutschland, die sie zum Teil bereits im Rentenalter verbrachten, im Vergleich zur hundertjährigen Gesamtbiographie an Bedeutung zu verlieren. Ihre Einstellungen zur Versorgung, zu ihrer Gesundheit sowie zu Tod und Sterben scheinen von einer Ost-Westperspektive völlig unbeeinflusst. Die Relevanz dieser Themen hat für die Hundertjährigen erst in den letzten (maximal 20) Jahren an Bedeutung gewonnen, die die Befragten jedoch alle im wiedervereinten Deutschland verbrachten.

Versorgungs- und Lebenssituation

Von den befragten Hundertjährigen lebten zum Zeitpunkt der Interviews sieben in einer eigenen Wohnung bzw. im eigenen Haus und führen damit auch im sehr hohen Alter ein Leben, entsprechend der allgemeinen Wohnwünsche im Alter. Der Anteil in Privathaushalten lebender Hundertjähriger in der Untersuchungsgruppe liegt mit 37 % unter dem (59 %) der zweiten Heidelberger Hundertjährigen-Studie (HD100-II) (Jopp et al., 2013) und ist der Gelegenheitsstichprobe der Probanden geschuldet. Die Vorstellungen der Hundertjährigen unterscheiden sich offensichtlich nicht von denen der älteren Menschen insgesamt, die Mehrheit möchte in ihrem vertrauten Umfeld so lange wie möglich bleiben (COMPASS, 2010; Kremer-Preiß & Stolarz, 2003).

Einer der Befragten lebt in einer Einrichtung des Service-Wohnens, in der altersgerechte, barrierefreie Wohnangebote mit Betreuungsleistungen gekoppelt werden. I.d.R. beinhalten Einrichtungen dieser Art eine Grundbetreuung mit z.B. Beratungsleistungen und Notruf, die durch ergänzende Leistungen wie Mahlzeiten liefern oder Reinigungsleistungen erweitert werden können (Kremer-Preiß & Stolarz, 2003). Die Interviews mit den Hundertjährigen zeigen, dass eine Entscheidung für diese Wohnform für Langlebige unter Umständen mit einem

weiteren Umzug verbunden sein kann, wenn mit zunehmender Hilfebedürftigkeit die angebotenen Leistungen nicht mehr ausreichen.

Die fünf Hundertjährigen der Untersuchungsgruppe, die in einer Seniorenresidenz leben, haben eine Wohnform gewählt, die ihnen ähnlich wie beim Service-Wohnen ein Leben in einer eigenen abgeschlossenen Wohnung in einer Wohnanlage bietet. Zusätzlich zu den allgemeinen Betreuungsleistungen sind in der Seniorenresidenz weitere Dienstleistungen wie z.B. die Versorgung mit Mahlzeiten verpflichtend (Kremer-Preiß & Stolarz, 2003) andererseits aber auch pflegerische Betreuung ohne Schwierigkeiten erhältlich.

Senioren- und Pflegeheime bieten eine stationäre Unterbringungsform für ältere Menschen, die einen ausgeprägten Pflegebedarf haben (Teti, 2015). Dementsprechend haben vier der insgesamt sechs Hundertjährigen der Untersuchungsgruppe, die im Senioren- oder Pflegeheim leben, die Pflegestufe II. 41 % der Hundertjährigen in der HD100-II leben in Einrichtungen der Altenpflege, die in dieser Studie Wohnformen des betreuten Wohnens (31 %) und die Versorgung im Alten- bzw. Pflegeheim (68 %) umfassen (Jopp et al., 2013). Die Wohnform stellt in dieser Studie eine bedeutsame Größe für die Lebenszufriedenheit dar. Hundertjährige, die in Institutionen leben, sind demnach weniger zufrieden (Jopp et al., 2013).

Das Pflegeheim hat in Befragungen allgemein eine geringe Akzeptanz, 80 % der Pflegebedürftigen lehnen ein Leben im Heim ab. Kremer-Preiß & Stolarz zufolge sind die meisten Heimbewohner unfreiwillig im Pflegeheim (Kremer-Preiß & Stolarz, 2003). Anhand der Aussagen der befragten Hundertjährigen ist eine Bewertung, ob der Umzug ins Pflegeheim freiwillig erfolgte, schwierig, vor dem Hintergrund der unklaren Interpretation des Begriffs „freiwillig“. Sicherlich erfolgte der Wechsel in der Befragungsgruppe nur in wenigen Fällen, strategisch vorausschauend, im jüngeren Alter. Wenn jedoch die Verschlechterung der eigenen gesundheitlichen Situation oder des Ehepartners und der daraus erwachsenden Notwendigkeit von pflegerischer oder betreuender Hilfe und Unterstützung sowie räumliche Barrieren, ein Fortleben in der eigenen Wohnung nicht mehr möglich machen, zwingen die Umstände zu dieser Entscheidung. Liegt eine Einsicht der Notwendigkeit bei den Betroffenen vor, kann trotz der Bevorzugung der eigenen Wohnung der Umzug freiwillig erfolgen. Dies scheint bei den meisten der befragten Hundertjährigen der Fall zu sein, da zugleich auch eine hohe Zufriedenheit mit der augenblicklichen Versorgungssituation vorliegt und die Entscheidung im Rückblick als richtig bewertet wird. Nur vereinzelt äußern sich Befragte unzufrieden mit der augenblicklichen Lebenssituation oder können nicht nachvollziehen, wie die Entscheidung zustande kam.

Bei der Mehrheit der Befragten scheint sich im Nachhinein eine Zufriedenheit mit der aktuellen Lebensform einzustellen, nachdem sie einen krisenhaft erlebten Entscheidungs- und Umzugsprozess und eine problematische Eingewöhnungsphase durchlebten. Urlaub hat bereits 1996 in der MUG-Studie I die mit dem Umzug in ein Pflegeheim verbundenen krisenhaften Vorgänge dargelegt. Diese umfassen eine „Orientierungskrise“, die Orientierungsprobleme im neuen Wohnumfeld, wie das Kennenlernen von Tagesabläufen und Räumlichkeiten sowie Mitarbeitern und Mitbewohnern umfasst. Zur Bewältigung sollte die neue Situation als sinnhaft erfahren werden und eine realistische Einschätzung eigener Fähigkeiten und Grenzen gelingen (Urlaub, 1996). Auch bei den Befragten Hundertjährigen zeigt sich das Realisieren der eigenen zunehmenden Pflegebedürftigkeit und die Einsicht, unter den neuen Bedingungen besser aufgehoben zu sein, ebenso wie eine daraus erwachsene Akzeptanz gegenüber diesen Pflege-Strukturen im Bewältigungsprozess.

Ein wesentlicher Teil dieses Prozesses stellt die Verarbeitung der „Emotionalen Krise“ dar. Der Umzug in ein Heim erzeugt emotionale Gefühle der Verunsicherung und Angst vor Unbekanntem. Das Ende eines Lebensabschnitts und der Verlust der bisherigen Lebenswelt löst bei den Betroffenen Trauer aus. Neu zu klären ist die veränderte Rolle der Angehörigen. Für das Überwinden der emotionalen Krise muss Vertrauen zu neuen Bezugspersonen hergestellt und die psychosoziale Beziehung zu den Angehörigen stabilisiert werden (Urlaub, 1996). Die Qualität der vorgefundenen organisatorischen und personellen Ausstattung der Einrichtung, insbesondere die Freundlichkeit und Kompetenz des Pflegepersonals, hat den meisten Hundertjährigen der Untersuchung ebenso bei der Bewältigung der emotionalen Krise geholfen, wie die regelmäßigen Besuche von Kindern, Enkel und anderen.

Tragisch erscheint die Situation einer Hundertjährigen, die, nach dem Schlaganfall und der unfreiwilligen Heimeinweisung, die neue Situation nicht verarbeiten kann. Zur Trauer um die bisherige selbständige Lebensweise paart sich eine „Krise der somatischen Integrität“. Urlaub versteht darunter die Aufgabe „die körperliche Identität (mit ihren Kompetenzen, Einschränkungen und Handicaps) innerhalb der räumlich-physischen Umgebung einer Einrichtung zu arrangieren“ (Urlaub, 1996 S. 12). Diese somatisch-physischen Aspekte der Heimübersiedlung werden einerseits durch die Konstitution des Pflegebedürftigen beeinflusst andererseits von der Wohnsituation (Ein- oder Mehrbettzimmer, Freiräume für eigene Gestaltung) (Urlaub, 1996). Die betroffene Hundertjährige verfügt nicht über die notwendige Konstitution, muss sich mit einem Zweibettzimmer arrangieren und vermisst den Gestaltungsfreiraum im Tagesablauf. Unter diesen Bedingungen erscheint die Bewältigung der Krise durch den Heimübergang unmöglich.

Bei den Hundertjährigen, die zum Zeitpunkt der Interviews in einer betreuten Alteneinrichtung (Servicewohnen, Seniorenstift, -residenz, -pflegeheime) lebten, erfolgte der Umzug häufig auf Initiative und mit Hilfe von Angehörigen. Pflegenden Angehörigen spielen eine wesentliche Rolle bei der Entscheidung für einen Wechsel von der häuslichen zur institutionellen Versorgung (Dräger, 2015). In der COMPASS-Erhebung geben 67 % der Befragten an, dass eine zu große Belastung der pflegenden Angehörigen ein Grund wäre, in ein Pflegeheim zu ziehen (COMPASS, 2010).

Die befragten Hundertjährigen erhielten alle externe Hilfe, in der Regel von in unmittelbarer Nähe wohnenden Töchtern und Söhnen, auch wenn teilweise ambulante Dienste und andere Hilfspersonen (z.B. Reinigungshilfen) hinzugezogen wurden. In den Interviews werden alle Leistungen der Haushaltsführung, Hilfeleistungen, Pflege oder persönliche Betreuung, die Angehörige üblicherweise erbringen, beschrieben. Diese umfassen Hilfestellungen bei der Erledigung von Behördengängen, beim Schriftverkehr und Organisation des Hilfspersonals ebenso wie Beschäftigung durch Gespräche, emotionalen Beistand und Zuspruch bis hin zur Unterstützung beim Essen und bei Verrichtungen der Körperpflege (BMFSFJ, 2002; Dräger, 2015). In der HD100-II wurden die Hundertjährigen ebenfalls von ihren Kindern unterstützt, insofern diese in der Nähe leben (ca. 60 %). Deutlich geringer ist der Umfang der Unterstützung, wenn kein Kind vorhanden ist oder in der Nähe lebt. Das Vorhandensein von Kindern nimmt jedoch in der HD100-II keinen wesentlichen Einfluss auf die Zufriedenheit der Hundertjährigen (Jopp et al., 2013).

Die Kindergeneration der Hundertjährigen hat selber bereits ein hohes Alter von über 70 Jahren erreicht. Es ist nachvollziehbar, dass sie, bei zunehmender Belastung und eigenen Einschränkungen, darauf drängen professionelle Hilfe in Institutionen in Anspruch zu nehmen.

Wenn in der Untersuchungsgruppe von Umzügen in betreute Alteneinrichtungen berichtet wurde, erfolgten diese vielfach erst in den letzten Jahren. Alle Hundertjährigen versuchten den Einzug aus der eigenen Häuslichkeit hinauszuzögern oder versuchen noch heute diesen zu verhindern. Die grundsätzliche Bereitschaft umzuziehen, nimmt – trotz teilweise vorhandener Bereitschaft im Alter umzuziehen – mit steigendem Alter ab (Kremer-Preiß & Stolarz, 2003).

Für einzelne der Hundertjährigen ist der Gedanke, die eigene Häuslichkeit vor ihrem Tod verlassen zu müssen, undenkbar. Ähnliche Einstellungen finden sich auch in der COMPASS-Erhebung, in der 7 % der Befragten, ein Leben im Heim unter keinen Umständen zulassen wollen. Insbesondere für bereits pflegebedürftige häuslich Betreute (12 %) und Hochaltrige (über 90-Jährige) (10 %) stellt dies keine Versorgungsoption dar (COMPASS, 2010).

Der Wunsch älterer Menschen auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen, zeigt sich in der befragten Gruppe der Hundertjährigen in gleichem Maße wie bei jüngeren Älteren. Zur Aufrechterhaltung ihrer Selbständigkeit kommen vielfältige anerkannte Hilfsmittel zum Einsatz, aber teilweise auch aus interventionsgerontologischer Sicht hoch problematische Kompensationsstrategien, mit großem Unfallpotenzial. Die Hundertjährigen arrangieren sich, wie viele Hochaltrige mit den baulich-architektonischen Gegebenheiten der Wohnung oder des Hauses, mit nicht alters- und behindertengerechter Ausstattung (Treppen, Schwellen, Bad und WC etc.), die für Außenstehende nur schwer nachvollziehbar sind. Diese Anpassung an widrige Lebensumstände wird in der Gerontologie vielfach als „Zufriedenheits-Paradoxon“ beschrieben (Staudinger, 2000).

Hinsichtlich der Selbständigkeit entstehen bei einigen der Hundertjährigen große Differenzen zwischen Wunsch und Realität. Auch wenn in der HD100-II gezeigt werden konnte, dass hinsichtlich der basalen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) eine beachtenswerte Verbesserung zu der ersten Heidelberger Hundertjährigen-Studie vorlag, bleibt die körperliche Vulnerabilität der Hundertjährigen hoch. Lediglich 9 % der Hundertjährigen wurden als selbständig eingestuft (Jopp et al., 2013)

Der Umfang von notwendig gewordener pflegerischer Hilfe und Unterstützung lässt sich, trotz aller am Einstufungsverfahren geäußerten Kritik (auch von den Hundertjährigen), teilweise aus dem Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung ablesen. Danach bezogen zum Zeitpunkt der Befragung neun der Hundertjährigen die Pflegestufe I (47 %) und fünf die Pflegestufe II (26 %). Die Pflegestufe III erhielt keiner der Untersuchungsteilnehmer. Von den Studienteilnehmern der HD100-II hatten 26 % Pflegestufe I, 35 % Pflegestufe II und 18 % Pflegestufe III und wiesen damit einen höheren Grad der Pflegebedürftigkeit auf (Jopp et al., 2013). Insbesondere das Fehlen von Hundertjährigen in der Stufe III in der Befragungsgruppe weist auf eine Positivselektion hin, die durch die Gelegenheitsstichprobe entsteht. Hierfür spricht auch ein Anteil von 26 % (fünf Hundertjährige), die keine Leistungen der Pflegeversicherung erhielten (HD100-II=21 %) (Jopp et al., 2013). Der Bezug von Leistungen spiegelt sich teilweise in den aktuellen Wohnformen wider. Vier der Hundertjährigen mit der Pflegestufe II leben im Pflegeheim und nur einer in der eigenen Wohnung. Alle Hundertjährigen ohne eine Pflegestufe leben in eigenen Wohnungen oder in Apartments des Service-Wohnens und der Seniorenresidenzen.

Gesundheitliche Normalität Hundertjähriger

Die Beschreibungen des Gesundheitszustandes im Lebensverlauf, die durch drei verschiedene Typen Hundertjähriger gekennzeichnet ist, unterscheiden sich hinsichtlich des Zeitpunktes des Auftretens von Erkrankungen. Diese entsprechen den drei „Morbidityprofilen“ in der Studie von Evert et al. (2003), die zeigt, dass es mehrere Wege gibt, um eine solche außergewöhnliche Langlebigkeit zu erreichen (Evert et al., 2003). In unserer Untersuchungsgruppe finden sich sehr wenige Hundertjährige, ausschließlich weibliche, die das 100. Lebensjahr bei weitestgehender Gesundheit erreichen. Evert und Kollegen bezeichnet diejenigen Hundertjährigen, bei denen keine relevanten altersbedingten Erkrankungen diagnostiziert wurden als „Escapers“. Auf der anderen Seite werden Hundertjährige beschrieben, die schon sehr früh, bereits vor ihrem achtzigsten Lebensjahr, mit diversen Krankheiten konfrontiert wurden und somit zu der Gruppe der „Survivors“ gehören (Evert et al., 2003). Alle von uns befragten männlichen Hundertjährigen gehören zu der Gruppe der „Survivors“, die trotz langer bestehender Krankheit das einhundertste Lebensjahr erreichen.

Evert zufolge sind die „Escaper“ stärker in der Gruppe der Männer vertreten (32 % männlichen/ 15 % weiblichen) und die „Survivors“ häufiger unter den weiblichen (43 %) als unter den männlichen Probanden (24 %) (Evert et al., 2003). Keine Übereinstimmung zwischen den Studien findet sich demnach hinsichtlich des Geschlechts und der Zugehörigkeit zu den beiden Gruppen.

Ein deutlich verzögertes Auftreten von gesundheitlichen Krisen, von denen rund die Hälfte unserer Studienteilnehmer berichten, bezeichnen Evert und Kollegen als „Delayers“. Hundertjährige, bei denen später, aber noch vor dem 100. Lebensjahr, mit dem Alter assoziierte Erkrankungen diagnostiziert wurden, finden sich annähernd gleich häufig bei Frauen (42 %) und bei Männern (44%) (Evert et al., 2003).

Somit zeigen sich in der vorliegenden qualitativen Studie mit insgesamt 19 Probanden auf der Basis der Selbstauskunft vergleichbare Morbidityprofile, wie in einer Kohortenstudie mit 469 Probanden.

Die Darstellung des Krankheitsspektrums in dieser langlebigen Untersuchungsgruppe lässt aufgrund des offenen Charakters der Fragestellung nur eingeschränkte Rückschlüsse auf die Diagnosen der Hundertjährigen zu. Zwar werden teilweise Erkrankungen wie Arthrosen, Altersdiabetes, Schlaganfall, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung, Angina Pectoris oder die Notwendigkeit eines Herzschrittmachers beschrieben, stärker stehen jedoch Symptome wie Kraftlosigkeit, Schwäche und Schwindel oder einschneidende Ereignisse wie Stürze, Verletzungen und Knochenbrüche im Vordergrund. Damit hat eine quantifizierende Ergebnisdarstellung der genannten Erkrankungen eine nur begrenzte Aussagekraft und erschwert den Vergleich mit Angaben anderer Studien, zum Beispiel mit der HD100-II -Studie. Hier gaben 67 % der Hundertjährigen Stürze als ein kritisches Ereignis an. Bei 43 % lag ein Bluthochdruck vor und bei 42 % war Arthritis diagnostiziert. Mit durchschnittlich 4,1 Erkrankungen stellen Joop und Kollegen fest, dass es unrealistisch erscheint, mit 100 Jahren an keiner Erkrankung zu leiden (Jopp et al., 2013).

Im Vordergrund der Beschreibung des Gesundheitszustandes stehen in unserer Untersuchungsgruppe insbesondere Krankheiten und Symptome, die als bedeutsames, belastendes Problem (Blasen,- und Prostataprobleme oder Inkontinenz) wahrgenommen werden. Noch umfangreicher werden belastende Krankheitsfolgen thematisiert. An erster Stelle

ist hier der Verlust der körperlichen Mobilität, Schmerzen sowie funktionale Einschränkungen und Einbußen zu nennen, gefolgt von den Einschränkungen, die mit dem Verlust sensorischer Fähigkeiten einhergehen. Einbußen des Seh- und/oder Hörvermögens waren mit 88 % auch in der HD100-II -Studie besonders ausgeprägt (Jopp et al., 2013).

Alle als belastend wahrgenommenen Krankheiten und Krankheitsfolgen unserer befragten Hundertjährigen bergen in sich die Gefahr des Verlustes an Selbständigkeit und damit die Sorge ihre Autonomie zu verlieren. Als Reaktion darauf zeigen die Hundertjährigen typische Strategien wie „Selektion“, „Optimierung“ und „Kompensation“, die im SOK-Modell erstmals von Baltes & Baltes (1989) für ältere Menschen beschrieben wurde. Die befragten Hundertjährigen reduzieren ihre Kontakte und konzentrieren sich auf wichtige Aspekte ihres Lebens (Selektion). Sie verfügen über ein breites Repertoire an Kompensationstechniken, mit anerkannten und selbst konzipierten Hilfsmitteln. Sie schaffen ein für ihre Bedürfnisse geeignetes Umfeld und versuchen darin Abläufe durch Üben aufrecht zu erhalten (Optimierung).

Jopp und Kollegen kommen zu dem Schluss, dass es für die Hundertjährigen bedeutsam ist, die „negativen Auswirkungen der gesundheitlichen Probleme auf Aktivitäten im Alltag, die der Person wichtig sind, möglichst gering zu halten“ (Jopp et al., 2013 S. 25).

Trotz aller funktionellen und gesundheitlichen Einbußen und sich daraus entwickelnder Abhängigkeiten von Pflege und Hilfe bezeichnet eine Mehrheit der befragten Hundertjährigen ihren gesundheitlichen Zustand als „gut bzw. befriedigend“. Erstmals wurden solche Unterschiede zwischen objektiver und subjektiver Gesundheitseinschätzung in der Bonner Gerontologische Längsschnittstudie (BOLSA) beobachtet. Die Berliner Altersstudie (BASE) bestätigte und ergänzte die vorliegende Befundlage. Auch in der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) ließen sich die Ergebnisse weitgehend replizieren (Wahl/ Kruse 1999). Es gibt zwar einen Zusammenhang zwischen „objektiver“ und „subjektiver“ Gesundheit; dieser Zusammenhang ist aber nicht linear. Mit Blick auf die untersuchten Hundertjährigen zeigt sich das „Altersinvarianz-Paradoxon“ globaler subjektiver Einschätzungen. Der subjektive Gesundheitszustand bleibt weitgehend stabil, trotz schleichender Verschlechterung des objektiven Gesundheitszustandes (Borchelt et al. 1996, Steinhagen-Thiessen et al. 1999, Wahl/ Kruse 1999). Das heißt, es „nimmt die Subjektivität der Einschätzungen mit dem Alter zu, die Beeinflussung durch objektive Gesundheit und psychosoziale Faktoren ab“ (Borchelt et al. 1996, S. 470).

Diese positive Wahrnehmung erfolgt häufig vor dem Hintergrund, dass körperliche Gebrechen dem Alter zugeschrieben werden und die Zunahme des Auftretens von Krankheiten als normaler Altersprozess wahrgenommen wird. Auf diese Weise werden Alters-Selbstbilder präsentiert, die Vorstellungen über den eigenen Alternsprozess, die Lebensphase des eigenen Alters und über sich selbst als älteren Menschen verdeutlichen (BMFSJF 2010, 6. Altenbericht). Das subjektive Altersempfinden ist dabei nicht an das kalendarische Alter gebunden, da das Altern ein individuell ablaufender und erlebter Prozess ist (BMFSJF 2010, 6. Altenbericht). Die Folgen persönlicher Altersbilder für die Gesundheit und Langlebigkeit älterer Personen sind empirisch gut belegt und zeigen, dass die Sicht auf das eigene Älterwerden „ein eigenständiges Vorhersagepotenzial“ auf die Entwicklung der Gesundheit hat (BMFSJF 2010, 6. Altenbericht, S. 248).

Die subjektiv positive Beurteilung der Gesundheit stellt ein wichtiges Potenzial für die Zufriedenheit der Hundertjährigen dar. Dies zeigt sich auch hinsichtlich negativer Beurteilungen des subjektiven Gesundheitszustandes, meistens vor dem Hintergrund aktueller, akuter

Verschlechterung, die mit einem Verlust an Lebenswillen und Resignation korrespondieren können.

Vergleichbare Befunde präsentiert die Studie von Cho und Kollegen (2011), die zeigen, dass die subjektiv wahrgenommene Gesundheit die Rolle eines Mediators zwischen objektiver Gesundheit und psychologischem Wohlbefinden hat. Darüber hinaus wird deutlich, dass der subjektive Gesundheitszustand einen direkten Einfluss auf ein positives emotionales Befinden hat sowie auch auf ein negatives emotionales Befinden (Cho et al., 2011). In der HD100-II ist eine bessere Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands mit einer höheren Lebenszufriedenheit verknüpft (Jopp et al., 2013).

In Abhängigkeit der Schwere von gesundheitlichen Problemen reflektieren und bewerten die Hundertjährigen ihr sehr hohes Alter als „Geschenk“ oder „Bürde“ nehmen aber in der Regel beide Facetten des Lebens im sehr hohen Alter wahr.

Analog zur Beschreibung des Krankheitsspektrums durch die Hundertjährigen lassen sich auch zur Qualität der medizinischen Versorgung in dieser Untersuchungsgruppe, aufgrund des offenen Charakters der Untersuchung, nur eingeschränkte Aussagen treffen. Es lässt sich nicht beurteilen, ob die Forderungen des BMG, dass altersbedingte physiologische Veränderungen von Körper- und Organstrukturen, funktionelle Einschränkungen und altersbedingte systemische Veränderungen eine besondere Vorsicht im Hinblick auf medizinische Interventionen erfordern (Bundesministerium für Gesundheit, 2012), Berücksichtigung finden.

Die Beurteilung der Qualität der medizinischen Versorgung aus Sicht der Hundertjährigen orientiert sich vielmehr an der Häufigkeit des Kontaktes mit dem Hausarzt und ob er regelmäßige Hausbesuche anbietet. Wesentlich für die Zufriedenheit ist ein Hausarzt, der sich Zeit lässt und freundlich zugewandt zuhört und ausreichend erklärt. Dies entspricht im Wesentlichen den Empfehlungen des BMG, individuelle Bedürfnisse und Präferenzen der älteren Menschen zu berücksichtigen. Grundlage hierfür ist eine stärkere Einbindung in Behandlungsentscheidungen und eine Anpassung der Arzt-Patienten-Kommunikation (Bundesministerium für Gesundheit, 2012).

Der Wunsch nach Einbindung in Entscheidungen beschränkt sich in den Aussagen der Hundertjährigen auf die Berücksichtigung von eigenen Vorstellungen bei der Verordnung von Medikamenten und ihren Ansprüchen an eine differenziertere Ursachensuche. Sie fordern insbesondere bessere Informationen und Erklärungen zu den verschriebenen Medikamenten und deren Nebenwirkungen. Nur mit Vorsicht lassen einzelne Aussagen von Hundertjährigen Rückschlüsse auf mögliche Multimedikation (Glaeske/ Janhsen, 2006) oder unerwünschte Behandlungs- bzw. Arzneimittelreaktionen (Scheidt-Nave et al., 2010) zu.

Sowohl aus Sicht der Hundertjährigen als auch des BMG sollte das Ziel der Behandlung des älteren Menschen die Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der Lebensqualität, Selbsthilfefähigkeit und Selbstwirksamkeit im Sinne von Autonomie sein (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. 92).

Einstellungen und Bedürfnisse im Kontext „Lebensende, Sterben und Tod“

Die Teilnehmenden äußern in den Interviews keine Vorbehalte über das Thema Sterben und Tod zu sprechen. Hierin entsprechen die Ergebnisse der Studie anderen Forschungsergebnissen zu den Einstellungen Hundertjähriger (Jopp et al., 2013) bzw.

Hochaltriger (Reidick, 2013) zu Sterben und Tod. Andere Themen wie problematische Paarbeziehungen, schienen teilweise mit größeren Vorbehalten behaftet zu sein.

Das Lebensende hat für die meisten nun im extremen Alter deutliche Präsenz. Sie setzen sich wohl stärker mit ihrem möglichen Sterben und Tod auseinander als in jüngeren Jahren. Sie geben überwiegend an, ihnen sei ihr nahes Lebensende und damit eine relative Nähe zum eigenen Tod bewusst. Die meisten Teilnehmer berichten von Gefühlen der Todesnähe. Ein Zusammenhang von subjektiver Todesnähe, folglich Auseinandersetzung damit und geringerer Angst vor dem Tod wird in Forschungsarbeiten angenommen (Thorson et al. 2000/ Wittkowski 2005, Power et al. 2008).

Die Einschätzungen der Teilnehmer zur Dimension der eigenen Begrenzung sind dabei divers. Offenkundig wird jedoch, dass neben einigen Befragten, die noch eine Lebensperspektive in der Zukunft formulieren, viele Probanden eigene Zukunftspläne mit Verweis auf die eigene unmittelbare zeitliche Begrenzung verneinen. Die Zweite Heidelberger Hundertjährigen-Studie betont, dass die überwiegende Zahl der Hundertjährigen solche Pläne habe (Jopp et al., 2013).

Leben ohne Zukunftspläne scheint dabei jedoch nicht zwangsläufig Ausdruck von Resignation zu sein. In den Interviews wird deutlich: Keine Pläne mehr zu haben, kann mit einer Radikalität des Jetzt einhergehen. Die Begrenzung ermöglicht zugleich Offenheit gegenüber der geschenkten Zeit. Der Tod bedroht keine Zukunft, wenn eine solche nicht mehr angenommen wird. Vielleicht wohnt dieser Perspektive in der Endphase eines sehr langen Lebens sogar ein graduell nivellierender Charakter inne. Mit materiellen Verwirklichungschancen verbundene Pläne scheinen zumindest bei den Studienteilnehmern kaum mehr eine Rolle zu spielen.

Die meisten Befragten der Studie äußern sich zu ihrer Lebenssituation und in ihrer subjektiven Gesundheitseinschätzung eher positiv. Trotzdem äußert die Hälfte der Befragten mindestens gelegentliche Sterbewünsche. Dabei wird Sterben von einigen Befragten scheinbar als Umgehungsoption eines drohenden Lebens mit sich ausweitendem Fähigkeitsverlust und seiner Folgen eingestuft. Der Tod erscheint dann als Vermeidungshoffnung starker Pflegebedürftigkeit – wohl im Sinne vermeidungsorientierter Akzeptanz des Todes (Wong, 2000).

Allerdings ist die Einordnung solcher von den Teilnehmern geäußerten Sterbewünsche in den Gesprächen mit den Hundertjährigen von besonderer Bedeutung. Entsprechende Äußerungen werden teilweise durch andere Interviewpassagen relativiert. Tagesformschwankungen, unterschiedlich starkes Schmerzerleben, die für viele Interviewte zum Alltag zu gehören scheinen, und Schübe von Zukunftsangst oder anderweitiger Verunsicherung werden in den Interviews verbalisiert. All dies beeinflusst solche Gedanken. Darüber wie konstant oder akut solche Sterbewünsche bei den Befragten auftraten, kann die Studie keine Aussage treffen.

Artikulierte Sterbewünsche der Teilnehmer können das Resultat der Einschätzung sein, ein sehr langes Leben gelebt zu haben und sich nun zu wünschen, dieses auch in einem für sich akzeptablen körperlichen und geistigen Zustand zu beenden. Die Interviews legen jedoch auch nahe, dass Verunsicherungen und Verletzungen zu Sterbewünschen beitragen, die entweder durch die Versorgungsumstände selbst induziert oder verstärkt werden oder mindestens durch entsprechende Intervention reduziert werden können. In Bezug auf Sterbewünsche weist die Studie darauf hin, dass die Wahrnehmung von Lebensumständen und Belastungsfaktoren von hoher Relevanz für die Sorge um extrem alte Menschen ist. Neben dem Verlust von Autonomie ist es insbesondere der Würdeverlust in kritischen Pflegesettings von dem berichtet wird und

den die Hundertjährigen teilweise als maßgeblich für ihren Lebensverdruss angeben. Diese Resultate zeigen Übereinstimmungen zu Befragungen bei Bewohnern in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege (u. a. Pleschberger, 2004).

Besonders verzweifelt und nachdrücklich in Bezug auf den Sterbewunsch äußern sich diejenigen, die mit ihrer Lebenssituation in einer stationären Einrichtung bei gleichzeitigem Pflegebedarf der Stufe II sehr unglücklich sind. Drei von Ihnen berichten über Pflegezustände, die sie als sehr unbefriedigend empfinden. Inkontinenz, die damit verbundenen Schamgefühle und unangemessene Pflegesituationen werden als sehr belastend thematisiert. Diese subjektiv beschriebenen kritischen Pflegesituationen weisen Merkmale von „elder abuse“ auf (WHO, 2008).

Eine dieser drei Befragten äußerte im Anschluss an ein Interview wiederkehrende Suizidgedanken. Dort wo in den Interviews starke Verzweiflung der Befragten über ihre Lebens- und Versorgungssituation geäußert wurde, trugen professionelle Unterstützer eine Mitverantwortung. Der beklagte mangelhafte Umgang mit Inkontinenz, Mobilitätsbeschränkung und Intimwäsche, stehen in den Interviews für eine pflegerische Versorgung, die offenbar dazu beitragen kann, den Lebenswillen der Betroffenen anzugreifen.

Die Einschätzung der meisten Befragten, sich an ihrem Lebensende zu befinden oder sich dieses sogar zu wünschen, führt zu der Frage, wie die Probanden mit dieser existentiellen Herausforderung umgehen, in der gefühlten Todesnähe zu leben.

Ganz überwiegend äußern die Befragten in Bezug auf ihren Tod, diesen zu akzeptieren. Dieser wird oftmals als eine unabweisbare Naturkonstante benannt. Kein Interviewter gibt an, Angst vor dem Tod zu haben. Allerdings sprechen die Teilnehmer von Ängsten oder Sorgen in Bezug auf den Sterbeprozess. Auch in dieser Hinsicht decken sich die Ergebnisse mit Forschungsergebnissen der Zweiten Heidelberger Hundertjährigen-Studie zu dieser Frage (Jopp et al., 2013) und mit Untersuchungen zu Sterben und Tod bei Hochaltrigen (Reidick, 2013).

Kann der Tod als rigorose Bedrohung von Zukunfts-Verwirklichung und Lebensvollendung empfunden werden und bedeutet er meistens starke emotionale sowie eventuell ökonomische Belastungen für Angehörige (DiMola et al., 2001), scheint er für Menschen, die sich am äußersten Rand der menschlichen Lebenserwartung befinden, die für sich keine weiten Zukunftshorizonte mehr stecken, die überwiegend zufrieden auf ihre zentralen Lebensaufgaben zurückblicken und kaum noch über nahestehende Personen verfügen oder noch befürchten müssen bspw. ihre eigenen Kinder zu überleben, vielleicht weniger bedrohlich. Seine Akzeptanz fällt eventuell leichter als in anderen Lebensphasen. Zu dieser Hypothese finden sich unterstützende wie auch widersprechende Auskünfte in einer Metaanalyse von 33 Studien zum Thema Sterben und Tod bei alten Menschen (Hallberg, 2003).

Auch legt die von allen Teilnehmern geäußerte Furchtlosigkeit gegenüber dem Tod nahe, dass religiös (christlich) motivierte Ängste vor einem Strafgericht nach dem Tod oder entsprechender jenseitiger Strafen selbst bei denjenigen Befragten, die angeben religiös (christlich) zu sein und ihre Religiosität aktiv zu leben, nicht bestehen. In den Befragungsergebnissen finden sich keine offensichtlichen Anhaltspunkte für eine negative Verbindung von religiösen (christlichen) Vorstellungen und Vorstellungen zu Sterben und Tod. Im Gegenteil, diejenigen, die Religiosität als für sich wichtig ansehen, fühlen sich durch diese in der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod eher gestärkt. Nicht-religiöse Menschen geben teilweise an, solche mit festem Glauben um diesen im Kontext Sterben und Tod zu beneiden. Studien mit allerdings

überwiegend deutlich jüngeren Probanden kommen in Bezug auf die Rolle der Religiosität bei Einstellungen zu Sterben und Tod zu differenzierten Ergebnissen (Kastenbaum, 2000; Wittkowski, 2005).

Das Sterben wird von den Studienteilnehmern umfassender und vielschichtiger angesprochen als der Tod im Sinne des Totseins. Eigene Auseinandersetzung und tiefere Reflexion, die mit Sterben zu tun hat, wird von einigen Interviewten als für sich selbst eher tabuisiert erklärt. Dies scheint dann häufiger oder gravierender der Fall zu sein, wenn die Teilnehmenden für sich selbst noch eine längere Zukunftsspanne wahrnehmen. Zudem scheint die empfundene aktuelle Lebensqualität für die Auseinandersetzungstiefe mit dem eigenen Lebensende relevant. Wird eher eine solche gute Qualität deutlich, scheinen die Befragten entsprechend geneigter, weniger an das Thema Sterben und Tod zu denken. Einige sprechen in diesem Zusammenhang von „verdrängen“ oder „wegschieben“. Die Äußerungen von Teilnehmern, die sich selbst vorwerfen, das gesamte Thema Sterben und Tod oder Aspekte davon zu verdrängen, verweisen auf ein mögliches Dilemma. Die Betroffenen sind sich der Relevanz des Themas für sich selbst theoretisch offenbar bewusst, können dieses jedoch noch nicht praktisch realisieren. Dies drückt sich für die Teilnehmer beispielsweise in nicht abgefassten Patientenverfügungen oder nicht geführten Gesprächen mit nahestehenden Personen zu Wünschen im Kontext Sterben und Tod aus.

Bei Befragten, die Akzeptanz in Bezug auf Tod äußern, gibt es Hinweise auf zwei wiederkehrende Motive, derer sich die Hundertjährigen im Bewältigungsprozesses zu bedienen scheinen. Dies ist einerseits eine Haltung der aktiven Bestimmung – eine Art Aneignung in Bezug auf das Sterben. Ein solches Aneignungsverhalten drückt sich unter anderem in dem Verfassen von Verfügungen und dem Treffen von Vorkehrungen sowie in kenntnisreicher, klar bestimmter Haltung zu Versorgungsmöglichkeiten in der Sterbephase aber beispielsweise auch in Äußerungen zur Selbstbestimmung in der Beendigung des Lebens aus. Andererseits wird auch eine passiv hinnehmende Facette ersichtlich. In dieser scheinen Annahme des unausweichlich Kommenden und Erduldung als wichtige Faktoren. Vielfach drücken sich in diesem Zusammenhang fatalistische – auch religiöse Motive und Vorstellungen in Bezug auf das Sterben aus. Dabei verleihen die Befragten bspw. ihrer Hoffnung auf bestimmte Sterbekonstellationen Ausdruck, sehen es aber dem Schicksal oder der göttlichen Macht überantwortet, diese Wünsche zu erfüllen.

Entsprechend deuten sich zwei zentrale Begriffe in der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod bei den Befragten an: Gestalten und Annehmen. Sowohl Regelung als auch Überantwortung scheinen sich für die Hundertjährigen als hilfreich zu erweisen. In diesem Zusammenhang scheinen Hinweise der Befragten bedeutsam, die die Notwendigkeit der Bildung von Vertrauen darin, dass „es sich schon gut fügen werde“ unterstreichen. Vielleicht dienen insofern auch die Maßnahmen der aktiven Bestimmung einer Vertrauensbildung, die am Ende Annehmen von dem was im Zuge des Sterbens kommen mag, ermöglicht. Wenn sich hingegen Gefühle der mangelnden Steuerungsfähigkeit und Unsicherheit nicht einhegen lassen, scheinen schwerwiegende Konflikte in der Auseinandersetzung mit dem Lebensende wahrscheinlich. Entsprechend relevant wäre es für Begleiter extrem alter Menschen, einen solchen Vertrauensbildungsprozess in Bezug auf das Lebensende wahrzunehmen, zu begleiten und ggf. zu unterstützen.

Ebenfalls sehr präsent in den Auskünften der Teilnehmer sind Schilderungen von Ängsten und Hoffnungen in Bezug auf das Sterben. Diese Äußerungen deuten vor allem auf das Gewicht der

medizinisch-pflegerischen, begleitenden Versorgungsdimension für die letzte Lebensphase an. Aspekte, die den Teilnehmern Sorgen machen, sind zum einen explizit benannte belastende Symptome, wie Schmerzen oder Luftnot. Auf ähnliche Befürchtungen von Menschen zwischen 80 und 89 Jahren im UK weisen andere Untersuchungen hin (Lloyd-Williams et al., 2007).

Solche Ängste scheinen bei den Hundertjährigen jedoch auch oftmals eingehegt von dem Glauben an gnädiges Schicksal oder der Einschätzung, dass das hohe Alter keinen qualvollen Todeskampf mehr bereithalten würde. Vor allem wird jedoch große Hoffnung in Fähigkeiten der Linderung wie beispielsweise durch Schmerztherapie geäußert. Dabei wird insbesondere von den Bewohnern stationärer Einrichtungen davon ausgegangen, dass eine Versorgung, die die Belastungen eines womöglich schwierigen Sterbeprozesses reduziert, in einer Einrichtung routinemäßig und erfolgreich praktiziert wird. Es steht zu befürchten, dass diese Erwartung der Teilnehmer an die Versorgungspraxis in Deutschland derzeit nur begrenzt realistisch ist (Hall et al, 2011).

Zum anderen richten sich große Befürchtungen bei den Befragten auf eine ausgedehnte zukünftige Pflegebedürftigkeit. Sorge vor einem (weiteren) Abbau ihrer körperlichen und geistigen Kräfte, die zugleich das noch mögliche Leben mit dem aktuellen Maß an Lebensqualität gefährden würde oder einfach eine noch weitere Verschlechterung der aktuellen Lebenssituation und noch größerer Hilfeabhängigkeit bedeuten würden, werden durch negative Pflegebilder und entsprechende Erfahrungen verstärkt. Es spricht einiges dafür, dass Teilnehmer schwere Pflegebedürftigkeit als eine lange und zugleich sehr beschwerliche Sterbephase wahrnehmen, der sie bisweilen durch ihren Tod gerne zuvorkommen würden.

In den Darstellungen der Befragten zu Versorgungswünschen und zu Vorkehrungen, die getroffen werden sollten, um diese zu realisieren, stand auch der Wunsch im Vordergrund bei einer akuten gesundheitlichen Krise nicht mehr lebenserhaltenden Maßnahmen ausgesetzt zu werden. So deutet sich in den Interviews an, dass die Befragten vor dem Hintergrund ihres extrem langen Lebens intensivmedizinischen Interventionen keine Chance auf eine Gewinnung von für sie relevanter Lebenszeit geben. Vielmehr erwarten sie offenbar eine quälende Ausdehnung des Sterbeprozesses.

Überdies ergeben sich für die Rolle professioneller Akteure beim Sprechen über Sterben und Tod und bei der Unterstützung der Bewältigung des Themas interessante Hinweise. Dort wo Gespräche zu dem Thema von den Interviewten gewünscht werden, werden diese überwiegend mit nahestehenden Personen aus Familie und Freundeskreis gewünscht. Die Interviews zeigen jedoch, dass für das Gelingen solcher Gespräche eventuell Unterstützung erforderlich sein kann. Hundertjährige berichten von Kommunikation zu dem Thema, die sie als misslingend empfanden.

Wenn keine Angehörigen für solche Gespräche verfügbar sind, stellt sich die Frage, wie diese trotzdem ermöglicht werden können, bzw. ist zu prüfen, ob ein nicht geäußerter Wunsch nach einem Gespräch über Sterben und Tod auch auf eine Hilflosigkeit hinweisen kann, wie und mit wem ein solches überhaupt realisiert werden könnte.

In der Frage von seelsorgerischem Austausch zum Thema Sterben und Tod, scheinen Hundertjährige mit religiöser (christlicher) Haltung im stationären Umfeld gut versorgt. Bei denjenigen, die sich als nicht gläubig charakterisieren, werden mögliche professionelle Ansprechpartner zu dem Thema fast nicht genannt. Es wird zugleich deutlich, dass nicht religiöse Bewohner von Einrichtungen von Gesprächsmöglichkeiten mit Seelsorgern nicht

profitieren können, weil sie diese im religiösen Kontext als von Missionsbestrebungen motiviert wahrnehmen.

Ein hundertjähriges Leben

Die mit den Hundertjährigen geführten Interviews zeigen eine große Zuwendung zum Leben, die sich in ihren Einstellungen und der Wertschätzung des Lebens widerspiegelt. Jopp und Kollegen verweisen auf die wichtige Rolle psychologischer Stärken und deren positiven Einfluss auf die Lebenszufriedenheit (Jopp et al., 2013). Humor und Optimismus scheinen in diesem Zusammenhang wichtige Wesenszüge darzustellen, wie in unserer Befragung und in der HD100-II zu beobachten sind. So geben in der HD100-II mehr als die Hälfte der Hundertjährigen an, dass sie leicht zum Lachen zu bringen seien (Jopp et al., 2013).

Zum Leben der von uns befragten Hundertjährigen gehört Bescheidenheit, Maß halten, Dankbarkeit und Zufriedenheit auch mit eingeschränkten finanziellen Mitteln. Eine hohe Lebensqualität ist nach Jopp und Kollegen trotz geringer Ressourcenausstattung bei Hundertjährigen möglich. Psychologische Aspekte spielen eine wichtigere Rolle als soziodemographische, gesundheitliche und soziale Bedingungen (Jopp et al., 2013).

In der HD100-II-Studie berichteten zahlreiche Hundertjährige über das, was ihrem Leben einen Sinn gibt, wie beispielsweise die gemeinsame Zeit mit Enkeln oder Urenkeln. Der Austausch mit jüngeren Generationen wird von den befragten Hundertjährigen als sehr sinnstiftend erlebt (Jopp et al., 2013). Die aktuell befragten Hundertjährigen möchten einerseits jüngeren Menschen eine gewisse Haltung zum Leben vermitteln, andererseits sehen sie jedoch Grenzen der Möglichkeit von ihren eigenen Erkenntnissen etwas an jüngere Generationen weiterzugeben.

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie hat für die interviewten Hundertjährigen eine gewisse Bedeutung und Vergangenheit wird differenziert und ohne verklärten Blick dargestellt. In gleichem Maße beschäftigen sie sich aber auch mit Problemen des heutigen Lebens, besorgniserregenden gesellschaftlichen Entwicklungen und warnen in diesem Zusammenhang vor den Folgen von Kriegen. In der HD100-II-Studie betonten zahlreiche Hundertjährige, dass sie gerne als Zeitzeugen einen Beitrag zu unserer Gesellschaft leisten möchten, indem sie auf Themen in der Gesellschaft hinweisen, die ihnen durch ihre Lebensgeschichte zentral erscheinen, wie beispielsweise die Völkerverständigung oder Friedensforschung (Jopp et al., 2013).

Das insgesamt in der HD100-II-Studie ermittelte überwiegend positive Wohlbefinden der Hundertjährigen (Jopp et al., 2013) und die in den aktuellen Interviews ermittelte Zufriedenheit mit dem Leben speist sich im besonderen Maße aus dem jetzigen heutigen Leben.

5 Fazit

Das Ziel der Studie, die Gesundheits- und Lebenssituation Hundertjähriger und deren Erfahrungen zu beschreiben sowie deren Einstellungen und Wünsche zur Versorgung am Lebensende zu analysieren und ihren Umgang mit den Themen Lebensende, Sterben und Tod zu reflektieren wurde mit Hilfe der Interviews in einer Gelegenheitsstichprobe Berliner Hundertjähriger erreicht. Der qualitative Zugang ermöglichte in Ansätzen die Präferenzen für eine bedürfnisorientierte Versorgung langlebiger Menschen am Lebensende zu ermitteln. Die lebensweltlichen Konstellationen der Hundertjährigen scheinen dabei bedeutsamer als Geschlechtsunterschiede oder der Einfluss von Ost-Westbiographien.

Die Annäherung an die Hundertjährigen als eine Gruppe von „Alters-Spezialisten“ erfolgte über ihre biographischen Erzählungen. Dabei scheinen die frühen Prägungen z.B. durch die beiden Weltkriege weitaus weniger relevant als langjährige Erfahrungen mit gesundheitlichen Herausforderungen und aktuelle Gesundheits- und Versorgungsprobleme. Hierzu sind jedoch noch vertiefende Analysen des Materials zu empfehlen.

Die untersuchte Langlebigengruppe der Hundertjährigen unterscheidet sich im Hinblick auf ihre Wohn- und Lebenssituation, ihrem Umzugsverhalten und ihren Einstellungen zu Wohn- und Versorgungsformen nicht von bisher untersuchten Hochaltrigenpopulationen. Ihr Wunsch nach Eigen- und Selbständigkeit sollte weitestgehend respektiert und unterstützt werden, wobei regelmäßig durch Betreuungspersonen eine Gefahrenabwägung hinsichtlich der von den Hundertjährigen angewendeten Kompensationsstrategien stattfinden sollte.

Dabei muss der Wunsch nach Autonomie der Hundertjährigen nicht grundsätzlich mit dem Verbleib im Privathaushalt gekoppelt sein, auch wenn dieser deutlich weniger Kosten verursacht als der Aufenthalt in Pflegeeinrichtungen. Der Markt altengerechter Wohn- und Versorgungsangebote biete Möglichkeiten des privaten Lebens, wie zum Beispiel in Apartments eines Seniorenstiftes oder einer Seniorenresidenz, wo die Versorgungs- und Betreuungsleistungen dem aktuellen Bedarf angepasst werden können. Die zunehmende Reduzierung von Ressourcen der selber bereits alten Kindergeneration, sollte dazu Anlass geben, frühzeitig alternative Unterstützungsmechanismen und Versorgungsstrukturen zu suchen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass in Zukunft die Zahl der zur Verfügung stehenden Familienmitglieder und Sozialpartner abnehmen wird.

Darüber hinaus stellt der späte Umzug in einen neuen Lebensbereich – in den letzten Jahren des Lebens der Hundertjährigen – ein krisenhaftes Ereignis dar. Wenn gesundheitliche Akutereignisse zu diesem Schritt zwingen, ist zusätzlich die körperliche Integrität bedroht. Eine emotionale Krise kann durch strategisch frühzeitig geplante Umzüge abgemildert werden. Dabei besteht für die Hundertjährigen die Chance, Zufriedenheit und Wohlbefinden nach einer Eingewöhnungsphase wiederzuerlangen, wenn Angehörige sie psychosozial stabilisieren und sie die Möglichkeit haben, liebgewonnene Gegenstände (Möbelstücke, Familienfotos etc.) mitzunehmen.

Aus den subjektiven Beschreibungen der Hundertjährigen lassen sich vergleichbare Entwicklungen von Morbiditätsverläufen, der „Escaper“, „Delayers“ und „Survivors“, wie in großen internationalen Kohortenstudien ableiten, während nur eingeschränkte Rückschlüsse auf Diagnosen der Hundertjährigen und deren Behandlungsnotwendigkeit möglich sind. Analog dazu lassen sich auch zur Qualität der medizinischen Versorgung nur begrenzte Aussagen treffen und keine pauschalen Hinweise auf Multimedikation, unerwünschte

Behandlungsreaktionen oder Arzneimittelreaktionen ableiten. Für die Bestätigung international beschriebener Morbiditätsprofile und typischer Diagnosen dieser Altersstufen sowie für die Beurteilung der Versorgungsqualität empfehlen wir nationale Untersuchungen auf Basis von Leistungsdaten der Krankenkassen, um daraus Rückschlüsse für eine angemessene Versorgung treffen zu können.

Maßgeblich für die Zufriedenheit der Hundertjährigen mit der medizinischen Versorgung ist der regelmäßige Hausbesuch des Hausarztes, der ausreichend Zeit und Geduld für ausführliche Erklärungen bereitstellt. Im Vordergrund der Behandlung sollten insbesondere die Linderung belastender Symptome und die von den Hundertjährigen als bedeutsames Problem wahrgenommenen Einschränkungen stehen.

Hinsichtlich der globalen subjektiven Einschätzungen des Gesundheitszustandes der befragten Hundertjährigen finden sich keine Unterschiede zu bisher untersuchten Hochaltrigenpopulationen. Phänomene, wie das „Altersinvarianz-Paradoxon“ mit subjektiv stabilem Gesundheitszustand trotz schleichender Verschlechterung des objektiven Gesundheitszustandes finden sich in den Aussagen ebenso wieder, wie der Einfluss von Alters-Selbstbildern auf die Bewertung der Gesundheit. Die subjektiv positive Beurteilung der Gesundheit stellt dabei ein wichtiges Potenzial für die Zufriedenheit der Hundertjährigen dar. Insbesondere Versuche risikobehafteten Ereignissen, wie Stürzen und Schlaganfällen, präventiv entgegenzutreten und zu verhindern, sollte in der Versorgung handlungsleitend sein.

Es zeigt sich, dass die Interviews mit hundertjährigen Menschen, insbesondere zu dem Thema Sterben und Tod, Hinweise für die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen dieses Themenfelds, vor allem mit dem Fokus auf die Bedeutung von Versorgungsaspekten, ergibt. Die dargestellten Aspekte unterstreichen einerseits die Hoffnung und teilweise das Vertrauen der Hundertjährigen in ihre Helfer, andererseits weisen die Schilderungen auch darauf hin, in welchen Bereichen womöglich dringende Verbesserungsbedarfe bei der Etablierung einer Würde bewahrenden Kultur zum Lebensende bei den professionellen Unterstützungsinstanzen bestehen und in welchen Bereichen die Helfer überfordert sein könnten. Die Befragten bezeugen hierbei auch, welche große Bedeutung der bedürfnisorientierten und fachlich fundierten Begleitung der letzten Lebensphase – insbesondere auch der Implementierung einer hospizlich-palliativen Versorgungskultur und einer Vernetzung von Einrichtungen mit entsprechenden (ambulanten) Unterstützungsdiensten – in der stationären Langzeitpflege zukommt.

Angesichts der großen Übereinstimmung mit Ergebnissen aus der Hochaltrigenpopulation ist zu überlegen, inwieweit die Zeitmarke „100“ eine im hohen Maße willkürliche und symbolische Grenze darstellt. Andererseits handelt es sich bei dieser untersuchten Gruppe Hundertjähriger um eine hochselektive Population mit ausgeprägten psychischen Stärken, großer Wertschätzung des eigenen Lebens im Rückblick und mit einer beeindruckend lebensbejahenden Haltung.

DANKSAGUNG

Ohne die Bereitschaft und das Vertrauen der Studienteilnehmer wären diese wichtigen Ergebnisse aus den hundertjährigen Leben dieser Befragten nicht dokumentiert worden. Dafür danken wir ausdrücklich.

Auch sei Frau Connie Gottfried gedankt für die Transkription der Interviews.

Dagmar Dräger

(Projektleitung)

Literaturangaben

- Baltes, P. B. (1997). Die unvollendete Architektur der menschlichen Ontogenese: Implikationen für die Zukunft des vierten Lebensalters. In: *Psychologische Rundschau*, 48, S. 191-210.
- Baltes, P. B./ Baltes, M. M. (1989). Optimierung durch Selektion und Kompensation. Ein psychologisches Modell. In: *Zeitschrift für Pädagogik*, 35: 85-105.
- Becker, G./ Rott, Ch./ d'Heureuse et al. (2003). Funktionale Kompetenz und Pflegebedürftigkeit nach SGB XI bei Hundertjährigen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*.
- BMFSFJ (2002). Familiäre Ressourcen zur häuslichen Pflege Hochaltriger. In: *Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. 193 – 206.
- Borchelt, M./ Gilberg, R./ Horgas, A. L./ Geiselman, B. (1996): Zur Bedeutung von Krankheit und Behinderung. In: Mayer, K. U./ Baltes, P. B. (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, 449-474.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012). Nationales Gesundheitsziel. „Gesund älter werden“. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de
- Cho, J./ Martin, P./ Margrett, J./ MacDonald, M./ Poon, L.W. (2011). The relationship between Physical Health and Psychological Well-being among Oldest-Old Adults. *Journal of Aging Research*, 8 pp. doi:10.4061/2011/605041
- Cho, J./ Martin, P./ Poon, L.W. (2012). The Older They Are, the Less Successful They Become? Findings from the Georgia Centenarian Study. *Journal of Aging Research*, 8 pp. doi:10.1155/2012/695854
- DiMola, G./ Crisci, T. (2001): Attitudes towards Death and Dying in a Representative Sample of the Italian Population. In: *Palliative Medicine* 15, S. 372-378.
- Dräger, D. (2015). Die Einbindung der Angehörigen von Pflegebedürftigen. In: Jacobs, K./ Kuhlmeier, A./ Greß, S./ Schwinger, A. (Hrsg.): *Pflege-Report 2015*. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 121-133.
- Engberg, H./ Christensen, K./ Andersen-Ranberg, K./ Vaupel, J. W./ Jeune, B. (2008). Improving activities of daily living in Danish centenarians – but only in women: A comparative study of two birth cohorts born in 1895 and 1905. In: *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 64A, 1186-1192.
- Evert, J./ Lawler, E./ Bogan, H./ Perls, T. (2003). Morbidity Profiles of Centenarians: Survivors, Delayers, and Escapers. In: *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58A, 232-237.
- Glaeske, G./ Janhsen, K. (2006). *GEK-Arzneimittelreport 2006*. St. Augustin: Asgard.
- Hall, S./ Petkova, H./ Tsouros, A. D./ Constantini, M./ Higginson, I. J. (2011): Palliative care for older people: better practices. In: *World Health Organization (WHO) – Europe*.
- Hallberg, I. R. (2003): Death and dying from old people's point of view. A literature review. In: *Aging Clinical and Experimental Research*, Vol. 16 (2), S. 87-103.
- Jopp D. S./ Rott Ch./ Boerner K./ Boch K./ Kruse A. (2013). *Zweite Heidelberger Hundertjährigen- Studie: Herausforderungen und Stärken des Lebens mit 100 Jahren*. (Hg.) Robert-Bosch-Stiftung: Projektbericht. Stuttgart.
- Kastenbaum, R. (2000): *The psychology of death*. 3. Auflage, New York.
- Kremer-Preiß, U./ Stolarz, H. (2003). „Leben und Wohnen im Alter“. *Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung – eine Bestandsanalyse -*. Projektträger: Bertelsmann Stiftung. Köln.

- Kuckartz, U. (2014), *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (2. Auflage, durchgesehene Aufl.). Beltz Juventa.
- Kuhlmey, A./ Tesch-Römer, C. (2013). *Autonomie trotz Multimorbidität im Alter: Eine Einführung*. In: Kuhlmey, A./ Tesch-Römer, C. (Hrsg.), *Autonomie trotz Multimorbidität. Ressourcen für Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im Alter*. Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 9-22.
- Lloyd-Williams, M./ Kennedy, V./ Sixsmith, A./ Sixsmith, J. (2007): *The End of Life: A Qualitative Study of the Perceptions of People Over the Age of 80 on Issues Surrounding Death and Dying*. In: *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 34 (1), S. 60-66.
- Mayer, K. U./ Baltes, P. B. (1999). *Die Berliner Altersstudie* (2. Auflage). Berlin: Akademie Verlag.
- Pleschberger, S. (2004). „Bloß nicht zur Last fallen!“ *Leben und Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen*. Wien.
- Power, T./ Smith, S. (2008): *Predictors of Fear of Death and Self-mortality: An Atlantic Canadian Perspective*. In: *Death Studies* 32, 253-271.
- Reidick, O. (2013): *Einstellungen zu Sterben und Tod bei Hochaltrigen: Die Rolle von Persönlichkeit, Gesundheit und Religiosität*. Heidelberg: Peter Lang.
- Rott, Ch./ d’Heureuse, V./ Kliegel, M./ Schönemann, P. (2001). *Die Heidelberger Hundertjährigen-Studie: Theoretische und methodische Grundlagen zur sozialwissenschaftlichen Hochaltrigkeitsforschung*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Band 34, Heft 5, S. 356-364.
- Scheidt-Nave, C./ Richter, S./ Fuchs, J./ Kuhlmey, A. (2010). *Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel „Multimorbidität“*. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2010; 53: 441-450.
- Sebastiani, P./Perls, T. T. (2012). *The genetics of extreme longevity: lessons from the New England Centenarians study*. *Frontiers in genetics*. Vol. 3, Article 277.
- Staudinger, U. M. (1996): *Psychologische Produktivität und Selbstentfaltung im Alter*. In: Baltes, M. M./ Montanda, L. (Hrsg.): *Produktives Alter*. Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag, 344-373.
- Steinhagen-Thiessen, E./ Wrobel, N./ Borchelt, M. (1999): *Der Zahn der Zeit. Körperliche Veränderungen im Alter*. In: Niederfranke, A./ Naegele, G./ Frahm, E. (Hrsg.): *Funkkolleg Altern 1. Die vielen Gesichter des Alterns*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 277-317.
- Teti, A. (2015). *Wohnen im Alter: Versorgungsformen in der Pflege*. In: Jacobs et al. (Hrsg.), *Pflege-Report 2015. Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit*. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 15-26.
- Thorson J./ Powell, F. C. (2000): *Death Anxiety in Younger and Older Adults*. In: Tomer, A. (Hrsg.): *Death attitudes and the older adult: Theories, concepts, and applications*. New York: Routledge, S.123-136.
- Urlaub, K.H. (1996). *Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen*. Abschlussbericht des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V. (ISG). Köln.
- Wahl, H.-W./ Kruse, A. (1999): *IV. Aufgaben, Belastung und Grenzsituationen im Alter, Gesamtdiskussion*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32: 456-472.
- WHO (2008): *A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main Report*. Genf, S. 8.
- Wittkowski, J. (2005). *Einstellungen zu Sterben und Tod im höheren und hohen Lebensalter Aspekte der Grundlagenforschung*. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*,

18 (2), S. 67-79.

Wong, P. T. P. (2000): Meaning of life and meaning of death in successful aging. In: Tomer, A., Death attitudes and the older adult. Theories, concepts, and applications. New-York: Routledge S. 23-35.

Onlinequellen

BMFSFJ (2010). Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=164568.html>, letzter Zugriff: 08.12.2015

Bomsdorf, E. (2011). Hundertjährige in Deutschland bis 2011 – ein unterschätztes Phänomen. Ifo Schnelldienst 17/2011, 64. Jahrgang & 36.–37. KW. <https://www.cesifo-group.de/ifoHome/publications/docbase/details.html?docId=16632838>, letzter Zugriff: 07.12.2015

COMPASS – „Private Pflegeberatung“. Studie zu Erwartungen und Wünschen der PPV-Versicherten an eine qualitativ gute Pflege und an die Absicherung bei Pflegebedarf – COMPASS-Versichertenbefragung. <http://www.parietaetalsopfleg.de/index.php/downloadsnew/pflegerische-versorgung/qualitaetsentwicklung/1773-compass-versichertenbefragung/file>, letzter Zugriff: 10.12.2015

Statistisches Bundesamt (2013). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Sterbetafel Deutschland. Wiesbaden. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefeaele/Sterbefeaele.html>, letzter Zugriff: 27.02.2014

Statistisches Bundesamt (2015). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Ausgangsdaten der Bevölkerungsfortschreibung aus dem Zensus 2011. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/BevoelkerungsstanB/DatenBevoelkerungsfortschreibungZensus5124104119004.pdf?__blob=publicationFile, letzter Zugriff: 14.12.2015