

Lebenssituation und Zukunftsaussichten von Single-Haushaltbewohner:innen im Alter von 65plus und 80plus in der Stadt Dornbirn

Ergebnisbericht einer Studie der Forschungsgruppe Empirische Sozialwissenschaften

Dr. Julia Reiner, BA MA
Scientist

julia.reiner@fhv.at

Stefanie Neyer, BA MSc
Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Hochschullehrerin

stefanie.neyer@fhv.at

Mag. Fabian A. Rebitzer
Forschungsgruppenleiter

fabian.rebitzer@fhv.at

Dornbirn, Januar 2025



INHALT

1	Ausgangslage und Zielstellung.....	3
2	Methodik	5
3	Ergebnisse.....	6
3.1	Beschreibung des Samples.....	6
3.2	Gegenwärtige Lebenssituation	6
3.2.1	Wohnsituation	6
3.2.2	Einsamkeitserleben und soziale Unterstützung.....	8
3.2.3	Gesundheitszustand und -vorsorge.....	10
3.2.4	Bewertung des Community Nursing-Angebots.....	12
3.3	Zukunftsaussichten.....	14
4	Zusammenfassung und Fazit	16
5	Literaturverzeichnis.....	20

1 AUSGANGSLAGE UND ZIELSTELLUNG

Im Jahr 2022 lag der Anteil an Single-Haushalten österreichweit bei 38,6 %, in Vorarlberg war dieser mit 35,3 % nur geringfügig kleiner (Statistik Austria, 2024, S. 145). Im höheren Alter leben vor allem Frauen allein: So entfallen 46,8 % der weiblichen Single-Haushaltbewohner:innen auf die Altersgruppe 65plus; bei alleinlebenden Männern handelt es sich um 23,1 % (ebd., S. 90). Auch zukünftig wird die Zahl von Single-Haushalten im höheren Alter ansteigen: Prognosen der Statistik Austria zufolge wird es in der Altersgruppe 65plus bis 2030 um 48,1 % mehr Single-Haushalte geben als noch im Jahr 2011 (Hanika, 2023, S. 183). Auch wenn von diesem Anstieg gerade auch Männer mit einem erwarteten Plus von 77,2 % stark betroffen sein werden, sind es weiterhin vor allem Frauen, die in dieser Altersgruppe alleinleben werden (ebd.).

Die Wohnsituation stellt eine wesentliche Dimension der Lebenslage dar (Voges, 2006) und steht in dieser Hinsicht in enger Verbindung mit den individuellen Teilhabechancen und dem subjektiven Wohlbefinden. Mit dem höheren Alter wird die eigene Wohnung immer stärker zum Lebensmittelpunkt. Bis zum Lebensende im eigenen Zuhause bleiben zu können, stellt ein Wunsch vieler älterer Menschen dar (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs, 2021). Allerdings ist dies nicht nur eine Ressource, sondern stellt, gerade im Falle von Alleinlebenden, auch einen Risikofaktor dar, etwa für Einsamkeit: Von dieser sind im höheren Alter mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer betroffen (Fach- und Koordinierungsstelle der Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz NRW, 2024, S. 14). Daneben können auch andere Faktoren wie gesundheitliche Beeinträchtigungen oder wenig Sozialkontakte zu einem erhöhten Einsamkeitserleben beitragen. Dabei handelt es sich um Bedingungen, die gerade im Alter tendenziell zunehmen (ebd.).

Umso wichtiger erscheinen niederschwellige und ganzheitliche Angebote für ältere Menschen, die gesundheitliche und gleichzeitig soziale Aspekte berücksichtigen sowie präventiv und unterstützend ausgerichtet sind. Beim Community Nursing der Stadt Dornbirn handelt es sich um ein solches Angebot, das sich an ältere, alleinlebende sowie Menschen mit Migrationsbiografie, aber auch pflegende und betreuende An- und Zugehörige richtet (Stadt Dornbirn, o. J.). Das Angebotsspektrum umfasst unter anderem die Stärkung der Gesundheitskompetenz, Informationen zu Entlastungs- und Hilfsangeboten sowie Angebote zur sozialen Teilhabe. Ziel ist die Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit sowie die Förderung der Selbsthilfefähigkeit der Betroffenen (ebd.).

Um ein besseres Verständnis für die Lebensbedingungen von in Single-Haushalten wohnenden Dornbirner Bürger:innen im Alter von 65plus und 80plus zu erhalten, führte die Forschungsgruppe Empirische Sozialwissenschaften im Auftrag der Stadt Dornbirn, Abteilung Gesundheit, Soziales und Pflege, ein Forschungsprojekt durch. Ziel war es, die gegenwärtige Lebenssituation und Zukunftsaussichten dieser Zielgruppen zu explorieren.

Mit Blick auf die *gegenwärtige Lebenssituation* interessierten die Wohnsituation und deren Bewertung, das Einsamkeitserleben und soziale Unterstützungspotenziale, der Gesundheitszustand, gesundheitliche und anderweitige Vorsorgeaktivitäten sowie die Inanspruchnahme und Bewertung des Community Nursing-Angebots der Stadt Dornbirn. Im Hinblick auf die *Zukunftsaussichten* wurden sowohl die Veränderungsabsichten gegenüber der gegenwärtigen Wohnsituation als auch weitere Lebenspläne über die Wohnsituation hinaus erfragt.

Das Forschungsprojekt wurde zwischen November und Dezember 2024 von der Forschungsgruppe Empirische Sozialwissenschaften durchgeführt; dessen Ergebnisse werden im vorliegenden Bericht dokumentiert. In Kapitel 2 wird die methodische Vorgehensweise beschrieben, gefolgt von einer Ergebnisdarstellung in Kapitel 3 und einem Fazit in Kapitel 4.

2 METHODIK

Um die in Kapitel 1 aufgezeigten Erkenntnisdimensionen in der Zielgruppe von Single-Haushaltbewohner:innen im Alter von 65plus und 80plus in der Stadt Dornbirn zu erheben, wurden zwei Fokusgruppen durchgeführt. Gegenüber einem quantitativen Design bot diese Vorgehensweise den Vorteil, die verschiedenen Erkenntnisdimensionen in der Tiefe zu explorieren und zu verstehen sowie im Sinne des Prinzips der Offenheit der qualitativen Forschung (u. a. Flick et al., 2015, S. 24) mit möglichst offenen Fragen in den Erhebungsprozess zu gehen; dies erlaubt nicht zuletzt, auch auf mögliche unerwartete Ergebnisse zu stoßen.

Zur Zielgruppe des Forschungsprojekts zählten Dornbirner Bürger:innen im Alter von 65plus und 80plus, die in einem Single-Haushalt wohnen. Die Rekrutierung von Fokusgruppenteilnehmer:innen erfolgte durch die Stadt Dornbirn. Dafür wurde durch die Forschungsgruppe Empirische Sozialwissenschaften ein Einladungsschreiben mit den wesentlichen Eckdaten zur Befragungsdurchführung verfasst und dem Auftraggeber zur Verfügung gestellt. Aufgrund von Rekrutierungsschwierigkeiten, insbesondere der Zielgruppe von Über-80-Jährigen, wurden die Fokusgruppen altersgemischt durchgeführt und nicht, wie ursprünglich vorgesehen, jeweils mit Personen im jüngeren und höheren Alter (65plus und 80plus). Darüber hinaus wurden zwei Personen in das Sample aufgenommen, die nicht den ursprünglichen Selektionskriterien entsprachen: So war eine Person 62 Jahre alt und damit jünger als die ursprünglich vorgesehene Altersgrenze von 65 Jahren. Eine weitere Person war im Unterschied zu den übrigen Befragten nicht alleinlebend, sondern wohnte zum Befragungszeitpunkt mit seiner Ehepartnerin zusammen.

In Vorbereitung auf die Fokusgruppeneinführung wurde ein Leitfaden in Orientierung an die erkenntnisleitenden Dimensionen und Subdimensionen erstellt. Der Leitfaden wurde innerhalb der Forschungsgruppe Empirische Sozialwissenschaften von zwei weiteren Personen unabhängig voneinander gesichtet und auf Basis ihrer Rückmeldungen überarbeitet. Daraufhin erfolgte eine weitere Feedbackschleife mit der Stadt Dornbirn als Auftraggeber des Forschungsprojekts, woraufhin der Leitfaden final überarbeitet wurde.

Die beiden Fokusgruppen wurden im Dezember 2024 in Räumlichkeiten der Stadt Dornbirn durchgeführt. Die Moderation und Protokollierung erfolgte durch zwei wissenschaftliche Mitarbeiterinnen der Forschungsgruppe Empirische Sozialwissenschaften. Um den Befragten einen möglichst geschützten Rahmen zu bieten, wurde auf die Anwesenheit von Mitarbeiter:innen der Stadt Dornbirn sowie auf eine akustische Aufzeichnung der Gespräche verzichtet. Vor dem eigentlichen Gesprächsbeginn wurden die Fokusgruppenteilnehmer:innen über den Projektgegenstand, den Gesprächsablauf sowie die Anonymisierung ihrer Angaben im Rahmen der Protokollierung und der weiteren Datenauswertung informiert. Jene Fokusgruppenteilnehmer:innen, die im Gesprächsverlauf oder zu Gesprächsschluss ein Anliegen oder sonstige Fragen äußerten, hatten unmittelbar im Anschluss an die Fokusgruppe die Möglichkeit, diese mit einer Community Nurse der Stadt Dornbirn zu besprechen.

Beide Fokusgruppen dauerten jeweils rund 135 Minuten. Das Protokoll und weitere auf Flipcharts dokumentierte Angaben bildeten die Basis für die inhaltsanalytische Datenauswertung (Kuckartz, 2022).

3 ERGEBNISSE

3.1 BESCHREIBUNG DES SAMPLES

Bei den insgesamt zwölf Fokusgruppenteilnehmer:innen handelt es sich um zehn Frauen und zwei Männer. Neun Personen sind zum Befragungszeitpunkt im Alter von 62 bis 79 Jahren, während die übrigen drei 80 Jahre und älter sind.

Sofern von den Befragten angegeben, sind diese verwitwet, in einer Partnerschaft oder alleinstehend (ohne Verweis auf eine vorherige Ehe) (je 2 Nennungen). Jeweils eine Person ist verheiratet¹ oder geschieden (ohne neue Partnerschaft). Die übrigen vier Teilnehmer:innen machen keine explizite Angabe zu ihrem Zivilstand.

Zwei Befragte sind kinderlos, während die übrigen Fokusgruppenteilnehmer:innen Kinder sowie teilweise auch Enkel und Urenkel haben. Diese leben überwiegend in Vorarlberg (7 Nennungen), in zwei Fällen im Ausland oder einem anderen Bundesland. Eine weitere Person mit Kind(ern) macht keine diesbezügliche Angabe.

Manche Befragte thematisieren im Gesprächsverlauf, dass sie seit mehr oder wenigen vielen Jahren (wieder) in Dornbirn wohnen bzw. ursprünglich zugezogen waren, während andere in Dornbirn aufgewachsen sind. Die Spanne, seit der die Betroffenen wieder zurück- bzw. zugezogen sind, reicht von einzelnen wenigen Jahren bis hin zu über 30 Jahren.

Eine Besonderheit der Gesprächsdynamik in beiden Fokusgruppen bestand darin, dass sich die Teilnehmer:innen gegenseitig über Angebote informierten. Dies betraf beispielsweise freiwillige Vereinigungen (zur Mitwirkung oder für den Bezug von Hilfeleistungen) oder Möglichkeiten für Mittagessen. Darüber hinaus schlug eine Fokusgruppenteilnehmerin vor, eine „Jassgruppe“ zu gründen. Gerade bei einer niederschweligen Jassgruppe handelte es sich um einen Wunsch, der in beiden Fokusgruppen von verschiedenen Personen geäußert wurde.

3.2 GEGENWÄRTIGE LEBENSITUATION

3.2.1 WOHSITUATION

Aktuelle Wohnsituation: Die Fokusgruppenteilnehmer:innen leben zum Befragungszeitpunkt mehrheitlich in Wohnungen (10 Nennungen), wobei es sich um Miet-, Eigentums- oder Vogewosi-Wohnungen handelt sowie in drei Fällen konkret um eine Partei in der Wohnanlage „Gute Nachbarschaft“. Demgegenüber wohnen zwei Personen in einem Haus.

Mit Ausnahme eines Befragten, der gemeinsam mit seiner Ehepartnerin in einer Wohnung lebt, wohnen alle Fokusgruppenteilnehmer:innen in Single-Haushalten. In zwei Fällen wird von Haustieren berichtet, mit denen man zusammenlebt.

Dauer und Ursachen des Alleinlebens: Abgesehen von zwei Personen, die ihren Angaben nach bereits „sehr lange“ alleinleben, machen die übrigen konkrete Angaben zur Dauer, die sie bereits in einem Single-Haushalt wohnen. Diese umfasst zwei bis 48 Jahre.

Eine Scheidung (3 Nennungen) und der Tod der Partnerin / des Partners (2 Nennungen) stellen die häufigsten Ursachen für das Alleinleben dar. In einem Fall war es der Auszug der Tochter, seitdem die Betroffene alleinlebt. Eine weitere Person habe

¹ Die Bewertung des Alleinlebens und das Einsamkeitserleben wurden nur unter den alleinlebenden Befragten erhoben.

bereits fast ihr ganzes Leben allein gewohnt und nur wenige Jahre zusammen mit jemand anderem.

Zwei der elf alleinlebenden Fokusgruppenteilnehmer:innen sind zum Befragungszeitpunkt in einer Partnerschaft, wohnen räumlich jedoch getrennt von ihrem Partner. Eine der beiden Betroffenen habe das Zusammenleben mit ihrem neuen Partner einmal ausprobiert, dabei jedoch festgestellt, dass sie dies nicht mehr möchte.

Bewertung des Alleinlebens: Das Alleinleben wird unter den Fokusgruppenteilnehmer:innen überwiegend vorteilhaft und positiv bewertet (7 Nennungen). Manche erleben dieses hingegen nur als teilweise positiv, verbunden mit verschiedenen Nachteilen (4 Nennungen).

Der am häufigsten genannte Vorteil des Alleinlebens sind die Selbstbestimmungs- und freien Gestaltungsmöglichkeiten im Alltag (6 Nennungen). Diese betreffen die Tagesplanung, einschließlich der Essens-, Schlafens- und Ruhezeiten, sowie das Ausmaß an Sozialkontakt. In ähnlicher Weise thematisiert eine Befragte, durch das Alleinleben keinen Anforderungen von außen ausgesetzt zu sein bzw. dass niemand etwas von einem wolle. Die Selbstbestimmtheit im Alltag und das Fehlen von externen Anforderungen im Zuge des Alleinlebens werden unter den Befragten genossen, gerade auch im Hinblick darauf, dass sie in früheren Lebensabschnitten viel für andere Personen da sein mussten (2 Nennungen).

Auch aus Sicht weiterer Fokusgruppenteilnehmer:innen hat das Alleinleben Vorteile, allerdings auch Nachteile: Am häufigsten wird fehlender Sozialkontakt thematisiert bzw. die fehlende Möglichkeit, niederschwellig, kurzfristig oder öfter jemanden zum Reden zu haben (4 Nennungen). Dabei hätten die meisten Betroffenen durchaus Familie oder Freund:innen und Bekannte – diese könne man ihrer Einschätzung nach jedoch nicht immer anrufen. Außerdem könne man nicht immer etwas unternehmen. Daneben spielt auch die Kurzfristigkeit von Gesprächsmöglichkeiten eine Rolle: So solle es aus Sicht einer Betroffenen bestenfalls jemanden geben, der „auf Knopfdruck“ da sein könnte; stattdessen sei ihre Situation so, dass Treffen immer extra organisiert werden müssen – etwas, was eine weitere Befragte in ihrer Vergangenheit erst habe lernen müssen, weil sie es immer gewohnt gewesen war, einen Partner zu haben. Die geschilderten Herausforderungen des Alleinlebens werden aus Sicht der Betroffenen durch verschiedene Faktoren verschärft: So erlebe man die eigene Nachbarschaft im Vergleich zu früher als weniger präsent; generell sei heutzutage jeder mehr mit sich beschäftigt (eine Nennung). Auch das zunehmende Alter und eine chronische Erkrankung würden eine „starke Psyche“ erfordern, um das Alleinsein auszuhalten (eine Nennung). Daneben werden die eigene Persönlichkeit, belastende Ereignisse sowie die Adventszeit als Begründungen genannt, weshalb sich die Betroffenen als „sensibler“ gegenüber dem Alleinleben erleben (je eine Nennung).

Sowohl unter jenen Befragten, die dem Alleinleben überwiegend positive Aspekte abgewinnen, als auch unter jenen, die Nachteile wahrnehmen, findet sich die Selbstbeschreibung, grundsätzlich gerne allein zu sein oder nach intensivem Sozialkontakt auch wieder Ruhe und Freiheit zu benötigen. Von letzteren wird jedoch eingeräumt, dass es einen manchmal „überkommt“ und es in diesen Momenten schön wäre, jemanden zum Reden zu haben, auch wenn man generell gerne allein sei oder eine Ausgewogenheit zwischen Geselligkeit und Alleinsein bevorzuge. Wie eine Befragte hervorhebt, komme es dabei nicht auf die Anzahl an Personen an, vielmehr würde ihr eine Person in diesen Momenten schon genügen.

3.2.2 EINSAMKEITSERLEBEN UND SOZIALE UNTERSTÜTZUNG

Einsamkeitserleben: Neben der Bewertung des Alleinlebens wurden die Fokusgruppenteilnehmer:innen auch nach ihrem Einsamkeitserleben gefragt. Vier Personen fühlen sich ihren Angaben nach nie oder selten einsam, während ebenso viele einräumen, sich im Alltag manchmal oder öfter einsam zu fühlen.

Sich nie oder selten einsam zu fühlen, wird unter anderem in fehlender Langeweile oder konkret auch darin begründet, aufgrund von Sport- und Freizeitaktivitäten gut vernetzt und in vielen Vereinigungen aktiv zu sein. In den seltenen Momenten, in denen eine weitere Person Einsamkeitsgefühle erlebe, würden ihr Unternehmungen im öffentlichen Raum helfen, wo sie auch auf andere Menschen treffe. Eine Fokusgruppenteilnehmerin verabredet sich an Feiertagen wie Weihnachten gezielt mit einer anderen alleinlebenden Verwandten. So wird denn unter den Befragten auch die Haltung geäußert, dass man selbst dafür verantwortlich sei, „unter Leute zu gehen“ oder diese aktiv bei sich einzuladen, um Einsamkeitsgefühlen vorzubeugen.

Jene Fokusgruppenteilnehmer:innen, die sich in ihrem Alltag manchmal oder öfter einsam fühlen, schildern in diesem Zusammenhang konkrete Situationen oder Bedingungen: Hierbei handelt es sich unter anderem um die eigene eingeschränkte Mobilität, aufgrund derer die Betroffene nicht mehr alleine unterwegs sein kann bzw. dies aus Unsicherheit nicht mehr möchte; in der Konsequenz erlebe sie fehlende Unternehmungsmöglichkeiten, zudem habe eine frühere Freundin deshalb mit ihr den Kontakt abgebrochen, während einige andere in den letzten Jahren verstorben seien – eine Erfahrung, die mehrere Befragte teilen. Daneben wird das Einsamkeitserleben mit der eigenen Person und einer Erkrankung in Verbindung gebracht sowie mit der Schwierigkeit, neuen Anschluss zu finden: So wird von einer Betroffenen der Besuch eines Jahrgänger:innentreffens geschildert, im Zuge dessen sie sich jedoch nur als „Anhängsel“ einer bereits fest zusammengeschweißten Gruppe gefühlt habe. Während sie unabhängig von Feiertagen, die sie immer bei ihren Kindern verbringe, manchmal Einsamkeitsgefühle habe, ist es für zwei andere Befragte gerade die Adventszeit, in der sie sich verstärkt einsam fühlen. Beide Betroffenen verbringen den Weihnachtsabend trotz alternativer Optionen jedoch voraussichtlich allein – in einem Fall bestünden zwar mehrere Möglichkeiten, Weihnachten zusammen mit Familienmitgliedern oder anderen Personen zu verbringen, allerdings habe sie dies im vorangegangenen Jahr als „zu viel Trubel“ erlebt. Im anderen Fall verweist die Betroffene auf ihr Wissen um soziale Einrichtungen, die spezielle Angebote an Weihnachten haben – im selben Zug zeigt sie allerdings auf, dass es ihr nicht darum gehe, nur in Gesellschaft zu sein, weshalb sie so ein Angebot nicht in Anspruch nehmen wollen würde.

Sowohl unter Personen, die sich selten oder nie einsam fühlen, als auch unter jenen, bei denen dies manchmal oder öfter der Fall ist, wird eine grundsätzliche Zufriedenheit mit den eigenen sozialen Beziehungen ausgedrückt (3 Nennungen). Diese würden der Einschätzung einer Fokusgruppenteilnehmerin zwar mit zunehmendem Alter immer weniger, dennoch sei sie mit ihren Kontakten insgesamt zufrieden. Andere Befragte, darunter vor allem solche, die ein erhöhtes Einsamkeitserleben berichten, zeigen sich demgegenüber überwiegend unzufrieden (3 Nennungen). Dies wird darin begründet, dass inzwischen viele Kontakte verstorben seien oder sich aus anderen Gründen aufgelöst hätten (2 Nennungen) oder generell der Wunsch nach mehr Sozialkontakt bestehe (eine Nennung).

Instrumentelle Unterstützung: Über die Hälfte der Fokusgruppenteilnehmer:innen gibt an, regelmäßig oder punktuell instrumentelle Unterstützung im Alltag zu erfahren (7 Nennungen) – sei es beim Einkaufen, Waschen, Putzen und der Gartenarbeit (4

Nennungen) oder wenn im Bedarfsfall etwas Bestimmtes benötigt werde, beispielsweise Besorgungen im Krankheitsfall (3 Nennungen). Bei den Unterstützer:innen handelt es sich um Freund:innen und Bekannte (4 Nennungen), Verwandte wie Geschwister oder die eigenen Kinder (3 Nennungen), die Mobilen Hilfsdienste (2 Nennungen), Freiwillige (z. B. der Senior:innenbörse) oder Nachbar:innen (je eine Nennung).

Am Beispiel von vorübergehenden Erkrankungen diskutieren die Befragten, dass sie im Bedarfsfall aber nicht jede Hilfe möchten (beispielsweise jene von bestimmten Personen, die als zu anstrengend empfunden werden) oder in der Vergangenheit erst lernen mussten bzw. gegenwärtig noch lernen müssen, Hilfe von anderen zu zulassen (3 Nennungen). Abgesehen von solchen persönlichen Faktoren können auch die Kosten von Unterstützungsangeboten eine Barriere für deren Inanspruchnahme darstellen. Dies schildert eine Person, die bei einer Institution um Unterstützung bei Schneeräumungsarbeiten angefragt hatte, die sich für sie jedoch als zu teuer herausstellte.

Neben einer Fokusgruppenteilnehmerin, die im Gesprächsverlauf gegenwärtigen Unterstützungsbedarf bei Gartenarbeiten äußert, beschäftigt zwei andere vor allem ihr zukünftiger, womöglich zunehmender Hilfebedarf. Während eine Betroffene in ihrem persönlichen Umfeld dafür jedoch entsprechende Ressourcen wahrnehme, da eine Verwandte als Community Nurse tätig sei, sieht die andere Person gegenwärtig noch keine potenziellen Unterstützungsquellen. Stattdessen habe sie in der Vergangenheit bereits die Erfahrung fehlender kurzfristiger Hilfe gemacht. Angesichts dessen räumt sie ein, wohl bald jemanden organisieren zu müssen, der für sie da ist, wenn sie künftig einmal Hilfe braucht.

Emotionale Unterstützung: Über die Hälfte der Fokusgruppenteilnehmer:innen gibt an, im Falle von emotionalem Unterstützungsbedarf jemandem zum Reden zu haben (7 Nennungen). Demgegenüber heben vier Befragte in diesem Zusammenhang das Fehlen entsprechender Kontakte hervor.

Bei den Personengruppen, mit welchen die Befragten reden können, wenn sie einmal etwas bedrückt oder sie traurig sind, handelt es sich um Verwandte wie Geschwister oder die eigenen Kinder (5 Nennungen), Freund:innen oder „sonstige Bezugspersonen“ sowie Gesprächskreise (3 Nennungen), eine Community Nurse der Stadt Dornbirn und Nachbar:innen (je eine Nennung). Eine weitere Person führt aus, keine spezielle Person zu haben, stattdessen im Bedarfsfall in die Kirche zu gehen und zu beten. Sie komme gut klar und hätte in den letzten 20 Jahren nur einmal den Pfarrer für ein Gespräch benötigt.

Darüber hinaus halten einzelne Personen fest, dass im Bedarfsfall auch ein rein digitaler Kontakt – beispielsweise mit Familienmitgliedern oder Freund:innen – bereits wohltuend sein kann. Eine andere Befragte hebt hervor, dass sie zwar Kontakte zum Reden habe, aber nicht viele – gerade auch, weil sie die Familie und manche Bekannte in diesem Zusammenhang nur als bedingt hilfreich erlebe. So merke sie die vielen Jahre, die sie im Ausland verbracht hat und die nun zwischen ihr und ihren Bekannten liegen, was sich beispielsweise in Form von fehlendem Verständnis zeige.

Vier Fokusgruppenteilnehmer:innen thematisieren hingegen vor allem das Fehlen von Kontakten im Falle von emotionalem Unterstützungsbedarf – sei es, weil sich ihr soziales Netzwerk aufgrund von Todesfällen oder anderen Gründen in den letzten Jahren generell verringert habe oder nur solche Kontakte vorhanden seien, mit denen man nur über Positives oder „sonst etwas“ reden könne. Dass man nicht mit allen Kontakten über alles gleichermaßen sprechen kann, ist ein Aspekt, der unter mehreren

Befragten hervorgehoben wird, ebenso wie die Tatsache, dass man viele Bekannte haben kann, aber mitunter nur wenig „wirkliche“ Freund:innen (5 Nennungen).

Anstelle von unterstützenden Kontakten geben zwei Befragte an, emotionale Themen primär mit sich selbst auszumachen oder sich gegebenenfalls selbst zu motivieren und aufzubauen (2 Nennungen). Während eine Person die Haltung vertritt, dass durch positives Denken vieles leichter sei, möchte eine andere bewusst auch Negatives zulassen. So sieht sie es auch kritisch, dass sich zeitweise viele Kursangebote auf positives Denken konzentriert hätten. Neben Selbstmotivation nennen die Befragten noch weitere Quellen, die ihnen in der Vergangenheit oder gegenwärtig in emotional herausfordernden Situationen geholfen hätten: Hierbei handelt es sich um Medikamente (2 Nennungen), Gespräche mit Professionellen, Kurse (z. B. Trauerkurse), Bücher oder das eigene Haustier (je eine Nennung).

Geleistete Unterstützung: Über die Hälfte der Fokusgruppenteilnehmer:innen leistet auch ihrerseits soziale Unterstützung (7 Nennungen). Zu den berichteten Formen von Unterstützung zählen die Enkel:innen- und Urenkel:innenbetreuung (4 Nennungen) sowie regelmäßiges oder punktuell ehrenamtliches Engagement in sozialen oder religiösen Institutionen (3 Nennungen). Darüber hinaus berichtet eine Befragte von Besuchen bei ihren Verwandten und Bekannten im höheren Alter, denen sie im Zuge dessen Kuchen oder Ähnliches mitbringe.

Wie mehrere Personen aufzeigen, profitieren sie von ihrem Engagement – ob in Institutionen oder privat – auf verschiedene Weise, konkret etwa in Form von schönen Momenten und Erlebnissen, als Schutz vor Langeweile oder indem man sich dadurch jünger fühle (4 Nennungen). Eine Befragte erachtet freiwilliges Engagement auch als Verantwortung im höheren Alter, verbunden mit der Frage, was man an andere weitergeben kann.

3.2.3 GESUNDHEITZUSTAND UND -VORSORGE

Subjektiver Gesundheitszustand: Fünf Befragte bewerten ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand als vornehmlich positiv, während sechs Personen von Gesundheitsproblemen berichten. In beiden Gruppen finden sich sowohl Über-60- als auch Über-80-Jährige. Ein guter Gesundheitszustand wird in der Abwesenheit von Beschwerden oder einem insgesamt guten Allgemeinzustand begründet. Bei den berichteten Beschwerden handelt es sich um Rückenprobleme bzw. -schmerzen (2 Nennungen), Beweglichkeits- und Mobilitätsprobleme sowie damit verbundene Schmerzen (2 Nennungen), Gewichtsprobleme, Schilddrüsenprobleme, Kreislaufprobleme, Atemprobleme sowie eine nicht näher spezifizierte progressive Erkrankung (je eine Nennung). Neben körperlichen Beeinträchtigungen werden im Einzelfall auch psychische Folgen der eigenen Gesundheits- bzw. Lebenssituation thematisiert, im Zuge dessen die Betroffene manchmal den Eindruck habe, „Antidepressiva zu benötigen“.

Wahrgenommene Beeinflussungsmöglichkeiten der eigenen Gesundheit: Fast alle Fokusgruppenteilnehmer:innen teilen die Ansicht, dass man den eigenen Gesundheitszustand beeinflussen kann und für diesen auch etwas tun muss – sei dies präventiv für dessen Aufrechterhaltung oder im Falle von Krankheiten zur Linderung von Symptomen. Lediglich eine Person erachtet sich angesichts ihrer Beschwerden und deren wahrgenommenen Verschlimmerung als „austherapiert“ und sieht sich in einem Zustand, in dem sie nichts mehr machen könne.

Einzelne Befragte berichten von einschneidenden biografischen Erfahrungen (z. B. Unfall), im Zuge dessen sie gelernt hätten, wie wichtig die Selbstverantwortung und

Prävention in Bezug auf den eigenen Gesundheitszustand ist (2 Nennungen). Dabei sei nicht nur körperliche Aktivität wichtig, sondern auch positives Denken und Selbstmotivation (3 Nennungen) sowie kognitives Training (eine Nennung). Aus Sicht weiterer Befragter sei es zudem bedeutsam, sich auch dann körperlich und vor allem regelmäßig zu betätigen, wenn bereits Einschränkungen bzw. Beschwerden vorliegen (2 Nennungen). Nach Einschätzung einer Person müsse man auch selbst wissen, was einem guttue, und erst im Falle anhaltender Symptome zum Arzt gehen (eine Nennung).

Gesundheitsaktivitäten und -vorsorge: Fast alle Fokusgruppenteilnehmer:innen beschreiben verschiedene Gesundheitsaktivitäten, die sie zur Verbesserung oder vorsorglich zur Aufrechterhaltung ihres Gesundheitszustands betreiben. Hierzu zählen körperliche Bewegung (9 Nennungen), konkret etwa in Form von Gymnastik, Yoga, Chi Gong, Spazieren und Wandern (in der Natur), Training im Fitnessstudio, Radfahren (ohne Elektromotor), Eisstockschießen, Hundesport oder Sport generell. Auch wird festgehalten, dass man im Rahmen der Enkelkinderbetreuung viel in Bewegung komme. Unter den Befragten wird zusätzlich vermerkt, dass sie seit vielen Jahren täglich oder regelmäßig sportlich aktiv seien und in diesem Zusammenhang auch Disziplin wichtig sei; des Weiteren wird von festen Fitnesstagen pro Woche oder auch davon berichtet, dass man „von allem etwas“ mache (z. B. Koordinationsübungen, Beweglichkeitsübungen etc.).

Neben Bewegung thematisieren zwei Personen, dass sie sich im Alltag so wenig wie möglich „bedienen“ lassen möchten und darauf achten würden, möglichst viele alltäglichen Bewegungsabläufe (z. B. beim Kochen) selbst auszuführen, um ihren Gesundheitszustand aufrechtzuerhalten. Daneben wird von Moorpackungen und Saunieren (2 Nennungen) sowie von guter Ernährung berichtet. Eine Person gibt an, vor vielen Jahren das Rauchen aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben zu haben.

Darüber hinaus werden auch Maßnahmen geschildert, die sich auf das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit richten. Hierbei handelt es sich um positives Denken und Selbstmotivation (2 Nennungen), die Ausbalancierung von Ruhephasen und „im Außen sein“ (2 Nennungen) sowie Offenbleiben und Lernen, beispielsweise in Form des Auswendiglernens von Texten (je eine Nennung).

Weitere Vorsorgeaktivitäten: Sofern weitere Vorsorgeaktivitäten angeführt werden, handelt es sich um finanzielle Nachlassregelungen (6 Nennungen). Auch genannt werden Absprachen mit den eigenen Kindern zu einer möglichen zukünftigen Pflegesituation und deren Handhabung, eine Patient:innenverfügung sowie eine „hohe“ Krankenversicherung (je eine Nennung). Für Vorsorgemaßnahmen, die spezifisch die Wohnsituation betreffen, siehe Kapitel 3.3.

Die genannten finanziellen Regelungen betreffen primär die Aufteilung des Nachlasses, einschließlich der Handhabung von Beerdigungskosten. In drei Fällen wurden diesbezügliche Maßnahmen bereits in der Vergangenheit vorgenommen, indem ein Testament verfasst, Geldbeträge auf Sparbüchern hinterlegt oder den eigenen Kindern Geld überwiesen wurde, als sie dieses brauchten. Zwei Personen hätten hingegen lediglich mündliche Absprachen mit den Kindern getroffen, ohne weitere (schriftliche) Maßnahmen. Wie eine Person einräumt, hätte sie gar nicht daran gedacht, das Besprochene schriftlich festzuhalten.

Auch unter den übrigen Befragten, die keine Vorsorgemaßnahmen berichten, werden entsprechende Gründe hierfür angeführt: So hatte eine Person – bis zum Austausch in der Fokusgruppe – ursprünglich die Einschätzung, dass sich ihre Kinder dann schon über die Aufteilung des Erbes einig werden würden. Eine andere Befragte möchte,

dass jene Person ihr Erbe erhält, die sie bis zum Schluss pflegt, was gegenwärtig noch offen ist. Auch für andere Fokusgruppenteilnehmer:innen ist die künftige Handhabung einer möglichen Pflegesituation noch offen (3 Nennungen): So möchte es eine Betroffene ihren Nachkommen zwar so leicht wie möglich machen und habe auch entsprechende Bücher zu verschiedenen Themen (z. B. Pflege) zu Hause, diese lege sie jedoch immer wieder weg. Eine andere Person gibt an, dass sie insgesamt wenig darüber nachdenke – nur wolle sie nicht, dass ihre Kinder sie einmal pflegen müssen. Ein weiterer Grund, sich noch nicht festgelegt zu haben, bildet die offene Frage der Finanzierbarkeit entsprechender Pflegeangebote, beispielsweise einer 24-Stunden-Betreuung. Zu hohe Kosten können auch eine Barriere für andere Vorsorgemaßnahmen wie Zusatzversicherungen darstellen – nach Ansicht von zwei weiblichen Befragten im Alter von 65plus und 80plus könnten sie sich solche mit ihrer Mindestpension nicht leisten. Als Grund, keine Patient:innenverfügung zu haben, wird schließlich auf fehlende Informationen diesbezüglich hingewiesen – dies umfasst auch das fehlende Wissen, an welche Institutionen man sich hierfür beratend wenden könnte.

Ergänzende Bemerkungen zum Gesundheitssystem: Abgesehen von den obigen Schwerpunktthemen tauschen sich die Fokusgruppenteilnehmer:innen auch über ihre Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem aus. Mehrere Befragte schildern, dass sie selbst oder Bekannte in der Vergangenheit falsche Diagnosen bzw. Behandlungen erhalten hätten. Daneben werden auch die langen Wartezeiten oder fehlenden Terminmöglichkeiten für ärztliche Abklärungen problematisiert, zumal sich nicht jede:r Wahlärzt:innen leisten könne. Allerdings wird unter den Fokusgruppenteilnehmer:innen auch Zufriedenheit mit der erfahrenen medizinischen Versorgung sowie speziell auch mit dem Service der Gesundheitshotline 1450 ausgedrückt.

3.2.4 BEWERTUNG DES COMMUNITY NURSING-ANGEBOTS

Kenntnis des Angebots: Zehn der zwölf Fokusgruppenteilnehmer:innen ist das Community-Nursing-Angebot der Stadt Dornbirn bekannt.² Folgende Kanäle wurden genannt, über welche die Betroffenen in der Vergangenheit von dem Angebot erfahren hatten:

- Zeitung (Gemeindeblatt, Pfarrblättle) (7 Nennungen)
- Eigeninitiative Recherche, Anruf (3 Nennungen)
- Folder im Briefkasten (3 Nennungen)
- Verwandte (2 Nennungen)
- Hausarzt (eine Nennung)
- Vergangener Anlass in der Nachbarschaft (eine Nennung)

Inanspruchnahme des Angebots: Die Fokusgruppenteilnehmer:innen verweisen auf verschiedene Angebote, die sie bereits in Anspruch genommen haben. Von mehreren Teilnehmer:innen werden Bewegungsangebote (z. B. Yoga, Zumba) sowie Vorträge genannt. In drei Fällen wird vom direkten Kontakt mit Community Nurses berichtet, indem man aufgrund gesundheitlicher Beschwerden dort angerufen habe oder zu Hause besucht worden sei. In einem Fall wende sich der Betroffene immer dann an eine Community Nurse, wenn er jemanden zum Reden brauche. Jeweils eine Person berichtet von einem Gehirnjoggingkurs und einem Malnachmittag. Darüber hinaus hält eine Person fest, im Rahmen der Fokusgruppenteilnahme das erste Mal ein „Angebot“ des Community nursings in Anspruch zu nehmen. Eine weitere Person verweist auf ein anstehendes Backevent, für das sie sich angemeldet habe.

² Bei der Bewertung dieses Ergebnisses ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Fokusgruppenteilnehmer:innen durch die Stadt Dornbirn, Abteilung Gesundheit, Soziales und Pflege, rekrutiert wurden.

Sofern in der Vergangenheit Barrieren für die Inanspruchnahme des Community Nursing-Angebots erlebt wurden, handelt es sich um eigene Gesundheitsprobleme, aufgrund derer man vor Ort doch nicht am jeweiligen Kurs teilnehmen konnte, sowie die fehlende Barrierefreiheit eines Standorts. Zudem berichten einzelne Personen, dass Kurse zu schnell ausgebucht waren oder man zu kurzfristig von diesen erfahren und dann schon etwas anderes ausgemacht hatte.

Bewertung des Angebots: Das Community Nursing-Angebot wird unter den Fokusgruppenteilnehmer:innen vornehmlich positiv bewertet – dies gilt für das Angebot im Allgemeinen und dessen räumliche Nähe, für spezielle Kurse (z. B. Yoga, Gehirnjogging), für die im Bedarfsfall erhaltene Hilfe und Bewegungstipps sowie die Mitarbeiter:innen.

Sofern kritische Aspekte angemerkt werden, betreffen diese einen Yogakurs, der aufgrund fehlender Räumlichkeiten nur viermal stattgefunden habe, sowie die englische Bezeichnung „Community Nursing“, die gerade mit Blick auf die Zielgruppe älterer Menschen als ungünstig erachtet wird (je eine Nennung).

Häufiger als Kritik äußern die Fokusgruppenteilnehmer:innen Verbesserungswünsche und Erwartungen an das Community Nursing-Angebot:

- *Angebotsmerkmale:* Unter den Befragten werden verschiedene Merkmale genannt, die sie sich von den Community Nursing-Angeboten wünschen. Diese sollten leistbar sein bzw. bleiben, auch wenn einige bereit wären, einen Unkostenbeitrag zu zahlen (z. B. zur Verbesserung der Raumsituation, siehe unten).³ Ferner werden längerfristige Angebote gewünscht sowie solche im Freien. Darüber hinaus sollten die Angebote bestenfalls wohnortnah und barrierefrei sein, gerade auch für Teilnehmer:innen, die jemanden brauchen, der sie hinführt. Während sich eine Befragte niederschwellige Angebote wie Singen oder Jassen wünscht, seien solche für eine andere Person weniger relevant; stattdessen seien ihr vor allem konkrete Unterstützungs- und Hilfsangebote wichtig.
- *Organisation der Kurse:* Die Kurse sollten nach Ansicht der Befragten zur Vermeidung von Terminkonflikten früher ausgeschrieben werden. Damit die Kurse nicht so schnell ausgebucht sind, wird eine weniger breite Streuung als bislang (z. B. über das Gemeindeblatt) gewünscht oder, als Alternative, eine höhere maximale Teilnehmer:innenanzahl. Nach Einschätzung der Befragten wäre die entsprechende Nachfrage hierfür vorhanden. Darüber hinaus wird empfohlen, in Kursausschreibungen dazuzuschreiben, dass es eine maximale Teilnehmer:innenanzahl gibt, sodass man im Vorfeld wisse, dass diese schnell ausgebucht sein könnten.
- *Räumlichkeiten:* Einzelne Befragte geben an, dass sie die Räumlichkeiten der von ihnen besuchten Kurse (z. B. Gehirnjogging) als sehr beengt erlebt hätten. Ausgehend davon besteht der Wunsch nach größeren Räumlichkeiten. Zur Verbesserung der Raumsituation wären die Befragten auch gewillt, einen Unkostenbeitrag zu zahlen. Als Vorschläge werden beispielsweise die Räumlichkeiten beim Treffpunkt an der Ach, von Pfarrhöfen oder des Kolpinghauses genannt.
- *Zielgruppenausrichtung:* Wie eine Person in allgemeiner Hinsicht und nicht speziell nur mit Blick auf das Community Nursing-Angebot festhält, sollten Präventionsangebote und -maßnahmen (z. B. für Demenz) sehr viel früher ansetzen als dies bislang gemeinhin der Fall sei.

³ Die Community Nursing-Angebote der Stadt Dornbirn sind bislang kostenlos.

3.3 ZUKUNFTSAUSSICHTEN

Zukünftige Wohnsituation: Drei Fokusgruppenteilnehmer:innen leben in einer barrierefreien Wohnung bzw. in einem barrierefreien Haus und gehen insofern davon aus, dass sie dort bis zu ihrem Lebensende bleiben können, auch wenn die Frage der Handhabung einer möglichen Pflegesituation teilweise noch offen ist. Zwei Betroffene hätten ihr Haus extra mit Blick auf das höhere Alter vor mehreren Jahren umbauen lassen oder nach einer Scheidung bewusst eine barrierefreie Wohnung gesucht. Im letzteren Fall wurde zudem darauf geachtet, dass die Wohnung ein Zusatzzimmer für eine Pflegekraft bietet.

Drei weitere Fokusgruppenteilnehmer:innen äußern mehr Wünsche und/oder Problembeschreibungen ihrer aktuellen Wohnsituation als diesbezügliche Pläne oder klare Vorstellungen: So schildern die Betroffenen, dass ihre aktuelle Wohnsituation mit verschiedenen Herausforderungen für sie einhergehe, beispielsweise indem nur eine Öl-Heizung vorhanden sei, die Wohnung keinen Lift habe und nicht ebenerdig gelegen sei – dies mache teilweise jetzt bereits Probleme, indem die Betroffenen auf Hilfe angewiesen seien oder aufpassen müssten, dass sie nicht zu viel einkaufen. Angesichts dessen oder auch aufgrund einer sich prospektiv verschlechternden Krankheit rechnen die Befragten damit, in Zukunft eine andere Wohnung zu benötigen. In diesem Zusammenhang wird der Wunsch geäußert, in Zukunft gerne „ohne Stress“ leben und wohnen zu können oder, wenn das entsprechende Geld vorhanden wäre, eine Wohngemeinschaft zu gründen, in der man zusammen mit anderen „bis zum Schluss“ wohnen könnte – eine Vorstellung, die von einer anderen Befragten „hier“ als utopisch erachtet wird, auch wenn es das im Ausland schon gebe. Eine Betroffene hatte in der Vergangenheit einmal den Wunsch nach Betreutem Wohnen, hätte jedoch auf ihre Anfrage hin keine Antwort erhalten und inzwischen kein Interesse mehr. Uneinig sind sich die Befragten in Bezug auf die Bewertung von Pflegeheimen – während eine Person kein Problem damit hätte, möchten zwei andere „auf keinen Fall“ in ein Pflegeheim.

Sofern Gründe angegeben werden, weshalb es noch zu keiner Veränderung oder Planung der Wohnsituation gekommen ist, wird auf die hohen Immobilien- bzw. Mietpreise verwiesen, vor deren Hintergrund man sich nur eine deutlich kleinere Wohnung bzw. „nichts Vernünftiges“ leisten könnte. In ähnlicher Weise hält auch eine andere Person die Bedeutung von einem soliden Einkommen im Alter fest, um sich die Mieten leisten zu können und eine Wohnsituation zu haben, bei der man sich geborgen fühlt. In einem anderen Fall würden die Kinder die Betroffene ermutigen, dass das mit der Wohnsituation „schon noch gehe“.

(Weitere) Lebenspläne: Drei Fokusgruppenteilnehmer:innen äußern Lebenspläne oder -ziele. Neben der Absicht, eine ausreichend große Wohnung zu finden, in der man bis zum Lebensende bleiben kann, handelt es sich um kleine Bücher mit motivierenden Inhalten, an denen eine Befragte die nächsten Jahre noch weiterschreiben möchte. Weitere genannte Ziele bestehen darin, noch möglichst viele Jahre ehrenamtlich engagiert zu sein oder möglichst viele Jahre gesund zu bleiben – etwas, wofür man nach Ansicht der Betroffenen dranbleiben und positiv denken müsse.

Für andere ist die eigene Gesundheit und Selbstständigkeit mehr Gegenstand von Wünschen als von Zielen (3 Nennungen). Der Wunsch nach möglichst langer Selbstständigkeit wird dabei konkret auf die Haushaltsführung bezogen sowie auf das Treffen von Entscheidungen.

Als Gründe gegen Lebenspläne oder deren langfristige Ausrichtung wird angeführt, dass man sich generell nicht zu viele Gedanken über die Zukunft machen solle, weil es oft anders komme, als man denkt, oder es generell besser sei, an das Positive zu denken (2 Nennungen). Eine weitere Befragte gibt an, dass sie wegen ihrem Alter und der damit verbundenen Frage, wie lange man noch gesundbleibt, keine langfristigen Pläne mehr habe.

4 ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT

Im Auftrag der Stadt Dornbirn, Abteilung Gesundheit, Soziales und Pflege, führte die Forschungsgruppe Empirische Sozialwissenschaften ein qualitatives Forschungsprojekt zur gegenwärtigen Lebenssituation und den Zukunftsaussichten von in Single-Haushalten lebenden Dornbirner Bürger:innen im Alter von 65plus und 80plus durch. Im Zuge dessen erfolgten zwei Fokusgruppenbefragungen mit je sechs Teilnehmer:innen. Das Sample bestand aus zehn Frauen und zwei Männern. Neun Personen waren zum Befragungszeitpunkt im Alter von 62 bis 79 Jahren und drei Personen 80 Jahre und älter.

Die Dauer, die die Befragten bereits alleine wohnen, umfasst zwei bis 48 Jahre. Die häufigsten Ursachen für das Alleinleben bilden Scheidungen oder der Tod der Partnerin / des Partners. Wie sich am Beispiel von Personen in einer (neuen) Partnerschaft zeigt, ist das Alleinleben in diesem Lebensabschnitt nicht zwangsläufig eine Konsequenz bestimmter Lebensereignisse, sondern kann auch eine bewusste Entscheidung darstellen. Allein zu wohnen, wird überwiegend vorteilhaft und positiv bewertet, insbesondere im Hinblick auf die damit verbundenen Selbstbestimmungs- und freien Gestaltungsmöglichkeiten im Alltag. Abgesehen von solchen Vorzügen kann das Alleinleben je nach individueller Lebenslage jedoch auch kritisch bewertet werden. Dies gilt vor allem für die fehlende Möglichkeit, niederschwellig oder öfter jemandem zum Reden zu haben – ein Wunsch, den auch Personen äußern, die grundsätzlich gerne allein sind oder eine Balance zwischen Alleinsein und Sozialkontakt präferieren.

Das Sample umfasst sowohl Personen, die sich selten oder nie einsam fühlen, als auch solche, bei denen dies manchmal oder öfter der Fall ist. Sozialkontakte und deren aktive Pflege sowie Freizeitaktivitäten können Einsamkeitsgefühlen vorbeugen. Fehlen solche Kontakte oder Unternehmungsmöglichkeiten, beispielsweise infolge einer eingeschränkten Mobilität, kann dies Einsamkeitsgefühle hervorrufen bzw. verstärken. Dies gilt auch für weitere Faktoren, wie Erkrankungen, persönliche Merkmale sowie bestimmte Anlässe oder Zeiten, zum Erhebungszeitpunkt war dies die Adventszeit.

Jeweils über die Hälfte der Fokusgruppenteilnehmer:innen berichtet von wahrgenommenen instrumentellen und/oder emotionalen Unterstützungspotenzialen im Alltag. Am häufigsten handelt es sich um Familienmitglieder oder Freund:innen und Bekannte. Abgesehen von fehlenden sozialen Ressourcen können auch persönliche Hemmungen und finanzielle Gründe Barrieren darstellen, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Wie in der Bewertung von emotionalen Unterstützungspotenzialen deutlich wird, reicht das Vorliegen von Sozialkontakten allein nicht aus, da sich nicht jeder Kontakt für einen Austausch über belastende Themen eignet. Auch an anderen Gesprächsstellen wird die Relevanz der Qualität gegenüber der Quantität sozialer Beziehungen deutlich. Fehlt es an emotionalen Unterstützungspotenzialen, kann dies dazu führen, dass Betroffene entsprechende Themen mit sich selbst ausmachen oder auf alternative Ressourcen (z. B. Bücher, Kurse) zurückgreifen – allerdings setzen auch solche Kompensationsstrategien entsprechende Ressourcen voraus (z. B. persönliche, finanzielle, kulturelle bzw. Bildungsressourcen). Wie ebenfalls aus den Antworten hervorgeht, kann auch das Leisten sozialer Unterstützung eine wichtige Ressource im Alltag der Betroffenen darstellen, etwa in Form von einem freiwilligen Engagement oder der Enkel:innenbetreuung. Solche Aktivitäten ermöglichen schöne Erlebnisse, Bewegungs- und Kontaktmöglichkeiten sowie eine prospektive Zielorientierung, gleichzeitig können sie einen Schutz vor Langeweile darstellen.

Nahezu alle Befragten sehen Beeinflussungsmöglichkeiten des eigenen Gesundheitszustands, ob präventiv oder bereits im Falle vorliegender Beschwerden. Bei den berichteten Gesundheitsaktivitäten oder diesbezüglichen Vorsorgemaßnahmen handelt es sich vor allem um körperliche Bewegung, beispielsweise aber auch um eine gute Ernährung sowie positive Einstellungen und Offenheit.

Demgegenüber werden vergleichsweise wenig andere Vorsorgeaktivitäten berichtet. Am häufigsten handelt es sich um finanzielle Nachlassregelungen, die teilweise bereits in der Vergangenheit aufgegleist wurden, teilweise jedoch bislang nur mündlich erfolgten. Andere Maßnahmen wie Patient:innenverfügungen oder die Planung des Umgangs mit einer möglichen künftigen Pflegesituation werden demgegenüber kaum angeführt. Zu den Gründen für fehlende Vorsorgeaktivitäten zählen unter anderem die fehlende Beschäftigung mit diesen Themen, aber auch fehlende Informationen und finanzielle Barrieren.

Das Community Nursing-Angebot der Stadt Dornbirn ist zehn der zwölf Fokusgruppenteilnehmer:innen bekannt, vor allem durch Zeitungsinserte, etwa im Gemeindeblatt. Bei der Bewertung dieses Ergebnisses zur Kenntnis des Community Nursing-Angebots in der vorliegenden Zielgruppe ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Rekrutierung der Fokusgruppenteilnehmer:innen durch die Stadt Dornbirn, Abteilung Gesundheit, Soziales und Pflege, erfolgte. Von den Befragten wurden bereits verschiedene Angebote des Community Nursing in Anspruch genommen, die vornehmlich positiv bewertet werden. Dies gilt auch für das Angebot im Allgemeinen, die Mitarbeiter:innen sowie in der Vergangenheit erfahrene Unterstützungsleistungen. Von den Befragten werden Verbesserungswünsche und Erwartungen an das Community Nursing formuliert. Diese betreffen diverse Angebotsmerkmale, die Organisation von Kursen, die Räumlichkeiten und die Zielgruppenausrichtung.

Unter den Befragten befinden sich sowohl Personen mit klaren Vorstellungen hinsichtlich ihrer zukünftigen Wohnsituation als auch solche ohne diesbezügliche Pläne, auch wenn in Betrachtung der gegenwärtigen Wohnsituation bereits Probleme wahrgenommen werden (z. B. fehlende Barrierefreiheit). Eine Hürde für die Veränderung der gegenwärtigen Wohnsituation besteht in den hohen Immobilien- bzw. Mietpreisen.

Auch im Hinblick auf weitere Lebenspläne über die Wohnsituation hinaus zeichnet sich ein heterogenes Bild unter den Fokusgruppenteilnehmer:innen ab: Während einzelne Personen bestimmte Ziele formulieren, äußern andere mehr Wünsche denn konkrete Pläne. Diese betreffen vorrangig die eigene Gesundheit und Selbstständigkeit. Als Gründe gegen Lebenspläne oder deren langfristige Ausrichtung werden das Alter und die damit verbundene Unsicherheit über die Entwicklung des eigenen Gesundheitszustands angeführt. Ferner findet sich die Einstellung, dass man sich nicht zu viele Gedanken über die Zukunft machen solle, weil es ohnehin oft anders komme als gedacht, und es generell besser sei, an das Positive zu denken.

Fazit: Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich viele Befragte durch eine positive Bewertung ihrer Wohn- bzw. Lebenssituation auszeichnen, hierfür jedoch auch eine entsprechende Ressourcenausstattung nötig ist – neben gesundheitlichen und sozialen Ressourcen gilt dies unter anderem für finanzielle und kulturelle Ressourcen sowie persönliche Merkmale, wie positive Lebenseinstellungen und Kontrollüberzeugungen. In manchen Fällen kann das Alleinleben bis zu einem gewissen Grad auch als Belastung erfahren werden, indem der Wunsch nach niederschwelligerem oder häufigerem Sozialkontakt besteht – auch unter Personen, die grundsätzlich gerne allein sind. Mehr als von „chronischer Einsamkeit“ (Young,

1982) wird denn auch von vorübergehenden Phasen von Einsamkeitsgefühlen berichtet, die durch bestimmte Umstände (z. B. Adventszeit) oder andere Faktoren ausgelöst bzw. verstärkt werden. Welche Copingstrategien den Betroffenen zur Verfügung stehen, ist nicht zuletzt wiederum eine Frage der individuellen Ressourcenausstattung. Ein weiterer wichtiger Befund besteht in der an verschiedenen Stellen deutlich gewordenen Relevanz der Qualität gegenüber der Quantität von Sozialkontakten. Damit verbunden ist nicht zuletzt die Herausforderung, dass sich vertraute und stabile Sozialbeziehungen in der Regel nicht so schnell etablieren lassen wie oberflächliche Kontakte. Abgesehen von einem breiten Spektrum an Gesundheitsaktivitäten, vor allem in Form von Bewegung, wurden darüber hinaus nur wenig Vorsorgemaßnahmen berichtet. Dies gilt auch für die Zukunftsvorstellungen zur eigenen Wohn- und Lebenssituation. Ergebnisse wie diese sprechen für ein ausgeprägtes Sensibilisierungs-, Informations- und Beratungspotenzial, beispielsweise was verschiedene Wohn- und Pflegelösungen, aber auch andere Vorsorgeaktivitäten wie Patient:innenverfügungen und Nachlassregelungen betrifft.

In Anbetracht der Ergebnisse stellt das Community Nursing der Stadt Dornbirn ein wichtiges und auch aus Sicht der Zielgruppen 65plus und 80plus wertvolles Angebot dar.

- Für dessen zukünftige Weiterentwicklung empfiehlt sich neben der Beibehaltung der bereits an- und wahrgenommenen Elemente (u. a. kostenlose Kurs- und Vortragsangebote) die Sicherstellung der Barrierefreiheit aller Standorte. Daneben ist auch die Relevanz und Umsetzbarkeit der übrigen Verbesserungsvorschläge der Befragten zu prüfen.
- Für die Angebotsweiterentwicklung ist unter anderem auch das identifizierte Sensibilisierungs-, Informations- und Beratungspotenzial in Bezug auf verschiedene Vorsorgemöglichkeiten zu berücksichtigen (u. a. Wohn- und Pflegelösungen). In diesem Zusammenhang ist auch die Relevanz der individuellen Ressourcenausstattung der Betroffenen zu beachten. So kann etwa das Fehlen finanzieller Ressourcen oder grundlegender Informationen zu einem Vermeidungsverhalten in der Beschäftigung mit oder der Umsetzung von Vorsorgemaßnahmen führen.
- Auch wenn digitale Kanäle in der Kenntnisnahme des Community Nursing-Angebots gegenüber anderen Informationswegen (u. a. Zeitungsinserten) den Ergebnissen nach keine Rolle spielen, können diese dennoch als wichtig erachtet werden und sollten beibehalten werden – sei dies für die Sichtbarmachung des Angebots in der breiten Bevölkerung oder für zukünftige Kohorten von Über-65- und Über-80-Jährigen, unter denen eine größere Affinität für die Nutzung digitaler Medien zu erwarten ist.

Limitationen: In der Bewertung der Ergebnisreichweite sind verschiedene methodische Limitationen zu bedenken. Nachdem es sich um ein qualitatives Design handelt, bestehen keine Verallgemeinerungsansprüche der Befunde. Insofern kann nicht bewertet werden, wie die erhobenen Erfahrungen und Bewertungen der gegenwärtigen Lebenssituation sowie die Zukunftsaussichten in der Grundgesamtheit aller Single-Haushaltbewohner:innen im Alter von 65plus und 80plus in der Stadt Dornbirn oder darüber hinaus verteilt sind und womöglich subgruppenspezifisch variieren. In diesem Zusammenhang ist zu bedenken, dass die Fokusgruppenteilnehmer:innen bis zu einem gewissen Grad ein vergleichsweise homogenes Sample bildeten – sowohl im Hinblick auf das Geschlecht, das Alter als auch die Selbstständigkeit bzw. Mobilität. Um auch die Perspektive schwer erreichbarer Personengruppen zu erheben, könnten sich zukünftig beispielsweise qualitative Einzelinterviews in Wohnortnähe oder zu Hause bei den Betroffenen eignen. Die Berücksichtigung auch schwer erreichbarer Personengruppen erscheint in Anbetracht der Limitationen des vorliegenden Samples sowie der erzielten Ergebnisse

besonders empfehlenswert. Als weitere Limitation ist das umfangreiche Erkenntnisinteresse zu berücksichtigen – damit ging zwar ein breiter Einblick in die Lebenssituation und Zukunftsaussichten der Zielgruppe einher, konsequenterweise jedoch auch begrenzte Vertiefungsmöglichkeiten einzelner Themen. Um einzelne Erkenntnisdimensionen vertiefend zu explorieren, könnten sich zukünftig Einzelinterviews und/oder Fokusgruppen mit einem weniger breitem Themenspektrum eignen.

5 LITERATURVERZEICHNIS

Fach- und Koordinierungsstelle der Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz NRW (2024). *Einsamkeit begegnen – Zugehörigkeit stärken* Hilfreiche Informationen für die Bereiche Alter, Pflege und Demenz. [Handreichung_Einsamkeit-begegnen_Zugehoerigkeit-staerken1.pdf](#) [15.12.2024].

Flick, U., Kardorff, E. von & Steinke, I. (2015). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In dies. (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (11. Aufl., S. 13–29). Rowohlt.

Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2021). *Wohnen im Alter*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). [Wohnen im Alter | Gesundheitsportal](#) [24.01.2025].

Hanika, A. (2023). *Vorausschätzung der Privathaushalte nach Größe und Bundesländern 2022 bis 2080*. *Statistische Nachrichten* 03/2023. [Statistische Nachrichten März 2023](#) [15.12.2024].

Kuckartz, U. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (5. Aufl.). Beltz Juventa.

Stadt Dornbirn (o. J.). *Community Nurses*. [Community Nursing Stadt Dornbirn | Amt der Stadt Dornbirn](#) [15.12.2024].

Statistik Austria (2024). *Abgestimmte Erwerbsstatistik 2022. Personen, Arbeitsstätten, Gebäude und Wohnungen*. [Abgestimmte Erwerbsstatistik 2022 - Personen, Arbeitsstätten, Gebäude und Wohnungen](#) [15.12.2024].

Voges, W. (2006). Indikatoren im Lebenslagenansatz: das Konzept der Lebenslage in der Wirkungsforschung. *ZeS Report*, 11(1), 1-6.

Young, J. E. (1982). Loneliness, depression, and cognitive therapy: Theory and application. In L. A. Peplau & D. Perlman (Hrsg.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (S. 379-405). Wiley.