

Mögliche Promotionsthemen im Rahmen des NRW Forschungskollegs GROW „Gerontological Research on Well-Being“ / Wohlbefinden bis ins hohe Alter



Themenfeld und Arbeitsgruppe 1: Digitalisierung und Technik

Technische Innovationen und neue digitale Medien verändern nahezu alle Lebensbereiche und sind für viele – auch ältere – Menschen zu einem integralen Bestandteil des Alltags geworden (Koch & Frees, 2017). Durch diese Entwicklung entstehen neue Chancen für gesellschaftliche Teilhabe bis ins hohe Alter. Gleichzeitig lässt sich weiterhin ein *Digital Divide* sowohl zwischen älteren und jüngeren Personen, als auch innerhalb der älteren Bevölkerung feststellen (van Deursen & Helsper, 2015). Ältere Personen nutzen moderne Technologien seltener, funktionaler und weniger explorativ als jüngere (Misoch, Doh, & Wahl, 2014). Ältere Nutzer*innen digitaler Medien sind im Vergleich zu älteren Nicht-Nutzer*innen eher männlich, höher gebildet, jünger und wohlhabender (Seifert & Schelling, 2015). Ein wachsender Markt sind digitale Anwendungen im Bereich Gesundheit (eHealth). Digitale Technologien werden zur Überwachung der körperlichen Aktivität und weiteren gesundheitsbezogenen Parametern genutzt (Morgan, 2016). Technische Innovationen können zudem im Versorgungsbereich Lösungen dafür bieten, spezifische Gruppen über räumliche Distanzen hinweg zu erreichen. Mit den Anforderungen an und der Wirksamkeit von digitalen Gesundheitstechnologien bei Älteren haben sich bereits zwei Dissertationen in GROW I beschäftigt (vgl. Schlomann et al., 2016; Schlomann, 2017; von Storch et al., 2017).

Betreuer in diesem Themenfeld sind: Prof. Dr. Thomas Kaul, Prof. Dr. Christian Rietz, Prof. Dr. Christiane Woopen, Prof. Dr. Susanne Zank

Auf die folgenden Themen können Sie sich in diesem Schwerpunkt bewerben:

Projekt 1: Teilhabe hochaltriger Menschen an der digitalen Transformation

Projektbeschreibung: Während es für die Gruppe der über 65-Jährigen erste Erkenntnisse über die Nutzung neuer Technologien gibt, ist über Personen im sehr hohen Alter kaum etwas bekannt und ihre Anforderungen und Präferenzen sind weitgehend unerforscht. Die Dissertation hat das Ziel, den Einsatz dieser Technologien für unterschiedliche Zielgruppen und in unterschiedlichen Settings näher zu beleuchten (z.B. Erinnerungsorte für Menschen mit Demenz, Kompetenztrainings im geschützten Raum, Erhalten und Fördern motorischer Fähigkeiten).

Mögliche Fragestellungen: Welche Medien nutzen Menschen über 80 Jahren generell? Welche digitalen Medien wie Apps nutzen sie, wofür werden diese verwendet und welche Nutzungspotentiale sind vorhanden?

Methoden: Die Beschreibung von Nutzer*innenanteilen kann anhand von quantitativen statistischen Auswertungen auf Basis erhobenen Daten in der Hochaltrigenstudie NRW80+ erfolgen. Nutzungserleben und Anforderungen hochalter Menschen werden in Living Labs erforscht. Innovationen im Bereich von Augmented und Virtual Reality können einen Schwerpunkt der Betrachtung bilden.

Projekt 2: Zugang zu und Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen

Projektbeschreibung: Menschen nutzen zunehmend digitale Medien, um Zugang zu Gesundheitsinformationen zu erhalten. Deren Qualität ist sehr unterschiedlich. Ein einheitliches Zertifizierungssystem gibt es nicht, so dass es für den Nutzer schwer ist zu beurteilen, ob die Informationen ihn in die Irre leiten oder tatsächlich einen Nutzen für ihn haben. Ältere Menschen nutzen zudem seltener oder gar keine digitale Medien, so dass für sie der Zugang zu eigentlich verfügbaren Gesundheitsinformationen oft erschwert ist.

Mögliche Fragestellungen: Wie müssen digitale Gesundheitsinformationen gestaltet sein, damit ältere Menschen davon einen Nutzen haben? Was müssen Sie wissen und wie muss es kommuniziert werden, damit ältere Menschen beurteilen können, ob diese Informationen verlässlich und für sie nützlich sind? Welche digitalen Gesundheitsinformationen gibt es, die sich speziell an ältere Menschen richten?

Methoden: Online-Befragung, qualitative Befragung, Fokusgruppen, Literaturstudie, Internetrecherche

Projekt 3: Digitale Unterstützung von Patienten mit Morbus Parkinson und ihren Angehörigen

Projektbeschreibung: Bei chronischen neurodegenerativen Erkrankungen wie dem Morbus Parkinson verändern sich die Bedürfnisse an Behandlung und Unterstützung im Laufe mehrerer Jahre. Das hat Auswirkungen auf den Einsatz digitaler Technologien. Für eine zielgruppenorientierte Gestaltung digitaler Unterstützungssystemen ist es erforderlich ihre Präferenzen, Wünsche und Bedürfnisse sowie Einstellungen zu erheben. Das trifft auch für die Angehörigen zu. Es gilt zudem einen ethisch und rechtlich unbedenklichen Einsatz assistiver Technik zu entwickeln. Dabei steht die Erhaltung und Förderung der Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten durch Assistenzsysteme im Vordergrund.

Mögliche Fragestellungen: Welche Wünsche / Erwartungen / Präferenzen / Einstellungen haben Patienten mit Morbus Parkinson und ihre Angehörigen bezüglich der Versorgung in unterschiedlichen Stadien der Erkrankung, die durch digitale Unterstützungssysteme erfüllt werden könnten?

Methoden: Denkbar sind qualitative Befragungen mit Patienten und Angehörigen auf der Basis einer Literaturrecherche und –auswertung. Es können z.B. Patienten und Angehörige über einen gewissen Zeitraum begleitet werden. Es können auch unterschiedliche Patienten, die sich in unterschiedlichen Stadien der Erkrankung befinden, und ihre Angehörigen befragt werden.

Projekt 4: Entwicklung eines computerbasierten Demenztests in Deutscher Gebärdensprache für gehörlose Menschen im Alter

Projektbeschreibung: Gehörlose Menschen stellen eine sprachliche und kulturelle Minderheit dar. Es leben etwa 80.000 gehörlose Menschen in Deutschland, die in Deutscher Gebärdensprache kommunizieren. Die Versorgung gehörloser Menschen im Alter stellt eine große Herausforderung dar. Insbesondere dann, wenn gehörlose Menschen von dementiellen Erkrankungen bedroht sind. Es existieren keine Testverfahren, mit denen dementielle Erkrankungen gehörloser Menschen diagnostiziert werden können. Aufgrund dieses Desiderates kommt es häufig zu Fehldiagnosen. Im Rahmen des vorliegenden Projektes soll ein entsprechender Computer basierter Test entwickelt werden. Darüber hinaus muss eine Form des digital distribuierten Einsatzes des Tests (z.B. über das Internet) konzeptioniert werden. Gehörlose Menschen stellen innerhalb Deutschlands eine

Streuminorität dar, die die wenigen Spezialkliniken für gehörlose Menschen im Regelfall nicht erreichen können, so dass auch andere Fachkliniken den Test fachgerecht einsetzen können.

Methoden: Qualitative Erhebungen, Testentwicklung (linguistische Analysen, Gebärdensprache), Durchführung einer Pilotstudie

Projekt 5: Digitalisierung im Heim

Projektbeschreibung: Bisherige Studien zur Nutzung digitaler Technologien durch ältere Menschen erforschen hauptsächlich die Gewohnheiten und Einstellungen von „jungen Alten“, die in der eigenen Häuslichkeit leben. Personen in Einrichtungen der Altenhilfe, die meist älter sind und mehr gesundheitliche Einschränkungen aufweisen, stehen bisher hingegen kaum im Fokus von Untersuchungen (Seifert, Doh, & Wahl, 2017). Dieses Projekt erforscht in einem partizipativen und interaktiven Ansatz die Erwartungen und Einstellungen zur Nutzung digitaler Technologien in diesem Kontext. Darüber hinaus soll auch untersucht werden, welche digitalen Infrastrukturen aktuell in Alten- und Pflegeheimen vorhanden sind und inwiefern diese mit den Erwartungen übereinstimmen.

Mögliche Fragestellungen: Welche Erwartungen haben unterschiedliche Gruppen (ältere Menschen, Angehörige, Pflegepersonal) an die Ausstattung mit digitalen Technologien in Alten- und Pflegeheimen? Inwiefern werden diese Erwartungen erfüllt bzw. inwiefern stellt der Umzug älterer Menschen in ein Heim einen „Bruch“ in der Nutzung von digitalen Technologien dar?

Methoden: Qualitative Befragungen, Fokusgruppen, quantitative Fragebogenstudie zur Erhebung von digitalen Infrastrukturen und Nutzungspräferenzen, quantitativ-statistischen Auswertungen der NRW80+ Studie.

Themenfeld und Arbeitsgruppe 2: Vernetzte Versorgung. Sorgende Gemeinschaften für vulnerable Menschen im hohen Alter

Die Versorgung hochaltriger Personen in Deutschland erfolgt innerhalb sehr unterschiedlicher Lebens-, Wohn-, Betreuungs- und Versorgungssettings auf institutionalisierter oder nicht-institutionalisierter Ebene. In der Personengruppe der Hochaltrigen treten Syndrome wie das „Frailty Syndrom“ in den Vordergrund der Versorgung. Sie erfordern andere Versorgungsbedarfe und -konzepte als die Versorgung der übrigen Bevölkerung. Auch die Versorgungsziele wandeln sich. So werden anstelle von Heilung der Erhalt von Lebensqualität und die Selbständigkeit als wichtige Ziele der Versorgung angesehen.

Neben den traditionellen Anbietern im medizinischen und pflegerischen Bereich spielen dafür weitere Akteure im Sozialraum eine wichtige Rolle. Dies können Seniorenberater*innen oder Seniorennetzwerke, Nachbarschaftsvereine und Quartiersentwickler*innen, aber auch der Einzelhandel sein. In vielen Fällen übernehmen Familie oder Partner*in einen Großteil der Pflege. Entlastende Angebote fehlen häufig. Mit Begriffen wie Quartiersentwicklung, Caring und Compassionate Communities und Sorgenden Gemeinschaften regen Politik, Gesellschaft und Wissenschaft eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Angebote auf kommunaler Ebene an (BMFSFJ (2016); Kremer-Preiß & Mehnert (2016), Kellehear 2005). Angesichts des Fachkräftemangels in der Pflege ist es volkswirtschaftlich sinnvoll, wenn dadurch der Wunsch vieler Pflegebedürftiger erfüllt werden kann, in den eigenen vier Wänden versorgt zu werden. Eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung für vulnerable Menschen in Stadtvierteln und Dörfern kann zudem wesentlich zu einer altersfreundlichen und inklusiven Kultur beitragen.

Betreuer in diesem Themenfeld sind: Prof. Dr. Holger Pfaff, Prof. Dr. Ralf-Joachim Schulz, Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt, Prof. Dr. Stephanie Stock, Prof. Dr. Raymond Voltz

Auf die folgenden Themen können Sie sich in diesem Schwerpunkt bewerben:

Projekt 1: Erhebung der Versorgungspräferenzen und Gesundheitskompetenz von älteren chronisch kranken und hochaltrigen Menschen

Projektbeschreibung: Es gibt für Deutschland bislang keine systematische Erhebung der Präferenzen dieser Zielgruppen bezüglich ihrer Versorgungsbedarfe in unterschiedlichen Settings. Die systematische Erhebung von Präferenzen kann die Ausgestaltung neuer oder bestehender Versorgungsformen informieren und Hinweise auf Informations-/Beratungsbedarfe liefern. Hierdurch können nicht zuletzt die Gesundheitskompetenzen der Patienten und deren Orientierungsfähigkeit im System gezielt verbessert werden. Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass eine geringe Gesundheitskompetenz die Kommunikations- und Orientierungsfähigkeit älterer Personen im Gesundheitssystem negativ beeinflusst (Altin und Stock 2016) und diese zudem eine erhöhte Mortalität aufweisen (Smith 2017). Während die Gesundheitskompetenzen von Menschen über 65 Jahren in Deutschland kürzlich erhoben wurden (Schaeffer 2016), ist dies für hochaltrige Personen in verschiedenen Settings in Deutschland bislang nicht geschehen. Daher sollen in Anknüpfung an die Studie NRW 80+ sowohl eine systematische Erhebung der Versorgungspräferenzen und der Gesundheitskompetenzen dieser Zielgruppe erfolgen.

Mögliche Fragestellungen: Wie soll eine patientenzentrierte Versorgung (medizinisch, pflegerisch, soziale Versorgung) aus Sicht von multimorbiden älteren Menschen bzw. hochaltrigen Menschen aussehen? Wie können die Anforderungen des Gesundheitssystems an die Gesundheitskompetenz dieser Altersgruppe angepasst werden?

Methoden: Die Erhebung der Versorgungspräferenzen erfolgt in drei Schritten. 1. eine systematische Recherche. 2. Erhebung der Versorgungspräferenzen mittels Fokusgruppen

oder persönlichen Interviews. 3. Quantitative Präferenzhebung mittels Fragebogen, Discrete Choice Experiment oder ein Best-Worst-Scaling (siehe z.B. Bridges 2011, Mühlbacher 2016). Qualitative und quantitative Erhebungen sollten sich hierbei ergänzen und die Robustheit der Ergebnisse erhöhen.

Projekt 2: „Compassionate Community Cologne“ – Hinderliche und förderliche Faktoren zum Aufbau eines partizipativen Runden Tisches zur Verbesserung der Versorgung und Begleitung im letzten Lebensjahr

Projektbeschreibung: Mit zunehmendem Lebensalter steigt selbstverständlich die Wahrscheinlichkeit, dass Verwandte, Freunde und Bekannte versterben und man selbst vielfältige Trauerprozesse durchläuft. Gleichzeitig steigt natürlich auch das eigene Risiko zu versterben. In dieser letzten Lebensphase, dem „letzten Lebensjahr“, ist eine kompetente Gesundheitsversorgung Voraussetzung für eine möglichst optimale verbleibende Lebensqualität. Doch verbringen wir nur etwa 5 % unserer Lebenszeit auch in dieser Phase begleitet von „Versorgern“, 95 % unserer Zeit sind wir in unserem sozialen Umfeld getragen. Beide Aspekte gehören zu einer „Compassionate Community“, wenn es darum geht, nicht nur die Versorgung zu optimieren, sondern auch die allgemeine Gesundheitskompetenz im Umgang mit den Themen „Sterben, Tod und Trauer“ zu verbessern. In Köln besteht der politische Wille einen partizipativen Runden Tisch einzuführen, moderiert von der Stadt und dem Palliativ- und Hospiznetzwerk Köln. Nun gilt es, alle relevanten Stakeholder zu identifizieren, zu interessieren und an dem Runden Tisch die aktuelle Situation, aber auch zukünftige Ideen zu diskutieren.

Mögliche Fragestellungen: Welche hinderlichen und welche förderlichen Faktoren bestehen bei den Praxispartnern, bei der Frage nach der Teilnahme an einem derartigen partizipativen Runden Tisch? Wie kann die Einrichtung eines solchen Gremiums optimiert werden? Wie kann die Arbeit am Runden Tisch möglichst partizipativ gestaltet werden? Hier soll Köln als Beispiel für andere Städte in Deutschland dienen.

Methoden: Partizipative Aktionsforschung durch Interviews mit Praxispartnern, Fokusgruppen, teilnehmende Beobachtung. Praxispartner sind Unternehmen, Politik, Bürgervertretungen, Einrichtungen des Gesundheitswesens und andere. Vielfältige Kontaktmöglichkeiten in einem politisch aktuellen Thema sind also gegeben.

Projekt 3: „Death Literacy“ - Kompetenter Umgang mit dem Sterben: Ein versorgungsrelevantes Konstrukt

Projektbeschreibung: Obwohl die allgemein akzeptierte Definition von „Health Literacy“ den Lebensverlauf umfasst, hat die Forschung bislang wenig darüber diskutiert, ob nicht auch die Thematisierung der sogenannten „Death Literacy“ Einfluss auf ein Wohlbefinden bis ins hohe Alter haben könnte. Eine Studie im Rahmen von GROW I von Groebe et al. (submitted) konnte zeigen, dass es nicht nur die Sterbenden selber sind, die von der Auseinandersetzung mit „Sterben und Tod“ profitieren könnten, sondern gerade auch Angehörige und Mitbewohner*innen, da diese über den Verlust einer nahestehenden Person beginnen, über ihre eigene Endlichkeit nachzudenken. Nicht zuletzt ist die Auseinandersetzung mit „Sterben und Tod“ auch für Versorgende sinnvoll, deren eigene Einstellung und Haltung zu „Sterben und Tod“ sowie zu „Sterbenden“ den Umgang mit selbigen im Versorgungsalltag mitbestimmt. Oft ist die Angst vor dem Sterben unbewusst, beeinflusst aber stark eigene Einstellungen, z.B. in Bezug auf die Diskussionen um Patientenverfügungen, Therapieentscheidungen oder um die des ärztlich assistierten Suizids. Die Themen „Angst vor dem Sterben“ und „Vermittlung von Kompetenz im Umgang mit dem Sterben“ betreffen demnach große Bereiche der Gesundheitsversorgung und –vorsorge. Der großen praktischen Bedeutung gegenüber steht

jedoch ein relativer Mangel an wissenschaftlichen Arbeiten zu diesem Thema. Es scheint oft implizit mitgedacht, jedoch selten explizit thematisiert zu werden.

Mögliche Fragestellungen: Inwiefern beeinflusst die Vermittlung von Kompetenz im Umgang mit dem eigenen Sterben / Endlichkeit („Death literacy“) das Wohlbefinden bis ins hohe Alter? Death Literacy umfasst vier Merkmale: „Wissen“, „Fähigkeiten“, „experimentelles Lernen“ und „soziales Handeln“ (Noonan et al. 2016). In diesem Projekt möchten wir uns den ersten beiden Bausteinen widmen und das „Wissen“ und die „Fähigkeiten“ von älteren Menschen, Menschen mit lebenslimitierenden Erkrankungen, Pflegekräften und Angehörigen erfassen („knowledge and skills“), um für ein „gutes“ Leben(sende) und Wohlbefinden bis ins hohe Alter zu planen.

Methoden: Qualitative explorative Studie mittels semi-strukturiertem Interviewleitfaden. Stichprobe: ältere Menschen (>80 Jahre) in ihrem Zuhause (z.B. Alten- und Pflegeheim, häusliches Umfeld) (n=10), Patient*innen (mit einer unheilbaren Diagnose unterschiedlichen Alters in Krankenhäusern) (n=10 Interviews), Pflegekräfte (in Krankenhäusern und Pflegeheimen) (n=10) sowie Angehörige (n=10).

Projekt 4: Gesundheitliche Vorsorgeplanung – Hilft die systematische Erhebung von Einstellungen zu Sterben, Tod und Trauer?

Projektbeschreibung: Derzeit aktuell für Einrichtungen der Altenpflege ist die gesetzliche Vorgabe, gesundheitliche Vorsorgeplanung anzubieten. Neben der gesetzlichen Vorgabe (Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)) und bestehenden Empfehlungen der „S3 Leitlinie Palliativmedizin“ gibt es unterschiedliche Modelle der Realisierung. Diese hängen auch von der Größe der jeweiligen Träger und den Realisierungsmöglichkeiten vor Ort ab. Allen Modellen gemeinsam ist jedoch, dass bei den Gesprächen vor allem Positionen, also Wünsche für konkrete Therapieentscheidungen erfragt und dokumentiert werden. Die zugrunde liegende Einstellungen, warum ein solcher Wunsch geäußert wird, werden meist nicht systematisch erfasst. Direkt aufbauend auf den Vorarbeiten in GROW I (siehe Groebe et al. submitted) soll daher in GROW II untersucht werden, ob die systematische Erhebung von Einstellung zu „Sterben, Tod und Trauer“ diesen Prozess der gesundheitlichen Vorsorgeplanung unterstützt.

Mögliche Fragestellungen: Wie kann konkret die systematische Erhebung von Einstellungen zu „Sterben, Tod und Trauer“ bei Bewohnern in Alten- und Pflegeeinrichtungen aussehen? Vorarbeiten sind in GROW I erfolgt (Groebe et al. 2018, Groebe et al. submitted), jetzt soll es um die Entwicklung eines konkreten Tools und die Anwendung desselben in verschiedenen beispielhaften Situationen in Köln gehen.

Methoden: Erarbeitung eines praxisnahen Tools durch Fokusgruppen, Einsatz in verschiedenen Alten- und Pflegeeinrichtungen in der Stadt Köln, möglichst mit unterschiedlichen Ansätzen in der Realisierung der gesetzlich vorgegebenen gesundheitlichen Vorsorgeplanung (BVP, ACP, formlos). Formative Evaluation des Einsatzes bei Bewohnern, Angehörigen und Professionellen.

Projekt 5: Kulturelle Transgressionen seniorenpolitischer Politikfeldentwicklungen in NRW unter besonderer Berücksichtigung der Arbeit des KDA? Eine trans-disziplinäre Analyse

Projektbeschreibung: Analysiert werden sollen die Entwicklung und der Wandel der Werteorientierten Ministerialpolitik in NRW mit Fokus auf die diesbezüglichen Projektbegleitungen des KDA in Köln.

Die Fragestellungskonkretisierung erfolgt in Zusammenarbeit mit dem KDA. Material wird vom KDA bereitgestellt. KDA ist auch Türöffner für Datenerhebung. Die Designbildung richtet sich nach der Auswahl dieser Konkretisierung.

Im Fokus steht

- die neue Entwicklung der Sozialraumorientierung und der Quartiersmanagementidee im Verständnis der Einbettung der Wohnsettings im Alter in Verknüpfung mit der Problematik der Pflegeversorgungslandschaft und dem neueren Fokus auf die Demenzherausforderung.
- Dem korreliert die Transformation der selbstbezogenen Werteorientierung (Selbstbestimmung und Selbständigkeit) zur inklusiven Welt-bezogenen Werteorientierung (Teilhabe, Generativität).
- Daraus folgt die Fragestellung einer Transformation der Alterspolitik zu einer Alterssozialpolitik als Teil der Gesellschaftspolitik (Inter-Generationalität, Engagementförderpolitik, nachhaltige Sozialkapitalbildung kohärenter lokaler Lebenswelten in regionalen Strukturen).

Mögliche Fragestellungen: geeignet auch für Dissertationstams:

- Von der Heimarchitekturmodernisierung über De-Institutionalisierungsentwicklungen als Ambulantisierung zur Entwicklung hybrider Wohnsettings (Antiquiertheit des § 3 SHB XI im Kontext der WTG-Entwicklungen?); von der kommunitär geprägten Hilfe-Mix-Idee des § 8 SGB XI zur sozialkapitaltheoretischen quartiersbezogenen Sozialraumentwicklung im Sinne der Idee sorgender Gemeinschaften im Kontext kommunaler sozialer Daseinsvorsorge (Caring Community-Building; erweiternder Wandel der anthropologisch fundierten Werte-Bezugssysteme der normativ-rechtlichen Entwicklungen im Zusammenhang mit der Altersbilderdynamik;
- Entwicklung von Netzwerkstrukturen zur Generierung von Sozialkapital (Demenznetzwerke, regionale Konferenzstrukturen, Pflegestützpunkte, Kontaktstellen im Sinne § 20h SGB V und § 45d SGB XI etc.);
- Schnittbereiche zum Sektor der Hilfe für Menschen mit Behinderungen (z. B. transdisziplinäre Fallstudie: die Modernisierung der Joseph-Gesellschaft: Wandel des Programmcodes der Einrichtungen und des Habitus der Professionen?);
- Vergleich der Leitbildentwicklung NRW mit dem Land RLP und Baden-W.; theoretische Einbettung in die Diskussion um Michel Foucault's Theorem der Heterotopien.

Methoden: Mixed Methods innerhalb der qualitativen Sozialforschung

- d. h. u.a. leitfaden-gestützte Interviews und Oral History; Gruppendiskussion, Beobachtung; Rechts- und Dokumentenanalyse; Inhaltsanalyse (z. B. von ProAlter);
- Analysen in der Tradition einer kultursemiotischen Hermeneutik;
- Inter-Disziplinarität als epistemische Schlüsselkompetenz.

Themenfeld und Arbeitsgruppe 3: Lebenslauf, soziale Ungleichheit und Gesundheit

Die Bedeutung der Biographie und des Lebensverlaufs für Alternsprozesse konnte in einer Vielzahl von Studien belegt werden (Börsch-Supan, Brandt, Hank & Schröder, 2011; Mahne, Wolff, Simonson, & Tesch-Römer, 2017). Ein wichtiger Aspekt sind in diesem Zusammenhang die sozialen Beziehungen älterer Menschen. In der ersten Phase von GROW werden hierzu mehrere Dissertationen verfasst, so zur Bedeutung von Kinderlosigkeit bei alleinstehenden Menschen (Alert, Zank & Oswald, 2017), zur Wirkung der Betreuung von Enkelkindern auf die Gesundheit der Großeltern (Ates, 2017) und zu Auswirkungen der Partnerschaftsauflösung auf die Gesundheit (Hilz & Wagner, eingereicht). Fragen zur Pflegebedürftigkeit wird in zwei Dissertationen nachgegangen, zum einen nach der Qualität der Pflegeberatung (Tebest, in Druck; Tebest, 2017), zum anderen nach der Versorgungsqualität in stationären Einrichtungen (Zimmermann & Pfaff, accepted). Die meisten gerontologischen Studien enden bei der Befragung von Probanden im 80. Lebensjahr, so dass über die Determinanten der Lebensqualität und des Wohlbefindens im hohen Alter, wenn Gesundheitsprobleme, Isolation und Pflegebedürftigkeit zunehmen, wenig bekannt ist. Hier bietet der Datensatz der NRW80+ Studie einzigartige Möglichkeiten, Einflussfaktoren auf das Wohlbefinden Hochaltriger zu identifizieren und teilweise mit Datensätzen jüngerer Senioren (DEAS) zu vergleichen.

Betreuer in diesem Themenfeld sind: Prof. Dr. Karsten Hank, Prof. Dr. Holger Pfaff, Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt, Prof. Dr. Michael Wagner, Prof. Dr. Susanne Zank

Auf die folgenden Themen können Sie sich in diesem Schwerpunkt bewerben:

Projekt 1: Traumata, Gesundheit und Pflegebedürftigkeit

Die heutigen alten Menschen in Nordrhein-Westfalen haben als Kinder und Jugendliche noch den Krieg erlebt und viele von ihnen durchlitten Flucht und Vertreibung. Diese Schicksale haben die älteren Kohorten geprägt, in vielen Fällen sind kriegs- und vertreibungsbedingte Traumatisierungen nachzuweisen. Inwieweit diese Erlebnisse Auswirkungen auf die Lebenssituation sowie die familiäre und institutionelle Pflege haben, ist ein in Deutschland bisher kaum bearbeitetes Forschungsfeld (Wilhelm & Zank, 2013). Neben kriegsbedingten kritischen Lebensereignissen erlauben die Daten ebenfalls die Identifizierung von weiteren Risiko-, aber auch Protektionsfaktoren für die Ausbildung von depressiven Symptomen, kognitiven Defiziten oder Pflegebedürftigkeit. Erkenntnisse zu Chancen und Grenzen des Wohlbefindens der heutigen alten Menschen vor dem Hintergrund gravierender historisch-kohortenspezifischer Belastungen könnten auch dazu beitragen, das Altern von Menschen mit Migrationshintergrund besser zu verstehen.

Mögliche Fragestellungen: Haben kriegsbedingte Traumata ein Einfluss auf das Wohlbefinden im Alter (Kognition, Emotion oder Gesundheit/Krankheit)?

Welche zentralen Determinanten bestimmen besonders positive oder besonders negative Ausprägungen des Wohlbefindens im hohen Alter? Lassen sich hierbei Unterschiede zwischen verschiedenen Geburtsjahren feststellen?

Gibt es Prädiktoren für die Entwicklung leichter kognitiver Beeinträchtigungen?

Methoden: Quantitativ-statistische Auswertungen der Daten der NRW80+ Studie. Gegebenenfalls vertiefende qualitative Interviews.

Projekt 2: „Erfolgreich“ bis ins hohe Alter?

Projektbeschreibung: Seit etwa 30 Jahren werden verschiedene Konzepte „erfolgreichen“ Alterns diskutiert. Als besonders einflussreich gelten in diesem Zusammenhang die Arbeiten von Rowe & Kahn (1997), in denen ein „erfolgreiches“ Altern ohne Krankheit bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung kognitiver und körperlicher Fähigkeiten sowie einer aktiven, selbstbestimmten Lebensführung beschrieben wird. Jenseits der anhaltenden generellen Debatte über mögliche konzeptuelle und empirische Schwächen der von Rowe & Kahn vorgeschlagenen Definition soll das Projekt spezifische Herausforderungen „erfolgreichen“ Alterns bei Hochbetagten untersuchen (z.B. Gondo et al. 2013).

Mögliche Fragestellungen: Inwieweit müssen allgemeine Konzepte „erfolgreichen“ Alterns für die hochbetagte Bevölkerung (inhaltlich) angepasst werden? Welche spezifischen methodischen Herausforderungen ergeben sich bei der Operationalisierung und Messung „erfolgreichen“ Alterns bei Hochbetagten? Wie kann „erfolgreiches“ Altern auch jenseits des 80. Lebensjahres gelingen?

Methoden: Neben quantitativ-statistischen Auswertungen von Daten der NRW80+ Studie, die den Kern des Projektes bilden sollen, können auch qualitative Interviews zur subjektiven Wahrnehmung und Definition „erfolgreichen“ Alterns mit Hochbetagten durchgeführt werden.

Projekt 3: Leben im Heim

Projektbeschreibung: Trotz eines substanziell bedeutsamen Anteils Hochaltriger, die nicht mehr im eigenen Privathaushalt sondern in institutionellen Haushalten leben, gibt es bislang kaum quantitative Studien dazu, wie sich die Lebenssituation Älterer je nach Haushaltstyp unterscheidet (vgl. jedoch Désequeles & Brouard 2003). Das Projekt soll hierzu neben einer umfassenden Beschreibung auch Hinweise darauf geben, worin mögliche Unterschiede primär begründet sind.

Mögliche Fragestellungen: Wer lebt (schon) im Heim – und wer (noch) nicht? Wie (und warum) unterscheidet sich die Lebensqualität in Abhängigkeit von Haushaltstyp und Wohnsituation? Welche Rolle spielen Merkmale der Einrichtung (z.B. Pflegeschlüssel, Freizeitangebote, etc.)?

Methoden: Neben quantitativ-statistischen Auswertungen von Individualdaten der NRW80+ Studie, die den Kern des Projektes bilden, sollten zusätzlich Informationen zum Wohnumfeld bzw. zu Merkmalen der Einrichtung in der Untersuchung (Mehrebenenanalyse) berücksichtigt werden.

Projekt 4: Organisationale Determinanten der Versorgungsqualität in Pflegeheimen

Projektbeschreibung: International werden Qualitätsindikatoren zur Qualitätsbewertung der Versorgung herangezogen. Für die stationäre Versorgung in Krankenhäusern in Deutschland besteht seit 2005 eine Pflicht zur Qualitätsberichtserstattung. Für die stationäre Pflege in Deutschland gibt es diesbezüglich bislang nur wenige Pilotstudien. Die Dissertation hat das Ziel, den Einfluss organisationaler Determinanten auf die Versorgungsleistung bzw. Versorgungsqualität anhand von (weiter-) entwickelten Qualitätsindikatoren zu untersuchen.

Mögliche Fragestellungen: Auswirkungen von Strukturmerkmalen der Pflegeeinrichtungen auf die Versorgungsqualität.

Methoden: Zusammenhangsanalysen anhand der erhobenen Daten des Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.. Qualitative Analyse von Experteninterviews. Mix Methods.

Projekt 5: Soziale Ungleichheit im hohen Alter

Projektbeschreibung: Die Beschreibung, die Determinanten und die Folgen sozialer Ungleichheit stehen im Zentrum soziologischer Forschung. Die meisten Klassen- und Schichtkonzepte basieren auf Merkmalen der Erwerbstätigkeit (Erwerbsstatus, Berufliche Stellung, Berufliche Tätigkeit, Erwerbseinkommen). Da alte und sehr alte Menschen in der Regel nicht erwerbstätig sind, greift man häufig auf den letzten Beruf vor dem Übergang in den Ruhestand zurück.

Mögliche Fragestellungen:

Wie groß ist die soziale Ungleichheit im Alter und wie lässt sich soziale Ungleichheit im hohen Alter bestimmen?

Was sind die zentralen Determinanten sozialer Ungleichheit im hohen Alter? Gibt es hierbei Unterschiede zwischen Geburtsjahrgängen?

Wie verändert sich die Erklärungskraft sozialer Ungleichheit von Altersgruppe zu Altersgruppe? Und warum könnte dies der Fall sein?

Methoden: Quantitative Querschnittsanalysen mit der Hochaltrigenstudie sowie Längsschnittanalysen (wenn Daten der zweiten Welle vorliegen).

Projekt 6: Wer wird sehr alt?

Projektbeschreibung: Altern ist ein sozial selektiver Prozess. Viele Studien haben zum Beispiel gezeigt, dass die Lebenserwartung in Deutschland stark von der Klassen- und Schichtzugehörigkeit abhängt. Es ist allerdings immer noch unklar, welche individuellen Ressourcen mitbestimmen, ob Menschen das hohe Alter erreichen oder nicht.

Mögliche Fragestellungen: Mit Bourdieu lassen drei Formen des Kapitals unterscheiden: ökonomisches, kulturelles und soziales Kapital. Wie hängen diese Kapitalformen im hohen Alter zusammen? Welche Kapitalform beeinflusst Gesundheit und Lebenserwartung im Alter?

Methoden: Quantitative Analysen mit den Daten der Hochaltrigenstudie. Eventuell qualitative Zusatzstudien, um bestimmte Zusammenhänge aufzuklären.