



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Lebensabend ohne Auto.

Der Prozess des Autofahren-Aufgebens“

Verfasserin

Sophie Mayerhofer

Angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, im Februar 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt

IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin

Dr. Linhart

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Sophie Mayerhofer, versichere,

- dass ich die Diplomarbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.
- dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.
- dass diese Arbeit mit der zur Begutachtung vorgelegten und beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum

Unterschrift

Danksagung

Bedanken möchte ich mich bei meiner Betreuerin, Dr. Monika Linhart, die mich sowohl durch ihr positives Feedback, als auch ihre konstruktive Kritik und ihre Gelassenheit immer wieder aufs Neue motivieren konnte.

Ein herzliches Dankeschön gilt meinen InterviewpartnerInnen, die sich viel Zeit genommen haben, um ihre Erfahrungen und Erinnerungen mit mir teilen zu können.

Für den emotionalen Beistand und die tatkräftige Unterstützung während meines gesamten Studiums, sowie die aufbauenden Worte während der Diplomarbeit, möchte ich mich besonders bei meiner Schwester Astrid Mayerhofer bedanken. Ein weiterer Dank gilt meinem Freund Christoph, der meine Launen stets mit viel Geduld ertragen hat. Vielen Dank für euer aufgebrachtes Verständnis.

Ein ganz besonderer Dank gilt meinen Eltern, Dr. Johann und Dr. Gudrun Mayerhofer, ohne deren Unterstützung ich niemals so weit gekommen wäre. Ihr seid und bleibt die wichtigste Stütze in meinem Leben.

Kurzfassung

Hintergrund: Aufgrund der demographischen Entwicklung wird es in Zukunft weit mehr ältere Personen geben die aus gesundheitlichen Gründen oder aufgrund physischer Einschränkungen, nicht mehr Auto fahren können bzw. sollen. Ein plötzliches Leben ohne Auto bringt viele Veränderungen mit sich: Verlust der Unabhängigkeit, Verlust der Selbstbestimmung, soziale Isolation und Depression. Bisher gab es viele Studien darüber, wie man älteren Autofahrern helfen könnte seine Fahrgewohnheiten zu verbessern, umso länger sicher fahren zu können. Jedoch gibt es kaum Maßnahmen die sich damit beschäftigen, ältere Menschen an ein Leben ohne Auto zu gewöhnen. Der Ausstieg aus der Verkehrswelt muss attraktiver gestaltet werden und es muss darauf hingewiesen werden, welche Alternativen zum Auto vorhanden sind.

Ziele: Das Ziel der Arbeit war es, den Prozess den älteren Menschen bei der Entscheidung das Autofahren aufzugeben durchlaufen, sichtbar zu machen. Abgesehen davon, soll der neue Lebensabschnitt der Betroffenen, nämlich das Leben ohne Auto, dargestellt werden. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen dazu dienen, die Situation der Betroffenen zu verstehen, um präventiv und gezielt auf deren Bedürfnisse eingehen zu können.

Methode: Anhand von sechs durchgeführten Interviews, mit Personen im Alter von 70 – 92 Jahren, konnten die benötigten Daten gewonnen werden. Es ist darauf hinzuweisen, dass aus zeittechnischen Gründen keine Datensättigung erreicht werden konnte. Die Analyse der Daten erfolgte mittels der Methode der Grounded Theory.

Erkenntnisse: Durch die gewonnenen Daten und die anschließende Analyse, zeichneten sich zwei Prozesse ab, die von Betroffenen erlebt werden. Das erste Modell beinhaltet den Prozess den ältere Menschen, angefangen von altersbedingten Veränderungen des Körpers bis hin zur endgültigen Entscheidung das Autofahren aufzugeben, durchlaufen.

Das zweite Modell beschreibt das allgemeine Durchleben der neuen Lebenssituation ohne Auto.

Schlussfolgerungen: Die ermittelten Erkenntnisse geben Aufschluss darüber, wie wichtig das Verstehen der neuen Lebenssituation ohne Auto für die Zukunft ist. Daher ist es von großer Bedeutung auf diesem Gebiet weiterhin zu forschen, denn nur durch präventives Handeln kann man den Betroffenen einen zufriedenen Lebensabend ermöglichen.

Abstract

Background: Demographic changes show that there will be many more older people in the future. For health reasons or physical limitations these elderly persons will not be able to drive a car. A sudden life without a car entails many changes: loss of independence, loss of self-determination, social isolation and depression. So far, there have been many studies about how to help older drivers improve their driving habits to drive safely for a longer time. However, there are few measures to deal with the organization of a new life without a car. The exit from traffic must be created more attractive and it must be pointed out that there are alternatives to drive a car.

Purpose: The aim of the study was to investigate the process of older people go through when deciding to give up driving a car. Apart from this, the new phase of life, namely a life without a car, should be presented. The findings are expected to help to understand the situation of persons concerned in order to preventively and to specifically address their needs.

Method: Based on six interviews with people aged 70 to 92 years, the necessary data could be obtained. Because of time restrictions it should be noted that no data saturation was achieved. The data analysis was performed using the method of Grounded Theory.

Results: Through the collected data and the subsequent analysis, two processes could be loomed. The first model involves the process of the elderly, ranging from age-related changes in the body up to the final decision to stop driving. The second model describes the new life situation without a car.

Conclusions: The determined findings shed light on the importance of understanding the new situation without a car for the future. Therefore, it is of great importance that research in this area continues. Only preventive action can enable the persons concerned with a comfortable retirement.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Hintergrund und Problemdarstellung	1
1.2	Ziele der vorliegenden Arbeit	3
1.3	Fragestellungen der Arbeit	3
1.4	Kapitelvorschau	4
2	Theoretischer Hintergrund	5
2.1	Begriffsdefinitionen	5
2.1.1	Lebensqualität	5
2.1.2	Mobilität	6
2.1.3	Aktivität	7
2.2	Lebensphase Alter	8
2.2.1	Demographische Entwicklung in Österreich	8
2.2.2	Alter	12
2.2.3	Alterstheorien	14
2.2.4	Altersbedingte Veränderungen des Körpers	19
2.3	Autofahren im Alter	27
2.3.1	Allgemeines	27
2.3.2	Fahrverhalten im Alter	30
2.3.3	Überprüfung der Fahreignung	31
2.3.4	Unfallstatistik	33
3	Methodik	36
3.1	Grounded Theory	36
3.2	Rekrutierung der InterviewpartnerInnen	38
3.3	Informed Consent	39
3.4	Überblick über die Interviews	40
3.5	Einverständniserklärung	40
3.6	Datenanalyse	41
3.7	Gütekriterien	41
4	Erkenntnisse	44
4.1	Die Rolle des Autos	44
4.1.1	Berufliche Zwecke	44
4.1.2	Praktischer Nutzen	45
4.1.3	Statussymbol	45
4.1.4	Mittel zum Zweck	46
4.1.5	Mann vs. Frau	46
4.2	Entscheidungen treffen	47
4.2.1	Wenn die Kräfte schwinden	48
4.2.2	Bewusst Situationen vermeiden	50
4.2.3	Schwächen akzeptieren	51

4.2.4	Loslassen können	51
4.2.5	Den richtigen Zeitpunkt finden	52
4.2.6	Endgültig stillstehen	54
4.3	Die Gefühlswelt.....	55
4.3.1	Stolz.....	56
4.3.2	Selbstbild und Fremdbild	56
4.3.3	Unverständnis.....	57
4.4	Das soziale Umfeld.....	58
4.4.1	Die Familienangehörigen	59
4.4.2	Der Bekanntenkreis	59
4.4.3	Der Hausarzt.....	60
4.5	Ein neuer Lebensabschnitt beginnt.....	61
4.5.1	Leben ohne Auto.....	61
4.5.2	Angewiesenheit.....	61
4.5.3	Organisation.....	63
4.5.4	Isolation.....	63
4.5.5	Verzicht.....	65
4.5.6	Alternativen finden	66
5	Abschließende Erklärung	68
6	Diskussion	70
7	Implikationen	73
7.1	Implikationen für die Pflege.....	73
7.2	Implikationen für die weitere Forschung.....	74
8	Literaturverzeichnis	76
9	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	81
10	Abkürzungsverzeichnis	83
11	Anhang	84
11.1	Informed Consent.....	84
11.2	Einverständniserklärung	86
11.3	Interviewleitfaden	87
11.4	Curriculum Vitae.....	89

1 Einleitung

1.1 Hintergrund und Problemdarstellung

Von Tag seiner Geburt an ist der Mensch auf fremde Hilfe angewiesen. Er wird in seinen ersten Lebensjahren umhegt und gepflegt, seine Selbständigkeit muss er in einem jahrelang andauernden Reifungsprozess erlangen. Sobald der Mensch seine ersten kleinen Schritte wagt, beginnt ein neuer Lebensabschnitt. Er kann die Welt auf eigenen Beinen erkunden: Mobilität – ein neues Lebensgefühl ist entstanden. Der erste Schritt in Richtung Selbständigkeit ist getan. Infolgedessen möchte man das Gefühl über sich und zum Teil auch über andere bestimmen zu können nicht mehr missen. Sein ganzes Leben lang wird der Mensch versuchen dieses Gefühl der Freiheit zu bewahren und nicht mehr zu verlieren. (Abels, Honig, Saake & Weymann, 2008)

Doch alles ist vergänglich. Im Alter verändern sich gleichermaßen sowohl Körper als auch Geist. Typische Alterserscheinungen - wie beispielsweise schlechteres Sehen oder Unbeweglichkeit - zollen ihren Tribut. Das damals gewonnene Lebensgefühl droht einem zu entweichen und es scheint als könnte man nichts dagegen tun. Im Alter wirkt der Mensch so, als würde er sich wieder zurückentwickeln, zurück zu dem Säugling, der einst auf so viel Hilfe anderer angewiesen war.

„Das Konzept der „Lebensphasen“ geht davon aus, dass im Verlauf des Lebens eine kontinuierliche Folge von regelmäßig auftretenden Phasen existiert, die sich unterscheiden und abgrenzen lassen.“ (Backes & Clemens, 2008, S.160) In Anbetracht dessen könnte man meinen, dass das Leben einem Kreis gleicht. Am Anfang die Geburt, in der Mitte das aktive Leben und am Ende der Tod. Wie bereits erwähnt, braucht der Mensch einige Zeit bis er sich alleine im Leben zurechtfinden kann. Er ist ein Nesthocker - im Gegensatz zu manchen Tieren, die voll funktionstüchtig geboren werden und imstande sind sich selbst zu versorgen beziehungsweise vor herannahenden Gefahren flüchten zu können. Im Laufe der Zeit lernt der Mensch auf eigenen Beinen zu stehen. In der Mitte des Kreises zeigt sich der Mensch in seiner vollen Pracht, er handelt selbständig, trifft Entscheidungen

und fühlt sich zugleich unsterblich. Familie, Arbeit und soziale Beziehungen stehen an erster Stelle in dieser Lebensphase. Daraufgehend erfährt der Mensch eine Wende, eine neue Lebensphase beginnt, die vor allem durch die „(...), Berufsaufgabe, aber auch der Verlust der selbständigen Lebensführung (...)“(Backes, Clemens, 2008, S. 160) gekennzeichnet ist. Zusätzlich scheint der Mensch im Alter eine Art Rückentwicklung zu durchleben, denn diverse Veränderungen weisen auf unsere Sterblichkeit und unsere Vergänglichkeit hin. Alltägliche Dinge, die früher selbstverständlich waren und über die man gar nicht nachdenken brauchte, können ohne fremde Hilfe nicht mehr bewältigt werden. Als typisches als auch banales Beispiel sei hier das tägliche Anziehen von Socken oder Schuhen zu erwähnen, weil es schwer fällt sich aufgrund physischer Veränderungen zu bücken. Diese Veränderungen und Einschränkungen seines eigenen Tuns sind beängstigend, vor allem wenn man geistig noch fit ist. Die Betroffenen sind Gefangene ihres eigenen Körpers.

Viele ähneln wieder Kindern, die hilflos erscheinen und auf Unterstützung anderer angewiesen sind – wie am Tag ihrer Geburt. Eine besonders heikle Situation tritt ein wenn sich nur die physischen Bedürfnisse ändern, die psychischen jedoch nicht. Am Beispiel des „Autofahren-Aufgebens“ lässt sich diese Diskrepanz gut darstellen. Viele Betroffene sind geistig noch voll funktionsfähig, körperlich hingegen ist eine deutliche Einschränkung der Bewegungsfreiheit zu erkennen. Anfangen von Kopfdrehbewegungen bis hin zu Armbewegungen die beispielsweise für das Anschnallen von großer Bedeutung sind. Der Grat zwischen noch Autofahren-Wollen und Autofahren-Können ist schmal. Aufgrund der besseren medizinischen Versorgung und der steigenden Lebensqualität, die unser Jahrhundert mit sich bringt, gibt es so viele Betroffene wie nie zuvor. Was ein Mensch, der es jahrzehntelang gewohnt war selbständig zu entscheiden und zu handeln, in solch einer Situation durchmacht, soll mit Hilfe dieser Arbeit festgehalten werden. Dabei soll vorrangig der Prozess von der Entscheidung an bis zur Akzeptanz der neuen Lebenssituation dargestellt werden.

1.2 Ziele der vorliegenden Arbeit

Mit Fokus auf die derzeitige demographische Entwicklung soll das primäre Ziel dieser Arbeit sein die Lebenssituation der Betroffenen sichtbar zu machen und zu verstehen. Die Entwicklung, von der Entscheidungsfindung an bis zum endgültigen Akzeptieren der neuen Lebenslage ohne Auto, sollen dargestellt werden. Es soll aufgezeigt werden wie Betroffene ihre neue Lebenssituation ohne Auto erleben und mit welchen Problemen diese konfrontiert werden und auch zu kämpfen haben.

In diesem Zusammenhang soll weiter Wissen über die Bedeutsamkeit des Autos in unserer Gesellschaft generiert werden, um in Zukunft adäquat auf derartige Probleme eingehen zu können.

Durch qualitative Forschung können somit zahlreiche Fragen zu diesem Themengebiet abgedeckt werden. Die Ergebnisse sollen sowohl einen Beitrag zur zukünftigen Unterstützung Betroffener, als auch deren Angehöriger, leisten. Denn nur durch fachgerechte Betreuung und gezielte Interventionen kann die Lebensqualität Betroffener aufrechterhalten werden.

Mithilfe dieser Arbeit soll auf diese neue Problematik, die in naher Zukunft auf uns alle zukommen könnte, aufmerksam gemacht, und so die bestehenden Wissenslücken gefüllt werden. Denn präventives Denken und vor allem Handeln können einen enormen Beitrag zur Aufrechterhaltung der Lebensqualität unserer Gesellschaft liefern.

1.3 Fragestellungen der Arbeit

Die Kernfrage dieser Arbeit konzentriert sich auf den Prozess des Autofahren-Aufgebens und lautet wie folgt:

„Welchen Prozess durchlaufen ältere Menschen wenn sie ihren Alltag ohne Auto organisieren und wie gehen sie damit um?“

Um die Thematik zu vertiefen und besser verstehen zu können, wird die Forschungsfrage von weiteren Unterfragen, die sich aus dieser Fragestellung entwickelt haben, geleitet.

- *„Warum haben Sie sich für ein Leben ohne Auto entschieden?“*
- *„Inwiefern hat sich Ihr Leben ohne Auto verändert?“*
- *„Welche Rolle spielt ihr soziales Umfeld?“*
- *„Wie organisieren Sie Ihren Alltag?“*

1.4 Kapitelvorschau

Zunächst sollen einige Begriffsdefinitionen, die untrennbar mit der vorliegenden Thematik in Verbindung stehen, aufgezeigt und anhand von Definitionen erklärt werden.

Das darauf folgende Kapitel widmet sich der „Lebensphase Alter“. Neben der Darstellung von Alterstheorien wird die mit dem Alter in engen Zusammenhang stehende derzeitige demographische Entwicklung erläutert. Zugleich soll hierbei ein kurzer Überblick über die altersbedingten Veränderungen des Körpers gegeben werden.

Anschließend soll anhand von geschlechtsspezifischen Unterschieden aufgezeigt werden, welche Rolle das Auto im Alter spielt. Neben der Beschreibung des Fahrverhaltens Älterer und der Darstellung der Gesetzeslage wird die Problematik des Autofahren-Aufgebens veranschaulicht.

Nach Darstellung der Methodik und Vorgehensweise werden die Erkenntnisse dargestellt, interpretiert und anschließend diskutiert. Abschließend werden Schlussfolgerungen für die weitere Forschung gezogen.

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden einige Begriffsdefinitionen, die mit der Thematik in Verbindung stehen erläutert, die Lebensphase Alter erklärt und Bezug auf den Bereich Autofahren im Alter genommen.

2.1 Begriffsdefinitionen

2.1.1 Lebensqualität

Die Sicherung der Lebensqualität im Alter zählt zu den zentralen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts. (Bernatzky et. al., 2005)

Laut Hammelstein und Renneberg (2006), stellt die Definition der Lebensqualität einen schwer zu operationalisierenden Begriff dar. Jahrzehntlang war man sich uneinig darüber wie man Lebensqualität definieren soll, da es sich dabei um ein Konstrukt handelt, welches nicht messbar und nicht quantifizierbar sei. Im Jahre 1997 legte die World Health Organisation eine konkrete Definition vor:

„ Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen , in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Anliegen. Es handelt sich um ein breites Konzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt.“

Lebensqualität setzt sich somit immer aus mehreren Dimensionen zusammen, die komplex miteinander verbunden sind. Im Vordergrund stehen dabei psychische, physische und sozialökologische Faktoren, die dem subjektiv empfundenen Befinden zugeschrieben werden müssen. Seit bereits 40 Jahren stehen folgende drei Bereiche, bezogen auf die Lebensqualität, im Fokus der Forschung:

- 1) Definition und Operationalisierung von Lebensqualität
- 2) Konstruktion und Überprüfung von Verfahren zur Erfassung von Lebensqualität
- 3) Anwendungsmöglichkeiten und Nutzung der Erfassung von Lebensqualität.
(Böhmer & Ravens-Sieberger, 2003, zitiert nach Hammelstein & Renneberg, 2006)

In der heutigen medizinischen Forschung hat sich jedoch vor allem der Begriff der gesundheitlichen Lebensqualität etabliert. Es handelt sich ebenfalls um ein subjektives Konstrukt, welches den Gesundheitszustand aus der Perspektive des Individuums beschreibt und folgende Bereiche beinhaltet:

- 1) Krankheitsbedingte körperliche Beschwerden
- 2) Psychische Verfassung im Sinne von emotionaler Befindlichkeit, allgemeinen Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit
- 3) Erkrankungsbedingte funktionale Einschränkungen in alltäglichen Lebensbereichen wie Beruf, Haushalt, Freizeit und
- 4) Ausgestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen und sozialer Interaktionen sowie krankheitsbedingte Einschränkungen in diesem Bereich.
(Schumacher et al., 2003, zitiert nach Hammelstein & Renneberg, 2006)

Im Alter stellt die physische Verfassung einen zentralen Faktor für die Erhaltung der Lebensqualität dar, da diese ein unabhängigeres Leben ermöglicht. (Bernatzky et al. 2005)

2.1.2 Mobilität

Das Wort Mobilität kommt aus dem Lateinischen, mobilitas, und bedeutet übersetzt Beweglichkeit, Fortbewegung, Lageveränderung.

„Mobilität im Sinne von Fortbewegung beschreibt die Fähigkeit und Entscheidung einer Person, mit eigener Körperkraft und/oder der Nutzung von Verkehrsmitteln Entfernungen zu überwinden.“ (Renteln-Kruse, 2009, S. 84)

Laut Renteln-Kruse (2009) gewinnt Mobilität mit steigendem Alter an zunehmender Bedeutung und Wichtigkeit, da der vorhandene Bewegungsradius deutlich reduziert wird. Mobilität zählt zu den Grundvoraussetzungen, um ein unabhängiges, funktionell kompetentes und psychisch ausgeglichenes Leben zu führen. Infolge der hohen Lebenserwartung, verändern sich die Mobilitätsbedürfnisse unserer Gesellschaft zunehmend. Die Möglichkeit sich selbständig fortbewegen zu können steht in engen Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung der Lebensqualität. Besonders im fortgeschrittenen Alter kommt es zu Verlusten der eigenen Mobilität, verursacht durch körperliche Inaktivität. Der damit einhergehende Verlust von Muskelmasse und Körpergewicht wirkt sich erschwerend auf eine eigenständige Fortbewegung aus. Trotz des hohen Stellenwertes den ältere Menschen der Erhaltung ihrer Gesundheit und Mobilität beimessen tun nur wenige etwas aktiv für ihre Fitness. Die eigenen Schwächen lassen sich jedoch auf praktische Art und Weise, nämlich durch Besitz eines Autos, kompensieren: Weite Entfernungen können so bequem und schnell zurückgelegt werden.

Wie Heine, Mautz & Rosenbaum (2001) aufzeigen, trägt das Auto erheblich zur sozialen Integration bei und ermöglicht gleichzeitig die Teilnahme an der gesellschaftlichen Normalität. „Bei unserer Abhängigkeit vom Auto geht es nicht nur darum, dass es selbst das Objekt der Begierde ist, sondern auch darum, dass es als Vehikel der Mobilität in die Befriedigung vielfältiger Bedürfnisse eingebunden ist, die jenseits des Autos liegen, aber mit seiner Hilfe verwirklicht werden können.“ (Heine et. al , 2001, S.18).

2.1.3 Aktivität

Die Aktivitätstheorie (siehe Kapitel 2.2.3) geht davon aus, „dass nur derjenige Mensch glücklich und zufrieden sei, der aktiv ist, der etwas leisten kann und von anderen Menschen gebraucht wird. Hingegen sei derjenige Mensch, der nicht mehr

gebraucht werde, der keine Funktion mehr in der Gesellschaft habe, unglücklich und unzufrieden.“ (Lehr, 1977, S.218, zitiert nach Jasper, 2002)

Definieren kann man Aktivität “(...) als die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen.“ (DIMDI 2004, zitiert nach Scheepers, Steding-Albrecht & Jehn, 2007)

Orientiert man sich an Gassmann & Reepmeyer (2006), so bildet Aktivität im Alter die Basis für die Aufrechterhaltung des psychischen und physischen Wohlbefindens und die fortlaufende Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Eine aktive Lebensführung im Alter hält vital und dient sowohl der Erhaltung von körperlicher als auch geistiger Leistungsfähigkeit. Ein breites Spektrum an wissenschaftlichen Studien belegt, dass „Senioren in vielen Bereichen ihrer Aktivitäten Unsicherheiten effektiv ausgleichen, indem sie beispielsweise mehr Zeit für ihre Wege einplanen und mehr Rastpausen einlegen. Wenn sie mit dem Auto unterwegs sind, fahren ältere Menschen langsamer und umsichtiger.“ (Gassmann & Reepmeyer, 2006, S. 54)

2.2 Lebensphase Alter

2.2.1 Demographische Entwicklung in Österreich

Laut Hanika, Lebhart & Marik (2003) wird aufgrund der demographischen Entwicklung die Bevölkerung in Österreich auch in Zukunft wachsen. Wesentlich ist dabei, dass sich die Altersstruktur deutlich verschieben wird – es wird mehr alte als junge Menschen geben. Zurzeit sind 22% der Bevölkerung 60 Jahre alt oder älter, ab 2030 werden es sogar mehr als 30% sein. Laut aktueller Prognose werden im Jahr 2050 etwa 9,2 Millionen Menschen in Österreich leben. Große Veränderungen wird es hingegen bei der über 60-jährigen Bevölkerung geben. Aufgrund der höheren Lebenserwartung werden bereits ab dem Jahr 2018 „mehr als 25% der Gesamtbevölkerung über 60 Jahre alt sein“.

Besonders stark wird sich jedoch in Zukunft die Zahl der über 75-jährigen Bevölkerung verändern. In 20 Jahren wird jeder 9. Österreicher über 75 Jahre alt sein und es wird vorwiegend die Zahl älterer Männer ansteigen, da deutlich weniger Kriegsgefallene zu verzeichnen sein werden. „Diese Bevölkerungsgruppe umfasste 2008 noch 662.000 Personen. 2030 wird sie bereits 1,02 Mio. betragen, um 54% mehr als 2008. Bis 2050 steigt ihre Zahl auf 1,58 Mio. an, das entspricht einem Plus von 139%.“ (Statistik Austria 2009, S. 51).

Veränderung der Altersstruktur

Wie nachfolgende Grafik von Statistik Austria (2012) zeigt, wird sich die Alterspyramide in den nächsten Jahrzehnten deutlich verändern.

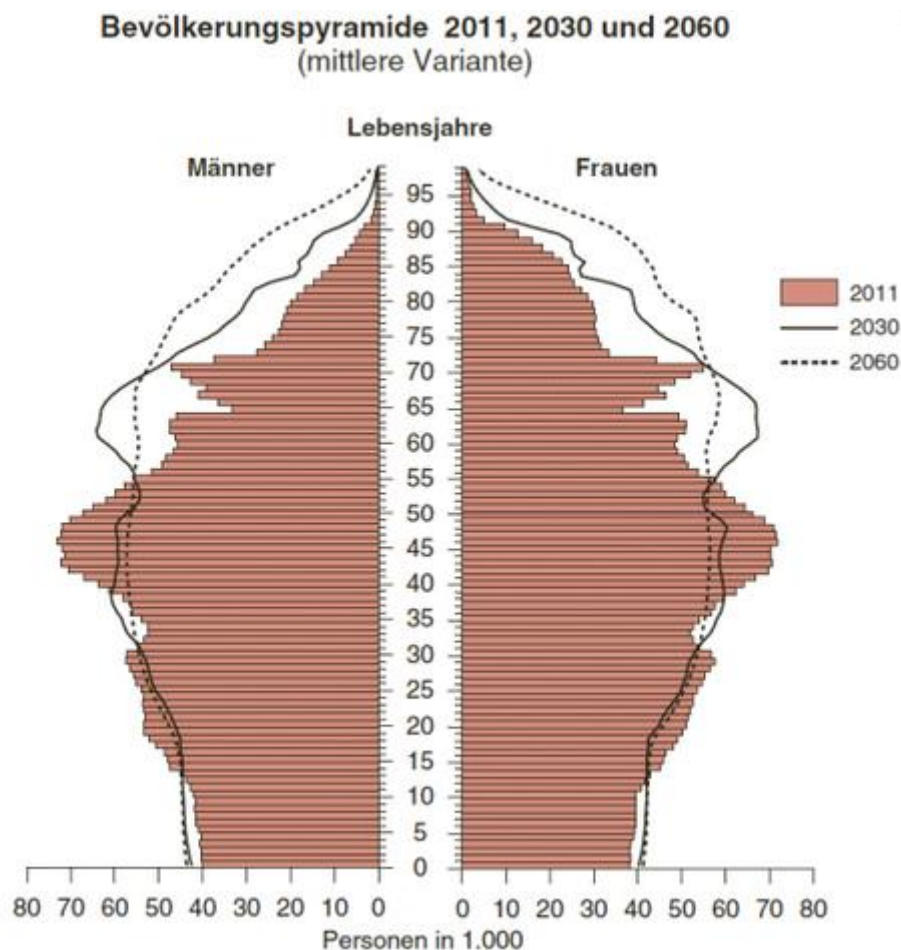


Abbildung 1: Bevölkerungsprognose 2012
(Statistik Austria, 2012)

Zu Beginn der Volkszählung im Jahre 1910 hatte die Alterspyramide noch ihre typische dreieckige Form. Die Basis der Pyramide war breitflächig, zur Spitze hin wurde diese immer schmaler. Es ist zu erkennen, dass es Anfang des 20. Jahrhunderts mehr junge als alte Menschen gab. Im Laufe der Zeit veränderte sich die Altersstruktur und zugleich unterzog sich die Form der Pyramide einem markanten Wandel.

Die Altersstruktur des 21. Jahrhunderts hat nichts mehr mit der Form einer Pyramide zu tun, sie lässt sich eher mit der einer Zwiebel vergleichen. Signifikant erscheint vor allem der breite Mittelteil, der auf den so genannten Babyboom der 50- und 60er Jahre zurückzuführen ist. Der deutliche Anstieg der Lebenserwartung ist einerseits der besseren medizinischen Versorgung und andererseits der erhöhten Lebensqualität in Österreich zu verdanken. Bisher hat man sich aber noch unzureichend mit den Folgen dieser Alterszunahme und der damit einhergehenden, vermehrten Nachfrage nach Pflegeleistungen auseinandergesetzt (Statistik Austria, 2009).

Wie folgende Tabelle verdeutlicht, wird die Zahl der über 65-Jährigen innerhalb von 64 Jahren um 11,1% steigen. Dies entspricht einer Bevölkerungszunahme in dieser Altersgruppe von 1.224.720 Menschen. (Statistik Austria, 2012)

Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2011-2075 laut Hauptszenario

Jahr	Bevölkerungsstruktur						
	Insgesamt	Unter 19 Jahre	20 bis unter 65 Jahre	65 und mehr Jahre	Unter 19 Jahre	20 bis unter 65 Jahre	65 und mehr Jahre
	absolut				in %		
2011	8.420.900	1.721.501	5.212.958	1.486.441	20,4	61,9	17,7
2012	8.458.023	1.707.802	5.234.916	1.515.305	20,2	61,9	17,9
2013	8.489.482	1.696.271	5.246.530	1.546.681	20,0	61,8	18,2
2014	8.523.323	1.686.810	5.261.980	1.574.533	19,8	61,7	18,5
2015	8.557.938	1.679.978	5.278.697	1.599.263	19,6	61,7	18,7
2020	8.713.178	1.673.468	5.320.754	1.718.956	19,2	61,1	19,7
2025	8.862.955	1.696.738	5.255.791	1.910.426	19,1	59,3	21,6
2030	9.000.007	1.721.138	5.116.648	2.162.221	19,1	56,9	24,0
2035	9.113.214	1.730.302	4.998.518	2.384.394	19,0	54,8	26,2
2040	9.205.647	1.725.581	4.974.434	2.505.632	18,7	54,0	27,2
2045	9.279.839	1.717.694	4.994.684	2.567.461	18,5	53,8	27,7
2050	9.330.904	1.716.914	4.980.239	2.633.751	18,4	53,4	28,2
2055	9.359.308	1.727.086	4.959.516	2.672.706	18,5	53,0	28,6
2060	9.378.251	1.743.073	4.928.007	2.707.171	18,6	52,5	28,9
2075	9.428.409	1.764.878	4.952.370	2.711.161	18,7	52,5	28,8

Tabelle 1: Bevölkerungsprognose 2012 (Statistik Austria, 2012)

Auswirkungen des demographischen Wandels auf das Autofahren

Der rapide Anstieg der Lebenserwartung ist sowohl aus gesundheitspolitischer als auch sozialer Sicht von großer Bedeutung.

In Bezug auf die vorliegende Forschungsarbeit bedeutet eine Zunahme der älteren Menschen auch eine Zunahme der älteren Autofahrer. Aufgrund diverser Begleiterscheinungen die das Alter physiologischerweise mit sich bringt sind viele Betroffene nicht mehr in der Lage verantwortungsvoll im Verkehrsleben zu agieren. „Der Prozess des Älterwerdens ist mit einer Reihe physiologischer Veränderungen verbunden. Sie erschweren die Teilnahme am Straßenverkehr ohne jedoch die Handlungsfähigkeit absolut zu begrenzen.“ (Lukas & Nikolaus, 2009, S.206).

Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es kein Gesetz welches vorschreibt, wann und warum ein Mensch seinen Führerschein abzugeben hat. Sogar Fahrüberprüfungen für Senioren, wie sie in anderen Ländern durchaus üblich sind, gibt es nicht. Es obliegt jedem selbst zu entscheiden wann genug ist - unglücklicherweise fällt diese Entscheidung nicht jedem gleichermaßen leicht. „Die eigenverantwortliche Selbsteinschätzung des Kraftfahrers, die der Gesetzgeber als Maßstab für die Beurteilung Fahreignung gesetzt hat, kann bei abnehmender kognitiver Leistungsfähigkeit nicht mehr greifen.“ (Lukas & Nikolaus, 2009, S.206).

„Die Zeit, den Führerschein aufzugeben, wird in die entfernte Zukunft verlegt. Nichtsdestotrotz demonstriert man ausdrücklich den Willen zur freiwilligen Abgabe – nur, es ist halt noch nicht so weit [...] Diese Haltung ist tief verankert auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen: Zum einen in einem kulturellen Ideal, welches Altern, Einschränkung und Tod tabuisiert und verdrängt; zum anderen in der Individualkultur, die Selbstbestimmung götzenhaft verehrt. Daher existieren derzeit wenig bis keine Ansätze, hier verkehrserzieherisch über die Einsicht tätig zu werden.“ (Aral, 2005, S.50)

Es bedarf einer großen Portion Mut sich seiner, mit dem Alter erworbenen physischen, Schwächen zu stellen und sich seine Ängste einzugestehen. Deswegen ist es wichtig solchen Personen unterstützend zur Seite stehen zu können. Der

Gedanke das Autofahren aufzugeben wird in weite Ferne geschoben und verdrängt. Dies ist zum einen auf die besondere Stellung des Autos in unserer Gesellschaft zurückzuführen: es wird oft als Symbol des Reichtums, der Unabhängigkeit und der Freiheit angesehen. „Qualitative studies from the United States report that the majority of older adults believe a car is a source of independence and freedom and that these older adults intend to continue driving.“ (Eisenhandler, 1990; Yassuda et. Al., 1997).

2.2.2 Alter

Bereits Cicero, der in der Antike lebte, schrieb über das Alter: „Alle wollen es werden, doch keiner will es sein“ (Faust, 2013).

Die WHO hat den Alterungs- und Entwicklungsprozess des Menschen in 15-Jahres-Abschnitte unterteilt:

- 15 – 30 Jahre Jugendliches bzw. jugendbetontes Erwachsenenalter
- 31 – 45 Jahre Reifealter
- 46 – 60 Jahre Umstellungs- oder mittleres Alter
- 61 – 75 Jahre Lebensabschnitt des älteren Menschen
- 76 – 90 Jahre Lebensabschnitt des alten Menschen
- > 90 Jahre Lebensabschnitt des sehr alten Menschen

(Reuter/Hunecke, 1982, zitiert nach Weineck, 2004)

Der Begriff „Alter“ findet sich in verschiedenen Zusammenhänge und Bedeutungen wieder. Laut Jasper 2002, kann man zwischen einem biologischen, einem kalendarischen, einem psychologischen, einem sozialen sowie einem funktionalen Alter unterscheiden.

Das biologische Alter ist geprägt von natürlichen körperlichen Altersprozessen. Veränderungen der Zellstruktur spiegeln sich im Aussehen und in der Bewegungsfähigkeit wider.

Das kalendarische Alter, auch als biografisches Alter bezeichnet, gibt die seit der Geburt verstrichene Zeit an.

Das psychologische Alter reflektiert die Selbsteinschätzung aufgrund von Selbstbeobachtung. Das bekannte Sprichwort „Man ist so alt wie man sich fühlt“ trifft hier vollkommen zu. Dabei spielen die eigene Wahrnehmung und der Umgang mit dem eigenen Alter eine wichtige Rolle.

Das soziale Alter ist stark von der Meinung anderer abhängig. Jeder Lebensabschnitt ist geprägt von Verhaltensweisen, die kulturell bedingt, von der Gesellschaft erwartet werden.

„Das funktionelle Alter wird gebildet aus der Summe menschlicher Funktionen, betrachtet aus verschiedenen Bereichen der Wissenschaft.“ (Jasper, 2002, S.60)

Kliegel & Martin (2008) beschreiben eine Einteilung des hohen Alters in zwei Abschnitte, das „dritte Lebensalter“ und das „vierte Lebensalter“. Die Epoche des dritten Lebensalters bezieht sich auf Personen zwischen 65 und 80 Jahren, die noch genügend Ressourcen besitzen um altersbedingte Einschränkungen des Körpers ausgleichen zu können. Dies geschieht vorrangig durch die besseren Lebensbedingungen, hervorgerufen durch revolutionäre Fortschritte in der Medizin, und die damit einhergehende erhöhte Lebensqualität.

Das vierte Alter bedeutet, dass vorhandene Defizite nicht mehr ausgeglichen werden können, Gebrechlichkeit und Angewiesenheit auf fremde Hilfe sind die Folge dieser Lebensperiode.

Die beiden Begriffe wurden in den 70er Jahren geprägt und laut Brinker (2005) wie folgt beschrieben:

- Zum „Dritten Alter“ gehören all jene, welche nicht mehr am Berufsleben teilhaben und ihre gewonnene Freizeit für diverse Aktivitäten nutzen.
- Zum „Vierten Alter“ gehören all jene, welche in ihrer Aktivität enorm eingeschränkt und deswegen auf fremde Hilfe angewiesen sind.

Altersstereotype

Als Altersstereotype bezeichnet man laut Backes & Clemens (2008) sowohl positive als auch negative Assoziationen mit älteren Menschen. Als negativ gelten dabei Begriffe wie „langsam“ oder „hilfsbedürftig“, wobei hingegen „Lebenserfahrung“ oder „Weisheit“ zu den positiven Bezeichnungen älterer Menschen zählen.

2.2.3 Alterstheorien

Dieses Kapitel soll einen kurzen Überblick über die bekanntesten Alterstheorien geben.

Jedes Individuum hat eine andere Vorstellung darüber ab welchen Zeitpunkt man jemanden als „alt“ bezeichnen kann. Dies ist unter anderem ein Grund dafür, warum mittlerweile eine Reihe von soziologischen Alterstheorien existiert, die besonders das Verhalten und Erleben älterer Menschen zu verstehen und zu erklären versuchen. „Um Altersstereotype handelt es sich, wenn Menschen aufgrund ihres Lebensalters bestimmte Eigenschaften, Verhaltens- und Rollenerwartungen zugeschrieben werden, ohne die betreffenden Personen genauer nach ihren Wahrnehmungen, Bewertungen und konkreten Verhaltensweisen zu betrachten.“ (Backes & Clemens, 2008, S.57).

Insbesondere wurde durch diese aufgestellten Theorien versucht eine Art Vorzeigemodell zu entwickeln, welches für den richtigen Umgang mit alten Menschen herangezogen werden sollte. Solch ein Leitfaden lässt sich jedoch schlecht in die Realität umsetzen, da jeder Mensch in seinem Sein und Tun einzigartig ist, sowie von verschiedenen Einflüssen in seinem Leben geprägt wird.

Zu den gängigsten Modellen zählte man unter anderem:

- Defizitmodell
- Kompetenzmodell
- Disengagement-Theorie
- Aktivitätstheorie

- Kontinuitätstheorie
- Kognitive Persönlichkeitstheorie

„Das Defizitmodell beschreibt das, was ältere Menschen nicht mehr können, während das Kompetenzmodell die Fähigkeiten älterer in den Mittelpunkt stellt.“ (Thiemes Pflege, S. 1341).

Defizit- und Kompetenzmodell im Vergleich

Das Defizitmodell zählt zu den älteren Ansätzen und spiegelt das Bild eines defizitären Alters wider. „In der frühen Gerontologie wurde Altern üblicherweise mit dem Aufkommen von Defiziten, Verlusten und Beeinträchtigungen der körperlichen, geistigen und seelischen Fähigkeiten gleichgesetzt.“ (Prahl & Schroeter, 1999, S.102)

Laut Ekert & Ekert (2010), stützte man sich in der Vergangenheit hauptsächlich auf das so genannte Defizitmodell, welches besagt, dass die Leistungsfähigkeit des Menschen mit zunehmendem Alter abnimmt. Mithilfe dieses Modells lässt sich der Altersprozess, bezogen auf die psychische Entwicklung, mit einem „Drei-Phasen-Modell“ erklären:

Nach durchlebten, vorwiegend positiven, Erlebnissen in der Kindheit und Jugend, wird im weiteren Lebensabschnitt ein Maximum an Leistungsfähigkeit erreicht, welches bis ins anfängliche Erwachsenenalter anhält. Mit voranschreitendem Alter nimmt dieser Leistungsschwung exponentiell ab bis schließlich viele erworbene Fertigkeiten verloren gehen. Dazu zählen unter anderem psychische Aspekte wie die Gedächtnisbildung, aber auch Beeinträchtigungen des Bewegungsapparats.

Inzwischen wird dieses Modell weitestgehend abgelehnt, „[...] da es die Alterungsprozesse zu wenig differenziert betrachtet und zudem für die Entwicklung und für den Umgang mit älteren Menschen wenig nützlich ist.“ (Ekert & Ekert, 2010, S.81)

In der heutigen Zeit orientiert man sich vorrangig am Kompetenzmodell. Dieses richtet seinen Blickwinkel auf die positiven Dinge, welche Veränderungen im Alter mit sich ziehen. Das Akzeptieren der vorhandenen Beeinträchtigungen und die damit einhergehende Umgestaltung des bisherigen Lebens rücken in den Mittelpunkt. „Das Altern wird nicht als Beschränkung des Lebens betrachtet, sondern als Prozess der Erweiterung, Ausdifferenzierung und gewinnbringender Integration von Erfahrungen.“ (Wiese, 2010, S.58)

Kompetenz wird von alten Menschen benötigt zur

- Bewältigung der Alltagsanforderungen
 - Erhaltung und Entfaltung von Selbständigkeit
 - Vermeidung von Pflegebedürftigkeit
- (Jasper, 2002, S.43)

Jasper (2002) betont, dass sich viele Funktionen im Alter verändern, diese aber nicht unbedingt mit einem Abbau der Fähigkeiten gleichzusetzen sind. Der Begriff Kompetenz setzt sich zusammen aus

- Handlungskompetenz
- Teilkompetenz und
- Kompetenzgefühl

Die Handlungskompetenz ist verantwortlich für ein selbstbestimmtes Leben. Dieses lässt sich in diverse Teilkompetenzen untergliedern, zu denen beispielsweise kognitive Fähigkeiten und Emotionen zählen.

Allgemein lässt sich sagen, dass Kompetenztheorien davon ausgehen, dass auch ältere Menschen form- und wandelbar sind. Wichtig ist, „Ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen den Anforderungen der Umwelt und den eigenen Fähigkeiten auf der einen Seite sowie zwischen Sicherheit und Autonomie auf der anderen Seite.“ (Hirsch, 1996, S.72, zitiert nach Jasper, 2002)

Wie nachfolgende Graphik zeigt, soll es das Ziel älterer Menschen sein, die Kompetenz-Balance im Alter aufrechtzuerhalten:

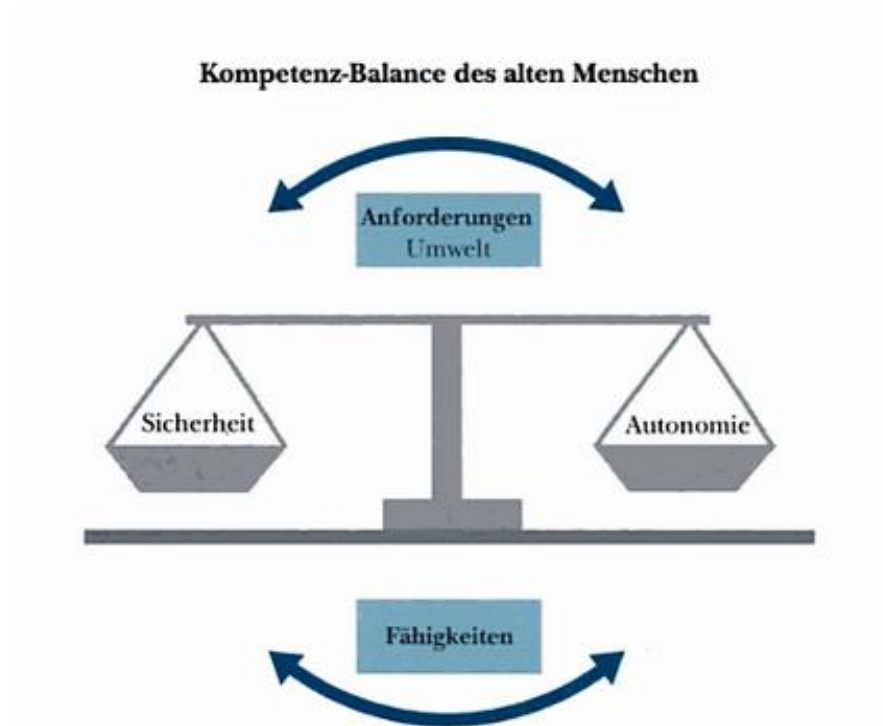


Abbildung 2: Kompetenz Balance des alten Menschen
(Jasper, 2002, S. 47)

Die Disengagement-Theorie

Ein anderer Ansatz, nämlich die Disengagement-Theorie, zeigt auf, dass ältere Menschen dazu neigen sich aus dem gewohnten Leben zurückzuziehen. Die alltäglichen Verpflichtungen, Aktivitäten und sozialen Kontakte erscheinen nicht mehr wichtig und werden in den Hintergrund gerückt. Mit dieser Handlung wird eine Art Wohlbefinden hervorgerufen, da man sich nun vollkommen auf sich selbst konzentrieren kann. Ebenso stellt diese Verhaltensweise einen guten Schutzmechanismus dar, der es verhindert, dass andere Personen die Beeinträchtigungen und die Gebrechlichkeit der Betroffenen wahrnehmen. (Prahl & Schroeter, 1999)

„Nach der Disengagement-Theorie bedeutet erfolgreiche Vorbereitung auf das Altern, sich mit zunehmendem Lebensalter langsam aus dem Leben zurückzuziehen, Verpflichtungen abzugeben und Kontakte abzubauen.“ (Jasper, 2002, S.40)

Jasper (2002) zeigt auf, dass diese Theorie die Gegenposition zur Aktivitätstheorie darstellt und folgende Verhaltensweisen beinhaltet:

- Rückzug aus den sozialen Rollen und Verpflichtungen
- Abgabe der Verantwortung
- Aufgabe sozialer Kontakte
- Bewusste Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit
- Vorbereitung auf den Tod

Die Aktivitätstheorie

Laut Jasper (2002) erfährt der Mensch durch berufliche und familiäre Veränderungen ein Gefühl des Nichtgebrauchtwerdens. Das somit entstehende negative Selbstbild kann jedoch mithilfe von der Beibehaltung bestimmter Aktivitäten verhindert werden.

Im Sinne der Aktivitätstheorie kann ein zufriedenes Altern durch Einhaltung folgender Punkte erreicht werden:

- Beibehalten früherer Interessen
- Aufnahme neuer Tätigkeiten als Ausgleich für verlorene,
- Pflege bestehender und Aufnahme neuer Kontakte und Beziehungen,
- Übernahme von Funktionen und Verantwortung.

(Jasper, 2002, S.39)

Demnach ist es möglich ein glückliches Leben zu führen, da man sich gezielt auf das Altern vorbereiten kann.

2.2.4 Altersbedingte Veränderungen des Körpers

„Der Prozess des Älterwerdens ist mit einer Reihe physiologischer Veränderungen verbunden. Sie erschweren die Teilnahme am Straßenverkehr ohne jedoch die Handlungsfähigkeit absolut zu begrenzen.“ (Lukas & Nikolaus, 2009, S.206).

Die Einschränkungen der eigenen körperlichen und geistigen Möglichkeiten verlangen dem alten Menschen viel ab. Oft fühlt man sich noch nicht ganz so eingeschränkt in seinem Tun und versucht nicht mehr machbare Dinge zu meiden, zu verdrängen oder auch vor anderen zu vertuschen. Die Devise lautet: Tarnen und Täuschen, sowohl andere als auch sich selbst. Das Sich-Eingestehen, dass vieles nicht mehr so gut von der Hand geht wie früher wird zur Belastungsprobe. Dieser Prozess stellt einerseits für den Betroffenen selbst und natürlich auch für seine Angehörigen eine große Herausforderung dar. Die Entscheidung wann der richtige Zeitpunkt ist, das Autofahren aufzugeben, ist schwer zu treffen. Oft werden endlos viele Gründe und Ausreden gefunden warum es eben noch nicht soweit sei. Dabei spielen unzählige Faktoren, wie zum Beispiel der Status des Autos in unserer heutigen Gesellschaft, eine tragende Rolle.

Anhand der vorliegenden Abbildung (Hansen, 2007, S. 17) werden die Zusammenhänge zwischen physischen, psychischen sowie sozialen Faktoren und ihre Auswirkung auf die Alltagskompetenz dargestellt.

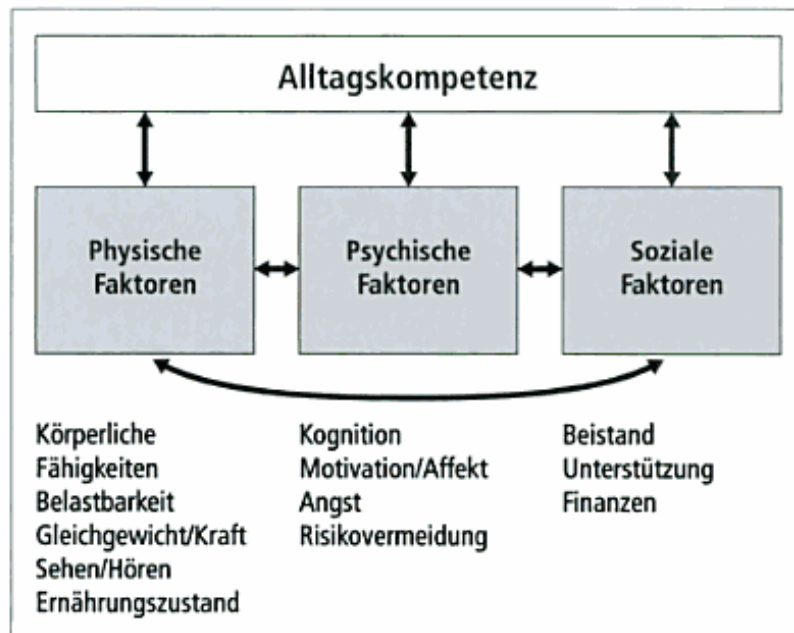


Abbildung 3: Determinanten der Alltagskompetenz
(Hansen, 2007, S. 17)

Im folgenden Kapitel soll dargestellt werden, welche altersbedingten Veränderungen des Körpers am Häufigsten auftreten.

„Lebendiges hat die Eigenschaft sich zu bewegen. Lebendiges benötigt Bewegung, um lebendig zu bleiben Das Leben an sich ist Bewegung (...).“ (Siegmar 1982, zitiert nach Köther, 2007, S. 82)

Um sich bewegen zu können, so Köther, bedarf es einer Reihe komplexer Zusammenspiele des gesamten Körpers, sowie physischer und kognitiver Faktoren. Neueste Studien belegen, dass die körperliche Aktivität stark von den Gehirnfunktionen abhängig ist und regelmäßige Bewegung folgende Konsequenzen mit sich zieht:

- Steigerung der Nervenzellanzahl
- Steigerung der Hirndurchblutung

Jasper (2002) zeigt diverse Wahrnehmungssysteme auf die für den Menschen von großer Bedeutung sind. Um Reize aus der Umwelt wahrnehmen und verarbeiten zu

können bedarf es einer Vielzahl an Sinneskanälen die dies ermöglichen. Denn die Informationen aus der Umwelt treffen zuerst auf die Sinnesorgane, die diese Informationen wahrnehmen und entsprechend darauf reagieren. Dieser so genannte „Reizkreislauf“ wiederholt sich unaufhörlich.

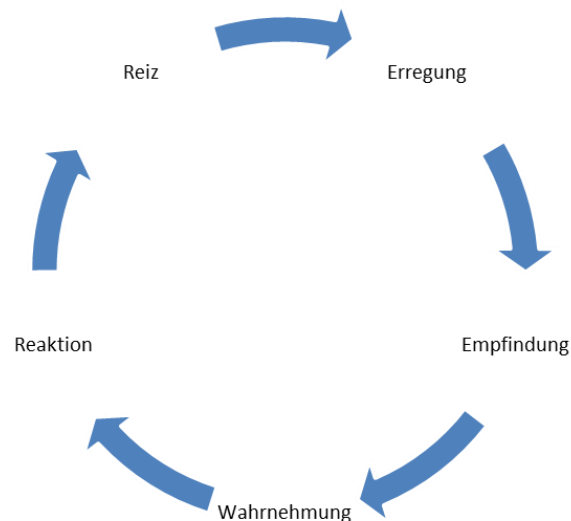


Abbildung 4: Reizkreislauf
(Jasper, 2002, S. 315)

Folgende Einteilung der Wahrnehmung hat sich im Laufe der Zeit ergeben:

Sinnessystem	Erkenntnistätigkeit	Sinnesorgane
Visuelles System	Sehen	Augen
Auditives System	Hören	Ohren
Taktils System	Tasten, Berühren	Haut, Hände, Mund
Olfaktorisches System	Riechen	Nase, Nasenhöhle
Gustatorisches System	Schmecken	Mund, Mundhöhle, Gaumen, Zunge
Kinästhetisches System	Tiefensensibilität, Bewegungsempfinden	Sehnen, Muskeln, Gelenke
Vestibuläres System	Gleichgewichtsregulation	Vestibulärapparat

Tabelle 2: Wahrnehmungssysteme (Jasper, 2002, S. 316)

Die unaufhaltsamen Altersbeschwerden verändern Körper und Geist. Die Beeinträchtigungen lassen sich nach den Pflegediagnosen der NANDA (1973) wie folgt kennzeichnen:

- Unfähigkeit, Bewegungen unabhängig auszuführen
- beim Positionswechsel
- beim Gehen
- im Bett
- verminderte Bewegungskontrolle
- verminderte Muskelmasse
- verminderte Muskelkraft
- Betroffene sind auf Hilfe angewiesen

2.2.4.1 Immobilität

Conzelmann, Heiß & Wettstein (2001) beschreiben Immobilität im Alter als „die eingeschränkte eigenständige Fortbewegung.“ Konträr dazu beschreiben sie den Begriff der Mobilität als „eine basale Funktion für ein unabhängiges, funktionell kompetentes, psychisch ausgeglichenes und sozial vollwertiges Leben.“ Um ein mobiles Leben führen zu können müssen der Bewegungsapparat, das Nervensystem, das kardiopulmonale, das vaskuläre und das kognitive bzw. affektive System im Einklang miteinander stehen.

Immobilität zählt zu den häufigsten Funktionsstörungen im Alter und den in der Geriatrie, nach Isaac, beschriebenen „Vier Riesenerkrankungen“.

- Immobilität
- Instabilität
- Inkontinenz
- Intellektueller Abbau

Das fortschreitende Alter geht mit einer Verminderung von Muskelmasse, Gelenkbeweglichkeit, Gleichgewichtsreaktionen, sowie Nachlassen der

Sinnesorgane, einher. Dies hat eine Vielzahl an negativen Auswirkungen - wie beispielsweise auf Kraft, Feinmotorik, Psyche und Reaktionsgeschwindigkeit - zur Folge.

Laut Köther (2007) kann Immobilität folgende Ursachen haben:

- Erkrankungen des Bewegungsapparates
 - Neurologische Störungen
 - Kardiovaskuläre Störungen
 - Psychische Störungen
 - Wirkung und/oder Nebenwirkungen von Medikamenten
 - Angst vor Schmerzen
 - Sensorische Einschränkungen (Seh- und Hörfähigkeit)
- etc.

2.2.4.2 Reaktionsfähigkeit

„Reaktionszeit ist die Zeitspanne, die eine Person braucht, um auf einen Reiz zu reagieren.“ (Arnold, Eysenck, Meili, 1987, zitiert nach Fischhof und Zapotoczky,1996)

Studien belegen, dass das Alter mit zunehmender Verminderung der Reaktionsgeschwindigkeit einhergeht. Dabei ist die Reaktionsgeschwindigkeit abhängig von

- Motorik
- Aufmerksamkeit
- Wahrnehmung

Der enge Zusammenhang dieser Komponenten und ihre Dysfunktion führen zu einer Abnahme der Reaktionsfähigkeit. Teilweise können diese Beeinträchtigungen „durch Anpassung an die entsprechende Situation (z.B. Aufgeben des Autofahrens), teils durch medizinische Hilfsmittel (z.B. Brille)“ kompensiert werden. (Fischhof & Zapotoczky,1996 , S. 57)

Nachfolgende Grafik (Janitzek & Kubitzki, 2009) zeigt auf, wie viele ältere Autofahrer, in Prozent, Probleme bei ihrer Reaktionsgeschwindigkeit feststellten.

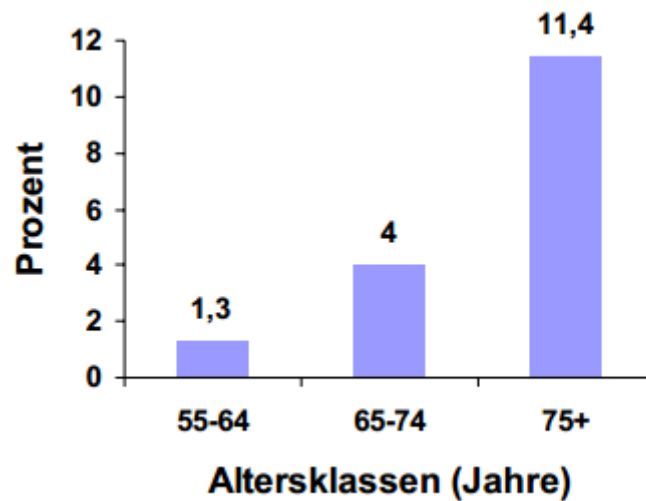


Abbildung 5: Selbstberichtete Schwierigkeit beim Autofahren rasch zu reagieren, wenn es erforderlich ist (AGILE, 2001)

2.2.4.3 Sinnesveränderungen im Alter

„Blindheit trennt uns von Dingen, Taubheit von den Menschen.“ (Helen Keller)

Sehstörungen

Laut Rehfeld & Runge (2001) ist die Wahrnehmung unserer Umwelt nur dann möglich, wenn eine zentrale Weiterverarbeitung durch das Auge erfolgt. Kommt es zu einer Störung, so ist diese meist auf die fehlende Koordination der Augenmuskeln zurückzuführen. Demnach ist die visuelle Wahrnehmung im Alltag durch folgende Punkte gekennzeichnet:

- Verschiedene Lichtintensitäten
- Verschiedene Helligkeitskontraste
- Farbige und sich bewegende Sehobjekte
- Schnelle Verarbeitungsprozesse nach erfolgter Wahrnehmung

Mithilfe der sich permanent ändernden Pupillengröße, kann sich der Mensch den genannten Bedingungen anpassen. Da die Pupille jedoch mit zunehmendem Alter kleiner wird, fällt dementsprechend weniger Licht auf die Netzhaut und die Reaktionen werden langsamer.

Durch den entstehenden Verlust der Elastizität der Linse verschiebt sich die Nabsicht in die Ferne. Die Folge davon ist die Hyperopie, eine Form der Fehlsichtigkeit, welche besser unter dem Namen „Weitsichtigkeit“ bekannt ist. Konträr dazu steht die Myopie, die Kurzsichtigkeit. Weiters kann im Alter durch typische Augenerkrankungen das Farbsehen stark reduziert sein. Auch Trübungen des Glaskörpers oder der Linse führen zu einer eingeschränkten Sehwahrnehmung.

Nachfolgende Abbildung gibt einen kurzen Einblick in die altersbedingten Veränderungen am Auge. (Rehfeld & Runge, 2001, S. 365)

Anatomische Struktur	Strukturelle Veränderung	Funktionelle Auswirkung
Augenlider	Elastizitätsverlust	Einschränkung der Beweglichkeit
Hornhaut	Verdichtungsprozess, Epithelveränderungen	Sehbehinderungen
Iris und Pupille	Elastizitätsverlust, Verkleinerung der Pupille	weniger Lichteinfall, weniger Pupillenbewegungen
Linse	Verdichtung, Zunahme von Volumen, Dichte und Durchmesser	Naheinstellung vermindert
Tränendrüsen	Bindegewebsvermehrung	veränderte Tränenproduktion

Abbildung 6: Strukturelle Altersveränderungen am Auge
(Rehfeld & Runge, 2001, S. 365)

Das Sehen ermöglicht uns „die Orientierung beim Autofahren“ und „die Beeinträchtigung des Sehens kann ebenfalls eine Isolation und den sozialen Rückzug verstärken.“ (Kutschke, Perrar & Sirschm, 2007, S.16)

Altersschwerhörigkeit

Wie Gurr (2009) zeigt, machen die Alterungsprozesse auch vor dem Ohr keinen Halt. Je nach betroffener Region, kommt es so zu unterschiedlichen Einteilungsmöglichkeiten:

- Außenohr, Innenohr Schallleitungsschwerhörigkeit
- Innenohr, Hörnerv Schallempfindungsschwerhörigkeit
- Defekte Verarbeitung im Gehirn Kombination aus Schwerhörigkeit

Gurr (2009) definiert Schwerhörigkeit als „leichte Einschränkung des Sprachverständnisses bis hin zur Gehörlosigkeit.“

Die Altersschwerhörigkeit, auch Presbyakusis genannt, gehört laut Klingmann & Plunkert (2010) zu den häufigsten sensorischen Einschränkungen im Alter. Der Hörverlust führt zu einer schweren Beeinträchtigung des Lebens und beeinflusst demnach das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Betroffenen stark.

Wie folgende Grafik von Janitzek & Kubitzki (2009) aufzeigt, steigt die Anzahl an Erkrankungen pro Person mit dem Alter stetig an:

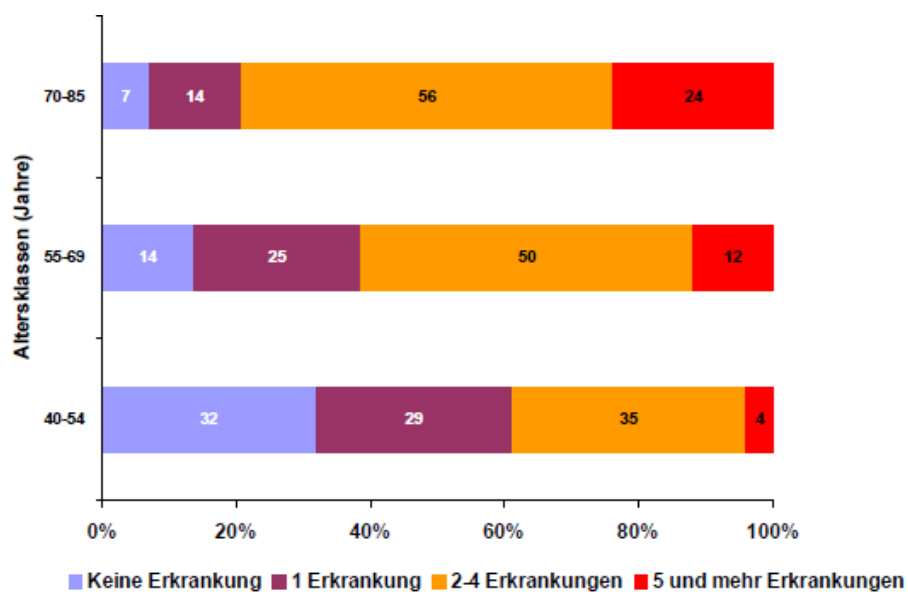


Abbildung 7: Häufigkeiten von Mehrfacherkrankungen nach Alter
(Janitzek & Kubitzki, 2009, S.120)

2.3 Autofahren im Alter

2.3.1 Allgemeines

„About 90% of the trips among people older than age 65 are in a private vehicle, either a driver or passenger, and about 87% of the trips of those older than age 85 are in automobiles.“ (Rosenbloom, 2003, zitiert nach Kim & Richardson, S.347)

Die bequemste und schnellste Verbindung zur Außenwelt stellt in der heutigen Zeit das Auto dar. Doch die mit dem Alter einhergehenden gesundheitlichen Defizite und Abbauprozesse erschweren den so praktisch erscheinenden Weg in die Außenwelt. Das Auto gilt als eine wichtige Stütze zum Erhalt der eigenen Mobilität älterer Menschen. Früher waren hauptsächlich Männer im Besitz eines Führerscheins, doch das hat sich grundlegend geändert, da der Besitz eines Führerscheins inzwischen auch für Frauen selbstverständlich geworden ist. (Thieme, 2008)

Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die mögliche Entwicklung des Führerscheinbesitzes in verschiedenen Ländern. Hierbei wird ein deutlicher Anstieg der Personen, die einen Führerschein besitzen werden, sichtbar. (Janitzek & Kubitzki, 2009)

	Führerscheininhaber ≥65 im Jahr 2000 (%)	Führerscheininhaber ≥65 im Jahr 2030 (%)	Zuwachs 2000 bis 2030 (%)
Finnland	14,9	26,7	79
Frankreich	16,1	25,8	60
Niederlande	13,7	26,5	93
Norwegen	15,3	23,5	54
Spanien	16,8	26,1	55
Schweden	17,2	24,1	40
UK	15,7	23,5	50

Bild 16: Prognose des Führerscheinbesitzes von Senioren, in Prozent, verschiedene Staaten (OECD, 2001)

Tabelle 3: Prognose des Führerscheinbesitzes von Senioren, in Prozent, verschiedene Staaten (Janitzek & Kubitzki, 2009, S. 35)

Die Aral Aktiengesellschaft führte im Jahre 2005 eine qualitative Studie durch, welche sich mit den Themen Sicherheit und Mobilität beschäftigt. Ein Teil der Studie beschäftigt sich mit den Senioren und wie diese zum Thema Fahrtüchtigkeit stehen, ein anderer Teil nimmt Stellungnahme zu den genderspezifischen Unterschieden die ein Auto mit sich bringt. Ergebnisse der Studie legen dar, dass das Auto je nach Bedarf verschiedenste Zwecke zu erfüllen hat. Es dient dem einen als Partnerersatz, Männer nutzen es vorzugsweise als Flirt-Medium, Frauen sehen es als Mittel zum Zweck. Dabei wird bei der Wahl des richtigen Gefährts nichts dem Zufall überlassen, die Farbe, der Komfort und die jeweiligen Sicherheitsextras werden gründlich ausgewählt.

„Qualitative studies from the United States report that the majority of older adults believe a car is a source of independence and freedom and that these older adults intend to continue driving.“ (Eisenhandler, 1990; Yassuda et. Al., 1997).

Mit Eintritt in die Pension wachsen die vorher nicht ausreichend dagewesene freie Zeit und gleichzeitig die Unternehmungslust. „Endlich mobil ohne berufliche Eingrenzungen und Stress“, das Autofahren kann in vollen Zügen genossen werden. (Aral, 2005)

Laut Statistik Austria (2012) hat sich die Zahl der weiblichen Führerscheinneulinge im Zeitraum von 2006 – 2011 um 5419 Personen erhöht.

Führerscheinneulinge (darunter 16- bis 24-Jährige) 2006 bis 2011 nach Geschlecht

Jahr	FS-Neulinge insges. ¹⁾	davon		Darunter 16- bis 24-Jährige ¹⁾	davon		Anteil der 16- bis 24-Jährigen an allen FS-Neulingen (in %)		
		männl.	weibl.		männl.	weibl.	insges.	männl.	weibl.
2006	81.270	40.930	39.962	75.448	38.683	36.424	92,8	94,5	91,1
2007	87.354	44.715	42.348	81.141	42.178	38.704	92,9	94,3	91,4
2008	87.529	44.690	42.754	81.515	42.333	39.101	93,1	94,7	91,5
2009	90.119	46.688	43.382	83.921	44.062	39.813	93,1	94,4	91,8
2010	91.486	46.832	44.640	84.894	44.128	40.755	92,8	94,2	91,3
2011	91.566	46.172	45.381	84.486	43.213	41.266	92,3	93,6	90,9

Q: STATISTIK AUSTRIA, Führerscheine und Lenkberechtigungen. Erstellt am 18.09.2012. - 1) Inkl. unbekannten Geschlechts.

Tabelle 4: Führerscheine und Lenkberechtigungen (Statistik Austria, 2012)

Zudem erfuhr der Bestand an Personenkraftwagen in den letzten Jahrzehnten einen bedeutsamen Anstieg. (Statistik Austria, 2012)

Fahrzeugbestand in Österreich ab 1937	
Jahr	PKW-Anzahl
1937	32.373
1951	59.422
1961	474.538
1971	1.325.162
1981	2.312.932
1991	3.100.014
2011	4.513.421

Tabelle 5: Fahrzeugbestand in Österreich ab 1937 (Statistik Austria, 2012)

[In Folge der Ereignisse um den 2. Weltkrieg entfiel von 1938 bis 1947 die Datenerhebung.]

Der Besitz eines Autos und die Fahrkompetenz wirken sich positiv auf die Lebenszufriedenheit älterer Menschen aus. Viele verbinden damit ein Gefühl der Autonomie, Freiheit und Unabhängigkeit. Wer ein Auto zur Verfügung hat, kann weiter am gesellschaftlichen Leben teilhaben und sich außerdem selbst versorgen. (Jakobs, Lehnen & Ziefle, 2008).

„The number of drivers older than age 60 is increasing as the nation’s population ages, and driving is the primary mode of transportation used by older adults.“ (Jette & Branch, 1992)

Laut Aral Mobilitätsstudie (2005) erfahren ältere Menschen einen Wandel in ihrer Mobilität. Während Führerscheinneulinge ein neues Gefühl der Selbständigkeit und Freiheit verspüren, beschäftigt sich der ältere Verkehrsteilnehmer mit dem Beenden des Fahrens. „Autofahren verlangt insofern eine komplexe Interaktion perzeptueller, kognitiver und motorischer Prozesse.“ (Lukas & Nikolaus, 2009, S.206)

„Fahranfänger → gesellschaftlicher Einstieg und Einstieg in die Autonomie,

Senioren → gesellschaftlicher Ausstieg und Ausstieg aus der Autonomie.“ (Aral, 2005, S.44)

2.3.2 Fahrverhalten im Alter

Mobilität im Alter besitzt einen enormen Stellenwert, aber „unter einer scheinbar entspannten Haltung geht es um Dramatisches: Vordergründig taucht wieder vermehrt Spaß am Autofahren auf; Illusionen werden gepflegt:

- endlich mobil, ohne berufliche Eingrenzungen und Stress
 - endlich einen Wagen fahren, auf den man Lust hat; späte Erfüllung eines Autotraums
 - nach wie vor wird regelmäßig ein Auto gekauft.“
- (Aral, 2005, S.43)

Das Auto ermöglicht einerseits durch Unabhängigkeit und Selbständigkeit die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, andererseits erweckt es Ängste vor Abhängigkeit und Immobilität. Die Angst vor dem endgültigen Stillstand geht einher mit der Angst zu vereinsamen und unmündig zu werden. Dabei lassen sich geschlechtsspezifische Unterschiede in der Bewältigung der Angst erkennen. Männer beschwichtigen und verdrängen ihre Situation. Frauen verzichten oftmals freiwillig auf das Auto, um eben ihre Fähigkeit zur Selbständigkeit – auch ohne Auto – unter Beweis stellen zu können. (Aral, 2005)

„Age was negatively associated with consumption in every category, but we found gender differences only in the trips category: Women spent less on trips than did men“. (Kim & Richardson, 2006, S.350)

Mit zunehmendem Alter steigt die Unsicherheit bei der Teilnahme am Verkehr. Diese Tatsache wird jedoch von Älteren nicht als Einschränkung wahrgenommen. Fahrten während der Rush-Hour, bei ungünstigen Wetterverhältnissen oder bei Nacht werden gemieden und einfach verschoben. Kaum jemand möchte sich seinen Defiziten stellen. Studien belegen, dass ältere Menschen ihre Mobilität selten freiwillig

aufgeben und dies nur dann geschieht, wenn man stark körperlich beeinträchtigt ist und widrige Umweltbedingungen dazukommen. (Jakobs et al, 2008).

Da Autofahren eine äußerst komplexe Tätigkeit darstellt, zeigen sich im Alter die Probleme hauptsächlich in der Informationsaufnahme und Informationsverarbeitung. Hier auftretende Schwächen zwingen den Fahrer zu einer schnellen Handlungsdurchführung, die mit einem Fehlverhalten im Verkehr einhergeht. Dabei kommt es selten zu Geschwindigkeitsverstößen, sondern vielmehr zu Vorfahrtsverletzungen und Schwierigkeiten beim Einordnen nach dem Reissverschlussprinzip. Bei diesen Verkehrsverstößen lassen sich geschlechtsspezifische Unterschiede erkennen: Frauen neigen vermehrt dazu Abstände nicht einhalten zu können, wohingegen Männer mit allen anderen Fahrfehlern zu kämpfen haben und eher wenig Abstandsfehler begehen. Infolgedessen werden Fahrten bei zu hohem Verkehrsaufkommen und bei schlechter Sicht gemieden. (Janitzek & Kubitzki, 2009)

2.3.3 Überprüfung der Fahreignung

Laut Madea (2007) ist die Beurteilung der körperlichen und geistigen Defizite Gegenstand der Rechtsmedizin im Rahmen der Verkehrsmedizin. Es handelt sich um ein präventives Fach, welches die Sicherstellung des Menschen im Verkehr garantiert. Durch medizinische Erkenntnisse versucht die Verkehrsmedizin Gesundheitsstörungen abzuwenden und dabei die Sicherheit des Menschen im Verkehrsleben zu gewährleisten. Prinzipiell unterscheidet man zwischen der Fahreignung und der Fahrtüchtigkeit, die beide in enger Beziehung zueinander stehen.

Fahreignung

Laut § 2 des Straßenverkehrsgesetzes gilt:

„Geeignet zum Führen von Fahrzeugen ist, wer die notwendigen geistigen und körperlichen Anforderungen erfüllt und nicht erheblich oder nicht wiederholt gegen

verkehrsrechtliche Vorschriften oder gegen Strafgesetze verstoßen hat. Ist der Bewerber aufgrund körperlicher oder geistiger Mängel nur bedingt zum Führen von Kraftfahrzeugen geeignet, so erteilt die Fahrerlaubnisbehörde die Fahrerlaubnis mit Beschränkungen oder unter Auflagen, wenn dadurch das sichere Führen von Kraftfahrzeugen gewährleistet ist.“ (Madea, 2007, S.420)

Falls jemand als ungeeignet gilt ein Kraftfahrzeug zu führen, dann kann die Fahrerlaubnisbehörde ein Gutachten eines Arztes anfordern, indem die Eignung des Betroffenen erläutert wird. Zu den Einschränkungen, die den Einzug der Fahrerlaubnis befürworten, zählen beispielsweise Beeinträchtigungen Sehorgans oder der altersbedingte Abbau körperlicher und geistiger Fähigkeiten. (Madea, 2007)

„Der Spezialist hat die Möglichkeit im Rahmen von neuropsychologischen Leistungstest einzelne Funktionsbereiche, wie z.B. Aufmerksamkeit, Konzentration, Reaktion oder Orientierung zu überprüfen.“ (Lukas & Nikolaus, 2009, S.208)

Fahrtüchtigkeit

Die Fahrtüchtigkeit stellt eine Ergänzung der Fahreignung dar und ist wie folgt definiert:

„Unter der Fahrtüchtigkeit ist derjenige körperliche und geistig-seelische Zustand zu verstehen, der vor allem unter dem Gesichtspunkt der Sicherheit zu jedem Zeitpunkt einen situationsangepassten optimalen Verkehrsablauf garantiert.“ (Madea, 2007, S.421)

Um einen reibungslosen Verkehrsablauf zu garantieren müssen sowohl körperliche als auch geistige Fähigkeiten störungsfrei funktionieren. Sobald die Gesamtleistungsfähigkeit in kleinster Weise gestört ist kommt es zu Fahrunsicherheiten und das sichere Führen eines Fahrzeuges kann nicht mehr gewährleistet werden. (Madea, 2007)

Fahrerlaubnis

Nach § 2 Abs. 2 Nr. 3 StVG ist die Fahrerlaubnis nur dann zu erteilen, wenn man zum Führen eines Fahrzeuges geeignet ist. Bei nur kleinsten physischen oder psychischen Schwächen, die das Lenken eines Kraftfahrzeuges beeinträchtigen, ist die Fahrerlaubnis zu entziehen beziehungsweise einzuschränken. Die Eignung stellt somit einen zentralen Aspekt des Fahrerlaubnisrechtes dar und umfasst sowohl körperliche, geistige, als auch charakterliche Zuverlässigkeit. (Berghaus, Madea & Mußhoff, 2007)

Eine unbefristete Fahrerlaubnis für den Führerschein der Klasse B lässt sich EU-weit nur in vier Staaten, nämlich Österreich, Deutschland, Belgien und Frankreich, finden. In den übrigen Staaten sind die Bürger an altersabhängige Gesundheitsuntersuchungen und Auffrischkurse gebunden. Meistens wird ab dem 70. Lebensjahr eine Bestätigung der Fahreignung gefordert, um bei bestehen, den Führerschein befristet auf 1-5 Jahre zu verlängern. Die Gesundheitsuntersuchungen beschränken sich auf grobe Merkmale die der Komplexität die mit dem Autofahren verbunden ist niemals gerecht werden können. Alternativ werden in Deutschland freiwillige Gesundheitschecks angeboten, die es ermöglichen auf die individuelle Fahreignung einzugehen. Diese fachliche Beratung geht aber mit hohen finanziellen Kosten und Ängsten seitens der Betroffenen einher. (Janitzek & Kubitzki, 2009)

2.3.4 Unfallstatistik

„Niedrigere Risikowahrnehmungsschwellen haben nur Senioren und Fahranfänger. Sie erleben den Verkehr als hektisch und fordernd. Fahranfänger sehen sich häufig noch als Blockade. Senioren sehen sich dagegen selbst als ruhige, erfahrene und souveräne Fahrer, die sich Zeit lassen (können), und sehen die anderen Verkehrsteilnehmer als diejenigen, die zu hektisch sind.“ (Aral, 2005, S.29)

Das Kuratorium für Verkehrssicherheit (2011) zeigt in einer Statistik auf, dass ältere Verkehrsteilnehmer entgegen vieler Studien den geringsten Anteil an tödlichen Unfällen ausmachen.

Altersgruppe	Anzahl					Prozent (%)			
	Verkehr	Arbeit, Schule	Sport	Heim, Freizeit	Gesamt	Verkehr	Arbeit, Schule	Sport	Heim, Freizeit
0-14	2.899	39.169	41.100	75.800	159.000	2	25	26	48
15-24	13.355	30.277	47.900	36.300	127.800	10	24	37	28
25-64	24.438	76.747	95.800	162.200	359.200	7	21	27	45
65+	4.783	1.228	12.500	129.900	148.400	3	1	8	88

Tabelle 6: Verunglückte nach Lebensbereichen und Altersgruppen 2011(Kuratorium für Verkehrssicherheit, 2011)

Anhand der Grafik wird deutlich, dass Verkehrsunfälle, mit Ausnahme der über 65-jährigen, den geringsten Anteil der Verunglückten ausmachen. Am meisten Unfälle passieren nach wie vor im eigenen Zuhause, in der Freizeit und beim Sport. Hervorzuheben ist auch der Vergleich zwischen den 15-24-Jährigen und der Altersgruppe über 65 Jahren. Hier ist ein enormer Unterschied an der Anzahl der Beteiligten an Verkehrsunfällen anzumerken. Entgegen vieler Meinungen sind scheinbar mehr junge Leute an Verkehrsunfällen beteiligt als alte. (Kuratorium für Verkehrssicherheit, 2011)

Diese These wird von Kocherscheid & Rudinger (2011) bestätigt, denn sie zeigen auf, dass ältere Verkehrsteilnehmer keine vordergründige Rolle bei Unfallgeschehen spielen. Am ehesten sind Personen über 75 Jahren, aufgrund der geringeren Fahrpraxis, an Unfällen beteiligt.

Janitzek & Kubitzki (2009) erstellten zu dieser Thematik eine übersichtliche Grafik, welche die Beteiligung an Straßenverkehrsunfällen mit Personenschaden - nach Altersklassen geordnet - veranschaulicht.

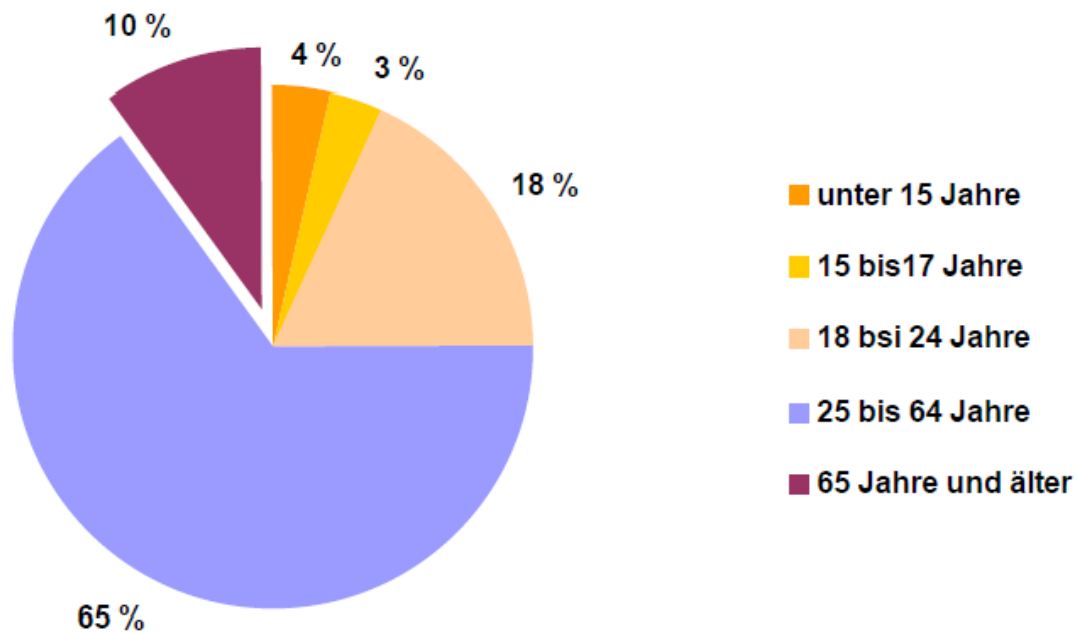


Abbildung 8: Beteiligte an Straßenverkehrsunfällen mit Personenschaden (alle Arten der Verkehrsteilnahme) nach Altersklassen in Prozent in Deutschland im Jahr 2006
(Janitzek & Kubitzki, 2009, S. 15)

Wie bereits vermuten lässt, geschieht die Mehrzahl an Unfällen an denen Ältere beteiligt sind, überwiegend bei Tag. Aufgrund der dargelegten Fakten, scheint es plausibel, dass die Unfälle vorwiegend am Vormittag passieren, da gewisse Zeiten (Nachtfahrten, Berufsverkehr) gemieden werden. Dieses Verhalten älterer Verkehrsteilnehmer lässt darauf schließen, dass die Sicherheit im Verkehr durchaus als zeitabhängig anzusehen ist. (Janitzek & Kubitzki, 2009)

„Etwa zwei Drittel der Senioren sterben als passive und schwächere Verkehrsteilnehmer, nur ein Drittel der Senioren stirbt als Kraftfahrzeugfahrer. (Janitzek & Kubitzki, 2009, S. 52).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Senioren überproportional, hauptsächlich bei Tag und meistens als schwächere Teilnehmer am Verkehr (Fußgänger und Radfahrer) versterben, wobei sie als Hauptverursacher von Unfällen einen durchaus geringeren Teil ausmachen. Die Annahme, dass ältere Personen am Steuer ein erhöhtes Verkehrsrisiko darstellen kann somit nicht ausreichend bestätigt werden, da die aktiv am Verkehr teilnehmenden älteren Personen (ab 65 Jahren) schwer zu ermitteln sind. (Janitzek & Kubitzki, 2009)

3 Methodik

In folgendem Kapitel werden die Methode der Grounded Theory, die Vorgehensweise zur Gewinnung der InterviewpartnerInnen und die dafür vorgegebenen Einschlusskriterien, der Informed Consent, die Einverständniserklärung, die Datenanalyse sowie die Gütekriterien qualitativer Forschung beschrieben. Zusätzlich wird ein Überblick über die Interviews gegeben.

3.1 Grounded Theory

Laut Mey & Mruck (2011) stellt die Grounded Theory eine besondere Forschungsstrategie dar, die primär die Entwicklung einer Theorie über soziale Prozesse zum Ziel hat.

Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss, zwei amerikanische Soziologen, begründeten erstmals im Jahre 1967 in ihrer Monografie „The Discovery of Grounded Theory. Strategie of Qualitative Research“ ihre Theorie über die empirische Datengewinnung. Demnach soll mit Hilfe eines qualitativen Forschungsansatzes die Gewinnung der benötigten Daten erleichtert werden. Dies geschieht unter Zuhilfenahme eines Leitfadens an den sich die ForscherInnen zu halten haben.

Charakteristisch für diesen Forschungsstil ist die Sammlung folgender Methodenelemente:

- 1) Sammlung der Daten mittels Interviewführung
- 2) Datenerhebung
- 3) Kodierung
- 4) Verifizierung
- 5) Integration
- 6) Theoretical Sampling

Den Kern des Forschungsprozesses bildet die Trias der analytischen Operationen: Datenerhebung, Kodieren und das Erstellen von Memos.

Der Prozess des Forschens beginnt mit der Formulierung der Forschungsfrage, welche das zentrale Phänomen zu bestimmen versucht. In Form von Interviews werden die benötigten Daten gesammelt, um diese anschließend kodieren zu können. Die Sammlung von Memos und eine zusätzliche Erstellung von Arbeitshypothesen erleichtert die Theoriegenerierung wesentlich.

„Forschen im Sinne der Grounded Theory Method erfordert einen ständigen Wechsel zwischen Handeln (Datenerhebung) und Reflexion (Datenanalyse und Theoriebildung). Analyse und Theoriebildung beginnen bereits mit dem ersten erhobenen Datenmaterial, sie dienen in all ihrer Vorläufigkeit als Startpunkt für eine fortlaufende Präzisierung der Forschungsfrage und für kontinuierliche Hypothesen- und Theoriegenerierung.“ (Mey & Mruck, 2011)

Die Datenbehebung gilt als vollendet, sobald eine theoretische Sättigung der Daten erfolgt ist und dementsprechend keine neuen Erkenntnisse aus den Daten gewonnen werden können.

Durchführung der Interviews

Die Durchführung erfolgte mithilfe semistrukturierter Interviews. (siehe auch Leitfaden im Anhang)

Einschlusskriterien

Die Bedingungen für die Teilnahme an der Forschungsstudie waren unter anderem:

- Alter über 70 Jahre
- Abgelegte Führerscheinprüfung
- Früher aktiver Autofahrer
- Beendigung des Autofahrens

3.2 Rekrutierung der InterviewpartnerInnen

Die Rekrutierung der InterviewpartnerInnen gestaltete sich insofern schwierig, da es scheinbar kaum ältere Personen gibt, die endgültig mit dem Autofahren aufgehört haben. Die meisten fahren zwar nicht mehr aktiv mit dem Auto, ziehen aber trotzdem in Erwägung, falls es einmal sein sollte, mit dem Auto zu fahren. Meine InterviewpartnerInnen wurden nur unter jener Bedingung genommen, wenn sie endgültig mit dem Thema Autofahren abgeschlossen haben.

Die Ermittlung der benötigten InterviewpartnerInnen erfolgte einerseits schriftlich, mittels eines Informationsbriefes, und andererseits durch reine Mundpropaganda im Bekanntenkreis.

Die Informationsbriefe, auch Informed Consent genannt, sollten einen kurzen Überblick über die Thematik und die Vorgehensweise während des Interviews geben. Nach erfolgter schriftlicher Aufklärung konnten die Personen, die sich für eine Teilnahme an der Studie entschieden haben, eine telefonische Rückmeldung geben. Von den insgesamt zwanzig entsandten Briefen, meldeten sich vier Personen auf Anhieb.

Abgesehen davon wurden auch örtliche Betriebe von der Studie in Kenntnis gesetzt. Nach persönlicher Absprache mit einigen Inhabern willigten diese ein an der Suche nach InterviewpartnerInnen behilflich zu sein. Dazu gehörten zwei Autohäuser, drei Friseurstudios und zwei Arztpraxen. Die MitarbeiterInnen dieser Betriebe gaben die Informationsbriefe freundlicherweise an passende Personen weiter. Durch diese Methode konnten weitere zwei InteressentInnen für ein Interview begeistert werden. Die sieben Gespräche wurden allesamt in gewohnter Umgebung und entspannter Atmosphäre in dem jeweiligen zuhause durchgeführt.

3.3 Informed Consent

Um die ethischen Grundsätze für die vorliegende Diplomarbeit zu gewährleisten, wurden die TeilnehmerInnen mit Hilfe des sogenannten Informed Consent über das Forschungsvorhaben informiert. Es handelt sich hierbei um eine informierende Einverständniserklärung. (Royal College of Nursing, 2005)

Die Helsinki Deklaration, welche vom Weltärztebund entwickelt wurde, beschäftigt sich mit ethischen Grundsätzen in der Medizin. Vor allem für die Forschung leistet diese einen unverzichtbaren Beitrag zur Erhaltung der ethischen Grundsätze. Aus dieser Deklaration entwickelte sich unter anderem der Begriff des Informed Consent, welcher aus dem Englischen abzuleiten ist und übersetzt „Einwilligung nach erfolgter Aufklärung“ bedeutet (Ehni & Wiesing 2012).

- inform: Oberster Grundsatz des Forschers muss es sein die Probanden ausreichend zu informieren. Dabei soll aufgezeigt werden, worüber die Studie handelt und welchem Zweck sie dienen soll.
- consent: Der Forscher hat die Einwilligung seines Probanden einzuholen. Diese ist nur dann gültig, wenn eine angemessene Aufklärung gegenüber den Probanden stattgefunden hat.
(Ehni & Wiesing 2012)

Mithilfe eines sorgfältig verfassten Informationsbriefes konnten auf diese Art und Weise ca. 20 potentielle InterviewpartnerInnen erreicht werden. Der Informed Consent stellt eine Möglichkeit der Aufklärung dar, die ein breites Publikum erreicht und gleichermaßen informiert. Zuerst wurde in dem Brief die Forschungsfrage vorgestellt, um danach über die Gewährleistung der Anonymität zu informieren. Weiters wurde der gesamte Vorgang des Interviews dargestellt. Insbesondere wurden hierbei die Möglichkeit der Aufnahme des Gesprächs mittels Tonband und die weitere Verarbeitung der gesammelten Daten besprochen.

3.4 Überblick über die Interviews

Mit Hilfe des Informed Consent konnten insgesamt sechs Personen für ein Interview gewonnen werden. Darunter befanden sich zwei männliche und 4 weibliche GesprächspartnerInnen wider. Das Durchschnittsalter der Befragten beträgt 80,7 Jahre.

InterviewpartnerInnen			
	Alter	Geschlecht	Familienstand
IP 1	92 Jahre	männlich	verheiratet
IP 2	87 Jahre	weiblich	verwitwet
IP 3	80 Jahre	weiblich	verheiratet
IP 4	79 Jahre	männlich	verheiratet
IP 5	73 Jahre	weiblich	verwitwet
IP 6	73 Jahre	weiblich	verwitwet

Tabelle 7: Überblick über die Interviews

3.5 Einverständniserklärung

Vorab wurden die TeilnehmerInnen über das Ziel und den Zweck der Studie informiert. Des Weiteren wurde der geplante Ablauf des Gesprächs vorgestellt und auf persönliche Wünsche der TeilnehmerInnen eingegangen. Dazu zählten insbesondere die Wahl des Ortes an dem das Interview geführt werden soll, sowie die Entscheidung dieses mittels Tonband aufzunehmen oder nicht.

Außerdem wurden die TeilnehmerInnen besonders genau über die Weiterverarbeitung der gesammelten Daten informiert. Dabei besaßen die Gewährleistung der Anonymität und die dazugehörige vertrauliche Behandlung aller gesammelten Daten oberste Priorität.

Um sicherzustellen, dass die InterviewpartnerInnen den Vorgang des Gesprächs und die Weiterverwendung der gewonnenen Daten verstanden und akzeptiert haben, wurden diese gebeten eine Einverständniserklärung zu unterschreiben. Nach erfolgtem Unterzeichnen und der zur Kenntnisnahme der gegebenen Informationen, wurde mit dem Gespräch begonnen.

3.6 Datenanalyse

Zur Wahrung der Identität der TeilnehmerInnen wurden die zu Beginn des Interviews erworbenen Daten mit einem Kode, wie beispielsweise. IP 1, versehen. Die nachfolgende Analyse wurde mit Hilfe der Grounded Theory durchgeführt. Aufgrund des bestehenden Zeitdrucks und der damit verbundenen geringen Anzahl an durchgeführten Interviews, konnte keine Datensättigung erreicht werden.

Von den sechs durchgeführten Gesprächen wurden vier auf Tonband aufgenommen. Um die Formulierung und die damit verbundene Verständlichkeit der Fragen zu überprüfen, wurde das erste durchgeführte Interview als Probeinterview angesehen. Auf Wunsch aller GesprächspartnerInnen hin wurden die Interviews zuhause in der gewohnten Umgebung abgehalten. Die auf Tonband aufgenommenen Gespräche wurden anschließend transkribiert und die gewonnenen Daten durch offenes Kodieren aufgebrochen. Bei nicht aufgenommenen Interviews erwies sich das Anfertigen von Feldnotizen als große Hilfe. Beim offenen Kodieren wurden wichtige Textstellen markiert und gewissen Kategorien zugeordnet. Demnach konnte eine Vielzahl an Kodes erarbeitet werden, die die zu untersuchende Forschungsfrage abbilden. Durch gezielte Filtration konnten somit aus den gewonnenen Kategorien Hauptkategorien und die dazugehörigen Subkategorien erstellt werden.

3.7 Gütekriterien

Laut Mayer (2007) kann man qualitative Forschung mit Zuhilfenahme bestimmter Gütekriterien bewerten. Dabei hat zur Messung und Beschreibung qualitativer Forschung besonders eine Methode, nämlich die Entwicklung eigener Kriterien, eine wichtige Stellung eingenommen. Anders als bei der quantitativen Forschung wurde kein einheitliches Schema für die Gütekriterien erstellt. Es existieren je nach Wissenschaftlerin unterschiedliche Ansätze, die aber analoge Grundaussagen aufweisen. Um qualitative Forschung dennoch besser nachempfinden zu können entwickelte Beck (1993) folgende drei Kategorien, die vor allem im angloamerikanischen Raum Verwendung finden:

- credibility (Glaubwürdigkeit)
- auditability (Folgerichtigkeit)
- fittingness (Angemessenheit)

Credibility

Glaubwürdigkeit bedeutet, dass die gewonnen Aussagen der Befragten der Wirklichkeit entsprechen und auf das Erlebte zutreffen. Durch vermehrtes Nachhaken während des Interviews kann die Glaubwürdigkeit gewährleistet werden. Außerdem spiegelt diese Kategorie den Interpretationsprozess der WissenschaftlerIn wider. Denn nur durch zutreffendes Auslegen der Aussagen und einer gewissen Empathie seitens der Forscherin können die Daten richtig gedeutet werden.

Auditability

Durch eine exakte Dokumentation des gesamten Verfahrens soll die Arbeit von Beginn an bis zur Darstellung der Ergebnisse nachvollziehbar sein.

Fittingness

Die Realität der Befragten soll detailliert und gewissenhaft beschrieben werden, sodass Außenstehende die Signifikanz für die Praxis verstehen und bewerten können.

Abgesehen davon stellt nach Callery und Hall (2001) die „Reflexivität“ in der qualitativen Forschung ein zusätzliches Gütekriterium dar. Der oder die Forschende muss sich der Tatsache bewusst sein, dass sein Verhalten die Datenerhebung erheblich beeinflussen kann. Demnach soll der Forschende möglichst unvoreingenommen an den Prozess der Datengewinnung herantreten.

Ziel dieser Forschungsarbeit war es unverzerrte Daten zu erhalten. Durch regelmäßigen Austausch mit meiner Diplomarbeitsbetreuerin, Dr. Monika Linhart, und dem zusätzlichen Verfassen von Memos wurden die Gütekriterien in der vorliegenden Arbeit berücksichtigt.

4 Erkenntnisse

Dieses Kapitel soll folglich den Prozess des Autofahren-Aufgebens beschreiben und verdeutlichen. Bevor eine endgültige Entscheidung bezüglich der Beendigung des Autofahrens getroffen werden kann erlebt der Betroffene eine Reihe an neuen Situationen, die sein Verhalten beeinflussen und schließlich ändern.

Durch die vorgenommene Analyse konnten fünf Hauptkategorien mit den jeweilig dazugehörigen Subkategorien aus den Daten herausgefiltert werden.

4.1 Die Rolle des Autos

Es lässt sich nicht leugnen, dass das Auto in der heutigen Zeit eine ganz bestimmte Rolle in unserem Leben einnimmt. Die erste Hauptkategorie befasst sich mit diversen Subkategorien, die den Nutzen des Autos wiedergeben sollen. Dabei nimmt das Auto einen individuellen Verwendungszweck im Leben der Betroffenen ein.

4.1.1 Berufliche Zwecke

Aus den geführten Gesprächen konnte man deutlich erkennen welchen Stellenwert das Auto in deren Leben einnahm. Auf die Frage hin wozu diese ihr Auto hauptsächlich benutzten, antworteten Mehrere, dass sie ihr Auto für die Hinfahrt zur Arbeitsstelle oder gänzlich für berufliche Zwecke benötigten.

„Zuerst vor allem für meinen Beruf, um hin zu kommen und wieder zurückzukommen.“

Wie wichtig das Auto für den Beruf sein kann konnte ein Gesprächspartner auf erstaunliche Art und Weise wiedergeben, denn er dürfte sich reichlich mit den gefahrenen Kilometern in seiner Berufszeit beschäftigt haben. Der Interviewpartner konnte eine exakte Kilometeranzahl nennen, die er in seiner gesamten beruflichen Laufbahn zurückgelegt hatte.

„In meinem Leben, für berufliche Zwecke. Ich bin, äh, mal zamgrechnet, ich bin beruflich, äh (überlegt) in 34 Praxisjahren bin ich jetzt 1,2 Millionen Kilometer gefahren.“

Derselbe gab an, die Autos aus nützlichen beziehungsweise steuerlichen Gründen nach einer gewissen Kilometeranzahl gewechselt zu haben.

4.1.2 Praktischer Nutzen

Eine andere Teilnehmerin stellte die Notwendigkeit des Autos für Familienzwecke in den Vordergrund.

„Viele Jahre bin ich ja mit so einem Roller, so einem Puch-Roller, die man früher gehabt hat, gefahren, nur dann wie wir unser Kind gekriegt haben, da hab ich ein Auto bekommen. Das ist ja viel praktischer, so mit Kind, weil mit dem Kind kann man den Roller nicht mehr gebrauchen.“

Es wurde ersichtlich, dass das Auto eine Art verlässlichen Partner im täglichen Leben darstellte, da vor allem größere Einkäufe bequem und schnell erledigt werden konnten.

„(...) dann für Einkäufe oder Verwandtenbesuche, beziehungsweise dann für Ausflüge. Reisen auch, ja.“

4.1.3 Statussymbol

Man konnte während der Gespräche feststellen, dass nicht nur auf praktische Zwecke des Autos großen Wert gelegt wurde. Die bewusste Auswahl des eigenen Fahrzeuges spielte vor allem bei einer Teilnehmerin eine große Rolle. So erzählte diese, dass sie bei der Neuanschaffung durchaus die Automarke und das damit einhergehende Statussymbol als wichtiges Kriterium beim Autokauf bezeichnete.

„ (...) und da bin ich irgendwann immer weiter rauf gekommen mit den Autos. Das letzte was ich mir dann besorgt hab (,) war ein super Mercedes (,) also was Großes.“

4.1.4 Mittel zum Zweck

Zwei InterviewpartnerInnen gaben an, dass das Auto für sie nie eine große Rolle in ihrem Leben spielte. Alles rund um das Thema Auto und Autofahren gehörte zur Passion der Ehemänner.

„I muss auf gar nix verzichten, a Auto braucht ma ned, es geht auch ohne.“

4.1.5 Mann vs. Frau

Die beiden Teilnehmerinnen äußerten sich in diesem Zusammenhang auch zu den geschlechtsspezifischen Unterschieden bezüglich des Stellenwertes des Autos in ihrem Leben.

„Mei Mann wollt immer nur mit dem Autofahren obwohl er scho so krank war, dem war des wichtig, mir ned.“

Ein Interviewteilnehmer betonte, dass er als Mann untypischerweise nicht an Autos oder anderen Gefährten interessiert sei.

„I war nie a Auto-Fan in dem Sinn (...), i hab nie den Ehrgeiz ghabt, so wie das leider Gottes heute ist, dass man mit Fünfzig noch zum Motorradfahren anfangt (..),(...) Organspender sagen wir immer.“

„Also sonst halte ich das Autofahren für nicht unbedingt Lebensnotwendig.“

Derselbe berichtete darüber, warum er einen Führerschein, trotz seines Desinteresses gegenüber Kraftfahrzeugen, erworben hatte.

„Ich hab aber kein Auto gehabt, ich hab den gemacht, weil das war ein günstiges Angebot von der Fahrschule für Studenten, und da hab ich den Führerschein gemacht.“

In der Jugendzeit der InterviewteilnehmerInnen galt es als äußerst unüblich für eine Frau den Führerschein zu machen. Eine Gesprächspartnerin erklärte, dass sie erst ihr Mann dazu bewegen konnte eine Fahrprüfung abzulegen.

„Dann wie ich meinen Mann kennengelernt habe, der hat ein Auto gehabt, und so bin auch ich zum Autofahren gekommen, und dann habe ich eben meinen Führerschein gemacht.“

4.2 Entscheidungen treffen

Diese Hauptkategorie beschreibt den langen Weg den Betroffene durchlaufen bis zu dem Entschluss das Autofahren aufzugeben. Nachdem die körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen, die mit dem Alter einhergehen, auftreten, werden erste Einschränkungen beim Autofahren wahrgenommen. Das Bewusstwerden der eigenen Schwächen und das Durchlaufen von Verhaltensänderungen, wie das Meiden bestimmter Situationen bis hin zur endgültigen Entscheidung das Autofahren aufzugeben, sollen in diesem Kapitel dargestellt werden.

Die Entscheidung das Autofahren aufzugeben wird dabei durch einen Prozess, den alle InterviewpartnerInnen durchlaufen haben, geprägt. Dieser ist wie folgt zu beschreiben:

- Altersbedingte Einschränkungen wahrnehmen
- Bewusste Auseinandersetzung mit dem altersbedingten Abbau
- Akzeptieren der eigenen Schwächen
- Eine Entscheidung treffen

4.2.1 Wenn die Kräfte schwinden

Alle Befragten berichteten von dem altersbedingten Abbau ihres Körpers und dessen gravierende Auswirkung auf das Autofahren. Durch die vorhandenen Einschränkungen des Bewegungsapparates wurde den Befragten erstmals bewusst, dass *„es irgendwann gar nicht mehr gehen wird“*.

„... Ich hab Gnade ghabt dass i relativ gsund blieben gwesen. Bis 80 bin i bergsteigen gangen und da hab i gmerkt, des is eben a nimma guad, da hab ich (,) bin i weniger Autofahren.“

Gewisse Verkehrssituationen, wie das Fahren bei starkem Verkehr, wurden bewusst gemieden, um sich nicht mit den bereits vorhandenen Schwächen auseinandersetzen zu müssen. Zwei InterviewteilnehmerInnen gaben an, dass die deutlichsten Einschränkung beim Autofahren auf Probleme des Sehorgans zurückzuführen waren. Dabei handelte es sich im Speziellen um die altersbedingte Konjunktivitis und eine Macula Degeneration.

„Da is dann, äh, hab i dauernd a Konjunktivitis ghabt, und dadurch hab i natürlich nicht gesehen, obwohl die Dioptrien gestimmt ham, aber i hab schlecht .. schlecht gesehen. Also da wor a bestimmte Entfernung, und wenn da a Träne wor, da hob i doppelt gesehen.“

In diesem Zusammenhang wurde auch auf andere Autofahrer aufmerksam gemacht, die trotz ihrer Sehschwäche weiterhin mit dem Auto unterwegs sind.

„Ich hab einen Freund der ist (...) vierundachtzig .. der ist auf dem einen Auge blind und (..),(...) am anderen Auge hat er nur mehr 40-50% und der fahrt noch mit dem Auto.“

Auf die Frage hin ob der Gedanke des Autofahren-Aufgebens zu dem Zeitpunkt der Diagnose bestanden hat, antwortete eine Interviewpartnerin folgendermaßen:

„Es ist dann so im Laufe der Zeit, wie vor allem mein Augenlicht schwächer geworden ist, dann hab ich mich schon langsam daran gewöhnt, dass es bald nicht mehr geht.“

Betont wurde des Öfteren die Tatsache, dass die Reaktionsfähigkeit im Alter rasant absinkt und sich als Resultat ein unsicheres Fahrverhalten zeigte.

„Des is a (...) die Reaktionsfähigkeit is also in allen Handlungen reduziert.“

„Manche sehen schlecht, oder die Reaktionsfähigkeit is nimma, da könnt ich vielleicht manchen Unfall vermeiden.“

„Na, und hab natürlich schon gemerkt, dass an der Reaktionsweise etwas behindert is.“

Ein Interviewteilnehmer verdeutlichte die mit dem Alter einhergehenden Schwächen in Bezug auf das Autofahren in sehr anschaulicher Weise,

„Und das is glaub ich falsch wenn die Leute denken wenn sie Auto fahren .. sind sie noch irgendwie im Leben stehend ... Schauen Sie, das Einparken ist doch ein Problem ... Ich kann doch nicht einparken wenn ich meinen Kopf nicht drehen kann, zum Beispiel. (...) Wenn man einparkt, muss man schauen können, ein jeder Mensch hat ein Cervicalsyndrom in dem Alter, und kann also die .. Wirbelsäule nicht so bewegen wie es notwendig ist. Und daher ist das Einparken ein Martyrium für alte Leute.“

Das Bewusstwerden der eigenen Schwächen führte zu einer Änderung des Verhaltens. Für einige war dies der entscheidende Denkanstoß um sich erstmals über die Endlichkeit des Autofahrens Gedanken zu machen.

„(...) und da hab ich mir gedacht jetzt musst aufpassen.“

4.2.2 Bewusst Situationen vermeiden

Um vom Verlust der körperlichen Kräfte und dessen Auswirkungen auf das Autofahren abzulenken, wurden bestehende Fahrgewohnheiten erstmals bewusst gemieden. Das zunehmende Einstellen gewisser Fahrten führte dazu, den damit verbundenen Anstrengungen zu entgehen.

„Ausfahrten hab i nimma gmacht (...) das hab i dann gemieden, weil des is zu anstrengend war, weil i da gmerkt hob, des is, is nicht mehr das Richtige.“

„Bei uns ist es immer sehr eisig und das ist recht unangenehm zum Fahren.“

„(...) bin ich nur bekanntere Strecken gefahren und auch vorsichtiger gefahren. Aber nur die wichtigsten Fahrten natürlich (...) wie einkaufen fohren.“

Ein Interviewteilnehmer bildete eine Strategie, um einerseits sicherer und bequemer in den Urlaub fahren zu können ohne jedoch auf das eigene Auto verzichten zu müssen. Das Benutzen eines Autoreisezuges stellte eine temporäre, aber auch angenehme Alternative zum Autofahren dar.

„und hab also versucht, versucht dem, dem Autofahren auszuweichen, indem i mitn Autozug nach Wien gfahren bin und was waß i, nach Innsbruck und von dort nach (..),(..) gfahren bin, also, also, wir sind weniger gefahren mit dem Auto.“

Ein Interviewteilnehmer berichtete sogar davon sich die Fahrten mit seiner Lebenspartnerin zu teilen um der Belastung des Autofahrens, zumindest teilweise, aus dem Weg gehen zu können.

„ (...) beim Privatfahren, da haben wir immer getauscht. Ja, da ham ma immer gewechselt. (...) damals wars so, hauptsächlich, dass ma uns die Fahrtzeit teilt' haben. Da war i, war i stur. Da hab ich nach sieben (,) 100 Kilometer, war i „aus, jetzt fahrst du weiter.“

Nur eine Person berichtete davon kein Meideverhalten angewandt zu haben. Das meiden von bestimmten Verkehrssituationen sei nicht sinnvoll und mit einem falschen Ehrgeiz in Zusammenhang zu bringen. Stattdessen stand für diese Person die Vernunft und Wahrung der eigenen Sicherheit im Vordergrund.

„Des hoit i für an Unfug, so a, die meisten Leute aus lauter Ehrgeiz, nicht gestehen wollen, dass sie nicht mehr in der Lage sind sich nicht mehr ein Auto zuzulegen. (...) da wor i ned so ehrgeizig dass i Autofahren muss, weil i gsagt hab, äh, weil des sicher fühlen. (...) die Autofahrer fahren aus Ehrgeiz, aus falschem Ehrgeiz fohren sie weiter. Den Ehrgeiz hab i nie gehabt.“

4.2.3 Schwächen akzeptieren

Im Verlauf der Interviews wurde deutlich, dass die Betroffenen ihre, mit dem Alter erworbenen, Einschränkungen zuerst zur Kenntnis nehmen mussten bevor sie eine Entscheidung treffen konnten. Der endgültige Entschluss das Autofahren aufzugeben, konnte nur dann getroffen werden, wenn man seine Schwächen bewusst wahrgenommen und sich damit auseinandergesetzt hat.

Dennoch gab es eine Vielfalt an anderen Beweggründen, die das Beenden des Autofahrens bestärkten. Diese sollen in der nachfolgenden Subkategorie „Den richtigen Zeitpunkt finden“ aufgezeigt werden.

4.2.4 Loslassen können

Das erstmalige Auseinandersetzen mit dem Gedanken irgendwann nicht mehr selbst Autofahren zu können war für viele unvorstellbar. Die Betroffenen sprechen zwar im Regelfall über dieses Thema, jedoch scheint es sie selbst nicht zu betreffen. Erst durch einschneidende Erlebnisse wird die eigene Fähigkeit ein Auto zu lenken in Frage gestellt. Der altersbedingte Abbau des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens führt zu einer ersten intensiven Auseinandersetzung mit der Beendigung des Fahrens.

Eine Teilnehmerin konnte es sich überhaupt nicht vorstellen jemals auf das Autofahren verzichten zu müssen.

„Ich hab nur davon gesprochen, aber ich hab es nie akzeptiert.“

Mutmaßungen darüber wie sich das Leben wohl ohne Auto verändern wird, standen bei einer Teilnehmerin im Fokus ihrer Gedankenwelt.

„Ich hab mir oft gedacht, wie wird das sein, wenn es soweit ist. Aber ich muss sagen, der Übergang war eigentlich in Ordnung.“

Eine Teilnehmerin, die etwas abgelegen lebt, glaubte nicht daran, dass ein Leben ohne Auto in ihrem Zuhause möglich wäre.

„Ich hab immer gesagt, das ist unvorstellbar ohne Auto. Wenn ich irgendwann nicht mehr Autofahren kann, bin ich auf meinem Berg verschollen. Aber es ist nicht so.“

4.2.5 Den richtigen Zeitpunkt finden

Es erwies sich als durchaus schwierig für die Betroffenen abzuschätzen wann es Zeit ist das Autofahren endgültig einzustellen. Dennoch gab die Mehrheit der Befragten an, dass der Ausstieg aus dem Verkehrsleben eher fließend geschah. Das anfängliche Meiden bestimmter Fahrten wurde später immer weiter ausgedehnt, bis zu dem Zeitpunkt, an dem das Auto fast gar nicht mehr verwendet wurde. Die endgültigen Gründe des Aufhörens wurden vielfältig begründet.

Eine Teilnehmerin schilderte, dass sie vor allem aus Rücksicht gegenüber anderen Verkehrsteilnehmern das Autofahren einstellte. Die Angst einen Fahrfehler mit fatalen Folgen zu erleben, bestärkte sie dabei in ihrem Handeln.

„Denn die anderen können nix dafür, nur weil ich fahren möchte, dass ich's totführ' oder was. Lieber ned.“

Eine weitere Teilnehmerin gab an, das Autofahren für ihren bettlägerigen Mann aufgegeben zu haben, umso mehr Zeit der Pflege widmen zu. Der Verzicht ermöglichte ihr außerdem mehr wertvolle Stunden, die sie gemeinsam mit ihrem kranken Mann verbringen konnte.

„Es war ned so a Umstellung, das is eher fließend gegangen, weil i das Haus eh nimma verlassen hab können wegen meinem pflegebedürftigen Mann.“

Andere GesprächsteilnehmerInnen betonten vor allem, dass Gefühle wie Angst oder Unsicherheit ihr Fahrverhalten begrenzten. Im Vordergrund stand dabei die Angst an Unfällen beteiligt, oder noch schlimmer, schuldig zu sein. Viele beendigten die Autofahrten zur Gänze, um diesen negativen Gefühlen ausweichen zu können.

„ (...) weil dann war ma die, die Verantwortung zu groß. Also ich hab das Auto dann sofort hergegeben, weil das ist schon wichtig, dass man nicht mehr in Versuch kommt zu fahren.“

Eine Interviewpartnerin berichtete von einschneidenden Erlebnissen beim Autofahren. Stressbedingte Reaktionen ihres Körpers, wie heftiges Schwitzen, zeigten ihr, dass ein Leben ohne Auto sicherlich als angenehmer und entspannter empfunden werden würde.

„Denn, wie ich in die Stadt gefahren bin, da war ich dann schweißgebadet wenn ich wieder heimgekommen bin.“

Das Thema Autounfall beschäftigte auch einen anderen Gesprächsteilnehmer. Ein schwerer Autounfall im Verwandtenkreis bestärkte ihn in seinem Vorhaben das Autofahren endgültig einzustellen. Durch den schweren Zusammenstoß der Fahrzeuge wurden die Beteiligten schwer verletzt und die Verwandte wurde letztendlich zum Pflegefall. Dieses einschneidende Erlebnis veranlasste den Gesprächsteilnehmer dazu, seine Meinung über das Autofahren im Alter grundlegend zu hinterfragen und zu überdenken.

„Bitte, ich muss dazu sagen, wir haben in der Familie einen tragischen Autounfall gehabt (...) das hat sicher mich auch geprägt, in meiner, in meiner Ansicht über das Autofahren. (...) und es war sicherlich mitbeeindruckend für mich, dass ich vorsichtiger geworden bin in dieser Beurteilung der Fahrtüchtigkeit.“

Das Erlebte beeinflusste das Verhalten des Befragten so stark, dass er rasch die Entscheidung traf nicht mehr Autozufahren.

„ (...) da hob i gsogt „Aus“, des mitn Autofahren und hob donn stur aufghert, mitn Autofahren.“

Eine weitere befragte Person bestätigte, dass sie aufgrund ihres Meideverhaltens bestimmter Verkehrssituationen gegenüber die Fahrpraxis verlor und deswegen entschied nicht mehr autozufahren.

„ (...) weil ich zu wenig Fahrtechnik hatte ... oder wie sagt man (,) zu wenig Fahrpraxis.“

4.2.6 Endgültig stillstehen

Die intensive Auseinandersetzung mit sich selbst veranlasste alle GesprächspartnerInnen dazu selbst eine Entscheidung zu treffen. Erstaunlicherweise befand sich niemand unter den TeilnehmerInnen, der aufgrund eines Anratens das Autofahren beendigte. Alle TeilnehmerInnen entschieden sich freiwillig für ein Leben ohne Auto.

Aufgrund bestimmter durchlebter Situationen und prägenden Erlebnissen wurde eine Entscheidung getroffen. Die Entscheidungsfindung nahm dabei unterschiedlich lange Zeit in Anspruch.

„Das is alles eine persönliche Einstellung, bin ich der Meinung. Autofahren ist nicht der Lebensinhalt.“

„Ich hab ihm klipp und klar gesagt, mein Führerschein ist weg und aus.“

Der endgültige Entschluss und das Abschließen mit dem Autofahren stellt eine große Erleichterung für die Betroffenen dar.

„Ich bin nur so froh, dass ich selber den Entschluss gefasst habe aufzuhören (,) das war so befreiend.“

4.3 Die Gefühlswelt

Während des gesamten Prozesses durchlaufen die Betroffenen ein Wechselbad der Gefühle. Anfangs ignorierten die GesprächspartnerInnen ihre altersbedingten Einschränkungen, aber nachdem sie diese bewusst wahrgenommen hatten, erlebten sie eine Vielzahl an vorwiegend negativen Gefühlen und Gedanken. Das Auseinandersetzen mit den eigenen Schwächen weckte viele Ängste. Verbunden mit der Angst war die Tatsache irgendwann vollkommen auf fremde Hilfe angewiesen sein zu müssen. Auch der Verlust von Unabhängigkeit und die mit dem Beenden des Autofahrens einhergehende Angst vor Isolation standen im Fokus der Gedanken.

Um von den Beeinträchtigungen Abstand zu nehmen, vermieden alle Interviewteilnehmer gewisse Fahrten. Hauptsächlich wurde dabei von den Gemütszuständen Angst und Unsicherheit berichtet.

Nach dem Prozess der Entscheidungsfindung überwog ein positives Gefühl von Stolz und Erleichterung.

Im Folgenden sollen ein kurzer Überblick über die wichtigsten Empfindungen der Betroffenen gegeben werden. Dabei wird zuerst näher auf das, nach der Beendigung des Autofahrens, erworbene positive Gefühl des Stolzes eingegangen. Im Weiteren soll die Sichtweise über die eigene Situation und das Empfinden gegenüber anderen älteren Autofahrern dargestellt werden. Zu guter Letzt wird eine spezielle Subkategorie vorgestellt, welche sich während der Gespräche herauskristallisierte. Es handelt sich um die Subkategorie „Unverständnis“, welche die Meinung der Betroffenen gegenüber der Fahreignung anderer Autofahrern verdeutlicht.

4.3.1 Stolz

Während der Gespräche konnte man klar erkennen welche positiven Gefühle bei den Teilnehmern nach ihrer Entscheidung dominierten. Dazu zählten Gefühle wie Selbstzufriedenheit, Erleichterung und Stolz. Die endgültige Entscheidung das Autofahren zu beenden wurde vorwiegend als positiv beschrieben. Alle Ängste und negativen Gedanken rund um das Autofahren, die bis zur Entscheidungsfindung dominierten, waren wie weggeblasen. Erleichterung machte sich breit.

Voller Stolz sagte eine Gesprächspartnerin *„Das war rein meine Entscheidung“*.

Ein Teilnehmer erwähnte die Gefühle seiner Familie nachdem er beschloss nicht mehr Autofahren zu wollen.

„Den Eindruck hab i scho ghabt, dass sie selbstbefriedigt waren, dass i des Risiko nicht mehr eingehe, ja (?)“

„Aber sie waren eigentlich (,) hab ich den Eindruck (,) froh wie i g'sagt hab i fahr nimma.“

Abgesehen davon, betonte eine Interviewpartnerin, dass der damalige Führerscheinbesitz, vor allem für eine Frau, schon etwas ganz Besonderes gewesen sei. Aus diesem Grund hat sie den Führerschein nie entsorgt, obwohl sie kein Auto mehr besitzt und auch nicht mehr fahren wird.

„Also den Führerschein hab ich schon noch zuhause, weil ich bin ein bisschen eitel, ich nehm' diesen noch als Personalausweis. Da spricht ja nichts dagegen.“

4.3.2 Selbstbild und Fremdbild

Die Aussagen, welche die Betroffenen über andere aktive Autofahrer tätigten waren interessanterweise eher negativ.

Während sich die meisten InterviewteilnehmerInnen überwiegend positiv zu ihrer aktiven Zeit als ältere Autofahrer äußerten, wurden andere Autofahrer, die wie sie selbst auch zur Personengruppe über 70 Jahre gehören, meist negativ in ihrem Handeln beurteilt.

„Ich hab einen Freund (...) er fährt jeden Tag in die Stadt hinein zum Einkaufen, weil er in den Markt gehen muss oder was .. und ich trau' mich ned bei dem ins Auto einsteigen .. da sag ich „Ich fahr nicht bei dir“, bei allem Wohlwollen.“

Eine Interviewpartnerin versuchte das Verhalten eines Bekannten, der einen Autounfall verursachte, zu beschwichtigen.

„ (...) weil noch ist er ja fit und alles, aber jetzt hat er in der letzten Zeit einen klitzekleinen Blechschaden gehabt und jetzt hat er so Angst gehabt, dass er erneut zur Führerscheinprüfung gehen muss (...), weil mit Computerprüfungen kennt er sich nicht aus. (...) Und das war ebenso ein Schreck, ganze acht Tage hat er das Auto nicht angerührt. Wir haben ihn dann eh beruhigt und gesagt, wir brauchen dich, wir Frauen, es gibt ja nur mehr dich mit dem Auto.“

4.3.3 Unverständnis

Besonders Personen, die das Autofahren schon vor längerer Zeit aufgegeben haben, zeigen ein verstärktes Unverständnis gegenüber der allgemeinen Beurteilung der Fahrtauglichkeit.

„Da sind Leute die haben einen Behindertenausweis Stufe 3 und haben weiterhin den Führerschein ... Ich bin Behindertenstufe 2 und hab' weiterhin meinen Führerschein .. meine Frau hat den Führerschein nach wie vor, und die ist Behindertenstufe 3.“

Vor allem ein Interviewpartner zeigte seit seiner Beendigung des Autofahrens eine sensibilisierte Wahrnehmung für die momentane Lage der Überprüfung der Fahreignung älterer Verkehrsteilnehmer.

„Und Leute die in dem Alter noch Autofahren und (...) nicht mehr optisch in der Lage sind zu sehen (..), (...) das Amt verständigen. Eine Seuchenanzeige muss ich ja auch machen, warum macht der ned a Meldung „bitte, der Patient Sowieso hat eine Sehfähigkeit von so und so viel Prozent“ und aus. Das wäre doch notwendig. Da muss man melden dass der nichts mehr sieht, das is ja keine Schand’ ned.“

Die aktuelle Gesetzeslage wirft großes Unverständnis gegenüber der Überprüfung der Fahreignung auf. Eine Gesetzesänderung, die eine Prüfung der Fahrtauglichkeit im Alter beinhaltet, scheint kaum umsetzbar zu sein. Ein Interviewpartner bringt die prekäre Lage, in der sich unsere Gesellschaft befindet, auf den Punkt.

„Um Gottes Willen, welche Partei das durchbringt, die werden sofort abgewählt, nicht (?)“

4.4 Das soziale Umfeld

Die Hauptkategorie „Das soziale Umfeld“ beschreibt welche Rolle die Familie, Bekannte und der Hausarzt in der Frage der Fahreignung spielen. Nachdem alle Interviewteilnehmer angaben, keine Entscheidungshilfe von Seiten Anderer angenommen zu haben, hat sich der Schwerpunkt des sozialen Umfeldes auf ein anderes Handlungsfeld begrenzt. Die sozialen Kontakte hatten keinerlei Mitspracherecht bei der Entscheidung das Autofahren aufzugeben hatten und spielten damit eine untergeordnete Rolle bei der Entscheidungsfindung.

Ersichtlich wurde, dass ein Leben ohne Auto aber ohne das soziale Umfeld unmöglich wäre. Durch die Angewiesenheit auf andere rückte das soziale Umfeld nach der Entscheidung in den Mittelpunkt des Lebens. Die nachfolgenden Subkategorien zeigen auf, wie wichtig die sozialen Kontakte im Leben der Betroffenen sind.

4.4.1 Die Familienangehörigen

Die Familienangehörigen sind die wichtigste Stütze, die Personen ohne Auto besitzen. Interessanterweise berichtete die Mehrheit der InterviewteilnehmerInnen darüber, dass sie kein Problem damit hätten ihre Familie um Hilfe zu bitten.

„Ohne die würd eh nix gehen, da bin i scho angewiesen, aber abhängig würd i ned sagen. Es geht eh a so. Für die war des a ka Thema, dass i nimma fohr. Wenn i was brauch, dann ruf i an und die helfen ma eh.“

Die restlichen Interviewten betonten, dass es für sie schon schwierig war und es eine Menge an Überwindung gekostet hat, andere um Hilfe zu bitten. Die Auswertungen dazu finden sich unter der Subkategorie „Angewiesenheit“ wider.

4.4.2 Der Bekanntenkreis

Den zweitwichtigsten Stellenwert nehmen Bekannte beziehungsweise die Nachbarn ein. Falls Familienangehörige verhindert sind oder nicht schnell genug erreichbar, werden andere Personen um Hilfe gebeten. So entwickelten viele eine enge Beziehung zu den Menschen in ihrem unmittelbaren Umfeld.

„Das hat sich jetzt schon im Laufe der Jahre herumgesprochen, dass ich froh bin wenn mich wer mitnimmt. Und da werd ich oft eingeladen, dass ich in die Stadt mitfahren darf. Nachhause fahr ich dann mit dem Taxi.“

„Also wir haben eine sehr gute Nachbarschaft und es fahren Viele.“

„Ja, also ich hab Bekannte, und meine Friseurin, da könnte ich jeden Tag mit in die Stadt fahren und wieder zurück. Das ist sehr praktisch. Also das geht ganz gut.“

4.4.3 Der Hausarzt

Der Hausarzt nimmt bei allen Gesprächsteilnehmern eine wichtige Rolle in deren Leben ein. Auf die Frage hin ob der Hausarzt bei der Entscheidungsfindung geholfen hatte, wurden klare Aussagen getätigt die dies verneinten. Nur eine Person gab an, dass der Hausarzt das Thema Fahrtüchtigkeit ansprach.

Im Nachhinein gesehen hätten es die Interviewten als angenehm und passend empfunden wenn der Arzt das Thema Fahrtüchtigkeit im Alter mit ihnen besprochen hätte.

„ (...) aber der praktische Arzt, der behandelnde Arzt sozusagen, ist nicht verpflichtet Behinderungen in der Fahrtüchtigkeit der Behörde zu melden.“

Einige TeilnehmerInnen würden sich für die nachfolgende Generation eine Aufklärung und damit verbundene erleichternde Entscheidungshilfe wünschen.

„Andererseits wäre es gut, wenn das Ärzte sagen würden, das ist immer noch besser als wie wenn das der Nachbar sagen würde „Jetzt ist es höchste Zeit, jetzt hörst du auf“. Das würde man wahrscheinlich als Kränkung empfinden, aber beim Arzt wäre das meiner Meinung nach ganz anders.“

„Wichtig würde ich es für andere Menschen schon finden, weil durch die ganzen Weh-Wehchen die man hat, ist man schon ziemlich (...) man kann halt nicht mehr so wie früher.“

Wie bereits erwähnt, gab nur eine Befragte an, ein Gespräch mit ihrem Hausarzt, über die Fahreignung ihres kranken Mannes, geführt zu haben.

„Unser Arzt hat uns aufgeklärt, er hat gesagt mei Mann sollte nimma fahren, aber verboten hat ers ned,... er hat uns halt drauf aufmerksam gemacht (,) aber zu dem Zeitpunkt ham ma eh scho alle gwusst dass des nimma geht.“

4.5 Ein neuer Lebensabschnitt beginnt

Der neue Lebensabschnitt bringt eine Reihe an Veränderungen mit sich. Die folgenden Subkategorien beschreiben, welchen Problemen und Herausforderungen sich die Betroffenen nun stellen müssen.

4.5.1 Leben ohne Auto

Das Leben der Betroffenen ändert sich, ohne die Möglichkeit selbständig wohin zu fahren, grundlegend. Einige beschreiben, dass das neue Leben ruhiger und langweiliger geworden ist.

„Naja, es ist langweiliger geworden. Es ist lang nicht mehr so, (..) hm wie soll ich jetzt sagen (..), wenn ma jetzt einfallt ich brauch an Schlagobers, des geht nimma mehr, gell (?).“

Eine Befragte erzählte, dass sie ihre Erledigungen nun mit dem Rad bewältigt, um so ein Stück ihrer Unabhängigkeit zu bewahren.

„I fahr halt mitn Rad zum Einkaufen, oder wenns so heiß is, da muss i jeden Tag ans Grab zum Blumen gießen. I mach alles mitn Rad (,) is ja viel bequemer, da brauch i ned so lang durch den ganzen Verkehr .. is ja viel gscheiter.“

4.5.2 Angewiesenheit

Die Betroffenen sind nun damit konfrontiert andere Menschen um Hilfe zu bitten, wenn sie wohin wollen. Dies war für viele Interviewteilnehmer eine eher unangenehme Erfahrung. Andere berichteten jedoch, dass es für sie überhaupt kein Problem darstellte andere um Hilfe zu fragen. Die konträren Meinungen lassen sich anhand der nachfolgenden Aussagen wunderbar vergleichen.

„Das dauert schon eine Weile bis man sich an das gewöhnt. Weil es war früher eigentlich, eigentlich immer ich diejenige, die wen mitgenommen hat und die angeschafft hat und so weiter. Und jetzt muss man einmal „Bitte“ sagen. Das ist nicht leicht.“

„Naja, der Lebensstil hat sich verändert, weil man drauf angewiesen ist, äh, äh ... die öffentlichen Verkehrsmittel zu benützen oder Freunde zu bitten.“

Drei Befragte zeigten keine Schwierigkeiten beim Fragen um Hilfe.

Na, das war mir nie unangenehm ... Ich bin ein charmanter, höflicher Mensch und hab gesagt „Bitte fahr mi dorthin“ oder „Du bist eh in der Stadt“.

Nein, nein, weil die machen das eh aus Liebe zu mir. Das ist mir aber eigentlich egal, weil die helfen gerne.“

„Die bekommen eh was dafür, Benzingeld zum Beispiel.“

Im Laufe des Gesprächs wurde besonders bei einem Teilnehmer Erinnerungen an die eigene Kindheit geweckt. Dieser rief sich die Zeit von damals ins Gedächtnis, in welcher man auch gut ohne Auto zurechtkam.

„Man muss sich umstellen, aber früher ham ma a ka Auto ghabt. Ich halte auch dieses Gerede „Ja, die müssen ein Auto haben, die müssen in die Arbeit fahren“ früher sind's a in die Arbeit gfahren, da geht man a Viertelstunde zum Bahnhof und da wird eingestiegen .. heute müssen die Schüler (..),(...) die müssen ein Auto haben, weil, weil die .. Fachhochschule vier Kilometer weit weg ist.“

Trotz alledem schöpfen die Befragten auch aus positiven Veränderungen Kraft, die das neue Leben mit sich bringt.

„Der Lebensstil wird geändert, aber die positive Lebenseinstellung die hält (,) man kann auch ohne Auto auskommen.“

„Ich lebe bewusster. Weil ich jetzt weniger Ablenkung habe. Ich genieße jetzt Sachen, die früher für mich alltäglich waren. Also es sind schon Pluspunkte auch dabei.“

4.5.3 Organisation

Der Beginn des neuen Lebensabschnittes bringt eine Vielzahl an Änderungen mit sich. Es bedarf an Koordinationsvermögen und Überwindung den Alltag komplett neu zu organisieren. Wie die Personen ihr Leben neu gestalten, lässt sich aus deren Aussagen gut erkennen. Eine Interviewpartnerin berichtete, dass der Einkaufsplan für die kommende Woche immer bereit liegen müsste, da sie nicht weiß, wann sie wieder jemand in die Stadt zum Einkaufen mitnimmt.

„Ich muss jetzt alles vorplanen und meinerwegen eine Wocheneinkaufsliste zusammenstellen, die ich dann bei der Hand hab, wenn mich jemand mitnimmt.“

„Beim Arzt muss i ma die Termine dann natürlich scho so einteilen, dass i erst wieder kommen kann wenn wer Zeit hat dass a mi hinführt.“

Es werden aber auch neue Alternativen gefunden, um die Selbständigkeit zu erhalten und somit die eigene Versorgung zu sichern.

„Naja, ja, aber ich hab ein großes Lager, hauptsächlich für den Winter, wenn die Leute nicht sooft in die Stadt fahren.“

4.5.4 Isolation

Aufgrund der eingeschränkten Lebensweise, ist es nicht mehr möglich spontan irgendwo hinzufahren. Das hat einerseits eine Vereinsamung und andererseits eine Isolation mancher Menschen zur Folge.

„Dass natürlich eine gewisse, äh, Vereinsamung verbunden ist wenn man selber kein Auto mehr hat, man ist nicht mehr beweglich, man kann also nicht mehr dort hinfahren oder dort hinfahren.“

Dennoch projiziert ein Interviewpartner den Verlust von Freundschaften nicht nur auf das Fehlen eines Autos, sondern begründet die Isolation als natürliche Erscheinung des Alters.

„Das is, ah, der Lebenskreis wird sicher eingeengt wenn man selbst keinen Führerschein, ah, selbst nimma Auto fährt. Das steht fest. Es is an sich eine Erscheinung, die das Alter an sich bringt, nicht der Führerschein, sondern (,) nicht wegen dem Autofahren (,) sondern überhaupt.“

„Dass dieser Lebenskreis eingeengt wird, das muss man hinnehmen wenn man alt wird, nicht (?).“

Das Aufrechterhalten der sozialen Kontakte gestaltet sich ohne Auto natürlich etwas schwieriger, aber es ist trotzdem nicht unmöglich gewisse Beziehungen weiterhin zu pflegen.

„Wir haben ja immer unseren, so sag ich, Oldie-Kreis. (...) Da gehen wir einmal im Monat (,) da treffen wir uns irgendwo, und gehen fein essen oder so.“

Als Alternative zum gemeinsamen Treffen wird im Alter vornehmend das Telefon als Alternative zum Aufrechterhalten der Kontakte verwendet. Dennoch kann man den Verlust der Freunde und Bekannten nicht gänzlich vermeiden.

„Hauptsächlich telefonisch, weil der große Freundeskreis ist weg, und die Leute sind auch schon in meinem Alter und die trauen sich auch nicht mehr mit dem Auto fahren. Am ehesten fahren noch die Männer (,) aber wenn wir Frauen uns treffen wollen, da wollen wir nicht unbedingt die Ehemänner dabei haben .. und ganz schleichend hört sich das dann auf.“

Eine Gesprächspartnerin äußerte keinerlei Probleme des nun einsameren Lebens, da sie ein Mensch sei, der gerne die Zeit alleine verbringt.

„Bin ein Mensch der gern allein is. Zuerst sag i immer ja, aber dann wenns so weit is, bin i eh so nervös, do mog i dann gor nimma wo mitfahren. I bin lieber daheim, im Garten oder im Haus.“

4.5.5 Verzicht

Die neue Situation, mit der die Betroffenen konfrontiert sind, ändert vieles in ihrem Leben. Dinge, die früher selbstverständlich waren, müssen von nun an genau geplant und abgesprochen werden. Dabei erfuhren die InterviewteilnehmerInnen, dass sie in ihrem neuen Lebensabschnitt auf einiges verzichten müssen.

„Naja, ja, Konzert- oder Theaterbesuche sind ned ... also weg, und kleinere Ausflüge sind weg.“

„Für große Erledigungen wärs halt scho praktisch, zum Beispiel wenn i an 25kg Sack Mais brauch, weil i im Winter die Wildenten füttere. Den könnt i dann schneller holen von der Mühle wenn i nu mitn Auto fahren würd. Aber des mocht ja nix.“

Angesprochen wurde auch die Problematik anderen eine Freude machen zu wollen, dies jedoch oft falsch verstanden werden würde. Essenseinladungen beispielsweise würden den Anschein erregen, dass das Essen nur dem eigenen Vorteil dienen würde. Eine Interviewteilnehmerin erlebte diesen Umstand zum wiederholten Male und erklärte, dass in diesem Falle ein geschicktes Handeln erforderlich wäre.

„Also ich kann schon anregen. Aber ich kann ned sagen (,) ich lad euch zum Essen ein, weil das heißt dann quasi „Wenn ihr nicht fahrt, dann habt ihr auch nix davon“. Das ist ein bisschen blöd und das muss dann immer so ein bisschen (,) diplomatisch regeln (lacht). Und auch die Treffen in der Stadt (,) vor allem am Abend, mit Freunden (,) das ist alles weg.“

4.5.6 Alternativen finden

Im Folgenden wird auf die alternativen Transportmöglichkeiten hingewiesen. Dabei spielen vor allem die öffentlichen Verkehrsmittel wie Bus und Bahn, sowie spezielle Hilfseinrichtungen für ältere Menschen eine entscheidende Rolle.

Ein bedeutsamer Unterschied in den Gewohnheiten der Nutzung von Alternativangeboten zum Auto lässt sich in der bestehenden Wohnsituation erkennen. Es herrscht ein deutlicher Unterschied zwischen Leuten, die am Land wohnen, und Leuten, die ihren Lebensabend in einer Stadt verbringen. Es fällt auf, dass nur Personen die in der Stadt leben die öffentlichen Verkehrsmittel benutzen. Hingegen benutzten nur Leute, die am Land wohnen, vermehrt Angebote von Hilfseinrichtungen.

Von den sechs Befragten nutzten drei Personen die öffentlichen Verkehrsmittel. Die Befragten berichteten von vorwiegend positiven Auswirkungen, die die öffentlichen Verkehrsmittel auf sie ausüben würden.

„Öffentliche Verkehrsmittel kann man sicher als Alter genauso gut auskommen wie mit Auto.“

Die GesprächspartnerInnen haben den öffentlichen Verkehrsmitteln positive Eigenschaften, wie beispielsweise „keine Verspätungen“ oder „weniger Stress“ zugeschrieben.

„Ich habe die öffentlichen Verkehrsmittel immer gerne benützt. (...) Verspätung hab' ich auf der Autobahn mehr wie auf den Zug.“

Widererwarten stellte die Bedienung der Automaten am Bahnhof oder im Bus meist kein Problem für die Betroffenen dar.

„(...) dann fahr ich mit dem LUP in die Stadt, aber natürlich find ich die Knöpfe ned bei dem Automaten. Das ist aber auch kein Problem, denn da stell ich mich einfach zur Tür und frag „wie geht denn das auf?“, „Kann mir das wer zeigen?“.“

„ (...) da fahr ich dann vom Arzt mit dem Taxi zum Bahnhof, den jungen Männern sag ich das, na, die nehmen mich am Arm und setzen mich in den Zug rein und im Zug hab ich dann einen Zugbegleiter (,) der schmeisst mich dann in St.Pölten raus und da steht dann schon der Taxler, der mich heimbringt.“

„Mitn Bus fahr i, da kann i nämlich des Ticket beim Schaffner lösen, des is bequem.“

Nur eine Person gab zu, dass sie die Fahrtickets am Bahnhof nicht lösen kann.

„Beim Zug kenn i mi ned so aus, da weiß i ned wie des funktioniert. Es helfen einem schon junge Leute, aber i mog trotzdem ned mitn Zug fahren, da weiß i ja vielleicht ned wann i aussteigen muss.“

Die restlichen TeilnehmerInnen benutzten die öffentlichen Verkehrsmittel nicht, da kein Bedarf bestünde und die wichtigen Fahrten durch Familienmitglieder ermöglicht werden können. Abgesehen davon, ist es für Personen die am Land wohnen eher unüblich auf derartige Alternativangebote zurückzugreifen.

Die Leistungen, die durch Hilfseinrichtungen angeboten werden, werden oft von Personen die am Land wohnen in Anspruch genommen. Eine Befragte erhält regelmäßig Besuch von Mitarbeitern der Volkshilfe. Diese Mitarbeiter stehen den Betroffenen unterstützend mit einem Auto zur Seite und erledigen gemeinsam mit ihnen Einkäufe oder andere Erledigungen.

Ein anderer Interviewteilnehmer nimmt das Angebot einer 24-Stunden Betreuung zur Hilfe. Die HelferIn hat auch ein Auto zur Verfügung und steht jederzeit bereit um den Betroffenen in jeder Lebenslage zur Seite zu stehen.

5 Abschließende Erklärung

Die nachfolgenden Modelle sollen den Prozess, den ältere Menschen beim Aufgeben des Autofahrens durchlaufen, verdeutlichen.

Das erste Modell stellt den Prozess, angefangen von den altersbedingten Veränderungen des Körpers, über ein bewusstes Meiden bestimmter Verkehrssituationen, den dabei mitspielenden Faktoren, bis hin zur endgültigen Entscheidung das Autofahren zu beenden, dar.



Abbildung 9: Erklärungsmodell 1 – Der Prozess der Entscheidungsfindung

Das zweite Modell soll eine Übersicht darüber geben mit welchen Änderungen Menschen nach ihrer Entscheidung das Autofahren aufzugeben zu kämpfen haben. Nach der Auswertung und Analyse der Daten wurde ab dem Zeitpunkt des Autofahren-Aufgebens ein bestimmter Kreislauf erkennbar. An oberster Stelle findet sich die Kategorie der Angewiesenheit, auf diese folgt die neue Organisation des Alltags. Der neue Alltag bringt gewisse Einschränkungen ans Tageslicht und ist meist mit einer Zurückgezogenheit oder Isolation der Betroffenen in Zusammenhang zu bringen. Der Isolation kann man durch das Angebot an Alternativen entkommen, jedoch ist dieses Alternativangebot wieder an die Angewiesenheit auf fremde Hilfe gekennzeichnet.

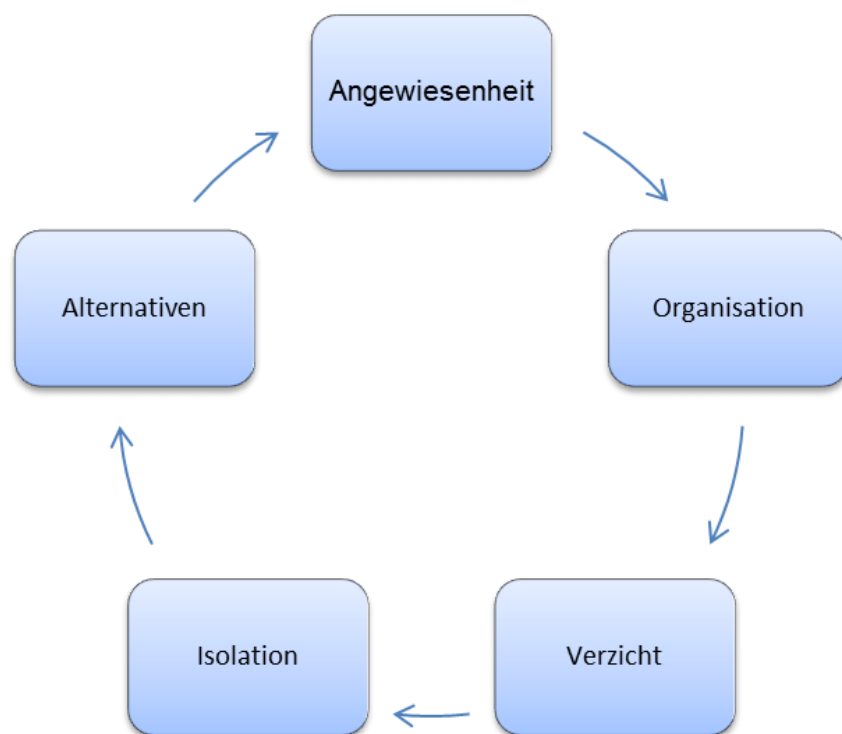


Abbildung 10: Erklärungsmodell 2 – Der Problemlösungszyklus

6 Diskussion

Mithilfe dieser Arbeit wurde versucht einen Einblick in die Welt von Personen zu geben, die sich dazu entschlossen haben das Autofahren aufzugeben. Außerdem soll anhand der vorliegenden Arbeit die Problematik bis zur endgültigen Entscheidungsfindung aufgezeigt werden.

Damit man den Prozess des Autofahren-Aufgebens und dessen Auswirkungen auf das Leben nachvollziehen kann, muss man zuerst verstehen, wie, wann und warum der Betroffene diese Entscheidung trifft.

Mithilfe der gewonnen Daten und der darauffolgenden Analyse wurden fünf Hauptkategorien herausgefiltert, die den Prozess von der Entscheidungsfindung an bis hin zum Leben ohne Auto und dessen Auswirkungen darstellen. Im Rahmen der Datenanalyse konnten zwei Modelle entwickelt werden, die den Prozess des Autofahren-Aufgebens beschreiben. Das Autofahren-Aufgeben gliedert sich somit in zwei Abschnitte. Der erste Abschnitt beschreibt den Weg den Betroffene erleben bis zur Entscheidung nicht mehr aktiv autozufahren. Der zweite Abschnitt beschäftigt sich mit den Folgen des Autofahren-Aufgebens und dessen Auswirkungen auf das Leben.

Das erste Modell beginnt mit den Veränderungen des Alters. Ein altersbedingter Abbau von körperlichen und geistigen Fähigkeiten, wie er auch in der Literatur beschrieben wird, lässt den Prozess beginnen. Die vorhandenen Schwächen werden zwar akzeptiert aber nicht bewusst mit dem Autofahren in Beziehung gebracht. Erst prägende Erfahrungen, die zeigen, dass man nicht mehr so gut reagiert und sich bewegen kann wie früher, rütteln die Betroffenen wach. Es folgt die bewusste Wahrnehmung der eigenen Schwächen und vorhandenen körperlichen und geistigen Mängel. Der Prozess der Entscheidungsfindung wird mit der Wahrnehmung der Veränderungen des Körpers ins Rollen gebracht. Bedingt durch die körperlichen Einschränkungen meiden die Betroffenen bewusst bestimmte Verkehrssituationen die Stress verursachen. Dieses Verhalten ist natürlich und wird, wie im Theoretischen Teil dieser Arbeit bereits verdeutlicht wurde, als eine Art Schutzmechanismus angewandt. Erst durch das Akzeptieren der eigenen Schwächen ist der Betroffene

befähigt loszulassen. Bestimmte Erlebnisse und die intensive Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des Autofahrens ermöglichen es dem Betroffenen eine Entscheidung zu treffen.

Das zweite Modell beschreibt den neu gewonnenen Alltag ohne Auto. Zuerst stellte sich ein Gefühl der Zufriedenheit bei den Befragten ein, denn all die Ängste und Unsicherheiten, die mit dem Autofahren assoziiert wurden, waren verschwunden. Doch irgendwann kam die Erkenntnis, dass sich das Leben grundlegend geändert hat. Im Alltag muss man vermehrt auf die Hilfe anderer zurückgreifen, um Einkäufe oder Arztbesuche erledigen zu können. Das soziale Umfeld spielt dabei die wichtigste Rolle. Das neue Leben ist somit mit einer Koordination und Organisation verbunden. Nur durch gezieltes Organisieren ist es möglich beispielsweise Ausflüge zu machen. Wird das Organisieren oder der allgemeine neue Lebensalltag zu anstrengend und kompliziert, so hat dies oftmals eine Vereinsamung zur Folge. Will man dieser Isolation entkommen, so müssen andere Wege gefunden werden um mobil zu bleiben. Alternative Transportmöglichkeiten, wie sie durch öffentliche Verkehrsmittel gegeben sind, werden dabei oft verwendet. Das Benutzen von anderen Verkehrsmitteln ist wiederum mit einer Angewiesenheit auf Andere verbunden. Deswegen habe ich das zweite Modell als eine Art Kreislauf bezeichnet, der immer wieder zurück zu seinem Anfangspunkt, der Angewiesenheit, führt.

Die Annahme, dass Familienmitglieder oder andere Personen Einfluss auf den Entscheidungsprozess haben, konnte in dieser Arbeit nicht festgestellt werden. Alle InterviewteilnehmerInnen gaben an, die Entscheidung freiwillig, und nicht wegen Empfehlungen seitens Anderer, getroffen zu haben.

In einer Studie, die im Jahre 2007 mithilfe von 224 Personen durchgeführt wurde, zitieren die Autoren aus anderen Quellen, welche sich ebenfalls mit dieser Thematik auseinandergesetzt haben:

„Other people’s (e.g., doctors, family member, friends) beliefs and recommendations also influence older driver’s decisions regarding driving cessation.“ (Hakamies Blomqvist & Siren, 2003; Hakamies-Blomqvist & Wahlstram 1998; Johnson, 1998;

Ralston et al., 2001, zitiert nach Lindstrom-Forneri, Tuokko & Rhodes, 2007, S.386)

„Although some older adults recognized the influence of others, some believe the final decision to stop driving should be made by the older driver. (...) The influence of perceived social pressures is surprising as previous research reports that older drivers' decisions to stop driving were not greatly influenced by the social pressures or the advice of others (Persson, 1993, zitiert nach Lindstrom-Forneri et al., 2007, S.386, S. 395)

Wie man sieht, gibt es verschiedene Meinungen über den Einfluss anderer Personen am Entscheidungsprozess. Es ist daher notwendig, weiterführende Forschungen auf diesem Gebiet durchzuführen.

Bei dem Thema „Öffentliche Verkehrsmittel“ wurde ein klarer Unterschied, nämlich ein Stadt-Land-Gefälle, bei der Benützung deutlich. Öffentliche Verkehrsmittel wurden nur von InterviewteilnehmerInnen genutzt, die in der Stadt wohnen. Von den Personen, die am Land zuhause sind, gab kein einziger an öffentliche Verkehrsmittel wie Taxi, Bus oder Bahn zu benutzen. Diese TeilnehmerInnen erhielten Unterstützung und Hilfe im Alltag von Hilfseinrichtungen wie der Volkshilfe.

„Studies have consistently shown that older adults are unsatisfied with and reluctant to use public transportation.“ (Dickerson et al., 2007: Kostyniuk & Shope, 2000, zitiert nach Mezuk & Rebok, 2008, S.298)

Dieses Ergebnis einer Studie kann mit dieser Arbeit nicht bestätigt werden. Obwohl in der Literatur immer wieder auf die schlechten Bedingungen für Ältere, in bezug auf öffentliche Verkehrsmittel, aufmerksam gemacht wird, berichteten diese GesprächspartnerInnen nur Positives.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es weiterer Forschungen bedarf, um den Prozess des Autofahren-Aufgebens und dessen Folgen gänzlich zu verstehen. Die Schlussfolgerungen für die weitere Forschung und die Bedeutung für die Pflege werden im nachfolgenden Kapitel beschrieben.

7 Implikationen

Folgendes Kapitel beschreibt die Implikationen für die Pflege und die weitere Forschung.

7.1 Implikationen für die Pflege

Angesichts der derzeit vorliegenden Tatsachen müssen Wege gefunden werden, die es für Ältere ermöglichen, sich auch ohne Auto mobil, unabhängig und wertig zu fühlen. Damit dies in naher Zukunft umgesetzt werden kann, ist eine gute Zusammenarbeit von Hausärzten, Pflegepersonal und Angehörigen gefragt. Durch deren gemeinsames interagieren können Wege gefunden werden, um die Lebensqualität Betroffener aufrechtzuerhalten und somit deren Wohlbefinden zu steigern.

Im Augenblick ist deutlich zu erkennen, dass das Thema Führerscheinabgabe im Alter ein absolutes Tabuthema darstellt. Es müssen daher Lösungen und Formen der Zusammenarbeit gefunden werden, die es ermöglichen behutsam auf Betroffene einzugehen. Um die betroffenen Personen von Anfang an unterstützen zu können, müssen geeignete Interventionen schon frühzeitig getroffen werden.

Die Pflege wird einen spürbaren Wandel durchlaufen, welcher vorsieht, besonders auf die individuellen Bedürfnisse der betroffenen Personen einzugehen. Ihre Aufgabe wird es sein, in Interaktion mit anderen Pflegeberufen, auf die vorliegenden Probleme aufmerksam zu machen und einzugehen. Durch frühzeitiges Erkennen der zukünftigen Entwicklung und gezieltes Handeln kann die professionelle Versorgung unserer Gesellschaft gewährleistet werden.

Da die Bedeutsamkeit der außerhäuslichen Mobilität im Alter zunehmend steigt, ist es essentiell auf die individuellen Bedürfnisse Betroffener zu reagieren. Durch ein Angebot von Beratungsstellen und aufliegenden Informationsmaterial kann man Betroffenen bei ihrer Entscheidung den Führerschein endgültig abzugeben unterstützend zur Seite stehen. Zu erwähnen sei hierbei, dass einige Augenärzte

vorbildlich agieren, indem sie Informationsbroschüren zum Thema Fahrtüchtigkeit und Alter in ihren Praxen auflegen haben.

In Anbetracht der vorliegenden Fakten sollen sowohl das Pflegepersonal als auch die Ärzteschaft dafür verantwortlich sein, dass in Zukunft präventive Maßnahmen gesetzt werden und somit das Thema Autofahren-Aufgeben im Alter enttabuisiert werden kann. Denn nur durch eine Sensibilisierung des Fachpersonals kann eine Erhaltung der Lebensqualität Älterer auch künftig aufrechterhalten werden.

7.2 Implikationen für die weitere Forschung

Nach vollendeter Datenanalyse wurde deutlich, dass weitere Untersuchungen bezüglich der vorliegenden Thematik erstrebenswert wären, um den Prozess des Autofahren-Aufgebens besser verstehen zu können.

Von besonderer Bedeutung wäre eine weiterführende Forschung in Bezug auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede der Betroffenen. Es wurde klar erkennbar, dass Unterschiede in Bezug auf das Autofahren-Aufgeben je nach Geschlecht vorhanden sind. Aufgrund der nicht erreichten Datensättigung konnte diese Thematik aber nur unzureichend erforscht werden. Weitere Untersuchungen würden dazu beitragen ein Verständnis für die Lebenssituation der Betroffenen zu entwickeln.

Abgesehen davon zeigten die gewonnenen Erkenntnisse, dass unterschiedliche Verhaltensweisen in Bezug auf alternative Fortbewegungsmittel an den Tag gelegt werden, je nachdem ob der Betroffene am Land oder in der Stadt wohnt. Wie bereits erläutert wurde, nutzen in der Stadt lebende Menschen vorwiegend öffentliche Verkehrsmittel. Personen, die am Land leben, greifen scheinbar kaum auf diese Alternative der Transportmöglichkeit zurück. Weitere Untersuchungen wären in diesem Zusammenhang wünschenswert und sinnvoll.

Aufgrund der spärlichen Forschungsarbeiten die bis dato auf diesem Gebiet durchgeführt wurden liegt es in unserer Verantwortung weiterhin eine intensive Forschung auf diesem Gebiet zu betreiben. Durch weitere Untersuchungen könnten

so, sowohl die besonderen Bedürfnisse der Betroffenen, als auch derer Angehörigen, gestillt werden.

Denn, nur durch das Betreiben von intensiver Forschung und weiterer gewonnener Erkenntnisse können sich Angehörige der Gesundheitsberufe den Herausforderungen stellen, die künftig in der Praxis auf sie zukommen werden.

8 Literaturverzeichnis

- Abels, H., Honig, M., Saake, I., & Weymann, A., (2008). *Lebensphasen. Eine Einführung*. Wiesbaden: GWV Fachverlage GmbH.
- Backes, G., & Clemens, W. (2008). *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung* (3. Aufl.). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Berghaus, G., Madea, B., & Mußhoff, F. (2007). *Verkehrsmedizin. Fahreignung, Fahrsicherheit, Unfallrekonstruktion*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag GmbH.
- Bernatzky, G., Janig, H., Likar, R., Pipam, W., & Sadjak, A. (2005). *Lebensqualität im Alter. Therapie und Prophylaxe von Altersleiden*. Wien: Springer-Verlag.
- Brinker, K. (2005). *Das Bild vom Alter und dessen Einfluß auf die Wohnreformen für ältere Menschen im 20. Jahrhundert in Deutschland. Eine gesellschaftspolitische und gebäudetypologische Untersuchung*. (nicht veröffentlichte Dissertation). Technische Universität Berlin, Deutschland.
- Callery, P., & Hall, W. (2001). Enhancing the Rigor of Grounded Theory: Incorporating Reflexivity and Relationality. *Qualitative Health Research* 11(2), 257-272.
- Conzelmann, M., Heiß, H.W., Wettstein, A. (2001). *Checkliste Geriatrie*. Stuttgart: Thieme.
- Ehni, H.-J., & Wiesing, U. (2012). *Die Deklaration von Helsinki. Revisionen und Kontroversen*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag GmbH.
- Ekert, B., & Ekert, C. (2010). *Psychologie für Pflegeberufe* (2. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme.
- Faust, V. (2013). *PSYCHIATRIE HEUTE. Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln*. Abgerufen von: http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Int.1-Warum_leben_manche_laenger.pdf.

- Fischhof, P., & Zapotoczky, H.G., (1996). *Handbuch der Gerontopsychiatrie*. Wien: Springer Verlag.
- Gassmann, O., & Reepmeyer, G., (2006): *Wachstumsmarkt Alter. Innovationen für die Zielgruppe 50+*. München: Carl Hanser Verlag.
- Gurr, A. (2009). *Altersschwerhörigkeit als besondere Herausforderung der Sozialen Arbeit*. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Hammelstein, P., & Renneberg, B. (2006). *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer.
- Hanika, A., Lebhart, G., & Marik, S. (2003). *Bevölkerung Österreichs im 21. Jahrhundert*. Wien: Statistik Austria. Abgerufen von www.statistik.at/pub/neuerscheinungen/bev21jhdtd_web.pdf [28.12.2012].
- Hansen, W. (2007). *Medizin des Alterns und des alten Menschen*. Stuttgart: Schattauer GmbH
- Heine, H., Mautz, R., & Rosenbaum, W., (2001): *Mobilität im Alltag. Warum wir nicht vom Auto lassen*. Frankfurt/Main: Campus Verlag GmbH.
- Jakobs, E.M., Lehnen, K., & Ziefle, M. (2008). *Alter und Technik. Studie zu Technikkonzepten, Techniknutzung und Technikbewertung älterer Menschen*. Aachen: Apprimus Verlag.
- Janitzek, T., & Kubitzki, J. (2009). *Sicherheit und Mobilität älterer Verkehrsteilnehmer. Eine Studie der Allianz Deutschland AG mit Unterstützung durch ETSC*. München: Allianz Deutschland AG.
- Jasper, B. (2002). *Gerontologie. Lehrbuch Altenpflege*. Hannover: Vincentz Verlag.
- Kim, H., & Richardson, V. (2006). *Driving Cessation and Consumption Expenses in the Later Years*. *Journal of Gerontology*, 61B (6), 347-353.

Kliegel, M., & Martin, M. (2008). *Psychologische Grundlagen der Gerontologie*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Klingmann, C., & Plinkert, P.K. (2010). *Hören und Gleichgewicht. Im Blick des gesellschaftlichen Wandels*. Wien: Springer Verlag.

Kocherscheid, K., & Rudinger, G. (2011). *Ältere Verkehrsteilnehmer – Gefährdet oder gefährlich?* Göttingen: V&R unipress.

Köther, I. (2007). *Altenpflege professionell. THIEMEs Altenpflege*. Stuttgart: Thieme Verlag.

Kuratorium für Verkehrssicherheit (2011). *Unfallstatistik 2011. Unfälle und Verletzungen im Überblick. Verunglückte nach Lebensbereichen und Altersgruppen*. Abgerufen von: http://www.kfv.at/unfallstatistik/index.php?id=77&no_cache=1&tab_txt=Unf%C3%A4lle%20und%20Verletzungen%20im%20%C3%9Cberblick%20Verletzungsindikator&ap_txt=Unf%C3%A4lle%20und%20Verletzungen%20im%20%C3%9Cberblick&rpor_typ=%C3%96sterreich.

Kutschke, A., Perrar, K.M., & Sirschm, E. (2007). *Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe*. Stuttgart: Thieme Verlag.

Lindstrom-Forneri, W., Tuokko, H., & Rhodes, R. (2007). *Getting Around Town: A Preliminary Investigation of the Theory of Planned Behaviour and Intent to Change Driving Behaviors Among Older Adults*. Journal of Applied Gerontology, 26 (4), 385-398.

Lukas, A., & Nikolaus, T. (2009). *Fahreignung bei Demenz*. Z Gerontol Geriat., 3, 205-211.

Mayer, H. (2007). *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

- Mey, G., & Mruck, K. (2011). *Grounded Theory Reader*. (2.Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften Springer Fachmedien GmbH.
- Mezuk, B., & Rebok, G. (2008). *Social Integration and Social Support Among Older Adults Following Driving Cessation*. *Journal of Gerontology*, 63B (5), 298-303.
- Prahl, H., & Schroeter, K. (1999). *Soziologisches Grundwissen für Altenhilfeberufe. Ein Lehrbuch für die Fach(hochschule)*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Rehfeld, G., & Runge, M. (2001). *Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Renteln-Kruse, W. (2009). *Medizin des Alterns und des alten Menschen*. Deutschland: Steinkopff Verlag.
- Royal College of Nursing (2005). *Informed Consent in health and social care research. RCN guidance for nurses*. London: Royal College of Nursing, 1-16.
- Madea, B. (2007). *Praxis Rechtsmedizin*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Scheepers, C., Steding-Albrecht, U., & Jehn, P. (2007). *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Statistik Austria (2009). *Demographisches Jahrbuch 2008*. Abgerufen von http://www.statistik.at/dynamic/wcmsprod/ldcplgldcplg?ldcService=GET_NATIVE_FILE&dID=58397&dDocName=042258.
- Statistik Austria (2012). *Bevölkerungsprognose 2012. Bevölkerungspyramide 2011, 2030, 2060*. Abgerufen von http://www.statistik.at/web_de/wcmsprod/groups/b/documents/webobj/027331.gif.
- Statistik Austria (2012). *Bevölkerungsprognose 2012. Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2011 – 2075 laut Hauptszenario*. Abgerufen

von

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027308.html.

Statistik Austria (2012). *Fahrzeugbestand in Österreich ab 1937*. Abgerufen von <http://statcube.at/superwebguest/login.do?guest=guest&db=def0359>.

Statistik Austria (2012). *Führerscheinneulinge (darunter 16 – 24-Jährige) 2006 bis 2011 nach Geschlecht*. Abgerufen von http://www.statistik.at/web_de/statistiken/verkehr/strasse/fuehrerscheine_lenkberichtigungen/040287.html.

Thieme, F. (2008). *Alter(n) in der alternden Gesellschaft. Eine soziologische Einführung in die Wissenschaft vom Alter(n)*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH.

Weineck, J. (2004). *Sportbiologie*. Balingen: Spitta Verlag & Co. KG.

Wiese, K. (2010): *Von Greisenrepublik bis Generation 50plus. Die sprachliche Darstellung von Altersbildern in ausgewählten Zeitschriften*. Berlin: Pro BUSINESS GmbH.

9 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

9.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	S. 9
Bevölkerungsprognose 2012 (Statistik Austria, 2012)	
Abbildung 2	S. 17
Kompetenz Balance des alten Menschen (Jasper, 2002, S. 47)	
Abbildung 3:	S. 20
Determinanten der Alltagskompetenz (Hansen, 2007, S. 17)	
Abbildung 4:	S. 21
Reizkreislauf (Jasper, 2002, S. 315)	
Abbildung 5:	S. 24
Selbstberichtete Schwierigkeit beim Autofahren rasch zu reagieren, wenn es erforderlich ist (AGILE, 2001)	
Abbildung 6:	S. 25
Strukturelle Altersveränderungen am Auge (Rehfeld & Runge, 2001, S. 365)	
Abbildung 7:	S. 26
Häufigkeiten von Mehrfacherkrankungen nach Alter (nach Alterssurvey, 2002) (Janitzek & Kubitzki, 2009, S. 120)	
Abbildung 8:	S. 35
Beteiligte an Straßenverkehrsunfällen mit Personenschaden (alle Arten der Verkehrsteilnahme) nach Altersklassen in Prozent in Deutschland im Jahr 2006 (Datenbasis StbA, 2007) (Janitzek & Kubitzki, 2009, S. 15)	

Abbildung 9:	S. 68
Erklärungsmodell 1 – Der Prozess der Entscheidungsfindung	

Abbildung 10:	S. 69
Erklärungsmodell 2 – Der Problemlösungszyklus	

9.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	S. 10
Bevölkerungsprognose 2012 (Statistik Austria, 2012)	

Tabelle 2:	S. 21
Wahrnehmungssystem (Jasper, 2002, S. 316)	

Tabelle 3:	S. 27
Prognose des Führerscheinbesitzes von Senioren, in Prozent, verschiedene Staaten (OECD, 2001)	
(Janitzek & Kubitzki, 2009, S. 35)	

Tabelle 4:	S. 28
Führerscheine und Lenkberechtigungen (Statistik Austria, 2012)	

Tabelle 5:	S. 29
Fahrzeugbestand in Österreich ab 1937 (Statistik Austria, 2012)	

Tabelle 6:	S. 34
Verunglückte nach Lebensbereichen und Altersgruppen 2011 (Kuratorium für Verkehrssicherheit, 2011)	

Tabelle 7:	S. 40
Überblick über die Interviews	

10 Abkürzungsverzeichnis

DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
WHO	World Health Organisation
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
EU	Europäische Union
IP	InterviewpartnerIn
www	World Wide Web
&	und

Transkriptionsregeln (nach Kallmeyer/Schütze)

(,)	= ganz kurzes Absetzen einer Äußerung
(..), (...)	= unverständlich
(...)	=
(?)	= Frageintonation
(Pause)	= lange Pause
..	= kurze pause
...	= mittlere Pause
<u>sicher</u>	= auffällige Betonung

11 Anhang

11.1 Informed Consent

„Lebensabend ohne Auto. Der Prozess des Autofahren-Aufgebens.“

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

Sie erhalten diesen Brief mit der Bitte um die Teilnahme an einer Forschungsstudie für eine Diplomarbeit in der Pflegewissenschaft, da sie 70 Jahre oder älter sind und nicht mehr selbst Auto fahren.

Dr. Monika Linhart, tätig als externe Lehrende der Pflegewissenschaft an der Universität Wien, und Sophie Mayerhofer, Diplomandin an der Universität Wien, führen eine Studie über

- Den Prozess des Autofahren-Aufgebens im Alter, und dessen Auswirkungen bzw. dazugehörigen Erfahrungen auf das tägliche Leben

durch.

Bei bestehendem Interesse an der Teilnahme der Studie würden Sie an einem Ort ihrer Wahl von Sophie Mayerhofer befragt werden. In diesem Interview werden Ihnen Fragen zu ihren alltäglichen Erfahrungen, in Bezug auf ein Leben ohne Auto, gestellt. Die Dauer des Gespräches würde in etwa 1 Stunde in Anspruch nehmen.

Um mit den gesammelten Daten besser arbeiten zu können, wäre es von Vorteil, wenn das Gespräch auf Tonband aufgenommen werden könnte.

Zur Wahrung der Anonymität werden Ihre Aussagen mit einer Kennnummer (z.B. Frau IP1) gekennzeichnet, sodass keiner außer den Forscherinnen nachvollziehen kann, was Sie uns erzählt haben. Ihr echter Name wird nirgendwo, auch nicht in Veröffentlichungen der Studienergebnisse, genannt werden. Alle ihre Angaben würden nur in verallgemeinerter Form dargestellt werden. So könnten Sie indirekt, d.h. auch wenn die Teilnahme Ihnen nicht unmittelbar sinnvoll erscheint, dazu

beitragen, dass das österreichische Gesundheitssystem in Zukunft älteren, Menschen ein besseres Betreuungsangebot anbieten kann

Wenn Sie sich entscheiden an dieser Studie nicht teilzunehmen, wird keiner – auch nicht die Forscherinnen – davon erfahren.

Wenn Sie sich zur Teilnahme entschließen, so werden nur die Forscherinnen davon Bescheid wissen.

Im Falle einer Teilnahme haben Sie jederzeit die Möglichkeit, einzelne Fragen, die Ihnen unangenehm sind, nicht zu beantworten. Zudem können Sie zu jeder Zeit das Interview abbrechen oder entscheiden, doch nicht mehr an dieser Studie teilzunehmen.

Falls Sie an dieser Studie teilnehmen möchten oder noch Fragen haben, können Sie Frau Sophie Mayerhofer jederzeit unter 0664 / 46 90 473 erreichen.

Für Ihre Überlegungen einer eventuellen Teilnahme an dieser Diplomarbeit wollen wir uns schon ganz herzlich bei Ihnen bedanken.

Mit freundlichen Grüßen

Mayerhofer Sophie

11.2 Einverständniserklärung

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist vollkommen freiwillig.

Sie haben das Recht die Teilnahme grundsätzlich abzulehnen oder auch später Ihre Einverständniserklärung zu jedem Zeitpunkt der Studie zurückzuziehen.

Wenn eines der Themen, die im Verlauf des Gespräches angesprochen werden, Sie negativ berührt oder Ihnen zu schwierig ist, dann können Sie es jederzeit ablehnen darüber zu sprechen. Ebenso können Sie das Interview zu jedem Zeitpunkt abbrechen.

Ganz herzlichen Dank, dass Sie vorhaben an diesem Forschungsprojekt teilzunehmen.

Wenn Sie teilnehmen wollen, dann unterschreiben Sie bitte in der folgenden Zeile.

Eine Kopie dieser Einverständniserklärung wird Ihnen für Ihre Unterlagen zur Verfügung gestellt.

Datum

Unterschrift der Teilnehmerin

Datum

Unterschrift der Untersucherin

11.3 Interviewleitfaden

Allgemein

- Zu welchem Zweck haben Sie Ihr Auto hauptsächlich benutzt?
- Seit wann benutzen Sie das Auto nicht mehr als Fortbewegungsmittel?
- Warum haben Sie das Autofahren aufgegeben? (Freiwillig, unfreiwillig)
- Inwiefern / Was hat sich Ihr Leben ohne Auto verändert?
- Wie organisieren Sie Ihren Alltag? (Einkäufe, Arztbesuche, Freunde treffen etc.) (Wie haben Sie früher Ihren Alltag bewältigt?)
- Von wem bekommen Sie Unterstützung?
- Wie reagierte Ihre Familie auf die neue Situation?
- Wie fühlen Sie sich wenn Sie jemanden um Hilfe bitten?
- Planen Sie Erledigungen im Voraus?
- Inwieweit sind spontane Erledigungen möglich?
- Wie oft verlassen Sie das Haus?

Arzt

- Hat Ihr Hausarzt das Thema Fahrtüchtigkeit je angesprochen?
- Wer sollte Ihrer Meinung bestimmen dürfen wann jemand nicht mehr Autofahren soll?
- Kennen Sie Informationsbroschüren für ältere Leute in denen Alternativen zum Auto aufgezeigt werden?

Aktivitäten

- Wie oft verzichten Sie auf bestimmte Aktivitäten, weil Sie kein Auto zur Verfügung haben?
- Um welche Aktivitäten handelt es sich?
- Wie häufig fühlen Sie sich in Ihrem Tun eingeschränkt, weil Sie kein Auto besitzen?
- Welche positiven Veränderungen bringt ein Leben ohne Auto mit sich?

Öffentliche Verkehrsmittel

- Wie zufrieden sind Sie mit den erweiterten Mobilitätsmöglichkeiten?
(öffentliche Verkehrsmittel)
- Welche öffentlichen Verkehrsmittel nutzen Sie und wie oft?
- Wie gut finden Sie sich mit bspw. Ticketkauf, Haltestellen zurecht?
Verbesserungsvorschläge?

Auto

- Welchen Stellenwert hat / hatte das Auto in Ihrem Leben? Statussymbol, Mittel zum Zweck ...
- Haben Sie jemals daran gedacht dass Sie irgendwann nicht mehr Autofahren werden?

Abschluss

- Wenn Sie die Möglichkeit dazu hätten: würden Sie das Autofahren wieder zum selben Zeitpunkt aufgeben? Wenn nein, was würden Sie anders machen?
- Was würden Sie anderen Menschen in solch einer Situation raten?

11.4 Curriculum Vitae

.:: Persönliche Daten

Vor- und Zuname: Sophie Mayerhofer
Geburtsdatum: 23.02.1988
Geburtsort: St. Pölten
Familienstand: ledig
Staatsangehörigkeit: Österreich
Religion: römisch-katholisch

.:: Familie

Vater: Dr. vet.-med. Johann Mayerhofer
Praktischer Tierarzt
Mutter: Dr. vet.-med. Gudrun Mayerhofer
Praktische Tierärztin
Geschwister: Astrid Mayerhofer
Dipl. Gesundheits- und Krankenschwester

.:: Schulausbildung

1994 – 1998 Volksschule Böheimkirchen
1998 – 2006 Gymnasium der Englischen Fräulein, St.Pölten
20. Juni 2006 Maturaabschluss

.:: Hochschulausbildung

2006 – 2013 Individuelles Diplomstudium der Pflegewissenschaft
an der Universität Wien
Seit 2011 Studium der Veterinärmedizin an der
Veterinärmedizinischen Universität Wien