

Aus dem Institut für Medizinische Psychologie
(Direktor Prof. Dr. rer. medic. Hans-Joachim Hannich)
der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

**Soziale Integration, Soziale Unterstützung, Gesundheit und Zufriedenheit
institutionalisiert lebender älterer Menschen: Eine salutogenetische Analyse**

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des akademischen

Grades

Doktor der Medizin

(Dr. med.)

der

Universitätsmedizin

der

Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

2012

vorgelegt von:

Marie-Luise Becker

geb. am: 09.12.1985

in: Gütersloh

Dekan: Herr Prof. Dr. rer. nat. H.K. Kroemer
1. Gutachter: PD Dr. Dr. U. Wiesmann
2. Gutachter: Prof. Dr. B. Meyer-Probst
Ort, Raum: Greifswald, Ellernholzstr. 1-2 (Bibliothek)
Tag der Disputation: 09.04.2013

Für Johanne

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Theoretischer Hintergrund	3
2.1	Das Alter	3
2.1.1	Chronologisches, biologisches, psychisches und soziales Alter.....	3
2.1.2	Erfolgreiches Altern und Lebenszufriedenheit	4
2.1.3	Aktivitäts- und Disengagementtheorie.....	5
2.1.4	Die sozioemotionale Selektivitätstheorie nach Carstensen.....	6
2.2	Gesundheit im Alter	7
2.2.1	Körperliche Gesundheit	8
2.2.2	Kognitive Fähigkeiten.....	8
2.2.3	Gesundheit als Prädiktor für Lebenszufriedenheit und Lebensqualität	9
2.2.4	Prävention und Selbstverantwortung	9
2.3	Antonovskys Modell der Salutogenese.....	10
2.3.1	Modellbeschreibung.....	11
2.3.2	Bedeutung für die Gesundheit.....	12
2.3.3	Bedeutungen für das Alter	12
2.4	Soziale Netzwerke, soziale Unterstützung, soziale Integration	13
2.4.1	Einteilung	13
2.4.1.1	Soziales Netzwerk.....	13
2.4.1.2	Soziale Integration	14
2.4.1.3	Soziale Unterstützung.....	14
2.4.2	Soziale Lebenslagen.....	15
2.4.3	Wirkungsweisen sozialer Netzwerke	16
2.4.4	Bedeutung und Wirkung sozialer Netzwerke im Alter	17
2.4.5	Veränderungen sozialer Netzwerke im Alter.....	18
2.4.6	Gruppenspezifische Unterschiede sozialer Netzwerke	19
2.4.7	Einfluss der demographischen Situation auf die sozialen Netzwerke	20
2.5	Einfluss sozialer Netzwerke auf gesundheitsassoziierte Aspekte im Alter ..	21
2.5.1	Einfluss auf die Gesundheit	21
2.5.2	Einfluss auf die Lebenszufriedenheit.....	22
2.5.3	Schädigende Einflüsse	22
3	Demographie in Deutschland.....	23
3.1	Allgemeine Sachlage.....	23

3.1.1	Alters- und Geschlechtsverteilung	23
3.1.2	Lebenserwartung	23
3.1.3	Prognose	24
3.2	Situation der Seniorenheime	24
3.2.1	Einteilung der Einrichtungen	24
3.2.2	Statistik.....	25
3.2.3	Bewohner von Seniorenheimen	25
4	Stand der Forschung.....	27
4.1	Alter und Altenheim.....	27
4.2	Soziale Beziehungen	29
4.3	Kohärenzgefühl	31
4.4	Gesundheit	32
4.5	Lebensqualität, Lebenszufriedenheit, erfolgreiches Altern	33
4.6	Schlussfolgerungen für die vorliegende Studie.....	34
5	Untersuchung	35
5.1	Fragestellung und Hypothesen.....	35
5.2	Untersuchungsaufbau	36
5.2.1	Erstellen eines Fragebogens für ältere Menschen.....	36
5.2.2	Durchführung eines Interviews mit älteren Menschen	38
5.2.3	Der Pretest.....	39
5.2.4	Die verwendeten Messinstrumente	40
5.2.4.1	Soziodemographische Angaben.....	40
5.2.4.2	Soziale Beziehungen.....	40
5.2.4.2.1	Soziale Integration	40
5.2.4.2.2	Soziale Unterstützung	41
5.2.4.3	Kohärenzgefühl (SOC)	42
5.2.4.4	Der Gesundheitszustand	43
5.2.4.4.1	Objektiv messbare Gesundheit.....	43
5.2.4.4.2	Allgemeiner Gesundheitsstatus	44
5.2.4.5	Beschwerden.....	45
5.2.4.6	Das Wohlbefinden (PGCMS).....	45
5.2.4.7	Lebenszufriedenheit (FLZ ^M).....	46
5.2.5	Bestimmung der Untersuchungseinheit	47
5.2.5.1	Auswahlkriterien.....	47
5.2.5.2	Das Non-Response-Problem.....	48

5.2.5.3	Auswahl der Teilnehmer.....	48
5.2.6	Ablauf der Datenerhebung.....	50
5.2.7	Beschreibung der Stichprobe	50
5.2.7.1	Seniorenheime	51
5.2.7.2	Teilnehmende Personen.....	51
5.2.8	Aufgetretene Probleme.....	52
6	Auswertung	53
6.1	Statistische Analyse	53
6.1.1	Reliabilitätsanalyse: Innere Konsistenz	53
6.1.2	Reliabilitätsanalyse: Trennschärfekoeffizienten	54
6.2	Deskriptive Statistik.....	56
6.2.1	Zusammenfassung der Ergebnisse der deskriptiven Statistik.....	60
6.3	Prüfung der Zusammenhänge	61
6.3.1	Soziale Integration und soziale Unterstützung.....	64
6.3.2	Soziale Beziehungen und Kohärenzgefühl	64
6.3.3	Einfluss auf die objektiv messbare Gesundheit	65
6.3.3.1	Anzahl chronischer Erkrankungen.....	65
6.3.3.2	Anzahl der täglich einzunehmenden Medikamente.....	66
6.3.3.3	Häufigkeit der Bettlägerigkeit	67
6.3.3.4	Häufigkeit der stationären Behandlungen.....	67
6.3.3.5	Pflegestufe	68
6.3.3.6	Body-Mass-Index.....	69
6.3.3.7	Zusammenfassung: Einfluss auf die objektiv messbare Gesundheit.....	69
6.3.4	Einfluss auf die subjektiv wahrgenommene Gesundheit	70
6.3.4.1	Körperliche Gesundheit (KSK)	70
6.3.4.2	Psychische Gesundheit (PSK)	71
6.3.4.3	Beschwerden.....	72
6.3.4.4	Zusammenfassung: Einfluss auf die subjektiv wahrge- nommene Gesundheit	72
6.3.5	Einfluss auf die Lebenszufriedenheit.....	73
6.3.5.1	Zufriedenheit mit der Vergangenheit.....	73
6.3.5.2	Zuversicht hinsichtlich der Zukunft.....	73
6.3.5.3	Allgemeines subjektives Wohlbefinden	75
6.3.5.4	Allgemeine Lebenszufriedenheit	76
6.3.5.5	Gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit.....	77

6.3.5.6	Zusammenfassung: Einfluss auf die Lebenszufriedenheit.....	78
6.3.6	Einfluss der objektiv messbaren Gesundheit auf das Kohärenzgefühl ...	79
6.3.7	Kohärenzgefühl als Mediator zwischen sozialem Netzwerk und Gesundheit	80
7	Diskussion.....	82
7.1	Bewertung von Durchführung, Stichprobe und Messinstrumenten.....	82
7.2	Bewertung der Hypothesen	84
7.3	Ergebnisse der deskriptiven Statistik	88
7.4	Einordnung in den Forschungskontext	92
7.5	Praktische Relevanz	94
7.6	Möglichkeit erfolgreichen Alterns im Seniorenheim.....	97
7.7	Ansätze für zukünftige Untersuchungen.....	97
Anhang		
	Zusammenfassung.....	i
	Literaturverzeichnis.....	ii
	Fragebogen.....	xvi
	Danksagung.....	xxix

1 Einleitung

Alter und Altern betrifft jeden von uns, und vor allem in der Medizin ist eine Auseinandersetzung mit dem Alter von großer Wichtigkeit (Schneider u.a., 2004; Rabbata u.a., 2005; Butler u.a., 2007; Hoffmann u.a., 2007; Kaufmann, 2008). In der heutigen Zeit ist die Gruppe der alten Menschen eine stetig wachsende Bevölkerungspopulation und macht einen Großteil der Patienten aus (Eisses u.a., 2004; Schneider u.a., 2004; Randall u.a., 2010). Im Zusammenhang mit der Thematik des Alterns entstanden auch das Konzept eines erfolgreichen Alterns und die Frage nach Indikatoren und Prädiktoren eines solchen (Schroeter, 2004; Bergland u.a., 2006; Fiori u.a., 2008).

Ebenso wie das Alter sind auch die demographischen Veränderungen ein relevantes Thema in der Bevölkerung (Rott, 2004). Allgemein wird davon ausgegangen, dass soziale Beziehungen die Gesundheit und Lebensqualität positiv beeinflussen und Sicherheit und Geborgenheit vermitteln (Menning, 2007; Winningham u.a., 2007; Hughes u.a., 2008; Sirven u.a., 2008). Es stellt sich die Frage, welchen Einfluss die demographische Entwicklung auf Gesundheit und Lebenszufriedenheit hat und welche Neuerungen und Veränderungen aufgrund dessen notwendig sein werden (Rabbata u.a., 2005).

Einen wichtigen Knotenpunkt mit dem Aspekt Alter stellt daneben die Gesundheit dar, auch sie beeinflusst Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden (Seitz, 2003; Hellström u.a., 2004; Kytir, 2005; Rabbata u.a., 2005). Interessanterweise scheint dabei der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit eine größere vorhersagende Eigenschaft für die individuelle Lebenszufriedenheit zuzukommen als der objektiv messbaren (Perrig-Chiello, 1997; Schneider u.a., 2006). Weiterhin ist außerdem das Kohärenzgefühl, einem von Antonovsky entwickelten Konstrukt aus den drei Komponenten Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit, von besonderer Bedeutung für Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit und hat wiederum einen positiven Einfluss auf die Gesundheit (Gunzelmann u.a., 2000; Wiesmann u.a., 2004b; Schneider u.a., 2006; Wiesmann, 2006; Zielińska-Więczkowska u.a., 2012).

Bei der Literaturrecherche zeigte sich, dass auf diese genannten Bereiche abzielende Untersuchungen auch mit älteren Personen als Zielgruppe durchgeführt wurden, es sich bei diesen meist aber um selbständige und zu Hause lebende Menschen handelte (Roe u.a., 2001; Borg u.a., 2006). Untersuchungen mit Altenheim-Bewohnern werden dagegen als rar bezeichnet (Freedman u.a., 1994; Hall u.a., 2009). Während die Qualität

der Pflege in vollstationären Dauereinrichtungen schon oft im Fokus der gerontologischen Literatur stand (Berglund, 2007), ist die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Bewohner dagegen ein eher unerforschter Bereich (Subasi u.a., 2005; Berglund u.a., 2006; Cooney u.a., 2009). Studien mit Bewohnern von Altenheimen sind vor allem deshalb selten, weil sie schwieriger zu befragen sind und somit einen höheren Aufwand erfordern (Gasquet u.a., 2003; Hall u.a., 2009).

Die Idee der vorliegenden Studie ist es deshalb, sich trotz des höheren Aufwands explizit auf die besondere Gruppe der Altenheim-Bewohner zu beziehen. Mit Hilfe eines Fragebogens sollen im Querschnittsdesign alle Personen befragt werden, denen eine Teilnahme aufgrund ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit noch möglich ist, ohne Angehörige oder andere Bezugspersonen zu involvieren.

Im Mittelpunkt stehen Gesundheit, Zufriedenheit und das Kohärenzgefühl. Dabei soll erhoben werden, in wie weit soziale Integration, als rein quantitatives Maß der Einbindung in ein soziales Netz, und soziale Unterstützung positiv miteinander korrelieren. Weiterhin soll der Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen und dem Kohärenzgefühl sowie die Bedeutsamkeit des Kohärenzgefühls für die Entwicklung von Lebenszufriedenheit und Gesundheit untersucht werden. Ein wichtiges Augenmerk liegt daneben auf der Frage, welche Auswirkungen die tatsächliche, objektiv messbare Gesundheit als Maß des Alterungsprozesses auf das Kohärenzgefühl hat und ob dieses umgekehrt als prädiktiver Faktor eine gute Gesundheit ermöglicht bzw. wahrscheinlicher macht. Und auch die Zusammenhänge zwischen dem sozialen Netzwerk und den verschiedenen Dimensionen der Gesundheit sowie der Lebenszufriedenheit sollen beleuchtet werden. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der salutogenetischen Perspektive: Es wird angenommen, dass das Kohärenzgefühl den Einfluss sozialer Beziehungen auf das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit als Mediator vermittelt, während der direkte Einfluss geringer ist.

Angenommen und deshalb auch betrachtet wird daneben eine geringe positive Korrelation zwischen objektiver und subjektiv wahrgenommener Gesundheit sowie einem Einfluss der beiden auf die Lebenszufriedenheit. Von keinem oder nur einem sehr geringen Einfluss auf Lebenszufriedenheit und Gesundheit wird dagegen von soziodemographischen Variablen wie Geschlecht, Alter, Wohndauer im Seniorenheim und Bildung ausgegangen.

2 Theoretischer Hintergrund

Die wichtigsten Aspekte der vorliegenden Arbeit sind Alter, Gesundheit, soziales Netzwerk und Kohärenzgefühl; zumindest die ersten drei erscheinen allgemein bekannt. Um auf ihnen aber weiter aufbauen zu können, ist es notwendig, sich einen ausreichenden Überblick über ihre komplexeren Zusammenhänge und die Bedeutungen von Gesundheit, sozialem Netzwerk und Kohärenzgefühl im Alter zu verschaffen.

Dieses Kapitel beschäftigt sich zuerst mit dem Alter, seinen verschiedenen Dimensionen sowie unterschiedlichen Alterns-Theorien (Kap. 2.1). Darauf aufbauend wird im nachfolgenden Teil auf die Gesundheit im Alter eingegangen (Kap. 2.2). Da sich bei Betrachtung des Themas Gesundheit die Frage stellt, was Menschen überhaupt gesund erhält, schließt sich mit Kap. 2.3 die theoretische Erläuterung des Konzepts der Salutogenese und des Kohärenzgefühls an. Mit den sozialen Netzwerken sowie ihren Wirkungen und Veränderungen im Alter befasst sich das Kap. 2.4; den Schluss bildet die themenübergreifende Betrachtung des Einflusses sozialer Netzwerke auf die Gesundheit im Alter (Kap. 2.5).

2.1 Das Alter

In viele Redewendungen und allgemeinen Äußerungen zeigt sich eine negative Bewertung des Alterns (Ilsley u.a., 1992; Stracke-Mertes, 1994). So werden ältere Menschen von der Gesellschaft oft „als inkompetent oder als Pflegeobjekt und damit als abhängig betrachtet“ (Munnichs, 1992; S. 309). Bereits Aristoteles sprach vom Alter als eine natürliche Krankheit (Hartmann, 1992). Neben körperlichen Erscheinungen werden Vorstellungen vom Alter häufig auch mit sozialem Abstieg und Begriffen wie Desintegration, Einsamkeit und Rigidität verknüpft (Otto, 1994; Backes, 2004; Kaufmann, 2008).

Im Folgenden sollen einige wichtige Begriffe, die im Zusammenhang mit Alter von Bedeutung sind, sowie unterschiedliche Theorien zum Altern näher erläutert werden.

2.1.1 Chronologisches, biologisches, psychisches und soziales Alter

Die Einschätzung, ab wann ein Mensch als alt gilt, hängt maßgeblich vom persönlichen Standpunkt und der jeweils vorherrschenden gesellschaftlichen Bewertung ab (Stracke-Mertes, 1994; Wiesmann, 2006). In der gerontologischen Literatur finden sich verschiedene zu beurteilende Ebenen des Alters (Stracke-Mertes, 1994).

Neben dem **chronologischem** Alter, das das tatsächliche kalendarische Alter beschreibt und ein einfaches, aber wenig aussagekräftiges Merkmal darstellt, kann ein **medizinisch-biologisches** Alter angegeben werden, nach dem Altern durch messbare Abbauprozesse des Körpers im Sinne eines biologischen Involutionsprozesses bestimmt wird. Von einem alten Menschen wird aus dieser Perspektive etwa ab siebzig Jahren gesprochen (Rosenmayr, 1992; Stracke-Mertes, 1994; Wiesmann, 2006).

Als weitere Ebene ist das **psychologische** Altern zu nennen, welches als wichtiges Merkmal das individuelle Erleben des Alterns mit einbezieht, aber nicht unabhängig von biologischen Prozessen zu sehen ist (Oswald, 1983; Wiesmann, 2006). So dominieren auch hier vor allem die Aspekte von Abbau und Verlust wie etwa der Verlust sozialer Rollen (Stracke-Mertes, 1994).

Das Konstrukt des **sozialen** Alters geht davon aus, dass dem alternden Menschen aufgrund seiner Merkmale durch die soziale Umwelt ein bestimmter Status sowie Rollenerwartungen zugeschrieben werden und orientiert sich an Normen (Stracke-Mertes, 1994; Wiesmann, 2006). Der Mensch ist demnach nicht so alt, wie er sich fühlt, sondern so alt, wie die Gesellschaft ihn macht (Stracke-Mertes, 1994).

Festzuhalten ist, dass trotz ähnlicher Bedingungen das Erleben des eigenen Alterns sehr individuell ist. So kann das biologische bzw. körperliche Alter dem psychischen Alter weit vorausgehen, andersherum können aber z.B. an Demenz erkrankte Personen körperlich noch sehr gesund sein (Stracke-Mertes, 1994).

2.1.2 Erfolgreiches Altern und Lebenszufriedenheit

Insgesamt gehören die meisten Alternstheorien zu den sogenannten Leistungsabbautheorien (Otto, 1994). So wird in übertriebenen Darstellungen als das „erfolgreichste Altern [...] das Nicht-Altern“ bezeichnet (Dittmann-Kohli, 1992; S. 306). Es stellt sich die Frage, ob ein Altern ohne Krankheit generell noch möglich ist und Altern überhaupt als erfolgreich beschrieben werden kann (Baltes u.a., 1992).

Allgemein bezeichnet erfolgreiches Altern einen Zustand, in dem sich die Lebensbedingungen älterer Menschen gesichert, sinnerfüllt und befriedigend gestalten und die älteren Menschen glücklich und zufrieden mit ihrem Leben in Vergangenheit und Gegenwart sind (Backes, 1992). Meist beziehen sich die Indikatoren auf individuellen Angaben und Wahrnehmungen (Olbrich, 1992; Otto, 1994).

Als zentrales Element basiert das psychologische Modell eines erfolgreichen Alterns auf einer selektiven Optimierung mit Kompensation. Es beschreibt eine effektive

psychologische Anpassung an die Besonderheiten des menschlichen Alters und geht davon aus, dass man nicht lebenslang in allen Bereichen leistungsstark sein kann. Selektiv bzw. Selektion beschreibt dabei die aktive oder passive Reduktion von Aktivität in bestimmten Bereichen bzw. die Konzentration auf einzelne Lebensbereiche mit hoher Priorität. Optimierung steht für die Anstrengung, in einigen Lebensbereichen eine hohe Funktionstüchtigkeit zu erreichen oder aufrechtzuerhalten. Die Kompensation als drittes Element kommt dort zum Einsatz, wo die gewohnten Verhaltensweisen nicht mehr ausgeführt werden können. Auch das Wohnen in einem Altenheim kann als eine solche Kompensation verstanden werden, da der Bewohner durch die „Freistellung“ von alltäglichen Dingen wie Einkaufen und Essenszubereitung entlastet wird (Kruse u.a., 1994).

Die Größe der individuellen Lebenszufriedenheit als Maß des erfolgreichen Alterns ist von unterschiedlichen Variablen bzw. Voraussetzungen abhängig. Wichtig sind unter anderem der subjektive Gesundheitszustand, Erleben von persönlicher Kontrolle, Häufigkeit von sozialen Kontakten insbesondere außerhalb eines Altenheims und Qualität sozialer Interaktionen (Lehr, 1992; Kruse u.a., 1994). Auch kognitive Prozesse wie z.B. Abwärts-Vergleiche und die adaptive Kompetenz als Fähigkeit, flexibel auf unvorhersehbare Veränderungen der Umwelt zu reagieren und so funktionelle Verluste im Alter zu minimieren, sind von Bedeutung (Dittmann-Kohli, 1992; Featherman, 1992).

2.1.3 Aktivitäts- und Disengagementtheorie

Das Ziel sozialpsychologisch orientierter Alternstheorien, zu denen die vieldiskutierte Aktivitäts- und Disengagementtheorie zu zählen ist, ist die Klärung der Frage, welche Form des Alterns dem einzelnen Menschen das Höchstmaß an Zufriedenheit gewährleisten kann (Oswald, 1983). Beide Einzel-Theorien gehen davon aus, dass ein Zusammenhang zwischen der Lebenszufriedenheit und dem sozialen Netzwerk besteht. Während die Aktivitätstheorie aber postuliert, dass ältere Menschen sozialen Aktivitäten nachgehen und gesellschaftliche Rollen ausfüllen müssen, um zufrieden zu sein, beruht das Konstrukt der Disengagement-Theorie auf der Annahme, dass Menschen sich im Alter zurückziehen und auf die eigene Person besinnen möchten (Fooker, 1997).

Der Aktivitätstheorie liegt die Überlegung zugrunde, dass Aktivitäten den Alterungsprozess verzögern. Verluste sozialer Rollen sollten deshalb durch Übernahme

neuer Rollen und Schaffung neuer Beziehungen ausgeglichen werden (Otto, 1994; Weber, 1997; Lehr, 2000).

Die Disengagementtheorie stellt gewissermaßen den Gegenpol dar. Zwar liegt auch ihr die Erkenntnis zugrunde, dass Menschen im Alter weniger Kontakte pflegen, allerdings wird dieser Rückzug als von der einzelnen Person selber gewünscht angesehen und stellt demzufolge eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiches Altern und Zufriedenheit dar (Oswald, 1983). Dieser Disengagement-Prozess werde sowohl durch soziale Gegebenheiten als auch durch den individuellen Wunsch der jeweiligen Person ausgelöst und bedeute für den alternden Menschen eine zunehmende Freiheit (Lehr, 2000).

Die Kritik an beiden Theorien liegt in der mangelnden Berücksichtigung der Heterogenität älterer Menschen (Otto, 1994). Insgesamt verändert sich zwar bei den meisten Menschen mit dem Alter und in Abhängigkeit von Person und Situation das Verhältnis zwischen Aktivität und Disengagement, eine generelle Annahme scheint aber weder für die Aktivitäts- noch für die Disengagement-Theorie angemessen (Lehr, 1992; Fooker, 1997; Lehr, 2000). Eine fortwährende Herausforderung für jeden Einzelnen ist es vielmehr, das persönlich richtige Maß an sozialer und nichtsozialer Aktivität, und damit den eigenen Weg zwischen Aktivitäts- und Disengagement, zu finden (Kruse u.a., 1994).

2.1.4 Die sozioemotionale Selektivitätstheorie nach Carstensen

Die Theorie der sozioemotionalen Selektivität nach Carstensen beschreibt die unterschiedliche Wahl der Partner sozialer Interaktionen in Abhängigkeit vom Lebensabschnitt und versucht, den funktionalen Wandel sozialer Beziehungen im Alter zu erklären. Sie basiert auf der Annahme, dass jeder Mensch eine Minimierung der Kosten und Risiken und eine Maximierung des Nutzens sozialer Beziehungen anstrebt. Im Alter werden Beziehungen vor allem nach den Kriterien der Emotionalität bewertet, d.h. eine Beziehungsaufnahme oder -fortführung wird dann als lohnenswert angesehen, wenn die Wahrscheinlichkeit groß ist, dass die Beziehung emotional angenehm sein wird (Erlemeier, 2002). So reduzieren alte Menschen der Theorie zufolge aktiv ihr soziales Netzwerk. Beziehungen mit positiven emotionalen Erfahrungen sind vor allem bei Netzwerkpartnern zu finden, zu denen eine große Nähe und Verbundenheit besteht. Oft sind das Familienmitglieder, die zwar ein verkleinertes Netzwerk darstellen, von

denen sich die älteren Personen aber ein großes Maß an Unterstützung versprechen (Knoll u.a., 2007).

Die sozioemotionale Selektivitätstheorie beschreibt somit den häufig anzutreffenden Befund abnehmender sozialer Kontakte und veränderter Interaktionsmuster bei alten Menschen nicht als Form eines Disengagements, sondern als einen Prozess der qualitativen Umstrukturierung im Sinne einer Konzentration auf soziale Kontakte und Interaktionen, die einen maximalen emotionalen Gewinn versprechen. So erklärt sich, dass die Quantität der Kontakte im Alter zwar abnehmen kann, während Qualität und Intensität gewünschter Kontakte trotzdem Zuwachs erfahren (Erlemeier, 2002).

2.2 Gesundheit im Alter

Mit dem demographisch bedingten Gewinn an durchschnittlicher Lebenszeit rückt die Bedeutung der Gesundheit verstärkt in den Vordergrund. „Lang und zugleich gut zu leben, ist ein tief in uns [...] veranlagter Wunsch. [...] Der Wunsch [...] ist immer mit einer Hoffnung verbunden, mit der Hoffnung, gesund zu bleiben“ (Seitz, 2003; S. 106).

In den vergangenen Jahren hat sich der Blick auf Gesundheit verändert. Während früher bio-medizinische Gesichtspunkte im Vordergrund standen, ist heute die subjektive Gesundheit im Sinne eines bio-psycho-sozialen Modells vermehrt in den Mittelpunkt einer ganzheitlichen Betrachtung gerückt. So ist nicht die objektiv diagnostizierte, sondern die subjektiv erlebte Krankheit ein wichtiger prognostischer Faktor (Wiesmann u.a., 2004a).

Erstaunlicherweise entwickeln sich im Verlauf des Alterungsprozesses die objektive und die subjektive Gesundheit auseinander; die subjektive Einschätzung zeigt dabei im Durchschnitt keine Abnahme mit dem Lebensalter. Es wird angenommen, dass diesem Phänomen wichtige innerpsychische Bewältigungsprozesse zugrunde liegen, die dem Einzelnen eine Adaptation an die nachlassenden Fähigkeiten und die altersbedingten Einschränkungen ermöglichen. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang auch die Erkenntnis, dass ein subjektiv als schlecht bewerteter Gesundheitszustand, unabhängig von dem Ausmaß objektiv beobachteter Krankheit, mit einer erhöhten Mortalität einhergeht (Borchelt, 2000).

Im Folgenden soll etwas näher sowohl auf die körperliche als auch auf die geistige Gesundheit im Alter eingegangen werden. Daneben wird ihr Einfluss auf die

Lebenszufriedenheit sowie die Bedeutung von Prävention und Selbstverantwortung betrachtet.

2.2.1 Körperliche Gesundheit

Gesundheitsbeeinträchtigungen im Alter präsentieren sich heutzutage vor allem durch langsame, schleichende Veränderungen (Seitz, 2003). Merkmale solcher chronischen Krankheiten sind ihre Progressivität, eine lange präsymptomatische Phase und eine relative Behandlungsresistenz (Fries, 1992). Die bekannte Gebrechlichkeit ist dabei das Ergebnis physiologischer Prozesse in Kombination mit Multimorbidität (Bergland u.a., 2001).

Physiologische Studien über Organreserven zeigen bereits ab dem dreißigsten Lebensjahr eine jährliche Abnahme der funktionellen Kapazität um ungefähr 1,5% (Fries, 1992). In der Gruppe der über 65jährigen entfallen mehr als die Hälfte aller Krankenhausaufenthalte auf die Herz-Kreislaufkrankungen (BMFSFJ, 2005). Durch die wachsende Lebenserwartung nimmt außerdem die Inzidenz der Tumorerkrankungen zu (Rabbata u.a., 2005). Stark vertreten und für das Alltagsleben und die Lebensqualität äußerst relevant sind daneben auch die nachlassenden Funktionen der Sinnesorgane (Kytir, 2005).

2.2.2 Kognitive Fähigkeiten

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für vaskuläre und degenerative Hirnveränderungen exponentiell an (Rabbata u.a., 2005). Durch die Reservekapazität, die in jüngeren Jahren aufgebaut wird, erfüllt aber auch das alternde Gehirn noch weitestgehend seine Aufgaben. Erst wenn diese Reserve aufgebraucht ist, zeigen sich typische Veränderungen wie Erinnerungsstörungen, depressiven Stimmungsschübe und Verwirrtheit (Kytir, 2005). Ab dem 80. Lebensjahr wird Pflegebedürftigkeit zu 35% durch dementielle Veränderungen verursacht (Hoffmann u.a., 2007).

Neben der Demenz ist die Depression zu einer bedeutenden geistigen Erkrankung der Älteren geworden (Lin u.a., 2007); teilweise kann sie auch als Begleiterscheinung einer Demenz auftreten (Otto, 1994). Werden sogenannte subsyndromale depressive Erkrankungen in die Bewertung des psychischen Gesundheitszustandes mit einbezogen, so kommt man zu dem Ergebnis, dass jeder vierte ältere Mensch an einer depressiven Störung leidet (Schröder u.a., 2000). Bei Altenheimbewohnern finden sich neben

Demenz und depressiven Erkrankungen vor allem Angststörungen (Smalbrugge u.a., 2006).

Die Verfügbarkeit von bereichsspezifischem Wissen kann im Alter Gedächtnis- und Lerndefizite teilweise kompensieren. In diesem Zusammenhang wird auch postuliert, dass das Erlernen und Reproduzieren von verbalen Inhalten für ältere Menschen eine eher untypische Gedächtnisleistung darstellt, so dass sie bei auf diesen Teil beschränkten Tests schlechter abschneiden als jüngere Vergleichsgruppen (Knopf, 1992).

Im Rahmen präventiver Arbeit ist von Bedeutung, dass auch ältere Menschen eine große mentale Reserve besitzen, die gezielt durch Übungen aktiviert und vergrößert werden kann. Gleichzeitig ist aber zu beachten, dass altersbedingt niedrigere Grenzen dieser Kapazitätsreserve existieren (Baltes u.a., 1992).

2.2.3 Gesundheit als Prädiktor für Lebenszufriedenheit und Lebensqualität

Ab dem mittleren Erwachsenenalter wird Gesundheit von den meisten Menschen als eines der wichtigsten Lebensziele genannt (Zank, 2000). Ältere Menschen äußern deshalb vermehrt Ängste um Verlust der Gesundheit bzw. der körperlichen Funktionstüchtigkeit und fürchten sich vor Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Entmündigungen, Einsamkeit, Einschränkungen und der Situation, anderen zur Last zu fallen oder in ein Seniorenheim ziehen zu müssen (Dittmann-Kohli, 1992; Stracke-Mertes, 1994; Schütze, 2000). Meist legen sie deshalb einen ganz besonderen Wert auf den Erhalt ihrer Selbständigkeit und Autonomie, die wichtig für eine hohe Lebensqualität und Lebenszufriedenheit sind (Lang, 2000; Kytir, 2005; Luleci u.a., 2008). Körperliche Aktivität, die allerdings einen guten körperlichen Gesundheitszustand voraussetzt, hat ebenfalls eine positive Wirkung auf das subjektive Wohlbefinden und verbessert auch bei älteren Menschen die Lebenszufriedenheit (Martin, 2000).

2.2.4 Prävention und Selbstverantwortung

Im Rahmen der Prävention ist sowohl die Gesamtgesellschaft in Form von Politik und Institutionen als auch jeder Einzelne gefragt. „Besonders die zweite Lebenshälfte [...] verlangt nun mehr und mehr Selbststeuerung von den alternden Menschen. Groß ist die soziale und ökonomische, aber auch individuelle Variabilität der Krankheitsinzidenzen der Altersgruppen 50+“ (Rosenmayr, 2005; S.4). Eine gesundheitsbewusste

Lebensweise und gesundheitsförderndes Verhalten können die individuellen Ressourcen für ein gesundes Altern dabei erheblich stärken. Vor allem ein aktiver Lebensstil und regelmäßige Bewegung haben einen positiven Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden (Adler u.a., 2000; Martin, 2000; Kytir, 2005; Hoffmann u.a., 2007; Luleci u.a., 2008).

Weiterhin steht fest, dass ebenso geistige Aktivitäten und Aktivierungen im Alter zu positiven Effekten führen (Daugis u.a., 2001). Positive Interventionen durch Stimulation der Fähigkeiten kann auch durch die Familie bzw. das soziale Umwelt oder Netzwerk erfolgen (Kliegl, 1992). Wichtig ist auch die Prävention von Depressionen, die neben körperlichen Aspekten auch oder vor allem psychologische, ökonomische und soziale Dimensionen berücksichtigen muss (Schröder u.a., 2000).

Neben den individuellen Unterschieden von Gesundheit und Prävention gibt es auch Unterschiede in Abhängigkeit von der sozialen Schicht bzw. Einkommensklasse. So treten z.B. in den unteren Einkommensklassen altersbedingte Behinderungen häufiger und früher auf (Perrig-Chiello, 1997). Und je höher der Bildungsstand ist, desto höher ist auch das Bedürfnis nach Weiterbildung und nach Wissen über allgemeine Lebensfragen, das mit einer stärkeren Selbstreflexion und einer Bemühung um den Erhalt einer selbständigen Lebensführung einhergeht (Munnichs, 1992).

2.3 Antonovskys Modell der Salutogenese

Der Aspekt der Salutogenese hat in den letzten Jahren im Bereich der Medizin, und hier besonders in der Prävention, an Bedeutung gewonnen. Immer mehr wird gefordert, sich einer patientenzentrierten Behandlung zu widmen. Maßgeblich beteiligt an der Entwicklung des Konzeptes der Salutogenese war der Medizinsoziologe Antonovsky, der als Kritik an einer rein pathogenetischen Sichtweise auf Gesundheit die Frage aufstellte, wie es einige Menschen überhaupt schaffen, gesund zu bleiben. Dieses gesundheitsbezogene und auf die individuellen Ressourcen fokussierte Modell der Salutogenese stellt gesundheitsschützende Faktoren und Bedingungen für den Erhalt der Gesundheit in den Mittelpunkt (Bengel u.a., 2001; Wiesmann, 2006). Die Salutogenese wendet sich damit ab von der einfachen Beschreibung eines Individuums als gesund oder krank und geht von einem Kontinuum zwischen diesen beiden Endpunkten aus, auch bezeichnet als Health-Ease und Dis-Ease (Wiesmann u.a., 2004a). Krankheit und Gesundheit werden dabei also nicht als zwei sich gegenseitig ausschließende Merkmale

betrachtet, sondern vielmehr als die beiden Endpunkte einer Skala, zwischen denen sich die Gesundheit bzw. Krankheit des Einzelnen bewegt (Schumacher u.a., 2000).

Personen mit einem hohen Kohärenzgefühl sind nach diesem Modell in der Lage, trotz stressreicher Ereignisse ein hohes Niveau auf dem Kontinuum zwischen Health-Ease und Dis-Ease zu bewahren; sie verstehen es, die individuell zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Aufrechterhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden einzusetzen (Wiesmann u.a., 2004a).

2.3.1 Modellbeschreibung

Das Kernstück des salutogenetischen Modells stellt das sogenannte Kohärenzgefühl dar. Dieses setzt sich nach Antonovsky aus den drei Komponenten Verstehbarkeit (alltägliche Ereignisse sind strukturiert, erklärbar, vorhersehbar und ergeben einen Sinn), Handhabbarkeit (Probleme sind mit vorhandenen Ressourcen zu bewältigen bzw. werden als bewältigbar wahrgenommen) und Sinnhaftigkeit (Anforderungen können als Herausforderung betrachtet werden, sich für sie einzusetzen erscheint lohnenswert) zusammen (Bengel u.a., 2001).

In den Grundzügen beruht das Modell auf der Annahme, dass der Mensch in der Regel die individuelle Entwicklung und damit hier im Speziellen das Altern nicht nur als eine Aneinanderreihung von unabhängigen Ereignissen betrachtet, sondern als einen Sinnzusammenhang, in dem die Zukunft in gewissem Maße planbar ist und persönliche Ziele erreicht werden können. Von Bedeutung sind in diesem Zuge vor allem nicht beeinflussbare Ereignisse, sogenannte heteronome Einflussmomente, denen individuell unterschiedlich viel Gewicht beigemessen wird. Diese Gewichtung ist besonders von persönlichen Erfahrungen und Kontrollüberzeugungen abhängig. Von Bedeutung ist, dass Menschen, die sich selber eine große Einflussmöglichkeit auf die individuelle Entwicklung zuschreiben, durch Zufriedenheit mit ihrem bisherigen Leben und einer optimistischen Einstellung zur persönlichen Zukunft charakterisiert werden können (Brandstädter, 1992).

Das Kohärenzgefühl wird in der Regel in den ersten drei Lebensdekaden in Abhängigkeit von sozialen und kulturellen Einflüssen gebildet und bleibt ein Leben lang stabil (Wiesmann u.a., 2006). „Allenfalls eine radikale Veränderung [...] der strukturellen Lebensbedingungen [...], welche die bisherigen Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten massiv verändern [...], können zu einer deutlichen Änderung des Kohärenzgefühls führen“ (Bengel u.a., 2001; S. 31).

2.3.2 *Bedeutung für die Gesundheit*

Normalerweise führen stressreiche Einflüsse zur Störung der körperlichen Integrität und Minderung der Gesundheit. Das Kohärenzgefühl erlaubt aber Personen, bei denen es stark ausgeprägt ist, belastende Reize teilweise als neutral zu bewerten und so schädliche Auswirkungen zu vermindern, d.h. „je stärker das Kohärenzgefühl ausgeprägt ist, [...] desto besser gelingt es der Person, gesund zu bleiben“ (Bengel u.a., 2001; S. 85). Dabei korreliert es meist deutlich höher mit der psychischen als mit der körperlichen Gesundheit (Wiesmann, 2006).

Das Kohärenzgefühl ist nach Antonovsky der entscheidende Prädiktor für Wohlbefinden und Gesundheit, es stellt somit ein wichtiges Bindeglied zwischen Belastung und Gesundheit dar (Wiesmann u.a., 2004a). Es hat sich außerdem gezeigt, dass das Kohärenzgefühl als ein entscheidender prognostischer Faktor für die Lebenszufriedenheit gesehen werden kann (Wiesmann u.a., 2006).

2.3.3 *Bedeutungen für das Alter*

Durch die hohe Priorität der Erhaltung von Gesundheit und die wachsende Zahl möglicher Stressoren hat vor allem im Alter das Konzept der Salutogenese besondere Bedeutung. Zum einen steigt durch die physiologischen Veränderungen das Erkrankungsrisiko an, zum anderen nimmt in der Regel auch die Zahl einschneidender Lebensereignisse zu. Konträr zum Konzept der Pathogenese fragt die Salutogenese, wie Menschen es schaffen, gesund zu altern. In Studien zur Altersforschung hat das Konzept der Salutogenese bisher allerdings eher wenig Eingang gefunden (Wiesmann u.a., 2004a). Trotzdem konnte bereits die Bedeutung von psychosozialen und kulturellen Faktoren bei den immer häufiger werdenden chronisch-degenerativen Erkrankungen nachgewiesen werden. Eine wahrscheinliche Ursache ist, dass „Menschen mit einem ausgeprägten SOC [...] eher in der Lage [sind], sich gezielt für gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu entscheiden [...]. Damit hat der SOC über die Auswirkungen des Gesundheitsverhaltens indirekt Einfluss auf den Gesundheitszustand“ (Bengel u.a., 2001; S. 37). Weiterhin trägt ein hohes Kohärenzgefühl auch dazu bei, dass bei altersbedingten Veränderungen im körperlichen oder sozialen Kontext ein hohes Maß an Wohlbefinden beibehalten wird. Vor allem sehr alte Menschen sind „in der Lage [...], sich und ihre Welt als kohärent zu erleben“ (Wiesmann u.a., 2004a; S. 368).

Wichtig ist, dass im Alter durch Krankheit und andere altersbedingte Einflüsse das Ausmaß des Kohärenzgefühls abnehmen kann. Deshalb sind gerade bei älteren Menschen kohärenzfördernde und –stärkende Maßnahmen von entscheidender Bedeutung (Wiesmann u.a., 2004b).

2.4 Soziale Netzwerke, soziale Unterstützung, soziale Integration

Der Bereich der sozialen Beziehungen erscheint als ein nahezu unerschöpfliches Themenfeld. Dieses Kapitel soll deshalb einen Überblick über die wichtigsten Aspekte und Zusammenhänge geben. Es wird auf die begriffliche Differenzierung zur Beschreibung sozialer Beziehungen, einige wichtige Begriffe zur Beschreibung der sozialen Wohnsituation älterer Menschen sowie Wirkung und Veränderung sozialer Netzwerke im Alter eingegangen. Es schließen sich ein kurzer Überblick über einige gruppenspezifische Unterschiede und eine Erläuterung der Auswirkungen der demographischen Situation auf die sozialen Netzwerke an.

2.4.1 Einteilung

Das Begriffsfelds der Netzwerk- und Unterstützungsforschung kann grundsätzlich in drei Ebenen eingeteilt werden: soziale Integration (Beziehung eines Individuums zu seiner sozialen Umwelt), soziales Netzwerk (Systeme interpersonaler Beziehungen) und soziale Unterstützung (Laireiter u.a., 1993). Die meisten Autoren belassen es aber bei einer begrifflichen Unterteilung des Konstrukts soziales Netzwerk in lediglich zwei verschiedene Aspekte: die soziale Integration als quantitative und die soziale Unterstützung als qualitative Komponente (Knoll u.a., 2007).

2.4.1.1 Soziales Netzwerk

Im Gegensatz zum Konzept des früher üblichen Gruppenbegriffs ist das Konzept des sozialen Netzwerks umfassender ausgelegt. So werden hier auch indirekte Beziehungen betrachtet, bei denen sich die einzelnen Elemente nicht unbedingt zu kennen brauchen (Röhrle, 1994). Dabei kann sich ein Netzwerk sowohl aus formellen als auch aus informellen Beziehungen zusammensetzen (Fookan, 1997).

Zur Beschreibung der Morphologie sozialer Netzwerke werden strukturelle Merkmale genutzt. Die Netzwerkgröße wird durch die Anzahl der Elemente (also einzelne

Personen oder Gruppen) definiert, die Dichte wird durch das Verhältnis der Anzahl der Verbindungen zur Anzahl der möglichen Verbindungen in einem Netzwerk bestimmt. Dabei macht die Dichte nur eine Aussage zur Quantität, nicht aber zur Intensität der vorhandenen Beziehungen (Röhrle, 1994).

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Erforschung des Netzwerkskonstrukts deutlich weniger fortgeschritten ist als z.B. die Unterstützungsforschung und auch teilweise schwierig vom Begriff der sozialen Integration abzugrenzen ist (Laireiter u.a., 1993). Es soll deshalb auch nicht weiter auf diesen Teilaspekt eingegangen werden.

2.4.1.2 Soziale Integration

Die soziale Integration reflektiert die „Beziehung eines Individuums zu seiner sozialen Umwelt“ (Laireiter, 1993; S. 15). Sie beschreibt, wie und welche Arten von Beziehungen eine Person unterhält, d.h. sie bezieht sich auf die strukturellen und quantitativen Aspekte sozialer Netzwerke und spiegelt damit die Netzwerkgröße und die Kontakthäufigkeit wider (Laireiter, 1993; Schwarzer, 1997). Größe und Dichte stehen dabei oft im inversen Zusammenhang zueinander (Röhrle, 1994). Häufig wird die soziale Integration auch als die Eingliederung in ein soziales Gefüge beschrieben (Knoll u.a., 2007).

Die Einbettung in ein soziales Netz kann mit Hilfe verschiedener Indikatoren erhoben werden, zu denen etwa die Zahl der aktiven Bindungen, die Anzahl sozialer Rollen, die Frequenz sozialer Kontakte und die Anzahl von Freunden, Verwandten oder Bekannten gehören (Schwarzer, 1993). Die soziale Integration stellt somit eine wichtige Voraussetzung für soziale Unterstützung dar. Den Gegenpol bildet die soziale Isolation (Schwarzer, 1993).

2.4.1.3 Soziale Unterstützung

Im Gegensatz zur sozialen Integration berücksichtigt die soziale Unterstützung qualitative und funktionale Aspekte und ist als eine sogenannte Transaktionsvariable zu sehen (Laireiter, 1993). Sie beschreibt eine Interaktion zwischen zwei oder mehreren Menschen (Schwarzer, 1993; Fydrich u.a., 2009), Hauptbezugspunkte sind Inhalt und Qualität interpersonaler Handlungen (Schwarzer, 1997). Ausschlaggebend ist hier vor allem, wie die Bewertung der Interaktionen ausfällt oder wie groß die Gewissheit ist, in Zukunft Unterstützung zu erhalten (Knoll u.a., 2007).

Die meisten Definitionen beschreiben allein den passiven, konsumierenden Teil sozialer Unterstützung, nur wenige umfassen das Konzept, dass Unterstützung auch aus einer aktiven Hilfesuche und Aktivierung von Ressourcen resultieren kann. Noch seltener wird die Idee aufgegriffen, dass ebenso das Geben eine Art der Unterstützung darstellen kann, indem sie der handelnden Person das Gefühl vermittelt, von anderen gebraucht zu werden (Röhrle, 1994).

In Abhängigkeit vom betrachteten Aspekt kann soziale Unterstützung unterschiedlich eingeteilt werden; häufig zu finden ist die Differenzierung zwischen erwarteter und erhaltener Unterstützung (Schwarzer, 1993; Knoll u.a., 2007). In vielen Studien korreliert dabei die wahrgenommene bzw. erwartete Unterstützung negativ mit den Gesundheitsbeschwerden und mit dem Ausmaß an Depressivität, während zwischen tatsächlich erhaltener Unterstützung und Gesundheitsbeschwerden ein positiver Zusammenhang besteht (Laireiter, 1993). „Wahrgenommene Unterstützung korreliert fast immer negativ mit Gesundheitsbeschwerden: wer [...] wenig Hilfe von anderen erwartet, berichtet über mehr Symptome“ (Schwarzer, 1997; S. 404).

Die soziale Unterstützung kann weiterhin nach der Dimension der sozialen Transaktion klassifiziert werden; die drei wichtigsten Aspekte stellen die emotionale, die instrumentelle und die informationelle Unterstützung dar (Schwarzer, 1993). Von manchen Autoren wird daneben noch ein materieller Aspekt differenziert oder die Komponente einer Bewertungsunterstützung ergänzt (Röhrle, 1994; Knoll u.a., 2007).

2.4.2 Soziale Lebenslagen

Vor dem Hintergrund der sozialen Lebenssituation älterer Menschen sind einige Begriffe zur genaueren Beschreibung zu differenzieren. So ist mit *Alleinleben* lediglich die Wohnsituation der Person in einem Ein-Personen-Haushalt angesprochen, die nicht automatisch mit negativen Aspekten in Verbindung zu bringen ist. So ist gerade für viele ältere Menschen das Alleinleben ein Zeichen von Autonomie, Selbständigkeit und Unabhängigkeit. *Alleinsein* beschreibt dagegen die Zeit, die eine Person wirklich alleine verbringt. Auch sie kann sowohl negative als auch positive Aspekte mit einschließen. *Isolation* dagegen bezieht sich auf einen Zustand, der durch einen Mangel an sozialen Beziehungen gekennzeichnet ist. Die *Einsamkeit* schließlich weist vor allem auf das subjektive Erleben objektiver Zustände des Einzelnen hin. So kann Einsamkeit auch dann empfunden werden, wenn bei einem objektiv als gut bewertetem Netzwerk das tatsächliche Ausmaß sozialer Beziehungen von dem vom Individuum selber

gewünschten Ausmaß in negativer Richtung abweicht. Die Wahrscheinlichkeit des Eintretens nimmt für alle vier Aspekte (Alleinleben, Alleinsein, Isolation und Einsamkeit) mit steigendem Alter zu (Tesch-Römer, 2000).

2.4.3 Wirkungsweisen sozialer Netzwerke

Bei der Betrachtung der Wirkungen ist die Differenzierung zwischen sozialer Integration und sozialer Unterstützung zu berücksichtigen. So stellte Cohen beispielsweise die These auf, dass nur die soziale Integration aufgrund ihrer zeitlichen Stabilität einen Einfluss auf die Entstehung chronischer Erkrankungen hat, während die soziale Unterstützung vor allem mit akuten Symptomen in Verbindung zu bringen ist (Cohen, 1988). Des Weiteren wurde beobachtet, dass zwar die soziale Unterstützung positiv mit einem Gefühl der Geborgenheit korreliert ist, der Zusammenhang mit sozialer Integration dagegen sehr schwach ausfällt (Röhrle, 1994). Häufig konnte auch kein direkter Zusammenhang zwischen sozialer Integration und Krankheit, aber ein negativer Zusammenhang zwischen Unterstützungszufriedenheit und Krankheit gefunden werden (Laireiter, 1993).

Die Wirkungen sozialer Netzwerke vollziehen sich unter anderem auch durch einen indirekten Einfluss auf das Krankheitsverhalten, indem sie Wissen vermitteln, die kognitive Verarbeitung fördern und eine normative Orientierung vorgeben (Badura u.a., 1992; Röhrle, 1994). Außerdem vermitteln sie ein Gefühl von Vorhersagbarkeit, Stabilität und Kontrolle und fördern so das Ausmaß an erlebtem Selbstvertrauen sowie die Entwicklung einer stabilen Persönlichkeit (Cohen u.a., 1985; Badura u.a., 1992; Röhrle, 1994).

Entscheidend für eine positive Wirkung sozialer Beziehungen ist vor allem die emotionale Nähe, weniger die Quantität (Fookan, 1997; Lang, 2000). Ebenso kann ein Zusammenhang zwischen der Dauer und der Intensität sozialer Beziehungen als gesichert angenommen werden, während dieser zwischen Frequenz und Intimität eher fraglich ist. Demgegenüber ist der Zusammenhang zwischen der Anzahl sehr nahe stehender Bezugspersonen und dem Ausmaß sozialer Unterstützung aber eindeutig. Es wird außerdem angenommen, dass zur Aufrechterhaltung zuverlässiger und andauernder sozialer Beziehungen die Regeln der Reziprozität eingehalten werden müssen (Badura u.a., 1992; Röhrle, 1994).

Die negativen Aspekte berücksichtigen, dass soziale Beziehungen mit Abhängigkeiten, Machtverhältnissen, sozialen Kontrollen und Verpflichtungsgefühlen einhergehen

können (Laireiter, 1993; Röhrle, 1994; Stracke-Mertes, 1994). In abhängigen Beziehungen wird Hilfe aus diesem Grund oft als Einmischung oder Kontrolle aufgefasst. Auch eine mögliche Bedrohung des Selbstwertgefühls durch Vergleichsprozesse ist zu berücksichtigen (Laireiter, 1993). Weiterhin können stressreiche Situationen durch Emotionalisierungen oder durch Überengagement noch verschärft werden (Röhrle, 1994).

Von Bedeutung ist auch die Netzwerkgröße. Sowohl zu große als auch zu kleine sowie sehr dichte oder stark vereinzelt Netzwerke können belasten (Laireiter u.a., 1993; Röhrle, 1994). Sehr große Netze sind oft durch einen Mangel an nahe stehenden Personen und einem mit der Größe wachsendem Konfliktpotential geprägt. Auf der anderen Seite sind sehr kleine Netzwerke durch einen Mangel an sozialen Alternativen gekennzeichnet, was besonders in Konfliktsituationen zum Ausdruck kommt (Fookan, 1997). Bei sehr dichten sozialen Netzwerken ist am ehesten die Kontinuität von Unterstützung gewährleistet. Auf der anderen Seite wirken diese aber, ähnlich wie sehr kleine Netzwerke, stärker kontrollierend und neigen zur Abschottung (Laireiter u.a., 1993; Röhrle, 1994).

Soziale Unterstützung besitzt des Weiteren eine Stressorspezifität. Studien, die einen positiven Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und geringem Stresserleben, jedoch keine Korrelation bei stark ausgeprägtem Stress nachgewiesen haben, lassen außerdem auf eine kurvenlineare Beziehung zwischen Hilfe und Stressoren schließen. Daneben sind die Effektivität und die subjektive Bewertung von sozialer Unterstützung auch vom jeweiligen Kontext und der situativen Angemessenheit abhängig (Röhrle, 1994).

Bei der Wirkung sozialer Netzwerke werden im Allgemeinen Haupt- und Puffereffekte unterschieden. Während Haupteffekte sich direkt auf die Befindlichkeit auswirken, vermindern Puffereffekte den Einfluss einer belastenden Situation auf die Stressreaktion und die schädigende Wirkung der Stressreaktion auf die Befindlichkeit (Cohen, 1988; Röhrle, 1994). Meist wird die Auffassung vertreten, dass das Ausmaß der sozialen Integration vor allem mit Haupteffekten in Verbindung steht, während die soziale Unterstützung eher mit Puffereffekten korreliert (Schwarzer, 1993).

2.4.4 Bedeutung und Wirkung sozialer Netzwerke im Alter

Als soziale Bedürfnisse wird von vielen älteren Menschen der Wunsch nach sozialer Integration und emotionalen Beziehungen genannt. Die Hoffnungen bzw. Erwartungen

der älteren Menschen an ihre persönliche Zukunft beziehen sich neben körperlicher und geistiger Gesundheit vor allem auf die soziale Teilhabe (Stracke-Mertes, 1994).

Dabei ist hohes Lebensalter auf sozialer Ebene durch „das Problem der Einsamkeit und der Vereinsamung“ gekennzeichnet (Seitz, 2003; S. 108). Sowohl die soziale als auch die emotionale Einsamkeit korrelieren positiv mit dem Alter; ein ausgeprägtes Gefühl von Alleinsein findet sich vor allem bei Menschen über 75 Jahren (Lehr, 2000; Dausg, 2001; Drageset, 2004). Besonders der Verlust bedeutsamer sozialer Beziehungen ist für das Empfinden von Einsamkeit entscheidend, während die Quantität der sozialen Kontakte einen geringeren Einfluss hat. Deshalb fühlen sich viele Seniorenheim-Bewohner einsam, obwohl sie objektiv gesehen von vielen potentiellen Interaktionspartnern umgeben sind (Stracke-Mertes, 1994).

Für die Entscheidung zum Umzug in ein Altenheim ist festzuhalten, dass ein gutes Netzwerk die Notwendigkeit eines Umzugs verringert (Giles u.a., 2007). Parallel dazu gilt, dass bei Entlassung älterer Menschen aus dem Krankenhaus eine ambulante Versorgung nur als geeignet angesehen wird, wenn neben einem Mindestmaß an Möglichkeiten zur Selbstversorgung ein hilfswilliges und -fähiges soziales Netzwerk bereitsteht (Garms-Homolová u.a., 1992). Aber auch ein Netzwerk mit gutem emotionalen Rückhalt und engen Vertrauten bietet nur wenig Hilfe, wenn die Personen weit entfernt wohnen oder selber bereits alt oder krank sind, was vor allem den Ehepartner betreffen kann (Kruse u.a., 1994).

Auch beim Verlust des Ehepartners ist das sonstige soziale Netzwerk entscheidend für die Bewältigungsarbeit. Günstig wirken sich dabei eine Kontinuität der Selbständigkeit während der Partnerschaft, die Übernahme außerfamiliärer sozialer Rollen und soziale Aktivitäten aus (Dibelius, 2000).

Der Familie kommt besonders im Alter eine besondere Bedeutung zu. Es präsentiert sich oft als eines der dauerhaftesten Beziehungssysteme und sichere Ressource sozialer Integration und Unterstützung und stellt gerade für ältere Menschen einen zentralen, sinngebenden Lebenspunkt dar (Mullins u.a., 1990; Fooker, 1997).

2.4.5 Veränderungen sozialer Netzwerke im Alter

Die Veränderungen der Sozial-Kontakte im Alter werden häufig einseitig als Abnahme der sozialen Aktivität oder als soziale Isolierung bezeichnet (Lehr, 2000). Der im Alter für viele Betroffene sinnvoll erscheinende Rückzug aus emotional wenig bedeutsamen

Beziehungen wird so von Außenstehenden häufig als globaler Rückzug fehlinterpretiert (Lang, 2000).

Der Verlust sozialer Beziehungen, vor allem Verwitwung, kann auf lange Sicht betrachtet zu Krankheit, Einsamkeit und Sinnlosigkeitsgefühlen führen (Dibelius, 2000). Häufig nimmt hier die Netzwerkgröße insgesamt ab, vor allem beim Verlust des Ehepartners kann sogar die Dichte geringer werden und die soziale Unterstützung wird seltener. Diese Veränderungen treten insbesondere dann auf, wenn das Netzwerk in hohem Maße über den verstorbenen Partner definiert wurde (Röhrle, 1994). Aber auch der Tod von anderen nahestehenden Kontaktpersonen kann eine soziale Deprivation hervorrufen oder fördern (Saup u.a., 1997). Dem Erhalt oder Neuaufbau sozialer Kontakte kann daher eine präventive Bedeutung zukommen (Schröder u.a., 2000).

Neben Verlusten sind aber auch selbstgewählte Veränderungen zu berücksichtigen: Während weniger enge oder einseitige Kontakte im Alter aufgegeben werden, kommt es meist zu einer Fortführung oder gar Intensivierung der Beziehungen zum engsten Familienkreis und zu emotional nahestehenden Freunden (Lang, 2000). Weiterhin kommt es im höheren Alter zu einer veränderten Bewertung der Lebensaspekte hinsichtlich ihrer Sinnhaftigkeit. So gehören soziale Kontakte zu den wichtigsten Anliegen älterer Menschen (Dittmann-Kohli, 1992). Gleichzeitig werden in der Regel die sozialen Interaktionen positiver bewertet (Schnittker, 2007). Außerdem gibt es Hinweise darauf, dass ältere Menschen erfolgreicher darin sind, konfliktbeladenen Beziehungen zu meiden (Lang, 2000).

Schließlich haben auch Umweltveränderungen wie Umzüge einen Einfluss auf die sozialen Beziehungen. Besonders bei einem Einzug in ein Altenheim werden alte Netzwerke aufgrund eingeschränkter Mobilität aufgelöst, oder weil die Kontaktpersonen auf der anderen Seite durch die negative Stigmatisierung von Heimen eine Hemmung vor Besuchen haben (Röhrle, 1994). So verbringen die Bewohner etwa ein Drittel ihrer Wachzeit mit sozialen Aktivitäten, die jedoch vor allem Interaktionen mit den anderen Bewohnern darstellen, während die Kontakte mit außerhalb des Heimes lebenden Familienangehörigen und Freunden nur einen geringen Anteil ausmachen (Kruse u.a., 1994).

2.4.6 Gruppenspezifische Unterschiede sozialer Netzwerke

Das Ausmaß sozialer Integration und der Erhalt von Unterstützung hängen in gewissem Grad von unabhängigen Variablen wie dem Geschlecht oder der Bildungsschicht ab. So

unterhalten Frauen meist umfangreichere und komplexere soziale Netzwerke, die stärker durch freundschaftliche, verwandtschaftliche und nachbarschaftliche Kontakte geprägt sind, weisen häufiger enge soziale Kontakte auf und erhalten mehr soziale Unterstützung (Röhrle, 1994; Lehr, 2000). Auf der anderen Seite geben Frauen aber auch, genauso wie gesundheitlich beeinträchtigte Menschen, häufiger Einsamkeitsgefühle an (Lehr, 2000).

Zu Beginn der Forschung galt das soziale Netzwerk für Angehörige der unteren sozialen Schichten als eine Art von sozialem Versicherungssystem. Verschiedene Studien haben jedoch später eher das Gegenteil gezeigt, denn die notwendige Pflege, z.B. durch Telefonate und Reisen, kann eher von höheren sozio-ökonomischen Schichten sichergestellt werden. Insgesamt kann man feststellen, dass Angehörige der unteren Schichten vergleichsweise kleinere und dichtere soziale Netzwerke unterhalten und häufiger isoliert sind (Röhrle, 1994).

2.4.7 Einfluss der demographischen Situation auf die sozialen Netzwerke

Die wichtigsten Veränderungen in der Institution Familie im Zuge der demographischen Entwicklung können als Pluralisierung, Differenzierung und Individualisierung zusammengefasst werden (Backes, 2004). Gleichzeitig hat sich der klassische Stammbaum in eine Bohnenstangen-Verwandtschaft verwandelt (Fooker, 1997). Insgesamt werden die kommenden Geburtenjahrgänge deshalb in zunehmendem Maße über kleinere soziale Netzwerke verfügen (BMFSFJ, 2005). Ende des letzten Jahrhunderts hatten z.B. Ehepaare zum ersten Mal im Durchschnitt mehr lebende Elternteile als eigene Kinder (Hagestad, 1992).

Die Veränderungen sind dabei nicht gleichzusetzen mit einer Auflösung der familiären Bindung und Abnahme der Solidarität (Hagestad, 1992). Die Möglichkeiten zu einer autonomen und selbständigen Lebensführung auch im Alter können vielmehr als ein Wohlstandsphänomen interpretiert werden, denn Beziehungen und Kontakte sind trotz räumlicher Distanz nach wie vor vorhanden. Häufig wird aus diesem Grund auch von einer multilokalen Mehrgenerationenfamilie als dominierende Familienform in Deutschland gesprochen (Kaufmann, 2008). Das Phänomen steigender Ein-Personen-Haushalte kann auch mit der These begründet werden, dass gerade die räumliche Trennung der Generationen die Aufrechterhaltung positiver Familienbeziehungen fördere (Lehr, 2000).

Ein Problem, das sich noch weiter verstärken wird, ist, dass Frauen im mittleren Alter immer noch die hauptsächlichsten nicht-professionellen Pflegepersonen darstellen. Diese werden mit fortschreitender Selbstverständlichkeit der Berufstätigkeit von Frauen aber immer weniger Zeit für die private Pflege haben. „Ihre Identifizierung mit dem Beruf nimmt so sehr zu, dass sie sich weniger für Pflegehandlungen engagieren [...] wollen und können“ (Rosenmayr, 2005; S. 13).

Im Zuge der aktuellen Entwicklungen nehmen schließlich auch die Zahlen der unverheirateten Personen und der Scheidungen zu (Rott, 2004). Es bleibt die Frage, welche Auswirkungen diese Entwicklungen auf das Leben im Alter haben werden (Lehr, 2000).

2.5 Einfluss sozialer Netzwerke auf gesundheitsassoziierte Aspekte im Alter

Als Abschluss des theoretischen Hintergrundes soll nun der Einfluss der sozialen Beziehungen auf Gesundheit und Lebenszufriedenheit im Alter betrachtet werden.

2.5.1 Einfluss auf die Gesundheit

Soziale Netzwerke können sich im Alter auf unterschiedliche Weise auf die Gesundheit auswirken. So können bei der Bewältigung von Multimorbidität im Alter stabile Netzwerke interagierend wirksam werden, indem Pflegepersonen bestimmte Verhaltensweisen wie Bewegung oder gesunde Ernährung der älteren Menschen unterstützen und den Lebenswandel allgemein positiv beeinflussen (Zank, 2000; Rabbata u.a., 2005). Positive soziale Stimulationen haben außerdem über eine parasympathische Aktivierung einen hemmenden Einfluss auf Stressreaktionen und dämpfen über das kardiovaskuläre System den schädlichen Einfluss von Belastungen (Röhrle, 1994). Daraus folgend zeigt sich, dass ältere Menschen, die mit ihrer sozialen Umwelt zufrieden sind, im Durchschnitt weniger medizinische Dienste in Anspruch nehmen als ansonsten vergleichbare Personen (Coper, 1992).

Auch ein Einfluss auf die psychische Gesundheit ist inzwischen belegt. So geht eine zu geringe soziale Unterstützung mit einem höheren Ausmaß an Depression und einer geringeren Lebenserwartung einher, während angemessene soziale Interaktionen den Erhalt kognitiver Fähigkeiten fördern (Winningham u.a., 2007).

2.5.2 *Einfluss auf die Lebenszufriedenheit*

Neben der Gesundheit fördert eine gute soziale Eingliederung im Alter auch Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden (Chappell u.a., 1989; Adler u.a., 2000; Lehr, 2000). Dabei ist vor allem eine hohe Qualität der sozialen Beziehungen und das Vorhandensein eines ausreichend dichten sozialen Netzes oder die alleinige Überzeugung, bei Bedarf Unterstützung zu erhalten, entscheidend (Lang, 2000; Hellström u.a., 2004). So kommt den eigenen Kindern neben der Absicherung der pflegerischen Versorgung im Alter auch eine wichtige Rolle zum Erhalt des Wohlbefindens zu (BMFSFJ, 2005).

Auch die kontinuierliche Einnahme sozialer Rollen im Alter und die Ausübung einer sinnvollen Tätigkeit sagen ein hohes Maß an Lebenszufriedenheit und ein gutes Selbstwertgefühl voraus (Martin, 2000; Dausg u.a., 2001; Rabbata u.a., 2005). So versuchen ältere Personen auch bei abnehmender Gesundheit selbst weiterhin Unterstützung zu leisten (Armi u.a., 2008). Bei einem Mangel an Reziprozität lässt sich dagegen ein signifikant schlechterer Gesundheitszustand nachweisen (Chandola u.a., 2007).

2.5.3 *Schädigende Einflüsse*

Trotz zahlreicher Belege einer Verbesserung der Lebensqualität durch soziale Interaktionen und Beziehungen finden sich auch Berichte, die mögliche schädliche Auswirkungen sozialer Kontakte beleuchten. Die negativen Folgen der sozialen Unterstützung entstehen vor allem durch Unangemessenheit der Handlung sowie durch Konflikte oder Gewalt aufgrund der entstehenden Abhängigkeit (Lang, 2000). Ebenso kann die Gesundheit älterer Menschen durch Unselbständigkeit-fördernde Verhaltensweise von Seiten des sozialen Netzes im negativen Sinn beeinflusst werden (Schröder u.a., 2000).

Während die mit Freunden verbrachte Zeit vor allem durch Freizeitaktivitäten geprägt ist, beruhen im Alter Interaktionen mit der Familie in der Regel vor allem auf Alltagsaktivitäten wie Haushaltung oder Pflege und können deshalb in Einzelfällen einen geringeren Beitrag zum Wohlbefinden leisten (Perrig-Chiello, 1997).

Allerdings ist die Datenlage zu diesen negativen Komponenten nicht sehr groß, da besonders die schwerste Form negativer Erfahrung, die Misshandlung und Vernachlässigung innerhalb sozialer Beziehungen, nur sehr schwer zu erheben ist (Lang, 2000).

3 Demographie in Deutschland

„Deutschland altert und muss sich endlich darauf einstellen. Schönfärberei bringt nichts – Schwarzmalerei auch nicht“ (Rabbata u.a., 2005; S. 1).

Die derzeitige demographische Situation in Deutschland wird besonders mit dem Phänomen einer zunehmenden Alterung in Verbindung gebracht. Die aktuellen Alters- und Geschlechtsverhältnisse sowie die Prognosen sind wichtig, um den Einfluss der demographischen Entwicklung auf die Lebenssituation der älteren Menschen und damit auch der sozialen Netzwerke einordnen zu können. In einem ersten Schritt werden deshalb hier die aktuellen Zahlen und Prognosen dargestellt (Kap. 3.1), bevor auf die Seniorenheime und den Aspekt der Pflegebedürftigkeit (3.2) eingegangen wird.

3.1 Allgemeine Sachlage

Der demographische Wandel lässt sich insgesamt durch das sogenannte dreifache Altern beschreiben: Die Zahl der älteren Menschen nimmt absolut gesehen zu, der relative Anteil älterer Menschen im Verhältnis zu den jüngeren steigt noch stärker an und die Zahl der hochaltrigen Personen wächst (Daugis u.a., 2001). Weiterhin treten mit zunehmendem Alter immer stärkere Geschlechtsdisparitäten auf (Rott, 2004).

3.1.1 Alters- und Geschlechtsverteilung

Aktuell leben in Deutschland 81,8 Mio. Menschen, von denen 41,7 Mio. (51%) weiblich und 40,1 Mio. (49%) männlich sind. Von der gesamten Bevölkerung sind 21,2 Mio. Menschen (25,9%) 60 Jahre oder älter, 7,3 Mio. (8,9%) sind 75 Jahre oder älter und immerhin 1,9 Mio. (2,3%) haben bereits das 85. Lebensjahr überschritten. Von den Personen ab 65 Jahren sind 56,9% jünger als 75 und gehören damit zur Gruppe der jungen Alten. 11,1% sind bereits 85 Jahre oder älter (Statistisches Bundesamt, 2009).

Während in der Gesamtbevölkerung das Geschlechtsverhältnis relativ ausgeglichen ist, beträgt der Frauenanteil bei den über 60jährigen bereits 56,4%, bei den über 75jährigen 64,3% und bei den über 80jährigen sogar 69,1% (Statistisches Bundesamt, 2009).

3.1.2 Lebenserwartung

Zur aktuellen demographischen Situation trägt auch die gestiegene Lebenserwartung bei. So wurden 1680 nur 21% der Lebendgeborenen 60 Jahre oder älter, 1980 waren es

bereits 89,5% (Lehr, 2000). Auch noch in den letzten 100 Jahren hat sich die Lebenserwartung eines Neugeborenen ungefähr verdoppelt (Stracke-Mertes, 1994; BMFSFJ, 2005). Demgegenüber ist die obere biologische Altersgrenze in den letzten Jahren nur geringfügig angestiegen und wird bei etwa 115 Jahren gesehen (Fries, 1992; Stracke-Mertes, 1994; Seitz, 2003). Aktuell hat ein neugeborenes Mädchen eine Lebenserwartung von 82,5 Jahren, ein Junge von 77,3 Jahren. Menschen, die heute aber bereits 65 Jahre alt sind, haben im Durchschnitt noch eine Lebenszeit von 20,5 bzw. 17,2 Jahren, 75jährige von 12,5 bzw. 10,4 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2009).

3.1.3 Prognose

Nach den Vorhersagen wird in den nächsten Jahrzehnten die Zahl der Gesamtbevölkerung in Deutschland um fast 16% abnehmen. Die Gruppe der unter 60jährigen ist dabei mit einem Rückgang von 27,1 % besonders betroffen. Die über 60jährigen werden dagegen einen Zuwachs von 9,3% verzeichnen, die über 80jährigen sogar von 52,1%. Die Zahl derjenigen, die 100 Jahre oder älter sind, wird sogar von 21.000 im Jahr 2020 auf 169.500 im Jahr 2060 anwachsen, das entspricht einem Anstieg um mehr als das Achtfache (Statistisches Bundesamt, 2009).

3.2 Situation der Seniorenheime

Die Qualität des Wohnens hat besonders für ältere Menschen einen hohen Stellenwert (BMFSFJ, 2005). Es hat sich gezeigt, dass eine mangelhafte und wenig zufriedenstellende Wohnsituation mit einem erhöhten Risiko für somatische und psychische Erkrankungen assoziiert ist (Sosna u.a., 1983).

3.2.1 Einteilung der Einrichtungen

Die Angebote der Altenhilfe-Einrichtungen unterscheiden sich vor allem in dem Ausmaß der selbständigen Lebensführung der Bewohner. Während Altenwohnheime aus in sich abgeschlossenen Wohnungen bestehen, müssen die Bewohner von Altenheimen auf eine selbständige Haushaltsführung verzichten (BMFSFJ, 2005). Die verschiedenen Altenheime wiederum unterscheiden sich vor allem hinsichtlich der Personalstruktur (Anzahl und Qualifikation), der Organisationsstruktur und der Qualität und Quantität der notwendigen Betreuung (Kruse u.a., 1994).

Durch den steigenden Anteil schwer pflegebedürftiger Menschen in Altenheimen und das sich vergrößernde Ausmaß der Pflegebedürftigkeit am Einzelnen sind einige Seniorenheime im Laufe der Zeit zu reinen Pflegeheimen geworden, die stärker diesen Anforderungen angepasst sind (Stracke-Mertes, 1994).

3.2.2 Statistik

Bundesweit gibt es etwa 11.600 Pflege- und Seniorenheime mit insgesamt etwa 740.000 Plätzen, in denen durchschnittlich 64 Menschen wohnen. Etwa 87% der Bewohner haben dabei eine Pflegestufe (Statistisches Bundesamt, 2009).

Aktuell leben in Deutschland etwa 2,34 Mio. pflegebedürftige Menschen, davon sind zwei Drittel (67%) weiblich. Etwa ein Drittel der Pflegebedürftigen (35%) ist 85 Jahre oder älter, und nur 31% wohnen in einer vollstationären Einrichtung. Bei den Bewohnern von Seniorenheimen ist bereits jeder zweite 85 Jahre oder älter, bei den zu Hause betreuten nur jeder Dritte bis Vierte (29%) (Statistisches Bundesamt, 2009).

Anhand statistischer Zahlen wird auch deutlich, dass ältere Frauen häufiger die Pflege des Ehepartners übernehmen als dass sie, aufgrund der höheren Verwitwungsrate, selbst zu Hause gepflegt werden können. So sind von den zu Hause Versorgten etwa zwei Drittel (63%) weiblich, während ihr Anteil in Seniorenheimen bei drei Viertel liegt (Statistisches Bundesamt, 2009).

Verständlicherweise erhöht Kinderlosigkeit die Wahrscheinlichkeit, im Alter in ein Seniorenheim umziehen zu müssen. So zeigte sich in der Berliner Altersstudie, dass im Gegensatz zur restlichen Bevölkerung mehr als die Hälfte der Heimbewohner keine Kinder hat. Menschen mit Kindern, die im Seniorenheim wohnen, sind deshalb überdurchschnittlich alt. So kommt es, bei der Gruppe der Bewohner mit Kindern gut 45% bereits älter als 95 Jahre sind, während der Anteil der über 95jährigen insgesamt nur bei etwa 10% liegt (Schütze, 2000).

3.2.3 Bewohner von Seniorenheimen

Seniorenheimen stellen Wohnorte vor allem für hochbetagte Menschen dar. Während nur eine sehr kleine Gruppe der unter 75jährigen Menschen der Gesamtbevölkerung in einem Seniorenheim wohnt, ist es bei den 85-89jährigen bereits jeder fünfte, bei den 90-94jährigen fast jeder dritte und bei den noch älteren Personen fast jeder zweite (Saup, 2000). Die durchschnittliche Wohndauer beträgt 55 Monate. Da die meisten Menschen möglichst lange im eigenen Zuhause bleiben möchten oder weniger einschränkende

Wohnformen wie betreutes Wohnen bevorzugen, handelt es sich hier vor allem um alte oder besonders kranke und pflegebedürftige Personen (Menning, 2007).

Das durchschnittliche Einzugsalter in ein Seniorenheim liegt bei ungefähr 86 Jahren. Als Risikopersonen gelten dabei sehr alte Menschen, Frauen, verwitwete Personen, Menschen mit einer hohen Anzahl gesundheitsbezogener Beschwerden oder einer geringen Lebenszufriedenheit (Saup, 2000; Hellström u.a., 2004).

Der Entschluss zu einem solchen Umzug wird oft nicht vom Betroffenen selbst gefällt, sondern wird immer mehr zur Selbstverständlichkeit, wenn nach einem längeren Krankenhausaufenthalt eine eigenständige Lebensführung und Versorgung nicht mehr möglich ist (Kruse u.a., 1994; Görres, 1997; Scocco u.a., 2006). So kommt es, dass mehr als die Hälfte der Altenheimbewohner direkt aus dem Krankenhaus in ein Heim umzieht (Stracke-Mertes, 1994).

Im Seniorenheim erhält nur rund ein Zehntel der Altenheim-Bewohner täglich Besuch, ein Drittel immerhin ein- bis mehrfach pro Woche. Jeweils etwa ein Viertel bekommt ein- bis mehrmals pro Monat bzw. seltener Besuch, jeder 20. Bewohner allerdings nie (Rückert, 1997).

4 Stand der Forschung

Ganz allgemein haben gerontologische Studien aus praktischen Gründen meist ein querschnittliches Studiendesign, da im Laufe der Zeit bei älteren Menschen mit einem großen Ausfall durch die hohe Sterberate zu rechnen ist (Gaugler u.a., 2003). Problematisch ist dabei, dass es so zu einer selektiven Auswahl der jüngeren und besonders gesunden Menschen kommt (Schneider u.a., 2004). Wie eingangs bereits erwähnt, handelt es sich in Studien mit älteren Menschen meist um selbständige, nicht-institutionalisierte Personen, während Altenheimbewohner nur sehr selten einbezogen werden (Freedman u.a., 1994; Roe u.a., 2001; Borg u.a., 2006; Hall u.a., 2009). Deutlich wird in vielen Studien auch, dass es nicht möglich ist, alle älteren Menschen zu befragen, sondern dass man sich, um verwertbare Aussagen zu erhalten, auf die Gruppe kognitiv wenig eingeschränkter Personen berufen muss (Roe u.a., 2001; Eisses u.a., 2004; Bergland u.a., 2006; Scocco u.a., 2006).

Im Folgenden soll ein Überblick über einige relevante Untersuchungen gegeben werden, die sich mit dem Alter und Altenheimen (Kap. 4.1) sowie sozialen Beziehungen (Kap. 4.2), dem Kohärenzgefühl (Kap. 4.3), der Gesundheit (Kap. 4.4) und der Lebensqualität älterer Menschen (Kap. 4.5) befassen. Den Abschluss bildet eine kurze Diskussion der Ergebnisse im Zusammenhang mit der durchgeführten Befragung (Kap. 4.6).

4.1 Alter und Altenheim

Bei verschiedenen Autoren ist zu lesen, dass in Seniorenheimen meist Menschen zu finden sind, die von Gebrechlichkeit, Angst vor der Zukunft und steigender Abhängigkeit gekennzeichnet und deutlich häufiger von Depressionen betroffen sind (Franklin u.a., 2006; Scocco u.a., 2006; Lin u.a., 2007). Bedingt durch die demographische Entwicklung gehen Rabbata u.a. (2005) davon aus, dass sich in den kommenden Jahren der Anteil dieser zudem sehr alten und multimorbiden Bewohner noch vergrößern wird. Sie berichten deshalb von ersten Modellen, die als Alternativen zur Betreuung in Heimen oder durch die Familie bereits erprobt werden: Ehrenamtliche Helfer engagieren sich als „Tagesmütter“ für demenzkranke Personen; Wohngemeinschaften mit einer kleineren Gruppengröße für betreuungsbedürftige Menschen ergänzen das Bild.

Trotz vieler Verbesserungen in den letzten Jahren beklagen sich immer noch viele Bewohner von Seniorenheimen über ihren mangelnden Einfluss auf die Pflege und ein Fehlen von sinnvollen Beschäftigungen, wie Berglund (2007) in einer Studie herausfand. In Übereinstimmung dazu stellten Franklin u.a. (2006) fest, dass die meisten Altenheimbewohner das Heim nicht als ihr Zuhause bezeichnen.

Doch das Wohnen hat im Alter einen erheblichen Einfluss auf Wohlbefinden und Gesundheit, wie Ron (2007) nachwies. So konnte sie entgegen aller Vorurteile zeigen, dass das Selbstwertgefühl von Personen mit Betreuung im Rahmen einer Tagespflege höher war als das von vergleichbaren Personen mit einer Pflege ausschließlich zu Hause. In eine ähnliche Richtung weisen die Befunde von Elliot u.a. (2008). Sie plädieren dafür, dass die früher oft als optimale Lösung deklarierte Familienpflege in jedem einzelnen Fall kritisch geprüft werden sollte.

Als wichtige Prädiktoren für erfolgreiches Altern im Seniorenheim fanden Berglund u.a. (2006) die individuelle Einstellung gegenüber dem Leben in einer vollstationären Einrichtung sowie den Kontakt mit ebenbürtigen Mitbewohnern und eine stabile Beziehung zur Familie.

Als prädisponierend für einen notwendigen Auszug aus der Selbständigkeit konnten in verschiedenen Untersuchungen Faktoren wie hohes Alter, weibliches Geschlecht, Verwitwung, eine hohe Anzahl an gesundheitsbezogenen Beschwerden und eine geringe Lebenszufriedenheit festgestellt werden (Klein, 1998; Hellström u.a., 2004). Dabei schützt nach Giles u.a. (2007) ein Netzwerk mit sehr engen und vertrauten Personen vor der Notwendigkeit eines Umzugs, während weniger nahe stehende Personen keinen signifikanten Einfluss haben. Freedman u.a. (1994) fanden den interessanten Unterschied, dass bei Männern das Fehlen der Ehepartnerin das Risiko eines Umzuges erhöht, während bei den Frauen die Netzwerkgröße der entscheidende Parameter ist. Ergänzend dazu stellten Angel u.a. (2004) fest, dass ein stabiles soziales Netz und ein Zusammenleben mit der Familie die Wahrscheinlichkeit verringert, in einem Altenheim und nicht Zuhause zu sterben. Und Lin u.a. (2007) zeigten, dass das Ausmaß der sozialen Unterstützung neben der subjektiven Gesundheit bei Seniorenheimbewohnern eine wichtige Variable zur Vorhersage von depressiven Symptomen ist.

Insgesamt beklagen sich viele Bewohner über eine Abnahme des sozialen Rückhalts und wünschen sich einen stärkeren Kontakt zur Außenwelt (Cooney u.a., 2009). Denn oft erfahren sie zeitgleich mit dem Nachlassen körperlicher Funktionen auch die

Abnahme sozialer Kontakte sowie den Verlust von Ehepartner oder Freunden, was zu Isolation und Einsamkeit führen kann (Drageset, 2004).

Im Rahmen sozialer Beziehungen spielt für den alternden Menschen meist die Familie eine besondere Rolle. So zeigten verschiedene Studien, dass die gesamte Familie, aber vor allem die eigenen Kinder, auch über einen notwendigen Umzug hinaus einen bedeutenden Stellenwert einnehmen (Mullins u.a., 1990; Gaugler u.a., 2003; Andersson u.a., 2007; Cooney u.a., 2009).

4.2 Soziale Beziehungen

Bereits vor einigen Jahren haben Laireiter u.a. (1993) eine Studie durchgeführt, die die Beziehung sozialer Netzwerke zu demographischen und sozialen Variablen untersucht. Dort zeigte sich, dass soziale Netzwerke in ihrer Ausprägung und Zusammensetzung vor allem durch die Berufstätigkeit und das Alter determiniert sind. Mit Blick auf das Alter hielten Wittingham u.a. (2007) fest, dass fast alle älteren Menschen Verluste erfahren haben, die im Extremfall ihr soziales Netzwerk zerstören und damit auch die Lebensqualität beeinträchtigen können. Eine Altersspezifität zeigte sich auch bei Dudley u.a. (2005), allerdings wurde hier eher mit selbst gewünschten Veränderungen argumentiert. In Übereinstimmung damit kamen Yeung u.a. (2008) zu dem Ergebnis, dass das Alter zwar positiv mit der Anzahl enger sozialer Interaktionspartner korreliert, die Zahl weniger nahe stehender Personen mit den Jahren aber abnimmt. Insgesamt fällt im Alter außerdem die Bewertung von sozialer Unterstützung positiver aus (Schnittker, 2007).

Der Einfluss sozialer Beziehungen auf die Gesundheit wurde bereits in verschiedenen Studien thematisiert. So konnte schon Blazer (1982) zeigen, dass bei den Teilnehmern seiner Untersuchung ein positiver Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheitsverhalten bestand. Und auch bei Sirven u.a. (2008) wurde deutlich, dass die soziale Integration den subjektiven Gesundheitsstatus verbesserte. Rabbata u.a. (2005) beschäftigten sich mit dem direkten Einfluss sozialer Netzwerke und fanden heraus, dass ein gesunder Lebensstil, der durch nahestehende, vor allem jüngere Familienmitglieder, gefördert werden kann, gegen viele altersassoziierte Erkrankungen wie Hypertonie, Adipositas und Demenz wirksam ist. Daneben ist die soziale Unterstützung auch wichtig für eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung im Alter, die nachfolgend die Gesundheit des Einzelnen beeinflusst (Gunzelmann u.a., 1999).

Auch die kognitive Gesundheit ist schon Gegenstand wissenschaftlicher Fragestellungen gewesen. So kamen Winingham u.a. (2007) zu dem Ergebnis, dass ein zu geringer Grad sozialer Unterstützung mit einem erhöhten Risiko für Depression assoziiert ist, während regelmäßige soziale Interaktionen kognitiv stimulierend wirken. Ergänzend dazu ist auch die Untersuchung von Hughes u.a. (2008) zu nennen, die sich mit dem Zusammenhang zwischen sozialem Rückhalt und dem Wandel der kognitiven Funktionen über einen Zeitraum von fünf Jahren beschäftigte. Die Ergebnisse zeigten, dass eine geringere Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung mit einer Abnahme der Gedächtnisleistungen einherging. Wilson u.a. (2007) postulierten nach ihrer Studie, dass bei einsamen Personen das Risiko für Alzheimer verdoppelt und die allgemeine Abnahme kognitiver Funktionen erhöht ist. Etwas gegensätzlich dazu präsentieren sich die Befunde von Green u.a. (2008), die zwar dafür sprechen, dass durch den Abfall kognitiver Funktionen soziale Isolation hervorgerufen wird, die einem protektiven Effekt sozialer Netzwerke aber nur einen hypothetischen Charakter zusprechen. Auch Gunzelmann u.a. (1999) stimmen nicht uneingeschränkt den positiven Effekten zu, sondern kommen zu dem Ergebnis, dass vor allem die soziale Unterstützung, aber weniger die soziale Integration, sich positiv auf die Gesundheit auswirkt, da sie im Gegensatz zur Integration auch eine Aussage über die Funktionalität des Netzes beinhaltet.

Mit negativen Folgen sozialer Beziehungen beschäftigten sich Fiori u.a. (2008). Sie stellten fest, dass eine zu starke soziale Integration, die in einer kontraproduktiven Überabhängigkeit münden kann, die Gesundheit negativ beeinflusst. So wiesen solche Personen eine höhere Rate depressiver Krankheiten auf.

Des Weiteren ist eine gute soziale Eingliederung nicht nur für die Gesundheit, sondern auch für die Lebenszufriedenheit bedeutsam (Adler u.a., 2000). Auch Cooney u.a. (2009) konnten zeigen, dass Kontakte unterschiedlicher Art die Lebensqualität von Heimbewohnern erhöhen. Und auch Drageset u.a. (2004) zeigten, dass häufiger Kontakt zu Freunden, den eigenen Kindern und auch zu Nachbarn das Risiko für Einsamkeit bei älteren Personen signifikant senkt. Dabei fanden Hellström u.a. (2004), dass vor allem das Vorhandensein eines ausreichend dichten sozialen Netzes aus mehr als drei Personen einen positiven Prädiktor darstellt.

In einer Interventionsstudie mit älteren Personen in stationären Alteneinrichtungen überprüften Winingham u.a. (2007), welche Auswirkungen ein Programm zur Stärkung des sozialen Netzwerks hat. Es stellte sich heraus, dass die Personen der Kontrollgruppe ohne Intervention nach drei Monaten von einer Abnahme der sozialen

Interaktionen sowie einer Zunahme des Einsamkeitsempfindens betroffen waren, während die Interventionsgruppe das Ausgangsniveau halten konnte. Als Konsequenzen sozialer Isolation konnten in anderen Studien außerdem ein erhöhtes Risiko für schnelleres Altern und einen früheren Tod sowie einer geringeren Lebenserwartung gefunden werden (Adler u.a., 2000; Clausen u.a., 2007).

Von Bedeutung bei der Betrachtung sozialer Beziehungen ist unter anderem auch die Reziprozität. So zeigten Chandola u.a. (2007), dass Reziprozitätsmangel in sozialen Interaktionen, vor allem bei sehr engen Beziehungen, signifikant mit einem schlechteren Gesundheitszustand korreliert. Armi u.a. (2008) sprechen sich dafür aus, dass eine Kontinuität im Rollenerleben Menschen im höheren Lebensalter hilft, ihr Selbstwertgefühl und ihr Wohlbefinden aufrecht zu erhalten. So fanden sie, dass ältere Personen mit abnehmender Gesundheit versuchen, eine unterstützende Tätigkeit aufrecht zu erhalten, auch wenn sie selber auf Unterstützung angewiesen sind.

4.3 Kohärenzgefühl

In Bezug auf den Personenkreis älterer Menschen fanden Gunzelmann u.a. (2000) in einer Untersuchung, dass ein hohes Kohärenzgefühl als zentraler Bestandteil des salutogenetischen Konzepts mit einer subjektiv als gut wahrgenommenen Gesundheit einhergeht. Ebenso konnten sie zeigen, dass ein negativer Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und dem Ausmaß körperlicher Beschwerden besteht. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die Greifswalder Altersstudie (Wiesmann u.a., 2004b), in der das Kohärenzgefühl positiv mit der psychischen Gesundheit und negativ mit den angegebenen Beschwerden assoziiert war.

In einer Längsschnittstudie untersuchten Wiesmann u.a. (2006) außerdem, inwieweit das Kohärenzgefühl bei älteren Menschen durch gezielte Interventionen gestärkt werden kann. Es zeigte sich zum einen, dass das Kohärenzgefühl auch über einen längeren Zeitraum von 12 Monaten stabil blieb. Zum anderen wurde deutlich, dass vor allem das aktuelle und weniger das vor einem Jahr gemessene Kohärenzgefühl die Einschätzung der aktuellen Gesundheit bestimmt. Dagegen ist für die erwartete soziale Unterstützung tendenziell das frühere Kohärenzgefühl prägend. Interessant im vorliegenden Zusammenhang ist auch die Schlussfolgerung, dass ein gutes Kohärenzgefühl neben seiner Rolle als prognostischer Faktor für die Lebenszufriedenheit auch eine entscheidende Determinante der subjektiven Gesundheit ist, die sich wiederum

stabilisierend auf die Ordnung des alternden Individuums auswirkt. Schließlich erwiesen sich die durchgeführten Interventionen in Form altersgerechter Programme zur Anregung von Aktivität und Produktivität als kohärenz- und gesundheitsfördernd; das Kohärenzgefühl zeigte sich auch bei älteren Menschen als veränderbar und entwicklungsfähig.

In einer weiteren Studie zeigte sich außerdem, dass das Kohärenzgefühl als wichtige Mediatorvariable zwischen den individuellen Ressourcen und dem subjektiven Wohlbefinden fungiert (Wiesmann u.a., 2008). Mit dem Kohärenzgefühl als Determinante subjektiven Wohlbefindens befasste sich auch die Studie von Schneider u.a. (2006). Der zugrunde liegenden Hypothese entsprechend konnte gezeigt werden, dass das Kohärenzgefühl einen größeren Anteil an Varianz des subjektiven Wohlbefindens erklärt als die objektiven, durch den Alternsprozess bedingten Veränderungen.

Die erst kürzlich durchgeführte Untersuchung von Zielińska-Więczkowska u.a. (2012) an älteren Personen zeigte einen nur schwachen Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und dem Bildungsstand, während sich das Kohärenzgefühl jedoch als wichtige Determinante der Lebenszufriedenheit älterer Menschen herausstellte.

4.4 Gesundheit

Gesundheit ist vor allem im Alter von großer Bedeutung. So konnten Cooney u.a. (2009) zeigen, dass der Gesundheitszustand und die damit verbundene Unabhängigkeit wichtige Determinanten der Lebensqualität sind. Andersherum fanden Hellström u.a. (2004) eine Korrelation zwischen der Notwendigkeit einer Inanspruchnahme bei ADL (activities of daily living) und eine große Zahl gesundheitsbezogener Beschwerden auf der einen und einer geringeren Lebenszufriedenheit auf der anderen Seite.

Interessant ist, dass oftmals nur eine geringe Korrelation zwischen der tatsächlichen und der wahrgenommenen Gesundheit besteht. Bereits Coper (1992) stellte fest, dass meist die Tendenz zu einer positiveren Selbsteinschätzung der eigenen Lage besteht. Dabei stimmen objektive Befunde und subjektives Kranksein umso weniger überein, je älter der jeweilige Mensch ist (Hartmann, 1992). Eine Unabhängigkeit von objektiv messbarer und subjektiv wahrgenommener Gesundheit zeigte sich auch in der von Schneider u.a. (2004) durchgeführten Studie. Dort konnte weiterhin eine positive Korrelation zwischen dem Ausmaß der selbst wahrgenommenen Gesundheit und der

Lebenszufriedenheit sowie dem Kohärenzgefühl nachgewiesen werden, während die Korrelation mit der Häufigkeit medizinischer Behandlungen negativ ausfiel. Kein Zusammenhang ergab sich dagegen zwischen der subjektiv wahrgenommene Gesundheit und dem chronologischen Alter.

Einen fördernden positiven Einfluss auf die Gesundheit scheint dabei nach Adler u.a. (2000) vor allem im Alter ein aktiver Lebensstil zu haben. Luleci u.a. (2008) fanden, dass Seniorenheimbewohner mit regelmäßigen körperlichen Aktivitäten durchschnittlich eine höhere Lebenszufriedenheit angaben als andere vergleichbare Bewohner.

4.5 Lebensqualität, Lebenszufriedenheit, erfolgreiches Altern

Als Ergebnis der allgemein verbesserten medizinischen Versorgung hat nicht nur die Lebensspanne zugenommen, sondern vor allem die Bedeutung von Lebensqualität im Alter an Bedeutung gewonnen. Luleci u.a. (2008) fanden, dass diese Lebensqualität von noch weitgehend selbständigen älteren Menschen durchschnittlich als besser bewertet wird als von ansonsten vergleichbaren Personen. Negativ mit der Lebenszufriedenheit korrelierten dagegen in einer Untersuchung von Borg u.a. (2006) finanzielle Armut, subjektiv schlechte Gesundheit, Einsamkeit und ein hohes Maß an körperlicher Einschränkung, während zu den objektiven Lebensbedingungen kein Zusammenhang bestand. Speziell mit der Lebensqualität von Seniorenheim-Bewohnern befasste sich die Studie von Subasi u.a. (2005). Dabei zeigte sich, dass die Lebensqualität unabhängig war von Geschlecht, sozio-ökonomischem Status und BMI, während aber ein signifikanter positiver Zusammenhang sowohl zu regelmäßigen Aktivitäten als auch zum Bildungsgrad bestand. Die Korrelation zwischen der Lebenszufriedenheit und dem Bildungsstand wiesen jetzt auch Zielińska-Więczkowska u.a. (2012) in ihrer Untersuchung nach.

Eine wichtige Voraussetzung für ein erfülltes Leben scheint nach den Ergebnissen von Rabbata u.a. (2005) daneben eine sinnvolle Beschäftigung im Alter zu sein. Und auch Cooney u.a. (2009) fanden, dass das Gefühl, sich durch Wissen und Fertigkeiten nützlich zu machen, einen Beitrag zur Zufriedenheit von älteren Heimbewohnern leistet. Außerdem scheinen internale Faktoren von Bedeutung zu sein. So zeigten Butler u.a. (2007), dass ältere Menschen, die das älter werden für sich selber akzeptieren, unabhängig von objektiven Gegebenheiten von einer höheren Lebensqualität berichten.

Bergland u.a. (2006) konnten weiterhin einen Einfluss durch äußere Umstände feststellen. So bestimmten sie als Prädiktoren eines weniger erfolgreichen Alterns unter anderem psychosoziale Faktoren wie den Verlust naher Angehöriger, Einsamkeit und Hilflosigkeit.

4.6 Schlussfolgerungen für die vorliegende Studie

Bei der Durchsicht der Literatur wird deutlich, dass es Untersuchungen und Befragungen zu den unterschiedlichen Aspekten gibt, dass aber noch immer ein Mangel an Studien besteht, die sich explizit mit Altenheim-Bewohnern befassen. Vor allem die Datenlage zu subjektiven Wahrnehmungen wie Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit unter ihnen sind rar. Und auch Studien zum Kohärenzgefühl sind noch immer selten.

Auffallend ist auch, dass einige Studien auf einer eher geringen Anzahl von Probanden basiert (Roe u.a., 2001; Bergland u.a., 2006; Scocco u.a., 2006; Andersson u.a., 2007), nur wenige verschiedene Seniorenheime einbezogen wurden (Bergland u.a., 2006; Scocco u.a., 2006; Cooney u.a., 2009), die untere Einschlussgrenze teilweise schon bei 60 Jahren gewählt wurde (Gunzelmann u.a., 1999; Roe u.a., 2001) oder das Durchschnittsalter insgesamt relativ niedrig lag (Roe u.a., 2001; Borg u.a., 2006).

Die vorliegende Arbeit soll deshalb eine Ergänzung zu den gefunden Daten darstellen und einen Beitrag zur Erforschung von Kohärenzgefühl, sozialen Beziehungen, Gesundheit und Wohlbefinden von Seniorenheim-Bewohnern leisten. Dabei sollen die Bewohner in möglichst großen Umfang befragt werden.

5 Untersuchung

In diesem Kapitel werden zunächst die der Untersuchung zugrunde liegenden Hypothesen dargestellt (Kap. 5.1). Im Anschluss daran wird die eigentliche Untersuchung beschrieben, die sowohl vorbereitende Maßnahmen als auch den verwendeten Fragebogen und die eigentliche Durchführung mit einschließt (Kap. 5.2).

5.1 Fragestellung und Hypothesen

Wie bereits erläutert, beschäftigte sich die Befragung aufgrund der noch immer geringen Datenlage ausschließlich mit Menschen, die dauerstationär in einer Alteneinrichtung leben. Dabei ist aufgrund einer durchschnittlichen Wohndauer des Einzelnen in einem Seniorenheim von nur sehr wenigen Jahren nur eine Untersuchung im Querschnittsdesign sinnvoll.

Ziel der Befragung sollte sein, Zusammenhänge zwischen Kohärenzgefühl, Gesundheit, sozialen Netzwerken und Lebenszufriedenheit aufzudecken sowie ihre Bedeutung als mögliche Prädiktoren abzuschätzen. Basierend auf dem Wissen über den theoretischen Hintergrund (Kap. 2 **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) sowie den Ergebnissen der Forschung zu diesem Thema (Kap. 4) wurden folgende Hypothesen formuliert:

1. Soziale Integration und soziale Unterstützung sind positiv miteinander korreliert, überdecken sich aber nicht vollständig.
2. Das Kohärenzgefühl und das soziale Netzwerk im Sinne von sozialer Integration und sozialer Unterstützung sind positiv miteinander korreliert.
3. Ein gut ausgeprägtes Kohärenzgefühl ist mit einer besseren subjektiv wahrgenommenen Gesundheit sowie einer höheren Lebenszufriedenheit korreliert.
4. Eine gute objektive Gesundheit ist als Merkmal des individuellen Alterungsprozess mit einem hohen Kohärenzgefühl korreliert, welches umgekehrt dem Betreffenden gleichzeitig eine bessere Gesundheit ermöglicht.
5. Ein gutes soziales Netzwerk hat einen positiven Einfluss sowohl auf die subjektiv wahrgenommene als auch auf die objektiv messbare Gesundheit sowie auf die Lebenszufriedenheit.

6. Das Kohärenzgefühl fungiert als Mediatorvariable zwischen dem sozialen Netzwerk auf der einen und der objektiv messbaren Gesundheit, der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit sowie der Lebenszufriedenheit auf der anderen Seite.
7. Objektiv messbare und subjektiv wahrgenommene Gesundheit sind nur gering miteinander korreliert, beeinflussen aber beide die Lebenszufriedenheit. Dabei ist der Einfluss der subjektiven Gesundheit deutlich größer als der Einfluss der objektiven Gesundheit, wobei beide kleiner ausfallen als die Beeinflussung durch Kohärenzgefühl und soziales Netzwerk. Unabhängige Variablen wie Geschlecht, Alter, Wohndauer im Seniorenheim und Bildung haben dagegen keinen oder nur einen geringen Einfluss auf Lebenszufriedenheit und Gesundheit.

Man sollte sich noch der Problematik bewusst werden, dass sich die genannten Merkmale bzw. Konstrukte gegenseitig beeinflussen, es liegt also keine strenge unidirektionale Kausalität vor. Auch in der Literatur wird beschrieben, dass beispielsweise nicht nur das soziale Netzwerk die Gesundheit beeinflusst, sondern die individuelle Gesundheit und die jeweilige Lebenszufriedenheit auch das soziale Netzwerk verändern (Schwarzer, 1997).

5.2 Untersuchungsaufbau

In diesem Abschnitt sollen zuerst die Besonderheiten und Schwierigkeiten bei der Befragung von Seniorenheim-Bewohnern evaluiert und anschließend der durchgeführte Pretest, die Entwicklung des endgültigen Fragebogens, die Auswahl der Teilnehmer und der eigentliche Ablauf der Befragung präsentiert werden. Den Abschluss bilden eine Beschreibung der endgültigen Stichprobe und ein Blick auf die aufgetretenen Probleme.

5.2.1 Erstellen eines Fragebogens für ältere Menschen

„Schwer zu befragen sind insbesondere alte Menschen“ (Scholl, 2003; S. 186) und unter diesen vor allem Bewohner von stationären Einrichtungen der Altenhilfe, was in erster Linie auf den Abbau der geistigen Leistungsfähigkeit zurückzuführen ist. Ihren Besonderheiten und Bedürfnissen muss deshalb bei der Erstellung eines Fragebogens besondere Beachtung geschenkt werden (Kliegl, 1992; Scholl, 2003).

Da viele Menschen das Heim als letzte und endgültige Station des Lebens betrachten, wird der Umzug oft so lange wie möglich hinausgezögert (Backes u.a., 2003). Man trifft in diesen Einrichtungen deshalb vor allem geistig und körperlich eingeschränkte Menschen an (Scholl, 2003).

Grundsätzlich sollten die verwendeten Fragen deshalb möglichst einfach formuliert werden, d.h. es sollten „so wenig Anforderungen wie möglich an den Befragten“ (Schumann, 2006; S. 63) gestellt werden, der erforderliche kognitive Aufwand sollte gering sein und die Erinnerungsfähigkeit nicht überstrapazieren (Wellhöfer, 1997; Scholl, 2003). Daneben ist für die Befragung älterer Menschen die Beachtung von Verständlichkeit und Präzision von besonderer Bedeutung. Erstere sollte auf einem Niveau liegen, das den Fähigkeiten der zu befragenden Population entspricht. Außerdem sollten die Fragen so präzise formuliert werden, dass jeder Teilnehmer sie identisch versteht und nicht zu eigenen Deutungen verleitet wird (Wellhöfer, 1997; Scholl, 2003).

Ungeeignet ist der Gebrauch zu differenzierter Skalen bei mehreren Items hintereinander. So konnte gezeigt werden, dass bei langen Auflistungen bereits jüngere Teilnehmer sich mit der Zeit immer weniger für Extrempositionen entscheiden und stattdessen den leichteren Mittelweg wählen, der weniger Nachdenken erfordert (Noelle-Neumann u.a., 2005). Wie breit eine Skala sein darf, sollte „von der vermuteten Abstraktionsfähigkeit der potentiellen Befragungspersonen abhängig“ gemacht werden (Porst, 2008; S. 85). Durch die vereinfachte Formulierung von Fragen und Antwortmöglichkeiten entsprechend der Zielgruppe gehen eventuell Details verloren; es ist aber besser, belastbare Informationen über einen vereinfachten Sachverhalt zu bekommen als nicht-belastbare, da willkürlich gegebene Informationen über einen komplexen Zusammenhang (Porst, 2008).

Auch das geplante Vorgehen bei der Befragung muss bereits bei der Erstellung eines Fragebogens Beachtung finden. Wenn die Antwortvorgaben vorgelesen werden sollen, muss man sich auf wenige beschränken. Es besteht sonst die Gefahr, dass die Teilnehmer die ersten Antwortmöglichkeiten bereits wieder vergessen haben und deshalb zu den zuletzt gehörten tendieren (Mayer, 2002). Zudem fällt älteren Menschen die Zuordnung der eigenen Antwort in eine vorgegebene Kategorie oft schwerer als jüngeren Vergleichspersonen (Költringer, 1992). Hinzu kommt, dass lange Skalen für die Auswertung oft unnötig sind und wieder zu eindeutigeren Positionen wie etwa Zustimmung oder Ablehnung zusammengefasst werden (Noelle-Neumann u.a., 2005).

5.2.2 Durchführung eines Interviews mit älteren Menschen

Ein möglichst standardisiertes Vorgehen bei jeder Befragung ist eine wichtige Voraussetzung, um eine Vergleichbarkeit zwischen einzelnen Interviews zu gewährleisten (Scholl, 2003). Diese geforderte Standardisierung ist aufgrund eines oft starken Redebedürfnisses besonders bei älteren Befragungsteilnehmern nur sehr schwer zu erfüllen (Amann u.a., 2008). Gerade einsame Menschen nutzen die Situation des Interviews gerne, um der fragenden Person durch ausführliche Antworten von ihrem Leben zu erzählen. Daneben ist älteren Menschen die Absicht einer Befragung meist schwerer zu vermitteln (Scholl, 2003).

Außer dem bereits erwähnten Verlust kognitiver Fähigkeiten ist bei älteren Teilnehmern auch eine höhere Ausfallquote von Bedeutung, die in gesundheitlichen Problemen, dem Gefühl mangelnder Integration in die Gesellschaft, Desinteresse an dem Thema oder Furcht vor Überforderung begründet liegt. Weiterhin ist auch mit Verständnisproblemen zu rechnen, die vor allem aus gesundheitlichen Gründen resultieren können (Scholl, 2003).

Ein Problem, das durch den direkten persönlichen Kontakt zwischen Interviewer und befragter Person häufig entsteht, ist das sozial erwünschte Antwortverhalten (Amann u.a., 2008). Besonders Heimbewohner tendieren dazu, sich als angepasst und zufrieden zu präsentieren (Knäuper u.a., 2002). Zu beachten ist auch, dass durch die direkte Befragung bei älteren Personen in besonderer Weise das Gefühl einer Prüfungssituation entstehen kann, in der sie sich einer Abfrage ihrer kognitiven Fähigkeiten ausgesetzt sehen. Im ausgeprägtesten Fall kann daraus die Verweigerung der Teilnahme resultieren (Kluge u.a., 2001).

Der bekannte Nachteil, dass auch die fragende Person den Gesprächsverlauf beeinflussen und so einen Verzerrungsfaktor darstellen kann, wird bei der Befragung älterer Menschen durch den Vorteil in den Hintergrund gestellt, dass der Interviewer die Möglichkeit zur Übernahme einer Regel- und Kontrollfunktion hat und der persönliche Kontakt die Qualität der Befragungsergebnisse durch die Option von Rückfragen bei scheinbar inadäquaten Antworten oder Missverständnissen erhöht (Mayer, 2002; Scholl, 2003). Weitere allgemeine Vorteile sind eine größere Ausschöpfungsquote und eine geringere Abbruchwahrscheinlichkeit durch den höheren Verbindlichkeitsgrad der direkten Interaktion (Scholl, 2003).

5.2.3 *Der Pretest*

Vor der eigentlichen Befragung muss ein sogenannter Pretest durchgeführt werden, um die allgemeine Realisierung des Vorhabens zu testen, den Fragebogen zu verbessern und das genaue Vorgehen der Befragung zu prüfen bzw. neu zu planen (Mayer, 2002). Geklärt werden soll unter anderem, ob die Befragten Probleme mit der Beantwortung der Fragen haben oder mit dem gesamten Fragebogen aufgrund der Länge oder des Schwierigkeitsgrades überfordert sind (Atteslander, 1995). Die zu diesem Zweck befragten Personen müssen keine Zufallsstichprobe der Gesamtstichprobe darstellen (Scholl, 2003). Als Konsequenz eines Pretests kann die Streichung einzelner Items oder die Umformulierung von Fragen, Items und Skalenvorgaben vorgenommen werden (Porst, 1985).

Der ursprüngliche Fragebogen enthielt 121 Items und zusätzlich 32 Fragen im allgemeinen Teil. Die Skalen waren vier- bis siebenstufig, nur sechs Items waren zwei- bzw. dreistufig.

In einem zufällig ausgewählten Seniorenheim wurde ein erster Test mit zehn Teilnehmern durchgeführt. Bei diesem Testdurchlauf zeigte sich, dass bei der Fragebogen-Erstellung die Fähigkeiten der Bewohner überschätzt worden waren. Nur ein Fragebogen wurde selbständig und vollständig ausgefüllt, bei einem anderen waren eine Seite und fünf weitere Items ausgelassen worden. Drei weitere Teilnehmer brachen die Beantwortung nach weniger als einem Drittel des Fragebogens ab. Die Gründe waren der zu große Umfang des Fragebogens, die Redundanz der Fragen und ein zu hoher Schwierigkeitsgrad der Fragen und der Antwortmöglichkeiten aufgrund der detaillierten Aufgliederung.

Die anderen fünf Teilnehmer lehnten ein selbständiges Ausfüllen von vorneherein ab, da sie sich selber in ihren Fähigkeiten überfordert sahen. Nur ein Fragebogen konnte in dem folgenden Einzelinterview den Anforderungen entsprechend ausgefüllt werden. Die anderen mussten aus den oben bereits genannten Gründen ebenfalls abgebrochen werden. Schwierigkeiten traten bei diesen Befragungen außerdem bei der genauen Differenzierung der Antworten auf. Die Items wurden von den Teilnehmern zwar befürwortet oder abgelehnt, eine Angabe auf einer mehrstufigen Skala überforderte sie allerdings. So musste die Einteilung durch den Interviewer nach der Beschreibung des Teilnehmers erfolgen. Hierin ist natürlich eine große Beeinflussung von außen zu sehen, solche Angaben könnten deshalb nicht zur Auswertung verwendet werden.

Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse wurde der Fragebogen noch einmal überarbeitet und entsprechend angepasst. Das Ziel dieser erneuten Überarbeitung war, einer

möglichst breiten Gruppe von Bewohnern die Beantwortung des Fragebogens zu ermöglichen, um eine einseitige Beschränkung auf die geistig besonders aktiven Menschen zu vermeiden. Entstanden ist daraus der endgültige Fragebogen, der aus 94 Items und zusätzlich 26 Fragen im allgemeinen Teil besteht. Außerdem wurde von dem ursprünglich geplanten selbständigen Ausfüllen durch die Bewohner Abstand genommen. Die Teilnehmer wurden deshalb alle in einem Einzelgespräch befragt.

5.2.4 Die verwendeten Messinstrumente

Im Folgenden werden die einzelnen Fragebögen vorgestellt, aus denen schließlich das gesamte Befragungsinstrument erstellt wurde. Dabei wird aus Gründen der Übersichtlichkeit weitestgehend die Chronologie des Fragebogens verfolgt.

5.2.4.1 Soziodemographische Angaben

Zu Beginn der Befragung wurden die Teilnehmer nach dem Alter, der Wohndauer in einem Seniorenheim in Monaten und der Schulbildung gefragt. Weiterhin wurde das Geschlecht eingetragen.

5.2.4.2 Soziale Beziehungen

Das komplexe und mehrdimensionale Konstrukt des sozialen Netzes kann, je nach Zusammenhang, unterschiedlich verstanden, definiert und operationalisiert werden (Lischka u.a., 2005). Die Größe und die Qualität des sozialen Netzes wurden unter Berücksichtigung der bekannten Differenzierung in soziale Integration und soziale Unterstützung mit zwei verschiedenen Messinstrumenten erhoben.

5.2.4.2.1 Soziale Integration

Zur Erhebung struktureller Merkmale des sozialen Netzwerkes wurde eine modifizierte Version des SSQ („Social Support Questionnaire“) von Sarason u.a., der von Schwarzer und Mitarbeitern ins Deutsche übersetzt wurde, zugrunde gelegt. Die ursprüngliche deutsche Version besteht aus zwei Skalen mit jeweils 27 Items, die zum einen die wahrgenommene Verfügbarkeit sozialer Unterstützung erfasst (SSQN: „Social Support Questionnaire Number“) und zum anderen die Zufriedenheit mit dieser Unterstützung (SSQS: „Social Support Questionnaire Satisfaction“) misst (Schwarzer, 1986). Da die

von den Autoren mit 45 bis 60 Minuten angegebene Bearbeitungszeit für die geplante Befragung deutlich zu lang war und an dieser Stelle vor allem die Größe des Netzwerks ermittelt werden sollte, wurde die zweite Skala nicht weiter berücksichtigt.

Die in dem Fragebogen SSQN enthaltenen Items fragen, wie viele Menschen in bestimmten Situationen helfen würden oder auf wie viele die befragte Person sich verlassen könnte. Auf der ursprünglichen Antwortskala von Sarason u.a. sollen die Anfangsbuchstaben oder die Verwandtschaftsverhältnisse zu der unterstützenden Person genannt werden. Im deutschen Sprachraum liegt sowohl eine Version mit dem originalen Antwortformat als auch eine mit einer fünfstufigen Likert-Skala (keiner – einer – zwei – drei – mehrere) vor. In beiden Fällen werden die zu den einzelnen Items angegebenen Personenzahlen addiert, wobei für die Angabe „mehrere“ vier Punkte berechnet werden (Schwarzer, 1986).

Um das Messinstrument an die Befragungssituation mit Seniorenheim-Bewohnern zu adaptieren, wurden in einem ersten Schritt relevante und leicht verständliche Items ausgewählt, so dass 13 Items für die Erhebung Verwendung fanden. Nach den Erfahrungen des Pretests musste die Anzahl der Items durch Streichung bzw. Zusammenfassung redundanter Aussagen weiter reduziert werden. Außerdem wurde zu Gunsten einer besseren Übersichtlichkeit die Skala auf vier Stufen reduziert (keiner – einer – zwei oder drei – mehrere). Entstanden ist schließlich eine Version mit sieben Items und der genannten vierstufigen Skala. Der Gesamtwert wurde entsprechend der ursprünglichen Anweisung durch die Addition der sieben Itemwerte errechnet, wobei der Antwort „zwei oder drei“ zwei Punkte und der Antwort „mehrere“ drei Punkte zugeordnet wurden.

5.2.4.2.2 Soziale Unterstützung

Die soziale Unterstützung wurde mit Hilfe einer adaptierten Version der Kurzform (K-14) des „Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU)“ (Fydrich u.a., 2009) erhoben, die soziale Unterstützung als wahrgenommene oder antizipierte Unterstützung aus der Sicht des Rezipienten erfasst (Knoll u.a., 2007; Fydrich u.a., 2009).

Alle Items des Fragebogens werden in Form von Aussagen präsentiert. Während der originale Fragebogen eine fünfstufige Likert-Skala enthielt, beschränkte sich die Version dieser Befragung auf eine Dreiteilung, mit der die Teilnehmer das Zutreffen, das nur teilweise oder zeitweise Zutreffen oder das Nicht-Zutreffen der Aussage angeben konnten.

Weiterhin musste das Item 5 („Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen.“), das Item 7 („Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.“) und das Item 9 („Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde / Angehörige bitten, wichtige Dinge (z.B. Einkaufen) für mich zu erledigen.“) gestrichen werden, da die angesprochenen Situationen bzw. Aktivitäten für fast alle Seniorenheim-Bewohner unmöglich waren bzw. nicht zutrafen und die genannten Items von den Teilnehmern im Pretest aus diesen Gründen kritisiert wurden. Weiterhin wurde das letzte Item („Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Vereine), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.“) aufgrund der geringen Trennschärfe (0,27) gestrichen (Kap. 6.1.2). Es blieben schließlich 10 Items, die auf der dreistufigen Skala beantwortet wurden.

Zur Auswertung empfehlen die Autoren eine eindimensionale Analyse im Sinne eines Gesamtscores (Knoll u.a., 2007). Für jeden Probanden wurde deshalb im Anschluss ein Skalenwert errechnet, der sich aus der Summe aller Itemantworten geteilt durch die Anzahl der Items ergab.

5.2.4.3 Kohärenzgefühl (SOC)

Das Kohärenzgefühl den Mittelpunkt des Modells der Salutogenese von Antonovsky dar und ist definiert als eine „globale Orientierung, die zum Ausdruck bringt, in welchem Umfang man ein [...] Gefühl des Vertrauens besitzt, dass [...] die Dinge sich so entwickeln werden, wie man es vernünftigerweise erwarten kann“ (Becker, 1997; S. 10).

Zur Erfassung des Kohärenzgefühls wurde bei dieser Befragung die Leipziger Kurzsкала (SOC-L9) verwendet, die auf der von Antonovsky entwickelten „Sense of Coherence Scale (SOC-29)“ aufbaut. Sie enthält zwei Items der Komponente „Verstehbarkeit“ und drei der Komponente „Handhabbarkeit“, während die anderen vier Items der Skala „Sinnhaftigkeit“ zugeordnet werden können. Diese Aufteilung trägt zum einen der Forderung nach der Erfassung aller drei Komponenten Rechnung, zum anderen stimmt sie mit Antonovskys Auffassung überein, dass die Sinnhaftigkeit den wichtigsten Aspekt darstellt (Schumacher u.a., 2000).

Bei diesem Fragebogen gibt es Unterschiede zwischen den einzelnen Items in ihrer formalen Struktur. Zwar sind alle auf einer siebenstufigen Skala zu beantworten, einige sind allerdings als Fragen formuliert, während andere unvollständige Sätze darstellen, die mittels der vorgegebenen Antwortskala vervollständigt werden müssen.

Für die Befragung der Seniorenheim-Bewohner wurde die Struktur beibehalten, die Skalen wurden jedoch durchgehend auf drei Stufen reduziert. Durch diese Gleichbehandlung aller Items konnte das normale Auswertungsverfahren, die Addition der Itemrohwerte nach Invertierung negativer Fragen, angewendet werden. Der erhaltene Gesamtwert, der alle Werte zwischen 9 und 27 annehmen kann, ist umso höher, je größer das Kohärenzgefühl der befragten Person ist.

5.2.4.4 Der Gesundheitszustand

Das Verständnis von Gesundheit hat sich in den letzten Jahren von einem biologischen zu einem biopsychosozialen Modell gewandelt (Bullinger, 2000). Immer häufiger steht bei der Beurteilung des Gesundheitsstatus das subjektive Befinden des Patienten mit im Mittelpunkt (Haibel u.a., 2004; Daig u.a., 2007).

Neben der objektiv messbaren Gesundheit sollte die Gesundheit deshalb auch unter dem Aspekt der Subjektivität betrachtet und erhoben werden.

5.2.4.4.1 Objektiv messbare Gesundheit

Der erste Teil des Fragebogens enthält unter anderem Fragen zu verschiedenen Aspekten objektiver Krankheit, die bei der Auswertung als einzelne Variablen zum Tragen kommen. Sie umfassen Angaben zu Größe und Gewicht (zur Berechnung des Body-Mass-Index), Anzahl chronischer Erkrankungen, Anzahl der unterschiedlichen, täglich einzunehmenden Medikamente, Häufigkeit stationärer Krankenhausaufenthalte und Bettlägerigkeit in den vergangenen fünf Jahren, Besitz eines Schwerbehindertenausweises und Einteilung in eine Pflegestufe. Mit Einverständnis der Bewohner wurden bei Unsicherheiten hier ausnahmsweise auch die Mitarbeiter gefragt, um die Angaben wirklich als objektiv messbar bewerten zu können.

Bei den chronischen Erkrankungen wurde eine Liste mit zwölf häufigen Krankheiten bzw. Erkrankungsgruppen vorgegeben, die dem Teilnehmer nacheinander vorgelesen wurden. Nach deren Abfrage konnte der Bewohner weitere Erkrankungen nennen, die unter „Sonstige“ notiert wurden.

Bei der Frage nach der Anzahl der täglich einzunehmenden, unterschiedlichen Medikamente wurden die Angaben „keine“, „1“, „2“, „3“, „4“, und „5 oder mehr“ vorgegeben.

Die Häufigkeit von Bettlägerigkeit in den vergangenen fünf Jahren konnte vom Teilnehmer in die Kategorien „nie“, „1 bis 2 mal“, „3 bis 4 mal“, „4 bis 6 mal“, „7 bis 10 mal“ und „mehr als 10 mal“ eingeordnet werden.

Bei der Häufigkeit stationärer Krankenhausaufenthalte in den letzten fünf Jahren wurde die Einteilung anhand der Antwortmöglichkeiten „nie“, „1 mal“, „2 mal“, „3 mal“, „4 mal“, „5 mal und mehr“ getroffen.

Der Besitz eines Schwerbehindertenausweises sollte lediglich mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Bereits bei der Befragung zeigte sich aber, dass diese Angaben zur Auswertung ungeeignet sein würden, da häufig ein Ausweis trotz sichtbarer körperlicher Behinderung nicht beantragt worden war. Die Auswertung dieser Frage wurde deshalb nicht weiter verfolgt.

Bei der Frage zur Pflegestufe wurden den Teilnehmern die Antwort-Kategorien „keine“, „1“, „2“ und „3“ vorgegeben.

5.2.4.4.2 Allgemeiner Gesundheitsstatus

Zur Erhebung des aktuellen subjektiven Gesundheitsstatus der Teilnehmer wurde der „Fragebogen zum Gesundheitszustand SF-12“ zugrunde gelegt und entsprechend modifiziert. Er stellt ein Messinstrument dar, welches die subjektive Gesundheit aus der Sicht der befragten Teilnehmer erfasst (Bullinger u.a., 1998). Dieser Fragebogen kann unabhängig von dem momentanen, objektiven Gesundheitszustand und unabhängig vom Alter der befragten Person eingesetzt werden (Bullinger, 2000). Zur Beantwortung werden teilweise dichotome Antworten, teilweise auch mehrstufige Ratingskalen vorgegeben (Daig u.a., 2007). Er besteht aus jeweils einer Summenskala für die körperliche und die psychische Gesundheit (Haibel u.a., 2004).

Der SF-12 stellt eine Kurzform des ursprünglichen SF-36 dar. In einer Studie mit älteren Menschen zur Messung von Validität und Akzeptanz des Fragebogen SF-12 erwies er sich als gutes Messinstrument zur Erhebung des Gesundheitszustandes in dieser speziellen Bevölkerungsgruppe. Der größte Vorteil gegenüber dem SF-36 liegt in der deutlich kürzeren Beantwortungszeit und damit in einer höheren Kooperationsbereitschaft der älteren Teilnehmer (Pettit u.a., 2001).

Aufgrund der Erfahrungen des Pretests wurden die Skalen der Items 8-12 von fünf bzw. sechs Stufen auf jeweils drei Antwortmöglichkeiten reduziert. Vor der eigentlichen Auswertung wurde durch Multiplikation mit entsprechenden Faktoren die ursprüngliche

Skalenbreite wieder hergestellt, um die Auswertung der Anweisung entsprechend durchführen zu können.

Zur Auswertung wurden der Anleitung folgend zuerst die Items eins, neun und zehn invertiert, so dass ein hoher Wert jeweils einen guten Gesundheitszustand angibt. Im zweiten Schritt wurden Indikator-Variablen für alle Antwortkategorien jedes Items erstellt. Anschließend wurde zur Berechnung des körperlichen Gesamtscores jede Indikator-Variable mit dem jeweiligen Regressionskoeffizienten für die körperliche Gesundheit multipliziert und die einzelnen Produkte summiert. Analog wurde für die psychische Gesundheit jede Indikatorvariable mit einem anderen Regressionskoeffizienten multipliziert und aus diesen Produkten ebenfalls die Summe gebildet. Der letzte Schritt stellt eine Standardisierung der berechneten Rohwerte da und beinhaltet die Addition einer entsprechenden Konstante zu jedem Gesamtscore.

5.2.4.5 Beschwerden

Zur Erfassung von verschiedenen körperlichen Beschwerden wurde die Beschwerdeliste von Zerssen zugrunde gelegt (Zerssen u.a., 1976). Sie erfasst „das Ausmaß subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und allgemeine Beschwerden“ (Möller u.a., 2005; S. 417). Der ursprüngliche Fragebogen besteht aus 24 Items und einer vierstufigen Skala. Im Rahmen der Vereinfachung nach Durchführung des Pretests wurden redundante Items zusammengefasst, so dass sich eine Liste mit 12 Beschwerden ergab, die auf einer nur dreistufigen Skala bewertet werden sollten.

Zur Auswertung wurden die Punkte der einzelnen Items aufsummiert, ein hoher Punktwert entspricht einem hohen Maß an Beschwerden.

5.2.4.6 Das Wohlbefinden (PGCMS)

Das subjektive Wohlbefinden wurde mittels einer modifizierten Form der Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS) gemessen. Dieser Fragebogen geht auf Lawton (1975) zurück, später wurde er in die deutsche Sprache übersetzt. Die Durchführung einer Befragung mit dieser weiterentwickelten PGCMS ist auch bei Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen möglich (Ryden u.a., 1989). Als Grundlage für die vorliegende Studie wurde die Version der Berliner Altersstudie verwendet. Sie besteht aus 15 Items und drei Subskalen und erfasst die Einstellungen zur Lebenssituation und zum eigenen Alterungsprozess (Smith u.a., 1996).

Nach den Erfahrungen des Pretests wurden zur Vermeidung von Fragen-Redundanz und Ermüdung der Teilnehmer die Items 1, 4 und 6, die Items 2 und 3 sowie die Items 5 und 15 jeweils zu einer Aussage zusammengefasst. Zusätzlich wurden die bei Smith u.a. (1996) bereits verwendeten Items „Ich bin zufrieden mit meinem Leben, wenn ich in die Vergangenheit zurückschaue.“ und „Wenn ich an die Zukunft denke, bin ich zuversichtlich.“ ergänzt, so dass sich ein Fragebogen mit 13 Items ergab.

Den Teilnehmern stand für die Bewertung jedes Item eine dreistufige Skala zur Verfügung, auf der sie angeben sollten, ob die Aussage für sie zutrifft, nur teilweise bzw. manchmal zutrifft oder nicht zutrifft. Gemäß der Handanweisung zur Auswertung wurden die negativen Items invertiert und aus den Werten der Einzel-Items ein Gesamtscore gebildet, so dass ein hoher Wert ein hohes Maß an subjektivem Wohlbefinden anzeigt. Die beiden von Smith u.a. übernommenen zusätzlichen Items werden nicht in den Gesamtscore aufgenommen, sondern separat betrachtet.

5.2.4.7 Lebenszufriedenheit (FLZ^M)

Zur Erhebung der Lebenszufriedenheit wurde der von Henrich und Herschbach entwickelte „Fragebogen zur Lebenszufriedenheit“, welcher der Erhebung allgemeiner und gesundheitsbezogener Lebensqualität dient, verwendet. Er stellt ein Gewichtungsmo-
dell von tatsächlicher Zufriedenheit mit der vom Teilnehmer empfundenen Bedeutsamkeit der jeweiligen Lebensbereiche dar. Die Autoren entwickelten das Messinstrument aufgrund der Überzeugung, dass eine subjektive Bewertung der relativen Wichtigkeit berücksichtigt werden sollte, da es große Unterschiede in der Wahrnehmung und Beurteilung von objektiv identischen Lebensaspekten gibt (Henrich u.a., 2000).

Der ursprüngliche Fragebogen besteht aus den Modulen „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ und „Gesundheit“, die beide acht Items enthalten, die von der befragten Person jeweils nach der subjektiven „Zufriedenheit“ (Z) und nach der subjektiven „Wichtigkeit“ (W) auf einer fünfstufigen Skala beurteilt werden sollen. Beide Module enthalten in ihren acht Items eine zusammenfassende Frage nach der allgemeinen Zufriedenheit, im ersten mit dem Leben, im zweiten mit der Gesundheit.

Mit Blick auf die Zielgruppe wurde im ersten Modul das Item „Beruf“ sowie im zweiten Modul das Item „Körperliche Leistungsfähigkeit“ gestrichen. Weiterhin wurde aufgrund der Pretest-Erfahrungen die fünfstufige Skala auf drei Stufen reduziert. Zur Berechnung der gewichteten Zufriedenheit (gZ) kann für jeden einzelnen Lebensbereich

nach Zuordnung der Antwortmöglichkeiten (1 = unwichtig / unzufrieden; 3 = mittelmäßig wichtig / mittelmäßig zufrieden; 5 = wichtig / zufrieden) mit der Formel $gZ = (W-1) \cdot (2 \cdot Z - 5)$ unter Verwendung der jeweiligen Punktwerte für Wichtigkeit (W) und Zufriedenheit (Z) ein Wert zwischen -12 und +20 berechnet werden. Der Gesamtscore für jedes Modul ergibt sich durch die Summation der jeweils sieben zugehörigen Werte der gewichteten Zufriedenheit.

5.2.5 Bestimmung der Untersuchungseinheit

Nach der Fertigstellung des Fragebogens musste die Auswahl der Teilnehmer für die Befragung stattfinden. Dabei stellte sich zunächst die Frage, wie viele Personen überhaupt befragt werden sollten. Da es sowohl schwierig war, vergleichbare Studien als Orientierung zu finden bzw. diese in der Teilnehmerzahl je nach vorhandenen Ressourcen stark differierten und eine vermutete Effektstärke bei abstrakten Messgrößen wie dem Kohärenzgefühl oder der Lebenszufriedenheit als Rechnungsgrundlage kaum ermittelt werden kann, wurde im Vorfeld keine mathematisch berechnete Zahl festgelegt. Vielmehr sollte versucht werden, die Seniorenheime in der Umgebung in möglichst großem Umfang zu einer Teilnahme zu motivieren und dort jeweils alle Bewohner zu befragen, die sowohl zu einem Interview bereit als auch zu einer solchen Befragung in der Lage waren.

Im Folgenden werden kurz die Filter-Kriterien genannt, die Voraussetzung für die Befragung waren. Weiterhin soll auf das Non-Response-Problem eingegangen werden, das wegen den Besonderheiten der Befragungsgruppe hier einen besonderen Stellenwert hat. Schließlich wird die endgültige Auswahl der Seniorenheim-Bewohner dargestellt.

5.2.5.1 Auswahlkriterien

Als erstes Einschlusskriterium zur Auswahl wurde ein dauerhaftes Wohnen in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe seit mindestens drei Monaten festgelegt. Damit sollte sichergestellt werden, dass die Teilnehmer die Endgültigkeit ihres Umzugs realisiert und sich Verhalten, Denken und Einstellungen bereits angepasst bzw. verändert haben. Des Weiteren war ein Alter von mindestens 65 Jahren Voraussetzung, da der Eintritt in das Rentenalter ein wichtiges Merkmal der gebräuchlichen Bezeichnung „alt“ darstellt (Engstler u.a., 2003).

Eine starke Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit galt dagegen als Ausschlusskriterium, da bei starken kognitiven Einschränkungen eine korrekte Testdurchführung kaum gewährleistet werden kann (Miltenburger u.a., 1992).

5.2.5.2 Das Non-Response-Problem

Unter der Nicht-Teilnahme an einer Befragung („Nonresponse“) werden zwei unterschiedliche Phänomene zusammengefasst, denen zwar unterschiedliche Ursachen zugrunde liegen, die aber beide als systematische Stichprobenfehler gelten: die Nicht-Erreichbarkeit und die Teilnahme-Verweigerung (Scholl, 2003).

Der systematische Selektionseffekt durch die Teilnahmeverweigerung führt zu einer Verzerrung der Ergebnisse, auch Selektions-Bias genannt (Bortz, 2005). Es muss immer davon ausgegangen, dass teilnehmende Personen und Teilnahmeverweigerer sich in wichtigen Merkmalen voneinander unterscheiden (Gabler u.a., 1997).

Bei der vorliegenden Befragung muss das Problem der Teilnahme-Verweigerung auf zwei Ebenen berücksichtigt werden. Zum einen lehnten einige Einrichtungsleiter eine Befragung in ihrem Haus kategorisch ab oder schätzten die kognitiven Fähigkeiten ihrer Bewohner als zu gering ein. Zum anderen waren auch einige Bewohner, die theoretisch für ein Interview zur Verfügung standen, nicht zu einer Teilnahme bereit. „Insbesondere alte Menschen verweigern oft mit der Begründung, dass sie unwichtig und schon zu alt für solche Untersuchungen seien“ (Scholl, 2003; S. 221). Es erweist sich „in aller Regel ein ‚harter Kern‘ [...] auch bei ‚bestem Zureden‘ oder sonstigen Motivierungsversuchen als nicht teilnahmewillig“ (Schumann, 2006; S. 106).

Bei dem Problem der Nicht-Erreichbarkeit kann die Anzahl der nicht-erreichten Personen zwar durch eine Erhöhung der Versuche der Kontaktaufnahme reduziert werden, allerdings sollte dabei nicht die Kosten-Nutzen-Relation außer Acht gelassen werden (Scholl, 2003).

5.2.5.3 Auswahl der Teilnehmer

Die Auswahl einer Stichprobe kann auf ganz unterschiedliche Weise erfolgen, wobei das Ziel der Studie eine entscheidende Rolle spielt (Gabler u.a., 1997). Neben den häufig angewendeten Grundformen der Stichprobenziehung, der Zufallsstichprobe auf der einen und dem Quotenverfahren auf der anderen Seite, gibt es zahlreiche Sonderformen. Dazu gehört auch die bewusste Auswahl nach bestimmten Merkmalen, wenn ausschließlich eine Personengruppe mit sogenannten extremen Merkmalen

ausgewählt werden soll, wie in diesem Fall die Bewohner von Seniorenheimen. Wichtig für die Einhaltung der Standardisierung ist jedoch, dass sich die Zielpersonen nicht selbst auswählen, da sonst die Gefahr einer Selektion von Personen mit bestimmten Merkmalen besteht (Scholl, 2003). Hier wurde die Auswahl deshalb ausschließlich von den zuständigen Mitarbeitern hinsichtlich der geistigen Leistungsfähigkeit der Bewohner getroffen.

Für die Auswahl der Seniorenheime wurde folgendes Vorgehen gewählt: Zuerst wurden zwecks einer möglichst vollständigen Erhebung die Kontaktdaten der Einrichtungen aus dem Kreis Gütersloh und dem Kreis Bielefeld mit Hilfe der Gelben Seiten und Einträgen im Internet zusammengestellt. Weiterhin wurden zehn Einrichtungen aus dem Kreis Warendorf und dem Landkreis Osnabrück mit einbezogen, die in einem Umkreis von maximal 35 Kilometern lagen. Insgesamt konnten so fünfzig Einrichtungen ermittelt werden.

Anschließend wurde zu den Einrichtungen telefonisch Kontakt aufgenommen und die Befragung bei der Heim- oder Pflegedienstleitung vorgestellt. Zwanzig Seniorenheime lehnten eine Teilnahme direkt oder nach Einsicht des Fragebogens ab, da sie die kognitiven Fähigkeiten der Bewohner als nicht ausreichend einschätzten. Weitere sechs Einrichtungen lehnten die Durchführung einer Studie in ihrer Einrichtung kategorisch ab. In vier Fällen meldete sich kein zuständiger Ansprechpartner zurück, wobei die Kontaktaufnahme auf maximal drei Versuche begrenzt wurde und anschließend die Einrichtung als „nicht zur Teilnahme bereit“ eingestuft wurde.

Insgesamt verblieben 20 Seniorenheime, in denen sowohl die Einrichtungsleiter als auch einige Bewohner zu einer Teilnahme bereit waren. Diese Einrichtungen stellen die „Klumpen“ einer Klumpenstichprobe dar (Bausch, 1990), die zwar nicht zufällig ausgewählt werden konnten, jedoch alle die gleiche Wahrscheinlichkeit hatten, unabhängig von der Anzahl der Bewohner an der Befragung teilzunehmen. Auf diese Weise konnte ein Stichprobenumfang von 190 Personen erreicht werden.

Problematisch bei einer bewussten Auswahl der Stichprobe ist nur die unkritische Verallgemeinerung der Ergebnisse, da nicht sicher angegeben werden kann, für welche Grundgesamtheit die befragten Teilnehmer charakteristisch sind (Wellhöfer, 1997). Eine eventuelle Heterogenität der Gruppe der teilnehmenden Personen und der Gruppe der nicht befragten Personen lässt sich also nie sicher ausschließen (Schumann, 2006).

5.2.6 Ablauf der Datenerhebung

Die eigentliche Befragung erstreckte sich auf den Zeitraum vom 11. Mai 2009 bis zum 20. Juli 2009. Bei den Seniorenheimen handelte es sich um anerkannte Einrichtungen der Altenhilfe, spezialisierte Einrichtungen wie Hospize und Behinderteneinrichtungen wurden nicht mit einbezogen.

Nach Auswahl der Seniorenheime erfolgte zuerst eine telefonische Kontaktaufnahme, eine Zusendung des Fragebogens oder die direkte persönliche Erläuterung und Vorstellung der Befragung schloss sich an. Anschließend wurden mit den zuständigen Personen der Heim- oder Pflegedienstleitung Termine zur eigentlichen Durchführung vereinbart. Den Bewohnern, die von den Mitarbeitern als potentiell zu einer Teilnahme in der Lage eingeschätzt wurden, wurde die Befragung in einem Einzelgespräch vorgestellt und bei einer Einwilligung nach Möglichkeit das Interview direkt durchgeführt. Ansonsten wurde mit der betreffenden Person ein weiterer Termin vereinbart.

Auf einen vorangehenden Test zur Prüfung der kognitiven Leistungsfähigkeit und Eignung für die Befragung wurde verzichtet, um das Maß an Geduld und Vigilanz der Teilnehmer nicht zu überschreiten. Wenn sich im Laufe des Interviews herausstellte, dass die befragte Person überfordert war, wurde die Befragung mit dem Einverständnis des Teilnehmers abgebrochen und die erhobenen Daten nicht für die Auswertung verwendet.

Die Befragung wurde jeweils in einem Einzelgespräch mit dem Teilnehmer durchgeführt; jede Befragung dauerte im Durchschnitt 42,3 Minuten, wobei die Spannbreite von 15 bis 100 Minuten reichte. Von der Befragung grundsätzlich ausgeschlossen wurden die Angehörigen, um die Angabe sozial erwünschter Antworten zu vermeiden.

5.2.7 Beschreibung der Stichprobe

In den ausgewählten Einrichtungen sollte die Studie so vollständig wie möglich durchgeführt werden. Allerdings sind sehr viele Menschen in den vollstationären Einrichtungen so stark eingeschränkt, dass mit ihnen die Durchführung einer Befragung mit aussagekräftigen Ergebnissen nicht möglich ist.

So ergab sich bei einer gesamten Bewohnerzahl von 1776 in den 20 Seniorenheimen eine Teilnehmerzahl von 190 Personen, die an dem Interview teilnahmen und mit denen die Befragung auch vollständig durchgeführt werden konnte. Bei 23 Teilnehmern

musste die Befragung vorzeitig abgebrochen werden, weil die befragten Personen das Interesse verloren oder in ihrer geistigen Leistungsfähigkeit überfordert waren. Weitere 28 Bewohner lehnten eine Teilnahme ab.

5.2.7.1 Seniorenheime

Von den 20 Seniorenheimen gehörten jeweils vier zum Kreis Gütersloh und zum Kreis Warendorf, zehn zum Kreis Bielefeld und zwei zum Landkreis Osnabrück. Zwei von ihnen befanden sich in privater Trägerschaft; das Johanneswerk, die zugehörige Kirchengemeinde und der Verein katholischer Altenhilfeeinrichtungen (VKA) waren die Träger von ebenfalls jeweils zwei der befragten Einrichtungen, der deutsche Caritas Verband und die Arbeiterwohlfahrt von jeweils drei Einrichtungen. Fünf weitere Einrichtungen gehörten zur Diakonie, ein Seniorenheim zu den Maltesern.

Die Bewohnerzahl in den Einrichtungen lag zwischen 12 und 145 Personen, durchschnittlich lebten in jedem Seniorenheim 89 Menschen. Befragt wurden im Mittel 9,5 Personen, wobei die Spannweite von 2 bis 30 Teilnehmern reichte.

5.2.7.2 Teilnehmende Personen

Die Stichprobe umfasste 190 Personen, davon 155 (82%) Frauen und 35 (18%) Männer, die in 20 verschiedenen Seniorenheimen lebten.

Zum Erhebungszeitpunkt lag das Alter zwischen 65 und 102 Jahren, das Durchschnittsalter betrug 84,3 Jahre, der Median 85 Jahre. 22 Bewohner (12%) waren 74 Jahre oder jünger; die Hochaltrigen mit einem Alter von mindestens 95 Jahren waren mit einer Gruppengröße von 20 Personen (11%) vertreten. Die größte Gruppe stellten die Menschen zwischen 75 und 94 Jahren dar: 66 der befragte Personen (35%) waren zwischen 75 und 84 Jahre alt, 82 Bewohnern (43%) zwischen 85 und 94 Jahre.

Die bisherige Wohndauer in einer Einrichtung der vollstationären Altenhilfe lag den Einschlusskriterien entsprechend bei mindestens drei Monaten, der Teilnehmerin mit dem längsten Aufenthalt wohnte bereits seit 20 Jahren dort. Die durchschnittliche Wohnzeit zum jeweiligen Befragungszeitpunkt lag bei drei, der Median bei zwei Jahren. Der größte Teil der befragten Personen (68%) lebte in einem Seniorenheim im Kreis Bielefeld, weitere 31 Personen (16%) im Kreis Gütersloh. Die verbleibenden Teilnehmer teilen sich auf den Kreis Warendorf (10%) und den Landkreis Osnabrück (6%) auf.

Von den 190 befragten Personen gaben 140 Bewohner (74%) einen Volksschulabschluss als höchsten Bildungsabschluss an, zwei Personen (1%) einen Abschluss der Sonderschule. Weitere 25 Personen (13%) erreichten die Mittlere Reife, 22 (12%) der befragten Teilnehmer das Abitur. Eine Person (0,5%) absolvierte einen Fachhochschulabschluss.

Zum Befragungszeitpunkt besaßen 103 (54%) Teilnehmer einen Schwerbehindertenausweis. Diese Angabe wurde in der Auswertung aber nicht weiter berücksichtigt, da ein Ausweis sehr häufig lediglich aufgrund subjektiv fehlender Notwendigkeit nicht beantragt worden war.

Hinsichtlich der Pflegestufe ergab sich folgendes Bild: 15 Personen (8%) besaßen keine Pflegestufe oder waren lediglich in die Pflegestufe 0 eingeordnet. Der Großteil der Teilnehmer (128 Personen bzw. 67%) war in die Pflegestufe 1 aufgenommen worden, während 45 Personen (24%) die Stufe 2 und 2 Personen (1%) die Stufe 3 erhielten.

5.2.8 *Aufgetretene Probleme*

Das größte Problem lag darin, den Bewohnern das standardisierte Vorgehen des Interviews zu verdeutlichen. In den meisten Fällen antworteten die Bewohner in einem ganzen Satz ohne die ausgewählte Antwort direkt zu nennen. In diesem Fall wurden die Möglichkeiten noch einmal mit der einleitenden Frage „Welche Antwort möchten Sie denn ankreuzen?“ wiederholt. Des Weiteren kam es bei vielen Teilnehmern zu akustischen Verständigungsschwierigkeiten, weil einige schlecht hörten oder erkrankungsbedingt eine undeutliche Aussprache besaßen.

Bemerkenswert ist auch, dass viele Bewohner direkt nach Erläuterung der Studie sagten, sehr zufrieden mit der jeweiligen Einrichtung zu sein. Es wurde deshalb vor Beginn des Interviews bei jedem zu Befragenden betont, dass man nicht „vom Haus“ sei und auch keinerlei Angaben weitergeben werde.

6 Auswertung

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte unter Verwendung des Programms Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) für Windows (Version 12.0).

Zunächst wird eine statistische Analyse durchgeführt (Kap.6.1), an die sich die Darstellung der Ergebnisse der deskriptiven Statistik anschließt (Kap. 6.2). Den Hauptteil bildet die Prüfung der verschiedenen Zusammenhänge (Kap. 6.3), die für die zugrunde liegenden Hypothesen von Bedeutung sind. Die eigentliche Bewertung der Hypothesen erfolgt in Kap. 7.

6.1 Statistische Analyse

Vor der Überprüfung der interessierenden Zusammenhänge müssen die Daten zuerst im Hinblick auf ihre Aussagekraft analysiert werden.

Da aufgrund der bereits erwähnten Schwierigkeiten bei der Befragung der Zielgruppe einige Änderungen der in Studien getesteten Einzel-Fragebögen nötig waren, sollen die letztendlich verwendeten Messinstrumente im Rahmen der Reliabilitätsanalyse auf ihre Güte untersucht werden. Mit Hilfe von SPSS lassen sich solche Reliabilitätsanalysen zur Überprüfung der Skalenkonstruktion berechnen. Wichtig in diesem Zusammenhang sind vor allem der Wert für das Cronbach's Alpha und die Trennschärfekoeffizienten.

6.1.1 Reliabilitätsanalyse: Innere Konsistenz

Die Reliabilitätsanalyse beschäftigt sich mit der Zusammenstellung einzelner Items zu einem Fragebogen. Zur Überprüfung der Homogenität einer Skala bzw. eines Einzel-Fragebogens wird dabei die Innere Konsistenz herangezogen, der hier gebräuchliche Cronbach's Alpha-Wert ist eine Maßzahl für die Güte des jeweiligen Items und sollte zur Bestätigung einer ausreichenden Inneren Konsistenz eines Fragebogens mindestens 0,5 betragen (Bühl u.a., 2005; Wulff, 2006). Zu beachten ist, dass die Berechnung nur bei einer einheitlichen Skalenbreite innerhalb eines Einzel-Fragebogens möglich ist (Urban u.a., 2006). Aus diesem Grund mussten die Items der körperlichen und der psychischen Summenskala des SF-12 („Allgemeiner Gesundheitszustand“) für diese Berechnung auf die kleinste verwendete Skalenbreite, die in beiden Fällen 2 betrug, transformiert werden. Allerdings sind solche nachträglichen Skalenumformungen immer als problematisch zu betrachten; hinzu kommt, dass beide Skalen über

Koeffizienten aus allen Items gebildet werden (Groß, 2007). Um zumindest ungefähre Anhaltspunkte zu bekommen, wurde nach der Transformation auf eine einheitliche Skalenbreite die innere Konsistenz durch eine getrennte Reliabilitätsanalyse für die Items beider Skalen durchgeführt. Bei den anderen verwendeten Fragebögen war die Berechnung ohne weitere Modifikationen möglich.

In der folgenden Tabelle (Tab. 1) sind die berechneten Werte für die einzelnen Messinstrumente aufgelistet.

Tab. 1: Cronbach's Alpha-Werte der verschiedenen Fragebögen

Soziale Integration	0,92
Soziale Unterstützung	0,91
Kohärenzgefühl	0,79
Körperliche Gesundheit	0,65
Psychische Gesundheit	0,61
Beschwerden	0,73
Allgemeines Subjektives Wohlbefinden	0,77
Lebenszufriedenheit	0,71

Als besonders positiv hervorzuheben sind die hohen Werte für die Skalen soziale Integration, soziale Unterstützung, Beschwerden und Allgemeines Subjektives Wohlbefinden, da bereits validierte Messinstrumente für die Befragung von Seniorenheim-Bewohnern durch Streichung bzw. Zusammenfassung redundanter Items verändert werden mussten. Bei den anderen Fragebögen wurde teilweise eine Vereinfachung der Skalen vorgenommen, sodass die Zusammenstellung der Items unbeeinflusst blieb. Insgesamt sind alle Werte $\geq 0,5$, so dass die innere Konsistenz der einzelnen Fragebögen als ausreichend bis sehr gut beschrieben werden kann.

6.1.2 Reliabilitätsanalyse: Trennschärfekoeffizienten

Der Trennschärfekoeffizient misst die Übereinstimmung zwischen der Bewertung einzelner Items und dem gesamten Skalenwert und repräsentiert somit ein Kriterium zur Bewertung der Differenzierungsfähigkeit jedes einzelnen Items (Bühl u.a., 2005; Wulff, 2006).

Ein Trennschärfekoeffizient von 0,5 wird dabei als hoch angesehen (Fritsche u.a., 2007), als Grenzwert gilt im Allgemeinen ein Wert von 0,3. Diese Grenze ist allerdings nicht starr, sondern im jeweiligen Zusammenhang zu interpretieren (Wulff, 2006).

Items mit zu niedrigen Trennschärfekoeffizienten sind für die Berechnung des Gesamtskalenwertes unbrauchbar oder können sich sogar störend auswirken. Unter Berücksichtigung der Bedeutung im Gesamtkontext sollte deshalb eine Elimination des Items in Betracht gezogen werden (Bühl u.a., 2005).

Die Items des Fragebogens zur sozialen Integration wiesen Trennschärfekoeffizienten zwischen 0,66 und 0,79 auf und sind damit als gut zu bewerten.

Bei dem folgenden Fragebogen („Soziale Unterstützung“) musste das letzte Item („Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Vereine), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.“) gestrichen werden, da der Trennschärfekoeffizient 0,27 betrug und sich damit deutlich von den anderen Koeffizienten, die zwischen 0,49 und 0,81 lagen, abgrenzte. Bereits während der Befragung wurde deutlich, dass die genannte Aussage für die Zielgruppe wenig angemessen war und von den Bewohnern sehr unterschiedlich interpretiert wurde.

Die Itemtrennschärfen des SOC-9 („Lebensorientierung – Der Sinn im Leben“) lagen zwischen 0,36 und 0,59. Der als kritisch angesehene Wert von 0,3 wurde damit nicht unterschritten.

Die Koeffizienten der körperlichen Summenskala lagen zwischen 0,32 und 0,48, die der psychischen Summenskala zwischen 0,27 und 0,43. Auch hier waren die beiden niedrigsten Ergebnisse der psychischen Summenskala bereits während der Befragung abzusehen, da wiederum Items betroffen waren, mit denen die Bewohner sich wenig identifizieren konnten und die deshalb unterschiedlich ausgelegt wurden. Da bei der Erhebung des allgemeinen Gesundheitszustandes allerdings alle Trennschärfekoeffizienten eher niedrig lagen und durch Streichung einzelner Items die Berechnung der Gesamtskalenwerte, die eine unterschiedliche Gewichtung aller Items voraussetzt, nur schwierig durchgeführt werden kann, sollen hier keine einzelnen Aussagen eliminiert werden.

Bei der Beschwerdenliste wurden die Items 6 („Reizbarkeit, innere Unruhe, Grübeleien“), 7 („Starkes Schwitzen“) und 12 („Gewichtsabnahme“) eliminiert, da hier die Werte der Trennschärfekoeffizienten deutlich kleiner als 0,3 waren. Die übrigen Koeffizienten lagen in dem Bereich zwischen 0,31 und 0,58.

Aus dem Fragebogen zum allgemeinen subjektiven Wohlbefinden werden nur die Items 1-11 berücksichtigt, da die beiden abschließenden Aussagen eigene Aspekte betrachten. Dabei wurde das erste Item („Ich rege mich über Kleinigkeiten auf und werde schneller wütend als früher.“) gestrichen, da der Trennschärfekoeffizient 0,23 betrug. Die Koeffizienten der anderen Aussagen lagen zwischen 0,32 und 0,53.

Bei der Auswertung des Fragebogens zu Lebenszufriedenheit fielen die sehr niedrigen Trennschärfekoeffizienten aller Items des allgemeinen Teils ($< 0,3$) auf. Die Koeffizienten des zweiten Teils („Gesundheit“) lagen dagegen mit Ausnahme des Items 4 („Sehen und Hören“) alle über dem kritischen Wert. Nach genauerer Beschäftigung mit den Ergebnissen wurde die Entscheidung getroffen, die beiden Skalen unverändert zu lassen, da die Ursache vermutlich in der Betrachtung sehr verschiedener Aspekte innerhalb eines Fragebogens liegt. So wurde der Koeffizient der Zufriedenheit mit der Partnerschaft sogar negativ. Vermutlich sind vor allem früher verheiratete Personen insgesamt besonders zufrieden, geben bei der Zufriedenheit mit der Partnerschaft aber aufgrund des Todes des Partners nur sehr geringe Werte an. Da eine nachträgliche Verwerfung der gewonnenen Ergebnisse wenig sinnvoll erscheint und die Berechnung eines Gesamtscores erschwert, sollte lediglich beachtet werden, dass sich Personen mit gleichen oder ähnlichen Gesamtwerten je nach Zusammenhang in einigen Aspekten deutlich voneinander unterscheiden können. Die nachstehende Tabelle (Tab. 2) führt jeweils den kleinsten und den größten Trennschärfekoeffizienten noch einmal zusammenfassend auf.

Tab. 2: Trennschärfekoeffizienten der verschiedenen Fragebögen (min. / max. Wert)

Soziale Integration	0,66 / 0,79
Soziale Unterstützung	0,49 / 0,81
Kohärenzgefühl	0,36 / 0,59
Körperliche Gesundheit	0,32 / 0,48
Psychische Gesundheit	0,27 / 0,43
Beschwerden	0,31 / 0,58
Allgemeines Subjektives Wohlbefinden	0,32 / 0,53
allgemeine Lebenszufriedenheit	-0,13 / 0,25
gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit	0,25 / 0,48

6.2 Deskriptive Statistik

Zu Beginn der eigentlichen Auswertung sollen die erhobenen Daten sowie wichtige Kenngrößen im Sinne der deskriptiven Statistik dargestellt werden. Den Anfang bilden die Daten zur objektiv messbaren Gesundheit, es folgen die einzelnen Fragebogenteile zu den unterschiedlichen Aspekten. Bei diesen Skalen werden jeweils die theoretisch möglichen und die empirisch ermittelten Minimal- und Maximalwerte sowie der Mittelwert und die Standardabweichung berechnet. Um die Verteilung der erhobenen Werte besser beschreiben zu können, werden außerdem die Schiefe und die Kurtosis der

jeweiligen Verteilung angegeben. Die Größen zur Beschreibung der demographischen Merkmale der Stichprobe wurden bereits in Kapitel 5.2.7.2 dargestellt.

Bei der Anzahl verschiedener chronischer Krankheiten lag die Spannbreite zwischen einer und zehn Erkrankungen. Dabei berichteten knapp 10% der befragten Personen von ein oder zwei Krankheiten, gut zwei Drittel verteilten sich fast gleichmäßig auf drei bis sechs Erkrankungen. Etwa 18% waren von sieben oder acht Krankheiten betroffen, die übrigen 4% von neun oder zehn. Die Frage zur Anzahl täglich einzunehmender, unterschiedlicher Medikamente ergab, dass nur 2,6% der befragten Bewohner gar keine Medikamente einnahmen, etwa 12% ein oder zwei und 30% der Teilnehmer drei oder vier. Über die Hälfte der Bewohner nahmen dagegen fünf oder mehr verschiedene Medikamente täglich.

Ein anderes Bild zeigt sich bei der Frage nach der Häufigkeit von Bettlägerigkeit in den vergangenen fünf Jahren. Hier gaben mehr als 50% an, gar nicht bettlägerig gewesen zu sein, während etwa ein Drittel ein oder zwei Episoden angab. Etwa 10% waren drei bis sechs Mal bettlägerig und weniger als 2% noch häufiger. Die Häufigkeit von Krankenhaus-Aufenthalten in den letzten fünf Jahren wurde von etwa der Hälfte mit ein oder zwei Mal angegeben, jeder siebte war in diesem Zeitraum gar nicht im Krankenhaus, jeder fünfte bis sechste dagegen fünf Mal oder mehr. Die übrigen 16% gaben drei oder vier Aufenthalte an.

Anhand ihres Pflegebedarfs waren gut zwei Drittel der befragten Bewohner in die Pflegestufe 1 eingeordnet, knapp ein Viertel in die Stufe 2 und nur zwei Bewohner (1%) in die Stufe 3. Etwa 8% der Teilnehmer hatte keine Pflegestufe oder die Pflegestufe 0.

Die Berechnung des BMI ergab, dass 40% der befragten Bewohner normalgewichtig und knapp 4% untergewichtig ($\text{BMI} < 18,5 \text{kg/m}^2$) waren. Etwa 37% waren übergewichtig, die übrigen 19% adipös.

Der Gesamtwert des Fragebogens „Menschen in Ihrem Umfeld“ bietet durch die Aufsummierung der sieben Itemwerte mit einer Skala von 0 bis 3 eine theoretische Spannbreite von 0 bis 21. Beide Extremwerte traten bei der Befragung auch tatsächlich auf, allerdings erreichten 23,7% aller Teilnehmer den maximalen Punktwert, während ein Punktwert von Null nur bei 1,6% der befragten Personen gefunden wurde. Der Mittelwert lag bei 15,22 Punkten, die Standardabweichung betrug 5,3. Anhand dieser Angaben und der negativen Schiefe (Tab. 6) ist zu erkennen, dass viele Teilnehmer sehr hohe Werte auf dieser Skala erreichten.

Auch auf der Skala des Fragebogens zur erhaltenen sozialen Unterstützung wurden der theoretische Minimalwert von 10 und der theoretische Maximalwert von 30 erreicht.

Der Mittelwert betrug 27,49 bei einer Standardabweichung von 4,5. Noch deutlicher als bei dem vorangegangenen Fragebogen tritt hier eine rechtsschiefe Verteilung auf; hier erreichte fast die Hälfte aller Teilnehmer (48,4%) die maximale Punktzahl. Auch an der Schiefe (Tab. 6) wird die starke Belegung hoher Punktwerte deutlich, die Verteilung ist also breitgipflig und rechtsschief.

Auf der Skala zur Messung des Kohärenzgefühls wurden ebenfalls die theoretisch erreichbaren Minimal- (9) und Maximalwerte (27) erreicht. Der Mittelwert lag bei 22,72 Punkten, die Berechnung der Standardabweichung ergab 3,61. Bei der Analyse der Schiefe (Tab. 6) wird deutlich, dass auch hier das Gewicht auf hohen Werten liegt.

Der Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand wurde der Handanweisung entsprechend in die beiden Skalen zur körperlichen (KSK) und zur psychischen Gesundheit (PSK) unterteilt. Aufgrund des vorgegebenen Rechenweges zur Berechnung der beiden Summenscores ergeben sich ungerade Werte für Minimum und Maximum (Tab. 5), wobei ein hoher Wert einen guten Gesundheitsstatus angibt.

Die beobachteten Werte der KSK erreichen nicht die theoretischen Extremwerte, der empirische Mittelwert von 30,59 ist kleiner als der erwartete Wert von 40,04. Schiefe und Kurtosis sind klein, erkennbar ist ein leichtes Überwiegen kleiner Werte (Tab. 6).

Bei der Betrachtung der Daten der PSK fällt auf, dass zwar auch hier die theoretisch möglichen Extremwerte nicht erreicht werden. Allerdings ist an dem hohen empirischen Minimalwert von 20,61 und dem im Verhältnis zum theoretischen Mittelwert von 39,09 nach rechts abweichenden empirischen Mittelwert erkennbar, dass bei der psychischen Gesundheit eine Verschiebung zu hohen Werten vorliegt. Auch die Schiefe (Tab. 6) deutet darauf hin, dass eine rechtsgipflige Verteilung vorliegt.

Auf der Skala der Beschwerden konnten theoretisch Werte zwischen 12 und 36 Punkten erreicht werden, wobei ein kleiner Wert ein geringes Ausmaß an Beschwerden anzeigt. Die von den befragten Personen erreichten Werte lagen zwischen 12 und 30 Punkten, der Mittelwert betrug 18,47 und die Standardabweichung 3,87. Die positive Schiefe bestätigt die aus dem Mittelwert bereits abzuleitende Vermutung einer linksschiefen Verteilung (Tab. 6). Die Teilnehmer gaben also durchschnittlich niedrigere Werte und damit weniger Beschwerden als den theoretischen Mittelwert von 24 an.

Bei der Skala zum Allgemeinen Subjektiven Wohlbefinden muss beachtet werden, dass die Items 12 und 13 eigene Aspekte erheben und deshalb für die Ermittlung der Gesamtpunktzahl unberücksichtigt bleiben. Insgesamt spiegelt ein hoher Wert ein hohes Maß an subjektivem Wohlbefinden wider. Die Gesamtskala kann Werte zwischen 10 und 30 annehmen; beide Extremwerte wurden auch von Teilnehmern erreicht. Der

Mittelwert betrug 21,64, die Standardabweichung 4,86. Der Schwerpunkt der Gesamtskala ist etwas zu höheren Werten hin verschoben (Tab. 6).

Bei der Frage zur Zufriedenheit mit der Vergangenheit und der Zuversicht hinsichtlich der Zukunft (Item 12 bzw. 13 des Fragebogens „Allgemeines Subjektives Wohlbefinden“) konnten jeweils die Punktwerte zwischen 1 und 3 erreicht werden. Während 86,3% der Teilnehmer eine Zufriedenheit mit der Vergangenheit angaben, sprachen nur 46,3% von einer Zuversicht hinsichtlich der Zukunft (Tab. 3).

Tab. 3: Absolute und prozentuale Verteilung der Angaben zur Zufriedenheit mit der Vergangenheit und der Zuversicht hinsichtlich der Zukunft

	Ja	Teilweise	Nein
Ich bin zufrieden mit meinem Leben, wenn ich in die Vergangenheit zurückschaue.	164 Bewohner 86,3%	18 Bewohner 9,5%	8 Bewohner 4,2%
Wenn ich an die Zukunft denke, bin ich zuversichtlich.	88 Bewohner 46,3 %	52 Bewohner 27,4%	50 Bewohner 26,3%

Eine Berechnung der anderen statistischen Kennwerte ist aufgrund der geringen Skalenbreite nicht sinnvoll.

Der Gesamtwert der Lebenszufriedenheit wird entsprechend der Handanweisung für die beiden Module „Allgemein“ und „Gesundheit“ getrennt berechnet. Da für jedes Item durch die Gewichtung eine Punktzahl zwischen -12 und +20 erreicht werden kann, ergibt sich für die beiden Gesamtskalen, die jeweils sieben Items umfassen, eine Skalenbreite zwischen -84 und +140.

Die für die Teilnehmer berechneten Werte lagen für den allgemeinen Teil zwischen -30 und +130, der Mittelwert lag bei 69,05, die Standardabweichung betrug 30,82. Unter zusätzlicher Berücksichtigung der Schiefe ist zu erkennen, dass eine leichte Verschiebung zu höheren Werten vorliegt (Tab. 6).

Bei dem Modul „Gesundheit“ sieht die Verteilung der Gesamtpunktzahl der Teilnehmer etwas anders aus. Hier befinden sich die empirischen Werte im Bereich von -70 bis +140, der Mittelwert liegt mit 74,38 Punkten etwas höher als bei dem ersten Modul. Der Betrag der Schiefe ist ebenfalls etwas höher, auch hier liegt eine rechtsbetonte Verteilung vor (Tab. 6).

Die folgende Tabelle (Tab. 4) liefert einen Überblick über die Bewertung der einzelnen Items, die angegebenen Werte beziehen sich wie oben jeweils auf die gewichtete Zufriedenheit. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die Items nach ihrem empirischen Mittelwert in aufsteigender Reihenfolge geordnet.

Tab. 4: Vergleich der verschiedenen Aspekte der Lebenszufriedenheit

Gewichtete Zufriedenheit mit:	Mittelwert	SD	Schiefe	Kurtosis
Partnerschaft	- 2,93	10,81	0,882	-0,34
Fortbewegungsfähigkeit	2,56	13,24	0,17	-1,52
Finanzielle Sicherheit	6,31	9,55	-0,08	-0,61
Gesundheit	7,54	11,17	-0,32	-0,94
Beschwerde- und Schmerzfreiheit	7,84	11,3	-0,39	-0,94
Seh- und Hörvermögen	9,97	10,95	-0,63	-0,71
Unabhängigkeit	10,32	11,12	-0,74	-0,67
Freunde	11,15	10,36	-0,70	-0,70
Lebensfreude	12,38	10,16	-0,91	-0,41
Angstfreiheit	13,68	9,05	-1,14	0,37
Freizeitgestaltung	14,58	8,89	-1,38	0,87
Familienleben	15,86	9,05	-2,05	2,97
Wohnsituation	16,55	8,20	-2,33	4,49
Entspannung	17,63	6,32	-2,82	7,82

Außer der gewichteten Zufriedenheit mit der Partnerschaft und mit der Fortbewegungsfähigkeit liegen also alle Durchschnittswerte über dem theoretischen Mittelwert von +4; die rechtsbetonte Verteilung der Items wird auch durch die negativen Werte für die Schiefe angezeigt (Tab. 6).

6.2.1 Zusammenfassung der Ergebnisse der deskriptiven Statistik

Insgesamt fanden sich also hohe Werte bei der sozialen Integration, bei der sozialen Unterstützung und beim Kohärenzgefühl. Das angegebene Ausmaß an Beschwerden war eher gering, während die Angaben zur körperlichen Gesundheit doch die vorhandenen körperlichen Defizite widerspiegeln. Der Punktwert für die psychische Gesundheit lag dagegen über dem Mittelwert. Weiterhin wurde insgesamt ein gutes subjektives Wohlbefinden angegeben.

Erwartungsgemäß zeigte sich der überwiegende Teil der Bewohner nicht und nur teilweise zuversichtlich hinsichtlich ihrer Zukunft, während der weitaus größte Teil aber zufrieden mit der Vergangenheit war. Bei der Zufriedenheit mit den unterschiedlichen Lebensbereichen lag sowohl bei den allgemeinen als auch bei den gesundheitsbezogenen Angaben der Schwerpunkt im positiven Bereich.

Die folgenden Tabellen (Tab. 5, Tab. 6) zeigen die Kennwerte der deskriptiven Statistik im Überblick.

Tab. 5: Empirische und theoretische Minimal- und Maximalwerte der verschiedenen Fragebögen

	Minimum (empirisch)	Minimum (theoretisch)	Maximum (empirisch)	Maximum (theoretisch)
Soziale Integration	0	0	21	21
Soziale Unterstützung	10	10	30	30
Kohärenzgefühl	9	9	27	27
Körperliche Gesundheit	12,19	9,95	55,43	70,13
Psychische Gesundheit	20,61	5,89	72,01	72,28
Beschwerden	12	12	30	36
Allgemeines Subjektives Wohlbefinden	10	10	30	30
allgemeine Lebenszufriedenheit	-30	-84	130	140
gesundheitliche Lebenszufriedenheit	-70	-84	140	140

Tab. 6: Mittelwert, Standardabweichung (SD), Schiefe und Kurtosis der verschiedenen Fragebögen

	Mittelwert	SD	Schiefe	Kurtosis
Soziale Integration	15,22	5,30	-0,78	0,17
Soziale Unterstützung	27,49	4,50	-2,28	4,51
Kohärenzgefühl	22,72	3,61	-1,06	0,91
Körperliche Gesundheit	30,59	9,92	0,23	-0,30
Psychische Gesundheit	54,82	9,78	-0,85	0,62
Beschwerden	18,47	3,87	0,42	-0,46
Allgemeines Subjektives Wohlbefinden	21,64	4,86	-0,39	-0,44
allgemeine Lebenszufriedenheit	69,05	30,82	-0,58	0,28
gesundheitliche Lebenszufriedenheit	74,38	42,12	-0,71	0,41

6.3 Prüfung der Zusammenhänge

Im Anschluss an die statistische Analyse der erhobenen Daten sollen nun die in den Hypothesen angesprochenen Zusammenhänge analysiert werden. Da einige Merkmale in mehreren Hypothesen auftreten, werden die Berechnungen gruppiert nach Variablen durchgeführt, an die sich in der Diskussion die Beurteilung der Hypothesen in der eigentlichen Reihenfolge anschließt.

In einem ersten Schritt sollen die für die Hypothesenprüfung relevanten Variablen hinsichtlich ihrer bivariaten Korrelationen untersucht werden (Tab. 7, Tab. 8, Tab. 9). Wenn diese bivariaten Korrelationen bereits nicht signifikant ausfallen, erübrigt sich für die Prüfung der Hypothesen die Berechnung von multiplen Korrelationen.

Die Ergebnisse der bivariaten Korrelationen sind in der folgenden Korrelationsmatrix (Tab. 7, Tab. 8, Tab. 9) dargestellt.

Tab. 7: Korrelationsmatrix der für die Hypothesen relevanten Variablen

	soz. Int.	soz. Unt.	Kohärenzgef. efühl	Anz. Erkr.	Anz. Med.	Bettl.	Krankenh.
soz. Int.	1	0,678***	0,353***	-0,100	0,002	0,012	0,096
soz. Unt.	0,678***	1	0,401***	-0,139	-0,046	-0,086	0,019
SOC	0,353***	0,401***	1	-0,176*	-0,046	-0,006	-0,007
Anz. Erkr.	-0,100	-0,139	-0,176*	1	0,280***	0,187**	0,172*
Anz. Med.	0,002	-0,046	-0,046	0,280***	1	0,204**	0,223**
Bettl.	0,012	-0,086	-0,006	0,187**	0,204**	1	0,311***
Krankenh.	0,096	0,019	-0,007	0,172*	0,223**	0,311***	1
Pflegest.	-0,091	-0,055	-0,062	0,116	0,223**	0,028	0,048
BMI	0,032	0,050	0,161*	0,054	0,069	0,048	0,051
KSK	-0,040	-0,019	0,232***	-0,291***	-0,196**	-0,259***	-0,255***
PSK	0,183*	0,220**	0,558***	-0,126	0,019	-0,048	0,016
Beschwer.	-0,018	-0,023	-0,280***	0,525***	0,205**	0,264***	0,179*
Zuf. Verg.	0,139	0,140	0,104	-0,054	-0,068	-0,115	-0,142
Zuv. Zuk.	0,184*	0,233***	0,505***	-0,097	0,001	-0,074	-0,006
Wohlbef.	0,197**	0,260***	0,673***	-0,162*	-0,029	-0,009	-0,076
allg. Zuf.	0,378***	0,447***	0,502***	-0,205**	-0,135	-0,096	-0,116
ges. Zuf.	0,145*	0,198**	0,591***	-0,310***	-0,195**	-0,245***	-0,120
Geschlecht	0,114	0,188**	0,027	0,023	0,129	-0,002	-0,043
Alter	0,065	0,013	0,037	-0,035	0,022	-0,021	-0,164*
Wohndauer	-0,107	-0,125	0,042	-0,044	0,026	-0,008	-0,280***
Bildung	0,108	0,047	0,066	-0,066	-0,079	-0,065	-0,009

Verwendete Abkürzungen: soz. Int.: soziale Integration; soz. Unt.: soziale Unterstützung; SOC: Kohärenzgefühl; Anz. Erkr.: Anzahl verschiedener chronischer Erkrankungen; Anz. Med.: Anzahl verschiedener, täglich einzunehmender Medikamente; Bettl.: Häufigkeit von Bettlägerigkeit in den vergangenen fünf Jahren; Krankenh.: Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den vergangenen fünf Jahren; Pflegest.: Pflegestufe; BMI: Body Mass Index; KSK: subjektiv wahrgenommene körperliche Gesundheit; PSK: subjektiv wahrgenommene psychische Gesundheit; Beschwer.: Anzahl wahrgenommener Beschwerden; Zuf. Verg.: Zufriedenheit mit der eigenen Vergangenheit; Zuv. Zuk.: Zuversicht hinsichtlich der eigenen Zukunft; Wohlbef.: subjektives Wohlbefinden; allg. Zuf.: allgemeine Lebenszufriedenheit; ges. Zuf.: gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit; Wohndauer: Wohndauer in einem Seniorenheim; Bildung: Schulbildung

Tab. 8: Korrelationsmatrix der für die Hypothesen relevanten Variablen (Forts. 1)

	Pflegest.	BMI	KSK	PSK	Beschwer.	Zuf. Verg.	Zuv. Zuk.
soz. Int.	-0,091	0,032	-0,040	0,183*	-0,018	0,139	0,184*
soz. Unt.	-0,055	0,050	-0,019	0,220**	-0,023	0,140	0,233***

SOC	-0,062	0,161*	0,232***	0,558***	-0,280***	0,104	0,505***
Anz. Erkr.	0,116	0,054	-0,291***	-0,126	0,525***	-0,054	-0,097
Anz. Med.	0,223**	0,069	-0,196**	0,019	0,205**	-0,068	0,001
Bettl.	0,028	0,048	-0,259***	-0,048	0,264***	-0,115	-0,074
Krankenh.	0,048	0,051	-0,255***	0,016	0,179*	-0,142	-0,006
Pflegest.	1	0,120	-0,046	0,038	0,071	0,021	0,069
BMI	0,120	1	-0,118	0,136	-0,008	-0,122	0,016
KSK	-0,046	-0,118	1	-0,052	-0,470***	0,053	0,240***
PSK	0,038	0,136	-0,052	1	-0,291***	0,014	0,381***
Beschwer.	0,071	-0,008	-0,470***	-0,291***	1	-0,105	-0,164*
Zuf. Verg.	0,021	-0,122	0,053	0,014	-0,105	1	0,063
Zuv. Zuk.	0,069	0,016	0,240***	0,381***	-0,164*	0,063	1
Wohlbef.	0,012	0,036	0,333***	0,538***	-0,366***	-0,052	0,504***
allg. Zuf.	0,064	0,025	0,317***	0,312***	-0,271***	0,145*	0,322***
ges. Zuf.	-0,052	0,006	0,512***	0,382***	-0,440***	0,035	0,379***
Geschlecht	0,030	-0,114	0,028	0,021	0,109	-0,092	0,147*
Alter	-0,084	-0,201**	-0,060	0,150*	0,000	0,135	-0,024
Wohndauer	0,015	0,117	0,049	0,174*	-0,041	-0,118	0,008
Bildung	-0,040	-0,040	0,102	0,042	-0,147*	0,047	0,012

Verwendete Abkürzungen: s. Tab. 7

Tab. 9: Korrelationsmatrix der für die Hypothesen relevanten Variablen (Forts. 2)

	Wohlbef.	allg. Zuf.	ges. Zuf.	Geschlecht	Alter	Wohndauer	Bildung
				ht		r	g
soz. Int.	0,197**	0,378***	0,145*	0,114	0,065	-0,107	0,108
soz. Unt.	0,260***	0,447***	0,198**	0,188**	0,013	-0,125	0,047
SOC	0,673***	0,502***	0,591***	0,027	0,037	0,042	0,066
Anz. Erkr.	-0,162*	-0,205**	-0,310***	0,023	-0,035	-0,044	-0,066
Anz. Med.	-0,029	-0,135	-0,195**	0,129	0,022	0,026	-0,079
Bettl.	-0,009	-0,096	-0,245***	-0,002	-0,021	-0,008	-0,065
Krankenh.	-0,076	-0,116	-0,120	-0,043	-0,164*	-0,280***	-0,009
Pflegest.	0,012	0,064	-0,052	0,030	-0,084	0,015	-0,040
BMI	0,036	0,025	0,006	-0,114	-0,201**	0,117	-0,040
KSK	0,333***	0,317***	0,512***	0,028	-0,060	0,049	0,102
PSK	0,538***	0,312***	0,382***	0,021	0,150*	0,174*	0,042
Beschwer.	-0,366***	-0,271***	-0,440***	0,109	0,000	-0,041	-0,147*
Zuf. Verg.	-0,052	0,145*	0,035	-0,092	0,135	-0,118	0,047
Zuv. Zuk.	0,504***	0,322***	0,379***	0,147*	-0,024	0,008	0,012
Wohlbef.	1	0,430***	0,570***	0,108	-0,033	0,154*	0,114
allg. Zuf.	0,430***	1	0,564***	0,077	0,098	0,052	0,037
ges. Zuf.	0,570***	0,564***	1	0,029	-0,017	0,023	0,002

Geschlecht	0,108	0,077	0,029	1	0,085	0,070	-0,086
Alter	-0,033	0,098	-0,017	0,085	1	0,221**	0,145*
Wohndauer	0,154*	0,052	0,023	0,070	0,221**	1	0,103
Bildung	0,114	0,037	0,002	-0,086	0,145*	0,103	1

Verwendete Abkürzungen: s. Tab. 7

Anhand dieser Korrelationskoeffizienten lassen sich erste Rückschlüsse auf Zusammenhänge ziehen. So korrelieren soziale Integration und soziale Unterstützung vor allem mit Merkmalen von Wohlbefinden und Zufriedenheit, das Kohärenzgefühl zusätzlich mit der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit. Die Variablen objektiv messbarer Gesundheit korrelieren vor allem untereinander und mit der subjektiv wahrgenommenen körperlichen Gesundheit, diese sowie die psychische Gesundheit wiederum stehen außerdem im Zusammenhang mit Wohlbefinden und Zufriedenheit. Die soziodemographischen Variablen zeigen kaum signifikante Korrelationskoeffizienten.

Im Folgenden wird nun auf die einzelnen Zusammenhänge eingegangen, wobei sowohl die Ergebnisse der Korrelationsmatrix näher betrachtet als diese auch durch Regressionsanalysen ergänzt werden.

6.3.1 Soziale Integration und soziale Unterstützung

Der Korrelationskoeffizient der bivariaten Korrelation zwischen sozialer Integration und sozialer Unterstützung beträgt $r = 0,678$ (Tab. 7), es besteht demnach ein hoher Zusammenhang, die beiden Variablen scheinen sich aber nicht vollständig zu überdecken.

6.3.2 Soziale Beziehungen und Kohärenzgefühl

Die Korrelationskoeffizienten der bivariaten Korrelation zwischen dem Kohärenzgefühl und der sozialen Integration bzw. der sozialen Unterstützung betragen $r = 0,353$ bzw. $0,401$ (Tab. 7), auch hier besteht ein hoher Zusammenhang.

Zur genaueren Analyse der Einflussgröße der beiden Variablen auf das Kohärenzgefühl wird nun eine Regressionsanalyse durchgeführt, das Ergebnis zeigt Tab. 10.

Tab. 10: Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse für soziale Beziehungen zur Vorhersage des Kohärenzgefühls

Variablen	B	SE B	β
-----------	---	------	---------

Soziale Integration	0,102	0,062	0,150
Soziale Unterstützung	0,240	0,072	0,300***

$R^2 = 0,173$ ($p = 0,000$)

Im Gegensatz zur bivariaten Korrelation wird hier also nur noch die Vorhersage durch die soziale Unterstützung signifikant.

6.3.3 Einfluss auf die objektiv messbare Gesundheit

Zuerst sollen Prädiktoren der verschiedenen Merkmale objektiver Gesundheit bzw. Krankheit identifiziert werden. Dabei werden die Anzahl chronischer Erkrankungen, die Anzahl der unterschiedlichen täglich einzunehmenden Medikamente, die Häufigkeit von Bettlägerigkeit und Krankenhausaufenthalten in den letzten fünf Jahren sowie die Pflegestufe und der Body-Mass-Index als objektiv messbare Merkmale zugrunde gelegt. Entsprechend der Hypothesen vier und fünf wird davon ausgegangen, dass ein hohes Kohärenzgefühl und ein gutes soziales Netzwerk zu einer besseren Gesundheit führen. In Hypothese sieben wird angenommen, dass soziodemographische Variablen wie Geschlecht, Alter, Wohndauer im Seniorenheim und Bildung höchstens einen geringen Einfluss haben. Interessant ist daneben auch, welchen Stellenwert die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit und die Zufriedenheit in diesem Zusammenhang einnehmen.

6.3.3.1 Anzahl chronischer Erkrankungen

Bei Betrachtung der Korrelationsmatrix zeigt sich, dass sowohl das soziale Netzwerk als auch die soziodemographischen Variablen keinen Zusammenhang zur Anzahl chronischer Erkrankungen bieten. Die Variablen mit einem signifikanten Korrelationskoeffizienten werden im Folgenden in eine Regressionsanalyse aufgenommen, um die Größe ihres simultanen Einflusses zu untersuchen.

Tab. 11: Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl chronischer Erkrankungen

Variablen	B	SE B	β
Schritt 1			
<i>Kohärenzgefühl</i>	-0,096	0,039	-0,176*
Schritt 2			
<i>Kohärenzgefühl</i>	-0,014	0,036	-0,025
<i>KSK</i>	-0,011	0,015	-0,053
<i>Beschwerden</i>	0,298	0,043	0,493***

Schritt 3			
<i>Kohärenzgefühl</i>	-0,018	0,050	-0,033
<i>KSK</i>	-0,005	0,016	-0,025
<i>Beschwerden</i>	0,297	0,045	0,491***
<i>Wohlbefinden</i>	0,053	0,036	0,130
<i>Allg. Lebenszufriedenheit</i>	-0,002	0,005	-0,039
<i>Ges. Lebenszufriedenheit</i>	-0,005	0,004	-0,114

$R^2 = 0,031$ ($p = 0,015$) für Schritt 1; $\Delta R^2 = 0,248$ ($p = 0,000$) für Schritt 2; $\Delta R^2 = 0,014$ ($p = 0,298$) für Schritt 3

Die Berechnungen zeigen, dass im ersten Schritt das Kohärenzgefühl als signifikanter Prädiktor auftritt, dass bei Berücksichtigung mehrerer Variablen im zweiten Schritt aber nur noch das Ausmaß der subjektiv wahrgenommenen Beschwerden einen signifikanten β -Wert erreicht. Die anderen Merkmale bringen dagegen keine signifikante Verbesserung des Vorhersagewertes.

6.3.3.2 Anzahl der täglich einzunehmenden Medikamente

Den bivariaten Korrelationen ist zu entnehmen, dass die Anzahl der Medikamente, abgesehen von den Korrelationen zu anderen Merkmalen objektiv messbarer Gesundheit, nur mit der körperlichen Gesundheit und den Beschwerden als Variablen subjektiv wahrgenommener Gesundheit sowie der gesundheitsbezogenen Lebenszufriedenheit im Zusammenhang steht. Die Regressionsanalyse (Tab. 12) berücksichtigt deshalb nur die drei genannten Variablen.

Tab. 12: Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl täglich einzunehmender Medikamente

Variablen	B	SE B	β
Schritt 1			
<i>KSK</i>	-0,019	0,012	-0,128
<i>Beschwerden</i>	0,060	0,033	0,145
Schritt 2			
<i>KSK</i>	-0,013	0,013	-0,091
<i>Beschwerden</i>	0,050	0,034	0,120
<i>Ges. Lebenszufriedenheit</i>	-0,003	0,003	-0,096

$R^2 = 0,055$ ($p = 0,005$) für Schritt 1; $\Delta R^2 = 0,006$ ($p = 0,266$) für Schritt 2

Die Anzahl der täglich einzunehmenden Medikamente hängt also neben den anderen Merkmalen objektiv messbarer Gesundheit mit der körperlichen Gesundheit und den Beschwerden als Variablen der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit sowie der

Lebenszufriedenheit nur auf bivariater Ebene zusammen. Bei gleichzeitiger Berücksichtigung mehrerer Variablen zeigt sich dagegen keine signifikante Verbesserung des Vorhersagewertes. Andere Merkmale zeigen bereits auf bivariater Ebene keine Korrelation.

6.3.3.3 Häufigkeit der Bettlägerigkeit

Die bivariaten Korrelationen ähneln denen der Anzahl täglich einzunehmender Medikamente, Zusammenhänge bestehen neben den signifikanten Korrelationen zu anderen Merkmalen objektiv messbarer Gesundheit nur zur körperlichen Gesundheit, zu den wahrgenommenen Beschwerden sowie zur gesundheitsbezogenen Lebenszufriedenheit. Das Ergebnis der Regressionsanalyse zeigt Tab. 13.

Tab. 13: Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Häufigkeit von Bettlägerigkeit

Variablen	B	SE B	β
Schritt 1			
<i>KSK</i>	-0,018	0,008	-0,174*
<i>Beschwerden</i>	0,052	0,023	0,182*
Schritt 2			
<i>KSK</i>	-0,013	0,009	-0,130
<i>Beschwerden</i>	0,044	0,023	0,153
<i>Ges. Lebenszufriedenheit</i>	-0,002	0,002	-0,111

$R^2 = 0,093$ ($p = 0,000$) für Schritt 1; $\Delta R^2 = 0,008$ ($p = 0,187$) für Schritt 2

Die Häufigkeit von Bettlägerigkeit zeigt also neben der bivariaten Korrelation mit anderen Merkmalen objektiv messbarer Gesundheit einen Zusammenhang mit der körperlichen Gesundheit und mit den Beschwerden als Variablen der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit. Bei zusätzlicher Hinzunahme der gesundheitsbezogenen Lebenszufriedenheit als weiteren Prädiktor wird jedoch keiner der β -Werte mehr signifikant.

6.3.3.4 Häufigkeit der stationären Behandlungen

Der Korrelationsmatrix ist zu entnehmen, dass die Häufigkeit stationärer Behandlungen in den vergangenen fünf Jahren Zusammenhänge zur körperlichen Gesundheit und zu den Beschwerden als Merkmale subjektiv wahrgenommener Gesundheit sowie zum Alter und zur Wohndauer zeigt. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse sind in Tab. 14 dargestellt.

Tab. 14: Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Häufigkeit von stationären Krankenhausaufenthalten in den vergangenen fünf Jahren

Variablen	B	SE B	β
Schritt 1			
<i>KSK</i>	-0,040	0,015	-0,220**
<i>Beschwerden</i>	0,039	0,041	0,075
Schritt 2			
<i>KSK</i>	-0,040	0,014	-0,220**
<i>Beschwerden</i>	0,034	0,039	0,065
<i>Alter</i>	-0,028	0,015	-0,125
<i>Wohndauer</i>	-0,009	0,003	-0,238***

$R^2 = 0,070$ ($p = 0,001$) für Schritt 1; $\Delta R^2 = 0,085$ ($p = 0,000$) für Schritt 2

Es zeigt sich sowohl für die Aufnahme der subjektiv wahrgenommenen, körperlichen Gesundheit als auch für die Aufnahme der soziodemographischen Variablen eine signifikante Änderung des Vorhersagewertes. Festzuhalten ist also, dass Menschen, die schon lange im Seniorenheim leben sowie Bewohner mit einer als gut wahrgenommenen körperlichen Gesundheit in den letzten Jahren weniger häufig im Krankenhaus waren als der Durchschnitt. Die wahrscheinliche Erklärung für den hohen β -Wert der Wohndauer ist, dass Personen, die häufiger im Krankenhaus waren, an schwereren Krankheiten leiden oder litten und deshalb eine so lange Wohndauer nicht erreichen. Übereinstimmend hiermit geht auch das Lebensalter mit einem relativ hohen negativen, wenn auch nicht signifikanten β -Wert einher.

6.3.3.5 Pflegestufe

Die Pflegestufe stellt auf der einen Seite ein sehr gut messbares Merkmal objektiver Gesundheit dar, auf der anderen Seite muss hier die geringe Differenzierungsmöglichkeit berücksichtigt werden, da 91% der befragten Bewohner in die Pflegestufe 1 oder 2 eingeordnet waren.

Bei der Betrachtung der Korrelationsmatrix zeigt sich, dass lediglich der Zusammenhang zur Anzahl einzunehmender Medikamente signifikant ausfällt. Keine der übrigen Variablen könnte also sinnvoll zur Vorhersage genutzt werden, eine lineare Regression erübrigt sich damit.

6.3.3.6 *Body-Mass-Index*

Der BMI ist das letzte Merkmal des objektiv ermittelten Gesundheitszustandes. Bei den bivariaten Korrelationen ergeben sich lediglich signifikante Zusammenhänge zum Kohärenzgefühl und zum Alter; mit diesen beiden Merkmalen wird eine lineare Regression durchgeführt (Tab. 15).

Tab. 15: Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage des BMI

Variablen	B	SE B	β
Schritt 1			
<i>Kohärenzgefühl</i>	0,225	0,101	0,161*
Schritt 2			
<i>Kohärenzgefühl</i>	0,236	0,099	0,169*
<i>Alter</i>	-0,138	0,047	-0,207**

$R^2 = 0,026$ ($p = 0,027$) für Schritt 1; $\Delta R^2 = 0,043$ ($p = 0,004$) für Schritt 2

Die Ergebnisse der linearen Regression zeigen, dass sowohl das Kohärenzgefühl als auch das Alter eine signifikante Verbesserung des Bestimmtheitsmaßes liefern. Dabei ist ein hohes Kohärenzgefühl mit einem höheren BMI assoziiert, während zum Alter ein negativer Zusammenhang besteht. Gut nachvollziehbar ist der hohe negative β -Wert des Alters: Ein hohes Alter sagt nachfolgend einen niedrigeren BMI voraus. Menschen mit einem höheren BMI erreichen also seltener ein hohes Alter als andere Bewohner.

6.3.3.7 *Zusammenfassung: Einfluss auf die objektiv messbare Gesundheit*

Die Analyse zur Vorhersage möglicher Einflussfaktoren auf die objektiv feststellbare Gesundheit brachte insgesamt wenige weiterführende Ergebnisse.

Festzuhalten ist, dass die Merkmale objektiver Gesundheit auf bivariater Ebene vor allem untereinander korreliert sind. Außerdem gehen die Anzahl chronischer Erkrankungen und verschiedener Medikamente sowie die Häufigkeit von Bettlägerigkeit und Krankenhaus-Aufenthalten in den vergangenen fünf Jahren mit einer als schlechter wahrgenommenen körperlichen Gesundheit und einem höheren Ausmaß an subjektiven Beschwerden einher.

In den Regressionsanalysen zeigte sich auch, dass eine längere Wohndauer eine geringere Anzahl von Krankenhaus-Aufenthalten vorhersagen kann. Weiterhin erwiesen sich ein hohes Kohärenzgefühl und ein niedrigeres chronologisches Alter als signifikante Prädiktoren eines höheren BMI.

6.3.4 Einfluss auf die subjektiv wahrgenommene Gesundheit

Im Anschluss an die Analyse der Merkmale objektiv messbarer Gesundheit als abhängige Variable soll nun die Beeinflussung der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit, die die körperliche Gesundheit, die psychische Gesundheit sowie die Beschwerden umfasst, genauer untersucht werden. Es wird vor allem von einer großen Beeinflussung durch das Kohärenzgefühl ausgegangen. Der zweite wichtige Prädiktor wird im sozialen Netzwerk gesehen. Weiterhin wird angenommen, dass auch die Merkmale objektiv messbarer Gesundheit in geringem Maß die subjektive Gesundheit voraussagen können. Zuletzt werden noch die soziodemographischen Merkmale Geschlecht, Alter, Wohndauer und Bildung untersucht, wobei ihnen nur ein geringer bis gar kein Einfluss unterstellt wird.

6.3.4.1 Körperliche Gesundheit (KSK)

Die in der Korrelationsmatrix dargestellten Ergebnisse der bivariaten Korrelationsrechnungen zeigen, dass zwischen der körperlichen Gesundheit auf der einen und dem sozialen Netzwerk auf der anderen Seite anders als erwartet keine signifikanten Zusammenhänge bestehen. Auch für die soziodemographischen Variablen ergeben sich keine signifikanten Korrelationskoeffizienten. Die Regressionsanalyse wird deshalb nur mit den anderen Merkmalen als Prädiktoren durchgeführt, das Ergebnis zeigt Tab. 16.

Tab. 16: Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der subjektiv wahrgenommenen körperlichen Gesundheit (KSK)

Variablen	B	SE B	B
Schritt 1			
<i>Kohärenzgefühl</i>	0,591	0,181	0,232***
Schritt 2			
<i>Kohärenzgefühl</i>	0,497	0,172	0,195**
<i>Anzahl chronischer Erkr.</i>	-0,842	0,332	-0,180*
<i>Anzahl tägl. Medikamente</i>	-0,472	0,485	-0,069
<i>Bettlägerigkeit</i>	-1,589	0,698	-0,161*
<i>Krankenhaus-Aufenthalte</i>	-0,863	0,390	-0,157*

$R^2 = 0,054$ ($p = 0,001$) für Schritt 1; $\Delta R^2 = 0,139$ ($p = 0,000$) für Schritt 2

Eine signifikante Verbesserung des Bestimmtheitsmaßes wird sowohl durch die Aufnahme des Kohärenzgefühls als auch durch die Variablengruppe der objektiv messbaren Gesundheit erreicht. Den größten, positiven Einfluss auf die selbst

wahrgenommene körperliche Gesundheit hat dabei das Kohärenzgefühl. Ein ebenfalls signifikanter, aber negativer Einfluss geht von der Anzahl chronischer Erkrankungen sowie der Häufigkeit von Bettlägerigkeit und Krankenhaus-Aufenthalten in der Vergangenheit aus, die alle Merkmale der objektiv messbaren Gesundheit darstellen.

6.3.4.2 Psychische Gesundheit (PSK)

Im Gegensatz zur Betrachtung der körperlichen Gesundheit ergeben sich bei der psychischen Gesundheit neben dem Kohärenzgefühl auch signifikante bivariate Korrelationen sowohl zum sozialen Netzwerk als auch zum Alter und zur Wohndauer als soziodemographische Variablen.

Tab. 17: Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der subjektiv wahrgenommenen psychischen Gesundheit (PSK)

Variablen	B	SE B	β
Schritt 1			
<i>Kohärenzgefühl</i>	1,514	0,164	0,558***
Schritt 2			
<i>Kohärenzgefühl</i>	1,524	0,181	0,562***
<i>Soziale Integration</i>	-0,039	0,154	-0,021
<i>Soziale Unterstützung</i>	0,021	0,185	0,010
Schritt 3			
<i>Kohärenzgefühl</i>	1,475	0,179	0,544***
<i>Soziale Integration</i>	-0,044	0,152	-0,024
<i>Soziale Unterstützung</i>	0,073	0,182	0,033
<i>Alter</i>	0,131	0,079	0,101
<i>Wohndauer</i>	0,030	0,014	0,131*

$R^2 = 0,312$ ($p = 0,000$) für Schritt 1; $\Delta R^2 = 0,000$ ($p = 0,966$) für Schritt 2; $\Delta R^2 = 0,033$ ($p = 0,011$) für Schritt 3

Im Gegensatz zur körperlichen Gesundheit erreicht hier das Kohärenzgefühl einen noch größeren Einfluss. Weiterhin zeigt auch die Wohndauer einen signifikanten Beta-Wert; Menschen, die schon länger im Seniorenheim leben, berichten also von einer besseren psychischen Gesundheit als vergleichbare Personen.

Im Vergleich zu den bivariaten Korrelationen zeigt sich allerdings, dass soziale Integration und soziale Unterstützung durch die Berücksichtigung des Kohärenzgefühls ihren Einfluss verlieren.

6.3.4.3 Beschwerden

Als drittes Merkmal subjektiver Gesundheit sollen nun die wahrgenommenen Beschwerden auf ihre Einflussfaktoren hin untersucht werden. Die bivariaten Korrelationen zeigen Zusammenhänge zum Kohärenzgefühl und zu verschiedenen Merkmalen objektiv messbarer Gesundheit; beim sozialen Netzwerk und den soziodemographischen Variablen wird das Signifikanzniveau dagegen überschritten. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse zeigt Tab. 18.

Tab. 18: Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der subjektiv wahrgenommenen Beschwerden

Variablen	B	SE B	B
Schritt 1			
<i>Kohärenzgefühl</i>	-0,253	0,063	-0,280***
Schritt 2			
<i>Kohärenzgefühl</i>	-0,180	0,055	-0,199***
<i>Anzahl chronischer Erkr.</i>	0,736	0,106	0,445***
<i>Anzahl tägl. Medikamente</i>	0,070	0,155	0,029
<i>Bettlägerigkeit</i>	0,555	0,222	0,159*
<i>Krankenhaus-Aufenthalte</i>	0,087	0,124	0,045

$R^2 = 0,078$ ($p = 0,000$) für Schritt 1; $\Delta R^2 = 0,267$ ($p = 0,000$) für Schritt 2

Neben dem signifikanten Einfluss durch das Kohärenzgefühl bewirkt hier auch die Aufnahme der Merkmale objektiv messbarer Gesundheit eine Verbesserung des Bestimmtheitsmaßes. Im Gegensatz zur körperlichen und psychischen Gesundheit stellt bei der Wahrnehmung von Beschwerden die Anzahl der chronischen Erkrankungen den mit Abstand größten Einflussfaktor dar. Den betragsmäßig zweitgrößten β -Wert liefert das Kohärenzgefühl, dabei gehen hohe Werte beim Kohärenzgefühl mit weniger Beschwerden einher. Ebenfalls signifikant fällt der Einfluss durch Bettlägerigkeit aus. Bewohner, die in den vergangenen fünf Jahren also häufiger bettlägerig waren, empfinden selbst mehr Beschwerden als andere Bewohner.

6.3.4.4 Zusammenfassung: Einfluss auf die subjektiv wahrgenommene Gesundheit

Die verschiedenen Berechnungen haben gezeigt, dass das Kohärenzgefühl das Merkmal mit dem größten positiven Einfluss auf die Wahrnehmung einer guten körperlichen und psychischen Gesundheit darstellt. Die Angabe von Beschwerden wird dagegen stärker von den tatsächlich vorhandenen Krankheiten beeinflusst, erst danach folgt das Kohärenzgefühl.

Auch für die körperliche Gesundheit stellt die Anzahl der Erkrankungen einen signifikanten Prädiktor dar; körperliche Gesundheit und Beschwerden hängen außerdem von weiteren objektiv messbaren Krankheitsmerkmalen, v.a. der Häufigkeit von Bettlägerigkeit, ab, während diese die psychische Gesundheit nicht verändern.

Interessant im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit ist auch die Betrachtung der Wohndauer im Seniorenheim: Anders als verbreitete Vorurteile vermuten lassen würden, zieht eine längere Wohndauer eine als besser wahrgenommene psychische Gesundheit nach sich.

6.3.5 Einfluss auf die Lebenszufriedenheit

Unter dem Aspekt der Lebenszufriedenheit sollen hier nun die Zufriedenheit mit der Vergangenheit und die Zuversicht hinsichtlich der Zukunft, das subjektive Wohlbefinden sowie die allgemeine und die gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit hinsichtlich ihrer Prädiktoren untersucht werden.

Dabei wird davon ausgegangen, dass das Kohärenzgefühl den größten Einflussfaktor darstellt, gefolgt von dem sozialen Netzwerk, der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit und der objektiv messbaren Gesundheit. Die Beeinflussung durch die soziodemographischen Variablen Geschlecht, Alter, Wohndauer im Seniorenheim und Bildung wird als höchstens gering eingeschätzt.

6.3.5.1 Zufriedenheit mit der Vergangenheit

Bei der Zufriedenheit mit der Vergangenheit handelt es sich um eine Einzelfrage, die der modifizierten Form der Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS) (Kap. 5.2.4.6) hinzugefügt wurde.

Anhand der bivariaten Korrelationen ist zu erkennen, dass zu den in Frage kommenden Merkmalen keinerlei signifikante Korrelationen bestehen. Die Durchführung einer linearen Regressionsanalyse entfällt damit.

6.3.5.2 Zuversicht hinsichtlich der Zukunft

Parallel zur vorangegangenen Analyse handelt es sich auch bei der Frage nach der Zuversicht hinsichtlich der Zukunft um einzelnes Item. Bei den bivariaten Korrelationen ergeben sich signifikante Zusammenhänge zum sozialen Netzwerk und zum Kohärenzgefühl sowie zu den verschiedenen Merkmalen subjektiv wahrgenommener

Gesundheit und zum Geschlecht als soziodemographische Variable. Mit diesen genannten Variablen wird eine lineare Regressionsanalyse durchgeführt (Tab. 19).

Tab. 19: Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Zuversicht hinsichtlich der Zukunft

Variablen	B	SE B	β
Schritt 1			
<i>Kohärenzgefühl</i>	0,116	0,014	0,505***
Schritt 2			
<i>Kohärenzgefühl</i>	0,113	0,016	0,493***
<i>Soziale Integration</i>	-0,004	0,014	-0,026
<i>Soziale Unterstützung</i>	0,010	0,016	0,052
Schritt 3			
<i>Kohärenzgefühl</i>	0,077	0,020	0,334***
<i>Soziale Integration</i>	-0,001	0,013	-0,004
<i>Soziale Unterstützung</i>	0,011	0,016	0,059
<i>KSK</i>	0,020	0,007	0,223**
<i>PSK</i>	0,019	0,007	0,223**
<i>Beschwerden</i>	0,026	0,019	0,101
Schritt 4			
<i>Kohärenzgefühl</i>	0,079	0,019	0,344***
<i>Soziale Integration</i>	-0,001	0,013	-0,003
<i>Soziale Unterstützung</i>	0,006	0,016	0,034
<i>KSK</i>	0,019	0,007	0,207**
<i>PSK</i>	0,018	0,007	0,214**
<i>Beschwerden</i>	0,021	0,019	0,080
<i>Geschlecht</i>	0,242	0,135	0,113

$R^2 = 0,255$ ($p = 0,000$) für Schritt 1; $\Delta R^2 = 0,001$ ($p = 0,836$) für Schritt 2; $\Delta R^2 = 0,048$ ($p = 0,007$) für Schritt 3; $\Delta R^2 = 0,012$ ($p = 0,075$) für Schritt 4

Zur Vorhersage des Ausmaßes der Zuversicht hinsichtlich der Zukunft liefert sowohl das Kohärenzgefühl als auch die wahrgenommene Gesundheit eine signifikante Verbesserung des Bestimmtheitsmaßes. Dabei kann das Kohärenzgefühl bei der Analyse der Beta-Werte eindeutig als der stärkste Prädiktor identifiziert werden. Daneben ist sowohl die subjektiv wahrgenommene körperliche als auch die psychische Gesundheit ein Merkmal mit einem signifikanten Vorhersagewert. Ein gut ausgeprägtes Kohärenzgefühl und eine positive Wahrnehmung der eigenen Gesundheit ziehen also eine optimistischere Sicht auf die individuelle Zukunft nach sich. Die übrigen in die Analyse einbezogenen Variablen erreichen durch die Berücksichtigung weiterer Variablen im Gegensatz zur bivariaten Korrelation keine signifikanten Werte.

6.3.5.3 Allgemeines subjektives Wohlbefinden

Beim allgemeinen subjektiven Wohlbefinden zeigen sich signifikante bivariate Zusammenhänge zum Kohärenzgefühl und zum sozialen Netzwerk sowie zu den verschiedenen Merkmalen subjektiv wahrgenommener Gesundheit. Außerdem bestehen Korrelationen zur Anzahl chronischer Erkrankungen und zur Wohndauer im Seniorenheim als weitere mögliche Prädiktoren.

Mit diesen Merkmalen wird wiederum eine lineare Regressionsanalyse durchgeführt (Tab. 20).

Tab. 20: Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage des subjektiv wahrgenommenen Wohlbefindens

Variablen	B	SE B	β
Schritt 1			
<i>Kohärenzgefühl</i>	0,906	0,073	0,673***
Schritt 2			
<i>Kohärenzgefühl</i>	0,921	0,080	0,684***
<i>Soziale Integration</i>	-0,058	0,068	-0,064
<i>Soziale Unterstützung</i>	0,031	0,082	0,029
Schritt 3			
<i>Kohärenzgefühl</i>	0,596	0,092	0,443***
<i>Soziale Integration</i>	-0,032	0,063	-0,034
<i>Soziale Unterstützung</i>	0,050	0,075	0,046
<i>KSK</i>	0,115	0,032	0,217***
<i>PSK</i>	0,140	0,032	0,282***
<i>Beschwerden</i>	-0,085	0,090	-0,057
Schritt 4			
<i>Kohärenzgefühl</i>	0,595	0,092	0,442***
<i>Soziale Integration</i>	-0,031	0,063	-0,033
<i>Soziale Unterstützung</i>	0,060	0,076	0,055
<i>KSK</i>	0,117	0,032	0,221***
<i>PSK</i>	0,138	0,032	0,278***
<i>Beschwerden</i>	-0,137	0,101	-0,092
<i>Anzahl chronischer Erkr.</i>	0,168	0,147	0,068
Schritt 5			
<i>Kohärenzgefühl</i>	0,599	0,092	0,445***
<i>Soziale Integration</i>	-0,027	0,062	-0,029
<i>Soziale Unterstützung</i>	0,073	0,076	0,067
<i>KSK</i>	0,112	0,032	0,213***

<i>PSK</i>	0,127	0,033	0,256***
<i>Beschwerden</i>	-0,150	0,101	-0,101
<i>Anzahl chronischer Erkr.</i>	0,182	0,146	0,074
<i>Wohndauer</i>	0,010	0,006	0,085

$R^2 = 0,453$ ($p = 0,000$) für Schritt 1; $\Delta R^2 = 0,002$ ($p = 0,679$) für Schritt 2; $\Delta R^2 = 0,093$ ($p = 0,000$) für Schritt 3; $\Delta R^2 = 0,003$ ($p = 0,254$) für Schritt 4; $\Delta R^2 = 0,007$ ($p = 0,099$) für Schritt 5

Das Ergebnis dieser Berechnungen ähnelt dem der vorangegangenen Frage, auch hier haben die wahrgenommene körperliche und die wahrgenommene psychische Gesundheit neben dem Kohärenzgefühl als größten Prädiktor einen signifikanten Einfluss. Die anderen Merkmale, die bei der bivariaten Analyse noch signifikante Werte erreichten, verlieren durch die Berücksichtigung weiterer Variablen an Einfluss.

6.3.5.4 Allgemeine Lebenszufriedenheit

In diesem ersten Teil zur Erfassung der Lebenszufriedenheit werden allgemeine Lebensaspekte erfasst, wobei sowohl Wichtigkeit als auch Zufriedenheit Berücksichtigung finden (Kap. 5.2.4.7). Die bivariaten Korrelationen zu Beginn des Kapitels zeigen, dass signifikante Zusammenhänge zum Kohärenzgefühl, zu den sozialen Beziehungen, zur subjektiv wahrgenommenen Gesundheit und zur Anzahl chronischer Erkrankungen bestehen. Die anderen Merkmale objektiv messbarer Gesundheit sowie die soziodemographischen Variablen weisen keine signifikanten Korrelationskoeffizienten auf.

Tab. 21 zeigt die Ergebnisse der linearen Regression mit den möglichen Prädiktoren.

Tab. 21: Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der allgemeinen Lebenszufriedenheit

Variablen	B	SE B	β
Schritt 1			
<i>Kohärenzgefühl</i>	4,287	0,539	0,502***
Schritt 2			
<i>Kohärenzgefühl</i>	3,217	0,565	0,377***
<i>Soziale Integration</i>	0,483	0,479	0,083
<i>Soziale Unterstützung</i>	1,637	0,576	0,239**
Schritt 3			
<i>Kohärenzgefühl</i>	1,913	0,673	0,224**
<i>Soziale Integration</i>	0,651	0,458	0,112
<i>Soziale Unterstützung</i>	1,785	0,550	0,261***
<i>KSK</i>	0,866	0,234	0,259***

<i>PSK</i>	0,343	0,234	0,109
<i>Beschwerden</i>	-0,445	0,659	-0,047
Schritt 4			
<i>Kohärenzgefühl</i>	1,914	0,675	0,224**
<i>Soziale Integration</i>	0,651	0,459	0,112
<i>Soziale Unterstützung</i>	1,779	0,555	0,260**
<i>KSK</i>	0,865	0,235	0,258***
<i>PSK</i>	0,344	0,235	0,109
<i>Beschwerden</i>	-0,415	0,740	-0,044
<i>Anzahl chronischer Erkr.</i>	-0,096	1,074	-0,006

$R^2 = 0,252$ ($p = 0,000$) für Schritt 1; $\Delta R^2 = 0,075$ ($p = 0,000$) für Schritt 2; $\Delta R^2 = 0,073$ ($p = 0,000$) für Schritt 3; $\Delta R^2 = 0,000$ ($p = 0,929$) für Schritt 4

Bei dieser Analyse zeigt sich, dass das Kohärenzgefühl, die Merkmale des sozialen Netzwerks sowie die Merkmale subjektiv wahrgenommener Gesundheit als Variablengruppe jeweils einen signifikanten Einfluss haben. Kohärenzgefühl, soziale Unterstützung und körperliche Gesundheit können etwa gleich gut zur Vorhersage der allgemeinen Lebenszufriedenheit herangezogen werden, während soziale Integration, psychische Gesundheit und Beschwerden nicht signifikant ausfallen.

6.3.5.5 Gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit

Als letzten Aspekt der Lebenszufriedenheit geht es in diesem Teil um die Zufriedenheit mit der Gesundheit. Die Ergebnisse der bivariaten Korrelationsrechnungen ähneln denen der allgemeinen Lebenszufriedenheit, daneben liegen auch die Koeffizienten der Anzahl täglich einzunehmender Medikamente sowie die Häufigkeit von Bettlägerigkeit in der Vergangenheit unterhalb des 5%-Signifikanzniveaus. Es schließt sich die bekannte Regressionsanalyse zur Untersuchung der Prädiktoren an (Tab. 22).

Tab. 22: Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der gesundheitsbezogenen Lebenszufriedenheit

Variablen	B	SE B	β
Schritt 1			
<i>Kohärenzgefühl</i>	6,900	0,687	0,591***
Schritt 2			
<i>Kohärenzgefühl</i>	7,199	0,756	0,617***
<i>Soziale Integration</i>	-0,582	0,641	-0,073
<i>Soziale Unterstützung</i>	0,005	0,771	0,000
Schritt 3			
<i>Kohärenzgefühl</i>	4,469	0,814	0,383***

<i>Soziale Integration</i>	-0,232	0,554	-0,029
<i>Soziale Unterstützung</i>	0,331	0,665	0,035
<i>KSK</i>	1,737	0,283	0,379***
<i>PSK</i>	0,662	0,284	0,154*
<i>Beschwerden</i>	-1,411	0,797	-0,109
Schritt 4			
<i>Kohärenzgefühl</i>	4,739	0,813	0,406***
<i>Soziale Integration</i>	-0,131	0,548	-0,017
<i>Soziale Unterstützung</i>	-0,015	0,669	-0,002
<i>KSK</i>	1,578	0,286	0,345***
<i>PSK</i>	0,651	0,281	0,151*
<i>Beschwerden</i>	-0,623	0,889	-0,048
<i>Anzahl chronischer Erkr.</i>	-1,231	1,304	-0,057
<i>Anzahl tägl. Medikamente</i>	-1,989	1,669	-0,063
<i>Bettlägerigkeit</i>	-4,941	2,438	-0,110*

$R^2 = 0,349$ ($p = 0,000$) für Schritt 1; $\Delta R^2 = 0,005$ ($p = 0,512$) für Schritt 2; $\Delta R^2 = 0,176$ ($p = 0,000$) für Schritt 3; $\Delta R^2 = 0,020$ ($p = 0,051$) für Schritt 4

Wie bereits bei vorangegangenen Analysen stellt auch hier das Kohärenzgefühl den größten Prädiktor dar, der Beta-Wert des ersten Modells ist noch größer als bei der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Einen signifikanten Einfluss hat weiterhin die subjektiv wahrgenommene körperliche und psychische Gesundheit, auch hier sind höhere Werte als bei der allgemeinen Lebenszufriedenheit zu finden. Außerdem trägt auch die Häufigkeit von Bettlägerigkeit zu einer Verbesserung des Bestimmtheitswertes bei. Dagegen verlieren die sozialen Netzwerke durch die Berücksichtigung weiterer Variablen ihren Einfluss, ähnlich ist es bei den subjektiven Beschwerden.

6.3.5.6 Zusammenfassung: Einfluss auf die Lebenszufriedenheit

Insgesamt hat sich gezeigt, dass vor allem das Kohärenzgefühl und die subjektiv wahrgenommene Gesundheit Einfluss auf die Lebenszufriedenheit haben.

Für die Zufriedenheit mit der Vergangenheit konnten gar keine signifikanten Prädiktoren identifiziert werden, bei der Zuversicht hinsichtlich der Zukunft hat das Kohärenzgefühl den größten Einfluss, gefolgt von der psychischen und anschließend der körperlichen Gesundheit. Im Unterschied dazu weist bei der allgemeinen Lebenszufriedenheit die soziale Unterstützung den höchsten Wert auf, es folgen die körperliche Gesundheit und das Kohärenzgefühl. Die wahrgenommene psychische Gesundheit hat dagegen keinen Einfluss. Bei der gesundheitsbezogenen

Lebenszufriedenheit schließlich stellt das Kohärenzgefühl wiederum den wichtigsten Prädiktor dar, an zweiter Stelle steht hier die körperliche Gesundheit, erst dann folgt die psychische Gesundheit. Interessanterweise hat hier außerdem die Bettlägerigkeit auch unter Berücksichtigung weiterer Variablen einen signifikanten negativen Einfluss.

6.3.6 Einfluss der objektiv messbaren Gesundheit auf das Kohärenzgefühl

Neben dem Einfluss des Kohärenzgefühls auf objektiv messbare und subjektiv wahrgenommene Gesundheit sowie auf die Lebenszufriedenheit (s. Kap. 6.3.3, 6.3.4, 6.3.5) wird umgekehrt auch angenommen, dass das tatsächlich vorhandene Ausmaß an Gesundheit bzw. Krankheit, als Zeichen des Alterungsprozesses, auch das Kohärenzgefühl beeinflusst; im Anschluss an die vorangegangenen Untersuchungen soll nun diese Wirkrichtung analysiert werden.

Bei Betrachtung der bivariaten Korrelationen wird aber bereits deutlich, dass zu den meisten Merkmal kein Zusammenhang besteht, lediglich für die Anzahl chronischer Erkrankungen und für den BMI ergeben sich signifikante Korrelationskoeffizienten. Bei der Regressionsanalyse werden deshalb nur diese beiden Variablen berücksichtigt (Tab. 23).

Tab. 23: Zusammenfassung der hierarchischen Regressionsanalyse für Merkmale objektiv messbarer Gesundheit zur Vorhersage des Kohärenzgefühls

Variablen	B	SE B	β
Anzahl chronischer Erkr.	-0,340	0,130	-0,185**
BMI	0,122	0,051	0,171*

$R^2 = 0,060$ ($p = 0,003$)

Bewohner mit wenigen Erkrankungen im Sinne eines gesunden Alterungsprozesses werden also über ein besser ausgeprägtes Kohärenzgefühl verfügen. Der Zusammenhang mit dem BMI ist dagegen schwierig zu interpretieren; zu erwarten gewesen wäre eher, dass ein niedrigerer BMI im Sinne einer besseren Gesundheit positiv auf das Kohärenzgefühl wirkt.

Insgesamt fällt die Beeinflussung des Kohärenzgefühls durch die objektiv messbare Gesundheit geringer aus als erwartet, eine Funktion der objektiv messbaren Gesundheit als wichtiger Prädiktor des Kohärenzgefühls konnte nicht nachgewiesen werden.

6.3.7 Kohärenzgefühl als Mediator zwischen sozialem Netzwerk und Gesundheit

In den der Befragung zugrunde gelegten Hypothesen (s. Kap. 5.1) wurde postuliert, dass das Kohärenzgefühl als Mediatorvariable zwischen dem sozialen Netzwerk und der Gesundheit bzw. der Zufriedenheit fungiert. Bereits in der bivariaten Korrelationsmatrix ist allerdings zu erkennen, dass das soziale Netzwerk lediglich zur subjektiv wahrgenommenen psychischen Gesundheit, zur Zuversicht hinsichtlich der Zukunft, zum subjektiven Wohlbefinden sowie zur allgemeinen und zur gesundheitsbezogenen Lebenszufriedenheit signifikante Zusammenhänge zeigt. In den vorangegangenen Regressionsanalysen traten die Merkmale soziale Integration und soziale Unterstützung außer bei der allgemeinen Lebenszufriedenheit schließlich gar nicht als signifikante Prädiktoren auf. Diese Differenz ist möglicherweise durch die bereits hypothetisch formulierte Funktion des Kohärenzgefühls als Mediator zu erklären: Der bestehende Zusammenhang erscheint durch die gleichzeitige Berücksichtigung des Kohärenzgefühls bei der linearen Regression als nicht mehr signifikant, die sozialen Beziehungen leisten keinen zusätzlichen Beitrag. Diese Vermutung soll nun mit Hilfe partieller Korrelationen untersucht werden, das Kohärenzgefühl wird als intervenierende Variable eingesetzt.

Eine Überprüfung ist dabei nur für Merkmal sinnvoll, die sowohl zur sozialen Integration bzw. sozialen Unterstützung als auch zum Kohärenzgefühl signifikante Korrelationen aufweisen; das trifft für die fünf oben genannten Variablen zu.

Für eine bessere Übersicht sind im Folgenden (Tab. 24) die Ergebnisse der bivariaten Korrelationsrechnung der betreffenden Merkmale noch einmal aufgeführt, im Anschluss sind die Ergebnisse der partiellen Korrelationsanalyse (Tab. 25) dargestellt.

Tab. 24: Zusammenfassung der bivariaten Korrelationen mit signifikanten Zusammenhängen sowohl zum sozialen Netzwerk als auch zum Kohärenzgefühl

	soziale Integration	soziale Unterstützung	Kohärenzgefühl
PSK	0,183*	0,220**	0,558***
Zuversicht hinsichtl. Zuk.	0,184*	0,233***	0,505***
Wohlbefinden	0,197**	0,260***	0,673***
Allg. Lebenszufriedenheit	0,378***	0,447***	0,502***
Ges. Lebenszufriedenheit	0,145*	0,198**	0,591***

Tab. 25: Zusammenfassung der Partialkorrelationen mit dem Kohärenzgefühl als intervenierende Variable

	soziale Integration	soziale Unterstützung
PSK	-0,017	-0,004
Zuversicht hinsichtl. Zuk.	0,007	0,038

Wohlbefinden	-0,058	-0,015
Allg. Lebenszufriedenheit	0,248***	0,310***
Ges. Lebenszufriedenheit	-0,085	-0,053

Anhand dieser Zahlen wird sehr deutlich, dass bei der gleichzeitigen Berücksichtigung des Kohärenzgefühls der Einfluss der sozialen Netzwerke an direkter Bedeutung verliert. Lediglich bei der Betrachtung der allgemeinen Lebenszufriedenheit kann ihnen ein eigener vorhersagender Einfluss zugesprochen werden.

7 Diskussion

In der abschließenden Diskussion sollen nun in einem kritischen Rückblick zunächst die Besonderheiten und Stärken der Untersuchung, insbesondere der Stichprobe, der Messinstrumente und der eigentlichen Durchführung, bewertet werden (Kap. 7.1), bevor die eingangs formulierten Hypothesen, deren Beantwortung bisher vor allem Variablengruppen-zentriert erfolgte, einzeln nacheinander beurteilt werden (Kap. 7.2). Im Anschluss daran wird auf die Ergebnisse der deskriptiven Statistik eingegangen (Kap. 7.3) und es erfolgt eine Einordnung in den aktuellen Forschungskontext (Kap. 7.4). Es wird außerdem die Bedeutung der Ergebnisse für die Praxis erörtert (Kap. 7.5) und die Frage aufgeworfen, ob erfolgreiches Altern in einem Seniorenheim überhaupt möglich ist (Kap. 7.6). Vorschläge für zukünftige, ergänzende Untersuchungen schließen die Diskussion ab (Kap. 7.7).

7.1 Bewertung von Durchführung, Stichprobe und Messinstrumenten

Die vorliegende Befragung der Seniorenheim-Bewohner wurde in einem persönlichen Gespräch direkt in der jeweiligen Einrichtung und meistens auch in dem eigenen Zimmer des Teilnehmers durchgeführt. Dadurch war die Teilnahme für die Bewohner mit fast keinem Aufwand verbunden; es war keine Anmeldung und keine Anfahrt notwendig, so dass auch körperlich stark eingeschränkte Personen teilnehmen konnten. Körperliche Behinderungen und mangelnde Mobilität wurden somit als selektierende Faktoren ausgeschlossen. Außerdem ist anzunehmen, dass eine vertraute Umgebung wie das eigene Zimmer den älteren Menschen Sicherheit gibt. Eine ältere Teilnehmerin sagte vor der Befragung: „Wenn es mir zu viel wird, werfe ich Sie einfach wieder hinaus.“ Auch dieser Aspekt wirkte sich demzufolge förderlich auf eine hohe Teilnehmerzahl aus. Darüber hinaus wurde durch die direkte Ansprache der einzelnen Bewohner eine höhere Verbindlichkeit geschaffen, die viele Personen zu einer Teilnahme motivierte. Weiterhin bot das direkte Gespräch die Möglichkeit von Rückfragen, etwa bei offensichtlichen Unstimmigkeiten, und den großen Vorteil, dass die älteren Menschen die Fragen nicht selber lesen mussten, was für viele ein Problem dargestellt hätte. Auf der anderen Seite war es den Teilnehmern aber jederzeit möglich, die Fragen und vor allem die Skalen noch einmal selber zu sehen, um die eigene Antwort besser einordnen zu können. Gesteigert werden konnte hierdurch vor allem die

Qualität der Ergebnisse, aber auch die Quantität durch eine Verminderung der Anzahl unvollständiger Befragungen.

Im diesem Zusammenhang soll auch noch einmal auf die Bedeutung des gekürzten und vereinfachten Fragebogens, vor allem das Streichen redundanter Fragen und das Anpassen sehr breiter Skalen, hingewiesen werden. Dieser wichtige Schritt der Modifikation bewährter Messinstrumente hat es erst ermöglicht, so viele Seniorenheim-Bewohner zu erreichen. Dabei hat sich gezeigt, dass auch die veränderten Fragebögen reliable Messinstrumente darstellen, die verlässliche Aussagen liefern. Es war bei dieser Untersuchungsgruppe alter Menschen nicht entscheidend, mit einem möglichst langen und detaillierten Fragebogen aufzuwarten, sondern das grundlegende Ziel zu verfolgen, durch eine optimale Anpassung eine Fokussierung auf die Gruppe besonders aktiver und gesunder Personen zu vermeiden und eine breitere Menge zu erreichen. In diesem wichtigen Punkt ist ein weiterer entscheidender Vorteil gegenüber anderen Arbeiten zu sehen, denn so konnte die Befragung die reale Bewohner-Struktur in Seniorenheimen deutlich wahrheitsgetreuer widerspiegeln. Und doch muss auch hier immer noch davon ausgegangen werden, dass der befragte Personenkreis nicht als repräsentativ für die Gesamtheit wirklich aller Seniorenheim-Bewohner gesehen werden kann, weil es z.B. nicht möglich ist, demenzkranke Personen zu befragen.

Durch den direkten Kontakt und die Optimierung des Fragebogens ist es also gelungen, diese große Stichprobe zu erzielen und so viele Teilnehmer trotz der speziellen und eng begrenzten Zielgruppe einzuschließen. Besonders erwähnenswert ist auch das hohe Durchschnittsalter von 85 Jahren. Dabei konnten besonders viele pflegebedürftige Personen erreicht werden, die auch den weitaus größten Anteil der Seniorenheim-Bewohner darstellen. 92% besaßen eine Pflegestufe, jeder vierte befragte Bewohner war sogar bereits in die Pflegestufe 2 oder 3 eingeordnet.

Daneben bot sich durch die Kürzung einzelner Fragebögen auch die Möglichkeit, verschiedene Aspekte zur gleichen Zeit, wie das Kohärenzgefühl, die sozialen Netzwerke und die Gesundheit zu untersuchen, ohne die Vigilanz der Teilnehmer zu sehr zu strapazieren. Von Bedeutung ist schließlich auch die Unabhängigkeit der Untersuchung. So konnten viele verschiedene Seniorenheime erreicht werden, sowohl große als auch sehr kleine, Heime in privater Trägerschaft sowie Hilfsorganisationen oder Kirchengemeinden zugehörige Einrichtungen, ohne aufgrund dieser Kriterien eine Auswahl zu treffen.

Einen weiteren Vorteil stellt auch die Tatsache dar, dass die Gesprächsführung in einer Hand blieb. So konnten eventuelle Unterschiede durch verschiedene Interviewer von

vorneherein ausgeschlossen werden. Außerdem gewann die Untersuchung durch die Neutralität des Interviewers an Aussagekraft, da die Antworten der Seniorenheim-Bewohner als deutlich wahrheitsgetreuer eingeschätzt werden können als das bei der Durchführung durch bekannte Bezugspersonen gewährleistet werden kann. Ähnlich ist die Tatsache zu bewerten, dass die Seniorenheim-Bewohner alleine, als ohne Unterstützung durch professionelle Helfer oder Angehörige, deren Anwesenheit mit Sicherheit zu einem sozial erwünschten Antwortverhalten geführt hätte, befragt wurden, während zur genauen Bestimmung der objektiven Gesundheit mit Hilfe der Mitarbeiter und dem Einverständnis der Teilnehmer auf wirklich objektive Daten wie die Pflegestufe oder die Anzahl der Medikamente zurückgegriffen werden konnte.

Weiterhin hat sich der bereits vor der Untersuchung vermutete Vorteil eines querschnittlichen Studiendesigns bestätigt. Die hier erhobene mediane Wohndauer im Seniorenheim von zwei Jahren macht deutlich, dass Längsschnittstudien durch das Sterben vieler Teilnehmer im Verlauf unter einer sehr hohen Ausfallquote leiden würden. Außerdem kann davon ausgegangen werden, dass die verbliebenen Teilnehmer eine erneute Auswahl besonders gesunder und aktiver Menschen darstellen und die Gesamtheit aller Seniorenheim-Bewohner weniger gut repräsentieren würden.

7.2 Bewertung der Hypothesen

Die einzelnen zugrunde liegenden Hypothesen werden an dieser Stelle in der ursprünglichen Reihenfolge (Kap. 5.1) abgearbeitet.

1. Zusammenhang zwischen sozialer Integration und sozialer Unterstützung

Bereits die bivariaten Korrelationen haben gezeigt, dass zwischen sozialer Integration und sozialer Unterstützung ein großer Zusammenhang besteht, die beiden Merkmale aber trotzdem nicht vollständig miteinander übereinstimmen.

Beim Einsatz von sozialer Integration und sozialer Unterstützung als Prädiktorvariablen zur Vorhersage der objektiv messbaren und subjektiv wahrgenommenen Gesundheit weisen beide keinerlei signifikante Korrelationen mit den verschiedenen Variablen auf. Bei der Analyse des Kohärenzgefühls als Kriteriumsvariable wird dagegen nur die soziale Unterstützung signifikant. Ein Unterschied zeigt sich auch bei der Regressionsanalyse zur Bestimmung der allgemeinen Lebenszufriedenheit: der Beta-Wert der sozialen Unterstützung wird signifikant und bleibt es auch bei der

Hinzunahme weiterer Variablen, während die soziale Integration wieder über der 5%-Signifikanzgrenze liegt.

Aus diesen Ergebnissen lässt sich schließen, dass die soziale Unterstützung als teilweiser Mediator der sozialen Integration wirkt. Außerdem kann daraus abgeleitet werden, dass die Qualität sozialer Beziehungen in Form sozialer Unterstützung von größerer Bedeutung ist als die Quantität, die soziale Integration.

Die erste Hypothese einer positiven Korrelation zwischen sozialer Integration und sozialer Unterstützung kann damit als bestätigt angesehen werden.

2. Kohärenzgefühl und soziales Netzwerk

Das Kohärenzgefühl ist mit der sozialen Integration und der sozialen Unterstützung auf bivariater Ebene korreliert. Bei der Regressionsanalyse mit dem Kohärenzgefühl als Kriteriumsvariable und der gleichzeitigen Berücksichtigung von sozialer Integration und sozialer Unterstützung fällt dagegen nur noch letztere signifikant aus. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass das Kohärenzgefühl vor allem mit der sozialen Unterstützung korreliert ist und weniger mit der sozialen Integration.

Die zweite Hypothese der positiven Korrelation zwischen Kohärenzgefühl und sozialem Netzwerk hat sich damit auch bestätigt, wobei der sozialen Unterstützung in diesem Zusammenhang eine bedeutendere Rolle zukommt als der sozialen Integration.

3. Kohärenzgefühl, subjektive Gesundheit und Lebenszufriedenheit

Das Kohärenzgefühl hat sich als größter Prädiktor der subjektiv wahrgenommenen körperlichen und psychischen Gesundheit, der Zuversicht hinsichtlich der Zukunft, des allgemeinen Wohlbefindens sowie der gesundheitsbezogenen Lebenszufriedenheit erwiesen. Hohe Beta-Werte konnten außerdem für die wahrgenommenen Beschwerden und die allgemeine Lebenszufriedenheit gefunden werden. Einzig die Zufriedenheit mit der Vergangenheit kann auch durch das Kohärenzgefühl nicht sicher vorausgesagt werden. Auch die dritte Hypothese eines positiven Einflusses des Kohärenzgefühls auf subjektiv wahrgenommene Gesundheit und Lebenszufriedenheit erweist sich damit als richtig.

4. Kohärenzgefühl und objektive Gesundheit

Bei der objektiv messbaren Gesundheit ergaben sich nur für die Anzahl chronischer Erkrankungen und für den BMI signifikante Beta-Werte zur Vorhersage des

Kohärenzgefühls. Dabei haben eine große Anzahl an Krankheiten wie erwartet einen negativen Einfluss auf das Kohärenzgefühl, während ein hoher BMI förderlich wirkt. Bei den linearen Regressionsanalysen zur Vorhersage der objektiv messbaren Gesundheit fiel das Kohärenzgefühl als Prädiktor lediglich beim BMI als Kriteriumsvariable signifikant aus, solange die soziodemographischen Variablen nicht berücksichtigt wurden. Die vierte Hypothese der gegenseitigen Beeinflussung von Kohärenzgefühl und objektiv messbarer Gesundheit sollte damit verworfen werden.

5. *Soziales Netzwerk, Gesundheit und Lebenszufriedenheit*

Die Analysen zur Überprüfung der Prädiktor-Eigenschaft von sozialer Integration und sozialer Unterstützung zeigten, dass diese beiden Merkmale kaum einen direkten Einfluss haben. Lediglich bei der Vorhersage der allgemeinen Lebenszufriedenheit ergab sich auch unter Berücksichtigung anderer Variablen ein signifikantes Ergebnis. Die fünfte Hypothese, dass ein gutes soziales Netzwerk einen positiven Einfluss auf Gesundheit und Zufriedenheit hat, hat sich zwar in Teilen bestätigt, deutlich stärker ist aber der Einfluss des Kohärenzgefühls, das dabei eine Mediator-Funktion übernimmt.

6. *Kohärenzgefühl als Mediatorvariable*

Die sechste Hypothese, die dem Kohärenzgefühl die Eigenschaft eines Mediators zwischen sozialem Netzwerk und Gesundheit bzw. Zufriedenheit zuschreibt, hat sich eindeutig bestätigt. Während soziale Integration und soziale Unterstützung bei alleiniger Betrachtung teilweise noch als signifikante Prädiktoren gewertet werden können, trifft dies bei Berücksichtigung des Kohärenzgefühls meist nicht mehr zu.

Es kann festgehalten werden, dass sich damit die Existenz einer salutogenetischen Hypothese bestätigt hat. So vermittelt das Kohärenzgefühl den Einfluss von sozialer Integration und sozialer Unterstützung auf die psychische Gesundheit, die Zukunftszuversicht, das subjektive Wohlbefinden sowie die Lebenszufriedenheit. Soziale Beziehungen sind also als eine wichtige Determinante des Kohärenzgefühls bei institutionalisiert lebenden älteren Menschen anzusehen, während das Kohärenzgefühl eine wesentliche Quelle von Wohlbefinden und Zufriedenheit darstellt.

Aus der salutogenetischen Perspektive lässt sich daraus ableiten, dass das Kohärenzgefühl die Wirkung von sozialer Integration und sozialer Unterstützung bündelt und so die Ausbildung von Lebenserfahrung ermöglicht.

7. *Gesundheit, Lebenszufriedenheit und soziodemographische Variablen*

Die Anzahl chronischer Erkrankungen und einzunehmender Medikamente sowie die Häufigkeit von Krankenhaus-Aufenthalten und Bettlägerigkeit als vier Merkmale objektiv messbarer Gesundheit sind auf bivariater Ebene mit der subjektiv wahrgenommenen körperlichen Gesundheit sowie mit den wahrgenommenen Beschwerden, nicht aber mit der psychischen Gesundheit korreliert. Interessant ist dabei vor allem, dass die Häufigkeit von Krankenhaus-Aufenthalten und Bettlägerigkeit in der Vergangenheit trotz der zeitlichen Differenz einen positiven, bivariaten Zusammenhang mit der aktuellen subjektiv wahrgenommenen Gesundheit zeigt. Zwischen der Pflegestufe bzw. dem BMI und den Merkmalen subjektiver Gesundheit konnte dagegen kein Zusammenhang gefunden werden. Der hypothetisch angenommene Zusammenhang zwischen objektiv messbarer und subjektiv wahrgenommener Gesundheit hat sich also im großen Teil als richtig erwiesen.

Gezeigt hat sich weiterhin, dass subjektive körperliche und psychische Gesundheit Einfluss auf die Zuversicht hinsichtlich der Zukunft und auf das allgemeine subjektive Wohlbefinden haben. Die körperliche Gesundheit beeinflusst außerdem auch die allgemeine und die gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit. Abgesehen von der Bettlägerigkeit, die negativ mit der gesundheitsbezogenen Lebenszufriedenheit korreliert ist, kommt der objektiven Gesundheit entgegen der Hypothese dagegen keine vorhersagende Eigenschaft zu. Auch hier haben sich somit nur Teile der Hypothese bestätigt.

Übereinstimmend mit der Hypothese ist der Einfluss der subjektiven Gesundheit auf die verschiedenen Aspekte der Lebenszufriedenheit größer als der Einfluss der objektiven Gesundheit, und beide fallen auch kleiner aus als durch das Kohärenzgefühl. Kleiner als die vorhersagenden Werte des sozialen Netzwerks sind sie dagegen nicht, da soziale Integration und soziale Unterstützung kaum einen Einfluss haben.

Anders als entsprechend der Hypothese erwartet fallen die Korrelationen zwischen den soziodemographischen Variablen und Gesundheit bzw. Zufriedenheit doch nicht so sehr gering aus. Zum einen sagt eine lange Wohndauer im Seniorenheim eine geringere Anzahl von Krankenhaus-Aufenthalten im Sinne einer besseren Gesundheit sowie einen höheren BMI, der eher einer schlechteren objektiven Gesundheit entspricht, voraus. Zum anderen kann eine längere Wohndauer auch als Prädiktor einer als besser wahrgenommenen psychischen Gesundheit eingesetzt werden. Weiterhin geht ein höheres Alter mit einem niedrigeren BMI als Zeichen einer besseren objektiv messbaren Gesundheit sowie einer als besser wahrgenommenen psychischen Gesundheit einher.

Daneben ist das Alter ein Prädiktor einer als schlechter beurteilten körperlichen Gesundheit sowie einem schlechteren subjektivem Wohlbefinden.

Diese sehr komplexe Hypothese hat sich zusammenfassend also nur in Teilen bestätigt. Hervorgehoben werden soll der im Vergleich zur objektiven Gesundheit größere Einfluss der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit auf die Lebenszufriedenheit, der nachgewiesene Zusammenhang zwischen objektiver und subjektiver Gesundheit sowie die positive Korrelation zwischen einer längeren Wohndauer im Seniorenheim und einer geringeren Anzahl stationärer Aufenthalte bzw. einer besseren subjektiv wahrgenommenen psychischen Gesundheit.

7.3 Ergebnisse der deskriptiven Statistik

An dieser Stelle soll nun einmal auf die Bedeutung der erhobene Roh-Daten sowie auf die sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen eingegangen werden.

Bei der Befragung betrug der Frauenanteil 82%; in der Gesamtbevölkerung liegt dieser in der entsprechend Altersgruppe bei etwa 60%, bei den Bewohnern von Seniorenheimen bei etwa 75% (Statistisches Bundesamt, 2009). Diese insgesamt ungleiche Verteilung erklärt sich zuerst einmal durch das höhere Lebensalter, da Frauen nach wie vor eine höhere Lebenserwartung haben. Verstärkt wird das Ungleichgewicht noch durch den zweiten Weltkrieg, in dem besonders viele Männer starben, die zum Zeitpunkt der Befragung zur Gruppe der älteren Teilnehmer gehört hätten, so dass vor allem die älteren Frauen oft seit vielen Jahren verwitwet sind. Durch diese höhere Verwitwungsrate bei den Frauen kommt es, dass diese viel häufiger pflegende Person des Ehepartners sind als dass sie selber zu Hause gepflegt werden können. Über die Ursache für die Differenz zwischen der Verteilung in der Untersuchung und den statistischen Zahlen kann hier nur spekuliert werden. Möglich ist, dass Frauen insgesamt einem Interview aufgeschlossener gegenüberstehen oder dass die weiblichen Bewohner durch das fast ausschließlich weibliche Pflegepersonal als offener und damit als eher zu einer Teilnahme bereit eingestuft werden.

Bei der Betrachtung der Altersverteilung zeigt sich, dass 46% der befragten Personen 85 Jahre oder älter waren; auch im statistischen Mittel macht diese Altersgruppe etwa die Hälfte aller Bewohner in Seniorenheimen aus (Statistisches Bundesamt, 2009). Die Befragung hat also kaum zu einer Selektion besonders junger Personen geführt, sondern auch den wichtigen Anteil der älteren Bewohner in einem die Realität widerspiegelnden

Verhältnis berücksichtigt. Darüber hinaus kann festgehalten werden, dass nur 8% der Teilnehmer keine Pflegestufe besaßen, während es im Durchschnitt 13% aller Bewohner sind (Statistisches Bundesamt, 2009). Der Kreis der pflegebedürftigen Personen wurde demzufolge in der Befragung besonders berücksichtigt. Ursachen dieser Verteilung, die zwar erfreulich ist, aber nicht bewusst herbeigeführt wurde, können nur vermutet werden. Möglich ist, dass in ländlichen Gegenden wie in diesem Fall die Familienpflege noch stärker verbreitet ist und der Kreis potentieller familiärer Pflegepersonen größer ist, so dass erst bei besonderer Pflegebedürftigkeit ein Umzug in ein Seniorenheim notwendig wird.

Die Wohndauer betrug bei dieser Befragung im Durchschnitt zwei Jahre, der Median lag bei drei Jahren; die mittlere Wohndauer im statistischen Mittel liegt bei 55 Monaten (Statistisches Bundesamt, 2009). Hierbei muss bedacht werden, dass bei der Befragung nur die bisherige Wohndauer bis zum Zeitpunkt des Interviews genannt wurde, während die Statistik die Zeit bis zum Versterben des Bewohners umfasst. Die Differenz zwischen Durchschnittswert und Median zeigt, dass eine linksschiefe Verteilung mit einem Schwerpunkt auf einer relativ kurzen Aufenthaltsdauer vorliegt. Viele Bewohner leben also nur eine relative kurze Zeit im Seniorenheim, während einige wenige Personen mit einer sehr langen Wohndauer den Durchschnittswert nach rechts verlagern.

Bei den soziodemographischen Daten wurde weiterhin die Schulbildung erhoben. Hier gaben 74% aller befragten Personen einen Volksschulabschluss an. Die Betrachtung dieser Angabe muss im Kontext der damaligen Zeit betrachtet werden und ist nicht mit heutigen Verhältnissen zu vergleichen. Ein Volksschulabschluss stellte früher vielmehr den Standard dar, ist also nicht mit dem heutigen Hauptschulabschluss gleichzusetzen. Es ist zu erwarten, dass sich die Verhältnisse bei den Schulabschlüssen der zukünftigen Seniorenheim-Bewohner hin zu einem größeren Anteil höherer Bildungsabschlüsse verschieben werden.

Die Auswertung der objektiv messbaren Gesundheit hat etwas gemischte Ergebnisse hervorgebracht. Auf der einen Seite waren die befragten Seniorenheim-Bewohner im Durchschnitt von fünf Erkrankungen betroffen, über die Hälfte von ihnen nahm täglich fünf oder mehr verschiedene Medikamente ein. Auf der anderen Seite war jeder zweite in den vergangenen fünf Jahren nie bettlägerig, ebenso viele waren im gleichen Zeitraum nur ein- oder zweimal stationär in einem Krankenhaus, 14% sogar überhaupt nicht. Unter Einbeziehung der direkten Erfahrungen während der Befragungen scheint es, dass sich die älteren Menschen an die regelmäßige Einnahme auch größerer

Medikamenten-Mengen gewöhnt haben und diese als Selbstverständlichkeit akzeptieren. Durch diese medikamentöse Therapie kommt es, dass viele Erkrankungen wie Hypertonie oder Diabetes mellitus von den befragten Personen gar nicht als schwerwiegende Erkrankungen wahrgenommen werden und sich erst bei der Betrachtung des Medikamenten-Plans offenbaren. So ergaben sich Gesprächsverläufe wie: „Nein, Krankheiten habe ich gar nicht. Die Medikamente nehme ich für den Zucker, den Blutdruck und das Herz, abends noch eine zusätzliche zum Schlafen. Und das Spray für die Luft. Und Tabletten gegen die Traurigkeit bekomme ich.“ Daher kommt es, dass Medikamente und Erkrankungen in größerer Zahl zu finden waren und die Senioren wenig beeinträchtigten, während Krankenhaus-Aufenthalte und Bettlägerigkeit eher selten waren. Dies ist auch der Tatsache geschuldet, dass die beiden letztgenannten im Alter häufiger als bei jüngeren Personen durch Folgeerkrankungen wie Pneumonie einen letalen Ausgang haben. Erwähnenswert in diesem Zusammenhang ist auch, dass andere Untersuchungen an Senioren bereits gezeigt haben, dass subjektiver und objektiver Gesundheitszustand nur gering korrelieren, wobei insgesamt die Tendenz zu einer positiveren Selbsteinschätzung der eigenen Lage besteht (Coper, 1992).

Bei den Fragebögen zur sozialen Integration, sozialen Unterstützung sowie zum Kohärenzgefühl fallen die insgesamt hohen Werte auf, die dem verbreiteten Bild eines einsamen und verlassenem Seniorenheim-Bewohners widersprechen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass aufgrund des großen Anteils demenzkranker und kognitiv eingeschränkter Bewohner vor allem der Personenkreis geistig aktiver Bewohner befragt wurde. Es ist deshalb anzunehmen, dass diese Teilnehmer aufgrund ihrer besseren Möglichkeiten aktiver geistiger Teilhabe am Geschehen über einen höheren sozialen Rückhalt verfügten und stärker sozial eingebunden waren als der Durchschnitt aller Bewohner. Trotzdem ist diese Selbsteinschätzung der teilnehmenden Personen als besonders positiv zu werten, die Bewohner fühlten sich gut sozial integriert und vor allem unterstützt. Dabei gibt es keinen Zusammenhang zwischen dem Alter oder der Wohndauer und dem sozialen Netzwerk. Intuitiv zu erwarten gewesen wäre eine negative Korrelation im Sinne einer Abnahme im hohen Alter oder nach längerer Wohndauer. Und auch die große Bedeutung des Kohärenzgefühls, dass bei den Teilnehmern vermutlich auch stärker ausgeprägt war als bei den übrigen Bewohnern, kann bereits aus diesen Zahlen abgeschätzt werden.

Interessant ist auch die Betrachtung der erreichten Punktwerte bei den verschiedenen Aspekten der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit. Bei der körperlichen Gesundheit

wurden im Durchschnitt relativ niedrige Werte als Maß einer schlechteren Gesundheit angegeben, der Mittelwert liegt bei etwa einem Drittel der möglichen Punkte. Bei der Anzahl an wahrgenommenen Beschwerden zeigte sich dagegen ein ganz anderes Bild; durchschnittlich ein Viertel der maximalen Punktzahl wurde erreicht und spiegelte so ein nur geringes Ausmaß an subjektiven Beschwerden wider. Dieses scheinbar widersprüchliche Ergebnis erklärt sich bei genauerer Betrachtung der beiden Fragebögen. Während die Fragen zur subjektiven körperlichen Gesundheit auf die konkrete körperliche Leistungsfähigkeit abzielen, die von den Teilnehmern als eingeschränkt und im Vergleich zu früheren Lebensjahren als deutlich vermindert beschrieben wurde, beziehen sich die Angaben zu Beschwerden auf bestimmte körperliche Symptome, die eher mit Stresswahrnehmung in Verbindung zu bringen sind und von den älteren Menschen vergleichsweise selten beklagt wurden.

Als besonders positiv sind die hohen Werte der subjektiv wahrgenommenen psychischen Gesundheit hervorzuheben. Im Durchschnitt wurden dort drei Viertel der maximalen Punktzahl für die befragten Personen ermittelt. Trotz einer mittleren Wohndauer von zwei bis drei Jahren in einem Seniorenheim erlebten sich die Senioren selbst also als psychisch gesund, anders als es durch verbreitete Vorurteile gegenüber Alteneinrichtungen vielleicht zu erwarten gewesen wäre. Im Vergleich dazu wurde das subjektive Wohlbefinden als etwas schlechter beurteilt, der empirische Mittelwert entspricht ungefähr dem theoretischen Mittelwert. Ursächlich sind hier vermutlich der mehrfache Bezug der Fragen auf das Älterwerden und der Vergleich mit jüngeren Jahren, der in dem fortgeschrittenen Alter erwartungsgemäß negativ ausfiel.

Schließlich sind noch die hohen Punktwerte sowohl bei der allgemeinen als auch bei der gesundheitsbezogenen Lebenszufriedenheit zu erwähnen, die eine auch eher unerwartet hohe Lebenszufriedenheit widerspiegeln. Bemerkenswert ist hier vor allem, dass bei der gewichteten Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung, dem Familienleben und der Wohnsituation sehr hohe Werte erreicht wurden. Die Bewohner sahen sich demnach nicht als von der Familie abgeschoben und verlassen und äußerten sich zufrieden mit den Lebensumständen im Seniorenheim. Die Zufriedenheit mit und die Wichtigkeit von freundschaftlichen Beziehungen fiel dagegen niedriger aus. Dieser Unterschied spiegelt die große Bedeutung familiärer Strukturen nach dem Umzug in ein Heim wieder. Im Gegensatz dazu lagen die verschiedenen gesundheitlichen Aspekte eher im unteren Bereich; hier kommen die altersbedingten körperlichen Einschränkungen und der Verlust der eigenen Leistungsfähigkeit zum Ausdruck.

Die scheinbare Differenz zwischen einem geringen Maß an Beschwerden und einer insgesamt guten Zufriedenheit, aber einer eher schlechten körperlichen Gesundheit, lässt sich durch die Einstellung vieler älterer Menschen erklären, sich nicht zu beklagen. Hohe Werte bei subjektiven Einschätzungen beruhen außerdem auf den von einigen Bewohnern selbst auch erwähnten Bewältigungsstrategien, die in ähnlicher Form in der Literatur zu finden sind (Stracke-Mertes, 1994). So wird die jetzige Situation positiv bewertet, indem ihr besonders belastende Lebensereignisse gegenübergestellt werden: „Wenn ich an unsere Armut als Kinder zurückdenke, dann habe ich es jetzt wirklich gut.“ Auch werden besonders die positiven Veränderungen in der jetzigen Lebenssituation den vorher bestehenden Nachteilen in der eigenen Wohnung gegenübergestellt: „Ich kam gar nicht mehr aus meiner Wohnung raus, es gab ja keinen Aufzug. Hier kann ich selber mit dem Rollstuhl bis auf den Hof fahren.“ Schließlich werden auch die eigenen Fähigkeiten mit denen anderer Bewohner verglichen, denen es psychisch oder körperlich schlechter geht: „Wenn ich hier andere Leute im Haus sehe, die gar nicht mehr wissen, wer sie eigentlich sind, dann weiß ich doch, wie gut es mit geht.“

7.4 Einordnung in den Forschungskontext

Im Gegensatz zu anderen Studien (Gunzelmann u.a., 1999; Drageset, 2004; Hellström u.a., 2004; Lin u.a., 2007; Menning, 2007; Wilson u.a., 2007; Winningham u.a., 2007; Hughes, 2008; Sirven u.a., 2008; Cooney u.a., 2009) waren bei dieser Untersuchung keine direkten Effekte von sozialer Integration und sozialer Unterstützung auf Gesundheit und Wohlbefinden nachzuweisen. Entscheidend war hier der indirekte positive Einfluss über das Kohärenzgefühl, welches durch die sozialen Beziehungen gestärkt wird. Bei dieser indirekten Einflussnahme ist vor allem die soziale Unterstützung, weniger die soziale Integration, bedeutsam. Dies steht in Übereinstimmung mit der Aussage, dass es vor allem auf die Qualität und nicht auf die Quantität sozialer Beziehungen ankommt (Fookan, 1997; Gunzelmann u.a., 1999; Lang, 2000).

Die nachgewiesene Bedeutung des Kohärenzgefühls als Mediatorvariable für die sozialen Netzwerke wird von anderen Autoren bestätigt (Cohen u.a., 1985; Badura u.a., 1992; Röhrle, 1994; Wiesmann u.a., 2008). Eine Ausnahme war die Wirkung der sozialen Beziehungen auf die allgemeine Lebenszufriedenheit, bei der sowohl ein

direkter als auch ein indirekter Einfluss über das Kohärenzgefühl nachgewiesen werden konnte.

Interessant ist außerdem, dass die soziale Unterstützung, nicht aber die soziale Integration, einen Geschlechtsunterschied zeigte: Frauen berichteten im Durchschnitt über ein höheres Maß an Unterstützung als Männer, wie es auch in der Literatur zu finden ist (Röhrle, 1994; Lehr, 2000). Anders als beschrieben ergab sich dagegen kein Zusammenhang zwischen Alter und sozialem Netzwerk (Laireiter u.a., 1993; Dudley u.a., 2005; Winningham u.a., 2007; Yeung u.a., 2008). Ursächlich könnte hier die Tatsache sein, dass durch die Wohnsituation „Seniorenheim“ die Altersspanne geringer ist und so das chronologische Alter in den Hintergrund tritt.

Eines der wichtigsten und eindeutigsten Ergebnisse ist die Wirkung des Kohärenzgefühls. So konnten in dieser Untersuchung auch für die Gruppe der Seniorenheim-Bewohner die bisherigen Ergebnisse einer Korrelation zwischen hohem Kohärenzgefühl und einem höheren Ausmaß an Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und subjektiver Gesundheit nachgewiesen werden (Gunzelmann u.a., 2000; Bengel u.a., 2001; Wiesmann u.a., 2004a; Wiesmann u.a., 2004b; Schneider u.a., 2006; Wiesmann, 2006; Wiesmann u.a., 2006; Zielińska-Więczkowska u.a., 2012). Weiterhin zeigte sich wie bei Gunzelmann u.a. (2000), dass das Kohärenzgefühl vor allem mit der wahrgenommenen Gesundheit und weniger mit dem Ausmaß der tatsächlich vorhandenen Erkrankung korreliert. Dabei bestätigte sich der Befund, dass der Einfluss auf die psychische Gesundheit größer ist als auf die körperliche Gesundheit (Wiesmann u.a., 2004b; Wiesmann, 2006).

Im Gegensatz zu anderen Ergebnissen stehen dagegen die teilweise relativ hohen Korrelationen zwischen subjektiv wahrgenommener und objektiv messbarer Gesundheit; häufig wird nur eine geringe Korrelation beschrieben (Coper, 1992; Hartmann, 1992; Schneider u.a., 2004). Interessant ist auch der Befund, dass sowohl hohes Alter als auch lange Wohndauer mit einer als besser wahrgenommenen psychischen Gesundheit einhergingen. Dagegen stellten Schneider u.a. (2004) keinen Zusammenhang zwischen dem Alter und der wahrgenommenen Gesundheit fest, während im Widerspruch zur guten psychischen Gesundheit bei einigen Autoren sogar von einer höheren Inzidenz von Depressionen unter Seniorenheim-Bewohnern zu lesen ist (Franklin u.a., 2006; Scocco u.a., 2006; Lin u.a., 2007).

Im Zusammenhang mit den soziodemographischen Variablen ist auch noch zu erwähnen, dass bei der Befragung der Seniorenheim-Bewohner die Bildung in Form des erreichten Schulabschluss lediglich eine geringe signifikante negative Korrelation zu

den Beschwerden aufwies, während alle anderen Merkmale objektiver oder subjektiver Gesundheit nicht signifikant ausfielen. Dabei wird grundsätzlich eine Korrelation zwischen guter Gesundheit und einem hohen Maß an Bildung angenommen (Munnichs, 1992); es ist allgemein anerkannt, dass „die Assoziation des [...] Bildungsbegriffes und gesundheitlicher Implikationen als gesichert gilt“ (Richter, 2008; S. 262). Ursächlich könnte hier die geringe Differenzierungsmöglichkeit zum Tragen kommen, da drei Viertel der befragten Bewohner mit einem Volksschulabschluss, der früher gewissermaßen den Standard darstellte, abgeschlossen haben.

Bestätigt hat sich auch für die Bewohner der Seniorenheime, dass Gesundheit wichtig für Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit ist, wie es auch von anderen Autoren beschrieben wird (Seitz, 2003; Hellström u.a., 2004; Schneider u.a., 2004; Kytir, 2005; Rabbata u.a., 2005; Borg u.a., 2006). Analog zur Literatur kam hier der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit eine deutlich größere vorhersagende Eigenschaft für die Lebenszufriedenheit zu als der objektiv messbaren Gesundheit (Perrig-Chiello, 1997; Hellström u.a., 2004; Schneider u.a., 2006; Cooney u.a., 2009).

7.5 Praktische Relevanz

Nach der erfolgten Diskussion und Beurteilung der Ergebnisse stellt sich nun die Frage, welche Konsequenzen sich daraus für den Alltag von Seniorenheim-Bewohnern sowie für die mit ihnen interagierenden Personen wie Mitarbeiter der Heime, Angehörige und Ärzte ergeben können.

Zunächst einmal erscheint es essentiell, trotz Zufriedenheit der befragten Teilnehmer die soziale Integration weiter zu fördern. Auch wenn diese Untersuchung keinen Beweis erbringen kann, so kann doch davon ausgegangen werden, dass sich das Ausmaß der sozialen Einbindung mit abnehmender kognitiver Leistung verringert. Besonders bei diesen Bewohnern sollten integrationsfördernde Maßnahmen ansetzen. Entscheidend ist, dass es ohne soziale Integration auch keine soziale Unterstützung geben kann. Das Augenmerk liegt dabei vor allem auf ihren indirekten Effekten: das Kohärenzgefühl bündelt als Mediator die Wirkung dieser Ressourcen auf die individuell wahrgenommene subjektive Gesundheit und die Lebenszufriedenheit. Langfristig können die sozialen Netzwerke also genutzt werden, um Lebenserfahrung aufzubauen und so das Kohärenzgefühl zu stärken.

Als praktische Umsetzung einer stärkeren Integration älterer Menschen sollte keinesfalls eine Pflege zu Hause unter allen Umständen so lange wie möglich stattfinden; adäquate pflegende Einrichtungen können entscheidend zu einem zufriedenstellenden Altern beitragen, wie die positive Korrelation zwischen Wohndauer und psychischer Gesundheit gezeigt hat. So wäre es wünschenswert, dass sich die Seniorenheime stärker nach außen öffnen und sich um eine Verbesserung des allgemeinen Images bemühen. Eine solche forcierte Interaktion mit der Außenwelt könnte auf der einen Seite die Einbindung der Familie in das Heimleben vor allem im Alltag und nicht nur an Feiertagen beinhalten, etwa in Form gemeinsamer Mahlzeiten oder Ausflüge, auf der anderen Seite auch die Unterstützung der Integration der Bewohner in das Familienleben auch außerhalb des Heimes. Möglichkeiten eines solchen Angebotes wären zum Beispiel Fahrdienste zu den Angehörigen oder auch die Unterstützung bei der telefonischen Kommunikation.

Daneben sollten auch freundschaftliche Beziehungen außerhalb des Heimes verstärkt gefördert werden, denn diese werden bei einem Umzug oft vollständig aufgelöst. Die in der Befragung niedrigeren Werte bei der gewichteten Zufriedenheit weisen nämlich nicht nur auf eine geringere Bedeutsamkeit, sondern auch auf eine weniger zufriedenstellende Situation hin. Aktive Interventionen könnten ähnlich wie bei der verstärkten Einbindung in den Familienkreis gelagert sein. Wichtig ist hier auch eine stärkere Repräsentation in der Öffentlichkeit, um die Hemmschwelle eines Besuches herabzusetzen. Aufgrund der demographischen Entwicklung könnten dabei auch Modelle wie bei Rabbata u.a. (2005) mit dem Einsatz ehrenamtlicher Helfer ein wichtiger zukunftsweisender Schritt sein.

Wichtig ist aber, dass bei der Beziehungspflege das individuell gewünschte Ausmaß an sozioemotionaler Selektivität evaluiert und im Zuge unterstützender Interventionen Berücksichtigung finden muss, um wirklich zielführende Maßnahmen anbieten zu können.

In einem zweiten Schritt erscheint es von großer Bedeutung, mittels gezielter Interventionen auch direkt das Kohärenzgefühl zu stärken. Augenscheinlich besteht hier ein besonderer Informationsbedarf vor allem der Mitarbeiter; bei der Vorstellung der Befragung in den Seniorenheimen war der Begriff des Kohärenzgefühls fast vollständig unbekannt. Dabei hat es einen deutlich stärkeren positiven Einfluss auf Zukunftszuversicht, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit als etwa die objektiv messbare Gesundheit; diese ist kaum von Bedeutung. Natürlich darf die tatsächliche Gesundheit im alltäglichen Leben nicht außer Acht gelassen werden. Es ist

unumstritten, dass der medizinische Fortschritt das lange menschliche Leben erst möglich macht und der Erhalt der messbaren Gesundheit mittels medizinischer Interventionen und Therapien eine wichtige Voraussetzung ist. Dabei sollte aber stets berücksichtigt werden, nicht nur die Quantität, sondern im Besonderen auch die Qualität des Lebens jedes Einzelnen zu optimieren. Und in Bezug auf Wohlbefinden und Zufriedenheit hat die wahrgenommene Gesundheit, auch durch die Stabilisierung des inneren Gleichgewichts, einen deutlich größeren Einfluss als die tatsächlich messbare Gesundheit. Der Stärkung der wahrgenommenen Gesundheit als Prädiktor für Lebenszufriedenheit und Lebensqualität sollte bei der Versorgung der älteren Menschen in Heimen und bei der medizinischen Versorgung deshalb ebenfalls Beachtung geschenkt werden.

Als Konsequenz daraus ergibt sich für die Behandlung dieser älteren Menschen, nicht nur die physische Krankheit zu behandeln, sondern den Patienten als biopsychosoziales Wesen zu betrachten. Neben dem tatsächlichen Gesundheitsstatus sind also auch die soziale Umwelt, die Individualität und die Selbstwahrnehmung des Bewohners bei der Therapie zu berücksichtigen. Gerade im Alter sind objektiv identische Krankheiten nicht identisch zu behandeln, eine individualisierte Medizin tritt in den Vordergrund. Unter Berücksichtigung der besonderen Bedeutung der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit für Wohlbefinden und Zufriedenheit muss bei der Behandlung auch immer konkret herausgearbeitet werden, was dem jeweiligen Menschen hilft, sich selbst gesund zu fühlen. Denn mit zunehmendem Alter können sich vor allem lange Krankenhaus-Aufenthalte und intensive Therapien belastend auf die Ganzheit des Patienten auswirken und sollten in jedem Fall kritisch abgewogen werden.

Mit Blick auf die Theorien zum erfolgreichen Altern ist außerdem zu erwähnen, dass Seniorenheime, aber auch Angehörige sich immer wieder bewusst machen sollten, dass sie im Sinne einer selektiven Optimierung mit Kompensation den alternden Menschen auch überhaupt erst die Möglichkeit zur Optimierung geben müssen, denn häufig kritisieren die Bewohner ein Fehlen sinnvoller Beschäftigungsmöglichkeiten (Berglund, 2007). Dabei sollte aber trotz Interventionen und aktivierenden Impulsen die Heterogenität der großen Gruppe „Seniorenheim-Bewohner“, anlehnend an die Diskussion Aktivitäts- vs. Disengagementtheorie, berücksichtigt werden.

Ganz nebenbei, sozusagen zwischen den eigentlichen Fragen des Interviews, wurde zuletzt auch noch die Bedeutung von Bewältigungsmechanismen für ein erfolgreiches Altern deutlich. Diese sollten von dem sozialen Umfeld, insbesondere der Familie, nicht

abgewertet, sondern als individuelle Coping-Strategie jedes Einzelnen akzeptiert werden.

7.6 Möglichkeit erfolgreichen Alterns im Seniorenheim

Mit Blick auf die vorliegenden Ergebnisse der Befragung lässt sich resümieren, dass erfolgreiches Altern auch als Bewohner eines Heims möglich ist, aber auf verschiedenen Bedingungen beruht.

Als Grundvoraussetzung ist ein ausreichend hohes Maß an Kohärenzgefühl anzusehen, das auch im Alter durch gezielte Interventionen gestärkt werden sollte. Es beeinflusst die Lebenszufriedenheit als Maß eines erfolgreichen Alterns sowie die subjektive Gesundheit, von der wiederum die Möglichkeiten erfolgreichen Alterns abhängen. Eine positive Beeinflussung von Kohärenzgefühl und subjektiver Gesundheit hat also einen hohen Stellenwert.

Weiterhin sind zufriedenstellende soziale Beziehungen essentiell, die ebenfalls gefördert werden müssen, zumal diese zusätzlich Determinanten des Kohärenzgefühls darstellen. Auch oder besonders nach dem Umzug in ein Seniorenheim müssen diese Beziehungen aufrecht erhalten und weiter gepflegt werden. Durch die in aller Regel eingeschränkten Möglichkeiten der Bewohner sind hier vor allem aktive Interventionen sowohl von Seiten der betreuenden Mitarbeiter als auch durch die vertrauten Bezugspersonen wie Familie und Freunde gefragt.

Erfolgreiches Altern setzt aber auch ein Mindestmaß erhaltener geistiger Leistungsfähigkeit voraus, denn vor allem die dementiellen Erkrankungen ziehen mit großer Sicherheit eine Veränderung des sozialen Netzwerks nach sich.

Als Beispiele für erfolgreiches Altern sind die in dieser Untersuchung erhobenen positiven Korrelationen zwischen hohem Alter sowie langer Wohndauer im Seniorenheim und einer subjektiven guten psychischen Gesundheit zu nennen.

7.7 Ansätze für zukünftige Untersuchungen

Trotz dem großen Umfang an theoretischen Abhandlungen ist die Zahl der direkten Untersuchungen mit Seniorenheim-Bewohnern doch noch eher gering. Die aus der Literaturrecherche entstandenen Ideen und die im theoretischen Teil erwähnten Sachverhalte und Theorien konnten hier nicht alle umgesetzt und bearbeitet werden,

ohne den Rahmen zu sprengen. Ergänzende Untersuchungen mit institutionalisiert lebenden älteren Menschen unter anderer Schwerpunktsetzung wären deshalb sicher hilfreich. So könnte zur besseren Bewertung der sozialen Unterstützung eine differenziertere Erhebung der verschiedenen Aspekte ergänzt werden, wie beispielsweise eine Gliederung in emotionale, instrumentelle und informationelle Unterstützung. Weiterhin könnte neben der hier erhobenen erwarteten Unterstützung auch die tatsächlich erhaltene Unterstützung erhoben werden. Im Zusammenhang mit der sozialen Integration wäre es auch interessant, eine differenziertere Analyse des Netzwerks vorzunehmen, um den unterschiedlichen Einfluss von Familie und anderen Netzwerkpersonen zu untersuchen. Vor allem die Anzahl der eigenen Kinder und die örtliche Entfernung zu diesen als Risikofaktor für die Notwendigkeit einer vollstationären Unterbringung könnten von Bedeutung sein. In Verbindung mit Gesundheit könnte dabei auch auf die Bedeutung des Gesundheitsverhaltens eingegangen werden, das durch das soziale Netzwerk beeinflusst wird.

Bei der Auswertung fiel außerdem auf, dass eine Erhebung der soziodemographischen Daten wie Alter, Geschlecht und Pflegestufe der Teilnahmeverweigerer sinnvoll gewesen wäre. Mit Hilfe solcher Daten lässt sich feststellen, ob und in welcher Form sich die Teilnehmer von den sogenannten Refusals unterscheiden. Die Erfassung dieser Daten könnte ohne größeren Aufwand bei zukünftigen Untersuchungen zum Zweck weiterführender Auswertungen zusätzlich erfolgen.

Im theoretischen Teil kurz erwähnt wurde die Unterscheidung zwischen Haupt- und Puffereffekten sozialer Netzwerke. Mit Hilfe ergänzender Fragen, die inhaltlich auf die Differenzierung direkter und indirekter Effekte abzielen, könnte auch dieser Aspekt bei anderer Schwerpunktsetzung näher beleuchtet werden. Ähnliches gilt für die Reziprozität sozialer Beziehungen, die auch hier nur in der Theorie kurz erwähnt wurde. In Bezug auf die Gesundheit lohnenswert wäre sicherlich auch die weitere Verfolgung des Ergebnisses, dass entgegen verbreiteter Vorurteile eine lange Wohndauer mit einer als besser wahrgenommenen psychischen Gesundheit einhergeht. Auch der Aspekt von Prävention und Selbstverantwortung unter Seniorenheim-Bewohnern könnte berücksichtigt werden.

Weitere Erkenntnisse könnte daneben auch eine Längsschnittstudie bringen, um die Entwicklung von sozialen Beziehungen, Kohärenzgefühl, Gesundheit und Zufriedenheit von Seniorenheim-Bewohnern in Abhängigkeit vom Alter oder der Wohndauer besser beurteilen zu können. Problematisch ist dabei allerdings die zu erwartende hohe Ausfallquote im Verlauf durch das Versterben der Bewohner.

Einen bisher eher wenig beachteten Aspekt, der auch schwierig zu erheben ist, stellen die negativen Folgen sozialer Beziehungen dar (Laireiter, 1993; Röhrle, 1994; Stracke-Mertes, 1994; Perrig-Chiello, 1997; Lang, 2000; Schröder u.a., 2000). Auch hier könnte die Bedeutung der verschiedenen Netzwerkpersonen erhoben und die Auswirkungen auf die Gesundheit untersucht werden.

Insgesamt darf dabei nicht vergessen werden, dass durch zu schwierige Fragen oder durch die Betrachtung der Vergangenheit (wie bei der tatsächlich erhaltenen Unterstützung notwendig) ein Teil potentieller Teilnehmer mit kognitiven Einschränkungen wieder ausgeschlossen wird und man sich nur auf die geistig besonders aktiven Personen beschränkt. Außerdem darf die Dauer einer Befragung bei sehr alten Menschen nicht zu lang sein. Es sollte bei der Befragung von Seniorenheim-Bewohnern also immer ein Mittelweg zwischen differenzierten Fragen und Einschluss eines großen Personenkreises gefunden werden.

Zusammenfassung

Gesundheit und Lebensqualität im Alter stellen angesichts steigender Kosten im Gesundheitssystem und immer wiederkehrender Debatten über mangelnde Versorgung in Seniorenheimen und Desintegration der älteren Generation eine aktuelle relevante Thematik dar. Vor allem die gesundheitspolitische Bedeutung wird im Zusammenhang mit der steigenden gesellschaftlichen Alterung noch weiter zunehmen.

Bei der bisherigen Forschung auf diesem Gebiet lassen sich vor allem Evaluationen der Qualität in der Pflege sowie Studien zu Gesundheit und sozialen Netzwerken mit älteren, aber selbständigen Menschen finden. Studien mit Bewohnern von Seniorenheimen sind vor allem aufgrund der Befragungsschwierigkeiten rar. Noch in weiten Teilen unbeachtet ist auch der Einfluss des Kohärenzgefühls, einem Kernstück des Konzeptes der Salutogenese, sowie die subjektive Bewertung von Gesundheit und Lebenszufriedenheit durch institutionalisiert lebende ältere Menschen.

Bei dieser Studie, in der ausschließlich in Seniorenheimen lebende Personen befragt wurden, wurde hypothetisch angenommen, dass das Kohärenzgefühl und die sozialen Netzwerke, in Form von sozialer Integration und sozialer Unterstützung, miteinander korreliert sind und sowohl die Gesundheit als auch die Lebenszufriedenheit positiv beeinflussen. Weiterhin wurde davon ausgegangen, dass das Kohärenzgefühl als Mediatorvariable zwischen den sozialen Netzwerken auf der einen und Gesundheit und Lebenszufriedenheit auf der anderen Seite fungiert. Schließlich wurde auch die Existenz eines signifikanten Einflusses der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit auf Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit postuliert.

Unter diesen Annahmen wurde mit Hilfe eines Fragebogens aus mehreren modifizierten Messinstrumenten eine Befragung mit 190 Personen zwischen 65 und 102 Jahren aus 20 verschiedenen Seniorenheimen in Einzel-Interviews durchgeführt.

Die Auswertung der erhobenen Daten zeigte einen starken Zusammenhang zwischen sozialen Netzwerken und dem Kohärenzgefühl sowie einen hohen Einfluss des Kohärenzgefühls auf die subjektiv wahrgenommene Gesundheit und die Lebenszufriedenheit. Ein direkter Einfluss von sozialer Integration und sozialer Unterstützung konnte nicht nachgewiesen werden, ein Zusammenhang bestand jedoch über das Kohärenzgefühl als Mediatorvariable. Weiterhin konnte ein positiver Einfluss der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit auf die Lebenszufriedenheit erhoben werden, während ein Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und objektiver Gesundheit nicht messbar war.

Literaturverzeichnis

- Adler, G.; Tremmel, S.; Brassens, S.; Scheib, A. (2000): *Soziale Situation und Lebenszufriedenheit im Alter*. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 33 (3), pp 210-216
- Amann, A.; Kolland, F. (Hrsg.) (2008): *Das erzwungene Paradies des Alters? Fragen an eine kritische Gerontologie*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Andersson, I.; Pettersson, E.; Sidenvall, B. (2007): *Daily life after moving into a care home - experiences from older people, relatives and contact persons*. In: Journal of Clinical Nursing 16 (9), pp 1712-1718
- Angel, J.L.; Angel, R.J.; Aranda, M.P.; Miles, T.P. (2004): *Can the family still cope? Social support and health as determinants of nursing home use in the older Mexican-origin population*. In: Journal of Aging and Health 16 (3), pp 338-354
- Armi, F.; Guilley, E.; Lalive d'Épinay, C.J. (2008): *Health: support provided and received in advanced old age. A five-year follow-up*. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 41 (1), pp 56-62
- Atteslander, P. (1995): *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 8. Aufl., Berlin (u.a.): de Gruyter
- Backes, G.M. (1992): *Veränderte Lebens- und Arbeitsbedingungen und Perspektiven ‚erfolgreichen‘ Alterns der Frau?* In: Baltes, M.M.; Kohli, M.; Sames, K. (Hrsg.): *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*. Bern (u.a.): Huber, pp 118-124
- Backes, G.M.; Clemens, G. (2003): *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung*. 2. Aufl., Weinheim u.a.: Juventa
- Backes, G.M. (2004): *Alter und Altern im Kontext der Entwicklung von Gesellschaft*. In: Kruse, A.; Martin, M.: *Enzyklopädie der Gerontologie. Altersprozesse in multidisziplinärer Sicht*. Bern (u.a.): Huber, pp 82-96
- Badura, B.; Schott, T. (1992): *Zur Bedeutung psychosozialer Faktoren bei der Bewältigung einer chronischen Krankheit*. In: Baltes, M.M.; Kohli, M.; Sames, K. (Hrsg.): *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*. Bern (u.a.): Huber, pp 149-154
- Baltes, P.B.; Baltes, M.M. (1992): *Erfolgreiches Altern: Mehr Jahre und mehr Leben*. Baltes, M.M.; Kohli, M.; Sames, K. (Hrsg.): *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*. Bern (u.a.): Huber, pp 5-10

- Bausch, T. (1990): *Stichprobenverfahren in der Marktforschung*. München: Vahlen
- Becker, P. (1997): *Psychologie der seelischen Gesundheit. Band 1: Theorien, Modelle, Diagnostik*. 2. Aufl., Göttingen: Hogrefe
- Bengel, J.; Strittmatter, R.; Willmann, H. (2001): *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Bergland, A.; Kirkevold, M. (2001): *Thriving – a useful theoretical perspective to capture the experience of well-being among frail elderly in nursing homes*. In: *Journal of Advanced Nursing* 36 (3), pp 426-432
- Bergland, A.; Kirkevold, M. (2006): *Thriving in nursing homes in Norway: Contributing aspects described by residents*. In: *International Journal of Nursing Studies* 43 (6), pp 681-691
- Berglund, A.L. (2007): *Satisfaction with caring and living conditions in nursing homes: views of elderly persons, next of kin and staff members*. In: *International Journal of Nursing Practice* 13 (1), pp 46-51
- Blazer, D.G. (1982): *Social support and Mortality in an elderly community population*. In: *American Journal of Epidemiology* 115 (5), pp 684-694
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.) (2005): *Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen*. Berlin: Deutscher Bundestag
- Borchelt, M. (2000): *Prävention körperlicher Krankheiten*. In: Wahl, H.W.; Tesch-Römer, C. (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer, pp 366-372
- Borg, C.; Hallberg, I.R.; Blomqvist, K. (2006): *Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects*. In: *Journal of Clinical Nursing* 15 (5), pp 607-618
- Bortz, J. (2005): *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. 6. Aufl., Heidelberg: Springer
- Brandtstädter, J. (1992): *Optimale Entwicklung als Problem der Selbstregulation von Entwicklungsprozessen*. In: Baltes, M.M.; Kohli, M.;

- Sames, K. (Hrsg.): *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*. Bern (u.a.): Huber, pp 319-323
- Bühl, A.; Zöfel, P. (2005): *SPSS 12: Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. 9. Aufl., München: Pearson Studium
 - Bullinger, M.; Kirchberger, I. (1998): *Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)*. Göttingen: Hogrefe
 - Bullinger, M. (2000): *Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey*. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 43 (3), pp 190-197
 - Butler, J.; Ciarrochi, J. (2007): *Psychological acceptance and quality of life in the elderly*. In: Quality of Life Research 16 (4), pp 607-615
 - Chandola, T.; Marmot, M.; Siegrist, J. (2007): *Failed reciprocity in close social relationships and health: findings from the Whitehall II study*. In: Journal of Psychosomatic Research 63 (4), pp 403-411
 - Chappell, N.L.; Badger, M. (1989): *Social isolation and well-being*. In: Journal of Gerontology 44 (5), pp 169-176
 - Clausen, T.; Wilson, A.O.; Molebatsi, R.M.; Holmboe-Ottesen, G. (2007): *Diminished mental- and physical function and lack of social support are associated with shorter survival in community dwelling older persons of Botswana*. In: BMC Public Health 7 (144), doi: 10.1186/1471-2458-7-144
 - Cohen, S.; Syme, S.L. (1985): *Social Support and Health*. San Francisco: Academic Press
 - Cohen, S. (1988): *Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease*. In: Health Psychology 7 (3), pp 269-297
 - Cooney, A.; Murphy, K.; O’Shea, E. (2009): *Resident perspectives of the determinants of quality of life in residential care in Ireland*. In: Journal of Advanced Nursing 65 (5), pp 1029-1038
 - Coper, H. (1992): *Lässt sich Altern durch Medikamente beeinflussen?* In: Baltes, M.M.; Kohli, M.; Sames, K. (Hrsg.): *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*. Bern (u.a.): Huber, pp 183-187
 - Daig, I.; Lehmann, A. (2007): *Verfahren zur Messung der Lebensqualität*. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 16 (1), pp 5-23
 - Daus, R.; Emrich, E.; Igel, C.; Kindermann, W. (Hrsg.) (2001): *Aktivität und Altern*. Schorndorf: Hofmann

- Dibelius, O. (2000): *Verwitwung*. In Wahl, H.W.; Tesch-Römer, C. (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer, pp 158-162
- Dittmann-Kohli, F. (1992): *Erfolgreiches Altern aus subjektiver Sicht*. In: Baltes, M.M.; Kohli, M.; Sames, K. (Hrsg.): *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*. Bern (u.a.): Huber, pp 301-307
- Drageset, J. (2004): *The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes*. In: *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18 (1), pp 65-71
- Dudley, N.M.; Multhaup, K.S. (2005): *When familiar social partners are selected in open-ended situations: further tests of the socioemotional selectivity theory*. In: *Experimental Aging Research* 31 (3), pp 331-344
- Eisses, A.M.H.; Kluiters, H.; Jongenelis, K.; Pot, A.M.; Beekman, A.T.F.; Ormel, J. (2004): *Risk indicators of depression in residential homes*. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 19 (7), pp 634-640
- Engstler, H.; Menning, S. (2003): *Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Erlemeier, N. (2002): *Alternspsychologie. Grundlagen für Sozial- und Pflegeberufe*. 2. Aufl., Münster u.a.: Waxmann
- Featherman, D.L. (1992): *Erfolgreiches Altern: Adaptive Kompetenz in einer Ruhestandsgesellschaft*. In: Baltes, M.M.; Kohli, M.; Sames, K. (Hrsg.): *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*. Bern (u.a.): Huber, pp 11-18
- Fiori, K.; Consedine, N.; Magai, C. (2008): *The adaptive and maladaptive faces of dependency in later life: links to physical and psychological health outcomes*. In: *Aging & Mental Health* 12 (6), pp 700-712
- Fookes, I. (1997): *Intimität auf Abstand. Familienbeziehungen und soziale Netzwerke*. In: Naegele, G.; Niederfranke, A. (Hrsg.): *Funkkolleg Altern. Studienbrief 5. Studieneinheit 14*. Tübingen: Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen, pp 1-42
- Franklin, L.L.; Ternstedt, B.M.; Nordenfelt, L. (2006): *Views on Dignity of Elderly Nursing Home Residents*. In: *Nursing Ethics* 13 (2), pp 130-146
- Freedman, V.A.; Berkman, L.F.; Rapp, S.R.; Ostfeld, A.M. (1994): *Family Networks: Predictors of Nursing Home Entry*. In: *American Journal of Public Health* 84 (5), pp 843-845

- Fries, J.F. (1992): *Erfolgreiches Altern: Medizinische und demographische Perspektiven*. In: Baltes, M.M.; Kohli, M.; Sames, K. (Hrsg.): *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*. Bern (u.a.): Huber, pp 19-26
- Fritsche, K.; Spahn, C.; Nübling, M.; Wirsching, M. (2007): *Psychosomatischer Liaisondienst am Universitätsklinikum*. In: *Der Nervenarzt* 78 (9), pp 1037-1045
- Fydrich, T.; Sommer, G.; Tydecks, S.; Brähler, E. (2009): *Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14)*. In: *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 18 (1), pp 43-48
- Gabler, S.; Hoffmeyer-Zlotnik, J.H.P. (Hrsg.) (1997): *Stichproben in der Umfragepraxis*. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Garms-Homolová, V.; Schäffer, D. (1992): *Soziale Bewältigung chronischer Erkrankungen im institutionellen Kontext*. In: Baltes, M.M.; Kohli, M.; Sames, K. (Hrsg.): *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*. Bern (u.a.): Huber, pp 126-135
- Gasquet, I.; Dehé, S.; Gaudebout, F.; Falissard, B. (2003): *Regular visitors are not good substitutes for assessment of elderly patient satisfaction with nursing home care and services*. In: *Journals of Gerontology. Series A, Biological sciences and medical science* 58 (11), pp 1036-1041
- Gaugler, J.E.; Zarit, S.H.; Pearlin, L.I. (2003): *Family involvement following institutionalization: modelling nursing home visits over time*. In: *International Journal of Aging & Human Development* 57 (2), pp 91-117
- Giles, L.C.; Glonek, G.F.; Luszcz, M.A.; Andrews, G.R. (2007): *Do social networks affect the use of residential aged care among older Australians?* In: *BMC Geriatrics* 7 (24), doi:10.1186/1471-2318-7-24
- Görres, S. (1997): *Prävention und Intervention. Die gesundheitliche Versorgung im Alter*. In: Naegele, G.; Niederfranke, A. (Hrsg.): *Funkkolleg Altern. Studienbrief 6. Studieneinheit 17*. Tübingen: Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen, pp 1-46
- Green, A.F.; Rebok, G.; Lyketsos, C.G. (2008): *Influence of social network characteristics on cognition and functional status with aging*. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 23 (9), pp 972-978
- Groß, H. (2007): *Validierung der deutschen Fassung der Skala, Life Regard Index revised' (,LRI-r')*. *Fragebogentest zum Lebenssinn*. Inauguraldiss., Philipps-Universität Marburg

- Gunzelmann, T.; Hessel, A.; Geyer, M.; Brähler, E. (1999): *Formen der Krankheitsbewältigung bei älteren Menschen - Differentielle Effekte von Kontrollerleben, subjektiver Morbidität, sozialer Unterstützung und soziodemographischen Variablen*. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 32 (4), pp 238 - 245
- Gunzelmann, T.; Schumacher, J.; Brähler, E. (2000): *Das Kohärenzgefühl bei älteren Menschen: Zusammenhänge mit der subjektiven Gesundheit und körperlichen Beschwerden*. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 48 (3), pp 245 - 265
- Hagestad, G.O. (1992): *Familien in einer alternden Gesellschaft: Veränderte Strukturen und Beziehungen*. In: Baltes, M.M.; Kohli, M.; Sames, K. (Hrsg.): *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*. Bern (u.a.): Huber, pp 42-46
- Haibel, H.; Niewerth, M.; Brandt, J.; Rudwaleit, M.; Listing, J.; Sieper, J.; Braun, J. (2004): *Messung der Lebensqualität unter Therapie mit Infliximab bei Patienten mit aktiver ankylosierender Spondylitis – Ein Vergleich von SF-36 und SF-12*. In: Zeitschrift für Rheumatologie 63 (5), pp 393-401
- Hall, S.; Longhurst, S.; Higginson, I.J. (2009): *Challenges to conducting research with older people living in nursing homes*. In: BMC Geriatrics 38 (9), doi:10.1186/1471-2318-9-38
- Hartmann, F. (1992): *Alter, Krankheit, Gesundheit*. In: Baltes, M.M.; Kohli, M.; Sames, K. (Hrsg.): *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*. Bern (u.a.): Huber, pp 170-175
- Hellström, Y.; Andersson, M.; Hallberg, I.R. (2004): *Quality of life among older people in Sweden receiving help from informal and / or formal helpers at home or in special accommodation*. In: Health & Social Care in the Community 12 (6), pp 504-516
- Henrich, G.; Herschbach, P. (2000): *Questions on Life Satisfaction (FLZ) – A Short Questionnaire for Assessing Subjective Quality of Life*. In: European Journal of Psychological Assessment 16 (3), pp 150-159
- Hoffmann, E.; Nachtmann, J. (2007): *Alter und Pflege. GeroStat Report. Altersdaten 03/2007*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen
- Illsley, R.; Jamieson, A. (1992): *Hindernisse und positive Einflussfaktoren auf die Implementierung von Versorgungsprogrammen*. In: Baltes, M.M.; Kohli, M.;

- Sames, K. (Hrsg.): *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*. Bern (u.a.): Huber, pp 155-161
- Kaufmann, F.X. (2008): *Was meint Alter? Was bewirkt demographisches Altern? Soziologische Perspektiven*. In: Staudinger, U.M.; Häfner, H. (Hrsg.): *Was ist Alter(n)? Neue Antworten auf eine scheinbar einfache Frage. (Schriften der mathematisch-naturwissenschaftlichen Klasse der Heidelberger Akademie der Wissenschaften, Nr. 18)*. Berlin (u.a.): Springer, pp 119-138
 - Klein, T. (1998): *Der Heimeintritt alter Menschen und Chancen seiner Vermeidung. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31 (6), pp 407-416
 - Kliegl, R. (1992): *Kognitive Plastizität und altersbedingte Grenzen am Beispiel des Erwerbs einer Gedächtnistechnik*. In: Baltes, M.M.; Kohli, M.; Sames, K. (Hrsg.): *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*. Bern (u.a.): Huber, pp 287-282
 - Kluge, S.; Kelle, U.(2001): *Methodeninnovation in der Lebenslaufforschung. Integration qualitativer und quantitativer Verfahren in den Lebenslauf und die Biographieforschung*. Weinheim (u.a.): Juventa
 - Knäuper, B.; Schwarz, N.; Park, D. (2002): *Selbstberichte im Alter*. In: Motel-Klingebiel, A.; Kelle, U. (Hrsg.): *Perspektiven der empirischen Alterssoziologie*. Opladen: Leske + Budrich, pp 75-98
 - Knoll, N.; Kienle, R. (2007): *Fragebogenverfahren zur Messung verschiedener Komponenten sozialer Unterstützung: ein Überblick*. In: *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 16 (1), pp 57-71
 - Knopf, M. (1992): *Die Rolle des Wissens für das Gedächtnis älterer Menschen*. In: Baltes, M.M.; Kohli, M.; Sames, K. (Hrsg.): *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*. Bern (u.a.): Huber, pp 283-288
 - Költringer, R. (1992): *Der Interviewer in der Markt- und Meinungsforschung*. Wien: Service Fachverlag
 - Kruse, A.; Wahl, H.W. (Hrsg.) (1994): *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?*. Bern (u.a.): Huber
 - Kytir, J. (2005): *Demographische Prognosen über die voraussichtliche Altersverteilung der nächsten Jahre*. In: Likar, R.; Bernatzky, G.; Pipam, W.; Janig, H.; Sadjak, A. (Hrsg.): *Lebensqualität im Alter. Therapie und Prophylaxe von Altersleiden*. Wien (u.a.): Springer, pp 17-20

- Laireiter, A.; Ganitzer, J.; Baumann, U. (1993): *Soziale Netzwerke und Unterstützungsressourcen als differentielle Konstrukte – Bezüge zu sozialen und demographischen Variablen*. In: Laireiter, A. (Hrsg.): *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung: Konzepte, Methoden und Befunde*. Bern (u.a.): Huber, pp 88-100
- Laireiter, A. (1993): *Begriffe und Methoden der Netzwerk- und Unterstützungsforschung*. In: Laireiter, A. (Hrsg.): *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung: Konzepte, Methoden und Befunde*. Bern (u.a.): Huber, pp 15-44
- Lang, F.R. (2000): *Soziale Beziehungen im Alter: Ergebnisse der empirischen Forschung*. In: Wahl, H.W.; Tesch-Römer, C. (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer, pp 142-147
- Lawton, M.P. (1975): *The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision*. In: *Journal of Gerontology* 30 (1), pp 85-89
- Lehr, U. (1992): *Erfolgreiches Altern – Einführung*. In: Baltes, M.M.; Kohli, M.; Sames, K. (Hrsg.): *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*. Bern (u.a.): Huber, pp 2-4
- Lehr, U. (2000): *Psychologie des Alterns*. 9. Aufl., Wiebelsheim: Quelle & Meyer
- Lin, P.C.; Wang, H.H.; Huang, H.T. (2007): *Depressive symptoms among older residents at nursing homes in Taiwan*. In: *Journal of Clinical Nursing* 16 (9), pp 1719-1725
- Lischka, A.M.; Popien, C.; Linden, M. (2005): *Messinstrumente zur Erfassung des sozialen Netzes*. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 55 (8), pp 358-364
- Luleci, E.; Hey, W.; Subasi, F. (2008): *Assessing selected quality of life factors of nursing home residents in Turkey*. In: *Archives of Gerontology and Geriatrics* 46 (1), pp 57-66
- Martin, P. (2000): *Ergebnisse zur Bedeutung „aktiven“ Alterns*. In: Wahl, H.W.; Tesch-Römer, C. (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer, pp 173-177
- Mayer, H.O. (2002): *Interview und schriftliche Befragung*. München (u.a.): Oldenbourg

- Menning, S. (2007): *Haushalte, familiale Lebensformen und Wohnsituation älterer Menschen. GeroStat Report. Altersdaten 02/2007*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen
- Miltenburger, C.; Werner, G. (1992): „*Das erledigt man im Familienkreis*“ – *Zur Bedeutung sozialer Beziehungen bei der Entscheidung zwischen Hauspflege und Altenheim*. Berlin: Zentrale Universitäts-Druckerei
- Möller, H.J.; Laux, G.; Kapfhammer, H.P. (2005): *Psychiatrie und Psychotherapie*. 2. Aufl., Heidelberg: Springer
- Mullins, L.C.; Dugan, E. (1990): *The Influence of Depression, and Family and Friendship Relations, on Residents' Loneliness in Congregate Housing*. In: *The Gerontologist* 30 (3), pp 377-384
- Munnichs, J.M.A. (1992): *Intervention: Eine notwendige Strategie für die Bewältigung des Alterns*. In: Baltes, M.M.; Kohli, M.; Sames, K. (Hrsg.): *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*. Bern (u.a.): Huber, pp 308-313
- Noelle-Neumann, E.; Petersen, T. (2005): *Alle, nicht jeder: Einführung in die Methoden der Demoskopie*. 4. Aufl., Berlin (u.a.): Springer
- Olbrich, E. (1992): *Erfolgreiches Altern aus funktionalistischer und interpretativer Perspektive*. In: Baltes, M.M.; Kohli, M.; Sames, K. (Hrsg.): *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*. Bern (u.a.): Huber, pp 314-318
- Oswald, W.D. (1983): *Gerontopsychologie – Gegenstand, Perspektiven und Probleme*. In: Oswald, W.D.; Fleischmann, U.M. (Hrsg.): *Gerontopsychologie – Psychologie des alten Menschen*. Stuttgart (u.a.): Kohlhammer
- Otto, J. (1994): *Lebensqualität im Alter – Wege zur Verringerung des Pflegerisikos*. Hamburg: Wissenschaftsverlag und Dissertationsverlag Dr. Kovač
- Perrig-Chiello, P. (1997): *Wohlbefinden im Alter – Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen*. Weinheim (u.a.): Juventa
- Pettit, T.; Livingston, G.; Manela, M.; Kitchen, G.; Katona, C.; Bowling, A. (2001): *Validation and normative data of health status measures in older people: the Islington study*. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 16 (11), pp 1061-1070
- Porst, R. (1985): *Praxis der Umfrageforschung: Erhebung und Auswertung sozialwissenschaftlicher Umfragedaten*. Stuttgart: Teubner

- Porst, R. (2008): *Fragebogen: Ein Arbeitsbuch*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Rabbata, S.; Rieser, S. (2005): *Herausforderung demographischer Wandel: Es kommt drauf an, was man draus macht*. In: Deutsches Ärzteblatt 102 (45), p 3068
- Randall, G.K.; Martin, P.; McDonald, M.; Poon, L.W. (2010): *Social Resources and Longevity: Findings from the Georgia Centenarian Study*. In: Gerontology 56 (1), pp 106-111
- Richter, B. (2008): *Überlegungen zum Verhältnis von Bildung und Krankheit*. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 102 (4), pp 261-267
- Roe, B.; Whattam, M.; Young, H.; Dimond, M. (2001): *Elders' needs and experiences of receiving formal and informal care for their activities of daily living*. In: Journal of Clinical Nursing 10 (3), pp 389-397
- Röhrle, B. (1994): *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union
- Rosenmayr, L. (1992): *Wandlung der gesellschaftlichen Sicht und Bewertung des Alters*. In: Baltes, M.M.; Kohli, M.; Sames, K. (Hrsg.): *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*. Bern (u.a.): Huber, pp 96-101
- Rosenmayr, L.: *Über die Zukunft der Langlebigkeit*. In: Likar, R.; Bernatzky, G.; Pipam, W.; Janig, H.; Sadjak, A. (Hrsg.) (2005): *Lebensqualität im Alter. Therapie und Prophylaxe von Altersleiden*. Wien (u.a.): Springer, pp 1-15
- Rott, C. (2004): *Demographie des hohen und sehr hohen Alters*. In: Kruse, A.; Martin, M.: *Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht*. Bern (u.a.): Huber, pp 51-65
- Rückert, W. (1997): *Von Mensch zu Mensch. Hilfe und Pflege im Alter*. In: Naegele, G.; Niederfranke, A. (Hrsg.): *Funkkolleg Altern. Studienbrief 7. Studieneinheit 18*. Tübingen: Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen, pp 1-42
- Ryden, M.B.; Knopman, D. (1989): *Assess not assume: measuring the morale of cognitively impaired elderly*. In: Journal of Gerontological Nursing 15 (11), pp 27-32
- Saup, W.; Reichert, M. (1997): *Die Kreise werden enger. Wohnen und Alltag im Alter*. In: Naegele, G.; Niederfranke, A. (Hrsg.): *Funkkolleg Altern. Studienbrief*

6. *Studieneinheit 15*. Tübingen: Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen, pp 1-44
- Saup, W. (2000): *Alten- und Pflegeheime*. In: Wahl, H.W.; Tesch-Römer, C. (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer, pp 242-248
 - Schneider, G.; Driesch, G.; Kruse, A.; Wachter, M.; Nehen, H.G.; Heuft, G. (2004): *What influences self-perception of health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and the sense of coherence*. In: *Archives of Gerontology and Geriatrics* 39 (3), pp 227-237
 - Schneider, G.; Driesch, G.; Kruse, A.; Nehen, H.G.; Heuft, G. (2006): *Old and ill and still feeling well? Determinants of subjective well-being in >or=60 year olds: the role of the sense of coherence*. In: *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 14 (10), pp 850-859
 - Schnittker, J. (2007): *Look (closely) at all the lonely people: age and the social psychology of social support*. In: *Journal of Aging and Health* 19 (4), pp 659-682
 - Scholl, A. (2003): *Die Befragung: Sozialwissenschaftliche Methode und kommunikationswissenschaftliche Anwendung*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft
 - Schröder, J.; Pantel, J. (2000): *Prävention psychischer Krankheiten*. In: Wahl, H.W.; Tesch-Römer, C. (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer, pp 372-378
 - Schroeter, K.R. (2004): *Zur Doxa des sozialgerontologischen Feldes: Erfolgreiches und produktives Altern – Orthodoxie, Heterodoxie oder Allodoxie*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 37 (1), pp 51-55
 - Schütze, Y. (2000): *Generationenbeziehungen*. In: Wahl, H.W.; Tesch-Römer, C. (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer, pp 148-152
 - Schumacher, J.; Wilz, G.; Gunzelmann, T.; Brähler, E. (2000): *Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky: Teststatistische Überprüfung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstruktion einer Kurzskala*. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 50 (12), pp 472-482
 - Schumann, S. (2006): *Repräsentative Umfrage: Praxisorientierte Einführung in empirische Methoden und statistische Analyseverfahren*. 4. Aufl., München: Oldenbourg

- Schwarzer, R. (Hrsg.) (1986): *Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit. Forschungsbericht 5*. Berlin: Zentrale Universitäts-Druckerei
- Schwarzer, R. (1993): *Streß, Angst und Handlungsregulation*. 3. Aufl., Stuttgart (u.a.): Kohlhammer
- Schwarzer, R. (1997): *Gesundheitspsychologie: ein Lehrbuch*. 2. Aufl., Göttingen (u.a.): Hogrefe
- Scocco, P.; Rapattoni, M.; Fantoni, G. (2006): *Nursing homes institutionalization: a source of eustress or distress for the elderly?* In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 21 (3), pp 281-287
- Seitz, M. (2003): *Langes Leben – Wunsch und Grenzen. Altern in Würde und Sinn?* In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 36 (2), pp 104-109
- Sirven, N.; Debrand, T. (2008): *Social participation and healthy ageing: an international comparison using SHARE data*. In: *Social Science & Medicine* 67 (12), pp 2017-2026
- Smalbrugge, M.; Pot, A.M.; Jongenelis, L.; Gundy, C.M.; Beekman, A.T.F.; Eefsting, J.A. (2006): *The impact of depression and anxiety on well being, disability and use of health care services in nursing home patients*. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 21 (4), pp 325-332
- Smith, J.; Fleeson, W.; Geiselman, B.; Settersten, R.; Kunzmann, U. (1996): *Wohlbefinden im hohen Alter: Vorhersagen aufgrund objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Bewertung*. In: Mayer, K.U.; Baltes, P.B. (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, pp 497-524
- Sosna, U.; Wahl, H.W. (1983): *Soziale Belastungen, psychische Erkrankungen und körperliche Beeinträchtigungen im Alter: Ergebnisse einer Felduntersuchung*. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 16 (3), pp 107-114
- Statistisches Bundesamt (2009): *Bevölkerung*. GENESIS-Online Datenbank, <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data> (Date of Access: 07.05.2009)
- Stracke-Mertes, A. (1994): *Soziologie: Der Blick auf soziale Beziehungen*. Hannover: Vincentz
- Subasi, F.; Hayran, O. (2005): *Evaluation of life satisfaction index of the elderly people living in nursing homes*. In: *Archives of Gerontology and Geriatrics* 41 (1), pp 23-29

- Tesch-Römer, C. (2000): *Einsamkeit*. In: Wahl, H.W.; Tesch-Römer, C. (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer, pp 163-167
- Urban, D.; Mayerl, J. (2006): *Regressionsanalyse: Theorie, Technik und Anwendung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Weber, G. (1997): *Altersbilder in der professionellen Altenpflege – eine empirische Studie*. Opladen: Leske + Budrich
- Wellhöfer, P.R. (1997): *Grundstudium Sozialwissenschaftliche Methoden und Arbeitsweisen: Eine Einführung für Sozialwissenschaftler und Sozialarbeiter/-pädagogen*. 2. Aufl., Stuttgart: Enke
- Wiesmann, U.; Rölker, S.; Hannich, H.J. (2004a): *Salutogenese im Alter*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 37 (5), pp 366-376
- Wiesmann, U.; Wendland, S.; Hannich, H.J. (2004b): *Salutogenese im Alter: Kohärenzgefühl und psycho-soziale Widerstandsquellen älterer aktiver Menschen*. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie* 17 (3), pp 179-193
- Wiesmann, U.; Rölker, S.; Ilg, H.; Hirtz, P.; Hannich, H.J. (2006): *Zur Stabilität und Modifizierbarkeit des Kohärenzgefühls aktiver älterer Menschen*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39 (2), pp 90-99
- Wiesmann, U. (2006): *Salutogenese im Alter. Medizinpsychologische Ergebnisse der Greifswalder Altersstudie*. Berlin: Akadras
- Wiesmann, U.; Hannich, H.J. (2008): *A salutogenic view on subjective well-being in active elderly persons*. In: *Aging & Mental Health* 12 (1), pp 56-65
- Wilson, R.S.; Krueger, K.R.; Arnold, S.E.; Schneider, J.A.; Kelly, J.F.; Barnes, L.L.; Tang, Y.; Bennett, D.A. (2007): *Loneliness and risk of Alzheimer disease*. In: *Archives of General Psychiatry* 64 (2), pp 234-240
- Wittingham, R.G.; Pike, N.L. (2007): *A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness*. In: *Aging & Mental Health* 11 (6), pp 716-721
- Wulff, H. (2006): *Childhood Trauma Questionnaire. Entwicklung einer deutschsprachigen Version und Überprüfung bei psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelten Patienten*. Inauguraldiss., Universität zu Lübeck

- Yeung, D.Y.; Fung, H.H.; Lang, F.R. (2008): *Self- Construal Moderates Age Differences in Social Network Characteristics*. In: *Psychology and Aging* 23 (1), pp 222-226
- Zank, S. (2000): *Gesundheit und Krankheit*. In: Wahl, H.W.; Tesch-Römer, C. (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer, pp 44-48
- Zerssen, v.D.; Koeller, D.M. (1976): *Klinische Selbstbeurteilungs-Skalen (KSb-S) aus dem Münchner Psychiatrischen Informations-System: Die Beschwerdeliste (BL)*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union
- Zielińska-Więczkowska, H.; Ciemnoczołowski, W.; Kędziora-Kornatowska, K.; Muszalik, M. (2012): *The sense of coherence (SOC) as an important determinant of life satisfaction, based on own research, and exemplified by the students of University of the Third Age (U3A)*. In: *Archives of Gerontology and Geriatrics* 54 (1), pp 238-24



Ernst Moritz Arndt
Universität Greifswald

„Es kommt nicht darauf an, wie alt man wird, sondern wie man alt wird.“ (U. Lehr)

Studie zu sozialen Netzwerken im höheren Lebensalter

- Eine schriftliche Befragung -

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,
im Rahmen unserer Studie zu Hilfe und Unterstützung durch Mitmenschen und die Auswirkungen auf die Gesundheit und Lebenszufriedenheit bitten wir Sie um die Beantwortung des folgenden Fragebogens. Wir versichern Ihnen, dass wir Ihre Angaben streng vertraulich behandeln.

Übersicht über den Fragebogen:

- Allgemeine Angaben	S. 2
- Menschen in Ihrem Umfeld	S. 4
- Die soziale Unterstützung	S. 5
- Der Sinn im Leben	S. 6
- Der Gesundheitszustand	S. 8
- Beschwerden	S. 10
- Das Wohlbefinden	S. 11
- Die Zufriedenheit im Leben	S. 12

Einige Hinweise vorab:

- Beantworten Sie den Fragebogen bitte in der vorliegenden Reihenfolge.
- Bitte lassen Sie keine Fragen aus. Antworten Sie bitte auch dann, wenn manches scheinbar nicht auf Sie zutrifft.
- Wenn Sie sich nicht entscheiden können, wählen Sie einfach die nahe liegendste Antwort aus. Überlegen Sie dabei nicht zu lange - es gibt kein Richtig oder Falsch.

Wir danken Ihnen schon jetzt für Ihre Teilnahme an unserer Studie!

Dr. Ulrich Wiesmann

Marie-Luise Becker

Ariane Richter

Allgemeine Angaben zu Ihrer Person

Zuerst bitten wir Sie um einige allgemeine Informationen.

1a. **Mein Alter:** _____ Jahre.

1b. **Ich fühle mich, als wäre ich:** (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- so alt wie ich bin
 jünger als ich bin
 älter als ich bin

2. **Geschlecht:** männlich weiblich

3. **Ich wohne im Altenheim seit** _____ (bitte Jahreszahl eintragen)

4. **Familienstand:** (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- ledig verheiratet geschieden verwitwet
 getrennt lebend in fester Partnerschaft lebend

5. **Schulbildung** (Bitte kreuzen Sie Ihren höchsten erreichten Schulabschluss an)

- ohne Schulabschluss Sonderschulabschluss
 Volks-/Hauptschulabschluss/ Realschule/Mittlere Reife
 Fachabitur (Fachhochschulreife) Abitur/Hochschulreife/EOS
 Anderer Schulabschluss: _____

6. **Mein Körpergewicht:** _____ kg

7. **Meine Körpergröße:** _____ cm

8. **An welchen *chronischen* Krankheiten leiden Sie zurzeit?**

(Bitte Zutreffendes ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Herzleiden, Schlaganfall, Bluthochdruck)
 "Zuckerkrank" (Diabetes mellitus); erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin)
 Schilddrüsenerkrankungen
 Rheuma, Arthritis, Störungen des Bewegungsapparates
 Schwierigkeiten beim Sehen, Hören, Riechen oder Schmecken
 Schlafstörungen
 Krebs
 Erkrankungen der Atemwege (Asthma, chronische Bronchitis)

- Erkrankungen im Bauchraum
- Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen, Angststörungen); Sucht
- Erkrankungen der Harnwege, Probleme beim Wasserlassen, Inkontinenz
- Hauterkrankungen
- Ich leide an keiner der oben genannten Erkrankungen.
- Sonstiges: _____

9. **Wie viele *unterschiedliche* Medikamente (Tabletten, Tropfen usw.) nehmen Sie täglich ein?**

- keine 1 2 3 4 5 oder mehr

10. **Wie häufig waren Sie in den letzten fünf Jahren *bettlägerig* aufgrund einer Erkrankung? Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie es bitte ungefähr!**

- nie 1 bis 2mal 3 bis 4mal
 4 bis 6mal 7 bis 10mal mehr als 10mal

11. **Wie häufig waren Sie in den letzten fünf Jahren zur Behandlung im Krankenhaus? Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie es bitte ungefähr!**

- nie 1mal 2mal 3mal 4mal 5mal und mehr

12. **Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?**

- ja nein

13. **Bitte geben Sie Ihre Pflegestufe an!**

- keine Pflegestufe Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3

Menschen in Ihrem Umfeld

In diesem Teil der Befragung geht es um Menschen in Ihrer Umgebung, die Ihnen helfen und Sie unterstützen können.

Bitte kreuzen Sie die Anzahl von Personen an, die Ihnen in der dargestellten Situation helfen würde.

Bitte lassen Sie keine Frage aus! Wenn Sie es nicht genau sagen können, dann schätzen Sie es bitte ungefähr! Es gibt kein Richtig oder Falsch! Die erste Antwort ist meistens die Beste!

1. Wie viele Menschen würden Ihnen wirklich zuhören und sich auch ihre Gefühle anhören, wenn Sie mit jemandem sprechen möchten?

keiner einer zwei oder drei mehr als drei

2. Was denken Sie: Für wie viele Menschen haben Sie eine ganz besonders wichtige Bedeutung im Leben?

keiner einer zwei oder drei mehr als drei

3. Auf wie viele Menschen können Sie sich wirklich verlassen, dass diese ihnen helfen, egal was passiert und auch wenn es für diese selber mit einigem Aufwand verbunden ist?

keiner einer zwei oder drei mehr als drei

4. Mit wie vielen Menschen können Sie offen reden, ohne darauf achten zu müssen, was Sie sagen?

keiner einer zwei oder drei mehr als drei

5. Wie viele Menschen können Sie von Sorgen ablenken oder sie tröstend in die Arme nehmen?

keiner einer zwei oder drei mehr als drei

6. Wie viele Menschen akzeptieren Sie auch mit ihren schlechten Seiten oder würden Ihnen ehrlich sagen, dass Sie etwas ändern müssen?

keiner einer zwei oder drei mehr als drei

7. Was denken Sie: Wie viele Menschen lieben Sie von ganzem Herzen?

keiner einer zwei oder drei mehr als drei

Erhaltene soziale Unterstützung

Im folgenden Fragebogen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, z.B. zu Ihrem Partner, zur Familie und zu Verwandten, zu Freunden und Bekannten oder auch zu Nachbarn. Wir möchten erfahren, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen. Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen, indem Sie jeweils das für Sie zutreffende Kästchen ankreuzen.

	Ja	Vielleicht	Nein
1. Ich würde ohne weiteres jemanden finden, der sich um meine Angelegenheiten (z.B. Blumen, Post) kümmert, wenn ich mal nicht da bin.	1	2	3
2. Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkung so nehmen wie ich bin.	1	2	3
3. Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.	1	2	3
4. Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	1	2	3
5. Ich habe Freunde/Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen, wenn ich mich aussprechen möchte.	1	2	3
6. Ich habe Freunde/Angehörige, die mich einfach mal umarmen.	1	2	3
7. Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne weiteres gehen kann.	1	2	3
8. Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	1	2	3
9. Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ausgelassen sein.	1	2	3
10. Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohl fühle.	1	2	3
11. Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Vereine), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.	1	2	3

Lebensorientierung – Der Sinn im Leben

Die folgenden neun Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihres Lebens. Bitte kreuzen Sie jeweils die Antwort an, die am ehesten auf Sie zutrifft. Machen Sie bitte für jede Frage nur ein Kreuz.

1. Wie oft haben Sie das Gefühl, in einer ungewohnten Situation zu sein und hilflos zu sein?

 oft manchmal selten oder nie

2. Wie oft sind Ihre Gefühle und Gedanken ganz durcheinander?

 oft manchmal selten oder nie

3. Wenn Sie etwas machen, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt,...

 ...werden Sie sich sicher auch weiterhin gut fühlen. ...wird sicher etwas geschehen, was das gute Gefühl verdirbt. ...Weder noch. Vielleicht irgendwo „dazwischen“.

4. Viele Menschen fühlen sich in bestimmten Situationen wie ein Pechvogel. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

 oft manchmal selten oder nie

5. Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, mit denen Sie in wichtigen Lebensbereichen wahrscheinlich konfrontiert werden, haben Sie das Gefühl, dass...

 ...Sie die Schwierigkeiten gewiss meistern werden. ...Sie die Schwierigkeiten nicht meistern können. ...Weder noch. Vielleicht irgendwo „dazwischen“.

6. Wie häufig passiert es, dass Sie fühlen, wie schön es ist zu leben?

 oft manchmal selten oder nie

7. Ihr tägliches Leben ist geprägt...

- ...von tiefer Freude und Zufriedenheit.
- ...von Schmerz und Langeweile.
- ...Weder noch. Vielleicht irgendwo „dazwischen“.

8. Sie nehmen an, dass Ihr zukünftiges Leben...

- ...voller Sinn und Zweck sein wird.
- ...ohne jeden Sinn und Zweck sein wird.
- ...Weder noch. Vielleicht irgendwo „dazwischen“.

9. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass Dinge, die Sie täglich tun, wenig Sinn haben?

- oft manchmal selten oder nie

Allgemeiner Gesundheitszustand

Es folgen einige Fragen bezüglich Ihrer Gesundheit. Bitte kreuzen Sie jeweils die Zahl an, die für die Frage aus Ihrer Sicht am besten zutrifft.

	ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
1. Wie würden Sie Ihre Gesundheit ganz allgemein beschreiben?	1	2	3	4	5

Sind Sie durch Ihre Gesundheit im Moment bei den folgenden Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein , überhaupt nicht eingeschränkt
2. mittelschwere Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verschieben, das Bett machen	1	2	3
3. mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3

Hatten Sie in den <i>letzten 4 Wochen</i> aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten in Ihrem Alltag?	ja	nein
4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	1	2
5. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	1	2

Hatten Sie in den <i>letzten 4 Wochen</i> aufgrund seelischer Probleme Schwierigkeiten in Ihrem Alltag (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?	ja	nein
6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	1	2
7. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	1	2

	Sehr stark	Mittelmäßig	Kaum oder gar nicht
8. Inwieweit haben Schmerzen Sie in den <i>letzten 4 Wochen</i> in Ihrem Alltag behindert?	1	2	3

Wie oft waren Sie <i>in den letzten 4 Wochen ...</i>	immer	Oft oder manchmal	Selten oder nie
9. ...ruhig und gelassen?	1	2	3
10. ...voller Energie?	1	2	3
11. ...entmutigt und traurig?	1	2	3

	immer	Oft oder manchmal	Selten oder nie
12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder Ihre seelischen Probleme <i>in den letzten 4 Wochen</i> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	1	2	3

Beschwerden

Es folgt eine Auflistung verschiedener Beschwerden. Bitte kreuzen Sie an, ob und wie stark Sie unter den genannten Beschwerden leiden. Achten Sie bitte darauf, dass Sie in jeder Zeile ein Kreuz machen, auch wenn manche Beschwerden bei Ihnen noch nie aufgetreten sind.

Ich leide unter folgenden Beschwerden:	Stark	mäßig	Kaum oder nie
1. Kloßgefühl, Schluckbeschwerden	1	2	3
2. Kurzatmigkeit	1	2	3
3. Schwächegefühl, Mattigkeit, Zittern oder Schwindel	1	2	3
4. Brustschmerzen oder Bauchschmerzen	1	2	3
5. Übelkeit; Sodbrennen	1	2	3
6. Reizbarkeit, Innere Unruhe, Grübelei	1	2	3
7. Starkes Schwitzen	1	2	3
8. Rücken-, Nacken- oder Schulterschmerzen	1	2	3
9. Müdigkeit oder Unruhe in den Beinen	1	2	3
10. Überempfindlichkeit gegen Wärme oder Kälte	1	2	3
11. Schlafstörungen oder großes Schlafbedürfnis	1	2	3
12. Gewichtsabnahme	1	2	3
13. Kurzatmigkeit	1	2	3

Allgemeines subjektives Wohlbefinden

Es folgen einige Aussagen zu Ihrem empfundenen Wohlbefinden, bei denen Sie bitte jeweils angeben, inwieweit diese auf Sie zutreffen.

	Ja	Manchmal/ Teilweise	Nein
1. Ich rege mich über Kleinigkeiten auf und werde schneller wütend als früher.	1	2	3
2. Ich mache mir oft große Sorgen und habe vor vielen Dingen Angst.	1	2	3
3. Ich nehme die Dinge schwer und bin über vieles traurig.	1	2	3
4. Je älter ich werde, umso schlimmer wird alles.	1	2	3
5. Ich habe noch genauso viel Schwung wie letztes Jahr.	1	2	3
6. Je älter ich werde, desto weniger nützlich werde ich.	1	2	3
7. Mit zunehmendem Alter ist mein Leben besser, als ich erwartet habe.	1	2	3
8. Ich bin jetzt genauso glücklich, wie ich es in jungen Jahren war.	1	2	3
9. Manchmal glaube ich, dass das Leben nicht lebenswert ist.	1	2	3
10. Das Leben ist die meiste Zeit hart für mich.	1	2	3
11. Zurzeit bin ich zufrieden mit meinem Leben.	1	2	3
12. Ich bin zufrieden mit meinem Leben, wenn ich in die Vergangenheit zurückschaue.	1	2	3
13. Wenn ich an die Zukunft denke, bin ich zuversichtlich.	1	2	3

Lebenszufriedenheit

Bitte kreuzen Sie im Folgenden an, wie wichtig Ihnen die genannten Lebensbereiche **in den vergangenen vier Wochen** erschienen bzw. wie zufrieden Sie mit diesen waren. Ein Kreuz in der linken Spalte bedeutet, dass Sie diesen Aspekt für nicht wichtig erachten bzw. mit diesem unzufrieden waren. Ein Kreuz in der rechten Spalte hingegen heißt, dass dieser Aspekt für Sie wichtig war bzw. Sie mit diesem zufrieden waren.

Wie <u>wichtig</u> ist (sind) für Sie...	Wichtig	mittelmäßig	nicht wichtig
1. Freunde/Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Freizeit (z.B. Lesen, Radio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Geld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ihre Wohnung im Altenheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Familie/Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie <u>zufrieden</u> sind Sie mit ...	Zufrieden	mittelmäßig	<u>unzufrieden</u>
1. Freunden/Bekanntem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Freizeit (z.B. Lesen, Radio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Geld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ihre Wohnung im Altenheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Familie/Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben insgesamt , wenn Sie alle Aspekte zusammennehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuzen Sie nun an, wie wichtig Ihnen die im Folgenden aufgelisteten Aspekte Ihrer Gesundheit **in den vergangenen vier Wochen** erschienen bzw. wie zufrieden Sie mit diesen waren.

Wie wichtig ist (sind) für Sie...	Wichtig	mittelmäßig	nicht wichtig
1. Entspannung („einfach mal Ruhe haben“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Energie/Lebensfreude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Möglichkeiten der Fortbewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Seh- und Hörvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Freisein von Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Beschwerde- und Schmerzfreiheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Unabhängigkeit von Hilfe/Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie zufrieden sind Sie mit...	zufrieden	mittelmäßig	<u>un</u> zufrieden
1. Entspannung („einfach mal Ruhe haben“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Energie/Lebensfreude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Möglichkeiten der Fortbewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Seh- und Hörvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Freisein von Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Beschwerden- und Schmerzfreiheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Unabhängigkeit von Hilfe/Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit insgesamt , wenn Sie alle Aspekte zusammennehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mühe! Sie waren uns eine große Hilfe!

Danksagung

Hiermit möchte ich mich bei Herrn Dr. U. Wiesmann für die Überlassung dieses Themas sowie für die freundliche Betreuung und die vielen zur Verfügung gestellten Materialien bedanken. Durch immer neue Ideen und Vorschläge von seiner Seite wurde das Spektrum meiner Arbeit erweitert und die Daten optimal ausgewertet.

Ich möchte mich auch bei allen teilnehmenden Personen bedanken, die mir mit viel Geduld meine Fragen beantwortet und so einen kleinen Einblick in ihre Gedanken gegeben haben. Ich habe in dieser Zeit viel lernen können, vor allem durch manches nettes Gespräch im Anschluss war es eine sehr angenehme Zeit für mich.

Auch den zuständigen Mitarbeitern möchte ich danken, die mir die Befragungen ermöglicht haben und mir hilfreich zur Seite standen. Mein besonderer Dank gilt hierbei Frau Champion vom Seniorenheim St. Josef in Bielefeld, Frau Reinisch vom Frieda-Nadig-Haus in Bielefeld, Frau Abeling und Frau Portz vom Altenheim Dechaneihof St. Marien in Warendorf, Herrn Beckwermert und Herrn Ulrich vom Seniorenheim Beckwermert in Bad Rothenfelde, Herrn Jung vom Johann-Heermann-Haus in Bielefeld, Frau Lübbers und Frau Wermke vom Seniorenheim Dissen, Frau Reiß und Herrn Grave vom Malteser Marienheim in Warendorf, Herrn Schmiedel vom Ernst-Barlach-Haus in Bielefeld, Frau Bartelheimer-Pätzhold vom Hermann-Geibel-Haus in Gütersloh, Frau Beck vom St. Anna Haus in Verl, Frau Beckmann vom Pflegezentrum Quelle in Bielefeld, Herrn Blanke vom Pflegezentrum am Lohmannshof in Bielefeld, Frau Heinrich und Frau Bak vom Altenwohnheim Schildesche in Bielefeld, Frau Linnemann vom Wilhelm-Augusta Stift in Bielefeld, Frau Reuter und Herrn Metz vom ev. Seniorenheim Rheda sowie Frau Rister vom Lutherstift in Bielefeld.

Außerdem möchte ich mich Silke Recknagel bedanken, die mir mit Beispielen für die Berechnungen unter SPSS sehr weitergeholfen hat.

Auch meinem Christoph möchte ich an dieser Stelle danken, der mir Auto, Büro und Kaffeemaschine zur Verfügung stellte, sich um das Wohlergehen meines Laptops kümmerte und mich über die lange Zeit immer wieder motiviert hat.

Und nicht zuletzt gilt mein Dank auch meinem Vater als geduldigen Zuhörer und unermüdlichen Fehlersucher in meinen Texten. Auch die mehrfache Wiederbelebung meines Laptops habe ich ihm zu verdanken, einschließlich der damit verbundenen Datenrettung und dem kostenlosen Eintausch gegen einen neuen Laptop.