

Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Institut für Gerontologie

Adaptationsprozesse im Alter

**Die Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen
für das Wohlbefinden im hohen Alter**

Inauguraldissertation
zur Erlangung des akademischen Grades Dr. phil.
an der Fakultät für Verhaltens- und Empirische
Kulturwissenschaften der Ruprecht-Karls-Universität
Heidelberg

vorgelegt von
Dagmara Wozniak

Heidelberg, im Dezember 2010

Erstgutachter: Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse

Zweitgutachter: Prof. Dr. Eric Schmitt

Drittgutachter: Ass. Prof. Dr. Daniela S. Jopp

Tag der mündlichen Prüfung: 16. Mai 2011

*Die Natur hat dafür gesorgt,
dass es, um glücklich zu sein,
keines großen Aufwandes bedarf.*

Seneca

INHALTVERZEICHNIS

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	XII
TABELLENVERZEICHNIS	XIV
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	XVIII
DANKSAGUNG.....	XIX
ZUSAMMENFASSUNG.....	XXI
1. EINLEITUNG.....	1
1.1 Individuelle und infrastrukturelle Ressourcen.....	1
1.2 Adaptationsleistungen im Kontext individueller und infrastruktureller Ressourcen	3
2. THEORETISCHER RAHMEN.....	6
2.1 Adaptationsprozesse im Alter.....	6
2.1.1 Adaptation als lebenslanger Entwicklungsprozess	9
2.1.1.1 Die Theorie der Entwicklungsaufgaben von Havighurst (1948)	9
2.1.1.2 Die Theorie der Entwicklungskrisen von Erikson (1950).....	11
2.1.2 Adaptation als psychosozialer Prozess.....	13
2.1.2.1 Die Disengagement-Theorie von Cumming und Henry (1961).....	13
2.1.2.2 Die Aktivitätstheorie von Havighurst, Neugarten und Tobin (1963)	15
2.1.2.3 Die Kontinuitätstheorie von Atchley (1989).....	16
2.1.3 Adaptation als Umgang mit Belastungen.....	17
2.1.3.1 Die Theorie der kognitiven Umstrukturierung von Thomae (1971)	17
2.1.3.2 Das Zwei-Prozess-Modell von Brandstädter und Renner (1990)	18
2.1.3.3 Die Theorie der primären und sekundären Kontrolle von Heckhausen und Schulz (1995).....	20
2.1.3.4 Das Resilienz-Modell von Staudinger (1996).....	21
2.1.4 Erfolgreiche Adaptation	23
2.1.4.1 Das Modell des erfolgreichen Alterns von Rowe und Kahn (1987)	23
2.1.4.2 Das Modell des erfolgreichen Alterns von P. Baltes und M. Baltes (1990): Selektive Optimierung mit Kompensation	24
2.1.4.3 Die Theorie erfolgreichen Alterns von Ryff (1989a, 1989b).....	26
2.1.4.4 The Conservation of Resources Theory von Hobfoll (1989).....	27

2.1.5	Adaptation als Interaktion der Person mit ihrer Umwelt	29
2.1.5.1	Das Umwelthanforderungs-Kompetenz-Modell von Lawton und Nahemow (1973).....	31
2.1.5.2	Das Kongruenz-Modell von Kahana (1982)	34
2.1.5.3	Das Komplementaritäts-Ähnlichkeits-Modell von Carp und Carp (1984)	35
2.1.5.4	Das SPOT-Konzept von Wahl und Lang (2004)	36
2.1.6	Zum Kriterium einer gelungenen Adaptation an das Altern	38
2.2	Wohlbefinden als Indikator einer gelungenen Adaptation an das Altern.....	41
2.2.1	Struktur des Wohlbefindens	41
2.2.1.1	Affektives Wohlbefinden	43
2.2.1.2	Kognitives Wohlbefinden	45
2.2.2	Wohlbefindensparadoxon – zwischen objektiven Bedingungen und subjektiven Bewertungen.....	50
2.3	Ressourcen des Alters.....	53
2.3.1	Definitorische Abgrenzung des Ressourcenbegriffs	54
2.3.2	Individuelle Ressourcen und ihre Bedeutung für das Wohlbefinden im Alter	59
2.3.2.1	Soziodemographische Eigenschaften	61
2.3.2.2	Intellektuelle Leistungsfähigkeit	64
2.3.2.3	Gesundheit.....	66
2.3.2.4	Selbstständigkeit.....	67
2.3.2.5	Soziales Netzwerk	69
2.3.2.6	Psychologische Ressourcen.....	71
2.3.3	Infrastrukturelle Ressourcen und ihre Bedeutung für das Wohlbefinden im Alter.....	81
2.3.3.1	Stadtinfrastruktur	84
2.3.3.2	Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten	90
2.3.3.3	Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote.....	93
2.4	Integration der theoretischen Perspektiven: Adaptationsprozesse im hohen Alter angesichts von Verletzlichkeit und Endlichkeit	97
3.	FRAGESTELLUNG	106
3.1	Herleitung der Fragestellung	106
3.2	Argumente für einen Ländervergleich.....	109

3.3 Aufgaben der Untersuchung und spezifische Fragestellungen	112
3.3.1 Fragestellungen zum Ausmaß des Wohlbefindens sowie zum Ressourcenhaushalt im hohen Alter	113
3.3.2 Fragestellungen zur Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen für das Wohlbefinden im hohen Alter.....	114
3.3.3 Fragestellungen zum Zusammenwirken von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen auf das Wohlbefinden im hohen Alter.....	115
4. METHODE	118
4.1 Design der empirischen Untersuchung.....	118
4.2 Vorstellung der untersuchten Regionen und Auswahl der Stadtteile.....	119
4.2.1 Deutschland: Mannheim	119
4.2.1.1 Bestandsaufnahme der Infrastruktur für ältere Menschen	122
4.2.1.2 Zur Analyse ausgewählter Mannheimer Stadtbezirke.....	125
4.2.2 Polen: Danzig (Gdańsk)	127
4.2.2.1 Bestandsaufnahme der Infrastruktur für ältere Menschen	129
4.2.2.2 Zur Analyse ausgewählter Danziger Stadtteile	133
4.3 Aspekte der ländervergleichenden Forschung.....	136
4.4 Rekrutierung und Studienverlauf	138
4.4.1 Gewinnung der Stichprobe in Mannheim	142
4.4.2 Gewinnung der Stichprobe in Danzig	145
4.4.3 Gründe für die Nichtteilnahme.....	147
4.5 Stichprobenbeschreibung	149
4.6 Operationalisierung der Konstrukte und Messinstrumente	153
4.6.1 Messung des Konstrukts – Wohlbefinden.....	156
4.6.2 Messung der individuellen Ressourcen.....	158
4.6.3 Messung der infrastrukturellen Ressourcen	164
4.7 Statistische Prozeduren.....	167
4.7.1 Vorbereitung der Daten	167
4.7.2 Differenzen und Gemeinsamkeiten im Ressourcenstatus	168
4.7.3 Regressionsanalysen: Zur Bedeutung der Prädiktoren und deren Zusammenwirken	169
4.7.4 Structural Equation Modeling	170

5. ERGEBNISSE.....	173
5.1 Zum Ausmaß des Wohlbefindens und zum Ressourcenhaushalt im hohen Alter.....	173
5.1.1 Wohlbefinden	173
5.1.2 Individuelle Ressourcen	176
5.1.2.1 Soziodemographische Merkmale	177
5.1.2.2 Gesundheitsbezogene Ressourcen.....	180
5.1.2.3 Soziale Ressourcen.....	183
5.1.2.4 Psychologische Ressourcen.....	185
5.1.3 Infrastrukturelle Ressourcen	188
5.1.3.1 Stadtinfrastruktur.....	190
5.1.3.2 Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten	194
5.1.3.3 Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote.....	198
5.2 Zur Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen für das Wohlbefinden im hohen Alter.....	204
5.2.1 Korrelative Beziehungen zwischen Ressourcen und Wohlbefinden.....	204
5.2.1.1 Zusammenhänge zwischen individuellen Ressourcen und Wohlbefindenfacetten	206
5.2.1.2 Zusammenhänge zwischen infrastrukturellen Ressourcen und Wohlbefindenfacetten	210
5.2.2 Regressionsanalytische Beziehungen zwischen Ressourcen und Wohlbefinden	213
5.2.2.1 Bereichsspezifische multiple Regressionsanalysen zur Vorhersage des Wohlbefindens.....	214
5.2.2.2 Bereichsübergreifende multiple Regressionsanalysen zur Vorhersage des Wohlbefindens.....	228
5.3 Zum Zusammenwirken von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen im hohen Alter.....	237
5.3.1 Regressionsmodelle zur Vorhersage des Wohlbefindens im hohen Alter	237
5.3.1.1 Vorhersage des positiven Affektes im hohen Alter	238
5.3.1.2 Vorhersage des negativen Affektes im hohen Alter.....	240
5.3.1.3 Vorhersage der Lebenszufriedenheit im hohen Alter	243
5.3.2 Strukturgleichungsmodelle des Wohlbefindens im hohen Alter.....	245
5.3.2.1 Aufstellung des Strukturgleichungsmodells.....	245
5.3.2.2 Das Zusammenwirken von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen in dem Strukturgleichungsmodell.....	249

5.3.3 Bedeutung der Interaktion zwischen individuellen und infrastrukturellen Ressourcen für das Wohlbefinden im hohen Alter	253
5.3.3.1 Bildung übergreifender Ressourcenindikatoren	253
5.3.3.2 Infrastrukturelle Ressource als Moderator der Beziehung zwischen individuellen Ressourcen und Wohlbefinden.....	255
5.3.3.3 Infrastrukturelle Ressourcen als Moderator der Beziehung zwischen individuellen Ressourcen und Wohlbefinden – länderspezifische Ergebnisprofile	263
6. DISKUSSION.....	271
6.1 Zusammenfassung und Diskussion der zentralen Ergebnisse	273
6.1.1 Zum Wohlbefindensstatus und Ressourcenhaushalt im hohen Alter.....	273
6.1.2 Zu den Beziehungen zwischen Ressourcen und Wohlbefinden im hohen Alter	286
6.1.3 Zum Zusammenspiel von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen im Hinblick auf das Wohlbefinden im hohen Alter	306
6.2 Stärken und Einschränkungen der Arbeit.....	312
6.3 Ausblick und Fazit.....	316
LITERATURVERZEICHNIS	323
ANHANG A – ZUSÄTZLICHE TABELLEN	359
ANHANG B – INSTRUMENTARIUM.....	395

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1:	Modell der psychologischen Widerstandsfähigkeit des Selbst im Alter (nach Staudinger, 1996)	21
Abbildung 2:	Person-Umwelt-Interaktion: Wesentliche Zusammenhänge (nach Mollenkopf, Oswald, et al., 2004)	30
Abbildung 3:	Umweltanforderungs-Kompetenz-Modell nach Lawton und Nahemow (1973)	32
Abbildung 4:	Individuelle Ressourcen	60
Abbildung 5:	Alters- und Kohortenunterschiede in der positiven Lebensbewertung von Personen im Alter von 65 bis 100 Jahren	77
Abbildung 6:	Infrastrukturelle Ressourcen	84
Abbildung 7:	Idealtypisches Wohnumfeld für Ältere in Großstädten der 1990er Jahre (nach Voges, 2008)	86
Abbildung 8:	Heuristisches Modell des Wohlbefindens	117
Abbildung 9:	Die 17 Mannheimer Stadtbezirke	120
Abbildung 10:	Die 30 Danziger Stadtteile	128
Abbildung 11:	Stichprobenziehung in Mannheim (350 Personen): Rückmeldung auf das Anschreiben und tatsächliche Rückmeldequote	142
Abbildung 12:	Datenerhebungsverlauf in Mannheim	143
Abbildung 13:	Entwicklung der Mannheimer Stichprobe in Abhängigkeit von der Teilnahmeebene	144
Abbildung 14:	Stichprobenziehung in Danzig (350 Personen): Rückmeldung auf das Anschreiben und tatsächliche Rückmeldequote	145
Abbildung 15:	Datenerhebungsverlauf in Danzig	146
Abbildung 16:	Entwicklung der Danziger Stichprobe in Abhängigkeit von der Teilnahmeebene	147
Abbildung 17:	Gesundheitszustand: Prozentuale Verteilung der ST mit mäßiggradigen bis schweren Organschädigungen (CIRS-Skala)	180
Abbildung 18:	Größe des sozialen Netzwerks: Unterschiede zwischen den Ländern (gewichtete Daten)	184
Abbildung 19:	Verteilung der depressiven Symptomatik	186
Abbildung 20:	Kontrollüberzeugung: Mittelwerte der IPC-Skalen für die Gesamtstichprobe und nach Ländern.....	187

Abbildung 21:	Vorhandensein der Stadtinfrastruktur nach Ländern	191
Abbildung 22:	Wichtigkeit der Stadtinfrastruktur nach Ländern und insgesamt	192
Abbildung 23:	Übereinstimmungsindex für die Stadtinfrastruktur nach Ländern	194
Abbildung 24:	Vorhandensein der Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten nach Ländern	195
Abbildung 25:	Wichtigkeit der Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten nach Ländern	196
Abbildung 26:	Übereinstimmungsindex für die Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten nach Ländern	198
Abbildung 27:	Vorhandensein der Leistungen ambulanter Altenhilfe nach Ländern	199
Abbildung 28:	Wichtigkeit der Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Dienstleistungen nach Ländern	201
Abbildung 29:	Übereinstimmungsindex für die Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote nach Ländern	203
Abbildung 30:	Strukturgleichungsmodell zur Spezifikation der Beziehung zwischen Ressourcen und Wohlbefinden	246
Abbildung 31:	Interaktion von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen bei der Vorhersage des positiven Affektes	258
Abbildung 32:	Haupteffekte von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen bei der Vorhersage des negativen Affektes	260
Abbildung 33:	Haupteffekt von individuellen Ressourcen bei der Vorhersage der Lebenszufriedenheit	262
Abbildung 34:	Varianz des Wohlbefindens zerlegt in Anteile, die durch Haupt- und Interaktionseffekte der Ressourcen sowie gemeinsame Varianz erklärt wurden	263
Abbildung 35:	Effekte von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen bei der Vorhersage des positiven Affektes getrennt nach Ländern	265
Abbildung 36:	Haupteffekt von individuellen Ressourcen bei der Vorhersage des negativen Affektes getrennt nach Ländern	267
Abbildung 37:	Effekte von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen bei der Vorhersage der Lebenszufriedenheit getrennt nach Ländern	270
Abbildung A.1:	Infrastruktur für ältere Menschen in Mannheim (ausgewählte Einrichtungen, Stand: 2001)	394

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	Indikatoren des Gelingens von Adaptationsprozessen in ausgewählten Theorien und Konzeptualisierungen	39
Tabelle 2:	Konstellationen des Wohlbefindens (nach Glatzer, 1992).....	51
Tabelle 3:	Bevölkerung in den ausgewählten Mannheimer Stadtbezirken (Stand: 31.12.2007)	127
Tabelle 4:	Bevölkerung in den ausgewählten Danziger Stadtteilen (Stand: 31.12.2007)	135
Tabelle 5:	Gründe für die Nichtteilnahme	148
Tabelle 6:	Stichprobengröße in einzelnen Stadtteilen	149
Tabelle 7:	Stichprobenbeschreibung in Abhängigkeit von der Teilnahmeebene	150
Tabelle 8:	In der Untersuchung erfasste Bereiche (abhängige und unabhängige Variablen)	154
Tabelle 9:	Schichtindizes für die beiden Länder	158
Tabelle 10:	Wohlbefinden: Deskriptive Charakteristika der gesamten Stichprobe	174
Tabelle 11:	Rangfolge der Erlebenshäufigkeit positiver und negativer Gefühle ...	175
Tabelle 12:	Wohlbefinden: Unterschiede zwischen den Ländern	175
Tabelle 13:	Individuelle Ressourcen: Deskriptive Statistiken und Unterschiede zwischen den Ländern	178
Tabelle 14:	Kognition: Unterschiede zwischen den Ländern	183
Tabelle 15:	Infrastrukturelle Ressourcen: Deskriptive Charakteristika und Unterschiede zwischen den Ländern	189
Tabelle 16:	Korrelationen zwischen individuellen Ressourcen und Wohlbefindensfacetten für die Gesamtstichprobe und nach Ländern	205
Tabelle 17:	Korrelationen zwischen infrastrukturellen Ressourcen und Wohlbefindensfacetten für die Gesamtstichprobe und nach Ländern	209
Tabelle 18:	Submodell 1: Bereichsspezifische multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage von Wohlbefinden – soziodemographische Merkmale ...	215
Tabelle 19:	Submodell 2: Bereichsspezifische multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage von Wohlbefinden – gesundheitsbezogene Ressourcen ..	217
Tabelle 20:	Submodell 3: Bereichsspezifische multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage von Wohlbefinden – soziale Ressourcen	219

Tabelle 21:	Submodell 4: Bereichsspezifische multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage von Wohlbefinden – psychologische Ressourcen	221
Tabelle 22:	Submodell 5: Bereichsspezifische multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage von Wohlbefinden – Stadtinfrastruktur	223
Tabelle 23:	Submodell 6: Bereichsspezifische multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage von Wohlbefinden – Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten	225
Tabelle 24:	Submodell 7: Bereichsspezifische multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage von Wohlbefinden – Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote	227
Tabelle 25:	Multiple Regressionsanalyse zur Bedeutung individueller Ressourcen für den positiven Affekt	229
Tabelle 26:	Multiple Regressionsanalyse zur Bedeutung infrastruktureller Ressourcen für den positiven Affekt	230
Tabelle 27:	Multiple Regressionsanalyse zur Bedeutung individueller Ressourcen für den negativen Affekt	232
Tabelle 28:	Multiple Regressionsanalyse zur Bedeutung infrastruktureller Ressourcen für den negativen Affekt	233
Tabelle 29:	Multiple Regressionsanalyse zur Bedeutung individueller Ressourcen für die Lebenszufriedenheit	234
Tabelle 30:	Multiple Regressionsanalyse zur Bedeutung infrastruktureller Ressourcen für die Lebenszufriedenheit	236
Tabelle 31:	Multiples hierarchisches Regressionsmodell zur Vorhersage des positiven Affektes	239
Tabelle 32:	Multiples hierarchisches Regressionsmodell zur Vorhersage des negativen Affektes	241
Tabelle 33:	Multiples hierarchisches Regressionsmodell zur Vorhersage der Lebenszufriedenheit	244
Tabelle 34:	Berechnung der Freiheitsgrade des SGM (Default model)	249
Tabelle 35:	Goodness-of-fit-Kennwerte des SGM für die Gesamtstichprobe und die nationalen Stichproben	250
Tabelle 36:	Strukturgleichungsmodelle: Standardisierte Vorhersagegewichte in der Gesamtstichprobe und den nationalen Stichproben	251
Tabelle 37:	Deskriptive Charakteristika der Ressourcenindikatoren	254

Tabelle 38:	Hierarchische Regressionsanalyse zur Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen sowie ihrer Interaktion für den positiven Affekt	257
Tabelle 39:	Hierarchische Regressionsanalyse zur Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen sowie ihrer Interaktion für den negativen Affekt	259
Tabelle 40:	Hierarchische Regressionsanalyse zur Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen sowie ihrer Interaktion für die Lebenszufriedenheit	261
Tabelle 41:	Hierarchische Regressionsanalyse zur Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen sowie ihrer Interaktion für den positiven Affekt – Mannheim	264
Tabelle 42:	Hierarchische Regressionsanalyse zur Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen sowie ihrer Interaktion für den positiven Affekt – Danzig	264
Tabelle 43:	Hierarchische Regressionsanalyse zur Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen sowie ihrer Interaktion für den negativen Affekt – Mannheim	266
Tabelle 44:	Hierarchische Regressionsanalyse zur Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen sowie ihrer Interaktion für den negativen Affekt – Danzig	267
Tabelle 45:	Hierarchische Regressionsanalyse zur Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen sowie ihrer Interaktion für die Lebenszufriedenheit – Mannheim	268
Tabelle 46:	Hierarchische Regressionsanalyse zur Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen sowie ihrer Interaktion für die Lebenszufriedenheit – Danzig	268
Tabelle 47:	Prädiktionskraft (R^2) einzelner Ressourcendimensionen für die drei Wohlbefindensfacetten	299
Tabelle 48:	Prädiktionskraft (R^2) individueller und infrastruktureller Ressourcen für die drei Wohlbefindensfacetten	301
Tabelle A.1:	Mannheimer Bevölkerung: 17 Stadtbezirke (Stand: 31.12.2007)	361
Tabelle A.2:	Danziger Bevölkerung: 30 Stadtteile (Stand: 31.12.2007)	362
Tabelle A.3:	Rückmeldehäufigkeiten für die einzelnen Stadtteile [TE 1]	363
Tabelle A.4:	Wohlbefindensfacetten: Deskriptive Statistiken und Unterschiede zwischen den Ländern	364
Tabelle A.5:	Rangfolge der positiven und negativen Gefühle nach Ländern	364

Tabelle A.6:	Länderunterschiede in der Häufigkeit positiver und negativer Gefühle	365
Tabelle A.7:	Länderunterschiede in der Häufigkeit der mäßiggradigen bis schweren Organschädigungen	365
Tabelle A.8:	Infrastrukturelle Ressourcen: Deskriptive Charakteristika und Unterschiede zwischen den Ländern	366
Tabelle A.9:	Zufriedenheit mit der Stadtinfrastruktur: Länderunterschiede	369
Tabelle A.10:	Zufriedenheit mit der Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten: Länderunterschiede	371
Tabelle A.11:	Zufriedenheit mit der Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote: Länderunterschiede	372
Tabelle A.12:	Korrelationen zwischen dem Wohlbefinden und den infrastrukturellen Ressourcen: Gesamt und nach Ländern	374
Tabelle A.13:	Korrelationsmatrix für individuelle Ressourcen: Gesamtstichprobe ..	376
Tabelle A.14:	Korrelationsmatrix für infrastrukturelle Ressourcen: Gesamtstichprobe	379
Tabelle A.15:	Ergebnisse der SGM für den positiven Affekt – Gesamtstichprobe ...	382
Tabelle A.16:	Ergebnisse der SGM für den positiven Affekt – Danzig	383
Tabelle A.17:	Ergebnisse der SGM für den positiven Affekt – Mannheim	384
Tabelle A.18:	Ergebnisse der SGM für den negativen Affekt – Gesamtstichprobe ..	385
Tabelle A.19:	Ergebnisse der SGM für den negativen Affekt – Danzig	386
Tabelle A.20:	Ergebnisse der SGM für die Lebenszufriedenheit – Gesamtstichprobe	387
Tabelle A.21:	Ergebnisse der SGM für die Lebenszufriedenheit – Mannheim	388
Tabelle A.22:	Ergebnisse der SGM für die Lebenszufriedenheit – Danzig	389
Tabelle A.23:	Multiple Regressionsanalysen zur Bedeutung der Dreifachinteraktion zwischen individuellen Ressourcen, infrastrukturellen Ressourcen und Alter für den negativen Affekt: Modellzusammenfassung ...	391
Tabelle A.24:	Multiple Regressionsanalysen zur Bedeutung der Dreifachinteraktion zwischen individuellen Ressourcen, infrastrukturellen Ressourcen und Alter für den negativen Affekt: Koeffizienten	392
Tabelle A.25:	Deskriptive Charakteristika der Ressourcenindikatoren – Mannheim	393
Tabelle A.26:	Deskriptive Charakteristika der Ressourcenindikatoren – Danzig	393

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
BASE	Berliner Altersstudie
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BOLSA	Bonner Gerontologische Längsschnittstudie des Alterns
CIRS	Cumulative Illness Rating Scale
GDS	Global Deterioration Scale
IADL	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens
LZ	Lebenszufriedenheit
MMSE	Mini Mental Status Examination
NA	Negativer Affekt
n.b.	nicht zu berechnen
n.s.	nicht signifikant
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
PA	Positiver Affekt
PHRS	Physical Health Rating Scale
SGM	Strukturgleichungsmodell
ST	Studienteilnehmer/-innen ¹
TE	Teilnahmeebene
Ü	Übereinstimmungsindex zwischen subjektiven Infrastrukturbedürfnissen und objektiven Infrastrukturbedingungen
V	Vorhandensein infrastruktureller Ressourcen
VOL	Valuation of Life
W	Wichtigkeit infrastruktureller Ressourcen
Z	Zufriedenheit mit infrastrukturellen Ressourcen

¹ Im Folgenden wird für Gruppenbezeichnungen im Sinne eines flüssigeren Lesens nur die männliche Form benutzt. Diese steht stellvertretend für das weibliche und männliche Geschlecht, also „Teilnehmer“ für Teilnehmerinnen und Teilnehmer, „Bürger“ für Bürgerinnen und Bürger usw.

DANKSAGUNG

Nach Beendigung meiner Dissertationsschrift möchte ich die Zeit meines Schaffens noch einmal Revue passieren lassen und an dieser Stelle die Gelegenheit wahrnehmen, denjenigen meinen Dank auszusprechen, die mich auf meinem Weg von den Anfängen bis zur Fertigstellung der Doktorarbeit begleitet und unterstützt haben. Ein ganz besonderer Dank gilt dabei zunächst Herrn Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse, der nicht nur die wissenschaftliche Betreuung meines Dissertationsprojektes übernommen und dessen Fortgang durch kritische und inspirierende Fachdiskussionen bereichert, sondern mich auch im Hinblick auf meine fachliche, berufliche und persönliche Weiterentwicklung stets gefördert hat. Insbesondere bin ich ihm für sein Vertrauen, seine konstruktiven Anmerkungen und wertvollen Vorschläge überaus dankbar. Auch bei Herrn Prof. Dr. Eric Schmitt möchte ich mich sehr herzlich für die Übernahme des Zweitgutachtens und für die stets sehr gute Zusammenarbeit bedanken.

Ein weiteres Wort des Dankes richtet sich an diejenigen Menschen, ohne deren aktive Teilnahme diese Arbeit nie hätte entstehen können. Die 207 hochaltrigen Personen aus Mannheim und Danzig haben einen wichtigen Beitrag zum Gelingen meiner Doktorarbeit nicht zuletzt durch ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie geleistet. Die mit ihnen durchgeführten Interviews sind oft zu tiefen und wertvollen Gesprächen geworden und stellten für mich persönlich eine große Bereicherung dar. Dafür, dass sie mir vertraut und erlaubt haben, einen tiefen Einblick in ihr langes Leben zu nehmen, bedanke ich mich bei ihnen ganz herzlich.

Für die Förderung meiner Arbeit im Rahmen des dreijährigen Landesgraduiertenprogramms und die damit verbundene finanzielle Unterstützung fühle ich mich gegenüber dem Ministerium für Wirtschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg sehr zu Dank verpflichtet. Darüber hinaus danke ich der Graduiertenakademie der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, die das Stipendium hervorragend begleitet und betreut hat.

Meiner Kollegin und Mentorin Frau Dr. Daniela S. Jopp möchte ich einen ganz besonderen Dank aussprechen, denn die Zusammenarbeit mit ihr war ein Meilenstein bei der Verwirklichung dieser Doktorarbeit. Sie hat mein Interesse an der Ressourcenforschung geweckt und zur Auswahl dieses Forschungsthemas entscheidend beigetragen. Sie hat die Gestaltung meines wissenschaftlichen Werdegangs stets begleitet und bereichert, indem sie mich immer ermutigt hat, mich neuen Herausforderungen zu stellen, und mir dabei stets volles Vertrauen entgegengebracht hat.

Des Weiteren möchte ich einiges Dankesworte an die Mitarbeiter des Instituts für Gerontologie der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg für ihre kontinuierliche Ermutigung und

freundschaftliche Beratung in allen wissenschaftlichen und praktischen Fragen richten. Dabei gilt ein besonderer Dank meinem Kollegen Herrn Dr. Christoph Rott dafür, dass er mich wieder ins Institut für Gerontologie geholt und während der ganzen Jahre nicht nur in sämtlichen Fragen der Statistik, sondern auch allen alltäglichen Problemen unterstützt hat. Durch ihn wurde bereits während meines Praktikums beim Deutschen Zentrum für Altersforschung meine Leidenschaft für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit grundlegenden Fragen der psychologischen Gerontologie und vor allem der Hochaltrigkeit geweckt. Frau Dr. Sonja Ehret und Frau Dr. Andrea Wetzel danke ich für die anregenden Gespräche und ihr geduldiges Zuhören. Mit ihrem Fachwissen, ihrer konstruktiven Kritik und ihren vielen Ideen haben sie immer wieder den nötigen Anstoß gegeben. Bei Christine Stolla bedanke ich mich dafür, dass sie mir die neuesten Datenauswertungsprogramme zur Verfügung gestellt und bei allen EDV-Fragen stets mit Rat und Tat zur Seite gestanden hat.

Frau Kathrin Bolz, Frau Dr. Judith Leinweber, Herrn Timo Jacobs und vor allem Frau Dr. Sandra Eifflaender-Gorfer und Frau Dipl.-Gerontologin Franziska Hauptmann bin ich für ihr hilfreiches Korrekturlesen und das Feedback zu einzelnen Teilen dieser Arbeit äußerst dankbar.

Durch die Bemühungen und Unterstützung der Mitarbeiter des Referats für Bevölkerungsevidenz der Stadt Danzig sowie des Planungsbüros des Fachbereiches Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren der Stadt Mannheim konnte ich dieses internationale Forschungsprojekt erfolgreich zum Abschluss bringen, wofür ich mich an dieser Stelle ebenfalls ganz herzlich bedanken möchte. Frau Ewa Orzelska und Frau Agnieszka Wróbel danke ich für die umfangreiche praktische Hilfe bei der Organisation der Datenerhebung in Danzig.

Mein abschließender und besonderer Dank gilt meiner Familie und meinen Freunden, die alle auf ihre Weise zum Gelingen dieser Abhandlung beigetragen haben. Meinen Eltern und meinen Brüdern danke ich von ganzem Herzen für ihren seelischen Beistand sowie ihre Unterstützung meiner persönlichen und beruflichen Entwicklung. Auch möchte ich mich sehr herzlich bei meinen Freundinnen Kathrin Bolz, Ivanda Enkure, Marzena Gorska und Franziska Hauptmann bedanken, die mich im Alltag nicht nur tatkräftig unterstützt, sondern mich stets aufgebaut und für die erforderliche Abwechslung gesorgt haben. Ein letztes Wort des Dankes geht an meinen Lebensgefährten Gustavo de Souza, der mir entlang der gesamten Wegstrecke bis hin zur Fertigstellung dieser Arbeit immer eine besondere Stütze gewesen ist. Er hat mich bestärkt, wenn ich an mir gezweifelt habe, mich mit seinem Optimismus angesteckt und mir die ganze Zeit den Rücken freigehalten. Dafür danke ich ihm von ganzem Herzen.

ZUSAMMENFASSUNG

Adaptationsleistungen des Menschen an neue Entwicklungsanforderungen sind über die gesamte Lebensspanne notwendig. Vor allem in der Lebensphase des *vierten Alters*, das im Vergleich zu jüngeren Lebensjahren durch sich anhäufende Verluste in zentralen Lebensbereichen charakterisiert ist (vgl. P. Baltes, 1999; P. Baltes & Smith, 2003; Kruse & Schmitt, 2004; Staudinger & Greve, 2001), gewinnen Adaptationsprozesse besondere Bedeutung. Bisherige Forschungsergebnisse liefern zahlreiche Beweise dafür, dass eine erfolgreiche Adaptation trotz altersassoziierter und altersbegleitender Verluste nicht nur den älteren, sondern auch hochaltrigen Menschen überwiegend gelingt (z.B. P. Baltes & Smith, 2003; Greve & Staudinger, 2006; Staudinger et al., 1996). Der Ausdruck einer gelungenen Adaptation stellt das *subjektive Wohlbefinden* dar (vgl. Butt & Beiser, 1987; Havighurst, Neugarten, & Tobin, 1968), welches bis ins hohe Alter ein beachtliches Niveau und eine hohe Stabilität aufweist (z.B. Diener & Suh, 1998; Steverink & Lindenberg, 2006; Übersicht in Jopp, Rott, & Wozniak, 2010).

Trotz großer Bemühungen im Bereich der gerontologischen Forschung, den Mechanismus der Adaptation im Alter zu erläutern, ist es bisher nicht gelungen, einen übergreifenden und über einzelne Erklärungen hinausgehenden empirischen Nachweis zu liefern. Auf der Suche nach Prädiktoren, Determinanten oder Korrelaten der psychischen Widerstandsfähigkeit im Alter (z.B. Heuft, Kruse, & Radebold, 2006; Rutter, 1990; Schmitt, 2004; Smith & P. Baltes, 1999; Staudinger & Greve, 2001) wird in der Wohlbefindensforschung primär eine Ressourcenperspektive eingenommen, doch erzielen im Wesentlichen *individuelle Ressourcen* ein größeres Interesse (vgl. Perrig-Chiello, 1997; Kruse & Wahl, 2008; Smith et al., 1996). Die mit *infrastrukturellen Ressourcen* verbundene ökopsychologische Perspektive gewinnt erst seit der neusten Zeit immer mehr an Bedeutung (vgl. Mollenkopf, Oswald, et al., 2004; Wahl & Oswald, 2010). Dabei hat es sich in der gerontoökologischen Forschung bewährt, außer dem Wohnbereich (z.B. Oswald, 1996; Oswald et al. 2003) zugleich auch das infrastrukturelle Umfeld als Ressource des Alters zu betrachten (z.B. Scheewe, 1996; Wahl, Mollenkopf, & Oswald, 1999).

Diesen Überlegungen folgend, war das Ziel der vorliegenden Studie, die Bedingungen eines gelungenen bzw. misslungenen Prozesses der Adaptation an Anforderungen und Belastungen des hohen Alters zu untersuchen und dabei Einflussfaktoren in Betracht zu ziehen, die innerhalb der Person-Umwelt-Beziehung liegen. Während die bisherige Forschung entweder individuelle oder infrastrukturelle Aspekte getrennt fokussierte, wurde hier ein

Untersuchungsmodell erprobt, dass das Zusammenwirken von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen auf den im hohen Alter erforderlichen psychischen Adaptationsprozess überprüfte. Dabei wurde in Anlehnung an *interaktionistische Theorien der Adaptation* (vgl. Carp & Carp, 1984; Kahana, 1982; Lawton, 1999; Oswald, 1996) davon ausgegangen, dass eine altersfreundliche Gestaltung von infrastrukturellen Umweltbedingungen dabei helfen kann, funktionale Einbußen des hohen Alters in Teilen zu kompensieren (vgl. Kruse, 2007b; Wahl, Oswald, & Zimprich, 1999) sowie die soziale Teilhabe trotz funktionaler Einbußen aufrechtzuerhalten (vgl. Kruse, Müller, & Schmitt, 2006).

Empirisch wurde die Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen für das Wohlbefinden anhand von Daten aus zwei Ländern analysiert. Da die Bundesrepublik Deutschland und die Republik Polen ihren älteren Bürgern und Bürgerinnen unterschiedliche infrastrukturelle Gegebenheiten bieten (z.B. OECD, 2009a, 2009b), wurde in diesem Ländervergleich eine besondere Möglichkeit gesehen, den potenziellen Beitrag der Infrastruktur für das subjektive Wohlbefinden nachweisen zu können. In Deutschland wurde die Untersuchung in Mannheim und in Polen in Danzig durchgeführt. Basierend auf einer Zufallsziehung aus dem Anmelderegister der Einwohnermeldeämter wurden in den beiden Städten fünf stark voneinander abweichende Stadtteile ausgesucht und ihre hochaltrigen Bewohner im Alter von 85 Jahren und älter zur Teilnahme aufgerufen. An der Untersuchung nahmen 207 Personen teil (30% der Ausgangsstichprobe): 105 in Mannheim und 102 in Danzig. In die Studie wurden nur diejenigen Hochaltrigen aufgenommen, die kognitiv intakt waren und nicht in einer Einrichtung der Altenhilfe lebten. Das Durchschnittsalter der Studienteilnehmer betrug 88 Jahre, 69% von ihnen waren Frauen, 30% waren verheiratet, über 60% verwitwet und über 60% lebten alleine. Ausführliche strukturierte Interviews fanden bei den sehr alten Personen zu Hause statt.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden Prädiktoren des Wohlbefindens untersucht und hierbei der Schwerpunkt auf individuelle und gesellschaftlich gegebene infrastrukturelle Einflussfaktoren gelegt. Im Mittelpunkt des Interesses standen ihre Auswirkungen sowohl auf die kognitive (LZ: *Lebenszufriedenheit*) als auch die emotionale Facette des Wohlbefindens (PA: *positiver* und NA: *negativer Affekt*) (vgl. Diener, 1984). Ausgehend von adaptions- und ressourcentheoretischen Überlegungen (vgl. Baltes, Lindenberger, & Staudinger, 2006; Hobfoll, 1989; Jopp & Smith, 2006; Lawton, 1989) wurden als Indikatoren individueller Ressourcen (1) *soziodemographische* (Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildungsstand, finanzielle Lage), (2) *gesundheitliche* (Gesundheitszustand, Selbstständigkeit, kognitive Leistungsfähigkeit), (3) *soziale* (soziales Netzwerk, soziale Unterstützung) sowie

(4) *psychologische Ressourcen* (Extraversion, Neurotizismus, Depressivität, positive Lebensbewertung, Kontrollüberzeugung, Kohärenzgefühl) ausgewählt. Die Aufteilung und Erfassung der Infrastruktur erfolgte dagegen auf der Grundlage der Funktion, die diese für den älteren Menschen im Alltag erfüllt (vgl. BMFSFJ, 2000; Kruse, 2002b). Demzufolge wurden (1) *Stadtinfrastruktur*, welche die Selbstständigkeit fördert, (2) *Infrastruktur im Bereich der Kultur-, Freizeit- und Bildungsangebote*, welche soziale Teilhabe ermöglicht, sowie (3) *Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote*, welche auch im Falle einer Erkrankung ein selbstbestimmtes und selbstverantwortliches Leben unterstützt, erfasst. Hierbei ging die Studie auf drei Aspekte der Infrastruktur ein: (1) die objektiv vorhandenen Bedingungen, (2) die subjektiv wahrgenommene Zufriedenheit mit dem Wohnumfeld sowie (3) die Übereinstimmung zwischen individuellen infrastrukturellen Bedürfnissen und Möglichkeiten ihrer Befriedigung (Person-Umwelt-Passung: vgl. Kahana, 1982; Carp & Carp, 1982). Das Manual bestand aus anerkannten und etablierten Instrumenten. Lebenszufriedenheit wurde mit der SWLS-Skala (Diener et al., 1985) und emotionales Wohlbefinden mit der PANAS-Skala (Watson, Clark, & Tellegen, 1988) erfasst.

Hinsichtlich Adaptationsleistungen des hohen Alters konnten mit der vorliegenden Studie die Erkenntnisse bisheriger Forschung bestätigt werden: Die Studienteilnehmer zeichneten sich durch ein hohes Maß an Lebenszufriedenheit aus. Darüber hinaus fühlten sich die befragten hochaltrigen Menschen im Allgemeinen emotional nicht schlechter als Personen in früheren Lebensabschnitten. Zudem konnte kein Zusammenhang zwischen dem PA oder der LZ und dem Alter nachgewiesen werden. Bemerkenswerterweise wies der NA eine leichte gegenläufige Beziehung zum Alter auf. Sowohl die LZ als auch der PA ergaben signifikante Länderunterschiede: Im Vergleich zu den Osteuropäern ließ sich feststellen, dass die Westeuropäer ihr Leben positiver bewerteten und gleichzeitig öfters positive Emotionen empfanden.

Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass die untersuchten Hochaltrigen über zahlreiche individuelle Ressourcen verfügten. Es stellten sich zwar große interindividuelle Unterschiede heraus, dennoch wurden in keinem Bereich mangelnde Ressourcen identifiziert. Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Städten erwiesen sich nur hinsichtlich einiger weniger individueller Ressourcen: Während in Bezug auf objektive Maße der finanziellen Situation und Gesundheit keine bedeutenden Länderdifferenzen festgestellt wurden, waren die polnischen ST mit diesen beiden Ressourcen subjektiv unzufriedener.

Zahlreiche Länderunterschiede zeigten sich im Rahmen der Auswertung der infrastrukturellen Gegebenheiten. Diese wurden sowohl in Bezug auf die Stadtinfrastruktur, die Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten als auch die Infrastruktur medizi-

nischer und pflegerischer Angebote jeweils zugunsten der deutschen Stichprobe ermittelt: Den Mannheimern standen mehr infrastruktureller Gegebenheiten zur Verfügung, sie waren mit diesen zufriedener und konnten darüber hinaus mehr infrastrukturelle Ressourcen auffinden, die für sie tatsächlich wichtig waren (eine bessere Person-Umwelt-Passung). Hinsichtlich der Wichtigkeit infrastruktureller Ressourcen wurden allerdings keine nationalen Unterschiede festgestellt, was darauf hindeutet, dass die Infrastruktur im hohen Alter einen eher universellen Charakter aufweisen könnte.

Die Beziehungen zwischen den Ressourcen, der Infrastruktur und dem Wohlbefinden wurden in der vorliegenden Arbeit unter Einbeziehung verschiedener empirischer Herangehensweisen überprüft. Dennoch wiesen alle Analysen darauf hin, dass individuelle Ressourcen eine entscheidende Rolle bei Adaptationsprozessen im hohen Alter spielen. Abhängig von der Wohlbefindensfacette betrug R^2 für individuelle Ressourcen in bereichsübergreifenden Regressionsanalysen zwischen 0,50 und 0,67 und für infrastrukturelle Ressourcen lediglich zwischen 0,15 und 0,30. Dabei waren psychologische Stärken von primärer Bedeutung für das Wohlbefinden. Auch in bereichsspezifischen Regressionsanalysen erwiesen sich psychologische Stärken als die besten Prädiktoren, welche eigenständig bis zu 56% der Varianz vom Wohlbefinden erklären konnten. Gesundheitsbezogenen sowie sozialen Ressourcen wurde eine sekundäre, dennoch ebenfalls sehr wichtige Rolle zugeschrieben (entsprechend bis zu 38% und bis zu 31% der erklärten Varianz). Zwar konnten soziodemographische Merkmale im Vergleich zu den anderen Ressourcendomänen den geringsten Varianzanteil erklären, trotzdem ergaben sie sich als viel bessere Prädiktoren des Wohlbefindens als die infrastrukturellen Ressourcen. Diese trugen nur geringfügig zum Wohlbefinden bei (von 0% bis 25% der erklärten Varianz).

Gleichwohl sprechen die Ergebnisse dieser Studie aber dafür, dass günstige – Selbstständigkeit und Teilhabe fördernde – infrastrukturelle Rahmenbedingungen sich nicht direkt positiv auf die Adaptationsprozesse auswirken müssen, und ungünstige – Selbstständigkeit und Teilhabe einschränkende – hingegen negativ. Hierzu wurde die subjektive Ressourcensichtweise in Betracht gezogen und diese erwies sich als entscheidend für das Wohlbefinden (vgl. Thomae, 1983): Die Zufriedenheit mit infrastrukturellen Gegebenheiten sowie die Person-Umwelt-Passung zeigten die stärksten Beziehungen zum Wohlbefinden. Dagegen erschien das Vorhandensein von infrastrukturellen Ressourcen fast gar keine Bedeutung für das Wohlbefinden zu haben. Des Weiteren übte die subjektive Wahrnehmung von individuellen Ressourcen einen wichtigen Einfluss auf das Wohlbefinden aus: Der Zusammenhang des Wohlbefindens mit der subjektiven Einschätzung der Gesundheit sowie der finanziellen Lage

fiel stärker aus als der Zusammenhang mit den objektiven Maßen für diese Ressourcen (vgl. Smith et al., 1996).

Die Endmodelle zur Vorhersage des Wohlbefindens mit schrittweiser Einbeziehung von Prädiktoren (Schritt 1: individuelle Ressourcen / Schritt 2: infrastrukturelle Ressourcen) zeigten, dass infrastrukturelle Ressourcen nur in Mannheim und lediglich in Modellen zu emotionalem Wohlbefinden einen zusätzlichen Beitrag zur Varianzaufklärung leisten. Der Gewinn an vorhergesagter Varianz betrug bei dem PA 10% und bei dem NA 8%. Dabei stellten nicht das einfache Vorhandensein der Infrastruktur, sondern die Person-Umwelt-Passung hinsichtlich der Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote bei dem PA und die Zufriedenheit mit Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten bei dem NA die besten Prädiktoren dar. In Danzig brachten infrastrukturelle Ressourcen gar keine zusätzliche über individuelle Ressourcen hinausgehende Varianzaufklärung mit sich.

Mit Schätzung von Strukturgleichungsmodellen (SGM) konnten die Ergebnisse der Regressionsanalysen untermauert werden. Die infrastrukturellen Ressourcen offenbarten sich lediglich in Mannheim als ein signifikanter Prädiktor des Wohlbefindens. Die starke positive Beziehung der individuellen Ressourcen zu dem PA und der LZ sowie ihre negative Beziehung zu dem NA fielen in SGM noch stärker aus als in den Regressionsanalysen. Bis auf das Modell des NA in Mannheim befanden sich die Fit-Indizes der geschätzten Modelle im Bereich von akzeptabel bis gut und sprachen somit für eine tendenzielle bis angemessene Reproduktion der empirisch beobachteten Daten.

Zwar zeigten die besseren infrastrukturellen Bedingungen in Mannheim auch stärkere Beziehungen zum Wohlbefinden, als das für Danzig der Fall war, dennoch deutete das Testen von Interaktionseffekten zwischen den beiden Ressourcenquellen darauf hin, dass auch andere Mechanismen hierzu eine wichtige Rolle spielen könnten: Die infrastrukturellen Ressourcen erwiesen sich als Moderator der Beziehung zwischen den individuellen Ressourcen und dem PA sowie der LZ. Allerdings betraf dieser Effekt nur die polnische Stichprobe und seine Prädiktionskraft war nicht beachtlich (bis zu 6%). Für Mannheim wurden dagegen keine signifikanten Interaktionseffekte festgestellt. Bemerkenswerterweise fiel die funktionale Bedeutung des Interaktionseffektes für die beiden Facetten des Wohlbefindens unterschiedlich aus: Wider Erwarten kam der infrastrukturellen Ressourcen in Bezug auf den PA keine protektive Rolle bei einem geringeren Status von individuellen Ressourcen zu. Ganz im Gegenteil: Von guten infrastrukturellen Gegebenheiten profitierten am meisten diejenigen hochaltrigen Danziger, die über viele individuelle Ressourcen verfügten. Bei sehr alten Personen mit wenigen individuellen Ressourcen lief der Effekt der Infrastruktur ins Leere. In

Anlehnung an einige bisherige Studien wurde argumentiert, dass diese ressourcenarmen Personen die Infrastruktur deswegen nicht zu ihrem Vorteil nutzen konnten, weil sie nicht über entsprechende Strategien verfügten (vgl. Hobfoll, 1989; Jopp, 2003; Jopp & Smith, 2006) oder die Infrastruktur als eine Ressource sogar subjektiv nicht wahrnahmen (vgl. Jopp & Leipold, 2004; Thomae, 1983). Der protektive Einfluss der Infrastruktur bei einem geringen individuellen Ressourcenstatus konnte dennoch hinsichtlich der LZ nachgewiesen werden (vgl. Lawton & Nahemow, 1973). Hochaltrige Danziger, die über wenig individuelle Ressourcen verfügten, profitierten von guten infrastrukturellen Ressourcen in Bezug auf die LZ viel stärker als hochaltrige ressourcenarme Bürger, denen keine gute Infrastruktur zur Verfügung stand.

In diesem Zusammenhang wurde auf ein unausgeschöpftes Präventionspotenzial hingewiesen, welches nicht nur darin besteht, die kommunalen Maßnahmen zur Verbesserung infrastruktureller Rahmenbedingungen für die sehr alten Bürger und Bürgerinnen zu ergreifen. Vor allem sollten die Aufgaben der Kommune darin liegen, über die Ressourcen hochalt-riger Menschen Kenntnis zu haben, um mit infrastruktureller Umweltgestaltung und infrastrukturellen Angeboten auf die konkreten Bedürfnisse eingehen zu können. Darüber hinaus deuten die Ergebnisse darauf hin, dass es sehr alten Menschen oft an Strategien fehlt, die vorhandene Infrastruktur zum eigenen Vorteil zu nutzen. Demzufolge sollte die kommunale Altenarbeit eine eher proaktive und offene Form aufweisen und somit denjenigen Hochaltrigen einen Zugang zu Entwicklungsmöglichkeiten verschaffen, die von guten infrastrukturellen Bedingungen am meisten profitieren könnten. Allerdings dürften das subjektive Wohlbefinden sowie die Zufriedenheit mit infrastrukturellen Gegebenheiten als Qualitätskriterien der kommunalen Altenarbeit kritisch angesehen werden.

Schließlich unterstreichen die vorliegenden Ergebnisse die Notwendigkeit eines multi-kriterialen Vorgehens bei der Analyse des Wohlbefindens im hohen Alter (M. Baltes & Carstensen, 1996). Die LZ als Evaluation der Lebenssituation und die Affekte als ein Abbild der emotionalen Momentaufnahme zeigten unterschiedliche Prädiktorenmuster und -stärken, so dass in Bezug auf die einzelnen Wohlbefindensfacetten verschiedene präventive Maßnahmen eingeleitet werden können. Dennoch verweisen sowohl die individuellen als auch die infrastrukturellen Ressourcenquellen ein Präventionspotenzial auf. Somit wird einerseits die *Mitverantwortung* der Kommune und der Stadt für die Adaptationsprozesse im hohen Alter hervorgehoben (vgl. Kruse, 2006a; Schulz-Nieswandt, 2004) und andererseits die *Selbstverantwortung* des Menschen für ein autonomes und persönlich zufriedenstellendes Leben mit eingeschlossen (vgl. Kruse, 2005a; von Nell-Breuning, 1950).

1. EINLEITUNG

1.1 Individuelle und infrastrukturelle Ressourcen

Die zunehmende Verletzlichkeit des Menschen im hohen (*vierten*) Lebensalter wirft nicht nur die Frage nach der psychischen Adaptationsfähigkeit sowie den Möglichkeiten und Grenzen der psychischen Plastizität (*Resilienz*) auf (vgl. Heuft, Kruse, & Radebold, 2006; Rutter, 1990; Schmitt, 2004; Smith & P. Baltes, 1999; Staudinger & Greve, 2001), sondern auch die Frage nach der Gestaltung von sozialräumlichen und infrastrukturellen Umweltbedingungen, die dabei helfen, funktionale Einbußen in Teilen zu kompensieren (vgl. Oswald, Marx, & Wahl, 2006; Wahl, Oswald, & Zimprich, 1999) sowie die soziale Teilhabe trotz funktionaler Einbußen aufrechtzuerhalten (vgl. Kruse, Müller, & Schmitt, 2006). Dem Verständnis der ökologischen Gerontologie zufolge lässt sich die erhöhte Verletzlichkeit im sehr hohen Lebensalter als Prototyp wachsender Angewiesenheit des Menschen auf Umweltbedingungen interpretieren, die die Adaptationsprozesse und somit die Selbstständigkeit und soziale Teilhabe ermöglichen bzw. erschweren können (*environmental press*; Lawton & Simon, 1968; vgl. auch BMFSFJ, 2000; Mollenkopf, Oswald, Wahl, & Zimber, 2004). Dem Verständnis der Sozialethik in der Gerontologie zufolge rückt die erhöhte Verletzlichkeit des Menschen in besonderer Weise die *Mitverantwortung* von Kommune und Staat für das *gelingende Leben* in das Zentrum (z.B. Bäcker, Bispinck, Hoffmann & Naegele, 2006; Kruse, 2006a, 2006b; Schulz-Nieswandt, 2003, 2004), da sich nun in erhöhtem Maße die Frage nach dem *Vorleistungsprinzip*, das heißt nach den Angeboten der Kommune und des Staates zur Unterstützung des Individuums und seines natürlichen sozialen Netzwerks, stellt (*Subsidiarität*; siehe von Nell-Breuning, 1950; Kruse, 2005a; Naegele, 2004; Birkenstock & Rentsch, 2005; Walker, 2002). Die ökologisch-gerontologische wie auch die sozialetische Perspektive klammern dabei die *Selbstverantwortung* des Menschen für ein autonomes und persönlich zufriedenstellendes Leben nicht aus: Während in der ökologischen Gerontologie ausdrücklich die Gestaltung der Umwelt durch das Individuum hervorgehoben wird (*Proaktivität*; siehe Lawton, 1999; Mollenkopf, Oswald et al., 2004; Wahl & Heyl, 2004), wird in der Sozialethik die Selbstverantwortung als eine Kategorie des gelingenden Lebens unterstrichen (*Autonomie*; siehe z.B. Kruse, 2006a; Rentsch, 1995). Dennoch betonen die beiden Forschungsperspektiven die Interdependenz von Selbstverantwortung des Individuums einerseits und Mitverantwortung der Umwelt oder genauer gesagt der Kommune und des Staates andererseits speziell in denjenigen Lebenslagen, die von erhöhter Verletzlichkeit sowie von ungünstigen *Ressourcen-Beeinträchtigungs-Konstellationen* (Staudinger & Greve, 2001) bestimmt sind.

In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass die Identifizierung von Bedingungen eines gelingenden Alters von großer Bedeutung ist, um präventive Maßnahmen einleiten zu können (Kruse, 2002b). Es wurde in der Gerontologie mehrfach die Forderung erhoben, den Beitrag der infrastrukturellen Umwelt zur Bewältigung funktionaler Einbußen im sehr hohen Alter zu analysieren und die individuellen Anpassungsprozesse in diese Analyse einzubeziehen (P. Baltes, 1999; P. Baltes, Lindenberger, & Staudinger, 2006; Lehr, 2007). Die vorliegende Arbeit ist als ein Versuch zu verstehen, einen Beitrag zur Umsetzung dieser Forderung zu leisten.

Dabei nimmt sie einen Ländervergleich (Deutschland und Polen) zum Ausgangspunkt ihrer Analyse. Warum wird dieser Ländervergleich als eine Möglichkeit angesehen, den Beitrag der infrastrukturellen Umwelt zur Bewältigung funktionaler Einbußen im sehr hohen Alter abzubilden? Wie zum Beispiel Daten der OECD zu infrastrukturellen Rahmenbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland und in Polen zeigen (siehe OECD, 2009a, 2009b), unterscheiden sich diese beiden Länder bedeutend in der Qualität infrastruktureller (vor allem sozialer oder medizinisch-pflegerischer) Dienstleistungen wie auch in den soziokulturellen Angeboten in Städten und Gemeinden. Zugleich machen die Daten der OECD deutlich, dass sich in den vergangenen dreizehn Jahren (1995 bis 2008) in Polen eine Veränderung der infrastrukturellen Rahmenbedingungen – auch für ältere Menschen – vollzogen hat, sodass zwar in diesem Land noch lange nicht die Qualität der in der Bundesrepublik Deutschland bestehenden infrastrukturellen Rahmenbedingungen gegeben ist, dass aber zumindest für die städtischen Regionen in Polen eine Annäherung an die in Deutschland vorzufindenden Rahmenbedingungen konstatiert werden kann.

Es ist aus der Perspektive gerontologischer Forschung als eine theoretisch wie praktisch wichtige Aufgabe, zwei Großstädte – eine in der Bundesrepublik Deutschland, eine in Polen – im Hinblick auf deren infrastrukturelle Rahmenbedingungen für hoch betagte Menschen systematisch zu vergleichen und vor diesem Hintergrund eine Antwort auf die Frage zu geben, inwieweit die infrastrukturellen Rahmenbedingungen die Anpassung an eingetretene funktionale Einbußen sowie die Aufrechterhaltung von Selbstständigkeit und Selbstverantwortung im sehr hohen Alter fördern oder aber erschweren. Würde eine derartige Analyse nur in der Bundesrepublik Deutschland vorgenommen, so ergäbe sich das Problem, dass Regionen miteinander verglichen werden, die sich zumindest in der grundlegenden Ausstattung mit Dienstleistungen nicht fundamental unterscheiden (vgl. Motel, Künemund, & Bode, 2005; Westerhof, 2001).

1.2 Adaptationsleistungen im Kontext individueller und infrastruktureller Ressourcen

Von Menschen in jedem Alter werden aufgrund stets neuer Entwicklungsanforderungen bestimmte Adaptationsleistungen verlangt. Dennoch ergibt sich in besonderer Weise die Notwendigkeit von Anpassungsprozessen in der Lebensphase des *vierten Alters* (M. Baltes, 1996). Wird dieser Lebensabschnitt mit jüngeren Lebensjahren verglichen, zeigen sich hierzu beachtliche Unterschiede zu Ungunsten von Hochaltrigkeit (z.B. P. Baltes, 1999; P. Baltes et al., 2006; Kruse, Gaber, Heuft, Oster, Re & Schulz-Nieswandt, 2002; Kruse & Schmitt, 2004). Gleichwohl deuten aber zahlreiche Studien auf die *Resilienz* im Alter hin: Auch bei eingetretenen Einschränkungen und Verlusten gelingt es älteren Menschen im Allgemeinen Zufriedenheit, Wohlbefinden und psychische Gesundheit aufrechtzuerhalten (z.B. Smith & P. Baltes, 1996; Staudinger, 2000; Jopp & Rott, 2006; Übersicht in Jopp, Rott, & Wozniak, 2010). Das relativ stabile *subjektive Wohlbefinden* im Alter wird dabei als Ausdruck einer gelungenen Adaptation an altersgebundene Veränderungen interpretiert (vgl. Kruse, 2005a; Moen & Spencer, 2006; Watson, Clark, & Tellegen, 1988).

In den bislang durchgeführten Studien wurde der Einfluss von *individuellen Ressourcen*, insbesondere der Einkommenssituation, des Bildungsstands, der kognitiven Fähigkeiten, der körperlichen Gesundheit und des sozialen Netzwerks, auf das Wohlbefinden im hohen Alter untersucht (z.B. Aldwin, Spiro, Levenson, & Cupertino, 2001; Antonucci, Lansford, & Akiyama, 2001; Bosworth, Schaie, & Willis, 1999; Seeman, Crimmins, Huang Singer, Bucur, Gruenewald, et al., 2004). In einzelnen Studien wurden dabei Persönlichkeitseigenschaften, Kontrollüberzeugung, Lebensmanagementstrategien und Prozesse der Zielanpassung im Sinne von individuellen Ressourcen interpretiert und im Hinblick auf ihre theoretisch postulierte Bedeutung für Wohlbefinden im hohen Alter überprüft (z.B. Brandtstädter & Renner, 1990; Brandtstädter & Greve, 1994; Freund & P. Baltes, 1998; Jopp & Rott, 2006; Jopp & Smith, 2006; Perrig-Chiello, 1997; Prenda & Lachman, 2001). Zu nennen sind weiterhin Studien zu ökologischen Einflüssen des Wohlbefindens im hohen Alter (z.B. Iwarsson, Wahl, Nygren, Oswald, Sixsmith, Sixsmith, et al., 2007; Wahl & Lang, 2004; Wahl, Oswald, et al., 1999). Dagegen *fehlen* bislang Untersuchungen, deren Akzent auf der Analyse des Zusammenwirkens individueller und infrastruktureller Ressourcen auf das Wohlbefinden im hohen Alter liegt.

Wie bereits ausgeführt, wird hier unter *infrastrukturellen Ressourcen* ein System medizinisch-pflegerischer Dienstleistungen, sozialkultureller und Bildungsangebote sowie der Stadtinfrastruktur mit Mobilitätsmöglichkeiten und Versorgungseinrichtungen verstanden, das positive Einflüsse auf das subjektive Wohlbefinden ausübt (vgl. Kruse, 2002a). Dabei wird

angenommen, dass sich ein derartiges System generell positiv auswirkt, dass es aber vor allem dann besonders günstige Auswirkungen zeigt, wenn bei einem Individuum eine deutlich erhöhte Verletzlichkeit vorliegt (vgl. Lawton & Nahemow, 1973), wie dies auf das vierte Alter zutrifft (z.B. Smith & P. Baltes, 1997). Die erhöhte Vulnerabilität des hohen Alters kann vor allem auf verschiedenartige, gleichzeitig auftretende chronische Erkrankungen, funktionelle Einbußen wie auch soziale Verluste zurückgeführt werden (z.B. P. Baltes & Smith, 2003; Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996). Chronische Erkrankungen, funktionelle Einbußen und soziale Verluste legen in besonderem Maße eine ausreichend differenzierte Infrastruktur medizinisch-pflegerischer Dienste (Therapie, Pflege, Aktivierung), sozialer Dienste (soziale Integration), soziokultureller und Freizeitangebote (Teilhabe) wie auch Stadtinfrastruktur (Mobilität, Selbstständigkeit) nahe. Demzufolge wird angenommen, dass sich eine solche Infrastruktur positiv auf die Bewältigung von Krankheiten, funktionellen Einbußen und sozialen Verlusten im hohen Alter auswirkt und somit die Adaptationsprozesse des Individuums fördert. Ungünstige infrastrukturelle Rahmenbedingungen wirken sich hingegen negativ auf die Adaptationsprozesse aus, indem sie Selbstständigkeit und soziale Teilhabe einschränken (vgl. Carp & Carp, 1984; Lawton, 1999). Zugleich wird davon ausgegangen, dass sich auch das Individuum selbst um eine aktive Anpassung an die eingetretenen Situationsbedingungen bemühen muss, um sein Wohlbefinden aufrechterhalten zu können (vgl. BMFSFJ, 2000; Kruse, 2007a). Dies heißt, dass beide Einflussgrößen empirisch abgebildet werden müssen: das individuelle Bewältigungsverhalten einerseits, welches im Kontext der individuellen Ressourcen zu betrachten ist, und die infrastrukturellen Rahmenbedingungen andererseits.

In der gerontologischen Forschung zum Wohlbefinden wurde der potenzielle Einfluss von individuellen Ressourcen und infrastrukturellen Rahmenbedingungen auf psychische Adaptationsprozesse im Alter nicht systematisch untersucht, sodass hierin eine innovative Bedeutung der vorliegenden Arbeit zu sehen ist (vgl. Mollenkopf, Oswald, et al., 2004; Wahl & Oswald, 2010; Oswald, 1996). Bislang wurde im Wesentlichen konstatiert, dass auch im hohen Alter ein beträchtliches Maß an psychischer Widerstandsfähigkeit gegeben ist; diese wurde aber primär aus einer psychologischen Perspektive analysiert (z.B. Jopp & Rott, 2006; Perrig-Chiello, 1997).

In einer gezielten Zusammenführung psychologischer und infrastruktureller Prozesse bei der Erklärung von Wohlbefinden trotz deutlich erhöhter Verletzlichkeit des Individuums im hohen Alter ist die innovative Bedeutung der durchgeführten Studie zu sehen. Wie bereits ausgeführt, soll durch den Vergleich unterschiedlicher sozialökologischer Kontexte (eine

polnische und eine deutsche Stichprobe) der gegenwärtige Kenntnisstand über Bedingungen des Wohlbefindens im hohen Alter erweitert und damit auch ein Beitrag zur *Prävention im Alter* geleistet werden, die in der Gesundheitsforschung im Vergleich zu *Prävention für das Alter* nach wie vor vernachlässigt wird (Kruse, 2002b, 2007a).

Das dieser Einleitung folgende Kapitel beschreibt dabei zunächst den theoretischen Rahmen dieser Abhandlung. Es werden mehrere theoretische Ansätze sowie Ergebnisse zahlreicher Studien vorgestellt, die im angloamerikanischen und europäischen Sprachraum zu den thematischen Schwerpunkten der vorliegenden Untersuchung veröffentlicht wurden (siehe Kapitel 2). Somit besteht dieses theoretische Kapitel aus vier Themenbereichen: Der erste Teil stellt die Adaptationsprozesse im Alter dar und präsentiert die wichtigsten gerontopsychologischen und ökopyschologischen Ansätze bzw. Modelle, die Adaptationsprozess im Alter zu erklären versuchen. Der zweite Teil erläutert die theoretische Konzeptualisierung des Wohlbefindens, welches als Kriterium einer erfolgreichen Anpassung an das Altern gewählt wurde. Der dritte Teil behandelt zwei Gruppen von Ressourcen: Individuelle und infrastrukturelle Ressourcen werden definiert, aufgeteilt und in ihren Bezügen zum Wohlbefinden beschrieben. Abschließend beschäftigt sich das Kapitel mit dem Thema der Hochaltigkeit und stellt die Frage, ob das hohe Alter eher Grenzen der Adaptationsmöglichkeiten setzt oder trotz Einschränkungen und Verlusten auch im hohen Alter von Resilienz gesprochen werden kann.

Im weiteren Verlauf werden die aus den vorgestellten wissenschaftlichen Erkenntnissen abgeleiteten Fragestellungen dargestellt (siehe Kapitel 3). Die Durchführung der eigenen Studie, die Beschreibung der Stichproben, das zur Bearbeitung der Fragestellung verwendete Material sowie die angewandten Methoden werden in einem weiteren Kapitel dieser Arbeit thematisiert (siehe Kapitel 4). Abschließend werden die Befunde der internationalen Vergleichsstudie vorgestellt (siehe Kapitel 5) und vor dem Hintergrund der zusammengefassten aktuellen empirischen Forschungsergebnisse eingeordnet und diskutiert (Kapitel 6). Ein weiterer Abschnitt des letzten Kapitels befasst sich mit Stärken und Schwächen der Studie und schließt mit einem Fazit. Die Zitierweise im Text und die Gestaltung des Literaturverzeichnisses orientieren sich an dem Standard der American Psychological Association in der Version 5 (APA, 2001).

2. THEORETISCHER RAHMEN

Kapitel zwei stellt alle für diese Arbeit relevanten theoretischen Bereiche vor und gibt einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand in denjenigen Disziplinen, die im Hinblick auf die Forschungsfragen der vorliegenden Untersuchung von Bedeutung sind. So gliedert sich dieses theoretische Kapitel in vier Themen: Der erste Teil stellt die Adaptationsprozesse im Alter dar und präsentiert zentrale gerontopsychologische und ökopsychologische Ansätze beziehungsweise Modelle, die Adaptationsprozess im Alter zu erklären versuchen. Zweitens wird die theoretische Konzeptualisierung des Wohlbefindens, das als Kriterium einer erfolgreichen Anpassung an das Altern gilt, erläutert. Der dritte theoretische Abschnitt behandelt zwei Gruppen von Ressourcen. Dabei werden individuelle und infrastrukturelle Ressourcen unterschieden und ihre Bezüge zum Wohlbefinden herausgearbeitet. Abschließend beschäftigt sich dieses Kapitel mit dem Thema der Hochaltrigkeit und stellt die Frage, ob das hohe Alter eher Grenzen der Adaptationsmöglichkeiten setzt oder ob trotz Einschränkungen und Verlusten mit Resilienz gerechnet werden kann.

2.1 Adaptationsprozesse im Alter

Nachdem bis zur Mitte der 1970er Jahre ein stark defizitorientiertes Altersbild vorherrschte (Übersicht in Wahl & Heyl, 2004), besteht inzwischen in der gerontologischen Forschung weitgehend Übereinstimmung darüber, dass das Altern ein lebenslanger (*Adaptations-*)Prozess ist, der von biologischen, medizinischen, psychologischen und biographischen Voraussetzungen eines Menschen und von der ihn betreffenden räumlich-dinglichen, sozialen und kulturellen Umwelt bestimmt ist (z.B. Lehr, 2007; Kruse, 1996; Wahl & Oswald, 1998; vgl. auch Steverink, Lindenberg, & Ormel, 1998). Nach Thomae (1980) ist die Akzeptanz des Älterwerdens eine der wichtigsten Entwicklungsaufgaben in diesem Prozess (vgl. Havighurst, 1956, 1982; Erikson, 1982; Erikson, Erikson, & Kivnik, 1986). Forschungsergebnissen zufolge scheint für viele Menschen bereits das Zugeben des eigenen Alterns problematisch zu sein (Back, 1971). Die Akzeptanz des Älterwerdens zusammen mit der Akzeptanz von sozialen, gesundheitlichen sowie umweltbezogenen Veränderungen im Altern beschreibt die Adaptationsprozesse, mit denen sich Menschen während ihres Alterungsprozesses auseinandersetzen müssen. Thomae (1983, S. 41f.) definiert diese Anpassung als „[...] *Gleichgewichtszustand zwischen den Bedürfnissen und Strebungen des alternden Individuums und den*

inneren und äußeren Anforderungen der Lebenssituation im Alter“ (vgl. auch Lawton & Nahemow, 1973).

Die Frage, wie es älteren Menschen gelingen kann, die altersassoziierten und altersbegleitenden Veränderungen zu akzeptieren und trotz zahlreicher Verluste in verschiedenen Lebensbereichen ein gelingendes und zufriedenstellendes Leben zu führen, wurde durch viele theoretische Ansätze aufgegriffen. Beispielsweise wird Adaptation in diesen Theorien als Entwicklungsprozess (z.B. Erikson, 1982; Havighurst, 1982), psychosozialer Verlauf (Cumming & Henry, 1961; Havighurst, Neugarten, & Tobin, 1963), kognitive Umstrukturierung oder Bewältigungsprozess (Thomae, 1983; Brandstädter & Renner, 1990; Heckhausen & Schulz, 1993, 1995), erfolgreiches Altern (P. Baltes & M. Baltes, 1990; Ryff, 1989a, 1989b) oder Zusammenspiel zwischen Person und Umwelt interpretiert (Carp & Carp, 1984; Kahana 1982; Lawton & Nahemov, 1973). Eine umfassende, allgemein gültige Theorie der Adaptation gibt es hingegen nicht, da jede Theorie einen anderen Aspekt der Adaptation zur Geltung bringt. Allen diesen Theorien ist aber eines gemeinsam: Adaptation ist in jeder Phase des Lebens unerlässlich, da die Veränderungen im Lebenslauf nicht zu vermeiden sind (vgl. Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Adaptationen an neue Rollen, neue Aufgaben, neue Umwelten oder sogar ungewisse Alltagssituationen stellen nur einige wenige Beispiele hierzu dar. Dabei sollte aber beachtet werden, dass die adaptative Kompetenz *„nicht nur mit der Bewältigung zu tun, sondern auch damit, die Lebensorganisation zu finden, die den persönlichen Entwicklungspotenzialen und -interessen entspricht“* (Brandstädter, 2007, S. 699).

Selbst definatorisch meint Adaptation auf den ersten Blick nur „Anpassung“ (Duden, 2007, S. 110), also ein eher passives Sich-Fügen in bestimmte Lebensumstände (vgl. Erlemeier, 1998). Bei dieser Sichtweise ist aber zu kritisieren, dass sie wenig aktive und schöpferische Gestaltungsprozesse erkennt. Solche sind nämlich auch im Alter möglich und werden in vielen Theorien postuliert (vgl. Erikson 1950; Havighurst et al., 1963; siehe auch Kruse, 2007c). Dennoch wird im Falle irreversibler Veränderungen oder Verluste, die mit dem zunehmenden Alter immer öfter auftreten können, die Adaptation im Sinne einer „Anpassung“ immer wichtiger und für die weitere Entwicklung wahrscheinlich sogar günstiger (vgl. Brandstädter & Greve, 1994). Beispielsweise können hierfür solche Anpassungsstrategien an Bedeutung gewinnen wie eine positive Umdeutung der Situation oder eine Abwertung nicht mehr erreichbarer Ziele (vgl. BMFSFJ, 2002). Dabei anzunehmen, dass diese Strategien auf einem passiven Sich-der-Situation-Fügen beruhen, wäre in diesem Kontext dahingehend fehlerhaft, weil sie eine aktive psychische Auseinandersetzung der Person mit ihrer veränderten Lebenssituation implizieren. Somit darf die Funktionalität der Anpassungs- bzw. Adapta-

tionsprozesse vor allem im hohen Alter, in dem das Erleiden von irreversiblen Verlusten immer wahrscheinlicher wird, nicht täuschen. Beide Prozesse können dem alten Menschen zugutekommen und im Wohlbefinden münden. Für diese Arbeit hat es zur Folge, dass *Adaptation* und *Anpassung* als zwei gleichwertige entwicklungsfördernde Prozesse verstanden werden.

Von diesen Überlegungen ausgehend, wird das Altern im Rahmen der vorliegenden Arbeit nach Steverink und Kollegen (1998) als *ein komplexer Adaptationsprozess an altersassoziierte und altersbegleitende Veränderungen* definiert. Wie bereits ausgeführt, ist die Komplexität dieses Prozesses daran zu erkennen, dass er sowohl durch das „passive“ Sich-Fügen als auch aktive Bewältigung erfolgen kann. Obwohl in der Literatur zwischen den beiden Begriffen unterschieden wird, werden diese in dieser Abhandlung synonym verwendet. Für diese Arbeit ist nämlich das Ergebnis dieser Prozesse – eine gelungene Adaptation – ausschlaggebend (vgl. P. Baltes, Smith, & Staudinger, 1992; Brandtstädter & Renner, 1990; Featherman, Smith, & Peterson, 1990; Schumacher, Gunzelmann, & Brähler, 1996). Darüber hinaus wird im weiteren Verlauf von Adaptationsprozessen *im Alter* und *an das Alter* gesprochen, wobei darunter in beiden Fällen eine Adaptation an die altersassoziierten und altersbegleitenden biologischen, sozialen, psychologischen und umweltbezogenen Entwicklungen und Veränderungen verstanden wird (vgl. P. Baltes & M. Baltes 1992; Lehr, 2007; Kruse, 1996).

Im Folgenden werden ausgewählte theoretische Ansätze aufgeführt, die sich mit Adaptationsprozessen im Alter beschäftigen. Aus Kapazitätsgründen können die hier vorgestellten Theorien nicht das komplette Spektrum aller existierenden Konzeptualisierungen auf diesem Forschungsgebiet abbilden, dennoch seien hier die wichtigsten und die einflussreichsten gerontopsychologischen und ökopyschologischen Ansätze aufgeführt (Übersicht z.B. in Birren & Schaie, 2006; Martin & Kliegel, 2005). Darüber hinaus fokussiert die Auswahl diejenigen Theorien, in denen unterschiedliche Prozesse in das Zentrum des Forschungsinteresses gestellt werden. Diese Überlegung folgt dem Postulat, den Adaptationsprozess im Alter nicht ausschließlich als eine einseitige Leistung der älteren Person selbst anzusehen, sondern den Aspekt einer unterstützenden und fördernden Umwelt ebenfalls hervorzuheben (vgl. Erlemeier, 1998; Kruse & Wahl, 2010).

Zuerst werden Ansätze besprochen, die Adaptationsprozesse aus der Entwicklungsperspektive betrachten. Danach werden Theorien vorgestellt, die gelungene Adaptation in bestimmten psychosozialen Verläufen erkennen. Als Nächstes fokussiert das Kapitel Bewältigung und kognitive Umstrukturierung. Darauf folgen die Theorien des erfolgreichen Alterns,

die eigene Kriterien der gelungenen Adaptation im Alter vorgeben. Schließlich werden ökopyschologische Ansätze aufgeführt, die Adaptation durch eine Interaktion der Person mit ihrer Umwelt definieren. Die Theorievorstellung führt zur Frage des Kriteriums einer gelungenen Adaptation an das Alter. Diese wird am Ende des Abschnittes diskutiert.

2.1.1 Adaptation als lebenslanger Entwicklungsprozess

Wie eine gelungene Anpassung im Alter aussehen kann und was positiv dazu beiträgt gelingend zu altern, wird ausdrücklich durch lediglich zwei Theorien der Entwicklung angesprochen. Die Entwicklungspsychologie hat das Alter als eine zur Entwicklung gehörende Phase erst in den 1950er Jahren entdeckt (z.B. Thomae, 1951, 1959). Demzufolge ist das Alter nur in wenigen Entwicklungsmodellen überhaupt als ein eigenständiger Lebensabschnitt vorgesehen (vgl. Oerter & Montada, 2002). Beide hier präsentierten Verlaufsmodelle der Entwicklung gehen davon aus, dass sich dem Menschen in jedem Alter bestimmte Aufgaben bzw. Krisen stellen (*developmental tasks*, Havighurst, 1982), deren Lösung bzw. Bewältigung die Entwicklung vorantreiben und das Wohlbefinden zur Folge haben. Gleichzeitig wird die Möglichkeit eröffnet, sich späteren Entwicklungsaufgaben zu stellen. Somit ist die Lebensphase *Alter* ebenfalls mit bestimmten *developmental tasks* verbunden und hat eine Reihe von Aufgaben bzw. Krisen hinter sich, mit denen sich der Mensch bereits auseinandergesetzt hat.

2.1.1.1 Die Theorie der Entwicklungsaufgaben von Havighurst (1948)

Nach Havighurst (1948/1982) wird der Lebenslauf in neun aufeinander aufbauende Phasen gegliedert, die sich zwischen der Kindheit und dem späteren Erwachsenenalter erstrecken. In jedem dieser Lebensabschnitte steht der Mensch vor durchschnittlich sieben Entwicklungsaufgaben. Durch die Formulierung von relativ konkreten Aufgaben wird diese Theorie oft als eine Weiterentwicklung des Modells von Erikson (1950) angesehen (vgl. Martin & Kliegel, 2005). Eine Entwicklungsaufgabe definiert Havighurst folgendermaßen:

[...] eine Aufgabe, die zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einer Phase im Leben eines Individuums auftritt, deren erfolgreiche Bewältigung zu Zufriedenheit und zu Erfolg mit späteren Aufgaben führt, während Misserfolg in der Unzufriedenheit des Individuums, der Missbilligung der Gesellschaft und Schwierigkeiten mit späteren Aufgaben resultiert (Havighurst, 1982, S. 2).

Die Aufgabensequenz im Lebenslauf ergibt sich aus dem Zusammenspiel von physiologisch-biologischem Status, historisch-gesellschaftlichen Gegebenheiten und Erwartungen sowie der Persönlichkeit und den individuellen Zielen: Die Gesellschaft setzt normative Grenzen für bestimmte Aufgaben, wie beispielsweise für die Berufsausbildung oder die Familiengrün-

dung. Den gesellschaftlichen Erwartungen kommt die biologische Reife entgegen, um die Lösung der Entwicklungsaufgaben zu ermöglichen. Letztendlich entscheiden die persönlichen Motive darüber, mit welchen Aufgaben und in welcher Art und Weise sich die Person mit diesen auseinandersetzt (vgl. Havighurst, 1953, 1982). Dabei zielt die Entwicklung auf keinen Endzustand ab, sondern besteht in der erfolgreichen Auseinandersetzung mit den jeweiligen Entwicklungsaufgaben, sodass eine erfolgreiche Adaptation des Individuums an den biologischen, soziokulturellen und persönlichen Kontext selbst als eine Aufgabe interpretiert werden könnte.

In der Phase des späten Erwachsenenalters stellen sich dem Menschen nach Havighurst (1956 nach Freund, 2004) vor allem die Aufgaben der Bewältigung und der Auseinandersetzung mit Verlusten: Die Anpassung an abnehmende physische Stärke und Gesundheit, die Anpassung an Pensionierung und vermindertes Einkommen, die Anpassung an den Tod des Partners, die Anpassung an die Zugehörigkeit zu einer neuen Altersgruppe sowie die Übernahme und die Anpassung sozialer Rollen in flexibler Weise werden hierzu explizit genannt. Dass diese Aufgaben den Erwartungen der US-amerikanischen Gesellschaft an einen Mittelschichtsbürger der 1950er Jahre entsprechen, wird oft als Kritik an dieser Theorie vorgebracht (vgl. Schmitz-Scherzer, 1995). Bemerkenswerterweise verwendet Havighurst (1963) in späteren Publikationen den Begriff „Aufgabe“ nicht mehr, sondern spricht von „Hauptanliegen“ der Lebensführung (*dominant concerns of the life cycle*), welche eher einen allgemeinen Charakter besitzen. Beispielsweise wird die Sammlung der eigenen Energien für die dritte Dekade des Lebens oder der Austritt aus dem sozialen Leben für die siebte Dekade formuliert (Havighurst, 1963, S. 28). Für das Alter bleibt dabei zu beachten, dass den Rückzug aus den sozialen Rollen im Alter eine Substitution durch Engagement in anderen Rollenbereichen begleiten soll: Großvaterrolle, Freizeitaktivitäten, Intensivierung von Kontakten mit Kindern und Freunden (vgl. Havighurst, 1982, S. 108 ff.).

Einerseits kann diese Theorie sehr positiv beurteilt werden (vgl. Orter & Montada, 2002). Zum einen weil die Entwicklung nach Havighurst ein schöpferisches Potenzial aufweist, welches in der Fähigkeit des Menschen, durch eine aktive Auseinandersetzung mit Entwicklungsaufgaben sein Leben selbst gestalten zu können, zum Ausdruck kommt. Zum anderen weil hierfür in der Lebenslaufperspektive eine transaktionale Beziehung von Individuum und Umwelt hervorgehoben wird. Der positive Beitrag dieser Theorie ist darüber hinaus darin zu erkennen, dass sie die Adaptationspotenziale des Alters nicht übersieht und daraus auf die Möglichkeit eines zufriedenstellenden Lebens im Alter schließt. Andererseits ist aber nicht zu übersehen, dass sich die Havighurst'sche Betrachtungsweise teilweise am

Defizitmodell des Alterns orientiert. Obgleich dem Alter in dieser Theorie ein eigener Rahmen gegeben wird, ergeben sich die Aufgaben, die sich auf das Alter beziehen, aus einer eher durch Abbau und Verlust charakterisierten Sichtweise. Die Adaptation im Alter kann zwar durch die Akzeptanz und die Rollensubstitution sehr gut erfolgen, dennoch werden die Potenziale des Alters sowie seine Heterogenität nicht explizit genannt. Ein weiteres Problem stellt die Altersgrenze der letzten Lebensphase dar. Diese wird auf das 60. Lebensjahr gesetzt und somit wird eine weitere Differenzierung des Alters stark vernachlässigt (vgl. P. Baltes, 1990; Freund, 2004).

2.1.1.2 Die Theorie der Entwicklungskrisen von Erikson (1950)

Die wohl bekannteste theoretische Konzeptualisierung der Entwicklung über die ganze Lebensspanne, welche auf Freuds Phasentheorie aufbaut, stammt von dem Psychoanalytiker Erik H. Erikson (1950/1968). Die Theorie beschreibt die Entwicklung der Persönlichkeit (*Ich-Identität*) in acht Abschnitten. In jeder Phase stehen Menschen vor einer bestimmten psychosozialen Krise, welche sich nicht nur aus den von Freud beschriebenen psychosexuellen Faktoren, sondern auch aus dem physischen und sozialen Wachstum des Individuums innerhalb der Familie und der Sozialstruktur ergibt. Dabei unterliegen die Phasen einem epigenetischen Prinzip (Erikson, 1959/1973). Das heißt, obwohl alles, was wächst, einen Grundplan hat, aus dem Teile herauswachsen, besitzt jeder Teil seinen Zeitpunkt der speziellen Aszendenz. Erst wenn alle Teile entstanden sind, kann von einem funktionierenden Ganzen gesprochen werden (Erikson, 1973, S. 57). Demnach sind die Phasen als eine Stufenfolge zu verstehen, in der jede Stufe auf der vorherigen aufbaut und eine Voraussetzung für die nächste darstellt. Organismische Entwicklung bestimmt die optimale Zeit für das Auftreten jeder Entwicklungsstufe, wobei äußere Ereignisse die zu bewältigenden Krisen verstärken oder mildern. Wird in einer aktuellen Phase ein Konflikt gelöst, kann die Entwicklung vorangehen und spätere Konflikte können besser gelöst werden. Nicht gelöste Konflikte stören die Entwicklung, können aber noch später gelöst werden. Die Stufen sind jedoch invariant, d.h., dass ihre Reihenfolge angehalten bleibt. Sie sind auch irreversibel – können nicht rückgängig gemacht werden.

Psychosoziale Krisen bestehen aus einem systolischen und diastolischen Pol, deren Synthese als Entwicklungsaufgabe interpretiert werden kann. Die Bewältigung von Krisen beginnt in der Kindheit und verläuft bis ins hohe Erwachsenenalter (1968), wobei Erikson erst in einer späteren Publikation seine Aufführungen zum Alter ergänzte und den Lebenszyklus abschloss (*the life cycle completed*; Erikson, 1982). Darüber hinaus ist anzumerken, dass sich

die Differenzierung von acht Krisen nicht aus strengen empirischen Untersuchungen, sondern aus klinischen und kulturanthropologischen Erfahrungen des Autors herauskristallisierte. Im Lebenslauf sollten nach Erikson (1986) folgende Pole integriert werden:

- Vertrauen vs. Misstrauen
- Autonomie vs. Scham und Zweifel
- Initiative vs. Schuldgefühl
- Werksinn vs. Minderwertigkeitsgefühl
- Identität vs. Identitätsdiffusion
- Intimität vs. Selbstbezogenheit
- Generativität vs. Stagnierung
- Integrität vs. Verzweiflung

Für das mittlere Erwachsenenalter stellt Generativität, also die Fokussierung auf die nachfolgenden Generationen und die Gesellschaft das wichtigste Ziel der Entwicklung dar. Diese sei möglich, weil in vorherigen Phasen die Person ihre Identität gefunden hat, und kann sich im Laufe ihrer weiteren Entwicklung ausweiten. Die Weitergabe von Erfahrungen, das soziale Engagement und Produktivität finden hier eine besondere Berücksichtigung. *„Der reife Mensch hat das Bedürfnis, daß man seiner bedarf, und die Reife wird vom Wesen dessen gelenkt, dem man Fürsorge zuwenden muss“* (Erikson, 1968, S. 141). Kommt der Mensch über das Interesse an sich selbst nicht hinaus und bringt kein Interesse an einer Weiterentwicklung der gesellschaftlichen Verhältnisse auf, droht ihm die Stagnation der eigenen Entwicklung und die Sinnlosigkeit der eigenen Existenz. Manche Erwachsene konzentrieren sich dann auf jugendliche Formen der Verwöhnung ihrer selbst oder versuchen irgendwo anders ein ganz neues Leben anzufangen (vgl. Erikson, 1986). Im höheren Lebensalter, wenn die Kräfte nachlassen, ist der Mensch hingegen darum bemüht, die Ich-Integrität zu erreichen und nicht in Verzweiflung zu geraten. Ich-Integrität bedeutet in diesem Zusammenhang, dass der Mensch die Endlichkeit des eigenen Daseins annimmt, indem er sein ganzes Leben, mit seinen Wechsellagen und Brüchen, mit nicht erreichten Zielen und Fehlentwicklungen bejahen, Glück und Leid integrieren kann. Daraus folgen die Gefühle der Ganzheit, die grundlegende Zufriedenheit mit dem Leben sowie eine erfolgreiche Anpassung an das Alter. Somit besteht die Lösung des letzten Konfliktes nicht darin, ausschließlich den einen – positiven – Pol der Krise zu repräsentieren, da diese die Unfähigkeit impliziert, die negativen Aspekte des Lebens zu akzeptieren (vgl. Erikson, 1968). Vielmehr sollen die beiden Pole integriert werden und zur Weisheit führen. Der Zustand der Verzweiflung ist mit dem Gefühl der Sinnlosigkeit und der Enttäuschung verbunden. Dem Menschen bleibt nämlich nicht genügend Zeit ein anderes

Leben zu beginnen, um einen neuen Weg zur Integrität zu finden (vgl. Erikson, 1986). Ich-Integrität ist das Ergebnis einer zuvor gelungenen Persönlichkeitsentwicklung, d.h. einer erfolgreichen Bewältigung der vorherigen sieben psychosozialen Krisen.

Theorien wie die von Erikson und Havighurst bergen normative Elemente – und in diesem Punkt wurden diese Modelle kritisiert –, indem sie unumkehrbare und universale Stufenfolgen spezifizieren und vorgeben, welche Aufgaben wann und wie gelöst werden sollen. Durch ihre Bewältigung soll eine erfolgreiche Adaptation an das Alter erfolgen. Zwar werden Entwicklungspotenziale im Individuum implizit angenommen – diese ermöglichen nämlich die Bearbeitung und die Auseinandersetzung mit Krisen und Entwicklungsaufgaben –, trotzdem bleiben die Multidirektionalität und Multidimensionalität der Entwicklung außer Acht (z.B. P. Baltes & M. Baltes, 1992; Wahl & Heyl, 2004). Eine weitere Problematik ergibt sich zusätzlich, wenn solche Stufenmodelle ein höchstes erreichbares Entwicklungsziel formulieren, da so Entwicklung begrenzt wird: Mit der Ich-Integrität schließt der Mensch den Lebenskreis ab (*The life cycle completed*; Erikson, 1982). Besonders vor dem Hintergrund der steigenden Lebenserwartung stellt sich hier allerdings die Frage, was danach kommen soll und kann. Die Stufenmodelle liefern hierzu keine Antwort.

2.1.2 Adaptation als psychosozialer Prozess

Die Theorien, die Adaptation als psychosozialen Prozess interpretieren, haben großes Interesse in der Öffentlichkeit gewonnen und sind möglicherweise die populärsten im Kontext der gerontologischen Forschung. Allerdings mussten sie zugunsten einer differenziellen Gerontologie², welche eine große Heterogenität des Alters annimmt (Thomae, 1983; vgl. auch P. Baltes et al., 2006; Kruse & Schmitt, 2004), zurücktreten. Psychosoziale Theorien vernachlässigen nämlich die interindividuellen Unterschiede hinsichtlich des Alterungsprozesses und drängen älteren Personen bestimmte Verhaltensweisen auf, welche in allen Fällen ein glückliches Altern ermöglichen sollen.

2.1.2.1 Die Disengagement-Theorie von Cumming und Henry (1961)

Eine erste Gruppe von Verhaltensweisen, die für einen gelingenden Adaptationsprozess im Alter entscheidend seien, wurde von Cumming & Henry schon in den 1960er Jahren als

² In der differenziellen Gerontologie wird zwischen interindividueller Variabilität (die Menschen unterscheiden sich in ihrer Entwicklung voneinander) und intraindividuelle Variabilität (der Mensch hat viele „Dimensionen“, die sich in ihrer Entwicklung voneinander unterscheiden) differenziert (P. Baltes & M. Baltes, 1992). Somit werden Multidirektionalität und Multidimensionalität der Entwicklung im Alter unterstrichen (Thomae, 1979, 1983).

Folgeschluss aus der *Kansas City Study of Adult Life* vorgeschlagen. Die Theorie des Disengagements geht davon aus, dass der Rückzug aus dem sozialen Leben die Voraussetzung für eine erfolgreiche Anpassung an das Altern darstellt. Disengagement bedeutet hierfür „Sich-Lösen“ aus sozialen und gesellschaftlichen Bezügen, was sowohl vom Individuum selbst gewünscht als auch gesellschaftlich gewollt ist. Hierzu beruht die Theorie auf dem funktionalistischen Handlungsprinzip von Parson (1964), demzufolge institutionelle Normen und gesellschaftliche Erwartungen nicht nur gesellschaftliche, sondern auch Eigeninteressen der Person widerspiegeln, denn diese sind in weitgehendem Maße um soziale Institutionen organisiert (Parson, 1964, S. 151f.). Darüber hinaus wird das Altsein als eine völlig neue Entwicklungsstufe im menschlichen Leben angesehen, in der sich gesellschaftlich und persönlich veränderte Zielsetzungen ergeben. In Anbetracht der physisch-psychischen Abbauprozesse stellt ein individueller Rückzug eine für alle älteren Menschen charakteristische natürliche intrapsychische Motivation zur sozialen Distanzierung dar. Diese führt dazu, dass sich der ältere Mensch der eigenen inneren Welt zuwendet. Gleichwohl profitiert davon die Gesellschaft, indem die Alten rechtzeitig durch leistungsfähigere jüngere Individuen ersetzt werden (Cumming & Henry, 1961).

Ein solches Verständnis des Alterungsprozesses steht im Widerspruch zu allen sozial- und gesellschaftspolitischen Maßnahmen, die eine Partizipation älterer Menschen am gesellschaftlichen Leben unterstützen und fordern (siehe z.B. Kruse, 2010). Allerdings werden von den Autoren noch weitere Postulate gestellt, welche im wissenschaftlichen Theoriediskurs übersehen zu werden scheinen. Diese besagen, dass der Rückzug auch in Hinblick auf die Endlichkeit des Lebens und die Vorbereitung auf den Tod erwünscht und empfehlenswert ist und dass Disengagement nicht in allen sozialen Umwelten in ähnlichem Ausmaß erfolgen muss. Des Weiteren wird gefordert, das mit dem Altern verlorene Gleichgewicht zwischen der Person und der Umwelt durch veränderte Umfeldstrukturen wiederherzustellen, zum Beispiel bei sozialen Kontakten durch ihre stärkere Intensität. Schließlich wird von Cumming und Henry postuliert, den älteren Personen in den gesellschaftlichen Strukturen einen Platz für alternative Rollen zu verschaffen, beispielsweise in Form von Ehrenämtern, damit sie weiterhin sinngebenden und erfüllenden Aufgaben nachgehen können. Wenn solche Rollen nicht gefunden und definiert werden, kann das Disengagement nicht gelingen (vgl. Damianopoulos, 1961).

Die Disengagement-Theorie wurde vielfach kritisiert, z.B. wegen des zu allgemeinen Verständnisses persönlicher Bedürfnisse im Alter oder der zu starken Orientierung an Geschlechtsunterschieden (z.B. Lehr & Rudinger, 1970). Zudem wurde sie durch die Aktivi-

tätstheorie, wie sie in Deutschland von Tartler (1961) vorgeschlagen wurde, zum Teil entkräftet (Lehr, 2007). Den von Cumming und Henry als primär intrinsisch bestimmten Rückzug haben Havighurst und Kollegen (1963) als einen gesellschaftlich erzwungenen und wissenschaftlich nicht haltbaren Prozess interpretiert.

2.1.2.2 Die Aktivitätstheorie von Havighurst, Neugarten und Tobin (1963)

Auf die Frage, wie die Adaptationsprozesse im Alter gelingen können, gibt die Aktivitätstheorie (Havighurst et al., 1963) die Antwort, dass der Mensch auch im Alter aktiv bleiben, möglichst viele Rollen ausüben und dem gesellschaftlich verursachten Rückzug aktiv entgegenwirken sollte. Diese Forderung ergibt sich aus der Annahme, dass das Alter keine wesentliche Veränderung individuell wichtiger psychischer und sozialer Bedürfnisse oder Werte nach sich zieht und vor allem das Gefühl gebraucht zu werden mit einer gelungenen Adaptation zusammenhängt. Im Gegensatz zur Disengagement-Theorie wird hierfür ein psycho-physischer Abbau erst mit dem Entzug der Beschäftigungsmöglichkeiten erwartet, sodass Aktivität in allen möglichen sozialen, geistigen sowie körperlichen Tätigkeitsfeldern gefordert wird. Die zwingenden Rollenverluste im Alter sind gesellschaftlich zwar nicht zu vermeiden, dennoch darf die Pensionierung lediglich dazu führen, die verlorenen Rollen zu substituieren (Havighurst et al., 1968). Das Konstrukt der *Lebenszufriedenheit* wird dabei als entscheidendes Überprüfungskriterium des Gelingens der Adaptation herangezogen.

Ein positiver Zusammenhang zwischen Aktivität und Lebenszufriedenheit wurde im Jahre 1965 von Maddox mit den Daten der Duke Longitudinal Study of Normal Aging nachgewiesen (vgl. Havighurst, Munnichs, Neugarten, & Thomae, 1969; Lehr & Rudinger, 1970; Lemon, Bengston, & Peterson, 1972). Dagegen war der soziale Rückzug der Studienteilnehmer mit einer niedrigeren Lebenszufriedenheit und dem Gefühl, nicht gebraucht zu werden, assoziiert. Diese Ergebnisse dienten Havighurst und Kollegen als ein Beweisargument für die allgemeine Gültigkeit ihrer Theorie. Einschränkend muss aber konstatiert werden, dass an der Duke-Studie ausschließlich gesunde ältere Menschen teilgenommen haben und die Ergebnisse nicht auf die Gesamtpopulation übertragen werden können. Sonst würde den älteren Menschen, die einen krankhaften Alterungsprozess mit einer stark eingeschränkten Aktivität durchleben, die gelingende Adaptation an das Altern abgesprochen.

Wie bereits ausgeführt, sind die Grenzen dieser beiden Theorien darin zu sehen, dass sie interindividuelle Unterschiede außer Acht lassen. Die Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie des Alterns (BOLSA; Thomae, 1983) konnten dies eindrucksvoll beweisen (vgl. auch Lehr, 2007). Der Effekt von Aktivität auf die Lebenszufriedenheit wurde

mit den BOLSA-Daten nicht repliziert (Thomae, 1987). Ganz im Gegenteil: Während bei manchen Studienteilnehmern der Rückzug von sozialen Aktivitäten zu hoher Lebenszufriedenheit beitrug, wies bei anderen ein großes soziales Engagement einen positiven Beitrag zur Lebenszufriedenheit auf (vgl. Olbrich & Lehr, 1976). Demnach sind die Präferenzen eines aktiven oder passiven sozialen Verhaltens im Alter eher von Persönlichkeitsmerkmalen (Costa & McCrae, 1980) sowie durch biographische und soziale Lebensumstände bestimmt (Lehr & Minnemann, 1987). Kolland (1996) identifizierte in einer Studie mit älteren Menschen vier Aktivitätstypen: die zufriedenen Aktiven, die Ruheständler, die unzufriedenen Aktiven und die unzufriedenen Inaktiven. Diesen Ergebnissen zufolge kann der Zusammenhang zwischen Aktivität und Lebenszufriedenheit sowohl positiv als auch negativ ausfallen.

2.1.2.3 Die Kontinuitätstheorie der Anpassung an das Altern von Atchley (1989)

Durch die Kontinuitätstheorie wird im Gegensatz zu den beiden bereits aufgeführten Theorien postuliert, dass im Alter die bisherigen aktiven oder weniger aktiven Grundlinien des Lebens beibehalten werden sollten. Atchley (1989, 1999) äußert sich in seiner Theorie nicht dazu, was per se besser für einen Mensch wäre, sondern hebt das Bedürfnis nach „innerer“ und „äußerer“ Kontinuität im Lebenslauf hervor. Die innere Kontinuität bezieht sich auf die Fortdauer der Identität der Person, die beispielsweise in ihren Persönlichkeitseigenschaften, Emotionalitäten, Vorlieben, Einstellungen, Ideen usw. zum Ausdruck kommt (Lehr, 2007). Die äußere Kontinuität meint hingegen die kognitive Repräsentation der sozialen und räumlichen Umwelt, mit der eine Person in Beziehung steht (vgl. Thomae, 1971; siehe Abschnitt 2.1.3.1). Hierbei spielt die Kontinuität der Interaktionen mit vertrauten Personen eine entscheidende Rolle daran, die Selbstkonsistenz des Menschen zu bewahren. Eine gelungene Anpassung an das Alter erfolgt durch das Erhalten der beiden Kontinuitäten beim Übergang vom mittleren ins späte Erwachsenenalter. Somit sind die beiden Kontinuitäten selbst als Anpassungsstrategien zu sehen.

Die Theorie beruht zu einem großen Teil auf dem Entwicklungskonzept von Erikson (1982) und sollte daher auch als eine Entwicklungstheorie betrachtet werden. Da sie sich aber vorwiegend auf soziale Aktivität bezieht und ihr eine Art von Mittlerrolle zwischen der Disengagement-Theorie und der Aktivitätstheorie zukommt, wird sie mit diesen beiden immer wieder in Verbindung gebracht (vgl. Kruse & Wahl, 2010).

2.1.3 Adaptation als Umgang mit Belastungen

Die in diesem Abschnitt aufgeführten Theorien betrachten Adaptation als einen Prozess der Bewältigung³, in dem bestimmte Strategien eingesetzt werden sollen, damit die Adaptation an das Altern gelingen kann (vgl. Hobfoll, 1988; Lazarus, 1991). Es gibt eine Reihe von theoretischen Ansätzen, die zwischen verschiedenen Bewältigungsformen unterscheiden (z.B. Nummer-Winkler, 1997; Rothermund & Brandtstädter, 1997; Tesch-Römer, 1997; Übersicht in Filipp & Aymanns, 2010). Grundsätzlich lassen sich dabei zwei Strategien erkennen, die das Individuum im Umgang mit Belastungen anwenden kann: Einerseits ist es möglich das Problem aktiv zu lösen. Andererseits stellt sich auch die Option, passiv das Problematische umzudenken – d.h. kognitiv umzustrukturieren.

2.1.3.1 Die Theorie der kognitiven Umstrukturierung von Thomae (1971)

Die Bedeutung kognitiver Umstrukturierung für die Adaptation im Alter wird in Verbindung mit der von Thomae formulierten kognitiven Persönlichkeitstheorie des Alterns diskutiert. Mit diesem theoretischen Ansatz lässt sich vor allem das Alterserleben beschreiben und erklären, denn dieser sieht den Menschen primär nicht im Bezug zu gesellschaftlichen Erfordernissen, sondern stellt die subjektive Sichtweise des Erlebens und Wahrnehmens in den Vordergrund (Beckes & Clemens, 2008, S. 176). Die Kerngedanken der Theorie werden in drei Postulaten zusammengefasst (1971): Das erste Postulat besagt, dass die Verhaltensänderung stärker mit erlebter Veränderung als mit objektiver Veränderung kovariert (Thomae, 1971, S. 10). Für Adaptationsprozesse im Alter lässt sich hier ableiten, dass weniger die objektiven Bedingungen, sondern vielmehr das subjektive Erleben äußerer Gegebenheiten – d.h. die kognitive Repräsentanz – für die Einschätzung ihres Gelingens entscheidend ist. Dieses Postulat kann als *der Meilenstein* der ganzen psychologischen Forschung und Theorie betrachtet werden und wie an mehreren Stellen der vorliegenden Arbeit noch deutlich werden wird, liefert es auch für das Verständnis von Wohlbefindensregulation im Alter immer wieder eine entscheidende Erklärung. Das zweite Postulat bringt zum Ausdruck, dass die Art, wie die situativen Veränderungen erlebt werden, von dominanten Bedürfnissen und Erwartungen des Individuums oder der Gruppe abgängig ist (Thomae, 1971, S. 11). Demzufolge sind für das subjektive Erleben und Bewerten bestimmter Lebensbereiche die Erwartungen, die die Person selbst hat und die von ihrer Umgebung sowie der Gesellschaft an sie herangetragen werden, von

³ Hierzu möchte diese Abhandlung eine Grenze zu dem *Coping*-Begriff setzen, so wie er in der Stressforschung verstanden wird. In dieser Arbeit handelt es sich ausschließlich um die Bewältigung der mit dem Alter einhergehenden Veränderungen und nicht um *Coping* als eine Reaktion auf jegliche Belastung, wie es in der englischsprachigen Psychologie umschrieben wird (dazu siehe Filipp & Aymanns, 2010; Tesch-Römer, Salewski, & Schwarz, 1997).

Bedeutung. Zufriedenheit ist ein Qualitätsmaß für die Kongruenz von Soll- und Ist-Zustand. Allerdings kann diese Übereinstimmung häufig nur durch kognitive Umstrukturierungsprozesse erreicht werden. Diese werden im dritten Postulat berücksichtigt, das die Anpassungsprozesse im Alter direkt anspricht. Laut Thomae (1971, S. 13) ist Anpassung an das Altern eine Funktion des Gleichgewichts zwischen den kognitiven und den motivationalen Systemen des Individuums. Somit wird hier eine Verbindung zu den Forschungsansätzen hergestellt, die sich um ein Konzept des „erfolgreichen Alterns“ bemühen. Als ein wesentlicher Indikator für ein erfolgreiches Altern wird die Lebenszufriedenheit angenommen. Nach Thomae setzt diese eine Kongruenz der Bedürfnisse und Erwartungen mit der kognitiven Wahrnehmung des Erreichten voraus. Zur Aufrechterhaltung dieses Gleichgewichts ist für den älteren Menschen vor allem eine Revidierung des kognitiven Systems von Bedeutung (z.B. Erwartungen, Pläne, Vorsätze), da Änderungen der objektiven Rahmenbedingungen und des Bedürfnissystems eher unwahrscheinlich sind.

Die Bedeutung subjektiver Wahrnehmung und kognitiver Umstrukturierungsprozesse ist vor allem im Hinblick auf das oft im Alter beobachtete *Zufriedenheitsparadoxon* erkennbar (z.B. Staudinger, 2000; Staudinger & Freund, 1998): Obgleich objektive Verschlechterungen in der Lebenssituation älterer Menschen nachzuweisen sind, scheinen diese keinen Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden zu haben. Das Wohlbefinden weist eine Stabilität bis ins hohe Alter auf. Mehrere Studien haben nachgewiesen, dass das Alter lediglich 0 bis 1% der Varianz des Wohlbefindens erklärt (Okun, 1995; siehe auch Abschnitt 2.2.2). Die subjektive Bewertung der objektiv schlechteren Lebensbedingungen wird mit Hilfe kognitiver Umstrukturierungsprozessen moderiert. Dabei können assimilative, akkomodative oder immunisierende Strategien unterschieden werden (Okun, 1995). Diese werden bei der Vorstellung des nächsten Ansatzes ausführlich beschrieben.

2.1.3.2 Das Zwei-Prozess-Modell von Brandstädter und Renner (1990)

Brandstädter und Renner (1990) gehen davon aus, dass jede Bewältigung zum Ziel hat, die Diskrepanz zwischen gegebener Situation (Ist-Zustand) und erwünschter Situation (Soll-Zustand) zu verringern bzw. zu schließen. Den von Thomae postulierten kognitiven Umstrukturierungsprozessen, die als Moderator der Beziehung zwischen objektiver Situation und ihrer subjektiven Wahrnehmung interpretiert werden, kommt dabei eine große Bedeutung zu.

Mit assimilativen und akkomodativen Bewältigungsstrategien kann der Mensch versuchen, das gestörte Gleichgewicht zwischen Ist und Soll wiederherzustellen. Dabei hält eine *assimilative Vorgehensweise* an formulierten Zielen und Erwartungen fest und versucht diese

durch eine offensive und instrumentelle Handlungsstrategie zu erreichen. Eine Veränderung der externen situativen Bedingungen oder eine aktive intentionale Handlung stellt einen Ausdruck der Assimilation dar. *Akkomodative Prozesse* hingegen zielen auf eine Bewältigung durch die flexible Anpassung der eigenen Wünsche und Ziele an die externen Gegebenheiten ab. Der Situation entsprechend können diese neu geordnet, abgewertet, ersetzt sowie uminterpretiert werden. Nach Kruse und Wahl (1999) sind hier auch andere kognitive Strategien erfolgreich wie beispielsweise die Regulation des Anspruchsniveaus oder die Veränderung der Zeitperspektive.

Brandtstädter und Kollegen (1993) sehen Assimilation und Akkomodation als zwei aufeinander aufbauende und sich wechselseitig hemmende Prozesse an. Wenn für eine positive Adaptation und weitere Entwicklung eine aktive Veränderung der Umwelt – hartnäckige Zielverfolgung – nicht mehr möglich ist, greift das Individuum auf die Akkomodation zurück – flexible Zielanpassung – und bemüht sich psychisch darum, sein Selbstkonzept und Wohlbefinden aufrechtzuerhalten. Darüber hinaus wird eine dritte Gruppe von Strategien unterschieden, denen eine protektive Funktion zukommt. Um das subjektive Wohlbefinden zu schützen, werden bestimmte Informationen und Ereignisse mit Hilfe *immunisierender Strategien* isoliert und verdrängt (Brandtstädter & Rothermund, 1998). Als Beispiel können hierzu Studien zu zwischenmenschlichen Vergleichen genannt werden. Brandtstädter und Greve (1994) konnten zeigen, dass mit dem Altern die Neigung zur Auswahl solcher Vergleichsgruppen steigt, die die Identität und das Selbstbild nicht gefährden. Das Postulat immunisierender Strategien ist aus einer starken Orientierung der Autoren an dem Alternsprozess entstanden, der die persönliche Kontinuität und Identität als höchstes Ziel in der menschlichen Entwicklung sieht (vgl. Atchley, 1989, 1999). In Anbetracht der mit dem Alter zusammenhängenden Veränderungen bedarf man im Alter einer größeren Bemühung, um die Identität aufrechtzuerhalten. Deswegen wird davon ausgegangen, dass sich im Laufe des Lebens der Schwerpunkt von assimilativen auf akkomodative Prozesse verlagert. Zahlreiche empirische Studien bestätigen diese Vermutung und weisen darüber hinaus darauf hin, dass akkomodative Anpassungsprozesse im Vergleich zu assimilativen Adaptationsleistungen keinen geringeren Stellenwert einnehmen (z.B. Brandtstädter & Rothermund, 2002; Rothermund & Brandtstädter, 1997; Rothermund, Dillmann, & Brandtstädter, 1994; vgl. auch Nunner-Winkler, 1997).

2.1.3.3 Die Theorie der primären und sekundären Kontrolle von Heckhausen und Schulz (1995)

Mit der Lebenslauftheorie kontrollbezogenen Verhaltens bieten Heckhausen und Schulz (1995; Schulz & Heckhausen, 1996) ein Modell der Entwicklungsregulation an. Die wichtigste Annahme dieser Konzeptualisierung ist das menschliche Bedürfnis nach Kontrollausübung. Allerdings übt nicht die reale Kontrollausübung, sondern das subjektive Kontrollerleben einen entscheidenden Einfluss auf das menschliche Verhalten aus. Die handlungsregulative Funktion der Kontrolle beruht auf den moderierenden Effekten der Emotionen. Hierzu rufen die Erfolge bei Kontrollausübung positive Emotionen hervor, was mit einer Fortsetzung des Verhaltens verbunden ist. Die Misserfolge bewirken dagegen negative Befindlichkeiten beim Kontrollerleben, die folgend das Verhalten einschränken.

Laut Heckhausen und Schulz (1995) ist der Mensch ein Mitgestalter seiner Entwicklung, indem er diese mit primärer und sekundärer Kontrolle steuert. Dabei rekurriert primäre Kontrolle auf die Möglichkeit, durch das eigene aktive Verhalten wünschenswerte Veränderungen in der Umwelt herbeizuführen. Sekundäre Kontrolle bezieht sich dagegen auf eine Veränderung der eigenen Person mit dem Ziel, sich den Gegebenheiten der Umwelt anzupassen. Beide Kontrollarten sind mit bestimmten Kontrollstrategien verbunden, die entweder die Zielauswahl (*Selektion*) oder die Zielsubstitution (*Kompensation*) unterstützen⁴ (Heckhausen, Schulz, & Wrosch, 1998). Obgleich beide Kontrollen ein gewisses Entwicklungspotenzial mit sich bringen, wird der primären Kontrolle eine größere adaptive Bedeutung in dem Entwicklungsprozess beigemessen (z.B. Hackhausen, Wrosch, & Fleeson, 2001).

Hinsichtlich der altersabhängigen Verläufe beider Kontrollarten deutet die bisherige Befundlage darauf hin, dass die primäre Kontrolle mit dem Lebensalter zunimmt, im mittleren Erwachsenenalter ihren Höhepunkt erreicht, um dann im höheren Erwachsenenalter an Bedeutung zu verlieren. Für die sekundäre Kontrolle wurde hingegen erforscht, dass sie mit zunehmendem Alter leicht, aber stetig ansteigt (z.B. Heckhausen, 1997). Ein möglicher Grund

⁴ Diese Differenzierung von Kontrollstrategien erfolgte aus der Spezifizierung des OPS-Modells (Heckhausen et al., 1998). Das Modell der Optimierung der primären und sekundären Kontrolle geht auf das Modell der Selektiven Optimierung mit Kompensation (SOK) von P. Baltes und M. Baltes (1990) zurück und ergänzt dieses um die Dimension der Kontrolle. Die Kernaussage des Modells ist, dass menschliche Entwicklung über die gesamte Lebensspanne sowohl von primärer und sekundärer Kontrolle als auch von Kompensation und Selektion abhängig ist. Aus dieser Spezifizierung ergaben sich vier Kontrollstrategien: *selektive primäre Kontrolle* (Anstrengung aufwenden, Zeit aufwenden, neue Fertigkeiten entwickeln, Schwierigkeiten bekämpfen); *kompensatorische primäre Kontrolle* (Hilfe von anderen, Rat von anderen, neue und ungewöhnliche Hilfsmittel, Umwege zum Ziel); *selektive sekundäre Kontrolle* (Aufwertung des Ziels, Abwertung des Ziels; erhöhtes Kontrollgefühl für gewähltes Ziel, antizipierte positive Konsequenzen); *kompensatorische sekundäre Kontrolle* (Zielablösung, eigenprotektive Attribuierung, sozialer Vergleich, intraindividueller Vergleich). Optimierung spielt in diesem Modell eine regulative Rolle, indem sie versucht, die primäre Kontrolle beizubehalten (Heckhausen et al., 1998).

dafür liegt in den altersassoziierten Veränderungen und den damit verbundenen begrenzten Möglichkeiten aktiver Kontrollausübung. Somit wird konstatiert, dass die Nutzung nicht nur primärer, sondern auch sekundärer Kontrollstrategien für eine gelingende Anpassung im Alter adaptiv sein kann.

2.1.3.4 Das Resilienz-Modell von Staudinger (1996)

Das Resilienz-Modell von Staudinger (1996) geht, ähnlich wie die bereits in dieser Gruppe vorgestellten Theorien, von einem Bewältigungsprozess im Alter aus. *Resilienz*⁵ bzw. *psychische Widerstandsfähigkeit* im Alter bedeutet, dass es dem Menschen gelingt oder bereits gelungen ist, sich an die altersassoziierten Veränderungen anzupassen. Dabei betrachtet Staudinger Resilienz als eine Form der Plastizität⁶, die auf Erhalt und Wiedererlangung normaler Entwicklung abzielt. Es wird davon ausgegangen, dass die subjektive Zufriedenheit Ausdruck der Resilienz und einer positiven Adaptation ist (vgl. Rutter, 1990). Nach Kruse & Wahl (1999) ist die Widerstandsfähigkeit des Selbst eine zentrale Voraussetzung für eine gelingende Adaptation.

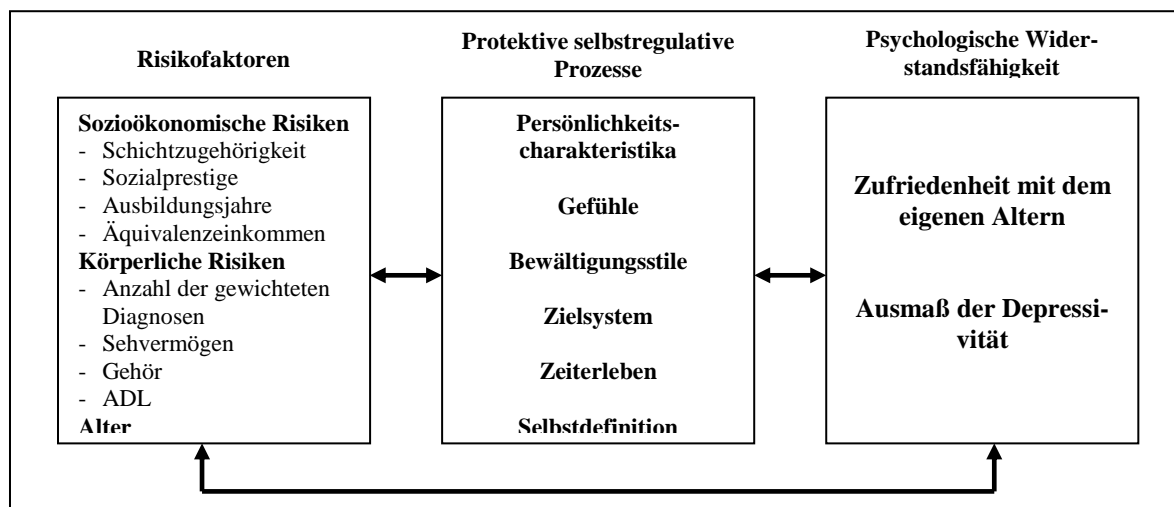


Abb. 1: Modell der psychologischen Widerstandsfähigkeit des Selbst im Alter (nach Staudinger, 1996, S. 323).

⁵ Der Begriff kommt aus der Entwicklungspsychologie, in der von Resilienz gesprochen wird, wenn Kinder und Jugendliche trotz einer Vielzahl von Risikofaktoren und chronisch belasteter Umwelten eine günstige Entwicklung aufweisen (Filipp & Aymanns, 2010, S. 268). Das Gegenstück zu Resilienz heißt Vulnerabilität und bedeutet Verwundbarkeit, Verletzbarkeit oder Empfindlichkeit einer Person gegenüber äußeren Einflussfaktoren (Fingerle, 2000). Resilienz stellt keine angeborene, stabile oder generell einsetzbare Persönlichkeitseigenschaft dar. Sie entwickelt sich eher in der Auseinandersetzung mit verschiedenen Problemsituationen des Lebens auf der Basis der Schutzfaktoren, auf die das Individuum in seiner Interaktion mit der Umwelt zugreifen kann.

⁶ Plastizität wird als latente (verborgene) Möglichkeit der menschlichen Entwicklung verstanden (P. Baltes et al., 2006). Somit stellt Plastizität einen breiteren Begriff dar als Resilienz, denn Plastizität umfasst auch die Optimierung der Entwicklung, was bei Resilienz nicht der Fall ist.

Wie bereits beschrieben, versteht Staudinger die Adaptation im Alter als eine Form der Bewältigung, deren Gelingen sie als Resilienz bezeichnet. Im Vergleich zu anderen Modellen dieser Gruppe geht die Autorin jedoch einen Schritt weiter und definiert einige regulierende Prozesse, die zwischen den Risikofaktoren und der psychologischen Widerstandsfähigkeit vermitteln und somit eine positive Adaptation im Alter begünstigen sollen. Diese sind: psychologische Charakteristika, Gefühle, Bewältigungsstile, Zielsystem, Zeiterleben und Selbstdefinition. Abbildung 1 stellt das Modell schematisch dar. Eine weitere wichtige Annahme dieser Konzeptualisierung ist, dass es Ressourcen oder *protektive Faktoren* gibt, die die Wiedergewinnung und Aufrechterhaltung einer normalen Funktionstüchtigkeit unterstützen, sowie solche *Risikofaktoren*, die dies beeinträchtigen. Beide können in der eigenen Person sowie in der weiteren Umwelt vorliegen (Staudinger, 1999). Risiken und protektive Faktoren stellen zusammen eine bestimmte *Person-Situation-Konstellation* dar. Aufgrund der sich im Alter verschlechternden gesundheitlichen Situation sowie fehlender sozioökonomischer Faktoren wird diese Konstellation immer ungünstiger und kann sich im Alter in Form einer *Ressourcen-Beeinträchtigung-Konstellation* äußern (Staudinger & Greve, 2001). Vorwiegend wird dieses Modell verwendet, um das *Paradox der Zufriedenheit* zu erklären (Staudinger, 2000). Auf dieses wird später noch einmal ausführlich eingegangen (siehe Abschnitt 2.2.2).

Die in diesem Abschnitt vorgestellten Modelle werden in der Forschung auch als Prozessmodelle beschrieben, denn sie legen ihren Schwerpunkt auf die Adaptationsprozesse, die über die ganze Lebensspanne ablaufen. Zusammenfassend kann man von zwei Gruppen von Prozessen ausgehen. Obgleich für das Alter eine große Widerstandsfähigkeit festzustellen ist, werden mit dem Altern eher kognitive und nichtbehaviorale Prozesse adaptiver (z.B. Umstrukturierung, Akkomodation). Trotzdem soll die weitgehende Neutralität dieser Modelle unterstrichen werden. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass unterschiedliche Bewältigungs- und Reaktionsformen bei unterschiedlichen Personen die gleichen Bewältigungsfolgen haben können. In manchen Situationen und bei manchen Menschen bewähren sich Verdrängung oder Vermeidung, bei anderen ist hingegen eine bewusste Auseinandersetzung unverzichtbar. Abschließend sei auf die besondere Rolle der Resilienz-Theorie von Staudinger (1996) hingewiesen, die Bewältigung in einem Zusammenspiel zwischen der Person und der Umwelt positionierte und damit einen bedeutenden Einflussfaktor der gelungenen Adaptation im Alter erkannte (siehe Abschnitt 2.1.5).

2.1.4 Erfolgreiche Adaptation

Eine erfolgreiche Adaptation an das Alter soll in einem separaten Abschnitt behandelt werden, weil sich die hier vorgestellten Modelle von den bisherigen Konzeptualisierungen in zweierlei Hinsicht unterscheiden. Erstens stellen diese nicht den komplexen Prozess der Adaptation, sondern eher dessen Ergebnis in den Vordergrund. Zweitens weisen sie darauf hin, dass dieses Ergebnis im Gegensatz zu dem lange in der Gerontologie geltenden Defizitbild des Alterns einen Erfolg vorweisen kann und soll. Somit sind die Schwerpunkte dieser Modelle ganz anders gelegt, als das bisher in der Adaptationsforschung der Fall gewesen ist. Schon aus diesem Grund ist es sinnvoll, diese Modelle gemeinsam zu analysieren.

Der Begriff erfolgreiches Altern wurde von Havighurst und Mitarbeitern schon Ende der 1950er Jahre eingeführt und als Ausdruck einer gelungenen Adaptation an Veränderungen, die das Altern begleiten, verstanden. Vorwiegend zielen die hier aufgeführten Modelle auf spezifische Ressourcen – Einzelmerkmale, Eigenschaften, Umweltkomponenten – ab, die ein erfolgreiches „Endprodukt“ der Adaptation ermöglichen sollen. Ryff (1989a, 1989b), dessen Konzept hier ebenfalls aufgeführt wird, wirft diesen Ansätzen atheoretisches Vorgehen vor. Infolgedessen, dass der Akzent vorwiegend auf die Ermittlung von Determinanten des Gelingens von Adaptationsprozessen gelegt wurde, gibt es in der Forschung keine allgemein verbindliche umfassende Theorie. Trotzdem haben diese Ansätze großes Interesse erlangt, denn nach dem lang anhaltenden Defizitmodell der Alterns sprachen sie offen und mutig darüber, dass Erfolg im Alter möglich ist.

2.1.4.1 Das Modell des erfolgreichen Alterns von Rowe und Kahn (1987)

Das wohl bekannteste Modell des erfolgreichen Alterns wurde Ende der 1980er Jahre von Rowe & Kahn formuliert. Es basiert nicht auf subjektiven Komponenten der Lebenszufriedenheit, wie das in Modellen von Cumming und Henry (1961) sowie Havighurst und Kollegen (1968) der Fall ist, sondern auf alltäglichen Erfahrungen des Alterns. Es wurden demnach drei zentrale Kriterien der erfolgreichen Lebensführung differenziert:

- Vorbeugung von Krankheiten und gesundheitlichen Risiken
- Erhaltung hoher kognitiver und körperlicher Funktionstüchtigkeit
- Erhaltung von Engagement und Produktivität im Alter

Diese drei Kriterien stellen den Ausgangspunkt zur Differenzierung der Lebensphase *Alter* in einen normalen, erfolgreichen und einen krankhaften Prozess⁷ dar. Ein normales und optima-

⁷ Laut Rowe und Kahn (1987) verläuft normales Altern ohne gravierende körperliche oder geistige Erkrankung. Optimales Altern beschreibt ein Altern unter entwicklungsfördernden und altersfreundlichen Bedingungen.

les Altern wurde in Abgrenzung zu krankem Altern als nicht-pathologischer Prozess bezeichnet (Rowe & Kahn, 1987). Je stärker die drei Dimensionen des Lebens ausgeprägt sind, d.h., je besser Krankheiten vorgebeugt und ein höheres kognitives sowie körperliches Funktionsniveau beibehalten werden kann, sowie je aktiver und produktiver der Mensch ist, desto wahrscheinlicher ist ein erfolgreiches Altern. Dabei ist allerdings zu bemerken, dass diese drei Kriterien oft zusammenhängen und sich gegenseitig beeinflussen. Manche Autoren warfen dieser Konzeptualisierung vor, ein utopisches Bild erfolgreichen Alterns verbreitet zu haben, das in der Realität nicht zu finden ist (P. Baltes & M. Baltes, 1989).

Die Stärke dieser Theorie liegt allerdings in dem Hinausgehen aus der nur auf den Körper bezogenen Sichtweise des Alterns sowie in der Setzung des Engagement-Postulats (drittes Kriterium). Dieses definiert sich durch eine aktive Teilhabe am Leben im Sinne des Bezogenseins auf andere Menschen wie auch im Sinne der Aufrechterhaltung von produktiver Aktivität (Rowe & Kahn, 1998, S. 35). Darüber hinaus ist es den Autoren mit ihrer Theorie gelungen einen praktischen, d.h. auf Intervention bezogenen, Beitrag zu leisten. In Bezug auf die drei vorgegebenen Kriterien ermittelten sie aus einer Vielzahl vorhandener medizinischer, soziologischer und psychologischer Studien praktische Lebensstilhinweise bzw. -faktoren, die das Erreichen einer erfolgreichen Adaptation im Alter begünstigen. Diese sind beispielsweise körperliche Aktivität, Bildungsstand und Selbstwirksamkeit (vgl. auch Rowe & Kahn, 1997).

2.1.4.2 Das Modell des erfolgreichen Alterns von P. Baltes und M. Baltes (1990):

Selektive Optimierung mit Kompensation

In der Konzeptualisierung des erfolgreichen Alterns sind Baltes und Baltes ähnlich wie Rowe und Kahn von dem Vorhandensein bestimmter Indikatoren ausgegangen. Die Autoren nannten sieben Kriterien, die eine erfolgreiche Adaptation ausmachen sollten: Lebensdauer, biologische und geistige Gesundheit, Effizienz kognitiver Leistungen, soziale Kompetenz und Produktivität, persönliche Kontrolle und Lebenszufriedenheit (P. Baltes & M. Baltes, 1989). Allgemein gesehen war aber ihres Erachtens eine Aufzählung von Indikatoren sehr problematisch und abstrakt. Theoretische und methodische Schwierigkeiten lagen vor allem in der Begriffskomplexität des erfolgreichen Alterns, der Qualität und Quantität der Kriterien sowie deren subjektiven und objektiven Dimensionen. Demnach kamen M. Baltes und Carstensen (1996, S. 202) zum Schluss: *„Erfolgreiches, gelingendes Altern bedeutet also Ziele [zu] haben und diese [zu] verfolgen. Diese Ziele können von Person zu Person, von Kultur zu*

Krankes Altern ist hingegen durch medizinische Ätiologie und Krankheitsprozesse geprägt. Diese Unterscheidung ist empirisch schwer durchführbar, jedoch heuristisch sehr bedeutsam und nützlich.

Kultur unterschiedlich sein“. Somit wurde die ressourcenorientierte Perspektive durch eine prozesshafte Sichtweise ersetzt.

Das Modell der Selektiven Optimierung mit Kompensation, das sich als Metamodell versteht, beschreibt die Bedingungen einer erfolgreichen Entwicklung über die Lebensspanne. Dabei betont es die Möglichkeit der Entwicklungsregulation, die zur positiven Anpassung an die mit dem Altern einhergehenden Verluste beiträgt. Die erste Annahme der Theorie ist, dass trotz zunehmender Verluste auch im höchsten Alter Gewinne in einzelnen Ressourcenbereichen zu erwarten sind. Dabei stellt die *Multidimensionalität der Entwicklung* die zweite Annahme der Theorie dar. Diese besagt, dass das Altern ein die ganze Person betreffender und gleichzeitig auf sehr vielen Ebenen der Person ablaufender Prozess ist (z.B. auf körperlicher, psychischer oder sozialer Dimension) (P. Baltes & M. Baltes, 1992). Darüber hinaus können Veränderungsprozesse auf verschiedenen Ebenen in unterschiedliche Richtungen ablaufen (*Multidirektionalität der Entwicklung*). So kann im Bereich der Kognition die Abnahme der fluiden Intelligenz mit einer Zunahme von kristalliner Intelligenz einhergehen, oder es können neben zahlreichen körperlichen Erkrankungen Gewinne in Form von sozialen Kompetenzen erzeugt werden. Somit ist die Entwicklung ein richtungsoffenes Phänomen (Wahl & Heyl, 2004). Diese beiden Annahmen bilden die Grundlage der Plastizität im Alter, die es den Menschen ermöglicht die Anpassung zwischen sich selbst und den Anforderungen der Umwelt über die gesamte Lebensspanne zu optimieren und somit aktiv die Entwicklung zu regulieren (P. Baltes, 1999; P. Baltes & M. Baltes, 1989).

Selektion, Optimierung und Kompensation stellen drei Prozesse der Entwicklungsregulation dar. Erfolgreiche Anpassung ergibt sich aus der gelungenen Abstimmung dieser Prozesse, was nicht nur zur Zielerreichung und Gewinnoptimierung, sondern auch zur Funktionserhaltung und zum Wohlbefinden positiv beiträgt. Die *Selektion* ist für die Auswahl von Entwicklungszielen verantwortlich. Dabei sind zwei Prozesse möglich: Entweder erfolgt die Auswahl aufgrund persönlicher Bedürfnisse und Werte (*elektive Selektion*) oder es werden neue Ziele formuliert, um die Verluste ausgleichen zu können (*verlustbasierte Selektion*). Im ersten Fall sind Zielspezifikation und Zielbindung entscheidend. Die zweite Möglichkeit beruht, wie im Modell von Brandtstädter und Renner (1990), auf flexibler Anpassung, Umformulierung, Rekonstruktion von Zielen und Standards (Freund & Baltes, 1998). Die ausgewählten Ziele sollen mit Hilfe der *Optimierungsstrategien* verbessert werden, indem man ihnen mehr Aufmerksamkeit, Zeit und Übung schenkt sowie mehr Motivation und Energie in sie investiert. Schließlich soll mit der *Kompensation*, die vorwiegend mit der Nutzung externer Ressourcen, Substitution oder Aktivierung ungenutzter Fähigkeiten und

Ressourcen verbunden ist, ein noch größerer Gewinn erzielt werden. Laut P. Baltes und Kollegen (2006) verlaufen die drei Strategien gleichzeitig bzw. in sequenzieller Abfolge. Das Adaptationspotenzial liegt in einer erfolgreichen, d.h. verlustregulativen, *Orchestrierung* dieser Strategien, um trotz der Altersverluste in Entwicklungs- und Kapazitätsreserven ein weitgehend selbstbestimmtes und zufriedenstellendes Leben führen zu können.

Das Zusammenspiel der SOK-Strategien wurde empirisch von Jopp und Smith (2006) untersucht. Die Kernerkenntnis ihrer Studie mit Personen im vierten Alter ist, dass der Adaptationsprozess bei denjenigen Studienteilnehmern erfolgreicher verlief, die viele SOK-Strategien einsetzen konnten, um die altersassoziierten Verluste gut kompensieren zu können.

2.1.4.3 Die Theorie erfolgreichen Alterns von Ryff (1989a, 1989b)

Ryff (1989a, 1989b) geht in seiner Konzeptualisierung davon aus, dass in der bisherigen Forschung zum erfolgreichen Altern eine grundlegende Richtung übersehen wurde, nämlich diejenige der Beschreibung von essentiellen Merkmalen, die das Wohlbefinden, erfolgreiches Altern und positive Adaptation ausmachen. Daraus folgt, dass die theoretischen Grundlagen erfolgreichen Alterns nicht einheitlich sind, Forschungsergebnisse voneinander abweichen und bestimmte Aspekte sogar vernachlässigt wurden.

Ihre Untersuchungen zur Struktur des Wohlbefindens hatten zum Ziel, eine umfassende Theorie des Wohlbefindens zu formulieren, die als Ausdruck einer erfolgreichen psychologischen Anpassung nicht nur für das Alter, sondern für den ganzen Lebenslauf anwendbar wäre. Somit hat sie im ersten Schritt Theorien aus drei Gruppen zusammengefasst (Ryff, 1982): (1) Theorien der persönlichen Entwicklung: z.B. Maslows Konzept der Selbstverwirklichung (1954, 1998), Rogers Konzept der *fully functioning person* (1961), Allports Konzept menschlicher Reife (1961), Jungs Konzept der Individuationsprozesse (1933); (2) Entwicklungstheorien, die die gesamte Lebensspanne umfassen: z.B. Eriksons Konzept der Entwicklungskrisen (1959), die Entwicklungstheorie von Bühler (1933); (3) die Theorie der seelischen Gesundheit von Jahoda (1958) mit ihren Komponenten: Realitätswahrnehmung, Umweltkontrolle, positives Selbstbild, persönliches Wachstum, Autonomie. Bezogen auf die gefundenen Gemeinsamkeiten der untersuchten Theorien schlug Ryff (1989a, 1989b) ein Konzept des erfolgreichen Alterns vor, das aus sechs Grundkriterien besteht:

- Akzeptieren seines Selbst, d.h. eine positive Einstellung zu sich selbst bewahren;
- Bildung von positiven Beziehungen zu anderen Menschen, d.h. liebevolle und empathische Beziehungen pflegen;
- Autonomie, d.h. Unabhängigkeit und Selbstbestimmtheit sicherstellen;

- Umweltkontrolle, d.h. proaktiv in Bezug auf die Umwelt bleiben;
- Zielorientierung, d.h. Ziele haben, Sinn im Leben setzen;
- persönliches Wachstum, d.h. Offenheit für Erfahrungen zeigen sowie Potenziale entwickeln.

Der theoretischen Ausarbeitung folgte eine empirische Überprüfung (Ryff, 1989a, 1989b; Ryff & Keyes, 1995). Eine neu entwickelte auf Ryffs Kriterien basierte Skala sowie sechs weitere etablierte Instrumente zur Erfassung von Wohlbefinden, Kontrollüberzeugung, depressiver Symptomatik und Selbstwertgefühl wurden mit einem Lebensspannensample getestet. Eine faktorenanalytische Auswertung der Daten lieferte als Ergebnis drei Faktoren⁸, die die Differenziertheit der erfolgreichen Anpassung nochmals unterstrichen. Darüber hinaus wurden Altersunterschiede in Hinblick auf Lebenssinn und persönliches Wachstum (signifikant höher in der Gruppe des mittleren Alters) sowie Selbstakzeptanz, Autonomie, Beziehungen, Kontrolle der Umwelt festgestellt (signifikant höher im Alter).

Nach Ryff ist eine geglückte Anpassung im Leben dann möglich, wenn die fünf ersten Kriterien ausgebildet sind und gemeinsam zum sechsten – Wachstum und Erweiterung der eigenen Person – im Alter führen (Ryff & Essex, 1991).

2.1.4.4 The Conservation of Resources Theory von Hobfoll (1989)

Einer der neusten Ansätze, der ebenfalls davon ausgeht, dass bestimmte Ressourcen für eine erfolgreiche Adaptation von Bedeutung sind, wurde von Hobfoll (1989, 2002) vorgeschlagen. Der Autor bleibt allerdings nicht dabei, die konkreten Ressourcen aufzuzählen, die für die Anpassung wichtig sein sollten. Seine Theorie ist eher als ein integriertes Ressourcenmodell zu verstehen, in dem das Ressourcenmanagement im Zentrum des Interesses steht, d.h. wie es den Menschen gelingt Ressourcen zu gewinnen, zu erhalten oder wiederherzustellen. Die Kernaussagen seiner Theorie lassen sich in sieben Punkten zusammenfassen (Hobfoll, 2002, S. 318ff.):

- Menschen versuchen biologische, kognitive und soziale Ressourcen zu erhalten, wiederzuerlangen, zu bewahren und zu fördern.
- Ressourcenreiche Menschen werden seltener mit Situationen konfrontiert, die Stress mit sich bringen und mit negativem physischem oder psychologischem Wohlbefinden verbunden sind.

⁸ Der erste Faktor erklärte 51% Varianz und bestand aus allgemeinem Wohlbefinden, Selbstakzeptanz, Umweltkontrolle, Selbstwertgefühl, depressiver Symptomatik und internaler Kontrolle. Der zweite Faktor setzte sich aus Zielorientierung, positiven Beziehungen und Wachstum zusammen und erklärte 8,5% Varianz. Auf den dritten Faktor (7,3% Varianz) luden Kontrollverlust (negativ), Autonomie und mächtige Andere.

- Der Besitz von Ressourcen versetzt die Menschen in die Lage, problematische Situationen zu lösen. Dabei ist zu beachten, je mehr Ressourcen der Person zur Verfügung stehen, umso mehr für das Problem spezifische Ressourcen kann sie zurückgreifen, um es zu lösen.
- Ressourcenreiche Personen sind weniger davon betroffen, in Problemsituationen Ressourcen zu verlieren oder eine Einschränkung von Ressourcen zu erleiden. Bei den Verlusten, mit denen sie manchmal dennoch rechnen müssen, gelingt es ihnen besser, verlorene Ressourcen zu ersetzen oder den Verlust mit anderen Ressourcen auszugleichen.
- Der Ausgleich von Verlusten ist möglich, da Ressourcen miteinander verknüpft sind. Diese Regel gilt ebenfalls bei der Ressourcenerweiterung.
- Die positive Wirkungsdauer von Ressourcen übersteigt die negative Wirkungsdauer von Stress deutlich.
- Ressourcen besitzen einen eigenständigen Wert. Ressourcenreiche Menschen haben eine bessere Selbstwertschätzung und werden von anderen Menschen positiver wahrgenommen (vgl. auch Hobfoll & Kay, 2007).

Dadurch lässt sich ableiten, dass der Besitz von vielen Ressourcen nur dann die Adaptation im Alter positiv beeinflusst, wenn die vorhandenen Ressourcen den aktuellen Umwelanforderungen und Lebenssituationen angepasst werden und möglichst viele unterschiedliche Ressourcen im Lebenslauf von der Person geschaffen werden (Lang, 2008). Die Grundidee, dass das Vorhandensein vieler Ressourcen eine Ziel- und Wunscherfüllung positiv unterstützt (M. Baltes & Lang, 1997), trifft daher nur bedingt zu. Die Merkmale von Ressourcen, die hierzu eine Rolle spielen, sind eher ihre Objektivität vs. Subjektivität, Ressourcenstatus vs. Ressourcenveränderung sowie Ressourcenbesitz vs. Ressourcennutzen. Es bestehen große Unterschiede zwischen subjektiv wahrgenommenen und objektiv vorhandenen Ressourcen (Paradoxon). Ressourcen können aber nur dann zum Erreichen von persönlichen Zielen und Adaptation dienen, wenn sie von dem Individuum auch als verfügbare Ressourcen empfunden werden. Nicht der objektive Besitz garantiert eine höhere Zufriedenheit oder positive Emotionen, sondern der subjektiv geschätzte Wert, den diese für das Individuum haben. Neben dem Vorhandensein von Ressourcen werden die Strategien zum optimalen Einsatz von Ressourcen bedeutend. Das trifft besonders dann zu, wenn zunehmend Verluste auftreten, wie es für das vierte Alter beschrieben wurde. So konnte Jopp (2003) zeigen, dass insbesondere alte Alte, d.h. ressourcenarme Personen, vom optimalen Einsatz ihrer Ressourcen profitierten (in Kapitel 2.3 wird auf diese Problematik nochmals ausführlicher eingegangen).

2.1.5 Adaptation als eine Interaktion der Person mit ihrer Umwelt

Den in diesem Abschnitt vorgestellten theoretischen Ansätzen ist es gemeinsam, dass sie das Zusammenspiel zwischen Person und Umwelt als entscheidend für eine positive Adaptation an das Altern sehen (vgl. Wahl & Oswald, 1998). Im Gegensatz zu personenzentrierten Modellen wird hier gefordert, das Altern nicht allein in der Verantwortung des alten Menschen zu belassen (Bäcker et al., 2006; Kruse, 2006a, 2006b). Als ergänzend benennen diese Modelle die Notwendigkeit einer anregenden, fördernden und unterstützenden Umweltgestaltung, um somit zu autonomer Lebensführung und Wohlbefinden beizutragen (z.B. Kruse, 2002a; Kruse & Wahl, 2010; Mollenkopf, Oswald, et al., 2004; Naegele, 2004). Lebenswelten, die diese Möglichkeit nicht bieten, wird dagegen vorgeworfen, dass sie die Unselbstständigkeit und Abhängigkeit des Menschen verstärken. Im Sinne des *Kompetenzmodells* (Kruse, 1987, 1996) wird daher postuliert, nicht den stetigen Abbau von Fähigkeiten im Alter, sondern vielmehr die Möglichkeiten einer autonomen Lebensgestaltung sowie einer proaktiven und von der Umwelt mitabhängigen Adaptation ins Zentrum des gerontologischen Interesses zu stellen.

Diese Forderung bildet die primäre Aufgabe der ökologischen Gerontologie, welche davon ausgeht, dass Entwicklung und Altern im Kontext der räumlich-sozialen Umwelt geschehen (Übersicht z.B. in Saup, 1993; Thomae, 1976; Wahl, Mollenkopf, et al., 1999; Wahl & Oswald, 2010; Mollenkopf, Oswald, et al., 2004). Saup führt in diesem Zusammenhang aus: „*Die menschliche Existenz ist raumgebunden und braucht zu ihrer Entfaltung die konkrete alltägliche Umwelt*“ (Saup, 1993, S. 10). Entwicklungspsychologisch schließen diese Modelle beispielsweise an das *Bioecological Model* von Bronfenbrenner (1999) an, wonach lebenslange Entwicklung im Kontext eines Austauschprozesses zwischen der aktiv handelnden Person und ihrer unmittelbaren sozial-räumlichen sowie symbolischen Umwelt verstanden wird. Mit zunehmendem Alter wird aber eine erfolgreiche Adaptation immer stärker von guten Entwicklungsmöglichkeiten in der sozial-räumlichen Umwelt abhängig. Wie oben ausgeführt, können Umwelten die Entwicklung bis ins hohe Altern entweder unterstützen und befördern oder behindern und ganz anhalten. Dadurch kommt die Interaktion der beiden Akteure am stärksten zum Ausdruck. Dagegen meint *Transaktion* die wechselseitige Beziehung zwischen Mensch und Umwelt, wobei – im Unterschied zur Interaktion – auch der zeitliche und situative Hintergrund des Menschen, d.h. Erfahrungen, Bedürfnisse oder Gewohnheiten, in die aktuelle Umweltnutzung einfließt (Werner & Altman, 2000).

Die wichtigsten Beziehungen zwischen Person und Umwelt wurden von Mollenkopf, Oswald und Kollegen (2004, S. 345) schematisch verdeutlicht und in einen weiteren Zusam-

menhang eingeordnet (siehe Abbildung 2). Aus der Abbildung ist ersichtlich, dass auf der *Umweltseite* soziale Umwelt, kommunaler Kontext und weitere Umwelten eine bedeutsame Rolle spielen. Da die räumlichen Umwelten immer kulturell und sozial bestimmt sind, können sie nie losgelöst von sozialen Umwelten betrachtet werden. Unter den kommunalen Umwelten lassen sich nicht nur Versorgungsstrukturen (Dienstleistungen, Einkaufsmöglichkeiten), sondern auch Merkmale kommunaler Infrastruktur aufzählen (z.B. Freizeit- und Bildungsangebote). Zu den weiteren Umwelten gehören rechtliche Umwelten oder der gesellschaftspolitische Kontext, beispielsweise in Form von Bauvorschriften oder der Pflegeversicherung. Auf der *Seite der Person* sind vor allem altersbezogene Veränderungen umweltrelevanter Fähigkeiten zu nennen. Nach Mollenkopf, Oswald und Mitarbeitern (2004) handelt es sich bei sehr alten Menschen vorwiegend um Verluste, welche die Adaptationsfähigkeit bedeutend verringern (z.B. Sehen, Hören, Mobilität). Diese Verluste sollten allerdings stets im Kontext der biographischen Entwicklung der Person und ihrer alltäglichen Bedürfnisse (z.B. hinsichtlich Aktivitäten, sozialer Teilhabe oder Infrastrukturnutzung) sowie individuellen Anpassungsfähigkeiten betrachtet werden. Wie später noch ausführlicher gezeigt wird, besitzen alte Menschen ein großes Potenzial, sich mit hohen Umwelтанforderungen erfolgreich auseinanderzusetzen (siehe Abschnitt 2.3.3).

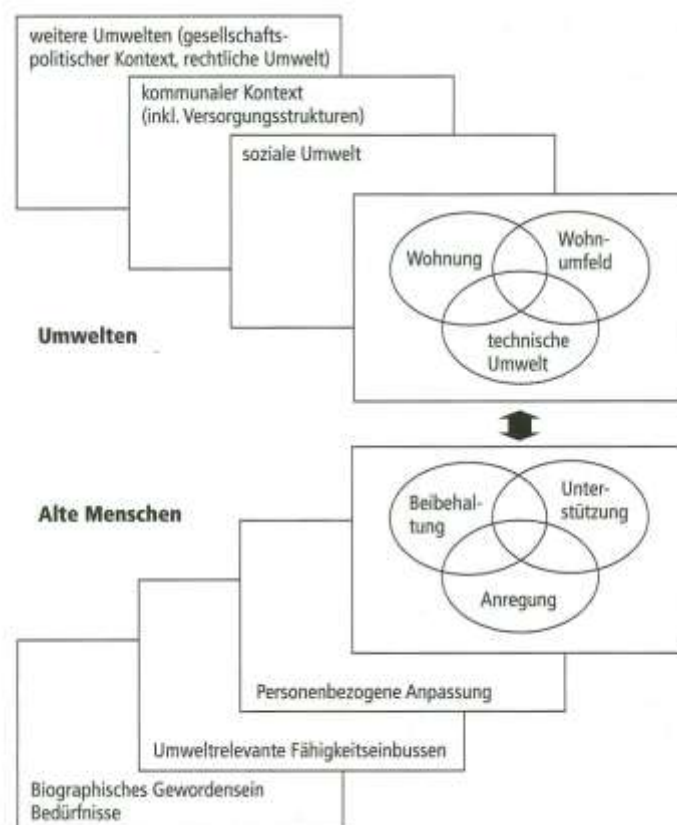


Abb. 2: Person-Umwelt-Interaktion: Wesentliche Zusammenhänge (nach Mollenkopf, Oswald, et al., 2004, S. 344).

Wie Abbildung 2 zu entnehmen ist, wird das Wechselspiel zwischen alterndem Individuum und seiner Umwelt auf verschiedenen Ebenen untersucht. Hierzu gehören die *Mikroebene* des konkreten Wohnens, die *Mesoebene* nachbarschaftlicher oder stadtteilbezogener Strukturen sowie die *Makroebene* politischer oder rechtlicher Kontexte (vgl. Wahl, 2002). Diese Unterscheidung ist auch für die vorliegende Arbeit wesentlich und erfüllt gleichzeitig die von Wahl gestellte Forderung nach Explizieren der Bedeutung einzelner Umweltebenen für das Alter (Wahl, 2002, S. 53). Der im Rahmen dieser Abhandlung untersuchte Umweltausschnitt fokussiert nämlich die Mesoebene infrastruktureller Gegebenheiten, welche in einem separaten Abschnitt ausführlich besprochen wird (siehe Abschnitt 2.3.3). An dieser Stelle sei indes darauf hingewiesen, dass das Thema dieser Arbeit das Augenmerk auf Veränderungen in der Umwelt richtet, die die Aufrechterhaltung, Wiedererlangung oder Steigerung von Kompetenzen fördern (Kruse, 1987, 1992a). Wie in Anlehnung an die hier nachfolgend präsentierten Modelle deutlich wird, kann der Umweltausschnitt in Form der Infrastruktur zu diesen Veränderungen positiv beitragen (vgl. Oswald et al., 2006; Saup, 1993; Wahl, Mollenkopf, et al., 1999). Infrastrukturelle Ressourcen sind in diesen Konzeptualisierungen zwar nicht immer explizit erwähnt, lassen sich jedoch stets implizit als bedeutender umweltbezogener Einflussfaktor auf die Adaptationsprozesse interpretieren.

Somit soll in diesem Unterkapitel eine Übersicht über diejenigen interaktionistischen Basiskonzepte gegeben werden, die die Wichtigkeit des Zusammenwirkens von Person und Umwelt für das Gelingen von Anpassungsprozessen im Alter unterstreichen. Bis heute ist es nicht gelungen, die verschiedenen konzeptionellen Grundpositionen zu einem schlüssigen Gesamtkonzept zusammenzuführen. Theoretische Wurzeln für den Gegenstandsbereich der Person-Umwelt-Bezüge im Alter sind daher in zahlreichen Ansätzen zu finden. Saup (1993) und Wahl (2000) zählen hierzu drei fundamentale interaktionistische Konzeptualisierungen auf: das Umweltanforderungs-Kompetenz-Modell von Lawton und Nahemow (1973), das Kongruenz-Modell von Kahana (1982) sowie das Komplementaritäts-Ähnlichkeits-Modell von Carp & Carp (1984). Diese sollen im Folgenden dargestellt werden. Abschließend geht dieses Kapitel auf einen neueren Ansatz in der Person-Umwelt-Beziehung ein, der zwischen sozialen und physischen Umwelten unterscheidet (Wahl & Lang, 2004).

2.1.5.1 Das Umweltanforderungs-Kompetenz-Modell von Lawton und Nahemow (1973)

Lawton war einer der ersten Psychologen, die sich mit der Frage der Person-Umwelt-Beziehung befassten. Das zentrale Element seiner Modellvorstellung ist die *environmental docility hypothesis* (Umwelt-Fügsamkeits-Hypothese; Lawton & Simon, 1968), in deren

Fokus das Wechselspiel zwischen der Kompetenz einer Person und den Anforderungen der Umwelt (*environmental press*) steht. Dabei ist die *Kompetenz* einer Person durch ihre Ressourcen, wie beispielsweise ihre körperliche Gesundheit, sensorische Wahrnehmung, kognitive Fähigkeit sowie ihr motorisches Verhalten, bestimmt. Die *Umwelt* wird in vier verschiedene Ebenen differenziert: die *personale Umwelt*, wozu alle bedeutsamen Personen im Umfeld des alten Menschen gezählt werden, die *überpersonale Umwelt*, die durch die Charakteristika der Personengruppen, die im räumlichen Umfeld des alten Menschen leben, konstituiert wird (z.B. das Durchschnittsalter der Nachbarschaft), die *Mega-Soziale-Umwelt* (mega social environment), welche die gesellschaftlichen Normen und Werte abbildet und schließlich die *räumliche Umwelt*, die sich auf die Ausstattung des Wohnumfelds bezieht (Lawton, 1983a).

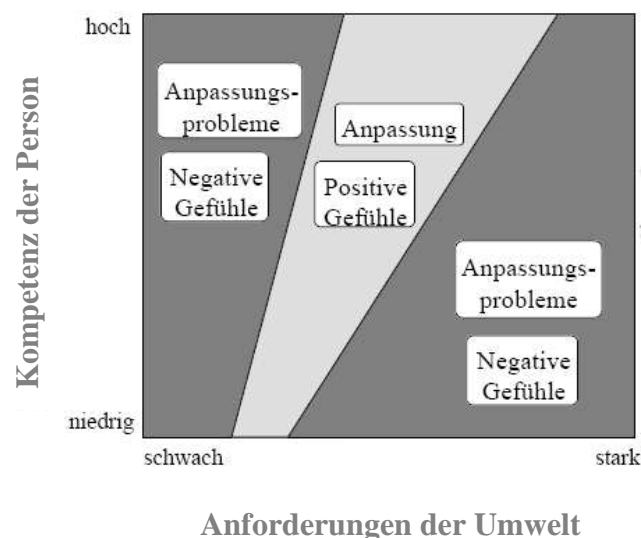


Abb. 3: Umwelanforderungs-Kompetenz-Modell nach Lawton und Nahemow (1973, S. 661).

Aus der *environmental docility hypothesis* ist abzuleiten, dass die Bedeutung von Umweltbedingungen für das Erleben und Verhalten der Person zunimmt, wenn deren Kompetenzen abnehmen. Aufbauend auf dieser Hypothese wurde das *press-competence model* (Lawton & Nahemow, 1973) formuliert, in dem sich das Verhalten einer Person aus dem Wechselspiel zwischen ihren Kompetenzen und dem Anforderungscharakter der Umwelt ergibt (vgl. Murray, 1938⁹). Subjektives Wohlbefinden kann dann erlebt werden, wenn es der Person gelingt, ihr Verhalten den Umwelanforderungen anzupassen. Wenn dieser Anpassungsprozess nicht gelingt, weil die Anforderungen der Umwelt zu hoch oder zu gering sind, verur-

⁹ Murray (1938) spricht in diesem Kontext von *press-need combination*.

sacht das negative Emotionen. In Bezug auf die Adaptationsprozesse sind hierzu zwei Szenarien möglich: Sind die Kompetenzen einer Person gering, so sollte der Anforderungsdruck der Umwelt nicht zu hoch sein. Verfügt eine Person hingegen über eine hohe Kompetenz, dann dürften auch die Anforderungen der Umgebung entsprechend höher sein, damit ein Adaptationsniveau erreicht wird, das positive Emotionen hervorruft¹⁰. Im Falle einer fehlenden Übereinstimmung zwischen den Kompetenzen der Person und den Anforderungen der Umwelt ist von Anpassungsproblemen und einer negativen Gefühlslage auszugehen. Lawtons Grundkonzeption der Person-Umwelt-Interaktion lässt sich in vereinfachter Form wie in Abbildung 3 veranschaulichen.

Diese einseitige Sichtweise auf die überfordernde oder unterfordernde Umwelt wurde von Lawton in der *environmental proactivity hypothesis* (Lawton, 1989) revidiert, indem er die aktive Dimension menschlichen Verhaltens hervorhob. Dementsprechend reagiert eine Person nicht auf Umweltbedingungen, sondern gestaltet die Umwelt ihren Wünschen und Bedürfnissen entsprechend (*Proaktivität*). So ist die Person-Umwelt-Interaktion als ein dynamischer wechselseitiger Prozess zu betrachten, in dem sich Person und Umwelt gegenseitig beeinflussen und verändern können (vgl. Oswald, 2003). Für das Wohlbefinden hat dies zur Folge, dass sich dieses nicht aus der gelungenen persönlichen Adaptation ergibt, sondern in einem Wechselspiel der Person mit der Umwelt ausgearbeitet werden muss. Somit ist die Umwelt in dieser Konzeptualisierung als eine Ressource zu betrachten, die zur Befriedigung individueller Bedürfnisse von entscheidender Bedeutung ist. Die Kernaussage der Hypothese lautet: „*The greater the competence of the person, the more likely the person’s needs and preferences will be successfully exercised to search the environment for resources to satisfy the needs*“ (Lawton, 1989, S. 18). Obgleich Personen mit eingeschränkten Kompetenzen ihre Umwelt restriktiver erleben, ist es für sie ebenfalls möglich ihr Wohlbefinden durch selbstbestimmte Veränderungen der Umwelt zu erhalten, um eine positive Anpassung zu erlangen. „[...] *there is no level of competence so low that an increment in well-being cannot be attained by self-directed alteration of the environment*“ (Lawton, 1989, S. 21).

Die empirische Überprüfung der Person-Umwelt-Interaktion¹¹ ist bis heute nicht gelungen und erweist sich im Allgemeinen als sehr schwierig, denn sie verlangt nach einer methodologischen Trennung beider Aspekte, was letztendlich gegen die Interaktion spricht

¹⁰ Mangelnde Anforderungen können einen kompetenten Menschen unterfordern, während zu hohe Anforderungen einen weniger kompetenten Menschen an der aktiven Teilhabe am gesellschaftlichen Leben behindern können.

¹¹ In der aktuellen Ökogerontologie wird die Beziehung zwischen Person und Umwelt auch als Transaktionalität bezeichnet. Diese setzt nochmals den Akzent darauf, dass Person und Umwelt nicht zwei ganz getrennte Größen darstellen, sondern dass die Umwelt nie von der subjektiven Wahrnehmung und die Person nie von ihrem Kontext losgelöst betrachtet werden darf.

(vgl. Wahl, 1997). Darüber hinaus wurde Lawtons Modell im Hinblick auf die personale Kompetenz von Saup (1993) kritisiert: Seine Konzeptualisierung berücksichtigt die materielle Situation der Person sowie die Situation der Umwelt nicht (z.B. in Form von sozialpolitischem Handeln). Diese sind aber mitentscheidend bei der Umweltgestaltung und Umweltverfügbarkeit¹².

2.1.5.2 Das Kongruenz-Modell von Kahana (1982)

Das Konzept von Kahana (1982) nimmt insbesondere Bezug auf die Situation älterer Menschen in Heimen, wobei es dennoch auf ältere selbstständig lebende Personen übertragbar ist¹³. Anhand von sieben Dimensionen, die aus Personen- und Umweltmerkmalen abgeleitet wurden, sollen dem Modell zufolge die individuelle und infrastrukturelle Umwelt einer Person sowie die subjektive Einschätzung des Umweltkontextes erfasst werden (hier Altenheim). Als Beispiele können hierzu genannt werden: Privatheit, Autonomie, Kontrolle oder Anregungsgehalt der Umwelt. Auf der Grundlage dieser Beschreibung erfolgt die Bestimmung der Kongruenz bzw. Diskrepanz zwischen dem objektiv Vorhandenen und dem individuell Erwünschten. Gemäß dem Modell sind das Verhalten und Erleben einer Person von dem Ergebnis dieser Übereinstimmungstestung abhängig. Eine gelingende Adaptation an das Alter und ein hohes subjektives Wohlbefinden sind Folgen einer Kongruenz (vgl. Kahana & Kahana, 1996). Interessanterweise geht aber die Autorin davon aus, dass eine vollkommene Passung neutrale oder sogar negative Folgen nach sich ziehen kann wie beispielsweise das Gleichgültigkeitsgefühl oder eine negative emotionale Befindlichkeit (vgl. Saup, 1993). Deswegen spricht sie in dem Modell von einer *optimalen Diskrepanz*, die eine gewisse Abweichung von der perfekten Passung zulässt, adaptiv ist und Wohlbefinden auslöst. Die ungünstige Passung von Personen- und Umweltmerkmalen kann zwei Formen annehmen, nämlich eine kumulative oder eine kritische Diskrepanz. Die *kumulative Diskrepanz* sagt voraus, ob die Differenz zwischen der Person und der Umwelt allmählich zunimmt und eine Gefahr für das Wohlbefinden und die Adaptation der Person darstellt. Die *kritische Diskrepanz* gibt hingegen einen konkreten kritischen Punkt an, ab dem negative Folgen für die Person zu erwarten sind.

¹² Diese berechtigte Kritik wird bei weiteren Überlegungen zur eigenen Untersuchung berücksichtigt (siehe Kapitel 3).

¹³ Mit Ausnahme von einigen Dimensionen, die sich nur für institutionelle Einrichtungen als sinnvoll erweisen (Saup, 1993).

2.1.5.3 Das Komplementaritäts-Ähnlichkeits-Modell von Carp und Carp (1984)

In diesem Modell ist ebenfalls die Passung von Personen- und Umweltbedingungen für das Gelingen von Anpassungsprozessen im Alter ausschlaggebend. In Anlehnung an Maslow (1954, 1998) unterscheiden die Autoren zwischen Grundbedürfnissen, die für die alltägliche Lebensführung notwendig sind, und Wachstumsbedürfnissen. Zu den Ersten zählen der körperliche Gesundheitszustand oder die kognitiven Fähigkeiten, während als Wachstumsbedürfnisse Privatheit oder ästhetische Erfahrungen genannt werden. Ähnlich wie Kahana (1982) gehen Carp und Carp (1984) von der Vorstellung aus, dass die Kongruenz zwischen Personen- und Umweltmerkmalen für das Verhalten und Erleben des Menschen förderlich ist. Allerdings unterscheiden sie zwischen verschiedenen Formen der Kongruenz in Abhängigkeit davon, ob sich die Kongruenz auf Grundbedürfnisse (Ressourcen oder Barrieren) oder Wachstumsbedürfnisse bezieht. So wird die Kongruenz im Falle der Übereinstimmung von Wachstumsbedürfnissen und Wachstumsbedingungen als *Ähnlichkeit* bezeichnet, während in Bezug auf Grundbedürfnisse und Grundbedingungen von *Komplementarität* gesprochen wird. Die Erfüllung von Grundbedürfnissen trägt vor allem zu einer selbstständigen Lebensführung positiv bei. Als *basic needs* können eine barrierefreie Wohnung, eine gute medizinische Versorgung in der Nähe oder eine gute Verkehrsanbindung genannt werden. Zu *higher order needs* zählen dagegen solche Merkmale, die nicht unmittelbar mit der Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung assoziiert sind, sondern Wünsche nach Wohlfühlen, Anregung etc. verkörpern. Als Beispiele können hier aufgeführt werden: ruhige Wohnlage, Natur in der Nähe oder kulturelle Angebote. Darüber hinaus wird in dem Modell angenommen, dass Kontrollüberzeugung, Copingstrategien oder soziale Netzwerke eine moderierende Rolle für die Passung von Personen- und Umweltmerkmalen haben. Als Ergebnis der Person-Umwelt-Interaktion werden unabhängige Lebensführung, Umweltwahrnehmung oder Lebenszufriedenheit diskutiert.

In den zwei zuletzt aufgeführten Modellen wird Person-Umwelt-Passung als eine Art der *Übereinstimmung subjektiv wahrgenommener Bedürfnisse und objektiv vorhandener Umweltbedingungen* interpretiert. Das Verhalten und das Empfinden einer Person hängen von Kongruenz bzw. Diskrepanz zwischen den beiden Wahrnehmungspolen ab. Der Unterschied zwischen den beiden Modellen liegt aber darin, dass Kahana (1982) den Grad oder die Stärke der Übereinstimmung fokussiert, während Carp & Carp (1984) von unterschiedlichen Bedürfnissen ausgehen, die mit Hilfe bestimmter Umweltkonstellationen befriedigt werden können.

2.1.5.4 Das SPOT-Konzept von Wahl und Lang (2004)

Ähnlich wie in den drei vorherigen Modellen wird das Altern auch im Social-Physical-Places-Over-Time-Konzept von Wahl und Lang (2004) im sozial-räumlichen Kontext betrachtet. Während sich die anderen Modelle fast ausschließlich auf den physischen Kontext konzentrieren¹⁴, nehmen Wahl und Lang den Versuch vor, die Wechselwirkungen zwischen räumlichen und sozialen Umwelten auszuarbeiten. Der ökologischen Gerontologie zufolge gehören diese zwei Umwelten zusammen (vgl. Abbildung 2), wurden aber bislang noch nicht ausreichend in diesem Zusammenhang analysiert.

Das Hauptziel des SPOT-Konzepts besteht darin, „soziale und physische Umweltelemente anhand der ‚Orte‘, an denen Entwicklung stattfindet, zu verschränken“ (Wahl & Lang, 2003, S. 9). Dabei wird von einer altersabhängig unterschiedlichen Entwicklungsdynamik dieser Orte ausgegangen: Während sich im mittleren Erwachsenenalter stärker die Gestaltung von Kontexten (*Agency*) und damit eine aktional bestimmte Person-Umwelt-Relation finden lassen, ist diese Relation im sehr hohen Alter durch emotionale Bindungen und personale Zugehörigkeitsgefühle (*Belongingness*) bestimmt (Wahl & Lang, 2004). Die mit dem Altern zurückgehenden personalen Ressourcen schränken die Möglichkeit einer aktiven Gestaltung ein und verstärken dagegen das Streben nach Zugehörigkeit. Dieses ist vor allem in den Gefühlen ersichtlich, an einen Ort zu gehören, sich an diesem heimisch zu fühlen oder mit diesem verbunden zu sein (vgl. Hieber, Oswald, Rott, & Wahl, 2006). Das hierzu angesprochene Konstrukt *Place Attachment* hat in der ökologischen Gerontologie eine lange Tradition (z.B. Rowles, 1983; Rubinstein & Palmelee, 1992). Die bisherige Forschung konnte zeigen, dass diese affektive und kognitive Bindung zwischen einer Person und einem spezifischen Umweltausschnitt das Selbst stärkt, Unabhängigkeit und Kompetenz fördert sowie das Wohlbefinden erhöht (vgl. Perrig-Chiello, 1997; Rubinstein & Palmelee, 1992).

Das SPOT-Konzept kombiniert drei zentrale Elemente: „Place“, „Social-Physical Place“ und „Over Time“. In Bezug auf „Place“ geht es darum, dass die Person-Umwelt-Relation ortsgebunden, d.h. stets an bestimmte und individuell bedeutungsvolle physische und soziale Kontexte eingebunden, ist. Diese können sich beispielsweise in Form von Ortsbindung, Bindung zu Nachbarschaft, Wohnquartier oder sogar Landschaft äußern. „Social-Physical Place“ bedeutet, dass Orte sozial konstruiert sowie ausgefüllt werden und dementsprechend

¹⁴ Beispielsweise zeichnete sich das Modell von Lawton durch ein umfassendes Verständnis von Umwelt aus (1977; siehe auch Abschnitt 2.1.5.1), dennoch wurde dieses in seinen Modellen zu Person-Umwelt-Wechselwirkungen nicht berücksichtigt. Er orientiert sich doch eher auf die physische Umwelt. Auch die Modelle von Kahana (1982) sowie Carp & Carp (1982) zeigen eine deutliche Einseitigkeit zugunsten räumlicher Umwelt. Andererseits sind Theorien zu benennen, die eher die soziale Umwelt fokussieren und die räumliche Umwelt außer Acht lassen. Dazu gehören beispielsweise die bereits präsenzierte Aktivitätstheorie (Havighurst et al., 1968) oder die Disengagement-Theorie (Cumming & Henry, 1961).

durch soziale Beziehungen bestimmte Entwicklungskontexte anbieten. Besonders im hohen Alter, wenn soziale Beziehungen durch Verwitwung reduziert werden, können sozial geladene physische Umwelten die Person-Umwelt-Passungsprozesse begünstigen. Schließlich bezieht sich der Begriff „Over Time“ auf eine zielgerichtete Veränderung von Orten in Wechselwirkung mit der sich entwickelnden Person. Das Ziel ist dabei, eine gelungene Adaptation, d.h. ein Höchstmaß an Person-Umwelt-Passung, zu erlangen (Wahl & Lang, 2004).

Die Dynamik der Person-Umwelt-Passung im SPOT-Konzept kommt dadurch zum Ausdruck, dass in Abhängigkeit vom Ausmaß an personalen Ressourcen unterschiedliche inhaltliche Dimensionen der Adaptation in den Vordergrund treten. Während hierbei für das mittlere Erwachsenenalter, das durch hohe Kompetenzen gekennzeichnet ist, die Priorität der Passung auf Anregung und Stimulation liegt, gewinnen bei deutlichem Kompetenzverlust im hohen Alter Sicherheit und Vertrautheit sowie Kontinuität und Sinnerhaltung an Bedeutung (Wahl & Lang, 2003). Obgleich diese Konzeptualisierung wichtige theoretische Überlegungen expliziert und auf neue Potenziale im Hinblick auf die Anpassungsprozesse im Alter hindeutet, bleibt ihre empirische Überprüfung teilweise aufgrund ihrer hohen Komplexität bislang aus.

Zusammenfassung

Die skizzierten theoretischen Ansätze zur Erklärung des Adaptationsprozesses im Alter unterstreichen verschiedene Aspekte des Lebens und verschiedene Mechanismen, die bei der Adaptation beteiligt sind. Hauptsächlich präsentieren sie jedoch eine isolierte Sicht auf den Anpassungsprozess, in dem entweder die Person selbst oder rein gesellschaftliches Geschehen für das gelingende Leben im Alter verantwortlich ist. Im ersten Fall soll ein älterer Mensch mit Hilfe aktiver Bewältigung, Assimilation, Kontrolle oder Anhäufung von Ressourcen bzw. ihrer effizienten Nutzung dem Alternsprozess als individuellem Schicksal entgegenwirken. Im zweiten Fall muss sich die ältere Person dem gesellschaftlichen Zwang unterwerfen, um dem Adaptationsprozess gerecht zu werden. Der komplexen Wirklichkeit des Alterns nähert sich am ehesten eine Sichtweise, die individuelle und umweltbezogene Einflüsse in einem Wechselwirkungsprozess verwoben betrachtet. Demnach sind die interaktionistischen Theorien im Rahmen der vorliegenden Arbeit als ausschlaggebend anzusehen: Aus diesen theoretischen Ansätzen ist für den Adaptationsprozess im hohen Alter abzuleiten, dass das mit dem Altern einhergehende Nachlassen bestimmter Kompetenzen dazu führt, dass die Umwelteinflüsse an Bedeutung gewinnen und somit auch die Anpassungsleistungen immer

stärker mit Rahmenbedingungen der Umwelt, welche in dieser Arbeit mit infrastrukturellen Gegebenheiten definiert sind, zusammenhängen (vgl. Saup, 1993). Daraus lässt sich folgern, dass besonders im hohen Alter eine altersgerechte infrastrukturelle Umwelt unabdingbar ist (vgl. Kruse, 1992a; Kruse & Wahl, 2010). Auf diese Problematik wird aber in einem späteren Abschnitt genauer eingegangen (siehe Abschnitt 2.4). Wie die theoretische Lage dennoch verdeutlicht (Thomae, 1971; Kahana, 1982), gilt es hierbei zwischen objektiv gegebener und subjektiv erfahrener Umwelt zu unterscheiden (siehe Abschnitt 2.3.3).

Abschließend soll darauf hingewiesen werden, dass in den in diesem theoretischen Kapitel vorgestellten Ansätzen vorwiegend die emotionale Befindlichkeit oder die Lebenszufriedenheit als ein Qualitätsmaß für eine gelungene Adaptation herangezogen wurden. Diesen theoretischen Ansätzen zufolge hängen diese Wohlbefindensmaße mit individuellen und umweltbezogenen, hierzu speziell infrastrukturellen Ressourcen, sowie deren Wechselwirkungen zusammen. Deshalb wird in den nachfolgenden Abschnitten zuerst die Frage nach einem Kriterium für einen gelingenden Adaptationsprozess gestellt (siehe Abschnitt 2.2), um später die Ressourcen vorzustellen, die in diesem Prozess bedeutsam sind (siehe Abschnitt 2.3).

2.1.6 Zum Kriterium einer gelungenen Adaptation an das Altern

Einige der Hauptziele der gerontologischen Forschung sind die Beschreibung und die Analyse des Alternsprozesses und der psychischen Auseinandersetzung des Menschen mit dem Altern (Weinert, 1994). Ein weiteres wichtiges Ziel ergibt sich aus den vorherigen: Aufgrund der Beschreibung beabsichtigt die Gerontologie Interventionen durchführen zu können, um den Alternsprozess positiv zu beeinflussen. So beschreibt Havighurst (1963) das wichtigste Ziel der Gerontologie: den Menschen zu helfen, im Alter besser zu leben. Die Frage, die sich hierzu allerdings stellt, lautet, was ein gutes Leben im Alter ist und was ein besseres Leben bedeutet. Die Entscheidung über angemessene Formen des Lebens kann auf einer ausschließlich wissenschaftlichen Basis nicht getroffen werden, denn es kommen hier individuelle Werte und Weltanschauungen zum Ausdruck, die bei der Annahme der Wertfreiheit wissenschaftlich nicht beurteilt werden dürfen (Adorno, Dahrendorf, & Pilot, 1978; Weber, 1988). Die gerade dargestellten Theorien machen aber deutlich, dass die Forschung seit langem danach strebt, Kriterien eines gelingenden Lebens im Alter zu finden. Dabei geben verschiedene Theorien unterschiedliche Kriterien an. Diese reichen von einzelnen Indikatoren bis zu einer ganzen Liste von wichtigen Variablen, die berücksichtigt werden sollen. Die Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Vielfalt der einzelnen Kriterien, die in den hier ausgewählten

Theorien als Maßstab für eine erfolgreiche Adaptation herangezogen wurden. Darunter sind auch Theorien zu finden, die im vorherigen Abschnitt ausführlich besprochen wurden.

Tabelle 1: Indikatoren des Gelingens von Adaptationsprozessen in ausgewählten Theorien und Konzeptualisierungen.

Autor	Indikator
Erikson (1959)	Ich-Integrität
Cumming & Henry (1961)	Lebenszufriedenheit
Havighurst et al. (1968)	Zufriedenheit mit dem gegenwärtigen und vergangenen Leben
Palmore (1979)	Langlebigkeit, keine Behinderungen, Lebenszufriedenheit
Carp & Carp (1984)	unabhängige Lebensführung, Umweltwahrnehmung, Lebenszufriedenheit
Thomae (1987)	Lebenszufriedenheit, erlebte Belastung, Aktivität, Kompetenz
Rowe & Kahn (1987)	Vorbeugung von Krankheiten und gesundheitlichen Risiken, Erhaltung hoher kognitiver und körperlicher Funktionstüchtigkeit, Erhaltung von Engagement und Produktivität im Alter
Atchley (1989)	innere und äußere Kontinuität
Guralnik & Kaplan (1989)	hohe physische Funktionsfähigkeit
Ryff (1989a, 1989b)	Akzeptieren seiner selbst, Bildung positiver Beziehungen zu anderen Menschen, Autonomie, Umweltkontrolle, Zielorientierung, persönliches Wachstum
Vaillant (1990)	Gesundheit, psychosoziale Anpassung, Lebenszufriedenheit
P. Baltes & M. Baltes (1990)	Länge des Lebens, biologische und seelische Gesundheit, psychosoziale Funktionstüchtigkeit, Gefühl der Selbstwirksamkeit, Lebenszufriedenheit
Mayring (1991a, 1991b)	Freisein von subjektiver Belastung, Gefühl der Freude, längerfristiges Glücksgefühl, Lebenszufriedenheit als Ergebnis positiver Lebensbilanz
Berkman, Seeman, Albert, Blazer, Kahn, Mohs, et al. (1993)	hohe physische Funktionsfähigkeit
Garfein & Herzog (1995)	funktionale Gesundheit, emotionale Befindlichkeit, kognitive Leistungsfähigkeit, produktive Aktivität
Schulz & Heckhausen (1996)	körperliche Gesundheit, kognitive und kreative Funktionen, affektive Faktoren, soziale Beziehungen
Staudinger (1996)	Lebenszufriedenheit
Rowe & Kahn (1997)	keine Beeinträchtigungen und Krankheiten, gute physische und kognitive Funktionen, nachhaltiges Engagement in sozialen und anderen produktiven Tätigkeiten
Vaillant & Mukamal (2001)	hohes Wohlbefinden, guter objektiver und subjektiver Gesundheitszustand, kognitive Intaktheit, Aktivität, Lebenszufriedenheit, soziale Unterstützung
Hobfoll (2002)	gutes Ressourcenmanagement, um Wohlbefinden aufrechtzuerhalten

Besonders Lehr (2007) und Thomae (1988) haben die Bestrebungen kritisiert, Kriterien einer gelingenden Anpassung aufzuzählen, denn geglücktes Leben sein nicht nur von dem Glauben,

den Überzeugungen und den Weltanschauungen des Individuums abhängig, sondern auch von der betreffenden Kultur, in dem ein Mensch lebt. Die große interindividuelle Variabilität im Alter macht diese Argumentation noch deutlicher. Gerade die Diskussion um die Aktivitätstheorie und Disengagement-Theorie zeigte, dass es keine „richtige“ Lösung gibt, die ein einheitliches Kriterium für alle älteren Menschen vorschreiben kann. Für manche alten Menschen ist der Rückzug, für andere die Aktivität eine angemessene Lösung, um ein geglücktes Leben zu erreichen. Demzufolge erlangte das subjektive Wohlbefinden eine besondere Bedeutung in Hinblick auf die Kriteriumsfrage der Adaptation. Sein Vorteil dabei ist es, kein Wertesystem, keine Weltanschauung und keinen Lebensstil zu bevorzugen und sich nur auf die subjektiven Aussagen über die aktuelle individuelle Situation im Vergleich zu idealen individuellen Lebensmöglichkeiten zu konzentrieren. Dazu stellt das subjektive Wohlbefinden neben der körperlichen Gesundheit, der kognitiven Intaktheit und verlässlichen sozialen Kontakten einen wesentlichen Bestandteil der menschlichen Existenz in allen Lebensabschnitten dar. Die Fähigkeit des Menschen, auch unter sehr schwierigen Bedingungen ein positives Selbstgefühl in Form von Wohlbefinden bewahren zu können, kann als zentrale psychologische Stärke des Menschen interpretiert werden (Jopp, Rott, et al., 2010). Nach Havighurst (1977, S. 568) ist die Zufriedenheit mit dem gegenwärtigen und dem vergangenen Leben der beste Weg zu einer erfolgreichen Adaptation. Mittlerweile ist in der gerontologischen Forschung die Zufriedenheit mit dem Leben zu einem entscheidenden Kriterium des erfolgreichen Alterns und zur Überprüfung von Alternstheorien geworden (z.B. Butt & Beiser, 1987). Diesen Überlegungen folgend wurde für diese Arbeit das Wohlbefinden als Indikator des Gelingens von Adaptationsprozessen im Altern ausgewählt¹⁵. Da viele Untersuchungen zeigen konnten, dass positive Befindlichkeit im hohen Alter weniger stabil zu sein scheint als die negative Emotionalität (z.B. Kunzmann, Little, & Smith, 2000), war es empfehlenswert nicht nur die Zufriedenheit, sondern auch das Glücksgefühl als ein ausreichend sensibles Kriterium einer positiven Adaptation auszuwählen. Eine detaillierte Beschreibung der Konzeptualisierung des Wohlbefindens stellt den Gegenstand des nächsten Abschnittes dar.

¹⁵ Die Entscheidung, das Wohlbefinden als Indikator eines gelingenden Anpassungsprozesses zu wählen, war auch in Hinblick auf die eigene Untersuchung und die interkulturelle Vergleichbarkeit der Ergebnisse von Bedeutung (hierzu siehe Kapitel 3).

2.2 Wohlbefinden als Indikator einer gelungenen Adaptation an das Altern

Nachdem in den vorangegangenen Abschnitten die theoretischen Grundlagen zu Prozessen und Mechanismen der Adaptation ausführlich besprochen wurden, nähert sich dieser Abschnitt dem Kriterium einer gelungenen Adaptation – dem subjektiven Wohlbefinden – an. Zuerst wird auf das Konstrukt des Wohlbefindens eingegangen, welches in der Forschung am häufigsten als Indikator eines gelungenen Adaptationsprozesses verwendet wird und auch im Hinblick auf die in dieser Arbeit gestellten Fragen als das geeignetste Kriterium angesehen wird. Der Vorstellung von Lebenszufriedenheit und Alterszufriedenheit als zwei Komponenten der kognitiven Facette des Wohlbefindens folgen Ausführungen zu positiven und negativen Affekten, als zwei Facetten des emotionalen Wohlbefindens. Dabei wird die Frage der Abhängigkeit bzw. Unabhängigkeit beider emotionalen Befindlichkeiten diskutiert. Der Abschnitt schließt mit dem Thema des *Paradoxons des Wohlbefindens* ab.

2.2.1 Struktur des Wohlbefindens

Die Beschäftigung mit dem Thema *Wohlbefinden* stellt einen zentralen Bestandteil der psychologischen Forschungstradition dar. Schon zu Beginn der 1960er Jahre wurden erste theoretisch-methodische Zugänge zum Konstrukt *well-being* formuliert (z.B. Neugarten, Havighurst, & Tobin, 1961), so dass in diesem Forschungszweig mittlerweile eine Vielzahl empirischer Befunde vorliegt. Die häufig synonyme Verwendung von Begriffen wie *Wohlbefinden*, *Lebenszufriedenheit*, *Glück*, *Befindlichkeit* oder *Affekt* (Erlemeier, 1980; Mayring, 1987) führt jedoch zu Missverständnissen in der Interpretation der Ergebnisse. Zudem erscheint die Operationalisierung der untersuchten Konstrukte bisweilen willkürlich und fragwürdig (Pavot, 2008). Daraus folgen Permutationen von neuen Befunden, die sich, anstatt sich zu ergänzen, im erheblichen Maße widersprechen. Ein Beispiel hierzu stellt die Operationalisierung des Wohlbefindens über das ausschließliche Fehlen einer depressiven Symptomatik dar (z.B. Ferreira & Sherman, 2007; Li & Liang, 2007). Eine bloße Fokussierung des negativen Aspektes (Krankheit) subjektiven Wohlbefindens und die Außerachtlassung der ganzen Spannbreite möglicher Gefühle und Bewertungen sind unzureichend und sollten daher abgelehnt werden (George, 1981). Das Konstrukt des Wohlbefindens bleibt somit weiterhin unentziffert, woraus sich wiederum die Notwendigkeit weiterer Forschungsaktivitäten ableitet.

Der zentrale Begriff in allen Theorien heißt demnach *Wohlbefinden*. In den einzelnen Konzeptualisierungen wird jedoch nur eine von seinen zwei Facetten besonders hervorgehoben. So können einerseits Ansätze identifiziert werden, die Wohlbefinden als reine Emotionen und Glücksgefühl betrachten. Andererseits sind auch Ansätze zu finden, welche das Wohlbefinden eher als eine Bewertung des Lebens und des Empfindens bezeichnen. In den 1980er Jahren definierte Diener (1984) das Wohlbefinden als einen abstrakten Oberbegriff, welcher die folgenden drei Komponenten umfasst: positiver Affekt, negativer Affekt und kognitive Reflexion (vgl. auch Mayring, 1987; Okun, 1995). Diese Klassifikation hat bis heute Bestand oder wird weiter ausgearbeitet.

Positiver und negativer Affekt beschreiben die emotionale Dimension des Wohlbefindens, während der kognitive Aspekt mit dem Konstrukt der *Lebenszufriedenheit* gleichgesetzt wird. Zufriedenheit mit dem eigenen Leben basiert auf einer Bewertung des vergangenen und gegenwärtigen Lebens sowie der Zukunftsperspektive (Schumacher et al., 1996). Diese Bewertung ist ein fortwährender Prozess und impliziert einen Vergleich formulierter Lebensziele mit dem bereits Erreichten (Gegenüberstellung von Soll- und Ist-Zustand) oder – wie es Campbell und Kollegen (1976) interpretieren – einen Vergleich des Erhofften, des Erwarteten und des Idealisierten. Emotionales Wohlbefinden kommt hingegen durch das Auftreten positiver Gefühle wie Freude, Glück oder Begeisterung und das Fehlen negativer Gefühle wie Angst, Feindseligkeit oder Bedrücktheit zum Ausdruck (Schimmack, 2008). Eine weitere wichtige Komponente des kognitiven Wohlbefindens, die in der Praxis großes Interesse gewann, aber bei der Vorstellung der Wohlbefindensstruktur oft übersehen bleibt, stellt die positive Lebenshaltung (*morale*) dar. Während bei der Lebenszufriedenheit eine kognitive Bewertung des Lebens abgegeben wird, spielt bei *morale* eine grundlegende positive emotionale Haltung zum Leben oder zum Altern (Perrig-Chiello, 1997) eine entscheidende Rolle. Laut Lawton (1972, 1975) gehören hierzu beispielsweise Optimismus, Akzeptanz sowie das Gefühl, gebraucht zu werden und etwas im Leben erreicht zu haben.

Häufig wird der Begriff *well-being* um das Adjektiv *subjektiv* ergänzt. Durch diese Spezifizierung soll die eigene Sicht bzw. das eigene Empfinden der Person in Bezug auf ihre Lebenssituation hervorgehoben werden. Hierdurch kommt die Unterscheidung zwischen dem Wohlbefinden und der Lebensqualität (z.B. Farquhar, 1995; Glatzer & Zapf, 1984; Mollenkopf & Walker, 2007) besonders zum Ausdruck. Während Lebensqualität zumeist auch an objektive Gegebenheiten wie Einkommen, Bildung, allgemeiner Gesundheitszustand oder funktionaler Status gebunden ist, wird das Wohlbefinden ausschließlich über Selbstberichte erforscht. Glatzer (1998, S. 428) definiert Lebensqualität als „[...] *mehrdimensionaler*

Wohlfahrtsbegriff, der gute objektive Lebensbedingungen und hohes subjektives Wohlbefinden umfasst und neben der individuellen Bedürfnisbefriedigung auch die kollektive Wohlfahrt mit einbezieht“. In Bezug auf das Wohlbefinden sind stattdessen ausschließlich die Empfindungen und Urteile der Person selbst maßgebend. Demnach stellt die Lebensqualität für das Wohlbefinden eine übergeordnete Kategorie dar, so dass Wohlbefinden als subjektive Lebensqualität betrachtet werden könnte.

Eine weitere wichtige Differenzierung in ein aktuelles und habituelles Wohlbefinden wurde von Becker (1991) unternommen. Habituelles Wohlbefinden wird als das für eine Person typische Befinden verstanden, das primär auf kognitiven Prozessen beruht und „[...] subjektive Urteile über aggregierte emotionale Erfahrungen widerspiegelt [...]“ (Becker, 1991, S. 15). Aktuelles Wohlbefinden hingegen beschreibt das momentane Erleben und Empfinden einer Person und ist überwiegend an der gegenwärtigen Lebenssituation orientiert. Es resultiert direkt aus positiven, belohnenden Erfahrungen oder indirekt aus der Verminderung oder Beseitigung negativer Zustände¹⁶. Im Strukturmodell des Wohlbefindens, welches Becker (1991) entwickelte, werden sowohl das aktuelle als auch das habituelle Wohlbefinden jeweils durch physisches und psychisches Wohlbefinden konstituiert. In dieser Arbeit steht das psychische Wohlbefinden mit seiner affektiven und kognitiven Facette im Zentrum des Interesses.

2.2.1.1 Affektives Wohlbefinden

Die affektive Facette des Wohlbefindens setzt sich aus dem positiven (PA) und negativen (NA) Affekt zusammen (Watson & Clark, 1984). Damit ist jeweils das Erleben von positiven und negativen Gefühlen gemeint. Individuelle Unterschiede im positiven Affekt ergeben sich vor allem aus dem individuellen sozialen Verhalten wie dem Kontakt zu Freunden und zur Familie, dem Schließen neuer Bekanntschaften, der sozialen Eingebundenheit oder dem Maß an sozialer Aktivität (Kunzmann, 2008; Lawton, 1983b; Tellegen, Watson, & Clark, 1999). Differenzen im negativen Affekt sind auf Unterschiede im individuell wahrgenommenen Gesundheitszustand, in den gesundheitlichen Beschwerden und in den selbst eingeschätzten physischen Symptomen zurückzuführen (Brief, Butcher, George, & Link, 1999; Watson, 1988). Zudem gilt der positive Affekt als Repräsentation eines behavioralen Annäherungssystems und der negative Affekt als Repräsentation eines behavioralen Vermeidungssystems (Carver & Scheier, 1990; Elliot & Thrash, 2002). Somit lässt sich das menschliche Verhalten

¹⁶ Hieraus resultiert das Verständnis von aktuellem Wohlbefinden als *State-Variable*, die von der momentanen Situation abhängig ist, und habituellem Wohlbefinden im Sinne einer *Trait-Variable*, die über den Lebenslauf hinweg eine weitgehende Stabilität aufweist.

nicht nur nachvollziehen, sondern es können auch Rückschlüsse auf bestimmte Verhaltens-tendenzen gezogen werden.

Die ersten Konzeptualisierungen emotionalen Wohlbefindens beruhten auf der Bipolarität aller empfundenen Gefühle (Übersicht in Magai, 2001). Das bedeutet, dass jedes Gefühl als eine Stimmungsachse oder genauer gesagt als ein Kontinuum zwischen negativem und positivem Empfinden graphisch darstellbar und subjektiv erlebbar ist. Ein Beispiel hierzu wäre eine Gefühlsachse von „traurig“ zu „glücklich“, wobei sich das subjektive Erleben auf irgendeinem Punkt dieser Achse positioniert. Das affektive Wohlbefinden wurde demnach im Sinne einer ausgewogenen oder positiven Bilanz aller Gefühle definiert und mit dem Begriff *Glück* assoziiert. So bezeichnet beispielsweise die *Affect Balance Scale* (ABS, Bradburn & Caplovitz, 1965) Glück/Wohlbefinden als Differenz zwischen positivem und negativem Affekt. In den 1980er Jahren entstand in der Emotionsforschung eine große Debatte darüber, welche Natur das affektive Wohlbefinden habe und wie die Beziehungen zwischen den beiden Affekten aussehe. Es wurden erste einflussreiche Arbeiten publiziert, die zeigen wollten, dass der positive und der negative Affekt zwei voneinander unabhängige Gefühlzu-stände darstellen (vor allem Diener & Emmons, 1984). Das Empfinden eines Gefühls (z.B. Traurigkeit) ist demnach davon unabhängig, wie stark das jeweils andere Gefühl bzw. die anderen Gefühle (z.B. Glücklichkeit) erlebt werden. Eine Vielzahl weiterer Arbeiten konnte diesen Ansatz korrelations- oder faktorenanalytisch bestätigen (Diener, Smith, & Fujita, 1995; Lawton, Kleban, Rajagopal, & Dean, 1992; Lucas, Diener, & Suh, 1996; Pavot & Diener, 1993). So wurde in der Berliner Altersstudie eine Korrelation von $r = 0,04$ zwischen dem positiven und dem negativen Affekt ermittelt (Smith et al., 1996). Vergleichbare Werte wurden für das Erwachsenenalter festgestellt (z.B. Bradburn, 1969; Watson et al., 1988). Die Ermittlung des wahren Zusammenhangs zwischen den beiden Affekten stellt allerdings bis heute eine große methodologische wie auch analytische Herausforderung dar (Kaspar, 2009)¹⁷.

Mittlerweile wurde in diesem Forschungsgebiet ein Konsens dahingehend erreicht, dass positiver und negativer Affekt zwei distinkte Charakteristika emotionalen Wohlbefindens repräsentieren, die mit unterschiedlichen Konsequenzen und zugrunde liegenden Prozessen verbunden sind (z.B. Carver & Scheier, 1990; Elliott & Thrash, 2002). Für die Prädiktoren-

¹⁷ Der wahre Zusammenhang kann durch unsystematische und systematische Messfehler maskiert (Russell & Carroll, 1999; Schimmack, Böckenholt, & Reisenzein, 2002; Schmuckle & Egloff, 2009) oder durch kulturelle Denkstile, das Geschlecht, die betrachtete Zeitspanne, die Intensität des erlebten Affektes sowie die inhaltliche Definition und Deskriptorenauswahl moderiert werden (Green & Salovey, 1999; Tellegen et al., 1999; Watson & Tellegen, 1999).

forschung folgt daraus, dass die unabhängigen Variablen separat für den positiven und negativen Affekt ermittelt werden sollten (Diener & Larsen, 1993).

Die Frage, wie sich das positive und negative Empfinden im Alter verändert, verlangt nach einer genaueren Betrachtung vorliegender Forschungsergebnisse. Im Hinblick auf den positiven Affekt ist die Befundlage inkonsistent. Manche Studien zeigen, dass im Rahmen des Alterungsprozesses und vor allem im Alter der positive Affekt leicht an Stabilität verliert oder sogar kontinuierlich abnimmt (Diener & Suh, 1997; Kunzmann et al., 2000; Shmotkin, 1990; Stacy & Gatz, 1991). Andere Untersuchungen verweisen hingegen auf eine Stabilität oder auch Zunahme der positiven Befindlichkeit (Charles, Reynolds, & Gatz, 2001; Diener & Suh, 1998; Lawton, Kleban, & Dean, 1993; Pinquart, 2001; Mroczek, & Kolarz, 1998; Stock, Okun, Haring, & Witter, 1983). Hinsichtlich des negativen Affektes zeigt sich eine große Übereinstimmung darin, dass die Häufigkeit im Erleben von negativen Emotionen bis zum Erwachsenenalter abnimmt (Barrick, Hutchinson, & Deckers, 1989; Gross, Carstensen, Pasupathi, Tsai, Goettestam Skorpen, & Hsu, 1997; Vaux & Meddin, 1987), um dann im Alter stabil zu bleiben (z.B. Carstensen, Pasupathi, Mayr, & Nesselrode, 2000; Costa, Zonderman, McCrae, Cornoni-Huntley, Locke, & Barbano, 1987; Kunzmann et al., 2000; Mroczek & Kolarz, 1998; Stacey & Gatz, 1991). Beispielsweise konnte in der Berliner Altersstudie (BASE; Mayer & Baltes, 1996) eine signifikante negative Korrelation zwischen Alter und positiver emotionaler Befindlichkeit ($r = -0,23$) nachgewiesen werden (Smith et al., 1996). Es wurde allerdings keine Beziehung zwischen Alter und negativem Affekt festgestellt ($r = -0,04$). Einschränkend muss aber berücksichtigt werden, dass bei Querschnittsuntersuchungen wie der BASE mögliche Kohortenunterschiede vorliegen können.

2.2.1.2 Kognitives Wohlbefinden

Lebenszufriedenheit und Alterszufriedenheit stellen zwei Facetten des kognitiven Wohlbefindens dar, die hier auch in ihren Bezügen zum Älterwerden beleuchtet werden sollen. Darüber hinaus sind speziell die Globalität vs. Spezifität der Lebenszufriedenheit sowie das Spannungsfeld objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Bewertungen im Hinblick auf Wohlbefinden zur Diskussion gestellt.

A). Lebenszufriedenheit

Forschungsaktivitäten zur Lebenszufriedenheit (*life satisfaction*) zählen zu den ältesten Forschungsgebieten der Gerontologie (Maddox & Wiley, 1976). Das Interesse an diesem Begriff ist aus den Untersuchungen zum erfolgreichen Altern (P. Baltes & M. Baltes, 1990)

entstanden, welche zum Ziel hatten, die Bedingungen eines gegläckten Lebens im Alter zu erforschen.

Die am weitesten verbreitete Definition von Lebenszufriedenheit geht auf Neugarten und Kollegen (1961) zurück. Im *Life Satisfaction Index* (SLI) wird Lebenszufriedenheit anhand von fünf Hauptdimensionen konzeptualisiert: Lebensfreude vs. Apathie, Entschlossenheit und Lebensmut vs. Resignation, positives Selbstbild, optimistische Stimmungslage in Bezug auf physische, psychische und soziale Situation sowie Kongruenz zwischen erstrebten und erreichten Zielen. Nach Becker (1991) ist Lebenszufriedenheit im Sinne einer Trait-Variablen zu verstehen, welche auf kognitiven Bewertungsprozessen des physischen und psychischen Wohlbefindens unter Einbeziehung der gesamten Lebensspanne basiert. Wie bereits im vorherigen Abschnitt dargestellt, beruht der zur Lebenszufriedenheit führende Mechanismus auf einer vergleichenden Bewertung des vergangenen und gegenwärtigen Lebens unter Einbeziehung der Zukunftsperspektive (Schumacher et al., 1996). Keine oder positive Diskrepanzen bei diesen Bewertungen ergeben Zufriedenheit. Negative Differenzen verursachen hingegen Unzufriedenheit (vgl. Campbell et al., 1976).

Eine neuere Konzeptualisierung von Diener und Kollegen (1999) hat das Konstrukt der globalen Lebenszufriedenheit um eine bereichsspezifische Ebene ergänzt (vgl. Campbell et al., 1976). Damit wollten die Autoren es ermöglichen, inhaltliche Rückschlüsse auf einzelne Lebensbereiche ziehen zu können. Die Relevanz bereichsspezifischer Lebenszufriedenheit konnte bereits in den 1970er Jahren in zahlreichen Untersuchungen nachgewiesen werden (Übersicht in George, 1981). Diese bestätigen, dass die Zufriedenheit in einzelnen Lebensbereichen einen geeigneten Prädiktor für die allgemeine Lebenszufriedenheit darstellt. Durch die Ermittlung bereichsspezifischer Zufriedenheiten lassen sich rund 50 bis 60% der Varianz globaler Lebenszufriedenheit aufklären. Als die besten Prädiktoren erwiesen sich dabei Zufriedenheit mit der Partnerschaft, der Familie, der Arbeit, den Freizeitaktivitäten, der Wohnung und dem Wohnumfeld.

Auch die auf der Datenbasis des Wohlfahrtssurveys durchgeführten Analysen verweisen auf den Zusammenhang zwischen globaler und bereichsspezifischer Zufriedenheit. Glatzer (1984) konstatiert, dass die Lebenssituation einer Person mitentscheidend dafür ist, in welchem Ausmaß die verschiedenen Lebensbereiche die globale Lebenszufriedenheit beeinflussen. So ist beispielsweise bei Personen mit Familie und Kindern die Bedeutung der Zufriedenheit mit dem Beruf weniger wichtig für die globale Lebenszufriedenheit als bei Alleinlebenden. Allerdings ist die Zufriedenheit mit dem Lebensstandard und mit der

Gesundheit bei fast allen Bevölkerungsgruppen für die globale Lebenszufriedenheit entscheidend.

In einer neueren Studie untersuchte Zhang (2005) bei über tausend Personen im Alter von 14 bis 88 Jahren Unterschiede zwischen Prädiktoren für die globale und bereichsspezifische Zufriedenheit. Er stellte fest, dass die Korrelationen zwischen den unabhängigen Variablen (z.B. Selbstwirksamkeit, Persönlichkeitseigenschaften) und bereichsspezifischer Zufriedenheit (erfasst in 13 Lebensdomänen) jeweils stärker sind im Vergleich zu Korrelationen mit globaler Lebenszufriedenheit. Bis auf Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit bestanden keine großen Unterschiede hinsichtlich der Zusammensetzung der regressionsanalytisch ermittelten Prädiktoren. Die zwei Variablen erwiesen sich nur in dem *Life-domain-satisfaction*-Modell als signifikant (vgl. Bailey, Eng, Frisch, & Snyder, 2007). Zhang (2005) fasst zusammen, dass die bereichsspezifische Zufriedenheit im Vergleich zur globalen Zufriedenheit ein sensibleres Maß darstellt, mit dem sich die wahren Effekte besser nachweisen lassen.

Thomae (1988) weist darauf hin, dass es verschiedene Möglichkeiten gibt, globale und spezifische Zufriedenheit zu interpretieren. Dabei geht er nicht davon aus, dass die globale Zufriedenheit einfach eine Summe der spezifischen Zufriedenheiten darstellt. Vielmehr unterscheidet er zwischen hochspezifischen, wenig spezifischen und globalen Maßen, je nachdem, wie sie mit anderen Zufriedenheitsvariablen in Verbindung stehen. So wurden in der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie des Alterns insgesamt 18 verschiedene Zufriedenheitsmaße gebildet. Es konnte eine Veränderung der subjektiven Bewertung einzelner Bereiche über den Untersuchungszeitraum von 15 Jahren beobachtet werden. Allerdings wies das globale Zufriedenheitsmaß über die ganze Erhebungszeit eine weitgehende Stabilität auf, was auf eine Umbewertung einzelner Lebensbereiche und einen Ausdruck einer gelungenen Adaptation an das Altern hinweist (vgl. Steverink, Westerhof, Bode, & Dittman-Kohli, 2001). Schließlich konstatiert Thomae, dass

[...] Lebenszufriedenheitsmaße nicht als konstante Persönlichkeitsmaße angesehen werden dürfte, sondern Aussagen über Qualitäten der Person-Umwelt-Beziehungen darstellen, die notwendigerweise Veränderungen unterliegen können (Thomae, 1988, S. 218).

Lawton (1983b) hingegen geht davon aus, dass globale und spezifische Zufriedenheitsmaße unterschiedliche Sachverhalte erfassen und relativ unabhängig voneinander sind. Vor diesem Hintergrund definiert er vier unabhängige Faktoren der Lebensqualität, zu welchen auch das

psychologische Wohlbefinden zählt. Die drei weiteren Faktoren stellen die wahrgenommene Lebensqualität in einzelnen Bereichen, Kompetenz und objektive Lebensbedingungen dar.

Eines der wichtigsten Forschungsergebnisse im Hinblick auf die Lebenszufriedenheit ist ihre relative Stabilität über die Lebensspanne (z.B. Barresi, Ferraro, & Hobbey, 1983; Costa et al., 1987). Obwohl Lebenszufriedenheit oft mit unterschiedlichen Methoden erfasst wurde – von *One-question*-Befragungen über intuitiv entwickelte Fragebögen bis hin zu standardisierten und gut etablierten Instrumenten –, konnten bislang gar keine oder sehr geringe negative Alterseffekte festgestellt werden (z.B. Jones, Rapport, Hanks, Lichtenberg, & Telmet, 2003; Fernández-Ballesteros, Zammaron, & Ruiz, 2001; Meléndez, Tomás, Oliver, & Navarro, 2009; Steverink & Lindenberg, 2006). Schmitt und Kollegen stellten sogar einen signifikanten Unterschied in der Lebenszufriedenheit zugunsten der älteren Studienteilnehmer (über 60 Jahre) fest (Schmitt, Oswald, Jopp, Wahl, & Brenner, 2006). Auch mit Längsschnittdaten ließ sich die relative Stabilität der Lebenszufriedenheit belegen (z.B. Costa et al., 1987). Nur etwa 3 bis 4% der Varianz der Lebenszufriedenheit werden im höheren Alter durch das chronologische Alter aufgeklärt (z.B. Smith & P. Baltes, 1993).

B). Alterszufriedenheit

Mit *morale* wird eine positive emotionale Einstellung zum Leben bzw. Älterwerden beschrieben. Seine Konzeptualisierung geht auf Powell M. Lawton zurück (1975) und umfasst Optimismus, Gegenwartakzeptanz, psychische Gesundheit, Kampfgeist und positive Umweltbewertung. Kozma und Kollegen sehen dahingehend einen Unterschied zwischen *morale* und Lebenszufriedenheit, dass *morale* eine eher affektiv-beurteilende und Lebenszufriedenheit eine eher kognitiv-beurteilende Komponente anspricht, obwohl der Unterschied kein grundsätzlicher sei (Kozma, Stones, & McNeil, 1991).

In der gerontologischen Forschung wird insbesondere der emotionalen Einstellung zum Altern eine große Bedeutung beigemessen (z.B. Fernández-Ballesteros et al., 2001; Jones et al., 2003; Kudo, Izumo, Kodama, Watanabe, Hatakehama, Fukuoka, et al., 2007; Lawton, 2001). Unter anderem hat die Etablierung eines Messinstrumentes zur Erfassung von Alterszufriedenheit entscheidend dazu beigetragen, dass *morale* trotz aller Kritik an der theoretischen Konzeptualisierung ein großes Interesse in der Wissenschaft gewonnen hat¹⁸. Das von Lawton (1975) vorgeschlagene und dann auch überarbeitete Messinstrument – die *Phi-*

¹⁸ Die Kritik bezog sich vor allem auf den Bedeutungsbereich von *morale*, der schwer zu umschreiben sei. George (1981) lehnt *morale* ganz ab, da sich der Begriff von der Herkunft her auf „Korpsgeist“ beziehe und somit nichts mit dem Begriff des subjektiven Wohlbefindens zu tun habe.

Philadelphia Geriatric Center Moral Scale (PGCMS) zur Erfassung der Lebenszufriedenheit – ist heute weit verbreitet.

Im Gegensatz zur Lebenszufriedenheit, die sich auf die Bewertung des gesamten Lebens in allen Lebensphasen bezieht, beschreibt Alterszufriedenheit die gegenwärtig empfundene Situation. Selbstverständlich fließen in diese subjektive Einschätzung Aspekte der Vergangenheit und Zukunft mit ein; diese werden aber nicht explizit angesprochen.

Wie die gegenwärtige Situation im Alter zwischen 40 und 85 Jahren empfunden wird und wie sich dies auf die Lebenszufriedenheit auswirkt, zeigen Ergebnisse der Studie von Steverink und Mitarbeitern (2001). Im ersten Schritt konnten die Autoren das Alterserleben der Studienteilnehmer anhand von drei Dimensionen beschreiben. Diese waren jeweils durch einen zentralen Lebensaspekt dominiert: körperlicher Abbau, soziale Verluste oder kontinuierliches Wachstum. Im zweiten Schritt ließen sich Altersunterschiede hinsichtlich des Alterserlebens darlegen: Mit zunehmendem Alter dominierten in der Wahrnehmung immer stärker die durch körperlichen Abbau und soziale Verluste beschriebenen Dimensionen. Dagegen trat das Empfinden von Wachstum häufiger zurück. In einem letzten Analyseschritt wurde der Einfluss dieser drei Wahrnehmungsaspekte bezüglich der Lebenszufriedenheit untersucht. Erwartungsgemäß zeigte das Erleben von Wachstum einen positiven und das Erleben von sozialen Verlusten einen negativen Zusammenhang mit Lebenszufriedenheit. Zwischen dem erlebten körperlichen Abbau und Zufriedenheit stellten sich hingegen keine Hinweise auf Wechselwirkungen heraus. Daraus lässt sich folgern, dass Alterszufriedenheit von gesundheitlichen Verlusten entkoppelt ist und es älteren Menschen gelingt, diese als einen Teil des Alternsprozesses zu akzeptieren. Unterstützt wird diese Vermutung hinsichtlich eines gelingenden Adaptationsprozesses durch Ergebnisse der Studie von Fernández-Ballesteros und Mitarbeitern (2001). Sie untersuchten Alterszufriedenheit in vier Altersgruppen: 65-69 Jahre, 70-74 Jahre, 75-79 Jahre und 80+ Jahre. Hierbei stellten sie heraus, dass die jüngsten Studienteilnehmer die höchsten Zufriedenheitswerte aufwiesen. Allerdings konnte dieser Altersunterschied durch statistische Kontrolle von Geschlecht, Familienstatus, Bildung und Einkommen erklärt werden. Auch in dem Vorhersagemodell zur Alterszufriedenheit spielte das Lebensalter keine signifikante Rolle. Diese Ergebnisse wurden auch von Jones und Kollegen (2003) repliziert. In der Berliner Altersstudie betrug der Zusammenhang zwischen Alter und Alterszufriedenheit $r = -0,25$ und war somit größer als der mit Lebenszufriedenheit (Smith et al., 1996). Dieser Befund ist auf die unterschiedliche Konzeptualisierung der Alters- und Lebenszufriedenheit zurückzuführen, wobei insbesondere die Alterszufriedenheit stärker durch Alterserscheinungen beeinflusst wird.

2.2.2 Wohlbefindensparadoxon – zwischen objektiven Bedingungen und subjektiven Bewertungen

Wohlbefinden als Ausdruck des Gelingens von Adaptationsprozessen im Alter und als Qualitätsmaß der Person-Umwelt-Beziehung (Thomae, 1988) impliziert zwei Betrachtungsweisen. Zum einen sind hier die objektiven Lebensbedingungen angesprochen, die einer Person zur Verfügung stehen. Zum anderen handelt es sich um die subjektive Wahrnehmung und Bewertung der Lebenssituation durch die Person selbst. Es wurde bereits an mehreren Stellen dieser Arbeit angedeutet, dass diese beiden Sichtweisen nicht immer übereinstimmen, sich bisweilen sogar erheblich voneinander unterscheiden, was eine der wichtigsten Erkenntnisse in der Forschung zum Wohlbefinden darstellt. Bereits in klassischen Modellen des Wohlbefindens zeigen Campbell und Mitarbeiter (1976), dass objektive Ressourcen im Vergleich zu ihrer subjektiven Einschätzung nur eine untergeordnete Rolle für das individuelle Befinden spielen. Weitere Untersuchungen konnten dieses *Wohlbefindensparadoxon*¹⁹ immer wieder eindrucksvoll replizieren (Pinquart & Sorenson, 2000; Ruthig & Chipperfield, 2007; Smith et al., 1996), so dass mittlerweile eine Konzeptualisierung des Wohlbefindens ohne die subjektive Sicht des Individuums überhaupt nicht denkbar ist.

Insbesondere in der Altersforschung erlangte das Paradox des *Wohlbefindens* besonderes Interesse, denn obgleich objektive Verschlechterungen in der Lebenssituation älterer Menschen nachzuweisen sind, lässt sich die relative Stabilität des subjektiven Wohlbefindens bis ins hohe Alter nicht bestreiten. Nach Staudinger (2000, S. 186) manifestiert sich das Paradoxon der Zufriedenheit in dem Sachverhalt,

[...] dass sich widrige Lebensumstände (z.B. gesundheitliche und finanzielle Beeinträchtigungen) im Gruppenmittel – solange existenzielle Mindestanforderungen nicht unterschritten werden – kaum bis gar nicht in der Bewertung des subjektiven Wohlbefindens der Betroffenen widerspiegeln.

So untersuchten Smith, Sim, Scharf und Phillipson (2004) die Bedeutung objektiver Gegebenheiten und subjektiver Sichtweisen für die Lebenszufriedenheit bei 600 Personen im Alter jenseits von 60 Jahren. Keine der objektiv erfassten Bedingungen (z.B. chronische Krankheiten, soziale Unterstützungsressourcen, Äquivalenzeinkommen) erwies sich als ein signifikanter Prädiktor für die Lebenszufriedenheit. Stattdessen leisteten die subjektiven Bewertungen (z.B. Selbsteinschätzung der Gesundheit, Zufriedenheit mit der Nachbarschaft, Wahrnehmung von Armut in der Gegend) einen bedeutenden Beitrag zur Varianzaufklärung. Hierbei ist zudem zu bemerken, dass insbesondere die subjektive Einschätzung der Gesundheit und nicht

¹⁹ Manchmal auch als Zufriedenheitsparadoxon genannt. Hier werden die beiden Termini auch abwechselnd genutzt.

der objektive Gesundheitsstatus als einer der bedeutsamsten Prädiktoren des Wohlbefindens herausgestellt werden konnte (z.B. Aldwin et al., 2006; Staudinger & Freund, 1998; Perrig-Chiello, 1997)²⁰.

Anhand von Ergebnissen der Berliner Altersstudie konnte ebenfalls gezeigt werden, dass die Zufriedenheit mit einzelnen Ressourcenbereichen hochprädiktiv für das subjektive Wohlbefinden ist, während die objektiv erfassten Ressourcenindikatoren nicht zur Varianzaufklärung beitragen (Smith et al., 1996). Insofern scheint die subjektive Wahrnehmung einer Ressource eine bessere Vorhersage des Wohlbefindens zu ermöglichen als der objektive Ressourcenstatus (vgl. Jopp & Leipold, 2004). Ein nächstes Beispiel hierzu liefern die Daten des Alters-Surveys (Westerhof, 2001). Auch diese belegen, dass die objektiv erfassten Lebensbedingungen nur einen relativ geringen Anteil an Varianz in den Dimensionen des Wohlbefindens (Lebenszufriedenheit, positive und negative Befindlichkeit) aufklären können. Die psychischen Ressourcen wie Kontrollerleben oder Zuversichtlichkeit waren hingegen von großer Bedeutung für die Aufklärung der Unterschiede im Wohlbefinden.

Tabelle 2: Konstellationen des Wohlbefindens (nach Glatzer, 1992, S. 49).

objektive Lebensbedingungen	subjektive Lebensbewertung	
	gut	schlecht
gut	Well-Being	Dissonanz
schlecht	Adaption	Deprivation

Nach Glatzer (1992) können objektive Lebensbedingungen und subjektive Lebensbewertung nicht nur zu Paradoxen führen. Aus ökonomischer Sicht betrachtet, können vier mögliche Outcomes definiert werden, welche im Zusammenspiel zwischen Subjektivität und Objektivität erfolgen können (Tabelle 2): Dissonanz resultiert aus guten Lebensbedingungen und Unzufriedenheit des Menschen (sogenanntes *Unzufriedenheitsdilemma*). Deprivation ergibt sich aus schlechten Bedingungen und ihrer schlechten Bewertung. Adaption beschreibt eine Situation, in der trotz objektiv schlechter Bedingungen eine positive Bewertung abgegeben wird. Wohlbefinden ist in keinem dieser Fälle gegeben, sondern besteht erst, wenn mit guten Lebensbedingungen subjektive Zufriedenheit einhergeht. Man kann hierzu feststellen, dass sich die ökonomische Sicht von der psychologischen Betrachtungsweise im erheblichen Maße unterscheidet. Wie bereits dargelegt, kann der Mensch auch in Anpassungssituationen, bei

²⁰ Weitere Beweise in Form von Forschungsergebnissen werden im nachfolgenden Abschnitt zu Ressourcen für das Wohlbefinden detailliert beschrieben.

nicht optimalen Lebensbedingungen, Wohlbefinden erlangen. Dies stellt sogar einen Indikator für erfolgreiche Adaption dar.

Somit orientiert sich die ökonomische Sichtweise ausschließlich an objektiven Indikatoren zur Bewertung eines guten und zufriedenstellenden Lebens im Alter. Die Wohlfahrtspflege ist auf diese normativen Kriterien angewiesen, um entsprechende Interventionsmaßnahmen begründen und durchführen zu können, deren Ziel es ist: „[...] ein psychophysisches Wohlbefinden bis ins hohe Alter hinein möglich zu machen, zu erhalten oder gar zurückzugewinnen“ (Lehr, 1979, S. 3). Der psychologische Ansatz der Wohlbefindensforschung betont hingegen, dass objektiv vorgegebene Qualitätsstandards individuell unterschiedlich wahrgenommen werden. Entscheidend für die Zufriedenheit einer Person ist weniger die objektive Lebenssituation als vielmehr deren subjektive Bewertung. Der subjektive Bewertungsprozess kann durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden, hierzu gehören vor allem die Erwartungen der Person sowie soziale und temporale Vergleichsprozesse (Thomae, 1971).

Schließlich soll bei der Analyse der subjektiven und objektiven Perspektive zwischen zwei Ansätzen unterscheiden werden, welche diese konträren Sichtweisen als Ausgangspunkt ihrer Konzeptualisierung heranziehen. In dem ersten Ansatz – *top-down* – wird das Wohlbefinden von „oben“, d.h. von der Person selbst, bestimmt und nicht von „unten“, d.h. aufgrund der Lebensbedingungen beurteilt. Die Einschätzung „von unten“ ist hingegen für den zweiten Ansatz – *bottom-up* – charakteristisch. Ein typischer Top-down-Ansatz stellt beispielsweise der persönlichkeits-theoretische Zugang zum Wohlbefinden dar, welcher davon ausgeht, dass bestimmte Personen aufgrund spezifischer Persönlichkeitsmerkmale und unabhängig von Lebensbedingungen glücklicher sind als andere. Hierbei kann das Zufriedenheitsparadox noch einmal zum Ausdruck kommen. Klassische Bottom-up-Ansätze, die lediglich demographische Merkmale und die objektive Situation einbeziehen, werden heutzutage nicht mehr vertreten. Der von Kozma und Kollegen in den 1990er Jahren konzipierte Ansatz wird immer wieder als ein Beispiel des Bottom-ups genannt und graphisch dargestellt. Da dieser aber nicht mehr von großer Relevanz für die Forschung ist, wird auch hier auf seine Vorstellung verzichtet (Übersicht in Perrig-Chiello, 1997, S. 49).

Zusammenfassung

Inzwischen herrscht in der Forschung zum Wohlbefinden weitgehende Einigkeit darüber, dass subjektives Wohlbefinden ein übergeordnetes Konstrukt darstellt, welches eine affektive und kognitive Facette besitzt (Diener & Emmons, 1984). Diese Erkenntnis wurde faktoren- und

strukturanalytisch bestätigt (Staudinger, 2000; Mayring, 1987; Schimmack, 2008). Die affektive Komponente besteht aus zwei voneinander unabhängigen Affekten: dem positiven Affekt und dem negativen Affekt. Die kognitive Facette ist primär mit der Lebenszufriedenheit gleichzusetzen. Dennoch wird auch Alterszufriedenheit als ein affektiv-beurteilender Zweig der Lebenszufriedenheit angesehen, welcher ausschließlich die Gegenwart fokussiert. Die Veränderungen im Wohlbefinden über die Lebensspanne scheinen so gering zu sein, dass im Alter von dem Bestehen eines Zufriedenheitsparadoxons ausgegangen werden kann, welches sich derart äußert, dass es älteren Menschen trotz gesundheitlicher und sozialer Verluste gelingt, ein relativ hohes Wohlbefinden zu behalten. Dieses wird als Ausdruck einer erfolgreichen Anpassung an das Alter interpretiert. Die selbstregulativen Mechanismen, die das Paradoxon erklären können, sind in den bereits vorgestellten Modellen erklärt worden (siehe Abschnitt 2.1). Hierzu zählen beispielsweise folgende Modelle: die kognitive Umstrukturierung von Thomae (1971), die Selektive Optimierung mit Kompensation von P. Baltes & M. Baltes (1990), das Zwei-Prozess-Modell der Bewältigung von Brandstädter & Greve (1992) sowie die primäre und sekundäre Kontrollüberzeugung von Schulz & Heckhausen (1996, 1999). Im nächsten Abschnitt sollen die Ressourcen des Alters beschrieben werden, welche bei Adaptationsprozessen beteiligt sind und auch dabei helfen Wohlbefinden aufrechtzuerhalten.

2.3 Ressourcen des Alters

Wie bereits ausführlich dargelegt, weisen die Ergebnisse gerontologischer Forschung darauf hin, dass sich im höheren Alter das Wohlbefinden nicht in erheblichem Maße verändert. Eine wesentliche Rolle für die Erklärung dieses Phänomens wird hierbei dem Einfluss zahlreicher internaler und externaler Ressourcen zugemessen (z.B. Jopp & Rott, 2006; Schwarzer & Koll, 2001). Der Einfluss von unterschiedlichen persönlichen Merkmalen sowie spezifischen Charakteristika der Umwelt wurde in Bezug auf Adaptationsprozesse im Alter häufig in den Mittelpunkt der bisherigen Forschung gestellt (z.B. Aldwin et al., 2001; Antonucci et al., 2001; Iwarsson et al., 2007). Ein Problem, das bei der Analyse dieses Forschungsgebiets ersichtlich wird, ist die inkonsequente Nutzung von Begrifflichkeiten. Determinante – Prädiktor – Korrelate: Verständlicherweise bringt jeder dieser Begriffe bestimmte theoretische und methodische Zugangsweisen mit sich, die in der Forschung indes nicht immer strikt eingehalten werden. Um solche Probleme zu vermeiden, hat sich diese Arbeit für den Begriff „Ressourcen“ entschieden. Damit wird sowohl theoretisch als auch methodisch ein möglichst

neutraler und breiter Zugang zu allen diesen Eigenschaften, Bedingungen oder Gütern gewählt, die in Verbindung mit dem subjektiven Wohlbefinden gebracht werden (vgl. Freund & Riediger, 2001; Hobfoll, 2001; Martin, Grünendahl, & Martin, 2001).

Im Folgenden soll zuerst der Ressourcenbegriff weiter präzisiert sowie die Konzepte zur Beziehung zwischen Ressourcen und dem Wohlbefinden als Kriterium der erfolgreichen Anpassung an das Altern erläutert werden, um anschließend zwei große Gruppen von projektrelevanten Ressourcen näher zu beschreiben. Erstens werden die individuellen und dann die infrastrukturellen Ressourcen aufgegriffen. Dabei soll jeweils ihr Bezug zum Wohlbefinden eine besondere Berücksichtigung finden.

2.3.1 Definitiorische Abgrenzung des Ressourcenbegriffs

Etymologisch betrachtet hat der Begriff Ressource seinen Ursprung in der französischen Sprache und bedeutet sich erholen, sich erheben, aufstehen. Seine Bedeutung kann auch vom lateinischen *resurgere* (wiedererstehen, sich wieder aufrichten) abgeleitet werden: „*natürliche Produktionsmittel für die Wirtschaft und Hilfsmittel, Hilfsquellen, Reserven*“ (Duden, 2007, S. 1248). Ressource wird auch oft mit den Begriffen Stärken (z.B. Jopp, Rott, et al., 2010) oder Kompetenzen in Zusammenhang gebracht (z.B. Kruse, 1996).

Ressourcen können ganz allgemein als ein Repertoire von Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person sowie Gütern und Bedingungen der Mikro-, Meso- und Makroumwelt definiert werden, über die die Person verfügt oder die dieser Person zur Verfügung gestellt werden können, wenn sie sie brauchen würde. M. Baltes und Lang (1997) argumentieren, je mehr Ressourcen eine Person zur Verfügung hat, umso leichter kann sie sich den altersbedingten Einbußen stellen. Im dritten Bericht zur Lage der älteren Generation in der BRD werden Ressourcen sehr breit als „*alle Mittel, die zu einem guten Leben beitragen*“ definiert (BMFSFJ, 2000, S. 49).

Diener und Fujita (1995, S. 926) erläutern Ressourcen wie folgt: „[...] *material, social, or personal characteristics that a person possesses that he or she can use to make progress towards her or his personal goals*“. Nach Schneider (1979, S. 427) werden Ressourcen definiert als „[...] *alle in der Person und in ihrer Umgebung liegenden Bedingungen, die zur Bewältigung verschiedener Aufgaben beitragen können*“. Martin (2001, S. 19) bezeichnet Ressourcen als „[...] *die Gesamtheit der Mittel, die prinzipiell für die Bewältigung von Lebensaufgaben, die Erreichung von Zielen oder den Umgang mit Verlusten und Defiziten eingesetzt werden können*“. Was in allen diesen Konzeptualisierungen hervorgehoben wird, ist der zielgerichtete Einsatz von Ressourcen. Trotzdem kann man aber sagen, dass unter

Ressourcen ein ziemlich breiter und vielfältiger Komplex von unterschiedlichsten Eigenschaften und Bedingungen verstanden wird. Der Versuch, aufgrund der hier aufgeführten Definitionen alle möglichen Ressourcen älterer Personen konkret zu benennen, ist kaum möglich. Dennoch ist eine Ressourcenkategorisierung notwendig, um sich in diesem komplexen theoretischen Umfeld einfacher bewegen zu können.

Es wurden bis jetzt zahlreiche Klassifikationen vorgeschlagen, die auf verschiedenen Dimensionen rekurrierten. Die am häufigsten verwendete bezieht sich auf die (1) *Lokalisation* (vgl. Jopp, 2003). Hierzu kann zwischen internalen und externalen Ressourcen unterschieden werden. Während die Ersten personeneigene Variablen umfassen, z.B. Persönlichkeit, Gesundheit, Kognition, beruhen die Zweiten auf der Außenwelt und externen Bedingungen, wie der finanziellen Lage oder Umweltbedingungen. Auf die Problematik der Trennung von Person und Umwelt wurde bereits in der Darstellung interaktionistischer Theorieansätze verwiesen (siehe Abschnitt 2.2.5). Sie wird bei der Unterteilung in interne und externe Ressourcen erneut sichtbar. Die wechselseitige Beziehung von Person und Umwelt wird besonders im Bereich der sozialen Beziehungen deutlich. Die Gestaltung sozialer Netzwerke hängt in großem Maße von den Charakteristika einer Person ab, zugleich bedarf es aber auch einer Umwelt, die Beziehungen möglich macht und fördert. Aus diesem Grunde werden die sozialen Beziehungen am meisten den Umweltressourcen zugeordnet, denn sie liegen nicht allein in der Verfügbarkeit des Menschen. Dabei wird aber deutlich, dass diese Einteilung immer eine künstliche Trennung ist, die sich indes oft methodisch nicht vermeiden lässt.

Wie Jopp (2003) zusammenfasste, können zur Kategorisierung vor allem (2) Inhalt und (3) Funktion genutzt werden. In Bezug auf *Inhalt* sprechen verschiedene Forscher von verschiedenen Ressourcen. Um einige Beispiele zu nennen:

- Diener & Fujita (1995) unterscheiden zwischen sozialen (z.B. gesellschaftliche Rolle), materiellen (z.B. Geld) und personalen Ressourcen (z.B. Intelligenz).
- Schneider (1979) teilt Ressourcen in fünf Kategorien auf: Fähigkeiten und Eigenschaften der Person (z.B. Gesundheit, Bildung), materielle Mittel (z.B. Einkommen, Hilfsmittel), Sozialbeziehungen (z.B. Qualität und Quantität familiärer Kontakte), Normen, Einstellungen und Erwartungen der Umgebung (z.B. gesellschaftliche Bewertung des Alters) sowie Gestaltung der Umwelt (z.B. Wohnausstattung, infrastrukturelle Bedingungen)²¹.

²¹ Den personalen Ressourcen können die beiden erstgenannten Kategorien zugerechnet werden, die sowohl die Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person als auch ihren sozioökonomischen Status erfassen. Ähnlich umfassend werden die personalen Ressourcen in der Arbeit von Baltes zur Alltagskompetenz im Alter (1996) oder im zweiten Altenbericht der Bundesregierung definiert (BMFSFJ, 1998).

- Hobfolls (1989) Kategorisierung beruht auf Objekten (z.B. Transportmittel), Eigenschaften (z.B. Fähigkeiten der Person), Energien (z.B. Zeit) und Bedingungen (z.B. soziale Lage).
- Martin & Westerhof (2003) bringen gesundheitliche, materielle und soziale Mittel zur Geltung.

Bei der Kategorisierung nach der *Funktion* orientieren sich manche Autoren an Ressourcen, die das Erreichen von Zielen ermöglichen (Diener & Fujita, 1995); andere betonen ihre Rolle bei der Bewältigung verschiedener Aufgaben (Martin, 2001; Schneider, 1979) oder sogar ihren Beitrag zu einem guten Leben (BMFSFJ, 2000). Weiterhin werden Ressourcen in der Alterspsychologie oft unter dem Stichwort erfolgreiches Altern thematisiert (P. Baltes & M. Baltes, 1989)²², das hier ebenfalls als Funktion interpretiert werden kann. Im Zusammenhang mit der Ressourcenfunktion ist vor allem aber das von Kruse (2002a, 2005a) ausgearbeitete Ressourcenkonzept zu nennen, das ein besonderes Interesse und Anerkennung gewann. Kruse sieht den Beitrag von Ressourcen zu einem selbstständigen und selbstverantwortlichen Leben im Alter als entscheidend für das Leben des Individuums und der Gesellschaft. Dabei unterscheidet er zwischen Kompetenzen und Motiven des Individuums sowie Merkmalen der räumlichen, sozialen und infrastrukturellen Umwelt. In Anlehnung an Kruse misst die vorliegende Arbeit der Einbettung der Ressourcen in ethische Kategorien des Lebens – darunter werden die Selbstständigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung verstanden (vgl. Kruse, 2005a) – eine besondere Bedeutung bei. Auf diese Überlegung wird später noch genauer eingegangen (Abschnitt 2.4).

Außer den drei bereits beschriebenen Aufteilungsmöglichkeiten von Ressourcen kann auch die Unterscheidung zwischen (4) objektiven vs. subjektiven Ressourcen sowie (5) Quantität vs. Qualität der Ressourcen bei der Gruppierung angewendet werden (vgl. Jopp, 2003). Mit der *objektiven* und *subjektiven* Ressourcenperspektive ist vor allem das Paradoxon des subjektiven Wohlbefindens angesprochen (siehe Abschnitt 2.2.2). Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass die phänomenologische Bedeutung von Ressourcen bereits in den 1980er Jahren von Schneider hervorgehoben wurde²³ und bis heute weiter ausgearbeitet wird (z.B. Campbell et al., 1976; Smith et al., 1996). Diese konstruktivistische Sichtweise (z.B. Watzlawick, 1981; Bateson, 1984) betont, dass die subjektive Wirklichkeitskonstruktion eine höchst

²² Nach P. Baltes & M. Baltes (1989) gehören zu den erfolgreichen Ressourcen folgende Kriterien: Lebenslänge, biologische Gesundheit, kognitive Effizienz, soziale Kompetenz und Produktivität sowie Selbstwirksamkeit und Lebenszufriedenheit.

²³ Dieser Aspekt ist umso interessanter, da gerade zehn Jahre später die subjektive Sichtweise auf Ressourcen von P. Baltes und M. Baltes (1989) als bedeutender und bis dahin fehlender Forschungspunkt in der Betrachtung von Ressourcen „neu formuliert“ wurde.

wichtige innere Determinante dafür darstellt, wie sich Menschen der Wirklichkeit gegenüber verhalten. Darüber hinaus greift diese Aufteilung von Ressourcen auf die von Thomae (1971) formulierte kognitive Theorie des Alters zurück, in der nicht die objektiven Bedingungen des Alters, sondern vielmehr ihre subjektive Wahrnehmung und Interpretation in Bezug auf Verhalten und Erleben des Menschen im Vordergrund stehen (siehe Abschnitt 2.3.1). So konnten Jopp und Leipold (2004) zeigen, dass vor allem die subjektive Wahrnehmung von Ressourcen eine Bedeutung für das Wohlbefinden hat. Hobfoll (1989, 2001) weist dagegen auf die erlebten Veränderungen in dem Ressourcenstatus hin: In seiner Studie mit Jahnsen, Ennis und Jackson (2003) sagen die wahrgenommenen Ressourcenveränderungen Depression vorher. Dies impliziert also nicht, dass es einer Person umso besser gelingt, sich mit den Veränderungen im Alter auseinanderzusetzen, je mehr Ressourcen ihr zur Verfügung stehen (Lang, 2008). Wichtig ist es eher, die Ressourcen erkennen und nutzen zu können. Die neuen Ressourcentheorien sprechen dafür, dass der richtige Einsatz von Ressourcen entscheidend sei. Jopp & Smith (2006) konnten zeigen, dass die ressourcenarmen Personen in Bezug auf Alterszufriedenheit mehr als ressourcenreiche Individuen profitierten, wenn sie die Strategien Selektion, Optimierung und Kompensation optimal einsetzen konnten (SOK: P. Baltes & M. Baltes, 1990).

Die letzte Dimension zur Beschreibung von Ressourcen stellt die *Qualität/Quantität* dar (Jopp, 2003). Damit ist das Zusammenwirken von Ressourcen gemeint, die sich gegenseitig in ihrem Einfluss hindern oder auch intensivieren können (z.B. Antonucci et al., 2001; Smith et al., 1996). Daraus folgt, dass die Ausprägung und Wirkung jeder Ressource unterschiedlich stark sein können, in Abhängigkeit davon, welche anderen Variablen in das Vorhersagemodell einbezogen wurden. Dies könnte die Unterschiede in den bisher gewonnenen Ergebnissen teilweise erklären.

Trotz zahlreicher konzeptueller Spezifizierungen von Ressourcen, die von bisherigen Theorien aufgegriffen und in der Forschung überprüft wurden, kommt es in der Praxis oft vor, dass die Kategorisierungsdimensionen an die konkreten Projektvorhaben angepasst sein müssen. Eine solche Anpassung erfolgte auch im Rahmen der vorliegenden Abhandlung. In Anlehnung an den dritten Altenbericht der Bundesregierung (vgl. BMFSFJ, 2000) wird hier zwischen zwei zentralen Dimensionen von Ressourcen unterschieden. Die Adaptationsprozesse im hohen Alter sollen in ihren Beziehungen zu *individuellen und infrastrukturellen Ressourcen* analysiert werden. Damit möchte diese Arbeit einen theoretischen sowie empirischen Beitrag zum besseren Verständnis des Lebens im Alter leisten. Es wird davon ausgegangen, dass das Leben im Alter und vor allem im hohen Alter nicht nur von Ressourcen des

Individuums, sondern auch von Merkmalen der räumlichen, sozialen und institutionellen Umwelt beeinflusst und abhängig ist. Diese Differenzierung geht in erster Linie auf die sozialetische Kategorie der *Selbstverantwortung* zurück, die ein gelingendes und persönlich zufriedenstellendes Leben in der Autonomie hervorhebt (z.B. Kruse, 2005a; Rentsch, 1995). Dabei wird die Selbstverantwortung folgendermaßen definiert:

Selbstverantwortung beschreibt die Fähigkeit und Bereitschaft des Individuums, den Alltag in einer den eigenen Leitbildern eines guten Lebens entsprechenden, das heißt den eigenen Bedürfnissen, Normen und Werten folgenden Art und Weise zu gestalten und sich reflektiert mit der eigenen Person („Wer bin ich? Was möchte ich tun?“) sowie mit den Anforderungen und Möglichkeiten der persönlichen Lebenssituation auseinanderzusetzen. Zudem beschreibt Selbstverantwortung im Prozess der medizinischen und pflegerischen Versorgung die Mitbestimmung des Patienten bei der Entscheidung über die Art der zu wählenden Intervention (Kruse, 2005a, S. 281).

Dieses Verständnis von Selbstverantwortung klammert aber die Mitverantwortung der Umwelt oder genauer gesagt der Kommune für ein erfolgreiches Leben im Alter nicht aus (Bäcker et al., 2006; Kruse, 2006a, 2006b; Schulz-Nieswandt, 2004). Ganz im Gegenteil wird durch diese Differenzierung die Verantwortung der Gesellschaft nochmals deutlicher. Diese drückt sich beispielsweise in der sozialen Sicherung, der Gestaltung der räumlichen, sozialen und infrastrukturellen Umwelt sowie der medizinisch-pflegerischen Versorgung aus. Aus dieser Annahme geht hervor, dass zum einen das Individuum selbst und zum anderen die Gesellschaft über Quellen verfügt, die eine Grundlage für das gute Leben im Alter darstellen. Somit trägt in erster Linie der Mensch die Verantwortung für sein eigenes Altern. Die Gesellschaft ist aber für die Aufrechterhaltung und Wiederherstellung von Selbstständigkeit immer mitverantwortlich, besonders in Lebensabschnitten der zunehmenden Verletzlichkeit des Menschen (Kruse, 2002a, 2006b; Schulz-Nieswandt, 2003). Im dritten Altenbericht der Bundesregierung (2000), der das Alter in der Gesellschaft umfassend untersuchte, werden diese Annahmen ebenfalls sehr deutlich:

Die Kommission diskutiert Fragen des Alters sowie Anforderungen an die Altenpolitik aus der Perspektive der Ressourcen, wobei sie zwischen individuellen und gesellschaftlichen Ressourcen unterscheidet. Unter Ressourcen versteht sie alle Mittel, die zu einem guten Leben im Alter beitragen. [...] Wenn von „Mitteln“ gesprochen wird, so sind damit auf individueller Ebene neben der körperlichen und seelischen Gesundheit sowie der körperlichen und geistigen Leistungskapazität die Fähigkeiten, Fertigkeiten, Interessen und Erfahrungen, das Wissen sowie die Lebenseinstellung des Menschen gemeint. Darüber hinaus gehören zu diesen Mitteln die sozialen Netze der Person, ihre schulische und berufliche Bildung (einschließlich der beruflichen Fort- und Weiterbildung) sowie die im Lebenslauf geschaffenen ökonomischen Grundlagen. Auf gesellschaftlicher Ebene spiegeln sich diese Mittel

zum einen im durchschnittlichen Lebensstandard einer Bevölkerung sowie im Lebensstandard der einzelnen Bevölkerungssegmente (zum Beispiel der einzelnen Sozialstatusgruppen) wider; hier kommt vor allem den Ernährungs-, Bildungs- und Wohnbedingungen, den Einkommensverhältnissen sowie der Qualität und dem Umfang der medizinischen Versorgung große Bedeutung zu. Weiterhin gehören zu den gesellschaftlichen Mitteln die Leistungen des sozialen Sicherungssystems, das ganze Spektrum sozialer und kultureller Angebote sowie die für ältere Menschen bestehenden Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe (im Sinne der Ausübung gesellschaftlich bedeutsamer Rollen und Funktionen) und die innerhalb der Gesellschaft bestehende Bereitschaft, vorhandene Potenziale älterer Menschen zu nutzen (BMFSFJ, 2000, S. 49).

Dieser Ansatz beruht auf dem von Nell-Breuning (1950, 1990a, 1990b) formulierten Subsidiaritätsprinzip²⁴, das die menschliche Selbstbestimmung und Selbstverantwortung in den Mittelpunkt und vor staatliches Handeln stellt. Das Individuum wird als kleinstes Glied der Gesellschaft gesehen, das eigenverantwortlich handeln und eigene Probleme lösen soll. Die Gesellschaft ist dafür verantwortlich, die entsprechenden Strukturen zur Verfügung zu stellen, um das individuelle Handeln zu unterstützen. Erst wenn das Individuum mit seinen eigenen Ressourcen, zu denen auch das soziale Unterstützungsnetzwerk gehört, nicht mehr in der Lage ist, für sich selbst zu sorgen, ist die übergeordnete Einheit dazu verpflichtet, mit ihren Unterstützungsressourcen einzugreifen. Bei staatlichen Aufgaben dürfen zuerst untergeordnete, d.h. lokale, Glieder wie Stadt, Gemeinde oder Kommune für die Lösung von Problemen zuständig sein, während übergeordnete Glieder zurückzutreten haben. Dieses Prinzip bestimmt also, dass staatliches Handeln immer dann nachrangig kommt, wenn das Handeln eigenständiger verantwortlicher Träger nicht mehr möglich ist (Naegele, 2004).

2.3.2 Individuelle Ressourcen und ihre Bedeutung für das Wohlbefinden im Alter

In Anlehnung an die bereits präsentierte Differenzierung zwischen dem Individuum und der Gesellschaft und in Abgrenzung zu den personenzentrierten Ansätzen, die sich ausschließlich auf solche Faktoren beziehen, die dem Individuum weitgehend unabhängig von seiner Umwelt zur Verfügung stehen und autonom zur Lebensgestaltung eingesetzt werden können, ist die dieser Arbeit zugrunde liegende Definition individueller Ressourcen möglichst weit gefasst.

²⁴ Subsidiarität von lat. „subsidium“ für Hilfe, Reserve (Duden, 2007, S. 1495).

Individuelle Ressourcen schließen all jene Merkmal und Eigenschaften sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten ein, die entweder in der Person selbst oder in ihrem sozialen Umfeld angesiedelt sind. Ressourcen dieser Art wurden von der Person im Laufe ihres Lebens erworben und tragen zu einem zufriedenstellenden Leben im Alter bei.

Darunter können nicht nur körperliche Gesundheit, funktioneller Status, kognitive Leistungsfähigkeit und psychologische Stärken, sondern auch soziale Netze der Person, Bildungsstand sowie finanzielle Ressourcen verstanden werden. Die im Rahmen dieser Untersuchung vorgenommene Differenzierung der individuellen Ressourcen kann Abbildung 4 entnommen werden. Aus dieser geht hervor, dass die individuellen Ressourcen in vier Bereiche aufgeteilt wurden: (1) soziodemographische Merkmale, (2) gesundheitsbezogene Ressourcen, (3) soziale Ressourcen und (4) psychologische Ressourcen. Diese Differenzierung orientiert sich erstens an theoretischen Ressourcenansätzen und zweitens an bisherigen Forschungsergebnissen zur Bedeutung der Ressourcen für das Wohlbefinden im Alter und vor allem im hohen Alter.

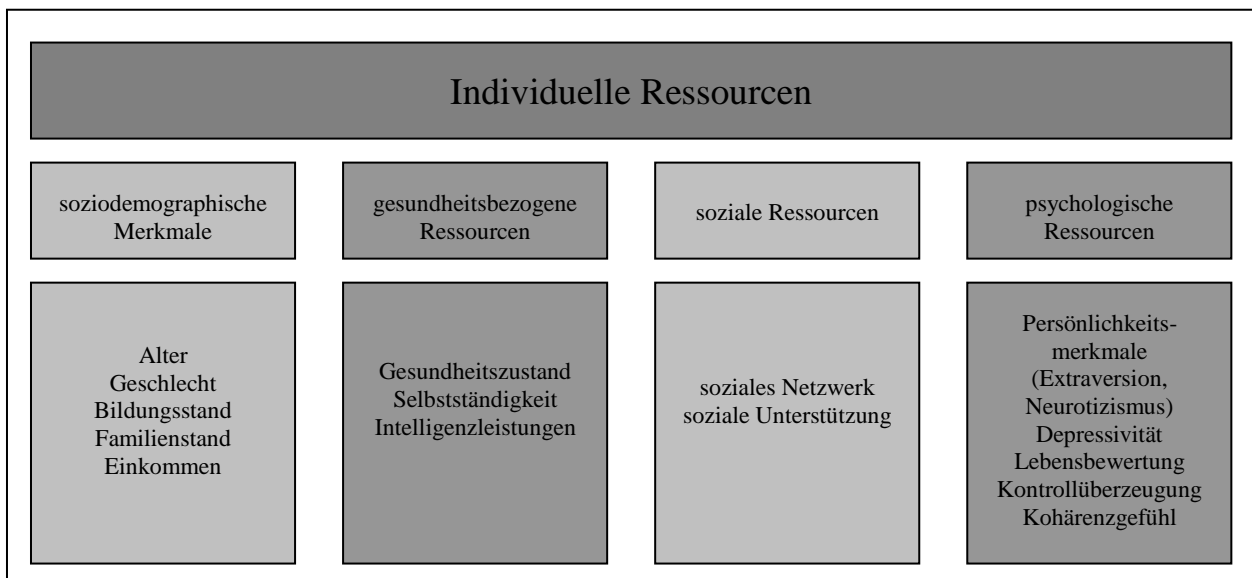


Abb. 4: Individuelle Ressourcen.

Im Folgenden sollen die für diese Untersuchung ausgewählten individuellen Ressourcen vor allem im Hinblick auf ihre Beziehung zum Wohlbefinden im hohen Alter näher beschrieben sowie mit entsprechenden empirischen Befunden verknüpft werden. Die Annahme einer einfachen Kausalkette, die von Ressourcen zum Wohlbefinden im Alter reicht, erweist sich jedoch als große Vereinfachung. Oft lassen sich verschiedene Variablen nur heuristisch voneinander trennen, da es um miteinander zusammenhängende Komponenten geht, wie es

zum Beispiel bei Gesundheit und Selbstständigkeit der Fall ist. Daher wurde bei der Auswahl von Ressourcen das Ziel verfolgt, einen möglichst breiten Funktionsbereich der Person sowie einen weiten Ausschnitt der Infrastruktur abzubilden, um die Beziehungen zwischen individuellen und infrastrukturellen Ressourcen und Wohlbefinden möglichst umfassend und genau zu erkunden. In Anbetracht des Zusammenwirkens von Ressourcen, die sich in ihrem Einfluss auf das Wohlbefinden gegenseitig behindern oder auch unterstützen können, hat dieses Ziel eine besondere Bedeutung erlangt.

2.3.2.1 Soziodemographische Eigenschaften

Die Untersuchung der Beziehung zwischen dem subjektiven Wohlbefinden und soziodemographischen Merkmalen hat in der gerontologischen Forschung eine lange Tradition (z.B. Bild & Havighurst, 1976; Herzog & Rodgers, 1981; Mayring, 1987). Da aber in der Forschung zahlreiche soziodemographische Merkmale in Betracht gezogen werden, kann im Folgenden lediglich eine Auswahl der wichtigsten Ressourcen aus diesem Bereich vorgestellt werden (Übersicht in Argyle, 1999).

Bei der Frage, durch welche Faktoren das Wohlbefinden im *Alter* beeinflusst wird, gilt ein besonderes Interesse dem *Lebensalter* selbst. Sein Zusammenhang mit dem Wohlbefinden wird in dem nächsten Abschnitt zu Unterschieden zwischen dem dritten und dem vierten Alter ausführlich analysiert (Abschnitt 2.4). An dieser Stelle sei daher nur erwähnt, dass nur etwa 3 bis 4% der Varianz der Lebenszufriedenheit im höheren Alter durch das chronologische Alter erklärt werden (z.B. Smith & P. Baltes, 1993). Aufgrund der derzeitigen Forschungslage kann davon ausgegangen werden, dass keine Beziehung zwischen dem Wohlbefinden und dem Alter per se, sondern zwischen dem Wohlbefinden und den zahlreichen altersassoziierten Veränderungen besteht.

Eine weitere zentrale soziodemographische Variable, die in zahlreichen Studien zum Wohlbefinden analysiert wurde, ist das *Geschlecht*. Übereinstimmend besagen die bisherigen Ergebnisse, dass es keine Unterschiede zwischen älteren Frauen und Männern in Bezug auf Lebenszufriedenheit, sogar über Nationen hinweg, gibt (z.B. Krause, 2004; Levkoff, Cleary, & Wetle, 1987; Warr, Butcher, & Robertson, 2004; Westerhof & Barrett, 2005; Windle & Woods, 2004; Zhang, 2005). Die in der Berliner Altersstudie (BASE; Mayer & Baltes, 1996) gefundenen Differenzen zwischen Frauen und Männern, die die Frauen als Unglücklichere darstellten, werden in diesem Kontext eher als ein Artefakt interpretiert, das sich auf die unterschiedliche Lebenssituation der beiden Geschlechter zurückführen lässt. Deutlich mehr Männer als Frauen waren zum Zeitpunkt der Befragung verheiratet und verfügten zudem über

ein höheres Einkommen (Smith et al., 1996). In einer Metaanalyse konnten Pinquart und Sörensen (2000) einen geringen und statistisch irrelevanten Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem psychologischen Wohlbefinden im Alter ermitteln. Geringe Unterschiede erwiesen sich lediglich in den jüngeren Kohorten als signifikant. Im Hinblick auf die emotionale Facette des Wohlbefindens konnten Myers & Diener (1995) zeigen, dass zwar Frauen mehr negative Emotionen äußern, gleichzeitig aber berichten, mehr positive Emotionen zu erleben (vgl. Efklides, Kalaitzidou, & Chankin, 2003).

Das *finanzielle Einkommen* im Alter ist die nächste wichtige Ressource im Alter. Eine gute materielle Lage stellt ohne jeden Zweifel eine bedeutende Voraussetzung für die menschenwürdige Befriedigung von Bedürfnissen und Wünschen dar. Im Alter ist ihr positiver Beitrag zur Erweiterung der ausgeübten Aktivitäten und des Interessenspektrums zu unterstreichen (vgl. BMFSFJ, 2000). Die Befragungen im Rahmen des „Eurobarometers“ zeigten beispielsweise, dass für ältere Menschen die finanzielle Sicherheit eine zentrale Rolle für ihre Lebenszufriedenheit spielt (Schmähl, 1996). Wider Erwarten deuten jedoch die gerontologischen Studien darauf hin, dass das Einkommen eher einen geringen bis moderaten positiven Zusammenhang mit dem Wohlbefinden im Alter hat (Übersicht in Biswas-Diener, 2008; Myers & Diener, 1995). Die Metaanalyse von Pinquart & Sörensen (2000) ergab für die Lebenszufriedenheit und das Einkommen eine durchschnittliche Korrelation von $r = 0,18$. In dem deutschen Alters-Survey (Steverink et al., 2001) wurde eine Korrelation von $r = 0,22$ ermittelt (Altersrange: 40-85). Allerdings scheinen nationale Besonderheiten insofern eine wichtige Rolle zu spielen (vgl. Diener & Biswas-Diener, 2005), als die Beziehung zwischen Einkommen und Wohlbefinden in armen Ländern deutlich stärker ausfällt (z.B. $r = 0,51$ für Tansania). Die entscheidende Rolle soll dabei die Basisversorgung spielen (Diener, Diener, & Diener, 1995). Wenn die Ausgaben für diese kontrolliert wurden, zeigten sich auch positive Effekte des Einkommens auf die Lebenszufriedenheit²⁵. Auf der Basis von Daten der World Values Study Group, die 29 Nationen einbezieht und pro Nation 1.000 Personen befragte, fand Diener (2000) eine sehr hohe Korrelation von $r = 0,62$. Dabei darf aber nicht übersehen werden, dass es sich hier um altersrepräsentative Stichproben aus den Nationen handelte und nicht ausschließlich um ältere Bürger und Bürgerinnen. Schließlich weisen viele Forscher darauf hin, dass nicht das objektive Maß für die finanzielle Situation, sondern ihre subjektive Wahrnehmung für das Wohlbefinden entscheidend ist. Kozma und Mitarbeiter (1991) konnten zeigen, dass die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation eine sieben Mal stärkere Prädiktionskraft für das Wohlbefinden aufweist als die objektive finanzielle Situation. In der

²⁵ Hierzu siehe auch die Arbeiten von Klein zu Beziehungen zwischen Einkommen und Mortalität (Klein, 2004; Klein & Unger, 2006).

BASE hatte das objektiv messbare Einkommen keine signifikante Bedeutung für das Wohlbefinden, wohingegen die subjektive Beurteilung der Einkommenssituation nach dem subjektiven Gesundheitszustand als zweitstärkster Prädiktor des Wohlbefindens ermittelt wurde (Smith et al., 1996).

Bei der Betrachtung des *Bildungsstands* als Ressource des Wohlbefindens ist es wichtig seine möglichen Wirkungsmechanismen zuerst zu erläutern. Erstens kann davon ausgegangen werden, dass sich der Bildungsstand direkt auf die finanzielle Lage des Menschen auswirkt, und diese beeinflusst dann das Wohlbefinden (vgl. Campbell et al., 1976). Zweitens ist es möglich, dass eine höhere Bildung das Erreichen persönlicher Ziele begünstigt, was eine positive Wirkung auf das Wohlbefinden aufweist. Drittens hilft eine bessere Allgemeinbildung nicht nur die mit dem Alter einhergehenden Veränderungen der eigenen Person nachzuvollziehen oder sich sogar auf das Alter vorzubereiten, sondern auch die Veränderungen in der Umwelt besser zu verstehen oder diese sogar vorausszusehen. Beide Eigenschaften können als Voraussetzungen für eine bessere Anpassung und das Wohlbefinden im Alter interpretiert werden. Die beschriebenen Mechanismen deuten darauf hin, dass der Effekt des Bildungsstands auf das Wohlbefinden eher durch andere Variablen vermittelt wird, als direkt ist. Die empirischen Ergebnisse bestätigen diese Vermutung und zeigen in Bezug auf die Lebenszufriedenheit und das Empfinden lediglich eine schwache Beziehung zwischen den beiden Variablen (z.B. Diener & Clifton, 2002; Efklides et al., 2003; Fernández-Ballesteros et al., 2001; Meléndez et al., 2009). In der Metaanalyse von Pinquart und Sörensen (2000) wurde beispielsweise ein Korrelationskoeffizient von $r = 0,16$ ermittelt (vgl. Witter, Okun, Stock, & Haring, 1984). In einer Studie mit ausschließlich hochaltrigen Personen (80+; Berg, Hassing, McClearn, & Johansson, 2006) wurde gar keine signifikante Beziehung zwischen der Lebenszufriedenheit und der Schulbildung herausgefunden. Im Rahmen der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie des Alterns (BOLSA) konnte ebenfalls kein linearer Zusammenhang gefunden werden. In der Gruppe der hochzufriedenen Studienteilnehmer waren die ehemaligen Volksschüler sogar stärker repräsentiert als Personen mit höheren Bildungsabschlüssen (Thomae, 1983).

Der *Familien- bzw. Ehestand* stellt die letzte demographische Ressource dar, die hier besprochen wird. Generell zeigen die Forschungsergebnisse, dass verheiratete oder in Partnerschaft lebende ältere Personen glücklicher sind als die anderen (z.B. Bailey & Snyder, 2007; Warr et al., 2004). Auch wenn Alter, Geschlecht, Bildung und Einkommen kontrolliert werden, weisen verheiratete und ledige Personen eine höhere Lebenszufriedenheit als verwitwete oder geschiedene Menschen auf (Fernández-Ballesteros et al., 2001). Wood,

Rhodes und Whelan (1989) fanden in einer Metaanalyse eine durchschnittliche Korrelation von $r = 0,08$ zwischen dem Ehestand und der Lebenszufriedenheit. Einen interessanten Befund lieferten Berg und Kollegen (2006): In ihrer Studie mit hochaltrigen Personen (Altersspanne 80-98) hatte das Verheiratetsein keinen positiven Einfluss auf die Lebenszufriedenheit, während sich der Verwitwetenstatus bei den Männern als einer der drei wichtigsten Prädiktoren der Lebenszufriedenheit erwies (negativ geladener Prädiktor). Drei Jahre später konnte die gleiche Forschergruppe dieses Ergebnis in einem Längsschnittdesign replizieren (Berg, Hoffman, Hassing, McClearn, & Johansson, 2009): Der Partnerverlust hatte einen bedeutsamen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit der hochaltrigen Männer. In Bezug auf die emotionale Befindlichkeit zeigte der Familienstand nur marginale Effekte.

Interessanterweise lassen sich ähnliche Effekte des Familienstands auf die Mortalität nachweisen. Die in Partnerschaft befindlichen Personen leben länger als Alleinstehende (z.B. Tucker, Friedman, Wingard, & Schwarz, 1996) und dabei profitieren Männer stärker von der Ehe als Frauen (Schone & Wernick, 1998). Allerdings erwies sich in Bezug auf die emotionale Befindlichkeit das Verheiratetsein als ein schwacher Prädiktor des positiven Affektes (Diener, Gohm, Suh, & Oishi, 2000).

Insgesamt betrachtet scheint die Bedeutung soziodemographischer Daten für die Erklärung des Wohlbefindens im Alter eher gering oder höchstens moderat zu sein (Diener & Diener, 1996; Schumacher et al., 1996; Staudinger, Fleeson, & P. Baltes, 1999). Bei den im Rahmen der BASE durchgeführten Analysen konnten dadurch lediglich 6% der Varianz des Wohlbefindens aufgeklärt werden (Smith et al., 1996). Dennoch verdeutlichen die hier dargestellten Ergebnisse, dass die soziodemographischen Merkmale bei der Analyse des Wohlbefindens nicht unberücksichtigt bleiben dürfen.

2.3.2.2 Intellektuelle Leistungsfähigkeit

Das Nachlassen der kognitiven Leistungsfähigkeit stellt nach der Verschlechterung der Gesundheit die am häufigsten untersuchte Altersveränderung dar (Übersicht in Zimprich, 2004). Das Defizitmodell des Alterns ist primär aus der Erforschung der intellektuellen Leistungsfähigkeit in den 1930er Jahren entstanden und hatte seine Gültigkeit, bis es durch die längsschnittlich gewonnenen Daten am Anfang der 1980er Jahre endgültig verworfen wurde (z.B. Schaie, 1983).

Vor allem im höheren Lebensalter sind intellektuelle Leistungen dafür mitverantwortlich, dass der Alltag erfolgreich bewältigt wird (Burton, Strauss, Hulstsch, & Hunter, 2006) und ein breiter Aktivitätsradius erhalten bleiben kann (Fernández-Ballesteros, Zamarron,

Rudiger, Schroots, Heikkinnen, Drusini, et al., 2004). Damit stellen die intellektuellen Fähigkeiten eine Voraussetzung nicht nur für eine selbstständige Lebensführung und Kompetenz, sondern auch für das Wohlbefinden dar (Bain, Lemmon, Teunisse, Starr, Fox, Deary, et al., 2003; Jopp & Rott, 2006; Stehen, Hagberg, Johnsson, & Steen, 1987).

Interessanterweise können in der Forschung lediglich Befunde für eine schwache Korrelation gefunden werden. So untersuchten Berg und Kollegen (2006) die Beziehung zwischen den kognitiven Funktionen (mit MMSE²⁶ gemessen) und der Lebenszufriedenheit bei 315 hochaltrigen Studienteilnehmern im Alter zwischen 80 und 98 Jahren. Die Korrelation zwischen den beiden Variablen belief sich auf etwa $r = 0,15$ und war statistisch signifikant. Es gab keine Geschlechtsunterschiede. Eine andere Studie mit 488 Personen im hohen Alter (im 80. Lebensjahr), die als Intelligenzprädiktoren den aktuellen sowie den im Kindesalter bemessenen Intelligenzquotienten der Person (IQ) verwendete, konnte gar keine signifikanten Korrelationsbeziehungen mit der Lebenszufriedenheit nachweisen (Gow, Pattie, Whiteman, Whalley, & Deary, 2006).

Die BASE (Isaacowitz & Smith, 2003) gab Hinweise darauf, dass die intellektuelle Leistungsfähigkeit mit der emotionalen Befindlichkeit zusammenhängt. Die generelle Intelligenz (g-Faktor; vgl. Lindenberger & P. Baltes, 1997) trug allerdings zur Aufklärung des positiven Affektes bei den Personen im dritten Alter ($r = 0,34$) bei. Im vierten Alter sowie in Bezug auf den negativen Affekt hatte Intelligenz keine Vorhersagekraft mehr. Darüber hinaus konnten geringere Korrelationen der sozialen Intelligenz (Cantor & Kihlstron, 1989) und der emotionalen Intelligenz (Mayer & Solovey, 1993) mit Wohlbefinden nachgewiesen werden.

Wie der Übersichtsartikel von Rott und Wozniak (2008) zeigte, wurde Kognition vor allem durch die Mortalitätsforschung in Verbindung mit gelungenen Adaptationsprozessen gebracht. Sowohl in der Berliner Altersstudie (Mayer & P. Baltes, 1996), der Seattle Longitudinal Study (Bosworth & Schaie, 1999; Bosworth et al., 1999) als auch in der Australian Longitudinal Study of Aging (Anstey, Luszcz, Giles, & Andrews, 2001) wiesen Personen mit geringen Leistungen in Bezug auf fast alle kognitiven Fähigkeiten ein erheblich erhöhtes Sterberisiko auf. Auch die statistische Adjustierung soziodemographischer und gesundheitsbezogener Variablen beeinflusste die Signifikanz des Effektes nicht. Nicht eindeutig sind aber die Ergebnisse dazu, ob der Langlebigkeitseffekt eher auf die kristalline oder fluide Intelligenz zurückzuführen ist (Small & Bäckman, 1997).

²⁶ Mini Mental Status Examination (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975).

2.3.2.3 Gesundheit

Dass der Alterungsprozess nicht mit dem Krankheitsprozess gleichzusetzen ist, steht in der gerontologischen Forschung außer Diskussion (z.B. Ding-Greiner & Lang, 2004). Ebenfalls kann nicht bestritten werden, dass mit dem Altern zunehmende körperliche Belastungen und Einschränkungen einhergehen sowie das Risiko für chronische körperliche Erkrankungen, Multimorbidität und Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit erkennbar steigt (vgl. Abschnitt 2.4). Davon ausgehend soll hier der Frage nachgegangen werden, ob die eingeschränkte Gesundheit zu einem geringen Wohlbefinden führt. Erstens ist dabei festzuhalten, dass Gesundheit ein sehr wichtiges Merkmal im Alter darstellt. In dem Modell des erfolgreichen Alterns von P. Baltes und M. Baltes (1990) wird die biologische Gesundheit unter den wichtigsten Kriterien aufgezählt. In einer Studie zum Lebensinvestment konnte Staudinger (1996, S. 367) zeigen, während im dritten Alter an oberster Stelle des Investments die Familie und erst danach die Gesundheit stand, rückte die Gesundheit im hohen Alter im Rating nach vorne. Zweitens muss angemerkt werden, dass ältere Personen eher dazu neigen, die eigene Gesundheit besser zu beurteilen, als es die objektiven medizinischen Befunde angeben würden (Lehr, 1987; vgl. Pinquart, 2001). Schon hier zeigt sich der Einflussmechanismus zwischen der Gesundheit und dem Wohlbefinden: Für das Wohlbefinden im Alter ist weniger die objektive gesundheitliche Belastung als vielmehr die subjektive Bewertung der Gesundheit entscheidend²⁷ (vgl. Thomae, 1983, 1991). Dies konnte in zahlreichen Studien zur Lebenszufriedenheit bestätigt werden (Jones et al., 2003; Fernández-Ballesteros et al.; Mroczek & Spiro, 2005; Smith, Borchelt, Maier, & Jopp, 2002; Westerhof & Barrett, 2005). So wurde auch in der BASE ermittelt, dass die subjektive Bewertung der Gesundheit der bedeutsamste Prädiktor für das subjektive Wohlbefinden war, während die objektiv erfasste Anzahl von Erkrankungen gar keine Beziehung mit dem Wohlbefinden aufwies (Smith et al., 2002). Auch in der Studie von Perrig-Chiello (1997) hatten die objektiven Krankheitsindikatoren keinen Einfluss auf das physische sowie psychische Wohlbefinden bei alten und sehr alten Menschen. In einer eigenen Studie mit 356 Personen im dritten und im vierten Alter konnte ein altersabhängiger Effekt nachgewiesen werden (Jopp, Wozniak, Rott, & Oswald, 2011). Die objektiv gemessene Gesundheit zeigte sich zwar als ein wichtiger Prädiktor der Lebenszufriedenheit, dieser war aber nur bei den jüngeren Studienteilnehmern zu finden. Kozma und Kollegen (1991) errechneten in einer Metaanalyse, dass die subjektive Gesundheitseinschätzung als Prädiktor des Wohlbefindens im Alter 10 bis 20% Varianz zu erklären vermag, während der objektiv

²⁷ Dabei ist zu beachten, dass subjektive Gesundheit oft als physisches Wohlbefinden interpretiert und selbst als ein Outcome in die Untersuchung einbezogen wird (z.B. Perrig-Chiello, 1997).

erfasste Gesundheitszustand lediglich 4 bis 7% der Varianz erklärt (vgl. Okun, Stock, Haring, & Witter, 1984).

Die affektive Facette des Wohlbefindens zeigt ähnliche Beziehungen zur Gesundheit wie die kognitive. Warr und Kollegen (2004) konnten einen negativen Zusammenhang mit dem objektiven ($r = -0,31$) und einen positiven Zusammenhang mit dem subjektiven Gesundheitszustand ($r = 0,46$) nachweisen.

Abschließend sei auf die große Bedeutung der subjektiven Gesundheitseinschätzung in der Mortalitätsforschung hingewiesen. Dort besagen die Forschungsergebnisse übereinstimmend, dass Personen mit geringer subjektiver Gesundheit einem höheren Mortalitätsrisiko unterliegen als Personen mit positiver Beurteilung (z.B. P. Baltes, 1999; Benyamini & Idler, 1999; Walker, Maxwell, Hogan, & Ebly, 2004).

2.3.2.4 Selbstständigkeit

Die Fähigkeit des Menschen, ein selbstständiges Leben bis ins hohe Alter führen zu können, wird oft aus der theoretischen Perspektive als zentrales Kriterium eines guten Alterns betrachtet (P. Baltes & M. Baltes, 1990). Das große Bedürfnis nach Erhaltung von Selbstständigkeit und Autonomie zeigt sich auch bei älteren Personen selbst (M. Baltes & Silverberg, 1994). Die Grundlage von Selbstständigkeit bilden die im ausreichenden Ausmaß vorhandenen körperlichen, alltagspraktischen, psychischen und kognitiven Kompetenzen. Unselbstständigkeit bedeutet demnach einen Verlust von Kompetenzen, so dass eine eigenständige Bewältigung von Umwelanforderungen nicht mehr möglich ist und die Abhängigkeit von Hilfe und Unterstützung nicht vermieden werden kann (Ackermann, 2006). Für Kruse (2005a) stellt die Selbstständigkeit eine zentrale ethische Kategorie des Lebens dar, was sich dadurch äußert, dass sein Verständnis von Selbstständigkeit tiefgründiger und vielseitiger ist. Er definiert Selbstständigkeit als:

[...] die Fähigkeit des Individuums, ein von Hilfen anderer Menschen weitgehend unabhängiges Leben zu führen oder im Falle des Angewiesenseins auf Hilfen diese so zu gebrauchen, dass ein selbstständiges Leben in den für die Person zentralen Lebensbereichen möglich ist (Kruse, 2005a, S. 277).

Neben objektiv erfassbaren Kriterien der Selbstständigkeit betont Kruse in seiner Definition die subjektive Sichtweise des Individuums und die Pflicht, in jeder Lebenslage so weit wie möglich selbstständig zu handeln. In einem weiteren Schritt wird die Selbstständigkeit in einen größeren gesellschaftspolitischen Zusammenhang eingebettet. Dazu zählt Kruse (2002a) die Lebens- und Umweltbedingungen, den Grad der materiellen und sozialen Sicherung sowie

die bestehende Infrastruktur medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Versorgung. Dieses Verständnis von Selbstständigkeit ist auch für die vorliegende Arbeit ausschlaggebend, da es zwei Gruppen von Ressourcen in den Mittelpunkt stellt – die individuellen und die infrastrukturellen. Beide können Selbstständigkeit unterstützen oder auch hemmen. Nach Hagen (2002) ist der Verlust der Selbstständigkeit von vielen individuellen Einflussfaktoren anhängig. Diese sind:

- soziodemographische Merkmale: z.B. ein hohes Alter, weibliches Geschlecht, eine geringere Bildung und ein geringes Einkommen;
- Gesundheitsfaktoren: z.B. allgemeine gesundheitliche Einschränkungen (Seh- und Hörvermögen, Morbidität, Motorik und Bewegungsfähigkeit), spezifische Erkrankungen (Schlaganfall, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Demenz, Depression, Frakturen, Gelenkerkrankungen oder Diabetes), Gesundheitsverhalten (Rauchen, Alkoholkonsum, fehlende körperliche Aktivität) sowie subjektive Gesundheit und subjektives Wohlbefinden;
- kognitive Leistungsfähigkeit: z.B. Beeinträchtigung der exekutiven Funktionen;
- soziales Netzwerk: z.B. Familienstand, Partnerverlust, keine Unterstützung durch Angehörige.

Im Bereich der infrastrukturellen Faktoren, die die Selbstständigkeit beeinflussen, werden von Wahl (2000) die Bedeutung der Gestaltung von Lebens- und Wohnumwelt, der Einsatz von technischen Hilfsmittel, eine barrierefreie Gestaltung der privaten Wohnumwelt oder die Stadt- und Quartierplanung hervorgehoben. Diese zählen im Rahmen der vorliegenden Abhandlung zu den infrastrukturellen Ressourcen und sind in einem separaten Teil ausführlich beschrieben (siehe Abschnitt 2.3.3).

In der Forschung wird Selbstständigkeit am meisten mit basalen und erweiterten bzw. instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL²⁸ und IADL²⁹) erfasst (vgl. Bourque, Pushkar, Bonneville, & Béland, 2005). Die funktionalen Einschränkungen, die bei Menschen im sehr hohen Alter mit dieser Methode erhoben werden, weisen einen negativen Zusammenhang mit der Lebenszufriedenheit auf. Dieser geht in die Richtung, je weniger Kompetenzen die Menschen besitzen, desto unglücklicher werden sie (für ADL $r = -0,37$; für IADL $r = -0,27$; Berg et al., 2006; vgl. Hsu, 2009). In der Studie von Smith und Kollegen (2002) hatte ein niedrigerer *ADL-IADL-Index* ebenfalls einen verringerten Effekt auf den positiven

²⁸ Activities of Daily Living Scale wie z.B.: baden, sich anziehen, Toilette benutzen (siehe Abschnitt 4.6).

²⁹ Instrumental Activities of Daily Living Scale wie z.B.: telefonieren, Medikamente einnehmen (siehe Abschnitt 4.6).

Affekt. Interessanterweise wurden in Bezug auf den negativen Affekt keine Unterschiede festgestellt, was als Ausdruck einer situativen Adaptation auf die vorhandenen Kompetenz-einschränkungen interpretiert werden kann.

2.3.2.5 Soziales Netzwerk

Nach Antonucci (1985) ist das soziale Netzwerk ein Vehikel, durch das soziale Unterstützung verteilt oder ausgetauscht werden kann. Es stellt eine wichtige Ressource für das psychologische Wohlbefinden (Pavot, Diener, & Fujita, 1990), die Bewältigung von Krisen (Cobb, 1976; Connidis & Davies, 1990; Penninx, van Tilburg, Kriegsman, Deeg, Boeke, & Eijk, 1997), Morbidität (Ferreira & Sherman, 2006, 2007; Uchino, 2004) oder sogar Mortalität (Ceria, Masaki, Rodriguez, Chen, Yano, & Curb, 2001; Lyyra & Heikkinen, 2006) dar. Eine theoretische Grundlage für die Gestaltung sozialer Beziehungen im Alter wird durch das Modell des sozialen Konvois beschrieben (Antonucci, 2001; Antonucci & Akiyama, 1987). Dieses hebt die Wichtigkeit der interpersonalen Beziehungen für den gesamten Lebenslauf hervor und geht davon aus, dass das Individuum in einer Umgebung von Menschen heranwächst, die ihm nahe und wichtig sind. Diese Umgebung repräsentiert einen Konvoi oder einen Schutzschild, durch den das Individuum auf Dauer mit der Welt in Kontakt tritt (vgl. Bolwby, 1969). Die Eigenschaften des Konvois sind gleichzeitig stabil und dynamisch: Einerseits sind die Bezugspersonen in der Regel relativ konstant, andererseits verändern sie sich durch Altern, Rollenwechsel, Verlust und Trennung (Kahn & Antonucci, 1980).

Bei diesem Ansatz geht es zuerst darum, die sozialen Beziehungsmuster, in die ein Mensch eingebunden ist, zu beschreiben. Dieser strukturelle Aspekt kann über *die Anzahl von Personen*, ihre Beziehung zur älteren Person oder die Häufigkeit von Kontakten erhoben werden (Antonucci, Sherman, & Akiyama, 1996; vgl. auch Seeman, Kaplan, Knudsen, Cohen, & Guralnik, 1987). Empirische Untersuchungen bestätigen, dass die Größe des Netzwerks eine bedeutende Ressource im Alter darstellt und einen positiven Zusammenhang mit dem Wohlbefinden und der Lebenszufriedenheit³⁰ aufweist (z.B. Antonucci, Lansford, Akiyama, Smith, Baltes, Takahashi, et al., 2002; Bowling, 1991; Rook, 1995). Schon in den 1970er Jahren ergab sich bei Campbell und Kollegen (1976) die Anzahl von Freunden als der stärkste Prädiktor des subjektiven Wohlbefindens. In der BASE zeigte die Netzwerkgröße

³⁰ Antonucci (1985) konnte zeigen, dass die Netzwerkgröße in einem direkten Zusammenhang mit dem in jüngeren Jahren gelebten sozialen Verhalten steht: Personen, die während ihres gesamten Leben über zahlreiche Sozialkontakte verfügten, hatten auch im Alter ein größeres Netz als Personen, die immer schon eher zurückgezogen lebten. Beide Gruppen unterschieden sich jedoch nicht in ihrer Lebenszufriedenheit. Demnach ist nicht die Größe eines Netzwerks, sondern ihre Qualität für das subjektive Wohlbefinden entscheidend.

eine schwache, aber positive Beziehung zu Alters- ($r = 0,21$) und Lebenszufriedenheit ($r = 0,18$) (Smith, 2002 nach Jopp, 2003).

Bisherige Befunde belegen darüber hinaus, dass im Alter die Anzahl derjenigen Personen für das Wohlbefinden bedeutend ist, mit denen *eine sehr enge Beziehung* besteht (vgl. sozioemotionale Selektivitätstheorie³¹; Carstensen, 1992). Wie der Studie von Perrig-Chiello (1997) zu entnehmen ist, steht die Anzahl von Personen, die in einem Notfall um Hilfe gebeten werden können, in einem engen Zusammenhang mit dem Wohlbefinden. In einer Untersuchung von Cheng und Chan (2006; chinesisches Sample) wurde die Bedeutung der familiären Kontakte für die Lebenszufriedenheit im Alter statistisch größer als die Relevanz außenfamiliärer Beziehungen. Durch diese Zugangsweise zum sozialen Netzwerk könnte auch der empirisch nachgewiesene Einfluss der *Kinderanzahl* auf das Wohlbefinden erklärt werden, indem Kinder als sehr enge Sozialpartner angesehen werden. Efkliedes und Kollegen (2003) belegten, dass mindestens ein Kind mit der Lebenszufriedenheit signifikant korreliert ($r = 0,27$) und im Regressionsmodell 13% Varianz erklären kann.

In der Theorie und Praxis wird das Netzwerkkonzept meistens in Verbindung mit der sozialen Unterstützung gebracht (z.B. Beckes & Kruse, 2008). Damit ist die emotionale, instrumentelle und informelle Hilfe des sozialen Partners gemeint (Antonucci, 2001). Die ersten Studien zum Thema der sozialen Unterstützung zeigten beispielsweise, dass eine intime Beziehung eine wichtige Ressource im Leben alter Menschen darstellt (Lowenthal & Haven, 1986). Was eine intime Beziehung aber sei, werde von den Individuen selbst bestimmt. Allen Definitionen zur sozialen Unterstützung ist gemeinsam, dass das Individuum in ein soziales Beziehungsmuster eingebunden ist, in dem es unterstützt wird und auch Unterstützung weitergibt (z.B. Antonucci, 1985; Martin & Kliegel, 2005). Die Unterstützung drückt sich dann auf verschiedenen Verhaltensebenen aus und erfüllt dabei vier grundlegende Funktionen: Erstens können mit Hilfe der sozialen Unterstützung Krisensituationen besser bewältigt werden (Cobb, 1976). Zweitens verhindern die in sozialen Kontakten empfundenen Gefühle der Intimität und Gemeinschaft (*companionship*) das Gefühl der Einsamkeit (Minnemann, 1994). Drittens vermittelt die soziale Unterstützung das Gefühl, gebraucht zu werden, von anderen geschätzt und geliebt zu werden (emotionale Unterstützung; Sarason, Pierce, & Sarason, 1990). Viertens weist die soziale Unterstützung eine positive Wirkung auf das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit auf (Ferreira & Sherman, 2006, 2007; Li & Liang,

³¹ Die Theorie geht von einer Selektion der Kontakte aus, um einen möglichst hohen emotionalen Gewinn bei möglichst geringem, aber zielgenauem Einsatz der persönlichen Ressourcen zu erreichen. Mit zunehmendem Alter, insbesondere ab dem 80. Lebensjahr, nehmen Netzwerkgrößen und Kontakthäufigkeiten dergestalt ab, dass nur enge Beziehungen mit Familienmitgliedern und vertrauten Freunden erhalten bleiben.

2007; Kahn & Antonucci, 1980). Antizipierte fehlende soziale Unterstützung in Notfallsituationen scheint hingegen einen negativen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit zu haben (Fagerström, Holst, & Hallberg, 2007). In diesem Kontext hat die Reziprozität der sozialen Kontakte eine besondere Bedeutung im Alter. Rook (1987) sowie Akiyama und Mitarbeiter (1997) stellten fest, dass erlebte Gegenseitigkeit der sozialen Kontakte ein wichtiger Prädiktor der Lebenszufriedenheit im Alter darstellt.

Die Forschungsergebnisse von Kahn und Kollegen (1987) deuten auf einen weiteren wichtigen Aspekt des sozialen Netzwerks hin. Insbesondere die *Zufriedenheit mit den sozialen Kontakten* stellte eine bedeutende Determinante fürs Wohlbefinden der älteren Studienteilnehmer dar (vgl. Gow et al., 2006). Die qualitative Bedeutung der sozialen Kontakte wurde ebenfalls in der Untersuchung von Berg und Mitarbeitern (2006) festgestellt. Die Metaanalyse von Pinquart & Sörensen (2000), die 295 Studien einbezog, bestätigte diese Befunde im Hinblick auf die Lebenszufriedenheit. Es wurden Korrelationskoeffizienten für die Qualität und Quantität von drei verschiedenen sozialen Kontakten ermittelt (Familie, Freunde, erwachsene Kinder). Während für die Quantität dieser Kontakte ein Zusammenhang von lediglich $r = 0,08$ gefunden wurde, zeigte die Qualität eine durchschnittliche Beziehung von $r = 0,29$.

2.3.2.6 Psychologische Ressourcen

In zahlreichen Untersuchungen zeigten verschiedene psychologische Eigenschaften einen positiven Zusammenhang mit dem Wohlbefinden. Dabei handelt es sich um solche Charakteristika, Eigenschaften oder Merkmale, die der Person dabei helfen, im Alltag das Wohlbefinden zu bewahren und mit Problemen besser umzugehen (vgl. Kruse & Wahl, 2008). Hierzu kann zwischen *Strategien*, d.h. gedanklichen Taktiken und realen Verhaltensweisen, die zur Bewältigung und Problemlösung bedeutsam beitragen, und *Überzeugungen und Einstellungen* zur eigenen Person, zum Leben oder zum Altern unterschieden werden (Jopp, Rott, et al., 2010). Nach Boerner & Jopp (2007) stellt die zweite Gruppe die zentralen Mechanismen im Prozess der lebenslangen Entwicklung und Anpassung dar. Die Gruppe der Strategien³² umfasst z.B.:

³² Die Strategien verändern sich im Laufe des Lebens nur bedingt. Beispielsweise verschiebt sich in der Regel bei Assimilation und Akkommodation der Schwerpunkt von der Nutzung aktiver und problemorientierter Strategien in jüngeren Lebensjahren auf den Einsatz einer kognitiven Umstrukturierung im Alter (Brandstädter & Renner, 1990; Brandstädter & Rothermund, 2002). Die SOK-Strategien werden im mittleren Erwachsenenalter am häufigsten angewandt (Freund & P. Baltes, 2002).

- Prozesse der Assimilation (aktive Zielverfolgung und Problemlösung) und Akkommodation (Anpassung von Zielen und Standards: Brandstädter, 1999, 2002; Brandstädter & Renner, 1990; Brandstädter & Rothermund, 2002);
- problem- und emotionsorientiertes Coping (z.B. Lazarus & Folkman, 1984);
- primäre (direkter Einfluss auf die Umwelt) und sekundäre Kontrolle (internale Selbstveränderung: Schulz & Heckhausen, 1996, 1999);
- Strategien der Selektion (S: Auswahl von Zielen), Optimierung (O: optimaler Einsatz von Ressourcen) und Kompensation (K: Ersatz unzureichender Ressourcen; SOK; P. Baltes & M. Baltes, 1990; Freund & P. Baltes, 1999, 2002).

Zu Einstellungen und Überzeugungen gehören beispielsweise Optimismus, Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugung, Extraversion, Neurotizismus sowie positive Lebensbewertung, Lebenssinn und Lebenswillen.

Der Beitrag, den diese psychologischen Stärken zum Wohlbefinden leisten, scheint im Vergleich zu anderen bereits dargestellten Ressourcen größer zu sein. Als Einstieg zur Darstellung einzelner Ressourcen sollen hier die Ergebnisse einer eigenen Studie zur Beziehung zwischen Lebenszufriedenheit und psychologischen Eigenschaften wie Optimismus, Selbstwirksamkeit, Lebenswille sowie Ressourcen wie Finanzen, Gesundheit und soziales Netzwerk vorgestellt werden (Jopp, Wozniak, et al., 2011). Diese verdeutlichen die Wichtigkeit der Einbeziehung von psychologischen Eigenschaften in die Untersuchung des Wohlbefindens. In der Gesamtstichprobe ($N = 356$) leisteten die psychologischen Stärken und die Gesundheit den größten Beitrag zur Varianzaufklärung, während die soziodemographischen und sozialen Indikatoren keinen eigenständigen Einfluss aufwiesen. Während bei den jungen Alten die medizinischen Merkmale und psychologischen Stärken gleich starke Prädiktoren waren, stellten bei alten Alten die psychologischen Stärken den einzigen signifikanten Prädiktorblock dar. Dieser klärte alleine mehr Varianz auf, als das für die jüngere Gruppe der Fall war (vgl. Schumacher et al., 1996; Staudinger et al., 1999).

Im Folgenden wird eine Auswahl von psychologischen Ressourcen vorgestellt, die in der Wohlbefindensforschung das größte Interesse erlangten (vgl. Schwarzer & Koll, 2001) und auch für diese Arbeit von entscheidender Bedeutung sind.

A). Persönlichkeitseigenschaften (Extraversion/Neurotizismus)

Von Persönlichkeit gibt es keine allgemeingültige wissenschaftliche Definition. Allen theoretischen Gedankengebäuden und Persönlichkeitsmodellen liegt indes zugrunde, dass sich Persönlichkeit aus Merkmalen wie Einzigartigkeit, Besonderheit und Überdauern herausbildet

(Junkers, 1995). Das Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit von Costa & McCrea (1985) stellt derzeit das am weitesten verbreitete, am besten bestätigte und am geringsten durch Kultur- und Sprachfaktoren beeinflusste Modell der menschlichen Persönlichkeit dar. Die fünf Faktoren, die die Grunddimensionen der Persönlichkeit bilden, sind: Neurotizismus (emotionale Labilität), Extraversion (Reizbedürfnis), soziale Verträglichkeit (Prosozialität), Gewissenhaftigkeit (Kontrolliertheit/Selbstkontrolle) und Offenheit für Erfahrungen (Bedürfnis nach Neuem). Diese scheinen sich, im Gegensatz zu den kognitiven Leistungen, im Erwachsenenalter kaum zu verändern³³ (Smith & P. Baltes, 1996). Vor allem die zwei ersten Dimensionen wurden in Verbindung mit dem Wohlbefinden im Alter untersucht (Übersicht in Lucas, 2008; siehe auch Brief et al. 1993; Costa et al., 1987).

Im Rahmen bisheriger Studien konnte gezeigt werden, dass Neurotizismus negativ und Extraversion hingegen positiv mit der Lebenszufriedenheit zusammenhängen (z.B. Costa & McCrae, 1980; Costa, McCrae, & Norris, 1981; Diener & Fujita, 1995; Headey & Wearing, 1989; Mroczek & Spiro, 2005; Schmitt et al., 2006; Shock, Greulich, Andres, Arenberg, Costa, Lakatta, et al., 1984). Diese Ergebnisse wurden auch in der BASE festgestellt: Die neurotischen Studienteilnehmer wiesen geringere Zufriedenheitswerte auf als die extrovertierten Personen³⁴. Neurotizismusklärte 20% der Varianz auf der Skala zur Zufriedenheit mit dem eigenen Alter auf. Extraversion leistete hingegen einen Beitrag von 9% zur Varianzaufklärung (Staudinger et al., 1996). Eine Metaanalyse von DeNeve und Cooper (1998) ergab für Neurotizismus einen durchschnittlichen Korrelationskoeffizienten mit dem Wohlbefinden von $r = -0,22$ und für Extraversion $r = 0,17$ (vgl. Kozma et al., 1991). Interessante Ergebnisse können der Studie mit 1.347 chinesischen Teilnehmern entnommen werden (Zhang, 2005). Diese untersuchte die allgemeine und bereichsspezifische Lebenszufriedenheit in 13 Domänen und stellte fest, dass die Zusammenhänge mit Extraversion und Neurotizismus in die erwarteten Richtungen gingen (positiv für Extraversion und negativ für Neurotizismus), die Stärke des Zusammenhangs war jedoch jeweils größer für die bereichsspezifische Lebenszufriedenheit (entsprechend für Neurotizismus $r = -0,29$; $r = -0,39$ und Extraversion $r = 0,21$;

³³ Allerdings dürfen hier die Ergebnisse der Bonner Längsschnittstudie des Alterns (BOLSA; Lehr & Thomaе, 1987) zu Persönlichkeitsveränderungen im Alter nicht übersehen werden, da die Autoren auch mit alternativen Konstrukten wie Aktivität, Stimmung, Anpasstheit oder Steuerung arbeiteten. Über einen Untersuchungszeitraum von zwölf Jahren hat etwa die Hälfte der Teilnehmer einen Altersabbau erlitten: nachlassende Anregbarkeit, zunehmende gedrückte Stimmung, verminderte Steuerung. Die andere Hälfte wies keine Abbauerscheinungen auf. Lehr (2007) weist hierzu auf interindividuelle Unterschiede bei Alternsprozessen hin.

³⁴ Bei manchen Studienteilnehmern erwiesen sich hohe Werte auf der Neurotizismusskala als protektiv. Alte Menschen mit starken körperlichen Beeinträchtigungen schienen von erhöhtem Neurotizismus in Hinblick auf ihre Alterszufriedenheit zu profitieren. Dies könnte damit erklärt werden, dass stärker neurotische Personen „sowieso an negative Gefühlslagen gewöhnt sind und deshalb die Belastung einer durch körperliche Einbußen und Einschränkungen gekennzeichneten Lebenssituation nicht als so gravierend empfinden wie eine Person, die an eine positive Gefühlslage gewöhnt ist“ (Staudinger et al., 1996, S. 327).

$r = 0,33$). Bei älteren verheirateten Paaren im Alter von 65+ fanden Whisman und Kollegen (2006) Zusammenhänge von etwa $r = 0,20$. Die einzige Ausnahme betraf die Extraversion bei Frauen, die mit der Lebenszufriedenheit nur mit $r = 0,10$ korrelierte. Im Hinblick auf die emotionale Befindlichkeit fanden Isaacowitz & Smith (2003) heraus, dass Extraversion den positiven Affekt sowohl bei jüngeren als auch bei älteren Teilnehmern der BASE vorhersagt. Es wurden keine Effekte zwischen dem negativen Affekt und Neurotizismus festgestellt.

B). Depressivität

Nicht die Depressivität, sondern das Fehlen der depressiven Symptomatik stellt im Alter eine wichtige Ressource des Wohlbefindens dar. Eine Untersuchung dieses Zusammenhangs ist umso interessanter und bedeutsamer, da Depressionen neben demenziellen Erkrankungen zu den psychiatrischen Störungen mit der höchsten Prävalenz im höheren Lebensalter zählen (vgl. Linden, Kurtz, Baltes, Geiselman, Lang, Reischeis, et al., 1998). Obwohl die empirischen Längsschnittstudien schon längst bewiesen haben, dass die depressive Symptomatik mit dem Altern nicht bedeutsam zunimmt (vgl. Dent, Waite, Bennett, Casey, Grayson, Cullen, et al., 1999; Haynie, Berg, Johansson, Gatz, & Zarit, 2001), muss sich die gerontologische Forschung noch mehr darum bemühen, die stereotypen Sichtweisen auf die sogenannte „Altersdepression“ zu korrigieren.

Empirische Befunde zu Beziehungen zwischen der Depressivität und dem subjektiven Wohlbefinden sind sehr konsistent. Auch im Alter wird die stärkere depressive Symptomatik von einer geringeren Lebenszufriedenheit begleitet (z.B. Demura & Sato, 2003; Friske, Gatz, & Pedersen, 2003; Hsu, 2009). Die Geschlechtsunterschiede diesbezüglich zeigen, dass der negative Zusammenhang bei hochaltrigen Frauen ($r = -0,42$) viel stärker ausgeprägt ist als bei hochaltrigen Männern ($r = -0,29$) (Berg et al., 2006). Diese Zusammenhangswerte unterscheiden sich kaum von den Korrelationskoeffizienten, die für Menschen im dritten Alter von Whisman und Kollegen (2006) ermittelt wurden ($r = -0,40$ für Frauen; $r = -0,27$ für Männer). Wichtige Erkenntnisse kommen aus einer Längsschnittstudie mit Personen im hohen Alter (80+). Mit Hilfe von Growth-Curves-Analysen konnten Berg und Kollegen (2009) einen relativ konstanten Rückgang der Lebenszufriedenheit über die sechs Jahre hinweg ermitteln, der sich zum großen Teil durch depressive Symptomatik und Partnerverlust vorhersagen ließ (vgl. Chou & Chi, 1999).

Schließlich darf hierzu nicht unbeachtet bleiben, dass Depressivität in zahlreichen Studien als ein Outcome nicht gelungener Adaptation an die mit dem Altern auftretenden Veränderungen betrachtet und untersucht wird (z.B. Antonucci et al., 2002; Li & Liang, 2007). In der vorliegenden Arbeit geht es in erster Linie darum, wichtige Prädiktoren des

Wohlbefindens zu ermitteln, um ein möglichst vollständiges Bild der Adaptationsprozesse im Alter darstellen zu können. Aus diesem Grund wird die depressive Symptomatik zu den unabhängigen Variablen gezählt und Einfluss auf das Wohlbefinden untersucht (vgl. Berg et al., 2006).

C). Positive Lebensbewertung (VOL: Valuation of Life)

Das Konstrukt der positiven Lebensbewertung von Powell Lawton (Lawton, Moss, Hoffmann, Grant, Have, & Kleban, 1999; Lawton, Moss, Hoffmann, Kleban, Ruckdeschel, & Winter, 2001) bezieht sich auf internale und externale Mechanismen eines Menschen, die ihn in die Lage versetzen, den gesundheitsbezogenen Blick auf ein gutes Leben im Alter zu erweitern (vgl. Moss, Hoffmann, Mossey, & Rovine, 2007). Lawton konstatiert, dass die gesundheitsbezogene Wahrnehmung des Alters tendenziell durch Fokussierung auf negative Veränderungen stattfindet. Seine Sichtweise unterstreicht dagegen den Effekt positiver Erfahrungen auf das Verhalten und die psychische Gesundheit. Praktisch betrachtet ist das Konzept aus der Beobachtung der Autoren entstanden, dass man immer wieder alte Personen findet, die psychisch und körperlich stark belastet sind und dennoch etwas im Leben finden, was sie dazu bringt, weiterleben zu wollen (Lawton, 2000). Positive Lebensbewertung repräsentiert demnach einen kognitiv-affektiven Zustand, in dem (1) die Bedeutung und Sinnhaftigkeit des gesamten Lebens eines Individuums, also die positiven und negativen Erfahrungen, zusammengefasst werden und (2) das Ausmaß der Bindung an das aktuelle Leben abgebildet wird. Dabei fließen in die Bewertung des Lebens umgebungsbezogene und personale Faktoren, positive und negative Erfahrungen, psychische und physische Gesundheit sowie pathologische Prozesse mit ein (Lawton et al., 1999). Dennoch weisen die positiven Einflussfaktoren ein größeres Gewicht als die negativen auf. Das heißt, dass das Leben im Hinblick auf VOL besser eingeschätzt wird, wenn die positiven Aspekte des Lebens – wie emotionale Bindungen, abwechslungsreiche Aktivitäten oder auch persönliche Weiterentwicklung – überwiegen. Faktoren der Gesundheit dürfen erst dann einen Beitrag zu VOL leisten, wenn die gerade erwähnten Aspekte außer Acht gelassen werden.

Die Erfassung der Lebensbewertung erfolgt über fünf Kernkonstrukte: Zukunftsbezogenheit, Hoffnung, Selbstwirksamkeit, Beharrlichkeit und Zweckhaftigkeit (Lawton et al., 2001). Unter Zukunftsbezogenheit wird eine Einstellung gegenüber der Zukunft verstanden, diese zu antizipieren und zu planen. Hoffnung bedeutet die Erwartung, dass die nahe und fernere Zukunft positiv sein wird. Selbstwirksamkeit wird als Erfahrung eigener Kompetenz verstanden. Beharrlichkeit beschreibt die hartnackige Einstellung gegenüber Problemen, und Zweckhaftigkeit bezieht sich schließlich auf das Eintreten für das Leben leitende Ziele.

Wie stark VOL bei alten und sehr alten Menschen ausgeprägt ist und inwiefern diese eine Ressource des Wohlbefindens im Alter darstellt, wurde bislang nur selten untersucht. Für das hohe Alter könnte einerseits davon ausgegangen werden, dass VOL in einer positiven Beziehung zum Wohlbefinden steht (Lawton, 2001)³⁵. Andererseits ist zu erwarten, dass es aufgrund einer schlechteren gesundheitlichen Lage der hochaltrigen Menschen immer schwieriger wird, eine hohe VOL zu bewahren. Wider Erwarten bestätigen die bisherigen Forschungsergebnisse die von Lawton postulierte Entkopplung des subjektiven Erlebens von objektiven Verlusten. Eine amerikanische Längsschnittstudie mit 335 Personen zwischen 70 und 93 Jahren ermittelte relativ hohe Werte an positiver Lebensbewertung (Moss et al., 2007). Darüber hinaus ließen sich signifikante Korrelationen zu den folgenden Bereichen nachweisen: soziodemographische Merkmale, soziales Netzwerk, Gesundheit, persönliche Projekte, Lebensqualität und psychische Gesundheit. Zu Studienbeginn bestand eine geringe negative Beziehung zum Alter. Diese sah dergestalt aus, dass ältere Personen eine weniger positive Lebensbewertung aufwiesen als jüngere. Über die vierjährige Laufzeit der Studie nahm die Lebensbewertung für die Gesamtstichprobe allerdings zu. Bei genauerer Betrachtung wurde eine signifikante Zunahme von VOL bei 56% der Studienteilnehmer festgestellt. Bei 35% der zuhause lebenden Älteren sank hingegen die Wertschätzung des Lebens. Das Nachlassen der positiven Lebensbewertung konnte regressionsanalytisch vor allem durch negative Veränderungen der Lebensqualität (12% der Varianz) sowie der positiven Befindlichkeit und depressiver Symptomatik (6,5% der Varianz) erklärt werden. Physische Gesundheit leistete hingegen keinen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung der VOL. Diesen Ergebnissen folgend kann man direkt auf die Beziehung zwischen Lebensbewertung und emotionalem Wohlbefinden schließen: Im Vergleich zu Personen mit einer stabilen oder steigenden VOL wiesen Personen mit nachlassender VOL einen geringeren positiven Affekt auf.

Interessante Ergebnisse zur Lebensbewertung im hohen und sehr hohen Alter lieferte eine populationsbasierte Querschnittstudie mit in Privathaushalten lebenden Personen im dritten und im vierten Alter (Jopp, Rott, & Oswald, 2008). Für die Gesamtstichprobe ermittelten die Autoren ein relativ hohes Niveau an positiver Lebensbewertung. Allerdings zeigte der Vergleich zwischen den Altersgruppen signifikant geringere Werte für die alten Alten. Damit wurden die von Moss und Kollegen (2007) ermittelten Altersunterschiede repliziert.

³⁵ Dabei soll methodologisch beachtet werden, dass VOL in ihrer Konzeptualisierung und Handhabung (VOL-Skala) auch als Ausdruck einer gelungenen Adaptation an die mit dem Altern einhergehenden Veränderungen interpretiert werden kann. Daher stellt die positive Lebensbewertung in manchen Studien einen Outcome dar und ihre Bezüge zu den Ressourcen werden untersucht (z.B. Jopp et al., 2008). In der vorliegenden Studie stehen die Beziehungen zwischen VOL und dem Wohlbefinden im Zentrum des Interesses. Allerdings müssen diese Probleme bei der Auswertung und Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden (vgl. auch Depressivität).

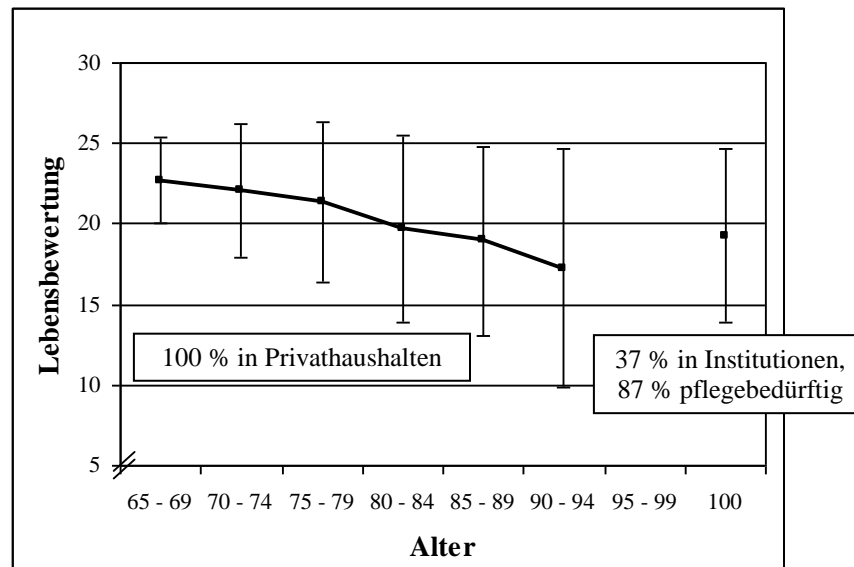


Abb. 5: Alters- und Kohortenunterschiede in der positiven Lebensbewertung von Personen im Alter von 65 bis 100 Jahren (nach Jopp, Rott, & Wozniak, 2010).

Ergänzt man aber den Altersbereich durch Daten der Heidelberger Hundertjährigen-Studie (vgl. Rott, Jopp, d'Heureuse, & Becker, 2006), so zeigt sich, dass die extrem alten Personen ein Niveau an positiver Lebensbewertung aufweisen, das signifikant höher ist als das der Gruppe der 90- bis 94-Jährigen und sich etwa mit dem für die 80- bis 89-Jährigen vergleichen lässt (siehe Abbildung 5). Aufgrund des querschnittlichen Datencharakters können hier keine Aussagen zu Entwicklungsverläufen von VOL getroffen werden. Nur auf Kohorten- oder Altersunterschiede dürfen Rückschlüsse gezogen werden. Allerdings liefern diese Befunde einen weiteren Hinweis auf die großen Anpassungspotenziale des hohen Alters.

D). Kontrollüberzeugung

Die Forschung zur Überzeugung, sein Leben beeinflussen zu können und nicht einflussreichen außenstehenden Faktoren ausgeliefert zu sein, hat eine lange Tradition. Dabei wird die Kontrollüberzeugung vorwiegend nicht in einem zwei- (internale vs. externale Kontrolle), sondern in einem dreidimensionalen Muster nach Levenson (1981) erfasst: (1) Internalität, die durch eine Überzeugung charakterisiert ist, einen Einfluss auf die Umwelt ausüben zu können (I-Skala), (2) Externalität, die durch subjektiv erlebte Machtlosigkeit gegenüber anderen geprägt ist (P-Skala; powerful others) und (3) Externalität, die durch Fatalismus bedingt ist (C-Skala; chance)³⁶ (vgl. Mielke, 1982). Parallel dazu wird häufig in der Forschung auf die Unterscheidung zwischen generalisierten und bereichsspezifischen Kontrollbewertungen Bezug genommen (Rotter, 1966). Dieser Ansatz ist aus der Beobachtung

³⁶ Das Instrument wurde auch in der eigenen Studie eingesetzt (siehe Abschnitt 4.6.3).

entstanden, dass es besonders im Alter immer unwahrscheinlicher wird, in allen Lebensbereichen Kontrolle ausüben zu können.

Im Hinblick auf das subjektive Wohlbefinden im Alter erwies sich die Internalität der Kontrolle als vorteilhaft (z.B. Berg et al., 2006; Brandstädter, Krampen, & Baltes-Götz, 1989; Gergen & Gergen 1986; Landau & Litwin, 2001): Ältere Personen, die internale Kontrolle erleben, scheinen glücklicher zu sein. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass ein wahrgenommener Kontrollverlust negative Konsequenzen für das Wohlbefinden mit sich bringt (Seligman, 1975). Im Rahmen des Alternsprozesses sind Menschen in der Regel jedoch zunehmend mit Situationen konfrontiert, die ihr Kontrollempfinden auf die Probe stellen (z.B. Rodin, 1986), was die internale Überzeugung abschwächen sollte. Bei genereller Kontrollüberzeugung sind die Forschungsergebnisse uneinheitlich. Basierend auf dem dreidimensionalen *Locus-of-control-Konzept* kann aber konstatiert werden, dass die externalen Dimensionen mit dem Altern zunehmen, wohingegen die internale Dimension eher stabil bleibt (z.B. Lachman & Firth, 2004; Krampen, 2000). Altersdifferenzen sind ebenfalls in spezifischen Kontrollbereichen zu finden, wie beispielsweise in Bezug auf Gesundheit (Lachman, 1991), Gedächtnis (Hertzog & Hultsch, 2000) oder soziale Beziehungen (Caprara, Caprara, & Steca, 2003). Ältere Menschen fühlen sich in diesen Lebensbereichen stärker von externen Kräften beeinflusst als jüngere. Bei hochaltrigen Teilnehmern der Berliner Altersstudie konnten eine Stabilität der internalen Kontrollüberzeugung und eine Zunahme der sozialen Externalität im Vergleich zu Personen im dritten Alter nachgewiesen werden (Staudinger et al., 1996). Bei dem Anstieg der sozialen Externalität zeigten sich die nachlassende Sehschärfe, die abnehmende Mobilität sowie die Wohnsituation (Heim) als wichtige Prädiktoren. Aus Ergebnissen der BASE ist zusätzlich zu entnehmen, dass sich im hohen Alter die Differenzierung zwischen sozialer und fatalistischer Externalität nicht eindeutig nachweisen ließ. Vor allem war die fatalistische Externalität immer schwieriger zu finden.

Zusammengefasst scheinen Menschen mit dem Altern zunehmend Kontrolle abzugeben, was nicht zwangsläufig mit dem Nachlassen des Wohlbefindens zusammenhängt. Die Bonner Gerontologische Längsschnittstudie des Alters weist auf positive Assoziationen zwischen externaler Kontrollüberzeugung und positiver emotionaler Befindlichkeit hin (Thomae, 1992). Obwohl in dem Alters-Survey nicht nur das emotionale, sondern auch das kognitive Wohlbefinden untersucht wurde, hing das internale Kontrollerleben regressionsanalytisch lediglich mit positiver Befindlichkeit ($\beta = 0,172$) zusammen. Bei der Vorhersage der Lebenszufriedenheit oder des negativen Affektes lieferte keine Kontrollüberzeugungsart einen signifikanten Erklärungsbeitrag (Westerhof, 2001).

Als Erklärungsansatz können hier beispielsweise die Theorien von Schulz und Heckhausen (1996) sowie Brandtstädter und Kollegen (z.B. Brandtstädter & Renner, 1990) einen Beitrag leisten. Die empirische Überprüfung dieser Theorien zeigte, dass im Alter entsprechend die sekundäre Kontrolle bzw. akkomodative Aktivitäten an Gewicht gewinnen und mehr adaptiv werden (Brandtstädter & Renner, 1990; Brandtstädter & Rothermund, 2002; Heckhausen, Dixon, & Baltes, 1989). Das heißt, in Anbetracht der mit dem Altern einhergehenden Verluste haben die flexible Zielanpassung und die Veränderung von Zielen und Wünschen einen positiven Einfluss auf Adaptationsprozesse im Alter. Dagegen zeigt der tatsächliche oder nur antizipierte Verlust von Kontrolle nicht nur negative Auswirkungen auf die Befindlichkeit, sondern kann auch die Handlungsfähigkeit einer Person gefährden (vgl. Kruse, Schmitt, & Wachter, 2003).

E). Kohärenzgefühl

Kohärenzgefühl ist die letzte psychologische Ressource, die hier vorgestellt wird. Das Konzept ist aus dem von Antonovsky (1979, 1984) vorgeschlagenen Modell der Salutogenese entstanden. Mit diesem Modell hat Antonovsky ein ganz neues Verständnis von Gesundheit und Krankheit ins Licht gebracht, in dem beide Zustände als zwei Seiten eines Kontinuums zu verstehen sind und nicht wie bisher als zwei qualitativ dichotome Zustände. Damit wurde ein Rahmen für das Hin- und Herbewegen des Menschen zwischen Gesundheit und Krankheit geschaffen, der in einem quantitativen Sinne eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums interpretiert werden sollte. Auf diesem Kontinuum richtet Antonovsky sein Interesse nicht auf spezielle Symptome des pathophysiologischen Prozesses, sondern auf gesundheitsfördernde Ressourcen der Person und des gesamten Systems, in dem die Person lebt (Antonovsky, 1993).

Aus der Frage heraus, was einen Menschen auf der Seite der Gesundheit hält, wurden im salutogenetischen Modell als Komponenten Organschwächen und gesundheitliche Risiken beschrieben, die sich unmittelbar auf die Gesundheit des Individuums auswirken. Psychosoziale, physische und biochemische Stressoren führen dazu, dass der Organismus mit Spannungszuständen reagiert, die vom Individuum bewältigt werden müssen, um sich wieder in Richtung Gesundheit zu bewegen. Diesen negativ beeinflussenden Faktoren stehen generalisierte Schutzfaktoren und Widerstandsressourcen gegenüber, die eine Verschiebung in Richtung Gesundheit begünstigen. Entscheidend bei dem Einsatz von Widerstandsquellen ist ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl (sense of coherence [SOC]; Antonovsky, 1979). Diese wurde definiert als:

[...] a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that one's internal and external environments are predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected (Antonovsky, 1979, S. 10).

Diese Grundhaltung, die Welt als zusammenhängend und sinnvoll zu erleben, lässt sich nach Antonovsky in drei Komponenten aufteilen:

- Gefühl der Verstehbarkeit: die Erwartung bzw. Fähigkeit Informationen geordnet und strukturiert zu verarbeiten; ein kognitives Verarbeitungsmuster.
- Gefühl der Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit: die Überzeugung, dass Probleme lösbar sind und dass man Ressourcen besitzt, um diesen zu begegnen; kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster;
- Gefühl der Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit: die Überzeugung, dass es sich lohnt, seine Energie in die Lösung von bestimmten Problemen zu investieren; motivationale Komponente, die für Antonovsky als wichtigste gilt.

Ein starkes Kohärenzgefühl führt dazu, dass ein Mensch flexibel auf Anforderungen reagiert, angemessene Ressourcen zur Lösung von spezifischen Problemen aktiviert und nicht starr und rigide auf die Stressreaktion antwortet. Diesen Argumenten folgend kann davon ausgegangen werden, dass SOC im Alter einen wichtigen Beitrag zur Wohlbefindenserhaltung leistet und die Adaptationsprozesse begünstigt (Wiesmann, Rölker, & Hannich, 2004).

Bis jetzt wurde SOC vorwiegend in Bezug auf die Gesundheit untersucht. Obwohl Studien zur Bedeutung des Kohärenzgefühls für die erfolgreichen Adaptationsprozesse im Alter rar sind, geben sie ein einheitliches Bild über die Beziehung zwischen diesen zwei Variablen. Wie den Analysen von Brooks (1998) und Lutgendorf und Kollegen (1999) zu entnehmen ist, geht ein starkes SOC nicht nur mit sozialer und körperlicher Gesundheit, sondern auch mit einem höheren Ausmaß an Lebenszufriedenheit einher (vgl. Wiesmann et al., 2004). Bei den jungen Alten, die sich gerade am Übergang in den Ruhestand befanden, ermittelten Sagy & Antonovsky (1990) einen positiven Zusammenhang zwischen SOC und Lebenszufriedenheit. In der Studie von Chamberlain und Mitarbeitern (1992), die mit älteren chirurgischen Patienten durchgeführt wurde, erwies sich SOC als der stärkste Prädiktor für eine höhere Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden. Dabei hatte das Kohärenzgefühl eine größere Bedeutung als Optimismus. In wenigen Studien wurde auch die Beziehung zwischen emotionaler Befindlichkeit und SOC analysiert. So konnten Zika und Chamberlain (1992) eine positive Korrelation zwischen SOC und dem positiven Affekt ermitteln. Ergänzend

zeigten die Ergebnisse der Untersuchung von Smits, Deeg und Bosscher (1995), dass der negative Affekt durch SOC vorhergesagt werden kann.

In Bezug auf die individuellen Ressourcen kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die altersassoziierten Verluste von Ressourcen wie Gesundheit, kognitiver Status oder soziales Netzwerk nur eine geringe Bedeutung für das Wohlbefinden haben. Die subjektive Bewertung der eigenen Gesundheit stellt hier eine Ausnahme dar. Die Gründe für die insgesamt schwachen Beziehungen zwischen den genannten Ressourcen und dem Wohlbefinden können anhand der zurzeit vorhandenen empirischen Erkenntnisse nicht eindeutig genannt werden. Es ist möglich, dass diese Charakteristika eher indirekte, d.h. über andere Faktoren vermittelte, Effekte auf das Wohlbefinden haben. Diese anderen Faktoren, die hier eine Rolle spielen, können die psychologischen Ressourcen sein. Diese scheinen eine Schlüsselrolle in Adaptationsprozessen im hohen Alter zu spielen, wobei andere Faktoren, wie beispielsweise die objektive Gesundheit, ihre Bedeutung verlieren (vgl. Jopp, Wozniak, et al., 2011). Nach Lawton (2000) führen vor allem solche positiven Eigenschaften oder besser gesagt Stärken dazu, dass es älteren Menschen gelingt, den negativen Folgen schlechter Gesundheit oder Kompetenzverlusten entgegenzuwirken und resilient zu bleiben. Welche Rolle die infrastrukturellen Ressourcen in dem Prozess des Wohlbefindenserhaltens im hohen Alter spielen, wird im nachfolgenden Abschnitt ausführlich dargelegt.

2.3.3 Infrastrukturelle Ressourcen und ihre Bedeutung für das Wohlbefinden im Alter

Menschenfreundliche Umwelten werden von Kruse & Wahl (2010) als eine von zehn Weichen für den Weg in eine gute Alternszukunft genannt. Mit ihrem Beitrag rücken die Autoren eine Anforderung an die Gesellschaft und an das Individuum ins Zentrum. So wird hier die Proaktivität des Menschen bei der Umweltgestaltung hervorgehoben (Lawton, 1999) und Bezug auf die zentralen ethischen Kategorien des Lebens – die Selbstverantwortung der Person und die Mitverantwortung der Gesellschaft – genommen (Kruse, 2005a).

Basierend auf der bereits vorgenommenen Unterscheidung zwischen dem Individuum und der Gesellschaft, wird im Rahmen dieser Arbeit folgende Definition der infrastrukturellen Ressourcen vorgeschlagen:

Unter infrastrukturellen Ressourcen werden all jene Rahmenbedingungen der Umwelt verstanden, die dem Individuum von der Kommune bzw. anderen Trägern in Form von Stadtinfrastruktur, Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten sowie Dienstleistungen der ambulanten und stationären Altenhilfe zur Verfügung gestellt werden und die Gestaltung eines selbständigen, selbstverantwortlichen und persönlich zufriedenstellenden Lebens sowie die soziale Teilhabe im Alter ermöglichen.

Der Begriff „menschfreundliche“ Umwelten wurde von Kruse und Wahl (2010, S. 409) bewusst ausgewählt, um darauf hinzuweisen, dass gute Umwelten nur dann gut sind, wenn sie den menschlichen Grundbedürfnissen entsprechen. Die Betrachtung der hier bereits vorgestellten Definition macht aber deutlich, dass es sich in der vorliegenden Arbeit eher um die „altersfreundlichen“ Umwelten handelt. Es wird davon ausgegangen, dass sich Bedürfnisse älterer Menschen – und hier besonders Hochaltriger – von denjenigen unterscheiden, die Personen in anderen Lebensphasen charakterisieren. Selbstverständlich ist das, was für ältere Leute gut und wichtig ist (z.B. übersichtliche Straßen, gute Anbindung an den ÖPNV, verständliche Technikumwelten), auch für jüngere Generationen von Gewinn, dennoch sollen die infrastrukturellen Ressourcen in verschiedenen Lebensphasen andere Funktionen erfüllen (vgl. Abschnitt 2.3.1). Diesen Überlegungen folgend wurde eine auf der Funktion basierte Differenzierung von infrastrukturellen Ressourcen vorgenommen (vgl. Kruse, 1996³⁷). Demnach wurden die infrastrukturellen Ressourcen in drei Bereiche unterteilt, die drei grundlegenden Funktionen im Alltag der älteren Menschen erfüllen sollen. Diese sind: (1) Die *Stadtinfrastruktur* mit ihren Mobilitätsmöglichkeiten und Versorgungsangeboten, die die Menschen in die Lage versetzen, selbstständig für sich selbst zu sorgen, stellt den ersten Bereich dar. (2) Zweitens wird die *Infrastruktur der Kultur-, Freizeit- und Bildungsangebote* unterschieden, die den Menschen die Möglichkeit sozialer Teilhabe sowie aktiver und sinnerfüllte Alltagsgestaltung erlaubt. (3) Drittens wird die *Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote* differenziert, die den Menschen auch im Falle einer Erkrankung ein

³⁷ Für die hier unternommene Aufteilung der Ressourcen ist auch die von Kruse (1996) im Rahmen seiner kompetenztheoretischen Überlegungen durchgeführte Differenzierung in räumliche, soziale und institutionelle Umwelt sehr hilfreich. Diese konnte aber für die Fragestellung dieser Arbeit nicht direkt übernommen werden. Erstens besteht die räumliche Umwelt aus Mikro- und Makroebene, wobei sich die erste auf die unmittelbare Wohnsituation, wie zum Beispiel die Größe und Ausstattung der Wohnung, bezieht. Da aber das Individuum selbst in erster Linie für die Mikroumwelt verantwortlich ist, kann diese den infrastrukturellen Ressourcen, so wie sie hier verstanden werden, nicht zugeordnet werden. Zweitens wird die soziale Umwelt ebenfalls in einen „engeren“ und „weiteren“ Bereich unterteilt. Zum engeren sozialen Umfeld zählen persönliche Kontakte auf familiärer und außerfamiliärer Ebene, die im Rahmen dieser Abhandlung zu den individuellen Ressourcen gehören. Drittens werden unter institutioneller Umwelt auch gesellschaftliche Entscheidungen, zum Beispiel in Form von Gesetzgebungen, verstanden. Diese werden in der eigenen Untersuchung nicht berücksichtigt (vgl. auch Negele, 1996, S. 454).

selbstbestimmtes und selbstverantwortliches Leben ermöglichen. Die Entscheidung für eine auf die Funktion bezogene Aufteilung war insbesondere im Hinblick auf das Wohlbefinden bedeutend. Es kann nämlich angenommen werden, dass die Erfüllung von diesen Funktionen in einer direkten Verbindung zum Wohlbefinden steht. Eine detaillierte Aufstellung der für diese drei Domänen infrastruktureller Ressourcen relevanten Rahmenbedingungen kann Abbildung 5 entnommen werden. Bei dieser Aufteilung sind, wie in der Definition der infrastrukturellen Ressourcen schon angedeutet, die Stadtinfrastruktur und die Altenhilfe in der Kommune direkt angesprochen. Damit soll hier der Mitverantwortung der Kommune für ein erfülltes und zufriedenstellendes Leben ihrer älteren Bürger und Bürgerinnen besondere Bedeutung beigemessen werden (vgl. Karl, 2000; Naegele, 2008). Die körperlichen, geistigen und psychischen Bedürfnisse des Menschen müssen im städtischen Raum ihre Ausdrucksmöglichkeiten finden können. Selbstverständlich darf die Selbstverantwortung des Individuums nicht übersehen werden, jedoch wird hier angenommen, dass diese mit dem zunehmenden Alter und abnehmenden individuellen Ressourcen immer stärker durch die gesellschaftliche Verantwortung ergänzt werden muss. „Altersfreundliche Umwelten“ (Kruse, 1992, 2007b) können dazu beitragen, zurückgehende Fähigkeiten alternder Menschen zu kompensieren. Dementsprechend erhielt die Altenhilfe eine besondere Berücksichtigung bei der Differenzierung infrastruktureller Ressourcen.

Wie aus Abbildung 6 ersichtlich ist, gliedert sich die Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote in die (1) ambulante und (2) stationäre bzw. teilstationäre Altenhilfe auf. Weiterhin besteht die teilstationäre Altenhilfe aus (a) hauswirtschaftlichen Dienstleistungen, (2) sozialen Kontaktdienstleistungen sowie (3) ärztlichen und pflegerischen Dienstleistungen. Zu der zweiten Domäne der infrastrukturellen Ressourcen gehören (1) Freizeit- und Kulturangebote, (2) Bildungsangebote und Ehrenamt sowie (3) Service- und Beratungsstellen. In allen drei sind die Angebote der offenen Altenhilfe zu finden. Diese haben zur Aufgabe, die soziale Teilhabe sowie aktive und sinnvolle Alltagsgestaltung im Alter zu fördern. Schließlich ist die Domäne Stadtinfrastruktur in (1) Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten sowie (2) Versorgungseinrichtungen des täglichen und mittelfristigen Bedarfs unterteilt.

Den infrastrukturellen Ressourcen wurde im Vergleich zu individuellen in den bisherigen Forschungsarbeiten zum Wohlbefinden im Alter eine eher untergeordnete Rolle zugewiesen. Im Folgenden wird auf die drei Bereiche der Infrastruktur näher eingegangen und wird ihre Beziehung zum Wohlbefinden auf der Grundlage der bisherigen Forschungsergebnisse erläutert.

Infrastrukturelle Ressourcen		
Stadtinfrastruktur	Infrastruktur Kultur-, Freizeit- und Bildungsangebote	Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote
<p>1. Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bus- oder Bahnhaltestelle/ Bahnhof - Anbindung und Erreichbarkeit mit ÖPNV - Niederflurbusse oder -bahnen - Wege für Fußgänger / Spazierwege/Fußgängerzonen - behinderten-/rollstuhlgerechte Wege und Zugänge (z.B. abgesenkte Bordsteine) - Sitzbänke/Sitzmöglichkeiten - betreuende Fahrdienste / Seniorentaxi - Fahrradwege - Senienticket - Parkplatzangebot <p>2. Versorgungseinrichtungen des täglichen und mittelfristigen Bedarfs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einkaufsmöglichkeiten für den täglichen Bedarf (z.B. Lebensmittelgeschäfte, Markthallen, Wochenmärkte, Tante-Emma-Läden) - Einkaufsmöglichkeiten für den mittelfristigen Bedarf (z.B. Fachgeschäfte, Kaufhäuser, Feinkost, exklusive Geschäfte) - Rathaus/Bürgerdienst / andere Behörden - Bank oder Sparkasse - Post - Apotheke - Frisör 	<p>1. Freizeit- und Kulturangebote bzw. Einrichtungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulturelle Einrichtungen bzw. -angebote (z.B. Kino, Theater, Kunst, Veranstaltungen, Ausstellungen, Konzerte) - Seniorentreff/Seniorenzentrum, Begegnungsstätte, Seniorenverein - Café/Restaurant/Kneipe/Gastwirtschaft - Park/Grünanlage/Grünfläche - Sportanlage/Schwimmbad - Kirche <p>2. Bildungsangebote bzw. -einrichtungen und Ehrenamt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bildungseinrichtungen bzw. -angebote (Volkshochschule/Abendakademie/Seniorentreff) - Möglichkeiten für ehrenamtliches oder freiwilliges Engagement <p>3. Servicestellen und lebensweltnahe Fachberatung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beratungs- und Vermittlungsstellen rund ums Thema <i>Leben und Wohnen im Alter</i> (IAV-Stellen, Beratungsstellen, Seniorenbüros) - Selbsthilfegruppen/Nachbarschaftshilfe 	<p>1. Ambulante Altenhilfe</p> <p>a. Hauswirtschaftliche Dienstleistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Essen auf Rädern - stationärer Mittagstisch - Hilfe im Haushalt (z.B. Wohnungsreinigung, Waschen, Bügeln, Getränke-liefer-service) <p>b. Soziale Kontakt-dienstleistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Besuchsdienste <p>c. Ärztliche und pflegerische Dienstleistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulante Pflegedienste/ Sozialstationen - Hausnotruf/Pflegenotruf - praktizierende Allgemeinmediziner - Fachärzte - Geriatrische Ambulanz/ Gedächtnisambulanz - ambulante Palliativpflege/ Hospizdienst <p>2. Stationäre und teilstationäre Altenhilfe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegeheime - Kurzzeitpflege - Tagespflege - Wohnen mit Services (betreutes Wohnen / Seniorenwohnstifte / Residenzen) - Geriatrische Stationen in KH - Palliativstationen/Hospize - Krankenhäuser

Abb. 6: Infrastrukturelle Ressourcen.

2.3.3.1 Stadtinfrastruktur

Empirische Befunde verweisen darauf, dass ältere Menschen den Großteil ihrer Zeit in der häuslichen Umgebung verbringen (Wahl, Mollenkopf, et al., 1999). Nach Saup (1993, S. 90) ist „*Alltag im Alter [...] vor allem Wohnalltag*“. Insbesondere bei zunehmenden körperlichen Belastungen, mit denen im hohen Alter zu rechnen ist, verringert sich der räumliche Aktions-

radius und grenzt sich immer mehr auf die Wohnung³⁸ ein, in der ungefähr drei Viertel bis vier Fünftel des Tages verbracht wird (M. Baltes, Maas, Wilms, & Borchelt, 1996). Zwei Drittel der Zeit außerhalb der eigenen vier Wände werden im näheren Umfeld verbracht (BMFSFJ, 1998; Küster, 1998; Thabe, 1997). Dieses Umfeld wird zwar unterschiedlich bezeichnet – der Wohnort, das Wohnquartier, die Nachbarschaft, der Stadtteil, der Stadtbezirk – und schließt unterschiedliche Ausschnitte der Umgebung ein, bildet aber zusammen mit der dazugehörenden Landschaft und der Infrastruktur immer denselben Raum, in dem sich das alltägliche Leben der älteren Person abspielt. Saup (1993) definiert Wohnumfeld als die Ausdehnung des Gebietes, in dem sich eine Person gut auskennt³⁹. Mollenkopf, Oswald und Wahl (1999) sprechen in diesem Zusammenhang von öffentlichen Räumen oder halböffentlichen Übergangsbereichen, die sozial produziert und historisch gewachsen sind. Diese haben eine zentrale Bedeutung für das selbstbestimmte und selbstverantwortliche Leben und die Bewahrung von Identität. Hier können sich die Potenziale entfalten, hier erfolgt die Adaptation an sich veränderte Lebensbedingungen, hier können sich ältere Menschen gesellschaftlich betätigen oder ihre sozialen Kontakte knüpfen (vgl. Kruse & Wahl, 2010).

Das Wohnquartier kann ältere Personen in der alltäglichen Lebensführung sowohl entlasten als auch belasten. Entlastend wirkt es dadurch, dass ältere Menschen häufig bereits seit dem mittleren Erwachsenenalter in demselben Stadtteil leben (Motel et al., 2005), mit dessen Unterstützungspotenzial sie vertraut sind und den sie nicht erst täglich neu erkunden müssen. Belastend kann das Wohnquartier dadurch wirken, dass sich die Bedürfnisse, denen das Wohnumfeld beim Zuzug durchaus gerecht wurde, mit dem Altern ebenso gewandelt haben wie die stadtteilnahe Infrastruktur. Trotz des großen Adaptationspotenzials des älteren Menschen kann somit das Wohnumfeld bei eingeschränkter Mobilität (Mollenkopf & Flaschenträger, 2001) und erhöhtem Sicherheitsbedürfnis (Saup, 1993; Wahl & Baltes, 1992) zur Belastung werden – vor allem wenn das Anspruchsniveau nicht an die Gegebenheiten angepasst wird. Gerade dieser doppelte Charakter des Wohnquartiers, das gleichzeitig entlastend und belastend wirkt, kann dafür verantwortlich sein, dass bei älteren Menschen, auch wenn sie hilfs- oder sogar pflegebedürftig sind und die stadtteilnahe Unterstützung sehr

³⁸ Die Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA) unterstreichen die Bedeutung des Wohnens für die alten Menschen. Die Zufriedenheit mit der Wohnung korreliert mit zahlreichen anderen Zufriedenheitsmaßen, wie zum Beispiel mit jenen für die familiären und außenfamiliären Kontakte oder für die ökonomische Situation. Thomae schließt daraus, dass die Skala Zufriedenheit mit der Wohnung „[...] *viel mehr misst als lediglich Zufriedenheit mit der Wohnung. Dieses Maß scheint ein Indikator eines aktiven, harmonischen und weitgehend störungsfreien Altersschicksals zu sein*“ (Thomae, 1983, S. 69).

³⁹ Die soziologische Forschung nennt ein zusätzliches Kriterium: Das Wohnumfeld beträgt ca. 500 m zum Wohnstandort und ist gut zu Fuß erreichbar. Im Rahmen dieser Arbeit wird dem subjektiven Aspekt „sich auskennen“ größere Bedeutung beigemessen. In Anbetracht dessen, dass die älteren Personen häufig mehr als 20 Jahre in ihrer Wohnung oder an einem Wohnort wohnen, kann davon ausgegangen werden, dass die gut bekannte Umgebung viel größer ist als die in einem 500-m-Radius.

begrenzt ist, trotzdem das Bedürfnis überwiegt, in der eigenen Gegend zu verbleiben (vgl. Voges, 2008).

Eine ideale Wohnumwelt für ältere Menschen wird sehr unterschiedlich beurteilt. Nach Saup (1993) kann ein Wohnumfeld anhand von sechs zentralen und für ältere Menschen bedeutenden Umweltattributen bewertet werden. Erstens werden die *Erreichbarkeit und Zugänglichkeit* von Einrichtungen genannt. Zweitens ist die *Sicherheit* in der Umgebung wichtig, weil diese eine zentrale Voraussetzung für außerhäusliche Aktivität darstellt. Die *Vertrautheit mit dem Wohnumfeld* bildet das dritte Merkmal einer altersgerechten Umgebung. Viertens sollte die Umwelt *eine unterstützende Funktion* haben. Fünftens darf *die anregende und stimulierende Funktion* der altersgerechten Umwelt nicht übersehen werden und zuletzt werden die *Orientierung und Übersichtlichkeit* der Umgebung von Saup betont.

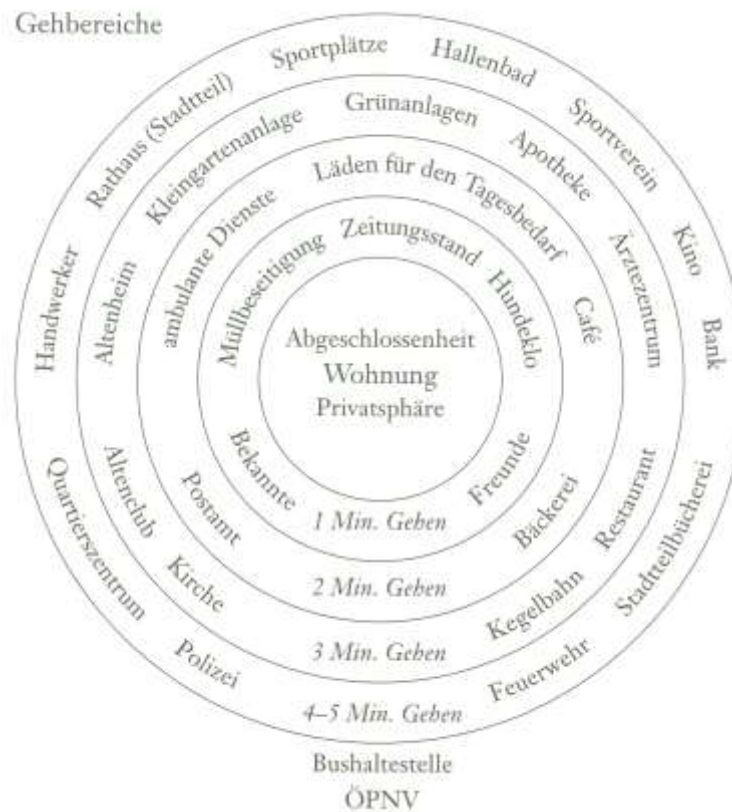


Abb. 7: Idealtypisches Wohnumfeld für Ältere in Großstädten der 1990er Jahre (nach Voges, 2008, S. 227).

Schon Anfang der 1990er Jahre wurde in Großstädten der Schwerpunkt nicht nur auf die vorhandenen Einkaufsmöglichkeiten oder den Nahverkehr, sondern auch auf die Erholungs-, Freizeit- und Kulturmöglichkeiten gelegt. Darüber hinaus sollten soziale Dienste für Pflege- und Hilfsbedürftige ohne Probleme erreicht werden. Voges (2008) stellt dieses idealtypische

Wohnumfeld für Ältere in Großstädten der 1990er Jahre graphisch dar. Bemerkenswert ist dabei, dass die Entfernung der Einrichtungen eine bis fünf Gehminuten betragen sollte (siehe Abbildung 7). Von den heutigen älteren Personen wird eine viel höhere Mobilität verlangt, die eine Ausweitung des alltäglichen Aktionsradius über die Grenzen des unmittelbaren Wohnumfelds der 1990er Jahre nach sich zieht. Der in aktuellen Studien zur nahen Wohnumgebung untersuchte Radius bezieht sich auf einen Umkreis, der meistens in 15 Minuten zu Fuß oder mit einem Transportmittel zu erreichen ist (z.B. Hieber, Oswald, Wahl, & Mollenkopf, 2005; Oswald, Wahl, & Schilling, 2008).

Bei einer eingeschränkten Mobilität wird das vertraute Wohnumfeld mit leicht zugänglichen Infrastruktureinrichtungen oder rollstuhlgerechten Wegen zu einer grundlegenden Ressource. Hierzu kommt das erste Merkmal einer altersgerechten Umgebung nach Saup (1993) besonders zum Ausdruck. Inwieweit sich ein in seiner Gehfähigkeit eingeschränkter Mensch selbstständig versorgen kann, hängt von der vorhandenen Infrastruktur des nahen Umfelds, vom Zugang zu Geschäften oder anderen Dienstleistungseinrichtungen ab. Die zentrale Bedeutung der Stadtinfrastruktur erklärt sich auch durch die Tatsache, dass ältere Menschen seltener als jüngere Personen über ein Auto verfügen und daher auf den ÖPNV angewiesen sind sowie ihre Umwelt hauptsächlich zu Fuß erschließen (Kaiser, 2000). Letztendlich fällt es Personen mit zunehmendem Alter schwerer, die öffentlichen Verkehrsmittel zu benutzen, da diese häufig nicht auf ihre Bedürfnisse eingerichtet sind (VCÖ, 1999⁴⁰). Auch die unterstützende Funktion der Umwelt nach Saup (1993) soll in diesem Kontext thematisiert werden. Eine Umwelt, die die eingeschränkte Mobilität älterer Menschen berücksichtigt, indem sie beispielsweise übersichtlich angelegte Straßen anbietet, die Grünphasen der Ampel mit ausreichend Zeit zum Überqueren der Straße ausstattet und Gehwege über Sitzbänke versorgt, kann diese Defizite kompensatorisch ausgleichen. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe stellt in diesem Zusammenhang sogar fest, dass die Unselbstständigkeit älterer Menschen nicht notwendigerweise ein Defizit ihres Alters oder ihrer Persönlichkeit ist, sondern ebenso ein Defizit der Bedingungen, in denen sie leben (KDA, 2004). Man könnte somit davon ausgehen, dass altersgerechte Umweltbedingungen präventiv wirken und ein selbstständiges und sinnerfülltes Leben fördern.

Wie die Ergebnisse des Alters-Surveys (Motel et al., 2005) darlegen, werden allerdings fehlende Einrichtungen nicht zwangsläufig als Mängel des Wohnumfelds gedeutet, da

⁴⁰ Der Verkehrsclub Österreich (1999) weist aufgrund seiner Studie darauf hin, dass der öffentliche Verkehr für alte Menschen attraktiver gestaltet werden müsste. So sollten z.B. die Haltestellen mit überdachten Sitzbänken und gut lesbarer Information ausgestattet sein, vor allem Niederflrbusse fahren wie auch mehr ansprechbares Personal sichtbar sein (vgl. Kaiser, 2000).

die Vertrautheit⁴¹ mit der nahen Stadinfrastruktur die subjektive Wahrnehmung oft beeinflusst. Zapf (1984) spricht in diesem Fall von einem Zufriedenheitsparadox: Negative Lebensbedingungen werden positiv beurteilt (vgl. Walden, 1998). Dieses Paradox soll im Alter aufgrund eines hohen Adaptationspotenzials des Individuums, sich an objektive Lebensbedingungen anpassen zu können, öfters auftreten (vgl. Diener et al., 1999; Diener & Suh, 1997; Schwarz & Strack, 1991). Die empirischen Studien zur Wohnqualität älterer Menschen bestätigen diese Erkenntnis eindeutig (z.B. Heyl, Oswald, Zimprich, Wetzler, & Wahl, 1997; Hieber et al., 2005; Schmitt, Kruse, & Olbrich, 1994). Alte Menschen beurteilen ihre Wohnsituation deutlich besser, als es die objektiven Qualitätsmaßstäbe nahelegen würden. Dies könnte auch unter anderem dadurch bedingt sein, dass die Wohnung häufig ein biographisch bedeutsamer Ort ist, mit dem wichtige persönliche Ereignisse und Erinnerungen verbunden werden (vgl. Kruse, 1998; Schmitt et al., 1994). Als weitere mögliche Ursachen für die großen Divergenzen zwischen subjektiv bewerteter und objektiv vorhandener Wohnqualität sollen zusätzlich berücksichtigt werden: die Bemühung um die Aufrechterhaltung eines positiven Selbstbilds, die bereits erwähnten Prozesse der Anspruchsniveauregulierung sowie unterschiedliche Kriterien bei der objektiven und subjektiven Einschätzung (vgl. BMFSFJ, 1998).

Voges (2008) zeigt, dass das Wahrnehmen der Mängel im Wohnumfeld von der Lebenslage der Person abhängig ist. Mit der Lebenslage sind die verfügbaren individuellen Ressourcen und die sich daraus ergebenden Handlungspotenziale gemeint. Beispielsweise wird das Fehlen leicht zugänglicher Infrastruktureinrichtungen von den körperlich beeinträchtigten Personen besonders stark zum Ausdruck gebracht. Auch alleinlebende hochaltrige Personen sowie Personen mit unbefriedigendem Lebensstandard benennen mehr Mängel (vgl. Motel et al., 2005).

Bei der Analyse des Wohnumfelds werden in empirischen Untersuchungen vor allem die Infrastruktureinrichtungen berücksichtigt – insbesondere die Erreichbarkeit öffentlicher Nahverkehrsmittel und die Einkaufsmöglichkeiten (z.B. Hieber et al., 2005; Scheewe, 1996). Im Alters-Survey (Motel et al., 2005) wurden diese Indikatoren von den älteren Befragten gut bewertet: Sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern erkannten ungefähr zwei Drittel der älteren Studienteilnehmer genug Einkaufsmöglichkeiten und eine gute Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr (vgl. Oswald et al., 2003). Allerdings wurden die Mängel in ländlichen Siedlungsräumen häufiger genannt. Diese Erkenntnis wird besonders interessant, wenn man sie um die Analysen von Kozma und Kollegen (1991) ergänzt: Es scheint für das

⁴¹ Vertrautheit mit der Wohnumgebung schließt die langfristige Anpassung des eigenen Anspruchsniveaus an die (nicht) vorhandenen Wohnbedingungen ein (Saup, 1993, S. 85).

Wohlbefinden unbedeutend zu sein, ob man in der Stadt oder auf dem Land lebt. Ältere Menschen in der Stadt und auf dem Land sind vergleichbar glücklich. Es wird vermutet, dass dieser Effekt auf der Zwiespältigkeit der beiden Lebensräume beruht. Während in der Stadt die Freizeitangebote sowie die leichte Verfügbarkeit von Dienstleistungen (z.B. Einkaufsmöglichkeiten, öffentliche Verkehrsmittel) die Gefahr der Vereinsamung, Kriminalität oder Verunsicherung ausgleichen müssen (z.B. Rowles, 1984), stehen Transportprobleme, schlechterer Zugang zur medizinischen Versorgung und mangelnde Kulturangebote auf dem Land mit stabilen sozialen Netzwerken und informellen Unterstützungsleistungen im Zusammenspiel (Hendricks & Turner, 1988). Auch wenn Gesundheitszustand, Familienstand und Einkommen kontrolliert wurden, hatte die Ortsgröße keinen direkten Einfluss auf das Wohlbefinden im Alter (Hendricks & Turner, 1988). Ein indirekter Einfluss ist allerdings nicht eindeutig bewiesen und seine Untersuchung lieferte widersprüchliche Ergebnisse (z.B. Kozma & Stones, 1983; Liang & Warfel, 1983).

Carp und Carp (1982) untersuchten die Beziehung zwischen der Stadtinfrastruktur und dem Wohlbefinden im Hinblick auf 19 Umweltvariablen. In der Analyse wurde beispielsweise die Distanz zu verschiedenen Dienstleistungseinrichtungen einbezogen. Es zeigte sich, dass die Nähe der Einrichtungen bei der Varianzerklärung des allgemeinen Wohlbefindens im Alter einen signifikanten Beitrag leistete. Der Anteil der erklärten Varianz war sogar größer als der der demographischen Variablen (Geschlecht, Alter, Bildung). Fernández-Ballesteros (2001) fand in ihrer Studie mit knapp 1.000 Personen im Durchschnittsalter von 75 Jahren heraus, dass die Zufriedenheit mit dem Wohnumfeld mit der Lebenszufriedenheit zusammenhängt. Die älteren Studienteilnehmer, die mit ihrer Wohnumgebung zufriedener waren, zeichneten sich gleichzeitig durch signifikant höhere Lebenszufriedenheitswerte aus. In einer deutschen Studie stellte die Zufriedenheit mit dem nahen Umfeld einen signifikanten Prädiktor für die Lebenszufriedenheit im Alter dar ($\beta = 0,12$). Allerdings konnte der Effekt in Ostdeutschland nicht repliziert werden (vgl. Oswald et al., 2003).

Schließlich soll noch einmal auf die subjektive Wahrnehmung der Infrastruktur hingewiesen werden, die für das Wohlbefinden im Alter von Bedeutung zu sein scheint (vgl. BMFSFJ, 1998). Rodgers und Kollegen (1988) berichten darüber, dass die Zufriedenheit mit den Transportmitteln einen guten Prädiktor für die Lebenszufriedenheit im Alter darstellt. Eine andere Studie konnte sogar beweisen, dass die objektiven Transportmöglichkeiten gar keine signifikante Vorhersagekraft haben, wenn die Zufriedenheit mit denselben in die Analyse einbezogen wird (vgl. Riddick, 1985).

Ausgehend von den bereits präsentierten theoretischen Überlegungen und Forschungsergebnissen können Ressourcen der Stadtinfrastruktur in zwei Gruppen aufgeteilt werden: (1) Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten und (2) Versorgungseinrichtungen des täglichen und mittelfristigen Bedarfs. Zu der ersten Gruppe gehören: Bus- oder Bahnhaltestelle in der Nähe; gute Anbindung mit ÖPNV an das Stadtzentrum; Niederflurbusse und -bahnen; gute Wege für Fußgänger/Spazierwege/Fußgängerzonen; behinderten-/rollstuhlgerechte Wege und Zugänge (z.B. abgesenkte Bordsteine); gute Sitzmöglichkeiten/Sitzbänke; betreuende Fahrdienste; Fahrradwege; Seniorenticket; gutes Parkplatzangebot. Unter Versorgungseinrichtungen können aufgelistet werden: gute Einkaufsmöglichkeiten für den täglichen Bedarf (z.B. Lebensmittelgeschäfte, Markthallen, Wochenmärkte, Tante-Emma-Läden); gute Einkaufsmöglichkeiten für den mittelfristigen Bedarf (z.B. Fachgeschäfte, Kaufhäuser, Feinkost, exklusive Geschäfte); Rathaus/Bürgerdienst / andere Behörden; Bank oder Sparkasse; Post; Apotheke; Frisör (siehe Abbildung 6).

2.3.3.2 Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten

Aus der Ressourcenperspektive werden nicht nur Aspekte der Versorgung mit alltäglichen Gütern und Einrichtungen, sondern auch mit Kultur- und Bildungsangeboten untersucht. „Altersfreundliche Umwelten“ (Kruse, 1992a) bieten demnach nicht nur einen Zugang zu den notwendigen Einrichtungen alltäglicher Versorgung, sondern ermöglichen darüber hinaus kulturelle und soziale Partizipation. Ein Wohnumfeld, das die Anregung und Stimulierung seiner Bewohner nicht berücksichtigt, kann nach Saup (1993) aus gerontologischer Perspektive nicht positiv beurteilt werden. Um geistige und körperliche Fähigkeiten möglichst lange zu erhalten, ist es im Alter besonders wichtig, in einer fördernden Umwelt zu leben (vgl. Lehr, 2007). Körperliche und soziale Aktivitäten gehen außerdem mit geringerer Institutionalisierung, besserer Gesundheit und höherer Langlebigkeit einher (vgl. Lehr & Thomae, 1987; Helmchen, Baltes, Geiselman, Kanowski, Linden, Reischies, et al., 1996). Deswegen sind die Erreichbarkeit und Zugänglichkeit von kulturellen Einrichtungen bzw. -angeboten wie Theater, Kino, Kunstaussstellungen, Konzerten sowie Bildungseinrichtungen bzw. -angeboten (z.B. Volkshochschule/Abendakademie/Seniorentreff) nicht nur im Hinblick auf die sinnvolle und erfüllte Alltagsgestaltung entscheidend. Wie die Ergebnisse der SimA-Studie (Oswald, Gunzelmann, Rupprecht, Lang, Baumann, & Stosberg, 2002) bestätigen konnten, hilft ständige geistige Aktivität, die nicht durch Routinen unterstützt wird, die Gedächtnisleistungen länger aufrechtzuerhalten. Dabei kann die geistige Betätigung schon in einem Seniorentreff erfolgen, wo verschiedene Aktivitäten, Kurse, vielleicht sogar ein Gedächtnistraining

oder Psychomotoriktraining angeboten werden (Oswald, 2005). In diesem Kontext unterscheidet P. Baltes (1990) zwischen intelligenzakzelerierenden und intelligenzdezelerierenden Umwelten. Während die Ersten viele neue Anforderungen sowie Anregungen anbieten und im erheblichen Maße dazu beitragen, bestehende Verbindungen zwischen Nervenzellen zu aktivieren, sind die Zweiten in dieser Hinsicht mangelhaft: nicht anregend, eintönig und ungenügend fördernd.

Die Ausübung befriedigender Freizeitaktivitäten trotz eines sich verschlechternden Gesundheitszustands und trotz Mobilitätseinschränkungen wird zu einer eigenständigen Herausforderung des höheren Alters. Obwohl sich für ältere Menschen aufgrund besserer ökonomischer Bedingungen und des Zuwachses an freier Zeit eine Vielfalt von Gestaltungschancen ergibt, werden die bestehenden Möglichkeiten vor allem durch gesundheitliche Belastungen im hohen Alter eingeschränkt. Nach Tokarski (1985) haben Freizeitaktivitäten drei zentrale Funktionen, die auch im Alter unverzichtbar sind. Erstens führt Freizeit zu Erholung und Regenerierung. Zweitens dient sie der Kompensation einseitiger Belastung und drittens kann sie Informationen und Orientierung geben. Diesen Argumenten folgend ist das Vorhandensein von Freizeiteinrichtungen und -angeboten ein weiteres Merkmal einer Infrastruktur, die an älteren Menschen orientiert ist. Nun gewinnt aufgrund der eingeschränkten Mobilität das Freizeitangebot in der näheren Wohnumgebung an Bedeutung⁴². Einer Hamburger Untersuchung der älteren Menschen zufolge (Pfitzmann & Schmidt, 1987 nach BMFSFJ, 1998) werden im Alter folgende quartierrelevante Freizeitbeschäftigungen besonders wichtig: Spaziergehen, Gespräche mit Freunden und Bekannten, in die Geschäfte gehen, Arbeit im Garten, Besuch von Theater und Kino, zum Essen ausgehen, Besuch von geselligen Veranstaltungen, Beschäftigung mit Tieren, Sport oder Gymnastik, Besuch von Vereinen (in dieser Rangfolge). Wie die Ergebnisse der BASE (Smith et al., 1996) zeigen konnten, führt eine befriedigende Freizeitgestaltung zu einem besseren Selbstbild und auch höherem Wohlbefinden. Ein ähnliches Ergebnis lieferten die Analysen im Rahmen des internationalen Projektes MOBILATE (Mollenkopf, Marcellini, Ruoppila, Széman, Tacke, & Wahl, 2004). Zufriedenheit mit der Freizeit stellte einen wichtigen Prädiktor des positiven emotionalen Wohlbefindens dar. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass vor allem die bestehende Übereinstimmung zwischen eigenen Bedürfnissen im Hinblick auf die Stadtteilmerkmale und den objektiv gegebenen Bedingungen einen positiven Einfluss auf die Bindung an den Stadtteil sowie auf das Wohlbefinden aufweist (Wahl & Oswald, 2010). Daher ist nicht ein bloßes Vorhandensein von Bedingungen für die Zufriedenheit einer Person mit ihrer

⁴² Allerdings soll dabei bedacht werden, dass sich das Freizeiterleben im hohen Alter verändert. Sportliche Aktivitäten nehmen ab, Spaziergänge und Fernsehen nehmen hingegen zu (Übersicht in Kolland, 2000).

Umwelt ausschlaggebend, sondern eine Übereinstimmung zwischen den persönlichen Präferenzen eines Menschen und den vorhandenen Bedingungen (vgl. Carp & Carp, 1982).

Unter Freizeitaktivitäten dürfen die Möglichkeiten für ehrenamtliches oder freiwilliges Engagement nicht außer Acht gelassen werden. Nach Kruse (2002a) stellen diese einen Ausdruck der Mitverantwortung des Individuums für die Gesellschaft dar. Sie geben dem Individuum die Chance einer sinnerfüllten Betätigung sowie besserer sozialen Integration und Partizipation. Demzufolge sind sie in einer altersfreundlichen Umwelt unabdingbar (vgl. Kruse, 2007b).

Wie bereits dargestellt, gewinnt das nahe Wohnumfeld für die älteren Menschen gerade deshalb an Bedeutung, weil sie hier die meiste außerhäusliche Zeit verbringen. Deswegen sollte im nahen Umfeld die Möglichkeit geschaffen werden, sich im Alltag nicht nur körperlich, psychisch oder geistig, sondern auch in sozialen Netzen bewegen zu können. Die Struktur eines Wohngebiets kann die sozialen Beziehungen unter dessen Bewohnern begünstigen oder auch erschweren. Um im sozialen Kontakt mit der Umwelt zu bleiben, erweisen sich die kulturellen Angebote, Seniorentreffs, Grünanlagen oder Cafés als besonders günstig (vgl. Friedrich, 1995). Hier spielen sich vorwiegend die sozialen Kontakte ab; auch nimmt die Rolle der Nachbarschaft zu (vgl. Abschnitt 2.3.2.5). Gerade den nachbarschaftlichen Kontakten wird im Alter eine besondere Relevanz beigemessen, denn sie können auch eine unterstützende Funktion haben (vgl. Saup, 1993). In der Infrastruktur spiegeln sich diese in Form von Nachbarschaftshilfe oder Selbsthilfegruppen wider. Die städtebaulichen Maßnahmen sollten demnach die gegenseitigen Hilfeleistungen der älteren Menschen fördern.

Um sich in der ganzen Infrastrukturmilieu bewegen zu können, werden schließlich Informations- und Anlaufstellen für ältere Bürger und Bürgerinnen benötigt. Somit können sie darüber informiert bleiben, welche Angebote in der Kommune überhaupt vorhanden sind, und durch deren Inanspruchnahme den Alltag selbstständig und selbstverantwortlich gestalten ist (vgl. Friedrich, 1995).

Abschließend soll noch auf die fünfzehn von Kruse und Schmitt (1998) erstellten „Regeln für ein gesundes Älterwerden“ hingewiesen werden⁴³. In diesen kommt die Bedeutung körperlicher, geistiger und sozialer Aktivitäten für das Wohlbefinden im Alter besonders zum Ausdruck. Interessanterweise sind die Regeln im Rahmen des Projektes „Initiative

⁴³ (1) Seien Sie in allen Lebensaltern körperlich, geistig und sozial aktiv! (2) Leben Sie in allen Lebensaltern gesundheitsbewusst! (3) Nutzen Sie Vorsorgemaßnahmen! (4) Erarbeiten Sie sich einen eigenen positiven Lebensstil! (5) Bereiten Sie sich auf Ihr Alter vor! (6) Nutzen Sie alle Chancen, um Neues zu lernen! (7) Bleiben Sie aktiv und denken Sie positiv! (8) Begreifen Sie das Alter als Chance! (9) Pflegen Sie auch im Alter Kontakte! (10) Geben Sie der Zärtlichkeit eine Chance! (11) Trauen Sie Ihrem Körper etwas zu! (12) Gesundheit ist keine Frage des Alters! (13) Nehmen Sie Krankheiten nicht einfach hin! (14) Suchen Sie nach guter Hilfe und Pflege! (15) Haben Sie Mut zur Selbstständigkeit!

Zweite Lebenshälfte – für mehr Lebensqualität“ entstanden, das die Entwicklung von kommunalen Angeboten für ältere Menschen analysierte und mit seinen Ergebnissen die Bedeutung der geeigneten Umweltgestaltung für das Wohlbefinden im Alter unterstrichen hat (Kruse & Schmitt, 1998).

2.3.3.3 Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote

Nach Stadtinfrastruktur und Infrastruktur der Freizeit-, Bildungs- und Kulturangebote stellt die ärztliche und pflegerische Versorgung im Wohngebiet die dritte wichtige Ressource im Alter dar (Scheewe, 1996). Nach Kruse (1999, S. 329) gehören hierzu vor allem:

- der Umfang und die Qualität der ärztlichen Betreuung,
- der Umfang und die Qualität der Unterstützung durch ambulante Dienste (Pflege),
- der Umfang und die Qualität der Unterstützung durch mobile Dienste (Hauswirtschaftshilfe, fahrbarer Mittagstisch).

Darüber hinaus wird von Kruse die rechtliche Umwelt unterschieden, zu der alle politischen Entscheidungen und Gesetze gehören, die das Leben älterer Menschen betreffen (z.B. Pflegeversicherungsgesetz). Diese wirken sich nämlich positiv auf die soziale Teilhabe sowie die Wiedergewinnung von Fähigkeiten (z.B. durch Rehabilitation) oder familiären Beziehungen (z.B. durch die Entlastung bei der Pflege) aus.

Vor dem Hintergrund einer veränderten Familienstruktur und zunehmenden Singularisierung sowie sinkender familiärer Hilfe- und Pflegemöglichkeiten wird ein medizinisch-pflegerisches Versorgungssystem als Ressource nicht nur für die Gesundheit, sondern auch für das Wohlbefinden im Alter angesehen. Somit ist hier die unterstützende Funktion der Infrastruktur angesprochen (Saup, 1993), die den Menschen auch im Falle einer Erkrankung ein selbstbestimmtes und selbstverantwortliches Leben ermöglicht, denn sie kann kompensatorisch und auch protektiv wirken. Mollenkopf, Flaschenträger und Steffen (1997) stellten im Rahmen einer Expertise zum zweiten Altenbericht der Bundesregierung (1998) fest, dass eine gute medizinische Versorgung in der Nähe von über 90% der älteren befragten Personen als sehr wichtiges Merkmal der Wohnumgebung eingeschätzt wurde und somit das wichtigste Charakteristikum der infrastrukturellen Umgebung darstellte.

In Abhängigkeit vom Grad der Beeinträchtigung, vom Vorhandensein anderer Hilferessourcen oder auch eigenen Wünschen können ältere Menschen zwischen der stationären Pflege, der Tages- oder der ambulanten Pflege wählen. So kann beispielsweise davon ausgegangen werden, dass alte Menschen mit einer sehr eingeschränkten Gesundheit und einem schwachen sozialen Netzwerk, die in schlecht ausgestatteten Wohnungen wohnen,

auch verstärkt auf stationäre Hilfs- und Pflegeleistungen angewiesen sind (vgl. Dieck 1992; Schmitt, Kruse, & Olbrich, 1994). Sonst besteht im Alter immer der Wunsch, so lange wie möglich im eigenen Umfeld bleiben zu können: „*Der Umzug in ein Heim stellt in der Regel die letzte, meist nicht freiwillig getroffene Wohnentscheidung dar*“ (Wahl & Heyl, 2004, S. 188). Die Befragungsstudien belegen, dass von den meisten Menschen schon die Vorstellung, im Alter in ein Heim ziehen zu müssen, ganz abgelehnt oder als möglichst letzte Option angesehen wird (Schneekloth & Wahl, 2009). Nicht zu vergessen ist aber, dass theoretisch ein Heim Personen mit Erkrankungen und Funktionsverlusten ein Höchstmaß an Lebensqualität ermöglichen und deren Selbstständigkeit fördern soll (vgl. M. Baltes, 1995).

Sofern ein Heimeintritt unvermeidlich ist, erfolgt er meistens erst bei einem hohen Pflegebedarf. Bis dahin lautet der wichtigste Grundsatz für die Dienstbereitstellung: *ambulant vor teilstationär vor stationär* (Naegele, 1999). Das heißt, dass die Priorität der Aufrechterhaltung der selbstständigen Lebensführung erkannt ist und im Falle gesundheitlicher, sozialer oder psychischer Beeinträchtigungen in erster Linie versucht wird, mit ambulanten Dienstleistungen den Pflegebedarf abzudecken. In solchen Fällen können Besuchsdienste, hauswirtschaftliche Hilfe, Mahlzeitdienste, Pflegedienste oder sogar Hospizdienste in Anspruch genommen werden. Mit der teilstationären Pflege ist hingegen ein Mittelweg zwischen der vollstationären und ambulanten Pflege gemeint. Zu dem Angebotsspektrum der teilstationären Pflege zählt z.B. die Kurzzeit- oder Tagespflege.

Die Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote bezieht sich nicht nur auf die Hilfe- und Pflegeleistungen. Gleichwohl ist hier das Gesundheitssystem angesprochen, das sich in der Wohnumgebung der älteren Menschen befindet und das Ziel verfolgt, für die Gesundheit und das Wohlbefinden aller Bürger und Bürgerinnen zu sorgen (WHO, 1986). In der Infrastruktur spiegelt sich dieses System durch Personen, d.h. praktizierende Allgemeinmediziner und Fachärzte sowie Einrichtungen, d.h. Krankenhäuser, Kliniken, Ambulanzen, wider. Interessanterweise zeigten die Daten des Alters-Surveys, dass das Wahrnehmen der Mängel im eigenen Wohnumfeld bis auf Gesundheitsversorgungseinrichtungen von der Lebenslage der Person abhängig ist (Motel et al., 2005). Gesundheitseinrichtungen wurden von allen älteren Befragungsteilnehmern unabhängig von ihrer Lebenssituation, ihrem Alter oder Geschlecht bemängelt. Somit kann angenommen werden, dass die gesundheitliche Versorgung eine wichtige Ressource für alle älteren Personen und nicht nur für Kranke oder Pflegebedürftige darstellt. Davon ausgehend sollten die Ergebnisse der Eurobarometer-Befragung besondere Berücksichtigung finden. Den Daten zufolge schrumpfte der Anteil der mit dem Gesundheitssystem zufriedenen Personen in Deutschland von knapp 64% im Jahr

1996 auf 31% im Jahr 2002⁴⁴ (Wendt, 2007). Dabei gaben die kranken Personen zu, noch unzufriedener zu sein als gesunde. Die Ergebnisse unterlagen keiner altersabhängigen Analyse, daher können keine eindeutigen Aussagen im Hinblick auf das Alter getroffen werden.

Die Zufriedenheit mit der ambulanten Pflege ist bei genauerer Betrachtung ebenfalls nicht hoch (z.B. Becker, Lademann, Müller, & Thielhorn, 1998). Der Wunsch nach einer festen Bezugsperson in der Pflege hat für ältere Menschen die höchste Priorität. Schaeffer (1999) konnte weitere subjektive Qualitätskriterien ermitteln: ein möglichst kleiner Helferkreis, Verlässlichkeit, bessere Zeitorganisation und Einfühlungsvermögen. In den stationären Einrichtungen werden vor allem soziale und kommunikative Elemente der Pflegesituation hervorgehoben (Sowarka, 2000). Die regelmäßigen Besuche sollen hier einen signifikanten positiven Einfluss auf das Wohlbefinden der Heimbewohner aufweisen. In der Studie von Oppikofer und Kollegen (2002) konnten beispielsweise Verbesserungen im psychischen, physischen und sozialen Wohlbefinden der demenzkranken Teilnehmer festgestellt werden.

In Anbetracht der großen Bedeutung des Versorgungssystems für die älteren Menschen steht die Notwendigkeit seiner Optimierung außer Debatte (z.B. Gohde, Kruse, & Naegele, 2008). Laut der Sachverständigenkommission des dritten Altenberichts könnte ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung des medizinischen Systems vor allem durch die Stärkung der Prävention in allen Phasen des Lebens geleistet werden (BMFSFJ, 2000). Der Vermeidung von Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gefäßerkrankungen des Gehirns, Stoffwechselerkrankungen sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates kommt hier eine besondere Bedeutung zu. Darüber hinaus stellt die Rehabilitation einen wichtigen Zugang zur Aufrechterhaltung und Wiedergewinnung der Selbstständigkeit im Alter dar und sollte von den Krankenkassen stärker unterstützt werden, um dem Leitbild „Rehabilitation vor Pflege“ gerecht zu werden. Die nächste von der Kommission postulierte Veränderungsnotwendigkeit im Versorgungssystem bilden die Erweiterung und Integration der ambulanten und stationären Pflege. Die personen- sowie kompetenzorientierten Pflegeansätze seien noch zu wenig in die Pflege integriert und es bestünden auch zu geringe Spielräume, diese im beruflichen Alltag einzusetzen. Wissenschaftliche Beiträge deuteten ebenfalls darauf hin, dass die kommunale Pflegeplanung grundsätzlich über die ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeangebote hinausgehen und die anderen angrenzenden Angebote der Altenhilfe und des Gesundheitssystems, nämlich die Prävention und Rehabilitation, einschließen sollte (z.B. Borosch & Rosendahl, 2005).

⁴⁴ Allerdings wurden solche negativen Trends für ganz Europa festgestellt. Lediglich Österreich unterschied sich deutlich von dem negativen europäischen Trend.

Zusammenfassung

Aus einer Lebenslaufperspektive betrachtet, findet Adaptation über das gesamte Leben hinweg statt. Aus einer ökogerontologischen Perspektive ergänzt, vollzieht sich diese stets in bestimmten räumlichen Kontextbedingungen. Wie bereits dargelegt, beziehen sich die beiden Interpretationsweisen auf bestimmte Ressourcen, auf die bei den Adaptationsprozessen an die mit dem Altern einhergehenden Veränderungen zurückgegriffen wird. Somit sind Ressourcen als grundlegende Voraussetzungen der Adaptation und Entwicklung im Alter zu verstehen. Spezifische Definitionen für die individuellen und infrastrukturellen Ressourcen wurden hierzu vorgeschlagen.

Der Beitrag individueller Ressourcen zum Wohlbefinden im Alter geht mit (1) soziodemographischen Merkmalen sowie (2) gesundheitsbezogenen, (3) sozialen und (4) psychologischen Ressourcen einher. Der Beitrag der infrastrukturellen Ressourcen zum Wohlbefinden älterer Menschen ist im breiten Spektrum von (1) Mobilitäts- und Versorgungsmöglichkeiten, (2) Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten sowie (3) medizinisch-pflegerischen Leistungen zu sehen. Gleichwohl sind alle Ressourcen nicht nur für das Wohlbefinden, sondern auch für die Aufrechterhaltung der Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter von Bedeutung. Die Stärke des Zusammenhangs dieser Ressourcen auf das subjektive Wohlbefinden bzw. die Höhe des Effektes deutet lediglich auf eine schwache bis mittelstarke Beziehung hin. Obwohl zahlreiche Forschungsergebnisse präsentiert wurden, konnte keine Ressource identifiziert werden, die eindeutig über alle anderen hinweg einen erheblichen Beitrag zum Wohlbefinden hätte. Ein Kandidat könnte lediglich der subjektive Gesundheitszustand sein. Auf die besondere Bedeutung psychologischer Stärken, die im Vergleich zu anderen Ressourcen einen signifikant größeren Beitrag zur Varianzerklärung des Wohlbefindens leisten, wurde hingewiesen.

Weiterhin muss konstatiert werden, dass es sich im Hinblick auf die dargestellten Forschungsergebnisse teilweise um eine Anzahl unterschiedlicher Einzelbefunde handelt, die aus verschiedenen Disziplinen stammen und auch empirisch auf unterschiedliche Art und Weise gewonnen wurden. Manchmal versuchen sie sich zu ergänzen, manchmal aber widersprechen sie sich oder ignorieren sich sogar. Man könnte davon ausgehen, dass die Beziehungen deutlicher wären, wenn mehrere Ressourcen gleichzeitig berücksichtigt würden. Obgleich hin und wieder solche Versuche unternommen wurden, erfolgte es selten, diese konzeptuell zu einem theoretischen Modell zusammenzubringen (z.B. Perrig-Chiello, 1997; Schmitt et al., 2006; Schumacher et al., 1996). Die Unterschiede zwischen den einzelnen Ergebnissen mögen auch aus der Subjektivität vs. Objektivität der Erfassungsart resultieren. Manche

Ressourcen zeigen in Anlehnung an die kognitive Persönlichkeitstheorie von Thomae (1971), dass weniger die objektiv messbaren Gegebenheiten als vielmehr ihre subjektive Bewertung für das Wohlbefinden entscheidend ist. Dies trifft für die Bereiche Gesundheit, finanzielle Lage, soziale Kontakte und Wohnumfeld gleichermaßen zu. Allerdings muss dieses Ergebnis insofern relativiert werden, als die subjektive Einschätzung der einzelnen Bereiche nicht losgelöst von den entsprechenden objektiven Gegebenheiten betrachtet werden darf, da diese den Ausgangspunkt subjektiver Bewertung darstellen. Die Divergenzen können nun dadurch erklärt werden, dass die Bewertungsprozesse durch bestimmte Faktoren, wie z.B. motivationale Aspekte, subjektive Bewältigungsstile oder soziale Vergleichsprozesse, moderiert werden (vgl. Abschnitt 2.1.3). In diesem Kontext wurde auf Wahrnehmung von Ressourcen (Jopp & Leipold, 2004), die ihnen zugeschriebene Bedeutung (Jopp, 2003), die erlebte Ressourcenveränderung (Hobfoll, 2001) und Prozessmodelle der Adaptation hingewiesen (z.B. P. Baltes & M. Baltes, 1990; Brandstädter & Greve, 1992).

2.4 Integration der theoretischen Perspektiven: Adaptationsprozesse im hohen Alter angesichts von Verletzlichkeit und Endlichkeit

Für den vorliegenden Beitrag stehen die Adaptationsprozesse im hohen Alter im Zentrum des Interesses. Daher werden im Folgenden die in den vorhergehenden Abschnitten vorgestellten Theorien zur Adaptation, zum Wohlbefinden, als ein ausgewähltes Kriterium zur Operationalisierung einer gelungenen Adaptation sowie zu individuellen und infrastrukturellen Ressourcen speziell in Bezug auf das hohe Alter besprochen. Es wird davon ausgegangen, dass diese Lebensphase im Vergleich zu jüngeren Lebensjahren durch multiple Ressourcenverluste in zentralen Lebensbereichen charakterisiert ist (P. Baltes & Smith, 2003; Kruse & Schmitt, 2004; Mayer & Baltes, 1996). Folglich kommt der unterstützenden und fördernden Umwelt im Rahmen von Anpassungsprozessen eine besondere Bedeutung zu. Diese zunehmende Verletzlichkeit des Menschen im sehr hohen („vierten“) Lebensalter (Heuft et al., 2006) sowie die Frage nach Möglichkeiten und Grenzen der psychischen Adaptationsfähigkeit, unter Berücksichtigung der infrastrukturellen Umwelt, stellen den Gegenstandsbereich dieses Kapitels dar.

Die meisten Publikationen über das Alter und insbesondere das hohe Alter beginnen mit einer wohlbegründeten Aufzählung von Verlusten, die in vielen Lebensbereichen auftreten. Allerdings ist nicht zu vergessen, dass die Heterogenität des Alters einen der wichtigsten Befunde der gerontologischen Forschung darstellt (P. Baltes & M. Baltes, 1992;

Lehr & Thomae, 1987; Kruse, Lindenberger, & Baltes, 1993). Demnach stellt das Alter keine einheitliche Lebensphase dar, sondern kann vielmehr in (mindestens) zwei Altersphasen unterteilt werden (M. Baltes, 1998; P. Baltes & Smith, 2003; Neugarten, 1974).

Schon zu Beginn der 1980er Jahre schrieb Ursula Lehr einen Aufsatz mit dem Titel „60 Jahre und mehr – eine homogene Gruppe?“ (Lehr, 1982). Im Rahmen dieses Beitrags sollte deutlich gemacht werden, dass es sich bei der Gruppe 60-jähriger und älterer Menschen nicht um eine homogene Gruppe handelt, wie dies in offiziellen Statistiken oft übersehen wurde. Dabei wurde ebenso wenig berücksichtigt, dass die durchschnittliche Lebenserwartung nicht nur in Deutschland, sondern auf der ganzen Welt enorm gestiegen ist und die Phase des hohen und sehr hohen Alters aufgrund der verbesserten Lebensbedingungen, des Risikofaktorenbewusstseins und des medizinischen Fortschritts für immer mehr Menschen zu erreichen ist (vgl. Rott, 2004; Rott & Wozniak, 2008). Erst über zehn Jahre später wurde eine Unterteilung in das *dritte* (Laslett, 1989) und das *vierte Alter* vorgenommen (M. Baltes, 1996; vgl. auch Wahl & Heyl, 2004). Hierbei werden die sogenannten „jungen Alten“ im Alter zwischen ca. 60/65 bis 80/85 Jahren unterschieden. Hier handelt es sich um eine Gruppe von in der Regel körperlich und geistig fitten älteren Menschen, die sozial gut eingebunden, unternehmungslustig und aktiv sind. Darüber hinaus weisen die jungen Alten ein hohes Niveau an emotionalem und kognitivem Wohlbefinden auf (vgl. P. Baltes & Smith, 2003). So formulierte es Laslett (1989) in seinem Konzept einer neuen, positiven Sichtweise über das Alter. Von der Gesellschaft forderte er die Wertschätzung des Alters sowie die Gründung von Institutionen, welche die Entwicklung im Alter ermöglichen und fördern. Um das dritte Alter als Zeit der Selbsterfüllung erleben zu können, müssen jedem Menschen ausreichend persönliche Ressourcen und förderliche Bedingungen zur Verfügung stehen. Zu den persönlichen Ressourcen zählte Laslett zufriedenstellende finanzielle Mittel, Gesundheit, Energie und entsprechende persönliche Überzeugungen. Diese seien notwendig, um Verantwortung nicht nur für die eigene, sondern auch für die gesellschaftliche Zukunft übernehmen zu können (Laslett, 1995, S. 285). Vor allem sind hier Selbstverwirklichung, Selbsterkenntnis und Generativität gemeint (vgl. Kruse, 2005a). In diesem Zusammenhang stellt es eine gesellschaftliche Herausforderung dar, entsprechende Infrastrukturen, z.B. in Form von Bildungseinrichtungen und kulturellen Begegnungsstätten, zu etablieren, um eine Gestaltung des dritten Alters möglich zu machen (vgl. BMSFSJ, 2000).

Schon in der Konzeptualisierung von Laslett (1995) wurde demnach der erforderliche individuelle und gesellschaftliche Beitrag zum Adaptationsprozess an das Altern unterstrichen. Theoretisch setzt sich Lasletts Modell explizit von der Disengagement-Theorie ab und

reicht sich in die Aktivitätstheorie ein (vgl. Abschnitt 2.1.2).

Das *vierte Alter* ist im Gegensatz dazu durch die klassischen altersassoziierten Verluste gekennzeichnet⁴⁵: Die sogenannten „alten Alten“ (ca. 80/85 Jahre und älter) leiden häufig unter zahlreichen chronischen Erkrankungen und weisen kognitive Einschränkungen auf. Ihr soziales Netzwerk ist stark reduziert und viele von ihnen sind auf Unterstützung im Alltag angewiesen (z.B. Antonucci, 2001; Bosworth et al., 1999; Lindenberger & Baltes, 1997; Smith et al., 2002; Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996; Wahl & Kruse, 1999). P. Baltes und Smith (2003) konnten ermitteln, dass 80% der Hochaltrigen Verluste in drei bis sechs Bereichen erleiden: z.B. Sehen, Hören, Kraft, funktionale Kapazität, Intelligenz, körperliche Gesundheit. Insgesamt kann ein hohes Ausmaß an Gebrechlichkeit, Funktionseinschränkungen und Multimorbidität beobachtet werden. Weiterhin liegt eine beträchtliche Prävalenz von demenziellen Erkrankungen vor (ungefähr 50% im Alter von 90 Jahren und darüber). Zusätzlich gibt es Hinweise dafür, dass die für das dritte Alter charakteristische Plastizität, d.h. das Vorhandensein von Reservekapazität, die bei Ressourcenverlusten aktiviert werden kann, im vierten Alter deutlich abnimmt (P. Baltes, 1997). Zudem unterstützen die Ergebnisse der Berliner Altersstudie (Mayer & Baltes, 1996), in der die Besonderheiten des dritten und vierten Alters systematisch untersucht wurden, die Schlüsselaussage, nach der die Erkenntnisse über das dritte Alter nicht für das vierte Alter fortzuschreiben sind. Im hohen Alter stellte sich in der BASE eine andere Konstellation von Merkmalen als im jungen Alter heraus. Der Funktionsstatus der Studienteilnehmer wurde auf der Basis von 23 Indikatorvariablen⁴⁶ beschrieben und anschließend in vier Gruppen klassifiziert (gut, durchschnittlich, schlecht, sehr schlecht). Dabei konnte ab dem 9. Lebensjahrzehnt eine kontinuierliche Vergrößerung jener Gruppen festgestellt werden, deren Funktionsstatus als „sehr schlecht“ oder „schlecht“ zu bezeichnen war. Dagegen schrumpfte die Gruppe der Studienteilnehmer mit einem guten Funktionsstatus. In der besten Gruppe waren etwa zehnmal mehr 70-Jährige als 90-Jährige zu finden, in der schlechtesten Gruppe traf das Gegenteil zu. Deswegen postulierte Baltes, dass „[...] das vierte Alter durch Vorsorge und Therapie von seinen schlimmsten Übeln [Demenzen, Krankheiten, Einschränkungen], wenn nicht zu befreien, so zumindest zu entlasten [...]“ sei (P. Baltes, 2003, S. 19).

Aus der Entwicklungsperspektive gesehen, ist das dritte Alter mit der Notwendigkeit einer weiteren Differenzierung von Entwicklungsrichtungen verbunden. Im Falle eventueller

⁴⁵ Eine besondere und mittlerweile separate Altersgruppe stellen dabei die Hundertjährigen dar. Obwohl sie das obere Ende des vierten Alters repräsentieren, werden sie häufig aufgrund ihrer Besonderheit separat betrachtet (Übersicht in Rott & Jopp, 2006).

⁴⁶ Dazu gehörten internistische, psychiatrische, psychologische, soziale sowie ökonomische Merkmale und Eigenschaften.

Verluste in einigen Ressourcenbereichen ist es für junge Alte möglich, eine Ausdifferenzierung durch Gewinne in anderen Bereichen zu erzeugen. Das vierte Alter wird eher unter dem Aspekt einer Dedifferenzierung betrachtet, da sich in diesem Alter eine einheitliche Richtung des Altersverlaufs feststellen lässt (Lang, 2008).

Ergänzend soll noch auf eine sozialphilosophische Perspektive des differenziellen Alters hingewiesen werden. Nach Rosenmayr (1983) lässt sich das dritte Lebensalter durchaus im Sinne einer *späten Freiheit* charakterisieren, die erreicht wird, wenn die Verpflichtungen in Beruf und Familie entfallen. Das vierte Lebensalter kann hingegen eher im Sinne einer *Anhäufung von Anforderungen und Verlusten* beschrieben werden (vgl. auch Rosenmayr, 1990).

Die wenigen Beispiele mögen genügen, um zu verdeutlichen, dass die Verletzbarkeit des Organismus, d.h. die Anfälligkeit für gesundheitliche Störungen und funktionelle Einbußen, im vierten Lebensalter erkennbar zunimmt und damit auch das Risiko für chronische körperliche Erkrankungen, Multimorbidität, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit (BMFSFJ, 2000, S. 50). Bei dieser ungünstigen *Ressourcen-Beeinträchtigungs-Konstellation* (Staudinger, Marsiske, & Baltes, 1995; Staudinger & Greve (2001) erlangen im vierten Alter die infrastrukturellen Ressourcen eine besondere Bedeutung (z.B. BMFSFJ, 2000; Kruse, 2002a; Naegele, 2004; siehe auch Abschnitt 2.3). Es ist nämlich davon auszugehen, dass einige Lebensumstände und Bedingungen, die in früheren Lebensjahren unproblematisch waren, im vierten Alter als Barrieren wirken können. Die Adaptation an das Altern verlangt demnach gleichzeitig eine Anpassung an den zunehmenden Umweltdruck, um weiterhin ein selbstständiges und zufriedenstellendes Leben führen zu können (siehe auch Abschnitt 2.1). Daher ist eine unterstützende, barrierefreie und altersfreundliche Umwelt unentbehrlich (Kruse & Wahl, 2010; Oswald et al., 2006). Dieser Argumentation folgend fordert Kruse (z.B. 2006b) die Mitverantwortung der Gesellschaft bei der Unterstützung der Adaptationsprozesse im Alter. Die Mitverantwortung kommt in der Aufgabe des Staates und der Kommune zum Ausdruck, entsprechende infrastrukturelle Umweltbedingungen für ihre Bürger und Bürgerinnen zu gestalten, um ihnen auch im Alter ein gutes Leben möglich zu machen. Diese Aufgabe kann hier im Sinne einer *Prävention im Alter* interpretiert werden und darf ergänzend zur *Prävention für das Alter* nicht außer Acht gelassen werden (Kruse, 2002b). Die drei Säulen einer altersfreundlichen Infrastruktur basieren dabei auf der Erfüllung drei grundlegender Funktionen: (1) die Stadtinfrastruktur mit ihren Mobilitäts- und Versorgungsangeboten, die Menschen in die Lage versetzen, sich selbst zu versorgen, (2) die Infrastruktur der Kultur-, Bildungs- und Freizeitangebote, welche dem Individuum die Möglichkeit sozialer Teilhabe und aktiver

Alltagsgestaltung anbietet, sowie (3) die Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote, welche auch im Falle einer Erkrankung ein selbstbestimmtes und selbstverantwortliches Leben zu ermöglichen vermag (siehe Abschnitt 2.3.3).

Die Mitverantwortung der Gesellschaft wird durch die Selbstverantwortung des Individuums, welche als eine Kategorie des gelingenden Lebens hervorgehoben wurde (Kruse, 1995a, 2002b; vgl. auch Rentsch, 1995), ergänzt. Diese äußert sich unter anderem in der Sorge für und in der Pflege von individuellen Ressourcen sowie in der autonomen, den eigenen Bedürfnissen entsprechenden und proaktiven Gestaltung des eigenen Lebens (Kruse, 2002a; Lawton, 1999; siehe auch Abschnitt 2.3.1). Demnach resultiert ein gelungener Adaptationsprozess im vierten Alter aus einem Zusammenspiel der Selbstverantwortung des Menschen und der Mitverantwortung der Umwelt, denn wie bereits beschrieben ist die Gruppe der Hochaltrigen in erhöhtem Maße auf die Bereitstellung von Ressourcen durch die Gesellschaft angewiesen. Allerdings soll dabei nicht unbeachtet bleiben, dass das Resultat dieses Zusammenspiels nicht nur von objektiv gegebenen, sondern besonders von subjektiv wahrgenommenen Ressourcen abhängig ist (vgl. Abschnitt 2.2.2). Ob ein Umfeld eine Barriere darstellt oder nicht, hängt von der Person, ihren Fähigkeiten sowie ihrer Wahrnehmung und Bewertung ab. Eine „Passung“ zwischen Umweltbedingungen und Personeneigenschaften scheint hier entscheidend zu sein (Person-Umwelt-Passung: Kahna 1982; Carp & Carp, 1984; vgl. Abschnitt 2.1.5). Die Adaptationsfähigkeit alter und sehr alter Menschen soll demnach als das bedeutsamste Potenzial des Alters bezeichnet werden (Staudinger & Greve, 2001). Allerdings kann diese hohe Resilienz auch als ein Problem bei der Planung sozialpolitischer Interventionen angesehen werden. Gerade weil von älteren Menschen nur selten Unzufriedenheit mit der objektiven Lebenssituation geäußert wird, besteht die Gefahr, dass die betreffenden Personen sozialpolitische Angebote trotz eines objektiven Bedarfs nicht in Anspruch nehmen, was zur Folge hat, dass diese Angebote nicht mehr geschaffen oder weiterentwickelt werden (Naegele, 1998).

Das soeben vorgestellte Bild von Ressourceneinschränkungen bzw. -verlusten und die daraus abgeleitete Notwendigkeit einer unterstützenden Umwelt entsprechen der von P. Baltes (1999) ausformulierten Metatheorie zur *unvollendeten Gesamtarchitektur des Menschen*. Dieser Theorie zufolge ist der Mensch für das hohe Alter ungenügend ausgestattet, so dass ein normales Altern nahezu unmöglich erscheint. Drei Wirksysteme sind dabei entscheidend: Erstens werden die Vorteile der evolutionären Selektion im Lebenslauf geringer, was dazu führt, dass im Alter und hier speziell in der Phase der Hochaltrigkeit zunehmend dysfunktionale Gene wirksam werden und eine mangelhafte Umsetzung der genetischen Programme

festzustellen ist. Zweitens steigt mit zunehmendem Alter der Bedarf an Kultur, welche die altersassoziierten biologischen Verluste kompensieren soll (damit ist die Unterstützung der Gesellschaft, z.B. in Form medizinischer, technologischer, sozialer, materieller, psychischer oder symbolischer Kompensation gemeint). Drittens verliert die Kultur mit zunehmendem Alter immer mehr an unterstützender Wirkkraft, was sich beispielsweise mit lerntheoretischen Aspekten oder der Plastizitätsabnahme im Alter bestätigen lässt. So benötigen kognitive Leistungen im Alter mehr Übung, Zeit und Unterstützung, um vergleichbare Lernerfolge jüngerer Menschen erzielen zu können (P. Baltes & Willis, 1982). Die radikalste Form der Unvollendetheit wird im hohen Alter durch multiple Verluste in vielen Lebensbereichen besonders deutlich.

Die sich im vierten Alter häufenden Ressourcenverluste, so vermutete P. Baltes weiter, sollten vermehrt zum Auftreten eines als *psychologische Mortalität* bezeichneten Phänomens führen, einem *Zusammenbruch des psychologischen Adaptationssystems*, welches durch den Verlust von Intentionalität, psychischer Autonomie, Kontrollerleben und Würde gekennzeichnet sei (P. Baltes & Smith, 2003). Allerdings können dieser Annahme zur psychologischen Mortalität auch zahlreiche konträre empirische Befunde entgegengehalten werden (Übersicht in Jopp, Rott, et al., 2010). Darüber hinaus sollten die Potenziale des hohen Alters nicht außer Acht gelassen werden (vgl. BMFSFJ, 2005; Kruse, 2007d, 2010). Zwar können diese nicht mit dem konventionellen Maß für Produktivität und Leistung jüngerer Menschen gemessen werden, dürfen aber nicht in Frage gestellt werden.

Die Potenziale des hohen Alters liegen in einem anderen Bereich: Es geht darum, das lange Leben an sich zu schätzen, das Geschick, die eigene Lebenssituation zu meistern – trotz möglicherweise erheblicher Einbußen, sowie die Fähigkeit, sich am Leben zu erfreuen und das Leben zu genießen (BMFSFJ, 2002, S. 79).

Wie in Abschnitt 2.2.2 ausführlich beschrieben, wurden für die meisten Facetten des subjektiven Wohlbefindens eine hohe Ausprägung und eine beachtliche Stabilität im Alter nachgewiesen (Greve & Staudinger, 2006; Westerhof, 2001). Zeigen sich Altersunterschiede oder Veränderungen, wie z.B. beim Erleben eines positiven Affektes, so sind diese eher gering. Ein in diesem Zusammenhang typischer Befund aus diesem Forschungsgebiet konnte im Rahmen der von Shmotkin (1990) durchgeführten Untersuchung gewonnen werden. Bei Studienteilnehmern im Alter von 21 bis 87 Jahren konnte kein Zusammenhang zwischen dem Alter und der Häufigkeit des Erlebens von negativen Gefühlen, jedoch ein geringer signifikanter negativer Zusammenhang zwischen Alter und positiven Gefühlen nachgewiesen werden. Kleine oder sehr geringe Effekte liegen auch im Hinblick auf die Lebenszufriedenheit vor

(z.B. Meléndez et al., 2009; Steverink & Lindenberg, 2006). Nur etwa 3 bis 4% der Varianz zur Lebenszufriedenheit werden im höheren Alter durch das chronologische Alter aufgeklärt (z.B. Smith & P. Baltes, 1993). So auch in einer internationalen Metaanalyse von Diener & Suh (1998), in der zwischen dem negativen Affekt und der Lebenszufriedenheit kein signifikanter Zusammenhang mit dem Alter ermittelt werden konnte, während für den positiven Affekt ein leichter, aber signifikanter negativer Alterseffekt nachgewiesen werden konnte (vgl. Stock et al., 1983). Ein weiteres Beispiel stellen Ergebnisse aus der Berliner Altersstudie dar. Hier zeigte sich eine relativ niedrige, jedoch signifikante negative Korrelation zwischen Alter und Lebenszufriedenheit ($r = -0,12$) sowie zwischen Alter und positiver emotionaler Befindlichkeit ($r = -0,23$). Wie erwartet erwies sich das Alter als unbedeutend für den negativen Affekt ($r = -0,04$) (Smith et al., 1996).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass trotz einer im Detail uneinheitlichen Befundlage davon ausgegangen werden kann, dass sich ältere Menschen im Allgemeinen nicht schlechter fühlen als in früheren Lebensabschnitten. Bedeutend ist vor allem, dass das Wohlbefindensniveau nicht dem Ausmaß der im Alter beobachteten objektiven Ressourcenverluste entspricht. Hier liegen die *Stärken des Alters*, welche eine Anpassung an die altersabhängigen Verluste ermöglichen (vgl. Jopp, Rott, et al., 2010). Die individuellen Ressourcen, eine kontinuierliche Selbstreflexivität und Selbstregulation des Menschen sowie unterstützende Ressourcen der Umwelt können dabei zu einer erstaunlichen Anpassungs- und Widerstandsfähigkeit führen.

Die genauere Beobachtung des vierten Alters ergibt ein uneinheitliches Bild. Einerseits deuten viele Studienergebnisse darauf hin, dass das *Paradoxon des Wohlbefindens* im hohen Alter erhalten bleibt (z.B. Berg et al., 2006; Eklides et al., 2003). In wenigen Studien ließen sich diese Ergebnisse aber nicht replizieren. Hier zeigte sich stattdessen, dass trotz eines hohen und stabilen Wohlbefindensniveaus im Alter die Belastungen der vierten Lebensphase doch ihre Spuren hinterlassen (vgl. Hillerås, Jorm, Herlitz, & Winbald, 2001). So konnte in Untersuchungen zur Lebenszufriedenheit von Oswald, Jopp, Rott und Wahl (2011) nachgewiesen werden, dass die jungen Alten (drittes Alter) signifikant zufriedener mit ihrem Leben waren als die alten Alten (viertes Alter) (vgl. auch Diener & Clifton, 2002). Wurden allerdings Hundertjährige bei diesen Vergleichen berücksichtigt, so ergab sich ein anderes Bild. Die auskunftsfähigen Teilnehmer der Heidelberger Hundertjährigen-Studie berichteten ebenso glücklich wie früher zu sein und unterschieden sich nicht von Personen im mittleren Alter (ca. 40 Jahre) und einer Gruppe junger Alter (ca. 60 Jahre; Jopp & Rott, 2006). Diese Ergebnisse lassen sich einerseits dahingehend interpretieren, dass das vierte Alter doch

hin und wieder seine Grenzen setzt, wobei sich Hundertjährige, die aufgrund von Selektionsprozessen als psychische Survivors angesehen werden, durch eine stärkere Resilienz auszeichnen scheinen (vgl. Rott & Wozniak, 2008). Andererseits darf nicht übersehen bleiben, dass die Entwicklung bis ins hohe Alter kein ausschließlich biologisches Phänomen darstellt, sondern ein lebenslanger Entwicklungsprozess mit Gewinnen und Verlusten ist (Lebensspannenpsychologie: Übersicht in P. Baltes, 1990; Lehr, 1980). In der Theorie zur Entwicklung über die gesamte Lebensspanne, die hier angesprochen ist, wird postuliert, dass Entwicklung und Alter ein Endpunkt der komplexen, gleichzeitig auf mehreren Ebenen ablaufenden Interaktionen zwischen vielen Faktoren und Mechanismen darstellen und vor allem durch altersgestufte, geschichtlich abgestufte sowie durch nicht normative Systeme und Ereignisse beeinflusst werden (Kruse et al., 1993, S. 153; vgl. auch P. Baltes, 1987; Kruse, 1992b). Die nichtnormativen Faktoren, welche auf lebensgeschichtliche Ereignisse oder lebensstilbezogene Parameter zurückzuführen sind, können im Alter kumulative Effekte aufweisen und die interindividuellen Unterschiede noch verstärken. Der Argumentation der Lebensspannenpsychologie folgend, kann das im vierten Alter zu beobachtende Nachlassen des Wohlbefindens auch auf Kohortenunterschiede und damit verbundene Anhäufungen von zeitgeschichtlichen und anderen nichtnormativen kritischen Faktoren wie zum Beispiel Kriegserlebnissen zurückgeführt werden (vgl. Filipp & Aymanns, 2010; Kruse & Schmitt, 2000). Schließlich kann das bei einigen Hochaltrigen beobachtete Nachlassen des Wohlbefindens auch als ein Hinweis darauf interpretiert werden, dass der Übergang ins sehr hohe Alter eine enorme Anpassungsleistung verlangt und somit auch Grenzen der Anpassungsfähigkeit in diesem fortgeschrittenen Alter deutlich macht. Es kann angenommen werden, dass die Adaptation zu den im *vierten Alter* erlebten Einschränkungen und Verlusten so schwer und anspruchsvoll ist, dass diese zu einem geringeren positiven emotionalen Empfinden und einer geringen Lebenszufriedenheit führen. Gelingt es dennoch diese Verluste und Einschränkungen erfolgreich zu bewältigen, können die selbstregulativen Mechanismen des Individuums sein Wohlbefinden auf einem höheren Niveau stabilisieren. Die Hundertjährigen wären hierzu ein guter Beweis. Einschränkend soll eine alternative Erklärung beachtet werden, nach der möglicherweise nur diejenigen Personen ein extrem hohes Alter erreichen, die diese Anpassungsleistung erbringen können (vgl. Jopp, Rott, et al., 2010).

Zusammenfassung

Die psychische Auseinandersetzung mit der Erfahrung einer abnehmenden physischen und psychischen Leistungsfähigkeit sowie der zunehmenden Vulnerabilität gegenüber der Umwelt

stellt eine wichtige Entwicklungsaufgabe des hohen Alters dar (vgl. Erikson, 1968; Havighurst, 1963). Die empirische Forschung liefert zahlreiche Beweise dafür, dass hochaltrigen Menschen diese Adaptationsprozesse mit Hilfe von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen sehr gut gelingen können. Die erfolgreiche Anpassung zeigt sich vor allem in der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung einer positiven emotionalen Befindlichkeit und Lebenszufriedenheit. Bemerkenswert ist dabei, dass erfolgreiche Adaptationsprozesse nicht nur für ein normales oder optimales Altern zutreffen. Darüber hinaus konnten Effekte in Hinblick auf das Wohlbefinden und die positive Lebenseinstellung im Falle von Pflegebedürftigkeit (vgl. Kruse & Schmitt, 1995), bei Patienten im Finalstadium einer Erkrankung (Kruse 1995b) sowie bei schwerer chronischer Erkrankung nachgewiesen werden (Filipp, 1992).

Die große Adaptationsfähigkeit der älteren und vor allem sehr alten Menschen stellt einen der wichtigsten gerontologischen Befunde dar. Obgleich dieses Phänomen von verschiedenen Autoren anders benannt wird, verbirgt sich dahinter immer ein ähnlicher Mechanismus. Beispielsweise spricht Kruse (1995a) in diesem Kontext von Entwicklungspotenzialen. Staudinger und Kollegen (1995) diskutieren dieses Phänomen unter dem Aspekt psychischer Widerstandsfähigkeit bzw. Resilienz. Aus der philosophischen Perspektive wird hier von dem *Werden des Menschen zu sich selbst* (Rentsch, 1995) gesprochen. Für Peck (1968) drückt diese Fähigkeit eine Form der Transzendenz aus.

Aufgrund der erläuterten theoretischen Konzeptualisierungen und diskutierten Forschungsergebnisse kann konstatiert werden, dass bislang eine genaue Erklärung dafür, wie es älteren Menschen gelingt, bei eingetretenen Einschränkungen und Verlusten Wohlbefinden aufrechtzuerhalten, aussteht. Die vorhandenen Erkenntnisse umschreiben nur einen Ausschnitt des möglichen Erklärungsspektrums, so dass in Anbetracht der Komplexität des Menschen von dem Erfordernis weiterer umfangreicher Forschungsversuche ausgegangen werden muss, bis es letztendlich gelingt ein einheitliches Bild des Adaptationsmechanismus geben zu können.

Diesen Überlegungen folgend wurden im Rahmen dieser Arbeit zwei Gruppen von Ressourcen – individuelle und infrastrukturelle – zum Ausgangspunkt der Analyse ausgewählt. Hierdurch soll ein Beitrag zum Verständnis der Adaptationsprozesse im hohen Alter geleistet werden. Die folgenden Kapitel widmen sich der Konzeptualisierung, Durchführung und Analyse sowie der Ergebnisvorstellung der eigenen Untersuchung mit 207 Personen im hohen Alter, die in zwei Ländern durchgeführt wurde.

3. FRAGESTELLUNG

3.1 Herleitung der Fragestellung

Das Ziel der Studie ist, die Bedingungen eines gelungenen bzw. misslungenen Prozesses der Adaptation an Anforderungen und Belastungen des hohen Alters zu untersuchen. Dabei werden Einflussfaktoren in Betracht gezogen, die in der Person-Umwelt-Beziehung liegen. Es wird angenommen, dass es weder die Person noch die Umwelt allein ist, die für die Vorhersage des Adaptationserfolgs im Alter verantwortlich sind. In Anlehnung an neuere *interaktionistische Theorien der Adaptation*, die im Abschnitt 2.1.5 ausführlich beschrieben wurden, wird dem Zusammenspiel zwischen personenbezogenen und infrastrukturbezogenen Ressourcen eine entscheidende Rolle bei dem Gelingen der Adaptation im Alter zugeschrieben (vgl. Carp & Carp, 1984; Kahana, 1982; Lawton, 1999). Im Gegensatz zu personenzentrierten Ansätzen (siehe Abschnitte 2.1.1 bis 2.1.4) besteht ein zentrales Anliegen dieser Konzeptualisierungen darin, dass *anregende und fördernde infrastrukturelle Umwelten* Verluste im Alter kompensieren und somit zu einer selbstständigen und selbstverantwortlichen Lebensführung beitragen können (z.B. Kruse, 2007a; Kruse & Wahl, 2010; Mollenkopf, Oswald, et al., 2004; Naegele, 2004). Infrastruktur, die diese Möglichkeit nicht bietet, verstärkt hingegen die Unselbstständigkeit und Abhängigkeit des Menschen. Im Sinne des *Kompetenzmodells* (Kruse, 1991, 1996) soll daher nicht der stetige Abbau von Fähigkeiten im hohen Alter im Fokus stehen, sondern sollen vielmehr die Möglichkeiten einer autonomen Lebensgestaltung sowie einer proaktiven und von der Umwelt abhängigen Adaptation in den Mittelpunkt des gerontologischen Interesses gestellt werden.

Demzufolge werden in dieser Studie zwei zentrale ethische Kategorien angesprochen, nämlich die der *Selbstverantwortung des Menschen* für seine Entwicklung sowie die der *Mitverantwortung der Kommune und des Staates* für das erfolgreiche Leben ihrer Bürger und Bürgerinnen (Bäcker et al., 2006; Kruse, 2002a). Wie in Abschnitt 2.4 dargelegt, kommen die Selbstverantwortung und Mitverantwortung besonders in jenen Lebenslagen zum Ausdruck, die von ungünstigen *Ressourcen-Beeinträchtigungs-Konstellationen* (Staudinger & Greve, 2001) bestimmt sind. Angesichts der durch zahlreiche Studien belegten zunehmenden Verletzlichkeit des Menschen im vierten Lebensalter (z.B. M. Baltes, 1996; Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996; Smith & P. Baltes, 1999; vgl. auch Abschnitt 2.4) erscheint die Annahme gerechtfertigt, dass das Individuum in diesem Lebensabschnitt vermehrt auf

Unterstützungsleistungen der infrastrukturellen Umwelt angewiesen ist, damit es seine Selbstständigkeit und soziale Teilhabe in möglichst hohem Maße aufrechterhalten kann.

Gleichwohl konnte die bisherige Forschung zahlreiche Beweise dafür liefern, dass eine Adaptation trotz aller altersassoziierten und altersbegleitenden Verluste nicht nur den älteren, sondern auch hochaltrigen Menschen überwiegend gelingt (z.B. P. Baltes & Smith, 2003; Greve & Staudinger, 2006; Staudinger et al., 1996; vgl. auch Abschnitt 2.4). Ihr Ausdruck stellt das *subjektive Wohlbefinden* dar, das bis ins vierte Alter ein relativ hohes Niveau und Stabilität aufweist, so dass man hierzu von einem Wohlbefindensparadoxon ausgehen kann (Butt & Beiser, 1987; Havighurst et al., 1968; vgl. Abschnitt 2.2).

Auf der Suche nach Prädiktoren, Determinanten bzw. Korrelaten der psychischen Widerstandsfähigkeit im Alter wurde primär nur eine Ressourcenperspektive in Betracht gezogen. Im Wesentlichen gewannen die *individuellen Ressourcen* ein größeres Interesse der Forschung (vgl. Abschnitt 2.3.2). Vor allem wurde der Einfluss der finanziellen Lage, des Bildungsstands, der kognitiven Fähigkeiten, der Gesundheit, des sozialen Netzwerks sowie der psychischen Ressourcen auf das Wohlbefinden im hohen Alter untersucht (z.B. Aldwin et al., 2001; Perrig-Chiello, 1997; Kruse & Wahl, 2008; Smith et al., 1996). Die mit *infrastrukturellen Ressourcen* verbundene ökopsychologische Perspektive erlangt erst seit der neusten Zeit immer mehr Bedeutung (Wahl & Lang, 2004; vgl. auch Abschnitt 2.3.3). Dabei wird vor allem die häusliche Umwelt in ihren Beziehungen zum Wohlbefinden untersucht (z.B. Oswald, 1996; Oswald et al., 2003). Darüber hinaus hat es sich in der ökologisch-gerontologischen Forschung bewährt, nicht nur den Wohnbereich, sondern zugleich das Umfeld als Ressource des Alters zu betrachten (z.B. Scheewe, 1996; Wahl, Mollenkopf, et al., 1999). Demzufolge wurden im Rahmen dieser Arbeit außer anerkannten individuellen Ressourcen drei große Ressourcenbereiche der Lebensumwelt identifiziert und in die Analyse einbezogen (vgl. Abschnitt 2.3.3). Ihre Aufteilung erfolgte auf der Grundlage der Funktion, die diese für den älteren Mensch im Alltag erfüllen sollen: die *Stadtinfrastruktur*, die die Selbstständigkeit fördert; die *Infrastruktur der Kultur-, Freizeit- und Bildungsangebote*, die soziale Teilhabe ermöglicht; die *Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote*, die auch im Falle einer Erkrankung ein selbstbestimmtes und selbstverantwortliches Leben unterstützt.

Im Sinne der oben dargestellten interaktionistischen Ansätze ist eine isolierte Betrachtung von personalen und umweltbezogenen Ressourcen unzureichend. Entscheidend für das Wohlbefinden im Alter ist vielmehr eine optimale *Person-Umwelt-Beziehung* (vgl. Lawton, 1989). Es ist sogar zu vermuten, dass die infrastrukturellen Ressourcen vor allem im hohen

und sehr hohen Alter zusammen mit psychologischen Eigenschaften eine Schlüsselrolle für das Wohlbefinden einnehmen könnten, während andere Faktoren wie beispielsweise die Gesundheit an Bedeutung verlieren. Um diese Annahme prüfen zu können, ist es notwendig, die infrastrukturellen Gegebenheiten gemeinsam mit den individuellen Ressourcen zu untersuchen, um ihren relativen Beitrag zu bestimmen. Da individuelle und infrastrukturelle Ressourcen zudem immer gemeinsam wirken, sollte neben ihren unabhängigen Effekten auch ihr Zusammenwirken untersucht werden. Demgemäß wurden im Rahmen dieser Arbeit die beiden Sichtweisen, d.h. die individuelle und die infrastrukturelle, gleichzeitig untersucht, um somit die psychologische Perspektive systematisch um infrastrukturelle Aspekte zu erweitern.

Bislang wurden kaum Studien geführt, die das Zusammenwirken der beiden Arten von Ressourcen bei der Erhaltung oder Wiederherstellung von Wohlbefinden im hohen Alter untersucht haben. Die wenigen vorhandenen Ergebnisse stammen aus Untersuchungen, die die eigene Forschungsperspektive mit der anderen zu ergänzen versuchten. So stellte beispielsweise die ökogerontologische Forschungsgruppe von Oswald und Mitarbeitern (2003) fest, dass während die individuellen Ressourcen ca. 38% der Varianz der Lebenszufriedenheit erklären konnten, die umweltbezogenen Ressourcen einen kleinen Beitrag von etwa 7% zur Varianzerklärung leisteten. Allerdings soll hierzu beachtet werden, dass sich die Umweltindikatoren vor allem auf das eigene Zuhause und nicht die unmittelbare Umwelt bezogen haben und die Lebenszufriedenheit mit einer einzigen Frage erfasst wurde.

Da in den meisten bisherigen Studien entweder kognitive oder affektive Facetten des Wohlbefindens für die Analyse herangezogen wurden, schließt das für diese Studie ausgewählte Kriterium der gelungenen Anpassung an das Altern die beiden Facetten des Wohlbefindens mit ein. Darüber hinaus bilden, wie der theoretischen sowie empirischen Forschungslage zu entnehmen ist, der positive und negative Affekt zwei unabhängige Dimensionen des emotionalen Wohlbefindens (vgl. Abschnitt 2.2.1). Diesen Überlegungen folgend hat sich diese Untersuchung vorgenommen nach Korrelaten und Prädiktoren der beiden Affekte separat zu suchen.

Schließlich wurde in Anlehnung an die *kognitive Theorie des Alterns* von Thomae (1983) davon ausgegangen, dass auch die persönliche Wahrnehmung eine zentrale Rolle für das Gelingen des Adaptationsprozesses spielt (vgl. Dieck, 1979). Diese Annahme hat nicht nur für die individuellen Ressourcen weitgehende Folgen (wie beispielsweise für die Gesundheit, deren subjektive Facette größere Bedeutung für das Wohlbefinden zu haben scheint als die objektiv wahrgenommene Facette), sondern auch für die infrastrukturellen Gegebenheiten: Dieselben objektiven Bedingungen können von verschiedenen Individuen auf unterschiedli-

che Art und Weise beurteilt werden. Allerdings ist es ebenfalls möglich, dass unterschiedliche objektive Gegebenheiten von verschiedenen Menschen nahezu identisch eingeschätzt werden. Dies konnten die Ergebnisse des Alters-Surveys erfolgreich nachweisen (Motel et al., 2005). Obgleich regionale Differenzen zwischen den alten und neuen Bundesländern in Hinblick auf ein altersgerechtes Wohnumfeld objektiv festgestellt werden konnten, wurden diese von den älteren Personen selbst subjektiv nicht wahrgenommen (keine signifikanten Unterschiede in Hinblick auf Wohnumfeldmängel). Darüber hinaus konnten keine Unterschiede bezüglich der Bewertung des Lebensstandards von älteren Personen (70+) in Ost- und Westdeutschland ermittelt werden (Westerhof, 2001).

Diesen Ergebnissen zufolge muss davon ausgegangen werden, dass bei einer Untersuchung, die in einem Land durchgeführt wird, in dem sich die Lebensbedingungen für ältere Menschen zwischen den einzelnen Regionen nicht im wesentlichen Maße unterscheiden, der Einfluss von infrastrukturellen Gegebenheiten auf das Wohlbefinden eher schwierig nachgewiesen werden kann. Demgemäß hat diese Untersuchung einen Ländervergleich zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Polen zum Ausgangspunkt ihrer Analyse genommen. Da die beiden Länder ihren älteren Bürgern und Bürgerinnen unterschiedliche infrastrukturelle Gegebenheiten anbieten und dadurch andere Adaptationsnotwendigkeiten fordern, kann davon ausgegangen werden, dass sich der potenzielle Beitrag der Infrastruktur für das subjektive Wohlbefinden nachweisen lässt. Auf dieser Grundlage sollen Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebenssituation hochaltriger Menschen entwickelt sowie Hinweise für entsprechende kommunalpolitische Entscheidungen gegeben werden können. Somit wird hier der Intervention im Alter eine besondere Bedeutung beigemessen.

Im Folgenden sollen Argumente für den Ländervergleich ausführlich erläutert werden, um anschließend die Aufgaben sowie die spezifische Fragestellung und Hypothesen dieser Studie darzustellen.

3.2 Argumente für einen Ländervergleich

Um eine Antwort auf die Frage zu geben, inwieweit die infrastrukturellen Rahmenbedingungen und die individuellen Ressourcen die Anpassung an eingetretene funktionale Einbußen sowie die Aufrechterhaltung von Selbstständigkeit und Teilhabe im sehr hohen Alter fördern oder aber erschweren, geht diese Arbeit von einem Ländervergleich aus. Zwei Industrieländer – die Bundesrepublik Deutschland und die Republik Polen – wurden ausgewählt, um dieses Forschungsvorhaben zu verwirklichen. Warum wurde gerade in diesem Ländervergleich eine

Möglichkeit gesehen, den Beitrag der infrastrukturellen Umwelt und individuellen Ressourcen zur Bewältigung von Anpassungsproblemen im sehr hohen Alter abzubilden? Wäre eine derartige Analyse nur in der Bundesrepublik Deutschland vorgenommen worden, so hätte sich das Problem ergeben, dass Regionen miteinander verglichen würden, die sich zumindest in der grundlegenden Ausstattung mit Dienstleistungen nicht fundamental unterscheiden: In der Bundesrepublik Deutschland muss – dies ist schon ein verfassungsrechtliches Gebot und Aufgabe des Bundes – sozialpolitisches Handeln darauf ausgerichtet sein, in den grundlegenden Dienstleistungen ein Ungleichgewicht zwischen den Regionen zu vermeiden (Kruse, 2006a). Dieses Gebot spielt in der polnischen Verfassung gleichfalls eine große Rolle, allerdings sind in Polen die regionalen Unterschiede auch im Hinblick auf die infrastrukturellen Rahmenbedingungen viel stärker ausgeprägt als in der BRD (vgl. MRR, 2009).

Wie zum Beispiel Daten der OECD zu infrastrukturellen Rahmenbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland und in Polen zeigen (OECD, 2009a, 2009b), unterscheiden sich diese beiden Länder erheblich in der Quantität und Qualität infrastruktureller Dienstleistungen wie auch in den sozialkulturellen Angeboten in Städten und Gemeinden. Vor allem sind hierbei soziale und medizinisch-pflegerische Dienstleistungen betroffen. Die Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialbereich⁴⁷ beträgt in Deutschland 11,6% der Gesamtbeschäftigungen und ist im Vergleich zu Polen (5,7%) doppelt so hoch. Während in Deutschland durchschnittlich 3,5 praktizierende Ärzte 1.000 Einwohner versorgen, sind es in Polen lediglich 2,2. Das Verhältnis zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten fällt für Polen ebenfalls viel schlechter aus: In der OECD-Statistik (2009a) werden nur 0,2 Fachärzte und 1,7 Allgemeinmediziner pro 1.000 Einwohner aufgeführt. Für Deutschland geht die Tendenz in eine andere Richtung, d.h. es überwiegen die Fachärzte, das Verhältnis beträgt dementsprechend 2,0 zu 1,5 pro 1.000 Einwohner. Durchschnittlich 9,9 Pflegekräfte sind in Deutschland für 1.000 Einwohner zuständig, während diese in Polen mit einem Durchschnitt von 5,2 etwa die Hälfte davon darstellen. Außerdem sind die neusten medizinischen Technologien wie Computertomographie (CT) oder Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) in Polen viel schlechter zugänglich als in der BRD⁴⁸. Ein weiterer Vergleich der medizinischen Dienstleistungen der beiden Staaten veranschaulicht noch mehr Unterschiede. Unter allen OECD-Ländern zeigen die polnischen höheren sozialen Schichten den größten ungedeckten Bedarf an medizinischen

⁴⁷ Hierzu gehören Menschen, die im Gesundheitswesen und im sozialen Sektor beschäftigt sind (einschließlich der langfristigen Pflege, Kinderbetreuung und anderer Arten der Sozialarbeit). Die Daten umfassen nicht nur die Fachleute, die direkte Dienstleistungen erbringen, sondern auch Menschen aus dem Verwaltungsbereich und andere Hilfskräfte.

⁴⁸ In Polen CT: 9,7 und MRT: 2,7 pro eine Million Einwohner; in Deutschland CT: 16,3 und MRT: 8,2 pro eine Million.

Untersuchungen: Vorwiegend wird die Unzufriedenheit mit den langen Wartezeiten thematisiert. Des Weiteren befinden sich unter allen OECD-Ländern gerade die polnischen unteren Sozialschichten wegen ihres großen ungedeckten Bedarfs an medizinischen Untersuchungen auf dem zweiten Platz. Hierzu werden vor allem hohe Leistungspreise als hindernd identifiziert. Was die Gesundheitsausgaben betrifft, zeigen die Statistiken, dass in Polen ein Viertel von ihnen zu den sogenannten Out-of-pockets-Ausgaben zählen. Dagegen befindet sich Deutschland mit einem Prozentsatz von 12% im Durchschnittsbereich der OECD-Region.

Zugleich machen aber die Daten der OECD deutlich, dass sich in den vergangenen Jahren (1995 bis 2008) in Polen eine Veränderung⁴⁹ der infrastrukturellen Rahmenbedingungen auch für ältere Menschen vollzogen hat, sodass zwar in diesem Land noch lange nicht die Qualität der in der Bundesrepublik Deutschland bestehenden infrastrukturellen Rahmenbedingungen gegeben ist, aber zumindest für die städtischen Regionen in Polen eine Annäherung an die in Deutschland vorzufindenden Rahmenbedingungen konstatiert werden kann. Vor allem hat der Beitritt Polens zur Europäischen Union im Jahr 2004 dazu beigetragen, dass sich die infrastrukturelle Situation in diesem Land kontinuierlich verbessert. Zahlreiche Projekte der Struktur- und Regionalpolitik der Europäischen Union helfen den wirtschaftlich schwächeren Regionen Polens dabei, Standortnachteile abzubauen und Anschluss an die allgemeine Entwicklung zu erhalten (vgl. Pangsy-Kania & Piech, 2008). Wenn das Bruttoinlandsprodukt der beiden Länder in den Fokus dieser Vergleichsanalyse gestellt wird, wobei Deutschland ein BIP von 115,5 und Polen ein BIP von 56,4 für das Jahr 2008 nachweisen können⁵⁰, werden die großen Differenzen in den Lebensbedingungen der beiden Staaten noch deutlicher (Eurostat, 2008; vgl. Dziembala, 2008).

Allerdings darf nicht übersehen werden, dass trotz dieser großen Unterschiede die beiden Länder als Wohlfahrtsstaaten zu bezeichnen sind. Auch wenn die Leistungen in den beiden Staaten unterschiedlich ausfallen, ist das Wohlfahrtssystem nach Kaelble (1997) ein wichtiger Punkt, der bei einem Ländervergleich berücksichtigt werden sollte. Diese europäische Form des Wohlfahrtsstaates bietet nämlich ihren Angehörigen mehr Sicherheit und Leistungen, als es in nichteuropäischen Ländern üblich ist. Den OECD-Daten (2009b) zufolge erhalten die polnischen Senioren im Alter von 75 Jahren und darüber eine durchschnittliche Pension in Höhe von 94,6% des nationalen durchschnittlichen Äquivalenzeinkommens, während in Deutschland diese Pension etwa 85,5% des Äquivalenzeinkommens beträgt.

⁴⁹ Zum Beispiel die jährliche Zunahme von Pflegekräften um 0,6% seit dem Jahre 2000 oder die deutliche Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes von 10,8 auf 5,9 Tage zwischen den Jahren 1995 und 2007.

⁵⁰ Bruttoinlandsprodukt je Einwohner in Prozent des Durchschnitts der erweiterten EU 27 (bezogen auf Kaufkraftstandards 2008). In der EU 27 weisen nur Bulgarien und Rumänien ein niedrigeres BIP auf als Polen. Demnach befindet sich Polen am Ende des europäischen BIP-Rankings.

Hierzu darf jedoch das Einkommensgefälle zwischen den beiden Ländern nicht unbeachtet bleiben (Eurostat, 2008).

Die Einkommensquellen älterer Menschen in den beiden Ländern unterscheiden sich nicht so erheblich, dass man von einem Ländervergleich absehen sollte: Die polnischen Senioren beziehen 75,5% ihres Einkommens in Form von einkommensbezogenen Renten- oder bedarfsabhängigen Sozialleistungen, 20,5% aus der gegenwärtigen Arbeit und lediglich 9% bilden die Einkünfte aus Kapitalvermögen. In Deutschland liegen diese Prozentsätze entsprechend bei 73%, 12% und 15% (OECD, 2009b).

Das nächste wichtige Argument dafür, gerade diese beiden Länder in die Analyse einzubeziehen, sind die kulturellen Unterschiede – vor allem in Bezug auf Familienbeziehungen. Diese betreffen nicht nur jungverheiratete Ehepaare, die in Deutschland eher einen eigenen Haushalt gründen, während sie in Polen häufiger in die Familie der Eltern ziehen. Diese Unterschiede äußern sich auch im Alter, was einen Ländervergleich noch interessanter macht. Während in Deutschland seit Anfang der 1960er Jahre die sogenannte „innere Nähe durch äußere Distanz“ (Tartler, 1961) auch im Alter postuliert wurde, ist eine enge Einbeziehung der älteren Familienmitglieder in die eigene Kernfamilie in Polen der Normalfall.

Die bereits genannten Gründe sprechen dafür, dass gerade dieser Ländervergleich eine besondere Möglichkeit bietet, sich der Antwort auf die gestellte Untersuchungsfrage zu nähern. Zugleich wird deutlich, dass für die Fragestellung dieser Arbeit ein internationaler Vergleich, der mit einer größeren interindividuellen Variabilität in Bezug auf die infrastrukturellen Bedingungen und individuellen Ressourcen verbunden ist, breitere Ergebnisse als ein nationaler Vergleich zwischen Ost- und Westdeutschland liefern kann.

3.3 Aufgaben der Untersuchung und spezifische Fragestellungen

Die vorliegende Untersuchung stellt sich die Aufgabe, die Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen für eine gelungene Adaptation im vierten Alter herauszuarbeiten. Durch den Vergleich unterschiedlicher sozialökologischer Kontexte (eine polnische und eine deutsche Stichprobe) soll der gegenwärtige Kenntnisstand über Möglichkeiten und Grenzen eines erfolgreichen Adaptationsprozesses im hohen Alter erweitert und damit auch ein Beitrag zur Prävention *im* Alter geleistet werden, die in der Gesundheitsforschung im Vergleich zur Prävention *für* das Alter oft außer Acht gelassen wird (Kruse, 2002b, 2007).

3.3.1 Fragestellungen zum Ausmaß des Wohlbefindens sowie zum Ressourcenhaushalt im hohen Alter

Eine *erste Aufgabe* der vorliegenden Untersuchung besteht in der Ermittlung des Wohlbefindensniveaus der Studienteilnehmer sowie der differenzierten Abbildung der verfügbaren individuellen und infrastrukturellen Ressourcen. Mit Blick auf die individuellen Ressourcen wird dabei unterschieden zwischen (1) soziodemographischen Merkmalen, (2) gesundheitsbezogenen Ressourcen, (3) sozialen Ressourcen und (4) psychologischen Ressourcen (siehe Abschnitt 2.3.2). Die in der Untersuchung berücksichtigten infrastrukturellen Ressourcen werden erstens als objektive und zweitens als subjektiv wahrgenommene Merkmale ausgewählter städtischer Regionen erfasst. Sie umfassen (1) die Stadtinfrastruktur mit ihren Mobilitätsmöglichkeiten und Versorgungsangeboten, (2) die Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten sowie (3) die Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote (siehe Abschnitt 2.3.3). Dabei wird angenommen, dass Länderunterschiede vor allem im Hinblick auf objektiv erfasste infrastrukturelle Ressourcen festzustellen sind.

Nach dieser deskriptiven Ressourcenbeschreibung wird basierend auf der Annahme, dass nicht allein die Anzahl der vorhandenen Bedingungen für die Zufriedenheit einer Person mit ihrer Umwelt ausschlaggebend ist (vgl. Carp & Carp, 1984; Kahana, 1982), eine Übereinstimmung zwischen persönlichen Präferenzen eines Menschen und vorhandenen infrastrukturellen Bedingungen ermittelt.

- 1.1 *Welches Niveau von Lebenszufriedenheit sowie positivem und negativem Affekt weisen die Studienteilnehmer auf? Sind die ermittelten Werte des Wohlbefindens mit denjenigen vergleichbar, die in bisherigen Studien herausgefunden wurden? Finden sich Länderunterschiede hinsichtlich des subjektiv empfundenen Wohlbefindens?*
- 1.2 *Über welche individuellen Ressourcen verfügen die Studienteilnehmer in den beiden Ländern? Finden sich Länderunterschiede hinsichtlich individueller Ressourcen?*
- 1.3 *Welche infrastrukturellen Rahmenbedingungen sind in den beiden untersuchten Städten vorhanden? Lassen sich Länderunterschiede hinsichtlich infrastruktureller Ressourcen feststellen?*
- 1.4 *Welche infrastrukturellen Ressourcen sind für die Studienteilnehmer in den beiden Ländern wichtig? Lassen sich diesbezüglich Länderunterschiede feststellen?*
- 1.5 *Wie zufrieden sind die Studienteilnehmer mit den infrastrukturellen Gegebenheiten in ihrer Umgebung? Gibt es hierzu Länderunterschiede?*

1.6 Inwiefern stimmen die vorhandenen infrastrukturellen Bedingungen mit den persönlichen Präferenzen der Studienteilnehmer überein? Zeigen sich Länderunterschiede hinsichtlich der Übereinstimmungsindizes?

3.3.2 Fragestellungen zur Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen für das Wohlbefinden im hohen Alter

Die *zweite Aufgabe* der vorliegenden Untersuchung besteht in der Analyse der Bedeutung von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen für das Wohlbefinden. Die Analyse konzentriert sich auf die Facette des kognitiven sowie affektiven Wohlbefindens (vgl. Diener, 2000; Diener et al., 1999). Das kognitive Wohlbefinden wird über Lebenszufriedenheit und das affektive Wohlbefinden über das Erleben von positiven und negativen Affekten dargestellt (siehe Abschnitt 2.2.1). Hier soll zunächst die Frage beantwortet werden, inwieweit die im Einzelnen differenzierten individuellen und infrastrukturellen Ressourcen empirisch mit den beiden Facetten des Wohlbefindens zusammenhängen. Da positive und negative Affekte als zwei voneinander unabhängige Dimensionen konzeptualisiert wurden (Diener & Emmons, 1984; Carstensen & Löckenhoff, 2004; Carstensen, Mikels, & Mather, 2006), wird getrennt nach Korrelaten des positiven und negativen Affektes gesucht. Im nächsten Schritt soll mit Hilfe von bereichsspezifischen Regressionsgleichungen die Frage beantwortet werden, welchen Einfluss einzelne Ressourcendimensionen auf die drei Wohlbefindensfacetten haben. Dabei wird der Beitrag soziodemographischer Merkmale, gesundheitsbezogener, sozialer und psychologischer Ressourcen sowie der Stadtinfrastruktur, der Infrastruktur im Bereich der Kultur-, Freizeit- und Bildungsangebote und der Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote untersucht. Schließlich soll in bereichsübergreifenden Regressionsanalysen der Vorhersagekraft individueller und infrastruktureller Ressourcen für die Lebenszufriedenheit sowie den positiven und negativen Affekt separat nachgegangen werden, wobei die Bedeutung der potenziellen Prädiktorvariablen sowohl für die Gesamtstichprobe als auch für die beiden Teilstichproben (Deutschland und Polen) bestimmt wird.

Es wird angenommen, dass individuelle und infrastrukturelle Ressourcen jeweils unabhängig voneinander in positiver Beziehung zum Wohlbefinden stehen. Die Ressourcen sollten einen *positiven Zusammenhang mit beziehungsweise einen positiven Beitrag zur Lebenszufriedenheit und zum positivem Affekt aufweisen/leisten*, weil sie adaptationstheoretisch eine Grundlage für die Auseinandersetzung mit den Herausforderungen des Alterns bilden. Da in dieser Arbeit das vierte Alter untersucht wurde, in dem ältere Personen oft stark auf ein altersfreundliches Wohnumfeld angewiesen sind (siehe Abschnitt 2.4), wird von

einem bedeutsamen Einfluss der infrastrukturellen Ressourcen auf die Zufriedenheit und emotionale Befindlichkeit ausgegangen: Je anregender und unterstützender das Wohnumfeld ist, desto stärkere positive Wirkung auf das Wohlbefinden wird erwartet.

Dementsprechend sollte die Beziehung zwischen den Ressourcen und dem negativen Affekt eine negative Richtung aufweisen: Es wird angenommen, dass mit der Höhe des Ressourcenstatus die Höhe des negativen Affektes abnehmen wird. Basierend auf der bisherigen Forschungslage zu Korrelaten und Prädiktoren des Wohlbefindens (vgl. Abschnitt 2.3) werden vor allem Relationen mit finanziellem Status, Gesundheit, Selbstständigkeit, sozialer Unterstützung, Persönlichkeitseigenschaften sowie Stadtinfrastruktur erwartet, wobei davon auszugehen ist, dass einzelne Ressourcen eine unterschiedlich starke Wirkung auf die kognitive und die emotionale Wohlbefindensfacette aufweisen können. Darüber hinaus wird in Anlehnung an die kognitive Theorie des Alterns (Thomae, 1971) angenommen, dass sich der Einfluss quantitativ messbarer Kriterien und deren subjektive Bewertung derart unterscheidet, dass die subjektiven Maße der Ressourcen bedeutsamer für das Wohlbefinden sind als die objektiv erfassten Parameter (z.B. subjektive Gesundheit, Zufriedenheit mit der finanziellen Situation, Übereinstimmung zwischen vorhandenen infrastrukturellen Bedingungen und persönlichen Präferenzen).

- 2.1 *Finden sich signifikante Zusammenhänge zwischen den drei Facetten des Wohlbefindens und individuellen sowie infrastrukturellen Ressourcen?*
- 2.2 *Zeigen subjektive Ressourcenmaße eine stärkere Beziehung zum Wohlbefinden als ihre objektiven Maße?*
- 2.3 *Welchen Einfluss haben einzelne Ressourcendimensionen auf die drei Facetten des Wohlbefindens? Gibt es hierzu Länderunterschiede?*
- 2.4 *Welchen Beitrag leisten individuelle und welchen infrastrukturelle Ressourcen zur Varianzaufklärung des Wohlbefindens? Zeigen sich diesbezüglich Länderunterschiede?*

3.3.3 Fragestellungen zum Zusammenwirken von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen auf das Wohlbefinden im hohen Alter

Die *dritte Aufgabe* besteht in der Analyse des Zusammenwirkens von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen. Erstens steht im Zentrum des Interesses, ob die Berücksichtigung von infrastrukturellen Ressourcen einen zusätzlichen Beitrag zur Erklärung von Wohlbefinden im hohen Alter leisten kann. Zweitens wird angenommen, dass neben den postulierten Haupteffekten der individuellen und infrastrukturellen Ressourcen auch eine

Moderationsbeziehung zwischen den beiden von Bedeutung für das Wohlbefinden ist und diese einen zusätzlichen Varianzteil des Wohlbefindens aufklärt. Das Ausmaß von infrastrukturellen Ressourcen beeinflusst die Beziehung zwischen individuellen Ressourcen und Wohlbefinden. Hier geht es vor allem um die Prüfung der im theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit aufgestellten Hypothese, dass infrastrukturelle Ressourcen dann an Bedeutung gewinnen, wenn individuelle Ressourcen zurückgehen (vgl. Lawton, 1989, 1999; Wahl, Scheidt, & Windley, 2004). Es wird davon ausgegangen, dass sich infrastrukturelle Ressourcen unterschiedlich stark auf die Lebenszufriedenheit und das affektive Wohlbefinden auswirken, je nachdem, ob der Mensch über ein kleines oder ein großes Ausmaß an individuellen Ressourcen verfügt. Personen mit wenigen individuellen Ressourcen sollten im Hinblick auf das Wohlbefinden stärker von guten infrastrukturellen Gegebenheiten profitieren als Personen mit umfangreichen individuellen Ressourcen. Somit sind die infrastrukturellen Ressourcen als ein Moderator der Beziehung zwischen den individuellen Ressourcen und dem Wohlbefinden zu bezeichnen (vgl. Baron & Kenny, 1986).

An dieser Stelle lässt sich jedoch nicht ausschließen, dass besonders bei Personen im vierten Alter, die einer spezifischen Belastungssituation gegenüberstehen, die protektive Wirkung der infrastrukturellen Ressourcen sozusagen „verpufft“ oder „ins Leere läuft“, da die individuellen Ressourcen oft zu gering sind. Es ist denkbar, dass gerade die älteren Personen, deren Ressourcen so ausgeschöpft sind, nicht mehr in der Lage sind, die infrastrukturellen Ressourcen richtig zu nutzen. Bedenkt man die Aufhäufung von oft irreversiblen Verlusten und Veränderungen, ist diese Annahme konsequent.

Die *vierte Aufgabe* der Arbeit besteht in einem differenzierten Vergleich der beiden Länder, der das Zusammenwirken von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen noch einmal verdeutlichen soll. In Bezug darauf werden nicht nur Schlussfolgerungen aus den bisher durchgeführten Analysen gezogen, sondern wird auch mit Hilfe latenter Strukturgleichungsmodelle die Beziehung der Prädiktoren untereinander in beiden Ländern überprüft und verglichen. Sofern sich die Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen für das Gelingen von Adaptationsprozessen in Polen und Deutschland unterschiedlich darstellt, ist davon auszugehen, dass neben den in der Untersuchung abgebildeten infrastrukturellen Ressourcen weitere gesellschaftliche Bedingungen (z.B. wohlfahrtsstaatlich garantierte Optionen, kulturspezifische Wert- und Normvorstellungen) für das Gelingen von Adaptationsprozessen im vierten Alter bedeutsam sind. Ihre Ausprägung variiert zwischen den beiden Ländern erheblich, innerhalb der beiden Länder dagegen nur geringfügig.

- 3.1 Liefert die Berücksichtigung von infrastrukturellen Ressourcen eine bedeutende zusätzliche Varianzerklärung in Vorhersagemodellen des Wohlbefindens?
- 3.2 Gibt es Unterschiede hinsichtlich der Prädiktorenzusammensetzung in den Vorhersagemodellen der Lebenszufriedenheit sowie des positiven und negativen Affektes?
- 3.3 Unterscheiden sich die Ergebnisse zum Strukturgleichungsmodell für die Lebenszufriedenheit, den positiven sowie negativen Affekt voneinander?
- 3.4 Finden sich Unterschiede in der Wirkung der infrastrukturellen Ressourcen auf die Lebenszufriedenheit und das affektive Wohlbefinden in Abhängigkeit von dem Ausmaß an verfügbaren individuellen Ressourcen?

Das heuristische Modell zur Untersuchung von Wohlbefinden, wie es in dieser Studie verwendet wurde, ist Abbildung 8 zu entnehmen. Somit steht in einem interdisziplinären Ansatz die Beziehung von individuellen Ressourcen und infrastrukturellen Lebensbedingungen mit dem mehrdimensionalen „Wohlbefindenserleben“ im Mittelpunkt des Interesses.

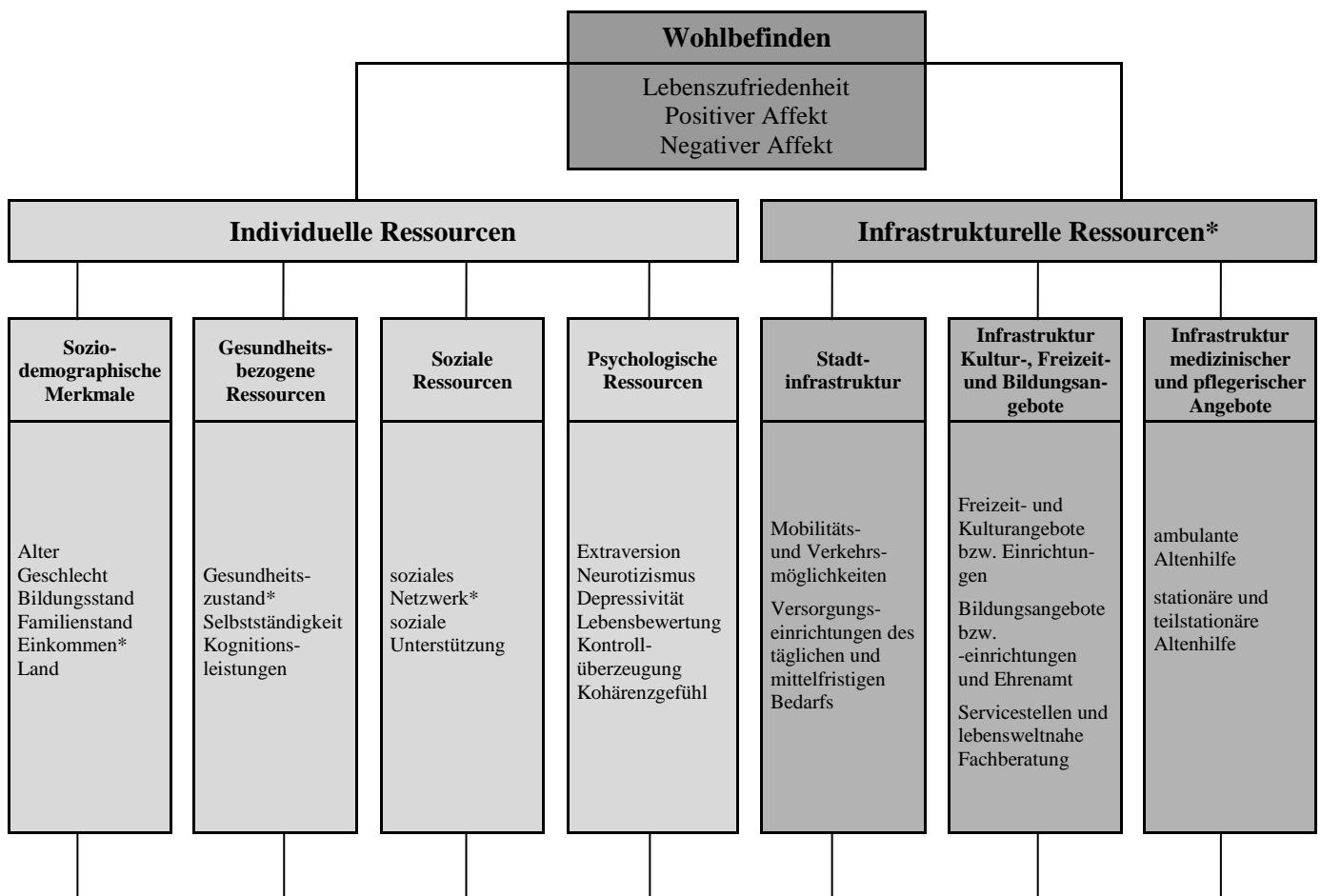


Abb. 8: Heuristisches Modell des Wohlbefindens (* objektiv und subjektiv erfasst).

4. METHODE

Gegenstand dieses Kapitels ist das methodische Vorgehen bei der Gewinnung und Auswertung der Daten, die im Rahmen dieser Studie analysiert wurden. Dabei wird zunächst auf die allgemeine konzeptionelle Vorgehensweise der Untersuchung eingegangen. Danach sollen die untersuchten Regionen vorgestellt werden, um daran anschließend eine Einführung in das Thema der vergleichenden Länderforschung zu geben. In einem weiteren Abschnitt werden die Erstellung der Stichprobe und der Studienverlauf beschrieben. Einer genaueren Darstellung der ausgewählten Messinstrumente folgt abschließend ein Überblick über die angewendeten Methoden der Datenauswertung.

4.1 Design der empirischen Untersuchung

In Polen und Deutschland wurden Adaptationsprozesse von Menschen im Alter von 85 Jahren und darüber untersucht. Die Analyse konzentrierte sich auf jeweils eine Stadt in Polen und in Deutschland. In diesen Städten wurden je fünf in ihrer Sozialstruktur relativ homogene Stadtteile für die Untersuchung ausgewählt. Um eine Antwort auf die Frage geben zu können, inwieweit die infrastrukturellen Rahmenbedingungen die Anpassung an eingetretene Veränderungen im sehr hohen Alter fördern oder auch erschweren, war es besonders wichtig, für die Analysen solche Stadtregionen auszuwählen, die günstige – Selbstständigkeit und Teilhabe fördernde – und ungünstige – Selbstständigkeit und Teilhabe einschränkende – infrastrukturelle Rahmenbedingungen bieten. Demzufolge basierte die Auswahl der Stadtbezirke auf einer Analyse der den älteren Menschen zur Verfügung stehenden Infrastruktur. Darüber hinaus wurden die demographischen Daten zur Hochaltrigkeit in den Stadtregionen und die geographische Situierung der Bezirke in der Stadt in die Analyse einbezogen. Aus demographischer Sicht wurden der aktuelle Anteil von hochaltrigen Personen in einzelnen Stadtteilen sowie seine Veränderung in der Zukunft ausgewertet. Besonderes Interesse fanden selbstverständlich diejenigen Stadtbezirke, in denen der Anteil von sehr alten Leuten hoch ist oder erheblich zunehmen sollte. Hierzu erschien es wichtig, dass dem damit einhergehenden erhöhten Bedarf an Infrastruktur zur Erhaltung eines selbstbestimmten und selbstverantwortlichen Lebens (vgl. Kruse, 1996) Rechnung getragen wird. Was die geographische Lage angeht, wurde eher nach entfernten Stadtteilen gesucht, um eine möglichst breite Region der Stadt untersuchen zu können. Für die Befragung wurden nach dem Zufallsprinzip jeweils 80 Personen pro Stadtteil angeschrieben und um ihre Teilnahme gebeten.

4.2 Vorstellung der untersuchten Regionen und Auswahl der Stadtteile

Wie bereits dargelegt (siehe Abschnitt 3.1), ist es aus der Perspektive gerontologischer Forschung eine theoretisch wie praktisch wichtige Aufgabe, zwei Großstädte – eine in der Bundesrepublik Deutschland und eine in Polen – nicht nur im Hinblick auf deren infrastrukturelle Rahmenbedingungen, sondern auch auf die individuellen Ressourcen hoch betagter Menschen systematisch zu untersuchen und deren Beitrag zum Wohlbefinden im Alter zu überprüfen. Um die beiden Länder besser vergleichen zu können, wurden die Stichproben in ähnlichen Regionen gezogen. Diese Vorgehensweise ist auch aufgrund der unterschiedlichen Lebensbedingungen der beiden Länder von besonderer Bedeutung (vgl. Dziembala, 2008). Bei den ausgewählten Städten handelt es sich um zwei mittelgroße Regionen, die über ein Industriegebiet verfügen. In Deutschland konzentriert sich die Untersuchung auf die Stadt Mannheim (Baden-Württemberg). In Polen wurde die Stadt Danzig (Gdańsk/Wojewodschaft Pomorskie) für die Studie ausgewählt. In den beiden Städten wurden jeweils fünf in ihrer Sozialstruktur relativ homogene, jedoch hinsichtlich der Wohnbedingungen und Problemkonstellationen für ältere Menschen relativ unterschiedliche Stadtteile/Stadtbezirke ausgesucht. Diese Auswahl basierte jeweils auf den demographischen Daten, den geographischen Bedingungen (Lage in der Stadt, Größe, Dichte) sowie den vorhandenen infrastrukturellen Bedingungen in den Stadtregionen. Im Folgenden soll auf die zwei Städte und die zur Analyse ausgewählten Stadtbezirke/Stadtteile eingegangen werden. Die Darstellung ist jeweils so aufgebaut, dass zuerst die Stadtinfrastruktur, dann die demographische Situation und abschließend die Infrastruktur für ältere Menschen beschrieben wird.

4.2.1 Deutschland: Mannheim

Mannheim liegt in Baden-Württemberg im Südwesten Deutschlands am Rhein. Die Stadt hat 327.489 Einwohner (Stand: 31.12.2007), eine Fläche von 144,95 qkm und besteht aus 17 Bezirken⁵¹ (siehe Abbildung 9). Seit dem Jahr 1896 Großstadt, ist Mannheim heute bedeutende Handelsstadt und wichtiger Verkehrsknotenpunkt zwischen Frankfurt am Main und Stuttgart, unter anderem mit dem zweitgrößten Rangierbahnhof Deutschlands, dem City-Airport und einem der bedeutendsten Binnenhäfen Europas. Mit seiner rheinland-pfälzischen Schwesterstadt Ludwigshafen und dem 18 km entfernten Heidelberg gehört Mannheim zu den

⁵¹ In Mannheim wird zwar auch zwischen 24 Stadtteilen unterschieden, diese fungieren aber eher als geographische Aufteilung und werden von der Stadtverwaltung für die demographischen und infrastrukturellen Analysen nicht konsequent verwendet. Alle wichtigen demographischen Analysen und Prognosen sowie die Altenhilfeplanung werden auf der Ebene von Stadtbezirken durchgeführt. Daher übernimmt diese Arbeit die Aufteilung der Stadt in die 17 Bezirke.

wichtigsten Städten im sogenannten Rhein-Neckar-Dreieck. Um Mannheim herum befindet sich ein großes Industriezentrum, in dem vor allem chemische und pharmazeutische Waren sowie Maschinen hergestellt werden.

Die Mannheimer Innenstadt fungiert als Einkaufs-, Gastronomie- und Kulturzentrum. Der öffentliche Nahverkehr ist gut ausgebaut und mittlerweile verkehren Niederflurbusse und -bahnen in regelmäßigem Abstand. Festivals und Theater, Kino, Museen, Ausstellungen und zahlreiche Kulturveranstaltungen werden das ganze Jahr hindurch geboten. Mehrere Grün- und Sportanlagen bieten den Bürgern und Bürgerinnen die Möglichkeit, ihre Freizeit aktiv zu gestalten.

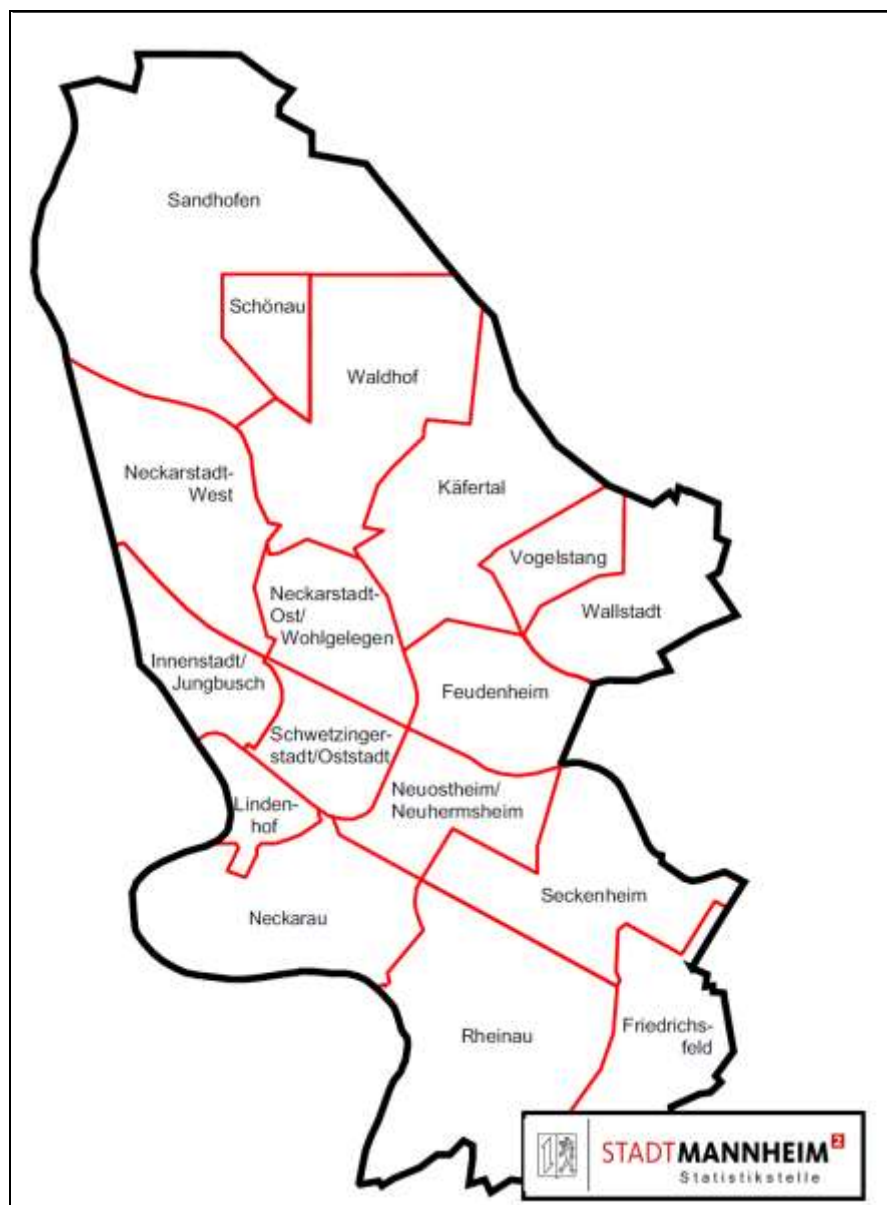


Abb. 9: Die 17 Mannheimer Stadtbezirke.

Was die demographische Situation⁵² der Stadt anbelangt, weicht Mannheim mit einem Durchschnittsalter von 42,4 Jahren (Rang für die Stadtbezirke: 37,4 bis 46,7 Jahre) und 18,2% der Einwohner im Alter von 65 Jahren und darüber (Rang für die Stadtbezirke: 11,2% bis 28,8%) nicht bedeutend von dem deutschen Durchschnitt ab (entsprechend: 43 Jahre, 19,9%). Am 31.12.2007 lebten in der Stadt 6.606 Personen im Alter von 85 Jahren und darüber, davon waren 1.668 Männer und 4.938 Frauen. Dieser 2%ige Anteil der Einwohner im hohen Alter (Rang für die Stadtbezirke: 0,9% bis 3,6%) ist vergleichbar mit dem für die ganze Bundesrepublik Deutschland (2,1%). Wie die Rangwerte dennoch verdeutlichen, kann man in Mannheim erhebliche Unterschiede zwischen einzelnen Stadtbezirken beobachten. Eine detaillierte Zusammenstellung der Stadtbevölkerung nach Stadtbezirken und Altersgruppen kann Anhang A entnommen werden (siehe Tabelle A.1). Für die Auswahl von fünf Stadtteilen, die in die weitere Analyse einbezogen werden, ist es allerdings wichtig, diese regionale Streuung zu berücksichtigen.

Die Stadtbezirke Lindenhof (3,6%), Feudenheim (2,9%) und Neuostheim (2,9%) haben zurzeit den größten Anteil an Personen im hohen Alter. Die Bevölkerungsvorausberechnung prognostiziert für das Jahr 2020 eine Zunahme von Hochaltrigen in Mannheim um 0,7%, d.h. auf 2,7% (8.097 Personen). Lindenhof wird dann mit 4,2% der Einwohner über 85 Jahre den zweiten Platz unter den Stadtbezirken einnehmen. Vogelstang wird mit 5,1% der Hochaltrigen die größte Zunahme von 2,6% aufweisen. In den meisten Stadtbezirken wird die Anzahl der sehr alten Personen zunehmen. Dennoch wird es drei Regionen geben, in denen sich gar nichts verändern wird (Feudenheim, Innenstadt, Oststadt), und einen Bezirk, wo die Anzahl der Hochaltrigen abnehmen wird (Neckarstadt-West).

Um etwas mehr Übersicht in die Vielzahl der Mannheimer Stadtteile zu bekommen, wurde die von Mamier (1999, S. 82–94) entwickelte Wohngebietstypologie zu Hilfe genommen. Danach wurden die Mannheimer Stadtteile anhand der Kriterien „sozialer Rang“, „Urbanismus“, „Gebäude- und Wohnungsstruktur“, „historische Entwicklung“ und „Image/Flair“ zu folgenden sechs Typen verdichtet:

- (1) Innenstadt
- (2) Innenstadtnahe, gehobene Wohnlagen (Schwetzingerstadt/Oststadt, Lindenhof, Neckarstadt-Ost)
- (3) Innenstadtnahe, benachteiligte Wohnlagen (Neckarstadt-West)
- (4) Arbeiter-/Großwohnsiedlungen (Waldhof, Schönau, Rheinau, Vogelstang)

⁵² Die demographischen Angaben wurden von der Statistikstelle der Stadt Mannheim zur Verfügung gestellt und wenn nicht anders angegeben, beziehen sich die Angaben auf Ende des Jahres 2007.

- (5) Dörflich strukturierte Vororte (Sandhofen, Käfertal, Seckenheim, Neckarau, Friedrichsfeld)
- (6) „Neuere“ Wohngebiete (Neuostheim/Neuhermsheim, Wallstadt, Feudenheim)

Wie bereits dargestellt, wurde die Auswahl der Stadtteile unter anderem auf der Grundlage der infrastrukturellen Situation für ältere Menschen getroffen. Demzufolge wurden zentrale Infrastruktureinrichtungen für ältere Menschen in Mannheim erfasst, die im Folgenden vorgestellt werden sollen.

4.2.1.1 Bestandsaufnahme der Infrastruktur für ältere Menschen in Mannheim⁵³

In Mannheim funktioniert nicht nur ein kompaktes Netz an Hilfen und Diensten, auf das sich die älteren Personen im Bedarfsfall verlassen können, sondern gibt es auch ein breites Spektrum von Angeboten und Möglichkeiten, die helfen, den Alltag im Alter aktiv und interessant zu gestalten. Die Altenarbeit in der Stadt wird von dem Bürgermeister für Wirtschaftsförderung, Arbeitsmarkt, Soziale Sicherung, Senioren, Wohnen, Archivwesen und Kultur koordiniert. In der Struktur der Stadt Mannheim besteht ein spezieller Fachbereich (Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren), der das Ziel verfolgt, Menschen in Not Hilfe zukommen zu lassen. Diese erfolgt entweder durch Gewährung verschiedener Finanzleistungen oder in Form verschiedener Angebote für Ältere. Alle altersrelevanten Themen sind im Internet auf der Seite des Fachbereiches sowie in einem jährlich erscheinenden Wegweiserbuch „Was tun, wenn ...?“ erhältlich. Seit 1990 haben die Senioren in Mannheim ihren eigenen Mannheimer Seniorenrat e.V., der in der Öffentlichkeit für die Interessen der älteren Menschen eintritt und eine Anlaufstelle für alle älteren Bürgerinnen und Bürger bietet sowie berät und informiert.

A). Offene Altenhilfe

Beratung: In der Stadt arbeitet ein zentrales *Seniorenbüro* mit *Anlaufstelle und Info-Point* für Ältere (Koordinierungsstelle Rund ums Alter). Zu den Aufgaben des Büros gehören die Beratung (speziell auch professionelle Wohnberatung) sowie die Koordination aller von der Stadt betriebenen Angebote für ältere Menschen. In den sieben Stadtregionen befinden sich örtliche *Seniorenberatungsstellen*, die ältere Menschen und deren Angehörige umfassend über Hilfen und Möglichkeiten zu einem möglichst selbstständigen Leben im Alter sowie wohnortnahe ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfeangebote informieren. Dazu gibt es auch 4 Beratungsstellen von Wohlfahrtsorganisationen (ASB, DPWV, DRK, JUH), 7 Beratungsstel-

⁵³ Die Bestandsaufnahme bezieht sich auf Ende des Jahres 2007.

len der Caritas, 6 Beratungsstellen des Diakonischen Werkes und zahlreiche Beratungsstellen anderer Organisationen. Beratung und Auskunft wird auch von *sozialen Diensten* der Stadt Mannheim gegeben. Die Arbeit wird unter 8 Bezirksgruppen aufgeteilt, die vor Ort für jeden frei zugänglich sind. Erwähnenswert sind darüber hinaus die Beratungsstellen in Gesundheitsfragen: der Verein zur Beratung und Begleitung älterer und verwirrter Menschen und ihrer Angehörigen sowie der Gesundheitstreffpunkt Mannheim (Auskünfte, Kontakte zu Selbsthilfegruppen).

Aktivität/Freizeitgestaltung/Bildung: In jedem Stadtbezirk ist mindestens ein *Seniorentreff* platziert. 18 Seniorentreffs werden von der Stadt geleitet und 5 zusätzliche sind in freier Trägerschaft. Sie bieten Aktivitäten jeder Art an, die eine sinnvolle Freizeitgestaltung und Kontaktmöglichkeiten vermitteln. In den sogenannten *Hobbygruppen* wird kognitiven und körperlichen Freizeitaktivitäten nachgegangen. Die Treffs funktionieren auch als Seniorenbüros und Beratungsstellen, z.B. zum Thema Wohnen im Alter. Neun Sportvereine bieten *Senioren-sport* an (z.B. DJK Feudenheim, TSV Mannheim). Von dem Seniorenbüro Mannheim wird ein *Veranstaltungs- und Reiseservice für Senioren* geführt, der alle Reiseangebote auf die Bedürfnisse älterer Bürger und Bürgerinnen zuschneidet. Ein ähnliches Angebot ist bei der Abendakademie (Studienreisen), der AWO (Erholung und Urlaub), dem Diakonischen Werk (Erholung und Kuren) oder dem DRK (Betreutes Reisen) zu finden. *Bildung im Alter* wird von 30 verschiedenen Institutionen angeboten (teilweise fallen geringe Kosten an). Die größten davon sind die Abendakademie, die Volkshochschule und das Seniorenstudium der Universität Mannheim. Ältere Personen, die sich *ehrenamtlich engagieren* möchten, können sich an 9 verschiedene Organisationen wenden (z.B. Aktive Senioren Mannheim e.V., ASB-Hospizwerk, MAchMit-Verein zur Förderung bürgerschaftlichen Engagements e.V.).

Mobilität: Der Rhein-Neckar Verkehrsverbund bietet die „Karte ab 60“ an, die zur Benutzung des öffentlichen Nahverkehrs im Gesamtnetz des RNV unter günstigen Bedingungen berechtigt. Für Menschen mit Behinderung, die die öffentlichen Verkehrsmittel nicht mehr nutzen können, stehen Fahrdienste von drei Organisationen zur Verfügung (DRK, Gesellschaft zur Betreuung und Pflege alter Menschen und JUH) (kostenpflichtig).

B). Ambulante Altenhilfe

Ärztliche und pflegerische Dienstleistungen: Es gibt in Mannheim 34 *ambulante Pflegedienste* (JUH, GeBeP, ASB, Katholische Familienpflege). Davon werden 22 von diversen privat-

gewerblichen Unternehmen betrieben⁵⁴. Die zwei *Sozialstationen* der AWO, 5 Stationen der Caritas, 3 Stationen der Diakonie sowie eine der GeBeP haben jeweils ihre Einzugsbereiche und sind deswegen in allen Stadtbezirken vertreten. Ein *Hausnotruf* wird von ASB, JUH, DRK und Maltesern zur Verfügung gestellt. Auf einen *Arzt* kommen in Mannheim etwa 441 Einwohner.

Hauswirtschaftliche Dienstleistungen: Unter hauswirtschaftliche Dienste fallen Putzdienste, Einkäufe, Begleitungen außer Haus, Reparaturen u.v.m. Diese werden in Mannheim von 12 verschiedenen Organisationen angeboten (z.B. AWO, DRK, DPWV). *Essen auf Rädern* kann bei DPWV, DRK, JUH, Maltesern, 7 Pflegeheimen (z.B. Pflegeheim Lindenhof, Pflegeheim Käfertal) sowie 2 privaten Anbietern in Anspruch genommen werden. 11 Pflegeheime (z.B. Haus Waldhof, Haus Neuhermsheim) sowie 7 Seniorentreffs (Friedrichsfeld, Käfertal, Rheinau, Neckarau, Gartenstadt, Schönau, Waldhof) bieten einen stationären Mittagstisch an.

Soziale Kontaktdienstleistungen: Besuchsdienste werden von DRK, Caritas, Deutschem Sozialwerk, Seniorenrat Mannheim e.V. und vielen katholischen sowie evangelischen Kirchengemeinden ehrenamtlich angeboten. Darüber hinaus ist es möglich gegen Bezahlung einen Besuchsdienst von ambulanten Pflegediensten zu empfangen.

Ambulante Hospizhilfe: Mit der Ökumenischen Hospizhilfe des Diakonischen Werkes, dem Brückenpflegeteam am Universitätsklinikum Mannheim sowie dem Hospizwerk des Arbeiter-Samaritaner-Bundes besteht in Mannheim ein breit gefächertes Angebot an ambulanter Hospizbetreuung. Schwerkranke und sterbende Menschen und ihre Angehörigen werden von einer Vielzahl fachlich ausgebildeter und ehrenamtlich Tätiger im häuslichen Bereich betreut.

C). Stationäre und teilstationäre Altenhilfe

Im Mannheim gibt es 25 *Pflegeheime*⁵⁵ mit 2.664 Plätzen (Stadt Mannheim, 2009). In der Planung sind 5 weitere Heime mit ca. 420 Plätzen, da der Bedarf viel größer ist als das Angebot. *Kurzzeitpflege* wird von Pflegeeinrichtungen geleistet, indem sie einen Teil ihrer Dauerplätze für Kurzzeitpflege zur Verfügung stellen (ca. 4,5% der Plätze). *Tagespflege* wird durch 3 Pflegeheime, die über eine Tagesstätte verfügen, und 3 weitere Tagesstätten der GeBeP (Käfertal, Mitte, Neckarstadt) sichergestellt. Im Bereich des betreuten Wohnens existieren in Mannheim zurzeit 656 Wohnungen, die sich in 15 Wohnanlagen befinden. Alle sind belegt und werden ständig nachgefragt.

⁵⁴ Den Daten der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder zufolge gab es in Mannheim Ende des Jahres 2005 37 Pflegedienste, die 860 Mitarbeiter beschäftigten (Statistisches Bundesamt, 2007).

⁵⁵ Die Pflegestatistik von 2005 berichtet für Mannheim von 30 Pflegeheimen mit 2.688 Plätzen, davon 121 mit Kurzzeitpflege; das Personal in Pflegeheimen betrug 1.993 Mitarbeiter (Statistisches Bundesamt, 2007).

Mannheim verfügt darüber hinaus über 2 *geriatrische Zentren* (Diakoniekrankenhaus, Klinikum Mannheim), die die ganzheitliche Betreuung dadurch fördern, dass im Krankheitsfall klinische Einrichtungen und Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen integriert werden und jeweils in enger Verbindung mit der Universitätsklinik gearbeitet wird: *Das Gerontopsychiatrische Zentrum* ist ein Teil des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit. Das Zentrum besteht aus einer Station, einer Altentagesklinik und einer Gedächtnisambulanz. *Stationäre Hospizhilfe* wird in Mannheim auf einer Palliativstation in der III. Medizinischen Klinik (14 Plätze) sowie im St. Vincent Hospiz (8 Plätze) geleistet. Das Klinikum Mannheim, das Diakoniekrankenhaus und das Theresienkrankenhaus gehören zu den drei Krankenhäusern, die für alle kranken Menschen in Mannheim sorgen.

Die sozialräumliche Darstellung zentraler Infrastruktureinrichtungen für ältere Menschen in Mannheim kann Abbildung A.1 (Anhang A) entnommen werden. Obwohl die Abbildung nicht vollständig ist, gab sie dennoch wichtige Hinweise, die dabei geholfen haben, die fünf Stadtbezirke für die weitere Analyse auszuwählen.

4.2.1.2 Zur Analyse ausgewählter Mannheimer Stadtbezirke

Aufgrund aller zugänglichen Informationen über die Mannheimer Stadtbezirke und in Anbetracht der für die weiteren Analysen notwendigen Variabilität zwischen den untersuchten Regionen wurden folgende in ihrer Sozialstruktur relativ homogene Stadtbezirke ausgewählt:

1. Lindenhof: eine innenstadtnahe, gehobene Wohnlage; stark urban verdichtet; mit dem größten Anteil an Personen im hohen Alter, der in der Zukunft noch stark zunehmen wird; sehr gut entwickelte Infrastruktur für ältere Leute; ein eigenes Gastronomiezentrum; sehr gute Einkaufsmöglichkeiten; nah am Kulturzentrum; Nähe zu Gewässern (Rhein); mit ÖPNV direkt an das Stadtzentrum angebunden; Ausländer bilden 12% der Gesamtbevölkerung.
2. Schwetzingenstadt/Oststadt: eine innenstadtnahe, gehobene Wohnlage; stark urban verdichtet; mit großem Bestand alter Villen und Häusern aus der Gründerzeit; mit einem relativ hohen Anteil an hochaltrigen Einwohnern, der zukünftig stabil bleiben wird; die beste Infrastruktur für ältere Menschen in der Stadt; ohne eigenes Einkaufs-, Gastronomie- und Kulturzentrum, da dies die direkt nebenan gelegene Innenstadt oder andere nahe Stadtteile bieten; Nähe zu Grünanlagen (Luisenpark); die Ausländerquote beträgt 17,8%.

3. Feudenheim: ein „neueres“ Wohngebiet, ehemals eigenständige Gemeinde, die von Mannheim eingemeindet wurde und ihre dörfliche Struktur bewahrt hat; weist aber einen sozialen Rang und eine Siedlungsstruktur auf, die eher den großzügig gehobenen Lagen anderer „neuerer“ Wohngebiete (mit großen Gärten, hohem Einfamilienhausanteil und großen Wohnflächen) entsprechen; am östlichen Stadtrand am Neckar gelegen; mit dem zweitgrößten Anteil an sehr alten Leuten, der in der Zukunft stabil bleiben wird; mittelmäßige Infrastruktur für ältere Menschen: zwei Seniorentreffs, fehlende Beratungsstellen; das Gastronomiezentrum hat in den letzten Jahren stark abgebaut und die Einkaufsmöglichkeiten haben sich sehr verschlechtert; mit ÖPNV gut an das Stadtzentrum angebunden; Ausländer bilden 6,1% der Gesamtbevölkerung.
4. Seckenheim: ein dörflich strukturierter Vorort; ehemals eigenständige Gemeinde, die nach und nach von Mannheim eingemeindet wurde, aber ihre dörfliche Form stark bewahren konnte; an dem südöstlichen Stadtrand direkt am Neckar gelegen; der Anteil der hochaltrigen Einwohner ist derzeit durchschnittlich, wird aber in der Zukunft zunehmen; keine gute Infrastruktur für ältere Leute vorhanden: fehlende Seniorentreffs und Beratungsstellen; Anbindung mit ÖPNV an das Stadtzentrum ist akzeptabel, kann aber für ältere körperlich beeinträchtigte Menschen problematisch sein; kein Kulturzentrum; Einkaufsmöglichkeiten und Gastronomie nur in einem begrenzten Umfang vorhanden; die Ausländerquote beträgt 14,7% der Gesamtbevölkerung.
5. Waldhof: eine Arbeiter-/Großwohnsiedlung, weniger urbaner Gebietstyp; nördlich vom Zentrum gelegen; baulich heterogen, aber bauhistorisch in Boomphasen zum Teil als „Großwohnprojekt“ entstanden; am nordöstlichen Stadtrand gelegen; der heutige durchschnittliche Anteil der sehr alten Bürger/-innen wird zunehmen; niedrige Pro-Kopf-Wohnfläche; sehr gute Infrastruktur für ältere Menschen: zwei Seniorentreffs, zwei stationäre Mittagstische, örtliche Beratungsstellen etc.; Nähe zu Grünanlagen; mit eigenem Kulturzentrum; die Qualität und Quantität des eigenen Einkaufs- und Gastronomiezentrum hat in den letzten Jahren nachgelassen; Anbindung mit ÖPNV an das Stadtzentrum ist gut, verlangt aber umzusteigen; 15,7% der Gesamtbevölkerung bilden ausländische Bürger/-innen.

Tabelle 3 gibt noch einmal einen Überblick über die wichtigsten demographischen Daten der ausgewählten Stadtbezirke. Leider konnte kein Stadtbezirk aus der dritten Typologiegruppe nach Mamier (1999) ausgewählt werden. Die Neckarstadt-West hat den geringsten Anteil an älteren Personen (0,9%), der in der Zukunft noch um 0,3% abnehmen wird. Darüber hinaus weist über die Hälfte der Einwohner einen Migrationshintergrund auf oder sind 41% Auslän-

der, was gegen die Homogenität der Sozialstruktur des Bezirkes spricht und ein Ausschlusskriterium für die Teilnahme an der Untersuchung gewesen ist (siehe Abschnitt 4.4). Aus ähnlichen Gründen wurde auch auf die Auswahl der Innenstadt für die Analyse verzichtet (49% der Gesamtbevölkerung mit Migrationshintergrund, 38% Ausländer) und dagegen zwei innenstadtnahe Bezirke gewählt (Lindenhof und Schwetzingenstadt/Oststadt).

Tabelle 3: Bevölkerung in den ausgewählten Mannheimer Stadtbezirken (Stand: 31.12.2007).

Stadtbezirk	Fläche qkm	Alle Einwohner				Einwohner 85+			Einwohner 85+ in 2020		
		Gesamt	M	F	DA	Gesamt	M	F	Gesamt		
Feudenheim	6,16	15.371	7.224	8.147	46,1	450	2,9%	124	326	433	2,9%
Lindenhof	2,37	13.338	6.273	7.065	45,0	486	3,6%	131	355	567	4,2%
Schwetzingenstadt/ Oststadt	4,41	25.278	12.390	12.888	43,0	654	2,6%	158	496	661	2,6%
Seckenheim	9,42	15.895	7.721	8.174	40,3	276	1,7%	73	203	350	2,2%
Waldhof	12,87	24.361	12.061	12.300	42,2	426	1,7%	129	297	543	2,3%
Gesamt	144,95	327.489	163.084	164.405	42,4	6.606	2,0%	1.668	4.938	8.097	2,7%

M: Männer; F: Frauen; DA: Durchschnittsalter

Quelle: Kommunale Statistikstelle der Stadt Mannheim.

Eine Analyse von Otte (2001) zum Stadtimage Mannheims⁵⁶ unterstützt die hier getroffene Auswahl dergestalt, dass sich diese Stadtteile in bessere und schlechtere unterteilen lassen. Auf einem von den Autoren gebildeten Attraktivitätsrating der Mannheimer Stadtteile befinden sich drei der hier ausgewählten Stadtbezirke unter hoch präferierten und zwei unter wenig beliebten Wohnlagen. Interessanterweise konnte man erkennen, dass die Stadtteile mit dem besten Image gleichzeitig auf den vorderen Plätzen der Zufriedenheitsurteile der Bewohner rangierten: die Oststadt auf Platz 1, Feudenheim auf Platz 4 und der Lindenhof auf Platz 7. Die zwei Bezirke, die in der Platzierung nicht gut abgeschnitten haben und in denen eine unterdurchschnittliche Zufriedenheit mit der Wohnumgebung vorherrschte, waren Seckenheim auf Platz 16 und Waldhof auf Platz 20.

4.2.2 Polen: Danzig (Gdańsk)

Danzig liegt in Nordpolen, westlich der Weichselmündung und ist Hauptstadt der Woiwodschaft Pommern. Auf einer Fläche von 262,58 qkm, die in 30 Stadtteile aufgeteilt ist (siehe Abbildung 10), wohnen 435.065 Einwohner (Stand: 31.12.2007)⁵⁷. Danzig ist seit der Hansezeit als Handelsstadt vor allem wegen seiner günstigen Lage an der Ostsee bekannt. Der

⁵⁶ In die Analyse von Otte (2001) wurden nicht die 17 Stadtbezirke, sondern 24 Stadtteile einbezogen. Für den Vergleich mit der eigenen Untersuchung ist dieser Unterschied jedoch nicht von Bedeutung.

⁵⁷ Die demographischen Informationen wurden von der Statistikstelle der Stadt Danzig zur Verfügung gestellt und wenn nicht anders angegeben, beziehen sich die Daten auf das Jahr 2007 (31.12.2007).

Hafen spielt immer noch eine große Rolle für die polnische Wirtschaft. Die wichtigsten Industrien der Stadt sind der Schiffbau, die petrochemische und chemische Industrie sowie neuerdings Hochtechnologien wie Elektronik und Telekommunikation. Mehr als die Hälfte aller Häuser in Danzig wurden im Zweiten Weltkrieg zerstört. Große Teile der Stadt wurden auf mehr als 40 Hektar wiederaufgebaut.



Abb. 10: Die 30 Danziger Stadtteile.

Zusammen mit dem zwölf Kilometer entfernten Zoppot (Sopot) und dem noch weiter an der Bucht entlang Richtung Norden liegenden Gdingen (Gdynia) bildet Danzig die sogenannte Dreistadt (Trojmiasto). Eine S-Bahn-Linie verbindet die drei Städte. Der innenstädtische Verkehr in Danzig besteht aus 15 Straßenbahnlinien und einem sehr dichten Busnetz. Danzig ist das Kultur-, Wissenschafts- und Wirtschaftszentrum Nordpolens. Es verfügt über acht Theater, sieben Kinos, eine Oper sowie eine Philharmonie und zahlreiche Museen. Viele Festivals und Ausstellungen ergänzen das bunte Kulturangebot der Stadt. Im Vergleich mit anderen polnischen Städten kann Danzig als eine grüne Stadt bezeichnet werden – 134,4 qm Grünfläche pro Person (vorwiegend Wald; in der Stadt acht große Parks).

Danzig hat 68.697 Einwohner im Alter von 64 Jahren und älter⁵⁸, dies entspricht 15,8% der Bevölkerung. Zwischen einzelnen Stadtteilen sind große Unterschiede zu beobach-

⁵⁸ Leider sind detaillierte Informationen auf der Ebene der Stadtteile nur für Personen im Alter von 64 Jahren und älter erhältlich. Für das Alter von 65 Jahren und darüber wurde nur die Gesamtzahl der Personen benannt (68.594), die 15,1% der Bevölkerung ausmacht und im Vergleich mit dem Wert für die ganze Republik Polen höher liegt (13,5%).

ten, die sich zwischen 5,4% in Matarnia und 29,3% in VII Dwor bewegen. Der Anteil der Bürger und Bürgerinnen im Alter von 85 Jahren und mehr beträgt 1,3%. Das sind 4.146 Frauen und 1.553 Männer. Vergleicht man diese Angaben mit denen für Mannheim, so wird deutlich, dass die absoluten Zahlen nur gering voneinander abweichen. Lediglich der Hochaltrigenanteil in der Gesamtbevölkerung ist in Mannheim um 0,7% höher.

Die Streuung zwischen einzelnen Danziger Stadtteilen in Bezug auf den Anteil von sehr alten Menschen ist noch ausgeprägter als für die jüngere Gruppe. Einerseits gibt es Stadtteile wie Matarnia, Kokoszki oder Krakowiec, in denen lediglich von 0,3% bis 0,7% der Einwohner zu der Gruppe der Hochaltrigen gehören, andererseits existieren auch Stadtteile wie Oliwa, Aniolki oder Strzyza, in denen entsprechend 2,6%, 2,1% und 2,1% der Bevölkerung im sehr hohen Alter ist. Eine ausführliche Darstellung der Altersgruppen in den einzelnen Stadtteilen kann Anhang A entnommen werden (siehe Tabelle A.2).

In Anbetracht dessen, dass der Anteil von 85+ in Polen etwa 1,1% und der von 65+ ca. 13,1% beträgt, kann man sagen, dass Danzig zu den polnischen Städten gehört, in denen der Alterungsprozess der Gesellschaft schneller abläuft. Deshalb war gerade diese Stadt für die eigene Untersuchung von besonderem Interesse, da davon ausgegangen werden konnte, dass die Stadtverwaltung diese Alterungsprozesse erkannt hatte und entsprechende Maßnahmen unternahm, um die Gegenwart und die Zukunft für die älteren Bürgern/-innen in der Stadt zu sichern.

Leider werden die demographischen Zukunftsprognosen für die Danziger Stadtteile nicht berechnet. Aus diesem Grund muss auf Zukunftsszenarien bei der Auswahl von Stadtteilen für die weiteren Analysen verzichtet werden. Allerdings kann basierend auf der bisherigen Entwicklung auf jeden Fall angenommen werden, dass Danzig dem weltweiten Alterungstrend der Gesellschaft folgt.

4.2.2.1 Bestandsaufnahme der Infrastruktur für ältere Menschen in Danzig

Das Danziger Altenhilfesystem ist in ähnlicher Art und Weise aufgebaut wie in Mannheim. Die Altenarbeit wird von der Stellvertretenden Bürgermeisterin für Soziales koordiniert. Das von der Stadt geführte Regionale Zentrum für Sozialhilfe (MOPS) hat die Aufgabe, allen Menschen in Not zu helfen. Es gibt kein spezielles Organ für die Altenhilfe. Das äußert sich dergestalt, dass die Altenhilfe in großem Umfang mit der Behindertenhilfe vermischt wird. Daher ist auch das Image der Hilfe für die älteren Personen in Polen allgemein nicht optimal. Die Integration der Altenarbeit in Danzig stellt ein weiteres Problem dar. Alle Informationen für diese Bestandsanalyse wurden bei verschiedenen Trägern gesammelt und zusammenge-

stellt. Für die im Jahre 2004 geschriebene *Strategie zur Lösung sozialer Probleme der Stadt Danzig* wurde zwar eine Ist-Analyse durchgeführt, diese wurde jedoch in Form von Verbesserungsempfehlungen (Soll-Situation) formuliert und ist daher nur bedingt brauchbar. Im Jahre 2007 wurde bei der Stadt der *Seniorenrat* ins Leben gerufen. Seine Aufgaben sind unter anderem Beratung der Stadtorgane in allen Altersfragen, Organisation von gesundheits- und Potenziale fördernden Programmen für Senioren sowie Seniorenvertretung in der Öffentlichkeit. Seine bisherigen Aktivitäten lassen hoffen, dass die Altershilfe in Danzig in der nahen Zukunft präsenter wird.

A). Offene Altenhilfe

Beratung: *Das Regionale Zentrum der Sozialhilfe* hat fünf Filialen, die vor Ort für die Bürger und Bürgerinnen sorgen sollen. Diese sind für finanzielle Beihilfe, ambulante Pflege und stationäre Pflege zuständig und werden vorwiegend von Personen aus den finanziell schwachen Sozialschichten aufgesucht. Beratung erfolgt hier in Form von psychologischen, pädagogischen oder juristischen Interventionen. Diese werden aber von den älteren Menschen selten in Anspruch genommen. In der Stadt gibt es zwar seit 2007 ein Zentrum, in dem sich ältere Personen zu allen Themen beraten lassen können und Informationen über alle von der Stadt betriebenen Angebote für ältere Menschen bekommen, dieses steht jedoch unter dem Namen „*Informations- und Hilfszentrum für Behinderte*“ und wird von Senioren eher aufgesucht, um existenzielle Probleme zu lösen, und nicht um alltagspraktische Beratung zu erhalten oder ihre Freizeit zu gestalten. Bis jetzt wurde für ältere Bürger/-innen keine Informationsbroschüre zu relevanten Altersthemen und der Altenhilfe in der Stadt herausgegeben. Demzufolge wäre die Eröffnung einer Koordinationsstelle rund um das Thema Alter ausgesprochen wichtig.

Aktivität/Freizeitgestaltung/Bildung: Die 30 *Danziger Seniorenklubs* funktionieren ähnlich wie die *Seniorentreffs* in Mannheim. Allerdings ist ihre Trägerschaft unterschiedlich: drei werden von universitären Einrichtungen geleitet (Universitätsklinik, Universität und Technische Hochschule); sechs arbeiten bei den städtischen Tagesstätten oder Pflegeheimen; zwei bei der Caritas; zwei bei Kirchen, fünf werden von Stiftungen geleitet und zwölf können bei zahlreichen Kulturhäusern oder Siedlungsklubs in den einzelnen Stadtteilen aufgesucht werden. Sie bieten Aktivitäten jeder Art an, von Kontakt- und Freizeitgestaltungsmöglichkeiten über körperliche Aktivitäten bis zur Bildung. Diese können mit den Hobbygruppen, die in Mannheim bestehen, verglichen werden. Sport im Alter wird von den Sportvereinen in Danzig noch nicht angeboten. *Senioren-sport* kann also nur im Rahmen der

Hobbygruppen bei den Seniorenklubs betrieben werden. Als vorbildlich kann hierzu das „Rehabilitationszentrum durch Bewegung für Senioren“ genannt werden (Zaspa), das als erste Einrichtung in Danzig die Bedeutung von Sport und Bewegung im Alter erkannt hat und zahlreiche Aktivitäten anbietet. Wie bereits beschrieben, wird *Bildung im Alter* von Seniorenklubs angeboten. Darüber hinaus gibt es auch die Möglichkeit, an dem Seniorenstudium der Universität Danzig oder der Pommern Seniorenakademie teilzunehmen. An der Universität Danzig gibt es auch seit kurzem ein Aktivitätszentrum für Senioren, das in Kürze nicht nur Bildung, sondern auch *Exkursionen* für die älteren Bürger und Bürgerinnen anbieten wird. Ältere Menschen, die sich *ehrenamtlich engagieren* möchten, können sich an das Zentrum für Volontariat, die Koordinierungsstelle des bürgerschaftliches Engagements bei dem Regionalen Zentrum der Sozialhilfe (leitet fünf Klubs für Volontariate) oder an die Caritas wenden.

Mobilität: Der Verkehrsverbund der Dreistadt bietet für alle, die das 70. Lebensjahr vollendet haben, die kostenlose Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs im Gesamtnetz an. Behinderten Personen, die die öffentlichen Verkehrsmittel nicht mehr nutzen können, stehen neun Minibusse des Danziger Verkehrsverbundes zur Verfügung (müssen telefonisch bestellt werden). Außerdem gibt es zwei private Firmen, die ebenfalls einen Transport für kranke und behinderte Personen anbieten (gegen Bezahlung).

B). Ambulante Altenhilfe

Ärztliche und pflegerische Dienstleistungen: Ambulante Pflege in Danzig funktioniert anders als in Mannheim. Sie wird vom Regionalen Zentrum für Sozialhilfe [RZS] organisiert und vermittelt. Die Sozialarbeiter der fünf Filialen des RZS qualifizieren ältere Personen aus ihren Einzugsbereichen für die Dienstleistungen. Sowohl pflegerische als auch hauswirtschaftliche Dienstleistungen werden von der Stadt bezuschusst und von NGO-Organisationen erbracht. Jedoch können nur jene NGO Leistungserbringer sein, die eine Ausschreibung des RZS gewonnen haben. Dabei unterscheidet das RZS zwischen pflegerischen Dienstleistungen für ältere Personen und spezialisierten pflegerischen Dienstleistungen für ältere psychisch kranke Personen. Aktuell werden die pflegerischen Dienstleistungen von vier und die spezialisierten Dienstleistungen von zwei Organisationen erbracht⁵⁹. Darüber hinaus gibt es in der Stadt sieben diverse privat-gewerbliche Unternehmen, die Betreuung und Pflege zu Hause sowie Haushaltshilfe anbieten. Ein *Hausnotruf* im dem Sinne, wie es ihn in Mannheim gibt, ist in Danzig nicht vorhanden. Im Notfall muss eine Notrufzentrale per Telefon kontaktiert werden. In Bezug auf die ärztliche Betreuung in der Stadt ist es schwierig eine eindeutige Aussage zu

⁵⁹ Dem Bericht des RZS zufolge (Stadt Danzig, 2008) haben im Jahre 2007 1.150 Personen pflegerische Dienstleistungen und 89 Personen spezialisierte Dienstleistungen in Danzig erhalten.

treffen, weil es keine Statistiken für die Stadt, sondern nur für die ganze Woiwodschaft gibt. Der Statistik des Zentralen Arztregisters zufolge (CRL, 2008) kommen auf einen *Arzt* in der Woiwodschaft Pommern etwa 321 Einwohner. Man kann davon ausgehen, dass die Situation in Danzig viel besser ist, da sich im Einzugsbereich der Statistik viele Dörfer und kleine Städte befinden, in denen die Anzahl der Ärzte deutlich geringer ist. In Danzig verfügt jeder Stadtteil über mindestens eine Fachklinik, in der Allgemein- und Fachärzte aufgesucht werden können. Ambulante geriatrische Behandlung wird in 13 Fachkliniken und an der Universitätsklinik Danzig angeboten.

Hauswirtschaftliche Dienstleistungen: Die Organisation von *hauswirtschaftlichen Diensten* funktioniert in Danzig nach dem gleichen Prinzip wie die pflegerischen Dienstleistungen und sie werden auch von den gleichen Organisationen angeboten. *Essen auf Rädern* ist in Danzig nicht vorhanden. Lediglich zwei Pflegeheime (Oliwa und Przymorze), zwei Tagesstätten (Strzyze und Stogi), ein Seniorenklub (Oliwa) sowie drei Kirchen (Zaspa, Oliwa und Olszynka) bieten einen *stationären Mittagstisch* an.

Soziale Kontaktdienstleistungen: Besuchsdienste werden von der Caritas und einigen wenigen katholischen sowie evangelischen Kirchengemeinden ehrenamtlich angeboten.

Ambulante Hospizhilfe: Häusliche Betreuung der todkranken und sterbenden Menschen wird von dem Dutkiewicz's Hospiz und der Gesellschaft der Krankenfreunde geleistet.

C). Stationäre und teilstationäre Altenhilfe

In Danzig gibt es sieben *Pflegeheime*⁶⁰, die über 374 Plätze verfügen (Stadt Danzig, 2008). Zwei davon werden von der Stadt Danzig geführt, eins gehört der Caritas, zwei sind in der Stiftungs- und zwei in der privaten Trägerschaft. Es gibt darüber hinaus ein kleines Pflegeheim (15 Plätze) für an Alzheimer erkrankte Personen. Auf einen Pflegeheimplatz wartet man durchschnittlich ein Jahr. Daher stehen der Stadt 10 Plätze für einen begrenzten Aufenthalt in einem Heim ca. 50 km von Danzig entfernt zur Verfügung. Dort werden jene älteren Menschen untergebracht, die auf einen Pflegeheimplatz warten und nicht mehr selbstständig leben können. Darüber hinaus etabliert sich in Danzig eine für Polen innovative Betreuungsform für ältere Leute – „*Hilfe in der Familie*“. Diese hat sich bei der Kinderbetreuung durchgesetzt und wird in Danzig seit vier Jahren auch in Bezug auf ältere Bürger und Bürgerinnen erfolgreich eingesetzt. Vier Familien betreuen bei sich zu Hause 27 ältere Personen. Die Plätze sind immer belegt und die Nachfrage steigt. Trotz allem decken diese Maßnahmen den Bedarf an stationärer Betreuung in der Stadt nicht. Wenn man die Situation in Danzig mit Mannheim

⁶⁰ Die Heime heißen Heim der Sozialhilfe und sind sowohl für ältere als auch chronisch kranke Personen zugänglich.

vergleicht, wo für ungefähr die gleiche Anzahl von älteren Personen 25 Pflegeheime mit 2.664 Plätzen zur Verfügung stehen, wird das Problem in Danzig noch deutlicher. Wohnformen wie Betreutes Wohnen sind in Polen bisher nicht bekannt.

Kurzzeitpflege existiert in der Stadt fast gar nicht. So wie in Mannheim wird auch hier ein Teil der Dauerplätze in den Pflegeeinrichtungen für Kurzzeitpflege zur Verfügung gestellt. Im Moment sind es jedoch nur 6 Plätze, die den Bedarf dergestalt abdecken, da in Polen Kurzzeitpflege als Form der Betreuung unkonventionell ist und nur selten in Anspruch genommen wird. Sie ist auch in Polen in einem sehr kleinen Umfang zu finden. *Tagespflege* wird in der Stadt durch sechs Tagesstätten sichergestellt (drei kommunale und drei von Stiftungen geführte). Diese verfügen insgesamt über 223 Plätze.

Bis jetzt gibt es in Danzig keine *geriatrischen Zentren*, die mit denen in Mannheim verglichen werden können. An der Universitätsklinik Danzig arbeitet die I. Klinik für Innere Medizin, Geriatrie und Toxikologie, in der die Altersmedizin spezielle Beachtung findet. Das einzige Krankenhaus mit einer geriatrischen Station befindet sich in der Innenstadt (15 Plätze).

Eine *gerontopsychiatrische Einrichtung* kann in der Regionalen Psychiatrischen Klinik (Danzig Wrzeszcz) aufgesucht werden. Die Klinik bietet stationäre (10 Plätze) sowie ambulante Behandlung. *Stationäre Hospizhilfe* wird in Danzig nur für krebserkrankte Patienten angeboten (30 Plätze). Letztlich sind die Universitätsklinik Danzig und vier weitere *Krankenhäuser* zu nennen, die sich in verschiedenen Stadtteilen befinden und für alte und kranke Menschen Sorge tragen.

4.2.2.2 Zur Analyse ausgewählter Danziger Stadtteile

Bei der Auswahl der Stadtteile ist wieder davon ausgegangen worden, eine möglichst große Variabilität in der Stichprobe zu erreichen. Demzufolge wurden Stadtteile gesucht, die gute und schlechte Lebensbedingungen für ältere Personen abbilden können. Manche Stadtteile kamen bei der Auswahl überhaupt nicht in Frage, da die Anzahl der dort lebenden hochaltrigen Personen zu klein war (11 Stadtteile). In Mannheim kam dieses Problem überhaupt nicht vor, hier arbeitete man mit dem Begriff Stadtbezirk. Obwohl die Mannheimer Stadtbezirke im Vergleich zu den Danziger Stadtteilen im Allgemeinen kleiner sind, weisen sie eine höhere Bewohnerdichte auf, die das Problem von zu kleinen Stichproben zu umgehen half.

In Anbetracht aller gesammelten Informationen zur demographischen, geographischen sowie infrastrukturellen Situation in der Stadt Danzig wurden für die Analyse die fünf folgenden Stadtteile ausgewählt:

1. Oliwa: an dem südlichen Stadtrand gelegen; ein gehobener und in Danzig als bester angesehener Stadtteil; stark urban verdichtet; mit großem Bestand alter Villen und Häusern aus der Gründerzeit; mit dem größten Anteil an Personen im hohen Alter; ein grüner Stadtteil (Garten Oliwa, Zoologischer Garten, viele Wälder und Naturreservate); Nähe zu Gewässern (Bach Oliwa, See Oliwa); gute Stadtinfrastuktur; ein eigenes Einkaufs- und Gastronomiezentrum; viele kulturelle Einrichtungen (Museen, Ausstellungen); regelmäßige Konzerte im Kloster Oliwa; wenig Angebote für ältere Leute (ein stationärer Mittagstisch, ein Seniorenklub, eine Seniorenstudiumseinrichtung, kein Informationspunkt); keine geriatrische Ambulanz; mit öffentlichen Verkehrsmitteln direkt an das Stadtzentrum angebunden; viele Fahrradwege; am Bahnhof Oliwa halten alle Nah- und Fernzüge.
2. Zaspą Młyniec: eine Plattenbausiedlung, die in den 1970er Jahren erbaut wurde; nordwestlich vom Zentrum gelegen; besteht vorwiegend aus Hochhäusern (4 bis 12 Stockwerke); hohe Pro-Kopf-Wohnfläche; attraktiv aufgrund seiner Lage nahe an anderen guten Stadtteilen; relativ hoher Anteil an hochaltrigen Personen; sehr gute Stadtinfrastuktur; ein eigenes großes Einkaufszentrum, wöchentlicher Markt, viele Tante-Emma-Läden; keine Kultureinrichtungen; Nähe zu Grünanlage in der Nachbarschaft; sehr gute Infrastruktur für ältere Leute (eine Tagesstätte, zwei Seniorenklubs, ein Seniorensportzentrum, ein Informationszentrum in der Nähe; ein stationärer Mittagstisch; geriatrische Ambulanz); sehr gute Anbindung an das Stadtzentrum (mit S-Bahn, Straßenbahn und Bus).
3. Orunia/Sw.Wojciech: ehemals eigenständige Gemeinde, die nach und nach von Danzig eingemeindet wurde, aber in Teilen ihre dörfliche Form bewahren konnte; am südöstlichen Stadtrand gelegen; heute eine innenstadtnahe Wohnlage; baulich heterogen, aber bauhistorisch in Boomphasen zum Teil als „Großwohnprojekt“ entstanden; eine sehr heterogene Mischung aus neuerem Plattenbau, alten historischen Mietshäusern und stark vernachlässigten Familienhäusern, die mittlerweile vorwiegend von sozial schwächeren Schichten bewohnt werden; durchschnittlicher Anteil an hochaltrigen Bürgern und Bürgerinnen; Einkaufsmöglichkeiten abhängig von der Wohnlage in dem Stadtteil (zwischen schlecht und gut); große Grünanlagen (Garten Orunia, Park Schopenhauer); Nähe zu Gewässern (Bach Orunia, See Orunia, Fluss Radunia); schlechte Infrastruktur für ältere Personen (ein Seniorenklub am Rande des Stadtteils und eine Filiale des RZS); gute und direkte Anbindung an das Stadtzentrum, innerhalb von 10

Minuten ist man im Zentrum, wo viele kulturelle Einrichtungen ohne Probleme zugänglich sind.

4. Stogi z Przerobka: am nördlichen Stadtrand gelegen; vorwiegend mit Plattenbau, aber auch einzelnen alten Einfamilienhäusern; mit einem relativ großen Anteil an Bürgern und Bürgerinnen im hohen Alter; zahlreiche Einkaufsmöglichkeiten; viele Tante-Emma-Läden; kein Kultur- oder Gastronomiezentrum; direkte Nähe zum Meer und Strand; einige Grünanlagen vorhanden; Infrastruktur für Ältere basiert auf einem großen Komplex, zu dem ein Pflegeheim, eine Tagesstätte und ein Seniorenklub gehören; der Komplex ist nicht nur das Herz der Altenhilfe in dem Stadtteil, sondern auch in der Stadt; an das Stadtzentrum durch zwei Straßenbahnlinien angebunden.
5. Nowy Port⁶¹: ein „neueres“, aber sehr vernachlässigtes und abgebautes Wohngebiet; seine größte Wachstumsphase war in den 1950er Jahren, als sich die Entwicklung des Hafens vollzogen hat; mit dem Abbau des Hafens vergingen auch die guten Entwicklungszeiten für den Stadtteil; heute baulich heterogen; relativ viele hochaltrige Einwohner; keine guten Einkaufsmöglichkeiten (ein einziges Einkaufszentrum und einige kleine Geschäfte); keine kulturellen Einrichtungen, kein Gastronomieangebot; bekannt als der gefährlichste Stadtteil in Danzig; Nähe zur Grün- und Freizeitanlage im Nachbarstadtteil (Brzezno); keine Infrastruktur für ältere Personen; Anbindung mit ÖPNV an das Stadtzentrum ist sehr gut, nimmt jedoch viel Zeit in Anspruch.

In der Tabelle 4 wurden die demographischen Eckdaten für die ausgewählten Stadtteile zusammengeführt.

Tabelle 4: Bevölkerung in den ausgewählten Danziger Stadtteilen (Stand: 31.12.2007).

Stadtteil	Fläche qkm	Alle Einwohner			Einwohner 85+			
		Gesamt	F	M	Gesamt	F	M	
Nowy Port	2,23	11.126	5.804	5.322	200	1,8%	153	47
Oliwa	18,23	18.642	10.051	8.591	481	2,6%	342	139
Orunia/Sw. Wojciech	19,51	16.364	8.474	7.890	247	1,5%	182	65
Stogi z Przerobka	17,03	17.558	9.251	8.307	320	1,8%	256	64
Zaspa Mlyniec	1,27	14.600	7.847	6.753	235	1,6%	147	88
Gesamt Danzig	262,58	435.064	230.882	204.182	5.699	1,3%	4146	1553

M: Männer; F: Frauen

Quelle: Statistikstelle der Stadt Danzig.

⁶¹ Der Name Nowy Port bedeutet Neuer Hafen.

Selbstverständlich darf hierzu nicht übersehen werden, dass in zahlreicher Hinsicht weder die ausgewählten Städte noch die ausgesuchten Stadtteile ein exemplarisches Beispiel für die gesamte Bundesrepublik Deutschland oder Republik Polen darstellen. Der Ländervergleich wurde aus anderen bereits erwähnten Gründen vorgenommen (siehe Abschnitt 4.1). Bei der Auswahl der Städte und Stadtteile wurde das Ziel verfolgt, trotz aller Unterschiede die beiden Städte miteinander vergleichen zu dürfen. So ist zu betonen, dass eine Großstadt in Deutschland und eine Großstadt in Polen ausgewählt wurden, die sich viel stärker in der Quantität als in der Qualität ihrer Infrastruktur voneinander unterscheiden. Wie bereits gezeigt wurde, haben beide Städte zum Beispiel ein gut ausgebautes öffentliches Nahverkehrssystem. Angebote an kulturellen Einrichtungen oder Einkaufsmöglichkeiten sind in beiden Städten vorhanden und die größten Differenzen beziehen sich auf die Altenhilfeleistungen. Das nächste Kapitel soll verdeutlichen, welche weiteren Punkte sich bei dieser ländervergleichenden Untersuchung als sehr ergiebig erwiesen und bei der Planung der Studie bedacht wurden.

4.3 Aspekte der ländervergleichenden Forschung

Wie bereits dargestellt, nimmt die vorliegende Untersuchung einen Ländervergleich zum Ausgangspunkt ihrer Analyse. Hierbei stellt sich allerdings die Frage, ob solch ein Vergleich ohne weiteres statthaft ist und, wenn ja, was dabei beachtet werden sollte. Im Folgenden wird auf einige grundlegende Probleme dieses Forschungsfelds, aber auch auf einige Argumente hingewiesen, die verdeutlichen, dass ein Vergleich der beiden oben genannten Länder innerhalb dieses Projektes möglich ist.

In der Literatur zur ländervergleichenden Forschung werden drei zentrale Aspekte diskutiert, die bei der wissenschaftlichen Ausarbeitung von Fragestellungen aus diesem Gebiet beachtet werden sollen. Erstens wird darauf aufmerksam gemacht, dass eine genaue theoretische Begriffsbestimmung der einzelnen untersuchten Variablen in den unterschiedlichen Ländern notwendig ist, denn verschiedene Nationen können einen Sachverhalt ganz unterschiedlich definieren (Köbben, 1979; Teune, 1973). Demnach produziert ein Ländervergleich, der diese Unterschiedlichkeit nicht berücksichtigt, artifizielle Ergebnisse. Die Arbeitslosenstatistik, der Wohlstand und die Armut sind hier gute Beispiele. In der vorliegenden Arbeit fand dieser Punkt besondere Berücksichtigung in Bezug auf die großen sozioökonomischen Unterschiede zwischen den beiden Ländern. Demzufolge wurde die Sozialschichtzugehörigkeit als Indikator für den sozioökonomischen Status gewählt, wobei für Deutschland und

Polen drei getrennte Schichtindizes auf der Basis des Durchschnittseinkommens des jeweiligen Landes gebildet wurden (ausführlich dazu siehe Abschnitt 4.6).

Zweitens sollte die Auswahl von geeigneten und vergleichbaren Messinstrumenten sowie Survey-Techniken mehr Aufmerksamkeit in der ländervergleichenden Forschung finden (Köbben, 1979). Angesichts großer kultureller Unterschiede zwischen den einzelnen Nationen können die in den Industrieländern bewährten Methoden in anderen Weltregionen oft verzerrte Antwortmuster oder Haltungen provozieren⁶². Die Mehrheit der in dieser Studie eingesetzten Instrumente stellen daher valide und reliable Fragebogen dar, die seit langer Zeit in der Forschung angewendet werden und in den beiden untersuchten Ländern gut etabliert sind. Zusätzlich, um die Verständlichkeit des kompletten Manuals zu überprüfen, wurden in den beiden Ländern Pilotuntersuchungen durchgeführt (siehe nächster Abschnitt).

Drittens sei noch auf die Ausgangsnormen und Bedingungen für die vergleichende Forschung hingewiesen. Diese sind von divergierenden Regulierungen abhängig und äußern sich z.B. in einer unterschiedlichen Datenverfügbarkeit oder ungleichen Definition der Auswahlpopulation⁶³. Zum Beispiel wird in den skandinavischen Ländern der Zugang zu kompletten Einwohnermelderegistern auch für private kommerzielle Meinungsforschungsinstitute möglich, während in Italien nur das Nationale Statistische Amt diese Möglichkeit hat. Sowohl in Polen als auch in Deutschland gab es keine Probleme in dieser Hinsicht, da in den beiden Ländern die persönlichen Daten aus dem Einwohnermelderegister für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung gestellt werden können. Während allerdings in Deutschland die demographischen Daten über hochaltrige Personen als Standardinformationen von der Kommunalen Statistikstelle der Stadt Mannheim gesammelt und ausgewertet werden, existiert eine solche Statistik in Polen nicht und musste speziell für die Zwecke dieser Arbeit durch die Abteilung für Einwohnerevidenz der Stadt Danzig angefertigt werden. Das gleiche Problem wurde in Bezug auf die Informationen über infrastrukturelle Rahmenbedingungen für ältere Personen und vor allem Altenhilfe identifiziert. Verschiedene Berichte und Informationsflyer, die in Deutschland im Internet oder auf Anfrage frei zugänglich sind, sind in Polen nur teilweise vorhanden und werden ausschließlich den Mitarbeitern des Sozialhilfebereichs intern zur Verfügung gestellt.

⁶² Köbben (1979) stellt ein Beispiel aus einer Untersuchung zur Geburtenkontrolle in Ghana zur Diskussion. Hierbei wichen die Ergebnisse aus der Beobachtung erheblich von denjenigen aus der Befragung zu derselben Thematik ab. Obwohl die untersuchten Frauen dem Fragebogen zufolge über unzureichendes Wissen auf diesem Gebiet verfügten, zeigte sich in der Alltagspraxis eine sehr positive Tendenz. Die Befragung allein hätte demnach zu artifiziellen Ergebnissen geführt.

⁶³ So werden in Schweden die über 85-Jährigen und in Griechenland oder Spanien diejenigen Personen, die in dünn besiedelten Gebieten leben, von der Auswahlpopulation ausgeschlossen (Lynn, 2003).

Diese kurze Zusammenstellung der Problematik auf dem Gebiet der ländervergleichenden Forschung macht schon deutlich, dass gerade hierzu eine sorgfältige Theoriebildung, eine genaue Indikatorenbestimmung sowie eine gut überlegte Methodenauswahl unabdingbar sind. Wie bereits dargestellt, wurde ein Teil von diesen Problemen in einer eigenen Untersuchung identifiziert, was aber die Durchführung der vergleichenden Analysen zwischen den beiden Ländern nicht in Frage stellt. Kaelble (1997) weist darauf hin, dass ein Vergleich nicht nur zwischen westeuropäischen, sondern auch zwischen west- und osteuropäischen Staaten möglich ist. So zeigen diese Länder bereits genauer erforschte Gemeinsamkeiten, die einigermaßen ähnliche Lebensbedingungen begründen. (1) Enge geistige und wirtschaftliche Beziehungen zwischen den einzelnen europäischen Nationen und über die Ländergrenzen hinaus hat es schon seit dem Mittelalter gegeben. (2) Des Weiteren haben zentrale historische Ereignisse, wie z.B. die Französische Revolution und in ihrer Folge die Epoche der Aufklärung, die gesellschaftliche Entwicklung in allen europäischen Ländern vorangetrieben. (3) Die ähnliche „europäische“ Stadtentwicklung und Planung ästhetischer Aspekte tragen bis heute dazu bei, dass die Lebensqualität in europäischen Städten im Allgemeinen hoch ist. (4) Wie schon im Rahmen dieses Kapitels erwähnt wurde, weisen die beiden Länder eine weitere europäische Besonderheit auf – das Wohlfahrtssystem.

Zusammenfassend kann hierzu festgehalten werden, dass, während ein Vergleich zwischen Nationen mit ganz unterschiedlichem kulturellem Hintergrund, Herrschaftsverhältnissen oder wirtschaftlichen Rahmenbedingungen (z.B. Deutschland – Nigeria) schwierig und nur mit aller Vorsicht zu bewerkstelligen wäre, ein Deutschland-Polen-Vergleich vertretbar und im Hinblick auf die Fragestellung der vorliegenden Studie sogar sehr zu empfehlen ist (vgl. Abschnitt 4.1).

4.4 Rekrutierung und Studienverlauf

In Polen und Deutschland wurden Adaptationsprozesse von Menschen im hohen Alter und ihre Abhängigkeit von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen analysiert. Es wurde geplant 30 Personen in jedem Stadtteil zu untersuchen. Damit sollte sich die Stichprobe in jedem Land auf etwa 150 hochaltrige Personen belaufen.

Die Ziehung der Stichproben erfolgte über die Einwohnermeldeämter der beiden Städte und basierte bis auf zwei Ausschlusskriterien in Deutschland und bis auf ein Ausschlusskriterium in Polen auf einer ganzen Population – allen 85-jährigen und älteren Personen, die zum Zeitpunkt der Erhebung in der Stadt angemeldet waren. Im Vorfeld wurden aus der Stichpro-

be Individuen ausgeschlossen, (1) die keine deutsche Staatsangehörigkeit besaßen (deutsche Stichprobe), weil man bei diesen älteren Personen sprachliche Probleme und Integrations-schwierigkeiten erwartete, die den Zugang zur Infrastruktur erschweren oder gar unmöglich machen, und (2) die in Pflegeeinrichtungen lebenden Hochaltrigen (deutsche und polnische Stichprobe), da institutionelle Normen zu völlig anderen „Lebensqualitäten“ führen können. Weitere methodische Überlegungen, die zu dieser Entscheidung führten, waren die zu untersuchenden Ressourcen. Es sollten nicht nur individuelle, sondern auch infrastrukturelle Ressourcen, die der Person zur Verfügung stehen, erfasst werden. Die Pflegeeinrichtungen sind vorwiegend geschlossene Institutionen mit einer eigenen Versorgungsinfrastruktur, was folglich dazu führt, dass die Stadtinfrastruktur den Bewohnern nicht mehr zur Verfügung gestellt wird (vgl. Hummel, 1982). Nur die Wohnform „Betreutes Wohnen“ ist davon nicht betroffen, diese wurde daher für die Teilnahme zugelassen. Alle Probanden sollten demnach noch in den eigenen vier Wänden leben. Dies sollte allerdings unabhängig davon sein, ob die älteren Menschen bei der Bewältigung des Alltags völlig eigen- und selbstständig waren oder ob sie eine Unterstützung oder Pflegeleistungen durch Dritte in Anspruch nahmen.

Aus dem Anmelderegister wurden jeweils Personen im Alter von 85 Jahren und darüber nach dem gesteuerten Zufallsverfahren (keine Pflegeheimbewohner; deutsche Staatsangehörigkeit) ausgewählt. Da bisherige Studien mit älteren Individuen eine Zustimmungsrate von etwa 60% für die Teilnahme an solchen Studien aufwiesen (vgl. Mayer & P. Baltes, 1996; d’Heureuse & Rott, 2001), wurde für diese Studie eine Ausgangsgröße für die Stichprobenziehung von 250 Personen anvisiert. Auf eine Quotierung der Stichprobe wurde aus theoretischen und praktischen Gründen verzichtet. Erstens standen im Vordergrund der Untersuchung vielmehr Beschreibungen der Zusammenhangsmuster von Aspekten der Person und der Infrastruktur mit Aspekten des Wohlbefindens. Daher wurden hierzu im Hinblick auf das Ziel der Untersuchung und die gestellten Forschungsfragen die lokale Repräsentativität und die Stichprobenheterogenität vorgezogen (vgl. Maddox, 1987; Nelson & Dannefer, 1992). Diese konnten erfolgen, weil die Anmeldepflicht in den beiden Ländern gesetzlich geregelt ist⁶⁴. Demgemäß wurde davon ausgegangen, dass die gesamte Stadtpopulation im Altersraum der 85-jährigen und älteren Bürger und Bürgerinnen erfasst wurde. Somit könnte man die hier angewendete Stichprobenziehung als ein quasi-populationsbasiertes Vorgehen bezeichnen. Zweitens muss bei einer Quotierung in einem so hohen Alter und dazu noch auf der Ebene der einzelnen Stadtteile damit gerechnet werden, dass die Stichprobe nicht gesättigt werden würde. Das Risiko bestand besonders in Danzig, wo es aufgrund der geringen Anzahl

⁶⁴ Der Autorin der Arbeit ist es bewusst, dass diese Register nicht fehlerfrei sind. Sie bieten jedoch den besten Zugang zur gesamten Population.

an älteren Personen in 11 Stadtteilen überhaupt nicht möglich war, eine Stichprobe zu ziehen. Demnach war es für die Durchführung dieser Studie eine wichtige Aufgabe, den Kontakt zu den hochaltrigen Personen überhaupt herzustellen und diese für die Teilnahme zu gewinnen. Statistisch wurde das Problem der fehlenden Quotierung dadurch berücksichtigt, dass in den Analysen Alter, Geschlecht und Einkommen kontrolliert wurden.

Die ausgewählten Personen wurden in einem Anschreiben über das Ziel und den Ablauf der Studie informiert und nach ihrer Bereitschaft zur Teilnahme gefragt. Die Freiwilligkeit der Teilnahme wurde betont und ein datenschutzsicherer Umgang mit persönlichen Daten versichert. Die Untersuchung in beiden Ländern erfolgte in Kooperation mit Stadtvertretern, deswegen konnte sich in dem Anschreiben auch auf die Stadt berufen werden, um den eventuellen Ängsten der älteren Menschen gegenüber fremden Forschungsinstituten vorzubeugen (vgl. Nuthmann & Wahl, 2010). Dem Anschreiben wurde ein Antwortbogen beigelegt, in welchem man seine Teilnahmebereitschaft mit Kontaktinformationen (Telefonnummer) oder aber seine Verweigerung angeben konnte. Unabhängig davon, ob die angeschriebenen Personen an der weiteren Befragung teilnehmen wollten, wurden sie aufgefordert, einige allgemeine Fragen zu ihrer Lebenssituation zu beantworten⁶⁵. Diese Daten wurden für die Analyse der Stichprobenselektivität verwendet (siehe Abschnitt 4.5).

In Abhängigkeit davon, welche Informationen über die Studienteilnehmer zur Verfügung standen und inwieweit ihre Mitarbeit an der Studie erfolgte, wurden drei aufeinanderfolgende Teilnahmeebenen unterschieden, denen jeweils Stichproben abnehmender Größe zugeordnet wurden:

- Teilnahmeebene 0: Ausgangsstichprobe, die vom Einwohnermeldeamt gezogen wurde und die das Anschreiben zugeschickt bekam; von diesen Personen sind nur das Alter und das Geschlecht bekannt.
- Teilnahmeebene 1: Zu dieser Ebene gehören Studienteilnehmer, mit denen ein auf den Antwortbogen basierender oder telefonischer Kontakt stattfand; hier stehen die Informationen aus dem Antwortbogen oder einer telefonischen Befragung zur Verfügung (Alter, Geschlecht, Schulbildung, Familienstand, Wohnform, sozioökonomischer Status, Selbsteinschätzung der Gesundheit, des Gemütszustands, der Lebenszufriedenheit und der Zufriedenheit mit dem Stadtteil).

⁶⁵ In beiden Ländern wurde mit Ausnahme von einer Frage der gleiche Antwortbogen eingesetzt. Die Unterschiedlichkeit der verwendeten Frage lag an kulturellen Besonderheiten. Eine Frage zur Höhe des Einkommens hätte die Erhebung in Polen sehr gefährdet, daher wurde sie mit einer Frage nach der Zufriedenheit mit der finanziellen Situation ersetzt. Auf dieses Problem wird im Kapitel zu den Messinstrumenten noch genauer eingegangen.

- Teilnahmeebene 2: Diese Ebene entspricht der Kernstichprobe dieser Untersuchung und bildet den Ausgangspunkt für die Analysen der Forschungshypothesen; für diese Personen liegt ein umfangreicher Datensatz vor.

Die Teilnahme an dem Interview setzte eine gewisse Verständnis- und Kommunikationsfähigkeit voraus. Beispielsweise wurden Fragen zu aktuellen und kurz zurückliegenden Ereignissen gestellt oder die Studienteilnehmer mussten Aussagen zu ihrem Lebenslauf treffen, sich an relevante Aspekte ihres gegenwärtigen Lebens erinnern und ihre Meinung zu der nahen Umgebung äußern. Um zu validen und reliablen Ergebnissen zu gelangen, galten für die Teilnahme an der Studie bestimmte Inklusions- bzw. Exklusionskriterien. Im Folgenden sollen sie zusammengefasst kurz aufgeführt werden:

- Vollendetes 85. Lebensjahr.
- Abwesenheit von psychiatrischen Störungen, was bedeutet, dass unter anderem alle Personen, die an demenziellen Prozessen litten, ausgeschlossen wurden; operationalisiert wurde diese Bedingung mit MMSE⁶⁶- und GDS⁶⁷-Werten. Zeigten sich im kognitiven Screening sehr starke Funktionseinschränkungen ($MMST \leq 10$ oder $GDS \geq 5$), wurde das Interview abgebrochen.
- Ausschluss aller Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit (Bedingung nur für Mannheim).
- Ausschluss aller Personen, die in Pflegeeinrichtungen leben; die Bewohner des betreuten Wohnens wurden zugelassen (beide Kriterien wurden bereits diskutiert).
- Ausschluss aller Personen, die kürzer als ein Jahr in dem Stadtteil wohnen; es wurde davon ausgegangen, dass die Personen, die noch nicht lange im Viertel wohnen, in der Regel wenig Stadtkennntnis haben. Das Erfüllen dieses Kriteriums war wichtig, um valide Aussagen im Bezug auf die Stadtteilinfrastruktur treffen zu können.
- Freiwillige Teilnahme an der Studie und Erteilung der Genehmigung zur Verwendung der Interviewdaten.

Es sollte nicht vergessen werden, dass alle Daten von einer Interviewerin erfasst wurden, was ebenfalls positiv zu den Gütekriterien des am Ende zur Verfügung stehenden Materials beiträgt. Darüber hinaus ist zu erwähnen, dass bevor die eigentliche Datenerhebung in beiden Ländern erfolgte, jeweils eine Pilotstudie mit 5 zufällig ausgewählten Personen im Alter 85+ stattgefunden hatte (ausführlich dazu siehe Kapitel 4.6).

⁶⁶ Mini Mental Status Examination (Folstein et al., 1975), in deutscher Version von Kessler, Markowitsch und Denzel (1990): modifizierte Version mit Gesamtpunktzahl von 21 (vgl. Kliegel, Rott, d'Heureuse, Becker, & Schönemann, 2001).

⁶⁷ Global Deterioration Scale (Reisberg, Ferris, & de Leon, 1982) mit 7 Stufen.

4.4.1 Gewinnung der Stichprobe in Mannheim

Die Datenerhebung fing in Mannheim im Dezember 2007 an. Nachdem die potenziellen 250 Studienteilnehmer angeschrieben und nach ihrer Teilnahme gefragt worden sind, dauerte es durchschnittlich drei Wochen, bis eine vollständige Rückmeldung eintraf, und noch weitere ein bis zwei Wochen, bis ein persönlicher Kontakt stattfand. 12 Anschreiben (4,8%) kamen zurück, da die Personen nicht auffindbar gewesen, unbekannt verzogen oder bereits verstorben waren. 43 Personen (17,2%) schickten eine Absage zurück. 88 Personen (35,2%) meldeten sich nicht zurück. Über das Telefonbuch konnten 11 (4,4%) von diesen ausfindig gemacht und kontaktiert werden. Diese hatten jedoch kein Interesse an der Studie. Verbindlicher Kontakt wurde mit 107 Personen aufgenommen. Die Interviews starteten Ende Februar 2008. Von 107 geplanten Gesprächen fanden 9 nicht statt, weil die Personen ihre Zusage kurzfristig zurückgezogen hatten. Da in Mannheim 150 Personen befragt werden sollten, musste folglich eine zweite Stichprobenziehung erfolgen. Es wurde ein erneutes Anschreiben angefertigt und zusätzliche 100 Personen angeschrieben. Die Rückmeldung in dieser Gruppe war ähnlich wie bei der ersten Stichprobenziehung (5% nicht auffindbar/umgezogen/verstorben; 27% Absagen, 32% keine Rückmeldung, 36% Zusagen). Auch hier gab es 8 zusätzliche Ausfälle (6 Zusagen zurückgezogen; 2 Personen verstorben). Aus Abbildung 11 (linke Seite) geht hervor, wie sich die Gesamtrückmeldung von allen 350 Personen auf das Anschreiben verteilte und wie sie tatsächlich nach weiteren Recherchen und Ausfällen aussah⁶⁸.

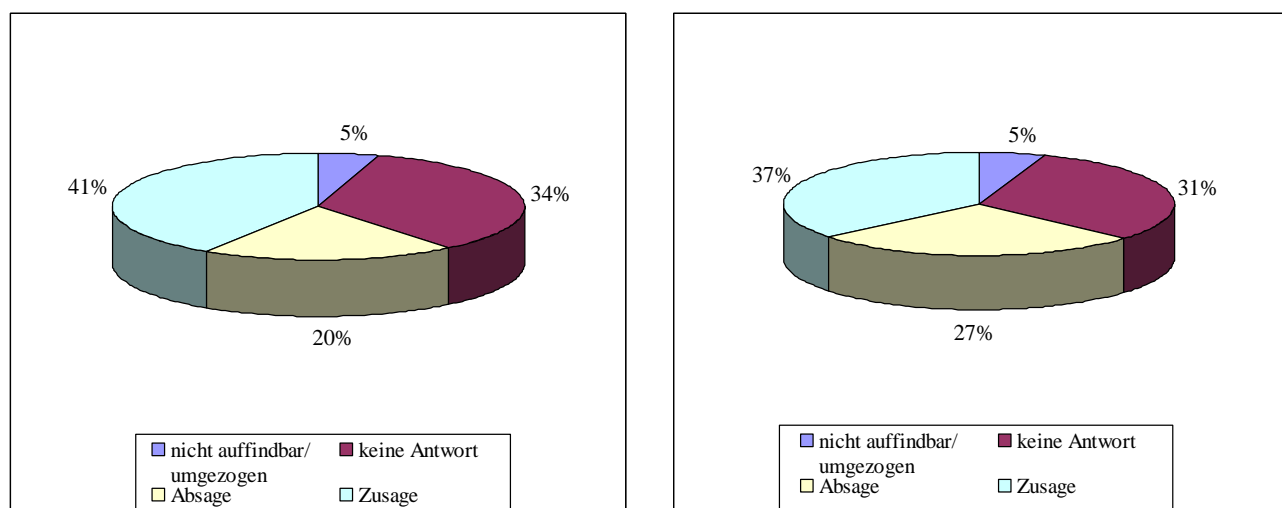


Abb. 11: Stichprobenziehung in Mannheim (350 Personen): Rückmeldung auf das Anschreiben (linker Kreis) und tatsächliche Rückmeldequote (rechter Kreis).

⁶⁸ Eine ausführliche Aufstellung der Rückmeldequote für die einzelnen Mannheimer Stadtteile kann Tabelle A.3 im Anhang A entnommen werden [TE 1].

31% (109 Personen) der angeschriebenen hochaltrigen Bürger und Bürgerinnen meldeten sich überhaupt nicht zurück oder konnten nicht kontaktiert werden, 5% (19) waren nicht auffindbar, unbekannt verzogen oder verstorben und 27% (96 Personen) verweigerten die Teilnahme. 37% (126 Personen) stimmten den Interviews zu, diese wurden auch durchgeführt. Mit 96 Teilnahmeverweigerern bestand ebenfalls ein telefonischer oder auf dem Antwortbogen basierender Kontakt und wie bereits an andere Stelle dargestellt, liegen von diesen Personen einige grundlegende Daten vor. Diese 222 Personen bilden die Teilnahmeebene (TE) 1 der vorliegenden Untersuchung.

Demnach ist die Rückmeldequote dieser Untersuchung vergleichbar mit jener, welche die Stadt Mannheim in ihrer im Jahre 2007 durchgeführten Befragung der über 80-Jährigen erhielt (Stadt Mannheim, 2008). Von den 191 angeschriebenen hochaltrigen Menschen reagierten 33% nicht auf das Anschreiben, weitere 21% wollten nicht teilnehmen und 46% antworteten auf das Anschreiben mit „ja“. Die etwas höhere Zustimmungsquote und das Fehlen von nicht auffindbaren Fällen ist darauf zurückzuführen, dass die Teilnehmer der Mannheimer Studie eine Teilgruppe der über 80-jährigen Bürger und Bürgerinnen darstellten, nämlich Klienten der Sozialhilfe, die Leistungen der Grundsicherung im Alter bezogen hatten.

Mit zwei Stichprobenziehungen konnte für die eigene Untersuchung eine Stichprobe von 126 hochaltrigen Personen gebildet werden. Die Interviews wurden in der Zeit zwischen Ende Februar und Mitte September durchgeführt. Die graphische Darstellung des Datenerhebungsverlaufs in Mannheim kann Abbildung 12 entnommen werden. Bis auf eines fanden alle Interviews zu Hause bei den Teilnehmern/Teilnehmerinnen statt, damit die Interviewerin auch einen Einblick in die nahe Umgebung der hochaltrigen Person gewinnen konnte. Die Dauer der Interviews variierte zwischen 1,5 bis über 3 Stunden mit einem Durchschnitt von 2 Stunden.

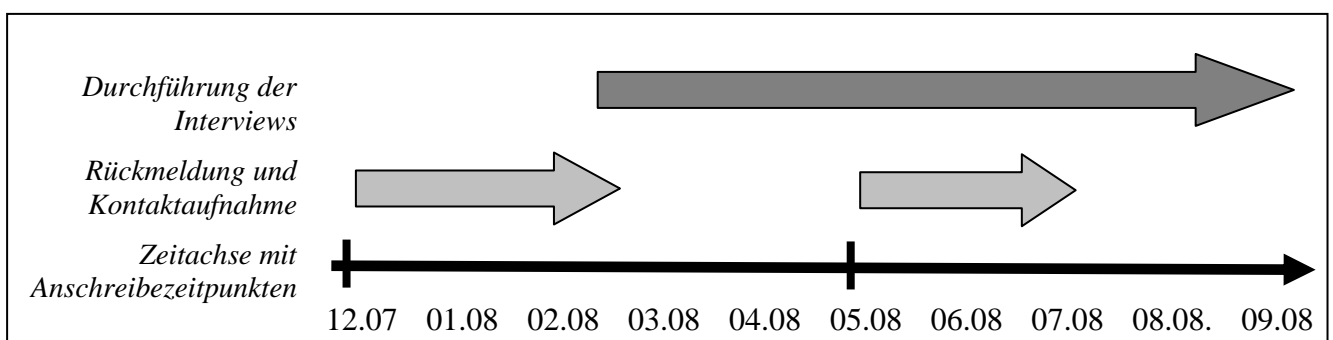


Abb. 12: Datenerhebungsverlauf in Mannheim.

Die eigentliche Stichprobe der vorliegenden Untersuchung bilden 105 hochaltrige Mannheimer und Mannheimerinnen, die die Teilnahmebedingungen für die Studie vollständig erfüllt haben. Von den 126 interviewten Personen mussten 21 aufgrund vorher definierter Ausschlusskriterien aus der Zielstichprobe ausgeschlossen werden: Bei 12 Personen musste das Interview aufgrund demenzieller Symptomatik unterbrochen werden ($GDS \geq 5$ oder $MMST \leq 4$); Vier Personen haben das Interview selbst abgebrochen und keine Genehmigung für die Datenverwendung erteilt; 4 Personen wiesen eine zu kurze Wohnzeit in dem jeweiligen Stadtteil auf und für eine Person wurden die Alterskriterien nicht erfüllt (falsches Geburtsdatum im Anmelderegister). Die verbleibenden 105 Personen (30%) bilden also das Kernstück der vorliegenden Studie und werden als Teilnahmeebene 2 bezeichnet. Die Stichprobenentwicklung in Abhängigkeit von der Teilnahmeebene ist in Abbildung 13 schematisch dargestellt.

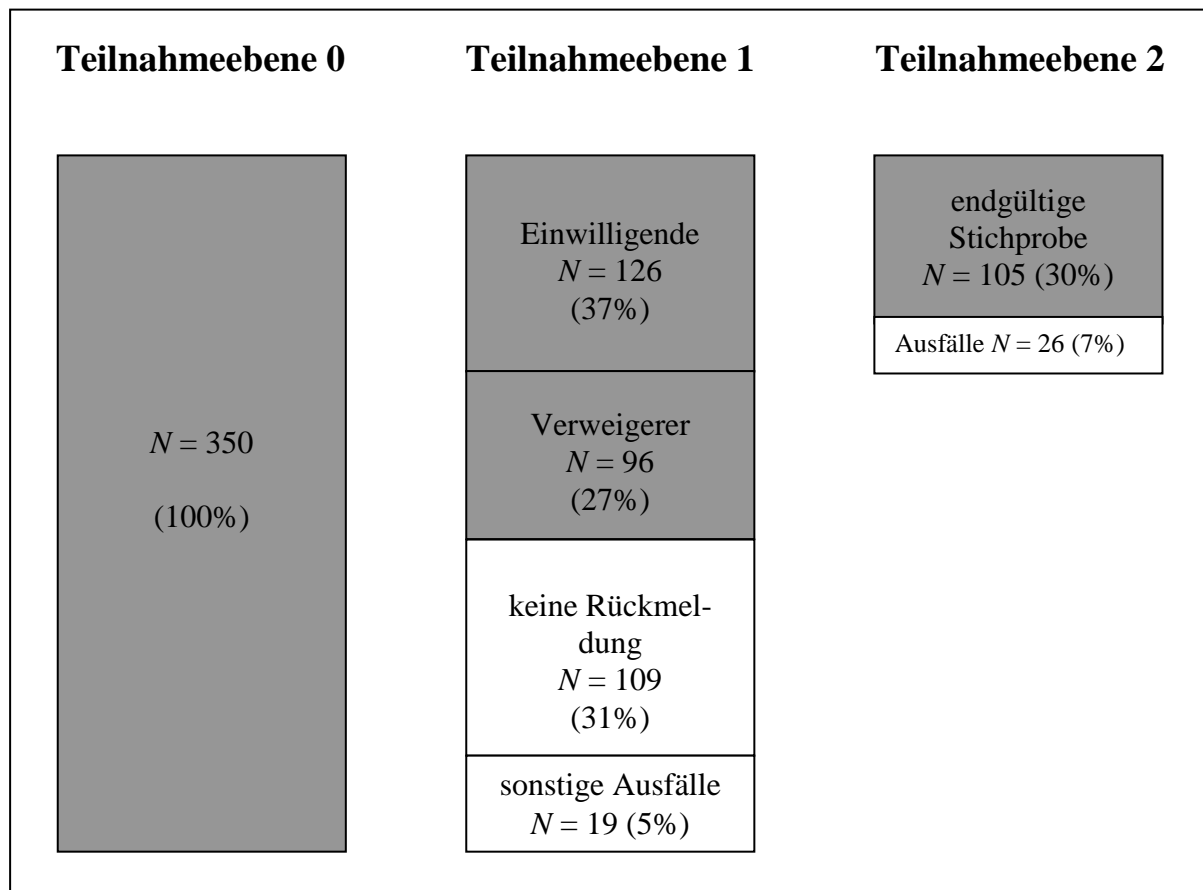


Abb. 13: Entwicklung der Mannheimer Stichprobe in Abhängigkeit von der Teilnahmeebene.

4.4.2 Gewinnung der Stichprobe in Danzig

Die Datenerhebung startete in Danzig Ende April 2009. Das Anschreiben an die Personen im hohen Alter wurde auf die gleiche Art und Weise wie in Mannheim formuliert, jedoch aus datenschutzgesetzlichen Gründen wurden die Personen direkt von der Stadt Danzig angeschrieben und nach ihrer Teilnahmebereitschaft an der Studie gefragt. Um die Stichprobengröße mit der in Mannheim vergleichbar zu machen, wurden hierzu gleich zu Beginn 350 Personen angeschrieben [TE 0]. Der Rückmeldungsprozess verlief nach einem ähnlichen Zeitmuster wie in Mannheim. Es dauerte manchmal bis zu vier Wochen, bis eine Antwort zurückgeschickt wurde. Persönliche Kontaktaufnahmen fanden in manchen Fällen erst nach zwei bis sogar vier Wochen statt. Zusammenfassend setzte sich die Rückmeldequote folgendermaßen zusammen: 4 Anschreiben (1%) kamen zurück, weil die Personen nicht auffindbar, umgezogen oder bereits verstorben waren, 109 Personen (31%) meldeten sich nicht zurück, 123 Personen (35%) verweigerten die Teilnahme aus verschiedenen Gründen (siehe Abschnitt 4.4.2) und 114 Personen (33%) äußerten Interesse an der Studie [TE 1a]. Abbildung 14 (linker Kreis) stellt diese Rückmeldequote graphisch dar.

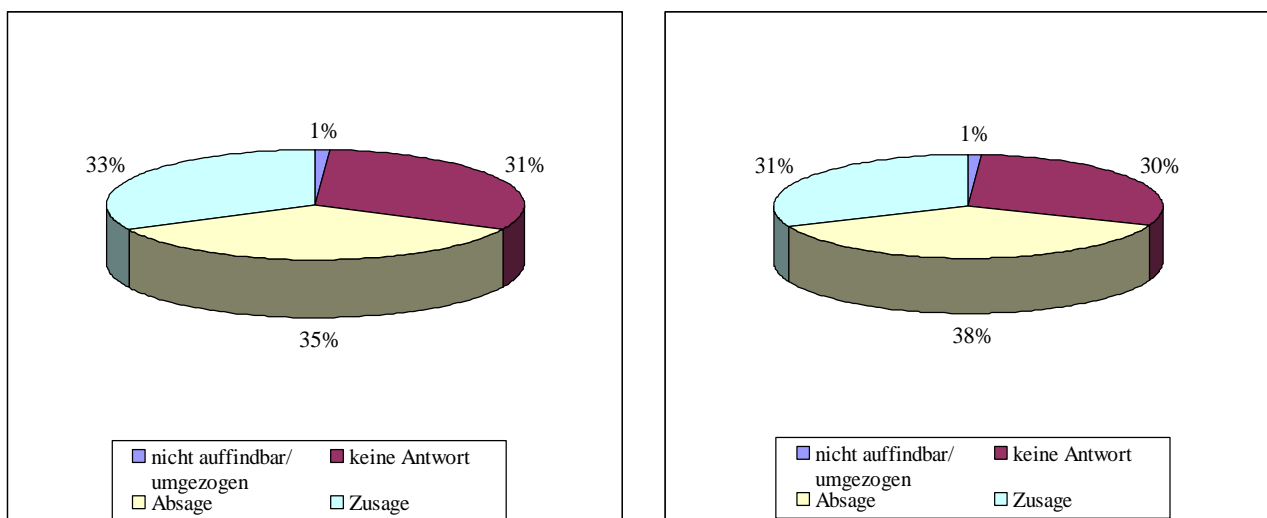


Abb. 14: Stichprobenziehung in Danzig (350 Personen): Rückmeldung auf das Anschreiben (linker Kreis) und tatsächliche Rückmeldequote (rechter Kreis).

Bei einem Vergleich der Rückmeldequoten in Deutschland und in Polen fällt auf, dass die Anzahl der zurückgesendeten Absagen in Danzig deutlich höher ausfällt. In Danzig haben 53 Personen mehr (15%) die Verweigerung ihrer Teilnahme zurückgemeldet. Gleichwohl sind mehr Absagebögen in Mannheim unausgefüllt zurückgesendet worden. Somit erwies sich die polnische Stichprobe als zuverlässiger. Diese Unterschiede lassen sich wahrscheinlich auf den Absender der Anschreiben zurückführen. Während es in Mannheim eine wissenschaftliche

Einrichtung war, erhielten die polnischen Hochaltrigen ihre Briefe von der Stadtverwaltung, die für ältere Personen in Polen ein wichtiges Staatsorgan darstellt. Demzufolge fühlten sie sich verpflichtet, der Stadt eine Antwort zu geben, auch wenn sie an der Befragung nicht teilnehmen wollten.

Die Interviews, die zwischen Juni und November stattfanden (siehe Abb. 15), konnten mit 110 Hochaltrigen durchgeführt werden (31%). 4 Personen haben ihre Zusage wieder zurückgezogen. Darüber hinaus konnten 5 Personen, die sich nicht zurückgemeldet hatten, telefonisch kontaktiert werden. Diese hatten jedoch kein Interesse an der Untersuchung. Wie sich die tatsächliche Rückmeldequote zusammensetzt, kann Abbildung 13 (rechter Kreis) entnommen werden⁶⁹. 4 Personen waren nicht auffindbar oder sind verstorben (1%), 104 antworteten nicht (30%) und 132 sagten die Teilnahme ab (38%). TE 2 in Danzig besteht demnach aus 242 Personen und ist mit 20 Personen mehr besetzt als die TE 2 in Mannheim.

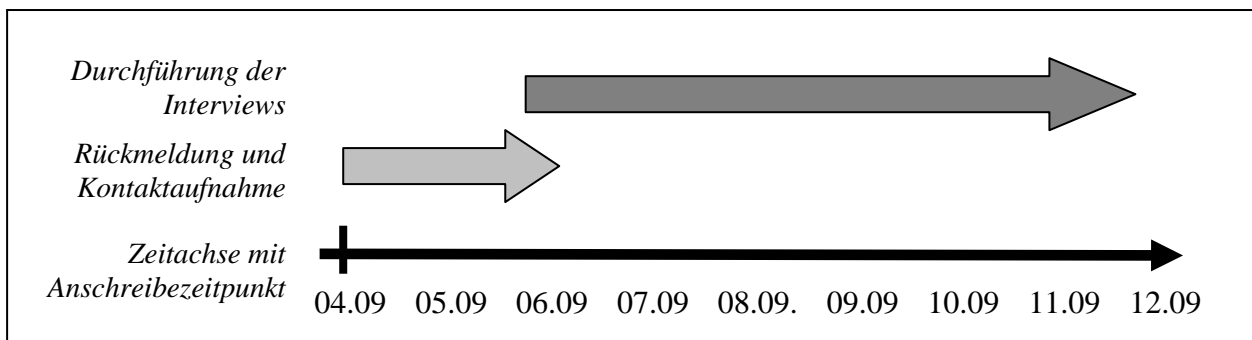


Abb. 15: Datenerhebungsverlauf in Danzig.

Die Stichprobe der Untersuchung in Danzig [TE 2] bilden letztendlich 102 hochaltrige Personen, die die Aufnahmekriterien erfüllt haben (29% der Ausgangsstichprobe). 8 Interviewteilnehmer konnten der Kernstichprobe nicht zugeteilt werden, weil sie folgende Ausschlusskriterien vorwies: 6 Personen erfüllten das MMSE- oder GDS-Kriterium nicht und 2 Personen erteilten keine Einwilligung zur Datenverwendung. Abbildung 16 veranschaulicht schematisch, wie sich die Stichprobe in Danzig über alle Teilnahmeebenen hinweg entwickelte.

⁶⁹ Eine ausführliche Aufstellung der Rückmeldequote für die einzelnen Danziger Stadtteile kann Tabelle A.3 im Anhang A entnommen werden [TE 1].

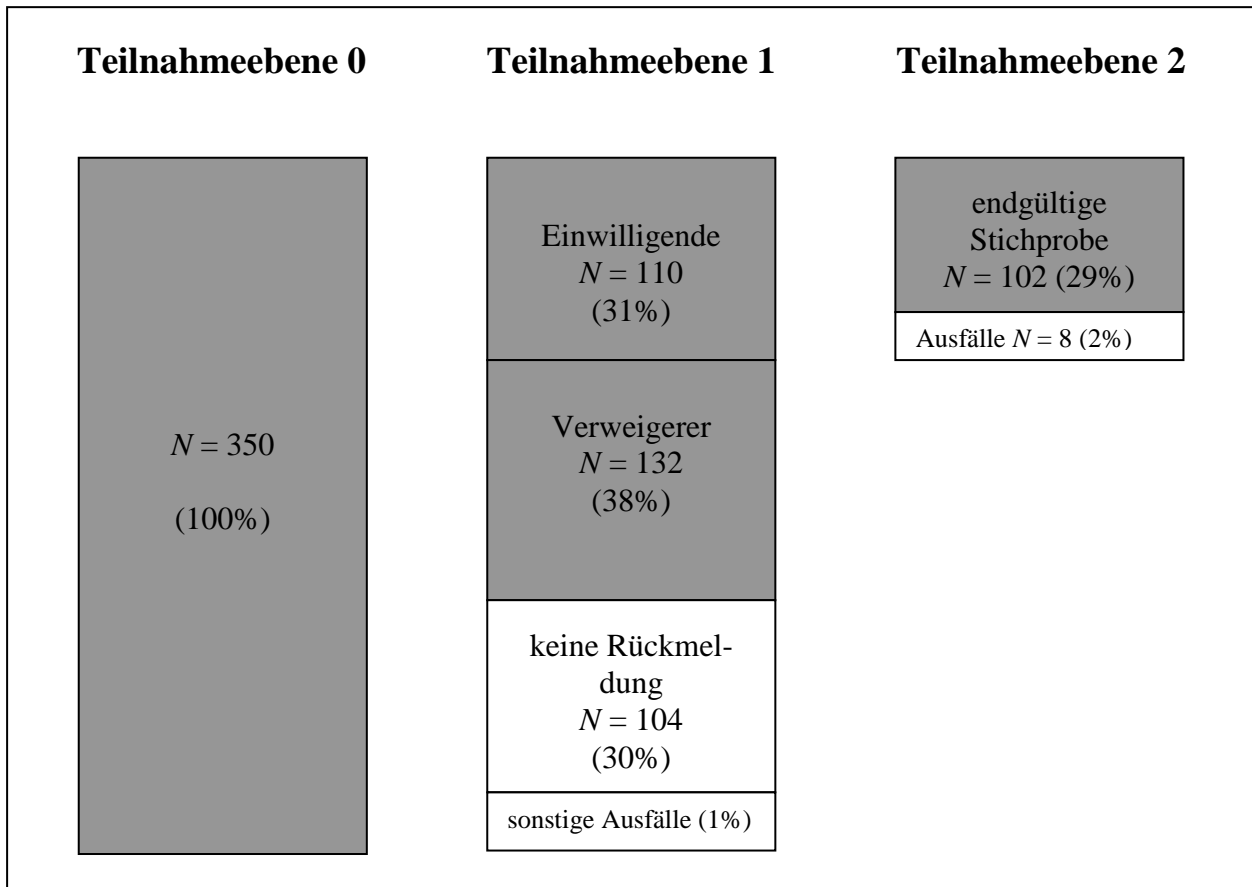


Abb. 16: Entwicklung der Danziger Stichprobe in Abhängigkeit von der Teilnahmeebene.

4.4.3 Gründe für die Nichtteilnahme

Die Interviews wurden mit 126 Personen in Mannheim und 110 in Danzig durchgeführt. Von den jeweils 350 angeschriebenen Personen nahmen entsprechend 224 und 240 an der Studie nicht teil. Wie bereits dargestellt wurde, können die Gründe für die Nichtteilnahme in drei Gruppen unterteilt werden:

- keine Rückmeldung (Deutschland: 31%; Polen: 30%)
- nicht auffindbar (Deutschland: 5%; Polen: 1%)
- Absage (Deutschland: 27%; Polen: 38%)

Alle drei Gruppen wurden in dem vorherigen Abschnitt der Arbeit ermittelt und beschrieben [TE 1]. Die hier analysierten Gründe für die Nichtteilnahme beziehen sich auch auf diese Ebene, allerdings blieben jene Personen unberücksichtigt, die sich nicht zurückgemeldet hatten. Die hier präsentierten Gründe basieren also auf allen zurückgesendeten Antwortbögen der Verweigerer und den telefonisch gewonnenen Informationen (115 in Mannheim; 136 in

Danzig). Diese Analyse ist bedeutsam in Hinsicht darauf, dass sie auf die Repräsentativität der Stichprobe schließen lässt.

Tabelle 5: Gründe für die Nichtteilnahme (ohne Personen, die sich nicht zurückmeldeten).

Gründe für die Nichtteilnahme	Mannheim		Danzig	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
gesundheitliche Probleme (keine Demenz)	24	20,9	58	42,6
demenzieller Abbau	10	8,7	14	10,3
kein Interesse	17	14,8	12	8,8
Schwerhörigkeit	6	5,2	11	8,1
zurzeit im Krankenhaus	2	1,7	6	4,4
Interview zu anstrengend	2	1,7	6	4,4
sonstige	7	6,1	15	11,0
Empfänger nicht bekannt/ umgezogen/verstorben	19	16,5	4	2,9
keine Angabe von Gründen	28	24,3	8	5,9
Gesamt	115	100,0	136	100,0

In dem Antwortbogen sowie bei der telefonischen Nachfrage wurden die älteren Personen aufgefordert, bei einer Absage ihre Gründe für die Nichtteilnahme zu nennen. Alle genannten Motive wurden zu neun Kategorien zusammengefasst. Aus Tabelle 5 geht hervor, dass sich nicht nur die Anzahl der Absagen in beiden Ländern unterscheidet, sondern auch ihre Vollständigkeit. In der deutschen Stichprobe wurden in knapp einem Viertel der Antwortbögen keine Absagegründe genannt. In der polnischen Gruppe waren dies lediglich 6%. Zur Erklärung kann man hierzu wieder die Unterschiedlichkeit der Organisationen heranziehen, die das Anschreiben verschickt hatten (vgl. Abschnitt 4.4.2).

Unter allen genannten Gründen für die Nichtteilnahme wurde die Gesundheit in den beiden Stichproben am häufigsten angegeben (in Danzig sogar doppelt so häufig wie in Mannheim: 42,6% vs. 20,9%). Mangelndes Interesse als Grund für die Nichtteilnahme stand an zweiter Stelle in Mannheim (14,8%) und an dritter in Danzig (8,8%). Die umgekehrte Reihenfolge zeigte der demenzielle Abbau als Grund für eine Teilnahmeverweigerung: in Danzig von 10,3% der Personen und in Mannheim von 8,7% genannt. Ein nächstes oft erwähntes Motiv war die Schwerhörigkeit des potenziellen Studienteilnehmers (Mannheim 5,2%; Danzig 8,1%). Weitere Gründe waren ein Krankenhausaufenthalt (entsprechend 1,7%; 4,4%) sowie die Befürchtung, dass das Interview zu anstrengend sei (1,7%; 4,4%). Als Beispiele für die sonstigen Gründe (6,1%; 11%) können folgende Motive genannt werden: Besuch bei der Familie, Pflege eines Familienmitglieds, Angst, fremde Menschen nach Hause

einzuladen, etc. Indes lassen sich diese Prozentzahlen nicht eindeutig interpretieren und vergleichen, denn in der deutschen Stichprobe machte ein großer Personenanteil diesbezüglich keine Angaben. Die genannten Gründe für die Nichtteilnahme lassen dennoch darauf schließen, dass die in dieser Studie untersuchte Population gesünder ist als die Gesamtpopulation. Eine genaue Analyse dieser Tendenz wird im nächsten Abschnitt auf der Basis aller vorliegenden Daten vorgenommen.

4.5 Stichprobenbeschreibung

Die Kernstichprobe dieser Untersuchung bilden zwei vergleichbar große Teilstichproben: eine deutsche mit 105 und eine polnische mit 102 Studienteilnehmern. Aus Tabelle 6 wird ersichtlich, wie sich die Stichproben auf die einzelnen Stadtteile verteilen. In Mannheim sind Seckenheim (14,3%) und Schwetzingen/Oststadt (17,1%) weniger vertreten. In Danzig betrifft das die Stadtteile Stogi (11,8%) und Nowy Port (17,6%). Es gibt aber auch vorbildliche Stadtteile, wo die beabsichtigte Stichprobengröße erreicht wurde (Feudenheim, Oliwa und Zaspą).

Im Folgenden sollen die beiden Stichproben kurz beschrieben werden. Die Fragen, die dabei verfolgt wurden, lauten: Welche hochaltrigen Personen gelangen in die Untersuchung? Unterschieden sich die in Mannheim untersuchten älteren Menschen von denen, die in der Studie in Danzig teilgenommen haben? Unterschieden sich die Studienteilnehmer von denen, die an der Untersuchung nicht teilgenommen haben? Damit soll erstens die Frage der Vergleichbarkeit der beiden Stichproben miteinander und zweitens die Frage der Repräsentativität beantwortet werden.

Tabelle 6: Stichprobengröße in einzelnen Stadtteilen.

Stadt	Stadtteil	Häufigkeit	Prozent
Mannheim	Feudenheim	30	28,6
	Lindenhof	21	20,0
	Schw./Oststadt	18	17,1
	Seckenheim	15	14,3
	Waldhof	21	20,0
	Gesamt		105
Danzig	Nowy Port	18	17,6
	Oliwa	26	25,5
	Orunia	20	19,6
	Stogi	12	11,8
	Zaspą	26	25,5
	Gesamt		102

Tabelle 7 gibt einen Überblick über die soziodemographischen sowie weiteren für diese Untersuchung relevanten personenbezogenen Merkmale nach Teilnahmeebenen 0 bis 2. Von 350 angeschriebenen Personen sind nur das Geburtsdatum und das Geschlecht bekannt [TE 0]. Auf der TE 1 wurden weitere Daten wie z.B. Bildung, Einkommen⁷⁰, Gesundheitszustand oder Gemütszustand erhoben. Einschränkend muss aber hinzugefügt werden, dass wie bereits an anderer Stelle angedeutet hierbei mit vielen fehlenden Angaben in der deutschen Stichprobe umgegangen werden musste. Die Antwortbögen der Verweigerer aus Mannheim wurden oft unausgefüllt zurückgeschickt. Aus diesem Grund sollten Aussagen besonders zu Schulbildung, Äquivalenzeinkommen und Familienstand auf der TE 1 mit Vorsicht getroffen werden. Für die vorliegende Untersuchung ist die TE 2 ausschlaggebend, in der dieses Problem nicht mehr vorkommt.

Tabelle 7: Stichprobenbeschreibung in Abhängigkeit von der Teilnahmeebene.

	TE 0		TE 1		TE 2	
	Mannheim N = 350	Danzig N = 350	Mannheim N = 222	Danzig N = 242	Mannheim N = 105	Danzig N = 102
Alter (in Jahren)	89,02 (4,12)	89,44 (4,55)	88,77 (3,33)	89,05 (3,25)	87,97 (2,35)	88,23 (2,56)
Geschlecht (in %)						
Männer	21,2	30,8	27,9	31,8	25,7	36,3
Frauen	78,8	69,2	72,1	68,2	74,3	63,7
Schulbildung (in %)						
Grund- und Hauptschule			40,1	48,0	42,9	40,2
mittlere Reife			27,5	28,5	40,0	31,4
Abitur			7,2	10,3	8,6	18,6
Universität			6,3	7,4	8,6	9,8
fehlend			18,9	5,8	-	-
Äquivalenzeinkommen ⁷¹ (in %)						
1. Sozialschicht			3,2	-	1,9	2,0
2. Sozialschicht			23,0	-	22,9	23,5
3. Sozialschicht			44,1	-	68,6	60,8
4. Sozialschicht			5,0	-	6,7	13,7
fehlend			24,8	-	-	-
Familienstand (in %)						
ledig			2,7	4,1	-	3,9
verheiratet / in Partnerschaft			18,0	24,0	25,7	31,4
verwitwet			60,8	67,3	71,4	58,8
geschieden			2,3	4,1	2,9	5,9
fehlend			16,2	0,4	-	-

⁷⁰ Auf der TE 1 wurde das Einkommen in beiden Ländern anders erhoben. Während in Mannheim eine genaue Einkommensangabe verlangt wurde, wurde in Danzig die Frage nach der Zufriedenheit mit dem Einkommen gestellt (siehe Operationalisierung, Kapitel 4.6).

⁷¹ Auf der Basis des durchschnittlichen Äquivalenzeinkommens jedes Landes erfolgte eine Aufteilung der Stichproben in 4 Sozialschichten. Diese Operationalisierung wurde ausführlich in Kapitel 4.6 beschrieben.

	TE 0		TE 1		TE 2	
	Mannheim N = 350	Danzig N = 350	Mannheim N = 222	Danzig N = 242	Mannheim N = 105	Danzig N = 102
Wohnen (in %)						
allein			55,9	38,0	71,4	58,8
mit Partner			18,9	24,8	25,7	31,4
mit Familie/Angehörigen			5,0	29,3	2,9	7,8
mit anderen Personen			-	1,7	-	2,0
fehlend			20,3	6,2	-	-
Gesundheitszustand (in %)						
ausgezeichnet			2,7	0,8	5,7	2,0
gut			23,0	9,1	42,9	17,6
mäßig			41,4	39,7	45,7	51,0
schlecht			14,4	38,0	5,7	29,4
fehlend			18,5	12,4	-	-
Gemütszustand (in %)						
ausgezeichnet			6,3	3,3	11,4	5,9
gut			28,4	26,9	42,9	52,0
es geht so			37,8	44,2	37,1	34,3
schlecht			9,0	11,6	8,6	7,8
fehlend			18,5	14,0	-	-
Zufriedenheit: Leben			7,06	6,21	7,26	6,49
(1-10)			(1,87)	(1,92)	(1,75)	(1,96)
Zufrieden: materielle Situation			-	5,37	8,37	5,53
(1-10)				(2,37)	(1,73)	(2,57)
Zufriedenheit: Stadtteil			7,29	6,74	7,43	6,98
(1-10)			(2,13)	(2,15)	(2,24)	(2,05)
Wie lange in dieser Wohnung			34,10	39,99	36,46	38,08
(in Jahren)			(17,29)	(17,66)	(17,93)	(17,89)

TE = Teilnahmeebene, Angaben in Prozent; wenn nicht anders angegeben als Mittelwert.

Die Teilnehmer der Studie sind in beiden Ländern überwiegend Frauen (Deutschland: 74,3%; Polen: 63,7%), was sich durch einen Frauenüberschuss in diesem Alter erklären lässt. Der Unterschied von 10% zwischen den beiden Ländern ist statistisch nicht bedeutsam ($\chi^2 = 2,70$; $p = \text{n.s.}$). Das Durchschnittsalter der ST beträgt für Deutschland 87,97 und für Polen 88,23 Jahre und ist als gleich zu bezeichnen ($t = 0,77$; $p = \text{n.s.}$). Nur 17,2% der Mannheimer ST und 28,4% der Danziger ST weisen einen höheren Schulabschluss vor als die mittlere Reife ($\chi^2 = 5,12$; $p = \text{n.s.}$). Trotz aller anderslautenden Vermutungen ist die Einkommensverteilung in den beiden Ländern ähnlich ($\chi^2 = 3,04$; $p = \text{n.s.}$), wobei jeweils mehr als 60% der Stichprobe zu der oberen Mittelschicht des Landes gehören. Verwitwet und alleinlebend sind zwei weitere Merkmale der ST (Deutschland: 71,4%; Polen: 58,8%). In Bezug auf die beiden Charakteristika könnte nun von tendenziellen Unterschieden gesprochen werden ($\chi^2 = 8,21$; $p = 0,07$; $\chi^2 = 6,32$; $p = 0,10$), die in jene Richtung gehen, dass in Polen mehr ST noch verheiratet sind und mit dem Partner zusammenleben als in Deutschland. Eindeutige Differenzen bestehen hinsichtlich der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands. Während

in Mannheim etwa die Hälfte der hochaltrigen Menschen eine mäßige bis schlechte Gesundheit angibt, sind das in Danzig 80,4% ($\chi^2 = 29,69$; $p < 0,001$). Etwa 55% der ST bezeichnen ihren Gemütszustand als ausgezeichnet oder gut (keine Unterschiede zwischen den Ländern: $\chi^2 = 2,89$; $p = \text{n.s.}$). Durchschnittlich wohnen die ST seit fast 40 Jahren in ihrer Wohnung (keine Unterschiede zwischen den Ländern: $t = 0,45$; $p = \text{n.s.}$) und sind mit ihrem Stadtteil und Wohnumfeld ein bisschen mehr als durchschnittlich zufrieden (keine Unterschiede zwischen den Ländern: $t = 1,49$; $p = \text{n.s.}$). Die deutschen ST sind mit ihrer finanziellen Situation mehr als durchschnittlich zufrieden und in dieser Hinsicht unterscheiden sie sich signifikant von der polnischen Stichprobe ($t = 9,29$; $p < 0,001$). Obwohl die beiden Nationen eine hohe Lebenszufriedenheit aufweisen, sind die westlichen ST lebensfroher ($t = 2,97$; $p < 0,01$).

In Bezug auf die Repräsentativität kann Tabelle 7 zuerst entnommen werden, dass die Kernstichprobe der Untersuchung um etwa ein Jahr jünger ist als die Ausgangsstichprobe. Auch in Bezug auf das Geschlecht kann man eine sehr leichte positive Männerselektivität beobachten (um etwa 5%). Im Vergleich mit TE 1 dürften die Studienteilnehmer der TE 2 eine bessere Schulbildung aufweisen (in Polen mehr Teilnehmer mit Abitur, in Deutschland dagegen mit mittlerer Reife). Trotzdem überwiegen in den beiden Stichproben die Grund- und Hauptschulabschlüsse, was der Zusammensetzung auf der TE 1 entspricht. Was das Einkommen anbelangt, zeigen die Prozentsätze für Deutschland einen Überschuss der 3. Schicht in der Kernstichprobe. Diesem sollte jedoch aufgrund vieler fehlender Angaben für Mannheim nicht zu große Bedeutung beigemessen werden.

Die Kernstichprobe zeichnet sich darüber hinaus durch einen Überschuss von alleinlebenden Personen aus. Besonders in der polnischen Stichprobe sind die mit der Familie lebenden Menschen unterrepräsentiert. Die Überrepräsentativität der Alleinlebenden wird in Hinblick auf die gestellten Fragen zur Bedeutung der Infrastruktur jedoch positiv angesehen. Die mit der Familie lebenden Menschen können sich eher auf die Unterstützung der Familienmitglieder verlassen, um die ungünstige Infrastruktur kompensieren zu können, was den Alleinlebenden schwieriger gelingen mag. Den Alleinlebenden sollten hierzu die familiären Unterstützungsleistungen nicht abgesprochen werden, sie sind jedoch im Alltag häufiger auf sich selbst gestellt.

Sowohl die subjektive Einschätzung des Gesundheitsstatus als auch die des Gemütszustands weisen eine positive Selektivität auf. Die an der Untersuchung teilnehmenden hochaltrigen Menschen fühlen sich gesünder und sind in einer besseren psychischen Verfassung als Personen, die die Teilnahme verweigerten. Die Gründe für die Nichtteilnahme deuteten

ebenfalls darauf hin, dass die Stichprobe in dieser Hinsicht nicht repräsentativ ist (siehe Abschnitt 4.4.2). Daher müssen diese Selektivitätstendenzen bei der Interpretation der Ergebnisse unbedingt berücksichtigt werden. In der gerontologischen Forschung kommt die gesundheitsbezogene Selektivität sehr häufig vor und muss immer in Kauf genommen werden (vgl. Lindenberger, Gilberg, Pötter, Little, & Baltes, 2010; Rott, d'Heureuse, Kliegel, Schönemann, & Becker, 2001).

In Bezug auf die Zufriedenheit mit dem Leben, dem Stadtteil und der finanziellen Situation gibt es keine bedeutsamen Unterschiede über die Teilnahmeebenen hinweg, was für diese Untersuchung außerordentlich wichtig ist. Der Lebenszufriedenheit kommt dabei eine besondere Bedeutung zu, denn sie stellt das Outcome dieser Untersuchung dar und es wäre kompliziert, über die Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu sprechen, wenn gerade diese Variable keine Repräsentativität aufweisen würde. Zusammengenommen soll hierzu festgehalten werden, dass keine der gerade ermittelten Selektionseffekte die Gültigkeit oder Bedeutung dieser Arbeit in Frage stellt oder die Analyse unmöglich macht. Diese Selektionseffekte erwiesen sich dennoch als sehr wichtig und werden bei der Interpretation der Ergebnisse entsprechend berücksichtigt.

4.6 Operationalisierung der Konstrukte und Messinstrumente

Das Ziel der Studie war es, ein Vorhersagemodell des subjektiven Wohlbefindens im hohen Alter zu entwickeln, in dem der relative Beitrag von zwei zentralen Bereichen, d.h. individuellen und infrastrukturellen Ressourcen, beschrieben wird. Generell wurde darauf geachtet, dass sich die drei Kernkomponenten der Untersuchung (individuelle Ressourcen, infrastrukturelle Ressourcen und Wohlbefinden) konzeptuell abgrenzen lassen. Sind die in Beziehung gesetzten Maße sehr bereichsspezifisch und ähnlich, wie es in der Entwicklungsforschung nicht selten vorkommt, ist der empirische Gehalt der Ergebnisse mitunter schwer zu verteidigen. Für ein besseres Verständnis der untersuchten Zusammenhänge gibt Tabelle 8 einen Überblick über die einzelnen erhobenen Bereiche, die zur Auswertung standen und in die Analyse einbezogen wurden.

Tabelle 8: In der Untersuchung erfasste Bereiche (abhängige und unabhängige Variablen).

	Unabhängige Variablen	Abhängige Variablen
Individuelle Ressourcen	<p>1). soziodemographische Merkmale <i>Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Familienstand, Einkommen</i></p> <p>2). gesundheitsbezogene Ressourcen <i>Gesundheitszustand, funktionaler Status, kognitive Leistungen</i></p> <p>3). soziale Ressourcen <i>soziales Netzwerk, soziale Unterstützung</i></p> <p>4). psychologische Ressourcen <i>Extraversion, Neurotizismus, Depression, Positive Lebensbewertung, Kontrollüberzeugung, Kohärenzgefühl</i></p>	Subjektives Wohlbefinden
Infrastrukturelle Ressourcen	<p>1). Stadtinfrastruktur</p> <p>2). Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten</p> <p>3). Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote</p>	<p>Positiver Affekt</p> <p>Negativer Affekt</p> <p>Lebenszufriedenheit</p>

Um die aufgestellten Hypothesen überprüfen zu können, mussten zunächst geeignete Messinstrumente für die zahlreichen Prädiktoren des Wohlbefindens sowie für das Wohlbefinden selbst ausgewählt oder konstruiert werden. Erstens sollte dabei beachtet werden, dass psychologische sowie soziologische Studien mit hochaltrigen Menschen nicht vergleichbar sind mit Untersuchungen, in denen Teilnehmer zehn oder sogar zwanzig Jahre jünger sind. Infolgedessen mussten bei der Auswahl des Instrumentariums nicht nur das hohe Alter, sondern auch die zu erwartenden sensorischen Einbußen (vgl. Marsiske, Delius, Maas, Lindenberger, Scherer, & Tesch-Römer, 1996; Reichsches & Geiselman, 1997) immer Berücksichtigung finden. Dies wurde bei der Auswahl der Instrumente für die vorliegende Studie insofern beachtet, als einige verkürzte Versionen der Fragebögen verwendet wurden oder die mehrstufigen Antwortskalen, mit denen sich Personen im hohen Alter oft sehr schwertun, zu drei oder sogar zwei Stufen vereinfacht wurden (vgl. Rott et al., 2001). Dazu wurden alle Items des Instrumentariums in Form von Fragen an die Personen berücksichtigt. Zweitens wurde in dieser Studie nach einer internationalen Vergleichbarkeit der Daten gestrebt. Aus diesem Grund wurden vor allem solche Skalen verwendet, die sich in der

Forschung schon vor Jahren bewährten und in beiden Ländern bereits verwendet wurden. Die Fragebögen, bei denen die Übersetzung ins Polnische dennoch erfolgen musste, wurden durch eine Rückübersetzung validiert, und erst eine Überprüfung inhaltlich-fachlicher Korrektheit schloss die Übersetzung ab. Darüber hinaus erfolgte in jedem Land eine Pilotuntersuchung mit jeweils 5 hochaltrigen Personen, um die Verständlichkeit der Fragen, die Vollständigkeit des Fragebogens sowie vor allem die Belastung für die älteren Personen zu überprüfen oder einzuschätzen. Die wichtigsten Ergebnisse dieser kleinen Pilotstudien waren, dass die Fragen bis auf einige Nuancen verstanden wurden, die Intensiverhebung der Studie empirisch durchführbar und der Aufwand für die hochbetagten ST ethisch zu vertreten war. Veränderungen, die dennoch an dem Erhebungsbogen vorgenommen wurden, zielten vor allem darauf, komplizierte Formulierungen zu vermeiden und die Durchführung der Interviews zu vereinfachen. Aus diesem Grund wurde beschlossen, z.B. die Erfassung der stationären und teilstationären Altenhilfe separat im Anschluss an die drei ersten Säulen der infrastrukturellen Ressourcen durchzuführen (ausführlich dazu siehe Abschnitt 4.6.4). Außerdem wurde die dreistufige Skala zur Erfassung der Sozialschicht in eine vierstufige Skala umgewandelt. Es stellte sich nämlich heraus, dass sonst 80% der ST zur Mittelschicht gehören würden. Schließlich wurden alle Antwortskalen/Antwortmöglichkeiten jeweils auf einem Musterblatt schematisch aufgezeichnet und in Form von Hilfematerialien bei der Untersuchung immer wieder vorgelegt (siehe Anhang B).

Bei der Konstruktion des Instrumentariums wurde so vorgegangen, dass dem Studienteilnehmer am Anfang die Möglichkeit gegeben wurde, über sein Leben zu erzählen – Ausbildungszeit, Heirat, Familie, Arbeit – also einen Lebensrückblick zu schildern. Somit sollte mit dem Interviewleitfaden an die qualitativen Methoden der Lebenslaufforschung angeknüpft werden (vgl. Bühler, 1933). Selbstverständlich ist diese Studie weit entfernt von diesen Methoden oder den Methoden der Biographieforschung (vgl. Jüttemann & Thomae, 1998), dennoch wurden diese bei der Konstruktion der Interviewleitfaden in Betracht gezogen. Die Fragen zu Lebenszufriedenheit, Empfinden und Persönlichkeit wurden erst in der zweiten Hälfte der Befragung gestellt, damit die Personen Vertrauen zu der Interviewerin aufbauen konnten und eher bereit waren, sich zu öffnen und über ihre Gefühle zu sprechen.

Im Folgenden soll zuerst ausführlich auf die Messung des Konstrukts *Subjektives Wohlbefinden* eingegangen werden, um dann die Instrumente zur Erfassung einzelner Prädiktoren (d.h. individuelle sowie infrastrukturelle Ressourcen) näher zu beschreiben. Dabei werden jeweils die objektiven Bedingungen und ihre subjektive Repräsentation für die Person ins Zentrum des Interesses gestellt (vgl. Abschnitt 2.2.2)

4.6.1 Messung des Konstrukts Wohlbefinden

Wie bereits in dem theoretischen Teil dieser Arbeit angedeutet, erfolgte die Operationalisierung des Wohlbefindens über seine emotionale und kognitive Facette.

A). Emotionales Wohlbefinden

Obwohl das emotionale Wohlbefinden eines der bekanntesten gerontologischen Konzepte ist, wirft es wegen seiner großen Komplexität das Problem auf, es empirisch eindeutig zu erfassen (Kercher, 1992). Schon in den 60er Jahren beschäftigten sich Neugarten und Kollegen mit der Frage, wie dieses Konstrukt gemessen werden sollte, und entwickelten daraufhin den *Life Satisfaction Index* (Neugarten et al., 1961). Ihnen folgten weitere Versuche, dieses psychologische Konstrukt besser operationalisierbar zu machen. Im Jahre 1969 entwickelte Brandburn die *Affect Balance Subscales*, ein Messinstrument, das die emotionale Stimmung erfasst. Hierzu konzipierte er zwei Skalen, die den positiven und negativen Affekt zu messen vermochten. Allerdings wurde die Güte dieses Instruments von manchen Autoren dahingehend in Frage gestellt, es sei nicht genügend reliabel (z.B. Diener & Emmons, 1984). Dieses Instrument wurde im Laufe der Jahre mehrfach modifiziert. Ein Hauptproblem blieb aber, dass die beiden Skalen negativen und positiven Wohlbefindens eine hohe Korrelation aufwiesen. Dies war insofern problematisch, als konzeptuell gesehen die beiden Skalen zwei unterschiedliche Dimensionen der emotionalen Stimmung messen und von daher miteinander nicht korrelieren sollen. Erst im Jahre 1988 gelang es Watson und seinen Mitarbeitern, die PANAS-Skala zu entwickeln (*Positive and Negative Affect Schedule*), die bis heute in der Forschung oft eingesetzt wird, da sie ein reliables Instrument darstellt. Sie besteht aus 20 Items, von denen je 10 dem negativen und dem positiven Affekt zugeordnet werden können. Dieses Instrument wurde in der eigenen Untersuchung angewendet. Die deutsche Übersetzung stammt von Krohne, Egloff, Kohlmann und Tausch (1996) und die polnische Fassung wurde von Brzozowski (1995) entwickelt. Den Befragten werden 20 Gefühle vorgelesen, zu denen sie auf einer fünfstufigen Likert-Skala angeben müssen, wie oft sie auf das eigene Erleben im letzten Jahr zutreffen. Die Antwortmöglichkeiten sind: überhaupt nicht / selten / manchmal / häufig / sehr oft. Anhand eines Summenscores wird anschließend der entsprechende Wert für die positive wie die negative Stimmung berechnet. Ein hoher positiver Wert findet sich oft bei aktiven Personen mit einer guten Konzentration, während ein negativer Wert häufig auf Traurigkeit und Lethargie bei Menschen schließen lässt. Die Überprüfung der externen Validität zeigt, dass das negative Wohlbefinden eine hohe Korrelation mit Skalen hat, die Depressivität und Ängstlichkeit messen (Watson, 1988). Beide Stimmungen stellen

nun zwei eigenständige Dimensionen dar, was auch dadurch zum Ausdruck kommt, dass sie eine niedrige Korrelation (-0,12 bis -0,23) miteinander aufweisen (Watson & Clark, 1984; Watson et al., 1988). Die PANAS-Skala ist seit dieser Modifikation eine der solidesten Messgrundlagen für emotionales Wohlbefinden, die schon in verschiedenen Studien, so z.B. der BASE (Mayer & P. Baltes, 1996), angewendet worden ist.

Die Reliabilität dieser Skala erwies sich in der eigenen Untersuchung als hoch: für den positiven Affekt $\alpha = 0,81$ und für den negativen Affekt $\alpha = 0,76$. In der deutschen Stichprobe weist der positive Affekt einen Wert von $\alpha = 0,79$ und der negative Affekt einen Wert von $\alpha = 0,80$ auf. In der polnischen Stichprobe sind diese Reliabilitätswerte noch höher und betragen entsprechend $\alpha = 0,83$ und $\alpha = 0,85$.

B). Kognitives Wohlbefinden

Zur Messung des kognitiven Wohlbefindens, das hier in Form von Lebenszufriedenheit operationalisiert wurde (vgl. Abschnitt 2.2.1), liegen viele Instrumente vor, wobei sie entweder ihre globale oder bereichsspezifische Facette erfassen (Übersicht in Andrews & Robinson, 1991 (englisch) sowie in Forstmeier, Uhlendorff, & Maercker, 2005 (deutsch); vgl. auch Closs & Kempe, 1986). Die *Satisfaction with Life Scale* (SWLS) von Diener und Kollegen (1985) dient der Selbstbeurteilung der globalen Lebenszufriedenheit und ist eines der bekanntesten und am häufigsten in der gerontologischen Forschung eingesetzten Instrumente (Argyle, 2001; Morill, 2005; Pavot & Diener, 1993). Der Fragebogen besteht aus fünf Items, die von Sölva, Baumann und Lettner (1995) ins Deutsche übersetzt wurden und sich aufgrund ihrer einfachen Handhabung sehr gut etablierten. Die Eindimensionalität der SWLS konnte faktorenanalytisch mehrfach bestätigt werden (z.B. Pavot, Diener, Colvin, & Sandvik, 1991). Diese Skala wurde in der eigenen Untersuchung angewendet, wobei ihre siebenstufigen Originalbeurteilungsmöglichkeiten aus den bereits erwähnten Gründen auf drei Stufen gekürzt werden mussten (ja / weder noch / nein). Die Reliabilität der so vereinfachten Skala (Cronbachs Alpha) erwies sich mit einem Wert von $\alpha = 0,54$ als ausreichend. In der deutschen Stichprobe betrug Cronbachs Alpha $\alpha = 0,54$ und in der polnischen $\alpha = 0,52$.

Schließlich wurde die Lebenszufriedenheit auch auf der TE 1 erfasst, um die Verweigerer mit den Teilnehmern vergleichen zu können. Da keine Fragebögen angewendet werden konnten, wurde die globale Zufriedenheitseinschätzung mittels eines einzelnen Items ermittelt: *Wie zufrieden sind Sie, alles in allem, mit Ihrem Leben?* Die Antwort erfolgte auf einer Skala von 0 (ganz und gar unzufrieden) bis 10 (ganz und gar zufrieden). Diese Art der Fragestellung wird besonders oft in verschiedenen Surveys verwendet (z.B. Das sozioökonomische Panel; Hanefeld, 1987).

4.6.2 Messung der individuellen Ressourcen

A). Soziodemographische Merkmale

Das *Alter* der Studienteilnehmer wurde in Jahren erfasst. Der *Bildungsstand* konnte einer von sechs Kategorien zugeordnet werden: kein Schulabschluss, Volksschulabschluss, mittlere Reife, Abitur, Universitätsabschluss, Sonstiges. Obwohl der *Familienstand* in sechs Kategorien erhoben wurde, erfolgte seine Analyse in den vier folgenden Kategorien: ledig, verheiratet oder in Partnerschaft lebend, geschieden oder getrennt lebend, verwitwet.

Ökonomische Ressourcen wurden sowohl objektiv als auch subjektiv erfasst. Angesichts der großen sozioökonomischen Unterschiede zwischen den beiden Ländern musste ein gemeinsamer Maßstab zugrunde gelegt werden, damit die Ergebnisse auch miteinander verglichen werden konnten. Als solcher wurde die *Sozialschichtzugehörigkeit* ausgewählt, wobei für Deutschland und Polen getrennte Schichtindizes gebildet wurden. Für jedes Land wurden auf der Basis des Nettoäquivalenzeinkommens vier Sozialschichten gebildet, wobei die OECD-Skala von 2004 zugrunde gelegt wurde. Die erste Sozialschicht ist hierbei durch ein Unterschreiten der OECD-Armutsgrenze (60% des Medians des laufenden verfügbaren Äquivalenzeinkommens) definiert. Die Zugehörigkeit zur zweiten Sozialschicht entspricht einem Äquivalenzeinkommen, das sich zwischen der Armutsgrenze und einem für das jeweilige Land durchschnittlichen Äquivalenzeinkommen befindet. Eine Person aus der dritten Sozialschicht verfügt über ein Einkommen, das sich zwischen dem durchschnittlichen Äquivalenzeinkommen des jeweiligen Landes und der Reichtumsgrenze befindet (ein Äquivalenzeinkommen, das mindestens 100% des im jeweiligen Land durchschnittlichen Äquivalenzeinkommens beträgt). Die Zugehörigkeit zur vierten Sozialschicht ist gleichbedeutend mit dem Überschreiten der Reichtumsgrenze. Tabelle 9 fasst die für diese Untersuchung geltenden Schichtindizes zusammen.

Tabelle 9: Schichtindizes für die beiden Länder⁷².

Sozialschichten	Deutschland	Polen ⁷³
1. Sozialschicht	weniger als 850 €	weniger als 600 PLN
2. Sozialschicht	850 – 1.500 €	600 – 1.000 PLN
3. Sozialschicht	1.500 – 3.000 €	1.000 – 2.000 PLN
4. Sozialschicht	mehr als 3.000 €	mehr als 2.000 PLN

Bei der Untersuchung wurde zuerst das Nettoeinkommen aller in dem Haushalt lebenden Personen pro Monat erfasst. Damit ist der Gesamtbetrag gemeint, der dem Haushalt monatlich

⁷² Die Angaben wurden aus Gründen der besseren Verständlichkeit jeweils leicht nach oben gerundet: Der genaue Median für Deutschland beträgt 1.487 € und für Polen 985 PLN.

⁷³ PLN – polnischer Zloty: 1 € = ca. 3,5 PLN.

zur Verfügung steht, inklusive aller Zuwendungen (also Rente, Pension, Mieteinnahmen, Grundsicherung usw.) nach Abzug von Steuern. Diese wurde dann den Angaben der OECD zufolge so durch die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen dividiert, dass die erste erwachsene Person mit einem Gewicht von 1,0, jeder weitere Erwachsene mit einem Gewicht von 0,5 und jedes Kind unter 14 Jahren mit einem Gewicht von 0,3 in die Berechnung eingingen. Dieses äquivalenzgewichtete Pro-Kopf-Einkommen wurde schließlich einer der Sozialschichten zugeordnet.

Die subjektive Bewertung der ökonomischen Ressourcen erfolgte auf der gleichen Skala wie die subjektive Einschätzung der Lebenszufriedenheit. Die Studienteilnehmer sollten auf einer Skala von 0 (sehr unzufrieden) bis 10 (sehr zufrieden) beurteilen, wie zufrieden sie mit ihrer finanziellen Situation sind.

B). Gesundheitsstatus

Der objektive Gesundheitszustand hat in dieser Untersuchung zwei Indikatoren. Erstens wurde er über die Anzahl der zentralen Erkrankungen ermittelt. Die *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS) von Linn und Mitarbeiter (1968), mit deren Hilfe ein Komorbiditätsindex erfasst wird, empfahl sich als geeignetes Messinstrument. Hierzu wurde die Kurzfassung der Skala bevorzugt, die im Unterschied zur ursprünglichen Form der CIRS von 13 auf 10 zu beurteilende Organsysteme reduziert ist. Die 10 Organsysteme wurden nach Diagnosen abgefragt und in vier Schweregraden bewertet (keine, geringfügige bis leichte, mäßiggradige und schwere Organschädigung). In der Auswertung wird der Komorbiditätsindex verwendet, der die Anzahl der mäßiggradig oder schwer durch Erkrankung betroffenen Organsysteme nennt und einen Wert von 0 bis 10 haben kann (Di Libero, Fargnoli, Pittiglio, Mascio, & Giaquinto, 2001). Das zweite Instrument, das nach der Befragung von der Interviewerin angewendet wurde, ist die *Physical Health Rating Scale* (PHRS; Fillenbaum, 1988), deren Validität und Reliabilität sich bewiesen haben (Fillenbaum, 1995). Die Skala besteht aus sechs Stufen, die das Ausmaß körperlicher Beeinträchtigungen von ausgezeichneter körperlicher Gesundheit bis zu totalen körperlichen Einschränkungen graduiert.

Die subjektive Einschätzung der Gesundheit erfasste die Frage: *Wie würden Sie derzeit, alles in allem, Ihren Gesundheitszustand bewerten?* Die Studienteilnehmer konnten zwischen vier Antwortmöglichkeiten wählen: ausgezeichnet / gut / mäßig / schlecht.

C). Funktionaler Status

Mit *Activity of Daily Living* und *Instrumental Activity of Daily Living Scales* nach Lawton & Brody (1969) wurden die funktionalen Ressourcen abgefragt. Die Aktivitäten des täglichen Lebens umfassen „essen“, „sich an- und auskleiden“, „sich um sein Aussehen kümmern“, „alleine gehen“, „ins Bett gehen bzw. aufstehen“, „baden oder duschen“ und „Toilettengang“. Die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens beziehen sich auf Tätigkeiten wie „telefonieren“, „an Orte kommen, die man nicht zu Fuß erreichen kann“, „einkaufen“, „Mahlzeiten zubereiten“, „Hausarbeit“, „Medikamenteneinnahme“ und „Geldangelegenheiten regeln“. Außerdem wurde eine dreikategoriale Ausprägung der jeweils sieben Items eingeführt (Aktivität ohne Hilfe möglich, mit Hilfe möglich, nicht mehr möglich). Somit ist ein Wertebereich von 0 bis 14 in beiden Summenscores möglich. Höhere Werte stehen für höhere Kompetenzen.

Die subjektive Wahrnehmung des funktionalen Status wurde mit der folgenden Frage ermittelt: *Inwieweit hindert Sie Ihre Gesundheit daran, Dinge zu tun, die Sie gerne machen würden?* Es standen drei Antwortoptionen zur Auswahl: fast immer / ab und zu / überhaupt nicht.

D). Kognitive Ressourcen

Zur Einschätzung des kognitiven Status dienten zwei in der gerontologischen Forschung gut etablierte Instrumente. Erstens wurde der *Mini Mental Status Examination* von Folstein und Mitarbeitern (1975) eingesetzt. Verschiedene kognitive Fähigkeiten, wie zeitliche Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit, sowie Sprache und konstruktive Praxis werden mit dem Test auf Auffälligkeiten hin untersucht. Wie bereits in der Einführung zu diesem Kapitel kurz angedeutet wurde, wurde hier eine auf 21 Fragen verkürzte Version des Instruments verwendet (vgl. Busse, Aurich, Riedel-Heller, Matschinger, & Angermeyer, 2002; Kliegel, Moor, & Rott, 2004). Erstens ist diese Version insofern vorteilhaft, als sie nicht so stark alters- und bildungsabhängig ist (Ivemeyer & Zerfaß, 2002). Zweitens wurde bei der Untersuchungsplanung davon ausgegangen, dass bei den ST öfters als bei der Allgemeinbevölkerung sensorische Einbußen vorkommen, was einen großen Einfluss auf den letzten Teil der MMSE zu Sprache und konstruktiver Praxis haben wird. Aus diesen zwei Gründen wurde die Entscheidung zugunsten der verkürzten Version getroffen. Sonst wären mit Hilfe der MMSE nicht nur der kognitive Status, sondern auch die sensorischen Einbußen mitgeschätzt worden, was die Ergebnisse verfälscht hätte. Wie die Analysen aus der Heidelberger Hundertjährigen-Studie zeigten, ist die Verkürzung des Instruments mit keiner

Reduzierung der Reliabilität und Validität verbunden (Kliegel et al., 2004). Bei dieser verkürzten Version wird ab Werten unterhalb von 5 Punkten von einer schweren kognitiven Störung ausgegangen. Der Cut-off-Wert von 10 Punkten weist auf mäßige kognitive Beeinträchtigungen hin, bei denen es nur bedingt möglich ist, zuverlässige Interviewdaten zu bekommen (vgl. Rott et al., 2001). Aus diesem Grund wurde für die Teilnahme an der Untersuchung ein Cut-off-Wert von 10 festgelegt.

Zweitens, ähnlich wie bei der Gesundheit, wurde auch der kognitive Status seitens der Interviewerin bewertet. Dabei verwendete sie die Global Deterioration Scale von Reisberg und Kollegen (1982), die das Ausmaß kognitiver Funktionsverluste einstuft, indem sie neben Gedächtnis- und Orientierungsstörungen auch deren Auswirkungen auf die Alltagsbewältigung sowie begleitende Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen berücksichtigt. Die Skala besteht aus 7 Stufen: (1) keine kognitiven Leistungseinbußen, (2) sehr geringe kognitive Leistungseinbußen, (3) geringe kognitive Leistungseinbußen, (4) mäßige kognitive Leistungseinbußen, (5) mittelschwere kognitive Leistungseinbußen, (6) schwere kognitive Leistungseinbußen, (7) sehr schwere kognitive Leistungseinbußen. Für diese Untersuchung wurde ein Grenzwert von 5 festgelegt. Personen mit einem solchen Wert können ohne fremde Hilfe nicht mehr zurechtkommen, können sich während des Interviews kaum an relevante Aspekte ihres gegenwärtigen Lebens erinnern und sind hinsichtlich Zeit und Ort desorientiert. Darüber hinaus konnte der allgemeine Bildungsstand der ST mit Hilfe von Informationen wie Schulabschluss, Berufsausbildung und zuletzt ausgeübter Beruf ermittelt werden.

E). Soziale Ressourcen

Zur Operationalisierung der sozialen Ressourcen nutzte diese Untersuchung die von Antonucci (1986) entwickelte Methode, das soziale Netzwerk eines Menschen in drei Kreisen zu erfassen. Ein Studienteilnehmer wird darum gebeten, die in seinem Leben wichtigen Menschen drei Kreisen zuzuordnen. In den ersten Kreis, der dem Untersuchungsteilnehmer am nächsten liegt, sollen alle Leute aufgenommen werden, denen er sich so eng verbunden fühlt, dass er sich nur schwer vorstellen kann, ohne diese Personen zu leben. Personen, denen er sich nicht so eng verbunden fühlt, die für ihn aber dennoch wichtig sind, sollten in den zweiten Kreis aufgenommen werden. Schließlich befinden sich in dem dritten Kreis solche Personen, mit denen sich der ST weniger eng verbunden fühlt, die für ihn aber auch wichtig sind. Als Indikator wird hier die Größe des Netzwerks ermittelt, d.h. die Anzahl der Personen in den einzelnen Kreisen sowie die Gesamtanzahl.

Emotionale und instrumentelle Unterstützungsleistungen zählen in dieser Untersuchung ebenfalls zu den sozialen Ressourcen. Diese wurden mit jeweils 5 Fragen zu jeder Unterstützungsart erfasst. Die Fragen wurden so formuliert, dass der ST die Personen benennen sollte, die die Unterstützung für ihn tatsächlich leisteten bzw. leisten (vgl. d'Heureuse, 2001). Es wurde eine mit den Fragen zum Affekt vergleichbare Zeitperiode von einem Jahr festgelegt, d.h., dass die Unterstützung im letzten Jahr in den Fokus gestellt wurde.

Die Zufriedenheit mit sozialen Kontakten, die auf einer Skala von 0 (ganz und gar unzufrieden) bis 10 (ganz und gar zufrieden) eingeschätzt werden sollte, wurde als Indikator für die subjektive Betrachtung der sozialen Ressourcen verwendet.

F). Persönlichkeitsbezogene Ressourcen

Extraversion und Neurotizismus

Das *NEO Personality Inventory* von Costa & McCrae (1985) [deutsche Fassung: NEO-Fünf-Faktoren-Inventar; Borkenau & Ostendorf (1993); polnische Fassung von Zawadzki, Strelau, Szczepanik und Sliwińska (1996)] gilt weltweit als das am häufigsten in der Forschung und klinischen Praxis verwendete Instrumentarium. In der vorliegenden Studie wurde eine leicht veränderte Form der Extraversion- und Neurotizismus-Skalen aus diesem Inventar eingesetzt. Die Items mussten in Fragen umformuliert werden, um sie den Teilnehmern in der mündlichen Befragung stellen zu können; außerdem wurde das in der Originalversion verwendete Antwortschema mit fünf Kategorien auf drei Antwortmöglichkeiten (ja / weder noch / nein) reduziert. Die Reliabilität der beiden Skalen erwies sich in der eigenen Untersuchung als befriedigend bis hoch: Cronbachs Alpha für die Extraversions-Skala beträgt 0,68 und für die Neurotizismus-Skala 0,82. In der polnischen Stichprobe zeigen die beiden Skalen eine vergleichsweise bessere Reliabilität (Extraversion: $\alpha = 0,67$; Neurotizismus $\alpha = 0,82$) als in der deutschen Stichprobe (Extraversion: $\alpha = 0,68$; Neurotizismus: $\alpha = 0,73$).

Depression

Es wurde die *Geriatric Depression Scale* (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey, et al., 1983) in der von Martin, Poon und Johnson (1996) auf 10 Items reduzierten Kurzform mit den Antwortkategorien „ja“ und „nein“ verwendet. Im Vergleich zu der Originalversion ist diese hier um die Items verkürzt, die mit körperlicher Aktivität verbunden sind. Aufgrund des vereinfachten Ja-nein-Antwortformats und der Reduktion von Items zu somatischen Symptomen weist die GDS-10 gute testpsychologische Eigenschaften bei alten Menschen auf (Almeida & Almeida, 1999; Gauggel & Birkner, 1999). Die GDS-10 wurde auch mit Erfolg

bei Hundertjährigen-Studien verwendet (Martin et al., 1996). Bei dieser Version wird ab einem Wert von 4 Punkten von einem klinisch relevanten Ausmaß an depressiven Symptomen ausgegangen (vgl. Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey, & Rose, 1982). Für die 10 Items ergab sich eine ausreichende Reliabilität von $\alpha = 0,65$ (deutsche Stichprobe: $\alpha = 0,63$; polnische Stichprobe: $\alpha = 0,61$). Besonders diese Skala war für die Studienteilnehmer der eigenen Untersuchung mit emotionalem Stress verbunden. Auch bei einigen Personen, die psychisch relativ stabil schienen, lösten die Fragen oft Gesprächsbedarf aus.

Positive Lebensbewertung

Hierfür wurde die *Valuation of Life Scale* von Lawton und Kollegen (1999, 2001) eingesetzt. Die 13 Items der Skala wurden von der Heidelberger Arbeitsgruppe (Rott et al., 2001) übersetzt und an Befragungen im hohen Alter angepasst: Die ursprünglichen fünf Antwortkategorien wurden in drei (ja / weder noch / nein) umgewandelt. Dieses Instrument misst eine kognitiv-affektive Einschätzung der Bedeutung und des Sinns des Lebens. Dabei werden nicht nur der gegenwärtige Zustand, sondern auch der Lebensrückblick sowie die Zukunftsperspektive bewertet. Die einzelnen Bereiche, die abgefragt werden, sind Umgang mit Lebensaufgaben, Einschätzung der eigenen Kompetenzen, Zukunftsdenken, Lebensziele und Hoffnung. Die Reliabilität dieser Version der Skala hat sich mit einem Wert von $\alpha = 0,70$ als gut erwiesen. Dabei zeigt Cronbachs Alpha einen höheren Wert in der polnischen Stichprobe ($\alpha = 0,76$) als in der deutschen Untersuchungspopulation ($\alpha = 0,69$).

Kohärenzgefühl

Die *Sense of Coherence Scale* von Antonovsky (1987) [deutsche Fassung von Schumacher, Gunzelmann und Brähler (2000); polnische Fassung von Koniarek, Dudek und Makowska (1993)] wurde angewendet. Die hier eingesetzte Version ist die von Schumacher, Wilz und Kollegen (2000) zu neun Fragen gekürzt und kann nur in Form des Kohärenz-Gesamtskalenwertes und nicht der drei SOC-Subskalen interpretiert werden. Den 20 Teilnehmern der eigenen Untersuchung konnten die Fragen dieses Instrumentes nicht gestellt werden. Das Interview war für diese Personen zu anstrengend und aus ethischen Gründen wurde dieser Fragebogen weggelassen. Trotzdem ergab Cronbachs Alpha bei der Teilstichprobe ($N = 187$) eine gute Reliabilität von $\alpha = 0,76$ (polnische Stichprobe: $\alpha = 0,77$; deutsche Stichprobe $\alpha = 0,74$).

Kontrollüberzeugung

Kontrollüberzeugung wurde anhand der *IPC-Fragebogen* (Levenson, 1972 in der deutschen Fassung von Krampen, 1981) mit drei Unterskalen zur Internalität (I-Skala), Externalität, die

durch subjektiv erlebte Machtlosigkeit geprägt ist (P-Skala), und Externalität, die durch Fatalismus bedingt ist (C-Skala), erfasst. Die Skala hat sich indes in dieser Untersuchung nicht bewiesen. Es stellte sich heraus, dass die hochaltrigen Personen mit den Fragen zahlreiche Probleme hatten, weil die abgefragten Situationen mit dem Alter sehr wenig zu tun haben. Nur bei 133 Studienteilnehmern konnte die Skala zu Ende gebracht werden. Dennoch ist die Reliabilität der drei Unterskalen als gut zu bezeichnen: I-Skala: $\alpha = 0,70$ (polnische Stichprobe: $\alpha = 0,62$; deutsche Stichprobe: $\alpha = 0,78$), P-Skala: $\alpha = 0,73$ (polnische Stichprobe: $\alpha = 0,79$; deutsche Stichprobe: $\alpha = 0,70$), C-Skala: $\alpha = 0,78$ (polnische Stichprobe: $\alpha = 0,67$; deutsche Stichprobe: $\alpha = 0,84$).

4.6.3 Messung der infrastrukturellen Ressourcen

Wie bereits im theoretischen Teil ausführlich beschrieben, wurden die infrastrukturellen Ressourcen in drei Domänen aufgeteilt:

- Stadtinfrastruktur
- Infrastruktur in Bereich der Kultur-, Freizeit- und Bildungsangebote
- Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote

Alle ließen sich noch weiter ausdifferenzieren, sodass man Unterbereiche bilden konnte. Die Domäne *Stadtinfrastruktur* wurde in (1) Mobilitätsmöglichkeiten und Verkehr sowie (2) Versorgungseinrichtungen des täglichen und mittelfristigen Bedarfs unterteilt. Die Domäne *Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten* besteht aus (1) Freizeit- und Kulturangeboten, (2) Bildungsangeboten und Ehrenamt sowie (3) Servicestellen und lebensweltnaher Fachberatung. Die Domäne *Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote* wurde in (1) Ambulante und (2) Stationäre Altenhilfe gegliedert, wobei die Erste noch weiter unterteilt wurde in (a) Hauswirtschaftliche Dienstleistungen, (b) Soziale Kontaktdienstleistungen und (c) Ärztliche und Pflegerische Dienstleistungen. Abbildung 6 (S. 84) gibt einen Überblick über alle für diese Untersuchung relevanten Aspekte bzw. Bedingungen der drei Domänen und deren einzelnen Unterbereiche. Die aufgelisteten Aspekte/Bedingungen wurden in beiden Städten erfasst. Allerdings wurde hierzu ebenfalls der Versuch unternommen, die Ressourcen sowohl objektiv als auch subjektiv zu erfassen (vgl. Abschnitte 2.1.5 und 2.2.2). Obwohl an der Befragung nur die Bürger aus den ausgewählten Stadtteilen teilnahmen, konnte sich die Erfassung der Infrastruktur nicht ausschließlich auf diese Stadtteile konzentrieren, aus denen die ST kamen. Es wäre naiv zu behaupten, dass sich das Leben einer Person nur in den Grenzen ihres Stadtteils abspielt. Im Alltag funktionieren diese Grenzen nicht und es wird eher von einem Wohnumfeld bzw. einer Wohngegend gesprochen. Dementsprechend

wurde bei der Erfassung der infrastrukturellen Ressourcen eine Definition der nahen Wohngegend zugrunde gelegt, um vergleichbare Rahmenbedingungen für alle Studienteilnehmer gewährleisten zu können. Diese besagt, dass die Grenzen der nahen Wohngegend / des Wohnumfelds innerhalb von 15 Minuten zu Fuß oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen sind (siehe Abschnitt 2.3.3).

Mit jedem Studienteilnehmer wurden insgesamt drei „Durchgänge“ durch alle infrastrukturellen Ressourcen durchgeführt (siehe Anhang B: Infrastruktur). Für die interne Nutzung im Rahmen des Projektes wurden die „Durchgänge“ als wichtig / trifft zu / zufrieden bezeichnet. Im ersten Schritt sollte von dem ST erfahren werden, welche Bedingungen/Einrichtungen der Wohnumgebung für ihn grundsätzlich wichtig sind [ja/nein], und zwar unabhängig davon, ob sie für seine Umgebung im Moment zutreffen. Auf die Definition der Wohnumgebung als solche, die innerhalb von 15 Minuten zu Fuß oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar ist, wurde der ST an mehreren Stellen hingewiesen.

Somit wurden im Stadtinfrastrukturbereich 10 Bedingungen des Wohnumfelds für den Unterbereich *Mobilitätsmöglichkeiten und Verkehr* und 7 Einrichtungen für den Unterbereich *Versorgungseinrichtungen des täglichen und mittelfristigen Bedarfs* abgefragt. Darauf folgend wurde die Wichtigkeit der Einrichtungen bzw. Leistungen im Bereich der Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten erfasst. Im Unterbereich der *Freizeit- und Kulturangebote* wurden 6 Gruppen von Einrichtungen, im Unterbereich *Bildungsangebote* 2 Gruppen von Einrichtungen und im Unterbereich *Servicestellen und Lebensweltnahe Fachberatung* 1 Gruppe von Einrichtungen abgefragt. Die Wichtigkeit der ambulanten Hilfe wurde mit 3 Leistungen im Unterbereich *Hauswirtschaftliche Dienstleistungen*, 2 Leistungen im Unterbereich *Soziale Kontaktdienstleistungen* sowie 6 im Unterbereich *Medizinische und Pflegerische Dienstleistungen* erfasst. Die stationäre und teilstationäre Altenhilfe wurde separat abgefragt (siehe unten).

Die objektive Messung, die eine Auskunft über das Wohnumfeld geben sollte und im zweiten Schnitt erfolgte, war das Vorhandensein der Bedingung/Einrichtung. Dabei wurde indes davon ausgegangen, dass die ST nicht immer über alle Einrichtungen/Bedingungen informiert sein müssen. Dennoch wurden alle infrastrukturellen Ressourcen abgefragt, wobei in Zweifelsfällen auf die im Vorfeld von der Interviewerin erfassten Informationen zum Wohnumfeld zurückgegriffen wurde. Für jede Domäne wurde der jeweilige Summenindex gebildet (auch die Summenscores für die Unterbereiche). Weiterhin galt hierzu die Definition des Wohnumfelds als solches, das innerhalb von 15 Minuten zu Fuß oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen ist. Für jede vorhandene Bedingung bzw. Einrichtung wurde ein

Punkt vergeben, so dass ein Range von 0 (keine Bedingung/Einrichtung vorhanden) bis entsprechend 17 Punkten für die Stadtinfrastruktur, 9 Punkten für die Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten und 11 Punkten für die Infrastruktur der ambulanten Altenhilfe (alle Bedingungen/Einrichtungen vorhanden) möglich war.

Der dritte und letzte Durchgang konzentrierte sich auf die Zufriedenheit der Stadtteilbewohner mit den vorher besprochenen Einrichtungen und Bedingungen in ihrer Wohnumgebung. Statt der Außensicht wurde nun wieder die Innensicht auf die Wohngegend ins Visier genommen. Die Zufriedenheit wurde auf einer vierstufigen Skala von sehr unzufrieden bis sehr zufrieden erfasst.

Obwohl die stationäre und die teilstationäre Altenhilfe in fast gleicher Art und Weise erfasst wurden, wurden sie separat im Anschluss an die drei bereits vorgestellten Domänen abgefragt. Der Grund dafür lag darin, dass es sich hierbei nicht mehr um die nahe Wohnumgebung, sondern um die ganze Stadt handelt. Die stationäre und die teilstationäre Hilfe werden nämlich nicht bezirks- oder stadtteilbezogen geplant, sondern von der Stadt für alle Bürger stadtteilunabhängig organisiert. Es wird sogar empfohlen, die Pflegeheime, die ihre eigene Infrastruktur besitzen, nicht im Stadtzentrum zu platzieren, damit ihre Bewohner Ruhe und Natur genießen können. Die Erfahrungen aus der Pilotstudie trugen ebenfalls dazu bei, die vierte Domäne separat abzufragen, um die Verständigungsprobleme zu vermeiden und die Studienteilnehmer nicht immer wieder daran erinnern zu müssen, welche räumliche Referenz zu gelten hat. Demnach wurden im Zusammenhang mit stationärer und teilstationärer Altenhilfe 7 Einrichtungen – wieder in drei Durchgängen nach (1) ihrer subjektiven Wichtigkeit für die Person, (2) ihres objektiven Vorhandenseins und (3) der Zufriedenheit mit ihnen abgefragt. Zum Ablauf dieser Befragung sollte noch ergänzt werden, dass sich bei mehreren Studienteilnehmern folgende Reihenfolge ergab, dass die infrastrukturellen Ressourcen nicht in drei Durchgängen einzeln für jede Bedingung/Einrichtung, sondern gleich über alle drei Aussagen hinweg (wichtig / trifft zu / zufrieden) erfasst werden konnten.

Für die statistische Auswertung wurden in drei Domänen der infrastrukturellen Ressourcen Summenindizes der objektiv vorhandenen (Vorhandensein) sowie subjektiv bevorzugten (wichtig) Bedingungen/Einrichtungen gebildet. Für die Zufriedenheit mit den drei Domänen wurde der Mittelwert berechnet.

Schließlich wurde eine Frage zur subjektiven Zufriedenheit mit dem Stadtteil und der Wohnumgebung im Allgemeinen gestellt. Die Frage war in ähnlicher Art und Weise formuliert wie die Fragen zur Zufriedenheit mit dem Leben oder sozialen Kontakten: *Wie zufrieden sind Sie, alles in allem, mit Ihrem Stadtteil als Wohnort?* Alle Fragen, die in dieser Form

gestellt wurden, dienten lediglich für den Vergleich zwischen den ST und Verweigerern. Es wurde davon ausgegangen, dass solche einfache Zufriedenheitsskalen als Prädiktoren des Wohlbefindens nicht genügen. Deswegen wurde sich darum bemüht, für die subjektive Zufriedenheit mehr umfangreiche und reliable Prädiktoren zu entwickeln, wie z.B. den bereits vorgestellten Zufriedenheitsscore für infrastrukturelle Ressourcen. Die letzte Frage des Instrumentariums gab den ST die Gelegenheit, ihre Wünsche in Bezug auf den Stadtteil offen auszudrücken. Der vollständige Fragebogen, der in dieser Untersuchung angewendet wurde, kann Anhang B entnommen werden.

4.7 Statistische Prozeduren

Im weiteren Verlauf werden die für diese Studie gewählten methodischen Vorgehensweisen und das Prozedere zur statistischen Auswertung vorgestellt. Die Auswertungsmethoden dieser Arbeit folgten einem dreistufigen Ablauf. Zuerst wurde anhand deskriptiver Analysen ein erster Überblick über Gemeinsamkeiten und Differenzen zwischen den beiden Ländern bezüglich der einzelnen erfassten Variablen gegeben. Dabei wurden sowohl die abhängigen als auch die unabhängigen Variablen berücksichtigt. In einem zweiten Schritt wurde mit Regressionsgleichungen überprüft, durch welche individuellen und infrastrukturellen Ressourcen der positive und negative Affekt sowie die Lebenszufriedenheit vorhergesagt werden konnten, wobei die Bedeutung der potenziellen Prädiktorvariablen sowohl für die Gesamtstichprobe als auch für die beiden Teilstichproben (Deutschland und Polen) bestimmt wurde. Die Analyse des Zusammenwirkens von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen wurde mit Hilfe der Regressionsanalysen und Strukturgleichungsmodelle überprüft.

4.7.1 Vorbereitung der Daten

In jeder empirischen Untersuchung muss in der Regel damit gerechnet werden, dass die Datensätze nicht vollständig sind. In dieser Studie erfolgte ein Ersatz der fehlenden Werte auf sieben Skalen: NEO-FFI, Geriatric Depression Scale, Valuation-of-Life-Skala, IPC-Kontrollüberzeugungs-Skala, SOC-Skala, PANAS-Skala und Lebenszufriedenheitsskala. Diese Substitution wurde allein bei diesen Studienteilnehmern durchgeführt, die nicht mehr als 20% Missings in dem entsprechenden Instrument aufwiesen. Der Ersatz basierte auf der Multiple Imputation und wurde mit Hilfe des Programms NORM vorgenommen (Schafer, 1999). Die Personen, die weniger als 80% der Fragen einer Skala beantworteten oder denen

diese Fragen gar nicht gestellt wurden, wurden aus der Analyse ausgeschlossen. Dies bezieht sich allerdings nur auf zwei Instrumente, nämlich die IPC-Skala (74 Personen ausgeschlossen) und die SOC-Skala (20 Personen ausgeschlossen). Ansonsten konnten alle 105 ST der deutschen Stichprobe und alle 102 ST der polnischen Stichprobe nach dem Ersatz von fehlenden Werten in jede Analyse einbezogen werden.

4.7.2 Differenzen und Gemeinsamkeiten im Ressourcenstatus

Eine deskriptive Beschreibung der beiden Stichproben hinsichtlich vorhandener Ressourcen eröffnete den Ergebnisteil dieser Arbeit. In Abhängigkeit vom Skalenniveau wurden Prozent- oder Mittelwerte für die drei Outcome-Variablen (positiver und negativer Affekt, Lebenszufriedenheit) sowie für Prädiktorvariablen (individuelle und infrastrukturelle Ressourcen) ermittelt. Es wurde dabei nach Unterschieden zwischen den beiden Ländern gesucht. Je nach Skalenniveau erfolgte die Auswertung mit dem χ^2 -Test, T-Test oder den univariaten Varianzanalysen (Fragestellung 1.1 bis 1.5).

Für eine vertiefte Analyse der infrastrukturellen Ressourcen und die Ermittlung der Übereinstimmung zwischen persönlichen Präferenzen eines Menschen und vorhandenen Bedingungen (vgl. Abschnitt 3.2) wurden Übereinstimmungsindizes für die drei Domänen der infrastrukturellen Ressourcen entwickelt und ausgewertet (Fragestellung 1.6). Die Bildung der Indizes beruhte auf allen Bedingungen bzw. Einrichtungen, die in den Domänen abgefragt wurden, und stellte eine Differenz zwischen deren Vorhandensein und deren Wichtigkeit dar. Bezüglich jeder einzelnen Bedingung/Einrichtung wurde nun ein Wert von -1 bis +1 vergeben: War eine Bedingung/Einrichtung einer Person wichtig und vorhanden, wurde der Wert +1 zugewiesen; gab es aber keine Bedingung/Einrichtung, die einer Person wichtig war, wurde der Wert -1 vergeben; in anderen Fällen wurde der Wert 0 zugeteilt. Die für alle Bedingungen errechneten Werte wurden anschließend zu vier Übereinstimmungsindizes summiert (ambulante und stationäre Altenhilfe wurden getrennt ausgewertet), die für jede Person eine Auskunft darüber gaben, ob sie in einer Umgebung mit den für sie wichtigen Bedingungen/Einrichtungen lebte. Für die einzelnen Bereiche reflektierte der theoretische Range des Indexes wie folgt:

- Übereinstimmungsindex für die Stadtinfrastruktur: von -17 (alle Bedingungen/Einrichtungen waren wichtig, aber keine war vorhanden) bis +17 (alle Bedingungen/Einrichtungen waren wichtig und alle waren vorhanden)

- Übereinstimmungsindex für die Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten: von -9 (alle Einrichtungen waren wichtig, aber keine war vorhanden) bis +9 (alle Einrichtungen waren wichtig und alle waren vorhanden)
- Übereinstimmungsindex für die ambulante Altenhilfe: von -11 (alle Bedingungen waren wichtig, aber keine war vorhanden) bis +11 (alle Bedingungen waren wichtig und alle waren vorhanden)
- Übereinstimmungsindex für die stationäre und teilstationäre Altenhilfe: von -7 (alle Einrichtungen waren wichtig, aber keine war vorhanden) bis +7 (alle Einrichtungen waren wichtig und alle waren vorhanden)

Ein höherer Indexwert drückte somit eine bessere Übereinstimmung zwischen den für wichtig erachteten Einrichtungen bzw. Bedingungen und den tatsächlich vorhandenen aus. Zusätzlich wurden die Übereinstimmungsindizes für die einzelnen Unterbereiche der vier Domänen gebildet und analysiert.

4.7.3 Regressionsanalysen: Zur Bedeutung der Prädiktoren und deren Zusammenwirken

Die Vorhersage von Outcome-Variablen durch mehrere Prädiktoren erfolgte mit dem Verfahren der multiplen Regression für beide Länder getrennt. Um zu überprüfen, welche Variablen in die Regressionsgleichungen einbezogen werden dürfen, wurden im Vorfeld Korrelationstabellen für alle Variablen zusammengestellt (Fragestellung 2.1 bis 2.2). Das Vorgehen war wegen der Multikollinearität unbedingt einzuhalten (Bortz, 2004): Werden zwei oder mehr erklärende Variablen, die eine sehr starke Korrelation⁷⁴ miteinander aufweisen, gleichzeitig in die Regressionsanalyse einbezogen, so zeigt die Kollinearitätsstatistik kritische Werte bezüglich des Toleranzwertes und des Varianz-Inflationsfaktors. In solchen Fällen steigt die Gefahr der Multikollinearität erheblich, die Genauigkeit der Schätzung des Beta-Wertes ist beeinträchtigt, was insgesamt zu verzerrten und nicht mehr eindeutigen Teststatistiken führen kann. Urban und Mayerl (2006, S. 232) empfehlen als „Daumenregel“, dass der Toleranzwert nicht unter 0,2 sein sollte und der VIF-Wert nicht über 5,0 gehen darf.

In der Auswertung wurden zuerst mehrere bereichsspezifische multiple Regressionsanalysen für den negativen Affekt, den positiven Affekt und die Lebenszufriedenheit durchgeführt, wobei die vier Bereiche der individuellen sowie drei Bereiche der infrastrukturellen Ressourcen separat berücksichtigt wurden. Zuerst wurde für jeden dieser sieben Bereiche getrennt der Einfluss seiner Variablen auf Lebenszufriedenheit und beide Affekte untersucht.

⁷⁴ Multikollinearitätseffekte sind ab Prädiktorkorrelationen von $r = 0,70$ zu erwarten (Tabachnik & Fidell, 1989).

Somit sollte überprüft werden, welchen Einfluss die einzelnen Ressourcendimensionen auf das Wohlbefinden aufwiesen (Fragestellung 2.3). Variablen, die sich in diesen *Submodellen* auf einem Niveau von $p \leq 0,10$ als signifikant erwiesen, wurden in einem weiteren Schritt in das bereichsübergreifende Regressionsmodell des jeweiligen Hauptbereiches aufgenommen (individuelle vs. infrastrukturelle Ressourcen), sodass der Einfluss von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen auf das Wohlbefinden getestet werden konnte (Fragestellung 2.4). Mit diesen zwei Hauptbereichen, die als Blöcke von Ressourcen interpretiert werden können, erfolgte dann eine schrittweise Regressionsanalyse (Fragestellungen 3.1 bis 3.2):

- Schritt 1: individuelle Ressourcen
- Schritt 2: Schritt 1 + infrastrukturelle Ressourcen

Durch dieses schrittweise Vorgehen sollte einerseits eine Variablenreduktion erzielt und andererseits der Gefahr begegnet werden, mögliche Einflussfaktoren zu übersehen.

Schließlich wurde die Wirkung infrastruktureller Ressourcen auf Lebenszufriedenheit und affektives Wohlbefinden in Abhängigkeit von dem Ausmaß an verfügbaren individuellen Ressourcen überprüft. Dabei stand der Interaktionseffekt individueller und infrastruktureller Ressourcen im Zentrum des Interesses (Fragestellung 3.4). Die Infrastruktur sollte einen Moderator der Beziehung zwischen Ressourcen und Wohlbefinden darstellen (vgl. Baron & Kenny, 1986). Die Testung dieses Moderationseffektes erfolgte mit multipler hierarchischer Regressionsanalyse, welche die Haupteffekte von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen im ersten und den Interaktionseffekt (Interaktionsterm) von beiden Ressourcen im zweiten Schritt in die Analyse einbezog (Tabachnik & Fidell, 1989).

4.7.4 Structural Equation Modeling

Im nächsten Auswertungsschritt wurde auf der Grundlage zentraler Alterskonzepte und -theorien sowie der Rezeption der vorliegenden Ergebnissen eigener Analysen ein Vorhersagemodell des Wohlbefindens spezifiziert und über ein Strukturgleichungsmodell getestet. Das Vorhaben bestand dabei darin, nicht nur die Beziehung der einzelnen Prädiktoren untereinander zu überprüfen, sondern vor allem die strukturelle Invarianz der untersuchten Konstrukte zu testen (vgl. Cunningham, 1991). Das Modell wurde sowohl für die Gesamtstichprobe als auch für die beiden Nationen separat überprüft (Fragestellung 3.3).

Die Strukturgleichungsmodelle, die gerade dafür entwickelt wurden, komplexe multivariate statistische Hypothesen zu überprüfen, boten sich hierzu als ein sehr geeignetes Verfahren an. So konnte die Mehrdimensionalität der beteiligten Konstrukte genauso

berücksichtigt werden wie deren gegenseitige Interdependenz. Demnach wurden in der Analyse alle expliziten und impliziten Zusammenhänge simultan getestet. Allerdings konnten keine kausalen Beziehungen festgestellt werden, da hierzu ein experimentelles Design notwendig gewesen wäre (vgl. Rudiger, 1998).

Die Berechnung von Strukturgleichungsmodellen (Structural Equation Modeling, SEM) kann als eine Kombination zweier multivariater statistischer Verfahren – Faktorenanalyse und Regressionsanalyse – betrachtet werden (Huberty & Morris, 1989). Im Zentrum der Analyse steht dabei die Erfassung der Beziehung von latenten Konstrukten (z.B. Gesundheit), die durch messbare Indikatoren abgebildet sind (z.B. Anzahl der Krankheiten und körperlicher Einschränkungen). Hierfür wird zuerst ein Messmodell zwischen den latenten Variablen und den zu messenden manifesten Indikatoren aufgestellt. Als Nächstes werden die Beziehungen zwischen den latenten Konstrukten mittels Regressions- oder Pfadkoeffizienten berechnet. Hierbei kann man auf direkte, indirekte und totale Effekte zurückgreifen. Die zentrale Frage bei der Überprüfung des im Vorfeld theoretisch aufgestellten Modells lautet, ob die empirisch gesammelten Daten das spezifiziertere Modell reproduzieren können. In der Praxis sieht das Vorgehen so aus, dass die Varianz-Kovarianz-Matrix, die aus den beobachteten Daten empirisch gewonnen wurde, mit der Matrix, die durch das Strukturmodell theoretisch formuliert wurde, verglichen wird (Byrne, 2001). Der Modellfit, der die simultane Betrachtung verschiedener Gütekriterien darstellt, gibt Hinweise dazu, wie gut diese Übereinstimmung zwischen den beiden Matrizen ist (Hox & Bechger, 1998). Einschränkend muss aber hinzugefügt werden, dass mehrere unterschiedliche theoretisch formulierte Modelle mit einer ähnlich guten Daten-Fit-Anpassung nebeneinander stehen können. So stellt ein Modell immer nur eines von möglichen Modellen dar und ist von der theoretischen Position des Forschers abhängig (M. Baltes, Horgas, Klingenspor, Freund, & Carstensen, 1996). In der eigenen Analyse werden folgende Indikatoren für den Modellfit genutzt:

- χ^2 : bewertet die absolute Anpassung des Modells an die Daten; der Wert wird zu den Freiheitsgraden des Modells in Verbindung gesetzt; ein Quotient von weniger als 2,5 gibt einen Hinweis auf eine akzeptable Modellgüte (Arbuckle, 2007); mit diesem Quotienten kann nicht beurteilt werden, ob eine falsche Modellstruktur als wahr angenommen wird (Förster, Fritz, Raffee, & Silberer, 1984). Daher müssen weitere Kriterien beachtet werden (Backhaus, Erichson, Plinke, & Weiber, 2006, S. 380).
- RMSEA: root mean square error of approximation – zeigt, inwiefern sich das Modell der Realität annähert; Werte zwischen 0,00 und 0,06 weisen auf eine gute bis genaue Anpassung des Modells hin (Browne & Cudeck, 1993).

- GFI/AGFI: goodness of fit index / adjusted goodness of fit index – geben den Anteil der erklärten Varianz und Kovarianz des Modells an; der GFI berücksichtigt nicht die Anzahl der Freiheitsgrade; beide Werte ab 0,90 weisen auf einen guten Fit hin.
- NFI: vergleicht den Minimalwert der Diskrepanzfunktionen eines Modells mit dem eines Basismodell, in dem alle beobachteten Variablen als unkorreliert angenommen werden; je näher sich der Wert an 1 befindet, umso desto bessere Modellgüte wurde erreicht; als Faustregel gilt größer als 0,90 (Bentler & Bonnet, 1980, S. 600; Bentler, 1990).
- CFI: comparative fit index; es wird zusätzlich beim NFI die Zahl der Freiheitsgrade berücksichtigt; Werte von mehr als 0,90 deuten auf einen sehr guten Modellfit hin (Backhaus et al., 2008, S. 381).

Abschließend soll noch darauf hingewiesen werden, dass die statistische Auswertung im Rahmen dieser Arbeit mit dem Statistikprogramm SPSS/PASW für Windows in der Version 18.0 und dem AMOS-Programm in der Version 18.0 erfolgte. Bis auf die Testung von Gruppenunterschieden, bei der eine Bonferroni-Korrektur vorgenommen werden musste, war bei allen Signifikanztestungen ein Alphaniveau von 0,05 verbindlich.

5. ERGEBNISSE

Wie bereits in Kapitel 4 ausführlich beschrieben wurde, bestand die Stichprobe dieser Untersuchung aus 105 deutschen und 102 polnischen hochaltrigen Studienteilnehmern. Bei diesen älteren Personen wurden mit Hilfe eines ausführlichen Untersuchungsinstrumentariums drei für die gestellten Forschungsfragen zentrale Konstrukte erfasst: die individuellen und infrastrukturellen Ressourcen sowie das Wohlbefinden.

Die Darstellung der Studienergebnisse gliedert sich in drei Abschnitte. Zunächst wird eine deskriptive Beschreibung des Status von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen sowie des Wohlbefindens vorgenommen. Darüber hinaus werden in diesem ersten Teil die Ergebnisse der Testung von Länderunterschieden in Bezug auf die zentralen untersuchten Variablen aufgezeigt. Die Ergebnisse der grundlegenden korrelativen und regressionsanalytischen Beziehungen zwischen den Ressourcen und dem Wohlbefinden stellen den zweiten Teil dieses Kapitels dar. Dabei wird die differenzielle Bedeutung der einzelnen Dimensionen von Ressourcen für die beiden Facetten des Wohlbefindens, d.h. Lebenszufriedenheit und emotionales Wohlbefinden, untersucht. Im letzten Abschnitt dieses Kapitels wird das Zusammenspiel von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen in ihrer Beziehung zum Wohlbefinden beleuchtet. Hierzu werden Ergebnisse der Testung von Strukturgleichungsmodellen vorgestellt.

5.1 Zum Ausmaß des Wohlbefindens und zum Ressourcenhaushalt in den untersuchten Ländern

5.1.1 Wohlbefinden

In Anlehnung an die im theoretischen Teil vorgestellten Überlegungen und Forschungsergebnisse (z.B. Diener et al., 2000; Diener & Suh, 1998; Smith et al., 2002) wurde in der vorliegenden Arbeit das Wohlbefinden in seinen zwei Facetten erfasst: Sowohl die kognitive Beurteilung des Lebens als auch das emotionale Empfinden von positiven und negativen Emotionen wurden analysiert. Im Folgenden werden diejenigen Ergebnisse dargestellt, die sich auf diese zwei Facetten des Wohlbefindens und somit auf die Fragestellung 1.1 dieser Studie beziehen.

Wie Tabelle 10 zu entnehmen ist, zeichneten sich die untersuchten sehr alten Personen durch ein hohes Maß an Lebenszufriedenheit aus. Des Weiteren überwog im emotionalen

Erleben der Studienteilnehmer der positive Affekt deutlich den negativen Affekt ($t = 15,84$; $df = 206$; $p < 0,001$ ⁷⁵). Die Häufigkeit nicht nur positiver, sondern auch negativer Emotionen im Erleben der ST konnte insgesamt als hoch bezeichnet werden. Im Vergleich mit älteren ST des Alters-Surveys (70-85 Jahre) gaben die in dieser Studie untersuchten hochaltrigen Personen an, positive ($t = 27,33$; $df = 206$; $p < 0,001$) sowie negative Emotionen ($t = 33,16$; $df = 206$; $p < 0,001$) signifikant häufiger zu erleben (Summenscorevergleich⁷⁶; vgl. Westerhof, 2001).

Tabelle 10: Wohlbefinden: Deskriptive Charakteristika der gesamten Stichprobe.

Variablen	Gesamt (N = 207)			
	Max.	Min.	M	SD
Wohlbefinden				
Lebenszufriedenheit (Max. = 15)	5	15	11,60	2,28
Positiver Affekt (Max. = 50)	19	48	33,08	6,36
Negativer Affekt (Max. = 50)	10	38	22,49	5,42

M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Max.: Maximum; Min.: Minimum

Für den positiven Affekt wurde eine durchschnittliche Erlebnishäufigkeit von $M = 3,31$ ($SD = 0,64$) und für den negativen Affekt von $M = 2,25$ ($SD = 0,54$) ermittelt⁷⁷. Somit blieb die Differenz zwischen positiven und negativen Gefühlen im positiven Bereich, was auf eine positive Affektbilanz im hohen Alter hindeutet. Die Gegenüberstellung der ermittelten Mittelwerte mit denjenigen, die für die hochaltrigen BASE-Teilnehmer festgestellt wurden (vgl. Staudinger et al., 1996), wies nur einen signifikanten Unterschied auf: Während positive Emotionen in der Altersgruppe 85- bis 89-jähriger Berliner signifikant häufiger erlebt wurden ($t = 4,69$; $df = 206$; $p < 0,001$), gaben die hier untersuchten alten Personen an, genauso oft negative Gefühle empfunden zu haben wie die hochaltrigen Berliner ($t = -0,04$; $df = 206$; $p = n.s.$ ⁷⁸). Eine weitere Analyse der Erlebenshäufigkeit einzelner positiver und negativer Gefühle im Verlauf eines Jahres zeigte noch größere Ähnlichkeiten mit den Ergebnissen der BASE. In Tabelle 11 wurden die einzelnen Gefühle nach ihrer Häufigkeit im Erleben geordnet. Auf den ersten vier Rangplätzen positiver Emotionen befanden sich Gefühle, die eine Verbundenheit mit der Umwelt und eine rege Teilhabe am Leben widerspiegeln: interessiert, hellwach, aufmerksam, aktiv. Die vier ersten negativen Gefühle deuteten hingegen auf eine depressive Verstimmung hin: unruhig, bedrückt, nervös, reizbar (vgl. Staudinger et al., 1996, S. 328).

⁷⁵ T-Test bei gepaarten Stichproben.

⁷⁶ T-Test bei einer Stichprobe.

⁷⁷ Gewichtete Daten; Skala: 1 (überhaupt nicht) bis 5 (sehr oft).

⁷⁸ T-Test bei einer Stichprobe. Vergleich mit den Mittelwerten der BASE-Studienteilnehmer (vgl. Staudinger et al., 1996, S. 329).

Tabelle 11: Rangfolge der Erlebenshäufigkeit positiver und negativer Gefühle.

Rang	Positiver Affekt	<i>M</i>	<i>SD</i>	Rang	Negativer Affekt	<i>M</i>	<i>SD</i>
1.	interessiert	4,21	1,04	1.	unruhig	3,26	1,02
2.	hellwach	4,03	0,87	2.	bedrückt	3,00	1,12
3.	aufmerksam	3,98	0,93	3.	nervös	2,86	1,03
4.	aktiv	3,82	1,02	4.	reizbar	2,77	1,07
5.	entschlossen	3,59	0,94	5.	verärgert	2,30	0,97
6.	angeregt	2,92	1,06	6.	ängstlich	1,86	0,94
7.	begeistert	2,90	1,13	7.	verängstigt	1,78	1,01
8.	erwartungsvoll	2,75	1,17	8.	schuldig	1,57	0,88
9.	stark	2,61	1,00	9.	feindselig	1,55	0,82
10.	stolz	2,27	1,25	10.	beschämt	1,54	0,92

Anmerkung: Bei der Durchführung aller Mittelwertvergleiche war eine Adjustierung nach Bonferroni notwendig. Demnach ist im Durchschnitt ein Mittelwertunterschied von $> 0,20$ auf dem Alphaniveau von 1% signifikant.

Länderunterschiede im „Wohlbefindenserleben“ wurden in Bezug auf die Lebenszufriedenheit und den positiven Affekt festgestellt (vgl. Tabelle 12⁷⁹). Im Vergleich mit den deutschen ST gaben die polnischen ST an, weniger lebensfröhlich zu sein ($t = 3,84$; $df = 205$; $p < 0,001$) und seltener positive Gefühle empfunden zu haben ($t = 3,84$; $df = 205$; $p < 0,001$). Hinsichtlich des negativen Affektes wurden keine länderspezifischen Differenzen festgestellt. Die Ermittlung der Effektstärke zeigte einen stabilen mittelgroßen Effekt für den positiven Affekt ($d = 0,53$) und einen vergleichsweise schwächeren, aber ebenfalls signifikanten Effekt im Hinblick auf die Lebenszufriedenheit ($d = 0,36$).

Tabelle 12: Wohlbefinden: Unterschiede zwischen den Ländern.

Variablen	Mannheim (<i>N</i> = 105)		Danzig (<i>N</i> = 102)		signifikante Unterschiede	Effektstärke (<i>d</i>)
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Wohlbefinden						
Lebenszufriedenheit (Max. = 15) ⁸⁰	12,00	2,19	11,20	2,31	$t = 2,57$; $df = 205$; $p = 0,011$	0,36
Positiver Affekt (Max. = 50)	34,70	6,15	31,41	6,17	$t = 3,84$; $df = 205$; $p < 0,001$	0,53
Negativer Affekt (Max. = 50)	23,02	5,33	21,94	5,48	$t = 1,44$; $df = 205$; $p = \text{n.s.}$	0,20

M: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung; *t*: T-Test für unabhängige Stichproben; *df*: Freiheitsgrade; n.s.: nicht signifikant.

⁷⁹ Detaillierte deskriptive Charakteristika der beiden Stichproben können Tabelle A.4 im Anhang A entnommen werden.

⁸⁰ Gewichtete Daten für Deutschland PA: $M = 3,47$, $SD = 0,61$; NA: $M = 2,30$, $SD = 0,53$; Polen PA: $M = 3,14$, $SD = 0,62$; NA: $M = 2,19$, $SD = 0,55$.

Wurden die Länderunterschiede hinsichtlich der Häufigkeit des Erlebens einzelner positiver und negativer Emotionen fokussiert, so zeigten sich viele signifikante Differenzen (vgl. Tabelle A.6). Im Vergleich zu den polnischen ST zeigten die deutschen hochaltrigen Befragten ein häufigeres Empfinden von Gefühlen wie: interessiert ($t = 4,08$; $df = 181,61$; $p < 0,001$), hellwach ($t = 3,35$; $df = 189,91$; $p = 0,001$), angeregt ($t = 7,24$; $df = 205$; $p < 0,001$), begeistert ($t = 3,24$; $df = 205$; $p = 0,001$), stark ($t = 5,20$; $df = 205$; $p < 0,001$) sowie bedrückt ($t = 3,83$; $df = 205$; $p < 0,001$), verärgert ($t = 3,30$; $df = 205$; $p = 0,001$), verängstigt ($t = 5,13$; $df = 205$; $p < 0,001$) und nervös ($t = 5,55$, $df = 205$, $p < 0,001$). Die polnischen Hochaltrigen waren hingegen öfters als die deutschen ST feindselig ($t = -4,07$; $df = 176,33$; $p < 0,001$) und reizbar ($t = -3,22$; $df = 205$; $p = 0,001$). Die Stärke dieser Effekte konnte als mittelgroß bis groß bezeichnet werden.

Trotz zahlreicher Länderdifferenzen im Erleben der einzelnen Emotionen wichen die Häufigkeitsrangfolgen ihres Empfindens in den beiden Ländern nicht erheblich voneinander ab (vgl. Tabelle A.5 im Anhang). Bemerkenswerte Unterschiede bestanden lediglich hinsichtlich zweier Emotionen: Während in der polnischen Stichprobe „erwartungsvoll“ den 6. Rangplatz besaß, platzierte sich dieses Gefühl in der deutschen Stichprobe erst auf Rangplatz 9. Ein ähnliches Muster war für „verängstigt“ zu finden (in der polnischen Stichprobe auf Platz 6 und in der deutschen Stichprobe auf Platz 10).

Die positive und die negative Befindlichkeit korrelierten miteinander zu $r = -0,33$ ($p < 0,01$)⁸¹, was auf einen stärkeren Zusammenhang zwischen den beiden Skalen hindeutet, als in der BASE (Smith et al., 1996) oder in den Analysen von Watson und Mitarbeitern (1988) festgestellt wurde. Des Weiteren wies Lebenszufriedenheit eine Beziehung von $r = 0,40$ mit dem positiven und $r = -0,28$ mit dem negativen Affekt auf ($ps < 0,01$)⁸². Somit stimmen die eigenen Ergebnisse mit den Erkenntnissen der Studie von Berg und Kollegen (2006) überein, die ebenfalls hochaltrige Menschen untersuchten (80+) und nahezu identische Korrelationskoeffizienten zwischen den drei Wohlbefindensfacetten ermittelten.

5.1.2 Individuelle Ressourcen

Die Ermittlung des individuellen Ressourcenstatus erfolgte nach der für die Auswertung dieser Untersuchung vorgenommenen Einteilung der Daten in soziodemographische, gesundheitsbezogene, soziale sowie psychologische Ressourcen. Die im Folgenden dargestellten

⁸¹ Deutsche Stichprobe: $r = -0,38$; polnische Stichprobe: $r = -0,35$ ($ps < 0,01$).

⁸² Deutsche Stichprobe: LZ – PA: $r = 0,44$; LZ – NA: $r = -0,29$; polnische Stichprobe: LZ – PA: $r = 0,39$; LZ – NA: $r = -0,32$ ($ps < 0,01$).

Ergebnisse beziehen sich auch auf die Fragestellung 1.2, die neben der Bestimmung des Ressourcenstatus auch die Überprüfung der Länderunterschiede fokussierte. Tabelle 13 fasst die deskriptiven Charakteristika aller individuellen Ressourcen sowohl für die Gesamtstichprobe als auch nach untersuchten Ländern zusammen. Des Weiteren können der Tabelle signifikante Unterschiede zwischen den beiden Ländern entnommen werden. Dabei sollte beachtet werden, dass aufgrund mehrfachen Testens und der daraus folgenden Kumulierung des Alphafehlers eine Bonferroni-Adjustierung vorgenommen werden musste (vgl. Bortz, 2004, S. 249). Demgemäß wies ein p -Wert von $0,05/29 = 0,002$ auf signifikante Länderunterschiede hin.

5.1.2.1 Soziodemographische Merkmale

Wie bereits in Abschnitt 4.5 aufgeführt, betrug das Durchschnittsalter der Studienteilnehmer 88,10 ($SD = 2,45$) Jahre und es wurden diesbezüglich keine Länderunterschiede festgestellt. An der Studie nahmen signifikant mehr Frauen teil (69,1%), was auf eine durchschnittlich höhere Lebenserwartung der Frauen in der Gesamtpopulation zurückgeführt werden kann. Hinsichtlich der Schulbildung unterschieden sich die ST aus den beiden Ländern nicht bedeutend voneinander: Über 40% der befragten deutschen sowie polnischen Hochaltrigen haben die Grund- oder Hauptschule absolviert. Gute Schulbildung als Ressource wurde bei ca. einem Fünftel der Stichprobe festgestellt: 13% der befragten Personen erlangten das Abitur und knapp 10% hatten einen Universitätsabschluss. Die Mehrheit der ST verfügte über gute finanzielle Ressourcen: In Bezug auf das objektiv erfasste Äquivalenzeinkommen fanden sich keine Differenzen zwischen den Ländern. Über 60% der hochaltrigen Personen hatten ein Äquivalenzeinkommen, das der 3. Sozialschicht entsprach (vgl. Abschnitt 4.6.3). Die polnischen ST schienen jedoch den finanziellen Ressourcen eine größere Bedeutung beizumessen, denn ihre subjektive Zufriedenheit mit der eigenen materiellen Situation fiel im Vergleich zu den deutschen ST signifikant geringer aus ($t = 9,29$; $df = 176,34$; $p < 0,001$). Die Stärke dieses Effektes war hoch ($d = 1,30$). Weitere Länderunterschiede hinsichtlich soziodemographischer Merkmale (z.B. des Familienstands) dürften aufgrund der vorgenommenen Bonferroni-Korrektur lediglich als tendenzielle Differenzen interpretiert werden. Das sich in vielen Studien als Ressource des Wohlbefindens erwiesene Verheiratetsein traf lediglich auf ein Viertel der westeuropäischen und ein Drittel der osteuropäischen Stichprobe zu. Über 70% der älteren deutschen und knapp 60% der älteren polnischen ST waren verwitwet und lebten alleine.

Tabelle 13: Individuelle Ressourcen: Deskriptive Statistiken und Unterschiede zwischen den Ländern.

Variablen	Gesamtes Sample (N = 207)				Mannheim (N = 105)				Danzig (N = 102)				Unterschiede
	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.	M	SD	
Soziodemographische Merkmale													
Alter (in Jahren)	85	96	88,10	2,45	85	94	87,97	2,35	85	96	88,24	2,56	$t = -0,44; df = 205; p = n.s.$
Geschlecht (% Frauen)			69,1				74,3				63,7		$\chi^2 = 2,70; df = 1; p = 0,10$
Schulbildung (in %)													$\chi^2 = 5,12; df = 3; p = n.s.$
Grund- oder Hauptschule			41,5				42,9				40,2		
mittlere Reife			35,7				40,0				31,4		
Abitur			13,5				8,6				18,6		
Universität			9,2				8,6				9,8		
Familienstand (in %)													$\chi^2 = 8,21; df = 3; p = 0,07$
ledig			1,9				-				3,9		
verheiratet / in Partnerschaft			28,6				25,7				31,4		
verwitwet			65,2				71,4				58,8		
geschieden			4,3				2,9				5,9		
Äquivalenzeinkommen (in %)													$\chi^2 = 3,04; df = 3; p = n.s.$
1. Sozialschicht			1,9				1,9				2,0		
2. Sozialschicht			23,2				22,9				23,5		
3. Sozialschicht			64,7				68,6				60,8		
4. Sozialschicht			10,1				6,7				13,7		
Zufriedenheit mit der finanziellen Situation (1-10)	0	10	7,19	2,16	3	10	8,37	1,73	0	10	5,52	2,57	$t = 9,29; df = 176,34; p < 0,001$
Gesundheitsbezogene Ressourcen													
Gesundheitszustand													
CIRS (Max. = 10)	1	7	3,27	1,33	1	6	2,92	1,10	1	7	3,61	1,46	$t = -3,69; df = 187,38; p < 0,001$
Gesundheitszustand (in %)													$\chi^2 = 29,69; df = 3; p < 0,001$
ausgezeichnet			3,9				5,7				2,0		
gut			30,4				42,9				17,6		
mäßig			48,3				45,7				51,0		
schlecht			17,4				5,7				29,4		
PHRS (1-6)	2	5	4,09	0,86	2	5	4,17	0,85	2	5	4,00	0,88	$t = 1,41; df = 199; p = n.s.$
Selbstständigkeit													
ADL (Max. = 14)	10	14	12,27	0,84	10	14	12,34	0,86	10	14	12,20	0,82	$t = 2,25; df = 205; p = n.s.$
IADL (Max. = 14)	3	14	11,49	2,48	6	14	11,81	2,00	3	14	11,16	2,87	$t = 1,90; df = 179,57; p = 0,06$
Kognition													
GDS (1-7)	1	4	2,01	0,74	1	4	2,00	0,68	1	4	2,02	0,80	$t = -0,20; df = 190,95; p = n.s.$
MMSE (Max. = 21)	12	21	18,57	2,20	14	21	19,06	1,83	12	21	18,08	2,44	$t = 3,26; df = 196,15; p = 0,001$

Soziale Ressourcen													
soziales Netzwerk													
Antonucci-Kreis 1 (Max. = 5)	0	5	3,26	1,49	0	5	2,89	1,59	0	5	3,65	1,27	$t = -3,81; df = 197,79; p < 0,001$
Antonucci-Kreis 2 (Max. = 5)	0	5	3,36	1,39	0	5	3,06	1,38	0	5	3,67	1,34	$t = -3,22; df = 205; p = 0,001$
Antonucci-Kreis 3 (Max. = 5)	0	5	2,45	1,60	0	5	2,57	1,65	0	5	2,33	1,54	$t = 1,07; df = 205; p = n.s.$
Antonucci-Kreise gesamt	2	15	9,07	2,96	3	15	8,51	2,64	2	15	9,65	3,17	$t = -2,79; df = 196,15; p = 0,006$
Zufriedenheit mit den sozialen Kontakten (0-10)	2	10	7,63	1,99	2	10	7,94	1,92	3	10	7,30	2,01	$t = 2,34; df = 198,36; p = 0,02$
soziale Unterstützung													
positive Unterstützung (Max. = 5)	1	5	4,53	0,87	2	5	4,54	0,91	1	5	4,51	0,83	$t = 0,27; df = 205; p = n.s.$
negative Unterstützung (Max. = 4)	0	3	0,78	0,89	0	3	0,79	0,80	0	3	0,77	0,97	$t = 0,24; df = 159,20; p = n.s.$
Größe der positiven Unterstützung (Max. = 20)	2	19	9,47	3,83	2	16	9,09	3,86	3	19	9,93	3,75	$t = -1,52; df = 189; p = n.s.$
Psychologische Ressourcen													
Extraversion (Max. = 36)	16	34	24,79	4,62	17	34	25,71	4,21	16	34	23,83	4,85	$t = 2,98; df = 205; p = 0,003$
Neurotizismus (Max. = 36)	12	36	19,32	5,34	12	32	19,39	5,24	12	36	19,25	6,05	$t = 0,17; df = 205; p = n.s.$
Depressivität (Max. = 10)	0	7	2,40	1,98	0	7	2,66	2,08	0	6	2,14	1,84	$t = 1,91; df = 203,15; p = 0,06$
VOL (Max. = 39)	21	39	31,11	4,15	22	39	31,03	4,85	21	37	31,20	4,26	$t = -0,29; df = 205; p = n.s.$
Kontrollüberzeugung													
IPC-I (Max. = 24)	3	16	10,75	3,79	3	16	9,95	4,21	6	16	11,63	3,05	$t = -2,58; df = 118,27; p = 0,01$
IPC-P (Max. = 24)	0	14	4,86	3,97	0	14	5,20	3,84	0	14	4,50	4,11	$t = 0,98; df = 123; p = n.s.$
IPC-C (Max. = 24)	0	16	8,10	4,70	0	16	8,36	5,32	0	16	7,82	3,93	$t = 0,66; df = 119,13; p = n.s.$
SOC (Max. = 45)	20	43	32,34	5,85	22	40	31,06	5,83	22	43	33,81	5,56	$t = -3,27; df = 183; p = 0,001$

Min.: Minimum; *Max.*: Maximum; *M*: Mittelwert oder Prozentsatz; *SD*: Standardabweichung; *t*: T-Test; χ^2 : Chi²-Test; *df*: Freiheitsgrade; *p*: Signifikanzniveau; *CIRS*: *Cumulative Illness Rating Scale*; *PHRS*: *Physical Health Ratings Scale*; *ADL*: *Activities of Daily Living*; *IADL*: *Instrumental Activities of Daily Living*; *GDS*: *Global Deterioration Scale*; *VOL*: *Valuation of Life*.

Anmerkung: Bei mehrfachem Testen war wegen der Kumulierung des Alphafehlers eine Bonferroni-Adjustierung notwendig. Demzufolge weist hier ein *p*-Wert von $0,05/29 \leq 0,002$ auf signifikante Länderunterschiede hin.

5.1.2.2 Gesundheitsbezogene Ressourcen

Unter den gesundheitsbezogenen Ressourcen wurden Gesundheitszustand, Selbstständigkeit und kognitive Leistungsfähigkeit zusammengefasst. In Anbetracht des in der gerontologischen Theorie und Praxis als „Wohlbefindensparadoxon“ bekannten Phänomens wurde der Gesundheitszustand sowohl objektiv als auch subjektiv erfasst.

Gesundheitszustand und seine subjektive Einschätzung

Die ST gaben an, im Durchschnitt unter $M = 3,27$ ($SD = 1,33$) mäßiggradigen bis schweren Organschädigungen zu leiden. Am häufigsten traten Kreislaufprobleme und Schädigungen am muskuloskelettalen System auf (jeweils ca. 60% der Hochaltrigen). Von mäßiggradigen bis schweren Augenproblemen sowie Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen berichteten 54% der ST. Etwa 40% der befragten Personen litten an Herz- sowie endokrinologischen Krankheiten. Auf den Urogenitaltrakt und den Gastrointestinaltrakt bezogene Beschwerden wurden von über 20% der Hochaltrigen angegeben. 16% der ST litten an mäßiggradigen bis schweren Gesundheitsproblemen des Atmungssystems. Weniger als 5% der ST berichteten von Erkrankungen des Nervensystems oder der Psyche (vgl. Abbildung 17).

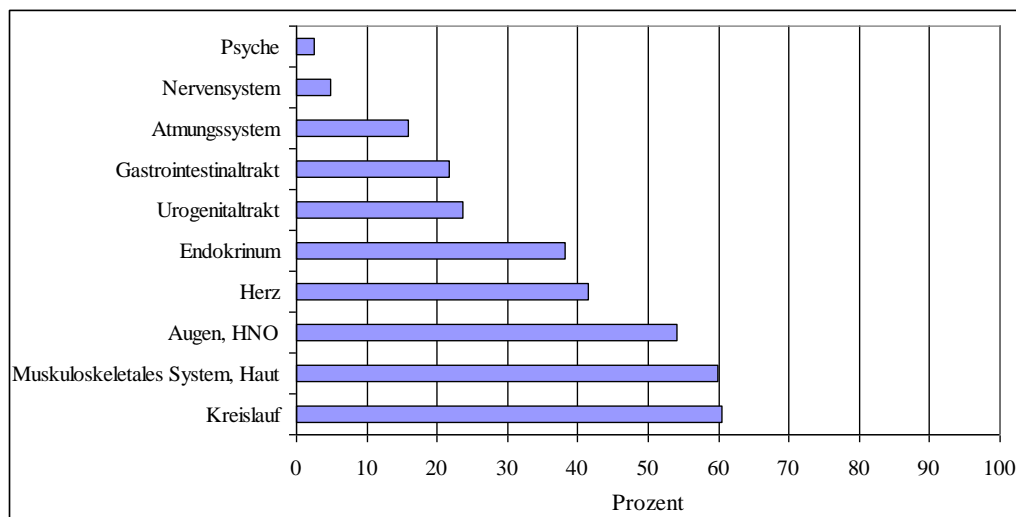


Abb. 17: Gesundheitszustand: Prozentuale Verteilung der ST mit mäßiggradigen bis schweren Organschädigungen (CIRS-Skala).

Unter den 207 Befragten befand sich keine Person, die nicht mindestens eine mäßiggradige bis schwere Organschädigung angegeben hat. Lediglich 2,4% der ST erwähnten mäßiggradige bis schwere Schädigungen an nur einem Organ. 32,9% gaben zwei Organschädigungen an. 27,1% hatten Probleme in drei und 20,8% in vier gesundheitlichen Bereichen. Bei 7,7% waren fünf und bei 8,2% sechs Gesundheitsbereiche von mindestens einer Erkrankung

betroffen. Zwei Personen (1%) berichteten von mäßiggradigen bis schweren Problemen an sieben Organsystemen. Obgleich die CIRS-Maße viele differenzierte Informationen über die Gesundheit der befragten Population liefern, sollte hierzu einschränkend erwähnt werden, dass sie nicht direkt als objektives Gesundheitsmaß interpretiert werden dürfen, da die Einschätzung des Krankheitsgrades von den ST selbst vorgenommen wurde.

Signifikante Länderunterschiede bestanden hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl der angegebenen Organschädigungen. Die Danziger erwähnten bedeutend mehr Erkrankungen als die Mannheimer ($t = -3,69$; $df = 187,38$; $p < 0,001$). Der Effekt war als mittelgroß zu bezeichnen ($d = -0,54$). In Bezug auf die einzelnen Organe wurden Differenzen hinsichtlich des Urogenitaltrakts ($\chi^2 = 26,89$; $df = 1$; $p < 0,001$) und des Nervensystems ($\chi^2 = 10,82$; $df = 1$; $p = 0,001$) festgestellt. Die Teilnehmer der Untersuchung in Polen gaben häufiger an, mäßiggradige bis schwere Schädigungen an diesen zwei Organsystemen zu haben (vgl. Tabelle A.7 im Anhang A).

Die Fremdeinschätzung der Gesundheit durch die Interviewerin deutete auf mäßige körperliche Einschränkungen bei den untersuchten hochaltrigen Personen hin. Auf der Physical Health Rating Scale, mit einer Werteskala zwischen (1) ausgezeichneter körperlicher Gesundheit und (6) totaler körperlicher Einschränkung, wurde für diese Studie ein Mittelwert von $M = 4,09$ ($SD = 0,86$) ermittelt. Dieser Mittelwert wies auf eine oder mehrere Erkrankungen bzw. Funktionseinschränkungen hin, die entweder schmerzhaft sind oder eine dauerhafte ärztliche Behandlung bzw. Pflege erfordern. Hierzu konnten keine länderspezifischen Unterschiede festgestellt werden. Diese zeigten sich jedoch hinsichtlich der Selbsteinschätzung der Gesundheit. Die osteuropäischen ST bewerteten ihren Gesundheitsstatus im Vergleich zu den Westeuropäern signifikant schlechter ($\chi^2 = 29,69$; $df = 3$; $p < 0,001$). Auf einer vierstufigen Skala (sehr schlecht/schlecht/gut/ausgezeichnet) beurteilten knapp 30% der polnischen ST ihre Gesundheit als schlecht und nur 17,6% als gut. Für die deutsche Stichprobe betragen die Prozentsätze hingegen 5,7% für einen schlechten und 42,9% für einen guten Gesundheitszustand.

Selbstständigkeit

Hinsichtlich der Selbstständigkeit, die mit Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) erfasst wurde, zeigten die untersuchten älteren Personen stark ausgeprägte Kompetenzen. Wie aus Tabelle 13 ersichtlich ist, lagen die Mittelwerte der beiden Indizes im oberen Bereich der Skalen, was auf eine überdurchschnittliche Selbstständigkeit hindeutete (ADL: $M = 12,27$; $SD = 0,84$; IADL: $M =$

11,49; $SD = 2,48$). In Bezug auf Aktivitäten des täglichen Lebens, d.h. „essen“, „sich an- und auskleiden“, „sich um sein Aussehen kümmern“, „alleine gehen“, „ins Bett gehen bzw. aufstehen“, „baden oder duschen“ und „Toilettengang“, konnten 8,2% der Gesamtstichprobe problemlos alle erfragten Aktivitäten ausüben. Die restlichen ST (91,8%) berichteten lediglich von Schwierigkeiten in einzelnen Bereichen (höchstens 4). Bei IADL-Aktivitäten wie „telefonieren“, „an Orte kommen, die man nicht zu Fuß erreichen kann“, „einkaufen“, „Mahlzeiten zubereiten“, „Hausarbeit“, „Medikamenteneinnahme“ und „Geldangelegenheiten regeln“ waren 18,8% in jeder Hinsicht selbstständig. Von Schwierigkeiten in einzelnen Bereichen (höchstens 4) berichteten 53,1% der ST, weitere 19,8% waren teilweise auf fremde Hilfe angewiesen und lediglich 8,2% waren in allen IADL-Aktivitäten von Hilfe abhängig.

Somit kann festgehalten werden, dass im Bereich der selbstständigen Lebensführung die Stichprobe insgesamt wenig Varianz zeigte. Die meisten untersuchten Hochaltrigen kamen im Alltag weitestgehend allein zurecht. Der Median der beiden Scores lag bei 12 Punkten und das 75%-Perzentil bei 13 Punkten. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den untersuchten Ländern⁸³. Auch hinsichtlich der Selbsteinschätzung der Selbstständigkeit wichen die Länderstichproben nicht signifikant voneinander ab. Für 10% der ST führten nach eigener Einschätzung Gesundheitsprobleme zu keinen Einschränkungen bei der Ausführung der täglichen Aktivitäten. Hingegen gaben knapp 40% an, durch gesundheitliche Probleme immer eingeschränkt zu sein. Genau die Hälfte der Hochaltrigen wurde von Zeit zu Zeit durch ihre gesundheitlichen Beschwerden im Alltag beeinträchtigt.

Kognitive Leistungsfähigkeit

Die kognitive Leistungsfähigkeit der untersuchten hochaltrigen Population konnte als hoch eingeschätzt werden. Die auf 21 Punkte gekürzte Version des Mini-Mental-Status-Tests ergab einen Mittelwert von $M = 18,57$ ($SD = 2,2$). Der Median lag bei 19 Punkten und das 75%-Perzentil bei 20 Punkten. Die Verteilung war linksschief ($v = -0,84$). Dennoch konnten signifikante Unterschiede zwischen Personen aus den beiden Ländern festgestellt werden: Die deutschen ST ($M = 19,06$; $SD = 1,83$) wiesen einen höheren MMSE-Wert auf als die polnischen Befragten ($M = 18,08$; $SD = 2,44$; $t = 3,26$; $df = 196,15$; $p = 0,001$). Eine ergänzende Analyse auf der Ebene der vier zentralen kognitiven Funktionen, die von MMSE erfasst wurden, zeigte, dass die Unterschiede allein auf die Aufmerksamkeit zurückzuführen sind (siehe Tabelle 14). Die Testung der Effektstärke bestätigte dieses Ergebnis.

⁸³ Ogleich für IADL nahezu signifikante Unterschiede ermittelt wurden, mussten diese aufgrund vorgenommener Bonferroni-Korrektur des Alphafehlers zurückgewiesen werden ($t = 1,90$; $df = 179,57$; $p = 0,06$).

Tabelle 14: Kognition: Unterschiede zwischen den Ländern.

Variablen	Mannheim (N = 105)		Danzig (N = 102)		signifikante Unter- schie­de	(d)
	M	SD	M	SD		
MMSE						
Orientierung (Max. = 10)	9,80	0,47	9,73	0,66	$t = 0,94; df = 205;$ $p = \text{n.s.}$	0,12
Merkfähigkeit (Max. = 3)	3,00	0,00	3,00	0,00	<i>n.b.</i>	---
Aufmerksamkeit (Max. = 5)	4,34	1,05	3,31	1,55	$t = 5,59; df = 176,7;$ $p < 0,001$	0,78
Erinnerungsfähigkeit (Max. = 3)	1,91	0,81	2,04	0,87	$t = -1,07; df = 205;$ $p = \text{n.s.}$	0,15

M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; t: T-Test; df: Freiheitsgrade; n.s.: nicht signifikant; n.b.: nicht zu berechnen.

Die Fremdeinschätzung kognitiver Leistungsfähigkeit deutete ebenfalls darauf hin, dass die untersuchten hochaltrigen Personen über ein hohes Maß an kognitiven Ressourcen verfügten. Für die GDS-Skala wurde ein Mittelwert von $M = 2,01$ ($SD = 0,74$) errechnet (vgl. Tabelle 13). Dieser entsprach sehr geringen kognitiven Leistungseinbußen, die sich nicht primär objektiv, sondern vor allem durch subjektive Beschwerden über Gedächtnisdefizite in einigen Bereichen offenbaren wie beispielsweise „vergisst, wo er/sie vertraute Gegenstände abgelegt hat“ oder „vergisst früher gut bekannte Namen“. In der GDS-Auswertung konnten keine signifikanten Länderunterschiede nachgewiesen werden.

5.1.2.3 Soziale Ressourcen

Soziales Netzwerk

Die durchschnittliche Größe eines sozialen Netzwerks im hohen Alter betrug $M = 8,51$ ($SD = 2,64$; *Range*: 2-15). 50% der ST verfügten über ein Netzwerk von mindestens 9 Personen. Dabei zeigte eine genauere Betrachtung der einzelnen Antonucci-Kreise, dass am stärksten der 2. und am geringsten der 3. Kreis besetzt wurden. Dieser Effekt war signifikant und von mittelgroßer Stärke ($t = 7,22$; $df = 206$; $p < 0,001$; $d = 0,61$ ⁸⁴). Unter den ST gab es keine Person, die gar keine Bezugsperson hatte (soziales Netzwerk = 0). Darüber hinaus berichteten die befragten Hochaltrigen im Durchschnitt, nahezu ideal mit ihren sozialen Kontakten zufrieden zu sein⁸⁵ ($M = 9,07$; $SD = 2,96$).

⁸⁴ T-Test bei einer Stichprobe.

⁸⁵ Die ermittelten Länderunterschiede hinsichtlich Zufriedenheit mit sozialen Kontakten wiesen das durch Bonferroni-Adjustierung gesetzte Signifikanzniveau nicht auf und mussten abgelehnt werden ($t = 2,34$; $df = 198,36$; $p = 0,02$).

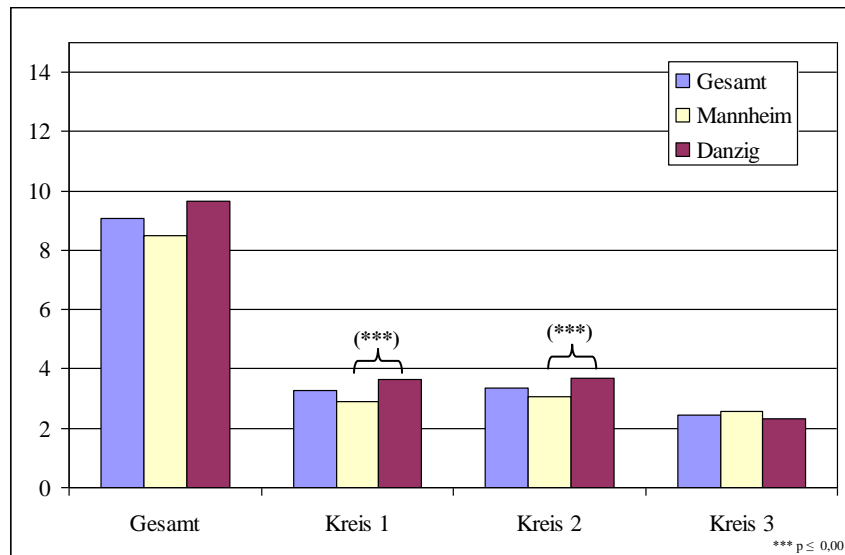


Abb. 18: Größe des sozialen Netzwerks: Unterschiede zwischen den Ländern (gewichtete Daten).

Hinsichtlich der Netzwerkgröße wurden bedeutsame Länderunterschiede festgestellt (vgl. Abbildung 18): Erstens verfügten die polnischen ST über einen signifikant größeren ersten Kreis, d.h. die Anzahl von sehr engen Beziehungen ($t = -3,81$; $df = 197,79$; $p < 0,001$; $d = -0,53$). Zweitens konnten auch im Hinblick auf den zweiten Kreis ähnliche Differenzen gefunden werden ($t = -3,22$; $df = 205$; $p = 0,001$; $d = 0,45$). Die Analysen für den dritten Kreis waren nicht signifikant. Der für das Gesamtnetzwerk ermittelte Unterschied ($p = 0,006$) hielt der Bonferroni-Adjustierung nicht stand. Die errechnete schwache Effektstärke von $d = 0,39$ deutete ebenfalls auf eine geringfügige Bedeutung dieser Tendenz.

Soziale Unterstützung

In Anlehnung an Studien, die gezeigt haben, dass soziale Beziehungen nicht nur positive Effekte auf das Wohlbefinden haben, sondern auch eine Belastung darstellen können (z.B. Rook, 1990; Leppin & Schwarzer, 1997), wurde die soziale Unterstützung in ihrer positiven und negativen Facette erfasst. Während positive Unterstützungsressourcen eine sehr hohe Ausprägung bei den hochaltrigen ST aufwiesen ($M = 4,53$; $SD = 0,87$; $Range: 1-5$), wurde für negative Unterstützungsressourcen ein geringerer Durchschnittswert von $M = 0,78$ ($SD = 0,89$; $Range: 0-3$) ermittelt (vgl. Tabelle 13). Somit blieb die Differenz zwischen positiven und negativen Unterstützungsressourcen im positiven Bereich, was auf eine allgemeine positive Bilanz im Bereich der sozialen Kontakte im hohen Alter hindeutete. Die durchschnittliche Größe eines positiven Unterstützungskreises, also nicht die Anzahl der Sozialpartner an sich, sondern die Anzahl der Personen, die in verschiedenen Notsituationen

tatsächliche Unterstützung leisten, betrug $M = 9,47$ ($SD = 3,84$). Hinsichtlich nicht vorhandener Unterstützungsressourcen unterschieden sich die hochaltrigen ST aus den beiden Ländern signifikant voneinander.

5.1.2.4 Psychologische Ressourcen

Extraversion und Neurotizismus

Die Analyse der Persönlichkeitsstruktur belegte, dass sich die Probanden vorwiegend als extravertiert und emotional stabil sahen. Der aus den erhobenen Daten ermittelte Durchschnittswert der Extraversion-Skala von $M = 24,79$ mit einer Standardabweichung von $SD = 4,62$ lag deutlich über dem mittleren Skalenwert ($M = 18$). Im Hinblick auf Neurotizismus befand sich der Mittelwert der Probanden ($M = 19,32$; $SD = 5,34$) nur leicht über dem mittleren Skalenwert ($M = 18$). Die Verteilung der Extraversion wies eine Schiefe von nahezu Null ($v = 0,06$) auf, was auf eine um den Mittelwert symmetrische Verteilung hindeutete. Hingegen zeigte die Verteilung des Neurotizismus eine starke Rechtsschiefe ($v = 0,73$), welche für eine linkssteife Verteilung sprach (d.h. überwiegend geringe Neurotizismuswerte bei den ST).

Die getesteten Länderunterschiede hinsichtlich der Extraversion erwiesen eine Signifikanz von $p = 0,003$ zugunsten der deutschen Stichprobe ($t = 2,98$; $df = 205$). Nach einer durchgeführten Bonferroni-Korrektur konnte diese Differenz lediglich als eine Tendenz interpretiert werden. In Bezug auf Neurotizismus waren die Mittelwerte der Personen aus den beiden Ländern nicht signifikant verschieden.

Depressivität

Auf der Depressionsskala erreichten die untersuchten Hochaltrigen einen Mittelwert von $M = 2,4$ Punkten mit einer Standardabweichung von $SD = 1,98$. Der Median lag ebenfalls bei 2 Punkten und das 75%-Perzentil bei 4 Punkten. Die Verteilung der depressiven Symptomatik konnte demnach als rechtsschief bezeichnet werden ($v = 0,66$; vgl. Abbildung 19). Die Mehrheit der ST wies hinsichtlich der Depression geringe Werte auf der Skala auf. Der Skalengesamtscore unterschied sich zwischen den beiden Ländern nicht.

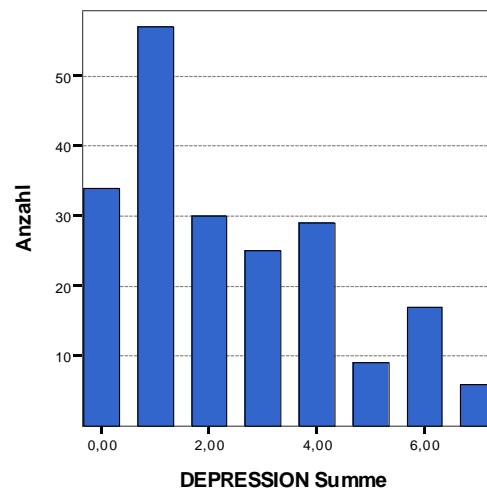


Abb. 19: Verteilung der depressiven Symptomatik.

Bei der hier verwendeten Kurzskala wird ab einem Cut-off-Wert von 4 Punkten von einem klinisch relevanten Ausmaß an depressiven Symptomen ausgegangen. Wurde dieser Wert als Auswertungsgrundlage genommen, konnten 29,4% der ST als depressiv identifiziert werden. Bei der differenziellen Länderbetrachtung zeigte sich ein Unterschied, welcher aufgrund Bonferroni-Korrektur für das Alphaniveau nur als eine Tendenz interpretiert werden dürfte: Die deutschen ST (34,4%) schienen häufiger eine depressive Symptomatik vorzuweisen als die polnischen ST (21,5%; $\chi^2 = 6,04$; $df = 1$; $p < 0,01$).

VOL

Die Analyse der positiven Lebensbewertung erbrachte einen Mittelwert von $M = 31,11$ Punkten mit einer Standardabweichung von $SD = 4,15$. Für die VOL-Verteilung wurde eine starke Linksschiefe ermittelt ($v = -0,57$). Der theoretische Mittelwert dieser vereinfachten Skala lag bei 26 Punkten (alle Items wurden neutral beantwortet; vgl. Lawton et al., 1999)⁸⁶. Daran gemessen befanden sich 84% der an der Untersuchung teilnehmenden Hochaltrigen darüber. Neben der Linksschiefe der Verteilung machte dieser Prozentsatz nochmals deutlich, dass die Lebensbewertung der ST sehr positiv ausfiel. Diesbezüglich unterschieden sich die befragten Personen aus den beiden Ländern nicht signifikant voneinander.

⁸⁶ Damit diese modifizierte Kurzskala mit den Ergebnissen der Studien von Lawton verglichen werden konnte, wurde ein zusätzlicher Score gebildet, in dem die Antworten „ja“ mit 4,5 Punkten, die Antworten „weder noch“ mit 3 Punkten und die Antworten „nein“ mit 1,5 Punkten gewichtet wurden. Bei diesem Gesamtscore erreichten die ST einen Mittelwert von $M = 46,67$ ($SD = 6,23$).

Kontrollüberzeugung

Die Mittelwerte für alle drei Dimensionen der Kontrollüberzeugung (I-Skala: $M = 10,75$; $SD = 3,79$; P-Skala: $M = 4,86$; $SD = 3,97$; C-Skala: $M = 8,10$; $SD = 4,70$) lagen unter dem theoretischen Skalenmittelwert ($M = 12$; vgl. Tabelle 13), was auf eine unterdurchschnittliche Ausprägung sowohl der Internalität als auch der sozialen und fatalistischen Externalität in der untersuchten Population hindeutete. Internalität konnte allerdings als stärkste Dimension identifiziert werden. Die Berücksichtigung der von dem Autor der Skala ermittelten Stanine-Werte bestätigte diese Hinweise und zeigte zusätzlich in Bezug auf die durch Machtlosigkeit bedingte Externalität eine sogar weit unterdurchschnittliche Ausprägung. Die Studienteilnehmer waren demnach vorwiegend über interne Kontrollüberzeugung zu charakterisieren, welche jedoch keine große Ausprägung vorwies (vgl. Abbildung 20).

Der aus Abbildung 20 ersichtliche leicht erhöhte Mittelwert für Internalität in der polnischen Stichprobe zeigte beim Ländervergleich eine mittelgroße Effektstärke von $d = 0,46$. Diesem Effekt konnte aber aufgrund der vorgenommenen Bonferroni-Korrektur keine große Bedeutung zugeschrieben werden ($t = -2,53$; $df = 118,27$; $p = 0,01$).

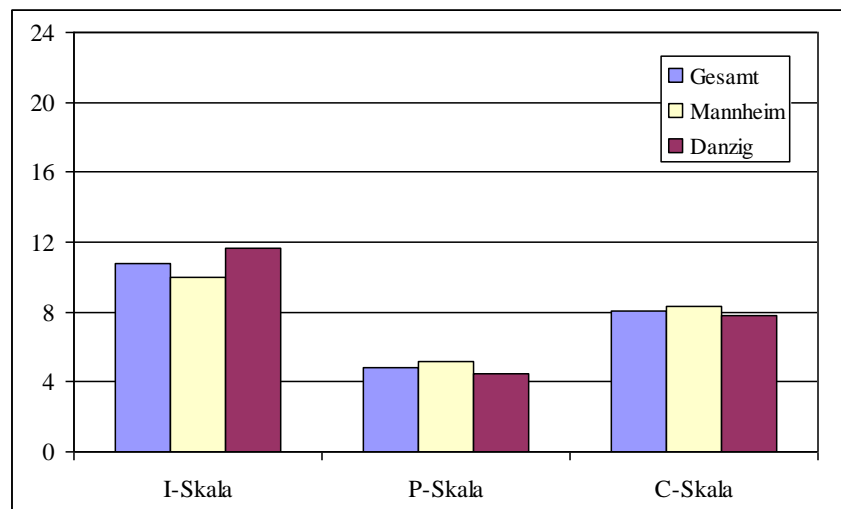


Abb. 20: Kontrollüberzeugung: Mittelwerte der IPC-Skalen für die Gesamtstichprobe und nach Ländern.

SOC

Der Mittelwert der Kohärenzskala betrug $M = 32,34$ mit einer Standardabweichung von $SD = 5,85$. Die Schiefe von $\nu = -0,28$ sprach für eine linkssteile Verteilung. Der theoretische Mittelwert dieser Skala lag bei 27 Punkten (alle Items wurden neutral beantwortet). Wurde diese Punktezahl als Ausgangspunkt der Berechnung genommen, zeigte sich, dass 77,9% der untersuchten hochaltrigen Personen einen höheren Wert auf der SOC-Skala aufwiesen. Dies

deutete darauf hin, dass das Kohärenzgefühl in der untersuchten Population sehr positiv ausfiel. Es konnte allerdings ein mittelgroßer Ländereffekt beobachtet werden, welcher zugunsten der polnischen Stichprobe ausfiel ($d = -0,48$): Im Vergleich zu den deutschen ST wiesen die polnischen Hochaltrigen ein signifikant höheres Kohärenzgefühl auf ($t = -3,27$; $df = 183$; $p = 0,001$; vgl. Tabelle 13). Die in dieser Studie verwendete Kurzversion der Skala erlaubte nicht, die einzelnen SOC-Komponenten auszuwerten.

5.1.3 Infrastrukturelle Ressourcen

Die in diesem Abschnitt dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die Fragestellung 1.3 bis 1.6. Zuerst wird von vorhandenen infrastrukturellen Rahmenbedingungen in den beiden untersuchten Städten berichtet. Der Darstellung der subjektiven Wichtigkeit der einzelnen infrastrukturellen Ressourcen folgt die Ermittlung der Zufriedenheit mit vorhandenen infrastrukturellen Gegebenheiten. Abschließend wird die Übereinstimmung zwischen vorhandenen Bedingungen und persönlichen Präferenzen der Studienteilnehmer dargestellt. Alle Analysen erfolgten unter der Berücksichtigung der Länderunterschiede.

Tabelle 15 fasst die deskriptiven Charakteristika der drei Hauptdomänen der infrastrukturellen Ressourcen sowohl für die Gesamtstichprobe als auch nach den untersuchten Ländern zusammen. Signifikante Unterschiede zwischen den Nationen können ebenfalls der Tabelle entnommen werden. Die Charakteristika der einzelnen erfassten infrastrukturellen Ressourcen wurden in Tabelle A.5 im Anhang aufgeführt. Ähnlich wie bei den individuellen Ressourcen sollte auch hier beachtet werden, dass aufgrund mehrfachen Testens und der daraus folgenden Kumulierung des Alphafehlers eine Bonferroni-Adjustierung vorgenommen werden musste (vgl. Bortz, 2004, S. 249): Demnach weist ein p -Wert von $0,05/48 \leq 0,001$ auf signifikante Länderunterschiede hin.

Tabelle 15: Infrastrukturelle Ressourcen: Deskriptive Charakteristika und Unterschiede zwischen den Ländern.

Variablen	Gesamtes Sample (N = 207)				Mannheim (N = 105)				Danzig (N = 102)				signifikante Unterschiede
	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.	M	SD	
Stadtinfrastruktur													
Vorhandensein (Max. = 17)	9	17	14,65	2,05	9	17	15,49	1,77	10	17	13,78	1,96	$t = 6,52; df = 198,48; p < 0,001$
Wichtigkeit (Max. = 17)	1	15	10,19	3,16	1	15	9,86	3,33	4	14	10,53	2,95	$t = -1,53; df = 203; p = n.s.$
Zufriedenheit (Max. = 4)	2,15	4	2,96	0,40	2,15	3,75	3,06	0,36	2,18	4	2,86	0,42	$t = 3,73; df = 205; p < 0,001$
Übereinstimmung (-17;+17)	-1	15	7,79	3,88	1	14	8,09	3,66	-1	15	7,48	4,09	$t = 1,12; df = 205; p = n.s.$
Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten													
Vorhandensein (Max. = 9)	1	9	6,44	2,21	6	9	7,89	1,07	1	7	4,93	2,08	$t = 12,70; df = 146,66; p < 0,001$
Wichtigkeit (Max. = 9)	0	7	3,50	1,74	0	7	3,54	1,82	0	6	3,46	1,67	$t = 0,34; df = 203; p = n.s.$
Zufriedenheit (Max. = 4)	0,50	4	2,86	0,73	2	4	3,26	0,60	1,50	4	2,46	0,63	$t = 9,18; df = 199; p < 0,001$
Übereinstimmung (-9;+9)	-2	7	2,04	1,90	0	7	2,80	1,70	-2	4	1,27	1,79	$t = 6,29; df = 205; p < 0,001$
Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote													
Vorhandensein (Max. = 18)	9	18	13,59	2,83	12	18	16,11	1,21	9	13	10,94	1,03	$t = 32,83; df = 203; p < 0,001$
Wichtigkeit (Max. = 18)	1	17	10,04	3,65	2	15	10,37	3,16	1	17	9,69	4,11	$t = 1,31; df = 200; p = n.s.$
Zufriedenheit (Max. = 4)	1,47	4	2,87	0,60	1,50	4	3,17	0,47	1,47	3,75	2,56	0,56	$t = 6,29; df = 205; p < 0,001$
Übereinstimmung (-18;+18)	-1	13	5,56	3,76	0	13	8,17	2,97	-1	9	2,86	2,31	$t = 14,38; df = 195,67; p < 0,001$

Min.: Minimum; *Max.:* Maximum; *M:* Mittelwert; *SD:* Standardabweichung; *t:* T-Test; *df:* Freiheitsgrade; *p:* Signifikanzniveau.

Anmerkung: Bei mehrfachem Testen war wegen der Kumulierung des Alphafehlers eine Bonferroni-Adjustierung notwendig. Demzufolge weist hier ein *p*-Wert von $0,05/12 \leq 0,004$ auf signifikante Länderunterschiede hin.

5.1.3.1 Stadtinfrasturktur

Vorhandensein

Von 17 erfragten Einrichtungen bzw. Bedingungen der Wohnumgebung⁸⁷ waren in beiden Städten durchschnittlich $M = 14,65$ ($SD = 2,05$) vorhanden (vgl. Tabelle 15): Für die Unterdomäne *Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten* waren es im Durchschnitt $M = 8,54$ ($SD = 1,64$) und für die Unterdomäne *Versorgungseinrichtungen* $M = 6,13$ ($SD = 1,10$) (vgl. Tabelle A.5 im Anhang).

Wie angenommen, ergab ein Ländervergleich einen signifikanten Unterschied bezüglich der Anzahl vorhandener Einrichtungen/Bedingungen der nahen Stadtinfrasturktur, welcher zugunsten der deutschen Stichprobe ausfiel ($t = 6,52$; $df = 198,48$; $p < 0,001$; vgl. Tabelle A.5). Der Effekt wies eine hohe Stärke auf ($d = 0,92$). Eine genauere Betrachtung der zwei Unterdomänen zeigte, dass diese Differenz vorwiegend aufgrund westeuropäischer Vorteile im Unterbereich *Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten* zustande kam ($t = 10,81$; $df = 149,20$; $p < 0,001$; $d = 1,5$). Es wurden Einrichtungen/Bedingungen identifiziert, die fast zu 100% in beiden Ländern vorhanden waren: „Haltestelle“, „Niederflurbusse“, „gute Anbindung mit dem ÖPNV“, „Fahrdienste“, „Seniorenticket“ und „Parkplatzangebot“ (vgl. Abbildung 21). Dennoch bestanden signifikante Unterschiede zugunsten der Mannheimer Infrastruktur hinsichtlich „Fußgänger-“ ($\chi^2 = 32,74$; $df = 1$; $p < 0,001$) sowie „behindertengerechter Wege“ ($\chi^2 = 70,76$; $df = 1$; $p < 0,001$), „Sitzmöglichkeiten“ ($\chi^2 = 20,74$; $df = 1$; $p < 0,001$) und „Fahrradwege“ ($\chi^2 = 123,62$; $df = 1$; $p < 0,001$).

Obwohl sich einige Unterschiede hinsichtlich der einzelnen Bereiche in der Unterdomäne *Versorgungseinrichtungen* als signifikant erwiesen hatten, konnte für den Gesamtscore kein Effekt festgestellt werden ($t = -2,19$; $df = 148,20$; $p = 0,03$ ⁸⁸; $d = -0,30$; vgl. Tabelle 15 und Abbildung 21). Dabei ist aber anzumerken, dass drei Einrichtungen in der polnischen Versorgungsinfrastruktur öfters vorhanden waren: „Einkaufsmöglichkeiten für den mittelfristigen Bedarf“ ($\chi^2 = 28,03$; $df = 1$; $p < 0,001$) „Ämter“ ($\chi^2 = 61,39$; $df = 138,78$; $p < 0,001$) und „Post“ ($\chi^2 = 54,91$; $df = 1$; $p < 0,001$).

⁸⁷ In einem Umkreis von 15 Minuten zu Fuß oder mit einem Transportmittel zu erreichen.

⁸⁸ Musste wegen der Bonferroni-Adjustierung verworfen werden.

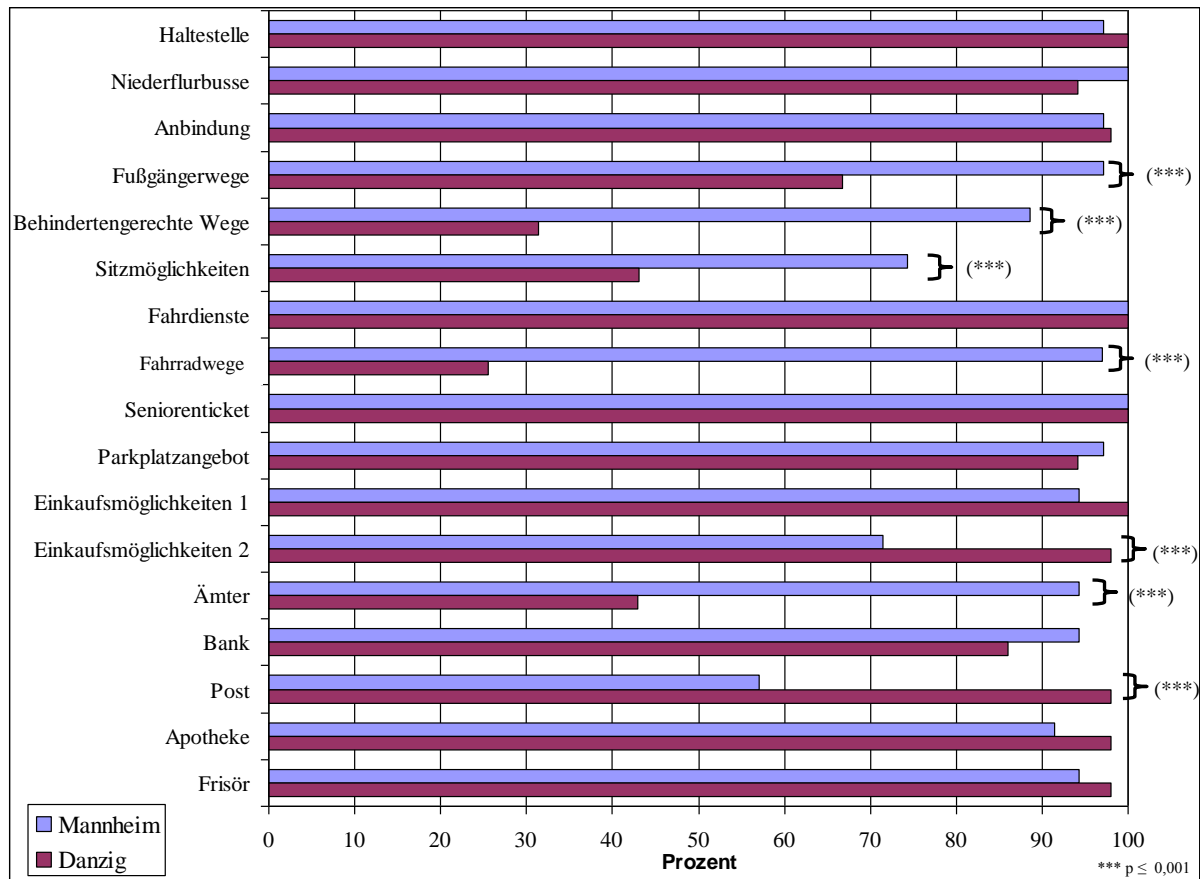


Abb. 21: Vorhandensein der Stadtinfrastruktur nach Ländern⁸⁹.

Wichtigkeit

Von den 17 erfragten Bedingungen/Einrichtungen der Stadtinfrastruktur erachteten die ST durchschnittlich $M = 10,19$ ($SD = 3,16$) als für sie persönlich wichtig (vgl. Tabelle 22). Sowohl in der Unterdomäne *Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten* ($M = 6,12$; $SD = 1,82$) als auch in der Unterdomäne *Versorgungseinrichtungen* ($M = 4,08$; $SD = 2,21$) wurden mehr als die Hälfte der Bedingungen/Einrichtungen als wichtig empfunden. Hinsichtlich der Anzahl der für die alten Personen wichtigen Infrastrukturbereiche der Stadt zeigten sich keine länderspezifischen Unterschiede. Betrachtete man die einzelnen Einrichtungen/Bedingungen, zeigte sich ein etwas genaueres, aber nur teilweise anderes Bild der Befunde.

⁸⁹ Die ersten 10 Bedingungen/Einrichtungen beziehen sich auf die Unterdomäne *Mobilitäts-/Verkehrsmöglichkeiten* und die darauf folgenden 7 Bedingungen/Einrichtungen gehören zu der Domäne *Versorgungseinrichtungen des täglichen und mittelfristigen Bedarfs*.

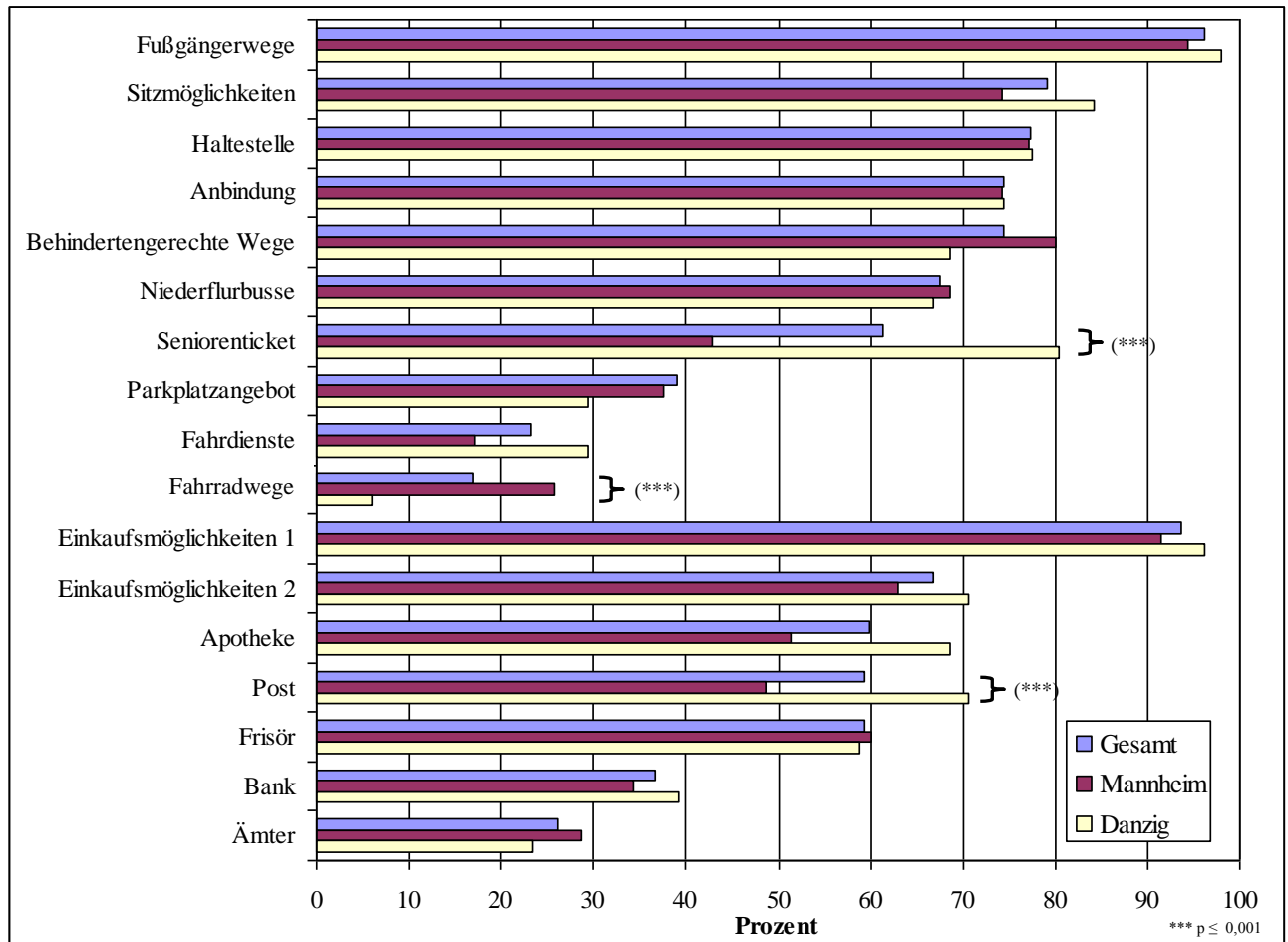


Abb. 22: Wichtigkeit der Stadtinfrastruktur nach Ländern und insgesamt⁹⁰.

Wie aus Abbildung 22 ersichtlich ist, wurde in Bezug auf zwei abgefragte Bereiche ein weitgehender Konsens erreicht: Bei den Items „gute Fußgängerwege“ (96,1%) und „gute Einkaufsmöglichkeiten für den täglichen Bedarf“ (93,7%) berichtete kaum jemand von den hochaltrigen ST, dass ihm diese nicht wichtig sind. Des Weiteren wurden von der Mehrheit als wichtig empfunden: „Sitzmöglichkeiten“ (79,2%), „Haltestelle“ (77,3%), „gute Anbindung mit ÖPNV“ (74,4%), „Niederflurbusse“ (67,6%), „gute Einkaufsmöglichkeiten für den mittelfristigen Bedarf“ (66,7%), „Seniorenticket für den ÖPNV“ (61,4%), „Apotheke“ (59,9%), „Post“ (59,4%) und „Frisör“ (59,4%). Am seltensten als wichtig genannt wurden „Fahrradwege“ (16,8%), „Fahrdienste“ (23,2%), „Ämter“ (26,1%), „Bank“ (36,7%) und „Parkplatzangebot“ (39,1%). Abbildung 22 ist darüber hinaus zu entnehmen, dass, während die Wichtigkeit der „Fahrradwege“ von deutlich mehr Mannheimern als Danzigern ($\chi^2 = 22,08$; $df = 1$; $p < 0,001$) genannt wurde, mehr Danziger die Items „Seniorenticket“

⁹⁰ Die ersten 10 Bedingungen/Einrichtungen beziehen sich auf die Unterdomäne *Mobilitäts-/Verkehrsmöglichkeiten* und die nächsten 7 auf die Unterdomäne *Versorgungseinrichtungen des täglichen und mittelfristigen Bedarfs*. In den beiden Unterdomänen entspricht die Reihenfolge der Bedingungen/Einrichtungen der Häufigkeit ihrer Benennung als wichtig.

($\chi^2 = 30,27$; $df = 1$; $p < 0,001$) und „Post“ in der Wohnumgebung als wichtig erachteten ($\chi^2 = 6,04$; $df = 1$; $p = 0,001$). In Bezug auf alle anderen Einrichtungen/Bedingungen wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Ländern ermittelt.

Zufriedenheit

Die befragten hochaltrigen ST zeigten eine überdurchschnittliche Zufriedenheit mit den 17 aufgelisteten Bedingungen/Einrichtungen der Stadtinfrastruktur ($M = 2,96$; $SD = 0,40$). Länderunterschiede fielen allerdings zugunsten der deutschen Stichprobe aus ($M = 3,06$; $SD = 0,36$), die im Vergleich mit der polnischen Gruppe ($M = 2,80$; $SD = 0,42$) bedeutend zufriedener mit der Stadtinfrastruktur war ($t = 3,73$; $df = 205$; $p < 0,001$). Der Effekt konnte als mittelgroß bezeichnet werden ($d = 0,54$).

Da bis auf das „Seniorenticket“ und „Parkplatzmöglichkeiten“ alle Bedingungen in der Unterdomäne *Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten* signifikante Länderunterschiede aufwiesen (vgl. Tabelle A.9 im Anhang), zeigte auch die gesamte Domäne einen signifikanten Ländereffekt zum Vorteil der deutschen Probanden ($t = 5,55$; $df = 193,39$; $p < 0,001$; $d = 0,54$). Hinsichtlich der Zufriedenheit mit den *Versorgungseinrichtungen* wichen die beiden untersuchten Populationen indes nicht bedeutend voneinander ab ($t = 0,52$; $df = 200,16$; $p = \text{n.s.}$; $d = 0,08$).

Übereinstimmung

Wurden zuerst die Wichtigkeit, das Vorhandensein und die Zufriedenheit mit den Einrichtungen/Bedingungen der Stadtinfrastruktur analysiert, wurde anschließend ein Übereinstimmungsindex ermittelt, der Auskunft darüber gab, inwiefern als für wichtig erachtete Bedingungen der Umwelt auch tatsächlich vorhanden waren. Wie Tabelle 15 zeigt, ergab der Index in der untersuchten Population einen Mittelwert von $M = 7,79$ mit einer Standardabweichung von $SD = 3,88$. Für die Interpretation musste beachtet werden, dass ein Range von -17 bis +17 möglich war. Demzufolge deutete ein Wert von knapp +8 auf eine gute Person-Umwelt-Passung hin, da ein Wert von +17 nur im Idealfall erreicht werden konnte, indem einer Person alle abgefragten Bedingungen wichtig waren und sie diese auch alle vorfand. Allgemein konnte festgehalten werden, dass äußerst wenige Befragte über ein Umfeld berichteten, in dem von ihnen als wichtig erachtete Bedingungen nicht vorhanden waren.

Hinsichtlich der beiden Unterdomänen der Stadtinfrastruktur wurden signifikante Länderunterschiede festgestellt (vgl. Tabelle A.8). Während der Übereinstimmungsindex *Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten* für eine bessere Person-Umwelt-Passung in Mann-

heim sprach ($t = 4,81$; $df = 185,95$; $p < 0,001$; $d = 0,67$), war die Person-Umwelt-Passung hinsichtlich der *Versorgungseinrichtungen* in Danzig signifikant besser ($t = -3,75$; $df = 178,79$; $p < 0,001$; $d = -0,59$). Diese Unterschiede wurden in Abbildung 23 nochmals graphisch deutlich gemacht: In Bezug auf *Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten* waren in Danzig weniger für wichtig erachtete Bedingungen vorhanden (linkes Bild). Hinsichtlich der *Versorgungseinrichtungen* traf dies hingegen für Mannheim zu (rechtes Bild).

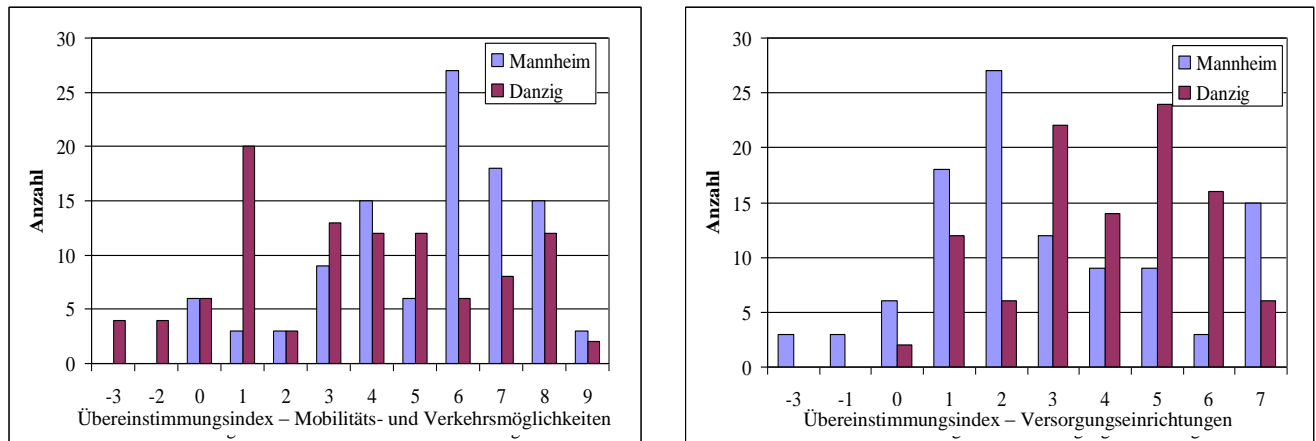


Abb. 23: Übereinstimmungsindex für die Stadtinfrastruktur nach Ländern.

5.1.3.2 Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten

Vorhandensein

Das Vorhandensein von Infrastruktur der Kultur-, Freizeit- und Bildungsangebote wurde hinsichtlich 9 verschiedener Einrichtungen abgefragt, welche in einem Umkreis von 15 Minuten Fußweg oder mit einem Transportmittel erreichbar sein sollten. Im Durchschnitt waren über zwei Drittel von diesen Einrichtungen in den beiden Ländern vorhanden ($M = 6,44$; $SD = 2,21$). Wie angenommen, unterschieden sich jedoch die untersuchten Länder hinsichtlich der Anzahl vorhandener Infrastruktureinrichtungen signifikant voneinander. Die Ergebnisse sprachen zugunsten der deutschen Infrastruktur, wobei der Effekt hierzu noch größer war als der, der für die Stadtinfrastruktur ermittelt wurde ($d = 1,79$). Während in Mannheim im Durchschnitt $M = 7,89$ ($SD = 1,07$) Einrichtungen den hochaltrigen ST zur Verfügung standen, waren es in Danzig lediglich $M = 4,93$ ($SD = 2,08$; $t = 12,70$; $df = 146,66$; $p < 0,001$). Wie in Tabelle A.5 aufgeführt wurde, betrafen die Unterschiede alle drei Unterdomänen der Skala: Sowohl in Bezug auf *Freizeit- und Kultureinrichtungen* ($t = 8,28$; $df = 137,90$; $p < 0,001$; $d = 1,16$), *Bildungseinrichtungen und Ehrenamt* ($t = 12,97$; $df = 199,94$; $p < 0,001$; $d = 1,81$) als auch hinsichtlich der *Fachberatung* wurden bedeutende Ländereffekte zugunsten von Mannheim festgestellt ($\chi^2 = 124,18$; $df = 1$; $p < 0,001$; $d = 2,58$).

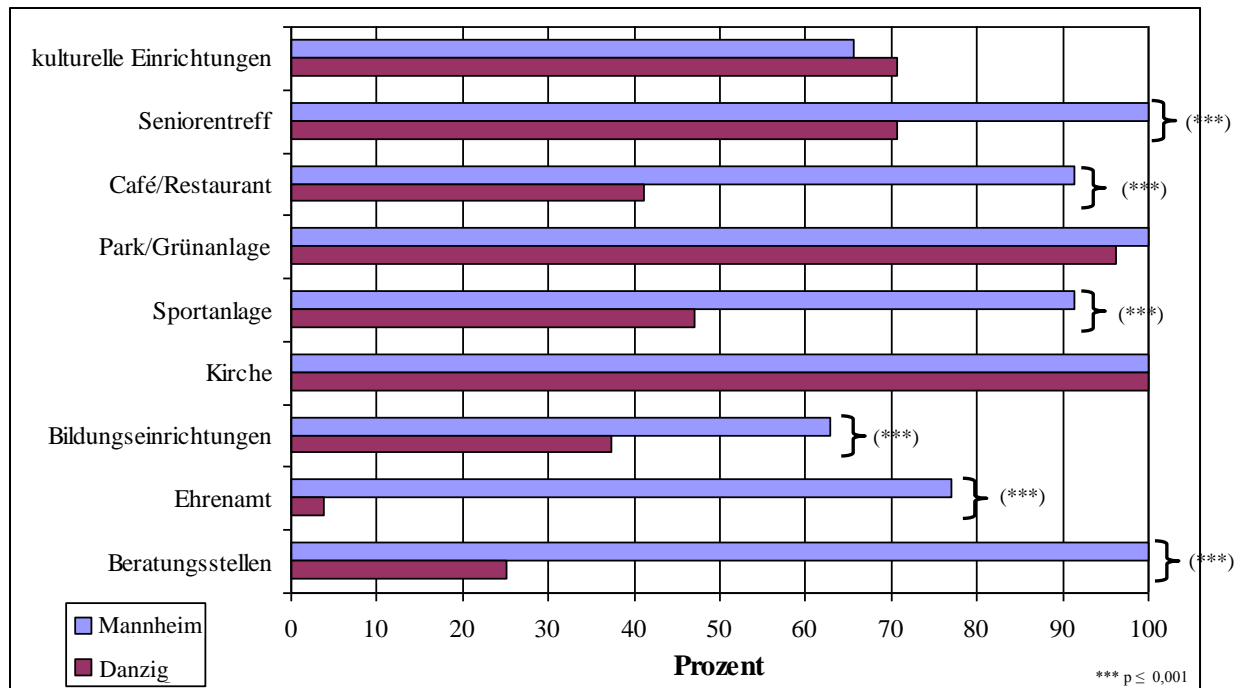


Abb. 24: Vorhandensein der Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten nach Ländern.

Ähnlich wie bei der Stadtinfrastruktur konnten auch hier Einrichtungen identifiziert werden, die unabhängig von dem Land bei fast allen ST vorhanden waren. Dennoch konnten nur „Park/Grünanlage“ und „Kirche“ von allen ST innerhalb von 15 Minuten zu Fuß oder mit einem Transportmittel aufgesucht werden. Ein „Seniorentreff“ und „kulturelle Einrichtungen“ waren in mehr als 60% der Fälle verfügbar. Im Ländervergleich überwogen Differenzen die Ähnlichkeiten (vgl. Abbildung 24): Unterschiede bestanden hinsichtlich folgender Einrichtungen: „Seniorentreff“ ($\chi^2 = 36,12$; $df = 1$; $p < 0,001$), „Café/Restaurant“ ($\chi^2 = 58,80$; $df = 1$; $p < 0,001$), „Sportanlage“ ($\chi^2 = 48,11$; $df = 1$; $p < 0,001$), „Bildungseinrichtungen“ ($\chi^2 = 13,57$; $df = 1$; $p < 0,001$), „Ehrenamt“ ($\chi^2 = 114,62$; $df = 1$; $p < 0,001$) und „Beratungsstellen“ ($\chi^2 = 124,18$; $df = 1$; $p < 0,001$). Die Effektstärke dieser Vergleiche lag zwischen mittel und stark. Die größten Differenzen bestanden hinsichtlich der drei letztgenannten Einrichtungen, denn es gab in Danzig Regionen, in denen nicht einmal 40% der Befragten diese in Anspruch nehmen konnten („Ehrenamt“ 2%; „Beratungsstellen“ 25% und „Bildungseinrichtungen“ 38%).

Wichtigkeit

Im Durchschnitt wurde lediglich ein Drittel der 9 erfragten Einrichtungen von den hochaltrigen ST als wichtig erachtet ($M = 3,50$; $SD = 1,74$). Diesbezüglich konnten keine Länderunterschiede nachgewiesen werden (vgl. Tabelle 25). Erst die Betrachtung der einzelnen

Einrichtungen zeigte sowohl Ähnlichkeiten als auch einige wenige länderspezifische Differenzen (siehe Abbildung 25): Einen Park oder eine Grünanlage in der nahen Umgebung zu haben, wurde in beiden Ländern von knapp 90% der Hochaltrigen als ein wichtiger Infrastrukturbestandteil angesehen (Mannheim: 85,7%; Danzig: 88,2%). „Kulturelle Einrichtungen“ (Mannheim: 65,7%; Danzig: 45,1%⁹¹) und ein „Café/Restaurant“ (Mannheim: 60%; Danzig: 43,1%⁹²) besuchen zu dürfen, war für ca. die Hälfte der ST wichtig. „Seniorentreffs“ in der nahen Umgebung fanden knapp 40% als für sie bedeutend. „Bildungseinrichtungen“ (Mannheim: 22,9%; Danzig: 9,8%⁹³) und „Ehrenamt“ (Mannheim: 14,3%; Danzig: 7,8%), waren hingegen nur für einige wenige hochaltrige ST von Relevanz.

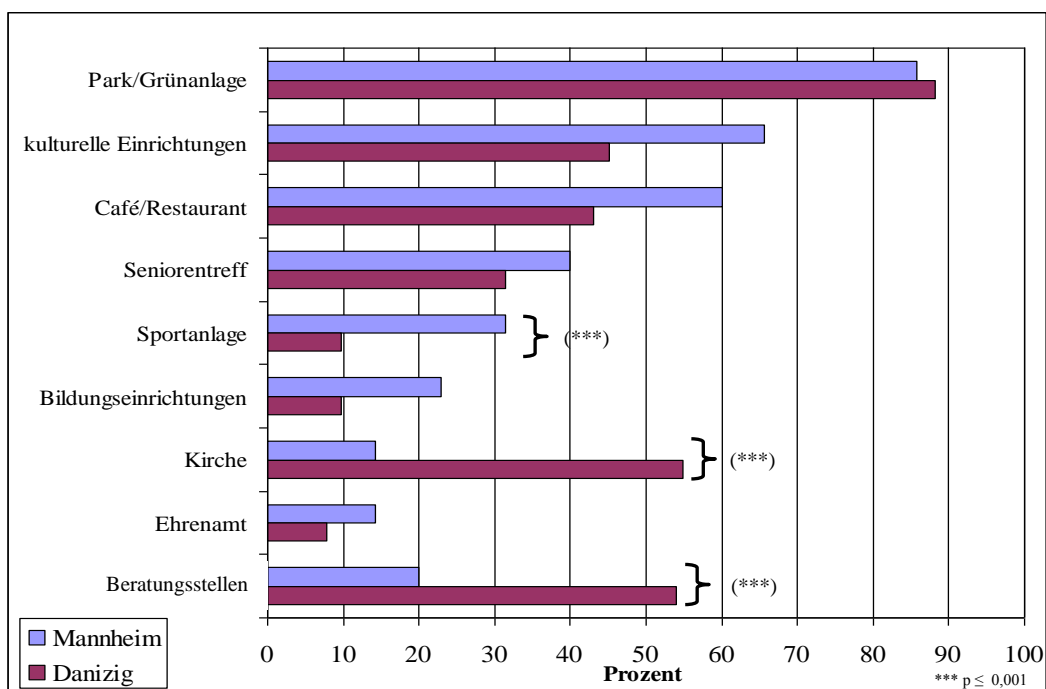


Abb. 25: Wichtigkeit der Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten nach Ländern.

Signifikante Unterschiede in der Wichtigkeit von einzelnen Einrichtungen der Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten wurden in Bezug auf „Sportanlage“ ($\chi^2 = 14,7$; $df = 1$; $p < 0,001$), „Kirche“ ($\chi^2 = 37,88$; $df = 1$; $p < 0,001$) und „Beratungsstellen“

⁹¹ Obwohl „kulturelle Einrichtungen“ von 20% mehr West- als Osteuropäern für wichtig erachtet wurden, konnte dieser Unterschied nur als eine Tendenz interpretiert werden. Der Effekt wies ein Signifikanzniveau von $p = 0,01$ auf, das wegen der Bonferroni-Korrektur verworfen werden musste (akzeptables Niveau $p \leq 0,001$). Eine Effektstärke von $d = 0,39$ deutete auf einen schwachen bis mittelgroßen Effekt.

⁹² Der Unterschied zeigte ein Signifikanzniveau von $p = 0,02$, wurde aber aufgrund der vorgenommenen Bonferroni-Korrektur verworfen. Eine schwache Effektstärke von $d = 0,29$ bestätigte nochmals, dass dem Unterschied eine kleine Relevanz zukam.

⁹³ Der Unterschied wies ein Signifikanzniveau von $p = 0,02$ auf und musste verworfen werden (Bonferroni-Korrektur). Die Effektstärke von $d = 0,32$ bestätigte die geringe Relevanz des Effektes.

($\chi^2 = 24,52$; $df = 1$; $p < 0,001$) festgestellt. Während eine „Sportanlage“ für deutlich mehr deutsche (31,4%) als polnische ST (9,8%) wichtig war, zeigte sich hinsichtlich der zwei anderen Umweltbedingungen eine umgekehrte Tendenz: In Polen war die „Kirche“ für 54,9% und in Deutschland für nur 14,3% von Bedeutung; Eine „Beratungsstelle“ wurde von 54% Polen und lediglich 20% Deutschen als wichtig erachtet.

Zufriedenheit

Die Zufriedenheit mit der Infrastruktur der Kultur-, Freizeit- und Bildungsangebote wurde mit der Stadtinfrastrukturzufriedenheit verglichen (vgl. Tabelle 15). Im Durchschnitt waren die ST zu $M = 2,86$ ($SD = 0,73$) mit den kulturellen, Freizeit- und Bildungsangeboten in ihrer Umgebung zufrieden, was auf einer Skala von 1 bis 4 auf eine überdurchschnittliche Zufriedenheit hindeutete. Ähnlich wie bei der Stadtinfrastruktur zeigten sich aber auch hier signifikante Länderunterschiede. Diese äußerten sich derart, dass im Vergleich mit der Danziger Stichprobe ($M = 2,46$; $SD = 0,63$) die Mannheimer Gruppe ($M = 3,26$; $SD = 0,60$) deutlich höhere Zufriedenheitswerte aufwies ($t = 9,18$; $df = 199$; $p < 0,001$). Die Effektgröße von $d = 1,30$ sprach für einen großen Unterschied zwischen den beiden Nationen. Die Differenzen konnten hinsichtlich der Zufriedenheit in allen Unterdomänen der Infrastruktur der Kultur-, Freizeit- und Bildungsangebote gefunden werden (vgl. Tabelle A.10). Der größte Effekt zeigte sich in Bezug auf die Zufriedenheit mit der *Fachberatung* ($t = 19,05$; $df = 85,5$; $p < 0,001$; $d = 5,23^{94}$), die in Danzig unterdurchschnittliche Werte aufwies. Dabei wurden von den ST vor allem die geringe Anzahl von und der schlechte Zugang zu Beratungsstellen sowie deren Image bemängelt (vgl. Abschnitt 4.2.1). Darüber hinaus wies die Zufriedenheit mit den *Bildungsangeboten und den Möglichkeiten für ehrenamtliches Engagement* einen starken Ländereffekt zugunsten der deutschen Stichprobe auf ($t = 4,22$; $df = 72,54$; $p < 0,001$; $d = 1,44$)⁹⁵.

Übereinstimmung

Die erhobenen Daten sprachen für eine moderate Person-Umwelt-Passung im Bereich der Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten ($M = 2,04$; $SD = 1,90$). Die untersuchten hochaltrigen Mannheimer zeigten allerdings einen signifikant höheren Übereinstimmungsindex ($M = 2,80$; $SD = 1,70$) als die befragten gleichaltrigen Danziger ($M = 1,27$;

⁹⁴ Die Freiheitsgrade bei dieser Schätzung sind so klein, da in Polen viele ST überhaupt nicht wussten, dass es in der Stadt derartige Beratungseinrichtungen gibt. Demzufolge konnten sie keine Aussage zur Zufriedenheit treffen.

⁹⁵ Die Ergebnisse der Testung von Länderunterschieden in Bezug auf einzelne Bedingungen können Tabelle A.7 im Anhang entnommen werden.

$SD = 1,79$). Der Effekt erwies sich als stark ($t = 6,29$; $df = 205$; $p < 0,001$; $d = 0,88$). Abbildung 26 macht deutlich, dass es in Mannheim mehr Personen gab, die über ein Wohnumfeld berichteten, in dem die von ihnen als wichtig erachteten Bedingungen auch tatsächlich vorhanden waren. Demgegenüber wurden in Danzig mehr Personen identifiziert, die diverse Infrastrukturangebote gerne in Anspruch genommen hätten, die jedoch nicht vorhanden waren.

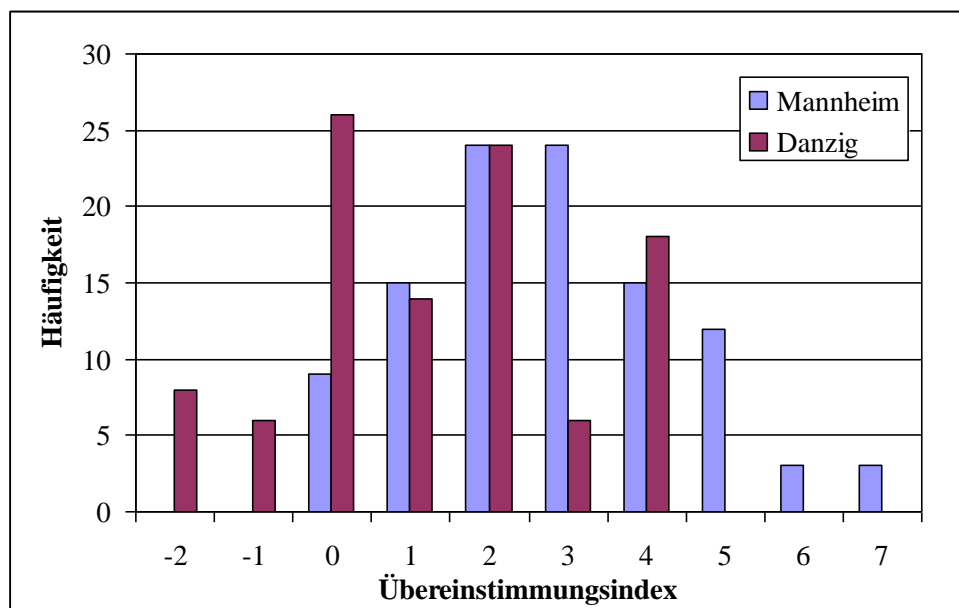


Abb. 26: Übereinstimmungsindex für die Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten nach Ländern.

5.1.3.3 Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote

Vorhandensein

Die Infrastruktur von medizinischen und pflegerischen Angeboten wurde in zwei Unterbereichen der Altenhilfe mit insgesamt 18 Leistungen bzw. Einrichtungen erfasst. Von diesen waren im Durchschnitt $M = 13,59$ vorhanden ($SD = 2,83$). Die beiden Länder unterschieden sich signifikant in der Anzahl durchschnittlich vorhandener infrastruktureller Bedingungen ($t = 32,83$; $df = 203$; $p < 0,001$). Der Effekt von $d = 4,60$ zeigte hierzu die größte Stärke im Vergleich zu den Unterschieden hinsichtlich der Stadtinfrastruktur und Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten. Dies deutete darauf hin, dass die größten Differenzen zwischen den beiden Ländern im Bereich der Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote bestanden. Während in Mannheim den ST durchschnittlich $M = 16,11$ ($SD = 1,21$) Leistungen/Einrichtungen zur Verfügung standen, konnten die ST aus Danzig im Durchschnitt $M = 10,94$ ($SD = 1,03$) in Anspruch nehmen. Eine getrennte Betrachtung der *ambulanten und stationären/teilstationären Altenhilfe* lieferte genauere Ergebnisse (siehe Tabelle A.8 im Anhang).

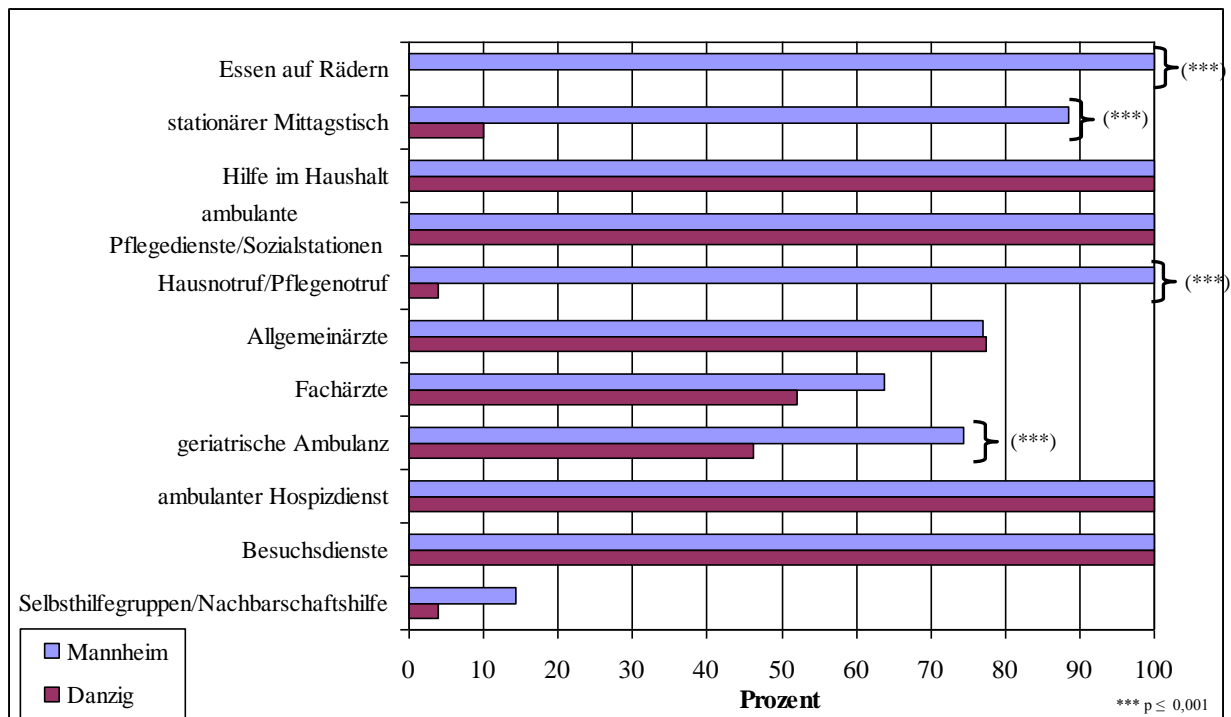


Abb. 27: Vorhandensein der Leistungen ambulanter Altenhilfe nach Ländern⁹⁶.

Von 11 Leistungen der *ambulanten Altenhilfe* wurde für Mannheim ein Mittelwert von $M = 9,12$ mit einer Standardabweichung von $SD = 1,20$ ermittelt. Für Danzig zeigte sich, dass im Durchschnitt $M = 5,94$ ($SD = 1,03$) Leistungen in Anspruch genommen werden konnten. Dieser Unterschied war hochsignifikant und hatte eine große Effektstärke ($t = 20,25$; $df = 203$; $p < 0,001$; $d = 2,84$). Eine Analyse einzelner abgefragter ambulanter Leistungen zeigte, dass dieser Unterschied teilweise darauf zurückzuführen war, dass bestimmte Leistungen in Polen überhaupt nicht angeboten wurden (vgl. Abbildung 27). War „Essen auf Rädern“ in Mannheim für alle ST zugänglich (100%), so wurde dies in Danzig als eine Form der Altenhilfe gar nicht geführt (0%). Während ein „Pflegenotruf“ in Mannheim jedem Hochaltrigen zur Verfügung gestellt werden konnte (100%), durfte dieser in Danzig nur von einigen wenigen Personen aus bestimmten Regionen beansprucht werden (3,9%). In Bezug auf den „stationären Mittagstisch“ wurden ebenfalls Länderunterschiede festgestellt: Für 88,6% der Mannheimer war diese Form der Altenhilfe erreichbar; unter den Danziger ST fanden sich nur 10%, die in ihrer nahen Umgebung einen stationären Mittagstisch aufsuchen konnten ($\chi^2 = 13,57$; $df = 1$; $p < 0,001$). Darüber hinaus zeigte sich jedoch eindeutig, dass es auch Leistungen gegeben hat, die in beiden untersuchten Ländern allen älteren Befragten zugänglich waren. Zu diesen zählten: „Hilfe im Haushalt“, „ambulante Pflegedienste“, „ambulanter Hospizdienst“

⁹⁶ Die ersten 3 Bedingungen gehören zur Unterdomäne *Hauswirtschaftliche Dienstleistungen*. Die Bedingungen 4 bis 9 beziehen sich auf die Unterdomäne *ärztliche und pflegerische Dienstleistungen*. Die letzten 2 Bedingungen gehören zur Unterdomäne *soziale Kontaktdienstleistungen*.

und „Besuchsdienste“. „Gute Allgemeinärzte“ sowie „gute Fachärzte“ konnten von ungefähr 50% der ST in ihrem nahen Umfeld aufgesucht werden. Hierzu gab es keine signifikanten Länderunterschiede. In beiden Städten wurden am geringsten Umgebungen identifiziert, die über Selbsthilfegruppen oder Nachbarschaftshilfe verfügten (Mannheim: 14,3%; Danzig: 4%).

Hinsichtlich *stationärer und teilstationärer Altenhilfe* wurden ebenfalls Unterschiede zugunsten der westeuropäischen Infrastruktur festgestellt. Diese bezogen sich allerdings ausschließlich auf 2 Einrichtungen: Während in Mannheim von 7 stationären und teilstationären Einrichtungen alle 7 vorhanden waren, konnten in Danzig nur 5 aufgefunden werden. „Betreutes Wohnen“ und „Kurzzeitpflege“ gab es in dieser Stadt überhaupt nicht. Die Standardabweichung der beiden Stichproben betrug $SD = 0,00$, da die Erfassung stationärer und teilstationärer Infrastruktur nicht in Bezug auf die nahe Umgebung der ST, sondern in Hinsicht auf die ganze Stadt erfolgte (vgl. Abschnitt 4.6.4). Daher war auch die Berechnung statistischer Signifikanz nicht möglich.

Wichtigkeit

Während von insgesamt 18 Bedingungen der Infrastruktur von medizinischen und pflegerischen Angeboten durchschnittlich $M = 13,59$ vorhanden waren, wurden der subjektiven Wichtigkeit im Durchschnitt $M = 10,04$ ($SD = 3,65$) Bedingungen beigemessen. Dabei konnten, ähnlich der Wichtigkeit der ersten zwei Domänen der infrastrukturellen Ressourcen, auch hier keine signifikanten Länderunterschiede ermittelt werden. Gleichsam zeigte die getrennte Untersuchung ambulanter und stationärer Altenhilfe keine bedeutenden Differenzen zwischen den zwei untersuchten Nationen (vgl. Tabelle A.5). Erst die Betrachtung der einzelnen untersuchten Einrichtungen/Leistungen deutete auf einige wenige nationale Besonderheiten hin. Statistisch gesehen betrafen sie vor allem die Unterdomäne der drei hauswirtschaftlichen Dienstleistungen, welche für die deutsche Stichprobe wichtiger erschien ($M = 1,69$; $SD = 1,09$) als für die polnische Gruppe ($M = 1,14$; $SD = 1,19$; $t = 3,42$; $df = 203$; $p < 0,001$). Der Effekt war mittelgroß ($d = 0,48$), da zwischen zwei weiteren Leistungen dieser Unterdomäne keine signifikanten Länderunterschiede bestanden. „Essen auf Rädern“ und „stationärer Mittagstisch“ wiesen eine Wichtigkeit für durchschnittlich ein Drittel der untersuchten Population auf.

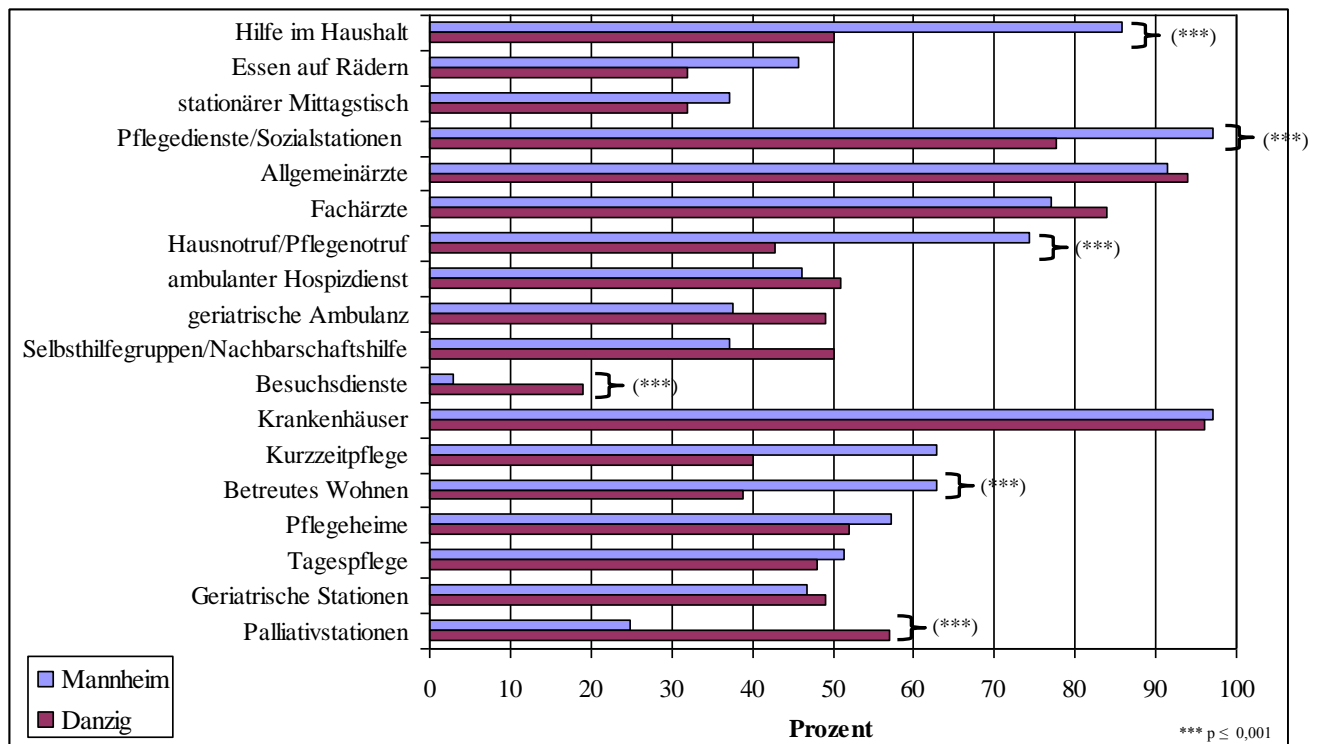


Abb. 28: Wichtigkeit der Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Dienstleistungen nach Ländern⁹⁷.

Wie Abbildung 28 zu entnehmen ist, zeigten sich des Weiteren im Bereich der ambulanten Altenhilfe sowohl Ähnlichkeiten als auch Differenzen zwischen den beiden Nationen: „Pflegedienste“, „Allgemeinärzte“ und „Fachärzte“ wurden für mehr als 70% der ST als wichtige Charakteristika der nahen Wohnumgebung angesehen, wobei bezüglich „Pflegedienste“ signifikante Unterschiede zugunsten der deutschen Stichprobe festgestellt wurden ($\chi^2 = 18,02$; $df = 1$; $p < 0,001$). Die Wichtigkeit von „ambulanten Hospizdienst“, „geriatrischer Ambulanz“ sowie „Selbsthilfegruppen/Nachbarschaftshilfe“ wurde in den beiden Ländern in einer ähnlichen Weise empfunden (ca. 40%), wobei hierzu eine leichte Tendenz zum Vorteil der Danziger Stichprobe beobachtet werden konnte (vgl. Abbildung 28). Signifikante Unterschiede zugunsten der polnischen ST bestanden bezüglich der „Besuchsdienste“. Diese waren für sechs Mal mehr Danziger (18,0%) als Mannheimer (2,9%) von Bedeutung ($\chi^2 = 12,77$; $df = 1$; $p < 0,001$).

Signifikante Differenzen in der Wichtigkeit von einzelnen Einrichtungen der *stationären und teilstationären Altenhilfe* wurden in Bezug auf „Betreutes Wohnen“ ($\chi^2 = 11,77$; $df = 1$; $p < 0,001$) und „Palliativstationen/Hospize“ ($\chi^2 = 22,09$; $df = 1$; $p < 0,001$) festgestellt.

⁹⁷ Die ersten 3 Leistungen gehören zur Unterdomäne *Hauswirtschaftliche Dienstleistungen*. Die Leistungen 4 bis 9 beziehen sich auf die Unterdomäne *ärztliche und pflegerische Dienstleistungen* und die Leistungen 10 und 11 auf die Unterdomäne *soziale Kontaktleistungen*. Die letzten 6 Einrichtungen beschreiben die stationäre Altenhilfe.

Während „Betreutes Wohnen“ für deutlich mehr deutsche (62,9%) als polnische ST (38,8%) wichtig war, zeigte sich hinsichtlich „Palliativstationen/Hospize“ eine spiegelbildliche Tendenz (in Polen von 57% und in Deutschland von 24,8% als wichtig erachtet). Differenzen in der Wichtigkeit der „Kurzzeitpflege“ wiesen aufgrund der vorgenommenen Bonferroni-Korrektur keine statistische Signifikanz nach. In Bezug auf „Krankenhäuser“, „Pflegeheime“ und „Tagespflege“ zeigten die hochaltrigen Studienteilnehmer einen weitgehenden Konsens: „Krankenhäuser“ waren für mehr als 90% und „Pflegeheime“ sowie „Tagespflege“ für jeweils ungefähr die Hälfte der untersuchten alten Menschen von Bedeutung.

Zufriedenheit

Der Mittelwert für Zufriedenheit mit den 18 Leistungen/Einrichtungen der Infrastruktur von medizinischen und pflegerischen Angeboten betrug für die Gesamtpopulation $M = 2,87$ mit einer Standardabweichung von $SD = 0,60$. Bei einem Ländervergleich zeigten die deutschen ST weit überdurchschnittliche ($M = 3,17$; $SD = 0,47$) und die polnischen ST durchschnittliche Zufriedenheitswerte ($M = 2,56$; $SD = 0,56$). Dieser Unterschied ergab eine hohe Signifikanz und eine große Effektstärke ($t = 6,29$; $df = 205$; $p < 0,001$; $d = 1,18$). Gleichwohl wies die Zufriedenheit mit *ambulanter und stationärer bzw. teilstationärer Altenhilfe* bedeutsame Differenzen zugunsten der deutschen Infrastruktur auf, wobei für die ambulante Altenhilfe ein starker ($t = 10,89$; $df = 181,86$; $p < 0,001$; $d = 1,53$) und für stationäre Altenhilfe ein mittelgroßer Effekt ($t = 3,27$; $df = 197$; $p < 0,001$; $d = 0,47$) festgestellt wurde (vgl. Tabelle A.5). Auffallend war dabei, dass in den beiden Stichproben die Zufriedenheit mit den Angeboten der ambulanten Altenhilfe geringer ausfiel als die Zufriedenheit mit den Angeboten der stationären Altenhilfe. Die Ergebnisse der Testung von Länderunterschieden in Bezug auf die einzelnen Bedingungen können Tabelle A.11 im Anhang entnommen werden. Neben der Bestätigung von zahlreichen Differenzen zugunsten der deutschen Stichprobe lieferten diese Ergebnisse gleichzeitig Beweise dafür, dass es Infrastrukturbereiche gab, die keine Länderunterschiede in der Zufriedenheit aufwiesen. Zu diesen Bereichen gehörten: „Krankenhäuser“ (Mannheim: $M = 3,37$; $SD = 0,73$; Danzig: $M = 3,37$; $SD = 0,64$), „Hospize“ (Mannheim: $M = 3,33$; $SD = 0,50$; Danzig: $M = 3,22$; $SD = 0,43$), „Tagespflege“ (Mannheim: $M = 2,67$; $SD = 1,07$; Danzig: $M = 2,34$; $SD = 0,64$), „Pflegeheime“ (Mannheim: $M = 3,00$; $SD = 0,78$; Danzig: $M = 2,54$; $SD = 0,94$), „Hospizdienste“ (Mannheim: $M = 2,78$; $SD = 1,00$; Danzig: $M = 2,15$; $SD = 0,59$) und „Allgemeinmediziner“ (Mannheim: $M = 3,11$; $SD = 1,03$; Danzig: $M = 2,98$; $SD = 0,99$).

Übereinstimmung

Für die Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote konnte eine durchschnittliche Person-Umwelt-Passung von $M = 5,56$ festgestellt werden. Eine große Standardabweichung von $SD = 3,76$ wies auf beachtliche interindividuelle Unterschiede hin. Abbildung 29 macht deutlich, dass diese Differenzen teilweise auf die erheblichen Länderunterschiede zurückgeführt werden konnten: Während für Mannheimer ein durchschnittlicher Übereinstimmungsindex von $M = 8,17$ ($SD = 2,97$) ermittelt wurde, ergab die Berechnung für die Danziger Stichprobe einen Index von lediglich $M = 2,86$ ($SD = 2,31$). Dieser Unterschied war signifikant und zeigte eine große Stärke ($t = 8,38$; $df = 192,81$; $p < 0,001$; $d = 2,00$).

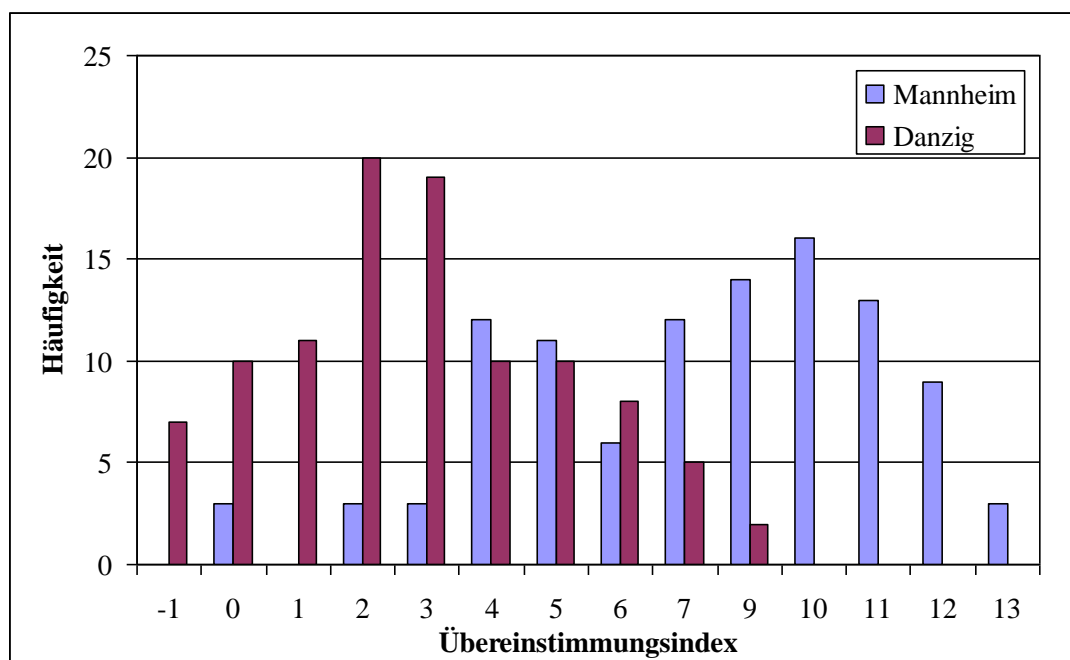


Abb. 29: Übereinstimmungsindex für die Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote nach Ländern.

Für die Interpretation dieses Ergebnisses musste beachtet werden, dass der Übereinstimmungsindex ein Ausdruck des Gleichgewichts zwischen dem, was einer Person wichtig ist, und dem, was gleichzeitig für ihre Umgebung zutrifft, ist. Angesichts der soeben aufgeführten fehlenden Länderunterschiede hinsichtlich der durchschnittlichen Wichtigkeit der Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote durften die hier festgestellten Länderdifferenzen vor allem im Kontext der Infrastrukturmängel in Polen interpretiert werden: Demnach gab es in Danzig signifikant mehr Hochaltrige, die diverse Infrastrukturangebote gerne in Anspruch genommen hätten, die aber nicht vorhanden waren. In Mannheim lebten hingegen deutlich mehr Personen in solchen Wohnumfeldern, in denen für sie persönlich wichtige Infrastrukturbedingungen auch tatsächlich vorhanden waren. Betrachtete man die *ambulante*

und stationäre/teilstationäre Altenhilfe separat, wurden die gleichen Ergebnisse hinsichtlich der Länderunterschiede ersichtlich (vgl. Tabelle A.5).

5.2 Zur Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen für das Wohlbefinden

Nachdem der Ressourcenstatus in den beiden untersuchten Stichproben ermittelt worden war, wurde im Weiteren mittels Korrelationsanalysen und multivariater statistischer Auswertung die Bedeutung einzelner Prädiktoren für die drei Facetten des Wohlbefindens in den beiden Ländern herausgearbeitet. Damit sollten Direkteffekte der Ressourcen auf das Wohlbefinden getestet werden, um in einem nächsten Schritt deren Zusammenwirken untersuchen zu können. Dieser Ergebnissteil bezieht sich auf die Fragestellungen 2.1 bis 2.6.

5.2.1 Korrelative Beziehungen zwischen Ressourcen und Wohlbefinden

Die durchgeführten Analysen ergaben, dass das Wohlbefinden sowohl mit vielen verschiedenen individuellen als auch infrastrukturellen Ressourcen in Zusammenhang stand. Dabei wiesen die drei Komponenten des Wohlbefindens teilweise abweichende Korrelationsmuster auf. Wurden die Analysen für die beiden Länder getrennt durchgeführt, zeigten sich ebenfalls erhebliche Unterschiede in der Zusammensetzung der mit Wohlbefindensfacetten assoziierten Variablen. Die in der Gesamtauswertung ermittelte signifikante Beziehung zwischen der Variablen *Land* und dem Wohlbefinden machte nochmals deutlich, dass bei der Ermittlung von Korrelaten und Prädiktoren des Wohlbefindens eine länderspezifische Betrachtung unabdingbar ist. Tabelle 16 fasst die Korrelationen des Wohlbefindens mit individuellen und Tabelle 17 mit infrastrukturellen Ressourcen zusammen.

Tabelle 16: Korrelationen zwischen individuellen Ressourcen und Wohlbefindensfacetten für die Gesamtstichprobe und nach Ländern.

Variablen	Gesamtes Sample (N = 207)						Mannheim (N = 105)						Danzig (N = 102)					
	PA		NA		LZ		PA		NA		LZ		PA		NA		LZ	
	r	p	R	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
<i>Soziodemographische Merkmale</i>																		
Alter	-,09	,211	-,22**	,002	-,12	,078	-,04	,676	-,21*	,030	-,18	,066	-,11	,276	-,21*	,034	,06	,534
Geschlecht (0 Mann; 1 Frau)	-,23**	,001	,12	,084	-,25**	,000	-,41**	,000	,18	,062	-,36**	,000	-,15	,136	,04	,696	-,19	,052
Land (0 Deutschland; 1 Polen)	-,26**	,000	-,10	,153	-,18*	,011	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Schulbildung	-,13	,071	,02	,791	-,05	,482	-,12	,222	,07	,505	-,04	,661	-,18	,067	,01	,926	-,08	,404
verheiratet / in Partnerschaft	,23**	,001	-,16*	,021	,11	,122	,37**	,000	-,17	,108	,24*	,014	,14	,159	-,15	,149	,02	,876
Äquivalenzeinkommen	,29**	,000	-,09	,185	,28**	,000	,16	,095	,05	,626	,19	,052	,45**	,000	-,21*	,037	,39**	,000
Zufriedenheit mit Finanzen	,48**	,000	-,17*	,017	,52**	,000	,25**	,009	-,13	,176	,53**	,000	,55**	,000	-,36**	,000	,51**	,000
<i>Gesundheitsbezogene Ressourcen</i>																		
CIRS	-,35**	,000	,12	,083	-,26**	,000	-,30**	,002	,16	,108	-,18	,066	-,31**	,001	,15	,132	-,26**	,009
Gesundheitseinschätzung	,30**	,000	-,18	,011	,26**	,000	,12	,221	-,07	,494	,01	,921	,32**	,001	-,39**	,000	,41**	,000
PHRS	-,37**	,000	,38**	,000	-,32**	,000	-,51**	,000	,54**	,000	-,48**	,000	-,31**	,003	,20	,054	-,19	,062
ADL	,01	,966	-,11	,122	,10	,161	,04	,700	-,10	,219	,17	,110	-,02	,888	-,04	,663	,09	,346
IADL	,30**	,000	-,06	,362	,15*	,028	,25*	,010	-,16	,098	,04	,721	,31**	,001	-,25*	,013	,20*	,043
GDS	-,52**	,000	,28**	,000	-,29**	,000	-,48**	,000	,21*	,034	-,23*	,017	-,58**	,000	,34**	,001	-,36**	,001
MMSE	,58**	,000	-,22**	,001	,41**	,000	,47**	,000	-,12	,236	,34**	,000	,63**	,000	-,36**	,000	,43**	,000
<i>Soziale Ressourcen</i>																		
Antonucci-Kreis 1	,18*	,011	-,37**	,000	,19**	,008	,26**	,008	-,37**	,000	,30**	,002	,27**	,006	-,27**	,006	,18	,072
Antonucci-Kreis 2	,18*	,011	-,13	,056	,11	,113	,24*	,013	,19	,051	,01	,923	,25*	,010	-,43**	,000	,30**	,002
Antonucci-Kreis 3	,45**	,000	-,14*	,045	,11	,112	,40**	,000	-,02	,845	-,01	,936	,50**	,000	-,29**	,003	,21*	,032
Antonucci-Kreise gesamt	,42**	,000	-,31**	,000	,21**	,003	,53**	,000	-,13	,174	,18	,066	,46**	,000	-,43**	,000	,30**	,002
Zufriedenheit mit Kontakten	,44**	,000	-,39**	,000	,43**	,000	,29**	,003	-,30**	,002	,52**	,000	,55**	,000	-,53**	,000	,38**	,000
positive Unterstützung	,19**	,005	-,41**	,000	,35**	,000	,07	,460	-,57**	,000	,26**	,007	,34**	,001	-,24*	,014	,44**	,000
negative Unterstützung	-,06	,395	,22**	,002	,00	,966	,10	,338	,19	,055	,04	,684	-,20*	,043	,23*	,021	-,03	,747
Größe der pos. Unterstützung	,35**	,000	-,42**	,000	,17*	,021	,38**	,000	-,54**	,000	,26**	,008	,40**	,000	-,26*	,017	,09	,414
<i>Psychologische Ressourcen</i>																		
Extraversion	,65**	,000	-,25**	,000	,35**	,000	,60**	,000	-,21*	,033	,26**	,007	,66**	,000	-,34**	,000	,39**	,000
Neurotizismus	-,64**	,000	,53**	,000	-,51**	,000	-,64**	,000	,41**	,000	-,44**	,000	-,70**	,000	,64**	,000	-,58**	,000
Depressivität	-,56**	,000	,46**	,000	-,55**	,000	-,52**	,000	,32*	,001	-,55**	,000	-,74**	,000	,60**	,000	-,64**	,000
VOL	,67**	,000	-,36**	,000	,52**	,000	,71**	,000	-,20*	,044	,47**	,000	,68**	,000	-,51**	,000	,60**	,000
IPC-I	,47**	,000	-,06	,477	,46**	,000	,58**	,000	-,04	,728	,56**	,000	,60**	,000	,09	,504	,44**	,000
IPC-P	-,35**	,000	,09	,304	-,38**	,000	-,35**	,005	,13	,172	-,48**	,000	-,46**	,000	-,13	,311	-,30*	,018
IPC-C	-,45**	,000	,14	,128	-,54**	,000	-,49**	,000	,16	,170	-,61**	,000	-,51**	,000	-,07	,589	-,48**	,000
SOC	,58**	,000	-,52**	,000	,34**	,000	,60**	,000	-,51**	,000	,29**	,004	,73**	,000	-,47**	,000	,51**	,000

5.2.1.1 Zusammenhänge zwischen individuellen Ressourcen und Wohlbefindensfacetten

Wie aus Tabelle 16⁹⁸ ersichtlich ist, zeigten sowohl soziodemographische Merkmale und gesundheitsbezogene Ressourcen als auch soziale und psychologische Ressourcen signifikante Zusammenhänge mit dem Wohlbefinden. Diese konnten als geringfügig bis stark bezeichnet werden. Insgesamt wiesen psychische Eigenschaften nicht nur die höchsten korrelativen Beziehungen mit dem positivem und dem negativem Affekt, sondern auch mit der Lebenszufriedenheit auf (bis $r = 0,71$; $p < 0,001$). Mit Ausnahme der Kontrollüberzeugung beim negativen Affekt standen alle psychologischen Ressourcen in einem bedeutenden Zusammenhang mit den drei Komponenten des Wohlbefindens. In der Gesamtauswertung wiesen VOL ($r = 0,67$; $p < 0,001$), Extraversion ($r = 0,65$; $p < 0,001$) und Neurotizismus ($r = -0,64$; $p < 0,001$) die stärkste korrelative Beziehung zum positivem Affekt auf. Neurotizismus ($r = 0,53$; $p < 0,001$) und SOC ($r = -0,52$; $p < 0,001$) waren von größter Relevanz für den negativen Affekt, wohingegen Depressivität ($r = -0,55$; $p < 0,001$), auf Fatalismus bezogene Kontrollüberzeugung ($r = -0,54$; $p < 0,001$), VOL ($r = 0,52$; $p < 0,001$) und Neurotizismus ($r = -0,51$; $p < 0,001$) den größten Einfluss auf die Lebenszufriedenheit zeigten. Auch getrennt nach beiden untersuchten Nationen konnten bei den fast gleichen psychologischen Ressourcen die stärksten Zusammenhänge gefunden werden (vgl. Tabelle 16). Bei dem Vergleich der Korrelationskoeffizienten⁹⁹ in den beiden Stichproben wurde festgestellt, dass in der Danziger Gruppe der positive Affekt mit Depressivität ($p = 0,008$) und der negative Affekt mit Neurotizismus ($p = 0,02$), Depressivität ($p = 0,01$) und VOL ($p = 0,01$) stärker zusammenhingen, als das für die Mannheimer Stichprobe der Fall war.

Bei der Auswertung der sozialen Ressourcen zeigte die subjektive Einschätzung sozialer Kontakte (d.h. Zufriedenheit mit sozialen Kontakten) die stärkste Beziehung zum positiven Affekt ($r = 0,42$; $p < 0,001$) und Lebenszufriedenheit ($r = 0,43$; $p < 0,001$). Nach objektiven Maßen der sozialen Ressourcen erwiesen sich die Größe des gesamten sozialen Netzwerks ($r = 0,45$; $p < 0,001$) und die positive Unterstützung für die Lebenszufriedenheit als die stärksten Korrelate ($r = 0,35$; $p < 0,001$) für den positiven Affekt. Für den negativen Affekt waren positive Unterstützung ($r = -0,41$; $p < 0,001$) und Zufriedenheit mit Kontakten ($r = -0,39$; $p < 0,001$) von größter Relevanz. Bemerkenswerte Unterschiede konnten bei einer

⁹⁸ PA: positiver Affekt; NA: negativer Affekt; LZ: Lebenszufriedenheit; r : Korrelation nach *Pearson*; p : Signifikanz (2-seitig); CIRS: *Cumulative Illness Rating Scale*; PHRS: *Physical Health Ratings Scale*; ADL: *Activities of Daily Living*; IADL: *Instrumental Activities of Daily Living*; GDS: *Global Deterioration Scale*; MMSE: *Mini Mental Status Examination*; VOL: *Valuation of Life*; IPC-I: *Locus of Control – Internality*; IPC-P: *Locus of Control – Powerful others*; IPC-C: *Locus of Control – Chance*; SOC: *Sense of Coherence*.

⁹⁹ Test für den Vergleich von Korrelationskoeffizienten (Bortz, 2004, S. 221).

länderspezifischen Betrachtung ermittelt werden: Im Vergleich zu der deutschen Stichprobe war die Zufriedenheit mit Kontakten bei polnischen ST signifikant stärker sowohl mit positivem als auch negativem Affekt assoziiert ($p = 0,02$ und $p = 0,03$ ¹⁰⁰). Die drei Antonucci-Kreise (d.h. die Größe des sozialen Netzwerks) zeigten hinsichtlich des positiven Affektes vergleichbare mittelgroße positive Effekte für die beiden Länder, wobei die Korrelation mit dem dritten Kreis¹⁰¹ die stärkste war (Mannheim: $r = 0,40$; Danzig: $r = 0,50$; $ps < 0,001$). Dagegen wurde für die Mannheimer in Bezug auf den negativen Affekt ermittelt, dass nur die Anzahl der Personen aus dem ersten Kreis, d.h. die wichtigsten Personen, in einem mittelstarken gegenläufigen Zusammenhang stand ($r = -0,37$; $p < 0,001$). Ein vergleichbar starker, aber positiver Effekt konnte hinsichtlich der Lebenszufriedenheit beobachtet werden ($r = 0,30$; $p < 0,001$). Dahingegen war die negative emotionale Befindlichkeit der älteren Danziger nicht nur mit dem ersten Kreis, sondern mit dem ganzen sozialen Netzwerk negativ assoziiert. Für die Lebenszufriedenheit erwies sich der erste Kreis jedoch als nicht signifikant.

Auffallende Unterschiede konnten in Bezug auf die Selbsteinschätzung der Gesundheit ermittelt werden: Für die polnische Stichprobe wurde ein mittelgroßer positiver Zusammenhang mit dem positiven Affekt ($r = 0,32$; $p = 0,001$) und der Lebenszufriedenheit ($r = 0,41$; $p < 0,001$) sowie eine vergleichbar starke gegenläufige Assoziation mit dem negativen Affekt ($r = -0,39$; $p < 0,001$) festgestellt. Für Mannheim zeigten sich diesbezüglich keine bedeutenden Effekte. Die angenommene stärkere Korrelation des Wohlbefindens mit subjektiver Einschätzung der Gesundheit als mit objektiven Gesundheitsmaßen wurde somit nur für die polnische Stichprobe bestätigt (Fragestellung 2.2). Die Anzahl der mäßiggradigen und schweren Organschädigungen wurde bei den Mannheimern nur mit dem positiven Affekt ($r = -0,30$; $p = 0,002$) und bei den Danzigern mit dem positiven Affekt ($r = -0,31$; $p = 0,001$) sowie Lebenszufriedenheit ($r = -0,26$; $p = 0,009$) assoziiert. Aktivitäten des täglichen Lebens zeigten gar keine signifikante Beziehung zum Wohlbefinden, was vermutlich daraus resultierte, dass in den beiden Stichproben eine geringe Varianz in der ADL-Verteilung vorlag (vgl. Abschnitt 5.1.2.2). Während für IADL in der polnischen Stichprobe mittelstarke signifikante Beziehungen mit allen Facetten des Wohlbefindens nachgewiesen werden konnten (Korrelationen zwischen $0,20 < r < 0,31$), zeigten sich für die Mannheimer nur geringfügige Assoziationen mit dem positiven Affekt ($r = 0,25$; $p = 0,01$). Des Weiteren deutete die Auswertung der kognitiven Ressourcen auf ihre stärkere Beziehung zum Wohlbefinden bei den polnischen ST hin. In beiden Stichproben standen die MMSE- und GDS-Werte mit dem positiven Affekt in dem engsten Zusammenhang, allerdings zeigten die Korrelationskoeffizienten höhere Werte

¹⁰⁰ Test für den Vergleich von Korrelationskoeffizienten (Bortz, 2004, S. 221).

¹⁰¹ Anzahl der Personen, die dem ST nicht sehr nahestehen, aber trotzdem wichtig sind.

für Polen (MMSE: $r = 0,63$; GDS: $r = -0,58$; $ps < 0,001$) als für Deutschland (MMSE: $r = 0,47$; GDS: $r = -0,48$; $ps < 0,001$). Bei der Mannheimer Stichprobe wurde darüber hinaus keine signifikante Beziehung zwischen MMSE und negativem Affekt gefunden.

Von allen individuellen Ressourcen zeigten die soziodemographischen Merkmale die geringste Assoziation mit Wohlbefinden. Wie angenommen, konnten keine Zusammenhänge zwischen positivem Affekt und Alter ebenso wenig wie zwischen Lebenszufriedenheit und Alter festgestellt werden. Hingegen wies der negative Affekt eine leichte gegenläufige Beziehung zum Alter auf (Gesamtstichprobe: $r = -0,22$; $p = 0,002$; Mannheim: $r = -0,21$; Danzig: $r = -0,21$; $ps = 0,03$), die auf ein Nachlassen der negativen Emotionalität mit zunehmendem Alter deutete. Das Geschlecht stellte sich nur in der westeuropäischen Gruppe als eine signifikante korrelative Variable heraus: Im Vergleich zu Mannheimerinnen tendierten Mannheimer dazu, mehr positive Emotionen zu empfinden ($r = -0,41$; $p < 0,001$) und höhere Lebenszufriedenheit zu erleben ($r = -0,36$; $p < 0,001$). Des Weiteren zeigte auch der Familienstatus nur in der Mannheimer Stichprobe einen Zusammenhang mit dem Wohlbefinden: Die verheirateten und in Partnerschaft lebenden Deutschen zeichneten sich durch höhere Werte hinsichtlich des positiven Affektes ($r = 0,37$; $p < 0,001$) und der Lebenszufriedenheit ($r = 0,24$; $p < 0,01$) aus. Schulbildung wies keine korrelative Beziehung zum Wohlbefinden auf. Wie bereits am Anfang dieses Abschnittes aufgeführt, konnte in der Gesamtauswertung gezeigt werden, dass die deutschen ST signifikant häufiger über positive Emotionen ($r = -0,26$; $p < 0,001$) und Lebenszufriedenheit ($r = -0,18$; $p < 0,01$) berichteten als die polnischen Befragten.

Die stärksten Korrelationskoeffizienten unter den soziodemographischen Merkmalen wurden in Bezug auf die finanzielle Situation ermittelt ($0,29 < r < 0,55$). Wie angenommen, stand die subjektive Einschätzung der materiellen Situation in einem engeren Zusammenhang mit dem Wohlbefinden als die objektiv mit dem Äquivalenzeinkommen ermittelte finanzielle Lage (Fragestellung 2.2). Dabei zeigten die Assoziationen mit dem positiven Affekt sowie Lebenszufriedenheit eine größere Stärke als diejenigen für den negativen Affekt. Wurden die Länder getrennt ausgewertet, entfiel in der deutschen Stichprobe die Bedeutung der objektiven finanziellen Situation für alle Facetten des Wohlbefindens gänzlich. Die Signifikanz der Zusammenhänge in der polnischen Stichprobe blieb aber erhalten. Somit konnte festgehalten werden, dass die finanziellen Ressourcen eine stärkere Beziehung zum Wohlbefinden polnischer ST sowohl aus der objektiven als auch aus der subjektiven Perspektive zeigten.

Tabelle 17: Korrelationen zwischen infrastrukturellen Ressourcen und Wohlbefindensfacetten für die Gesamtstichprobe und nach Ländern.

Variablen	Gesamtes Sample (N = 207)						Mannheim (N = 105)						Danzig (N = 102)					
	PA		NA		LZ		PA		NA		LZ		PA		NA		LZ	
	r	p	R	p	r	P	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Stadtinfrastruktur																		
Mobilität und Verkehr (V)	,11	,224	,10	,172	,09	,181	-,06	,579	,04	,666	-,19	,056	,12	,230	,05	,631	,07	,512
Mobilität und Verkehr (Z)	,30**	,000	-,08	,285	,36**	,000	,20*	,040	-,33**	,001	,37**	,000	,24*	,013	,05	,614	,28**	,004
Mobilität und Verkehr (Ü)	,29**	,000	-,02	,820	,24**	,000	,17	,079	-,04	,721	,01	,907	,28**	,005	-,06	,530	,34**	,001
Täglicher und mittelfristiger Bedarf (V)	-,04	,526	,05	,515	-,03	,585	-,11	,283	,05	,598	-,13	,177	,22*	,031	,10	,334	,24*	,017
Täglicher und mittelfristiger Bedarf (Z)	,07	,314	-,01	,880	,08	,249	-,16	,108	,15	,132	-,17	,083	,46**	,000	-,21*	,036	,37**	,000
Täglicher und mittelfristiger Bedarf (Ü)	-,05	,459	-,04	,544	-,11	,119	-,12	,244	,03	,800	-,30**	,002	,22*	,026	-,09	,393	,28**	,004
Infrastruktur Kultur-, Freizeit- und Bildungsangebote																		
Freizeit und Kultur (V)	,23**	,001	,23**	,001	,21**	,003	-,13	,177	,30**	,002	,13	,185	,25*	,011	,19	,056	,16	,112
Freizeit und Kultur (Z)	-,01	,852	,26**	,000	,04	,542	-,06	,530	,10	,313	,05	,639	,09	,345	,35**	,000	-,05	,608
Freizeit und Kultur (Ü)	,35**	,000	,02	,818	,18**	,008	,31**	,001	-,05	,630	,16	,095	,27**	,006	,02	,871	,11	,259
Bildung und Ehrenamt (V)	,14	,051	,25**	,000	,03	,684	-,24*	,013	,40**	,000	-,18	,109	,18	,069	,07	,478	,17	,086
Bildung und Ehrenamt (Z)	,20	,236	,21	,212	,24	,155	-,17	,159	-,24	,245	-,32	,154	,16	,224	-,03	,920	,14	,269
Bildung und Ehrenamt (Ü)	-,03	,625	,05	,445	,04	,577	-,10	,301	,15	,133	-,06	,564	-,05	,643	-,14	,151	,13	,212
Fachberatung (V)	,27**	,000	,13	,061	,17*	,014	n.b.	-	n.b.	-	n.b.	-	,19	,065	,12	,245	,09	,402
Fachberatung (Z)	,05	,693	-,18	,279	,07	,540	-,18	,511	,33	,227	-,23	,404	,21	,111	-,35**	,007	,17	,200
Fachberatung (Ü)	,08	,240	-,19	,295	,04	,567	,22	,127	-,08	,397	,13	,182	-,02	,854	,10	,316	-,06	,528
Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote																		
ambulante Altenhilfe (V)	,24**	,001	,04	,548	,16*	,023	-,03	,762	-,17	,087	,06	,530	,18	,078	,04	,669	,00	,989
ambulante Altenhilfe (Z)	,33**	,000	-,09	,214	,33**	,000	,15	,137	-,09	,360	,32**	,001	,32**	,001	-,27**	,008	,26**	,009
ambulante Altenhilfe (Ü)	,23**	,001	-,03	,687	,21**	,002	-,29**	,003	,05	,650	-,12	,225	,46**	,000	-,16	,103	,20*	,044
stationäre & teilstationäre Altenhilfe (V)	,25**	,000	,09	,184	,18*	,008	n.b.	-	n.b.	-	n.b.	-	n.b.	-	n.b.	-	n.b.	-
stationäre & teilstationäre Altenhilfe (Z)	,17*	,015	-,01	,844	,12	,094	,13	,193	-,02	,851	,23*	,020	,12	,257	-,06	,598	,05	,612
stationäre & teilstationäre Altenhilfe (Ü)	,48**	,000	-,19	,086	,20**	,005	,57**	,000	-,27**	,006	,14	,149	,20*	,048	-,12	,230	,12	,292

PA: positiver Affekt; NA: negativer Affekt; LZ: Lebenszufriedenheit; V: Vorhandensein; Z: Zufriedenheit; Ü: Übereinstimmung; r: Korrelation nach Pearson; p: Signifikanz (2-seitig); n.b.: nicht zu berechnen, da mindestens eine der Variablen konstant ist.

Anmerkung: Alle Variablen wurden so umgepolt, dass höhere Werte auf eine größere Ressourcenausprägung der Variablen hindeuten.

5.2.1.2 Zusammenhänge zwischen infrastrukturellen Ressourcen und Wohlbefindensfacetten

Wie Tabelle 17 entnommen werden kann, wiesen die infrastrukturellen Bedingungen einen viel geringeren Zusammenhang mit dem Wohlbefinden auf als die individuellen Ressourcen. Dies ist nicht nur in der niedrigeren Anzahl signifikanter Korrelationen, sondern auch in der geringeren durchschnittlichen Stärke der Zusammenhänge zu erkennen.

Die engsten korrelativen Beziehungen mit den infrastrukturellen Ressourcen zeigten der positive Affekt und die Lebenszufriedenheit. In der Gesamtauswertung des positiven Affektes wurden vor allem seine Assoziationen mit den Unterdomänen *Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten* und *Freizeit- und Kulturangebote*, ebenso wie mit der Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote deutlich. Hierzu erwiesen sich sowohl das Vorhandensein von und die Zufriedenheit mit Einrichtungen als auch ein möglichst hoher Übereinstimmungsindex zwischen persönlichen Bedürfnissen und dem tatsächlichen Vorhandensein der Bedingungen als korrelativ wichtig (Korrelationen zwischen $0,17 < r < 0,48$). Den höchsten Korrelationskoeffizienten von $r = 0,48$ stellte der Übereinstimmungsindex hinsichtlich stationärer und teilstationärer Altenhilfe dar ($p < 0,001$). Je mehr von den für die Person wichtigen Einrichtungen der Altenhilfe in der Stadt vorhanden waren, desto mehr positive Emotionen erlebte sie. Hinsichtlich der Lebenszufriedenheit zeigte sich ein ähnliches Korrelationsmuster, wobei die stärksten Beziehungen *Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten* und *ambulante Altenhilfe* betrafen (Korrelationen zwischen $0,16 < r < 0,36$). Für die Zufriedenheit mit diesen zwei Unterdomänen wurden die engsten Assoziationen gefunden (*Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten*: $r = 0,36$; *ambulante Altenhilfe*: $r = 0,33$; $ps < 0,001$). Wie bereits ausgeführt, wies der negative Affekt die wenigsten signifikanten Zusammenhänge mit infrastrukturellen Ressourcen auf. Diese geringfügigen korrelativen Beziehungen waren im Bereich der Infrastruktur der Freizeit-, Kultur- und Bildungsangebote zu finden ($0,23 < r < 0,26$; $ps = 0,001$). Alle gingen in eine unerwartete und teilweise schwer erklärbare Richtung: Während eine positive Korrelation zwischen negativem Affekt und der Zufriedenheit mit Freizeit- und Kulturangeboten als eine Form der psychischen Ablenkung in der Welt erklärt werden konnte¹⁰², waren die ebenfalls positiven Zusammenhänge zwischen negativem Affekt und dem Vorhandensein von Freizeit-, Kultur- und Bildungsangeboten problematisch zu

¹⁰² Diese Korrelation sprach dafür, dass Personen, die im letzten Jahr häufiger negative Emotionen erlebten, mit den Freizeit- und Kulturangeboten zufriedener waren. Als Erklärungsansatz konnte die Annahme dienen, dass die Freizeit- und Kulturangebote als eine Form der Ablenkung von negativen emotionalen Erlebnissen aufgesucht und in Anspruch genommen wurden. Daraus folgte eine höhere Zufriedenheit mit den kulturellen und Freizeitangeboten.

interpretieren¹⁰³. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass das einfache Vorhandensein der Infrastruktur nicht zwangsläufig einen positiven Beitrag zum Wohlbefinden leisten muss. Vielmehr spielte hierzu die subjektive Bedeutung, welche eine Person der Infrastruktur in ihrem Leben verlieh, eine entscheidende Rolle.

Ähnlich wie bei den individuellen Ressourcen fiel auch hinsichtlich der Infrastruktur auf, dass manche Korrelationen zwischen gleichen Variablen in den beiden Nationen unterschiedliche Ausprägungen aufwiesen. Tabelle 17 macht deutlich, dass im Allgemeinen die infrastrukturellen Bedingungen einen stärkeren Zusammenhang mit dem Wohlbefinden der polnischen ST zu haben schienen (siehe auch die detaillierte Zusammenstellung der Ergebnisse im Anhang in Tabelle A.12). Viele Zusammenhänge konnten nur in der osteuropäischen Perspektive ermittelt werden: So erwiesen sich ausschließlich in Polen das Vorhandensein von, die Zufriedenheit mit sowie die gute Person-Umwelt-Passung in der Unterdomäne *Versorgungsangebote des täglichen und mittelfristigen Bedarfs* als korrelativ bedeutend für den positiven Affekt und die Lebenszufriedenheit. Die Stärke des Zusammenhangs variierte zwischen leicht und mittelstark. In der deutschen Stichprobe zeigte sich hingegen, je zufriedener die älteren Menschen waren, desto kleiner fiel der Übereinstimmungsindex der Versorgungseinrichtungen aus ($r = -0,30$; $p = 0,002$). Dieser Effekt hätte beispielsweise über die Gesundheit ermittelt werden können: Für die gesunden und mobilen ST war das Vorhandensein der Einrichtungen in der nahen Umgebung nicht so wichtig. Die negative korrelative Beziehung zwischen Selbsteinschätzung der Gesundheit und Wichtigkeit der Umweltbedingungen, welche nur in der deutschen Stichprobe signifikant war ($r = -0,28$; $p = 0,004$), konnte diese Annahme teilweise bestätigen. Somit verursachte diese geringere Wichtigkeit der Bedingungen anstatt des Nichtvorhandenseins von Bedingungen einen niedrigeren Übereinstimmungsindex. Darüber hinaus hätte schon allein die Wichtigkeit der Infrastruktur eine erklärende Bedeutung haben können: Die korrelativen Analysen zeigten, dass in der Mannheimer Stichprobe die Wichtigkeit der Versorgungseinrichtungen negativ mit der Lebenszufriedenheit zusammenhing ($r = -0,31$; $p = 0,032$). Demzufolge war ein niedrigerer Übereinstimmungsindex mit höherer Lebenszufriedenheit verbunden.

Hinsichtlich der Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten wurden einige wenige länderspezifische Differenzen festgestellt: Das Vorhandensein von Freizeit-

¹⁰³ Eine mögliche Erklärung könnte eine Form äußerer Frustration älterer ST über eine unangepasste Umwelt sein: Viele befragte Hochaltrige berichteten darüber, dass, obwohl Kinos und Theater objektiv vorhanden waren, deren Angebot ihren persönlichen Bedürfnissen überhaupt nicht entspräche (vor allem Filme und Theateraufführungen für junges Publikum und spät am Abend). Dies könnte ein Auslöser negativer Emotionen sein, indem mit zahlreichen vorhandenen Angeboten dem älteren Menschen immer wieder deutlich gemacht wird, dass diese seine Bedürfnisse nicht berücksichtigen und ihre Inanspruchnahme für ihn ausgeschlossen ist.

und Kulturangeboten erwies sich nur in Danzig als ein signifikantes Korrelat des positiven Affektes. Die für Mannheim ermittelten negativen Korrelationen zwischen dem positiven Affekt und der Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten sowie positiven Assoziationen dieser Variablen mit dem negativen Affekt entsprachen denjenigen Zusammenhängen, die in der Gesamtanalyse gefunden wurden. Neben dem bereits erläuterten Erklärungsmuster für diese Zusammenhänge wurde auch ein artifizielles Ergebnis in Betracht gezogen, welches in Regressionsanalysen nochmals auf Suppressionseffekte getestet werden sollte.

Schließlich wurden bedeutende Länderunterschiede in Bezug auf die Beziehung der Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote mit dem Wohlbefinden festgestellt. Diese Differenzen sprachen zugunsten der polnischen Stichprobe. Die drei Facetten des Wohlbefindens polnischer ST profitierten vor allem von einer guten und zufriedenstellenden ambulanten Altenhilfe (Korrelationen zwischen $0,20 < r < 0,46$). Bei den deutschen ST wurde hingegen ein negativer Zusammenhang zwischen dem Übereinstimmungsindex der ambulanten Altenhilfe und dem positiven Affekt festgestellt ($r = -0,29$; $p = 0,003$). Ähnlich wie bei den Versorgungseinrichtungen konnte auch hierzu argumentiert werden, dass dieser Effekt über die Gesundheit ermittelt wurde. Darüber hinaus konnte die Wichtigkeit der ambulanten Hilfe eine große Rolle spielen: Die beiden Länder unterschieden sich zwar nicht in der Wichtigkeit der ambulanten Altenhilfe ($t = 1,63$; $df = 186,79$; $p = \text{n.s.}$), aber in ihrer Beziehung zum positiven Affekt. Im Unterschied zu den polnischen ST zeigte die Wichtigkeit der ambulanten Altenhilfe bei den deutschen ST einen signifikanten negativen Zusammenhang mit dem positiven Affekt ($r = -0,34$; $p < 0,001$; vgl. auch Tabelle A.12). Je mehr positive Emotionen die hochaltrigen deutschen ST erlebten, desto weniger wichtig waren für sie die Angebote der ambulanten Altenhilfe: Es konnte angenommen werden, dass diese positiven Emotionen teilweise aus einer guten Gesundheit und Selbstständigkeit resultierten, die eine geringere Relevanz der ambulanten Altenhilfe zur Folge hatten. Somit trug nicht das Nichtvorhandensein der Angebote, sondern ihre geringere Wichtigkeit zu einem niedrigeren Übereinstimmungsindex entscheidend bei. Dieser hing dann negativ mit positiven Emotionen zusammen.

Dieses Ergebnis brachte die Bedeutung einer individuellen Perspektive bei der Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Infrastruktur und Wohlbefinden nochmals zum Ausdruck. Die korrelativen Beziehungen zwischen den Bedingungen ambulanter Altenhilfe und Wohlbefinden bestätigten ebenfalls die Notwendigkeit einer subjektiven Betrachtungsweise: Während das Vorhandensein ambulanter Altenhilfe nur bei den polnischen ST mit dem

positiven Affekt geringfügig assoziiert war, zeigte die Zufriedenheit mit dieser 4 mittelgroße Korrelationen in allen Facetten des Wohlbefindens (vgl. Tabelle 17). Wurden alle berechneten Korrelationskoeffizienten zwischen Infrastruktur und Wohlbefinden gleichzeitig betrachtet, konnte noch einmal bestätigt werden, dass die Relevanz des objektiven Vorhandenseins der Infrastruktur für das Wohlbefinden der subjektiven Zufriedenheit mit dieser unterlegen war. Während hinsichtlich des Vorhandenseins 15 signifikante Korrelationen ermittelt wurden (davon 5, die in eine unerwartete Richtung gingen), zeigte die Zufriedenheit mit den Bedingungen/Einrichtungen/Leistungen insgesamt 20 signifikante Zusammenhänge (davon nur 2 in eine unerwartete Richtung). Der Übereinstimmungsindex stand in 20 signifikanten Korrelationen mit verschiedenen Facetten des Wohlbefindens.

Zusammenfassend konnte festgehalten werden, dass vor allem die Zufriedenheit mit den Angeboten der Infrastruktur eine korrelative Bedeutung für das Wohlbefinden hatte. Dennoch waren die Beziehungen zwischen Wohlbefinden und infrastrukturellen Ressourcen nicht immer eindeutig zu interpretieren und höchstwahrscheinlich auch teilweise durch andere Variablen bestimmt. Um dies zu überprüfen, wurden im nächsten Schritt die bereichsspezifischen und bereichsübergreifenden Regressionsanalysen berechnet.

5.2.2 Regressionsanalytische Beziehungen zwischen Ressourcen und Wohlbefinden

Um Faktoren zu ermitteln, die einen Einfluss auf das Wohlbefinden im hohen Alter haben, wurden multiple Regressionsanalysen durchgeführt. Die regressionsanalytische Auswertung gliederte sich in zwei Teile. Erstens wurde anhand von bereichsspezifischen Regressionsanalysen der Frage nachgegangen, welcher der Ressourcenbereiche maßgeblich zur Vorhersage des Wohlbefindens (positiver und negativer Affekt sowie Lebenszufriedenheit) beiträgt (Fragestellung 2.3). Dazu wurden sieben Regressionsmodelle (Submodelle) geschätzt, die der in der Arbeit vorgenommenen Einteilung der Ressourcen in soziodemographische Merkmale, gesundheitsbezogene, soziale und psychologische Ressourcen sowie Stadtinfrastruktur, Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten und Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote entsprachen. Gleichwohl stellten diese bereichsspezifischen Regressionen einen Zwischenschritt zu bereichsübergreifender Regressionsanalyse dar. Somit sollte die Anzahl der Prädiktoren um die unbedeutenden Variablen reduziert werden, um dann ein möglichst sparsames Gesamtmodell des Wohlbefindens aufstellen zu können.

5.2.2.1 Bereichsspezifische multiple Regressionsanalysen zur Vorhersage des Wohlbefindens

Wie bereits im methodischen Abschnitt ausführlich beschrieben, wurden im ersten Schritt des regressionsanalytischen Vorgehens Korrelationen zwischen einzelnen Prädiktorvariablen ermittelt. Die Ergebnisse dieser Analysen wurden in der Korrelationsmatrix im Anhang zusammengestellt (siehe Tabelle A.13). Auf ihrer Grundlage konnte die Entscheidung getroffen werden, welche Variablen in die Regressionsgleichungen aufgenommen werden durften. Die Konstrukte sollten nicht durch mehrere Variablen abgebildet werden, die dieselbe Eigenschaft messen und stark miteinander korrelieren. Dieses Vorgehen war aus Gründen der Multikollinearität (vgl. Abschnitt 4.7.3) von entscheidender Bedeutung. Die Auswahl von Prädiktoren basierte darüber hinaus auf den bereits vorgestellten korrelativen Beziehungen der einzelnen Variablen mit den Wohlbefindensfacetten. In die Regressionsmodelle wurden mit wenigen Ausnahmen diejenigen Variablen aufgenommen, die einen signifikanten Zusammenhang mit der abhängigen Variable aufwiesen. Die Ausnahmen wurden zugelassen, um erstens die Länderunterschiede deutlich darstellen und zweitens die Ergebnisse der Studie mit anderen Untersuchungen vergleichen zu dürfen¹⁰⁴.

Einfluss soziodemographischer Merkmale auf Wohlbefinden

Modell 1, beschränkt auf soziodemographische Prädiktoren, konnte für die Gesamtstichprobe bis zu 32% der Varianz des Wohlbefindens erklären (vgl. Tabelle 18). Die Größe der Varianzvorhersage variierte dennoch zwischen den Facetten des Wohlbefindens erheblich. Während im Hinblick auf den negativen Affekt nur 15% der Varianz vorhergesagt werden konnten, betrug die erklärte Varianz von Lebenszufriedenheit 32%. Des Weiteren unterschied sich die Zusammensetzung von signifikanten Prädiktoren zwischen den einzelnen Facetten des Wohlbefindens. Es konnte dennoch festgestellt werden, dass in allen Gesamtmodellen die subjektive Zufriedenheit mit der finanziellen Situation den stärksten Prädiktor darstellte, welcher alleine 6% der Varianz von positivem Affekt ($\beta = 0,41$; $p < 0,001$), 8% von negativem Affekt ($\beta = -0,46$; $p < 0,001$) und sogar 16% von Lebenszufriedenheit ($\beta = 0,67$; $p < 0,001$) erklärte. Ähnlich wie in der korrelativen Auswertung erwies sich das Alter nur bei der Vorhersage von negativem Affekt als ein signifikanter Indikator ($\beta = -0,24$; $p < 0,001$;

¹⁰⁴ Hierbei soll erwähnt werden, dass sich in Rahmen der Berechnungen für diese Studie, die hier aufgrund ihrer Vielzahl nicht alle dokumentiert werden konnten, zeigte, dass je nach unterschiedlichem Indikatoreinbezug die Varianzaufklärung für die abhängigen Variablen teilweise abwich (auch in unterschiedlichem Maße für die einzelnen Länder). Um die Ergebnisse in den beiden Ländern vergleichen zu dürfen, wurde deshalb bei der bereichsspezifischen Regressionsanalyse immer (bis auf Submodell 6) von den gleichen Prädiktoren für die einzelnen Facetten des Wohlbefindens ausgegangen. Aufgrund bereits ermittelter korrelativer Beziehungen zwischen den Variablen wurde immer nach den besten Prädiktoren gesucht, die theoretisch begründet sind, die größtmögliche Varianz aufklären und die Gütekriterien einer Regressionsanalyse nicht verletzen.

$sr^2 = 0,056$). Das Land leistete einen 6%igen eigenständigen Beitrag zur Vorhersage des negativen Affektes ($\beta = -0,34$; $p < 0,001$) und einen 2%igen zur Vorhersage der Lebenszufriedenheit ($\beta = 0,18$; $p < 0,01$). Das Geschlecht war die letzte Variable, die sich in den Gesamtmodellen als wichtig für das Wohlbefinden erwies (positiver Affekt: $\beta = -0,17$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,023$; Lebenszufriedenheit: $\beta = -0,23$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,042$). Die länderspezifische Schätzung zeigte allerdings, dass die Signifikanz des Geschlechtseffektes nur in der deutschen Stichprobe Geltung hatte. Schulbildung und Äquivalenzeinkommen blieben bei der Varianzaufklärung des Wohlbefindens ohne jegliche Bedeutung.

Tabelle 18: Submodell 1: Bereichsspezifische multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage von Wohlbefinden – soziodemographische Merkmale.

Prädiktorvariablen	Gesamt (N = 207)				Mannheim (N = 105)				Danzig (N = 102)			
	B	SE	β	sr^2	B	SE	β	sr^2	B	SE	β	sr^2
Modell Ia: Positiver Affekt												
Alter	-,137	,157	-,053	0,003	-,024	,231	-,009	0,000	-,364	,206	-,045	0,002
Geschlecht	-2,271	,903	-,165*	0,023	-4,949	1,349	-,354***	0,098	-,939	1,160	-,074	0,005
Land	-,758	1,06	-,060	0,002	-	-	-	-	-	-	-	-
Schulbildung	-,063	,430	-,009	0,000	-1,267	,696	-,188†	0,024	-,127	,563	-,020	0,000
verheiratet / in Partnerschaft	1,738	,896	,124†	0,013	4,803	1,364	,343***	0,091	-,751	1,229	-,057	0,003
Äquivalenzeinkommen	,130	,855	,013	0,000	,887	1,227	,083	0,004	,691	1,187	,074	0,002
Zufriedenheit mit Finanzen	,995	,241	,408***	0,061	,305	,408	,086	0,004	1,236	,305	,516***	0,115
Modell R²	0,261***				0,239***				0,292***			
Modell Ib: Negativer Affekt												
Alter	-,530	,144	-,240***	0,056	-,606	,215	-,267**	0,067	-,443	,202	-,207*	0,041
Geschlecht	,781	,826	,067	0,004	2,392	1,255	,197†	0,031	-,276	1,134	-,024	0,001
Land	-3,695	,968	-,342***	0,060	-	-	-	-	-	-	-	-
Schulbildung	,663	,394	,117†	0,012	1,097	,648	,188†	0,024	,571	,550	,104	0,009
verheiratet / in Partnerschaft	-1,552	,820	-,130†	0,015	-2,010	1,268	-,166	0,021	-1,198	1,201	-,102	0,008
Äquivalenzeinkommen	-1,593	,783	-,182*	0,017	1,756	1,141	,191	0,019	-1,092	1,160	-,132	0,008
Zufriedenheit mit Finanzen	-,959	,221	-,462***	0,078	-,771	,379	-,251*	0,035	-,978	,298	-,459***	0,091
Modell R²	0,148***				0,125**				0,144**			
Modell Ic: Lebenszufriedenheit												
Alter	-,092	,054	-,099	0,010	-,196	,073	-,111	0,015	-,055	,079	-,045	0,001
Geschlecht	-1,113	,311	-,226**	0,042	-1,467	,425	-,294***	0,068	-,820	,443	-,171†	0,025
Land	,839	,365	,184**	0,017	-	-	-	-	-	-	-	-
Schulbildung	-,244	,148	-,102	0,009	-,362	,220	-,151	0,016	-,329	,215	-,142	0,017
verheiratet / in Partnerschaft	,145	,309	,029	0,001	,717	,430	,164†	0,019	-,917	,469	-,185†	0,028
Äquivalenzeinkommen	,417	,295	,113	0,007	,530	,387	,140	0,011	,125	,453	,036	0,001
Zufriedenheit mit Finanzen	,586	,083	,669***	0,164	,627	,129	,497***	0,136	,491	,116	,547***	0,129
Modell R²	0,318***				0,359***				0,266***			

Anmerkung: B: Regressionskoeffizient; SE: Standardfehler; β : standardisiertes β -Gewicht; sr^2 : quadrierte Semi-Partial-Korrelation – der Anteil an der Gesamtvarianz der abhängigen Variable, der durch den Prädiktor erklärt wird; Modell R²: korrigiertes R² – durch das Modell erklärte Varianz; Signifikanz: † $p \leq 0,10$; * $\leq 0,05$; ** $\leq 0,01$; *** $\leq 0,001$; Geschlecht: 0 Mann, 1 Frau.

Bei der Untersuchung der Modelle, separiert für die beiden Länder, konnten nur wenige Abweichungen von dem Gesamtmodell festgestellt werden. In den Modellen für den positiven Affekt und die Lebenszufriedenheit der polnischen Stichprobe erwies sich die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation als einziger und gleichzeitig sehr starker Prädiktor, welcher eigenständig 12% der Varianz des positiven Affektes und 13% der Lebenszufriedenheit erklärte. Dahingegen ergab sich die finanzielle Satisfaktion für den positiven Affekt der Mannheimer als unbedeutend ($\beta = 0,09$; $p > 0,05$; $sr^2 = 0,004$). Wie bereits angedeutet, beschränkte sich der Einfluss des Geschlechts auf den positiven Affekt ($\beta = -0,35$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,098$) und die Lebenszufriedenheit der deutschen Studienteilnehmer ($\beta = -0,29$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,068$). Auffallend war der tendenzielle Einfluss des Prädiktors *Familienstatus*. Während in Mannheim das Verheiratetsein oder das Leben in Partnerschaft eine positive Tendenz zum Wohlbefinden aufwies, zeigte sich in Danzig eine in die negative Richtung gehende Tendenz.

Insgesamt konnte festgehalten werden, dass hinsichtlich des emotionalen Befindens die Ländermodelle einen gleich großen Varianzanteil aufzeigen konnten: ca. 26% des positiven Affektes und etwa 13% des negativen Affektes. Der Vorhersagewert soziodemographischer Variablen hinsichtlich der Lebenszufriedenheit war in Mannheim um 10% größer als in Danzig.

Einfluss gesundheitsbezogener Ressourcen auf das Wohlbefinden

Das zweite Modell, welches die gesundheitsbezogenen Ressourcen fokussierte, zeigte für das Gesamtmodell 38% Varianz des positiven Affektes, 22% des negativen Affektes und 24% der Lebenszufriedenheit auf. Tabelle 19 gibt einen Überblick über die Bedeutung der einzelnen Prädiktoren für die drei Komponenten des Wohlbefindens. Den mit Abstand wichtigsten Indikator für den positiven Affekt stellten die mit dem MMSE-Test erfassten kognitiven Funktionen ($\beta = 0,52$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,20$) dar. Der mit PHRS erhobene Gesundheitsstatus ($\beta = -0,26$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,094$) und die Selbsteinschätzung der Gesundheit ($\beta = 0,17$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,025$) leisteten ebenfalls einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung, wobei PHRS einen negativen und Selbsteinschätzung der Gesundheit einen positiven Prädiktor von PA darstellten. Im Ländervergleich blieben die kognitiven Leistungen im Regressionsmodell als signifikanter Prädiktor erhalten. Deren Vorhersagewert war aber in der polnischen Stichprobe doppelt so groß wie in der deutschen Gruppe (Mannheim: $\beta = 0,40$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,112$; Danzig: $\beta = 0,58$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,239$). Des Weiteren zeigte die Selbsteinschätzung der Gesundheit nur in Danzig eine positive Beziehung zu dem positiven

Affekt ($\beta = 0,27$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,09$). Dagegen war die körperliche Gesundheit nur in Mannheim ein wichtiger signifikanter negativer Indikator ($\beta = -0,48$; $p < 0,001$). Dieser sagte eigenständig 15% Varianz vom positiven Affekt vorher. Wurde die Größe der durch das Modell erklärten Varianz betrachtet, konnte eine Differenz von 5% zugunsten des Danziger Modells festgestellt werden (vgl. Tabelle 19).

Tabelle 19: Submodell 2: Bereichsspezifische multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage von Wohlbefinden – gesundheitsbezogene Ressourcen.

Prädiktor-variablen	Gesamt (N = 207)				Mannheim (N = 105)				Danzig (N = 102)			
	B	SE	β	sr^2	B	SE	β	sr^2	B	SE	β	sr^2
Modell 2a: Positiver Affekt												
CIRS	-,234	,339	-,048	0,001	-,563	,564	-,101	0,006	-,164	,420	-,038	0,001
Gesundheits-einschätzung	1,379	,474	,169*	0,025	,104	,756	,012	0,000	1,909	,660	,271**	0,092
PHRS	-1,910	,491	-,259***	0,094	-3,493	,717	-,482***	0,146	-,989	,733	-,138	0,010
IADL	,019	,173	,007	0,000	,145	,283	,047	0,002	,119	,212	,052	0,002
MMSE	1,585	,186	,524***	0,200	1,331	,312	,396***	0,112	1,568	,226	,579***	0,239
Modell R²	0,379***				0,359***				0,419***			
Modell 2b: Negativer Affekt												
CIRS	,937	,342	,224**	0,030	,743	,463	,153	0,014	,640	,446	,166	0,016
Gesundheits-einschätzung	-,734	,478	-,105	0,009	-1,016	,620	-,133	0,015	-2,852	,701	-,390***	0,130
PHRS	2,019	,496	,475***	0,148	3,663	,588	,643***	0,207	,314	,779	,049	0,001
IADL	-,315	,174	-,136†	0,013	-,282	,232	-,105	0,009	-,424	,226	-,205†	0,028
MMSE	-,645	,188	-,248***	0,047	-,489	,256	-,168†	0,020	-,624	,240	-,257*	0,063
Modell R²	0,220***				0,237***				0,254***			
Modell 2c: Lebenszufriedenheit												
CIRS	-,035	,137	-,021	0,000	-,322	,204	-,152	0,016	-,146	,179	-,093	0,005
Gesundheits-einschätzung	,431	,192	,149*	0,019	,478	,272	,162	0,019	1,091	,281	,366***	0,114
PHRS	-,731	,199	-,279***	0,051	1,553	,258	-,502***	0,169	-,022	,313	-,008	0,000
IADL	,172	,070	,115†	0,010	,044	,091	,052	0,002	,281	,102	,206	0,025
MMSE	,428	,075	,399***	0,122	,430	,113	,359***	0,099	,342	,096	,345***	0,096
Modell R²	0,242***				0,222**				0,277**			

Anmerkung: B: Regressionskoeffizient; SE: Standardfehler; β : standardisiertes β -Gewicht; sr^2 : quadrierte Semi-Partial-Korrelation – der Anteil an der Gesamtvarianz der abhängigen Variable, der durch den Prädiktor erklärt wird; Modell R²: korrigiertes R² – durch das Modell erklärte Varianz; Signifikanz: † $p \leq 0,10$; * $\leq 0,05$; ** $\leq 0,01$; *** $\leq 0,001$.

Der Vorhersagewert der gesundheitlichen Ressourcen bei negativem Affekt war in den untersuchten Ländern vergleichbar. Dennoch stellten sich für die beiden Nationen andere Prädiktoren als bedeutend heraus. Während in Mannheim fast die ganze Varianz durch die körperliche Gesundheit erklärt werden konnte (PHRS: $\beta = 0,64$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,21$), trug in Danzig die Selbsteinschätzung der Gesundheit zu 13% zur Varianzaufklärung bei ($\beta = 0,39$; $p < 0,001$). Die Anzahl mäßiggradiger und schwerer Organschädigungen leistete lediglich im Gesamtmodell einen 3%igen Beitrag, der in der länderspezifischen Perspektive nicht mehr zu beobachten war. Die Zusammensetzung der Prädiktoren von Lebenszufriedenheit entsprach der des negativen Affektes: körperliche Gesundheit ($\beta = -0,50$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,169$) und

kognitive Funktionen ($\beta = 0,36$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,099$) sagten die Lebenszufriedenheit in Mannheim vorher und Selbsteinschätzung der Gesundheit ($\beta = 0,37$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,114$) und kognitive Leistungen ($\beta = 0,35$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,096$) erklärten die Varianz der Lebenszufriedenheit in Danzig. Der IADL-Score trug in keinem Modell wesentlich zur Varianzaufklärung bei, was vermutlich dadurch bedingt war, dass der Großteil der Stichprobe ohne größere Schwierigkeiten die Aktivitäten des Lebens ausüben konnte. Der ADL-Score wurde aus dem Modell ganz ausgeschlossen, weil er schon in den korrelativen Auswertungen keinen signifikanten Bezug zum Wohlbefinden zeigte. Darüber hinaus wick die ADL-Verteilung sehr stark von der Normalverteilung ab, was die Schätzung der Regressionsmodelle sehr beeinträchtigt hätte. Auch die GDS-Skala konnte in die Modelle nicht aufgenommen werden. Wie Tabelle A.13 entnommen werden kann, bestand eine sehr hohe Korrelation zwischen GDS- und MMSE-Skala ($r = -0,738$; $p < 0,001$), was die Gefahr der Multikollinearität erheblich erhöhte¹⁰⁵.

Einfluss sozialer Ressourcen auf das Wohlbefinden

Das dritte Modell beschränkte sich auf die sozialen Ressourcen. Der Gesamtscore für die Antonucci-Kreise wurde bei der Überprüfung des Modells automatisch ausgeschlossen. Wie Tabelle A.13 entnommen werden kann, wies der Gesamtscore der Antonucci-Kreise starke Korrelationswerte von über $r = 0,70$ mit einzelnen Kreisen auf. Die Schätzung des Modells mit dieser Variable ergab einen Toleranzwert von 0,00, welcher auf eine erhebliche Multikollinearität hindeutete. Des Weiteren konnte aufgrund Multikollinearität in jedes Modell entweder die Variable „positive Unterstützung“ oder „Größe der positiven Unterstützung“ aufgenommen werden¹⁰⁶. Beide Modelle wurden jeweils geschätzt und zuvor mit der Korrelationsmatrix hinsichtlich von Suppressionseffekten getestet. Schließlich wurde das bessere Modell mit höherer aufgeklärter Varianz ausgewählt. Tabelle 20 fasst die Ergebnisse der Regressionsanalysen zur Vorhersage von drei Facetten des Wohlbefindens für die beiden Länder zusammen.

Die Modelle mit ausschließlich sozialen Ressourcen als Prädiktoren sagten je nach Wohlbefindensfacette und Nation 17% bis 36% der Varianz voraus. Insgesamt konnte festgehalten werden, dass sich der Anteil durch soziale Ressourcen erklärter Varianz nicht wesentlich von demjenigen unterschied, der gesundheitsbezogene Ressourcen oder soziodemographische Merkmale erklärte. Auffallend war, dass bezüglich der Lebenszufriedenheit ein

¹⁰⁵ Die Entscheidung zugunsten der MMSE-Skala wurde aus zwei Gründen getroffen. Erstens zeigte der MMSE-Index eine stärkere Korrelation mit Wohlbefinden und zweitens wies das Regressionsmodell mit GDS eine geringere Varianzaufklärung auf (z.B. für Lebenszufriedenheit: $R^2 = 0,173^{***}$).

¹⁰⁶ Die Variablen korrelierten mit $r = 0,79^{***}$.

viel größerer Vorhersagewert in der deutschen Stichprobe erreicht wurde. In Bezug auf den positiven und negativen Affekt unterschieden sich die beiden Populationen nicht wesentlich voneinander.

Tabelle 20: Submodell 3: Bereichsspezifische multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage von Wohlbefinden – soziale Ressourcen.

Prädiktorvariablen	Gesamt (N = 207)				Mannheim (N = 105)				Danzig (N = 102)			
	B	SE	β	sr^2	B	SE	β	sr^2	B	SE	β	sr^2
Modell 3a: Positiver Affekt												
Kreis 1	,595	,310	,136†	0,013	1,097	,372	,284**	0,056	,503	,581	,093	0,006
Kreis 2	,105	,304	,022	0,000	,489	,374	,110	0,011	,052	,525	,010	0,000
Kreis 3	1,565	,271	,392***	0,121	1,655	,338	,445***	0,155	1,366	,469	,330**	0,067
Zufriedenheit mit Kontakten	,934	,232	,283***	0,059	,575	,288	,180*	0,026	1,246	,414	,377**	0,071
negative Unterstützung	,089	,475	,012	0,000	,596	,688	,078	0,000	-,639	,632	-,095	0,001
Größe der pos. Unterstützung	,015	,137	,009	0,000	,127	,160	,080	0,004	-,136	,230	-,079	0,003
Modell R²	0,313***				0,328***				0,331***			
Modell 3b: Negativer Affekt												
Kreis 1	-,861	,293	-,232**	0,036	-,803	,322	-,241*	0,035	-1,159	,520	-,249*	0,038
Kreis 2	,292	,277	,093	0,003	,594	,339	,115	0,009	-1,483	,449	-,325**	0,083
Kreis 3	-,205	,253	-,060	0,003	-,254	,286	-,080	0,005	-,061	,412	-,017	0,000
Zufriedenheit mit Kontakten	-,510	,221	-,182*	0,022	,079	,252	,029	0,001	-1,351	,378	-,475**	0,098
negative Unterstützung	,932	,454	,145*	0,017	1,281	,575	,192*	0,025	,616	,603	,101	0,008
Größe der pos. Unterstützung	-,263	,127	-,182*	0,018	-,680	,135	-,487***	0,149	-,484	,198	-,324*	0,046
Modell R²	0,270***				0,333***				0,362***			
Modell 3c: Lebenszufriedenheit												
Kreis 1	,076	,119	,052	0,002	,260	,151	,190*	0,037	,209	,225	,119	0,009
Kreis 2	,013	,110	,008	0,000	,107	,139	,068	0,004	,006	,198	,003	0,000
Kreis 3	-,032	,104	-,024	0,000	-,056	,130	-,043	0,001	-,074	,178	-,055	0,002
Zufriedenheit mit Kontakten	,563	,090	,508***	0,161	,684	,113	,608***	0,240	,474	,165	,441**	0,072
negative Unterstützung	,253	,147	,099	0,004	,222	,321	,095	0,002	,293	,254	,122	0,007
positive Unterstützung	,496	,255	,180	0,016	,676	,382	,283†	0,017	1,235	,438	,342*	0,069
Modell R²	0,239***				0,302***				0,167**			

Anmerkung: B: Regressionskoeffizient; SE: Standardfehler; β : standardisiertes β -Gewicht; sr^2 : quadrierte Semi-Partial-Korrelation – der Anteil an der Gesamtvarianz der abhängigen Variable, der durch den Prädiktor erklärt wird; Modell R²: korrigiertes R² – durch das Modell erklärte Varianz; Signifikanz: † $p \leq 0,10$; * $\leq 0,05$; ** $\leq 0,01$; *** $\leq 0,001$; Geschlecht: 0 Mann, 1 Frau.

Die Nationen wichen dennoch in jeder Wohlbefindensfacette hinsichtlich der Zusammensetzung signifikanter Prädiktoren voneinander ab. Betrachtete man das soziale Netzwerk und soziale Unterstützung getrennt, konnte festgehalten werden, dass die signifikanten Prädiktoren vorwiegend seitens des sozialen Netzwerks zu finden waren. Der positive Affekt wurde in Mannheim durch den ersten ($\beta = 0,28$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,056$) und dritten Kreis ($\beta = 0,45$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,115$) der Antonucci-Kreise sowie die Zufriedenheit mit sozialen Kontakten

($\beta = 0,18$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,026$) vorhergesagt, wobei die Anzahl von Personen aus dem dritten Kreis mit Abstand der beste Indikator war. Erklärte eigenständig 15,5% der Varianz vom positiven Affekt. In der polnischen Stichprobe wurden der dritte Kreis ($\beta = 0,33$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,067$) und auch die Zufriedenheit mit sozialen Kontakten ($\beta = 0,38$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,071$) als signifikante Prädiktoren positiven Affektes ermittelt. Der negative Affekt hatte in den beiden Nationen mehrere Indikatoren: Der Unterschied dabei bestand hinsichtlich der Zufriedenheit mit Kontakten, welche sich ausschließlich in Danzig ($\beta = -0,48$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,098$), und negativer Unterstützung, welche sich hingegen nur in Mannheim als ein wichtiger Vorhersagefaktor erwiesen. Des Weiteren war der eigenständige Beitrag der positiven Unterstützung zur Varianzaufklärung in Mannheim erheblich größer (15%) als in Danzig (5%). Dabei trug diese Variable in Polen zur Vorhersage des negativen Affektes positiv bei, was bedeutet, dass die Zunahme der positiven Unterstützung mit der Zunahme der negativen Emotionen zusammenhing. Dies konnte beispielsweise dahingehend interpretiert werden, dass die Unterstützungsgröße in Polen ein Zeichen der Unselbstständigkeit und des Hilfebedarfs darstellte, welche in der negativen Emotionalität mündete. Hinsichtlich des sozialen Netzwerks stellten sich weitere Unterschiede in der Zusammensetzung der Prädiktoren heraus. Während in Danzig der erste ($\beta = -0,25$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,038$) und zweite Kreis ($\beta = -0,33$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,083$) signifikant zur Varianzaufklärung des negativen Affektes beitrugen, leistete in Mannheim nur der erste Kreis ($\beta = -0,24$; $p < 0,05$) einen 3,5%igen Beitrag zur Varianzaufklärung.

Schließlich erklärten die sozialen Ressourcen in der westeuropäischen Stichprobe 30% und in der osteuropäischen lediglich 17% Varianz der Lebenszufriedenheit. Dabei leistete in Deutschland die Zufriedenheit mit Kontakten ($\beta = 0,61$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,24$) zusammen mit dem ersten Antonucci-Kreis¹⁰⁷ ($\beta = 0,19$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,037$) und in Polen die Zufriedenheit mit Kontakten ($\beta = 0,44$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,072$) zusammen mit der positiven Unterstützung ($\beta = -0,48$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,069$) einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung von Lebenszufriedenheit.

Einfluss psychologischer Ressourcen auf das Wohlbefinden

In das Modell 4, das psychologische Ressourcen fokussierte, konnten aufgrund hoher Interkorrelationen zwischen bestimmten Variablen (vgl. Tabelle A.16) und daraus folgender Multikollinearität nicht alle Ressourcen aufgenommen werden. Erstens wiesen Neurotizismus und Depressivität und zweitens SOC und VOL einen sehr starken und hochsignifikanten

¹⁰⁷ Die Anzahl der für die Person wichtigsten Menschen (engster Kreis).

Zusammenhang von $r = 0,74$ ($p < 0,001$) auf. Demzufolge konnte jeweils nur eine der beiden Variablen in die Analyse einbezogen werden. Während sich Neurotizismus als ein besserer Prädiktor in den Affekt-Modellen erwies, stellte Depressivität einen besseren Indikator in Bezug auf die Lebenszufriedenheit dar. Zwischen SOC und VOL fiel die Entscheidung in allen drei Modellen zugunsten der ersten Variable. Die Lebensbewertung zeigte sehr viele weitere starke Assoziationen zu anderen psychologischen Ressourcen (z.B. Depressivität: $r = -0,78$; $p < 0,001$; Neurotizismus: $r = -0,73$; $p < 0,001$), sodass ihre Aufnahme in eins der Modelle ganz ausgeschlossen war¹⁰⁸. Diesen Maßnahmen zufolge wiesen die geschätzten Modelle hinsichtlich der Kollinearitätsstatistik keine unakzeptablen Werte auf.

Tabelle 21: Submodell 4: Bereichsspezifische multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage von Wohlbefinden – psychologische Ressourcen.

Prädiktor-variablen	Gesamt (N = 207)				Mannheim (N = 105)				Danzig (N = 102)			
	B	SE	β	sr^2	B	SE	β	sr^2	B	SE	β	sr^2
Modell 4a: Positiver Affekt												
Extraversion	,603	,107	,439***	0,104	,470	,194	,323*	0,066	,507	,121	,399***	0,106
Neurotizismus	-,348	,109	-,308***	0,097	-,412	,180	-,351**	0,081	-,102	,113	-,100	0,004
IPC-I	,028	,175	,016	0,001	,118	,252	,081	0,004	,460	,229	,228*	0,060
IPC-P	-,051	,126	-,032	0,001	-,007	,216	-,005	0,000	-,006	,135	-,004	0,000
IPC-C	-,229	,111	-,169*	0,025	-,121	,153	-,105†	0,005	-,314	,151	-,200*	0,021
SOC	,013	,101	,012	0,000	,044	,165	,042	0,002	,265	,127	,239*	0,029
Modell R²	0,563***				0,495***				0,601***			
Modell 4b: Negativer Affekt												
Extraversion	-,167	,089	-,143†	0,008	-,108	,154	-,122	0,009	-,044	,125	-,039	0,001
Neurotizismus	,346	,080	,360***	0,073	,143	,113	,141	0,010	,567	,111	,625***	0,187
IPC-I	-,059	,154	-,097	0,002	-,128	,245	,098	0,003	-,098	,156	-,101	0,000
IPC-P	,101	,199	,113	0,001	,076	,123	,144	0,001	,105	,072	,125	0,004
IPC-C	,010	,079	,015	0,000	,008	,189	,002	0,000	,072	,153	,063	0,001
SOC	-,333	,083	-,359***	0,067	-,592	,129	-,648***	0,151	-,052	,128	-,053	0,000
Modell R²	0,330***				0,299***				0,390**			
Modell 4c: Lebenszufriedenheit												
Extraversion	,126	,044	,256**	0,041	,041	,076	,080	0,003	,053	,063	,110	0,007
Depressivität	-,437	,125	-,379***	0,060	-,275	,164	-,262†	0,027	-,609	,198	-,483***	0,094
IPC-I	,054	,068	,089	0,003	,108	,082	,208	0,017	,079	,123	,105	0,004
IPC-P	-,022	,053	-,039	0,001	-,034	,080	-,059	0,002	-,026	,072	-,046	0,001
IPC-C	-,146	,048	-,301**	0,045	-,139	,063	-,337*	0,047	-,151	,080	-,256*	0,035
SOC	,104	,044	,167†	0,018	,087	,062	,232	0,019	,013	,074	,031	0,000
Modell R²	0,396***				0,391***				0,430***			

Anmerkung: B: Regressionskoeffizient; SE: Standardfehler; β : standardisiertes β -Gewicht; sr^2 : quadrierte Semi-Partial-Korrelation; Modell R²: korrigiertes R²; † $p \leq 0,10$; * $\leq 0,05$; ** $\leq 0,01$; *** $\leq 0,001$; IPC-I: Locus of Control – Internality; IPC-P: Locus of Control – Powerful others; IPC-C: Locus of Control – Chance; SOC: Sense of Coherence.

Wie Tabelle 21 darstellt, erklärten psychologische Ressourcen zwischen 30% bis sogar 60% der Varianz von Wohlbefinden. Die höchste Vorhersagekraft zeigten Ressourcen in Bezug auf den positiven Affekt und die niedrigste in Bezug auf den negativen Affekt. Im Vergleich zu

¹⁰⁸ Hierzu bestätigten sich die Überlegungen mancher Autoren, die VOL als einen Ausdruck der positiven Adaptation an das Alter interpretieren (z.B. Jopp, Rott, & Wozniak, 2010).

den drei vorher geschätzten Modellen war der Anteil der durch psychologische Ressourcen erklärten Varianz der größte für alle Facetten des Wohlbefindens.

Lediglich hinsichtlich der Lebenszufriedenheit unterschieden sich die beiden Nationen in der Zusammensetzung der Prädiktoren nicht sehr erheblich voneinander. Depressivität und fatalistische Externalität erwiesen sich in den beiden Stichproben als bedeutsamste Prädiktoren, wobei Kontrollüberzeugung ($\beta = -0,34$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,047$) in Mannheim und Depressivität ($\beta = -0,48$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,094$) in Danzig den stärksten negativen Bezug zur Lebenszufriedenheit zeigten. Dagegen war Depressivität in der deutschen Stichprobe nur tendenziell mit Lebenszufriedenheit verbunden ($\beta = -0,26$; $p < 0,10$; $sr^2 = 0,027$), während in der polnischen Gruppe die fatalistische Kontrollüberzeugung einen signifikanten, aber sehr geringen Beitrag von 3,5% zur Varianzerklärung leistete ($\beta = -0,26$; $p < 0,05$).

Im Gesamtmodell trugen Neurotizismus und Kohärenzgefühl in gleichem Maße zur Vorhersage des negativen Affektes bei, wobei stärkere SOC mit niedrigerem ($\beta = -0,36$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,067$) und stärkerer Neurotizismus mit höherem negativen Affekt zusammenhängen ($\beta = 0,36$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,073$). Bei der getrennten Schätzung des Modells für die beiden Ländern konnte festgestellt werden, dass das Kohärenzgefühl eigenständig 15% Varianz des negativen Affektes bei den deutschen ST ($\beta = -0,65$; $p < 0,001$) und Neurotizismus 18,7% Varianz bei den polnischen ST erklärte ($\beta = 0,63$; $p < 0,001$).

Der positive Affekt zeigte ebenfalls eine länderspezifische Prädiktorenzusammensetzung: Extraversion ($\beta = 0,32$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,066$) und Neurotizismus ($\beta = -0,35$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,081$) waren signifikant für die Varianzaufklärung des positiven Affektes in der deutschen Stichprobe. In der polnischen Gruppe erwies sich Neurotizismus als nicht bedeutend. Dahingegen leistete Extraversion einen eigenständigen 10%igen, Internalität einen 6%igen, Kohärenzgefühl einen 3%igen und fatalistische Externalität einen 2%igen Beitrag zur Varianzaufklärung.

Einfluss der Stadtinfrastruktur auf das Wohlbefinden

Die Modelle 5, 6 und 7 fokussierten infrastrukturelle Ressourcen. Bei der Spezifizierung von diesen Modellen wurden, ähnlich wie bei individuellen Ressourcen, nur diejenigen Variablen aufgenommen, die korrelationsanalytisch einen Bezug zum Wohlbefinden aufwiesen. In manchen Fällen musste aus Gründen der Multikollinearität die Anzahl der Prädiktoren beschränkt werden.

Tabelle 22: Submodell 5: Bereichsspezifische multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage von Wohlbefinden – Stadtinfrastruktur¹⁰⁹.

Prädiktor-variablen	Gesamt (N = 207)				Mannheim (N = 105)				Danzig (N = 102)			
	B	SE	β	sr^2	B	SE	β	sr^2	B	SE	β	sr^2
Modell 5a: Positiver Affekt												
Mobilität und Verkehr (Z)	2,403	1,07	,188*	0,023	1,683	1,569	,113	0,010	,767	1,361	,063	0,002
Mobilität und Verkehr (Ü)	,407	,183	,183*	0,022	,393	,276	,147	0,018	,339	,235	,170	0,016
Versorgungseinrichtungen (Z)	,885	,784	,087†	0,010	-2,753	1,125	-,304*	0,055	4,460	1,028	,414***	0,147
Versorgungseinrichtungen (Ü)	-,215	,207	-,082	0,007	,205	,273	,093	0,005	,062	,347	,018	0,000
Modell R²	0,103***				0,079*				0,225***			
Modell 5b: Negativer Affekt												
Mobilität und Verkehr (Z)	-1,313	,966	-,120	0,006	-4,753	1,359	-,362***	0,097	1,837	1,352	,171	0,009
Mobilität und Verkehr (Ü)	,199	,168	,062	0,000	,246	,258	,097	0,001	-,260	,235	,147	0,001
Versorgungseinrichtungen (Z)	-,122	,713	-,014	0,000	1,285	,968	,164	0,003	-2,278	1,031	-,263*	0,040
Versorgungseinrichtungen (Ü)	-,133	,190	-,059	0,000	-,267	,235	-,139	0,002	,160	,366	,050	0,000
Modell R²	0,004 (n.s.)				0,103**				0,034†			
Modell 5c: Lebenszufriedenheit												
Mobilität und Verkehr (Z)	1,381	,376	,300***	0,058	1,974	,529	,371***	0,114	,479	,520	,106	0,007
Mobilität und Verkehr (Ü)	,054	,065	,068	0,003	-,110	,093	-,116	0,011	,143	,090	,192†	0,021
Versorgungseinrichtungen (Z)	,496	,276	,136†	0,014	,277	,379	,086	0,004	1,118	,393	,277**	0,066
Versorgungseinrichtungen (Ü)	-,130	,073	-,138†	0,014	-,225	,092	-,286*	0,049	,147	,133	,114	0,010
Modell R²	0,134***				0,174***				0,195**			

Anmerkung: B: Regressionskoeffizient; SE: Standardfehler; β : standardisiertes β -Gewicht; sr^2 : quadrierte Semi-Partial-Korrelation; Modell R²: korrigiertes R²; † $p \leq 0,10$; * $\leq 0,05$; ** $\leq 0,01$; *** $\leq 0,001$; V: Vorhandensein; Z: Zufriedenheit; Ü: Übereinstimmung.

Wie aus den drei folgenden Tabellen ersichtlich ist, zeigten die infrastrukturellen Ressourcen insgesamt eine wesentlich geringere Vorhersagekraft hinsichtlich des Wohlbefindens als die individuellen Ressourcen. Die Stadtinfrastruktur leistete in Abhängigkeit von der Wohlbefindensfacette und der untersuchten Stichprobe eine Varianzaufklärung von 7,9% bis 22,5%

¹⁰⁹ Aus der Schätzung wurde die Variable *Vorhandensein der Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten* ausgeschlossen. Erstens wies sie keine signifikante korrelative Beziehung zum Wohlbefinden auf und zweitens zeigte sie eine Korrelation von $r = 0,738$ ($p < 0,001$) mit dem *Übereinstimmungsindex für Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten*, was zu unakzeptablen Werten für die Kollinearitätsstatistik führte. Auch die Variable *Vorhandensein von Versorgungseinrichtungen des täglichen und mittelfristigen Bedarfs* konnte in die Regressionsmodelle nicht aufgenommen werden, da sie mit demselben Übereinstimmungsindex hoch korrelierte ($r = 0,729$; $p < 0,001$) und ebenfalls Kollinearitätsprobleme verursachte.

(vgl. Tabelle 22). Hinsichtlich des negativen Affektes konnte nur für die deutsche Stichprobe ein signifikantes Vorhersagemodell geschätzt werden. In dem Modell erwies sich die Zufriedenheit mit Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten als einziger Indikator des negativen Affektes, der eigenständig 9,7% Varianz erklärte ($\beta = -0,36$; $p < 0,001$). In Danzig zeigte die Stadtinfrastruktur eine sehr geringfügige Tendenz zum negativen Affekt ($R^2 = 0,033$; $p < 0,10$).

Im Gesamtmodell konnten lediglich 10% der Varianz des positiven Affektes durch die Stadtinfrastruktur vorhergesagt werden. Einen vergleichbar großen positiven Einfluss wiesen dabei die Zufriedenheit mit Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten ($\beta = 0,19$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,023$) sowie die Übereinstimmung zwischen persönlichen Bedürfnissen nach und Vorhandensein von Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten auf ($\beta = 0,18$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,022$). Die länderspezifischen Vorhersagemodelle des positiven Affektes wichen nicht hinsichtlich der Zusammensetzung von Indikatoren, sondern bezüglich der Parameterschätzung und deren Richtung voneinander ab. In Mannheim trug die Zufriedenheit mit *Versorgungseinrichtungen* zu 5% und in Danzig zu 14,7% zur Varianzaufklärung des positiven Affektes bei. Während in der osteuropäischen Stichprobe mit der Zunahme von Zufriedenheit die Erlebenshäufigkeit von positiven Emotionen einherging ($\beta = 0,41$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,147$), hatte der Zusammenhang in der westeuropäischen Stichprobe eine umgekehrte Richtung ($\beta = -0,30$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,055$; vgl. Abschnitt 5.2.2). Dieses Ergebnis deutete darauf hin, dass diejenigen deutschen Hochaltrigen, die weniger positive Emotionen erlebten, mit den Versorgungseinrichtungen zufriedener waren.

Die Vorhersagekraft der Stadtinfrastruktur betrug in Bezug auf die Lebenszufriedenheit durchschnittlich 15%. Im Gesamtmodell leistete die Zufriedenheit mit Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten einen signifikanten 6%igen Beitrag zur Varianzaufklärung ($\beta = 0,30$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,058$). Bei der für die beiden Länder separierten Untersuchung der Modelle erhöhte sich der Vorhersagewert dieser Variable in Mannheim um zusätzliche 5% ($\beta = 0,37$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,114$). Dabei kam der Person-Umwelt-Passung hinsichtlich *Versorgungseinrichtungen* zusätzliche Bedeutung bei der Varianzaufklärung zu ($\beta = -0,29$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,049$). Auf die mögliche Erklärung für den negativen Einfluss dieses Indexes auf die Lebenszufriedenheit wurde bereits bei der Analyse der Korrelationsmatrix hingewiesen (vgl. Abschnitt 5.2.1.2). Den einzigen stadtinfrastrukturellen Prädiktor der Lebenszufriedenheit in Polen stellte die Zufriedenheit mit Versorgungseinrichtungen des täglichen und mittelfristigen Bedarfs dar ($\beta = 0,28$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,066$). Je zufriedener die polnischen ST mit den Versorgungseinrichtungen waren, desto höhere Lebenszufriedenheit wiesen sie auf.

Einfluss der Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten auf das Wohlbefinden

Das sechste Modell überprüfte, welche der Kultur-, Freizeit und Bildungsangebote einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung des Wohlbefindens leisteten¹¹⁰ (vgl. Tabelle 23).

Tabelle 23: Submodell 6: Bereichsspezifische multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage von Wohlbefinden – Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten.

Prädiktorvariablen	Gesamt (N = 207)				Mannheim (N = 105)				Danzig (N = 102)			
	B	SE	β	sr^2	B	SE	B	sr^2	B	SE	β	sr^2
Modell 6a: Positiver Affekt												
Freizeit und Kultur (V)	,788	,567	,151	0,008	-1,973	1,181	-,195	0,022	,494	,670	,110	0,005
Freizeit und Kultur (Ü)	1,494	,364	,343***	0,087	1,979	,439	,440***	0,158	,814	,583	,188	0,018
Bildung und Ehrenamt (V)	2,043	,837	,211	0,010	-2,258	1,106	-,220†	0,032	,214	,566	,017	0,000
Fachberatung (V)	3,470	1,34	,263**	0,029	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	,122	,788	,006	0,000
Modell R²	0,153***				0,193***				0,054 (n.s.)			
Modell 6b: Negativer Affekt												
Freizeit und Kultur (V)	1,163	,816	,231	0,026	,961	,967	,109	0,007	,314	,410	,079	0,006
Freizeit und Kultur (Z)	3,194	1,366	,351*	0,070	,787	,478	,073	0,000	2,043	1,098	,248†	0,052
Bildung und Ehrenamt (V)	-1,312	1,832	-,128	0,006	3,023	,981	,339**	0,077	-1,923	1,793	-,173	0,004
Fachberatung (Z)	-1,119	,817	-,174	0,024	1,033	,753	,101	0,001	-2,903	1,419	-,263*	0,062
Modell R²	0,132**				0,143**				0,150**			
Modell 6c: Lebenszufriedenheit												
Freizeit und Kultur (V)	,222	,215	,119	0,005	,267	,389	,074	0,004	,257	,229	,153	0,009
Freizeit und Kultur (Ü)	,138	,138	,089	0,005	,212	,173	,132	0,007	,013	,222	,008	0,000
Fachberatung (V)	,231	,467	,049	0,001	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
Modell R²	0,035*				0,012 n.s.				0,005 n.s.			

Anmerkung: B: Regressionskoeffizient; SE: Standardfehler; β : standardisiertes β -Gewicht; sr^2 : quadrierte Semi-Partial-Korrelation; Modell R²: korrigiertes R²; † $p \leq 0,10$; * $\leq 0,05$; ** $\leq 0,01$; *** $\leq 0,001$; V: Vorhandensein; Z: Zufriedenheit; Ü: Übereinstimmung; n.b.: nicht zu berechnen, da eine Variable konstant ist.

Im Allgemeinen konnte festgehalten werden, dass dieser Beitrag der kleinste von allen infrastrukturellen sowie individuellen Ressourcen war. Die Infrastruktur der Kultur-, Freizeit- und Bildungsangebote konnte im Gesamtmodell bis zu 15% Varianz des positiven Affektes vorhersagen. Dabei ergab eine gute Person-Umwelt-Passung hinsichtlich der Kultur- und

¹¹⁰ Das Submodell 6 war das einzige Modell, bei dem es nicht möglich war, die gleichen Variablen bei allen drei Facetten des Wohlbefindens zu berücksichtigen. Die Prädiktoren zeigten sehr spezifische Korrelationen mit den Wohlbefindensfacetten und für die beiden Länder. Die Schätzungen mit jeweils allen Variablen ergaben hohe Kollinearitätswerte und unzuverlässige Ergebnisse. Die hier präsentierten Modelle wurden auf diejenigen Variablen eingeschränkt, die in der korrelativen Auswertung signifikante Zusammenhänge mit einzelnen Facetten des Wohlbefindens zeigten. Darüber hinaus konnte die Variable *Fachberatung – Vorhandensein* lediglich in die Gesamtanalyse und die polnische Stichprobe aufgenommen werden. Für Mannheim war die Schätzung des Modells mit der Variable nicht möglich, weil sie für diese Gruppe keine Varianz aufwies.

Freizeitangebote den größten erklärenden Beitrag ($\beta = 0,34$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,087$). Darüber hinaus erwies sich die Möglichkeit, Fachberatung in Anspruch zu nehmen, als ein signifikanter, aber nicht sehr viel Varianz erklärender Prädiktor des positiven Affektes ($\beta = 0,26$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,029$). Wurden die Länder getrennt betrachtet, erwies sich die prädiktive Bedeutung der Person-Umwelt-Passung hinsichtlich Freizeit und Kultur nur in der westeuropäischen Perspektive als ein wichtiger Indikator, welcher eigenständig 15,8% Varianz des positiven Affektes aufklärte ($\beta = 0,44$; $p < 0,001$). Das Vorhandensein von Bildungseinrichtungen und Möglichkeiten für ehrenamtliches Engagement in der nahen Umgebung zeigte lediglich einen tendenziellen negativen Bezug zu dem positiven Affekt ($\beta = -0,22$; $p < 0,10$; $sr^2 = 0,032$). In Danzig leistete die kulturelle und auf Freizeit bezogene Infrastruktur keinen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung.

Auch in Bezug auf die Lebenszufriedenheit konnten keine Prädiktoren ermittelt werden, obwohl sich das Gesamtmodell für die Lebenszufriedenheit als signifikant erwies. Lediglich in Bezug auf den negativen Affekt zeigte die Zufriedenheit mit Freizeit- und Kulturangeboten im Gesamtmodell eine signifikante prädiktive Bedeutung ($\beta = 0,35$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,070$). Die länderspezifische Perspektive ergab einen Unterschied in der Zusammensetzung der Indikatoren: Während in Danzig das Vorhandensein von Fachberatung 6% zur Varianzaufklärung des negativen Affektes beitrug ($\beta = -0,26$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,062$), konnte das Vorhandensein von Bildungsangeboten und Möglichkeiten für ehrenamtliches Engagement in Mannheim 7% Varianz des negativen Affektes erklären ($\beta = 0,34$; $p < 0,01$). Somit wurde hier nochmals die bei der Analyse korrelativer Beziehungen zwischen Infrastruktur und Wohlbefinden festgestellte Tendenz bestätigt, dass das einfache Vorhandensein der Infrastruktur nicht unbedingt einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden haben muss. Es wurde eher davon ausgegangen, dass dieser Effekt durch andere Variablen, wie z.B. eine subjektive Repräsentanz der Infrastruktur, vermittelt wurde.

Einfluss der Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote auf das Wohlbefinden

Das letzte Modell, auf medizinische und pflegerische Angebote bezogen, wies die stärksten Beziehungen zum Wohlbefinden von allen infrastrukturellen Ressourcen auf (vgl. Tabelle 24¹¹¹).

¹¹¹ Die Variablen Vorhandensein *ambulanter Altenhilfe* und Vorhandensein *stationärer Altenhilfe* korrelierten so hoch miteinander ($r = 0,855$; $p < 0,001$), dass die beiden zusammen in die Analyse nicht aufgenommen werden konnten. Darüber hinaus zeigte gleichzeitiges Schätzen mit den beiden Variablen unakzeptable Werte in der Kollinearitätsstatistik ($VIF > 5$ und $Toleranzwert < 0,25$). Die Entscheidung zugunsten der zweiten Variable wurde aus zwei Gründen getroffen: Erstens wies die erste Variable eine hohe Korrelation mit anderen Variablen auf (z.B. Übereinstimmungsindex *ambulanter Altenhilfe*: $r = 707$; $p < 0,001$), was zum zweiten Grund führte, nämlich, dass das Schätzen des Modells mit der ersten Variable hohe Werte in der Kollinearitätsstatistik zeigte.

Tabelle 24: Submodell 7: Bereichsspezifische multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage von Wohlbefinden – Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote.

Prädiktor-variablen	Gesamt (N = 207)				Mannheim (N = 105)				Danzig (N = 102)			
	B	SE	β	sr^2	B	SE	B	sr^2	B	SE	β	sr^2
Modell 7a: Positiver Affekt												
Ambulante Altenhilfe (Z)	2,263	,650	,282**	0,041	1,093	,956	,090	0,005	1,309	,931	,152	0,018
Ambulante Altenhilfe (Ü)	,177	,248	,066	0,002	-1,360	,263	-,350**	0,078	1,215	,406	,325***	0,079
Stat. & teilstat. Altenhilfe (V)	1,267	,606	,185	0,015	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
Stat. & teilstat. Altenhilfe (Z)	,098	,588	,011	0,000	,369	,657	,039	0,001	,492	,911	,057	0,003
Stat. & teilstat. Altenhilfe (Ü)	2,146	,265	,578***	0,183	2,518	,233	,624***	0,254	,649	,706	,090	0,007
Modell R²	0,256***				0,379***				0,148***			
Modell 7b: Negativer Affekt												
Ambulante Altenhilfe (Z)	-,340	,544	-,047	0,002	-1,104	1,047	-,103	0,003	-1,858	,926	-,229***	0,051
Ambulante Altenhilfe (Ü)	-,364	,255	-,153	0,004	-,554	,334	-,162	0,004	-,112	,406	-,032	0,000
Stat. & teilstat. Altenhilfe (V)	1,624	,624	,171	0,009	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
Stat. & teilstat. Altenhilfe (Z)	-,689	,608	-,086	0,002	-1,200	,855	-,146	0,003	-,249	,906	-,031	0,000
Stat. & teilstat. Altenhilfe (Ü)	-,327	,246	-,101	0,009	-1,026	,301	-,335***	0,048	-,799	,705	-,117	0,011
Modell R²	0,036 (n.s.)				0,056*				0,063*			
Modell 7c: Lebenszufriedenheit												
Ambulante Altenhilfe (Z)	1,061	,277	,357***	0,066	1,441	,418	,330***	0,101	,928	,385	,271*	0,057
Ambulante Altenhilfe (Ü)	,068	,106	,069	0,002	,044	,133	,032	0,001	,171	,169	,115	0,010
Stat. & teilstat. Altenhilfe (V)	,407	,258	,178	0,011	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
Stat. & teilstat. Altenhilfe (Z)	,137	,251	,041	0,001	,316	,341	,094	0,007	,636	,377	,106	0,008
Stat. & teilstat. Altenhilfe (Ü)	,216	,113	,157†	0,016	,182	,120	,146	0,010	,132	,293	,046	0,002
Modell R²	0,111***				0,114**				0,064*			

Anmerkung: B: Regressionskoeffizient; SE: Standardfehler; β : standardisiertes β -Gewicht; sr^2 : quadrierte Semi-Partial-Korrelation; Modell R²: korrigiertes R²; † $p \leq 0,10$; * $\leq 0,05$; ** $\leq 0,01$; *** $\leq 0,001$; V: Vorhandensein; Z: Zufriedenheit; Ü: Übereinstimmung; n.b.: nicht zu berechnen, da mindestens eine Variable konstant ist.

Die Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote konnte in Mannheim bis zu 38% der Varianz des positiven Affektes vorhersagen. Den größten positiven Beitrag zur Varianzaufklärung leistete dabei die Person-Umwelt-Passung hinsichtlich *stationärer Altenhilfe* ($\beta = 0,624$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,254$). Dahingegen schien die Person-Umwelt-Passung hinsichtlich *ambulanter Altenhilfe* einen kleinen, aber signifikanten negativen Beitrag zur Varianzaufklärung zu leisten ($\beta = -0,35$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,075$). In Danzig stand dieser

Der Einfluss des Vorhandenseins stationärer und teilstationärer Altenhilfe auf das Wohlbefinden der Teilnehmer konnte in den beiden untersuchten Ländern separat nicht untersucht werden, da die Variable in den Teilstichproben konstant war.

Übereinstimmungsindex allerdings als einziger Prädiktor in einem positiven Zusammenhang mit dem positiven Affekt ($\beta = 0,33$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,079$)¹¹². Des Weiteren konnte der in der deutschen Teilstichprobe identifizierte starke Einfluss der Person-Umwelt-Passung hinsichtlich *stationärer Altenhilfe* auf den positiven Affekt in der Danziger Stichprobe nicht repliziert werden. Nur in der Gesamtauswertung erwies sich diese Variable als bedeutend. Hierzu stellten Person-Umwelt-Passung hinsichtlich *stationärer Altenhilfe* ($\beta = 0,58$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,183$) und Zufriedenheit mit *ambulanter Altenhilfe* ($\beta = 0,28$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,041$) zwei signifikante Prädiktoren des positiven Affektes dar.

Die Varianz des negativen Affektes konnte in den beiden untersuchten Ländern nur in einem geringen Umfang vorhergesagt werden: Während in Mannheim die Person-Umwelt-Passung hinsichtlich *stationärer Altenhilfe* einen eigenständigen 4,8%igen Beitrag leistete ($\beta = -0,34$; $p < 0,01$), zeigte die Zufriedenheit mit der ambulanten Altenhilfe in Polen eine vergleichbare Vorhersagekraft von 5,1% ($\beta = -0,23$; $p < 0,01$).

Schließlich konnten durch die Zufriedenheit mit der *ambulanten Altenhilfe* in der deutschen Stichprobe 10% und in der polnischen Stichprobe 5,7% der Varianz der Lebenszufriedenheit aufgeklärt werden. Darüber hinaus wiesen keine anderen Variablen einen zusätzlichen signifikanten Beitrag zu dieser Kriteriumsvariable auf. Die durch Ländermodelle erklärte Varianz zeigte hierzu für Mannheim eine beachtlich höhere Vorhersagekraft als für Danzig (11,4% vs. 6,4%).

5.2.2.2 Bereichsübergreifende multiple Regressionsanalysen zur Vorhersage des Wohlbefindens

Bereichsübergreifende Regressionsanalysen für individuelle und infrastrukturelle Ressourcen gingen auf die Fragestellung 2.4 zurück. Demnach standen im Zentrum des Interesses nicht die einzelnen individuellen und infrastrukturellen Ressourcen in ihrer Beziehung zum Wohlbefinden, sondern es wurde nach dem besten Modell der individuellen sowie infrastrukturellen Ressourcen zur Vorhersage des Wohlbefindens gesucht. Aus diesem Grund gingen in die Analysen diejenigen Ressourcen mit ein, die sich in den bereichsspezifischen Schätzungen auf einem Niveau von $p \leq 0,1$ als signifikante Prädiktoren der jeweiligen Wohlbefindensfacette erwiesen hatten. Es wurden jeweils zwei Modelle für jede Facette des Wohlbefindens überprüft – eins mit individuellen und eins mit infrastrukturellen Ressourcen. Die Ergebnisse dieser Regressionsanalysen wurden in den Tabellen 25-30 zusammengefasst.

¹¹² Das bedeutete, dass in Mannheim eine bessere Person-Umwelt-Passung hinsichtlich *ambulanter Altenhilfe* mit dem positiven Affekt negativ zusammenhing. Zur Erklärung dieser Beziehung siehe Abschnitt 5.2.1.

Positiver Affekt und individuelle Ressourcen

Wie ein Vergleich der Ergebnisse aller hierzu durchgeführten Regressionsanalysen deutlich machte, zeigten die individuellen Ressourcen die größte Vorhersagekraft hinsichtlich des positiven Affektes. Im Gesamtmodell erklärten diese Ressourcen 67% der Varianz, was einen beachtlich hohen Prozentsatz darstellte (vgl. Tabelle 26).

Tabelle 25: Multiple Regressionsanalyse zur Bedeutung individueller Ressourcen für den positiven Affekt.

Prädiktor-variablen	Gesamt (N = 207)				Mannheim (N = 105)				Danzig (N = 102)			
	B	SE	β	sr^2	B	SE	B	sr^2	B	SE	β	sr^2
<i>Soziodemographische Merkmale</i>												
Geschlecht	-,172	,813	-,013	0,000	-3,029	1,116	-,216**	0,031	-	-	-	-
Schulbildung verheiratet / in Partner- schaft	,267	,817	,019	0,000	2,268	1,195	,162†	0,022	-	-	-	-
Zufriedenheit mit Finanzen	,094	,167	,038	0,001	-	-	-	-	,009	,230	,004	0,001
<i>Gesundheitsbezogene Ressourcen</i>												
Gesundheits- einschätzung	,804	,500	,097†	0,007	-	-	-	-	,342	,662	,041	0,001
PHRS	-1,078	,430	-,146*	0,017	-1,876	,514	-,259***	0,053	-	-	-	-
MMSE	,732	,189	,253***	0,040	,804	,239	,239***	0,066	,507	,216	,200*	0,022
<i>Soziale Ressourcen</i>												
Kreis 1	,230	,259	,054	0,002	,311	,329	,080	0,004	-	-	-	-
Kreis 3	,280	,250	,070	0,003	,892	,320	,240**	0,038	-,018	,410	-,004	0,001
Zufriedenheit mit Kontakten	,039	,205	,012	0,000	-	-	-	-	,555	,288	,181†	0,014
<i>Psychologische Ressourcen</i>												
Extraversion	,429	,091	,312***	0,059	,370	,112	,254**	0,044	,479	,118	,377***	0,065
Neurotizismus	-,324	,083	-,288***	0,041	-,480	,102	-,409***	0,102	-	-	-	-
IPC-I	-	-	-	-	-	-	-	-	,541	,214	,268*	0,032
IPC-C	-,145	,092	-,108†	0,017	-,332	,133	-,288*	0,025	-,251	,158	-,160	0,010
SOC	-	-	-	-	-	-	-	-	,146	,129	,132	0,005
Modell R²	0,672***				0,641***				0,676***			

Anmerkung: B: Regressionskoeffizient; SE: Standardfehler; β : standardisiertes β -Gewicht; sr^2 : quadrierte Semi-Partial-Korrelation; Modell R²: korrigiertes R²; Signifikanz: † $p \leq 0,10$; * $\leq 0,05$; ** $\leq 0,01$; *** $\leq 0,001$; (-): Variablen, die in der Analyse nicht berücksichtigt wurden, weil sie sich bereits in bereichsspezifischen Submodellen als nicht signifikant erwiesen hatten (vgl. Kapitel 5.2.2.1).

Von den untersuchten Variablen erwiesen sich Extraversion ($\beta = 0,31$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,059$), Neurotizismus ($\beta = -0,29$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,041$) und MMSE ($\beta = 0,25$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,040$) als die stärksten Prädiktoren des positivem Affektes. Ein Ländervergleich zeigte keine bedeutenden Differenzen in der Größe der erklärten Varianz, sondern in der Zusammensetzung der Indikatoren: Während in der polnischen Stichprobe Extraversion ($\beta = 0,38$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,065$), interne Kontrollüberzeugung ($\beta = 0,27$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,032$) und gute kognitive Funktionen ($\beta = 0,20$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,022$) einen signifikanten positiven Beitrag

zur Varianzaufklärung leisteten, wiesen in Deutschland vier weitere Variablen einen positiven Bezug zum positiven Affekt auf. Zu diesen gehörten männliches Geschlecht ($\beta = -0,22$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,031$), gute Gesundheit (Physical Health Rating Scale: $\beta = -0,26$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,053$), großes soziales Netzwerk im Kreis 3 ($\beta = 0,24$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,038$) sowie psychologische Ressourcen (Neurotizismus: $\beta = -0,41$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,102$ und fatalistische Kontrollüberzeugung: $\beta = -0,29$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,025$).

Positiver Affekt und infrastrukturelle Ressourcen

Das Modell, das infrastrukturelle Ressourcen fokussierte, erklärte 28% Varianz des positiven Affektes (vgl. Tabelle 26). Dabei trug die Übereinstimmung der persönlichen Bedürfnisse und vorhandenen Bedingungen hinsichtlich stationärer und teilstationärer Altenhilfe eigenständig 9% zur Varianzaufklärung bei ($\beta = 0,36$; $p < 0,001$). Des Weiteren erwies sich für positives Erleben eine Übereinstimmung in Bezug auf Freizeit- und Kulturangebote als signifikant ($\beta = 0,21$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,031$). Hinsichtlich der Zufriedenheit mit ambulanter Altenhilfe wurde lediglich eine Tendenz gefunden ($\beta = 0,13$; $p = 0,10$; $sr^2 = 0,010$).

Tabelle 26: Multiple Regressionsanalyse zur Bedeutung infrastruktureller Ressourcen für den positiven Affekt.

Prädiktor- variablen	Gesamt (N = 207)				Mannheim (N = 105)				Danzig (N = 102)			
	B	SE	β	sr^2	B	SE	β	sr^2	B	SE	B	sr^2
Stadtinfrastruktur												
Mobilität und Verkehr (Z)	1,328	1,01	,104	0,006	-	-	-	-	-	-	-	-
Mobilität und Verkehr (Ü)	,067	,175	,030	0,001	-	-	-	-	-	-	-	-
Versorgungseinricht. (Z)	-,172	,650	-,017	0,000	-2,296	,611	-,253**	0,053	4,130	,897	,383***	0,121
Kultur, Freizeit und Bildung												
Freizeit und Kultur (Ü)	,891	,303	,205**	0,031	1,765	,325	,392***	0,090	-	-	-	-
Bildung und Ehrenamt (V)	-	-	-	-	-1,768	,663	-,072	0,017	-	-	-	-
Fachberatung (V)	-1,214	1,04	-,092	0,005	-	-	-	-	-	-	-	-
Medizin und Pflege												
Ambulante Altenhilfe (Z)	1,065	,655	,127†	0,010	-	-	-	-	-	-	-	-
Ambulante Altenhilfe (Ü)	-	-	-	-	-1,532	,243	-,416***	0,109	1,483	,321	,385***	0,123
Stat. & teil. Altenhilfe (Ü)	1,364	,269	,362***	0,092	1,658	,229	,493***	0,117	-	-	-	-
Modell R²	0,278***				0,361***				0,299***			

Anmerkung: B: Regressionskoeffizient; SE: Standardfehler; β : standardisiertes β -Gewicht; sr^2 : quadrierte Semi-Partial-Korrelation; Modell R²: korrigiertes R²; Signifikanz: † $p \leq 0,10$; * $\leq 0,05$; ** $\leq 0,01$; *** $\leq 0,001$; (-): Variablen, die in der Analyse nicht berücksichtigt wurden, weil sie sich bereits in bereichsspezifischen Submodellen als nicht signifikant erwiesen hatten (vgl. Kapitel 5.2.2.1); V: Vorhandensein; Z: Zufriedenheit; Ü: Übereinstimmung.

Wurden die Länder getrennt ausgewertet, zeigte das Modell für Mannheim einen um 6% höheren Vorhersagewert. Wie bereits bei den bereichsspezifischen Analysen für Mannheim ausführlich besprochen, wiesen die Items zur Zufriedenheit mit den Versorgungseinrichtungen ($\beta = -0,25$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,053$) sowie der Übereinstimmung hinsichtlich ambulanter Altenhilfe ($\beta = -0,21$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,031$) einen negativen Bezug zum positiven Affekt auf. In Danzig wurden zwei infrastrukturelle Ressourcen für die Kriteriumsvariable von Bedeutung: Die Zufriedenheit mit *Versorgungseinrichtungen* ($\beta = 0,38$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,121$) erklärte zusammen mit einer guten Person-Umwelt-Passung im Bereich *ambulanter Altenhilfe* ($\beta = 0,39$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,123$) knapp 30% Varianz von PA.

Negativer Affekt und individuelle Ressourcen

Im Gesamtmodell des negativen Affektes erwiesen sich viele Variablen als signifikant, die im Modell des positiven Affektes keine Bedeutung hatten (vgl. Tabelle 27). Dennoch blieb die Vorhersagekraft des Modells geringer als diejenige, die für den positiven Affekt geschätzt wurde. Das Alter stellte dabei zusammen mit Neurotizismus den stärksten Prädiktor negativer Emotionalität dar: Das Alter erklärte eigenständig 7% ($\beta = -0,31$; $p < 0,001$) und Neurotizismus 6% der Varianz ($\beta = 0,37$; $p < 0,001$). Darüber hinaus standen die Größe der positiven Unterstützung ($\beta = -0,22$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,024$) sowie das Kohärenzgefühl ($\beta = -0,34$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,041$) in einer negativen Beziehung zum negativen Affekt. Dahingegen zeigten Schulbildung ($\beta = 0,15$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,018$) und PHRS ($\beta = 0,22$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,024$) gemeinsam einen 4%igen positiven Einfluss. Variablen wie Land, Zufriedenheit mit Finanzen, kognitiver Status oder Zufriedenheit mit Kontakten wiesen keinen Bezug zu dem negativen Affekt auf.

Wurden die Länder getrennt betrachtet, ergab sich zugunsten der deutschen Stichprobe ein 15%iger Unterschied in der Vorhersagekraft individueller Ressourcen. Ähnlich wie bei dem positiven Affekt konnten auch hierzu deutlich mehr Prädiktoren für Mannheim ermittelt werden als für Danzig. In Mannheim stellte der mit PHRS gemessene Gesundheitszustand den stärksten Indikator dar, der eigenständig 12% der Varianz des negativen Affektes erklärte ($\beta = 0,47$; $p < 0,001$). Das Alter trug als zweitwichtigster Prädiktor 9% zur Varianzerklärung bei ($\beta = -0,36$; $p < 0,001$). Des Weiteren zeigte das Kohärenzgefühl eine negative ($\beta = -0,34$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,062$) und negative Unterstützung eine positive Beziehung zu dem negativen Affekt ($\beta = 0,29$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,068$). Das Danziger Modell unterschied sich von dem deutschen Modell in der Hinsicht, dass der Neurotizismus die größte Vorhersagekraft aufwies ($\beta = 0,535$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,121$). Zwei weitere signifikante Prädiktoren in Danzig stellten

das Alter ($\beta = -0,23$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,043$) und die Zufriedenheit mit sozialen Kontakten ($\beta = -0,34$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,041$) dar. Somit war der Einfluss des Alters auf den negativen Affekt in Mannheim größer und die Zufriedenheit mit sozialen Kontakten nur in Polen von Bedeutung. Für die Mannheimer stellte hierzu die Anzahl der Personen im ersten Kreis einen besseren sozialen Prädiktor dar ($\beta = -0,20$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,016$).

Tabelle 27: Multiple Regressionsanalyse zur Bedeutung individueller Ressourcen für den negativen Affekt.

Prädiktor-variablen	Gesamt (N = 207)				Mannheim (N = 105)				Danzig (N = 102)			
	B	SE	β	sr^2	B	SE	B	sr^2	B	SE	β	sr^2
<i>Soziodemographische Merkmale</i>												
Alter	-,675	,125	-,306***	0,074	-,820	,140	-,361***	0,094	-,488	,183	-,228**	0,043
Geschlecht	-	-	-	-	1,319	,821	,109	0,009	-	-	-	-
Land	-,973	,940	-,090	0,003	-	-	-	-	-	-	-	-
Schulbildung	,856	,320	,151**	0,018	,943	,397	,162*	0,009	-	-	-	-
Verheiratet / in Partner- schaft	-,086	,677	-,007	0,000	-	-	-	-	-	-	-	-
Äquivalenz- einkommen	-,621	,638	-,071	0,002	-	-	-	-	-	-	-	-
Zufriedenheit mit Finanzen	-,192	,196	-,092	0,002	-,257	,210	-,084	0,005	-,182	,230	-,085	0,004
<i>Gesundheitsbezogene Ressourcen</i>												
CIRS	,392	,299	,096	0,004	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesundheits- einschätzung	-	-	-	-	-	-	-	-	-,561	,726	-,076	0,004
PHRS	1,374	,450	,218**	0,024	2,971	,457	,473***	0,141	-	-	-	-
IADL	-,119	,152	-,054	0,002	-	-	-	-	-,089	,178	-,047	0,002
MMSE	,019	,180	,008	0,000	,434	,198	,149*	0,016	,293	,253	,130†	0,008
<i>Soziale Ressourcen</i>												
Kreis 1	-,212	,243	-,058	0,002	-,669	,238	-,200**	0,026	-,053	,423	-,012	0,000
Kreis 2	-	-	-	-	-	-	-	-	-,367	,383	-,090	0,006
Zufriedenheit mit Kontakten	-,073	,194	-,027	0,000	-	-	-	-	-,918	,356	-,337**	0,041
Negative Unterstützung	1,511	,359	,247***	0,045	1,921	,427	,289***	0,068	-	-	-	-
Größe der pos. Unterst.	-,315	,102	-,222**	0,024	-,197	,118	-,143†	0,009	,100	,187	,069	0,002
<i>Psychologische Ressourcen</i>												
Extraversion	-,107	,090	-,104	0,008	-	-	-	-	-	-	-	-
Neurotizismus	,354	,078	,369***	0,063	-	-	-	-	,485	,109	,535***	0,121
SOC	-,316	,090	-,342**	0,041	-,313	,073	-,342***	0,062	-	-	-	-
Modell R²	528***				0,582***				0,435***			

Anmerkung: B: Regressionskoeffizient; SE: Standardfehler; β : standardisiertes β -Gewicht; sr^2 : quadrierte Semi-Partial-Korrelation; Modell R²: korrigiertes R²; Signifikanz: † $p \leq 0,10$; * $\leq 0,05$; ** $\leq 0,01$; *** $\leq 0,001$; (-): Variablen, die in der Analyse nicht berücksichtigt wurden, weil sie sich bereits in bereichsspezifischen Submodellen als nicht signifikant erwiesen hatten (vgl. Kapitel 5.2.2.1).

Negativer Affekt und infrastrukturelle Ressourcen

Im Vergleich zu individuellen Ressourcen trugen die infrastrukturellen Bedingungen zu einer geringeren Varianzerklärung des negativen Affektes bei. Von infrastrukturellen Ressourcen erwies sich im Gesamtmodell die Zufriedenheit mit Freizeit und Kultur ($\beta = 0,289$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,068$) als der einzige Prädiktor des negativen Affektes. Dabei war die Richtung des Zusammenhangs unerwartet positiv. Dieser Effekt wurde bei den bereichsspezifischen Regressionsanalysen bereits besprochen. Die für die beiden untersuchten Länder spezifizierten Analysen zeigten durchschnittlich eine 20%ige Vorhersagekraft der Modelle, wobei die Analyse für Mannheim um 4% höhere Vorhersagewerte aufwies. Dieses Ergebnis war insofern bemerkenswert, als das Gesamtmodell für Infrastruktur lediglich einen 7%igen Beitrag zur Varianzaufklärung leistete. Wurden Prädiktoren für die beiden Länder verglichen, waren in Mannheim die Zufriedenheit mit Mobilität und Verkehr ($\beta = -0,34$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,107$) und in Danzig die Zufriedenheit mit ambulanter Altenhilfe ($\beta = -0,30$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,08$) für negatives emotionales Wohlbefinden entscheidend. Darüber hinaus zeigte das Vorhandensein von Bildungsangeboten im Mannheim eine positive Beziehung zu dem negativen Affekt ($\beta = 0,41$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,09$). Auf eine mögliche Erklärung für diesen positiven Effekt wurde bereits an anderer Stelle hingewiesen (siehe Abschnitt 5.2.1).

Tabelle 28: Multiple Regressionsanalyse zur Bedeutung infrastruktureller Ressourcen für den negativen Affekt.

Prädiktor- variablen	Gesamt (N = 207)				Mannheim (N = 105)				Danzig (N = 102)			
	B	SE	β	sr^2	B	SE	B	sr^2	B	SE	β	sr^2
Stadtinfrastruktur												
Mobilität und Verkehr (Z)	-1,091	,759	-,100	0,009	-4,365	1,116	-,337***	0,107	-	-	-	-
Versorgungsinricht. (Z)	-,682	,616	-,079	0,006	-	-	-	-	-1,968	1,227	-,206†	0,036
Kultur, Freizeit und Bildung												
Freizeit und Kultur (Z)	2,457	,610	,289***	0,068	-	-	-	-	-2,389	1,582	-,217*	0,032
Bildung und Ehrenamt (V)	-	-	-	-	3,635	,760	,408***	0,090	-	-	-	-
Fachberatung (Z)	-	-	-	-	-	-	-	-	-,736	1,153	-,092	0,006
Medizin und Pflege												
Ambulante Altenhilfe (Z)	-	-	-	-	-	-	-	-	-2,478	1,040	-,301***	0,080
Stat. & teil. Altenhilfe (Ü)	-	-	-	-	-,393	,253	-,135†	0,017	-	-	-	-
Modell R²	0,070**				0,231***				0,193**			

Anmerkung: B: Regressionskoeffizient; SE: Standardfehler; β : standardisiertes β -Gewicht; sr^2 : quadrierte Semi-Partial-Korrelation; Modell R²: korrigiertes R²; Signifikanz: † $p \leq 0,10$; * $\leq 0,05$; ** $\leq 0,01$; *** $\leq 0,001$; (-): Variablen, die in der Analyse nicht berücksichtigt wurden, weil sie sich bereits in bereichsspezifischen Submodellen als nicht signifikant erwiesen hatten (vgl. Kapitel 5.2.2.1); V: Vorhandensein; Z: Zufriedenheit; Ü: Übereinstimmung.

Die Schätzung der Prädiktoren des negativen Affektes konnte eindrucksvoll beweisen, dass unabhängig von dem untersuchten Land nicht das Vorhandensein der Infrastruktur, sondern eher die Zufriedenheit mit dieser für das hohe emotionale Wohlbefinden von Bedeutung ist.

Lebenszufriedenheit und individuelle Ressourcen

Hinsichtlich der Lebenszufriedenheit wiesen die individuellen Ressourcen die geringste Vorhersagekraft auf. Durchschnittlich zeigten diese einen prädiktiven Wert von 50%, wobei für die deutsche Stichprobe ein um 8% höherer Einfluss ermittelt werden konnte (Tabelle 29).

Tabelle 29: Multiple Regressionsanalyse zur Bedeutung individueller Ressourcen für die Lebenszufriedenheit.

Prädiktor- variablen	Gesamt (N = 207)				Mannheim (N = 105)				Danzig (N = 102)			
	B	SE	β	sr^2	B	SE	β	sr^2	B	SE	β	sr^2
Soziodemographische Merkmale												
Geschlecht	-,077	,372	-,016	0,000	-,472	,520	-,095	0,006	-,402	,499	-,084	0,006
Land verheiratet / in Partner- schaft	-,068	,461	,015	0,000	-	-	-	-	-	-	-	-
Zufriedenheit mit Finanzen	-	-	-	-	,345	,230	,086	0,005	-,535	,538	-,108	0,009
	,282	,086	,323***	0,045	,325	,137	,258**	0,039	,016	,128	,018	0,000
Gesundheitsbezogene Ressourcen												
Gesundheits- einschätzung	-,018	,235	-,006	0,000	-	-	-	-	,664	,379	,213*	0,028
PHRS	-,349	,213	-,132†	0,011	-,321	,262	-,124†	0,010	-	-	-	-
IADL	-,065	,078	-,071	0,003	-	-	-	-	-	-	-	-
MMSE	,058	,093	,056	0,002	,087	,121	,073	0,004	,104	,151	,110	0,004
Soziale Ressourcen												
Kreis 1	-	-	-	-	,130	,155	,094	0,005	-	-	-	-
Zufriedenheit mit Kontakten	,128	,097	,112	0,007	,307	,145	,270**	0,031	,012	,160	,011	0,001
positive Unterstützung	-	-	-	-	,172	,302	,071	0,002	,706	,376	,193†	0,021
Psychologische Ressourcen												
Extraversion	,046	,047	,094	0,004	-	-	-	-	-	-	-	-
Depressivität	-,369	,138	-,320**	0,030	-,062	,154	-,059	0,001	-,592	,241	-,470*	0,055
IPC-C	-,113	,045	-,234*	0,027	-,113	,051	-,274*	0,034	-,149	,075	-,252†	0,036
SOC	,079	,047	,041	0,002	-	-	-	-	-	-	-	-
Modell R²	0,489***				0,545***				0,467***			

Anmerkung: B: Regressionskoeffizient; SE: Standardfehler; β : standardisiertes β -Gewicht; sr^2 : quadrierte Semi-Partial-Korrelation; *Modell R²*: korrigiertes R²; Signifikanz: † $p \leq 0,10$; * $\leq 0,05$; ** $\leq 0,01$; *** $\leq 0,001$; (-): Variablen, die in der Analyse nicht berücksichtigt wurden, weil sie sich bereits in bereichsspezifischen Submodellen als nicht signifikant erwiesen hatten (vgl. Kapitel 5.2.2.1).

Im Gesamtmodell der Lebenszufriedenheit erwiesen sich vor allem die psychologischen Ressourcen als wichtige Prädiktoren. Darunter leisteten Depressivität ($\beta = -0,32$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,030$) und fatalistische Kontrollüberzeugung ($\beta = -0,23$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,234$) den größten negativen Beitrag zur Varianzaufklärung. Einen gleich großen, aber positiven Einfluss

zeigte die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation, welche eigenständig 4% der Varianz vorhersagte ($\beta = 0,32$; $p < 0,001$). Je weniger die ST durch fatalistisches Kontrollerleben geprägt, je weniger depressiv und gleichzeitig zufriedener sie mit der eigenen finanziellen Situation waren, eine umso größere Lebenszufriedenheit wiesen sie auf. Der objektiv erfasste Gesundheitszustand sagte lediglich 1% der Varianz voraus und sein Einfluss war als tendenziell zu bezeichnen (PHRS: $\beta = -0,13$; $p < 0,10$).

Ein Vergleich der untersuchten Städte offenbarte eine länderspezifische Prädiktorenzusammensetzung hinsichtlich der Lebenszufriedenheit. Ähnlich wie bei den bereichsspezifischen Regressionsanalysen leistete Depressivität auch hier einen negativen Beitrag zur Varianzaufklärung in der polnischen Stichprobe ($\beta = -0,47$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,055$), während sich fatalistische Kontrollüberzeugung für die deutschen ST als wichtiger negativer Prädiktor erwies ($\beta = -0,27$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,034$). Sowohl die Zufriedenheit mit Finanzen ($\beta = 0,26$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,039$) als auch die Zufriedenheit mit sozialen Kontakten ($\beta = 0,27$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,031$) zeigten eine positive Beziehung zur Lebenszufriedenheit der Mannheimer. Für die Danziger war dagegen die subjektive Einschätzung der Gesundheit für die Lebenszufriedenheit von Bedeutung ($\beta = 0,21$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,028$). Die durchgeführten Analysen deuteten darauf hin, dass zwischen Geschlecht, Familienstatus, kognitiven Funktionen und Größe des sozialen Netzwerks einerseits und Lebenszufriedenheit andererseits keine signifikante Beziehung bestand.

Lebenszufriedenheit und infrastrukturelle Ressourcen

Auch hinsichtlich der Lebenszufriedenheit leisteten die infrastrukturellen Rahmenbedingungen einen geringeren Beitrag im Vergleich zu den individuellen Ressourcen. Im Gesamtmodell, das 15% der Varianz der Lebenszufriedenheit erklärte, erwiesen sich die Zufriedenheit mit Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten ($\beta = 0,26$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,050$) sowie die Zufriedenheit mit ambulanter Altenhilfe ($\beta = 0,24$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,04$) als signifikante positive Prädiktoren. Versorgungseinrichtungen des täglichen und mittelfristigen Bedarfs sowie stationäre Altenhilfe, welche in bereichsspezifischen Modellen eine positive Beziehung zur Kriteriumsvariable zeigten, wiesen hier keinen signifikanten Beitrag mehr zur Varianzaufklärung auf.

Tabelle 30: Multiple Regressionsanalyse zur Bedeutung infrastruktureller Ressourcen für die Lebenszufriedenheit.

Prädiktor-variablen	Gesamt (N = 207)				Mannheim (N = 105)				Danzig (N = 102)			
	B	SE	β	sr^2	B	SE	B	sr^2	B	SE	β	sr^2
Stadtinfrastruktur												
Mobilität und Verkehr (Z)	1,185	,346	,258***	0,050	1,282	,492	,241*	0,051	-	-	-	-
Mobilität und Verkehr (Ü)	-	-	-	-	-	-	-	-	,199	,072	,266**	0,063
Versorgungseinricht. (Z)	,327	,291	,090	0,005	-	-	-	-	1,203	,391	,298**	0,079
Versorgungseinricht. (Ü)	-,089	,075	-,095	0,006	-,215	,070	-,274**	0,072	-	-	-	-
Medizin und Pflege												
ambulante Altenhilfe (Z)	1,001	,279	,243**	0,041	1,166	,393	,270**	0,067	,260	,339	,077	0,005
stat. & teil. Altenhilfe (Ü)	,072	,098	,053	0,002	-	-	-	-	-	-	-	-
Modell R²	0,149***				0,236***				0,193***			

Anmerkung: B: Regressionskoeffizient; SE: Standardfehler; β : standardisiertes β -Gewicht; sr^2 : quadrierte Semi-Partial-Korrelation; Modell R²: korrigiertes R²; Signifikanz: † p ≤ 0,10; * ≤ 0,05; ** ≤ 0,01; *** ≤ 0,001; (-): Variablen, die in der Analyse nicht berücksichtigt wurden, weil sie sich bereits in bereichsspezifischen Submodellen als nicht signifikant erwiesen hatten (vgl. Kapitel 5.2.2.1); V: Vorhandensein; Z: Zufriedenheit; Ü: Übereinstimmung.

Zu den im Gesamtmodell ermittelten signifikanten Prädiktoren von Lebenszufriedenheit kam in Mannheim zusätzlich der negative Einfluss der Person-Umwelt-Passung hinsichtlich Versorgungseinrichtungen ($\beta = -0,27$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,072$) hinzu. Wie bereits bei der Analyse korrelativer Beziehungen zwischen infrastrukturellen Ressourcen und Wohlbefinden aufgeführt (vgl. Abschnitt 5.2.1), konnte dieser Effekt auf die Wichtigkeit der Infrastruktur zurückgeführt werden: Versorgungseinrichtungen zeigten bei jenen Mannheimern eine geringere Bedeutung, die höhere Zufriedenheitswerte aufwiesen. Demzufolge war ein niedrigerer Übereinstimmungsindex mit höherer Lebenszufriedenheit verbunden. Für die Lebenszufriedenheit der Danziger hochaltrigen Bevölkerung erwiesen sich die Zufriedenheit mit Versorgungseinrichtungen ($\beta = 0,27$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,063$) und eine gute Person-Umwelt-Passung hinsichtlich Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten ($\beta = 0,30$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,079$) als entscheidend. Weder die Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten noch die Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote lieferten einen erklärenden Beitrag zur Lebenszufriedenheit der polnischen ST.

5.3 Zum Zusammenwirken von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen im hohen Alter

Die hier dargestellten Ergebnisse fokussieren das Zusammenwirken von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen auf das Wohlbefinden (Fragestellungen 3.1 bis 3.4). Zuerst werden die mit regressionsanalytischen Verfahren geschätzten „Endmodelle“ zur Erklärung von emotionalem Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit präsentiert. Im Unterschied zu den bereits dargestellten bereichsspezifischen und bereichsübergreifenden Modellen gingen in die „Endmodelle“ individuelle und infrastrukturelle Ressourcen zusammen ein. Wie im methodischen Teil ausführlich beschrieben, wurde hierzu eine schrittweise Regressionsmethode mit zwei Blöcken von Variablen angewendet. Im ersten Schritt gingen individuelle und im zweiten infrastrukturelle Ressourcen in die Analyse ein. Mit diesem Vorgehen sollte überprüft werden, ob die Berücksichtigung der Infrastruktur bei der Analyse des Wohlbefindens im hohen Alter notwendig ist und somit eine bedeutende zusätzliche Varianzaufklärung in den Vorhersagemodellen mit ausschließlich individuellen Ressourcen liefert (Fragestellung 3.1).

Um zu überprüfen, ob der Einfluss der Infrastruktur auf das Wohlbefinden vom Niveau individueller Ressourcen abhängt, wird anschließend die Spezifizierung des Strukturgleichungsmodells für die drei Facetten des Wohlbefindens beschrieben und werden die Ergebnisse seiner Überprüfung für die gesamte untersuchte Gruppe sowie die beiden Länder dargestellt (Fragestellungen 3.3 und 3.4).

5.3.1 Regressionsmodelle zur Vorhersage des Wohlbefindens im hohen Alter

Wie bereits aufgeführt, wurde hierzu eine schrittweise Regressionsanalyse mit zwei Blöcken von Ressourcen vorgenommen. In diesen „Endmodellen“ des positiven und negativen Affektes sowie der Lebenszufriedenheit wurden alle Variablen berücksichtigt, die in den bereichsspezifischen Regressionsanalysen signifikante Werte auf einem Alphaniveau von 0,10 aufwiesen. Wie den drei folgenden Tabellen entnommen werden kann, lieferte die zusätzliche Aufnahme von infrastrukturellen Ressourcen in die Vorhersagemodelle des Wohlbefindens keinen großen zusätzlichen Beitrag zur Varianzaufklärung. Zusammenfassend konnten zwei Aussagen getroffen werden: Erstens schien das emotionale Wohlbefinden von positiven Einflüssen infrastruktureller Ressourcen mehr betroffen zu sein als die Lebenszufriedenheit. Zweitens profitierte, statistisch gesehen, ausschließlich das Wohlbefinden der westeuropäischen Stichprobe davon, dass die Infrastruktur in die Modelle zusätzlich aufge-

nommen wurde. Bei den polnischen ST zeigten sich nach der Einbeziehung infrastruktureller Ressourcen lediglich tendenzielle Verbesserungen der Vorhersagekraft (Fragestellung 2.3).

Da die Modelle auf denjenigen Variablen basierten, die sich in bereichsspezifischen Regressionen als signifikant erwiesen hatten, bestehen die hier dargestellten Modelle teilweise aus unterschiedlichen Variablen. Diese Vorgehensweise erwies sich im Verlauf der Analysen als unabdingbar, um die besten Vorhersagemodelle für die drei Komponenten des Wohlbefindens zu spezifizieren, d.h. nicht die gleichen, sondern die besten Prädiktoren für die drei Wohlbefindensfacetten zu finden. Trotzdem konnten die Modelle ohne weiteres miteinander verglichen werden, denn die Ausgangsauswahl möglicher Indikatoren war für alle Modelle gleich.

5.3.1.1 Vorhersage des positiven Affektes

Die in Tabelle 31 aufgeführten Modelle mit der Nummer 1 entsprechen jeweils den bereits beschriebenen bereichsübergreifenden Modellen individueller Ressourcen. Ihre erneute Aufführung an dieser Stelle diente einer besseren Vergleichbarkeit der Parameterschätzungen nach der Einbeziehung infrastruktureller Ressourcen.

Das Endmodell des positiven Affektes, welches individuelle und infrastrukturelle Ressourcen einschloss, sagte 68,3% Varianz des positiven emotionalen Wohlbefindens vorher. Die Aufnahme von infrastrukturellen Ressourcen in das Modell deutete auf eine tendenzielle Steigerung in der Varianzaufklärung hin, die jedoch keine statistische Signifikanz erreichte ($\Delta R^2 = 0,033$; $p < 0,10$). Keine der infrastrukturellen Variablen erwies sich im Endmodell als bedeutender Prädiktor des positiven Affektes. Die wichtigsten Indikatoren waren stattdessen: Extraversion und Neurotizismus ($\beta = 0,31$; $\beta = -0,31$; $ps < 0,001$; $sr^2 = 0,050$) gefolgt von dem Gesundheitsstatus (PHRS: $\beta = -0,19$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,024$), kognitiven Leistungsfähigkeiten (MMSE: $\beta = 0,18$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,017$) und fatalistischer Kontrollüberzeugung ($\beta = -0,15$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,011$). Somit konnten allein individuelle Ressourcen ein gutes Vorhersagemodell des positiven emotionalen Wohlbefindens abgeben.

Tabelle 31: Multiples hierarchisches Regressionsmodell zur Vorhersage des positiven Affektes.

Prädiktor-variablen	Gesamt (N = 207)				Mannheim (N = 105)				Danzig (N = 102)			
	Modell 1		Modell 2		Modell 1		Modell 2		Modell 1		Modell 2	
	B	β	B	β	B	β	B	β	B	β	B	β
<i>Individuelle Ressourcen</i>												
Geschlecht	,172	,013	-,017	-,001	-3,029	-,216**	-3,499	-,250**	-	-	-	-
Schulbildung	-	-	-	-	-,092	-,014	,418	,062	-	-	-	-
Verheiratet / in Partner- schaft	-,267	-,019	-,345	-,025	2,268	,162†	3,356	,240*	-	-	-	-
Zufriedenheit mit Finanzen	,094	,038	,130	,053	-	-	-	-	,009	,004	,096	,040
Gesundheits- einschätzung	,804	,097†	,440	,053	-	-	-	-	,342	,041	,563	,068
PHRS	-1,078	-,146*	-1,388	-,188**	-1,876	-,259***	-,926	-,128*	-	-	-	-
MMSE	,732	,253***	,520	,180**	,804	,239***	,541	,161*	,507	,200*	,419	,166†
Kreis 1	,230	,054	,271	,064	,311	,080	,229	,059	-	-	-	-
Kreis 3	,280	,070	,139	,035	,892	,240**	,371	,100	-,018	-,004	-,052	-,013
Zufriedenheit mit Kontakten	,039	,012	,046	,015	-	-	-	-	,555	,181†	,561	,183†
Extraversion	,429	,312***	,428	,311***	,370	,254**	,173	,119	,479	,377***	,504	,396***
Neurotizismus	-,324	-,288***	-,353	-,313***	-,480	-,409***	-,385	-,328***	-	-	-	-
IPC-I	-	-	-	-	-	-	-	-	,541	,268*	,520	,258*
IPC-C	-,145	-,108†	-,196	-,145*	-,332	-,288*	-,116	-,161	-,251	-,160	-,220	-,104
SOC	-	-	-	-	-	-	-	-	,146	,132	,112	,101
<i>Infrastrukturelle Ressourcen</i>												
Mobilität und Verkehr (Z)			,652	,051			-	-			-	-
Mobilität und Verkehr (Ü)			,160	,072			-	-			-	-
Versorgungs- einrichtungen (Z)			-,386	-,038			-,800	-,088			-,638	-,059
Freizeit und Kultur (Ü)			,241	,055			,919	,204*			-	-
Bildung und Ehrenamt (V)			-	-			-,714	-,069			-	-
Fachberatung (V)			1,727	,131†			-	-			-	-
Ambulante Altenhilfe (Z)			,381	,046			-	-			-	-
Ambulante Altenhilfe (Ü)			-	-			-,101	-,299***			,489	,127†
Stat. & teilstat. Altenhilfe (Ü)			,214	,057			1,155	,344***			-	-
Modell R²	0,672***		0,683***		0,641***		0,749***		0,676***		0,682***	
ΔR^2	0,033†				0,102***				0,013 n.s.			

Anmerkung: B: Regressionskoeffizient; SE: Standardfehler; β : standardisiertes β -Gewicht; sr^2 : quadrierte Semi-Partial-Korrelation; Modell R²: korrigiertes R²; Signifikanz: † p ≤ 0,10; * ≤ 0,05; ** ≤ 0,01; *** ≤ 0,001; (-): Variablen, die in der Analyse nicht berücksichtigt wurden, weil sie sich bereits in bereichsübergreifenden Modellen als nicht signifikant erwiesen hatten (vgl. Kapitel 5.2.2.2); V: Vorhandensein; Z: Zufriedenheit; Ü: Übereinstimmung.

Auffallend waren die länderspezifischen Unterschiede bei den Parameterschätzungen: In der deutschen Stichprobe konnte die Varianz des positiven Affektes durch die Berücksichtigung infrastruktureller Ressourcen um 10% besser vorhergesagt werden ($\Delta R^2 = 0,10$; $p < 0,001$). Zu den bereits signifikanten individuellen Ressourcen kamen zusätzlich drei Variablen der Person-Umwelt-Passung als wichtige Indikatoren des positiven Affektes hinzu. Die Übereinstimmung von Bedürfnissen und Bedingungen in Bezug auf Freizeit und Kultur ($\beta = 0,20$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,016$), ambulanter ($\beta = -0,30$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,057$) sowie stationärer Altenhilfe ($\beta = 0,34$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,047$) lieferte hierzu einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung, wobei der Einfluss der Passung hinsichtlich ambulanter Altenhilfe negativ war. Da dieses Ergebnis an anderer Stelle bereits besprochen wurde, wird hier nicht weiter darauf eingegangen (vgl. Abschnitt 5.2.1). Darüber hinaus verloren Extraversion und fatalistische Kontrollüberzeugung ihre prädiktive Bedeutung im Endmodell. Des Weiteren zeigte der schwer zu erklärende negative Effekt der Zufriedenheit mit Versorgungseinrichtungen keine Signifikanz mehr.

In der polnischen Stichprobe brachten infrastrukturelle Ressourcen keine zusätzliche Varianzaufklärung mit sich ($\Delta R^2 = 0,013$; $p > 0,10$). Während Extraversion ($\beta = 0,40$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,069$) und internale Kontrollüberzeugung ($\beta = 0,20$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,021$) ihre signifikante Prädiktionskraft behalten konnten, verloren die kognitiven Funktionen ihre Vorhersagekraft und wiesen lediglich einen tendenziellen Bezug zum positiven Affekt auf ($\beta = 0,17$; $p < 0,10$; $sr^2 = 0,014$).

5.3.1.2 Vorhersage des negativen Affektes

Im Endmodell zur Vorhersage des negativen Affektes leisteten neben individuellen auch infrastrukturelle Ressourcen einen geringen, aber signifikanten Beitrag ($\Delta R^2 = 0,028$; $p < 0,05$). Die Zufriedenheit mit Freizeit und Kultur erwies sich hierzu als bedeutende positive prädiktive Variable ($\beta = 0,17$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,019$). Wie bereits an anderer Stelle aufgeführt, konnte die unerwartete Richtung dieses Zusammenhangs als eine Form der Ablenkung in der Außenwelt interpretiert werden (vgl. Abschnitt 5.2.1).

Tabelle 32: Multiples hierarchisches Regressionsmodell zur Vorhersage des negativen Affektes.

Prädiktor-variablen	Gesamt (N = 207)				Mannheim (N = 105)				Danzig (N = 102)			
	Modell 1		Modell 2		Modell 1		Modell 2		Modell 1		Modell 2	
	B	β	B	β	B	B	B	β	B	β	B	β
Individuelle Ressourcen												
Alter	-,675	-,306***	-,529	-,239***	-,820	-,361***	-1,191	-,525***	-,488	-,228**	-,369	-,173†
Geschlecht	-	-	-	-	1,319	,109	1,100	,091	-	-	-	-
Land	,973	,090	,086	,008	-	-	-	-	-	-	-	-
Schulbildung verheiratet / in Partner- schaft	,856	,151**	,675	,119*	,943	,162*	1,059	,353**	-	-	-	-
Äquivalenz- einkommen	-,086	-,007	-,043	-,004	-	-	-	-	-	-	-	-
Zufriedenheit mit Finanzen	,621	,071	,541	,062	-	-	-	-	-	-	-	-
CIRS	-,192	-,092	-,167	-,088	,257	,084	,177	,123	,182	,085	,005	,002
Gesundheits- einschätzung	-,392	-,096	-,222	-,076	-	-	-	-	-	-	-	-
PHRS	-	-	-	-	-	-	-	-	-,561	-,076	-,747	-,101
IADL	1,374	,218**	1,615	,257**	2,971	,473***	3,254	,518***	-	-	-	-
MMSE	,119	,054	,178	,127	-	-	-	-	-,089	-,047	,056	,029
Kreis 1	,019	,008	,009	,006	,434	,149*	,014	,005	,293	,130	,207	,092
Kreis 2	-,212	-,058	-,219	-,060	-,669	-,200**	-,382	-,114†	-,053	-,012	-,220	-,051
Zufriedenheit mit Kontakten	-	-	-	-	-	-	-	-	-,367	-,090	-,432	-,106
negative Unterstützung	-,073	-,027	-,038	-,014	-	-	-	-	-,918	-,337**	-,996	-,365*
Größe der pos. Unterst.	1,511	,247***	1,438	,235***	1,921	,289***	1,928	,290***	-	-	-	-
Extraversion	-,315	-,222**	-,355	-,250**	-,197	-,143†	-,103	-,075	,100	,069	,134	,091
Neurotizismus	-,107	-,104	-,098	-,099	-	-	-	-	-	-	-	-
SOC	,354	,369***	,311	,324***	-	-	-	-	,485	,535***	,409	,451**
SOC	-,316	-,342**	-,367	-,397***	-,313	-,342***	-,426	-,467***	-	-	-	-
Infrastrukturelle Ressourcen												
Mobilität und Verkehr (Z)			,452	,042			-,4239	-,327***			-	-
Versorgungs- einricht. (Z)			-,537	-,062			-	-			,681	,071
Freizeit und Kultur (Z)			1,470	,173**			-	-			2,050	,249†
Bildung und Ehrenamt (V)			-	-			,413	,046			-	-
Fachberatung (Z)			-	-			-	-			,209	,019
ambulante Altenhilfe (Z)			-	-			-	-			,188	,024
stat. & teil. Altenhilfe (Ü)			-	-			-,440	-,193*			-	-
Modell R²	528***		0,541**		0,582***		0,682***		0,435***		0,447**	
ΔR^2	0,028*				0,079***				0,056 n.s.			

Anmerkung: B: Regressionskoeffizient; SE: Standardfehler; β : standardisiertes β -Gewicht; sr^2 : quadrierte Semi-Partial-Korrelation; Modell R²: korrigiertes R²; Signifikanz: † p ≤ 0,10; * ≤ 0,05; ** ≤ 0,01; *** ≤ 0,001; (-): Variablen, die in der Analyse nicht berücksichtigt wurden, weil sie sich bereits in bereichübergreifenden Modellen als nicht signifikant erwiesen hatten (vgl. Kapitel 5.2.2.2); V: Vorhandensein; Z: Zufriedenheit; Ü: Übereinstimmung.

Unter individuellen Ressourcen trugen die psychologischen Eigenschaften wie das Kohärenzgefühl ($\beta = -0,40$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,047$) und Neurotizismus ($\beta = 0,32$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,039$) entscheidend zur Varianzaufklärung des negativen Affektes bei. Diese zwei Ressourcen konnten eigenständig 8,6% der Varianz vorhersagen. Einen vergleichbaren Beitrag leisteten die sozialen Ressourcen wie negative Unterstützung ($\beta = 0,24$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,041$) und Größe der positiven Unterstützung ($\beta = -0,25$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,029$). Das Alter alleine trug 4% zur Varianzaufklärung bei ($\beta = -0,24$; $p < 0,001$). Darauf folgten gesundheitsbezogene Ressourcen, welche eigenständig 3% der Varianz vorhersagten (PHRS: $\beta = 0,26$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,0$). Schließlich stand auch die Schulbildung in einem Zusammenhang mit dem negativen Affekt ($\beta = 0,12$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,010$). Das negative emotionale Wohlbefinden der ST fiel umso höher aus, je geringeres Kohärenzgefühl und je mehr depressive Symptomatik sie aufwiesen, je schlechteren Gesundheitszustand sie hatten, je mehr negative Unterstützung sie erhielten und je kleiner ihr Unterstützungsnetzwerk war sowie je jünger und gebildeter sie waren.

Wurden die untersuchten Städte separat betrachtet, zeigten die infrastrukturellen Ressourcen in Mannheim einen hochsignifikanten Beitrag, welcher den Prädiktionswert von individuellen Ressourcen um 8% ergänzen konnte (vgl. Tabelle 32). Die Bedeutung individueller Ressourcen für den negativen Affekt war aber viel größer: Die mit Abstand stärksten Indikatoren waren das junge Alter ($\beta = -0,53$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,175$) und die schlechte Gesundheit ($\beta = 0,52$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,14$), unmittelbar gefolgt von einem schwachen Kohärenzgefühl ($\beta = -0,47$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,085$) und einem höheren Schulabschluss ($\beta = 0,35$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,056$). Die Zufriedenheit mit Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten ($\beta = -0,33$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,051$) sowie die Person-Umwelt-Passung hinsichtlich stationärer und teilstationärer Altenhilfe ($\beta = 0,19$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,045$) stellten somit zusammen mit negativer Unterstützung ($\beta = 0,29$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,068$) die schwächsten Prädiktoren des negativen Affektes dar.

Der Beitrag infrastruktureller Ressourcen zur Vorhersage der Varianz von NA lag in Polen nicht signifikant höher als die Varianz, die individuelle Ressourcen schon alleine aufklären konnten ($\Delta R^2 = 0,056$; $p > 0,10$). Neurotizismus ($\beta = 0,45$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,095$) und Zufriedenheit mit sozialen Kontakten ($\beta = -0,37$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,052$) sagten als die beiden einzigen signifikanten Prädiktoren den größten Teil der Varianz des negativen Affektes vorher (zusammen 14,7%). Die Zufriedenheit mit Freizeit und Kultur ($\beta = 0,25$; $p < 0,10$) sowie das Alter ($\beta = -0,17$; $p < 0,10$) verfehlten knapp das Signifikanzniveau und klärten mit 2,2% und 2,1% den geringsten Anteil an Varianz auf.

5.3.1.3 Vorhersage der Lebenszufriedenheit

Das Modell, das ausschließlich individuelle Ressourcen einschloss, war hochsignifikant und sagte 48,9% der Varianz der Lebenszufriedenheit vorher. Wurden die infrastrukturellen Ressourcen zusätzlich berücksichtigt, sank der Varianzanteil um 1,1%, was aber keine signifikante Veränderung darstellte ($\Delta R^2 = 0,011$; $p > 0,10$). Parameter der Infrastruktur leisteten weder im Endmodell für die ganze untersuchte Population noch in den Endmodellen für die beiden Länder separat einen signifikanten Beitrag zur Erklärung der Lebenszufriedenheit im hohen Alter (vgl. Tabelle 33). Die Zufriedenheit mit ambulanter Altenpflege erwies sich im deutschen Modell als die einzige auf Infrastruktur bezogene Variable, welche zur Vorhersage der Lebenszufriedenheit beitrug ($\beta = 0,30$; $p < 0,01$): Je mehr die Mannheimer mit ambulanten Angeboten zufrieden waren, umso höher war ihre Lebenszufriedenheit. Dieser signifikante Effekt leistete eigenständig einen 5%igen Beitrag zur Varianzaufklärung des ganzen Modells und trug entscheidend dazu bei, dass von einer tendenziellen Verbesserung der Prädiktionskraft des Modells mit infrastrukturellen Ressourcen gegenüber einem Modell mit ausschließlich individuellen Ressourcen ausgegangen werden durfte ($\Delta R^2 = 0,053$; $p < 0,10$).

Als die wichtigsten Prädiktoren der Lebenszufriedenheit erwiesen sich die Depressivität und die fatalistische Kontrollüberzeugung ($\beta = -0,27$; $ps < 0,05$). Beide klärten zusammen 8,7% Varianz der Kriteriumsvariablen auf. Neben diesen auf die Psyche bezogenen Indikatoren wurde die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation als dritter gleichwertiger Prädiktor der Lebenszufriedenheit festgestellt ($\beta = -0,27$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,027$). Bei den Parameterschätzungen separiert nach untersuchten Städten kam in Mannheim einem zusätzlichen Indikator eine besondere Bedeutung zu: Die Zufriedenheit mit sozialen Kontakten klärte eigenständig 4% Varianz der Lebenszufriedenheit auf und war somit der stärkste Prädiktor im ganzen Modell ($\beta = 0,32$; $p < 0,05$). Durch die Einbeziehung infrastruktureller Ressourcen in die Regressionsanalyse verloren die Zufriedenheit mit Finanzen sowie die Gesundheit ihren signifikanten Einfluss auf die Lebenszufriedenheit und zeigten lediglich einen tendenziellen Bezug zu dieser Kriteriumsvariable ($ps < 0,10$). In Danzig brachte die Berücksichtigung infrastruktureller Ressourcen keinen zusätzlichen Beitrag zur Varianzaufklärung mit sich. Ähnlich wie im bereichsübergreifenden Modell individueller Ressourcen erwiesen sich im Endmodell Depressivität und Selbsteinschätzung der Gesundheit als die zwei wichtigsten Prädiktoren der Lebenszufriedenheit.

Tabelle 33: Multiples hierarchisches Regressionsmodell zur Vorhersage der Lebenszufriedenheit.

Prädiktorvariablen	Gesamt (N = 207)				Mannheim (N = 105)				Danzig (N = 102)			
	Modell 1		Modell 2		Modell 1		Modell 2		Modell 1		Modell 2	
	B	β	B	β	B	β	B	β	B	β	B	β
<i>Individuelle Ressourcen</i>												
Geschlecht	-,077	-,016	-,031	-,006	-,472	-,095	-,472	-,095	-,402	-,084	-,381	-,080
Land verheiratet / in Partnerschaft	,068	,015	,157	,034	-	-	-	-	-	-	-	-
Zufriedenheit mit Finanzen	-	-	-	-	,345	,086	,100	,068	-,535	-,108	-,560	-,113
Gesundheits- einschätzung	,282	,323***	,236	,270*	,325	,258**	,226	,179†	,016	,018	,017	,019
PHRS	-,018	-,006	-,005	-,002	-	-	-	-	,664	,213*	,634	,203*
IADL	-,349	-,132†	-,334	-,126	-,321	-,124†	-,425	-,165†	-	-	-	-
MMSE	-,065	-,071	-,053	-,058	-	-	-	-	-	-	-	-
Kreis 1	,058	,056	,076	,073	,087	,073	,178	,149	-,104	-,110	-,116	-,123
Zufriedenheit mit Kontakten	-	-	-	-	,130	,094	,271	,197†	-	-	-	-
positive Unterstützung	,128	,112	,138	,120	,307	,270**	,367	,322*	,012	,011	,002	,002
Extraversion	-	-	-	-	-,172	-,071	-,366	-,152	,706	,193†	,390	,140
Depressivität	,046	,094	,054	,110	-	-	-	-	-	-	-	-
IPC-C	-,369	-,320**	-,316	-,274*	-,062	-,059	-,167	-,159	-,592	-,470*	-,589	-,467*
SOC	-,113	-,234*	-,131	-,269*	-,113	-,274*	,030	,073	-,149	-,252†	-,141	-,240†
<i>Infrastrukturelle Ressourcen</i>												
Mobilität und Verkehr (Z)			,271	,059			,004	,001			-	-
Mobilität und Verkehr (Ü)			-	-			-	-			,061	,082
Versorgungseinricht. (Z)			,046	,013			-	-			,008	,002
Versorgungseinricht. (Ü)			,050	,053			-,191	-,243†			-	-
ambulante Altenhilfe (Z)			,256	,085			1,273	,295**			-,055	-,016
stat. & teil. Altenhilfe (Ü)			,041	,039			-	-			-	-
Modell R²	0,489***		0,478***		0,545***		0,583***		0,467***		0,434***	
ΔR^2	0,011 n.s.				0,053†				0,005 n.s.			

Anmerkung: B: Regressionskoeffizient; SE: Standardfehler; β : standardisiertes β -Gewicht; sr^2 : quadrierte Semi-Partial-Korrelation; Modell R²: korrigiertes R²; Signifikanz: † p ≤ 0,10; * ≤ 0,05; ** ≤ 0,01; *** ≤ 0,001; (-): Variablen, die in der Analyse nicht berücksichtigt wurden, weil sie sich bereits in bereichübergreifenden Modellen als nicht signifikant erwiesen hatten (vgl. Kapitel 5.2.2.2); V: Vorhandensein; Z: Zufriedenheit; Ü: Übereinstimmung.

5.3.2 Strukturgleichungsmodelle des Wohlbefindens im hohen Alter

Das Zusammenwirken individueller und infrastruktureller Ressourcen wurde nicht nur anhand der gerade präsentierten Regressionsanalysen untersucht, sondern auch mit Hilfe der Strukturgleichungsmodelle (SGM) analysiert, die zur Überprüfung komplexer, multivariater stochastischer Hypothesen besonders gut geeignet sind (vgl. Abschnitt 4.7.4). Die in diesem Abschnitt dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die Fragestellungen 3.3 und 3.4. Es sollten theoretisch vermutete Zusammenhänge zwischen hypothetischen Konstrukten der Ressourcen und des Wohlbefindens überprüft und der Beitrag individueller und infrastruktureller Ressourcen zum Wohlbefinden in einem theoretisch postulierten Modell untersucht werden. Im Sinne einer Kreuzvalidierung des Modells fokussierte die Fragestellung beide Länder getrennt und sollte für die drei Facetten des Wohlbefindens unabhängig voneinander beantwortet werden.

5.3.2.1 Aufstellung des Strukturgleichungsmodells

Die minimal erforderliche Stichprobengröße spielt bei der Schätzung von Strukturgleichungsmodellen (SGM) eine sehr wichtige Rolle (Baltès-Götz, 2008). Auch bei der Aufstellung von eigenen Modellen war diese ausschlaggebend. Backhaus und Kollegen (2008, S. 370) nennen für Verfahren mit SGM eine Mindestgröße von $N \geq 100$. Weiterhin spezifizieren sie die empfohlene Größe für eine reliable Parameterschätzung als $N \geq 5 \times t$, wobei t die Anzahl der zu schätzenden Parameter ist (vgl. auch Loehlin, 2004, S. 60-61). Die Bedingung der Mindestgröße wurde daher für diese Studie erfüllt. Bei 207 ST durften dennoch nicht mehr als 42 Parameter geschätzt werden, wobei das Vorhaben, die gleichen Modelle auch für die beiden untersuchten Nationen getrennt zu testen, die Anzahl der Parameter in einem Modell bis zu maximal 21 einschränkte. Somit durfte das heuristische Modell des Wohlbefindens, welches sich aus theoretischen Überlegungen ergab (siehe Abbildung 8), auf der Ebene von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen (endogene Variablen) mit 9 manifesten exogenen Variablen geschätzt werden. Das in Abbildung 30 veranschaulichte Modell stellte das allgemeine Strukturgleichungsmodell dar, welches sowohl für die Gesamtstichprobe als auch separat für die beiden Nationen getestet wurde. Angelehnt an die übliche Darstellungsweise wurden dabei die latenten Konstrukte als Kreise und die manifesten, beobachteten Variablen als Rechtecke dargestellt.

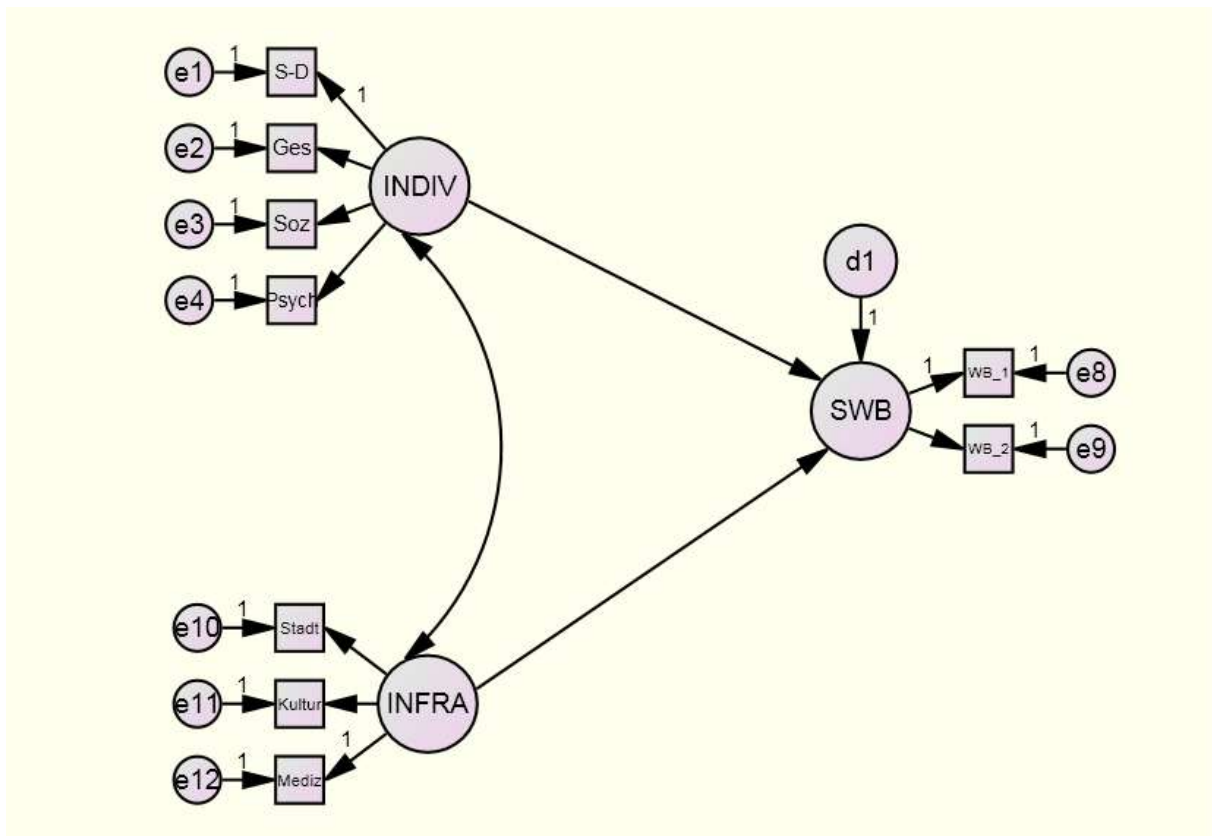


Abb. 30: Strukturgleichungsmodell zur Spezifikation der Beziehung zwischen Ressourcen und Wohlbefinden.

Eine entsprechende Auswahl der Items oder genauer gesagt Prädiktoren stellt bei der Spezifizierung von SGM eine weitere wichtige Voraussetzung dar. Wie Abbildung 30 entnommen werden kann, wurden die hier verwendeten Indikatoren in Anlehnung an die theoretischen Kriterien der Ressourcenaufteilung in soziodemographische, gesundheitliche, soziale und psychologische Ressourcen einerseits sowie in Ressourcen der Stadtinfrastruktur, der Kultur-, Freizeit- und Bildungsangebote sowie der Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote andererseits differenziert. Des Weiteren mussten für jedes Konstrukt solche Items ausgesucht werden, die untereinander nicht zu stark kovariieren. Darüber hinaus durften diese in ihrer Ladung auf dem Konstrukt nicht sehr deutlich voneinander abweichen, denn sonst könnte es bedeuten, dass die Items verschiedene Faktoren messen (vgl. Arbuckle, 2007). Daher wurden im Vorfeld Within-Kovarianzen für individuelle und infrastrukturelle Ressourcen sowohl für die ganze Gruppe als auch beide Nationen separat ermittelt (hier nicht präsentiert). Eine weitere Schwierigkeit bestand darin, im Hinblick auf den Ländervergleich solche Indikatoren zu wählen, die in beiden Ländern hohe Korrelationen zu der latenten Variable aufweisen (vgl. Tabelle 17). Bezüglich individueller Ressourcen war diese Forderung leichter zu erfüllen, da hier die Indikatoren eher universell waren (z.B. PHRS, Sozial-

schicht). Im Hinblick auf das Wohnumfeld war die Auswahl schwieriger zu treffen, denn wie die vorherigen Analysen zeigten, korrelierten einzelne Variablen aus dem Bereich der Infrastruktur in den beiden Ländern sehr unterschiedlich miteinander. Die Komplexität des Auswahlprozesses wurde zusätzlich durch die drei Facetten des Wohlbefindens erschwert. Auf der Grundlage ermittelter Kovarianzen, mehrerer im Vorfeld durchgeführter Faktorenanalysen sowie SGM-Schätzungen mit verschiedenen Prädiktorvariablen (hier nicht aufgeführt), wurden die latenten Konstrukte anhand folgender Indikatoren operationalisiert:

Individuelle Ressourcen

- Soziodemographische Merkmale: Die Sozialschicht (1-4), die auf dem Äquivalenzeinkommen basierte, erwies sich als der geeignetste Indikator.
- Gesundheitsbezogene Ressourcen: Die Physical Health Rating Scale zeigte die stärkste Beziehung zu allen Wohlbefindensfacetten nicht nur in der Gesamtstichprobe, sondern auch in den beiden nationalen Stichproben. Daher konnte die PHRS in allen geschätzten SGM erfolgreich eingesetzt werden.
- Soziale Ressourcen wurden in dem SGM durch die Gesamtzahl jener Personen, die in drei Antonucci-Kreisen genannt wurden, repräsentiert.
- Psychologische Ressourcen: Als Indikator wurde Depressivität ausgewählt, welche mit der Geriatric Depression Scale erfasst wurde. Im Rahmen zahlreicher Berechnungen wurde versucht, auch mit anderen Merkmalen zu arbeiten (z.B. Extraversion, Neurotizismus). Dies führte aber dazu, dass kein auf beide Länder übertragbares Messmodell aufgestellt werden konnte. Damit alle Indikatoren auf die latente Variable in einer Richtung laden, musste die GDS umgepolt werden.

Infrastrukturelle Ressourcen

Da sich unter den individuellen Ressourcen ausschließlich objektiv erfasste Variablen befanden, wurde bei der Auswahl infrastruktureller Ressourcen darauf verzichtet, die Zufriedenheit mit der Infrastruktur als Prädiktor ins Modell aufzunehmen. Es war das Ziel der Aufstellung, die latenten Variablen so weit wie möglich einheitlich zu operationalisieren. Des Weiteren gaben bisherige Analysen keine Hinweise auf eine Beziehung zwischen Wohlbefinden und Vorhandensein von Infrastruktur, was dazu führte, dass auch diese Variablen nicht ins Modell aufgenommen werden konnten. Demzufolge wurde die Person-Umwelt-Passung als ein Prädiktor für infrastrukturelle Ressourcen ausgewählt. Die Betrachtung von Kovarianzen zwischen Infrastruktur und Wohlbefinden bestätigte diese Auswahl (vgl. Tabelle A.12). Aus jedem Infrastrukturbereich konnte ein Prädiktor ausgewählt werden. Dennoch musste

aufgrund von Spezifizierungsproblemen (z.B. negativer Varianz) bei der Schätzung von drei Modellen eine Variable ersetzt werden.

- **Stadtinfrastruktur:** Bis auf das Modell von Lebenszufriedenheit für Mannheim, in dem der Übereinstimmungsindex hinsichtlich Versorgungseinrichtungen verwendet werden musste, konnten alle SGM mit dem Übereinstimmungsindex hinsichtlich Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten berechnet werden.
- **Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten:** wurde durch die Person-Umwelt-Passung hinsichtlich der Freizeit- und Kulturangebote gemessen.
- **Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote:** Der Übereinstimmungsindex stationärer Altenhilfe wurde als der beste Prädiktor ausgewählt. Dennoch musste er in Modellen von negativem Affekt und Lebenszufriedenheit für Danzig durch den Übereinstimmungsindex hinsichtlich ambulanter Altenhilfe ersetzt werden. Sonst hätten die Modelle nicht spezifiziert werden können, da sich immer wieder eine negative Varianz bei Wohlbefinden ergab, welche in SGM nicht vorkommen darf.

Alter

Da sich das Alter in allen bisherigen Analysen als wichtiger Prädiktor des negativen Affektes erwies, wurde dieses als eine beobachtete Variable, die direkt auf negativen Affekt lädt, in das SGM aufgenommen.

Positiver Affekt

Mit Hilfe der Faktorenanalyse mit Oblimin-Rotation und der vorgegebenen Faktorenzahl (2) wurden die 10 Items der Skala zu 2 Subscores mit je 5 Items aufaddiert (vgl. Backhaus, Erichson, Plinke, & Weiber, 2008). In den ersten Subscore gingen folgende Items ein: begeistert, interessiert, stolz, angeregt und stark. Der zweite Subscore bestand aus den Items: erwartungsvoll, entschlossen, aufmerksam, hellwach und aktiv. Die zwei Subscores wurden als Indikatoren für den positiven Affekt angewendet.

Negativer Affekt

Hierzu wurde die gleiche Vorgehensweise wie beim positiven Affekt gewählt. In den ersten Subscore gingen die Items bedrückt, beschämt, unruhig, verängstigt und ängstlich ein und in den zweiten reizbar, feindselig, verärgert, schuldig und nervös.

Lebenszufriedenheit

Basierend auf einer Reliabilitätsanalyse und dabei vor allem auf Itemgütekriterien sowie der Statistik „Skala, wenn Item gelöscht“ wurden das Item 1: „Mein Leben entspricht meinen

Idealvorstellungen“ und das Item 3: „Ich bin mit meinem Leben zufrieden“ als die besten Indikatoren für die Schätzung von SGM ausgewählt.

Somit bestand jedes Modell aus 22 Variablen, wobei 9 davon manifeste und 13 latente Variablen darstellten. 12 Variablen waren als exogen und 10 als endogen zu bezeichnen. Es wurden jeweils 21 Parameter geschätzt. Dementsprechend betrug die Freiheitsgradanzahl 24¹¹³ (vgl. Tabelle 34). Bei der Schätzung jedes Modells wurde gleichzeitig die Prüfung multivariater Normalität vorgenommen (hier nicht dargestellt). Für die aufgestellten Modelle ist hierzu von Bedeutung, dass diese Ergebnisse unauffällig waren.

Tabelle 34: Berechnung der Freiheitsgrade des SGM (Default model)

Number of distinct sample moments:	45
Number of distinct parameters to be estimated:	21
Degrees of freedom (45 - 21):	24

5.3.2.2 Das Zusammenwirken von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen in dem Strukturgleichungsmodell

Tabelle 35 gibt eine Übersicht über die Ergebnisse der Modelltestungen für die beiden nationalen Stichproben und die Gesamtstichprobe¹¹⁴. Wie der Tabelle zu entnehmen ist, konnte das Modell zu dem negativen Affekt für Mannheim nicht berechnet werden. Trotz Modifikationen im Rahmen des Modell ergab sich in der Berechnung der Ergebnisse für Mannheim immer wieder eine negative Varianz bei NA. Diese ist in SGM nicht akzeptabel und deutete darauf hin, dass das Strukturmodell den vorhandenen Daten nicht entsprach.

Die ermittelten Fit-Indizes befanden sich im Bereich von akzeptabel bis gut und sprachen somit für eine tendenzielle bis angemessene Reproduktion der empirisch beobachteten Kovarianzen zwischen den Indikatoren. Wurden die Fit-Indizes genauer betrachtet, konnte das Modell des positiven Affektes in Danzig als das beste Modell klassifiziert werden. Die drei Modelle für die Gesamtstichprobe zeigten einen vergleichbaren Fit, der als mittelmäßig bis gut beurteilt werden konnte (vgl. Brown & Cudeck, 1993; MacCallum, Browne, &

¹¹³ Bei NA waren es aufgrund der Aufnahme des Alters 23 Variablen, wobei 10 davon manifeste und 13 latente Variablen darstellten. 13 Variablen waren exogen und 10 endogen. Das Modell schätzte 22 Parameter.

¹¹⁴ Dabei ist zu beachten, dass bis auf zwei Modelle diese für die Berechnung des Modell-Fits in seiner ursprünglichen Form belassen, d.h. Modifikationsindikatoren, deren Beachtung den Modell-Fit verbessern könnte, nicht berücksichtigt wurden. Problematisch an dieser Vorgehensweise ist, dass sie dazu verleitet, empiristisch und nicht theoretisch vorzugehen. Wie bereits angedeutet, wurde die Anwendung eines Modifikationsindex bei zwei Modellen zugelassen. In den Modellen von Lebenszufriedenheit für Mannheim sowie negativen Affekten für die Gesamtstichprobe wurde zwischen zwei Fehlervarianzen ein Kovarianzpfad zusätzlich aufgenommen – Sozialschicht und Person-Umwelt-Passung hinsichtlich Freizeit und Kultur. Die Einbeziehung dieses Kovarianzpfades verbesserte den sonst unakzeptablen Modell-Fit, ohne sich in erheblichem Maße auf die Parameterschätzung auszuwirken.

Sugawara, 1996). Das Modell des positiven Affektes für Mannheim ergab die schlechteste Übereinstimmung mit dem theoretischen Modell, welche sich durch grenzwertige Fix-Indizes offenbarte. Da die Daten aus zwei Nationen stammten, konnte hierzu festgehalten werden, dass im Sinne einer Kreuzvalidierung die Überprüfung des aufgestellten Modells im Hinblick auf Lebenszufriedenheit und positiven Affekt gelang. Hinsichtlich des negativen Affektes konnte das Modell für Mannheim kein befriedigendes Ergebnis liefern.

Tabelle 35: Goodness-of-fit-Kennwerte des SGM für der Gesamtstichprobe und die nationalen Stichproben.

Fit-Indizes	Gesamt (N = 207)	Mannheim (N = 105)	Danzig (N = 102)
Modell 1: Positiver Affekt			
χ^2/df	2,11	2,87	1,92
GFI	0,946	0,907	0,959
AGFI	0,894	0,893	0,907
NFI	0,885	0,815	0,874
CFI	0,927	0,870	0,967
RMSA	0,062	0,074	0,054
Modell 2: Negativer Affekt			
χ^2/df	2,00	n.b.	1,79
GFI	0,942	n.b.	0,927
AGFI	0,898	n.b.	0,857
NFI	0,859	n.b.	0,798
CFI	0,905	n.b.	0,852
RMSA	0,059	n.b.	0,070
Modell 3: Lebenszufriedenheit			
χ^2/df	1,99	2,15	1,96
GFI	0,953	0,938	0,953
AGFI	0,911	0,909	0,912
NFI	0,894	0,780	0,864
CFI	0,931	0,832	0,955
RMSA	0,061	0,069	0,073

Tabelle 36 gibt einen Überblick über die Vorhersagegewichte in den Strukturgleichungsmodellen für die Gesamtstichprobe und beide untersuchten Nationen. Aufgeführt wurden die Parameter für die Varianzaufklärung sowie die Beziehung der einzelnen latenten Konstrukte untereinander (*Strukturmodell*). Hierbei musste beachtet werden, dass die hier beschriebene Beziehung kein Ursache-Folge-Verhältnis ausdrückt, da ausschließlich mit Querschnittsdaten gearbeitet wurde. Detaillierte Ergebnisse der Estimation in allen Modellen können den Tabellen A.15. bis A.22 im Anhang entnommen werden (*Messmodell*).

Aus den drei latenten Kriterien resultierten substantielle Varianzaufklärungen, die mit $R^2 = 0,754$ für den positiven Affekt höher ausfielen als mit $R^2 = 0,637$ für den negativen Affekt und $R^2 = 0,688$ für die Lebenszufriedenheit. Im Vergleich zu Regressionsmodellen, welche einen großen Varianzanteil vorhersagen konnten (vgl. Abschnitt 5.3.1), war die Vorhersagekraft der Strukturgleichungsmodelle für alle Wohlbefindensfacetten noch größer.

Hinsichtlich Lebenszufriedenheit konnte der stärkste Zuwachs an aufgeklärter Varianz verzeichnet werden (im Regressionsmodell $R^2 = 0,478$). Dabei wurde davon ausgegangen, dass sich diese Differenzen aus den sich konzeptuell voneinander unterscheidenden Regressionsverfahren ergaben. Während die klassische Regressionsanalyse es nicht erlaubt, die Messfehler der abhängigen Variablen zu berücksichtigen, werden diese in Strukturgleichungsmodellen direkt adressiert. Demnach sind die Ergebnisse der SGM um die Messfehler bereinigt und können höhere Vorhersage- und Prädiktionswerte aufweisen. Darüber hinaus wird bei der linearen Regression das Modell so spezifiziert, dass die abhängige Variable eine Linearkombination aller in das Modell aufgenommenen *Einzelparameter* darstellt. Mit der Methode SGM werden dahingegen Zusammenhänge *theoretischer Konstrukte* analysiert und Kovarianzmatrizen unter Berücksichtigung der Residualvarianz abhängiger Variablen geschätzt. Je geringer die Residualvarianz ist, desto enger hängt die abhängige Variable mit dem unabhängigen Faktor zusammen. Demzufolge fielen die hier ermittelten Parameterschätzungen im Vergleich zu denjenigen in den geschätzten Regressionsmodellen höher aus. Beide Verfahren hatten dennoch gemeinsam, dass die Varianz des positiven Affektes zum größten Teil aufgeklärt werden konnte.

Tabelle 36: Strukturgleichungsmodelle: Standardisierte Vorhersagegewichte in der Gesamtstichprobe und den nationalen Stichproben.

Fit-Indizes	Gesamt (N = 207)	Mannheim (N = 105)	Danzig (N = 102)
Modell 1: Positiver Affekt			
Varianzaufklärung	0,754	0,702	0,813
PA <-- INDIV	0,624***	0,619**	0,727***
PA <-- INFRA	0,481***	0,509*	0,226
INDIV <--> INFRA	0,313*	0,402*	0,511*
Modell 2: Negativer Affekt			
Varianzaufklärung	0,637	n.b.	0,735
NA <-- INDIV	-0,539***	n.b.	-0,579*
NA <-- INFRA	-0,467*	n.b.	-0,425
NA <-- ALTER	-0,340***	n.b.	-0,252**
INDIV <--> INFRA	0,334*	n.b.	0,588**
Modell 3: Lebenszufriedenheit			
Varianzaufklärung	0,688	0,760	0,697
LZ <-- INDIV	0,608***	0,695*	0,486*
LZ <-- INFRA	0,223*	0,338*	0,276
INDIV <--> INFRA	0,353**	0,391	0,501**

Anmerkung: † $p \leq 0,10$; * $\leq 0,05$; ** $\leq 0,01$; *** $\leq 0,001$.

Die Vorhersageprofile einzelner Kriterien wiesen sowohl Übereinstimmungen als auch Differenzen auf. Hinsichtlich der Beziehung zwischen individuellen Ressourcen und Facetten des Wohlbefindens bestanden keine erheblichen Unterschiede. In allen Modellen erhielten individuelle Ressourcen das größte Gewicht (PA: $\gamma = 0,62$; NA: $\gamma = -0,54$; LZ: $\gamma = 0,61$). Je

höher das Ausmaß an individuellen Ressourcen war, umso höher war das Wohlbefinden (höherer PA; niedrigerer NA; höhere LZ). Den gleichen positiven Einfluss für das Wohlbefinden zeigten die infrastrukturellen Ressourcen. Im Vergleich zu individuellen Ressourcen war ihr Vorhersagegewicht aber geringer. Weitere Differenzen äußerten sich im Hinblick auf die Beziehung zwischen Infrastruktur und einzelnen Facetten des Wohlbefindens. In Modellen emotionalen Wohlbefindens erhielten infrastrukturelle Ressourcen ein mehr als doppelt so hohes Gewicht wie im Modell der Lebenszufriedenheit (PA: $\gamma = 0,48$; NA: $\gamma = 0,47$; LZ: $\gamma = 0,22$). Das Alter, das als Prädiktor in SGM des negativen Affektes aufgenommen wurde, zeigte ein signifikant negatives Gewicht von $\gamma = -0,34$. Dieses Ergebnis stimmte mit den Resultaten der durchgeführten Regressionsanalysen überein. Je älter die ST waren, desto weniger negative Emotionen erlebten sie¹¹⁵. Des Weiteren erwies sich der Korrelationspfad zwischen individuellen und infrastrukturellen Ressourcen durchgehend als signifikant und deutete auf eine mittelstarke positive Beziehung hin. Somit konnte davon ausgegangen werden, dass die Beziehung der beiden latenten Prädiktoren zum Wohlbefinden nicht nur direkt, sondern auch indirekt besteht, d.h. über die andere Variable vermittelt wird. Die genaue Bedeutung dieser Interaktion für das Wohlbefinden im hohen Alter wurde im nächsten Abschnitt der Ergebnisdarstellung genau untersucht.

Ein wesentlicher Unterschied beim Vergleich der beiden Nationen bestand in der Größe der Varianzaufklärung des Kriteriums. Während im Modell des positiven Affektes für Danzig 10% mehr Varianz vorhergesagt werden konnten, zeigte sich hinsichtlich der Lebenszufriedenheit ein gleich großer Unterschied zugunsten der Mannheimer Stichprobe. In der Folge resultierten hierzu auch unterschiedliche Vorhersagegewichte für beide Prädiktoren. Die wichtigste Differenz ergab sich hinsichtlich der Bedeutung der Infrastruktur für das Wohlbefinden der polnischen ST. In den Danziger Modellen des positiven Affektes zeigten infrastrukturelle Ressourcen ein um die Hälfte (Mannheim $\gamma = 0,51$; Danzig $\gamma = 0,23$) und im Modell der Lebenszufriedenheit ein um 14% geringeres Vorhersagegewicht im Vergleich zu den Modellen für die Mannheimer Stichprobe (Mannheim $\gamma = 0,34$; Danzig: $\gamma = 0,28$). Die Überprüfung der Signifikanz der beiden Effekte bestätigte, dass die ermittelten geringen Vorhersagewerte für die polnische Stichprobe keine statistische Relevanz für das Wohlbefinden hatten. Die für die Gesamtstichprobe gefundene signifikante korrelative Beziehung zwischen latenten Prädiktoren war auch bei der Betrachtung der Nationen wiederzufinden.

¹¹⁵ Darüber hinaus wurde bei der Schätzung des negativen Affektes ein Hinweis auf eine Korrelation zwischen Alter und Infrastruktur gefunden. Eine Überprüfung dieser Beziehung mit einem Korrelationspfad ergab einen negativen Zusammenhang. Je älter die ST waren, eine umso schlechtere Person-Umwelt-Passung wiesen sie auf. Das hier dargestellte Modell wurde aber ohne Berücksichtigung von diesem Pfad geschätzt.

Dieses konsistente Ergebnis verdeutlichte nochmals die Notwendigkeit einer genauen Betrachtung der Interaktion zwischen den beiden Variablen.

5.3.3 Bedeutung der Interaktion zwischen individuellen und infrastrukturellen Ressourcen für das Wohlbefinden im hohen Alter

In den letzten Analysen, welche im Rahmen der vorliegenden Arbeit durchgeführt wurden, wurde der Frage nachgegangen, ob sich Unterschiede in der Wirkung infrastruktureller Ressourcen auf Lebenszufriedenheit und affektives Wohlbefinden in Abhängigkeit des Ausmaßes an verfügbaren individuellen Ressourcen finden. Somit stand der Interaktionseffekt individueller und infrastruktureller Ressourcen im Zentrum des Interesses (Fragestellung 3.4). In den bisherigen Analysen wurden dagegen individuelle und infrastrukturelle Ressourcen parallel in ihrem Zusammenwirken berücksichtigt.

In Anlehnung an die Theorie von Lawton (1989) wurde angenommen, dass der positive Effekt infrastruktureller Ressourcen auf das Wohlbefinden besonders dann ersichtlich wird, wenn die individuellen Ressourcen nachlassen und der Umwelt eine unterstützende und kompensierende Rolle zukommt. Somit wird der Beitrag der Infrastruktur zum Wohlbefinden im hohen Alter bei denjenigen Personen größer, die über wenig individuelle Ressourcen verfügen. Das heißt, dass die Infrastruktur einen Moderator der Beziehung zwischen Ressourcen und Wohlbefinden darstellt (Baron & Kenny, 1986).

Die Testung dieses Moderationseffektes erfolgte zuerst unabhängig vom Herkunftsland für beide Stichproben zusammen und danach für die beiden Länder getrennt. Die statistische Auswertung wurde mit einer multiplen hierarchischen Regressionsanalyse durchgeführt, welche Haupteffekte von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen im ersten und den Interaktionseffekt der beiden Ressourcen im zweiten Schritt in die Analyse einbezog (Tabachnik & Fidell, 1989).

5.3.3.1 Bildung übergreifender Ressourcenindikatoren

Die Analyse erfolgte mit speziell dafür entwickelten bereichsübergreifenden Gesamtindikatoren von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen, deren Interaktion unproblematisch in die Analyse aufgenommen werden konnte. Die Spezifizierung von Modellen, die mehrere Interaktionsterme gleichzeitig erhielten (z.B. gesundheitliche Ressourcen \times Infrastruktur pflegerischer und medizinischer Angebote; psychologische Ressourcen \times Stadtinfrastruktur usw.), wäre aufgrund ihrer großen Komplexität im Hinblick auf das Testen und die Interpreta-

tion problematisch gewesen. Darüber hinaus hat sich dieses Vorgehen in bisherigen Studien zum Ressourcenhaushalt bewiesen (z.B. M. Baltes & Lang, 1997; Hobfoll, 1998).

In den Score individueller Ressourcen gingen diejenigen Variablen ein, die die persönliche Situation der hochaltrigen Personen in den wichtigsten Funktionsbereichen abbilden konnten und sich gleichzeitig in bisherigen Analysen als gute Prädiktoren des Wohlbefindens erwiesen haben. Es wurden insgesamt acht Variablen ausgewählt und so umgepolt, dass mit den steigenden Werten das Ausmaß an Ressourcen ebenfalls zunahm. Die Variablen mussten zuerst aufgrund ihrer unterschiedlichen Skalierung z-transformiert und dann zu einem Mittelwertindikator zusammengefasst werden (Rushton, Brainerd, & Pressley, 1983). Zu den aufgenommenen Variablen gehörten (in Klammern das Instrument, mit dem die Variable erfasst wurde):

- Finanzielle Lage (Sozialschicht)
- Gesundheitszustand (Physical Health Rating Scale)
- Kognitive Leistungsfähigkeit (Mini Mental Status Examination)
- Selbstständigkeit (Instrumental Activities of Daily Living)
- Soziale Ressourcen (Antonucci-Kreise: Gesamtscore)
- Soziale Unterstützung (Anzahl der Personen, die tatsächliche Unterstützung leisten)
- Psychologische Ressourcen (Extraversion und Depressivität).

Die Reliabilität des so gebildeten Ressourcenindikators wurde durch Cronbachs Alpha überprüft¹¹⁶. Die individuellen Ressourcen besaßen eine gute interne Konsistenz von $\alpha = 0,76$.

Tabelle 37: Deskriptive Charakteristika der Ressourcenindikatoren.

Variable	Min.	Max.	M	SD	Median	Kurtosis	Schiefe
individuelle Ressourcen	-2,27	1,51	0,00	,642	0,0700	-,908	-,410
infrastrukturelle Ressourcen	-1,44	1,62	0,00	,742	-0,0479	,473	,139

Min.: Minimum; *Max.:* Maximum; *M:* Mittelwert; *SD:* Standardabweichung.

Der bereichsübergreifende Indikator infrastruktureller Ressourcen basierte auf der Person-Umwelt-Passung hinsichtlich aller drei erfassten Infrastrukturbereiche, d.h. Stadtinfrastruktur, Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten sowie Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote. Die Entscheidung für Variablen der Person-Umwelt-Passung

¹¹⁶ Im Vorfeld wurden die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Indikatoren ermittelt, um dem Vorgehen der Datenaggregation gerecht zu werden. Bis auf zwei Korrelationen (zwischen Sozialschicht und positiver Unterstützung sowie Sozialschicht und IADL-Score) bestanden zwischen acht Variablen signifikante positive Beziehungen. Die Korrelationen betragen zwischen 0,194 und 0,490. Da sich Cronbachs Alpha der Skala nach dem Löschen des Items Sozialschicht nicht deutlich verbesserte (von $r = 0,757$ auf $r = 0,766$), wurde die Variable in den Score aufgenommen (vgl. Tabelle A.13).

wurde aus drei Gründen getroffen: Erstens erwies sich das Vorhandensein von guten infrastrukturellen Bedingungen in den bisherigen Analysen als unbedeutend. Zweitens schien diese Variable theoretisch am besten begründet zu sein (vgl. Carp & Carp, 1984; Kahana, 1982) und drittens sollte eine den individuellen Ressourcen entsprechende Variable gebildet werden, die nicht zu stark auf subjektiven Kriterien beruhte (z.B. Zufriedenheit mit Infrastruktur). Somit stellten die Übereinstimmungsindizes zwischen persönlich wichtigen und objektiv vorhandenen infrastrukturellen Ressourcen die beste Auswahl dar. Die Indizes in den drei Bereichen der Infrastruktur wurden z-standardisiert und zu einem Mittelwertindikator zusammengefasst¹¹⁷. Cronbachs Alpha der in dieser Weise gebildeten Summenscores infrastruktureller Ressourcen betrug $\alpha = 0,59$, was bei drei Items einen akzeptablen Wert darstellte. Tabelle 37 fasst die deskriptiven Charakteristika der beiden Ressourcenindikatoren zusammen. Die Korrelation zwischen den Indikatoren ergab eine mittlere Stärke von $r = 0,367$. Die deskriptive Beschreibung von Ressourcenindikatoren für die beiden nationalen Stichproben kann den Tabellen A.25 und A.26 im Anhang entnommen werden.

5.3.3.2 Infrastrukturelle Ressource als Moderator der Beziehung zwischen individuellen Ressourcen und Wohlbefinden

Der Schwerpunkt der hier dargestellten Analysen lag auf der Betrachtung des dynamischen Zusammenspiels zwischen individuellen und infrastrukturellen Ressourcen sowie Wohlbefinden. Dabei wurde davon ausgegangen, dass sowohl die beiden Ressourcen voneinander unabhängige Effekte auf das Wohlbefinden aufweisen (*Haupteffekte*¹¹⁸) als auch die Interaktion zwischen ihnen einen zusätzlichen Beitrag zur Varianzaufklärung leistet (*Interaktionseffekt*). Hinsichtlich der funktionalen Bedeutung dieses Interaktionseffektes wurde erwartet, dass Personen mit wenigen individuellen Ressourcen besonders stark von guten infrastrukturellen Gegebenheiten profitieren und somit ein höheres Wohlbefinden aufweisen als ressourcenarme Personen, die nicht über eine gute Infrastruktur verfügen.

¹¹⁷ Die Aggregation war durch Überprüfung der Korrelationen zwischen den drei Indikatoren gesichert. Alle Zusammenhänge waren positiv und signifikant. Sie betragen zwischen $r = 0,229$ und $r = 0,392$ (vgl. Tabelle A.14).

¹¹⁸ Manche Autoren sehen hier davon ab, solche Effekte als Haupteffekte zu beschreiben, und nutzen eher den Begriff „First-order-Effekte“ oder „conditional effects“. Diese Effekte sind konditional, denn ihr Effekt ist wegen des Interaktionseffektes nicht konstant, sondern hängt vom Wert des Moderators ab (siehe z.B. Frazier, Barron, & Tix, 2004; Jaccard & Turrisi, 2003). Genauer gesagt, bezieht sich die aufgeführte Größe des „Haupteffektes“ auf den Durchschnittswert des Moderators.

Wie bereits angedeutet, erfolgte die Testung des Moderationseffektes mit der multiplen hierarchischen Regressionsanalyse¹¹⁹. Im ersten Schritt wurden Indikatoren für individuelle und infrastrukturelle Ressourcen und im zweiten der Multiplikationsterm beider Ressourcenindikatoren¹²⁰ in die Analyse eingeführt (vgl. Baron & Kenny, 1986; Tabachnik & Fidell, 1989). Die Ergebnisse dieser Regressionsanalysen wurden in den Tabellen 38 bis 40 zusammengefasst¹²¹.

Positiver Affekt

Das Modell des positiven Affektes erklärte insgesamt 52,5% Varianz. Im ersten Regressions-schritt, als nur individuelle und infrastrukturelle Ressourcen berücksichtigt wurden, entfielen auf die beiden Prädiktoren 49,5% Varianz. Auffallend war dabei, dass die in dieser Analyse verwendeten Ressourcenindikatoren im Vergleich zu den multiplen Indikatoren, welche in übergreifenden Regressionsanalysen 68% Varianz aufklärten (vgl. Abschnitt 5.3.1.1), weniger Varianz des positiven Affektes vorhersagen konnten. Dieser Unterschied ergab sich daraus, dass die einzelnen Ressourcen stärker miteinander variierten und somit eine größere Vorhersagekraft aufwiesen. Darüber hinaus wurde in den übergreifenden Regressionsanalysen immer wieder darauf geachtet, dass die zahlreichen Prädiktoren stark mit der Kriteriumsvariable und nicht zu stark untereinander korrelieren, denn damit deckte jeder Prädiktor einen anderen Teil des Kriteriums ab, was sich positiv auf die Größe der vorhergesagten Varianz auswirkte.

Wie Tabelle 38 entnommen werden kann (*Schritt 1*), deuteten beide Betagewichte der Ressourcenindikatoren auf eine positive, signifikante und voneinander unabhängige Beziehung zum positiven Affekt hin. Allerdings trugen individuelle Ressourcen bedeutend mehr zur Varianzaufklärung bei ($\beta = 0,635$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,348$) als infrastrukturelle Gegebenheiten ($\beta = 0,158$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,022$). Die Interaktion zwischen beiden Variablen (*Schritt 2*) konnte über die beiden Haupteffekte hinaus eine zusätzliche Varianz aufklären ($\beta = 0,188$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,033$). Der Effekt war hochsignifikant, obgleich er die Varianzvorhersage lediglich um 3,3% verbesserte ($\Delta R^2 = 0,033$; $p < 0,001$).

¹¹⁹ Diese Methode wird in der Forschung oft empfohlen (z.B. Cohen, Cohen, West, & Aiken, 2003), denn sie ist die einzige, die die Möglichkeit bietet, kontinuierliche Variablen zu verwenden und diese für die Analyse nicht dichotomisieren zu müssen, wie das z.B. bei der Durchführung einer klassischen Varianzanalyse der Fall ist.

¹²⁰ Da die beiden Ressourcenvariablen im Vorfeld z-standardisiert wurden, ist die Bedingung der Zentrierung von Prädiktoren vor der Bildung des Interaktionsterms gegeben (vgl. Bortz, 2004).

¹²¹ Für alle Regressionsanalysen war die Voraussetzung der normalverteilten Residuen erfüllt (die Kolmogorov-Smirnov-Test-Werte waren unauffällig und nicht signifikant. Der Durbin-Watson-Test auf Autokorrelation zeigte ebenfalls akzeptable Werte (zwischen 1,891 und 2,003)).

Tabelle 38: Hierarchische Regressionsanalyse zur Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen sowie ihrer Interaktion für den positiven Affekt.

Prädiktoren	Modell 1				Modell 2			
	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	sr^2	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	sr^2
<i>positiver Affekt</i>								
Schritt 1:								
INDIV	6,275	,527	,634***	,348	6,872	,536	,694***	,380
INFRA	1,351	,456	,158**	,022	1,243	,443	,145**	,020
Schritt 2:								
INDIV \times INFRA					2,441	,654	,188***	,033
Modell R^2	0,495***				0,525***			
ΔR^2					0,033***			

Anmerkung: *B*: Regressionskoeffizient; *SE*: Standardfehler; β : standardisiertes β -Gewicht; sr^2 : quadrierte Semi-Partial-Korrelation; *Modell R^2* : korrigiertes R^2 ; ΔR^2 : Veränderung in R^2 ; Signifikanz: * $\leq 0,05$; ** $\leq 0,01$; *** $\leq 0,001$; INDIV: individuelle Ressourcen; INFRA: infrastrukturelle Ressourcen.

Somit bestand für den positiven Affekt ein Prädiktionsmuster von zwei Haupteffekten (für beide Ressourcengruppen) und einem Interaktionseffekt. Je mehr individuelle Ressourcen die hochaltrigen ST besaßen und je besser ihre Umwelt an ihre Bedürfnisse angepasst war, desto mehr positive Emotionen erlebten sie im Alltag. Bei zwei positiven Haupteffekten wies das positive Betagewicht des Interaktionsterms auf eine semidisordinale bzw. hybride Interaktion hin. Die funktionale Bedeutung dieses Interaktionseffektes wurde graphisch überprüft (vgl. Bortz, 2004).

Abbildung 31 (linkes Bild) stellt drei Regressionsgeraden für infrastrukturelle Ressourcen dar. Diese sind aus der Regressionsgleichung des Gesamtmodells entstanden ($y = 32,688 + 6,872x + 1,243y + 2,441xy$), in die fixierte Werte für geringe, mittlere und hohe Ausprägung infrastruktureller Ressourcen einerseits und geringe, mittlere und hohe Ausprägung individueller Ressourcen andererseits aufgenommen wurden. Der Empfehlung von Bortz (2004) folgend wurde das gleiche Vorgehen mit einem umgekehrten Einsatz von Prädiktoren wiederholt, um die Regressionsgeraden für individuelle Ressourcen abzubilden (vgl. rechtes Bild). Der Vergleich von beiden Bildern bestätigte die Zuordnung des Interaktionseffektes zu hybriden Interaktionen: Während im linken Profildiagramm ein gleichartiger Profilverlauf vorlag, konnte im rechten Profildiagramm kein gleichartiger Profilverlauf mehr beobachtet werden (vgl. Leigh & Kinnear, 1980). Die Steigerung des positiven Affektes nahm in Abhängigkeit von individuellen Ressourcen (erster Prädiktor) mit zunehmender Größe infrastruktureller Ressourcen (zweiter Prädiktor) zu. Somit verstärkte sich der Zusammenhang zwischen individuellen Ressourcen und positivem Affekt bei hohen Werten des Moderators, d.h. bei guter Person-Umwelt-Passung. Dahingegen wurde die Beziehung zwischen individuellen Ressourcen und positiven Emotionen bei niedrigeren Werten von infrastrukturellen Ressourcen schwächer. Hinsichtlich des positiven Affektes wurde dadurch die Annahme des

Vorhandenseins eines Interaktionseffektes bestätigt, allerdings nicht in Bezug auf die Richtung der Interaktion. Infrastrukturelle Ressourcen erwiesen sich zwar als Moderator der Beziehung zwischen individuellen Ressourcen und positivem Affekt, dennoch kam ihnen keine protektive Rolle bei geringerem Status von individuellen Ressourcen zu. Ganz im Gegenteil, von guten infrastrukturellen Bedingungen profitierten am meisten diejenigen hochaltrigen Personen, die über viele individuelle Ressourcen verfügten. Sie wiesen einen signifikant höheren positiven Affekt auf als diejenigen ressourcenreichen ST, bei denen diese günstige Infrastruktur nicht vorhanden war. Bei sehr alten Personen mit wenigen individuellen Ressourcen war der Effekt der Infrastruktur verpufft.

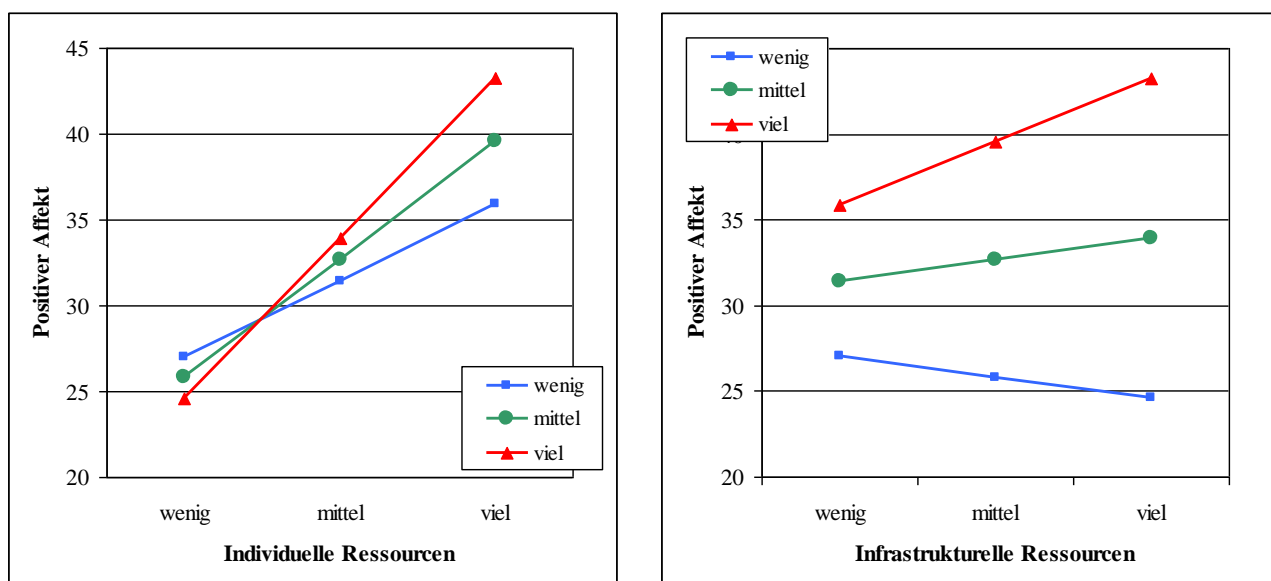


Abb. 31: Interaktion von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen bei der Vorhersage des positiven Affektes. Das linke Bild stellt die Regressionsgeraden für infrastrukturelle Ressourcen und das rechte Bild für individuelle Ressourcen dar.

Genauer betrachtet, kann Abbildung 31 (linke Seite) entnommen werden, dass diejenigen Hochaltrigen von einer guten Person-Umwelt-Passung hinsichtlich des positiven Affektes profitierten, die über durchschnittliche individuelle Ressourcen verfügten. Somit wurde deutlich, dass die Infrastruktur für sehr alte Personen mit wenigen Ressourcen kaum eine Rolle spielte. Die Bedeutung der Infrastruktur für den positiven Affekt fing erst „an der Grenze“ zwischen geringem und durchschnittlichem Ressourcenstatus an.

Negativer Affekt

Das Modell erklärte insgesamt 28,4% der Varianz des negativen Affektes im hohen Alter, was im Vergleich zu Regressionsmodellen mit multiplen Prädiktoren um knapp die Hälfte geringer ausfiel (vgl. Tabelle 32). Die Erklärung für diese Differenzen wurde bereits bei den Ergebnissen zum positiven Affekt aufgeführt.

Tabelle 39: Hierarchische Regressionsanalyse zur Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen sowie ihrer Interaktion für den negativen Affekt.

Prädiktoren	Modell 1				Modell 2			
	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	sr^2	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	sr^2
<i>negativer Affekt</i>								
Schritt 1:								
INDIV	-3,995	,570	-,473***	,194	-4,072	,598	-,483***	,184
INFRA	-1,051	,493	-,144*	,018	-1,065	,495	-,146*	,018
Schritt 2:								
INDIV \times INFRA					-,315	,730	-,028	,001
Modell R^2	0,287***				0,284***			
ΔR^2					0,001 n.s.			

Anmerkung: *B*: Regressionskoeffizient; *SE*: Standardfehler; β : standardisiertes β -Gewicht; sr^2 : quadrierte Semi-Partial-Korrelation; *Modell R^2* : korrigiertes R^2 ; ΔR^2 : Veränderung in R^2 ; Signifikanz: * $\leq 0,05$; ** $\leq 0,01$; *** $\leq 0,001$; n.s.: nicht signifikant; INDIV: individuelle Ressourcen; INFRA: infrastrukturelle Ressourcen.

Die Ergebnisse zeigten, dass sowohl individuelle als auch infrastrukturelle Ressourcen zur Vorhersage des positiven Affektes beitrugen. Der signifikante negative Effekt von infrastrukturellen Ressourcen ($\beta = -0,483$; $p < 0,001$) und der signifikante negative Einfluss von infrastrukturellen Gegebenheiten ($\beta = -0,146$; $p < 0,05$) bestätigten die bisherigen Ergebnisse: Je mehr individuelle Ressourcen vorhanden waren, desto weniger negative Emotionen wurden erlebt. Unabhängig davon ging mit einer besseren Person-Umwelt-Passung eine geringere Häufigkeit von negativen Emotionen im Erleben von hochaltrigen Personen einher (*Haupteffekte*). Dabei war der Effekt individueller Ressourcen dreimal so groß wie jener der Infrastruktur. Wurde der prozentuale eigenständige Beitrag beider Ressourcen zur Varianzvorhersage fokussiert, zeigte sich eine erhebliche Disproportion. Während individuelle Ressourcen 18,4% Varianz erklären konnten, leisteten infrastrukturelle Gegebenheiten einen Beitrag von lediglich 1,8% zur Varianzaufklärung (vgl. Tabelle 39). Der Interaktionsterm erwies sich als unbedeutend für den negativen Affekt ($\beta = -0,315$; $p > 0,01$; $sr^2 = 0,001$). Die Terme der ersten Ordnung (*Modell 1*) ergaben ein mit dem Interaktionsmodell (*Modell 2*) vergleichbar gutes Modell des negativen Affektes. Den infrastrukturellen Ressourcen kam damit keine Moderatorfunktion in der Beziehung zwischen individuellen Ressourcen und negativem Affekt zu. Wie aus Abbildung 32 ersichtlich ist, ging ein höherer Status von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen jeweils unabhängig voneinander mit einem

geringeren Ausmaß an negativem emotionalem Wohlbefinden einher. Die Zunahme des negativen Affektes war sowohl mit geringeren individuellen als auch geringeren infrastrukturellen Ressourcen verbunden.

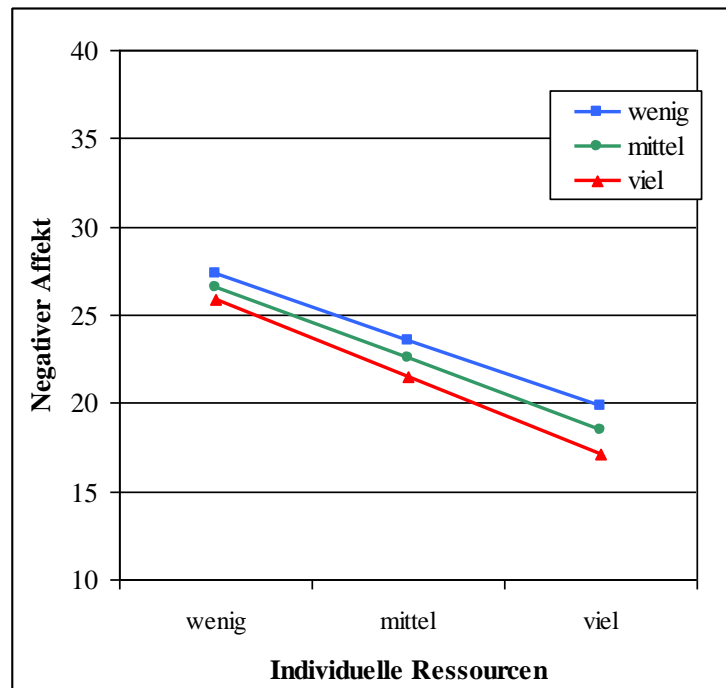


Abb. 32: Haupteffekte von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen bei der Vorhersage des positiven Affektes. Das Bild stellt die Regressionsgeraden für infrastrukturelle Ressourcen dar.

Da sich in bisherigen Analysen das Alter als wichtiger Prädiktor des negativen Affektes erwies und darüber hinaus das Strukturgleichungsmodell des negativen Affektes einige Hinweise darauf gab, dass die negative Beziehung zwischen Alter und infrastrukturellen Ressourcen eine Bedeutung für negatives emotionales Wohlbefinden im hohen Alter haben könnte, wurde in einer Folgeanalyse der Einfluss von Ressourcen sowie ihrer Interaktion auf Altersdifferenzen hin untersucht. Methodisch erfolgte diese Prüfung anhand regressionsanalytischer Verfahren mit Dreifachinteraktion. In eine hierarchische Regressionsanalyse gingen im ersten Schritt beide Ressourcen und das Alter ein. Im zweiten Schritt wurden Wechselwirkungen zweiter Ordnung aufgenommen ($\text{INTRA} \times \text{INFRA}$; $\text{INTRA} \times \text{ALTER}$; $\text{INFRA} \times \text{ALTER}$), welche im dritten Schritt um den gemeinsamen Interaktionsterm aller Variablen ergänzt wurden (Wechselwirkung dritter Ordnung: $\text{INTRA} \times \text{INFRA} \times \text{ALTER}$). Die Ergebnisse dieser Analyse wurden in Tabelle A.23 und A.24 im Anhang dargestellt. Zusammenfassend ließ sich festhalten, dass, obwohl sich alle drei Modelle als hochsignifikant erwiesen, keine signifikante Veränderung in R^2 und auch kein signifikanter Interaktionseffekt beobachtet werden konnten. Somit bestand kein Hinweis darauf, dass das Effektmuster

individueller und infrastruktureller Ressourcen auf das Wohlbefinden vom Alter abhängig ist. Dagegen zeigte das Alter neben dem negativen Haupteffekt individueller Ressourcen ($\beta = -0,602$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,240$) einen eigenen signifikanten negativen Haupteffekt ($\beta = -0,314$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,086$).

Lebenszufriedenheit

Das R^2 des Gesamtmodells lag bei 0,337, d.h., insgesamt wurden 33,7% der Varianz der Lebenszufriedenheit durch das Modell erklärt. Im Vergleich zu hierarchischen Regressionsmodellen mit multiplen Einzelprädiktoren war die Prädiktionskraft dieses Modells um 14% geringer (vgl. Tabelle 33). Wie bereits argumentiert, kam diese Differenz dadurch zustande, dass die einzelnen Ressourcen in höherem Maße variierten und somit eine größere Varianzaufklärung ermöglichten. In Bezug auf die Annahme, dass die Interaktion zwischen beiden Ressourcengruppen zusätzlich zur Erklärung von Lebenszufriedenheit beiträgt, zeigte der Interaktionsterm keinen über die Haupteffekte hinausgehenden Beitrag ($\Delta R^2 = 0,007$; $p > 0,01$). Das Modell mit Prädiktoren ausschließlich erster Ordnung klärte genauso viel Varianz auf wie das Modell mit dem Interaktionsterm. Des Weiteren ergaben die Analysen, dass nur ein einziger Haupteffekt für individuelle Ressourcen vorlag ($\beta = 0,448$; $p < 0,001$). Eigenständig sagten individuelle Ressourcen 27,9% Varianz der Lebenszufriedenheit vorher. Der Effekt infrastruktureller Ressourcen war für die Kriteriumsvariable unbedeutend ($\beta = 0,065$; $p > 0,01$; $sr^2 = 0,007$). Dieses Ergebnis entsprach der Erkenntnis der multivariaten hierarchischen Regressionsanalyse mit Einzelprädiktoren (vgl. Abschnitt 5.3.1.3). Diese deutete ebenfalls darauf hin, dass es keine Beziehung zwischen infrastrukturellen Ressourcen und Lebenszufriedenheit gibt.

Tabelle 40: Hierarchische Regressionsanalyse zur Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen sowie ihrer Interaktion für die Lebenszufriedenheit.

Prädiktoren	Modell 1				Modell 2			
	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	sr^2	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	sr^2
<i>Lebenszufriedenheit</i>								
Schritt 1:								
INDIV	1,666	,232	,469***	,290	1,591	,243	,448***	,279
INFRA	,186	,201	,061	,006	,200	,201	,065	,007
Schritt 2:								
INDIV \times INFRA					-,309	,297	-,066	,007
Modell R^2	0,337***				0,337***			
ΔR^2					0,007 n.s.			

Anmerkung: *B*: Regressionskoeffizient; *SE*: Standardfehler; β : standardisiertes β -Gewicht; sr^2 : quadrierte Semi-Partial-Korrelation; *Modell R^2* : korrigiertes R^2 ; ΔR^2 : Veränderung in R^2 ; Signifikanz: *** $\leq 0,001$; n.s.: nicht signifikant; INDIV: individuelle Ressourcen; INFRA: infrastrukturelle Ressourcen.

Abbildung 33 stellt die in der Analyse ermittelten Effekte graphisch dar. Die Regressionsgeraden beschreiben aufgrund des Haupteffektes von individuellen Ressourcen parallele Verläufe. Je mehr individuelle Ressourcen vorhanden waren, desto höher fiel die Lebenszufriedenheit der hochaltrigen ST aus. Da sich der Haupteffekt der Infrastruktur als nicht signifikant erwies, ist bei den Regressionsgeraden keine Steigung oder Senkung zu erkennen. Lediglich die blaue Gerade für wenig infrastrukturelle Ressourcen zeigte eine sehr geringe tendenzielle positive Veränderung mit der Zunahme individueller Ressourcen. Diese war aber statistisch nicht bedeutsam.

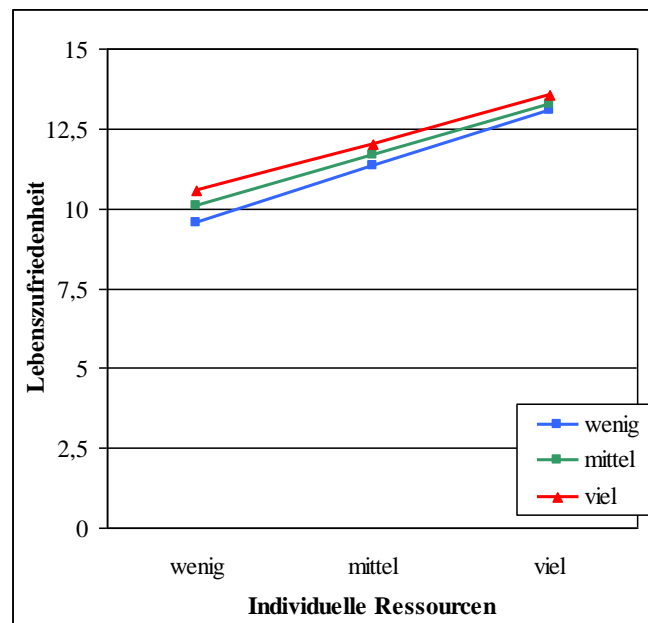


Abb. 33: Haupteffekt von individuellen Ressourcen bei der Vorhersage der Lebenszufriedenheit. Das Bild stellt die Regressionsgeraden für infrastrukturelle Ressourcen dar.

Abschließend wurde mit Hilfe der Kommunalitätsanalyse (vgl. Bortz, 2004) nochmals genau überprüft und verglichen, welcher Varianzanteil der drei Wohlbefindensfacetten durch individuelle und infrastrukturelle Ressourcen eigenständig („unique“) sowie durch ihre Interaktion vorhergesagt wurde. Abbildung 34 stellt eine graphische Zusammenfassung der Ergebnisse dar. Insgesamt konnte der größte Teil der Varianz des positiven Affektes erklärt werden (52,5%). Die Modelle des negativen Affektes mit 28% und der Lebenszufriedenheit mit 33,7% der aufgeklärten Varianz wiesen im Vergleich zu dem Modell des positiven Affektes eine deutlich geringere Vorhersagekraft auf. In allen drei Modellen erklärten individuelle Ressourcen den größten Varianzanteil (zwischen 28 und 38%), wobei dieser bei dem positiven Affekt der höchste war. Der Beitrag, den infrastrukturelle Ressourcen unabhängig von individuellen Ressourcen zur Varianzaufklärung leisteten, war hingegen in allen Modellen sehr gering (bis zu 2%). Der Erklärungsbeitrag des Zusammenwirkens von

Ressourcen fiel ebenfalls sehr minimal (bis 3,3%) aus. Nur hinsichtlich des positiven Affektes konnte ein signifikanter Prädiktionsterm zweiter Ordnung gefunden werden.

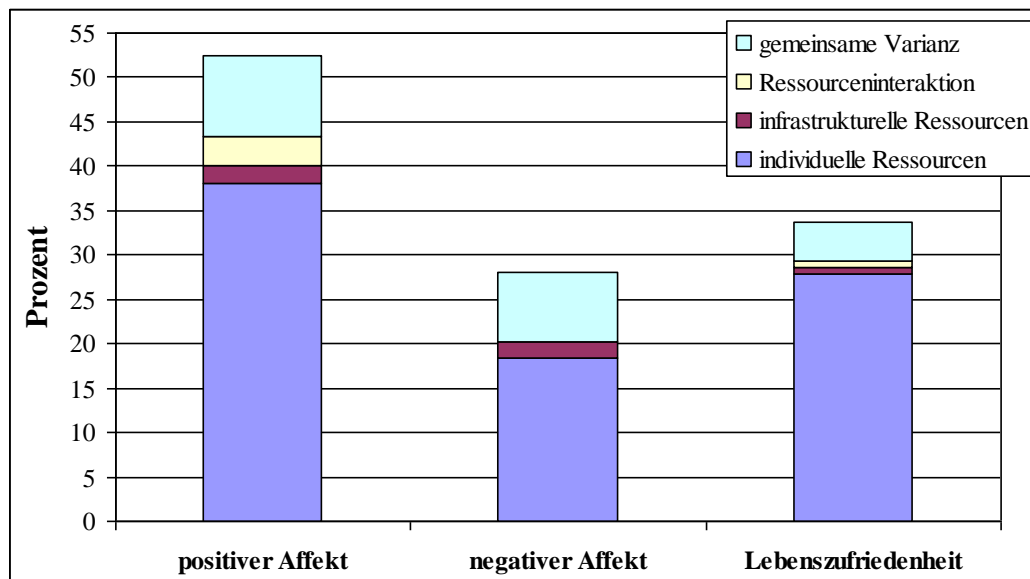


Abb. 34: Varianz des Wohlbefindens zerlegt in Anteile, die durch Haupt- und Interaktionseffekte der Ressourcen sowie gemeinsame Varianz erklärt wurde (Kommunalitätsanalyse).

5.3.3.3 Infrastrukturelle Ressourcen als Moderator der Beziehung zwischen individuellen Ressourcen und Wohlbefinden – länderspezifische Ergebnisprofile

Anschließend an die bereits dargestellten Analysen wurde der Moderationseffekt infrastruktureller Ressourcen für Mannheim und Danzig getrennt getestet. Dabei wurde der Frage nachgegangen, ob dieser Moderationseffekt länderspezifische Unterschiede aufweist oder eher einen universellen Charakter hat. Die Ergebnisse der Analysen zum positiven Affekt sind den Tabellen 41 und 42, zum negativen Affekt den Tabellen 43 und 44 und zur Lebenszufriedenheit den Tabellen 45 und 46 zu entnehmen¹²².

Positiver Affekt

Hinsichtlich des Anteils der aufgeklärten Varianz wichen die beiden nationalen Modelle von dem nationenübergreifenden Modell nicht stark ab (vgl. Tabelle 38). Trotzdem konnten zwischen den beiden Ländermodellen einige Unterschiede festgestellt werden: Das Modell für Danzig klärte 6,7% mehr Varianz des positiven Affektes auf als das Modell für Mannheim. Dabei bestanden die bedeutendsten Unterschiede in Bezug auf die Prädiktorenprofile. Während eine positive und voneinander unabhängige signifikante Beziehung individueller

¹²² Für alle Regressionsanalysen war die Voraussetzung der normalverteilten Residuen erfüllt (die Kolmogorov-Smirnov-Test-Werte waren unauffällig und nicht signifikant). Des Weiteren zeigte auch der Durbin-Watson-Test auf Autokorrelation akzeptable Werte (zwischen 1,815 und 2,345).

und infrastruktureller Ressourcen zu PA in beiden nationalen Modellen festgestellt wurde, erwies sich die Interaktion zwischen den beiden Ressourcen nur in dem polnischen Modell als signifikant (vgl. Tabelle 41 und 42). Diese Interaktion konnte in Danzig einen zusätzlichen und über die Haupteffekte hinausgehenden Beitrag von 6% zur Varianzaufklärung leisten ($\beta = 0,301$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,06$). Ihr signifikantes positives Betagewicht deutete bei zwei positiven Haupteffekten auf eine hybride Interaktion hin (vgl. Bortz, 2004). In Mannheim zeigte der Interaktionsterm keine signifikante Beziehung zum positiven Affekt.

Tabelle 41: Hierarchische Regressionsanalyse zur Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen sowie ihrer Interaktion für den positiven Affekt – Mannheim.

Prädiktoren	Modell 1				Modell 2			
	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	sr^2	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	sr^2
<i>positiver Affekt</i>								
Schritt 1:								
INDIV	8,651	,835	,787***	,493	8,449	,879	,768***	,426
INFRA	1,463	,702	,158*	,020	1,429	,705	,154*	,019
Schritt 2:								
INDIV \times INFRA					,954	1,282	,053	,003
Modell R^2	0,523***				0,521***			
ΔR^2	0,003 n.s.							

Anmerkung: *B*: Regressionskoeffizient; *SE*: Standardfehler; β : standardisiertes β -Gewicht; sr^2 : quadrierte Semi-Partial-Korrelation; *Modell R^2* : korrigiertes R^2 ; ΔR^2 : Veränderung in R^2 ; Signifikanz: * $\leq 0,05$; ** $\leq 0,01$; *** $\leq 0,001$; INDIV: individuelle Ressourcen; INFRA: infrastrukturelle Ressourcen; n.s.: nicht signifikant.

Tabelle 42: Hierarchische Regressionsanalyse zur Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen sowie ihrer Interaktion für den positiven Affekt – Danzig.

Prädiktoren	Modell 1				Modell 2			
	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	sr^2	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	sr^2
<i>positiver Affekt</i>								
Schritt 1:								
INDIV	5,534	,640	,649***	,347	7,131	,731	,833***	,389
INFRA	1,812	,789	,174*	,025	1,479	,735	,142*	,017
Schritt 2:								
INDIV \times INFRA					3,061	,800	,301***	,060
Modell R^2	0,531***				0,588***			
ΔR^2	0,060***							

Anmerkung: *B*: Regressionskoeffizient; *SE*: Standardfehler; β : standardisiertes β -Gewicht; sr^2 : quadrierte Semi-Partial-Korrelation; *Modell R^2* : korrigiertes R^2 ; ΔR^2 : Veränderung in R^2 ; Signifikanz: * $\leq 0,05$; ** $\leq 0,01$; *** $\leq 0,001$; INDIV: individuelle Ressourcen; INFRA: infrastrukturelle Ressourcen; n.s.: nicht signifikant.

Die Haupteffekte individueller und infrastruktureller Ressourcen wiesen in beiden nationalen Modellen vergleichbare Wirkungen auf. Je mehr individuelle Ressourcen die hochaltrigen ST besaßen und je besser ihre Umwelt an ihre persönlichen Bedürfnisse angepasst war, desto mehr positive Emotionen erlebten sie im Alltag. Dabei trugen individuelle Ressourcen sowohl in Mannheim ($\beta = 0,768$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,462$) als auch in Danzig ($\beta = 0,833$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,389$) zur Varianzaufklärung bedeutend mehr bei als die infrastrukturellen Gegebenheiten.

ten (Mannheim: $\beta = 0,154$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,019$; Danzig: ($\beta = 0,142$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,017$). In dieser Hinsicht unterschieden sich die Ergebnisse der beiden Modelle von den Erkenntnissen der länderübergreifenden Analysen nicht.

Abbildung 35 veranschaulicht die ermittelten Effekte separat für die beiden Teilstichproben. Mit einer Zunahme individueller und infrastruktureller Ressourcen ist die Steigerung im positiven Affekt deutlich zu erkennen (Haupteffekte). Darüber hinaus ist in dem linken Bild für Danzig der Interaktionseffekt ersichtlich. Ähnlich wie beim länderübergreifenden Modell konnte hier von einer hybriden Interaktion ausgegangen werden¹²³: Der Zusammenhang zwischen individuellen Ressourcen und positivem Affekt war von dem Niveau infrastruktureller Ressourcen dergestalt abhängig, dass er mit zunehmender Höhe infrastruktureller Ressourcen anstieg. Bei den niedrigeren Werten infrastruktureller Ressourcen wurde dahingegen die Beziehung zwischen individuellen Ressourcen und positivem Affekt schwächer. Somit erwiesen sich die infrastrukturellen Ressourcen in der polnischen Stichprobe als ein Moderator der Beziehung zwischen individuellen Ressourcen und positivem Affekt. Von guten infrastrukturellen Bedingungen profitierten diejenigen hochaltrigen Danziger am stärksten, die über viele individuelle Ressourcen verfügten.

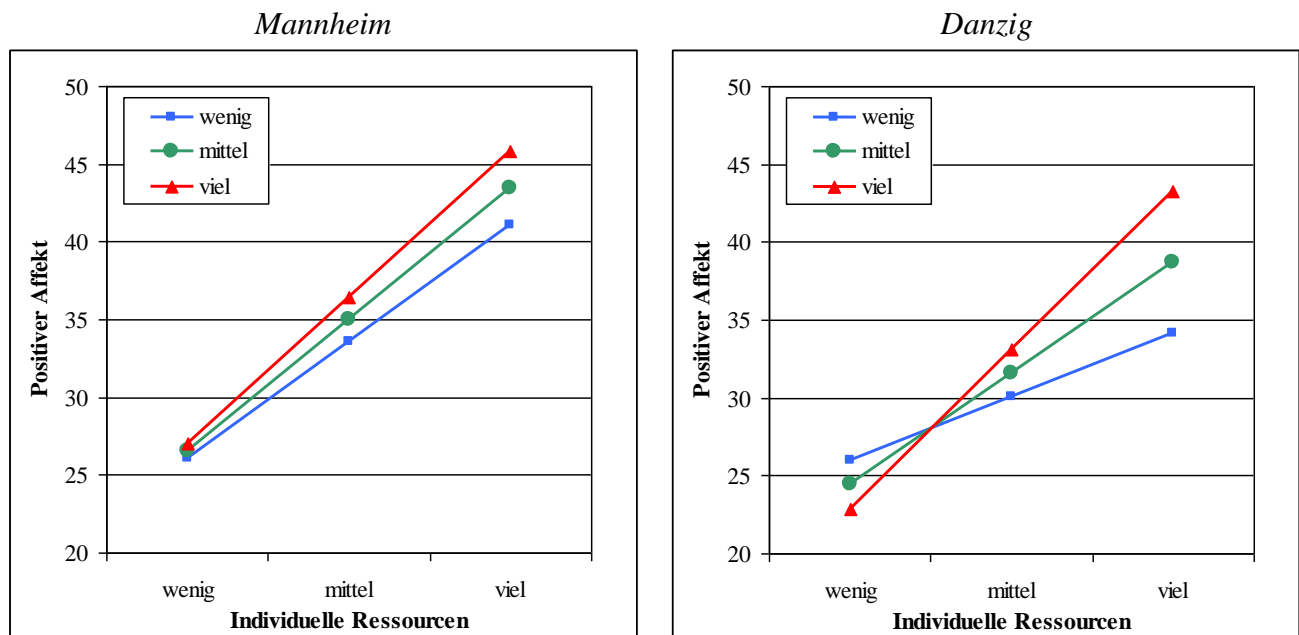


Abb. 35: Effekte von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen bei der Vorhersage des positiven Affektes getrennt nach Ländern. Die Bilder stellen die Regressionsgeraden für infrastrukturelle Ressourcen dar.

¹²³ Die Abbildung mit Regressionsgeraden für infrastrukturelle Ressourcen (hier nicht präsentiert) zeigte keinen gleichartigen Profilverlauf, was auf eine hybride Interaktion hindeutet (vgl. Leich & Kinnear, 1980).

Negativer Affekt

Das Modell für Danzig erklärte 10% mehr Varianz des negativen Affektes als das vergleichbare Modell für Mannheim (vgl. Tabelle 43 und 44). Die separate Betrachtung der beiden Länder bestätigte die Erkenntnisse der länderübergreifenden Analyse: In Bezug auf den negativen Affekt leistet die Interaktion zwischen individuellen und infrastrukturellen Ressourcen keinen über die Haupteffekte hinausgehenden Beitrag zur Varianzaufklärung. Weder in der deutschen ($\beta = -0,032$; $p > 0,05$; $sr^2 = 0,001$) noch in der polnischen Stichprobe ($\beta = 0,034$; $p > 0,05$; $sr^2 = 0,001$) erwies sich der Interaktionsterm als signifikant.

Tabelle 43: Hierarchische Regressionsanalyse zur Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen sowie ihrer Interaktion für den negativen Affekt – Mannheim.

Prädiktoren	Modell 1				Modell 2			
	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	sr^2	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	sr^2
<i>negativer Affekt</i>								
Schritt 1:								
INDIV	-3,889	,980	-,408***	,133	-3,782	1,035	-,397***	,113
INFRA	-,742	,825	-,092	,007	-,724	,830	-,090	,006
Schritt 2:								
INDIV \times INFRA					-,503	1,509	-,032	,001
Modell R^2		0,224***				0,216***		
ΔR^2				0,001 n.s.				

Anmerkung: *B*: Regressionskoeffizient; *SE*: Standardfehler; β : standardisiertes β -Gewicht; sr^2 : quadrierte Semi-Partial-Korrelation; *Modell R^2* : korrigiertes R^2 ; ΔR^2 : Veränderung in R^2 ; Signifikanz: * $\leq 0,05$; ** $\leq 0,01$; *** $\leq 0,001$; n.s.: nicht signifikant; INDIV: individuelle Ressourcen; INFRA: infrastrukturelle Ressourcen.

Hinsichtlich der Haupteffekte zeigten die länderspezifischen Analysen, dass in beiden untersuchten Städten nur individuelle Ressourcen zur Vorhersage des negativen Affektes beitragen. Sowohl für Mannheim ($\beta = -0,397$; $p < 0,001$) als auch für Danzig ($\beta = -0,539$; $p < 0,001$) wurde ein signifikanter negativer Effekt von individuellen Ressourcen auf den negativen Affekt ermittelt. Je mehr individuelle Ressourcen die hochaltrigen ST besaßen, desto weniger negative Emotionen empfanden sie. Dabei war der Effekt individueller Ressourcen in Danzig doppelt so groß wie derjenige in Mannheim: In der polnischen Stichprobe klärten die individuellen Ressourcen eigenständig 26% und in der deutschen Stichprobe 13% der Varianz des negativen Affektes auf. Der Haupteffekt der Infrastruktur, der in der länderübergreifenden Analyse signifikant ausfiel, zeigte in der polnischen Stichprobe lediglich eine leichte Tendenz und in der deutschen Stichprobe blieb er ganz außerhalb akzeptabler Signifikanzwerte.

Tabelle 44: Hierarchische Regressionsanalyse zur Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen sowie ihrer Interaktion für den negativen Affekt – Danzig.

Prädiktoren	Modell 1				Modell 2			
	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	sr^2	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	sr^2
<i>negativer Affekt</i>								
Schritt 1:								
INDIV	-3,942	,734	-,518***	,223	-4,101	,898	-,539***	,263
INFRA	-,981	,893	-,106†	,009	-1,014	,904	-,109†	,010
Schritt 2:								
INDIV × INFRA					-,304	,984	-,034	,001
Modell R^2	0,319***				0,312***			
ΔR^2	0,001 n.s.							

Anmerkung: *B*: Regressionskoeffizient; *SE*: Standardfehler; β : standardisiertes β -Gewicht; sr^2 : quadrierte Semi-Partial-Korrelation; *Modell R^2* : korrigiertes R^2 ; ΔR^2 : Veränderung in R^2 ; Signifikanz: † $\leq 0,1$; * $\leq 0,05$; ** $\leq 0,01$; *** $\leq 0,001$; n.s.: nicht signifikant; INDIV: individuelle Ressourcen; INFRA: infrastrukturelle Ressourcen.

Die in Abbildung 36 graphisch dargestellten Effekte deuten auf einen signifikanten Haupteffekt individueller Ressourcen in den beiden untersuchten Ländern: Mit einer Zunahme von individuellen Ressourcen geht die Abnahme der negativen emotionalen Befindlichkeit einher.

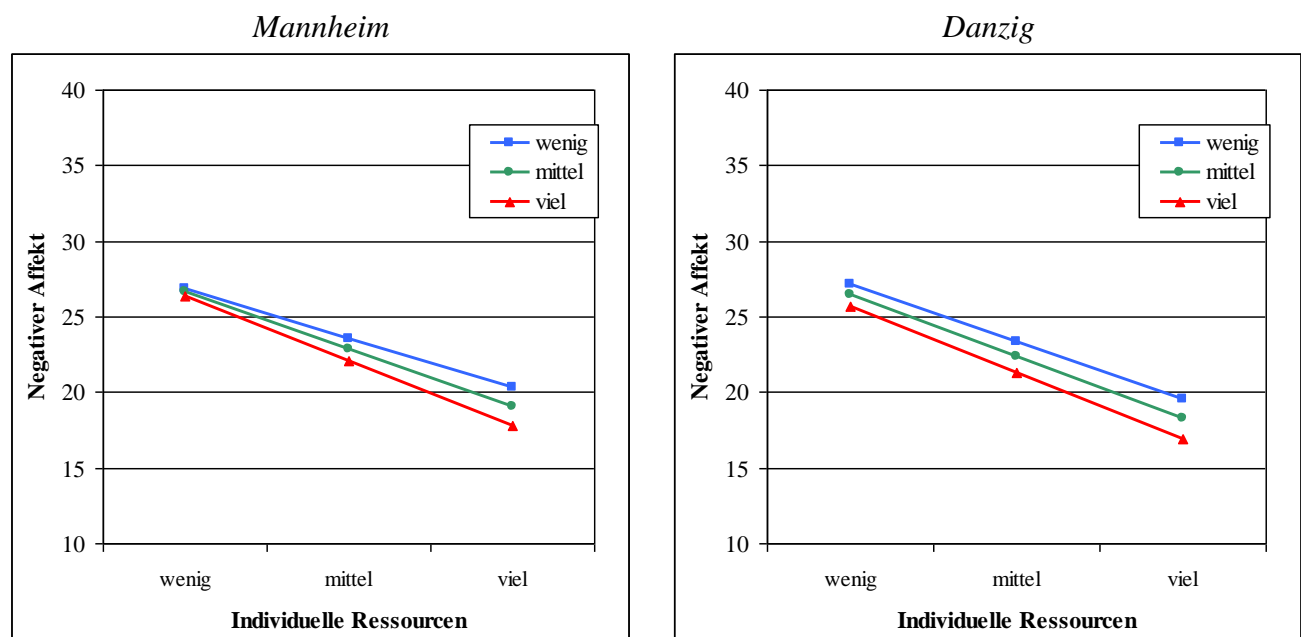


Abb. 36: Haupteffekt von individuellen Ressourcen bei der Vorhersage des negativen Affektes getrennt nach Ländern. Die Bilder stellen die Regressionsgeraden für infrastrukturelle Ressourcen dar.

Lebenszufriedenheit

Die für die beiden Städte separat spezifizierten Modelle zur Vorhersage der Lebenszufriedenheit wiesen länderspezifische Ergebnisprofile auf. Sie unterschieden sich zwar nicht in der Größe der vorhersagten Varianz voneinander (Mannheim: 37% vs. Danzig: 40%), dennoch wichen sie hinsichtlich der Zusammensetzung von signifikanten Prädiktoren stark ab: Erstens

erwies sich der Haupteffekt von infrastrukturellen Ressourcen nur in der deutschen Stichprobe als signifikant ($\beta = 0,231$; $p < 0,05$; $sr^2 = 0,042$). Zweitens zeigte der Interaktionsterm nur in der polnischen Stichprobe einen signifikanten Einfluss ($\beta = 0,283$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,053$). Das zweite Ergebnis war dahingehend auffallend, dass die länderübergreifende Analyse keinen bedeutenden Interaktionseffekt aufwies.

Tabelle 45: Hierarchische Regressionsanalyse zur Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen sowie ihrer Interaktion für die Lebenszufriedenheit – Mannheim.

Prädiktoren	Modell 1				Modell 2			
	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	sr^2	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	sr^2
<i>Lebenszufriedenheit</i>								
Schritt 1:								
INDIV	2,336	,367	,597***	,284	2,202	,386	,563***	,228
INFRA	,783	,309	,238*	,045	,760	,309	,231*	,042
Schritt 2:								
INDIV \times INFRA					,632	,562	,099	,009
Modell R^2	0,371***				0,373***			
ΔR^2	0,009 n.s.							

Anmerkung: *B*: Regressionskoeffizient; *SE*: Standardfehler; β : standardisiertes β -Gewicht; sr^2 : quadrierte Semi-Partial-Korrelation; *Modell R^2* : korrigiertes R^2 ; ΔR^2 : Veränderung in R^2 ; Signifikanz: * $\leq 0,05$; ** $\leq 0,01$; *** $\leq 0,001$; n.s.: nicht signifikant; INDIV: individuelle Ressourcen; INFRA: infrastrukturelle Ressourcen.

Der Beitrag von individuellen Ressourcen zur Varianzaufklärung war in den beiden Stichproben positiv und signifikant, wobei er in Mannheim fast doppelt so groß war wie in Danzig (Mannheim: $\beta = 0,563$; $p < 0,001$; $sr^2 = 0,228$; Danzig: $\beta = 0,276$; $p < 0,01$; $sr^2 = 0,143$). Wie bereits angedeutet, erwies sich der Interaktionsterm der beiden Ressourcen nur bei polnischen Hochaltrigen als signifikant. Dieser leistete zusätzliche 5% zur Varianzvorhersage. Bei zwei positiven Haupteffekten deutet sein negatives Betagewicht auf eine disordinale Interaktion hin (vgl. Bortz, 2004).

Tabelle 46: Hierarchische Regressionsanalyse zur Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen sowie ihrer Interaktion für die Lebenszufriedenheit – Danzig.

Prädiktoren	Modell 1				Modell 2			
	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	sr^2	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	sr^2
<i>Lebenszufriedenheit</i>								
Schritt 1:								
INDIV	1,450	,302	,452***	,270	,886	,357	,276**	,143
INFRA	,507	,368	,130	,014	,624	,359	,160†	,021
Schritt 2:								
INDIV \times INFRA					-1,080	,391	-,283**	,053
Modell R^2	0,354***				0,401***			
ΔR^2	0,053**							

Anmerkung: *B*: Regressionskoeffizient; *SE*: Standardfehler; β : standardisiertes β -Gewicht; sr^2 : quadrierte Semi-Partial-Korrelation; *Modell R^2* : korrigiertes R^2 ; ΔR^2 : Veränderung in R^2 ; Signifikanz: * $\leq 0,05$; ** $\leq 0,01$; *** $\leq 0,001$; n.s.: nicht signifikant; INDIV: individuelle Ressourcen; INFRA: infrastrukturelle Ressourcen.

Die funktionale Bedeutung dieses Interaktionseffektes wurde graphisch überprüft (vgl. Bortz, 2004). Abbildung 37 stellt neben den Haupteffekten der Ressourcen auf die Lebenszufriedenheit der Mannheimer (linkes Bild) auch den Interaktionseffekt der beiden Ressourcen auf die Lebenszufriedenheit der Danziger dar (rechtes Bild). Sowohl die Abbildung mit den Regressionsgeraden für infrastrukturelle Ressourcen (rechtes Bild) als auch die Abbildung mit den Regressionsgeraden für individuelle Ressourcen (hier nicht präsentiert) offenbarten starke Überschneidungen (d.h. keine gleichartigen Profilverläufe). Solche Verläufe sprechen eindeutig für das Vorliegen einer disordinalen Interaktion (vgl. Leigh & Kinnear, 1980). Der Zusammenhang zwischen individuellen Ressourcen (erster Prädiktor) und Lebenszufriedenheit fiel bei niedrigeren Werten infrastruktureller Ressourcen stärker aus, d.h. bei einer schlechteren Person-Umwelt-Passung. Dagegen wurde die Beziehung zwischen individuellen Ressourcen und Lebenszufriedenheit bei höheren Werten infrastruktureller Ressourcen schwächer. Demzufolge erwiesen sich die infrastrukturellen Ressourcen in Danzig als ein Moderator der Beziehung zwischen individuellen Ressourcen und Lebenszufriedenheit. Der Infrastruktur kam eine protektive Rolle bei geringerem Status von individuellen Ressourcen zu. Die hochaltrigen Danziger, die über wenig individuelle Ressourcen verfügten, profitierten von vielen infrastrukturellen Ressourcen besonders stark: Sie zeichneten sich durch eine signifikant höhere Lebenszufriedenheit aus als diejenigen ressourcenarmen ST, die über keine gute Infrastruktur verfügten. Bemerkenswerterweise konnten auch diejenigen alten Personen von guten infrastrukturellen Gegebenheiten profitieren, bei denen eine durchschnittliche Menge individueller Ressourcen vorlag. Der Gewinn an Lebenszufriedenheit war allerdings nicht mit dem vergleichbar, der sich bei den ressourcenarmen Danzigern beobachten ließ.

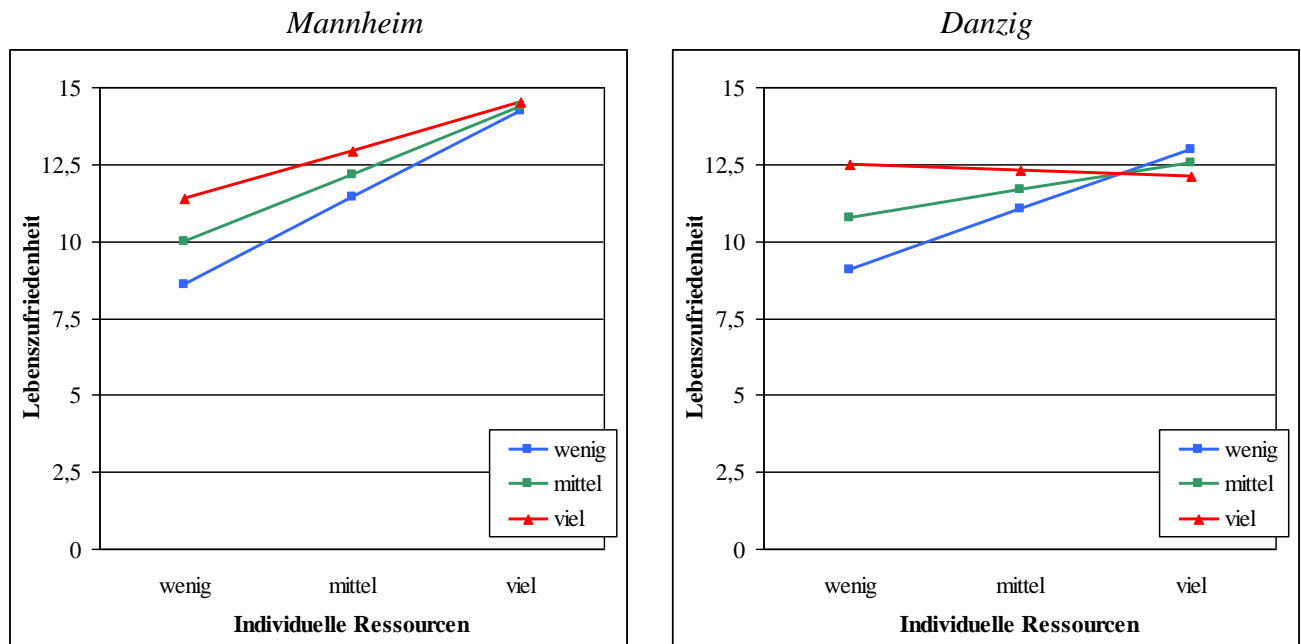


Abb. 37: Effekte von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen bei der Vorhersage der Lebenszufriedenheit getrennt nach Ländern. Die Bilder stellen die Regressionsgeraden für infrastrukturelle Ressourcen dar.

6. DISKUSSION

Das primäre Ziel dieser Abhandlung war es, die Bedeutung individueller und infrastruktureller Ressourcen für das Wohlbefinden im hohen Alter zu untersuchen. Während bisherige Studien entweder aus einer soziopsychologischen Sicht betrachtet zahlreiche individuelle Aspekte fokussierten (z.B. Antonucci et al., 2001; Jopp & Rott, 2006; Jopp & Smith, 2006; Perrig-Chiello, 1997) oder sich aus einem gerontoökologischen Gesichtspunkt den infrastrukturellen Lebensbedingungen zuwandten (z.B. Iwarsson et al., 2007; Wahl & Lang, 2004; Wahl, Oswald, et al., 1999), war das Anliegen dieser Arbeit, diese beiden Perspektiven gleichzeitig zu untersuchen und im Hinblick auf das Gelingen des Adaptationsprozesses zusammenzubringen.

Den Ausgangspunkt bildete eine Übersicht zu zentralen Theorien der Adaptation im Alter. Es wurde deutlich, dass die beiden Ressourcenperspektiven einander ergänzende Zugangsweisen zum Adaptationsprozess – besonders im hohen Alter bei deutlich erhöhter Verletzlichkeit des Individuums – darstellen (z.B. *Environmental-docility-Hypothese*: Lawton & Simon, 1968; *Ressourcen-Beeinträchtigungs-Konstellation*: Staudinger & Greve, 2001; vgl. auch P. Baltes, 1997; Carp & Carp, 1980). Daraus folgte, dass der *Selbstverantwortung* des Individuums für seinen Adaptationsprozess eine gleichgroße Bedeutung beigemessen wurde wie der *Mitverantwortung* der Kommune oder des Staates für die Bereitstellung von entsprechenden den Adaptationsprozess unterstützenden Lebensbedingungen (z.B. Bäcker et al., 2006; BMFSFJ, 2000; Kruse 2002a, 2006a, 2006b). Somit wurde der Adaptationsprozess im hohen Alter als ein Zusammenspiel von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen verstanden und aus diesen beiden Ressourcenperspektiven untersucht. *Prävention für das Alter* sollte durch *Prävention im Alter* ergänzt werden, um dadurch die möglichen Ansatzpunkte für die kommunale Sozialarbeit und Umweltgestaltung einleiten zu können.

Untersucht wurden zum einen individuelle Ressourcen, die als grundlegende Voraussetzungen der Anpassung an altersassoziierte Veränderungen verstanden werden können (vgl. Lawton, 1989): Als Indikatoren dienten soziodemographische, gesundheitliche, soziale und psychologische Ressourcen. Zum anderen umfassten die als infrastrukturelle Ressourcen ausgewählten Bedingungen (1) ein System medizinisch-pflegerischer Dienstleistungen, (2) infrastrukturelle Aspekte im Bereich von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten sowie (3) die Stadtinfrastruktur betreffende Bereiche mit ihren Mobilitätsmöglichkeiten und Versorgungseinrichtungen (vgl. Kruse, 2002a). Neben objektiven Ressourcenparametern (z.B. Gesundheitsstatus, finanzielle Lage, infrastrukturelle Bedingungen) wurden in der Untersu-

chung auch subjektive Ressourcenaspekte (z.B. subjektive Gesundheitseinschätzung, Zufriedenheit mit Finanzen, Infrastrukturbedürfnisse, Zufriedenheit mit der Infrastruktur) erfragt. Da die gleichen Merkmale durchaus mit unterschiedlichen subjektiven Einschätzungen einhergehen können, wurde darüber hinaus in Anlehnung an Kahana (1982) sowie Carp und Carp (1982) ein Übereinstimmungsindex zwischen infrastrukturellen Bedürfnissen und tatsächlich vorhandenen Bedingungen ermittelt (vgl. Dangschat, Droht, Friedrichs, & Kiehl, 1982; Friedrich, 1995; Lawton & Nahemow, 1973; Mollenkopf & Flaschenträger, 2001).

Ausgehend von bisherigen Ergebnissen auf diesem Forschungsgebiet wurde angenommen, dass die Adaptation mit einem höheren Ressourcenstatus besser gelingen würde (vgl. Olbrich, 1996; Jopp & Smith, 2006), was wiederum mit einem höheren Wohlbefinden, dem gewählten Kriterium eines erfolgreichen Adaptationsprozesses, einhergehen sollte. Zudem sollten gute infrastrukturelle Rahmenbedingungen die negativen Folgen geringer individueller Ressourcen neutralisieren und sich somit positiv auf das Wohlbefinden auswirken (Interaktionseffekt). Im Zentrum des Interesses standen die Auswirkungen sowohl auf die kognitive als auch emotionale Facette des Wohlbefindens. Dabei wurde davon ausgegangen, dass für unterschiedliche Wohlbefindensfacetten andere Ressourcen von Bedeutung sein können.

Basierend auf diesen Annahmen wurde den folgenden zentralen Fragen nachgegangen: Welche Differenzen und Ähnlichkeiten bestehen in dem Ausmaß von Wohlbefinden und Ressourcen bei sehr alten Personen? Welche Bedeutung besitzen individuelle und infrastrukturelle Ressourcen sowie ihr Zusammenspiel für einen erfolgreichen Adaptationsprozess im hohen Alter? Können die infrastrukturellen Bedingungen die Folgen von Ressourcenarmut im hohen Alter abmildern?

Um diese Fragen zu beantworten, wurden insgesamt 207 kognitiv intakte und selbstständig lebende Personen im Alter von 85 Jahren und älter (Durchschnittsalter 88,1 Jahre) in zwei Ländern untersucht. In der Bundesrepublik Deutschland (Mannheim) und in Polen (Danzig) wurden jeweils in einer Großstadt fünf stark voneinander abweichende Stadtteile ausgesucht und ihre hochaltrigen Bewohner nach dem Zufallsprinzip zur Teilnahme an der Studie aus dem Anmelderegister ausgewählt. Es wurde davon ausgegangen, dass erst der Vergleich von zwei Ländern mit unterschiedlichen infrastrukturellen Rahmenbedingungen eine genaue Überprüfung der Beziehung zwischen Ressourcen, Infrastruktur und Wohlbefinden ermöglichen kann.

Bei der Interpretation der Ergebnisse zum Wohlbefinden im hohen Alter muss berücksichtigt werden, dass diese teilweise auf einer selektiven Stichprobe beruhen. Die ST wiesen

eine bessere körperliche und psychische Gesundheit, einen höheren Schulabschluss und ein höheres Äquivalenzeinkommen auf. Allerdings wurden keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Lebenszufriedenheit, Zufriedenheit mit dem Stadtteil und mit der finanziellen Situation festgestellt. Dies war besonders wichtig, um die Ergebnisse zur Lebenszufriedenheit generalisieren zu dürfen.

Neben der Zusammenfassung und Interpretation der zentralen Befunde, welche in einem ersten Abschnitt dieses Kapitels erfolgen sollen, werden diese Befunde in einem zweiten Abschnitt nochmals unter Berücksichtigung möglicher Stärken und Schwächen der vorliegenden Studie erläutert. Der letzte Abschnitt widmet sich Überlegungen zum praktischen Nutzen und endet mit einem Ausblick.

6.1 Zusammenfassung und Diskussion der zentralen Ergebnisse

Die Interpretation und Bewertung der zentralen Resultate gliedert sich in drei Teile. Zuerst werden Forschungsfragen zum Ausmaß des Wohlbefindens und Ressourcenstatus im hohen Alter beantwortet (Forschungsfragen 1.1 bis 1.6). Der nächste Teil fokussiert die Fragen zur Beziehung zwischen individuellen und infrastrukturellen Ressourcen sowie zum Wohlbefinden (Forschungsfragen 2.1 bis 2.5). Als Letztes werden die Fragen zur Bedeutung des Zusammenwirkens beider Ressourcengruppen für das Wohlbefinden im hohen Alter adressiert (Forschungsfragen 3.1 bis 3.4).

6.1.1 Zum Wohlbefindensstatus und Ressourcenhaushalt im hohen Alter

Welches Ausmaß an Wohlbefinden ist im hohen Alter zu finden?

Die untersuchten hochaltrigen Personen zeichneten sich durch ein hohes Maß an **Lebenszufriedenheit** aus. Ein Vergleich mit einigen wenigen Studien, die die Lebenszufriedenheit in einem so hohen Alter mit dem gleichen Instrument erfassten, offenbarte, dass sich die eigenen ST von den anderen bislang untersuchten Hochaltrigen nicht bedeutend unterscheiden (z.B. Gow et al., 2007). Wurden die hochaltrigen ST mit jüngeren Altersgruppen verglichen, konnten ebenfalls keine Differenzen (z.B. 60-75 Jahre: Elavsky et al., 2005; 60+: Isaacowitz, 2005) oder sogar signifikante Unterschiede zugunsten der hier untersuchten hochaltrigen Kohorte festgestellt werden (z.B. 60+: Steverink & Lindenberger, 2006).

Da der **positive Affekt** im emotionalen Erleben der ST den **negativen Affekt** deutlich überwog, kann insgesamt von einer positiven Affektbilanz gesprochen werden. Durchschnitt-

lich gaben die ST an, positive Gefühle öfters als *ab und zu* und negative Gefühle häufiger als *selten* zu erleben. Im Vergleich zu den hochaltrigen ST der Berliner Altersstudie (Staudinger et al., 1996) wurden von den Hochaltrigen der eigenen Studie positive Gefühle seltener und negative Gefühle gleich oft empfunden. Die Gegenüberstellung mit jüngeren Teilnehmern des Alters-Surveys im Alter von 70 bis 85 Jahren (Westerhof, 2001) ergab einen Unterschied zugunsten der eigenen ST, welche sowohl den positiven als auch negativen Affekt häufiger erlebten. Hierbei darf aber auf keine Alterseffekte geschlossen werden, da zwei Querschnittstudien miteinander verglichen wurden.

Hinsichtlich einzelner positiver Emotionen dominierten im Erleben der hochaltrigen Menschen Gefühle wie *interessiert, hellwach, aufmerksam* und *aktiv*. Von den negativen Gefühlen wurden am häufigsten Unruhe, Bedrücktheit, Nervosität und Reizbarkeit wahrgenommen. Hierzu wurde eine große Ähnlichkeit des emotionalen Erlebens der eigenen ST mit dem Erleben der hochaltrigen ST der BASE festgestellt (Staudinger et al., 1996). Basierend auf beiden Studien kann festgehalten werden, dass positive Gefühle, welche im hohen Alter erlebt werden, primär eine Verbundenheit mit der Umwelt und eine rege Teilhabe am Leben widerspiegeln. Negative Emotionen deuten hingegen auf eine depressive Verstimmung hin, die sich jedoch im hohen Alter viel seltener offenbart als das positive Erleben.

Insgesamt bestätigten die Daten der eigenen Untersuchung bisherige Erkenntnisse, dass Hochaltrigkeit durch ein hohes Maß an Lebenszufriedenheit charakterisiert ist und dass sich sehr alte Menschen im Allgemeinen nicht schlechter fühlen als Personen in früheren Lebensabschnitten (vgl. Berg et al., 2006, 2009; Glatzer, 1992; Oswald et al., 2007; Smith et al., 2002; Smith et al., 1996; Staudinger et al., 1996). Die Generalisierbarkeit dieser Ergebnisse ist insofern gewährleistet, als keine Differenzen bezüglich der Lebenszufriedenheit zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern der Studie festgestellt wurden (siehe Abschnitt 4.5). Einschränkend muss allerdings ergänzt werden, dass von einem Drittel der nach einem Zufallsprinzip ausgewählten Hochaltrigen gar keine Rückmeldung erfolgte und auch keine Informationen zur Lebenszufriedenheit vorlagen (siehe Abschnitt 4.4). Des Weiteren ist auch zu beachten, dass die ermittelten Standardabweichungen auf interindividuelle Unterschiede hindeuten, obwohl sich die Mittelwerte aller Messergebnisse in Bezug auf Wohlbefinden im positiven Bereich befinden. Die Heterogenität des Alter(n)s stellt in der gerontologischen Forschung eine der wichtigsten Erkenntnisse dar (Thomae, 1983; vgl. auch P. Baltes et al., 2006; Kruse & Schmitt, 2004).

Sowohl bezüglich der Lebenszufriedenheit als auch hinsichtlich der positiven emotionalen Befindlichkeit ergaben sich signifikante **Länderunterschiede**. Die Westeuropäer

bewerteten ihr Leben positiver und gaben gleichzeitig an, öfters als die Osteuropäer positive Emotionen empfunden zu haben. Hinsichtlich des negativen Affektes wurden keine länderspezifische Differenzen festgestellt. Schon in den 1990er Jahren wurde den seit mehr als 35 Jahren durchgeführten Eurobarometer-Umfragen zufolge ein niedrigeres Niveau an Lebenszufriedenheit in osteuropäischen Ländern deutlich sichtbar (Weller, 1997). Weiterhin wurde beobachtet, dass das Erleben von Lebenszufriedenheit im zeitlichen Verlauf sowohl innerhalb der einzelnen Länder Europas sehr stabil ist als auch der Abstand bezüglich der wahrgenommenen Lebenszufriedenheit zwischen den einzelnen Ländern nahezu konstant bleibt. Aus der Perspektive der Sozialindikatorenforschung können hierzu vier Erklärungsansätze für die Unterschiede zwischen Deutschland und Polen Berücksichtigung finden (vgl. Weller, 1996). Erstens kann angenommen werden, dass Menschen aus Deutschland und Polen eine angeborene oder in der Kindheit erworbene unterschiedliche *generelle Disposition* (Persönlichkeitsmerkmale) zur Zufriedenheit oder Unzufriedenheit haben (vgl. Headey & Wearing, 1992). Die Forschung zu Lebensereignissen hat jedoch einen erheblichen und nachhaltigen Einfluss von traumatischen und glücklichen Lebensmomenten auf das Wohlbefinden nachgewiesen, was letztendlich zur Verwerfung der Annahme über eine Disposition führen muss (vgl. Filipp & Aymanns, 2010). Zweitens dürfte die These des *Nationalcharakters* von Lebenszufriedenheit eine Erklärung liefern (Inglehart, 1995; Inkeles, 1988). Hiernach sei Lebenszufriedenheit der polnischen und deutschen Bürger/-innen nicht von der Persönlichkeit bestimmt, sondern als Bestandteil eines Nationalcharakters, welcher durch Erfahrungen früherer Generationen determiniert und durch Sozialisation weitergegeben wird, zu verstehen. Drittens könnte bezüglich der Lebenszufriedenheit von einem unterschiedlichen *Anspruchsniveau* in beiden Ländern ausgegangen werden, dessen Erreichen das Wohlbefinden verstärkt (Inglehart & Rabier, 1986). Dabei ist aber zu beachten, dass sich das Anspruchsniveau stets wandelt und für die gesamte Gesellschaft mit einem lange anhaltenden Wohlstand immer weiter ansteigen müsste. Wenn also bestimmte Bedürfnisse regelmäßig und über einen langen Zeitraum hinweg befriedigt werden, wird diesen keine Bedeutung mehr beigemessen. Somit ist in Polen keine Steigerung hinsichtlich der Lebenszufriedenheit zu verzeichnen, obgleich sich die Lebensbedingungen kontinuierlich verbessern (vgl. Brinckman & Campbell 1971; Michalos, 1985). Schließlich könnten die Differenzen bezüglich der Lebenszufriedenheit durch die *gesellschaftlichen Ausgaben für Alterssicherung und Gesundheit* erklärt werden (siehe Abschnitt 3.2). Besonders in postkommunistischen Ländern wie Polen fallen diese Ausgaben geringer aus und somit wirken sie den typischen Altersfolgen weniger entgegen. Die älteren

polnischen Bürger/-innen sind unzufriedener, denn sie fühlen sich vom Staat weniger geschützt¹²⁴ (vgl. Böhnke & Kohler, 2007).

Bei der Betrachtung der Ergebnisse zum Wohlbefinden fällt auf, dass sich die ermittelten Länderunterschiede ausschließlich auf die positive Wohlbefindensfacette beziehen und die negative Emotionalität nicht betreffen. Andere Ergebnisse erhielten Oswald und Kollegen (2007), die im Rahmen der internationalen Studie ENABLE-AGE fünf europäische Nationen verglichen. Sie stellten fest, dass sich Hochaltrige aus Deutschland, Schweden, England und Ungarn (im Alter von 80-89 Jahre) hinsichtlich des positiven und negativen Affektes kaum voneinander unterscheiden. Die Hochaltrigen aus dem fünften Land (im Alter von 75 bis 84 Jahren), Lettland, wiesen allerdings signifikant niedrigere Werte im positiven Affekt und signifikant höhere Werte im negativen Affekt auf. Wurden die Daten von Oswald und Mitarbeitern mit eigenen Ergebnissen verglichen, zeigte der positive Affekt sowohl für Mannheim als auch für Danzig vergleichbare Werte. Der negative Affekt war hingegen in Mannheim stärker als in den westeuropäischen Ländern und in Danzig schwächer als in den osteuropäischen Ländern ausgeprägt. Insgesamt wichen die eigenen ermittelten Werte nicht erheblich von denen im ENABLE-AGE-Projekt ab, was für eine gewisse Gültigkeit der erhobenen Daten spricht und auf ein ausgeprägtes Wohlbefindungsgefühl im hohen Alter hindeutet.

Obgleich im Skalenmittel keine länderspezifischen Differenzen hinsichtlich des negativen Affektes ermittelt wurden, ergaben sich diesbezüglich zahlreiche Unterschiede auf der Ebene einzelner negativer Emotionen. Diese sprachen zum Teil für die deutsche und zum Teil für die polnische Stichprobe, was folglich für fehlende Unterschiede auf dem Skalenniveau verantwortlich war, denn die einzelnen Unterschiede glichen sich aus.

Durch welches Ausmaß an individuellen Ressourcen ist das hohe Alter zu charakterisieren?

Das erhaltene Ergebnismuster hinsichtlich individueller Ressourcen im hohen Alter kann insgesamt als ausreichend bis sehr gut bewertet werden. Selbstverständlich wurden große interindividuelle Unterschiede festgestellt, dennoch konnten in keinem Bereich mangelnde Ressourcen identifiziert werden. Sogar hinsichtlich der **Gesundheit** zeichneten sich die ST durch geringere Krankheits-, Abhängigkeits- und Beeinträchtigungswerte aus, so wie es für dieses hohe Alter hätte nicht erwartet werden können (vgl. Rott, 2011). Dennoch muss dabei beachtet werden, dass gerade im Hinblick auf den Gesundheitsstatus die Stichprobe eine

¹²⁴ Diese Aussage hat ihre Geltung besonders im Vergleich zu kommunistischen Zeiten, als die soziale Sicherung für ältere Menschen und die Altenarbeit eines der Hauptziele der Staatspolitik darstellten (vgl. Szczerbinska, 2006).

positive Selektivität aufwies (vgl. Abschnitt 4.5). Ein objektives Kriterium der Gesundheit in Form einer ärztlichen Diagnose wurde zwar im Rahmen der Studie nicht erhoben, dennoch liefern die sehr detaillierten Selbstauskünfte der ST zu vorhandenen Krankheiten sowie vor allem das von der Interviewerin angewendete Gesundheitsrating wichtige Informationen. So litten die untersuchten alten Menschen durchschnittlich an drei mäßiggradigen bis schweren Krankheiten. 65% gaben an drei und 37% vier oder mehr Erkrankungen zu haben. Dabei wurden Kreislaufprobleme und Schädigungen am muskuloskelettalen System am häufigsten berichtet (von ca. 60%). In der BASE wurde eine Multimorbidität von 88% ermittelt, wobei von fünf gleichzeitig auftretenden Krankheiten ohne Berücksichtigung des Schweregrades ausgegangen wurde (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996; vgl. auch Ding-Greiner & Lang, 2004). Im Vergleich mit dem Alters-Survey des Deutschen Zentrums für Altersfragen (Wurm & Tesch-Römer, 2006) entsprach die Gesundheit in der eigener Stichprobe derjenigen der jüngeren Gruppe im Alter zwischen 70 und 85 Jahren. Eine gute Gesundheit spiegelte sich in einem überdurchschnittlich hohen Maß an **Selbstständigkeit** wider. Dabei zeigte sich, wie angenommen und in zahlreichen Studien gezeigt (z.B. Berg et al., 2006; Hsu, 2009; Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996), bezüglich der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens ein niedrigerer Status. Trotzdem waren lediglich 8,2% der untersuchten Hochaltrigen in allen IADL-Aktivitäten auf fremde Hilfe angewiesen. Somit kam die überwiegende Mehrheit der ST im Alltag weitgehend allein zurecht. Hinsichtlich der **Kognition** zeigte sich in beiden Stichproben wenig Varianz. Die kognitive Leistungsfähigkeit der untersuchten hochaltrigen Population (mit MMST ermittelt) konnte als hoch eingeschätzt werden und war mit dem der Allgemeinbevölkerung nicht zu vergleichen: Epidemiologische Studien zeigen, dass im Durchschnitt ca. 30% der Population im Alter von über 85 Jahren an einer Demenz leiden (vgl. Ziegler & Doblhammer, 2009). In der eigenen Studie wurden aber demenzkranke Personen von Anfang an ausgeschlossen, da aufgrund der Fragestellung nur kognitiv intakte Hochaltrige an der Befragung teilnehmen konnten (siehe Abschnitt 4.4). Dementsprechend zeichneten sich die untersuchten Hochaltrigen durch eine sehr gute Orientierung und Merkfähigkeit sowie eine gute Aufmerksamkeit aus. Die Erinnerungsfähigkeit zeigte zwar im Vergleich mit anderen kognitiven Fähigkeiten die niedrigsten Werte und eine ausgeprägte interindividuelle Variabilität, war aber trotzdem als gut zu bezeichnen. Zusammenfassend lassen diese Befunde erkennen, dass es für einen großen Teil der Bevölkerung beider Städte möglich war, bis weit ins hohe Alter körperliche Gesundheit, Selbstständigkeit und kognitive Leistungsfähigkeit zu erhalten, was für die Gültigkeit der von Fries (1980, 1989) postulierten These der Morbiditätskompression sprechen könnte. Einschränkend darf an dieser Stelle

nochmals darauf hingewiesen werden, dass die an der Studie teilgenommenen Hochaltrigen eine positiv selegierte Gruppe darstellen.

Eine alles in allem gute objektive Gesundheit spiegelte sich darin wider, dass durchschnittlich 30% der ST ihren gesundheitlichen Status als gut oder ausgezeichnet charakterisierten. Hierfür wurden aber signifikante Länderunterschiede beobachtet: Die polnischen Hochaltrigen beurteilten ihre Gesundheit deutlich schlechter als die deutschen ST. Während knapp die Hälfte der Mannheimer ihren Gesundheitsstatus als mindestens gut bezeichnete, waren es in Danzig lediglich 20%. In Anbetracht keiner nachweisbaren Unterschiede in dem objektiven Gesundheitsstatus (Interviewerin-Rating) könnte diese schlechtere **Gesundheitseinschätzung** in Polen einerseits auf den gerade diskutierten Nationalcharakter der Zufriedenheit zurückgeführt werden (Inglehart, 1995; Inkeles, 1988). Dieser ist als Bestandteil der kollektiven Identität zu verstehen und kann viele Lebensbereiche betreffen. Andererseits dürfte hierzu mit einer besseren Adaptationsleistung der westlichen Hochaltrigen argumentiert werden. Diese führte dazu, dass die deutschen ST ihre gesundheitlichen Einschränkungen eher akzeptierten und nicht so schlecht wahrnahmen, als das bei den polnischen ST der Fall war.

Eine gute **Schulbildung** als Ressource wurde bei lediglich einem Fünftel der untersuchten Hochaltrigen festgestellt (Abitur oder Universitätsabschluss). Angesichts der befragten Kohorte ist dieses Ergebnis jedoch nicht verwunderlich. Manche ST (vor allem Frauen) berichteten, ihre Ausbildung erst nach dem Krieg im mittleren Alter nachgeholt zu haben. Im Gegenteil zu einer guten Schulbildung verfügte die Mehrheit der ST über gute **finanzielle Ressourcen**. Bemerkenswerterweise wurden zwischen den beiden Ländern diesbezüglich keine Unterschiede ermittelt: Basierend auf dem Äquivalenzeinkommen des jeweiligen Landes wiesen 25% der ST beider Stichproben über dem Durchschnitt liegende Geldmittel auf. Dabei muss indes beachtet werden, dass die Kaufkraft in den beiden Ländern stark voneinander abweicht: Polen erlangt hier 47% des durchschnittlichen Niveaus in der EU, während Deutschland auf etwa 109% kommt (Statistisches Bundesamt, 2005). Dieser Unterschied kam im Ausmaß der Zufriedenheit mit der finanziellen Situation zum Ausdruck: Die polnischen ST waren hierzu deutlich unzufriedener als die Deutschen. Alternativ könnte hierfür ebenfalls der gerade bei der Gesundheitseinschätzung beschriebene Nationalcharakter der Zufriedenheit eine Erklärung für diese Unterschiede liefern.

Hinsichtlich **sozialer Ressourcen** wurden große interindividuelle Differenzen beobachtet. Insgesamt konnten aber die Ressourcen als ausreichend beschrieben werden. Die Hochaltrigen verfügten über ein soziales Netzwerk von durchschnittlich neun Personen,

wobei es keinen ST gab, der ein leeres Netzwerk aufwies (Range: 2-15). Von drei untersuchten Kreisen war der dritte soziale Kreis am geringsten besetzt (vgl. Antonucci, 1986). Dieses Erkenntnis stimmt mit der sozioemotionalen Selektivitätstheorie von Carstensen (1992) überein, welche eine qualitative Umstrukturierung der sozialen Interaktionsmuster mit dem Altern annimmt. Demnach konzentrieren sich die hochaltrigen Menschen vorwiegend auf solche sozialen Kontakte, die den größten emotionalen Gewinn versprechen, d.h. auf nahe familiäre Kontakte (vgl. auch Field & Minkler, 1988). Weitere soziale Kontakte, welche diesen Charakter nicht besitzen oder sogar mit negativen Emotionen verbunden sind, werden dagegen reduziert. Die von den ST geäußerte hohe Zufriedenheit mit den sozialen Kontakten kommt diesem Erklärungsansatz entgegen. Auch Lansford und Mitarbeiter (1998) konnten die Zufriedenheit mit einem im Alter verkleinerten Netzwerk nachweisen. Allerdings ist für das hohe Alter nicht auszuschließen, dass der dritte, primär durch Freunde und Bekannte besetzte Kreis aufgrund des Sterbens von diesen Sozialpartnern „natürlicherweise“ schrumpft.

Des Weiteren wurde eine hohe Ausprägung **sozialer Unterstützungsressourcen** bei den untersuchten hochaltrigen Menschen beobachtet. Dabei blieb die Differenz zwischen positiven und negativen (belastenden) Unterstützungsressourcen im positiven Bereich. Es gab keine Person, die in allen Notsituationen nur auf sich selbst gestellt gewesen wäre. Die Unterstützung wurde in den meisten Fällen durch Kinder geleistet, wobei auch Ältere ohne Kinder mit der Hilfe einer Person aus ihrem sozialen Netzwerk rechnen konnten. Bei einigen Hochaltrigen trug die soziale Unterstützung entscheidend dazu bei, dass sie noch selbstständig in ihrer Wohnung oder bei der Familie lebten und nicht in ein Heim umziehen mussten. Dieses Ergebnis ist auch dahingehend von Bedeutung, dass entsprechend der bisherigen Befundlage (z.B. Holtzman et al., 2004; Schwarzer & Leppin, 1989) soziale Unterstützung ein wichtiger protektiver Faktor in der Erhaltung von körperlicher und psychischer Gesundheit sowie kognitiver Leistung darstellt.

Hinsichtlich **psychologischer Ressourcen** zeigte sich die größte Stärke der untersuchten Population. Die Analyse der Persönlichkeitsstruktur offenbarte, dass sich die Probanden vorwiegend als *extravertiert* und *emotional stabil* sahen. Somit spricht diese Studie eindeutig gegen ein einseitiges negatives Altersbild von vereinsamten, verbitterten und sozial isolierten Hochaltrigen (vgl. Kruse & Schmitt, 2005; Tews, 1991). Ähnliche Ergebnisse liefern zahlreiche bisherige Untersuchungen mit alten und sehr alten Menschen (z.B. Baltimore Longitudinal Study of Aging: Costa & McCrae, 1988, 1997; Costa et al., 2000). Diese Studien deuten darüber hinaus auf eine eher stabile Persönlichkeitsstruktur im Alter hin und weisen nur ein geringes altersbedingtes Absinken von Extraversion und Neurotizismus nach.

Da die eigene Untersuchung einen Querschnitt darstellt, sind hierzu Aussagen zu Alterseffekten nicht möglich.

Des Weiteren zeigten ca. 80% der befragten Hochaltrigen eine überdurchschnittliche *positive Lebensbewertung* sowie ein überdurchschnittliches *Kohärenzgefühl* auf. Beide Eigenschaften lagen deutlich über den für diese Altersgruppe in bisherigen Studien ermittelten Durchschnittswerten (vgl. Jopp, Rott, et al., 2010, Wiesmann et al., 2004), was sowohl mit einer positiven Selektivität als auch einer hohen Adaptationsleistung der untersuchten Population zusammenhängen kann. In Bezug auf *Kontrollüberzeugung* waren die ST durch unterdurchschnittliche Internalität und Externalität zu charakterisieren (vgl. Levenson, 1972). Dennoch erwies sich die internale Kontrolle, welche für das Bewältigungshandeln im Alter eine günstige Strategie darstellen soll (Künzel-Schön, 2000; vgl. auch Brandstädter & Renner, 1990; Heckhausen & Schulz, 1995), als die stärkste.

Trotz ausgeprägter psychologischer Stärken konnten bei knapp 30% der ST Anzeichen einer klinisch relevanten *Depression* festgestellt werden. Einer Analyse von Eifflaender-Gorfer (2009, S. 33f.) zufolge variiert die Prävalenz depressiver Störungen in bisherigen Studien mit älteren Menschen abhängig von dem Cut-off-Wert, dem Alter der untersuchten Population sowie dem angesetzten Instrument zur Messung der Depression zwischen 8% und 54%. Bei hochaltrigen Menschen im Alter von über 84 Jahren ermittelten Zarit und Kollegen (1999) eine Prävalenz von 43%. Allerdings formulierten die Autoren keine Ausschlusskriterien, was bei Einbeziehung der Heimbewohner und nicht kognitiv intakten Probanden die Prävalenz automatisch erhöhte (vgl. auch Papadopoulos et al., 2005; Reker, 1997). Daher ist der in dieser Studie ermittelte Prozentsatz von 30% bei einem strengen Cut-off-Wert von 4 Punkten nicht überraschend hoch.

Wie angenommen wurden signifikante **Länderunterschiede** nur in Bezug auf einige wenige individuelle Ressourcen festgestellt. Während die Mannheimer bedeutend bessere kognitive Funktionen aufwiesen, verfügten die Danziger über ein größeres soziales Netzwerk. Vor allem war die Differenz im ersten sozialen Kreis zu beobachten (die Anzahl der engsten und wichtigsten Sozialpartner). Darüber hinaus konnten die Mannheimer als extravertierter und die Danziger dagegen als kohärenter bezeichnet werden. Über Unterschiede hinsichtlich der subjektiven Einschätzung der finanziellen Situation sowie der Gesundheit wurde bereits ausführlich berichtet.

Über welche infrastrukturellen Ressourcen verfügen die Hochaltrigen in den beiden Städten?

Im Gegensatz zu individuellen Ressourcen, deren Ausmaß sich zwischen den beiden untersuchten Stichproben nicht erheblich unterschied, wiesen infrastrukturelle Ressourcen länderspezifische Ergebnisprofile auf. Die Differenzen erstreckten sich von der subjektiven Zufriedenheit mit der Infrastruktur über ihr objektives Vorhandensein bis zur Übereinstimmung zwischen persönlichen infrastrukturellen Bedürfnissen und tatsächlich vorhandenen Bedingungen (Person-Umwelt-Passung). Alle Infrastrukturdomänen zeigten hinsichtlich dieser drei Charakteristika bedeutende Länderunterschiede, welche jeweils zugunsten der deutschen Stichprobe ausfielen. So standen den Mannheimern objektiv mehr infrastrukturelle Gegebenheiten zur Verfügung, sie waren mit diesen zufriedener und konnten darüber hinaus mehr infrastrukturelle Ressourcen aufsuchen, die für sie bedeutend waren (d.h. bessere Person-Umwelt-Passung). Bezüglich der **Wichtigkeit infrastruktureller Ressourcen** wurden dagegen keinerlei nationale Differenzen ermittelt – weder in Bezug auf die Stadtinfrastruktur noch hinsichtlich der Infrastruktur im Bereich von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten oder der Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote¹²⁵. Als die wichtigsten Infrastrukturmerkmale, die in beiden Regionen eine zentrale Bedeutung für fast alle Hochaltrigen aufwiesen, galten folgende organisatorische und räumliche Qualitäten: gute Fußgängerwege, gute Einkaufsmöglichkeiten für den täglichen Bedarf, ein Park / eine Grünanlage in der Nähe, eine gute allgemeinärztliche Versorgung in der Nähe und gute Krankenhäuser in der Stadt. Hierbei ähneln die eigenen Ergebnisse denen von Mollenkopf und Kollegen (1997): In einer vergleichenden Studie zwischen Ost- und Westdeutschland konnte diese Forschergruppe die zentrale Bedeutung einer guten medizinischen Versorgung sowie der Versorgung mit Dienstleistungen speziell für ältere Menschen unabhängig vom Wohnort feststellen.

Der Aussage des zweiten Altenberichts der Bundesregierung zum Wohnen im Alter zufolge gibt es „die“ Ansprüche älterer Menschen an Wohnumfeld und Quartiergestaltung nicht. Daher sollte bei der Analyse und Planung des Wohnumfelds immer nach bestimmten Kriterien differenziert werden. Diese sind beispielsweise Geschlecht, Alter, Familienstand, Haushaltseinkommen oder nationale Zugehörigkeit (BMFSFJ, 1998, S. 131). Im Gegensatz

¹²⁵ Selbstverständlich wurden auf der Ebene einzelner Items signifikante Länderunterschiede gefunden. Diese wurden vor allem sichtbar bezüglich der Wichtigkeit von Sportanlagen, Fahrradwegen, Kirchen und Beratungsstellen. Die beiden Ersten wurden in Deutschland und die zwei Letzten in Polen als wichtiger empfunden. Darüber hinaus wurden Hilfe im Haushalt, ambulante Pflegedienste, Hausnotruf sowie betreutes Wohnen in Deutschland und im Gegensatz dazu Besuchsdienste sowie Palliativstationen in Polen als wichtiger erachtet. In Anbetracht großer kultureller Unterschiede zwischen den beiden Ländern, die sich auch auf das Pflegesystem erstrecken, kann die größere Wichtigkeit der formellen Pflegeangebote in Deutschland dadurch erklärt werden, dass die polnischen ST öfters davon ausgegangen sind, in einem Pflegefall eher von der Familie gepflegt zu werden (also eher informelle Unterstützungsquellen), als auf die Leistungen des staatlichen Pflegesystems angewiesen zu sein.

zu dieser Aussage legen die Ergebnisse der eigenen Studie die Schlussfolgerung nahe, dass die Wichtigkeit der Infrastruktur im hohen Alter eher einen universellen und von der Herkunft unabhängigen Charakter aufweist. Als die wichtigsten Infrastrukturdomänen wurden gleichzeitig die Stadtinfrastruktur sowie die Infrastruktur im Bereich der medizinischen und pflegerischen Angebote empfunden. Bei der Stadtinfrastruktur wurden durchschnittlich 60% der Angebote – in erster Linie Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten – und bei der Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote 58% – vor allem ärztliche und pflegerische Dienstleistungen – als wichtig identifiziert. Die geringste Bedeutung wies eine die soziale Teilhabe ermöglichende Infrastruktur im Bereich von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten auf. Durchschnittlich wurden lediglich 39% dieser Angebote von den ST als wichtig beurteilt. Darunter gewannen Bildungsmöglichkeiten sowie Möglichkeiten für ehrenamtliches Engagement die geringste Beachtung.

Wurden die eigenen Erkenntnisse zur Infrastruktur in Bezug auf die drei zentralen Bedürfnisse, welche diese im Alltag des älteren Menschen zu erfüllen vermag, interpretiert (vgl. BMFSFJ, 2000; Kruse, 2002b; siehe auch Carp & Carp, 1984), so konnte davon ausgegangen werden, dass Hochaltrigkeit von zwei Bedürfnissen geprägt ist: Erstens handelt es sich hierbei um *das Bedürfnis nach Selbstständigkeit*, welchem durch eine gut ausgebaute und zugängliche Stadtinfrastruktur mit ihren Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten sowie Versorgungseinrichtungen des täglichen und mittelfristigen Bedarfs nachgekommen werden kann. Zweitens spielt im hohen Alter das *Bedürfnis nach einem selbstbestimmten und selbstverantwortlichen Leben* eine sehr große Rolle: Die Bereitstellung einer Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote mit einer gut funktionierenden und zugänglichen ambulanten und stationären Altenhilfe gibt den älteren Menschen die Möglichkeit, dieses Bedürfnis zu befriedigen. Im Vergleich zu diesen zwei Bedürfnissen wird das dritte Bedürfnis – *nach sozialer Teilhabe* –, welches nach Kruse (2002b) im Alter unbedingt erfüllt werden muss (vgl. auch Rowe & Kahn, 1998, S. 38), im hohen Alter seltener empfunden: Den Ergebnissen dieser Studie zufolge ist dieses Bedürfnis nach einer erfüllenden Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten für sehr alte Menschen weniger wichtig. Einerseits könnte diese Erkenntnis als ein gewisses Disengagement des hohen Alters interpretiert werden (vgl. Havighurst et al., 1963). Andererseits ist aber nicht auszuschließen, dass das Bedürfnis nach sozialer Teilhabe im hohen Alter nicht viel geringer als in früheren Lebensphasen ist, aber in anderer Art und Weise als durch Inanspruchnahme von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten der Kommune erfüllt wird. Hierzu können beispielsweise soziale Aktivitäten innerhalb des Familien-, Freundes- oder Nachbarschaftskreises aufgeführt werden (vgl. Enquete-

Kommission, 2002; Kruse & Schmitt, 2008). Eine derartige Annahme stimmt darüber hinaus mit den Hauptaussagen der sozioemotionalen Selektivitätstheorie von Carstensen (1992) überein. Als Beispiel sei an dieser Stelle die Aussage eines polnischen ST zitiert:

Das alles drum herum ist für mich nicht mehr wichtig. Bin im Endspurt. [...] Meine Frau ist mir die Wichtigste jetzt. (ST 2344, 93 Jahre)

Schließlich ist aus der Analyse der Wichtigkeit infrastruktureller Gegebenheiten festzuhalten, dass obgleich sich die untersuchten Hochaltrigen durch eine überdurchschnittliche Gesundheit, Kognition und Selbstständigkeit auszeichneten, die Infrastruktur im Bereich der Kultur-, Freizeit- und Bildungsangebote für sie von geringster und dahingegen die Stadtinfrastruktur und Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote von größter Bedeutung waren. Demzufolge könnte davon ausgegangen werden, dass in der Gesamtbevölkerung hochaltriger Menschen, die in Bezug auf individuelle Ressourcen viel schlechter abschneidet, die erste Infrastrukturkomponente weniger wichtig, während die letzten zwei eher unterstützenden Infrastrukturdomänen noch bedeutsamer sein dürften.

Wie angenommen und bereits ausgeführt, stellte die **objektiv vorhandene Infrastruktur** in allen drei Domänen eine eindeutig bessere Ressource in Deutschland dar. Ein polnischer ST hatte den Mangel in Danzig folgendermaßen beschrieben:

[...] Da werden Geschäfte zugemacht und Banken aufgemacht! Ich frage mich, was das soll. [...] Im Theater oder im Kino finden Sie kaum etwas für Ältere, alles muss modern sein [...] auf den Straßen nur Kopfsteinpflaster [...] das machen sie, weil es schön ist!? Aber für mich ist es einfach ein Urteil, zu Hause bleiben zu müssen [...]. (ST 2274, 88 Jahre)

Die größten Differenzen zwischen den beiden Ländern konnten hinsichtlich der Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote sowie der Infrastruktur von Kultur-, Freizeit und Bildungsangeboten ermittelt werden. Während in Mannheim durchschnittlich 90% dieser Angebote zur Verfügung standen, traf das in Danzig nur auf 55% der infrastrukturellen Gegebenheiten im Bereich von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangebote sowie auf 61% der Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote zu. Vor allem mangelte es in Polen an Angeboten im Bereich der ambulanten (Essen auf Rädern, stationärer Mittagstisch, Hausnotruf, Nachbarschaftshilfe) sowie der stationären Altenhilfe (betreutes Wohnen und Kurzzeitpflege). Darüber hinaus fehlten Bildungseinrichtungen, Beratungsstellen, Möglichkeiten für ehrenamtliches Engagement sowie behindertengerechte Wege, Sitzmöglichkeiten und Fahrradwege. Immerhin erkannten über 70% der Hochaltrigen beider Nationen genug gute Allgemeinärzte in der Nähe, über 90% eine gute ÖPNV-Anbindung und ebenfalls über 90% ausreichend gute Einkaufsmöglichkeiten für den täglichen Bedarf. Im Vergleich zum Alters-

Survey (Motel et al., 2000), der jüngere Menschen im Alter zwischen 40 und 85 Jahren untersuchte, schnitt die 85+-Gruppe der eigenen Studie deutlich besser ab. Dies könnte ein erster Hinweis auf eine größere Anpassungskraft der Hochaltrigkeit im Vergleich zu jüngeren Lebensjahren sein.

Das nächste Beispiel für die Adaptationsleistungen des hohen Alters brachte die Auswertung der **Zufriedenheit mit der Infrastruktur**. Diese fiel für alle drei Infrastrukturkomponenten überdurchschnittlich hoch aus, in Deutschland jedoch signifikant höher als in Polen. Während sich die Zufriedenheitswerte für die drei Infrastrukturdomänen zwischen den Ländern unterschieden, wichen sie innerhalb der Länder nicht voneinander ab. Dies könnte für den an mehreren Stellen der Diskussion angesprochenen Nationalcharakter der Zufriedenheit sprechen (vgl. Inglehart, 1995; Inkels, 1988). Auffallend groß fielen die Länderunterschiede in Bezug auf die Zufriedenheit mit Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten, Beratungsstellen, Bildungsangeboten und Angeboten der ambulanten Altenhilfe aus. Auf der Ebene einzelner Items wurden nur einige wenige Infrastrukturbereiche gefunden, die keine Länderdifferenzen in Bezug auf die Zufriedenheit aufwiesen. Zu diesen Bereichen gehörten Krankenhäuser und Pflegeheime, Hospize und Hospizdienste sowie Allgemeinmediziner. Die nationalen Unterschiede in der Zufriedenheit mit infrastrukturellen Ressourcen sind angesichts der bereits festgestellten objektiven Länderdifferenzen in den infrastrukturellen Gegebenheiten allerdings nicht verwunderlich. Bemerkenswert bleibt dennoch, dass sich diese Länderdifferenzen in der objektiven Situation nicht zwangsläufig in den Unterschieden in der Zufriedenheit widerspiegeln. Des Weiteren sind auch innerhalb der beiden Länder die konkreten objektiven Mängel des infrastrukturellen Umfelds nicht direkt mit einer geringeren Zufriedenheit verbunden. Hierzu stimmen die eigenen Ergebnisse mit den Befunden des Alters-Surveys überein: Motel und Kollegen (2005) konnten ebenfalls zeigen, dass fehlende Einrichtungen nicht unmittelbar als Mängel erkannt werden und zu Unzufriedenheit führen. Nach Saup (1993) spielt hier die Vertrautheit mit der Wohnumgebung eine wichtige Rolle. Diese schließt die langfristige Anpassung des eigenen Anspruchsniveaus an die (nicht)vorhandenen Wohnbedingungen ein (vgl. auch BMFSFJ, 1998; Mollenkopf et al., 2006; Voges, 2008). Da die untersuchten sehr alten Menschen durchschnittlich seit 37 Jahren in der gleichen Wohnung wohnten, hatten sie sich mit der Zeit an die infrastrukturelle – besonders in Polen mangelhafte – Umwelt angepasst und auch gelernt, mit den Mängeln zu leben. Insofern wirkt sich der Stadtteil mit seiner Infrastruktur gleichzeitig entlastend und belastend auf die hochaltrigen Menschen aus: Einerseits ist dieser mangelhaft, aber andererseits vertraut. Voges (2008) sieht in diesem doppelten Charakter des Wohnquartiers den

Grund dafür, dass bei älteren Menschen das Bedürfnis, in der eigenen Gegend zu verbleiben, auch dann überwiegt, wenn die stadtteilnahe Unterstützung sehr begrenzt ist. Ein polnischer Teilnehmer brachte es folgendermaßen zum Ausdruck:

Es fehlt das oder jenes, ich würde aber nie von hier wegziehen. Ich fühle mich hier wohl [...]. Ich habe mich an alles gewöhnt. (ST 2443, 87 Jahre)

Wie die bisherigen Studien zeigen, beurteilen alte Menschen ihre Wohnsituation und ihre Lebensbedingungen deutlich besser, als es die objektiven Qualitätsmaßstäbe nahelegen würden (z.B. Heyl et al., 1997; Hieber et al., 2005; Schmitt et al., 1994). Dennoch weisen die Daten dieser internationalen Vergleichsstudie darauf hin, dass dieses Paradox im Hinblick auf die Infrastruktur seine Grenzen hat. Die hochaltrigen Menschen in Polen, denen objektiv schlechtere infrastrukturelle Ressourcen zur Verfügung standen, waren gleichzeitig mit der Infrastruktur weniger zufrieden. Zwar erfolgte eine Anpassung an die schlechteren Bedingungen, diese war aber in ihrem Ausmaß begrenzt.

Man hat sich daran gewöhnt, hier zu wohnen, und so lebt man, aber gut ist es nicht! (ST 2679, 86 Jahre)

Wie in Anlehnung an die theoretischen Konzepte von Kahana (1982) und Carp & Carp (1984) angenommen werden konnte, resultierte die geringere Zufriedenheit mit der Infrastruktur in Danzig zum Teil aus einer fehlenden **Person-Umwelt-Passung**. In Polen entsprachen die Infrastrukturbedürfnisse den Infrastrukturbedingungen insgesamt viel weniger als in Deutschland. Nur in Bezug auf die Stadtinfrastruktur wichen die beiden Länder in dem Übereinstimmungsindex nicht bedeutend voneinander ab. Somit waren die hochaltrigen Personen in Danzig öfters mit der Situation konfrontiert, die für sie wichtigen infrastrukturellen Angebote nicht in Anspruch nehmen zu können.

Zusammenfassend lässt sich im Hinblick auf infrastrukturelle Ressourcen festhalten, dass die u.a. von Kruse und Wahl (2010) postulierte menschenfreundliche Umwelt ihre Rolle in Danzig in einem bedeutend geringeren Umfang erfüllte, als dies in Mannheim der Fall war (vgl. auch Kruse, 2007b). Dieser Unterschied wurde im Rahmen der Studie angenommen und war für die Beantwortung weiterer Forschungsfragen zu Beziehungen zwischen Infrastruktur und Wohlbefinden dahingehend „wünschenswert“, als er die Variabilität in der Stichprobe vergrößerte und damit die Aufdeckung von möglichen Effekten begünstigte. Des Weiteren lieferten die hier aufgeführten Ergebnisse erste Hinweise auf Adaptationsleistungen des hohen Alters: Die objektiven infrastrukturellen Mängel spiegelten sich nicht zwangsläufig in der Unzufriedenheit mit der Infrastruktur wider. Bemerkenswerterweise ergaben sich die nationalen Differenzen nicht nur hinsichtlich der objektiv erfassten, sondern auch bezüglich

der subjektiv wahrgenommenen infrastrukturellen Gegebenheiten. Als auffallend und besonders interessant für weitere Untersuchungen und Theorienbildung kann der konsistente fehlende Länderunterschied in Bezug auf die Wichtigkeit der Infrastruktur im hohen Alter angesehen werden.

6.1.2 Zu den Beziehungen zwischen Ressourcen und Wohlbefinden im hohen Alter

Die vorliegende Untersuchung erlaubte eine Analyse der Beziehungen zwischen Ressourcen und Wohlbefinden unter Nutzung verschiedener Zugangsweisen. Begonnen wurde mit der Ermittlung von Zero-Order-Korrelationskoeffizienten. Danach erfolgte eine getrennte Betrachtung aller spezifischen Ressourcendimensionen mit dem Ziel, die unabhängige Bedeutung der einzelnen Ressourcenfacetten für das Wohlbefinden aufzuzeigen. Daran anschließend wurden die Ressourcen simultan untersucht und ihr relativer Einfluss auf das Wohlbefinden geprüft. Abschließend wurde unter Nutzung zusammenfassender Composite-Indikatoren der Bedeutung des funktionalen Zusammenspiels zwischen individuellen und infrastrukturellen Ressourcen für das Wohlbefinden nachgegangen. Somit hatten die ersten Analysen zur Beziehung zwischen Ressourcen und Wohlbefinden einen eher explorativen Charakter, während die späteren Berechnungen gezielt das Zusammenwirken der Ressourcen fokussierten.

Mit welchen Ressourcen hängt das Wohlbefinden zusammen?

Unter den individuellen Ressourcen zeigten **soziodemographische Merkmale** die geringste Assoziation mit dem Wohlbefinden. Ein für empirische Untersuchungen typisches Ergebnis, dass zwischen dem *Alter* und dem Wohlbefinden kein bzw. ein sehr geringer Zusammenhang besteht (z.B. Berg et al., 2006; Diener & Clifton, 2002; Efkliides et al., 2003; Steverink et al., 2001; Stock et al., 1983), ließ sich auch in der vorliegenden Studie bestätigen. Weder der positive Affekt noch die Lebenszufriedenheit wiesen eine signifikante Beziehung zum Alter auf. Bezüglich des negativen Affektes konnte ein geringer negativer Zusammenhang mit dem Alter festgestellt werden ($r = -0,22$): Je älter die Hochaltrigen waren, desto weniger negative Emotionen empfanden sie im Alltag. Hierzu offenbarten sich bemerkenswerterweise keine Länderunterschiede, was zum einen auf eine gewisse Gültigkeit dieses Effektes und zum anderen auf eine hohe Adaptationsleistung in der untersuchten hochaltrigen Gruppe hindeutet. Diesbezüglich wichen aber die eigenen Ergebnisse von den Resultaten einiger bisheriger Studien ab, die – ganz im Gegenteil – eine leichte negative Korrelation zwischen dem Alter

und dem positiven Affekt, nicht aber zwischen dem Alter und dem negativen Affekt feststellen konnten (Smith et al., 1996; Shmotkin, 1990). So wurde beispielsweise in einer internationalen Metaanalyse von Diener & Suh (1998) kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem negativen Affekt und der Lebenszufriedenheit mit dem Alter ermittelt, während für den positiven Affekt ein leichter, aber signifikanter negativer Alterseffekt nachgewiesen wurde. Diese Abweichungen der eigenen Ergebnisse von bisherigen Befunden dürften auf zwei Tatsachen beruhen. Erstens könnten die Differenzen mit der untersuchten Altersgruppe in Verbindung gebracht werden: Im Rahmen der eigenen Studie wurden ausschließlich Hochaltrige (85+) befragt, während der Altersrange in anderen Studien viel breiter ausgeprägt war oder bei der Metaanalyse sogar fast die ganze Lebensspanne umfasst. Zweitens wäre hierzu die positive Selektivität der eigenen Stichprobe zu nennen, welche dafür sorgt, dass die hochaltrigen Teilnehmer der Studie keinen Rückgang von positiven Emotionen, sondern sogar einen Rückgang der negativen Befindlichkeit mit dem Alter erleben. Selbstverständlich kann hier von keinen Alterseffekten gesprochen werden, da die Studie nur eine Querschnitterhebung darstellt.

Obgleich die bisherigen Forschungsergebnisse dahingehend übereinstimmen, dass es keine *Geschlechtsunterschiede* in Bezug auf Wohlbefinden gibt (z.B. Krause, 2004; Warr et al., 2004; Pinquart & Sörenson, 2001), wurde hierfür eine Differenz zugunsten der männlichen Studienteilnehmer festgestellt. Eine länderspezifische Betrachtung ergab allerdings, dass dieser Zusammenhang lediglich für die deutsche Stichprobe galt und sich durch den Familienstand (Verheiratetsein) erklären ließ. Auch im Rahmen der BASE kamen Smith und Mitarbeiter (1996) zu einem vergleichbaren Ergebnis. In den bereichsübergreifenden Regressionsanalysen blieb der Beitrag des Geschlechts zur Varianzaufklärung entweder ganz aus (NA, LZ) oder betrug lediglich 3% (PA). Hinsichtlich des *Bildungsstands* konnten mit dieser Studie die Ergebnisse von Berg und Kollegen (2006) repliziert werden: Die Forscher stellten in einer Stichprobe mit Personen im Alter von über 80 Jahren keine signifikante Beziehung zwischen Wohlbefinden und Schulbildung fest. Auffallende Zusammenhänge zeigten sich im Bereich der *finanziellen Lage*: Die in der Fachliteratur von Diener und Biswas-Diener (2005) beschriebenen nationalen Besonderheiten hinsichtlich der Bedeutung des Einkommens wurden in der eigenen Studie ebenfalls ermittelt. Diese äußerten sich dergestalt, dass eine sehr starke Beziehung zwischen Einkommen und Wohlbefinden nur im ärmeren Land, d.h. in Polen, gefunden wurde (r zwischen -0,21 für NA und 0,45 für PA). In Deutschland spielte die finanzielle Lage weder für die emotionale noch für die kognitive Facette des Wohlbefindens eine signifikante Rolle (vgl. Biswas-Diener, 2008; Myers & Diener, 1995). Somit stimmen

die eigenen Ergebnisse mit denen von Böhnke und Kohler (2007) überein: Die Forschungsgruppe hat die Daten des im Jahr 2003 in 28 Ländern durchgeführten European Quality of Life Survey ausgewertet und dabei festgestellt, dass in den Transformationsländern der Zugang zu materiellen Ressourcen einen großen Einfluss auf die Zufriedenheit ausübt (vgl. auch Weller, 1997).

Im Gegensatz zu soziodemographischen Merkmalen, welche die geringsten Zusammenhänge mit dem Wohlbefinden aufwiesen, zeigten **psychologische Ressourcen** die stärksten korrelativen Beziehungen mit allen drei Wohlbefindensfacetten (bis zu $r = 0,67$). Dabei hingen Neurotizismus und Depressivität negativ mit dem Wohlbefinden zusammen, während sich bezüglich Extraversion, positiver Lebensbewertung sowie Kohärenzgefühl ein positiver Zusammenhang mit dem Wohlbefinden herausstellte. In diesem Korrelationsmuster stellte die Kontrollüberzeugung die einzige Ausnahme dar: Die Internalität der Kontrolle wies eine positive und die Externalität eine negative Beziehung zum positiven Affekt und zur Lebenszufriedenheit auf. Die Zusammenhänge mit dem negativen Affekt blieben hingegen über alle Kontrollüberzeugungsvariablen hinweg nicht signifikant. Nichtsdestotrotz schließen die eigenen Ergebnisse an alle diejenigen Studien an, die ebenfalls bedeutende Zusammenhänge des Wohlbefindens mit Extraversion und Neurotizismus (z.B. Costa & McCrae, 1980; Diener & Fujita, 1995; Headey & Wearing, 1989; Mroczek & Spiro, 2005; Schmitt et al. 2006), Depressivität (z.B. Demura & Sato, 2003; Hsu, 2009), Lebensbewertung (z.B. Lawton, 2001) und Kohärenzgefühl (z.B. Brooks, 1998; Lutgendorf et al., 1999; Zika & Chamberlain, 1992) nachweisen konnten. Auch hinsichtlich der Kontrollüberzeugung finden die eigenen Resultate in der bisherigen Forschung ihre Bestätigung: Im Alters-Survey (Westerhof, 2001) hing Kontrollerleben vor allem mit positiver Befindlichkeit und weniger oder gar nicht mit der Lebenszufriedenheit oder mit dem negativen Affekt zusammen (vgl. auch Berg et al., 2006; Landau & Litwin, 2001). Darüber hinaus ist hierzu anzumerken, dass das Kontrollerleben in der eigenen Studie nur sehr allgemein gemessen wurde. Basierend auf dem theoretischen Ansatz von Rotter (1966) konnte in manchen Untersuchungen nachgewiesen werden, dass die bereichsspezifische Kontrollüberzeugung im Alter von größerer Bedeutung für das Wohlbefinden ist als das generalisierte Kontrollerleben (Lachman, 1991; Caprara et al., 2003). Demnach kann nicht ausgeschlossen werden, dass solche Differenzierungen im Rahmen der eigenen Studie zu einem stärkeren Zusammenhang mit dem Wohlbefinden geführt hätten. Die fehlenden Länderunterschiede im Korrelationsmuster psychologischer Ressourcen und des Wohlbefindens dürften dahingehend interpretiert werden, dass diese Beziehungen einen universellen Charakter haben könnten. Dabei bleibt dennoch anzumerken,

dass im Vergleich mit bisherigen Studien die hierfür festgestellten Korrelationskoeffizienten teilweise deutlich höher ausfallen. Während DeNeve und Cooper (1998) in einer Metaanalyse für Neurotizismus eine durchschnittliche Assoziation mit dem Wohlbefinden von $r = 0,22$ ermittelten, ergab die eigene Untersuchung einen für drei Wohlbefindensfacetten durchschnittlichen Korrelationswert von $r = 0,56$. Für Extraversion betrug der Koeffizient bei DeNeve und Cooper $r = 0,17$, in der eigenen Studie hingegen $r = 0,41$. Für Depressivität wurde hierfür ein durchschnittlicher Wert von $r = 0,55$ gefunden, welcher in Anbetracht der Tatsache, dass es sich bei den ST vorwiegend um Frauen handelte, nicht sehr stark von dem Wert abweicht, den Berg und Kollegen (2006) in einer repräsentativen Stichprobe hochaltriger Frauen feststellten ($r = 0,42$). Zum großen Teil beruhen diese Differenzen wahrscheinlich auf der positiven Selektivität der eigenen Stichprobe: In der Untersuchung nahmen nämlich vorwiegend gesunde, zufriedene, externalisierte und emotional stabile Hochaltrige teil, die ihr Leben positiv bewerteten (siehe Abschnitt 5.1.2).

Der objektive **Gesundheitszustand** zeigte korrelationsanalytisch eine moderate bis starke negative Beziehung zum positiven Affekt und zur Lebenszufriedenheit sowie eine negative moderate Beziehung zum negativen Affekt. Ähnliche Ergebnisse konnten in bisherigen Studien mit hochaltrigen Menschen des Öfteren nachgewiesen werden (z.B. Cheng & Chan, 2006; Warr et al., 2004). Lediglich bei Berg und Kollegen (2006) wurden mittelstarke signifikante Zusammenhänge ausschließlich für die weibliche Teilstichprobe festgestellt. Die subjektive Gesundheitseinschätzung, welche sich im Hinblick auf das Wohlbefinden konzeptionstheoretisch (vgl. Thomae, 1983, 1991) und empirisch (z.B. Fernández-Ballesteros et al., 2001; Perrig-Chiello, 1997; Smith et al., 2002) als ein so viel wichtigerer Faktor in Bezug auf das Wohlbefinden erwies als der objektive Gesundheitszustand, so dass in der gerontologischen Forschung von einem Paradox des Wohlbefinden ausgegangen wird (Staudinger, 2000; Staudinger & Schindler, 2002), zeigte nur in der polnischen Stichprobe einen signifikanten Zusammenhang mit den drei Wohlbefindensfacetten ($r = 0,37$). Entsprechend der Annahme fiel diese Beziehung stärker aus als diejenige zwischen der objektiven Gesundheit und dem Wohlbefinden ($r = -0,22$)¹²⁶. Im deutschen Alters-Survey, welcher Lebenszufriedenheit von Personen im Alter zwischen 40 und 85 Jahren untersuchte, ermittelten Steverink und Kollegen (2001) einen Korrelationskoeffizienten von $r = 0,28$ für die subjektive und von $r = -0,16$ für die objektive Gesundheitseinschätzung.

¹²⁶ Die Korrelationskoeffizienten stellen jeweils einen Durchschnitt von Korrelationskoeffizienten für die drei Wohlbefindensfacetten dar. Aus Verständlichkeitsgründen wurde die Richtung der Korrelationen so angegeben, dass mit einer besseren Gesundheit das Wohlbefinden zunimmt. Allerdings stimmt diese Richtung nur für zwei Wohlbefindensfacetten überein (positiver Affekt und Lebenszufriedenheit). Die Korrelationen mit dem negativen Affekt sind selbstverständlich gegenläufig.

Wider Erwarten zeigten die **Aktivitäten des täglichen Lebens** ebenfalls keine Assoziation zum Wohlbefinden, was offensichtlich daran lag, dass die ST in den ADL-Funktionen weitgehend unabhängig waren. Bezüglich der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens stellte sich lediglich in der polnischen Stichprobe ein moderater Zusammenhang mit dem Wohlbefinden heraus. Dieser ging in die erwartete Richtung, dass diejenigen Menschen, welche über ein geringeres Ausmaß an instrumentellen Kompetenzen verfügten, unglücklicher im Alltag und unzufriedener mit ihrem Leben waren (vgl. Berg et al., 2006). In der deutschen Stichprobe ging der niedrigere IADL-Index nur mit einer verringerten positiven Befindlichkeit einher. In Bezug auf den negativen Affekt und Lebenszufriedenheit wurden keine Zusammenhänge festgestellt, was in Anlehnung an die Ergebnisse der BASE als eine positive Adaptation an die vorhandenen Kompetenzeinschränkungen interpretiert werden könnte (vgl. Smith et al., 2002).

Die **sozialen Ressourcen** zeigten ähnlich wie die gesundheitsbezogenen Ressourcen starke länderspezifische Ergebnisprofile. In der deutschen Stichprobe ergaben die Analysen ein Zusammenhangsmuster, welches weitgehend den Annahmen der sozioemotionalen Selektivitätstheorie von Carstensen (1992) entspricht: Korrelationsanalytisch wurden für das Wohlbefinden hochaltriger Deutscher diejenigen Personen bedeutend, mit denen eine sehr enge Beziehung bestand. Je mehr enge Kontakte die ST hatten, desto zufriedener waren sie mit ihrem Leben und desto häufiger zeigten sich positive und desto seltener negative Emotionen. In der polnischen Stichprobe war dagegen die Größe des gesamten Netzwerks am stärksten mit allen Facetten des Wohlbefindens korreliert. Hierzu stimmen die Ergebnisse der eigenen Untersuchung mit den Befunden vorheriger Studien überein, welche ebenfalls eine günstige Wirkung der Größe des sozialen Netzwerks auf das Wohlbefinden herausfanden (vgl. Antonucci et al., 2002; Bowling, 1991). Nur eine einzige soziale Ressource ergab bedeutende Zusammenhänge mit allen Wohlbefindensfacetten in beiden Stichproben. Es stellte sich heraus, dass nicht die Quantität, sondern die Qualität von sozialen Kontakten, d.h. die Zufriedenheit mit diesen, die stabilsten korrelativen Beziehungen mit dem Wohlbefinden aufwies. Auch Pinquart und Sörensen (2000) konnten in ihrer Metaanalyse mit 295 berücksichtigten Studien den gleichen Effekt nachweisen. Im Bereich der *sozialen Unterstützung* ergänzen die eigenen Daten die Erkenntnisse von Ferreira und Sherman (2007). Für das dritte Alter erhielten die Autoren eine durchschnittliche Korrelation von $r = 0,41$ zwischen Lebenszufriedenheit und sozialer Unterstützung. Bei den eigenen ST im vierten Alter wurde ein Zusammenhang von $r = 0,43$ festgestellt. Insgesamt stimmen die eigenen Ergebnisse mit den von Rook schon im Jahre 1984 gefundenen Assoziationen überein: Wenn eine positive soziale

Unterstützung fehlt, dann reduziert dies auch das psychische Wohlbefinden (vgl. auch Gow et al., 2006).

Zu den Zusammenhängen zwischen individuellen Ressourcen und den verschiedenen Wohlbefindensfacetten lässt sich abschließend zusammenfassen, dass die Befunde bezüglich der soziodemographischen und psychologischen Ressourcen nur geringe, für die gesundheitsbezogenen und sozialen Ressourcen hingegen zahlreiche Länderunterschiede aufwiesen. Wurden die Facetten des Wohlbefindens fokussiert, so deuteten die ermittelten Korrelationskoeffizienten darauf hin, dass die individuellen Ressourcen in qualitativer und quantitativer Hinsicht mit dem positiven Affekt in der stärksten Beziehung stehen.

Im Vergleich mit den individuellen Ressourcen wies die erfasste Infrastruktur einen viel geringeren Zusammenhang mit dem Wohlbefinden auf. Unter allen **infrastrukturellen Ressourcen** ließen sich hinsichtlich der Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote die stärksten und in Bezug auf die Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten die schwächsten Wechselwirkungen mit den drei Wohlbefindensfacetten nachweisen. Dabei kam der Unterscheidung zwischen dem Vorhandensein / der Zufriedenheit / der Person-Umwelt-Passung in ihren Bezügen zum Wohlbefinden eine sehr große Bedeutung zu. Es konnte festgestellt werden, dass das einfache *Vorhandensein* von infrastrukturellen Ressourcen eine sehr geringe oder sogar gar keine korrelative Verknötung mit dem Wohlbefinden zeigt. Dahingegen standen die *Zufriedenheit mit der Infrastruktur* sowie die *Übereinstimmung* von subjektiven Bedürfnissen und objektiven Gegebenheiten in einer moderaten positiven Beziehung zum Wohlbefinden. Diese Ergebnisse entsprechen weitgehend den Theorieansätzen von Kahana (1975, 1982) und Carp und Carp (1980, 1982), in denen angenommen wurde, dass die Komplementarität von individuellen Präferenzen und Bedürfnissen einerseits und der objektiven Ausprägung von Umweltmerkmalen andererseits eine positive Auswirkung auf das Wohlbefinden hat.

Wie angenommen wurden auch hierzu *Länderunterschiede* beobachtet. Vor allem schienen die infrastrukturellen Bedingungen einen stärkeren Zusammenhang mit dem Wohlbefinden der polnischen ST zu haben. Hauptsächlich wurde dies im Bereich der **Stadtinfrastruktur** deutlich: Sowohl *Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten* als auch *Versorgungseinrichtungen des täglichen und mittelfristiger Bedarfs* wiesen eine positive moderate bis starke korrelative Assoziation mit positiver Befindlichkeit und Lebenszufriedenheit der hochaltrigen Danziger auf. Ein weiterer bemerkenswerter korrelativer Länderunterschied wurde im Bereich der **Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote** ermittelt: Während in der deutschen Stichprobe das Vorhandensein von Angeboten und

Institutionen im Bereich der *stationären und teilstationären Altenhilfe* stark positiv mit dem positiven Affekt und Lebenszufriedenheit assoziiert war, zeigte diese Form der Altenhilfe in Polen gar keine oder nur sehr schwache Zusammenhänge. Stattdessen erwiesen sich *Angebote ambulanter Altenhilfe* (hier vor allem hauswirtschaftliche Dienstleistungen sowie ärztliche und pflegerische Dienstleistungen) für das Wohlbefinden der ST in Danzig als bedeutsam: Je zufriedener die polnischen Hochaltrigen mit der ambulanten Altenhilfe waren und je besser diese ihren Bedürfnissen entsprach, desto mehr positive und desto weniger negative Emotionen empfanden sie und umso zufriedener waren sie mit ihrem Leben. Es kann angenommen werden, dass dieser Länderunterschied im Bereich der Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote teilweise auf kulturellen Unterschieden beruht. Während die stationäre Pflege in Deutschland eine lange Tradition aufweist und von den Älteren selbst sowie ihren Familienangehörigen in Anspruch genommen wird, ist diese in Polen immer noch mit sehr starken negativen Stereotypen verbunden und wird von älteren Menschen eher abgelehnt. Wie bereits bei der Analyse der Bedeutsamkeit von infrastrukturellen Gegebenheiten diskutiert wurde, rechnen die polnischen Hochaltrigen sehr wahrscheinlich damit, in einem Pflegefall von der Familie gepflegt zu werden. In den Unterdomänen der **Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten** wurden keine erheblichen Unterschiede in den Zusammenhängen mit dem Wohlbefinden festgestellt. Die wenigen positiven moderaten Assoziationen bestanden zwischen dem Vorhandensein von *Freizeit- und Kulturangeboten* und dem positiven Affekt sowie Lebenszufriedenheit. Das Vorhandensein von *Bildungsangeboten* oder die Möglichkeit des *ehrenamtlichen Engagements* wiesen keinen Bezug zum Wohlbefinden auf.

Abschließend kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die meisten und die stärksten Korrelationen individueller Ressourcen mit dem *positiven Affekt* bestanden. Das bedeutet, dass eine gute und zufriedenstellende Infrastruktur vor allem mit einem häufigeren Erleben von positiven Emotionen assoziiert war. Lebenszufriedenheit stand in der Studie in einer etwas geringeren Beziehung zur Infrastruktur. Dahingegen zeigte der negative Affekt nicht nur die wenigsten, sondern auch die schwächsten Wechselwirkungen mit infrastrukturellen Ressourcen. Dieser Befund lässt sich dergestalt interpretieren, dass der Stadtteil mit seiner Infrastruktur im hohen Alter mehr entlastend als belastend wirkt (vgl. Motel et al., 2000). Gleichwohl kann dieses Ergebnis auf eine gewisse Adaptationsleistung des hohen Alters hindeuten. Diese äußert sich in der Regulation negativer Gefühle: Die Hochaltrigen, welche über schlechtere infrastrukturelle Ressourcen verfügten, erlebten nicht mehr negative Emotionen als diejenigen Hochaltrigen, denen gute infrastrukturelle Ressourcen zur Verfü-

gung standen. Demnach lässt sich argumentieren, dass sich die hochaltrigen Menschen daran gewöhnt haben, in einer bestimmten – auch mangelhaften – Umgebung zu wohnen. Saup (1993) spricht hierbei von der Vertrautheit mit der Wohnumgebung. Dieser Aspekt wurde bereits bei der Diskussion des Status von infrastrukturellen Ressourcen deutlich (siehe 6.1.1). Die Vertrautheit mit der Wohnumgebung schließt eine langfristige Anpassung des eigenen Anspruchsniveaus an die vorhandenen Bedingungen ein, sodass ungünstige Bedingungen oder fehlende Einrichtungen nicht zwangsläufig als Mängel des Wohnumfelds angesehen werden und folglich auch keinen Bezug zu dem negativen Affekt aufweisen (vgl. Motel et al., 2005).

Welche Ressourcendimensionen tragen zum Wohlbefinden im hohen Alter bei? Ist hierfür die Unterscheidung zwischen Wohlbefindensfacetten notwendig?

Unter sieben untersuchten Ressourcendimensionen (vier individuelle und drei infrastrukturelle) erwiesen sich **psychologische Ressourcen** als der beste Prädiktor für alle drei Facetten des Wohlbefindens. Viele Autoren weisen darauf hin, dass gerade diese Eigenschaften dabei helfen, negativen Folgen altersassoziierter Verluste entgegenzuwirken und im Alter resilient zu bleiben (vgl. Kruse & Wahl, 2008; Jopp, Rott, et al., 2010; Lawton, 2000). Bezüglich des *positiven Affektes* ergaben psychologische Ressourcen mit 56% der erklärten Varianz die stärkste Vorhersagekraft in der vorliegenden Studie. Obwohl alle psychologischen Stärken in einer engen Korrelationsbeziehung mit dem Wohlbefinden standen, leisteten nur einige von ihnen einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung. Als bedeutsamste Ressourcen im Regressionsmodell zum positiven Affekt offenbarten sich Extraversion und Neurotizismus. Ähnliche Ergebnisse erhielten Isaacowitz und Smith (2003) sowohl bei jüngeren als auch älteren Teilnehmern der BASE. Länderunterschiede zeigten sich hierbei vor allem dahingehend, dass in Polen die internale Kontrollüberzeugung anstelle von Neurotizismus einen besseren Prädiktor positiver Befindlichkeit darstellte. Bemerkenswerterweise war die Internalität nur für die polnischen ST bezüglich des positiven Affektes von Bedeutung und spielte weiterhin keine signifikante Rolle. Dies deutet darauf hin, dass auch wenn die internale Kontrolle mit zunehmendem Alter nachlassen sollte (Rodin, 1986), dieses Nachlassen nicht zwangsläufig mit Einbußen im Bereich des Wohlbefindens verbunden sein muss. Die Ergebnisse des deutschen Alters-Surveys bestätigen ebenfalls diese Annahme (Westerhof, 2000). Wie Schulz und Heckhausen (1996) sowie Brandstädter und Kollegen (1990, 2002) argumentieren, gewinnen mit dem Altern die sekundäre Kontrolle bzw. die akkomodativen Kontrollprozesse an Gewicht und werden mehr adaptativ. Die 40% der durch psychologische

Stärken erklärten Varianz von *Lebenszufriedenheit* erwies sich als die zweitbeste Prädiktionskraft der Untersuchung: Je weniger depressiv und von fatalistischer Kontrollüberzeugung geprägt und je extrovertierter die Hochaltrigen waren, desto höher fiel das Ausmaß an Lebenszufriedenheit der ST aus. Auch in der BASE (Staudinger et al., 1996) wurde Extraversion als ein wichtiger Prädiktor der Zufriedenheit mit dem eigenen Alter festgestellt. Darüber hinaus können hierzu die Resultate von Berg und Kollegen (2009) zum Vergleich herangezogen werden: In einer Studie mit hochaltrigen Menschen ließ sich der Rückgang der Lebenszufriedenheit in einem großen Teil durch die depressive Symptomatik vorhersagen. Schließlich trugen die psychologischen Ressourcen 33% zur Varianzaufklärung des *negativen Affektes* bei, was für diese Outcome-Variable ebenfalls die wichtigste prädiktive Ressourcendimension darstellte. Im Gesamtmodell sagten ein stark ausgeprägter Neurotizismus und ein geringes Kohärenzgefühl eigenständig jeweils 7% der Varianz voraus. Des Weiteren ließen sich in der ländervergleichenden Perspektive die Ergebnisse von Isaacowitz und Smith (2003) replizieren: Es wurde in der deutschen Stichprobe kein Effekt von Neurotizismus auf den negativen Affekt festgestellt. Hierfür spielte das Kohärenzgefühl die wichtigste prädiktive Rolle. Auch Smits und Kollegen (1995) berichten darüber, dass der negative Affekt holländischer älterer und alter Menschen durch SOC vorhergesagt werden konnte. Dahingegen stellte Neurotizismus für die polnischen Hochaltrigen den einzigen signifikanten Vorhersagefaktor dar. Zusammengefasst konnte mit den eigenen Ergebnissen die von Boerner und Jopp (2007) postulierte herausragende Bedeutung von Überzeugungen und Einstellungen für die lebenslange Entwicklung und Adaptationsprozesse des hohen Alters bestätigt werden.

Gesundheitsbezogene Ressourcen erklärten eigenständig bis zu 38% und soziale Ressourcen bis zu 31% der Varianz des Wohlbefindens. Die Vorhersagekraft variierte zwischen den Wohlbefindensfacetten, sodass gesundheitliche Ressourcen für den positiven Affekt (38% vs. 31%) und soziale Ressourcen für den negativen Affekt (27% vs. 22%) eine wichtigere regressionsanalytische Rolle spielten. Als bedeutsamster gesundheitsbezogener Prädiktor für eine *positive Befindlichkeit* erwies sich die kognitive Leistungsfähigkeit, welche eigenständig bis zu 20% der Varianz im Gesamtmodell erklärte. Demgemäß weichen die eigenen Ergebnisse von den bisherigen Befunden einigermaßen ab. Diese deuten nämlich auf eine schwache Beziehung zwischen kognitiven Funktionen und dem Wohlbefinden hin (z.B. Berg et al., 2006; Gow et al., 2006). Isaacowitz und Smith (2003) stellten lediglich für das dritte Alter eine Beziehung zwischen Intelligenz und positivem Affekt fest. Dass in der eigenen Untersuchung der Effekt von Kognition auf das Wohlbefinden dennoch sehr stark ausfällt, kann daran liegen, dass die Stichprobe in Bezug auf die kognitive Leistungsfähigkeit

hoch selektiert ist. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass mit nachlassenden intellektuellen Fähigkeiten ihre Bedeutung für das Wohlbefinden adaptionsgemäß geringer wird. Über die Kognition hinaus wurden je nach Land entweder die objektiven oder die subjektiven Gesundheitsmaße als zweiter wichtiger Prädiktor des PA ermittelt. Je gesünder die deutschen ST von der Interviewerin eingeschätzt wurden oder je gesünder die polnischen ST sich selbst einschätzten, desto höher fiel das positive emotionale Befinden aus. Sowohl hinsichtlich des *negativen Affektes* als auch bezüglich der *Lebenszufriedenheit* galt dasselbe Ergebnismuster. Dieser Beitrag von objektiver und subjektiver Gesundheit zum Wohlbefinden wird in einem weiteren Abschnitt separat diskutiert. Hier sei nur darauf hingewiesen, dass die eigenen Daten mit der bisherigen Forschung nicht übereinstimmen (vgl. Jones et al., 2003; Mroczek & Spiro, 2005; Perrig-Chiello, 1997; Smith et al., 2002).

Soziale Ressourcen wurden schon mehrfach mit dem psychologischen Wohlbefinden (z.B. Pavot et al., 1990) oder der Bewältigung von Krisen im Alter (z.B. Penninx et al., 1997) in Verbindung gebracht. Die eigenen Befunde hierfür schließen an die bisherigen Forschungsergebnisse an (z.B. Antonucci et al., 2002; Bowling, 1990; Seeman et al., 1987). Zu den sozialen Ressourcen, die einen positiven Beitrag zu dem *positiven Affekt* leisteten, gehörte an erster Stelle der dritte Antonucci-Kreis, gefolgt von der Zufriedenheit mit sozialen Kontakten: Je größer der Freundes- und Bekanntenkreis der ST war und je zufriedener sie im Allgemeinen mit diesen Kontakten waren, desto mehr positive Emotionen wurden im Alltag erlebt. *Negativer Affekt* wurde hingegen durch die Anzahl engster sozialer Kontakte (erster Antonucci-Kreis), die allgemeine Zufriedenheit mit Kontakten sowie die Anzahl von Personen, die im Notfall eine Unterstützung leisten können, beeinflusst. Während dabei für die deutschen Hochaltrigen die soziale Unterstützung den besten Prädiktor darstellte, galt dies in der polnischen Stichprobe für die Zufriedenheit mit sozialen Kontakten. Diese letzte Variable, also die subjektive Einschätzung der sozialen Beziehungen, erwies sich zwar als die einzige, aber sehr starke soziale Ressource (16% der eigenständig erklärten Varianz), die einen Beitrag zur Varianzaufklärung der *Lebenszufriedenheit* leistete. Diesbezüglich weichen die eigenen Ergebnisse von der bisherigen Forschung nicht ab: Die Zufriedenheit mit sozialen Kontakten stellte in vielen Untersuchungen eine bedeutende Determinante für das Wohlbefinden älterer und sehr alter Menschen dar (z.B. Berg et al., 2006; Gow et al., 2006).

Des Weiteren wurde in Bezug auf *Lebenszufriedenheit* festgestellt, dass nicht die gesundheitlichen oder die sozialen Ressourcen, sondern die **soziodemographischen Merkmale** mit 32% erklärter Varianz die zweitwichtigste prädiktive Ressourcendimension darstellen. Dieses Ergebnis war eindeutig auf eine sehr starke Prädiktionskraft der Zufriedenheit mit der

finanziellen Situation zurückzuführen (16% der eigenständig erklärten Varianz), was bisher in diesem Umfang lediglich in einigen wenigen Untersuchungen nachgewiesen wurde: Beispielsweise stellte Schmähl (1996) im Rahmen der Eurobarometers-Befragungen fest, dass das Gefühl finanzieller Sicherheit eine zentrale Rolle für die Lebenszufriedenheit älterer Menschen spielt. In anderen Untersuchungen (Übersicht in Biswas-Diener, 2008) wurde hierfür vorwiegend eine geringe bis moderate Beziehung gefunden oder auf nationale Besonderheiten hingewiesen (Diener & Biswas-Diener, 2005). Internationale Unterschiede konnten in der eigenen Untersuchung ebenfalls ermittelt werden und sollen in einem weiteren Abschnitt ausführlich diskutiert werden, da sie sich auf die Subjektivität-Objektivität-Kontroverse von Ressourcen beziehen. Dass das Alter überhaupt keine Vorhersagekraft für die Lebenszufriedenheit zeigte, steht bisherigen Erkenntnissen entgegen (z.B. Meléndez et al., 2009; Steverink & Lindenberger, 2006). Nach Smith und P. Baltes (1993) werden lediglich 3 bis 4% der Varianz der Lebenszufriedenheit sehr alter Menschen durch das chronologische Alter erklärt. In Bezug auf das *emotionale Wohlbefinden* zeigten die soziodemographischen Merkmale die geringste Vorhersagekraft unter allen individuellen Ressourcen (PA: 26%, NA: 15%). Wie bereits angedeutet, entspricht dieses Ergebnis dem bisherigen Forschungsstand. Während sich die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation sowie männliches Geschlecht als zwei Einflussfaktoren des positiven Affektes ergeben, leisteten vor allem die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation, deutsche Herkunft sowie ein höheres Alter einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung des negativen Affektes. Hierfür ist vor allem die regressionsanalytische Bestätigung des korrelativ ermittelten gegenläufigen Alterseffektes bei negativer Befindlichkeit hervorzuheben, da die bisherigen Befunde auf diesem Forschungsgebiet für keinen solchen Effekt sprechen (Diener & Suh, 1998; Smith et al., 1996; Shmotkin et al., 1990). Bemerkenswerterweise konnte dieses Ergebnis ebenfalls in bereichsübergreifenden Regressionsanalysen und Endmodellen des Wohlbefindens repliziert werden. Alter erwies sich in beiden nationalen Teilstichproben als signifikanter Prädiktor des negativen Affektes. Die Konsistenz dieses Ergebnisses wurde schließlich mit Hilfe des Strukturgleichungsmodells bestätigt. Mit der Richtung des Einflusses, d.h. der Abnahme negativer Befindlichkeit mit zunehmendem Alter, kommen erneut die Adaptationsstärken der Hochaltrigkeit zum Ausdruck. Es kann dabei jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass das Zustandekommen dieses Effektes mit der Stichprobenselektivität verbunden ist: Die Tatsache, dass die untersuchten Hochaltrigen immer älter werden und wider Erwarten ein im hohen Maße selbstständiges und selbstbestimmtes Leben führen, könnte sich dahingehend auf negative emotionale Befindlichkeit positiv auswirken, dass beispielsweise die Ängste reduziert werden.

Wie bereits beschrieben, konnte in dieser Studie mit sehr alten Menschen der herausragende Beitrag individueller Ressourcendimensionen zur Vorhersage des kognitiven sowie emotionalen Wohlbefindens nachgewiesen werden. Wie in Anlehnung an theoretische (Carp & Carp, 1982; Lawton, 1973, Kahana, 1982) und empirische Arbeiten angenommen (z.B. Friedrich, 1995; Mollenkopf & Flaschenträger, 2001; Mollenkopf, Marcellini, et al., 2004; Motel et al., 2000; Schmitt et al., 1994; Saup, 1993), erwies sich weiterhin das unmittelbare Umfeld in Form von infrastrukturellen Ressourcen als ein signifikanter Einflussfaktor bezüglich des Wohlbefindens. Dennoch hatten die drei infrastrukturellen Ressourcendomänen eine viel geringere Prädiktionskraft als die infrastrukturellen Ressourcen. Lediglich hinsichtlich einer positiven Befindlichkeit zeigte die schwächste individuelle Ressourcendimension (soziodemographische Merkmale) eine Vorhersagekraft, die gerade dem stärksten prädiktiven Potenzial der infrastrukturellen Ressourcendomänen entsprach: Die **Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote** sagte 26% der Varianz des *positiven Affektes* vorher und stellte somit die stärkste prädiktive infrastrukturelle Ressourcendimension dar. Die Zufriedenheit mit ambulanter Altenhilfe sowie die Person-Umwelt-Passung hinsichtlich stationärer und teilstationärer Altenhilfe trugen hierfür am meisten zur Varianzaufklärung bei. In Bezug auf die *Lebenszufriedenheit* erwies sich die Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote mit einem Erklärungspotenzial von 11% als die zweitwichtigste Prädiktorvariable unter den infrastrukturellen Ressourcendimensionen. Hierzu stellte die Zufriedenheit mit den Angeboten im Bereich der ambulanten Altenhilfe den einzigen signifikanten Prädiktor im Modell dar. Für den *negativen Affekt* spielte diese infrastrukturelle Ressourcendimension keinerlei signifikante Rolle.

Als einzige Ressourcendimension, die einen Einfluss auf den *negativen Affekt* hatte, erwies sich die **Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten**. Diese klärte alleine 13% der Varianz, wobei hierzu die Zufriedenheit mit Freizeit- und Kulturangeboten den stärksten Prädiktor darstellte, welcher jedoch in eine unerwartete Richtung ging: Je zufriedener die Hochaltrigen mit diesen Angeboten waren, desto mehr negative Gefühle erlebten sie im Alltag. Bemerkenswerterweise ging diese Variable als einziger auf die Infrastruktur bezogener Prädiktor zusammen mit individuellen Ressourcen in das Endmodell des positiven Affektes mit ein. Eine eindeutige Erklärung für diesen Befund konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht gegeben werden. Hierfür wurde vermutet, dass die Nutzung von Kultur- und Freizeitangeboten eine Möglichkeit zur Ablenkung in der Welt für diejenigen Hochaltrigen sein könnte, bei denen die negative Befindlichkeit im Alltag überwiegt, sodass in diesem Fall die Ursache-Wirkungs-Kette eine umgekehrte Richtung aufweist. In der BASE

(Smith et al., 1996) führte eine befriedigende Freizeitgestaltung eindeutig zu höherem Wohlbefinden. In der eigenen Studie stellte die Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten für die Vorhersage des *positiven Affektes* die zweitwichtigste Ressourcendomäne dar (15% der erklärten Varianz). Eine bessere Übereinstimmung von Bedürfnissen und Bedingungen hinsichtlich Freizeit- und Kulturangeboten stellte sich als der bedeutendste Prädiktor heraus. Im MOBILATE-Projekt, das die Zufriedenheit mit der Freizeit untersuchte, zeigte diese einen signifikanten positiven Bezug zu einer positiven emotionalen Befindlichkeit (Mollenkopf, Marcellini, et al., 2004).

Auf die *Lebenszufriedenheit* konnte in der eigenen Studie lediglich ein marginaler Einfluss der Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten nachgewiesen werden (4% der erklärten Varianz). Stattdessen wurde die **Stadtinfrastruktur** für die *Lebenszufriedenheit* als die wichtigste Ressourcendimension ermittelt. Diese sagte 13% der Varianz vorher. Je mehr die Hochaltrigen mit Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten zufrieden waren und je besser diese ihren Bedürfnissen entsprachen, desto höhere Lebenszufriedenheit wiesen sie auf. Bei Rodgers und Kollegen (1988) stellte die Zufriedenheit mit Transportmitteln ebenfalls einen guten Prädiktor für die Lebenszufriedenheit im Alter dar. Schließlich hatte die Stadtinfrastruktur auch einen positiven Einfluss auf den *positiven Affekt*. Das Modell mit ausschließlich stadtinfrastrukturellen Ressourcen klärte 10% der Varianz von positiver Befindlichkeit auf, wobei sich als Prädiktoren die gleichen zwei Variablen wie beim Lebenszufriedenheitsmodell erwiesen. Für den *negativen Affekt* konnte keinerlei prädiktive Bedeutung der Stadtinfrastruktur verzeichnet werden. Im Vergleich hierzu fanden Carp und Carp (1982) in einer Studie mit älteren Menschen heraus, dass der Anteil der durch die Stadtinfrastruktur erklärten Varianz des allgemeinen Wohlbefindens sogar größer war als der der demographischen Merkmale. Allerdings haben die Autoren die finanzielle Lage nicht berücksichtigt, wodurch die eigenen Ergebnisse keinem direkten Vergleich mit dieser Untersuchung unterzogen werden können. Eine positive Beziehung zwischen dem Wohlbefinden und der Übereinstimmung persönlicher Bedürfnissen mit objektiv gegebenen Bedingungen wurde von Wahl und Oswald (2008) ebenfalls nachgewiesen.

Wurden die eigenen Befunde auf die von Saup (1993) beschriebenen bedeutenden Umweltattribute übertragen, zeigte sich, dass die Lebenszufriedenheit hochaltriger Menschen vor allem durch die Erreichbarkeit und Zugänglichkeit von Einrichtungen sowie eine unterstützende Funktion der Umwelt positiv beeinflusst werden kann. Dahingegen kann der negative Affekt durch solche Umwelten abgemildert werden, die eine anregende und stimulierende Funktion erfüllen. Das mit Abstand wichtigste Umweltattribut, welches für den

positiven Affekt eine bedeutende Rolle spielt, stellt die unterstützende Funktion der Umwelt dar. Aufschlussreich ist in diesem Kontext, dass die gerade aufgeführten Attribute der Umwelt zahlreiche Hinweise auf Präventionsmaßnahmen enthalten. Diese sollten auf ein selbstständiges, selbstbestimmtes und sinnerfülltes Leben abzielen (vgl. Kruse, 2007a, 2002b).

Tabelle 47: Prädiktionskraft (R^2) einzelner Ressourcendimensionen für die drei Wohlbefindensfacetten.

Rang	Positiver Affekt	Negativer Affekt	Lebenszufriedenheit
1	Psychologische Ressourcen (56%)	Psychologische Ressourcen (33%)	Psychologische Ressourcen (40%)
2	Gesundheitsbezogene Ressourcen (38%)	Soziale Ressourcen (27%)	Soziodemographische Ressourcen (32%)
3	Soziale Ressourcen (31%)	Gesundheitsbezogene Ressourcen (22%)	Soziale Ressourcen (24%) Gesundheitsbezogene Ressourcen (24%)
4	Soziodemographische Ressourcen (26%)	Soziodemographische Ressourcen (15%)	
5	Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote (26%)	Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten (13%)	Stadtinfrastruktur (13%)
6	Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten (15%)	Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote (4%, n.s.) Stadtinfrastruktur (0%)	Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote (11%)
7	Stadtinfrastruktur (10%)		Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten (4%)

Um einen noch besseren Überblick über die Ergebnisse zur Prädiktionskraft einzelner Ressourcendimensionen für die drei Wohlbefindensfacetten zu geben, wurden die entsprechenden Befunde der Untersuchung nochmals in Tabelle 47 zusammengefasst. Insgesamt bestätigen die Daten der eigenen Studie die Annahme, dass dieselben Ressourcendimensionen nicht immer den gleichen Einfluss auf die unterschiedlichen Wohlbefindensfacetten aufweisen. Während die Unterschiede in der Bedeutung individueller Ressourcen für einzelne Wohlbefindenskomponenten nicht so gravierend zu sein scheinen, weichen infrastrukturelle Prädiktoren diesbezüglich stark voneinander ab. Des Weiteren konnte festgestellt werden, dass die Vorhersagekraft aller Ressourcendimensionen für den negativen Affekt am geringsten, für den positiven Affekt hingegen am stärksten ist. Für die zukünftige Forschung auf diesem Gebiet folgt daraus die Notwendigkeit einer Unterscheidung nicht nur zwischen der kognitiven und emotionalen Facette des Wohlbefindens, sondern vor allem zwischen dem positiven und dem negativen Affekt.

Die Bedeutung der einzelnen Ressourcendimensionen sowohl für die *Lebenszufriedenheit* als auch für den *negativen Affekt* erwies sich in der **ländervergleichenden Analyse** als relativ stabil, was auf eine gewisse Universalität dieser Erkenntnisse hindeutet. Es konnten hierfür nahezu identische Ergebnisse in den beiden Ländern festgestellt werden. Einzelne Differenzen wurden hinsichtlich der prädiktiven Bedeutung von sozialen Ressourcen für die Lebenszufriedenheit und Ressourcen der Stadtinfrastruktur für den negativen Affekt beobachtet. Beide Ressourcendimensionen wiesen in der deutschen Stichprobe eine deutlich stärkere Prädiktionskraft auf. In Bezug auf den *positiven Affekt* werden Unterschiede vor allem bei infrastrukturellen Ressourcendimensionen sichtbar: Während die Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote sowie von Kultur-, Freizeit und Bildungsangeboten eine zwei- bzw. vierfach größere prädiktive Bedeutung in Mannheim hatten, erwies sich die Stadtinfrastruktur in Danzig als dreimal so einflussreich. Hierdurch kommen nationale bzw. regionale Besonderheiten der Wohlbefindensforschung zum Ausdruck (vgl. Kaelble, 1997; Weller, 1997). Diese sind in den Endmodellen des Wohlbefindens noch ersichtlicher, was insgesamt den Bedarf an einer internationalen Vergleichsforschung unterstreicht und auf die Notwendigkeit der Berücksichtigung der regionalen sowie nationalen Perspektive bei der Planung von Interventionsmaßnahmen hindeutet (vgl. Kruse, 2002b).

Welchen Einfluss üben individuelle und welchen infrastrukturelle Ressourcen auf das Wohlbefinden im hohen Alter aus?

Die drei im Rahmen des heuristischen Modells dieser Arbeit untersuchten Facetten des Wohlbefindens zeigten ein komplexes und teilweise voneinander abweichendes Zusammenhangsmuster mit den analysierten Ressourcen. Allen hierfür ermittelten Ergebnissen war dennoch gemeinsam, dass – obwohl die drei Wohlbefindensfacetten sowohl mit vielen verschiedenen individuellen als auch infrastrukturellen Ressourcen in einer signifikanten Beziehung standen – die Beziehungen mit räumlichen und institutionellen Parametern allgemein schwächer ausfielen. Dieses zuerst korrelativ ermittelte Ergebnis wurde durch weitere multivariate Regressionsanalysen bestätigt. Sowohl bereichsspezifische als auch bereichsübergreifende Analysen deuteten auf eine größere Relevanz individueller Ressourcen für das Wohlbefinden im Vergleich mit infrastrukturellen Gegebenheiten hin. Wie bereits beschrieben, betrug in den bereichsspezifischen Regressionsanalysen der Beitrag individueller Ressourcen zur Varianzaufklärung des Wohlbefindens abhängig von Ressourcendimension und Wohlbefindensfacette zwischen 15% und 56%. Die entsprechende Vorhersagekraft der Infrastruktur bewegte sich dagegen in dem Bereich zwischen 0% und 26%. In den bereichs-

übergreifenden Regressionsanalysen, in die entweder individuelle oder infrastrukturelle Ressourcen separat eingingen, war die Vorhersagekraft der Modelle mit ausschließlich individuellen Ressourcen mindestens doppelt so hoch im Vergleich zu Modellen mit nur infrastrukturellen Ressourcen (siehe Tabelle 48). Die größte Prädiktionsstärke wiesen **individuelle Ressourcen** in Bezug auf den *positiven Affekt* auf. 67% der Varianz der positiven Befindlichkeit konnten hierfür vor allem durch Extraversion, Neurotizismus und kognitive Leistungsfähigkeit erklärt werden. Der Einfluss individueller Ressourcen auf den negativen Affekt und die Lebenszufriedenheit unterschied sich lediglich um 4%. Auf den *negativen Affekt* wirkten sich ein höheres Alter, ein geringeres Ausmaß an Neurotizismus, ein stärkeres Kohärenzgefühl, eine geringere negative und größere positive Unterstützung sowie eine bessere objektive Gesundheit günstig aus. Die *Lebenszufriedenheit* ging stattdessen mit einer höheren Zufriedenheit mit der finanziellen Situation, einer niedrigeren Depressivität und einer geringeren fatalistischen Kontrollüberzeugung einher.

Tabelle 48: Prädiktionskraft (R^2) individueller und infrastruktureller Ressourcen für die drei Wohlbefindensfacetten.

Rang	Positiver Affekt	Negativer Affekt	Lebenszufriedenheit
1	Individuelle Ressourcen (67%)	Individuelle Ressourcen (53%)	Individuelle Ressourcen (49%)
2	Infrastrukturelle Ressourcen (28%)	Infrastrukturelle Ressourcen (7%)	Infrastrukturelle Ressourcen (15%)

Ähnlich wie die individuelle Ressourcen wiesen auch die **infrastrukturellen Ressourcen** die stärkste Vorhersagekraft in Bezug auf den *positiven Affekt* auf: 28% der Varianz des positiven Affektes konnte durch die infrastrukturellen Gegebenheiten erklärt werden. Dabei stellten eine gute Person-Umwelt-Passung hinsichtlich der Infrastruktur von Kultur- und Freizeitangeboten sowie eine gute Person-Umwelt-Passung hinsichtlich der Infrastruktur stationärer und teilstationärer Altenhilfe die zwei wichtigsten Prädiktoren dar. Bei dem *negativen Affekt* besaßen infrastrukturelle Ressourcen siebenmal weniger Vorhersagekraft als individuelle Ressourcen (7% vs. 53%). Die Zufriedenheit mit Freizeit- und Kulturangeboten ergab sich hierfür als der bedeutendste Prädiktor. Zu 15% der durch infrastrukturelle Ressourcen vorhergesagten Varianz von Lebenszufriedenheit trug die Zufriedenheit mit Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten sowie mit ambulanter Altenhilfe entscheidend bei. Die länderspezifische Betrachtung bestätigte eine gewisse Universalität der Ergebnisse: Die ermittelten Unterschiede waren nicht in der Vorhersagekraft beider Ressourcengruppen, sondern in der Zusammensetzung der einzelnen in die Modelle eingehenden Ressourcen zu finden. Lediglich hinsichtlich der Bedeutung individueller Ressourcen für den negativen Affekt konnte

festgestellt werden, dass diese eine größere Rolle für das negative Wohlbefinden der Mannheimer und nicht der Danziger Hochaltrigen spielten (58% vs. 44%).

Somit stimmten die eigenen Erkenntnisse nicht nur mit theoretischen Annahmen (Lawton & Nahemow, 1973; Lawton & Simon, 1968), sondern auch mit einigen wenigen auf diesem Forschungsgebiet durchgeführten Studien überein, welche die beiden Ressourcenquellen gleichzeitig berücksichtigten (Oswald et al., 2003). In theoretischer Hinsicht schließen die Ergebnisse dieser Arbeit an die Docility-Hypothese von Lawton und Mitarbeitern (1969) an: Eine unterstützende und anregende Umwelt in Form von infrastrukturellen Ressourcen trägt zum positiven Wohlbefinden bei. In empirischer Hinsicht kann hier die Untersuchung von Oswald und Kollegen (2003) zum Vergleich herangezogen werden: In der Studie wiesen individuelle und umweltbezogene Ressourcen eine positive Beziehung zur Lebenszufriedenheit auf. Während individuelle Ressourcen ca. 38% der Varianz der Lebenszufriedenheit erklären konnten, leisteten umweltbezogene Ressourcen einen lediglich kleinen Beitrag von etwa 7% zur Varianzerklärung. Somit ist die Bedeutung des Zugangs zu und der Gestaltung von unmittelbarem infrastrukturellem Umfeld für das Wohlbefinden im hohen Alter nicht zu bestreiten. Jedoch ist diese, wie die eigenen Ergebnisse zeigen, nicht so groß wie bisher angenommen (vgl. Mollenkopf, Oswald, Schilling, & Wahl, 2001; Mollenkopf, Oswald, et al., 2004).

Die recht geringe Bedeutung von infrastrukturellen Faktoren für das Wohlbefinden kann zumindest teilweise durch die Selektivität der Stichprobe erklärt werden. Die untersuchten Hochaltrigen zeichneten sich durch eine relativ gute körperliche sowie psychische Gesundheit aus. Die Möglichkeit einer autonomen und uneingeschränkten Lebensführung schien bei einem großen Teil der ST weitgehend gegeben zu sein. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass der infrastrukturellen Umwelt möglicherweise eine größere Relevanz zukommen würde, wenn individuelle Ressourcen eingeschränkter wären und die finanzielle Situation weniger Gestaltungsspielraum lassen würde (vgl. Lawton & Simon, 1968). Die Möglichkeiten der Lebensgestaltung wären dann für ältere Menschen in weitaus stärkerem Maße davon abhängig, ob z.B. ein Lebensmittelgeschäft im unmittelbaren Umfeld vorhanden wäre oder ob niederschwellige Hilfsangebote für ältere Menschen bestehen würden. Zwar wurde diese Risikogruppe in der vorliegenden Untersuchung nicht primär erfasst, jedoch wurde dieses Problem durch die Nutzung von zusammenfassenden Composite-Indikatoren zur Berechnung von Interaktionseffekten zwischen individuellen und infrastrukturellen Ressourcen direkt adressiert (für Diskussion siehe Abschnitt 6.1).

Welche Rolle spielt die subjektive Ressourcenwahrnehmung im Vergleich zum objektiven Ressourcenstatus für das Wohlbefinden im hohen Alter?

Die vor allem von Thomae im Rahmen der *kognitiven Theorie des Alterns* (Thomae, 1971) postulierte zentrale Bedeutung subjektiver Wahrnehmung von objektiven Bedingungen für das Verhalten und Erleben des Menschen sowie für das Gelingen des Adaptationsprozesses (vgl. auch Schneider, 1979) konnte in der eigenen Studie in hohem Maße bestätigt werden. Es wurde festgestellt, dass bei zahlreichen Ressourcen die subjektive Perspektive stärker zum Wohlbefinden beitrug als die objektive Sichtweise, so dass für weitere Forschung die Unterscheidung zwischen beiden Betrachtungsweisen bei der Erfassung von Korrelaten oder Prädiktoren des Wohlbefindens unentbehrlich ist (vgl. Jopp & Leipold, 2004).

Vor allem in Bezug auf die **Infrastruktur** war die größere Bedeutung der persönlichen Wahrnehmung von Ressourcen für das Wohlbefinden ersichtlich: Wie bereits erläutert, wiesen gerade die Zufriedenheit mit infrastrukturellen Gegebenheiten sowie die Übereinstimmung von subjektiven Bedürfnissen und objektiven Bedingungen (Person-Umwelt-Passung) die stärksten korrelativen Beziehung zum Wohlbefinden auf. Sowohl in den bereichsspezifischen als auch in den bereichsübergreifenden regressionsanalytischen Modellen trugen die beiden Variablen entscheidend zu Varianzaufklärung des Wohlbefindens bei. Von allen erfassten infrastrukturellen Ressourcen zeigten sich die Zufriedenheit mit Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten sowie die Zufriedenheit mit ambulanter Altenhilfe als die zwei bedeutendsten Prädiktoren von Lebenszufriedenheit. Für den positiven Affekt wichtig waren dagegen die Übereinstimmung von Bedürfnissen und Bedingungen hinsichtlich Kultur- und Freizeitangeboten sowie bezüglich stationärer Altenhilfe. In dem Endmodell für Lebenszufriedenheit in Mannheim stellte die Zufriedenheit mit ambulanter Altenhilfe den zweitstärksten Prädiktor dar, welcher eigenständig 5% zur Varianzaufklärung beitrug. Einen gleichwertigen Beitrag zur Vorhersage des negativen Affektes leistete in Mannheim die Zufriedenheit mit Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten. Damit unterstreichen die eigenen Ergebnisse die besondere Bedeutung der subjektiven Wahrnehmung der Infrastruktur für das Wohlbefinden, auf welche schon im zweiten Altenbericht ganz eindeutig hingewiesen wurde (BMFSFJ, 1998, S. 166).

Die Theorie von Thomae (1983) hatte nicht nur für die Infrastruktur, sondern auch für individuelle Ressourcen weitgehende Folgen. Zunächst konnten hinsichtlich der **finanziellen Lage** die Annahmen zur Bedeutung der subjektiven Wahrnehmung bestätigt werden. Zwar wiesen sowohl die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation als auch die objektive finanzielle Lage signifikante Zusammenhänge mit dem Wohlbefinden auf, jedoch zeigte sich die

erste der beiden Variablen in ihrer Prädiktionskraft als durchschnittlich doppelt so stark wie die zweite Variable (vgl. Kozma et al., 1991). Des Weiteren wiesen die bereichsspezifischen Regressionsanalysen mit den beiden Variablen darauf hin, dass nicht das objektive Maß für die finanzielle Situation, sondern ihre subjektive Wahrnehmung für alle drei Wohlbefindensaspekte entscheidend ist. Bis auf den positiven Affekt galt dieses Ergebnis für beide nationalen Stichproben, was seine Gültigkeit noch einmal hervorhebt. Schließlich wurde die Zufriedenheit mit Finanzen in den bereichsübergreifenden Modellen individueller Ressourcen sowie in den Endmodellen als der zweitbeste Prädiktor von Lebenszufriedenheit gefunden, welcher eigenständig bis zu 5% Varianz erklärte. Auch in der BASE (Smith et al., 1996) hatte das objektiv messbare Einkommen keine signifikante Bedeutung für die Lebenszufriedenheit, wohingegen die subjektive Beurteilung der finanziellen Situation die zweitstärkste Prädiktionskraft aufwies.

Hinsichtlich der **sozialen Ressourcen** hat die vorliegende Untersuchung ebenfalls wichtige Ergebnisse hervorgebracht, die für die subjektive Ressourcensichtweise sprechen. Zum einen wurden in der deutschen Teilstichprobe korrelationsanalytisch die Annahmen der sozioemotionalen Selektivitätstheorie von Carstensen (1992) bestätigt: Für das Wohlbefinden hochaltriger Mannheimer ergaben sich nur diejenigen Personen als bedeutend, mit denen eine sehr enge Beziehung bestand. Zum anderen war der Zusammenhang zwischen der Lebenszufriedenheit und der Zufriedenheit mit sozialen Kontakten deutlich stärker als die Beziehung zwischen der Lebenszufriedenheit und der objektiven Größe des Netzwerks ($r = 0,43$ vs. $r = 0,21$). Dieses Ergebnis steht im Einklang mit der Metaanalyse von Pinquart und Sörensen (2000), welche 295 Studien einbezog und ebenfalls einen stärkeren Zusammenhang zwischen der Lebenszufriedenheit und der subjektiven Einschätzung sozialer Kontakte feststellte. Ein weiteres Ergebnis, das die Relevanz der subjektiven Ressourcensichtweise für das Wohlbefinden hervorhebt, bringt ein Vergleich der durchgeführten Regressionsanalysen: Während in den bereichsspezifischen Regressionsanalysen die Quantität sozialer Kontakte zusammen mit ihrer Qualität eine prädiktive Bedeutung für das emotionale Befinden aufwies, blieb in den bereichsübergreifenden Analysen lediglich der qualitative Aspekt (d.h. die Zufriedenheit mit den Kontakten) als Prädiktor erhalten. Somit stellte sich heraus, dass nicht die Quantität, sondern die Qualität sozialer Kontakte eine entscheidende Rolle für das Wohlbefinden im hohen Alter darstellt. Dieselben Ergebnisse erzielten Berg und Kollegen (2006) in ihrer Studie mit hochaltrigen Menschen: Sowohl für Männer als auch Frauen zeigte die Zufriedenheit mit sozialen Kontakte die stärkste Prädiktionskraft in Bezug auf die Lebenszufriedenheit.

Während in vielen Studien die herausragende Bedeutung subjektiver **Gesundheitseinschätzung** für das Wohlbefinden empirisch nachgewiesen werden konnte (z.B. Fernández-Ballesteros et al., 2001; Perrig-Chiello, 1997; Smith et al., 2002), lieferten die eigenen Daten diesbezüglich nur für die polnische Stichprobe wichtige Hinweise. Wie bereits dargelegt, wurden lediglich bei polnischen Hochaltrigen signifikante Korrelationen zwischen dem Wohlbefinden und subjektiver Gesundheitseinschätzung festgestellt. Diese waren jedoch nicht stärker als die Beziehungen zwischen objektiver Gesundheit und dem Wohlbefinden. Regressionsanalytisch konnte allerdings gezeigt werden, dass der objektive Gesundheitsstatus der Danziger gar keine Prädiktionskraft aufweist, wenn die subjektive Gesundheitseinschätzung in die drei Wohlbefindensmodelle einbezogen wird. Schließlich erwies sich die Selbsteinschätzung der Gesundheit in den Endmodellen für Polen als zweitstärkster Prädiktor der Lebenszufriedenheit, der eigenständig 4% der Varianz erklärte. Somit konnten die Ergebnisse der BASE in Bezug auf die subjektive Gesundheit lediglich für die polnische Teilstichprobe repliziert werden (Smith et al., 1996). Auch in einer internationalen Vergleichsstudie von Mollenkopf und Mitarbeitern (2006) wurden diesbezüglich länderabhängige Unterschiede nachgewiesen. Bei der Untersuchung der Bedeutung außerhäuslicher Mobilität für das Wohlbefinden in fünf europäischen Ländern stellte die Forschungsgruppe für die Niederlande keine signifikanten Effekte des subjektiven Gesundheitszustands auf den positiven Affekt fest. Dass die subjektive Einschätzung der Gesundheit in der deutschen Stichprobe der eigenen Studie gar keine Assoziation zum Wohlbefinden aufwies und dagegen der objektive Gesundheitsstatus eine wichtige Rolle spielte, könnte an einer überdurchschnittlich guten Gesundheitseinschätzung in dieser Teilstichprobe liegen, sodass eine Feststellung von Zusammenhängen nicht mehr möglich war. Lediglich 5,7% der hochaltrigen Mannheimer gaben an, ihre Gesundheit sei schlecht. Im Vergleich dazu waren es in Danzig 30%, wobei nochmals betont werden sollte, dass objektiv (Fremdeinschätzung) keine Unterschiede in dem Gesundheitsstatus festgestellt werden konnten.

Zusammengefasst kann in Anlehnung an Thomae (1971) argumentiert werden, dass nicht das objektive Vorhandensein von Ressourcen, sondern ihre subjektive Wahrnehmung und Interpretation in Bezug auf das Wohlbefinden des Menschen im Vordergrund stehen. Daher impliziert das Vorhandensein von vielen Ressourcen nicht zwangsläufig, dass es einer Person gelingt, sich mit den Veränderungen im Alter erfolgreich auseinanderzusetzen, was beispielsweise Lang (2008) postuliert. Wichtig ist es eher, die Ressourcen zu erkennen und mit ihnen subjektiv zufrieden zu sein. Auch Jopp und Leipold (2004) konnten zeigen, dass die Wahrnehmung von Ressourcen eine zentrale Rolle für das Wohlbefinden im Alter darstellt.

Die Wahrnehmung und Beurteilung objektiver Lebensbedingungen werden somit durch kognitive Umstrukturierungsprozesse (Thomae, 1971) moderiert, sodass hohe Lebenszufriedenheit und positive Befindlichkeit auch im hohen Alter erlebt werden können. In der vorliegenden Studie wurden diese moderierenden Effekte nicht erfasst und somit kann keine Aussage darüber getroffen werden, welche Strategien (z.B. assimilative oder akkomodative Prozesse oder soziale Vergleichsprozesse) in welchen Lebensbereichen favorisiert werden und wie diese zum Wohlbefinden im hohen Alter beitragen.

6.1.3 Zum Zusammenspiel von individuellen und infrastrukturellen Ressourcen im Hinblick auf das Wohlbefinden im hohen Alter

Im Rahmen der Untersuchung wurde angenommen, dass weder die Person noch die Umwelt allein für die Vorhersage des Adaptationserfolges im Alter verantwortlich sind. In Anlehnung an neuere *interaktionistische Theorien der Adaptation* (siehe Abschnitt 2.1.5) wurde dem Zusammenspiel zwischen personenbezogenen und umweltbezogenen Ressourcen eine entscheidende Rolle bei dem Gelingen der Adaptation im Alter zugeschrieben (vgl. Carp & Carp, 1984; Kahana, 1975; Lawton, 1999). Im Gegensatz zu personenzentrierten Ansätzen besteht ein zentrales Anliegen dieser Konzeptualisierungen darin, dass *anregende und fördernde Umwelten* Verluste im Alter kompensieren und somit zu einer selbstständigen und selbstverantwortlichen Lebensführung beitragen können (z.B. Kruse, 2007a; Kruse & Wahl, 2010; Mollenkopf, Oswald, et al., 2004, Naegele, 2004). Umwelten, die diese Möglichkeit nicht bieten, verstärken hingegen die Unselbstständigkeit und Abhängigkeit des Menschen. Demzufolge wurden die individuellen und infrastrukturellen Ressourcen gemeinsam analysiert, um ihre relative Bedeutung für das Wohlbefinden zu bestimmen sowie die Variablenkombination zu ermitteln, welche das Wohlbefinden am besten voraussagt.

Tragen infrastrukturelle Ressourcen zusätzlich zur Varianzaufklärung des Wohlbefindens bei? Welche Prädiktorenmuster werden bei den einzelnen Wohlbefindensfacetten beobachtet?

Die **Endmodelle zur Vorhersage des Wohlbefindens** mit schrittweiser Einbeziehung von Prädiktoren bestätigten die bereits ermittelten Ergebnisse: Individuelle Ressourcen wiesen eine sehr starke Prädiktionskraft auf und infrastrukturelle Ressourcen, welche im zweiten Analyseschritt eingeschlossen wurden, wirkten sich nur in geringem Maße auf das Wohlbefinden aus. Für *Lebenszufriedenheit* brachte die Berücksichtigung der Infrastruktur sogar keinen signifikanten, sondern lediglich einen tendenziellen 5%igen Gewinn an Varianzaufklä-

rung mit sich. Erst die Berücksichtigung der emotionalen Wohlbefindensfacette offenbarte bedeutende Effekte der Infrastruktur. Mollenkopf und Mitarbeiter (2006) konnten ebenfalls zeigen, dass emotionale Aspekte der Lebensqualität, vor allem aber der positive Affekt, mit Indikatoren der unmittelbaren Umwelt am stärksten zusammenhängen. In ihrer internationalen Vergleichsuntersuchung fanden sie zahlreiche Länderunterschiede, die in der eigenen Studie ebenso beobachtet wurden: Die Einbeziehung infrastruktureller Ressourcen in die Vorhersagemodelle leistete ausschließlich in Mannheim einen signifikanten Beitrag. Hierfür betrug der Gewinn an der zusätzlich erklärten Varianz beim *positiven Affekt* 10% und beim *negativen Affekt* 8%. Dabei stellten die Passungsindizes hinsichtlich der Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote sowie von Kultur- und Freizeitangeboten für den positiven Affekt und die Zufriedenheit mit Mobilitäts- und Verkehrsmöglichkeiten für den negativen Affekt die besten Prädiktoren dar (vgl. Riddick, 1985; Rodgers et al., 1988). Auch im Rahmen des MOBILATE-Projekts (Mollenkopf, Marcellini, et al., 2004) wurde der Einfluss einer subjektiven Wahrnehmung der Infrastruktur von Freizeitangeboten auf das positive emotionale Wohlbefinden nachgewiesen. In der eigenen Studie, welche drei Facetten des Wohlbefindens berücksichtigte, erwies sich die subjektive Bewertung jeder Infrastrukturdimension als bedeutend für das Wohlbefinden.

In Danzig leisteten infrastrukturelle Ressourcen gar keine zusätzliche, über individuelle Ressourcen hinausgehende Varianzaufklärung. Selbst die Annahme von Carp & Carp (1982), dass das Erleben älterer Menschen eine Funktion der Kongruenz von Person und Umwelt darstellt, konnte in den Endmodellen für Danzig nicht nachgewiesen werden. Diese Länderunterschiede in Bezug auf die Bedeutung infrastruktureller Ressourcen für das Wohlbefinden lassen sich auf die Länderunterschiede in der Infrastruktur selbst zurückführen. Es kann davon ausgegangen werden, dass gute und umfangreiche infrastrukturelle Ressourcen in Mannheim einen direkten und gleichzeitig individuelle Ressourcen ergänzenden Beitrag zum Wohlbefinden leisten, während die teilweise mangelhafte Danziger Infrastruktur gar keinen Einfluss auf das Wohlbefinden aufweist. Auffallend ist dabei, dass sich diese Infrastruktur aber nicht direkt negativ auf das Wohlbefinden auswirkte – beispielsweise durch die Verstärkung negativer Emotionalität. Hier werden die Adaptationsleistungen des hohen Alters wieder erkennbar (vgl. Staudinger, 2000; Zapf, 1984). Darüber hinaus kann nicht ausgeschlossen werden, dass erst eine starke infrastrukturelle Unterversorgung negative Einflüsse auf das Wohlbefinden zeigen würde, während optimierte Umweltbedingungen jenseits einer ausreichenden Grundversorgung weniger stark ins Gewicht fallen (vgl. Motel et al., 2005).

Eine solche Unterversorgung wurde aber im Rahmen dieser Studie auch in Polen nicht identifiziert.

Bemerkenswert ist darüber hinaus der Beitrag von infrastrukturellen Ressourcen zur Varianzaufklärung des emotionalen und nicht kognitiven Wohlbefindens. Wie bereits aufgeführt, schließt dieses Ergebnis an die Befunde von Mollenkopf und Mitarbeitern (2006) an, bei denen sich die Beziehung zwischen positivem Affekt und unmittelbarer Umwelt ebenfalls nachweisen ließ. Zweierlei Erklärungen sind für diesen Unterschied möglich. Zum einen könnte dieses Ergebnis dafür sprechen, dass Lebenszufriedenheit durch infrastrukturelle Gegebenheiten schwer zu beeinflussen ist, denn sie beruht auf kognitiven Bewertungsprozessen physischen und psychischen Wohlbefindens unter Einbeziehung der gesamten Lebensspanne (Becker, 1991), und dass lediglich eine extreme Unterversorgung hierfür einen Effekt zeigen würde. Dagegen ist das emotionale Wohlbefinden stärker vom Leben im Stadtteil abhängig, weil dieser die täglichen Aktivitäten erleichtert oder auch erschwert, sodass sich die Effekte auf die Gefühlslage schneller nachweisen lassen (vgl. *daily hassles*: Lazarus & Folkman, 1984). Zum anderen könnte das Fehlen des Infrastruktureffektes auf die Lebenszufriedenheit auf die Adaptationsleistungen und das Anspruchsniveau des hohen Alters zurückgeführt werden. Um ihre Lebenszufriedenheit zu schützen, ist es für ältere Menschen effektiver, sich von der Infrastruktur zu „entkoppeln“ und das Anspruchsniveau hinsichtlich der Infrastruktur, welche die Lebenszufriedenheit beeinflussen kann, niedriger anzusetzen (vgl. Saup, 1993). Dieser Mechanismus wäre dann mit dem in Bezug auf Gesundheit beobachteten Paradox der Zufriedenheit vergleichbar (vgl. Staudinger, 2000).

Hinsichtlich des **Prädiktorenmodells** individueller Ressourcen wurden in den Endmodellen erhebliche Unterschiede zwischen den beiden Städten beobachtet. In Mannheim gingen geringe Neurotizismuswerte, männliches Geschlecht, eine gute Einschätzung der Gesundheit durch die Interviewerin sowie gute kognitive Leistungen mit häufigerem Erleben von *positiven Emotionen* einher. In Danzig erwiesen sich hierfür ausschließlich psychologische Ressourcen (Extraversion und interne Kontrollüberzeugung) als signifikante Prädiktoren. Der *negative Affekt* der Mannheimer ergab eine geringere Ausprägung bei älteren und gesünderen ST, die wenig negative soziale Unterstützung erhielten und sich durch ein starkes Kohärenzgefühl auszeichneten. In Danzig wiesen ein höheres Alter, eine größere Zufriedenheit mit sozialen Kontakten sowie geringere Neurotizismuswerte eine gegenläufige Beziehung zum negativen Affekt auf. Als wichtige positive Prädiktoren von *Lebenszufriedenheit* in Mannheim ergaben sich primär die Zufriedenheit mit sozialen Kontakten und die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation. In Danzig waren dies dagegen eine gute subjektive

Gesundheitseinschätzung und eine geringere Depressivität. Ein bemerkenswertes Ergebnismuster, welches Rückschlüsse auf Adaptationsleistungen des hohen Alters erlaubt, offenbarte die Betrachtung der Prädiktoren einzelner Wohlbefindensfacetten. Während die objektive Einschätzung der Gesundheit einen wichtigen Prädiktor sowohl für den positiven als auch für den negativen Affekt darstellte, blieb sie in dem Vorhersagemodell der Lebenszufriedenheit gänzlich ohne Bedeutung. Dieser Befund stimmt mit den gerade eben diskutierten Beziehungen zwischen infrastrukturellen Ressourcen und Wohlbefindensfacetten überein. Obwohl sich die gesundheitlichen Beschwerden im täglichen Leben bemerkbar machten und in der Gefühlslage niederschlugen, übten sie keine Wirkung auf die Lebenszufriedenheit aus. Dagegen dominierten unter den Prädiktoren der Lebenszufriedenheit die bereichsspezifischen subjektiven Einschätzungen der individuellen Lebenssituation: Die Zufriedenheit mit der finanziellen Lage sowie mit den sozialen Kontakten war nur für LZ von Bedeutung. Die kognitive Theorie des Alters (Thomae, 1971) findet in diesem Ergebnismuster ihre Bestätigung.

Welchen Beitrag zum Wohlbefinden leisten individuelle und infrastrukturelle Ressourcen im Strukturgleichungsmodell?

In dem aufgestellten **Strukturgleichungsmodell**, welches auf einem heuristischen Modell basierte (vgl. Abschnitt 3.3) und die Beziehungen individueller und infrastruktureller Ressourcen sowie des Wohlbefindens untereinander spezifizierte, konnte bis auf das Modell für den negativen Affekt in Mannheim eine angemessene Reproduktion der empirisch beobachteten Zusammenhänge erfolgen. Hinsichtlich der drei latenten Kriteriumsvariablen ergaben sich substantielle Varianzaufklärungen, die für den positiven Affekt höher ausfielen ($R^2 = 0,76$) als für den negativen Affekt ($R^2 = 0,64$) oder die Lebenszufriedenheit ($R^2 = 0,69$). In Bezug auf den Einfluss von beiden Ressourcengrößen auf das Wohlbefinden konnten hierfür die Ergebnisse der Regressionsanalysen nochmals untermauert werden. In allen Modellen erhielten individuelle Ressourcen das größte Gewicht (zwischen $\gamma = -0,54$ für den negativen Affekt und $\gamma = 0,62$ für den positiven Affekt). Die gleiche positive Bedeutung für das Wohlbefinden wiesen durch Person-Umwelt-Passung operationalisierte infrastrukturelle Ressourcen auf, wobei sich ihr Einfluss auf die deutsche Stichprobe beschränkte und das Vorhersagegewicht bedeutend geringer ausfiel (zwischen $\gamma = 0,34$ für die Lebenszufriedenheit und $\gamma = 0,51$ für den positiven Affekt). Somit konnte die allgemeine Annahme, dass ein höheres Ausmaß an individuellen und infrastrukturellen Ressourcen mit höherem Wohlbefinden einhergeht, lediglich für Mannheim Bestätigung finden. Dass die positive Beziehung

zwischen individuellen Ressourcen und dem positiven Affekt bzw. der Lebenszufriedenheit sowie die negative Beziehung mit dem negativen Affekt in Strukturgleichungsmodellen stärker ausfielen als in Regressionsanalysen, ließ sich auf die Besonderheiten beider Analyseverfahren zurückführen (vgl. Backhaus et al., 2008; Byrne, 2001). Die in Anlehnung an Kahana (1982) und Carp & Carp (1984) angenommene Bedeutung der Person-Umwelt-Passung für das Wohlbefinden konnte mit den eigenen Daten nicht eindeutig bejaht werden. Es herrschte zwar in beiden Ländern eine große Übereinstimmung hinsichtlich der für wichtig erachteten und tatsächlich vorhandenen Einrichtungen und Bedingungen, diese hatte aber eine geringe prädiktive Bedeutung für das Wohlbefinden und wurde nur in einem von beiden untersuchten Ländern – jenem mit einer besseren Übereinstimmung – beobachtet.

Ist die Wirkung infrastruktureller Ressourcen auf das Wohlbefinden von dem Ausmaß an verfügbaren individuellen Ressourcen abhängig?

Schließlich konnte mit Hilfe von **Regressionsanalysen mit einem Interaktionsterm** zwischen individuellen und infrastrukturellen Ressourcen gezeigt werden, dass, wie angenommen, das Zusammenwirken von Ressourcen einen signifikanten Beitrag zum Wohlbefinden leistet: Infrastrukturelle Ressourcen offenbarten sich als Moderator der Beziehung zwischen individuellen Ressourcen und positivem Affekt sowie Lebenszufriedenheit. Allerdings betraf dieser Effekt nur die polnische Stichprobe, bei der in bisherigen Analysen kein Einfluss der Infrastruktur auf das Wohlbefinden verzeichnet werden konnte. Hingegen ließen sich in Mannheim, wo eine bessere Infrastruktur als in Danzig nachgewiesen wurde, direkte Effekte infrastruktureller Ressourcen auf das Wohlbefinden aufzeigen. Eine gute Infrastrukturpassung trug zu 2% Varianzaufklärung des positiven Affektes und zu 4% Varianzaufklärung der Lebenszufriedenheit hochaltriger Mannheimer bei. Darüber hinaus waren keine Interaktionseffekte sichtbar. Bei polnischen Hochaltrigen, die über eine schlechtere Infrastrukturpassung als Mannheimer verfügten, hatten infrastrukturelle Ressourcen einen direkten 2%igen Einfluss lediglich auf den positiven Affekt. Der Gewinn an der durch den Interaktionseffekt zusätzlich aufgeklärten Varianz von positivem Affekt betrug 6% und von Lebenszufriedenheit 5%. Somit darf den Interaktionseffekten keine zu große Bedeutung beigemessen werden, dennoch war diese alles in allem höher als die des Direkteinflusses der Infrastruktur bei den deutschen Hochaltrigen.

Bemerkenswerterweise fiel die funktionale Bedeutung des Interaktionseffektes bei beiden Facetten des Wohlbefindens unterschiedlich aus. Während beim positiven Affekt von einer hybriden Interaktion gesprochen werden konnte, erwies sich die Interaktion bei der

Lebenszufriedenheit als disordinal (Bortz, 2004). Somit kam infrastrukturellen Ressourcen in Bezug auf den positiven Affekt keine protektive Rolle bei einem geringeren Status von individuellen Ressourcen zu (vgl. BMFSFJ, 2000; Kruse, 2002a; Naegele, 2004). Ganz im Gegenteil: Von guter Infrastrukturpassung profitierten am meisten diejenigen hochaltrigen Danziger, die über viele individuelle Ressourcen verfügten. Bei sehr alten Personen mit wenigen individuellen Ressourcen lief der Effekt der Infrastruktur ins Leere. Somit konnten die Annahmen des *press-competence model* von Lawton & Nahemow (1973) in Bezug auf den positiven Affekt in den eigenen Daten keine Bestätigung finden. Bei geringen persönlichen Kompetenzen wurden keine bedeutenden Unterschiede im Wohlbefinden derjenigen Personen beobachtet, welche einem geringen oder aber auch hohen Anforderungsdruck der Umwelt ausgesetzt waren. Verfügten Personen hingegen über eine hohe Kompetenz, profitierten sie in Bezug auf positive Emotionen zusätzlich von guten und gleichzeitig geringe Anforderungen stellenden infrastrukturellen Bedingungen. Somit schließen sich die eigenen Erkenntnisse eher an jene Ressourcenforschung an, die nicht den Ressourcenstatus, sondern die Ressourcenerkennung und -nutzung für entscheidend hält (z.B. Hobfoll, 2002; Jopp, 2003; Jopp & Smith, 2006): Bei der Interpretation der Ergebnisse könnte, in Anlehnung an diese neueren Ressourcentheorien, davon ausgegangen werden, dass die ressourcenarmen Danziger die Infrastruktur deswegen nicht zu ihrem Vorteil nutzen konnten, weil sie nicht über entsprechende Strategien verfügten (vgl. Hobfoll, 1989). Da in der Studie keine strenge Ressourcenarmut erfasst wurde (vgl. Abschnitt 5.1.2), musste die alternative Erklärung einer allgemeinen Knappheit von individuellen Ressourcen gleich verworfen werden. Im Gegensatz dazu wussten die ressourcenreichen Hochaltrigen, wie sie die Infrastruktur nutzen können, um im Hinblick auf eine positive Befindlichkeit davon zu profitieren. Des Weiteren ist auch nicht auszuschließen, dass die ressourcenarmen ST die Infrastruktur gar nicht subjektiv als eine Ressource wahrnahmen. Jopp und Leipold (2004) konnten nämlich zeigen, dass vor allem die subjektive Wahrnehmung von Ressourcen eine Bedeutung für das Wohlbefinden hat (vgl. auch Schneider, 1979; Thomae, 1983). Auch Hobfoll (2002) weist darauf hin, dass Ressourcen nur dann vermögen dem Erreichen von persönlichen Zielen und Adaptation zu dienen, wenn sie auch von dem Individuum als verfügbare Ressourcen empfunden werden.

Dennoch konnte der protektive Einfluss der Infrastruktur bei geringerem Status von individuellen Ressourcen, wie dies von Lawton und Nahemow (1973) angenommen wurde, in Bezug auf die Lebenszufriedenheit in Polen nachgewiesen werden. Diejenigen hochaltrigen Danziger, die über wenig individuelle Ressourcen verfügten, profitierten viel stärker von vielen für sie bedeutenden infrastrukturellen Ressourcen als hochaltrige ressourcenarme

Danziger, die keine gute Infrastrukturpassung erlebten. Bei ressourcenreichen Hochaltrigen blieb der Einfluss der Infrastruktur ohne Bedeutung. Unklar ist in diesem Zusammenhang, warum sich der protektive Einfluss infrastruktureller Ressourcen bei geringem Status individueller Ressourcen in Bezug auf Lebenszufriedenheit finden ließ, während sich in Bezug auf den positiven Affekt sogar ein gegenläufiger Effekt zeigte. Möglicherweise spielen hier wieder die gleichen Adaptationsmechanismen eine Rolle, die bereits in Bezug auf infrastrukturelle Ressourcen und Gesundheit postuliert wurden. Diese sollten besser bei der Protektion von Lebenszufriedenheit funktionieren als bei der Aufrechterhaltung positiver emotionaler Befindlichkeit. Das Anspruchsniveau an infrastrukturellen Ressourcen, auf dem Lebenszufriedenheit empfunden wird oder positive Gefühle erlebt werden, unterscheidet sich bei ressourcenarmen Hochaltrigen dahingehend, dass dieses adaptionsgemäß für die Lebenszufriedenheit viel niedriger liegt als für den positiven Affekt (vgl. Saup, 1993; Staudinger & Schindler, 2002). Dieser Annahme folgend sind adaptionsgemäß weniger infrastrukturelle Ressourcen nötig, um Lebenszufriedenheit bei individueller Ressourcenarmut zu bewahren, als um positive Emotionen im Alltag zu empfinden. Mangelnde infrastrukturelle Ressourcen wirken sich dagegen viel schneller auf positives emotionales Befinden als auf Lebenszufriedenheit aus. Die eigenen Ergebnisse bestätigen diese Annahme: Infrastrukturelle Ressourcen spielen beim positiven Affekt eine viel stärkere prädiktive Rolle als bei Lebenszufriedenheit. Ressourcenarme hochaltrige Personen sind also imstande, in Bezug auf ihre Lebenszufriedenheit von der Infrastruktur zu profitieren, weil sie hierfür keine großen Ansprüche haben, während in Bezug auf den positiven Affekt der Anspruch zu groß ist, um diesen mit unzureichenden individuellen Ressourcen erreichen zu können.

6.2 Stärken und Einschränkungen der Arbeit

Mit der vorliegenden Abhandlung konnten wichtige Informationen zu Ressourcen und Wohlbefinden im hohen Alter gewonnen werden. Das hohe Alter wurde bisher nur selten in solchen Untersuchungen berücksichtigt (vgl. Berg et al., 2006; Jopp, Wozniak, et al., 2011; Siedlecki et al., 2008; Smith et al., 1996). Diese wenigen Studien weisen jedoch darauf hin, dass die Unterscheidung zwischen drittem und viertem Alter notwendig ist, um das Wohlbefinden im Alter beschreiben und erklären zu können. Darüber hinaus erlaubte die gleichzeitige Einbeziehung individueller und infrastruktureller Ressourcen einen systematischen Vergleich deren Einflusses auf das Wohlbefinden. Den ausführlichen Recherchen zu bisherigen Studien auf diesem Forschungsgebiet zufolge ist die vorliegende Untersuchung die erste, die die

Bedeutung individueller Ressourcen für das Wohlbefinden um die Wirkung infrastruktureller Gegebenheiten gezielt ergänzte und die beiden Ressourcengruppen in ihrem Zusammenspiel systematisch analysierte (vgl. z.B. Mollenkopf et al., 2006; Schmitt et al., 2006; Siedlecki et al., 2008; Smith et al., 1996; Westerhof, 2001). Hervorzuheben ist ebenfalls, dass die Erfassung von zahlreichen individuellen und infrastrukturellen Ressourcen nicht nur bereichsspezifische, sondern auch bereichsübergreifende Analysen ermöglichte, um den absoluten und relativen Einfluss von Ressourcen auf das Wohlbefinden zu bestimmen.

Eine wesentliche Stärke der vorliegenden Arbeit stellt die gleichzeitige Betrachtung der kognitiven und emotionalen Facette des Wohlbefindens dar. Dies erlaubte die Ermittlung von facettenspezifischen Prädiktoren und deren direkten Vergleich. Die Untersuchungsergebnisse bestätigten, dass solch eine Differenzierung von großer Bedeutung ist, was beispielsweise im Hinblick auf die Planung von Interventionsmaßnahmen beachtet werden sollte. Da die drei Wohlbefindensfacetten teilweise unterschiedliche Prädiktorenmuster aufweisen, können diese durch unterschiedliche individuelle und infrastrukturelle Ressourcen interveniert werden. Dabei darf die Unterscheidung zwischen objektiven und subjektiven Ressourcenmaßen nicht übersehen werden.

Ein wichtiger Schwerpunkt dieser Studie lag im Ländervergleich. Hierbei stellte sich grundsätzlich die Frage, ob ein solcher Vergleich ohne weiteres möglich ist. Die durchgeführten Recherchen sprachen nicht nur dafür, dass der Ländervergleich Deutschland – Polen gezogen werden kann, sondern im Hinblick auf die Fragestellung der Arbeit sogar empfehlenswert ist. Um die Bedeutung der Infrastruktur für das Wohlbefinden in ihrer Breite und Tiefe erfassen zu können, sollten Regionen miteinander verglichen werden, die sich zumindest in der grundlegenden Ausstattung von infrastrukturellen Bedingungen und Dienstleistungen voneinander unterscheiden. Die an mehreren Stellen der Auswertung festgestellten Länderunterschiede hinsichtlich der Relevanz individueller und infrastruktureller Ressourcen für das Wohlbefinden bestätigen die Notwendigkeit einer nationalen Betrachtungsweise in den Studien zu Adaptationsprozessen im hohen Alter. Beispielsweise treffen Direkteffekte der Infrastruktur auf das Wohlbefinden vor allem auf die deutsche Stadt zu, während Interaktionseffekte beider Ressourcenquellen nur in der polnischen Stichprobe zu finden sind. Darüber hinaus zeigt sich die Bedeutung der finanziellen Lage in den beiden Ländern unterschiedlich. Somit ist davon auszugehen, dass neben den in der Untersuchung abgebildeten infrastrukturellen Ressourcen weitere gesellschaftliche Bedingungen, wie z.B. kulturspezifische Wert- und Normvorstellungen oder wohlfahrtsstaatlich garantierte Optionen, für das Gelingen von Adaptionsprozessen im vierten Alter bedeutsam sind.

Als eine weitere Stärke der Arbeit könnte die Art der Untersuchung genannt werden. Ein persönliches Treffen bei den älteren Personen zu Hause hat sich sehr bewährt und kam oft dem Wunsch der ST entgegen. Der Besuch bot gleichzeitig die Möglichkeit einer genauen Erfassung von infrastrukturellen Ressourcen der nahen Umgebung. Darüber hinaus lässt sich die Art der Befragung in dieser Studie für weitere Untersuchungen auf diesem Forschungsgebiet übernehmen. Direkte und kurze Fragestellungen ohne kompliziertes und mehrstufiges Antwortschema, welche möglicherweise auch graphisch abgebildet sind und jederzeit zu Hilfe gezogen werden können, stellen auch für das hohe Alter eine geeignete Befragungsweise dar. Auf offene Fragen sollte dennoch nicht verzichtet werden. Im Rahmen dieser Studie hätten solche Fragen beispielsweise die Dynamik (z.B. Kontinuität und Diskontinuität) von Adaptationsprozessen im Lebenslauf oder die Subjektivität von Adaptationsprozessen adressieren können. Diese Fragen werden besonders prägnant, wenn man die Tatsache beachtet, dass die untersuchte Kohorte den Zweiten Krieg erlebt hat. Der Bewältigungsforschung zufolge wirken sich solche Lebensereignisse auf Adaptationsprozesse sowie Widerstandsfähigkeit in hohem Maße aus (vgl. Filipp & Aymanns, 2010; Kruse & Schmitt, 2000). Vor allem sollten zukünftige Untersuchungen auf diesem Gebiet ein besonderes Augenmerk auf die biographisch orientierte Forschung richten (Jüttemann & Thomae, 1998; Kruse, 2005b; Lehr, 1990). Die eigene Untersuchung zeigte hierzu, dass die persönliche Lebensgeschichte und die „individuelle Welt“ (vgl. Thomae, 1988) der ST immer ersichtlich wurden, obwohl die Befragung nur wenige biographische Fragen im engeren Sinne beinhaltete. Um „das Leben erzählen“ zu können, wurde von den untersuchten hochaltrigen Menschen jede Möglichkeit genutzt. Oftmals eröffnete selbst eine einzige geschlossene Frage die Tür zu der ganzen Biographie. Da die Interviews nicht aufgenommen wurden, konnten all diese Informationen nicht mit ausgewertet werden.

Dass alle Interviews im Rahmen dieser Studie durch dieselbe Person durchgeführt wurden, minimierte außerdem die Gefahr einer Antwortverzerrung. Wenn also Urteilsfehler seitens des Untersuchers zu verzeichnen sind, wie beispielsweise bei dem Interviewer-Rating, kann davon ausgegangen werden, dass sie über alle ST konstant bleiben.

Bei der Interpretation der Ergebnisse zum Wohlbefinden im hohen Alter muss allerdings berücksichtigt werden, dass diese teilweise auf einer selektiven Stichprobe beruhen. Insgesamt wurden in beiden Ländern 350 hochaltrige Bürger und Bürgerinnen angeschrieben, bis letztendlich Stichproben von 105 (Mannheim) und 102 (Danzig) Personen gewonnen wurden. Die Selektivität konnte durch den Vergleich der Studienstichprobe auf verschiedenen Untersuchungsebenen bestätigt werden. Die ST beurteilten ihre physische Gesundheit und

ihren Gemütszustand wesentlich besser, wiesen einen signifikant höheren Schulabschluss und ein höheres Äquivalenzeinkommen auf und wohnten im Vergleich mit Hochaltrigen, die die Teilnahme verweigerten, öfters allein. Des Weiteren war ersichtlich, dass die ST überwiegend hohe Kompetenzen aufwiesen: Hinsichtlich der ADL-Aktivitäten wurde von Schwierigkeiten in einzelnen Bereichen berichtet und lediglich ein Zehntel war in allen IADL-Aktivitäten von Hilfe abhängig. Es gab unter den untersuchten Personen auch keine einzige, die einen beachtlichen Mangel hinsichtlich sozialer Unterstützungsressourcen aufwies. Demzufolge scheinen die Möglichkeiten einer autonomen und uneingeschränkten Lebensführung in der untersuchten Population weitgehend gegeben zu sein. Die ermittelte geringe Bedeutung von infrastrukturellen Ressourcen für das Wohlbefinden könnte zumindest teilweise durch diese Selektivität der Stichprobe erklärt werden. Somit sind zwei gegensätzliche Schlussfolgerungen in Bezug auf die Gesamtpopulation möglich. Es kann zum einen davon ausgegangen werden, dass die Relevanz der Infrastruktur für das Wohlbefinden in der Gesamtpopulation, welche über niedrigere individuelle Ressourcen verfügt, größer ist als in der untersuchten Stichprobe. Wie sich hierzu in Bezug auf die Lebenszufriedenheit erwies, ist die Bedeutung der Infrastruktur bei ressourcenarmen sehr alten Menschen größer als bei kompetenten Hochaltrigen. Zum anderen lässt sich jedoch nicht ausschließen, wenn infrastrukturelle Ressourcen eine eher geringe Rolle für das Wohlbefinden kompetenter alter Menschen spielen, dass diese in der Gesamtpopulation der Hochaltrigen noch unbedeutender werden. Diese Annahme wird mit den Ergebnissen zu Interaktionseffekten beim positiven Affekt untermauert: Infrastrukturelle Ressourcen spielen keine protektive Rolle bei mangelnden individuellen Ressourcen. Von guter Infrastruktur profitieren diejenigen Hochaltrigen, die über viele individuelle Ressourcen verfügen, denn sie besitzen Strategien, um die Infrastruktur zum eigenen Vorteil zu nutzen (vgl. Hobfoll, 2002; Jopp & Smith, 2006).

Eine weitere Limitation der Arbeit ist in Bezug auf die Nachteile des querschnittlichen Designs anzumerken. Die hier gesammelten Daten liefern als Ergebnis korrelative Zusammenhänge, welche prinzipiell keine Rückschlüsse auf kausale Beziehungen erlauben. Beispielsweise darf das Alter als Vorhersagefaktor des negativen Affektes nicht als ein Alterseffekt interpretiert werden. Deshalb wäre eine empirische Überprüfung der hier aufgestellten Forschungsfragen mit einem Längsschnittdatensatz durchaus lohnenswert. Mit einem solchen Vorgehen könnten beispielsweise Aussagen über Stabilität und Veränderung im Wohlbefindenserleben sowie über Kontinuität und Diskontinuität von Adaptationsprozessen getroffen werden (vgl. P. Baltes, 1990; van der Kamp & Bijleveld, 1998). In Anlehnung an neue Ressourcentheorien (z.B. Hobfoll, 1989, 2001) stellt diese Methode vor allem im

Hinblick auf die Bedeutung von Ressourcenveränderungen eine Herausforderung der zukünftigen Adaptations- und Wohlbefindensforschung dar.

Die Tatsache, dass die Gesundheit keiner ärztlichen Begutachtung unterlag, kann als eine weitere Einschränkung der Studie angesehen werden. Zwar wird an mehreren Stellen der Arbeit der Begriff des objektiven Gesundheitszustands verwendet, hierbei handelt es sich aber in Abgrenzung zur subjektiven Gesundheitseinschätzung um eine Fremdbeurteilung durch die Interviewerin. Da die eingesetzte *Physical Health Rating Scale* (Fillenbaum, 1988) ein einfaches und keine medizinische Ausbildung voraussetzendes Instrument darstellt, dessen Validität und Reliabilität sich in zahlreichen Studien bewiesen haben (Fillenbaum, 1995), wurde sie im Sinne eines objektiven Gesundheitsmaßes verwendet. Selbstverständlich wäre eine professionelle ärztliche Gesundheitsbeurteilung adäquater gewesen und würde die Aussagekraft der Ergebnisse erhöhen.

Schließlich ist anzumerken, dass sich trotz theoretischer Herleitung Ergebnisse finden, die nur schwer mit den bisherigen vorhandenen theoretischen und empirischen Befunden erklärt werden können. Dies trifft beispielsweise für die fehlende Bedeutung subjektiver Gesundheitseinschätzung für das Wohlbefinden deutscher ST zu oder für die negative Beziehung zwischen negativem Affekt und der Zufriedenheit mit Kultur- und Freizeitangeboten in Mannheim. Im Rahmen der Diskussion wurde jeweils ein Versuch unternommen, eine Erklärung für solche Ergebnisse zu finden. Dennoch sind diese vorwiegend nur als Hypothesen zu verstehen, welche nach weiterer Forschung verlangen.

6.3 Ausblick und Fazit

Das Wohlbefinden, ein komplexes theoretisches Konstrukt sich einander bedingender Einflussfaktoren, nahm in der letzten Zeit nicht nur unter psychologischen, soziologischen oder gerontologischen Forschungsfragen (Antonucci, Okorodudu, & Akiyama, 2002; Eid & Larsen, 2008; Iwarsson et al., 2007), sondern auch unter politischen und ökonomischen Anhaltspunkten (Deutscher Bundestag, 2002; Hudson, 2005; United Nations, 2002; Walker & Naegele, 1999) eine zentrale Stellung ein. Dabei ist angesichts der qualitativ und quantitativ zunehmenden Hochaltrigkeit (Statistisches Bundesamt, 2009) die Frage bedeutsam, wie sich Personen im hohen Alter fühlen und was dazu beitragen kann, das Wohlbefinden im hohen Alter zu erhalten. So dürfen einige Risiken wie das Auftreten chronischer Erkrankungen, Multimorbidität, der Verlust von Selbstständigkeit und Pflegebedürftigkeit, welche gerade im hohen Alter zunehmen (Kruse et al., 2002), nicht übersehen werden. Die Befunde der

vorliegenden Abhandlung bestätigen jedoch, dass es einer Vielzahl sehr alter Menschen gelingt, die Anforderungen des Alter(n)s zu bewältigen, und verweisen auf besondere Potenziale bzw. Stärken der Hochaltrigkeit, sich an veränderte Wirklichkeiten anpassen zu können (vgl. Jopp, Rott, et al., 2010; Staudinger & Schindler, 2002). So zeigen die Ergebnisse der Studie, vorbehaltlich der Problematik der Stichprobenselektion, dass sich der Großteil der hochaltrigen Population durch ein relativ hohes emotionales und kognitives Wohlbefindensniveau auszeichnet, welches sogar mit dem der jüngeren Alten vergleichbar ist (vgl. Berg et al., 2006, 2009; Glatzer, 1992; Oswald et al., 2007; Smith et al., 1996, 2002; Staudinger et al., 1996). Eine Intensivierung des Wohlbefindens ist dabei primär mit Ressourcen der Person und sekundär mit unterstützenden und aktivierenden Merkmalen der Umwelt assoziiert. Auch das Zusammenspiel beider Ressourcenquellen bleibt bei diesen Anpassungsprozessen nicht ohne Bedeutung. Somit legen die Befunde eine differenzielle Sichtweise des Wohlbefindens nahe.

Deswegen ist die Beantwortung der Frage nach Wohlbefinden im hohen Alter nicht nur für das alternde Individuum, sondern auch für die kommunale Sozialpolitik und Seniorenarbeit von zentraler Wichtigkeit (vgl. Bertelsmann Stiftung, 2006; Kruse & Schmitt, 1998). Hohe Wohnzufriedenheitswerte sowie eine geringfügige Beziehung zwischen infrastrukturellen Ressourcen und Wohlbefinden, welche in dieser Studie ermittelt wurden, dürfen jedoch nicht dahingehend interpretiert werden, dass objektiv kein Verbesserungsbedarf bestünde und die vorhandene Versorgungsstruktur ausreichend und optimal wäre. Diese Annahme wäre vielleicht gesellschafts- und kommunalpolitisch durchaus wünschenswert, jedoch ist sie wissenschaftlich nicht vertretbar: Wie die Ergebnisse dieser Studie zeigen, liegt der Grund dafür „[...] *in der besonderen Fähigkeit des Selbst, Realität zu konstruieren und damit auch zu transformieren, sich an veränderte Realitäten anzupassen und das eigene Selbstverständnis zu schützen* [...]“ (Staudinger & Schindler, 2002, S. 972), um so zu einem möglichst hohen Wohlbefinden zu gelangen (vgl. auch P. Baltes & M. Baltes, 1992; Brandtstädter & Greve, 1992; Heckhausen & Schulz, 1995; Thomae, 1971). Im Rahmen der Untersuchung wurden starke Adaptationsleistungen in vielfacher Hinsicht nachgewiesen. Beispielsweise:

- wirkten sich schlechtere objektive infrastrukturelle Bedingungen nicht direkt auf die Zufriedenheit mit der Infrastruktur aus,
- übte objektive Gesundheit keinen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit aus,
- wies Alter eine gegenläufige Beziehung zum negativen Affekt auf,
- zeigten infrastrukturelle Ressourcen nur einen geringen Einfluss auf den negativen Affekt,

- spielte die subjektive Wahrnehmung von sowohl individuellen als auch infrastrukturellen Ressourcen eine wichtigere Rolle für das Wohlbefinden als ihr objektives Vorhandensein.

Demzufolge kann die Funktionalität von Adaptationsleistungen im hohen Alter auf zweierlei Weise beurteilt werden. Einerseits sind Adaptationsprozesse notwendig und funktional, sodass sie als das bedeutsamste Potenzial des Alters bezeichnet werden (Staudinger & Greve, 2001; Staudinger et al. 1995). Sie sorgen dafür, mögliche Diskrepanzen zwischen erhofftem und erwartetem Zustand und der tatsächlichen Situation zu verringern, um somit das Wohlbefinden aufrechtzuerhalten. Sie stellen das Gleichgewicht wieder her, welches durch die altersassoziierten und altersbegleitenden biologischen, sozialen, psychologischen und umweltbezogenen Entwicklungen und Veränderungen verändert wurde (vgl. P. Baltes & M. Baltes 1992; Lehr, 2007; Kruse, 1996; Thomae, 1983). Ohne diese Adaptationsprozesse wäre ein zufriedenstellendes und erfülltes Leben im Alter gar nicht möglich. Andererseits könnte die provokante These aufgestellt werden, dass die beträchtliche Adaptationsleistung des hohen Alters dem Individuum nicht immer zugutekommt. Eine vorschnelle Anpassung an ungünstige Lebenslagen führt dazu, dass die Bemühungen um ihre Veränderung aufgegeben und mögliche Entwicklungschancen nicht mehr genutzt werden. Dies betrifft solche Lebenslagen, in denen eine positive Veränderung stattfinden könnte, wie das beispielsweise bei der Gestaltung der Infrastruktur der Fall ist. Naegele (1998) fokussiert in diesem Kontext Probleme bei der Planung sozialpolitischer oder kommunaler Interventionen: Gerade weil von älteren Menschen nur selten Unzufriedenheit mit der objektiven Lebenssituation geäußert wird, besteht die Gefahr, dass die betreffenden Personen sozialpolitische und kommunale Angebote, trotz eines objektiven Bedarfs, nicht in Anspruch nehmen oder schlechte Angebote als gut bewerten, so dass diese nicht weiterentwickelt oder gar nicht mehr geschaffen werden. Diese fehlende Proaktivität (Lawton, 1989) gegenüber der infrastrukturellen Umwelt hat zur Folge, dass eine wichtige Ressourcenquelle nicht richtig genutzt wird, wodurch die Potenziale der älteren Menschen weder für sie selbst ausgeschöpft noch in die Gesellschaft eingebracht werden. Daher wird basierend auf den eigenen Ergebnissen postuliert, dass eine wichtige Aufgabe zukünftiger gerontologischer Wohlbefindensforschung darin bestehen sollte, die Anpassungsstrategien hochaltriger Menschen darauf hin zu überprüfen, inwieweit sie Wohlbefinden fördern oder auch einschränken. Vor allem ist diese Aufgabe unter Berücksichtigung des zukünftigen demographischen und sozialstrukturellen Alterswandels (Statistisches Bundesamt, 2009) und seiner Folgen für die kommunale Altenpolitik und Altenarbeit unabdingbar (vgl. Deutscher Bundestag, 2002; Naegele, 2006). In diesem Zusammenhang

stellt sich insbesondere die Frage, ob die heute bei hochaltrigen Menschen beobachtete und in dieser Studie nachgewiesene hohe Anpassungsfähigkeit lediglich einen Kohorteneffekt darstellt, so dass die Kommunen in Zukunft mit einer „anderen Art“ der Hochaltrigkeit zu tun haben werden. In Anlehnung an die Resilienzforschung (Janoff-Bulman, 2006; Staudinger & Greve, 2001) könnte argumentiert werden, dass die hochaltrigen Kohorten von heute in ihrer Anpassungsfähigkeit eine besondere Leistung erbringen, welche die nachfolgenden Generationen nicht auszeichnen wird. Die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit Grenzsituationen wie Krieg, Vertreibung oder Kommunismus habe dazu geführt, dass diese Kohorte „immunisiert“ wurde und spätere Lebenserfahrungen besser assimilieren kann (vgl. Filipp & Aymanns, 2010; Kruse & Schmitt, 2000). Eine Mischung aus persönlicher Stärke und Lebenseinsichten stellt dabei einen Gewinn dar,

[...] beispielsweise in Form der Repriorisierung dessen, was im Leben wichtig und unwichtig ist; in Form eines besseren Verständnisses davon, was im Leben zählt; und in Form einer veränderten Lebensphilosophie [...] (Janoff-Bulman, 2006 nach Filipp & Aymanns, 2010, S. 310).

Daher ist anzunehmen, dass sich die zukünftigen Kohorten nicht zwingend durch ebenso hohe Adaptationsleistungen auszeichnen werden. Die Hochaltrigen von morgen dürften andere Erfahrungen gesammelt sowie andere (Kunden-)Erwartungen und Ansprüche an die Kommune entwickelt haben. Mollenkopf, Oswald und Mitarbeiter (2004, S. 359) prognostizieren andere Verhaltensweisen zukünftiger Älterer, die mehr nach außen (nahes Umfeld, die Öffentlichkeit) und weniger traditionell nach innen (eigenes Zuhause) gerichtet werden. Demzufolge sollten die Kommunen andere Lebens-, Freizeit-, Wohn- und Alternsstile mit berücksichtigen und die Angebote flexibler gestalten. Dabei gilt es vor allem, die größere Heterogenität der Hochaltrigkeit zu berücksichtigen und den Blick auf eine differenzierte Betrachtung der Entwicklung erheblich steigender Zahlen sehr alter Menschen zu konzentrieren, um ihren Konsequenzen für die Stadtgesellschaft, Sozialplanung und Infrastrukturgestaltung besser Rechnung tragen zu können (vgl. Kruse & Schmitt, 1998).

Des Wohlbefindens als Qualitätskriterium für kommunale Arbeit kann sich die Altenpolitik jedoch schlecht bedienen. Wie die Befunde der Studie nachweisen konnten, beruht das Wohlbefinden vor allem auf subjektiven Umstrukturierungsprozessen (vgl. Thomae, 1971). Demgemäß sind hierfür ergänzende objektive und verallgemeinerbare Kriterien notwendig, die eine qualitativ und quantitativ ausreichende Versorgung durch medizinische und pflegerische Dienste sowie eine gute Stadtinfrastruktur definieren. Obgleich die Befundlage der Untersuchung darauf hindeutet, dass infrastrukturelle Bedingungen im Vergleich zu individu-

ellen Ressourcen keinen großen Beitrag zum Wohlbefinden im hohen Alter leisten, darf die Kommune ihre Mitverantwortung für die Erfüllung von Bedürfnissen nach einem selbstständigen, selbstbestimmten und selbstverantwortlichen Leben sowie sozialer Teilhabe und sinnerfüllter Alltagsgestaltung ihrer hochaltrigen Bürger und Bürgerinnen nicht zurückziehen (vgl. Kruse, 1996, 2006a). Auch die Selbstverantwortung des Individuums für sein Wohlbefinden im hohen Alter steht angesichts der Ergebnisse der Studie außer Frage. Somit besteht ein Präventionspotenzial sowohl im Hinblick auf individuelle als auch infrastrukturelle Ressourcen und dieses sollte durch entsprechende Maßnahmen ausgeschöpft werden.

Unter den individuellen Ressourcen stellen die Stärkung von psychologischen Ressourcen, die Aufrechterhaltung eines möglichst hohen Gesundheitsstatus sowie der Aufbau von sozialen Netzwerken primäre Präventionsziele dar (vgl. Heuft et al., 2000; Jopp, Rott, et al., 2010). Dabei ist zwischen objektiven und subjektiven Ressourcenmassen zu unterscheiden. Für die praktische Umsetzung bedeutet dies beispielsweise, dass nicht die objektive Anzahl der Personen im Umfeld der Hochaltrigen vergrößert werden sollte (z.B. mit Besuchsdiensten), sondern vielmehr müssten die subjektiv wichtigen und nahen sozialen Kontakte von dem alten Menschen selbst gepflegt werden. Der Verhältnisprävention durch Anpassung der Infrastruktur kommt das Ergebnis dieser Studie entgegen, dass sich günstige – Selbstständigkeit und Teilhabe fördernde – infrastrukturelle Rahmenbedingungen nicht direkt positiv auf die Adaptationsprozesse auswirken müssen, und ungünstige – Selbstständigkeit und Teilhabe einschränkende – hingegen nicht direkt negativ. Zwar zeigte eine bessere Person-Umwelt-Passung (Kahana, 1982; Carp & Carp, 1984) in Mannheim stärkere Beziehungen zum Wohlbefinden (vor allem zum positiven Affekt), dennoch offenbarte die Testung von Interaktionseffekten zwischen individuellen und infrastrukturellen Ressourcen weitere differenzielle Interventionspotenziale.

Inwieweit kommunale Versorgungseinrichtungen und Angebote zur Verbesserung des Wohlbefindens Hochaltriger beitragen können, hängt zum einen von der Lebenssituation des hochaltrigen Menschen selbst ab, nämlich inwiefern für ihn überhaupt ein Bedarf an bestimmten Angeboten und Versorgungsstrukturen besteht. Dieser besteht insbesondere bei einer Kumulation von Problemlagen und sehr geringen individuellen Ressourcen (vgl. Lawton & Nahemow, 1973; Mollenkopf, Oswald, et al., 2004). Zum anderen ist es entscheidend, ob die infrastrukturellen Angebote überhaupt erkannt und zum eigenen Vorteil genutzt werden können (vgl. Jopp & Leipold, 2004). Den guten infrastrukturellen Bedingungen kommt in Bezug auf die Erhaltung des Wohlbefindens bei geringem Ressourcenstatus nur dann eine protektive Rolle zu, wenn der hochaltrige Mensch über entsprechende Strategien verfügt, um

die Ressourcen richtig einsetzen zu können (vgl. Hobfoll, 2002; Jopp & Smith, 2006). Hier sollte die Kommune ein großes Interventionspotenzial erkennen, welches nicht nur darin besteht, die einfachen Maßnahmen zur Gestaltung der infrastrukturellen Rahmenbedingungen für ältere Bürger und Bürgerinnen zu ergreifen (vgl. Rott & Stanek, 2009). Vor allem sollten die Aufgaben der Kommunen darin liegen, erstens mit infrastruktureller Umweltgestaltung und infrastrukturellen Angeboten die konkreten Bedürfnisse hochaltriger Menschen anzusprechen (Bedarfserhebung, Bedarfsanalyse, Angebotsplanung), zweitens bestimmte Infrastrukturmöglichkeiten sowie tatsächlich vorhandene Angebote überhaupt bekannt und zugänglich zu machen (Öffentlichkeitsarbeit, Vermittlung, zugehende Angebote) und drittens hochaltrige Menschen dazu zu bewegen, diese Infrastruktur/Angebote zu nutzen, ohne dass eine Hemmschwelle überwunden werden muss (Beratung, Koordinierung, Kooperation, Modellprojekte). Dabei soll dem Ziel nachgegangen werden, gerade diejenigen sehr alten Menschen, die auf eine gute Infrastruktur besonders angewiesen sind und von guten infrastrukturellen Rahmenbedingungen am meisten profitieren könnten, zu erreichen und ihnen eine Möglichkeit zu eröffnen, die Infrastruktur als Ressource zu erkennen und zum eigenen Vorteil zu nutzen. Vor allem in Danzig, wo gar keine Direkteffekte der Infrastruktur auf das Wohlbefinden nachgewiesen werden konnten, ist ein Optimierungsbedarf bei der kommunalen Seniorenarbeit erkennbar.

Zusammenfassend weisen die Resultate dieser Studie darauf hin, dass in Bezug auf das Wohlbefinden ein Präventionspotenzial durch Stärkung sowohl individueller als auch infrastruktureller Ressourcen zu verzeichnen ist. Der Unterschied hinsichtlich der beiden intervenierenden Maßnahmen liegt indes darin, dass die Prävention durch individuelle Ressourcen eine *für* das Alter und die Prävention durch infrastrukturelle Ressourcen eine *im* Alter darstellt (Kruse, 2002a). Erst durch eine Kombination beider präventiven Maßnahmen und die Einbeziehung der Selbstverantwortung der Person einerseits und der Mitverantwortung der Kommune andererseits kann ein optimales Wohlbefinden im hohen Alter erreicht werden (vgl. Kruse, 2005a, 2007b). Dabei sollten beide Akteure sowohl für individuelle als auch infrastrukturelle Ressourcen Verantwortung tragen.

LITERATURVERZEICHNIS

- Ackermann, A. (2006). Kompetenz und Selbständigkeit. In W.D. Oswald, U. Lehr, C. Sieber & J. Kornhuber (Hrsg.). *Gerontologie* (S. 322–327). Stuttgart: Kohlhammer.
- Adorno, T. W., Dahrendorf, R., & Pilot, H. (1969/1978). (Hrsg.). *Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie* (6. Aufl.). Darmstadt: Luchterhand.
- Akiyama, H., Antonucci, T. C., & Campbell, R. (1997). Exchange and reciprocity among two generations of Japanese and American women. In J. Sokolovsky (Ed.), *Cultural context of aging: Worldwide perspectives* (2nd ed., pp. 127–138). Westport, CT: Greenwood Press.
- Aldwin, C. M., Spiro, A. III, Levenson, M. R., & Cupertino, A. P. (2001). Longitudinal findings from the Normative Aging Study: III Personality, interindividual health trajectory, and mortality. *Psychology & Aging, 16*, 450–465.
- Aldwin, C. M., Spiro, A. III, & Park, C. L. (2006). Health, behavior, and optimal aging: A lifespan developmental perspective. In J. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (6th edition, pp. 85–104). San Diego: Academic Press.
- Allport, G. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Almeida, O.P., & Almeida, S. A. (1999). Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 14*, 858–65.
- American Psychological Association. (2001). *Publication Manual of the American Psychological Association* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- AMOS (2009). *Datenanalysestystem IBM® SPSS® Amos. Version 18.0* [Computer software].
- Andrews, F.M., & Robinson, J.P. (1991). Measures of subjective well being. In J.P. Robinson, P.R. Shaver & L.S. Wrightsman (Eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (vol. 1, pp. 61–67). San Diego: Academic Press.
- Anstey, K. J., Luszcz, M. A., Giles, L. C., & Andrews, G. R. (2001). Demographic, health, cognitive, and sensory variables as predictors of mortality in very old adults. *Psychology & Aging, 16*, 3–11.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1984). A call for a new question – salutogenesis and a proposed answer the sense of coherence. *Journal of Preventative Psychiatry, 22*, 1–11.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine, 36*, 725–733.
- Antonucci, T. C. (1985). Personal characteristics, social support, and social behavior. In R.H. Binstock & E. Shanas (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (2nd ed., pp. 94–128). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Antonucci, T. C. (1986). The hierarchical mapping technique. *Generations, 10*, 10–12.
- Antonucci, T. C. (2001). Social relations: An examination of social networks, social support, and sense of control. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5th ed, pp. 427–453). San Diego, CA: Academic Press.
- Antonucci, T.C., & Akiyama, H. (1987). Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. *Journal of Gerontology, 42*, 519–527
- Antonucci, T. C., Lansford, J. E., & Akiyama, H. (2001). Impact of positive and negative aspects of marital relationship and friendship on well-being of older adults. *Applied Developmental Sciences, 5*, 68–76.
- Antonucci, T. C., Lansford, J. E., Akiyama, H., Smith, J., Baltes, M. M., Takahashi, K., et al. (2002). Differences between men and women in social relations, resource deficits, and

- depressive symptomatology during later life in four nations. *Journal of Social Issues*, 58, 767–783.
- Antonucci, T. C., Okorodudu, C., & Akiyama, H. (Eds.). (2002). International perspectives on the well-being of older adults. *Journal of Social Issues, Spec. Issue*, 58.
- Antonucci, T. C., Sherman, A. M., & Akiyama, H. (1996). Social networks, support, and integration. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of Gerontology* (vol. 2, pp. 505–515). San Diego, CA: Academic Press.
- Arbuckle, J.L. (2007). *Amos 16.0 User's Guide*. Chicago, IL: SPSS Inc.
- Argyle, M. (1999). Causes and correlates of happiness. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 353–373). New York: Russel Sage Foundation.
- Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness*. New York: Taylor and Francis.
- Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29, 183–190.
- Atchley, R. C. (1999). *Continuity and adaptation in aging: Creating positive experiences*. Johns Hopkins University Press.
- Back, K. W. (1971). Transitions to aging and the self-image. *Aging and Human Development*, 2, 296–304.
- Backes, G., & Clemens, W. (2008). *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung* (3., überarbeitete Aufl.). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Backes, G. M., & Kruse, A. (2008). Soziale Ressourcen älterer Menschen. In Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), *Alter neu denken. Gesellschaftliches Altern als Chance begreifen* (S. 71–100). Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2008). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung* (12. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bailey, T. C., Eng, W., Frisch, M. B., & Snyder, C. R. (2007). Hope and optimism as related to life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 2, 168–175.
- Bailey, T. C., & Snyder, C. R. (2007). Satisfaction with life and hope: A look at age and marital status. *Psychology Record*, 57, 233–240
- Bain, G. H., Lemmon, H., Teunisse, S., Starr, J. M., Fox, H. C., Deary, I. J., et al. (2003). Quality of life in healthy old age: relationships with childhood IQ, minor psychological symptoms and optimism. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 632–636.
- Baltes, M. M. (1995). Verlust der Selbständigkeit im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. *Psychologische Rundschau*, 46, 159–170.
- Baltes, M. M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, M. M. (1998). Alter und Altern: Bewältigung von Verlusten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27, 75–77.
- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (1996). The process of successful aging. *Aging and Society*, 16, 397–422.
- Baltes, M. M., Horgas, A. L., Klingenspor, B., Freund, A. M., & Carstensen, L. L. (1996). Geschlechtsunterschiede in der Berliner Altersstudie. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 573–598). Berlin: Akademie-Verlag.
- Baltes, M. M., & Lang, F. R. (1997). Everyday functioning and successful aging: The impact of resources. *Psychology & Aging*, 12, 433–443.
- Baltes, M. M., Maas, I., Wilms, H.-U., & Borchelt, M. (1996). Alltagskompetenz im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 525–542). Berlin: Akademie Verlag.
- Baltes, M. M., & Silverberg, S. B. (1994). The dynamics between dependency and autonomy: Illustrations across the life span. In D. L. Featherman, R. M. Lerner & M. Perlmutter

- (Eds.), *Life-span development and behavior* (Bd. 12, pp. 41–90). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611–626.
- Baltes, P. B. (1990). Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Theoretische Leitsätze. *Psychologische Rundschau*, 41, 1–24.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundations of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366–380.
- Baltes, P. B. (1999). Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32, 433–448.
- Baltes, P. B. (2003). Das hohe Alter – mehr Bürde als Würde? *Max Planck Forschung*, 2, 15–19.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1989). Optimierung durch Selektion und Kompensation. Ein psychologisches Modell erfolgreichen Alterns. *Zeitschrift für Pädagogik*, 35, 85–105.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes & M.M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1–34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1992). Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In P.B. Baltes & J. Mittelstraß (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Akademie der Wissenschaften. Forschungsbericht 5* (S. 2–34). Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (2006). Life span theory in developmental psychology. In W. Damon (Ed.-in-Chief) & R. M. Lerner (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol I. Theoretical models of human development* (pp. 569–664). New York: Wiley.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123–135.
- Baltes, P. B., Smith, J., & Staudinger, U. M. (1992). Wisdom and successful aging. *Nebraska Symposium on Motivation*, 39, 123–167.
- Baltes, P. B., & Willis, S. L. (1982). Plasticity and enhancement of intellectual functioning in old age: Penn State's Adult Development and Enrichment Project (ADEPT). In F. I. M. Craik & S. E. Trehub (Eds.), *Aging and cognitive processes* (pp. 353–389). New York: Plenum Press.
- Baltes-Götz B. (2008). *Analyse von Strukturgleichungsmodellen mit Amos 16.0*. Verfügbar unter: <http://www.uni-trier.de/fileadmin/urt/doku/amos/v16/amos16.pdf> [14.02.2010].
- Baron, M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173–1182.
- Barresi, C., Ferraro, K. F., & Hobbey, L. L. (1983). Environmental satisfaction, sociability and wellbeing among urban elderly. *The International Journal of Aging and Human Development*, 18, 277–293.
- Barrick, A. L., Hutchinson, R. L., & Deckers, L. H. (1989). Age effects on positive and negative emotions. *Journal of Social Behavior and Personality*, 4, 421–429.
- Bateson, G. (1984). *Geist und Natur. Eine notwendige Einheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bäcker, G., Bispnick, R., Hoffmann, K., & Naegle, G. (2006). *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland* (3. Aufl.). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Becker, P. (1991). Theoretische Grundlagen. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik* (S. 13–49). Weinheim: Juventa.

- Becker, U., Lademann, J., Müller, K., & Thielhorn, U. (1998). *Das Pflegegeschehen in der Ambulanten Versorgung aus Patientensicht. Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung*. Witten: Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, *107*, 238–246.
- Bentler, P. M., & Bonnet, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, *88*, 588–606.
- Benyamini, Y., & Idler, E. L. (1999). Community studies reporting association between self-rated health and mortality: additional studies 1995–98. *Research on Aging*, *21*, 392–401.
- Berg, A. I., Hassing, L. B., MCClearn, G. E., & Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging and Mental Health*, *10*, 257–264.
- Berg, A. I., Hoffman, L., Hassing, L. B., MCClearn, G. E., & Johansson, B. (2009). What matters, and what matters most, for change in life satisfaction in the oldest-old? A study over 6 years among individuals 80+. *Aging and Mental Health*, *13*, 191–201.
- Berkman, L. F., Seeman, T. E., Albert, M., Blazer, D., Kahn, R., Mohs, R., Finch, C. E., et al. (1993). High, usual and impaired functioning in community-dwelling older men and women: Findings from the MacArthur Foundation Research Network on successful aging. *Journal of Clinical Epidemiology*, *46*, 1129–1140.
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). *Demographie konkret – Seniorenpolitik in den Kommunen*. Bielefeld: Verlag BertelsmannStiftung.
- Bild, B. R., & Havighurst, R. J. (1976). Senior citizens in great cities: The case of Chicago. *The Gerontologist*, *16*, 5–87.
- Birkenstock, E., & Rentsch, T. (2005). Geschütztes Altern in Verantwortung vor sich und den anderen. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, *38*, 242–248.
- Birren, J. E., & Schaie, K. W. (Eds.) (2006). *Handbook of the psychology of aging* (6th ed.). San Diego, CA: Elsevier.
- Biswas-Diener, R. (2008). Material wealth and subjective well-being. In M. Eid & R. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* (pp. 307–322). New York u.a.: Guilford Press.
- Boerner, K., & Jopp, D. (2007). A review and comparison of three major life-span theories: common and unique feature. *Human Development*, *50*, 171–195.
- Borkenau, P., & Ostendorf, F. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI)*. Göttingen.
- Borosch, R., & Rosendahl, B. (2005). Pflegeplanung im Spannungsfeld zwischen Marktorientierung, Wettbewerb der Anbieter und kommunaler Infrastrukturverantwortung. In F. Schönberg & G. Naegele G. (Hrsg.), *Alter hat Zukunft. 15 Jahre gerontologische Forschung in Dortmund. Dortmunder Beiträge zu Sozial- und Gesellschaftspolitik* (Vol. 56, S. 141–158). Münster: Lit.
- Bortz, J. (2004). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6. Aufl.). Berlin u.a.: Springer-Lehrbuch.
- Bosworth, H. B., & Schaie, K. W. (1999). Survival effects: Cognitive function, cognitive style, and sociodemographic variables in the Seattle Longitudinal Study. *Experimental Aging Research*, *25*, 121–139.
- Bosworth, H. B., Schaie, K. W., & Willis, S. L. (1999). Cognitive and sociodemographic risk for mortality in the Seattle Longitudinal Study. *Journal of Gerontology, Psychological Sciences*, *B54*, P273–P282.
- Bourque, P., Pushkar, D., Bonneville, L., & Béland, F. (2005). Contextual effects on life satisfaction of older men and women. *Canadian Journal on Aging*, *24*, 31–44.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.

- Bowling, A. (1991). Social support and social networks: Their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and a review of the evidence. *Family Practice*, 8, 68–83.
- Böhnke, P., & Kohler, U. (2007). *Determinanten des Glücks: Lebenszufriedenheit in Europa*. WSI-Mitteilungen, 7. Verfügbar unter http://www.boeckler.de/169_88305.html [22.10.2009].
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Bradburn, N. M., & Caplovitz, D. (1965). *Reports of happiness*. Chicago, IL: Aldine.
- Brandtstädter, J. (1999). Sources of resilience in the aging self: Toward integrating perspectives. In T. M. Hess & F. Blanchard-Fields (Eds.), *Social cognition and aging* (pp. 123–141). San Diego, CA: Academic Press.
- Brandtstädter, J. (2002). Protective self-processes in later life: Maintaining and revising personal goals. In C. v. Hofsten & L. Bäckman (Eds.), *Psychology at the turn of the millenium. Vol. 2: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 133–152). Hove, UK: Psychology Press.
- Brandtstädter, J. (2007). Konzepte positiver Entwicklung. In J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Ein Lehrbuch* (S. 681–723). Stuttgart: Kohlhammer.
- Brandtstädter, J., & Greve, W. (1992). Das Selbst im Alter: adaptive und protektive Mechanismen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 14, 269–297.
- Brandtstädter, J., & Greve, W. (1994). The aging self: Stabilizing and protective processes. *Developmental Review*, 14, 52–80.
- Brandtstädter, J., Krampen, G., & Baltes-Götz, B. (1989). Kontrollüberzeugungen im Kontext persönlicher Entwicklung. In G. Krampen (Hrsg.), *Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen* (S. 155–171). Göttingen: Hogrefe.
- Brandtstädter, J., & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative models of coping. *Psychology & Aging*, 5, 58–67.
- Brandtstädter, J., & Rothermund, K. (1998). Bewältigungspotentiale im höheren Alter: adaptive und protektive Prozesse. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie. Band 1: Grundlagen. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* (S. 223–237). Göttingen: Hogrefe.
- Brandtstädter, J., & Rothermund, K. (2002). The life course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review*, 22, 117–150.
- Brandtstädter, J., Wentura, D., & Greve, W. (1993). Adaptive resources of the aging self: Outlines of an emergent perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 16, 323–349.
- Brinckman, P., & Campbell, D. T. (1971). Hedonic relativism and planning the good society. In M. H. Appley (Ed.), *Adaptation level theory* (pp. 287–302). London: Academic Press.
- Brief, A. P., Butcher, A. H., George, J. M., & Link, K. E. (1993). Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being: the case of health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 646–653.
- Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P., Adey, M., & Rose, T. L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1, 37–44.
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models. In S. L. Friedman & T. D. Wachs (Eds.), *Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts* (pp. 3–28). Washington, DC: American Psychological Association Press.

- Brooks, J. D. (1998). Salutogenesis, successful aging, and the advancement of theory on family caregiving. In H. I. McCubbin, E. A. Thompson, A. I. Thompson & J. E. Fromer (Eds.), *Stress, coping, and health in families: sense of coherence and resiliency. Resiliency in families series* (pp 227–248). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136–162). Beverly Hills, CA: Sage.
- Brzozowski, P. (1995). *Adaptacja Skali Uczuć Pozytywnych i Negatywnych (PANAS) autorstwa Davida Watsona [Polnische Adaptation von PANAS – Skala]*. Raport z badań. Lublin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.). (1998). Zweiter Altenbericht der Bundesregierung. Wohnen im Alter. Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.). (2000). Dritter Altenbericht der Bundesregierung. Alter und Gesellschaft. Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.). (2002). Vierter Altenbericht der Bundesregierung. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.). (2005). Fünfter Altenbericht der Bundesregierung. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft – Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Burton, C. L., Strauss, E., Hulstsch, D. F., & Hunter, M. A. (2006). Cognitive functioning and everyday problem solving in older adults. *Clinical Neuropsychol*, 20, 432–452.
- Busse, A., Aurich, C., Riedel-Heller, S., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2002). Adaption eines Demenztests zur Anwendung bei visuell beeinträchtigten Personen am Beispiel des SIDAM. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35, 21–31.
- Butt, D. S., & Beiser, M. (1987). Successful aging: A theme for international psychology. *Psychology & Aging*, 2, 87–94.
- Bühler, C. (1933). *Der menschliche Lebenslauf als psychologisches Problem*. Leipzig: von S. Hirzel.
- Byrne, B. M. (2001). *Structural Equation Modelling with AMOS, basics concepts, applications, and programming*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life*. New York: Russel Sage Foundation.
- Cantor, N., & Kihlstrom, J. F. (1989). Social intelligence and cognitive assessments in personality. In R. S. Wyer & T. K. Srull (Eds.), *Advances in social cognition* (Vol. 2, pp. 1–59). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Carp, F.M., & Carp, A. (1980). Person-environment congruence and sociability. *Research of Ageing*, 2, 395–415.
- Carp, F.M., & Carp, A. (1982). Perceived environmental quality of neighborhoods: Development of assessment scales and their relation to age and gender. *Journal of Environmental Psychology*, 2, 245–312.
- Carp, F. M., & Carp, A. (1984). A complementary/congruence model of well-being of mental health for the community elderly. In I. Altman, M. P. Lawton & J. F. Wohlwill (Eds.), *Elderly people and the environment* (pp. 279 – 336). New York: Plenum Press.
- Caprara, G. V., Caprara, G., & Steca, P. (2003). Personality's correlates of adult development and aging. *European Psychologist*, 8, 131–147.

- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7, 331–338.
- Carstensen, L. L., & Löckenhoff, C. (2004). Aging, emotion, and evolution: The bigger picture. In P. Ekman, J. J. Campos, R. J. Davidson & F. B. M. de Waal (Eds.), *Emotions Inside Out: 130 Years after Darwin's The Expression of the Emotions in Man and Animals* (vol. 1000, pp. 152–179). New York: Annals of the New York Academy of Sciences.
- Carstensen, L. L., Mikels, J. A., & Mather, M. (2006). Aging and the intersection of cognition, motivation, and emotion. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (6th ed., pp. 343–362). San Diego, CA: Academic Press.
- Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mayr, U., & Nesselroade, J. R. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult lifespan. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 1–12.
- Carver, C.S., & Scheier, M. F. (1990). Principles of self-regulation: Action and emotion. In E. T. Higgins & R. M. Sorrentino (Eds.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior* (vol. 2, pp. 3–52). New York: Guilford Press.
- Centralny Rejestr Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej (CRL) [Zentraler Arztregister der Republik Polen]. Verfügbar unter: <http://www.nil.org.pl/xml/nil/rejlek/infstat> [17.02.2009].
- Ceria, C. D., Masaki, K. H., Rodriguez, B. L., Chen, R., Yano, K., & Curb, J. D. (2001). The relationship between psychosocial factors with total mortality among elderly Japanese American men: The Honolulu Heart Program. *Journal of American Geriatrics Society*, 49, 725–731
- Chamberlain, K., Petrie, K., & Azariah, R. (1992). The role of optimism and sense of coherence in predicting recovery following surgery. *Psychology and Health*, 7, 301–310.
- Charles, S. T., Reynolds, C. A., & Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over twenty-three years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 136–151.
- Cheng, S.-T. (2004). Age and subjective well-being revisited: A discrepancy perspective. *Psychology and Aging*, 19, 409–415.
- Cheng, S.-T., & Chan, A. C. (2006). Relationship with others and life satisfaction in later life: do gender and widowhood make a difference? *Journal of Gerontology. Psychological Science*, 61B, P46–P53.
- Chou, K. L., & Chi, I. (1999). Determinants of life satisfaction in Hong Kong Chinese elderly: A longitudinal study. *Aging and Mental Health*, 3, 328–335.
- Closs, C., & Kempe, P. (1986). Eine differenzierende Betrachtung und Validierung des Konstruktes Lebenszufriedenheit. Analyse bewährter Verfahren und Vorschläge für ein methodisch fundiertes Vorgehen bei der Messung der Dimensionen dieses Konstruktes. *Zeitschrift für Gerontologie*, 19, 47–55.
- Cobb, S. (1976) Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300–313.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G. & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Connidis, I. A., & Davies, L. (1990). Confidants and companions in later life: The place of family and friends. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, B45, S141–S149.
- Costa, P. T., & McCrae, R.R. (1980). Still stable after all these years: personality as a key to some issues in adulthood and old age. In P. B. Baltes & O. G. Brim, (Eds.), *Life span development and behaviour* (3rd ed., pp. 65–102). New York, NY: Academic Press.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory: Manual Form S and Form R*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1988). Personality in adulthood: A six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 853–863.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1997). Longitudinal stability of adult personality. In R. Hogan, J. A. Johnson, & S. R. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology*. San Diego: Academic Press.
- Costa, P. T., McCrae, R. R., Martin, T. A., Oryol, V. E., Senin, I. G., Rukavishnikov, A. A., et al. (2000). Personality development from adolescence through adulthood: Further cross-cultural comparisons of age differences. In V. J. Molfese & D. Molfese (Eds.), *Temperament and personality development across the life span* (pp. 235–252). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Costa, P.T., McCrae, R.R., & Norris, A.H. (1981). Personal adjustment to aging: Longitudinal prediction from neuroticism and extraversion. *Journal of Gerontology*, 36, 78–85.
- Costa, P. T., Zonderman, A. B., McCrae, R. R., Cornoni-Huntley, J., Zocke, B. Z. & Barbano, H. E. (1987). Longitudinal analyses of psychological well-being in a national sample: Stability of mean levels. *Journal of Gerontology*, 42, 50–55.
- Cumming, E., & Henry, W. E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books.
- Cunningham, W. R. (1991). Issues in factorial invariance. In L. M. Collins & J. L. Horn (Eds.), *Best methods for the analysis of change: Recent advances, unanswered questions, further directions* (pp. 106–113). Washington, DC: American Psychological Association.
- Damianopoulos, E. (1961). A formal statement of disengagement theory. In E. Cumming & W. E. Henry (Eds.), *Growing old – the process of disengagement* (pp. 210–218). New York: Basic Books.
- Dangschat, J., Droht, W., Friedrichs, J., & Kiehl, K. (1982). *Aktionsräume von Stadtbewohnern*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Demura, S., & Sato, S. (2003). Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: a comparison between gender and age groups. *Journal of Physiological Anthropology and Applied Human Science*, 22, 159–166.
- DeNeve, K.M., & Cooper, H. (1998). The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197–229.
- Dent, O. F., Waite, L. M., Bennett, H. P., Casey, B. J., Grayson, D. A., Cullen, J. S., et al. (1999). A longitudinal study of chronic disease and depressive symptoms in a community sample of older people. *Aging & Mental Health*, 3, 351–357.
- Deutscher Bundestag (2002). (Hg.). *Abschlussbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an der Einzelnen und die Politik*. Berlin: Bundestags-Drucksache.
- d’Heureuse, V. (2001). Untersuchungsinstrumente und Durchführungsmodalitäten. In C. Rott, V. d’Heureuse, P. Schönemann, M. Kliegel & P. Martin (Hrsg.), *Heidelberger Hundertjährigen-Studie: Zielsetzungen, Design und erste Ergebnisse. Forschungsbericht Nr. 9* (S. 33–44). Heidelberg: Deutsches Zentrum für Altersforschung.
- d’Heureuse, V., & Rott, C. (2001). Stichprobengewinnung und Stichprobenbeschreibung. In C. Rott, V. d’Heureuse P. Schönemann, M. Kliegel & P. Martin (Hrsg.), *Heidelberger Hundertjährigen-Studie: Zielsetzungen, Design und erste Ergebnisse. Forschungsbericht Nr. 9* (S. 19–32). Heidelberg: Deutsches Zentrum für Altersforschung.
- Dieck, M. (1979). *Wohnen und Wohnfeld älterer Menschen in der Bundesrepublik*. Heidelberg: Quelle & C Meyer.
- Dieck, M. (1992). Besondere Perspektiven des Alterns und des Alters im vereinten Deutschland. In P. B. Baltes & J. Mittelstraß (Hrsg.), *Zukunft des Alters und gesellschaftliche Entwicklung* (S. 640–667). Berlin: Akademie Verlag.

- Diehl, M., & Marsiske, M. (2005). Alltagskompetenz und Alltagsproblemlösen im mittleren und höheren Erwachsenenalter. In S.H. Filipp & U.M. Staudinger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters* (S. 655–685). Göttingen: Hogrefe.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, *95*, 542–575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, *55*, 34–43.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2005). Psychological empowerment and subjective well-being. In D. Narayan (Ed.), *Measuring Empowerment: Cross-disciplinary perspectives* (pp. 125–140). Washington, DC: World Bank.
- Diener, E., & Clifton, D. (2002). Life Satisfaction and religiosity in broad probability samples. *Psychological Inquiry*, *13*, 206–209.
- Diener, E., & Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, *7*, 181–185.
- Diener, E., Diener, M., & Diener, C. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*, 851–864.
- Diener, E., & Emmons, R. A. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, *47*, 1105–1117.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*, 71–75.
- Diener, E., & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: A nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *68*, 926–935.
- Diener, E., Gohm, C. L., Suh, E., & Oishi, S. (2000). Similarity of the relations between marital status and subjective well-being across cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *31*, 419–436.
- Diener, E., & Larsen, R. J. (1993). The experience of emotional well-being. In M. Lewis and J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions*. New York: Guilford.
- Diener, E., Smith, H., & Fujita, F. (1995). The personality structure of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*, 130–141.
- Diener, E., & Suh, E. M. (1997). Measuring quality of life: Economic, social and subjective indicators. *Social Indicators Research*, *40*, 189–216.
- Diener, E., & Suh, E. M. (1998). Age and subjective well-being: An international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, *17*, 304–324.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, *125*, 276–302.
- Di Libero, F., Fagnoli, M., Pittiglio, S., Mascio, M., & Giaquinto, S. (2001). Comorbidity and rehabilitation. *Arch Gerontol Geriatr*, *32*, 15–22.
- Ding-Greiner, C., & Lang, E. (2004). Altersprozesse und Krankheitsprozesse – Grundlagen. In A. Kruse, & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie* (S. 182–206). Bern: Verlag Hans Hubner.
- Duden (2007). *Deutsches Universalwörterbuch. Das umfassende Bedeutungswörterbuch der deutschen Gegenwartssprache* (6. Aufl.). Mannheim u.a.: Dudenverlag.
- Dziembała, M. (2008). Polityka rozwoju regionalnego w Polsce w wybranych dokumentach strategicznych w warunkach członkostwa w Unii Europejskiej [Regionalentwicklungspolitik in Polen in ausgewählten strategischen Dokumenten im Kontext der EU-Mitgliedschaft]. In S. Pangsy-Kania & K. Piech (Hrsg.), *Innowacyjność w Polsce w ujęciu regionalnym: nowe teorie, rola funduszy unijnych i klastrów* (S. 142–177). Warszawa: Instytut Wiedzy i Innowacji.
- Efklides, A., Kalaitzidou, M., & Chankin, G. (2003). Subjective quality of life in old age in Greece: The effect of demographic factors, emotional state, and adaptation to aging. *European Psychologist*, *8*, 178–191.

- Eid, M., & Larsen, R. J. (2008). *The science of subjective well-being*. New York, London: The Guilford Press.
- Eifflaender-Gorfer, S. (2009). Depressive Störungen im Alter: *Eine epidemiologische Untersuchung bei 75-jährigen und älteren Hausarztpatienten Ergebnisse des Teilprojekts E 3.1 des Kompetenznetz Demenzen*. Dissertation: Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
- Elavsky, S., McAuley, E., Motl, R. W., Konopack, J. F., Marquez, D. X., Hu, L., et al. (2005). Physical activity enhances long-term quality of life in older adults: Efficacy, esteem, and affective influences. *Annals of Behavioral Medicine*, 30, 138–145.
- Elliot, A. J., & Thrash, T. M. (2002). Approach-avoidance motivation in personality: Approach and avoidance temperaments and goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 804–818.
- Enquete-Kommision (2002). *Bürgerschaftliches Engagement: Auf dem Weg in eine zukunftsfähige Bürgergesellschaft*. Berlin: Bundestags-Drucksache.
- Erikson, E. H. (1950/1968). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1959/1973). *Identity and the life cycle. Selected Papers*. New York: International Universities Press.
- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle complete: A review*. New York: Norton.
- Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnik, H. Q. (1986). *Vital involvement in old age experience in our time*. New York: Norton.
- Erlemeier, N. (1980). Die Unzufriedenheit mit der "Lebenszufriedenheit im Alter". *Für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 11, 310–321.
- Erlemeier, N. (1998). *Alterspsychologie. Grundlagen für Sozial- und Pflegeberufe*. Münster: Waxmann.
- Eurostat (2008). Datenbank. Verfügbar unter: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/> [15.03.2008-10.04.2009].
- Fagerström, C., Holst, G., & Hallberg, I. R. (2007). Feeling hindered by health problems and functional capacity at 60 years and above. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44, 181–201.
- Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science and Medicine*, 41, 1439–1446.
- Featherman, D. L., Smith, J., & Peterson, J. G. (1990). Successful aging in a post-retired society. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspective from the behavioral sciences* (pp. 50–93). New York: Cambridge University Press.
- Fernández-Ballesteros, R. (2001). Environmental conditions, health, and satisfaction among the elderly: some empirical results. *Psicothema*, 13, 40–49.
- Fernández-Ballesteros, R., Zammarrón, M. D., Rudinger, G., Schroots, J. J. F., Heikkinnen, E., Drusini, A., et al. (2004). Assessing competence: The European Survey on Aging Protocol (ESAP). *Gerontology*, 50, 330–347.
- Fernández-Ballesteros, R., Zammarrón, M. D., & Ruiz, M. A. (2001). The contribution of socio-demographic and psychosocial factors to life satisfaction. *Ageing & Society*, 21, 25–43.
- Ferreira, V. M., & Sherman, A. M. (2006). Control beliefs and social relations: Their relationship to well-being outcomes in older adults with Osteoarthritis. *International Journal of Aging and Human Development*, 62, 255–274.
- Ferreira, V. M., & Sherman, A. M. (2007). The relationship of optimism, pain, and social support to well-being in older adults with osteoarthritis. *Aging & Mental Health*, 11, 89–98.
- Field, D., & Minkler, M. (1988). Continuity and change in social support between young-old and old-old or very-old age. *Journals of Gerontology*, 43, 100–106.

- Filipp, S.-H. (1992). Could it be worse? The diagnosis of cancer as a prototype of traumatic life events. In L. Montada, S.-H. Philipp & M. J. Lerner (Eds.), *Life crises and experiences of loss in adulthood* (pp. 23–56). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Filipp, S.-H., & Aymanns, P. (2010). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen: Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fillenbaum, G. G. (1988). *Multidimensional functional assessment of older adults: The Duke Older Americans Resources and Services procedures*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fillenbaum, G. G. (1995). OARS multidimensional functional assessment questionnaire. In G. L. Maddox (Ed.), *The encyclopedia of aging* (2nd ed., pp. 703–704). New York: Springer.
- Fingerle, M. (2000). Vulnerabilität. In J. Borchert (Hrsg.), *Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie* (S. 287–293) Göttingen: Hogrefe.
- Fiske, A., Gatz, M., & Pedersen, N. L. (2003). Depressive symptoms and aging: the effects of illness and non-health related events. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B, P320–P328.
- Folstein, M., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189–198.
- Forstmeier, S., Uhlendorff, H., & Maercker, A. (2005). Diagnostik von Ressourcen im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 18, 227–257.
- Förster, F., Fritz, W., Raffee, H., & Silberer, G. (1984). Der LISREL-Ansatz der Kausalanalyse und seine Bedeutung für die Marketing-Forschung. *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*, 54, 346–367.
- Frazier, P. A., Barron, K. E., & Tix, A. P. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 115–134.
- Freund, A. (2004). Entwicklungsaufgaben. In A. Kruse & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie* (S. 304–313). Bern: Huber & Hogrefe
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (1998). Selection, optimalization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13, 531–543.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002). The adaptiveness of selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Evidence from a preference study on proverbs. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B, P426–P434.
- Freund, A. M., & Riediger, M. (2001). What I have and what I do: The role of resource loss and gain throughout life. *Applied Psychology: An International Review*, 50, 370–380.
- Friedrich, K. (1995). *Altern in räumlicher Umwelt. Sozialräumliche Interaktionsmuster älterer Menschen in Deutschland und in den USA*. Darmstadt: Steinkopff.
- Fries, J. F. (1980). Aging, natural death and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine*, 303, 130–135.
- Fries, J. F. (1989). The compression of morbidity: Near or far? *Milbank Memorial Foundation Quarterly/Health and Society*, 67, 208–232.
- Garfein, A. J., & Herzog, A. R. (1995). Robust aging among the young-old, old-old, and oldest-old. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50B, S77–S87.
- Gauggel, S., & Birkner, B. (1999). Validität und Reliabilität einer deutschen Version der Geriatrischen Depressionsskala. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28, 18–27.
- George, L. K. (1981). Subjective well-being: Conceptual and methodological issues. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 2, 345–382.
- Gergen, K. J., & Gergen, M. M. (1986). *Social psychology* (2nd ed.). New York: Springer Verlag.

- Glatzer, W. (1984). Zufriedenheitsunterschiede zwischen Lebensbereichen. In W. Glatzer & W. Zapf (Hrsg.), *Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden* (S. 192–205), Frankfurt a.M., New York: Campus.
- Glatzer, W. (1992). Lebensqualität aus sozio-ökonomischer Sicht. In G. Seifert (Hrsg.), *Lebensqualität in unserer Zeit* (S. 47–60). Göttingen: Vandenhoeck.
- Glatzer, W. (1998). Lebensstandard und Lebensqualität. In B. Schäfers & W. Zapf (Hrsg.), *Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands* (S. 427–438). Opladen: Leske + Budrich.
- Glatzer, W., Zapf, W. (Hg.) (1984), *Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*, Frankfurt a.M., New York: Campus.
- Gohde, J., Kruse, A., & Naegele, G. (2008). Herausforderung der Pflege in der Versorgung älterer Menschen. In Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), *Alter neu denken. Gesellschaftliches Altern als Chance begreifen* (S. 156–189). Gütersloh: Verlag BertelsmannStiftung.
- Gow, A., Pattie, A., Whiteman, M., Whalley, L., & Deary, I. (2007). Social support and successful aging. *Journal of Individual Differences*, 28, 103–115.
- Green, D. P., & Salovey, P. (1999). In what sense are positive and negative affect independent?: A reply to Tellegen, Watson & Clark. *Psychological Science*, 10, 304–306.
- Greve, W., & Staudinger, U. M. (2006). Resilience in later adulthood and old age: Resources and potentials for successful aging. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.) *Developmental psychopathology* (2nd ed., vol. 3, pp. 796–840). New York: Wiley.
- Gross, J., Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Tsai, J., Goetestsam Skorpen, C., & Hsu, H.-C. (1997). Emotion and aging: Experience, expression, and control. *Psychology & Aging*, 12, 590–599.
- Guralnik, J. M., & Kaplan, G. A. (1989). Predictors of healthy aging: Prospective evidence from the Alameda County study. *American Journal of Public Health*, 79, 703–708.
- Hagen, B. (2002). Aspekte der Unselbstständigkeit im höheren Lebensalter. In H. J. Kaiser (Hrsg.), *Autonomie und Kompetenz: Aspekte einer gerontologischen Herausforderung* (S. 87–107). Münster: LIT.
- Hanefeld, U. (1987). *Das Sozio-ökonomische Panel – Grundlagen und Konzeption*. Frankfurt/New York: Campus-Verlag.
- Havighurst, R. J. (1953). *Human development and education*. New York: Longmans & Green.
- Havighurst, R. J. (1948/1982). *Developmental tasks and education* (4th ed.). New York: Longmans & Green.
- Havighurst, R. J. (1956). Research on the developmental task concept: School Review. *Journal of Secondary Education*, 64, 215–223.
- Havighurst, R. J. (1963). Successful aging. In R. H. Williams, I. Tibbitts & W. Donahue (Eds.), *Processes of aging* (vol. 1, pp. 299–320). New York: Williams.
- Havighurst, R. J. (1968/1977). Ansichten über ein erfolgreiches Altern. In H. Thomae & U. Lehr (Hrsg.), *Altern. Probleme und Tatsachen* (2. Aufl., S. 567–571). Frankfurt a. M.: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Havighurst, R. J., Munnichs, J. M. S., Neugarten, B. L., & Thomae, H. (Eds.). (1969). *Adjustment to retirement: A cross-national study*. Assen, NL: Van Gorcum.
- Havighurst, R. J., Neugarten, B. L., & Tobin, S. S. (1963). Disengagement, personality and life satisfaction in the late years. In P. E. Hansen (Ed.), *Age with a future* (pp. 419–425). Copenhagen: Munksgaard.
- Havighurst, R. J., Neugarten, B. L., & Tobin, S. S. (1968). Disengagement and patterns of aging. In B. L. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging* (pp. 161–172). Chicago, IL: University of Chicago Press.

- Haynie, D. A., Berg, S., Johansson, B., Gatz, M., & Zarit, S. H. (2001). Symptoms of depression in the oldest old: A longitudinal study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 56B*, P111–P118.
- Headey, B., & Wearing, A. (1989). Personality, life events, and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 731–739.
- Headey, B., & Wearing, A. (1992). *Understanding happiness: A theory of subjective well-being*. Cheshire: Longman.
- Heckhausen, J. (1997). Developmental regulation across adulthood: Primary and Secondary Control of age-related challenges. *Developmental Psychology, 33*, 176–187.
- Heckhausen, J., Dixon, R. A., & Baltes, P. B. (1989). Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different adult age groups. *Developmental Psychology, 25*, 109–121.
- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1993). Optimization by selection and compensation: Balancing primary and secondary control in life span development. *International Journal of Behavioral Delopment, 16*, 287–303.
- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Developmental Psychology, 25*, 109–212.
- Heckhausen, J., Schulz, R., & Wrosch, C. (1998). *Developmental regulation in adulthood: Optimization in primary and secondary control*. Berlin: Max Planck Institute for Human Development.
- Heckhausen, J., Wrosch, C., & Fleeson, W. (2001). Developmental regulation before and after a developmental deadline: The sample case of “biological clock” of childbearing. *Psychology & Aging, 16*, 400–413.
- Helmchen, H., Baltes, M. M., Geiselmann, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F. M., et al. (1996). Psychische Erkrankungen im Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 185–219). Berlin: Akademie Verlag.
- Hendricks, J., & Turner H. (1988). Social dimensions of mental illness among rural elderly populations. *Internal Journal of Aging and Human Development, 26*, 169–190.
- Hertzog, C., & Hultsch, D.F. (2000). Metacognition in adulthood and aging. In T.A. Salt-house & F.I.M. Craik (Eds.), *Handbook of aging and cognition* (2nd ed., pp. 417–466). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Herzog, A. R., & Rogers, W. L. (1981). Age and satisfaction: Data from several large surveys. *Research on Aging, 14*, 131–168.
- Heuft, G., Kruse, A., & Radebold, H. (2006). *Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie*. München: Reinhardt.
- Heyl, V., Oswald, F., Zimprich, D., Wetzler, R., & Wahl., H.-W. (1997). *Bedürfnisstrukturen älterer Menschen: Eine konzeptionelle und empirische Annäherung*. Heidelberg: DZFA.
- Hieber, A., Oswald, F., Rott, C., & Wahl, H.-W. (2006). *Selbstbestimmt älter werden in Arheilgen. Eine Befragung der Wissenschaftsstadt Darmstadt und der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg*. Heidelberg: DZFA.
- Hieber, A., Oswald, F., Wahl, H.-W., & Mollenkopf, H. (2005). Die Übereinstimmung von Wohnbedürfnissen und Wohnbedingungen und ihr Einfluss auf die erlebte Stadtteilverbundenheit. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38*, 293–300.
- Hillerås, P. K., Jorm, A. F., Herlitz, A., & Winblad, B. (2001). Life satisfaction among very old: a survey on a cognitively intact sample aged 90 or above. *The International Journal of Aging and Human Development, 52*, 71–90.
- Hobfoll, S. E. (1988). *The ecology of stress*. New York: Hemisphere.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist, 44*, 513–524.

- Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: An International Review*, 50, 337–370.
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, 6, 307–324.
- Hobfoll, S. E., & Kay, J. S. (2007). Conservation of resources theory. In G. Fink (Ed.), *The encyclopedia of stress* (2nd ed., vol. 1, pp. 562–567). New York: Elsevier.
- Hobfoll, S. E., Johnson, R. J., Ennis, N., & Jackson, A. P. (2003). Resource loss, resource gain, and emotional outcomes among inner city women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 632–643.
- Holtzman, S., Newth, S., & DeLongis, A. (2004). The role of social support in coping with daily pain among patients with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Health Psychology*, 9, 677–695.
- Hox, J. J., & Bechger, T. M. (1998). An introduction to structural equation modeling. *Family Science Review*, 11, 354–373.
- Hsu, H.-C. (2009). Physical function trajectories, depressive symptoms, and life satisfaction among the elderly in Taiwan. *Aging & Mental Health*, 13, 202–212.
- Huberty, C. J. & Morris, J. D. (1989). Multivariate analysis versus multiple univariate analyses. *Psychological Bulletin*, 105, 302–308
- Hudson, R.B. (Ed.). (2005). *The new politics of old age policy*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Hummel, K. (1982). *Öffnet die Altenheime*. Weinheim: Beltz.
- Inglehart, R. (1995). *Kultureller Umbruch*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Inglehart, R., & Rabier, J. R. (1986). Aspirations adapt to situations – But why are the Belgians so much happier than the French? A cross-cultural analysis of the subjective quality of life. In F. M. Andrews (Ed.), *Research on the quality of life* (pp. 1–56). Michigan: Survey Research Center.
- Inkeles, A. (1988). *National character revised. Arbeitspapier P89–103*. Belin: Wissenschaftszentrum Berlin.
- Isaacowitz, D. M. (2005). Correlates of well-being in adulthood and old age: A tale of two optimismus. *Journal of Research in Personality*, 39, 224–244.
- Isaacowitz, D. M., & Smith, J. (2003). Positive and negative affect in very old age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B, P143–P152.
- Ivemeyer, D., & Zerfaß, R. (2002). *Demenztests in der Praxis – Ein Wegweiser*. München, Jena: Urban & Fischer.
- Iwarsson, S., Wahl, H.-W., Nygren, C., Oswald, F., Sixsmith, A., Sixsmith, J., et al. (2007). Importance of the home environment for healthy aging: Conceptual and methodological background of the ENABLE-AGE Project. *The Gerontologist*, 47, 78–84.
- Jaccard, J., & Turrisi, R. (2003). *Interaction effects in multiple regression*. Newbury Park: Sage.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-change perspectives on posttraumatic growth. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and Practice* (pp. 81–99). Mahweh, NJ: Erlbaum.
- Jones, T. G., Rappoport, L. J., Hanks, R. A., Lichtenberg, P. A., & Telmet, K. (2003). Cognitive and psychological predictors of subjective well-being in urban older adults. *Clinical Neuropsychologist*, 17, 3–18.
- Jopp, D. (2003). *Erfolgreiches Altern: Zum funktionalen Zusammenspiel von personalen Ressourcen und adaptiven Strategien des Lebensmanagements*. Dissertation: Freie Universität Berlin.

- Jopp, D., & Leipold, B. (2004). Zur Wahrnehmung von Ressourcen und ihrer Bedeutung für das Wohlbefinden: Alterassozierte Gemeinsamkeiten und Unterschiede. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 37, 354–356.
- Jopp, D., & Rott, C. (2006). Adapting to very old age: Exploring the role of personal resources and protective mechanism in centenarians. *Psychology & Aging*, 21, 266–280.
- Jopp, D., & Smith, J. (2006). Resources and life-management strategies as determinants of successful aging: On the protective effect of selection, optimization, and compensation (SOC). *Psychology & Aging*, 21, 253–265.
- Jopp, D., Rott, C., & Oswald, F. (2008). Valuation of life in old and very old age: The role of socio-demographic, social, and health resources for positive adaptation. *The Gerontologist*, 48, 646–658.
- Jopp, D., Rott, C., & Wozniak, D. (2010). Psychologische Stärken im Alter. In A. Kruse (Hrsg.), *Potenziale im Altern – Chancen und Aufgaben für Individuum und Gesellschaft* (S. 51-74). Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Jopp, D., Wozniak, D., Rott, C., & Oswald, F. (in Vorbereitung). *Life satisfaction in old and very old age: Age-differential value of resources and psychological strengths*.
- Jung, C. G. (1933). *Modern man in search of a soul*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Junkers, G. (1995). *Klinische Psychologie und Psychosomatik des Alters*. Stuttgart, New York: Schattauer, F.K. Verlag.
- Jüttemann, G., & Thomae, H. (Hg.) (1998). *Biographische Methoden in den Humanwissenschaften*. Weinheim: Beltz.
- Kaelble, H. (1997). Europäische Vielfalt und der Weg zu einer europäischen Gesellschaft. In S. Hradil & S. Immerfall (Hrsg.), *Die westeuropäischen Gesellschaften in Vergleich* (S. 233–274). Opladen: Leske & Budrich.
- Kahana, E. (1975). A congruence model of person-environment interaction. In P.G. Windley, T. Byerts & E.G. Ernst (Eds.), *Theoretical developments in environment and aging* (pp. 181–214). Washington: American Psychological Association.
- Kahana, E. (1982). A congruence model of person-environment interaction. In M. P. Lawton, P. Windley & T. O. Byerts (Eds.), *Aging and the environment: Theoretical approaches* (pp. 97–121). New York: Springer.
- Kahana, E., & Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In V. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 18–41). New York: Springer.
- Kahn, R. L., & Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. In P. B. Baltes & O. G. Brim (Eds.), *Life-span development and behavior* (vol. 3, pp. 253–286). New York: Academic Press.
- Kahn, R. L., Wethington, E., & Ingersoll-Dayton, B.N. (1987). Social support and social networks: Determinants, effects, and interactions. In R. P. Abeles (Ed.), *Life-span perspectives and social psychology* (pp. 139–165). New York: Academic Press.
- Kaiser, H. J. (2000). Mobilität und Verkehr. In H.-W. Wahl & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S. 261–267). Stuttgart: Kohlhammer.
- Karl, F. (2000). Zugehende stadtteilbezogene Altenarbeit. In H.-W. Wahl & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S. 249–254). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kaspar, R. (2009, August). *Zum Verhältnis von positivem und negativem Affekt*. Präsentation gegeben im Rahmen des Doktorandentreffens am Institut für Gerontologie, Ruprecht-Karls Universität Heidelberg.
- KDA (Hg.). (2004). *Was bewegt alte Menschen in der Stadt*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Kercher, K. (1992). Assessing subjective well-being in the old-old. *Research on Aging*, 14, 131–167.

- Kessler, J., Markowitsch, H.J., & Denzler, P. E. (1990). *Mini-Mental-Status-Test. Deutsche Fassung*. Weinheim: Beltz
- Klein, T. (2004). Lebenserwartung – gesellschaftliche und gerontologische Bedeutung eines demographischen Konzepts. In A. Kruse & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie* (S. 66–81). Bern: Verlag Hans Huber.
- Klein, T., & Unger, R. (2006). Einkommen und Mortalität im Lebenslauf. In C. Wendt & C. Wolf (Hrsg.), *Soziologie der Gesundheit, Sonderheft 46 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* (S. 144–157). Köln.
- Kliegel, M., Moor, C., & Rott, C. (2004). Cognitive status and development in the oldest old: A longitudinal analysis from the Heidelberg Centenarian Study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39, 143–156.
- Kliegel, M., Rott, C., d'Heureuse, V., Becker, G., & Schönemann, P. (2001). Demenz im höchsten Alter ist keine Notwendigkeit: Ergebnisse der Heidelberger Hundertjährigen-Studie. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 14, 169–180.
- Kolland, F. (1996). *Kulturstile im Alter*. Wien: Böhlau.
- Kolland, F. (2000). Freizeit. In H.-W. Wahl & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S. 168–175). Stuttgart: Kohlhammer.
- Koniarek, J., Dudek, B., & Makowska, Z. (1993). Kwestionariusz orientacji życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'ego [Lebensorientierungsinventar – polnische Adaptation von The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) von A. Antonovsky]. *Przegląd Psychologiczny*, 4, 491–502.
- Kozma, A., & Stones M. J. (1983). Predictors of happiness. *Journal of Gerontology*, 38, 626–628.
- Kozma, A., Stones, M. J., & McNeil, J. K. (1991). *Psychological well-being in later life*. Toronto: Butterworth.
- Köbben, A. (1979). Cross-national studies as seen from the vantage point of of cross-cultural studies: Problems and pitfalls. In J. Berting & F. Geyer (Eds.), *Problems in international comparative research in the social science* (pp. 1–9). Oxford: Pergamon Press.
- Krampen, G. (1981). *IPC-Fragebogen zur Kontrollüberzeugung*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (2000). *Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie. Konzeptuelle und empirische Beiträge zur Konstrukterhellung* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Krause, N. (2004). Lifetime trauma, emotional support, and life satisfaction among older adults. *The Gerontologist*, 44, 615–623
- Krohne, H. W., Egloff, B., Kohlmann, C.-W., & Tausch, A. (1996). Untersuchungen mit einer deutschen Version der "Positive and Negative Affect Schedule" (PANAS). *Diagnostica*, 42, 139–156.
- Kruse, A. (1987). Kompetenzerhaltung, Kompetenzsteigerung und Kompetenzwiedergewinnung im Alter. In A. Kruse, U. Lehr & C. Rott (Hrsg.), *Gerontologie. Eine interdisziplinäre Wissenschaft. Beiträge zur I. Gerontologische Woche Heidelberg, 9.6. – 13.6.1986* (S. 343–412). München: Bayerischer Monatsspiegel Verlagsgesellschaft.
- Kruse, A. (1991). Zum Verständnis des Alternsprozesses aus psychologischer Sicht. In W. D. Oswald & U. Lehr (Hrsg.), *Altern, Veränderung und Bewältigung* (S. 149–170). Bern: Huber.
- Kruse, A. (1992a). Kompetenz im Alter und in ihren Bezügen zur objektiven und subjektiven Lebenssituation. In R. M. Schütz, A. Kuhlmeier & H. P. Tews (Hrsg.), *Altern in Deutschland. 1. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie* (S. 25–32). Berlin: Theuberg.
- Kruse, A. (1992b). Alter im Lebenslauf. In P. B. Baltes & J. Mittelstrass (Hrsg.), *Zukunft des Alters und gesellschaftliche Entwicklung* (S. 331–355). Berlin: deGruyter.

- Kruse, A. (1995a). Entwicklungspotentialität im Alter. Eine lebenslauf- und situationsorientierte Sicht psychischer Entwicklung. In P. Borscheid (Hrsg.), *Alter und Gesellschaft* (S. 63–86). Stuttgart: Hirzel.
- Kruse, A. (1995b). Menschen im Terminal-Stadium und ihre betreuenden Angehörigen als "Dyade": Wie erleben sie die Endlichkeit des Lebens, wie setzen sie sich mit dieser auseinander? – Ergebnisse einer Längsschnittstudie. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 28, 154–163.
- Kruse, A. (1996). Alltagspraktische und sozioemotionale Kompetenz. In M. Baltes & L. Montada (Hrsg.), *Produktives Leben im Alter* (S. 290–322). Frankfurt/M.: Campus.
- Kruse, A. (1998). *Psychosoziale Gerontologie. Band 1: Grundlagen*. Göttingen: Hogrefe.
- Kruse, A. (1999). Psychologie. In B. Jansen, F. Karl, H. Radebold & R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.), *Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis* (S. 324–340). Weinheim/Basel: Beltz.
- Kruse, A. (2002a). Autonomie und soziale Teilhabe als politische Leitbilder eines erfolgreichen Alterns. In H. J. Kaiser (Hg.), *Autonomie und Kompetenz: Aspekte einer gerontologischen Herausforderung* (S. 17–34). Münster u.a.: LIT-Verlag.
- Kruse, A. (2002b). *Prävention im Alter*. Baden-Baden: Nomos.
- Kruse, A. (2005a). Selbstständigkeit, Selbstverantwortung, bewusst angenommene Abhängigkeit und Mitverantwortung als Kategorien einer Ethik des Alters. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 38, 223–237.
- Kruse, A. (2005b). Biografische Aspekte des Alter(n)s: Lebensgeschichte und Diachronizität. In U. Staudinger & S.-H. Filipp (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie* (S. 1–38). Göttingen: Hogrefe.
- Kruse, A. (2006a). Alterspolitik und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt*, 49, 513–522.
- Kruse, A. (2006b). Politik. In W.D. Oswald, U. Lehr, C. Sieber & J. Kornhuber (Hrsg.), *Gerontologie* (S. 280–284). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kruse, A. (2007a). Chancen und Grenzen der Selbstverantwortung im Alter. In W. Härle & B. Vogel (Hrsg.), *"Vom Rechte, das mit uns geboren ist." Aktuelle Probleme des Naturrechts* (S. 335–377). Freiburg: Herder.
- Kruse, A. (2007b). Ältere Menschen im „öffentlichen“ Raum: Perspektiven altersfreundlicher Kultur. In H.-W. Wahl & H. Mollenkopf (Hrsg.), *Alternsforschung am Beginn des 21. Jahrhunderts* (S. 320–339). Wiesbaden: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Kruse, A. (2007c). Normative Entwicklungsübergänge: Eintritt in den Ruhestand. In M. Hasselhorn & W. Schneider (Hrsg.), *Handbuch der Entwicklungspsychologie* (S. 534–544). Göttingen: Hogrefe.
- Kruse, A. (2007d). Die Stärken des Alters erkennen und nutzen – ein wissenschaftliches und ethisches Plädoyer für den veränderten gesellschaftlichen Umgang mit dem Humanvermögen älterer Menschen. In F.M. Brunn, A. Dietz, Ch. Polke, S. Rolf & A. Siebert (Hrsg.), *Theologie und Menschenbild. Reihe Marburger Theologische Schriften, Band 100* (S. 111–140). Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt.
- Kruse, A. (Hrsg.). (2010). *Potenziale im Alter*. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Kruse, A., Gaber, E., Heuft, G., Oster, P., Re, S., & Schulz-Nieswandt, F. (2002). *Gesundheit im Alter. Gesundheitsbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Berlin: Verlag Robert Koch Institut.
- Kruse, A., Lindenberger, U., & Baltes, P.B. (1993). Longitudinal research on human aging: the power of combining real-time, microgenetic, and simulation approaches. In D. Magnusson & P. Caesar (Eds.), *Longitudinal research on individual development. Present status and future perspectives* (pp. 153–193). Cambridge: Cambridge University Press.

- Kruse, A., Müller, E., & Schmitt, E. (2006). *Aspekte persönlicher Lebensführung und Teilhabe bei Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (1995). Formen der Selbständigkeit in verschiedenen Altersgruppen: Empirische Analyse und Deskription der Aktivitätsprofile. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 8, 227–236.
- Kruse, A. & Schmitt, E. (1998). Entwicklung von kommunalen Angeboten als Antwort auf die Verschiedenartigkeit von Alternsformen – Ein Überblick über die „Initiative Zweite Lebenshälfte für mehr Lebensqualität“. In A. Kruse A (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie. Band 2: Intervention* (S. 38–59). Göttingen: Hogrefe.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2000). *Wir haben uns als Deutsche gefühlt*. Darmstadt: Steinkopff.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2004). Differenzielle Psychologie des Alterns. In K. Pawlik (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie – Angewandte Differenzielle Psychologie* (S. 533–571). Göttingen: Hogrefe.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2005). Zur Veränderung des Altersbildes in Deutschland. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 49–50, 9–17.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2008). Befunde zu gesellschaftlichen Aspekten. In BMFSFJ (Hrsg.), *Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). Abschlussbericht anlässlich der Fertigstellung des dritten Messzeitpunkts* (S. 89–105). Berlin: BMFSFJ.
- Kruse, A., Schmitt, E., & Wachter, M. (2003). Der Beitrag der Psychologie zur sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Gerontologie. In F. Karl (Hrsg.), *Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie* (S. 59–86). Weinheim: Juventa.
- Kruse, A., & Wahl, H.-W. (1999). Persönlichkeitsentwicklung im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 32, 279–293.
- Kruse, A., & Wahl, H.-W. (2008). Psychische Ressourcen im Alter. In Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), *Alter neu denken. Gesellschaftliches Altern als Chance begreifen* (S. 101–124). Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Kruse, A., & Wahl, H.-W. (2010). *Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag
- Kudo, H., Izumo, Y., Kodama, H., Watanabe, M., Hatakeyama, R., Fukuoka, Y., Kudo, H., et al. (2006). Life satisfaction in older people. *Geriatrics & Gerontology International*, 7, 15–20.
- Kunzmann, U. (2008). Differential age trajectories of positive and negative affect: Further evidence from the Berlin Aging Study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 63B, P261–P270.
- Kunzmann, U., Little, T. D., & Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology & Aging*, 15, 511–526.
- Künzel-Schön, M. (2000). *Bewältigungsstrategien älterer Menschen, Grundlagen und Handlungsorientierungen für die ambulante Arbeit*. Weinheim: Juventa.
- Küster, C. (1998). Zeitverwendung und Wohnen im Alter In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Wohnbedürfnisse, Zeitverwendung und soziale Netzwerke älterer Menschen* (S. 51–175). Frankfurt a.M.: DZA.
- Lachman, M. E. (1991). Perceived control over memory aging: Developmental and intervention perspectives. *Journal of Social Issues*, 47, 159–175.
- Lachman, M. E., & Firth, K. M. (2004). The adaptive value of feeling in control during midlife. In O. G. Brim, C. D. Ryff & R. Kessler (Eds.), *How healthy are we? A national study of well-being at midlife* (pp. 320–349). Chicago: University of Chicago Press.

- Landau, R., & Litwin, H. (2001). Subjective well-being among the old-old: The role of health, personality and social support. *International Journal of Aging and Human Development*, 52, 265–280.
- Lang, F. R. (2008). Die Vielfalt des Alterns: Balance zwischen Hoffnung und Angst. In H. Neuhaus (Hrsg.), *Angst* (S. 3–33). Erlangen: Universitätsbund Erlangen-Nürnberg.
- Lansford, J. E., Sherman, A. M., & Antonucci, T. C. (1998). Satisfaction with social networks: An examination of socioemotional selectivity theory across cohorts. *Psychology and Aging*, 13, 544–552.
- Laslett, P. (1991). *A fresh map of life: The emergence of the third age*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Laslett, P. (1995). *Das Dritte Alter. Historische Soziologie des Alterns*. Weinheim: Juventa.
- Lawton, M. P. (1972). The dimensions of morale. In D. P. Kent, R. Kastenbaum & S. Sherwood (Eds.), *Research, planning and action for the elderly* (pp. 144–165). New York: Behavioral Publications, Inc.
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85–89.
- Lawton, M. P. (1977). The impact of the environment on aging and behavior. In J. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 276–301) New York: Van Nostrand Reinhold.
- Lawton, M. P. (1983a). Environment and other determinants of well being in older people. *The Gerontologist*, 23, 349–357.
- Lawton, M. P. (1983b). The varieties of well-being. *Experimental Aging Research*, 9, 65–72.
- Lawton, M. P. (1989). Environmental proactivity in older people. In V. L. Bengtson & K. W. Schaie (Eds.), *The course of later life* (pp. 15–24). New York: Springer.
- Lawton, M. P. (1999). Environmental taxonomy: Generalizations from research with older adults. In S. L. Friedman & T. D. Wachs (Eds.), *Measuring environment across the life span* (pp. 91–124). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lawton, M. P. (2000). Quality of life, depression and end-of-life attitudes and behaviors. In G. M. Williamson, D. R. Shaffer & P. A. Parmelee (Eds.), *Physical illness and depression in older adults. A handbook of theory, research, and practice* (pp. 147–171). New York: Kluwer Academic.
- Lawton, M. P. (2001). Quality of life and end of life. In J. E. Birren and K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5th ed., pp. 593–616). San Diego, CA: Academic Press.
- Lawton, M. P., & Body, E. (1969). Assessment of older people: Self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179–186.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., & Dean, J. (1993). Affect and age: Cross-sectional comparisons of structure and prevalence. *Psychology & Aging*, 8, 165–175.
- Lawton, M., Kleban, M. H., Rajagopal, D., & Dean, J. (1992). Dimensions of affective experience in three age groups. *Psychology & Aging*, 7, 171–184.
- Lawton, M. P., Moss, M., Hoffmann, C., Grant, R., Have, T. T., & Kleban, M. H. (1999). Health, valuation of life, and the wish to live. *The Gerontologist*, 39, 406–416.
- Lawton, M. P., Moss, M., Hoffmann, C., Kleban, M. H., Ruckdeschel, K., & Winter, L. (2001). Valuation of life: a concept and a scale. *Journal of Aging and Health*, 13, 3–31.
- Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eindorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 619–674). Washington: American Psychological Association.
- Lawton, M. P., & Simon, B. (1968). The ecology of social relationships in housing for the elderly. *The Gerontologist*, 8, 108–115.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York, NY: Oxford Press.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lehr, U. (1972/2007). *Psychologie des Alterns* (11., korr. Aufl.). Wiebelsheim: Quelle & Meyer.
- Lehr, U. (Hrsg.). (1979). *Interventionsgerontologie*. Darmstadt: Steinkopff.
- Lehr, U. (1980). Die Bedeutung der Lebenslaufpsychologie für die Gerontologie. *Aktuelle Gerontologie, 10*, 257–269.
- Lehr, U. (1982). 60 Jahre und mehr – eine homogene Gruppe? *Notabene medici, 12*, 9–14.
- Lehr, U. (1987). Subjektiver und objektiver Gesundheitszustand im Lichte von Längsschnittstudien. In U. Lehr & H. Thomae (Hrsg.), *Formen seelischen Alterns: Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie* (S. 153–159). Stuttgart: Enke.
- Lehr, U. (1990). Biographie als Methode der Altersforschung. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 23*, 213–224.
- Lehr, U., & Minnemann, E. (1987). Veränderungen von Quantität und Qualität sozialer Kontakte vom 7. bis 9. Lebensjahrzehnt. In U. Lehr & H. Thomae (Hrsg.), *Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie* (S. 80–91). Stuttgart: Enke.
- Lehr, U., & Rudinger, G. (1970). Strukturen der sozialen Teilhabe im höheren Lebensalter. In A. Störmer (Hrsg.), *Geroprophylaxe, Infektions- und Herzkrankheiten, Rehabilitation und Sozialstatus im Alter, 4*, 81–85.
- Lehr, U., & Thomae, H. (Hrsg.). (1987). *Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA)*. Stuttgart: Enke.
- Leight, J. H., & Kinnear, T. C. (1980). On interaction classification. *Educational and Psychological Measurement, 40*, 841–843.
- Lemon, B.W., Bengtson, V.L., & Peterson, J.A. (1972). An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *Journal of Gerontology, 27*, 511–523.
- Leppin, A., & Schwarzer, R. (1997). Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch* (2. Aufl., S. 349–373). Göttingen: Hogrefe. Verlag für Psychologie.
- Levenson, H. (1972). Distinctions within the concept of internal-external control: Development of a new scale. *Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association, 7*, 261–262.
- Levenson, H. (1981). Differentiating among internality, powerful others, and chance. In H. Lefcourt (Ed.), *Research with the Locus of Control Construct* (vol. 1, pp. 15–63). New York: Academic Press.
- Levkoff, S. E., Cleary, P. D., & Wetle, T. (1987). Differences in the appraisal of health between aged and middle-aged adults. *Journal of Gerontology, 42*, 114–120.
- Li, L. W., & Liang, J. (2007). Social exchanges and subjective well-being among older Chinese: Does age make a difference? *Psychology & Aging, 22*, 386–391.
- Liang, J., & Warfel B. L. (1983). Urbanism and life satisfaction among the aged. *Journal of Gerontology, 38*, 97–106.
- Linden, M., Kurtz, G., Baltes, M. M., Geiselmann, B., Lang, F. R., Reischies, F. M., & Helmchen, H. (1998). Depression bei Hochbetagten: Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Der Nervenarzt, 69*, 27–37.
- Lindenberger, U., Gilberg, R., Pötter, U., Little, T. D., & Baltes, P. B. (2010). Stichprobenselektivität und Generalisierbarkeit der Ergebnisse in der Berliner Altersstudie. In U. Lindenberger, J. Smith, K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (3. Aufl., S. 89–112). Berlin: Akademie-Verlag.
- Lindenberger, U., & Baltes, P. B. (1997). Intellectual functioning in old and very old age: Cross-sectional results from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging, 12*, 410–432.

- Linn, B. S., Linn, M. W., & Gurel, L. (1968). Cumulative illness rating scale. *Journal of American Geriatric Society*, *16*, 622–626.
- Loehlin, J. C. (2004). *Latent variable models* (4th ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Lowenthal, M. F., & Haven, C. (1986). Interaction and adaptation: Intimacy as a critical variable. *Sociological Review*, *33*, 20–30.
- Lucas, R. E. (2008). Personality and subjective well-being. In R. J. Larsen & M. Eid (Eds.), *The science of subjective well-being* (pp. 171–194). New York: Guilford Press.
- Lucas, R. E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, *71*, 616–628.
- Lutgendorf, S. K., Vitaliano, P. P., Tripp, R. T., Harvey, J. H., & Lubaroff, D. M. (1999). Sense of coherence moderates the relationship between life stress and natural killer cell activity in healthy older adults. *Psychology and Aging*, *14*, 552–563.
- Lynn, P. (2003). Developing quality standards for cross-national survey research: five approaches. *International Journal of Social Research Methodology*, *6*, 323–336.
- Lyyra, T.-M., & Heikkinen, R.-L. (2006). Perceived social support and mortality in older people. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, *61B*, S147–S152.
- Mac Callum, R. C., Browne, M. W., & Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, *1*, 130–149.
- Maddox, G. L. (1965). Fact and artifact. Evidence bearing on disengagement theory from the Duke Geriatrics Project. *Human Development*, *8*, 117–130.
- Maddox, G. L. (1987). Aging differently. *The Gerontologist*, *27*, 557–564.
- Maddox, G. L., & Wiley, J. (1976). Scope, concepts, and methods in the study of aging. In R. H. Binstock & E. Shanas (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (pp. 3–39). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Magai, C. (2001). Emotions over the lifespan. In J. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 339–426). San Diego: Academic Press.
- Mamier, J. (1999). *Residentielle Segregation in Mannheim. Eine empirische Analyse unter Berücksichtigung unterschiedlicher sozialstruktureller Determinanten*. Diplomarbeit: Universität Mannheim.
- Marsiske, M., Delius, J., Maas, I., Lindenberger, U., Scherer, H., & Tesch-Römer, C. (1996). Sensorische Systeme im Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 379–403). Berlin: Akademie Verlag.
- Martin, M. (2001). *Verfügbarkeit und Nutzung menschlicher Ressourcen im Alter: Kernpunkte eines gerontologischen Leitkonzeptes*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Martin, M., Grünendahl, M., & Martin, P. (2001). Age differences in stress, social resources and well-being in middle and older age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, *56B*, P214–P222.
- Martin, M., & Kliegel, M. (2005). *Psychologische Grundlagen der Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Martin, P., Poon, L. W., & Johnson, A. L. (1996). *Centenarian Assessment Battery (CAB)*. Ames IA: Iowa State University.
- Martin, M., & Westerhof, G. J. (2003). Do you need to have them or should you believe you have them? Resources, their appraisal and well-being in adulthood. *Journal of Adult Development*, *10*, 99–112.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.
- Maslow, A. H. (1998). *Towards a psychology of being* (3th ed.). New York: Wiley & Sons.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, *17*, 433–442.
- Mayer, K. U., & Baltes, P. B. (Hrsg.). (1996). *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie-Verlag.

- Mayring, P. (1987). Subjektives Wohlbefinden im Alter. Stand der Forschung und theoretische Weiterentwicklung. *Zeitschrift für Gerontologie*, 20, 367–376.
- Mayring, P. (1991a). *Psychologie des Glücks*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mayring, P. (1991b). Die Erfassung von subjektivem Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden: Theorie – Empirie – Diagnostik* (S. 51–70). Weinheim: Juventa.
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M., Oliver, A., & Navarro, E. (2009). Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among elderly: A structural model examination. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 43, 291–295.
- Michalos, A. T. (1985). Multiple Discrepancies Theory (MDT). *Social Indicators Research*, 16, 347–413.
- Mielke, R. (1982). Das Problem der Mehrdimensionalität bei der Erfassung interner/externer Kontrollüberzeugung. In R. Mielke (Hrsg.), *Interne/externe Kontrollüberzeugung: theoretische und empirische Arbeiten zum Locus of control-Konstrukt* (S. 119–138). Bern: Hans Huber.
- Ministerstwo Rozwoju Regionalnego (MRR) (Hrsg.). (2009). *Ocena postępów Polski w konwergencji z krajami UE oraz wpływ funduszy unijnych na gospodarkę w latach 2004–2007* [Die Bewertung der Fortschritte Polens in der Konvergenz mit den anderen EU-Ländern und der Einfluss von EU-Fonds auf die polnische Wirtschaft in den Jahren 2004–2007]. Warschau, Polen.
- Minnemann, E. (1994). *Die Bedeutung sozialer Beziehungen für Lebenszufriedenheit im Alter*. Regensburg: Roderer.
- Moen, P., & Spencer, D. (2006). Converging divergences in age, gender, health, and well-being: Strategic selection in the third age. In R. H. Binstock & L. K. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (6th ed., pp. 129–145). San Diego, CA: Academic Press.
- Mollenkopf, H., Baas, S., Kaspar, R., Oswald, F., & Wahl, H.-W. (2006). Outdoor mobility in late life: Persons, environments and society. In H.-W. Wahl, H. Brenner, H. Mollenkopf, D. Rothenbacher & C. Rott (Eds.), *The many faces of health, competence and well-being in old age. Integrating epidemiological, psychological, and social perspectives* (pp. 33–45). Dordrecht: Springer.
- Mollenkopf H., & Flaschenträger, P. (2001). *Erhaltung von Mobilität im Alter. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 197*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mollenkopf, H., Flaschenträger, P., & Steffen, W. (1997). *Wohnen und Mobilität Älterer. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission. Zweiter Altenbericht der Bundesregierung*. Berlin: BMFSFJ.
- Mollenkopf, H., Marcellini, F., Ruoppila, I., Széman, Z., Tacke, M., & Wahl, H.-W. (2004b). Social and behavioural science perspectives on out-of-home mobility in later life: findings from the European project MOBILATE. *European Journal of Ageing*, 1, 45–53.
- Mollenkopf, H., Oswald, O., Schilling, O., & Wahl, H.-W. (2001). Aspekte der außerhäuslichen Mobilität älterer Menschen in der Stadt und auf dem Land: Objektive Bedingungen und subjektive Bewertung. *Sozialer Fortschritt*, 50, 214–220.
- Mollenkopf, H., Oswald, F., & Wahl, H.-W. (1999). Alte Menschen in ihrer Umwelt: „Draußen“ und „Draußen“ heute und morgen. In H.-W. Wahl, H. Mollenkopf, F. Oswald (Hrsg.), *Alte Menschen in ihrer Umwelt* (S. 219–238). Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Mollenkopf, H., Oswald, F., Wahl, H.W., & Zimmer, A. (2004). Räumlich-soziale Umwelt älterer Menschen: Die ökogerontologische Perspektive. In A. Kruse & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie* (S. 343–361). Bern: Huber.

- Mollenkopf, H., & Walker, A. (Eds.). (2007). *Quality of life in old age – international and multidisciplinary perspectives*. Heidelberg: Springer.
- Morill, F. (2005). *Examen + Kind = Zufrieden? Lebenszufriedenheit von Akademikerinnen und Akademikern*. Dissertation: Universität Erlangen-Nürnberg.
- Moss, M. S., Hoffmann, C. J., Mossey, J., & Rovine, M. (2007). Changes over 4 years in health, quality of life, mental health, and valuation of life. *Journal of Aging and Health, 19*, 1025–1044.
- Motel, A., Künemund, H., & Bode, C. (2005). Wohnen und Wohnumfeld. In M. Kohli & H. Künemund (Hrsg.), *Die zweite Lebenshälfte – Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey* (2. Aufl., S. 124–175). Opladen: Leske + Budrich.
- Mroczek, D. K., & Almeida, D. M. (2004). The effect of daily stress, personality, and age on daily negative affect. *Journal of Personality, 72*, 355–378.
- Mroczek, D. K., & Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 1333–1349.
- Mroczek, D. K., & Spiro, A. (2005). Change in life satisfaction over 20 years during adulthood: Findings from the VA Normative Aging Study. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*, 189–202.
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in Personality*. New York: Oxford University Press.
- Myers, D.G., & Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science, 6*, 10–19.
- Naegele, G. (1996/1999). Neue Märkte und Berufe: Altern schafft Bedarf. In A. Niederfranke, G. Naegele & E. Frahm (Hrsg.), *Funkkolleg Altern 2* (S. 435–478). Opladen: Westdeutsche Verlag.
- Naegele, G. (1998). Lebenslage älterer Menschen. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie. Band 1: Grundlagen* (S. 106–128). Göttingen: Hogrefe.
- Naegele, G. (2004). Soziale Dienste für ältere Menschen. In A. Kruse & M. Martin (Hrsg.) *Enzyklopädie der Gerontologie* (S. 449–461). Bern: Huber.
- Naegele, G. (2006). Aktuelle Herausforderungen vor Ort – ein Überblick. In Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), *Demographie konkret – Seniorenpolitik in den Kommunen* (S. 4–12). Bielefeld: Verlag BertelsmannStiftung.
- Naegele, G. (2008). Demographischer Wandel und demographisches Altern in Deutschland. Probleme, Chancen und Perspektiven. In C. Kreuzer, T. Reicher & T. Scholz (Hrsg.), *Zukunft Alter – Stadtplanerische Handlungsansätze zur altersgerechten Quartiersentwicklung* (13–26). Dortmund: Informationskreis f. Raumplanung
- Nelson, E. A., & Dannefer, D. (1992). Aged heterogeneity: Fact or fiction. The fate of diversity in gerontological research. *The Gerontologist, 32*, 17–23.
- Neugarten, B. (1974). Age groups in American society and the rise of the young-old. *Annals of the American Academy of Political and Social Science, 415*, 187–198.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. S., & Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology, 16*, 134–143.
- Nunner-Winkler, G. (1997). Saure Trauben fürs Alter. Zur Kritik am Zwei-Prozess-Modell der Bewältigung. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 134–151). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Nuthmann, R., & Wahl, H.-W. (2010). Methodische Aspekte der Erhebungen der Berliner Altersstudie. In U. Lindenberger, J. Smith, K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (3. Aufl., S. 59–87). Berlin: Akademie-Verlag.
- OECD (2009a). *Pensions at a glance. Pension policies across OECD countries*. Paris: OECD.
- OECD (2009b). *Health at a glance. Health policies across OECD countries*. Paris: OECD.
- Oerter, R., & Montada L. (Hrsg.). (2002). *Entwicklungspsychologie* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.

- Okun, M. A. (1995). Subjective well-being. In G. L. Maddox (Ed.), *Encyclopedia of aging* (2nd ed., pp. 909–912). New York: Springer.
- Okun, M. A., Stock, W. A., Haring, M. J., & Witter, R. A. (1984). Health and subjective well-being: A meta-analysis. *International Journal of Aging and Human Development*, *19*, 111–132.
- Olbrich, E. (1996). Menschengerechte Umweltgestaltung. Schnittstelle zwischen Person und Umgebung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *29*, 257–266.
- Olbrich, E., & Lehr, U. (1976). Social roles and contacts in old age: Consistency and patterns of change. In H. Thomae (Ed.), *Patterns of aging* (pp. 113–126). Basel: Karger.
- Oppikofer, S., Albrecht, K., Schelling, H. R., & Wettstein, A. (2002). Die Auswirkungen sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden dementer Heimbewohnerinnen und Heimbewohner: Die Käferberg-Besucherstudie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *35*, 39–48.
- Oswald, F. (1996). *Hier bin ich zu Hause. Zur Bedeutung des Wohnens: Eine empirische Studie mit gesunden und gehbeeinträchtigten Älteren*. Regensburg: Roderer.
- Oswald, F. (2003). Linking subjective housing needs to objective living conditions among older adults in Germany. In K. W. Schaie, H.-W. Wahl, H. Mollenkopf & F. Oswald (Eds.), *Aging independently: Living arrangements and mobility* (pp. 130–147). New York: Springer.
- Oswald, F., Jopp, D., Rott, C., & Wahl, H.-W. (2011). Is aging in place a resource for or risk to life satisfaction? *The Gerontologist*, *51*, 238–250.
- Oswald, F., Marx, & Wahl, H.-W. (2006). Gerontoökologie – Barrierefreie Umwelten. In Oswald, W. D., Lehr, U., Sieber, C. & Kornhuber, J. (Hrsg.), *Gerontologie: Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe* (3., vollständig überarbeitete Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Oswald, F., Wahl, H.-W., Mollenkopf, H., & Schilling, O. (2003). Housing and life satisfaction of older adults in two rural regions in Germany. *Research on Aging*, *25*, 122–143.
- Oswald, F., Wahl, H.-W., & Schilling, O. (2008). Das Projekt ENABLE-AGE: Der Zusammenhang von Wohnen und gesundem Altern. In S. Zank & A. Hedtke-Becker (Hrsg.), *Generationen in Familie und Gesellschaft im demographischen Wandel: Europäische Perspektiven* (S. 71–85). Stuttgart: Kohlhammer.
- Oswald, F., Wahl, H.-W., Schilling, O., Nygren, C., Fänge, A., Sixsmith, A., et al. (2007). Relationships between housing and healthy aging in very old age. *The Gerontologist*, *47*, 96–107.
- Oswald, W.-D. (2005). *SimA®-basic: Gedächtnistraining und Psychomotorik. Geistig und körperlich fit zwischen 50 und 100*. Göttingen: Hogrefe.
- Oswald, W.-D., Gunzelmann, T., Rupprecht, R., Lang, E., Baumann, H., & Stosberg, M. (2002). Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebens-Alter (SIMA) – Teil I: Konzepte, Hypothesen und Stichproben eines interdisziplinären Forschungsprojektes. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, *54*, 205–221.
- Otte, G. (2001). *Das Image der Stadt Mannheim aus der Sicht ihrer Einwohner. Ergebnisbericht zu einer Bürgerbefragung für das Stadtmarketing in Mannheim*. Mannheim: Universität Mannheim, Stadt- und Regionalforschung Rhein-Neckar.
- Palmore, E. (1979). Predictors of successful aging. *The Gerontologist*, *19*, 427–431.
- Pangsy-Kania, S., & Piech, K. (Hrsg.). (2008). *Innowacyjność w Polsce w ujęciu regionalnym: nowe teorie, rola funduszy unijnych i klastrów* [Innovation in Polen im regionalen Bereich: neue Theorien, die Rolle der EU-Mittel und Clustern]. Warschau: Instytut Wiedzy i Innowacji.
- Papadopoulos, F. C., Petridou, E., Argyropoulou, S., Kontaxakis, V., Dessypris, N., Anastasiou, A., et al. (2005). Prevalence and correlates of depression in late life: A

- population based study from a rural Greek town. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 350–357.
- Parsons, T. (1964). Die Motivierung des wirtschaftlichen Handelns. In T. Parsons (Hrsg.), *Beiträge zur soziologischen Theorie* (S. 136–159). Neuwied und Berlin: Luchterhand.
- Pavot, W. (2008). The assessment of subjective well-being: Successes and Shortfalls. In M. Eid & R. J. Larsen (Eds.), *The Science of Subjective Well-Being* (pp. 124–141). New York, NY: Guilford Press.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164–172.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R., & Sandvik (1991). Further validation of the Satisfaction of Life Scale: Evidence for the cross-method convergences of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57, 149–161.
- Pavot, W., Diener, E., & Fujita, F. (1990). Extraversion and happiness. *Personality and Individual Differences*, 11, 1299–1306.
- Peck, R. C. (1968). Psychological developments in the second half of life. In B. L. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging: A reader in social psychology* (pp. 88–92). Chicago: University of Chicago Press.
- Penninx, B. W., van Tilburg, T., Kriegsman, D. M., Deeg, D. J., Boeke, A. J., van Eijk, J. T. (1997). Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: The Longitudinal Aging Study Amsterdam. *American Journal of Epidemiology*, 15, 510–519.
- Perrig-Chiello, P. (1997). *Wohlbefinden im Alter: Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen*. München: Juventa.
- Pfitzmann, T., & Schmidt, H. H. (1987) Freizeit und Freizeitaktivitäten im Alter, in: Behörde für Arbeit, Jugend und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg (Hg.), Bericht und Dokumente, Nr. 841, Hamburg.
- Pinquart, M. (2001). Age differences in perceived positive affect, negative affect, and effect balance in middle and old age. *Journal of Happiness Studies*, 2, 375–405.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on psychological well-being in the elderly. *Psychology and Aging*, 15, 187–224.
- Prenda, K. M., & Lachman, M. E. (2001). Planning for the future: A life-management strategy for increasing control and life satisfaction in adulthood. *Psychology & Aging*, 16, 206–216.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., & de Leon, M. J. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1136–1139.
- Reischies, F. M., & Geiselman, B. (1997). Age-related cognitive decline and vision impairment affecting the detection of dementia syndrome in old age. *The British Journal of Psychiatry*, 171, 449–451.
- Reker, G. T. (1997). Personal meaning, optimism, and choice: Existential predictors of depression in community and institutional elderly. *The Gerontologist*, 37, 709–716.
- Rentsch, T. (1995). Altern als Werden zu sich selbst. Philosophische Ethik der späten Lebenszeit. In P. Borscheid (Hrsg.), *Alter und Gesellschaft* (S. 53–62), Stuttgart: Hirzel.
- Riddick, C. C. (1985). Life satisfaction determinants of older males and females. *Leisure Sciences*, 7, 47–63.
- Rodgers, W. L., Herzog, A. R., & Andrews, F. M. (1988). Interviewing older adults: Validity of self-reports of satisfaction. *Psychology and Aging*, 3, 264–272.
- Rodin, J. (1986). Health, control, and aging. In M. M. Baltes & P. B. Baltes (Eds.), *The psychology of control and aging* (pp. 139–165). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rook, K. S. (1990). Stressful aspects of older adults' social relationships: Current theory and research. In M. A. P. Stephens, J. H. Crowther, S. E. Hobfoll & D. L. Tennenbaum (Eds.), *Stress and coping in later life families* (pp. 173–192). New York: Hemisphere.
- Rosenmayr, L. (1990). *Die Kräfte des Alters*. Wien: Atelier.
- Rosenmayr, L. (1983). *Die späte Freiheit. Das Alter – ein Stück gelebtes Leben*, Berlin: Severin & Siedler.
- Rothermund, K., Dillmann, U., & Brandtstädter, J. (1994). Belastende Lebenssituationen im mittleren und höheren Erwachsenenalter: Zur differentiellen Wirksamkeit assimilativer und akkommodativer Bewältigung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 4, 245–268.
- Rothermund, K., & Brandtstädter, J. (1997). Entwicklung und Bewältigung: Festhalten und Preisgeben von Zielen als Formen der Bewältigung von Entwicklungsproblemen. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.). *Psychologie der Bewältigung* (S. 120–133). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Rott, C. (2004). Demografie des hohen und sehr hohen Alters. In A. Kruse & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie: Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht* (S. 51–65). Bern: Huber.
- Rott, C. (2011). Zwischen Vitalität und Pflegebedürftigkeit: Stärken und Schwächen des hohen Alters. In H. G. Petzold, E. Horn, & L. Müller (Hrsg.), *Hochaltrigkeit – Herausforderungen in Gegenwart und Zukunft biopsychosozialer Arbeit* (S. 55–74). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rott, C., d'Heureuse, V., Kliegel, M., Schönemann, P., & Becker, G. (2001). Die Heidelberger Hundertjährigen-Studie: Theoretische und methodische Grundlagen zur sozialwissenschaftlichen Hochaltrigkeitsforschung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34, 356–364.
- Rott, C., & Jopp, D. (2006). Langlebigkeit. In W. D. Oswald, U. Lehr, C. Sieber, & J. Kornhuber (Hrsg.), *Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe* (3., vollständig überarbeitete Aufl., S. 237–241). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rott, C., Jopp, D., d'Heureuse, V., & Becker, G. (2006). Predictors of well-being in very old age. In H.-W. Wahl, H. Brenner, H. Mollenkopf, D. Rothenbacher & C. Rott (Eds.), *The many faces of health, competence and well-being in old age: Integrating epidemiological, psychological and social perspectives* (pp. 119–129). Heidelberg: Springer.
- Rott, C. & Stanek, S. (2009). *Evaluation der Heidelberger Seniorenzentren 2007/2008*. Abschlussbericht: Institut für Gerontologie, Universität Heidelberg.
- Rott, C., & Wozniak, D. (2008). Warum leben manche länger? In W. D. Oswald, G. Gatterer, & U. M. Fleischmann (Hrsg.), *Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns* (2. Aufl., S. 213–236). Wien: Springer Verlag.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal vs. external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80, 1–28.
- Rook, K. S. (1987). Reciprocity of social exchange and social satisfaction among older women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 145–154.
- Rook, K. S. (1995). Support, companionship, and control in older adults' social networks: Implications for well-being. In J. F. Nussbaum & J. Coupeland (Eds.), *Handbook of communication and aging research* (pp. 327–463). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143–149.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433–440.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books.

- Rowles, G. D. (1983). Geographical dimensions of social support in rural Appalachia. In G. D. Rowles & R. J. Ohta (Eds.), *Aging and milieu: Environmental Perspectives on Growing Old* (pp. 111–129). New York: Academic Press.
- Rowles, G. D. (1984). Aging in rural environments. In I. Altman, M. P. Lawton, & J. F. Wohlwill (Eds.), *Elderly people and the environment* (pp. 129–157). New York: Plenum Press.
- Rubinstein, R., & Parmelee, P. (1992). Attachment to place and the representation of the life course by the elderly. In I. Altman & S. Low (Eds.), *Place attachment* (pp. 139–163). London: Plenum Press.
- Rudiger, G. (1995). Strukturgleichungsmodelle in der Entwicklungspsychologie. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (3. Aufl., S. 1177–1190). Weinheim: Beltz.
- Rushton, J. P., Brainerd, C. J., & Pressley, M. (1983). Behavioral development and construct validity: The principles of aggregation. *Psychological Bulletin*, 94, 18–38.
- Ruthig, J. C., & Chipperfield, J. G. (2007). Health incongruence in later life: Implications for subsequent wellbeing and health care. *Health Psychology*, 26, 753–761.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: J. Rolf, A.S. Masten, D. Cicchetti, K.H. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181–214). Cambridge: Cambridge University Press.
- Russell, J. A., & Carroll, J. M. (1999). On the bipolarity of positive and negative affect. *Psychological Bulletin*, 125, 3–30.
- Ryff, C. D. (1982). Successful aging: A developmental approach. *The Gerontologist*, 22, 209–214.
- Ryff, C. D. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in the quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35–55.
- Ryff, C. D. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations of the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.
- Ryff, C. D., & Essex, M. J. (1991). Psychological well-being in adulthood and old age: Descriptive markers and explanatory processes. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 144–171.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719–727.
- Sagy, S., & Antonovsky, A. (1990). Coping with retirement: does the sense of coherence matter less in the kibbutz? *International Journal of Health Science*, 1, 233–242.
- Sarason, B. R., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1990). Social support: The sense of acceptance and the role of relationships. In B. R. Sarason, G. Sarason & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 97–128). Oxford: Wiley.
- Saup, W. (1993). *Alter und Umwelt. Eine Einführung in die Ökologische Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schaeffer, D. (1999). Care Management. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 7, 233–251
- Schafer, J. L. (1999). *NORM: multiple imputation of incomplete multivariate data under a normal model, version 2.03', software for Windows 95/98/NT*. Verfügbar unter: www.stat.psu.edu/~jls/misoftwa.html [12.04.2006].
- Schaie, K. W. (1983). *Longitudinal studies of adult psychological development*. New York: Guilford Press.
- Scheewe, P. (1996). Wohnverhältnisse älterer Menschen. Ergebnis der 1%-Gebäude- und Wohnungsstichprobe. *Wirtschaft und Statistik*, 4, 228–238.

- Schimmack, U. (2008). The structure of subjective well-being. In M. Eid & R. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* (pp. 97–123). New York: Guilford press.
- Schimmack, U., Böckenholt, U., & Reizenstein, R. (2002). Response styles in affect ratings: making a mountain out of a molehill. *Journal of Personality Assessment*, 78, 461–83.
- Schmähl, W. (1996). Ökonomische Sicherheit als Grundvoraussetzung für ein produktives Leben im Alter. In M. Baltes & L. Montada (Hrsg.), *Produktives Leben im Alter* (S. 131–153). Frankfurt a. M.: Campus-Verlag.
- Schmitt, E. (2004). Aktives Altern, Leistungseinbußen, soziale Ungleichheit und Altersbilder: Ein Beitrag zum Verständnis von Resilienz und Vulnerabilität im höheren Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37, 280–292.
- Schmitt, E., Kruse A., & Olbrich, E. (1994). Formen der Selbständigkeit und Wohnumwelt – ein empirischer Beitrag aus der Studie „Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung im Alter“. *Zeitschrift für Gerontologie*, 27, 390–398.
- Schmitt, M., Oswald, F., Jopp, D., Wahl, H. W., & Brenner, H. (2006). The impact of internal and external resources on health, competence, and well-being: Longitudinal findings from the ILSE. In H. W. Wahl, H. Brenner, H. Mollenkopf, D. Rothenbacher & C. Rott (Eds.), *The many faces of health, competence, and well-being in old age: Integrating epidemiological, psychological, and social perspectives* (pp.199–209). Heidelberg: Springer.
- Schmitz-Scherzer, R. (1995). *Aspekte der menschlichen Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte: Entwicklungskrisen, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsthemen*. Verüglbar unter: http://www.schmitzscherzer.ch/gerontology/dokumente/MenschlicheEntwicklung_in_der_zweiten.htm [12.04.2007].
- Schmukle, S. C., & Egloff, B. (2009). Exploring bipolarity of affect ratings by using polychoric correlations. *Cognition and Emotion*, 23, 272–295.
- Schneekloth, U., & Wahl, H.-W. (2009). *Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für "Good Practice"*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneider, H.-D. (1979). Ressourcen im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie*, 12, 426–438.
- Schone, B. S., & Weinick, R. M. (1998). Health-related behaviors and the benefits of marriage for elderly persons. *The Gerontologist*, 38, 618–627.
- Schulz, R., & Heckhausen, J. (1996). A life-span model of successful aging. *American Psychologist*, 51, 702–714.
- Schulz, R., & Heckhausen, J. (1999). Aging, culture and control: Setting a new research agenda. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B, P139–P145.
- Schulz-Nieswandt, F. (2003). *Herrschaft und Genossenschaft*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schulz-Nieswandt, F. (2004). Gesellschaftspolitische und kulturelle Perspektiven. In A. Kruse & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie* (S. 550–560). Bern: Huber.
- Schumacher, J., Gunzelmann, T., & Brähler, E. (1996). Lebenszufriedenheit im Alter – Differentielle Aspekte und Einflussfaktoren. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 1, 1–17.
- Schumacher, J., Gunzelmann, T., & Brähler, E. (2000). Deutsche Normierung der Sense of Coherence Scale von Antonovsky. *Diagnostica*, 46, 208–213.
- 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 Kurzskaala. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 472–482.
- Schwarz, N., & Strack, F. (1991). Evaluating one's life: A judgment model of subjective well-being. In F. Strack, M. Argyle & N. Schwarz (Eds.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (pp. 27–47). Oxford: Pergamon Press.

- Schwarzer, R., & Koll, N. (2001). Personale Ressourcen im Alter. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung* (S. 1–93). Berlin: DZA.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1989). Social support and health: A meta-analysis. *Psychology & Health: An International Journal*, 3, 1–15.
- Seeman, T. E., Crimmins, E., Huang, M. H., Singer, B., Bucur, A., Gruenewald, T., et al. (2004). Cumulative biological risk and socioeconomic differences in mortality: MacArthur studies of successful aging. *Social Science & Medicine*, 58, 1985–1997.
- Seeman, T. E., Kaplan, G. A., Knudsen, L., Cohen, R., & Guralnik, J. (1987). Social network ties and mortality among elderly in the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology*, 126, 714–723.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness. On Depression, Development and Death*. San Francisco: Freeman and Comp.
- Shmotkin, D. (1990). Subjective well-being as a function of age and gender: A multivariate look for differentiated trends. *Social Indicators Research*, 23, 201–230.
- Shock, N., Greulich, R. C., Andres, R., Arenberg, D., Costa, P. T., Lakatta, E. G., & Tobin, J. D. (1984). *Normal Human Aging: The Baltimore Longitudinal Study of Aging*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Siedlecki, K. L., Tucker-Drob, E. M., Oishi, S., & Salthouse, T. A. (2008). Life satisfaction across adulthood: Different determinants at different ages? *The Journal of Positive Psychology*, 3, 153–164.
- Small, B. J., & Bäckman, L. (1997). Cognitive correlates of mortality: Evidence from a population-based sample of very old adults. *Psychology and Aging*, 12, 309–313.
- Smith, A. E., Sim, J., Scharf, T., & Phillipson, C. (2004). Determinants of quality of life amongst older people in deprived neighbourhoods. *Ageing and Society*, 24, 793–814.
- Smith, J., & Baltes, P. B. (1993). Differential psychological aging: Profiles of the old and the very old. *Ageing and Society*, 13, 551–587
- Smith, J., & Baltes, P. B. (1996). Psychologisches Altern: Trends und Profile im hohen Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 221–250). Berlin: Akademie Verlag.
- Smith, J., & Baltes, P. B. (1997). Profiles of psychological functioning in the old and oldest old. *Psychology and Aging*, 12, 458–472.
- Smith, J., & Baltes, P. B. (1999). Trends and profiles of psychological functioning in very old age. In P. B. Baltes & K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 197–227). New York: Cambridge University Press.
- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young old and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58, 715–732.
- Smith, J., Fleeson, W., Geiselman, B., Settersten, R., & Kunzmann, U. (1996). Wohlbefinden im hohen Alter: Vorhersagen aufgrund objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Bewertung. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 497–523). Berlin: Akademie Verlag.
- Smits, C. H. M., Deeg, D. J. H., & Bosscher, R. J. (1995). Well-being and control in older persons: The prediction of wellbeing from control measures. *International Journal of Aging and Human Development*, 40, 237–251
- Sowarka, D. (2000). Merkmale der Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen. In H. Entzian, K. I. Giercke, T. Klie & R. Schmidt (Hrsg.), *Soziale Gerontologie. Forschung und Praxisentwicklung im Pflegewesen und in der Altenarbeit* (S. 69–82). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Sölva, M., Baumann, U., & Lettner, K. (1995). Wohlbefinden: Definitionen, Operationalisierungen, empirische Befunde. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 4, 292–309.

- SPSS Inc. (2009). Datenanalysesystem IBM® SPSS® Statistics für Windows. Version 18.0 [Computer software].
- Stacey, C. A., & Gatz, M. (1991). Cross-sectional age differences and longitudinal change on the Bradburn Affect Balance Scale. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, *B46*, P76–P78.
- Stadt Danzig (Hrsg.). (2008). *Jahresbericht des Danziger Regionalen Zentrums der Sozialhilfe 2007*. Danzig: Miejski Osrodek Pomocy Społecznej.
- Stadt Mannheim (Hrsg.). (2001). *Informationsvorlage: Stadtpflegebericht Mannheim 2001. Mannheimer Altenhilfeplanung*. Mannheim: Stadt Mannheim. Verfügbar unter: http://webkosima.mannheim.de/webkosima_vorlagen/324_2001.pdf [02.02.2007].
- Stadt Mannheim (Hrsg.). (2008). *Informationsvorlage: Ergebnisse einer Hausbesuchaktion bei über 80-jährigen Leistungsberechtigten der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII)*. Mannheim: Stadt Mannheim. Verfügbar unter: http://webkosima.mannheim.de/webkosima_vorlagen/324_2008.pdf [17.04.2009].
- Stadt Mannheim (Hrsg.). (2009). *Informationsvorlage: Pflegeheimplätze in Mannheim*. Mannheim: Stadt Mannheim. Verfügbar unter: http://webkosima.mannheim.de/webkosima_vorlagen/216_2009.pdf [22.12.2009]
- Statistisches Bundesamt (2005). *Deutschland – Polen: Unterschiedliche Nachbarn, enge Wirtschaftsbeziehungen. Pressemitteilung Nr.224 vom 18.05.2005*. Verfügbar unter: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2005/05/PD05_224_p001.templateId=renderPrint.psml [22.07.2009].
- Statistisches Bundesamt (2007). *Pflegestatistik 2005*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2009). *12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Bevölkerung Deutschlands bis 2060*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Staudinger, U. M. (1996). Psychologische Produktivität und Selbstentfaltung im Alter. In M. M. Baltes & L. Montada (Hrsg.), *Produktivität und Altern* (S. 344–373). Hamburg: Campus Verlag.
- Staudinger, U. M. (1999). Perspektiven der Resilienzforschung aus der Sicht der Lebensspannen-Psychologie. In G. Opp, M. Fingerle & A. Freytag (Hrsg.), *Was Kinder stärkt – Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 343–350). München: Reinhardt.
- Staudinger, U. M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, *51*, 185–197.
- Staudinger, U. M., Fleeson, W., & Baltes, P. B. (1999). Predictors of subjective physical health and global well-being during midlife: Similarities and differences between the U.S. and Germany. *Journal of Personality and Social Psychology*, *76*, 305–319.
- Staudinger, U. M., & Freund, A. M. (1998). Krank und arm im hohen Alter und trotzdem guten Mutes? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, *27*, 78–85.
- Staudinger, U. M., Freund, A., Linden, M., & Maas, I. (1996). Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter: Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 321–350). Berlin: Akademie Verlag.
- Staudinger, U. M., & Greve, W. (2001). Resilienz im Alter. Eine Expertise aus der Sicht der Lebensspannenpsychologie. In DZA (Hrsg.), *Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung, Bd. I: Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter* (S. 95–144). Opladen: Leske + Budrich.
- Staudinger, U. M., Marsiske, M. & Baltes, P.B. (1995). Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the life span. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology, Vol. 2: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 801–847). New York: Wiley.

- Staudinger, U. M., & Schindler, I. (2002). Produktives Leben im Alter I: Aufgaben, Funktionen und Kompetenzen. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (5. Aufl., S. 955–982). Weinheim: PVU.
- Steen G., Hagberg B., Johnsson G., & Steen B. (1987). Cognitive function, cognitive style and life satisfaction in a 68-year old male population. *Comprehensive Gerontology*, *B1*, 54–61.
- Steverink, N., & Lindenberg, S. (2006). Which social needs are important for subjective well-being? What happens to them with aging? *Psychology and Aging*, *21*, 281–290.
- Steverink, N., Lindenberg, S., & Ormel, J. (1998). Towards understanding successful aging: Patterned change in resources and goals. *Ageing and Society*, *18*, 441–467.
- Steverink, N., Westerhof, G., Bode, C., & Dittmann-Kohli, F. (2001). The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, *56B*, P364–P373.
- Steinhagen-Thiessen, E., & Borchelt, M. (1996). Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 151–184). Berlin: Akademie Verlag.
- Stock, W. A., Okun, M. A., Haring, M. J., & Witter, R. A. (1983). Age and subjective well-being: A meta-analysis. In R.J. Light (Ed.), *Evaluation studies: Review annual* (vol. 8, pp. 279–302). Beverly Hills, CA: Sage.
- Szczerbinska, K. (2006). (Hrsg.). *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce* [Zugang zur Gesundheitsversorgung und Sozialhilfe für ältere Leute in Polen]. Krakow: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellonskiego.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1989). *Using multivariate statistics* (2nd ed.). Cambridge: Harper & Row.
- Tellegen, A., Watson, D., & Clark, L. A. (1999). On the dimensional and hierarchical structure of affect. *Psychological Science*, *10*, 297–303.
- Tartler, R. (1961). *Das Alter in der modernen Gesellschaft*. Stuttgart: Enke.
- Tesch-Römer, C. (1997). Belastungsrepräsentation und Bewältigungsfunktionalität im Zwei-Prozeß-Modell der Entwicklungsregulation. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 152–161). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Tesch-Römer, C., Salewski, C., & Schwarz, G. (Hrsg.). (1997). *Psychologie der Bewältigung*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Teune, H. (1973). Analysis and interpretation in cross-national survey research. In A. Szalai & R. Petrella (Eds.), *Cross-national comparative survey research* (pp. 95–127). Oxford: Pergamon Press.
- Tews, H. P. (1991). *Altersbilder. Über Wandel und Beeinflussung von Vorstellungen und Einstellungen zum Alter*. Köln: KDA Forum.
- Thabe, S. (1997). *Alte Menschen im Stadtteil. Handlungsansätze für soziale und kulturelle Einrichtungen*. Dortmund: Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Thomae, H. (1951). *Persönlichkeit – Eine dynamische Interpretation*. Bonn: Bouvier.
- Thomae, H. (1959). Entwicklungsbegriff und Entwicklungstheorie. In P. Lersch, F. Sander, H. Thomae & K. Wilde (Hrsg.), *Handbuch der Psychologie. Bd. 3: Entwicklungspsychologie* (S. 3–20). Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Thomae, H. (1968/1988). *Das Individuum und seine Welt. Eine Persönlichkeitstheorie*. Göttingen: Hogrefe.
- Thomae, H. (1971). Die Bedeutung einer kognitiven Persönlichkeitstheorie für die Theorie des Alterns. *Zeitschrift für Gerontologie*, *4*, 8–18.
- Thomae, H. (1976). Ökologische Aspekte der Gerontologie. *Zeitschrift für Gerontologie*, *9*, 407–410.

- Thomae, H. (1979). The concept of development and life-span developmental psychology. In P. B. Baltes & O. G. Brim Jr. (Eds.), *Life-span development and behaviour* (vol. 2, pp. 282–313). New York: Academic Press.
- Thomae, H. (1980). Personality and adjustment to aging. In P. B. Baltes & O. G. Brim (Eds.), *Lifespan development and behavior* (vol. 3, pp. 285–309). New York: Academic Press.
- Thomae, H. (1983). *Altersstile und Alternsschicksale*. Bern: Huber.
- Thomae, H. (1987). Altersformen: Wege zu ihrer methodischen und begrifflichen Erfassung. In U. Lehr & H. Thomae (Hrsg.), *Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA)* (S. 173–195). Stuttgart: Enke.
- Thomae, H. (1991). Lebenszufriedenheit. In W. D. Oswald, W. M. Herrmann, S. Kanowski, U. Lehr & H. Thomae (Hrsg.), *Gerontologie* (S. 323–328). Stuttgart: Kohlhammer.
- Thomae, H. (1992). Emotion and personality. In J. E. Birren, R. B. Sloane & G. D. Cohen (Eds.), *Handbook of mental health and aging* (2nd ed., pp. 355–375). Academic Press, San Diego, CA.
- Tokarski, W. (1985). Freizeitstile im Alter – Über die Notwendigkeit und Möglichkeiten einer Analyse der Freizeit Älterer. *Zeitschrift für Gerontologie*, 18, 72–78.
- Tucker, J. S., Friedman, H. S., Wingard, D. L., & Schwartz, J. E. (1996). Marital history at midlife as a predictor of longevity: Alternative explanations to the protective effects of marriage. *Health Psychology*, 15, 94–101.
- Uchino, B. (2004). *Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationship*. Yale: University Press.
- United Nations (2002). *The Madrid International Plan of Action on Aging. MIPAA*. New York, NY: United Nations.
- Urban, D., & Mayerl, J. (2006). *Regressionsanalyse: Theorie, Technik und Anwendung* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Vaillant, G. E. (1990). Avoiding negative life outcomes: Evidence from a forty-five year study. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 332–358). New York: Cambridge University Press.
- Vaillant, G. E., & Mukamal, K. (2001). Successful aging. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 839–847.
- van der Kamp, L. J. T., & Bijleveld, C. C. J. H. (1998). Methodological issues in longitudinal research. In C. C. J. H. Bijleveld & L. J. T. van der Kamp (Eds.), *Longitudinal data analysis: Designs, models, and methods* (pp. 1–45). London: Sage.
- Vaux, A., & Meddin, J. (1987). Positive and negative life change and positive and negative affect among the rural elderly. *Journal of Community Psychology*, 15, 447–458.
- Verkehrsclub Österreich (VCÖ) (1999). *Senioren & Mobilität*. Wien: VCÖ.
- Voges, W. (2008). *Soziologie des höheren Lebensalters. Ein Studienbuch zur Gerontologie*. Augsburg: Maro Verlag.
- von Nell-Breuning, O. (1950). *Einzel mensch und Gesellschaft*. Heidelberg: Kerle.
- von Nell-Breuning, O. (1977). *Soziallehre der Kirche*. Freiburg: Herder.
- von Nell-Breuning, O. (1990a). Das Subsidiaritätsprinzip. In J. Münder & D. Kreft (Hrsg.), *Subsidiarität heute* (S. 173–184). Münster: Votum.
- von Nell-Breuning, O. (1990b). *Baugesetze der Gesellschaft. Solidarität und Subsidiarität*. Freiburg: Herder.
- Wahl, H.-W. (1997). *Ältere Menschen mit Sehbeeinträchtigung, Eine empirische Untersuchung zur Person-Umwelt-Transaktion*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH.
- Wahl, H.-W. (2000). Ergebnisse der ökogerontologischen Forschung. In H.-W. Wahl & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S. 203–208). Stuttgart: Kohlhammer.

- Wahl, H.-W. (2002). Lebensumwelten im Alter. In B. Schlag & K. Megel (Hrsg.), *Mobilität und gesellschaftliche Partizipation im Alter* (S. 48–63). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wahl, H.-W., & Baltes, M. M. (1992). Die Mikroökologie alter Menschen: Forderung nach Autonomie und Sicherheit. In C. Petzold & H. C. Petzold (Hrsg.), *Lebenswelten alter Menschen* (S. 96–119). Hannover: Vincentz.
- Wahl, H.-W., & Heyl, V. (2004). *Gerontologie. Einführung und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wahl, H.-W., & Kruse, A. (1999). Aufgaben, Belastungen und Grenzsituationen im Alter. IV: Gesamtdiskussion. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32, 456–472.
- Wahl, H.-W., & Lang, F. R. (2003). Im Fokus: Altern in räumlichen und sozialen Kontexten: Alte und neue Herausforderungen für entwicklungspsychologische Theoriebildung und empirische Forschung. *Newsletter Entwicklungspsychologie*, 1, 4–13.
- Wahl, H.-W., & Lang, F. R. (2004). Aging in context across the adult life course: Integrating physical and social environmental research perspectives. In H.-W. Wahl, R. Scheidt & P. Windley (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Vol. 23. Aging in context: Socio-physical environments* (pp. 1–33). New York: Springer.
- Wahl, H.-W., Mollenkopf, H., & Oswald, F. (Hrsg.). (1999). *Alte Menschen in ihrer Umwelt*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Wahl, H.-W., & Oswald, F. (1998). Eine ökopsychologische Analyse der Kompetenz im höheren Lebensalter: Das Beispiel Sehbeeinträchtigung. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie. Bd. II. Intervention* (S. 13–37). Göttingen: Hogrefe.
- Wahl, H.-W., & Oswald, F. (in Druck). Environmental perspectives on aging. In D. Dannefer & C. Phillipson (Eds.), *International handbook of social gerontology*. London: Sage.
- Wahl, H.-W., Oswald, F., & Zimprich, D. (1999). Everyday competence in visually impaired older adults: A case for person-environment perspectives. *The Gerontologist*, 39, 140–149.
- Wahl, H.-W., Scheidt, R., & Windley, P. G. (Eds.). (2004). *Aging in context: Socio-physical environments*. New York: Springer.
- Walden, R. (1998). Wohnzufriedenheit, Wohlbefinden und Wohnqualität. In F. Dieckmann, A. Flade, R. Schuemer, G. Ströhlein & R. Walden (1998). *Psychologie und gebaute Umwelt. Konzepte, Methoden, Anwendungsbeispiele* (S. 75–113). Darmstadt: Institut Wohnen und Umwelt.
- Walker, A. (2002). The principals and potential of active ageing. In S. Pohlmann (Ed.), *Facing an ageing world – recommendations and perspectives* (pp. 113–118). Regensburg: Transfer Verlag.
- Walker, A., & Naegele, G. (1999). *The politics of old age in Europe*. Maidenhead: Open University Press.
- Walker, J. D., Maxwell, C. J., Hogan, D. B., & Eby, E. M. (2004). Does self-rated health predict survival in older persons with cognitive impairment? *Journal of American Geriatrics Society*, 52, 1895–1900.
- Warr, P., Butcher, V., & Robertson, I. (2004). Activity and psychological well-being in old people. *Aging and Mental Health*, 8, 172–183.
- Westerhof, G. J. (2001). Wohlbefinden in der zweiten Lebenshälfte. In F. Dittmann-Kohli, C. Bode & G. F. Westerhof (Hrsg.), *Die zweite Lebenshälfte – Psychologische Perspektiven. Ergebnisse des Alters-Survey* (S. 79–128). Stuttgart: Kohlhammer.
- Watson, D. (1988). Intraindividual and interindividual analyses of Positive and Negative Affect: Their relation to health complaints, perceived stress, and daily activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1020–1030.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience negative aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465–490.

- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063–1070.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1999). Issues in the dimensional structure of affect: Effects of descriptors, measurement error, and response formats: Comment on Russell and Carroll (1999). *Psychological Bulletin*, 125, 601–610.
- Watzlawick, P. (1981). (Hrsg.). *Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zur Konstruktivismus*. München: Piper.
- Weber, M. (1922/1988). Der Sinn der »Wertfreiheit« der soziologischen und ökonomischen Wissenschaften. In J. Wickelmann (Hrsg.), *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre* (7. Aufl., S. 489–540). Tübingen: UTB Mohr.
- Weinert, F. E. (1994). Altern in psychologischer Perspektive. In P. Baltes, J. Mittelstraß & U. M. Staudinger (Hrsg.), *Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie* (S. 180–203). Berlin: Walter de Gruyter.
- Weller, I. (1996). *Lebenszufriedenheit im europäischen Vergleich*. Discussion Paper FS-III 96-402. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin. Verfügbar unter: <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/1996/iii96-402.pdf> [12.03.2010].
- Weller, I. (1997). Beachtliche Unterschiede in der Lebenszufriedenheit zwischen den Ländern der Europäischen Union. *ISI*, 17, 10–12.
- Wendt, C. (2007). Sinkt das Vertrauen in Gesundheitssysteme? Eine vergleichende Analyse europäischer Länder. *WSI Mitteilungen*, 7, 380–386.
- Werner, C. M., & Altman, I. (2000) Human and nature. Insights from a transactional view. In S. Wappner, J. Demick, T. Yamamoto & H. Minami (Eds.), *Theoretical perspectives in environment-behavior research: Underlying assumptions, research problems, and methodologies* (pp. 21–37). New York: Plenum Press.
- Westerhof, G. J., & Barrett, A. E. (2005). Age identity and subjective well-being: A comparison of the United States and Germany. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 60B, S129–S136.
- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., Tolejko, N., Chatav, Y., & McKelvie, M. (2006). Marital discord and well-being in older adults: Is the association confounded by personality? *Psychology and Aging*, 21, 626–631.
- WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organization.
- Wiesmann, U., Rölker, S., & Hannich, H.-J. (2004) Salutogenese im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37, 366–376.
- Windle, G., & Woods, R (2004). Variations in Subjective Wellbeing: The Mediating Role of a Psychological Resource. *Ageing & Society*, 24, 583–602.
- Witter, R. A., Okun, M. A., Stock, W. A., & Haring, M. J. (1984). Education and subjective well-being: A meta-analysis. *Education Evaluation and Policy Analysis*, 6, 165–173.
- Wurm, S., & Tesch-Römer, C. (2006). Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung. In C. Tesch-Römer, H. Engstler & S. Wurm (Hrsg.), *Altwerden in Deutschland: Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte* (S. 329–384). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wood, W., Rhodes, N., & Whelan, M. (1989). Sex differences in positive well-being: a consideration of emotional style and marital status. *Psychological Bulletin*, 106, 249–264.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M.B., & Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37–49.
- Zapf, W. (1984). Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In W. Glatzer & W. Zapf (Hrsg.), *Lebensqualität in der Bundesrepublik*. Ob-

- jektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden* (S. 13–26). Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Zarit, S. H., Femia, E.E., Johansson, B., & Gatz, M. (1999). Prevalence and incidence of depression in 80 and 90 year olds: The OCTO study. *Aging and mental health*, 3, 119-128.
- Zawadzki, B., Strelau, J., Szczepanik, P., & Śliwińska, M., (1996). *Inwentarz osobowości NEO-FFI Costa i McCrae – adaptacja polska* [Persönlichkeitsinventar von Costa und McCrae – polnische Adaptation]. Warschau: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Zhang, L. (2005). Prediction of Chinese life satisfaction: contribution of collective self-esteem. *International Journal of Psychology*, 40, 189–200.
- Ziegler, U., & Doblhammer, G. (2009). Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland: eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002. *Das Gesundheitswesen*, 71, 281-290.
- Zika, S., & Chamberlain, K. (1992). On the relation between meaning in life and psychological well-being. *British Journal of Psychology*, 83, 133–145.
- Zimprich, D. (2004). Kognitive Leistungsfähigkeit im Alter. In A. Kruse & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie: Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht* (S. 289-303). Bern: Huber.

ANHANG A

Tabelle A.1: Mannheimer Bevölkerung: 17 Stadtbezirke (Stand: 31. Dezember 2007).

Stadtbezirk	Fläche qkm	Mannheimer Bevölkerung															
		Einwohner				60+			65+			85+					
		Gesamt	M	F	DA	Gesamt	M	F	Gesamt	M	F	Gesamt	M	F			
Feudenheim	6,16	15.371	7.224	8.147	46,1	4.647	30,2%	1.952	2.695	3.644	23,7%	1.477	2.167	450	2,9%	124	326
Friedrichsfeld	7,18	5.927	2.938	2.989	44,0	1.534	25,9%	675	859	1.220	20,6%	523	697	103	1,7%	32	71
Innenstadt	4,46	33.578	18.201	15.377	38,4	5.387	16,0%	2.721	2.666	3.902	11,6%	1.872	2.030	390	1,2%	101	289
Käfertal	10,74	24.719	11.965	12.754	42,0	6.062	24,5%	2.638	3.424	4.766	19,3%	1.999	2.767	597	2,4%	138	459
Lindenhof	2,37	13.338	6.273	7.065	45,0	3.664	27,5%	1.403	2.261	3.014	22,6%	1.112	1.902	486	3,6%	131	355
Neckarau	10,98	31.674	15.588	16.086	42,9	7.860	24,8%	3.439	4.421	6.152	19,4%	2.587	3.565	802	2,5%	214	588
Neckarstadt-Ost	6,01	35.005	17.681	17.324	40,9	7.367	21,0%	3.218	4.149	5.696	16,3%	2.364	3.332	645	1,8%	134	511
Neckarstadt-West	9,72	20.668	10.893	9.775	37,4	3.292	15,9%	1.650	1.642	2.325	11,2%	1.124	1.201	176	0,9%	54	122
Neuostheim/Neuhersheim	5,27	7.980	3.920	4.060	40,8	1.693	21,2%	708	985	1.327	16,6%	521	806	230	2,9%	45	185
Rheinau	15,37	25.768	13.021	12.747	42,6	6.208	24,1%	2.846	3.362	5.114	19,8%	2.239	2.875	451	1,8%	120	331
Sandhofen	26,85	13.267	6.390	6.877	44,2	3.512	26,5%	1.550	1.962	2.770	20,9%	1.177	1.593	239	1,8%	59	180
Schönau	2,95	13.446	6.659	6.787	40,6	2.973	22,1%	1.346	1.627	2.326	17,3%	1.010	1.316	197	1,5%	42	155
Schwetzingenstadt/Oststadt	4,41	25.278	12.390	12.888	43,0	5.727	22,7%	2.470	3.257	4.400	17,4%	1.767	2.633	654	2,6%	158	496
Seckenheim	9,42	15.895	7.721	8.174	40,3	3.283	20,7%	1.444	1.839	2.560	16,1%	1.082	1.478	276	1,7%	73	203
Vogelstang	3,16	13.454	6.379	7.075	46,7	4.670	34,7%	1.991	2.679	3.880	28,8%	1.644	2.236	340	2,5%	74	266
Waldhof	12,87	24.361	12.061	12.300	42,2	6.159	25,3%	2.788	3.371	4.881	20,0%	2.125	2.756	426	1,7%	129	297
Wallstadt	7,03	7.760	3.780	3.980	44,0	2.078	26,8%	934	1.144	1.589	20,5%	692	897	144	1,9%	40	104
Gesamt	144,95	327.489	163.084	164.405	42,40	76.116	23,2%	33.773	42.343	59.566	18,2%	25.315	34.251	6.606	2,0%	1.668	4.938

M: Männer; F: Frauen; DA: Durchschnittsalter; die zur Analyse ausgewählten Stadtbezirke wurden grau hinterlegt.

Quelle: Kommunale Statistikstelle der Stadt Mannheim.

Tabelle A.2: Danziger Bevölkerung: 30 Stadtteile (Stand: 31. Dezember 2007).

Stadtteil	Fläche qkm	Danziger Bevölkerung										
		Einwohner			64+			85+				
		Gesamt	F	M	Gesamt	F	M	Gesamt	F	M		
Aniolki	2,29	5.252	2.743	2.509	714	13,6%	449	265	110	2,1%	85	25
Bretowo	7,25	7.509	3.892	3.617	646	8,6%	370	276	68	0,9%	46	22
Brzezno	2,83	14.000	7.328	6.672	2.200	15,7%	1.341	859	153	1,1%	123	30
Gdansk Poludnie/Chelm	30,81	63.211	33.042	30.169	3.396	5,4%	1.975	1.421	430	0,7%	331	99
Kokoszki	19,96	6.521	3.302	3.219	360	5,5%	200	160	40	0,7%	24	16
Krakowiec/Gorki Zach.	8,95	2.057	1.036	1.021	225	10,9%	155	70	36	1,8%	25	11
Letnica	4,37	1.782	884	898	173	9,7%	117	56	17	1,0%	13	4
Matarnia	14,91	5.701	2.973	2.728	307	5,4%	160	147	17	0,3%	12	5
Mlyniska	3,95	3.728	1.963	1.765	766	20,6%	476	290	32	0,9%	26	6
Nowy Port	2,23	11.126	5.804	5.322	1.243	11,2%	821	422	200	1,8%	153	47
Oliwa	18,23	18.642	10.051	8.591	3.970	21,3%	2.495	1.475	481	2,6%	342	139
Olszynka	7,94	3.293	1.652	1.641	399	12,1%	251	148	53	1,6%	46	7
Orunia/Sw. Wojciech	19,51	16.364	8.474	7.890	2.651	16,2%	1.658	993	247	1,5%	182	65
Osowa	13,40	11.964	6.122	5.842	1.074	9,0%	576	498	118	1,0%	79	39
Piecki/Migowo	3,72	22.010	11.557	10.453	2.003	9,1%	1.075	928	165	0,8%	109	56
Przymorze Male	2,26	15.572	8.490	7.082	4.458	28,6%	2.784	1.674	265	1,7%	178	87
Przymorze Wielkie	3,32	31.619	17.224	14.395	8.572	27,1%	4.914	3.658	348	1,1%	262	86
Rudniki	14,21	1.914	1.009	905	248	13,0%	159	89	23	1,2%	18	5
Siedlce	2,65	15.104	8.174	6.930	2.577	17,1%	1.717	860	224	1,5%	162	62
Stogi z Przerobka	17,03	17.558	9.251	8.307	3.405	19,4%	2.194	1.211	320	1,8%	256	64
Strzyza	1,07	5.899	3.263	2.636	1.296	22,0%	859	437	122	2,1%	104	18
Suchanino	1,38	11.486	6.074	5.412	1.635	14,2%	898	737	126	1,1%	81	45
Srod miescie	5,56	32.371	17.476	14.895	6.605	20,4%	4.407	2.198	508	1,6%	347	161
VII Dwor	3,35	3.963	2.167	1.796	1.162	29,3%	706	456	62	1,6%	43	19
Wrzeszcz	10,00	53.230	28.447	24.783	9.297	17,5%	6.061	3.236	852	1,6%	635	217
Wyspa Sobieszewska	35,42	3.433	1.791	1.642	405	11,8%	259	146	39	1,1%	27	12
Wzgorze Mickiewicza	0,60	2.541	1.325	1.216	388	15,3%	201	187	26	1,0%	16	10
Zaspa Mlyniec	1,27	14.600	7.847	6.753	2.490	17,1%	1.365	1.125	235	1,6%	147	88
Zaspa Rozstaje	1,94	13.157	6.997	6.160	1.514	11,5%	854	660	137	1,0%	105	32
Zabianka/Wejhera/Jelit.	2,17	19.457	10.524	8.933	4.518	23,2%	2.649	1.869	245	1,3%	169	76
Gesamt	262,58	435.064	230.882	204.182	68.697	15,8%	42.146	26.551	5.699	1,3%	4146	1553

M: Männer; F: Frauen; die zur Analyse ausgewählten Stadtbezirke wurden grau hinterlegt; Quelle: Statistikstelle der Stadt Danzig.

Tabelle A.3: Rückmeldehäufigkeiten für die einzelnen Stadtteile [Teilnahmeebene 1].

Stadt	Stadtteil	Zusage	Absage	Sonstige Ausfälle	Keine Antwort	Gesamt
Mannheim	Feudenheim	32	13	6	19	70
	Lindenhof	27	24	5	14	70
	Schw./Ost Stadt	21	27	4	18	70
	Seckenheim	21	16	2	31	70
	Waldhof	25	16	2	27	70
	Gesamt		126	96	19	109
Danzig	Nowy Port	18	27	0	25	70
	Oliwa	28	29	0	13	70
	Orunia	20	27	2	21	70
	Stogi	18	27	0	25	70
	Zaspa	26	22	2	20	70
	Gesamt		110	132	4	104

Anmerkung: Sonstige Ausfälle: nicht auffindbar, unbekannt umgezogen, verstorben.

Tabelle A.4: Wohlbefindensfacetten: Deskriptive Statistiken und Unterschiede zwischen den Ländern.

Variablen	Gesamtes Sample (N = 207)				Mannheim (N = 105)				Danzig (N = 102)				Unterschiede
	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.	M	SD	
Wohlbefinden													
Lebenszufriedenheit (Max. = 15)	5	15	11,60	2,28	7	15	12,00	2,19	6	15	11,20	2,31	$t = 2,57; df = 205; p = 0,011$
Positiver Affekt (Max. = 50)	19	48	33,08	6,36	19	48	34,70	6,15	19	47	31,41	6,17	$t = 3,84; df = 205; p < 0,001$
Negativer Affekt (Max. = 50)	10	38	22,49	5,42	12	39	23,02	5,33	10	38	21,94	5,48	$t = 1,44; df = 205; p = n.s.$

Tabelle A.5: Rangfolge der positiven und negativen Gefühle nach Ländern.

Mannheim								Danzig							
Rang	Positiver Affekt	M	SD	Rang	Negativer Affekt	M	SD	Rang	Positiver Affekt	M	SD	Rang	Negativer Affekt	M	SD
1.	interessiert	4,49	0,85	1.	bedrückt	3,29	1,06	1.	interessiert	3,91	0,85	1.	unruhig	3,29	0,94
2.	hellwach	4,23	0,93	2.	unruhig	3,23	1,01	2.	aufmerksam	3,86	1,00	2.	reizbar	3,01	1,12
3.	aufmerksam	4,09	0,86	3.	nervös	3,23	1,06	3.	hellwach	3,83	0,76	3.	bedrückt	2,71	1,11
4.	aktiv	3,97	0,95	4.	reizbar	2,54	0,96	4.	entschlossen	3,70	0,97	4.	nervös	2,48	0,85
5.	entschlossen	3,49	0,91	5.	verärgert	2,51	0,98	5.	aktiv	3,67	1,07	5.	verärgert	2,08	0,92
6.	angeregt	3,39	0,96	6.	verängstigt	2,11	1,07	6.	erwartungs- voll	2,75	0,93	6.	ängstlich	1,89	0,94
7.	begeistert	3,14	1,14	7.	ängstlich	1,93	0,95	7.	begeistert	2,65	1,06	7.	feindselig	1,77	0,93
8.	stark	2,94	1,02	8.	schuldig	1,50	0,88	8.	angeregt	2,43	0,95	8.	schuldig	1,65	0,87
9.	erwartungs- voll	2,75	1,36	9.	beschämt	1,46	0,96	9.	stolz	2,32	1,23	9.	beschämt	1,63	0,69
10.	stolz	2,21	1,28	10.	feindselig	1,32	0,63	10.	stark	2,26	0,85	10.	verängstigt	1,43	0,83

Anmerkung: Bei Durchführung aller Mittelwertvergleiche ist eine Bonferroni-Adjustierung notwendig. Demzufolge ist im Durchschnitt ein Mittelwertunterschied von $> 0,20$ auf dem Alphaniveau von 1% signifikant.

Tabelle A.6: Länderunterschiede in der Häufigkeit positiver und negativer Gefühle.

Gefühle	T	df	Signifikanz (2-seitig)	95% Konfidenzintervall der Differenz		Effektstärke (d)
				Obere	Untere	
begeistert	3,24	205	0,001	0,194	0,797	0,44
bedrückt	3,83	205	0,000	0,281	0,878	0,54
erwartungsvoll	-0,02	183,68	0,988	-0,322	0,316	
verärgert	3,30	205	0,001	0,175	0,697	0,45
stark	5,20	205	0,000	0,427	0,949	0,73
schuldig	-1,27	205	0,206	-0,395	0,086	
verängstigt	5,13	205	0,000	0,420	0,945	0,71
feindselig	-4,07	176,33	0,000	-0,669	-0,232	0,57
interessiert	4,08	181,61	0,000	0,297	0,854	0,57
stolz	-0,65	205	0,515	-0,458	0,230	
reizbar	-3,22	205	0,001	-0,753	-0,181	0,49
hellwach	3,35	198,91	0,001	0,162	0,628	0,47
beschämt	-1,70	205	0,090	-0,367	0,027	
angeregt	7,24	205	0,000	0,698	1,220	0,99
nervös	5,54	203	0,000	0,482	1,014	0,45
entschlossen	-1,63	203	0,104	-0,473	0,045	
aufmerksam	1,73	205	0,085	-0,031	0,477	
unruhig	-0,46	201,58	0,646	-0,346	0,215	
aktiv	2,13	196,94	0,034	0,022	0,581	0,30
ängstlich	-0,46	203	0,642	-0,321	0,199	

Anmerkung: T: T-Test; Gruppe 1: Deutschland, Gruppe 2: Polen; df: Freiheitsgrade; Nach Bonferroni-Korrektur sind nur Unterschiede ab einem Niveau von $0,05/20 = 0,0025$ signifikant.

Tabelle A.7: Länderunterschiede in der Häufigkeit der mäßiggradigen bis schweren Organschädigungen.

Organe	Mannheim (N = 105)	Danzig (N = 102)	signifikante Unterschiede
	Ja	Ja	
Herz	34,3%	49,0%	$\chi^2 = 4,63; df = 1; p = 0,032$
Kreislauf	65,7%	54,9%	$\chi^2 = 2,53; df = 1; p = n.s.$
Atmungssystem	14,3%	17,6%	$\chi^2 = 0,44; df = 1; p = n.s.$
Augen, HNO	51,4%	56,9%	$\chi^2 = 0,62; df = 1; p = n.s.$
Gastrointestinaltrakt	14,3%	29,4%	$\chi^2 = 6,96; df = 1; p = 0,008$
Urogenitaltrakt	8,6%	39,2%	$\chi^2 = 26,89; df = 1; p < 0,001$
Endokrinum	37,1%	39,2%	$\chi^2 = 0,09; df = 1; p = n.s.$
Nervensystem	0%	9,8%	$\chi^2 = 10,82; df = 1; p = 0,001$
Psyche	2,9%	2,0%	$\chi^2 = 0,18; df = 1; p = n.s.$
Muskuloskelettales System, Haut	62,9%	56,9%	$\chi^2 = 0,77; df = 1; p = n.s.$

Anmerkung: Nach Bonferroni-Korrektur sind nur Unterschiede ab einem Niveau von $0,05/10 < 0,005$ signifikant.

Tabelle A.8: Infrastrukturelle Ressourcen: Deskriptive Charakteristika und Unterschiede zwischen den Ländern.

Variablen	Gesamtes Sample (N = 207)				Mannheim (N = 105)				Danzig (N = 102)				signifikante Unterschiede
	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.	M	SD	
Stadtinfrastruktur													
Mobilität und Verkehr – Wichtigkeit (Max. = 10)	0	9	6,12	1,82	0	9	6,09	1,96	3	9	6,15	1,67	$t = -0,24; df = 205;$ $p = n.s.$
Mobilität und Verkehr – Vorhandensein (Max. = 10)	4	10	8,54	1,64	6	10	9,51	0,84	4	10	7,53	1,66	$t = 10,81; df = 149,20;$ $p < 0,001$
Mobilität und Verkehr – Übereinstimmung (-10;+10)	-3	9	4,44	2,86	0	9	5,34	2,29	-3	9	3,52	3,09	$t = 4,81; df = 185,95;$ $p < 0,001$
Mobilität und Verkehr – Zufriedenheit (Max. = 4)	1,86	4	2,91	0,50	2,17	3,83	3,09	0,41	1,86	4	2,73	0,51	$t = 5,55; df = 193,39;$ $p < 0,001$
Täglicher und mittelfristiger Bedarf – Wichtigkeit (Max. = 7)	0	7	4,04	2,21	0	7	3,77	2,41	0	7	4,32	1,94	$t = -1,80; df = 197,55;$ $p = n.s.$
Täglicher und mittelfristiger Bedarf – Vorhandensein (Max. = 7)	2	7	6,13	1,10	2	7	5,97	1,39	5	7	6,30	0,64	$t = -2,19; df = 148,20;$ $p = 0,03$
Täglicher und mittelfristiger Bedarf – Übereinstimmung (-7;+7)	-3	7	3,34	2,42	-3	7	2,74	2,28	0	7	3,96	1,80	$t = -3,75; df = 178,79;$ $p < 0,001$
Täglicher und mittelfristiger Bedarf – Zufriedenheit (Max. = 4)	1,50	4	3,01	0,63	1,67	4	3,04	0,68	1,50	4	2,99	0,57	$t = 0,52; df = 200,16;$ $p = n.s.$
Infrastruktur Kultur-, Freizeit- und Bildungsangebote													
Freizeit und Kultur – Wichtigkeit (Max. = 6)	0	5	2,85	1,36	0	5	2,97	1,37	0	5	2,73	1,37	$t = 1,29; df = 205; p = n.s.$
Freizeit und Kultur – Vorhandensein (Max. = 6)	1	6	4,88	1,22	4	6	5,49	0,61	1	6	4,25	1,38	$t = 8,28; df = 137,90;$ $p < 0,001$
Freizeit und Kultur – Übereinstimmung (-6; +6)	-1	5	2,08	1,60	0	5	2,51	1,37	-1	5	1,63	1,42	$t = 4,58; df = 205; p < 0,001$
Freizeit und Kultur – Zufriedenheit (Max. = 4)	1,40	4	3,06	0,64	2	4	3,21	0,55	1,40	4	2,87	0,67	$t = 3,99; df = 196; p < 0,001$
Bildung und Ehrenamt – Wichtigkeit (Max. = 2)	0	2	0,28	0,51	0	2	0,37	0,59	0	1	0,18	0,38	$t = 2,82; df = 178,69;$ $p = 0,005$
Bildung und Ehrenamt – Vorhandensein (Max. = 2)	0	2	0,91	0,74	0	2	1,40	0,60	0	1	0,41	0,49	$t = 12,97; df = 199,94;$ $p < 0,001$
Bildung und Ehrenamt – Übereinstimmung (-2; +2)	-2	2	-0,005	0,58	-2	2	0,09	0,70	-1	1	-0,10	0,41	$t = 2,32; df = 169,60;$ $p = 0,021$
Bildung und Ehrenamt – Zufriedenheit (Max. = 4)	1	4	3,08	1,21	2	4	3,71	0,72	1	4	2,25	1,24	$t = 4,22; df = 72,54;$ $p < 0,001$

Fachberatung – Wichtigkeit (Max. = 1)	0	1	0,37	0,42	0	1	0,20	0,40	0	4	0,54	0,50	$\chi^2 = 25,52; df = 1;$ $p < 0,001$
Fachberatung – Vorhandensein (Max. = 1)	0	1	0,63	0,48	1	1	1,00	0,00	0	1	0,25	0,44	$\chi^2 = 124,18; df = 1;$ $p < 0,001$
Fachberatung – Übereinstimmung (-1; +1)	-1	1	-0,02	0,60	0	1	0,20	0,40	-1	1	-0,26	0,68	$t = 5,81; df = 162,25;$ $p < 0,001$
Fachberatung – Zufriedenheit (Max. = 4)	1	4	1,90	1,08	3	4	3,80	0,41	1	2	1,41	0,50	$t = 19,05; df = 85,50;$ $p < 0,001$
Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote													
Ambulante Altenhilfe – Wichtigkeit (Max = 11)	1	10	6,09	2,13	2	10	6,32	1,89	1	10	5,84	2,34	$t = 1,63; df = 186,79;$ $p = n.s.$
Ambulante Altenhilfe – Vorhandensein (Max. = 11)	4	11	7,57	1,95	5	11	9,12	1,20	4	8	5,94	1,03	$t = 20,25; df = 203;$ $p < 0,001$
Ambulante Altenhilfe – Übereinstimmung (-11; +11)	-1	8	4,00	2,31	2	8	5,61	1,67	-1	6	2,35	1,60	$t = 14,32; df = 205;$ $p < 0,001$
Ambulante Altenhilfe – Zufriedenheit (Max. = 4)	1	4	2,71	0,76	2	4	3,16	0,51	1	4	2,23	0,69	$t = 10,98; df = 181,86;$ $p < 0,001$
Hauswirtschaftliche Dienstleistungen – Wichtigkeit (Max. = 3)	0	3	1,42	1,17	0	3	1,69	1,09	0	3	1,14	1,19	$t = 3,42; df = 203;$ $p = 0,001$
Hauswirtschaftliche Dienstleistungen – Vorhandensein (Max. = 3)	1	3	1,99	0,98	1	3	2,83	0,56	1	2	1,10	0,30	$t = 27,60; df = 160,83;$ $p < 0,001$
Hauswirtschaftliche Dienstleistungen – Übereinstimmung (-3; +3)	-1	3	0,78	1,23	0	3	1,63	1,08	-1	1	-0,10	0,61	$t = 14,28; df = 164,77;$ $p < 0,001$
Hauswirtschaftliche Dienstleistungen – Zufriedenheit (Max. = 4)	1	4	2,83	0,95	1,67	4	3,44	0,55	1	4	1,91	0,63	$t = 15,20; df = 138;$ $p < 0,001$
Soziale Kontakt Dienstleistungen – Wichtigkeit (Max. = 2)	0	2	0,54	0,68	0	2	0,40	0,55	0	2	0,68	0,76	$t = -3,00; df = 178,81;$ $p = 0,003$
Soziale Kontakt Dienstleistungen – Vorhandensein (Max. = 2)	1	2	1,09	0,29	1	2	1,14	0,35	1	2	1,04	0,20	$t = 2,60; df = 165;$ $p = 0,01$
Soziale Kontakt Dienstleistungen – Übereinstimmung (-2; +2)	-1	2	-0,14	0,64	-1	2	-0,06	0,68	-1	2	-0,24	0,58	$t = 2,03; df = 205;$ $p = 0,04$
Soziale Kontakt Dienstleistungen – Zufriedenheit (Max = 4)	1	4	1,96	0,96	2	4	2,70	0,91	1	4	1,54	0,70	$t = 6,01; df = 48,67;$ $p < 0,001$
Ärztliche und pflegerische Dienstleistungen – Wichtigkeit (Max. = 6)	0	6	4,11	1,50	2	6	4,24	1,32	0	6	3,98	1,67	$t = 1,23; df = 184,56;$ $p = n.s.$

Ärztliche und pflegerische Dienstleistungen – Vorhandensein (Max. = 6)	2	6	4,48	1,14	3	6	5,15	0,84	2	6	3,79	0,99	$t = 10,66; df = 205;$ $p < 0,001$
Ärztliche und pflegerische Dienstleistungen – Übereinstimmung (-6; +6)	-2	6	2,38	1,98	0	6	3,16	1,63	-2	6	1,57	2,00	$t = 6,28; df = 194,77;$ $p < 0,001$
Ärztliche und pflegerische Dienstleistungen – Zufriedenheit (Max. = 4)	1	4	2,77	0,77	1,5	4	3,03	0,74	1	4	2,50	0,71	$t = 5,18; df = 201;$ $p < 0,001$
Stationäre & teilstationäre Altenhilfe – Wichtigkeit (Max. = 7)	0	7	3,95	2,19	0	7	4,02	2,15	0	7	3,86	2,22	$t = 0,56; df = 201; p = \text{n.s.}$
Stationäre & teilstationäre Altenhilfe – Vorhandensein (Max. = 7)	5	7	6,00	1,00	6	7	7,00	0,00	5	5	5,00	0,00	n.b.
Stationäre & teilstationäre Altenhilfe – Übereinstimmung (-7; +7)	0	6	2,55	1,69	0	6	3,44	1,83	0	3	1,63	0,83	$t = 9,21; df = 146,16;$ $p < 0,001$
Stationäre & teilstationäre Altenhilfe – Zufriedenheit (Max. = 4)	1	4	3,05	0,68	1	4	3,20	0,65	1,5	4	2,89	0,68	$t = 3,27; df = 197; p = 0,001$

Anmerkung: *Min.:* Minimum; *Max.:* Maximum; *M:* Mittelwert; *SD:* Standardabweichung; *t:* T-Test; χ^2 : Chi²-Test; *df:* Freiheitsgrade; *p:* Signifikanzniveau; n.b.: nicht zu berechnen, da die beiden SD gleich 0 sind; Bei mehrfachem Testen ist wegen Kumulierung des Alphafehlers eine Bonferroni-Adjustierung notwendig. Demzufolge weist hier ein *p*-Wert von $0,05 / 48 \leq 0,001$ auf signifikante Länderunterschiede hin.

Tabelle A.9: Zufriedenheit mit der Stadtinfrastruktur: Länderunterschiede.

Bedingungen/ Einrichtungen – ZUFRIEDEN		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		<i>F</i>	Signifikanz	<i>T</i>	<i>df</i>	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
		Untere	Obere	Untere	Obere	Untere	Obere	Untere	Obere	Untere
Haltestelle	Varianzen sind gleich	7,305	,008	4,683	171	,000	,57729	,12329	,33394	,82065
	Varianzen sind nicht gleich			4,831	149,970	,000	,57729	,11950	,34118	,81341
Niederflurbusse	Varianzen sind gleich	1,070	,302	3,897	166	,000	,55952	,14357	,27607	,84298
	Varianzen sind nicht gleich			3,897	165,533	,000	,55952	,14357	,27607	,84298
Anbindung	Varianzen sind gleich	16,368	,000	4,348	167	,000	,44529	,10241	,64747	,24310
	Varianzen sind nicht gleich			4,271	132,952	,000	,44529	,10427	,65152	,23905
Fußgängerwege	Varianzen sind gleich	15,344	,000	8,626	200	,000	1,16353	,13489	,89753	1,42952
	Varianzen sind nicht gleich			8,605	187,028	,000	1,16353	,13522	,89677	1,43028
Wege für Behinderte	Varianzen sind gleich	6,187	,014	7,104	171	,000	,78749	,11085	,56869	1,00629
	Varianzen sind nicht gleich			7,111	166,849	,000	,78749	,11074	,56886	1,00612
Sitzmöglichkeiten	Varianzen sind gleich	,344	,558	5,563	182	,000	,80638	,14496	,52037	1,09240
	Varianzen sind nicht gleich			5,573	181,749	,000	,80638	,14470	,52087	1,09190
Seniorentaxi	Varianzen sind gleich	5,611	,022	3,395	48	,001	,90789	,26741	,37024	1,44555
	Varianzen sind nicht gleich			4,675	37,466	,000	,90789	,19419	,51460	1,30119
Fahrradwege	Varianzen sind gleich	1,610	,214	4,846	31	,000	1,11111	,22928	,64349	1,57873
	Varianzen sind nicht gleich			4,784	7,301	,002	1,11111	,23225	,56648	1,65574
Seniorenticket	Varianzen sind gleich	37,597	,000	-3,138	119	,002	-,20455	,06519	-,33362	-,07547
	Varianzen sind nicht gleich			-2,457	39,781	,018	-,20455	,08324	-,37281	-,03629

Parkplatzmöglichkeiten	Varianzen sind gleich	13,079	,001	,099	72	,922	,01786	,18058	-,34213	,37784
	Varianzen sind nicht gleich			,107	65,175	,915	,01786	,16724	-,31612	,35184
Einkaufsmöglichkeiten 1	Varianzen sind gleich	10,323	,002	-,008	197	,994	-,00121	,15422	-,30535	,30293
	Varianzen sind nicht gleich			-,008	186,467	,994	-,00121	,15440	-,30581	,30339
Einkaufsmöglichkeiten 2	Varianzen sind gleich	4,368	,038	-1,307	182	,193	-,19787	,15138	-,49656	,10081
	Varianzen sind nicht gleich			-1,301	169,264	,195	-,19787	,15215	-,49822	,10248
Ämter	Varianzen sind gleich	2,767	,099	1,800	105	,075	,25750	,14305	-,02614	,54114
	Varianzen sind nicht gleich			1,813	59,591	,075	,25750	,14202	-,02663	,54163
Banken	Varianzen sind gleich	2,067	,153	2,677	131	,008	,36467	,13623	,09518	,63416
	Varianzen sind nicht gleich			2,730	115,845	,007	,36467	,13358	,10009	,62925
Post	Varianzen sind gleich	64,731	,000	-6,449	167	,000	-,96215	,14920	-1,25671	-,66760
	Varianzen sind nicht gleich			-6,553	134,753	,000	-,96215	,14682	-1,25252	-,67179
Apotheke	Varianzen sind gleich	1,473	,227	2,911	165	,004	,37069	,12733	,11929	,62209
	Varianzen sind nicht gleich			2,908	162,902	,004	,37069	,12748	,11896	,62242
Frisör	Varianzen sind gleich	,883	,349	1,134	165	,259	,12642	,11151	-,09376	,34659
	Varianzen sind nicht gleich			1,130	154,851	,260	,12642	,11184	-,09451	,34735

Anmerkung: Bei mehrfachem Testen ist wegen Kumulierung des Alphafehlers eine Bonferroni-Adjustierung notwendig. Demzufolge weist hier ein p -Wert von 0,001 auf signifikante Länderunterschiede hin. Kodierung der Gruppen: Mannheim 1, Danzig 2. Positive Werte für den T-Test sprechen zugunsten der deutschen und negative Werte zugunsten der polnischen Stichprobe; Einkaufsmöglichkeiten 1: Einkaufsmöglichkeiten für den täglichen Bedarf; Einkaufsmöglichkeiten 2: Einkaufsmöglichkeiten für den mittelfristigen Bedarf.

Tabelle A.10: Zufriedenheit mit der Infrastruktur von Kultur-, Freizeit- und Bildungsangeboten: Länderunterschiede.

Bedingungen/ Einrichtungen - ZUFRIEDEN		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
				Untere	Obere		Untere	Obere	Untere	Obere
kulturelle Einrichtungen	Varianzen sind gleich	25,200	,000	3,160	122	,002	,55625	,17604	,20775	,90475
	Varianzen sind nicht gleich			3,120	101,547	,002	,55625	,17828	,20261	,90989
Café	Varianzen sind gleich	,201	,654	6,592	130	,000	1,06667	,16181	,74654	1,38680
	Varianzen sind nicht gleich			6,561	123,209	,000	1,06667	,16257	,74487	1,38847
Park	Varianzen sind gleich	5,820	,017	3,590	182	,000	,41135	,11459	,18526	,63744
	Varianzen sind nicht gleich			3,604	178,752	,000	,41135	,11414	,18611	,63659
Seniorentreff	Varianzen sind gleich	5,109	,027	4,377	75	,000	1,00000	,22846	,54488	1,45512
	Varianzen sind nicht gleich			4,601	74,668	,000	1,00000	,21733	,56702	1,43298
Sportzentrum	Varianzen sind gleich	,728	,398	2,866	46	,006	,88889	,31014	,26460	1,51318
	Varianzen sind nicht gleich			3,024	41,873	,004	,88889	,29395	,29563	1,48215
Kirche	Varianzen sind gleich	2,976	,089	,799	70	,427	,15000	,18765	-,22427	,52427
	Varianzen sind nicht gleich			,981	20,165	,338	,15000	,15288	-,16874	,46874
Bildungsmöglichkeiten	Varianzen sind gleich	19,102	,000	7,464	26	,000	2,00000	,26795	1,44923	2,55077
	Varianzen sind nicht gleich			5,477	9,000	,000	2,00000	,36515	1,17398	2,82602
Ehrenamt	Varianzen sind gleich	8,974	,020	-,816	45	,441	-,66667	,81650	-2,59737	1,26404
	Varianzen sind nicht gleich			-1,195	5,000	,286	-,66667	,55777	-2,10047	,76714
Beratungsstellen	Varianzen sind gleich	17,996	,000	17,104	71	,000	2,38621	,13951	2,10803	2,66438
	Varianzen sind nicht gleich			19,054	25,499	,000	2,38621	,12524	2,12853	2,64388

Anmerkung: Bei mehrfachem Testen ist wegen Kumulierung des Alphafehlers eine Bonferroni-Adjustierung notwendig. Demzufolge weist hier ein p -Wert von 0,001 auf signifikante Länderunterschiede hin. Kodierung der Gruppen: Mannheim 1, Danzig 2. Positive Werte für den T -Test sprechen zugunsten der deutschen und negative Werte zugunsten der polnischen Stichprobe.

Tabelle A.11: Zufriedenheit mit der Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote: Länderunterschiede.

Leistungen/ Einrichtungen - ZUFRIEDEN		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Obere	Untere
Essen auf Räder	Varianzen sind gleich	,074	,786	13,070	78	,000	1,70202	,13023	1,44276	1,96128
	Varianzen sind nicht gleich			13,409	77,766	,000	1,70202	,12693	1,44931	1,95473
Seniorentisch	Varianzen sind gleich	1,896	,173	6,457	63	,000	1,27619	,19764	,88124	1,67114
	Varianzen sind nicht gleich			6,520	62,937	,000	1,27619	,19573	,88505	1,66733
Haushaltshilfe	Varianzen sind gleich	,589	,444	11,939	134	,000	1,42412	,11928	1,18820	1,66004
	Varianzen sind nicht gleich			12,042	116,837	,000	1,42412	,11826	1,18990	1,65833
Ambulante Pflegedienste	Varianzen sind gleich	1,514	,221	3,672	130	,000	,54101	,14735	,24949	,83253
	Varianzen sind nicht gleich			3,570	106,657	,001	,54101	,15154	,24058	,84143
Hausnotruf	Varianzen sind gleich	3,945	,051	11,840	78	,000	1,69794	,14341	1,41243	1,98344
	Varianzen sind nicht gleich			11,902	76,094	,000	1,69794	,14266	1,41381	1,98206
Allgemeinmediziner	Varianzen sind gleich	10,263	,002	,913	199	,362	,13512	,14800	-,15672	,42696
	Varianzen sind nicht gleich			,917	198,993	,360	,13512	,14736	-,15547	,42571
Fachärzte	Varianzen sind gleich	3,962	,048	3,171	199	,002	,43274	,13647	,16362	,70186
	Varianzen sind nicht gleich			3,192	198,279	,002	,43274	,13556	,16542	,70006
Geriatrische Ambulanz	Varianzen sind gleich	1,479	,228	4,721	67	,000	,85517	,18112	,49365	1,21670
	Varianzen sind nicht gleich			4,595	54,034	,000	,85517	,18612	,48202	1,22832
Hospizdienst	Varianzen sind gleich	5,423	,026	2,383	36	,023	,62778	,26339	,09359	1,16197
	Varianzen sind nicht gleich			2,321	26,816	,028	,62778	,27047	,07264	1,18292
Besuchsdienste	Varianzen sind gleich	6,080	,023	3,082	19	,006	,77778	,25234	,24961	1,30594
	Varianzen sind nicht gleich			7,714	17,000	,000	,77778	,10083	,56504	,99051

Selbsthilfe/ Nachbarschaftshilfe	Varianzen sind gleich	8,907	,004	5,896	80	,000	1,22308	,20744	,81026	1,63590
	Varianzen sind nicht gleich			5,645	53,039	,000	1,22308	,21665	,78853	1,65762
Alten- /Pflegeheime	Varianzen sind gleich	7,778	,006	2,447	87	,016	,46154	,18863	,08661	,83647
	Varianzen sind nicht gleich			2,523	84,770	,013	,46154	,18291	,09785	,82523
Kurzzeitpflege	Varianzen sind gleich	1,173	,284	5,796	51	,000	1,07018	,18465	,69947	1,44088
	Varianzen sind nicht gleich			6,537	33,847	,000	1,07018	,16372	,73740	1,40295
Tagespflege	Varianzen sind gleich	4,122	,048	1,260	45	,214	,32381	,25696	-,19374	,84136
	Varianzen sind nicht gleich			,987	13,772	,341	,32381	,32807	-,38092	1,02854
Wohnen mit Services	Varianzen sind gleich	81,530	,000	2,082	30	,046	,95652	,45940	,01830	1,89474
	Varianzen sind nicht gleich			3,362	22,000	,003	,95652	,28450	,36650	1,54654
Geriatrische Kliniken	Varianzen sind gleich	1,755	,194	6,209	36	,000	1,91667	,30870	1,29060	2,54273
	Varianzen sind nicht gleich			6,638	12,132	,000	1,91667	,28876	1,28827	2,54506
Hospize	Varianzen sind gleich	1,237	,277	,602	25	,553	,11111	,18459	-,26906	,49128
	Varianzen sind nicht gleich			,570	14,043	,577	,11111	,19479	-,30656	,52878
Krankenhäuser	Varianzen sind gleich	2,602	,108	,506	182	,613	,05197	,10269	-,15065	,25459
	Varianzen sind nicht gleich			,511	181,974	,610	,05197	,10174	-,14877	,25271

Anmerkung: Bei mehrfachem Testen ist wegen Kumulierung des Alphafehlers eine Bonferroni-Adjustierung notwendig. Demzufolge weist hier ein p -Wert von 0,001 auf signifikante Länderunterschiede hin. Kodierung der Gruppen: Mannheim 1, Danzig 2. Positive Werte für den T-Test sprechen zugunsten der deutschen und negative Werte zugunsten der polnischen Stichprobe.

Tabelle A.12: Korrelationen zwischen dem Wohlbefinden und den infrastrukturellen Ressourcen: Gesamt und nach Ländern.

Variablen	Gesamtes Sample (N = 207)						Mannheim (N = 105)						Danzig (N = 102)					
	PA		NA		LZ		PA		NA		LZ		PA		NA		LZ	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
INFRASTRUKTURELLE RESSOURCEN																		
Stadinfrastruktur																		
Mobilität und Verkehr (V)	,11	,224	,10	,172	,09	,181	-,06	,579	,04	,666	-,19	,056	,12	,230	,05	,631	,07	,512
Mobilität und Verkehr (W)	,15*	,027	-,18**	,000	,23**	,001	,19	,058	-,10	,320	,14	,171	,14	,162	-,28**	,004	,35**	,000
Mobilität und Verkehr (Z)	,30**	,000	-,08	,285	,36**	,000	,20*	,040	-,33**	,001	,37**	,000	,24*	,013	,05	,614	,28**	,004
Mobilität und Verkehr (Ü)	,29**	,000	-,02	,820	,24**	,000	,17	,079	-,04	,721	,01	,907	,28**	,005	-,06	,530	,34**	,001
Täglicher und mittelfristiger Bedarf (V)	-,04	,526	,05	,515	-,03	,585	-,11	,283	,05	,598	-,13	,177	,22*	,031	,10	,334	,24*	,017
Täglicher und mittelfristiger Bedarf (W)	,03	,726	-,03	,656	-,00	,989	-,01	,920	,01	,889	-,19	,058	,15	,143	-,06	,550	,27**	,006
Täglicher und mittelfristiger Bedarf (Z)	,07	,314	-,01	,880	,08	,249	-,26**	,008	,15	,132	-,17	,083	,46**	,000	-,21*	,036	,37**	,000
Täglicher und mittelfristiger Bedarf (Ü)	-,05	,459	-,04	,544	-,11	,119	-,12	,244	,03	,800	-,30**	,002	,22*	,026	-,09	,393	,28**	,004
Infrastruktur Kultur-, Freizeit- und Bildungsangebote																		
Freizeit und Kultur (V)	,23**	,001	,23**	,001	,21**	,003	-,13	,177	,30**	,002	,13	,185	,25*	,011	,19	,056	,16	,112
Freizeit und Kultur (W)	,46**	,000	-,35**	,000	,32**	,000	,42**	,000	-,28**	,004	,24*	,013	,48**	,000	-,44**	,000	,39**	,000
Freizeit und Kultur (Z)	-,01	,852	,26**	,000	,04	,542	-,06	,530	,10	,313	,05	,639	,09	,345	,35**	,000	-,05	,608
Freizeit und Kultur (Ü)	,35**	,000	,02	,818	,18**	,008	,31**	,001	-,05	,630	,16	,095	,27**	,006	,02	,871	,11	,259
Bildung und Ehrenamt (V)	,14	,051	,25**	,000	,03	,684	-,24*	,013	,40**	,000	-,18	,109	,18	,069	,07	,478	,17	,086
Bildung und Ehrenamt (W)	,15*	,032	-,04	,583	,17*	,017	,05	,632	,01	,945	,25*	,012	,16*	,040	-,17	,098	-,02	,865
Bildung und Ehrenamt (Z)	,20	,236	,21	,212	,24	,155	-,42	,059	-,24	,245	-,32	,154	,16	,224	-,03	,920	,14	,269
Bildung und Ehrenamt (Ü)	-,03	,625	,05	,445	,04	,577	-,10	,301	,15	,133	-,06	,564	-,05	,643	-,14	,151	,13	,212
Fachberatung (V)	,27**	,000	,13	,061	,17*	,014	n.b.	-	n.b.	-	n.b.	-	,19	,065	,12	,245	,09	,402
Fachberatung (W)	-,19**	,007	-,05	,470	-,09	,218	-,22*	,027	,08	,397	-,13	,182	-,02	,828	-,10	,336	,05	,601
Fachberatung (Z)	,05	,693	,18	,279	,07	,540	-,18	,511	,33	,227	-,23	,404	,21	,111	-,35**	,007	,17	,200
Fachberatung (Ü)	,08	,240	,13	,055	,04	,567	,22	,127	,08	,397	-,13	,182	-,02	,854	,10	,316	-,06	,528
Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote																		
Ambulante Altenhilfe (V)	,24**	,001	,04	,548	,16*	,023	-,03	,762	-,17	,087	,06	,530	,18	,076	,04	,669	,00	,989
Ambulante Altenhilfe (W)	-,06	,467	,03	,663	,04	,599	-,34**	,000	,10	,296	-,06	,553	-,07	,511	-,05	,617	,08	,445
Ambulante Altenhilfe (Z)	,33**	,000	-,09	,214	,33**	,000	,15	,137	-,09	,360	,32**	,001	,32**	,001	-,27**	,008	,26**	,009
Ambulante Altenhilfe (Ü)	,23**	,001	-,03	,687	,21**	,002	-,29**	,003	,05	,650	-,12	,225	,46**	,000	-,16	,103	,20*	,044
Hauswirtschaftliche Dienstleist. (V)	,13	,056	,15*	,030	,05	,495	-,14	,153	,11	,277	-,21	,031	-,30**	,003	,21*	,041	-,29**	,003
Hauswirtschaftliche Dienstleist. (W)	-,13	,064	,14*	,045	,01	,923	-,14	,154	,03	,769	,06	,542	-,26*	,010	,21*	,040	-,12	,232
Hauswirtschaftliche Dienstleistungen (Z)	,26**	,002	-,02	,822	,26**	,002	,03	,769	,01	,909	-,07	,512	,03	,852	-,13	,375	,25	,061

Hauswirtschaftliche Dienstleistungen (Ü)	,13	,062	,08	,276	,14*	,045	-,08	,445	,00	,997	,11	,263	-,09	,398	,03	,802	-,13	,201
Soziale Kontakt-dienstleistungen (V)	,00	,966	-,06	,423	-,05	,477	-,10	,311	-,17	,091	-,08	,447	,06	,530	,08	,446	-,11	,287
Soziale Kontakt-dienstleistungen (W)	-,36**	,000	,16*	,027	-,23**	,001	-,28**	,004	,10	,297	-,17	,074	-,37**	,000	,24*	,016	-,21*	,036
Soziale Kontakt-dienstleistungen (Z)	,45**	,000	-,27*	,014	,33**	,003	,29	,121	-,66**	,000	,36*	,048	,51**	,000	-,37**	,007	,33*	,017
Soziale Kontakt-dienstleistungen (Ü)	,08	,241	-,10	,168	-,04	,570	-,01	,892	-,23*	,016	-,04	,693	,12	,227	,03	,767	-,10	,329
Ärztliche und pflegerische Dienstleistungen (V)	,31**	,000	-,05	,523	,25**	,000	,09	,347	-,24*	,012	,26**	,007	,28**	,004	-,04	,726	,11	,258
Ärztliche und pflegerische Dienstleistungen (W)	,04	,547	-,14*	,040	,16*	,028	-,25*	,010	,08	,082	-,05	,592	,25*	,012	-,35**	,000	,30**	,003
Ärztliche und pflegerische Dienstleistungen (Z)	,19**	,007	,02	,825	,33**	,003	,07	,468	,03	,752	,31**	,001	,18	,081	-,09	,376	,07	,501
Ärztliche und pflegerische Dienstleistungen (Ü)	,31**	,000	-,11	,133	,29**	,000	-,05	,653	-,10	,299	,25**	,009	,46**	,000	-,21*	,037	,24*	,016
Stationäre & teilstationäre Altenhilfe (V)	,25**	,000	,09	,184	,18*	,008	n.b.	-	n.b.	-	n.b.	-	n.b.	-	n.b.	-	n.b.	-
Stationäre & teilstationäre Altenhilfe (W)	,39**	,000	-,23**	,001	,17*	,014	,55**	,000	-,25*	,011	,04	,695	,22*	,030	-,23*	,026	,29**	,004
Stationäre & teilstationäre Altenhilfe (Z)	,17*	,015	-,01	,844	,12	,094	,13	,193	-,02	,851	,23*	,020	,12	,257	-,06	,598	-,05	,612
Stationäre & teilstationäre Altenhilfe (Ü)	,48**	,000	-,19	,086	,20**	,005	,57**	,000	-,27**	,006	,14	,149	,20*	,048	-,12	,230	,12	,292

Tabelle A.15: Ergebnisse des SGM für den positiven Affekt – Gesamtstichprobe.*Estimates (Group number 1 - Default model)**Scalar Estimates (Group number 1 - Default model)**Maximum Likelihood Estimates**Regression Weights: (Group number 1 - Default model)*

		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
PA	<--- INDIV	8,548	2,036	4,199	***	
PA	<--- INFRA	1,405	,250	5,616	***	
PA_1	<--- PA	1,000				
PA_2	<--- PA	,788	,081	9,782	***	
DEPR_r	<--- INDIV	7,313	1,573	4,648	***	
KREISE	<--- INDIV	7,985	1,817	4,395	***	
phrt_r	<--- INDIV	1,633	,427	3,824	***	
SocSch	<--- INDIV	1,000				
STAZ_diff	<--- INFRA	1,000				
FREI_diff	<--- INFRA	,578	,102	5,657	***	
MOBIL_diff	<--- INFRA	1,134	,202	5,604	***	

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

		Estimate
PA	<--- INDIV	,624
PA	<--- INFRA	,481
PA_1	<--- PA	,800
PA_2	<--- PA	,709
DEPR_r	<--- INDIV	,821
KREISE	<--- INDIV	,598
phrt_r	<--- INDIV	,424
SocSch	<--- INDIV	,360
STAZ_diff	<--- INFRA	,744
FREI_diff	<--- INFRA	,499
MOBIL_diff	<--- INFRA	,498

Covariances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
INDIV <--> INFRA	,087	,034	2,554	,011	

Correlations: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
INDIV <--> INFRA	,313
e1 <--> e11	,246

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
INDIV	,049	,020	2,424	,015	
INFRA	1,572	,325	4,837	***	
d1	,419	,805	,520	,603	
e8	5,178	,857	6,043	***	
e9	5,649	,702	8,050	***	
e4	1,263	,280	4,505	***	
e3	5,600	,650	8,609	***	
e2	,596	,062	9,577	***	
e1	,330	,034	9,765	***	

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
e12	1,265	,242	5,229	***	
e11	1,581	,178	8,896	***	
e10	6,119	,687	8,908	***	

Tabelle A.16: Ergebnisse des SGM für den positiven Affekt – Danzig.

Estimates (Group Danzig - Default model)

Scalar Estimates (Group Danzig - Default model)

Maximum Likelihood Estimates

Regression Weights: (Group Danzig - Default model)

		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
PA	<--- INDIV	6,969	1,631	4,273	***	
PA	<--- INFRA	1,198	,323	4,150	,019	
PA_1	<--- PA	1,000				
PA_2	<--- PA	,942	,119	7,897	***	
DEPR_r	<--- INDIV	4,691	,866	5,418	***	
KREISE	<--- INDIV	1,396	,413	3,383	***	
phrt_r	<--- INDIV	,640	,264	2,425	,015	
SocSch	<--- INDIV	1,000				
STAZ_diff	<--- INFRA	1,000				
FREI_diff	<--- INFRA	1,333	,615	2,168	,030	
MOBIL_diff	<--- INFRA	5,098	1,916	2,661	,008	

Standardized Regression Weights: (Group Danzig - Default model)

		Estimate
PA	<--- INDIV	,619
PA	<--- INFRA	,509
PA_1	<--- PA	,814
PA_2	<--- PA	,777
DEPR_r	<--- INDIV	,919
KREISE	<--- INDIV	,395
phrt_r	<--- INDIV	,269
SocSch	<--- INDIV	,544
STAZ_diff	<--- INFRA	,445
FREI_diff	<--- INFRA	,347
MOBIL_diff	<--- INFRA	,609

Covariances: (Group Danzig - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
INDIV <--> INFRA	,080	,033	2,415	,016	

Correlations: (Group Danzig - Default model)

	Estimate
INDIV <--> INFRA	,402

Variances: (Group Danzig - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
INDIV	,128	,046	2,787	,005	
INFRA	,135	,078	1,731	,083	
d1	1,278	,896	1,427	,154	
e8	3,939	,878	4,486	***	

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
e9	4,507	,876	5,145	***	
e4	,520	,296	1,756	,079	
e3	1,352	,195	6,934	***	
e2	,673	,096	7,037	***	
e1	,304	,046	6,682	***	
e12	,549	,094	5,859	***	
e11	1,758	,273	6,431	***	
e10	5,964	1,496	3,986	***	

Tabelle A.17: Ergebnisse des SGM für den positiven Affekt – Mannheim.

Estimates (Group number 1 - Default model)

Scalar Estimates (Group number 1 - Default model)

Maximum Likelihood Estimates

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
PA	<--- INDIV	6,969	1,631	4,273	***	
PA	<--- INFRA	1,198	,323	3,150	,041	
PA_1	<--- PA	1,000				
PA_2	<--- PA	,942	,119	7,897	***	
DEPR_r	<--- INDIV	4,691	,866	5,418	***	
KREISE	<--- INDIV	1,396	,413	3,383	***	
phrt_r	<--- INDIV	,640	,264	2,425	,015	
SocSch	<--- INDIV	1,000				
STAZ_diff	<--- INFRA	1,000				
FREI_diff	<--- INFRA	1,333	,615	2,168	,030	
MOBIL_diff	<--- INFRA	5,098	1,916	2,661	,008	

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

		Estimate
PA	<--- INDIV	,619
PA	<--- INFRA	,509
PA_1	<--- PA	,814
PA_2	<--- PA	,777
DEPR_r	<--- INDIV	,789
KREISE	<--- INDIV	,395
phrt_r	<--- INDIV	,269
SocSch	<--- INDIV	,544
STAZ_diff	<--- INFRA	,445
FREI_diff	<--- INFRA	,347
MOBIL_diff	<--- INFRA	,609

Covariances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
INDIV <--> INFRA	,080	,033	2,415	,016	

Correlations: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
INDIV <--> INFRA	,402

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
INDIV	,128	,046	2,787	,005	
INFRA	,135	,078	1,731	,083	
d1	1,278	,896	1,427	,154	
e8	3,939	,878	4,486	***	
e9	4,507	,876	5,145	***	
e4	,520	,296	1,756	,079	
e3	1,352	,195	6,934	***	
e2	,673	,096	7,037	***	
e1	,304	,046	6,682	***	
e12	,549	,094	5,859	***	
e11	1,758	,273	6,431	***	
e10	5,964	1,496	3,986	***	

Tabelle A.18: Ergebnisse des SGM für den negativen Affekt – Gesamtstichprobe.**Estimates (Group number 1 - Default model)****Scalar Estimates (Group number 1 - Default model)****Maximum Likelihood Estimates****Regression Weights: (Group number 1 - Default model)**

		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
PA	<--- INDIV	-12,563	3,222	-3,899	***	
PA	<--- INFRA	-2,198	,247	4,801	,038	
PA	<--- age	-,444	,074	-5,967	***	
NA_1	<--- PA	1,000				
NA_2	<--- PA	,432	,087	4,967	***	
DEPR_r	<--- INDIV	8,775	2,195	3,998	***	
KREISE	<--- INDIV	9,669	2,510	3,852	***	
phrt_r	<--- INDIV	1,889	,554	3,412	***	
SocSch	<--- INDIV	1,000				
STAZ_diff	<--- INFRA	1,000				
FREI_diff	<--- INFRA	,690	,155	4,460	***	
MOBIL_diff	<--- INFRA	1,551	,345	4,494	***	

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

		Estimate
PA	<--- INDIV	-,539
PA	<--- INFRA	-,467
PA	<--- age	-,340
NA_1	<--- PA	,919
NA_2	<--- PA	,444
DEPR_r	<--- INDIV	,837
KREISE	<--- INDIV	,616
phrt_r	<--- INDIV	,417
SocSch	<--- INDIV	,304
STAZ_diff	<--- INFRA	,644
FREI_diff	<--- INFRA	,517
MOBIL_diff	<--- INFRA	,590

Covariances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
INDIV <--> INFRA	,068	,028	2,404	,016	
e1 <--> e11	,185	,057	3,247	,001	

Correlations: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
INDIV <--> INFRA	,334
e1 <--> e11	,253

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
INDIV	,035	,017	2,052	,040	
INFRA	1,177	,337	3,489	***	
age	5,985	,590	10,149	***	
d1	3,748	1,674	2,240	,025	
e8	1,885	1,579	1,194	,233	
e9	7,739	,816	9,478	***	
e4	1,160	,277	4,190	***	
e3	5,418	,635	8,538	***	
e2	,601	,062	9,636	***	
e1	,346	,035	9,906	***	
e12	1,660	,299	5,561	***	
e11	1,536	,196	7,832	***	
e10	5,309	,803	6,615	***	

Tabelle A.19: Ergebnisse des SGM für den negativen Affekt – Danzig.**Estimates (Group number 1 - Default model)****Scalar Estimates (Group number 1 - Default model)****Maximum Likelihood Estimates****Regression Weights: (Group number 1 - Default model)**

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
PA <--- INDIV	-10,965	4,664	-2,137	,033	
PA <--- INFRA	,755	,798	,945	,344	
PA <--- age	-,264	,099	-2,664	,008	
NA_1 <--- PA	1,000				
NA_2 <--- PA	,704	,171	4,119	***	
KREISE <--- INDIV	7,311	1,932	3,785	***	
phrt_r <--- INDIV	,553	,346	1,601	,109	
SocSch <--- INDIV	1,000				
AMBUL_diff <--- INFRA	1,000				
FREI_diff <--- INFRA	,575	,220	2,610	,009	
MOBIL_diff <--- INFRA	,730	,457	1,598	,110	

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
PA <--- INDIV	-,579
PA <--- INFRA	,425
PA <--- age	-,252
NA_1 <--- PA	,863
NA_2 <--- PA	,577

	Estimate
KREISE <--- INDIV	,654
phrt_r <--- INDIV	,184
SocSch <--- INDIV	,430
AMBUL_diff <--- INFRA	,939
FREI_diff <--- INFRA	,609
MOBIL_diff <--- INFRA	,355

Covariances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
INDIV <--> INFRA	,249	,082	3,026	,002	

Correlations: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
INDIV <--> INFRA	,588

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
INDIV	,080	,041	1,962	,050	
INFRA	2,243	1,348	1,664	,096	
age	6,494	,914	7,106	***	
d1	1,175	2,489	,472	,637	
e8	2,430	1,501	1,619	,105	
e9	7,046	1,228	5,738	***	
e3	5,706	1,327	4,300	***	
e2	,701	,099	7,055	***	
e1	,352	,054	6,573	***	
e12	,299	1,301	,230	,818	
e11	1,258	,558	2,256	,024	
e10	8,288	1,336	6,202	***	

Tabelle A.20: Ergebnisse des SGM für die Lebenszufriedenheit – Gesamtstichprobe.

Estimates (Group number 1 - Default model)

Scalar Estimates (Group number 1 - Default model)

Maximum Likelihood Estimates

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
PA <--- INDIV	2,016	,437	4,609	***	
PA <--- INFRA	,119	,059	2,000	,045	
h_1.1 <--- PA	1,000				
DEPR_r <--- INDIV	6,900	1,360	5,074	***	
KREISE <--- INDIV	7,037	1,503	4,681	***	
phrt_r <--- INDIV	1,390	,356	3,901	***	
SocSch <--- INDIV	1,000				
STAZ_diff <--- INFRA	1,000				
MOBIL_diff <--- INFRA	1,573	,331	4,756	***	
FREI_diff <--- INFRA	,836	,175	4,787	***	
h_1.3 <--- PA	,390	,057	6,799	***	

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

		Estimate
PA	<--- INDIV	,608
PA	<--- INFRA	,223
h_1.1	<--- PA	,637
DEPR_r	<--- INDIV	,849
KREISE	<--- INDIV	,577
phrt_r	<--- INDIV	,395
SocSch	<--- INDIV	,392
STAZ_diff	<--- INFRA	,609
MOBIL_diff	<--- INFRA	,565
FREI_diff	<--- INFRA	,588
h_1.3	<--- PA	,575

Covariances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
INDIV <--> INFRA	,088	,032	2,741	,006	

Correlations: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
INDIV <--> INFRA	,353

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
INDIV	,059	,022	2,646	,008	
INFRA	1,051	,300	3,499	***	
d1	,002	,044	,054	,957	
e8	,437	,060	7,335	***	
e4	1,086	,279	3,896	***	
e3	5,815	,654	8,892	***	
e2	,613	,063	9,716	***	
e1	,323	,033	9,724	***	
e12	1,786	,272	6,567	***	
e11	5,542	,759	7,305	***	
e10	1,386	,200	6,920	***	
e13	,092	,011	8,343	***	

Tabelle A.21: Ergebnisse des SGM für die Lebenszufriedenheit – Mannheim.**Estimates (Group number 1 - Default model)****Scalar Estimates (Group number 1 - Default model)****Maximum Likelihood Estimates****Regression Weights: (Group number 1 - Default model)**

		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
PA	<--- INDIV	3,576	1,656	2,159	,031	
PA	<--- INFRA	,277	,130	2,140	,032	
h_1.1	<--- PA	1,000				
DEPR_r	<--- INDIV	9,475	4,117	2,301	,021	
KREISE	<--- INDIV	5,250	2,409	2,179	,029	
phrt_r	<--- INDIV	2,679	1,222	2,191	,028	
SocSch	<--- INDIV	1,000				

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
STAZ_diff <--- INFRA	1,000				
VERS_diff <--- INFRA	,891	,414	2,153	,031	
FREI_diff <--- INFRA	1,260	,440	2,862	,004	
h_1.3 <--- PA	,232	,054	4,267	***	

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
PA <--- INDIV	,695
PA <--- INFRA	,338
h_1.1 <--- PA	,770
DEPR_r <--- INDIV	,696
KREISE <--- INDIV	,505
phrt_r <--- INDIV	,487
SocSch <--- INDIV	,265
STAZ_diff <--- INFRA	,454
VERS_diff <--- INFRA	,268
FREI_diff <--- INFRA	,779
h_1.3 <--- PA	,499

Covariances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
INDIV <--> INFRA	,049	,034	1,469	,142	
e1 <--> e10	,269	,070	3,865	***	

Correlations: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
INDIV <--> INFRA	,390
e1 <--> e10	,574

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
INDIV	,023	,019	1,196	,232	
INFRA	,696	,353	1,969	,049	
d1	,021	,103	,203	,839	
e8	,321	,103	3,119	,002	
e4	2,207	,481	4,591	***	
e3	1,864	,294	6,339	***	
e2	,534	,083	6,423	***	
e1	,307	,044	7,026	***	
e12	2,683	,433	6,193	***	
e11	7,125	1,019	6,993	***	
e10	,714	,352	2,026	,043	
e13	,076	,012	6,519	***	

Tabelle A.22: Ergebnisse des SGM für die Lebenszufriedenheit – Danzig.

Estimates (Group number 1 - Default model)

Scalar Estimates (Group number 1 - Default model)

Maximum Likelihood Estimates

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
PA	<--- INDIV	2,003	,971	1,995	,019	
PA	<--- INFRA	,263	,296	,889	,374	
h_1.1	<--- PA	1,000				
KREISE	<--- INDIV	5,780	1,244	4,646	***	
phrt_r	<--- INDIV	,661	,273	2,419	,016	
SocSch	<--- INDIV	1,000				
AMBUL_diff	<--- INFRA	1,000				
FREI_diff	<--- INFRA	,546	,222	2,463	,014	
MOBIL_diff	<--- INFRA	,731	,286	2,562	,010	
h_1.3	<--- PA	,511	,090	5,667	***	
DEPR_r	<--- INDIV	5,216	,956	5,455	***	

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

		Estimate
PA	<--- INDIV	,486
PA	<--- INFRA	,276
h_1.1	<--- PA	,600
KREISE	<--- INDIV	,619
phrt_r	<--- INDIV	,263
SocSch	<--- INDIV	,513
AMBUL_diff	<--- INFRA	,325
FREI_diff	<--- INFRA	,200
MOBIL_diff	<--- INFRA	,211
h_1.3	<--- PA	,614
DEPR_r	<--- INDIV	,967

Covariances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
INDIV <--> INFRA	,249	,081	3,049	,002	

Correlations: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
INDIV <--> INFRA	,501

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
INDIV	,114	,043	2,674	,007	
INFRA	,268	,268	1,002	,316	
d1	,119	,052	3,364	***	
e8	,434	,073	5,962	***	
e3	6,149	,916	6,716	***	
e2	,675	,095	7,074	***	
e1	,321	,047	6,909	***	
e12	2,266	,383	5,915	***	
e11	1,919	,275	6,968	***	
e10	3,071	,444	6,918	***	
e13	,105	,018	5,830	***	
e4	,219	,219	1,003	,316	

Tabelle A.23: Multiple Regressionsanalysen zur Bedeutung der Dreifachinteraktion zwischen individuellen Ressourcen, infrastrukturellen Ressourcen und Alter für den negativen Affekt: Modellzusammenfassung.

Modell	Modellzusammenfassung								
	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Änderung in R-Quadrat	Änderung in F	df1	df2	Sig. Änderung in F
1	,528 ^a	,279	,268	4,63603	,279	26,128	3	203	,000
2	,539 ^b	,291	,269	4,63142	,012	1,135	3	200	,336
3	,551 ^c	,304	,280	4,59868	,013	3,858	1	199	,079

a. Einflussvariablen : (Konstante), Alter, INDIV, INFRA

b. Einflussvariablen : (Konstante), Alter, INDIV, INFRA, alter*INDIV, alter*INFRA, INDIV*INFRA

c. Einflussvariablen : (Konstante), Alter, INDIV, INFRA, alter*INDIV, alter*INFRA, INDIV*INFRA, INDIV*INFRA*Alter

Tabelle A.24: Multiple Regressionsanalysen zur Bedeutung der Dreifachinteraktion zwischen individuellen Ressourcen, infrastrukturellen Ressourcen und Alter für den negativen Affekt: Koeffizienten.

Modell		Koeffizienten ^a									
		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten			Korrelationen			Kollinearitätsstatistik	
		<i>Regressionskoeffizient B</i>	<i>Standardfehler</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>Sig.</i>	Nullter Ordnung	Partiell	Teil	Toleranz	VIF
1	(Konstante)	22,466	,322		69,717	,000					
	Alter	-1,606	,331	-,296	-4,853	,000	-,215	-,322	-,289	,952	1,050
	INFRA	-,811	,470	-,111	-1,724	,086	-,030	-,120	-,103	,856	1,168
	INDIV	-4,374	,546	-,518	-8,006	,000	-,421	-,490	-,477	,848	1,180
2	(Konstante)	22,622	,344		65,740	,000					
	Alter	-1,725	,345	-,318	-5,001	,000	-,215	-,333	-,298	,875	1,143
	INFRA	-,879	,474	-,120	-1,854	,065	-,030	-,130	-,110	,840	1,190
	INDIV	-4,773	,597	-,566	-7,991	,000	-,421	-,492	-,476	,708	1,413
	INFRA*INDIV	-1,072	,839	-,097	-1,278	,203	,107	-,090	-,076	,616	1,624
	Alter*INDIV	-,364	,543	-,044	-,670	,503	,039	-,047	-,040	,819	1,222
	Alter*INFRA	-,592	,497	-,080	-1,191	,235	,045	-,084	-,071	,784	1,275
3	(Konstante)	22,416	,357		62,730	,000					
	Alter	-1,700	,343	-,314	-4,960	,000	-,215	-,332	-,293	,874	1,144
	INFRA	-,524	,504	-,072	-1,039	,300	-,030	-,073	-,061	,732	1,365
	INDIV	-5,081	,613	-,602	-8,282	,000	-,421	-,506	-,490	,662	1,511
	INFRA*INDIV	-,926	,837	-,084	-1,107	,270	,107	-,078	-,065	,611	1,637
	Alter*INDIV	-,295	,635	-,036	-,464	,643	,039	-,033	-,027	,590	1,694
	Alter*INFRA	-,838	,509	-,113	-1,646	,101	,045	-,116	-,097	,737	1,357
	Alter*INDIV*INFRA	-1,430	,728	-,167	-1,964	,080	-,005	-,138	-,116	,482	2,076

a. Abhängige Variable: NEGATIVER AFFEKT_Summe

Tabelle A.25: Deskriptive Charakteristika der Ressourcenindikatoren – Mannheim.

Variable	Min.	Max.	M	SD	Median	Kurtosis	Schiefe
Individuelle Ressourcen	-1,18	1,07	0,006	,559	0,0666	-,956	-,081
Infrastrukturelle Ressourcen	-1,00	1,62	0,389	,664	0,4075	-,887	-,187

Min.: Minimum; *Max.:* Maximum; *M:* Mittelwert; *SD:* Standardabweichung.

Tabelle A.26: Deskriptive Charakteristika der Ressourcenindikatoren – Danzig.

Variable	Min.	Max.	M	SD	Median	Kurtosis	Schiefe
Individuelle Ressourcen	-2,27	1,51	-0,017	,720	0,0947	,742	-,539
Infrastrukturelle Ressourcen	-1,44	0,83	-0,401	,592	-0,4790	-,859	,317

Min.: Minimum; *Max.:* Maximum; *M:* Mittelwert; *SD:* Standardabweichung.

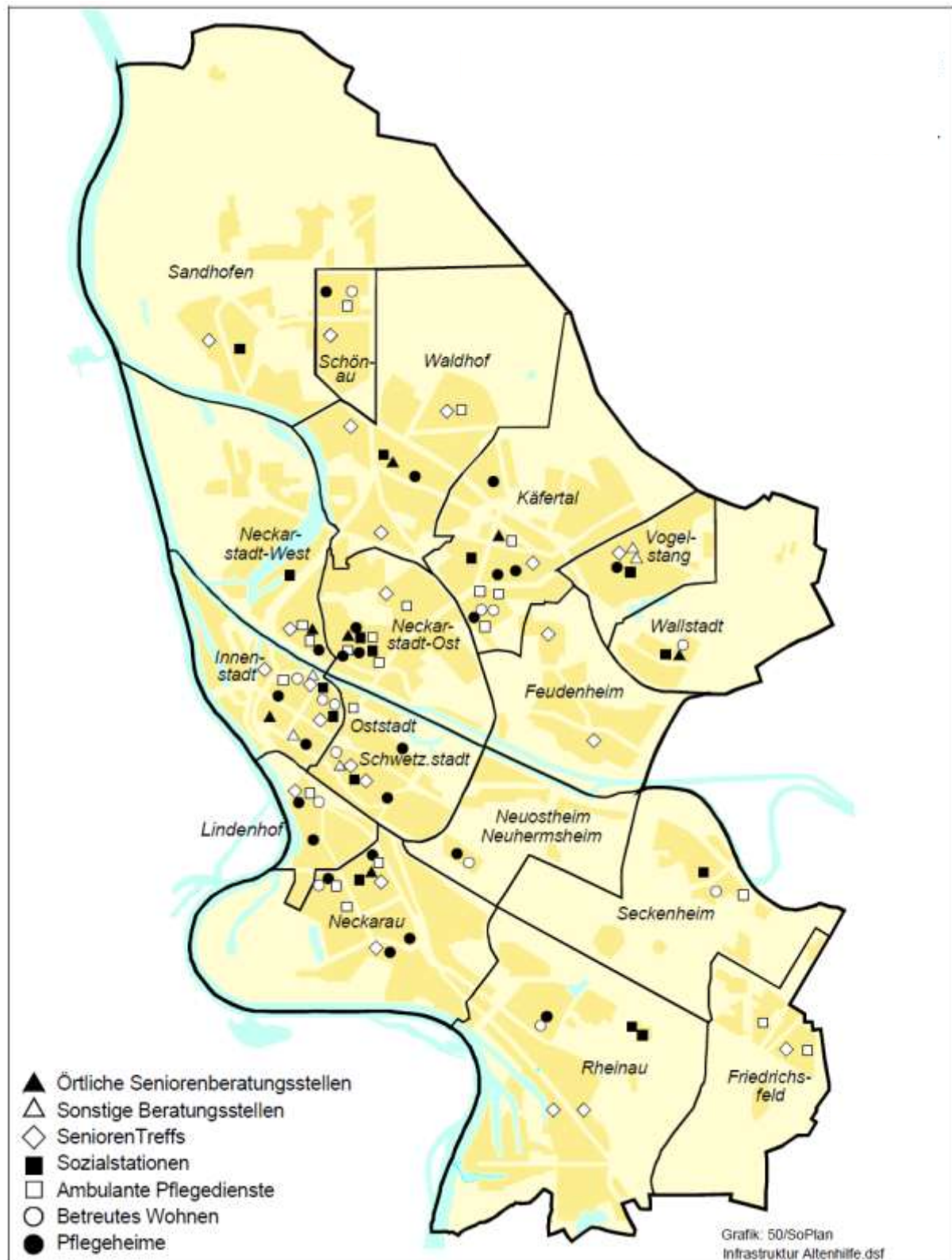


Abb. A.1: Infrastruktur für ältere Menschen in Mannheim (ausgewählte Einrichtungen; Stand: 2001; Quelle: Stadt Mannheim, 2001).

ANHANG B



Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Institut für Gerontologie
Bergheimer Str. 20
69115 Heidelberg

- Befragung -



**Wohlbefinden im hohen Alter –
Die Bedeutung individueller und
infrastruktureller Ressourcen**

Stadtteil: _____

CODE:

Dieses Erhebungsmanual darf nur nach Rücksprache mit Frau Dipl.-Psych. Dagmara Wozniak verwendet werden.

Dipl.-Gerontol. Dagmar Wozniak

☎ 06221 / 54 81 89

1. Allgemeine Soziodemographische Informationen

Stadtteil-Code		1. Interview Datum / Dauer Interviewort: Eigene Wohnung <input type="checkbox"/> Lebt bei Angehörigen <input type="checkbox"/> Zusätzlich anwesende Personen:
Code – Nr:		
Geschlecht	0 Männlich 1 Weiblich	
Geburtsdatum (TT MM JJJJ)		
Alter in Jahren		

Zunächst möchte ich Ihnen einige Fragen zu Ihrer Person stellen.

1.1 Familienstand

- [1] ledig
- [2] verheiratet
- [3] verwitwet
- [4] geschieden
- [5] getrennt lebend
- [6] in Partnerschaft lebend

1.2 Haben /hatten Sie Kinder

[1] ja [0] nein

wenn ja:

wieviele
[m / w]

1.	2.	3.	4.	5.	6.

1.3 Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?

- [1] kein Schulabschluss
- [2] Volksschulabschluss
- [3] Mittlere Reife
- [4] Abitur
- [5] Universitätsabschluss
- [6] sonstiges und zwar

1.4 Haben Sie eine Berufsausbildung gemacht?

- [1] ja
- [0] nein

1.4.1 Wenn ja, welche Berufsausbildung: _____

1.5 Waren Sie berufstätig? [mindestens 1 Jahr]

[0] nein

[1] ja

[2] ausschließlich Hausfrau

1.5.1 Welche war Ihre letzte Berufstätigkeit? _____

2. Lebenssituation

2.1 Wohnen

[1] eigene Wohnung / eigenes Haus

[2] Mietwohnung / Miethaus

[3] Wohnung Kind / Enkel / sonst. Verwandte

[4] Seniorenwohnheim / Wohnstift

[5] Betreutes Wohnen

[6] sonstige _____

2.1.1 In dieser Wohnung seit 19_____ (Jahr) bzw. _____ Jahren

2.2 Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt, Sie selbst mit eingeschlossen? _____ Personen

2.3 Mit wem leben Sie in Ihrem Haushalt zusammen?

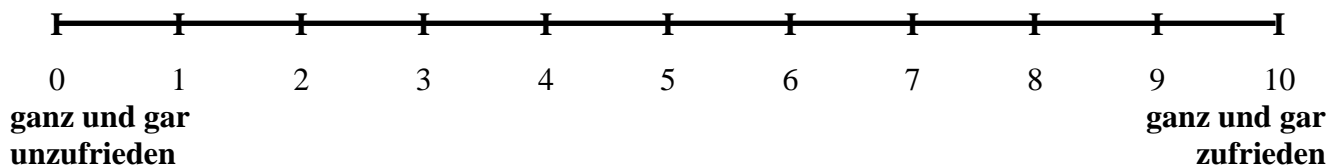
	ja	nein
1. Ehefrau / Ehemann / Partner	[1]	[0]
2. Kinder	[1]	[0]
3. Enkelkinder	[1]	[0]
4. Geschwister	[1]	[0]
5. andere Verwandte	[1]	[0]
6. Freunde	[1]	[0]
7. Haushaltshilfen, Pflegekräfte o. ä.	[1]	[0]
8. Andere	[1]	[0]
8.1 Wenn ja, mit wem _____		

2.3 Wie hoch ist ungefähr das **Nettoeinkommen** aller in Ihrem Haushalt lebenden Personen pro Monat? Wir meinen damit den Gesamtbetrag, der Ihrem Haushalt monatlich zur Verfügung steht, inklusive aller Zuwendungen (also Rente, Pensionen, Mieteinnahmen, Grundsicherung, usw.) nach Abzug von Steuern.

- [1] weniger als 850 €
- [2] 850 - 1.250 €
- [3] 1.250 - 1.500 €
- [4] 1.500 - 1.700 €
- [5] 1.700 - 2.100 €
- [6] 2.100 - 3.000 €
- [7] 3.000 - 4.500 €
- [8] mehr als 4.500 €

2.3.1 Sozialsicht [1] [2] [3] [4]

2.4 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer finanziellen Situation?



3. Gesundheit

Nun möchte ich von Ihnen erfahren, wie es Ihnen gesundheitlich geht.

3.1 Wie würden Sie derzeit, alles in allem, Ihren Gesundheitszustand bewerten?

- [1] schlecht
- [2] mäßig
- [3] gut
- [4] ausgezeichnet

3.2 Haben Sie eine Pflegestufe

- [0] nein
- [1] ja

3.2.2 Wenn ja, welche Pflegestufe? [0] [1] [2] [3]

3.3.3 Inwieweit hindert Sie Ihre Gesundheit daran, Dinge zu tun, die Sie gerne machen würden?

- [1] fast immer
- [2] ab und zu (bei einzelnen Aktivitäten)
- [3] überhaupt nicht

3.3 CIRS-Komorbiditätsfragebogen

Jetzt wollte ich Sie nach konkreteren gesundheitlichen Problemen fragen.

0 = keine Organschädigung: Krankheiten liegen nicht vor

1 = geringfügige bis leichte Organschädigungen: Krankheit liegt in der geringer Ausprägung vor oder hat früher einmal kritische Relevanz gehabt, keine Einschränkungen der Aktivitäten und der Partizipation, eine Behandlung ist nicht erforderlich.

2 = mäßiggradige Organ- oder Organfunktionsschädigungen: mäßiggradige Ausprägung der Krankheit, Krankheit muss behandelt werden (Medikamente, Diät, Physiotherapie etc.). Es liegen mäßige Einschränkungen der Aktivitäten und der Partizipation vor. Die Prognose ist noch gut (z.B. deutliches Lungenemphysem, Rechtsherzversagen)

3 = schwere Organschädigung: eine ausgeprägte Krankheit wird diagnostiziert, die eine Dauertherapie bedarf und starke Einschränkungen der Aktivitäten und der Partizipation bedingt. Die Prognose ist ungünstig (z.B. Herzinfarkt, Embolie, starke Magenblutung, Diabetes mellitus mit ausgeprägten neurologischen Komplikationen).

Organsysteme / Diagnosekriterien	Punktbewertung			
Herz				
Rythmusstörungen, Z.n. Infarkt, körperlich belastbar, eingeschränkt belastbar, Dyspnoe bei Ruhe oder Belastung, Herzinsuffizienz	[0]	[1]	[2]	[3]
Kreislauf				
Hypertonus, Hypotonus, Durchblutungsstörungen, Thrombose, Embolie, Krampfader	[0]	[1]	[2]	[3]
Atmungssystem				
Chronische Bronchitis, Asthma, Z.n. Pneumonie, Tuberkulose, Lungenembolie	[0]	[1]	[2]	[3]
Augen, Hals-Nase-Ohren				
Visusminderung, Glaukom, Katarakt, Presbyakusis, Tinnitus	[0]	[1]	[2]	[3]
Gastrointestinaltrakt				
Gastritis, Ulcera, floride, abgeheilt, Leber: Fettleber, Zirrhose, Entzündung, Cholecystitis, Pankreatitis, Pankreaszysten	[0]	[1]	[2]	[3]
Urogenitaltrakt				
Niere, ableitende Harnwege, Aufstau, Entzündungen, Prostatavergrößerung	[0]	[1]	[2]	[3]
Endokrinium				
Diabetes mellitus Typ I, Typ II, Adipositas, Schilddrüsenveränderungen, Immunologische Erkrankungen, Allergien	[0]	[1]	[2]	[3]
Nervensystem				
Periphere Nerven, Erkrankungen des ZNS, Z.n. Insult, Residuen, Prind, TIA	[0]	[1]	[2]	[3]
Psyche				
Depression, Angststörungen, Medikamentenmissbrauch	[0]	[1]	[2]	[3]

Muskuloskelettales System / Haut	[0]	[1]	[2]	[3]
Osteoporose, Frakturen, muskuläre Erkrankungen				
Komorbiditätsindex (Anzahl der Organsysteme mit Schweregrad 2 oder 3)			

4. Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)

*Jetzt möchte ich Sie bitten, einige Fragen über **tägliche Aktivitäten** zu beantworten; Dinge, die wir im täglichen Leben tun müssen. Ich möchte gerne wissen, ob Sie diese Tätigkeiten ohne Hilfe oder mit Hilfe tun können, oder ob Sie diese Tätigkeiten überhaupt nicht durchführen können.*

4.1 Können Sie telefonieren?

- [2] ohne Hilfe möglich (kann selbstständig Nummern herausuchen und wählen)
- [1] mit einiger Hilfe (kann Anrufe entgegennehmen und gespeicherten Notruf ausführen, braucht aber ein besonderes Telefon oder jemanden, der die Nummern herausucht und wählt)
- [0] nicht mehr möglich

4.2 Können Sie an Orte kommen, die man nicht zu Fuß erreichen kann?

- [2] ohne Hilfe möglich (kann mit dem Bus, Taxi fahren)
- [1] mit einiger Hilfe (jemand muss helfen oder mitfahren)
- [0] nicht mehr möglich (oder nur im Notfall, z.B. mit einem Krankenwagen)

4.3 Können Sie einkaufen gehen?

- [2] ohne Hilfe möglich (kann alle notwendigen Besorgungen machen)
- [1] mit einiger Hilfe (muss zum Einkaufen begleitet werden)
- [0] nicht mehr möglich

4.4 Können Sie sich Ihre Mahlzeiten zubereiten?

- [2] ohne Hilfe möglich (übernimmt Vor- und Zubereitung des gesamten Essens)
- [1] mit einiger Hilfe (kann bestimmte Speisen zubereiten, nicht jedoch die ganze Mahlzeit)
- [0] nicht mehr möglich

4.5 Können Sie Ihre Hausarbeit alleine erledigen?

- [2] ohne Hilfe möglich (kann Boden wischen, Staubsaugen usw.)
- [1] mit einiger Hilfe (kann noch leichte Hausarbeiten verrichten, braucht aber Hilfe bei schwerer Hausarbeit)
- [0] nicht mehr möglich

4.6 Können Sie selbstständig Ihre Medikamente einnehmen?

- [2] ohne Hilfe möglich (in der richtigen Dosis zur richtigen Zeit)
- [1] mit einiger Hilfe (kann die Medikamente selbstständig nehmen, vorausgesetzt jemand bereitet sie vor und erinnert daran)
- [0] nicht mehr möglich

4.7 Können Sie selbstständig Ihre Geldangelegenheiten regeln?

- [2] ohne Hilfe möglich (kann Rechnungen begleichen, Überweisungen tätigen)
- [1] mit einiger Hilfe (kann die täglichen Ausgaben tätigen, braucht aber Hilfe bei Überweisungen, Rechnungen usw.)
- [0] nicht mehr möglich

4.8. Können Sie selbstständig essen?

- [2] ohne Hilfe möglich
- [1] mit einiger Hilfe
- [0] nicht mehr möglich

4.9. Können Sie sich alleine an- und auskleiden?

- [2] ohne Hilfe möglich
- [1] mit einiger Hilfe
- [0] nicht mehr möglich

4.10 Können Sie sich alleine um Ihr Aussehen kümmern, z.B. Haare kämmen und (bei Männern) rasieren?

- [2] ohne Hilfe möglich
- [1] mit einiger Hilfe
- [0] nicht mehr möglich

4.11 Können Sie alleine gehen?

- [2] ohne Hilfe möglich (kann noch mit Gehstock gehen)
- [1] mit einiger Hilfe (z.B. Gehwagen, Begleitperson)
- [0] nicht mehr möglich (rollstuhlabhängig)

4.12 Können Sie selbstständig ins Bett gehen bzw. aufstehen?

- [2] ohne Hilfe und Hilfsmittel möglich
- [1] mit einiger Hilfe (Hilfe durch eine Person, mit Hilfsmittel)
- [0] nicht mehr möglich

4.13 Können Sie sich alleine baden oder duschen?

- [2] ohne Hilfe möglich
- [1] mit einiger Hilfe (beim Ein- bzw. Aussteigen aus der Wanne)
- [0] nicht mehr möglich

4.14 Haben Sie Schwierigkeiten, rechtzeitig zur Toilette zu kommen?

- [2] nein
- [1] ja
- [0] hat einen Katheter / trägt Vorlagen /Windeln

5. MINI-MENTAL-STATUS-Test

5.1 Orientierung

<i>1. Nun möchte ich Ihnen einige Fragen stellen, um Ihr Gedächtnis und Ihre Konzentration zu prüfen. Einige Fragen mögen einfach, andere schwieriger sein. Welchen Tag haben wir heute? Danach können spezifischere Fragen wie z.B. "Können Sie mir bitte auch die Jahreszeit nennen?" gestellt werden. Bei Jahreszeitenwechsel wie z.B. im März, im Juni oder im September flexible Handhabung.</i>		Score
<i>2. Fragen Sie hintereinander "Können Sie mir bitte den Namen dieser Straße nennen?" (Stadt, Bundesland, usw.).</i>		
Orientierung	1. Jahr	1
	2. Jahreszeit	1
	3. Datum	1
	4. Wochentag	1
	5. Monat	1
	6. Bundesland	1
	7. Land	1
	8. Stadt / Ortschaft	1
	9. Straße	1
	10. Stockwerk	1
Summe (max. 10 Punkte)		

5.2 Merkfähigkeit

<i>Ich werde Ihnen nun drei Wörter nennen. Nachdem ich Ihnen diese gesagt habe, möchte ich Sie bitten, sie zu wiederholen. Versuchen Sie sich diese Wörter zu merken; in einigen Minuten werde ich sie bitten, sich wieder an diese Wörter zu erinnern: Auto, Blume, Kerze. Bitte wiederholen Sie die Wörter! (Die erste Wiederholung ergibt die Punktzahl [1 Punkt pro genanntes Wort]. Werden nicht alle drei Wörter im ersten Versuch nachgesprochen, wiederholen Sie die drei Begriffe bis zu 5 mal, bis alle Wörter gelernt sind.</i>		Score
Merkfähigkeit	11. "Auto"	1
	12. "Blume"	1
	13. "Kerze"	1
	Summe (max. 3 Punkte)	
Anzahl der Versuche bis zur vollständigen Reproduktion der drei Wörter:		

5.3 Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit

1. Jetzt möchte ich Sie bitten, dass Sie bei 100 beginnend in 7er Schritten rückwärts zählen. Abbruch nach 5 Subtraktionen (93, 86, 79, 72, 65). Zählen Sie die richtigen Antworten zusammen. Jede richtige 7er-Subtraktion ergibt einen Punkt. **Werden 5 Pkt erreicht, entfällt Aufgabe "Radio rückwärts"**
2. Nun werde ich Ihnen ein Wort nennen und bitte Sie dieses rückwärts zu buchstabieren. Das Wort ist **RADIO**. Die Punktzahl ergibt sich aus den richtig aufgezählten Buchstaben.
- ☞ Der höhere Wert wird als Gesamt-Score gezählt.

Rechenfähigkeit	1. 93	2. 86	3. 79	4. 72	5. 65	Gesamt-Score (max. 5 P.)	
Antwort							Summe
Punkte (max. 5)	1	1	1	1	1		
Rückwärts buchstabieren	6. O	7. I	8. D	9. A	10. R	Summe	
Antwort							
Punkte (max. 5)	1	1	1	1	1		

5.4 Erinnerungsfähigkeit

<i>Welches sind die drei Wörter, die Sie sich merken sollten?</i>		Score
Erinnerungsfähigkeit	20. "Auto"	1
	21. "Blume"	1
	22. "Kerze"	1
	Summe (max. 3 Punkte)	

[Erreichte Punkte eintragen]

Bereich	maximal	erreicht
3.1 Orientierung	10	
3.2 Merkfähigkeit	3	
3.3 Aufmerksamkeit	5	
3.4 Erinnerungsfähigkeit	3	
Gesamt	21	

6. Soziale Ressourcen

Ich möchte Ihnen nun einige Fragen zu Ihrer Familie, zu Verwandten und Bekannten stellen. Beginnen möchte ich damit, welche Personen für Sie wichtig sind. Dafür habe ich ein Schaubild mitgebracht.

6.1 Gibt es Menschen, die Ihnen ganz besonders wichtig sind. So wichtig, dass Sie sich ein Leben ohne diese Menschen nur ganz schwer vorstellen können?

[1] ja [0] nein [8] weiß nicht

Grafik Innenkreis -1

Code

Name 1		Kontakt seitJahren		1_
Beziehung		Im letzten Jahr wie oft gesehen?		
[1] EhepartnerIn / PartnerIn	[6] Freunde / Bekannte	[0] gar nicht	[4] 2-3 x im Monat	
[2] Kinder	[7] Haushaltshilfen / Pflegekräfte	[1] einmal im Jahr	[5] wöchentlich	
[3] Enkelkinder	[8] Arzt / Seelsorger	[2] 2-3 x im Jahr	[6] mehrmals i. d. Woche	
[4] Geschwister	[9] Andere	[3] monatlich	[7] täglich	
[5] andere Verwandte				

Name 2		Kontakt seitJahren		1_
Beziehung		Im letzten Jahr wie oft gesehen?		
[1] EhepartnerIn / PartnerIn	[6] Freunde / Bekannte	[0] gar nicht	[4] 2-3 x im Monat	
[2] Kinder	[7] Haushaltshilfen / Pflegekräfte	[1] einmal im Jahr	[5] wöchentlich	
[3] Enkelkinder	[8] Arzt / Seelsorger	[2] 2-3 x im Jahr	[6] mehrmals i.d. Woche	
[4] Geschwister	[9] Andere	[3] monatlich	[7] täglich	
[5] andere Verwandte				

Name 3		Kontakt seitJahren		1_
Beziehung		Im letzten Jahr wie oft gesehen?		
[1] EhepartnerIn / PartnerIn	[6] Freunde / Bekannte	[0] gar nicht	[4] 2-3 x im Monat	
[2] Kinder	[7] Haushaltshilfen / Pflegekräfte	[1] einmal im Jahr	[5] wöchentlich	
[3] Enkelkinder	[8] Arzt / Seelsorger	[2] 2-3 x im Jahr	[6] mehrmals i.d. Woche	
[4] Geschwister	[9] Andere	[3] monatlich	[7] täglich	
[5] andere Verwandte				

Name 4		Kontakt seitJahren		1_
Beziehung		Im letzten Jahr wie oft gesehen?		
[1] EhepartnerIn / PartnerIn	[6] Freunde / Bekannte	[0] gar nicht	[4] 2-3 x im Monat	
[2] Kinder	[7] Haushaltshilfen / Pflegerkräfte	[1] einmal im Jahr	[5] wöchentlich	
[3] Enkelkinder	[8] Arzt / Seelsorger	[2] 2-3 x im Jahr	[6] mehrmals i.d. Woche	
[4] Geschwister	[9] Andere	[3] monatlich	[7] täglich	
[5] andere Verwandte				

Name 5		Kontakt seitJahren		1_
Beziehung		Im letzten Jahr wie oft gesehen?		
[1] EhepartnerIn / PartnerIn	[6] Freunde / Bekannte	[0] gar nicht	[4] 2-3 x im Monat	
[2] Kinder	[7] Haushaltshilfen / Pflegerkräfte	[1] einmal im Jahr	[5] wöchentlich	
[3] Enkelkinder	[8] Arzt / Seelsorger	[2] 2-3 x im Jahr	[6] mehrmals i.d. Woche	
[4] Geschwister	[9] Andere	[3] monatlich	[7] täglich	
[5] andere Verwandte				

6.2 Gibt es Menschen, die Ihnen nicht ganz so wichtig sind, die Ihnen aber trotzdem sehr nahe stehen?

[1] ja [0] nein [8] weiß nicht

Grafik mittlerer Kreis -2

Code

Name 1		Kontakt seitJahren		2_
Beziehung		Im letzten Jahr wie oft gesehen?		
[1] EhepartnerIn / PartnerIn	[6] Freunde / Bekannte	[0] gar nicht	[4] 2-3 x im Monat	
[2] Kinder	[7] Haushaltshilfen / Pflegerkräfte	[1] einmal im Jahr	[5] wöchentlich	
[3] Enkelkinder	[8] Arzt / Seelsorger	[2] 2-3 x im Jahr	[6] mehrmals in der Woche	
[4] Geschwister	[9] Andere	[3] monatlich	[7] täglich	
[5] andere Verwandte				

Name 2		Kontakt seitJahren		2_
Beziehung		Im letzten Jahr wie oft gesehen?		
[1] EhepartnerIn / PartnerIn	[6] Freunde / Bekannte	[0] gar nicht	[4] 2-3 x im Monat	
[2] Kinder	[7] Haushaltshilfen / Pflegerkräfte	[1] einmal im Jahr	[5] wöchentlich	
[3] Enkelkinder	[8] Arzt / Seelsorger	[2] 2-3 x im Jahr	[6] mehrmals in der Woche	
[4] Geschwister	[9] Andere	[3] monatlich	[7] täglich	
[5] andere Verwandte				

Name 3		Kontakt seitJahren		2_
Beziehung		Im letzten Jahr wie oft gesehen?		
[1] EhepartnerIn / PartnerIn	[6] Freunde / Bekannte	[0] gar nicht	[4] 2-3 x im Monat	
[2] Kinder	[7] Haushaltshilfen / Pflegerkräfte	[1] einmal im Jahr	[5] wöchentlich	
[3] Enkelkinder	[8] Arzt / Seelsorger	[2] 2-3 x im Jahr	[6] mehrmals in der Woche	
[4] Geschwister	[9] Andere	[3] monatlich	[7] täglich	
[5] andere Verwandte				

Name 4		Kontakt seitJahren		2_
Beziehung		Im letzten Jahr wie oft gesehen?		
[1] EhepartnerIn / PartnerIn	[6] Freunde / Bekannte	[0] gar nicht	[4] 2-3 x im Monat	
[2] Kinder	[7] Haushaltshilfen / Pflegerkräfte	[1] einmal im Jahr	[5] wöchentlich	
[3] Enkelkinder	[8] Arzt / Seelsorger	[2] 2-3 x im Jahr	[6] mehrmals in der Woche	
[4] Geschwister	[9] Andere	[3] monatlich	[7] täglich	
[5] andere Verwandte				

Name 5		Kontakt seitJahren		2_
Beziehung		Im letzten Jahr wie oft gesehen?		
[1] EhepartnerIn / PartnerIn	[6] Freunde / Bekannte	[0] gar nicht	[4] 2-3 x im Monat	
[2] Kinder	[7] Haushaltshilfen / Pflegerkräfte	[1] einmal im Jahr	[5] wöchentlich	
[3] Enkelkinder	[8] Arzt / Seelsorger	[2] 2-3 x im Jahr	[6] mehrmals in der Woche	
[4] Geschwister	[9] Andere	[3] monatlich	[7] täglich	
[5] andere Verwandte				

6.3 Gibt es Menschen, die Sie bisher noch nicht erwähnt haben, die Ihnen aber trotzdem wichtig sind?

[1] ja [0] nein [8] weiß nicht

Grafik Außenkreis

Code

Name 1		Kontakt seitJahren		3_
Beziehung		Im letzten Jahr wie oft gesehen?		
[1] EhepartnerIn / PartnerIn	[6] Freunde / Bekannte	[0] gar nicht	[4] 2-3 x im Monat	
[2] Kinder	[7] Haushaltshilfen / Pflegerkräfte	[1] einmal im Jahr	[5] wöchentlich	
[3] Enkelkinder	[8] Arzt / Seelsorger	[2] 2-3 x im Jahr	[6] mehrmals in der Woche	
[4] Geschwister	[9] Andere	[3] monatlich	[7] täglich	
[5] andere Verwandte				

Name 2		Kontakt seitJahren		3_
Beziehung		Im letzten Jahr wie oft gesehen?		
[1] EhepartnerIn / PartnerIn	[6] Freunde / Bekannte	[0] gar nicht	[4] 2-3 x im Monat	
[2] Kinder	[7] Haushaltshilfen / Pflegerkräfte	[1] einmal im Jahr	[5] wöchentlich	
[3] Enkelkinder	[8] Arzt / Seelsorger	[2] 2-3 x im Jahr	[6] mehrmals in der Woche	
[4] Geschwister	[9] Andere	[3] monatlich	[7] täglich	
[5] andere Verwandte				

Name 3		Kontakt seitJahren		3_
Beziehung		Im letzten Jahr wie oft gesehen?		
[1] EhepartnerIn / PartnerIn	[6] Freunde / Bekannte	[0] gar nicht	[4] 2-3 x im Monat	
[2] Kinder	[7] Haushaltshilfen / Pflegerkräfte	[1] einmal im Jahr	[5] wöchentlich	
[3] Enkelkinder	[8] Arzt / Seelsorger	[2] 2-3 x im Jahr	[6] mehrmals in der Woche	
[4] Geschwister	[9] Andere	[3] monatlich	[7] täglich	
[5] andere Verwandte				

Name 4		Kontakt seitJahren		3_
Beziehung		Im letzten Jahr wie oft gesehen?		
[1] EhepartnerIn / PartnerIn	[6] Freunde / Bekannte	[0] gar nicht	[4] 2-3 x im Monat	
[2] Kinder	[7] Haushaltshilfen / Pflegerkräfte	[1] einmal im Jahr	[5] wöchentlich	
[3] Enkelkinder	[8] Arzt / Seelsorger	[2] 2-3 x im Jahr	[6] mehrmals in der Woche	
[4] Geschwister	[9] Andere	[3] monatlich	[7] täglich	
[5] andere Verwandte				

Name 5		Kontakt seitJahren		3_
Beziehung		Im letzten Jahr wie oft gesehen?		
[1] EhepartnerIn / PartnerIn	[6] Freunde / Bekannte	[0] gar nicht	[4] 2-3 x im Monat	
[2] Kinder	[7] Haushaltshilfen / Pflegerkräfte	[1] einmal im Jahr	[5] wöchentlich	
[3] Enkelkinder	[8] Arzt / Seelsorger	[2] 2-3 x im Jahr	[6] mehrmals in der Woche	
[4] Geschwister	[9] Andere	[3] monatlich	[7] täglich	
[5] andere Verwandte				

Mit den folgenden Fragen möchte ich gerne etwas mehr über die von Ihnen vorgenannten Personen erfahren. Beantworten Sie bitte die Fragen so, wie sie für Sie im letzten Jahr zutreffen.

[Die nachfolgenden Fragen betreffen alle vorgenannten Personen – aus allen Kreisen]

		Code
6.4	Gibt von den genannten Personen jemanden, von dem Sie jederzeit praktische Hilfe bekommen können?	
	[0] nein	
	[8] weiß nicht	
	[1] ja → [bei ja, nicht mehr als 4 Personen]	
6.5	Gibt es Personen, mit denen Sie gerne etwas unternehmen?	
	[0] nein	
	[8] weiß nicht	
	[1] ja → [bei ja, nicht mehr als 4 Personen]	
6.6	Ist unter den genannten Personen jemand, der auch Mühen auf sich nimmt, um Ihnen bei größeren Schwierigkeiten zu helfen?	
	[0] nein	
	[8] weiß nicht	
	[1] ja → [bei ja, nicht mehr als 4 Personen]	
6.7	Mischt sich jemand ständig in Ihre Angelegenheiten ein?	
	[0] nein	
	[8] weiß nicht	
	[1] ja → [bei ja, nicht mehr als 4 Personen]	
6.8	Ist jemand für Sie da, wenn Ihnen nach Weinen zumute ist?	
	[0] nein	
	[8] weiß nicht	
	[1] ja → [bei ja, nicht mehr als 4 Personen]	

6.9 Ist unter den genannten Personen jemand der bei Ihnen häufig unangenehme Gefühle auslöst?

[0] nein

[8] weiß nicht

[1] ja →

[bei ja, nicht mehr als 4 Personen]

6.10 Ist unter den genannten Personen jemand, dem Sie völlig vertrauen?

[0] nein

[8] weiß nicht

[1] ja →

[bei ja, nicht mehr als 4 Personen]

6.11 Gibt es unter den genannten Personen solche, die Ihnen Angst oder ein schlechtes Gewissen machen?

[0] nein

[8] weiß nicht

[1] ja →

[bei ja, nicht mehr als 4 Personen]

6.12 Gibt es Personen, mit denen Sie sich so richtig wohl fühlen, wenn Sie zusammen sind?

[0] nein

[8] weiß nicht

[1] ja →

[bei ja, nicht mehr als 4 Personen]

6.13 Gibt es Personen, von denen Sie sich oft ausgenutzt fühlen?

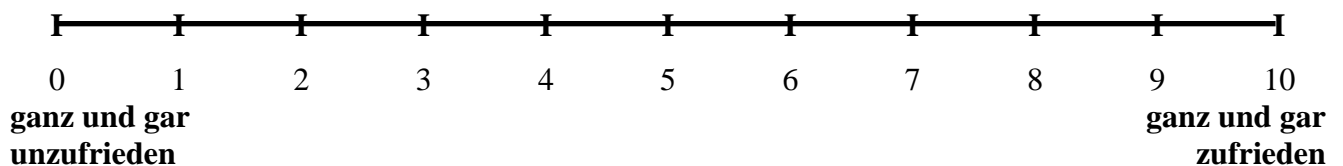
[0] nein

[8] weiß nicht

[1] ja →

[bei ja, nicht mehr als 5 Personen]

6.14 Wenn Sie jetzt alle Personen einbeziehen, von denen wir eben gesprochen haben: wie zufrieden sind Sie dann insgesamt mit den Kontakten?



7. Gefühle

In der folgenden Liste, die ich Ihnen gleich vorlesen werde, sind Gefühle beschrieben, die Menschen im allgemein von Zeit zu Zeit erleben können. Manche dieser Gefühle werden Sie im letzten Jahr vielleicht oft, andere hingegen selten oder gar nicht erlebt haben. Menschen unterscheiden sich ja darin, was sie fühlen und empfinden. Schätzen Sie bitte ein, wie häufig oder selten Sie die folgenden Gefühle im letzten Jahr erlebt haben. Hierzu steht Ihnen eine Skala von 1 bis 5 zur Verfügung. Eine „1“ bedeutet, dass Sie das entsprechende Gefühl in dem letzten Jahr überhaupt nicht erlebt haben, mit eine „5“ drücken Sie aus, dass Sie das Gefühl im letzten Jahr sehr oft erlebt haben.

Wie oft haben Sie sich gefühlt?

	überhaupt nicht	selten	ab und zu	oft	sehr oft
1. begeistert	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
2. bedrückt	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
3. erwartungsvoll	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4. verärgert	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
5. stark	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
6. schuldig	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
7. verängstigt	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
8. feindselig	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
9. interessiert	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
10. stolz	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
11. reizbar	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
12. hellwach	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
13. beschämt	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
14. angeregt	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
15. nervös	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
16. entschlossen	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
17. aufmerksam	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
18. unruhig	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
19. aktiv	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
20. ängstlich	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

8. Lebenszufriedenheit

Nun werde ich Ihnen fünf Aussagen vorlesen, denen Sie zustimmen oder nicht zustimmen können. Es gibt keine "richtigen" und "falschen" Antworten. Versuchen Sie einfach, sich selbst zu beschreiben. Nutzen Sie bitte die Antwortskala von 1 bis 3: ja –weder/noch – nein

	ja	weder/ noch	nein
1. In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen.	[3]	[2]	[1]
2. Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet.	[3]	[2]	[1]
3. Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	[3]	[2]	[1]
4. Bisher habe ich die wichtigsten Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche.	[3]	[2]	[1]
5. Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas ändern.	[3]	[2]	[1]

9. Modifizierte NEO-Skalen: Extraversion und Neurotizismus

Ich möchte Ihnen jetzt eine Reihe von Fragen stellen, die sich mit Ihrer eigenen Person beschäftigen: Was Sie denken und fühlen. Hören Sie sich bitte jede dieser Aussagen an und überlegen Sie, ob diese Frage auf sie zutrifft oder nicht. Es gibt keine "richtigen" und "falschen" Antworten. Versuchen Sie einfach nur, sich selbst zu beschreiben.

	ja	weder noch	nein
1. Sind Sie leicht zu beunruhigen?	[3]	[2]	[1]
2. Haben Sie gerne viele Leute um sich?	[3]	[2]	[1]
3. Fühlen Sie sich anderen oft unterlegen?	[3]	[2]	[1]
4. Sind Sie leicht zum Lachen zu bringen?	[3]	[2]	[1]
5. Fühlen Sie sich bei Belastungen (Stress) schnell überfordert?	[3]	[2]	[1]
6. Sind Sie ein fröhlicher Mensch?	[3]	[2]	[1]
7. Fühlen Sie sich oft einsam oder traurig?	[3]	[2]	[1]
8. Unterhalten Sie sich gerne mit anderen Menschen?	[3]	[2]	[1]
9. Fühlen Sie sich oft angespannt und nervös?	[3]	[2]	[1]
10. Stehen Sie gerne im Mittelpunkt (des Geschehens)?	[3]	[2]	[1]
11. Fühlen Sie sich manchmal völlig wertlos?	[3]	[2]	[1]
12. Tun Sie gerne Dinge allein?	[3]	[2]	[1]
13. Empfinden Sie selten Angst oder Furcht?	[3]	[2]	[1]

14. Verfügen Sie über viel Energie?	[3]	[2]	[1]
15. Ärgern Sie sich oft darüber, wie andere Leute Sie behandeln?	[3]	[2]	[1]
16. Sind Sie häufig schlecht gelaunt?	[3]	[2]	[1]
17. Wenn etwas schiefgeht, sind Sie dann entmutigt und wollen aufgeben?	[3]	[2]	[1]
18. Sind Sie ein Optimist?	[3]	[2]	[1]
19. Sind Sie oft traurig und deprimiert?	[3]	[2]	[1]
20. Führen Sie ein hektisches Leben?	[3]	[2]	[1]
21. Fühlen Sie sich oft hilflos und wünschen sich, dass jemand Ihre Probleme löst?	[3]	[2]	[1]
22. Sind Sie ein sehr aktiver Mensch?	[3]	[2]	[1]
23. Ist Ihnen manchmal etwas so peinlich, dass Sie sich am liebsten verstecken würden?	[3]	[2]	[1]
24. Sind Sie ein Mensch, der lieber seinen eigenen Weg geht?	[3]	[2]	[1]
	ja	weder noch	nein

10. Depression

Nun möchte ich Ihnen einige Fragen darüber stellen, wie Sie sich im Moment fühlen. Bitte beantworten Sie die Fragen entweder mit "ja" oder "nein".

1. Ist Ihnen oft langweilig?	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
2. Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei ohne Sinn?	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
3. Quälen Sie oft Gedanken, die Sie nicht aus dem Kopf bekommen?	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
4. Fühlen Sie sich oft hilflos?	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
5. Machen Sie sich häufig Sorgen um die Zukunft?	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
6. Fühlen Sie sich oft niedergeschlagen und schwermütig?	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
7. Kommen Sie sich in Ihrem jetzigen Zustand ziemlich wertlos vor?	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
8. Hadern Sie oft mit Ihrer Vergangenheit?	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
9. Finden Sie, dass Ihre momentane Situation hoffnungslos ist?	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
10. Ist Ihnen oft zum Heulen zumute?	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht

11. Positive Lebensbewertung

Nun möchte ich Ihnen einige Fragen darüber stellen, wie Sie sich im Moment fühlen. Bitte beantworten Sie die Fragen entweder mit "ja", „weder/noch“ oder "nein".

	ja	weder noch	nein
1. Fühlen Sie sich im Moment eher optimistisch?	[3]	[2]	[1]
2. Gibt es viele Dinge, auf die Sie sich jeden Tag freuen?	[3]	[2]	[1]
3. Empfinden Sie Ihr jetziges Leben als nützlich?	[3]	[2]	[1]
4. Ist Ihr Leben stark von religiösen und moralischen Grundsätzen bestimmt?	[3]	[2]	[1]
5. Haben Sie im Moment einen starken Lebenswillen?	[3]	[2]	[1]
6. Hat das Leben für Sie einen Sinn?	[3]	[2]	[1]
7. Fühlen Sie sich in der Lage, Ihre Lebensziele zu erreichen?	[3]	[2]	[1]
8. Sind Sie auf Grund Ihrer persönlichen Lebenseinstellung (Glaubensgrundsätze) prinzipiell eher hoffnungsvoll (optimistisch) eingestellt?	[3]	[2]	[1]
9. Haben Sie vor, aus Ihrem Leben das Beste zu machen?	[3]	[2]	[1]
10. Haben Sie viele Ideen, um aus einer schwierigen Lage wieder herauszufinden?	[3]	[2]	[1]
11. Können Sie sich viele Möglichkeiten vorstellen, um die Dinge zu erreichen, die Ihnen wichtig sind?	[3]	[2]	[1]
12. Finden Sie immer einen Weg, um ein Problem zu lösen, auch wenn andere schon aufgegeben haben?	[3]	[2]	[1]
13. Erreichen Sie im Allgemeinen die Ziele, die Sie sich selbst setzen?	[3]	[2]	[1]
	ja	weder noch	nein

12. Kohärenzgefühl

Im Folgenden werde ich Ihnen neun Fragen zu verschiedenen Aspekten des Lebens stellen. Versuchen Sie einfach sich selbst zu beschreiben und sagen Sie mir bitte, welche Antwort für Sie zutrifft. Diesmal hat die Antwort-Skala fünf Stufen.

1. Haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?	[1] sehr oft	[2]	[3]	[4]	[5] sehr selten oder nie
2. Wenn Sie über das Leben nachdenken, ist es dann sehr oft so, dass ...	[1] Sie spüren, wie schön es ist zu leben.	[2]	[3]	[4]	[5] Sie sich fragen, wieso Sie überhaupt leben.
3. Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie ...	[1] eine Quelle tiefer Freude und Befriedigung	[2]	[3]	[4]	[5] eine Quelle von Schmerz und Langeweile.
4. Wie oft sind Ihre Gedanken und Gefühle ganz durcheinander?	[1] sehr oft	[2]	[3]	[4]	[5] sehr selten oder nie
5. Wenn Sie etwas tun, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt, ...	[1] dann ist es bestimmt so, dass Sie sich auch weiterhin gut fühlen werden.	[2]	[3]	[4]	[5] dann wird bestimmt etwas passieren, das dieses Gefühl wieder verdirbt.
6. Sie erwarten für die Zukunft, dass Ihr eigenes Leben ...	[1] ohne jeden Sinn und Zweck sein wird.	[2]	[3]	[4]	[5] voller Sinn und Zweck sein wird.
7. Viele Leute – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?	[1] sehr oft	[2]	[3]	[4]	[5] sehr selten oder nie
8. Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, denen Sie bei wichtigen Dingen im Leben wohl begegnen werden, haben Sie das Gefühl, dass ...	[1] es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu überwinden.	[2]	[3]	[4]	[5] Sie es nicht schaffen werden, die Schwierigkeiten zu überwinden.
9. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im täglichen Leben tun, wenig Sinn haben?	[1] sehr oft	[2]	[3]	[4]	[5] sehr selten oder nie

13. Kontrollüberzeugung

Nun kommen wir zu dem letzten Teil, wo ich Ihnen Fragen zu Ihrem persönlichen Erleben stelle. Ich werde Ihnen jetzt einige Aussagen vorlesen, denen Sie zustimmen oder nicht zustimmen können. Es gibt keine "richtigen" und "falschen" Antworten. Versuchen Sie einfach, sich selbst zu beschreiben. Sie können selbstverständlich immer sagen, dass Sie nicht wissen.

1. Es hängt hauptsächlich von mir und von meinen Fähigkeiten ab, ob ich in einer Gruppe eine Führungsposition inne habe oder nicht.	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
2. Zufällige Geschehnisse bestimmen zum großen Teil mein Leben.	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
3. Ich habe das Gefühl, dass das meiste, was in meinem Leben passiert, von anderen Leuten abhängt.	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
4. Ob ich mit dem Auto einen Unfall habe oder nicht, hängt vor allem von meinem fahrerischen Können ab.	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
5. Wenn ich Pläne schmiede, bin ich sicher, dass das Geplante auch Wirklichkeit wird.	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
6. Ich habe oft einfach keine Möglichkeiten, mich vor Pech zu schützen.	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
7. Wenn ich bekomme, was ich will, so geschieht das meistens durch Glück.	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
8. Obwohl ich dazu fähig bin, bekomme ich nur selten Führungsaufgaben übertragen.	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
9. Die Zahl meiner Freunde hängt vor allem von mir und meinem Verhalten ab.	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
10. Ich habe schon oft festgestellt, dass das, was passieren soll, auch eintritt.	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
11. Mein Leben wird hauptsächlich von mächtigeren Leuten kontrolliert.	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
12. Ob ich einen Autounfall habe oder nicht, ist vor allem Glückssache.	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
13. Menschen wie ich haben nur geringe Möglichkeiten, ihre Interessen gegen andere durchzusetzen.	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
14. Es ist für mich nicht gut, weit im Voraus zu planen, da häufig das Schicksal dazwischenkommt.	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
15. Um das zu bekommen, was ich gerne hätte, muss ich zu anderen freundlich sein.	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
16. Ob ich Gruppenleiter werde oder nicht, hängt vor allem davon ab, dass ich zur rechten Zeit an der richtigen Stelle bin.	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
17. Ich würde bestimmt nicht viele Freunde finden, wenn mich wichtige Leute nicht sympathisch finden würden.	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht

18. Ich kann ziemlich viel von dem, was in meinem Leben passiert, selbst bestimmen.	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
19. Gewöhnlich kann ich meine eigenen Interessen selbst vertreten.	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
20. Ob ich einen Autounfall habe oder nicht, hängt vor allem von den anderen Autofahrern ab.	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
21. Wenn ich bekomme, was ich will, so ist das meistens das Ergebnis harter Arbeit.	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
22. Damit meine Pläne eine Chance haben, richte ich mich beim Planen auch nach den Wünschen wichtiger Leute.	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
23. Mein Leben wird von meinem Verhalten bestimmt.	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht
24. Es ist eine Frage des Schicksals, ob ich wenige oder viele Freunde habe.	[1] ja	[0] nein	[8] weiß nicht

12. Infrastrukturelle Ressourcen

*In dem letzten Teil unserer Befragung geht es um das Wohnumfeld/den Stadtteil in dem Sie leben. Wenn ich Stadtteil sage, denke ich an Ihrer nächsten Wohngegend, die Sie **innerhalb 15 Minuten zu Fuß oder mit einem Transportmittel erreichen können**. Ich möchte von Ihnen erfahren, was Ihnen in dieser Umgebung wichtig ist, ob Sie damit, was hier gibt, zufrieden sind und was Ihnen hier fehlt. Eine richtige oder falsche Antwort gibt es nicht, es geht um Ihre ganz persönliche Meinung.*

Beantworten Sie die Fragen bitte in folgender Art und Weise:

Schritt 1: Zuerst würde ich sehr daran interessiert, welche Bedingungen der Wohnumgebung - unabhängig von Ihrem jetzigen Wohnort - sind Ihnen grundsätzlich wichtig [**wichtig**].

Schritt 2: Darüber hinaus möchte ich nun von Ihnen erfahren, ob diese Bedingungen für Ihre Wohngegend zutreffen [**trifft zu**]...
 Hinweis: Einrichtungen und Geschäfte sollen innerhalb 15 Minuten zu Fuß oder mit einem Transportmittel erreichbar sein.

Schritt 3: Am Ende sagen Sie mir bitte, auf einer Skala von 1 bis 4, wie zufrieden Sie mit bestimmten Einrichtungen/Angeboten sind? [1] Sie sehr unzufrieden sind, [2] Sie sind eher unzufrieden, [3] Sie sind eher zufrieden und [4] Sie sind sehr zufrieden [**zufrieden**]

(1) Sagen Sie mir bitte, ob Ihnen wichtig ist eine Bus- oder Straßenbahnhaltestelle / Bahnhof in ihrer Nähe zu haben?

(2) Trifft es zu, dass ...

(3) Wie zufrieden sind Sie ...

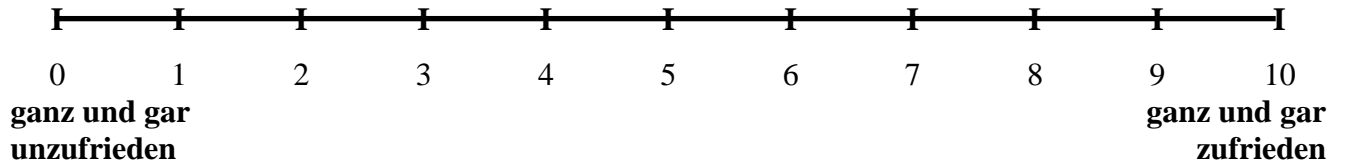
INFRASTRUKTURELLE RESSOURCEN

1. Stadtinfrastruktur:	wichtig	trifft zu	zufrieden			
<i>1a. Mobilitätsmöglichkeiten und Verkehr</i>	nein - ja	nein - ja	--	-	+	++
eine Bus- oder Straßenbahnhaltestelle / Bahnhof in ihrer Nähe haben	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
Niederflurbusse oder –bahnen nutzen	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
eine gute Anbindung mit ÖPNV an das Zentrum/Stadt haben	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
gute Wege für Fußgänger, Spazierwege, Fußgängerzonen in der Nähe haben	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
Behinderten-/Rollstuhlgerechte Wege und Zugänge (z.B. abgesenkte Bordsteine) in der Nähe zu haben	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
gute Sitzmöglichkeiten, viele Sitzbänke in der Nähe haben	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
Betreuende Fahrdienste / Seniorentaxi nutzen	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
Fahrräderwege in der Nähe haben	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
Seniorenticket/ Ticket ab 60 nutzen	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
gutes Parkplatzangebot in der Nähe haben	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
<i>1b. Versorgungseinrichtungen und Hilfeleistungen des täglichen und mittelfristigen Bedarfs</i>	nein - ja	nein - ja	--	-	+	++
gute Einkaufsmöglichkeiten für Ihren täglichen Bedarf in der Nähe haben (z.B. Bäcker, Lebensmittelgeschäfte, Markthallen, Wochenmärkte, Tante-Emma-Läden)	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
gute Einkaufsmöglichkeiten für Ihren mittelfristigen Bedarf in der Nähe haben (z.B. Fachgeschäfte, Kaufhäuser, Feinkost, exklusive Geschäfte)	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
Behörden - Rathaus/ Bürgerdienst / Sozialamt / oder andere Behörden (Bezirksverwaltung) - in der Nähe haben	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
Bank oder Sparkasse in der Nähe haben	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]

Post in der Nähe haben	[1] [2]	[1] [2]	[1] [2] [3] [4]
Apotheke in der Nähe haben	[1] [2]	[1] [2]	[1] [2] [3] [4]
Frisör in der Nähe haben	[1] [2]	[1] [2]	[1] [2] [3] [4]
2. Infrastruktur sozialer, kultureller, Freizeit- und Bildungsangebote	wichtig	trifft zu	zufrieden
<i>2a. Freizeit- und Kulturangebote</i>	nein - ja	nein - ja	-- - + ++
kulturelle Einrichtungen bzw. Angebote in der Nähe haben (z.B. Kino, Theater, Veranstaltungen, Ausstellungen, Konzerte)	[1] [2]	[1] [2]	[1] [2] [3] [4]
Seniorentreff /Seniorenzentrum in der Nähe haben	[1] [2]	[1] [2]	[1] [2] [3] [4]
Café / Restaurant / Gastwirtschaft in der Nähe haben	[1] [2]	[1] [2]	[1] [2] [3] [4]
Park oder Grünanlage in der Nähe haben	[1] [2]	[1] [2]	[1] [2] [3] [4]
Sportanlage / Schwimmbad in der Nähe haben	[1] [2]	[1] [2]	[1] [2] [3] [4]
Kirche in der Nähe haben	[1] [2]	[1] [2]	[1] [2] [3] [4]
<i>2b. Bildungsangebote und Ehrenamt</i>	nein - ja	nein - ja	-- - + ++
Bildungseinrichtungen bzw. Angebote in der Nähe haben (z.B. Volkshochschule, Akademie für Ältere, Abendakademie, Seniorentreff)	[1] [2]	[1] [2]	[1] [2] [3] [4]
Möglichkeiten für ehrenamtliches oder freiwilliges Engagement in der Nähe haben	[1] [2]	[1] [2]	[1] [2] [3] [4]
<i>2c. Servicestellen und lebensweltnahe Fachberatung</i>	nein - ja	nein - ja	-- - + ++
Beratungs- und Vermittlungsstellen zum Themen rund um das Leben und Wochen im Alter (IAV-Stellen) bzw. Seniorenbüro in der Nähe haben	[1] [2]	[1] [2]	[1] [2] [3] [4]

3. Infrastruktur medizinischer und pflegerischer Angebote	wichtig	trifft zu	zufrieden			
<i>3a. Hauswirtschaftliche Dienstleistungen</i>	nein - ja	nein - ja	--	-	+	++
eine Möglichkeit haben, Essen auf Rädern zu bekommen	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
Stationärer Mittagstisch in der Nähe haben	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
eine Möglichkeit haben, Hilfe im Haushalt/ hauswirtschaftliche Dienste in Anspruch zu nehmen (Wohnungsreinigung, Waschen, Bügeln, Pflanzen- oder Gartenbetreuung, Getränke-lieferservice)	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
<i>3b. Ärztliche und pflegerische Dienstleistungen</i>	nein - ja	nein - ja	--	-	+	++
eine Möglichkeit haben, ambulante Pflegedienste/ Sozialstationen in Anspruch zu nehmen	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
Hausnotruf / Pflegenotruf haben	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
eine gute allgemeinärztliche Versorgung in der Nähe haben (Allgemeinärzte)	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
eine gute fachärztliche Versorgung in der Nähe haben (Fachärzte, Geriater)	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
geriatriische Ambulanz /Gedächtnisambulanz in der Nähe haben	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
eine Möglichkeit haben, ambulante Palliativpflege / Hospizdienst zu nutzen	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
<i>3c. Soziale Kontakt-dienstleistungen</i>	nein - ja	nein - ja	--	-	+	++
Besuchsdienste empfangen	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
Selbsthilfegruppen / Nachbarschaftshilfe nutzen	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
3d. Stationäre und teilstationäre Altenhilfe !!separat!!	wichtig	trifft zu	zufrieden			
Alten- und Pflegeheime in der Stadt	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
Kurzzeitpflege in der Stadt	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
Tagespflegekliniken in der Stadt	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
Wohnen mit Services in der Stadt (Betreutes Wohnen)	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
Geriatrische Stationen in KH in der Stadt	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
Palliativstationen / Hospize in der Stadt	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]
Krankenhäuser in der Stadt	[1] [2]	[1] [2]	[1]	[2]	[3]	[4]

12.1 Wie zufrieden sind Sie, alles in allem, mit Ihrem Stadtteil/ ihrer Wohnumgebung als Wohnort?



12.2 Was vermissen Sie in Bezug auf Ihr Wohnumfeld/ Ihren Stadtteil? Was brauchen Sie, damit Sie sich hier wohler füllen können?

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Vielen Dank für Ihre Zeit und Mithilfe!

Zusätzliche Angaben zur Person oder Untersuchungssituation

Zu vermerken sind Informationen zu Besonderheiten während des Interviews (Erschöpfung, besondere äußere Einflüsse), dem allgemeinen Eindruck, Besonderheiten aus dem Leben der Person, die nicht im Fragebogen erfasst wurden.

Physical Health Rating Scale (OARS; Fillenbaum, 1988)

1. ausgezeichnete körperliche Gesundheit	Ist regelmäßig oder zumindest von Zeit zu Zeit noch körperlich sehr aktiv.
2. gute körperliche Gesundheit	Keine auffälligen Krankheiten oder Funktionseinschränkungen, medizinische Betreuung nur im Rahmen der regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen.
3. geringe körperliche Einschränkungen	Hat nur wenige Erkrankungen bzw. Funktionseinschränkungen, die durch medikamentöse bzw. andere Therapieformen gut behandelt werden können.
4. mäßige körperliche Einschränkungen	Hat eine oder mehrere Erkrankungen bzw. Funktionseinschränkungen, die entweder schmerzhaft sind oder eine dauerhafte ärztliche Behandlung / Pflege erfordern
5. starke körperliche Einschränkungen	Hat eine oder mehrere Erkrankungen bzw. Funktionseinschränkungen, die entweder schmerzhaft und / oder lebensbedrohend sind oder eine dauerhafte umfassende medizinische Behandlung / Pflege erfordern
6. totale körperliche Einschränkungen	Bettlägerig; ständige medizinische Betreuung bzw. Pflege notwendig, um vitalen Funktionen aufrechtzuerhalten.

Global Deterioration Scale (Reisberg et al., 1982)

<p><i>keine kognitiven Leistungseinbußen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine subjektiven Beschwerden über ein Gedächtnisdefizit. <input type="checkbox"/> Im Interview wird kein Gedächtnisdefizit evident. 	[1]
<p><i>sehr geringe kognitive Leistungseinbußen</i></p> <p>Subjektive Beschwerden über Gedächtnisdefizit, am häufigsten in nachfolgenden Bereichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> vergisst, wo er/sie vertraute Gegenstände abgelegt hat; <input type="checkbox"/> vergisst früher gut bekannte Namen. <input type="checkbox"/> Keine objektiven Zeichen eines Gedächtnisdefizits im Interview. <input type="checkbox"/> Keine objektivierbaren Defizite bei Alltagsaufgaben oder im sozialen Umfeld. Angemessenes Verhalten unter Berücksichtigung der Symptomatik. 	[2]
<p><i>geringe kognitive Leistungseinbußen</i></p> <p>Erste eindeutige Defizite manifestieren sich in mehr als einem der nachfolgenden Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Patient(in) kann sich an einem fremden Ort nicht zurechtfinden; <input type="checkbox"/> Familie/Angehörige bemerken Probleme bei Bewältigung von Alltagsaufgaben; <input type="checkbox"/> Freunde und Bekannte bemerken Wortfindungsstörungen und Schwierigkeiten, die Namen von Bekannten zu erinnern; <input type="checkbox"/> die/der Patient(in) behält nur einen geringen Teil einer gelesenen Textpassage; <input type="checkbox"/> die/der Patient(in) kann sich Namen bei der Vorstellung neuer Personen schlechter merken; <input type="checkbox"/> die/der Patient(in) verlegt oder verliert Wertgegenstände; <input type="checkbox"/> während der klinischen Testung wird ein Konzentrationsdefizit evident. <input type="checkbox"/> Objektive Gedächtnisdefizite lassen sich nur in einem ausführlichen klinischen Interview bzw. in psychometrischen Tests finden. <input type="checkbox"/> Verringerte Leistungsfähigkeit bei Alltagsaufgaben oder im sozialen Umfeld . <input type="checkbox"/> Die/der Patient(in) beginnt, Defizite zu verleugnen. <input type="checkbox"/> Geringe bis mittelgradige Angst begleitet die Symptome. 	[3]
<p><i>mäßige kognitive Leistungseinbußen</i></p> <p>Im Interview manifestieren sich eindeutige Defizite in folgenden Bereichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kenntnis aktueller oder kurz zurückliegender Ereignisse; <input type="checkbox"/> Erinnern des eigenen Lebenslaufs; <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei den Aufgaben mit seriellen Subtraktionen; <input type="checkbox"/> Fähigkeit, sich an unbekanntem Orten zurechtzufinden oder mit Geld umzugehen, usw. <input type="checkbox"/> Unfähigkeit, komplexe Aufgaben durchzuführen. <input type="checkbox"/> Das Verleugnen von Defiziten ist die dominierende Abwehrstrategie. <input type="checkbox"/> Der Affekt verflacht, und die/der Patient(in) beginnt, Situationen mit höheren Anforderungen zu vermeiden. <p>Meist keine Defizite in nachfolgenden Bereichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Orientierung zu Zeit und Person; <input type="checkbox"/> Wiedererkennen vertrauter Personen und Gesichter; <input type="checkbox"/> Fähigkeit, sich an bekannten Orten zurechtzufinden. 	[4]

mittelschwere kognitive Leistungseinbußen

- Die/Der Patient(in) kann ohne fremde Hilfe nicht mehr zurechtkommen.
- Sie/Er kann sich während des Interviews kaum an relevante Aspekte seines gegenwärtigen Lebens erinnern: z.B. an die Adresse, die langjährige Telefonnummer, die Namen naher Familienangehöriger (wie die der Enkel), den Namen der Schule, die sie/er zuletzt besucht hat.
- Häufig ist Desorientierung zur Zeit (Datum, Wochentag, Jahreszeit etc.) oder zum Ort. Eine gebildete Person kann Schwierigkeiten haben, beginnend bei 40 in Vierschritten oder beginnend bei 20 in Zweierschritten rückwärts zu zählen.
- Personen dieses Stadiums erinnern allerdings noch einige Fakten, die sie selbst oder andere betreffen. Sie erinnern ihren Namen ebenso wie den der/des Ehepartnerin(s) oder der Kinder.
- Sie brauchen keine Hilfe beim Toilettengang oder Essen, können aber Schwierigkeiten bei der Auswahl situationsgerechter Kleidung haben (z.B. Hausschuhe für den Waldspaziergang wählen).

[5]

schwere kognitive Leistungseinbußen

- Kann gelegentlich den Namen der/des Ehegattin(en) vergessen, von dem ihr/sein Überleben abhängt.
 - Weitgehend keine Kenntnis zurückliegender Ereignisse und eigener Erfahrungen.
 - Lückenhafte Erinnerung an die eigene Vergangenheit.

 - Die Umgebung, Jahreszeiten und zeitliche Veränderungen werden z.B. nicht mehr wahrgenommen.
 - Kann Schwierigkeiten haben, von zehn bis eins rückwärts zu zählen, gelegentlich sogar beim Vorwärtszählen von 1 bis 10.

 - Benötigt Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen, kann z.B. inkontinent werden oder fremde Hilfe benötigen, um sich an bekannten Orten zurechtzufinden. Gelegentlich gelingt es aber auch ohne Hilfe.
 - Der Tag/Nacht-Rhythmus ist häufig gestört.

 - Beinahe immer wird der eigene Name erinnert.
 - Häufig können noch bekannte von unbekanntem Personen in der näheren Umgebung unterschieden werden.
- Persönlichkeitsveränderungen und Gefühlsstörungen treten sehr variabel auf:**
- Verfolgungswahn; z.B. wird der Betreuungsperson Betrug und Diebstahl unterstellt oder mit imaginären Personen oder dem eigenen Spiegelbild gesprochen;
 - Zwangssymptome; z.B. es wird ständig ein Gegenstand gereinigt;
 - Angstsymptome, Unruhe und aus der Vergangenheit nicht bekanntes aggressives Verhalten können auftreten;
 - fehlender kognitiver Willensantrieb, z.B. kann erwünschtes Verhalten nicht mehr in die Tat umgesetzt werden, weil der Gedankengang dazu nicht mehr lange genug im Kopf behalten werden kann.

[6]

sehr schwere kognitive Leistungseinbußen

- Häufig totaler Sprachverlust; gelegentlich sind noch sprachliche Automatismen erhalten,
- Harninkontinenz; ist auf Hilfe beim Toilettengang und Essen angewiesen.
- Verlust grundlegender psychomotorischer Fähigkeiten, kann z.B. nicht mehr laufen. Das Gehirn scheint den Körper nicht mehr steuern zu können.
- Häufig finden sich generalisierte und corticale neurologische Symptome.

[7]



Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Institut für Gerontologie
Bergheimer Str. 20
69115 Heidelberg

**Erklärung zum Datenschutz und Einwilligung zur Teilnahme
an der Studie – Die Bedeutung individueller und infrastruktureller
Ressourcen für das Wohlbefinden im hohen Alter.**

Hiermit erkläre ich, dass ich über die Inhalte der Studie informiert und darüber aufgeklärt wurde, dass

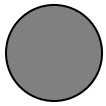
- die Teilnahme an der Studie freiwillig ist und aus einer Verweigerung keinerlei Nachteile entstehen,
- die Einwilligung zur Teilnahme an der Studie jederzeit zurückgenommen werden kann,
- die erhobenen Informationen ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet und weder Name noch Anschrift des Teilnehmers an Dritte weitergegeben werden,
- die Eingabe der Daten nur in codierter Form erfolgt, ohne Speicherung des Namens oder der Anschrift,
- die Daten sofort gelöscht werden, wenn ich meine Einwilligung an der Befragung zurückziehe,
- nur an der Studie direkt beteiligte Personen Zugang zu den Daten haben, und
- mit Abschluss der Dateneingabe die Zuordnungen von Name zu Code-Nummer gelöscht werden.

Name:

Mannheim, den

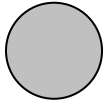
Unterschrift Teilnehmer

Innenkreis



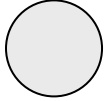
Gibt es Menschen, die Ihnen extrem wichtig sind. So wichtig, dass es für Sie nur schwer vorstellbar ist, ohne diese Menschen zu leben?

Mittlerer Kreis

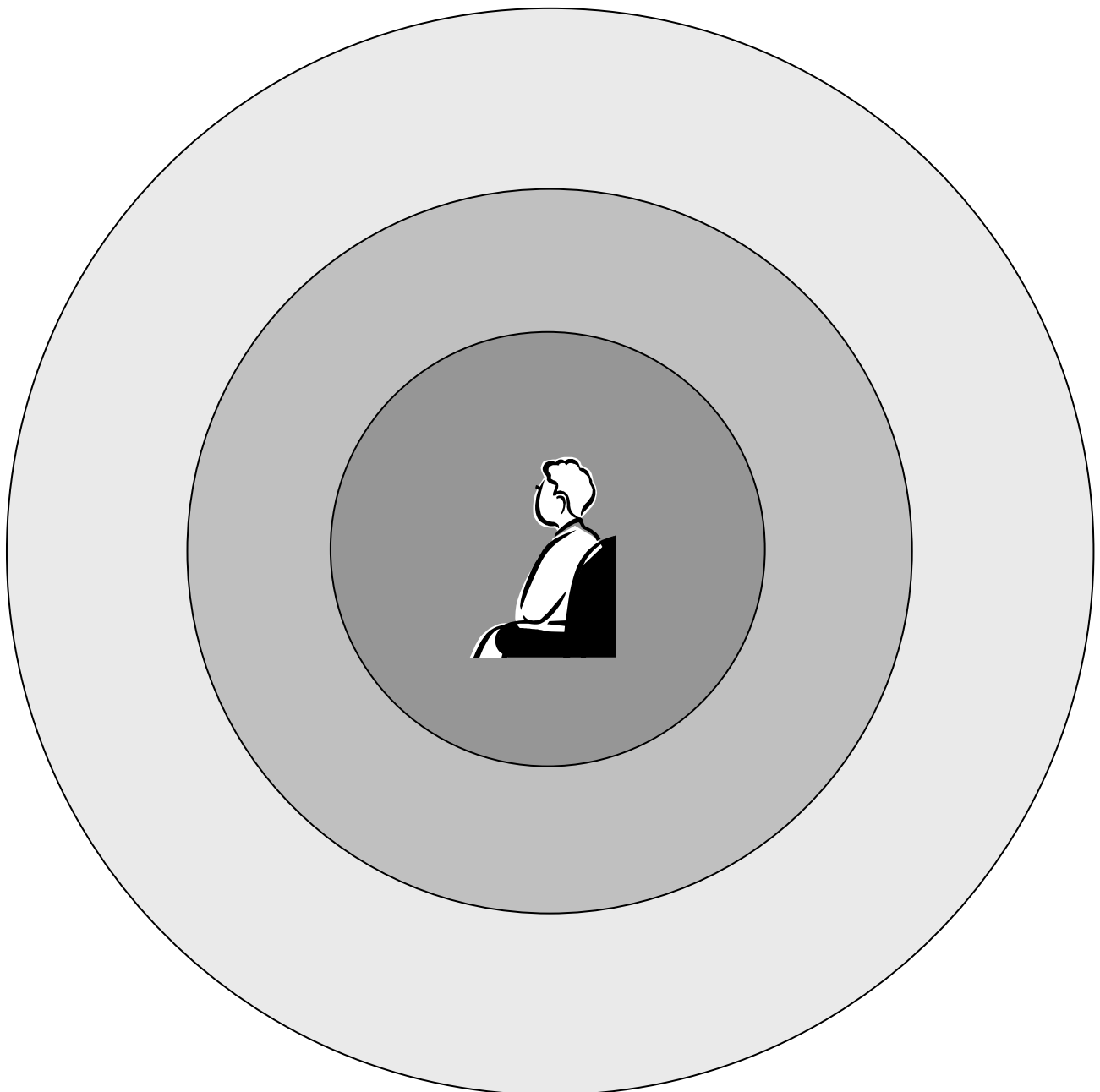


Gibt es Menschen, die Ihnen nicht ganz so wichtig sind, die Ihnen aber trotzdem sehr nahe stehen?

Außenkreis



Gibt es Menschen, die Sie bisher noch nicht erwähnt haben, die Ihnen aber trotzdem wichtig sind?



**überhaupt
nicht**

[1]

selten

[2]

ab und zu

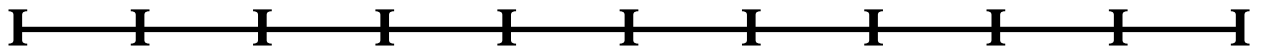
[3]

oft

[4]

sehr oft

[5]



0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

**ganz
und gar
unzufrieden**

**ganz
und gar
zufrieden**

**sehr
unzufrieden**

[1]

**eher
unzufrieden**

[2]

**eher
zufrieden**

[3]

**sehr
zufrieden**

[4]

nein

[1]

weder noch

[2]

ja

[3]
