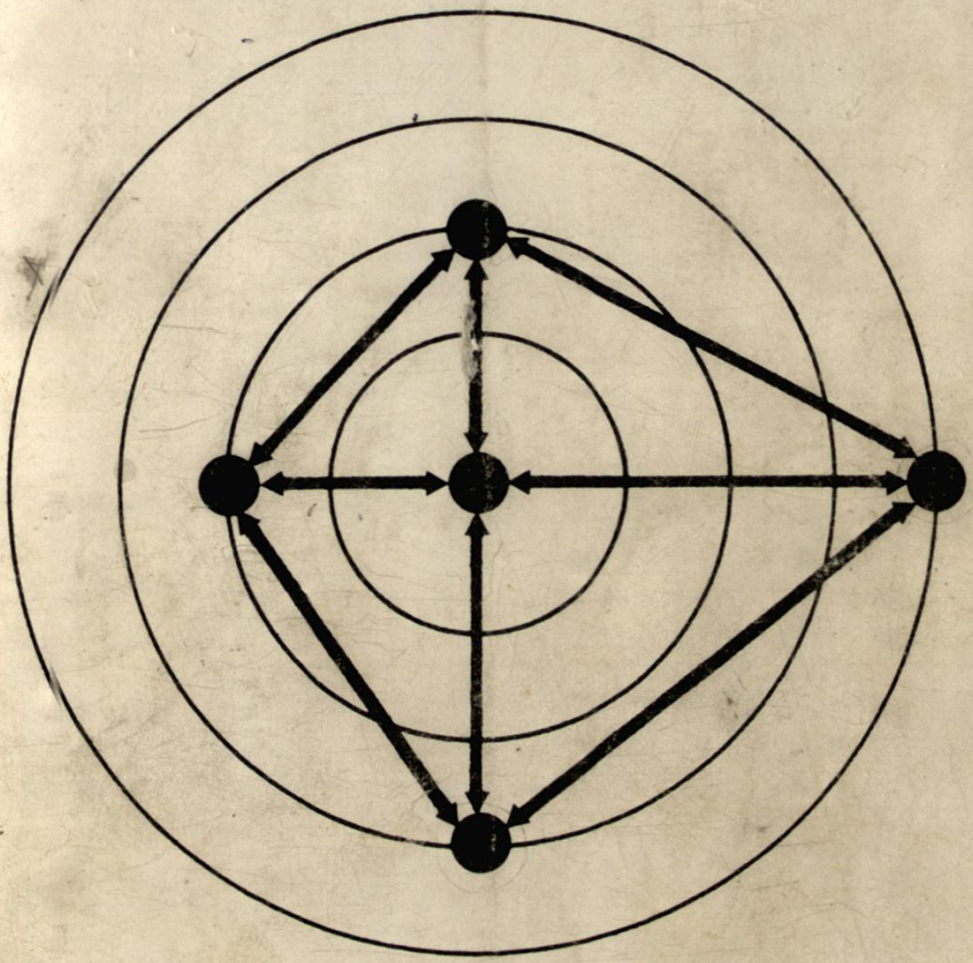
1 V
2523

1 V 2523

1 V
2 5 2 3

Sozialwissenschaftliches Forum



Lorenz Fischer

Die Institutionalisierung alter Menschen

1V2523

DIE WIRKUNGEN DER INSTITUTIONALISIERUNG AUF DAS SELBSTBILD ALTER MENSCHEN

Inauguraldissertation
zur
Erlangung des Doktorgrades
der
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät
der
Universität zu Köln

1975

1. Ex.
1V2523

vorgelegt
von
Dipl.-Volksw. Lorenz Fischer
aus

Köln

UNIVERSITÄTS-
UND
STADT-
BIBLIOTHEK
KÖLN
A

Referent: Prof. Dr. Dr. H. Anger

Koreferent: Prof. Dr. O. Blume

Tag der Promotion: 16.12.1975

Sozialwissenschaftliches Forum 2

Die Wirkungen der Institutionalisierung auf das Selbstbild alter Menschen

Lorenz Fischer

Böhlau Verlag Köln Wien 1976

UNIVERSITÄTS-
UND
STADT-
BIBLIOTHEK
KÖLN
A

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek
Fischer, Lorenz
Die Wirkungen der Institutionalisierung auf das Selbstbild alter Menschen. — Köln, Wien : Böhlau, 1976.
(Sozialwissenschaftliches Forum 2)
ISBN 3-412-04076-2

Copyright © 1976 by Lorenz Fischer, Köln

Ohne schriftliche Genehmigung des Autors ist es nicht gestattet, das Werk unter Verwendung mechanischer, elektronischer und anderer Systeme in irgendeiner Weise zu verarbeiten und zu verbreiten. Insbesondere vorbehalten sind die Rechte der Vervielfältigung — auch von Teilen des Werkes — auf photomechanischem oder ähnlichem Wege, der tontechnischen Wiedergabe, des Vortrags, der Funk- und Fernsehsendung, der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, der Übersetzung und der literarischen oder anderweitigen Bearbeitung.

Gesamtherstellung: Walter Kleikamp, Köln
Printed in Germany
ISBN 3 412 04076 2

Inhalt

Seite

A. Das Institutionalisierungsproblem unter Berücksichtigung der besonderen Lage alter Menschen

1. Die Altenheimproblematik und ihre Stellung innerhalb der Gerontologie 1

2. Untersuchungen zum Problem der Institutionalisierungswirkungen: ein Überblick 3

3. Diskussion möglicher Determinanten der psychologischen Situation von Altenheimbewohnern 9

3.1 Der Entschluß zum Heimeintritt: das Problem der Selbstselektion 10
3.1.1 Die physische Situation 11
3.1.2 Die soziale und persönliche Situation 12

3.2 Die Wirkungen der Wartezeit und der Eingewöhnungsphase 13

3.3 Die konstituierenden Merkmale der Heimsituation und ihre Wirkungen 14
3.3.1 Kategorien von Umweltwirkungen 14
3.3.2 Merkmale totaler Institutionen 17
3.3.2.1 Beabsichtigte Aufenthaltsdauer 21
3.3.2.2 Orientierung der Aktivitäten 21
3.3.2.3 Vorgeschriebene und angebotene Aktivitäten 22
3.3.2.4 Das Verhalten des Personals und das institutionelle Sanktionssystem 23
3.3.2.5 Verfügung über persönliches Eigentum 24
3.3.2.6 Freiwilligkeit des Eintritts 25
3.3.2.7 Einzelzimmer und Heimausstattung 25
3.3.2.8 Die getrennte Unterbringung von Männern und Frauen 27

3.4 Zusammenfassende Thesen 27

Seite

4. Zum Problem der Operationalisierung "erfolgreichen Alterns" 29

4.1 Konzepte erfolgreichen Alterns 29

4.2 Der Begriff der Anpassung in der Gerontologie 30

4.3 Subjektive Zufriedenheitsaussagen als Kriterium für erfolgreiches Altern 32

4.3.1 Skalen subjektiver Zufriedenheit 32

4.3.2 Kritik an der Verwendung subjektiver Zufriedenheitsaussagen 33

4.4 Normative Kriterien erfolgreichen Alterns 35

4.4.1 Die "Aktivitätstheorie" 37

4.4.2 Die Disengagementtheorie 37

4.4.3 Modifikation der Disengagementtheorie 38

4.5 Schlußfolgerungen für eine Operationalisierung erfolgreichen Alterns 40

B. Eigene empirische Untersuchung

5. Zielsetzung und Anlage der empirischen Untersuchung 42

5.1 Zielsetzung 42

5.2 Anlage der empirischen Untersuchung 43

5.3 Stichprobenziehung und -beschreibung 47

6. Der Interviewfragebogen und die Indikatoren des Selbstbildes 55

6.1 Zum Methodenproblem 55

6.2 Der Interviewfragebogen und die Durchführung der Interviews 57

6.3 Die Operationalisierung der abhängigen Variablen 57

6.3.1 Die Lebenszufriedenheitsskala (LSI) 58

6.3.2 Der Index der Altersstereotypen 64

6.3.3 Die Disengagementskala 70

Seite

6.3.4 Die Zukunftsperspektive 76
6.3.5 Das subjektive Aktivitätsniveau 77
6.3.6 Ängste hinsichtlich der körperlichen Verfassung 78
6.3.7 Andere Indikatoren des subjektiven Selbstbildes 78

6.4 Objektive Indikatoren des Zustandsbildes 78
6.4.1 Das objektive Aktivitätsniveau 79
6.4.2 Objektive Kontaktintensität 80

6.5 Operationalisierung der Kontrollvariablen 81
6.5.1 Beweglichkeit und Selbsthilfefähigkeit 81
6.5.2 Index objektiver Wohnbedingungen 81

7. Untersuchungsergebnisse 83

7.1 Makroanalyse der Wirkungen des Institutionalisierungsprozesses 83
7.1.1 Replikation des Vergleichs von Altenheimbewohnern mit selbständig Wohnenden 83
7.1.2 Dimensionen des subjektiven Selbstbildes 90
7.1.2.1 Faktor I "Realistische Lebenszufriedenheit" 91
7.1.2.2 Faktor II Ablehnung von Disengagement 91
7.1.2.3 Faktor III Ablehnung von Altersstereotypen 93
7.1.2.4 Faktor IV "Aktivitätsorientierung" 93
7.1.2.5 Faktor V Empfinden sozialer Abhängigkeit 94
7.1.2.6 Faktor VI "Zukunftsverlangen" 94
7.1.2.7 Erstellung der Faktorenwerte 95
7.1.2.8 Zusammenfassung der Dimensionalität des Selbstbildes 95

Seite

7.1.3 Analyse der Institutionalisierungswirkungen innerhalb der beiden Dimensionen unterschiedlicher Versorgungsbedürftigkeit 96
7.1.3.1 Unterschiede in der "realistischen Lebenszufriedenheit" 98
7.1.3.2 Unterschiede in der Ablehnung der Disengagementnorm 100
7.1.3.3 Unterschiede in der Aktivitätsorientierung 101
7.1.3.4 Unterschiede im Empfinden sozialer Abhängigkeit 103
7.1.3.5 Diskussion der Ergebnisse 104
7.1.3.6 Schlußfolgerungen 106

7.2 Mikroanalyse der Wirkungen des Institutionalisierungsprozesses 108
7.2.1 Die Situation der Heimanwärter und die Phase des Heimeintritts 108
7.2.2 Objektive Gegebenheiten der Altenheimsituation als Determinanten der Zufriedenheit und Bewertung der Heimsituation bei Altenheimbewohnern 113
7.2.3 Die Messung der Einstellung zur Heimsituation 114
7.2.4 Die Wirkungen einzelner Merkmale der Heimsituation 116
7.2.4.1 Privatheit der Lebenssituation und räumliche Ausstattung der Heime 116
7.2.4.2 Ausstattung und sanitäre Anlagen 118
7.2.4.3 Verfügbarkeit von persönlichem Eigentum 119
7.2.4.4 Verhaltensvorschriften 119
7.2.4.5 Aktivitätsangebote 121
7.2.4.6 Getrennte Unterbringung von Frauen und Männern 123

Seite

7.2.4.7 Das Verhältnis Heimbewohner - Pflegekräfte 124

7.2.5 Querschnittsvergleich von Bewohnern "guter" Heime und Bewohnern "schlechter" Heime 128

7.2.6 Abhängigkeit der Institutionalisierungswirkungen von dem Grad der Selbsthilfefähigkeit der Bewohner 132

7.2.7 Entwicklung des Selbstbildes bei längerfristigem Aufenthalt im Altenheim 133

7.2.8 Zusammenfassung und Schlußfolgerungen aus der Mikroanalyse des Institutionalisierungsprozesses 135

8. Baumanalyse zur optimalen Kombination der Determinanten des Selbstbildes alter, alleinstehender Menschen 137

8.1 Determinanten der realistischen Lebenszufriedenheit 139

8.2 Determinanten der Aktivitätsorientierung 142

8.3 Determinanten der Empfindung sozialer Abhängigkeit 145

8.4 Determinanten der Einstellung zur Disengagementnorm 147

9. Zusammenfassung der empirischen Befunde in Thesenform 149

10. Schlußbemerkungen 151

Literaturverzeichnis 153

Anhang 167

Der Interviewfragebogen
Tabellenanhang

Vorbemerkung

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen einer Reihe gerontologischer Forschungsarbeiten, die im Institut für Sozialpsychologie der Universität zu Köln durchgeführt wurden.
Herrn Professor Anger danke ich für die Anregung diese Themas und für seine verständnisvolle Unterstützung im Verlauf der Arbeit.
Die Untersuchung wurde insbesondere in der aufwendigen empirischen Anfangsphase durch das Kuratorium Deutsche Altershilfe finanziert.
Nicht zuletzt sei jenen alten Menschen gedankt, die oftmals mit sehr großer Geduld unsere zum Teil recht persönlichen Fragen beantworteten.

Köln im März 1976

Lorenz Fischer

A. Das Institutionalisierungsproblem unter Berücksichtigung der besonderen Lage alter Menschen

1. Die Altenheimproblematik und ihre Stellung innerhalb der Gerontologie

Die Erwähnung des Wortes "Altenheim" genügt in unserer Gesellschaft oft, um bei Menschen der verschiedensten Altersstufen Ängste und Ablehnung zu provozieren. Mit dem Begriff "Altenheim" werden üblicherweise abschreckende Vorstellungen wie "abgeschoben" oder "letzte Station" assoziiert.
Als Beispiel sei hier ein häufig angeführtes Zitat aus einer amerikanischen Untersuchung erwähnt: "Das Altenheim wird in der Öffentlichkeit zumeist als eine Abstellhalle gesehen, ein Speicher, wo man alte Leute stapelt, bis sie tot sind." (Arbeitsgruppe Bonn 1971, S. 109)

Die nicht seltenen Presseberichte über Altenheime, denen zufolge etwa pflegebedürftige Betagte in zugigen, feuchten Räumen untergebracht, hygienisch vernachlässigt, einem willkürlichen Regime der Heimleitung unterworfen und außerdem um ihre letzten Ersparnisse gebracht wurden, tragen auch hier nicht eben dazu bei, das schlechte Image der Altenheime zu verbessern.
Sie werden ergänzt durch eine wichtige, aber empirisch oft nicht hinreichend abgesicherte Kritik an der gesellschaftlichen Ausgliederung des Alters und seiner Konzentration in speziellen Alteneinrichtungen.
Ohne die im Verlaufe dieser Untersuchung noch zu analysierenden Wirkungen von Altenheimen vorwegnehmen zu wollen, läßt sich vermuten, daß die negativen Vorstellungen vom "Altenheim" sich von der dort tatsächlich erlebbaren Realität ablösen und zum Inbegriff einer menschenunwürdigen Existenz zu werden beginnen.
Nicht zu Unrecht erwartet man von einer solchen Hypostasierung eines gesellschaftlichen Negativstereotyps in Bezug auf das Altenheim ungünstige Rückwirkungen vor allem auf das Selbstbild der Bewohner oder auf den Entscheidungsprozeß alter Menschen zum Heimeintritt. Aber auch das Verhalten des Heimperso-

nals sowie die Reaktionen der übrigen Gesellschaftsmitglieder, soweit sie mit den Altenheimbewohnern in Berührung kommen, werden von einem solchen Stereotyp beeinflußt.
Im Gegensatz zu der - in der öffentlichen Meinung wohl vorherrschenden - Ablehnung der Institution "Altenheim" sieht sich die Gesellschaft gezwungen, angesichts des steigenden Anteils alter Menschen an der Gesamtbevölkerung die Kapazitäten der Altenhilfe ständig zu erweitern. Entscheidungen, welche Form der Altenhilfe unter welchen Voraussetzungen und in welcher Ausführung gefördert und verwirklicht werden sollte, basieren dabei stärker auf unmittelbarer Erfahrung der verschiedenen Träger der Altenhilfe als auf wissenschaftlichen Untersuchungen. Dies liegt nicht zuletzt an den Widersprüchen, die in zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen über die Institutionalisierungswirkungen zum Ausdruck kommt. Im Grunde ist aber die praktische Erfahrung der Träger der Altenhilfe für die anstehende Planung nur eine begrenzte Hilfe, da sie notwendig ihr Urteil unter dem Eindruck zahlreicher miteinander kollidierender Gesichtspunkte (z.B. Kosten, Qualität und Quantität des zur Verfügung stehenden Personals oder vorhandene Grundstücke u.a.) bilden müssen. Hier können empirische Untersuchungen eine Hilfe sein, wenn man sich in einem ständigen Entwicklungsprozeß durch Korrektur von zuvor gemachten Fehlern und durch Berücksichtigung von neuen Aspekten, die vorher übersehen wurden, einem zuverlässigen und gültigen Urteil nähert. Dies soll durch die vorliegende Arbeit versucht werden.

Eine Untersuchung bei Altenheimbewohnern begegnet den für die Gerontologie typischen Problemen in potenzierter Form. Üblicherweise werden in der Gerontologie alle Menschen über 65 Jahren zum "Alter" gezählt. Demgegenüber sind Altenheimbewohner im Durchschnitt weit über 70 Jahre und zudem gegenüber anderen alten Menschen von besonderer körperlicher und geistiger Gebrechlichkeit. Wir werden darauf noch im Verlauf der Untersuchung im einzelnen zu sprechen kommen. Hier genügt der Hinweis, daß dieser Zustand der zu untersuchenden Gruppe sowohl bei der Untersuchungsanlage, bei ihrer Durchführung sowie der Interpretation der Ergebnisse immer berücksichtigt werden muß. Die sich

daraus ergebenden methodischen und theoretischen Probleme erfordern dementsprechend eine - angesichts der begrenzten Fragestellung - relativ ausführliche Diskussion im Gesamtverlauf der Untersuchung.

2. Untersuchungen zum Problem der Institutionalisierungswirkungen: ein Überblick

Der überwiegende Teil der bisher zur Institutionalisierungsproblematik alter Menschen veröffentlichten wissenschaftlichen Untersuchungen bestätigt weitgehend die zuvor geschilderte öffentliche Meinung über das Altenheim, da sie inhumane depersonalisierende Wirkungen der institutionellen Umgebung registrierten. So stellt TOWNSEND (1962) fest: üblicherweise hätten Menschen, die in Institutionen lebten, nur ein Minimum an Privatleben, so daß sich ihre Beziehungen zueinander nicht entfalten könnten. Sie lebten auf einer Insel der Isolation sowohl gegenüber ihren Mitbewohnern wie gegenüber der Gesellschaft. Ihre Möglichkeiten zur Selbstbestimmung seien eingeschränkt, die Beziehungen zu ihren Familienmitgliedern geschwächt. Für diesen Mangel an Kontakten fänden sie nur selten einen Ersatz, der mehr sei als ein blasses Bild der Kontaktsituation, in der üblicherweise die anderen Mitglieder der Gesellschaft lebten. Die Folge davon sei ein gradueller Prozeß der Depersonalisation. Die Reaktion der Heimbewohner sei auch durch Resignation und Depression gekennzeichnet, sie fühlten kein Interesse an der Zukunft, seien teilweise apathisch, redeten wenig und entfalteten keine Initiative mehr. Sogar die körperliche Pflege würde vernachlässigt, und manche flüchteten in eine private Welt der Phantasie.

In dieser summarischen Darstellung ist nahezu alles zusammengefaßt, was in zahlreichen anderen Untersuchungen als kennzeichnend für die Situation von alten Menschen, die in Heimen leben, hervorgehoben wird. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen zur Institutionalisierungsproblematik, die in der Tafel 1 aufgeführt sind, lassen sich unter folgende - die Situation der

TAFEL 1 TABELLARISCHE ZUSAMMENSTELLUNG VON UNTERSUCHUNGEN ZUR INSTITUTIONALISIERUNGSPROBLEMATIK

Autoren	Population	Instrumente	Ergebnisse
ANDERSON (1964)	Altenheimbewohner und -anwärter (N = 157)	Interviews, Aktivitäts-, Kontakt- und Zufriedenheitsmaße	keine Institutionalisierungswirkun
COE (1965)	Bewohner von: 1. Pflegeabteilung eines Krankenhauses 2. öffentlichem Altenpflegeheim 3. privatem Altenpflegeheim (alle chronisch krank)	"Wer bist Du" - Technik (Rollenanalyse)	mit zunehmender Totalität der Insti tionalisierung zunehmende Depersona sation
CURRY & RATLIFF (1973)	Pflegeheimbewohner	Interviews, LSI-Index	mit zunehmender Heimgröße größere I tion, aber gleiche Lebenszufriedenhe
DAVIDSON&KRUGLOV (1952)	Altenheimbewohner (N = 46)	Rorschach - Test	Kennzeichen von AHB: antriebsschwac geschwächte Realitätswahrnehmung, geringere Interessen, weniger Emoti alität und Impulskontrolle, geschwä tes Selbstbild
DONAHUE et al. (1953)	Altenheimbewohner (N = 75)	experimentelle Untersuchungsanordnung, soziometrischer Test	die übliche Heimsituation bewirkt Isolation und wenig planvolles Hand
FINK (1957)	Bewohner eines Gebrechlichenheims und Nichtinstitutionalisierte (N = 6o)	Fragebogen und TAT	Vergangenheitsorientierung bei der institutionalisierten Gruppe
HARTLAGE & HALE (1968)	ambulante und nicht ambulante Patienten einer psychiatrischen Klinik mit Longitudinaluntersuchung bei Insassen	Semantisches Differential zur Selbstbewertung	Verschlechterung des Selbstbildes bei den Institutionalisierten
KELLER (nach LEHR 1968)	Altenheim- und Altenwohnheimbewohner	Tageslaufschilderungen	Altenheimbewohner sind weniger aktiv erleben weniger Positives, können de gegenwärtigen Lebensalter wenig Schö abgewinnen
LAKIN (196o)	Altenheimbewohner und Altenclubmitglieder (N = 72)	"Mann - Zeichen - Test"	Institutionalisierte Betagte zeichne kleiner, weniger gut zentriert und constricted
LAVERTY (195o)	1. Altenheimbewohnerinnen 2. Ambulant versorgte Heimanwärterinnen (N = 3o) mit Längsschnitt	Zustandsbeschreibung durch Sozialarbeiter	schnellerer geistiger und physischer Verfall bei den Institutionalisierte
LIEBERMAN (1961)	1. Altenheimbewohner 2. Altenheimanwärter	Ermittlung der Sterbefälle innerhalb von einem Jahr	erhöhte Mortalitätsquote bei den Institutionalisierten
LIEBERMAN & LAKIN (1963)	Altenheimanwärter und -bewohner (Longitudinal)	TAT	Institutionalisierung bewirkt ein geringeres Selbstbewußtsein und Interesse

ren	Population	Instrumente	Ergebnisse
ERMAN et al. 8)	Altenheimbewohner, Altenheimanwärter, selbstständig lebende ältere Menschen	Persönlichkeits- und Einstellungstests	sowohl positive wie negative Institut nalisierungswirkungen. Jedoch ist die ungünstigere Position der Heimbewohne überwiegend schon bei den Anwärtern f zustellen
N (1954)	1. Bewohner eines Gebrechlichenheims 2. über 6o-jährige selbstständig Lebende 3. junge Erwachsene (N = 12o)	Skalen für allgemeine Intelligenz, Selbstkonzept, Chicago-Attitude-Scale, TAT (MURRAY), "Who are you"-Fragen	Selbstwertgefühl bei den Institutionalisierten erheblich beeinträchtigt
E u.a. (1973)	Altenheimbewohner (N = 153)	Interviews	Kennzeichen der Bewohner: Depressivitä erzwungene Untätigkeit
(1952)	Altenheimbewohnerinnen (N = 597) selbstständig lebende ältere Menschen	"activities and attitudes" (Chicago "Attitude-Scale")	Heimbewohner haben weniger Kontakte mit Fremden und Verwandten, aber viele Hobbies und ein Gefühl der Sicherheit
ICK et al. 2)	1. Pflegeheimbewohner 2. Selbstständig lebende ältere Personen (N = 696)	1. Beurteilung des eigenen Spiegelbildes 2. Mental Status Questionnaire 3. Face-Hand-Test	Bei den institutionalisierten Personen wurde die doppelte Anzahl von selbstkritischen Äußerungen festgestellt.
NGER (1974)	Altenheimbewohner (N = 81)	Hawie, Raven(Intelligenz), Pursuit-Rotor, Raven-Zeit, Test-d 2	bei den Altenheimbewohnern mit geringerem sozialen Status Verminderung der Intelligenz mit zunehmender Dauer des Heimaufenthaltes. Aktivität und Verhaltensspontanität nimmt allgemein ab
ELZER & RT (1969)	Repräsentativerhebung alter Menschen in Rheinland - Pfalz (N = 1o14)	Interviews, LSI-Skala, Aktivitäten	Altenheimbewohner sind weniger aktiv, weniger zufrieden als selbständig lebende alte Menschen
(1955)	1. Pflegeheimbewohner 2. Selbstständig lebende ältere Personen	Chicago-Attitude-Scale	Heimbewohner sind weniger angepasst als die Kontrollgruppe. Dieser Unterschied ist aber eine Art Lebensstil.
EL (1958)	Alten- und Pflegeheimbewohner	Erfahrungsbericht	In der Heimsituation kommt es verschiedentlich zu zeitlicher oder räumlicher Desorientierung, Ängstlichkeit und Apathie, Verengung des Denkens und Fühlens auf körperliche Vorgänge.
END (1962)	Bewohner verschiedener Arten von Altenheimen (verschiedenen Stichproben)	Interviews	Gefühle von Isolation und Einsamkeit, Verlust der Selbstbestimmung
AN & (1952)	1. Altenheimbewohner 2. Wohnheimbewohner 3. Selbstständig lebende ältere Personen	negative Altersstereotype	Wohnheimbewohner bestätigten Altersstereotype häufiger als die selbstständig lebenden, und seltener als Altenheimbewohner.

Heimbewohner kennzeichnende - Merkmale zusammenfassen:

1. Verminderte Kontakthäufigkeit: ESTES & SCHOOLER (1966), SCOTT (1955), SCHMELZER & TEBERT (1969), TOWNSEND (1962), LIEBERMAN (1969), NASKE u.a. (1973)

2. Verringertes Aktivitätsniveau: SCHMELZER & TEBERT (1969), ROSENFELT u.a. (1964), KELLER (1966) (nach LEHR 1968), DONAHUE u.a. (1953), WACHS (1956), RUDINGER (1974), SCOTT (1955), das u.U. mit einem verringerten Antriebsniveau zusammenhängen könnte DAVIDSON & KRUGLOV (1952)

3. Verminderte Lebenszufriedenheit: SCHMELZER & TEBERT (1969), SCOTT (1955), CURRY & RATLIFF (1973)
Einsamkeitsgefühle, herabgesetztes Selbstwertgefühl: HARTLAGE & HALE (1968), DAVIDSON & KRUGLOV (1952), POLLACK u.a. (1962), LAKIN (1960), MASON (1954), sowie geschwächte Emotionalität DAVIDSON & KRUGLOV (1952)

4. Verkürzte Zeitperspektive: FINK (1957)

5. Ein verringertes Interessenspektrum, das sich manchmal nur noch auf die körperlichen Sensationen bezieht: LAVERTY (1950), STENGEL (1958), DAVIDSON & KRUGLOV (1952), LIEBERMAN (1961), NASKE u.a. (1973)

6. Verringerte geistige Leistungsfähigkeit:
POLLACK u.a. (1958, 1962), KAHANA & KAHANA (1970), MASON 1954), RUDINGER (1974)

7. Erhöhte Mortalität: MARKUS u.a. (1971), LIEBERMAN (1961).

Diese Kategorien sind nicht voneinander unabhängig, d.h. sie schließen sich nicht gegenseitig aus. Sie zeigen aber, wie von verschiedenen wissenschaftlichen Ansätzen her bei Heimbewohnern eine Beeinträchtigung der Lebenssituation hinsichtlich solcher Merkmale festgestellt wurde, die als wesentlich für die "menschliche Existenz" zu betrachten sind.

Nun entsteht allerdings mehr oder weniger zwangsläufig ein Zielkonflikt, wenn sich bei älteren Menschen aus physischen, psychischen oder sozialen Problemen eine Versorgungsnotwendig-

keit ergibt. Dieser besteht darin, einerseits alte Menschen entsprechend ihren Lebensumständen mit dem Ziel angemessener Behandlung und Versorgung zusammenzufassen und andererseits dem Bestreben, sie nach Möglichkeit in ihrer normalen Wohnumgebung zu belassen. Eine gemeinsame Unterbringung produziert jedenfalls Bedingungen, die mit großer Wahrscheinlichkeit sowohl das psychische Wohlgefühl wie auch die physische Situation der Alten erheblich beeinträchtigen.
Obwohl die Literatur zum vorliegenden Problem mittlerweile recht umfangreich ist, bietet sie dem Praktiker, der Altenhilfe realisieren muß, vorläufig noch wenig Hilfe. Die geringe Aussagekraft der Ergebnisse ist vor allem auf drei Faktoren zurückzuführen:

1. Die untersuchten Institutionen sind außerordentlich unterschiedlich. So wurden Bewohner von geriatrischen Zentren, von Pflegeheimen, von Altenheimen "traditionellen Typs", von psychiatrischen Kliniken und von Altenwohnheimen untersucht. Dabei sind sowohl die Unterbringungsbedingungen als auch die jeweils untergebrachten Populationen außerordentlich unterschiedlich. Die gängige Gemeinsamkeit dieser Institutionen ist allenfalls, daß der Aufenthalt in ihnen zeitlich prinzipiell unbegrenzt ist.

2. Die verwendeten Indikatoren, bzw. Instrumente und die durch sie repräsentierten Dimensionen sind ebenfalls sehr unterschiedlich. Sie entstammen verschiedenen Wissenschaftsbereichen (Psychiatrie, Psychoanalyse, Psychologie, Soziologie), innerhalb derer die verwendeten Begriffe einen traditionell anerkannten Gültigkeitsbereich haben. Zusammenhänge zwischen diesen Indikatoren in verschiedenen Untersuchungen jedoch kann der Leser lediglich vermuten.

3. Schließlich erweist es sich als besonders schwierig, eine dem Problem angemessene Untersuchungsstrategie zu entwickeln. Wie wir noch in diesem Zusammenhang mit der Anlage unserer eigenen empirischen Untersuchung zeigen werden, hat selbst die - im Hinblick auf den Prozeß-

charakter der Institutionalisierung zunächst besonders geeignete - Längsschnittanalyse bedeutsame Nachteile, auf die wir später noch eingehen werden. In den hier dargestellten Untersuchungen dominieren jedoch Querschnittanalysen, die einen bei weitem geringeren forschungstechnischen Aufwand erfordern.

In verschiedenen Untersuchungen werden Heiminsassen einfach mit nicht institutionalisierten Personen gleichen Alters verglichen (FINK 1957, LAKIN 1960, MASON 1954, POLLACK et al. 1962, SCOTT 1955, TUCKMAN & LORGE 1952, SCHMELZER & TEBERT 1969). Dabei schlossen einige der genannten Autoren etwas voreilig von den Unterschieden zwischen dem Selbstbild dieser beiden Populationen auf die Institutionalisierungswirkungen. LIEBERMAN et al. (1968) wiesen als erste mit Nachdruck darauf hin, daß bei einer solchen Forschungsstrategie verschiedene andere potentielle Ursachen eines negativen Selbstbildes - die der Institutionalisierung vorausgehen - fälschlicherweise als Wirkungen der Institutionalisierung selbst interpretiert werden könnten.

1. Möglicherweise suchten z.B. nur alte Menschen mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen im Falle von Lebenskrisen ein Heim auf. Dann wäre ein geschwächtes Selbstbild nicht Folge der Heimasylierung, sondern Ursache für den Heimeintritt.
2. Die Phase der Wartezeit, die sich u.U. oft bis über drei Jahre hinzieht, kann eine persönliche Beunruhigung und Verunsicherung hervorgerufen haben, die im Heim andauern.

Möglicherweise läßt sich also die unbefriedigende Lebenssituation von Altenheimbewohnern noch auf andere Weise als nur durch Institutionalisierungswirkungen erklären. Dies soll im nächsten Kapitel eingehend dargestellt werden.

3. Diskussion möglicher Determinanten der psychologischen Situation von Altenheimbewohnern

Der Nachweis der unbefriedigenden Lebenssituation von Altenheimbewohnern bleibt also - wie LIEBERMAN (1969) betonte - wertlos, solange nicht nachgewiesen wird, daß die Institutionalisierung als einzige Determinante diese Wirkungen zeitigt.

"Before such a conclusion can be entertained, aged persons in institutions and aged persons living in the community must be shown comparable, differing only in respect to where they live. It must also be shown that the characteristics of institutional life, per se, and not other factors associated with becoming institutionalized, induce these deleterious effects." (1969, S. 331)

Insgesamt werden folgende Einflußfaktoren diskutiert:

1. die Selbstselektion, was bedeutet, daß inaktivere Personen und Menschen mit reduzierten oder fehlenden Sozialkontakten und einem negativen Selbstbild eher in ein Altenheim gelangen; methodisch gesehen bedeutet dies, daß mangelnde Aktivität, Sozialkontakte usw. als intervenierende Variable sowohl ein geschwächtes Selbstbild als auch den Heimeintritt begünstigen. Die Unzufriedenheit der Heimbewohner als Wirkung des Institutionalisierungsprozesses zu interpretieren, wäre dann ein methodischer Fehlschluß;
2. die Belastungen durch die Wartezeit und die Umstellung auf einen neuen und stark reduzierten Lebenskreis;
3. die institutionellen Wirkungen des Altenheims auf seine Bewohner.

Für die Praxis dürfte das differentielle Gewicht dieser Faktoren von großer Bedeutung sein; erwiesen sich z.B. die Institutionalisierungswirkungen als besonders bedeutsam, so würde sich die Frage einer zweckmäßigeren Organisation von Altenheimen oder der Entwicklung von grundsätzlich neuen Alternativlösungen zur Heimunterbringung stellen. Sollten dagegen die ersten beiden Faktoren ausschlaggebend sein, so würde dies

weniger eine grundsätzliche Neuorientierung erfordern, sondern lediglich Ergänzungen und Verbesserungen des vorhandenen Systems.

3.1. Der Entschluß zum Heimeintritt: das Problem der Selbstselektion

Bei vielen der geschilderten Untersuchungen, die Heimbewohner mit privat Lebenden verglichen, wurde implizit vorausgesetzt, daß beide Kollektive hinsichtlich der relevanten Merkmale - zumindest bis zum vollzogenen Heimeintritt - vergleichbar sind. Nur unter dieser Voraussetzung können Unterschiede, die sich bei der Untersuchung erkennen lassen, unmittelbar institutionellen Heimwirkungen zugeordnet werden.

Wir können aber eine Reihe von Ergebnissen beschreiben, die darauf hinweisen, daß alte Menschen nur unter der Voraussetzung besonders schwieriger Lebensumstände sich zu einem Heimeintritt entschließen. Da hierzu kaum Unterlagen aus Längsschnittstudien vorliegen, die die Entwicklung des Selbstbildes vom Zeitpunkt des Entschlusses zum Heimeintritt an bis zur vollzogenen Eingewöhnung an die Heimsituation verfolgen, müssen die Unterschiede indirekt erschlossen werden:

1. Durch einen Vergleich von privat lebenden alten Menschen, die eine positive Einstellung zu einem möglichen Heimeintritt haben, mit solchen, die eine ablehnende Haltung einnehmen. Dabei wird von der Annahme ausgegangen, daß alte Menschen mit einer positiven Einstellung Heimen gegenüber eher als potentielle Heimbewohner oder Heimanwärter verstanden werden können und so Rückschlüsse auf die Determinanten des Heimeintritts zulassen.
2. Anhand der Begründungen, die von Heimbewohnern für ihren Eintritt genannt werden und die u.U. wesentliche Unterschiede zu Nicht-Heimbewohnern deutlich werden lassen. Hierbei muß allerdings berücksichtigt werden, daß diese Begründungen zahlreichen Rationalisierungen zugänglich sind.

3. Durch einen Vergleich objektiver Daten auf Seiten der Heimbewohner (z.B. Verlust des Ehepartners oder Kinderlosigkeit, Pflegebedürftigkeit) mit der Situation von Nicht-Heimbewohnern. Manches weist jedenfalls darauf hin, daß die Situation der Heimbewohner oft schon vor Eintritt in das Heim, z.B. infolge von Krankheit usw., besonderen Belastungen unterworfen war.

Wenden wir diese drei Vorgehensweisen in einer Zusammenschau an, so ergeben sich folgende Faktoren, die sowohl einen Heimeintritt wie auch ein geschwächtes Selbstbild wahrscheinlich werden lassen.

3.1.1. Die physische Situation

Die physische Situation, in der sich ältere Menschen befinden, beeinflußt die Bereitschaft, unter Umständen in ein Heim zu gehen, ganz eindeutig. (SCHMELZER & TEBERT 1969, LEHR 1968, LOHMANN 1970)
Schwierigkeiten beim Gehen, Treppensteigen und häufige Krankheiten lassen den älteren Menschen spüren, daß er möglicherweise in absehbarer Zeit regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen ist.
Auch unbefriedigende Wohnverhältnisse, die oftmals nicht den Bedürfnissen des älteren Menschen entsprechen, wirken oft auf eine größere Altenheimbereitschaft hin (THOMAE 1971); es ist zu vermuten, daß dies zu einem wesentlichen Teil mit dem Verfall der körperlichen Kräfte zusammenhängt, der den Unterhalt eines eigenen Haushaltes etwa in einem höheren Stockwerk eines Gebäudes ohne Aufzug und mit einer Ofenheizung unmöglich macht.

Die Bedeutung der physischen Situation und der Wohnverhältnisse wird von Heiminsassen bestätigt, die das Bedürfnis nach Versorgung angesichts der unbefriedigenden Wohnverhältnisse als wesentliche Gründe für ihren Einzug angaben (LEHR 1968, LOHMANN 1969).

3.1.2. Die soziale und persönliche Situation

Die häufig beklagte Kontaktarmut oder die geringere Lebenszufriedenheit der Heimbewohner kann auch dadurch begründet sein, daß die Anpassungsfähigkeit an die Heimsituation weitgehend eine Funktion der früheren Entwicklung und der gesamten Lebenserfahrung des Menschen ist (u.a. DAVIDSON & KRUGLOV 1952, SCOTT 1955).
So haben tatsächlich Personen mit größerer Lebenszufriedenheit und häufigeren Kontakten eine geringere Neigung, ins Altenheim zu ziehen (THOMAE 1971, SCHMELZER & TEBERT 1969, S. 99). Die größere Lebenszufriedenheit kann aber wiederum nur als Ausdruck einer im Vergleich zu den Altenheimanwärtern befriedigenderen physischen, psychischen und sozialen Situation verstanden werden.
Die tatsächlich geringere Kontakthäufigkeit von Altenheimbewohnern läßt sich unter Umständen daraus erklären, daß Heimbewohner nur noch zu 5 % verheiratet sind, gegenüber 48,5 % der über 65-jährigen Nicht-Heimbewohner. Zudem haben 57,9 % von ihnen keine Kinder gegenüber 19 % der Nicht-Heimbewohner (SCHMELZER & TEBERT 1969 , S. 113).
Möglicherweise koindizieren diese Variablen mit Lebensstilen, die offensichtlich auch mit der Entscheidung für einen Heimeintritt zusammenhängen. So sind solche Betagte, die gute Kontakte zur Nachbarschaft haben, weniger geneigt in ein Altenheim zu ziehen, als Betagte mit weniger guten Kontakten (THOMAE 1971).

Für eine solche Interpretation sprechen auch die Ergebnisse von LIEBERMAN & LAKIN (1963), nach denen Betagte sich vom Kontakt mit anderen in der Institution nur geringe Befriedigung versprechen.

So können wir zusammenfassend feststellen, daß potentielle Heimbewohner

- sich weniger gesund fühlen
- eine Entlastung von notwendigen Alltagstätigkeiten brauchen
- über keine altersgerechten Wohnungen verfügen
- weniger soziale Kontakte haben
- im Krankheitsfalle deshalb auf weniger Hilfe zählen können.

Dies zeigt, daß bei einer Anlayse von Heimwirkungen diese Faktoren als Selektionsmechanismen, bzw. als intervenierende Variablen zur Erklärung des geschwächten Selbstbildes der Heimbewohner mit in Rechnung gestellt werden müssen.

3.2. Die Wirkungen der Wartezeit und der Eingewöhnungsphase

Immer noch ist die Nachfrage nach Plätzen in Altenheimen höher als das Angebot, so daß Wartezeiten von 3 Monaten bis zu 3 Jahren üblich sind. Natürlich werden in der Regel dringendere Fälle bevorzugt behandelt, was in der Praxis bedeutet, daß oft der schnellste Weg in ein Altenheim über ein Krankenhaus führt (vergl. KUHLENKAMPFF u.a. 1972). In den letzten Jahren wurden nun in einer Reihe von Untersuchungen die Wirkungen der Wartezeit stärker in den Vordergrund gerückt. Vorher noch weitgehend als wirkungsneutral empfunden, stellt sich nunmehr heraus, daß sie auch auf die weniger dringenden Fälle ausgesprochen negativen Einfluß hat.

Im vorigen Kapitel wurde besonders deutlich, daß vor dem Entschluß zum Heimeintritt bei den Betagten oft starke Behinderungen oder Schwierigkeiten auftreten, von denen sie durch das Heim entlastet zu werden hoffen. Der Entschluß für einen Heimeintritt wird also aufgrund eines Überwiegens der Gründe gegen ein Verbleiben "zu Hause" getroffen, was RISTL (zitiert nach LEHR 1968) ein Überwiegen des "Von weg" über das "Hin zu" nennt.

Während der Wartezeit findet ein Ablösungsprozeß statt, der eine Reduzierung bisher ausgeübter Rollen impliziert oder zumindest eine innere Distanzierung von ihnen verlangt. Da aber andererseits noch keine Übernahme oder Vorwegnahme von - für die Heimsituation typischen - Rollen möglich ist, befinden sich die Heimanwärter oft in einem Zustand persönlicher Verunsicherung und Ängstlichkeit (LAVERTY 1950, LAWTON 1968).

Als Nachwirkungen dieser Phase interpretieren LIEBERMAN u.a. (1968) die negativere Selbsteinschätzung von Heimbewohnern,

die schon im einzelnen dargestellt worden ist. Der Rollenverlust und die damit verbundene geringere Kontakthäufigkeit während der Wartezeit könnte bei langer Dauer sogar solche Deprivationswirkungen haben, daß den Betagten nach dem Heimeintritt das Anknüpfen neuer Kontakte besonders schwer fällt (RILEY und FONER 1968).

KENT (1964) und auch ROSNER (1966) schätzen die Ungewißheit der Wartezeit sogar noch als belastender ein als die Phase der Eingewöhnung in der ersten Zeit des Heimaufenthaltes.

Dies ist zwar einerseits plausibel, da die Patienten in der Eingewöhnungsphase im Heim ein "Anpassungsziel" haben, das ihnen Sicherheit, Ordnung und Stabilität (ROSNER) verspricht. Andererseits gibt es aber genügend Berichte von Panikreaktionen, Ängstlichkeit und Apathie (STENGEL 1958) gerade während dieser Phase. Auch signifikant erhöhte Mortalitätsquoten während des ersten Jahres (LIEBERMAN 1961) würden einer solchen positiven Wertung (vergl. auch GOLDFARB 1969) widersprechen. Bei unstrukturierten Schilderungen des ersten Tages im Heim fand LEHR (1968) positiv und negativ getönte Eindrücke der Patienten in etwa gleicher Häufigkeit (52,7 % : 47,3 %). Bei den positiven Äußerungen spielen das Gefühl "versorgt zu sein", von "Pflichten frei" zu sein, sowie gelungene Sozialkontakte eine besondere Rolle. Als negativ wurden "die vielen Menschen" und Schwierigkeiten bei der Kontaktfindung mit den anderen empfunden.

3.3. Die konstituierenden Merkmale der Heimsituation und ihre Wirkungen

3.3.1. Kategorien von Umweltwirkungen

Unsere Analyse erfordert zuerst eine genaue Beschreibung der Faktoren, die das Besondere einer Institution ausmachen und die in ihrer Gesamtheit die oft zitierten Institutionalisierungswirkungen hervorrufen.

Wir hatten schon zu Beginn gezeigt, daß Institutionen wie Altenheime als eine ganz spezifische, den Bedürfnissen der Insassen zumindest von der Intention her besonders angepaßte Form der Umwelt darstellen. Nun stellt sich die Frage, ob die Psychologie der Umwelt (environmental psychology) befriedigende, sowohl relevante als auch diskriminierende Kategorien zur Verfügung stellt, um die Umwelt eines Altenheimes präzise von der üblichen Umgebung in einer eigenen Wohnung zu unterscheiden und Voraussagen über ihre Wirkungen auf die psychische Situation des alten Menschen zu machen.

Sinnvollerweise ließe sich in Anlehnung an DURKHEIM (1933) die Umwelt kategorial aufteilen in eine "soziale Umwelt" und eine "physikalische Umwelt", wobei die letztere hier natürlich allein unter dem Aspekt ihrer sozialen und psychologischen Bedeutsamkeit interessiert. Es fällt auf, daß zum Aspekt der sozialen Umwelt bedeutsame Ansätze bekannt sind ("life-space" LEWIN 1935, HEIDER 1959), während Untersuchungen über das Verhalten des Menschen im Raum und dessen psychische Implikationen über das erste Stadium tastender Versuche noch nicht hinausgelangt sind (ALTMAN et al. 1971, SOMMER 1959).

Eine erste Übersicht über diese Problematik liefern PROSHANSKY et al. (1970).
Auch die zahlreichen Untersuchungen über soziale Wahrnehmung beschäftigen sich ausschließlich mit der Wahrnehmung einzelner Objekte unter konstant gehaltenen Bedingungen, nicht aber mit den Wirkungen einer wie auch immer affektiv besetzten, ganzheitlichen, physikalischen Umwelt.

Ein erster Ansatz zur Kategorisierung der gesamten Umwelt innerhalb der Gerontologie wurde von ANDERSON (1963) unternommen, der eine Analyse der Umgebung in drei Dimensionen vorschlug: "resources", "incentives" und "constraints".
Dabei verstand er unter "resources" die Elemente der Kultur, die für das einzelne Subjekt Bedeutung haben. "Incentives" sind die Reize, die den einzelnen veranlassen, auf die Absichten und Werte der Bezugsgruppe zu reagieren. "Constraints"

schließlich sind alle Faktoren, die eine Entfaltung des Individuums verhindern. Dies können soziale Verbote, aber auch Krankheiten sein.
Daß bisher noch keine empirische Arbeit diese Kategorisierung aufgriff, obwohl sie häufig zitiert wird (z.B. BENNETT und NAHEMOW 1965; LAWTON und NAHEMOW 1973), mag ein Zeichen dafür sein, daß sie als nicht ausreichend relevant oder als zu wenig konkret erachtet wurde.
Ein weiterer Klassifikationsvorschlag, der konkreter auf die Wohnsituation alter Menschen bezogen ist, wurde von KLEEMEIER (1963) vorgelegt. Er unterschied:

1. Eine Segregationsdimension, die sich darauf bezieht, inwieweit alte Menschen ausschließlich unter sich leben oder auch - zumindest von den räumlichen Gegebenheiten her - Kontaktmöglichkeiten mit jüngeren Menschen haben.
2. Die institutionelle Dimension, die sich auf die potentielle Kontrolle bezieht.
3. Die "Congregate" - Dimension, die sich auf das Ausmaß der Intimität und Privatheit der Wohnsituation bezieht.

Neben diesen phänomenologischen Ansätzen gibt es auch empirische Ansätze zur Bestimmung der für die alten Menschen wesentlichen Umweltdimensionen. Diese wurden durch Faktorenanalysen zahlreicher - für alte Menschen bedeutsamer - Charakteristika der Umweltsituation ermittelt (SCHOOLER 1970, LAWTON & KLEBAN 1971, ROSENBERG 1970 nach LAWTON & NAHEMOW 1973).

SCHOOLER erhielt z.B. folgende Faktoren:

- distance to services
- condition of dwelling unit
- convenience to services, friends and relatives
- characteristics of structure
- availability of social services

Wenngleich anzunehmen ist, daß diese Faktoren bedeutsame Dimensionen darstellen, sind diese Faktorenanalysen aber im Grunde nur in der Lage, die Komplexität der Variablensätze in den je-

weiligen Untersuchungen zu reduzieren. Sie können nicht, wie LAWTON selbst betont (LAWTON & NAHEMOW 1973), Grundlage für eine prinzipielle Definition relevanter Umweltdimensionen gewertet werden. Da jede Untersuchung von anderen Variablensätzen ausging, kamen sie natürlich zu unterschiedlichen Faktorenlösungen, da diese nur die Struktur der beteiligten Variablen reproduzieren können. Die Theoriesituation bleibt also außerordentlich unbefriedigend, weil wir einerseits lediglich über a - priori - Kategorien verfügen, deren Relevanz für eine empirische Untersuchung der Wirkungen von spezifischen Umweltsituationen zweifelhaft bzw. unzureichend erscheinen, andererseits aber die empirisch gefundenen Dimensionen abhängig sind von der oft zufälligen Struktur der Population, die jeweils untersucht wurde.

Angesichts eines fehlenden Gesamtkonzeptes muß jedoch die praktische Forschung zur Analyse der Lebenssituation von Heimbewohnern mit selbständig lebenden alten Menschen auf solche Dimensionen zurückgreifen.

Um die spezifischen Beeinträchtigungen, die ein Altenheim in mehr oder minder großem Ausmaß produziert, adäquat zu erfassen, erscheinen diese Dimensionen jedoch nicht differenziert genug.

Es erweist sich vielmehr als notwendig, ein spezielles Bewertungsmuster für Altenheime zu verwenden, das insbesondere auf den hier wichtigen Zusammenhang von räumlichen Gegebenheiten und sozialen Zwängen Rücksicht nimmt.

3.3.2. Merkmale totaler Institutionen

Der Begriff der "totalen Institution" wird seit Erscheinen der Schrift "Asylums" von E. GOFFMAN (1961) immer häufiger verwendet. Diese Arbeit entstand nach einer sich an die teilnehmende Beobachtung anlehnenden Methode. GOFFMAN hatte sich zu diesem Zweck länger in verschiedenen Kliniken aufgehalten und seine Beobachtungen aufgezeichnet.
Zur Erklärung seines Begriffes der "totalen Institution" verweist GOFFMAN darauf, daß es zahlreiche Institutionen (soziale

Einrichtungen) gibt, die den gesamten Lebensbereich der Bewohner umfassen. Man könne aber erhebliche Abstufungen im allumfassenden oder totalen Charakter dieser Institutionen feststellen. Er zählt fünf Arten totaler Institutionen auf (1974, S. 16):

1. Fürsorgeeinrichtungen (Blinden- und Altenheime, Waisenhäuser u.ä.) für Menschen, die als unselbständig gelten.
2. Fürsorgeeinrichtungen für Menschen, von denen man annimmt, daß sie nicht für sich selbst sorgen können (Tuberkulose - Sanatorien, Psychiatrien, Pflegeheime).
3. Einrichtungen, die dem Schutz der Gesellschaft vor den Insassen dienen, wobei das Wohlergehen der Insassen nicht unmittelbarer Zweck der Einrichtung ist.
4. Institutionen, die bestimmte arbeitsähnliche Aufgaben besser durchführen können, und die sich nur durch diese instrumentellen Gründe rechtfertigen (Kasernen, Schiffe, Arbeitslager u.a.)
5. Einrichtungen, die als Zufluchtsorte vor der Welt dienen, auch wenn sie zugleich religiöse Ausbildungsstätten sind (Klöster u.ä.).

Diese totalen Institutionen sind gekennzeichnet von vier Charakteristika, die jedoch nach GOFFMAN nicht ausschließlich in totalen Institutionen zu finden sind und die ihnen auch nicht allen gemeinsam sind:

1. alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein- und derselben Stelle unter derselben Autorität statt;
2. die Mitglieder der Institutionen führen alle Phasen ihrer täglichen Arbeit in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen aus, wobei alle die gleiche Tätigkeit ausüben und allen die gleiche Behandlung zuteil wird.
3. alle Phasen des Arbeitstages sind exakt geplant; eine geht zu einem vorher bestimmten Zeitpunkt in die nächste über.
4. Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem einzigen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen. (1974, S. 17)

Der Angelpunkt dieser Klassifikation ist die restlose Auflösung der bisherigen "Rollenausstattung" des Probanden durch Eintritt in eine totale Institution.

Die Rollenausstattung ermöglicht dem Menschen im Normalfall die Ausübung verschiedener Rollen an verschiedenen Orten und

unter verschiedenen Autoritäten, was ihm eine relativ große Variabilität der Verhaltensweisen sowie das Innehaben verschiedener Statuspositionen ermöglicht. Nur unter der Bedingung, daß es keine zentrale Autorität gibt, die das gesamte Rollenspiel einer Person überwachen kann und somit "in der Hand" hat, kann es eine Entfaltung der eigenen Persönlichkeit in der Inszenierung verschiedener Rollen geben (vergl. dazu DREITZEL 1972, MERTON 1967).

BENNETT & NAHEMOW (1965) vervollkommnete den Ansatz von GOFFMAN zu einem Index, der zur Einschätzung der Totalität einer Institution bei empirischen Arbeiten eine wichtige Hilfestellung bieten kann (vergl. Tafel 2).
So verwendet z.B. COE (1965) einen solchen Index, um drei Heime hinsichtlich ihrer "Totalität" in eine Rangreihe zu bringen. Dabei konnte er nachweisen, daß das Selbstbild der Bewohner von Institutionen mit einem hohen Grad an Totalität gegenüber Bewohnern anderer Heime weniger entwickelt war. Konkreter auf die Situation in Altenheimen zugeschnitten ist der Index von TOWNSEND (1962), der folgende Punkte aufführt:

- die Beschaffenheit und Ausstattung des Heimes
- Umfang des Personals und sein Verhalten den Bewohnern gegenüber
- Möglichkeiten der Beschäftigung für die Bewohner (Arbeitstherapie)
- Freiheit der Gestaltung des Tagesablaufs
- soziale Gegebenheiten des Heimes und sein Anschluß an die Außenwelt

Auch wenn beide Indizes weitgehend ähnlich sind, kann der Unterschied zwischen ihnen unter der Verwendung der erwähnten Terminologie von ANDERSON (1963) so charakterisiert werden, daß TOWNSEND nicht nur die "constraints" erfaßt, sondern auch die "resources" bzw. die "incentives", etwa in Form der Aktivitätsangebote.
Eine solche Klassifikation kann berücksichtigen, daß eine Institution nicht nur aufgrund ihres Sanktionspotentials, ihrer Verhaltensnormierung, Routine usw. erlebensbeengend wirken

TAFEL 2

CRITERIA OF DEGREE OF TOTALITY OF INSTITUTIONS FOR THE AGED

Item	High	Medium	Low
1. Duration of residence for which institution was intended	Permanent	Permanent for some inmates; temporary for others	Temporary
2. Orientation of activities	Institution-oriented	Oriented both to institution and outside community	Oriented to outside community only
3. Scheduling of activities	Inmates as group go to sequential activities	Some group-scheduled activities, e.g., eating; some open to choice	No scheduled group activities
4. Provisions made for dissemination of normative information, e.g., rules and standards of "good" and "bad" conduct	Formal provisions	Informal provisions, e.g., inmates are expected to communicate this information	No provisions
5. Provisions for allocation of staff time for observations of behavior of inmates	Provisions for continual observation	Provisions for infrequent observation	No provisions
6. Type of sanction system	Standardized, objective rewards and punishments, e.g., early release, solitary confinement	Rewards and punishments not standardized; given individually	No objective rewards and punishments
7. Personal property disposition	Most personal property removed	Some property removed	No property removed
8. Decision-making about use of personal property	Inmates make no decisions	Decisions made by some inmates or some decisions made by all inmates	Inmates make all decisions
9. Pattern of recruitment	Involuntary	Semi-voluntary	Voluntary
10. Residential pattern	Congregate living	Some congregate quarters; some private quarters	Private quarters

aus :BENNETT & NAHEMOW (1965, S.47)

kann, sondern auch u.U. ein Aktivationspotential darstellen kann.
In Anwendung beider Schemata lassen sich wichtige Merkmale von Altenheimen und ihre potentiellen Wirkungen auf die Bewohner herausarbeiten.

3.3.2.1. Beabsichtigte Aufenthaltsdauer

Die Altenheime in der BRD sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt von ihrer Struktur her auf einen permanenten Aufenthalt der Bewohner eingerichtet und nicht z.B. auf Rehabilitationsmaßnahmen, die einen befristeten Aufenthalt möglich erscheinen ließen. Dieser Aspekt erscheint also wenig geeignet, die Qualität von Altenheimen zu unterscheiden. Dennoch wird der "Endgültigkeitsaspekt", die Tatsache, daß dieses Heim die letzte Station des Lebens ist, von den Betroffenen oft stark erlebt (LEHR 1970) und dürfte einen wichtigen Hintergrund für den Entscheidungsprozeß über den Heimeintritt darstellen.
Andererseits wird man davon ausgehen können, daß die Heimbewohner oft gerade die mit der Permanenz des Aufenthaltes verbundene Sicherheit und Geborgenheit der Institution wertschätzen. Im Falle einer "Fehlplazierung" jedoch, wenn also der alte Mensch im Grunde noch seinen eigenen Haushalt führen könnte, oder im Falle eines unfreiwilligen Eintritts gewinnt diese Dimension zusätzlich an Bedeutung. Diese beiden Problemfälle werden aber noch getrennt behandelt.

3.3.2.2. Orientierung der Aktivitäten

Dieser Punkt entspricht in etwa dem "Anschluß an die Außenwelt" bei TOWNSEND. Wenn alle Aktivitäten innerhalb des Heimes stattfinden, verstärkt sich das Gefühl des Abgeschnittenseins von der Umwelt. Inwieweit ein Heim nach außen hin orientierte Aktivitäten und Kontakte begünstigt, kann jedoch nur aus zahlreichen verschiedenen Faktoren erschlossen werden.
So ist beispielsweise die Kontakthäufigkeit der Bewohner nach

außen abhängig von der Entfernung des Heimes vom ehemaligen Wohnort der Bewohner (ROSENMAYR und KÖCKEIS 1965). Diese Erkenntnis spricht beispielsweise dafür, daß eine Vielzahl von kleineren Heimen zu bevorzugen ist, die eine Verpflanzung der Heimbewohner in vollkommen neue Stadtviertel oder ins "Grüne" unnötig macht. Dies ist insbesondere für die unteren Schichten von Bedeutung, die traditionellerweise ihre Bekanntschaften in einem weit größeren Umfang aus der unmittelbaren Nachbarschaft rekrutieren, als die Mittel- und Oberschicht (vergl. ROSOW 1967). Die Häufigkeit von Aktivitäten außerhalb des Heimes ist darüber hinaus abhängig von der zentralen und verkehrsgünstigen Lage des Heims.

3.3.2.3. Vorgeschriebene und angebotene Aktivitäten

Vorgeschriebene Aktivitäten sind in Altenheimen üblicherweise die Mahlzeiten, die zu bestimmten Zeiten eingenommen werden müssen. Aber auch auf andere Tätigkeiten wird oft Einfluß genommen, wie etwa durch die abendliche Beschränkung der Ausgehzeit, durch Kochverbot, durch Beschränkungen beim Fernsehen ode Reglementierung der Bettruhe. So ist die Heimsituation oft gekennzeichnet durch wenige, vorgeschriebene Handlungen einerseits und das Verbot zahlreicher anderer Aktivitäten andererseits. Einige Tätigkeiten, wie das Putzen des eigenen Zimmers oder die Zubereitung kleiner Mahlzeiten, würden aber von rüstigen Heimbewohnern (-innen) oft noch gerne ausgeübt. Dies würde ihnen wahrscheinlich auch ein positiveres Selbstgefühl ermöglichen. Die Einschränkung dieser Verhaltensmöglichkeiten verstärkt die Unsicherheit der Heimbewohner, mit der "Welt draußen" fertig zu werden.
Der in neuerer Zeit stärker geförderte Typ des Altenwohnheimes hat diese negativen Wirkungen nicht, wie vergleichende Untersuchungen ergeben haben (LEHR 1968). Sofern den Bewohnern eine solche praktische Tätigkeit, die überdies noch das Personal entlasten kann, aus physischen Gründen nicht mehr möglich ist, können u.U. Aktivitätskurse ähnliche therapeutische Wirkungen

haben. So gelang es DONAHUE, HUNTER und COONS (1953), durch die Einführung von Aktivitätskursen die Interaktionshäufigkeit zwischen den Heimbewohnern zu steigern.

3.3.2.4. Das Verhalten des Personals und das institutionelle Sanktionssystem

Das Verhalten des Personals und das institutionelle Sanktionssystem ist von besonderer Bedeutung; es ist aber nur schwer zu erfassen, da die Heimbewohner in bewußter oder unbewußter Konformität meist ein positiveres Bild von der Institution zeichnen, als es tatsächlich ist. Es gehört gewissermaßen zum guten Ton eines Altenheimbewohners, daß er nicht kritisiert und sich nicht beschwert (BENNETT 1963). Das Heimpersonal entwickelt oft eine spezielle Vorstellung von "Produktivität" der eigenen Tätigkeit, was nur zum Teil durch eine personelle Überbeanspruchung erklärt werden kann, und im wesentlichen aus der Struktur einer solchen Organisation folgt.

So wird etwa die Leistungsfähigkeit eines Betreuers häufig daran gemessen, wieviel Heimbewohner er betreuen kann, und nicht nach der Intensität, mit der er sie betreut (vergl. REINGOLD und DOBROF 1965). BATEMAN & DUNHAM (1948) sehen in einer solchen Angestelltenkultur, die auf reibungsloses Funktionieren ausgerichtet ist und dabei das persönliche Wohl der Betreuten übersieht, einen bedeutsamen Faktor, der eine Genesung oder eine erfolgreiche Anpassung verhindern kann. Die Erwartungen des Personals hinsichtlich des "richtigen" Verhaltens der Heimbewohner werden von diesen - wie BENNETT (1963) zeigen konnte - als Verhaltensnorm rezipiert; d.h. ein produktivitätsorientiertes Verhalten auf Seiten des Personals wird von den Bewohnern als Anspruch an die eigene Anpassungsfähigkeit wahrgenommen und läßt folglich Wirkungen auf das Selbstbild erwarten.

3.3.2.5. Verfügung über persönliches Eigentum

Die Verfügung über persönliches Eigentum wird in Altenheimen verschiedentlich in zweifacher Hinsicht eingeengt. Zum ersten erhalten diejenigen, die die ständig steigenden Kosten eines Altenheimplatzes nicht mehr selber zahlen können, so daß der Staat im Rahmen des Bundessozialhilfegesetzes einspringen muß, lediglich ein geringes Taschengeld; dadurch wird ihre Entscheidungsfreiheit in finanzieller Hinsicht erheblich eingeschränkt. So ist die Einbuße der finanziellen Mündigkeit kein Merkmal bestimmter Altenheime, sondern infolge der Kostensteigerung mit zunehmender Häufigkeit generell mit der Institutionalisierung verknüpft.

Ein weiterer Punkt, der für die Betroffenen eine sehr große Rolle spielt, ist die Möglichkeit, die eigenen Möbel zumindest zum Teil mit ins Heim nehmen zu können. Dabei weichen die Meinungen über die beste Lösung auch unter "Experten" sehr stark voneinander ab. Sicher bietet die Lösung, daß das gesamte Mobiliar vom Heim gestellt wird, rein organisatorisch erhebliche Vorteile.
Die Pflege der Räume sowie Reparatur und Ersatz der Möbel ist bei genormten Möbeln erheblich leichter zu gewährleisten. Darüber hinaus kann so der vielleicht knappe Lebensraum der Betagten besser genutzt werden, da die Ausmaße der Möbel auf die Zimmer abgestellt werden können. Es besteht dann auch nicht die Gefahr, daß die Betagten versuchen, etwa das gesamte Inventar einer früheren Drei-Zimmer-Wohnung in einem Einzelzimmer unterbringen zu wollen und sich so jede Bewegungsmöglichkeit zu nehmen. Andererseits haben die oft unter Entbehrungen angeschafften Möbel für die alten Menschen einen ganz wesentlichen Erinnerungs- und Gefühlswert. Wenn sie nun gänzlich auf ihre eigenen Möbel beim Heimeintritt verzichten müßten, würde das Gefühl, alles hinter sich lassen zu müssen, nur noch verstärkt. Selbst die von einigen Heimen praktizierte Kompromißlösung, daß die Heimbewohner immerhin ein Möbelstück mitbringen können, wertet LOHMANN (1970) zurecht als unzulässige Einengung des individuellen Gestaltungsspielraumes.

3.3.2.6. Freiwilligkeit des Eintritts

Ein mehr oder minder großer Zwang wird oft von den zur Versorgung der alten Menschen verpflichteten Personen (z.B. Kinder) oder Instanzen (Sozialamt) ausgeübt. Dabei wird oft übersehen, daß von der Freiwilligkeit des Eintritts und der positiven Einstellung gegenüber dem Altenheim zu einem großen Teil das Gelingen der Anpassung abhängt (LIEBERMAN u.a. 1968). Im Zusammenhang unserer Untersuchung ist die Freiwilligkeit des Eintritts also nicht Merkmal der jeweiligen Institution wie etwa bei Landeskrankenanstalten, sondern ist abhängig von der jeweiligen persönlichen Situation des angehenden Heimbewohners.

3.3.2.7. Einzelzimmer und die Heimausstattung

Die räumliche Ausstattung von Wohnungen ist nicht nur eine Frage des persönlichen Luxus, sondern bestimmt auch weitgehend das Sozialverhalten der Bewohner (vergl. FESTINGER et al. 1950). Allerdings gibt es nur wenige Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen der räumlichen Ausstattung von Institutionen und "Anpassung" bzw. erfolgreichem Altern unter den Bewohnern. LEHR (1968) fand, daß das Zweibettzimmer im Gegensatz zu den Wünschen der meisten Heimanwärter eine recht günstige Lösung sei, da die Anwesenheit eines anderen Menschen anrege und Möglichkeiten zur Kommunikation und gemeinsamen Aktivitäten biete. Sieht man in der räumlichen Nähe den ausschlaggebenden Faktor für Kontakterleichterungen, dann liegt dieses Ergebnis in einer Linie mit denen von FESTINGER et al. (1950), ROSOW (1967) und LAWTON & SIMON (1968) sowie ROSENMAYR & KÖCKEIS (1965). Auch LAWTON (1968) stellte im Gegensatz zu zahlreichen anderen Untersuchungen (z.B. TOWNSEND 1962) fest, daß 49 % der Heimbewohner ein Mehr-Bett-Zimmer bevorzugen. ROSOW (1967) beschränkte demgegenüber seine gleichlautende Aussage auf solche älteren Menschen, die eher der Unterschicht angehören, sowie auf Personen, die erhebliche körperliche Behinderungen aufweisen und deshalb ihre Kontaktpersonen in der unmittelbaren Umgebung suchen müssen.

Demgegenüber stellten ITTELSON, PROSHANSKY & RIVLIN (1970) fest, daß gerade Bewohner von Einzelzimmern ein reges Kontaktverhalten aufweisen.
Bewohner von Mehrbettzimmern dagegen verbringen ihren Angaben zufolge bis zu drei-viertel ihrer Zeit liegend auf ihrem Bett in einem isolierten, passiven Verhalten. Soweit als möglich - d.h. wenn andere Aufenthaltsräume zur Verfügung stehen - scheinen die Bewohner die Schlafzimmer als Einzelzimmer zu benutzen, in dem meist nur ein Bewohner tagsüber zurückbleibt und die anderen die Aufenthaltsräume aufsuchen (S. 438).
Diese Feststellung deutet an, daß sehr enges Wohnen von den Beteiligten ein Handeln nach bestimmten Regeln abverlangt, die eine solche Nähe anderer Menschen erträglich macht.
Ähnliche Probleme tauchen auf, wenn im gemeinsamen Schlafzimmer die Waschgelegenheit installiert ist, oder wenn gemeinsame Toiletten von zu vielen Personen benutzt werden, so daß ein genau vorgeschriebenes Verhaltensritual notwendig ist, um einen Interessenausgleich zwischen den Benutzern herbeizuführen (vergl. KIRA 1970).
Die Erklärung für die größere Kontaktfreude von Bewohnern kleinerer Zimmer sehen PROSHANSKY, ITTELSON & RIVLIN (1970) in einem Bedürfnis nach Privatheit, die sie als größtmögliche Entscheidungsfreiheit zu beliebigen Handlungen definieren (vergl. auch TOWNSEND 1962, KLEEMEIER 1963). Durch die ständige Anwesenheit anderer wird diese Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Verhaltensmöglichkeiten prinzipiell eingeschränkt, da der Betroffene auf andere Rücksicht nehmen muß. Bei welchen Aktivitäten sich jedoch der einzelne durch die Anwesenheit anderer behindert fühlt, ist abhängig von seinen eigenen Normen, denen der anderen sowie den Erfahrungen, die er schon gemacht hat. So dürften die positiven und negativen Wirkungen von Mehrbettzimmern weitgehend abhängig sein von den Lebenserfahrungen der Bewohner bis zum Heimeintritt, ihren Normvorstellungen und ihren Erfahrungen mit ihren Zimmergenossen.

3.3.2.8. Die getrennte Unterbringung von Männern und Frauen

Die getrennte Unterbringung von Männern und Frauen zählt nicht zu den Kriterien einer totalen Institution. Ein Zusammenleben beider Geschlechter wird aber in verschiedenen Untersuchungen (z.B. LEHR 1970) als ein Faktor bezeichnet, der insbesondere bei Frauen ein positiveres Selbstwertgefühl und ein angepaßteres Verhalten produziert. Dabei sei nicht der gelegentliche direkte Kontakt mit den Männern ausschlaggebend, sondern lediglich die Tatsache, daß man in Anwesenheit von Männern mehr auf sein Äußeres achte .

3.4. Zusammenfassende Thesen

In der voraufgegangenen Darstellung verschiedener Untersuchungen haben wir in Anlehnung an LIEBERMAN et al. (1968) drei Komplexe herausgestellt, die als Ursachen für das in den verschiedenen Untersuchungen belegte geschwächte Selbstbild von Heimbewohnern in Betracht kommen.

Die Selektionshypothese versteht das geschwächte Selbstbild der Heimbewohner im Wesentlichen als Folge der schlechten körperlichen Verfassung oder sozialen Isolation dieser Menschen. Da diese Faktoren aber sehr oft dazu führen, daß alte Menschen in Altenheime übersiedeln, sind sie - entsprechend dieser Hypothese - als intervenierende Variable zu betrachten, die den Unterschied des Selbstbildes bei Heimbewohnern und Nicht-Heimbewohnern erklären.

So beinhaltet die Selektionshypothese im Grunde eine Methodenkritik an zahlreichen vorangegangenen Untersuchungen, da die "Institutionalisierungswirkungen" verschiedener Untersuchungen lediglich ein Kunstprodukt der Querschnittsanalyse seien.

Die Belastungen der Wartezeit bestehen in einer gewissen persönlichen Verunsicherung, die aus dem Lösungsprozeß von dem gewohnten sozialen Umfeld einerseits und der Ungewißheit über die eigene zukünftige Lebenssituation andererseits resultiert. Diese Verunsicherung kann nach der vollzogenen Eingewöhnung in das Heim wieder zurückgehen.

Ungenügende Wohnverhältnisse in der alten Wohnung können die Notlage der Anwärter weiter verschärfen.
Die Institutionalisierungswirkungen schließlich variieren mit dem Grad der "Totalität" des Heimes, der bestimmt wird durch bauliche Gegebenheiten, organisatorische Maßnahmen der Heimverwaltung und das Verhalten sowohl des Personals als auch der Bewohner selbst. Auch bestimmte Modalitäten des Heimeintritts (z.B. Freiwilligkeit) haben, wahrscheinlich wesentlichen Einfluß auf das Gelingen der Anpassung an die Heimsituation.
Angesichts der zuvor dargestellten Ergebnisse erscheint es notwendig, alle drei Erklärungsmöglichkeiten für das geschwächte Selbstbild von Altenheimbewohnern in Betracht zu ziehen. Unter Umständen kann sogar eine kumulative Wirkung möglich sein.

4. Zum Problem der Operationalisierung "erfolgreichen Alterns"

4.1. Konzepte erfolgreichen Alterns

Um die Wirkungen des Institutionalisierungsprozesses beurteilen zu können, benötigen wir eine Definition dessen, was als positive bzw. negative Wirkung zu verstehen ist. Es könnte zunächst als ausreichend erscheinen, z.B. von den Heimbewohnern eine Bewertung der spezifischen Heimsituation zu erfragen, um zu einer Würdigung der Heimwirkungen zu gelangen.
Psychologisch sind aber die Rückwirkungen des Institutionalisierungsprozesses auf die Bewertung der eigenen Person (erfolgreiches Altern) erheblich bedeutsamer als die Einstellungen zu einzelnen Details der Umwelt.

In unserer bisherigen Darstellung der vorliegenden Untersuchungen haben wir für die abhängigen Variablen jeweils die Begriffe wiedergegeben, die auch in den dargestellten Untersuchungen verwendet wurden. Dabei wurden die verschiedensten Begriffe für erfolgreiches Altern mehr oder minder synonym verwendet, ohne Bemühen um eine genauere Abgrenzung. Die Vielfalt der Begriffe (Zufriedenheit, positives Selbstbild, "happiness", gute Sozialkontakte, hohes Aktivitätsniveau, Angepaßtheit u.a.) spiegelt nur die Unsicherheit in der Gerontologie darüber wi - der, was man als erfolgreiches Altern bezeichnen kann.

Eine Untersuchung über das Altern in Altenheimen muß infolgedessen auch eine Abgrenzung und Definition erfolgreichen Alterns vornehmen. Die unterschiedlichen Indikatoren sind Ergebnisse der verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen, die an der Gerontologie beteiligt sind (Psychiatrie, Psychoanalyse, Soziologie und Psychologie). Innerhalb der jeweiligen Disziplin haben die verwendeten Begriffe zwar einen traditionell relativ anerkannten Gültigkeitsbereich, interdisziplinär stehen sie jedoch zusammenhangslos nebeneinander und sind oft tatsächlich nur Produkte der jeweils verwendeten Untersuchungsverfahren (z.B. Rorschach-Test, Einstellungsskalen u.a.).

Bei einer solchen Vielfalt verwendeter Methoden und Begriffe ist es im Grunde auch kein Wunder, daß sich die Ergebnisse zum Teil widersprechen. Es erscheint also notwendig, die in der Gerontologie diskutierten Konzepte erfolgreichen Alterns und ihre Operationalisierungen unter dem Aspekt zu diskutieren, inwieweit sie als Indikatoren für positive oder negative Institutionalisierungswirkungen verwendbar erscheinen.

4.2. Der Begriff der Anpassung in der Gerontologie

Im deutschen Sprachgebrauch wird der Begriff der Anpassung im Sinne einer inneren Ausrichtung auf Einwirkungen von außen oder auch eines passiven Hinnehmens verstanden. Anpassung erscheint als Gegenteil einer nach außen hin gerichteten aktiven Gestaltung der Umwelt; als Kontrapol eines emanzipatorischen Verhaltens. Manchmal werden auch Elemente von Opportunismus mit ihm assoziiert (KÖNIG 1969).

In psychiatrischen Untersuchungen wird der Begriff "angepaßt" auch oft verwendet, um damit anzuzeigen, daß der Patient ein "nicht auffälliges Verhalten" an den Tag legt.
In der angelsächsischen Literatur ist dieser Begriff (adjustment) in einer gänzlich anderen Bedeutung weit verbreitet. Er leitet sich aus einem darwinistischen Wortverständnis ab, indem er alle Reaktionen des Individuums umfaßt, die sein Überleben in einer von außen bedrohlichen, unabänderlichen Situation ermöglichen soll (TREANTON 1963, THOMAE 1973).
Als Bezugsperspektive sind also die physiologischen Entwicklungen zu verstehen, die viele Tierarten durchgemacht haben, um sich veränderten Klimabedingungen der Umwelt anzupassen, da ihre Art ansonsten vom Aussterben bedroht gewesen wäre. Ein solches Begriffsverständnis auf die Gerontologie zu übertragen, erscheint nicht ganz unproblematisch, wenn man bedenkt, daß nicht alle Umweltbedingungen, die den Prozeß sozialen Alterns bedingen oder zumindest begleiten (vergl. TEWS 1971), als ebenso unabänderlich betrachtet werden müssen wie Klimaveränderungen auf dem Erdball.

TEWS (1971) weist zwar vollkommen zurecht darauf hin, daß es zahlreiche Fakten im sozialen Alternsprozeß gibt, die eine Anpassungsleistung von dem alternden Menschen unbedingt fordern (Tod des Ehepartners, Gesundheitsverfall u.a.). Andere Daten erscheinen demgegenüber weniger unabänderlich (z.B. Zwangspensionierung).
Die Befürchtung besteht zurecht, daß bei Verwendung des Begriffs "Anpassung" im Sinne einer "persönlichen" Anpassung die Veränderbarkeit solcher Umweltdaten leicht übersehen wird.
Im Grunde beinhaltet das zuletzt geschilderte Wortverständnis von "Anpassung" aber auch eine schöpferische Komponente, die darin zu sehen ist, daß die Bewältigung einer neuartigen Situation versucht wird. Die weitere begriffliche Entwicklung im anglo-amerikanischen Sprachraum scheint uns denn auch zu einem einigermaßen befriedigenden Ergebnis gekommen zu sein. Verschiedene Autoren machten nämlich den impliziten Dualismus explizit. Anpassung bedeutet demnach

1. persönliche Anpassung, d.h. Anpassung des Individuums an seine Umwelt bzw. an die Erwartungen seiner "bedeutsamen anderen"
2. soziale Anpassung, d.h. eine Anpassung der Umwelt in Hinsicht auf die eigenen Bedürfnisse des Individuums

(TREANTON 1963, KUHLEN 1959, CAVAN et.al. 1949). Befriedigend geregelt ist allerdings lediglich die Terminologie, nicht aber das inhaltliche Problem. Die meisten Analysen beziehen sich auf die persönliche Anpassung des Individuums an die Umwelt, während der zweite Aspekt der gesellschaftlichen Anpassung regelmäßig vernachlässigt wird (TREANTON 1963).
Die Diskussion des Begriffes Anpassung hat uns gezeigt, daß eine erfolgreiche Anpassung sowohl die eigenen Bedürfnisse wie auch die Erwartung der "bedeutsamen anderen" (KUHLEN 1959) berücksichtigen sollte. Hier stellt sich die Frage: Was sind die Erwartungen der wichtigen anderen und insbesondere: Was sind die eigenen Bedürfnisse? Dies ist die Frage nach der Technik oder der Art und Weise, wie diese Anpassung vollzogen werden soll.
Nur in wenigen Bereichen gerontologischer Forschung wird die Zweideutigkeit des Anpassungsprozesses so deutlich wie bei der

Altenheimproblematik. Sicherlich verlangt nämlich einerseits das Leben in jeder neuen Umwelt - insbesondere in einer Institution - auch eine persönliche Anpassungsleistung des Individuums (personal adjustment), zum anderen aber sind es vermutlich auch wesentlich die äußeren Umstände, die wir im vorigen Abschnitt schon besprochen haben, die den Anpassungsprozeß erleichtern oder auch unmöglich machen können (social adjustment).

Ob dieser Anpassungsprozeß gelungen ist oder nicht, läßt sich im Prinzip nur

1. aus der subjektiven Interpretation der Betroffenen entnehmen, oder:
2. normativ entscheiden,

da es im Grunde keine tatsächlich objektiven Kriterien für erfolgreiches Altern gibt. In den erwähnten Untersuchungen wurden sowohl subjektive als auch normative Kriterien verwendet. Beide Methoden wollen wir im einzelen diskutieren.

4.3. Subjektive Zufriedenheitsaussagen als Kriterium für erfolgreiches Altern

4.3.1. Skalen subjektiver Zufriedenheit

Im Gegensatz zu einer normativen Definition von erfolgreichem Altern entspricht es zweifellos eher unserem pluralistischen Wertverständnis, daß das einzelne Individuum selbst beurteilt, ob seine Lebensbedingungen befriedigend sind, und man entsprechend diese und die damit verbundenen Verhaltensweisen als typisch für erfolgreiches Altern ableitet.
Die einfachste Methode, erfolgreiches Altern festzustellen, wäre also, die alten Menschen daraufhin zu befragen, wie sie sich hinsichtlich der gegenwärtigen oder auch vergangenen Lebensphase fühlen. "If they are happy and satisfied with their lives, they are said to be aging successfully." (HAVIGHURST 1963, S. 300).

Diese Zufriedenheit kann sich einmal auf die innere subjektive Befindlichkeit beziehen und zum anderen auf die kompetente Ausübung sozialer Rollen wie etwa die Elternrolle oder die Rolle des "homemaker" usw. Ein gutes Beispiel für die Operationalisierung der subjektiven Befindlichkeit kann in KUTNER's "morale scale" (1956) gesehen werden. Dabei grenzten KUTNER et al. (1956) die Bedeutung von "morale" gegenüber "Anpassung" folgendermaßen ab: "morale refers to a mental state or a set of dispositions, while adjustment refers to behaviors, that stem from these dispositions. Hence we may assume that an attitude or evaluation scale of morale measures life adjustment" (S. 48). "Moral", im Sinn von Lebenszufriedenheit ist also subjektive Entsprechung äußerlich sichtbarer angepaßter Verhaltensweisen. Ein weiteres Beispiel für die Erfassung der rein subjektiven Befindlichkeit ist der LIFE SATISFACTION INDEX von NEUGARTEN et al. (1961). Sie definierten erfolgreiches Altern als: "Gefühl der Zufriedenheit mit dem gegenwärtigen und vergangenen Leben" (HAVIGHURST 1963, S. 305).

Der äußere Aspekt der sozialen Kompetenz wurde typischerweise durch eine Skala wie "your activities and your attitudes" von CAVAN, BURGESS, HAVIGHURST und GOLDHAMER (1949) erhoben, die die Teilnahme der befragten Person an verschiedenen Aktivitäten erfaßt.

Eine solche Operationalisierung von erfolgreichem Altern grenzt allerdings schon wieder an den im nächsten Teil noch zu besprechenden normativen Ansatz, weil hier letztlich Aktivität normativ als Anzeichen erfolgreichen Alterns gewertet wird, auch wenn hierbei die subjektive Bewertung dieser Aktivitäten noch hinzugenommen wird.

4.3.2. Kritik an der Verwendung subjektiver Zufriedenheitsaussagen

Es lassen sich jedoch verschiedene Bedenken gegen die - zumindest alleinige - Verwendung subjektiver Indikatoren erfolgreichen Alterns geltend machen.

Menschen, die in unbefriedigenden Verhältnissen leben, sind nur in begrenztem Maße in der Lage, mit einem negativen "Selbstbild" zu leben. In der Regel werden sie versuchen, durch Uminterpretation ihrer Lebenssituation - z.B. durch ein herabgesetztes Anspruchsniveau - ihre inneren Spannungen zu verringern (vergl. FESTINGER 1957). Ähnlich argumentiert ROSOW (1963), der die Messung von Unzufriedenheit nur dann für sinnvoll hält, wenn die Befragten auch tatsächlich eine Entscheidungsalternative hätten, da Unzufriedenheit sich nur dann manifestiere, wenn eine bessere Alternative in Sicht sei. Gerade die mangelnden Entscheidungsmöglichkeiten aber seien ein wesentliches Kennzeichen der Alterssituation.

Hinsichtlich der eigenen prinzipiellen Lebenssituation trifft dies in einem besonderen Maße zu. Dissonanztheoretisch formuliert wird sie insbesondere von physisch kranken Menschen als relativ unveränderbar erlebt und verlangt ein sehr hohes "commitment" (gefühlsmäßige Verhaftung), so daß sich der Betroffene zu einer "Aufwertung" oder einer allgemein für Außenstehende erstaunlich positiven Wertung seiner Lebenssituation veranlaßt sieht (vergl. u.a. CARLSMITH & HELMREICH 1966).

Wir wollen einmal davon ausgehen, daß ein alter Mensch, aus den verschiedensten Gründen in unbefriedigenden Verhältnissen lebt, die er nicht verändern kann. Auch wenn er dabei versucht, ein positives Bild seiner Lebenssituation aufrecht zu erhalten, so ist durchaus denkbar, daß er sich gegenüber anderen Leidensgenossen beklagt. Gegenüber unserem Interviewer aber wird er ein positives Bild zeichnen, da dies gewissermaßen ein "Protokoll" der eigenen Situation ist, dem unser Befragter eine größere Bedeutung beimißt als seinen gelegentlichen Klagen und das deshalb auch stärker aufgewertet werden muß.

Solange also dem Befragten keine positive Alternative zu seiner jetzigen Situation plausibel erscheint, besteht die prinzipielle Wahrscheinlichkeit, daß er sich an solche äußeren Gegebenheiten anpaßt, die ihm objektiv schaden, ohne daß dies in einem Maß subjektiver Zufriedenheit deutlich werden muß.

ROSOW (1963) wendet darüber hinaus gegen die Methode der Erfassung persönlicher Zufriedenheit (happiness) ein, daß ein "glückliches Leben" ein wichtiger sozialer Wert und deshalb außerordentlich kulturgebunden sei. So sei das persönliche Glück ein spezifischer "Mittelstandswert", so daß gewissermaßen ex definitione die Mittelschicht "bevorzugt" sei; eine Meinung, die auch von TEWS (1971) geteilt wird. Ein solcher Einwand sollte jedoch berücksichtigen, daß üblicherweise unter Mittelschicht nicht nur eine spezifische Kultur mit eigenen Wertsystemen verstanden wird, sondern daß sich die Mittelschicht gegenüber der Unterschicht auch objektiv durch bevorzugte Lebensbedingungen auszeichnet (Einkommen,Wohnung usw.vgl.SCHEUCH1961). Insofern könnte gerade in einer größeren Zufriedenheit der Mittelschicht ein Zeichen der Gültigkeit des Konzeptes gesehen werden. Von Benachteiligung der Unterschicht kann nach unserem Verständnis im Gegensatz zu ROSOW und TEWS nur gesprochen werden, wenn die schlechteren Lebensbedingungen der Unterschicht sich nicht z.B. in einer verringerten Lebenszufriedenheit auswirken, so daß entsprechende Untersuchungen keinen Anhaltspunkt für notwendige Veränderungen bieten. Auch wenn uns die Anwendung subjektiver Zufriedenheitsmaße als Kriterium unverzichtbar erscheint, hat die vorangegangene Diskussion gezeigt, daß subjektive Zufriedenheitsskalen schwer kontrollierbare Risiken der Rationalisierung in sich bergen, die einer Kontrolle bedürfen.

4.4. Normative Kriterien erfolgreichen Alterns

ROSOW (1963) nennt drei Arten von Normen, nach denen wir die Anpassungsprozesse im Rahmen der Gerontologie beurteilen können:

1. die statistische Norm
2. die klinische Norm
3. die ideale Norm

Der statistische Durchschnitt, d.h. das Verhalten, das empirisch im "Regelfall" anzutreffen ist, dürfte als Kriterium

erfolgreichen Alterns grundsätzlich nur für kleinere oder stark vom Durchschnitt abweichende Gruppen von Interesse sein, da er nicht unbedingt für alle die optimale Lösung einer Problemsituation darstellt. So muß das "übliche" Verhalten alter Menschen nicht unbedingt zu großer Zufriedenheit beitragen.

Ähnlich verhält es sich bei den klinischen Normen. Soweit es sich um echte Dysfunktionen, d.h. um Abhandenkommen von Fähigkeiten handelt, die für den normalen Tagesablauf notwendig sind, erscheint der Begriff des "Anormalen" praktikabel. Es erweist sich jedoch, daß die Verwendung dieser Normen auf solche Populationen, wie sie in der Regel Gegenstand soziologischer und sozialpsychologischer Untersuchungen sind, unmöglich ist. Die hier untersuchten Menschen sind durchaus in der Lage, ihre Lebens- und Umweltsituation zu beurteilen. Aus diesem Grunde erscheint uns auch die Verwendung solcher Tests, wie sie etwa POLLACK et al. (1962) verwendet haben ("face - hand" Test, Beurteilung des eigenen Spiegelbildes usw.) für unsere Befragung als ungeeignet.

Die ideale Norm hat - zumindest von der Intention des Forschers her - eine gesellschaftliche Orientierungsfunktion. Sie bedeutet eine als ideal vorgestellte Alternssituation, der sich der einzelne soweit als möglich anpassen soll. Natürlich sind solche Idealvorstellungen sehr gruppenspezifisch und entsprechen nicht unbedingt den tatsächlichen Interessen der Betroffenen. (So bewerten oft jüngere Leute ein aktives Verhalten bei älteren Menschen höher als diese selbst.) Die ideale Norm repräsentiert die Erwartungen der Gesellschaft und - wie ROSOW ausdrücklich betont - oft der Forscher an das Verhalten alter Menschen. Über die Frage, wie diese Norm aussieht, konnte bisher kein Konsensus hergestellt werden.

So ist der Disput um die Aktivitätstheorie und die Disengagementtheorie, die nahezu die gesamte Theoriediskussion in der Gerontologie ausmacht, im Grunde ein Disput um die ideale Norm erfolgreichen Alterns. Allerdings wurden in den verschiedenen Veröffentlichungen der Disengagementtheorie (CUMMING & HENRY 1961, DAMIANOPOULOS 1961, HENRY 1964) Formulierungen verwendet, die eher eine "natürliche" Gesetzlichkeit als eine Norm postulierten.

4.4.1. Die "Aktivitätstheorie"

Die "Aktivitätstheorie" war ursprünglich keine explizite Theorie sondern eher eine programmatische Vorstellung von erfolgreichem Altern, die die gerontologische Diskussion bis 1960 beherrschte. Ihre wesentliche Aussage ist, daß Menschen im Alter prinzipiell keine anderen Bedürfnisse haben als in ihren mittleren Lebensjahren und daß sie deshalb ihre durch äußere Einwirkung (Pensionierung) reduzierte Aktivität durch andere neue Aktivitäten ersetzen sollten, um eine Einengung ihrer sozialen Welt zu vermeiden und eine möglichst große Zufriedenheit zu erreichen. Wichtige Vertreter dieser Auffassung sind ALBRECHT, CAVAN, HAVINGHURST, TARTLER und TIBBITTS.

4.4.2. Die Disengagementtheorie (DE)

Die Disengagementtheorie stellte demgegenüber fest, daß die von allen Gerontologen festgestellte Minderung der Aktivitäten und sozialen Kontakte nicht allein durch den Druck von Seiten der Gesellschaft bewirkt werde, sondern sich in einem wechselseitigen Prozeß zwischen Gesellschaft und Individuum vollziehe und auch einem biologisch bedingten inneren Bedürfnis des alternden Menschen entspreche. Dieses Bedürfnis bestehe darin, sich angesichts des nahenden Todes von den Verpflichtungen und Bindungen gegenüber anderen Menschen zu distanzieren, sich ganz auf sich zu konzentrieren und so auf den Tod vorzubereiten. Wäre ein solcher Rückzug aus den sozialen Bezügen - die Distanzierung gegenüber dem "Leben" - funktional für eine Vorbereitung auf den Tod, dann wären Altenheime, die möglichst abgeschlossen von der Umwelt sind, ideale Unterkünfte für alte Menschen. So versteht dann auch LISSITZ (1970) das Altenheim als letzten und entscheidenden Akt des Disengagementprozesses. Die Disengagementtheorie ist seit ihrer Entwicklung (CUMMING & HENRY 1961) heftig kritisiert worden, wobei drei Fragestellungen hervorgehoben werden müssen (TEWS 1971, S. 114):

1. ob der Prozeß des DE prinzipiell unvermeidbar sei wie behauptet, da andere Untersuchungen darauf verweisen, daß DE eher ein Lebensstil nur einer Gruppe von Personen ist,
2. ob in diesem Ansatz nicht spezifische Verhältnisse der Industriestaaten zu einer allgemeinen Gesetzmäßigkeit unzulässig hochstilisiert werden,
3. ob DE im Sinne erfolgreichen Alterns wünschenswert sei, da verschiedene Untersuchungen zeigen, daß eher Aktivität und Engagement mit Lebenszufriedenheit verbunden sind.

4.4.3. Modifikation der Disengagementtheorie

Da einige Mitarbeiter des gleichen Untersuchungsteams unzufrieden waren mit den Folgerungen von CUMMING & HENRY, daß alte Menschen mit größerem DE auch besonders zufrieden seien, wurden die Daten dieser Untersuchung einer zweiten Analyse unterzogen, wobei sich zeigte, daß nicht nur die Kombinationen von großer Aktivität und geringer Zufriedenheit bzw. geringer Aktivität und großer Zufriedenheit empirisch auszumachen waren, sondern auch die anderen beiden Kombinationen, die der DE-Theorie widersprechen (aktive Zufriedenheit und passive Unzufriedenheit vergl. HAVIGHURST u.a. 1968).
MADDOX & EISDORFER (1968) fanden in ihren Untersuchungen sogar ein deutliches Überwiegen der Kombinationen im Sinne der Aktivitätstheorie gegenüber denen der DE-Theorie (73 % gegenüber 27 %).
Ähnlich fanden FRÖHLICH, BECKER, BENGTSON und BIGOT (1969), sowie HAVIGHURST, MUNNICHS, NEUGARTEN und THOMAE (1969) eine positive Korrelation zwischen Aktivität und Zufriedenheit.
NEUGARTEN (1973) kommt in einem summarischen Überblick über die Theorie der Persönlichkeitsbedingtheit erfolgreichen Alterns (NEUGARTEN 1964, 1968) zu dem Schluß, daß die Organisation der Persönlichkeit bzw. der Persönlichkeitstyp der ausschlaggebende Faktor dafür sei, welche Individuen erfolgreich altern und welche nicht. Dabei seien Lebensstile kennzeichnend für das ganze Leben und weniger beschränkt nur auf die spezifische Pha-

se des Alterns, sofern nur die äußeren Umstände einigermaßen günstig seien: "It is our view, that given a relativly supportive social environment, older persons like younger ones will choose the combinations of activities, that offer them the most ego involvement and that are most consonant with their long established value patterns and self concepts." (NEUGARTEN 1973, S. 329). Mit dieser Bemerkung schließt NEUGARTEN an die Formulierung von MADDOX (1966) über die Bedeutung individueller Lebensstile für ein erfolgreiches Altern an.

Ein weiterer theoretischer Ansatz, nämlich der von LOWENTHAL & BOLER (1965), erscheint für das vorliegende Problem besonders wichtig. LOWENTHAL & BOLER unterscheiden hinsichtlich des Disengagementbegriffes einen freiwilligen und einen unfreiwilligen Rückzug in der Erwartung, daß ein erfolgreiches Altern (Zufriedenheit) nur bei freiwilligem Rückzug, nicht aber bei unfreiwilligem Rückzug stattfinden würde. Unfreiwilliger Rückzug wurde bestimmt durch:

1. erzwungene Pensionierung
2. Verwitwung
3. schlechten Gesundheitszustand.

Wenn eine oder mehrere dieser Deprivationen vorlagen, dann wurde angenommen, daß eine Reduktion der Teilhabe an dem sozialen Leben unfreiwillig sei. Die Ergebnisse entsprachen den Erwartungen, da diejenigen, die freiwillig zurückgezogen lebten, eine fast ebenso hohe Lebenszufriedenheit hatten wie die nicht sozial zurückgezogenen. Jedoch die unfreiwillig zurückgezogenen alten Menschen wiesen die geringste Lebenszufriedenheit auf.

Im Grunde ist dieses Ergebnis durchaus plausibel und läßt zwei Anwendungsmöglichkeiten auf das Altenheimproblem zu:

1. Nach dieser Definition von LOWENTHAL & BOLER leben die meisten Altenheimbewohner in einem erzwungenen Disengagement, da sie nahezu insgesamt alle drei Kriterien erfüllen und von daher relativ unzufrieden sein müssen. Dieser Tatbestand wurde schon in der Selektionshypothese behauptet.

2. Die Altenheimsituation kann, ähnlich wie Pensionierung, Verwitwung usw., autonom sozialen Rückzug erzwingen. Dies wäre als Institutionalisierungswirkung zu interpretieren.

4.5. Schlußfolgerungen für eine Operationalisierung erfolgreichen Alterns

Die Diskussion normativer Kriterien erfolgreichen Alterns hat also gezeigt, daß statistische, klinische und ideale Normen unmittelbar für unsere Zwecke kaum geeignet sind. Zwar hat die Diskussion zwischen der Aktivitäts- und der Disengagementstheorie um eine ideale Norm erfolgreichen Alterns deutlich gemacht, daß prinzipiell mit einer größeren Aktivität auch größere Zufriedenheit und somit ein erfolgreiches Altern zu erwarten ist.
Bestätigt wurde aber zugleich unsere zuvor getroffene Behauptung, nach der die subjektive Bewertung der eigenen Lebenssituation letztlich der ausschlaggebende Faktor für die Beurteilung erfolgreichen Alterns ist. Der Ansatz von LOWENTHAL & BOLER zeigte, daß die subjektive Interpretation des Aktivitätsrückgangs wichtiger ist als das absolute Ausmaß der Aktivität. Außerdem wurde die subjektive Lebenszufriedenheit als Kriterium für erfolgreiches Altern im Sinne der Aktivitätstheorie verwendet (vergl. MADDOX & EISDORFER 1968; FRÖHLICH et al. 1969, HAVIGHURST et al. 1968, 1969; LOWENTHAL & BOLER 1965), was - bei allen Vorbehalten - die Unentbehrlichkeit dieses Konzeptes der subjektiven Wertung gegenüber dem normativen Ansatz beweist.

Sinnvollerweise werden wir also in gleicher Weise wie die soeben erwähnten Untersuchungen sowohl objektive Daten wie die Häufigkeit von Aktivitäten und Sozialkontakten, insbesondere aber auch subjektive Indikatoren wie Lebenszufriedenheit und die subjektive Bewertung des eigenen Aktivitätsniveaus als Kriterium für erfolgreiches Altern - hier speziell in der Heimsituation - verwenden. Dabei können wir davon ausgehen,

1. "daß ein gewisses Maß an objektiver Aktivität notwendige, wenn auch nicht hinreichende Bedingung für Zufriedenheit" ist (TEWS 1971, S. 101)
2. daß eine besonders hohe Korrelation zwischen Aktivität und Zufriedenheit zu erwarten ist, wenn eine Reduktion der Aktivität als Zwang erlebt wurde.

B. Eigene empirische Untersuchung

5. Zielsetzung und Anlage der empirischen Untersuchung

5.1. Zielsetzung

Die Zielsetzung dieser Arbeit ist es, die in Abschnitt 3. geschilderten Erklärungsmodelle des psychisch unbefriedigenden Zustands der Heimbewohner zu analysieren. Es ist also zu prüfen, ob das bei Altenheimbewohnern offensichtlich anzutreffende geschwächte Selbstbild als Folge eines Selektionsprozesses, als Nachwirkungen der Wartezeit oder als Institutionalisierungswirkungen oder aber als Folge aller drei Faktoren aufzufassen ist. Diese drei möglichen Ursachen schließen sich - wie erwähnt - nicht gegenseitig aus, sondern sind möglicherweise kumulativ wirksam. Ferner soll die Vermutung überprüft werden, daß die Institutionalisierungswirkungen im engeren Sinne abhängig sind von bestimmten Merkmalen der Heimsituation, die wir aus den Kriterien der "totalen Institution" abgeleitet haben.
Die Operationalisierung des Selbstbildes wird sich zunächst weitgehend an den schon in anderen Untersuchungen verwendeten Instrumenten zur Messung der Zufriedenheit, Aktivität usw. orientieren, um dann auf faktorenanalytischem Wege gemeinsame Dimensionen zu erarbeiten.
Eine Untersuchung des Institutionalisierungsprozesses muß natürlich die vorhandenen Alternativen der offenen und geschlossenen Altenhilfe berücksichtigen, die dem alten Menschen zur Verfügung stehen. Ein Vergleich zwischen ihnen ermöglicht dann auch zudem die Ermittlung des relativen Nutzens der verschiedenen bestehenden Institutionen, der bisher nur vermutet werden konnte.
Dabei ist dieses Forschungsziel eng verbunden mit einer spezifisch methodischen Problematik. Diese ist darin zu sehen, daß alle zur Verfügung stehenden Forschungsstrategien, d.h. sowohl die Querschnitts- als auch die Längsschnittsanalyse nur mit erheblichen Einschränkungen als brauchbar angesehen werden können.

5.2. Anlage der empirischen Untersuchung

Der Prozeßcharakter des Institutionalisierungsverlaufes läßt zunächst einmal die Längsschnittanalyse als das geeignete Instrument erscheinen. Diese weist aber eine insbesondere in der Gerontologie gravierende Verzerrung auf durch den Tod gerade der "Problemfälle" im Verlauf der Untersuchung. Bei unserer sehr gebrechlichen Untersuchungspopulation muß nämlich der Zeitverlauf als ein ständiger Ausleseprozeß verstanden werden, an dessen Ende oft nur die relativ Gesunden und Zufriedenen erfaßt werden konnten.

Außerdem ist hier bei unserer spezifischen Fragestellung neben dem erheblichen organisatorischen Aufwand und dem Problem der Meßwiederholungseffekte sowie des Lernprozesses der Befragten (vergl. ANGER 1969) in der "follow up" Studie noch die Schwierigkeit der rechtzeitigen Erfassung von solchen Personen zu berücksichtigen, die gerade von einer Situation in die andere wechseln (z.B. als Anwärter in ein Altenheim ziehen).

Die bisherigen Untersuchungen zum Problem der Institutionalisierung waren - wie schon erwähnt - nahezu ausschließlich Querschnittsanalysen von institutionalisierten und nichtinstitutionalisierten Menschen über 65 Jahren. Bei dieser Untersuchungsmethode muß damit gerechnet werden, daß nicht kontrollierte, konfundierende Variablen einen großen Teil der Gesamtvarianz erklären.
Beispielsweise wurde bei diesen Untersuchungen meist der unterschiedlichen Beweglichkeit und körperlichen Verfassung der Befragten oft nicht in ausreichendem Maße Rechnung getragen, obwohl gerade der körperliche Zustand ganz wesentlich auch die psychische Verfassung und die Aktivität bestimmt. So ist also denkbar, daß die Heimbewohner in diesen Untersuchungen nur deshalb in einem ungünstigen Licht erscheinen, weil sie körperlich generell in einer schlechteren Verfassung waren als die Vergleichsgruppe.
Das bedeutet, daß die Vergleichsstichproben bei diesem Forschungsgegenstand nicht nur hinsichtlich des Alters homogen sein müssen, sondern auch hinsichtlich anderer, das Selbstbild

beeinflussenden Variablen wie z.B. der körperlichen Verfassung.

Einen ersten Schritt in diese Richtung stellt z.B. die schon erwähnte Untersuchung von LIEBERMAN et al. (1968) dar, die eine Querschnittsanalyse machten von:

Altenheimbewohnern
Altenheimanwärtern und
älteren Menschen, die nicht vom Institutionalisierungsprozeß betroffen sind.

Bei dieser Untersuchung legten die Autoren besonderen Wert darauf, durch die Einbeziehung der Anwärter in die Querschnittsanalyse neben dem Alter, der Schicht und anderen sozialstatistischen Daten auch eine Homogenität der psychischen Verfassung erreicht zu haben, da z.B. sowohl die Anwärter wie die Bewohner gleichermaßen dramatische Erlebnisse (Krankheiten, Tod des Partners usw.) hatten, die teilweise zum Wunsch nach einem Heimeintritt führten.

Andererseits ist den Autoren die angestrebte Homogenität bei der dritten Gruppe u.E. nicht vollständig gelungen. Das wesentliche gemeinsame Merkmal der ersten beiden Gruppen dürfte die zumindest absehbare Unfähigkeit sein, einen eigenen Haushalt zu führen, die bei der dritten Gruppe nicht gegeben war. Dies erschien uns - bei Beibehaltung eines prinzipiell ähnlichen Ansatzes wie bei LIEBERMAN et al. (1968) - ein wesentliches Erfordernis unserer Untersuchungsmethode. Aus diesem Grunde wählten wir als Vergleichsstichprobe die Empfänger des fahrbaren Mittagstisches (Mahlzeitendienst), bei denen - ähnlich den meisten Altenheimbewohnern - eine gewisse Versorgungsbedürftigkeit unterstellt werden kann.

Der Mahlzeitendienst, der in den letzten Jahren ständig ansteigende Anteile der älteren Bürger versorgt(in Köln war 1969 das Verhältnis der durch Altenheime bzw. Mahlzeitendienst versorgten Personen etwa 3:1), wird auch zunehmend als eine positive Alternative zur Altenheimunterbringung angesehen.

Wir haben zunächst drei Vergleichsgruppen gebildet:

1. Mahlzeitendienstempfänger (MD)
2. Altenheimanwärter (AHA)
3. Altenheimbewohner (AHB)

Diese repräsentieren zumindest annähernd den Prozess zunehmender Institutionalisierung.
Nun gibt es Hinweise dafür, daß die Bewohner eines Altenwohnheimes*) und solche eines Altenheimes, auch wenn sie hinsichtlich Gesundheit, Schulbildung, Berufsgruppenzugehörigkeit und Familienstand durchaus vergleichbar sind, sich in der Gestaltung ihres Tagesablaufs jedoch sehr stark unterscheiden. Die Wohnheimbewohner zeigen sich aktiver, haben mehr positive Erlebnisse als die Altenheimbewohner(LEHR 1968).
Aus diesem Grunde vervollständigten wir unsere Untersuchungsanlage um Stichproben der

4. Wohnheimbewohner (WHB)
5. Wohnheimanwärter (WHA)
6. Kontrollgruppe (KG),

wobei die Kontrollgruppe aus etwa gleichaltrigen Personen besteht, die selbständig in eigenen Wohnungen leben.

Diese letzten drei Stichproben unterscheiden sich von den ersten grundsätzlich dadurch, daß sie im Regelfall ihren eigenen Haushalt führen können, während dies bei den anderen in der Regel nicht der Fall ist.

Der gesamte Untersuchungsplan, der den Institutionalisierungsverlauf auf zwei Ebenen verfolgt, sieht also folgendermaßen aus:

Dimension der Versorgungsbedürftigkeit	AHB	AHA	MD
Dimension der selbständigen Haushaltsführung	WHB	WHA	KG

*) Altenwohnheime unterscheiden sich von Altenheimen dadurch, daß sie wie kleine Wohnungen vollständig eingerichtet sind und die Bewohner so ihren Haushalt selbständig führen können.

Unser Untersuchungsziel, die Frage nach den Institutionalisierungswirkungen, den Wirkungen der Wartezeit und/oder der Selektionshypothese werden wir zunächst durch Vergleich der jeweils relevanten Samples im Rahmen einer Makroanalyse untersuchen.

Neben dieser Makroanalyse möglicher Institutionalisierungswirkungen werden wir in einer Mikroanalyse noch vier weitere methodische Ansätze verwenden, die als Ergänzung zum oben geschilderten Ansatz die Verzerrung der Ergebnisse minimieren sollen, die durch eine mögliche Konfundierung mehrerer Variablen bedingt sein könnten.

Die Mikroanalyse besteht aus vier Teilen:

1. In einer qualitativen Betrachtung werden die Lebenssituation und die Art des Entscheidungsprozesses zum Heimeintritt bei den Heimanwärtern dargestellt.
2. Um die Wirkungen verschiedener Merkmale totaler Institutionen (vergl. Kap. 3.3.2.) auf die Heimbewohner überprüfen zu können, untersuchen wir zunächst die Zusammenhänge zwischen diesen Merkmalen und der Bewertung der Heimsituation durch die Heimbewohner.
3. Aufgrund dieser Bewertung der Heimsituation durch die Bewohner wird eine Gruppe "guter" und eine Gruppe "schlechter" Heime gebildet und hinsichtlich der Wirkungen auf das Selbstbild der Heimbewohner verglichen.
4. Altenheimbewohner mit unterschiedlich langer Heimwohndauer werden hinsichtlich der abhängigen Variablen miteinander verglichen, um mögliche Institutionalisierungswirkungen quasi im Zeitverlauf festzustellen.

Zum Abschluß werden wir durch das Verfahren der "Baumanalyse" (tree-analysis) die zuvor erarbeiteten Einzelergebnisse in den Gesamtkontext einer Reihe von Determinanten des Selbstbildes alter Menschen stellen. Dabei kann deutlich gemacht werden, welcher Stellenwert dem Problem der Institutionalisierung bei der Beurteilung der Lebenssituation alter Menschen zuzuordnen ist.

5.3. Stichprobenziehung und -beschreibung

Aus organisatorischen Gründen fand die Befragung im Raume Köln statt. Sicherlich stellt sich dabei die Frage, ob die Kölner Altenheime in irgendeiner Weise repräsentativ oder zumindest typisch für die Altenheime in der Bundesrepublik angesehen werden können. Es ist anzunehmen, daß der Standard von Altenheimen in ländlichen Gegenden der BRD schlechter ist als der in einer Großstadt wie Köln.
Ferner dürfte er nach bisher vorliegenden Erfahrungen in privat geführten Heimen schlechter sein als bei den von uns erfaßten Heimen, die nahezu ausschließlich von den Wohlfahrtsverbänden bzw. der öffentlichen Hand getragen werden. Die Ergebnisse dieser Untersuchung können deshalb nicht repräsentativ für alle Altenheimbewohner in der BRD angesehen werden. Sie machen vielmehr die strukturellen Probleme und Möglichkeiten der Heimunterbringung alter Menschen durch einen Vergleich der potentiellen Alternativen (Altenheime, Altenwohnheime und Mahlzeitendienst) sichtbar.
Wir befragten Stichproben der Bewohner von insgesamt sechs Kölner Altenheimen und vier Wohnheimen, die folgenden Trägern zuzuordnen waren:

	Altenheime	Wohnheime
Städtisch	2	2
Caritas	2	1
Innere Mission	1	1
private Trägerschaft	1	

Die Namen der Wohnheimbewohner (WHB), der -anwärter (WHA), der Altenheimbewohner (AHB) und -anwärter (AHA), der Empfänger des Mahlzeitendienstes (MD) und der Kontrollgruppe (KG) wurden aus Karteien nach Zufallsprinzip gezogen.
Bei der Auswahl der Kontrollgruppe wurden folgende Restriktionen beachtet, um eine hinreichende Homogenität mit den Wohnheimbewohnern und -anwärtern zu erzielen:

1. Mindestalter 67 Jahre
2. Alleinstehende Personen (soweit erkennbar).

Die Ausfallquote war mit 51 % außerordentlich hoch; ein Tatbestand, der teilweise durch das Alter der Karteien sowie die Mobilität und die Mortalität der befragten Population erklärt werden kann. Die Quote der echten Verweigerungen war mit insgesamt 12,3 % hingegen für eine Population mit einem Durchschnittsalter von 77 Jahren durchaus gering. Sie verteilte sich in den verschiedenen Stichproben jedoch recht unterschiedlich. Im Gegensatz zu den "objektiven" Ausfällen (Sterbefälle, falsche Adressen, Nichterreichbarkeit), die wahrscheinlich nur einen geringen Einfluß auf die erhobenen Daten haben, muß man bei den Verweigerungen hinsichtlich unseres Forschungszieles einen systematischen Bias erwarten. Man muß davon ausgehen, daß unter den Verweigerern insbesondere solche Menschen vertreten sind, die nur einen geringen Kontakt zur Außenwelt haben, und deren Verhalten tatsächlich mit dem Begriff "Disengagement" treffend zu beschreiben ist (vergl. ESSER 1974).

Verweigerungsquote in den einzelnen Stichproben

	AHB	AHA	MD
Dimension der Versorgungsbedürftigkeit	6,3 %	12 %	24,6 %
	WHB	WHA	KG
Dimension der selbständigen Haushaltsführung	5,8 %	14,4 %	15 %

Da das Kontaktverhalten und das in enger Beziehung dazu stehende Selbstbild wesentliche Merkmale unserer Erhebung sind, müssen die oben angeführten Quoten bei der Interpretation der Daten mit berücksichtigt werden. Dabei sind zwei Feststellungen von Bedeutung:

1. Die Heimbewohner weisen eine erheblich geringere Verweigerungsquote auf als der Durchschnitt.
2. Die Mahlzeitenempfänger weisen vergleichsweise eine erheblich höhere Verweigerungsquote auf.

Bei der Interpretation der Daten muß also beachtet werden, daß die Kontaktbereitschaft aufgrund der Verweigerungen bei den Altenheimbewohnern durch unsere Daten relativ unterschätzt und bei den Mahlzeitenempfängern überschätzt werden.

Schließlich erhielten wir folgende Besetzungen der einzelnen Stichproben:*)

	N		N
AHB	71	WHB	49
AHA	25	WHA	34
MD	31	KG	18

Gesamte Population : N=228

Unter den Mahlzeitenempfängern waren jedoch zwei Altenheimanwärter und zwei Wohnheimanwärter, die diesen Stichproben zugeordnet wurden, da der Mahlzeitendienst hier explizit nur eine Übergangsregelung war. Die neue Stichprobenverteilung sah also folgendermaßen aus:

	N		N
AHB	71	WHB	49
AHA	27	WHA	36
MD	27	KG	18

Im folgenden wollen wir kurz die demographischen Daten der Stichprobe skizzieren:

Das durchschnittliche Alter der Teilstichproben entsprach den bisherigen Erfahrungen in der BRD (z.B. LOHMANN 1969):

Dimension der Versorgungsbedürftigkeit		Dimension der selbständigen Haushaltsführung	
AHB	81,2 Jahre	WHB	74 Jahre
AHA	78,7 Jahre	WHA	71,5 Jahre
MD	78,1 Jahre	KG	72,7 Jahre

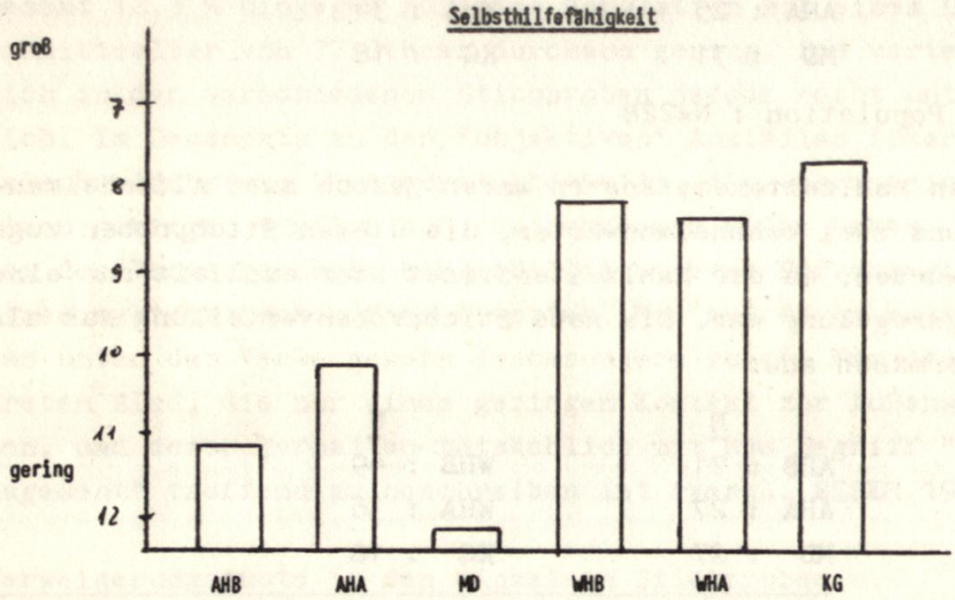
Die Stichproben der zweiten Dimension (WHB usw.) sind also erheblich jünger als die der ersten Dimension.
Wie die Varianzanalyse (Tab. 1)**) zeigt, ist erwartungsgemäß auch die Beweglichkeit oder Selbsthilfefähigkeit der Befragten der zweiten Dimension insgesamt besser als die der ersten,

---

*) Die gegenüber den anderen Stichproben erhöhte Zahl der AHB war in Hinblick auf die Mikroanalyse geplant.
**) Tabellen siehe Anhang.

während die Unterschiede innerhalb einer jeden Dimension gering sind (TAFEL 3).

TAFEL 3

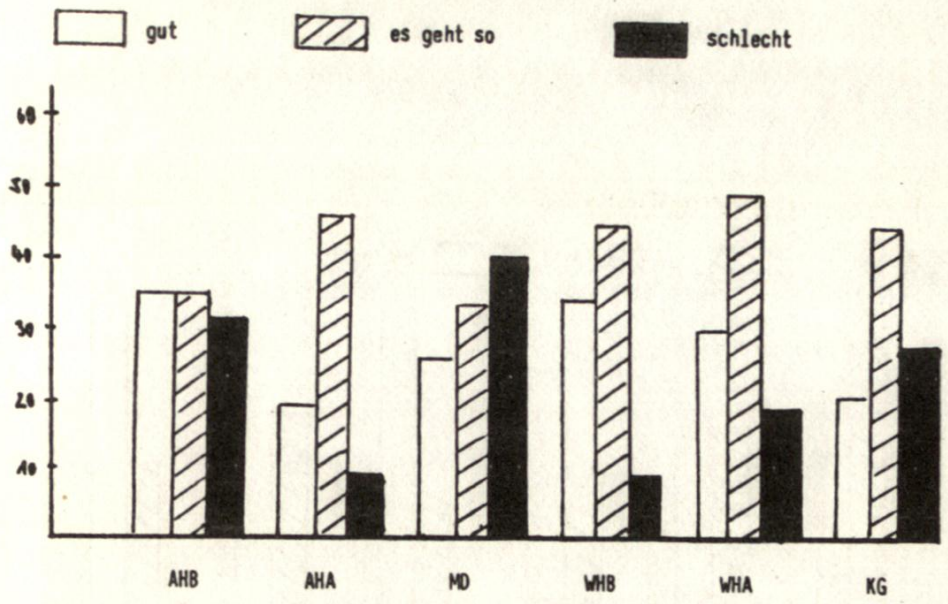


In der subjektiven Bewertung der eigenen Gesundheit zeigen sich weniger gravierende Unterschiede (Tab.2,TAFEL 4). Hier heben sich nur die Wohnheimbewohner mit einer deutlich optimistischeren Haltung von den übrigen Gruppen ab. Hinsichtlich ihrer zukünftigen Gesundheit machen sich bemerkenswerterweise in allen Gruppen immerhin 40-50% der Befragten wenig Sorgen (Tab.3).

Ungefähr 90% aller Befragten waren alleinstehend, davon ca. 20% ledig, 60 - 70% verwitwet und 4 % geschieden. Die Wohnheimanwärter und -bewohner sowie die Mahlzeitenempfänger waren demgegenüber noch zu ca. 20% verheiratet (Tab. 4, TAFEL 5). Die relativ sozial isolierte Position der Altenheimanwärter wird darin sichtbar, daß sie bis auf eine Ausnahme ausschließlich ledig oder verwitwet waren, und 52 % von ihnen keine Kinder haben.

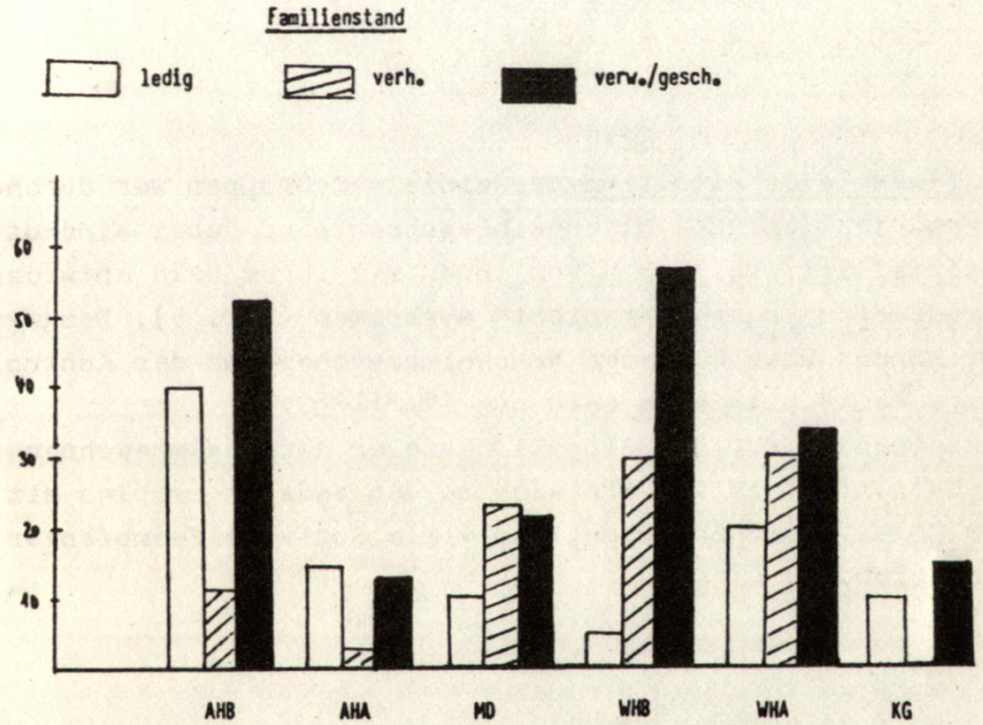
TAFEL 4

Subjektive Einschätzung der Gesundheit

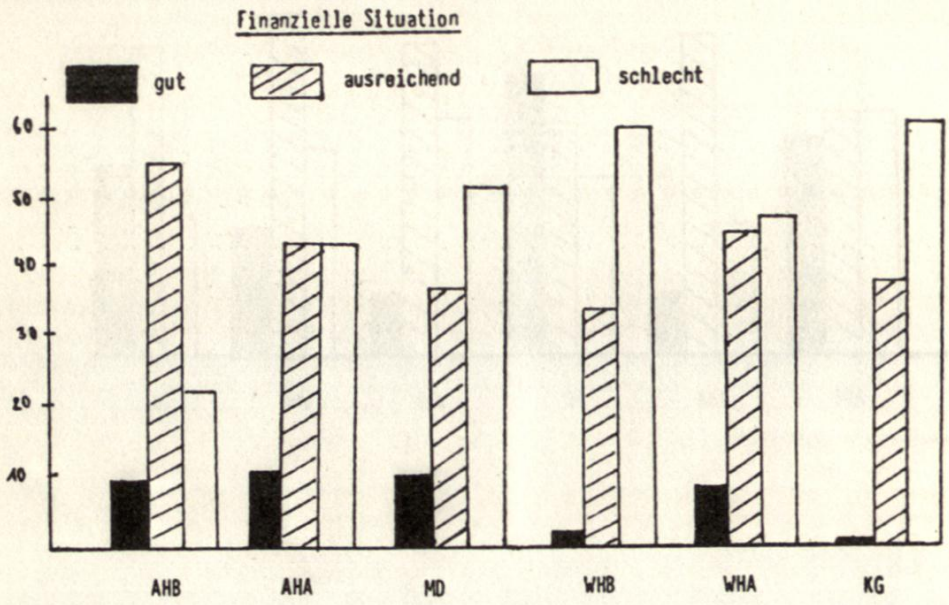


TAFEL 5

Familienstand

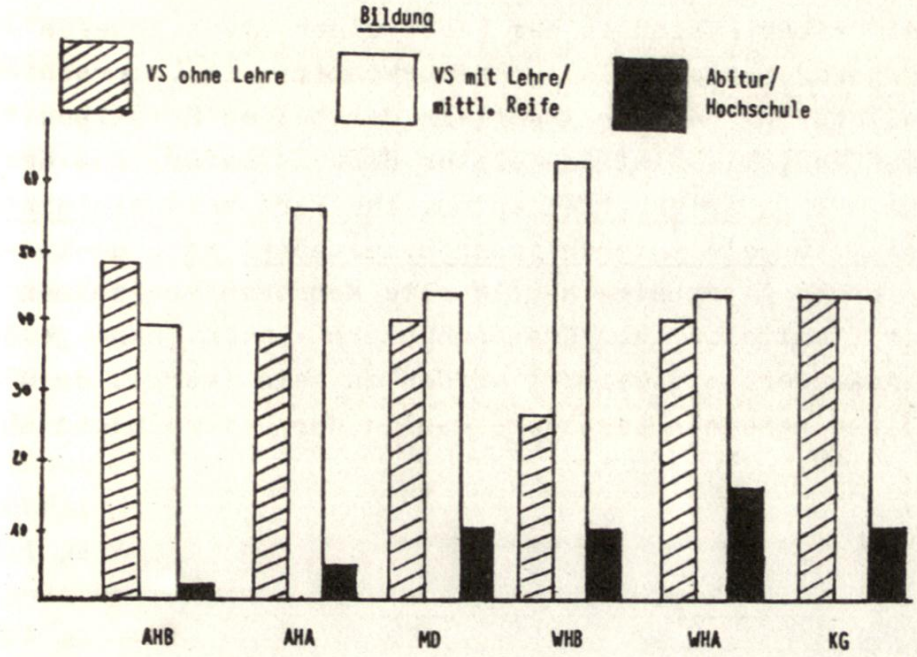


TAFEL 6



Die finanzielle Situation der einzelnen Gruppen war durchaus unterschiedlich. Die Altenheimbewohner sind dabei eindeutig benachteiligt, weil 65 % von ihnen mit ihrem Geld entweder nur "gerade eben" oder "gar nicht" auskommen (Tab. 5). Demgegenüber kommen über 60 % der Wohnheimbewohner und der Kontrollgruppe "gut" mit ihrem Geld aus (TAFEL 6).
Kennzeichnend für die Situation vieler Altenheimbewohner ist die Tatsache, daß im Vergleich zu den anderen Samples mit über 30 % von ihnen doppelt so viele Sozialhilfeempfänger sind. (Tab. 6)

TAFEL 7



Auch in der Bildung unterscheiden sich die Wohnheimbewohner von den Altenheimbewohnern (Tab. 7), da sie häufiger eine abgeschlossene Lehre bzw. mittlere Reife oder auch Abitur haben ($p \leq 0{,}01$). Solche Unterschiede sind bei den Anwärtern beider Heimtypen nicht festzustellen (TAFEL 7).

Zusammenfassend zeigte sich, daß sich die nach den Dimensionen I und II gruppierten Samples hinsichtlich ihres Alters und der Beweglichkeit bzw. Selbsthilfefähigkeit deutlich unterschieden, während diese Gruppierung hinsichtlich der übrigen demographischen Variablen nicht mehr diskriminierte.
Die Wohnheimbewohner sind in der Regel einer etwas höheren Schicht zuzuordnen als die Altenheimbewohner; ein Unterschied, der sich allerdings bei den Anwärtern der beiden Heimtypen nicht wiederfand. Dies ist ein erster Hinweis dafür, daß der von uns aus der Anwärterkartei entnommene Personenkreis nicht repräsentativ für die tatsächlichen Heimzugänge ist, da insbesondere in die Altenheime häufig alte Menschen übernommen werden, die unmittelbar aus Krankenhäusern kommen, ohne jemals auf einer Anwärterliste geführt worden zu sein (vergl. dazu S. 108). Diese scheinen besonders häufig der Unterschicht anzugehören.

6. Der Interviewfragebogen und die Indikatoren des Selbstbildes

6.1. Zum Methodenproblem

Wenngleich sich in den letzten Jahren die Kritik an dem Interviewverfahren immer deutlicher akzentuiert (z.B. ERBSLÖH 1972, ESSER 1974), gibt es in der empirischen Sozialforschung bisher kein auch nur annähernd adäquates Alternativverfahren (ANGER 1969).
Eine schriftliche d.h. postalische Befragung von Menschen in so hohem Alter, die in der Regel noch oft unter einer erheblichen Beeinträchtigung ihrer Sinnesleistungen leiden, würde ganz außerordentliche Ausfälle gerade in der Zielgruppe bewirken, die für die vorliegende Untersuchung von besonderem Interesse ist, nämlich den mehr oder minder Behinderten. Darüber hinaus wird erfahrungsgemäß die Anstrengung, die eine solche schriftliche Befragung erfordert, insbesondere von Menschen mit geringerer Bildung nicht geleistet (ANGER 1969). Der persönliche Kontakt mit einem Interviewer veranlaßt erfahrungsgemäß alte Menschen, die u.U. relativ isoliert leben, zur Mitarbeit, die als Abwechslung erlebt werden kann (vergl. LOHMANN 1969).

Auch wenn die Entscheidung für die Methode des Interviews aus diesen Gründen relativ leicht fällt, ist für einen großen unbefangenen Optimismus bezüglich der - auf diese Art und Weise erhältlichen - Daten wenig Raum.

Es gibt genügend Anhaltspunkte dafür, daß die Probleme des Interaktionsverhältnisses im Interview sich bei der Befragung alter Menschen kumulieren. Sehen wir einmal von den traditionellen Interviewfehlern ab, die man in diesem Kontext noch als durchschnittlich ansehen kann, so ist die Definition der eigenen Rolle in einem Interview für alte Menschen besonders schwierig. Dazu tragen verschiedene Faktoren bei. Zum einen wird das Gespräch hinsichtlich der angesprochenen Inhalte vorwiegend vom Interviewer gesteuert, der im Verhältnis zu dem Befragten in aller Regel erheblich jünger ist. Daß aber ein anderer,

dazu noch jüngerer Mensch "Rechenschaft" z.B. über das eigene Selbstbild verlangt, widerspricht dem bei alten Menschen im allgemeinen anzutreffenden Streben, sich selbst als selbständigen und adäquaten Partner darzustellen (vergl. BLUME 1972).

Zum anderen dürfte bei den alten Menschen auch im Vergleich zur übrigen Bevölkerung die Bereitschaft zum Interview in besonderer Weise mit der Erwartung verbunden sein, Kontakt im Sinne der "Herstellung und Stabilisierung persönlicher Solidarität" zu gestalten (ESSER 1974). Auch wird sehr häufig vom Interviewer eine direkte Hilfe zur Veränderung der eigenen Lebenssituation erwartet. Dementsprechend kann relativ wenig Verständnis für eine "neutrale" Befragungstechnik (vergl. ANGER 1969, SCHEUCH 1973) erwartet werden. Der Interviewer sieht sich dementsprechend oft genötigt, zu einer "weichen" Interviewmethode überzugehen, um ein Vertrauensverhältnis zu etablieren. Dies aber führt oft wieder zu Verzerrungen, da ein solches "Vertrauensverhältnis" die - bei alten Menschen ohnehin besonders starke Neigung - im Sinne sozialer Erwünschtheit zu antworten (vergl. KOGAN 1961), noch verstärkt.
Ein solches Verhältnis wäre natürlich leichter herzustellen in dem von LEHR (1972) präferierten unstrukturierten Explorationsgespräch. Dabei ist es dem Interviewer möglich, sich auf den Sprach- und Gedankenduktus des Befragten einzustellen, und so eine besondere psychische Nähe herzustellen.
Andererseits eignet sich dieses Verfahren nur in sehr beschränkter Weise für eine direkt vergleichende Untersuchung. Gerade für den in unserer Untersuchung beabsichtigten Vergleich mehrerer Gruppen bietet daher die standardisierte Form der Befragung bessere Ausgangsbedingungen, da durch die Vorgabe gleicher Stimuli eine Vergleichbarkeit der Reaktionen grundsätzlich eher gewährleistet ist. Insbesondere die Verfügbarkeit erprobter Instrumente zur Beurteilung der psychischen Situation älterer Menschen (z.B. LSI-Skala) erleichterte die Entscheidung für einen weitgehend strukturierten Fragebogen. Da aber auch diese Skalen - zumindest in einem gewissen Ausmaße - dem Einfluß der Interviewsituation unterliegen, wird es notwendig sein, in der Auswertungsphase die Interpretationsmöglichkeit der erhobenen Daten erneut zu überprüfen.

6.2. Der Interviewfragebogen und die Durchführung der Interviews

Der Interviewfragebogen bestand aus zwei Teilen. Der erste Teil beinhaltete die Fragen, die den Befragten aller Samples in gleicher Weise gestellt wurden. Sie dienten vor allem der Erfassung der psychischen Situation (Lebenszufriedenheit, Zukunftsperspektive usw.) und der sozialen Integration (Kontakthäufigkeit, Bezugsgruppen, Aktivität usw.) sowie der Beschreibung und Bewertung der augenblicklichen Wohnsituation durch die Befragten.
Im zweiten Teil wurden die Heimbewohner und die Anwärter getrennt nach spezifischen Problemen ihrer Lebenssituation (Wirkungen der Wartezeit bzw. der Institutionalisierung) gefragt. Für die Kontrollgruppe und die Empfänger des fahrbaren Mahlzeitendienstes entfiel dieser Teil bis auf Fragen nach ihrer Einstellung zu Altenheimen. Die 24 Interviewer waren vorwiegend Studenten und Studentinnen der Psychologie, Soziologie und Pädagogik.

Die Befragten waren einige Tage vor dem Besuch der Interviewer brieflich auf die im August 1972 durchgeführte Befragung vorbereitet worden.
Um bei den Heimbewohnern eine gegenseitige Kommunikation über den Fragebogen und die dadurch bewirkte allgemeine Meinungsbildung in der Befragung auszuschließen, wurden die Bewohner der Heime jeweils am gleichen Vor- oder Nachmittag von mehreren Interviewern befragt, so daß sie keine Gelegenheit hatten, miteinander Kontakt aufzunehmen, bevor die Befragung vorüber war.

6.3. Die Operationalisierung der abhängigen Variablen

Wie wir schon in Abschnitt 4.4.3. aufgezeigt haben, ist es notwendig, sowohl subjektive als auch objektive Indikatoren zu verwenden, um ein zutreffendes Zustandsbild der alten Menschen zu erhalten. Dabei erschien es als sinnvoll, soweit als mög-

lich auf vorhandene und erprobte Instrumente zurückzugreifen. Dies zum einen, um sich die Zuverlässigkeit dieser Verfahren zunutze zu machen und zum anderen, um die Ergebnisse der früheren Untersuchungen von unserem neuen Ansatz her zu überprüfen.

Dazu verwendeten wir folgende Instrumente:

Indikatoren des Selbstbildes (subjektiv)	
Titel	Autor
LSI - Skala	WIENDIECK
Altersstereotype	TUCKMAN & LORGE
Disengagement - Skala	ANGER u.a.
Subjektives Aktivitätsniveau	SCHMELZER & TEBERT
Zukunftseinstellung Langeweile Einstellung zum Tod Besuchswünsche Gesundheitliche Ängste	eigene Fragestellung
Objektive Indikatoren des Zustandsbildes	
Objektive Aktivitätshäufigkeit Objektive Kontakthäufigkeit	

6.3.1. Die Lebenszufriedenheitsskala (LSI)

Wie schon zuvor dargestellt, kann die Lifesatisfaction - Skala von NEUGARTEN et al. (1961) als ein systematischer Ansatz zur Erfassung subjektiver Lebenszufriedenheit angesehen werden. Dabei definierten sie erfolgreiches Altern als: "Gefühle der Zufriedenheit mit dem gegenwärtigen und vergangenen Leben" (HAVIGHURST 1963, S. 305). Nach einer Analyse der in der Vergangenheit verwendeten Skalen anderer Forscher sowie einer Reihe von explorativen Studien nahmen NEUGARTEN, HAVIGHURST und TOBIN (1961) an, die Komplexität des Begriffs Lebenszufriedenheit im wesentlichen durch folgende Dimensionen erfassen zu können:

1. "zest versus apathy" Diese Dimension soll das Ausmaß persönlichen Engagements in Aktivitäten, Personen oder Ideen erfassen (HAVIGHURST 1963, S. 319).
2. "resolution and fortitude" beinhaltet den Ausdruck persönlicher Verantwortung für das eigene Leben in dem Sinne, daß es nicht nur passiv akzeptiert wird.
3. "goodness of fit" beschreibt das Empfinden des Befragten, die Ziele in seinem Leben erreicht zu haben, die er anstrebte.
4. "positive self-concept" soll das Empfinden der Befragten festhalten, inwieweit sie sich als bedeutsam für andere, als weise und kompetent empfinden.
5. "mood tone" soll die spontane Laune ausdrücken.

Diese fünf Dimensionen wurden in Sätzen ausformuliert zu einer Skala zusammengefaßt (LSI - Index B) und dann einer Trennschärfenanalyse unterworfen.
G. WIENDIECK (1969) hat die von NEUGARTEN et al. (1961) entwickelte Skala zur Messung der Lebenszufriedenheit ins Deutsche adaptiert.
Neben der - nach den üblichen Testkriterien erforderlichen - Zuverlässigkeit konnte WIENDIECK auch in einer Validierungsstudie durch ein Außenkriterium die Validität dieser Skala nachweisen.
Zu diesem Zweck wurden Heimbewohner mit der LSI - Skala befragt und zusätzlich die Einschätzung der Lebenszufriedenheit der Befragten durch ihr Betreuungspersonal erhoben. Die Lebenszufriedenheitsskala hatte mit der Einschätzung durch das Personal hoch signifikant ($r=.50$, $p \leq 0{,}01$) korreliert.
Tafel 8 zeigt, daß wir in unserer Untersuchung für nahezu alle Items befriedigende Trennschärfen erhielten bis auf eine Ausnahme. Um die Vergleichbarkeit der Skala mit anderen Untersuchungen zu ermöglichen, wurde jedoch auch das Item mit der geringen Trennschärfe nicht aus der Wertung genommen.

TAFEL 8

Skala zur Messung von Lebenszufriedenheit (LSI)

Text	Trennschärfe +	Schwierigkeit
Als ich älter wurde, erschienen mir viele Dinge besser, als ich erwartet hatte.	o,3o1o	45,61
Jetzt ist die trübseligste Zeit meines Lebens.	o,4873	57,89
Ich fühle mich heute ebenso glücklich wie in früheren Jahren.	o,4482	37,28
Jetzt sind die besten Jahre meines Lebens	o,3494	16,23
Mein Leben könnte glücklicher sein, als es heute ist.	o,4873	41,23
Das meiste, was ich so mache, ist eintönig und lanweilt mich.	o,3586	7o,61
Ich glaube, daß die Zukunft mir noch einige interessante und erfreuliche Dinge bringen wird.	o,2518	41,23
Verglichen mit anderen Menschen meines Alters habe ich eine Menge Fehler gemacht.	o,2684	85,o9
Ich habe Pläne für die nähere und weitere Zukunft	o,1214	23,25
Wenn ich an mein Leben zurückdenke, so habe ich nur ein wenig von dem erreicht, was ich erstrebt hatte.	o,2386	6o,96
Verglichen mit anderen Menschen in meinem Alter bin ich oft schwermütig.	o,3523	74,12
Ich habe viel von dem erreicht, was ich vom Leben erwartet hatte.	o,36o8	6o,53

+ die hier und später angegebenen Trennschärfen sind part - whole - korrigiert

Diese nicht sehr hohen Trennschärfen der LSI-Skala legen die Vermutung nahe, daß die Skala mehrere Dimensionen mißt, wie auch schon in verschiedenen Untersuchungen gezeigt wurde (WIENDIECK 1970, SCHREINER & HEEMSKERK 1972, BUNGARD 1975).

In ihrer ursprünglichen Fassung (NEUGARTEN et al. 1961) war diese Skala ja auch mit dem Ziel konstruiert worden, die von den Autoren für wesentlich erachteten fünf Dimensionen der Lebenszufriedenheit zu repräsentieren (vergl. Kap. 4.3.1.). Eine genauere Zuweisung der einzelnen Items zu den verschiedenen Dimensionen erfolgte jedoch weder bei NEUGARTEN et al. (1961) noch bei HAVIGHURST (1963). In der ersten Veröffentlichung wird lediglich darauf hingewiesen, daß die Dimension "mood tone" im Verhältnis zu den anderen Faktoren ein Übergewicht zu haben scheine, was jedoch nicht im einzelnen überprüft wurde. So erschien es sinnvoll, die inhaltliche Dimensionalität durch eine Faktorenanalyse zu erfassen.
Diese Faktorenanalyse stellt allerdings nicht den Anspruch, eine - in den unterschiedlichsten Populationen - stabile Faktorenstruktur zu ermitteln. Dies ist aus folgenden Gründen unmöglich:

1. Unsere Gesamtstichprobe besteht zum überwiegenden Teil aus sehr behinderten, sehr alten Menschen, die nur einen geringen Anteil aller über 65-jährigen ausmacht und in sofern relativ untypisch für diese Gesamtpopulation ist.

2. Die Stichprobe ist in sich geschichtet und stellt so eine spezifische Gewichtung der Struktur von Lebenszufriedenheit dar, die in den verschiedenen Gruppen wahrscheinlich unterschiedlich ist. Eine solche Faktorenanalyse läßt aber die Bildung von Indizes für homogenere Einzeldimensionen zu, die eine genauere Interpretation der Wirkungsweise der unabhängigen Variablen ermöglichen können. Wir sind allerdings nicht der Ansicht einiger Autoren, die meinen, die Erstellung solcher Subindizes bedeute zugleich, ihre gemeinsame Verwendung als Gesamtdimension sei unzulässig (SCHREINER & HEEMSKERK 1972). Vielmehr erscheint die Verwendung der Gesamtskala

als Repräsentation eines komplexen Begriffes wie Lebenszufriedenheit weiterhin als ein ökonomisches Mittel, generalisierende Aussagen zu machen.

Ergebnisse der Faktorenanalyse

Die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren wurde entsprechend WIENDIECKs Vorgehen nach dem Eigenwert bestimmt, der den Wert 1 nicht unterschreiten durfte. Dabei erhielten wir vier Faktoren (vergl. Tafel 9), die 56,7 % der Gesamtvarianz abdeckten. Wir hielten es für sinnvoll, die Interpretation der Faktoren an den von NEUGARTEN et al. (1961) intendierten Dimensionen der Lebenszufriedenheit zu orientieren, um abzuschätzen, ob auch im deutschen Sprachraum und bei Verwendung des Kurztests in etwa ein ähnliches Konstrukt gemessen wird, wie die Autoren beabsichtigten.

Relativ leicht läßt sich in Faktor II "Erfolgsgefühl" die von NEUGARTEN et al. genannte Dimension "goodness of fit" erkennen, das Gefühl, die Chancen genutzt zu haben, die einem das Leben bot. In Faktor III "Stimmung" ist auch recht leicht die Dimension "mood tone" zu erkennen, die allerdings eine recht große Ähnlichkeit mit Faktor I hat. Lediglich aufgrund der relativ hohen Ladung des Items: "Das meiste, was ich so mache, ist eintönig und langweilt mich" haben wir dieser Dimension die Bezeichnung Apathie zugeordnet, was der ersten Dimension von NEUGARTEN et al. entspricht.

Die Dimension "positive self-concept" ist in der Kurzskala nicht repräsentiert, während sich zumindest ein Item der Dimension "resolution and fortitude" nämlich "Ich habe noch Pläne für die nähere und weitere Zukunft" in unserer Befragung eher unter eine nicht vorgesehene Zukunftsdimension fällt.

Zusammenfassend kann man den Schwerpunkt der deutschen LSI - Skala in einer affektiven Bewertung der gegenwärtigen Lebenssituation (Faktoren I und III) sehen, während Faktor II die relative Lebenszufriedenheit (verglichen mit den eigenen Ansprüchen) und der Faktor IV eine diffuse Zukunftserwartung repräsentiert.

Tafel 9

LEITVARIABLEN DER FAKTOREN DER LEBENSZUFRIEDENHEITSSKALA (LSI)

Ladung	
Faktor I	**"Apathie"**
.68	Jetzt ist die trübseligste Zeit meines Lebens.
.58	Das meiste, was ich so mache, ist eintönig und langweilt micht.
.44	Verglichen mit anderen Menschen meines Alters bin ich oft schwermütig.
.38	Mein Leben könnte glücklicher sein, als es heute ist.
Faktor II	**"Erfolgsgefühl"**
.68	Ich habe viel von dem erreicht, was ich vom Leben erwartet hatte.
.66	Wenn ich an mein Leben zurückdenke, so habe ich nur wenig von dem erreicht, was ich erstrebt hatte.
.40	Verglichen mit anderen Menschen meines Alters habe ich eine Menge Fehler gemacht.
Faktor III	**"Stimmung"**
.66	Ich fühle mich heute ebenso glücklich wie in den früheren Jahren.
.57	Jetzt sind die besten Jahre meines Lebens.
.36	Als ich älter wurde, erschienen mir viele Dinge besser, als ich erwartet hatte.
.34	Mein Leben könnte glücklicher sein, als es heute ist.
Faktor IV	**"Zukunft"**
.54	Ich glaube, daß die Zukunft mir noch einige erfreuliche Dinge bringen wird.
.44	Ich habe Pläne für die nähere und weitere Zukunft.

(vergl. im einzelnen Tab.8)

6.3.2. Der Index der Altersstereotypen

Als weiteren Indikator des Selbstbildes alter Menschen verwendeten wir ein Verfahren von TUCKMAN & LORGE (1952). Diese Autoren arbeiteten mit stereotypen Beschreibungen alter Menschen, die nach Ansicht der Autoren populäre Vorurteile (Vorurteile im Sinne von falschen Vorstellungen) darstellen. Anhand dieses Fragebogens, - den TUCKMAN & LORGE (1952) zuvor an Studenten erprobt hatten - befragten sie (siehe auch S. 5) in einer Untersuchung über Institutionalisierungswirkungen selbständig wohnende alte Menschen, Altenheimbewohner sowie Bewohner von Altenapartements.

Dabei gingen sie von der Hypothese aus, daß sich die Erfahrungen der alten Menschen, mit ihrer Lebenssituation in immer geringerem Ausmaß fertig werden zu können, darin auswirken, daß sie häufiger negativen Stereotypen über alte Menschen zustimmen.

Aus den Items, die in der Untersuchung von TUCKMAN & LORGE zwischen den drei Gruppen signifikant differenzierten, wurden solche ausgesucht, die inhaltlich besonders geeignet erschienen, Rückwirkungen der verschiedenen Umweltbedingungen deutlich wiederzugeben.
Die von uns verwendeten Items stammten in erster Linie aus den Bereichen der Persönlichkeitszüge und der Unsicherheitsgefühle.
Wir erwarten dabei z.B., daß der häufige und unausweichliche Kontakt von mehr oder minder leidenden Menschen untereinander bewirkt, daß diese ein negativeres Persönlichkeitsbild von alten Menschen entwickeln als solche Betagte, die weniger mit dieser Situation konfrontiert werden.
Ferner wäre nach bisherigen Ergebnissen zu erwarten, daß die Heimsituation durch ihre starke Fürsorge geeignet ist, die Gefühle der Hilflosigkeit und Unsicherheit bei den Heimbewohnern zu fördern und daß sich dies in einer entsprechenden Akzeptierung negativer Altersstereotypen auswirken würde.
Natürlich ist andererseits auch ein gewisser Immunisierungseffekt denkbar, so daß durch das permanente Erlebnis von Alternsproblemen diese nicht mehr als so tragisch empfunden werden (MASON 1954).

Wir sind jedoch mit TUCKMAN & LORGE (1952) sowie OBERLEDER (1957) der Auffassung, daß die Ablehnung negativer Altersstereotypen bei alten Menschen ein Zeichen für ein positives Selbstbild sein kann.

Diese ursprünglich nicht als Skala konzipierten Fragen erbrachten noch eben akzeptable Trennschärfen (vergl. Tab. 85), die auch hier die Vermutung einer beträchtlichen Mehrdimensionalität nahelegen. Dies wurde in der folgenden Faktorenanalyse überprüft.

Faktorenanalyse der negativen Altersstereotypen aus der Liste von TUCKMAN & LORGE

Es wurde eine "Varimax-Rotation" durchgeführt, bei der sich vier Faktoren mit einem Eigenwert größer 1 ergaben, die zusammen 55,9 % der Gesamtvarianz erklärten.

Tafel 10

1. Faktor "Kontaktstereotype alter Menschen"		
Alte Menschen ...		
	.58	sorgen sich über unwichtige Dinge
	.56	wiederholen sich in der Unterhaltung
	.49	sind geschwätzig
	.46	sind reizbar
2. Faktor "Echte Altersstereotype ohne Kontaktbezug"		
	.57	sind nicht mit der Zeit mitgekommen
	.44	sind altmodisch
	.35	sind hilflos
3. Faktor "Negative Altersstereotype hinsichtlich Kontakten mit jüngeren"		
	.41	sind bei jüngeren nicht gern gesehen
	.56	ist schwer mit auszukommen
	.31	sind hilflos
4. Faktor "Beharrungstendenz"		
	.56	sie mögen es nicht, wenn sich immer alles ändert
	.47	sie gewinnen nicht gern neue Freunde, sondern sind lieber mit den alten zusammen

(vergl.im einzelnen Tab. 9)

Der erste Faktor beschreibt spezifische Verhaltensweisen alter Menschen in Kontaktsituationen. Verglichen mit den anderen kon-

taktbezogenen Stereotypen der Skala scheinen diese aber aus der Erfahrung altershomogener Kontakte zu entspringen.

Der zweite Faktor umfaßt traditionelle "echte Altersstereotype", die sich im Gegensatz zu den übrigen Faktoren in keinem Zusammenhang zu Kontakten befinden. Er deutet so etwas an wie "Distanz zur übrigen Gesellschaft".

Der dritte Faktor beschreibt stereotype Vorstellungen bezüglich der Schwierigkeiten alter Menschen im Kontakt mit jungen Menschen.

Der vierte Faktor beinhaltet ein gewisses Beharrungsvermögen, das heißt Konservativität, vielleicht auch Rigidität.

Die Interpretation der Altersstereotypen als Auto- und als Heterostereotyp

In ihrer Untersuchung hatten TUCKMAN & LORGE betont, daß bei den Befragten eine Neigung vorhanden war, die eigene Situation in die Aussagen des Fragebogens zu projezieren. Dabei war die Neigung zur Projektion - je nach Übereinstimmung der persönlichen Situation mit dem angesprochenen Stereotyp - unterschiedlich groß.
In der Annahme, daß die Reaktionen von Befragten, die eine Projektion der eigenen Situation darstellen, ganz anders zu beurteilen sind als solche, die gewissermaßen das Fremdbild vom Alter anderer Menschen bei alten Leuten darstellt, ließen wir die Interviewer einschätzen, ob der Befragte die Aussagen überwiegend auf die eigene Person, auf andere Personen bezog oder ob dies nicht klar erkenntlich bzw. je nach Inhalt der Aussage unterschiedlich sei. Dabei erhielten wir folgende Verteilung:

Bezugsart der Altersstereotype	N
auf sich bezogen	101
nicht entscheidbar	82
auf andere bezogen	27
	210

Es steht in Übereinstimmung mit der Auffassung von TUCKMAN & LORGE, daß ein größerer Teil der Befragten die Aussagen auf sich bezog und nur ein kleiner Teil explizit auf andere.
Es ist aber zu erwarten, daß eine schwankende Perzeption der

Altersstereotypen teilweise als Selbst- und teilweise als Fremdbild die Aussagekraft dieses Instrumentes stark beeinträchtigt. Eine Einstellung, wie sie in den Altersstereotypen zum Ausdruck kommt, kann verschiedene Funktionen innerhalb eines psychischen Systems ausüben (vergl. McGUIRE 1969), denen dann auch eine verschiedene Prägnanz der Einstellungswerte entspricht. Wir können die Altersstereotypen bei den Befragten, die diese Aussagen überwiegend auf sich selbst bezogen, als expressive Einstellungen (KATZ & STOTLAND 1959), d.h. als Element zur Definition der eigenen Identität bezeichnen.

Weniger eindeutig ist die Zuordnung einer Einstellungsfunktion auf diejenigen Befragten, die die negativen Altersstereotype auf andere Personen bezogen. Versteht man das Vorlesen negativer Stereotype über alte Menschen durch einen Interviewer einem alten Menschen gegenüber als potentielle Gefährdung des Selbstbildes eben dieses Befragten, dann kann die Projektion eines solchen Stereotyps auf andere alte Menschen als Verteidigungsreaktion im Sinne der "Ich-Verteidigungsfunktion" (KATZ & STOTLAND 1959) verstanden werden. In einem solchen Fall wird der mögliche eigene Leidensdruck unter den dem Alter zugeordneten Attributen von manchen alten Menschen dadurch reduziert, daß man das Leiden anderer alter Menschen unter eben diesen Attributen besonders drastisch darstellt.
Die hier angedeutete Betrachtungsweise sieht die Einstellungen in erster Linie vor dem Hintergrund ihrer Funktion, das kognitive System im Gleichgewicht zu halten. Um eben dies zu erreichen arbeiten beide Einstellungsfunktionen in verschiedener Weise: im Falle der expressiven Funktion muß die Einstellung vergleichsweise positiv sein, das bedeutet hier konkret eine nahezu totale Ablehnung der negativen Stereotype bei denen, die die Stereotypen auf sich beziehen. Im Falle der Verteidigungsfunktion ist zu erwarten, daß die negativen Stereotypen über alte Menschen relativ häufig bejaht werden können, ohne das Selbstbild zu berühren. (vergl. Tafel 11)

Tafel 11

Durchschnittliche Ablehnung negativer Altersstereotype entsprechend der Bezugsart

	$\bar{x}$	n
auf die eigene Person bezogen	17,4	102
Bezug nicht erkennbar	16,4	82
auf andere bezogen	15,7	28

$F=6.9 \quad p < 0,01$

Das Ergebnis zeigt, daß tatsächlich die negativen Altersstereotypen dann eher abgelehnt werden, wenn sie auf die eigene Person bezogen werden, und eher bestätigt werden, wenn sie auf andere Personen bezogen sind. Wie aus Tab. 82-85 ersichtlich, bezieht sich diese Feststellung auf drei der vier Dimensionen der Altersstereotypen. Lediglich die Beharrungstendenz scheint, von diesem Kriterium her gesehen, unabhängig von Selbst- oder Fremdbezug beurteilt zu werden.
Der wesentlichste Nachweis für die Berechtigung, negativen Altersstereotypen im einen Fall eine expressive Funktion, im anderen Fall eine Verteidigungsfunktion zuschreiben zu können, kann dadurch erbracht werden, daß im Falle der expressiven Funktion mit steigender Lebenszufriedenheit auch die Ablehnung der negativen Altersstereotype zunimmt, während im Falle der Verteidigungsfunktion eher ein umgekehrtes Verhältnis zu erwarten ist. Bei der nicht zu entscheidenden Gruppe ist entsprechend nur eine geringe, nicht signifikante Beziehung zu erwarten.

Tafel 12

Korrelation zwischen Altersstereotypen und LSI

bei Selbstbezug	$r = .28, p \leq 0,01$	n= 101
nicht entscheidbar	$r = .027$, n.s.	n= 82
Fremdbezug	$r = .-19$, n.s.	n= 28

Die oben aufgeführten Korrelationskoeffizienten zeigen die er-

wartete Richtung. Im Falle des Selbstbezuges kann die Hypothese als bestätigt angesehen werden, daß die Altersstereotypen als expressives Element des Selbstbildes anzusehen sind. Angesichts der relativ geringen Zahl derer, die die Stereotypen als Fremdbild benutzen, muß hier vorläufig noch offen bleiben, ob bestimmten älteren Menschen eine Verbesserung des Selbstbildes gelingt, indem sie andere Altersgenossen in weniger akzeptablem Lichte sehen.

Aufgrund der in der folgenden Tafel aufgeführten Ergebnisse können wir diese Feststellungen hinsichtlich der verschiedenen Dimensionen der Altersstereotypen weiter differenzieren (Tafel 13):

1. Die Dimensionen "Beharrungstendenz", sowie "echte Altersstereotype" erweisen sich relativ konstant als Element des expressiven Selbstbildes.
2. Die Kontaktstereotype gewinnen nur Bedeutung für das Selbstbild im Zusammenhang mit der Lebenszufriedenheit unter der Bedingung, daß sie nicht auf die eigene Person bezogen werden.

Tafel 13

Korrelationen der Lebenszufriedenheit (LSI) mit den Dimensionen der Altersstereotypen unter Berücksichtigung der Bezugsart

	Bezugsart:		
	Auf sich bezogen N=101	nicht entscheidbar N=82	Auf andere bezogen N=28
Echte Altersstereotypen	.28,p≤0,01	.17,n.s.	.10,n.s.
Kontaktstereotypen	.02,n.s.	-.19,p≤0,05	-.50,p≤001
Stereotypen hinsichtlich des Kontaktes zu jungen Menschen	.19,p≤05	.03,n.s.	-.14.n.s.
Beharrungstendenz	.39,p≤0,01	.10,n.s.	18,n.s.

Nach diesen Erkenntnissen erscheint eine Verwendung der Altersstereotypen als Gesamtdimension wenig erfolgversprechend zu sein, da die unterschiedliche Perzeption der Fragestellung ge-

eignet ist, möglicherweise vorhandene Reaktionen auf Umweltfaktoren gegenseitig auszugleichen. So sind von der Gesamtdimension wenig diskriminierende Ergebnisse zu erwarten. Dennoch werden wir im ersten Schritt der Replikation bisheriger Untersuchungsergebnisse die Skala als ganzes verwenden und erst im zweiten Schritt bei der Definition des Selbstbildes die vorliegenden Ergebnisse zur Interpretation verwenden.

6.3.3. Die Disengagementskala

Dieses Instrument wurde von ANGER u.a. (1971) entwickelt, um die Einstellung verschiedener Gruppen zum Disengagementprozeß zu erheben.
Die Trennschärfen weisen - bis auf eine Ausnahme- einen befriedigenden Durchschnitt auf (vergl. Tafel 14). Bevor wir auch hier durch eine Faktorenanalyse die Dimensionalität der Skala klären, müssen noch zwei Punkte zum besseren Verständnis der Skala herausgestellt werden:

1. Es muß beachtet werden, daß alle Statements negativ, d.h. im Sinne von Disengagement formuliert worden sind. Mit dieser Skala kann also nur erfaßt werden, inwieweit ein Befragter einem DE zustimmt, nicht aber, ob er für ein Engagement in sozialen Bezügen ist. Daß die positiv, im Sinne eines sozialen Engagements,formulierten Sätze im Rahmen der ersten Trennschärfenanalyse eliminiert werden mußten, bestätigt die auch schon aus der faktorenanalytischen Persönlichkeitsforschung,wie zum Beispiel im Fall der Optimismus-Pessimismus-Dimension,bekannte Tatsache, daß negative Formulierungen brauchbarere Indikatoren liefern als positive Formulierungen (vergl. GUILFORD 1964, MÜLLER 1973). KOGAN 1961 stellte fest, daß insbesondere alte Leute die Neigung haben, positive Sätze zu bestätigen, so daß die logische Eindimensionalität von positiven und negativen Aussagen in den Ergebnissen nicht mehr repliziert werden konnte . Es bleibt also für unser vorliegendes Problem festzuhalten, daß eine Ablehnung der Disengagementnorm nicht

TAFEL 14

Skala zur Messung der Disengagementnorm

Text	Trennschärfe	Schwierigkeit
Ältere Leute sollten wichtige Entscheidungen den jüngeren, leistungsfähigeren Menschen überlassen.	o,2199	39,47
Ältere Leute sollten sehr zurückgezogen leben.	o,4754	69,74
Den alten Leuten bleibt nichts anderes übrig als zu resignieren.	o,3768	77,19
Den alten Leuten bleibt nichts übrig, als auf den Tod zu warten.	o,3918	64,47
Ältere Leute sollten ihre Angehörigen nicht zu sehr mit ihren eigenen Problemen belasten.	o,1271	15,79
Als älterer Mensch sollte man nicht mehr versuchen, seine eigene Meinung durchzusetzen.	o,3o39	45,18
Ältere Menschen sollten ihre Ansprüche an die Gemeinschaft herabsetzen.	o,3444	4o,79
Ältere Menschen sollten ihre Schmerzen und ihren Kummer alleine tragen und niemanden damit belästigen.	o,3838	38,16
Ältere Menschen sollten sich insbesondere mit sich selbst beschäftigen.	o,4o43	4o,35
Ältere Menschen sollten nur auf sich selbst angewiesen sein.	o,3643	67,54
Ältere Menschen sollten sich innerlich auf den Tod vorbereiten.	o,2898	4o,35
Ältere Leute sollten mit Gleichaltrigen, aber nicht mit Jüngeren zusammen sein.	o,4o31	54,39

notwendig auch eine Orientierung im Sinne von Aktivität und sozialem Engagement bedeuten muß, sondern z.B. auch lediglich die Ablehnung jeglicher normativer Vorstellungen für alte Leute bedeuten kann.

2. Gültigkeitsaspekte der Disengagementskala

Bei einer Einstellungsdimension wie der zum Disengagement ist es natürlich von besonderer Bedeutung, ob diese Einstellung auch Relevanz besitzt für das tatsächliche Kontaktverhalten der Befragten, oder ob sie lediglich eine rationalisierende Kognition in Bezug auf ein unter Umständen schon vollzogenes Disengagement darstellt. Zwar wird in der letzten Zeit die Frage nach der Brauchbarkeit des Attitudenkonzeptes als intervenierender Variablen zwischen situativen Stimuli (hier: Alter) und beobachtbarem Verhalten (hier: sozialer Rückzug) erneut häufiger kritisch diskutiert(BENNINGHAUS 1973, McGUIRE 1969 , WICKER 1969 , De FLEUR & WESTIE 1963). Generell ist den zahlreichen Kritikern eines solchen Attitudenkonzeptes darin zuzustimmen, daß die verbale Reaktion in einer Interviewsituation üblicherweise zu wenig Gemeinsamkeiten mit einer Verhaltenssituation hat, um eine Prognose zu erlauben. Immerhin aber gibt es Verhaltenssituationen, die große Ähnlichkeit mit der Befragungssituation selbst aufweisen und entsprechend zuverlässige Prognosen erlauben, wie z.B. beim Wahlverhalten.

In ähnlicher Weise kann das Verhalten der Befragten während der Interviewsituation wie auch schon die Tatsache der Gewährung eines Interviews selbst (vergl. S. 48) als Maßstab dafür angesehen werden, wie sich die Befragten in Kontaktsituationen mit fremden, jüngeren Personen verhalten. Dieses Verhalten können wir nun - beurteilt von den Interviewern - als Außenkriterium für die Verhaltensrelevanz der Disengagement - Einstellung verwenden. Tatsächlich zeigten sich erwartungsgemäß folgende Zusammenhänge (vergl. Tab. 10-13):

Tafel 15

	Befragte, die die DE-Norm eher	
	ablehnten	nicht ablehnten
wurden von den Interviewern vorwiegend beschrieben als:	aufrichtig	im allgem. aufrichtig
	erfaßte schnell den Sinn der Fragen	erst nach einigem Zögern
	sicher, ruhig	nervös, ängstlich
	offen	mißtrauisch

Diejenigen, die die Disengagementnorm - gemessen mit dieser Skala - bejahen, legen also auch ein weniger kontaktfreudiges Verhalten an den Tag. Somit ist ein gewisser Gültigkeitsnachweis erbracht.
Allerdings kann das hier erfaßte Disengagement nicht im Sinne der DE-Theorie als freiwillige, selbständige Entscheidung für einen sozialen Rückzug und eine dementsprechende Einstellungs- und Verhaltensweise verstanden werden. Vielmehr scheint diese Einstellung eher eine notwendige Folge der verringerten geistigen und körperlichen Fähigkeit zu sein, Sozialkontakte zu gestalten und aufrechtzuerhalten. Dies wird daran deutlich, daß die Befragten, deren geistige Konstitution von den Interviewern als schwierig beurteilt wurde, besonders häufig die DE-Norm akzeptierten (vergl. Tab. 10).

Faktorenanalyse der Disengagementskala

Schon bei der Konstruktion der Skala hatte eine Faktorenanalyse drei Dimensionen ergeben (ANGER u.a. 1971):

1. Soziale Normierung des Rückzugs
2. Resignation (mit und ohne Billigung der sozialen Normierung)
3. Normierung der Resignation.

Da diese erste Erhebung sowohl alte Menschen wie auch Studenten umfaßte, war jedoch zu erwarten, daß unsere Erhebung an-

dere inhaltliche Strukturen ergeben würde. Auch diese Untersuchung ergab drei Faktoren (wieder nach Varimax-Rotation mit Kaiser-Normalisierung):

Tafel 16

Leitvariablen der Faktoren der Disengagement-Skala

1. Erzwungener, resignativer Rückzug mit Blick auf den Tod

Faktorbedingungen:

- .68 Den alten Leuten bleibt nichts übrig, als auf den Tod zu warten.
- .68 Den alten Leuten bleibt nichts, als zu resignieren.
- .50 Ältere Leute sollten sehr zurückgezogen leben.
- .37 Ältere Leute sollten mit gleichaltrigen, aber nicht mit jüngeren zusammen sein.
- .31 Ältere Menschen sollten sich innerlich auf den Tod vorbereiten.

2. Perzipierte Rückzugsnorm zur Entlastung der Umwelt

- .70 Ältere Menschen sollten sich insbesondere mit sich selbst beschäftigen.
- .57 Ältere Menschen sollten ihre Schmerzen und ihren Kummer allein tragen und niemanden damit belästigen.
- .48 Ältere Leute sollten nur auf sich selbst angewiesen sein.
- .27 Ältere Leute sollten ihre Angehörigen nicht zu sehr mit ihren eigenen Problemen belasten.

3. Perzipierte Norm zur Aufgabe von Anspruch und Macht gegenüber der Gesellschaft

- .57 Ältere Menschen sollten ihre Ansprüche an die Gemeinschaft herabsetzen.
- .52 Als älterer Mensch sollte man nicht mehr versuchen, seine eigene Meinung durchzusetzen.
- .21 Ältere Leute sollten ihre Angehörigen nicht zu sehr mit ihren eigenen Problemen belasten.
- .21 Ältere Leute sollten wichtige Entscheidungen den jüngeren, leistungsfähigen Menschen überlassen.

(vergl. im einzelnen Tab.14)

Ein Vergleich beider Faktorenanalysen zeigt, daß der erste Faktor unserer Untersuchung dem zweiten Faktor der Originaluntersuchung weitgehend entspricht. Die Formulierung "es bleibt den alten Menschen nichts übrig als ..." aus den beiden am höchsten ladenden Items bezeugt den erzwungenen Charakter des durch diese Dimension erfaßten Disengagements und die daraus folgende Resignation. Mit dieser ist zugleich eine gewisse Ausrichtung auf den Tod verbunden. Die Tatsache, daß auch das zweite Statement, das den Tod erwähnt, formal jedoch keinen Zwang, sondern lediglich Normeninternalisation ausdrückt, ebenfalls auf diesem Faktor besonders stark lädt, zeigt, daß von unseren Befragten ein "Disengagement in Richtung auf die Vorwegnahme des Todes" nur im Zusammenhang mit inneren oder äußeren Zwängen, d.h. unveränderbaren Notwendigkeiten, erlebt wird.

Hinsichtlich der beiden anderen Faktoren erhielten wir andere Ergebnisse als die Originaluntersuchung.

Der zweite Faktor beinhaltet eine Rückzugsnorm mit der Zielsetzung, daß die Bezugsgruppe, d.h. in erster Linie wohl die Familie, durch die Ängste und Leiden der alten Menschen nicht behelligt werden soll. Es wäre denkbar, daß eine solche Einstellung erlernt wird, weil jemand, der ständig stöhnt und Mitleid heischt, nicht gern besucht wird. In ihm kann aber auch, dissonanztheoretisch gesehen, zum Ausdruck kommen, daß der Befragte sich mehr oder minder allein gelassen fühlt und nun diese persönliche Erfahrung zur Norm erhebt, um sein Schicksal nicht als ein ganz persönliches Los ertragen zu müssen.

Der dritte Faktor beinhaltet in erster Linie das Verhältnis des alten Menschen zu seiner Umwelt unter dem Aspekt des persönlichen Durchsetzungswillens bzw. der Möglichkeit, der Umwelt Forderungen aufzuerlegen.

Es bleibt festzuhalten, daß die Resignation, vom Varianzanteil her gesehen, die ausschlaggebende Dimension dieser Skala darstellt. Dies bestätigt unsere Interpretation aus dem vorherigen Abschnitt, daß diese Disengagement-Einstellung die subjektive Reaktion darauf darstellt, daß Sozialkontakte nicht mehr in gewohntem Maße aufrecht erhalten werden können.

6.3.4. Die Zukunftsperspektive

Als weiteren Indikator des Selbstbildes verwendeten wir eine offene Frage nach dem Zukunftsbezug:
"Wenn Sie einmal an die Zukunft denken, gibt es da etwas, was Sie besonders bedrückt oder etwas, auf das Sie sich jetzt schon freuen?"
Wie in einer Reihe von Studien gezeigt werden konnte (FINK 1957, NUTTIN 1964, SCHREINER 1970), kommt in den Äußerungen über die Zukunft das Erleben der Gegenwart zum Ausdruck, bzw. die Erwartungshaltungen gegenüber der Zukunft bestimmen gegenwärtiges Verhalten (NUTTIN 1964).
Die Zukunftsperspektive wurde verschiedentlich hinsichtlich ihrer

Spannweite
Inhalte
emotionalen Färbung

beurteilt. Da die Spannweite der Zukunftsperspektive außerordentlich abhängig ist von äußeren Merkmalen der Lebenssituation (z.B. Zeitpunkt des Heimeintritts), werden wir uns in der folgenden Analyse weitgehend auf die emotionale Bewertung positiv oder negativ und die Häufigkeit der Äußerungen beschränken. Über die Schwerpunkte der Inhalte gibt die folgende Tabelle Auskunft:

Positive Erwartungen	%	N
keine Nennungen	61,4	140
Familienkontakte oder -ereignisse	10,1	22
eigene Aktivitäten	7,5	17
Reise, Kur	6,1	14
Hoffnung auf baldigen Tod	4,8	11
Erhaltung guter Gesundheit	3,5	8
Negative Erwartungen		
keine Nennungen	68	155
Befürchtungen bez. Gesundheit	8,3	19
Geldangelegenheiten	4,8	11
Sorgen mit Familienangehörigen	4,8	11
Todesängste	4,4	10

Der erstaunlich hohe Anteil derer, die keine Antwort gaben, zeigt, daß ein erheblicher Prozentsatz der gebrechlichen Alten (um diese handelt es sich ja in unserer Stichprobe vorwiegend) wenig strukturierte Vorstellungen von der Zukunft haben, ja sie sogar teilweise explizit ablehnen.
Die Indizes: "Positive Zukunftserwartung" und "negative Zukunftserwartung" wurden aus der Addition der Anzahl der Ereignisnennungen gebildet.

6.3.5. Das subjektive Aktivitätsniveau

Abgesehen von dem objektiven Aktivitätsniveau, auf das wir noch in einem späteren Abschnitt eingehen werden, erfaßten wir das subjektive Aktivitätsniveau durch einen gesonderten Index. Dazu mußte der Befragte bei einer Reihe von Freizeitaktivitäten beurteilen, ob er diese früher häufiger oder seltener als heute ausübt. Diese Fragestellung war von SCHMELZER & TEBERT (1969) übernommen worden, die u.a. ein deutlicheres Bewußtsein des Aktivitätsrückgangs auf Seiten der Altenheimbewohner festgestellt hatten.
Wichtig erscheint, daß diese Fragestellung berücksichtigt, daß das Aktivitätsniveau Resultat eines Lebensstils ist, der sich im Lebenslauf relativ früh ausprägt, individuell aber sehr unterschiedlich ist, so daß eine reine Zählung der objektiven Tätigkeiten u.U. lediglich einen unterschiedlichen Lebensstil feststellt, aber weniger lebenszyklische Entwicklungen oder Veränderungen durch neue Lebensumstände wie das Altenheim berücksichtigt. Andererseits ist dieser Index für jede Rationalisierung empfindlich, so daß nur festgestellt werden kann, inwieweit der Befragte bereit ist, bei sich eine Rückentwicklung in den Aktivitäten festzustellen.

6.3.6. Ängste hinsichtlich der körperlichen Verfassung

Verschiedene Autoren (vergl. Kap. 2) hatten eine Einengung der Interessen auf die körperlichen Sensationen festgestellt. Wir erfaßten die Beschäftigung und den Grad der körperlichen Befürchtungen durch zwei Fragen:

1. "Wenn Sie einmal in die Zukunft blicken, machen Sie sich da große oder nicht so große Sorgen um Ihre Gesundheit?"
2. "Wie ist das, haben Sie manchmal das Gefühl, daß Ihre inneren Organe nicht mehr richtig funktionieren?"

Diese Fragen wurden zu einem Index "Körperliche Befürchtungen" zusammengefaßt.

6.3.7. Andere Indikatoren des subjektiven Selbstbildes

Zur weiteren Abrundung des Selbstbildes stellten wir Fragen hinsichtlich der subjektiv empfundenen Langeweile (vergl. LEHR 1968), des Kontaktbedürfnisses und der Wertung des Todes (vergl. SWENSON 1961):

"Ein Tag ist für mich wie der andere."
"Hätten Sie gern häufiger Besuch?"
"Der Tod ist ein Trost."

6.4. Objektive Indikatoren des Zustandsbildes

Ergänzend zu den subjektiven Indikatoren des Selbstbildes waren objektivere Verhaltenskriterien notwendig (vergl. Kap. 4.4.3.), um sehr starke Rationalisierungen im subjektiven Bereich kontrollieren zu können. Wie unsere Theoriediskussion gezeigt hat, sollten die objektive Aktivitätshäufigkeit und Kontakthäufigkeit leicht positiv mit dem Selbstbild korrelieren.

6.4.1. Das objektive Aktivitätsniveau

Zur Ermittlung des objektiven Aktivitätsniveaus erstellten wir einen Index, der aus folgenden Fragen bestand. Im Regelfall verzichteten wir auf eine Gewichtung bis auf zwei Ausnahmen:

1. Eine berufliche Voll- oder Teilzeitbeschäftigung ist sowohl von ihrem Zeitaufwand wie von der psychischen Bedeutung her besonders zu gewichten.
2. Das gleiche erschien uns angesichts der immer wieder festgestellten Bedeutung des Urlaubs angemessen.

Index objektiv ausgeübter Aktivitäten

Fragen:	Gewichtung in Punkten:			
Wo gehen Sie hier spazieren?	gehe:2	gehe nicht:1		
Reinigen Sie Ihre Wohnung selbst, oder macht das jemand anders für Sie?	selbst:2	jemand anders:1		
Besuchen Sie diese Einrichtung (Altenclub o.ä.)?	ja:2	nein:1		
Wie lange brauchen Sie, um folgende Ziele zu erreichen:	geht hin:	geht nicht hin:		
das Lebensmittelgeschäft	2	1		
Straßenbahn/Bushaltestelle	2	1		
ein Café	2	1		
die Apotheke	2	1		
eine Gaststätte oder Wirtschaft	2	1		
Wie häufig gehen Sie aus dem Haus zum Spazieren oder Einkaufen?	mehrmals am Tag:6	gar nicht: 1		
Üben Sie zur Zeit noch eine Voll- oder Teilzeitbeschäftigung aus?	vollbeschäftigt:8	teilzeitbeschäftigt:6	keine:1	
Wie steht es mit Ihrem Urlaub? Fahren Sie mehrmals im Jahr;	4			
einmal im Jahr;	3			
etwa alle zwei Jahre; seltener;	2			
gar nicht?	1			
Können Sie uns sagen, wie oft Sie in die Messe gehen?	geht:2	geht nicht:1		
Haben Sie bei der letzten Bundestagswahl gewählt?	ja: 2	nein: 1		

6.4.2. Objektive Kontaktintensität

In diesem Index gingen sowohl die Häufigkeiten des Besuchtwerdens, der eigenen Besuche, aber auch die Nennung von einigen Bezugspersonen und häufigen Kontaktpersonen sowie das Vorhandensein von Kontakten mit Freunden und Verwandten ein. Insofern ist dieser Index eine Kombination von Kontakthäufigkeit und Kontaktintensität.

Index der Häufigkeit und Bedeutsamkeit sozialer Kontakte

Fragen:	Gewichtung in Punkten:	
Wie lange brauchen Sie, um folgende Ziele zu erreichen?	geht:	geht nicht:
Ihre nächsten Verwandten	2	1
Ihre besten Freunde/Bekannten	2	1
Wer war in der letzten Woche bei Ihnen? (Aus welchem Personenkreis?)	jemand:2	keiner:1
Und bei wem waren Sie in der letzten Woche? (Aus welchem Personenkreis?)	jemand:2	keiner:1
Mit wem sind Sie am liebsten zusammen?		
an erster Stelle?	jemand:2	keiner:1
an zweiter Stelle?	jemand:2	keiner:1
Wenn Sie an Ihre Freunde und Bekannte denken, mit wem sind Sie am häufigsten zusammen?	jemand:2	keiner:1
Können Sie uns die zwei wichtigsten Personen nennen?	jemand:2	keiner:1
Haben Sie mit anderen Verwandten Kontakt?	jemand:2	keiner:1

6.5. Operationalisierung der Kontrollvariablen

6.5.1. Beweglichkeit und Selbsthilfefähigkeit

Die Fähigkeit, rein physisch noch einen eigenen Haushalt versorgen zu können, ist in unserer Fragestellung von besonderer Bedeutung, da von ihr die Adäquanz der Unterbringung in einem Altenheim abhängt.
Wir verwendeten hierzu einen Index von TOWNSEND (1962), der folgende Items enthielt:

- Können Sie sich ohne Hilfe waschen und anziehen?
- Können Sie alleine baden?
- Können Sie sich selbst das Essen machen?
- Können Sie die Wohnung sauber machen?
- Können Sie ausgehen, um einzukaufen?
- Können Sie zwei Stockwerke hinauf und wieder hinunter gehen?
- Können Sie eine viertel Stunde spazieren gehen?

Ursprünglich als Guttman-Skala angelegt, verwendeten wir diese Skala als Lickert-Typ, um keine Einbuße an Differenzierungsmöglichkeiten hinnehmen zu müssen. Die Trennschärfen hielten sich auf einem überaus hohen Niveau (vergl. Tab. 15).

6.5.2. Index objektiver Wohnbedingungen

Da alte Menschen zu einem überdurchschnittlichen Anteil in Altbauwohnungen leben, war es notwendig, die Wohnbedingungen zu kontrollieren. Deshalb bildeten wir einen Index aus Merkmalen, die üblicherweise für alte Menschen als besonders wichtig angesehen werden.

Fragen:	Gewichtung in Punkten:
Haben Sie ein eigenes Bad?	eigenes: 3 mit anderen: 2 kein Bad: 1
Mit wieviel Personen benutzen Sie eine Toilette zusammen?	allein: 2 mit anderen: 1
Wie wird die Wohnung beheizt?	Zentralheizung: 3 Etagenheizung: 2 Kohle/Öl-Einzelöfen: 1
Müssen Sie in Ihrer Wohnung oder, um zu Ihrer Wohnung zu gelangen, Treppen steigen?	ja: 1 nein: 2
Haben Sie die Möglichkeit, mit Ihrem Besuch allein zu sein?	selten/nie: 1 meistens: 2 immer: 3

7. Untersuchungsergebnisse

7.1. Makroanalyse der Wirkungen des Institutionalisierungsprozesses

Die Makroanalyse der Wirkungen des Institutionalisierungsprozesses, in dem die Teilstichproben unseres Gesamtsamples miteinander verglichen werden, geht in drei Schritten vor:
Der erste Schritt stellt eine Replikation des "Heimbewohner - selbständig Wohnende"-Vergleichs dar, wobei auch die ursprünglichen Instrumente (LSI-Skala, Altersstereotype usw.) verwendet werden. Es geht dabei zunächst darum, diese früheren Ergebnisse, die größtenteils aus den USA stammen, auch in dieser Untersuchung und unter hiesigen Verhältnissen zu bestätigen.
In dem zweiten Schritt werden wir durch Faktorisierung der verschiedenen Indikatoren des Selbstbildes gemeinsame Dimensionen errechnen, anhand derer im dritten Schritt die drei Teilstichproben einer jeden Dimension der Versorgungsbedürftigkeit verglichen werden, um zu einer genaueren Analyse der Institutionalisierung zu gelangen.

7.1.1. Replikation des Vergleichs von Altenheimbewohnern mit selbständig Wohnenden

Wie schon mehrfach erwähnt, wurden in einer Reihe von Untersuchungen TUCKMAN & LORGE (1952), DAVIDSON & KRUGLOV (1952), FINK (1957), LAKIN (1960), POLLAK et al. (1962) aus einem Vergleich von Heimbewohnern mit gleichaltrigen Nichtheimbewohnern Rückschlüsse auf Institutionalisierungswirkungen gezogen. Bevor wir auf die in Kap. 3. beschriebenen in Frage kommenden Ursachen eingehen, überprüfen wir zunächst einmal die Ergebnisse der zitierten Untersuchungen an unserer Stichprobe. Beide Gruppen bilden gewissermaßen die Extremsituationen, den Anfang (eigentlich die Situation vor dem Anfang) des Institutionalisierungsprozesses alter Menschen und dessen Ende, wenn man von dem Pflegeheim als weiterer Eskalierung dieses Prozesses einmal absieht.

In diesem Vergleich müssen sich alle Institutionalisierungswirkungen niederschlagen, gleichgültig, welcher Phase sie zugerechnet werden müssen - sofern diese Wirkungen addierbar sind und einen linearen Verlauf haben. Es sei hier nur erwähnt, daß ein denkbarer kurvi-linearer Verlauf z.B. der Zufriedenheit nicht erkennbar würde, etwa wenn eine durch die Wartezeit hervorgerufene Verunsicherung in der Heimsituation wieder abgebaut werden könnte (vergl. LIEBERMAN et al. 1968). Insgesamt dürfte dieser Vergleich den Gesamtrahmen der Wirkungen des Institutionalisierungsprozesses abstecken, die Inhalt unserer Ausgangshypothese waren (vergl. S. 35).

Beginnen wir mit dem zentralen Indikator des subjektiven Selbstbildes unserer Untersuchung, der Lebenszufriedenheit.

Durchschnittliche Lebenszufriedenheit der

	LSI-Score	Std Dev	N
Altenheimbewohner	17,66	2,62	71
Kontrollgruppe	19,67	2,55	18
	t = -2,92	p ≤ 0,01	

Die Lebenszufriedenheit der Altenheimbewohner ist also signifikant geringer als die der Kontrollgruppe. Dieses Ergebnis bestätigt die Feststellungen sowohl von SCHMELZER & TEBERT (1969), die das gleiche Meßinstrument verwendeten, als auch die oben zitierten Ergebnisse, die ein geschwächtes Selbstbild bei den Heimbewohnern diagnostizieren.
Auch die Feststellung von SWENSON (1961), daß Altenheimbewohner häufiger eine positive, nach vorne gerichtete Einstellung zum Tod haben, erwies sich in unserer Untersuchung als richtig.

Der Tod ist ein Trost

	ja	nein
Altenheimbewohner	36 (63,2 %)	21 (37,8 %)
Kontrollgruppe	4 (23,5 %)	13 (76,5 %)
	x^2 = 8,3 p ≤ 0,01	

TUCKMAN & LORGE (1952) hatten - wie schon erwähnt - festgestellt, daß Betagte, die größere Schwierigkeiten bei der Bewältigung ihres Alltags hatten, eher negativen Altersstereotypen zustimmen. Auch hatten die Altenheimbewohner ihrer Stichprobe deutlich negativere Vorstellungen von "dem alten Menschen" als Wohnheimbewohner oder privat wohnende Betagte. Wir vermuteten, daß auch in unserer Stichprobe die Altenheimbewohner eine negativere Bewertung alter Menschen akzeptieren würden, da sie täglich mit den Gebrechen des Alters konfrontiert werden.

Durchschnittliche Zustimmung zu negativen Altersstereotypen

	$\bar{X}$	Std Dev	N
Altenheimbewohner	16,3	2,2	71
Kontrollstichprobe	17,6	2,3	18

$t = -2,12$ $\quad p \leq 0,05$

(Je kleiner der Wert, desto negativer die Einstellung)

Auch hier kann das Ergebnis von TUCKMAN & LORGE bestätigt werden, daß Altenheimbewohner ein negativeres Bild von "dem alten Menschen" haben als Nichtheimbewohner.

Diese Ergebnisse wurden verschiedentlich in Zusammenarbeit mit den deprimierenden Verhältnissen gesehen, die in Altenheimen häufig herrschen, da es an einer hinreichenden Stimulierung fehle (FINK 1957, LEHR 1970). Ob ein Mangel an neuen Eindrükken empfunden wird oder nicht, hatten wir versucht, durch die folgende Frage zu ermitteln:

"Ein Tag ist für mich wie der andere"

	ja	nein
Altenheimbewohner	45 (73,8 %)	16 (26,2 %)
Kontrollgruppe	8 (44,4 %)	10 (55,6 %)

$x^2 = 5,4$ $\quad p \leq 0,05$

Die Altenheimbewohner empfinden also viel stärker eine tägliche Routine und weniger Abwechslung als die selbständig Lebenden.

Die Zukunftsperspektive der Heimbewohner unterschied sich in unserer Untersuchung weniger drastisch von der der Kontrollgruppe, als das in der Untersuchung von FINK (1957) der Fall war, was möglicherweise auf die unterschiedlichen Methoden zurückzuführen ist. Auf unsere Frage:

> "Wenn Sie einmal an die Zukunft denken, gibt es da etwas, was Sie besonders bedrückt oder auf das Sie sich jetzt schon freuen?"

erhielten wir folgende Reaktionen:

Positive Ereignisse

	keine Nennung	mind.eine Nennung
Altenheimbewohner	44 (66 %)	23 (34 %)
Kontrollgruppe	10 (56 %)	8 (44 %)

$x^2 = 0{,}82$; n.s.

Negative Ereignisse

	keine Nennung	mind. eine Nennung
Altenheimbewohner	50 (75 %)	17 (25 %)
Kontrollgruppe	13 (72 %)	5 (28 %)

$x^2 = 0{,}04$; n.s.

Bei den positiven Zukunftserwartungen kann man vielleicht von einer Tendenz in der erwarteten Richtung, also einer geringeren und weniger positiven Zukunftsperspektive aufseiten der Heimbewohner sprechen, auch wenn das Ergebnis nicht signifikant ist. Bei den Befürchtungen ist keinerlei Unterschied festzustellen. Unter Berücksichtigung beider Wertungen sowie der hierbei erwähnten Inhalte (vergl. Tab. 16-18) kann hier festgehalten werden, daß sich der Zukunftsbezug der Heimbewohner in unserem Sample hinsichtlich der

- Struktur (ob überhaupt ein zukünftiges Ereignis genannt wurde) und
- der Inhalte der Erwartungen

von dem der Kontrollgruppe nicht nennenswert unterschied. Allerdings war die emotionale Färbung (Verhältnis positiver Erwartungen zu den negativen bei der Kontrollgruppe) signifikant positiver.

Wie schon erwähnt, kann man mit LISSITZ (1970) den Heimeintritt als bedeutsamen Rückzug aus der Gesellschaft interpretieren. Dabei war zu erwarten, daß die Heimbewohner, die diesen Akt vollzogen haben, eine positivere Einstellung zum Disengagement haben als diejenigen Personen, die in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben konnten. Diese Annahme erwies sich in unserer Untersuchung von der Tendenz her als richtig, war aber nicht signifikant.

DISENGAGEMENT - SKALA

	$\bar{X}$	Std Dev	N
Altenheimbewohner	17,9	2,4	71
Kontrollstichprobe	18,6	2,5	18
	t = -1,18; n.s.		

Neben den subjektiven Elementen des Selbstbildes waren auch mehr objektive Folgen des Institutionalisierungsprozesses gefunden worden. Dies war in erster Linie eine Verringerung des Aktivitäts- und Kontaktniveaus (LEHR 1968). Nun ist notwendigerweise mit der Heimunterbringung ein Rückzug zumindest der täglichen Routinetätigkeiten (Haushaltsführung bei Frauen) verbunden. Dieser Aktivitätsrückgang kommt in unserem "objektiven Aktivitätsindex" deutlich zum Ausdruck.

Objektiver Aktivitätsindex

	$\bar{X}$	Std Dev	N
Altenheimbewohner	23,3	4,7	67
Kontrollgruppe	26,1	2,7	18
	t = -2,4	$p \leq 0,05$	

In der subjektiven Wahrnehmung des Aktivitätsrückgangs von Freizeitaktivitäten unterscheiden sich die Altenheimbewohner in erheblich geringerem Maße von der Kontrollgruppe.

Subjektiver Aktivitätsindex

	$\bar{X}$	Std Dev	N
Altenheimbewohner	10,7	4,0	70
Kontrollgruppe	11,8	3,2	18
	t = 1,2; n.s.		

Dieser Rückgang ist allerdings bei den verschiedenen Tätigkeiten sehr unterschiedlich. Am eindeutigsten ist der wahrgenommene Rückgang der Geselligkeit auf Seiten der Altenheimbewohner.

Geselligkeit zu haben, Freunde besuchen

	früher häufiger	jetzt häufiger
Altenheimbewohner	49	12
Kontrollgruppe	9	9
	x^2 = 6,5	$p \leq 0,05$

Diese Ergebnisse lassen folgenden Schluß zu:
Während Spazierengehen, Fernsehen oder Gottesdienstbesuch für Altenheimbewohner gleichermaßen möglich ist wie für selbständig lebende Betagte, so daß sie bei diesen Tätigkeiten auch ähnlich aktiv sind, sind ihre Möglichkeiten zur Geselligkeit, in geringerem Maße auch zur Ausübung eines Hobbys durch die Heimsituation erheblich eingeschränkt. Beide Punkte werden noch an anderer Stelle eingehend erörtert.

Die befürchtete Einschränkung der Kontakte trifft die Altenheimbewohner nicht ganz in dem erwarteten Ausmaß:

Kontaktindex			
	$\bar{X}$	Std Dev	N
Altenheimbewohner	13,3	2,5	67
Kontrollgruppe	14,3	2,6	18
t = 1,5	n.s.		

Ein gewisser Ausgleich des prinzipiellen Kontaktdefizits der Heimbewohner wird durch den relativ häufigen Besuch von Verwandten im Altenheim bewirkt, der als Verhaltensgewohnheit viele Parallelen mit dem Krankenbesuch im Krankenhaus aufweist.

Dennoch fühlen sich die Heimbewohner zu einem wesentlichen Teil nicht oft genug besucht.

Auf die Frage: "Hätten Sie gern häufiger Besuch?" antworteten die Heimbewohner signifikant häufiger mit "ja":

	ja	nein
Altenheimbewohner	24 (36,9 %)	41 (63,1 %)
Kontrollgruppe	2 (11,1 %)	16 (88,9 %)
$x^2 = 4,3$	$p \leq 0,05$	

Zusammenfassend zeigte sich, daß die Altenheimbewohner gegenüber der Kontrollgruppe eine geringere Lebenszufriedenheit, eine stärkere Hinwendung zum Todesgedanken, negativere Altersstereotypen, einen besonderen Rückgang bei spezifischen Aktivitäten sowie ein unbefriedigtes Kontaktbedürfnis aufweisen. In diesen Dimensionen also konnten die Ergebnisse der jeweiligen Originaluntersuchungen repliziert werden. Demgegenüber scheinen eine Verringerung der Zukunftsperspektiven oder eine besonders pessimistische Lebensschau sowie die Akzeptierung der Disengagementnorm nicht notwendig mit der Institutionalisierung oder mit Faktoren, die sie bedingen, verbunden zu sein.
Es sei hier noch einmal darauf hingewiesen, daß nach dieser Analyse über Kausalzusammenhänge noch nichts gesagt werden kann, da z.B. die Altenheimbewohner erheblich älter, gebrech-

licher usw. sind als die Angehörigen der Kontrollgruppe (vergl. Kap. 5.3.). Ob diese Faktoren als intervenierende Variable das geschwächte Selbstbild der Altenheimbewohner erklären, ist Inhalt unserer Selektionshypothese und Gegenstand der folgenden Kapitel. Der gleiche Vorbehalt gilt aber eben auch für zahlreiche Untersuchungen, die häufig zum Beweis für negative Institutionalisierungswirkungen herangezogen werden (DAVIDSON & KRUGLOV 1952, LAKIN 1960, MASON 1954 u.a.).

7.1.2. Die Dimensionen des subjektiven Selbstbildes

Die voraufgegangene Analyse diente der genaueren Beschreibung und Abgrenzung des Inhalts der verschiedenen Instrumente zur Beschreibung des Selbstbildes alter Menschen, die zum größten Teil schon in anderen Untersuchungen verwendet worden sind. Jedes der komplexeren Instrumente (Lebenszufriedenheit, Alterssstereotype und Disengagementnorm) umfaßt relativ heterogene Dimensionen, die sich zum Teil sehr zu ähneln scheinen. Eine Verwendung der verschiedenen Instrumente nebeneinander könnte also mit sich bringen, daß - zumindest in einem gewissen Umfange - dieselbe inhaltliche Dimension mehrfach gemessen würde. Um dies zu vermeiden und außerdem zu einer größeren Eindeutigkeit des Selbstbildes zu kommen, erschien es ratsam, alle Elemente des Selbstbildes wiederum zu faktorisieren. Darüber hinaus bietet die Faktorenanalyse Gelegenheit für eine Überprüfung der Art und Weise, in der die Befragten die Indikatoren des Selbstbildes verstanden und interpretiert haben.
Als Elemente des Selbstbildes gingen in die Faktorenanalyse ein: Die verschiedenen Dimensionen der Lebenszufriedenheit, Alterssstereotype und Disengagement, sowie das subjektive Aktivitätsniveau und die Fragen nach den körperlichen Befürchtungen, zur Zukunftserwartung (Häufigkeit positiver und negativer Ereignisse), zur Langeweile, Todesbewertung und Kontakteinschätzung. Die verschiedenen Dimensionen der drei komplexen Skalen wurden durch Indizes repräsentiert, die aus den jeweils im Text aufgeführten Leitvariablen bestehen. Auch diesmal wur-

de wieder eine Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation durchgeführt und die Faktoren mit einem Eigenwert 1 extrahiert. Dabei erhielten wir folgende sechs Faktoren:

7.1.2.1. Faktor I "Realistische Lebenszufriedenheit"

Der erste Faktor stellt einen Lebenszufriedenheitsfaktor dar, der jedoch in bedeutsamen Einzelheiten von der Lebenszufriedenheitsskala abweicht. Mit Ausnahme der Zukunftsbewertung laden alle übrigen LSI-Dimensionen hoch auf diesem Faktor. Dabei überrascht, daß die beiden offen gestellten Fragen zur Zukunftsperspektive (13, 14, 5) signifikant auf diesem Faktor laden, obwohl dies bei der erwähnten Zukunftsbewertung (1) innerhalb der LSI-Skala nicht der Fall ist. Da die offene Frage im Gegensatz zu dem LSI-Zukunfts-Index konkrete Ereignisse und nicht nur eine diffuse Zukunftserwartung erfaßt, kann man die vorliegende Dimension des Selbstbildes als ein realitätsorientiertes Selbstgefühl definieren. Zu erwähnen ist noch, daß die positiven und negativen Zukunftsereignisse in logisch richtiger, d.h. entgegengesetzter Richtung, auf diesem Faktor laden. Das bedeutet, daß Zufriedenheit - gemessen an dieser Dimension - verbunden ist mit häufiger Nennung positiver und seltener Erwähnung negativer Erwartungen. Nicht nur von seinem großen Anteil an der Gesamtvarianz des Selbstbildes, sondern auch unter Berücksichtigung seines evaluativen Charakters kommt diesem Faktor eine gewisse Vorrangstellung innerhalb des Selbstbildes zu.

7.1.2.2. Faktor II Ablehnung von Disengagement

Dieser Faktor beinhaltet im wesentlichen eine Ablehnung des Disengagements, insbesondere hinsichtlich der resignativen Dimension (5). Auffällig ist ferner die relativ hohe Ladung der "Beharrungstendenz" (10) von den Altersstereotypen. Es sei aber daran erinnert, daß diese Dimension sich konstant als Teil

FAKTORENANALYSE DER KOMPONENTEN DES SELBSTBILDES

Varimax – rotierte Faktor Matrix

Index – Nr.	FAKTOR I	FAKTOR II	FAKTOR III	FAKTOR IV	FAKTOR V	FAKTOR VI
1) Zukunft (LSI)	.09750	.09772	.00655	.16886	.10724	.52476
2) Apathie (LSI)	.62070	.32007	.06956	.37068	.13123	.13559
3) Stimmung (LSI)	.62034	.11750	-.07967	.28835	.09169	.13392
4) Erfolgsgefühl (LSI)	.40316	.14421	.11645	-.07607	.11824	-.06575
5) Resignativer Rückzug (DE)	.05119	.76995	.11543	.07758	.11180	.21026
6) Entlastung der sozialen Umwelt (DE)	-.04777	.44067	-.08553	.25975	-.30053	-.00113
7) Aufgabe von Macht (DE)	.01293	.49675	.05317	.11623	-.11101	-.10689
8) Kontaktstereotype	-.09498	.14574	.37149	-.28420	.18025	-.38323
9) Allgemeine Altersstereotype	.15840	.11817	.71472	.05001	-.03431	.08339
10) Beharrungstendenz	.11333	.50921	.14125	-.13437	.23215	.06079
11) Altersstereotype m. H. a. junge Menschen	-.07092	.07496	.69890	.07312	.13024	-.04626
12) Körperliche Ängste	.05964	.06131	.05460	-.00336	.39338	.06861
13) Zukunftsbewertung (pos.)	.31312	-.02606	.02088	-.00798	.05986	.16543
14) Zukunftsbewertung (neg.)	-.26752	.09738	.11070	.02129	-.23396	-.04530
15) Subjektives Aktivitätsniveau	.08524	.06229	.09062	.58132	.04779	.12565
16) Langeweile	.16394	.30886	.02203	-.03153	.03546	.33050
17) Tod als Trost	.23585	.38946	.14833	-.05209	.01328	.23177
18) Besuchswunsch	.18474	-.02217	.05745	.08199	.55827	-.01645
Eigenwert	2.71065	1.38292	1.08161	.67190	.43807	.35320
Erklärte Varianz der rotierten Matrix	40.8	20.8	16.3	10.1	6.6	5.3

Erklärter Anteil der Gesamtvarianz : 57.4

des "expressiven Selbstbildes" erwiesen hatte, unabhängig davon, ob die Befragten andere Stereotypen (meist die kontaktbezogenen Altersstereotypen) als Heterostereotyp verwendeten. Diese Einstellungsdimension hat also einen eindeutigen Ich-Bezug, der durch die Ladungen aus der Todeseinstellung (17), Langeweile (16) und Apathie (2) noch unterstrichen wird. Zudem ist wichtig, daß alle relevanten Ladungen auf negativ formulierten Elementen erscheinen. So können wir diesen Faktor als Intensität der Ablehnung eines von außen herangetragenen resignativ-negativen Selbstbildes beschreiben.

7.1.2.3. Faktor III Ablehnung von Altersstereotypen

Der dritte Faktor repräsentiert die Altersstereotypen (8-10), wobei das schon erwähnte Beharrungsvermögen relativ gering lädt. Dieser Faktor weist keine weiteren Verflechtungen mit anderen Elementen des Selbstbildes, insbesondere der Lebenszufriedenheit auf. In diesem Fall läßt sich der von den Befragten verwendete Bezugsrahmen (Selbstbild oder Fremdbild) auch nicht annäherungsweise erschließen (vergl. Kap. 6.3.2.). Wir schließen deshalb diese Dimension aus der weiteren Analyse aus.

7.1.2.4. Faktor IV "Aktivitätsorientierung"

Dieser Faktor wird am besten mit dem Wort "Aktivitätsorientierung" umschrieben, weil die subjektive Kontinuität der eigenen Aktivitäten (15) die höchste Ladung zeigt und verbunden ist mit positiven Ladungen der LSI-Dimensionen "Stimmung" (3) und "Apathie" (2). Interessanterweise ist diese Aktivitätsorientierung außerdem verbunden mit einer Zustimmung zu den Alterskontaktstereotypen (8), die hier offensichtlich (in Verbindung mit positiven LSI-Ladungen) als Heterostereotype*) in das

*) d.h. eine geringe Attraktivität alter Menschen als Kontaktpersonen wird im Hinblick auf andere alte Menschen bejaht.

Selbstbild eingehen. Außerdem wird eine Rückzugsnorm für alte Menschen mit der Intention, die Umwelt zu entlasten (6), abgelehnt. Positiv formuliert könnte man die in diesem Faktor zum Ausdruck kommende Haltung auch so umschreiben: Eine positive Grundstimmung vor dem Hintergrund kontinuierlich ausgeübter wichtiger Freizeitaktivität, die verbunden ist mit dem Bewußtsein und Anspruch sozialer Kompetenz.

7.1.2.5. Faktor V Empfinden sozialer Abhängigkeit

In einem gewissen Gegensatz zum vorhergehenden kann dieser Faktor als das Bestreben beschrieben werden, der Umwelt nicht zur Last zu fallen. Dieses Bestreben wird erleichtert durch geringe körperliche Besorgnisse. Der Gesamtkontext zeigt, daß offenbar die Frage "Hätten Sie gern häufiger Besuch?" (18) von den Befragten als eine Anforderung an die soziale Umwelt verstanden wurde, mehr für sie zu tun. Es kommt in diesem Faktor also zum Ausdruck, inwieweit die Befragten aufgrund ihrer subjektiven körperlichen Situation (12) glauben, die Fürsorge der Umwelt (18) in Anspruch nehmen und ihr so zur Last fallen zu müssen (6). Wir sehen darin ein Empfinden sozialer Abhängigkeit im Sinne eines Angewiesenseins auf die Umwelt.

7.1.2.6. Faktor VI "Zukunftsverlangen"

Dieser Faktor ist gekennzeichnet von einer allgemein positiven Zukunftserwartung (1), der Zustimmung zu negativen Alterskontaktstereotypen (8) sowie der Ablehnung von Langeweile (16). Die geringe Ladung der anderen LSI-Dimensionen sowie der offenen Frage nach den Zukunftserwartungen macht es aber unmöglich, diesen Faktor als eine echte Zufriedenheitsdimension zu kennzeichnen. Er stellt eher eine Restkategorie verschiedener Reaktionen dar, die für das Selbstbild keine wesentliche zusätzliche Information erbringt.

7.1.2.7. Erstellung der Faktorenwerte

Die hier errechneten Faktoren des Selbstbildes werden in Zukunft als eigenständige Indizes verwendet, die aus den - mit den Faktorwertkoeffizienten gewichteten - Leitvariablen der Faktoren bestehen.
Eine Beschränkung auf die Leitvariablen erleichtert die Eindeutigkeit der Interpretation (vergl. GAENSSLEN/SCHUBO 1973), während andererseits die Gewichtung mit den Faktorenkoeffizienten eine genauere Beschreibung der Faktoren unter weitgehender Beibehaltung ihrer Orthogonalität erlaubt.
Als Leitvariablen wurden alle Variablen verwendet, die mehr als .20 auf einem Faktor luden.

7.1.2.8. Zusammenfassung der Dimensionalität des Selbstbildes

Durch die Faktorenanalyse konnten wir eine eindeutigere Interpretierbarkeit der Elemente des von uns verwendeten Selbstbildes erreichen. Der Faktor "Realistische Lebenszufriedenheit" repräsentiert die affektiv wertende Attitude gegenüber der eigenen Lebenssituation, die wir als zentrale Dimension des Selbstbildes definiert haben.
Die anderen Faktoren beinhalten Einstellungen, die in recht unterschiedlichem Maße mit der affektiven Komponente (LSI) korrespondieren. Die Aktivitätsorientierung weist noch die engste Verbindung mit einer positiven affektiven Lebensbewertung auf und bestätigt so den erwarteten Zusammenhang subjektiven Aktivitätsbewußtseins und Zufriedenheit. Eine normative Beurteilung ist deshalb bei der Aktivitätsorientierung nicht notwendig.
Das gleiche gilt für den Faktor: "Ablehnung der Disengagementnorm", dessen resignativer Grundzug durch die Ladung des LSI-Index "Apathie" unterstrichen wird. Im Gegensatz dazu scheint das Empfinden sozialer Abhängigkeit relativ unabhängig von der affektiven Lebensbewertung zu sein. Angesichts des bekannten Strebens alter Menschen nach einer selbständigen Existenz

(vergl. BLUME 1972) kann das hier zum Ausdruck kommende Gefühl, auf Hilfe von außen angewiesen zu sein, als eine Schwächung des Selbstbildes interpretiert werden.

7.1.3. Analyse der Institutionalisierungswirkungen innerhalb der beiden Dimensionen unterschiedlicher Versorgungsbedürftigkeit

Vorweg sollte hier noch ein begriffliches Problem geklärt werden. Die Unterbringung älterer Menschen in Altenwohnheimen und Altenwohnungen kann kaum unter den Begriff "Institutionalisierung" gefaßt werden. Tatsächlich treffen auf die Altenwohnungen viele Kriterien einer Institution nicht zu, die wir in Kap. 3.3 dargestellt haben. Andererseits lassen praktische Gründe es uns für sinnvoll erscheinen, auch diesen Verlauf einer Umsiedlung alter Menschen mit zum Vergleich heranzuziehen, da eine Parallelität - insbesondere was das Problem der Anwartschaft angeht - nicht von der Hand zu weisen ist. Zudem kann tatsächlich für viele Altenheimanwärter in einer Altenwohnung zumindest eine potentielle Alternative gesehen werden. Eine weitere Ähnlichkeit beider Versorgungsmöglichkeiten alter Menschen liegt darin, daß diese in eine weitgehend altershomogene Wohnumgebung ziehen, was etwa KLEEMEIER's "Segregationskriterium" (vergl. S. 16) entspricht.

In diesem Abschnitt werden drei Hypothesen geprüft:

1. Die Selektionshypothese besagte, daß alte Menschen mit einem besonders geschwächten Selbstbild besonders häufig in ein Altenheim ziehen. Dabei wurde davon ausgegangen, daß dieses Selbstbild weitgehend durch geringe Gesundheit und soziale Isolation bedingt sei. Durch die Unterscheidung in eine Dimension der Selbstversorger und eine solche der Versorgungsbedürftigen ist schon das erste Selektionskriterium berücksichtigt.
   Sofern die soziale Isolation oder andere nicht berücksichtigte Faktoren zu einer Institutionalisierung führen oder mit ihr verbunden sind, dann ist folgendes Verhältnis des

Selbstbildes der drei Vergleichsgruppen zueinander zu erwarten:

AHB = AHA < MD *) (Formel 1) bzw.
WHB = WHA < KG

2. Die zweite Hypothese beinhaltet die deprivierenden Wirkungen der Wartezeit und würde folgende drei Ergebnisse denkbar erscheinen lassen:

a) Unter der Voraussetzung einer indifferenten Wirkung der Heimsituation:

AHB = AHA < MD (Formel 2)
WHB = WHA < KG

Dies würde bedeuten, daß die Deprivationswirkungen der Wartezeit auch in der Heimsituation fortdauern. Die Formel macht deutlich, daß bei dem Vorliegen eines solchen Ergebnisses die Entscheidung zwischen Selektionshypothese oder Wirkungen der Wartezeit nur im Rahmen der Mikroanalyse gefällt werden kann.

b) Unter der Voraussetzung negativer Wirkungen der Wartezeit und positiver Wirkungen der Heimsituation wäre folgendes Ergebnis zu erwarten:

AHB > AHA < MD (Formel 3)
bzw.
WHB > WHA < KG

c) Unter der Voraussetzung sich kumulierender negativer Wirkungen sowohl der Heimsituation als auch der Wartezeit wäre zu erwarten:

AHB < AHA < MD (Formel 4)
bzw.
WHB < WHA < KG

3. Die Hypothese der negativen Heimwirkungen und indifferenter Wartezeitwirkungen würde folgendes Ergebnis erwarten lassen:

---

*) Das Zeichen < bedeutet "schlechter als".

$$AHB < AHA = MD \quad \text{(Formel 5)}$$
$$\text{bzw.}$$
$$WHB < WHA = KG$$

Die vierte Hypothese ist im Grunde in unsere Untersuchungsanlage mit eingegangen. Sie beinhaltet die eigentliche Nullhypothese, daß nämlich innerhalb einer jeden Dimension keinerlei Unterschiede feststellbar sind und der Institutionalisierungsprozeß infolgedessen keinerlei Wirkungen habe. Der Selektionsprozeß, der durch den Mangel an körperlicher Selbsthilfefähigkeit verursacht wird, wäre dann die ausschlaggebende Determinante für das in Kap. 7.1.1. nachgewiesene, geschwächte Selbstbild der Altenheimbewohner.
Die entsprechende Formel sieht dann so aus:

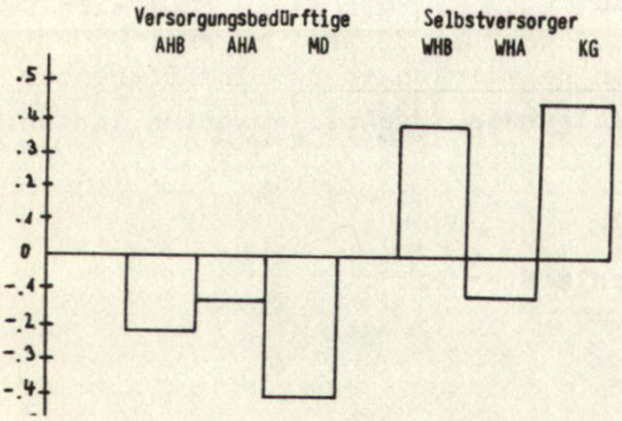
$$AHB = AHA = MD$$
$$\text{bzw.}$$
$$WHB = WHA = KG$$

7.1.3.1. Unterschiede in der "realistischen Lebenszufriedenheit"

Dimension der Versorgungsbedürftigkeit

Die eindimensionale Varianzanalyse zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen (F = .90) (vergl. Tab. 19). Darüber hinaus weisen die - entgegen allen Hypothesen - vorhandenen Unterschiede eher auf eine prekäre Verfassung der Mahlzeitenempfänger hin.

Ausmaß der " realistischen Lebenszufriedenheit "
(standardisierte Werte)



Dieses nicht signifikante Ergebnis spricht für die Nullhypothese, daß nämlich innerhalb der Dimension der Versorgungsbedürftigkeit sich durch den Institutionalisierungsprozeß im Regelfall keine dramatische Entwicklung vollzieht. Wir werden jedoch in der Mikroanalyse und in der Baumanalyse zeigen, daß dieses Ergebnis nur "grosso modo" gilt. Für bestimmte "Problemgruppen"wird sich der Institutionalisierungsprozeß als durchaus wesentlicher Faktor der Beeinträchtigung des Selbstbildes erweisen.

Dimension der Selbstversorger

Die Varianzanalyse weist dagegen bei den zu selbständiger Haushaltsführung fähigen Personen signifikante Unterschiede auf ($p \leq 0{,}01$; vergl. Tab. 25). Die Ausprägungen entsprechen ziemlich genau den Voraussetzungen der Formel 3, die eine deprivierende Wirkung der Wartezeit und positive Wirkungen der Heimsituation - hier genauer - der neuen Wohnsituation feststellt. Die Wohnheimanwärter sind also sowohl gegenüber den Angehörigen der Kontrollgruppe wie auch gegenüber den Wohnheimbewohnern erheblich weniger zufrieden mit ihrem Leben. Wie wir in der Mikroanalyse noch zeigen werden, spielen hier die unbefriedigenden Wohnverhältnisse eine bedeutsame Rolle.

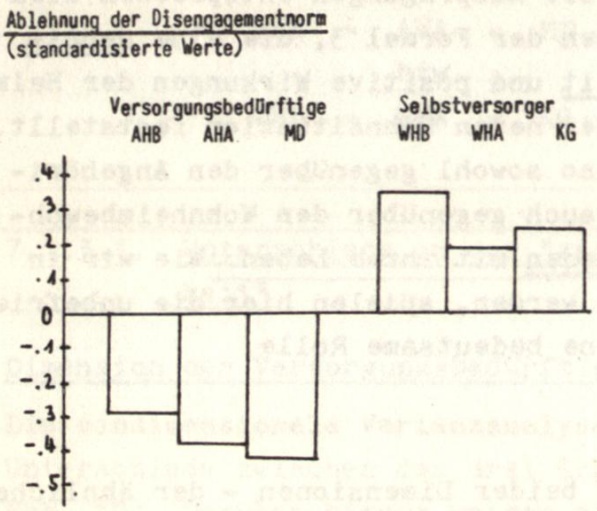
Beide Dimensionen

Ein gemeinsamer Trendverlauf beider Dimensionen - der ähnliche Institutionalisierungswirkungen nur auf verschiedenen Niveaus andeuten könnte - ist nicht festzustellen. Die erheblichen Unterschiede der Lebenszufriedenheit zwischen allen Teilstichproben ($p \leq 0.01$; vergl. Tab. 31) gehen weitgehend auf die Unterschiede zwischen den Bewohnern von Altenheimen und Wohnheimen, sowie auf den Unterschied zwischen den Mahlzeitenempfängern und der Kontrollgruppe zurück. Hier wird deutlich, daß die geringe Lebenszufriedenheit der Altenheimbewohner, die in zahlreichen Untersuchungen festgestellt worden war (vergl. Kap. 7.1.1.) vermutlich weitgehend auf die körperliche Gebrechlichkeit der Altenheimbewohner zurückzuführen ist (vergl. jedoch Kap. 7.2.).

7.1.3.2. Unterschiede in der Ablehnung der Disengagementnorm

Dimension der Versorgungsbedürftigkeit

Die Werte der Ablehnung der Disengagementnorm zeigen einen Trend, der der Institutionalisierungshypothese genau entgegenläuft, aber nicht signifikant wird (vergl. Tab. 22). Die Empfänger des Mahlzeitendienstes akzeptieren nämlich häufiger eine resignative Rückzugsnorm für alte Menschen als Altenheimbewohner. Auch hinsichtlich dieser Dimension des Selbstbildes müssen die Empfänger des Mahlzeitendienstes als Problemgruppe angesehen werden. Diesem Problem weiter nachzugehen, ist im Rahmen der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht möglich.



Für eine besondere Rückzugsneigung der Anwärter, sei es als Folge der von uns vermuteten isolierten Existenz (innere Rechtfertigung), sei es als Intention, durch den Heimeintritt ein Disengagement zu realisieren, ist weder bei den Altenheimanwärtern noch - um dies vorwegzunehmen - bei den Wohnheimanwärtern anzutreffen.

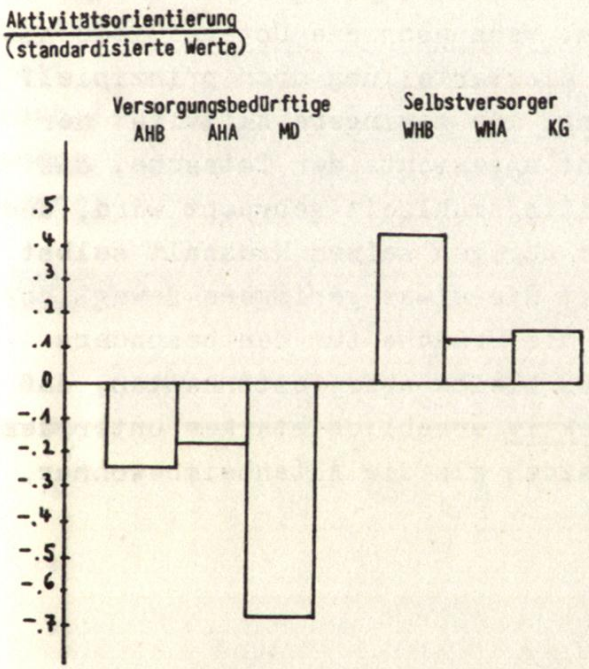
Dimension der Selbstversorger

Auch hier sind die Unterschiede sehr gering und nicht signifikant (vergl. Tab. 27). Die zwischen allen Samplegruppen hochsignifikanten Unterschiede in der Einstellung zur Disengagementnorm (vergl. Tab. 32) sind also auch hier zum größten Teil den Unterschieden zwischen den beiden Dimensionen der Versorgungsbedürftigen und der Selbstversorger zuzuschreiben.

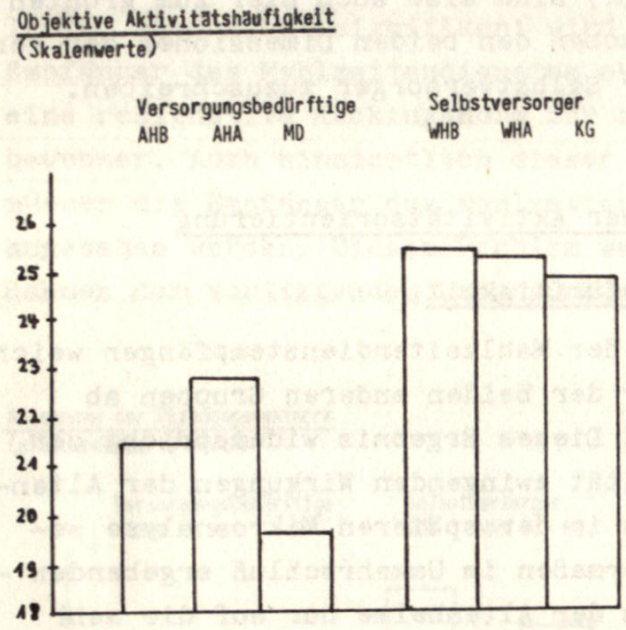
7.1.3.3. Unterschiede in der Aktivitätsorientierung

Dimension der Versorgungsbedürftigkeit

Die Aktivitätsorientierung der Mahlzeitendienstempfänger weicht signifikant negativ von der der beiden anderen Gruppen ab ($p \leq 0{,}01$; vergl. Tab. 20). Dieses Ergebnis widerspricht der Annahme von den zur Passivität zwingenden Wirkungen der Altenheime. Wir werden aber noch in der späteren Mikroanalyse sehen, daß sich die - gewissermaßen im Umkehrschluß ergebenden - relativ positiven Wirkungen der Altenheime nur auf die sehr behinderten Heimbewohner beziehen.



Zur Überprüfung dieses erstaunlichen Ergebnisses einer Einstellungsdimension bietet sich die objektive Aktivität an (vergl. Tab. 24), um festzustellen, ob dieser Einstellung auch ein tatsächliches Verhalten entspricht.



Auch hier zeichnen sich die Mahlzeitenempfänger durch eine besonders geringe Aktivität aus. Wenn auch die Unterschiede nicht signifikant sind, entspricht die Verteilung doch prinzipiell der der Aktivitätsorientierung. Die geringere Aktivität der Mahlzeitenempfänger überrascht angesichts der Tatsache, daß ihnen in der Regel nur die Mittagsmahlzeit gebracht wird, und der größere Teil von ihnen im übrigen seinen Haushalt selbst führen muß. Möglicherweise ist die etwas geringere Beweglichkeit der Mahlzeitenempfänger die Ursache für den besonders starken Aktivitätsrückgang. Es bleibt aber festzuhalten, daß die Mahlzeitenempfänger subjektiv erheblich stärker unter dem Rückgang ihrer Aktivitäten leiden als die Altenheimbewohner.

Dimension der Selbstversorger

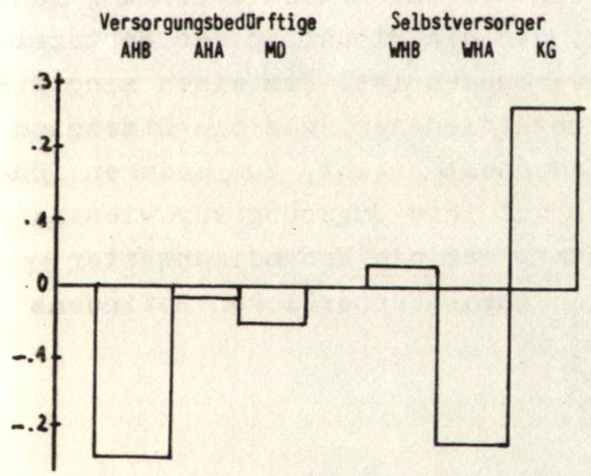
Auch innerhalb dieser Dimension ergibt sich ein signifikanter Unterschied (vergl. Tab. 26), der ebenfalls nicht in unser zuvor aufgestelltes Hypothesenschema einzuordnen ist. Hier ist das bedeutsame Ergebnis in der außerordentlichen Aktivitätsorientierung der Wohnheimbewohner zu sehen. Diese scheint jedoch ein weitgehend subjektives Element zu sein, da - wie aus Tabelle 30 zu entnehmen ist - die Wohnheimbewohner sich weder hinsichtlich der objektiven Aktivitäten noch der objektiven Kontakthäufigkeit von den Anwärtern oder der Kontrollstichprobe unterscheiden. Offensichtlich ermöglicht eine solche altershomogene Wohnform ein ganz anderes subjektives Bewußtsein eigener Aktivität, als dies bei den einzeln lebenden Menschen der Fall ist.

7.1.3.4. Unterschiede im Empfinden sozialer Abhängigkeit

Dimension der Versorgungsbedürftigen

Von der Tendenz her zeigten sich die Altenheimbewohner entsprechend der Institutionalisierungshypothese stärker besorgt um ihren körperlichen Zustand und die geringere Besuchshäufigkeit (Formel 5). Dahinter könnte ein verstärktes Bedürfnis nach Fürsorge von Seiten der Bezugsgruppe bei den Altenheimbewohnern stehen. Der Unterschied war jedoch nicht signifikant (vergl. Tab. 21).

Empfinden sozialer Abhängigkeit
(standardisierte Werte)



Dimension der Selbstversorger

Die Wohnheimanwärter haben deutlich größere körperliche Besorgnisse und empfinden eine signifikant ($p \leq 0,05$) stärkere Abhängigkeit von der sozialen Umwelt als die Kontrollgruppe, während die Wohnheimbewohner eine Mittelstellung einnehmen (vergl. Tab. 28). Wie schon im Fall der "Realistischen Lebenszufriedenheit" zeigt sich auch hier die emotional labile Situation der Wohnheimanwärter.
Die Tatsache, daß diese psychische Beeinträchtigung bei den Altenheimanwärtern nicht zu finden ist, weist darauf hin, daß der "Wartesituation" in beiden Fällen eine vollkommen verschiedene psychische Qualität zukommt.

7.1.3.5. Diskussion der Ergebnisse

1. Zur Selektionshypothese

Diese Makroanalyse konnte keinerlei Anhaltspunkte dafür bringen, daß über die spezifische Problematik der Versorgungsbedürftigkeit hinaus das Selbstbild der Altenheimanwärter und -bewohner gegenüber dem der Mahlzeitenempfänger besonders geschwächt war. Dagegen waren die Unterschiede zwischen den Dimensionen der Versorgungsbedürftigkeit in den von uns berücksichtigten vier Faktoren des Selbstbildes signifikant, was zeigt, daß die Versorgungsbedürftigkeit der ausschlaggebende Faktor für ein geschwächtes Selbstbild ist.

2. Die deprivierende Wirkung der Wartezeit

Zwei Ergebnisse in der Dimension der zur Selbstversorgung fähigen Personen verweisen darauf, daß die Situation der Wartezeit mit spezifischen Belastungen verbunden ist. Zum einen sind die Wohnheimanwärter signifikant unzufriedener, was die Dimension der realistischen Lebenszufriedenheit angeht, zum anderen fühlen sie sich erheblich stärker auf ihre Umgebung angewiesen. Die letzte Feststellung bedeutet, daß die Wohnheimanwärter starke Besorgnisse hinsichtlich ihres körperlichen Befindens

haben und einen gewissen Anspruch auf ein Entgegenkommen von seiten ihrer Umwelt erheben. Wir waren von der Annahme ausgegangen, daß mit der Wartezeit eine Loslösung aus alten räumlichen Verhältnissen verbunden sei und insofern eine gewisse Unsicherheit vorherrsche. Dies könnte mit unserem Ergebnis in Einklang stehen, würde aber plausiblerweise auch einen verringerten Kontakt mit sich bringen. Wie aus Tab. 29 zu ersehen ist, haben die Wohnheimanwärter jedoch durchaus keine geringere Kontakthäufigkeit als die Vergleichsgruppen. Offensichtlich bewirken andere Faktoren das geschwächte Selbstbild der Wohnheimanwärter. Beobachten wir die anderen Kontrollvariablen, so läßt sich feststellen, daß die objektive Wohnsituation der Wohnheimanwärter die schlechteste von allen sechs Teilstichproben ist (vergl. Tab. 36). Entsprechend ist auch ihre Wohnzufriedenheit am geringsten (vergl. Tab. 37). Wenn auch noch andere Faktoren eine Rolle spielen können, so dürfte nach unseren Ergebnissen der Schluß gerechtfertigt sein, daß die unzureichenden Wohnverhältnisse der Wohnheimanwärter diese alten Menschen in einer Weise überfordern, daß sie nicht nur allgemein unzufrieden sind, sondern daß sie auch ihre körperlichen Probleme leicht überschätzen und sich in einem erstaunlich starken Maße von der Umwelt abhängig fühlen. Dies entspricht auch den Ergebnissen von WOODWARD et al. (1974), die überraschend einen Zusammenhang zwischen Wohnzufriedenheit und Einsamkeitsgefühlen feststellten. Offensichtlich ist die Bedeutung der Wohnverhältnisse für die allgemeine psychische Situation alter Menschen nicht hoch genug einzuschätzen.

3. Die Hypothese der Institutionalisierungswirkungen

Negative Wirkungen der Institutionalisierung konnten wir in dieser Makroanalyse nicht feststellen. Lediglich positive Wirkungen der Unterbringung in Wohnheimen waren besonders gegenüber der Situation der Wohnheimanwärter festzustellen. Wir hatten zwar schon vorher angemerkt, daß die Unterbringung in Wohnheimen nicht präzise zum Begriff der Institutionalisierung paßt. Immerhin kann aber hier festgestellt werden, daß die

segregierte, altershomogene Wohnform im Gegensatz zu zahlreichen laut geäußerten Meinungen keine negativen Wirkungen auf das Selbstbild hat und die neue Wohnsituation für die Wohnheimanwärter eine deutliche Erleichterung bedeutet.

4. Andere Ergebnisse

Innerhalb der Dimension der Versorgungsbedürftigen ergab sich als einziger signifikanter Unterschied eine erheblich geringere Aktivitätsorientierung auf seiten der Mahlzeitenempfänger. Dieses unerwartete Ergebnis konnten wir nicht in unser Hypothesenschema einbringen. Offensichtlich leiden die Mahlzeitenempfänger in besonderer Weise darunter, kein aktives Mitglied unserer Gesellschaft mehr zu sein. Tatsächlich haben wir festgestellt, daß die objektive Aktivität der Mahlzeitenempfänger - wenn auch nicht signifikant - geringer ist als die der Altenheimbewohner und -anwärter. Eine weitere Analyse dieses Problems ist von der ganzen Anlage der Untersuchung her nicht möglich.

7.1.3.6. Schlußfolgerungen

In einer Replikation des Vergleichs von Altenheimbewohnern und selbständig wohnenden alten Menschen haben wir gezeigt, daß wir mit den ursprünglich in verschiedenen Untersuchungen verwendeten Instrumenten auch bei unserer Population signifikante Unterschiede feststellen konnten. Auch die eindimensionale Varianzanalyse über alle sechs Stichproben (vergl. Tab. 31-35) ergab in vier Faktoren des Selbstbildes signifikante Unterschiede. Nach einer Aufteilung der sechs Teilstichproben in zwei Dimensionen nach dem Grad der Versorgungsbedürftigkeit zeigte sich jedoch, daß innerhalb der Dimension der Versorgungsbedürftigkeiten keine der von uns übernommenen Hypothesen über die Institutionalisierungswirkungen bestätigt werden konnte.

Im Rahmen der Dimension der Selbstversorger konnte gezeigt werden, daß die Situation der Wohnheimanwärter als prekär beur-

teilt werden muß, was nach unseren Ergebnissen weitgehend auf die unzureichenden Wohnverhältnisse zurückzuführen ist. Andererseits konnte hier auch festgestellt werden, daß die Unterbringung in den Wohnheimen gegenüber der Situation der Anwärter eine deutliche Verbesserung des Selbstbildes mit sich brachte.

Bei den Versorgungsbedürftigen müssen die größten Wirkungen auf ein negatives Selbstbild hin eben diesem Status der physischen Abhängigkeit von der Umwelt zugeschrieben werden. Diese Versorgungsbedürftigkeit ist also der diskriminierende Faktor, von dem das Selbstbild abhängt, wobei die aus ihr unter Umständen resultierende Institutionalisierung keine im Vorhinein prognostizierbaren Wirkungen hat.

Es gibt sicher Heime, die die befürchteten Institutionalisierungswirkungen haben, worauf wir noch in der Mikroanalyse im einzelnen eingehen werden. Es scheint aber auch, daß die Zusammenballung menschlichen Elends in Heimen bei manchen Beobachtern die Illusion erweckt, dies sei Folge der Institutionalisierung und insofern außerhalb der Heime nicht anzutreffen. In Wirklichkeit sind die Schwierigkeiten z.B. der Mahlzeitenempfänger, auf deren spezielle Problematik wir in der gegenwärtigen Untersuchung nicht weiter eingehen können, nur nach außen hin weniger sichtbar, weil sie verstreut leben. Andererseits kann man davon ausgehen, daß die stärker behinderten alten Menschen gerade deshalb in ein Altenheim gehen, um ihre Lebenssituation relativ zu verbessern. Dies sollte das Anspruchsniveau an Altenheime sein, dem diese aber - und dies geht schon aus den bisherigen Ergebnissen hervor - offensichtlich in der Regel nicht gerecht werden können.

7.2. Mikroanalyse der Wirkungen des Institutionalisierungs-Prozesses

7.2.1. Die Situation der Heimanwärter und die Phase des Heimeintritts

Altenheimanwärter

Wie schon erwähnt, sahen KENT (1964) und ROSNER (1966) in einer längerfristigen Wartezeit eine schwere Belastung für die Betroffenen. Wir hatten dies im Rahmen der Makroanalyse für den Fall der Wohnheimanwärter bestätigen können. Diese Hypothese hat jedoch zur Voraussetzung, daß der Heimanwärter einmal den Entschluß gefällt hat, in ein Heim zu ziehen, und nun wartet, bis dieser Wunsch in Erfüllung geht.

Wenn wir davon ausgehen, daß die Stichprobe der Altenheimanwärter, die wir aus der Anwärterliste des Sozialamtes der Stadt Köln zogen, typisch für alle Altenheimanwärter ist, dann ist dieser einmalige Entschluß und seine mehr oder minder schnell folgende Realisierung eher die Ausnahme als die Regel. Etwa ein Drittel der von uns befragten Altenheimanwärter wußte nichts davon, daß sie auf einer Anwärterliste geführt wurden oder sie wollten das dem Interviewer nicht zugeben. Einige vermuteten, dies sei bei ihrem letzten Krankenhausaufenthalt veranlaßt worden, während wir bei den anderen keinerlei Anhaltspunkte dafür fanden, wer eine solche Eintragung veranlaßt hatte. Es scheint so zu sein, daß Verwandte, Ärzte oder Sozialarbeiter, die sich für einen alten Menschen verantwortlich fühlen, wegen des Platzmangels in den Altenheimen oft "vorsorglich" einen Platz beantragen, ohne daß der betreffende alte Mensch dies weiß. Angesichts des offenkundigen Mangels an Heimplätzen erscheint eine solche Maßnahme oft notwendig, weil sich eine Versorgungsbedürftigkeit bei einem alten Menschen plötzlich ergeben kann und bei den meist Alleinstehenden niemand zur Betreuung in der Nähe ist. Anderseits geschieht der von anderen organisierte Umzug oft so plötzlich und ohne jede Vorbereitung oder Aussprache, daß dem Betroffenen seine wirkliche Hilflosigkeit gerade durch dieses Vorgehen erst richtig bewußt wird.

Zur Illustration ein Zitat aus einem Interview:

> "Nach meinem Schlaganfall hat das Krankenhaus die Heimunterbringung veranlaßt. Ich bin so überrumpelt worden; ich wußte gar nichts davon. Man fuhr mich hierher und sagte: 'Jetzt bleibst Du hier'."

Es ist durchaus kein Zufall, daß von dieser Befragten das Krankenhaus als veranlassende Institution genannt wird, da auch nach einer interdisziplinären Studie (KUHLENKAMPF u.a. 1972) etwa 30 % der Heimzugänge aus Krankenhäusern kommen. Dieser Personenkreis findet sich nicht auf einer Anwärterliste, so daß diese - und das gilt entsprechend für unsere Untersuchung - nicht als repräsentativ für die tatsächlichen Heimzugänge gelten kann.

Ferner ist die Situation der Altenheimanwärter dadurch gekennzeichnet, daß darüber hinaus noch ca. 10 % derer, die auf der Anwärterliste standen, mittlerweile gar nicht mehr an einem Heimplatz interessiert waren, weil sie eine andere Möglichkeit der Bewältigung ihrer Probleme gefunden hatten (kleinere Wohnung, Aufnahme bei Verwandten). Weitere ca. 10 % gaben an, erst später in ein Heim gehen zu wollen, z.B. im Falle einer Krankheit. Insgesamt nur etwa 15 % wollten sofort in jedem Falle und weitere 20 % unter bestimmten Voraussetzungen (die sich vorwiegend auf die Gegebenheiten des Heimes bezogen) sofort in ein Heim ziehen (vergl. Tab. 38). Die "Altenheimanwärter" wurden dennoch in der Analyse als Gesamtgruppe unter dieser Bezeichnung weitergeführt, weil nach unseren Informationen ein Heimeintritt für sie in irgendeiner Form schon zur Debatte gestanden haben mußte.

Setzen wir aus diesen Einzelinformationen ein Mosaik zusammen, dann ergibt sich ein Bild, in dem die bewußte, langfristige Planung eines Heimeintritts stark in den Hintergrund tritt gegenüber der plötzlichen, aus einem akuten Notfall resultierenden Entscheidung für einen Heimeintritt. Dieser kann dann im Grunde nur noch als schicksalhaft erlebt werden, da die persönliche Entscheidungsmöglichkeit durch die Notsituation auf ein Minimum reduziert ist. Es ist deshalb nicht verwunderlich,

daß sich immerhin 45 % der Altenheimbewohner von den zu ihrer Fürsorge verpflichteten Personen beeinflußt oder gar gedrängt fühlten, in ein Altenheim zu ziehen (vergl. Tab. 39). An diesem Einfluß, bzw. den subjektiv empfundenen Pressionen, hatten nach unseren Ergebnissen die Kinder, die sonstige Verwandtschaft und das Sozialamt in etwa gleichen Anteil (vergl. Tab. 40). Es darf wohl angenommen werden, daß der tatsächliche Anteil der so umrissenen Fremdbestimmung noch größer ist, als die von uns Befragten zugeben mochten. Denn auch für alte Menschen ist die Behauptung ihrer eigenen Selbständigkeit von großer Bedeutung (vergl. BLUME 1972), die sie zumindest als äußere Fassade aufrecht erhalten wollen.

Zu dem Bild eines selbständigen, kompetenten alten Menschen würde es aber nicht passen, wenn sie gegenüber dem Interviewer durchblicken lassen, eine so entscheidende Handlung auf Betreiben anderer vollzogen zu haben. Eine wichtige Aufgabe der offenen Altenhilfe dürfte darin zu sehen sein, denjenigen Alten, die nach einer ernsteren Erkrankung oder Behinderung z.B. aus dem Krankenhaus entlassen werden, sich aber nicht selbst versorgen können, auch die Möglichkeit zu bieten, erst einmal in ihre eigene Wohnung zurückzukehren und dort versorgt zu werden. Ein solches Angebot würde die Betroffenen von der Notwendigkeit entlasten, eine schnelle, meist irreversible Entscheidung in einer von Ängsten beherrschten Situation fällen zu müssen.

Kehren wir wieder zurück zu der von KENT & ROSNER vertretenen These der besonderen psychischen Belastungen durch die langdauernde Wartezeit. Diese Wirkungen betreffen logischerweise in erster Linie diejenigen Anwärter unseres Samples, die sofort zugreifen würden, wenn ihnen ein Platz in einem Altenheim angeboten würde.
Wie die Varianzanalyse (Tab. 41) zeigt, ist tatsächlich die Lebenszufriedenheit dieser Gruppe geringer als die derjenigen Anwärter, die Vorbehalte machten. Allerdings ist dieser Unterschied angesichts der wenigen Probanden nicht signifikant. Auf die Frage: "Wie beurteilen Sie die Wartezeit?" antworteten diese Befragten jedoch ausschließlich mit: "schlimm" oder

"man wird unsicher mit der Zeit" u.ä. Man muß also davon ausgehen, daß längeres Warten von denjenigen Heimanwärtern, die wirklich an einem Heimeintritt dringend interessiert sind, als deprimierend empfunden wird. Es erscheint uns typisch für den Prozeß der Institutionalisierung von Altenheimbewohnern, daß qualifizierte Minderheiten einerseits das Gefühl haben, ungefragt voreilig in einem Heim untergebracht worden zu sein, andererseits andere sich wiederum durch eine längere Wartezeit verärgert oder verunsichert fühlen. Dies sind Anzeichen dafür, daß die Betroffenen diesen Institutionalisierungsprozeß oft nicht genug von sich aus steuern können. Zu einer Verbesserung dieser Situation ist es erforderlich, daß:

1. Glaubwürdige Alternativen zum Altenheim geschaffen werden.(Inwieweit dies bei dem Mahlzeitendienst in der gegenwärtigen Form bereits der Fall ist, erscheint nach unseren Ergebnissen noch fraglich.)
2. Erscheint es erforderlich, daß breitere Kreise älterer Menschen verschiedene Heime aus eigener Erfahrung kennenlernen, um im Falle einer plötzlich notwendigen Entscheidung sich auf ihr eigenes Urteil verlassen zu können und nicht Entscheidungen anderer ausgeliefert zu sein.

Die Wohnheimanwärter

Im Rahmen der Makroanalyse hatten wir festgestellt, daß die Wohnheimanwärter eine vergleichsweise geringe Lebenszufriedenheit aufweisen und Befürchtungen hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes haben, so daß sie sich stärker auf Hilfe von außen angewiesen fühlen. Ferner hatten wir zeigen können, daß dies mit den unzureichenden Wohnbedingungen erklärt werden kann, unter denen diese Gruppe leben muß. Diesen Schluß hatten wir gezogen aus der Feststellung objektiv unzureichender Wohnverhältnisse einerseits sowie einer sehr geringen Wohnzufriedenheit andererseits. Bestätigt wird diese Interpretation auch dadurch, daß 81 % der Wohnheimanwärter an der gegenwärtigen Wohnung Kritik äußerten, während es bei den Altenheimanwärtern, die ja auch ihre Wohnung verlassen wollten, nur 60 % waren. Die

Notwendigkeit, in ein Wohnheim zu ziehen, wurde am häufigsten damit begründet, daß die bisherigen Wohnungen rein physisch nicht bewältigt werden könnten. In zweiter Linie werden als Gründe Kündigung oder Abbruch der alten Wohnung genannt. Dies zeigt, daß die Betroffenen in dem Wohnheim in erster Linie eine optimale Lösung ihrer Wohnprobleme sehen, die emotional weniger belastet ist, als dies etwa bei den Altenheimanwärtern der Fall war (vergl. Tab. 42).

Nur 22 % fühlten sich bei ihrer Entscheidung für einen Wohnheimeintritt in irgendeiner Weise von anderen Personen beeinflußt oder bedrängt. Dem entspricht, daß sich die Hoffnungen der Wohnheimanwärter im wesentlichen auf eine verbesserte Wohnsituation sowie auf Arbeitserleichterungen beziehen, die eine solche altersgemäße Wohnung verspricht. Dies ist auch nach Erfahrungen der Wohnheimbewohner in der Regel tatsächlich der Fall. Dagegen befürchten nur wenige Wohnheimanwärter, in ihrer Freiheit beschränkt zu werden oder den Klatsch von anderen Leuten und soziale Entwurzelung. Für Befürchtungen dieser Art bieten auch die Antworten der Wohnheimbewohner keinerlei Bestätigung. Insgesamt wurden von den Wohnheimanwärtern auf die Frage nach ihren Erwartungen hinsichtlich des Heimeintritts mehr als doppelt so viel Hoffnungen wie Befürchtungen geäußert (vergl. Tab. 43).
Dies zeigt, daß die Wohnheimanwärter - im Gegensatz zu den Altenheimanwärtern - von ihrem Wohnungswechsel eine echte Verbesserung ihrer Lebensverhältnisse erwarten. Die Wohnheimanwärter sind nicht nur - im Verhältnis zu den anderen von uns Befragten - recht beweglich, was ihre körperliche Konstitution angeht, sie sind auch relativ aktiv. Sie fahren im Schnitt fast jedes Jahr in Urlaub, sie wandern und besuchen Ausstellungen.

So stellt sich die Situation der Wohnheimbewohner zusammengefaßt folgendermaßen dar:
Sie sehen ihre persönliche Situation in erster Linie durch schlechte Wohnverhältnisse beeinträchtigt. Ihre Erwartungen hinsichtlich des Lebens im Altenwohnheim beziehen sich nahezu ausschließlich auf eine Verbesserung dieser Wohnprobleme und

sind gegenüber den Altenheimanwärtern kaum von Befürchtungen vor dem Verlust der eigenen Autonomie und Freiheit begleitet.

7.2.2. Objektive Gegebenheiten der Altenheimsituation als Determinanten der Zufriedenheit und Bewertung der Heimsituation bei Altenheimbewohnern

In der Makroanalyse hatten wir festgestellt, daß Altenheimbewohner generell nicht unzufriedener sind als andere betagte Menschen in einer vergleichbaren gesundheitlichen und sozialen Verfassung. Dennoch ist zu erwarten, daß bei verschiedenen Heimen unterschiedlich starke Institutionalisierungswirkungen feststellbar sind.
Diese Annahme gilt in der Tat sogar für die von uns erfaßten Altenheime, die - wie erwähnt - vorwiegend der Trägerschaft der öffentlichen Hand bzw. der Wohlfahrtsverbände unterstehen. Sie dürfte noch mehr an Bedeutung gewinnen, wenn man an die Erfahrungen mit privaten Altenheimen oder an das Stadt-Land Gefälle in der Qualität von Altenheimen denkt.
Die Kriterien der Heimqualität haben wir in Kap. 3.3.2. im Zusammenhang mit den Merkmalen "totaler" Institutionen erarbeitet.
Diese werden wir im vorliegenden Abschnitt zur Beschreibung der Heimsituation der von uns untersuchten Heime und zur Analyse ihrer Wirkungen auf die Bewohner verwenden.
Als abhängige Variable verwenden wir in diesem Abschnitt vorwiegend die Bewertung und Einschätzung der Heimsituation durch die Bewohner, da kaum zu erwarten ist, daß einzelne Elemente der Heimsituation - soweit keine kumulativen Wirkungen auftreten - auf eine so allgemein-diffuse Dimension wie Lebenszufriedenheit Auswirkungen haben.

7.2.3. Die Messung der Einstellung zur Heimsituation

Als ersten Indikator dafür, wie die Heimbewohner ihre Lebenssituation im Heim bewerten, verwendeten wir die Frage: "Wie sind Sie mit ihrer Wohnung hier insgesamt zufrieden?"*) Darüber hinaus legten wir zur Ermittlung der subjektiven Bewertung der Heimsituation den Befragten eine Reihe von stereotyp formulierten Aussagen über "das Altenheim" vor (vergl. S.115), die sie als "zutreffend" oder "nicht zutreffend" zu klassifizieren hatten. Diese Aussagen betrafen verschiedene Aspekte der Heimsituation, die üblicherweise als "typisch" angesehen werden.
Eine Faktorenanalyse ergab, daß sich diese Aussagen im wesentlichen in drei Dimensionen gliedern lassen:

1. Beeinträchtigung der Autonomie
2. Das Altenheim als "Defizit-Symbol"
3. Kontaktmöglichkeiten innerhalb des Heims.

Dimensionen der Heimbewertung

Dimension: Autonomie

Man fühlt sich geborgen.
Man hat wenig Freiheit.
Man wird häufig belästigt.
Man hat sein eigenes Reich.
Man ist sehr abhängig.

Dimension: Das Altenheim als Defizit-Symbol

Man hat keinen Kontakt mehr nach draußen.
Man kann nichts mehr selbst entscheiden.
Man bleibt dem Leben nicht mehr gewachsen.

Dimension: Kontaktmöglichkeiten

Man hilft sich gern.
Man kann viele Leute kennenlernen.
Man wird angeregt.
Man bekommt schnell Kontakt.

---

*) Diese Frage war so allgemein formuliert, um auch hinsichtlic der Bewertung der Wohnsituation einen Vergleich zwischen den verschiedenen Stichproben zu ermöglichen.

FAKTORENANALYSE DER EINSTELLUNGEN ZUM ALTENHEIM

"Jeder Mensch hat verschiedene Gefühle, wenn er an ein Altenheim denkt. Wir haben hier eine Reihe von Aussagen, die man verschiedentlich im Zusammenhang mit Altenheimen hört. Bitte sagen Sie uns, ob Sie persönlich diese Aussagen für richtig oder falsch halten, wenn Sie an die Situation im Altenheim denken."

Antworttext	Faktor I	Faktor II	Faktor III
Man fühlt sich geborgen	0.59296	0.08742	0.25282
Man hat wenig Freiheit	0.57267	0.23276	-0.05532
Man ist oft traurig	0.40710	0.37181	0.09973
Man hilft sich gern	0.25882	0.25441	0.47069
Man wird häufig belästigt	0.61334	0.16323	-0.08915
Man hat sein eigenes Reich	0.63088	0.19626	0.15138
Man ist viel einsam	0.35714	0.33979	0.16446
Man ist sehr abhängig	0.54242	0.40255	-0.07800
Man kann viele Leute kennenlernen	0.10076	-0.13281	0.59110
Man wird angeregt	-0.03896	0.08776	0.56187
Man bekommt schnell Kontakt	-0.04069	0.14416	0.57947
Man hat keinen Kontakt mehr nach draußen	0.14175	0.58763	0.16934
Man kann nichts mehr selbst entscheiden	0.35637	0.57867	0.08202
Man bleibt dem Leben nicht mehr gewachsen	0.28520	0.51388	-0.00511
Es ist ein Massenbetrieb	0.48615	0.27277	0.02614
Eigenwert	3.84375	1.27352	0.54155
Varianzanteil %	67.9	22.5	9.6

Wie aus den Ladungszahlen der Faktoren I und II zu entnehmen ist, sind beide nicht vollkommen unabhängig voneinander definierbar, da mehrere, auf dem zweiten Faktor höherladende Items auch auf dem ersten Faktor signifikante Ladungen haben. Der gemeinsame Nenner beider Faktoren ist am besten mit den beiden Items "Man ist oft traurig" und "Man ist viel einsam" zu beschreiben, die auf beiden Faktoren gleich stark laden. Sie repräsentieren eine Stimmung, die mit dem Begriff Altenwohnheim verbunden wird.
Der Akzent des ersten Faktors liegt auf den unmittelbaren Gegebenheiten der Heimsituation mit einem Schwerpunkt auf dem Faktor Autonomie, während der zweite Faktor mehr den Verlust an Erlebensmöglichkeiten erfaßt, der mit dem Heimleben gegenüber einer selbständigen Existenz assoziiert wird und am besten durch die Worte "nicht mehr" beschrieben wird, die in allen drei Items vorkommen.

Der dritte Faktor (Item Nr. 71,72,73) beschreibt eindeutig die Kontaktsituation im Heim. Die hier aufgeführten Leitvariablen der drei Faktoren werden zu Indizes zusammengefaßt und als weitere Indikatoren für die Bewertung der Heimsituation durch die Befragten verwendet.

Die folgende Analyse berührt das Problem einer kausalen Interpretation der Daten. Im Gegensatz zu den meisten Problemen in der Sozialwissenschaft, wo man meist nicht entscheiden kann, welche der beiden betrachteten Variablen als Ursache und welche als Wirkung zu betrachten ist, erscheint hier die Wirkungsrichtung als eindeutig. Wenn wir aber im folgenden von den Wirkungen einzelner Merkmale der Heimsituation sprechen, dann muß natürlich betont werden, daß verschiedene dieser Merkmale konfundieren können, aber nicht müssen. Aus diesem Grunde ist eine genaue Zurechnung bestimmter Varianzanteile einer Einstellung zum Heim zu einem der Merkmale kaum möglich.

7.2.4. Die Wirkungen einzelner Merkmale der Heimsituation

7.2.4.1. Privatheit der Lebenssituation und räumliche Ausstattung der Heime. Das Problem der Einzelzimmer

Aufgrund unserer Überlegungen im theoretischen Teil waren wir zu dem Schluß gekommen, daß zwar prinzipiell räumliche Nähe - wie sie durch ein Mehrbettzimmer zustandekommt - Kontakte erleichtere, durch die ständige Anwesenheit anderer aber die Wahlfreiheit verschiedener Verhaltensmöglichkeiten eingeschränkt werde. Dies aber sei wiederum weitgehend abhängig von den Lebenserfahrungen und den Normvorstellungen der Betroffenen.
Eine klare Hypothese konnte aufgrund der bisher vorliegenden widersprüchlichen Ergebnisse nicht aufgestellt werden.

Es zeigte sich in unserer Untersuchung, daß - im Gegensatz zu den Ergebnissen von LEHR (1968) und in Übereinstimmung mit den Ergebnissen von ITTELSON et al. (1970) - diejenigen Altenheimbewohner, die ein eigenes Zimmer hatten, ihre Wohnsituation

insgesamt sehr viel positiver beurteilten ($p \leq 0{,}01$, vergl. Tab. 44). Nun wurde ja in erster Linie erwartet, daß der faktische Kontakt zu den Mitbewohnern durch das enge Zusammenwohnen gefördert werden könne. Aber weder die objektiven Kontakthäufigkeiten (vergl. Tab. 45, 46) noch die subjektive Bewertung der Kontaktmöglichkeiten in der Heimbewertung zeigen deutliche Unterschiede. Auf die Frage: "Wenn Sie an ihre Mitbewohner denken, empfinden Sie den Kontakt als gut?" bewerteten diejenigen, die allein wohnen, den Kontakt als besser ($p \leq 0{,}05$; vergl. Tab. 47). Diese letzte Frage wurde zwar lediglich im Sinne des "guten Auskommens" verstanden, und es war zu erwarten, daß sich für Bewohner von Einzelzimmern gegenüber von solchen von Mehrbettzimmern weniger Konfliktmöglichkeiten bieten. Andererseits scheinen die Bewohner von Mehrbettzimmern aber auch die sich aus der räumlichen Nähe ergebenden positiven Entwicklungsmöglichkeiten von Kontakten in Altenheimen im Gegensatz zu verschiedenen Untersuchungen (z.B. LEHR 1968) nicht positiver einzuschätzen als Bewohner von Einzelzimmern. Auch wurde die Anwesenheit anderer im gleichen Zimmer nicht als anregend empfunden, da Bewohner von Mehrbettzimmern häufiger "einen Tag wie den anderen" erlebten (vergl. Tab. 48).

Wider Erwarten bewerteten andererseits aber auch die Bewohner von Einzelzimmern wiederum die Autonomie in Altenheimen nicht höher als die Bewohner von Mehrbettzimmern (vergl. Tab. 49). Wir werden später sehen, daß das Autonomieempfinden stärker von organisatorischen Maßnahmen der Heimleitung abhängig ist (vergl. S. 119f).

In der stärkeren Bewertung des Altenheims als Defizitsymbol durch Bewohner von Mehrbettzimmern (vergl. Tab. 50) ist ein erster Hinweis dafür gegeben, daß diese Wohnsituation offensichtlich vor dem Hintergrund früherer Lebenserfahrungen besonders negativ erlebt wird. Von dieser Feststellung sind Einzelfälle auszunehmen, in denen die z.B. im Doppelzimmer gegebene Möglichkeit gegenseitigen Beistands von beiden Beteiligten als erforderlich angesehen wird.

Dem entspricht, daß die angedeuteten Unterschiede im Fall alleinstehender Frauen besonders deutlich werden (Wohnzufrie-

denheit p = 0,001; vergl. Tab. 51). Meist haben die Frauen vor dem Heimantritt längere Zeit allein gelebt, z.B. wenn sie verwitwet waren, und ihre Wohnung schon immer selbständig versorgt und gestaltet. Diese üblicherweise dem weiblichen Rollenhaushalt zuzuzählenden Aktivitäten sind für viele Männer relativ bedeutungslos, so daß das "eigene Reich" für sie nicht dieselben Möglichkeiten der Selbstbestätigung bietet wie für Frauen. Entsprechend fühlten sich die Männer, die in Mehrbettzimmern lebten, nicht weniger zufrieden als ihre Mitbewohner in Einzelzimmern, auch wenn wir wegen der zu geringen Zahl keine sichere Aussage machen können.

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse für das Einzelzimmer als Regelfall, da insbesondere die alleinstehenden Frauen mit einem eigenen Zimmer erheblich zufriedener waren, weniger Konflikte mit Nachbarn hatten und die Heimsituation als weniger gekennzeichnet von dem Verlust der eigenen Selbständigkeit empfanden. Andererseits bieten Mehrbettzimmer - zumindest bei der von uns untersuchten Population - nicht die positiven Kontaktmöglichkeiten, die von ihnen erwartet werden.

7.2.4.2. Ausstattung und sanitäre Anlagen

Zur individuellen Entfaltungsmöglichkeit gehört unseres Erachtens auch die Möglichkeit, sich Kaffee oder Tee oder sonstige Kleinigkeiten zubereiten zu können. 87 % der von uns befragten Altenheimbewohner hatten keine solche Möglichkeit. Entgegen unseren Erwartungen hatte jedoch das Vorhandensein einer Teeküche oder einer anderen ähnlichen Einrichtung keinen feststellbaren Einfluß auf die Einstellung der Bewohner zum Altenheim (vergl. Tab. 52-54). Dasselbe trifft auch auf das Vorhandensein einer eigenen Toilette und eines eigenen Bades zu. Dagegen bewerteten diejenigen, die baden konnten, wann sie wollten, die Heimsituation in geringerem Maße als einen Verlust der selbständigen Existenz (vergl. Tab. 55). Wir dürfen diese "negativen" Ergebnisse nicht überbewerten. Es ist denkbar, daß die anderen Merkmale der Heimsituation so bedeutsam waren, daß diese Ausstattungsdetails nicht "zum Zuge" kamen.

7.2.4.3. Verfügbarkeit von persönlichem Eigentum

Da wir in den von uns befragten Altenheimen nicht erwarten mußten, daß über das "Problem der Sozialhilfeempfänger" hinaus Eingriffe in die finanziellen Verhältnisse der Bewohner vorgenommen werden, konzentrierten wir uns in diesem Fall auf die Möglichkeit, eigene Möbel mit in das Altenheim bringen zu können. Da die Wahrung des "Besitzstandes" sowohl ein gewisses Maß persönlicher Autonomie wie auch von Kontinuität der persönlichen Umwelt bedeutet, war zu erwarten, daß diejenigen, die eigene Möbel in das Heim mitbringen konnten, die Heimsituation in diesen Dimensionen sowie der Wohnzufriedenheit positiver bewerteten als diejenigen, denen dies unmöglich war.
In der Tat erhielten wir signifikante Zusammenhänge zu allen drei relevanten Einstellungsdimensionen gegenüber dem Altenheim (vergl. Tab. 56-58). Dies verleiht u.E. dem Problem eigener Möbel ein besonderes Gewicht.
63 % der von uns befragten Altenheimbewohner konnten jedoch keine Möbel mit in das Heim bringen, obwohl 70 % von ihnen dies als wichtig bezeichneten. Dieser hohe Prozentsatz ist um so erstaunlicher, als Gewöhnung an die bestehenden Verhältnisse eigentlich ein anderes Ergebnis hätte erwarten lassen. Man muß also annehmen, daß Altenheimbewohner den Verlust ihres Mobiliars, an dem oft wesentliche Gefühlswerte hängen, nicht leicht verwinden.

7.2.4.4. Verhaltensvorschriften

Aufstehzeit

Ein noch wesentlicherer Bestandteil der persönlichen Autonomie ist jedoch die Möglichkeit, nach eigenem Belieben morgens aufstehen oder auch tagsüber oder abends sich ins Bett legen zu können. Diese Möglichkeit korrespondiert tatsächlich hochsignifikant mit der Bewertung der Autonomie im Altenheim ($p \leq 0{,}01$; vergl. Tab. 59), und in gleichem Maße auch mit der Wohnzufriedenheit ($p \leq 0{,}01$; Tab. 60). Aber 45 % der befragten Altenheimbewohner gaben an, hier Beschränkungen zu unterliegen. Der tat-

sächliche Anteil der in dieser Hinsicht Unzufriedenen kann eher als noch größer angenommen werden, da mit der Gewohnheit auch hier ein Anpassungsprozeß stattfindet. 72 % der Klagen bezogen sich auf das "frühe Aufstehen". Es ist in der Tat nicht einzusehen, warum in einigen Heimen die Bewohner um 6 oder um 7 Uhr aufstehen sollen, nur weil das Frühstück zu einem festen Zeitpunkt, etwa um halb acht gereicht wird. Hier scheinen organisatorische Gesichtspunkte oder auch nur Traditionen im Vordergrund zu stehen, die die persönliche Freiheit der Betroffenen unnötig einschränken.
Daß auf diesem Gebiet andere, bessere Möglichkeiten existieren und praktiziert werden, zeigt schon ein Vergleich der Häufigkeit der Klagen über diese Zwänge zwischen verschiedenen Heimen. In einem Heim beklagten sich 77 % der Befragten über Zwänge beim Aufstehen, in einem anderen nur 7 %. Diese Unterschiede, die sich auch bei anderen Aspekten der Heimorganisation (z.B. Baden) immer wieder zeigten, weisen darauf hin, daß eine sinnvolle Organisation dem Betagten auch im Heim ein gewisses Maß an persönlicher Freiheit und Unabhängigkeit ermöglichen kann.

Ausgehzeiten:

So gaben auch insgesamt 68 % der Altenheimbewohner an, abends zu einer bestimmten Zeit - meist 21 Uhr - wieder im Heim zurück sein zu müssen. Da jedoch diese Zeit in der Regel überschritten werden kann, wenn die Schwester benachrichtigt worden ist, wird diese einschneidende Reglementierung erstaunlich selten als eigentliche Beschränkung empfunden. Immerhin zeigte sich mit einer großzügigen zeitlichen Regelung auch eine positivere Bewertung der Autonomiesituation ($p \leq 0{,}05$). Gedacht ist diese Maßnahme als Fürsorge "für Menschen, denen leicht etwas passieren kann". Dennoch gibt es Heime, die ohne eine solche Regelung auskommen und dabei keine schlechtere Erfahrung gemacht haben.

Fernsehen

Das Fernsehen spielt für die Betagten, die oft wegen ihrer beschränkten Beweglichkeit wenig Möglichkeiten haben, sich selbständig neue Eindrücke zu verschaffen, eine ganz wesentliche Rolle. Diese wird unterstrichen durch die Tatsache, daß 38 % der Altenheimbewohner ein eigenes Fernsehgerät besitzen. Dennoch beklagten sich 20 % der Heimbewohner darüber, daß ihnen für den Gebrauch Vorschriften gemacht würden. Soweit sich diese Vorschriften lediglich auf die Uhrzeit bezogen, erscheinen sie noch verständlich, da oft die Geräuschdämpfung so schlecht ist, daß andere Heimbewohner in ihrem Schlaf gestört werden könnten. In einem Heim wurden jedoch offensichtlich sogar inhaltliche Vorbehalte gemacht. (Keine "Nackedei-Filme", "Ballett verboten". Eine Einwohnerin meinte: "Die Herren könnten unruhig werden, auch in ihrem Alter.") Solche Eingriffe in die persönliche Entscheidungsfreiheit erwachsener Menschen scheinen also nicht nur in privaten Heimen vorzukommen, wobei nicht untypisch erscheint, daß dies zumindest teilweise von den Heimbewohnern sogar selbst gebilligt wird. Die Möglichkeit, ein eigenes Fernsehgerät zu benutzen, hängt signifikant ($p \leq 0{,}01$) mit der Bewertung des Altenheims in der Defizit-Dimension zusammen. Dies wird man so verstehen können, daß der Verlust der Eigenständigkeit weniger empfunden wird, wenn noch eigene Entscheidungen wie z.B. die Programmwahl möglich sind (vergl. Tab. 61).

7.2.4.5. Aktivitätsangebote

Schon seit Jahren wird angeregt, daß in Altenheimen den Bewohnern durch Aktivitätsprogramme, wie Arbeitstherapie, Ausflüge in die Umgebung, Gesellschaftsabende und Hobbykurse, Anregungen geboten werden sollten. So hatten u.a. DONAHUE u.a. (1953), HARTMANN (1974) nachweisen können, daß Heimbewohner durch solche Aktivitäten angeregt und die Sozialkontakte innerhalb des Heimes verbessert wurden. Es war also zu erwarten, daß diejenigen Heimbewohner, die an solchen Kursen teilnahmen, auch mit

ihrem Leben zufriedener sind und bessere Kontakte aufweisen als die, die nicht an solchen Kursen teilnehmen. Diese Annahme wurde durch die Ergebnisse insofern bestätigt, als die Altenheimbewohner, die an solchen Kursen teilnahmen, tatsächlich zufriedener waren und ein besseres Verhältnis zu ihren Mitbewohnern hatten, als diejenigen, die nicht an diesen Aktivitäten teilnahmen. Unsere Ergebnisse zeigen zwar, daß Menschen mit größerer Lebenszufriedenheit und Kontaktfähigkeit häufiger an solchen Aktivitäten teilnehmen als andere. Dies muß aber an einem Selbstselektionsprozeß liegen, da diejenigen Altenheimbewohner, die die Möglichkeit haben, an solchen Kursen teilzunehmen, dies aber nicht tun, unzufriedener sind als solche Altenheimbewohner, die nicht teilnehmen, weil ihnen kein solches Angebot gemacht wird. Da aber die therapeutischen Wirkungen solcher Einrichtungen als einigermaßen gesichert anzusehen sind, dürfte für die Heimleitungen nach unseren Ergebnissen ein wesentliches Problem darin bestehen, gerade diejenigen, die nicht ohne weiteres von sich aus zu einer Teilnahme bereit sind, für solche Aktivitäten zu interessieren.

Von den Heimbewohnern, die nach eigenen Angaben die Möglichkeit hatten, an solchen Veranstaltungen teilzunehmen, nahmen 54 % dieses Angebot nie wahr, 29 % hin und wieder und 17 % regelmäßig. Folgende Gründe wurden für das geringe Interesse angegeben:

39 % schlechte Gesundheit
22 % üben andere Aktivitäten aus
19 % hatten Abneigungen gegen andere Teilnehmer oder Angst vor Kontakten
20 % äußerten andere Gründe

Eine Übersicht über das Interesse an anderen Aktivitäten gibt die folgende Antwortverteilung (in Prozenten):

Interesse an Aktivitäten:	ja	nein	kann objektiv nicht
Ausflüge in die Umgebung	49,0	35,6	15,4
Neue Filme ansehen	31,1	58,3	10,7
Gemeinsame Festlichkeiten	25,7	62,9	11,4
Malen, Singen, Musizieren	17,3	73,1	9,6
Nähen	14,9	62,4	22,8
Töpfern, Tischlern usw.	7,6	73,3	19,0

Dieses Ergebnis zeigt, daß die eigentlichen "Hobby"-Aktivitäten weniger attraktiv sind und die mehr "konsumptiven" Tätigkeiten eher geschätzt werden. Vielleicht zeigt die besondere Beliebtheit von Ausflügen, daß ein starkes Bedürfnis besteht, nach "draußen" zu kommen.

7.2.4.6. Getrennte Unterbringung von Frauen und Männern

Von einer gemeinsamen Unterbringung von Frauen und Männern in einem Heim wurden verschiedentlich positive Wirkungen auf die Bewohner der Heime berichtet. Insbesondere bei den Frauen war festgestellt worden, daß sie das Empfinden hatten, man "ließe sich dann nicht so gehen". Demgegenüber wurde die gemeinsame Unterbringung von Männern und Frauen durch die Altersheimbewohner schlechter beurteilt als die getrennte.
Unsere Fragestellung lautete: "Sind hier im Heim nur Frauen untergebracht oder auch Männer?" und anschließend: "Empfinden Sie diese Regelung als angenehm?". Während die Bewohnerinnen des Damenhauses mit ihrer getrennten Unterbringung vorwiegend "recht zufrieden" waren, wurde die gemeinsame Unterbringung von den Bewohnern vorwiegend mit "teils-teils" beurteilt ($p \leq 0{,}01$; vergl. Tab. 62). Auf die Frage: "Was meinen Sie, welche Wirkung hat diese Regelung?" antworteten die Bewohner des Damenhauses nahezu ausschließlich so: "Ältere Frauen gehören für sich"; "Was haben wir mit den Männern zu tun?", aber auch "Es gefällt mir so", "Es ist ruhiger", usw. Von den gemischt untergebrachten fanden 27 %, Männer seien oft vulgär,

setzten sich bei der Wahl des Fernsehprogramms durch, machten viel Krach usw. Lediglich 6 % empfanden die gemischte Unterbringung als positiv, während die meisten indifferent blieben: "Egal", "Habe ich mir noch keine Gedanken drüber gemacht", "Jeder lebt sein eigenes Leben" usw. Wir können hier auch keine Aussagen darüber machen, ob die getrennte Unterbringung des Damenstiftes in einem inneren Zusammenhang mit der starken Bestätigung der Disengagementnormen durch dessen Bewohnerinnen steht. Diese eher negative Bewertung des Zusammenlebens von Männern und Frauen erstaunt, scheint jedoch ganz spezifisch für die Situation im Altenheim zu sein.
Die Bewohner der Wohnheime bewerten nämlich die gemeinsame Unterbringung überwiegend positiv: 28 % empfanden die Atmosphäre als positiv und anregend, 20 % sahen darin einen Vorzug, daß Ehepaare so gemeinsam untergebracht werden konnten und 40 % waren indifferent, aber keine einzige negative Bewertung wurde geäußert. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt können wir lediglich Vermutungen über die Gründe dieser unterschiedlichen Wertungen anstellen. Es mag sein, daß in den Altenheimen die mangelnde Privatheit (gemeinsame Toiletten, Bäder etc.) und der schwache körperliche Zustand das Gefühl einer Attraktivität zwischen den Geschlechtern gar nicht erst aufkommen läßt.

7.2.4.7. Das Verhältnis Heimbewohner - Pflegekräfte

Das Ausmaß des - von den Heimbewohnern wahrgenommenen - Autonomieverlustes hängt natürlich auch weitgehend von dem Verhalten des Heimpersonals ab. Dieses Verhalten ist nicht nur der Entscheidungsfreiheit oder der Willkür der einzelnen Pflegekraft sondern auch dem "Führungsstil" der gesamten Organisation, der er angehört, unterworfen. Aus diesem Grunde war zunächst geplant, die verschiedenen Trägerorganisationen von Altenheimen auf solche Unterschiede hin zu untersuchen. Unsere Ergebnisse zeigten jedoch bald, daß die Unterschiede zwischen verschiedenen Heimen derselben Trägerschaft so groß sind, daß in dieser Untersuchung keinerlei Verallgemeinerungen mit dieser

TAFEL 17

Zusammenhänge zwischen Merkmalen der Heimsituation und Einstellungen zum Heim bei Altenheimbewohnern

Merkmale der Heimsituation / Einstellungen zum Heim	Einzel- od. Mehrbett-zimmer	Koch-gelegen-heit	eigene Toilette	eigene Möbel	Aktivi-tätsan-gebote	belie-bige Bettbe-nutzung	freie Wahl des Eß-platzes	freie Bade-möglich-keit	Zeitbe-schrän-kung beim Ausgehen	eigenes Fern-sehen
Wohnzufrieden-heit	$p<0.01$	-	-	$p<0.05$	-	$p<0.01$	-	-	-	-
Autonomie	-	-	-	$p<0.05$	-	$p<0.01$	-	-	$p<0.05$	-
Defizit-Symbol	$p<0.05$	-	-	$p<0.05$	-	-	$p<0.05$	$p<0.01$	$p<0.01$	$p<0.01$
Kontakt-möglichkeit	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Zielrichtung möglich sind. Indessen versuchten wir, Kritikpunkte von seiten der Bewohner an dem Heimpersonal zu erfahren. Wir stellten deshalb die Frage: "Welche Probleme haben Sie mit der Heimverwaltung oder dem Heimpersonal?" Die Tatsache, daß 85 % aller Heimbewohner (auch Wohnheimbewohner) zur Antwort gaben: "Keine", zeigt, daß die Interviewer hier vor einer Mauer der Zurückhaltung standen. Diese dürfte Ausdruck der starken Abhängigkeit der Bewohner von ihren Pflegern sein, an denen sie aus Angst vor möglichen Konsequenzen keine Kritik äußern wollen. Wir hatten gehofft, durch eine solche Frage Hinweise für bestimmte Konfliktbereiche zwischen Heimbewohnern und -personal zu bekommen. Aber die wenigen Nennungen (die allerdings bezeichnenderweise nahezu ausschließlich von den Bewohnern eines Heimes geäußert wurden) sind zu global, um sinnvolle Rückschlüsse zu ermöglichen. Da eine solche Zurückhaltung der Befragten auf eine offene Frage zu erwarten war, wählten wir ein anderes Verfahren, das uns besser geeignet schien, "erwünschte" Antworten von seiten der Befragten auszuschließen. Die Heimbewohner wurden gebeten, jeweils von zwei Adjektiven dasjenige auszuwählen, das diejenige Person am besten beschreibt, die sie am häufigsten betreut (forced-choice-Technik).

Die Adjektive waren in anderem Zusammenhang auf ihre soziale Wünschbarkeit hin untersucht worden (SCHÖNBACH 1973, ANDERSON 1968), und die jeweiligen Paare konnten in dieser Hinsicht als gleich eingestuft werden. Ihre Auswahl wurde unter dem Gesichtspunkt vorgenommen, möglichst verschiedene Beziehungen zwischen Personal und Bewohnern zu beschreiben. Es mußte hier hingenommen werden, daß durch die spezifischen Konstellationen der Adjektive andere semantische Dimensionen erstellt wurden als bei den Untersuchungen von SCHÖNBACH und ANDERSON. Dabei erwarteten wir, daß diejenigen Bewohner, die ihr Pflegepersonal z.B.

eher als zurückhaltend denn als überlegen
eher als aufmerksam denn als kritisch
eher als wachsam denn als routiniert

usw. (vergl. Frage 111 des Fragebogens) bezeichnen, eine positivere Bewertung der Heimsituation abgaben. Dieser Zusammenhang ist je nach Dimension der "Heimbewertung" wie auch nach den einzelnen Adjektiven zur Beschreibung des betreuenden Personals unterschiedlich intensiv. Wir untersuchten als abhängige Variable die drei Dimensionen der Bewertung der Heimsituation: Autonomie, das Heim als Defizit-Symbol, Kontaktmöglichkeiten.

Diese Analyse ähnelt in gewissem Sinne einer Trennschärfenanalyse, aus der der Beitrag des einzelnen Items zur Gesamtdimension einer Skala ersichtlich wird. In diesem Falle soll die Analyse erweisen, daß bestimmte Verhaltensweisen oder Eigenschaften des Personals auf die Wahrnehmung und mithin auch auf die Bewertung der Heimsituation durch die Bewohner starken Einfluß hat.
Wir erhielten folgende Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Adjektiv-Paaren und den Dimensionen der Heimbewertung:

Adjektiv-Paar		korrespondierende Dimension der Heimbewertung
POSITIV	NEGATIV	
aufmerksam	kritisch	AUTONOMIE
wachsam	routiniert	
gütig	tatkräftig	ALTENHEIM ALS DEFIZITSYMBOL
gesellig	planend	

Erstaunlicherweise erwies sich hier die Autonomiedimension nicht als die wichtigste Korrespondenzdimension. Lediglich die in dem Wort "kritisch" gegenüber "aufmerksam" implizierte wertende Attitüde auf seiten der Betreuer zeigte einen direkten Zusammenhang zu einer als unbefriedigend empfundenen Autonomiesituation ($p \leq 0{,}02$; vergl. Tab. 65).

Dagegen scheint das Verhalten der Betreuer (-innen) die Bewertung des Altenheims im Sinne eines Defizit-Symbols, des "nicht-mehr-Könnens" sehr stark zu beeinflussen. Diejenigen Befragten, die ihre Betreuer mit "planend" ($p \leq 0{,}01$), "tatkräftig"

($p \leq 0{,}05$), "routiniert" ($p \leq 0{,}05$) beschrieben, empfanden dieses Gefühl der verlorenen Selbständigkeit besonders stark (vergl. Tab. 66-68).
Diese drei Begriffe können als typisch für ein auf den reibungslosen Ablauf des Versorgungsbetriebes ausgerichtetes Verhalten verstanden werden. Es bewirkt, daß die Heimbewohner unter dem Verlust ihrer Selbständigkeit besonders stark leiden. Die Bedeutung der Abhängigkeitsposition hatte ja auch ROSE (1965) hervorgehoben. Auch aus Erlebnisberichten von Schwestern, insbesondere aus Pflegeheimen, ist bekannt, daß sich das Pflegepersonal ständig zerrissen fühlt zwischen den Notwendigkeiten des Dienstablaufes einerseits und dem starken Bedürfnis der Heimbewohner nach persönlicher Aussprache andererseits, wie es auch in den Worten "gütig" und "gesellig" zur Beschreibung erwünschten Verhaltens der Schwestern zum Ausdruck von Heimbewohnern kommt.

Wichtig bei diesen Ergebnissen erscheint, daß die Heimbewohner ein solches Verhalten nicht primär auf eine in der jeweiligen Heimsituation gegebene spezifische Freiheitsbeschränkung beziehen, sondern generalisierend auf den Verlust an Selbständigkeit und der Fähigkeit, dem Leben auch allein noch gewachsen zu sein, den sie durch den Heimeintritt erlitten haben.

7.2.5. Querschnittsvergleich von Bewohnern "guter" Heime und Bewohnern "schlechter" Heime

In diesem weiteren Schritt der Mikroanalyse werden wir prüfen, ob durch eine Kumulation von negativen Merkmalen der Heimsituation auch das Selbstbild der Bewohner negativ beeinflußt wird. Dies soll durch eine Extremgruppenanalyse geschehen, in der Bewohner von solchen Altenheimen, die in besonderem Maße die Kriterien einer "totalen Institution" erfüllen, mit Bewohnern anderer Altenheime verglichen werden, bei denen dies in geringerem Maße der Fall ist.

Die notwendige Dichotomisierung der Heime in "gute" und "schlechte" Heime führten wir zunächst aufgrund des Kriteriums

der allgemeinen Wohnzufriedenheit durch. Die eindimensionale Varianzanalyse zeigte signifikante Unterschiede an:

"Zunächst einmal ganz allgemein: Wie sind Sie mit ihrer Wohnung hier insgesamt zufrieden?"

	$\bar{X}$	StdAbw	N
Altenheim 1	2,4	1,02	14
Altenheim 2	1,6	0,96	16
Altenheim 3	2,1	0,93	9
Altenheim 4	3,3	1,25	4
Altenheim 5	2,3	1,10	13
Altenheim 6	1,5	0,70	15

1 = sehr zufrieden
5 = sehr unzufrieden

F = 3,3 p = 0,01

Die Heime mit den Nummern sechs und zwei weisen die mit Abstand größte Wohnzufriedenheit auf, während die anderen Heime um eine halbe Standardabweichung niedriger liegen. Die erste Gruppe werden wir im folgenden die "guten Heime", die zweite Gruppe die "schlechten Heime" nennen.

Auch hinsichtlich der Bewertung der Autonomie sowie des Heimes als Defizit-Symbol unterschieden sich die Bewohner der beiden Heimgruppen signifikant (vergl. Tab. 69-70).

Entsprechend der voraufgegangenen Analyse war nun zu erwarten, daß sich diese Heimgruppen auch hinsichtlich wesentlicher Merkmale einer "totalen" Institution unterschieden.
Wir hatten festgestellt, daß diejenigen Heimbewohner, die über ein eigenes Zimmer verfügen, eigene Möbel mitbringen konnten, ihr Bett und die Badegelegenheit nach eigenem Gutdünken benutzen, den Eßplatz wählen konnten und keine Ausgangsbeschränkung hatten, eine positivere Einstellung zum Heimaufenthalt zeigten als diejenigen Heimbewohner, die diese Möglichkeit nicht besaßen.

Tatsächlich zeigte sich, daß die schlechten Heime bei vier der sechs Indikatoren signifikant weniger freizügig waren als die guten Heime (vergl. Tab. 71-76).

Objektive Unterschiede zwischen "guten" und "schlechten" Altenheimen

Kriterium	Signifikanz
Einzelzimmer	$p \leq 0{,}01$
Eigene Möbel	$p \leq 0{,}01$
Bettbenutzung beliebig	$p \leq 0{,}01$
Badbenutzung beliebig	$p \leq 0{,}05$
Eßplatzwahl	n.s.
Ausgangsbeschränkung	n.s.

Natürlich sind die Wirkungen dieser verschiedenen Kriterien nur unter der Voraussetzung einer genaueren Betrachtung der sie begleitenden Umstände zu verallgemeinern. So ist z.B. die geringe Bedeutung der Ausgangsbeschränkung sicher dadurch bedingt, daß diese in den von uns untersuchten Heimen meist recht locker gehandhabt wird. Sicher ist dies nicht überall in anderen Heimen der Fall.
Immerhin können wir feststellen, daß erwartungsgemäß die "schlechten" Heime einige bedeutsame Kriterien einer "totalen" Institution erfüllen. Dabei muß berücksichtigt werden, daß die von uns erhobenen Kriterien keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit erheben können, vielmehr nur als Indikatoren einer umfassenden Gesamtsituation angesehen werden können.
Nach dieser Feststellung können wir nun die Hypothese testen, ob das Selbstbild der Altenheimbewohner abhängig ist von dem Grad der Totalität der Institution.
Die folgende Tafel (S. 131) zeigt, daß die realistische Lebenszufriedenheit sowie das Empfinden sozialer Abhängigkeit signifikante Unterschiede im Selbstbild der Bewohner von "guten" und "schlechten" Altenheimen aufweisen. Die anderen Dimensionen des Selbstbildes weisen zwar Unterschiede in der erwarteten Richtung auf, die aber nicht signifikant sind.

Tafel 18

Faktoren des Selbstbildes bei Bewohnern guter und schlechter Altenheime

	Unterschied gute/schlechte AH ohne Kontrolle der Beweglichkeit		Unterschied gute/schlechte AH bei Beweglichen		Unterschied gute/schlechte AH bei wenig Beweglichen	
	t=	p ≤	t=	p ≤	t=	p ≤
Realistische Lebenszufriedenheit	3.01	.004	3.09	.004	1.35	.189
Aktivitätsorientierung	1.05	.299	1.24	.221	.25	.806
Ablehnung der DE-Norm	1.13	.264	2.30	.027	- .71	.486
Soziale Abhängigkeit	1.80	.076	1.77	.085	.50	.624

Da wir in der realistischen Lebenszufriedenheit die zentrale Dimension des Selbstbildes sehen, kann unsere Hypothese als bestätigt angesehen werden: Der Grad an "Totalität", d.h. bauliche Unzulänglichkeiten und organisatorische Reglementierung beeinträchtigen das Selbstbild der Heimbewohner in einem beträchtlichen Maße.

7.2.6. Abhängigkeit der Institutionalisierungswirkungen von dem Grad der Selbsthilfefähigkeit der Bewohner

Die Beschränkung der persönlichen Verhaltensmöglichkeiten trifft natürlich nicht alle Heimbewohner in gleichem Maße. Es ist zu erwarten, daß insbesondere die Heimbewohner, die körperlich noch zu einer selbständigen Existenz in der Lage wären, in besonderem Maße unter der Reglementierung leiden.
Tafel 18 zeigt, daß die Unterschiede des Selbstbildes zwischen den Bewohnern der "guten" Heime und den Bewohnern der "schlechten" Heime sich ausschließlich auf die recht beweglichen Heimbewohner beziehen, während bei den wirklich Versorgungsbedürftigen nur geringe Unterschiede feststellbar sind.
Aufgrund dieses Ergebnisses können wir die im letzten Abschnitt nachgewiesene Feststellung weiter differenzieren durch die zusätzliche Einschränkung, daß sich die - durch die Heimgegebenheiten bedingten negativen Institutionalisierungswirkungen nahezu ausschließlich auf diejenigen Bewohner auswirken, die letztlich noch in der Lage wären, einen eigenen Haushalt zu führen.
Die Institutionalisierungswirkungen sind also nicht konstante Effekte, die bei allen Betroffenen mit dem Eintritt in ein Heim automatisch in gleicher Weise eintreten. Ob und wie sich der Heimaufenthalt auswirkt, hängt einmal von der individuellen Lage des Betroffenen ab, hier insbesondere seiner Beweglichkeit. Befindet er sich zu Hause in einer unerträglichen Situation der Hilflosigkeit, kann ein Pflegeheim mit 4-Bett-Zimmern sogar noch eine wohltuende Linderung bedeuten.

Zum anderen hängen die Heimwirkungen von den situativen Bedingungen des Heimaufenthaltes ab, wieweit es möglich ist, noch ein gewisses Privatleben zu führen, oder wie stark der Ablauf des Tages und die einzelnen Aktivitäten von der Heimleitung reglementiert werden.

7.2.7. Entwicklung des Selbstbildes bei längerfristigem Aufenthalt im Altenheim

In diesem Abschnitt soll untersucht werden, ob die Altenheimbewohner, die schon eine längere Phase der Institutionalisierung hinter sich haben, in ihrem Selbstgefühl stärker beeinträchtigt sind als diejenigen, die erst kürzer in einem Heim leben.
Eine erste korrelative Analyse ergibt folgende "Entwicklung" des Selbstbildes der Altenheimbewohner mit zunehmender Aufenthaltsdauer:

	Korrelation mit der Aufenthaltsdauer im Heim	Nach Auspartialisierung von Beweglichkeit und Wohnkomfort
Realistische Lebenszufriedenheit	r=-.04, n.s.	-.11, n.s.
Aktivitätsorientierung	r= .04, n.s.	-.04, n.s.
Ablehnung der Altersstereotypen	r=-.27, p≤0,05	-.22, p<0,05
Ablehnung d.DE-Norm	r=-.18, n.s.	-.19, n.s.
Zukunftsverlangen	r=-.01, n.s.	-.07, n.s.
Soziale Genügsamkeit	r= .06, n.s.	.01, n.s.

Abgesehen von der Verfestigung negativer Altersstereotype werden keine eindeutigen Entwicklungen sichtbar. Aus diesem Ergebnis können allerdings keine zuverlässigen Schlüsse gezogen werden, da gegen diese Analysemethode das gleiche Bedenken geltend gemacht werden muß, das auch gegen die Längsschnitt-

analyse sprach: das "Überleben einer Auslese", d.h. durch vorzeitigen Tod der psychisch und physisch besonders schwachen alten Menschen werden die Ergebnisse systematisch beeinflußt. Wer nämlich schon länger in einem Altenheim lebt, ist in der Regel besonders gesund und deshalb auch relativ zufrieden.

Dieses methodische Problem wird bei den verschiedenen Altenheimen noch in unterschiedlichem Ausmaß vergrößert, da keine einheitliche Regelung dafür besteht, wann ein Heimbewohner nach längerem Heimaufenthalt zu einem "Pflegefall" erklärt und in ein Pflegeheim überwiesen wird. Werden gebrechliche Altenheimbewohner nach einer gewissen Überprüfungsphase in ein Pflegeheim überwiesen, dann entsteht eine Situation, daß die länger im Heim wohnenden die signifikant rüstigeren Menschen sind, wie es bei einigen Heimen unserer Stichprobe der Fall war. Es ist zu vermuten, daß die "erfolgreichen Altenheimbewohner", die diesen Ausleseprozeß langfristig überleben, ein relativ positives Selbstbild haben. Andererseits gibt es ein anderes Heim in unserer Stichprobe, das die Bewohner in ihren gewohnten Räumen weiterpflegt, auch wenn sie schon Pflegefälle sind. So hat der Tatbestand eines langfristigen Aufenthaltes in einem Altenheim erheblich unterschiedliche psychische Implikationen für die Betroffenen, je nach dem, in welchem Heim sie leben.

Noch eine weitere Korrelation unserer Kontrollvariablen weist auf die Erscheinung einer Heimbewohner-Karriere (GOFFMAN 1973) hin. Wer länger in einem Heim wohnt, lebt üblicherweise unter günstigeren Wohnbedingungen ($r=.29$, $p \leq 0{,}05$). Dies kann ein Hinweis auf eine Art "Senioritätsprinzip" sein, das die Lebensbedingungen der schon lange im Heim Lebenden begünstigt.

Durch Auspartialisieren der intervenierenden Varianzen der Beweglichkeit und des Wohnkomforts ist es zwar möglich, Tendenzen negativer Institutionalisierungswirkungen anzudeuten, aber signifikant werden diese Zusammenhänge nicht. Es läßt sich mit Sicherheit sagen, daß die allgemeinen Bedingungen sowie die Belohnungen einer erfolgreichen Karriere im Altenheim zu komplex sind,als daß sie allein durch zwei Kontrollvariablen zu erfassen wären.

Unter diesem Aspekt erscheint es als eine sehr problematische Untersuchungsmethode, die Länge der Institutionalisierungsphase als Maßstab für die Intensität der Institutionalisierungswirkungen zu verwenden.

7.2.8 Zusammenfassung und Schlußfolgerungen aus der Mikroanalyse des Institutionalisierungsprozesses

Im Rahmen der Mikroanalyse konnten wir die sich schon in der Makroanalyse bei den Wohnheimanwärtern andeutende Streßsituation der Anwärter genau beschreiben. Wir stellten dabei fest, daß dieses Problem sich gerade bei den Wohnheimanwärtern auf die unzureichenden Wohnverhältnisse zurückführen läßt. Die Situation der Altenheimanwärter liegt vollkommen anders. Bei dieser Gruppe tritt die persönliche und freie Entscheidung in den Hintergrund gegenüber dem Einfluß von außen. Viele Befragte dieser Gruppe wußten nichts von ihrer Anmeldung, die oft durch Dritte vorgenommen wurde. Auch wenn die Anmeldung auf eigenes Betreiben geschah, so war sie doch oft nur zur Vorsorge, aber nicht mit dem Ziel eines möglichst baldigen Heimeintritts erfolgt. Die Heimanwärter, die sofort und bedingungslos an einem Heimeintritt interessiert waren, gaben tatsächlich an, die Wartezeit als Deprivation zu erleben.
In einem weiteren Analyseschritt konnten wir dann nachweisen, daß verschiedene räumliche und organisatorische Merkmale der Heimsituation (z.B. Einzelzimmer, ungehinderte Bettbenutzung usw.) die Einstellung zum Altenheim erheblich beeinflussen. Im Zusammenwirken können diese Merkmale, die sich dem Begriff der "totalen Institution" zumindest teilweise zuordnen lassen, das Selbstbild von Altenheimbewohnern signifikant beeinflussen. Dieser Einfluß bezieht sich jedoch in erster Linie auf diejenigen Heimbewohner, die noch in der Lage sind, sich selbst zu versorgen.
In einer Korrelationsanalyse mit der Aufenthaltsdauer im Heim zeigten sich in den meisten Dimensionen des Selbstbildes nur leichte Veränderungen. Lediglich im Bereich der negativen

Altersstereotype war eine signifikante Veränderung in Richtung auf eine verstärkt negative Bewertung des Alters bei den Längerwohnenden festzustellen. Wir haben jedoch Anhaltspunkte dafür gefunden, daß sich die Modalitäten einer Heimbewohner-Karriere (vergl. GOFFMAN 1973) als so bedeutsame intervenierende Variable bemerkbar machen, daß die Länge des Heimaufenthaltes nur einen sehr beschränkten Wert als Indikator sich kumulierender Heimwirkungen hat.
Grundsätzlich ist festzuhalten, daß in dieser Mikroanalyse einerseits Institutionalisierungswirkungen festgestellt werden konnten, die in eindeutiger Abhängigkeit von verschiedenen Heimmerkmalen stehen und geeignet sind, den Verhaltensspielraum der Bewohner noch weiter einzuengen, als dies ohnehin der Fall wäre. Diese Wirkungen sind aber insbesondere bei den Heimbewohnern festzustellen, die prinzipiell noch in der Lage wären, sich selbständig zu versorgen.

8. Baumanalyse zur optimalen Kombination der Determinanten des Selbstbildes alter, alleinstehender Menschen

Wir haben in unserer Untersuchung nachgewiesen, daß eine Reihe von Variablen wesentlichen Einfluß auf das Selbstbild der befragten alten Menschen haben. Es waren dies (vergl. Makroanalyse) zuallererst die Selbsthilfefähigkeit der alten Menschen, die diese instand setzt, einen eigenen Haushalt zu führen. Ferner konnten wir zeigen, daß zumindest bei den Wohnheimanwärtern in der Phase der Wartezeit eine persönliche Verunsicherung und Unzufriedenheit anzutreffen ist, die wir weitgehend auf die schlechten Wohnverhältnisse der Wohnheimanwärter zurückführen konnten.
In der Mikroanalyse zeigte sich ferner, daß Institutionalisierungswirkungen infolge von bestimmten Merkmalen der Heimsituation auftreten, die dem Begriff der "totalen Institution" zugeordnet werden können. Diese negativen Wirkungen auf das Selbstbild traten insbesondere bei den noch rüstigen Heimbewohnern auf, die sich durch Reglementierungen jeglicher Art in besonderem Maße beeinträchtigt fühlten. Ziel der folgenden Analyse ist es, diese Einzelaussagen in einen Gesamtkontext zu stellen, der die Bedeutsamkeit der einzelnen Determinanten des Selbstbildes berücksichtigt, indem er sie in eine Art Einflußhierarchie gliedert. Das bedeutet, daß die Determinanten einer abhängigen Variablen (hier des Selbstbildes) in eine Reihenfolge gebracht werden entsprechend dem Anteil der durch sie erklärten Varianz. Das von uns hierzu verwendete Verfahren, der "Automatische Split zur optimalen Kombination erklärender Faktoren" (AUSPIK) von BIERVERT, DIERKES & WALZEL (1968) basiert auf dem Prinzip der einfachen Varianzanalyse. Dabei werden von den in die Analyse eingehenden kontinuierlichen Klassifikationen eines Merkmals alle möglichen Dichotomien gebildet und ihr Einfluß auf den Skalenwert berechnet. Das Kriterium ist dabei die Höhe der F-verteilten Meßzahl Q, die die Relation zwischen den Varianzen "Zwischen den Gruppen" und den Varianzen "Innerhalb der Gruppen" bei allen Dichotomien eines Merkmals repräsentiert. Diejenige Dichotomie mit dem größten

Q-Wert steht anschließend an der Spitze der Einflußhierarchie. Für die aus dieser ersten Dichotomisierung entstandenen zwei Gruppen wird wiederum je eine Dichotomisierung aufgrund der nächst-bedeutsamen Variablen vorgenommen, so daß sich in einer graphischen Darstellung eine verzweigte Aufteilung der abhängigen Variablen ergibt, aus der sich die Bezeichnung "Baumanalyse" (engl. "tree-analysis") ableitet. Als Determinanten des Selbstbildes verwenden wir die Variablen, die sich schon in der bisherigen Analyse als diskriminierungsfähig erwiesen hatten.

1. Persönlichkeitsmerkmale

   a) Die Selbsthilfefähigkeit Klassifikationen
      mit den Skalenwerten 7 (sehr beweglich bis
      21 (sehr unbeweglich)

   b) Bildung
      Volksschule unvollst.
      Volksschule o. Lehre
      Volksschule m. Lehre
      mittlere Reife
      Abitur/Hochschule

   c) finanzielles Auskommen (subjektiv)
      gut
      gerade eben
      gar nicht

2. Altersgerechte Wohnverhältnisse
   Index der objektiven Wohnsituation

3. Stellung im Institutionalisierungsprozess

   a) Institutionalisierung
      - lebt in eigener Wohnung selbständig
      - lebt im Wohnheim
      - in "guten" Altenheimen
      - in "schlechten" Altenheimen

   b) Anwärterstatus
      - ja
      - nein

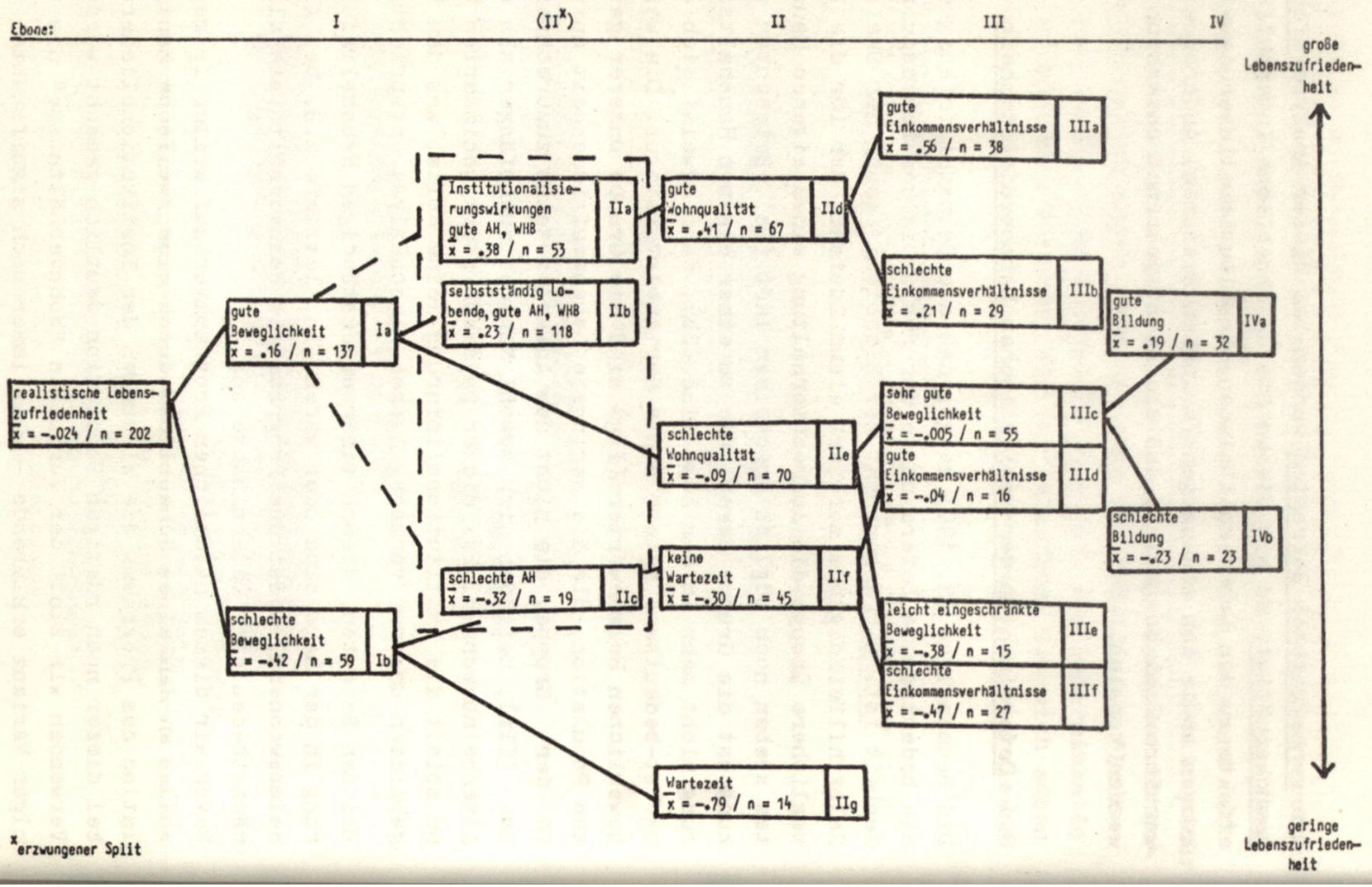
Die verheirateten Befragten wurden bei dieser Analyse nicht berücksichtigt, da mit diesem Status erhebliche Interaktionseffekte zu den Wohnverhältnissen, Institutionalisierungswirkungen sowie den abhängigen Variablen bestehen. Andererseits war ihre Zahl so gering, daß sie nicht getrennt untersucht werden konnten.

8.1 Determinanten der realistischen Lebenszufriedenheit

Die Baumanalyse (S. 140) zeigt, daß die Selbsthilfefähigkeit die bedeutsamste Determinante der realistischen Lebenszufriedenheit ist. Der Trennpunkt der Dichotomisierung der Skala der Selbsthilfefähigkeit markiert einen Zustand, der für die beweglichere Gruppe die Aufrechterhaltung eines eigenen Haushaltes soeben noch möglich erscheinen läßt (Ia). Betrachten wir zunächst die Gruppe derer, die zu einer eigenen Haushaltsführung nicht mehr in der Lage sind (Ib), dann erweist sich als nächst-bedeutsame Determinante der Anwärterstatus. Die wenig beweglichen Heimanwärter (IIg) sind die Gruppe unserer gesamten Population, die die geringste Lebenszufriedenheit aufweist. In der Gruppe, die nicht dem Anwärterstatus zuzurechnen ist (IIf), befinden sich sowohl Mahlzeitenempfänger als auch Altenheimbewohner. Bei dieser physisch stark behinderten Gruppe spielt die Institutionalisierung keine Rolle, was den Ergebnissen unserer vorangegangenen Mikroanalyse entspricht.

Bei den Betagten, die zu einer eigenständigen Haushaltsführung in der Lage sind oder wären (Ia, letztere z.B. bei Altenheimbewohnern) weist das Programm die Wohnverhältnisse als nächstbedeutsame Determinante aus.
Bevor wir diesem natürlichen Programmverlauf weiter folgen, sollen an Hand eines Schaubildes durch eine zweifache Manipulation des Programms die Wirkungen der Institutionalisierung bei dieser noch rüstigen Population deutlich gemacht werden. Verwenden wir statt der Variablen "Wohnverhältnisse" die weniger Varianz erklärende - aber immer noch signifikante (vergl. Tab. 78) - Variable "Institutionalisierung", dann er-

Einfluß verschiedener Determinanten auf die realistische Lebenszufriedenheit



x erzwungener Split

gibt sich der in gestrichelten Linien eingerahmte Split in Bewohner schlechter Altenheime (IIc) einerseits und solche von guten Altenheimen, Wohnheimen und selbständig Lebenden andererseits (IIb). Die Lebenszufriedenheit der Bewohner "schlechter" Altenheime wird durch die Institutionalisierungswirkungen auf das Niveau der Versorgungsbedürftigen herabgedrückt. Scheiden wir bei diesem Split noch die Gruppe derer aus, die selbständig wohnen (sie haben im Gegensatz zu unseren Erwartungen eine geringere Lebenszufriedenheit als die Wohnheimbewohner und Bewohner guter Altenheime; vergl. Tab. 77), dann erhalten wir den Zufriedenheitswert der Bewohner von guten Altenheimen und Wohnheimen, die relativ rüstig sind und einen relativ hohen Zufriedenheitsdurchschnitt haben (IIa). Dieser Schritt hat die Ergebnisse aus der Mikroanalyse bestätigt: die noch zu einer selbständigen Haushaltsführung fähigen alten Menschen wurden von den Institutionalisierungswirkungen restriktiv geführter Altenheime in besonderem Maße getroffen, während andererseits nicht-restriktiv geführte Altenheime und Altenwohnungen durchaus noch positive Auswirkungen auf die Bewohner haben.

Kehren wir zurück zu dem ursprünglichen Split der guten (IId) und schlechten (IIe) Wohnverhältnisse, die einen größeren Varianzanteil der Lebenszufriedenheit erklärt als das Faktum der Institutionalisierung. Dabei ist daran zu erinnern, daß wir in der Mikroanalyse die Unzufriedenheit der Wohnheimanwärter auf die unzureichenden Wohnverhältnisse zurückführen konnten. In den recht beweglichen Bewohnern nicht altersgerechter Wohnungen (IIe) können wir die Wohnheimanwärter sehen, die sich von diesen Wohnungen überfordert fühlen. Dies zeigt sich darin, daß diejenigen von ihnen, die auch nur geringe Beeinträchtigungen ihrer Beweglichkeit angeben (IIIe), deutlich unzufriedener sind als diejenigen, die keinerlei körperliche Probleme haben (IIIc).
Zusammenfassend können wir also feststellen, daß sich die Schlußfolgerungen aus den vorangegangenen Abschnitten bestätigen ließen:

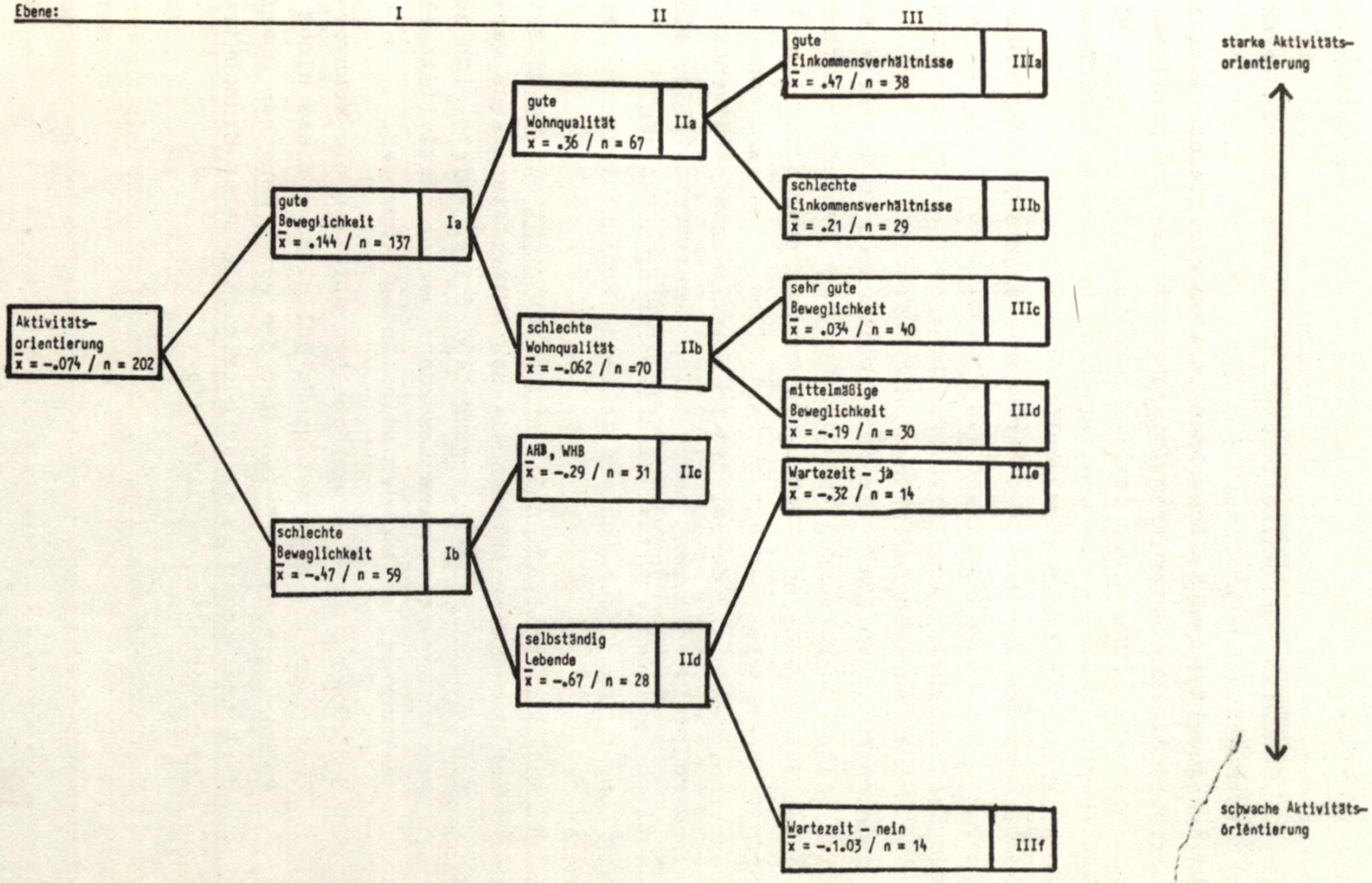
1. Die Fähigkeit, einen eigenen Haushalt führen zu können, beeinflußt die Lebenszufriedenheit der Betagten entscheidend.
2. Institutionalisierungswirkungen sind abhängig von dem körperlichen Zustand der Betagten einerseits und der Beschaffenheit der betroffenen Institutionen andererseits. So unterliegen rüstigere Menschen in relativ "totalen" Institutionen den größten Institutionalisierungswirkungen.
3. Die Wartezeit bedeutet für diejenigen, die versorgungsbedürftig sind, eine ganz außerordentliche Belastung und bringt diese Gruppe auf das unterste Niveau der Lebenszufriedenheit.
4. Unzureichende Wohnverhältnisse (Treppen, Kohleheizung usw.) stellen auch leicht behinderte alte Menschen vor schwer lösbare Probleme.

8.2. Determinanten der Aktivitätsorientierung

Zum besseren Verständnis dieser Dimension des Selbstbildes muß betont werden, daß der Einstellung "Aktivitätsorientierung" durchaus nicht ein aktives Verhalten entsprechen muß (vergl. Kap. 7.1.3.3.). Sie sollte dagegen als Deskription der Selbstinterpretation der von uns befragten alten Menschen angesehen werden.

Prinzipiell gleicht das Gerüst der Determinanten der Aktivitätsorientierung dem der realistischen Lebenszufriedenheit. So spielt auch hier zuerst die Selbsthilfefähigkeit mit dem gleichen Trennpunkt die wesentlichste Rolle, während bei der rüstigen Population (Ia) an zweiter Stelle die objektiven Wohngegebenheiten als Einflußparameter folgen.
Bei den Versorgungsbedürftigen (Ib) dagegen zeigt sich ein entscheidender Unterschied, den wir auch schon in der Makroanalyse angedeutet hatten: Die institutionalisierten Heimbewohner (IIc) zeigten eine größere Aktivitätsorientierung als

Einfluß verschiedener Determinanten auf die Aktivitätsorientierung



die Nicht-Institutionalisierten (IId). Von diesen hatten wiederum diejenigen, die nicht Heimanwärter waren (IIIg) (im wesentlichen also die Mahlzeitenempfänger), die niedrigste Aktivitätsorientierung überhaupt.
Da die Anwärter und Heimbewohner in etwa die gleiche Aktivitätsorientierung haben, kann diese nicht als eine positive, aktivierende Wirkung der Institutionalisierung angesehen werden (vergl. Formel 5 S. 98), wie dies bei den Wohnheimbewohnern der Fall ist (vergl. S. 103).
Möglicherweise ist die besonders geringe Aktivitätsorientierung der Mahlzeitenempfänger ein Persönlichkeitszug, der mit dem Festhalten an einer gewohnten Lebenssituation auch unter schwierigen äußeren Bedingungen korrespondiert.
Die noch Rüstigen (Ia), die prinzipiell noch in der Lage sind, sich selbst zu versorgen und einen eigenen Haushalt zu führen, werden von ungenügenden Wohnverhältnissen sehr schnell an die Grenze ihrer Belastbarkeit geführt (IIb). Dies wird dadurch deutlich, daß unter denen, die in relativ unbefriedigenden Wohnverhältnissen leben, schon leicht Behinderte (IIIe) eine deutlich geminderte Aktivitätsorientierung aufweisen.
Wir können aus dieser Analyse folgende Schlußfolgerungen ziehen:

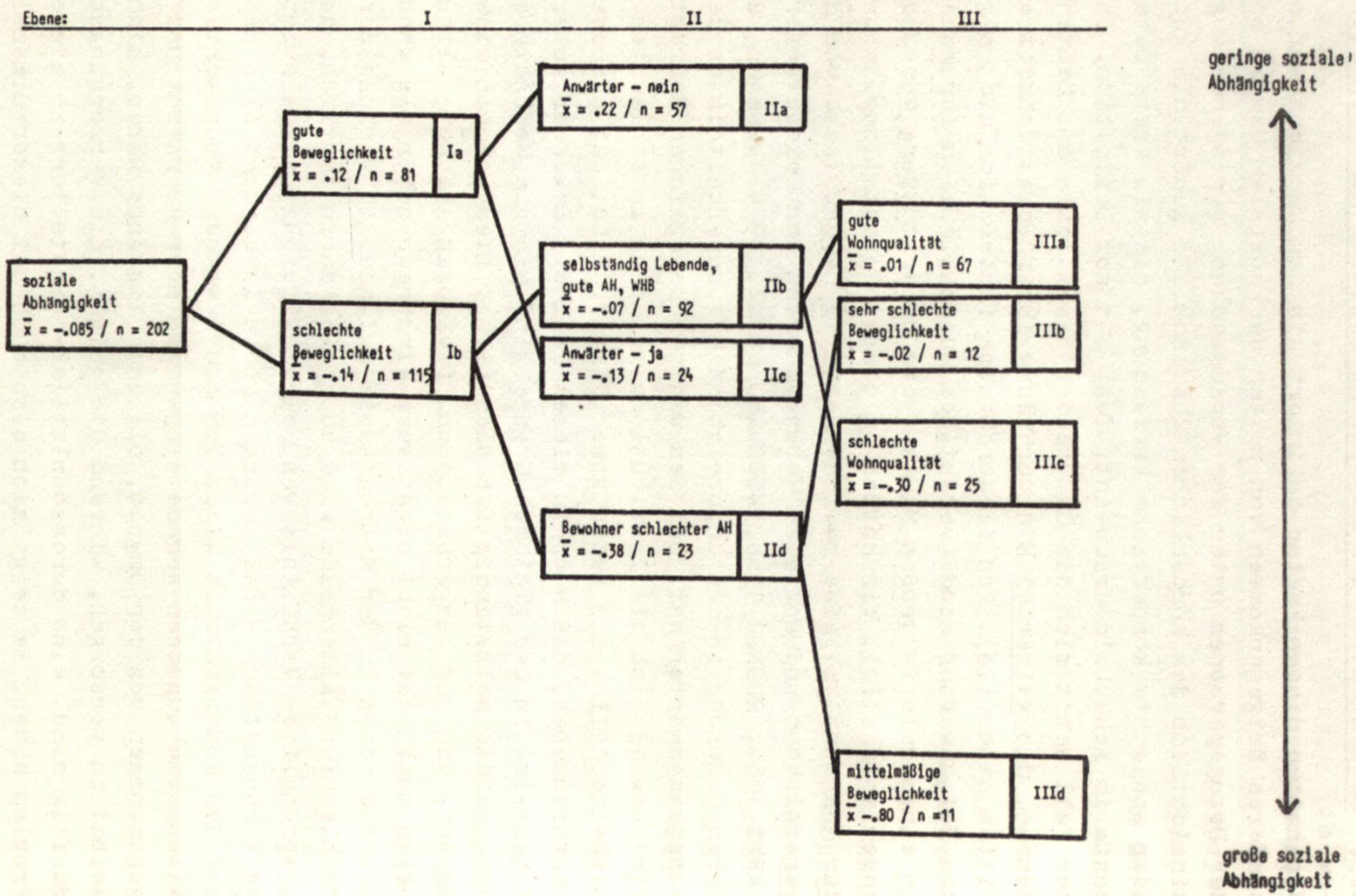
1. Mit der Institutionalisierung ist nicht ein Bewußtsein der Diskontinuität des eigenen Aktivitätsniveaus verbunden. Bei den Versorgungsbedürftigen zeigte sich sogar im Gegenteil eine besonders geringe Aktivitätsorientierung auf seiten der selbständig Wohnenden.

2. Bei den rüstigen alten Menschen spielten die Wohnverhältnisse die erwartet große Rolle. Sind diese nicht "altersgerecht", fühlen sich die alten Menschen überfordert und kommen zu einer pessimistischeren Einschätzung ihrer Verhaltensmöglichkeiten.

8.3. Determinanten der Empfindung sozialer Abhängigkeit

Wir hatten diesen Faktor definiert als den Verzicht auf besonderes Entgegenkommen von seiten der sozialen Umwelt oder der Bezugspersonen unter der Voraussetzung geringerer Ängste hinsichtlich des körperlichen Zustands. So gehört die gute oder schlechte körperliche Verfassung, die als erste Determinante im Schaubild erscheint, fast mit zur Definition. In diesem Fall setzt sich die Gruppe der Beweglichen aus Leuten zusammen, die keinerlei Einschränkung ihrer Beweglichkeit erlitten haben (Ia). Von dieser Gruppe fühlen sich diejenigen, die Heimanwärter sind (vermutlich ausschließlich für Wohnheime), in einem relativ großen Maß auf die Unterstützung von anderen angewiesen (IIc). Wir hatten in dieser Feststellung schon in der Makroanalyse eine gewisse Bestätigung der These von der persönlichen und sozialen Verunsicherung der Heimanwärter (KENT 1964, ROSNER 1966, WOODWARD et al. 1974) gesehen, die ihren Ursprung in den unzureichenden Wohnverhältnissen der Wohnheimanwärter hat. Bei den weniger beweglichen Befragten (Ib) erwies sich die Institutionalisierung in schlechten Altenheimen (IId) als bedeutsamer Faktor. Dabei ist besonders hervorzuheben, daß auch in diesem Fall die Bewohner guter Altenheime in der gleichen Gruppe sind wie die Wohnheimbewohner und die selbständig Lebenden (IIb). Dies ist ein Hinweis darauf, daß gut ausgerüstete und freizügig geführte Altenheime zumindest nicht negativere Wirkungen haben als Wohnheime. Die schon in der Mikroanalyse aufgezeigte Wirkung der "schlechten" Altenheime wird auch hier darin deutlich, daß das ursprüngliche Verhältnis von Selbsthilfefähigkeit als implizite Voraussetzung eines geringen Abhängigkeitsgefühles genau auf den Kopf gestellt wird. Von den Bewohnern "schlechter" Altenheime wünschen gerade diejenigen mehr Rücksicht und Entgegenkommen von der Umwelt, die noch imstande wären, sich selbst zu versorgen, während diejenigen, die versorgungsbedürftig sind, eine durchschnittliche Einstellung zu diesem Problem haben. Es zeigt sich also auch bei dieser Dimension, daß die durch eine Institutionalisierung hervorgerufene per-

Einfluß verschiedener Determinanten auf das Empfinden sozialer Abhängigkeit

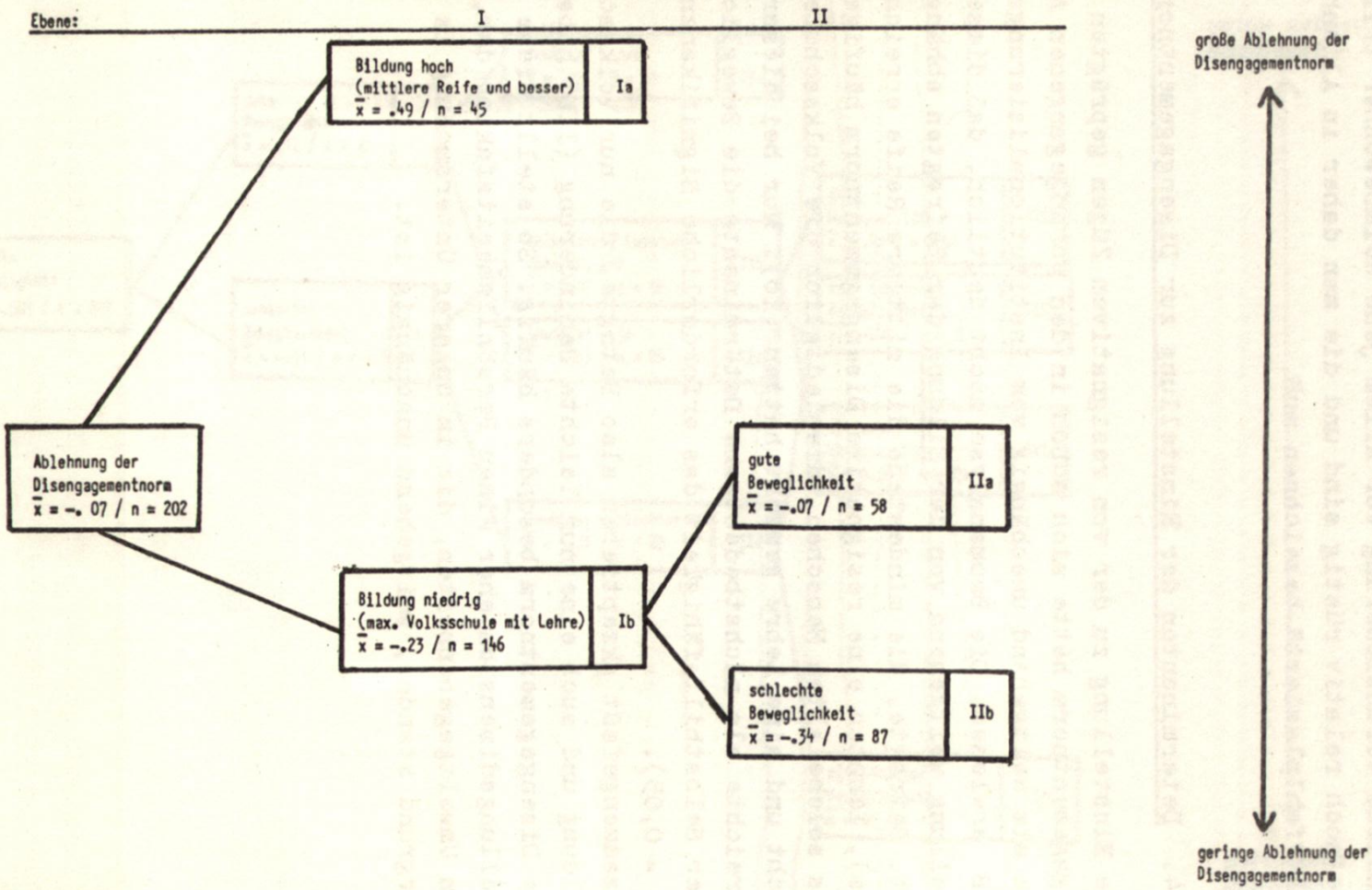


sönliche Verunsicherung vor allem jene Heimbewohner trifft, die noch relativ rüstig sind und die man daher in Altenheimen als "fehlplaziert" bezeichnen muß.

8.4. Determinanten der Einstellung zur Disengagementnorm

Die Einstellung zu der von resignativen Zügen geprägten Disengagementnorm hatte sich schon in den vorangegangenen Analysen als weitgehend unabhängig vom Institutionalisierungsprozeß erwiesen. Die Baumanalyse macht deutlich, daß diese Einstellung weitgehend von der Bildung der Befragten abhängig ist. Befragte, die mindestens die mittlere Reife erreichten (Ia), lehnten eine resignative Disengagementnorm häufiger ab als solche alten Menschen, die lediglich die Volksschule besucht und eine Lehre gemacht hatten (Ib). Nur bei dieser Gruppe erreichte als nächstbedeutsame Determinante die Beweglichkeit oder Selbsthilfefähigkeit das erforderliche Signifikanzniveau ($p = 0,05$).
Zusammengefaßt akzeptieren also Betagte, die nur Volksschulbildung und auch eine nur leichte Behinderung (IIb) haben die Disengagementnorm besonders häufig. So stellt diese Einstellungsdimension eher einen Persönlichkeitsfaktor dar, der von Umweltgegebenheiten, die in unserer Untersuchung im Vordergrund standen, weitgehend unabhängig ist.

Einfluß verschiedener Determinanten auf die Ablehnung der Disengagementnorm



9. Zusammenfassung der empirischen Befunde in Thesenform

- Die Unterbringung alter Menschen in Heimen hat keine notwendigen prinzipiell negativen Auswirkungen auf ihr Selbstbild. Zwar ist die Lebenszufriedenheit von Altenheimbewohnern im Durchschnitt sehr gering, jedoch ist dies weitgehend ihren häufigen Krankheiten und Behinderungen zuzuschreiben. So unterscheidet sich das Selbstbild der Mahlzeitenempfänger, die sich gesundheitlich in einer ähnlichen Situation befinden, jedoch noch in ihren Privatwohnungen leben, nicht von dem der Altenheimbewohner.
- Der Heimeintritt ist weder Folge noch Ursache für eine Einstellung, die eine Ausgliederung alter Menschen aus der Gesellschaft bejaht.
- Das Auftreten negativer Institutionalisierungswirkungen hängt u.a. von der praktischen Organisation des Heimes und seinen räumlichen Gegebenheiten ab. Wir konnten zeigen, daß Einzelzimmer, die Möglichkeit, eigene Möbel mitzunehmen, freie Bettbenutzung, freie Wahl des Eßplatzes, freie Badbenutzung, keine Zeitbeschränkung beim Ausgehen, das Vorhandensein eines eigenen Fernsehens sowie ein entgegenkommendes Verhalten des Personals einen signifikanten Zusammenhang mit positiven Einstellungen gegenüber der Heimsituation aufweisen. Diese Kriterien können nach einer Systematik von BENNETT & NAHEMOW (1965) als Elemente totaler Institutionen definiert werden.
- Nach diesen Kriterien als "total" definierte Heime haben negative Wirkungen auf das Selbstbild der Bewohner. Diese weisen eine geringere Lebenszufriedenheit sowie ein intensiveres Gefühl sozialer Abhängigkeit von anderen auf als die Bewohner weniger restriktiver Heime. Institutionalisierungswirkungen ließen sich also auch in der vorliegenden Untersuchung nachweisen; sie waren jedoch abhängig von der "Totalität" der Heimsituation.
- Diese Institutionalisierungswirkungen restriktiver Heimbedingungen wirken sich insbesondere auf solche Heimbewohner aus, die noch relativ beweglich sind und sich u.U. noch

selbst versorgen könnten. Es ist verständlich, daß gerade diejenigen unter einer die Verhaltensfreiheit einengenden Heimsituation leiden, die infolge ihrer guten physischen Voraussetzungen noch ein größeres Bedürfnis nach selbständigem Handeln haben.

- Die Korrelation mit der Aufenthaltsdauer im Heim ergab keine eindeutig zu interpretierenden Veränderungen des Selbstbildes. Wir konnten einige Faktoren zur Erklärung dieses Phänomens aufzeigen: z.B. die Praxis mancher Heime, behinderte alte Menschen schon relativ schnell in die Pflegeabteilung zu überweisen. Dies führt zu einer Art "Stichprobenmortalität", die bewirkt, daß meist relativ rüstige und zufriedene Heimbewohner auf eine lange Aufenthaltszeit zurückblicken können, während die gebrechlicheren in Pflegeheime kommen. Außerdem gibt es Hinweise auf eine Art "Senioritätsprinzip" in den Heimen, die Längerwohnenden günstigere Lebensbedingungen zubilligt. Diese Hinweise auf eine "Heimbewohnerkarriere" verdeutlichen, daß die Länge der Institutionalisierungsphase nur ein unvollkommener Maßstab für die Intensität der Institutionalisierungswirkungen ist.
- Die Wirkungen der Wartezeit sind - wie die Institutionalisierungswirkungen - abhängig von der Selbsthilfefähigkeit der Betroffenen. Wenn diese nicht mehr in der Lage sind, einen eigenen Haushalt zu führen, dann führt die Unsicherheit der Wartezeit zu einer geringeren Lebenszufriedenheit, als sie vergleichbare Mahlzeitenempfänger oder Altenheimanwärter aufweisen. Demgegenüber spielt bei den Menschen, die sich noch prinzipiell selbst versorgen können (meist Wohnheimanwärter), die Wartezeit als solche keine entscheidende Rolle. Vielmehr ist es die unzureichende Beschaffenheit ihrer Wohnsituation, die ihre physischen Kräfte in mehr oder minder großem Ausmaß überfordert und deshalb zu geringer Lebenszufriedenheit und intensiveren Abhängigkeitsgefühlen führt.

10. Schlußbemerkungen

Die vorliegende Arbeit behandelte die praktische Fragestellung nach den negativen Wirkungen einer Unterbringung von alten Menschen in Altenheimen. Dabei stellten sich erhebliche methodische und theoretische Probleme, die in dieser Untersuchung nur vorläufig gelöst werden konnten.

Der erste Problemkreis hängt mit dem unbefriedigenden Entwicklungsstand einer Theorie erfolgreichen Alterns zusammen. Solange keine befriedigende Definition von erfolgreichem Altern existiert und keine standardisierten, allgemein akzeptierten Indikatoren für diesen Begriff entwickelt sind, muß jede praxisorientierte Forschung zu mehr oder minder ad hoc entwickelten Konzepten greifen.

Wir haben in dieser Arbeit zu einer traditionellen Strategie gegriffen, indem wir verschiedene, schon vorhandene Operationalisierungen verwendeten, auch wenn sie keinem einheitlichen Konzept entstammen. Auch wenn so notwendigerweise den von uns verwendeten Instrumenten das umfassende gemeinsame theoretische Konzept fehlt, steht außer Zweifel, daß sie relevante psychische Dimensionen erfassen. Dabei zeigte sich, daß die subjektive Interpretation der eigenen Lebenssituation bzw. die Lebenszufriedenheit trotz ihrer - von der Intensität der Rationalisierung abhängigen - Relativität und den mit ihr verbundenen erhebungstechnischen Problemen, wie z.B. der sozialen Erwünschtheit, ein sehr wirksamer Indikator erfolgreichen Alterns ist. Wir haben gezeigt, daß letztlich auch die mehr normativen Modelle über die Bedingungen erfolgreichen Alterns, nämlich die Disengagement- bzw. Aktivitätstheorie, die subjektive Zufriedenheit als Kriterium ihrer "Richtigkeit" verwenden.

Angesichts der in dieser Arbeit andiskutierten Unzulänglichkeiten der Verwendung von Zufriedenheitsaussagen erscheint es für die Zukunft notwendig, das Ausmaß der u.U. hinsichtlich der Lebenszufriedenheit stattfindenden Rationalisierung bzw. Dissonanzreduktion und ihre psychischen Wirkungen in den Griff zu bekommen.

Ungeachtet dieser Probleme konnte in dieser Arbeit aufgezeigt werden, daß die häufig zitierten Institutionalisierungswirkungen von den jeweiligen Bedingungen der Heimsituation und der persönlichen Situation bzw. der körperlichen Verfassung der Heimbewohner abhängig sind. Recht mobile alte Menschen, die sich letztlich noch selbst versorgen könnten, leiden am meisten unter solchen organisatorischen und baulichen Gegebenheiten eines Heimes, die ihren Verhaltensspielraum einengen.

Aus dieser Feststellung können zum einen Folgerungen hinsichtlich der adäquaten Beschaffenheit von Altenheimen gezogen werden. In baulicher Hinsicht liegen schon seit einiger Zeit Ratschläge zur Gestaltung von Altenheimen vor, die sich zum Teil mit unseren Ergebnissen decken (Veröffentlichungen des Instituts für Altenwohnbau, Köln).

In organisatorischer Hinsicht berücksichtigt der gegenwärtig verstärkt geförderte Bau von Altenwohnungen das Autonomiebestreben der alten Menschen. Es hat sich aber in unserer Untersuchung gezeigt, daß in die üblichen Altenwohnungen nur vergleichsweise "junge" alte Personen ziehen, während sehr alte (über 75 Jahre), aber rüstige oder nur leicht behinderte Menschen oft in traditionellen Heimen anzutreffen sind, obwohl sie bei der gegenwärtigen Struktur oft als fehlplaziert bezeichnet werden müssen. Bei einem Teil dieser Altenheime muß eine Neuorientierung der Organisation verlangt werden, die eine geringere Reglementierung der Bewohner mit sich bringt.

Darüber hinaus zeigt die Zahl der Fehlplazierten, d.h. der noch relativ rüstigen Altenheimbewohner, daß die ambulante Versorgung alter Menschen in ihren Privatwohnungen noch nicht ausreicht, um alten Menschen die Sicherheit zu geben, daß ihnen in Krisensituationen für zeitlich begrenzte Probleme eine Hilfe in der eigenen Wohnung und als Dauerlösung ein Heimplatz jederzeit zur Verfügung steht. Solche Maßnahmen können u.U. die häufig von Ängsten und von Fremdbestimmung gekennzeichnete Situation der Altenheimanwärter entlasten.

Literaturverzeichnis

ALTMANN, I., TAYLOR, D.A. und WHEELER, L.: Ecological aspects of group behaviour in social isolation. In: Journal of Applied Social Psychology 1971, 1 (1), S. 76 - 100

ANDERSON, J.E.: Environment and meaningful activity in: WILLIAMS, R.H. et al.: Process of aging I & II, New York 1963

ANDERSON, N.: Social activity, self-conception and institutionalization of older people. Paper read at 7th annual meeting of Gerontological Society 1964, zitiert nach BENNETT & NAHEMOW 1965

ANDERSON, N.H.: Likableness ratings of 555 personality-trait words. J. Pers. Soc. Psychol. 1968, 9, S. 272-279

ANGER, H., WIENDIECK, G. & BESOZZI, C.: Alterssuizid. 2. Forschungsbericht an die DFG Köln 1971

ANGER, H.: Befragung und Erhebung. In: GRAUMANN, C.F. (Hrsg.): Sozialpsychologie, Handbuch der Psychologie, Bd. 7, 1. Halbband. Göttingen 1969, S. 567 - 617

BATEMAN, I.F. & DUNHAM, M.W.: The state mental hospital as a specialized community experience, Am.J.Psychiatry, 1958, 105, S. 445-448

BENNETT, R.: The meaning of institutional life, Gerontol. 1963, 3, S. 117 - 125

BENNETT, R. & NAHEMOW, L.: Institutional totality and criteria of social adjustment in residences for the aged. J.Soc.Iss. 1965, 21, 4, S. 44 - 78

BENNINGHAUS: Soziale Einstellungen und soziales Verhalten. Zur Kritik des Attitüdenkonzepts. In: ALBRECHT, G.; DAHEIM, H. & SACK, F. (Hrsg.): Soziologie - Festschrift für René König zum 65. Geburtstag, Opladen 1973

BIERVERT, B., DIERKES, M. & WALZEL, A.: Automatischer Split zur optimalen Kombination erklärender Faktoren. Auspik - ein Vorschlag zur Analyse sozialwissenschaftlicher Daten. Als Manuskript vervielfältigt, Köln 1968

BLUME, O.: Möglichkeiten und Grenzen der Altenhilfe, Tübingen 1968

BLUME, O.: Alte Menschen in der Großstadt - hilflos? In: SCHULTZ, U. (Hrsg.) 1971: Umwelt aus Beton oder unsere unmenschlichen Städte.

BLUME, O.: Aufgaben der sozio-gerontologischen Wohnforschung. Act.Geron.2, 1972, S. 745 - 750

BUNGARD, W.: Isolation und Einsamkeit im Alter - eine sozialpsychologische Studie -, Köln-Opladen 1975

CARLSMITH, J.M.; COLLINS, B.E. & HELMREICH, R.L.: Studies in forced compliance: The effect of pressure for compliance on attitude change produced by face-to-face role playing and anonymous essay writing. J.Person. and Soc. Psychol. 1966, 4, 1 - 13

CAVAN, BURGESS, HAVIGHURST, GOLDHAMER: Personal adjustment in old age, Chicago 1949

COE, R.M.: Self conception and institutionalization In: ROSE & PETERSON 1965

COE, R.M. & BARNHILL, E.: Social participation and health of the aged. In: ROSE & PETERSON, 1965

CUMMING, E. & HENRY, W.E.: Growing old - the process of disengagement, New York 1961

CURRY, T.M. & RATLIFF, B.W.: The effects of nursing home size on resident isolation and life satisfaction, Gerontologist 1973, Vol 13,3, S. 295-298

DAMIANOPOULOS, E.: A formal statement of disengagement theory. In: CUMMING, E. & HENRY, W.E.: Growing old - the process of disengagement, New York 1961

DAVIDSON, H.H. & KRUGLOV, L.: Personality characteristics of the institutionalized aged. Journal of consulting psychology, 1952, 16,5 - 12

DeFLEUR, M. & WESTIE, F.R.: Attitude as a scientific concept. Social Forces 42 (1963), S. 17 - 31

DONAHUE, W., HUNTER, W.W. & COONS, D.: A study of the socialization of old people. Geriatrics 1953, 8, S. 656 - 666

DREITZEL, H.P.: Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft - Vorstudien zu einer Pathologie des Rollenverhaltens, Stuttgart 1972

DURKHEIM, E.: The division of labor in society, New York 1933, Nachdruck von Paris 1893

ERBSLÖH, E.: Das Interview, Stuttgart 1972

ESSER, H.: Der Befragte. In: v.KOOLWIJK, K.J. & WIEKEN-MAYSER, M.: Techniken der empirischen Sozialforschung Bd. 4, München-Wien 1974

ESTES, C.L. & SCHOOLER, K.K.: Effects of resedential mobility and changed physical environment on the individuals adjustment to the aging process. In: Proc. VIIth Intern. Congr., Gerontology, Wien 1966, 6, S. 259 - 262

FESTINGER, L.: A theory of cognitive dissonance. Stanford, Calif. 1957

FESTINGER, L., SCHACHTER, S. & BACK, K.: Social pressures in formal groups: a study of human factors in housing, New York 1950

FINK, H.H.: The relationship of time perceptive to age, institutionalization and activity. In: J. Gerontol. 1957, S. 414 - 417

FRÖHLICH, W.D., BECKER, J., BENGTSON, V.L. & BIGOT, A.: The problem of the cross-national reliability of ratings, some tentative approaches and findings. In: R. HAVIGHURST et al. (Hrsg.): Adjustment to retirement, Van Gorcum Assen, 1969, S. 18-34

GAENSSLEN, H. & SCHUBÖ, W.: Einfache und komplexe statistische Analyse UTB, 1973

GOFFMAN, E.: Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates, 1961
dt. Ausgabe: Asyle, über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Frankfurt 1973

GOLDFARB, A.: Predicting mortality in the institutionalized aged. In: Archivies of Gen. Psychiatry 1969, 21 (2) S. 172 - 176

GUILDFORD, J.P.: Persönlichkeit, Weinheim 1964

HARTLAGE, L.C. & HALE, Ph.: Self concept decline from psychiatric hospitalization. In: J.Indiv. Psychol. 1968, 24 (2), S. 174 - 176

HARTMANN, L.: Die Probleme mit alten Menschen beim Basteln. In: Altenheim, 1974, 3, S. 62 - 64

HAVIGHURST, R.J.: Successful aging. In: Williams, R.H. et al.: Process of aging I u. II, New York 1963

HAVIGHURST, R.J., NEUGARTEN, B.L. & TOBIN, S.S.: Disengagement and patterns of aging. In: NEUGARTEN, B.L.: Middle age and aging, 1968

HAVIGHURST, R.J., MUNNICHS, M.A., NEUGARTEN, B.L. & THOMAE, H.: Adjustment retirement - a cross national study. Assen 1969

HEIDER, F.: On perception, event structure, and psychological environment. In: Psychological Issues, Pt. 3 New York: International Universities Press 1959

HENRY, W.E.: The theory of intrinsic disengagement. In: HANSEN, P.F. (Hrsg.): The age with a future. Philadelphia 1964

ITTELSON, W.H., PROSHANSKY, H.M. and RIVLIN, L.G.: The environmental psychology of the psychiatric word. In: PROSHANSKY et al. 1970

KAHANA, B. & KAHANA, E.: Changes in mental status of elderly patients in age-integrated and age-segregated hospital milieus. In: Journal of Abnormal Psychology, 1970, 75, S. 177 - 181

KATZ, D. & STOTLAND, E.: A preliminary statement to a theory of attitude structure and change. In: KOCH, S. (Hrsg.) Psychology: A study of a science, Vol. III, New York 1959, S. 423 - 475

KIRA, I.: Bathroom problems in an institutional setting. in: Proshansky et al. 1970

KENT, E.A.: Role of admission in adaption of older persons in institutions. In: Psych.Abstr. 1964, 2, 38

KLEEMEIER, R.W.: Attitudes toward special settings for aged. In: WILLIAMS, R.H. & TIBBITS, C. & DONAHUE, W. (Hrsg.): Processes of aging, 1963, Vol. II, S. 101, 121

KÖNIG, R.: Anpassung. In: BERNSDORF, W. (Hrsg.): Wörterbuch der Soziologie. 2. Aufl. 1969

KOGAN, N.: Attitudes toward old people: the development of a scale and an examination of correlates. In: Journal of abnormal and social psychology, 1961, 62, S. 44 - 54

KUHLEN, R.G.: Aging and life-adjustment. In: BIRREN, J.E.: Handbook of aging and the individual-psychological and biological aspects, Chicago 1959

KUHLENKAMPFF, et al.: Interdisziplinäres geriatrisches Forschungsprogramm, Zwischenbericht, Düsseldorf, Sept. 1972

KUTNER, B., FANSHEL, D., TOGO, A.M. & LANGNER, T.S.: Five hundred over sixty; a community survey on aging. Russel Stage Foundation, New York 1956

LAKIN, M.: Formal characteristics of human figure drawings by institutionalized and non-institutionalized aged. In: J.Gerontol. 1960, S. 76-78

LAVERTY, R.: Nonresident aid-community versus institutional care for older people. In: J. Gerontol. 1950, 5, S.370-374

LAWTON, M.P.: Social rehabilitation of the aged: Some neglected aspects. J. Am.Geriatrics Society, 1968, 16(12), S. 1346 - 1363

LAWTON, M.P. & SIMON, B.B.: The ecology of social relationship in housing for the elderly. Gerontologist, 1968, 8, 108-115

LAWTON, M.P. & KLEBAN, M.H.: The aged resident of the inner city. Gerontologist 1971, 11, 277-283

LAWTON, M.P. & NAHEMOW: Ecology and the aging process. In: The psychology of adult development and aging, Washington 1973

LEHR, U.: Sozialpsychologische Aspekte der Heimübersiedlung älterer Mitbürger. In: THOMAE, H. & LEHR, U. (Hrsg.) Altern - Probleme und Tatsachen, Frankfurt 1968

LEHR, U.: Psychologie des Alterns, Heidelberg 1972

LEHR, U. & RUDINGER, G.: Strukturen der sozialen Teilhabe im höheren Lebensalter. Veröff.Dtsch.Ges. Gerontologie 4, 82-89, Darmstadt 1970

LEHR, U.: Institutionalisierung alter Menschen als psychologisches Problem, in: SCHUBERT (Hrsg.) 1970

LEWIN, K.: Dynamic theory of personality. New York: McGraw-Hill, 1935

LIEBERMAN, M.A.: Relationship of mortality rates to entrance to a home for the aged geriatrics. 1961, 16, 515-519

LIEBERMAN, M.A.: Institutionalization to the aged: effects on behavior, Journal of Gerontology, 1969, 24, 330-340

LIEBERMAN, M.A. & LAKIN, M.: On becoming an institutionalized person. In: WILLIAMS et al. 1963

LIEBERMAN, M.A., PROCK, V.N. & TOBIN, S.S.: Psychological effects of institutionalization. J. Geront., 1968, 23, S. 343-353

LISSITZ, S.: Theoretical conceptions on institutional and community care of the aged. Gerontologist, 1970, 4, 10, 298-304

LOHMANN, S.: Die Lebenssituation älterer Menschen in der geschlossenen Altersfürsorge, Hannover 1969

LOHMANN, S.: Ältere Menschen in Altenunterkünften. In: SCHUBERT, R. (Hrsg.) 1970

LOWENTHAL, M.F. & BOLER, D.: Voluntary vs. involuntary social withdrawal. In: J.G. (1965) 20, S. 363-371

MADDOX, G.L.: Persistence of life style among elderly: a longitudinal study of patterns of social activity in relation to life satifaction. In: Proceedings, 1966, S. 309 - 311

MADDOX, G.L.: & EISDORFER, C.: Zusammenhänge zwischen Aktivität und Stimmung bei älteren Menschen. In: THOMAE & LEHR: 1968

MARKUS, E., BLENKNER, M., BLOOM, M. & DOWNS, T.: The impact of relocation upon mortality rates of institutionalized aged persons. In: Journal of Gerontology, 1971, 26, S. 537-541

MASON, E.: Some correlates of self-judgements of the aged. In: J. Gerontol., 1954, Bd. S. 324-337

McGUIRE, W.J.: The nature of attitudes and attitude change. In: LINDZEY, G. & ARONSON, E. (Hrsg.): Handbook of social psychology, Vol. III, Reading 1969, S. 136-314

MERTON, R.K.: Der Rollen-Set: Probleme der soziologischen Theorie. In: Moderne amerikanische Soziologie, Neuere Beiträge zur soziologischen Theorie, S. 255-268, Stuttgart 1967

MÜLLER, S.: Untersuchungen zur Messung pessimistischer und optimistischer Zukunftserwartungen, Köln-Bonn 1973

NASKE, R., ZAPOTOCZKY, H.G. & ZAPOTOCZKY, K.: Zum Problem alter Menschen in Heimen - Eine Untersuchung in zwei österreichischen Altersheimen. In: act.geron. 3 (1973) S. 549-558

NEUGARTEN, B.L.: Personality in middle age and late life, New York 1964

NEUGARTEN, B.L. (Hrsg.): Middle age and aging - a reader in social psychology, Chicago-London 1968

NEUGARTEN, B.L.: Personality change in late life: A developmental perspective. In: The psychology of adult development and aging, Washington 1973

NEUGARTEN, B.L. et al.: The measurement of life satisfaction. J.Geront., 1961, 16, S. 134-143

NUTTIN, J.R.: The future time perspective in human motivation and learning. In: Acta psychologica 1964, 23, S. 60-81

OBERLEDER, M.: Attitudes related to adjustment in a home for the aged. Unp.Ph.D. dissertation, Columbia University, 1957

PAN, J.S.: A comparison of factors in the personal adjustment of old people living outside of institutions. In: J. of Social Psychol. 1952, 35, S. 195-203

POLLACK, M., KAHN, R.L. and GOLDFARB, A.J.: Factors related to individual differences in perception in institutionalized aged subjects. J. Geront. 1958, 13, S. 192-197

POLLACK, M., KARP, E., KAHN, R.L. and GOLDBARB, A.J.: Perception of self in instituionalized aged subjects. In: J.Geront., 1962, 17, S. 405-408

PROSHANSKY, H.M., ITTELSON, W.H. & RIVLIN, L.G. (Hrsg.): Environmental psychology. Man and his physical setting, New York 1970

PROSHANSKY, H.M., ITTELSON, W.H., RIVLIN, L.G. (Hrsg.): The environmental psychology of the psychiatric world. In: Environmental psychology. Man and his physical setting, New York 1970 (a)

PROSHANSKY, H.M., ITTELSON, W.H., RIVLIN, L.G. (Hrsg.): Freedom of choice and behaviour in a physical setting. In: Environmental psychology. Man and his physical setting, New York 1970 b

REINGOLD, J. & DOBROF, R.: Organization theory and homes for the aged. In: The Gerontologist, 1965, 5, S. 88-95

RILEY, M.W. & FONER, A.: Aging and society, an inventory of research findings, New York 1968

ROSE, A.M.: The subculture of the aging: A frame work for research in social gerontology. in: ROSE & PETERSON, 1965, S.3-18

ROSE, A.M. & PETERSON, W.A.: Older People and their social world. Philadelphia 1965

ROSENFELT, R.H., KASTENBAUM, R. and SLATER, Ph.E.: Patterns of short-range time orientation in geriatric patients. In: KASTENBAUM, R. (Hrsg.): New thoughts on age, New York 1964, S. 291-299

ROSENMAYR, L. & KÖCKEIS, E.: Umwelt und Familie alter Menschen, Neuwied-Berlin 1965

ROSNER, A.: Stress and maintenance of self concept in the aged. In: Proc. VIIth Intern. Congr. Gerontology, Wien 1966, S. 313-315

ROSOW, I.: Adjustment of the normal aged. In: WILLIAMS et al. (Hrsg.) 1963

ROSOW, I.: Social interaction of the aged. Glencoe, Ill. 1967

RUDINGER, G.: Psychologische Auswirkungen von Dauer des Heimaufenthaltes aus sozialer Sicht. In: Act.Geront. 4 (1974) S. 33-38

SCHENK, H.: Die Kontinuität der Lebenssituation als Determinante erfolgreichen Alterns. Köln - Opladen 1975

SCHÖNBACH, P.: Likableness ratings of 100 German personality-trait wordscorresponding to a subset of Anderson's 1555 trait words (unveröffentlichtes Manuskript 1973)

SCHOOLER, K.S.: Residential physical environment and health aged. Waltham, Mass. Brandeis University 1970

SCHMELZER, H. & TEBERT, W.: Alter und Gesellschaft, Bonn 1969

SCHREINER, M. & HEEMSKERK, J.J.: Probleme der Messung der Lebenszufriedenheit im höheren Lebensalter mit Hilfe des LIFE SATISFACTION INDEX (LSI). In: Zeitschrift für Gerontologie, 1972, 5, 6, S. 424-441

SCHREINER, M.: Gegenwärtige Lebenssituation und Zukunftsgedanken älterer Menschen. In: Z.Gerontol. 1970,3, S. 272-282

SCHEUCH, E.K.: Sozialprestige und soziale Schichtung. In: GLASS, D.V. & KÖNIG, R. (Hrsg.) Soziale Schichtung und soziale Mobilität. Sonderheft 5 der KZfSS 1961

SCHEUCH, E.K.: Das Interview in der Sozialforschung. In: R. KÖNIG: Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd. 2, Stuttgart 1973

SCHUBERT, R. (Hrsg.): Aktuelle Probleme der Geriatrie, Gerospychologie, Gerosoziologie und Altenfürsorge, Darmstadt 1970

SCOTT, F.G.: Factors in the personal adjustment of institutionalized and non-institutionalized aged. In: American sociological review 1955, 20, S.538

SOMMER, R.: Studies in personal space. In: Sociometry 1959

SWENSON, W.M.: Attitudes toward death in an aged population. In: J.Gerontol. 1961, 16, S. 49-56

STENGEL, F.: Psychologische Probleme im Altersheim. In: DOBERAUER, W.: Medizinische und soziale Altersprobleme, Wien 1958

TEWS, H.P.: Soziologie des Alterns 2, Heidelberg 1971

THOMAE, H.: Gesundheitszustand, psychischer Status und Einstellung zur Wohnsituation. Vorläufige Ergebnisse aus der Münsteraner geriatrisch-psychologisch-soziologischen Studie. Vervielfältigtes Manuskript 1971

THOMAE, H.: Formen der Daseinsermöglichung zur Frage der Ein- oder Mehrdimensionalität von Reaktionen auf seelische Belastungen. In: GADAMER, H.G., VOGLER, P.: Psychologische Anthropologie, 1973, Bd. 5, S. 317-348

THOMAE, H. & LEHR, U. (Hrsg.): Altern, Probleme und Tatsachen, Frankfurt 1968

TOWNSEND, P.: The last refuge. London 1962

TREANTON, J.-R.: The concept of adjustment in old age. In: WILLIAMS, R.H., TIBBITTS, C., DONAHUE, W. (Hrsg.): 1963, S. 292-298

TUCKMAN, J. & LORGE, I.: Attitudes toward older workers. In: J.Appl.Psychol. 1952, 36, S. 149-153

WACHS, M.: A day activity in a home and hospital for the aged. In: Geriatrics 1956, S. 220-222

WICKER, A.W.: Attitudes versus actions: The relationship of verbal and overt behavioral responses to attitude objects. In: Journal of social issues 1969, XXI, 4, S. 41-78

WIENDIECK, G.: Entwicklung einer Skala zur Messung der Lebenszufriedenheit im höheren Lebensalter. In: Zeitschrift für Gerontol. 1970, Bd. 3

WILLIAMS, R.H., TIBBITTS, C. & DONAHUE, W. (Hrsg.): Pocesses of aging. Bd. 1 u.2, New York 1963

WOODWARD, H. et al.: Loneliness and the elderly as related to housing. In: Gerontologist, 1974, Bd. 14, 4, S. 349-351

Fragebogen

Institut für Sozialpsychologie der Universität
zu Köln
(Direktor: Prof. Dr. Dr. Hans Anger)

Forschungsprojekt:

Heimunterbringung älterer Menschen

Anhang A

Sie haben in den letzten Tagen einen Brief vom Sozialpsychologischen Institut der Universität zu Köln erhalten, in dem mein Besuch angekündigt worden ist.
Bevor ich mit meinen Fragen beginne, möchte ich noch einmal betonen, daß diese Befragung ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken dient, und die Angaben, die Sie uns machen, vertraulich bleiben und niemandem Einblick gewährt wird.
Es gibt hier keine richtigen und falschen Antworten, sondern wir möchten gern wissen, wie Sie persönlich ihre Wohnsituation und verschiedene Bereiche des täglichen Lebens bewerten.

1. Zunächst einmal ganz allgemein: Wie sind Sie mit Ihrer Wohnung hier insgesamt zufrieden ?
   - sehr zufrieden
   - ziemlich zufrieden
   - es geht so
   - ziemlich unzufrieden
   - sehr unzufrieden

2. Was sind die Gründe für dieses Urteil ?
   (positive Nennungen)
   (negative Nennungen)

3. Wie lange wohnen Sie schon hier ?
   - weniger als 14 Tage
   - 14 Tage bis 1 Monat
   - über 1 Monat bis 3 Monate
   - über 3 Monate bis 1 Jahr
   - über 1 Jahr bis 3 Jahre
   - 4 - 6 Jahre
   - 7 - 1o Jahre
   - 1o - 2o Jahre
   - mehr als 2o Jahre

4. Wohnen Sie hier
   - im eigenen Haus
   - in einer Eigentumswohnung
   - in einer Mietwohnung als Hauptmieter
   - als Untermieter
   - in der Wohnung eines Kindes
   - in einer Altenwohnung
   - im Altenheim

5. Wieviele Räume einschließlich der Küche bewohnen Sie hier ?
   (nur fragen wenn nicht schon klar ersichtlich)
   - einen Raum
   - zwei Räume
   - drei Räume
   - vier u. mehr Räume

6. Wohnen Sie hier noch mit jemandem zusammen ?
   - ja
   - nein

   wenn ja: mit wem ?

7. Sie wohnen hier also
   - allein
   - zu zweit
   - zu dritt
   - zu viert und mehr

8. Wo kochen Sie ?
   - eigene Küche
   - Kochnische
   - Teeküche auf der Etage
   - keine Kochgelegenheit

9. Haben Sie ein eigenes Bad ?
   - ja
   - nur mit anderen zusammen
   - gar keins

   wenn mit anderen zusammen:
   mit wievielen benutzen Sie es zusammen ?
   - mit einer Person
   - mit 2 - 3 Personen
   - mit mehr
   - sub

1o. Mit wieviel Personen benutzen Sie eine Toilette zusammen ?

- eigene Toilette
- mit bis ca.4 Personen
- mit ca.5 - 1o Personen
- mit mehr Personen

wenn keine eigene Toilette:
wo liegt die Toilette ?

- auf der gleichen Etage
- im gleichen Haus
- außerhalb des Hauses

11. Wie wird die Wohnung beheizt ?

- Einzelöfen (Kohle/Öl)
- Einzelöfen (Gas,elektr.)
- Etagenheizung (Kohle/Öl)
- Etagenheizung (Gas,elektr.)
- Zentralheizung/Fernheizung

wenn Kohle oder Öl: müssen Sie selbst für den Brennstoff sorgen ?

- ja
- nein
- sub

12. Müssen Sie in Ihrer Wohnung,oder um zu Ihrer Wohnung zu gelangen,Treppen steigen ?

- ja
- nein

13. <u>ALLE AUSSER VERSORGUNGSHEIME</u>
Was zahlen Sie für Ihre Wohnung monatlich ?

- Eigentumswohnung/Haus
- bis 15o DM
- 151 - 2oo
- 2o1 - 3oo
- 3o1 - 4oo
- über 4oo DM
- Versorgungsheim

14. Können Sie jederzeit Besuch empfangen wie es Ihnen beliebt ?
ja
nein

wenn nein: welche Beschränkungen gibt es da ?

15. Haben Sie die Möglichkeit, mit Ihrem Besuch allein zu sein ?
ja, immer
ja, meistens
selten
nie

16. Wo gehen Sie hier spazieren ?
geht nicht spazieren
auf der Straße
Park oder ähnliches

17. Sind Sie zufrieden mit den Möglichkeiten zum Spazierengehen oder in der Sonne zu sitzen, die Ihnen hier in der Nähe zugänglich sind ?
sehr zufrieden
ziemlich zufrieden
es geht so
ziemlich unzufrieden
sehr unzufrieden

18. Reinigen Sie Ihre Wohnung selbst, oder macht das jemand anders für Sie ?
selbst
Putzfrau
Verwandte/Bekannte
Heimpersonal

19. Räumt hier bei Ihnen schon mal jemand anders auf ?
ja
nein

wenn ja: ist Ihnen das immer recht ?
ja, sehr
manchmal nicht
nein, nie
sub

20. Wie lange brauchen Sie, um folgende Ziele zu erreichen? (INTERVIEWER: wenn Ziel nicht aufgesucht wird: 99, wenn mehr als 98 min angegeben wird: 98)

	Zeitangabe in min./bzw.entfällt
das Lebensmittelgeschäft	
Straßenbahn-,Bushaltestelle	
Ihre nächsten Verwandten	
Ihre besten Freunde/Bekannten	
ein Café	
die Kirche	
die Apotheke	
eine Gaststätte oder Wirtschaft	
eine Altentagesstätte/Clubhaus	

21. Wer würde Ihnen helfen, wenn Sie plötzlich krank würden ? (Mehrfachnennungen möglich)

- niemand
- Ehepartner
- Sohn/Tochter
- Freunde
- Nachbarn
- Schwester, Personal vom Heim

22. Ich lese Ihnen nun einige Aussagen vor. Bitte sagen Sie mir jeweils, ob diese Aussage auf Sie persönlich zutrifft oder nicht.

a) Als ich älter wurde, erschienen mir viele Dinge besser, als ich erwartet hatte.

b) Jetzt ist die trübseligste Zeit meines Lebens.

c) Ich fühle mich heute ebenso glücklich wie in den früheren Jahren.

d) Jetzt sind die besten Jahre meines Lebens.

e) Mein Leben könnte glücklicher sein, als es heute ist.

f) Das meiste, was ich so mache, ist eintönig und langweilt mich.

g) Ich glaube, daß die Zukunft mir noch einige interessante und erfreuliche Dinge bringen wird.

h) Verglichen mit anderen Menschen meines Alters habe ich eine Menge Fehler gemacht.

j) Ich habe Pläne für die nähere und weitere Zukunft.

k) Wenn ich an mein Leben zurückdenke, so habe ich nur wenig von dem erreicht, was ich erstrebt hatte.

l) Verglichen mit anderen Menschen in meinem Alter bin ich oft schwermütig.

m) Ich habe viel von dem erreicht, was ich vom Leben erwartet hatte.

Kommen wir noch einmal zurück auf die Lage Ihrer Wohnung:

23. Wie zufrieden sind Sie mit dieser Wohnlage, was die Nähe einer Grünanlage einerseits und die Nähe des Stadtzentrums andererseits angeht ?

sehr zufrieden
ziemlich zufrieden
es geht so
ziemlich unzufrieden
sehr unzufrieden

24. Es gibt im Raume Köln eine Reihe von Altenklubs und offenen Türen für ältere Menschen. Hier wird Betagten die Möglichkeit geboten, neue Bekanntschaften zu machen, sich zu unterhalten oder auch in Kursen wie Werken, Nähen und Basteln mitzumachen. Ist Ihnen hier in der Nähe eine solche Einrichtung bekannt ?

ja
nein

wenn ja: Besuchen Sie diese Einrichtung ?

ja
nein

25. Wenn Sie an sich persönlich denken:
Glauben Sie, daß Ihnen das Zusammensein mit einer solchen Gruppe Spaß machen würde (macht), oder würden Sie das eher als unangenehm empfinden ?

Spaß
unangenehm
unentschieden

26. Warum würden Sie es (un-)angenehm empfinden ?
positive Gründe
negative Gründe

27. Jeder Mensch hat verschiedene Gefühle, wenn er an ein Altenheim denkt. Wir haben hier eine Reihe von Aussagen, die man verschiedentlich im Zusammenhang mit Altenheimen hört.
Bitte sagen Sie uns, ob Sie persönlich diese Aussagen für richtig oder falsch halten, wenn Sie an die Situation im Altenheim denken.

a) Man fühlt sich geborgen
b) Man hat wenig Freiheit
c) Man ist oft traurig
d) Man hilft sich gern
e) Man wird häufig belästigt
f) Man hat sein eigenes Reich
g) Man ist viel einsam
f) Man ist sehr abhängig
g) Man kann viele Leute kennenlernen
h) Man wird angeregt
j) Man bekommt schnell Kontakt
k) Man hat keinen Kontakt mehr nach draußen
l) Man kann nichts mehr selbst entscheiden
m) Man bleibt dem Leben nicht mehr gewachsen
n) Es ist ein Massenbetrieb

28. Wir haben hier einige Meinungen über ältere Menschen gesammelt, die ich Ihnen vorlesen möchte. Bitte sagen Sie mir jeweils, ob Sie persönlich diese Meinung für richtig oder falsch halten.

a) Ältere Leute sollten wichtige Entscheidungen den jüngeren, leistungsfähigeren Menschen überlassen.

b) Ältere Leute sollten sehr zurückgezogen leben.

c) Den alten Leuten bleibt nichts übrig als zu resignieren.

d) Den alten Leuten bleibt nichts übrig, als auf den Tod zu warten.

e) Ältere Leute sollten ihre Angehörigen nicht zu sehr mit ihren eigenen Problemen belasten.

f) Als älterer Mensch sollte man nicht mehr versuchen, seine eigene Meinung durchzusetzen.

g) Ältere Menschen sollten ihre Ansprüche an die Gemeinschaft herabsetzen.

h) Ältere Menschen sollten ihre Schmerzen und ihren Kummer alleine tragen und niemanden damit belästigen.

j) Ältere Menschen sollten sich insbesondere mit sich selbst beschäftigen.

k) Ältere Menschen sollten nur auf sich selbst angewiesen sein.

l) Ältere Menschen sollten sich innerlich auf den Tod vorbereiten.

m) Ältere Leute sollten mit gleichaltrigen, aber nicht mit jüngeren zusammen sein.

n) Ältere Menschen sind altmodisch.

o) Sie sind mit der Zeit nicht mitgekommen.

p) Sie gewinnen nicht gern neue Freunde sondern sind lieber mit den alten zusammen.

q) Sie mögen es nicht, wenn sich immer alles ändert.

r) Es ist schwer, mit alten Menschen auszukommen.

s) Alte Menschen sind reizbar.

t) Sie sind geschwätzig.

u) Sie sind bei jüngeren Menschen nicht gern gesehen.

v) Sie wiederholen sich in der Unterhaltung.

w) Sie sorgen sich über unwichtige Dinge.

x) Alte Menschen sind hilflos.

INTERVIEWERRATING:

Befragte Person bezog die Aussagen auf sich

auf andere

nicht entscheidbar

29. Ich habe hier eine Liste mit einzelnen Tätigkeiten und Beschäftigungen. Sagen Sie mir bitte jeweils, ob Sie das früher genauso oft wie heute getan haben, ob Sie das früher seltener als heute oder ob Sie das früher häufiger getan haben.

a) Radio, Fernsehen
b) Spazierengehen, Wandern
c) Ausstellungen, Vorträge
d) Gottesdienste
e) Freunde besuchen, Geselligkeit
f) Beschäftigung mit einem Hobby
g) Gaststätten besuchen
h) Nur einfach seinen Gedanken nachhängen.

30. Würden Sie persönlich folgenden Sätzen eher zustimmen oder sie ablehnen ?

Wenn ich verreisen könnte, führe ich am liebsten zu einem Ort, in dem ich schon früher einmal war.

Ich würde nicht gern mit einem Flugzeug fliegen, denn das ist mir zu ungewohnt.

Ich tue äußerst ungern etwas aus der Laune des Augenblicks.

Ich esse viel lieber ein mir bekanntes Gericht als etwas, was ich gar nicht kenne.

Ich finde die Sofas und Plüschmöbel von früher viel schöner als die modernen Sachen.

Hochhäuser sind schrecklich, ich jedenfalls möchte nicht darin wohnen.

Ich brauche häufiger jemanden, der mir gut zuredet.

Wenn mich jemand falsch beurteilt, bin ich immer ganz niedergeschlagen.

Wenn andere Leute gemütlich beisammen sitzen, komme ich mir oft ausgeschlossen vor.

Ich schließe mich lieber anderen an, als selber etwas zu unternehmen.

Ein Tag ist für mich wie der andere.

Mit dem Tod beschäftige ich mich noch nicht bei meinem Alter.

Der Tod ist ein Trost.

Was wir den Tod nennen, ist lediglich die Wiedergeburt der Seele für ein glückliches, neues Leben.

Ich würde dem Tod um alles in der Welt ausweichen, wenn ich könnte.

Nun mal etwas anderes:

31. Wenn Sie einmal an die Zukunft denken, gibt es da etwas, was Sie besonders bedrückt oder etwas, auf das Sie sich jetzt schon freuen ?

32. Wenn Sie an Ihre jetzige Situation und an frühere Zeiten zurückdenken, welches Lebensalter halten Sie für das schönste ? ca. .... Jahre

Und nun einige Fragen zu Ihrer Gesundheit.

33. Wie würden Sie selber Ihren Gesundheitszustand beschreiben: Mit sehr gut
gut
es geht so
nicht so gut
schlecht

34. Und wenn Sie einmal in die Zukunft blicken, machen Sie sich da große oder nicht so große Sorgen um Ihre Gesundheit ? sehr große Sorgen
große Sorgen
etwa wie es meinem Alter entspricht
ziemlich wenig Sorgen
sehr wenig Sorgen

35. Wie ist das, haben Sie manchmal das Gefühl, daß Ihre inneren Organe nicht mehr richtig funktionieren ?

ja
nein

36. Werden Sie regelmäßig von einem Arzt untersucht ?

ja
nein

wenn ja: wie häufig ? mehrmals die Woche
jede Woche
etwa jeden Monat
seltener
sub

37. Sind Sie mit Ihrer ärztlichen Versorgung zufrieden ?

ja, sehr
einigermaßen
nein

38. Wie steht es mit Ihrer Beweglichkeit ?
(Antwortmöglichkeiten: ja mit Einschränkung nein)

können Sie sich ohne Hilfe waschen und anziehen
können Sie alleine baden
können Sie sich selbst das Essen machen
können Sie die Wohnung sauber machen
können Sie ausgehen um einzukaufen
können Sie zwei Stockwerke hinauf und wieder herunter gehen
können Sie eine viertel Stunde spazieren gehen

39. Wer war in der letzten Woche bei Ihnen ?
(aus welchem Personenkreis)
(Anlaß)
(wie oft)
(worüber unterhalten Sie sich dann)

4o. Und bei wem waren Sie in der letzten Woche ?
(aus welchem Personenkreis)
(Anlaß)
(wie oft)
(worüber haben Sie sich dann unterhalten)

41. Hätten Sie gern häufiger Besuch ?

ja

nein

42. Mit wem sind Sie am liebsten zusammen ?

an erster Stelle

an zweiter Stelle

43. (NICHT ALTENHEIM- oder WOHNHEIMBEWOHNER)
Wenn Sie hier an Ihre Nachbarschaft denken, leben hier vorwiegend ältere oder jüngere Menschen oder etwa gleichviel jüngere und ältere Menschen ?

vorwiegend ältere

vorwiegend jüngere

gleichviel ältere und jüngere

43a. Ganz allgemein gesehen, welche der folgenden Ansichten halten Sie für richtig oder falsch ?

Ein älterer Mensch erlebt im Kontakt mit jüngeren Menschen mehr Anerkennung als im Kontakt mit älteren.

Gleiches Alter gesellt sich gern zu gleichem Alter.

Ältere Menschen können die jüngeren nicht verstehen.

Jüngere Menschen haben kein Interesse an einem Gespräch mit älteren Menschen.

44. Wenn Sie an Ihre Freunde und Bekannten denken, mit wem sind Sie da am häufigsten zusammen ?
Können Sie uns die zwei wichtigsten Personen nennen ?

a) Ist die jeweilige Person älter, jünger oder gleichalt wie Sie ?

b) Wohnt sie in Ihrer unmittelbaren Nachbarschaft ?

c) Was macht diese Person beruflich ?

d) Welches Geschlecht hat sie ?

1. Person

jünger	Nachbarschaft	Beruf:	gleichgeschl.
gleich alt	nicht Nachbarsch.		nicht gleichgeschl.
älter			

2. Person

jünger	Nachbarschaft	Beruf:	gleichgeschl.
gleich alt	nicht Nachbarsch.		nicht gleichgeschl.
älter			

45. Wenn Sie sich über etwas un terhalten wollen, was Sie wirklich berührt, sprechen Sie dann mit einer der oben genannten Personen ?
    Ja
    nein

    wenn nein: wer ist es dann ?

46. Nun etwas anderes. Haben Sie bei der letzten Bundestagswahl gewählt ?
    ja
    nein

47. Was meinen Sie, wann werden die nächsten Bundestagswahlen sein ?
    zeigt sich orientiert
    nicht orientiert

48. Wie steht es mit Ihrem Urlaub ?
    Fahren Sie
    mehrmals im Jahr
    einmal im Jahr
    etwa alle zwei Jahre
    seltener
    gar nicht

    wenn seltener oder gar nicht: warum

49. Wie häufig gehen Sie aus dem Haus zum Spazieren oder Einkaufen ?
    jeden Tag mehrmals
    jeden Tag einmal
    ca. zweimal die Woche
    ca. einmal die Woche
    seltener

50. Üben Sie zur Zeit noch eine Voll- oder Teilzeitbeschäftigung aus ?

Vollbeschäftigung
Teilzeitbeschäftigung
keine berufliche Beschäftigung

wenn keine: würden Sie gerne noch eine ausüben ?

nein
Teilzeitbeschäftigung
Vollbeschäftigung

51. Welchen Beruf haben Sie (bzw. Ihr Mann) zuletzt ausgeübt ?

52. Könnten Sie mir bitte auch sagen, welche Schulen Sie besucht haben ?

Volksschule unvollst./Sonderschule
Volksschule ohne Lehre
Volksschule mit Lehre/Ms o. Abschluß
Mittelschule/mittlere Reife
Abitur/Fachschule mit Abschluß
Universität/Hochschule mit Abschluß

53. Sind Sie ledig, verheiratet oder verwitwet oder geschieden ?

ledig
verheiratet
verwitwet
geschieden

54. Dürfen wir Sie fragen, wann Sie geboren sind ? .....

55. Gehören Sie einer Religionsgemeinschaft an ?

nein
ev.
kath.
sonst.

56. Können Sie uns sagen, wie oft Sie in die Messe gehen ?

täglich
mehrmals in der Woche
wöchentlich

ca. einmal im Monat
seltener
gar nicht

57. Haben Sie Kinder ?

Töchter
Söhne

58. Haben Sie mit anderen Verwandten Kontakt ?

ja
nein

wenn ja: mit wem ?

59. Würden Sie uns bitte sagen, ob Sie Leistungen bzw. Unterstützungen in einer oder mehreren der hier aufgeführten Formen erhalten ?

Unfallrente
Altersrente
Kriegsopferversorgung
Sozialhilfe (Fürsorge,Wohlfahrt)
Betriebliche Altersversorgung
Beamtenpension
Witwenrente
Einkommen aus Vermögen
sonstige Quellen:

6o. Was würden Sie sagen; kommen Sie mit dem Geld

gut aus
gerade eben
gar nicht

61. (NICHT VERSORGUNGSHEIMBEWOHNER)
Sind Sie Empfänger des Fahrbaren Mittagstisches ?

ja
nein
Vers.Heimbew.

wenn nein: Wären Sie daran interessiert, so ein warmes Mittagessen geliefert zu bekommen ?

ja
nein
weiß nicht

(Fragen 62., 63. und 64.
NUR MAHLZEITENDIENST UND SELBSTÄNDIGE)

62. Haben Sie sich um einen Altenheimplatz oder eine Altenwohnung beworben ?

ja, Altenheim
ja, Altenwohnung
nein
Heimbewohner

63. Worin würden Sie persönlich den Vorteil eines Altenheims und worin dessen Nachteil sehen ?

Vorteile: Nachteile:

64. Wir haben uns nun über eine ganze Reihe von Problemen älterer Menschen unterhalten. Wenn Sie nun von Ihrer persönlichen Situation ausgehen: glauben Sie, daß für Sie noch etwas anderes besonders wichtig ist ?

(Fragen 65.bis einschließlich 77.
NUR FÜR WOHNUNGS- und HEIMANWÄRTER)

65. Wir wollen nun noch einmal auf Ihren Entschluß eingehen, in ein(e) Altenheim(wohnung) einzuziehen . Wie beurteilen Sie die Wartezeit ?

66. Wenn Ihnen jetzt ein Platz angeboten würde, würden Sie dann

in jedem Fall sofort zugreifen
nur unter bestimmten Voraussetzungen
gegenwärtig noch nicht, erst später
oder sind Sie überhaupt nicht mehr interessiert
sonstiges:

Was sind die Voraussetzungen, bzw. weshalb sind Sie nicht mehr interessiert ?

67. WENN NOCH INTERESSIERT: Würden Sie sagen, daß diese Übersiedlung jetzt bald unbedingt notwendig ist oder mehr eine vorsorgliche Maßnahme darstellt ?

unbedingt notwendig
mehr vorsorglich

68. Haben (hatten) Sie sich bei einem bestimmten Heim angemeldet oder bei verschiedenen Heimen zugleich oder beim Sozialamt / Amt für Wohnungsnotstand ?

bei einem bestimmten Heim
bei verschiedenen Heimen
bei einem Amt

69. Was ist Ihnen bei der Auswahl des Heimes besonders wichtig ?

7o. Wie lange ist es her, daß Sie sich entschlossen haben, in ein Altenheim/Altenwohnung zu gehen ?

in Monaten:

71. Was waren die Gründe für diesen Entschluß ?

72. Hat Sie jemand zu diesem Entschluß gedrängt, oder haben Sie den Entsbhluß gänzlich unbeeinflußt gefaßt ?

unbeeinflußt
leicht beeinflußt
gedrängt

wenn irgendwie beeinflußt: wie ist das vor sich gegangen ?

73. Man sieht einer solchen Veränderung der Lebensverhältnisse in der Regel mit recht gemischten Gefühlen entgegen. Können Sie uns sagen, welche Hoffnungen und welche Befürchtungen Sie da haben ?

74. Können Sie eigene Möbel mitnehmen ?

ja
nein
weiß nicht

75. Halten Sie es für wichtig, eigene Möbel mitnehmen zu können oder nicht ?

sehr wichtig
nicht sehr wichtig
unwichtig

76. Würden Sie Ihre Anmeldung auch für den Fall aufrecht erhalten, wenn Sie hier zu Hause von einer öffentlichen Einrichtung warmes Mittagessen bekämen, Ihre Wäsche gewaschen würde und jede Woche jemand käme (z.B. ein Sozialarbeiter oder eine Pflegerin), um Ihnen zu helfen ?

würde die Anmeldung weiter aufrechterhalten
nicht aufrechterhalten
kann nicht entscheiden

77. Wir haben uns nun über eine ganze Reihe von Problemen älterer Menschen unterhalten. Wenn Sie nun von Ihrer persönlichen Situation ausgehen: glauben Sie, daß für Sie noch etwas anderes besonders wichtig ist ?

(DER FOLGENDE TEIL IST NUR FÜR ALTENHEIM - UND ALTENWOHNHEIMBEWOHNER)

78. Wenn Sie jetzt einmal an die Zeit zurückdenken, als Sie sich entschlossen, in ein Altenheim/Altenwohnung zu ziehen:
Was waren die Gründe für diesen Entschluß, in ein Altenheim/Altenwohnung zu ziehen ?

79. Man sieht einer solchen Veränderung der Lebensverhältnisse mit recht gemischten Gefühlen entgegen. Können Sie sich erinnern, welche Hoffnungen und welche Befürchtungen Sie damals hatten ?

80. Welche dieser Hoffnungen oder auch Befürchtungen sind Ihrer Meinung nach eingetroffen ?

81. Was war Ihnen damals bei der Auswahl des Heimes besonders wichtig ?

82. Fühlten Sie sich bei dem Entschluß irgendwie gedrängt, oder haben Sie den Entschluß gänzlich selbständig gefaßt ?

wenn irgendwie beeinflußt: wie ist das vor sich gegangen ?

83. Mit wem haben Sie sich beraten, bevor Sie ins Heim einzogen ?

84. Und wer hat dabei den Ausschlag gegeben ?

85. Konnten Sie eigene Möbel mitbringen, als Sie hier einzogen ?

ja
nein

wenn ja: welche Möbelstücke

86. Empfanden Sie es als sehr wichtig, eigene Möbel mitbringen zu können ?

ja, sehr wichtig
wichtig
ziemlich unwichtig
vollkommen unwichtig

87. Wo können Sie hier Besuch empfangen ?

im eigenen Zimmer
in einem Besucherraum
auf dem Flur
sonstige Möglichkeit:

88. Wie sind Sie mit dem Raumangebot hier zufrieden ?

(etwa dem Wohnraum, den Gesellschaftsräumen etc.)

sehr zufrieden
zufrieden
keine Beanstandung
ziemlich unzufrieden
sehr unzufrieden

wenn unzufrieden: was könnte besser sein ?

89. Werden von diesem Hause aus Geselligkeitsabende, Filme, Vorträge oder ähnliches angeboten ?

wenn ja: wie häufig ?

90. Gibt es hier sonstige Kurse wie Arbeitstherapie, Werken, Filmen oder Nähen ?

91. WENN IRGENDETWAS ANGEBOTEN:
Nehmen Sie an solchen Veranstaltungen teil ?

ja, regelmäßig
ja, hin und wieder
nein, nie

wenn nie: warum nicht ?

92. Wenn Ihnen die Möglichkeit geboten würde, in einer Gruppe von etwa acht bis zehn Personen bei einer der folgenden Tätigkeiten mitzumachen, würden Sie sich dann daran beteiligen ?

Nähen
Töpfereien, Tischlerarbeiten u.ä.
Malen, Singen, Musizieren
Organisation gemeinsamer Festlichkeiten
Kleinere Ausflüge in die Umgebung
Ansehen und Diskussion neuerer Filme

93. Wären Sie an einem anderen Hobby interessiert ?

94. Können Sie sich ins Bett legen oder aufstehen, wann Sie wollen ?

ja
nein

wenn nein: welche Einschränkungen bestehen ?

95. Sind hier im Heim nur Frauen oder auch Männer untergebracht ?

nur Frauen
Männer und Frauen

wenn Männer und Frauen: Sind Männer und Frauen

auf der gleichen Etage
auf verschiedenen Etagen
in verschiedenen Gebäuden untergebracht

96. Empfinden Sie diese Regelung als

sehr angenehm
recht angenehm
teils-teils
etwas unangenehm
sehr unangenehm

97. Was meinen Sie; welche Wirkung hat diese Regelung ?

98. Wo essen Sie üblicherweise ?

auf dem eigenen Zimmer
im Eßsaal für alle
im Restaurant

99. Können Sie wählen, wo Sie essen wollen ?

ja
nein

1oo. Sind Sie mit der Essensregelung hier zufrieden ?

sehr zufrieden
ziemlich zufrieden
es geht so
ziemlich unzufrieden
sehr unzufrieden

1o1. Wie schmeckt Ihnen das Essen ?

sehr gut
ziemlich gut
es geht so
ziemlich unzufrieden
sehr unzufrieden

1o2. Können Sie baden, wann Sie wollen ?

ja
nein

wenn nein: welche Auflagen bestehen ?

1o3. Wie lange können Sie abends ausbleiben ?

1o4. Besteht eine Regelung, die es Ihnen erlaubt, erst später zurückzukehren ?

ja
nein

1o5. Können Sie hier fernsehen ?

ja, eigenes Gerät
ja, vom Heim
nein

1o6. Werden Ihnen da irgendwelche Vorschriften gemacht ? (z.B. abends nicht, bestimmte Programme nicht usw.)

1o7. Gibt es schon mal Streit zwischen den Einwohnern wegen des Programms ?

ja, oft
manchmal
nein, nie

1o8. Haben Sie den Eindruck, daß Sie sich häufiger und lieber mit anderen Menschen unterhalten, seit Sie hier eingezogen sind ?

ja
nein

1o9. Können Sie jederzeit leicht jemanden herbeirufen, wenn Sie in Schwierigkeiten sind,z.B. wenn Sie gestürzt sind ?

ja, immer
meistens
nein

11o. Welche Probleme haben Sie mit der Heimverwaltung oder dem Personal ?

111. Ich lese Ihnen nun immer zwei Eigenschaften hintereinander vor. Sagen Sie mir bitte jeweils, welche von beiden Eigenschaften am besten geeignet ist, diejenige Person zu beschreiben, die Sie am häufigsten betreut.

Empfinden Sie diese Person eher

als überlegen	oder eher als zurückhaltend
als aufmerksam	oder eher als kritisch
als wachsam	oder eher routiniert
als anregend	oder eher ausdauernd
als gütig	oder eher tatkräftig
als verantwortungsbewußt	oder eher sympatisch
als wachsam	oder eher schüchtern
als planend	oder eher gesellig

112. Wenn Sie an Ihre Mitbewohner hier denken; empfinden Sie den Kontakt als

sehr gut
einigermaßen gut
mittelmäßig
eher schlecht
sehr schlecht

113. Was empfinden Sie bei Ihren Mitbewohnern als besonders angenehm und was als besonders unangenehm ?

angenehm	unangenehm

114. Wir haben uns nun über eine ganze Reihe von Problemen älterer Menschen unterhalten. Wenn Sie nun von Ihrer persönlichen Situation ausgehen: glauben Sie, daß für Sie noch ein anderes Problem besonders wichtig ist ?

WIR DANKEN IHNEN FÜR DAS GESPRÄCH !

Anhang B

Tabellen

TAB. 6

Anteil der Sozialhilfeempfänger bei den einzelnen Teilstichproben

	AHB	WHB	AHA	WHA	MD	KG
N	20	7	4	7	4	1
%	(31,3)	(14,3)	(14,8)	(19,5)	(14,8)	(5,6)

TAB. 7

Bildung der sechs Stichproben

	Volkss. unvollst.	Volkss. o. Lehre	Volkss. m. Lehre	mittl. Reife	Abitur	Uni.	N
AHB	3	31	19	10	1	0	64
	(4,7)	(48,4)	(29,7)	(15,6)	(1,6)	(0,0)	
WHB	2	11	19	11	5	0	48
	(4,2)	(22,9)	(39,6)	(22,9)	(10,4)	(0,0)	
AHA	0	10	10	5	1	0	26
	(0,0)	(38,5)	(38,5)	(19,2)	(3,8)	(0,0)	
WHA	0	14	11	4	5	1	35
	(0,0)	(40,0)	(31,4)	(11,4)	(14,3)	(2,9)	
MD	0	12	7	5	2	1	27
	(0,0)	(44,4)	(25,9)	(18,5)	(7,4)	(3,7)	
KG	1	7	7	1	2	0	18
	(5,6)	(38,9)	(38,9)	(5,6)	(11,1)	(0,0)	
Σ	6	85	73	36	16	2	218

TAB. 8

Faktorenanalyse der Lebenszufriedenheitsskala (LSI) nach WIENDIECK

Varimax – rotierte Faktor Matrix

Item Nr.	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	COMMUNALITY
1)	.12348	.14267	.36407	.05452	.17112
2)	.68450	.17062	.15936	.08108	.52963
3)	.22995	.06526	.66466	.11160	.51137
4)	.14378	-.06565	.57064	.21202	.39556
5)	.38107	.23371	.33876	.09525	.32293
6)	.58094	.01131	.15035	.02630	.36091
7)	.15272	.03380	.09110	.54573	.33058
8)	.07835	.40027	.22766	-.09138	.22653
9)	-.02672	-.03190	.11802	.44269	.21164
10)	.15459	.66640	-.02362	-.11911	.48273
11)	.44351	.13178	.13234	.03524	.23282
12)	.11217	.68062	.03821	.23257	.53137
Eigenwert		2.34	.97	.55	.42
Erklärte Varianz der rotierten Matrix		54.5	22.7	12.9	9.9

Anteil der durch vier Faktoren erklärten Varianz: 56,7%

TAB. 9

Faktorenanalyse der Altersstereotypen nach TUCKMAN & LORGE (1953)

Varimax – rotierte Faktor Matrix

Item Nr.	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	COMMUNALITY
1)	-.01955	.43533	.08599	.12888	.21391
2)	.15902	.57055	-.00125	.09730	.36128
3)	.05927	.16174	.04579	.56432	.35123
4)	.09755	.05889	.10544	.47451	.24926
5)	.27277	.10342	.56464	.03538	.40517
6)	.45695	.09297	.24178	.03687	.27727
7)	.48699	-.03718	.30678	.06169	.33645
8)	.07381	.06849	.40888	.23166	.23199
9)	.56211	.03758	.09764	.20204	.36773
10)	.58459	.13514	.00318	.01741	.36032
11)	.08933	.34975	.31117	.01028	.22723

Eigenwert	1.89	.66	.42	.39
Erklärte Varianz der rotierten Matrix	56.2	19.7	12.6	11.6

Durch die vier Faktoren erklärte Gesamtvarianz 55,9%

TAB. 10

Ablehnung einer Disengagementeinstellung in Abhängigkeit von der geistigen Konstitution des Befragten.

ANALYSIS OF VARIANCE

CODE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SQ	N
	Der Befragte erfaßte den Sinn der				
1.00	Fragen schnell	18.782	2.640	1080.590	(156)
2.00	erst nach Zögern	16.992	2.482	357.246	(59)
3.00	sehr schwer	17.455	2.454	60.227	(11)
	TOTAL	18.2500	2.7020	1642.6250	(226)

ANOVA TABLE

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEEN GROUPS	144.5622	(2)	72.2811
WITHIN GROUPS	1498.0628	(223)	6.7178
TOTAL	1642.6250	(225)	

F = 10.7597 $p < 0,01$

TAB. 11

Ablehnung der Disengagementnorm in Abhängigkeit von der Aufrichtigkeit der Befragten (Interviewereinschätzung).

ANALYSIS OF VARIANCE

CODE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SQ	N
1.00	völlig aufrichtig	18.522	2.641	962.435	(139)
2.00	im allgem. aufrichtig	17.905	2.728	617.738	(84)
3.00	Aufrichtigkeit zweifelh.	15.333	2.887	16.667	(3)
	TOTAL	18.2500	2.7028	1642.6250	(226)

ANOVA TABLE

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEEN GROUPS	45.7850	(2)	22.8925
WITHIN GROUPS	1596.8400	(223)	7.1607
TOTAL	1642.6250	(225)	

F = 3.1970 $p < 0,05$

TAB. 12 – 13

Ablehnung der Disengagementnorm in Abhängigkeit von dem Verhalten der Befragten (Interviewerschätzung).

	MEAN	STD DEV	N
sicher, ruhig	18.535	2.619	(143)
nervös, ängstlich	17.482	2.814	(28)
	18.3626	2.6723	(171)

$t = 1.92$ $p < 0,05$ o.t.

	MEAN	STD DEV	N
offen	18.507	2.693	(148)
mißtrauisch	17.205	2.819	(22)
	18.3382	2.7362	(170)

$t = 2,1$ $p < 0,05$ o.t.

TAB. 14

Faktorenanalyse der Disengagementskala von ANGER u. a. (1971)

Varimax – rotierte Faktor Matrix

Item Nr.	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	COMMUNALITY
1)	.27843	-.02490	.20739	.12116
2)	.49693	.23807	.18008	.33610
3)	.67844	.06597	.02047	.46518
4)	.68114	.05748	.01966	.46764
5)	-.12662	.27013	.21176	.13384
6)	.08733	.16073	.53494	.31963
7)	.21979	.07826	.57185	.38144
8)	.15559	.57594	.07584	.36167
9)	.13773	.70284	.05119	.51558
10)	.18363	.48697	.10832	.28259
11)	.31529	.13312	.09149	.12550
12)	.37295	.23966	.19322	.23272
Eigenwert	2.34	.86	.54	
Erklärte Varianz der rotierten Matrix	62.6	22.9	14.5	

Durch die drei Faktoren erklärte Gesamtvarianz 47,4%

TAB. 15

Trennschärfe der Skala zur Messung der Selbsthilfefähigkeit

	Trennschärfe	Schwierigkeit
ohne Hilfe waschen und anziehen	.36	96,05
alleine baden	.65	75,4
selbst kochen	.63	78,5
Wohnung säubern	.71	69,3
einkaufen	.83	75,0
zwei Stockwerke steigen	.61	65,8
15 Min. spazierengehen	.69	83,3

TAB. 16

Struktur des Zukunftsbezuges bei Altenheimbewohnern und Angehörigen der Kontrollgruppe

Positive Erwartungen

	keine Nennung	mind. 1 Nennung
AHB	52 (73,2%)	19 (26,8%)
KG	11 (61,1%)	7 (38,9%)

$\chi^2 = 1{,}01$ n.s.

TAB. 17

Negative Erwartungen

	keine Nennung	mind. 1 Nennung
AHB	54 (76,1%)	17 (23,9%)
KG	13 (72,2%)	5 (27,8%)

$\chi^2 = 0{,}1$ n.s.

TAB. 18

Emotionale Färbung der Zukunftsperspektive (zwei Nennungen)

	positive Erwartungen	negative Erwartungen
AHB	20	20
KG	9	2

$\chi^2 = 3{,}6 \quad p < 0{,}05$

TAB. 19

Dimension der Versorgungsbedürftigkeit
"realistische Lebenszufriedenheit"

ANALYSIS OF VARIANCE

CODE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SQ	N
1.00	AHB	-.210	.771	41.631	(71)
3.00	AHA	-.138	.729	13.827	(27)
14.00	MD	-.401	.762	15.101	(27)
	TOTAL	-.2357	.7599	71.6064	(125)

ANOVA TABLE

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEEN GROUPS	1.0468	(2)	.5234
WITHIN GROUPS	70.5596	(122)	.5784
TOTAL	71.6064	(124)	

F = .9049 ; n.s.

TAB. 20

"Aktivitätsorientierung"

ANALYSIS OF VARIANCE

CODE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SQ	N
1.00	AHB	-.244	.646	29.172	(71)
3.00	AHA	-.154	.503	6.591	(27)
14.00	MD	-.675	.666	11.545	(27)
	TOTAL	-.3176	.6468	51.8711	(125)

ANOVA TABLE

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEEN GROUPS	4.5629	(2)	2.2815
WITHIN GROUPS	47.3082	(122)	.3878
TOTAL	51.8711	(124)	

F = 5.8835 ; p<0.01

Dimension der VersorgungsbedÜrftigkeit

TAB. 21

"Empfinden sozialer Abhängigkeit"

ANALYSIS OF VARIANCE

CODE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SQ	N
1.00	AHB	-.250	.889	55.330	(71)
3.00	AHA	-.010	.594	9.188	(27)
18.00	MD	-.040	.657	11.216	(27)
	TOTAL	-.1526	.7896	77.3031	(125)

ANOVA. TABLE

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEEN GROUPS	1.5698	(2)	.7849
WITHIN GROUPS	75.7333	(122)	.6208
TOTAL	77.3031	(124)	

F = 1.2644 ; n.s.

TAB. 22

"Ablehnung der Disengagementnorm"

ANALYSIS OF VARIANCE

CODE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SQ	N
1.00	AHB	-.275	.764	40.903	(71)
3.00	AHA	-.360	.919	21.962	(27)
18.00	MD	-.421	.889	20.560	(27)
	TOTAL	-.3247	.8225	83.8876	(125)

ANOVA TABLE

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEEN GROUPS	.4625	(2)	.2313
WITHIN GROUPS	83.4251	(122)	.6838
TOTAL	83.8876	(124)	

F = .3382 ; n.s.

Dimension der Versorgungsbedürftigkeit

TAB. 23

"objektive Kontakthäufigkeit"

ANALYSIS OF VARIANCE

CODE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SQ	N
1.00	AHB	14.437	2.556	457.465	(71)
3.00	AHA	14.926	1.639	69.852	(27)
18.00	MD	14.926	1.357	47.852	(27)
	TOTAL	14.6480	2.1674	582.5120	(125)

ANOVA TABLE

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEEN GROUPS	7.3435	(2)	3.6718
WITHIN GROUPS	575.1685	(122)	4.7145
TOTAL	582.5120	(124)	

F = .7788 ; n.s.

TAB. 24

"objektive Aktivitätshäufigkeit"

ANALYSIS OF VARIANCE

CODE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SQ	N
1.00	AHB	21.549	5.321	1981.577	(71)
3.00	AHA	22.741	4.025	421.185	(27)
18.00	MD	19.741	5.572	807.185	(27)
	TOTAL	21.4160	5.1856	3334.3680	(125)

ANOVA TABLE

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEEN GROUPS	124.4202	(2)	62.2101
WITHIN GPOUPS	3209.9478	(122)	26.3110
TOTAL	3334.3680	(124)	

F = 2.3644 ; n.s.

Dimension der Selbstversorger

TAB. 25

"realistische Lebenszufriedenheit"

--------ANALYSIS OF VARIANCE----------

CODE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SQ	N
2.00	WHB	.395	.645	19.984	(49)
4.00	WHA	-.129	.855	25.602	(36)
19.00	KG	.457	.708	8.532	(18)
	TOTAL	.2226	.7733	60.9984	(103)

**********ANOVA TABLE**********

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEEN GROUPS	6.8805	(2)	3.4403
WITHIN GROUPS	54.1179	(100)	.5412
TOTAL	60.9984	(102)	

F = 6.3570 ; p < 0.01

TAB. 26

"Aktivitätsorientierung"

--------ANALYSIS OF VARIANCE----------

CODE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SQ	N
2.00	WHB	.428	.505	12.242	(49)
4.00	WHA	.105	.678	16.093	(36)
19.00	KG	.126	.565	5.418	(18)
	TOTAL	.2623	.5968	36.3252	(103)

**********ANOVA TABLE**********

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEEN GROUPS	2.5722	(2)	1.2861
WITHIN GROUPS	33.7530	(100)	.3375
TOTAL	36.3252	(102)	

F = 3.8104 ; p < 0.05

Dimension der Selbstversorger

TAB. 27

"Ablehnung der Disengagementnorm"

ANALYSIS OF VARIANCE

CODE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SQ		N
2.00	WHB	.351	.747	26.809	(	49)
4.00	WHA	.190	.823	23.696	(	36)
19.00	KG	.268	.889	13.450	(	18)
	TOTAL	.2802	.7952	64.4957	(	103)

ANOVA TABLE

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEEN GROUPS	.5406	(2)	.2703
WITHIN GROUPS	63.9551	(100)	.6396
TOTAL	64.4957	(102)	

F = .4227 ; n.s.

TAB. 28

"Empfinden sozialer Abhängigkeit"

ANALYSIS OF VARIANCE

CODE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SQ		N
2.00	WHB	.026	.548	14.429	(	49)
4.00	WHA	-.228	.699	17.088	(	36)
19.00	KG	.258	.463	3.640	(	18)
	TOTAL	-.0222	.6120	38.2072	(	103)

ANOVA TABLE

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEEN GROUPS	3.0497	(2)	1.5249
WITHIN GROUPS	35.1575	(100)	.3516
TOTAL	38.2072	(102)	

F = 4.3372 ; $p < 0.05$

Dimension der Selbstversorger

TAB. 29

"objektive Kontakthäufigkeit"

ANALYSIS OF VARIANCE

CODDE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SQ	N
22.00	WHB	16.000	2.041	200.000	(49)
44.00	WHA	16.028	1.993	138.972	(36)
198.00	KG	15.389	2.173	80.278	(18)
	TOTAL	15.9029	2.0413	425.0291	(103)

ANOVA TABLE

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEENN GROUPS	5.7791	(2)	2.8896
WITHIN GROUPS	419.2500	(100)	4.1925
TOTAAL	425.0291	(102)	

F = .6892 ; n.s.

TAB. 30

"objektive Aktivitätshäufigkeit"

ANALYSIS OF VARIANCE

CODE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SQ	N
22.00	WHB	25.490	3.554	606.245	(49)
44.00	WHA	25.417	4.101	588.750	(36)
198.00	KG	25.000	2.612	116.000	(18)
	TOTAL	25.3786	3.5895	1314.2330	(103)

ANOVA TABLE

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEEEN GROUPS	3.2381	(2)	1.6191
WITHINN GROUPS	1310.9949	(100)	13.1099
TOTOTAL	1314.2330	(102)	

F = = .1235 ; n.s.

TAB. 31

Realistische Lebenszufriedenheit aller Stichproben

ANALYSIS OF VARIANCE

CODE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SQ	N
1.00	AHB	-.210	.771	41.631	(71)
2.00	WHB	.395	.645	19.984	(49)
3.00	AHA	-.138	.729	13.827	(27)
4.00	WHA	-.129	.855	25.602	(36)
18.00	MD	-.401	.762	15.101	(27)
19.00	KG	.457	.708	8.532	(18)
	TOTAL	-.0286	.7978	144.4662	(228)

ANOVA TABLE

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEEN GROUPS	19.7887	(5)	3.9577
WITHIN GROUPS	124.6775	(222)	.5616
TOTAL	144.4662	(227)	

F = 7.0471 $p < 0{,}01$

TAB. 32

Unterschiede der Ablehnung der Disengagementnorm bei allen Stichproben

ANALYSIS OF VARIANCE

CODE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SQ	NN
1.00	AHB	-.275	.764	40.903	(71)
2.00	WHB	.351	.747	26.809	(49)
3.00	AHA	-.360	.919	21.962	(27)
4.00	WHA	.190	.823	23.696	(36)
18.00	MD	-.421	.889	20.560	(27)
19.00	KG	.268	.889	13.450	(18)
	TOTAL	-.0514	.8630	169.0513	(2228)

ANOVA TABLE

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEEN GROUPS	21.6712	(5)	4.3342
WITHIN GROUPS	147.3801	(222)	.6639
TOTAL	169.0513	(227)	

F = 6.5287 ; $p < 0{,}01$

TAB. 33

Unterschiede der objektiven Aktivität bei allen Stichproben

ANALYSIS OF VARIANCE

CODE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SQ	N
1.00	AHB	21.549	5.321	1981.577	(71)
2.00	WHB	25.490	3.554	606.245	(49)
3.00	AHA	22.741	4.025	421.185	(27)
4.00	WHA	25.417	4.101	588.750	(36)
18.00	MD	19.741	5.572	807.185	(27)
19.00	KG	25.000	2.612	116.000	(18)
	TOTAL	23.2061	4.9381	5535.3114	(228)

ANOVA TABLE

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEEN GROUPS	1014.3687	(5)	202.8737
WITHIN GROUPS	4520.9427	(222)	20.3646
TOTAL	5535.3114	(227)	

F = 9.9621 ; p< 0,01

TAB. 34

Unterschiede der Aktivitätsorientierung bei allen Stichproben

ANALYSIS OF VARIANCE

CODE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SQ	N
1.00	AHB	-.244	.646	29.172	(71)
2.00	WHB	.428	.505	12.242	(49)
3.00	AHA	-.154	.503	6.591	(27)
4.00	WHA	.105	.678	16.093	(36)
18.00	MD	-.675	.666	11.545	(27)
19.00	KG	.126	.565	5.418	(18)
	TOTAL	-.0556	.6872	107.1884	(228)

ANOVA TABLE

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEEEN GROUPS	26.1272	(5)	5.2254
WITHINN GROUPS	81.0611	(222)	.3651
TOTOTAL	107.1884	(227)	

F = 14.3108 ; p< 0,01

TAB. 35

Empfinden sozialer Abhängigkeit bei allen Stichproben

ANALYSIS OF VARIANCE

CODE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SQ	N
1.00	AHB	-.250	.889	55.330	(71)
2.00	WHB	.026	.548	14.429	(49)
3.00	AHA	-.010	.594	9.188	(27)
4.00	WHA	-.228	.699	17.088	(36)
18.00	MD	-.040	.657	11.216	(27)
19.00	KG	.258	.463	3.640	(18)
	TOTAL	-.0937	.7163	116.4712	(228)

ANOVA TABLE

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEEN GROUPS	5.5804	(5)	1.1161
WITHIN GROUPS	110.8909	(222)	.4995
TOTAL	116.4712	(227)	

F = 2.2343 $p < 0,06$

Dimension der Selbstversorger

TAB. 36

"objektive Wohnsituation"

ANALYSIS OF VARIANCE

CODE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SQ	N
2.00	WHB	11.980	1.010	48.980	(49)
4.00	WHA	9.667	1.568	86.000	(36)
19.00	KG	10.722	1.994	67.611	(18)
	TOTAL	10.9515	1.7567	314.7573	(103)

ANOVA TABLE

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEEN GROUPS	112.1666	(2)	56.0833
WITHIN GROUPS	202.5907	(100)	2.0259
TOTAL	314.7573	(102)	

F = 27.6831 ; $p < 0.01$

TAB. 37

"Wohnzufriedenheit"

ANALYSIS OF VARIANCE

CODE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SQ	N
2.00	WHB	1.327	.591	16.776	(49)
4.00	WHA	2.471	1.134	42.471	(34)
19.00	KG	1.556	.705	8.444	(18)
	TOTAL	1.7525	.9737	94.8119	(101)

ANOVA TABLE

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEEN GROUPS	27.1213	(2)	13.5607
WITHIN GROUPS	67.6905	(98)	.6907
TOTAL	94.8119	(100)	

F = 19.6327 ; $p < 0.01$

TAB. 38

Altenheimanwärter würden ... zugreifen:

in jedem Fall sofort	4	(14,8%)
unter bestimmten Voraussetzungen	6	(22,2%)
erst später	3	(11,1%)
nicht mehr interessiert	3	(11,1%)
keine Angaben	11	(40,7%)
	27	

TAB. 39

"Hat Sie jemand zu diesem Entschluß gedrängt, oder haben Sie den Entschluß gänzlich unbeeinflußt gefaßt?"

	unbeeinflußt	leicht beeinflußt	gedrängt	N
Altenheimanwärter	11 (64,7)	3 (17,6)	3 (17,6)	17
Altenheimbewohner	36 (54,5)	14 (21,2)	16 (24,2)	66
Σ	47	17	19	83

TAB. 40

"Wer gab den Ausschlag?" (nur AHB)

Familie	10	(16,6%)
andere Verw.	5	(9,8%)
Fürsorger	7	(13,7%)
eigene Entsch.	19	(37,3%)
sonstiges	10	(19,6%)
	51	

TAB. 41

Varianzanalyse der LSI – Skala in Abhängigkeit von der Einstellung zum Heimeintritt

Anwärter würde ... zugreifen	MEAN	STD DEV	N
In jedem Fall sofort	17.250	3.862	4
Unter bestimmten Voraussetzungen	18.500	1.517	6
Gegenwärtig noch nicht, erst später	19.167	2.754	3
Ist überhaupt nicht mehr interessiert	17.667	1.528	3
	18.1563	2.3645	16

F = .4088 n.s.

TAB. 42

"Was waren die Gründe für Ihren Entschluß, in ein Altenheim ziehen zu wollen?"

	Versorgung bei Krankheit	Vorsorge	allg. Unbehagen mit Wohnsituat.	phys. Probl. mit alter Wohnung	famili. Gründe	objekt. Wohnprob.	Nähe der Familie	sonst. Gründe	will gar nicht
Altenheimanwärter	9	2	0	2	3	1	0	1	1
	(47,3)	(10,5)	(0,0)	(10,5)	(15,7)	(5,2)	(0,0)	(5,2)	(5,2)
Wohnheimanwärter	7	10	3	9	2	3	2	1	0
	(18,9)	(27,7)	(8,1)	(24,3)	(5,4)	(8,1)	(5,4)	(2,7)	(0,0)
Σ	16	12	3	11	5	4	2	2	1

TAB. 43

Das Verhältnis von Hoffnungen und Befürchtungen hinsichtlich des Heimeintritts bei Altenheim – und Wohnheimanwärtern

	Anzahl an Hoffnungen	Befürchtungen
Altenheimanwärter	6	8
Wohnheimanwärter	24	11

$\chi^2 = 2{,}78$; $p \leq 0{,}05$

TAB. 44

Wohnzufriedenheit bei Bewohnern von Einzel – und Mehrbettzimmern

ANALYSIS OF VARIANCE

CODDE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SQ	N
14.00	Mehrbettzimmer	2.375	1.102	47.375	(40)
22.00	Einzelzimmer	1.613	.803	19.355	(31)
	TOTAL	2.0423	1.0479	76.8732	(71)

ANOVA TABLE

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEENN GROUPS	10.1434	(1)	10.1434
WITHIN GGROUPS	66.7298	(69)	.9671
TOTAAL	76.8732	(70)	

F = 10.4885 T = 3.2386 p<0,01

TAB. 45

Objektive Kontakthäufigkeit alleinstehender Altenheimbewohnerinnen nach ihrer Wohnart

	N	X	Std Dev.	t	p
Einzelzimmer	21	14,2	3,3	0,47	n.s.
Mehrbettzimmer	31	14,5	1,6		

TAB. 46

Subjektive Bewertung der Kontaktmöglichkeiten in Altenheimen durch Bewohner von Ein – und Mehrbettzimmern

	N	X	Std Dev.	t	p
Einbettzimmer	31	6,4	2,0	0,12	n.s.
Mehrbettzimmer	40	6,3	1,9		

TAB. 47

Wenn Sie an Ihre Mitbewohner hier denken; empfinden Sie den Kontakt als gut?

	N	X	Std Dev.	t	p
Einbettzimmer	28	2,0	0,74	2,0	0,05 tt
Mehrbettzimmer	34	2,5	0,9		

TAB. 48

"Ein Tag ist für mich wie der andere"

	ja	nein
Einbettzimmer	15	11
Mehrbettzimmer	30	5

$\chi^2 = 6,0$ $p < 0,05$ tt

TAB. 49

Bewertung der Autonomiesituation in Altenheimen durch Bewohner von Ein – und Mehrbettzimmern

	N	X	Std Dev.	t	p
Einbettzimmer	31	6,5	2,0	0,9	n.s.
Mehrbettzimmer	40	7,0	2,5		

TAB. 50

Bewertung des Altenheims als Defizitsymbol bei Bewohnern von Ein – und Mehrbettzimmern

	N	X	Std Dev.	t	p
Einzelzimmer	30	4,6	1,8	2,3	0,05 tt
Mehrbettzimmer	40	5,6	1,7		

TAB. 51

Wohnzufriedenheit bei alleinstehenden Frauen in Ein – und Mehrbettzimmern von Altenheimen

	N	X	Std Dev.	t	p
Einzelzimmer	21	1,5	0,9	3,5	0,001 tt
Mehrbettzimmer	31	2,5	1,0		

TAB. 52 – 54

Bewertung der Heimsituation in Abhängigkeit von dem Vorhandensein einer Kochgelegenheit

Kochgelegenheit — Wohnzufriedenheit

	N	X	Std Dev.	t	p
vorhanden	8	2,1	1,2	0,23	n.s.
nicht vorhanden	63	2,0	1,0		

Autonomie

vorhanden	8	7,8	1,2	1,3	n.s.
nicht vorhanden	63	6,7	2,4		

Altenheim als Defizitsymbol

vorhanden	8	4,8	1,7	0,73	n.s.
nicht vorhanden	63	5,2	1,8		

TAB. 55

Bewertung des Altenheims als Defizitsymbol in Abhängigkeit von freier Badbenutzung

frei	41	4,7	1,6	2,3	0,05
nicht frei	22	5,7	1,7		

TAB. 56 – 58

Bewertung der Heimsituation in Abhängigkeit von der Möglichkeit, eigene Möbel mitzubringen

	N	X	Std Dev.	t	p
Wohnzufriedenheit					
eigene Möbel	24	1,7	0,75	2,0	0,05
keine eigenen Möbel	41	2,2	1,1		
Autonomie					
eigene Möbel	24	6,0	1,5	2,1	0,05
keine eigenen Möbel	41	7,2	2,6		
Altenheim als Defizitsymbol					
eigene Möbel	24	4,5	1,8	1,9	0,05
keine eigenen Möbel	41	5,4	1,6		

TAB. 59 – 60

Bewertung der Heimsituation in Abhängigkeit von beliebiger Bettbenutzung

Wohnzufriedenheit					
beliebig	35	1,7	0,8	3,1	0,01
nicht beliebig	29	2,4	1,0		
Autonomie					
beliebig	35	5,9	1,4	3,4	0,01
nicht beliebig	29	7,7	2,7		

TAB. 61

Bewertung des Altenheims als Defizitsymbol in Abhängigkeit von dem Besitz eines eigenen Fernsehgerätes

eigenes	25	4,55	1,55	2,8	0,01
vom Heim	37	5,4	1,8		

TAB. 62

Bewertung nach Geschlecht getrennter oder gemischter Unterbringung in Altenheimen durch Bewohner eines Damenstifts und anderer Heime

	angenehm und sehr angenehm	teils – teils und schlechter
Damenstift	9	2
andere Heime	20	28

$\chi^2 = 5{,}8$ p 0,01

TAB. 65

Bewertung der Autonomiesituation im Altenheim in Abhängigkeit vom Verhalten des Heimpersonals

Bewertung	MEAN	Std Dev.	N
aufmerksam	6.357	2.059	28
kritisch	9.200	3.347	5
	6.7879	2.4591	33

$\chi^2 = 2.5836$ p < 0,02

TAB. 66 – 68

Bewertung des Altenheims als Defizitsymbol in Abhängigkeit von dem Verhalten des Heimpersonals

Bewertung	MEAN	Std Dev.	N
gütig	4.444	1.590	9
tatkräftig	5.667	1.680	18
	5.2593	1.7230	27

$\chi^2 = 1.8123$ $p \leq 0,05$

Bewertung	MEAN	Std Dev.	N
wachsam	4.920	1.706	25
routiniert	6.400	1.673	5
	5.1667	1.7633	30

$\chi^2 = 1.7758$ $p \leq 0,05$

Bewertung	MEAN	Std Dev.	N
gesellig	4.083	1.084	12
planend	6.000	1.414	14
	5.1154	1.5831	26

$\chi^2 = 3.8861$ $p \leq 0,01$

TAB. 69

Bewertung der Heimsituation in guten und schlechten Heimen

	N	X	Std Dev.	t	p
Autonomie					
gute Heime	31	5,9	1,3	3,24	0,002
schlechte Heime	40	7,5	2,6		

TAB. 70

Altenheim als Defizitsymbol					
gute Heime	30	4,6	1,7	2,34	0,05
schlechte Heime	40	5,6			

TAB. 71

Ausstattung "guter" und "schlechter" Altenheime mit Einzelzimmern

	Einzelzimmer	Mehrbettzimmer	N
"gute" Altenheime	21	10	31
"schlechte" Altenheime	10	30	40
	31	40	71

$\chi^2 = 12.9646$ $p < 0,01$

TAB. 72

Verwendungsmöglichkeiten eigener Möbel in "guten" und "schlechten" Altenheimen

	ja	nein	N
"gute" Altenheime	16	13	29
"schlechte" Altenheime	8	28	36
	24	41	65

$\chi^2 = 7.410$ $p < 0,01$

TAB. 73

Beliebigkeit des Eßplatzes in "guten" und "schlechten" Altenheimen

	ja	nein	N
"gute" Altenheime	3	25	28
"schlechte" Altenheime	6	32	38
	9	57	66

$\chi^2 = 0,39$ n.s.

TAB.74

Zeitliche Ausgangsbeschränkungen in "guten" und "schlechten" Altenheimen

	ja	nein	N
"gute" Altenheime	12	16	28
"schlechte" Altenheime	19	19	38
	31	35	66

$\chi^2 = 0,3234$ n.s.

TAB. 75

Beliebigkeit der Bettbenutzung in "guten" und "schlechten" Altenheimen

	ja	nein	N
"gute" Altenheime	24	4	28
"schlechte" Altenheime	11	25	36
	35	29	74

$\chi^2 = 19.32$ $p < 0,01$

TAB. 76

Beliebigkeit der Badbenutzung in "guten" und "schlechten" Altenheimen

	ja	nein	N
"gute" Altenheime	21	6	27
"schlechte" Altenheime	20	16	36
	41	22	73

$\chi^2 = 3{,}34$ $p < 0{,}05$

TAB. 77

Varianzanalyse der realistischen Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit von der Position im Institutionalisierungsprozeß

ANALYSIS OF VARIANCE

CODE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SSQ
1.00	schlechte Altenheime	42.164	65.811	155918.01015
2.00	gute Altenheime	8.662	82.163	202523.76765
3.00	Wohnheime	40.814	62.833	157920.88893
4.00	andere	-9.245	81.559	611971.52520
	TOTAL	-2.3659	79.5370	**********

ANOVA TABLE

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEEN GROUPS	**********	(3)	47739.4882
WITHIN GROUPS	**********	(198)	5698.6575
TOTAL	**********	(201)	

F = 8.3773 $p < 0{,}01$

TAB. 78

Signifikanz der Splits bei der Baumanalyse der realistischen Lebenszufriedenheit

Ebene	Determinante	Q	p	N
1	Beweglichkeit	24,8	0,01	202
2	Wohnqualität	16,1	0,01	137
(2)	Institutionalisierung	9,3	0,01	137
2	Wartezeit	5,6	0,05	59
3	Einkommen	4,4	0,05	67
3	Beweglichkeit	3,1	–	70
3	Einkommen	5,1	0,05	43

TAB. 79

Signifikanz der Splits bei der Baumanalyse der Aktivitätsorientierung

Ebene	Determinante	Q	p	N
1	Beweglichkeit	42,86	0,001	202
2	Wohnqualität	19,3	0,01	137
2	Institutionalisierung	6,46	0,05	59
3	Finanzielle Situation	4,0	0,05	67
3	Wartezeit	11,3	0,01	28

TAB. 80

Signifikanz der Splits bei der Baumanalyse der Empfindung sozialer Abhängigkeit

Ebene	Determinante	Q	p	N
1	Beweglichkeit	7,3	0,01	202
2	Anwärterstatus	5,4	0,05	81
2	Institutionalisierung	4,2	0,05	115
3	Wohnqualität	5,3	0,05	92
3	Beweglichkeit	6,3	0,05	23

TAB. 81

Signifikanz der Splits bei der Baumanalyse der Ablehnung der Disengagementnorm

Ebene	Determinante	Q	p	N
1	Bildung	27,3	0,001	202
2	Beweglichkeit	3,6	0,06	146

TAB. 82

Durchschnittliche Ablehnung der Beharrungstendenz in Abhängigkeit von der Bezugsart

- - - - - - - A N A L Y S I S O F V A R I A N C E - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

CODE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SQ	N
1.00		2.748	.760	57.812	(101)
2.00		2.982	.739	14.741	(28)
3.00		2.768	.758	46.598	(82)
	TOTAL	2.7867	.7572	120.4028	(211)

* * * * * * * * * * * * * A N O V A T A B L E * * * * * * * * * * * * * *

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEEN GROUPS	1.2523	(2)	.6262
WITHIN GROUPS	119.1505	(208)	.5728
TOTAL	120.4028	(210)	

F = 1.0931 n.S.

* *

TAB. 83

Durchschnittliche Ablehnung von Altersstereotypen hinsichtlich des Kontaktes mit jungem Menschen in Abhängigkeit von der Bezugsart

- - - - - - - - - - A N A L Y S I S O F V A R I A N C E -

CODE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SQ		N
1.00		4.871	.940	88.327	(	101
2.00		4.196	.956	24.670	(	28
3.00		4.518	1.058	90.723	(	82
	TOTAL	4.6445	1.0138	215.8412	(	211

* * * * * * * * * * * * * * * * A N O V A T A B L E * * * * * * * * * * * * * * * *

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEEN GROUPS	12.1223	(2)	6.0611
WITHIN GROUPS	203.7189	(208)	.9794
TOTAL	215.8412	(210)	

F = 6.1885 $p < 0{,}01$

TAB. 84

Durchschnittliche Ablehnung echter Altersstereotypen in Abhängigkeit von der Bezugsart

- - - - - - - - - - A N A L Y S I S O F V A R I A N C E -

CODE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SQ		N
1.00		5.089	.960	92.198	(	101
2.00		4.446	.926	23.170	(	28
3.00		4.896	.922	68.859	(	82
	TOTAL	4.9289	.9597	193.4336	(	211

* * * * * * * * * * * * * * * * A N O V A T A B L E * * * * * * * * * * * * * * * *

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEEN GROUPS	9.1971	(2)	4.5985
WITHIN GROUPS	184.2366	(208)	.8858
TOTAL	193.4336	(210)	

F = 5.1917 $p < 0{,}01$

TAB. 85

Durchschnittliche Ablehnung von Kontaktstereotypen alter Menschen in Abhängigkeit von der Bezugsart

CODE	VALUE LABEL	MEAN	STD DEV	SUM OF SQ	N
1.00		6.347	1.371	187.871	(101)
2.00		5.357	1.193	38.429	(23)
3.00		5.774	1.160	109.076	(82)
	TOTAL	5.9929	1.3152	363.2393	(211)

* * * * * * * * * * * * * * * A N O V A T A B L E * * * * * * * * * * * * * * *

	SUM OF SQUARES	DEGREES OF FREEDOM	MEAN SQUARE
BETWEEN GROUPS	27.8633	(2)	13.9316
WITHIN GROUPS	335.3761	(208)	1.6124
TOTAL	363.2393	(210)	

F = 8.6404 $p < 0{,}04$

Tab. 86

Skala zur Messung negativer Altersstereotypen
nach TUCKMAN & LORGE

Text	Trennschärfe	Schwierigkeit
Ältere Menschen sind altmodisch.	0,1895	67,11
Sie sind mit der Zeit nicht mitgekommen.	0,2789	67,98
Sie gewinnen nicht gern neue Freunde, sondern sind lieber mit den alten zusammen.	0,2623	30,70
Sie mögen es nicht, wenn sich immer alles ändert.	0,2467	42,54
Es ist schwer, mit alten Menschen auszukommen.	0,3873	50,00
Alte Menschen sind reizbar.	0,3678	43,86
Sie sind geschwätzig.	0,3532	53,07
Sie sind bei jüngeren Menschen nicht gern gesehen.	0,2786	50,88
Sie wiederholen sich in der Unterhaltung.	0,3946	32,46
Sie sorgen sich über unwichtige Dinge.	0,3218	53,51
Alte Menschen sind hilflos.	0,2798	48,68