

## Kapitel IV

# Die psychische Stabilität alter Menschen

Beate Wild, Andreas Kruse, Eric Schmitt

**Zusammenfassung** Die psychische Stabilität alter Menschen wurde durch zehn Merkmale abzubilden versucht: Kohärenzgefühl, Depression, Lebenszufriedenheit, Einstellung zum eigenen Alter, subjektives Alter, subjektive Gesundheit, Optimismus, mitverantwortliche Potenziale, Barrieren der Mitverantwortung, Entwicklungsgewinne. Diese Merkmale wurden in Beziehung zu folgenden neun sozialstrukturellen Merkmalen gesetzt: Lebensalter, Geschlecht, Familienstand, Sozialschicht, Haushaltsform, Haushaltsgröße, Erwerbsbiografie, Wohnort und Pflegegrad. Besonders enge Zusammenhänge mit soziostrukturellen Merkmalen zeigen die psychischen Merkmale „Kohärenzgefühl“ und „Optimismus“. Für sie weisen „Pflegegrad“ und „Sozialschicht“ die höchsten Korrelationen aus. Der Pflegegrad korreliert zudem hoch mit anderen Merkmalen: Bei einem Pflegegrad von mindestens 2 findet man eine höhere Depressivität, niedrigere Lebenszufriedenheit und das subjektive Erleben von weniger Entwicklungsgewinnen. Darin spiegelt sich die erhöhte psychische Vulnerabilität von alten Menschen wider, die einen höheren Grad an Pflegebedürftigkeit aufweisen. Die Schichtzugehörigkeit zeigt hohe Korrelationen mit Lebenszufriedenheit, Potenzialen und Entwicklungsgewinnen. Über die genannten psychischen Merkmale wurden Clusteranalysen gerechnet, deren Ergebnisse in Beziehung zu sozialstrukturellen Merkmalen gesetzt wurden. Auch hier zeigte sich der potenzielle Einfluss von objektiv gegebenen Problemfaktoren vs. Ressourcen mit Blick auf die Selbst- und Weltgestaltung des Individuums.

**Schlagwörter** Lebenswelt, Prävention, Selbstgestaltung, Sozialstruktur, Weltgestaltung

**Abstract** The mental stability of the elderly was assessed by ten characteristics: sense of coherence, depression, life satisfaction, attitude towards one's own ageing, subjective age, subjective health, optimism, potential of shared responsibility, barriers to shared responsibility, developmental gains. These characteristics of psychological stability were related to nine socio-structural characteristics: age, gender, marital status, social class, type of household, household size, employment history, place of residence and degree of care. "Sense of coherence" and "optimism" show particularly close correlations with socio-structural characteristics. For these two, "level of need for care" and "social class" show the highest correlations. The level of need for care also correlates highly with other characteristics: With a level of at least 2, one finds higher depressiveness, lower life satisfaction and a perception of fewer developmental gains. This shows the psychological vulnerability of elderly people in need of care. Social class shows high correlations with life satisfaction, potential and developmental gains. Cluster analyses were carried out on the above-mentioned psychological characteristics, the results of which were related to socio-structural characteristics. Here, too, the potential influence of objectively given problem factors vs. resources with regard to shaping the self and the world of the individual became apparent.

**Keywords** Living environment, prevention, self-design, social structure, world-design

Die psychische Situation alter Menschen hat einen wichtigen Einfluss auf deren Lebensgestaltung und Lebensqualität. Zwei Menschen, die sich in ihrer körperlichen und sozialen Situation ähneln, sich jedoch stark in der psychischen Stabilität unterscheiden, werden ihre Möglichkeiten und Begrenzungen sehr unterschiedlich wahrnehmen und bewältigen. Dabei ist die psychische Stabilität – oder Belastung – alter Menschen stark beeinflusst von ihrer Biografie. So ist z. B. ein starker Prädiktor für das Auftreten einer Depression im höheren Lebensalter das Vorhandensein einer früheren depressiven Episode.<sup>1</sup> Weitere Einflussfaktoren auf die psychische Situation alter Menschen sind u. a. sozialstrukturelle Merkmale, körperliche Krankheiten, Verlust-erfahrungen, Copingstrategien und Resilienz. Hier könnte man vermuten, dass sich im Alter eine Balance einstellen würde: Verluste und körperliche Einschränkungen nehmen mit steigendem Lebensalter zu, doch gleichzeitig entwickeln die Menschen seelische Ressourcen und Strategien, die ihnen helfen, mit den Verlusten umzugehen.

Im Folgenden wird der Zusammenhang zwischen der psychischen Situation und den sozialen bzw. körperlichen Merkmalen alter Menschen genauer untersucht. Dabei wurde die psychische Situation über zehn psychometrische Messinstrumente erfasst.

In Klinik und Forschung wird die psychische Situation alter Menschen häufig allein über Fragen nach Beschwerden und Belastungen erhoben. Dabei ist es gerade bei alten Menschen wichtig, die positiven Aspekte und Ressourcen ihrer Situation zu erfragen. Bleibt man in den Fragen auf der defizitären Seite, so fokussiert man auf den Teil, der sich voraussichtlich mit zunehmendem Alter verschlechtert, und wird den Möglichkeiten und Chancen des Alterns nicht gerecht. Aus diesem Grund wurden in der Studie „Altern in Balance“ sehr verschiedene, sich ergänzende Konstrukte zur Erfassung der psychischen Stabilität erhoben.

Das *Kohärenzgefühl* beschreibt den subjektiv empfundenen Zusammenhang einer Person mit den Geschehnissen und der Welt. Die Stärke des Kohärenzgefühls wird bestimmt durch das Ausmaß, in dem Lebensereignisse verstehbar erscheinen, als bedeutsam wahrgenommen werden und auch bewältigt werden können. Die *Depressivität* hat als Leitsymptomatik die Niedergeschlagenheit und Freudlosigkeit über längere Zeiträume und Situationen hinweg. Weitere Symptome sind Hoffnungslosigkeit und niedrige Aktivität. Die *Lebenszufriedenheit* ist ein mehrfaktorielles Konstrukt, das affektive und kognitiv-evaluative Komponenten der Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen umfasst. Die *Einstellung zum Alter* ist ein Konstrukt, das Altersstereotype und auf das eigene Alter(n) bezogene Meinungen und Überzeugungen erfasst – häufig unter der Hypothese, dass diese auch implizit bzw. subintentional Handlungen beeinflussen. Das Merkmal *Optimismus* erfasst die Antizipation zukünftiger Ereignisse und kann als eine generalisierte Version von Vertrauen angesehen werden. Repräsentationen eigenen Alterns im Sinne von Möglichkeiten und Grenzen selbst- und mitverantwortlicher Lebensführung schließlich können operationalisiert werden durch Einschätzungen zu *mitverantwortlichen Potenzialen, Barrieren der Mitverantwortung* und

1 Cole & Dendukuri (2003); Lossnitzer et al. (2012)

*Entwicklungsgewinnen im Alter.* Als weitere Merkmale zur Messung der psychischen Stabilität wurden die Selbsteinschätzungen des eigenen Alters (subjektives Alter) und der eigenen Gesundheit (subjektive Gesundheit) im Vergleich zu anderen erfasst.

## IV.1 Überblick über die Fragebögen

Für die folgende Analyse wurden N = 400 Teilnehmer\*innen befragt. Dazu kamen folgende Messinstrumente zum Einsatz:

- (1) Das Merkmal *Kohärenzgefühl* wurde mithilfe der Leipziger Kurzform (SOC-L9)<sup>2</sup> erfasst. Diese umfasst neun Items, die jeweils mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden können (Range des Gesamtscores: 1–9). Ein höherer Wert steht für ein höheres Kohärenzgefühl.
- (2) Das Merkmal *Depressivität* wurde in der Studie über die Geriatrische Depressionsskala (GDS)<sup>3</sup> operationalisiert. Diese umfasst 15 Items (Range des Gesamtscores: 0–15). Ein höherer GDS-Score weist auf eine stärkere depressive Symptomatik hin. Ein Summenwert von unter 6 gilt als unauffällig, ein Wert von 6 bis 10 als Hinweis auf eine leichtere bis mittlere, ein Wert von 10 und mehr als Hinweis auf eine schwere depressive Symptomatik.
- (3) Das Merkmal *Lebenszufriedenheit* wurde in der Studie mithilfe der *Satisfaction with Life Scale* (SWLC)<sup>4</sup> erfasst. Diese umfasst fünf siebenfach gestufte Items, wobei höhere Werte für eine höhere Zufriedenheit stehen (Range des Gesamtscores: 0–35).
- (4) Das Merkmal *Einstellung zum eigenen Alter* wurde mit der Subskala *Attitudes Toward Own Aging* (ATOA)<sup>5</sup> der Philadelphia Geriatric Center Morale Scale gemessen. Diese umfasst fünf zweifach gestufte Items (Range des Skalenscores: 1–10); ein höherer Wert steht für eine positivere Einstellung zum eigenen Alter.
- (5) Das Merkmal *Subjektives Alter* wurde mit einer Selbsteinschätzung im Vergleich zu Gleichaltrigen erfasst, die auf einer dreistufigen, von 1: (eher) jünger bis 3: (eher) älter reichenden Ratingskala vorgenommen wurde.
- (6) Das Merkmal *Subjektive Gesundheit* wurde als Selbsteinschätzung auf einer dreistufigen Ratingskala erhoben, die von 1: (eher) schlecht über 2: (mittel) bis 3: (eher) gut reichte.
- (7) Zur Messung des Merkmals *Optimismus* wurde in der Studie ein von Krause entwickelter Fragebogen eingesetzt.<sup>6</sup> Dieser umfasst drei Items, deren Zutreffen

2 Schumacher et al. (2000)

3 Sheikh & Yesavage (1986)

4 Diener et al. (1985)

5 Lawton (1975)

6 Krause (2003)

auf einer vierstufigen Skala eingeschätzt wird (Range des Gesamtscores: 3–12). Hier steht ein höherer Wert für größeren Optimismus.

- (8) Das Merkmal *Mitverantwortliche Potenziale* wurde mithilfe eines im Projekt „Bilder des Alters und Sozialstruktur“ (BIAS) entwickelten Fragebogens gemessen.<sup>7</sup> Diese Dimension des Fragebogens umfasst vier Items, die auf einer vierstufigen Skala einzuschätzen sind (Range des Dimensionsscores: 4–16).
- (9) Das Merkmal *Barrieren der Mitverantwortung* wurde ebenfalls auf der Grundlage der Fragebogenentwicklung im Projekt BIAS operationalisiert. Auch diese Dimension umfasst vier vierfach gestufte Items (Range des Dimensionsscores: 4–16).
- (10) Die Messung des Merkmals *Entwicklungsgewinne* erfolgte auf der Grundlage einer aus fünf Items bestehenden vierstufigen Skala (Range: 5–20), die ebenfalls im Kontext des Projekts „Bilder des Alters und Sozialstruktur“ entwickelt wurde. Ein höherer Wert entspricht der Wahrnehmung von mehr Entwicklungsgewinnen.

Die zehn Merkmale (mit ihrem jeweiligen Wertebereich sowie mit Mittelwert und Standardabweichung) sind im nachfolgenden Überblick aufgeführt:

Kohärenzgefühl	(Wertebereich: 1–9;	M: 5,1;	SD: 2.1)
Depression	(Wertebereich: 0–15;	M: 4,9;	SD: 2.5)
Lebenszufriedenheit	(Wertebereich: 0–35;	M: 23,6;	SD: 6.9)
Einstellung zum eigenen Alter	(Wertebereich: 1–10;	M: 7,8;	SD: 1.4)
Subjektives Alter	(Wertebereich: 1–3;	M: 1,8;	SD: .7)
Subjektive Gesundheit	(Wertebereich: 1–3;	M: 2,1;	SD: .7)
Optimismus	(Wertebereich: 3–12;	M: 7,6;	SD: 2.5)
Mitverantwortliche Potenziale	(Wertebereich: 4–16;	M: 10,4;	SD: 3.0)
Mitverantwortung – Barrieren	(Wertebereich: 4–6;	M: 9,2;	SD: 3.1)
Entwicklungsgewinne	(Wertebereich: 5–20;	M: 12,5;	SD: 4.0)

Insgesamt ergeben sich relativ positive Werte, die auf eine eher stabile psychische Situation und positive Lebensperspektive der Teilnehmer\*innen dieser Studie verweisen. Es finden sich in den Mittelwerten keine stärkeren Tendenzen zur Depression, zur herabgesetzten Zufriedenheit und zu Teilhabedefiziten. Gleichzeitig sprechen die Standardabweichungen für eine *hohe Heterogenität*. Damit stellt sich die Frage nach der Bedeutung des Einflusses von sozialstrukturellen Merkmalen.

7 Kruse & Schmitt (2006, 2009); Schmitt & Zimprich (2001)

## IV.2 Zusammenhänge mit sozialstrukturellen Merkmalen

Es wurden die folgenden sozialstrukturellen Merkmale in ihrem Zusammenhang mit Merkmalen der psychischen Situation untersucht: Lebensalter, Geschlecht, Familienstand, Sozialschicht, Haushaltsform, Haushaltsgröße, Erwerbsbiografie, Wohnort und Pflegegrad. In der statistischen Analyse wurden im ersten Schritt für jedes Merkmal der psychischen Situation Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson mit allen Außenmerkmalen berechnet. Anschließend wurde eine lineare Regression durchgeführt, mit dem jeweiligen psychischen Merkmal als abhängiger Variable und den Außenmerkmalen, die signifikante Korrelationen aufwiesen, als Prädiktoren. Die Regressionen wurden adjustiert für Alter und Geschlecht.

Für das bessere Verständnis der Auswertung werden im Folgenden die Codierungen der einzelnen Merkmale, die in den Tabellen beschrieben werden, wiedergegeben: Geschlecht (1: Frauen, 2: Männer); verheiratet (0: nicht verheiratet; 1: verheiratet); verwitwet (0: nicht verwitwet, 1: verwitwet); Sozialschicht (1: eher niedrig, 2: mittel, 3: eher hoch); Haushaltsform (0: Privathaushalt, 1: Heim); Haushaltsgröße (0: allein lebend, 1: zusammen lebend); Erwerbsbiografie (0: nicht erwerbstätig, 1: früher erwerbstätig); Wohnort (0: ländliche Region, 1: Stadtgebiet und Umland); Pflegegrad (0: weniger als 2; 1: mindestens 2).

### Kohärenzgefühl

Tabelle IV.1 zeigt den Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und den Außenmerkmalen.

**Tabelle IV.1** Pearson-Korrelationen zwischen dem Kohärenzgefühl und sozialstrukturellen Merkmalen

Kohärenzgefühl		Lebensalter	Geschlecht	Verheiratet	Verwitwet	Sozialschicht	Haushaltsform	Haushaltsgröße	Erwerbsbiografie	Wohnort	Pflegegrad
	<b>r</b>		-0.08	0.03	0.20	-0.16	0.15	-0.14	0.14	0.11	0.03
<b>p</b>		0.10	0.46	0.00	0.00	0.00	0.01	0.01	0.03	0.51	0.00

Die Korrelationen zeigen, dass das Kohärenzgefühl mit *sechs Außenmerkmalen* in Zusammenhang steht: Familienstand (verheiratet [1] sein vs. nicht [0]), Sozialschicht, Haushaltsform, Haushaltsgröße, Erwerbsbiografie und Pflegegrad.

Tabelle IV.2 zeigt die Ergebnisse der linearen Regression für das Kohärenzgefühl ( $R$ -Quadrat = 0.10). Dieses zufolge haben verheiratete alte Menschen ein stärkeres Kohärenzgefühl (im Vergleich zu nicht verheirateten). Gleiches gilt für Personen mit einem niedrigeren Pflegegrad und für solche, die früher berufstätig waren. Auch eine höhere soziale Schicht ist eher mit einem starken Kohärenzgefühl verbunden.

**Tabelle IV.2** Ergebnisse der linearen Regressionsanalyse für die Vorhersage des Kohärenzgefühls

Variable	Beta (standardisiert)	t-Wert (df = 392)	p-Wert
(Konstante)		6.19	0.00
Lebensalter	-0.00	-0.02	0.99
Geschlecht	0.01	0.12	0.90
Verheiratet	0.19	-3.61	0.00
Soziale Schicht	0.12	2.52	0.01
Früher berufstätig	0.11	-2.07	0.04
Pflegegrad	-0.16	3.17	0.00

## Depressivität

Tabelle IV.3 zeigt den Zusammenhang zwischen der Depressivität der befragten Teilnehmer\*innen und den Außenmerkmalen.

**Tabelle IV.3** Pearson-Korrelationen zwischen Depressivität und sozialstrukturellen Merkmalen

Depressive Symptomatik (GDS)		Lebensalter	Geschlecht	Verheiratet	Verwitwet	Sozialschicht	Haushaltsform	Haushaltsgröße	Erwerbsbiografie	Wohnort	Pflegegrad
	<b>r</b>		0.12	-0.13	0.01	0.03	-0.08	0.05	-0.03	-0.09	-0.12
<b>p</b>		0.02	0.01	0.87	0.62	0.11	0.36	0.60	0.07	0.02	0.00

Ein höherer GDS-Score reflektiert eine höhere Depressivität.

Tabelle IV.3 verdeutlicht, dass das Alter, das Geschlecht, der Wohnort und der Pflegegrad mit der Depressivität der Teilnehmer zusammenhängen. Eine lineare Regressionsanalyse auf Depressivität mit Alter, Geschlecht, Wohnort und Pflegegrad als unabhängigen Variablen ergibt ein korrigiertes  $R$ -Quadrat von 0.06 (6% Varianzaufklärung). Die soziostrukturellen Merkmale klären also nur wenig Varianz in der

Depressivität auf. Dabei verbleiben in der Regression das Geschlecht und auch der Pflegegrad als signifikante Prädiktoren für den Grad der Depressivität. Frauen sind in dieser Stichprobe depressiver als Männer. Ebenso haben alte Menschen mit einem höheren Pflegegrad eine höhere depressive Symptomatik als solche mit einem niedrigeren Pflegegrad. Ergebnisse in dieser Richtung findet man auch in früheren bevölkerungsbezogenen Stichproben.<sup>8</sup> Dabei wird auch diskutiert, ob alte Frauen möglicherweise eher eine depressive Symptomatik bei sich erkennen und nach außen zugeben als alte Männer – oder ob es tatsächlich Unterschiede in der Stimmung alter Frauen und Männer gibt. Über die Bedeutung von soziostrukturellen Merkmalen hinaus weiß man aus vorigen Studien, dass der Einbezug anderer Faktoren – wie z. B. das Vorhandensein einer früheren depressiven Episode oder das Vorliegen von chronischen Krankheiten oder von kognitiver Beeinträchtigung – zu einer höheren Varianzaufklärung in der Depressivität führen.

### Lebenszufriedenheit

Tabelle IV.4 zeigt den Zusammenhang zwischen der Lebenszufriedenheit, gemessen über die SWLC, und den Außenmerkmalen.

**Tabelle IV.4** Pearson-Korrelationen zwischen der Lebenszufriedenheit und sozialstrukturellen Merkmalen

Lebenszufriedenheit		Lebensalter	Geschlecht	Verheiratet	Verwitwet	Sozialschicht	Haushaltsform	Haushaltsgröße	Erwerbsbiografie	Wohnort	Pflegegrad
	<b>r</b>		0.01	-0.06	0.10	-0.05	0.18	-0.06	0.08	0.06	0.05
<b>p</b>		0.89	0.25	0.06	0.28	0.00	0.21	0.13	0.27	0.36	0.00

Die Lebenszufriedenheit der alten Teilnehmer korreliert am stärksten mit der sozialen Schicht und dem Pflegegrad. In der linearen Regression auf die Lebenszufriedenheit ergibt sich ein R-Quadrat von 0.08; beide Variablen erweisen sich als signifikante Prädiktoren. Ein niedrigerer Pflegegrad und eine höhere soziale Schicht sind verbunden mit einer höheren Lebenszufriedenheit – während hier Alter und Geschlecht keinen Unterschied in der Lebenszufriedenheit ausmachen. Die niedrige Varianzaufklärung überrascht nicht, weiß man doch aus früheren Studien zur Lebensqualität im Alter, dass der stärkste Prädiktor für Lebensqualität heute die frühere Lebensqualität

8 Wild et al. (2011)

ist.<sup>9</sup> Dabei muss man das Konstrukt der Lebensqualität, häufig gemessen mit dem SF-12 und SF-36<sup>10</sup>, sicherlich unterscheiden von dem Konstrukt der Lebenszufriedenheit. Dennoch würde man hier vermuten, dass ähnliche Zusammenhänge zwischen Lebenszufriedenheit früher und heute zu finden sein würden.

### Einstellung zum eigenen Alter

Tabelle IV.5 zeigt den Zusammenhang zwischen der Einstellung zum eigenen Alter, gemessen über die ATOA, und den Außenmerkmalen.

**Tabelle IV.5** Pearson-Korrelationen zwischen der Einstellung zum eigenen Alter und sozialstrukturellen Merkmalen

Einstellung zum eigenen Alter		Lebensalter	Geschlecht	Verheiratet	Verwitwet	Sozialschicht	Haushaltsform	Haushaltsgröße	Erwerbsbiografie	Wohnort	Pflegegrad
	r	-0.02	0.00	0.08	-0.09	0.11	-0.01	0.04	-0.02	0.00	-0.10
	p	0.73	0.97	0.11	0.07	0.03	0.91	0.41	0.66	1.00	0.06

Die Korrelationen zeigen, dass Angehörige einer höheren sozialen Schicht eine positivere Einstellung zum eigenen Alter haben ( $p = 0.03$ ). Ein höherer Pflegegrad und Verwitwetsein sind in der Tendenz mit einer negativeren Einstellung verbunden.

In der linearen Regression auf die Einstellung zum eigenen Alter, adjustiert für das Alter und Geschlecht, wird jedoch keiner der Prädiktoren signifikant.

### Subjektives Alter

Die Variable des subjektiven Alters wurde mit einer Selbsteinschätzung im Vergleich zu Gleichaltrigen erfasst, die auf einer dreistufigen, von 1: (eher) jünger bis 3: (eher) älter reichenden Ratingskala vorgenommen wurde. Aus diesem Grund wurden für diese Variable nur Korrelationen berechnet (Tabelle IV.6), jedoch keine lineare Regression (da die Voraussetzungen dafür nicht gegeben sind).

9 Maatouk et al. (2012)

10 Bullinger & Kirchberger (1998)



**Tabelle IV.6** Pearson-Korrelationen zwischen dem subjektiven Alter und sozialstrukturellen Merkmalen

Subjektives Alter		Lebensalter	Geschlecht	Verheiratet	Verwitwet	Sozialschicht	Haushaltsform	Haushaltsgröße	Erwerbsbiografie	Wohnort	Pflegegrad
	r	-0.09	-0.01	0.06	-0.07	0.04	0.00	-0.04	-0.04	0.07	0.01
	p	0.08	0.87	0.25	0.18	0.48	0.96	0.42	0.39	0.20	0.90

Das einzige Außenmerkmal, das in der Tendenz mit der subjektiven Einschätzung des Alters korreliert, ist das tatsächliche Lebensalter. Je älter die befragten Teilnehmer\*innen sind, desto eher schätzen sie sich etwas jünger ein, als sie tatsächlich sind ( $p = 0.08$ ).

### Subjektive Gesundheit

Auch die Variable *Subjektive Gesundheit* wurde als Selbsteinschätzung auf einer dreistufigen Ratingskala erhoben, die von 1: (eher) schlecht über 2: (mittel) bis 3: (eher) gut reichte. Tabelle IV.7 zeigt den Zusammenhang zwischen dieser Selbsteinschätzung und den Außenmerkmalen.

**Tabelle IV.7** Pearson-Korrelationen zwischen der subjektiven Gesundheit und sozialstrukturellen Merkmalen

Subjektive Gesundheit		Lebensalter	Geschlecht	Verheiratet	Verwitwet	Sozialschicht	Haushaltsform	Haushaltsgröße	Erwerbsbiografie	Wohnort	Pflegegrad
	r	-0.11	-0.01	0.13	-0.13	0.07	-0.13	0.09	0.07	0.16	-0.20
	p	0.03	0.82	0.01	0.01	0.19	0.01	0.07	0.15	0.00	0.00

Die Selbsteinschätzung der Gesundheit korreliert mit dem Lebensalter, dem Familienstand und der Haushaltsform. Wer in einem Heim lebt, schätzt seine subjektive Gesundheit niedriger ein als Personen, die zu Hause leben. Die höchsten Korrelationen finden sich für den Wohnort und den Pflegegrad – Teilnehmer\*innen, die in der Stadt wohnen, schätzen sich eher gesünder ein, genauso wie Personen mit einem niedrigen Pflegegrad.

Optimismus

Tabelle IV.8 zeigt den Zusammenhang zwischen dem Optimismus und den Außenmerkmalen.

**Tabelle IV.8** Pearson-Korrelationen zwischen dem Optimismus und sozialstrukturellen Merkmalen

Optimismus		Lebensalter	Geschlecht	Verheiratet	Verwitwet	Sozialschicht	Haushaltsform	Haushaltsgröße	Erwerbsbiografie	Wohnort	Pflegegrad
	r		-0.12	-0.04	0.14	-0.13	0.22	-0.14	0.10	0.10	0.08
p		0.01	0.48	0.01	0.01	0.00	0.00	0.06	0.06	0.14	0.00

Die Variable Optimismus – als Teilaspekt der psychischen Situation – zeigt relativ hohe Korrelationen mit den Außenmerkmalen. Dabei sind die Zusammenhänge zwischen sozialer Schicht bzw. Pflegegrad und Optimismus am höchsten.

Die lineare Regression auf den Optimismus, kontrolliert für Alter und Geschlecht, führt zu einer Varianzaufklärung von 10 %. Als signifikante Prädiktoren bleiben die Schichtzugehörigkeit und der Pflegegrad im Modell. Es wird deutlich, dass eine höhere Schichtzugehörigkeit und ein niedrigerer Pflegegrad mit einem höheren Optimismus der alten Menschen verbunden sind.

Mitverantwortliche Potenziale

Tabelle IV.9 zeigt den Zusammenhang zwischen dem Erleben von Potenzialen der Mitverantwortung und den Außenmerkmalen.

**Tabelle IV.9** Pearson-Korrelationen zwischen den mitverantwortlichen Potenzialen und sozialstrukturellen Merkmalen

Mitverantwortliche Potenziale		Lebensalter	Geschlecht	Verheiratet	Verwitwet	Sozialschicht	Haushaltsform	Haushaltsgröße	Erwerbsbiografie	Wohnort	Pflegegrad
	r		-0.02	-0.08	0.12	-0.05	0.27	-0.11	0.15	0.08	0.13
p		0.07	0.11	0.02	0.29	0.00	0.03	0.00	0.12	0.01	0.08

Zum ersten Mal korreliert eine Variable der psychischen Situation signifikant mit der Haushaltsgröße – wer mit jemanden zusammenlebt, erlebt eher die Potenziale der Mitverantwortung als eine Person, die allein lebt.

Die lineare Regressionsanalyse auf die Potenziale ergibt eine Varianzaufklärung von 9 %. Als signifikante Prädiktoren bleiben das Geschlecht, die Sozialschicht und der Wohnort im Modell. Dabei klärt die Sozialschicht den höchsten Varianzanteil auf – wer zu einer höheren Schicht gehört, erlebt stärkere Potenziale der Mitverantwortlichkeit.

### Barrieren der Mitverantwortung

Tabelle IV.10 zeigt den Zusammenhang zwischen den erlebten Barrieren der Mitverantwortung und den Außenmerkmalen.

**Tabelle IV.10** Pearson-Korrelationen zwischen den Barrieren der Mitverantwortung und sozialstrukturellen Merkmalen

Barrieren der Mitverantwortung		Lebensalter	Geschlecht	Verheiratet	Verwitwet	Sozialschicht	Haushaltsform	Haushaltsgröße	Erwerbsbiografie	Wohnort	Pflegegrad
	r	-0.03	0.01	-0.07	0.05	-0.05	0.09	-0.07	-0.11	0.06	0.11
p	0.59	0.82	0.14	0.30	0.37	0.06	0.17	0.03	0.26	0.03	

Die selbst erlebten Barrieren der Mitverantwortung korrelieren nur mit dem Pflegegrad und der Erwerbsbiografie. In der linearen Regressionsanalyse zur Vorhersage von Barrieren der Mitverantwortung, adjustiert für Alter und Geschlecht, ergibt sich eine sehr kleine Varianzaufklärung von 2 %. Signifikante Prädiktoren sind die Erwerbstätigkeit und der Pflegegrad – wer einen höheren Pflegegrad hat, empfindet eher Barrieren genauso wie eine Person, die in ihrem Leben nicht erwerbstätig war.

### Entwicklungsgewinne

Tabelle IV.11 zeigt den Zusammenhang zwischen den selbst erlebten Entwicklungsgewinnen der Teilnehmer und den Außenmerkmalen.

Für die Außenmerkmale „Sozialschicht“, „Wohnort“ und „Pflegegrad“ fanden sich vergleichsweise hohe Korrelationen mit dem Ausmaß an Entwicklungsgewinnen.

**Tabelle IV.11** Pearson-Korrelationen zwischen den Entwicklungsgewinnen und sozialstrukturellen Merkmalen

Entwicklungsgewinne		Lebensalter	Geschlecht	Verheiratet	Verwitwet	Sozialschicht	Haushaltsform	Haushaltsgröße	Erwerbsbiografie	Wohnort	Pflegegrad
	r	0.00	-0.04	0.10	-0.04	0.25	-0.10	0.06	0.09	0.18	0.13
	p	0.94	0.47	0.05	0.43	0.00	0.05	0.24	0.09	0.00	0.01

Die lineare Regressionsanalyse zur Vorhersage von Entwicklungsgewinnen mit den Prädiktoren Sozialschicht, Wohnort und Familienstand (verheiratet vs. nicht verheiratet), adjustiert für Alter und Geschlecht, ergibt eine Varianzaufklärung von 9 %. Teilnehmer\*innen mit einer höheren Sozialschicht berichten von höheren Entwicklungsgewinnen; ebenso verheiratete Teilnehmer\*innen und solche, die in einem Stadtgebiet wohnen.

### Interpretation

Insgesamt wird aus der Zusammenhangsanalyse von Variablen der psychischen Situation und von soziostrukturellen Merkmalen deutlich, dass die psychische Situation von alten Teilnehmer\*innen durch weit mehr als soziostrukturelle Vorgaben bestimmt ist. Man kann davon ausgehen, dass der Einbezug von weiteren Faktoren wie somatische Krankheitsschwere, Lebensereignisse und Ressourcen zu einer höheren Varianzaufklärung in den Variablen führen würde. Allerdings weiß man bei Variablen wie Depressivität und Lebensqualität auch, dass gerade die Depressivität und Lebensqualität selbst in früheren Lebensphasen die Werte dieser Variablen sehr stark vorhersagt.

Die höchste Varianzaufklärung von jeweils 10 % durch soziostrukturelle Merkmale wird in den Variablen Kohärenzgefühl und Optimismus erreicht. Für beide Merkmale der psychischen Stabilität zeigen der Pflegegrad und die Sozialschicht die höchsten Korrelationen. Der Pflegegrad korreliert auch hoch mit anderen Merkmalen: Bei einem Pflegegrad von mindestens 2 findet man eine höhere Depressivität, niedrigere Lebenszufriedenheit und eine Wahrnehmung von weniger Entwicklungsgewinnen. Hier zeigt sich einmal mehr die Vulnerabilität von alten Menschen, die pflegebedürftig sind. Dadurch, dass Pflegebedürftigkeit einen sehr starken Fokus auf Organisation und körperliche Grundbetreuung hat, ist es häufig so, dass aus Zeit-, Geld- oder Wahrnehmungsgründen die psychische Situation der alten Menschen nicht wirklich beachtet wird. Besonders wichtig wären hier größere Initiativen, die auf eine Verbesserung der psychischen Situation bei Pflegebedürftigen zielen.

Die Schichtzugehörigkeit zeigt hohe Korrelationen mit Lebenszufriedenheit, Potenzialen und Entwicklungsgewinnen. Je höher die Schichtzugehörigkeit ist, desto besser die psychische Stabilität, so scheint es. Da sich die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schicht vielfach konstant durch mehrere Lebensphasen zieht, sind hier Interventionen gefragt, die schon früh im Lebenslauf ansetzen. Was kann man tun, um Angehörige einer niedrigeren Schicht in ihrer Einschätzung von Entwicklungsgewinnen und mitverantwortlichen Potenzialen zu erreichen?

Auch die Erwerbsbiografie ist mit zwei Merkmalen der psychischen Situation verknüpft: Wer früher erwerbstätig war, erlebt heute ein stärkeres Kohärenzgefühl und niedrigere Barrieren der Mitverantwortlichkeit.

Die Korrelationen zwischen dem Familienstand und der Haushaltsform- bzw. Haushaltsgröße mit verschiedenen Merkmalen der psychischen Situation waren zu erwarten. So ist es z. B. vorhersehbar, dass alte Menschen, die im Heim leben, weniger Potenziale der Mitverantwortung empfinden – haben sie doch im Heim vielfach weniger Möglichkeiten, etwas zu gestalten oder Mitverantwortung zu leben.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass die psychische Situation für die vorliegende Stichprobe von 400 Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Alter von 75 bis 95 Jahren *im Mittel* eher positiv ist. Die Mittelwerte der Stichprobe bewegen sich unterhalb des Cut-off für eine depressive Symptomatik und in der oberen Hälfte des Wertebereichs der Lebenszufriedenheit, des Kohärenzgefühls und des Optimismus. Allerdings werden graduelle Unterschiede im Zusammenhang mit soziostrukturellen Merkmalen deutlich; v. a. Angehörige einer niedrigeren Sozialschicht und alte Menschen mit einem höheren Pflegegrad schätzen sich psychisch weniger stabil ein und würden entsprechende Unterstützung benötigen.

### IV.3 Merkmale der psychischen Situation als Grundlage der Rekonstruktion von Lebenswelten

Auch in der Wahrnehmung von Möglichkeiten und Grenzen der Selbst- und Weltgestaltung, von Potenzialen und Vulnerabilitäten spiegeln sich dem in der Studie „Altern in Balance“ verfolgten Analyseansatz zufolge Unterschiede in den Lebenswelten alter Menschen wider. Aus diesem Grunde sollten die zuvor dargestellten Analysen, die Aufschluss über die Ausprägung und mögliche soziostrukturelle Einflussfaktoren und Korrelate unterschiedlicher Dimensionen der psychischen Situation alter Menschen geben, um eine weitere Betrachtungsweise ergänzt werden. Diese Betrachtungsweise differenziert die Untersuchungsstichprobe in verschiedene Personengruppen, die sich durch charakteristische Muster von Merkmalen der psychischen Situation kennzeichnen lassen. Ähnlich wie in anderen Untersuchungsteilen wurde auch hier die agglomerative Clusteranalyse als heuristisches Verfahren genutzt. In die Clusteranalyse gingen als Clustervariablen jene zehn Merkmale der psychischen Situation ein,

deren Messskalen zu Anfang des Kapitels vertieft dargestellt wurden. Unterschieden in der Skalierung und Verteilung der Merkmale wurde durch eine z-Standardisierung der Rohwerte vor der Durchführung der Clusteranalyse Rechnung getragen. In einem zweiten Analyseschritt wurden Zusammenhänge zwischen den resultierenden Clustern und soziostrukturellen Außenmerkmalen untersucht. Auf der Grundlage der Ergebnisse wurden im Sinne einer Annäherung an verschiedene Lebenswelten im hohen Alter Personengruppen- bzw. Clusterspezifische Handlungsempfehlungen entwickelt.

#### IV.3.1 Differenzierung von Clustern und Zusammenhänge mit soziostrukturellen Außenmerkmalen

Das Ergebnis der Clusteranalyse legt eine Differenzierung zwischen vier Clustern nahe, die auf der Grundlage der jeweiligen Mittelwerte für die 10 berücksichtigten Merkmale der psychischen Situation wie folgt bezeichnet wurden: „Eher gering ausgeprägtes Engagement in der Selbst- und Weltgestaltung, verbunden mit geringer Zufriedenheit und geringen Entwicklungsgewinnen, aber positivem Gesundheitserleben“ (Cluster 1), „Eher gering ausgeprägtes Engagement in der Selbst- und Weltgestaltung, verbunden mit mittlerer Zufriedenheit“ (Cluster 2), „Ausgeprägte Tendenz zur Selbst- und Weltgestaltung, verbunden mit Zufriedenheit, positiver Lebenseinstellung und Entwicklungsgewinnen“ (Cluster 3) und „Eher verhaltene Tendenz zur Selbst- und Weltgestaltung, verbunden mit einer positiven Einstellung zum eigenen Alter, aber mit einem eher negativen Gesundheitserleben“ (Cluster 4).

In Tabelle IV.12 ist die Verteilung der Clustermerkmale wiedergegeben. Hier wird deutlich, dass (1) sich in Cluster 3 durchgehend vergleichsweise günstige Werte finden, (2) Cluster 4 insgesamt (für 8 der 10 Merkmale) günstigere Werte aufweist als Cluster 1 und 2, für Depression sowie Barrieren der Mitverantwortung allerdings ungünstigere Werte aufweist als alle anderen Cluster, (3) Cluster 1 insgesamt vergleichsweise ungünstige Werte aufweist, (4) Cluster 2 durchgängig günstigere Werte als Cluster 1 und mit Ausnahme der Merkmale Depression und Barrieren der Mitverantwortung ungünstigere Werte aufweist als die Cluster 3 und 4.

Deutliche Zusammenhänge zwischen den vier Clustern und soziokulturellen Außenmerkmalen ergeben sich vor allem für Schichtzugehörigkeit, Schmerzerleben und Pflegegrad (Tabelle IV.13). Dabei zeigen sich vor allem für Cluster 3, aber auch für Cluster 4 günstigere Rahmenbedingungen als für die Cluster 2 und (in besonderem Maße) 1.

Die in den Tabellen IV.12 und IV.13 dargestellten Ergebnisse legen die folgenden Clusterbeschreibungen nahe.

**Tabelle IV.12** Verteilung der Clustermerkmale

Clustervariable (Range)	Cluster 1 (n = 56)	Cluster 2 (n = 99)	Cluster 3 (n = 121)	Cluster 4 (n = 124)	Gesamt	Signifikante Unterschiede
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
Kohärenzgefühl (1–9)	2,7 (1.70)	4,6 (1.67)	6,3 (1.92)	5,6 (1.48)	5,1 (2.06)	1 < 2 < 4 < 3
Depression (0–15)	5,5 (2.84)	5,1 (2.29)	3,6 (1.51)	5,7 (2.84)	4,9 (2.51)	3 < 2 < 1 < 4
Lebenszufriedenheit (0–35)	13,7 (6.54)	21,7 (4.35)	28,0 (4.50)	25,5 (5.38)	23,7 (6.87)	1 < 2 < 4 < 3
Einstellung zum eigenen Alter (1–10)	6,3 (1.08)	7,4 (1.50)	8,5 (1.20)	8,1 (1.12)	7,8 (1.44)	1 < 2 < 4, 3
Subjektive Gesundheit (1–3)	1,3 (.49)	1,9 (.64)	2,2 (.44)	2,5 (.53)	2,07 (.65)	1 < 2 < 4, 3
Optimismus (3–12)	5,5 (2.02)	5,7 (1.69)	9,6 (1.71)	8,1 (1.80)	7,59 (2.45)	1, 2 < 4 < 3
Mitverantwortliche Potenziale (4–16)	7,9 (2.52)	8,5 (2,56)	12,4 (2.61)	11,2 (2.34)	10,4 (2.96)	1, 2 < 4 < 3
Barrieren der Mitver- antwortung (4–16)	10,7 (2.96)	7,9 (3.15)	7,9 (2.28)	10,8 (2.44)	9,2 (3.02)	2, 3 < 1, 4
Entwicklungsgewinne (5–20)	8,9 (2.90)	10,1 (3.35)	15,2 (3.03)	13,5 (2.92)	12,5 (3.89)	1, 2 < 4 < 3

**Tabelle IV.13** Zusammenhänge der Cluster mit anderen Merkmalen

Außenmerkmale	Cluster 1 (n = 89)	Cluster 2 (n = 96)	Cluster 3 (n = 107)	Cluster 4 (n = 108)	Chi <sup>2</sup> (df)	p
(A) Geschlecht					3.42 (3)	.331
(B) Lebensalter					14.77 (9)	.097
(C) Familienstand					12.58 (6)	.050
Verheiratet	20 (36 %)	32 (32 %)	62 (51 %)	64 (52 %)		
Verwitwet	28 (50 %)	51 (52 %)	46 (38 %)	47 (38 %)		
Ledig, geschieden	8 (14 %)	16 (16 %)	13 (11 %)	13 (10 %)		
(D) Wohnform					7.86 (3)	.049
Privathaushalt	36 (64 %)	58 (59 %)	90 (74 %)	90 (73 %)		
Stationäre Einrichtung	20 (36 %)	41 (41 %)	31 (26 %)	34 (27 %)		
(E) Haushaltsstruktur					7.86 (3)	.049
Zusammenlebend	29 (52 %)	48 (48 %)	78 (64 %)	78 (63 %)		
Allein lebend	27 (48 %)	51 (52 %)	43 (36 %)	46 (37 %)		

**Tabelle IV.13** Fortsetzung

Außenmerkmale	Cluster 1 (n = 89)	Cluster 2 (n = 96)	Cluster 3 (n = 107)	Cluster 4 (n = 108)	Chi <sup>2</sup> (df)	p
(F) Soziale Schicht					36,52 (6)	.000
Eher niedrig	22 (39 %)	39 (39 %)	13 (11 %)	28 (22 %)		
Mittel	31 (56 %)	50 (51 %)	80 (66 %)	69 (56 %)		
Eher hoch	3 (5 %)	10 (10 %)	28 (23 %)	27 (22 %)		
(G) Wohnort					7,54 (3)	.057
(H) Pflegegrad					23,04 (3)	.000
2 und höher	40 (71 %)	56 (57 %)	43 (35 %)	56 (45 %)		
0 und 1	16 (29 %)	43 (43 %)	78 (65 %)	68 (55 %)		
(I) Schmerzerleben					26,71 (6)	.000
Gering	16 (28 %)	23 (23 %)	56 (46 %)	45 (36 %)		
Mittel	9 (16 %)	13 (16 %)	34 (28 %)	42 (34 %)		
Stark	31 (56 %)	45 (46 %)	31 (26 %)	37 (30 %)		

## Cluster 1:

Eher gering ausgeprägtes Engagement in der Selbst- und Weltgestaltung, verbunden mit geringer Zufriedenheit und geringen Entwicklungsgewinnen, aber positivem Gesundheitserleben

Schwach ausgeprägtes Kohärenzgefühl; eher gering ausgeprägte Depression; geringe Lebenszufriedenheit; eher neutrale Einstellung zum eigenen Alter; eher gute subjektive Gesundheit; eher pessimistisch gestimmt; eher gering ausgeprägte Potenziale mitverantwortlichen Lebens; eher viele Barrieren des mitverantwortlichen Lebens; gering ausgeprägte Entwicklungsgewinne.

Häufiger verwitwet; eher niedrige bis mittlere Sozialschicht; eher höherer Pflegegrad (2 und höher); Schmerzthematik eher dominant.

## Cluster 2:

Eher gering ausgeprägtes Engagement in der Selbst- und Weltgestaltung, verbunden mit mittlerer Zufriedenheit

Eher mittelstarkes Kohärenzgefühl; eher gering ausgeprägte Depression; mittlere Lebenszufriedenheit; eher neutrale Einstellung zum eigenen Alter; mittlere subjektive Gesundheit; eher pessimistisch; eher gering ausgeprägte Potenziale mitverantwortlichen Lebens; eher wenige Barrieren des mitverantwortlichen Lebens; eher gering ausgeprägte Entwicklungsgewinne.

Häufiger verwitwet; eher niedrige bis mittlere Sozialschicht; eher Pflegegrad; Schmerzthematik eher dominant.



## Cluster 3:

Ausgeprägte Tendenz zur Selbst- und Weltgestaltung, verbunden mit Zufriedenheit, positiver Lebenseinstellung und Entwicklungsgewinnen

Eher starkes Kohärenzgefühl; gering ausgeprägte Depression; eher stark ausgeprägte Lebenszufriedenheit; positive Einstellung zum eigenen Alter; mittlere subjektive Gesundheit; eher optimistisch gestimmt; eher große mitverantwortliche Potenziale; eher wenige Barrieren mitverantwortlichen Lebens; eher viele Entwicklungsgewinne.

Eher verheiratet; eher im Privathaushalt lebend; eher mit einem anderen Menschen zusammen lebend; eher mittlere bis höhere Sozialschicht; ausgeprägt: eher kein Pflegegrad; Schmerzthema eher weniger bedeutsam.

## Cluster 4:

Eher verhaltene Tendenz zur Selbst- und Weltgestaltung, verbunden mit einer positiven Einstellung zum eigenen Alter, aber mit einem eher negativen Gesundheitserleben

Eher stärkeres Kohärenzgefühl; eher mittelstark ausgeprägte Depression; mittlere Lebenszufriedenheit; positive Einstellung zum eigenen Alter; eher schlechte subjektive Gesundheit; eher neutrale bis optimistische Lebenseinstellung; mittlere Ausprägung der mitverantwortlichen Potenziale; eher wenige Barrieren; auf einem mittleren Niveau liegende Entwicklungsgewinne.

Eher verheiratet; eher im Privathaushalt lebend; eher mit einem anderen Menschen zusammen lebend; eher mittlere bis höhere Sozialschicht; eher kein oder geringer Pflegegrad; Schmerzthema eher wenig bedeutsam.

## IV.3.2 Problemfaktoren, Ressourcen und Handlungsbedarfe

Die Ergebnisse der Analysen machen deutlich, dass sich die vier differenzierten Cluster mit Blick auf Problemfaktoren wie auch mit Blick auf Ressourcen erheblich voneinander unterscheiden. Entsprechend bieten sich spezifische Handlungsempfehlungen an.

## Cluster 1:

Eher gering ausgeprägtes Engagement in der Selbst- und Weltgestaltung, verbunden mit geringer Zufriedenheit und geringen Entwicklungsgewinnen, aber positivem Gesundheitserleben

Problemfaktoren: (a) Ein vergleichsweise höherer Anteil von Personen aus einer niedrigen bis mittleren Sozialschicht; (b) ein vergleichsweise höherer Anteil von Personen mit einem höheren Pflegegrad (2 oder höher); (c) ein vergleichsweise höherer Anteil von Personen mit einer eher dominanten Schmerzthematik; (d) ein vergleichsweise

höherer Anteil von Personen, die verwitwet sind; (e) eher geringe Ausprägung erlebter Entwicklungsgewinne; (f) geringe Lebenszufriedenheit; (g) eher pessimistische Einstellung; (h) die Potenziale mitverantwortlichen Lebens sind eher gering, die erlebten Barrieren mitverantwortlichen Lebens sind vielfältig; (i) schwach ausgeprägtes Kohärenzgefühl.

Ressourcen: Eher gute subjektive Gesundheit; eine neutrale (keine negative!) Einstellung zum eigenen Alter; eher gering ausgeprägte Tendenz zur Depression.

Was ist zu tun? Zunächst ist zu bedenken, dass die vier objektiven Lebensbedingungen – eher niedrige bis mittlere Sozialschicht, eher höherer Pflegegrad, eher dominante Schmerzthematik, vergleichsweise höherer Anteil von verwitweten Personen – die Selbst- und Weltgestaltung zwar nicht erschweren müssen, aber doch erheblich erschweren können. Aus diesem Grunde ist bedeutsam, (a) ein Rehabilitations- oder aktivierendes Pflegekonzept umzusetzen, das nicht nur zu einem höheren Grad an funktioneller Kompetenz führt (oder zumindest weitere Verluste zu vermeiden hilft), sondern das zugleich die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen stärkt und sich dadurch positiv auf das Kohärenzgefühl, vielleicht auch die Lebenszufriedenheit auswirkt. Die Tatsache, dass nur eine gering ausgeprägte Tendenz zur Depression besteht, spricht zusätzlich dafür, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen zu stärken. (b) Die Reflexion der Einstellung zum eigenen Alter – zum Beispiel durch begleitende Gespräche wie auch durch eine motivierende Informationsvermittlung (durch Angehörige des Versorgungssystems und durch Flyer) – ist wichtig, um zu einer veränderten Sicht von Alter beizutragen; auch hier kann ein Rehabilitations- und aktivierendes Pflegekonzept positiv wirken, denn dieses führt der Person vor Augen, dass auch im höheren oder hohen Alter Veränderungspotenziale gegeben sein können. (c) Es sollten vermehrt Teilhabemöglichkeiten geschaffen werden – zum Beispiel auf dem Wege der Bürger- oder Mehrgenerationenzentren –, durch die sich nicht nur vermehrt Möglichkeiten zum Austausch mit anderen Menschen, sondern auch zur Mitverantwortung (etwas für andere Menschen tun) ergeben.

#### Cluster 2:

Eher gering ausgeprägtes Engagement in der Selbst- und Weltgestaltung, verbunden mit mittlerer Zufriedenheit

Dieses Cluster weist große Ähnlichkeit zu Cluster 1 auf: So sind in den zentralen objektiven Lebensbedingungen in beiden Clustern identische Akzente erkennbar; mit Blick auf die psychologischen Merkmale sind neben einer großen Anzahl von Gemeinsamkeiten drei Unterschiede zu konstatieren: Cluster 2 zeigt im Gegensatz zu Cluster 1 ein mittelstarkes Kohärenzgefühl (Cluster 1: schwach ausgeprägtes Kohärenzgefühl); zudem eine mittlere Lebenszufriedenheit (Cluster 1: geringe Lebenszufriedenheit); weiterhin eher wenige Barrieren mitverantwortlichen Lebens (Cluster 1: viele Barrieren). Cluster 2 bestätigt noch einmal die potenziell negativen Auswirkungen von ungünstigen objektiven Lebensbedingungen auf die Merkmale der Selbstgestaltung

und Weltgestaltung, wie diese auch in Cluster 1 erkennbar waren, insofern ergeben sich für Cluster 2 identische Handlungsempfehlungen wie für Cluster 1.

#### Cluster 3:

Ausgeprägte Tendenz zur Selbst- und Weltgestaltung, verbunden mit Zufriedenheit, positiver Lebenseinstellung und Entwicklungsgewinnen

Dieses Cluster bildet im Kern den Gegensatz zu den beiden Clustern 1 und 2. Es ist bestimmt von deutlich besseren objektiven Lebensbedingungen: einer mittleren bis hohen Sozialschicht, der geringeren Auftretenshäufigkeit eines Pflegegrades von 2 und höher, einer geringeren Dominanz des Schmerzerlebens, einer höheren Anzahl von Personen, die verheiratet sind, in einem Privathaushalt leben, mit einer anderen Person zusammenleben. Zudem ist dieses Cluster bestimmt von einem psychologischen Profil, das sich im Sinne einer ausgeprägten Tendenz zur Selbst- und Weltgestaltung deuten lässt, zudem im Sinne einer hohen Zufriedenheit, einer positiven Lebenseinstellung, schließlich auch subjektiv perzipierter Entwicklungsgewinne. Dieses psychologische Profil ist auch insofern von Bedeutung, als es zeigt, wie sehr sich – unter günstigen Entwicklungs- und Lebensbedingungen in der Biografie und im hohen Alter – eine ausgeprägte Tendenz zur Selbst- und Weltgestaltung auszubilden und zu erhalten vermag. Dieses Cluster könnte auch im Sinne von Präventionszielen gedeutet werden.

#### Cluster 4:

Eher verhaltene Tendenz zur Selbst- und Weltgestaltung, verbunden mit einer positiven Einstellung zum eigenen Alter, aber mit einem eher negativen Gesundheitserleben

In diesem Cluster finden sich ähnlich günstige objektive Lebensbedingungen wie in Cluster 3: eher mittlere bis hohe Sozialschicht, eher kein oder geringer Pflegegrad, eher geringe Bedeutung der Schmerzthematik. Und doch sind die psychologischen Merkmale hier nicht so positiv ausgeprägt wie in Cluster 3: Es finden sich zwar ein stärkeres Kohärenzgefühl, eine positive Einstellung zum eigenen Alter, aber eine eher mittelstark ausgeprägte Depression, eine eher schlechte subjektive Gesundheit, eine eher neutrale bis optimistische Lebenseinstellung, schließlich nur eine mittlere Ausprägung der mitverantwortlichen Potenziale trotz eher weniger Barrieren, die mit Blick auf mitverantwortliche Potenziale wahrgenommen werden. Zudem liegen die subjektiv perzipierten Entwicklungsgewinne nur auf einem mittleren Niveau und nicht, wie in Cluster 3, auf einem höheren Niveau.

Was folgt aus diesem Befund? Zum einen zeigt dieser, dass aus den objektiv gegebenen Lebensbedingungen nicht unmittelbar auf die Ausprägung von psychologischen Merkmalen geschlossen werden kann. Die im Lebenslauf entwickelten Einstellungen, Haltungen und (gesundheitsbezogenen) Verhaltensweisen müssen genauso

berücksichtigt werden. Zum anderen macht dieser Befund deutlich, dass eine bedeutende präventive Strategie auch darin bestehen kann, funktionale Einstellungen, Haltungen und Verhaltensweisen zu stützen bzw. weiter zu fördern. Das Präventionsziel ist im Kern mit dem psychologischen Profil in Cluster 3 umschrieben.

## Literatur

- Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). *SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand: Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 1147–1156.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*, 71–75.
- Krause, N. (2003). Religious Meaning and Subjective Well-Being in Late Life. *Journals of Gerontology, Psychological Sciences and Social Sciences*, *58*, 160–170.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2006). A multidimensional scale for the measurement of agreement with age stereotypes and the salience of age in social interaction. *Ageing and Society*, *26*, 393–411.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2009). Altersbilder, Sichtweisen eigenen Alterns und Aspekte sozialer Teilhabe. In M. Schmitt, H.-W. Wahl, A. Kruse (Hrsg.), *Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE)* (S. 97–105). Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology*, *30*, 85–89.
- Lossnitzer, N., Herzog, W., Störk, S., Wild, B., Müller-Tasch, T., Lehmkuhl, E., Zugck, C., Regitz-Zagrosek, V., Pankuweit, S., Maisch, B., Ertl, G., Gelbrich, G., Angermann, C. E., & Competence Network Heart Failure (2012). Incidence rates and predictors of major and minor depression in patients with heart failure. *International Journal of Cardiology*, *167*, 502–527. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2012.01.062>.
- Maatouk, I., Wild, B., Wesche, D., Herzog, W., Raum, E., Müller, H., Rothenbacher, D., Stegmaier, C., Schellberg, D., & Brenner, H. (2012). Temporal Predictors of Health-Related Quality of Life in Elderly People with Diabetes: Results of a German Cohort Study. *PLoS One*, *7*, e31088. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031088>.
- Schmitt, E., & Zimprich, D. (2001). Altersstereotype in ländlichen versus städtischen Regionen in Deutschland. *Sozialer Fortschritt*, *50*, 227–233.
- Schumacher, J., Wilz, G., Gunzelmann, T., & Brähler, E. (2000). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. Teststatistische Überprüfung in einer repräsentativen Bevölkerungstichprobe und Konstruktion einer Kurzskaala. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *50*, 472–482.
- Sheikh, R. L., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS). *Clinical Gerontologist*, *5*, 165–173.
- Wild, B., Herzog, W., Schellberg, D., Lechner, S., Niehoff, D., Brenner, H., Rothenbacher, D., Stegmaier, C., &

Raum, E. (2011). Association between the prevalence of depression and age in a large representative German sample of people aged 53 to 80 years. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 375–381.