

Leonore Link

Unselbständigkeit im Alter aus ökologischer Perspektive

**Ergebnisse einer anwendungsorientierten Forschung zur Verbesserung der Situation zu
Hause lebender hilfs- oder pflegebedürftiger älterer Menschen**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Philosophie (Dr. phil.)
im Fach Soziale Therapie/Psychotherapie im Fachbereich Sozialwesen
der Universität Gesamthochschule Kassel

Als Dissertation vom Fachbereich Sozialwesen
im Fach Soziale Therapie/Psychotherapie
angenommen am: 4. Mai 1999

Erster Gutachter: Prof. Dr. H. Radebold

Zweiter Gutachter: PD Dr. F. Karl

Tag der mündlichen Prüfung: 2. Juni 1999

Link, Leonore

Unselbständigkeit im Alter aus ökologischer Perspektive

Ergebnisse einer anwendungsorientierten Forschung zur Verbesserung der Situation zu Hause lebender hilfs- oder pflegebedürftiger älterer Menschen

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsschutzgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

ISBN 3-933146-30-5

© 2000, Kassel University Press GmbH, Kassel

Danksagung

Die Daten, auf denen die vorliegende Studie beruht, wurden erhoben im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung für die beiden vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung geförderten Modellprojekte: ‘Aufbau einer zukunftsorientierten Pflegeinfrastruktur im Landkreis Marburg-Biedenkopf’ und ‘Länderübergreifende Verbesserung und Weiterentwicklung ambulanter Pflege im ländlichen Raum’. An dieser Stelle nochmals meinen herzlichen Dank an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Projekte und die beteiligten Pflegekräfte für ihre Mühen beim Ausfüllen und Führen der Dokumentation.

Bedanken möchte ich mich auch bei:

- meinen Gutachtern, Prof. Dr. H. Radebold und PD Dr. F. Karl, für die Betreuung der Arbeit und das große Vertrauen, das sie in mich und meine Fähigkeiten gesetzt haben;
- unserer Forschungsassistentin, Frau Christa Rippe, für ihre Hilfe bei der bisweilen recht zeitaufwendigen Beschaffung der Literatur;
- meiner Freundin, Regina Müller, für das geduldige Korrigieren meiner zahllosen Tippfehler;
- meinem Freund, Uwe Toenies, für den emotionalen Beistand, den er häufig zu leisten hatte, und für das Ertragen der nicht wenigen Unannehmlichkeiten, die diese Zeit auch für ihn mit sich brachte

und nicht zu letzt

- meiner Mutter, Juliane Link, dafür, daß es sie gibt und sie so ist, wie sie ist.

Leonore Link

Zusammenfassung

Wie leben ältere, hilfs- und pflegebedürftige Menschen auf dem Lande? Welche Hilfen nehmen sie in Anspruch? Was bewirken pflegerische, psychosoziale und therapeutische Maßnahmen?

Diese Fragen standen im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Begleitforschung, die für zwei Modellprojekte durchgeführt wurde. Erarbeitet und exemplarisch umgesetzt wurden mit ihnen neue Formen der Versorgung von funktional beeinträchtigten älteren Menschen. Zum einen handelte es sich um ein Angebot an Beratung und psychosozialer Unterstützung, zum anderen um die Erbringung einer komplexen geriatrischen Rehabilitation im häuslichen Kontext.

Von den Praktikern wurde eine ausführliche personenbezogenen Dokumentation geführt, die es ermöglichte unterschiedliche Aspekte der Lebenssituation der Betroffenen miteinander in Beziehung zu setzen. Bei den ambulant versorgten älteren Menschen handelte es sich mehrheitlich um solche, die bei den Alltagsverrichtungen in erheblichem Maße die Unterstützung informeller und formeller Helfer beanspruchten. Ausgehend von einem ökogerontologischen Erklärungsmodell unselbständigen Verhaltens wurden neben Einschränkungen, die auf spezifische Erkrankungen und sensorische Beeinträchtigungen zurückzuführen waren, die Beiträge bestimmt, die Merkmale der Wohnraumausstattung und der Interaktionsstil der Bezugsperson zu Entstehung und Aufrechterhaltung von Unselbständigkeit leisten können.

Durch die neu geschaffenen Unterstützungsangebote konnten insgesamt positive Veränderungen in den angestrebten Verhaltens- und Erlebnisbereichen erreicht werden, diese waren jedoch mit unterschiedlichen Reaktionen in sozialer und emotionaler Hinsicht verbunden. Wichtige Mediatoren hierbei waren: die Richtung der eingetretenen Veränderung, das erreichte Niveau an Selbständigkeit, die kognitive Verfassung des Betroffenen und die bestehende Versorgungslage. Nach den vorliegenden Ergebnissen sollten Interventionen, um dauerhaft wirksam sein zu können, stärker als bisher einem multidimensionalen Ansatz menschlichen Verhaltens Rechnung tragen. Ökologische Modelle könnten hierzu einen wesentlichen Beitrag leisten. Sie leiten den Blick auf unterschiedliche Einflußgrößen und zeigen so Ansatzmöglichkeiten für umfassende Veränderungen auf.

Inhaltsverzeichnis

1	Theoretische Grundlagen	1
1.1	Fragestellung und Begründung der Untersuchung	2
1.2	Perspektiven, Modelle und Theorien	7
1.3	Allgemeine Kennzeichen ökologischer Modelle	9
1.3.1	Historische Wurzeln	9
1.3.2	Theoretische und methodische Charakteristika ökologischer Modelle	13
1.3.3	Lebenslagen als Funktion von Person und Umwelt	16
1.3.4	Verhaltensrelevante Umweltqualitäten	18
1.4	Ökologische Erklärungsansätze in der Gerontologie	19
1.4.1	Klassische gerontologische Theorien	20
1.4.2	Bedeutsame gerontoökologische Konzepte	21
1.4.3	Unselbständigkeit im Alter	24
1.5	Gerontoökologische Erklärungsansätze	26
1.5.1	Environmental-Docility-Hypothese	27
1.5.2	Erweiterte Modelle der Person-Umwelt-Kongruenz	30
1.5.3	Unselbständigkeit-Unterstützungs-Skript	32
1.6	Stand der Forschung zu Hilfs- und Pflegebedarf und deren Ursachen	34
1.6.1	Hilfs- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten	35
1.6.2	Gründe für bestehenden Hilfs- und Pflegebedarf	37
1.6.3	Defizite und offene Fragen der bisherigen Forschungsergebnisse	41
1.6.4	Hypothesen	44
2	Methodisches Vorgehen	47
2.1	Ziele und Anlage der Modellprojekte	48
2.2	Aufbau und Durchführung der Datenerhebung	50
2.3	Verortung der Erhebung im Rahmen ökologischer Modellparameter	55
2.4	Operationalisierung der erhobenen Bereiche	58
2.4.1	Anonymisierte persönliche Daten	58
2.4.2	Vom Betroffenen angegebene Erkrankungen und Beeinträchtigungen	59
2.4.3	Hilfsbedarf im Alltag	59
2.4.4	Verhaltensbeurteilungsskala	66
2.4.5	Objektive Wohnbedingungen	70
2.4.6	Bewertung der Wohnungsausstattung	72
2.4.7	Erhaltene Unterstützung	74
2.4.8	Belastung pflegender Angehöriger.....	80
2.5	Überblick über die Variablenstruktur und Design	83
2.6	Statistische Verfahren	85

3	Ergebnisse	87
3.1	Auswertung der Daten der Eingangserhebung	88
3.1.1	Zugangswege zu den ambulanten Angeboten	89
3.1.2	Beschreibung der Stichprobe	97
3.1.2.1	Demographische Daten	97
3.1.2.2	Behandlungsrelevante Erkrankungen	100
3.1.2.3	Hilfsbedarf im Alltag	103
3.1.2.4	Sozialverhalten, Gedächtnis und Stimmung	105
3.1.2.5	Objektive Wohnbedingungen	107
3.1.2.6	Bewertung der Wohnungsausstattung im Hinblick auf vorliegende funktionale Beeinträchtigungen	109
3.1.2.7	Erhaltene Unterstützung	112
3.1.2.8	Belastung der pflegenden Angehörigen	115
3.1.3	Zusammenhänge zwischen personalen und umweltlichen Merkmalen	117
3.1.3.1	Gruppen von Hilfsbedürftigen im Alltag	118
3.1.3.2	Differentielle Einflüsse bei unterschiedlichen Alltagsaktivitäten	124
3.1.3.3	Übergänge zwischen logisch aufeinanderfolgenden Alltagsverrichtungen	133
3.2	Auswertung der Wiederholungserhebung	141
3.2.1	Interventionen und erzielte Veränderungen	144
3.2.2	Veränderungsmuster	156
3.2.3	Zusammenhangsstrukturen eingetretener Veränderungen	164
4	Diskussion der Ergebnisse	171
4.1	Vergleich der Ergebnisse mit der empirischen Datenlage	171
4.1.1	Verortung der Stichprobe innerhalb der Gesamtpopulation älterer Menschen	172
4.1.2	Determinanten unselbständigen Verhaltens	176
4.2	Anmerkungen zur Methodik	185
4.3	Besonderheiten der vorliegenden Untersuchung	188
4.4	Praxisrelevanz	191
4.5	Brauchbarkeit und Nutzen ökologischer Modelle in der Gerontologie	201
4.6	Weiterführende Forschungsfragen	207
Anhang		211
Literatur		217
Lebenslauf		255

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Anforderungs-Kompetenz-Modell	28
Abbildung 2: Komplementaritäts-Ähnlichkeits-Modell	31
Abbildung 3: Aufbau und Struktur der Dokumentation	54
Abbildung 4: Belastungsfragebogen für pflegende Angehörige	81
Abbildung 5: Struktur der Interdependenz der Variablengruppen	84
Abbildung 6: Verteilung der Altersgruppen getrennt nach Geschlechtszugehörigkeit	98
Abbildung 7: Veränderung der Haushaltsform in Abhängigkeit zum Alter, getrennt nach Geschlechtszugehörigkeit	99
Abbildung 8: Mittelwerte bei den grobmotorischen Tätigkeiten nach Clusterzugehörigkeit	125
Abbildung 9: Mittelwerte bei den feinmotorisch orientierten Tätigkeiten nach Clusterzugehörigkeit	127
Abbildung 10: Mittelwerte bei den komplexen Tätigkeiten nach Clusterzugehörigkeit	129
Abbildung 11: Therapeutisch erzielte Veränderungen in den verschiedenen funktionalen Bereichen	146
Abbildung 12: Veränderung im Ausmaß an Beeinträchtigung, die sich auf Grund unterschiedlicher Wohnprobleme ergibt	148
Abbildung 13: Veränderungen im Ausmaß an gezeigten Verhaltensauffälligkeiten in den Dimensionen der NOSGER	151
Abbildung 14: Veränderungen im Ausmaß der erlebten Belastungen bei den Angehörigen	154
Abbildung 15: Gruppe 1(n = 5) – Veränderung in den funktionellen Bereichen und den Verhaltensdimensionen der NOSGER	158
Abbildung 16: Gruppe 2 (n = 13) – Veränderung in den funktionellen Bereichen und den Verhaltensdimensionen der NOSGER	159
Abbildung 17: Gruppe 3 (n = 79) – Veränderung in den funktionellen Bereichen und den Verhaltensdimensionen der NOSGER	160
Abbildung 18: Gruppe 4 (n = 11) – Veränderung in den funktionellen Bereichen und den Verhaltensdimensionen der NOSGER	161
Abbildung 19: Gruppe 5 (n = 13) – Veränderung in den funktionellen Bereichen und den Verhaltensdimensionen der NOSGER	162
Abbildung 20: Gruppe 6 (n = 29) – Veränderung in den funktionellen Bereichen und den Verhaltensdimensionen der NOSGER	163

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1: Nach Größe geordnete prozentuale Anteile von Personen, die bei der Ausführung beeinträchtigt sind, nach Verrichtung und Altersgruppe	36
Tabelle 2: Liste der in der Dokumentation enthaltenen Alltagsaktivitäten	64
Tabelle 3: Erforderlicher zeitlicher Aufwand für die Versorgung nach Pflegestufen	77
Tabelle 4: Zusammenhang zwischen angegebener Versorgungsfrequenz und dem wöchentlich geleisteten zeitlichen Aufwand.....	78
Tabelle 5: Bestimmung der Versorgungslagen auf der Grundlage der Vorgaben des Pflegeversicherungsgesetzes	79
Tabelle 6: Verteilung der Anmeldung der Patienten nach Versorgungssystemen	90

Tabelle 7:	Verteilung der Anteile der Informationsquellen bei Angehörigen des informellen Netzes und Mitarbeitern des medizinischen Systems	92
Tabelle 8:	Erwartungen und Wünsche der Betroffenen an die verschiedenen Versorgungsangebote	94
Tabelle 9:	Erwartungen und Wünsche der Angehörigen an die verschiedenen Versorgungsangebote	96
Tabelle 10:	Verteilung der behandlungsrelevanten Diagnosen nach Versorgungsform	102
Tabelle 11:	Anteile der bei den verschiedenen Alltagsverrichtungen teilweise oder vollständig auf Hilfe angewiesenen ambulant versorgten älteren Menschen .	104
Tabelle 12:	Anteile der unterschiedlichen Ausprägungen bei den fünf Faktoren der NOSGER nach Häufigkeit und Stärke bestehender Auffälligkeiten	106
Tabelle 13:	Anteile nach Schwere der Beeinträchtigung durch Merkmale der räumlich-dinglichen Umwelt	110
Tabelle 14:	Zusammensetzung der beteiligten Helfer nach Zugehörigkeit zum informellen und formellen Netz	112
Tabelle 15:	Anteile des Ausmaßes an erlebter Belastung in den verschiedenen Bereichen	116
Tabelle 16:	Anteile von Personen, die in den verschiedenen Funktionsbereichen die Hilfe anderer in erheblichem Maße in Anspruch nahmen	119
Tabelle 17:	Anteile der als 'behandlungsrelevant' eingestuften Erkrankungen in den durch die Clusteranalyse gebildeten Gruppen	122
Tabelle 18:	Anteile der Patienten nach Versorgungssituation und Geschlechtszugehörigkeit	138
Tabelle 19:	Mittelwerte und Standardabweichungen der Teilpopulationen mit und ohne Wiederholungserhebung in den verschiedenen Funktionsbereichen	142
Tabelle 20:	Anzahl und Anteile der Patienten im Längsschnitt nach Leistungsangebot ...	144
Tabelle 21:	Überblick über die Muster an Veränderungen in den sechs cluster-analytisch gebildeten Gruppen	157
Tabelle 22:	Statistisch signifikante Korrelationen zwischen verschiedenen erfassten Dimensionen der Merkmale der Person und des sozialen und materiellen Umfeldes	165
Tabelle 23:	Anteile der angegebenen Erkrankungsformen bei jüngeren und älteren Männern und Frauen	211
Tabelle 24:	Verteilung der Wohn- und Haushaltsformen nach Clusterzugehörigkeit	212
Tabelle 25:	Geschlechtszugehörigkeit nach Clusterzugehörigkeit	212
Tabelle 26:	Anteile wohnraumbezogene Probleme nach Clusterzugehörigkeit im Hinblick auf die grobmotorisch bestimmten Tätigkeiten	213
Tabelle 27:	Anteile wohnraumbezogene Probleme nach Clusterzugehörigkeit im Hinblick auf die feinmotorisch bestimmten Tätigkeiten	213
Tabelle 28:	Versorgungsformen instrumenteller Unterstützung nach Clusterzugehörigkeit	214
Tabelle 29:	Verteilung der emotionalen Unterstützung nach Clusterzugehörigkeit	214
Tabelle 30:	Anteile der Personen mit deutlichen bis starken Auffälligkeiten in den Dimensionen der NOSGER	215
Tabelle 31:	Anteile der Personen mit deutlich bis stark erlebter Belastung in den Dimensionen des Cost of Care Index	215

1 Theoretische Grundlagen

Die Frage, wie ältere Menschen möglichst lange ein selbstbestimmtes und für sie zufriedenstellendes Leben führen können, beschäftigt nicht nur Gerontologen, sondern bildet auch den Hintergrund zahlreicher sozialpolitischer Debatten. Diese mündeten in der Ausarbeitung der Bestimmungen des Pflegeversicherungsgesetzes, das 1994 in Kraft trat. Ungeachtet der damit verbundenen Leistungen werden Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter auch zukünftig nicht nur ein individuelles, sondern auch ein soziales Problem sein. Über die finanzielle Entlastung der Betroffenen hinausgehend, sind umfangreiche Veränderungen auf struktureller Ebene erforderlich, um den vielfältigen Lebens- und Problemlagen funktional beeinträchtigter Menschen gerecht werden zu können. Anzustreben ist ein regional gegliedertes, bedarfsgerechtes Angebot an quantitativ und qualitativ unterschiedlichen Leistungen. Die bestehende pflegerische Versorgung kann hierzu nur ein Baustein sein, der durch präventive und rehabilitative Maßnahmen ebenso zu ergänzen ist, wie durch solche, die den Zugang zu den benötigten Hilfen durch Beratung und Kooperation der Beteiligten verbessern.

Vor und während der Umsetzung des neu geschaffenen Zweiges der Sozialversicherung wurden Bemühungen, die in diesem Sinne eine Weiterentwicklung bedeuteten, vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung finanziell gefördert. Hierzu gehörten auch die beiden Modellprojekte, auf denen die nachfolgenden Ausführungen beruhen. Sie wurden während ihrer Laufzeit (vom 1.1.1994 bis zum 31.12.1996) von der Interdisziplinären Arbeitsgruppe für Angewandte Soziale Gerontologie an der Universität / Gesamthochschule Kassel wissenschaftlich begleitet. Damit war es möglich, relativ umfangreiche Daten über die Lebensbedingungen nichtinstitutionalisierte älterer Menschen, die unterschiedliche Formen professioneller Unterstützung erhielten, zu sammeln. Bei der Konzeption der von den beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu erhebenden Dokumentation wurde davon ausgegangen, daß die Ursachen dafür, daß Menschen die Hilfe anderer Personen in Anspruch nehmen, sehr vielschichtig sein können. Neben biologisch bedingten funktionalen Einschränkungen sollte der Beitrag, den räumlich-physikalische Merkmale der Wohnung und das Verhalten der Bezugspersonen hierbei leisten, bestimmt werden. Den theoretischen Bezugsrahmen bildete ein ökologisches Erklärungsmodell menschlichen Verhaltens, das dieses als ein Produkt aus personalen und umweltlichen Merkmalen ansieht. Einleitend dargestellt werden die damit verbundenen Setzungen und methodischen Implikationen sowie die forschungsleitenden Hypothesen.

1.1 Fragestellung und Begründung der Untersuchung

Das Bild des unter der Last seiner Jahre gebeugten, gebrechlichen Greises ist eine der gängigsten, kulturell überlieferten Vorstellungen von der Lebenssituation im Alter. Als symbolische Darstellungsform repräsentiert es die gedanklich assoziative Verbindung von Alter, Hinfälligkeit und Tod. Wie gegenwärtig und bedeutsam negative Altersstereotype auch heute noch sind, belegen die Beschreibungen, die angehende Pflegekräfte von älteren Menschen geben (Horak 1989; Wirsing 1993). Einigen wenigen, positiv bewerteten Eigenschaften wie ‘Weisheit’, ‘Güte’ und ‘Gelassenheit’ steht eine deutlich größere Menge von Erlebens- und Verhaltensaspekten gegenüber, die auf eher problematische und weniger wünschenswerte Entwicklungslien verweisen. Zu ihnen gehören: ‘Gebrechlichkeit’, ‘Mißtrauen’, ‘Einsamkeit’ und ‘Vergeßlichkeit’.

Nicht nur im Alltag und bei den in Pflegeberufen tätigen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen finden sich immer wieder Verbindungen zwischen Alter(n) und einer Zunahme an Verlusten von Fähigkeiten und Alternativen zur Gestaltung des eigenen Lebens. So nennt Nühlen-Graab (1990) in ihren Ausführungen zu den philosophischen Grundlagen der Gerontologie als Kennzeichen des Alter(n)s neben allgemeinen und gesellschaftlich reglementierten Veränderungen im wesentlichen solche, die sich auf eine kontinuierliche Verengung des individuellen Lebensraumes beziehen. Die Reduktion verbleibender Wahl- und Handlungsmöglichkeiten stellt sich dabei als Folge verminderter zeitlicher, sozialer und personaler Ressourcen dar (19/20).

Sozial geteilte Vorstellungen über das Alter in Form typischer Erscheinungsbilder, Erlebensformen und Verhaltensweisen bestimmen nicht nur die Art und Weise des alltäglichen Umgangs mit älteren Menschen, sondern auch deren Selbstbild. Von daher verwundert es nicht, daß sich Gerontologen immer wieder gegen das Bild eines einseitig durch Abbau gekennzeichneten Alters gewendet haben. Gestützt auf eine rasch zunehmende Basis an empirischen Befunden kontrastieren sie das überlieferte, vorwiegend negativ geprägte Altersstereotyp mit Beschreibungen über ein ‘aktives’, ‘produktives’ und ‘erfolgreiches’ Alter(n) (M.M. Baltes, 1987; P.B. Baltes & M.M. Baltes 1989; Brandstädter 1989; Dittmann-Kohli 1989; Filipp, Ferring & Klauer 1989; Howe 1988; Kaiser 1991; Lehr 1989a; W. Oswald & Lehr 1991).

Seine Berechtigung erfährt die damit umschriebene positive Sichtweise des Alter(n)s durch das in unterschiedlichen Erhebungen immer wieder replizierte Ergebnis, daß Kontinuität und der Erhalt einer selbständigen Lebensführung bei der über 65jährigen Bevölkerung die Regel ist. Nur ein vergleichsweise kleiner Anteil ist bei der Ausführung der regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des Alltags dauerhaft auf die Hilfe und Unterstützung anderer angewiesen. Dieses Muster tritt dann besonders deutlich hervor, wenn man alle Menschen, die das 64. Lebensjahr bereits vollendet haben, als homogene Gruppe begreift und gemeinsam auswertet, wie dies in früheren repräsentativen Querschnittserhebungen häufig der Fall war. Auch in den amtlichen Statistiken endete die auswertbare altersbezogene Differenzierung meist bei der Gruppe der 75jährigen und Älteren. Hinzu kam, daß viele Befunde zu einzelnen Aspekten der Lebenslage, des Erlebens und Verhaltens meist an jüngeren Senioren erhoben wurden, die in der Regel leichter zu erreichen waren. Als zunehmend problematisch erwies es sich dabei, daß hier Aussagen über Personen gemacht wurden, die altersmäßig mehr als eine Generation auseinander liegen konnten.

Bereits die Unterscheidung von ‘jüngeren Alten’ und ‘hochaltrigen’ Menschen, d.h. in der Regel solchen, die sich im achten Lebensjahrzehnt und darüber befinden, zeigt, daß bei der letztgenannten Gruppe die außerhäuslichen Aktivitäten spürbar zurückgehen und das Risiko, auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen zu sein, deutlich ansteigt. Bis hin zur höchsten Altersgruppe der 95 bis über 100jährigen differenzierte, repräsentative Daten wurden erstmals im größeren Umfang im Rahmen der Berliner Altersstudie erhoben (P.B. Baltes, Mayer, Helmchen & Steinhagen-Thiessen 1995). Die bislang nur als Querschnitt vorliegenden Ergebnisse der Erhebung aus dem Jahr 1993 zeigen, daß Krankheit, Gebrechlichkeit und Unselbständigkeit gehäuft bei sehr alten Menschen auftreten und damit eine vierte Lebensphase kennzeichnen. Die Datenlage zusammenfassend kommen Mayer, P.B. Baltes, M.M. Baltes et al. im Hinblick auf zukünftige Forschungsleitbilder in der Gerontologie und die Praxis der Altenhilfe zu folgendem Schluß:

„Ziemlich sicher erscheint uns indes, daß diese optimistische Grundhaltung des in den 80er Jahren gerade auch in Deutschland herausgebildeten positiven Altersbildes für die über 85jährigen nicht angemessen ist und eine sehr problematische Verharmlosung bedeuten würde. (...). Im sehr hohen Alter, etwa jenseits des 85. Lebensjahres, ist in der allerletzten Phase des Lebens die persönliche, familiäre und gesellschaftliche Not am größten, und in dieser Altersgruppe geschieht es am häufigsten, daß die Probleme der alten Menschen und derjenigen, die sie betreuen, verdrängt und vergessen werden.“ (631)

Die negativen Seiten des letzten Lebensabschnitts, die in den überlieferten Altersbildern überwiegend thematisiert werden, gibt es damit auch heute noch. Sie haben sich lediglich hinsichtlich ihrer Koppelung an bestimmte, kalendarisch abzugrenzende Altersgruppen weiter nach hinten verschoben. Der Eintritt ins Rentenalter markiert dementsprechend heute keineswegs mehr den Übergang ins Altenteil, sondern eher eine zweite, entberuflichte Phase des Erwachsenenalters. Ein Großteil der Angehörigen dieser Gruppe entspricht dabei durchaus dem vornehmlich von Gerontologen propagierten positiven Altersstereotyp. Die meisten jüngeren Senioren sind bei relativ guter Gesundheit, nehmen aktiv an gesellschaftlichen und kulturellen Ereignissen teil und leisten einen eigenen Beitrag zum familiären und sozialen Leben (Infratest Sozialforschung, Sinus und Horst Becker 1991).

Berücksichtigt man die deutlich besseren Lebensbedingungen der Nachkriegsgenerationen, ist die Wahrscheinlichkeit groß, daß der Anteil von aktiven jüngeren Alten weiter zunehmen wird. Diese Gruppe wird noch weniger als die heute über 60jährigen bereit sein, negative Altersstereotype als Selbstbild zu übernehmen. Gleichzeitig ist mit einer weiteren Verlängerung der Lebenserwartung zu rechnen, wobei der Anteil der hochbetagten Menschen überproportional ansteigen wird. Verbunden damit ist ein vermehrter Bedarf an hauswirtschaftlichen und pflegerischen Leistungen. Folgt man der von Infratest auf der Grundlage einer Repräsentativerhebung aus dem Jahr 1991 durchgeföhrten Modellrechnung, so werden 'Personen mit Einschränkungen in der selbständigen Lebensführung' bis zum Jahr 2030 sowohl absolut als auch prozentual zunehmen (Höhn & Roloff 1994, 106/107).

Unter der Annahme, daß sich die bereits seit längerer Zeit abzeichnenden demographischen und soziostrukturellen Veränderungen auch zukünftig gleichlinig fortsetzen, wird sich die Versorgungslage der dann von Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit betroffenen älteren Menschen eher noch ungünstiger darstellen als heute. Dazu trägt nicht nur die seit Ende der 70er Jahre konstant niedrige Geburtenrate bei, sondern auch die zunehmende, arbeitsbedingte räumliche Trennung der Generationen. Beides führt zu einer kontinuierlichen Verkleinerung des familiären Hilfsnetzes und damit verbunden der Anzahl von potentiellen Helfern aus dem näheren Verwandtschaftskreis. Mit dem Wegfall der Angehörigen der nächsten Generation als verfügbare soziale Ressource schränkt sich diese für immer mehr ältere Menschen auf die Person des (Ehe-) Partners ein. Der Anteil an Zweipersonenhaushalten korreliert wiederum negativ mit dem Alter, so daß vor allem hochaltrige Personen am häufigsten allein leben. Anfang der 90er Jahre traf dies nach der bereits erwähnten Studie von Infratest schon auf einen erheblichen

Teil der regelmäßig auf Pflege und / oder hauswirtschaftliche Unterstützung angewiesenen über 80jährigen zu, mit der Tendenz eines weiteren Anstiegs in den nächsten Jahrzehnten.

Geht man davon aus, daß die unter Zugrundelegung unseres derzeitigen Wissensstandes prognostizierten Entwicklungen in der vorab skizzierten Form eintreten, so stellt sich Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im (hohen) Alter auch zukünftig keineswegs als ein bloß marginales Problem dar. Über das individuelle Schicksal hinausgehend, bleibt es auch nach Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes ein Bereich, in dem sozialpolitische Entscheidungen und Maßnahmen erforderlich sind. Letztere werden um so notwendiger und dringlicher werden, je weniger die Versorgung durch informelle Unterstützungsleistungen sichergestellt ist und sich das Problem noch stärker von einem eher familiären zu einem gesamtgesellschaftlichen wandelt.

Angesichts knapper werdender personeller und finanzieller Ressourcen erscheint es wenig realistisch, die Lösung für den erwartbaren Zuwachs an funktional beeinträchtigten älteren Menschen ausschließlich im Auf- und Ausbau bestehender, überwiegend pflegerisch orientierter Versorgungsformen zu sehen. Zum einen ist es fraglich, ob dies in dem erforderlichen Maße überhaupt möglich ist, und zum anderen, ob es der effizienteste Weg ist, um einer größer werdenden Zahl älterer Menschen eine weitestgehend selbständige Lebensführung zu erhalten. Kritisch ist, daß gerade im Begriff der Pflegebedürftigkeit das negative Altersstereotyp in Form eines ‘Defizitmodells’ noch am deutlichsten zu Tage tritt (Schmitz-Scherzer 1990; Wahl 1989b). So ist ein entscheidendes Definitionskriterium für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI die Dauerhaftigkeit, mit der Hilfe von anderen Menschen notwendig ist. Grundlage hierfür bilden in der Regel biologische Abbauprozesse körperlicher und / oder kognitiver Art, die über das Vorliegen chronischer Erkrankungen und Schädigungen bestimmt werden. Implizit enthalten ist die Annahme, daß eine Änderung des bestehenden Zustandes in Richtung einer Besserung nicht (mehr) möglich ist. Bis zu einem gewissen Grade ist damit der Blick verstellt für noch vorhandene Ressourcen des betroffenen Menschen, die beispielsweise durch gezielte Rehabilitationsmaßnahmen gefördert und zur Kompensation bestehender Defizite genutzt werden könnten. Aber auch Gründe und Bedingungen unselbständigen Verhaltens, die nicht in der Person des Betroffenen liegen, sondern eher auf bestimmte Merkmale des materiellen und sozialen Umfeldes zurückzuführen sind, finden zu wenig Berücksichtigung. So können räumlich-physikalische Aspekte der Wohnung dazu beitragen, daß einzelne Alltagsaktivitäten nicht mehr selbständig ausgeführt werden können, die unter besseren, den funktionellen Beeinträchtigungen angepaßten Bedingungen durchaus noch

möglich wären. Andererseits kann auch das Verhalten der ‘Helper’ zur Vermehrung der Abhängigkeit beitragen, wenn nicht nur die erforderliche Unterstützung im emotionalen und instrumentellen Bereich geleistet wird, sondern darüber hinausgehend Tätigkeiten übernommen werden, die – wenn auch bisweilen mit Mühe – noch selbstständig ausgeführt werden könnten. Überfürsorgliches Verhalten kann nicht nur zu einer weiteren Reduktion der verbliebenen Fähigkeiten im Sinne der ‘Disuse-These’ führen, sondern auch zu einer Verstärkung des Erlebens der eigenen Inkompétence und Wertlosigkeit (M.M. Baltes & Wahl 1987; Langer & Benewento 1978; Lehr & Thomae 1991; Seeman, Bruce & McAvay 1996; Thompson & Sobolew-Shubin 1993).

Als Reaktion auf eine nicht realisierbare und auch nicht immer angemessene rein pflegerische Lösung des Problems zunehmender Hilfs- und Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung (hier vor allem der über 80jährigen) vermehren sich in der Praxis Forderungen nach stärker präventiv und rehabilitativ ausgerichteten Leistungsangeboten. Hierzu gehört auch, Möglichkeiten der Wohnraumanpassung und des Einsatzes technischer Hilfsmittel zu nutzen und zu optimieren (A. Kruse 1992a; Röhr-Sendlmeier 1993). Mit der skizzierten zeitlichen und inhaltlichen Ausweitung des Spektrums an Unterstützungs- und Kompensationsmöglichkeiten kann differenzierter auf die unterschiedlichen Ausprägungen von Fähigkeitsstörungen und deren je spezifische Bedingungsgefüge eingegangen und damit wesentlich zum Erhalt einer selbstständigen Lebensführung beigetragen werden.

Wie die vielfältigen Formen der Alter(n)sprozesse (Lehr 1988) ist auch die Entstehung und Aufrechterhaltung von Unselbstständigkeit das Produkt eines multidimensionalen, multikausalen und multifunktionalen Geschehens (M.M. Baltes 1995). Zumindest dem Gedanken der Mehrfachverursachung tragen auf theoretischer Ebene ökologische Modelle in Psychologie und Gerontologie Rechnung. Grundlegend für sie ist, daß sie menschliches Erleben und Verhalten als bestimmt sehen durch eine Wechselwirkung von Merkmalen der Person und von solchen der Umwelt. Damit ist konzeptuell bereits festgelegt, daß unterschiedliche Formen des Alter(n)s nicht ausschließlich über biologische Prozesse erklärt werden können, sondern, daß sie der Ergänzung um die je besonderen räumlichen und sozialen Bedingungen bedürfen, in denen sie sich entwickelt haben und in denen sie durch das Verhalten des Menschen ihren Ausdruck finden. Das Ausführen bestimmter Aktivitäten und Tätigkeiten stellt sich damit als Ergebnis des Zusammenwirkens von persönlichen Kompetenzen körperlicher, geistiger und psychischer Art und den gegebenen Möglichkeiten zu deren Umsetzung in einem durch phy-

sikalisch-materielle und soziale Gegebenheiten bestimmten Kontext dar. In analoger Weise trifft dies auch für unselbständiges Verhalten im Bereich der häuslichen Versorgung und Eigenpflege zu, das ausschlaggebend für die Bestimmung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit ist.

Allerdings gibt es bislang nur wenig gesichertes Wissen in Form empirischer Erhebungen darüber, in welcher Art und Weise körperliche Schädigungen und umweltliche Bedingungen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Unselbständigkeit zusammenwirken. Dies gilt hauptsächlich für die weitaus größte Gruppe älterer Menschen, nämlich die, die nicht in Institutionen, sondern in ihrer eigenen Häuslichkeit bzw. der ihrer Angehörigen leben. Ein Grund für das bestehende Defizit an empirisch fundierten Befunden dürfte in der Vielfalt der bestehenden individuellen Lebensbedingungen liegen und dem komplexen Muster von Einflußfaktoren, das diese hervorbringt. Ziel der Arbeit kann es deshalb nur sein, einen (weiteren) Beitrag zur Bestimmung unterschiedlicher Typen häuslicher Lebenswelten zu leisten. Dabei sollen diese insbesondere daraufhin analysiert werden, inwieweit sie zur Selbständigkeit bzw. Unselbständigkeit älterer, funktional beeinträchtigter Menschen beitragen. Fähigkeiten und bestehender Hilfsbedarf sollen in Bezug gesetzt werden zu verhaltensrelevanten Aspekten des Wohnumfeldes auf der einen Seite und dem Verhalten der helfenden Person(en) auf der anderen Seite. Auf der Grundlage der ermittelten Ergebnisse wird dann zu bestimmen sein, ob und inwieweit die gewählte Konzeptualisierung auf dem Hintergrund ökologischer Modelle menschlichen Erlebens und Verhaltens zum Erkenntnisgewinn beiträgt und für eine anwendungsorientierte Forschung brauchbar und nützlich ist.

1.2 Perspektiven, Modelle und Theorien

Gerade im Hinblick auf den zuletzt genannten Fragenkomplex ist es erforderlich, einige Erläuterungen zu den im Rahmen ökologischer Orientierungen in Psychologie und Gerontologie gängigen Umschreibungen zu ihrem konzeptuellen und theoretischen Stellenwert voranzustellen. Von einer Theorie wird in diesem Zusammenhang – wenn überhaupt – nur selten gesprochen. Anfangs, d.h. in den 60er und 70er Jahren, dominierten die Bezeichnungen ‘Ansatz’ und ‘Perspektive’. Mit diesen Begriffen wurde auf den Umstand verwiesen, daß es sich hier eher um eine veränderte Sichtweise handelt, die gegenüber einer Reihe unterschiedlicher Phänomene des individuellen und sozialen Lebens eingenommen werden kann (Bartl 1979; Graumann 1978; Stapf 1976).

Zwischenzeitlich hat sich jedoch auch der Terminus ‘Modell’ in Verbindung mit Erklärungsansätzen eingebürgert, die menschliches Verhalten und Erleben als Ergebnis eines Wechselwirkungsprozesses von umweltlichen Gegebenheiten und Eigenschaften des Individuums betrachten. Modelle sind Repräsentationen eines Realitätsausschnitts, den sie allerdings nicht in einer Eins-zu-Eins-Relation, sondern eher in selektiver, vereinfachender und damit pointierter Weise abbilden. Sie fungieren als Filter, durch den ausgewählte Aspekte hervorgehoben und andere in den Hintergrund gedrängt werden. In dieser Hinsicht ähneln und überschneiden sie sich mit dem, was ‘mit der Einnahme einer bestimmten Perspektive’ gemeint ist.

Andererseits wird die Bezeichnung ‘Modell’ in Psychologie und Gerontologie bisweilen in nicht klarer Abgrenzung, aber analoger Weise zu ‘Theorie’ gebraucht. Die Entscheidung zugunsten des Begriffs ‘Modell’ kann durch unterschiedliche (Vor-)Überlegungen begründet sein. Zum einen kann darauf verwiesen werden, daß das bestehende Aussagesystem noch nicht den Grad an Expliziertheit erreicht hat, der wissenschaftliche Erklärungen auszeichnet. Als Bemessungsgrundlage dient dann meist die von den Naturwissenschaften übernommene Forderung nach allgemeinen Gesetzesaussagen in Form von Kausalbeziehungen. Zum anderen kann auch eine bewußte Ablehnung der unreflektierten Übertragung mechanistisch-deterministischer Funktionsvorstellungen auf menschliches Erleben und Tätigsein zum Ausdruck gebracht werden. Nahegelegt ist damit bereits eine dritte Ebene der Verwendung des Terminus ‘Modell’ im Rahmen psychologischer Theoriebildung. Hier dient er zur Ordnung und Kategorisierung von anthropologischen Grundannahmen darüber, was ein Mensch ist, wie er sich dahin entwickelt hat und wie er ‘funktioniert’, d.h. was er unter bestimmten Bedingungen tut und was nicht. Angesprochen sind damit unterschiedliche Menschenbilder, die an sich empirisch nicht überprüfbar sind. In diesem Sinne können sie auch weder wahr noch falsch sein, sondern nur mehr oder weniger nützlich (Herzog 1984; Wottawa 1984). Ihr Wert bestimmt sich dabei über das Ausmaß, bis zu dem auf ihrer Basis praktisch bedeutsame Forschungsprobleme formuliert und Lösungen hierfür erarbeitet werden können. Sie stellen eine Art Rahmenkonzeption dar, innerhalb derer spezifische Fragestellungen, einschließlich der durch sie vorbestimmten Art der methodischen Umsetzung, erst in das Blickfeld des wissenschaftlichen Interesses geraten und auf deren Grundlage die gefundenen Ergebnisse einzurordnen und zu interpretieren sind (Overton & Reese 1973).

Ökologische Modelle in den Humanwissenschaften umfassen zunächst lediglich eine Reihe gemeinsamer, nicht weiter ableitbarer genereller Aussagen über die ‘Natur des Menschen’. Diese bilden das Axiomensystem, auf dessen Grundlage Theorien unterschiedlicher Reichweite zu formulieren und zu präzisieren sind. Dabei rückt „die pragmatische Verwurzelung von Menschenmodellen (...) die ursprüngliche Funktion der Wissenschaft wieder ins Zentrum der Aufmerksamkeit, nämlich ein Instrument der menschlichen Daseinsbewältigung zu sein“ (Herzog 1984, 95). Folgt man diesem Gedankengang, so wird unter dem Aspekt der Nützlichkeit nicht nur zu prüfen sein, inwieweit ökologische Modelle einen Beitrag dazu leisten, empirische Phänomene zu erklären, bestehendes Wissen zu integrieren und zu dessen Erweiterung beizutragen (Bengston, Parrott & Burgess 1996; Kaminski 1987), sondern auch, ob sie zur Entwicklung von Leitlinien für Interventionen geeignet sind, die die individuellen und sozialen Lebenslagen im Alter positiv beeinflussen (P.B. Baltes & Willis 1990; Kühnert & Niederfranke 1993; Wiedemann 1990).

1.3 Allgemeine Kennzeichen ökologischer Modelle

Gemeinsamer Tenor aller, als ökologisch ausgewiesenen Modelle ist die Betonung der wechselseitigen Beeinflussung zwischen lebenden Organismen und der sie umgebenden Umwelt. In dieser allgemeinsten Formulierung haben Mensch-Umwelt-Beziehungen den Status eines Spezialfalles, der innerhalb eines generelleren Funktionszusammenhangs zu sehen ist. Dennoch ist es gerade der Mensch, der wie kein anderes Lebewesen seine Umwelt verändert und gestaltet. Das Verhältnis wird damit zu einem interdependenten. Zum einen beeinflusst die Umwelt in Gestalt physikalisch-dinglicher und sozialer Bedingungen, die unterstützender oder behindernder Art sein können, welche Handlungsspielräume dem einzelnen zur Verfügung stehen (L. Kruse 1978). Zum anderen wirkt das Individuum durch sein ‘Verhalten’ auf diese zurück. Die Betonung der einen oder anderen Seite dieses Wechselwirkungsprozesses steht dabei in Zusammenhang zur Art der Probleme, auf deren Grundlage hin ökologische Modelle präzisiert und in Forschungsarbeiten umgesetzt wurden.

1.3.1 Historische Wurzeln

Ein Blick in das 1990 veröffentlichte Handbuch der ökologischen Psychologie (L. Kruse, Graumann & Lantermann 1990a) vermittelt einen ersten Eindruck von der Vielfalt an Themen, theoretischen Konzeptualisierungen und konkret bestehenden Umwelten. Die Wirkung umweltlicher Lebensbedingungen auf den Menschen ist Thema einer Reihe wissenschaftlicher

Disziplinen. Von daher überrascht es nicht, daß das Gedankengut, das in die Konzeptualisierung ökologischer Modelle zur Erklärung menschlichen Verhaltens und Erlebens eingegangen ist, seinen Ursprung in verschiedenen Theorietraditionen und Forschungsbereichen hat. Der Begriff ‘Ökologie’ wurde 1866 von Ernst Haeckel zur Bezeichnung jenes Zweiges der Biologie eingeführt, die sich mit der Beziehung zwischen Organismen und Außenwelt befaßt. Im Mittelpunkt stand dabei die Frage, wie sich Schwankungen in den natürlichen Lebensbedingungen verschiedener Spezies auf deren Zusammensetzung und Verteilung auswirken und welche Regulationsmechanismen festzustellen sind. In diesem Rahmen stellen Verhaltensänderungen eine Anpassung an die gegebenen Merkmale der Umwelt dar, die für die Sicherung des Überlebens erforderlich ist (Fischer & Stephan 1990). Übernommen wurden von der Ökologischen Psychologie in erster Linie die Konzepte ‘Territorialität’, ‘personaler Raum’ und ‘Dichte’.

In Analogie zur Organisation von Tieren und Pflanzen in verschiedenen Lebensräumen befaßt sich die Humanökologie, aber auch die Umwelt- und Stadtsoziologie mit der Anordnung unterschiedlicher Gruppen von Menschen innerhalb eines räumlichen Gebiets. Traditionellerweise handelt es sich dabei um städtische Regionen, wobei die Segregation unterschiedlicher – anfangs in erster Linie ethnischer – Gruppen sowie das Auftreten ‘sozialpathologischer’ Phänomene im Zentrum des Forschungsinteresses der Chicagoer Schule (Park, Burgess und McKenzie) standen. Kriminalität, psychische Erkrankung und Selbstmordraten sind nicht zufällig über verschiedene Viertel verteilt, sondern treten in einigen gehäuft, in anderen weniger auf und verweisen auf Areale unterschiedlicher sozialer Struktur (Bargel, Fauser & Mundt 1981; 1982; Bargel, Kuthe & Mundt 1977; 1978), die sich von einander abgrenzen lassen. Voraussetzung für deren Entstehung bilden sowohl räumliche Merkmale, wie die Nähe zum Stadtkern, als auch soziale, wie die Altersverteilung, die kulturelle Prägung und die Zusammensetzung nach Angehörigen unterschiedlicher Schichten. Das räumliche Muster der Streuung verschiedener Gruppen von Menschen sowie die hierzu führenden Wanderbewegungen (Bond 1993; Friedrich 1995; Friedrichs 1990) bilden praktisch bedeutsame Themen für all jene, die mit dem Aufbau entsprechender Versorgungsangebote und / oder Maßnahmen zur Vermeidung negativer Effekte einer Ghettobildung befaßt sind. Ergänzt werden diese durch kleinräumigere Milieustudien, in denen Fragen der ‘Nachbarschaft’ (Brown 1995; Carp & Carp 1982; Scheidt & Windley 1983; Varady 1980; Vaskovics 1990), des ‘Wohnens’ , der ‘Wohnzufriedenheit’, und der ‘Nutzung und des Erlebens von Plätzen’ (Rowles 1980; 1981) auch im Rahmen der Gerontologie nachgegangen wird.

Das Zusammenwirken von städtischen Strukturen und deren Aneignung im Laufe der Entwicklung wurde von Martha Muchow auf der Grundlage von Befragungen, Tagesprotokollen und Verhaltensbeobachtungen bei Kindern (Muchow & Muchow 1935) beschrieben. Sie konnte nicht nur zeigen, daß der Aktionsradius mit dem Alter und dem Geschlecht variiert, sondern auch, daß räumliche Strukturen das (Spiel-) Verhalten bestimmen. Umwelt als Lebensraum ist nicht nur etwas äußerlich Gegebenes, sondern er wird von Menschen erlebt und gestaltet. Mit der Konzipierung der Umwelt als Merk- und Wirkwelt ist die Wendung zu eher subjektzentrierten, d.h. auf der Seite des Individuums ansetzenden theoretischen Vorläufern der ökologischen Psychologie gegeben. Insgesamt konstatiert L. Kruse eine ‘Umweltvergesenheit; der traditionellen Psychologie: „... nicht *Verhalten in der Umwelt* ist das Thema der frühen experimentellen Psychologie, sondern Bewußtseinsvorgänge oder der Erlebnisstrom als personimmanente Gegebenheiten“ (1974, 7, Hervorhebung der Autorin). Im Grund folgt auch Lewin noch dieser Tradition, wenn er sein Lebensraum-Konzept vornehmlich über die Bedeutung, die das handelnde Individuum den es umgebenden Dingen beimißt, bestimmt. Verhalten ist eine Funktion des ‘erlebten und bewerteten’ Raumes, das heißt nicht seiner objektiven Merkmale, sondern der subjektiv wahrgenommen (Graumann & L. Kruse 1995). Da beide nicht unabhängig von einander zu denken sind, ergibt sich in einem zweiten Schritt daraus die im Rahmen ökologischer Modelle in Psychologie und Gerontologie häufig zitierte Formel: $V = f(P;U)$ (Verhalten ist eine Funktion von Merkmalen der Person und der Umwelt).

In bewußter Abkehr von der personenbezogenen Seite der Gleichung interessierte Roger Barker der Beitrag, der unabhängig von individuellen Daten auf Merkmale der Umwelt zurückzuführen ist. In sehr aufwendigen Forschungsarbeiten hat er das Verhalten der Einwohner zweier kleiner Gemeinden in England und in den USA über den Zeitraum eines Jahres beobachtet und aufgezeichnet. In den erfaßten, öffentlich zugänglichen ‘Settings’ zeigten sich über die sich darin aufhaltenden Personen hinweg erstaunliche Regelmäßigkeiten des Verhaltens. Grundlage dieser ‘Synomorphie’ bilden physikalische Gegebenheiten, wie die Anordnung von Gegenständen im Raum, und soziale Kräfte, die in Form von Normen bestimmen, was in welchen Situationen möglich, erlaubt und angemessen ist (Barker & Wright 1949; Fuhrer 1990; Ittelson, Prohansky, Rivlin & Winkel 1977). Über die Funktion unterschiedlicher Behavior-Settings hinausgehend fand Barker systematische Zusammenhänge zwischen der Teilhabe am öffentlichen Leben und dem Alter (Barker & Barker 1961), aber auch eine Interaktion zwischen der Partizipationsrate und der Anzahl an Funktionen in Relation zur Gesamteinwohner-

schaft. Je weniger Personen für bestimmte Veranstaltungen zur Verfügung standen, desto stärker war die Beteiligung von Kindern und älteren Menschen (Bechtel 1997). Es ist der Verdienst Barkers aufgezeigt zu haben, daß und wie räumlich-dingliche und soziale Merkmale als konkrete kontextuelle Bedingungen bei der Hervorbringung bestimmter Verhaltensweisen zusammenwirken (Saup 1983). Ansonsten fand der Ansatz im Rahmen gerontologischer Forschung bislang wenig Beachtung, was nicht zuletzt durch die zunehmende Bedeutung des Settings ‘Wohnung’ bestimmt sein mag, das als ‘Privatraum’ weit größere Verhaltensvariationen zuläßt und darüber hinaus für Außenstehende schwer zugänglich ist.

Die Bedeutung umweltlicher Bedingungen für die Entwicklung des Menschen wurde zunächst auf breiterer Basis im Rahmen der Sozialisationstheorie aufgenommen. Ein Anlaß hierfür waren die unterschiedlichen, bisweilen wenig überzeugenden Ergebnisse, die sich aus der Beobachtung einzelner Bedingungen, wie etwa des sozialen Status des Eltern, deren Erziehungsverhalten oder der Teilnahme an unterschiedlichen Peer-groups, ergaben (Vaskovics 1982). Es wurde bald deutlich, daß nahezu jeder der in Betracht gezogenen Einflußfaktoren eingebettet war in übergreifende Zusammenhänge, die die Bedeutsamkeit der einzelnen Determinanten verstärken oder schwächen konnten (Bertram 1982). Von daher schien es angemessener zu sein, ‘Typen’ von sozialisationsrelevanten Umwelten zu bestimmen, deren Bedingungen in Abhängigkeit zum Entwicklungsstand bis hin ins hohe Alter unterschiedlich wirksam werden. Bronfenbrenner umschreibt die Aufgabe einer ökologischen Entwicklungstheorie (1990) folgendermaßen:

„The ecology of human development is the scientific study of the progressive, mutual accommodation, throughout the life course, between an active, growing, highly complex biopsychological organism – characterized by thought, feeling and action – and the changing properties of the immediate settings in which the developing person lives, as the process is affected by the relations between these settings, and by the larger context in which the settings are embedded.“ (102)

Die hierarchische Ordnung unterschiedlicher, naher oder ferner Umweltsegmente, die entweder direkt oder indirekt auf den Menschen einwirken, führte ihn zur Unterscheidung von vier verhaltensrelevanten Ebenen von Umweltsegmenten. Die erste Ebene, die vom Autor als *Mikrosystem* bezeichnet wird, umfaßt das Muster an Aktivitäten, Rollen und zwischenmenschlichen Beziehungen, die von der (sich entwickelnden) Person direkt erfahren werden. Diese konkret gegebenen Lebenswelten bestehen aus bestimmten physikalisch-materiellen, sozialen und symbolischen Charakteristika, die Verhaltensweisen anregen und fördern, aber auch un-

terbinden können und damit die weitere Entwicklung beeinflussen. Zu den bedeutsamsten dieser durch ihre Unmittelbarkeit des Erlebens gekennzeichneten Verhaltensräume gehörten für ältere Menschen das wohnungs- und wohnumfeldbezogene Leben mit Angehörigen und Nachbarn, das Besuchen von Freunden, die Situationen beim Einkaufen, bei der Konsultation des Arztes, die Teilnahme an kulturellen oder unterhaltenden Veranstaltungen. Die Gesamtheit der unterschiedlichen ‘Settings’, an denen sich die Person beteiligt, und die zwischen ihnen bestehenden Verbindungen und gegenseitigen Beeinflussungsprozesse bildet das *Mesosystem*. Wesentliches Kennzeichen ist, daß es direkt auf den Menschen einwirkt. Im Gegensatz dazu haben *Exosysteme* als separate Erlebniswelten relevanter Bezugspersonen nur einen mittelbaren Einfluß etwa dann, wenn die Berufstätigkeit der Tochter die Art und Weise der von ihr geleisteten Unterstützung verändert. Umfaßt werden alle bisher genannten Systeme von den in einer kulturellen Gemeinschaft geteilten Organisationsformen, Wissensbeständen und Weltanschauungen, dem *Makrosystem*. Es stellt die Matrix dar, auf deren Grundlage sich die Muster der personen- und gruppenbezogenen Lebenswelten ausbilden (Bronfenbrenner 1988; 1990; Bertram 1979; Dippelhofer-Stiem 1994). Die von Bronfenbrenner erarbeitete Taxonomie wird häufig als Grundlage für die Verortung einzelner Forschungsarbeiten im Rahmen ökologischer Orientierungen verwandt und leistet damit einen wesentlichen Beitrag zur Systematisierung und Einordnung der Ergebnisse (Garbarino 1979; Kaminski 1992).

1.3.2 Theoretische und methodische Charakteristika ökologischer Modelle

So unterschiedlich die inhaltliche Ausrichtung der vorab skizzierten ‘historischen’ Ansätze ökologischer Provenienz ist, lassen sich doch Gemeinsamkeiten erkennen. Bei allen geht es um die Erklärung und Beschreibung von Verhalten, das ‘natürlicherweise’ vorkommt. Damit ist bereits ein grundlegendes Kennzeichen umweltbezogener Forschungsaktivitäten angedeutet: die Ausrichtung am Alltagsgeschehen, an real existierenden unterschiedlichen Lebenswelten und konkreten Verhaltensweisen (L. Kruse 1991; L. Kruse, Graumann & Lantermann 1990b; Kaminski 1976; 1988; 1992; Wahl & M.M. Baltes 1993; Willems 1973). Auslöser waren Probleme, die sich aus einer überwiegend an Laborexperimenten orientierten Psychologie ergaben. Die Ergebnisse, die mit Hilfe eines den Naturwissenschaften entlehnten Methodenkanons erzielt wurden, erwiesen sich vor allem in jenen Bereichen, die über den Gegenstand der Allgemeinen Psychologie hinausgingen, als entweder trivial oder praktisch irrelevant. Je strikter die Kriterien zur Sicherung der internen Validität angewandt wurden, desto artifizieller wurden die Situationen. Das daraus resultierende Verhalten der Versuchspersonen entsprach zwar den kontrolliert hergestellten Bedingungen, hatte jedoch mit den komplexen

Anforderungen der Alltagswelt und den darauf bezogenen Reaktionen der Personen kaum noch zu tun. Das Bemühen um eine Verbesserung der externen oder ‘ökologischen’ Validität führte zusammen mit der Ablehnung mechanistischer Menschenbildannahmen zu einer stärkeren Ausrichtung an Methoden der Feldforschung, d.h. der Verhaltensbeobachtung unter natürlichen Bedingungen (Eckensberger 1979). Gegenstand der Forschung sind damit nicht mehr extreme Verhaltensweisen, die durch manipulativ hergestellte Bedingungen hervorgerufen werden, sondern typische, im Alltag regelmäßig wiederkehrende Sequenzen (Kaminski 1988; Moos 1974; Wohlwill 1981). Die Abfolge verschiedener, aufeinander bezogener Teilschritte wird zu einer Einheit zusammengefaßt, die begrifflich mit dem allgemeinen Sprachgebrauch übereinstimmt. Das Ausführen der Tätigkeit ‘baden’ umfaßt beispielsweise: das Ablegen der Kleidung, das Steigen in die Badewanne, das Reinigen des Körpers, das Verlassen der Wanne, das Abtrocknen und Wiederankleiden. Handlungstheoretisch betrachtet bestehen zielgerichtete Aktivitäten aus einem definierbaren Anfangspunkt, einer bestimmten zeitlichen Erstreckung und einem Abschluß, der mit Erreichen des Endzustandes gegeben ist. In Kontrastierung zu einzelnen, molekularen Bewegungen, die bei wahrnehmungspsychologischen Experimenten von Interesse sein können, bilden molare Verhaltensakte die Analyseeinheiten in naturalistischen Erhebungen (Kaminski 1992; Lantermann 1978; Little 1987; Sells 1974; Stern 1974; Willem 1973).

Alltägliches Verhalten ist immer eingebunden in einem räumlich-zeitlichen Kontext und stellt sich als Ergebnis des Zusammenwirkens von personalen und situativen Merkmalen dar. Bezogen auf das Individuum sind es vor allem dessen – im weitesten Sinne verstandene – Bedürfnisse und seine Fähigkeiten diese aktiv zu befriedigen. Im Hinblick auf die Umwelt ist es die Gesamtheit der jeweils verfügbaren Ressourcen, aber auch jene Bedingungen, die eine Umsetzung behindern, erschweren oder verunmöglichen. Weder die Kapazitäten der Person, noch die zu einem Zeitpunkt gegebenen Merkmale der Umwelt stellen eindimensionale, unveränderbare Entitäten dar, sondern umfassen eine Vielzahl möglicher Kombinationen des Zusammenwirkens im konkret realisierten Verhalten. Die dadurch gegebene Multikausalität und Komplexität macht eine ganzheitliche Erfassung unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beeinflussungsprozesse erforderlich (Wendt 1992). Der Mensch und die ihn unmittelbar umgebende Umwelt bilden ein System, das durch die zwischen seinen Einheiten bestehenden Relationen gekennzeichnet ist. Das bedeutet nach Stapf (1978):

„An die Stelle monokausaler und eindimensionaler treten polykausale und mehrdimensionale Modelle; anstelle punktueller Phänomene und linearer Kausalketten werden strukturelle Geflechte interdependent Elemente in den Mittelpunkt der Betrachtung gerückt“ (268/269).

Auf methodologischer Ebene finden diese Überlegungen ihre Entsprechung in der Forderung nach deskriptiven Erhebungen, die die Vielschichtigkeit der jeweils gegebenen Situation und das in ihr realisierte Verhalten der Person konkret erfassen. Auswertungsgrundlage ist die Analyse und Rekonstruktion der Beziehungen, die zwischen der Person und den physikalisch-materiellen sowie sozialen Merkmalen der Umwelt bei der Hervorbringung bestimmter Verhaltensweisen bestehen. Erforderlich ist hierfür die Berücksichtigung der objektiv gegebenen Bedingungen. Eine ausschließlich auf kognitive Repräsentationen der involvierten Person rekurrierende Konzeptualisierung wäre insofern zirkulär, als in diesem Fall Bedingungen und Ergebnis der wechselseitigen Beeinflussung gleichgesetzt würden (Graumann & L. Kruse 1995, 51).

Eine weitere Möglichkeit, die Regulationsmechanismen dynamischer Mensch-Umwelt-Relationen zu erfassen, bilden Interventionsstudien (A. Kruse 1991a; Paul, Bansemir & Kühne 1989; Wahl 1988; 1993). Die gezielte Durchführung von Veränderungen auf der einen oder anderen Seite des bestehenden Systems erfordert in der Regel nicht nur einen interdisziplinären Zugang (Bechtel 1997; Carp 1987; Kaminski 1976; Wahl 1992b), sondern auch die Kontrolle und Bestimmung der Wirksamkeit der jeweils ausgewählten Maßnahmen. Die Suche nach Verbesserungen der Lebensbedingungen einzelner Menschen oder ganzer Gruppen – etwa auch in der Bearbeitung umweltlicher Probleme – ist und war einer der Hauptanstoße für die Erarbeitung und Weiterentwicklung von ökologischen Modellen in den verschiedenen Wissenschaftsbereichen, sei es der Psychologie, der (Stadt-) Soziologie, der Architektur, der Ergonomie oder Gerontologie (L. Kruse & Graumann 1987; Saup 1992; Wahl 1992c).

Anwendungsbezug und die Orientierung an real existierenden Lebenswelten stellen zwei Aspekte der gleichen Perspektive dar. Ohne Kenntnis der Ausgangslage und der sie konstituierenden Bedingungen sind geeignete Maßnahmen zur Optimierung der Übereinstimmung zwischen individuellen Bedürfnis- und Problemlagen und den hierfür gesellschaftlich bereit gestellten Ressourcen nicht zu erarbeiten (P.B. Baltes & M.M. Baltes 1992).

1.3.3 Lebenslagen als Funktion von Person und Umwelt

Möglichkeiten und Chancen zur Erfüllung menschlicher Grundanliegen variieren sowohl zwischen verschiedenen Personengruppen als auch zwischen den Individuen, die sie bilden. In der soziologischen / sozialgerontologischen Literatur werden diese Unterschiede bisweilen als ‘Lebensbedingungen’, ‘Lebenssituationen’ oder auch ‘Lebenslagen’ bezeichnet. Teilweise werden die Begriffe synonym verwendet, teilweise akzentuieren sie unterschiedliche Dimensionen der materiellen und sozialen Umwelt oder deren Auswirkungen auf die Handlungsspielräume eines Menschen. Je nach Forschungs- und Interessenschwerpunkt werden Aspekte unterschiedlicher sozialökologischer Systemebenen und / oder deren zeitliche Erstreckung betont. Der Makroebene im Sinne Bronfenbrenners zuzuordnen wären etwa die Lebensbedingungen in unterschiedlichen Alterskohorten (M.M. Baltes & P.B. Baltes 1977; Dieck 1987; Tokarski 1991), die auf Strukturen und Veränderungen der wirtschaftlichen und kulturellen Basis verweisen (Paul, Bansemir & Kühne 1989). Eingebettet in diese sind Fragen der Verteilung von Ressourcen zwischen verschiedenen sozialen Schichten, die in Einkommens- und Wohnverhältnissen ihren Ausdruck finden (Backes 1989; Bargel, Fauser & Mundt 1981; Carp 1976; Hörl & Rosenmayr 1994; Prinz 1995; Reimann & Reimann 1994b). Zu ihnen gehören auch die Zusammensetzung der Nachbarschaft und die sozialräumliche Dimension der Stadt-Land-Unterteilung, sofern diese zur Kennzeichnung sozialer Milieus herangezogen werden (Clemens 1993). Auf mikroökologischer Ebene liegen die Einflüsse der Wohnform, die in direkter Beziehung zu Umfang und Art zwischenmenschlicher Interaktionen stehen, sowie die Ausstattung der Wohnung und des Wohnumfeldes (Blosser-Reisen 1982; Campitiello 1983; Glatzer 1992). Der gesundheitliche Zustand, die Fähigkeiten und Interessen des Menschen stellen die hierzu korrespondierenden Merkmale der Person dar. Diese bestimmen, zusammen mit den gegebenen materiellen und sozialen Bedingungen, den Umfang und die Art des individuell bestehenden Handlungsspielraumes (Görres 1992a; Herlyn 1990; Karl 1993; 1996; Mühlum 1989).

Mit der hierarchischen Ordnung der Systemebenen verbunden ist eine unterschiedliche Dauerhaftigkeit und Stabilität ihres Einflusses auf die individuellen Lebensbedingungen. Veränderungen finden am ehesten in den Menschen direkt zugänglichen Bereichen statt. Die hier zu einem bestimmten Zeitpunkt bestehende Ausgangslage ist das Ergebnis vorausgegangener wechselseitiger Beeinflussungsprozesse zwischen dem handelnden Subjekt und seiner Umgebung. In Form materieller und sozialer Gegebenheiten legen sie den Rahmen für weitere Handlungsoptionen fest.

Dies gilt sowohl für das in der Phase der Familiengründung erbaute und diesen Bedingungen entsprechend gestaltete Einfamilienhaus wie für die über einen langen Zeitraum entwickelten familiären und nachbarschaftlichen Kontakte. Nicht behindertengerechte, schwer modifizierbare Ausstattungsmerkmale der Wohnung, eine unzureichende finanzielle Altersabsicherung und konflikthafte Beziehungen zu nahestehenden Personen schränken die Möglichkeiten zur Kompensation zunehmender funktionaler Beeinträchtigungen erheblich ein, im ungünstigsten Falle soweit, daß ein Verbleiben in der vertrauten häuslichen Umgebung nicht mehr möglich ist.

Integriert man neben der zeitlichen noch die subjektive Perspektive, die das Erleben und Bewerten umweltlicher Gegebenheiten durch den Menschen enthält, so wird die 'Lebenslage' zu einem transaktionalen Konstrukt (Amann 1994; Görres 1992a; Wahl 1997). Im Rahmen ökologischer Modelle verweisen diese auf die prinzipielle Untrennbarkeit zwischen umweltlichen Gegebenheiten und den Bezügen, die das Individuum zu ihnen hat (Altman & Rogoff 1987; Eckensberger 1978; L. Kruse 1978; Mogel 1984; 1990). Sozialstrukturelle Bedingungen, physisch-materielle Gegebenheiten und zwischenmenschliche Kontaktstrukturen bilden je unterschiedliche Muster von Einflußfaktoren, die von den betroffenen Menschen in einer ihnen eigenen Art erlebt und gelebt werden (Tokarski & Schmitz-Scherzer 1992).

Mensch und Umwelt stehen in einem interdependenten Verhältnis zu einander, das seinen Ausdruck in adaptiven und gestaltenden Prozessen findet. Veränderungen im personalen, materiellen oder zwischenmenschlichen Bereich führen zur Neuorganisation mehr oder weniger umfassender Routinen, die sich aus dem Zusammenspiel von Person- und Umweltmerkmalen ergeben haben. So können eingetretene körperliche Beeinträchtigungen durch andere Funktionen oder Umgestaltung der Handlungsabläufe ebenso kompensiert werden, wie durch die Reorganisation räumlicher und sozialer Gegebenheiten. Hindernisse können aus dem Weg geräumt oder mehr Hilfe von anderen Personen in Anspruch genommen werden. Es kann jedoch auch sein, daß es zu einem Umzug in eine entsprechende Einrichtung der Altenhilfe kommt. Die im Einzelfall umgesetzte Lösung stellt das Ergebnis eines komplexen Prozesses dar, in den die Besonderheiten der involvierten Person und die je spezifische Konstellation räumlich-physischer und sozialer Gegebenheiten eingehen. Unter Einbeziehung des dynamischen Aspektes der bestehenden Wechselwirkungen bestimmt das Zusammenwirken aller relevanten Einflußfaktoren, das, was bisweilen auch als Alternsformen oder Alternsstile bezeichnet wird (Fissen 1987; Lehr 1979; A. Kruse 1992c).

1.3.4 Verhaltensrelevante Umweltqualitäten

In welcher Weise sich Altern für einen Menschen vollzieht, ob und inwieweit es mit Verlusterlebnissen verbunden ist, hängt nicht nur von biologisch bedingten Veränderungen ab, sondern auch von ‘unterstützenden’ oder ‘behindernden’ Merkmalen seitens der Umwelt. Einen positiven Einfluß auf den Alter(n)sprozess haben sie, wenn sie helfen, eingetretene Behinderungen zu kompensieren, den Erhalt verbliebener Fähigkeiten unterstützen und die Entwicklung neuer Kompetenzen ermöglichen. Umwelten physikalisch-materieller und sozialer Art können hinsichtlich einer Reihe verschiedener funktionaler Aspekte bewertet werden (Garland 1993; Gunzelmann & W. Oswald 1990; Hunt 1991; Lawton 1990; Lawton, Altman & Wohlwill 1984; Levy, Derogratis, Gallagher & Gatz 1980; Schramm 1987; Olbrich 1987; Windley & Scheidt 1980). Im Hinblick auf den Erhalt einer selbständigen Lebensführung sind es vor allem die Dimensionen ‘Unterstützung’, ‘Sicherheit’, und ‘Erreichbarkeit’ (Lawton 1988; F. Oswald 1996; Wahl 1997). Folgt man der Bedürfnishierarchie von Maslow (1973), so geht es hier eher um Bedingungen, die in Verbindung zur Befriedigung menschlicher Grundbedürfnisse stehen. Über diese hinausgehend, eher den Bereich des subjektiven Wohlbefindens oder die allgemeine Zufriedenheit betreffend, sind der ‘Anregungsgehalt’, die ‘Kontrolle’ über relevante Umweltbereiche und die Ermöglichung einer selbstbestimmten Lebensführung im Sinne von ‘Autonomie’ zusätzliche wichtige Aspekte.

Alle als Umweltqualitäten bezeichneten Bereiche können unterschiedliche konkrete Ausformungen haben und unter verschiedenen Perspektiven diskutiert werden. Beim Entwurf und Bau von Sonderwohnformen für ältere Menschen werden ‘Unterstützung’ und ‘Sicherheit’ im wesentlichen über das Vorhandensein prothetischer Ausstattungsmerkmale, wie Handläufe, Haltegriffe in Bad und WC, Orientierungshilfen und den Einsatz technischer Hilfsmittel operationalisiert (A. Kruse 1992a; Lawton 1979; 1987; Moos & Lemke 1996; Saup 1993a; 1993b). Ähnliches gilt für die Frage der ‘Erreichbarkeit’ des Wohnbereichs oder von Versorgungseinrichtungen, die durch den Bewegungsraum, die Vermeidbarkeit von Treppen und die Verfügbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel bestimmt wird (Marans, Hunt & Vakalo 1984; Moos 1980; Moos & Lemke 1984). Einige der genannten Aspekte lassen sich auf die Wohnungsausstattung von in privaten Haushalten lebenden älteren Menschen übertragen, bedürfen allerdings der Ergänzung um korrespondiere Merkmale des sozialen Umfeldes.

Dies gilt nicht nur für Kompensationsmöglichkeiten bei bestehenden Behinderungen, sondern auch für den Anregungsgehalt, den eine Umwelt bietet. Wichtig ist, daß sich ältere Menschen

nicht nur versorgt, sondern auch gefordert fühlen, um körperlich wie auch geistig aktiv zu bleiben (Lawton 1990). Sicherheit und Verlässlichkeit im Hinblick auf die materiellen und sozialen Gegebenheiten sind hierfür entscheidende Voraussetzungen, indem sie Handlungsräume ermöglichen oder auch erst eröffnen (Asam, Altmann & Vogt 1990). Die Balance zwischen Maßnahmen, die der Förderung der Autonomie dienen, und solchen, die Hilfe und Unterstützung bereitstellen, ist eine schwierige, meist nur im Einzelfall zu lösende Aufgabe (Bösch 1991; Clark 1988; Lawton 1985; 1988; Lehr 1990; Mittelstrass et al. 1992; F. Oswald 1996; Wahl 1992b; 1993; Wahl & M.M. Baltes 1990; 1992; 1993; Zeman 1989). Auf der einen Seite ist es das Bedürfnis jedes Menschen, die an ihn gestellten Anforderungen der Umwelt zu bewältigen und zu meistern, auf der anderen Seite ist es bei zunehmendem Hilfsbedarf lebensnotwendig, daß einzelne, nicht mehr ausführbare Tätigkeiten von anderen übernommen werden. Sowohl ein Zuviel an Anforderung als auch an Unterstützung kann sich negativ auf die Stimmungslage des Betroffenen auswirken. Wird mehr verlangt, als möglich ist, kann es zu Stressreaktionen kommen. Unterforderung führt auf der anderen Seite zu Langeweile und zunehmender Apathie. Allen Bereichen übergeordnet scheint damit die Responsivität der Umwelt zu sein, d. h. das Ausmaß bis zu dem Anforderungen an den älteren Menschen gestellt werden (Dippelhofer-Stiem 1994; Saup 1993b), die seinen Fähigkeiten entsprechen bzw. etwas über diese hinausgehen, und Hilfen, die ihrer Art und ihrem Umfang nach bedarfsgerecht erbracht werden.

1.4 Ökologische Erklärungsansätze in der Gerontologie

Die Frage, welche Veränderungen mit dem Altern verbunden sind, warum und unter welchen Bedingungen sie welchen Verlauf nehmen und wie sie zu beeinflussen sind, ist Thema und übergreifender Forschungsgegenstand der Gerontologie. Sie

„...beschäftigt sich mit der Beschreibung, Erklärung und Modifikation von körperlichen, psychischen, sozialen, historischen und kulturellen Aspekten des Alterns und des Alters, einschließlich der Analyse von altersrelevanten und alterskonstituierenden Umwelten und sozialen Institutionen.“ (P.B. Baltes & M.M. Baltes 1992)

Die Akzentuierung auf das Erleben und Verhalten von Menschen kennzeichnet dabei die psychologisch-sozialwissenschaftliche Orientierung bei dem Versuch, regelhafte Alternsprozesse zu erfassen und zu erklären (Birren & Renner 1990; A. Kruse 1990; Lehr 1987; 1988).

1.4.1 Klassische gerontologische Theorien

Sieht man einmal davon ab, daß Alter(n) lange Zeit einseitig mit einem allgemeinen Abbau von körperlichen und kognitiven Fähigkeiten gleichgesetzt, also vornehmlich unter biologischer Perspektive betrachtet wurde, sind es vor allem die Disengagement- und die Aktivitätstheorie, die die frühe Diskussion um eine angemessene Erklärung altersbezogener Verhaltensänderungen bestimmten (Kühnert & Niederfranke 1993; Szimak, Eder & Jandl 1994; Wieltschnig 1982). Grundfrage ist für beide, unter welchen Bedingungen ältere Menschen mit ihrem Leben zufrieden sind. Cumming und Henry (1961) fanden in einer großangelegten amerikanischen Studie über die Entwicklung im Erwachsenenalter, daß im Lauf des Älterwerdens immer mehr Rollen, Tätigkeiten und Verantwortungen aufgegeben werden. Der Rückzug aus dem sozialen Leben ist für die Autoren ein universell auftretendes Phänomen, dem eine quasi naturhafte Stellung zukommt. Zufriedenheit im Alter wäre demnach daran gebunden, inwieweit es dem Menschen gelingt und wohl auch möglich ist, Aufgaben abzugeben. Genau das Gegenteil wird von den Vertretern der Aktivitätstheorie behauptet. Für sie stellt die Beibehaltung von im späteren Erwachsenenalter ausgeübten Rollen und Tätigkeiten, sowie der Ersatz aufgegebener Verantwortungen durch neue die entscheidende Bedingung dafür dar, daß das Alter(n) positiv erlebt wird (Neugarten, Havighurst & Tobin 1968). Obwohl sich für beide Erklärungsansätze empirische Belege finden lassen, kann keiner dem Anspruch genereller Gültigkeit gerecht werden. Die Verbindung zwischen einem bestimmten Maß an sozialer Teilhabe und Zufriedenheit trifft jeweils nur für einen Teil der Gesamtpopulation der älteren Menschen zu (Gubrium 1973; Thomae 1987b; 1987c).

Franz & Ueltzen (1984) bezeichneten Disengagements- und Aktivitätstheorie deshalb als Spezialfälle einer ‘Umwelttheorie’ des Alterns, die in der Übereinstimmung zwischen den Fähigkeiten einer Person und den an sie herangetragenen Anforderungen die Grundlage für eine allgemeine Lebenszufriedenheit sieht. Menschen mit geringeren Aktivitätsressourcen fühlten sich in einem weniger komplexen, altershomogenen Umfeld wohl, während dies bei Personen mit umfassenderen Möglichkeiten zur Teilnahme am sozialen Leben eher bei altersheterogener Zusammensetzung der Nachbarschaft der Fall war. Insgesamt zeigte sich jedoch auch hier, daß eine Vielzahl weiterer Einflußfaktoren für das Erleben von Zufriedenheit von Bedeutung sind. In der genannten Studie waren es der Gesundheitszustand, die familiäre Situation und die bestehende finanzielle Absicherung.

Mit dem zuletzt genannten Ergebnis und dem Hinweis, daß der sozialräumliche Kontext, in dem Menschen leben, nur ein Aspekt zur Kennzeichnung unterschiedlicher Lebenslagen im Alter ist, stimmen die Autoren mit einer Vielzahl anderer Untersuchungen überein, die immer wieder auf die Pluralität menschlicher Alter(n)sprozesse verwiesen haben. Es ist eines der unumstrittendsten Ergebnisse gerontologischer Forschung, daß die Verschiedenheit zwischen den Menschen im Alter am größten ist (P.B. Baltes 1990; P.B. Baltes & M.M. Baltes 1989; Carp 1976; Filipp & Schmidt 1994; Hendricks & Leedham 1991; A. Kruse 1988; Lehr 1991; 1994; Schroots 1996; Szimak, Eder & Jandl 1994; Thomae 1987c; Wahl 1991a).

Verursachend hierfür ist jedoch nicht nur der Umstand, daß unter den Lebensabschnitt des Alters mittlerweile mehr als 30 Jahre subsumiert werden. Bei einer Aufteilung in unterschiedliche Altersgruppen zeigt sich eine kontinuierliche Zunahme der Heterogenität individueller Entwicklungsverläufe zwischen dem 60. und 90. Lebensjahr (A. Kruse 1987a; 1988). Die Gründe hierfür liegen zum einen in der kumulativen Wirkung sozial-räumlicher Einflußfaktoren, zum anderen in der Vielzahl individueller Entscheidungen, die zusammengenommen die Konfiguration der bestehenden Lebensbedingungen eines älteren Menschen bestimmen. Konfrontiert mit der Vielschichtigkeit individueller Problem- und Bedürfnislagen, haben die traditionellen Theorien, die ein erfolgreiches Altern ausschließlich unter dem Blickwinkel eines einzigen Aspektes menschlichen Erlebens und Verhaltens betrachten, nur einen begrenzten Nutzen für die praktische Altenarbeit. Die Förderung einer aktiven Beteiligung am gesellschaftlichen Leben oder die Bewältigung der Situation der Berufsaufgabe stellen jeweils einen kleinen Ausschnitt der im Rahmen der Altenhilfe erforderlichen Maßnahmen dar. Interventionen zur Verbesserung der Lebenslage älterer Menschen müssen den individuellen Bedingungen ebenso gerecht werden wie deren theoretische Konzeptualisierung. Seit den 70er Jahren wird Alter nicht mehr ausschließlich als biologisches, psychologisches und sozialökonomisches Schicksal begriffen, sondern auch als ökologisches (A. Kruse 1987b; Lehr 1979; 1987; 1988; 1994; Mittelstrass et al. 1992; Schaie 1993; Wahl 1997)

1.4.2 Bedeutsame gerontoökologische Konzepte

Eines der ersten Konstrukte, das im Rahmen ökologischer Modelle Beachtung findet, bildet ‘Zufriedenheit’ oder ‘well-being’ als Kriteriumsvariable zur Messung des Erlebens unterschiedlicher umweltlicher Bedingungen. Angenommen wird, daß positive emotionale Gestimmtheit das Ergebnis einer relativen Übereinstimmung ist zwischen den Fähigkeiten der Person und den Anforderungen, die an sie seitens der physikalisch-räumlichen oder sozialen

Umwelt gestellt werden (Klein Altman 1994; Heineken & Spaeth 1988). In den USA dienten Messungen des Wohlbefindens anfänglich vor allem der Evaluation staatlich geförderter Wohnungsbauprojekte, mit denen versucht wurde, die Situation benachteiligter älterer Menschen positiv zu verändern. Erhoben wurden vor und nach dem Umzug die allgemeine Lebenszufriedenheit, die Einschätzung der Bedingungen der Wohnung sowie des Wohnumfeldes und der Nachbarschaft (Carp 1977; 1987; Christensen & Carp 1987; Lawton, Brody & Turner-Massey 1978; Lawton & Cohen 1974). Nach Konstanthaltung einer Reihe zentraler, bereits vor der Umsiedlung bestehender Unterschiede in der Lebenslage der betroffenen älteren Menschen trugen die Verbesserungen im häuslichen Umfeld allerdings nur wenig zur Varianzaufklärung bei. Die Probleme der bis dahin üblichen Praxis der Zufriedenheitsmessung faßt Golant 1984 anhand dreier Punkte zusammen: 1) gleiche Umwelten werden von Personen unterschiedlich erlebt; 2) ältere Menschen weisen im Vergleich zu jüngeren generell höhere Werte auf und 3) es besteht eine Diskrepanz zwischen objektiven Bedingungen und deren Bewertung. Mit dem als Zufriedenheitsparadox bezeichneten Phänomen fand die subjektive Seite des Wechselprozesses zwischen umweltlicher Gegebenheit und dem Erleben und Verhalten des Menschen wieder stärkere Beachtung. Einstellungen gegenüber der gegenwärtigen Lebenslage unterliegen einem komplexen Urteilsprozeß, in den, neben den objektiven Bedingungen, die individuellen Fähigkeiten im Umgang mit Umweltanforderungen, aber auch passiv-adaptive Bewältigungsstrategien eingehen. Zu letzteren gehören das nicht Wahrnehmen von Alternativen ebenso wie das Herabsetzen der eigenen Erwartungen und der Vergleich mit ‘schlimmeren’ Situationen (Dittmann-Kohli 1989; Huber 1983; Lawton 1983; F. Oswald & Thomae 1989).

Die Art der Verarbeitung bedeutsamer Veränderungen im Leben eines Menschen ist Gegenstand der ‘Coping’-Forschung. Auch hier gibt es zwischenzeitlich Überlegungen dazu, die Bewältigungsformen als Ergebnis eines transaktionalen Geschehens zwischen personenbezogenen Anteilen und situativen Bedingungen zu fassen (Arnold 1990; Thomae 1989; Olbrich & Pöhlmann 1995; Reicherts & Perrez 1992). Bei kognitiven Prozessen sind bereits bei der Wahrnehmung umweltliche Faktoren wirksam und bilden in Verbindung mit einem auf sie bezogenen Bewertungsprozeß die Grundlage für die Handlungen des Individuums. Die Umwelt – hier in erster Linie die soziale – kann ihrerseits wiederum die Verarbeitung von Grenzsituationen erleichtern, indem sie die aktive Auseinandersetzung damit fördert und unterstützt (Görres 1992a; 1992b; Kruse 1991c; Saup 1991).

Sowohl die erlebte Zufriedenheit mit den bestehenden Lebensbedingungen als auch das Gelingen einer Anpassung an schwierige neue Situationen ist zumindest partiell abhängig von der objektiven und subjektiv wahrgenommenen ‘Kompetenz’ eines Menschen (A. Kruse 1987b). Als übergreifendes Konzept hat sie in der gerontologischen Literatur die mit Abstand größte Beachtung gefunden. In den Definitionen spiegeln sich dementsprechend alle Facetten dessen wieder, was als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen personalen und umweltlichen Merkmalen verstanden werden kann. ‘Kompetenz’ bezeichnet einmal das Gesamt an Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person, die sie im Laufe ihres bisherigen Lebens in der Auseinandersetzung mit der Umwelt erworben hat. $K = f(P ; U)$ (Kompetenz ist eine Funktion von Merkmalen der Person und der Umwelt) (Bronfenbrenner 1988; Gunzelmann & W. Oswald 1990). Bisweilen werden diese auch als personale Ressourcen bezeichnet, die unter Berücksichtigung unterschiedlich komplexer Umweltanforderungen die ‘absolute’ Kompetenz einer Person bestimmen (Lawton & Nahemow 1973; Olbrich 1989a; 1989b; 1991a). Sie ist „die Möglichkeit eines Menschen, jene Transaktionen mit seiner Umwelt auszuüben, die es ihm erlaubt, sich zu erhalten, sich wohlzufühlen und sich zu entwickeln“ (Olbrich 1990, 8; Hirsch 1995). Ergebnis des Interaktionsprozesses ist das menschliche ‘Sein’, wobei die Kompetenz eines Menschen den Umweltanforderungen zu entsprechen hat. Formalisiert bedeutet dies: $mS = f(K_{max} / U_x)$ (Menschliches (Wohl-) Sein ist eine Funktion einer in Bezug zu umweltlichen Anforderungen maximalen oder optimalen Kompetenz des Menschen). Mit dem impliziten Verweis auf ein objektiv bestimmbarer personenbezogenes Fähigkeitsniveau besteht die Gefahr, daß die dynamische, zeitlich und inhaltliche Variabilität des Konstrukts aus dem Blickfeld gerät.

Kompetenz ist keine statische Größe, sondern eine, die kontinuierlichen Veränderungen unterliegt. Wie diese aussehen, welche Formen und welches Ausmaß sie annehmen, ist abhängig von der bestehenden Ausgangslage und den Bedingungen, die zu einer Neukalibrierung führen. Den physikalisch-materiellen, insbesondere aber den sozialen Gegebenheiten der Situation kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu. Sie können den Erhalt und die Entwicklung von Fertigkeiten ebenso behindern, wie sie diese unterstützen und fördern können. Im letzten Falle tragen sie nicht nur zu einem positiven Erleben der eigenen Gestaltungs- und Einflußmöglichkeiten bei, sondern auch zu deren maximaler Umsetzung in entsprechende Handlungen (Altholz 1988; A. Kruse 1987b; Mittelstrass et al. 1992; F. Oswald 1991; 1992; 1996). Unter diesen Bedingungen bezeichnet Kompetenz „die Fähigkeit des Menschen zur Aufrechterhaltung eines selbständigen, aufgabenbezogenen und sinnerfüllten Lebens in einer anregen-

den, unterstützenden, die selbstverantwortliche Auseinandersetzung mit Aufgaben und Belastungen fördernden Umwelt“ (F. Oswald 1996, 37). Auch hier ist das menschliche Sein das Ergebnis, wobei nunmehr die Rolle der Umwelt hervorgehoben wird: $mS = f(K_x / U_{max})$ (Menschliches (Wohl-) Sein ist eine Funktion der Kompetenz eines Menschen, unter bestmöglichen äußereren Voraussetzungen).

Der Verweis auf optimale umweltliche Bedingungen steht dabei durchaus im Einklang mit der Operationalisierung von Lawton, der unter ‘Kompetenz’ das theoretische obere Limit an personalen Kapazitäten bezeichnet. In der von ihm benutzten ökologischen Formel gehören Fähigkeiten zu den Merkmalen der Person, die in Wechselwirkung mit den Anforderungen der Situation das Verhalten bestimmen. $V = f(K_{xt}; U_{xt})$. Insofern ist es richtig, wenn einige Autoren immer wieder darauf hingewiesen haben, daß es *die* Kompetenz nicht gibt, sondern nur mehr oder weniger kompetentes Verhalten in spezifischen, raum-zeitlich bestimmten Situationen (Hirsch 1995; A. Kruse 1992b; Lehr 1989b; Olbrich 1989a; 1989b; 1991a; 1995; F. Oswald 1996; W. Oswald 1991; Thomae 1989; Wahl 1989a; 1991a; 1997).

1.4.3 Unselbständigkeit im Alter

‘Kompetenz’ bildet in gewisser Weise den Gegenpol zu Unselbständigkeit und der damit verbundenen Abhängigkeit von der Hilfe und Unterstützung anderer. Beides verweist auf einen Mangel oder einen Verlust an Fähigkeiten, der dazu führt, daß Anforderungen der Umwelt von der Person nicht (mehr) aus eigenen Kräften bewältigt werden können. Wird dieser Umstand als überdauernde Eigenschaft oder unveränderbares Merkmal der Lebenssituation gesehen, so ergeben sich ähnliche Probleme, wie jene, die bei der Operationalisierung des Konzepts ‘Kompetenz’ dargestellt wurden. Eine Übergeneralisierung von Verhaltensweisen, die in einen bestimmten Kontext eingebettet sind, birgt die Gefahr, daß ihr genuin relationaler Charakter aus dem Blick gerät. Eine Person ist immer nur in Bezug auf bestimmte Bereiche von irgend etwas oder irgend jemand abhängig. In diesem sehr weit gefaßten Verständnis trifft dies auf alle Menschen zu, wobei Art und Form der Angewiesenheit auf andere sowohl von der Lerngeschichte des Betroffenen als auch den gegenwärtig bestehenden Umständen beeinflußt werden. Neben körperlichen können auch kognitive, emotionale, soziale, personale und materielle Bedingungen dazu führen, daß fremde Ressourcen zur Bewältigung umweltlicher Anforderungen in Anspruch genommen werden (müssen) (M.M. Baltes 1988; 1995; Feuerlein 1995; Prinz 1995; Wahl 1987; Wischer & Kliemke 1988).

Im Rahmen der gerontologischen Forschung wird ‘Unselbständigkeit’ in der Regel erheblich enger gefaßt und meist in Verbindung mit der Ausführung regelmäßig wiederkehrender Verrichtungen des Alltags gebraucht. Unterschieden wird dabei zwischen jenen Tätigkeiten, die der Lebenserhaltung dienen und bisweilen auch als Eigenpflege bezeichnet werden, und jenen, die zum Erhalt einer selbständigen Lebensführung erforderlich sind, also auch den Bereich der Haushaltsführung umfassen. Das hierbei konkret gezeigte Verhalten, insbesondere der Umstand, ob die einzelnen Tätigkeiten selbst, nur mit Hilfe anderer oder überhaupt nicht mehr ausgeführt werden, ist eine Funktion der hierzu in Bezug stehenden Fähigkeiten der Person, den entsprechenden Merkmalen der Wohnungsausstattung und des dazu gehörenden Nahbereichs sowie der Intervention des direkten sozialen Umfeldes (Akhtar et al. 1973; Attias-Donfut & Brauer 1991; M.M. Baltes & Wahl 1987; Buffum 1987/1988; Pöhlmann & Hofer 1995; Roether & Kunze 1995; Schmid-Furstoss 1990; Schmitt, A. Kruse & OIbrich 1994; Verbrugge & Jette 1994; Wahl & M.M. Baltes 1992).

Faletti (1984) bestimmt Unselbständigkeit allgemein als ‘Misfit’ zwischen den Möglichkeiten einer Person und den Anforderungen der Umwelt. Die Diskrepanz selbst kann sowohl hinsichtlich ihrer Ausprägung als auch im Hinblick auf die Ursachen, die zu ihr geführt haben, für jeden Menschen anders aussehen. Meist wird davon ausgegangen, daß allmählich oder plötzlich im Verlauf eines Krankheitsgeschehens einsetzende Beeinträchtigungen in den körperlichen, senso-motorischen und kognitiven Fähigkeiten dazu führen, daß Tätigkeiten nicht (mehr) selbst bewältigt werden (können). Dies gilt insbesondere dann, wenn Veränderungen auf personaler Ebene umweltliche Bedingungen gegenüberstehen, die dem eingetretenen Niveau an Fähigkeiten nicht mehr entsprechen. So können für gehbehinderte Menschen Schwierigkeiten und Treppen in- und außerhalb der Wohnung zu Barrieren und Hindernissen werden, die ihren Bewegungsraum einengen. Physikalisch-materielle Gegebenheiten, die die (verbliebenen) Potentiale des betroffenen Menschen übersteigen, führen dazu, daß vermehrt auf die Hilfe anderer Menschen zurückgegriffen werden muß. Auf diesem Wege kann zwar ebenfalls ein Ausgleich geschaffen werden, dieser ist jedoch mit einem weitaus größeren Maß an Abhängigkeit verbunden und schränkt die Selbständigkeit weiter ein. Werden aus dieser Ausgangslage heraus über den notwendigen Bedarf hinausgehend zu viele Aufgaben abgenommen, so entsteht eine durch Unterforderung gekennzeichnete Inkongruenz. Unter diesen Umständen kann der Versuch, die Balance wieder herzustellen, darin münden, daß noch vorhandene Fähigkeiten nicht mehr genutzt werden und damit letztendlich verloren gehen.

Ausgangsbasis für die Bestimmung des vorliegenden Ausmaßes an Unselbständigkeit bildet nicht das Gesamt der Fähigkeiten eines Menschen oder dessen Kompetenzen, sondern das konkret gezeigte Verhalten. Dieses ist das Ergebnis der Transaktionen zwischen den Eigenschaften der Person und Merkmalen der physikalisch-materiellen und sozialen Umwelt. In diesem Sinne verstanden, bedeutet die Inanspruchnahme fremder Hilfe weder, daß diese dauerhaft erfolgen muß, noch daß ein für allemal der Zustand der Pflegebedürftigkeit gegeben ist. Unselbständiges Verhalten ist das Produkt eines spezifischen biographisch und situativ begründeten Wechselwirkungsprozesses, der zeitlichen und systemischen Veränderungen unterliegt (M.M. Baltes 1988; 1995; Wahl 1989a).

1.5 Gerontoökologische Erklärungsansätze

Gegenstand ökogerontologischer Forschung ist das transaktionale Geschehen zwischen dem älteren Menschen und seiner räumlich-dinglichen Umwelt. Beide werden als auf einander bezogen betrachtet und tragen in wechselseitiger Beeinflussung zu den gegebenen Lebensbedingungen und den durch sie möglichen Entwicklungen bei. Zum einen geht es darum, die ‘Natur’ dieses Interaktionsprozesses näher zu erfassen und zu bestimmen, zum anderen um die Erklärung der Bedingungen und Konsequenzen verschiedener Formen des Zusammenspiels. Interindividuelle Unterschiede im Denken, Erleben und Handeln älterer Menschen sind auf der Basis von Merkmalen bzw. Merkmalskombinationen von Umwelt *und* Person zu begreifen. (Carp 1987; Lawton 1986; Pöschl 1991; Saup 1992; 1993b; Wahl 1991a; 1992a; 1992b; Wahl & M.M. Baltes 1993). Ausgangspunkt für die Bestimmung unterschiedlicher Alternsformen bildet das alltägliche Handeln des Menschen mit seinem Bezug zu seiner ‘normalen’ Lebenswelt. Sie bildet den unhinterfragten Rahmen dafür, unter welchen Bedingungen die regelmäßig wiederkehrenden Tätigkeiten zur Selbsterhaltung und zur Führung des Haushalts auszuführen sind. Interventionen, die auf eine Optimierung der Übereinstimmung zwischen den Fähigkeiten, Bedürfnissen und Wünschen der Person und den Gegebenheiten ihres räumlich-dinglichen und sozialen Umfeldes zielen, müssen hier ansetzen, um für den Einzelnen konkret wirksam sein zu können. Alltagsbezug und Praxisrelevanz sind neben Person-Umwelt-Transaktionen grundlegende Kennzeichen ökologischer Modelle in der Gerontologie (Graumann 1992; Saup 1992; Wahl 1989a; 1991a; 1992b; 1992c).

1.5.1 Environmental-Docility-Hypothese

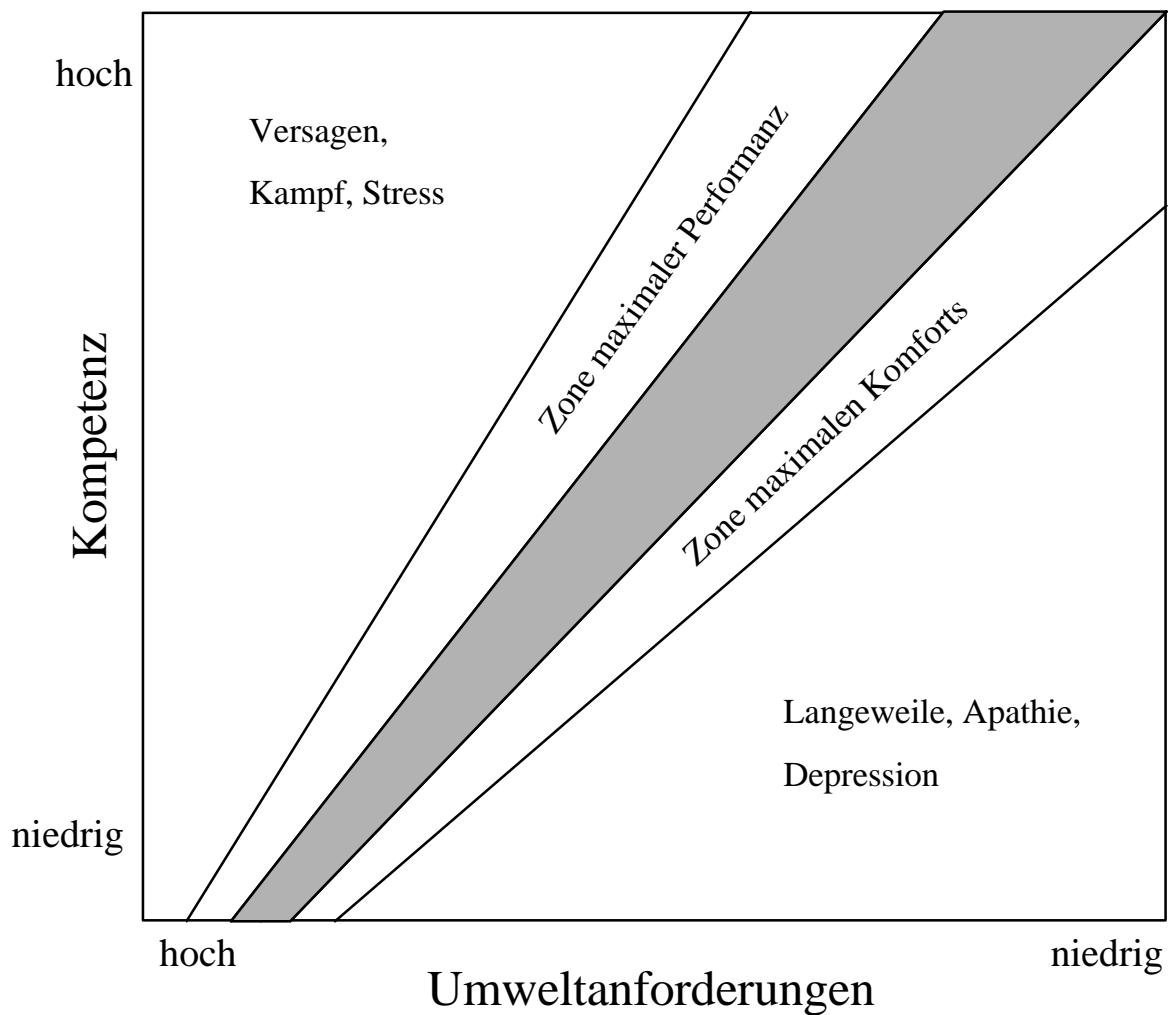
Einer der ersten Versuche, ökologisches Gedankengut in Form einer ‘kleinen’ Theorie in der Gerontologie umzusetzen, stammt von M.P. Lawton und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Ziel war es, die Vielzahl unterschiedlicher Verhaltensweisen und die durch sie ausgedrückten Lebenslagen älterer Menschen innerhalb eines möglichst einfachen Rahmens zu ordnen und zu erklären (Lawton 1980). Das als Environmental-Docility-Hypothese in die gerontologische Literatur eingegangene Modell verbindet Merkmale der Person und der Umwelt in einer Weise miteinander, die die Ableitung von Hypothesen über unterschiedliche Erlebens- und Verhaltensformen ermöglicht. Konstituierendes personenbezogenes Charakteristikum ist die Kompetenz eines älteren Menschen, die kontextunabhängig besteht, d.h. mittels ‘objektiver’ Kriterien zu erheben ist. Hierzu gehören folgende Dimensionen:

- 1) biologische Gesundheit im Sinne einer Abwesenheit von chronischen oder akuten Erkrankungen,
- 2) sensorische und wahrnehmungsbezogene Kapazitäten,
- 3) motorische Bedingungen (z.B. Kräftezustand und Koordination),
- 4) kognitive Fähigkeiten (z.B. Verständnis, Verarbeitung und Bewältigung umweltlicher Gegebenheiten) und
- 5) Ich-Stärke, die jedoch nur als theoretische Größe Berücksichtigung findet (Carp 1987; Lawton 1982; Wahl 1989b).

Bei der Operationalisierung der genannten Bereiche als genuin personale Determinanten sind alle Erhebungsformen, die von spezifischen situativen Konstellationen mitbeeinflußt sind, auszuschließen. Dies trifft beispielsweise für die funktionale Gesundheit zu, aber auch für die Ergebnisse von Intelligenztests und das Konstrukt der Ich-Stärke, das kaum anders als über das Verhalten einer Person zu erfassen ist. Den individuellen Kompetenzen oder besser dem Fähigkeitsprofil stehen auf Seiten der Umwelt Anforderungen gegenüber, die sich nach Bereichen und innerhalb dieser nach Graden der Komplexität ordnen lassen. Auf unterster Ebene stehen die Erfordernisse, die ein Überleben sichern und unter dem Begriff der Vitalfunktionen zusammengefaßt werden können. Die nächsten Stufe bilden die Tätigkeiten der regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des Alltags mit den ihnen eigenen Voraussetzungen an motorische, sensorische und kognitive Leistungen. Ihnen folgen in aufsteigender Reihe die komplexeren Bereiche der instrumentellen Aktivitäten, der Weiterentwicklung der Persönlichkeit und der Übernahme und Erfüllung sozialer Rollen bis hin zur Verantwortung für andere Menschen (Lawton 1970; 1987).

Für die Erfüllung dieser Aufgaben können bestehende physikalisch-materielle und soziale Bedingungen sowohl als Ressourcen als auch als Barrieren wirken. Als letzteres werden sie dem handelnden Menschen jedoch meist erst dann bewußt, wenn Veränderungen eingetreten sind, die den Ablauf der gewohnten Routinen stören oder über diese hinausgehen. In diesem Fall ist das bestehende Adoptionsniveau, der Ausgleich zwischen Erfordernissen und deren Begegnung durch entsprechende Verhaltensformen gestört (Lawton & Nahemow 1973; Saup 1993b). Der Zusammenhang zwischen Kompetenzen, Anforderungen der Umwelt und Adoptionsniveau wird durch Abbildung 1 verdeutlicht (vgl. dazu auch Lawton 1990, 297).

Abbildung 1: Anforderungs-Kompetenz-Modell



Das Niveau, bis zu dem umweltliche Anforderungen von einer Person erfüllt werden können, hängt von ihren Fähigkeiten ab. Diese bestimmen auch, bis zu welchem Ausmaß Abweichungen von der optimalen Passung toleriert und bewältigt werden können. Unter der Perspektive, daß einige Menschen im Laufe des Alter(n)s zunehmende funktionale Einbußen erleiden, stellten sich die postulierten Zusammenhänge, hypothesenartig formuliert, folgendermaßen dar:

1. Je geringer die Kompetenz eines Menschen ist, desto kleiner die Bandbreite an umweltlichen Anforderungen, die er problemlos erfüllen kann.
2. Bei nachlassenden Fähigkeiten verringert sich nicht nur das absolute Niveau der Bereiche, in denen eine Person-Umwelt-Passung besteht, sondern auch das Ausmaß, bis zu dem eine Neukalibrierung gelingt, d.h. der hierzu zur Verfügung stehende Handlungsspielraum wird kleiner.
3. Ein geringeres Ausmaß an Kompetenz steht in Verbindung zu einer verringerten Toleranz gegenüber umweltlichen Einflüssen, d.h. die Person ist nachhaltiger von diesen betroffen und zwar unabhängig davon, ob die Anforderungen über oder unter dem bisherigen Adoptionsniveau liegen.
4. Abweichungen in der einen oder anderen Richtung führen zu unterschiedlichen gefühlsmäßigen und verhaltensbezogenen Reaktionen des betroffenen Menschen. Von der Umwelt gesetzte neue Aufgaben, die unterhalb einer kritischen Schwelle liegen, werden als anregend erlebt und fördern die Mobilisierung von Kapazitätsreserven und Aktivität. Wird dieser Punkt überschritten, so ist für die Person eine Streßsituation gegeben, die mit negativen Gefühlen und Angst, bis hin zu depressiven Störungen verbunden ist (Saup 1986a). Liegen die Anforderungen dagegen etwas unter dem normalen Adoptionsniveau, so fallen sie zunächst in die Zone der ‘maximalen Behaglichkeit’, was von den Betroffenen meist mit angenehmen Gefühlen verbunden ist. Erst wenn die Unterforderung zu groß ist oder zu lange anhält, können als Folge davon Langeweile und Apathie das Erleben dominieren (Lawton 1988; Wahl 1992b; Wahl & M. M. Baltes 1992; 1993)

Stark vereinfacht besagt die Environmental-Docility-Hypothese, daß ein negativer Zusammenhang besteht zwischen dem Kompetenzniveau einer Person, und der Größe des Einflusses, den umweltliche Bedingungen auf das Verhalten haben. Je eingeschränkter ein Mensch ist, desto stärker wird sein Verhalten durch äußere Gegebenheiten determiniert. Statistisch ausgedrückt bedeutet dies, daß bei zunehmenden Fähigkeitseinbußen der Anteil der erklärten

Varianz, der auf Merkmale der Umwelt zurückzuführen ist, größer wird (Hogue 1984; Garland 1993; Lawton 1980; 1982; 1987; 1990; Lawton & Nahemow 1973; Olbrich 1996; Pöschl 1991; Saup 1993a; 1993b; Wahl 1989b; 1992c; Wahl & M.M. Baltes 1993).

Der Erklärungsansatz von Lawton hat nicht nur im Rahmen der Ökogerontologie Anerkennung und Aufmerksamkeit gefunden, sondern darüber hinaus auch in weiten Bereichen der Alter(n)swissenschaften. Nicht ganz im Einklang damit steht, daß es nur wenig empirische Belege für die Gültigkeit des postulierten Zusammenhangs gibt und wenn, dann ist dieser bei den bisherigen Erhebungen mittels Globalindikatoren als relativ gering anzusehen (M.M. Baltes, Maas, Willms & Borchelt 1996; Christensen, Carp, Cranz & Wiley 1992; Ueltzen, Franz & Vaskovics 1992).

Erste eindeutige Bestätigungen ergaben sich im Rahmen der Studie ‘Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung’, in der sich die schlechtere Wohnsituation der älteren Bevölkerung in den neuen deutschen Bundesländern in einem deutlich größeren Hilfsbedarf im hauswirtschaftlichen Bereich niederschlug (Olbrich 1996; Olbrich & Diegritz 1995; Pöhlmann & Hofer 1995; Roether & Kunze 1995; Schmitt, A. Kruse & Olbrich 1994). Allerdings gibt es auch einige kritische Stimmen und Anmerkungen zu Lawton's theoretischen Überlegungen. Bemängelt wird, daß die Rolle sozialer Faktoren nicht hinreichend, bzw. nicht explizit genug berücksichtigt wird (Windley & Scheidt 1980), daß die Art der Verbindung zwischen Merkmalen der Person und der Umwelt (das ‘f’ in der ökologischen Gleichung) nicht spezifiziert wird (M.M. Baltes & Wahl 1992a; Tews 1977) und daß durch die Eingrenzung auf den Bereich der Kompetenz weite Dimensionen menschlichen Erlebens und Verhaltens unbeachtet bleiben.

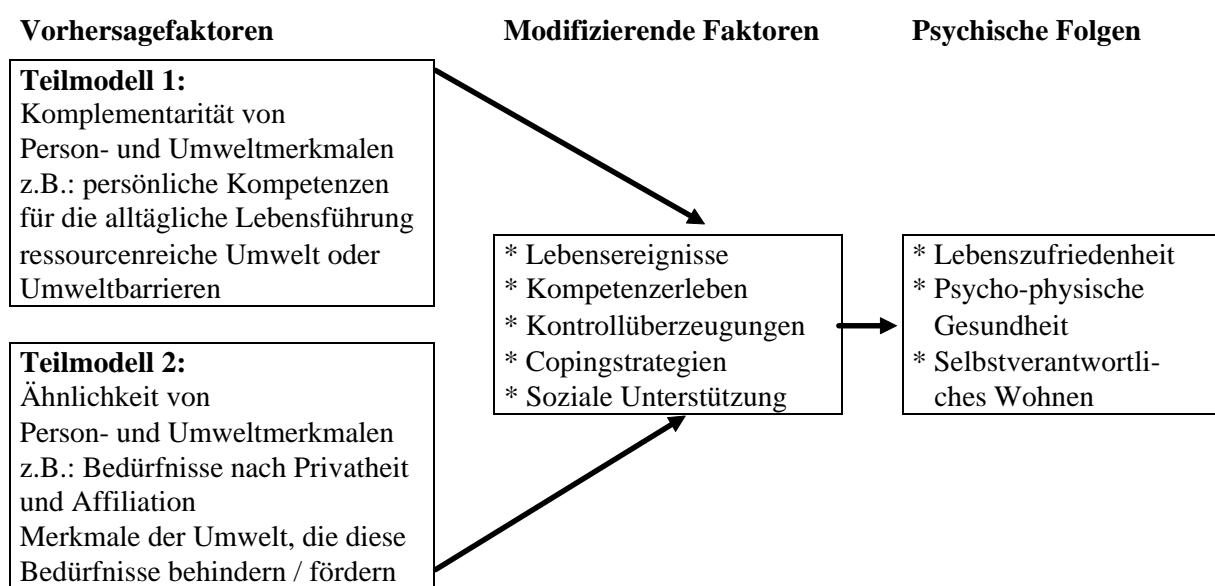
1.5.2 Erweiterte Modelle der Person-Umwelt-Kongruenz

Den letzten Kritikpunkt hat Eva Kahana aufgenommen und versucht mit ihrem Modell der Person-Umwelt-Kongruenz einen breiteren Rahmen zu schaffen, innerhalb dessen die Vielfalt menschlicher Lebensäußerungen integriert werden kann. Anstelle des Adoptionsniveaus setzt sie die Übereinstimmung zwischen den Bedürfnissen und Wünschen der handelnden Person und den Möglichkeiten, die die Umwelt zur deren Befriedigung bietet. Stimmen beide Bereiche überein, so besteht ein ‘fit’, der sich in Zufriedenheit seitens der Person ausdrückt (Klein Altman 1994; Buffum 1987/1988; Carp 1987; Heineken & Spaeth 1988; Saup 1993b; Wahl 1989a; 1991a). Man könnte diesen Zustand auch als Äquilibrium im Sinne von Piaget ver-

stehen, wobei Abweichungen nach der einen oder anderen Seite zu Bemühungen führen, das Gleichgewicht wieder herzustellen.

Bei einem Großteil der auf der Grundlage der Kongruenz-Theorie durchgeführten empirischen Arbeiten steht die Frage, welche Auswirkungen Bedingungen des Über- bzw. Unterangebots im Hinblick auf unterschiedliche Bedürfnisse haben, im Mittelpunkt des Interesses. Die Ergebnisse variieren, je nachdem, welche Dimensionen untersucht wurden, und sind deshalb schwer zu vereinheitlichen (Fitch & Slivinske 1989; Kahana, Liang & Feltson 1980). Es scheint jedoch so zu sein, daß ein größeres Angebot als das gewünschte, zumindest in der Form von reinen Handlungsmöglichkeiten, positiv erlebt wird. Hier zeigen sich jedoch auch bereits einige Probleme des Ansatzes. Er ist sehr breit und bedarf der Spezifizierung für unterschiedliche Formen von Bedürfnissen (Hooyman & Kiyak 1988). Für diese Teilbereiche wären dann auch verschiedene Outcome-Variablen zu bestimmen, die in eindeutigerem Bezug zu den thematisierten Persönlichkeitsbereichen und den für sie relevanten Aspekten der Umwelt stehen. In diesem Sinne stellt die Environmental-Docility-Hypothese eine Ausarbeitung des übergeordneten Kongruenz-Konzeptes dar, das für alltagsrelevante Tätigkeiten konkretisiert wurde. Diesem Gedankengang folgen Carp und Carp (1984), indem sie beide Ansätze in ein 2-Phasen-Modell integrieren, das in Abbildung 2 wiedergegeben ist.

Abbildung 2: Komplementaritäts-Ähnlichkeits-Modell



(Quelle: Saup 1993b, 43)

Die Befriedigung grundlegender Bedürfnisse, die der Aufrechterhaltung der Lebensführung dienen, ist an entsprechende Fähigkeiten des Menschen gebunden. Merkmale der Person und der Umwelt stehen im Verhältnis der Komplementarität zueinander. Bei geringen oder nachlassenden Fähigkeiten ist es entscheidend, in welchem Ausmaß umweltliche Ressourcen zur Kompensation vorhanden sind. Barrieren physikalisch-materieller oder sozialer Art können dazu führen, daß sich die Folgen eingetretener Funktionsbeeinträchtigungen weiter verstärken. Überschreiten die Anforderungen der Umwelt einen bestimmten Schwellenwert, so kann die Lebenssituation von der Person nicht mehr aufrecht erhalten werden. In letzter Konsequenz führt dies dazu, daß ein Wechsel in eine Wohn- und Lebenssituation notwendig ist, die ein größeres Maß an Unterstützung gewährleistet. Bei der Erfüllung von Bedürfnissen höherer Ordnung ist es dagegen entscheidend, in welchem Ausmaß dem Individuum leicht zugängliche Möglichkeiten hierzu geboten werden. Die Bedeutsamkeit kongruenter Umweltbedingungen wächst in dem Maße, in dem Handlungsoptionen aus körperlichen, kognitiven, emotionalen oder sozialen Gründen reduziert sind, d.h. nur wenig Kapazitäten zur eigenständigen Gestaltung der individuell präferierten Lebensform vorhanden sind (Carp 1978; Carp & Carp 1980)

1.5.3 Unselbständigkeit-Unterstützungs-Skript

Ein Aspekt, der zwar in allen bislang dargestellten ökogerontologischen Modellen – zumindest als Mediatorvariable – Eingang gefunden hat, aber selten expliziter Gegenstand der Forschung war, ist die Rolle, die der sozialen Umwelt beim Erhalt einer selbständigen Lebensführung, bzw. bei der Entstehung und Aufrechterhaltung unselbständigen Verhaltens zukommt. Umfangreiche und detaillierte Arbeiten zu diesem Themen- und Fragenkomplex wurden von der Gruppe um Frau Baltes erhoben, wobei der gewählte theoretische Rahmen der operanten Lerntheorie war. Danach ist die Auftretenswahrscheinlichkeit von Verhaltensweisen davon abhängig, ob diese von relevanten Bezugspersonen verstärkt werden oder nicht. Dazu wurden Interaktionssequenzen zwischen älteren Menschen und Pflegekräften zunächst im Rahmen der stationären Altenhilfe, später – wenn auch in deutlich geringerem Umfang – im häuslichen Kontext erhoben und analysiert. Die bisherigen Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Während eines Tages umfaßten Kontakte der Bewohner mit Pflegekräften, Mitbewohnern und Besuchern zusammen nur etwa 9% des registrierten Verhaltens (M.M. Baltes, Barton, Orzech & Lago 1983).

2. Das Verhalten am Morgen bestand zu etwa 15 % aus Tätigkeiten im Bereich der Eigenpflege, davon erfolgten vier Fünftel selbstständig, und bei etwa einem Fünftel erfolgten Hilfestellungen seitens des Personals (M.M. Baltes, Honn, Barton, Orzech & Lago 1983; M.M. Baltes & Kindermann 1983). Im Altenheim wurden 4,4% aller Verhaltensakte als 'abhängig' codiert, im Pflegeheim waren es 41%. Unselbständigkeit unterstützende Maßnahmen erfolgten bei den rüstigeren Bewohnern etwa halb so häufig wie bei den stärker pflegebedürftigen älteren Menschen (35% und 66%) (Wahl & M.M. Baltes 1992).
3. Unselbständiges Eigenpflegeverhalten der Bewohner führte mit großer Wahrscheinlichkeit und Verlässlichkeit zur Unterstützung seitens der Pflegekräfte ($p=.35$ im Altenheim und $p=.66$ im Pflegeheim). Das konstante Auftreten dieser Interaktionssequenz über unterschiedliche Kontexte hinweg führte Frau Baltes dazu, in diesem Zusammenhang von einem Unselbständigkeit-Unterstützungs-Skript zu sprechen (M.M. Baltes & Wahl 1992a; 1992b; M.M. Baltes, Kindermann & Reisenzein 1986; Wahl 1991b).
4. Gezielte Interventionen zum Aufbau eher Selbständigkeit unterstützender Verhaltensweisen auf Seiten der Pflegekräfte führten zu einer systematischen Ausweitung der von den Bewohnern eigenständig durchgeführten Tätigkeiten. Die erzielten Modifikationen belegen, daß die Inanspruchnahme von Hilfen nicht in jedem Fall alleinige Folge funktionaler Einbußen ist, sondern auch von Merkmalen des sozialen Umfeldes beeinflußt ist. Unselbständigkeit wird von den Pflegekräften in besonderer Weise dann verstärkt, wenn Hilfeleistungen mit sozialer Zuwendung gekoppelt sind (Blair 1995; Neumann 1986).
5. Die Bewohner reagierten auf die Pflegekräfte in der überwiegenden Zahl der Fälle (80%) mit einem entsprechenden komplementären Verhalten. Einer Anweisung im Sinne einer Aufforderung des Personals wurde in der Regel Folge geleistet. Dies traf ebenso auf eine selbständige Ausführung der Tätigkeit zu, wie auf die Annahme von Unterstützung (M.M. Baltes, Kindermann, Reisenzein & Schmid 1987).
6. Bei zu Hause lebenden älteren Menschen fanden sich vergleichbare Muster. Sie traten zwar nicht in der pointierten Weise auf, wie dies in Institutionen der Fall war, aber das Unselbständigkeit-Unterstützungs-Skript war auch hier wirksam. Unselbständiges Eigenpflegeverhalten führte mit nahezu der selben Verlässlichkeit wie beim Personal von Pflegeheimen dazu, daß Hilfe geleistet wurde. Allerdings gab es bei den Angehörigen auch Ansätze, mit Maßnahmen zur Förderung der Selbständigkeit zu reagieren, wobei die Auftretenswahrscheinlichkeit jedoch nicht groß war. Die Interaktion im häuslichen Kontext war jedoch durch deutlich mehr Reziprozität gekennzeichnet.

Öfter als in Institutionen war der ältere Mensch der Initiator von Handlungen, sei es in Form von Aufforderungen oder auch Verweigerungen (M.M. Baltes 1988; M.M. Baltes & Wahl 1992a; Wahl & M.M. Baltes 1990).

Insgesamt belegen die Ergebnisse, daß negative Altersstereotype bei den in der Pflege professionell Tätigen, aber auch bei Angehörigen noch immer wirksam sind und deren Verhalten gegenüber älteren, in ihren Funktionen beeinträchtigten Menschen beeinflussen. Beide Gruppen tendieren dazu, dem Betroffenen zu viel abzunehmen und damit seine Selbständigkeit und Autonomie über das erforderliche Maß hinaus zu beschneiden (M.M. Baltes & Wahl 1987; Horgas, Wahl & M.M. Baltes 1996; Kahana, Kahana & Riley 1989; Schmidt-Furstoss 1990; Wahl 1991b; Wenger 1986). Für die Mehrheit der älteren Menschen ist ‘Selbständigkeit’ sowohl ein übergeordneter Wert als auch ein konkretes Ziel im Rahmen der Eigenpflege. Falls Hilfe erforderlich ist, so sehen die Betroffenen in erster Linie in vorliegenden Erkrankungen den Grund hierfür. Für den Nichtgebrauch von vorhandenen Fähigkeiten sind ihrer Meinung nach zu 61% das Verhalten der Pflegenden und zu 18% räumlich-materielle Bedingungen verantwortlich (Wahl 1991a). Ein zu geringes Maß an Anforderungen und sinnvollen Aufgaben trägt wesentlich zum Aufbau eines negativ getönten Selbstbildes bei, das sich in psychischen Störungen in Form von Teilnahmslosigkeit, depressiver Stimmung bis hin zu Selbstmordgedanken äußern kann (M.M. Baltes & Kindermann 1983; A. Kruse & Schmitt 1995a; Thompson & Sobolew-Shubin 1993).

1.6 Stand der Forschung zu Hilfs- und Pflegebedarf und deren Ursachen

Für die Erhebung und Bestimmung des innerhalb bestimmter Bevölkerungsgruppen bestehenden Ausmaßes an Hilfs- und Pflegebedürftigkeit wird in der Regel die Anzahl der nicht mehr selbständig auszuführenden regelmäßig wiederkehrenden Tätigkeiten des Alltags herangezogen. Die basalen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) umfassen Verrichtungen, die der Lebenserhaltung dienen und mehrfach täglich anfallen. Menschen, die in diesen Bereichen regelmäßig auf die Unterstützung anderer angewiesen sind, sind den Ausführungen des SGB XI folgend als ‘pflegebedürftig’ einzustufen. Abhängigkeiten, die sich lediglich auf den Bereich der hauswirtschaftlichen und / oder komplexeren instrumentellen Tätigkeiten (IADL) beziehen, werden als Hilfsbedürftigkeit bezeichnet.

1.6.1 Hilfs- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten

Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren wurde von Infratest im Jahre 1991 eine repräsentative Erhebung durchgeführt, die 22.644 Haushalte aller Altersgruppen umfaßte, sowie eine Stichprobe von 3.092 Personen, die das 70. Lebensjahr bereits vollendet hatten. Zur Bestimmung der Prävalenz von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit wurden die Angaben zu 23 Items der basalen, hauswirtschaftlichen und instrumentellen Alltagsverrichtungen herangezogen, wobei die Antworten ‘mit Schwierigkeiten’ und ‘nicht möglich’ als Beeinträchtigungen gewertet wurden. Auf dieser Berechnungsgrundlage erwiesen sich in der Gesamtbevölkerung 1,4% der Personen als pflege- und weitere 2,5% als hilfsbedürftig. In der Population der 65jährigen und Älteren lagen die entsprechenden Anteile bei 6,7% bzw. 12,5%. Zusammengenommen sind also etwa 20% aller Senioren in irgend einer Weise auf Versorgungsleistungen anderer angewiesen. Der Anteil steigt dabei linear mit dem Alter an und erreicht bei der Gruppe der über 80jährigen einen Wert von knapp 40 % (Höhn & Roloff 1994; Schneekloth & Potthoff 1993; Schneekloth, Potthoff, Piekara & von Rosenbladt 1996). Dieser Befund entspricht in etwa den Ergebnissen, die bei früheren Untersuchungen ermittelt wurden, wobei die Zahlen unter Berücksichtigung der festgelegten Altersgrenze (über 60, 65, 70 oder 75) und den gewählten Bewertungsmaßstäben schwanken, im großen und ganzen aber nicht wesentlich von den Daten der Infrateststudie abweichen (Blosser-Reisen 1990; DeFriese & Woomert 1992; Johnson 1993; Linden, Gilberg, Hargas & Steinhagen-Thiessen 1996; Mittag 1983; Olbrich 1995; 1996; Thorslund, Norstrom & Wernberg 1991; Wieltschnig 1982; Wahl 1987; 1989b; 1991a; 1992a)

Eine differenzierte Darstellung des Hilfebedarfs bei den unterschiedlichen Alltagsaktivitäten enthält Tabelle 1. Bei kraftaufwendigen Arbeiten und solchen, die aus einer Vielzahl von aufeinander bezogenen Teilschritten bestehen, ist der Anteil derjenigen, die hierbei der Unterstützung anderer Personen bedürfen, deutlich größer als bei den innerhäuslichen und körpernahen Verrichtungen. Darüber hinaus zeigt sich, daß der Alterstrend nicht für alle Bereiche in gleicher Weise verläuft. Probleme bei Treppensteigen, beim An- und Auskleiden sowie beim Halten des Urins setzen bereits bei den 65-79jährigen ein und erfahren in der Gruppen der Hochaltrigen nur noch eine vergleichsweise geringere Steigerung. Eine überproportionale Zunahme der Abhängigkeit im hohen Alter zeigt sich dagegen bei jenen Tätigkeiten, die stärker von kognitiven (Lern-) Leistungen abhängig sind, wie das Richten der Medikamente und die Orientierung in weniger vertrauten Umgebungen.

Tabelle 1: Nach Größe geordnete prozentuale Anteile von Personen, die bei der Ausführung beeinträchtigt sind, nach Verrichtung und Altersgruppe

Tätigkeit	65-79 Jahre	80 Jahre u.ä.	insgesamt ⁽¹⁾	Rangplatz ⁽²⁾	
				jüngere	ältere
Sauberhalten der Wohnung	12,9%	38,9%	20,2%	2 (-)	1
Lebensmittel einkaufen	12,2%	38,3%	19,5%	3 (-)	2
Treppensteigen	13,1%	33,5%	18,8%	1 (+)	4 (-)
Öffentl. Verkehrsmittel nutzen	10,8%	36,5%	18,0%	4	3 (+)
Baden	8,9%	30,2%	14,9%	5	6 (-)
Besuche machen	8,4%	31,5%	14,9%	6	5 (+)
Regelung der Finanzen	6,0%	27,8%	12,1%	8 (-)	7
Mahlzeiten zubereiten	5,9%	24,8%	11,2%	9 (-)	8
Außerhalb zurechtfinden	4,9%	24,1%	10,3%	12 (-)	9
Duschen / Waschen	5,7%	21,9%	10,2%	10	10
An- und Ausziehen	6,2%	19,5%	9,9%	7 (+)	12 (-)
Wohnung heizen	5,5%	19,8%	9,5%	11 (+)	11 (+)
Telefonieren	3,0%	16,8%	6,9%	16 (-)	13
Umhergehen in Wohnung	3,6%	14,3%	6,6%	14	15 (-)
Zu Bett gehen, Bett verlassen	3,5%	13,2%	6,2%	15	16 (-)
Setzen, Aufstehen	3,8%	12,3%	6,2%	13 (+)	18 (-)
Medikamente richten	2,6%	14,8%	6,0%	18 (-)	14 (+)
Nahrung schneiden	2,5%	13,1%	5,7%	19 (-)	17 (-)
Wasser / Stuhl halten	3,0%	11,8%	5,5%	17 (+)	20 (-)
Kämmen	2,5%	12,1%	5,2%	20	19 (+)
Toilette benutzen	2,4%	10,8%	4,8%	21	21
Mahlzeiten zu sich nehmen	1,4%	6,5%	2,8%	22	22

(Quelle: Schneekloth & Potthoff 1993, 40)

⁽¹⁾ Die Werte für die Gruppe der 65jährigen und Älteren wurden aus den in der Infrateststudie angegebenen Absolutzahlen für die beiden Untergruppen der 65-79 und über 80jährigen errechnet. Dabei ergab sich ein Anteil von 71,8% von jüngeren Senioren und einer von 28,2% für die der Hochaltrigen. Gewichtet um die jeweiligen Anteile ergibt sich die Prozentzahl aller über 65jährigen.

⁽²⁾ Abweichungen in den Altersgruppen vom Durchschnitt wurden mit (-) gekennzeichnet, wenn der Rangplatz der Teilgruppe unter dem der Gesamtpopulation liegt, mit (+), wenn er darüber liegt.

1.6.2 Gründe für bestehenden Hilfs- und Pflegebedarf

Chronische Erkrankungen

Mit dem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit, an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen zu leiden, ebenso zu wie das Ausmaß an Beeinträchtigungen der Sinnesorgane. Je nachdem welche Organe betroffen sind und wie schwer deren Schädigung ist, sind unterschiedliche Arten und Grade von Funktionsstörungen zu erwarten, die ihrerseits die Fähigkeit zu einer selbständigen Lebensführung beeinflussen. Inzwischen gibt es eine Reihe von Untersuchungen zur Prävalenz chronischer Erkrankungen bei älteren und hochaltrigen Menschen. Die Ergebnisse variieren jedoch erheblich in den prozentualen Angaben, die für das Auftreten verschiedener Krankheitsbilder berechnet wurden. Die Gründe hierfür liegen zum Teil in der nur mäßigen Überlappung der jeweils berücksichtigten Diagnosen, zum Teil im Rekurs auf nur schwer mit einander vergleichbare Stichproben. Übereinstimmung besteht jedoch zumindest darin, daß Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, des Skeletts, der Muskulatur und Gelenke, des Stoffwechsels, sowie Lungenerkrankungen, Karzinome und Schlaganfälle bei den 65jährigen und Älteren eine deutliche größere Auftretenswahrscheinlichkeit haben. Hinzu kommen Verluste in der Hör- und Sehfähigkeit, die mit dem Alter kontinuierlich zunehmen (Beyer & Woods 1963; Bowling & Grundy 1997; Johnson 1993; G. Fischer 1991; E. Lang 1994; Mayer, P.B. Baltes, M.M. Baltes et al. 1996; Siegler, Nowlin & Blumenthal 1980; Schwarz 1987; Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1996; Wolinsky, Stump, Callahan & Johnson 1996).

Das Bild ändert sich, wenn man nur jene Personen betrachtet, die anhand ihrer Probleme bei der Erledigung der alltäglichen Verrichtungen als hilfs- oder pflegebedürftig zu betrachten sind. Auf der Ebene funktionaler Beeinträchtigungen, die als Folge physiologischer Schädigungen eintreten, leiden nach der Studie von Infratest 1991 zwei Drittel dieser Teilgruppe an Einschränkungen der Beweglichkeit, mehr als 40% an Herz-Kreislauf-Störungen und ein weiteres Drittel bzw. Viertel an starken Seh- bzw. Hörschwächen (Infratest 1991; Wahl 1987; 1991a). Im Hinblick auf die verursachenden Krankheiten sind es pathologische Veränderungen im neurologischen Bereich, die am häufigsten und deutlichsten mit Fähigkeitsverlusten verbunden sind. Hirngefäßerkrankungen werden von 61% der jüngeren Alten (65-79 Jahre) und von 81% der über 80jährigen, die auf die Hilfe anderer angewiesen sind, angegeben. Am zweithäufigsten sind Nennungen, die auf Erkrankungen des Nervensystems entfallen, und erst dann folgen Gelenkerkrankungen, Arteriosklerose und Herzerkrankungen. Anders ausge-

drückt, Schädigungen des Gehirns sind zwar nicht so häufig wie Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, der Gelenke und der Sinnesorgane, führen dann aber mit größerer Wahrscheinlichkeit dazu, daß kognitive und motorische Abläufe derart stark betroffen sind, daß deutliche negative Auswirkungen auf die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung einer selbständigen Lebensführung bestehen. Bei mehr als der Hälfte der vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen als schwerstpflegebedürftig eingestuften Patienten liegen Erkrankungen neurologischer Genese vor (Akhtar, Broe, Crombie, McLean, Andrews & Caird 1973; Brandenburg 1996; Deutsches Zentrum für Altersfragen 1996; Fried & Guralnik 1997; Schneekloth & Potthoff 1993; Semaan 1994).

Wohnverhältnisse

Sind mit physiologischen Schädigungen irreversible funktionale Beeinträchtigungen verbunden, so können die gewohnten physikalisch-materiellen Ausstattungsmerkmale der Wohnung die Ausführung unterschiedlicher Tätigkeiten behindern oder unmöglich machen. Zur Compensation von Mobilitätseinschränkungen bedarf es entsprechender räumlicher Voraussetzungen, die ganz allgemein in einer Ausweitung des Bewegungsspielraumes, in der Möglichkeit zur Nutzung entsprechender Hilfsmittel und in der Erleichterung der Erreichbarkeit benötigter Dinge bestehen. Ist dieses nicht gegeben und auch nicht durch entsprechende Maßnahmen herstellbar, so müssen Tätigkeiten in stärkerem Maße von anderen Personen ausgeführt werden, d.h. der Hilfsbedarf des betroffenen (älteren) Menschen ist deutlich größer, als er es unter einer optimalen, den Behinderungen angepaßten Ausstattung wäre.

Kontraktorisch zu den mit zunehmenden Alter wahrscheinlicher werdenden funktionalen Einbußen weisen die Wohnungen älterer Menschen im Vergleich zu denen jüngerer Bevölkerungsgruppen häufiger nicht zeitgemäße Einrichtungsstandards auf. Die hierzu Anfang der 80er Jahre erhobenen Daten dürften zwar inzwischen viel an ihrer Brisanz verloren haben, zumindest was den Bereich der sanitären Anlagen betrifft, hinsichtlich des berichteten Trends aber noch immer Gültigkeit haben. Bewohner von Altaugebieten, auf dem Lande und allein lebende ältere Menschen bilden jene Personengruppen, die am ehesten von ungünstigsten Wohnbedingungen betroffen sind (Asam, Altmann & Vogt 1990; Bond 1993; Carp 1976; Coward 1979; Dieck 1979; Dringenberg 1975; Garms-Homolová, Hütter & Leibing 1982; Gitschmann 1990; Lawton 1981; Reimann 1994; Rosenmayr 1988; Saup 1993). Hinsichtlich des Ausmaßes an wohnräumlichen Bedingungen, die als Substandard zu gelten haben, ist 1991 in den alten Bundesländern in 3% der Haushalte keine Innentoilette vorhanden, in 8% kein eigenes Bad, bei 22% gibt es keine Zentralheizung und in 27% kein fließend warmes

Wasser. Die Zahlen entsprechen in den übereinstimmend erhobenen Bereichen grob denen, die für den Landkreis Kassel ermittelt wurden (Schneekloth & Potthoff 1993; AG Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte an der FU Berlin und Interdisziplinäre AG für Angewandte Soziale Gerontologie an der GHS Kassel 1991). Neben Unterschieden in der sozialräumlichen Verteilung nach Region und Haushaltsform bestehen Zusammenhänge zwischen der Wohnqualität und Problemen bei der Aufrechterhaltung einer selbständigen Lebensführung. Menschen, die hierfür auf die Hilfe anderer angewiesen sind, leben fast doppelt so häufig wie der Durchschnitt in Wohnungen, die unter dem Standard liegen. Der Anteil schlecht ausgestatteter Wohnungen steigt dabei linear mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI von 1,4% über 7,1% auf 11,2% in Stufe III an (Schmitt, A. Kruse & Olbrich 1994; Thiede 1988).

Familiäre und professionelle Hilfen

75 bis 85% aller hilfs- und pflegebedürftigen Menschen werden teilweise oder vollständig von Angehörigen versorgt. Bei den jüngeren Senioren sind dies vornehmlich die Ehepartner, an deren Stelle erst bei der Gruppe der Hochaltrigen Familienangehörige der Folgegeneration treten. Das Ausmaß informell geleisteter Hilfen variiert etwas nach dem Verstädterungsgrad einer Region, der äußerer Ausdruck unterschiedlicher Lebensformen ist. Bezeichnet wird damit ein Konglomerat aus infrastrukturellen Bedingungen, sozialen Merkmalen der Bewohner und von diesen geteilten Wertehierarchien und verhaltenswirksamen Normen. Historisch gewachsene ländliche Gemeinschaften zeichnen sich durch eine Betonung persönlicher, sozial-emotionaler Bindungen aus, die sich in einer größeren Bedeutsamkeit familiärer und nachbarschaftlicher Kontakte niederschlägt (Bargel, Fauser & Mundt 1981; Friedrich 1991; Hooyman & Kiyak 1988; Lee & Lassey 1980; Rowles 1984; Sauer, Shehan & Boymel 1976; Schubert 1990).

Ungeachtet dessen, ob es sich hier um einen aus der Not geborenen Umstand handelt oder um einen, der auf einer bewußten Präferenzsetzung basiert, leben in weniger dicht besiedelten Räumen noch immer mehr ältere Menschen mit anderen Verwandten (als dem Ehepartner) zusammen. Hilfe wird in großem Maße von Familienangehörigen und auch Personen des erweiterten informellen sozialen Netzwerkes geleistet (Conen 1990; Haindl 1988; Heinemann-Knoch, De Rijek & Schachter 1985; Nyman, Sen, Chan & Commins 1991; Reimann 1994; Rosenmayr & Köckeis 1977; Scott & Roberto 1985).

Die Inanspruchnahme professioneller Dienste ist vergleichsweise gering und dies trotz objektiv bestehender ungünstigerer materieller Voraussetzungen im Hinblick auf die Wohnungs-ausstattung und die Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen. In dieser Hinsicht unterscheidet sich die ländliche Bevölkerung allerdings kaum von der in städtischen Einzugsge-bieten.

Der Anteil von hilfs- und pflegebedürftigen älteren Menschen, die ausschließlich oder ergänzend zur familiären Unterstützung von Mitarbeiter/Innen von Sozialstationen versorgt werden, schwankt zwischen 10% und 20%, zeigt aber seit der Einführung des Pflegeversicherungsge-setzes eine ansteigende Tendenz. Hauptnutzer sind zum einen allein lebende ältere Menschen mit mehr oder weniger ausgeprägtem Hilfsbedarf, zum anderen Schwerpflegebedürftige, bei deren Versorgung die Angehörigen professioneller Unterstützung bedürfen (Bass, Looman & Ehrlich 1992; Blosser-Reisen 1982; DeFriese & Woomert 1992; Deutsches Zentrum für Altersfragen 1996; Infratest 1991; Jackson, Longino, Zimmerman & Bradsher 1991; Linden, Gilberg, Hargas & Steinhagen-Thiessen 1995; Mittag 1983; Pöhlmann & Hofer 1995; Schneekloth & Potthoff 1993; Thorslund, Norstrom & Wernberg 1991). Ambulante Dienste werden trotz der bestehenden enormen Belastungen, die mit der Pflege eines älteren Familien-angehörigen verbunden sind, meist erst in der Endphase eines nicht selten über Jahre hin an-dauernden Pflegeprozesses in Anspruch genommen. Neben den körperbezogenen Unterstü-tzungsleistungen stellt die emotionale Verarbeitung der Situation eine der Hauptaufgaben für die Betroffenen dar (Albert 1991). Mit wenigen Abweichungen werden als gravierendste Auswirkungen genannt:

- * ständige Anwesenheit, zeitliche Beanspruchung, Auflösung der Privatsphäre
- * körperliche Belastungen, Rückenleiden
- * Sorge um den Gesundheitszustand des Patienten, Angst vor Verschlechterung, fehlende Hoffnung auf Besserung
- * Persönlichkeitsveränderungen des Patienten, Verwirrtheit, aggressives Verhalten
- * Mangel an Dank und Anerkennung seitens des Pflegebedürftigen, aber auch anderer Famili-enangehöriger
- * Einschränkungen in Beruf, Familie und außerhäuslichen Sozialkontakten
(Braitner, Rodler & Tonka 1994; Braun 1983; Giarchi 1993; Görres 1992a; 1992b; Gunzel-mann 1991; Hörlle 1996; A. Kruse 1987a; 1994; Lawton, Kleban, Moss, Rovine & Glicksman 1989; Mühlum 1989; Pratt, Wright & Schmall 1987; Wahl 1991a).

Art und Ausmaß der erlebten Belastungen werden zum einen durch die objektiv gegebenen Rahmenbedingungen der Situation beeinflußt, zum anderen durch subjektive Formen der Auseinandersetzung mit ihr. Die Schwere der bestehenden Abhängigkeit, ungünstige physikalisch-materielle Ausstattungsmerkmale der Wohnung und geringe Verfügbarkeit finanzieller Mittel stehen in Zusammenhang zu größeren Beeinträchtigungen körperlicher, sozialer und persönlicher Art (Bender 1994; A. Kruse 1994).

Auf der anderen Seite werden gleiche Bedingungen unterschiedlich erlebt. Frauen und Ehepartner berichten über mehr negative Auswirkungen im Hinblick auf ihr körperliches und psychisches Wohlergehen sowie ihr Sozialleben. In ähnlicher Weise wirken sich eine starke emotionale Bindung zum Gepflegten oder anderweitig bestehende Abhängigkeiten diesem gegenüber aus. Die Übernahme der Pflege aus dem Gefühl einer moralischen Verpflichtung heraus, unrealistische Erwartungen und inkongruente Einschätzungen des tatsächlich bestehenden körperlich bedingten Hilfsbedarfs stellen Hauptquellen zwischenmenschlicher Konflikte dar, die ihrerseits zur weiteren Verschärfung der Situation beitragen (Adler, Gunzemann, Machold, Schmacher & Wilz 1996; Barusch & Spaid 1989; Godkin, Wolf & Pillemer 1989; Pratt, Schmall & Wright 1987; Schultze-Jena 1987).

Im Gegensatz zur Situation unversorgter älterer Menschen, die paradigmatisch für Diskussionen über den Aus- und Aufbau staatlich geförderter Versorgungsangebote war, ist die Frage, wie sich ein Zuviel an Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen auswirkt, relativ neu. Immerhin findet sich in neueren Erhebungen ein nicht unbedeutlicher Anteil älterer Menschen, die trotz vorhandener relativer Selbständigkeit von ihren Angehörigen unablässig umsorgt werden (Brandenburg 1996; 1997; Kleinemas 1994; A. Kruse & Schmitt 1995b; Lehr & Thomae 1991; Wenger 1986). Daß auch ein Zuviel an Hilfe ‘schaden’ kann, wird von 57% der von Wahl (1991a) befragten Senioren bejaht, wobei die Dimensionen der Wahrung der Autonomie und der Anstrengungsbereitschaft die zentralen Begründungskategorien bilden.

1.6.3 Defizite und offene Fragen der bisherigen Forschungsergebnisse

Ein Großteil der vorab vorgestellten Untersuchungsergebnisse ist das Resultat von Erhebungen, die sich ausschließlich auf einen Teilaспект des in ökologischen Modellen postulierten Bedingungsgefüges zur Erklärung der Inanspruchnahme personaler Hilfe zur Aufrechterhaltung des Alltags beziehen. Bereits 1976 beklagt Moos einen Mangel an empirischen Forschungen, die den Einfluß umweltlicher Bedingungen explizit zum Gegenstand haben; ein

Defizit, das offensichtlich auch Anfang der 90er Jahre noch nicht in angemessener Weise behoben werden konnte und nicht zu letzt auch für die Frage der Reichweite und Gültigkeit der Environmental-Docility-Hypothese zutrifft (P.B. Baltes & Willis 1990; A. Kruse 1992c; Reimann 1994; Wahl 1997; Wahl & Saup 1994; Warnes 1985).

In Verbindung damit steht, daß die Bedeutsamkeit räumlich-physikalischer Ausstattungsmerkmale, aber auch des Interaktionsverhaltens von Pflegenden für die Entstehung und Aufrechterhaltung unselbständigen Verhaltens vornehmlich im Rahmen der stationären Altenhilfe erhoben wurde. Ein Grund hierfür ist sicher die leichte Erreichbarkeit dieser Population, die sich jedoch in vielerlei Hinsicht von der mit Abstand größeren Gruppe der in Privatwohnungen lebenden älteren Menschen unterscheidet.

Welche Bedingungen und Bedingungskonstellationen im häuslichen Kontext wirksam werden und welchen differentiellen Einfluß sie auf das Verhalten von Personen mit unterschiedlichen Graden funktionaler Einschränkungen haben, ist bislang kaum empirisch erhoben worden (Lawton 1990; 1988; F. Oswald 1996; Rapoport 1982; Tews 1977; Wahl 1989a; 1990). Erste Ansätze hierzu wurden im Rahmen der Studie ‘Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung im Alter’ realisiert, in der jedoch als großangelegtem Survey unterschiedliche Einflußfaktoren nur punktuell erhoben werden konnten. Stärker am Alltagshandeln orientiert sind die Untersuchungen von F. Oswald (1996) und Wahl (1997) zur Situation nicht institutionalisierter geh- und sehbeeinträchtigter Personen. Trotz bestehender Zusammenhänge zwischen der Schwere der vorliegenden Schädigung und dem Ausmaß an benötigter Hilfe zur Aufrechterhaltung einer selbständigen Lebensführung sind die Lebensstile der Betroffenen durch eine große Pluralität gekennzeichnet.

Angesichts der großen Spannbreite individueller Lösungs- und Bewältigungsformen scheint es wenig sinnvoll globale Indikatoren zur Bestimmung umweltlicher Bedingungen als erklärende Variablen zu benutzen. Eine Kumulation von objektiv bestehenden, vom Forscher als negativ ausgewiesenen Ausstattungsmerkmalen der Wohnung oder des sozialen Umfeldes scheint nur wenig zur Erklärung konkreten Verhaltens beizutragen. Dieses ist abhängig von dem verfolgten Ziel des Akteurs, seinen Möglichkeiten, diese aktiv herbeizuführen, und den zur Realisierung relevanten Aspekten der Situation. Von daher wird von den auf dem Gebiet der Ökogerontologie engagierten Autoren immer wieder gefordert, Merkmale der physikalisch-dinglichen und sozialen Umwelt in Bezug zu bestimmten Tätigkeiten und den Kompetenzen bzw.

Fähigkeitseinbußen der Person zu erheben. In analoger Weise gilt dies auch für die Auswahl der abhängigen Variable, die einen direkten Bezug zu den erhobenen, als verursachend angenommenen Bedingungen aufweisen sollte. An die Stelle des generellen Status ‘Hilfsbedürftigkeit’ treten dann Aussagen zur Inanspruchnahme fremder Ressourcen in ausgewählten Situationen, etwa beim Heizen, wenn kraftaufwendige Arbeiten von dem Betroffenen nicht mehr erledigt werden können und Kohleöfen vorhanden sind, die den Transport des Heizmaterials in der Regel über einige Treppen erforderlich machen (Birren und Renner 1990; Brandenburg 1996; 1997; Christensen, Carp, Cranz & Wiley 1992; Dittmann-Kohli 1989; Moos 1976; Ueltzen, Franz & Vaskovics 1982; Olbrich & Diegritz 1995; Parr 1980; Wahl 1994; Wahl & Saup 1994; Windley & Scheid 1980).

In dem skizzierten Beispiel wurde bereits ein weiterer Punkt deutlich, das Zusammenspiel von materiellen und sozialen Merkmalen der Umwelt. Ungünstige Ausstattungsmerkmale der Wohnung und des Wohnnahbereichs müssen durch ein größeres Maß an personaler Unterstützung kompensiert werden. Über diesen Aspekt hinausgehend, gibt es mit Ausnahme der Forschungen von Frau Baltes kaum empirische Arbeiten, die sich mit der Rolle und dem Einfluß der Mitmenschen auf abhängiges und / oder selbständiges Verhalten befassen. Noch spärlicher sind Forschungen zur Interaktion von räumlich-dinglichen und zwischenmenschlichen Dimensionen der Umwelt, die dann in Abhängigkeit zu Persönlichkeitsmerkmalen des Betroffenen wirksam werden (Lawton 1990; A. Kruse 1987b; Wahl 1997).

Die Bestimmung und Konkretisierung der Art des wechselseitigen Beeinflussungsprozesses, das ‘Wie’ ist eines der größten im Rahmen ökologischer Modelle zu lösenden Probleme. Mit Ausnahme einiger Arbeiten im Rahmen der Sozialisationsforschung, die die Fähigkeit zur aktiven Gestaltung der Umwelt in Bezug zur motorischen und kognitiven Entwicklung setzen und der Environmental-Docility-Hypothese, die Aussagen zum Grad der Determination durch umweltliche Faktoren macht, gibt es hierzu kaum gehaltvolle Theorieansätze und dementsprechend auch keine empirischen Untersuchungen. Die Spezifikation der Funktion in der ökologischen Gleichung und deren entwicklungs- und biographieabhängige Veränderung stellt eine der großen Herausforderungen zukünftiger ökogerontologischer Modellbildung dar (Kühnert & Niederfranke 1993; Wahl 1997; Wahl & M.M. Baltes 1992; Wahl & Saup 1994). In diesem Sinne ist auch die Forderung nach Längsschnittstudien oder etwas weniger anspruchsvoll Veränderungsmessungen zu verstehen, die direkt auf eine Modifikation der Anteile zielen, die personalen und umweltlichen Merkmalen im Verhalten zukommt; anders ausgedrückt von

Interventionen, die eine Förderung der Autonomie des Betroffenen älteren Menschen anstreben (Lawton 1983; Wahl 1989a).

1.6.4 Hypothesen

Ausgehend von den dargestellten theoretischen Überlegungen, dem bisherigen Stand der empirischen Forschung und den beschriebenen Defiziten ergeben sich folgende zu überprüfende Hypothesen über den Zusammenhang von personalen und umweltlichen Merkmalen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung unselbstständigen Verhaltens älterer Menschen.

1. Erkrankungen und mit ihnen verbundene somatische Schädigungen legen den Spielraum dafür fest, was an körperlichen Funktionen noch möglich ist. Sie bilden die Ausgangsbasis für Fähigkeitsstörungen, die sich in einem mehr oder weniger umfangreichen Bedarf an personaler Unterstützung bei den wiederkehrenden Verrichtungen des Alltags manifestieren. Nach der bestehenden empirischen Datenlage ist davon auszugehen, daß neurologisch begründete Erkrankungen mit den umfassendsten Beeinträchtigungen verbunden sind. Schädigungen im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates führen dagegen eher zu selektiven Ausfällen in der Grob- bzw. Feinmotorik, wobei bei chronisch verlaufenden, degenerativen Gelenkerkrankungen mit einer kontinuierlichen Zunahme an Fähigkeitseinschränkungen zu rechnen ist.
2. Ungünstige Ausstattungsmerkmale der Wohnung können bei somatisch bedingten Fähigkeitseinschränkungen einen zusätzlichen Beitrag dazu leisten, daß unterschiedliche Tätigkeiten nicht mehr selbstständig ausgeführt werden können. In diesen Fällen wirken sie als Barrieren und Hindernisse, durch deren Vorhandensein sich das Ausmaß an benötigter personaler Hilfe erhöht.
3. Die Effekte räumlich-materieller Gegebenheiten sind nicht unabhängig von den Fähigkeiten des älteren Menschen zu sehen. Sie wirken differentiell in Abhängigkeit davon, welche funktionalen Defizite bestehen und in welchem Ausmaß die Person über Potentiale verfügt, diese auszugleichen.
4. Mit zunehmender Stärke der bestehenden körperlichen Einschränkungen gewinnen Bedingungen der Wohnungsausstattung zunehmend an Bedeutung. Ihr Beitrag zur Erklärung des bei den verschiedenen Alltagsverrichtungen benötigten Hilfsbedarfs nimmt zu.

5. Der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an somatischen Schädigungen und der Wirkung von negativen und positiven Merkmalen der Wohnumwelt besteht nur bei jenem Teil älterer Menschen, die noch nicht vollständig in ihrer Bewegungsfähigkeit eingeschränkt sind. Er gilt weder im Falle einer uneingeschränkten Mobilität noch bei Patienten, die das Bett nicht mehr verlassen können. Die Beziehung ist nicht linear, sondern entspricht einer U-kurvenförmigen Verteilung.
6. Eine andere umweltliche Determinante, die einen Einfluß auf das Ausmaß an beanspruchter Hilfe hat, stellt das Verhalten der Angehörigen dar. Werden mehr Arbeiten abgenommen als nötig, so kann dadurch weitere Unselbständigkeit produziert werden, in dem vorhandene Potentiale nicht (mehr) genutzt werden.
7. Die Tendenz zur Überbehütung stellt auf Seiten der Bezugsperson ein eher generelles Interaktionsmuster dar, das global wirkt und nicht auf die vorliegenden funktionalen Einschränkungen bezogen ist. Da das Verhalten nicht den Fähigkeiten und Möglichkeiten des beeinträchtigten älteren Menschen gerecht wird, werden negative Auswirkungen vor allem im Hinblick auf dessen Stimmungslage erwartet. Auf der Seite des ‘pflegenden’ Angehörigen führen die Reaktionen des ‘Gepflegten’ zu einer Verstärkung erlebter Belastungen.
8. Merkmale der materiellen und sozialen Umwelt bilden gemeinsam den Hintergrund, auf dem der Bedarf an personaler Hilfe seine Ausprägung erfährt. Zwischen beiden Bereichen besteht eine wechselseitige Abhängigkeit. Positive als auch negative Bedingungen können kumulativ oder einander aufhebend wirken.
9. Personen und die sie umgebenden Umwelten bilden Systeme, die auf Veränderungen eines ihrer Teile in komplexer und idiographischer Art reagieren. Ziel ist es, ein den ‘neuen’ Gegebenheiten entsprechendes Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Elementen wieder herzustellen.

2 Methodisches Vorgehen

Wissenschaftliche Arbeiten, die im Rahmen anwendungsorientierter Projekte erbracht werden, stehen in einem anderen Verwendungszusammenhang als solche, die der Erarbeitung fachspezifischer theoretischer Grundlagen dienen. Im erstgenannten Fall geht es weniger um die Überprüfung und Bestätigung allgemein gültiger Aussagen, als um die Umsetzung und Realisierung praktisch bedeutsamer Veränderungen. Ausgangspunkt hierfür bildet die Analyse der in einem ausgewählten Bereich bestehenden Bedingungen. Erweisen sich diese im Hinblick auf einen gesetzten Standard als defizitär, so sind Maßnahmen zur Beseitigung der erfaßten Mängel erforderlich. Um dies in kontrollierter Weise leisten zu können, müssen die Vorstellungen über den anzustrebenden Zielzustand hinreichend explizit und konkret sein. Außerdem bedarf es zumindest einiger fundierter Hypothesen darüber, welche Mechanismen bei der Hervorbringung und Aufrechterhaltung verschiedener Zustände wirksam sind. Im Gegensatz zu allgemeinen Bewertungsmaßstäben ist auf dieser Ebene der Handlungsplanung die Ausgangslage als entscheidende Größe mit zu berücksichtigen. Sie bestimmt, welche Veränderungen notwendig, aber auch, welche möglich sind. Dies gilt in besonderer Weise für Interventionen, die in die gegebenen sozialen Strukturen eingreifen und sich damit auf Personen beziehen, deren individuelle und / oder kollektive Lebensbedingungen als ‘problematisch’ oder ‘schwierig’ angesehen werden. Im Bestreben, diese zu verbessern, kann meist eine Vielzahl unterschiedlicher Bemühungen zum Tragen kommen, deren Auswirkungen jedoch kaum in ihrer ganzen Tragweite absehbar sind. Primäre Aufgabe einer in diesem Bereich angesiedelten wissenschaftlichen Begleitforschung ist es deshalb, die unterschiedlichen Ansätze auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen und damit zu einer optimalen Umsetzung beizutragen.

Bei der Erprobung und Entwicklung ‘neuer’ Versorgungsformen kommt der kontinuierlichen Erhebung und Auswertung relevanter gegenstandsbezogener Daten darüber hinaus die Funktion der internen und externen Qualitätssicherung zu. An Hand der Ergebnisse können unerwünschte Effekte frühzeitig erkannt und notwendige Korrekturen vorgenommen werden, wodurch der Aufbau eines effizienten Angebots unterstützt und vorangetrieben wird. Um dies gewährleisten zu können, ist ein ständiger Austausch mit den ‘vor Ort’ tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ebenso notwendig wie eine Abstimmung des methodischen Vorgehens mit den Erfordernissen der Praxis. Damit unterscheiden sich die Ausgangsbedingungen deutlich von denen, die für universitäre Forschungsarbeiten im engeren Sinne gelten. Zum besseren Verständnis der Logik einer auf Interventionen bezogenen Forschung sollen die Hintergründe und gesellschaftlichen Ziele der Modellprojekte, deren Umsetzung in spezifische An-

gebote, die Auswahl der Stichprobe, d.h. jener Personen (-gruppen), die erreicht werden sollen, und die Art der Datenerhebung etwas ausführlicher dargestellt werden (Archea 1982; Birren & Renner 1990; Estes & Freeman 1976).

2.1 Ziele und Anlage der Modellprojekte

Im November 1993 wurde die Interdisziplinäre Arbeitsgruppe für Angewandte Soziale Gerontologie an der Universität / Gesamthochschule Kassel (ASG) mit der regionalen wissenschaftlichen Begleitforschung für zwei praxisbezogene Projekte beauftragt. Beide waren Bestandteil eines umfassenden, Anfang der 90er Jahre ins Leben gerufenen Modellprogramms der Bundesregierung. Im Vorfeld der Einführung des Pflegeversicherung sollten innovative Maßnahmen zur ‘Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger’ gefördert und exemplarisch erprobt werden. Den Orientierungsrahmen bildeten die programmatischen Forderungen, die im ersten Teil des Gesetzestextes im SGB XI festgelegt sind. Schlagwortartig zusammengefaßt sollten folgende Leitlinien bei der Versorgung von Menschen, die auf die Hilfe anderer angewiesen oder von Abhängigkeit bedroht sind, Berücksichtigung finden:

- Prävention und Rehabilitation vor Pflege,
- ambulante häusliche Versorgung vor einer stationären,
- wohnortnahe Angebote vor wohnortfernen.

Gefördert wurden vor allem Angebote und Maßnahmen, die den genannten Grundsätzen entsprachen und bestehende regionale Versorgungslücken schlossen. Im einzelnen lagen die Schwerpunkte in folgenden Bereichen:

1. der Umsetzung unterschiedlicher Formen der geriatrischen Rehabilitation, insbesondere im ambulanten Bereich,
2. dem Aufbau spezieller Hilfen und Unterstützungsleistungen für psychische kranke ältere Menschen,
3. der Förderung von Maßnahmen zum Erhalt des familiären und ehrenamtlichen Engagements bei der Versorgung physisch und psychisch beeinträchtigter Personen,
4. der Ausweitung des Angebots an teilstationären Versorgungsformen und
5. der Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen informellen und professionellen Helfern, den Institutionen der medizinischen und sozialen Versorgung und den regional ansässigen Trägern der unterschiedlichen Dienstleistungsangebote (Stichwort: Vernetzung).

Für Projekte, durch die Maßnahmen in dem einen oder anderen der genannten Gebiete umgesetzt wurden, wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung eine finanzielle Unterstützung gewährt, die bis zu 80% der Gesamtkosten umfaßte. Der Restbetrag war von den jeweiligen Trägern aufzubringen, in diesem Fall den beteiligten Kommunen: zwei Landkreisen, einer Stadt und zwei Gemeinden. Für die Umsetzung der ‘neuen’ Angebote wurden eher ländlich strukturierte Gebiete ausgewählt, die eine durchschnittliche Besiedlungsdichte von 80 bis 100 Einwohnern pro Quadratkilometer aufwiesen. Zum einen handelte es sich um den nordwestlichen Bereich des Landkreises Marburg-Biedenkopf, zum anderen um den nördlichen Teil des Landkreises Kassel mit dem daran angrenzenden südlichsten Teil des Landes Niedersachsen um und bis zur Stadt Hann. Münden. Der Anteil der 65jährigen und Älteren lag in den Modellregionen im Jahre 1996 bei 15,6% (Marburg-Biedenkopf) und 17,2% (Kassel). Zur Gruppe der Hochaltrigen waren 3,6% bzw. 4,4% der Bewohner zu rechnen. Die Absolutzahl der als pflegebedürftig einzustufenden älteren Menschen (ab 65 Jahren) umfaßte unter Berücksichtigung der von Infratest ermittelten Quote von 6,7% etwa 331 bzw. 769 Personen. Hinzu kamen noch einmal fast doppelt so viele, die auf Hilfe im hauswirtschaftlichen Bereich angewiesen waren. Bei der Bestandsanalyse, die vor der Einrichtung der modellhaften Leistungen durchgeführt wurde, ließen sich deutliche infrastrukturelle Defizite im Bereich der ambulanten und teilstationären Altenhilfe erkennen (Jansen, Köhler-Enders & Radebold 1993; Langen & Schlichting 1992). Außer Alten- und Pflegeheimplätzen und den Anfang der 70er Jahre flächendeckend ausgebauten Diakonie-/Sozialstationen gab es kaum Angebote, die auf die differentiellen Bedürfnisse unterschiedlicher Gruppen von auf Hilfe oder Pflege angewiesenen Menschen und deren Angehörige abgestimmt waren. Diesen Mangel auszugleichen und die Versorgungsmöglichkeiten zu Hause zu verbessern bildete das übergeordnete Ziel beider Modellprojekte. Mit dem Ausbau bedürfnisadäquater Unterstützungsleistungen sollten vermeidbare Abhängigkeiten reduziert oder, positiv formuliert, die Autonomie des älteren Menschen gestützt und gefördert werden (Jansen & Radebold 1994). Im einzelnen gehörte hierzu:

1. die Wiedererlangung von Fähigkeiten zur selbständigen Lebensführung (Rehabilitation),
2. der Erhalt vorhandener Kompetenzen und Potentiale (Prävention),
3. die Ausweitung individueller Handlungs- und Entscheidungsspielräume (Beratung),
4. die Ausrichtung der Hilfen an den Bedürfnissen und Wünschen des Betroffenen.

Diesem Gedankengang folgend wurde das Angebot an häuslicher Pflege durch therapeutische und sozialarbeiterische Leistungen ergänzt. Im Landkreis Marburg-Biedenkopf handelte es sich dabei um zwei Teams, jeweils bestehend aus Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Be-

rufsgruppen: Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, gerontopsychiatrische Fachpflege und Sozialarbeit, wobei der Schwerpunkt eindeutig im Bereich der medizinischen Rehabilitation lag. Stärker die Aspekte Beratung und Infrastrukturentwicklung betonend handelte es sich dagegen im Landkreis Kassel und dem Einzugsgebiet der Sozialstation Hannoversch Münden / Dransfeld / Staufenberg überwiegend um Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, deren Tätigkeit durch das Angebot einer mobilen Ergotherapie ergänzt wurde. Die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der assoziierten Sozialstationen wurde durch entsprechende Kooperationsverträge und eine Aufwandsentschädigung geregelt. Vermittelt über die inzwischen bei der ländlichen Bevölkerung nahezu vollständig bekannten und akzeptierten Anbieter der häusliche Pflege, sollte ein sonst nur schwer herstellender Zugang zu jenen Gruppen von älteren Menschen erleichtert werden, die sich in besonders schwierigen Lebenslagen befanden. Dazu gehörten neben Personen, die in erheblichem Maße körperlich eingeschränkt waren, auch jene, die psychische und / oder kognitive Störungen aufwiesen, und Menschen mit schwerwiegenden sozialen Problemen. Gedacht war insbesondere an sozial isolierte, vereinsamte Seniorinnen und Senioren, solche, die erst kürzlich ihren (Ehe-) Partner verloren hatten, und jene, die in Folge einer schweren Erkrankung oder zunehmenden funktionellen Einbußen ihr Leben im häuslichen Kontext neu arrangieren mußten. Mit der Beteiligung der Pflegekräfte an gemeinsamen Fallbesprechungen und Behandlungsplanungen war auch die Hoffnung verbunden, diese entsprechend qualifizieren und zu einer stärker rehabilitativen und psychosozialen Orientierung in ihrem beruflichen Alltag motivieren zu können. Inwieweit dieses und eine Vielzahl weiterer praktisch bedeutsamer Ziele erreicht werden konnte, sollte von der regionalen wissenschaftlichen Begleitforschung überprüft, Gründe für ein mögliches Scheitern dargestellt und Wege zur Verbesserung erarbeitet werden.

2.2 Aufbau und Durchführung der Datenerhebung

Ausgangspunkt für das Tätigwerden der wissenschaftlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der ASG bildeten die im Vorfeld aufgeworfenen Fragen der Träger der Modellprojekte. Die Aufgaben selbst gliederten sich in stärker praxisbezogene, beratende Funktionen und einen methodisch-wissenschaftlichen Bereich, der auf die Evaluation der Maßnahmen bezogen war. Bedingt durch unterschiedliche berufsbezogene Schwerpunkte wiesen die Interessen der Vertreter aus dem Gesundheitssystem, dem Sozialbereich und der Politik eine große Streubreite auf.

Im Rahmen eines ersten gemeinsamen Treffens, das den Zweck eines allgemeinen Gedanken- und Ideenaustausches verfolgte, wurden 33 Einzelfragen gesammelt, die sich nach einigen Systematisierungsversuchen grob folgenden sechs inhaltlichen Bereich zuordnen ließen:

1. Merkmale der Patienten, die das Angebot der Modellprojekte in Anspruch nehmen,
2. Leistungen und Leistungsspektren, die von den verschiedenen Berufsgruppen erbracht werden,
3. Veränderungen, die bei den Patienten bzw. deren Angehörigen erzielt wurden,
4. Zusammenarbeit mit anderen professionellen und nicht-professionellen Helfern,
5. Auswirkungen im Rahmen gesundheitsökonomischer ‘Problemfelder’,
6. Möglichkeiten und Probleme der Übertragbarkeit der Angebote und Leistungen auf andere Regionen.

Mit einem Anteil von knapp 73% entfiel die überwiegende Zahl der wissenschaftlich zu bearbeitenden Fragen auf die Punkte 1 bis 4, die nahezu vollständig über die Erhebung fallbezogener Daten zu operationalisieren waren. Die Umsetzung erfolgte in Form eines umfangreichen, berufsübergreifenden patientenbezogenen Dokumentationssystems, das einen gemeinsamen Stammdatensatz und variable Sätze zur Tätigkeitserfassung enthielt. Für die beiden restlichen Bereiche wären dagegen Erhebungen und Analysen erforderlich gewesen, die auf der Ebene von Institutionen und / oder größeren sozialen Einheiten ansetzen. Die geringe Wahrscheinlichkeit bei regional erfaßten Versorgungsleistungen ohne entsprechend konzipierte Kontrollgruppen Auswirkungen des Modellprojekts eindeutig nachweisen zu können, war ein weiter Grund dafür, diese Themenkomplexe zunächst nicht weiter zu bearbeiten. Einen anderen bildeten die sich abzeichnenden Schwierigkeiten bei der Beschaffung der hierfür notwendigen Daten und die zur Verfügung stehenden, begrenzten personellen Ressourcen. Grundlage für die zu leistende Evaluation der durch und in den Modellprojekten realisierten Maßnahmen bildete damit die Auswertung der personenbezogenen Angaben inklusive der jeweils erbrachten Leistungen sowie der durch sie bewirkten Veränderungen.

In und mit der Vorgabe der verschiedenen Interventionsbereiche war bereits eine Sichtweise des Alter(n)s und der Gründe und Bedingungen von Unselbständigkeit im Alltag vorgegeben, die mit einer auf Erkrankungen und körperliche Beeinträchtigungen reduzierten Erklärungsbasis nicht in Einklang zu bringen waren. Individuelle Bedürfnis- und Problemlagen stellen sich in der Praxis und dem Blickwinkel möglicher ‘helfender’ Interventionen als komplexes Zu-

sammenspiel vielfältiger Einflüsse dar. Selbst bei vergleichbaren Krankheitsbildern hängen deren Verlauf und Auswirkungen auf das Befinden und Verhalten des Patienten von einer Reihe weiterer Faktoren ab. Die wichtigsten hiervon sind:

1. Die zur Bewältigung der eingetretenen Veränderungen vorhanden geistigen und persönlich-emotionalen Ressourcen.

Inwieweit gelingt es dem Betroffenen funktionale und andere eingetretene Beeinträchtigungen zu kompensieren? Kann er Ziele und Wünsche den gegebenen Möglichkeiten anpassen und mit seiner Lebenssituation zufrieden sein oder erlebt er sich selbst als hilflos und ohne Zukunftsperspektive?

2. Die vom familiären und / oder weiteren sozialen Umfeld offerierte und erbrachte Hilfe oder Unterstützung.

Erhält der Hilfs- oder Pflegebedürftige eine seinen Bedürfnissen in Art und Umfang angemessene Unterstützung? Ist sie in einigen Bereichen unzureichend (beispielsweise in der Gewährung emotionalen Beistands) oder über das notwendige Ausmaß hinausgehend (zum Beispiel im Hinblick auf die Förderung unselbständigen Verhaltens)?

3. Die räumlich-materielle Beschaffenheit der Wohnung.

Ist die Wohnung den vorliegenden Beeinträchtigungen entsprechend angepaßt (sind beispielsweise notwendige Hilfsmittel vorhanden und werden diese auch genutzt) oder trägt sie ihrerseits zur Abhängigkeit von fremder Hilfe bei (zum Beispiel durch Kohlefeuerung oder einzelne Ölöfen, Treppen im Haus oder nach draußen, räumliche Enge oder ungeeignete sanitäre Anlagen)?

Trotz der Komplexität des Gegenstandsbereiches sollten die aus den theoretischen Vorüberlegungen abgeleiteten Dimensionen zumindest ansatzweise durch die Dokumentation erfaßt werden. Ziel war es, auf der Grundlage dieser Angaben unterschiedliche Gruppen von 'Nutzern' ambulanter Dienste bestimmen und die für sie notwendigen unterstützenden Maßnahmen zusammenstellen zu können. Die Sichtung und Auswertung bereits durchgeführter vergleichbarer Erhebungen ergab zwar eine relative Übereinstimmung im Hinblick auf die erfaßten Bereiche, diese wurden jedoch recht unterschiedlich operationalisiert (AG Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte an der FU Berlin & Interdisziplinäre AG für Angewandte Soziale Gerontologie der GHS Kassel 1991; Bass, Looman & Ehrlich 1992; Dallinger 1991; Ostermann 1988; Thorslund, Norstrom & Wernberg 1991; Schneekloth und Potthoff 1993). Entsprechend unbefriedigend gestaltete sich die Suche nach bereits vorhandenen und hinrei-

chend erprobten Erhebungsinstrumenten, die darüber hinaus dem Anspruch der Praxis, möglichst einfach handhabbar und zeitökonomisch zu sein, genügten. Aus diesem Grund war es unumgänglich, weite Bereiche des einzusetzenden Dokumentationssystems in Zusammenarbeit mit Vertretern der beteiligten Berufsgruppen selbst zu erarbeiten. Hierzu wurden zunächst die Inhalte der von den Pflegekräften bereits geführten Dokumentation in die Erhebung einbezogen, um keine übermäßige zusätzliche Belastung für die Angehörigen dieser Berufsgruppe herbeizuführen. Gleichzeitig wurden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Modellprojekte gebeten, ihre Arbeit mit den Patienten zu beschreiben und wenn möglich zu klassifizieren. Außerdem wurden für einen Zeitraum von drei Monaten fallbezogene Daten in Form eines Tätigkeitsberichts erhoben. Er enthielt 16 Leitfragen, die offen, d.h. ohne Vorgabe der Antwortmöglichkeiten zu beantworten waren. Die Auswertung der frei formulierten Angaben erwies sich als sehr mühsam und zeigte, daß die verwandten Beurteilungskriterien und -kat-egorien eine erstaunliche intraindividuelle Konstanz aufwiesen. Zwischen den einzelnen Modellmitarbeiterinnen und -mitarbeitern und noch stärker zwischen den beteiligten Berufsgruppen war die Vergleichbarkeit jedoch relativ gering. Zusammengefaßt bedeutete dies, daß die Darstellung der Situation der Patienten bisweilen mehr über den Beurteiler als über den Beurteilten aussagte. Auf der Grundlage dieses Ergebnisses und zur Unterstützung der Kommunikation und fallbezogenen Zusammenarbeit wurde im folgenden eine für alle beteiligten Berufsgruppen inhaltlich und strukturell übereinstimmende Dokumentation erarbeitet. So weit als möglichst wurde versucht, die erfragten Angaben zu schließen, wobei die Möglichkeit ‘anderes’ verbunden mit einer kurzen stichwortartigen Beschreibung nahezu durchgängig eingeräumt wurde. Der Logik einer Evaluationsstudie folgend, gliedern sich die Inhalte der Dokumentation, die in Abbildung 3 im Detail wiedergegeben sind, in drei große Blöcke:

1. die datenmäßige Erfassung der Ausgangslage des Hilfs- oder Pflegebedürftigen,
2. die von den jeweiligen Berufsgruppen im Einzelfall erbrachten Leistungen nach Art und Umfang,
3. die nochmalige Erhebung jener Bereiche, in denen Veränderungen durch die jeweiligen Interventionen herbeigeführt werden sollten.

Voraussetzung für den Nachweis zielgerichteter, systematischer Veränderungen ist, daß die ‘Behandlung’ über eine bestimmte Zeitspanne hinweg stattgefunden hat. Da dies nicht bei allen hilfs- oder pflegebedürftigen Menschen, mit denen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Modellprojekte Kontakt hatten, der Fall war, war bei weniger als vier Hausbesuchen lediglich ein stark reduzierter Datensatz zu erheben.

Abbildung 3: Aufbau und Struktur der Dokumentation

1. Rahmendaten der Inanspruchnahme
2. Persönliche Angaben zum Hilfs- oder Pflegebedürftigen
3.1 Rahmendaten des Erstkontakte
<i>a) für alle Hilfs- oder Pflegebedürftigen, deren Versorgung durch die Sozialstation nach dem Stichtag aufgenommen wurde</i>
<i>b) für alle Personen, die Leistungen der 'neuen' Berufsgruppen ab dem Stichtag in Anspruch nehmen</i>

Verkürzte Dokumentation
<i>a) bei einem bis maximal drei Kontakten</i>
<i>b) bei 'reiner Behandlungspflege'</i>
Vollständige Dokumentation
<i>a) bei mehr als drei Kontakten</i>
<i>b) bei 'reiner' Grundpflege oder Grund- und Behandlungspflege</i>
3.2 Gesundheitlicher Zustand
3.3 Funktionaler Status
3.4 Soziale Ressourcen
3.5 Finanzielle Ressourcen
3.6 Wohnsituation
3.7 Geistige u. emotionale Verfassung
4. Behandlungsplanung

5. Tätigkeitsverlauf für die einzelnen Berufsgruppen <i>für alle unter 1-3.1 genannten Personen</i>					
Logopädie	Kranken-gymnastik	Ergo-therapie	Alten- und Krankenpfl.	Gerontopsy. Fachpflege	Sozialarbeit/ Sozialpäd.
5.1 Rahmen-daten	5.1 Rahmen-daten	5.1 Rahmen-daten	5.1 Rahmen-daten	5.1 Rahmen-daten	5.1 Rahmen-daten
5.2 Tätig-keiten	5.2 Tätig-keiten	5.2 Tätig-keiten	5.2 Tätig-keiten	5.2 Tätig-keiten	5.2 Tätig-keiten
5.3 fallbez. Kooper.	5.3 fallbez. Kooper.	5.3 fallbez. Kooper.	5.3 fallbez. Kooper.	5.3 fallbez. Kooper.	5.3 fallbez. Kooper.

- Ende -
6. Evaluation/Wiederholungserh. <i>nur für jene Personen, für die eine vollständige Dokumentation geführt wurde</i>
<i>a) bei Beendigung der Behandlung</i>
<i>b) nach sechs Monaten Behandlung</i>
6.1 Funktionaler Status
6.2 Belastung pflegender Angehöriger
6.3 Wohnungsprobleme
6.4 Geistige u. emotionale Verfassung

2.3 Verortung der Erhebung im Rahmen ökologischer Modellparameter

Die Erfassung der patientenbezogenen Daten und Angaben erfolgte ebenso wie die Erbringung der berufsspezifischen Leistungen bis auf eher seltene Ausnahmen im häuslichen Kontext. Durch die Gesamtkonzeption der Modellprojekte waren Alltagsnähe und Praxisrelevanz, zwei der zentralsten Forderungen, die an ökologisch orientierte Forschungsprojekte gestellt werden, bereits in deren Anlage enthalten. Obwohl die Gründe für das Tätigwerden der Modellmitarbeiterinnen und Modellmitarbeiter und die im Einzelfall durchgeführten Maßnahmen von der Zugehörigkeit zu einer der beteiligten Berufsgruppen bestimmt war, hatten alle zumindest mit einigen ihrer älteren ‘Kunden’ über Wochen und Monate hinweg zu tun. Da ein Großteil der Leistungen in der Wohnung des Patienten erbracht wurde, waren die ambulant tätigen Helfer für eine bestimmte Zeitspanne Bestandteil des häuslichen Milieus und nahmen am Alltagsgeschehen teil. Insbesondere die Anwesenheit der Pflegekräfte stellte für viele der Betroffenen nach einer gewissen Eingewöhnungsphase eine durchaus vertraute und normale Situation dar. Auch wenn dies für die Therapeutinnen und Sozialarbeiterinnen nicht in dieser eindeutigen Weise zutraf, so war doch auch mit dem Einüben von körperbezogenen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und den vielfältigen Gesprächen über dabei erlebte Probleme und Belastungen ein Stück realer Alltag gegeben und inhaltlich präsent (Görres 1992a; 1992b; Kaminski 1978; 1992; F. Oswald 1992; Saup 1993b). Für alle Berufsgruppen erfolgte die Beobachtung des Verhaltens des älteren Menschen *in situ*, d.h. in dessen gewohnter Umgebung. Zu dieser gehörten behindernde und unterstützende Merkmale des familiären Umfeldes ebenso wie die Ausstattung der Wohnung und mögliche, mit ihr verbundene Probleme bei der Ausführung der regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des Alltags. Diese und das Ausmaß, zu dem für ihre Bewältigung die Hilfe anderer Personen benötigt wurde, bildeten einen der zentralen Erhebungsbereiche. Zum einen bestimmte sich daraus der Grad der bestehenden Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI und damit der Anspruch auf entsprechende Leistungen, zum anderen diente er der Messung von Veränderungen, die durch die therapeutischen Leistungen erreicht werden konnten, und damit der Evaluation der in den Modellprojekten realisierten Form einer mobilen geriatrischen Rehabilitation. Die als ‘Activities of Daily Living’ in die gerontologische Literatur eingegangenen Tätigkeiten aus den Bereichen ‘Ernährung’, ‘Körperpflege / Hygiene’ und ‘Mobilität’ richteten sich dabei von Anfang an auf die Erhebung molarer Verhaltensakte, die täglich stattfinden und der Aufrechterhaltung grundlegender Lebensvollzüge dienen (Carp 1994; A. Kruse 1992c; Lawton 1986; Wahl 1989b; 1990a).

Sie umfassen immer eine in einer bestimmten Abfolge stattfindende Aneinanderreihung von kleineren molekularen Akten, einzelnen Bewegungen unterschiedlicher Art, die erst in ihrem Zusammenwirken das konstituieren, was alltagssprachlich als ‘essen’, ‘sich waschen’ oder ‘sich anziehen’ bezeichnet wird. Dies gilt auch für jene Alltagsverrichtungen, die, über die bisher genannten hinausgehend, zur Aufrechterhaltung einer selbständigen Lebensführung erforderlich sind und als hauswirtschaftliche, erweiterte oder ‘Instrumental Activities of Daily Living’ bezeichnet werden. In der Regel sind sie komplexer als die basalen, körperbezogenen Verhaltensweisen und anspruchsvoller, was die kognitiven und kräftemäßigen Voraussetzungen zur Durchführung anbelangt. Gemeinsam ist ihnen, daß auch sie molares Verhalten beschreiben, das einem gewissen regelhaften Prozeß folgt.

Indem nur einige wenige Tätigkeiten erfaßt werden, basiert die Erhebung der basalen und erweiterten Alltagsaktivitäten lediglich auf Stichproben eines theoretisch erheblich weiter zu fassenden Verhaltensrepertoirs. Sie haben sich jedoch in der Praxis als äußerst nützlich für die Bestimmung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit erwiesen, so daß ihr Gebräuch in nahezu allen Survey-Erhebungen Usus geworden ist. Trotz unterschiedlicher Fassung der gewählten Abstufungen sind sie offensichtlich dazu geeignet, jene Gruppen von älteren Menschen zu bestimmen, die auf die Unterstützung anderer in unterschiedlichem Umfang angewiesen sind. Sie genügen damit dem von Mogel 1984 formulierten Kriterium ökologischer Forschung nach theoretisch begründeten repräsentativen Verhaltensstichproben, die in Verbindung mit Merkmalen der Person und den hierzu korrespondierenden Dimensionen des sozialen und materiellen Umfeldes zu analysieren sind.

Die Konzeptualisierung des Zusammenwirkens der genannten Einflußgrößen als transaktionales Geschehen, also eines, das durch eine wechselseitige Abhängigkeit geprägt ist, wobei die Bereiche ‘Person’ und ‘Umwelt’ eine im Grunde untrennbare Einheit bilden, ist forschungstechnisch kaum einzulösen. Hierzu fehlen derzeit sowohl hinreichend explizite theoretische Modelle, als auch Vorstellungen darüber, wie diese methodisch umzusetzen sind. Aus diesem Grunde war zumindest eine analytische Trennung zwischen dem Akteur und der ihn umgebenden äußeren Welt erforderlich. Rechnung getragen wurde damit vornehmlich dem ‘Primat des Pragmas’, da es nur so möglich zu sein scheint, die Abhängigkeit des jeweils bestehenden Unterstützungsbedarfs von funktionalen Beeinträchtigungen und / oder umweltlichen Gegebenheiten zu bestimmen. Letztendlich realisiert wurde ein interaktionales Modell, durch das zwar die bestehenden Wechselwirkungen bestimmt werden können, nicht aber das

Gesamt des komplexen prozeßhaften Geschehens, das zu der vorliegenden Situation beigetragen und sie hervorgebracht hat (Mogel 1990; Paul, Bansemir & Kühne 1989; Wahl und M.M. Baltes 1992).

Außerdem waren weitere Begrenzungen erforderlich, um die Multidimensionalität und beachtliche Variabilität alltäglicher Lebenswelten halbwegs handhaben zu können (Tews 1977). Eine der wesentlichsten war die Reduktion auf verhaltensrelevante Umweltmerkmale, die in Zusammenhang mit den erfaßten ADL und IADL stehen. Verbunden damit war zum einen eine Einengung der räumlichen Erstreckung, zum anderen eine Konzentration auf Dimensionen, die in direkter Weise zur Verstärkung der Abhängigkeit von Hilfe beitragen können. In dem Maße, in dem ältere Menschen von funktionalen Einbußen betroffen sind, verringert sich ihr Mobilitätsspielraum. Erhebungen zur Bestimmung der Aktivitäten der über 65jährigen während der Wachzeit zeigen, daß ein Großteil des Tages in der eigenen Wohnung und dem direkt daran angrenzenden Nahumfeld verbracht wird. Die Schätzungen schwanken zwischen knapp 70% und 85%, belegen aber insgesamt die im Vergleich zur erwerbstätigen Bevölkerung große Bedeutung, die der häuslichen Umwelt zukommt (M.M. Baltes, Wahl & Schmid-Furstoss 1990; Friedrich 1988a; 1988b; 1992; Saup 1986b; 1993a; Sixsmith 1986; Wahl 1990a; 1997).

Das Haus als Sinnbild des Wohnens verbindet in seiner ursprünglichen Wortbedeutung die materielle Basis mit dem gesamten Hauswesen, d.h. im wesentlichen der Familie und des Besitzes. Es bedeutet nicht nur an einem bestimmten Ort zu bleiben, sich dort ‘aufzuhalten’ sondern in einem geschützten Raum zu sein, der mit dem Gefühl des Wohlbehagens und der Zufriedenheit verbunden ist (Bollnow 1971; L. Kruse 1974; 1988); ein theoretisches Postulat, das von Thomae anhand der Angaben der Untersuchungsteilnehmer der Bonner Längsschnittstudie empirisch bestätigt wurde. Hohe Wohnzufriedenheit stand in Zusammenhang zu einer eher positiv gefärbten Stimmung und einer günstigen Zukunftserwartung (Lehr & Thomae 1991; Thomae 1987b).

Mit der Schwerpunktsetzung auf das häusliche Milieu liegt die Erhebung im Rahmen ökologischer Modellparameter auf der Ebene des Mikrosystems, d.h. der einem älteren Menschen direkt gegebenen Mit- und Wirkwelt. Als relevante Bezugsgrößen werden dabei insbesondere Qualitäten der personalen und physikalischen Umwelt berücksichtigt, die nach Durchsicht der bisherigen Forschungsergebnisse am konkretesten und detailliertesten zu bestimmen sind

(Eckert & Murrey 1984, Lawton 1980; Trudewind 1978). Es wurde versucht, sowohl objektiv bestehende Gegebenheiten als auch deren Bewertung durch die verschiedenen involvierten Personen zu erfassen, was jedoch nicht in allen Bereichen in der gewünschten Klarheit möglich war, da viele Aspekte nicht frei von subjektiven Bewertungen zu erheben waren.

2.4 Operationalisierung der erhobenen Bereiche

Die vollständige Dokumentation umfaßt insgesamt 18 von einander zu unterscheidende inhaltliche Bereiche, die jedoch nicht alle in die nachfolgenden Auswertungen eingehen. Nicht berücksichtigt werden die Daten über die von den verschiedenen Berufsgruppen erbrachten Leistungen und die fallbezogene Zusammenarbeit, da sie über die Fragestellung der Arbeit hinausgehen. Dies gilt auch für die Darstellung der Situation, in der der Erstkontakt stattgefunden hat, und einige ausschließlich von den Pflegekräften erhobene Parameter zur gesundheitlichen Verfassung des Patienten und zur Medikation. Die Fragen zur Einkommens- und Vermögenslage waren nur zu einem vergleichsweise geringen Prozentsatz ausgefüllt worden und mußten deshalb ebenfalls von der weiteren Analyse ausgeschlossen werden. Alle übrigen Angaben werden zur Beschreibung der Ausgangslage der ambulant versorgten älteren Menschen und zur Bestimmung der jeweils eingetretenen Veränderungen herangezogen.

2.4.1 Anonymisierte persönliche Daten

Von den Nutzern der erweiterten ambulanten Angebote therapeutischer und beratender Art sowie den Patienten der beteiligten Pflegekräfte wurden als grundlegende demographische Kennwerte neben dem Alter und dem Geschlecht der erreichte Bildungsabschluß und der früher ausgeübte Beruf sowie der Familienstand erhoben. War der ältere Mensch verwitwet, geschieden oder getrennt von seinem Partner lebend, so wurde der Zeitpunkt, zu dem das entsprechende Ereignis eingetreten war, zusätzlich erfragt. Erfaßt wurden außerdem die Daten von bis zu drei Bezugspersonen, deren Alter und Geschlecht, die Art der bestehenden (verwandtschaftlichen) Beziehung zur Zielperson, sowie die räumliche Nähe respektive Distanz zu deren Wohnsitz. Aus diesen Angaben wurde die bestehende häuslichen Lebensgemeinschaft als allgemeiner Indikator zur Bestimmung der Lebenslage abgeleitet. Viele ältere Menschen verfügen zwar über einen eigenen Haushalt und die Angehörigen der Folgegeneration leben in einer davon abgetrennten Wohnung, diese befindet sich jedoch – insbesondere auf dem Lande – häufig im gleichen Haus. Aufgrund der dadurch gegebenen direkten räumlichen Nähe wurden diese Personen als in Gemeinschaft mit ihren Kindern lebend eingestuft. Nur

dann, wenn keine direkten Angehörigen in der Wohnung bzw. im gleichen Haus zur Verfügung standen, wurde davon ausgegangen, daß die ambulant versorgten älteren Menschen allein lebten. Dies wurde auch für jene Personen angenommen, deren Familienmitglieder in der Nachbarschaft oder im weiteren Umkreis des Ortes ansässig waren. Bereits unter diesen räumlichen Bedingungen ist davon auszugehen, daß die Verfügbarkeit über informelle Helfer nicht permanent gegeben ist. Den letzten Block bildeten Angaben zur bestehenden medizinischen Versorgung, in Form regelmäßiger konsultiertär Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen, und die zentrale, für die Bestimmung des derzeitigen Gesundheitszustandes relevante Diagnose. Diese wurde einer von sechs übergeordneten Erkrankungsformen zugeordnet, die grob die Fachrichtung der ärztlichen Behandlung widerspiegeln. Im einzelnen werden orthopädische, psychiatrische, internistische und neurologische Erkrankungen unterschieden, wobei der Zustand nach Schlaganfall und dementielle Abbauprozesse auf Grund ihrer zentralen Bedeutung, die sie bei der Einrichtung der neuen Angebote hatten, als gesonderte Kategorien aufgeführt wurden.

2.4.2 Vom Betroffenen angegebene Erkrankungen und Beeinträchtigungen

Ergänzend zu den Diagnosen der Ärzte und zur Abgleichung mit dem Wissen und Erleben der betroffenen älteren Menschen, wurden die Krankheiten, über die sie selbst berichteten, festgehalten. Sie umfaßten die Bereiche: ‘Skelett, Gelenke und Muskulatur’, ‘Herz und Kreislauf’, ‘Stoffwechsel’, ‘pathologische neurologische Veränderungen’, ‘psychische Störungen’ und ‘andere Erkrankungen’ wie Schädigungen innerer Organe und Tumorbildungen. Über die gängigsten geriatrischen Krankheitsbilder hinausgehend waren Beeinträchtigungen des Hörs- und Sehvermögens, deren Korrigierbarkeit durch entsprechende Hilfsmittel und Störungen der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit zu erfragen.

2.4.3 Hilfsbedarf im Alltag

Obwohl zwischen der Art, der Schwere und der Anzahl an Erkrankungen und dem Grad der Abhängigkeit von der Unterstützung anderer Menschen immer wieder Zusammenhänge gefunden wurden, entsprechen diese nicht zwangsläufig der Form einer monokausalen, linearen Beziehung. Hilfsbedarf steht zwar in einer inhaltlich und statistisch bedeutsamen Verbindung zu chronischen Erkrankungen, funktionalen Beeinträchtigungen und Gebrechlichkeit, die Auswirkungen, die diese auf das konkrete Verhalten haben, werden jedoch durch eine bislang kaum überschaubare Menge anderer personaler und umweltlicher Gegebenheiten direkt oder

vermittelt beeinflußt. Das im Einzelfall jeweils bestehende komplexe Ursachengefüge bleibt bei der Erhebung zunächst unberücksichtigt. Dies gilt sowohl für die gängigen Formen zur Bestimmung des Ausmaßes an benötigter Hilfe bei den regelmäßig wiederkehrenden körperbezogenen Verrichtungen des Alltags, als auch für jene, die darüber hinausgehende obligatorische Tätigkeiten zum Erhalt einer selbständigen Lebensführung umfassen. In beiden Fällen handelt es sich in der Regel um Performanzwerte oder Angaben darüber, ob hierbei jeweils Hilfe in Anspruch genommen wird oder nicht. Aus welchen Gründen dies geschieht und ob personale Unterstützung unter allen Umständen erforderlich ist, ist selten expliziter Bestandteil der Untersuchung. Dies trifft auf nahezu alle Surveys zu, in denen Daten zum bestehenden Hilfs- und Pflegebedarf innerhalb der älteren Bevölkerung ermittelt werden. Über die oberflächliche Gemeinsamkeit, Verhalten unter Ausblendung des situativen Kontextes zu erfassen, hinausgehend bestehen allerdings beträchtliche Divergenzen in der Form und der Art, wie die entsprechenden Daten erhoben werden (Elam, Graney, Beaver et al. 1991). Die Unterschiede beziehen sich zum einen auf die Stichprobe an Verrichtungen, die in die Untersuchung einbezogen wurden, zum anderen auf die Abstufung, die zur Erhebung des Ausmaßes an bestehender Abhängigkeit gewählt wurde. Im einzelnen ergeben sich systematische methodische Variationen im Hinblick auf:

1. die Person, die beurteilt, ob die einzelnen Funktionen selbständig ausgeführt werden können oder nicht (Selbst- versus Fremdrating) (Applegate, Blass & Williams 1990; Verbrugge & Jette 1994),
2. die Art der einleitenden Fragestellung (Sind Sie in der Lage ... oder benötigen Sie Hilfe bei) (Kovar & Lawton 1994),
3. den Ein- oder Ausschluß des Gebrauchs von Hilfsmitteln bei der Bestimmung dessen, was als selbständige Ausführung gewertet wird,
4. die Skalierung der Antwortvorgaben nach der Anzahl ihrer Ausprägungen (dichotom: 'ja' / 'nein' versus mehrstufig: 'selbständig ohne Schwierigkeiten' / 'selbständig mit Schwierigkeiten' / 'nur mit Hilfe' oder 'selbständig' / 'nur mit Hilfe' / 'nicht mehr möglich') (Fonda, Maddox, Clipp & Reardon 1996),
5. die Differenzierung des existierenden Hilfsbedarfs nach seiner Auftretenshäufigkeit (selten bis immer) oder nach seiner funktionalen Umfassendheit (teilweise oder vollständig),
6. die Festlegung der Einzeltätigkeiten, die in die Erhebung eingehen.

Je nach Erhebungszweck und anvisierter Zielpopulation können mehr oder weniger komplexe Tätigkeiten von Bedeutung sein. Geht es lediglich darum, den täglichen Hilfsbedarf

zu bestimmen, so reduziert sich das zu erfassende Tätigkeitsfeld häufig auf elementare Grundfunktionen und solche, die in den Bereich der innerhäuslichen Mobilität fallen. Stehen dagegen Fragen einer ‘selbständige Lebensführung’ im Mittelpunkt des Interesses, so sind auch komplexere Tätigkeiten, wie Behördengänge und die Regelung finanzieller Belege zu berücksichtigen. Noch breiter und vielfältiger stellt sich das Spektrum bei Untersuchungen zum Freizeitverhalten und zur sozialen Teilhabe relativ rüstiger älterer Menschen dar, in denen ein deutlich größerer Mobilitäts- und Aktionsradius thematisiert wird.

7. die Berücksichtigung oder Vernachlässigung der Unterscheidung zwischen kognitiven und physischen Beeinträchtigungen (Wenger 1986).

Zu Beginn der Laufzeit der Modellprojekte im Jahre 1993 war, der obigen Ausführung entsprechend, keine einheitliche Handhabung bei der Erhebung des Ausmaßes an Abhängigkeit bei der Ausführung der Alltagsaktivitäten erkennbar. Von daher wurde eine eigene Skala erarbeitet, die in direktem Bezug zu den im Vorfeld erhobenen Fragestellungen aufgebaut wurde. So sollte zum einen eine möglichst große Vielfalt an individuellen Hilfs- oder Pflegesituations abgebildet werden, d.h. es waren über den Bereich der Wohnung hinausgehende, komplexe Leistungen zu thematisieren. Zum anderen mußten die inhaltlichen Bereiche aber auch differenziert genug sein, um therapeutische Erfolge bei der Wiedererlangung von Einzelfunktionen erfassen zu können. Für die Durchführung der Erhebung wurden folgende Entscheidungen getroffen:

1. Die Beurteilung über das jeweilige Ausmaß an benötigter Hilfe wird auf der Grundlage der Verhaltensbeobachtung und der Befragung des Patienten, ersatzweise seiner Angehörigen von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Modellprojekte bzw. der beteiligten Pflegekräfte der kooperierenden Diakonie- / Sozialstationen vorgenommen.
2. Bei der Bejahung einer selbständigen Ausführung der angesprochenen Tätigkeit war nochmals danach zu differenzieren, ob dies mit oder ohne Schwierigkeiten möglich war und ob Hilfsmittel hierfür verwendet wurden oder nicht.
3. Falls körperliche Hilfe benötigt wurde, war zusätzlich anzugeben, ob die Funktion teilweise oder vollständig übernommen werden mußte und in welcher Häufigkeit (selten bis immer).
4. Unabhängig von der notwendigen physischen Unterstützung wurde in einem dritten Block das Ausmaß an erforderlicher persönlicher Zuwendung erfaßt. Unterschieden wurde dabei zwischen ‘Ermunterung’, ‘Anleitung’ und ‘Aufsicht’, die unterschiedliche Hilfen in Abhängigkeit zur emotionalen und kognitiven Verfassung des Betroffenen erfassen sollten.

5. Auf inhaltlicher Ebene wurden 18 Einzelitems ausgewählt, die ein möglichst breites Spektrum an wiederkehrenden Alltagstätigkeiten widerspiegeln sollten. Sie waren zumindest ansatzweise hierarchisch nach dem Grad der für ihre Durchführung erforderlichen Komplexität geordnet bzw. nach der Wahrscheinlichkeit, hierbei auf Hilfe angewiesen zu sein (Brody 1990; Judge, Schechtman, Cress & the FICSIT Group 1996; Kempen & Suurmeijer 1990; Lawton 1970; Wahl 1987; Williams, Drinka, Greenberg et al. 1991; Wolinsky, Stump, Callahan & Johnson 1996).

Bei der Durchführung des Pre-Tests zur Prüfung der Handhabbarkeit des Dokumentationssystems in der Praxis erwies sich die beschriebene Form der Erfassung von Art und Umfang der bestehenden Unselbständigkeit im Alltag als sehr zeitintensiv. Ein Grund hierfür waren die vielfältigen Nachfragen zur Spezifizierung des Hilfsbedarfs, die insbesondere für die Pflegekräfte deutlich über den Rahmen eines ersten Kontaktes zur Klärung der weiteren Arbeitsbeziehung hinausgingen. Hinzu kam, daß im Rahmen der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes eine Festlegung jener Alltagsfunktionen erfolgt war, über die der Grad der Pflegebedürftigkeit zu bestimmen war (Spitzenverbände der Pflegekassen 1994; Medizinischer Dienst der Spitzenverbände 1997). Nach der Anpassung der Inhalte an die Richtlinien der Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen wurde in Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Projekte, insbesondere den Therapeuten, eine in ihren Antwortvorgaben vereinfachte Erhebung des individuell bestehenden Hilfsbedarf erarbeitet. Das bisherige gestufte Verfahren zur Bestimmung des benötigten Ausmaßes an personaler Hilfe wurde durch eine auf einer Ebene operationalisierte sechsstufige Ordinalskala ersetzt. Ihre Grundstruktur wurde aus einem in den Vereinigten Staaten von Amerika eingesetzten ergotherapeutischen Befundsystem (Santa Clara Valley Medical Center) übernommen, wobei die gewählten Abstufungen deutliche Ähnlichkeiten zu denen des ‘Funktionalen Selbständigkeitsexponenten’ (FIM) (Center of Functional Assessment Research 1990) aufweisen. Trotz der Vorteile, die mit dem Einsatz eines bereits standardisierten Verfahrens verbunden sind, mußte auf eine Verwendung des FIM letztendlich verzichtet werden. Eine ordnungsgemäße Anwendung der auf die verschiedenen Tätigkeiten abgestimmten Kriterien hätte einen erheblichen Schulungsumfang erfordert, der aus zeitlichen Gründen nicht leistbar war. Aus diesem Grunde wurden die prozentualen Angaben über den Anteil, der nicht mehr selbstständig ausgeführt werden kann, durch entsprechende verbale Umschreibungen ersetzt. Sie hatten den Vorteil, daß auch weniger geübten Personen eine Beurteilung des Grades an notwendiger Hilfestellung erleichtert wurde. Nicht berücksichtigt wurden die Unterscheidungen zwischen völliger und eingeschränkter

Selbständigkeit (mit Schwierigkeiten), da in beiden Fällen keine Hilfsperson erforderlich ist. Dagegen wurden sprachliche Formen der Unterstützung etwa in Form von Anweisungen in die Umschreibungen der Kategorien integriert. Die durch die Dokumentation vorgegebene Skalierung reicht von ‘unabhängig’ bei der Durchführung der Tätigkeit über verschiedene Grade benötigter personaler Hilfe (‘Supervision / Begleitung’, ‘leichte’, ‘mittlere’ und ‘intensive Hilfe’) bis hin zur ‘vollständigen Abhängigkeit’. Für die Bearbeitung der meisten Fragestellungen werden die sechs vorgegebenen Ausprägungen zu drei Kategorien zusammengefaßt. In diesem Fall geht der mittlere Bereich als undifferenzierter ‘Hilfsbedarf’ in die Berechnung ein, während die Eckwerte erhalten bleiben. Insgesamt weisen die Urteile eine Tendenz zur Polarisierung auf, so daß erst die Aggregation der Daten zu einer annähernden Gleichverteilung führt.

Die in die Erhebung aufgenommenen Einzeltätigkeiten sind in Tabelle 2 wiedergegeben. Sie entsprechen weitgehend denen, die auch in der Studie von Infratest verwandt wurden (Infratest Sozialforschung 1991). Eine Ausnahme davon bildet die Frage nach der selbständigen Benutzung der Toilette, die auf Wunsch der Praktiker aus der Erhebung herausgenommen wurde. Für einige ältere Menschen handelt es sich hier um einen schambesetzten Bereich, und bei den Modellmitarbeiterinnen und -mitarbeitern bestanden begründete Zweifel daran, ob die ihnen gegenüber gemachten Angaben der Wahrheit entsprachen (Sonn & Asberg Hulter 1991). Um den bisweilen schwierigen Beziehungsaufbau nicht unnötig zu belasten, wurde in der Folgeversion auf die regelhafte Erhebung dieses Aspektes verzichtet. Vergleichsweise differenziert wurde dagegen die Bewegungsfähigkeit der Patienten im Bett erfaßt. Anlaß hierfür bildeten die häufig vorliegenden schweren funktionalen Beeinträchtigungen, die die von den Pflegekräften an das Rehabilitationsteam vermittelten älteren Menschen aufwiesen. Verbesserungen, die über eine ‘Erleichterung der Pflegesituation’ durch die Stärkung der Mithilfefähigkeit des Gepflegten hinausgingen, waren hier realistischerweise kaum zu erreichen. Angesichts einer Population, die mehrheitlich in erheblichem Maße auf die Hilfe und Pflege anderer angewiesen war, wurden Tätigkeiten, die über die Wohnung und das direkt daran angrenzende Nahumfeld hinausgingen, nicht mehr im Rahmen der Alltagsaktivitäten operationalisiert. Ausgeschlossen waren damit die ‘Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel’, die ohnehin davon abhängig ist, daß ein entsprechendes Angebot besteht (ein Tatbestand, von dem im ländlichen Raum durchaus nicht immer ausgegangen werden kann) und ‘das Machen von Besuchen’, die weit über dem durchschnittlichen Fähigkeitspotential der untersuchten Population lagen.

Tabelle 2: Liste der in der Dokumentation enthaltenen Alltagsaktivitäten

	Version 1:	Version 2:
Essen und Trinken	Essen / Trinken Medikamente richten	* Nahrung aufnehmen können ⁽¹⁾ * Nahrung zerkleinern können
Körperpflege	Gesicht / Hände waschen Körperpflege Baden / Duschen (Toilettenbenutzung) ⁽²⁾	* Stuhl / Urin halten können
Mobilität im Bett	umlagern im Bett aufstehen aus Bett	* zur Seite drehen * Becken anheben können * aufsetzen können * seitwärts rutschen können * umsetzen können
Mobilität im Wohnumfeld	An- und Ausziehen Bewegen in der Wohnung Treppen steigen Draußen gehen	
Hauswirtschaft	kochen können Wohnung reinigen Wohnung heizen Einkaufen gehen	* spülen * Wäsche versorgen
Komplexere Tätigkeiten		* verbal verständigen
	Finanzen regeln Arzt- / Behördenbesuche	

⁽¹⁾ die mit '*' gekennzeichneten Items wurden zusätzlich aufgenommen⁽²⁾ das eingeklammerte Item ist in der späteren Version entfallen

Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde versucht, jene Items, die in beiden Versionen enthalten sind, nach inhaltlich sinnvollen Kriterien weiter zusammenzufassen. Ausgangsbasis hierfür bildeten die Ergebnisse einer Faktorenanalyse, die bei orthogonaler Hauptkomponentenanalyse und Varimaxrotation drei Faktoren extrahierte, die einen Eigenwert von über '1'

aufwiesen. Repräsentiert werden durch sie eine Dimension, in der die körperbezogenen Alltagsaktivitäten und die Bewegungsfähigkeit innerhalb der Wohnung eingegangen sind, eine, die etwas komplexeren, nach außen gehenden Tätigkeiten umfaßt, und eine, die einen direkten Bezug zur kognitiven Leistungsfähigkeit aufweist. Da diese Einteilung im Hinblick auf die Erfassung differentieller Interventionseffekte etwas zu grob zu sein schien, wurde das Selektionskriterium auf einen Wert von .05 gesetzt, wodurch sich die Anzahl der Faktoren auf fünf erhöhte. Bei Anwendung des gleichen Verfahrens erhöht sich der Anteil der erklärten Varianz zwar lediglich um knapp sieben Prozentpunkte auf insgesamt 82%, die zusammengefaßten Items weisen jetzt jedoch eine größere inhaltliche Präzision auf.

Unverändert geblieben ist der Faktor, in den die Items ‘Medikamente richten’ und ‘Finanzen regeln’ eingegangen sind, die unabhängig von der körperlichen Verfassung durch die vorhandenen geistigen Kapazitäten des betroffenen älteren Menschen bestimmt werden können. Die auf die Körperpflege gerichteten Tätigkeiten (mit Ausnahme von Baden oder Duschen) wurden von denen der innerhäuslichen Mobilität getrennt und bilden nun zusammen mit der Fähigkeit zur selbständigen Nahrungsaufnahme und des An- und Auskleidens einen eigenen Bereich, der sich auf die Feinmotorik bezieht. Von diesem abgegrenzt wurden jene Handlungen, die eher der Grobmotorik zuzuordnen sind. Angefangen beim Umlagern im Liegen, gehört hierzu der Transfer aus dem und in das Bett, die Fortbewegung innerhalb und außerhalb der Wohnung und das Überwinden von Treppen. Den letzten Faktor bilden die im Rahmen der Haushaltsführung anfallenden Arbeiten, wobei das Beheizen der Wohnung aufgrund der Abhängigkeit von der entsprechenden Ausstattung eine davon unabhängig eigene Qualität aufweist. Da eine mit den gleichen Items ebenfalls durchgeführte Clusteranalyse mit Ausnahme der stärkeren Berücksichtigung der Komplexität der durchzuführenden Aktivität recht ähnliche Ergebnisse aufweist, werden die Alltagsaktivitäten für einige Berechnungen zu den beschriebenen fünf Faktoren zusammengefaßt. Verbal umschrieben handelt es sich dabei um folgende Bereiche:

1. Tätigkeiten, die feinmotorische Fähigkeiten erfordern (4 Items)
(Zerkleinern der Nahrung und deren Aufnahme; Hände/Gesicht waschen; Körperpflege; An- und Auskleiden),
2. Tätigkeiten, die grobmotorische Fähigkeiten erfordern (5 Items)
(umlagern im Bett, aufstehen aus dem Bett, gehen in der Wohnung, Treppen steigen, nach draußen gehen),

3. Tätigkeiten, die kognitive Fähigkeiten erfordern (2 Items)
(Medikamente richten; Finanzen regeln),
4. Tätigkeiten, die Kraft und Energie benötigen (5 Items)
(baden; kochen; putzen; Arztbesuche machen; einkaufen),
5. Tätigkeiten, die stark von der räumlich-materiellen Ausstattung abhängig sind (1 Item)
(heizen).

Aufgrund der unterschiedlichen Anzahl von Einzeltätigkeiten, durch die die Dimensionen gebildet werden, wurde eine entsprechende Normierung vorgenommen, die zu einer vergleichbaren Skalierung der Dimensionen führt. Diese reicht jeweils von selbstständig, über benötigte leichte und umfangreichere Hilfestellungen, zu überwiegender oder vollständiger Abhängigkeit von anderen Personen.

2.4.4 Verhaltensbeurteilungsskala

Weitere, über die Inanspruchnahme von fremder Hilfe bei der Ausführung der regelmäßig wiederkehrenden Tätigkeiten hinausgehende Aspekte des Verhaltens wurden mittels der ‘Nurses’ Observation Scale for Geriatric Patients’ (NOSGER) erhoben. Ursprünglich wurde sie von René Spiegel und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entwickelt, um mit vergleichsweise einfachen Mitteln gerontopsychiatrische Patienten zu identifizieren. Nach den bisher vorgelegten Ergebnissen lassen sich sowohl dementielle Erkrankungen als auch depressive Störungen relativ gut über die Angaben in der NOSGER bestimmen (Spiegel 1992; Spiegel, Brunner, Ermini-Fünschilling, et al. 1991; Spiegel & Wahle 1993). Gleichzeitig scheint das Instrument hinreichend sensitiv für die Messung therapeutisch induzierter Veränderungen zu sein. Verbunden mit dem Vorteil einer vergleichsweise einfachen Handhabbarkeit wurde die NOSGER zur Erfassung der kognitiven und emotionalen Verfassung der ambulant versorgten älteren Menschen in die Dokumentation aufgenommen. In Abänderung des Originals wurden die Einzelitems nach den durch sie operationalisierten inhaltlichen Bereichen geordnet, um das Ausfüllen weiter zu erleichtern. Bei den Antwortvorgaben wurde die Kategorie ‘hie und da’, die im deutschen Sprachgebrauch nicht unbedingt gängig ist, durch ‘gelegentlich’ ersetzt und ‘nicht beurteilbar’ als zusätzliche Antwortalternative hinzugefügt. Letzteres sollte jedoch nur in Verbindung mit der Angabe eines Grundes angekreuzt werden, was sich im Nachhinein als sehr vorteilhaft für das Verständnis einiger Probleme erwies.

Die Anmerkungen zeigten, daß einige Items nicht eindeutig zu beantworten waren, da sie implizite Verknüpfungen enthielten. So setzt ‘das Verlassen des Hauses in ungeeigneter Kleidung’ voraus, daß ein Hinausgehen überhaupt möglich ist. Für bettlägerige Patienten trifft dies nicht zu. Eine Verneinung der Aussage meint hier nicht, wie ursprünglich intendiert, daß das Verhalten den klimatischen Bedingungen angepaßt ist, sondern daß grundlegende motorische Fähigkeiten zur Ausführung der Handlung fehlen. Ähnliche methodische Probleme bestanden bei der Beurteilung depressiv getönter verbaler Verhaltensäußerungen. Bei Aphasikern kommt dies ‘nie’ vor, verweist hier jedoch weniger auf eine positive emotionale Befindlichkeit, sondern auf entsprechende Störungen im Bereich der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit. Bei der Interpretation der entsprechenden Daten ist dies in jedem Fall zu berücksichtigen.

Insgesamt besteht die NOSGER aus 30 Statements, die Verhaltensweisen aus sechs verschiedenen Bereichen thematisieren. Diese sind:

Körperpflege und Hygiene:

01. Kann den Stuhlgang kontrollieren.
02. Kann die Blasenfunktion (Urin) kontrollieren.
03. Kann sich ohne Hilfe rasieren, schminken, Haare kämmen.
04. Verläßt das Haus in ungeeigneter Kleidung.
05. Wirkt sauber und ordentlich.

Hobby und Haushaltsführung:

06. Verfolgt bestimmte Sendungen am Radio oder Fernsehen.
07. Pflegt ein Hobby.
08. Bemüht sich um Ordnung in seinem / ihrem Zimmer.
09. Kann sich in der gewohnten Umgebung orientieren.
10. Kann kleine Besorgungen selber machen.

Verhalten im Umgang mit anderen Menschen:

11. Nimmt Anteil an den Vorgängen in seiner / ihrer Umgebung.
12. Wirkt im Kontakt mit Angehörigen freundlich und positiv.
13. Nimmt Kontakt mit Personen in der Umgebung auf.
14. Hält den Kontakt mit Freunden oder Angehörigen aufrecht.
15. Hilft anderen, soweit körperlich dazu imstande.

Gedächtnisbezogene Leistungen in Alltagssituationen:

16. Wiederholt im Gespräch immer den gleichen Punkt.
17. Kann sich an Namen von engen Freunden erinnern.
18. Erinnert sich, wo Kleider und andere Dinge liegen.
19. Setzt die Unterhaltung richtig fort, wenn diese unterbrochen wurde.
20. Verwechselt Personen.

Ausdruck emotionaler Stimmungen und Verfassung:

21. Freut sich auf gewisse Ereignisse (Besuche, Anlässe).
22. Wirkt traurig und weinerlich.
23. Erscheint gutgelaunt.
24. Sagt, er / sie sei traurig.
25. Sagt, er / sie fühle sich wertlos.

Störende Verhaltensweisen:

26. Ist eigensinnig, hält sich nicht an Anweisungen oder Regeln.
27. Ist reizbar und zänkisch.
28. Ist unruhig in der Nacht.
29. Läuft davon.
30. Ist aggressiv (in Worten oder Taten).

Anzugeben war die Auftretenshäufigkeit des jeweiligen Verhaltenssegments, wobei zwischen fünf Ausprägungen zu wählen war. Diese reichten von ‘immer’ über ‘meistens’, ‘oft’ und ‘gelegentlich’ bis ‘nie’. Durch die Umpolung jener Items, die unangemessene bzw. unerwünschte Verhaltensweisen beschreiben, repräsentieren niedrige Werte auf jeder der aus fünf Einzelfragen gebildeten Dimensionen den Bereich der ‘Normalität’ bzw. eines als positiv bewerteten Verhaltens. Für die körperbezogenen Tätigkeiten und jene, die sich auf die Ausübung von Hobbys und die Aufrechterhaltung der Behaglichkeit beziehen, stellt das ‘gewünschte Verhalten’ eine selbständige Ausführung bzw. ein gewisses Aktivitätsniveau dar. Im Bereich des ‘Sozialverhaltens’ ist es das Engagement zum Aufbau und Erhalt zwischenmenschlicher Beziehungen, bei den ‘Gedächtnisleistungen’ das richtige Erinnern von Namen und Ereignissen, bei der emotionalen Verfassung oder ‘Stimmung’ die Dominanz positiver gegenüber negativer sprachlicher und nonverbaler Lebensäußerungen und im Bereich ‘störenden Verhaltens’ das nicht oder nur seltene Auftreten einer Verhaltensweise, die von anderen Menschen als belastend empfunden wird, wie Aggressivität, Eigensinnigkeit und Unruhe. Aus nahezu jedem inhaltlichen Komplex mußte ein Item für die weitergehende Berechnung ausgeschlossen wer-

den. In der Regel handelt es sich hierbei um solche, die einen verhältnismäßig hohen Anteil an Nichtbeantwortungen aufweisen. Neben den bereits skizzierten Doppeldeutigkeiten bei einigen Angaben lag beim ‘Bemühen um Ordnung im Zimmer’ ein eindeutiger geschlechtsbezogener Bias vor. Einige der versorgten Männer, insbesondere die verheirateten, fühlten sich hierfür einfach nicht zuständig und überließen diese Aufgabe selbstverständlich ihrer Ehefrau. Etwas anders stellt sich die Situation bei der Unterstützung anderer dar. Bei der selbst stark auf Hilfe angewiesenen Stichprobe waren viele dazu einfach körperlich nicht mehr imstande. Vergleichsweise hoch ist im Gegensatz dazu auch die Quote an fehlenden Angaben bei der Aussage ‘freut sich auf gewisse Ereignisse’. Die Gründe hierfür lassen sich anhand der Dokumentation nicht ganz eindeutig bestimmen. Für einige ältere Menschen scheint es nicht allzu häufig derartige Ausnahmesituationen zu geben, bei anderen sind sie offensichtlich nicht Bestandteil jenes Ausschnitts der Alltagswelt, die sie mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der ambulanten Dienste, vor allem der Pflegekräfte teilen. Der letzte Punkt dürfte auch für die schwer zugängliche Beurteilung des Verhaltens während der Nachtzeit gelten. Hinzu kommt, daß auch hier das angesprochene Verhalten, nämlich unruhig zu sein, verschiedene Ursachen (beispielsweise Schmerzen) haben kann und nicht immer auf einen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus verweist. Unter Ausschluß der genannten Items und dem Bereich der Körperflege und Hygiene wurde für die verbleibenden Daten eine Faktorenanalyse gerechnet. Analog zum Verfahren, das bei der Zusammenfassung der Alltagsaktivitäten verwandt wurde, wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation durchgeführt. In diesem Fall diente sie in erster Linie dazu, die theoretisch bestimmten Bereiche auf ihre empirische Gültigkeit hin zu überprüfen. Ermittelt wurden fünf Faktoren, die einen Eigenwert aufwiesen, der größer war als ‘1’. Diese erklären 61,7% der Gesamtvarianz, wobei die Items relativ gut mit der geforderten Zuordnung übereinstimmen. Abweichungen ergeben sich lediglich für zwei Angaben, die zusätzlich zu den vorgesehenen Items mit der Dimension ‘Gedächtnisleistungen’ hoch korrelieren. Es handelt sich hierbei jedoch um zwei Verhaltensweisen, die in deutlicher Verbindung zu dementiellen Erkrankungen stehen, nämlich die Fähigkeit sich in gewohnter Umgebung orientieren zu können und die Tendenz wegzulaufen. Damit ergeben sich rechnerisch folgende übergeordnete Kategorien der NOSGER:

1. Verhaltensauffälligkeiten, die auf dementielle Abbauprozesse hindeuten (7 Items)
(Bereich Gedächtnis und Fragen 09 und 29).
2. Soziales Verhalten (4 Items).
3. Störende Verhaltensweisen (3 Items).

4. Stimmung (4 Items).
5. Hobby und Haushaltsführung (3 Items).

Die Normierung über die Anzahl der Items führt zu einer vierstufigen Skala, die durch die Eckpunkte: ‘keine bis minimale Auffälligkeiten’, über ‘leichte’ und ‘deutliche’ bis hin zu ‘starken Auffälligkeiten’ reicht. Aufgrund der zu erwartenden komplexen Wirkung der verschiedenen therapeutischen und / oder sozialarbeiterischen Maßnahmen, sowie der ebenfalls beabsichtigten Einwirkung auf das subjektive Wohlergehen des versorgten Hilfs- oder Pflegebedürftigen ist die NOSGER zusammen mit der Erhebung der Alltagsaktivitäten Bestandteil der Veränderungsmessung.

2.4.5 Objektive Wohnbedingungen

Eine erste außerhalb der Person und ihren Defiziten und Fähigkeiten liegende Einflußgröße bilden die physikalisch-materiellen Bedingungen der Wohnung und des daran angrenzenden Nahumfeldes. In der gerontologischen Literatur, insbesondere aber jener, in der es um praktische Verbesserungen der Lebensbedingungen älterer Menschen geht, stellt die Ausstattung des häuslichen Milieus einen bedeutenden Aspekt dar. Diskutiert werden unterschiedliche Bedingungen, die als Barrieren wirken können, wie Stufen und Schwellen innerhalb des Wohnbereichs und beim Übergang nach draußen. Weitere Punkte sind nicht mehr standard-gemäße sanitäre Anlagen und veraltete Beheizungsformen, wie einzelne Holz-, Kohle- oder Ölöfen. Zu diesen architektonisch begründeten Mängeln kommen solche, die durch eine ungeeignete Möblierung, schlechte Beleuchtung und einrichtungsbedingte Gefahrenquellen entstehen. Einen letzten Aspekt bildet das Fehlen von notwendigen oder die Durchführung einzelner Tätigkeiten erleichternden Hilfsmitteln, etwa in Form von Haltegriffen, Sitzerhöhungen oder Gehhilfen und technischen Geräten, die der Erhöhung der Sicherheit dienen, wie eine Nachtbeleuchtung für das Bad und WC, die Kontrolle der Warmwassertemperatur und eine Notrufanlage (Christensen, Carp, Cranz & Wiley 1992; Dallinger 1991; Kleinemas 1994; A. Kruse 1992c; Lawton 1979; 1980; Lawton, Brody & Turner-Massey 1978; Moos & Lemke 1996; F. Oswald 1994; Pastalan & Pawlson 1985; Roether & Kunze 1995; Saup 1993b; Stolarz 1988; Wischer & Kliemke 1988).

Für die älteren Menschen selbst sind es vor allem das Treppenhaus und die Ausstattung des Bades, die als kritisch erlebt werden. Jeweils knapp 30% der Befragten sind mit dem einen oder anderen Bereich unzufrieden. Auf Seiten der gewünschten Veränderungen stehen fast ausnahmslos solche, die der Erhöhung der persönlichen Sicherheit dienen, wie Notrufanlagen, Sicherheitsketten oder entsprechende Schlösser (Jäckel 1992). Zunehmende Probleme bereitet bei fortschreitenden funktionalen Einbußen insbesondere die ‘Lage der Wohnung’ (Thomae 1987a). Befindet sich diese in einer höher gelegenen Etage und ist kein Aufzug im Haus vorhanden, so können die zu überwindenden Treppen der Grund dafür werden, daß für außerhäusliche Erledigungen die Hilfe anderer benötigt wird.

Nach der Untersuchung von Schneekloth und Potthoff (1993) steht an fünfter Stelle aller von den Betroffenen für eine Übersiedlung in ein Alten- und Pflegeheim genannten Gründe eine ‘ungeeignete Wohnung’. Ihre Bedeutsamkeit steht damit zwar hinter der einer unzureichenden pflegerischen Versorgung, wirkt aber insofern auf diese zurück, als „Nachteile der Wohnsituation durch ein größeres Maß an Hilfe kompensiert werden müssen.“ (Schneekloth & Potthoff 1993, 179)

Als für den Erhalt einer selbständigen Lebensführung besonders nachteilig erwiesen sich nach den Ergebnissen zur Untersuchung der Wohnsituation Älterer folgende Aspekte:

1. viele regelmäßig zu überwindenden Treppen (Anzahl der Stufen beim Übergang nach draußen bzw. innerhalb des Wohnbereichs),
2. eine ‘veraltete’ sanitäre Ausstattung (fehlende Innentoilette, kein räumlich abgegrenztes Badezimmer, keine Duschmöglichkeit, kein fließend warmes Wasser in Bad und Küche),
3. keine Zentralheizung (ausschließliche Beheizbarkeit der Wohnung mittels einzelner Öl- oder Kohleoßen in Verbindung mit dem notwendigen Transport des Heizmaterials).

Alle Bereiche werden regelmäßig in der patientenbezogenen Dokumentation erfaßt und durch Angaben über das Vorhandensein einzelner, dem Komfort dienender, bzw. arbeitserleichterner Geräte ergänzt. Hierzu gehören eine Kochgelegenheit, ein Kühlschrank und eine Waschmaschine sowie verschiedene Medien zur Aufrechterhaltung des Kontaktes nach außen (Radio / Fernseher und Telefon). Zusammen mit der Gebäudeform, in der sich die Wohnung befindet, deren Größe und die Anzahl der in ihr lebenden Personen bilden die oben genannten Ausstattungsmerkmale die ‘objektiven’ Daten zur Bestimmung der Wohnsituation.

2.4.6 Bewertung der Wohnungsausstattung

Die Bewertung der räumlichen Gegebenheiten im Hinblick auf durch sie bedingte Beeinträchtigung in der selbständigen Lebensführung ergibt sich aus der Relation zwischen vorliegenden körperlich und geistig bedingten funktionalen Einbußen der Person und der Ausstattung der Wohnung. Ausgehend von der gesundheitlichen Verfassung des behandelten älteren Menschen sollten einige ausgewählte Merkmale der physikalisch-materiellen Umwelt nach dem Ausmaß der durch sie im Einzelfall hervorgerufenen Erschwernisse bzw. Gefährdungen bei der Ausführung der Alltagsverrichtungen eingestuft werden. Operationalisiert wurden in diesem Rahmen:

- typische Hindernisse im Bereich der Mobilität
 - (zu viele, nicht trittsichere Stufen, zu enge Türen, räumliche Beengtheit, nicht rutschfeste Bodenbeläge und ungeeignetes Mobiliar),
- fehlende Hilfsmittel im Bereich der Körperpflege und Hygiene
 - (beispielsweise eine Toilettensitzerhöhung, ein Duschsitz oder Lifter, Haltegriffe in Bad und Toilette),
- problematische Bedingungen im Hinblick auf die Wärmeregulation
 - (undichte Fenster, schwierige Beschaffung des Heizmaterials),
- mangelnde Sicherheitsvorrichtungen
 - (kein Türspion, fehlende Gegensprech- und Rufanlage).

Vorgenommen wurden die entsprechenden Einschätzungen von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Modellprojekte bzw. den beteiligten Pflegekräften. Die Antwortmöglichkeiten reichten von ‘keine’ Beeinträchtigung durch den oder in dem genannten Bereich über ‘leichte’, ‘deutliche’ und ‘starke’ bis hin zu ‘sehr starke’. Ergänzt wurde auf Wunsch der Praktiker die Kategorie ‘irrelevant’, die im Prinzip jedoch die gleichen Probleme aufwirft wie die Verneinung nachteiliger Wirkungen. Beide können sich sowohl auf die äußeren Bedingungen als auch auf die Fähigkeiten des Bewohners beziehen. Indirekt bestätigt wird damit aber auch, daß bestimmte räumliche Gegebenheiten nur bei entsprechend vorliegenden Einschränkungen zu einem Problem werden (können). Diesen (Vor-) Überlegungen entsprechend wurden die Angaben ‘irrelevant’ und ‘kein negativer Einfluß auf die Selbständigkeit bei den Alltagsverrichtungen’ zu einer Ausprägung zusammengefaßt. Das gleiche gilt für je zwei aufeinanderfolgende inhaltliche Abstufungen, da extrem ungünstige wohnungsbezogene Voraussetzungen in der erfaßten Population relativ selten gegeben waren.

Bei einer über die Angaben zur Bewertung der Wohnsituation gerechneten Faktorenanalyse werden die Ausgangsdaten zunächst zu drei Faktoren zusammengefaßt. Einen eigenen inhaltlichen Bereich bilden hierbei zunächst die Bedingungen, die in Zusammenhang mit der Wärmeregulation stehen, und jene, die sich auf den zur Verfügung stehenden Bewegungsfreiraum beziehen. Alle übrigen erhobenen Aspekte laden auf einem Faktor, wobei die Muster der Ladungen deutliche Variationen aufweisen. Eine Entzerrung ergibt sich nach Extraktion von fünf Dimensionen, die auch besser inhaltlich zu interpretieren sind. Bei einem Anteil von erklärter Varianz von etwa 75% werden folgende Bereiche unterschieden:

1. Probleme in Verbindung mit vorhandenen Treppen (2 Items)
(zu viele, nicht trittsichere Stufen),
2. Einschränkungen des Bewegungsfreiraums (2 Items)
(enge Türen, räumliche Beengtheit),
3. Gefahrenquellen innerhalb der Wohnung (2 Items)
(Stolperfallen, rutschige Bodenbeläge),
4. Mängel in der sanitären Ausstattung (3 Items)
(fehlende Haltegriffe und Hilfsmittel in Bad und WC),
5. Probleme in Verbindung mit der Wärmeregulation (2 Items)
(undichte Fenster, keine Zentralheizung).

Behinderungen, die durch eine ungeeignete Möblierung entstehen, waren keinem der genannten Bereiche in eindeutiger Weise zuzuordnen. Zum einen läßt sich eine Beziehung zu jenen räumlich-materiellen Ausstattungsmerkmalen erkennen, die die Bewegungssicherheit betreffen (Faktor 3; $r = .50$) zum anderen aber auch eine nahezu gleichstarke zu jenen, die beim Transfer eine Rolle spielen (Faktor 4; $r = .48$). Ganz offensichtlich bestanden Unstimmigkeiten darüber, auf was die Frage abzielte, da sowohl zu viele, als auch ungeeignete Möbel als Beispiele vorgegeben waren. Aus diesem Grunde wurden die Urteile hierzu für die Bestimmung der gegebenen Belastungen in beiden Dimensionen berücksichtigt. Dies allerdings nur dann, wenn sie einen eigenen Erklärungswert besaßen, d.h. wenn sie über das Ausmaß an Beeinträchtigung, das durch die Items, die dem jeweiligen Faktor genuin zugehörig waren, hinausgingen. Eine entsprechende Korrektur erfolgte bei insgesamt 21 Dokumentationen, also einem Anteil von weniger als 5%. Die Sicherheitsbedingungen im Übergang von der Wohnung in den Außenbereich wurden nicht berücksichtigt, da sie in keiner direkten Beziehung zu der Selbständigkeit im Alltag standen. Wie die anderen neu gebildeten aggregierten Variablen wurden auch die Dimensionen der Wohnausstattung in eine vierstufige Skala transformiert,

die durch die Kategorien ‘keine’, ‘leichte’, ‘deutliche’ und ‘starke’ Beeinträchtigungen gebildet wird.

Zur näheren Bestimmung der bestehenden Zusammenhänge zwischen funktionalen Beeinträchtigungen und Merkmalen der häuslichen Umwelt wurde dieser Teil der Erhebung ebenfalls in die Wiederholungserhebung einbezogen. Therapeutische Interventionen, die zu einer Verbesserung der funktionalen Leistungsfähigkeit geführt haben, sollten sich ebenso in einer Änderung der Beurteilung niederschlagen, wie durchgeführte Maßnahmen zur ‘behindertengerechten’ Ausstattung und die Beschaffung und Anpassung bedarfsgerechter Hilfsmittel.

2.4.7 Erhaltene Unterstützung

Die physikalisch-materiellen Bedingungen der Wohnung bilden einen Bereich an umweltlichen Bedingungen, die einen Einfluß auf den Erhalt einer selbständigen Lebensführung haben, einen anderen mindestens ebenso wichtigen stellen die familiären und nachbarschaftlichen Beziehungen des älteren Menschen dar. Im Falle einer schlechten, auf die Beeinträchtigungen eines Menschen nicht abgestimmten Wohnsituation, sind vermehrt Hilfeleistungen durch andere Personen erforderlich, um diese Mängel zu kompensieren. Ob und inwieweit dieses möglich ist, hängt von der Zusammensetzung und Unterstützungsreichweite des sozialen Netzwerkes ab. Art und Ausmaß der familiären und / oder nachbarschaftlichen Hilfeleistungen bilden weitere zentrale Aspekte für die Bestimmung der Lebenslage eines funktional beeinträchtigten Menschen. Das Vorhandensein einer intimen Beziehung, die emotionalen Rückhalt und Unterstützung bietet, gilt allgemein als ein wichtiger Faktor für die Aufrechterhaltung der seelischen Gesundheit (Badura 1981; Dean 1992; Duckitt 1983; Häberle, Schwarz & Sonsa 1982; La Gory & Fitzpatrick 1992; Lowy 1986; Mellor & Edelmann 1988; Stosberg 1992).

Bei der Durchsicht einiger zur Erhebung sozialer Netzwerke entwickelten Instrumentarien erwiesen sich diese in der Regel als sehr umfangreich und waren auf unterschiedliche Stichproben und / oder spezifische Forschungsschwerpunkte bezogen. Ähnlich wie bei der Erfassung der regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des Alltags zeigte sich auch hier eine Reihe von bislang ungeklärten Fragen hinsichtlich einer optimal geeigneten Umsetzung in einzelne Items. Die Vorgehensweisen unterscheiden sich nach Gottlieb (1991) systematisch in folgende Dimensionen:

1. die Zusammensetzung des Netzes nach Personen und deren Kennzeichnung in Form sozialer Merkmale (verwandtschaftliche Beziehung, Freunde, Nachbarn, professionelle Helfer etc.),
2. die Richtung, die der Transfer von unterstützenden Leistungen hat (ein- vs. gegenseitig),
3. die Erfassung der tatsächlich erhaltenen vs. der vermuteten oder erwarteten Hilfe im Bedarfsfall,
4. die Konzentration auf die Beschreibung der erhaltenen Unterstützung vs. deren Bewertung durch den Betroffenen,
5. der Einbezug oder die Auslassung von Fragen über belastende Interaktionen,
6. die inhaltliche Fassung verschiedener Arten von Leistungen des sozialen Umfeldes.

Trotz bestehender methodischer Unterschiede in Form und Umfang der zu erhebenden Variablen zeigte sich relative Einigkeit darüber, daß weder die Anzahl der erreichbaren Helfer noch die Häufigkeit der Kontakte mit diesen bereits eindeutige Indikatoren für die soziale Integration eines Menschen sind. Was dabei unberücksichtigt bleibt, ist die Qualität der Beziehungen, die jedoch ein wesentliches Moment für die subjektive Zufriedenheit im zwischenmenschlichen Bereich ist. Entscheidend beeinflußt wird diese dadurch, auf welchen personal bedeutsamen Bereich die Interaktion bezogen ist. Recht übereinstimmend werden zumindest vier Dimensionen genannt:

1. Emotionale Unterstützung:

Sie ist gekennzeichnet durch eine persönliche Nähe und Vertrautheit mit der anderen Person, die Trost spendet und Verständnis aufbringt und damit dem Partner das Gefühl vermittelt, geliebt und akzeptiert zu werden.

2. Praktische oder instrumentelle Unterstützung:

Zu ihr gehören alle durch den Austausch von Gütern bestimmte Interaktionsformen, seien sie finanzieller oder handlungbezogener Art, also auch hauswirtschaftliche Hilfen oder solche, die in Verbindung zur Pflege eines Menschen stehen.

3. Wissensmäßige oder informative Unterstützung:

Im Gegensatz zu instrumentellen Hilfen, stehen solche, die über den Austausch von Wissen und Informationen Handlungschancen eröffnen oder auf andere Weise zur kognitiven Bewältigung von Problemsituationen beitragen.

4. Selbstbestätigende Unterstützung und soziale Integration:

Hierunter fallen das Erleben von Gemeinsamkeit, die Ermöglichung von Vergleichsprozes-

sen mit anderen und die Bestätigung des eigenen Verhaltens. Sie dienen der sozialen Integration und dem Erhalt des Selbstwertgefühls der Person (Antonucci, Sherman & Vandewater 1997; Diehl 1988; Görres 1992a; Minnemann 1992; Patterson 1987; Pfingstmann & Baumann 1987; Rook 1994; Schneider 1995; Sommer & Fydrich 1988; Waltz 1981).

Der Zielgruppe von Menschen entsprechend, die auf die Hilfe anderer zur Aufrechterhaltung ihrer alltäglichen Lebensvollzüge angewiesen sind, sollte der Schwerpunkt auf jenen Unterstützungsleistungen liegen, die innerhalb des familiären Systems erbracht werden. Nach Albert (1991) ordnen Angehörige ihre ‘pflegerischen Aufgaben’ drei übergeordneten Bereichen zu. Der erste umfaßt jene Tätigkeiten, die direkt auf die körperliche Versorgung bezogen sind (das muß ich tun), der zweite den Umgang mit der geistig-emotionalen Verfassung des beeinträchtigten Menschen (damit muß ich umgehen) und der letzte die Übernahme hauswirtschaftlicher und anderer notwendiger Arbeiten zur Aufrechterhaltung der Lebensgrundlagen (Fahrdienst, Besorgungen, Regelung finanzieller Belange, Beaufsichtigung etc.) (das muß ich immer machen). Beide theoretischen Ansätze zusammennehmend, wird das Ausmaß an erhaltenener Unterstützung über vier inhaltliche Leitfragen erfaßt. Thematisiert werden die Bereiche:

- körperliche Versorgung (Hilfe bei der Hygiene, Ernährung und Mobilität),
- emotionale Unterstützung (Zuwendung, Verständnis und Trost),
- hauswirtschaftliche Arbeiten (kochen, reinigen der Wohnung, Wäsche versorgen),
- gemeinsame Unternehmungen (Gespräche, Freizeitgestaltung und Unterhaltung).

Neben der einleitenden Frage, ob ein Unterstützungsbedarf in dem jeweils angesprochenen Bereich vorliegt, umfassen die Angaben im positiven Fall die Beziehung des Helfers zum Betroffenen (Bezugsperson, weitere Angehörige, Freunde, Nachbarn und Mitarbeiter professioneller Dienste), die Anzahl der beteiligten Helfer und das von ihnen geleistete Ausmaß an bereichsbezogener Hilfe. Die Erhebung des zeitlichen Aufwandes erfolgt jeweils mittels einer sechsstufigen Ordinalskala, die für die Unterstützung in körperlichen, emotionalen und hauswirtschaftlichen Belangen durch die Kategorien ‘rund-um-die-Uhr’ über ‘3 mal täglich’, ‘1 bis 2 mal täglich’, ‘mehrmals pro Woche’ und ‘1 bis 2 mal pro Woche’ bis ‘seltener als wöchentlich’ repräsentiert sind. Für gemeinsame Freizeitaktivitäten wurden die zeitlichen Intervalle dem Inhalt entsprechend angepaßt und deutlich breiter gefaßt: die hier vorgegebenen Ausprägungen sind: ‘täglich’, ‘mehrmals pro Woche’, ‘wöchentlich’, ‘2 bis 3 mal im Monat’, ‘monatlich’ und ‘seltener als 1 mal pro Monat’.

Zur Bestimmung der allgemeinen Versorgungssituation wurde die Differenz zwischen dem benötigten Ausmaß an personalen Unterstützungsleistungen und dem von professionellen und informellen Helfern tatsächlich geleisteten Aufwand herangezogen. Dabei wurde der jeweilige Grad an benötigter Hilfe bei den regelmäßig wiederkehrenden körperbezogenen Verrichtungen des Alltags und im hauswirtschaftlichen Bereich, den Vorgaben des Pflegeversicherungsgesetzes entsprechend, in Zeiten umgerechnet, die hierfür erforderlich sind. So wurde beispielsweise der Bedarf beim Vorliegen erheblicher Pflegebedürftigkeit (Stufe I) mit mindestens 90 Minuten pro Tag festgelegt, wobei Hilfestellungen bei Tätigkeiten aus mindestens zwei der vorgegebenen Bereiche (Ernährung, Körperpflege und Mobilität plus hauswirtschaftlicher Versorgung) erbracht werden müssen. Der zeitliche Umfang, mit dem die Wahrnehmung der Versorgungsaufgaben verbunden ist, liegt in diesem Fall bei mindestens 10,5 Stunden pro Woche. Dieser ist dann als erfüllt anzusehen, wenn ein- bis zweimal täglich Unterstützungsleistungen bei den vorgegebenen Alltagsverrichtungen erbracht werden. Liegt die angegebene Frequenz deutlich über dem im Gesetzestext des SGB XI festgelegten Rahmen, kann von einer Überfürsorge seitens der Angehörigen ausgegangen werden, im entgegengesetzten Fall besteht eine Unterversorgung, die dem bestehenden Bedarf nicht gerecht wird. Aufgegliedert nach den im Gesetzestext definierten Graden an bestehender Pflegebedürftigkeit sowie einer noch nicht in den Bereich der Leistungsberechtigung fallenden Vorstufe, in der vornehmlich Hilfen im hauswirtschaftlichen Bereich anfallen, ergeben sich die in Tabelle 3 aufgeführten Werte.

Tabelle 3: Erforderlicher zeitlicher Aufwand für die Versorgung nach Pflegestufen

	ungefährer Bedarf an fremder Hilfe pro Woche (und täglich)
Stufe 0: hauswirtschaftliche Hilfe	bis zu 10 Stunden / Woche
Stufe 1: erhebliche Pflegebedürftigkeit	mindestens 10,5 bis 20 Stunden / Woche (1 1/2 Stunden / Tag)
Stufe 2: schwerpflegebedürftig	mindestens 21 bis 42 Stunden / Woche (3 Stunden / Tag)
Stufe 3: schwerstpflegebedürftig	70 Stunden und mehr (mindestens 5 Stunden / Tag; Bereitstehung ‘rund-um-die-Uhr’)

Für eine entsprechende Umrechnung der Angaben der Angehörigen und der beteiligten Pflegekräfte über die Häufigkeit der von ihnen geleisteten Hilfe wurden die in den Kategorien vorgegebenen Frequenzen in einen damit verbundenen zeitlichen Aufwand umgewandelt (vgl. Tabelle 4). Da dies nur eine grobe Schätzung des wahren oder tatsächlichen Wertes sein kann, wurden die Grenzen, die zur Bestimmung der Versorgungslage herangezogen wurden, sehr weit gefaßt. Dies gilt insbesondere für jene Fälle, wo deutlich mehr Unterstützung geleistet wird, als dies die Leistungsgewährung nach dem Pflegeversicherungsgesetz vorsieht.

Tabelle 4: Zusammenhang zwischen angegebener Versorgungsfrequenz und dem wöchentlich geleisteten zeitlichen Aufwand

Frequenz, mit der Angehörige und / oder ambulant tätige Pflegekräfte unterstützende, körperbezogene Hilfen erbringen	Umgerechneter zeitlicher Aufwand, der mit der Versorgung in der angegebenen Häufigkeit für den Helfenden innerhalb einer Woche verbunden ist.
‘rund-um-die Uhr’	etwa 70,0 Stunden
3 mal täglich und öfter	etwa 21,0 Stunden
1 bis 2 mal täglich	etwa 10,5 Stunden
3 mal pro Woche und öfter	etwa 4,0 Stunden
1 bis 2 mal pro Woche	etwa 1,5 Stunden
weniger als 1 mal pro Woche	etwa 0,5 Stunden

Als letzter Schritt wurde auf der Grundlage der Differenz zwischen dem durch das Pflegeversicherungsgesetz für die verschiedenen Grade der Abhängigkeit vorgegebenen Bedarf an zeitlichem Aufwand und der von den Angehörigen angegebenen Beanspruchung bestimmt, ob diese in etwa übereinstimmen oder im konkreten Einzelfall deutlich von einander abweichen (vgl. Tabelle 5). Zu berücksichtigen war dabei, daß die Einschätzung über die geleistete Hilfe nicht in jedem Fall mit dem objektiven Tatbestand übereinstimmt. Sie ist zu nicht unerheblichen Teilen abhängig von personalen und interaktiven Einflüssen, die in das Urteil in unterschiedlichen Anteilen eingehen. Um diesem Umstand gerecht zu werden, wurde die Spanne, ab wann eine Versorgungssituation als durch ‘Überfürsorge’ geprägt zu bestimmen ist, auf das Eineinhalbfache des gesetzlich vorgesehenen Umfangs gesetzt. Für den Fall einer potentiellen Unterversorgung wurde die Grenze mit einer Differenz von 25% etwas rigider festgelegt, um

Lebensbedingungen, die auf einen sozialpolitischen Handlungsbedarf verweisen, auch in weniger extremen Ausprägungen zu erfassen. Bei jenen Personen, die lediglich Hilfe bei Tätigkeiten benötigten, die der Aufrechterhaltung des Haushalts dienen, wurde an Stelle der Angaben zur Unterstützung bei körperbezogenen Leistungen die analog erhobene Frequenz der Hilfen im hauswirtschaftlichen Bereich herangezogen.

Tabelle 5: Bestimmung der Versorgungslagen auf der Grundlage der Vorgaben des Pflegeversicherungsgesetzes

Grad der Abhängigkeit von fremder Hilfe (Pflegebedürftigkeit nach SGB XI)	Überfürsorge (plus 50%)	Unterversorgung (minus 25%)
schwerstpflegebedürftig (Stufe 3, SGB XI)	mehr als 105,0 Stunden pro Woche	weniger als 52,5 Stunden pro Woche
schwerpflegebedürftig (Stufe 2, SGB XI)	mehr als 61,0 Stunden pro Woche	weniger als 31,5 Stunden pro Woche
erheblich pflegebedürftig (Stufe 1, SGB XI)	mehr als 30,5 Stunden pro Woche	weniger als 16,0 Stunden pro Woche
umfassender hauswirtschaftlicher Bedarf	mehr als 16,0 Stunden pro Woche	weniger als 8,0 Stunden pro Woche
vereinzelter hauswirtschaftlicher Bedarf	mehr als 2,5 Stunden pro Woche	weniger als 1,0 Stunde pro Woche

Im Gegensatz zu den sehr dezidierten Vorgaben, die im Hinblick auf das Ausmaß an notwendiger instrumenteller Unterstützung vorliegen, gibt es keine auch nur annähernd vergleichbaren Werte für den zu leistenden emotionalen Beistand. Angesichts der hier bestehenden defizitären Datenlage wurde ein eher pragmatisches Vorgehen gewählt und die Stichprobe gewichtet nach der vorliegenden Stufe der Pflegebedürftigkeit über das erste und das dritte Quartil in drei Gruppen eingeteilt. Die erste besteht aus jenem Viertel von Personen, die am seltensten gefühlsmäßig Zuwendung erfahren und damit in diesem Bereich relativ schlecht versorgt sind. Das andere Extrem bilden jene 25% der Stichprobe, die die größten zeitlichen Anteile aufwiesen, während die verbleibende Hälfte als größte Gruppe im Mittelbereich liegt. Die Zeiten, die für gemeinsame Freizeitaktivitäten angegeben waren, wurden bei der Klassifikation als weitere Form personaler Unterstützung gewertet. Bei Personen, die weniger des Trostes und der Aufmunterung bedürfen, können sie an die Stelle direkter emotionaler Zu-

wendung treten oder einen hier bestehenden Mangel kompensieren. In diesem Sinne wurden hohe zeitliche Anteile für interessierende Tätigkeiten bei niedriger Frequenz an gefühlbetonter Interaktion als Ausgleich für diese gewertet.

2.4.8 Belastung pflegender Angehöriger

Da davon ausgegangen werden kann, daß die Bewertung des erforderlichen zeitlichen Aufwandes, den die Versorgung eines meist älteren Familienmitgliedes erfordert, in nicht unerheblicher Weise durch die subjektive Wahrnehmung des Pflegenden beeinflußt ist, sollte dessen erlebte Belastung in der Gesamtsituation nochmals gesondert erhoben werden. Sie kann einen Hinweis darauf geben, ob und in welcher Weise hier Zusammenhänge bestehen, die Rückschlüsse auf die Beziehungsdimension und mögliche Gründe für ein nicht bedürfnisadäquates Maß an Hilfe ermöglichen. Mit dem ‘Fragebogen für pflegende Angehörige’ endet jener Teil der Dokumentation, der auf die Befragung bzw. Beobachtung des Verhaltens des Patienten und seines Umfeldes beruht. Er sollte von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nach dem Erstgespräch mit einer entsprechenden Erklärung und einem an die ASG adressierten Rückumschlag übergeben werden.

Bei dem eine Seite umfassenden Fragebogen handelt es sich um eine deutsche Übersetzung des von Kosberg und Mitarbeitern erarbeiteten ‘Cost of Care-Index’ (Kosberg & Cairl 1986; Kosberg, Cairl & Keller 1990). Sie wurde der ASG freundlicherweise von der Universität Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie zur Verfügung gestellt. Verändert wurde lediglich die Reihenfolge der Antwortvorgaben, um das Risiko einer zu schnellen Verneinung etwas zu vermindern. Im Gegensatz zum Original steht die Bejahung der Aussage vor deren Negation. Abbildung 4 enthält eine vollständige Wiedergabe der eingesetzten Version. Neben einer relativ guten internen Konsistenz zeichnet sich der Fragebogen insbesondere dadurch aus, daß er an keine umfangreicheren Voraussetzungen gebunden ist und deshalb auch problemlos im Rahmen praxisbezogener Forschungsprojekte einsetzbar ist (Deimling 1994). Den Fragen geht eine kurze Erklärung über den Sinn und Zweck der Erhebung verbunden mit der Zusicherung der Wahrung der Anonymität der Angaben voraus. Ihr folgen 20 Einzelaussagen über mögliche negative Auswirkungen der Pflegesituation, die von dem Befragten danach beurteilt werden sollen, inwieweit sie mit seinem Erleben übereinstimmen. Die Antwortvorgaben bilden eine vierstufige Ordinalskala mit den Eckwerten ‘trifft ganz zu’ und ‘trifft gar nicht zu’.

Abbildung 4: Belastungsfragebogen für pflegende Angehörige

Fragebogen für pflegende Angehörige		Personen-Kennzeichen			
Beziehung zum Pflegebedürftigen _____ (z.B. Tochter, Ehefrau, Ehemann, Freund/in)		Datum: ____ ____ 19			
<p>Wir alle wissen, daß die Versorgung oder Pflege eines älteren Menschen (z.B. des Ehepartners oder eines Elternteils) zu Hause für die pflegenden Angehörigen häufig Mühe erfordert. Dies ist auch so, wenn man sich gerne um das erkrankte Familienmitglied kümmert. Mit Hilfe der folgenden Feststellungen können Sie angeben, welchen Einfluß die Versorgung eines erkrankten älteren Familienmitgliedes auf Sie persönlich hat.</p> <p>Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt. Wenn Sie wollen, können Sie den Fragebogen direkt an die Universität Kassel (ASG) senden. Wir hoffen, durch Ihre Angaben Versorgungsmängel aufdecken zu können, um Anregungen für den Aufbau eines entsprechenden Angebots geben zu können. Herzlichen Dank für Ihre Hilfe!</p>					
Ich habe das Gefühl ...		trifft ganz zu	trifft teilweise zu	trifft kaum zu	trifft gar nicht zu
01.	..., daß es keinen Nutzen hat, wenn ich mich dem Hilfs- oder Pflegebedürftigen zuwende.				
02.	..., daß der Hilfs- oder Pflegebedürftige zu viel von mir verlangt.				
03.	..., daß meine Gesundheit oder die meiner Familie leidet.				
04.	..., daß ich nicht mehr genügend Zeit für mich selbst habe.				
05.	..., daß ich auf meine Ersparnisse zurückgreifen muß, die eigentlich für andere Dinge gedacht waren.				
06.	..., daß es nichts nützt, wenn ich mich um die Gesundheit des Hilfs- oder Pflegebedürftigen kümmere.				
07.	..., daß der Hilfs- oder Pflegebedürftige versucht, mich zu beeinflussen.				
08.	..., daß mein Appetit leidet.				
09.	..., daß meine Familie belastet ist.				
10.	..., daß meine Familie und/oder ich uns wegen der hohen Kosten für die Pflege nichts anderes mehr leisten können.				
11.	..., daß der normale Tagesablauf in meinem Haushalt gestört ist.				
12.	..., daß meine Familie und/oder ich viel Ärger haben.				
13.	..., daß es nichts nützt, wenn ich die Bedürfnisse des Hilfs- oder Pflegebedürftigen erfülle.				
14.	..., daß ich körperlich erschöpft bin.				
15.	..., daß meine Familie und/oder ich uns die „kleinen Extras“ wegen der hohen Kosten für die Pflege nicht mehr leisten können.				
16.	..., daß der Hilfs- oder Pflegebedürftige unnötige Wünsche an mich				
17.	..., daß es keinen Nutzen hat, wenn ich dem Hilfs- oder Pflegebedürftigen Gesellschaft leiste.				
18.	..., daß ich ängstlich geworden bin.				
19.	..., daß Freunde nicht mehr zu mir nach Hause kommen.				
20.	..., daß die Versorgung des Hilfs- oder Pflegebed. zu viel Geld kostet.				

Nach Angaben der Testkonstrukteure repräsentieren die Items fünf voneinander unabhängige theoretische Dimensionen mit folgenden inhaltlichen Schwerpunkten (Kosberg & Cairl 1986; Kosberg, Cairl & Keller 1990):

1. Einschränkungen im persönlichen und sozialen Bereich (Fragen Nr.: 4, 9, 11 und 19),
2. Probleme im körperlichen und emotionalen Bereich (Fragen Nr.: 3, 8, 14 und 18),
3. Einschränkungen in finanzieller Hinsicht (Fragen Nr.: 3, 10, 15 und 20),
4. Resignation oder Zweifel an der Sinnhaftigkeit der Pflege (Fragen Nr.: 1, 6, 13 und 17),
5. Konflikte mit dem Kranken oder Pflegebedürftigen (Fragen Nr.: 2, 7, 12 und 16).

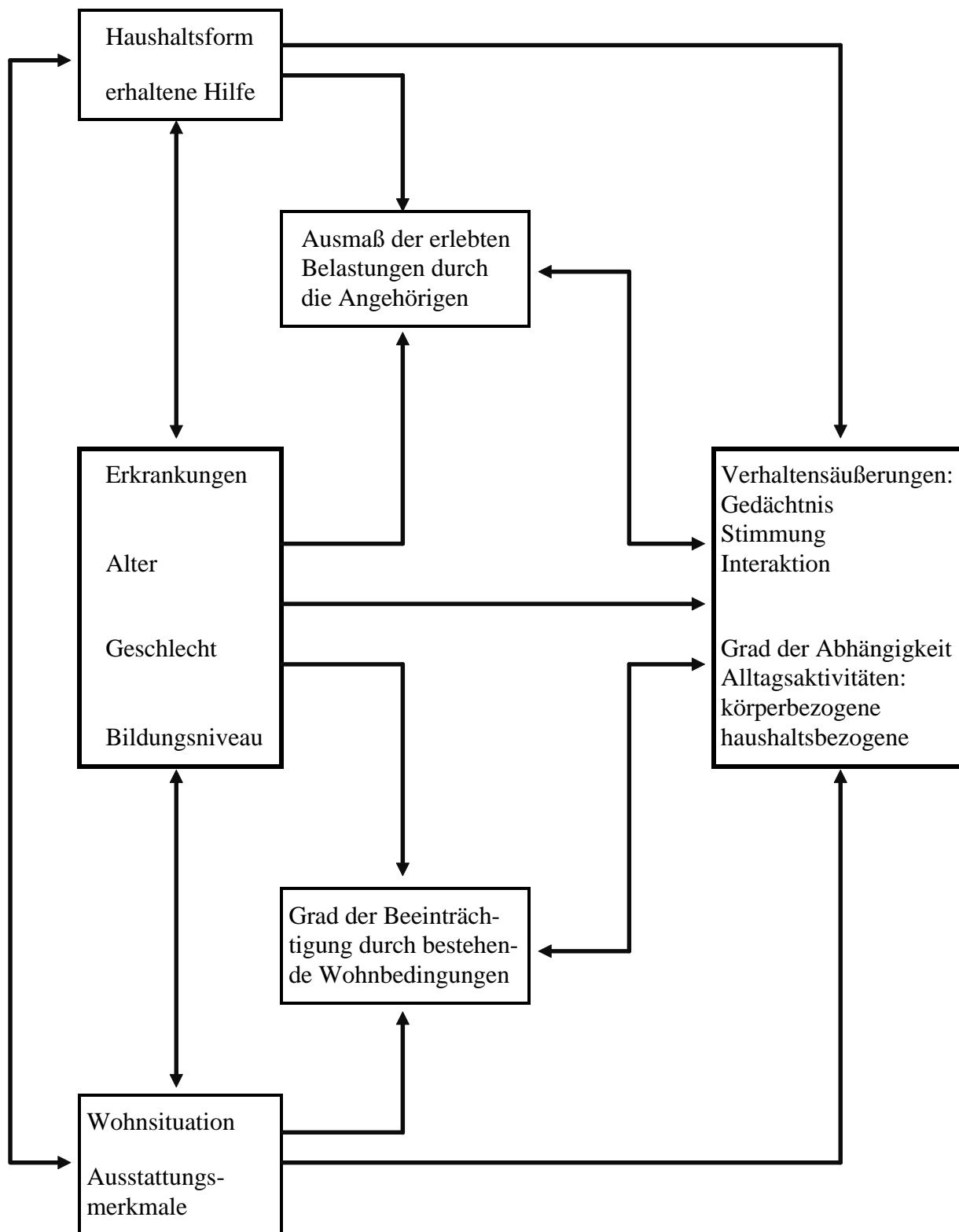
Eine Überprüfung der inhaltlichen Zusammengehörigkeit der Items mittels einer Faktorenanalyse ergab hier eine in einigen Bereichen abweichende Lösung. Bei Vorgabe von fünf zu unterscheidenden Dimensionen laden lediglich die vier Statements zur Kennzeichnung der finanziellen Situation und jene, durch die eine resignative Haltung gegenüber der Pflegesituation zum Ausdruck gebracht wird, theoriekonform auf je einem gemeinsamen Faktor. Noch vergleichsweise gut lässt sich auch der Bereich ‘Konflikte mit dem Gepflegten’ replizieren, der allerdings nur von dreien der vorgesehenen vier Operationalisierungen gebildet wird. Der Umstand, ob die Bezugsperson oder deren Familie ‘viel Ärger haben’, wird von den Betroffenen eher in Zusammenhang mit anderen Beeinträchtigungen des Familienlebens gesehen. Neben der Einschätzung der allgemeinen und gesundheitlichen Belastung der Familie entfallen auf diesen Faktor noch die Angaben über Störungen des Tagesablaufs und der Restriktion des zeitlichen Freiraumes des Pflegenden. Die letzte Dimension lässt sich verbal am besten als ‘psychosoziale Probleme’ beschreiben. Sie enthält die Angaben über den körperlichen Erschöpfungszustand, Appetitlosigkeit, erlebte Ängstlichkeit und Einschränkungen bei außerfamiliären Kontakten. Im Überblick ergeben sich folgende übergeordnete Bereiche:

1. Belastungen in Bezug auf das familiäre Zusammenleben (5 Items)
(Fragen-Nr.: 3, 4, 9, 11 und 12),
2. Auswirkungen im psychosozialen Bereich (4 Items)
(Fragen-Nr.: 8, 14, 18 und 19),
3. Konflikte mit dem Pflegebedürftigen (3 Items)
(Fragen-Nr. 2, 7, und 16),
4. Resignation oder Zweifel an der Sinnhaftigkeit der Pflege (4 Items) (wie oben),
5. Einschränkungen in finanzieller Hinsicht (4 Items) (wie oben).

Wie bei den anderen gebildeten Summationsskalen wurde auch hier eine Normierung zum Ausgleich der ungleichen Itemzahlen durchgeführt. Die daraus resultierenden Variablen umfassen jeweils die Ausprägungen ‘keine’, ‘leichte’, ‘deutliche’ und ‘starke’ erlebte Belastungen. Da die Sicherung der häuslichen Versorgung durch entsprechende familiäre Hilfeleistungen außerdem eines der Hauptziele der Modellprojekte darstellt, ist der ‘Belastungsfragebogen für pflegende Angehörige’ Bestandteil der Wiederholungserhebung. Er dient der Evaluation der therapeutischen und sozialarbeiterischen Leistungen, die direkt oder indirekt auf den Erhalt und die Förderung der Ressourcen des sozialen Umfeldes gerichtet sind. Auf der anderen Seite bietet eine vergleichende Auswertung der Daten der Pflegenden nach Alter, Geschlecht und Stellung in der Generationsfolge die Möglichkeit, ein auf die unterschiedlichen Bedürfnisse verschiedener Gruppen von Helfern abgestimmtes Unterstützungsangebot zu erarbeiten (Link & Toenies 1995).

2.5 Überblick über die Variablenstruktur und Design

Faßt man die bislang im einzelnen dargestellten, in der patientenbezogenen Dokumentation erfaßten, inhaltlichen Bereiche zusammen, so bilden die Unterschiede im alltäglichen Verhalten der im Rahmen der Modellprojekte versorgten älteren Menschen das zu erklärende Phänomen (vgl. Abbildung 5). Im Falle der vorliegenden Untersuchung sind dies das Ausmaß der Inanspruchnahme fremder Hilfe bei der Ausführung körper- und haushaltsbezogener Alltagsverrichtungen und die Häufigkeit verbaler und nonverbaler Verhaltensakte, die auf kognitive, emotionale und / oder soziale Probleme des älteren Menschen verweisen. Im Rahmen ökologischer Modelle stellen diese das Ergebnis eines komplexen Wechselwirkungsprozesses dar, in den bereichsspezifische personale und umweltliche Merkmale eingehen. Im Hinblick auf die gewählten Outcome-Variablen sind dies neben den vorliegenden Erkrankungen auf Seiten des älteren Menschen die materiellen und sozialen Gegebenheiten seines direkten, d.h. häuslichen Umfeldes. Es wurde versucht, beide außerhalb des Individuums liegenden Einflußgrößen sowohl auf der Ebene objektiv bestehender Bedingungen, d.h. solcher, für die eine relativ gute intersubjektive Übereinstimmung zu erzielen ist, als auch solcher, die eher subjektiver Natur sind, zu erfassen. Bei letztgenanntem handelt es sich um Aussagen, die Bewertungen des Befragten enthalten und damit sowohl auf die Situation als auch auf deren individuelle Auswirkungen und Verarbeitung rekurrieren. Da es sich hierbei um relationale Beurteilungen der gegebenen Situation handelt, sollten sie einen direkteren Bezug zu den als abhängige Variablen erhobenen Verhaltensdaten aufweisen.

Abbildung 5: Struktur der Interdependenz der Variablengruppen

Nach dem derzeitigen Wissensstand auf empirischer und theoretischer Ebene ist davon auszugehen, daß die verschiedenen, in die Erhebung einbezogenen Variablengruppen nicht unabhängig voneinander wirksam sind. So bestehen zwischen den beiden objektiven Erhebungen zur sozialen und materiell-räumlichen Umwelt ebenso inhaltlich bedeutsame Querverbindungen wie zwischen den Merkmalen der Person und ihren Lebensbedingungen. Die vermuteten vielfältigen korrelativen Zusammenhänge machen es erforderlich, auf Verfahren und mathematische Modelle zurückzugreifen, die diesem Umstand Rechnung tragen.

2.6 Statistische Verfahren

Relative Einigkeit besteht darüber, daß es bei Analysen, die auf der Grundlage ökologischer Modellannahmen basieren, nicht um einfache Kausalbeziehungen geht, sondern um die Ermittlung und Identifikation unterschiedlicher Zusammenhangsmuster zwischen einer Vielzahl von im Alltag wirksamen Bedingungen (Kaminski 1992; Lehr 1988; Olbrich 1995; Thomae 1987b). Für die Bestimmung struktureller Verbindungen werden zwischenzeitlich eine Reihe relativ komplexer, multivariater Verfahren angeboten, die unter dem Begriff des ‘general structural equation modeling’ (Müller 1996) zusammengefaßt werden. Sie basieren auf einer Kombination der Berechnungen, die für die Durchführung von multipler Regressions- und theoriegeleiteten Formen der Faktorenanalyse erarbeitet wurden. Im allgemeinen setzen sie für einen effektiven Einsatz das Vorhandensein begründeter und vergleichsweise dezidierter theoretischer Kenntnisse der interdependenten Abhängigkeiten voraus. Sind diese nicht gegeben, so ist jedes rechnerisch ermittelte Modell nur eines von einer nicht bestimmbarer Anzahl von ebenfalls möglichen (Jöreskog 1971; Mutran 1989; Sörbom 1974).

Die Güte der Übereinstimmung zwischen den Ausgangsdaten und den rechnerisch bestimmten strukturellen Zusammenhängen sagt also noch nichts über deren Validität aus. Eine Interpretation der ermittelten Ergebnisse im Rahmen ökologischer Modelle zur Erklärung unterschiedlicher Lebensbedingungen älterer Menschen wird dabei durch den Umstand erschwert, daß diese bislang noch nicht den erforderlichen Grad an Expliziertheit aufweisen. Beide Bedingungen, die Unbestimmtheit der rechnerischen Lösung und der Mangel an Kriterien für deren Bewertung, führten dazu, auf den Einsatz komplexer mathematischer Verfahren im Rahmen der vorliegenden Arbeit zu verzichten. Zusätzlich gestützt wurde diese Entscheidung durch den Umstand, daß ein Großteil der erhobenen Daten die erforderlichen Voraussetzungen im Hinblick auf Verteilung, Varianzhomogenität, Unabhängigkeit, Linearität und Additivität des Zusammenwirkens nicht erfüllen (Bargel, Kuthe & Mundt 1977; Bechtel 1987; Cun-

ningham 1978; Horn & Macardle 1980; Müller 1996; W. Oswald, Rupprecht, Hagen, et al. 1990). Dies gilt auch für den Einsatz faktorenanalytischer Verfahren, sofern diese über die Reduktion der vorhandenen Daten hinausgehen und zur Bestimmung und Trennung von quantitativen und qualitativen Unterschieden zwischen Gruppen und / oder Erhebungszeitpunkten, verwandt werden (P.B. Baltes & Nesselroade 1973; Buss 1974; Corballis 1973; Nesselroade 1990; Schaie 1973).

Bei dem derzeitigen Stand der Theoriebildung und dem Fehlen einer umfassenden empirischen Datenbasis scheint es angebrachter zu sein, zunächst eine hinreichende Anzahl eher deskriptiv angelegter Untersuchungen durchzuführen (Kaminski 1978; Wahl & Saup 1994; Wahl 1989a). Sie dienen der Beschreibung der bestehenden Beziehungen zwischen verschiedenen als relevant erachteten Einflußfaktoren, die in einem bestimmten Bereich für eine ausgewählte Population von Bedeutung sind. Ziel ist es, eine Typologie zu erarbeiten, die aus einer bestimmten Anzahl von Elementen besteht, die durch unterschiedliche Muster von Variablenausprägungen gekennzeichnet sind. Ihr Erklärungswert liegt zwischen der einer Einzelfallanalyse und universellen Gesetzesaussagen, indem sie sich auf Gruppen von Personen und / oder Merkmalen beziehen (Bertram 1982; Bronfenbrenner 1988; Jüttemann 1990a; Petzold & Petzold 1992; Straub 1990; Winkel 1987). Als Vorgehensweise hat Jüttemann (1990b; 1995) eine komparative Kasuistik vorgeschlagen. Durch die Analyse und den Vergleich individueller Daten sollen Konstellationen von Bedingungen identifiziert werden, die zu ähnlichen Verhaltens- und Erlebnisweisen führen. So überzeugend dieser Ansatz im ersten Moment ist, so findet er seine Grenzen dort, wo die untersuchte Population eine größere Anzahl von Einzelfällen umfaßt.

Für die Beschreibung und Analyse der erhobenen Daten kommen deshalb recht unterschiedliche methodische Vorgehensweisen zur Anwendung. Sie umfassen sowohl die Auswertung individueller Antwortmuster als auch verschiedene Parameter zur Beschreibung der Stichprobe. Sofern komplexere statistische Verrechnungen erfolgen, wurde so weit als möglich auf Verfahren zurückgegriffen, die relativ geringe Anforderungen an die Struktur der Ausgangsdaten stellen. Alle Berechnungen erfolgten mit der PC-Version (6.1) von SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

3 Ergebnisse

Die Ergebnisse gliedern sich der Art der Erhebung folgend in zwei Blöcke. Im ersten wird es schwerpunktmäßig darum gehen, eine Beschreibung der Stichprobe zu geben, die von einem bestimmten Teil älterer, auf dem Lande lebender Menschen gebildet wird, nämlich jenen, die die unterschiedlichen Formen ambulanter Versorgung nutzen.

Nicht berücksichtigt werden bei den nachfolgenden Ausführungen die zahlreichen patientenbezogenen Datensätze, die als verkürzte Version bei weniger als drei Hausbesuchen seitens der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Modellprojekte und im Falle ‘reiner’ Behandlungspflege seitens der beteiligten Pflegekräfte zu führen waren. Bei den Sozialarbeiterinnen lag der Anteil kürzerer Informations- und Beratungsgespräche sehr hoch, so daß die nachfolgend dargestellten Ergebnisse deren Einsatz- und Tätigkeitsfeld nicht vollständig widerspiegeln können. Abgebildet wird lediglich der Teilbereich längerfristiger Betreuungen, die in Form eines umfangreichen Case-Managements erbracht wurden (Hannig, Stemmer & Link 1996). In die Analyse einbezogen wurden alle Dokumentationen aus beiden Modellprojekten, die eine vollständige Erhebung der Ausgangslage umfaßten. Ihre Anzahl ist mehr als doppelt so groß wie die jener Fälle, für die darüber hinausgehend mindestens eine Wiederholungserhebung durchgeführt wurde. Ungeachtet der Gründe, die zu den doch recht zahlreichen Ausfällen beim zweiten Teil der Dokumentation beigetragen haben, dürfte der deutlich größere Umfang an Personen, die zum ersten Zeitpunkt erfaßt wurden, für eine bessere Repräsentativität der Stichprobe sorgen.

Die korrespondierende Grundgesamtheit bilden auf dem Lande lebende Senioren und Senioreninnen, die in ihrer Häuslichkeit professionelle Unterstützung erhalten. Im Sinne einer Querschnittsanalyse sollen die Lebensbedingungen dieser älteren, auf fremde Hilfe angewiesenen Menschen dargestellt und erste Zusammenhänge zwischen den verschiedenen, erhobenen Merkmalskomplexen herausgearbeitet werden. Hierzu gehört eine detaillierte Analyse des Musters an Abhängigkeit bei den verschiedenen regelmäßig wiederkehrenden Tätigkeiten ebenso wie deren Verbindung zu Erkrankungsformen, der Ausstattung der Wohnung und der sozialen Situation der betroffenen Personen. Außerdem soll versucht werden, einen ersten Einblick in jene Interdependenzen und Strukturen zu gewinnen, die in Verbindung zu unterschiedlichen Mustern an Fähigkeitsstörungen, Stimmungen und Interaktionen stehen.

Jene Dokumentationen, die neben den Angaben des ersten Blockes Daten von ein bis zwei weiteren Erhebungszeitpunkten enthielten, werden zur Ergänzung der Auswertungen des ersten Teilschrittes herangezogen. Sie dienen in erster Linie dazu, die Wirkung unterschiedlicher Interventionsformen aufzuzeigen und umfassen Art und Umfang der berufsspezifisch erzielten Veränderungen in den verschiedenen erfaßten Erlebens- und Verhaltensbereichen. Rehabilitation und Maßnahmen zur Optimierung der sozialen und materiellen Bedingungen bilden in dem von M.P. Lawton (1982) vorgeschlagenen ökologischen Modell Einflüsse, die auf die Art der Person-Umwelt-Relation wirken. Von daher wird in einem letzten Analyse schritt versucht, Aufschluß darüber zu erhalten, ob und in welcher Weise sich Konfigurationen von Ausprägungen in den erfaßten Bereichen gewandelt haben .

3.1 Auswertung der Daten der Eingangserhebung

Während der ersten Phase der beiden Modellprojekte wurden im Zeitraum vom 1.1.1994 bis zum 31.12.1996 der wissenschaftlichen Begleitforschung insgesamt 490 patientenbezogene Dokumentationen übermittelt, für die eine umfangreiche Erfassung der Ausgangsbedingungen den Vorgaben gemäß erfolgen sollte. Von diesen mußten aufgrund fehlender größerer Teile der Erhebung 61 von der weiteren Analyse ausgeschlossen werden. Hauptursachen für die Unvollständigkeit der Unterlagen waren zum einen Verständnis- und Organisationsprobleme, zum anderen Unstimmigkeiten darüber, von wem im Rahmen multiprofessioneller Zusammenarbeit die Daten zu erheben waren. Nicht einbezogen wurden außerdem sechs Patienten, die das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten und damit nicht zur anvisierten Zielgruppe von hilfs- oder pflegebedürftigen, älteren Menschen gehörten. Gestützt wurde die Entscheidung durch den Umstand, daß die Krankheitsbilder, die bei diesen noch recht jungen Menschen dazu führten, auf die Unterstützung anderer angewiesen zu sein, sich von denen, die im Alter mit einer vergleichbaren Situation verbunden waren, deutlich unterschieden. Etwas anders verhielt es sich bei jenen 39 Personen, die in die Altersgruppe von 40 bis 59 Jahren fielen. Obwohl es sich bei diesen noch nicht um Senioren und Seniorinnen im engeren Sinne handelte, wurden sie aufgrund der Konstellation von Hauptdiagnosen (Schlaganfälle, neurologische Erkrankungen und Tumorbildungen) bei der Auswertung mit berücksichtigt. Ihr Anteil umfaßte 9,2% der Gesamtstichprobe, so daß der Schwerpunkt der zu beschreibenden Population noch immer eindeutig bei älteren und alten Menschen lag. Zusammengefaßt basieren die nachfolgend dargestellten Ergebnisse auf einer Gesamtzahl von N = 423 vollständig ausgefüllten Dokumentationen.

3.1.1 Zugangswege zu den ambulanten Angeboten

Bestehende Versorgungslücken durch die Implementation neuer Angebote zu schließen, erweist sich im ländlichen Raum als eine bisweilen mühsame Aufgabe. Geringere Besiedlungsdichte und weite Entfernung bilden Rahmenbedingungen, die den Aufbau gängiger zielgruppenorientierter Angebote schon allein aus Kostengründen schwierig machen. Hinzu kommt, daß in ländlich strukturierten Gebieten andere Wertemuster das eigene und das gemeinschaftliche Leben bestimmen. Familiären und verwandtschaftlichen Bindungen kommt eine große Bedeutung zu. Gegenüber ‘öffentlichen’ Formen der Unterstützung besteht eine skeptische Zurückhaltung. Dies gilt auch für professionelle Hilfen, die im Umfeld des Pflegeversicherungsgesetzes stehen. Viele auf dem Lande lebende Menschen sind noch immer davon überzeugt, daß die Versorgung eines alt gewordenen Angehörigen in erster Linie Aufgabe der Familie sei. Die Übergabe der Pflege an fremde Personen widerspricht der gängigen Erwartung und wird von den Angehörigen selbst sehr häufig als persönliches Versagen empfunden. Unter diesen Umständen bedürfen ‘neue’ Angebote einer langen Einführungsphase, in der es zunächst darum gehen muß, von der ländlichen Bevölkerung akzeptiert zu werden. Öffentlichkeitsarbeit, persönliche Kontakte, die Bekanntheit vor Ort und informell vermittelte Empfehlungen bilden einen Teil jener Maßnahmen, die den Zugang erleichtern und fördern können.

Die in die Auswertung einbezogen Dokumentationen stammten zu jeweils annähernd der Hälfte aus den beiden Modellregionen. Aufgeschlüsselt nach den verschiedenen Angebotsformen, entfielen 17,5% von ihnen auf die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der mobilen Rehabilitation und 22% auf das eher beratend ausgerichtete Angebot des sozialen und ergotherapeutischen Teams (SET) im Landkreis Kassel und dem Gebiet um die Stadt Hann. Münden. Bei letztgenanntem mit eingerechnet wurden jene vier Personen, die die längerfristige Hilfe der Informations- und Beratungsstelle in Marburg in Anspruch nahmen, da diese ein relativ analoges Bedarfsspektrum aufwiesen. Der restliche, bei weitem größte Teil wurde von den Bediensteten der assoziierten Einrichtungen der häuslichen Pflege aufgenommen. Mit einer Gesamtzahl von $n = 256$ Datensätzen machten diese 60,5% aller patientenbezogenen Erhebungen aus. Die bestehende Verteilung zugunsten der Pflegekräfte verweist in diesem Fall nicht nur auf den Umstand, daß der Bedarf an ambulanter pflegerischer Unterstützung vergleichsweise groß ist, sondern auch darauf, daß die bereits seit Jahren bestehenden Diakonie- / Sozialstationen für viele zu einem ersten Ansprechpartner geworden waren, wenn es um die Versorgung eines älteren Menschen ging.

In der Regel wurde der Kontakt telefonisch hergestellt. Nur bei knapp einem Viertel kam er auf anderem Wege (Vorsprache im Büro oder durch persönliche Ansprache von bereits betreuten Patienten) zustande. Bezogen auf die Gesamtstichprobe waren es vornehmlich die Angehörigen der Folgegeneration, die sich an die professionellen Helfer wandten. Sie machten fast 30% aller Personen aus, auf deren Initiative hin die verschiedenen Einrichtungen der ambulanten Versorgung tätig wurden. An zweiter Stelle stand mit 16%, also einem deutlichen Abstand, die Anmeldung durch einen behandelnden Arzt. Dann folgten in absteigender Reihenfolge: Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Pflege: 14%; der Ehepartner des auf Pflege angewiesenen (älteren) Menschen: 11%; andere Angehörige: 10%; der Betroffene selbst: 7%; der Soziale Dienst des Krankenhauses: 6% und andere Personen und Einrichtungen mit 6%. Der Kategorie ‘andere’ wurden auch jene wenigen Ausnahmefälle zugeordnet, in denen die Einschaltung professioneller Hilfsdienste durch öffentliche Behörden und Ämter oder durch Nachbarn, Freunde und Bekannte geschah. Faßt man die Mitglieder der verschiedenen Hilfesysteme in entsprechende übergeordnete Gruppierungen zusammen, so ergeben sich die aus Tabelle 6 zu entnehmenden Anteile.

Tabelle 6: Verteilung der Anmeldung der Patienten nach Versorgungssystemen

Angehörige des ...	an die ambulanten Dienste gemeldete Personen	
	Anzahl	prozentualer Anteil
informelles Netzes (Kinder, Ehepartner, andere Angehörige, Nachbarn)	n = 241	56,97%
medizinischen Systems (Ärzte, Pflegekräfte, Soz. Dienst des Krankenhauses, Therapeuten)	n = 152	35,93%
sozialen Systems (Mitarbeiter in Behörden, Ämtern, offenen Altenhilfe, andere)	n = 20	4,73%
keine Angabe	n = 10	2,37%
insgesamt	N = 423	100,00%

Etwas anders stellt sich die Situation dar, wenn man eine Trennung nach den verschiedenen Versorgungsformen vornimmt, wobei insbesondere der Zugang zu den neuen Angeboten von Interesse ist. Vor allem während der ersten Monate wurden viele Patienten von den Pflegekräften an die Modellprojekte vermittelt. Dies traf auf 22% der Patienten des mobilen Rehabilitationsteams und knapp 26% der von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Kasseler Modells betreuten älteren Menschen zu. Die Anteile, die auf Angehörige des informellen Netzes entfielen, lagen mit 40% und 36% entsprechend niedriger als bei den Einrichtungen der häuslichen Pflege, wo sie knapp drei Viertel aller Kontaktaufnahmen ausmachten. Direkt von Angehörigen des medizinischen Systems wurden erwartungsgemäß am ehesten die mobil tätigen Therapeuten in Marburg eingeschaltet. Bei ihnen wurde auf diesem Wege in 32% der Fälle der Zugang zu den Patienten hergestellt. Die vergleichbaren Anteile lagen bei den Sozialarbeiterinnen und Ergotherapeutinnen von SET und den Pflegekräften bei jeweils etwa 26%.

Wenn es darum geht, einen Indikator für die Akzeptanz der neuen Angebote zu bestimmen, so kommt neben der Frage, wer den Kontakt zu den neuen Versorgungsformen aufgenommen hat, dem Umstand, woher diese Person von diesen wußte, ein eigener Erkenntniswert zu. Erfäßt werden die Informationswege, die zur Bekanntheit und damit potentiellen Nutzung der bereitgestellten Leistungen führen. Im wesentlichen handelt es sich um zwei Systeme, denen eine wichtige Vermittlerrolle bei der Inanspruchnahme professioneller Hilfen zukommt: das familiäre oder informelle Netz der betroffenen älteren Menschen und das Gesundheitssystem. Auf die Mitglieder dieser beiden Gruppen entfielen mit einer Gesamtzahl von $n = 357$ mehr als 91% aller validen Angaben, die zu der Frage, durch wen oder was man auf das Angebot aufmerksam wurde, vorlagen. Für sie ergaben sich die in Tabelle 7 zusammengestellten Verteilungen für die Bedeutsamkeit, die unterschiedlichen Maßnahmen zur Förderung des Wissens um die verschiedenen ambulanten Angebote zukommt.

Für Familienangehörige, Nachbarn, Freunde und Bekannte stellte die wichtigste beratende Instanz für die Inanspruchnahme professioneller Dienste der behandelnde Arzt, in selteneren Fällen auch andere Angehörige des medizinischen Systems, dar. Auf ihre Empfehlung hin erfolgten mehr als 39% aller Kontaktaufnahmen von Angehörigen des informellen Netzes. Einen in dieser Hinsicht nicht zu unterschätzenden Einfluß haben darüber hinaus die Mitglieder des weiteren Bekanntenkreises. Mund-zu-Mund-Propaganda, der Informationsaustausch innerhalb der dörflichen Gemeinschaft und die Erfahrung von Personen in vergleichbaren Situationen bildeten bei einem weiteren Viertel der Betroffenen den Hintergrund dafür, sich an

die verschiedenen Einrichtungen zu wenden. Eine demgegenüber vergleichsweise geringe Wirkung hatten dagegen die vielfältigen Aktivitäten im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit.

Ganz anders verhielt es sich bei den Mitgliedern des Gesundheitssystems. Im Gegensatz zu den Angehörigen des familiären Umfeldes gaben die Ärzte, die den Kontakt zu den ambulanten Diensten herstellten, zu knapp 37% an, über Mitteilungsblätter, Broschüren, Veranstaltungen aber auch durch persönliche Gespräche mit den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Einrichtungen von diesen Kenntnis erhalten zu haben. An zweiter Stelle stand für die Angehörigen des medizinischen Systems der Austausch mit Kollegen und Kolleginnen, durch die entsprechende Informationen bei einem weiteren Drittel transportiert wurden.

Tabelle 7: Verteilung der Anteile der Informationsquellen bei Angehörigen des informellen Netzes und Mitarbeitern des medizinischen Systems

Informationsquelle	Angehörige des informellen Netzes (n = 232)	Mitarbeiter des medizinischen Systems (n= 125)
Maßnahmen im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit	16,0%	36,8%
Angehörige des informellen Netzes	26,7%	2,4%
Angehörige des medizinischen Systems	39,2%	35,2%
andere Informationsquellen	18,1%	25,6%
insgesamt	100,0%	100,0%

Faßt man die bisherigen Ausführungen zur Förderung der Akzeptanz der Bevölkerung ländlich strukturierter Gebiete gegenüber professionellen Formen der Unterstützung zusammen, so erfolgt ein Großteil des Transfers des hier bestehenden Wissens über die Vermittlung von Schlüsselpersonen. An erster Stelle stehen die Hausärzte, die für viele ihre Patienten Autoritätsperson und Ansprechpartner für ein breites Spektrum an ‘Lebensfragen’ gleichzeitig sind. Sie zu erreichen und von der Sinnhaftigkeit der neuen Angebote zu überzeugen, dürfte eine der zentralen Aufgaben sein, die im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit zu leisten ist. Auf der

anderen Seite ist es wichtig, daß die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der verschiedenen Dienstleistungseinrichtungen vor Ort präsent sind. Damit erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, zum Gesprächsgegenstand nachbarschaftlicher Kontakte zu werden, so daß es sich ‘herumspricht’, daß es diese Hilfen gibt. Die Zufriedenheit der Patienten mit den erhaltenen Leistungen ist hierbei ein weiteres positiv wirkendes Element. Erfolgen entsprechende Rückmeldungen an den behandelnden Arzt, so erhöht sich dessen Bereitschaft, das Angebot weiterhin zu empfehlen. Der Effekt der skizzierten Rückkoppelungsprozesse spiegelt sich in der Quote wider, mit der eine Kontaktaufnahme auf Anregung des Arztes erfolgte. Sie lag für die zwischenzeitlich gut etablierten Einrichtungen der häuslichen Pflege nahezu doppelt (Familienmitglieder) bis drei mal so hoch (andere Angehörige des medizinischen Systems) wie bei den beiden Modellprojekten.

Die Inanspruchnahme der unterschiedlichen ambulant erbrachten Unterstützungsformen erfolgte meist auf dem Hintergrund einschneidender Veränderungen der allgemeinen Lebensbedingungen. Den bei weitem häufigsten Anlaß bildete eine Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes des betroffenen älteren Menschen, sei es als Folge einer Akuterkrankung oder eines chronisch verlaufenden Prozesses, bei dem ein ‘kritisches’ Stadium erreicht wurde. Nicht selten war es eine Krankenhausbehandlung, die zu einem Bruch im Alltagsgeschehen führte und die bisher bestehende Normalität auflöste. In dieser Situation fühlten sich viele Angehörige überfordert und waren nun, nachdem ihre persönlichen Möglichkeiten an ihre Grenzen gelangt waren, bereit, auf fremde Hilfe zurückzugreifen. Innerhalb dieser generellen Tendenz differenzieren sich die Wünsche und Erwartungen, die von den Betroffenen mit der Inanspruchnahme der verschiedenen, im Rahmen der Untersuchung einbezogenen Angebotsformen verbunden waren.

Nochmals unterschieden nach der Gruppe der Betroffenen und deren Hauptbezugsperson aus dem Familienkreis ergaben sich die in Tabelle 8 aufgelisteten Hierarchien von Wünschen. Da für beide Befragten die Möglichkeit zu Mehrfachnennungen bestand, übersteigt die Anzahl der erfaßten Antworten die Größe der jeweiligen Teilpopulationen. Angegeben ist deshalb neben der tatsächlich auf diesen Bereich entfallenden Antworten (in Klammern) der Anteil von Fällen, bei denen sie in der einen oder anderen Form genannt wurden.

Tabelle 8: Erwartungen und Wünsche der Betroffenen an die verschiedenen Versorgungsangebote (n = 355)

Erwartungen und Wünsche an die häusliche Pflege	ausschließlich pflegerische Versorgung (n = 162)	Beratung und psychosoziale Unterstützung (n = 86)	ambulant erbrachte therapeutische Leistungen (n = 107)
Hilfe bei der Körperpflege / Grundpflege	59,9% (n = 97)	15,5% (n = 20)	11,2% (n = 12)
med.-pflegerische Versorgung / Behandlungspflege	25,3% (n = 41)	13,8% (n = 8)	8,4% (n = 9)
Gespräche, Kontakt, Beratung, psychosoziale Unterstützung	21,2% (n = 12)	40,7% (n = 35)	9,3% (n = 10)
Sicherung finanzieller Ansprüche / Grundlagen	0,0% (n = 0)	20,9% (n = 18)	3,7% (n = 4)
Organisation von Hilfen bei der Haushaltsführung	9,9% (n = 16)	20,9% (n = 18)	0,9% (n = 1)
Verbesserung der Mobilität	15,5% (n = 11)	5,8% (n = 5)	51,4% (n = 55)
Förderung der Selbständigkeit im Alltag	2,5% (n = 4)	5,8% (n = 5)	36,4% (n = 39)
Beratung über Hilfsmittelleinsatz / Wohnraumanpassung	2,5% (n = 4)	2,3% (n = 2)	8,4% (n = 10)
Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes	5,6% (n = 9)	5,8% (n = 5)	23,4% (n = 25)
Betroffener konnte / wollte keine Wünsche nennen	17,9% (n = 29)	19,8% (n = 17)	9,3% (n = 10)

Wie an den grau unterlegten Zellen der Tabelle deutlich zu erkennen ist, standen die von den älteren Nutzern geäußerten Erwartungen, die sie an die verschiedenen Formen ambulant geleisteter Unterstützung hatten, in guter Übereinstimmung mit dem, was das jeweilige Tätigkeitsprofil der unterschiedlichen Berufsgruppen ausmachte. Während gegenüber den Pflegekräften mehrheitlich, d.h. von über 85% der Betroffenen der Wunsch nach einer fachkompetenten pflegerischen Versorgung geäußert wurde, gingen die Erwartungen gegenüber den Sozialarbeiterinnen und der gerontopsychiatrischen Fachpflege (nur im Modellprojekt in Marburg) schwerpunktmäßig in Richtung Beratung und Gespräche zur emotionalen Entlastung. 40% der Personen, die die Hilfe von Angehörigen mit den beiden letztgenannten Qualifikationen in Anspruch nahmen, äußerten dahingehende Bedürfnisse. Bei einem etwas kleineren Anteil

(21%) ging es entweder um die Sicherung und Regelung finanzieller Ansprüche oder um die Organisation hauswirtschaftlicher Hilfen, die nicht über das Pflegeversicherungsgesetz abgedeckt werden. Therapeutische Maßnahmen waren in der Regel mit dem Wunsch nach einer Verbesserung der Mobilität verbunden, die ihrerseits in direktem Zusammenhang zu dem Ausmaß an benötigter Hilfe bei den Alltagsverrichtungen steht. Beide Aspekte gemeinsam betrachtet, lag der Anteil bei etwa 88% und zwar unabhängig davon, ob die Leistungen von einer Einzelperson oder einem multiprofessionellen Rehabilitationsteam erbracht wurden.

Die Hoffnung auf eine Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes lässt sich demgegenüber nicht eindeutig einem der verschiedenen Leistungsangebote zuordnen. Offensichtlich bestanden bei Personen, die sich dahingehend äußerten, wenig konkrete Vorstellungen darüber, was mit der Inanspruchnahme der verschiedenen professionell geleisteten Hilfen möglich und erreichbar ist. Die Anteile schwanken entsprechend der Bekanntheit des Angebots zwischen 23,4% im Falle mobiler therapeutischer Leistungen und 5,6% bei der häuslichen Pflege. Bei letzterer ist der Anteil an Patienten, die keine Angaben machen konnten, relativ hoch. Er liegt bei 17,9% und wird nur noch von jener Gruppe älterer Menschen übertroffen, die Hilfe im psychosozialen Bereich benötigten. In beiden Fällen handelte es sich offensichtlich um Patienten, die in körperlicher, kognitiver oder psychischer Hinsicht schwerwiegende Fähigkeitsstörungen aufwiesen.

Trotz der deutlichen Konkordanz zwischen Leistungsangebot und darauf bezogenen Erwartungen der Nutzer, gab es eine Reihe von Antworten, die nicht dem allgemeinen Trend zu folgen schienen. Die in Tabelle 8 erkennbaren Abweichungen sind jedoch größtenteils auf die multiprofessionelle Anlage beider Modellprojekte zurückzuführen, durch die die Möglichkeit gegeben war, verschiedene Arten von Hilfen gleichzeitig in Anspruch zu nehmen. Eine Beratung und die Regelung finanzieller Belange durch die Sozialarbeiterin konnte zeitgleich oder zeitlich versetzt zu therapeutischen und / oder pflegerischen Leistungen erfolgen.

Im Vergleich zu den von den älteren Menschen selbst geäußerten Wünschen und Erwartungen wurden die der Angehörigen gemeinsam von dem Bedürfnis nach Entlastung getragen, die bei den verschiedenen Unterstützungsformen eine jeweils andere Akzentuierung erfuhren (vgl. Tabelle 9). Von den Pflegekräften wurde mehrheitlich (in 72% der Fälle) eine direkte Hilfestellung bei der körperbezogenen Versorgung erwartet. Diese konnte sowohl einzelne Teilbereiche umfassen als auch eine vollständige Übernahme durch professionelle Helfer. Letzteres

(in etwas mehr als 20% der Fälle) trat meist dann ein, wenn Angehörige vorübergehend oder dauerhaft für diese Aufgabe nicht zur Verfügung standen. Unter diesen Bedingungen konnte die Organisation und Koordination bedarfsgerechter Leistungen zu einer Aufgabe der Sozialarbeiterinnen beider Modellprojekte werden. Der Wunsch nach der Durchführung dieses als Care-Management bezeichneten Prozesses wurde von 26% der befragten Familienmitglieder an diese Berufsgruppe herangetragen. Einen kaum darunter liegenden Anteil nehmen die Bereiche: ‘Information und Beratung’, ‘Unterstützung in emotionaler Hinsicht’ und die ‘Regelung finanzieller Belange’ ein. Gegenüber den Therapeuten dominiert die Erwartung einer Verbesserung der funktionalen Fähigkeiten des Gepflegten (in knapp 60% der Fälle). Je mehr dieser mithelfen kann, desto leichter wird es für die pflegenden Angehörigen, die Versorgung sicherzustellen.

Tabelle 9: Erwartungen und Wünsche der Angehörigen an die verschiedenen Versorgungsangebote (n = 303)

Erwartungen und Wünsche an die häusliche Pflege	ausschließlich pflegerische Versorgung (n = 151)	Beratung und psychosoziale Unterstützung (n = 61)	ambulant erbrachte therapeutische Leistungen (n = 90)
Entlastung und Hilfe bei der Pflege	71,9% (n = 123)	37,7% (n = 23)	27,8% (n = 25)
Sicherstellung der Versorgung des Angehörigen	20,5% (n = 31)	26,2% (n = 16)	7,8% (n = 7)
Information und Beratung	11,3% (n = 17)	24,6% (n = 15)	20,0% (n = 18)
Unterstützung im psychisch-emotionalen Bereich	6,6% (n = 10)	24,6% (n = 15)	7,8% (n = 7)
Hilfe bei der Regelung finanzieller Angelegenheiten	0,0% (n = 0)	20,9% (n = 18)	1,1% (n = 1)
Förderung der Selbständigkeit des Betroffenen	5,3% (n = 8)	6,6% (n = 4)	58,9% (n = 53)
Beratung über Hilfsmittelleinsatz / Wohnraumanpassung	2,0% (n = 3)	1,6% (n = 1)	7,8% (n = 7)
Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung	0,0% (n = 0)	3,3% (n = 2)	0,0% (n = 0)
Angehöriger konnte / wollte keine Wünsche nennen	4,0% (n = 6)	6,6% (n = 4)	5,6% (n = 5)

3.1.2 Beschreibung der Stichprobe

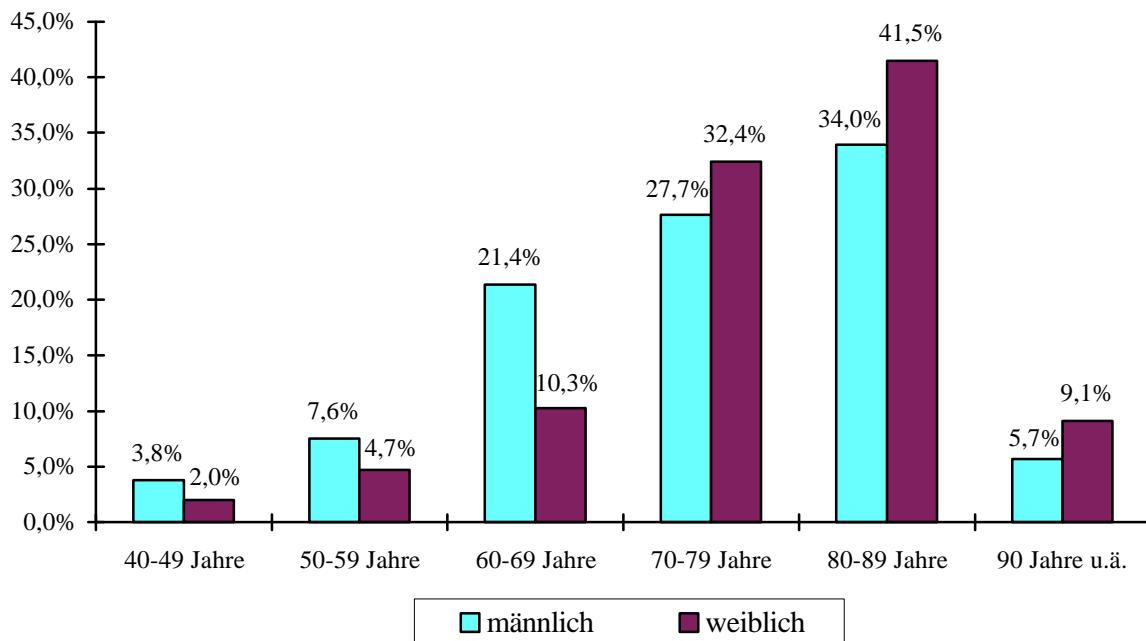
Nach der Darstellung der Wege, die zur Kontaktaufnahme mit den ‘neuen’ Angeboten führten, sollen deren Nutzer und Nutzerinnen nachfolgend beschreiben werden. Da es zunächst darum gehen wird, einen Überblick über jene Teilpopulation älterer Menschen zu geben, die in ihrer Häuslichkeit versorgt wird, werden im folgenden Abschnitt auch jene Patienten mitberücksichtigt werden, für die von den assoziierten Diakonie- / Sozialstationen entsprechende patientenbezogene Dokumentationen geführt wurden. Sie tragen deutlich zur Vergrößerung des Datensatzes bei und ermöglichen es vielfach erst, hinreichend differenzierte Analysen zur Bestimmung der verschiedenen im Rahmen ökologischer Modelle postulierten Zusammenhänge durchzuführen. Bei der Auswertung der kleineren Längsschnitterhebung wird es dann darum gehen, Auswirkungen der verschiedenen Interventionsformen auf das System gegebener Lebensbedingungen herauszuarbeiten. Die ausschließlich von den Pflegekräften versorgten, älteren Menschen werden in diesem Fall als natürliche Kontrollgruppe herangezogen. Sie bilden die Vergleichsbasis für die Wirksamkeit der verschiedenen durch die Modellprojekte realisierten Angebote.

3.1.2.1 Demographische Daten

Die von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der beiden Modellprojekte und den beteiligten Pflegekräften erfaßte Population erreichte ein Durchschnittsalter von 76,2 Jahren, wobei das Mindestalter bei 40 Jahren lag und die älteste Patientin bereits im 96. Lebensjahr stand. Mit einem Altersunterschied von 56 Jahren wurde dabei eine fast zwei Generationen umfassende Spannbreite erreicht. Den Schwerpunkt der Verteilung bildeten mit einem Anteil von knapp 39% die 80-89jährigen. Nimmt man die 90 Jahre und Älteren mit hinzu, so waren der Gruppe der Hochaltrigen fast die Hälfte der erfaßten, auf ambulante Hilfen angewiesenen Menschen zuzurechnen. Ein weiteres knappes Drittel machten Personen aus, die im siebten Lebensjahrzehnt standen. Danach nimmt die Häufigkeit kontinuierlich ab, die Anteile für die 60-69jährigen und jener, die das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, lagen bei 15% respektive 9%. Wie in allen gerontologischen Studien überwogen auch hier die Frauen. Sie machten mehr als 61% der Stichprobe aus. Unterteilt in Zehnjahresintervalle ergaben sich die in Abbildung 6 dargestellten Altersverteilungen für die Angehörigen der beiden Geschlechter.

Abbildung 6: Verteilung der Altersgruppen getrennt nach Geschlechtszugehörigkeit

(Gesamtzahl aller validen Angaben: N = 412)
 (männlich: n = 159, weiblich: n = 253)

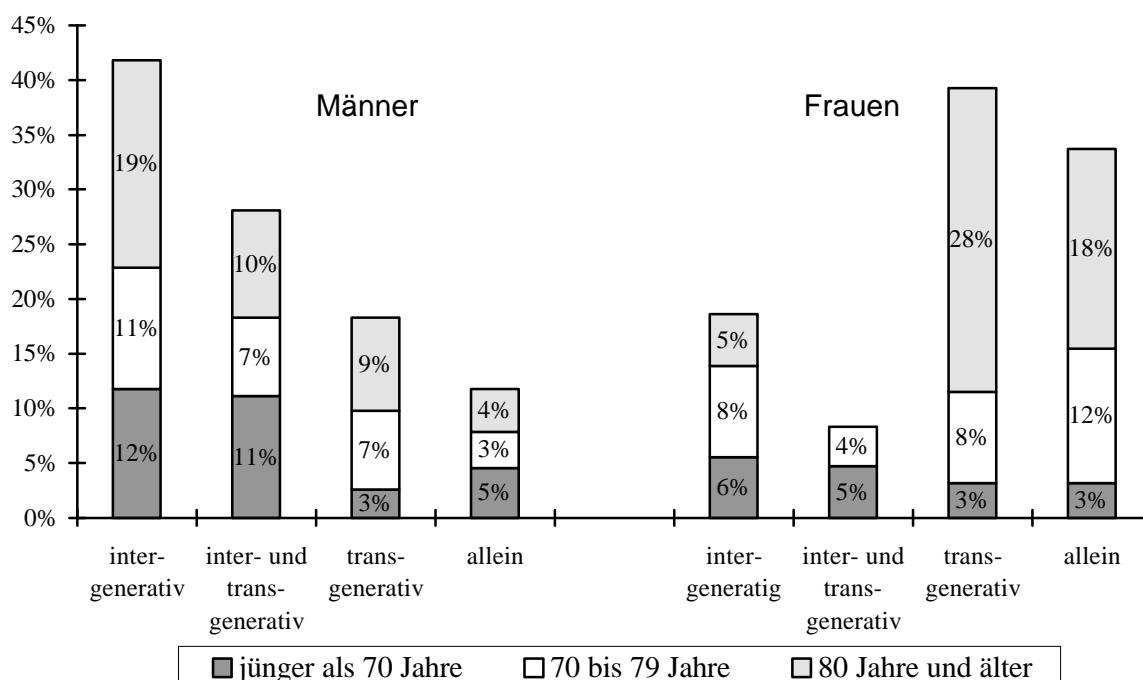


Männer, die die Hilfe und Unterstützung anderer Menschen in Anspruch nahmen, waren in den jüngeren Altersgruppen deutlich überrepräsentiert. Bis zu den 70-79jährigen lag der Anteil männlicher Patienten jeweils höher als der der altersgleichen Frauen. Erst nach Vollsiedlung des 70. Lebensjahres kippte die Verteilung und in den nachfolgenden Dekaden überwog der Anteil der Frauen den der Männer. Bedingt durch die unterschiedlichen Zeitpunkte, zu denen für die beiden Geschlechter Abhängigkeit einsetzte, dominierten je andere Formen von Lebens- oder Hausgemeinschaften. Bezogen auf die Gesamtstichprobe lebten knapp drei Viertel aller älteren Menschen mit Angehörigen der gleichen oder der folgenden Generation zusammen. In 16% der Fälle umfaßte die Lebensgemeinschaft den Ehepartner und in der Regel erwachsene Kinder mit deren Familien. Hier bestanden noch größere familiäre Gemeinschaften, die auf dem Lande bislang nicht in dem Maße unüblich geworden sind wie in städtischen Regionen. Allerdings wiesen diese nicht generell das Muster eines Mehrgenerationenhaushaltes auf, sondern es handelte sich meist um getrennte Wohnungen, die sich innerhalb eines Hauses befanden. Entsprechendes galt auch für jene 31,3% der älteren Menschen, die mit Angehörigen der Folgegeneration zusammenlebten. Kinder, Schwiegerkinder, aber auch bisweilen Nichten und Neffen teilten mit dem Betroffenen zwar das Dach, aber nur selten die

Wohnung. Letzteres traf mehrheitlich nur für jene 27% der ambulant versorgten Bevölkerung zu, die (noch) verheiratet waren und deren Lebensgemeinschaft ausschließlich den Ehepartner umfaßte. Als alleinlebend wurde eine letzte Gruppe bestehend aus etwas mehr als einem Viertel der Patienten eingestuft. Sie verfügten über keine direkten Angehörigen in unmittelbarer räumlicher Nähe, die als Wohnsitz in der gleichen Wohnung oder dem Haus operationalisiert wurde. Dies bedeutete jedoch keinesfalls, daß diese Menschen als sozial isoliert oder vereinsamt zu betrachten waren. Keine Bezugsperson konnten lediglich 2,1% von ihnen nennen. Etwa die Hälfte hatte Kinder, die zu 70% noch innerhalb der dörflichen Gemeinschaft ansässig waren. Bei anderen waren an die Stelle von Familienmitgliedern Angehörige des weiteren informellen Netzes getreten. Nachbarn, Freunde aber auch andere Bekannte, die im gleichen Haus oder in dem daran angrenzenden wohnten, wurden von allein lebenden älteren Menschen ohne Kinder zu 70% als direkte Bezugsperson benannt. Faßt man die Datenlage zusammen, so waren es einschließlich jener acht Personen, die keine Hilfsperson oder Ansprechpartner nennen konnten, insgesamt 36 der erfaßten älteren Menschen, deren Versorgungslage sich als prekär erwies. Bezogen auf die Gesamtstichprobe, für die valide Angaben hierzu vorlagen, machten sie einen Anteil von 8,7% aus.

Abbildung 7: Veränderung der Haushaltsform in Abhängigkeit zum Alter, getrennt nach Geschlechtszugehörigkeit

(Männer: n = 153 / Frauen: n = 252)



Wie aus Abbildung 7 zu entnehmen ist, änderte sich die Verteilung der Wohn- und Haushaltsformen älterer, auf Unterstützung angewiesener Männer nur wenig. Bis ins hohe Alter hinein lebten sie zum überwiegenden Teil mit ihren Ehefrauen oder mit ihr und Angehörigen der Folgegeneration zusammen. Nur jeweils ein kleiner Bruchteil von ihnen (4%) lebte allein.

Anders verhielt es sich bei den Frauen, die ambulante Hilfen in Anspruch nahmen. Für sie war das Älterwerden häufig mit einem Wechsel in der Haushaltsform verbunden. Zwischen dem siebten und achten Lebensjahrzehnt ging der Anteil der Frauen, die mit einem Partner zusammen wohnten, kontinuierlich zurück. Im gleichen Zeitraum vergrößerte sich die Zahl derjenigen Seniorinnen, die allein lebten. Je stärker die eingetretenen funktionalen Einbußen waren, desto eher erfolgte dann als letzter Schritt der Umzug zu einem der Kinder. Der Anteil von Frauen, die mit Angehörigen der Folgegeneration zusammen wohnten, stieg von 3% in der Gruppe der unter 70jährigen auf einen von über 28% bei den Hochaltrigen. Bestand diese Möglichkeit nicht, so waren die betroffenen Frauen verstärkt auf die Inanspruchnahme fremder Hilfen angewiesen. Unter Berücksichtigung der Besonderheiten der vorliegenden Stichprobe ist der hohe Anteil von 18% der auf die Teilgruppe der alleinlebenden, über 80jährige Nutzerinnen entfällt, verständlich.

3.1.2.2 Behandlungsrelevante Erkrankungen

Anzahl und Art der Erkrankungen spielen beim Zustandekommen eines mehr oder weniger umfangreichen Bedarfs an personaler Hilfe und Unterstützung eine wichtige Rolle. Dies gilt sowohl für die Aufrechterhaltung eines eigenständigen Haushaltes als auch für die Ausführung der regelmäßig wiederkehrenden körperbezogenen Verrichtungen. Vermittelt über die in ihrer Folge eintretenden Fähigkeitsstörungen, legen Erkrankungen den Rahmen dafür fest, welche Versorgungsleistungen erforderlich, angemessen und sinnvoll sind. Nahezu alle erfassten Patienten befanden sich in ständiger Behandlung eines niedergelassenen Arztes. Überwiegend, d.h. zu fast 96% handelte es sich dabei um einen Allgemeinmediziner oder Internisten. Eine zusätzliche kontinuierliche Inanspruchnahme eines Facharztes war demgegenüber vergleichsweise selten. Nur ein knappes Viertel gab an, regelmäßig mehrere Ärzte zu konsultieren. Zumindest bei den auf dem Lande lebenden älteren Menschen erwies sich der Hausarzt damit noch immer als zentrale Instanz für die Sicherstellung der erforderlichen medizinischen Versorgung.

Von Seiten der behandelnden Ärzte wurden über alle erfaßten Patienten hinweg durchschnittlich 2,3 behandlungsrelevante Diagnosen angegeben. Ihre Anzahl schwankte zwischen einer und acht Nennungen, reduzierte sich jedoch in fast der Hälfte der Fälle auf ein einziges, als zentral erachtetes Krankheitsbild. Ihnen steht ein Mittelwert von 3,4 Krankheiten gegenüber, die von den betroffenen älteren Menschen selbst genannt wurden. Die auf rein quantitativer Ebene bestehenden Divergenzen betrafen jedoch nur selten die entscheidenden, zu Beeinträchtigungen führenden somatischen Schädigungen. Sofern von beiden Seiten entsprechende Angaben gemacht wurden, fanden sich die ärztlichen (Haupt-) Diagnosen in den Aussagen der Patienten respektive denen ihrer Angehörigen nahezu ausnahmslos wieder. Letztere wurden ersatzweise erhoben, wenn der Betroffene selbst hierzu nicht mehr befragt werden konnte. Zusätzlich genannt wurden von den befragten älteren Menschen meist vom Arzt nicht angegebene Störungen des Herz-Kreislaufsystems. Sie waren vergleichsweise häufig (in mehr als 62% der Fälle), was ein Grund dafür sein könnte, daß sie von den Ärzten nicht mehr gesondert aufgeführt wurden. Hinzu kamen außerdem Beeinträchtigungen im sensorischen Bereich, die explizit erfragt wurden (vgl. Tabelle 23 im Anhang).

Die Rangreihe der Häufigkeiten, mit der unterschiedliche Erkrankungsformen in der vorliegenden Stichprobe angegeben wurden, entspricht im großen und ganzen den Ergebnissen, die auch in entsprechenden geriatrischen Untersuchungen gefunden wurden (siehe Kapitel 1.6.2). Besonderheiten liegen lediglich dort vor, wo es durch die ‘neuen’ Angebote zu einer darauf bezogenen Selektion von Patienten gekommen war. Dies gilt insbesondere für die Häufigkeit von Beeinträchtigungen in Folge eines Schlaganfalls und anderen neurologischen Erkrankungen, aber auch für das hohe Vorkommen von psychiatrischen Erkrankungen. Noch deutlicher als in den von den Patienten selbst berichteten Erkrankungen kommt dies in den Hauptdiagnosen zum Tragen, die von den Ärzten mit der Perspektive einer entsprechenden Versorgung angegeben wurden (vgl. Tabelle 10).

An erster Stelle der behandlungsrelevanten Erkrankungen stand der Schlaganfall. In mehr als 45% der Fälle bildeten die in seiner Folge eingetretenen funktionalen Beeinträchtigungen den Grund für das Tätigwerden der Therapeuten in beiden Modellprojekten. Ähnliches galt auch für Patienten mit einigen anderen neurologisch begründeten Erkrankungen, wie Parkinson und Multipler Sklerose, die mit einem Anteil von knapp 15% ebenfalls überdurchschnittlich häufig an die Ergotherapeutinnen und Krankengymnastinnen vermittelt wurden.

Tabelle 10: Verteilung der behandlungsrelevanten Diagnosen nach Versorgungsform

Hauptdiagnose	ausschließlich pflegerische Versorgung (n = 199)	Beratung und psychosoziale Unterstützung (n = 98)	ambulant erbrachte therapeutische Leistungen (n = 122)
Zustand nach Schlaganfall	23,6% (n = 47)	11,2% (n = 11)	45,1% (n = 55)
Andere neurologisch begründete Erkrankungen	12,1% (n = 24)	10,2% (n = 10)	14,8% (n = 18)
Hirnorganische Abbauprozesse (dementielle Erkrankungen)	8,6% (n = 17)	17,4% (n = 17)	5,7% (n = 7)
Psychiatrische Erkrankungen (Depression, Phobien, etc.)	1,5% (n = 3)	15,3% (n = 15)	5,7% (n = 7)
Andere Erkrankungen (Herz, innere Organe, Krebs)	27,1% (n = 54)	20,4% (n = 20)	4,1% (n = 5)
Orthopädische Krankheitssyndrome	27,1% (n = 54)	25,5% (n = 25)	24,6% (n = 30)
insgesamt:	100,0%	100,0%	100,0%

Dementielle und psychiatrische Erkrankungen, vor allem Depressionen, bildeten die Hauptdiagnosen für das Einschalten des gerontopsychiatrischen Fachpflegers und / oder der Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen. Störungen in diesen Bereichen wiesen zusammengenommen 17% bzw. 15% der von beiden Berufsgruppen betreuten älteren Menschen auf.

In der Domäne der Pflegekräfte verblieben dagegen alle Erkrankungen der inneren Organe, schwere Schädigungen des Herz-Kreislaufsystems und Tumorbildungen im Endstadium. An ihnen litten 27% der ausschließlich pflegerisch versorgten Patienten. Recht gleichmäßig auf alle Angebotsformen verteilten sich dagegen ältere Menschen mit Gelenkerkrankungen. Die Zuweisung hing hier deutlich stärker als bei den anderen Diagnosen von den Besonderheiten des Einzelfalles ab. Je nach gegebenen Lebensbedingungen konnten sowohl pflegerische als auch psychosoziale und therapeutische Hilfen im Vordergrund stehen.

3.1.2.3 Hilfsbedarf im Alltag

Die unterschiedlichen, als behandlungsrelevante Diagnose angegebenen Erkrankungen wiesen nicht nur eine systematische Zuordnung zu Behandlungsschwerpunkten auf, sie standen auch in Zusammenhang mit unterschiedlichen Graden der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI. Insgesamt handelte es sich bei der Stichprobe um eine Teilstichprobe von älteren Menschen, die in erheblichem Umfang auf die Hilfe und Unterstützung anderer angewiesen war. Das Ausmaß der bestehenden Abhängigkeit wird durch die entsprechenden Verteilungen bei den basalen und erweiterten Aktivitäten des alltäglichen Lebens verdeutlicht (vgl. Tabelle 11). Aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit wurden die erhobenen Einzeltätigkeiten zu übergeordneten inhaltlichen Bereichen zusammengefaßt. Letztere sind das Ergebnis der durchgeföhrten Faktorenanalyse und entsprechen deshalb nicht in allen Fällen den Vorgaben und Zuordnungen, die in den Pflegerichtlinien gemacht werden.

Der größte Hilfsbedarf bestand bei den außerhäuslichen Tätigkeiten und beim Reinigen der Wohnung. Nur noch etwa 5% der erfaßten Patienten konnten diese ohne Hilfe anderer erledigen. Der Anteil (noch) unabhängiger Personen verdoppelte sich zwar bei der Ausführung komplexer innerhäuslicher Tätigkeiten, lag allerdings auch hier nur knapp über der Zehnprozentmarke. Bei den eher auf grobmotorischen Fähigkeiten beruhenden Einzelaktivitäten stand der Unterstützungsbedarf in Zusammenhang zu dem anvisierten Aktionsradius. Je weiter sich dieser vom Lebensmittelpunkt, der für einen nicht unerheblichen Teil der Patienten das Bett darstellte, entfernte, desto größer wurde der jeweilige Anteil an abhängigen Personen. Während sich knapp zwei Drittel zumindest noch allein im Bett umlagern konnten, lag der Vergleichswert bei Wegen, die über den Wohnbereich hinausgingen, bei einem Fünftel. In ähnlicher Weise stieg die Quote der auf Hilfe Angewiesenen mit der Komplexität der Tätigkeiten, die schwerpunktmaßig an feinmotorische bzw. kognitive Fähigkeiten gebunden waren. Beim Übergang vom ‘Waschen von Händen und Gesicht’ zum ‘An- und Ausziehen’ halbierte sich der Anteil von Personen, die dazu selbständig fähig waren. Eine ähnliche Relation bestand mit 16% zu 33% zwischen der Regelung der Finanzen und dem Richten der Medikamente. Die selbständige Beheizung der Wohnung wurde in der Faktorenanalyse als eigenständige Dimension ausgewiesen. Im Vergleich zu den anderen Items, bei denen eine logische Abfolge in den Ausprägungen bestand, konzentrierten sich hier die Angaben auf die beiden Extremwerte, ein Indiz für die starke Umweltdeterminiertheit, die in diesem Bereich gegeben war.

Tabelle 11: Anteile der bei den verschiedenen Alltagsverrichtungen teilweise oder vollständig auf Hilfe angewiesenen ambulant versorgten älteren Menschen

	unabhängig	Hilfsbedarf	abhängig
komplexe außerhäusliche Tätigkeiten			
einkaufen	5,7%	16,8%	77,5%
Arzt- / Behördengänge	5,5%	22,4%	72,1%
komplexe innerhäusliche Tätigkeiten			
putzen	4,8%	22,0,%	73,2%
kochen	12,8%	26,3%	60,9%
baden / duschen	10,8%	34,4%	54,8%
grobmotorisch dominierte Tätigkeiten			
nach draußen gehen	20,2%	25,2%	54,6%
Treppen steigen	24,9%	27,8%	47,3%
gehen in der Wohnung	41,0%	25,4%	33,6%
aufstehen aus dem Bett	44,3%	30,6%	25,1%
umlagern im Bett	60,7%	24,9%	14,5%
feinmotorisch dominierte Tätigkeiten			
Körperpflege	24,1%	46,1%	29,8%
an- und ausziehen	26,6%	42,0%	31,4%
essen (inkl. zerkleinern)	47,4%	40,5%	12,1%
Gesicht und Hände waschen	53,9%	28,1%	18,0%
kognitiv dominierte Tätigkeiten			
Finanzen regeln	16,6%	29,9%	53,4%
Medikamente richten	33,2%	32,2%	34,6%
Heizen der Wohnung	32,7%	11,4%	55,9%

Die Einzelergebnisse, zum bestehenden Hilfsbedarf bei der Ausführung der regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des Alltags zusammengefaßt, folgen mit einigen wenigen Vertauschungen bei benachbarten Tätigkeiten der Hierarchie, die in der Studie von Infratest für eine repräsentative Stichprobe von über 80jährigen Menschen in Privathaushalten ermittelt wurde (siehe Kapitel 1.6.1).

Die Anteile der teilweise oder vollständig auf andere Menschen angewiesenen Personen lag allerdings bei den erfaßten Nutzern ambulanter Dienste generell um das Zwei- bis Vierfache höher. Die stärksten Abweichungen nach oben bestanden beim Richten der Medikamente und im Bereich der innerhäuslichen Mobilität. Offensichtlich markiert der Verlust der Bewegungs-

fähigkeit innerhalb der eigenen Wohnung den Wechsel vom Hilfsbedarf zur Pflegebedürftigkeit. Am geringsten fielen die Quotienten bei Tätigkeiten aus, für die innerhalb der älteren Bevölkerung insgesamt ein größerer Hilfsbedarf besteht, beispielsweise beim Reinigen der Wohnung, dem Überwinden von Treppen und beim Einkaufen.

3.1.2.4 Sozialverhalten, Gedächtnis und Stimmung

Über den Hilfsbedarf bei der Aufrechterhaltung der grundlegenden Lebensvollzüge hinausgehend und diesen ergänzend, wurden einige weitere Aspekte des Alltagsverhaltens in die Erhebung einbezogen. Hierzu gehören die Art der Interaktion des älteren Menschen mit seiner sozialen Umwelt, seine Gedächtnisleistungen und seine Stimmungslage. Auf der einen Seite stellen diese einen zweiten Block an zu erklärenden Variablen dar, auf der anderen Seite werden durch sie Merkmale der Person abgebildet, die ihrerseits Bestandteil des Bedingungsgefüges sein können, das zum Aufbau und Erhalt von Abhängigkeit beiträgt. Insofern es um die Erklärung des jeweils in Anspruch genommenen Ausmaßes an personaler Hilfe bei den wiederkehrenden Verrichtungen des Alltags geht, stehen die durch die Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER) erfaßten Potentiale und Defizite des älteren Menschen auf einer Ebene mit jenen Einflüssen, die auf die räumliche und soziale Umwelt zurückzuführen sind. Wie bei den übrigen, auf einer Zwischenebene anzusiedelnden Bestandteilen der Erhebung (Bewertung der Wohnungsausstattung und die erlebte Belastung der Angehörigen) sollen auch hier Verteilung und Häufigkeit der Ausprägungen nur für die nach inhaltlichen Kriterien zusammengefaßten Skalen erfolgen.

Die Zuordnung der Einzeldaten erfolgte aufgrund der für jeden Bereich durchgeföhrten Faktorenanalyse. Da die ermittelten Dimensionen aus verschieden vielen Items bestanden, wurde eine Normierung dahingehend vorgenommen, daß die aufsummierten Daten für jeden Faktor durch die Anzahl der sie konstituierenden Ausgangsvariablen dividiert wurde. In einem letzten Schritt erfolgte eine Transformation der berechneten Werte in eine vierstufige Ordinalskala. Nach diesem Vorgehen ergeben sich für die NOSGER, die in Tabelle 12 wiedergegebenen Verteilungen in den erfaßten Merkmalsbereichen.

Tabelle 12: Anteile der unterschiedlichen Ausprägungen bei den fünf Faktoren der NOSGER nach Häufigkeit und Stärke bestehender Auffälligkeiten

	keine Auffällig- keiten	leichte Auffällig- keiten	deutliche Auffällig- keiten	starke Auffällig- keiten
Faktor 5: Freizeitgestaltung	2,6%	2,9%	28,6%	66,0%
Faktor 2: Sozialverhalten	18,1%	18,3%	29,8%	33,8%
Faktor 4: Emotionalität	17,6%	37,2%	33,3%	11,9%
Faktor 1: Hirnorganischer Abbau	38,9%	31,4%	23,2%	5,5%
Faktor 3: Störende Verhaltensweisen	69,9%	10,0%	17,0%	3,0%

Zwei Drittel der älteren Nutzer und Nutzerinnen der verschiedenen ambulanten Angebote waren nicht in der Lage oder hatten kein Interesse (mehr) daran, ihre Freizeit aktiv zu gestalten. Nur jeweils knapp 7% pflegten noch ein Hobby und erledigten kleine Besorgungen. Aber auch Fernsehsendungen wurden nur noch von vergleichsweise wenigen (12,5%) regelmäßig verfolgt.

Insgesamt bestätigen diese Ergebnisse nochmal, daß es sich bei der Stichprobe um ältere Menschen handelte, deren Fähigkeiten stark eingeschränkt waren. Der hohe Energieaufwand, der für viele mit der Erfüllung elementarer Bedürfnisse verbunden war, lässt offensichtlich nur noch wenig Raum für anderweitige Beschäftigungen. In etwas abgemilderter Form traf dies auch für Bemühungen zu, die dem Aufbau und der Aufrechterhaltung positiver zwischenmenschlicher Beziehungen dienen. Selbst hierzu war mehr als ein Drittel der erfaßten Patienten nicht mehr fähig oder nicht (mehr) gewillt. Für letzteres würde der hohe Anteil an Verhaltensäußerungen sprechen, die auf leichte bis deutliche Formen depressiver Störungen verweisen. Keine Anzeichen für eine negativ getönte Stimmungslage zeigten lediglich knapp 18% der im Rahmen der beiden Modellprojekte erfaßten Stichprobe. Knapp die Hälfte äußerte zumindest manchmal das Gefühl, wertlos zu sein und mehr als 60% zeigten im gleichen Umfang, daß sie traurig und unglücklich waren. Gestützt wird damit die Annahme, daß die Ab-

hängigkeit von anderen Menschen von den Betroffenen selbst als schmerzlich und belastend empfunden wird. Für viele bedeutete es einen deutlichen Verlust an Lebensqualität, der offensichtlich nur schwer durch andere Aktivitäten oder Fähigkeiten zu kompensieren war. Hinzu kamen bei einem Großteil der betroffenen älteren Menschen Auffälligkeiten im kognitiven Bereich, die auf hirnorganische Abbauprozesse hinwiesen. Nur 40% zeigten keine Störungen im Hinblick auf alltagsrelevante Gedächtnisleistungen. Sie konnten sich an Namen und den Ort erinnern, wo sie Dinge hingelegt hatten. Eine Unterhaltung an dem Punkt fortzusetzen, wo sie unterbrochen wurde, gelang dagegen nur noch etwa einem Viertel. Trotz häufig bestehender Einbußen im Kurz- und Langzeitgedächtnis und der labilen emotionalen Verfassung war das Auftreten störender Verhaltensweisen eher die Ausnahme als die Regel. Bei der Frage, ob 'davonlaufen' vorkommt, wurde nur bei zwei Personen (das entspricht einem Anteil von 0,5%) häufig und bei weiteren 6% gelegentlich angegeben. Anzeichen von Aggression, Geizheit und Eigensinnigkeit wurden ebenfalls nur bei wenigen Patienten verbucht. Die Anteile, die für häufige Verhaltensäußerungen in den genannten Formen erreicht wurden, lagen in entsprechender Reihenfolge bei 2,7%, 3,3% und 10,8%.

Zusammengefaßt bedeutet dies, daß sich die große Mehrzahl der auf Hilfe und Unterstützung angewiesenen älteren Menschen an die bestehenden Bedingungen angepaßt hatte und akzeptierte, was immer man von ihnen verlangte. Unbehagen wird möglicherweise eher in Form psychischer Störungen ausgedrückt, als in einer aktiven, nach außen gerichteten Gegenwehr.

3.1.2.5 Objektive Wohnbedingungen

Die bestehenden Wohnbedingungen bilden einen ersten Bereich an außerhalb des Individuums liegenden Merkmalen, die einen Einfluß auf den jeweils bestehenden Hilfsbedarf im Alltag haben können. Sie umfassen jene räumlichen Gegebenheiten, die relativ unabhängig von subjektiven Beurteilungskriterien erhoben werden können und damit als 'objektiv' gegebene Bestandteile der dinglich-materiellen Umwelt in die Auswertung eingehen. Ganz dem Stereotyp entsprechend, das mit dem Bilde ländlicher Siedlungsräume verbunden ist, dominierten bei der Gebäudeform Ein- bis Zweifamilienhäuser. In ihnen lebten über 80% der von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Modellprojekte und den Pflegekräften erfaßten älteren Menschen. Noch deutlicher werden die regionalen Strukturen jedoch durch die Anzahl der Bauernhöfe repräsentiert, in denen noch jeder zehnte der ambulant versorgten Patienten sein zu Hause hatte. Vergleichsweise selten waren mit einem Anteil von etwa 6% dagegen Bebauungsformen wie Wohnblöcke oder Hochhäuser, die für städtische Gebiete typisch sind

und lediglich in einigen wenigen Verdichtungsräumen zu finden waren. Charakteristisch für die Dominanz von Einfamilienhäusern war die Vielzahl von Wohnungen, die über zwei Etagen gingen und im Falle der vorliegenden Stichprobe fast ein Drittel ausmachten.

Beeinträchtigungen, die auf zu viele und steile Stufen zurückzuführen waren, konnten sich in diesen Fällen nicht nur auf den Übergang in den Außenraum beziehen, sondern auch auf die Mobilität innerhalb des Wohnbereichs. Die Anzahl der Treppen, die zum Erreichen der Wohnung zu überwinden waren, lag im Mittel über neun und schwankte zwischen keiner und einer Maximalzahl von 55 Stufen. Berücksichtigt wurde hierbei bereits, ob ein Aufzug vorhanden war. In diesen Fällen erfolgte die gleiche Codierung wie beim Vorliegen eines ebenerdigen Zugangs.

Die Wohnung selbst umfaßte in drei Viertel der Fälle zwei bis vier Zimmer. Umgerechnet auf die Anzahl der Bewohner, verfügten über 80% der ambulant versorgten älteren Menschen über eine Wohnfläche von mehr als einem Zimmer. In einem Fünftel der Fälle waren sogar drei und mehr Räume zur persönlichen Nutzung vorhanden. In der Regel lagen damit recht großzügige Räumlichkeiten vor. Dies sagt jedoch noch nichts über deren Ausstattung aus. Den bisherigen Erhebungen entsprechend, sollte diese vergleichsweise häufig unter dem derzeit bestehenden Standard liegen. Mängel in dem Bereich der Sanitäranlagen oder der Beheizungsart waren bei etwa 16% der Wohnungen gegeben. Bei weitem am häufigsten war das Fehlen einer zentralen Heizungsanlage. 62 der erfaßten 423 Haushalte waren ausschließlich über einzelne Kohle- oder Ölöfen zu beheizen. Damit durchaus in Verbindung zu sehen waren Probleme, die sich bei der Versorgung mit warmem Wasser ergaben und anteilmäßig in vergleichbarer Höhe rangierten. Ein extremer Substandard, zu dem das Fehlen eines separaten Badezimmers und eine außerhalb des Wohnbereichs liegende Toilette gerechnet wurden, lag immerhin noch bei knapp 4% vor. Nicht mehr zeitgemäße Ausstattungsformen bei der Heizung und im Sanitärbereich wiesen dabei überproportional häufig die Bauernhöfe auf, die über eine meist ältere Bausubstanz verfügten. Dies traf für zwei der vier Fälle zu, in denen keine Innentoilette vorhanden war, und für 25% des Bestandes an veralteten Heizanlagen. Noch vergleichsweise häufig waren Substandardmerkmale in Ein- und Zweifamilienhäusern, während sie in Wohnblöcken und Hochhäusern so gut wie überhaupt nicht vorkamen. Zwischen der Art des Gebäudes und der Häufigkeit von erheblichen Wohnraummängeln bestand ein deutlicher und statistisch hochsignifikanter Zusammenhang (χ^2 : 15; df: 3; $p < .01$).

Etwas anders stellte sich die Situation beim Besitz unterschiedlicher technischer Geräte dar. In den meisten Haushalten gab es einen Fernseher (97%), einen Kühlschrank (96%), ein Telefon (93%) und eine Waschmaschine (89%). Ein Großteil der bestehenden Unterschiede stand in Zusammenhang mit der Haushaltsform. Auf die Hilfe anderer angewiesene ältere Menschen, die selbst nicht (mehr) über entsprechende Geräte verfügten, lebten mehrheitlich mit Kindern und Schwiegerkindern zusammen, was das nochmaliges Vorhandensein der Gerätschaften offensichtlich überflüssig machte.

3.1.2.6 Bewertung der Wohnungsausstattung im Hinblick auf vorliegende funktionale Beeinträchtigungen

Neben den genannten objektiven Ausstattungsmerkmalen der Wohnung wurden eine Reihe von innerhäuslichen Bedingungen erfaßt, die in Abhängigkeit zur vorliegenden funktionalen Beeinträchtigung der versorgten älteren Menschen als Barrieren und Hindernisse wirken, die Sicherheit gefährden oder Tätigkeitsabläufe erschweren können. In der Terminologie von Saup (1993a; 1993b) und Wahl (1997) werden in diesem Erhebungsteil die drei als zentral erachteten Umweltattribute ‘Sicherheit’, ‘Unterstützung’ und ‘Erreichbarkeit’ operationalisiert. Anders als bei den Angaben zu architektonischen und installationstechnischen Merkmalen handelte es sich hier ausdrücklich um Bewertungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der beteiligten ambulanten Dienste. In diese Beurteilung eingegangen sind sowohl die räumlich-dinglichen Gegebenheiten als auch die Fähigkeitsdefizite des versorgten älteren Menschen. Ausgangspunkt für diese Art der Erhebung war die Überlegung, daß bestimmte Aspekte der Ausstattung und Einrichtung einer Wohnung nicht für alle Menschen in gleicher Weise problematisch sind. Inwieweit diese einen Beitrag dazu leisten, daß Tätigkeiten alleine oder nur mit Hilfe ausgeführt werden können, hängt seinerseits von den funktionellen Fähigkeiten und Einschränkungen der Person ab.

Zur Reduktion der ursprünglich 14 Items wurde auch hier eine Faktorenanalyse durchgeführt, die bei Vorgabe von fünf zu extrahierenden Dimensionen eine inhaltlich plausible Lösung lieferte. Nach der üblichen Normierung über die Anzahl der Items und Umrechnung in die gewohnte vierstufige Ordinalskala ergaben sich die in Tabelle 13 angegebenen prozentualen Häufigkeiten für das Ausmaß an bestehenden Beeinträchtigungen.

Tabelle 13: Anteile nach Schwere der Beeinträchtigung durch Merkmale der räumlich-dinglichen Umwelt

	keine Beeinträchtigung	leichte Beeinträchtigung	deutliche Beeinträchtigung	starke Beeinträchtigung
Faktor 1: Treppen / Stufen	39,0%	19,4%	20,1%	21,5%
Faktor 4: Sanitärausstattung (Transfer)	39,5%	23,9%	22,9%	13,7%
Faktor 3: Gefahrenquellen / Sicherheit	45,6%	25,4%	21,6%	7,4%
Faktor 2: Bewegungsfreiraum	66,2%	6,5%	19,2%	8,2%
Faktor 5: Wärmeregulation	85,6%	6,5%	4,3%	3,6%

Nach außen oder innerhalb der Wohnung zu überwindende Stufen bildeten für fast zwei Drittel der mehrheitlich stark funktional beeinträchtigten älteren Menschen der vorliegenden Stichprobe einen Bereich, der sich als problematisch für die Aufrechterhaltung einer selbständigen Lebensführung erwies. Für knapp 20% sorgte die Verteilung der Wohnung auf zwei Ebenen und deren Verbindung durch eine Innentreppe bereits dafür, daß einige Zimmer, Küche, Bad oder WC nur noch schwer oder gar nicht mehr ohne fremde Hilfe erreicht werden konnten. Ähnlich schwierig gestaltete sich der Übergang in halböffentliche und öffentliche Räume, wenn hierfür die Überwindung vieler Stufen erforderlich war. Andererseits wurde aber trotz des bestehenden geringen Anteils von knapp 10% ebenerdig gelegener Wohnungen in 41% der Dokumentationen angegeben, daß Außentreppen keinen Einfluß auf die Selbständigkeit des älteren Menschen hatten. Damit ergab sich ein erster Hinweis auf den vermuteten und in einigen empirischen Erhebungen bereits gefundenen U-kurvenförmigen Zusammenhang zwischen Fähigkeitseinbußen und Einschränkungen durch entsprechende räumliche Bedingungen. Von keiner oder eher marginaler Bedeutung waren Treppen sowohl für Menschen, die körperlich dazu in der Lage waren, diese ohne Probleme hoch- und runterzugehen, als auch für jene, deren Lebensraum sich aufgrund ihres gesundheitlichen Zustandes bereits auf das direkte Nahumfeld des Bettes eingeengt hatte. Die Qualität von Hindernissen und Barrieren erhielten Treppen nur für jene Menschen, die sich zwar auf ebenem Boden selbstständig

bewegen konnten, aber nicht dazu in der Lage waren, größere Höhenunterschiede zu überwinden. Am augenfälligsten ist dieser Umstand bei rollstuhlabhängigen Personen. Er ist allerdings auch gegeben, wenn Gehhilfen benötigt werden oder Gelenkerkrankungen und schwere Schädigungen des Herz-Kreislaufsystems das Treppensteigen erschweren oder gar unmöglich machen. Für diese Menschen führt das Vorhandensein vieler Stufen zwischen Wohnung und öffentlichen Wegen dazu, daß sie bei außerhäuslichen Tätigkeiten, die zur Aufrechterhaltung einer selbständigen Haushaltsführung erforderlich sind, auf fremde Hilfe angewiesen sind. Dies gilt für Einkäufe ebenso wie für notwendige Arzt- und / oder Behördenbesuche, aber auch für die Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben. Wären die Wohnungen ebenerdig gelegenen, könnten einige der betroffenen älteren Menschen diese Aufgaben noch unabhängig von anderen oder mit deutlich geringerer Unterstützung bewältigen.

Als zweiter bedeutsamer Problembereich der Wohnung erwies sich die Gestaltung und Ausstattung des Sanitärbereichs. Das Fehlen von Haltegriffen und Hilfsmitteln, die den Bewegungsablauf beim Transfer unterstützen, sorgte dafür, daß weitere 60% der Stichprobe verstärkt auf die personale Hilfe anderer angewiesen waren. Bei den anderen erfaßten, die Selbstständigkeit möglicherweise begrenzenden Merkmalen der Wohnungsausstattung kamen Urteile über negative Auswirkungen nicht in der gleicher Häufigkeit und Stärke vor. Dennoch wurden Stolperfallen und andere Gefahrenquellen noch in knapp der Hälfte der Fälle als leicht bis deutlich beeinträchtigende Faktoren bei der Ausführung der Alltagsverrichtungen eingestuft. Angesichts der meist relativ großen Wohnungen waren Probleme, die durch räumliche Enge bedingt waren, nur bei einem Drittelf der versorgten älteren Menschen vorhanden. Noch geringer war der Anteil bei der Wärmeregulation innerhalb der Wohnung. Die Beschaffung des Heizmaterials im Falle einzelner Holz-, Kohle- oder Ölöfen oder Zugluft aufgrund undichter Fenster stellte in 15% der Haushalte eine wesentliche Beeinträchtigung dar. Auch hier sind es wiederum unterschiedliche Konstellationen, die die Urteile in die eine oder andere Richtung beeinflussen. Der Umstand, daß eine zentrale Heizungsanlage fehlt, stellt nicht zwangsläufig ein unüberwindbares Hindernis dar. Er ist unproblematisch, solange es dem Wohnungsinhaber / der Wohnungsinhaberin keine Mühe bereitet, das Heizmaterial zu beschaffen. Selbst wenn er dieses nicht mehr selbst kann, bleibt die Situation so lange ohne unerwünschte Folgen, wie die Arbeit selbstverständlich von anderen Personen übernommen wird. Zu einer extremen Beeinträchtigung wird es jedoch für Personen, die alleine leben und denen es schwer fällt, das Brennmaterial zur Heizquelle zu befördern.

3.1.2.7 Erhaltene Unterstützung

Neben den räumlich-dinglichen Gegebenheiten der Wohnung kommt der sozialen Umwelt eine wesentliche, im Falle deutlicher funktionaler Einbußen sogar entscheidende Bedeutung zu. Nur wenn bestehende Defizite bei der Aufrechterhaltung einer selbständigen Lebensführung durch andere Menschen kompensiert werden können, ist es einem funktional beeinträchtigten älteren Menschen möglich, auch weiterhin in seiner Häuslichkeit zu verbleiben. Die hierfür erforderlichen, auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmten Hilfen bereitzustellen, war eines der Hauptziele der beiden Modellprojekte. Mit Ausnahme von knapp 10% waren alle Personen der Stichprobe auf die Unterstützung und ‘Pflege’ anderer angewiesen. Absolut gesehen, traf dies auf 383 der ausgewerteten Dokumentationen zu. Ein kleiner Anteil von 2,1% (n = 9) gab an, zwar Hilfe zu brauchen, aber niemanden zu haben, der die notwendige Unterstützung gewährt. In allen anderen Fällen wurde die Versorgung von Familienangehörigen, Nachbarn und / oder den Pflegekräften der beteiligten Diakonie- / Sozialstationen sichergestellt. Einen Überblick über die Zusammensetzung der verschiedenen Helfer (-gruppen) gibt Tabelle 14.

Tabelle 14: Zusammensetzung der beteiligten Helfer nach Zugehörigkeit zum informellen und formellen Netz

	allein	zusammen mit:			
		professionel- len Helfern	informel- len Helfern	beiden Hel- fergruppen	insge- sammt
Direkte Bezugsper- son	18,1% (n = 67)	28,1% (n = 104)	8,9% (n = 33)	29,9% (n = 111)	84,9% (n = 315)
Angehörige des informellen Netzes	1,9% (n = 7)	2,7% (n = 10)	0,5% (n = 2)		5,1% (n = 19)
Mitarbeiter häusli- cher Pflegedienste	9,4% (n = 35)	0,5% (n = 2)			10,0 (n = 37)
insgesamt	29,4% (n = 109)	31,3% (n = 116)	9,4% (n = 35)	29,9% (n = 111)	100,0% (N = 371)

Bei knapp 10% der Patienten wurden die erforderlichen Hilfestellungen bei den körperbezogenen Alltagsverrichtungen ausschließlich von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der

ambulanten Dienste geleistet. Etwa zwei Drittel dieser Personen waren allein lebend, so daß ihnen durch die professionellen Helfer ein weiterer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht wurde. Dies gilt auch für die pflegerische Versorgung älterer Menschen, die mit Angehörigen zusammenlebten, die aus unterschiedlichen Gründen die erforderlichen Hilfen selbst nicht erbringen konnten. Zum einen handelte es sich dabei um ältere, ebenfalls bereits gebrechliche Ehepartner, zum anderen um Kinder, vor allem Söhne, die noch im berufstätigen Alter waren. Bei den übrigen Patienten ergänzten die ambulant tätigen Pflegekräfte die Hilfe und Unterstützung, die von den Angehörigen geleistet wurde. In diesen Fällen leisteten die professionellen Helfer einen entscheidenden Beitrag dazu, die Bezugspersonen körperlich und emotional zu entlasten. Dies gilt in besonderer Weise für jene 51% der Gesamtpopulation, in denen die mit der Versorgung verbundenen Aufgaben und Tätigkeiten von nur einem Angehörigen getragen werden mußten. Mehr als 60% von ihnen nahmen die Hilfe von ambulanten Pflegediensten in Anspruch. Selbst dann, wenn sich die Arbeit auf zwei oder mehr Familienmitglieder verteilte, waren die Pflegekräfte noch in mehr als einem Viertel der Fälle unterstützend tätig.

Trotz der Hilfe, die von dem Großteil der erfaßten Angehörigen in Anspruch genommen wurde, war die zeitliche Beanspruchung, die mit der Versorgung der häufig stark beeinträchtigten älteren Menschen verbunden war, enorm. Die durchschnittliche Betreuungsfrequenz rangierte zwischen zwei- bis dreimal täglich und erweiterte sich für über die Hälfte der die Hauptlast der Pflege tragenden Personen zu einer Aufgabe, die ihren Einsatz 'rund-um-die-Uhr' erforderte. Bei einem Drittel der Patienten waren zusätzlich weitere Familienangehörige in die Versorgung einbezogen. Von ihnen halfen nochmals etwa 20% mindestens drei mal täglich und ebenso viele standen ständig zur Verfügung. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der häuslichen Pflege erbrachten auch nach Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes selten mehr als ein bis zwei Einsätze pro Tag und Patient. Nur in einem Falle wurde eine Tag- und Nachtpflege von dieser Seite übernommen.

Umgerechnet auf die wöchentlich zu leistenden Stunden, wurden für die körperliche Versorgung durchschnittlich mehr als 51 Stunden aufgewendet, wobei der Median, der die Gruppe in zwei gleiche Hälften teilte, bei 46 Stunden lag. Die Verteilung ist also leicht durch einige sehr hohe Angaben im oberen Bereich verzerrt. Entsprechend groß war die Spannweite, die von einer halben Stunde pro Woche bis hin zu 161 Stunden reichte. Letzteres bedeutet, daß zwei Angehörige kontinuierlich zur Verfügung stehen, die darüber hinaus noch zwei mal täglich

Unterstützung durch eine weitere Person erfahren. Teilt man die Stichprobe nach dem Ausmaß an erhaltener Hilfe bei den basalen Alltagsverrichtungen in vier etwa gleich große Anteile, so lag der zeitliche Umfang bei der Gruppe mit den niedrigsten Versorgungsleistungen zwischen 0 und 10,5 Stunden wöchentlich. In der zweiten umfaßten die Leistungen zwischen 11 und 46 Stunden, in der dritten zwischen 46,5 und 80,5 und erreichten bei immerhin noch einem Fünftel Werte zwischen 81 und 161 Stunden pro Woche. Zur notwendigen Unterstützung bei der Ausführung der körpernahen Aktivitäten kamen Arbeiten hinzu, die zur Aufrechterhaltung des Haushaltes notwendig waren. Rechnet man den zeitlichen Aufwand, der von allen beteiligten Helfer hier erbracht wurde zusammen, erreichten auch die Tätigkeiten in diesem Bereich nochmals einen Umfang, der einer Vollzeitstelle entsprach. Je nachdem, ob und in welchem Umfang der betroffene ältere Mensch noch in der Lage war mitzuhelfen, variierte der erforderliche zeitliche Aufwand für Kochen, Putzen, Waschen, Einkaufen, usw. zwischen einer halben Stunde pro Woche und 20 Stunden am Tag. Letztgenanntes Ausmaß konnte allerdings nur dann erreicht werden, wenn sich mehrere Personen die anfallenden Arbeiten teilten oder teilen mußten.

Faßt man die beiden Bereiche zusammen und vergleicht den von den Angehörigen angegeben Leistungsumfang mit den Zeiten, die im Pflegeversicherungsgesetz für die entsprechenden Hilfestellungen vorgesehen sind, so ergeben sich nach dem in Kapitel 2.4.7 näher dargelegten Verrechnungsverfahren folgende Häufigkeiten für die verschiedenen Versorgungslagen: Innerhalb des festgesetzten Rahmens lagen die Unterstützungsleistungen bei knapp 41% der erfaßten Population. Bei einem weiteren Anteil von etwa 40% überschritt der reale zeitliche Aufwand bisweilen drastisch die nach Schwere der Beeinträchtigung gewichteten Richtwerte, und weitere 19% erwiesen sich als unversorgt. Eher zu wenig Hilfe bekamen erwartungsgemäß die allein lebenden älteren Menschen, während jene, die Hilfe von ihrem Ehepartner – allein oder zusammen mit im gleichen Hause wohnenden Kindern – erhielten, überproportional (zu) viel Unterstützung erfuhren (χ^2 : 53; df: 6; $p < .00000$). Die Verbindung zwischen Haushaltsform und Geschlechtszugehörigkeit sorgte in diesem Falle dafür, daß Männer in der letztgenannten Gruppe häufiger waren als bei Gleichverteilung erwartbar. Es handelte sich hier allerdings nur um eine sich abzeichnende Tendenz, die unterhalb des Signifikanzniveaus lag.

Über die Beanspruchung, die mit der Gewährleistung praktischer und instrumenteller Hilfen verbunden war, hinausgehend, machte die Befriedigung der emotionalen Bedürfnisse des

funktional beeinträchtigten älteren Menschen einen noch größeren zeitlichen Einsatz erforderlich. Zwei Drittel aller direkten Bezugspersonen, standen als Ansprechpartner pausenlos zur Verfügung. Der Anteil überstieg damit jenen, der für eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung in körperlicher Hinsicht erreicht wurde, um etwa 15%. Vergleichbares galt auch für die unterstützend tätigen Familienmitglieder, die für diese Aufgabe ebenfalls häufiger und länger zur Verfügung standen. Noch deutlicher als im Falle der geleisteten Hilfe bei den basalen Alltagsverrichtungen war der Umfang an geleisteter psychischer Unterstützung davon abhängig, ob man alleine oder mit mehreren Personen zusammen wohnte ($\text{Chi}^2: 75; \text{df: } 6; p < .00000$).

3.1.2.8 Belastung der pflegenden Angehörigen

In Anbetracht der hohen körperlichen und psychischen Beanspruchung, die von vielen Angehörigen angegeben wurde, war davon auszugehen, daß sich diese in nicht unerheblicher Weise durch die Pflegesituation belastet fühlten. Die zur Erhebung eingesetzte deutsche Fassung des Cost of Care Indexes von Kosberg und Mitarbeiterin wurde von 129 Angehörigen der in der Stichprobe erfaßten älteren Nutzer ambulanter Dienste ausgefüllt. Mit einem Anteil von über 53% wurden Angaben zu den erlebten Belastungen dann am häufigsten gemacht, wenn zur Hausgemeinschaft neben dem Ehepartner, Kinder und Schwiegerkinder gehörten. An zweiter und dritter Stelle folgten inter- und transgenerative Formen des Zusammenwohnens, in denen der Bogen zu 39% respektive 31% ausgefüllt wurde. Erwartungsgemäß selten waren dagegen Daten von Bezugspersonen allein lebender älterer Menschen (in 8% der Teilpopulation). In letztem Fall handelte es sich dabei um Kinder, die nicht allzu weit weg wohnten und einmal um einen Neffen, der im Haus des Patienten wohnte. Unterschieden nach ihre Beziehung zu dem auf Unterstützung angewiesenen älteren Menschen, waren etwa gleich viele Kinder / Schwiegerkinder (48%) und Ehepartner (44%) dazu bereit, Informationen über die von ihnen erlebten Belastungen weiterzugeben. Die restlichen 8% stammten von anderen Angehörigen und Bekannten. Etwas mehr als ein Viertel der Bögen wurde von einem männlichen Verwandten ausgefüllt. Das Durchschnittsalter der Pflegenden lag bei knapp 60 Jahren, wobei eine recht gleichmäßige Verteilung zwischen Personen unter 50, den beiden folgenden Dekaden und den über 70jährigen bestand.

Wie bei den andern, bereits dargestellten Ergebnissen, die auf subjektiven Einschätzungen beruhten, wurden auch die Angaben aus dem Belastungsbogen den Berechnungen der durchgeführten Faktorenanalyse entsprechend zusammengefaßt und transformiert (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15: Anteile des Ausmaßes an erlebter Belastung in den verschiedenen Bereichen

	keine erlebte Belastung	wenig erlebte Belastung	deutlich erlebte Belastung	erhebliche erlebte Belastung
Faktor 1: Belastungen des Familienlebens	10,2%	11,8%	41,7%	36,2%
Faktor 2: Psychosoziale Beeinträchtigungen	20,3%	44,5%	19,5%	15,6%
Faktor 3: Konflikte mit dem Pflegebedürftigen	39,1%	28,9%	20,3%	11,7%
Faktor 5: Finanzielle Einschränkungen	45,2%	18,6%	15,1%	11,1%
Faktor 4: Resignation	66,7%	17,5%	12,7%	3,2%

Mit deutlichem Abstand wurden Beeinträchtigungen und Störungen, die das Familienleben betrafen, am häufigsten und stärksten als Belastung empfunden. Vier Fünftel der Befragten litten darunter, daß es keinen ‘normalen’ Tagesablauf mehr gab und sie kaum noch Zeit für sich selbst hatten. Verbunden damit waren Unannehmlichkeiten für die anderen Familienangehörigen, die in der Erfüllung ihrer Bedürfnisse häufig zurückstecken mußten. Ein Drittel der Hauptpflegepersonen gab darüber hinaus an, unter psychosomatischen Störungen, in erster Linie in Form körperlicher Erschöpfungszustände, zu leiden. Betroffen davon waren vor allem die über 70jährigen Frauen. Konflikte mit dem Gepflegten waren innerhalb der Gesamtstichprobe nicht ganz so häufig. In diesem Punkt scheint es jedoch verschiedene Gruppen zu geben: eine, bei der in dieser Hinsicht keinerlei Probleme zu bestehen schienen, und eine fast gleich große, von der die Anforderungen seitens des Patienten als Kontrolle und Manipulation empfunden wurden. Im Vergleich zu den bisher genannten Dimensionen eher selten wurden das Gefühl der Hoffnungslosigkeit (16%) und materielle Einschränkungen (26%) als deutliche Belastungen empfunden. War letzteres gegeben, so handelte es sich überproportional um Ehepartner, die über entsprechende Einbußen klagten.

3.1.3 Zusammenhänge zwischen personalen und umweltlichen Merkmalen

Nach der getrennten Darstellung der Daten und Ergebnisse für die einzelnen in die Erhebung einbezogenen Bereiche soll nachfolgend versucht werden, zwischen ihnen bestehende Verbindungen herauszuarbeiten. Hierfür werden eine Reihe unterschiedlicher Verfahren verwandt werden, denen jedoch gemeinsam ist, daß sie möglichst wenigen Begrenzungen hinsichtlich ihres Einsatzes unterliegen. Sofern sie über einfache mathematische Operationen zur Bestimmung von Zusammenhangsmaßen und zur Überprüfung der statistischen Bedeutsamkeit von Unterschieden zwischen Gruppen hinausgehen, sollen sie vorab kurz erläutert werden. Der Schwerpunkt wird dabei darauf liegen, die Grundgedanken zusammenzufassen und die jeweiligen Einsatzmöglichkeiten aufzuzeigen.

Mit Hilfe der Clusteranalyse soll in einem ersten Schritt versucht werden, Gruppen von Personen zu identifizieren, die ein je anderes Muster an Hilfe und Unterstützung bei den verschiedenen, regelmäßig wiederkehrenden Alltagsverrichtungen in körperlicher und hauswirtschaftlicher Hinsicht aufweisen. Ausgangsbasis bildeten die auf drei Ausprägungen (unabhängig, mit Hilfe und abhängig) reduzierten Werte aller in beiden Versionen enthaltenen Items der Dokumentation. Verwandt wurde ein hierarchisches Verfahren, da zunächst die Anzahl der zu bildenden Gruppen zu bestimmen war. Der zugrunde liegende Verrechnungsalgorithmus (agglomerativ) behandelt zunächst jede Person als einen eigenen Cluster. Von diesen ausgehend werden über alle Werte hinweg die Distanzen, die zwischen den einbezogenen Datensätzen bestehen, berechnet. Anschließend werden jene Personen zu einer Gruppe zusammengefaßt, die die größte Nähe zu einander aufweisen und damit einander am ähnlichsten sind. Gemeinsam bilden sie den Ausgangspunkt für die Berechnung der Distanzen zu den übrigen gebildeten Gruppen, die ihrerseits die Grundlage für die weiteren Zusammenfassungen bilden. Die Art und Weise, in der dies geschieht, hängt von den unterschiedlichen, hierfür anwendbaren mathematischen Verfahren ab, die je spezifische Vor- und Nachteile aufweisen. Im allgemeinen wird als Methode die von Ward empfohlen, die von der gemeinsamen Distanz ausgeht und auf eine Minimierung der Varianz innerhalb der Gruppen ausgerichtet ist (Backhaus, Erichson, et al. 1986; Bortz 1993). Sie hat den Vorteil, daß sich die derart gebildeten Cluster relativ gut von einander abgrenzen. Die damit verbundene Betonung der Unterschiede zwischen den Gruppen war ausschlaggebend dafür, daß die Entscheidung letztendlich zugunsten dieses Verfahrens fiel.

Da die Ausprägungsmuster bei jedem Schritt einander unähnlicher werden, erhöht sich jeweils die berechnete Quadratsumme der Fehler. Steigt diese beim Übergang von einem Fusionierungsschritt zum anderen überproportional an, so weist dies auf eine deutliche Zunahme der Heterogenität hin, d.h. das nun gebildete Cluster umfaßt Personen, die einander deutlich unähnlicher sind. Im allgemeinen ist damit jener kritische Punkt erreicht, der zur Bestimmung der Anzahl der Gruppen führt.

3.1.3.1 Gruppen von Hilfsbedürftigen im Alltag

Die rechnerische Zuordnung der erfaßten patientenbezogenen Daten zum Ausmaß an erhaltenner Hilfe bei den verschiedenen Tätigkeiten ergab auf der Grundlage des erstellten Dendrogramms, d.h. der bildlichen Darstellung der ermittelten Distanzen, sechs recht homogene und gut von einander abzugrenzende Cluster. Zur besseren Verständlichkeit der nachfolgenden Ausführungen sei diesen bereits an dieser Stelle eine erste inhaltliche Umschreibung zugeordnet. Bei den Personen, die die Gruppen 6 und 5 bildeten, handelte es sich mehrheitlich um Patienten, die in erheblicher Weise auf die Hilfe anderer angewiesen waren. Das Ausmaß ihrer Abhängigkeit wäre in etwa gleichzusetzen mit dem, was im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes als schwerstpflegebedürftig bezeichnet wird. Den Gegenpol dazu bildeten die Angehörigen der Gruppen 1 und 2, die (noch) in der Lage waren, relativ viele der regelmäßig zu verrichtenden Alltagaktivitäten selbständig auszuführen. Die Personen der numerisch dazwischen liegenden Cluster wiesen in Einklang mit ihrer Mittelstellung unterschiedliche Muster an mehr oder weniger umfangreicher Hilfe in den verschiedenen funktionalen Bereichen auf.

Die Güte der Trennung zwischen den clusteranalytisch ermittelten Kollektiven wurde mittels einer Diskriminanzanalyse bestimmt. Die errechneten Daten und Parameter sollen hier jedoch nur insoweit wiedergegeben werden, wie sie einen Beitrag zur Beschreibung der Gruppenunterschiede leisten. Eine weiterführende Interpretation verbietet sich, da die Ausgangsvariablen nicht unkorreliert waren und somit eine entscheidende Voraussetzung nicht gegeben war. Diskriminanzanalytische Verfahren beruhen auf der Berechnung von Linearkombinationen, wobei die einzelnen Items nach der Bedeutung, die sie für die Zuordnung zu den Gruppen haben, gewichtet werden. Die Menge der verwendeten Funktionen wird durch die Anzahl der Ausprägungen der Zielvariablen bestimmt und umfaßt immer eine weniger als deren Kategorien. Durch die Werte, die sich aus der Kombination der fünf ermittelten Diskriminanzfunktionen ergaben, wurden fast 92% der Fälle den durch die Clusteranalyse bestimmten Gruppen richtig zugeordnet. Der größte Anteil von Abweichungen lag für den vierten Cluster vor, bei dem

sowohl Überschneidungen mit der zweiten als auch der fünften Gruppe vorkamen. Ansonsten betrafen die Vertauschungen eher benachbarte Ausprägungen und sind in den höheren Stufen am seltensten. Insgesamt wiesen die am schwersten betroffenen älteren Menschen am ehesten eine homogene Verteilung auf. Ein Ergebnis, daß nicht verwunderlich ist, wenn man bedenkt, daß in diesen Fällen nur noch kleine Abweichungen in einigen wenigen Bereichen möglich waren und bei vielen Patienten nahezu alle Tätigkeiten von anderen Personen ausgeführt werden mußten.

Mit der ersten Diskriminanzfunktion, bei der den Items, die die innerhäusliche Beweglichkeit erfaßten, die größten Gewichte zukamen, wurden die Angehörigen der Cluster 1,4 und 6 von einander getrennt. Die übrigen Gruppen wurden durch die zweite Gleichung, deren Schwerpunkt die feinmotorischen Tätigkeiten bildeten, voneinander unterschieden. Da die Hinweise, die durch die Diskriminanzanalyse gegeben werden, sehr abstrakt sind, sollen die Daten für die verschiedenen Funktionsbereiche getrennt nach den clusteranalytisch ermittelten Gruppen nachfolgend im Detail wiedergegeben werden. Zur Gewinnung eines ersten Überblickes wurden in Tabelle 16 die prozentualen Anteile der Personen zusammengestellt, die innerhalb der jeweiligen Gruppe in erheblichem Maße auf Hilfe und Unterstützung angewiesen waren.

Tabelle 16: Anteile von Personen, die in den verschiedenen Funktionsbereichen die Hilfe anderer in erheblichem Maße in Anspruch nahmen

Funktionsbereich	Cluster 1 (n = 88)	Cluster 2 (n = 69)	Cluster 3 (n = 33)	Cluster 4 (n = 58)	Cluster 5 (n = 43)	Cluster 6 (n = 113)
Grobmotorisch bestimmte Tätigkeiten				86,2%	34,9%	100,0%
Feinmotorisch bestimmte Tätigkeiten		2,9%		8,6%	25,6%	90,3%
Kognitiv bestimmte Tätigkeiten	6,8%	29,0%	42,4%	19,0%	90,7%	98,3%
Komplexe innerhäusliche Tätigkeiten	5,7%	56,5%	100,0%	96,6%	97,7%	100,0%
Komplexe außerhäusliche Tätigkeiten	40,9%	76,8%	77,9%	100%	97,7%	100,0%
Beheizung der Wohnung	12,5%	24,3%	97,0%	77,6%	97,7%	100,0%

In anderer Darstellung wird nochmals deutlich, daß das Ausmaß an beanspruchter Hilfe mit der Seriennummer der Gruppen kontinuierlich ansteigt. Dabei zeigt sich auch, daß jeweils zwei der benachbarten Cluster relative Ähnlichkeiten hinsichtlich des Grades an bestehenden Abhängigkeiten aufweisen. Im direkten Vergleich zwischen diesen wurden die jeweils höheren Anteile an Personen, die intensive Hilfe erhalten, hellgrau unterlegt. Durch die gewählte optische Abgrenzung wird ersichtlich, daß der Übergang von Gruppe 1 zu der darauf folgenden durch einen alle Bereiche umfassenden Anstieg an abhängigen älteren Menschen gekennzeichnet ist.

Bei etwas differenzierter Betrachtung erweist sich der Zuwachs, der bei den kognitiv bestimmten und den komplexen innerhäuslichen Tätigkeiten besteht, als erheblich größer als in den anderen Bereichen. Gruppe 1 und 2 unterscheiden sich also nicht nur hinsichtlich des jeweils global bestehenden Hilfsbedarfs, sondern auch durch das Muster an Tätigkeiten, die nicht mehr selbstständig ausgeführt werden können. Der Einbruch bei Alltagsaktivitäten, die an geistige Leistungen geknüpft sind, läßt vermuten, daß bei den älteren Menschen, die Cluster 2 zugeordnet wurden, hirnorganische Abbauprozesse häufiger sind als in der 1. Gruppe.

Noch deutlicher fällt der Zuwachs an abhängigen Personen bei Aufgaben mit kognitiven Anforderungen beim Übergang zur nächsten Zusammenfassung von ambulant versorgten Patienten aus. Bei diesen lag der Anteil von Personen, für die das Richten der Medikamente und die Regelung der Finanzen vollständig von anderen übernommen wurden, bei über 40%; ein Anteil, der nur noch von den beiden Gruppen sehr schwer betroffener älterer Menschen übertroffen wird. Im Gegensatz zu diesen konnten die Mitglieder des Clusters 3 jedoch Tätigkeiten, die an grob- und feinmotorische Fähigkeiten gebunden waren, noch allein oder mit leichter Hilfe ausführen. Entscheidende Einschränkungen traten erst bei komplexeren Handlungssequenzen in erheblichem Umfang auf. Letzteres traf zwar auch für die Personen zu, die die 4. Gruppe bildeten, die Gründe für das bestehende Ausmaß an beanspruchter Hilfe waren jedoch andere. Während sie geistige Anforderungen (noch) gut bewältigen konnten, waren grobmotorisch determinierte Leistungen nur noch mit wenigen Ausnahmen (etwa 14%) ohne umfangreiche Hilfestellungen möglich. Da gleichzeitig Aufgaben mit feinmotorischem Schwerpunkt häufig selbstständig ausgeführt werden konnten, ist zu vermuten, daß die Schädigungen, die den Unterstützungsbedarf begründeten, hauptsächlich den Stütz- und Bewegungsapparat betrafen.

Bei den beiden letzten Gruppen handelte es sich mehrheitlich um ältere Menschen, die bei nahezu allen Alltagsaktivitäten eine umfangreiche Unterstützung anderer Personen benötigten. In extremer Ausprägung traf dies auf die Angehörigen der Gruppe 6 zu, von denen nur noch jeweils ein sehr kleiner Teil einige wenige basale Verrichtungen, wie etwa die Aufnahme von Nahrung und das Waschen von Gesicht und Händen zumindest noch teilweise selbst ausführen konnte. Hier lagen auch im wesentlichen die Unterschiede, die zur Abgrenzung der beiden obersten Cluster führten. Der Anteil an Personen in Gruppe 5, die bei einfachen körperbezogenen Aktivitäten noch relativ unabhängig war, lag deutlich über dem, der für die am schwersten betroffenen Menschen der letzten Teilstichprobengruppe ermittelt wurde. Die Unterschiede zwischen den gebildeten Clustern erwiesen sich bei Durchführung eines Chi²-Testes für alle Funktionsbereiche als hochsignifikant ($p < .0000$) und bestätigten ihrerseits nochmals die erreichte gute Trennung zwischen den Gruppen.

Zur Bestimmung der Unterschiede zwischen den älteren Menschen in den verschiedenen Clustern und den Besonderheiten ihrer Lebensbedingungen werden nacheinander, aber in inhaltlicher Verbindung zu den jeweiligen Tätigkeiten stehend, verschiedene ökologische Determinanten in die Analyse einbezogen. Da berechtigterweise anzunehmen ist, daß räumlich-materielle und soziale Merkmale der Umwelt spezifisch in Abhängigkeit zu den Anforderungen wirken, die mit einer der erfaßten alltäglichen Aktivitäten verbunden sind, erfolgen getrennte Analysen für die verschiedenen Funktionsbereiche. Die Einzeltätigkeiten, die diese bilden, unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Komplexität und können nach dieser in eine hierarchische Ordnung gebracht werden. Damit ergeben sich unterschiedliche Ablaufdiagramme, die bestimmte Stellen aufweisen, an denen umweltliche Merkmale wirksam werden können. Bei Tätigkeiten, die schwerpunktmäßig Fähigkeiten voraussetzen, die in den Bereich der Grobmotorik fallen, sind dies in erster Linie Hindernisse und Barrieren in Form ungeeigneter räumlich-physikalischer Ausstattungsmerkmale. Diese können den Mobilitätsradius, der einer funktional beeinträchtigten Person zur Verfügung steht, unnötig einengen und in Verbindung damit stehende Tätigkeiten erschweren.

Den Detailanalysen zur differentiellen Wirkung unterschiedlicher räumlicher Gegebenheiten vorangestellt sind die gruppenspezifischen Verteilungen der als 'behandlungsrelevant' eingestuften Erkrankungen, die eine erste grobe Schätzung der bestehenden Schädigungen ermöglichen sollen (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17: Anteile der als ‘behandlungsrelevant’ eingestuften Erkrankungen in den durch die Clusteranalyse gebildeten Gruppen

behandlungsrelevante Erkrankungsformen	Cluster 1 (n = 87) ⁽¹⁾	Cluster 2 (n = 69)	Cluster 3 (n = 33)	Cluster 4 (n = 58)	Cluster 5 (n = 43)	Cluster 6 (n = 112) ⁽¹⁾
Zustand nach Schlaganfall	11,5%	27,5%	36,4%	17,2%	30,2%	40,2%
neurologische Erkrankungen (andere)	5,8%	5,8%	9,1%	20,7%	11,6%	19,7%
orthopädische Erkrankungen	28,7%	39,1%	18,2%	38,0%	23,2%	10,7%
andere Erkrankungen (internistische)	27,6%	11,6%	12,1%	22,4%	14,0%	19,6%
dementielle Erkrankungen	12,6%	4,4%	18,2%	1,7%	16,3%	8,9%
psychiatrische Erkrankungen (Depression)	13,8%	11,6%	6,0%	0,0%	4,7%	0,9%
insgesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

⁽¹⁾ Die Abweichungen zu den bisherigen Fallzahlen in den Cluster sind durch fehlende Angaben bei den ärztlichen Diagnosen bedingt.

Da einzelne Erkrankungen den Hilfsbedarf bei den verschiedenen alltagsrelevanten Tätigkeiten nicht in einer Eins-zu-Eins-Relation determinieren, verteilen sich die nach den Hauptschädigungen zusammengefaßten Formen in etwas unübersichtlicher Weise auf die rechnerisch ermittelten Cluster. Zur besseren Orientierung wurde die für jede Gruppe häufigste Erkrankungsform (spaltenweise) grau unterlegt. Die fett gedruckten Zahlen markieren dagegen die beiden höchsten Anteile innerhalb der Zeilen (d.h. für eine bestimmte Erkrankungsform). Über alle Gruppen hinweg dominieren drei Erkrankungsgruppen:

1. Zustände nach Schlaganfall, die am häufigsten bei den Patienten des 3., 5. und 6. Kollektivs vorliegen,
2. orthopädisch begründete Erkrankungen, die in den Gruppen 1, 2 und 4 die dominierende Diagnose bilden und
3. andere, meist mit Schädigungen innerer Organe verbundene Erkrankungen, die für die am wenigsten von funktionalen Einbußen betroffenen älteren Menschen charakteristisch sind.

Betrachtet man zusätzlich die Verteilung bei den Demenzen und den psychiatrisch bedingten Störungen, so werden weitere bedeutsame Unterschiede zwischen den Clustern erkennbar. Von hirnorganischen Abbauprozessen überproportional betroffen waren die in den Gruppen 3 und 5 zusammengefaßten, ambulant versorgten Patienten. Depressionen lagen dagegen schwerpunktmäßig bei Personen vor, die noch relativ unabhängig von fremder Hilfe bei der körperlichen Versorgung sind; ein Ergebnis, das sicher mit durch das modellhaft erprobte Angebot professioneller psychosozialer Versorgung im häuslichen Kontext bedingt sein dürfte. Zusammengefaßt stellen sich die im Vordergrund stehenden Erkrankungen in den verschiedenen Teilpopulationen folgendermaßen dar:

Gruppe 1:

Die größten Anteile ‘behandlungsrelevanter’ Diagnosen entfielen recht gleichmäßig mit jeweils um 28% auf Beeinträchtigungen des Stütz- und Bewegungsapparates und auf andere Erkrankungen (schwerpunktmäßig: Beeinträchtigungen innerer Organe). Mit knapp 14% enthielt diese Gruppe die meisten psychiatrischen Patienten (hauptsächlich: Depression).

Gruppe 2:

Im Vordergrund standen bei diesem Teil der ambulant versorgten Personen Erkrankungen, die der Orthopädie zugehörten. Bei einem Anteil von 39% stellten sie die Hauptdiagnose dar. An zweiter Stelle folgten mit 28% funktionale Störungen in Folge eines Schlaganfalls. Nicht ganz so häufig wie in der vorherigen Gruppe, aber noch immer überproportional vertreten waren auch hier Depressionen, die einen Anteil von ca. 12% erreichten.

Gruppe 3:

Mit über einem Drittel der Angaben bildete in dieser Teilpopulation der Schlaganfall die häufigste Erkrankungsform. Ihm folgten mit identischen Häufigkeiten: orthopädisch begründete Veränderungen und verschiedene Arten von Demenzen. Letztere wurden bei 18,2% der Patienten dieser Gruppe diagnostiziert. Es war der höchsten Anteil, der über alle Cluster hinweg erreicht wurde.

Gruppe 4:

Wie bei der 2. Teilpopulation handelte es sich auch hier mit einem Anteil von 38% schwerpunktmäßig um Patienten mit Schädigungen im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates. Vergleichsweise häufig waren außerdem andere neurologische Erkrankungen, unter denen ein weiteres Fünftel dieses Clusters litt. In Abgrenzung zu der zweiten orthopädisch dominierten Gruppe kamen Demenzen und Depressionen kaum vor.

Gruppe 5:

Am häufigsten waren in dieser Gruppe Menschen, die einen Schlaganfall erlitten hatten (30%), und solche mit orthopädisch begründeten Erkrankungen (23%). Daneben lag der Anteil an Personen, die die Diagnose ‘Demenz’ aufwiesen, mit 16% ebenfalls sehr hoch und erreichte fast den Wert, den das in dieser Hinsicht am stärksten belastete 3. Kollektiv aufwies.

Gruppe 6:

Bei den am stärksten auf die Hilfe und Unterstützung anderer angewiesenen Patienten stand der Zustand nach Schlaganfall mit Abstand an der Spitze der ‘behandlungsrelevanten’ Erkrankungen. Er lag bei mehr als 40% dieser Teilpopulation vor. Dann folgten in absteigender Reihenfolge: andere neurologische Erkrankungen mit 20% und andere Erkrankungen mit 19%. Letztgenannte verteilen sich dabei recht gleichmäßig auf schwerwiegende Schädigungen des Herz-Kreislaufsystems und bösartige Geschwulstbildungen im Endstadium.

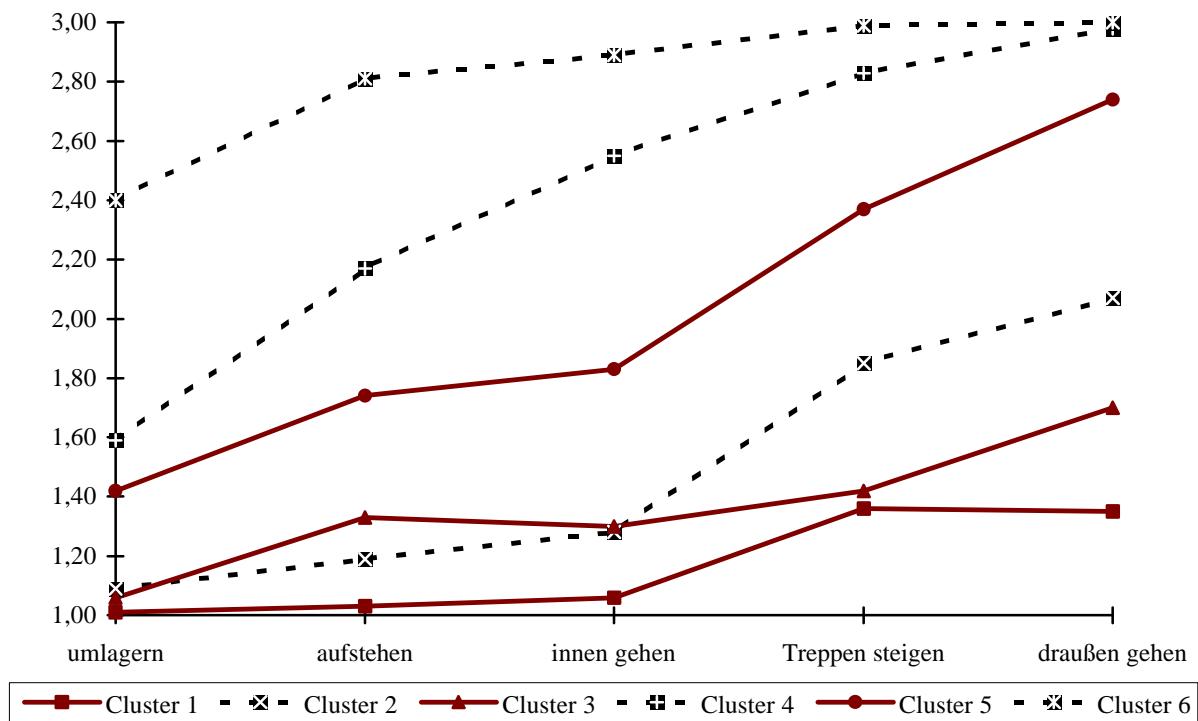
3.1.3.2 Differentielle Einflüsse bei unterschiedlichen Alltagsaktivitäten

Nach diesem ersten groben Überblick über Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Hauptdiagnosen zwischen den rechnerisch bestimmten Clustern sollen ausgehend hiervon Ausmaß und Muster an bestehenden Abhängigkeiten unter Berücksichtigung der relevanten Merkmale der Wohnung bestimmt werden. Grundlage für die Detailanalysen bilden die Gruppenmittelwerte in den jeweiligen Tätigkeiten. Bei den Items, die sich auf die Bewertung der Wohnungsausstattung beziehen, wird der Anteil der jeweils als ‘problematisch’ eingeschätzten Bedingungen berücksichtigt (die vollständigen Daten sind im Anhang wiedergegeben).

Abbildung 8 zeigt, daß Aktivitäten, die schwerpunktmäßig an die grobmotorische Leistungsfähigkeit gebunden waren, in einer logischen, hierarchischen Ordnung zu einander standen. Sie war bestimmt durch den Bewegungsradius, der sich sukzessive beginnend mit der Mobilität im Bett über den Bereich der Wohnung bis nach Draußen erweiterte. Der Anteil derjenigen älteren Menschen, die innerhalb der jeweiligen Räume selbstständig waren, nahm kontinuierlich ab. Mit entsprechenden Niveauverschiebungen folgten alle Gruppen diesem übergreifenden Muster. Sichtbare Unterschiede bestanden jedoch in der Steigung und in dem Verlauf der Kurve. Die Angehörigen der Gruppe 6 waren bei nahezu allen Tätigkeiten auf die Hilfe anderer angewiesen, was dazu führte, daß die erfaßten räumlich-physikalischen Ausstattungsmerkmale für sie bedeutungslos geworden waren.

Abbildung 8: Mittelwerte bei den grobmotorischen Tätigkeiten nach Clusterzugehörigkeit

(von ‘1’= unabhängig bis ‘3’= vollständig abhängig)



Beim Übergang von Aufstehen aus dem Bett zum Umhergehen in der Wohnung wiesen alle erfaßten älteren Menschen einen mehr oder minder großen Zuwachs im Ausmaß der beanspruchten Hilfe auf. Im Vergleich zu den anderen Teilpopulationen war dieser in Gruppe 4 am deutlichsten ausgeprägt. Die hier zusammengefaßten älteren Menschen verfügten im Durchschnitt über weniger Zimmer und waren stärker in ihrem Bewegungsfreiraum eingeengt. Als in dieser Hinsicht problematisch wurden etwa 40% der Wohnungen bewertet. Der entsprechende Anteil in der Gesamtpopulation war im Vergleich dazu knapp zwölf Prozentpunkte geringer. In deutlich abgemilderter Form bestanden durch räumliche Enge bedingte Probleme auch bei den Angehörigen der Gruppen 5 und 2. Die jeweiligen Anteile erreichten bei den Extremwerten jedoch nicht die gleiche Höhe. Bei den letztgenannten Teilpopulationen waren es eher Hindernisse und Barrieren in Form von Stolperfallen und ungeeigneten Bodenbelägen, die in negativer Weise wirksam wurden. Die Anteile der jeweils als starke Gefährdung eingeschätzten Wohnraumbedingungen liegen bei 51% und 35%.

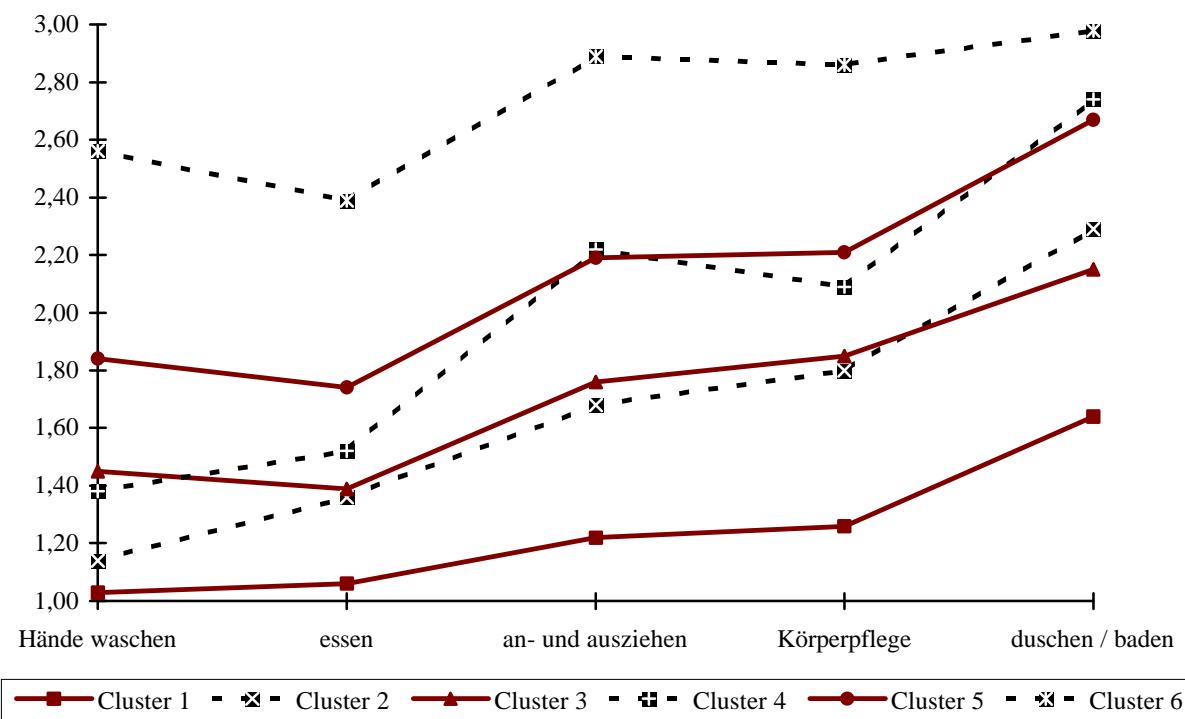
Für die Erschließung des direkten häuslichen Nahumfeldes mußten drei Viertel der ambulant versorgten älteren Menschen zwischen vier und 40 Stufen überwinden. Je nachdem, ob sie

dazu funktional noch in der Lage waren oder nicht, konnten diese Bedingungen dazu führen, daß Patienten der selbständige Zugang nach Draußen verwehrt war. Unter Berücksichtigung der beim Treppensteigen erhaltenen Hilfestellung ergab sich für alle Gruppen im mittleren Bereich der Verlaufskurven ein nochmaliger Zuwachs an Abhängigkeit von anderen Menschen für die Verrichtung außerhäuslicher Tätigkeiten. Die Gründe hierfür lagen bei den Angehörigen der Cluster 2 und 4 schwerpunktmäßig im Vorhandensein einer Außentreppe. Im Durchschnitt umfaßte sie bei diesen beiden Gruppen zwar nur vier bis sechs Stufen, diese waren jedoch für die vornehmlich an Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates leidenden Patienten nur schwer zu bewältigen. Als erhebliche Beeinträchtigung beim Erhalt einer selbständigen Lebensführung wurden sie hier in jeweils etwa der Hälfte der Fälle eingestuft (im Durchschnitt: 35%). Ein überproportionaler Zuwachs an benötigter Hilfe innerhalb des Wohnungsrahmenfeldes zeigte sich auch bei den Angehörigen der Gruppen 5 und 3. Hier dürfte jedoch der hohe Anteil an dementiellen Störungen und damit verbundene Orientierungsprobleme eine bedeutende Determinante dafür sein, daß beim Übergang in den öffentlichen Raum das Ausmaß an personaler Unterstützung in Relation zur innerhäuslichen Mobilität deutlich zunahm.

Eine vergleichbare Analyse für die eher feinmotorisch bestimmten Alltagsverrichtungen gestaltete sich schwieriger, da sich hier die einzelnen Tätigkeiten nicht ganz so eindeutig in eine logische, durch zunehmende Anforderungsgrade gekennzeichnete Sequenz bringen ließen. Wie aus Abbildung 9 zu erkennen ist lag die erhaltene Unterstützung beim Essen (einschließlich des Zerkleinerns der Nahrung) bei jeweils der Hälfte der Gruppen über bzw. unter der, die beim Waschen von Gesicht und Händen gewährt wurde. Letztgenannter Sachverhalt traf für jene drei Teilpopulationen (3, 5 und 6) zu, die einen vergleichsweise großen Anteil von Patienten umfaßten, die einen Schlaganfall erlitten hatten. War dieser mit Lähmungen einer Seite verbunden, so waren Tätigkeiten, die eine Koordination beider Hände erforderten, nur mit erheblichen Schwierigkeiten allein auszuführen. Eine weitere Umkehrung der global bestehenden Reihenfolge trat bei den Angehörigen des Clusters 4 auf, die im Gegensatz zu allen anderen Gruppen mehr Hilfe beim An- und Auskleiden erhielten als bei der Körperpflege. Schwerpunktmäßig handelte es sich hier um Patienten mit orthopädischen oder anderen neurologischen Grunderkrankungen, die die Ursache für eine entsprechende Beeinträchtigung der Feinmotorik im engeren Sinne sein könnten. Eine eindeutige Interpretation ließen hier die gegebenen Daten jedoch nicht zu. Unter Berücksichtigung der besprochenen Besonderheiten wiesen jedoch auch die Items, die ihrem Charakter nach eher Anforderungen an die Bewe-

gungsfähigkeit der oberen Extremitäten stellten, eine Konkordanz zwischen ihrer Komplexität und der geleisteten Hilfe von anderen Menschen auf. Gemeinsamkeiten mit den Daten der grobmotorisch bestimmten Tätigkeiten bestanden auch dahingehend, daß die Steigungen zwischen den Gruppen variieren. Neben den relevanten Merkmalen der räumlich-dinglichen Ausstattung der Wohnung kamen hier allerdings auch verstärkt Einflüsse der sozialen Umwelt zum Tragen, so daß sich unterschiedliche Effekte überlagern oder auch gegenseitig aufheben konnten.

Abbildung 9: Mittelwerte bei den feinmotorisch orientierten Tätigkeiten nach Clusterzugehörigkeit
 (von ‘1’= unabhängig bis ‘3’= vollständig abhängig)



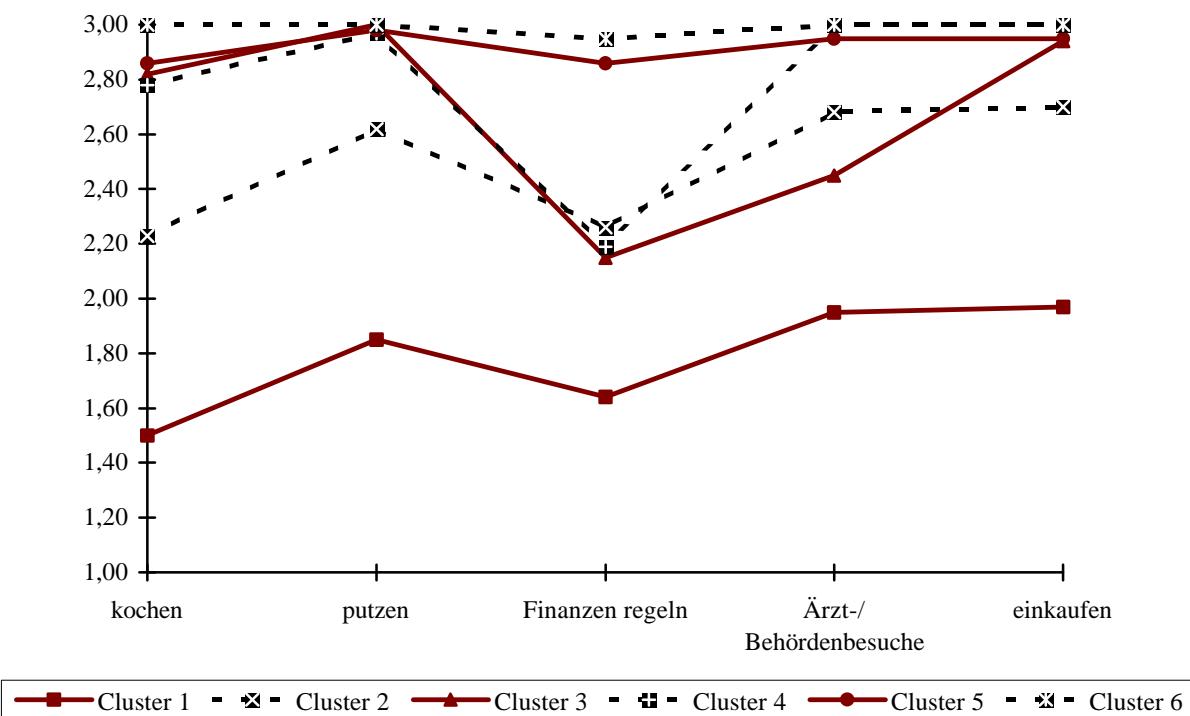
Unter Ausschluß der bei nahezu allen Tätigkeiten vollständig abhängigen älteren Menschen, wiesen die Gruppen 2 und 4 den größten Anstieg an Unterstützungsleistungen beim Übergang vom ‘Waschen von Gesicht und Händen’ zur umfassenden Körperpflege auf. Bei diesen Patienten lagen häufig Beeinträchtigungen des Stütz- und Bewegungsapparates vor, wobei unterschiedliche Mängel in der Sanitärausstattung die selbständige Ausführung der Morgen- und Abendtoilette zusätzlich erschweren. Häufiger als erwartet verfügten mit einem Anteil von 7,2% die Wohnungen der Angehörigen des 2. Clusters über kein eigenes Badezimmer (Durch-

schnitt: 3%). Das zentrale Problem in Gruppe 4 lag dagegen im Fehlen einer zentralen Warmasserversorgung (22,4% gegenüber 16,5% in der Gesamtstichprobe). Hinzu kam, daß in vielen Wohnungen keine Dusche vorhanden war (Gruppe 2: 58% und Gruppe 4: 53%), was zu einer weiteren Ausweitung des Hilfsbedarfs bei der Ganzkörperreinigung beitrug. Betroffen hiervon waren allerdings auch die ansonsten noch recht selbständigen älteren Menschen des 1. Clusters, die in diesem Bereich einen deutlichen Anstieg bei der Inanspruchnahme von Hilfe erkennen ließen. Entsprechend hoch war der Anteil an Beurteilungen seitens der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Modellprojekte und der Pflegekräfte, die die Ausstattung im Sanitärbereich als wenig förderlich für den Erhalt einer selbständigen Lebensführung einschätzten. Bei den bislang besprochenen Teilpopulationen lag er über dem Durchschnitt, erreichte jedoch bei den in ihrem Muster an Hilfsbedarf nicht weiter auffälligen Mitgliedern der Gruppe 5 einen Spitzenwert von 51%. Den negativen Einschätzungen entsprachen in diesen Fällen die Angaben zu den objektiv gegebenen Ausstattungsmerkmalen, die in erheblichem Maße unter dem Standard lagen. Kompensiert wurden die Defizite durch ein deutlich über den Kriterien des Pflegeversicherungsgesetzes liegendes Ausmaß an Hilfe seitens der Angehörigen. Bei mehr als 60% der Patienten des 5. Clusters wurde die geleistete soziale Unterstützung als ‘überfürsorglich’ eingestuft. Sie umfaßte allerdings in erster Linie Hilfen in praktischen oder instrumentellen Dingen und lag im emotionalen Bereich eher etwas unter dem durchschnittlich geleisteten Ausmaß an Beistand. Physikalisch-materielle und soziale Merkmale der Umwelt wirkten hier in einer Weise zusammen, die zu einer Nivellierung der Effekte führte. Die Nachteile in der Wohnungsausstattung wurden über einen gehobenen zeitlichen Aufwand von den Bezugspersonen aufgefangen. Eine im Gegensatz dazu echte ‘Überfürsorge’ lag im Falle der Angehörigen des Clusters 3 vor. Über 70% dieser älteren Menschen erhielten extrem viel Zuwendung, sowohl was die Übernahme von Arbeiten anging als auch was die psychisch-emotionalen Belange betraf. Gleichzeitig lagen die vergleichsweise besten Ausgangsbedingungen im Hinblick auf die Ausstattung der Wohnung vor. In diesem Fall kumulierten beide Seiten an relevanten umweltlichen Merkmalen und produzierten gemeinsam eine ‘Zone maximalen Komforts’, unter Umständen auch eine, die schon darüber lag und in Langeweile und Apathie mündete (siehe Beschreibung der Gruppen in diesem Kapitel).

Noch manifester als es bei den feinmotorisch bestimmten Tätigkeiten der Fall war, kam das geleistete Zuviel an Hilfe für diese Patienten bei den haushaltsbezogenen Aufgaben zum Ausdruck (vgl. Abbildung 10). Kochen, Putzen und Einkaufen wurden vollständig von der Bezugserson übernommen. Eine Mithilfe seitens der Patienten wäre hier durchaus möglich ge-

wesen, was durch eine deutlich größere Selbständigkeit bei der Regelung der Finanzen und bei Arztbesuchen belegt wird.

Abbildung 10: Mittelwerte bei den komplexen Tätigkeiten nach Clusterzugehörigkeit
(von ‘1’= unabhängig bis ‘3’= vollständig abhängig)



Kaum unerwartet lag der Anteil der in Gemeinschaft mit anderen Angehörigen lebenden Männer in dieser Gruppe deutlich über der Ausgangsverteilung der Geschlechter. Unterrepräsentiert waren die Frauen außerdem bei den in Kollektiv 4 zusammengefaßten älteren Menschen. Letztere verteilten sich jedoch gleichmäßiger über die verschiedenen Haushaltsformen und erfuhren ein recht heterogenes Ausmaß an körperbezogenen Hilfen, wobei sowohl Formen von Unter- als auch Überversorgung vergleichsweise häufig waren. Eine Ergänzung erfaßten die bisherigen Ergebnisse durch die Angaben, die mittels der Nurse Observation Scale erhoben wurden. Durch den ersten Faktor, der Verhaltensweisen erfaßt, die mit einem geistigen Abbau verbunden sind, wurden eindeutig jene Cluster unterschieden, in denen die Anteile an dementiellen Erkrankungen am höchsten waren. Die Patienten der Gruppen 3, 5 und 6 zeigten mehr und deutlichere Auffälligkeiten in diesem Bereich. Die Anteile für die beiden Kategorien, die deutliche bis starke Abweichungen von der Norm enthielten, lagen in der Reihenfolge der Clusterziffern bei 41%, 43% und 57%. Nicht ganz so eindeutig waren die Über-

einstimmungen zwischen der Häufigkeit der Diagnose ‘Depression’ und der über das Verhalten erfaßten Stimmungslage. Werte, die die 40%-Marke überschritten, wurden außer bei den beiden durch entsprechende Angaben des behandelnden Arztes bestimmten Kollektiven auch von den Angehörigen der Cluster 5 und 6 erreicht. In diesen Fällen dürfte die ausgedrückte Traurigkeit und das Gefühl, wertlos zu sein, jedoch stärker durch die Schwere der funktionalen Beeinträchtigungen bestimmt gewesen sein. Die älteren Menschen dieser Gruppen waren kaum in der Lage, eigenen Interessen nachzugehen, und drei Viertel von ihnen nahmen kaum noch Anteil am sozialen Leben. Dies traf allerdings auch in erheblichem Maße für drei der vier weniger in ihrer Selbständigkeit eingeschränkten Gruppen zu. Die Anteile lagen hier ebenfalls um die 60%.

Am auffälligsten war dieser Tatbestand bei den überdurchschnittlich gut versorgten Männern des Clusters 3. Nur wenige von ihnen (knapp 7%) zeigten uneingeschränkt positive Interaktionsmuster im Umgang mit ihren Angehörigen. Bei einem Viertel traten ablehnende Verhaltensweisen in deutlicher Form zu Tage. Sie pflegten auch keine Hobbys mehr, so daß hier insgesamt deutliche Hinweise darauf bestanden, daß dieser Gruppe von Patienten zu viele Aufgaben abgenommen wurden; eine Unterforderung, die ein zunehmendes Desinteresse und Apathie bewirkte. Auf Seiten der Angehörigen führte diese Situation dazu, daß sie sich in starkem Maße belastet fühlten. Auch wenn die Interpretation der durch den Cost of Care Index erhobenen Daten aufgrund der geringen Fallzahl mit Vorsicht zu betrachten ist, wurden in dieser Gruppe die deutlichsten Einschränkungen des familiären Lebens erlebt. Entsprechendes galt für die Dimensionen ‘Resignation’ und ‘Konflikte’, wo negative Ausprägungen von einem deutlich größeren Anteil der Bezugspersonen angegeben wurden. Verglichen mit dem Durchschnitt überschritten sie diesen um 35% bzw. 15%. Psychosomatische Beschwerden waren dagegen eher ein Problem der Angehörigen der älteren Menschen in Gruppe 5, wo die ungünstigen materiellen Ausstattungsmerkmale durch ein erhöhtes zeitliches Ausmaß an personaler Unterstützung aufgefangen werden mußten. Es überrascht nicht, daß hier auch finanzielle Belastungen eine überproportionale Rolle spielten, wie dies auch bei der 2. Gruppe mit deutlichen wohnraumbezogenen Mängeln der Fall war. Alle bislang im Detail beschriebenen Besonderheiten im Muster der in Anspruch genommenen Hilfe und den Lebensbedingungen zusammengefaßt, unterscheiden sich die Gruppen im Hinblick auf folgende ökologische Bedingungen:

Gruppe 1:

Die Angehörigen der 1. Gruppe waren am wenigsten funktional beeinträchtigt, umfaßten aber einen hohen Anteil an psychischen Erkrankungen. Schwerpunktmaßig waren es allein lebende ältere Frauen, die meist das 80. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten. Sie waren auch im Hinblick auf ihre geistige Verfassung noch relativ gut in der Lage, einen eigenständigen Haushalt zu führen, wobei Zeit und Interesse an Freizeitunternehmen eher selten waren. Durchaus vorhandene ungünstige physikalisch-materielle Bedingungen wirkten sich mit Ausnahme der fehlenden Dusche noch nicht dahingehend aus, daß sie zu einer Ausweitung des Bedarfs an personeller Hilfe führten. Entsprechend niedrig waren die Belastungen, die von den pflegenden Angehörigen empfunden wurden.

Gruppe 2:

Auch hier handelte es sich mehrheitlich um Frauen, die jedoch älter waren als die der ersten Gruppe und häufiger als diese mit dem Ehepartner und / oder Kindern zusammen wohnten. Es dominierten orthopädische Erkrankungsformen, wobei die Wohnungen sowohl im Hinblick auf den Bewegungsspielraum als auch im Sanitärbereich Mängel und Problemzonen aufwiesen, die zu einem Anstieg des Hilfsbedarfs bei den entsprechenden Alltagsverrichtungen führten. Dieser wurde jedoch häufiger als bei der Mehrzahl der anderen Gruppen nicht in ausreichender Weise erbracht, so daß 29% als unversorgt einzustufen waren. Begleitet wurde diese Situation durch einen überproportionalen Anteil an Auffälligkeiten in Richtung depressiver Störungen und sozial unangepaßter Verhaltensweisen. Von den Angehörigen wurde die Beziehung zu dem Gepflegten als durchaus konflikthaft erlebt, wobei auch finanzielle Probleme eine entscheidende Rolle spielten.

Gruppe 3:

Gruppe 3 bestand im wesentlichen aus einer Zusammenfassung von älteren, auf personale Unterstützung angewiesenen Männern. Ihr Anteil überstieg zwei Drittel der Mitglieder dieser Teilpopulation, von denen keine 10% alleine lebten. Als Hauptdiagnosen dominierten Folgen von Schlaganfällen, dementielle und andere neurologisch begründete Erkrankungen. Hinzu kamen häufig Störungen in den Gedächtnisleistungen, die sich in der NOSGER abbildeten. In der Regel waren die Wohnungen auf dem neuesten Stand und wiesen mit Ausnahme einer bisweilen vorhandenen Innentreppe kaum Barrieren oder Hindernisse auf. Dennoch erhielten diese meist männlichen Patienten von Ehefrauen und Kindern ein Übermaß an Unterstützung, die sich vor allem im feinmotorischen und hauswirtschaftlichen Bereich auswirkte.

Entgegen der erheblichen Zuwendung, die diese älteren Menschen von ihrer Umwelt erfuhren, zeigten sie ihrerseits kaum Aktivitäten zu einer positiven Gestaltung dieser Beziehungen. Häufiger als in den anderen Gruppen wurden Unzufriedenheit und Mißmut nach außen gerichtet. Daraus resultierte eine höhere Quote an ‘störenden’ Verhaltensweisen, während nach innen gerichtete Bewältigungsprozesse mit psychiatrischen Symptomen eher selten waren. Während die geleistete Überfürsorge auf Seiten der Patienten zu Desinteresse und Aggression führte, erlebten die Angehörigen, die die Situation mit hervorbrachten und aufrechterhielten, starke Belastungen im familiären und zwischenmenschlichen Bereich. Sie waren auch am ehesten dazu geneigt, an der Sinnhaftigkeit der von ihnen mit hohem zeitlichen Aufwand erbrachten körperbezogenen und emotionalen Unterstützung zu zweifeln.

Gruppe 4:

Die Verteilung zwischen den Geschlechtern war in Gruppe 4 in etwa ausgeglichen und setzte sich aus 47% Männern und 53% Frauen zusammen. Zu einem Drittel handelte es sich um verheiratete ältere Menschen, wobei jedoch keine Wohnform eindeutig dominierte. Zusätzlich zu den häufig vorliegenden Schädigungen im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates wurde die Mobilität der Angehörigen dieses Clusters durch beengte Verhältnisse im innerhäuslichen Bereich und durch Treppen beim Übergang nach draußen eingeengt. Wie bei den Angehörigen der Gruppe 2 konnten diese Mängel nicht in allen Fällen durch die Inanspruchnahme personaler Hilfe kompensiert werden: 31% erhielten Unterstützung in einem Umfang, der unterhalb ihres Bedarfs lag. Sie verfügten meist über gute kognitive Ressourcen, die sich unter anderem in einer deutlich stärkeren Anteilnahme am sozialen Leben ausdrückten. Nur wenige Angehörige dieser Teilpopulation zeigten Anzeichen von Resignation. Insgesamt erlebten sie deutlich weniger Belastungen durch die gegebene Pflegesituation als andere Bezugspersonen von älteren Menschen, die in vergleichbarem Umfang funktional eingeschränkt waren.

Gruppe 5:

Gruppe 5 setzte sich wieder mehrheitlich (66%) aus älteren, hier sogar schwerpunktmaßig sehr alten Frauen zusammen. Über 70% standen jenseits des achten Lebensjahrzehnts und entsprechend häufig lagen neben körperlichen auch kognitive Schädigungen vor. Nur noch knapp ein Vierte dieser deutlich beeinträchtigten Patientinnen lebte alleine. Neben Wohngemeinschaften mit dem Partner gab es in größerem Umfang intergenerative Haushaltsformen. Die Wohnungen wiesen überproportional häufig Mängel in einer Reihe von Bereichen auf. Räumliche Enge und Stolperfallen behinderten den Bewegungsfreiraum und fehlende Hilfsmittel im Sanitärbereich steigerten den Hilfsbedarf bei der Körperpflege und Hygiene. Aufge-

fangen wurden die bestehenden Defizite in der Ausstattung durch ein deutlich über dem Durchschnitt liegendes Ausmaß an praktischer und instrumenteller Unterstützung seitens der Angehörigen, das sich allerdings nicht in analoger Weise auf den emotionalen Bereich erstreckte. Viele der betroffenen Patientinnen empfanden ihre Lage als traurig und drückten dies auch nach außen hin aus, wobei sie sich ansonsten eher sozial angepaßt verhielten. Für die pflegenden Angehörigen äußerten sich Belastungen in erster Linie im psychosomatischen Bereich, in denen der größere Aufwand an personaler Hilfe seinen Ausdruck fand.

Gruppe 6:

Die mehrheitlich als schwerstpflegebedürftig einzustufenden Patienten dieses Clusters überschritten mit der Schwere der bei ihnen vorliegenden Schädigungen den Rahmen ökologischer Modelle. Durch den Umzug zu Kindern und Schwiegerkindern hatte ein Großteil vor allem der verwitweten älteren Frauen bereits eine Passung zwischen ihren Fähigkeiten und der Umwelt hergestellt. 44% der Angehörigen dieser Gruppe lebten in transgenerativen Haushalten. Da viele vollständig oder zumindest teilweise bettlägerig waren, kam den erfaßten physikalisch-räumlichen Bedingungen im Hinblick auf die zu leistenden Hilfestellungen keine Bedeutung mehr zu. Dies galt auch für die erhobenen Indikatoren des direkten sozialen Umfeldes, von dem ohnehin nahezu alle Aufgaben übernommen werden mußten, so daß ein Zuviel an Hilfe kaum mehr möglich war. Dennoch wichen die von Angehörigen empfundenen Belastungen auf allen Dimensionen nicht wesentlich vom Durchschnitt ab. Was die Zweifel an der Sinnhaftigkeit der erbrachten Leistungen betraf, waren diese sogar seltener als in der Gesamtgruppe. Offensichtlich konnten sich die Angehörigen, insbesondere dann, wenn sich der Pflegeprozeß bereits über einen längeren Zeitraum erstreckte, mit der Situation arrangieren und ihr Leben in einer Weise reorganisieren, daß die negativen Auswirkungen in einem für sie erträglichen Rahmen blieben.

3.1.3.3 Übergänge zwischen logisch aufeinanderfolgenden Alltagsverrichtungen

Noch deutlicher, als dies durch das Verfahren der Clusteranalyse möglich war, zeigte sich die Vielfalt unterschiedlicher Konstellationen an persönlichen und umweltlichen Bedingungen auf der Ebene von Einzelfallanalysen. Da der Umfang der vorliegenden Stichprobe zu groß war, um dies für jeden erfaßten Patienten leisten zu können, wurden nur jene Datensätze einbezogen, die Sprünge und Abweichungen von den für die verschiedenen Bereiche gebildeten logischen Sequenzen aufwiesen. Sie stellten die Ausnahme dar, die sich von dem generellen Trend sowohl in positiver als auch in negativer Form abhob. Unter Ausschluß methodisch

begründeter Kodierfehler, die häufig durch die fließenden Unterschiede zwischen Begleitung und leichter Hilfe oder zwischen intensiver Unterstützung und völliger Abhängigkeit zustande kamen, verfügten sie über eine eigene inhaltliche Relevanz. Durch sie wurde auf die Besonderheiten individuell gegebener organischer Schädigungen ebenso verwiesen wie auf Merkmale der dinglichen und sozialen Umwelt, die in diesem Zusammenhang wirksam wurden. Auch hier sollen zunächst die grobmotorisch bestimmten Tätigkeiten besprochen werden, die in eindeutiger hierarchischer Beziehung zu einander stehen.

Beim Übergang vom Umlagern im Bett zum Aufstehen aus diesem ergab sich ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen den Variablen ($r = .79$). Die durch die Kombination der jeweiligen Ausprägungen gebildeten Gruppen unterschieden sich in der erwarteten Richtung von einander ($\text{Chi}^2: 340; \text{df: } 4; p < .0000$). Nur vier Personen wichen von der postulierten Zunahme an Hilfe beim Aufstehen ab, wobei die Daten jedoch im Rahmen der erwähnten Beurteilungsungenauigkeiten blieben. Bei der Erweiterung des Mobilitätsraumes auf den Innenbereich der Wohnung gestaltete sich das Bild bereits uneinheitlicher. Knapp 2% der Patienten wiesen beim Aufstehen einen inhaltlich bedeutsamen größeren Hilfsbedarf auf als beim ‘Umhergehen’ in den Räumen. Überwiegend handelte es sich dabei um ältere Menschen, die an den Folgen eines Schlaganfalls litten, wobei wahrscheinlich eine Halbseitenlähmung für die Probleme beim Aufstehen verantwortlich sein dürfte. Bei zwei weiteren Personen, einem hochaltrigen Mann mit Morbus Parkinson und einer jüngeren Frau mit Multipler Sklerose, wurde das Aufstehen durch eine ungeeignete Ausstattung des Bettes erschwert. Die dadurch hervorgerufenen Beeinträchtigungen wurden von den Dokumentierenden als mittel bis schwer eingestuft. Im letzten Fall lag eine Erkrankung des rheumatischen Formenkreises vor.

Abweichungen in der anderen Richtungen wiesen mit einem Anteil von 6,6% etwas mehr der ambulant versorgten älteren Menschen auf. Sie waren jeweils beim Aufstehen selbstständiger als beim Gehen innerhalb der Wohnung. Auch bei ihnen stand der Schlaganfall an der Spitze der behandlungsrelevanten Diagnosen. An seinen Folgen litten sieben Patienten dieser Gruppe, wobei in vier Fällen begrenzte räumliche Verhältnisse den Hilfsbedarf förderten bzw. erst entstehen ließen. Ähnliche Probleme bestanden auch bei der Mehrzahl von älteren Menschen mit Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates sowie einer Patientin mit Kreislaufproblemen, deren Wohnung sich außerdem über mehrere Etagen erstreckte. Unabhängig vom Vorhandensein von Barrieren und Hindernissen waren Patienten, die an Krebs litten, die eine Totalendoprothese erhalten hatten, und solche mit rheumatischen Beschwerden in ihrer inner-

häuslichen Mobilität verstärkt auf die Hilfe anderer angewiesen. Insgesamt sorgten bei mehr als der Hälfte der älteren Menschen, die eine deutliche Zunahme an personaler Unterstützung beim Übergang von Aufstehen aus dem Bett zum Gehen in der Wohnung aufwiesen, ungünstige Ausstattungsmerkmale, wie ein Mangel an Bewegungsfreiraum und eine Aufteilung auf zwei Etagen für eine zusätzliche Beeinträchtigung ihrer Selbständigkeit.

Der Übergang in halböffentliche und öffentliche Räume stellte für einen erheblich größeren Teil der erfaßten älteren Menschen ein Problem dar. Im Vergleich zur innerhäuslichen Mobilität erhöhte sich bei knapp einem Viertel ($n = 98$) das Ausmaß an erhaltener Hilfe in dem Moment, wo der Aktionsradius auf das Nahumfeld der Wohnung ausgedehnt wurde. Entsprechend vielfältiger gestalteten sich die Muster und Zusammenhänge, die zu diesem Ergebnis führten. Eine erste große Gruppe ($n = 22$) bildeten Patienten, die aufgrund kognitiver Störungen nicht in der Lage waren, sich draußen zu orientieren. Trotz nahezu selbständiger Bewegungsfähigkeit und keinen bis geringen Einschränkungen beim Treppensteigen konnten sie im außerhäuslichen Bereich nicht ohne Begleitung bleiben.

Letzteres trifft auch für neun ältere Menschen zu, die nahezu blind waren und einige, die aus Angst vor Schwindelanfällen das Haus nicht mehr allein verlassen wollten. Anders stellt sich die Situation für jene Menschen dar, bei denen die Folgen eines Schlaganfalls ($n = 15$), Parkinson ($n = 5$) oder Multipler Sklerose ($n = 1$) als Krankheitsbild im Vordergrund standen. In diesen Fällen wurden meist schon wenige zu überwindende Stufen zu einem als Barriere wirkenden Merkmal der Umwelt. Bei Patienten mit Schädigungen in der Bewegungsfähigkeit der unteren Extremitäten, herzkranken älteren Menschen und solchen, die unter Atemnot litten, spielte zusätzlich die Menge der zwischen Wohnung und Außenbereich liegenden Treppen eine entscheidende Rolle. Wurde eine bestimmte, noch zu bewältigende Anzahl überschritten, so erlangte sie den Status eines nicht mehr überwindbaren Hindernisses. Nur bei dieser Gruppe bestand ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen der Stufenzahl und der durch sie bedingten Beeinträchtigung in der Selbständigkeit ($\text{Chi}^2: 20; \text{df: } 10; p: <.05$).

Eine letzte Teilpopulation bildeten sechs ältere Menschen, die unter Depressionen litten. Sie waren zwar körperlich dazu in der Lage, selbst dann am öffentlichen Leben teilzunehmen, wenn eine Außentreppe zu überwinden war, wollten dies aber nicht und bedurften einer entsprechenden Motivation durch das soziale Umfeld.

Für den Bereich der feinmotorisch dominierten Tätigkeiten diversifizierten sich die im Einzelfall gegebenen Konstellationen nochmals, da außer den räumlich-materiellen Bedingungen der Wohnung nun auch verstärkt soziale Einflüsse zu berücksichtigen waren. Das Zusammenwirken der verschiedenen Faktoren sorgte dafür, daß Vertauschungen häufiger waren und in beiden Richtungen vorkamen. Die Korrelation zwischen der erhaltenen Hilfe bei der Nahrungsaufnahme und beim Waschen von Händen und Gesicht lag mit $r = .75$ zwar noch immer sehr hoch, war aber vornehmlich auf den hohen Anteil schwerstpflegebedürftiger Patienten zurückzuführen, die in nahezu allen Bereichen von anderen abhängig waren. Mit Ausnahme eines fast 90 Jahre alten Schlaganfallpatienten, der nur bei der Nahrungsaufnahme – vermutlich in Folge einer Schluckstörung – Hilfe benötigte, nicht jedoch beim Waschen von Gesicht und Händen, bestand bei zehn der erfaßten älteren Menschen bei der letztgenannten körperbezogenen Handlung ein größeres Ausmaß an Unterstützung. Drei Patienten bedurften aufgrund depressiver Störungen der Ermunterung und ein an Alzheimer erkrankter Patient der Aufsicht und Anleitung. Die übrigen konnten aufgrund spezifischer somatischer Schädigungen die Tätigkeit nicht mehr selbstständig ausführen. Hierzu gehörten zwei ältere Frauen mit Brustkrebs und eine, die unter den Folgen einer Oberarmfraktur litt. Bei den verbleibenden drei Patienten waren als behandlungsrelevante Diagnosen je einmal genannt: ‘Zustand nach Apoplex’, ‘Morbus Parkinson’ und eine ‘Unterschenkelamputation’. Gemeinsam war ihnen, daß sie alle von ihrem sozialen Umfeld mehr Hilfe erhielten als durch das Pflegeversicherungsgesetz vorgesehen; ein Umstand, der für die anderen älteren Menschen, die dieses Muster an beanspruchter Hilfe aufwiesen, nicht zutraf.

Da der Bereich der Körperpflege das Reinigen von Gesicht und Händen umfaßt, waren Abweichungen von der durch eine logische Inklusion gekennzeichneten Sequenz nicht zu erwarten. Etwas anders stellte sich die Situation bei der Ausweitung auf den Bereich der Ganzkörperwäsche dar. Hier spielten sowohl spezifische Fähigkeiten in Richtung Beweglichkeit, Balance und Kraft als auch Ausstattungsmerkmale, wie beispielsweise das Vorhandensein einer Dusche und das Verhalten der pflegenden Angehörigen eine Rolle. Eine deutliche Zunahme an personaler Unterstützung war bei insgesamt 77 älteren Menschen zu verzeichnen. Von diesen verfügten mehr als die Hälfte nur über eine Badewanne, deren Benutzung für viele der funktional beeinträchtigten Patienten nicht mehr selbstständig zu bewerkstelligen war. Davon betroffen waren fast alle Angehörigen dieser Gruppe, die an den Folgen eines Schlaganfalls, an anderen neurologisch begründeten Erkrankungen (Morbus Parkinson und Multiple Sklerose) oder entsprechenden Schädigungen des Stütz- und Bewegungsapparates litten. Sie waren

in der Regel nicht mehr dazu in der Lage, Höhenunterschiede zu bewältigen, womit auch der Einstieg in die Wanne bzw. auch in eine nicht ebenerdige Dusche nicht mehr möglich war. Im Urteil der ambulant tätigen Pflegekräfte und Projektmitarbeiter und -mitarbeiterinnen trugen fehlende prothetische Ausstattungen im Sanitärbereich bei mehr als zwei Dritteln der betroffenen älteren Menschen zu einer Verminderung ihrer Selbstständigkeit bei. Eine Ausnahme hiervon bildeten lediglich Patienten, bei denen dementielle Erkrankungen oder depressive Störungen als Hauptdiagnose vorlagen. Sie waren mehrheitlich noch körperlich dazu im Stande, die Badewanne oder Dusche zu benutzen, benötigten hierfür aber Ansprache in Form von Anleitung oder Motivierung.

Etwas verwirrend gestaltet sich die Verbindung zwischen der Durchführung der Körperpflege und dem An- und Ausziehen der Kleidung. Die Inanspruchnahme eines größeren Umfangs an Hilfe im letztgenannten Bereich war offensichtlich von zwei verschiedenen funktionalen Störungen abhängig: zum einen von der Feinmotorik im engeren Sinne, die beim Schließen von Knöpfen oder beim Binden der Schnürsenkel benötigt wurde, und zum anderen von der Fähigkeit, sich beugen bzw. bücken zu können. Obwohl es sich bei der Hälfte um Schlaganfallpatienten handelte, verteilten sich die übrigen Erkrankungsformen auf einzelne orthopädisch und / oder neurologisch bedingte Schädigungen. Es bestand weder ein systematischer Zusammenhang zu unterstützenden materiellen Bedingungen im Bad, noch zum Umfang der Versorgungsleistungen.

Etwas eindeutiger stellten sich die Zusammenhänge im umgekehrten Fall dar ($n = 30$). Ein selbständiges Anlegen der Kleidung bei gleichzeitigem Unterstützungsbedarf im Rahmen der Körperpflege trat überproportional häufig in Verbindung mit dementiellen Abbauprozessen auf. Hinzu kamen Patienten mit Gelenkerkrankungen, bei denen entsprechende Einschränkungen des Bewegungsradius bestanden. Eine letzte eigene Gruppe bildeten wiederum die älteren Menschen mit depressiven Störungen, die kein Interesse mehr an der Pflege ihres Körpers hatten. Sie waren häufig unversorgt, d.h. es gab keine Angehörigen, die sich regelmäßig um sie kümmerten und für die es sich vielleicht gelohnt hätte, sich herzurichten.

Kognitive und psychische Defizite standen auch dann im Vordergrund, wenn Hilfe beim Richten der Medikamente erforderlich war, die nicht auf feinmotorischen Schädigungen zurückzuführen war. In diesen Fällen war die Selbstständigkeit beim An- und Ausziehen und in der Körperpflege größer als bei der korrekten Umsetzung der pharmakologischen Behandlung.

Diese Konfiguration von aufgabenabhängigem Hilfsbedarf ergab sich bei 65 Patienten, die zu etwa einem Drittel die Hauptdiagnose 'Demenz' aufwiesen. Auch bei den durch die NOSGER gemessenen Gedächtnisleistungen im Alltag lagen diese Personen mehrheitlich in einem Bereich, der durch deutliche Ausfälle gekennzeichnet war. Die Überwachung der Medikamenteneinnahme schien in diesen Fällen eher an das Ausmaß der vorliegenden Beeinträchtigungen gekoppelt zu sein als an eine überbehütende Haltung der Angehörigen. Bei den übrigen Menschen waren in absteigender Reihenfolge folgende Hauptdiagnosen angegeben: Depression (n = 14), Gelenkerkrankungen (n = 13), Schlaganfall (n = 11), Parkinson (n = 4) und Zustand nach Totalendoprothese oder Amputation (n = 2). Bei etwa zwei Dritteln waren leichte bis deutliche Einschränkungen im kognitiven Bereich vorhanden, wobei eine leichte Tendenz dahingehend bestand, daß die Überwachung der Medikamenteneinnahme bei Patienten, die in ihren kognitiven Leistungsfähigkeiten kaum beeinträchtigt waren, mit einer Überfürsorge seitens der Angehörigen verbunden war.

Noch deutlicher wird der Einfluß, der dem sozialen Umfeld beim Erhalt einer selbständigen Lebensführung zukommt, wenn über die körperbezogenen Alltagsverrichtungen hinausgehend solche einbezogen werden, die zur Haushaltsführung gehören. Exemplarisch für eine Reihe von hierfür notwendigen Tätigkeiten wurde die Zubereitung der Nahrung ausgewählt, wobei als Referenzkriterium das Ausmaß der erhaltenen Unterstützung bei der innerhäuslichen Mobilität gewählt wurde. 83 der ambulant versorgten älteren Menschen (knapp 20% der Gesamtstichprobe) waren hinsichtlich der Kochens vollständig abhängig, konnten sich aber noch unabhängig oder mit leichter bis mittlerer Hilfe in der Wohnung bewegen. Mehr als die Hälfte von ihnen erhielt von den Angehörigen ein überdurchschnittliches Maß an Unterstützung.

Tabelle 18: Anteile der Patienten nach Versorgungssituation und Geschlechtszugehörigkeit

	Männer (n = 46)		Frauen (n = 36)	
	übersorgt	angemessen oder unversorgt	übersorgt	angemessen oder unversorgt
allein		6,5%	2,8%	27,8%
mit Ehepartner (u. Kind)	58,7%	13,0%	16,7%	8,3%
mit Kind	4,3%	17,5%	22,2%	22,2%
geschlechtsspez. Anteil	63,0%	37,0%	41,7%	58,3%

Ganz dem geschlechtsspezifischen Stereotyp entsprechend, waren es vor allem die Männer, die von ihren Ehefrauen, was den Haushalt anbelangte, vollständig versorgt wurden (vgl. Tabelle 18). Interessanterweise traf dies nicht nur für die Zubereitung der Nahrung und das Reinigen der Wohnung zu, sondern auch für deren Beheizung. Männliche Patienten, die beim Übergang von Gehen innerhalb der Wohnung zum Kochen ein deutlich größeres Ausmaß an Hilfe erhielten, bekamen diese in der Regel auch bei der Wärmeregulation. Die Tendenz, zu viel abzunehmen, erwies sich damit eher als ein generelles Verhaltensmuster einiger Ehefrauen als ein spezifisch wirkendes Merkmal der sozialen Umwelt. Vor allem an ältere Männer, die einen Schlaganfall erlitten hatten, wurden (zu) wenig Anforderungen gestellt und Aufgaben übertragen. Im Falle der wenigen allein lebenden männlichen Kunden ambulanter Dienste wurden die hauswirtschaftlichen Aufgaben häufig von diesen mit übernommen.

Für Frauen waren Situationen, in denen sie mehr Hilfe erhielten als erforderlich wäre, dann am häufigsten, wenn sie ohne Partner bei ihren Kindern lebten. Der Trend war hier allerdings nicht ganz so deutlich wie bei den (Ehe-) Männern. Im umgekehrten Falle, d.h. wenn der zeitliche Umfang der Versorgungsleistungen unterhalb des bestehenden Bedarfs lag, handelte es sich am häufigsten um allein lebende Patientinnen, die von ortsansässigen Töchtern, Nachbarinnen, Haushälterinnen und mobilen sozialen Diensten mit warmem Essen versorgt wurden.

Da sich die Muster im Hinblick auf das Heizen kaum von denen unterschieden, die sich bei der Zubereitung der Nahrung ergaben, sollen diese nur für einen noch kleineren Kreis von Betroffenen dargestellt werden. Sofern bei dieser Tätigkeit unabhängig von den übrigen hauswirtschaftlichen Verrichtungen die Unterstützung anderer erforderlich war, handelte es sich häufig um eine veraltete Ausstattung. In 46 Wohnungen war keine Zentralheizung vorhanden, so daß das Brennmaterial während der kalten Monate zunächst in die Wohnung transportiert werden mußte. Relativ unproblematisch gestaltete sich diese Situation für jene älteren Menschen, die mit Angehörigen zusammenlebten, die diese Aufgabe übernehmen konnten. Allerdings handelt es sich in mehr als der Hälfte der Fälle um alleinlebende Menschen, für die die bestehenden Bedingungen in erheblichem Maße zur Beeinträchtigung ihrer Selbständigkeit beitrugen. Gelingt es nicht, für entsprechende Hilfestellungen in der Häuslichkeit zu sorgen, könnte für diesen Personenkreis das Fehlen einer Zentralheizung zum Anlaß für einen Umzug in eine stationäre Einrichtung werden.

Die bisherigen Detailergebnisse zusammengefaßt, ließ sich anhand der bereichsspezifischen Übergänge von einer Alltagsverrichtung zur nächstkomplexeren zeigen, daß erkrankungsbedingte, funktionale Einschränkungen und darauf bezogene Merkmale der Umwelt in je eigener Form zusammenwirkten. Sie bildeten komplexe Muster von sich gegenseitig verstärkenden und abschwächenden Einflüssen, die aus diesem Grunde nur in einigen wenigen Extremfällen in Linearkombinationen zu fassen waren. Ungünstige Ausstattungsmerkmale, die nach allgemeiner Überzeugung nicht als alten- oder behindertengerecht gelten, stellen zwar in jedem Fall negative Ausgangsbedingungen dar, wirkten sich jedoch nur unter ganz bestimmten Umständen dahingehend aus, daß personale Hilfe in größerem Umfang erforderlich war. Dies galt in besonderer Weise für bestehende, objektiv zu erfassende architektonische Gegebenheiten, die wenig zur Erklärung des Umfangs an geleisteter Unterstützung und dessen Zuwachs bei der Ausweitung der Mobilitätsräume beitrugen. Stärker zum Tragen kam dagegen der Einfluß, den die Möblierung und prosthetischer Hilfen hatten. Sie wirkten sich jedoch nicht global, sondern gezielt im Hinblick auf einzelne Verrichtungen und Aktivitäten aus, wobei den bestehenden somatischen Schädigungen eine entscheidende Rolle zukam.

Während räumlich-materielle Gegebenheiten bei der erfaßten Stichprobe nur in begrenztem Ausmaß interindividuelle Unterschiede bei der Inanspruchnahme personaler Hilfe beim Übergang von einer Tätigkeit zur nächsten zeigten, schien Merkmalen des sozialen Umfeldes ein deutlich größerer Erklärungswert zuzukommen. Zu viel geleistete Hilfe, die in Form eines übergreifenden interaktiven Musters als Überfürsorge bezeichnet wurde, verteilte sich nicht gleichmäßig über alle Subgruppen, sondern stand in Zusammenhang mit der Geschlechtszugehörigkeit und der jeweiligen Wohn- oder Haushaltsform. In vielen Fällen erklärte die un hinterfragte Übernahme der Tätigkeit durch Angehörige den überproportionalen Zuwachs an beanspruchter Hilfe mehr, als durch die Hauptdiagnose erwartbare Beeinträchtigungen und entsprechende, als Hindernisse wirkende räumlich-materielle Bedingungen der Wohnung. Der geleistete Umfang an personaler Hilfe war also nicht nur eine Reaktion auf vorliegende Beeinträchtigungen, sondern auch ein davon unabhängig wirksam werdendes Merkmal der sozialen Lebenswelt. In vielen Fällen kam ihm der Status eines eigenständigen Einflußfaktors zu, durch den eine selbständige Lebensführung und eine aktive Auseinandersetzung mit Aufgaben gefördert oder auch behindert werden konnten. Auf Seiten des Patienten bestimmten sie nicht nur dessen Möglichkeiten und Fähigkeiten bei der selbständigen Ausführung unterschiedlicher Tätigkeiten, sondern auch sein Selbstbild, seine psychische Verfassung und Stimmungslage.

3.2 Auswertung der Wiederholungserhebung

Für 42% der Patienten, deren Ausgangssituation über die umfangreichere Version der Dokumentation erfaßt wurde, waren zusätzlich ein bis zwei Wiederholungserhebungen durchgeführt worden. Die Behandlungsdauer variierte zwischen einem Monate und zwei Jahren, wobei der Mittelwert bei 41 Wochen lag. Die Verteilung zeigte jedoch eine extrem große Streuung (Standardabweichung: 28,3) und wurde durch einige sehr lang dauernde Betreuungen, insbesondere seitens des gerontopsychiatrischen Fachpflegers nach oben hin verzerrt. Der Median lag bei etwas über 32 Wochen, das heißt der Zeitraum innerhalb dessen eine ambulante Versorgung erfolgte, umfaßte jeweils für die Hälfte der Patienten weniger bzw. mehr als etwa ein halbes Jahr.

Die Subpopulation, für die eine zweite und dritte Messung erfolgte, wies im Vergleich zur Gesamtstichprobe einige Besonderheiten auf, das heißt, daß die Ausfälle nicht zufälliger Art waren und deshalb einiger Erklärungen bedürfen. Ein Großteil der insgesamt 178 Wiederholungserhebungen fand bei Patienten statt, die die Leistungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Modellprojekte in Anspruch genommen hatten. Sie machten über drei Viertel der als Längsschnitt vorhandenen Daten aus. Von den Pflegekräften der kooperierenden Diakonie-/Sozialstationen wurde lediglich für 37 der ausschließlich von ihnen versorgten älteren Menschen eine nochmalige Statuserhebung durchgeführt. Zu diesem Ergebnis dürfte nicht unwe sentlich die Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes während des Erhebungszeitraums beigetragen haben, die zu einschneidenden Umstrukturierungen der auf diesem Gebiet tätigen ambulanten Dienste führte. Angesichts der erforderlichen internen Reorganisation war die Motivation für das Führen einer (weiteren) Dokumentation nicht all zu groß. Einen eher inhaltlich bedeutsamen Aspekt bildete die doch recht hohe Sterberate, die bei einer Population meist schwertpflegebedürftiger Patienten bestand. Von den 161 Datensätzen ohne Wiederholungserhebung, in denen der Grund für die Beendigung der ambulanten Maßnahmen angegeben war, machte das Ableben des Patienten knapp ein Drittel aus.

Auf Grund der systematischen Ausfälle, vor allem der ausschließlich von den Pflegekräften versorgten älteren Menschen, unterschieden sich die Teilpopulationen in statistisch signifikanter Weise von einander. Personen, für die eine zweite Statuserhebung erfolgte, waren mit einem Durchschnittsalter von 73 Jahren im Mittel fünf Jahre jünger als jene Gruppe, für die dieser Schritt nicht erfolgte. Erstere wiesen in der Regel auch ein geringeres Maß an Abhängigkeit bei der Durchführung der erfaßten Alltagsaktivitäten auf. Zusammengefaßt nach den

faktorenanalytisch bestimmten Funktionsbereichen und normiert um die Anzahl der jeweils eingehenden Items, erreichten alle Gruppenunterschiede beim T-Test das statistische Signifikanzniveau. Angegeben wurde jeweils der Wert, der für gleiche Varianzen berechnet wurde, obwohl diese Voraussetzung nicht in allen Dimensionen gegeben war. Die Ergebnisse beider Rechenvarianten wichen in der Regel jedoch nur unwesentlich von einander ab und hatten keinen Einfluß auf die Bestimmung des Wahrscheinlichkeitsniveaus, mit der die Zufälligkeit der Unterschiede auszuschließen war. Einen Überblick über die zentralen statistischen Kennwerte gibt Tabelle 19.

Tabelle 19: Mittelwerte und Standardabweichungen der Teilpopulationen mit und ohne Wiederholungserhebung in den verschiedenen Funktionsbereichen

Funktionsbereich	nur Ersterhebung		mit Zweiterhebung		Signifikanz
	Mittelwert	Std.-Abw.	Mittelwert	Std.-Abw.	
Grobmotorisch bestimmte Tätigkeiten	2,1	,71	1,8	,68	t: 4,40; df: 418; p<.000
Feinmotorisch bestimmte Tätigkeiten	2,0	,67	1,7	,57	t: 4,06; df: 418 p<.000
Kognitiv bestimmte Tätigkeiten	2,3	,72	2,1	,69	t: 3,29; df: 413 p<.001
Komplexe innerhäusliche Tätigkeiten	2,6	,54	2,4	,61	t: 3,25; df: 414 p<.001
Komplexe außerhäusliche Tätigkeiten	2,7	,49	2,6	,57	t: 2,11; df: 417 p<.05
Beheizung der Wohnung	2,4	,86	2,0	,95	t: 3,99; df: 420 p<.000

Die größten Differenzen in den Mittelwerten zwischen den beiden Gruppen bestanden bei den grob- und feinmotorisch bestimmten Tätigkeiten, die die eher körperbezogenen, regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des Alltags umfaßten. Mit zunehmender Komplexität der Tätigkeiten und einer Ausweitung des Aktionsradius verringerten sich die Unterschiede. Hier hatten auch die deutlich weniger beeinträchtigten Personen, für die eine Wiederholungserhebung erfolgte, ein recht hohes Niveau an Abhängigkeit erreicht.

Außer dem Ausmaß an Hilfen, die durch andere Personen bei den verschiedenen Alltagsaktivitäten erbracht wurde, zeigten sich bei den Outcome-Variablen nur noch bei zwei Faktoren

der NOSGER bedeutsame Unterschiede zwischen den Gruppen: der Bereich, durch den alltagsrelevante Gedächtnisleistungen erfaßt wurden ($t: 2,48$; $df: 377$; $p<.01$), und das Engagement in Freizeitbeschäftigungen ($t: 1,91$; $df: 383$; $p<.06$). Beide wiesen in die gleiche Richtung, wobei jeweils jene älteren Menschen, für die nur die Ersterhebung durchgeführt wurde, die größeren Auffälligkeiten zeigten. Bezogen auf Ergebnisse der Clusteranalyse umfaßte die Längsschnitterhebung überproportional viele ältere Menschen der Gruppen 1 bis 4, während Ausfälle bei den deutlich stärker beeinträchtigten Kollektiven häufiger waren.

Bei den ‘unabhängigen Variablen’ oder den persönlichen und umweltlichen Merkmalen, die einen Einfluß auf die in Anspruch genommene Hilfe haben könnten, divergierten die beiden Teilpopulationen in erster Linie im Hinblick auf das Ausmaß an geleisteter Unterstützung seitens des sozialen Umfeldes. Sowohl in praktisch-instrumenteller als auch in emotionaler Hinsicht war der zeitliche Aufwand, den die Angehörigen für die Versorgung erbrachten, bei den schwerer betroffenen Patienten mit einmaliger Erhebung sichtlich größer. Dies galt vor allem für den Bereich der Körperpflege und den zu leistenden Beistand auf psychologischer Ebene, wo die Unterschiede mit $p<.001$ und $p<.005$ im statistischen Sinne bedeutsam waren. Im Hinblick auf die zu leistenden hauswirtschaftlichen Arbeiten und das Engagement für gemeinsame Freizeitaktivitäten unterschieden sich die Gruppen nur noch geringfügig. Zusammengefaßt bedeutete dies, daß die älteren Personen, die in die zweite Welle eingegangen waren, zwar im Durchschnitt zu keiner selbständigen Lebensführung mehr in der Lage, aber auch noch nicht schwerstpflegebedürftig waren. Bei der Erfassung der ‘objektiv’ bestehenden Ausstattungsmerkmale der Wohnung unterschieden sich die beiden Teilpopulationen lediglich hinsichtlich der Modernität der Sanitärausstattung. In der deutlich älteren Grundgesamtheit der Patienten mit nur einem Erhebungszeitpunkt war das Fehlen eines gesonderten Badezimmers und einer zentralen Warmwasserversorgung häufiger als bei der über einen längeren Zeitraum erfaßten Teilpopulation.

Alle anderen Merkmale waren unter Berücksichtigung des untersten gängigen Signifikanzniveaus von $p<.05$ zwischen den Gruppen annähernd gleich verteilt. Dies galt sowohl für die als behandlungsrelevant ausgewiesenen Diagnosen als auch für die Geschlechtszugehörigkeit, die Haushaltsform und alle eher subjektive Urteile umfassenden Dimensionen: die Beeinträchtigungen durch räumlich-dingliche Gegebenheiten auf der einen Seite und die erlebte Belastung seitens der Angehörigen auf der anderen.

3.2.1 Interventionen und erzielte Veränderungen

Getrennt nach den verschiedenen Berufsgruppen und Leistungsangeboten sollen nachfolgend die durch die Interventionen erzielten Veränderungen dargestellt werden. Neben den direkten Zielbereichen, die für die Therapeuten im wesentlichen die Selbständigkeit bei den Alltagsverrichtungen darstellen, und bei den psychosozialen Angeboten die Stimmung und das Sozialverhalten des Patienten, sollen mögliche Zusammenhänge im Hinblick auf die Wirkung des materiellen und sozialen Umfeldes untersucht werden. Eine Aufschlüsselung der Anteile, die auf die verschiedenen Leistungsangebote entfallen, enthält Tabelle 20.

Tabelle 20: Anzahl und Anteile der Patienten im Längsschnitt nach Leistungsangebot

Leistungsangebot	Anzahl	prozentualer Anteil
ausschließlich pflegerische Versorgung	38	21,3%
psychosoziale Unterstützung und Beratung	53	29,8%
therapeutisch-rehabilitative Leistungen	87	48,9%
insgesamt	178	100,0%

Patienten, für die eine Wiederholungserhebung durchgeführt wurde, hatten zu knapp der Hälfte therapeutisch-rehabilitative Hilfen in Anspruch genommen. Etwa 30% waren über einen längeren Zeitraum vom gerontopsychiatrischen Fachpfleger (in Marburg) und / oder den Sozialarbeiterinnen aus beiden Projekten betreut worden, und ein Fünftel wurde ausschließlich von ambulant tätigen Pflegekräften versorgt. Trotz der beschriebenen Ausfälle unterschieden sich die älteren Menschen in den für ihre funktionalen Beeinträchtigungen verursachenden Erkrankungen, ihren demographischen Daten und ihrer Lebenssituation noch immer deutlich von einander. Im wesentlichen waren die grundlegenden Tendenzen, die sich auch bei der Beschreibung der Gesamtpopulation abzeichneten, erhalten geblieben und hatten sich in einigen Bereichen durch das Selektionskriterium einer längerfristigen Behandlung sogar noch verstärkt.

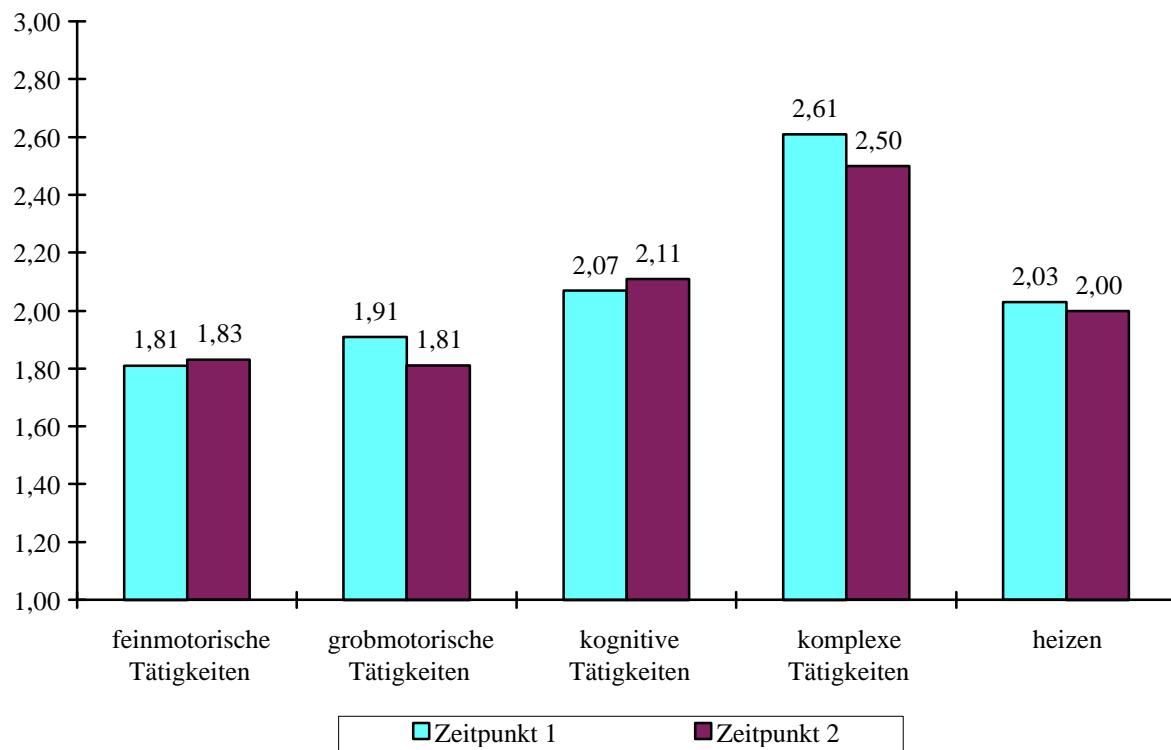
Therapeutisch behandelte Patienten

Ältere, auf die Hilfe anderer angewiesene Patienten, die rehabilitative Maßnahmen erhielten, waren in der Regel jünger als die der anderen Versorgungsformen. Ihr Durchschnittsalter erreichte mit 70 Jahren einen Wert, der sechs bis zehn Jahre unter dem der beiden anderen Gruppen lag (F: 15; df: 2; p<,000). Mit einem Anteil von 46% wurden mehrheitlich Menschen behandelt, die einen Schlaganfall erlitten hatten. An zweiter und dritter Stelle standen Schädigungen des Stütz- und Bewegungsapparates (21,8%) und andere neurologische Erkrankungen (16,1%). Im Gegensatz zur Gesamtpopulation waren es nahezu genauso viele Männer, die therapeutische Leistungen in Anspruch nahmen, wie Frauen. Bei den männlichen Patienten führten funktionale Beeinträchtigungen als Folgen von krankhaften neurologischen Veränderungen in mehr als drei Viertel der Fälle zur Behandlungsaufnahme. Betroffen hiervon waren schwerpunktmäßig die Gruppe der 60-69jährigen und, etwas seltener, die der darauffolgenden Dekade. Bei den Frauen standen neben Schlaganfällen orthopädische Erkrankungen im Vordergrund, wobei diese Patientinnen zu über 80% das 70. Lebensjahr bereits vollendet hatten. Zusammengefaßt handelte es sich bei den von den Therapeuten der beiden Modellprojekte ambulant versorgten Menschen einerseits um jüngere Senioren, die an den Folgen hirnorganischer Schädigungen litten, und andererseits um im Durchschnitt zehn Jahre ältere Frauen, bei denen orthopädische Diagnosen die Behandlung begründeten.

Im Hinblick auf die Haushaltsform und Versorgungssituation unterschieden sie sich nicht wesentlich von den ausschließlich von den Pflegekräften unterstützten Patienten, wobei die größere Häufigkeit männlicher Patienten dafür sorgte, daß der Anteil der Alleinlebenden unter 13% lag. Nur in wenigen Ausnahmefällen wies die Ausstattung der Wohnung Merkmale auf, die als Substandard zu werten waren. Das von den Angehörigen erbrachte zeitliche Ausmaß an Hilfe bei den körperbezogenen Alltagsverrichtungen lag etwas unter dem, das für die deutlich schwerer betroffenen Patienten der Mitarbeiterinnen der Diakonie- / Sozialstationen erbracht wurde. Im Hinblick auf den gewährten emotionalen Beistand waren die Gruppen dagegen relativ ähnlich. Nach der bisherigen Charakterisierung der Patienten der Therapeuten durchaus erwartbar, nahmen Angehörige der clusteranalytisch bestimmten Gruppen 3 und 4 rehabilitative Maßnahmen häufiger in Anspruch als andere. Insgesamt jedoch verteilten sich die nach der Versorgungsart gebildeten Teilpopulationen mit Ausnahme der 5. Gruppe, der deutlich weniger Patienten angehörten, recht gleichmäßig auf die übrigen Cluster.

Von den Therapeuten wurden im Durchschnitt 43 Behandlungen pro Patient erbracht, wobei die Anzahl der Hausbesuche zwischen vier und 130 variierte. In einem Viertel der Fälle wurden außer der ersten Wiederholungserhebung noch ein oder zwei weitere durchgeführt. Der Ablauf der Projektlaufzeit war bei 30% der Grund für die Beendigung der Maßnahmen, und in weiteren 11% fehlten entsprechende Angaben. In den verbleibenden 51 Fällen wurde das Behandlungsziel zu 70% erreicht. Abgebrochen werden mußte der Prozeß bei 15 älteren Menschen, bei sechs aufgrund einer deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes, bei fünf wegen eines Umzugs in ein Alten- und Pflegeheim, und in vier Fällen wollten der Patient oder dessen Angehörige keine Fortsetzung mehr. Nimmt man alle therapeutisch behandelten älteren Menschen zusammen, konnten – wie aus Abbildung 11 ersichtlich – mit Ausnahme der kognitiv bestimmten Tätigkeiten in allen funktionalen Bereichen Verbesserungen erreicht werden.

Abbildung 11: Therapeutisch erzielte Veränderungen in den verschiedenen funktionalen Bereichen (n = 87)
 (von ‘1’= unabhängig bis ‘3’= vollständig abhängig)



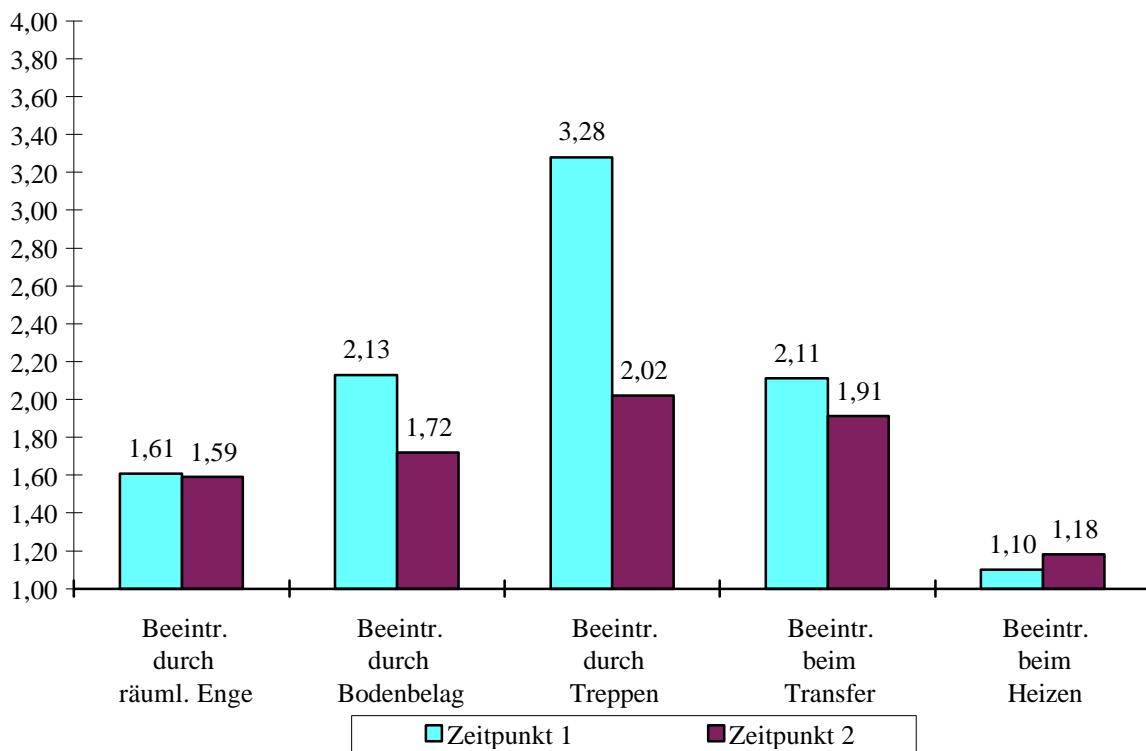
Zur Bestimmung der erzielten Erfolge wurden die auf drei Ausprägungen zusammengefaßten Items herangezogen, wobei auch die gebildeten Faktoren durch die vorgenommene Normie-

rung die gleiche Variationsbreite hatten. Die Skalierung reichte von 1 ‘selbständig’ über 2 ‘mit Hilfe’ bis 3 ‘vollständig abhängig’. Die Veränderungen schienen aufgrund der gewählten Skalierung nicht allzu groß zu sein, erwiesen sich aber beim T-Test für gepaarte Stichproben bei den grobmotorisch orientierten Tätigkeiten ($t: 2,79; df: 86, p<.007$) und den komplexen inner- und außerhäuslichen Aktivitäten ($t: 3.57; df: 84; p<.001$) als statistisch signifikant. Die Irrtumswahrscheinlichkeit, d.h. die Möglichkeit, daß die Ergebnisse auf zufälligen Schwankungen beruhten, lag jeweils unter 1%. Der Unterschied bei den eher von feinmotorischen Fähigkeiten abhängigen Alltagsverrichtungen zeigte ebenfalls in die gewünschte und erhoffte Richtung ($t: 1,9; df: 87; p< .06$), verfehlte jedoch knapp die standardmäßig geltende untere Grenze des 5%-Niveaus. Bei den wenigen vorliegenden ($n = 19$) Erhebungen für einen dritten Zeitpunkt setzte sich der skizzierte Trend weiter fort. Es wurden nochmals leichte Steigerungen der Selbständigkeit, insbesondere bei der innerhäuslichen Mobilität und der Körperpflege erreicht. Auf Grund der kleinen Fallzahl erwiesen sich die Unterschiede als nicht mehr bedeutsam im statistisch-rechnerischen Sinne. Hinsichtlich des zweiten Bereiches an Verhaltensdaten, die mittels der NOSGER erhoben wurden, zeigten sich vermittelt über die Erfolge in den funktionalen Fähigkeiten leichte positive Veränderungen im Bereich der Freizeitgestaltung ($t: 2,38; df: 80; p<.02$), der Stimmungslage und des Sozialverhaltens. Eine Abnahme aggressiv-eigensinniger Verhaltensweisen gelang vor allem bei den sehr lange behandelten älteren Menschen, für die der Status ein drittes Mal bestimmt wurde ($\chi^2: 8; df: 2; p<.02$ im Friedmann-Test für nicht-parametrische, verbundene Stichproben)

Im Einklang mit der erzielten Reduktion an benötigter personaler Hilfe bei den verschiedenen körperbezogenen und erweiterten Alltagsverrichtungen verminderte sich das Ausmaß, zu dem unterschiedliche Bedingungen der Wohnungsausstattung als beeinträchtigend eingestuft wurden (vgl. Abbildung 12). Dies galt in erster Linie für Behinderungen in der Mobilität, die im innerhäuslichen Bereich durch einen mangelnden Bewegungsfreiraum und Stolperfällen gegeben waren, und beim Übergang in den öffentlichen Raum durch hierfür zu überwindende Stufen. In den genannten Dimensionen reduzierten sich die negativen Auswirkungen erheblich im Laufe der Rehabilitation. Zum einen war es Aufgabe der Therapeuten, auf eine behindertengerechte Gestaltung des Wohnraumes hinzuwirken, zum anderen stehen die durch räumlich-materielle Gegebenheiten bedingten Beeinträchtigungen in Abhängigkeit zur funktionellen Leistungsfähigkeit. Beide Maßnahmen konnten unabhängig von einander bewirken, daß sich das Ausmaß an benötigter personaler Hilfe verminderte. In Verbindung mit der größeren Selbständigkeit bei den grobmotorisch dominierten Tätigkeiten stand eine auch statistisch bedeut-

same Reduktion ($t: 3,66$; $df: 84$; $p < .000$) der Beeinträchtigungen, die auf ungeeignete Bodenbeläge in Form von Stolperfallen oder rutschiger Unterlagen zurückzuführen waren. Ähnliches galt für die innerhalb und außerhalb der Wohnung befindlichen Stufen, die durch entsprechende Umgestaltungsmaßnahmen und / oder gesteigerte Mobilität an Problematik verloren ($t: 10,6$; $df: 81$, $p < .000$).

Abbildung 12: Veränderung im Ausmaß an Beeinträchtigung, die sich auf Grund unterschiedlicher Wohnprobleme ergibt ($n = 87$)
 (von '1' = keine Beeinträchtigung bis '4' = starke Beeinträchtigung)



Nicht ganz das statistische Signifikanzniveau erreichten die Veränderungen in der Bewertung bestehender räumlich-dinglicher Gegebenheiten bei der Behinderung oder Erleichterung des Transfers und der Körperpflege ($t: 1,69$; $df: 84$; $p < .10$). Auch hier war eine gewissen Konkordanz zur Entwicklung der Selbständigkeit in den eher feinmotorisch bestimmten Tätigkeiten gegeben, die jedoch nicht so deutlich ausfiel wie bei der Bewegungs- und Gehfähigkeit. Ein stärkerer Trend ließ sich hier erst bei der zweiten Wiederholungserhebung erkennen, wo gerade in diesem Bereich nochmals eine deutliche Veränderung in der angestrebten Richtung erreicht werden konnte.

Wie bei allen anderen durch den Einsatz von Therapeuten im häuslichen Kontext angestrebten direkten und indirekten Verbesserungen der Lebenssituation des auf personale Hilfe angewiesenen Patienten und dessen Angehörige, zeigten sich bei letzteren Entlastungstendenzen auf allen faktorenanalytisch bestimmten Dimensionen des Cost-of-Care-Indexes. In größerem Umfang traf dies für den Bereich der Störungen zu, die den Familienalltag betrafen ($t: 2,58$; $df: 17$; $p<.20$). Die größere Selbständigkeit des Patienten trug zu einer allgemeinen Entlastung und Entspannung bei, die sich unter anderem in einer Verringerung der Konflikte zwischen Gepflegtem und Pflegendem niederschlug. Angesichts der geringen Fallzahlen wurde jedoch das Signifikanzniveau nicht erreicht.

Psychosoziale Unterstützung und Beratung

Mit einem Durchschnittsalter von knapp 76 Jahren bildeten die Patienten, die vom gerontopsychiatrischen Fachpfleger und / oder den Sozialarbeiterinnen der beiden Modellprojekte betreut wurden, die zweitälteste Gruppe. Altersmäßig wies sie allerdings auch die größte Streuung auf, denn mit einer Spannbreite von 55 Jahren reichte sie von Personen, die im mittleren Erwachsenenalter waren, bis hin zu solchen, die sich weit im neunten Lebensjahrzehnt befanden. Im Gegensatz zur Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen waren es mehrheitlich ältere Frauen, die das Angebot an psychosozialer Unterstützung nutzten. Sie machten knapp 72% dieser Teilpopulation aus und waren im Mittel um acht Jahre älter als die innerhalb dieses Versorgungsangebotes erfaßten 15 männlichen Patienten.

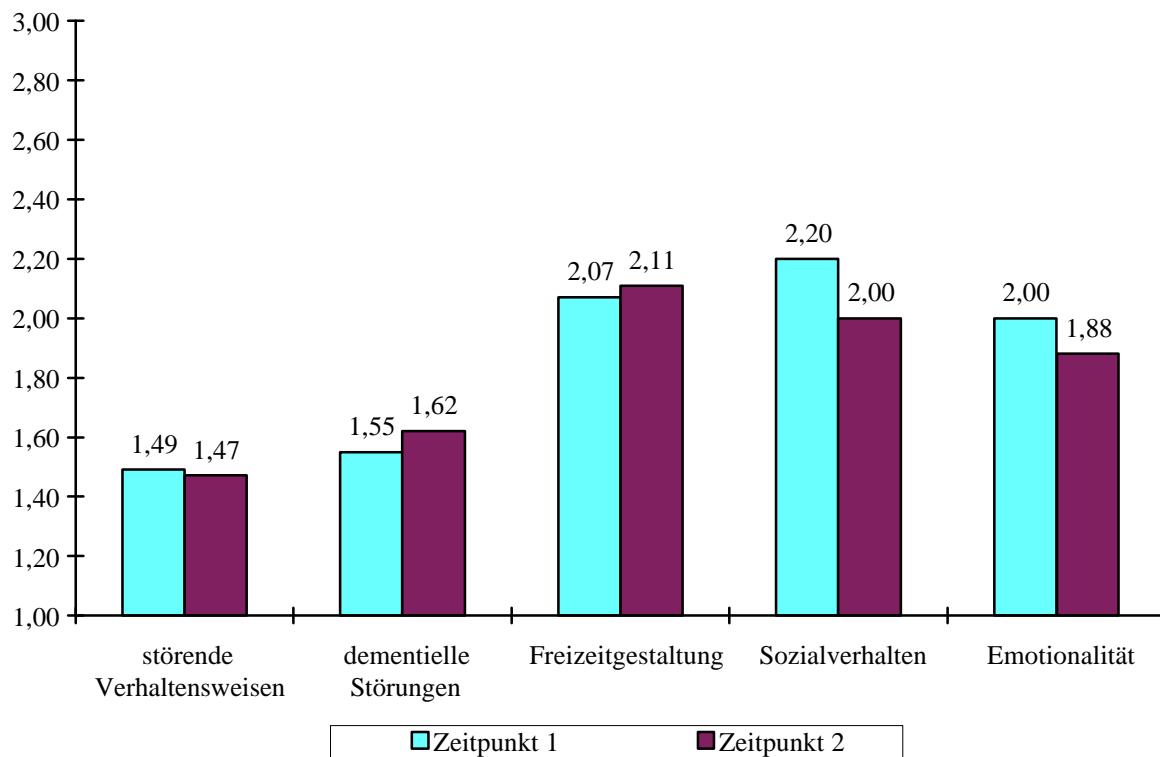
Bei den ‘behandlungsrelevanten’ Diagnosen wurden Demenzen und Depressionen zwar häufiger angegeben als bei den beiden Vergleichsgruppen, aber die Anteile lagen noch unter denen, die für orthopädische und andere Erkrankungen erreicht wurden. Das Bild änderte sich, wenn man die Angaben der Betroffenen selbst bzw. die ihrer Angehörigen mit berücksichtigte. Psychische Störungen wiesen demnach mehr als die Hälfte der älteren Menschen auf, die professionelle Unterstützung im psychosozialen Bereich erhielten, und bei einem weiteren Viertel waren dementielle Abbauprozesse gegeben. Mit der Ausnahme, daß die Männer im Mittel mehr Erkrankungen nannten, zeichneten sich hier kaum geschlechtsspezifische Unterschiede in der Häufigkeit der Diagnosen ab, die eine psychosoziale Betreuung begründeten. Nur von den Ärzten wurden depressive Störungen eher den älteren Frauen bescheinigt. Gemeinsam war den Angehörigen beider Geschlechter, daß sie überproportional oft allein wohnten. Bei 61% der Frauen und knapp 36% der Männer (in der Gesamtpopulation lag der Wert bei etwa 4%) war diese Wohnform gegeben. Deutlich häufiger als die Patienten, die therapeutische oder ausschließlich pflegerische Leistungen erhielten, lag die Wohnung in einem

Wohnblock oder Mehrfamilienhaus. Damit verbunden war nicht selten eine große Zahl von nach draußen führenden Stufen, und öfter als bei den anderen Gruppen fehlten eine Zentralheizung, eine Warmwasserversorgung und eine Duschmöglichkeit. Entsprechend hoch wurden die durch die verschiedenen Merkmale der Wohnungsausstattung bedingten Beeinträchtigungen eingeschätzt. Die Nutzer/innen sozialarbeiterischer und fachpflegerischer Hilfen waren mehrheitlich (noch) nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Bei den komplexen inner- und außerhäuslichen Tätigkeiten waren sie jedoch bereits in größerem Umfang auf die Unterstützung anderer Menschen angewiesen. Trotz des bestehenden niedrigeren Bedarfs war knapp ein Viertel von ihnen als ‘untersorgt’ einzustufen.

Der Interventionsform entsprechend waren durch das Angebot an psychosozialer Betreuung weniger Veränderungen im Hinblick auf das bestehende Ausmaß an Selbständigkeit bei den Alltagsverrichtungen zu erwarten als entsprechende Entwicklungen im Hinblick auf die Stimmungslage der Patienten und ihr Verhalten im zwischenmenschlichen Bereich. Zur Bestimmung wurden die Daten der NOSGER herangezogen, die wie die ADL zu einer dreistufigen Skala zusammengefaßt wurden. Die Werte kennzeichnen hier unterschiedliche Grade von Abweichungen von ‘normalen’ oder positiv bewerteten Verhaltensweisen, wobei die Zahlen 1 ‘keine’, 2 ‘leichte’ und 3 ‘deutliche’ Auffälligkeiten symbolisieren. Einen Einblick über die Entwicklung, die zwischen der Aufnahme und der Beendigung der psychosozialen Betreuung stattgefunden hat, vermittelt Abbildung 13.

Das statistische Signifikanzniveau erreichten Veränderungen in Richtung einer positiveren Stimmungslage ($t: 2,13; df: 51; p<.04$) und eines stärkeren Interesses und Engagements des Patienten zur Herstellung und Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen ($t: 2,5; df: 51; p<.015$). Annähernd gleich geblieben waren die Häufigkeiten für eine aktive Freizeitgestaltung und der Umfang an abweisenden Reaktionen auf Anforderungen des sozialen Umfeldes. Eine negative Entwicklung zeigte sich im Bereich der Gedächtnisleistungen und den beiden anderen mit dementiellen Abbauprozessen assoziierten Variablen, wie ‘sich orientieren können in fremder Umgebung’ und die Tendenz, ‘davon zu laufen’. Die Zunahme an entsprechenden Störungen, die sich bei den erfaßten Patienten dieser Gruppe bei der Wiederholungserhebung abzeichnete, war nicht unerheblich und beschrieb mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von knapp 2% einen de facto bestehenden Unterschied zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten ($t: -2,54; df: 50; p<.014$).

Abbildung 13: Veränderungen im Ausmaß an gezeigten Verhaltensauffälligkeiten in den Dimensionen der NOSGER (n = 52)
 (von ‘1’= keine Auffälligkeiten bis ‘3’= deutliche Auffälligkeiten)



Gleichzeitig vergrößerte sich in allen funktionalen Bereichen das Ausmaß an beanspruchter Hilfe bei der Ausführung der körperbezogenen und erweiterten Verrichtungen des Alltags; ein Anstieg, der zwar jeweils nur vergleichsweise gering ausfiel, aber über alle Dimensionen in die gleiche Richtung ging. Erstaunlicherweise wurden die Einschränkungen aufgrund bestehender ungünstiger räumlicher Bedingungen beim zweiten Erhebungszeitpunkt mit Ausnahme der Wärmeregulation geringer eingestuft. Die Gründe hierfür dürften unterschiedlicher Natur sein. Maßnahmen zur Wohnraumanpassung und die Organisation zusätzlicher Hilfsdienste könnten ebenso zu dem Ergebnis beigetragen haben wie die Vergrößerung bestehender funktionaler Beeinträchtigungen, die im Extremfall die Bedeutsamkeit materieller Gegebenheiten zurückdrängen.

Tatsächlich existierten beide Formen von Entwicklungen nebeneinander und brachten gemeinsam den Effekt hervor. Bei vier Patienten hatte sich der Zustand soweit verschlechtert, daß sie auch mit fremder Hilfe nicht mehr in der Lage waren, die Wohnung zu verlassen. Ihnen gegenüber standen aber nahezu genauso viele, die zwischen dem ersten und zweiten Er-

hebungszeitpunkt ein größeres Maß an Selbständigkeit erreicht hatten. Bedingt durch die große Zahl allein lebender älterer Menschen, lagen entsprechend wenige, von Angehörigen ausgefüllte Fragebogen zur erlebten Belastung vor. Lediglich von zwei Personen wurde dieser ein zweites Mal ausgefüllt, so daß eine statistische Überprüfung der Auswirkungen der geleisteten professionellen Unterstützungen im psychosozialen Bereich hier nicht möglich war. Auf der Ebene der beiden erhobenen Einzelfälle wurde durch die Intervention einmal eine deutliche finanzielle Entlastung herbeigeführt, die jedoch in keiner Verbindung zu den anderen Bereichen stand, die im gleichen Zeitraum als zunehmend problematisch erlebt wurden. Bei dem zweiten Familienangehörigen zeigten sich mit Ausnahme einer Verstärkung resignativer Empfindungen keine entscheidenden Veränderungen im Laufe des Betreuungsprozesses.

Ausschließlich pflegerische Versorgung

Die von den Pflegekräften in ihrer Häuslichkeit versorgten älteren Menschen bildeten die mit deutlichem Abstand älteste Gruppe. Im Durchschnitt war die Grenze zur Hochaltrigkeit bereits erreicht ($x = 79,9$ Jahre), wobei die Spanne zwischen 56 und 90 Jahren variierte. Die Streuung war damit geringer als in den beiden anderen Teilstichproben, von denen die eine oder andere Art der neu geschaffenen Angebote in Anspruch genommen wurde. In dieser Hinsicht erwiesen sich die Patienten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Diakonie- / Sozialstation als die am ehesten homogene Gruppe. Sie setzte sich aus etwa 58% Frauen und 42% Männern zusammen. Bei den von den Ärzten als behandlungsrelevant angegebenen Diagnosen dominierten andere, meist internistisch begründete Erkrankungen mit einem Anteil von 32%, wobei es sich zu drei Viertel um Störungen des Herz-Kreislaufsystems handelte. An zweiter und dritter Stelle standen bei jeweils einem Fünftel der pflegerisch versorgten älteren Menschen die Folgen eines Schlaganfalls und Schädigungen des Stütz- und Bewegungsapparates. Grundsätzlich handelte es sich bei diesen älteren Menschen um jene, die im Durchschnitt am stärksten von funktionalen Beeinträchtigungen betroffen waren. Eine Ausnahme hiervon bildeten lediglich einige wenige alleinlebende ältere Menschen und Seniorenehepaare, die die Hilfe der Pflegekräfte bzw. der Haus- und Familienhelferinnen für einige wenige Alltagsverrichtungen in Anspruch nahmen. In ihrer Häuslichkeit wurden allerdings auch fünf erheblich bis schwerpflegebedürftige Patienten versorgt, die keine direkten Angehörigen in unmittelbarer Nähe hatten. Drei von ihnen wurden als ‘untersorgt’ eingestuft, was jedoch insgesamt auf nur fünf Personen der gesamten Teilstichprobe zutraf (13%). Mehr als die Hälfte lebte in Gemeinschaft mit Kindern und Schwiegerkindern, so daß die Pflegekräfte hier lediglich unterstützend tätig waren. Entsprechend hoch ist der geleistete zeitliche Aufwand für notwendige Hilfen bei den körperbezogenen Verrichtungen und für die Gewährung emotio-

nalen Beistands. In beiden Bereichen wurden Leistungen im Mittel mehrfach am Tage erbracht. Bei der Gebäudeform dominierten die für ländliche Gebiete typischen Ein- und Mehrfamilienhäuser, in denen in der Regel recht großzügige Wohnflächen zur Verfügung standen. Ein extremer Substandard lag in keinem der Fälle vor, und nur in jeweils 10% der Haushalte fehlte eine zentrale Heizungsanlage oder Warmwasserversorgung. Die Ausstattung war damit deutlich besser als die, die bei den psychosozial betreuten älteren Menschen gegeben war. Berücksichtigt man darüber hinaus, daß viele Patienten der Pflegekräfte bettlägerig waren, so wird verständlich, daß Beeinträchtigungen durch ungünstige räumlich-dingliche Merkmale der Wohnung vergleichsweise selten waren und in allen erfaßten Bereichen unter denen der beiden anderen Gruppen lagen.

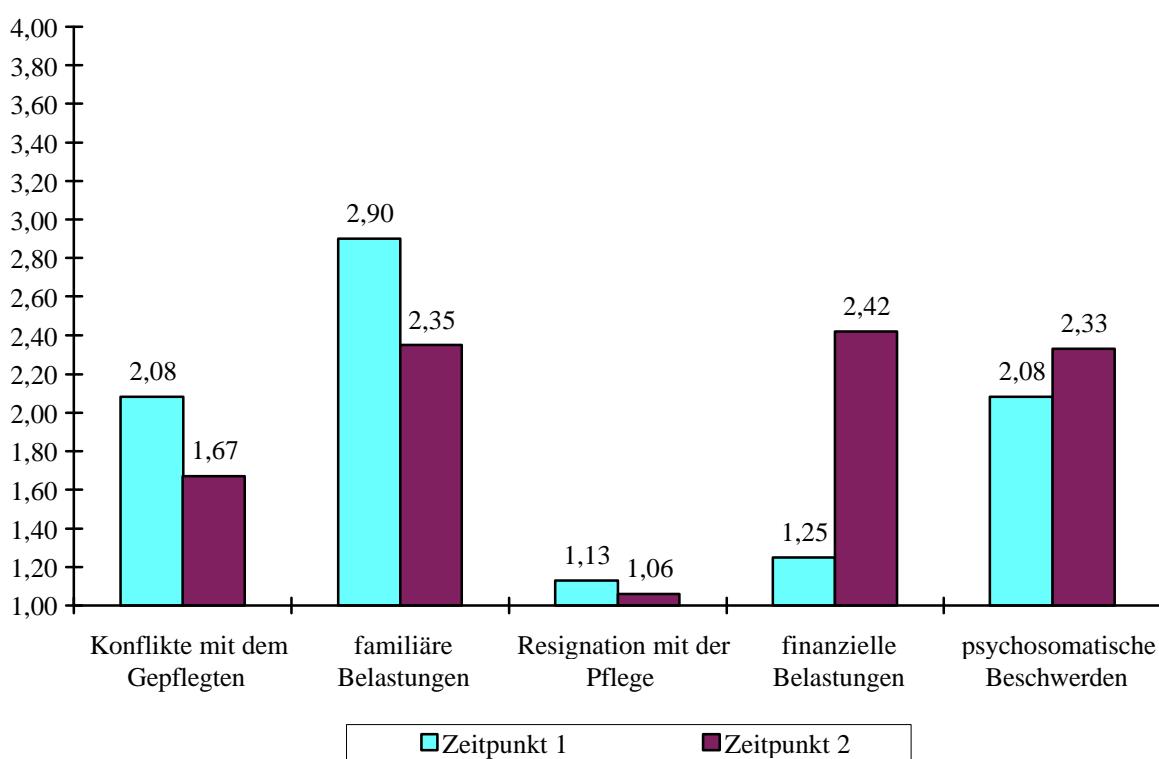
Auf Grund der Vorauswahl an Patienten, die Rehabilitationspotentiale aufwiesen, und deren Vermittlung an die Therapeuten der beiden Modellprojekte waren bei den verbleibenden, ausschließlich von den Pflegekräften versorgten älteren Menschen keine einschneidenden positiven Entwicklungen im Hinblick auf eine Verbesserung der Selbständigkeit bei den verschiedenen Alltagsverrichtungen zu erwarten. Darüber hinaus erfolgte hier keine derart gezielte Behandlung zu deren Verbesserung wie bei den Therapeuten. Vergleichbares galt für Veränderungen in den anderen erfaßten Verhaltensbereichen. In allen funktionalen Bereichen und den durch die NOSGER erfaßten Dimensionen zeigten sich zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten leichte Verschlechterungen, die jedoch alle unterhalb des statistischen Signifikanzniveaus blieben. In Übereinstimmung mit der zunehmenden Abhängigkeit bei nahezu allen Alltagsverrichtungen und einer immer wahrscheinlich werdenden Einengung des Mobilitätsspielraumes wurden außerhalb der Wohnung liegende Stufen immer bedeutungsloser ($t: 4,51; df: 32; p<.000$). Für den innerhäuslichen Bereich zeigte sich dagegen ein Trend in die andere Richtung. Einschränkungen des Bewegungsfreiraums, Bodenunebenheiten und fehlende Hilfsmittel zur Unterstützung des Transfers verstärkten in dem Ausmaß ihre beeinträchtigende Wirkung, wie die funktionalen Fähigkeiten abnahmen; ein Zusammenhang, der jedoch zumindest im statistischen Sinne noch innerhalb des Bereichs an Zufallsschwankungen lag.

Eine deutliche positive Auswirkung des Einsatzes professioneller Pflegekräfte war dagegen bei den pflegenden Angehörigen zu erwarten, die sich davon mehrheitlich eine Entlastung erhofften. Trotz der sehr kleinen ‘Fallzahl’ sollen die Veränderungen der Mittelwerte dargestellt und kurz erläutert werden, da sie in einigen Bereichen in die gewünschte Richtung wiesen, aber auch Abweichungen davon auftraten (vgl. Abbildung 14). Die Skalierung des Cost-

of-Care-Indexes reichte bei der Beurteilung der vorgegebenen Statements, durch die typische Belastungen formuliert wurden, von 1 ‘trifft gar nicht zu’ über 2 ‘trifft kaum zu’ und 3 ‘trifft teilweise zu’ bis 4 ‘trifft ganz zu’.

Abbildung 14: Veränderungen im Ausmaß der erlebten Belastungen bei den Angehörigen (n = 3)

(von ‘1’= keine Belastung bis ‘4’= erhebliche Belastung)



Mit der Übergabe einzelner pflegerischer Aufgaben an professionelle Helfer ergab sich für die Bezugspersonen eine zeitliche Entlastung, die ihrerseits für eine Entspannung des Zusammenlebens sorgte, in dem nun auch die übrigen Familienmitglieder stärker zu ihrem Recht kamen und weniger beansprucht wurden. Die größere Ausgeglichenheit der pflegenden Angehörigen dürfte mit ein Grund dafür sein, daß Konflikte zwischen ihnen und dem Pflegebedürftigen weniger intensiv erlebt wurden. Einen nicht unwesentlichen Beitrag hierzu dürfte auch die Beratung und Information seitens der professionellen Helfer geleistet haben. Daß die erhaltene Entlastung ihren Preis hatte, zeigte sich in einem deutlichen Anstieg bei den finanziellen Aufwendungen. Die zusätzlichen Kosten, die die Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste verursachte, wurden zwar von den befragten Angehörigen als Problem empfunden, aber Kosten und Nutzen waren von den Angehörigen jeweils abzuwägen. Im Gegensatz dazu

war der Anstieg beim Erleben psychosomatischer Beschwerden im ersten Moment etwas überraschend. Er wird erst dann verständlich, wenn man berücksichtigt, daß die Pflege eines schwerkranken älteren Familienmitgliedes für viele eine Aufgabe darstellte, die sie rund-um-die-Uhr beanspruchte. Unter diesen Bedingungen blieb in der Regel keine Zeit dazu, darüber nachzudenken, was diese Situation für einen selbst bedeutete. Erst nachdem etwas Freiraum geschaffen war, konnte bei den Betroffenen ein Reflektionsprozess einsetzen, der ihnen zu Bewußtsein brachte, in welchem Maße die Situation sie körperlich, emotional und sozial belastete.

Für den direkten Vergleich der Veränderungen, die durch die unterschiedlichen ambulant erbrachten Leistungsarten erzielt wurden, wurde für alle Verhaltensdimensionen eine einfache Varianzanalyse auf der Basis der ermittelten Ränge durchgeführt. In den Ergebnissen spiegelten sich nochmals die vorab im Detail dargestellten Resultate wieder.

Durch therapeutische Maßnahmen wurden deutlich größere Fortschritte in Richtung einer zunehmenden Selbständigkeit in den grobmotorisch ($\chi^2: 5,5$; df: 2; $p<.06$) und feinmotorisch ($\chi^2: 6,2$; df: 2; $p<.05$) dominierten Alltagsverrichtungen erreicht als durch die psychosozial und pflegerisch orientierten Angebote. Zum Tragen kamen darüber hinaus Interventionen, die auf eine behindertengerechtere Ausstattung der Wohnung abzielten. Verglichen mit der Gruppe, die ausschließlich von Pflegekräften versorgt wurde, verringerte sich bei den durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern beider Modellprojekte Versorgten die Gefährdung durch Stolperfallen und ungeeignete Bodenbeläge ($\chi^2: 10,5$; df: 2; $p<.03$). Den gleichen Trend zeigten auch die übrigen, auf die räumlich-physikalischen Bedingungen bezogenen Dimensionen. Die Unterschiede erwiesen sich hier jedoch als nicht so ausgeprägt wie dies bei der relativ leicht zu bewerkstelligenden Beseitigung von einrichtungsbezogenen Hindernissen der Fall war. Effekte, die speziell durch eine professionelle psychosoziale Unterstützung hervorgebracht wurden, lagen in den Dimensionen des Sozialverhaltens ($\chi^2: 7,3$; df: 2; $p<.03$) und der aktiven Freizeitgestaltung ($\chi^2: 5,3$; df: 2; $p<.07$). Mit hinzu gehörte außerdem eine Verbesserung der Stimmungslage, die sich jedoch in Relation zu den Patienten der beiden übrigen Gruppen nicht ganz so deutlich abhob. Auswirkungen der Angebote im Hinblick auf die erlebten Belastungen seitens der Angehörigen waren aufgrund der zu geringen Fallzahlen nicht auf der Ebene statistischer Vergleiche zu ermitteln.

3.2.2 Veränderungsmuster

Zur Bestimmung jener Gruppen von älteren Menschen, die in der einen oder anderen Form von der Inanspruchnahme der ‘neuen’ und etablierten Angebote ambulanter Versorgung profitiert haben, wurde nochmals eine Clusteranalyse auf der Grundlage der Ward-Methode berechnet. Ausgangsbasis bildeten die Differenzwerte für die erhobenen Verhaltensdimensionen. Neben den in funktionale Bereiche zusammengefaßten alltagsrelevanten Verrichtungen wurden die faktorenanalytisch bestimmten Dimensionen der NOSGER mit einbezogen, da diese eher den Zielsetzungen psychosozial orientierter Maßnahmen entsprachen. Im Gegensatz zur Gruppierung der umfangreicheren Stichprobe aller Patienten mit erhobenem Ausgangsstatus wiesen die erfaßten Veränderungen in den verschiedenen Skalen über die Personen hinweg recht heterogene Muster auf. Abgebildet wurden unterschiedliche Ausprägungen an bereichsspezifischen Gewinnen und Verlusten, die bisweilen ein recht hohes Maß an Individualität besaßen.

Die Entscheidung zugunsten einer Lösung von sechs Gruppen war von der Datenlage her nicht die einzige mögliche, sie erbrachte aber halbwegs vertretbare Größen an Teilstichproben. Außerdem sprach der Anteil von 91% korrekt zugeordneten Fällen auf der Grundlage der ermittelten Diskriminanzfunktionen für die Vertretbarkeit der gewählten Aufteilung. Dennoch kann die Beschreibung der Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Clustern nur einen ersten Eindruck von der Vielfältigkeit und Mehrschichtigkeit individueller Entwicklungsverläufe geben. Letztere hängen nicht nur davon ab, wie groß die in Anspruch genommene Hilfe zu Beginn der Intervention ist, sondern auch von den Erwartungen und Hoffnungen, die der Patient mit ihnen verbindet.

Für einen ersten Überblick über die Variabilität der im Zeitraum zwischen der ersten und zweiten Erhebung eingetretenen Veränderungen wurde für Tabelle 21 zunächst lediglich die Richtung der Entwicklung in den ausgewählten Verhaltensbereichen berücksichtigt. Eingeklammert wurden Differenzen die unterhalb eines Wertes von .10 lagen und damit weniger als 5% der theoretisch möglichen, maximalen Spannbreite der dreistufigen Skalen umfaßten. Auf Grund der unterschiedlichen Anzahl an Personen, aus denen sich die Gruppen zusammensetzten, wurde auf Angaben zur statistischen Bedeutsamkeit der gemessenen Unterschiede verzichtet.

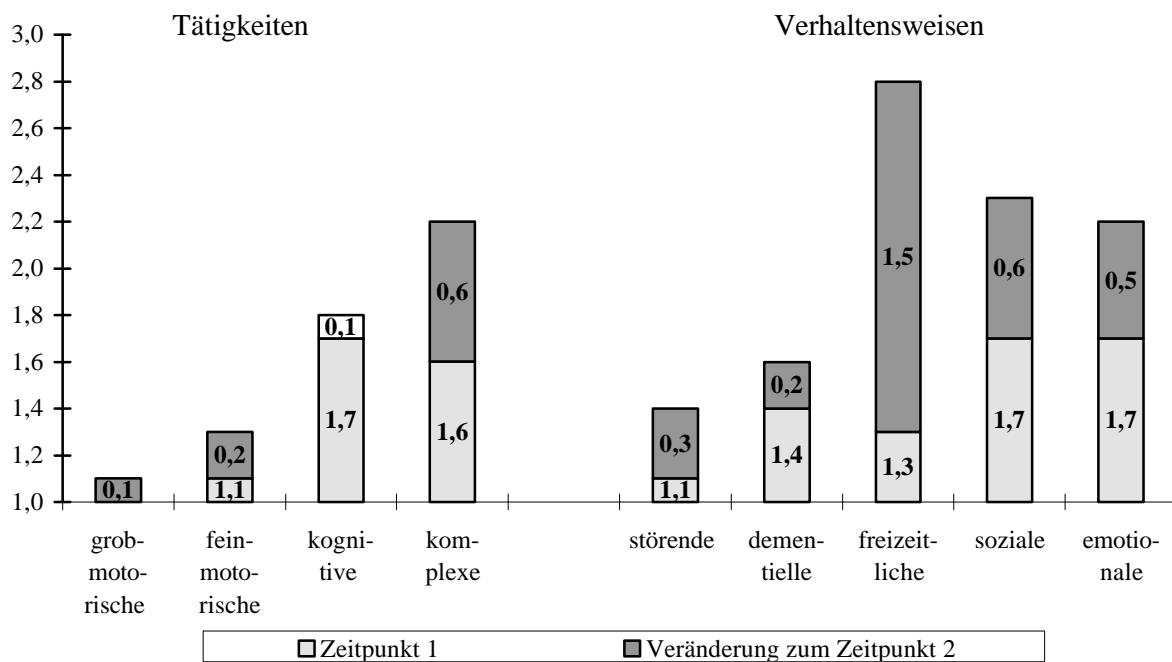
Tabelle 21: Überblick über die Muster an Veränderungen in den sechs clusteranalytisch gebildeten Gruppen

Verhaltensdimension	Gruppe 1 (n = 5)	Gruppe 2 (n = 13)	Gruppe 3 (n = 79)	Gruppe 4 (n = 11)	Gruppe 5 (n = 10)	Gruppe 6 (n = 29)
grobmotorische Tätigkeiten	(+)	+	+	(+)	-	-
feinmotorische Tätigkeiten	+	+	+	+	-	-
kognitive Tätigkeiten	-	+	(-)	+	-	-
komplexe Tätigkeiten	+	+	(+)	+	-	(-)
störende Verhaltensweisen	+	+	(+)		-	-
dementielle Störungen	+	(-)	(-)	-	-	-
Freizeitgestaltung	+	-	+	(-)	-	(-)
Sozialverhalten	+	(+)	+	-	+	-
Emotionalität	+	-	+	+	+	-

Bereits auf dieser Ebene wird deutlich, daß es Patienten gab, die zu den ‘Gewinnern’ gehörten, und solche, deren Zustand sich merklich verschlechtert hatte. Dazwischen lagen jene älteren Menschen, die zwar in funktionaler Hinsicht leichte Verbesserungen aufwiesen, gleichzeitig aber einen (weiteren) geistigen Abbau erfahren hatten. Den skizzierten Entwicklungsverläufen folgten jeweils zwei Untergruppen, die sich im wesentlichen durch das bestehende Ausgangsniveau an erhaltener Hilfe unterschieden.

Am deutlichsten profitierten fünf noch jüngere Patientinnen und Patienten von den neu geschaffenen Angeboten (vgl. Abbildung 15). Drei mal wurde die Leistungen der mobil tätigen Therapeuten und einmal die des gerontopsychiatrischen Fachpflegers in Anspruch genommen wurden. In einem Fall handelte es sich um einen allein lebenden, unter 60jährigen Mann, der nach einem Apoplex ausschließlich pflegerisch versorgt wurde. Insgesamt überwogen in diesem Cluster Personen, die (noch) einen eigenständigen Haushalt führten und bereits zu Beginn der Maßnahmen in nur wenigen Bereichen auf die Hilfe anderer angewiesen waren.

Abbildung 15: Gruppe 1 (n = 5) – Veränderung in den funktionellen Bereichen und den Verhaltensdimensionen der NOSGER

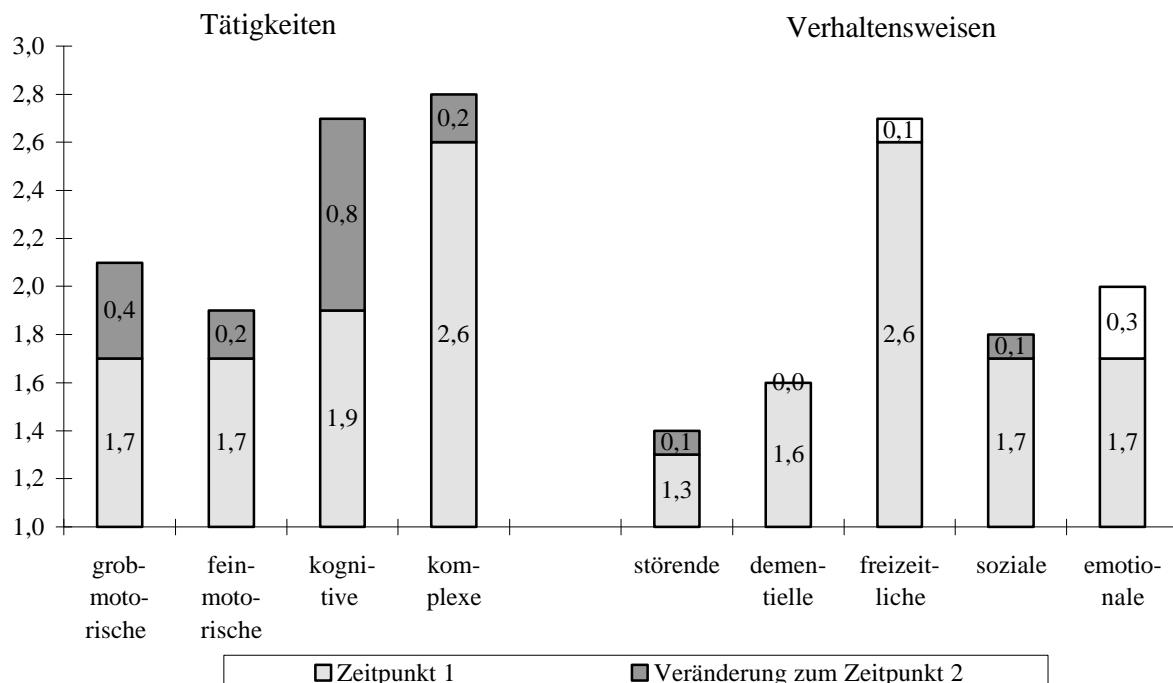


In der Grafik repräsentieren die dunkelgrau unterlegten Balkenabschnitte den im Betreuungszeitraum erreichten Zugewinn an Selbständigkeit bzw. die Annäherung an ‘normale’ oder ‘erwünschte’ Verhaltensweisen. Der hellgraue Teil kennzeichnet den Status bei der Wiederholungserhebung, während die Gesamthöhe den während des ersten Zeitpunktes bestehenden Beeinträchtigungsgrad umfaßt. Weiße Flächen stehen für ‘negative’ Entwicklungen und markieren einen Zuwachs an erforderlicher personaler Unterstützung bei den Alltagsaktivitäten und eine verstärkte Abweichung von der gesetzten Verhaltensnormen in der NOSGER.

Insgesamt zeigte sich bei dieser recht kleinen Gruppe von Patienten bereits bei der Bestimmung der Ausgangsbedingungen eine weitgehend erhaltene Selbständigkeit bei den basalen Alltagsverrichtungen. Da nur geringe Abweichungen von dem Zielzustand bestanden, fielen die erzielten Verbesserungen fast zwangsläufig relativ gering aus. Anders stellte sich die Situation bei den komplexen innerhäuslichen und über die Wohnung hinausgehenden Tätigkeiten sowie der Freizeitgestaltung dar. Die hier erreichten Verbesserungen waren zum Teil erheblich, und in allen Bereichen lag die abschließende Beurteilung des Verhaltens nur noch wenig unter dem gesetzten Idealzustand. Zur stärkeren Beanspruchung personaler Hilfen bei den kognitiv bestimmten Alltagsverrichtungen trugen im wesentlichen zwei Patienten bei, bei denen ‘Depressionen’ als behandlungsrelevante Diagnosen angegeben waren. Bei einem älte-

ren Mann wurde die Überwachung der Medikamenteneinnahme vollständig von den Angehörigen übernommen, und eine noch jüngere alleinstehende Patientin erhielt zusätzliche Hilfe bei der Regelung ihrer finanziellen Angelegenheiten.

Abbildung 16: Gruppe 2 (n = 13) – Veränderung in den funktionellen Bereichen und den Verhaltensdimensionen der NOSGER

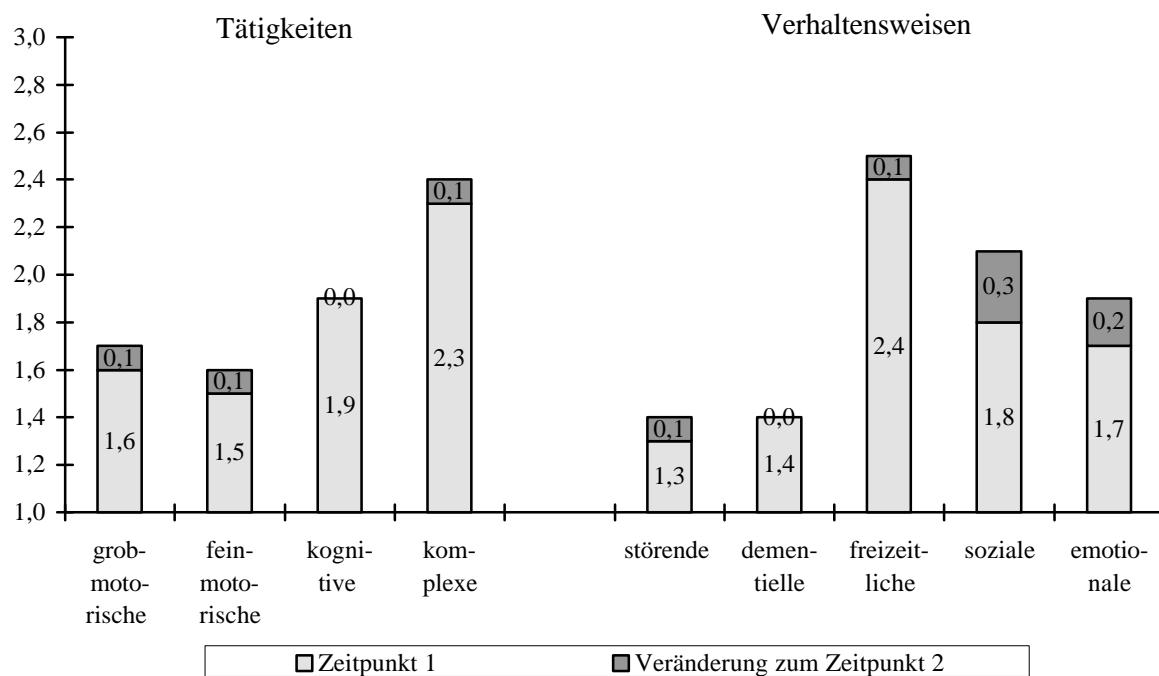


Zu den ‘Gewinnern’ gehörte auch eine zahlenmäßig ebenfalls nicht sehr große Gruppe von älteren Menschen, die bei Aufnahme der verschiedenen Formen professioneller ambulanter Unterstützung mehrheitlich in erheblichem Umfang pflegebedürftig im Sinne des SGB XI waren. Mit einem Durchschnittsalter von knapp 79 Jahren handelte es sich um die älteste Teilstichprobengruppe, die jedoch im Rahmen der gegebenen funktionalen Einbußen eine bereichsübergreifende positive Entwicklung durchlief. Die Zugewinne an Selbständigkeit fielen jedoch nicht allzu hoch aus, so daß ein erhebliches Ausmaß an Abhängigkeit bestehen blieb (vgl. Abbildung 16). Hier könnten auch die Gründe für die etwas schlechtere Stimmungslage beim zweiten Erhebungszeitpunkt liegen. In diesem Fall wäre sie Ausdruck einer notwendigen Auseinandersetzung damit, daß bestimmte Beeinträchtigungen irreversibel sind und eine entsprechende Neuorientierung notwendig machen. Gemeinsam war den Patienten dieses Kollektivs, daß sie überproportional viel Zuwendung erfuhren und sowohl in praktischer als auch emotionaler Hinsicht gut versorgt waren. Ansonsten wiesen sie über alle Parameter hinweg

eine große Streubreite auf. Dies galt sowohl für die im Vordergrund stehenden Erkrankungen als auch für die Haushaltsform und die erhaltene Form an ambulanter Unterstützung.

Mit dem Übergang zu den Angehörigen des Clusters 3 erfolgte der Wechsel in einen Mittelbereich, der durch kleine Fortschritte im Hinblick auf die Selbständigkeit bei den Alltagsverrichtungen und unterschiedliche Entwicklungen in den anderen erhobenen Verhaltensbereichen gekennzeichnet war. Mit einer Gesamtzahl von 79 Patienten traf dieser Tatbestand auf die große Mehrzahl der von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Modellprojekte sowie den Pflegekräften betreuten älteren Menschen zu.

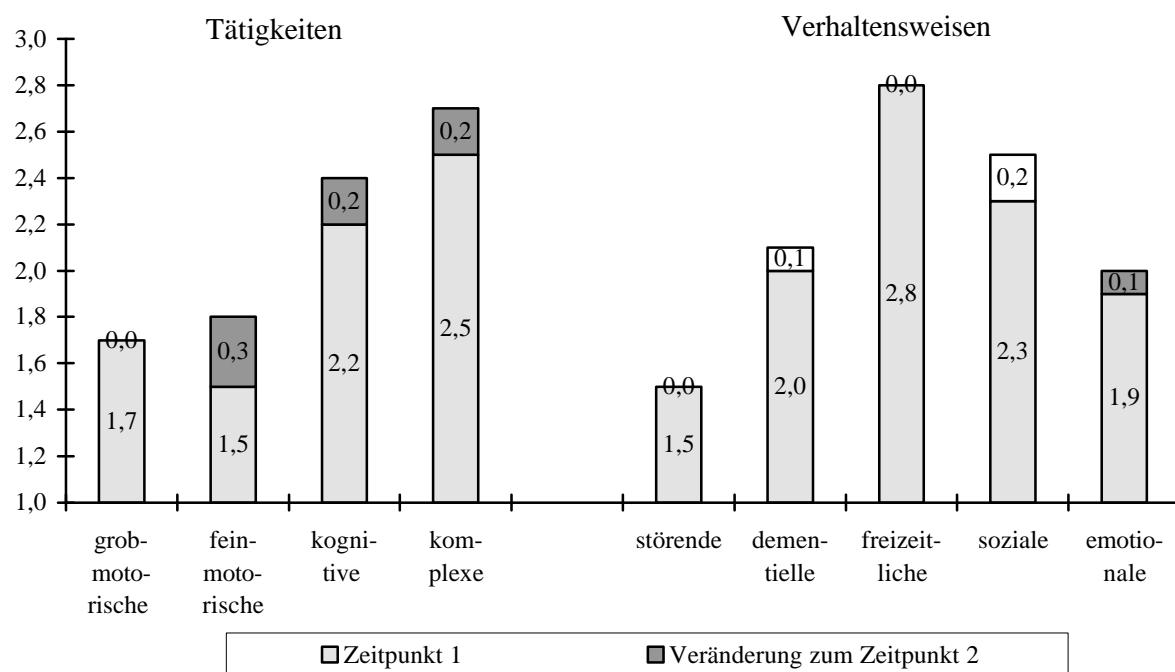
Abbildung 17: Gruppe 3 (n = 79) – Veränderung in den funktionellen Bereichen und den Verhaltensdimensionen der NOSGER



Nicht ganz so deutlich, aber noch immer erkennbar handelte es sich im Durchschnitt um Personen, die anfangs nur wenig Hilfe bei den körperbezogenen Tätigkeiten benötigten (vgl. Abbildung 17). Sie machten knapp die Hälfte dieser Teilstudie aus, wobei auch einige Patienten dabei waren, die einen Grad an Abhängigkeit erreicht hatten, der sie als erheblich bis schwerstpflegebedürftig auswies. Ansonsten repräsentierten die Mitglieder dieser Gruppe recht gut den Durchschnitt aller in die Wiederholungserhebung eingegangenen Fälle. Das galt sowohl für das Alter als auch für die Verteilungen bei der Geschlechtszugehörigkeit, der Haushaltsform und der Art der erhaltenen Unterstützung. Allerdings dominierte auch hier die

Versorgung mit und durch therapeutische Maßnahmen, so daß die erzielten Verbesserungen etwas höher lagen als der allgemeine Mittelwert. Im Hinblick auf das Ausmaß an erhaltenener Hilfe bei den Alltagsverrichtungen bestanden jedoch nur unwesentliche Abweichungen. Deutliche Veränderungen lagen dagegen in der emotionalen Verfassung und im Umgang mit der sozialen Umwelt vor, die diese Gruppe von der zweiten innerhalb des gleichen Entwicklungstrends trennte.

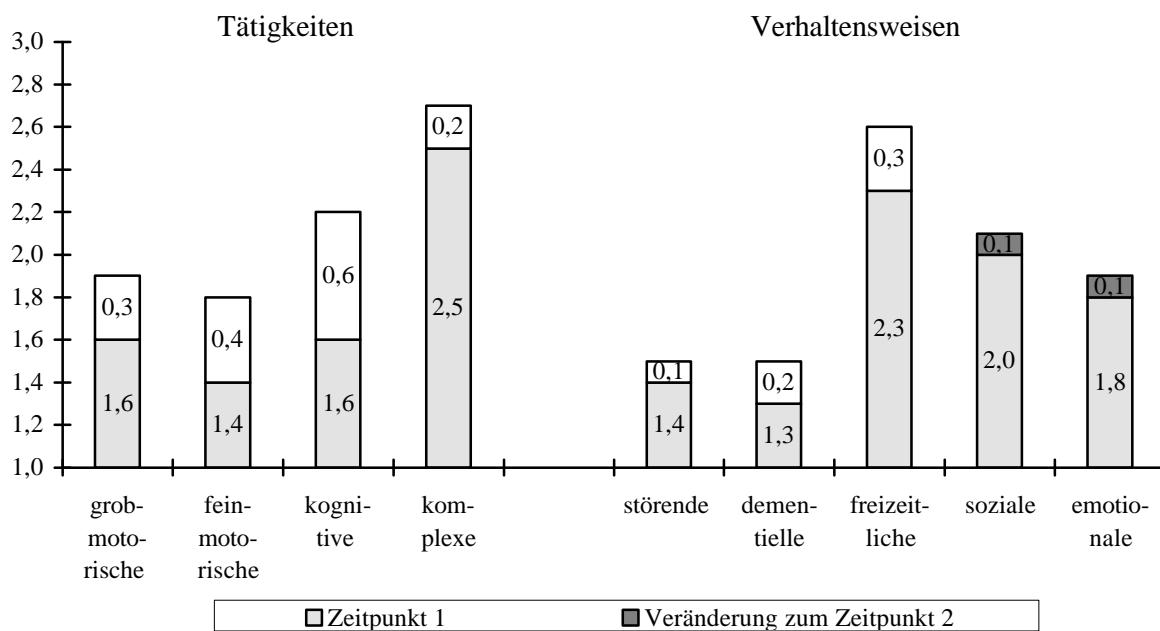
Abbildung 18: Gruppe 4 (n = 11) – Veränderung in den funktionellen Bereichen und den Verhaltensdimensionen der NOSGER



Die elf Patienten, die das 4. Cluster bildeten, wiesen leichte Verbesserung in allen funktionalen Bereichen auf (vgl. Abbildung 18). Sie erhielten zwar am Anfang der Behandlung durchweg mehr Hilfe bei den Alltagsverrichtungen als die Angehörigen der vorausgegangenen Gruppe, gewannen aber auch mehr an Selbständigkeit hinzu. Gleichzeitig verschlechterten sich die alltagsrelevanten Gedächtnisleistungen und ihre Anteilnahme am sozialen Geschehen des direkten Umfeldes. Öfter als bei den bisherigen Teilpopulationen lebten diese älteren Menschen ausschließlich mit Kindern, Schwiegerkindern und deren Familien zusammen. Es gab aber auch fast ebenso viele, die allein wohnten oder in Mehrgenerationenhaushalten. Gemeinsam war ihnen jedoch, daß ihre Versorgungslage eher dahin tendierte, daß zu wenig Hilfe geleistet wurde. Bei den behandlungsrelevanten Diagnosen stand zwar auch hier der Zustand

nach Schlaganfall an erster Stelle, vergleichsweise häufig waren jedoch auch Demenzen und Depressionen.

Abbildung 19: Gruppe 5 (n = 13) – Veränderung in den funktionellen Bereichen und den Verhaltensdimensionen der NOSGER

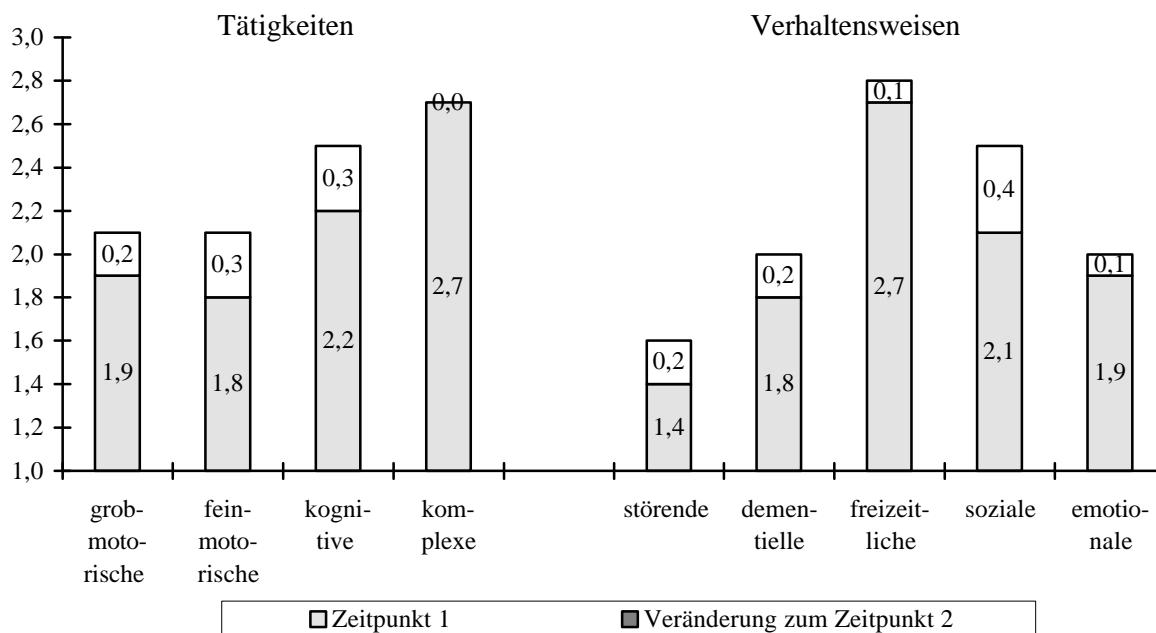


Im Gegensatz zu allen bisher beschriebenen Veränderungsmustern ließen die Patienten der beiden letzten Gruppen deutliche Anzeichen eines zunehmenden Abbaus und vermehrter Hilfsbedürftigkeit erkennen. Auch sie unterschieden sich noch einmal im Hinblick auf die Ausgangslage, von der aus sich die entsprechende Entwicklung vollzog. Bei den älteren Menschen, die auf der Basis der berechneten Differenzen zwischen den Werten aus der Erst- und Zweitbefragung zu Cluster 5 zusammengefaßt wurden, bestand schwerpunktmäßig ein Unterstützungsbedarf bei der Haushaltsführung (vgl. Abbildung 19). Es handelte sich also um eine Teilpopulation, die noch nicht pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes war. Entsprechend hoch war hier der Anteil an Personen, die das Angebot an Beratung und psychosozialer Unterstützung in Anspruch nahmen. Vornehmlich waren es Seniorinnen, die unter chronischen Schädigungen des Stütz- und Bewegungsapparates litten und deren Selbständigkeit zusätzlich durch ungünstige Ausstattungsmerkmale der Wohnung gefährdet war. Mit Ausnahme der komplexen inner- und außerhäuslichen Tätigkeiten wuchs ihr Bedarf an fremder Hilfe über alle funktionalen Bereiche hinweg. Ihr Mobilitätsradius verengte sich zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten in spürbarem Ausmaß, wobei gleichzeitig ein Nachlassen der Gedächtnisleistungen eintrat. Einen deutlichen Rückgang erfuhr das Interesse an einer

aktiven Freizeitgestaltung, für die u.U. keine Zeit und Muße mehr blieb. Etwas unerwartet war die leichte Verbesserung in der Stimmungslage und in der Zugewandtheit gegenüber dem sozialen Umfeld. Möglicherweise handelte es sich um positive Effekte, die auf die von den Sozialarbeiterinnen der Projekte geleistete Organisation und Vermittlung bedarfssadäquater Hilfen zurückzuführen sind.

Der Übergang von der Hilfs- zur Pflegebedürftigkeit kennzeichnete die letzte Gruppe an Patienten. Zum Zeitpunkt der Ersterhebung waren sie bereits mehrheitlich in erheblichem Maße bei den körperbezogenen Verrichtungen auf fremde Hilfe angewiesen und hatten zum Abschluß einen weiteren Zuwachs an Abhängigkeit erlebt, der sich in Abbildung 20 dokumentiert.

Abbildung 20: Gruppe 6 (n = 29) – Veränderung in den funktionellen Bereichen und den Verhaltensdimensionen der NOSGER



Charakteristisch für diese Teilpopulation war, daß nur wenige der betroffenen älteren Menschen bei Aufnahme der ambulanten Versorgung allein lebte. Zusätzlich zur familiären Versorgung wurde häufig die Hilfe von Pflegekräften in Anspruch genommen. Es handelte sich hierbei um die zweitälteste Gruppe von Patienten, die ansonsten ein breites Spektrum an behandlungsrelevanten Diagnosen aufwiesen, wobei internistische Erkrankungen einschließlich Tumorbildungen häufiger waren als in den übrigen Gruppen. Verbunden mit dem zunehmenden Verlust an basalen Fähigkeiten war ein Rückzug aus sozialen Beziehungen und eine Ver-

schlechterung der emotionalen Lage. Bei diesen Patienten wiesen alle erfaßten Teilbereiche in die gleiche Entwicklungsrichtung. Somatische, kognitive und psychische Veränderungen verliefen gleichlinig und definierten gemeinsam den Status zunehmender Pflegebedürftigkeit.

3.2.3 Zusammenhangsstrukturen eingetretener Veränderungen

Bei der Unterschiedlichkeit der individuellen Muster an positiven und negativen Veränderungen, an Gewinnen und Verlusten ist es schwierig, allgemein gültige Regeln über die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen erhoben Merkmalen der Person und den korrespondierenden ihres sozialen und materiellen Umfeldes zu bestimmen. Hinzu kommt, daß sich mit zunehmender Differenzierung die Zellbesetzungen rasch verkleinern und schon bald nicht mehr die für statistische Berechnungen erforderliche Mindestzahl erreichen. Aus diesem Grund können gleichläufige und gegenläufige Entwicklungen zwischen den erfaßten Bereichen sowie die hierfür verantwortlichen Besonderheiten nur auf der Basis einer vergleichenden Einzelfallanalyse erfolgen. Mit der Wahl des Vorgehens verbunden ist, daß den gefundenen Gemeinsamkeiten und Besonderheiten im Zusammenspiel von inneren und äußeren Bedingungen ausschließlich der Status einer hypothesengenerierenden Beschreibung zukommt. Die Überprüfung ihrer Gültigkeit würde entsprechende größer angelegte und kontrollierte Erhebungen erfordern.

Über alle Patienten und die im Rahmen der Erst- und Zweiterhebung erfaßten Dimensionen hinweg ergaben sich einige wenige signifikante Korrelationen, die in Tabelle 22 zusammengestellt wurden. Sie kennzeichneten jene Bereiche, deren Veränderungen mit einiger Sicherheit in Verbindung zu einander standen. Grundlage für die Berechnung bildeten die faktorenanalytisch bestimmten Dimensionen der beiden Verhaltensebenen, die als mögliche Quellen von Beeinträchtigungen bestimmten Ausstattungsmerkmale der Wohnung und die erlebten Belastungen der Angehörigen. In der nachfolgenden Tabelle nicht berücksichtigt wurden die vielfältigen, teilweise sehr hohen Zusammenhänge zwischen verschiedenen Dimensionen der gleichen Bereiche, da diese im Rahmen ökologischer Modelle nur von untergeordneter Bedeutung sind. Angegeben sind die auf der Grundlage von Rangplätzen berechneten Spearman-Korrelationskoeffizienten. Sie unterschieden sich zwar nicht wesentlich von den Ergebnissen, die sich unter der Annahme intervallskalierter Daten ergaben, stellen diesen gegenüber jedoch die konservativere Schätzung dar. Dies bedeutet, daß Effekte eher unter- als überschätzt werden.

Tabelle 22: Statistisch signifikante Korrelationen zwischen verschiedenen erfaßten Dimensionen der Merkmale der Person und des sozialen und materiellen Umfeldes

Veränderungen in	demenzbezogenen Verhaltensweisen	der aktiven Freizeitgestaltung	der Belastung der Familie	der finanziellen Belastung	psychosomatischen Beschwerden	der Beeinträchtigung durch Treppen	der Beeinträchtigung durch Gefahren
den feinmotorischen Tätigkeiten	.21 (p:<.007)	.21 (p: <.006)					
den komplexen Tätigkeiten		.22 (p<.005)	.49 (p<015)	.47 (p<.019)			
demenzbezogenen Verhaltensweisen			.44 (p<.038)	.48 (p<.024)			
störenden Verhaltensweisen					-.47 (p<.019)		.26 (p>.001)
der aktiven Freizeitgestaltung					.43 (p<.038)	.21 (p<.009)	.25 (p<.001)

Von den in die Erhebung einbezogenen Dimensionen wiesen die durch unterschiedliche Interventionen herbeigeführten Veränderungen nur fünf bedeutsame, in der Regel gleichgerichtete Entwicklungen im sozialen und materiellen Umfeld auf. Zwischen der Einstufung der Beeinträchtigung, die durch unterschiedliche Merkmale der Wohnung gegeben waren, und dem Ausmaß an eingetretenen Verbesserungen bzw. Verschlechterungen in der Selbständigkeit ergaben sich keine eindeutigen Zusammenhänge. Der Grund hierfür dürfte in den unterschiedlichen Bedingungen liegen, die zu dem Urteil ‘irrelevant’ bzw. ‘keine negativen Einflüsse’ führten. Sie standen sowohl für Entwicklungen, die eine Reduktion des Bewegungsspielraumes auf das Bett bedeuteten, als auch für solche, die mit dem Erreichen einer normalen Geh- und Bewegungsfähigkeit endeten. In beiden Fällen wirkten die räumlich-materiellen Gegebenheiten nicht mehr als Hindernisse oder Barrieren. Das galt in gleicher Weise für zu überwindende Treppen, wie für Stolperfallen innerhalb der Wohnung. Eine spürbare Verringerung der Sturzgefahr ergab sich in Verbindung mit der Wiedergewinnung relativer Normalität, die darüber hinaus durch ein gesteigertes Interesse an der Gestaltung der Freizeit gekennzeichnet war. Letzteres war nur wenigen der in der Regel sehr stark eingeschränkten Patienten der Stichprobe bei der Ersterhebung möglich, so daß sich hier der Endpunkt einer durch therapeutische Maßnahmen erzielten Rehabilitation widerspiegeln. In Verbindung damit stand

die Reduktion störender Verhaltensweisen und die Verminderung psychosomatischer Beschwerden bei den Angehörigen. Der generelle Trend einer gegenläufigen Entwicklung beider Dimensionen, die durch den negativen Korrelationskoeffizienten ausgedrückt wird, bestand hier nicht. Eine Zunahme körperlicher und emotionaler Belastungen der Familienangehörigen dürfte eher dann gegeben gewesen sein, wenn das Nachlassen von Gegenwehr und Verweigerung mit der Selbstaufgabe des Patienten verbunden war.

Das zweite Niveau positiver Entwicklungen bildeten Verbesserungen, die in Richtung einer selbständigen Haushaltsführung gingen und durch entsprechende Veränderungen bei der Durchführung der komplexen Tätigkeiten abgebildet wurden. Hier erzielte positive Entwicklungen fielen zusammen mit deutlichen Entlastungen seitens der pflegenden Angehörigen in familiärer und auch finanzieller Hinsicht. Letzteres war auch dann gegeben, wenn Verbesserungen in der kognitiven Leistungsfähigkeit des Patienten erreicht wurden, die ihrerseits Voraussetzung dafür ist, daß ein von fremder Hilfe unabhängiges Leben möglich ist. Den elementarsten Bereich bildeten die feinmotorisch orientierten Tätigkeiten, die eine selbständige Ausführung der basalen körperbezogenen Verrichtungen umfassen und somit entscheidend zur Autonomie innerhalb der Wohnung beitragen. Auch sie wiesen noch eine deutliche Verbindung zur geistigen Verfassung und zum Interesse an Dingen und Personen der Außenwelt auf. Insgesamt ergaben sich erst dann bedeutsame Zusammenhänge zwischen den Veränderungen in den Fähigkeiten und Verhaltensweisen des im Zentrum stehenden älteren Menschen und seiner sozialen und materiellen Umwelt, wenn eine kritische Schwelle an Selbständigkeit erreicht wurde. Sie setzt offensichtlich da ein, wo es um die basalen körperbezogenen Verrichtungen geht und endet bei der selbstbestimmten Gestaltung der Freizeit.

Für die abschließende Detailanalyse, mit der nochmals auf die differenzierteren Veränderungen zwischen ausgewählten materiellen und sozialen Merkmalen und Veränderungen in den funktionalen Fähigkeiten des Patienten sowie seiner Stimmungslage eingegangen werden soll, werden nur einige wenige, als zentral erachtete Aspekte berücksichtigt. Die individuellen Muster an Gewinnen und Verlusten zeigen eine große Heterogenität, so daß es schwer ist, übergeordnete Zusammenhänge zu bestimmen. Es kann sich hier nur um die Formulierung von Hypothesen handeln, die möglicherweise zu weiteren Untersuchungen anregen.

Innerhäusliche Mobilität

Von den 178 Patienten, für die beide Erhebungen durchgeführt wurden, wiesen 31 eine Verbesserung in der selbständigen Bewegungsfähigkeit innerhalb der Wohnung auf und weitere 15 eine Verschlechterung. In Abhängigkeit zur Richtung der Veränderung verschoben sich die Zusammenhänge und Bedeutungen, die der Beschaffenheit des materiellen Umfeldes zukamen. Im Falle einer Zunahme der benötigten personalen Hilfe waren sie eindeutiger und standen in direkter Verbindung zu einander. Beim Übergang von erforderlicher Unterstützung bei der innerhäuslichen Mobilität hin zur völligen Abhängigkeit rutschten die räumlich-physikalischen Merkmale der Wohnung entweder in den Status der 'Irrelevanz' oder blieben unverändert. In beiden Fällen kam ihnen kein eigener Erklärungswert in Verbindung mit der eingetretenen Verschlechterung zu. Trat Hilfsbedarf neu auf, so nahmen die Beeinträchtigungen, die auf ungünstige Ausstattungsmerkmale zurückzuführen waren, meist zu. Eine Ausnahme bildeten Patienten, bei denen spezielle Anpassungsmaßnahmen erfolgt waren. Trotz objektiv gegebener Verengung ihres Bewegungsraumes war dieser Tatbestand bei kaum der Hälfte der betroffenen älteren Menschen mit Anzeichen für eine herabgeminderte emotionale Befindlichkeit verbunden. Bei einigen hatte sich die Stimmungslage sogar deutlich verbessert, wobei vier der fünf Patienten, die diese Muster aufwiesen, bislang eher unversorgt waren. Deutlich komplizierter stellte sich die Situation bei jenen Patienten dar, deren Fähigkeit, sich in der Wohnung selbständig zu bewegen, sich verbessert hatte. Auch hier war nach dem Ausgangsniveau zu unterscheiden. Gegenläufig zur Entwicklung in Richtung zunehmender Hilfsbedürftigkeit wurden Wohnprobleme im Falle des Erreichens einer Gehfähigkeit mit Unterstützung einer Person (wieder) zu beeinträchtigenden Merkmalen. Sie verloren jedoch in dem Maße an Bedeutung, in dem eine uneingeschränkte Bewegungsfähigkeit erreicht wurde. In der Hälfte der Fälle gab es jedoch keine Veränderungen in der Beurteilung der entsprechenden räumlichen Gegebenheiten. Meist bestanden bereits zu Beginn der ambulanten therapeutischen Versorgung in dieser Hinsicht sehr günstige Bedingungen, die keine entsprechenden Maßnahmen erforderlich machten. In wenigen anderen Fällen war das andere Extrem gegeben, so daß hier nach wie vor große Mängel vorlagen, die weiterhin für Behinderungen sorgten. Wie bei den Personen, die einen zunehmenden Hilfsbedarf erleben mußten, gab es auch im Falle positiver Entwicklungen keine eindeutige Verbindung zwischen der Ausweitung des Mobilitätsspielraumes und der Stimmungslage der Patienten. Die Anzahl der Personen, bei denen die erreichten Verbesserungen mit weniger Gefühlen von Traurigkeit und Nutzlosigkeit verbunden waren, war sogar etwas kleiner als die, für die sich diese Empfindungen verstärkt.

ten. Freudig reagierten offensichtlich eher jene älteren Menschen, die unversorgt waren, und in umgekehrter Weise jene, die mehr Hilfe erhielten als notwendig.

Außerhäusliche Mobilität

Veränderungen, die sich auf die Erschließung des außerhäuslichen Bereichs bezogen, folgten im Hinblick auf die Rolle, die den dinglich-materiellen Gegebenheiten zukam, im wesentlichen denen, die bei der Bewegungsfähigkeit innerhalb der Wohnung dargestellt wurden. Etwas anders gestalteten sich jedoch die Korrelationen zwischen der emotionalen Verfassung und der vom sozialen Umfeld bereitgestellten Unterstützung. Eine Zunahme der Unselbständigkeit beim Übergang nach draußen ($n = 31$) stellte überproportional für jene älteren Menschen einen bedeutenden Verlust dar, deren Versorgungssituation in den Extrembereichen lag, d.h. die entweder zu viel oder zu wenig Hilfe erhielten. Bei einem angemessenen Umfang an Unterstützung war diese Verbindung nicht so deutlich gegeben. Vergleichsweise häufig waren dagegen Reaktionen, die durch eine aktive, nach außen gerichtete Bewältigung in Form zunehmender Aggressivität bestimmt waren. Im Falle einer positiven Entwicklung hing es sowohl von dem Ausgangsniveau als auch dem erreichten Endzustand ab, ob Beeinträchtigungen durch nach draußen führende Treppen neu entstanden oder zurückgingen. Auch hier bestätigte sich nochmals der U-kurvenförmige Zusammenhang zwischen den Fähigkeiten der Person und Behinderungen durch räumlich-materielle Merkmale der Umwelt. Patienten, denen es gelang, ihre Selbständigkeit im außerhäuslichen Bereich zurückzugewinnen, antworteten darauf in der Regel mit einer gehobenen Stimmungslage. Nicht so eindeutig war diese Verbindung dagegen bei jenen Patienten, die hier auch weiterhin auf die Hilfe anderer angewiesen sein würden. Das Bewußtsein verbleibender Einschränkungen war für sie offensichtlich ein Grund zur Trauer.

Feinmotorisch bestimmte Tätigkeiten

Zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten hatte sich die Fähigkeit zur selbständigen Durchführung der Körperpflege und beim An- und Auskleiden bei 23 Patienten deutlich verschlechtert. Für die meisten bedeutete dies den Übergang von einer mehr oder weniger umfangreichen Hilfestellung hin zu völliger Abhängigkeit. Gleichzeitig hatten bei vielen dieser älteren Menschen die Gedächtnisleistungen nachgelassen, was zur Ausweitung des erforderlichen Unterstützungsbedarfs mit beigetragen haben dürfte. Analog zu den Veränderungen auf Seiten der Person nahmen Beeinträchtigungen, die durch das Fehlen entsprechender Hilfsmittel und Vorrichtungen im Sanitärbereich bedingt waren, zu. Auch hier verlief die Entwicklung der Stimmungslage eher in die andere Richtung. Eine deutliche Zunahme depressiver Äuße-

rungen wies nur etwa ein Fünftel der betroffenen Patienten auf. Bei diesen handelte es sich mehrheitlich um Personen, denen zu viel von ihren Bezugspersonen abgenommen wurde. Die Bedeutung dieses Teilergebnisses wird jedoch durch den Umstand eingeschränkt, daß sich diese Teilgruppe insgesamt aus überproportional vielen älteren Menschen zusammensetzte, die mehr Hilfe erhielten als nach den Richtlinien des Pflegeversicherungsgesetzes vorgesehen ist. Den ‘Verlierern’ im feinmotorischen Bereich stehen 33 Personen gegenüber, deren Zustand sich im Laufe der Versorgung durch die ambulant tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbessert hatte; ein Umstand der offensichtlich am ehesten bei den alleinlebenden und weniger gut versorgten älteren Menschen mit einer umfassenden Freude verbunden war, nicht jedoch bei jenen, die eine extreme Zuwendung erfuhren. Bei den pflegenden Angehörigen wirkten sich die Verbesserungen bei der selbständigen Ausführung der Körperpflege in erster Linie in einer Verminderung der erlebten zwischenmenschlichen Konflikte aus.

Komplexe Tätigkeiten

Veränderungen, die im Hinblick auf den Hilfsbedarf bei den komplexeren haushaltsbezogenen und außerhäuslichen Tätigkeiten erzielt wurden, wiesen auch auf der Ebene der Einzelfallbeachtungen die in der Korrelationsmatrix wiedergegeben Zusammenhänge auf. Es bestand eine eindeutige Beziehung zwischen den in diesem Bereich eingetretenen Gewinnen und Verlusten und dem Engagement in Bezug auf Freizeitaktivitäten. Im Falle entscheidender Veränderungen in Richtung einer umfassenden Selbständigkeit traten Verbesserungen der emotionalen Befindlichkeit und eine Verminderung aversiver Verhaltensweisen auf. Abweichungen von diesem generellen Muster bestanden bei jenen Patienten, die beim zweiten Erhebungszeitpunkt noch einen vergleichsweise großen Unterstützungsbedarf aufwiesen. Eine positive Entwicklung über alle erfaßten Dimensionen war bei den Angehörigen festzustellen. Sie empfanden eine deutliche Entlastung im Familienleben und reagierten mit einer Reduktion psychosomatischer Beschwerden.

Alle Ergebnisse der durchgeführten Vergleiche auf Einzelfallebene zusammengefaßt, scheint es weder zwischen den erfaßten personalen Merkmalen noch zwischen ihnen und denen der räumlich-dinglichen und sozialen Umwelt einfache lineare Zusammenhänge zu geben. Gemeinsam bilden alle handlungsrelevanten Komponenten der Situation ein komplexes Bedingungsgefüge, innerhalb dessen unterschiedliche Verschiebungen möglich sind. Eindeutig sind diese oft nur in den Extrembereichen, während in der ‘Mitte’ unterschiedliche Formen einer Neukalibrierung stattzufinden scheinen.

4 Diskussion der Ergebnisse

Im abschließenden Teil der Arbeit soll versucht werden, die gefundenen Ergebnisse in den bestehenden Wissensstand gerontologischer Forschung einzuordnen und zu integrieren. Einen ersten Schritt hierzu bildet der Abgleich der Daten mit jenen, die in entsprechenden Repräsentativerhebungen ermittelt wurden. Vor diesem Hintergrund werden die Besonderheiten der vorliegenden Stichprobe herauszuarbeiten und ihr Stellenwert innerhalb der Gesamtpopulation älterer Menschen zu bestimmen sein. Darüber hinaus sollen einige der zentralen Ergebnisse in Bezug gesetzt werden zu den Befunden, die in thematisch verwandten empirischen Arbeiten ermittelt wurden. Hierzu gehören:

1. der Zusammenhang zwischen verschiedenen Arten von Erkrankungen und daraus resultierenden Beeinträchtigungen bei der selbständigen Durchführung körperbezogener und erweiterter Tätigkeiten des Alltags und
2. die Bedeutung und Rolle, die materiell-dinglichen und sozialen Merkmalen der Umwelt bei der Entstehung und Aufrechterhaltung unselbständigen Verhaltens zukommt.

Vor diesem Hintergrund werden Bestand und Gültigkeit der untersuchungsleitenden Hypothesen zu prüfen und über sie hinausgehende, durch die Datenlage neu aufgeworfene Fragen und Vermutungen zu formulieren sein. In Einklang mit dem Status eines anwendungsorientierten Forschungsprojektes wird der letzten Rückkoppelungsprozeß darin bestehen zu überlegen, ob und in welcher Weise die Ergebnisse für die Praxis der Altenarbeit genutzt werden können. Letztendlich wird zu diskutieren sein, ob der gewählte ökologische Ansatz einen nützlichen und hilfreichen Ausgangspunkt dafür bietet, zu einer differenzierten und bedarfsgerechten Vermittlung individueller Hilfen für funktional beeinträchtigte ältere Menschen zu gelangen.

4.1 Vergleich der Ergebnisse mit der empirischen Datenlage

Die empirische Datenbasis der noch vergleichsweise jungen Wissenschaft der Gerontologie gliedert sich auf in zahlenmäßig nicht allzu viele repräsentative Quer- und noch weniger Längsschnitterhebungen sowie eine größere Anzahl kleinerer qualitativer und quantitativer Untersuchungen zu regional und / oder inhaltlich begrenzten Fragestellungen. Neben der ersten großen Untersuchung zu Alter(n)sfragen in Bonn liegen seit Anfang der 90er Jahre umfangreichere Daten über eine relativ große Stichprobe von älteren Menschen vor, die im Rah-

men des Forschungsprojektes ‘Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung im Alter’ (MUGSLA) erfaßt wurden. Ergänzt und in wesentlichen Teilen spezifiziert werden diese durch die Ergebnisse der Berliner Altersstudie. Im Mittelpunkt standen hier Fragen zur besonderen Situation und den Lebensbedingungen hochaltriger Menschen. Aus diesem Grund wurde eine nach Alter und Geschlecht gewichtete Stichprobe gebildet. Ziel war es, auch bei den bevölkerungsmäßig kleineren Subgruppen eine für Vergleichszwecke hinreichend große Anzahl an Personen zu erfassen. Die umfangreichen personenbezogenen Daten wurden in interdisziplinärer Zusammenarbeit erhoben und ermöglichen sowohl Analysen über die Zusammenhänge zwischen somatischen Schädigungen, Funktionsverlusten und die Inanspruchnahme personaler Hilfe als auch Vergleiche der Personen auf der Basis psychologischer und sozialer Merkmale. Soweit bereits publiziert, werden die Daten aus den beiden genannten großen Forschungsvorhaben neueren Ursprungs zum Vergleich und zur Einordnung der vorliegenden Ergebnisse herangezogen.

4.1.1 Verortung der Stichprobe innerhalb der Gesamtpopulation älterer Menschen

In der von den Infratest-Instituten im Rahmen der MUGSLA durchgeführten Repräsentativerhebung wurde über die Angaben zum Hilfsbedarf bei ausgewählten Alltagsverrichtungen die Anzahl von pflegebedürftigen Menschen im Sinne des SGB XI ermittelt. Innerhalb der Gesamtbevölkerung lag der Anteil bei 1,4%. Bei den 65-69jährigen stieg dieser Prozentsatz bereits auf 1,7% an und nahm dann kontinuierlich zu, bis er in der letzten erfaßten Altersgruppe, den Personen, die das 85. Lebensjahr bereits vollendet hatten, einen Wert von über 26% erreichte. Aufgeteilt nach Pflegestufen entfielen auf die am wenigsten betroffene Gruppe mit mehrfach wöchentlich benötigter personaler Unterstützung etwa 41%. Ein nur geringfügig darüber liegender Anteil an Betroffenen benötigte täglich Hilfe, und die verbleibenden 17% mußten rund um die Uhr versorgt werden, wobei 3% vollständig bettlägerig waren (Höhn & Roloff 1994; Infratest Sozialforschung 1991; Schneekloth & Potthoff 1993).

Verglichen mit der Verteilung, die für alle von Pflegebedürftigkeit betroffenen Personen ermittelt wurde, wies die Stichprobe der vorliegenden Untersuchung einen eindeutigen Schwerpunkt zugunsten des höchsten Grades an Abhängigkeit auf. Unter Zugrundelegung der Angaben zur in Anspruch genommenen Hilfe bei den Alltagsverrichtung lag bei etwa 30% der ambulant versorgten Patienten der Bedarf unter der im SGB XI gesetzlich festgeschriebenen Grenze. Bei jenen, die als mindestens erheblich pflegebedürftig einzustufen waren, entfielen 28,5% auf die Stufe I, 33,6% auf die darauf folgende, und mit einem Anteil von 37,9% erwies

sich der größte Teil der erfaßten älteren Menschen als schwerstpflegebedürftig. Die ermittelte Verteilung stimmt mit den berichteten Erfahrungen des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen überein. Danach steigt der Anteil an beanspruchten Sachleistungen zur Bezahlung der ambulant tätigen Pflegekräfte systematisch mit der Höhe der vorliegenden Pflegestufe an und erreicht bei der Gruppe der am schwersten betroffenen Patienten einen Anteil von über 40%.

Nicht ganz in Einklang mit den Repräsentativdaten steht dagegen die Verteilung zwischen den Geschlechtern. Der Anteil der von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Modellprojekte und den kooperierenden Pflegekräften versorgten (älteren) Männer lag deutlich über dem, der für die Referenzgruppe innerhalb der Gesamtpopulation ermittelt wurde (43,3% gegenüber 36,3%); ein Effekt, der nur zum Teil auf das Angebot therapeutischer Hilfen, die in deutlich stärkerem Maße von jüngeren und männlichen Patienten genutzt wurden, zurückzuführen ist. Auch bei den ausschließlich pflegerisch versorgten älteren Menschen lag der Anteil 7% höher als die von Infratest ermittelte geschlechtsspezifische Quote, wobei insbesondere die Gruppe der 80-89jährigen Männer überrepräsentiert ist. Allein im Bereich psychosozialer professioneller Unterstützung bestand ein deutlicher Überhang an älteren Frauen. Obwohl die Altersverteilung in der vorliegenden Stichprobe deutlich zugunsten der höheren Jahrgänge verschoben war und sich mehr als 50% der Patienten im achten und neunten Lebensjahrzehnt befanden, gab es mehr verheiratete Patienten (47,6%) als solche, die verwitwet waren (41,4%). In der von Infratest durchgeführten Befragung betrugen die entsprechenden Anteile 33,5% und 54,4%. Die Hilfe ambulanter Dienst wurde also nicht von allen Betroffenengruppen gleichmäßig genutzt, sondern es schienen in erster Linie die meist ebenfalls schon gebrechlichen Ehepartner zu sein, die vermehrt auf das Angebot zurückgriffen.

Die Wohnbedingungen waren zunächst gekennzeichnet durch eine relativ großzügige Bemessung der Räumlichkeiten (Wahl 1997). Im Durchschnitt umfaßten sie außer Küche und Bad dreieinhalf Zimmer. Dies galt sowohl für Personen, die Hilfe bei mindestens zwei basalen Alltagsverrichtungen benötigten, als auch für die zahlenmäßig deutlich kleinere Gruppe von älteren Menschen, bei denen die Unterstützung bei der Haushaltsführung im Vordergrund stand. Die Wohnungen von letztgenannten Personen waren zwar im Mittel etwas kleiner, beherbergten aber auch weniger Personen, so daß sich die zur persönlichen Nutzung zur Verfügung stehenden Räume in beiden Teilstichproben auf annähernd zweieinhalf Zimmer anglichen. Seltener noch als in der Repräsentativerhebung ermittelt, war ein extremer Substandard

bei der Sanitärausstattung gegeben. Weniger als 1% der vorliegenden Stichprobe (3% in der westdeutschen Bevölkerung) verfügten über keine Innentoilette, und in knapp 3% der Wohnungen (verglichen zu 8% bei der Befragung von Infratest) fehlte ein eigenes, abgeschlossenes Badezimmer. Mit Ausnahme von knapp 15% war außerdem in den meisten Haushalten eine Zentralheizung vorhanden. Insgesamt gesehen lag der Anteil an Haushalten, in denen gravierende Mängel in der Ausstattung bestanden, eher unter als über dem ermittelten Bundesdurchschnitt (Asam, Altmann & Vogt 1990; F. Oswald 1996; Saup 1993b; Schneekloth & Potthoff 1993).

Im Vergleich zu früheren Erhebungen zeigte sich eine deutliche Verbesserung in den grundlegenden architektonisch und installationstechnisch gegebenen Rahmenbedingungen (AG Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte an der FU Berlin & Interdisziplinäre AG für Angewandte Soziale Gerontologie an der GHS Kassel 1991; Garms-Homolová, Hütter & Leibing 1982; Sonsa & Wahl 1984). Umgekehrt hatte sich im Falle der vorliegenden Stichprobe auch der Zusammenhang zwischen ‘extrem ungünstigen’ Wohnbedingungen und dem Grad der bestehenden Abhängigkeit von personaler Hilfe bei den Alltagsverrichtungen (Schmitt, A. Kruse & Olbrich 1994). Es waren eher die weniger stark betroffenen älteren Menschen, die Unterstützung in beratender und psychosozialer Hinsicht bedurften, die mit Bedingungen zuretkommen mußten, die nicht mehr dem Standard entsprachen. Häufiger als die Patienten, die pflegerische Hilfe in Anspruch nahmen, lebten die Nutzerinnen sozialarbeiterischer Hilfen allein und bestätigten damit den Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Substandardwohnungen und der Haushaltsgröße (Bond 1993; Brandenburg 1996; Lawton 1981).

Was die Versorgung der auf die Hilfe und Unterstützung anderer Menschen angewiesenen Personen anbelangt, so wurde diese zu 85% von Familienangehörigen geleistet. In 5% gehörte die pflegende Bezugsperson dem erweiterten informellen sozialen Netz an (andere Verwandten, Nachbarinnen, Bekannte und Freunde), und nur in 10% der Fälle wurde die Versorgung ausnahmslos von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der ambulanten Dienste sichergestellt. Im wesentlichen wurden diese Proportionen bereits in früheren Erhebungen zur Inanspruchnahme häuslicher Pflegedienste in ländlichen Regionen gefunden und bestätigten nochmals die familienzentrierte Form der Unterstützung und Pflege älterer Menschen (Heidtmann 1987; Heinemann-Knoch, De Rijek & Schachter 1985; Reimann 1994). Berücksichtigt man nur jene Gruppe von älteren Menschen, die als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI galten, so erbrachten deren Angehörige nach eigenen Aussagen Versorgungsleistungen, die zu knapp 63%

rund um die Uhr gingen. Der Anteil erhöhte sich nochmals um etwa 2%, wenn man die Angaben für den benötigten zeitlichen Aufwand zur emotionalen Unterstützung mit berücksichtigte. Damit standen fast zwei Drittel der mit der Pflege betrauten Familienmitglieder in der vorliegenden Stichprobe kontinuierlich zur Verfügung. Die ermittelte Quote lag etwa 10% höher als die, die sich bei der Befragung durch die Infratest-Institute ergeben hatte. Auf anderer Ebene wird damit nochmals bestätigt, daß die erfaßten ambulant versorgten älteren Menschen in großem Maße und Umfang von der Unterstützung anderer abhängig waren.

Trotz der Erhebung der erlebten Belastungen seitens der Angehörigen ist es schwer einen vergleichbaren Indikator zu dem in der Repräsentativerhebung erhobenen Globalurteil zu finden (Bender 1994; Lawton, Brody & Saperstein, 1990; Schneekloth und Potthoff 1993). Alle Bereiche des Cost-of-Care-Index zusammengenommen, gaben etwa 63% der befragten Bezugspersonen an, unter den unterschiedlichen Auswirkungen der Pflegesituation deutlich bis stark zu leiden. Am größten war der Anteil mit fast 80%, wenn es um negative Auswirkungen auf das Familienleben ging. An zweiter Stelle standen psychosomatische Beschwerden (35%), während allen anderen Aspekte einschließlich der finanziellen Aufwendungen eine eher untergeordnete Rolle zukam (Adler, Gunzelmann, Machold, Schmacher & Wilz 1996; Barusch & Spaid 1989; Görres 1992a).

Faßt man den Vergleich der Ergebnisse aus der vorliegenden selektiven Stichprobe mit den Repräsentativdaten zu Hilfs- und Pflegebedürftigen in Privathaushalten zusammen, wiesen Patienten der ‘neuen’ und etablierten ambulanten Versorgungsangebote ein hohes Niveau an Hilfs- und Unterstützungsbedarf auf. Der geleistete pflegerische Aufwand und die Belastung der Angehörigen lagen deutlich über dem erfaßten Bundesdurchschnitt, wobei die räumlich-materiellen Ausstattungsmerkmale grosso modo hierzu keinen eigenen Beitrag leisteten. Letztere erwiesen sich als besser als nach der bisherigen Literatur über die Wohnsituation älterer Menschen auf dem Lande zu erwarten gewesen wäre.

4.1.2 Determinanten unselbständigen Verhaltens

Erkrankungen

Der Zusammenhang zwischen verschiedenen Erkrankungen, den damit verbundenen Schädigungen einzelner Organe und dem Ausmaß an erforderlicher Unterstützung bei den verschiedenen Alltagsverrichtungen war Gegenstand einer Reihe von unterschiedlichen Erhebungen. Relativ übereinstimmend kamen sie zu dem Ergebnis, daß krankhafte Veränderungen, die die neurologischen Funktionen betrafen, am eindeutigsten mit Einschränkungen in der Selbständigkeit verbunden waren. Im einzelnen handelte es sich hierbei um die Folgen von Schlaganfällen, dementielle Abbauprozesse und andere hirnorganisch bedingte Erkrankungen, wie Multiple Sklerose, Morbus Parkinson und traumatologische Verletzungen des Gehirns. Durch sie wurden relativ umfassende funktionale Beeinträchtigungen hervorgerufen, die sich in einem gesteigerten Hilfsbedarf bei der Ausführung der basalen körperbezogenen Verrichtungen ausdrückten. Betroffen waren in gleicher Weise die Bereiche der Grob- und Feinmotorik, wobei auch Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit nicht selten eine Rolle spielten (Akhtar, Broe, Crombie, McLean, Andrews & Caird 1973; Borchelt, Gilberg, Horgas & Geisselmann 1996; Bould, Kane, Louis et al. 1994; Fried & Guralnik 1997; Heinemann-Knoch, De Rijek & Schachter 1985; Infratest Sozialforschung 1991; Lang 1994; Marsiske, Delius, Maas et al. 1996; Schneekloth & Potthoff 1993; Wahl 1987).

Die skizzierten Zusammenhänge zwischen hirnorganischen Schädigungen und umfassenden Einschränkungen in der Ausführung der körperbezogenen Alltagsverrichtungen spiegelten sich auch in der vorliegenden Stichprobe wider. Bei Personen, die aufgrund ihres bestehenden Bedarfs an Unterstützung als schwerstpflegebedürftig einzustufen waren, waren überproportional häufig neurologische Erkrankungen als behandlungsrelevante Diagnose angegeben. Neben Störungen der Grobmotorik lagen bei diesen Patienten häufiger als bei allen anderen erhebliche Einschränkungen bei jenen Tätigkeiten vor, die eher feinmotorische Fähigkeiten voraussetzten. Das Ausmaß an kognitiven Defiziten, gemessen durch den entsprechenden Faktor der NOSGER, war etwas deutlicher ausgeprägt als in jenen Fällen, wo orthopädische oder andere, internistische Erkrankungen im Vordergrund standen. Geordnet nach dem Muster der in Anspruch genommenen Hilfe bei den verschiedenen Alltagsverrichtungen entfiel ein Großteil der älteren Menschen, die einen Schlaganfall erlitten hatten, auf die Cluster 3, 5 und 6. Zu Gruppe 3 gehörten überproportional häufig dementielle Erkrankungen, und die beiden

oberen Cluster umfaßten schwerpunktmäßig jene Personen, die die stärksten Beeinträchtigungen aufwiesen.

Negative Auswirkungen auf die Selbständigkeit wurden auch für Schädigungen des Stütz- und Bewegungsapparates nachgewiesen. Je nachdem, ob es sich hierbei um ein Akutereignis handelte oder um chronisch degenerative Prozesse, waren unterschiedlich starke und umfassende Beeinträchtigungen gegeben. Arthrosen und Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises verursachten langfristig eine zunehmende Verringerung der Mobilität, während Frakturen der unteren Extremitäten zu (bisweilen vorübergehenden) Einschränkungen in einigen direkt darauf bezogenen Alltagsverrichtungen führten (Beyer & Woods 1963; Bowling & Grundy 1997; Judge, Schectman, Cress & The FICSIT Group 1996; F. Oswald 1996; Semaan 1994; Wahl 1987; 1997).

Nach den Daten der vorliegenden Erhebung äußerten sich orthopädisch begründete Funktionsverluste vornehmlich in einem leichten bis intensiven Hilfsbedarf bei den grobmotorisch bestimmten Verrichtungen, einschließlich der komplexeren Tätigkeiten in und außerhalb des Hauses. Der Anteil der in dieser Hinsicht von anderen Menschen vollständig abhängigen Personen war vergleichsweise klein. Ein noch geringerer Hilfsbedarf lag bei der Körperpflege und beim An- und Auskleiden sowie bei den eher kognitiv ausgerichteten Alltagsverrichtungen vor. In den meisten Fällen war in diesen Bereichen die Selbständigkeit erhalten, oder es genügten geringfügige Hilfestellungen. Schädigungen des Stütz- und Bewegungsapparates waren überproportional häufig in der untersten Pflegestufe vertreten, der 45% dieser Patientenpopulation zugeordnet wurden; ein Ergebnis, das wiederum in Einklang steht mit den vom Deutschen Zentrum für Alternsfragen veröffentlichten Daten des Medizinischen Dienstes zu den nach dem Pflegeversicherungsgesetz vorgenommenen Einstufungen.

Zu den ‘umweltrelevanten’ Funktionsstörungen rechnet Wahl (1997) außerdem Beeinträchtigungen der Sinnesorgane, hier speziell der Sehfähigkeit. In der von ihm durchgeführten Untersuchung waren starke Ausfälle in der visuellen Wahrnehmung mit einer erhöhten Abhängigkeit von der Hilfe anderer verbunden. Die Zusammenhänge waren jedoch nicht so eindeutig wie im Falle neurologisch begründeter Schädigungen. Bei den ambulant versorgten älteren Menschen waren dagegen bis an die Erblindung heranreichende Funktionsverluste mit einem erhöhten Hilfsbedarf in allen Bereichen verbunden. Die Anzahl der jeweils vollständig von anderen Menschen abhängigen Patienten lag deutlich über dem Wert, der bei einer Gleich-

Verteilung zu erwarten gewesen wäre. Stark von Sehstörungen betroffen waren mehrheitlich sehr alte Menschen. Zu 60% hatten sie das 80. Lebensjahr bereits vollendet. Außerdem wurden Ausfälle in den Wahrnehmungen lediglich ergänzend erhoben, so daß diese zusätzlich zu wenigstens einer weiteren Erkrankung bestanden. Damit relativiert sich die Bedeutsamkeit der gefundenen Ergebnisse etwas und negiert nicht die von Wahl (1997) berichteten individuellen Variationen im Umgang mit entsprechenden Beeinträchtigungen.

Umstritten ist die Bedeutung, die Herz-Kreislauferkrankungen bei Einschränkungen im ADL-Bereich zukommt. Zum einen wurde ein nur geringer Zusammenhang zwischen leichten Störungen und dem Ausmaß an benötigter Hilfe gefunden (Sullivan, LaCroix, Baum, et al. 1996). Zum anderen wurde für Störungen des Herz-Kreislaufsystems wie auch für Demenzen und Depressionen eine von anderen Schädigungen unabhängige Vergrößerung des Hilfsbedarfs nachgewiesen (Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1996).

Innerhalb der vorliegenden Stichprobe litten insgesamt fast zwei Drittel der erfaßten älteren Menschen nach eigenen Angaben an funktionalen Einschränkungen des Herzens oder des Kreislaufes. In einigen wenigen Fällen (8%) bildeten sie die zentrale, vom behandelnden Arzt genannte Diagnose. Bei den betroffenen Patienten bestand mehrheitlich kein oder nur ein leichter Hilfsbedarf bei den basalen, körperbezogenen Alltagsverrichtungen. Deutlich größer war dagegen das Ausmaß der in Anspruch genommenen personalen Unterstützung bei den kraft- und energieaufwendigeren, komplexeren Tätigkeiten im Haushalt und im Wohnnahumfeld. Einen wesentlichen Beitrag hierzu leisteten jedoch die räumlich-dinglichen Gegebenheiten der Wohnung (z.B. viele Stufen im Übergang nach draußen). Für ältere Menschen mit Kreislaufproblemen und solchen mit orthopädisch begründeten Bewegungseinschränkungen war es oft schwierig eine größere Menge an Stufen zu überwinden.

Faßt man die bisherigen Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen grundlegenden Erkrankungsformen und der bei der Ausführung der körperbezogenen Alltagsaktivitäten benötigten Hilfe zusammen, kann Hypothese 1 als weitgehend bestätigt gelten. Es gab zwar keine Eins-zu-Eins-Relation zwischen der als behandlungsrelevant angegebenen Diagnose und dem Ausmaß an in Anspruch genommener Hilfe, aber Schwere und Ausmaß der Abhängigkeit wurden durch die verschiedenen somatischen Schädigungen in erheblichem Maße beeinflußt. Dies traf vor allem für die Ausführung der basalen Alltagsverrichtungen zu, die universeller Natur sind und deshalb weniger von persönlichkeitsbezogenen Merkmalen und soziokulturel-

len Besonderheiten beeinflußt werden. Letztere haben zwar einen Einfluß auf die komplexeren, nach außen gerichteten Aktivitäten, können aber nur dann zum Tragen kommen, wenn eine selbständige Erfüllung der körperbezogenen Bedürfnisse möglich ist. Zwischen diesen und den erweiterten Tätigkeiten besteht eine logische Abhängigkeitsbeziehung in der Art, daß die Fähigkeit zur Ausführung der erstgenannten, Voraussetzung dafür ist, daß die anspruchsvolleren und kraftaufwendigeren Aktivitäten im inner- und außerhäuslichen Bereich gemeistert werden können (M.M. Baltes, Maas, Wilms & Borchelt 1996; M.M. Baltes, Mayr, Borchelt, Maas & Wilms 1993).

Merkmale der Wohnungsausstattung

Der Anteil an erklärter Varianz, der beim Ausmaß an beanspruchter Hilfe unabhängig von den somatischen und demographischen Rahmendaten auf ungünstige räumlich-dingliche Gegebenheiten zurückzuführen ist, wurde von Brandenburg (1996) auf 12% geschätzt. Seine Stichprobe setzte sich jedoch aus Personen zusammen, die deutlich weniger stark beeinträchtigt waren, als dies bei der Population der vorliegenden Arbeit der Fall war.

Patienten, die unterschiedliche Arten ambulant erbrachter Versorgungsleistungen erhielten, stellten in vielerlei Hinsicht eine Art ‘Extremgruppe’ dar (Schaie 1990). Zum einen handelte es sich um Menschen, die bereit waren, diese Angebote zu nutzen, zum anderen waren es mehrheitlich Personen, die in erheblichem Umfang auf die Hilfe und Unterstützung anderer Menschen angewiesen waren. Die Bedeutung, die objektiv gegebene, architektonische und installationstechnische Ausstattungsmerkmale bei der Entstehung und Verstärkung des Hilfsbedarfs hatten, hing hier in entscheidender Weise davon ab, welche funktionalen Beeinträchtigungen bestanden und welches Ausmaß diese erreicht hatten. An beiden Eckpunkten der Verteilung, d.h. im Falle vollständiger Selbständigkeit und bei Vorliegen von Bettlägerigkeit bildeten die räumlich-materiellen Gegebenheiten Rahmendaten, denen keine Bedeutung bei der Ausführung der erfaßten Alltagsverrichtungen zukam. Verworfen wird damit die Hypothese eines generellen, gleichlinigen (Hypothese 4) zugunsten eines spezifischen und differiell wirkenden (Hypothese 5) Zusammenhangs zwischen umweltlichen Merkmalen und der Bedeutung, die diesen bei einer selbständigen Verrichtung der Anforderungen des Alltags zukommt.

Die Verbindung zwischen räumlich-dinglichen Merkmalen der Umwelt und darauf zurückzuführenden Beeinträchtigungen stellt sich damit als eine dar, die nicht kontinuierlich ansteigt, sondern eher die Form einer U-Kurve aufweist; ein Tatbestand, der sich auch bei einigen anderen empirischen Erhebungen ergab und offensichtlich für recht unterschiedliche Aktionsräume Gültigkeit hat. Eine systematische positive Korrelation zwischen der Menge an vorhandenen Barrieren oder Hindernissen und Beeinträchtigungen auf Seiten des älteren Menschen gab es nur dann, wenn leichte oder mittlere funktionale Störungen vorlagen (Fox 1995; Kovar & Lawton 1994; Olbrich 1991b; 1995; Olbrich & Diegritz 1995). Innerhalb dieser Spanne kam ihnen allerdings ein über die vorliegenden somatischen Schädigungen hinausgehender, eigenständiger Erklärungswert zu.

Bei der Zuordnung der Personen zu unterschiedlichen Clustern auf der Basis ihrer jeweiligen Konfigurationen an personaler Unterstützung bei den verschiedenen erhobenen Alltagsverrichtungen waren objektive Merkmale der Wohnsituation und die Beurteilung der durch sie bedingten Beeinträchtigung nicht gleichmäßig über alle Gruppen hinweg verteilt. In einigen bestanden ungünstigere Voraussetzungen, die mit einem gesteigerten Hilfsbedarf bei Tätigkeiten verbunden waren, für die die jeweiligen materiell-physikalischen Bedingungen von Relevanz waren. Am deutlichsten kam dieser Sachverhalt bei der Analyse der nach Komplexität und Ausdehnung geordneten Alltagsverrichtungen in den verschiedenen funktionalen Bereichen zum Tragen. Ein vergleichsweise steiler Anstieg beim Übergang von einer Aktivität zur nächsten wird durch bereichsbezogene ungünstige räumlich-materielle Gegebenheiten zumindest mitverursacht. Bestätigt wird damit die 2. der auf der Basis gerontoökologischer Modelle formulierte Hypothese, nach der Barrieren und Hindernissen in der dinglichen Umwelt einen weiteren Beitrag zur Erklärung von Unselbständigkeit im Alltag leisten.

Einen globalen, kumulativen Effekt räumlich-dinglicher Merkmale der Wohnumwelt schien es dagegen nur in einigen wenigen Extremsfällen zu geben. Gekennzeichnet waren diese dadurch, daß die Ausstattung insgesamt deutlich unter dem gängigen Standard lag und bei den Bewohnern entsprechende funktionale Einschränkungen bestanden. Unter diesen Bedingungen, die am häufigsten bei den Angehörigen des Clusters 5 gegeben waren, mußten die bestehenden Mängel in der Wohnungsausstattung durch vermehrte Hilfeleistungen und einen deutlich höheren zeitlichen Aufwand von den Angehörigen aufgefangen werden. Im allgemeinen wirkten innerhalb der Häuslichkeit bestehende Probleme jedoch differentiell in Abhängigkeit von den Fähigkeiten und Defiziten der in ihr agierenden Person(en).

Exemplarisch dargestellt wurde dies für den Zusammenhang zwischen der Erschließung des Wohnnahbereichs und dem Vorhandensein einer Außentreppe. Mit keinen Beeinträchtigungen verbunden war sie sowohl für jene älteren Menschen, die (noch) in der Lage waren, Treppen selbständig zu überwinden, als auch für jene, die bereits in der Wohnung nicht mehr umhergehen konnten. Für die in ihrer Gehfähigkeit deutlich eingeschränkten Patienten, die einen Schlaganfall erlitten hatten, stellten bereits wenige Treppen eine Barriere beim Übergang nach draußen dar. Beim Vorliegen orthopädischer Schädigungen oder Störungen des Herz-Kreislaufsystems kam es außerdem darauf an, wieviel Stufen überwunden werden mußten. Spezifische räumlich-physikalische Merkmale der Umwelt wirkten also nicht global und unabhängig von der Person, sondern standen in direkter Abhängigkeit zu den Fähigkeiten und Defiziten, die in körperlicher, kognitiver und psychischer Hinsicht jeweils gegeben waren. Belegt wird damit die Evidenz von Hypothese 3, in der von einer entsprechend differentiellen Wirkung ausgegangen wurde.

Merkmale der sozialen Umwelt

Neben verschiedenen Ausstattungsmerkmalen der Wohnung fand in den letzten Jahren zunehmend der Einfluß an Beachtung, der der sozialen Umwelt bei der Entstehung und Aufrechterhaltung unselbständigen Verhaltens zukommt. Einen entscheidenden Faktor für das Ausmaß an erhaltenen Versorgungsleistungen bildete zunächst die Haushalts- oder Wohnform des betroffenen älteren Menschen. Generell bestand ein Trend dahingehend, daß mit zunehmenden funktionalen Einbußen der eigene Haushalt aufgegeben wurde und verstärkt Wohngemeinschaften mit Angehörigen der Folgegeneration eingegangen wurden (Beyer & Woods 1963). Unter Berücksichtigung der mehrheitlich in mindestens erheblichem Maße pflegebedürftigen älteren Menschen der vorliegenden Stichprobe lag der Anteil, bei dem intergenerative Formen des Zusammenlebens gegeben waren, mit 47% recht hoch. Lediglich ein Viertel der Patienten, für die eine einmalige Bestandsaufnahme erfolgte, hatten keine nahen Verwandten in der Wohnung oder im gleichen Haus.

Es gab jedoch erhebliche Unterschiede in Bezug auf die verschiedenen, in die Erhebung einzbezogenen Versorgungsangebote. Am seltensten kam es bei den Patienten der Therapeuten vor, daß keine Angehörigen in direkter räumlicher Nähe wohnten. Bei den Sozialarbeiterinnen und dem Fachpfleger für Psychiatrie führte dagegen fast die Hälfte der von ihnen betreuten älteren Menschen einen eigenständigen Haushalt (Bass, Looman & Ehrlich 1992). Keinen Helfer konnten jedoch nur etwa 2% der erfaßten älteren Menschen nennen, und zwar unabhängig davon, ob es um den Bereich instrumenteller oder emotionaler Unterstützung ging. Im

Durchschnitt wurden zwei Angehörige genannt, zu denen eine besonders nahe Beziehung bestand, und auch die erforderlichen Hilfen wurden in über 60% der Fälle von zwei und mehr Personen erbracht. Bei der Gruppe der Hochbetagten verminderte sich die Anzahl der Helfer nur unwesentlich. Insgesamt handelte es sich also um ältere Menschen, die mehrheitlich über ein hinreichend großes soziales Netz verfügten und unter Berücksichtigung des jeweils gegebenen Hilfsbedarfs relativ gut versorgt waren (Blosser-Reisen 1982; Schubert 1990).

Vergleicht man dagegen den angegebenen Bedarf, der sich aus der Menge und dem Ausmaß an erforderlichen Hilfestellungen bei den Alltagsverrichtungen ergab, mit dem zeitlichen Umfang, der tatsächlich für entsprechende Unterstützungsleistungen aufgewandt wurde, so erwiesen sich immerhin 19% der Patienten als unversorgt. Die entsprechenden Anteile für eine angemessene Versorgung und für eine, die durch ein Zuviel an Hilfen gekennzeichnet war, lagen jeweils bei etwas über 40%. Selbst unter Zugrundelegung eines sehr weit gefaßten Kriteriums, das 50% über den Zeiten lag, die im Rahmen der Begutachtungsrichtlinien zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit festgelegt wurden, erhielt ein Großteil der älteren Menschen mehr Unterstützung als angesichts der vorliegenden Beeinträchtigungen erforderlich gewesen wäre; ein Ergebnis, das zwar unter dem von Brandenburg 1996 genannten Anteil von 55% überversorger älterer Menschen liegt, aber dennoch einen beachtlichen Umfang aufweist.

Als negative Auswirkung einer Lebenssituation, die für die Betroffenen dadurch gekennzeichnet ist, daß ihnen mehr Aufgaben abgenommen werden als notwendig, wird neben einer gesteigerten Anfälligkeit für depressive Stimmungslagen vor allem eine weitere Erhöhung unselbständigen Verhaltens genannt (Lehr & Thomae 1991; Seeman, Bruce & McAvay 1996; Thompson & Sobolew-Shubin 1993; Wenger 1986). Nach der schon öfter herangezogenen Untersuchung von Brandenburg 1996 erklärt die Versorgungssituation unabhängig von den demographischen Grunddaten und den einbezogenen Merkmalen der räumlich-dinglichen Umwelt nochmals 17% der Varianz im Ausmaß an beanspruchter Hilfe bei den Alltagsverrichtungen. Insbesondere im Hinblick auf die eher hauswirtschaftlichen Tätigkeiten sind es vornehmlich die Männer, für die diese Arbeiten bisweilen völlig unabhängig von ihren Fähigkeiten und Defiziten vollständig übernommen werden (A. Kruse & Schmitt 1995b).

Darüber hinausgehend, äußerte sich ein durch Überfürsorge gekennzeichnetes Verhalten der Angehörigen in der vorliegenden Erhebung insbesondere in einer übermäßigen Hilfe bei jenen Tätigkeiten, die zu dem Bereich der eher feinmotorisch bestimmten Verrichtungen zusam-

mengefaßt wurden (Kovar & Lawton 1994). Einen deutlichen Anstieg beim Übergang vom ‘Waschen von Gesicht und Händen’ zum ‘An- und Auskleiden’ und zum ‘Duschen oder Baden’ wiesen zwar vor allem die Angehörigen der clusteranalytisch bestimmten Gruppen 2 und 4 auf. Die Gründe lagen bei diesen Personen jedoch eher in entsprechenden funktionalen Einschränkungen (überproportional viele Schädigungen des Stütz- und Bewegungsapparates) und darauf bezogenen ungünstigen Ausstattungsmerkmalen der Wohnung.

Das ‘typische’ Bild eines überversorgten und überbehüteten älteren Mannes wurde dagegen durch die Mitglieder des Clusters 3 repräsentiert. Alle im Haushalt anfallenden Aufgaben wurden selbstverständlich von den weiblichen Haushaltsmitgliedern (in der Regel der Ehefrau) übernommen, und auch das Ausmaß der ansonsten gewährten instrumentellen und emotionalen Unterstützung lag weit über den Werten, die in den anderen Gruppen erreicht wurden. Gekoppelt war diese Situation auf Seiten des Betroffenen weniger durch Auffälligkeiten, die auf depressive Störungen hindeuteten, sondern eher durch ein gesteigertes Desinteresse an der dinglichen und sozialen Umwelt. Es ist jedoch nicht auszuschließen, daß auch bei der Erfassung der emotionalen Befindlichkeit ein geschlechtsspezifisch wirkender Bias besteht. Männer äußern seltener, daß sie traurig sind oder sich für wertlos halten. Von daher ist es möglich, daß sich ihr Unbehagen außer in den erfaßten nach außen gerichteten, abweisenden Interaktionsmustern zusätzlich in einer herabgeminderten Stimmungslage niederschlägt. Zusammen mit dem stark ausgeprägten Empfinden von Belastungen auf Seiten der pflegenden Angehörigen weisen beide Ergebnisse in Richtung einer Bestätigung der in den Hypothesen 6 und 7 formulierten negativen Auswirkungen einer durch ein Zuviel an Hilfe charakterisierten Versorgungssituation. Sie beeinflußt außerdem, wenn auch in sehr komplexer und durch vielfältige andere Einflüsse mediatisierter Art, die jeweiligen Konstellationen von positiven und negativen Veränderungen in den erfaßten Verhaltens- und Erlebensbereichen.

Einfache lineare Beziehungen bestanden weder zwischen der Haushalts- und Lebensform und der Richtung der Entwicklung des Hilfsbedarfs noch zwischen ersteren und dem Ausmaß der Vergrößerung der Selbständigkeit im Alltag. Das gleiche galt auch für die Beziehung der Veränderungen zu den verschiedenen Versorgungslagen. Eine Interpretation der gefundenen unterschiedlichen Muster an Gewinnen und Verlusten erwies sich auch unter Berücksichtigung der sich rasch verkleinernden Zellbesetzungen als sehr schwierig. Die emotionale Befindlichkeit zeigte bei einigen Personen eine positive, bei anderen eine negative Korrelation zu einer Verminderung bzw. Erhöhung der beanspruchten Unterstützung von anderen auf. Hier spiel-

ten offensichtlich Prozesse eine Rolle, die durch die Dokumentation nicht erfaßt wurden. In erster Linie sind dies die Erwartungen und Hoffnungen der Patienten in bezug auf den Umfang einer möglichen ‘Rehabilitation’ sowie ihre Bereitschaft und Motivation, hierbei aktiv mitzuwirken.

Nicht berücksichtigt wurden auch die Regulative, die die Interaktion des Betroffenen mit den Angehörigen des direkten sozialen Umfeldes leiten. Für viele funktional beeinträchtigte ältere Menschen stellt die Bitte um Hilfe eine Möglichkeit zur Kontrolle über die Mitwelt dar. Im Einzelfall können sich daraus unterschiedliche Relationen von Nutzen und Kosten ergeben. Unter Umständen steht eine Zunahme an Selbständigkeit in Verbindung mit einer Reduktion an erhaltener Zuwendung; eine Entwicklung, die sicher nicht von allen Patienten begrüßt werden kann. Möglicherweise zeigten aus diesem Grund die allein lebenden älteren Menschen und jene, die eher zu wenig Hilfe erhielten, die eindeutigste Verbindung zwischen der Richtung, in der sich das Ausmaß an bestehender Abhängigkeit verändert, und ihrer emotionalen Befindlichkeit auf; ein Zusammenhang, der mit der Ausweitung des Aktionsradius von Bett, über die innerhäusliche Mobilität bis hin zum Wohnnahbereich an Stärke und Klarheit gewann. Erst mit Erreichen des größten erfaßten Mobilitätsraumes kam es mehrheitlich zu positiven Veränderungen in der Stimmungslage und zu einem größeren Interesse an der sozialen und dinglichen Umwelt (Campitiello 1983; Meier-Baumgartner, Nerenheim-Duscha & Görres 1992; Wahl 1997).

Auf einer ganz anderen Ebene liegend, zeigte sich auch bei der Bestimmung unterschiedlicher Konstellationen von Veränderungen in den erfaßten Verhaltensbereichen, daß die zwischen ihnen bestehenden Verbindungen je unterschiedliche Formen annehmen können. Anders ausgedrückt, die Funktionen, die das Zusammenwirken von Merkmalen der Person und der Umwelt bestimmen, stellten sich für verschiedene Gruppen von Menschen je anders dar. Veränderungen, die mit einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes und einer Zunahme des Hilfsbedarfs verbunden waren, führten zu anderen Reaktionen und Anpassungsprozessen als solche, die mit einer Vergrößerung der Selbständigkeit in Zusammenhang standen. Auch wenn davon auszugehen ist, daß das Bemühen um die Wiederherstellung eines Gleichgewichtszustands in beiden Fällen als übergeordneter Mechanismus wirksam ist, so verschieben sich je nach Richtung der eingetretenen Veränderungen die Anteile, die hierbei der Person und der sie umgebenden Umwelt zukommen (Lawton 1983).

Der Zwang zur Anpassung an umweltliche Bedingungen verstkt sich in dem Maße, wie Figkeiten verloren gehen. Nach den vorliegenden Ergebnissen scheint der ‘Druck’, der von der Umwelt ausgeht, jedoch eher von den sozialen Gegebenheiten bestimmt zu sein als von den räumlich-materiellen (M.M. Baltes & Wahl 1992a; Lawton 1986). Zwischen beiden, außerhalb des betroffenen Individuums liegenden Bereichen bestehen jedoch nochmals Wechselwirkungen, die in Abhigkeit zu den gegebenen Ausgangsbedingungen sowohl die Form einer gegenseitigen Kompensation und Aufhebung als auch die eines additiven Zusammenwirkens annehmen können. Unterstützt wird damit die in Hypothese 8 formulierte Vermutung, daß umweltliche Merkmale in unterschiedlicher Weise miteinander interagieren können und damit einen je spezifischen lebensweltlichen Hintergrund hervorbringen.

Die objektiv erhebbaren Gegebenheiten der Wohnungsausstattung und das Ausmaß an Unterstützung, das von den Angehörigen geleistet wird, bilden nur die äußeren Eckpunkte eines zwischen ihnen bestehenden Systems, das auf Veränderungen in einer eigenen und in letzter Konsequenz schwer vorhersagbaren Weise reagiert. Insgesamt bestigt die Pluralisierung von Mustern und Konstellationen von Verhaltensänderungen, die in Folge der unterschiedlichen Interventionen eintraten, daß Personen und die sie umgebenden umweltlichen Bedingungen ein komplexes System von gegenseitigen Abhigkeiten und Beeinflussungsprozessen bilden (Hypothese 9).

4.2 Anmerkungen zur Methodik

Der Systemcharakter, dem in und durch ökologische Modelle zur Erklärung menschlichen Verhaltens und Erlebens sowie dessen Entwicklung Rechnung getragen wird, ist mit nicht unerheblichen methodischen Schwierigkeiten verbunden. Diese beginnen bereits bei der Auswahl jener Bereiche, die einen potentiellen Einfluß auf das zu erklärende Verhalten haben. Die Forderung nach einer ‘ganzheitlichen’ Betrachtung der individuellen Lebensumstände und deren umfassende Berücksichtigung erweist sich für die Durchführung entsprechender empirischer Erhebung als eher kontraproduktiv. Auch wenn man grundsätzlich bereit ist zu akzeptieren, daß zwischen einer Reihe personaler und umweltlicher Merkmale komplexe Wechselwirkungsprozesse bestehen, so müssen doch zumindest Teile davon operationalisierbar und erfassbar sein. Die Umsetzung in eine empirische Erhebung bedeutet immer eine Beschränkung auf einige wenige ausgewählte Aspekte, die nach dem Stand des Wissens in einem inhaltlich festgelegten Bereich als zentral erachtet werden. Es liegt in der Natur der Sache, daß eine ganze Reihe von Bedingungen unberücksichtigt bleiben (müssen), die unter Umständen ebenfalls

einen Einfluß auf die zu erklärenden interindividuellen Unterschiede haben (P.B. Baltes & Willis 1990; Bortz 1984; A. Kruse 1992c; Lehr 1979; Paul, Bansemir & Kühne 1989; Wapner 1987).

Hinzu kommen Probleme, die sich aus den Besonderheiten einer anwendungsorientierten Forschung ergeben. Gefordert sind in erster Linie Antworten auf praxisrelevante Fragen. Diese decken sich nicht zwangsläufig mit der Suche nach allgemein gültigen Gesetzesaussagen. Um unter diesen Bedingungen zu hinreichend verlässlichen Daten zu gelangen, bedarf es eines nicht immer einfachen Überzeugungsprozesses bei den vor Ort tätigen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen und einer Abstimmung zwischen ihren Interessen und den Erfordernissen einer wissenschaftlichen Herangehensweise. Hier zu einer ‘Kontrollgruppe’ zu gelangen, die den Forderungen entspricht, die an jene zu stellen sind (Parallelisierung, Randomisierung und Kontrolle nicht intendierter Einflüsse), ist kaum möglich. Zum einen verbietet es sich aus ethischen Gründen, die Nutzer der geschaffenen ‘neuen’ Angebote nach forschungstechnischen Kriterien auszuwählen und einzelnen Personen die Hilfe, die sie benötigen, zu verwehren. Zum anderen fehlt es in der Regel an den erforderlichen finanziellen und personalen Ressourcen, um die Daten von Personen zu erheben, die zwar ähnliche Ausgangsbedingungen aufweisen, aber keine entsprechenden Leistungen erhalten. Zusammengefaßt bedeutet das, daß das Design fast zwangsläufig auf eine einfache Vor- und Nacherhebung herausläuft und Gruppierungen erst nachträglich nach bestimmten Kriterien vorgenommen werden können.

Da mit der modellhaften Einführung bislang nicht bestehender Angebotsformen Neuland betreten wird, ist das Feld in vielerlei Hinsicht offen und unstrukturiert. Dies betrifft sowohl das Leistungsspektrum, das von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen zu erbringen ist, als auch die Auswahl jener älteren Menschen, die von den verschiedenen Angeboten profitieren können. Auf dieser Basis kam es zu einer Stichprobe, die durch eine große Heterogenität hinsichtlich der als ‘behandlungsrelevant’ eingestuften Diagnosen und der gegebenen persönlichen und sozialen Lebensbedingungen gekennzeichnet war. Vergleiche, die auf einer vorab festgelegten Unterscheidung der Gruppen nach inhaltlich bedeutsamen Kriterien beruhen, waren in diesem Rahmen nur bedingt durchführbar. Hierzu wäre insbesondere eine Bestimmung der Schwere der funktionalen Einschränkungen erforderlich gewesen, die jedoch weder von den beteiligten (Haus-)Ärzten ohne weitere Aufwendungen zu erhalten, noch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Modellprojekte als weiterer Bereich der Dokumentation, die sich ohnehin als recht umfangreich und zeitaufwendig erwies, zuzumuten war.

Zur Bestimmung von unterschiedlichen Gruppen von Nutzern und Nutzerinnen wurde deshalb eine Clusteranalyse durchgeführt. Der Einsatz dieses Verfahrens wird immer dann empfohlen, wenn es um die Bestimmung von ‘Typen’ geht, also die Zusammenfassung von Personen, die einander in Hinblick auf bestimmte Eigenschaften oder besser Eigenschaftsmuster ähnlich sind (Bargel, Kuthe & Mundt 1977; Bargel, Fauser & Mundt 1981; Bortz 1984; Gunzelmann & W. Oswald 1990; A. Kruse & Schmitt 1995b; Straub 1990; Thomae 1987b). Der Vorteil klassifizierender Rechenoperationen liegt in den vergleichsweise geringen Voraussetzungen, die an das Skalenniveau, die Verteilung und die Unabhängigkeit der Daten gestellt werden.

Problematisch ist, daß die Anzahl und die Zusammensetzung der Cluster von den zur Bestimmung herangezogenen Variablen und den Daten der eingegangenen Personen abhängen. Dies bedeutet, daß sich die rechnerisch ermittelten Gruppierungen von einander unterscheiden, je nachdem, wie viele und welche Alltagsverrichtungen einbezogen werden. Außerdem können in einer anderen Stichprobe ganz andere Cluster gebildet werden, die zur Bestimmung anderer Unterscheidungsmerkmale führen. In welcher Weise und in welchem Umfang hier Vergleichsmöglichkeiten zwischen verschiedenen Stichproben bestehen und welche Voraussetzungen hierfür gegeben sein müssen, ist meines Wissens zur Zeit nicht zu beantworten. Von daher ist es schwierig etwas über die Validität oder Gültigkeit der in der vorliegenden Untersuchung gefundenen Gruppen zu sagen. Ungeachtet dieses Mankos, leisten sie jedoch einen nicht zu unterschätzenden Beitrag zur Beschreibung unterschiedlicher Lebensbedingungen, die mit anderen Reaktionsformen und Interrelationen zwischen ihnen verbunden sind. Angesichts der geschilderten Probleme bei der Erfassung und Bestimmung von Systemeigenschaften und der innerhalb dieser bestehenden Dynamiken scheint es ratsam zu sein, zunächst zu einer hinreichend detaillierten Beschreibung zu gelangen, durch die die relevanten Bereiche und die zwischen ihnen bestehenden Abhängigkeiten spezifiziert werden (Wahl 1989a). Ziel ist es, zunächst zu theoretisch begründeten, empirisch überprüfbaren Hypothesen zu gelangen. Hierfür wird von einigen Autoren ein anderes methodisches Vorgehen gefordert, etwa in Form eines ideographisch bestimmten Ansatzes, einer komparativen Kasuistik oder eines Methodenmix (Jüttemann 1990b; Lehr & Thomae 1991; Mogel 1984; Tews 1977).

Für einige wenige ausgewählte Aspekte wurde deshalb im Rahmen der vorliegenden Arbeit versucht, auf der Basis von Einzelfallanalysen einen näheren Einblick in die Dynamik von Veränderungen auf Seiten der Person und einigen Merkmalen ihres materiellen und sozialen Umfeldes zu erhalten. Es handelte sich hierbei um ein sehr zeitintensives Vorgehen, das immer nur für einige, zahlenmäßig stark begrenzte Datensätze möglich war. Damit verstärkte sich allerdings auf der anderen Seite die Gefahr, daß Kodierfehler oder zufällige Schwankungen im Urteil der Befragten überinterpretiert wurden. Obwohl sich in einigen Bereichen interessante und vorher nicht bestimmbare Konfigurationen von Einflüssen und Einflußmustern abzeichneten, wäre es vermessen, diesen mehr als den Status von Vermutungen zuzuweisen. Sie müssen durch entsprechend angelegte Erhebungen überprüft und gegebenenfalls modifiziert werden. Wichtig hierfür wäre allerdings auch eine Weiterentwicklung der standardmäßig verfügbaren Statistikprogrammpakete. Die Modelle, auf deren Grundlage einige der gängigen Statistikpakete konzipiert wurden, stehen nicht mehr in Einklang mit der Entwicklung sozialwissenschaftlicher Theorien, schon gar nicht mit dem Gedanken von verhaltenswirksam werdenden Systemen, in denen Elemente häufig weder linear noch additiv mit einander verbunden sind.

4.3 Besonderheiten der vorliegenden Untersuchung

Die vorab skizzierten methodischen Schwächen waren aufgrund der Anlage der Erhebung als Bestandteil der Erprobung neuer Versorgungsformen nicht immer zu vermeiden. Es wurde jedoch versucht, innerhalb des bestehenden ökonomischen Rahmens die Forderungen, die an ökologisch orientierte Erhebungen gestellt werden, so weit als möglich umzusetzen. Hierzu gehört die Operationalisierung der personalen und umweltlichen Merkmale durch Dimensionen, die direkt auf einander bezogen sind (P.B. Baltes & Nesselroade 1973; Saup 1993b). Den somatisch begründeten funktionalen Einschränkungen der älteren Menschen im Bereich der Mobilität wurden Bedingungen der Wohnung gegenübergestellt, die in direkter Verbindung zur Bewegungsfähigkeit und damit der Ausführung der verschiedenen alltagsrelevanten Tätigkeiten standen. Diese wurden sowohl auf der Ebene der objektiv bestehenden Ausstattungsmerkmale operationalisiert als auch auf der von subjektiven Beurteilungen. Letztere dienten dazu, den Grad an Beeinträchtigungen zu bestimmen, der durch materiell-physikalische Bedingungen verursacht wurde. In analoger Weise wurden zusätzlich die Aspekte der sozialen Umwelt erhoben (Brandenburg 1996; Wenger 1986; Windley & Scheidt 1980). Ausgangspunkt bildete die Überlegung, daß das Ausmaß an geleisteter Hilfe in den verschiedenen Dimensionen informeller Unterstützungsformen ebenfalls einen unmittelbaren Einfluß darauf

hat, ob einzelne Verrichtungen selbständig durchgeführt werden oder nicht. Das subjektiv getönte Pendant zu den einer intersubjektiven Prüfung zumindest potentiell zugänglichen Angaben zum zeitlichen Aufwand bilden die Aussagen zu den erlebten Belastungen auf Seiten der Angehörigen. Damit umfassen beide Klassen an umweltlichen Einflußfaktoren sowohl eine eher objektivierbare als auch eine eher an persönliche Urteile und Erlebnisweisen gebundene Form der Erfassung.

Für die beanspruchte Hilfe bei den erfaßten Alltagsaktivitäten wurde auf die Bildung eines Globalindexes verzichtet. In vielen Survey-Erhebungen dient er dazu, die Betroffenen in ‘Selbständige’ und ‘Hilfs- oder Pflegebedürftige’ zu unterteilen und zwischen diesen Gruppen bestehende Unterschiede zu beschreiben. Statt dessen wurde zur Bestimmung des Einflusses, den verschiedene umweltliche Merkmale auf die Ausführung einzelner Verrichtungen haben, der hierfür jeweils angegebene Grad an erhaltener Unterstützung direkt herangezogen. Entsprochen wurde damit der Forderung nach der Bestimmung spezifischer Effekte, die durch verschiedene Ausstattungsmerkmale der Wohnung und / oder das Verhalten der Bezugspersonen verursacht werden (W. Oswald, Rupprecht, Hagen et al. 1996; Tews 1977; Wahl & Saup 1994). Zur Erleichterung der Orientierung war es jedoch bisweilen sinnvoll und nützlich, die einzelnen, regelmäßig wiederkehrenden Aufgaben des Alltags in verschiedene Klassen zusammenzufassen und damit eine Art Situationstaxonomie zu schaffen (Fredericksen 1974; Gunzelmann & W. Oswald 1990). In Anlehnung an Lawton 1970 und unter Berücksichtigung jener empirischen Arbeiten, mit denen versucht wurde, die Alltagsverrichtungen in Form einer Guttman-Skala abzubilden, wurden diese nach dem Schwerpunkt der durch sie gestellten Anforderungen in vier bzw. fünf Bereiche eingeteilt. Innerhalb dieser wurden die sie bildenden Items geordnet nach dem Grad der durch sie repräsentierten Komplexität und dem Anteil der jeweils auf Hilfe angewiesenen Personen (Fried & Guralnik 1997; Kempen & Suurmeijer 1990; Kleinemas 1994; Wahl 1987; Williams, Drinka, Greenberg et al. 1991). Damit war es möglich, unterschiedliche Formen des Übergangs von einer Tätigkeit zur nächstkomplexeren als Analyseeinheit zu verwenden. Durch sie ergaben sich Hinweise auf die über die vorliegenden Schädigungen hinausgehende differentielle Wirkung unterschiedlicher umweltlicher Einflußfaktoren. Diese manifestierte sich im Verlauf der Kurve, wobei die gruppenspezifische Beschleunigung (ein überproportionaler Anstieg) auf die Wirksamkeit einzelner, die Selbständigkeit behindernder räumlich-physikalischer und sozialer Determinanten hindeutete.

Eines der größten, noch weitgehend ungelösten Probleme ökologischer Theoriebildung und entsprechend ausgerichteter empirischer Erhebungen bildet die Erfassung der Art der Wechselwirkung zwischen der Person und der sie umgebenden Umwelt. Hierzu gehört auch die Frage, in welcher Weise sich diese im Laufe unterschiedlicher Entwicklungsprozesse verändert (Bronfenbrenner 1988; Kühnert & Niederfranke; Olbrich 1991; Trudewind 1978). Berücksichtigt man außerdem, daß wechselseitige Beeinflussungen sowohl zwischen dem handelnden Individuum und den räumlich-physikalischen Gegebenheiten als auch zwischen verschiedenen Interaktionspartnern stattfinden, so ist bald ein Grad an Komplexität erreicht, der sowohl gedanklich als auch methodisch schwer zu erfassen ist. Ein sehr anschauliches Beispiel hierfür sind die äußerst heterogenen Muster, die die Veränderungen in den erfaßten Verhaltensbereichen annehmen. Dennoch sollte versucht werden, sowohl die durch die verschiedenen Interventionen induzierten, intraindividuellen Veränderungen zu erfassen als auch die zwischen Personen (-gruppen) bestehenden interindividuellen Differenzen (P.B. Baltes & Willis 1990).

An Hand der durchgeführten Einzelfallanalysen dürfte deutlich geworden sein, daß die Dynamik, der die jeweiligen Entwicklungsverläufe folgen, zusätzlich von einer Vielzahl in der vorliegenden Untersuchung nicht erfaßter Faktoren beeinflußt werden. Zum Erreichen des global gesetzten Zielzustandes einer Homöostase können viele verschiedene Formen an Verhaltensänderungen aber auch an Verschiebungen der bestehenden Interdependenzen stattfinden. Theoretische Modelle darüber, wie und unter welchen Bedingungen welche Arten von Modifikationen erfolgen, sind derzeit jedoch auf dem Gebiet der Ökogerontologie kaum vorhanden. Die Ergebnisse der Veränderungsmessungen weisen jedoch darauf hin, daß die Störung der Synomorphie mit emotionalen und aktionalen Bewältigungsversuchen beantwortet werden und zwar unabhängig davon, ob das Ziel einer gesteigerten Selbständigkeit erreicht wurde oder nicht (Lehr 1988; Wahl 1989b; Wahl & Saup 1994). Dies gilt in gleicher Weise für die betroffenen älteren Menschen, wie für ihre direkten Bezugspersonen. Modifikationen auf Verhaltens- und Erlebensebene betreffen alle beteiligten Akteure, wobei diese zwischen den Personen in verschiedenen Dimensionen sowohl einen gleichlinigen Verlauf annehmen können als auch einen, der durch gegenläufige Entwicklungen gekennzeichnet ist. Die multidimensionalen Auswirkungen der verschiedenen Interventionen zeigen nochmals in eindrucksvoller Weise, daß auf Systeme Einfluß genommen wurde. Verschiebungen sind in verschiedenen Bereichen und bei unterschiedlichen funktionalen Verbindungen möglich. Die Zusammenhänge stellen fast immer multiple konditionale Wahrscheinlichkeiten dar, die die

folgende Form haben: Unter der Bedingung, daß ‘A’ und ‘B’ oder ‘C’ gegeben sind und Veränderungen in Richtung ‘D’ stattgefunden haben, tritt mit größerer Wahrscheinlichkeit ein Zustand ein, der mit ‘E’ oder ‘F’ zu bezeichnen ist. Einige der hier nach der Datenlage zu vermutenden Zusammenhänge wurden in Form weiterführender Hypothesen formuliert. Durch die Arbeit wird damit ein Beitrag zur Weiterentwicklung und Konkretisierung umweltlicher Modelle in der Alter(n)swissenschaft geleistet. In diesem Sinne stellt sie ein Element beim Aufbau einer differentiellen Ökogerontologie dar (Wahl 1994).

4.4 Praxisrelevanz

Das Wissen um den Beitrag und die Wirkung unterschiedlicher Merkmale und Merkmalskomplexe der individuell oder kollektiv bestehenden Lebenswelten erhält immer dann eine besondere Relevanz, wenn es um Bemühungen geht, die bestehenden Verhältnisse im Sinne einer Verbesserung zu verändern. Anwendungsbezug und Praxisnähe sind Forderungen, die mit dazu beigetragen haben, daß ökologische Modelle innerhalb der Gerontologie in zunehmendem Maße Aufmerksamkeit erfahren und rezipiert werden (P.B. Baltes & Willis 1990; Lawton 1988; Saup 1993b). Mit ein Grund dürfte durch den Umstand begeben sein, daß sich im Alter Entwicklungsverläufe wie in keinem anderen Lebensabschnitt davor diversifizieren und individualisieren. Wie Altern und Altsein erlebt und gelebt wird, hängt nicht nur von den Ergebnissen vorangegangener Transaktionen zwischen dem handelnden Menschen und seiner Umwelt ab, sondern auch von den situativ bestehenden Möglichkeiten, seine Bedürfnisse zu erfüllen und Interessen zu verwirklichen. Je umfangreicher die funktionalen Beeinträchtigungen sind, die in Folge somatischer Schädigungen eingetreten sind, desto weniger Handlungsoptionen stehen dem betroffenen älteren Menschen zur Verfügung. Das heißt auch, daß in dem Maße, in dem sich die Möglichkeiten zur aktiven Beeinflussung der dinglich-physikalischen und sozialen Umwelt vermindern, letztere an Einfluß auf die Gestaltung der Lebensvollzüge gewinnen.

Der ‘Druck’ (environmental press), den beide Klassen von umweltlichen Merkmalen ausüben, hat jedoch für Menschen, die auf die Hilfe anderer angewiesen sind, eine je andere Qualität. Ausstattungsmerkmalen der Wohnung kommt eine andere gefühlsmäßige Bedeutung bei der Entstehung und Aufrechterhaltung unselbständigen Verhaltens zu als den Reaktionen und Verhaltensweisen von nahestehenden Familienangehörigen, die sich unter anderem in der Art und dem Umfang der von ihnen erbrachten Versorgungsleistungen äußern. Letztere symbolisieren offensichtlich ein generalisiertes Interaktionsmuster, das direkte Auswirkungen auf die

emotionale Verfassung und das Selbstwertgefühl des auf Hilfe angewiesenen Menschen hat. Im Gegensatz dazu scheinen räumlich-materiell gegebene Bedingungen eher spezifisch in Relation zu den vorhandenen funktionalen Einschränkungen wirksam zu werden. Wohnraumbezogene Anpassungs- und Veränderungsmaßnahmen sind im Vergleich zur Modifikation eines über Jahre hinweg eingefahrenen Interaktionsmusters leichter herbeizuführen. Erstere sind insbesondere dann angezeigt und sinnvoll, wenn es um den Erhalt eines eigenständigen Haushaltes geht oder es dadurch möglich ist, die physische Belastung der Pflegenden zu vermindern. Je stärker der Hilfsbedarf bei der Ausführung der körperbezogenen Alltagsverrichtungen ist, desto ausschlaggebender ist der Einfluß, der dem Verhalten der Angehörigen zukommt. Im Vergleich zur Häufigkeit, mit der Hinweise auf depressiv gefärbte Stimmungslagen bestanden, zeigte nur ein kleiner Bruchteil der ambulant versorgten älteren Menschen Tendenzen, sich gegen die an sie gestellten Forderungen seitens des sozialen Umfeldes zu wehren. Die ‘Umweltfügsamkeit’ bezieht sich in nicht unerheblichem Maße und vielleicht sogar in erster Linie auf den zwischenmenschlichen Bereich.

Sollen Selbständigkeit, und in einem umfassenderen Sinne über diese hinausgehend, die Autonomie gestärkt und gefördert werden, so reicht es nicht aus, Interventionen auf einen Aspekt, sei er nun personaler oder umweltlicher Art zu beschränken. Vor allem in der Praxis scheint sich zunehmend die Erkenntnis durchzusetzen, daß Einzelmaßnahmen meist nicht die gewünschten und erhofften Effekte hervorbringen. Dies gilt sowohl für medizinische Behandlungen, die nicht auf die Multimorbidität älterer Menschen abgestimmt sind, als auch für solitär erbrachte therapeutische Leistungen, die sich auf die Einübung einzelner funktionaler Fähigkeiten beschränken. In dieser Hinsicht gibt es eine ganze Reihe von Beispielen für zu kurz greifende Maßnahmen. Sie reichen von der mangelnden Compliance des Patienten bei der Einnahme verordneter Medikamente über die Nichtnutzung von angeschafften Hilfsmitteln bis hin zu rückläufigen Entwicklungen in der Selbständigkeit nach Abschluß einer stationären Rehabilitation.

Gemeinsam ist allen genannten ‘erfolglosen’ Bemühungen, daß verhaltens- oder besser handlungsrelevante Aspekte auf Seiten der Person und / oder ihrer Umwelt offensichtlich nicht hinreichend berücksichtigt wurden. Eine Verweigerung der Einnahme von Medikamenten kann durch eine Vielzahl unterschiedlicher Gründe hervorgerufen werden. Es ist möglich, daß der Patient nicht verstanden hat, warum er das Mittel erhalten hat, vielleicht hat er aber auch vergessen, wann und wie oft es zu nehmen ist, oder er befürchtet unangenehme Nebenwirkun-

gen. Je nachdem, welche Bedingungen im Einzelfall jeweils wirksam werden, sind entsprechende ergänzende Hilfestellungen erforderlich und notwendig, um den Erfolg der Behandlung sicherzustellen. Diese können einmal in der Vermittlung entsprechender Informationen bestehen, ein anderes Mal in der Sicherstellung der ordnungsgemäßen Einnahme durch andere Personen. Voraussetzung für die Wahl und Wirksamkeit der jeweiligen Intervention ist, daß durch sie den Besonderheiten der individuellen Lebenslage des Patienten Rechnung getragen wird. Vergleichbares gilt auch für den Einsatz von Hilfsmitteln. Viele werden nicht genutzt, weil die älteren Menschen sie nicht akzeptieren, nicht wissen, wie sie mit ihnen umgehen sollen oder auch, weil sie den besonderen Bedürfnissen des Betroffenen nicht entsprechend angepaßt sind. Soll die Selbständigkeit durch den Gebrauch technischer Geräte dauerhaft gefördert werden, so ist es nicht nur erforderlich, daß der Patient hierüber eine vernünftige Entscheidung treffen kann, d.h., daß er weiß, was damit möglich ist und was nicht, sondern auch daß der Gebrauch unter fachkundiger Leitung eingeübt wird. Optimalerweise erfolgt das Training dort, wo die Hilfsmittel einen Beitrag zur Erweiterung der Handlungsspielräume leisten sollen, nämlich in der alltäglichen Lebenswelt des älteren Menschen.

Letzteres ist eine Forderung, die beim Aufbau ambulanter therapeutischer Versorgungsformen eine entscheidende Rolle gespielt hat. Gestützt wurde die Entwicklung außerdem durch die Ergebnisse, die sich bei der Prüfung langfristiger Auswirkungen stationärer Rehabilitationsmaßnahmen ergaben. Obwohl es möglich war, die funktionalen Fähigkeiten in einer entsprechend ausgerichteten klinischen Einrichtung in oft entscheidender Weise zu verbessern (Meier-Baumgartner, Nerenheim-Duscha & Görres 1992; Ostermann 1988), konnten einige Patienten den erreichten Grad an Selbständigkeit zu Hause nicht beibehalten. In einigen Fällen war der Unterschied zwischen der Ausführung einer Tätigkeit unter optimalen klinischen Bedingungen und der häuslichen Situation so groß, daß ein Transfer nicht erfolgen konnte (Görres 1992a).

In einigen Einrichtungen wurde deshalb eine Art Überleitung durch Ergotherapeutinnen angeboten, die für eine Anpassung der Wohnbedingungen sorgten (Rustemeyer 1977) und / oder die Behandlung zu Hause fortsetzen (Dallinger 1991; A. Kruse 1995). Negative Auswirkungen auf die Entwicklung des Rehabilitationsergebnisses zeigten jedoch nicht nur ungünstige räumlich-materielle Gegebenheiten, sondern auch das Verhalten der Angehörigen. Als problematisch erwiesen sich insbesondere Interaktionsformen, die durch eine deutliche Überfürsorge geprägt waren. Interventionen, die darauf abzielen, einen angemessenen Umgang der

Familie mit den Beeinträchtigungen des Patienten herbeizuführen, sind innerhalb des klinischen Settings nur begrenzt möglich. Für beide beteiligten Personen (-gruppen) ist durch die stationäre Behandlung eine Ausnahmesituation gegeben, die mit dem Alltag zu Hause nicht viel gemeinsam hat. Informationen und entsprechende Gesprächskreise mögen zwar helfen, das Wissen um die Krankheit und ihre Auswirkungen zu verbessern, sie wirken aber kaum auf die selbstverständliche, unhinterfragte Routine des Alltags. Auch für die Angehörigen bestehen Bezüge zwischen ihrem Verhalten und der sie umgebenden Umwelt, die sich auf der Grundlage langjähriger Transaktionen ausgebildet haben. Wirksame Veränderungen können nur dann erreicht werden, wenn sie auf einer angemessenen Neustrukturierung des gesamten Systems beruhen.

Die Komplexität individueller Lebenslagen und die vielfältigen Beziehungen, die zwischen personalen und umweltlichen Merkmalen bestehen, macht es erforderlich, daß rehabilitative Maßnahmen über den Bereich medizinisch-therapeutischer Interventionen hinausgehen. Mit einzubeziehen in den Veränderungsprozeß sind die vielfältigen räumlichen und sozialen Bezüge des Patienten, die sein Verhalten und Erleben beeinflussen. Gefordert wird ein ganzheitliches Vorgehen, das durch einen multidisziplinären Ansatz getragen wird (A. Kruse 1992c; W. Oswald 1991; Saup 1993b). Die Beteiligung unterschiedlicher Professionen an der Bestimmung des Ausgangsstatus, der Festlegung der zu erreichenden Ziele und die Überprüfung der erzielten Veränderungen sind wichtige Voraussetzungen dafür, daß unterschiedliche Aspekte der Lebenssituation des Patienten berücksichtigt und in die Planung einbezogen werden. Hierzu gehört neben dem Befund des Arztes und der beteiligten Therapeuten unbedingt auch eine Sozialanamnese, durch die die persönlichen, sozialen, ökonomischen und räumlichen Gegebenheiten erfaßt werden. Erst das Zusammenspiel von personalen Fähigkeiten und Defiziten auf der einen Seite und den Möglichkeiten und Grenzen umweltlicher Bedingungen auf der anderen Seite bestimmt, welche Ziele anzustreben sind und welche Maßnahmen hierfür erforderlich, notwendig und sinnvoll sind.

Eine konsequente Umsetzung des systemischen Charakters rehabilitativer geriatrischer Maßnahmen wurde durch den Aufbau mobiler, das heißt in der Häuslichkeit des Patienten tätig werdender Therapeutenteams geleistet (Enders 1991; Hilbert & Gauggel 1996; Hirsch 1995; Link & Schlichting 1996; Sandholzer & Knochen 1993; Tews 1993). Aufbauend auf den Erfahrungen und Ergebnissen der ersten Phase des Modellprojektes in Marburg, dessen Daten in die vorliegende Untersuchung eingegangen sind, wurde das Angebot Anfang 1997 räumlich

und organisatorisch an eine Akutgeriatrie angebunden. Das Team wurde um eine Ärztin erweitert, die die fachliche Verantwortung für die Durchführung der Rehabilitation trägt. Beschäftigt sind außerdem je zwei Krankengymnastinnen und Ergotherapeutinnen, eine Logopädin mit einer Zweidrittelposition, eine Fachpflegekraft für Gerontopsychiatrie mit 50% der regelmäßigen Arbeitszeit, eine Sozialarbeiterin, eine Koordinatorin und eine Verwaltungsangestellte (eine halbe Stelle).

Unter Beteiligung der Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen wurde die Konzeption für eine ‘Mobile Ambulante Geriatrische Rehabilitation’ präzisiert und nochmals leicht verändert (Karle, Link, Schindler & Schlichting 1997). Ein entscheidender Punkt war hierbei die Ausweisung der Maßnahme als Anschlußheilbehandlung, die dafür sorgt, daß das Budget der Hausärzte durch die erbrachten therapeutischen Leistungen nicht belastet wird. In die Finanzierungsstruktur mit einbezogen wurden die Zeiten, die für die Befunderhebung und die Planung des Rehabilitationsprozesses sowie für regelmäßige Teamsitzungen erforderlich sind. Auf Grund der veränderten Ausgangsbedingungen wurde der Status eines Modellprojektes um zwei weitere Jahre verlängert. Verbunden damit war nicht nur eine weitere Förderung durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, sondern auch eine Verlängerung der Arbeit der wissenschaftlichen Begleitforschung. Neben der Evaluation des Angebots, d.h. der Prüfung der Wirksamkeit der therapeutischen Leistungen im Vergleich zu den Ergebnissen, die in stationären Einrichtungen erzielt wurden, waren weitere Schwerpunkt der Arbeit:

- die Erarbeitung der Dokumentationsvorlagen für die berufsspezifischen Befunde,
- die Mitwirkung bei der Optimierung des Antragsverfahrens,
- die Unterstützung der Praktiker bei der Auswahl geeigneter Patienten und
- die Förderung eines systemischen Denkens, insbesondere im Hinblick auf die Berücksichtigung psychischer und interaktiv-sozialer Probleme (Karle & Link 1998).

Der Antrag auf Durchführung einer mobilen geriatrischen Rehabilitation erfolgt bereits während der Akutbehandlung im Krankenhaus. Genehmigt wird zunächst die Durchführung eines geriatrischen Assessments. Es dient dazu, den Rehabilitationsbedarf und die Voraussetzungen auf Seiten des Patienten in Hinblick auf Belastbarkeit, kognitive Kapazitäten und Motivationslage zu erfassen. Hinzu kommen eine Prüfung der räumlichen Verhältnisse im Hinblick auf deren Eignung für die Durchführung therapeutischer Übungen und ein Gespräch mit Angehörigen. In letzterem gilt es zu ermitteln, ob und inwieweit diese bereit sind, den therapeutischen

Prozeß mitzutragen und aktiv zu unterstützen. Im positiven Falle erfolgt unmittelbar nach Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus die Aufnahme der Behandlung. Durch die Erbringung der therapeutischen Leistungen im häuslichen Kontext werden die beteiligten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen für eine bestimmt Zeit zu einem Teil des Systems. Besser, konkreter und unverblümter als dies in der Klinik möglich wäre, erfahren sie die alltäglichen Probleme des Patienten und auch die seiner Angehörigen. Konflikthafte Beziehungen, die Bevormundung des Patienten durch die pflegende Bezugsperson und ein Zuviel an geleisteter Hilfe kommen als übergreifende interaktive Muster in der gewohnten Alltagssituation relativ schnell zum Tragen, und ihnen kann durch geeignete Maßnahmen begegnet werden. Neben der Sozialarbeiterin ist es insbesondere die Aufgabe der Fachpflegekraft für Psychiatrie, auf einen angemessenen Umgang mit den gegebenen Fähigkeitsstörungen hinzuwirken. Hierzu gehören problemorientierte Gespräche mit den Beteiligten, in denen gemeinsam nach Ursachen und Veränderungsmöglichkeiten gesucht wird. Damit ist es nicht nur möglich, die bestehenden sozialen Bedingungen bei der Planung und Durchführung der Rehabilitation mitzuberücksichtigen, sondern darüber hinaus kontrolliert auf sie einzuwirken (Hilbert & Gauggel 1996; A. Kruse 1989a; 1989b; 1991b; 1992a; 1992b; 1993; Lehr 1993; Steinhagen-Thiessen & Herkomer 1994; Waltz 1981). Durch die regelmäßigen Teambesprechungen erfolgt ein Austausch aller beteiligten Helfer, so daß Probleme und darauf bezogene Handlungsstrategien von allen mitgetragen und in der häuslichen Situation entsprechend umgesetzt werden können.

Mit dem Einsatz einer mobilen geriatrischen Rehabilitation wird unter Berücksichtigung aller bestehenden Möglichkeiten versucht, einen optimalen ‘Fit’ zwischen den Fähigkeiten und Defiziten der Person und den Bedingungen ihrer Umwelt herbeizuführen (Arnold 1990; Wahl 1993; Wahl & M.M. Baltes 1993; Wendt 1992). Hierzu gehören zunächst die Linderung der gegebenen funktionalen Beeinträchtigungen und damit eine Steigerung der Kompetenz (Rosenmayr 1977). Ergänzt werden diese therapeutischen Interventionen durch Maßnahmen, die auf entsprechende Veränderungen der Umwelt abzielen, damit materiell-physikalische und soziale Bedingungen die Selbständigkeit des Patienten nicht zusätzlich einschränken (Hasse, Dittmann & Mauthner 1990; Kiernat 1982; A. Kruse 1989a; 1989b; 1992c; 1992d; A. Kruse & W. Kruse 1990; Niederfranke 1993). Diese können sowohl in einer auf die Beeinträchtigungen abgestimmten Umgestaltung der Wohnung bestehen als auch in der Vermittlung bedarfsgerechter Hilfsmittel, die gemeinsam mit dem Patienten und seinen Angehörigen ausge-

wählt und erprobt werden. Und nicht zuletzt gehört hierzu die Hilfe und Unterstützung bei der Bewältigung der Krankheit und deren Folgen durch den Patienten und sein familiäres Umfeld.

Jede schwere Krankheit bedeutet für den betroffenen älteren Menschen und seine Bezugspersonen eine zu bewältigende Lebenskrise, die mit einer massiven Bedrohung der bisherigen Lebensverhältnisse einhergeht. Zwar beginnt der Bewältigungsprozeß bereits in der Akutphase der Erkrankung und setzt sich im weiteren Behandlungsverlauf fort, doch erst wenn die Normalität des Alltags wieder hergestellt ist, findet eine Auseinandersetzung mit bleibenden Beeinträchtigungen und den nichtmedizinischen Folgen der Erkrankung statt. Wird die Rehabilitation in einer Klinik durchgeführt, so werden die sozialen Folgen erst nach der Rückkehr in die eigene Häuslichkeit sichtbar. Erst hier zeigen sich die einschneidenden Veränderungen des alltäglichen Lebens, etwa dann, wenn Hobbys und andere lieb gewonnene Aktivitäten nicht mehr ausgeführt werden können oder sich frühere Freunde und Bekannte zurückziehen. Erfolgt die Behandlung zu Hause, so werden diese Konsequenzen noch im Verlauf der Rehabilitation deutlich. Die Bezüge des Patienten zu seiner sozialen und dinglichen Umwelt werden zu einem integralen Bestandteil der Interventionen, indem diese in den Lernprozeß mit einbezogen werden. Die Betroffenen erhalten kontinuierlich fachlichen Beistand und Unterstützung, so daß günstige Voraussetzungen für den Aufbau neuer, den veränderten Bedingungen angepaßter Strukturen des Alltags geschaffen werden. Konkret bedeutet dies meist eine Reorganisation des Tagesablaufs, wobei verbliebene Ressourcen und Fähigkeiten stärker zu nutzen und neue Betätigungs- und Interessenfelder zu finden sind (Görres 1992a; 1992b; Görres, Tschubar & Meier-Baumgartner 1991; Trabandt 1997).

Aufgabe der Sozialarbeiterin des Teams ist es, diesen Lern- und Adoptionsprozeß zu begleiten und durch entsprechende Interventionen zu fördern. Im Sinne eines umfassend zu leistenden Case-Managements umklammert ihr Tätigwerden den gesamten Verlauf der Rehabilitation. Die von Wendt (1991) erarbeitete Methode einer kontrollierten Einzelfallhilfe ist ein anderes Beispiel für eine Weiterentwicklung der praktischen Arbeit auf der Grundlage ökologischer Modelle.

In der als ‘engagement’ bezeichneten Phase gilt es zunächst eine Vertrauensbasis zwischen den Beteiligten herzustellen. Die Sozialarbeiterin stellt den Kontakt zu den Angehörigen her und unterstützt diese wie auch den Patienten bei der Entscheidung für oder gegen eine entsprechende Maßnahme. Oft ist es dieses erste Gespräch, in dem bereits die Weichen für das

Gelingen einer weiteren Zusammenarbeit gestellt werden. Wichtig ist eine sachadäquate Informationen über die Möglichkeiten und Grenzen, die durch die Behandlung im häuslichen Kontext gegeben sind. Patient und Angehörige müssen sich darüber bewußt sein, daß mit der Maßnahme für sie auch Belastungen und Unannehmlichkeiten verbunden sind, die andere sind und bisweilen über die hinausgehen, die im Rahmen einer stationären Behandlung gegeben sind. Findet die Rehabilitation in der gewohnten Umgebung des Patienten statt, gehören die Angehörigen zur Behandlung hinzu. Sie sollten bereit sind, den Prozeß mitzutragen und ihn aktiv zu unterstützen. Das heißt nicht, daß ihnen die Rolle von Kotherapeuten zugewiesen wird, sondern, daß sie gewillt und in der Lage sind, den notwendigen emotionalen Beistand zu leisten. Die Bezugsperson sollte sich mit dem Patienten auch über kleine Erfolge freuen können, sie sollten den Mut zum Weitermachen fördern und Trost spenden, wenn keine Verbesserungen mehr möglich sind. Die Gründe, warum sich die Angehörigen für die Maßnahme entschieden haben, die Erwartungen, die sie damit verbinden, und der Nutzen, den sie für sich selbst erwarten, bilden Rahmenbedingungen, die den Erfolg oder Mißerfolg der häuslichen Rehabilitation maßgeblich mitbestimmen. Am Schluß der Eingangsphase steht eine Art Kontrakt, in dem nochmals die gegenseitigen zu erbringenden Leistungen festgelegt werden. Insgesamt dienen diese ersten Gespräche dazu, die erforderlichen Voraussetzungen zur Durchführung einer mobilen Rehabilitation zu regeln. Hierzu gehört sowohl die Herstellung der notwendigen äußeren Bedingungen, etwa in Form einer Umgestaltung der Wohnung, der Organisation zusätzlicher professioneller Hilfen bei der Pflege oder der Sicherung finanzieller Leistungen als auch die Förderung einer situations- und bedürfnisadäquaten Unterstützung von Seiten des informellen Netzes.

Die Eindrücke und Ergebnisse dieser ersten persönlichen Kontakte mit dem Patienten und seinen Angehörigen bilden die Grundlage für das Eingangsassessment, bei dem die Befunde und die Einschätzungen der allgemeinen Situation aus der Perspektive der beteiligten Therapeuten, der Ärztin und der Sozialarbeiterin zusammengetragen werden. Gemeinsam ist zu klären, welche Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen bei den Betroffenen im Vordergrund stehen und wie diese im Einzelfall zu erreichen sind. Voraussetzung für die Planung des Vorgehens und der zu erbringenden Hilfen und Maßnahmen ist eine möglichst umfassende Analyse der besonderen Lebenssituation des Patienten. Hierzu gehört nicht nur eine Aufstellung der vorliegenden Defizite und Schädigungen, sondern auch die Bestimmung von personalen und umweltlichen Ressourcen, die zur Förderung des Prozesses eingesetzt werden können. Bisweilen bedarf es weiterer ergänzender Interventionen, um Hindernisse bei der Nutzung zu

beseitigen und zu einem effizienten Einsatz zu gelangen. Den letzten Schritt bildet die Bestimmung der übergeordneten Zielsetzungen, die im Rahmen der rehabilitativen Versorgung erreicht werden sollen. Diese können von einer Wiedererlangung einer selbständigen Haushaltsführung bis hin zu einer Verbesserung der Mithilfefähigkeit bei einzelnen körperbezogenen Verrichtungen reichen. Sie werden auf der Basis der erhobenen Ausgangsdaten unter Berücksichtigung der Wünsche und individuellen Besonderheiten von Patient und Angehörigen bestimmt. Verbunden mit der Planung der Umsetzung erfolgt eine Einteilung in verschiedene Teilziele, die von den Mitarbeiterinnen der beteiligten Berufsgruppen festgelegt werden sowie die Bestimmung der hierfür erforderlichen Maßnahmen. Diese können das gesamte Leistungsspektrum umfassen, von speziellen therapeutischen Behandlungsansätzen, über die Beschaffung von Hilfsmitteln und die Organisation ergänzender ambulanter Hilfsdienste bis hin zu psychosozialen Formen der Unterstützung in Form von Gesprächen zur Beziehungsklärung oder zur Bewältigung von emotionalen Belastungen.

Mit der Umsetzung der geplanten Maßnahmen beginnt der eigentliche therapeutische Prozeß. Unter Berücksichtigung der festgelegten Ziele erfolgt ein regelmäßiger Informationsaustausch über den Stand der Entwicklung aus Sicht der jeweils beteiligten Professionen. Die fallbezogenen Teambesprechungen dienen jedoch nicht nur dazu, zu einer gemeinsamen Einschätzung der erzielten Veränderungen zu gelangen, sondern hier werden auch aufgetretene Probleme besprochen. In diesem Fall ist es erforderlich, gemeinsame Lösungsansätze für diese zu erarbeiten und den bestehenden Rehabilitationsplan den veränderten Erfordernissen entsprechend zu modifizieren. Durch die Treffen werden in regelmäßigen Abständen Rückkoppelungsschleifen realisiert, durch die eine kontinuierliche Anpassung zwischen den eingetretenen situativen Veränderungen, den weiterhin anzustrebenden Zielen und den hierfür zu ergreifenden Maßnahmen möglich ist. Das Vorgehen entspricht in seiner Grundidee den Phasen der ‘intervention’ und des ‘monitoring’ im Rahmen des Case-Management-Ansatzes, wird aber im Gegensatz zu diesem innerhalb der mobilen geriatrischen Rehabilitation von einem multiprofessionellen Team geleistet (Wendt 1991, Wright 1995).

Die Evaluation des Behandlungserfolges ist Bestandteil des Abschlußassessments. Auf Seiten der Therapeuten und der Ärztin gehört hierzu jeweils ein Befund über den erreichten Endzustand. Gemeinsam bilden sie zusammen mit den subjektiven Urteilen über die Befindlichkeit des Patienten die Grundlage für die Bewertung des Rehabilitationsergebnisses. Ausschlaggebend hierfür ist weniger der absolut erreichte Grad an Verbesserungen, etwa im Hinblick auf

die erreichte Selbständigkeit bei den wiederkehrenden Verrichtungen des Alltags, als das Ausmaß, bis zu dem die angestrebten Ziele erreicht werden konnten. Im Einzelfall umfassen diese neben Verbesserungen in den funktionalen Bereichen positive Veränderungen im Hinblick auf die soziale Situation des Patienten und seine emotionale Befindlichkeit. Aufgabe der Sozialarbeiterin ist es, spätestens zu diesem Zeitpunkt nochmals Kontakt zu dem Patienten und den Angehörigen aufzunehmen, um mit ihnen den Prozeß und das Ergebnis der Rehabilitation zu reflektieren. Dazu gehören auch die Fragen, ob und in wieweit es gelungen ist, zu einer neuen Selbstverständlichkeit im Alltag zu gelangen. Notwendige weiterführende Maßnahmen sind von ihr gegebenenfalls zu vermitteln und in die Wege zu leiten.

Etwa drei Monate nach Beendigung der im häuslichen Kontext geleisteten therapeutischen Behandlung erfolgt eine Überprüfung der Stabilität des erreichten Endzustandes. Mit und in ihrer Tätigkeit verbindet die Sozialarbeiterin das Gesundheits- mit dem Sozialsystem und bildet innerhalb des Prozesses eine Art ‘Clearingstelle’ für Patient, Angehörige und Therapeuten. Sie koordiniert die Leistungen innerhalb des Teams und stimmt diese mit anderen Helfern des informellen oder formellen Netzes ab. So trägt ihre Arbeit in einer Art und Weise zur Veränderung der bisherigen und Stabilität der neuen Lebenslage bei, die von den Therapeuten allein nicht zu erreichen wäre.

Die Vielschichtigkeit der im Einzelfall notwendigen Interventionen erfordern einen ganzheitlichen und multidisziplinären Ansatz (Deckenbach, Borchelt & Steinhagen-Thiessen 1997; Görres 1992a; 1992b; Görres, Tschubar & Maier-Baumgartner 1991; Kardorff 1989; Mosqueda 1996; Olbrich 1991b), durch den dem Systemcharakter lebensweltlicher Bedingungen Rechnung getragen wird. Kennzeichnend für sie ist, daß sie aus einem komplexen Wechselspiel zwischen persönlichen, ökologischen, ökonomischen und sozialen Gegebenheiten bestehen, deren Strukturen durch die eingetretenen Veränderungen aus dem bestehenden Fließgleichgewicht geraten sind. Aufgabe einer mobilen Rehabilitation ist es, dieses wieder herzustellen, wobei die Veränderungen des Systems im optimalen Falle in Einklang stehen mit den Bedürfnissen des Patienten und seiner Bezugspersonen. Angestrebt wird eine Transformation, die allen Beteiligten gerecht wird und ein unter den gegebenen, veränderten Bedingungen optimales Zusammenleben ermöglicht.

4.5 Brauchbarkeit und Nutzen ökologischer Modelle in der Gerontologie

Die Art und Organisation der Leistungserbringung, wie sie im Rahmen der Durchführung einer mobilen Rehabilitation erfolgt, ist ein Beispiel für eine gelungene praktische Umsetzung systemischen Denkens innerhalb der Gerontologie. Einige inzwischen gängige Forderungen und Konzepte wurden aus der Geriatrie übernommen. Hierzu gehört die Notwendigkeit der Berücksichtigung multipler Bedingungskonstellationen, die einer multiprofessionellen Zusammenarbeit bedürfen. In Verbindung damit steht die Durchführung von Assessments, durch die das Zusammenführen unterschiedlicher Perspektiven und Erfahrungen gewährleistet wird. Verändert wurde jedoch der Kontext oder besser das System, innerhalb dessen die Behandlung erfolgt. Mit der Rückbindung der therapeutischen Maßnahmen an den Alltag des Patienten erfolgte aber auch eine konsequente Weiterentwicklung geriatrischer Grundsätze, indem nun auch umweltlichen Bedingungen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung unselbstständigen Verhaltens in dem Maße Rechnung getragen wird, wie letztere hierzu einen Beitrag leisten.

Für alle beteiligten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen bedeutete der Übergang von der Welt der Klinik in die Häuslichkeit des Patienten einen bisweilen mühsamen Lernprozeß. Die Rollen verteilen sich einfach anders, wenn die Wohnung des Betroffenen den materiellen und sozialen Hintergrund für die Durchführung von Leistungen bildet. Im Gegensatz zur Klinik ist hier der Patient ‘Herr des Hauses’, der Therapeut jedoch nur Gast. Entsprechend unterschiedlich fallen die Anteile aus, die den Beteiligten bei der Gestaltung der Therapie zukommen. In viel stärkerem Maße als in der Klinik kommen Eigenarten, spezielle Bedürfnisse und Wünsche des Patienten zum Tragen, und es bedarf eines bisweilen recht großen Einfühlungsvermögens und psychologischen Geschickes, Bedingungen zu schaffen, die für beide Seiten akzeptabel sind. In der Lebenswelt eines anderen Menschen zu stehen und auf diese Einfluß zu nehmen bedeutet grundsätzlich, mit einer größeren Komplexität umgehen zu müssen. Der Austausch mit den anderen Mitarbeitern, das Zusammentragen unterschiedlicher Sichtweisen und Kompetenzen erhält dadurch einen ganz anderen Stellenwert. Er ist nicht nur lästige ‘Pflichtübung’, sondern notwendig, um, über das eigene Fachgebiet hinausgehend, im Einzelfall wirksam werdende Prozesse verstehen und mit ihnen umgehen zu können.

Ein auf ökologischen Grundgedanken und Ansätzen basierender Ansatz kann hierfür eine erste gemeinsame Ausgangsbasis schaffen, indem neben personalen Merkmalen ausgewählte Bereiche umweltlicher Determinanten thematisiert und erhoben werden. Sie lenken die Aufmerksamkeit auf Einflußfaktoren, die über die Fachdisziplin hinausgehen und helfen, eine ‘ganzheitliche’ Sicht zu schaffen, die mehr ist als eine Worthülse, die dazu dient, subjektive Urteilsstrukturen zu bestätigen und zu verfestigen. Die Operationalisierung und systematisierte Erfassung umweltlicher Merkmale materieller und sozialer Art sorgt dafür, daß diese kommunikabel werden und unterschiedlichen Meinungen, Einschätzungen und Urteilen zugänglich sind. Erst unter diesen Bedingungen kann ein für alle Beteiligten produktiver Lernprozeß einsetzen, der ihnen hilft, die Anforderungen der Praxis zu bewältigen. Gefördert wird ein systemisches Denken, das sich allmählich entwickelt, ohne in einen unkontrollierten Individualismus überzugehen.

Damit ist eine Situation gegeben, die sowohl den Wissenstransfer zwischen den Angehörigen des Teams fördert als auch die Möglichkeit einer kontinuierlichen Verschränkung von Wissenschaft und Praxis bietet; eine Bedingung, die neben einem interdisziplinären Ansatz als eine der besonderen Charakteristika gerontologischer Forschung und Theoriebildung gilt (P.B. Baltes & M.M. Baltes 1992; Mittelstrass, P.B. Baltes, Gerok, et al. 1992; Rosenmayr 1994). In Verbindung damit steht, daß anwendungsorientierten wissenschaftlichen Erhebungen ein besonderer Stellenwert zugewiesen wird (P.B. Baltes & Willis 1990; Faltermaier 1990; Lawton 1988; Saup 1993b; Wahl 1997; Wahl & Saup 1994). Sie leisten in der Regel nicht nur einen entscheidenden Beitrag dazu, die Lebensbedingungen älterer Menschen verbessern zu helfen, sondern tragen auf ihre Art und Weise zur Erweiterung des Wissens über individuelle und kollektive Formen der Entwicklung des Verhaltens und das Erleben von Alter(n)sprozessen bei. Der Preis, der für die größere Praxisnähe meist zu zahlen ist, liegt in der nicht immer möglichen methodischen Exaktheit, mit der theoretische Vorannahmen in ein entsprechendes empirisches Design umgesetzt werden können. Primäres Ziel ist die Prüfung der Wirksamkeit der ausgewählten Maßnahmen im Hinblick auf eine Verbesserung der sozialen und individuellen Lage älterer Menschen. Gemeinsam mit den größer angelegten und sowohl zeitlich als auch personell aufwendigeren Interventionsstudien mit grundlagenorientiertem Schwerpunkt ist die Abkehr von einem biologistischen Modell des Alter(n)s.

Präventive und noch stärker rehabilitative Bemühungen wären obsolet, wenn die Entwicklung nach Ende des Erwachsenenphase ausschließlich und zwangsläufig mit einem kontinuierli-

chen Abbau verbunden wäre. Selbst dann, wenn dieser früher oder später eintritt, determiniert er nur zu einem geringen Teil die Lebensphase, die grob durch das Erreichen der Pensionierungsgrenze bestimmt wird. Wie sich die letzten Jahre für den betroffenen Menschen gestalten, hängt nicht nur von dessen körperlicher Verfassung ab, sondern von einer Reihe weiterer Bedingungen, die persönliche und umweltliche Merkmale mit einschließen. Wenn das Senium für einen Teil der Betroffenen eine produktive und in Zufriedenheit erlebte Zeitspanne ist, so ist es zumindest theoretisch möglich, Bedingungen zu schaffen, die dafür sorgen, daß mehr Menschen als bisher einen positiven Alter(n)sprozeß erleben. In diesem Sinne bilden Interventionen, unabhängig davon, ob sie innerhalb einer kontrollierten Studie erfolgen oder in der komplexen Alltagswelt des älteren Menschen, immer den Versuch, in zielgerichteter Weise auf die gegebene Situation Einfluß zu nehmen (Paul, Bansemir & Kühne 1989; Wahl & Tesch-Römer 1998). Die Ergebnisse dieser Bemühungen tragen in jedem Fall zum Erkenntnisgewinn bei. Mag sein, daß dieser zunächst lediglich auf der Ebene der einzelnen Mitarbeiter besteht, die im Laufe ihrer Tätigkeit lernen, was, wann und mit welchen Mitteln bei welchen älteren Menschen zu erreichen ist. Gelingt es jedoch, diese zunächst idiographischen Erfahrungen zusammenzutragen und zu systematisieren, können sie zur Erweiterung des sozial geteilten Wissens und damit letztendlich auch zur Fortentwicklung des Kenntnisstandes innerhalb der Gerontologie beitragen.

Es ist vielleicht kein Zufall, daß ökologische Modelle zur Erklärung menschlichen Verhaltens und Erlebens gerade und in erster Linie in Verbindung mit Bemühungen stehen, die Lebensbedingungen unterschiedlicher Gruppen von Menschen, seien es Kinder oder ältere Menschen, zu verändern und zu verbessern. Gerade die noch bestehende Wagheit und Unbestimmtheit des axiomatischen Systems und die nicht weiter spezifizierte Verbindung zwischen den gesetzten Elementen läßt hinreichend Raum für eine große Vielzahl unterschiedlicher Bemühungen, zu entsprechenden sozialen Entwicklungen beizutragen. Durch die Betonung der komplexen Formen der Verschränkung von persönlichen und umweltlichen Merkmalen eröffnet sich ein Blick auf die alltägliche Lebenswelt, der über einfache Ursache-Wirkungs-Verhältnisse hinausgeht und damit zu einem realitätsgetreueren Abbild führt (Wapner 1987).

In der Praxis sind die Vorteile, die damit verbunden sind, unverkennbar (Kaminski 1978; Petzold & Petzold 1992). Im Rahmen der vorab geschilderten Durchführung einer mobilen geriatrischen Rehabilitation konnten sowohl Gedanken einer multiprofessionellen Zusammenarbeit durchgesetzt werden als auch Zeiten für den Austausch unterschiedlicher Sichtweisen und

die Berücksichtigung der Besonderheiten des versorgten älteren Menschen. Viel flexibler als dies in einer Klinik möglich wäre, können dessen persönliche Wünsche, Bedürfnisse, aber auch Stärken in den Prozeß einbezogen werden. Zu Hause ist er nicht ‘Objekt’ der Versorgung, sondern eine handelnde Person, die ihre Lebensbedingungen aktiv mitgestaltet; eine Entwicklung, die sich innerhalb weiter Bereiche des sozialen Versorgungsnetzes abzeichnet und mit den Schlagworten ‘Selbstbestimmung’ und / oder ‘Kundenorientierung’ bezeichnet wird. Ungeachtet des Beitrags, den hierzu bestimmte politische und ökonomische Überlegungen geleistet haben, ist es auch eine Entwicklung, die die Autonomie des Einzelnen und die Bemühungen, seiner Individualität gerecht zu werden, fördern kann.

Innerhalb dieser globalen Richtung an Veränderungen des sozialen Systems können ökologische Modelle oder (Partial-) Theorien den Ausgangspunkt dazu bilden, mit der Komplexität individueller Bedürfnis- und Problemlagen umgehen zu können. Ein weiterer Ansatz zur Etablierung einer ‘kontrollierten Praxis’ ist das von Wendt im Rahmen des Case-Managements spezifizierte Vorgehen, das im Prinzip eine Umsetzung handlungstheoretischer Grundsätze darstellt. Für die Vermittlung bedarfssadäquater Hilfen ist eine umfassende Bestandsaufnahme der gegebenen Bedingungen persönlicher, sozialer und materieller Art ebenso erforderlich, wie eine Abklärung der Erwartungen und Wünsche des Betroffenen. Der Intervention geht eine Zielfestlegung und eine Planung der erforderlichen Maßnahmen voraus, die eine Kontrolle der Wirksamkeit der vermittelten und erbrachten Leistungen ermöglicht. Gegeben sind damit wichtige Voraussetzungen dafür, daß Ressourcen individueller und kollektiver Art in optimaler Weise genutzt werden. Sie kommen nicht bedingungslos allen ‘zugute’, sondern speziell denen, die ihrer bedürfen und denen der Einsatz nutzt, um ein ihren Vorstellungen entsprechendes Leben führen zu können.

Voraussetzung für eine stärkere Systematisierung und Professionalisierung des Handelns ist jedoch eine erhebliche Ausweitung des hier derzeit bestehenden Wissensstandes. Es gilt Antworten auf eine Reihe von Fragen zu finden, die in Verbindung mit den Auswirkungen unterschiedlicher Lebenslagen stehen, um gezielt auf diese einwirken zu können. Auf wissenschaftlicher Seite bedarf es kontrollierter Erhebungen zu den verschiedenen wirksam werdenden personalen und umweltlichen Merkmalen. Ökologische Modelle bieten hierfür nur einen sehr weit gefaßten theoretischen Rahmen und bedürfen innerhalb dessen weiterer Spezifizierungen. Dazu müßten zunächst jene ökologisch relevanten Bereiche bestimmt werden, die bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung bestimmter Klassen von Verhaltensweisen wirksam

sind (Lawton 1970). Ausgehend von diesen wären es dann möglich, inhaltlich bedeutsame Indikatoren zu bestimmen, die in entsprechende Variablen transformiert werden können.

Hinsichtlich der relevanten Aspekte der Wohnungsausstattung besteht zwar inzwischen Einigkeit darüber, welche Bedingungen sich mit größerer Wahrscheinlichkeit ungünstig auf den Erhalt einer selbständigen Lebensführung auswirken. Die unter dem Begriff ‘Substandard’ subsumierten Defizite im Sanitärbereich und bei der Wärmeregulation bilden allerdings lediglich das äußerste, negative Extrem an behindernden räumlich-materiellen Merkmalen innerhalb des Wohnbereichs ab und sind durch die generelle Entwicklung hin zu modernen Ausstattungsformen in ihrer Bedeutsamkeit erheblich zurückgedrängt worden. In größerem Umfang bereiten dagegen zur Zeit noch Außentreppen Probleme, wobei neue mehrgeschossige Wohnhäuser kaum noch ohne Aufzug gebaut werden. Abgebildet sind damit noch keineswegs alle Facetten der physikalischen Umwelt, die im Hinblick auf die zentralen Dimensionen ‘Erreichbarkeit’, ‘Sicherheit’, und ‘Unterstützung’ wirksam werden können. Es gibt eine ganze Reihe sehr viel weniger auffälliger Bedingungen, die in der einen oder anderen Art verhaltenswirksam werden können. Hierzu gehören beispielsweise die Bodenbeschaffenheit innerhalb und außerhalb der Wohnung, die Lichtverhältnisse oder aber auch eine dysfunktionale Möblierung. Insgesamt besteht jedoch auch innerhalb der Praxis ein recht gutes Wissen über bestehende Möglichkeiten zur Optimierung wohnraumbezogener Merkmale, das im Einzelfall lediglich einer kreativen, den individuellen Bedürfnissen des Betroffenen und seiner Familie entsprechenden Umsetzung bedarf. Dies gilt auch für den Einsatz von technischen Hilfsmitteln, die in großer Anzahl zur Verfügung stehen, jedoch bisweilen etwas benutzerfreundlicher zu gestalten wären.

Etwas anders sieht die Situation aus, wenn es um die Frage der Wirkung unterschiedlicher Merkmale der sozialen Um- und Mitwelt geht. Obwohl sich in den letzten Jahren die Forschungsarbeiten hierzu deutlich vermehrt haben, ist das Wissen um spezifische Effekte noch immer lückenhaft. Insgesamt verstärken sich die empirischen Belege dafür, daß ein Zuviel an Hilfe deutlich häufiger geleistet wird, als zu vermuten war. Eine Überfürsorge seitens der Angehörigen führt langfristig nicht nur dazu, daß die Unselbständigkeit des Betroffenen verstärkt wird, sondern auch, daß er mit seiner Situation unzufrieden ist und das Interesse an seiner Umwelt verliert. Verbesserungen in den funktionalen Fähigkeiten führen hier allerdings nicht zwangsläufig zu einer positiven Entwicklung in kognitiver oder emotionaler Hinsicht, sondern

führen zu ganz unterschiedlichen Verschiebungen im Verhalten und Erleben der beiden davon betroffenen Partner.

Deutlich wird damit, daß es bislang sowohl an hinreichenden Daten zu Bestimmung der komplexen Wechselwirkungen fehlt als auch an entsprechenden theoretischen Vorstellungen darüber, in welcher Weise die verschiedenen Dimensionen zusammenwirken (Kühnert & Niederfranke 1993; Lehr 1979). Es ist bislang nicht möglich, aus der Kenntnis bestimmter, bestehender Versorgungssituationen heraus geeignete Maßnahmen abzuleiten, da viele Folgen noch kaum vorhersagbar sind. Auf der Ebene ökologischer Modelle und Theorieansätze heißt das, daß es eine der großen zukünftigen Aufgaben sein wird, die Funktionen, die persönliche und umweltliche Merkmale miteinander verbinden, zu spezifizieren. Dies sollte zunächst für inhaltlich direkt aufeinander bezogene Dimensionen erfolgen, die dann in ein umfassenderes theoretisches Gebäude einzubeziehen sind. Ausgehend von der bisherigen Datenlage dürfte es sich hier nur in Ausnahmefällen um lineare und additive Verknüpfungen handeln (W. Oswald, Rupprecht, Hagen et al. 1996). Gefordert sind damit auch andere Formen und Möglichkeiten einer adäquaten rechnerisch-statistischen Aufbereitung der Daten. Sicher gibt es auch hier Entwicklungen, aber die vorhandenen mathematischen Modelle bedürfen ihrerseits entsprechender, wissens- oder theoriegeleiteter Setzungen, um zu befriedigenden Ergebnissen führen zu können; ein Wissen, das für einen gezielten Einsatz dieser Verfahren bislang in noch nicht hinreichender Weise vorhanden ist.

Trotz der unbestreitbar bestehenden Defizite und Mängel, die ökologische Modelle in der Gerontologie (und nicht nur da) aufweisen, stellen sie eine Möglichkeit dar, von einem Denken in einfachen Kausalitäten zu einem zu gelangen, das dem systemischen Charakter menschlicher Lebenswelten eher gerecht wird (A. Lang 1988). Der Mensch ist weder das einfache Produkt der Einflüsse, die von außen auf ihn einwirken, noch kann er ohne diese existieren. Innerhalb der gesetzten Grenzen bestehen jedoch Handlungsspielräume, und zwar nicht nur für das Individuum, sondern auch für die durch gemeinschaftliches menschliches Handeln geschaffenen sozialen Systeme.

4.6 Weiterführende Forschungsfragen

Obwohl sich ökologische Modelle zur Erklärung menschlichen Erlebens und Verhaltens, den bisherigen Darstellungen folgend, bereits als durchaus nützlich für die Erarbeitung ‘neuer’, bedarfsadäquater Formen der Interventionen erwiesen haben, besteht ein großer Bedarf an weiterführenden Entwicklungen. Diese betreffen sowohl die praktische Arbeit als auch die Ausarbeitung und Präzisierung der theoretischen Grundlagen. Der Anlage der Erhebung entsprechend, soll nachfolgend auf beide Bereiche eingegangen werden. Auf der Basis der sich zur Zeit abzeichnenden Probleme und offenen Fragen wird versucht, einen Ausblick auf zukünftige Forschungsschwerpunkte zu geben.

Auch hier bildet nochmals die Praxis den Ausgangspunkt dazu, die Richtung, in der weiterführende Arbeiten notwendig sind, zu bestimmen. In der Regel sind therapeutische und psychosoziale Maßnahmen zumindest im Hinblick auf jene Verhaltensbereiche, auf die sie direkt bezogen sind, wirksam. Bei der Mehrzahl der Patienten tragen sie zu deutlichen Verbesserungen im Ausmaß an benötigter Hilfe bei den Verrichtungen des Alltags und der psychischen Verfassung der betroffenen älteren Menschen bei. Es gibt jedoch auch immer wieder Personen, bei denen die angestrebten Entwicklungen nicht herbeigeführt werden können. Der Frage, warum das so ist und welche Bedingungen hierzu einen Beitrag leisten, ist bislang kaum Gegenstand einer entsprechenden empirischen Erhebung gewesen. Was fehlt, ist eine Analyse der ‘Mißerfolge’, die in Gegenüberstellung mit den positiv verlaufenden Prozessen Hinweise auf grundlegende Einflüsse und Wirkmechanismen geben könnte. Den praktischen Hintergrund für diese Bemühungen bilden Fragen nach der Zuweisung der Personen zu den verschiedenen Versorgungsangeboten. Ziel ist es, die Wirksamkeit der verschiedenen Leistungsformen durch die Auswahl ‘geeigneter’ Personen zu optimieren, um auf individueller und gesellschaftlicher Ebene zu einem effizienten Einsatz der vorhandenen Ressourcen zu gelangen. Angesprochen sind damit etwa folgende, noch offene Fragestellungen, die weitergehender wissenschaftlich fundierter Ausarbeitungen bedürfen:

- Welche Patienten nutzen und profitieren von dem Angebot einer mobilen geriatrischen Rehabilitation respektive welche nicht?
- Welche Bedingungen müssen gegeben sein, damit entsprechende Interventionen in die gewünschte Richtung wirksam werden können?
- Welche Rolle spielen personale und umweltliche Merkmale, in Form gegebener physikalisch-materieller und sozialer Ausgangsbedingungen für den ‘Erfolg’ der Maßnahme?

- Wie ist der Punkt zu bestimmen, an dem Aufwand und erzielte Verbesserungen in ein Mißverhältnis geraten oder anders ausgedrückt, in welchem Verhältnis sollen Kosten und Nutzen zueinander stehen?
- Unter welchen Bedingungen ist es besser und effizienter die Behandlung in einem stationären Setting durchzuführen?

Die vorab genannten Probleme betreffen den Bereich der externen Qualitätssicherung und werden durch solche ergänzt, die sich auf die Gestaltung des internen Ablaufs des Rehabilitationsprozesses beziehen. Innerhalb der allein oder in der Gruppe durchzuführenden Bestimmung, welche Leistungen sinnvoll und notwendig sind, bildet die Festlegung der im Einzelfall zu erreichenden Veränderungen eine der schwierigsten Aufgaben. Zwischen den globalen Leitvorstellungen und dem konkret bestehenden Leistungsspektrum gibt es keine eindeutigen Verbindungen. Zieldefinitionen wie ‘Verbesserung der Selbständigkeit’, ‘Stabilisierung der Versorgungslage’ oder ‘Förderung des subjektiven Wohlbefindens’ sind zu abstrakt, um in einfache Anleitungen zum Vorgehen überführt werden zu können. Hierzu bedarf es der Aufteilung in einzelne, aufeinander bezogene Teilschritte, die eine sukzessive Entwicklung in die angestrebte Richtung garantieren. Um dies leisten zu können, müßte ein hinreichend gesichertes Wissen darüber vorhanden sein, in welcher Weise die verschiedenen therapeutisch, psychosozial und / oder ökologisch orientierten Interventionen einzeln und in Kombination dazu beitragen, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Zur Behebung der hier gegebenen Defizite sind neben einer Systematisierung der Erfahrungen der Praktiker kontrollierte Veränderungsstudien notwendig, die zu einer fundierten Kenntnis der Zusammenhänge zwischen personalen und umweltlichen Merkmalen führen. Erst dann wird es möglich sein, begründete Vorstellungen darüber zu entwickeln, was unter den jeweils gegebenen Bedingungen an Veränderungen erreichbar ist und wie die hierfür erforderlichen Handlungssequenzen auszusehen haben.

Ein differenzierteres Wissen über die Verbindung induzierter Veränderungen zu anderen lebensweltlichen Bereichen würde es ermöglichen, zielgerichteter als dies bislang der Fall ist, auf lebensweltliche Systeme einzuwirken, um diese zu einer stabilen, den neuen Bedingungen angepaßten Struktur zu führen. Eine – auch in der vorliegenden Studie nicht hinlänglich berücksichtigte – Rolle spielen hierbei die Wünsche, Erwartungen und Vorstellungen der Betroffenen, sei es des Patienten selbst oder der Angehörigen seines direkten sozialen Umfeldes. Welche Veränderungen erreicht werden können, hängt nicht zuletzt von der Motivationslage

und der Bereitschaft aller Beteiligten ab, den Prozeß aktiv zu unterstützen und mitzugestalten. Die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Empfänger der Leistungen ist nicht nur eine Forderung der Humanität, durch die der Autonomie des behandelten Menschen Rechnung getragen wird, sondern auch eine der zentralsten Voraussetzungen für den ‘Erfolg’ der jeweiligen Maßnahmen. Wie die Interaktionen zwischen Menschen und ihrer Umwelt bilden Einstellungen, Kognitionen und Emotionen komplexe Gebilde, deren konstituierende Elemente durch vielfältige funktionale Wechselwirkungen miteinander in Verbindungen stehen (Mosqueda 1993).

Erkenntnisse über die jeweils wirksam werdenden personalen Einflußfaktoren und deren Interrelation könnten einen weiteren entscheidenden Schritt in Richtung einer ‘kontrollierten Praxis’ (Wahl 1991a) darstellen, durch den es besser als bisher gelingt, den individuellen Bedarfs- und Problemlagen älterer Menschen gerecht zu werden. Die sich in diesem Zusammenhang aufdrängenden Fragen weisen eine deutliche Analogie auf zu denen, die bereits bei der differentiellen Nutzung unterschiedlicher Angebote formuliert wurden. Zu klären ist nicht nur, welche Bedürfnisse und Wünsche der Patient und seine Angehörigen haben, sondern auch in welcher Relation sie zueinander stehen.

- Welche Zielvorstellungen sind für die beteiligten Akteure die zentralen, welchen kommt eine eher periphere Bedeutung zu?
- Inwieweit sind der ältere Mensch und seine Bezugspersonen bereit, sich für die Erreichung der Ziele anzustrengen und wann übersteigen die subjektiv empfundenen Mühen den mit ihnen verbundenen Nutzen?
- Welche unerwünschten Folgen sind mit den Veränderungen verbunden, d.h. wann führen Verbesserungen auf der einen Seite zu negativen Entwicklungen in anderen Bereichen?

Um Antworten auf diese und weitere mit ihnen in Verbindung stehende Fragen erhalten zu können, bedarf es entsprechender kontinuierlicher Weiterentwicklungen in Wissenschaft und Praxis, um die Erfahrungen präzisieren und verallgemeinern zu können. Die jeweils gefundenen Ergebnisse bilden dann ihrerseits die Ausgangsbasis für die Erarbeitung bereichsspezifischer, theoretischer Modelle mittlerer Reichweite. Diese sollten Aussagen über funktionale Zusammenhänge zwischen den jeweils relevanten Merkmalen enthalten, die in Form ableitbarer Hypothesen einer weiteren empirischen Überprüfung zugänglich sind. Übertragen auf Modelle menschlichen Verhaltens und Erlebens, die einer ökologischen Orientierung folgen, bedeutet dies eine exaktere Bestimmung der Art der Wechselwirkung zwischen personalen und

umweltlichen Merkmalen, die in Abhängigkeit zu den Fähigkeiten und Defiziten des betroffenen Menschen stehen. In einem weiteren Schritt wird es dann darum gehen müssen, Konfigurationen oder Muster von Bedingungen zu identifizieren, die die Grundlage für verschiedene Formen und Arten der Veränderung bilden. In dem Maße, wie sich das Wissen und die Vorstellungen über Verbindungen und die zwischen ihnen bestehende Dynamik vergrößern lässt, erweisen sich ökologische Modelle als nicht nur nützlich für die Praxis, sondern sie gewinnen auch zunehmend an Informationsgehalt. Erst dann sind sie mehr als eine Perspektive, unter der ein Ausschnitt der Welt betrachtet werden kann, und leisten einen Beitrag zum Verständnis der Komplexität lebensweltlicher Bedingungen und damit auch der Möglichkeiten, diese zielgerichtet zu verändern.

Anhang

Tabelle 23: Anteile der angegebenen Erkrankungsformen bei jüngeren und älteren Männern und Frauen

	unter 80 Jahren		80 Jahre und älter		insgesamt
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
Herz-Kreislauferkrankungen	65,3%	62,6%	65,0%	60,0%	62,6%
Erkr. des Bewegungsapparates	48,4%	52,0%	51,7%	65,6%	55,3%
Stoffwechselerkrankungen	33,7%	39,8%	30,0%	26,4%	35,6%
Zustand nach Schlaganfall	45,3%	30,9%	38,3%	23,2%	32,4%
Psychiatrische Erkrankungen	26,3%	36,6%	25,0%	23,2%	28,3%
Erkr. innerer Organe	26,3%	19,5%	16,7%	22,4%	21,5%
Dementielle Erkrankungen	16,8%	7,3%	26,7%	27,2%	18,4%
Neurologische Erkr. (andere)	20,0%	19,5%	8,3%	12,0%	15,7%
Karzinombildung	3,9%	9,7%	11,7%	11,3%	8,2%
Verlust der Sprachfähigkeit	22,1%	13,1%	16,3%	9,8%	15,0%
Verlust der Sehfähigkeit	6,3%	8,9%	14,8%	13,7%	11,4%
Verlust der Hörfähigkeit	3,2%	0,0%	8,9%	15,3%	6,8%

Tabelle 24: Verteilung der Wohn- und Haushaltsformen nach Clusterzugehörigkeit

Wohn- und Haushaltsform	Cluster 1 (n = 88)	Cluster 2 (n = 69)	Cluster 3 (n = 33)	Cluster 4 (n = 58)	Cluster 5 (n = 43)	Cluster 6 (n = 113)
allein (ohne Angehörige im Haus)	60,0%	37,7%	9,1%	17,9%	19,0%	5,4%
intergenerativ (mit Ehepartner)	16,5%	18,8%	33,3%	30,4%	38,1%	32,1%
transgenerativ (mit Kindern)	14,1%	30,4%	30,3%	25,0%	33,3%	44,6%
inter- und trans-generativ	9,4%	13,0%	27,3%	26,8%	9,5%	17,9%

(Chi²: 100; df: 15; p<.00000)**Tabelle 25: Geschlechtszugehörigkeit nach Clusterzugehörigkeit**

Geschlecht	Cluster 1 (n = 88)	Cluster 2 (n = 69)	Cluster 3 (n = 33)	Cluster 4 (n = 58)	Cluster 5 (n = 43)	Cluster 6 (n = 113)
Frauen	69,3%	65,2%	33,3%	35,3%	65,1%	61,9%
Männer	30,7%	34,8%	66,7%	46,6%	34,9%	38,1%

(Chi²: 15,4; df: 5; p <.009)

Tabelle 26: Anteile wohnraumbezogener Probleme nach Clusterzugehörigkeit im Hinblick auf die grobmotorisch bestimmten Tätigkeiten

Räumlich-materielle Merkmale	Cluster 1 (n = 88)	Cluster 2 (n = 69)	Cluster 3 (n = 33)	Cluster 4 (n = 58)	Cluster 5 (n = 43)	Cluster 6 (n = 113)
weniger als 2 Zimmer pro Person	32,4%	42,5	66,6%	57,4%	48,8% %	57,8%
erhebliche Probleme mit Bewegungsfreiraum	18,6%	33,8%	12,1%	39,6%	34,9%	27,7%
erhebliche Probleme mit Sicherheit	25,6%	34,7%	27,3%	31,0%	51,2%	19,7%
erhebliche Probleme mit Außentreppe	32,9%	53,0%	27,3%	56,2%	56,1%	29,1%

Tabelle 27: Anteile wohnraumbezogener Probleme nach Clusterzugehörigkeit im Hinblick auf die feinmotorisch bestimmten Tätigkeiten

Räumlich-materielle Merkmale	Cluster 1 (n = 88)	Cluster 2 (n = 69)	Cluster 3 (n = 33)	Cluster 4 (n = 58)	Cluster 5 (n = 43)	Cluster 6 (n = 113)
keine Innen-toilette	1,2%	2,9%	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%
kein eigenes Badezimmer	3,2%	7,2%	3,0%	0,0%	7,1%	2,7%
keine Zentral-heizung	20,9%	18,8%	12,5%	8,6%	19,0%	12,6%
keine Warmwasser-versorgung	19,0%	14,5%	3,0%	22,4%	23,8%	14,2%
keine Dusche	57,6%	58,0%	36,4%	53,4%	66,7%	47,7%
erhebliche Probleme mit Transfer (WC/Bad)	21,6%	42,0%	36,4%	46,4%	51,2%	23,4%

Tabelle 28: Versorgungsformen instrumenteller Unterstützung nach Clusterzugehörigkeit

Versorgungssituation instrum. Unterstütz.	Cluster 1 (n = 88)	Cluster 2 (n = 69)	Cluster 3 (n = 33)	Cluster 4 (n = 58)	Cluster 5 (n = 43)	Cluster 6 (n = 113)
Unterversorgung	14,8%	29,0%	18,2%	31,0%	14,0%	13,3%
angemessene Versorgung	48,9%	34,5%	12,1%	20,7%	25,6%	60,2%
Überversorgung	36,4%	36,2%	69,7%	48,3%	60,5%	26,5%

(Chi²: 57; df: 10; p<.00000)**Tabelle 29: Verteilung der emotionalen Unterstützung nach Clusterzugehörigkeit**

Versorgungssituation emot. Unterstützung	Cluster 1 (n = 88)	Cluster 2 (n = 69)	Cluster 3 (n = 33)	Cluster 4 (n = 58)	Cluster 5 (n = 43)	Cluster 6 (n = 113)
wenig emotionaler Beistand	28,4%	31,9%	15,2%	24,1%	23,3%	13,3%
durchschnittlicher emotionaler Beistand	39,8%	44,9%	33,3%	51,7%	51,2%	58,4%
viel emotionaler Beistand	31,8%	23,2%	51,5%	24,1%	25,6%	28,3%

(Chi²: 22,2; df: 10 p<.014)

Tabelle 30: Anteile der Personen mit deutlichen bis starken Auffälligkeiten in den Dimensionen der NOSGER

Verhaltensbereiche der NOSGER	Cluster 1 (n = 88)	Cluster 2 (n = 69)	Cluster 3 (n = 33)	Cluster 4 (n = 58)	Cluster 5 (n = 43)	Cluster 6 (n = 113)
demenzbezogene Verhaltensstörungen (Chi ² : 99; df: 15; p<.0000)	7,0%	18,5%	40,7%	5,8%	42,9%	57,0%
Verhalten in sozialen Interaktionen (Chi ² : 35; df: 15; p<.002)	59,3%	58,3%	63,3%	44,5%	76,8%	75,5%
störende Verhaltensweisen (Chi ² : 16, df: 15; n.s.)	16,1%	25,0% %	25,0%	19,7%	16,7%	19,4%
emotionale Verfassung (Stimmungslage) (Chi ² : 17; df: 15, n.s.)	42,0%	54,4%	28,1%	40,4%	58,2%	42,4%
Freizeitgestaltung (Hobbys) (Chi ² : 104; df: 15; p<.0000)	82,3%	97,0%	96,6%	94,5%	100%	100%

Tabelle 31: Anteile der Personen mit deutlich bis stark erlebter Belastung in den Dimensionen des Cost of Care Index

Belastungsdimensionen des Cost of Care Index	Cluster 1 (n = 7)	Cluster 2 (n = 14)	Cluster 3 (n = 11)	Cluster 4 (n = 24)	Cluster 5 (n = 13)	Cluster 6 (n = 53)
familiäre Belastungen (Chi ² : 19; df: 15; n.s.)	42,9%	78,6%	100%	75,0%	84,7%	77,3%
finanzielle Belastungen (Chi ² : 13; df: 15; n.s.)	0,0%	50,0%	18,2%	20,8%	23,1%	28,3%
Resignation (Chi ² : 35, df: 15; p<.003)	0,0%	14,3%	63,6%	12,5%	23,1%	9,4%
Beziehungskonflikte (Chi ² : 12; df: 15, n.s.)	28,6%	35,7%	45,5%	36,0%	23,1%	28,3%
somatische Störungen (Chi ² : 23; df: 15; p<.09)	14,3%	28,6%	36,4	32,0%	46,2%	39,6%

Literatur

- Adler, C.; Gunzelmann, T.; Machold, C.; Schmacher, J. & Wilz, G. (1996). Belastungserleben pflegender Angehöriger von Demenzpatienten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29, 143-149
- AG Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte an der FU Berlin & Interdisziplinäre AG für Angewandte Soziale Gerontologie an der GHS Kassel (1991). Alte Menschen in der Stadt und auf dem Lande. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, Nr. 82
- Akhtar, A.J.; Broe, G.A.; Crombie, A.; McLean, M.R.; Andrews, G.R. & Caird, F.J. (1973). Disability and dependence in the elderly at home. Age and Ageing, 2, 102-111
- Albert, S.M. (1991). Cognition of caregiving tasks. Multidimensional scaling of the caregiver task domain. Gerontologist, 31, 726-734
- Altholz, J.A. (1988). Fostering autonomy in living environments: A psychosocial perspective. Special Issue: Lifestyles and housing of older adults: The Florida experience. Journal of Housing for the Elderly, 5, 67-81
- Altman, I.; Lawton, M.P. & Wohlwill, J.F. (1984). Human behavior and environment. Advances in theory and research, Vol. 7: Elderly people and the environment. New York: Plenum Press
- Altman, I. & Rogoff, B. (1987). World views in psychology: Trait, interactional organismic and transactional perspectives. In: D. Stokohls & I. Altman (Eds.) (1987). Handbook of environmental psychology, Vol. 1. New York: Wiley & Sons, 7-40
- Amann, A. (1994). 'Offene' Altenhilfe. Ein Politikfeld im Umbruch. In: H. Reimann & H. Reimann (Hrsg.) (1994). Das Alter. Einführung in die Gerontologie (3. Auflage). Stuttgart: Enke, 319-347
- Antonucci, T.; Sherman, A.M. & Vandewaterer, E.A. (1997). Measures of social support and caregiver burden. Generations, 21, 48-51
- Applegate, W.B.; Blass, J.P. & Williams, T.F. (1990). Instruments for the functional assessment of older patients. New England Journal of Medicine, 322, 1207-1214
- Archea, J. (1982). Conceptual and methodological conflicts in applied interdisciplinary research on environment and aging. In: M.P. Lawton; P.G. Windley & T.O. Byerts (Eds.) (1982). Aging and the environment. Theoretical approaches. New York: Springer, 150-178
- Arnold, K. (1990). Kognitive und handlungsbezogene Prozesse in der Rehabilitation von Schlaganfallpatienten. Zeitschrift für Gerontologie, 23, 275-283

- Asam, W.; Altmann, U. & Vogt, W. (1990). Altsein im ländlichen Raum. *Kommunale Sozialpolitik*, Nr. 7. München: Minerva.
- Attias-Donfut, C. & Brauer, I. (1991). Die Abhängigkeit alter Menschen: Familiale und gesellschaftliche Versorgung. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungsoziologie*, 11, 355-373
- Backes, G.M. (1989). Veränderte Lebens- und Arbeitsbedingungen und Perspektiven 'erfolgreichen' Alterns der Frau. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 2, 118-124
- Backhaus, K.; Erichson, B.; Plinke, W.; Schuchard-Fischer, C. & Weiber, R. (1986). Multivariate Analysemethoden (4. Auflage). Berlin: Springer
- Badura, B. (1981). Zur sozialepidemiologischen Bedeutung sozialer Bindung und Unterstützung. In: B. Badura (Hg.) (1981). Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 13-39
- Baltes, M. M. (1987). Erfolgreiches Altern als Ausdruck von Verhaltenskompetenz und Umweltqualität. In: C. Niemitz (Hg.) (1987). Erbe und Umwelt. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 353-376
- Baltes, M.M. (1988). The etiology and maintenance of dependency in the elderly: Three phases of operant research. *Behavior Therapy*, 19, 301-319
- Baltes, M.M. (1995). Verlust der Selbständigkeit im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. *Psychologische Rundschau*, 46, 159-170
- Baltes, M.M. & Baltes, P.B. (1977). The ecopsychological relativity and plasticity of psychological aging. Convergent perspectives of cohort effects and operant psychology. *Zeitschrift für Experimentelle und Angewandte Psychologie*, 24, 179-197
- Baltes, M.M.; Barton, E.M.; Orzech, M.J. & Lago, D. (1983). Die Mikroökologie von Bewohnern und Personal. *Zeitschrift für Gerontologie*, 16, 18-26
- Baltes, M.M.; Honn, S.; Barton, E.M.; Orzech, M.J. & Lago, D. (1983). On the social ecology of dependence and independence in elderly nursing home residents. A replication and extension. *Journal of Gerontology*, 38, 556-564
- Baltes, M.M. & Kindermann, T. (1983). Die Bedeutung von Umweltfaktoren für das Unselbständigkeitssverhalten von Altenheimbewohnern: Eine sozial-ökologische Analyse. *Trierer Psychologische Berichte*, 10, Heft 12
- Baltes, M.M.; Kindermann, T. & Reisenzein, R. (1986). Die Beobachtung von unselbständigem und selbständigem Verhalten in einem deutschen Altersheim: Die soziale Umwelt als Einflußgröße. *Zeitschrift für Gerontologie*, 19, 14-24

- Baltes, M.M.; Kindermann, T.; Reisenzein, R. & Schmid, U. (1987). Further observational data on the behavioral and social world of institutions for the aged. *Psychology and Aging*, 2, 390-403
- Baltes, M.M.; Maas, I; Wilms, H.-U. & Borchelt, M. (1996). Alltagskompetenz im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. In: K.U. Mayer & P.B. Baltes (Hrsg.) (1996). Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, 525-542
- Baltes, M.M.; Mayr, U.; Borchelt, M.; Mass, I. & Wilms, H.-U. (1993). Everyday competence in old and very old age: An interdisciplinary perspective. *Aging and Society*, 13, 657-680
- Baltes, M.M. & Wahl, H.-W. (1987). Dependence in aging. In: L.L. Carstensen & B.A. Edelstein (Eds.) (1987). *Handbook of clinical gerontology*. Oxford: Pergamon Press, 204-221
- Baltes, M.M. & Wahl, H.-W. (1992a). The behavior system of dependency in the elderly: Interaction with social environment. In: M.G. Ory; R.P. Abeles & P.D. Lipman (Eds.) (1992). *Aging, health, and behavior*. Newbury Park: Sage, 83-108
- Baltes, M.M. & Wahl, H.-W. (1992b). The dependency-support script in institutions: Generalization to community settings. *Psychology and Aging*, 7, 409-418
- Baltes, M.M; Wahl, H.-W. & Schmid-Furstoss, H. (1990). The daily life of edlerly Germans. Activity patterns, personal control, and functional health. *Journal of Gerontology*, 45, 173-179
- Baltes, P.B. (1990). Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Theoretische Leitsätze. *Psychologische Rundschau*, 41, 1-24
- Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1989). Erfolgreiches Altern: Mehr Jahre und mehr Leben. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 2, 5-10
- Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1992). Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: P.B. Baltes & J. Mittelstrass (Hrsg.) (1992). *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. Berlin: De Gruyter, 1-34
- Baltes, P.B.; Mayer, K.U.; Helmchen, H. & Steinhagen-Thiessen, E. (1996). Die Berliner Altersstudie (BASE): Überblick und Einführung. In: K.U. Mayer & P.B. Baltes (Hrsg.) (1996). Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag 21-54
- Baltes, P.B. & Mittelstrass, J. (Hrsg.) (1992). *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. Berlin: De Gruyter
- Baltes, P.B. & Nesselroade, J.R. (1973). The developmental analysis of individual differences on multiple measures. In: J.R. Nesselroade & H.W. Reese (Eds.) (1973). *Life-span developmental psychology: Methodological issues*. New York: Academic Press, 219-252

- Baltes, P.B. & Willis, S.L. (1990). Toward psychological theories of aging and development. In: J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.) (1990). *Handbook of the psychology of aging* (3rd edition). New York: Van Nostrand Reinhold, 128-154
- Bargel, T.; Fauser, R. & Mundt, J.W. (1981). Soziale und räumliche Bedingungen der Sozialisation von Kindern in verschiedenen Soziotopen. In: H. Walter (Hg.) (1981). *Region und Sozialisation*, Bd. 1. Stuttgart: Frommann, 186-260
- Bargel, T.; Fauser, R. & Mundt, J.W. (1982). Lokale Umwelten und Sozialisation: Konzeptualisierung und Befunde. In: L.A. Vascovics (Hg.) (1982). *Umweltbedingungen familiärer Sozialisation*. Stuttgart: Enke, 204-236
- Bargel, T.; Kuthe, M. & Mundt, J.W. (1977). Zur Bestimmung sozialisationsrelevanter Areale (Soziotope) – Modelle, Verfahren und Probleme. In: H.-J. Hoffmann-Nowotny (Hg.) (1977). *Politisches Klima und Planung*. Frankfurt/M.: Campus, 119-154
- Bargel, T.; Kuthe, M. & Mundt, J.W. (1978). Die Identifizierung von Soziotopen als Grundlage der Messung sozialer Disparitäten. In: H.-J. Hoffmann-Nowotny (Hg.) (1978). *Messung sozialer Disparitäten*. Frankfurt/M.: Campus, 43-92
- Barker, R.G. & Barker, L.S. (1961). The psychological ecology of old people in Midwest, Kansas and Yorkdale, Yorkshire. *Journal of Gerontology*, 16, 144-149
- Barker, R.G. & Wright, H.F. (1949). Psychological ecology and the problem of psychosocial development. *Child Development*, 20, 131-143
- Bartl, M. (1979). Versuch einer Gegenstandsbestimmung ökologischer Psychologie. In: H. Walter & R. Oerter (Hrsg.) (1979). *Ökologie und Entwicklung*. Donauwörth: Auer, 34-56
- Barusch, A.S. & Spaid, W.M. (1989). Gender differences in caregiving: Why do wives report greater burden? *Gerontologist*, 29, 667-676
- Bass, D.M.; Looman, W.J. & Ehrlich, P. (1992). Predicting the volume of health and social services: Integrating cognitive impairment into the modified Andersen framework. *Gerontologist*, 32, 33-43
- Bechtel, R.B. (1987). The ubiquitous world of paper and pencil tests. In: R.B. Bechtel; R.W. Marans & W. Michelson (Eds.) (1987). *Methods in environmental and behavior research*. New York: Van Nostrand Reinhold, 83-119
- Bechtel, R.B. (1997). Environment and behavior. An Introduction. Thousand Oaks, Ca.: Sage
- Bender, D. (1994). Betreuung von hilfs- oder pflegebedürftigen Angehörigen in Mehrgenerationenfamilien. In: W. Bien (Hg.) (1994). *Eigeninteresse oder Solidarität*. Opladen: Leske + Budrich, 223-248
- Bengston, V.L.; Parrott, T.M. & Burgess, E.O. (1996). Progress and pitfalls in gerontological theorizing. *Gerontologist*, 36, 768-772

- Bertels, L. & Herlyn, U. (Hrsg.) (1990). Lebenslauf und Raumerfahrung. Biographie und Gesellschaft, Bd.9. Opladen: Leske + Budrich
- Bertram, H. (1979). Sozialökologische Konzepte in der Sozialisationsforschung und Mehrebenenmodelle. Methodische Überlegungen zur sozialökologischen Perspektive in der Sozialisationsforschung dargestellt an einer Untersuchung über gesellschaftliche und familiäre Bedingungen moralischen Urteilens. In: H. Walter & R. Oerter (Hrsg.) (1979). Ökologie und Entwicklung. Donauwörth: Auer, 210-228
- Bertram, H. (1982). Von der schichtenspezifischen zur sozialökologischen Sozialisationsforschung. In: L.A. Vaskovics (Hg.) (1982). Umweltbedingungen familialer Sozialisation. Stuttgart: Enke, 25-54
- Beyer, G. & Woods, M.E. (1963). Living and activity patterns of the aged. Ithaca, NY: Cornell University: Center for Housing and Environmental Studies
- Birren, J.E. & Renner, V.J. (1990). Research on the psychology of aging. In: J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.) (1990). Handbook of the psychology of aging (3rd edition). New York: Van Nostrand Reinhold, 3-38
- Birren, J.E. & Schaie, K.W. (Eds.) (1990). Handbook of the psychology of aging. (3rd edition). New York: Van Nostrand Reinhold
- Blair, C.E. (1995). Combining behavior management and mutual goal setting to reduce physical dependency in nursing home residents. *Nursing Research*, 44, 160-165
- Blosser-Reisen, L. (1982). Handlungsspielräume und Grenzen der selbständigen Haushaltsführung im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie*, 15, 142-149
- Blosser-Reisen, L. (1990). Selbständige Lebens- und Haushaltsführung bei Behinderung im Alter mit Hilfe neuer Technologien. *Zeitschrift für Gerontologie*, 23, 3-11
- Bösch, J. (1991). Nachbarschaftshilfe für Gesunde und Kranke. Zürich: Ruegger. Reihe Arbeits- und Sozialwissenschaft, Bd. 14
- Bollnow, O.-F. (1971). Mensch und Raum (2. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer
- Bond, J. (1993). Living arrangements of elderly people. In: J. Bond; P. Coleman & S. Peace (Eds.) (1993). Ageing in society. An introduction to social gerontology (2nd edition). London: Sage, 200-225
- Bond, J.; Coleman, P. & Peace, S. (Eds.) (1993). Ageing in society. An introduction to social gerontology (2nd edition). London: Sage
- Borchelt, M.; Gilberg, R.; Hargas, A.L. & Geiselmann, B. (1996). Zur Bedeutung von Krankheit und Behinderung im Alter. In: K.U. Mayer & P.B. Baltes (Hrsg.) (1996). Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, 449-474

- Bortz, J. (1984). Lehrbuch der empirischen Forschung für Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer
- Bortz, J. (1993). Statistik für Sozialwissenschaftler (4. Auflage). Heidelberg: Springer
- Bould, C.; Kane, R.L.; Louis, T.A.; Boult, L & McCaffrey, D. (1994). Chronic conditions that lead to functional limitation in the elderly. *Journal of Gerontology: Medical sciences*, 49,1, M28-M36
- Bowling, A. & Grundy, E. (1997). Activities of daily living: Changes in functional ability in three samples of elderly and very elderly people. *Age and Ageing*, 26, 197-114
- Braitner, B.; Rodler, C. & Tonka, T. (1994). Familienpflege und Angehörigenhilfe. In: C. Klicpera; A. Schabmann; A. Al-Roubaie; B. Schuster; G. Weber & H. Beran (Hrsg.) (1994). Psychosoziale Probleme im Alter. Wien: WUV Universitätsverlag, 275-293
- Brandenburg, H. (1996). Formen der Lebensführung im Alltag bei hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen. Regensburg: Roderer.
- Brandenburg, H. (1997). Formen der selbständigen Lebensführung im Alltag bei hilfe- und pflegebedürftigen Menschen. *Pflege*, 10, 273-278
- Brandstädter, J. (1989). Optimale Entwicklung als Problem der Selbstregulation von Entwicklungsprozessen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 2, 319-323
- Braun, H. (1983). Verwandtschaftliche Hilfe für ältere Menschen. Eine explorative Untersuchung des Handlungsfeldes weiblicher Helfer. *Zeitschrift für Gerontologie*, 16, 210-215
- Brody, S.J. (1990). Geriatrics and rehabilitation: Common ground and conflicts. In: S.J. Brody & L.G. Pawlson (Eds.) (1990). Aging and rehabilitation II: The state of practice. New York: Springer, 9-29
- Bronfenbrenner, U. (1988). Interacting systems in human development. Research paradigms: Present und future. In: N. Bolger; A. Caspi; G. Downey & M. Moorehouse (Eds.) (1988). Persons in context. Cambridge: Cambridge University Press, 25-49
- Bronfenbrenner, U. (1990). The ecology of cognitive development. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 10, 101-114
- Brown, V. (1995). The effects of poverty environments on elders' subjective well-being: A conceptual model. *Gerontologist*, 35, 541-548
- Buffum, W.E. (1987-1988). Measuring person-environment fit in nursing homes. *Journal of Social Service Research*, 11, 35-54
- Buss, A.R. (1974). Multivariate model of quantitative structural, and quantistructural ontogenetic change. *Developmental Psychology*, 10, 190-203

- Campitiello, F. (1983). Tageslaufstudie im Vergleich verschiedener Altersgruppen unter Berücksichtigung ihrer Wohnsituation. Dissertation: Universität Salzburg
- Carp, F.M. (1976). Housing and living environments of older people. In: R.H. Binstock & E. Shanas (Eds.) (1976). Handbook of aging and social services. New York: Van Nostrand Reinhold, 244-271
- Carp, F.M. (1977). Impact of improved living environment on health and life expectancy. *Gerontologist*, 17, 242-249
- Carp, F.M. (1978). Effects of the living environment on activity and use of time. *International Journal of Aging and Human Development*, 9, 75-91
- Carp, F.M. (1987). Environment and aging. In: D. Stokols & I. Altman (Eds.) (1987). Handbook of environmental psychology, Vol. 1. New York: Wiley & Sons, 329-360
- Carp, F.M. (1994). Assessing the environment. In: M.P. Lawton & J.A. Teresi (Eds.) (1994). Annual review of gerontology and geriatrics, Vol. 14. New York: Springer, 302-323
- Carp, F.M. & Carp, A. (1980). Person-environment congruence and sociability. *Research on Aging*, 2, 395-415.
- Carp, F.M. & Carp, A. (1982). Perceived environmental quality of neighborhoods: Development of assessment scales and their relation to age and gender. *Journal of Environmental Psychology*, 2, 295-312
- Carp, F.M. & Carp, A. (1984). A complementary / congruence model of well-being or mental health for the community elderly. In: I. Altman; M.P. Lawton & F. Wohlwill (Eds.) (1984). Human behavior and environment. Advances in theory and research, Vol. 7. Elderly people and the environment. New York: Plenum Press, 279-336
- Carstensen, L.L. & Edelstein, B.A. (Eds.) (1987). Handbook of clinical gerontology. Oxford: Pergamon Press.
- Center for Functional Assessment Research (1990). FIM: Leitfaden für die Verwendung des funktionalen Selbständigkeitssindexes und zur Verwendung eines einheitlichen Datenschemas für die medizinische Rehabilitation, Version, 3.1. Straubing: Bavaria Schäufling.
- Christensen, D.L. & Carp, F.M. (1987). PEQI-based environmental predictors of the residential satisfaction of older women. *Journal of Environmental Psychology*, 7, 45-64
- Christensen, D.L.; Carp, F.M.; Cranz, G.L. & Wiley, J.A. (1992). Objective housing indicators as predictors of the subjective evaluations of elderly residents. *Journal of Environmental Psychology*, 12, 225-236
- Clark, P.G. (1988). Autonomy, personal empowerment, and quality of life in long-term care. *Journal of Applied Gerontology*, 7, 279-297

- Clemens, W. (1993). Soziologische Aspekte eines 'Strukturwandels des Alters'. In: G. Naegele & H.P. Tews (Hrsg.) (1993). Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Opladen: Westdeutscher Verlag, 61-81
- Conen, G. (1990). Wie leben alte Menschen auf dem Lande? Evangelische Impulse, 12, 20-23
- Corballis, M.C. (1973). A factor model for analyzing change. British Journal of Mathematical and Statistical Psychology, 26, 90-97
- Coward, R.F. (1979). Planing community services for the rural elderly. Implications from research. Gerontologist, 19, 275-282
- Cumming, E. & Henry, W.E. (1961). Growing old. The process of disengagement. New York: Basic Books.
- Cunningham, W.R. (1978). Principles for identifying structural differences. Journal of Gerontology, 33, 82-86
- Dallinger, U. (1991). Verbesserung häuslicher Pflegequalität für ältere Menschen. Kassel: GhK; ASG --Veröffentlichung, Nr. 17
- Dean, K. (1992). Health-related behavior: concepts and methods. In: M.G. Ory; R.P. Abeles & P.D. Lipman (Eds.) (1991). Aging, health, and behavior. Newbury Park: Sage, 27-56
- Deckenbach, B.; Borchelt, M. & Steinhagen-Thiessen, E. (1997). Qualitätssicherung in der geriatrischen Rehabilitation. Rehabilitation, 36, 160-166
- DeFriese, G.H. & Woomert, A. (1992). Informal and formal health care systems serving older persons. In: M.G. Ory; R.P. Abeles & P.D. Lipman (Eds.) (1992). Aging, health, and behavior. Newbury Park: Sage, 57-82
- Deimling, G.T. (1994). Caregiver functioning. In: M.P. Lawton & J.A. Teresi (Eds.) (1994). Annual review of gerontology and geriatrics, Vol. 14. New York: Springer, 257-280
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (1996). Erster Pflegebericht des MDS. altenhilfe, 23, 7
- Dieck, M. (1979). Wohnen und Wohnumfeld älterer Menschen in der Bundesrepublik. Schriftenreihe des Deutschen Zentrums für Altersfragen e.V.. Alternsforschung für die Praxis, Bd. II. Heidelberg: Quelle & Meyer
- Dieck, M. (1987). Unterschiedliche Lebenssituationen im Alter und deren Bedingungen und Ausprägungen. Sozialer Fortschritt, 36, 121-132
- Diehl, M. (1988). Das soziale Netzwerk älterer Menschen – Seine Bedeutung für den Austausch von Hilfeleistungen und Formen der sozialen Unterstützung. In: A. Kruse; U. Lehr; F. Oswald & C. Rott (Hrsg.) (1988). Gerontologie. Wissenschaftliche Erkenntnisse und Folgerungen für die Praxis. Beiträge zur II. Gerontologischen Woche in Heidelberg, 18.6.-23.6.1987. München: Bayerischer Monatsspiegel Verlagsgesellschaft, 268-292

- Dippelhofer-Stiem, B. (1994). Theoretische Grundlagen und methodologische Probleme ökologischer Sozialisationsforschung. Habilitationsschrift: Freie Universität Berlin.
- Dittmann-Kohli, F. (1989). Erfolgreiches Altern aus subjektiver Sicht. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 2, 301-307
- Dringenberg, R. (1975). Neue Aspekte der Wohnforschung: Ansätze und Ergebnisse einer Untersuchung des Wohnbedarfs älterer Menschen. Zeitschrift für Gerontologie, 8, 383-399
- Duckitt, J.H. (1983). Predictors of subjective well-being in later life: An empirical assessment of theoretical frameworks in social gerontology. Humanitas, RTSA, 9-2, 211-219
- Eckensberger, L. (1978). Die Grenzen des ökologischen Ansatzes in der Psychologie. In: C.F. Graumann (Hg.) (1978). Ökologische Perspektiven in der Psychologie. Bern: Huber, 49-78
- Eckensberger, L. (1979). Die ökologische Perspektive in der Entwicklungspsychologie: Herausforderung oder Bedrohung. In: H. Walter & R. Oerter (Hrsg.) (1979). Ökologie und Entwicklung. Donauwörth: Auer, 264-281
- Eckert, J.K & Murrey, M.I. (1984). Alternative modes of living for the elderly. In: I. Altman; M.P. Lawton & J.F. Wohlwill (Eds.) (1984). Human behavior and environment. Advances in theory and research, Vol. 7. Elderly people and the environment. New York: Plenum Press, 95-128
- Elam, J.T.; Graney, M.J.; Beaver, T.; El Derwi, D.; Applegate, W.B. & Miller, S.T. (1991). Comparison of subjective ratings of function with observed functional ability of frail older persons. American Journal of Public Health, 81, 1127-1131
- Enders, A. (1991). Rehabilitation and technology – self-help approaches to technology: An independent living (IL) model for rehabilitation. International Journal of Technology and Aging, 4, 141-152.
- Estes, C.L. & Freeman, H.E. (1976). Strategies of design and research for intervention. In: R.H. Binstock & E. Shanas (Eds.) (1976). Handbook of aging and social services. New York: Van Nostrand Reinhold, 536-560
- Faletti, M.V. (1984). Human factors research and functional environments for the aged. In: I. Altman; M.P. Lawton & J.F. Wohlwill (Eds.) (1984). Human behavior and environment. Advances in theory and research, Vol. 7. New York: Plenum Press, 191-237
- Faltermaier, T. (1990). Verallgemeinerung und lebensweltliche Spezifität: Auf dem Weg zu Qualitätskriterien für die qualitative Forschung. In: G. Jüttemann (Hg.) (1990). Kategoriale Kasuistik. Heidelberg: Asanger, 204-217
- Feuerlein, W. (1995). Abhängigkeit im Alter. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 8, 153-162

- Filipp, S.H.; Ferring, D. & Klauer, T. (1989). Subjektives Alterserleben – ein Merkmal erfolgreichen Alterns? Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 2, 296-300
- Filipp, S.H. & Schmidt, K. (1994). Die Rolle sozioökologischer Variablen in einem Bedingungsmodell der Lebenszufriedenheit alter Menschen – eine Übersicht. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 26, 218-240
- Fischer, G.C. (1991). Chronische Krankheit im Alter und ihre Auswirkung auf den funktionalen Status. In: E. Lang & K. Arnold (Hrsg.) (1991). Altern und Leistung. Medizinische, psychologische und soziale Aspekte. Schriftenreihe der Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin, Bd. 5. Stuttgart: Enke, 64-76
- Fischer, M. & Stephan, E. (1990). Biologische Ökologie und Ethologie. In: L. Kurse; C.F. Graumann & E.-D. Lantermann (Hrsg.) (1990). Ökologische Psychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. München: Psychologie Verlags Union, 17-24
- Fisseni, H.-J. (1987). Unterschiedliche Lebensraumstrukturen – unterschiedliche Alternsstile. In: U. Lehr & H. Thomae (Hrsg.) (1987). Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA). Stuttgart: Enke, 122-133
- Fitch, V.L. & Slivinske, L.R. (1989). Situational perceptions of control in the aged. In: P.S. Fry (Ed.) (1989). Psychological perspectives of helplessness and control in the elderly. Advances in Psychology, Nr. 57. Amsterdam: North-Holland, 155-185
- Fonda, S.J.; Maddox, G.L.; Clipp, E. & Reardon, J. (1996). Design for a longitudinal study of the impact of an enhanced environment of the functioning of frail adults. The Journal of Applied Gerontology, 15, 397-413
- Fox, P.L. (1995). Environmental modifications in the homes of elderly Canadians with disabilities. Disability and Rehabilitation. An International Multidisciplinary Journal, 17, 43-49
- Franz, P. & Ueltzen, W. (1984). Umweltfaktoren in alterssoziologischen Theorien: Ein empirischer Test der Umwelttheorie des Alterns von J.F. Gubrium. Zeitschrift für Gerontologie, 17, 328-335
- Fredericksen, N. (1974). Toward a taxonomy of situations. In: R.M. Moos & P.M. Insel (Eds.) (1974). Issues in social ecology: Human milieus. Palo Alto: National Press Books, 29-44
- Fried, L.P. & Guralnik, J.M. (1997). Disability in older adults: Evidence regarding significance, etiology, and risk. Journal of the American Geriatrics Society, 45, 92-100
- Friedrich, K. (1988a). Das Wohnumfeld älterer Menschen. Sein Nutzungs- und Bedeutungswert. In: A. Kruse; U. Lehr; F. Oswald & C. Rott (Hrsg.) (1988). Gerontologie: Wissenschaftliche Erkenntnisse und Folgerungen für die Praxis. Beiträge zur II. Gerontologischen Woche, Heidelberg, 18.-23.6.1987. München: Bayerischer Monatsspiegel Verlagsgesellschaft, 224-245

- Friedrich, K. (1988b). Die Wohnung wird zum Mittelpunkt. In: H. Scheidgen (Hg.) (1988). Die allerbesten Jahre. Weinheim: Psychologie heute – Taschenbuch, 121-134
- Friedrich, K. (1991). Räumliche Muster und regionalplanerische Konsequenzen des demografischen Altersprozesses. Zeitschrift für Gerontologie, 24, 257-265
- Friedrich, K. (1992). Alltagshandeln älterer Menschen in ihrer räumlichen Umwelt. In: A. Niederfranke; U. Lehr; F. Oswald & G. Maier (Hrsg.) (1992). Altern in unserer Zeit. Beiträge der IV. und V. Gerontologischen Woche am Institut für Gerontologie Heidelberg. Wiesbaden: Quelle & Meyer, 115-126
- Friedrich, K. (1995). Altern in räumlicher Umwelt. Sozialräumliche Interaktionsmuster älterer Menschen in Deutschland und in den USA. Darmstadt: Steinkopff
- Friedrichs, J. (1990). Aktionsräume von Stadtbewohnern verschiedener Lebensphasen. In: L. Bertels & U. Herlyn (Hrsg.) (1990). Lebenslauf und Raumerfahrung. Biographie und Gesellschaft, Bd. 9. Opladen: Leske + Budrich, 161-178
- Führer, U. (1990). Person-Umwelt-Kongruenz. In: L. Kruse; C.F. Graumann & E.-D. Lantermann (Hrsg.) (1990). Ökologische Psychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. München: Psychologie Verlags Union, 143-153
- Garbarino, J. (1979). Bronfenbrenners Experimentelle Ökologie der menschlichen Entwicklung. In: H. Walter & R. Oerter (Hrsg.) (1979). Ökologie und Entwicklung. Donauwörth: Auer, 102-109
- Garland, J. (1993). Environment and behaviour: A health psychology perspective. In: J. Bond; P. Coleman & S. Peace (Eds.) (1993). Ageing in society. An introduction to social gerontology (2nd edition). London: Sage, 133-150
- Garms-Homolavá, V.; Hütter, U. & Leibing, C. (1982). Wohnbedingungen und Selbstversorgung im Alter. Zeitschrift für Gerontologie, 15, 150-157
- Germain, C.-B. (1991). Human behavior in the social environment: An ecological view. New York: Columbia University Press
- Giarchi, G. (1993). Research in the elderly in the rural areas of the United Kingdom. In: J. Howe (Hg.) (1993). Altenpflege auf dem Lande. Heidelberg: Asanger, 40-71
- Gitschmann, P. (1990). Reformperspektiven der Altenhilfe im ländlichen Raum. Neue Presse 5/1990, 405-416
- Glatzer, W. (1992). Die Lebensqualität älterer Menschen in Deutschland. Zeitschrift für Gerontologie, 25, 137-144
- Godkin, M.A.; Wolf, R.S. & Pillemer, K.A. (1989). A case comparison analysis of elderly abuse and neglect. International Journal of Aging and Human Development, 28, 207-225

- Görres, S. (1992a). Geriatrische Rehabilitation und Lebensbewältigung: Alltagsbezogene Faktoren im Rehabilitationsprozeß und in der Nachsorge chronisch kranker älterer Menschen. Weinheim: Juventa
- Görres, S. (1992b). Stationäre Rehabilitation und Nachsorge älterer Menschen. In: A. Mühlum & H. Oppl (Hrsg.) (1992). Handbuch der Rehabilitation. Rehabilitation im Lebenslauf und wissenschaftliche Grundlagen der Rehabilitation. Neuwied: Luchterhand, 401-423
- Görres, S.; Tschubar, H. & Maier-Baumgartner, H.P. (1991). Zur Bedeutung klinikinterner Erfolgskriterien in der geriatrischen Rehabilitation – Ergebnisse eines Nachsorgeprojekts zum Problem der Qualitätssicherung. *Rehabilitation*, 30, 63-68
- Golant, S. M. (1984). The effects of residential and activity behaviors on old people's environmental experiences. In: I. Altman; M.P. Lawton & F. Wohlwill (Eds.) (1984). Human behavior and environment. Advances in theory and research, Vol. 7. Elderly people and the environment. New York: Plenum Press, 239-278
- Gottlieb, B.H. (1991). Social support and family care of the elderly. *Canadian Journal of Aging*, 4, 359-375
- Graumann, C.F. (Hg.) (1978). Ökologische Perspektiven in der Psychologie. Bern: Huber
- Graumann, C.F. (1992). Alte Menschen in ihren Umwelten. In: A Niederfranke; U. Lehr; F. Oswald & G. Maier (Hrsg.) (1992). Altern in unserer Zeit. Beiträge der IV. und V. Gerontologischen Woche am Institut für Gerontologie Heidelberg. Wiesbaden: Quelle & Meyer, 94-102
- Graumann, C.F. & Kruse, L. (1995). Lebensraum – Die Mehrdeutigkeit seiner wissenschaftlichen Konstruktion. In: A. Kruse und R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.) (1995). Psychologie der Lebensalter. Darmstadt: Steinkopff, 45-52
- Gubrium, J. (1973). The myth of the golden years: A socio-environmental theory of aging. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas
- Gunzelmann, T. (1991). Problemsituation und Beratung von Angehörigen dementiell erkrankter älterer Menschen: Stand von Forschung und Praxis. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 4, 41-56
- Gunzelmann, T. & Oswald, W.D. (1990). Aspekte der Erhaltung von Kompetenz im Alter. Ein Überblick über Konzepte und Materialien. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 3, 25-42
- Häberle, H.; Schwarz, R. & Sonsa, U. (1982). Soziale Isolation älterer Menschen. In: G. Albrecht & M. Brusten (Hrsg.) (1982). Soziale Probleme und soziale Kontrolle. Beiträge zur sozialwissenschaftlichen Forschung, Bd. 29. Opladen: Westdeutscher Verlag, 25-37
- Haindl, E. (1988). Die Lebenssituation alter Menschen im ländlichen Raum. *Gesellschaftliche Integration und Lebensbedingungen. Informationen zur Raumentwicklung*, 1/2, 37-47

- Hannig, A.; Stemmer, K. & Link, L. (1996). Care-Management – Anspruch und Wirklichkeit. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.) (1996). Ein Jahr Pflegeversicherung. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, Thema-Nr. 119, 144-154
- Hasse, B.; Dittmann, B. & Mauthner, A. (1990). Die Wohnsituation im Alter. Selbständig leben. Forum Sozialstation, 14, 40-42
- Heidtmann, W. (1987). Strukturprobleme und soziale Brennpunkte im ländlichen Raum. Herausforderungen für die Sozialarbeit. Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 38, 131-140
- Heineken, E. & Spaeth, G. (1988). Situative und differentiell-psychologische Determinanten der Lebenszufriedenheit im höheren Lebensalter. Zeitschrift für Gerontologie, 21, 289-294
- Heinemann-Knoch, M.; De Rijek, J. & Schachter, Ch. (1985). Alltag im Alter. Über Hilfsbedürftigkeit und Sozialstationen. Frankfurt/M.: Campus
- Hendricks, J. & Leedham, C.A. (1991). Theories of aging: Implications for human services. In: K.H. Kim (Ed.) (1991). Serving the elderly. Skills for practice. New York: De Gruyter, 1-25
- Herlyn, U. (1990). Zur Aneignung von Raum im Lebenslauf. In: L. Bertels & U. Herlyn (Hrsg.) (1990). Lebenslauf und Raumerfahrung. Biographie und Gesellschaft, Bd. 9. Opladen: Leske + Budrich, 7-34
- Herzog, W. (1984). Modell und Theorie in der Psychologie. Göttingen: Hogrefe
- Hilbert, A. & Gauggel, S. (1996). Aspekte der Qualitätssicherung im Bereich der geriatrischen Rehabilitation: Eine selektive und kritische Bestandsaufnahme. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 9, 269-276
- Hirsch, R. (1995). Notwendigkeit einer geronto-psychiatrischen Rehabilitation. In: Hartmannbund und Arbeiterwohlfahrt (Hrsg.) (1995). Ambulante geriatrische Rehabilitation. Dokumentation der Fachtagung am 12.5.1995 in Ulm, 75-80
- Höhn, C. & Roloff, J. (1994). Die Alten der Zukunft – Bevölkerungsstatistische Datenanalyse. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 32. Stuttgart: Kohlhammer
- Hörl, J. & Rosenmayr, L. (1994). Gesellschaft, Familie, Altersprozeß. In: H. Reimann & H. Reimann (Hrsg.) (1994). Das Alter. Einführung in die Gerontologie (3. Auflage). Stuttgart: Enke, 75-108
- Hörlle, A. (1996). Leben mit dem ewigen Abschied. Zur Situation pflegender Angehöriger. Mainz: Grünwald Verlag
- Hogue, C. C. (1984). Falls and mobility in late life: An ecological model. Journal of the American Geriatrics Society, 32, 858-861

- Hooymann, N.R. & Kiyak, H.A. (1988). Social gerontology. A multidisciplinary perspective. Boston: Allyn and Bacon
- Horak, R. (1989). Jenseits der Altenpflege? Zwischenschritte, 8, 5-22
- Horgas, A.L.; Wahl, H.-W. & Baltes, M.M. (1996). Dependency in late life. In: L.L. Carstensen; B.A. Edelstein & L. Dornbrand (Eds.) (1996). The practical handbook of clinical gerontology. Thousand Oaks, Ca.: Sage, 54-75
- Horn, J.L. & Mcardle, J.J. (1980). Perspectives on mathematical / statistical model building (MASMOB) in research on aging. In: L.W. Poon (Ed.) (1980). Aging in the 1980s. Washington, D.C.: American Psychological Association, 503-541
- Howe, J. (1988). Bedingungen 'erfolgreichen' Alterns. In: J. Howe, u.a. (Hrsg.) (1988). Lehrbuch der psychologischen und sozialen Alternswissenschaft, Bd. 1: Grundlagen. Heidelberg: Asanger, 215-228
- Huber, S. (1983). Zum psychologischen Konstrukt der 'Zufriedenheit' – Meßansätze und Modellanalysen. Inaugural-Dissertation: Universität Mannheim
- Hughes, C.L.; Dunlop, D.; Edelman, P; Chang, R.W. & Singer, R.H. (1994). Impact of joint impairment on longitudinal disability in elderly persons. Journal of Gerontology: Social Sciences, 49, 6, S291-S300.
- Hunt, M.E. (1991). The design of supportive environments for older people. Journal of Housing for the Elderly, 9, 127-140
- Infratest Sozialforschung (1991). Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung. Ergebnisse der Testerhebung (Zweiter Zwischenbericht). München: Infratest Sozialforschung GmbH.
- Infratest Sozialforschung; Sinus & Horst Becker (1991). Die Älteren. Zur Lebenssituation der 55 bis 70jährigen. Bonn: J.H.W. Dietz Nachf. GmbH.
- Ittelson, W.H.; Prohansky, H.M.; Rivlin, L.G. & Winkel, G.H. (1977). Einführung in die Umweltpsychologie. Stuttgart: Klett
- Jackson, D.J.; Longino, C.F., Jr.; Zimmerman, R.S. & Bradsher, J.E. (1991). Environmental adjustments to declining functional ability: Residential mobility and living arrangements. Research on Aging, 13, 289-309.
- Jäckel, M. (1992). Wohnen im Alter – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Zeitschrift für Gerontologie, 25, 325-330
- Jansen, B.; Köhler-Enders, C. & Radebold, H. (1993). Ist-Analyse für den Landkreis Kassel. Kassel: Universität / Gesamthochschule – ASG.

- Jansen, B. & Radebold, H. (1994). Das Modellprojekt 'Länderübergreifende Verbesserung und Weiterentwicklung ambulanter Pflege im ländlichen Raum'. In: F. Karl & R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.) (1994). Soziale Gerontologie – Wissenschaft und Praxis. Kassel: Kasseler Gerontologische Schriften, Bd. 15, 265-293
- Johnson, M. (1993). Dependency and interdependency. In: J. Bond; P. Coleman & S. Peace (Eds.) (1993). Ageing in society. An introduction to social gerontology (2nd edition). London: Sage, 255-279
- Jöreskog, D.G. (1971). Simultaneous factor analysis in several populations. *Psychometrika*, 36, 409-426
- Judge, J.O.; Schechtman, K.; Cress, E. & The FICSIT Group (1996). The relationship between physical performance measures and independence in instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44, 1332-1341
- Jüttemann, G. (Hg.) (1990a). Komparative Kasuistik. Heidelberg: Asanger
- Jüttemann, G. (1990b). Komparative Kasuistik als klinisch-psychologische Praxiskontrolle. In: G. Jüttemann (Hg.) (1990). Komparative Kasuistik. Heidelberg: Asanger, 43-48
- Jüttemann, G. (1995). Alternative Psychologie auf empirisch-geisteswissenschaftlicher Grundlage. In: A. Kruse & R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.) (1995). Psychologie der Lebensalter. Darmstadt: Steinkopff, 33-44
- Kahana, E.; Kahana, B. & Riley, K. (1989). Person-environment transactions relevant to control and helplessness in institutional settings. In: P.S. Fry (Ed.) (1989). Psychological perspectives of helplessness and control in the elderly. *Advances in Psychology*, Nr. 57. Amsterdam: North-Holland, 121-153
- Kahana, E.; Liang, J. & Feltson, B.J. (1980). Alternative models of person-environment fit: Prediction of morale in three homes for the aged. *Journal of Gerontology*, 35, 584-595
- Kaiser, H.J. (1991). Altern als offenes Problem und die Rolle gesellschaftlicher Lebensformen. Thesen zu einer angewandten sozialen Gerontologie. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 4, 169-180
- Kaminski, G. (1976) (Hg.) Umweltpsychologie. Stuttgart: Klett
- Kaminski, G. (1978). Behavior and environment: Ökologische Fragestellung in der Allgemeinen Psychologie. In: C.F. Graumann (Hg.) (1978). Ökologische Perspektiven in der Psychologie. Bern: Huber, 83-97
- Kaminski, G. (1987). Ecologically oriented conceptualizations in environment-behavior design research. General theoretical considerations and recent development. Tübingen: Berichte aus dem Psychologischen Institut der Universität Tübingen, Nr. 23
- Kaminski, G. (1988). Is the development of a psychological ecology useful and possible? Tübingen: Berichte aus dem Psychologischen Institut der Universität Tübingen, Nr. 28

- Kaminski, G. (1989). Das Alltagsleben in städtischen Lebensräumen unter ökologisch-psychologischer Perspektive. Tübingen: Berichte aus dem Psychologischen Institut der Universität Tübingen, Nr. 29
- Kaminski, G. (1992). Ein ökopsychologisches Forschungsprogramm und sein Umfeld: Versuch einer Evaluation. Tübingen: Berichte aus dem Psychologischen Institut der Universität Tübingen, Nr. 34
- Kardorff, E.v. (1989). Ambulante Versorgungsalternativen für hilfe- und pflegebedürftige alte Menschen. In: E.v. Kardorff & H. Oppl (Hrsg.) (1989). Sozialarbeit für und mit alten Menschen. München: Minerva, 113-131
- Karl, F. (1993). Strukturwandel des Alters und Handlungspotentiale. In: G. Naegele & H.P. Tews (Hrsg.) (1993). Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Opladen: Westdeutscher Verlag, 259-272
- Karl, F. (1996). Performanz im Kontext. Plurales und polares Alter im Quer- und Längsschnitt. Ein Beitrag zur Sozialen Gerontologie. Universität/Gesamthochschule Kassel: Habilitationsschrift
- Karle, S. & Link, L. (1998). Mobile ambulante geriatrische Rehabilitation im Landkreis Marburg-Biedenkopf. Zwischenbericht: Januar 1997 bis Oktober 1997. Marburg: Diakonie-Krankenhaus Wehrda
- Karle, S.; Link, L.; Schindler, H. & Schlichting, R. (1997). Mobile ambulante geriatrische Rehabilitation im Landkreis Marburg-Biedenkopf. Projektbericht: 1993 bis 1996. Marburg: Landkreis Marburg-Biedenkopf
- Kempen, G.I. & Suurmeijer, T.D. (1990). The development of a hierarchical polychtonous ADL-IADL scale for noninstitutionalized elders. *Gerontologist*, 30, 497-502
- Kiernat, J.M. (1982). Environment: The hidden modality. Physical and occupational therapy in geriatrics, 2, 3-12
- Klein Altman, H. (1994). Aging in place: Adjusting to late life changes. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9, 153-168
- Kleinemas, U. (1994). Rehabilitationspotentiale im Alter. Kompetenz, Performanz und Selbständigkeit. Aachen: Shaker
- Kosberg, J.I. & Cairl, R.E. (1986). The cost of care index. A case management tool for screening informal care providers. *Gerontologist*, 26, 273-278
- Kosberg, J.I.; Cairl, R.E. & Keller, D.M. (1990). Components of burden: Interventive implications. *Gerontologist*, 30, 236-242
- Kovar, M.G. & Lawton, M.P. (1994). Functional disability: Activities and instrumental activities of daily living. In: M.P. Lawton & J.A. Teresi (Eds.) (1994). Annual review of gerontology and geriatrics, Vol. 14. New York: Springer, 57-75

- Kruse, A. (1987a). Familiäre Hilfeleistungen – eine kritische Analyse des Begriffs der ‘Pflegebedürftigkeit’. *Zeitschrift für Gerontologie*, 20, 283-291
- Kruse, A. (1987b). Kompetenzerhaltung, Kompetenzsteigerung und Kompetenzwiedergewinnung im Alter. In: A. Kruse; U. Lehr & C. Rott (Hrsg.) (1987). *Gerontologie: Eine interdisziplinäre Wissenschaft. Beiträge zur I. Gerontologischen Woche*, Heidelberg, 9.6.-13.6.1986. München: Bayerischer Monatsspiegel Verlagsgesellschaft, 343-412
- Kruse, A. (1988). Gerontologische Aspekte und theologische Fragestellungen. In: A. Kruse; U. Lehr; F. Oswald & C. Rott (Hrsg.) (1988). *Gerontologie: Wissenschaftliche Erkenntnisse und Folgerungen für die Praxis. Beiträge zur II. Gerontologischen Woche*, Heidelberg, 16.-23.6.1987. München: Monatsspiegel Verlagsgesellschaft, 466-500
- Kruse, A. (1989a) Rehabilitation in der Gerontologie – Theoretische Grundlagen und empirische Forschungsergebnisse. In: C. Rott & F. Oswald (Hrsg.) (1989). *Kompetenz im Alter. Beiträge zur III. Gerontologischen Woche* Heidelberg, 2.5. - 6.5.1988, Vaduz: Liechtenstein Verlag, 81-110
- Kruse, A. (1989b) Wohnen im Alter – Beiträge aus der Gerontologie. In: C. Rott & F. Oswald (Hrsg.) (1989). *Kompetenz im Alter. Beiträge zur III. Gerontologischen Woche* Heidelberg, 2.5. - 6.5.1988, Vaduz: Liechtenstein Verlag, 286-315
- Kruse, A. (1990). Psychologisch-anthropologische Beiträge zum Verständnis des Alternsprozesses. In: R. Schmitz-Scherzer; A. Kruse & E. Olbrich (Hrsg.) (1990). *Altern – Ein lebenslanger Prozeß der sozialen Interaktion*. Darmstadt: Steinkopff, 29-42
- Kruse, A. (1991a). Altern zwischen Hoffnung und Verzicht. Prävention, Rehabilitation, Irreversibilität – Versuch einer Zusammenfassung. In: R.-M. Schütz; R. Schmidt & H.P. Tews (Hrsg.) (1991). *Altern zwischen Hoffnung und Verzicht*. Lübeck: Medizinischer Universitätsverlag, 176-193
- Kruse, A. (1991b). Kongressbericht: Altern zwischen Hoffnung und Verzicht. Prävention, Rehabilitation, Irreversibilität. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 4, 57-71
- Kruse, A. (1991c). Zum Verständnis des Alternsprozesses aus psychologisch-anthropologischer Sicht. In: W.D. Oswald & U. Lehr (Hrsg.) (1991). *Altern. Veränderung und Bewältigung*. Bern: Huber, 149-170
- Kruse, A. (1992a). Altersfreundliche Umwelten : Der Beitrag der Technik. In: P.B. Baltes & J. Mittelstrass (Hrsg.) (1992). *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. Berlin: De Gruyter, 668-694
- Kruse, A. (1992b). Das Rehabilitationspotential älterer Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie*, 25, 231-237

- Kruse, A. (1992c). Formen des Alterns. Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. In: A. Niederfranke; U. Lehr; F. Oswald & G. Maier (Hrsg.) (1992). Altern in unserer Zeit. Beiträge der IV. und V. Gerontologischen Woche am Institut für Gerontologie Heidelberg. Wiesbaden: Quelle & Meyer, 39-50
- Kruse, A. (1992d). Rehabilitation in der Gerontologie – Theoretische Grundlagen und empirische Forschungsergebnisse. In: A. Mühlum & H. Oppl (Hrsg.) (1992). Handbuch der Rehabilitation. Rehabilitation im Lebenslauf und wissenschaftliche Grundlagen der Rehabilitation. Neuwied: Luchterhand, 333-356
- Kruse, A. (1993). Geriatrische Rehabilitation: Zusammenfassung und Ausblick. In: A. Niederfranke (Hg.) (1993). Fragen geriatrischer Rehabilitation. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 21. Stuttgart: Kohlhammer, 189-216
- Kruse, A. (1994). Die psychische und soziale Situation pflegender Frauen. Beiträge aus empirischen Untersuchungen. Zeitschrift für Gerontologie, 27, 42-51
- Kruse, A. (1995). Das geriatrische Team in der ambulanten (mobilen) Rehabilitation. Ergebnisse aus einer Längsschnittstudie zu Effekten der ambulanten Rehabilitation. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 28, 104-112
- Kruse, A. & Kruse, W. (1990). Ambulante Rehabilitation älterer Patienten. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 66, 677-686
- Kruse, A.; Lehr, U.; Oswald, F. & Rott, C. (Hrsg.) (1988). Gerontologie – Wissenschaftliche Erkenntnisse und Folgerungen für die Praxis. Beiträge zur II. Gerontologischen Woche, Heidelberg, 18.6. - 23.6.1987. München: Bayerischer Monatsspiegel Verlagsgesellschaft.
- Kruse, A.; Lehr, U. & Rott, C. (Hrsg.) (1987). Gerontologie: Eine interdisziplinäre Wissenschaft. Beiträge zur I. Gerontologischen Woche, Heidelberg, 9.6.-13.6.1986. München: Bayerischer Monatsspiegel Verlagsgesellschaft.
- Kruse, A. & Schmitt, E. (1995a). Die psychische Situation hilfs- und pflegebedürftiger älterer Menschen. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 8, 273-287
- Kruse, A. & Schmitt, E. (1995b). Formen der Selbständigkeit in verschiedenen Altersgruppen: Empirische Analyse und Deskription der Aktivitätsprofile. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 8, 227-236
- Kruse, A. & Schmitz-Scherzer, R. (1995). Psychologie der Lebensalter. Darmstadt: Steinkopff
- Kruse, L. (1974). Räumliche Umwelt. Die Phänomenologie des räumlichen Verhaltens als Beitrag zu einer psychologischen Umwelttheorie. Berlin: De Gruyter
- Kruse, L. (1978). Ökologische Fragestellungen in der Sozialpsychologie. In: C.F. Graumann (Hg.). Ökologische Perspektiven in der Psychologie. Bern: Huber, 171-188

- Kruse, L. (1988). Die Umwelt als gesellschaftliches Konstrukt: Natur, Oikos, Milieu, Soziotop. In: Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg (Hg.) (1988). Ökologie: Krise, Bewußtsein, Handeln. (Sammelband der Vorträge des Studium Generale im WS 1987/88). Heidelberg: Universitätsdruck, 75-87
- Kruse, L. (1991). Privatheit als öffentliches Problem. In: M. Herzog & C.F. Graumann (Hrsg.) (1991). Sinn und Erfahrung. Phänomenologische Methoden in den Humanwissenschaften. Heidelberg: Asanger, 197-210
- Kruse, L. & Graumann, C.F. (1987). Environmental psychology in Germany. In: D. Stokols & I. Altman (Eds.) (1987). Handbook of environmental psychology, Vol. 2. New York: Wiley & Sons, 1195-1225
- Kruse, L.; Graumann, C.F. & Lantermann, E.-D. (Hrsg.). (1990a). Ökologische Psychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. München: Psychologie Verlags Union
- Kruse, L.; Graumann, C.F. & Lantermann, E.-D. (1990b). Ökologische Psychologie: Zur Einführung. In: L. Kruse; C.F. Graumann & E.-D. Lantermann (Hrsg.) (1990). Ökologische Psychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. München: Psychologie Verlags Union, 3-13
- Kühnert, S. & Niederfranke, A. (1993). Sind gerontologische Theorien nützlich zur Erklärung sozialstruktureller Altersveränderungen? In: G. Naegele & H.P. Tews (Hrsg.) (1993). Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Opladen: Westdeutscher Verlag, 82-99
- La Gory, M. & Fitzpatrick, K. (1992). The effects of environmental context on elderly depression. Journal of Aging and Health, 4, 459-479
- Lang, A. (1988). Die kopernikanische Wende steht in der Psychologie noch aus! Hinweise auf eine ökologische Entwicklungspsychologie. Schweizer Zeitschrift für Psychologie, 47, 93-108
- Lang, E. (1994). Altern – Alterskrankheiten – Gerontoprophylaxe. In: H. Reimann & H. Reimann (Hrsg.) (1994). Das Alter. Einführung in die Gerontologie (3. Auflage). Stuttgart: Enke, 282-318
- Langen, I. & Schlichting, R. (Hrsg.) (1992). Altern und Altenhilfe auf dem Lande. München: Minerva.
- Langer, E. & Benevento, A. (1978). Self-induced dependence. Journal of Personality and Social Psychology, 36, 886-893
- Lantermann, E.-D. (1978). Situation x Person: Interindividuelle Differenzen des Verhaltens als Folge und Ursache idiosynkratischer Konstruktion von Situationen. In: C.F. Graumann (Hg.) (1978). Ökologische Perspektiven in der Psychologie. Bern: Huber, 143-160
- Lawton, M.P. (1970). Assessment, integration, and environments for older people. Gerontologist, 10, 38-46

- Lawton, M.P. (1979). Therapeutic environments for the aged. In: D. Canter & S. Canter (Eds.) (1979). Designing for therapeutic environments. A review of research. New York: Wiley & Sons, 233-276
- Lawton, M.P. (1980). Environment and aging. Monterey: Brooks / Cole.
- Lawton, M.P. (1981). An ecological view of living arrangements. *Gerontologist*, 21, 59-66
- Lawton, M.P. (1982). Competence, environmental press, and adaptation of older people. In: M.P. Lawton; P.G. Windley & T.O. Byerts (Eds.) (1982). Aging and the environment. Theoretical approaches. New York: Springer, 33-59
- Lawton, M.P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*, 23, 349-357
- Lawton, M.P. (1985). The elderly in context. Perspectives from environmental psychology and gerontology. *Environment and Behavior*, 17, 501-519
- Lawton, M.P. (1986). Methods in environmental research with older people. In: R.B. Bechtel; R.W. Marans & W. Michelson (Eds.) (1986). Methods in environmental and behavior research. New York: Van Nostrand Reinhold, 337-360
- Lawton, M.P. (1987). Environment and need satisfaction of the aging. In: L.L. Carstensen & B.A. Edelstein (Eds.) (1987). Handbook of clinical gerontology. Oxford: Pergamon Press, 33-42
- Lawton, M.P. (1988). Three functions of the residential environment. Special Issue: Lifestyles and housing of older adults: The Florida experience. *Journal of Housing for the Elderly*, 5, 35-50
- Lawton, M.P. (1990). The impact of the environment on aging and behavior. In: J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.) (1990). Handbook of the psychology of aging. (3rd edition). New York: Van Nostrand Reinhold, 276-301
- Lawton, M.P.; Altman, I. & Wohlwill, J.F. (1984). Dimension of environment-behavior research. Orientations to place, design, process, and policy. In: I. Altman; M.P. Lawton & J.F. Wohlwill (Eds.) (1984). Human behavior and environment. Advances in theory and research, Vol. 7. Elderly people and the environment. New York: Plenum Press, 1-16
- Lawton, M.P. & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186
- Lawton, M.P.; Brody, E.M. & Saperstein, A.R. (1990). Social, behavioral and environmental issues. In: S.J. Brody & G. Pawlson (Eds.) (1990). Aging and rehabilitation II: The state of practice. New York: Springer, 133-149
- Lawton, M.P.; Brody, E.M. & Turner-Massey, P. (1978). The relationship of environmental factors to changes in well-being. *Gerontologist*, 18, 133-137

- Lawton, M.P. & Cohen, J. (1974). The generality of housing impact on the well-being of older people. *Journal of Gerontology*, 29, 194-204
- Lawton, M.P.; Kleban, N.H.; Moss, M.; Rovine, M. & Glicksman, A. (1989). Measuring care-giving appraisal. *Journal of Gerontology*, 44, 61-71
- Lawton, M.P. & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In: C. Eisdorfer & M.P. Lawton (Eds.) (1973). *The psychology of adult development and aging*. Washington, D.C.: American Psychological Association, 619-674
- Lawton, M.P. & Teresi, J.A. (Eds.) (1994). *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, Vol. 14. New York: Springer
- Lawton, M.P.; Windley, P.G. & Byerts, T.O. (Eds.) (1982). *Aging and the environment: Theoretical approaches*. New York: Springer
- Lee, G.R. & Lassey, M. (1980). Rural-urban differences among the elderly. *Journal of Social Issues*, 36, 62-74
- Lehr, U. (Hg.) (1979). *Interventionsgerontologie*. Darmstadt: Steinkopff
- Lehr, U. (1987). Gerontologie: eine interdisziplinäre Wissenschaft. In: A. Kruse; U. Lehr & C. Rott (Hrsg.) (1987). *Gerontologie: Eine interdisziplinäre Wissenschaft. Gerontologie: Eine interdisziplinäre Wissenschaft. Beiträge zur I. Gerontologischen Woche*, Heidelberg, 9.6.-13.6.1986. München: Bayerischer Monatsspiegel Verlagsgesellschaft, 4-18
- Lehr, U. (1988). 30 Jahre Gerontologie: Rückblick und Ausblick. In: A. Kruse; U. Lehr; F. Oswald & C. Rott (Hrsg.) (1988). *Gerontologie: Wissenschaftliche Erkenntnisse und Folgerungen für die Praxis. Beiträge zur II. Gerontologischen Woche*, Heidelberg, 18.-23.6.1987. München: Bayerischer Monatsspiegel Verlagsgesellschaft, 1-22
- Lehr, U. (1989a). Erfolgreiches Alter – Einführung. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 2, 2-4
- Lehr, U. (1989b). Kompetenz im Alter. Beiträge aus gerontologischer Forschung und Praxis. In: C. Rott & F. Oswald (Hrsg.) (1989). *Kompetenz im Alter. Beiträge zur III. Gerontologischen Woche* Heidelberg, 2.5. - 6.5.1988, Vaduz: Liechtenstein Verlag, 1-14
- Lehr, U. (1990). Potentiale im Alter – auch ein Aufgabengebiet der Politik. *Zeitschrift für Gerontologie*, 23, 288-292
- Lehr, U. (1991). Sozialpolitische Aspekte des Alterns aus der Sicht der Bundesministerin für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit. In: W.D. Oswald & U. Lehr (Hrsg.) (1991). *Altern. Veränderung und Bewältigung*. Bern: Huber, 171-184
- Lehr, U. (1993). Erkenntnisse psychologischer Grundlagenforschung für Prävention und Rehabilitation im Alter. In: A. Niederfranke (Hg.) (1993). *Fragen geriatrischer Rehabilitation. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren*, Bd. 21. Stuttgart: Kohlhammer, 39-46

- Lehr, U. (1994). Psychologische Aspekte des Alterns. In: H. Reimann & H. Reimann (Hrsg.). Das Alter: Einführung in die Gerontologie (3. Auflage). Stuttgart: Enke, 202-229
- Lehr, U. & Thomae, H. (1987). Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA). Stuttgart: Enke
- Lehr, U. & Thomae, H. (1991). Alltagspsychologie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Levy, S.M.; Derogatis, L.R.; Gallagher, D. & Gatz, M. (1980). Intervention with older adults and the evaluation of outcome. In: L.W. Poon (Ed.) (1980). Aging in the 1980s. Washington, D.C.: American Psychological Association, 41-64
- Linden, M.; Gilberg, R.; Horgas, A.L. & Steinhagen-Thiessen, E. (1996). Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter. In: K.U. Mayer & P.B. Baltes (Hrsg.) (1996). Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag 475-496
- Link, L. & Schlichting, R. (1996). Mobile Rehabilitation – komplexe Versorgung zu Hause. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.) (1996). Ein Jahr Pflegeversicherung. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, Thema-Nr. 119, 133-143
- Link, L. & Toenies, U. (1995). Belastungsfaktoren pflegender Angehöriger. Vortrag zur 42. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM), 2.-4. März 1995 in Jena
- Little, B.R. (1987). Personality and the environment. In: D. Stokols & I. Altman (Eds.) (1987) Handbook of environmental psychology, Vol. 1. New York: Wiley & Sons, 205-244
- Lowy, L. (1986). The implication of demographic trends as they affect the elderly. Journal of Geriatric Psychiatry, 19, 149-174
- Marans, R.W.; Hunt, M.E. & Vakalo, K.L. (1984). Retirement communities. In: I. Altman; M.P. Lawton & J.F. Wohlwill (Eds.) (1984). Human behavior and environment. Advances in theory and research, Vol. 7. Elderly people and the environment. New York: Plenum Press, 57-94
- Marsiske, M.; Delius, J.; Maas, I.; Lindenberger, U.; Scherer, H. & Tesch-Römer, C. (1996). Sensorische Systeme im Alter. In: K.U. Mayer & P.B. Baltes (Hrsg.) (1996). Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, 379-404
- Maslow, A.H. (1973). Psychologie des Seins. München: Kindler
- Mayer, K.U. & Baltes, P.B. (Hrsg.) (1996). Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag
- Mayer, K.U.; Baltes, P.B.; Baltes, M.M. u.a. (1996). Wissen über das Alter(n). Eine Zwischenbilanz der Berliner Altersstudie. In: K.U. Mayer & P.B. Baltes (Hrsg.) (1996). Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, 599-634

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände (1997). Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit. Essen: MDS

Meier-Baumgartner, H.P.; Nerenheim-Duscha, I. & Görres, S. (1992). Die Effektivität von Rehabilitation bei älteren Menschen unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer Komponenten bei ambulanter, teilstationärer und stationärer Betreuung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 12.2. Stuttgart: Kohlhammer.

Mellor, K.S. & Edelmann, R.J. (1988). Mobility, social support, loneliness and well-being amongst two groups of older adults. *Personality and Individual Differences*, 9, 1-5

Minnemann, E. (1992). Soziale Beziehungen älterer Menschen. In: A. Niederfranke; U. Lehr; F. Oswald & G. Maier (Hrsg.) (1992). Altern in unserer Zeit. Beiträge der IV. und V. Gerontologischen Woche am Institut für Gerontologie Heidelberg. Wiesbaden: Quelle & Meyer, 139-150

Mittag, K. (1983). Zur Typologie und Differentialdiagnostik der Pflegebedürftigkeit. *Zeitschrift für Gerontologie*, 16, 216-221

Mittelstrass, J.; Baltes, P.B.; Gerok, W.; Häfner, H.; Helmchen, H.; Kruse, A.; Mayer, K.U.; Staudinger, U.; Steinhagen-Thiessen, E. & Wagner, G. (1992). Wissenschaft und Altern. In: P.B. Baltes und J. Mittelstrass (Hrsg.) (1992). Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin: De Gruyter, 695-720

Mogel, H. (1984). Ökopsychologie. Stuttgart: Kohlhammer

Mogel, H. (1990). Umwelt und Persönlichkeit. Göttingen: Hogrefe

Moos, R.H. (1974). Systems for the assessment and classification of human environments: An overview. In: R.H. Moos & P.M. Insel (Eds.) (1974). Issues in social ecology. Human milieus. Palo Alto: National Press Books, 5-28

Moos, R.H. (1976). The human context. Environmental determinants of behavior. New York: Wiley & Sons.

Moos, R.H. (1980). Specialized living environments for older people: A conceptual framework for evaluation. *Journal of Social Issues*, 36, 75-94

Moos, R.H. & Insel, P.M. (1974). Issues in social ecology. Human milieus. Palo Alto: National Press Books

Moos, R.H. & Lemke, S. (1984). Supprtive residential settings for older people. In: I. Altman; M.P. Lawton & J.F. Wohwill (Eds.) (1984). Human behavior and environment. Advances in theory and research, Vol. 7. Elderly people and the environment. New York: Plenum Press, 159-190

Moos, R.H. & Lemke, S. (1996). Evaluating residential facilities, Thousand Oaks: Sage

- Mosqueda, L. (1993). Assessment of rehabilitation potential. *Geriatric Rehabilitation*, 9, 689-703
- Mosqueda, L. (1996). Geriatric rehabilitation. In: L.L. Carstensen; B.A. Edelstein & L. Dornbrand (Eds.) (1996). *The practical handbook of clinical gerontology*. Thousand Oaks: Sage, 468-480
- Muchow, M. & Muchow, H. (1935). *Der Lebensraum des Großstadtkindes*. Hamburg: Riegel
- Mühlum, A. (1989). Alter(n) in Familie und Gesellschaft. Professionelle Hilfen durch Sozialarbeit. In: E.v. Kardorff & H. Oppl (Hrsg.) (1989). *Sozialarbeit für und mit alten Menschen*. München: Minerva, 25-48
- Mühlum, A. & Oppl, H. (Hrsg.) (1992). *Handbuch der Rehabilitation. Rehabilitation im Lebenslauf und wissenschaftliche Grundlagen der Rehabilitation*. Neuwied: Luchterhand
- Müller, R.O. (1996). *Basic principles of structural equation modeling. An introduction to LISREL and EQS*. New York: Springer
- Mutran, E. (1989). An example of structural modeling in multiple-occasion research. In: M.P. Lawton & A.R. Herzog (Eds.) (1989). *Special research methods for gerontology*. Amityville, NY: Baywood Publishing, 265-280
- Naegele, G. & Tews, H.P. (Hrsg.) (1993). *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters*. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Nesselroade, J.R. (1990). Issues in studying developmental change in adults from a multivariate perspective. In: J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.) (1990). *Handbook of the psychology of aging*. (3rd edition). New York: Van Nostrand Reinhold, 59-69
- Nesselroade, J.R. & Reese, H.W. (1973). *Life-span developmental psychology: Methodological issues*. New York: Academic Press.
- Neugarten, B.L. & Havighurst, R.J. (1969). Disengagement reconsidered in a cross-national context. In: R.J. Havighurst; J.M. Munnichs; B.L. Neugarten & H. Thomae (Eds.) (1969). *Adjustment to retirement*. Assen: Van Gorden & Comp., 138-146
- Neugarten, B.L.; Havighurst, R.J. & Tobin, S.S. (1968). Personality and patterns of aging. In: B.L. Neugarten (Ed.) (1968). *Middle age and aging*. Chicago: University of Chicago Press, 173-177
- Neumann, E.-M. (1986). „Ich danke Ihnen, daß ich das allein machen durfte!“ Modifizierbarkeit von Unselbständigkeit bei Altenheimbewohnern. Eine Interventionsstudie mit Pflegekräften. Dissertation: Freie Universität Berlin
- Niederfranke, A. (Hg.) (1993). *Fragen geriatrischer Rehabilitation*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 21. Stuttgart: Kohlhammer

- Niederfranke, A. (1993). Geriatrische Rehabilitation. Grundgedanken zum Symposium. In: A. Niederfranke (Hg.) (1993). Fragen geriatrischer Rehabilitation. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 21. Stuttgart: Kohlhammer, 3-10
- Niederfranke, A.; Lehr, U.; Oswald, F. & Maier, G. (Hrsg.) (1992). Altern in unserer Zeit. Beiträge der IV. und V. Gerontologischen Woche am Institut für Gerontologie Heidelberg. Wiesbaden: Quelle & Meyer
- Nühlen-Graab, M. (1990). Philosophische Grundlagen der Gerontologie. Heidelberg: Quelle & Meyer.
- Nyman, J.A.; Sen, A.; Chan, B.Y. & Commins, P.P. (1991). Urban/rural differences in home health patients and services. *Gerontologist*, 31, 457-466
- Olbrich, E. (1987). Kompetenz im Alter: Ergebnisse gerontologischer Forschung zur Begründung von Intervention. In: A. Kruse; U. Lehr und C. Rott (Hrsg.) (1988). Gerontologie: Eine interdisziplinäre Wissenschaft. Beiträge zur I. Gerontologischen Woche, Heidelberg, 9.6.-13.6.1986. München: Bayerischer Monatsspiegel Verlagsgesellschaft, 54-76
- Olbrich, E. (1989a). Erfolgreiches Altern aus funktionalistischer und interpretativer Perspektive. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 2, 314-318
- Olbrich, E. (1989b). Kompetentes Verhalten älterer Menschen – epochale Aspekte. In: C. Rott & F. Oswald (Hrsg.) (1989). Kompetenz im Alter. Beiträge zur III. Gerontologischen Woche Heidelberg, 2.5. - 6.5.1988, Vaduz: Liechtenstein Verlag, 32-61
- Olbrich, E. (1990). Zur Förderung von Kompetenz im höheren Lebensalter. In: R. Schmitz-Scherzer; A. Kruse & E. Olbrich (Hrsg.) (1990). Altern – Ein lebenslanger Prozeß der sozialen Interaktion. Darmstadt: Steinkopff, 7-28
- Olbrich, E. (1991a). Ansichten über Altern im historischen Wandel. In: W.D. Oswald & U. Lehr (Hrsg.) (1991). Altern. Veränderung und Bewältigung. Bern: Huber, 11-27
- Olbrich, E. (1991b). Prävention, Rehabilitation, Irreversibilität. Psychologische Beiträge zur Entwicklung, Erhaltung und Stärkung von Kompetenz im Alter. In: R.-M. Schütz; R. Schmidt & H.P. Tews (Hrsg.) (1991). Altern zwischen Hoffnung und Verzicht. Lübeck: Medizinischer Universitätsverlag, 144-155
- Olbrich, E. (1995). Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung im Alter. Einführung und Überblick. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 8, 183-198
- Olbrich, E. (1996). Menschengerechte Umweltgestaltung. Schnittstelle zwischen Person und Umgebung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39, 257-266
- Olbrich, E. & Diegritz, U. (1995). Das Zusammenwirken von Person- und Umweltfaktoren im Alltag: Eine kritische Diskussion von Aktivitäten des täglichen Lebens und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 8, 199-212

- Olbrich, E. & Pöhlmann, K. (1995). Prozeß und Interaktion in der Persönlichkeits- und Entwicklungspsychologie. In: A. Kruse & R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.) (1995). Psychologie der Lebensalter. Darmstadt: Steinkopff, 81-92
- Ory, M.G.; Abeles, R.P. & Lipman, P.D. (Eds.) (1992). Aging, health, and behavior. Newbury Park: Sage
- Ory, M.G.; Abeles, R.P. & Lipman, P.D. (1992). Introduction: An overview of research on aging, health and behavior. In: M.G. Ory; R.P. Abeles & P.D. Lipman (Eds.) (1992). Aging, health, and behavior. Newbury Park: Sage, 1-23
- Ostermann, K. (1988). Rehabilitation in der Geriatrie. Kassel: Universität / Gesamthochschule, ASG – Publikationen.
- Oswald, F. (1991). Der Altenbericht der Bundesregierung. Zeitschrift für Gerontologie, 24, 235-239
- Oswald, F. (1992). Der Erste Altenbericht der Bundesregierung. In: A. Niederfranke; U. Lehr; F. Oswald & G. Maier (Hrsg.) (1992). Altern in unserer Zeit. Beiträge der IV. und V. Gerontologischen Woche am Institut für Gerontologie Heidelberg. Wiesbaden: Quelle & Meyer, 362-372
- Oswald, F. (1994). Zur Bedeutung des Wohnens im Alter bei gesunden und gehbeeinträchtigten Personen. Zeitschrift für Gerontologie, 27, 355-365
- Oswald, F. (1996). Hier bin ich zu Hause. Zur Bedeutung des Wohnens: Eine empirische Studie mit gesunden und gehbehinderten Älteren. Beiträge zur Gerontologie, Bd. 6. Regensburg: Roderer
- Oswald, F. & Thomae, H. (1989) Reaktionsformen auf erlebte Belastung durch die Wohnsituation. In: C. Rott & F. Oswald (Hrsg.) (1989). Kompetenz im Alter. Beiträge zur III. Gerontologischen Woche Heidelberg, 2.5. - 6.5.1988, Vaduz: Liechtenstein Verlag, 316-330
- Oswald, W. D. (1991). Möglichkeiten und Grenzen psychologischer Intervention (Prävention und Rehabilitation). In: R.-M. Schütz; R. Schmidt & H.P. Tews (Hrsg.) (1991). Altern zwischen Hoffnung und Verzicht. Lübeck: Medizinischer Universitätsverlag, 156-165
- Oswald, W.D. & Lehr, U. (Hrsg.) (1991). Altern. Veränderung und Bewältigung. Bern: Huber
- Oswald, W.D.; Rupprecht, R.; Hagen, B.; Fleischmann, E.M.; Lang, E.; Baumann, H.; Steinwachs, K.C.; Stosberg, M. & Gunzelmann, T. (1996). Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebens-Alter (SIMA) – Teil IV: Ergebnisse nach der einjährigen Interventionsphase. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 9, 107-144
- Overton, W.F. & Reese, H.W. (1973). Models of development: Methodological implications. In: J.R. Nesselroade & H.W. Reese (Eds.) (1973). Life-span developmental psychology: Methodological issues. New York: Academic Press, 65-86

- Parr, J. (1980). The interaction of persons and living environments. In: L.W. Poon (Ed.) (1980). Aging in the 1980s. Washington, D.C.: American Psychological Association, 393-406
- Pastalan, L.A. & Pawlson, L.G. (1985). Importance of physical environment for older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 33, 874
- Patterson, R. (1987). Family management of the elderly. In: L.L. Carstensen & B.A. Edelstein (Eds.) (1987). *Handbook of clinical gerontology*. Oxford: Pergamon Press, 267-276
- Paul, W.; Bansemir, G. & Kühne, K.-D. (1989). Soziale Faktoren in der Gerontologie. *Zeitschrift für Altersforschung*, 44, 133-139
- Petzold, C. & Petzold, H.G. (Hrsg.) (1992). *Die Lebenswelten alter Menschen*. Hannover: Vincentz
- Pfingstmann, G. & Baumann, U. (1987). Untersuchungsverfahren zum Sozialen Netzwerk und zur Sozialen Unterstützung: Ein Überblick. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 8, 75-98
- Pöhlmann, K. & Hofer, J. (1995). Umwelt- und somatische Faktoren: Auswirkungen auf Hilfe- und Pflegebedarf bei älteren Menschen und die Struktur der instrumentellen Unterstützung. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 8, 213-226
- Pöschl, R. (1991). Der alte Mensch und sein Lebensraum. In: M.-L. Birk; G. Knoll; B. Krauss; B. Steinacker & G. Uhlmann (Hrsg.) (1991). *Gerontopsychiatrie und Altenarbeit II*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, 156-164
- Poon, L.W. (Ed.) (1980). Aging in the 1980s. Washington, D.C.: American Psychological Association
- Pratt, C.L.; Schmall, V.L. & Wright, S. (1987). Ethical concerns of family caregivers to dementia patients. *Gerontologist*, 27, 632-638
- Pratt, C.L.; Wright, S. & Schmall, V.L. (1987). Burden, coping and health status: A comparison of family caregivers to community dwelling and institutionalized Alzheimer's patients. *Journal of Gerontological Social Work*, 10, 99-112
- Prinz, S. (1995). Autonomie und Abhängigkeit älterer Frauen. In: S. Braun; G. Knoll; B. Krauss & G. Uhlmann (Hrsg.) (1995). *Gerontopsychiatrie und Altenarbeit III. Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit*, Bd. 94, Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen 1-22.
- Rapoport, A. (1982). Aging-environment theory: A summary. In: M.P. Lawton; P.G. Windley & T.O. Byerts (Eds.) (1982). *Aging and the environment. Theoretical approaches*. New York: Springer, 132-149

- Reichert, M. & Perrez, M. (1992). The impact of situation and process on stress and coping. In: M. Perrez & M. Reicherts (Eds.) (1992). Stress, coping, and health. A situation-behavior approach. Theory, methods, applications. Seattle: Hogrefe & Huber, 57-68
- Reimann, H. (1994). Wohnverhältnisse und Wohnbedürfnisse älterer Menschen. In: H. Reimann. & H. Reimann, (Hrsg.) (1994). Das Alter. Einführung in die Gerontologie (3. Auflage). Stuttgart: Enke, 140-166
- Reimann, H. & Reimann, H. (Hrsg.) (1994). Das Alter. Einführung in die Gerontologie (3. Auflage). Stuttgart: Enke
- Reimann, H. & Reimann, H. (1994). Einleitung: Gerontologie – Objektbereich und Trends. In: H. Reimann. & H. Reimann, (Hrsg.) (1994). Das Alter. Einführung in die Gerontologie (3. Auflage). Stuttgart: Enke, 1-29
- Röhr-Sendlmeier, U.M. (1993). Kompetenz im Alter: Der Beitrag der Technik. Pädagogische Rundschau, 47, 69-83
- Roether, D. & Kunze, H. (1995). Lebenssituation alter Menschen – Ein Ost-West-Vergleich. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 8, 263-272
- Rook, K.S. (1994). Assessing health-related dimensions of older adults' social relationships. In: M.P. Lawton & J. A. Teresi (Eds.) (1994). Annual review of gerontology and geriatrics, Vol. 14. New York: Springer, 142-181
- Rosenmayr, L. (1977). Altern im sozialökologischen Kontext. Aktuelle Gerontologie, 7, 289-299
- Rosenmayr, L. (1988). Besser wohnen – besser leben. Die Wohnung im Erlebnis und Selbstverständnis alter Menschen. Informationen zur Raumentwicklung, 1/2, 23-36
- Rosenmayr, L. (1994). Theorie und Praxis. Vortrag für die Tagung ‘Alter hat Zukunft’ – Zukunft braucht Alter am 3.11.1994 in Berlin
- Rosenmayr, L. & Köckeis, E. (1977). Sozialbeziehungen im höheren Lebensalter. In: H. Thomae & U. Lehr (Hrsg.) (1977). Altern. Probleme und Tatsachen. Wiesbaden: Akademische Verlagsgesellschaft, 415-433
- Rott, C. & Oswald, F. (Hrsg.) (1989). Kompetenz im Alter. Beiträge zur III. Gerontologischen Woche Heidelberg, 2.5. - 6.5.1988, Vaduz: Liechtenstein Verlag
- Rowles, G.D. (1980). Toward a geography of growing old. In: A. Buttiner & D. Seamon (Eds.) (1980). The human experience of space and place. London: Croom Helm, 55-72
- Rowles, G.D. (1981). Geographical perspectives on human development. Human Development, 24, 67-76

- Rowles, G.D. (1984). Aging in rural environments. In: I. Altman; M.P. Lawton & J.F. Wohlwill (Eds.) (1984). Human behavior and environment. Advances in theory and research, Vol. 7. Elderly people and the environment. New York: Plenum Press, 129-158
- Rustemeyer, J. (1977). Langzeittherapie und Rehabilitation im höheren Lebensalter. *Geratrie*, 7, 477-485
- Sauer, W.J.; Shehan, C & Boymel, C. (1976). Rural-urban differences in satisfaction among the elderly. *Rural Sociology*, 41, 269-279
- Sandholzer, H. & Knochen, M.M. (1993). Stellenwert der Primärversorgung bei der gemeindenahen Rehabilitation älterer Menschen. In: A. Niederfranke (Hg.) (1993). Fragen geriatrischer Rehabilitation. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 21. Stuttgart: Kohlhammer, 131-136
- Saup, W. (1983). Barkers Behavior Setting-Konzept und seine Weiterentwicklung. *Psychologische Rundschau*, 34, 134-146
- Saup, W. (1986a). Lack of autonomy in old-age homes: A stress and coping study. Augsburger Berichte zur Entwicklungspsychologie und Pädagogischen Psychologie, Nr. 5
- Saup, W. (1986b). Probleme des Alterswohnens und ihre Bewältigung. Augsburger Berichte zur Entwicklungspsychologie und Pädagogischen Psychologie, Nr. 12
- Saup, W. (1986c). Wohnen im Alter – psychologische Aspekte. *Zeitschrift für Gerontologie*, 19, 342-347
- Saup, W. (1991). Konstruktives Altern – eine Herausforderung für die gerontologische Forschung und die angewandte Gerontologie. In: R.-M. Schütz; R. Schmidt & H.P. Tews (Hrsg.) (1991). Altern zwischen Hoffnung und Verzicht. Lübeck: Medizinischer Universitätsverlag, 33-38
- Saup, W. (1992). Ökologische Gerontologie – eine Standortbestimmung. Augsburger Bericht zur Entwicklungspsychologie und Pädagogischen Psychologie, Nr. 57
- Saup, W. (1993a). Altenheime als „Umwelten“: Beiträge aus psychologischer und architektonischer Sicht. Augsburger Berichte zur Entwicklungspsychologie und Pädagogischen Psychologie, Nr. 62
- Saup, W. (1993b). Alter und Umwelt. Eine Einführung in die Ökologische Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer
- Schaie, K.W. (1973). Methodological problems in descriptive developmental research on adulthood and aging. In: J.R. Nesselroade & H.W. Reese (Eds.) (1973). Life-span developmental psychology: Methodological issues. New York: Academic Press, 253-280
- Schaie, K.W. (1990). Quasi-experimental research designs in the psychology of aging. In: J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.) (1990). Handbook of the psychology of aging (3rd edition). New York: Van Nostrand Reinhold, 39-58

- Schaie, K.W. (1993). The Seattle Longitudinal Study: A thirty-five-year inquiry of adult intellectual development. *Zeitschrift für Gerontologie*, 26, 129-137
- Scheidt, R.J. & Windley, P.G. (1983). The mental health of small-town rural elderly residents: An expanded ecological model. *Journal of Gerontology*, 38, 472-479
- Schlierf, G.; Kruse, W. & Oster, P. (1990). Epidemiologie von Erkrankungen und Behinderungen Hochbetagter. *Zeitschrift für Gerontologie*, 23, 108-111
- Schmid-Furstoss, U. (1990). Subjektive Theorien von Unselbständigkeit und Selbständigkeit bei Seniorinnen aus Lebensumwelten mit unterschiedlichen Autonomieanforderungen. Münster: Lit Verlag
- Schmitt, E.; Kruse, A. & Olbrich, E. (1994). Formen der Selbständigkeit und Wohnumwelt – ein empirischer Beitrag aus der Studie ‘Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung im Alter’. *Zeitschrift für Gerontologie*, 27, 390-398
- Schmitz-Scherzer, R. (1990). Hilfebedürftigkeit oder die mangelnde Berücksichtigung der Potentiale und Kompetenzen von kranken älteren Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie*, 23, 284-287
- Schneekloth, U. & Potthoff, P. (1993). Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 20.2. Stuttgart: Kohlhammer
- Schneekloth, U.; Potthoff, P.; Piekara, R. & Rosenbladt, B. von (1996). Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt ‘Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung’. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 111.2. Stuttgart: Kohlhammer
- Schneider, H.-D. (1995). Die soziale Umwelt im Alter als Ressource oder als Belastung?. In: A. Kruse & R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.) (1995). Psychologie der Lebensalter. Darmstadt: Steinkopff, 263-270
- Schramm, W. (1987). Wohnen im Alter. In: H. Hoffmeister; B. Junge; B. Salzmann; W. Schramm & K. Schwarz (Hrsg.) (1987). Lebensbedingungen alter Menschen. Materialien zum Vierten Familienbericht, Bd. 1. München: Deutsches Jugendinstitut, 233-317
- Schroots, J.J.F. (1996). Theoretical developments in the psychology of aging. *Gerontologist*, 36, 742-748.
- Schubert, H.J. (1990). Wohnsituation und Hilfsnetze im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie*, 23, 12-22
- Schütz, R.M.; Schmidt, R. & Tews, H.P. (Hrsg.) (1990). Altern zwischen Hoffnung und Verzicht. Lübeck: Medizinischer Universitätsverlag

- Schultze-Jena, H. (1987). Beurteilung der Gesundheit alter Menschen und Wohlbefinden pflegender Angehöriger. Zeitschrift für Gerontologie, 20, 300-304
- Schwarz, K. (1987). Zur Lebenssituation alter und sehr alter Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. In: H. Hoffmeister; B. Junge; B. Salzmann; W. Schramm & K. Schwarz (Hrsg.) (1987). Lebensbedingungen alter Menschen. Materialien zum Vierten Familienbericht, Bd. 1. München: Deutsches Jugendinstitut, 1-55
- Scott, J.P. & Roberto, K. (1985). Use of informal and formal support networks by rural elderly poor. Gerontologist, 25, 624-630
- Seeman, T.E.; Bruce, M.L. & McAvay, G.J. (1996). Social network characteristics and onset of ADL disability: MacArthur studies of successful aging. Journal of Gerontology: Social Sciences, 51b, 4, S191-S200
- Sells, S.B. (1974). Ecology and the science of psychology. In: R.H. Moos & P.M. Insel (Eds.) (1974). Issues in social ecology: Human milieus. Palo Alto: National Press Books, 45-58
- Semaan, S. (1993). Chronic health conditions and functional impairment among the impaired elderly. Behavior, Health, and Aging, 3, 163-178
- Siegler, I.C.; Nowlin, J.B. & Blumenthal, J.S. (1980). Health and behavior: Methodological considerations for adult development and aging. In: L.W. Poon (Ed.) (1980). Aging in the 1980s. Washington, D.C.: American Psychological Association, 599-614
- Sixsmith, A.J. (1986). Independence and home in late life. In: C. Phillipson; M. Bernad & P. Strang (Eds.) (1986). Dependency and interdependency in old age. London: Croom Helm, 338-347
- Sörbom, D. (1974). A general method for studying differences in factor means and factor structure between groups. British Journal of Mathematical and Statistical Psychology, 27, 229-239
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1988). Soziale Unterstützung – Überblick über diagnostische Verfahren und Entwicklung eines Fragebogens. F-Sozu, Materialien, Nr. 92. Marburg: Universitätsdruck
- Sonn, U. & Asberg Hulter, K. (1991). Assessment of activities of daily living in the elderly. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, 23, 193-202
- Sonsa, U. & Wahl, H.-W. (1983). Soziale Belastung, psychische Erkrankung und körperliche Beeinträchtigung im Alter. Ergebnisse einer Felduntersuchung. Zeitschrift für Gerontologie, 16, 107-114
- Spiegel, R. (1992). Erfassung des Verhaltens psychogeriatrischer Patienten im Alltag mit NOSGER. In: N.I. Jovic & A. Uchtenhagen (Hrsg.) (1992). Ambulante Psychogeratrie. Neue Wege und Hinweise für die Praxis. Heidelberg: Asanger, 28-42

- Spiegel, R.; Brunner, C.; Ermini-Fünfschilling, D.; Monsch, A.; Notter, M.; Puxty, J. & Tremmel, L. (1991). A new behavioural assessment scale for geriatric out- and inpatients: The NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). *Journal of the American Geriatrics Society*, 39, 339-347
- Spiegel, R. & Wahle, M. (1993). The NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients): New data regarding its validity and sensitivity to change. Vortrag: 6th Congress of International Psychogeriatric Association, 5.-10. September 1993 in Berlin.
- Spitzenverbände der Pflegekassen (1994). Pflegebedürftigkeits-Richtlinien vom 7.1.1994. Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Festlegung der Pflegebedürftigkeit.
- Stapf, K.H. (1976). Bemerkungen zur Gegenstands- und Methodendiskussion in der Umweltpsychologie. In: G. Kaminski (Hg.) (1976). *Umweltpsychologie*. Stuttgart: Klett, 27-40
- Stapf, K.H. (1978). Ökopsychologie und Systemwissenschaft. In: C.F. Graumann (Hg.) (1978). *Ökologische Perspektiven in der Psychologie*, Bern: Huber, 251-273
- Steinhagen-Thiessen E. & Borchelt, M. (1996). Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: K.U. Mayer & P.B. Baltes (Hrsg.) (1996). *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, 151-184
- Steinhagen-Thiessen, E. & Herkomer, B. (1993). Gesundheitsversorgungssystem für die älteren Menschen. In: A. Niederfranke (Hg.) (1993). *Fragen geriatrischer Rehabilitation*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 21. Stuttgart: Kohlhammer, 47-52
- Stern, G.G. (1974). B=f(P,E). In: R.H. Moos & P.M. Insel (Eds.). *Issues in social ecology: Human milieus*. Palo Alto, Ca.: National Press Books, 559-568
- Stokohls, D. & Altman, I. (Eds.) (1987). *Handbook of environmental psychology*, Vol. 1 + 2. New York: Wiley & Sons
- Stolarz, H. (1988). *Wohnsituation älterer Menschen*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe
- Stosberg, M. (1992). Die psychische Situation Älterer als gesellschaftliches Produkt. In: H.J. Kaiser (Hg.) (1992). *Der ältere Mensch – wie er denkt und handelt*. Bern: Huber, 35-52
- Straub, J. (1990). Interpretative Forschung und komparative Analyse: Theoretische und methodologische Aspekte psychologischer Erkenntnisbildung. In: G. Jüttemann (Hg.) (1990). *Komparative Kasuistik*. Heidelberg: Asanger, 168-183
- Sullivan, M.; LaCroix, A.; Baum, D.; Resnick, A.; Pabiniak, C.; Grothaus, L.; Daton, W. & Wagner, E. (1996). Coronary disease severity and functional impairment: How strong is the relation? *Journal of the American Geriatrics Society*, 44, 1461-1465

- Szimak, N.; Eder, C. & Jandl, A. (1994). Alterstheorien. In: C. Klicpera; A. Schabmann; A. Al-Roubaie; B. Schuster; G. Weber & H. Beran (Hrsg.) (1994). Psychosoziale Probleme im Alter. Wien: WUV Universitätsverlag, 11-33
- Tews, H.P. (1977). Sozialökologische Einflußfaktoren auf das Verhalten des Menschen. Zeitschrift für Gerontologie, 10, 322-342
- Tews, H.P. (1993). Anstelle eines Statements: Vorschläge für ein Modellprojekt. In: A. Niederfranke (Hg.) (1993). Fragen geriatrischer Rehabilitation. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 21. Stuttgart: Kohlhammer, 95-102
- Thiede, R. (1988). Die besondere Lage der älteren Pflegebedürftigen. Empirische Analysen und sozialpolitische Überlegungen auf der Basis aktuellen Datenmaterials. Sozialer Fortschritt, 37, 250-255
- Thomae, H. (1987a). Alltagsbelastungen im Alter und Versuche ihrer Bewältigung. In: U. Lehr & H. Thomae (Hrsg.) (1987). Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA). Stuttgart: Enke, 92-114
- Thomae, H. (1987b). Alternsformen – Wege zu ihrer methodischen und begrifflichen Erfassung. In: U. Lehr & H. Thomae (Hrsg.) (1987). Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA). Stuttgart: Enke, 173-195
- Thomae, H. (1987c). Alternsstile und Altersschicksale. In: A. Kruse; U. Lehr & C. Rott (Hrsg.) (1987). Gerontologie: Eine interdisziplinäre Wissenschaft. Beiträge zur I. Gerontologischen Woche, Heidelberg, 9.6.-13.6.1986. München: Bayerischer Monatsspiegel Verlagsgesellschaft, 19-32
- Thomae, H. (1989) Formen der Kompetenz im Alter. In: C. Rott & F. Oswald. (Hrsg.) (1989). Kompetenz im Alter. Beiträge zur III. Gerontologischen Woche Heidelberg, 2.5.-6.5.1988, Vaduz: Liechtenstein Verlag, 15-31
- Thompson, S.C. & Sobolew-Shubin, A. (1993). Perceptions of overprotection in ill adults. Journal of Applied Social Psychology, 23, 85-97
- Thorslund, M.; Norstrom, T. & Wernberg, K. (1991). The utilization of home help in Sweden: A multivariate analyses. Gerontologist, 31, 116-119
- Tokarski, W. (1991). Zum Stand der Gerontosziologie. In: W.D. Oswald & U. Lehr (Hrsg.) (1991). Altern. Veränderung und Bewältigung. Bern: Huber 124-131
- Tokarski, W. & Schmitz-Scherzer, R. (1992). Lebenswelten im Wandel – Der Beitrag der gerontologischen Longitudinalforschung für das Verständnis der Veränderung von Lebenswelten. In: C. Petzold & H. Petzold (Hrsg.) (1992). Lebenswelten alter Menschen. Hannover: Vincentz Verlag, 86-95
- Trabandt, D. (1997). Sozialarbeit in der Geriatrischen Rehabilitation: Evangelische Impulse, 1/87, 29-31

- Trudewind, C. (1978). Probleme einer ökologischen Orientierung in der Entwicklungspsychologie. In: C.F. Graumann (Hg.) (1978). Ökologische Perspektiven in der Psychologie. Bern: Huber, 33-48
- Ueltzen, W.; Franz, P. & Vaskovics, L.A. (1982). Räumliche und soziale Distanz bei alten Menschen – zur Relevanz des ökologischen Kontextes. In: G. Albrecht & M. Brusten (Hrsg.) (1982). Soziale Probleme und soziale Kontrolle. Beiträge zur sozialwissenschaftlichen Forschung, Bd. 29. Opladen: Westdeutscher Verlag, 38-54
- Varady, D. (1980). Housing problems and mobility plans among the elderly. *Journal of the American Planning Association*, 46, 301-314
- Vaskovics, L.A. (1982). Sozialökologische Einflußfaktoren familialer Sozialisation. In: L.A. Vaskovics (Hrsg.) (1982). Umweltbedingungen familialer Sozialisation. Stuttgart: Enke 1-24
- Vaskovics, L.A. (1990). Soziale Folgen der Segregation alter Menschen in der Stadt. In: L. Bertels & U. Herlyn (Hrsg.) (1990). Lebenslauf und Raumerfahrung. Biographie und Gesellschaft, Bd. 9. Opladen: Leske + Budrich, 59-80.
- Verbrugge, L.M. & Jette, A.M. (1994). The disablement process. *Social Science and Medicine*, 38, 1-14
- Wahl, H.-W. (1987). Behinderung in der Altersbevölkerung. Ergebnisse einer Feldstudie. *Zeitschrift für Gerontologie*, 20, 66-73
- Wahl, H.-W. (1988). Alltägliche Aktivitäten bei alten Menschen: Konzeptuelle und methodische Überlegungen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 1, 75-81
- Wahl, H.-W. (1989a). Entwicklung im Alter als Alltagsveränderung: Überlegungen zu einer alltagsbezogenen Gerontopsychologie. *Augsburger Berichte zur Entwicklungspsychologie und Pädagogischen Psychologie*, Nr. 34
- Wahl, H.-W. (1989b). Unselbständigkeit und Selbständigkeit alter Menschen in Pflegesituations: Eine empirische Analyse von subjektiven und objektiven Indikatoren. Dissertation: Freie Universität Berlin.
- Wahl, H.-W. (1990a). Auf dem Weg zu einer alltagsbezogenen Gerontopsychologie. Teil I: Konzeptuelle und methodologische Rahmenbedingungen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 3, 13-23
- Wahl, H.-W. (1990b). Auf dem Weg zu einer alltagsbezogenen Gerontopsychologie. Teil II: Beispiele aus den Bereichen Kompetenz, Coping, Kontrolle und Attribution. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 3, 191-200
- Wahl, H.-W. (1991a). Das kann ich allein! Selbständigkeit im Alter: Chancen und Grenzen. Göttingen: Huber

- Wahl, H.-W. (1991b). Dependence in the elderly from an interactional point of view: Verbal and observational data. *Psychology and Aging*, 6, 238-246
- Wahl, H.-W. (1992a). Kompetenzeinbußen im Alter: Eine Auswertung der Literatur zu 'Activities of Daily Living' und Pflegebedürftigkeit. *Zeitschrift für Gerontologie*, 25, 336-377
- Wahl, H.-W. (1992b). Ökologische Perspektiven in der Gerontopsychologie. Sicherheit und Autonomie als zentrale Begriffe für Theorie und Praxis. In: A. Niederfranke; U. Lehr; F. Oswald & G. Maier (Hrsg.) (1992). Altern in unserer Zeit. Beiträge der IV. und V. Gerontologischen Woche am Institut für Gerontologie Heidelberg. Wiesbaden: Quelle & Meyer, 103-114.
- Wahl, H.-W. (1992c). Ökologische Perspektiven in der Gerontopsychologie: Ein Blick in die vergangenen drei Jahrzehnte und in die Zukunft. *Psychologische Rundschau*, 43, 232-248
- Wahl, H.-W. (1993). Statement zur Einführung: Schwerpunkte von Rehabilitation im Alter. In: A. Niederfranke (Hg.) (1993). Fragen geriatrischer Rehabilitation. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 21. Stuttgart: Kohlhammer, 136-141
- Wahl, H.-W. (1994). Im Dunkeln sehen: Sehbeeinträchtigung im Alter als prototypische 'umweltrelevante' Kompetenzeinbuße. *Zeitschrift für Gerontologie*, 27, 399-409
- Wahl, H.-W. (1997). Ältere Menschen mit Sehbeeinträchtigung. Frankfurt/M.: Lang
- Wahl, H.-W. & Baltes, M.M. (1990). Die soziale Umwelt alter Menschen: Entwicklungsanregende oder -hemmende Pflegeinteraktionen? *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 22, 266-283
- Wahl, H.-W. & Baltes, M.M. (1992). Die Mikroökologie alter Menschen: Forderung nach Autonomie und Sicherheit. In: C. Petzold & H. Petzold (Hrsg.) (1992). Lebenswelten alter Menschen. Hannover: Vincentz Verlag, 96-119
- Wahl, H.-W. & Baltes, M.M. (1993). Ökopsychologische Aspekte geriatrischer Rehabilitation: In: A. Niederfranke (Hg.) (1993). Fragen geriatrischer Rehabilitation. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 21. Stuttgart: Kohlhammer, 53-69
- Wahl, H.-W. & Saup, W. (1994). Ökologische Gerontologie: mehr als die Docility-Hypothese? *Zeitschrift für Gerontologie*, 27, 347-354
- Wahl, H.-W. & Tesch-Römer, C. (1998). Interventionsgerontologie im deutschsprachigen Raum: Eine sozial- und verhaltenswissenschaftliche Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41, 76-88
- Walter, H. & Oerter, R. (Hrsg.) (1979). Ökologie und Entwicklung. Donauwörth: Auer

- Waltz, E.M. (1981). Soziale Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheit – Ein Überblick über die empirische Literatur. In: B. Badura (Hg.) (1981). Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 40-119
- Wapner, S. (1987). A holistic, developmental, systems oriented environmental psychology: Some beginnings. In: D. Stokols & I. Altman (Eds.) (1987) Handbook of environmental psychology, Vol. 2. New York: Wiley & Sons, 1433-1465
- Warnes, T. (1985). The Environment and elderly people. Ageing and Society, 5, 483-487
- Wendt, W.R. (Hg.) (1991). Unterstützung fallweise. Case-Management in der Sozialarbeit. Freiburg: Lambertus
- Wendt, W.R. (1992). Rehabilitation: Der ökosoziale Bezugsrahmen. In A. Mühlum & H. Oppl (Hrsg.) (1992). Handbuch der Rehabilitation. Rehabilitation im Lebenslauf und wissenschaftliche Grundlagen der Rehabilitation. Neuwied: Luchterhand, 429-450
- Wenger, G.C. (1986). What do dependency measures measure?: Challenging assumptions. In: C. Phillipson; M. Bernard & P. Strang (Eds.) (1986). Dependency and independency in old age. London: Croom Helm, 69-84
- Wiedemann, P.M. (1990). Komparative Kasuistik im Vergleich mit dem Ansatz der Grounded Theory. In: G. Jüttemann (Hg.) (1990). Komparative Kasuistik. Heidelberg: Asanger, 122-132
- Wieltschnig, E. (1982). Unabhängigkeit im Alter. Ein theoretisch-empirisches Konzept. Publikationen des Schweizerischen Nationalfonds aus den Nationalen Forschungsprogrammen, Bd. 14. Bern: Haupt
- Willems, E.P. (1973). Behavioral ecology and experimental analysis: Courtship is not enough. In: J.R. Nesselroade & H.W. Reese (Eds.) (1973). Life-span developmental psychology: Methodological issues. New York: Academic Press, 197-218
- Williams, J.H; Drinka, T.J.; Greenberg, J.R. et al. (1991). Development and testing of the assessment of living skills and resources (ALSAR) in elderly community-dwelling veterans. Gerontologist, 31, 84-91
- Windley, P.G. & Scheidt, R.J. (1980). Person-environment dialectics: Implications for competent functioning in old age. In: L. Poon (Ed.) (1980). Aging in the 1980s. Washington: American Psychological Association, 407-423
- Winkel, G.H. (1987). Implications of environmental context for validity assessment. In: D. Stokols & I. Altman (Eds.) (1987). Handbook of environmental Psychology, Vol. 1. New York: Wiley & Sons, 71-97
- Wirsing, K. (1993). Psychologisches Wissen für Altenpflegeberufe. Ein praktisches Lehrbuch (4. Auflage). Weinheim: Beltz

- Wischer, R. & Kliemke, C. (1988). Zur Situation der alten Menschen in ihrem räumlichen Umfeld. Planerische Probleme und konzeptionelle Ansätze. Informationen zur Raumentwicklung, 1/2, 57-73
- Wohlwill, J. (1981). Umweltfragen in der Entwicklungspsychologie: Eine kritische Betrachtung zu Repräsentanz und Validität. In: H.J. Fietkau & D. Görlitz (Hrsg.) (1981). Umwelt und Alltag in der Psychologie. Weinheim: Beltz, 91-111
- Wolinsky, F.D.; Stump, T.E.; Callahan, C.M. & Johnson, R.J. (1996). Consistency and change in functional status among older adults over time. *Journal of Aging and Health*, 8, 155-182.
- Wottawa, H. (1984). Strategien und Modelle in der Psychologie. München: Urban & Schwarzenberg
- Wright, M. (1995). Case-Management: Grundkonzepte und Trends in den USA. Unveröffentlichtes Manuskript, Deutsche Aids-Hilfe e.V.
- Zeman, P. (1989). Einleitung und Überblick. In: P. Zeman (Hg.) (1989). Hilfebedürftigkeit und Autonomie. Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, Nr. 74 (2. Auflage). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., 1-9

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name:	Link
Vorname:	Leonore
Beruf:	Dipl.-Psychologin, Soz.-Arb.(grad.)
Geburtsdatum u. -ort:	04. 02. 1956 in Hanau/M.
Familienstand:	ledig
Konfession:	evangelisch-lutherisch
Anschrift:	Bethlehemstr. 21 30451 Hannover

Hochschulausbildung:

20.05.1974	Allgemeinen Hochschulreife
------------	----------------------------

1. Studium:

15.10.1974 - 14.07.1977	Studium der Sozialarbeit an der Gesamthochschule Bamberg und der Fachhochschule Frankfurt
14.07.1977	Graduierung zur Sozialarbeiterin
	Thema der Abschlußarbeit: „Endogene und exogene Faktoren für die Entstehung von Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen und deren Behandlungsmöglichkeiten im Heim“
01.12.1977 - 30.11.1978	Anerkennungsjahr als Sozialarbeiterin beim ‘Verein Haus der offenen Tür’ in Frankfurt/M
14.02.1979	Staatliche Anerkennung als Sozialarbeiterin

2. Studium:

15.10.1981 - 17.03.1988	Psychologie-Studium an der Universität Konstanz
17.03.1988	Erhalt des Diploms
	Thema der Diplomarbeit: „Die Erfassung der moralischen Atmosphäre in Schülergruppen. Versuch einer Validierung am Beispiel des Konzepts ‘Verantwortlichkeit’.“

Dissertation:

02.06.1999	Tag der mündlichen Prüfung
	Thema der Doktorarbeit
	„Unselbständigkeit im Alter aus ökologischer Perspektive Ergebnisse einer anwendungsorientierten Forschung zur Verbesserung der Situation zu Hause lebender hilfs- oder pflegebedürftiger älterer Menschen“

Berufliche Tätigkeiten:**Tätigkeiten als Sozialarbeiterin:**

- 01.12.1977 - 30.11.1978 Anerkennungsjahr als Sozialarbeiterin beim 'Verein Haus der offenen Tür' in Frankfurt/M. (offene Kinder- und Jugendarbeit)
- 01.05.1979 - 30.06.1979 ABM im Sozialen Dienst des Dreieich-Krankenhauses in Langen
- 01.07.1979 - 31.10.1981 Bezirkssozialarbeiterin im Sozialen Dienst des Main-Taunus-Kreises (Erziehungshilfe, Jugendgerichtshilfe, Vormundschafts- und Familiengerichtshilfe, Sozialhilfe)

Tätigkeiten im kaufmänn. Bereich:

- 09.05.1988 - 31.08.1988 Kaufmännische Angestellte bei der Fa. Degussa in Hanau
- 14.03.1989 - 30.09.1989 Kaufmännische Sachbearbeiterin und Sekretärin bei der Fa. Manpower in Hanau

Tätigkeiten in der Erwachsenenbildung:

- 01.05.1991 - 31.12.1991 Honorartätigkeit als Dozentin am Robert-Koch-Krankenhaus in Gehrden.
- 01.08.1991 - 31.03.1992 Dozentin für Psychologie am Fortbildungs-Institut für akademische und soziale Berufe (FAS) in Hannover.
- SS 1998 - WS 1998/1999 Seminartätigkeit im Aufbaustudiengang 'Soziale Gerontologie' an der Universität Gesamthochschule Kassel

Tätigkeiten im wissenschaftl. Bereich:

- 01.01.1986 - 31.03.1988 Projekt 'Demokratie und Erziehung in der Schule' des Landes Nordrhein-Westfalen
- 06.09.1988 - 31.12.1988 Hessisches Institut für Bildungsplanung und Schulentwicklung in Wiesbaden
- 01.01.1989 - 28.02.1989 Jugend- und Sozialamt der Stadt Konstanz
- 01.10.1989 - 31.03.1990 Projekt 'Kinder brauchen Freunde' der Technischen Universität Berlin und der Stadt Herten.
- 01.01.1990 - 31.03.1991 Arbeitsbereich Sexualmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover
- 10.02.1992 - 07.09.1993 ABM beim Landkreis Schaumburg zur Erstellung eines Altenhilfeplanes
- 08.11.1993 - 30.06.1999 Universität/Gesamthochschule Kassel – Interdisziplinäre Arbeitsgruppe für Angewandte Soziale Gerontologie
Projekt 'Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger'