



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„Erfolgreiches Altern“ – Was ist das?

Das Modell der Kompetenz in geriatrischen, gerontopsychologischen und sozialgerontologischen Konzepten als Ausdruck „Erfolgreichen Alterns“

Verfasserin

Valerie Weichhart Bakk. phil.

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Soziologie (Mag. rer. soc. oec.)

Wien, August 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 121

Studienrichtung lt. Studienblatt: Diplomstudium Soziologie (Rechts-, Sozial- und Wirtschaftswissenschaftliche Studienrichtung)

Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Dr. Franz Kolland

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei jenen Personen bedanken, die mir das Studium ermöglicht und mich bei meiner Diplomarbeit inspiriert und unterstützt haben. Zuerst möchte ich meinen Eltern, insbesondere meiner Mutter, danken, dass sie mir die Gelegenheit zu dieser Ausbildung geboten und mir dabei immer zur Seite gestanden haben. Außerdem danke ich meinem betreuenden Prof. Dr. Franz Kolland für seine kritische und konstruktive Einflussnahme auf die vorliegende Arbeit.

Schließlich möchte ich noch meine Großmutter vorstellen und ihr dafür danken, dass sie mir ein realistisches Beispiel „erfolgreichen Alterns“ vorlebt.



Meine Großmutter, Elfriede Kainz (geboren 1923), bei einer familiären Weihnachtsfeier 2009.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Überblick.....	1
2. Was ist Alter?.....	5
2.1. Wer ist „alt“? – Ein notwendiger Definitionsansatz	6
2.2. Die Lebensphase des Alters und ihre Entstehung	6
2.1. Der Strukturwandel des Alters	9
3. Das Alter als Konstruktion.....	10
3.1. Alter und Geschlecht.....	12
3.2. Kritik – „Erfolgreiches Altern“ als „positives Stigma“	14
4. Basale und erweiterte Kompetenz im „erfolgreichen Altern“	16
5. Altersmedizin und die Kompetenz zur selbstständigen Lebensführung im Alter.....	20
5.1. Altersmedizin und Krankheit	20
5.2. ADL und IADL – Konzepte zur Alltagskompetenz.....	23
5.3. Zusammenfassung und Aussicht auf die methodische Untersuchung	27
6. Psychologische Kompetenz zur Selbstverantwortung und Zufriedenheit im Alter	28
6.1. Die kognitive Theorie des Alterns	29
6.2. Kompetenz	30
6.3. Zusammenfassung und Aussicht auf die methodische Untersuchung	34
7. Soziologische Theorien zum „erfolgreichen Altern“.....	35
7.1. Das Konzept des „Successful Aging“ von Rowe und Kahn	36
7.2. Disengagementtheorie.....	39
7.3. Aktivitätstheorie.....	41
7.4. „Erfolgreiches Altern“ durch Aktivität oder Rückzug? – Eine kritische Betrachtung	42
7.5. Zusammenfassung und Aussicht auf die methodische Untersuchung	45
8. Das Arbeitsmodell „erfolgreichen Alterns“	47
8.1. Hypothesensammlung zum „Erfolgreichen Altern“	49

METHODISCHE ANALYSE	50
9. Aussicht auf das methodische Vorgehen und Beschreibung der Stichprobe.....	50
10. Operationalisierung der basalen und erweiterten Kompetenz im Arbeitsmodell „erfolgreichen Alterns“	51
10.1. Die basale Kompetenz zur selbstständigen Lebensführung	51
10.2. Die erweiterte psychologische Kompetenz und das selbstbestimmte Engagement.....	53
11. Auswertung.....	56
11.1. Ergebnisdarstellung.....	80
12. Resümee und Schlussfolgerungen	86
13. Anhang.....	90
Zusammenfassung	90
Abstract	91
Curriculum Vitae.....	92
Tabellen der Auswertung	94
14. Literatur	113

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Alterskrankheiten.....	21
Tabelle 2: Organfunktionen im 75. Lebensjahr (30 Jahre = 100%)	22
Tabelle 3: Hilfs- und Pflegebedarf in verschiedenen Altersgruppen.....	25
Tabelle 4: Hilfsbedürftigkeit im ADL-Bereich nach Alter und Geschlecht (in %)......	26
Tabelle 5: Faktoren der Kompetenz auf personaler Ebene.....	32
Tabelle 6: Variablensammlung zur basalen physischen Kompetenz im Alter	52
Tabelle 7: Variablensammlung zur psychologischen Kompetenz im Alter	54
Tabelle 8: Variablensammlung zum sozialen Engagement im Alter	55
Tabelle 9: Basale Kompetenz nach Geschlecht.....	57
Tabelle 10: Basale Kompetenz nach Altersgruppen und Geschlecht.....	58
Tabelle 11: Psychologische Kompetenz nach Altersgruppen.....	61

Tabelle 12: Psychologische Kompetenz nach Altersgruppen und Geschlecht.....	62
Tabelle 13: Psychologische Kompetenz nach monatlichem Nettoeinkommen aller Haushaltsmitglieder	63
Tabelle 14: Anzahl der Aktivitäten gruppiert nach Altersgruppen und Geschlecht.....	65
Tabelle 15: Basale Kompetenz nach psychologischer Kompetenz	68
Tabelle 16: Basale Kompetenz nach Aktivitätsgrad.....	69
Tabelle 17: Basale Kompetenz nach Aktivitätslevel	71
Tabelle 18: Psychologische Kompetenz und Aktivitätsgrad	72
Tabelle 19: Psychologische Kompetenz nach Aktivitätslevel.....	73

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Modell des “successful aging” von John W. Rowe und Robert L. Kahn	37
Abbildung 2: Das Arbeitsmodell „erfolgreichen Alterns“	48
Abbildung 3: Anteil an Selbstständigen im Altersvergleich	59
Abbildung 4: Anteil an Selbstständigen im Altersverlauf getrennt nach Geschlecht.....	60
Abbildung 5: Durchschnittliche Anzahl ausgeübter Aktivitäten in unterschiedlichen Altersgruppen	64
Abbildung 6: Anzahl der Aktivitäten im Altersverlauf für Männer und Frauen.....	65
Abbildung 7: Durchschnittliche Anzahl ausgeübter Aktivitäten nach Einkommensgruppen.....	66
Abbildung 8: Durchschnittliche Anzahl ausgeübter Aktivitäten in unterschiedlichen Bildungsstufen.....	67
Abbildung 9: Aktivitätslevel nach Bildungsgruppen für Männer und Frauen	76
Abbildung 10: Selbstbestimmtes Aktivitätslevel nach Altersgruppen für Männer und Frauen.....	77
Abbildung 11: Aktivitätslevel im Altersvergleich.....	78
Abbildung 12: Aktivitätslevel in unterschiedlichen Altersgruppen für Männer und Frauen.....	79

Mit dem Ziel besserer Lesbarkeit wurde in der vorliegenden Arbeit auf eine **geschlechtsneutrale Schreibweise** verzichtet. Für die weitere Leseweise soll daher festgehalten werden, dass alle Begriffe und Bezeichnungen für beide Geschlechter zu gelten haben.

1. Einleitung und Überblick

Schon seit den fünfziger und sechziger Jahren werden Untersuchungen durchgeführt, die sich mit dem gesellschaftlichen Bild älterer Menschen auseinandersetzen. Die Ergebnisse dieser Studien wurden von Lehr (2007) zusammenfassend beschrieben als „grundsätzlich negativ gezeichnet, und zwar weit negativer, als es sich für die Gesamtheit der älteren Menschen vertreten lässt (...) Stereotypen, unzulässige Verallgemeinerungen herrschen vor.“ (Lehr 2007 S. 199) „Diesen Vorstellungen zufolge (...) geht Älterwerden mit zunehmender Gebrechlichkeit, Isolation und sogar mit zunehmender ‚Unzurechnungsfähigkeit‘ einher.“ (Lehr 2007, S. 200)

Zu dieser Zeit wird also ein durchgehend negatives Bild der Älteren beschrieben, welches jedoch Anfang der achtziger Jahre nach und nach einen Wandel erfuhr. Hinsichtlich der Eigenschaften, die den Alten zugesprochen wurden, zeigte 1989 eine Meinungsumfrage der Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin diese als mehrheitlich kontaktfreudig, verständnisvoll gegenüber jungen Menschen und aktiv in Haus, Garten und Sport. (vgl. Kinsler 2003 / Lehr 2007)

Auch in der Sozialgerontologie wurden diese Veränderungen aufgegriffen und beeinflussten damit die wissenschaftliche Herangehensweise. Die bisher herrschenden Defizitmodelle des Alters, die von einer prinzipiell negativen Entwicklung und einem grundsätzlichen Abbau im Alter ausgehen, wurden durch neue Kompetenzmodelle ergänzt: Alterskonzepte wie „optimales“, „konstruktives“ oder „erfolgreiches Altern“ wurden populär.

Doch was bedeutet „erfolgreiches Altern“ und wodurch kann es definiert werden? Wie bereits erwähnt, handelt es sich dabei um ein Kompetenzmodell, wodurch der Ansatz naheliegenderweise „Erfolg“ beziehungsweise „Misserfolg“ im Sinne der bestehenden Kompetenzen einer Person im höheren Alter zu verstehen. Also ist so etwas wie „erfolgreiches Altern“ im Sinne eines „kompetenten Alterns“ möglich? Und welche Kompetenzen sind im Alter überhaupt wichtig? Wer schafft es, sie aufrechtzuerhalten, und von welchen Faktoren werden sie beeinflusst? Oder sollte das „erfolgreiche Altern“ letztlich doch – ebenso wie das einseitig defizitäre Altersbild – auch nur eine stereotypisierte Auffassung vom Altern sein?

Ziel der Arbeit ist es, aufzuzeigen dass der Prozess „erfolgreichen Alterns“ – ungeachtet seiner begrifflichen Schwierigkeiten – zu einer Lebenslage führen kann, die insofern von „Erfolg“ gekrönt ist, indem in ihr physiologische und psychologische Kompetenz erhalten

und auch im persönlichen Engagement „kompetent“ genutzt wird. Der leitende theoretische Gedanke bezieht sich dabei auf die Auffassung, dass diese Kompetenzen für eine (relativ) selbstständige, zufriedenstellende und persönlich erfüllende Lebensführung die Grundlage des „erfolgreichen Alterns“ darstellen und im selbstbestimmten Engagement ihren Ausdruck finden.

Im theoretischen Teil wird zunächst allgemein auf das Thema Alter eingegangen, um das Wissen über diese spezielle Lebensphase in die vorliegende Arbeit einfließen zu lassen. Es wird gezeigt, dass für eine ganzheitliche Betrachtung des Alters sowohl medizinische als auch psychologische und soziologische Aspekte wichtig sind, wodurch sich hier ein multidisziplinärer Zugang ergibt. Unter Berücksichtigung dieser Tatsache werden die Bereiche der Geriatrie, der Gerontopsychologie und der Sozialgerontologie herangezogen, um jeweilige Kompetenzen für das Modell des „erfolgreichen Alterns“ zu definieren.

Die empirische Überprüfung wird im methodischen Teil dieser Arbeit mit Hilfe des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) vorgenommen. Diese Studie wurde 2004 erstmals in 11 europäischen Ländern durchgeführt, bei der Personen ab 50 Jahren zu den Themen Gesundheit, Familie, soziale Netzwerke, wirtschaftliche Lage und Zufriedenheit befragt wurden. 2006/2007 wurde eine zweite Welle der SHARE-Erhebung durchgeführt, die Daten aus 16 europäischen Ländern von über 45.000 Personen ab 50 Jahren und ihren Ehepartnern liefert. In dieser Arbeit werden die Hypothesen mit dem Datenverarbeitungsprogramm SPSS an dem deutschen Datensatz der zweiten Welle überprüft und damit eine Stichprobe von 1645 Personen herangezogen. (vgl. <http://www.share-project.org/>; Stand: 5.2.2010)

Das *zweite Kapitel* der Arbeit wird allgemein in das soziologische Themengebiet des Alters einleiten. Dabei werden jene Umstände aufgezeigt, die überhaupt erst zu einer gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Beschäftigung mit dem Alter geführt haben, sowie der strukturelle Wandel von Formen des Alterns in den westlichen Industrienationen.

Im *dritten Kapitel* wird dargestellt, welche normierenden und strukturierenden Eigenschaften das Alter im gesellschaftlichen Leben hat, und inwiefern es als Konstruktion zu verstehen ist. Ebenso wird hier auf den besonderen Einfluss des Geschlechts eingegangen und gezeigt, wie unterschiedlich sich das Alter(n) für Männer und Frauen darstellt. Daran anschließend wird mit einigen kritischen Gedanken die Beschäftigung mit

dem Konzept eines „erfolgreichen Alterns“ eingeleitet. Hier geht es darum, aufzuzeigen welche Implikationen eine solche Begriffsanwendung nach sich zieht und inwiefern Stereotypisierungen auch hier eine bedeutende Rolle spielen.

Im *vierten Kapitel* werden die unterschiedlichen Bezugspunkte zu einer umfassenden Betrachtung des Alters dargestellt, auf denen der multidisziplinäre Zugang begründet ist. Danach wird die Bedeutung des Kompetenzgedankens bei einem Konzept des „erfolgreichen Alterns“ angesprochen und in Bezug zum Zwei-Komponenten-Modell der Kompetenz von Baltes und ihren Kollegen (1996) aufgearbeitet.

Zu Beginn des *fünften Kapitels* werden die medizinischen Grundlagen des Alter(n)s kurz aufgezeigt. Auch die Beschäftigungsfelder der Geriatrie werden vorgestellt und es wird darauf eingegangen, warum es manchmal schwer fällt zu glauben, dass Alter(n) wirklich keine Krankheit ist. Der Kompetenzgedanke wird hier durch die zwei Konstrukte der ADL- und IADL-Skala formuliert, mit denen die Fähigkeit einer selbstständigen Lebensführung erhoben wird. Diese beiden Skalen werden auch im methodischen Abschnitt der Arbeit herangezogen.

Ebenso wie physische Auswirkungen hat der Alterungsprozess auch Einfluss auf die psychische Verfassung einer Person. Im *sechsten Kapitel* werden Ansätze „erfolgreichen Alterns“ in der Psychologie vorgestellt, um aufzuzeigen, inwiefern die subjektive Wahrnehmung sowie der Umgang mit Anforderungen den „Erfolg“ im psychologischen Kontext bestimmen. Letztlich wird hier die Kompetenz im Alter in der psychologischen Fähigkeit gesehen, trotz mancher Verlusterlebnisse eine persönlich zufriedenstellende und selbstverantwortliche Lebensführung zu erhalten.

Das *siebente Kapitel* setzt sich mit der soziologischen Perspektive der Aktivität im „erfolgreichen Altern“ auseinander. Einleitend wird dazu das Konzept des „successful aging“ von John W. Rowe und Robert L. Kahn (1997) vorgestellt. Diese beiden Autoren haben im soziologischen Kontext einen multidisziplinären Zugang erarbeitet, „erfolgreiches Altern“ dadurch zu definieren, dass eine geringe Wahrscheinlichkeit für Krankheiten oder krankheitsbedingte Einschränkungen besteht, hohe funktionale kognitive und physische Kapazitäten erhalten werden und eine aktive Auseinandersetzung mit dem Leben gegeben ist. Dem Aktivitätsgrad wird in diesem Ansatz jedoch besondere Aufmerksamkeit

geschenkt, da psychische und physische Fähigkeiten als Voraussetzungen angesehen werden, um überhaupt aktiv sein zu können. Die reine Befähigung dazu ist jedoch nicht automatisch mit einer aktiven Auseinandersetzung mit dem Leben verbunden, und eben diese macht „successful aging“ nach Rowe und Kahn (1997) erst aus.

In Verbindung damit werden die beiden klassischen Ansätze der „Disengagementtheorie“ und der „Aktivitätstheorie“ besonders interessant. Diese Theorien eines „optimalen“ oder „erfolgreichen Alterns“ aus der Sozialgerontologie beschäftigen sich mit der Frage nach der Integration des älteren Menschen in die Gesellschaft. Die „Disengagementtheorie“ geht dabei von einem Rückzug des Individuums von der Gesellschaft aus, wobei dieser als natürlich – also der Entwicklung des Individuums entsprechend – und positiv in seiner Wirkung für alle Beteiligten angesehen wird. In der „Aktivitätstheorie“ hingegen wird der Erhalt von Aktivität im Alter als „optimal“ angenommen. Bei einer kritischen Auseinandersetzung mit den beiden Konzepten wird jedoch klar, dass keine der beiden Theorien geeignet erscheint, die Auseinandersetzung des älteren Individuums mit der Gesellschaft (u.u.) ausreichend zu erklären. Wie jedoch aufgezeigt wird, ist im Sinne eines „erfolgreichen Alterns“ die Zufriedenheit mit dem eigenen Aktivitätsgrad insofern ausschlaggebend, da eben in diesem Bereich der individuell erlebte „Erfolg“ gesehen werden kann.

Das *achte Kapitel* fasst die drei zuvor behandelten Konstrukte unter Berücksichtigung der „basalen“ und „erweiterten Kompetenz“ im Sinne des Zwei-Komponenten-Modells der Kompetenz nach Baltes et al. (1996) zusammen. Das daraus entstehende Arbeitsmodell „erfolgreichen Alterns“ wird zusammen mit einer Hypothesensammlung den methodischen Abschnitt der Arbeit einleiten.

Im *neunten Kapitel* wird ein Überblick über das weitere methodische Vorgehen gegeben und es werden der Datensatz (SHARE) sowie die daraus gewonnene deutsche Stichprobe, die zur empirischen Überprüfung der Hypothesen herangezogen wurde, vorgestellt.

Die zentralen Theorien aus den drei Disziplinen, die im Laufe der Arbeit vorgestellt werden und im methodischen Teil weitere Verwendung finden, sind im *zehnten Kapitel* gesammelt. Die drei Konstrukte des (I)ADL, der psychologischen Kompetenz und der (selbstbestimmten) sozialen Aktivität werden hier unter Bezugnahme auf die Berliner Altersstudie (BASE) durch ein Zwei-Komponenten-Modell der „basalen“ und „erweiterten“ Kompetenz zueinander in Beziehung gesetzt. Bevor die zu überprüfende Hypothesensammlung vorgestellt wird, soll eine graphische Darstellung der

Zusammenhänge der einzelnen Konstrukte im Modell „erfolgreichen Alterns“ den theoretischen und methodischen Aufbau veranschaulichen.

Im *elften Kapitel* werden die zuvor formulierten Hypothesen überprüft, wobei zuerst die Einflüsse auf die einzelnen Konstrukte untersucht werden. Danach werden die Zusammenhänge zwischen den Konstrukten identifiziert und abschließend die Hypothesen zu den Faktoren des Gesamtkonstrukts „erfolgreichen Alterns“ getestet. Eine Ergebnisdarstellung wird anschließend direkte Antworten auf die gestellten Hypothesen geben.

Im abschließenden *zwölften Kapitel* werden die gewonnen theoretischen und empirischen Erkenntnisse gesammelt und Antworten auf die zentralen Fragestellungen der Arbeit gegeben. Offene Fragen und methodische Schwierigkeiten, die im Laufe der Arbeit aufgetreten sind, werden danach angesprochen um weiterführenden Gedanken Raum zu geben.

2. Was ist Alter?

In diesem einleitenden Kapitel wird zunächst auf das „Alter“ allgemein eingegangen. Wie gezeigt wird, ist es keinesfalls selbstverständlich, dass sich das Alter in der heutigen Zeit so darstellt, wie wir es gewohnt sind. Wer „alt“ ist und was dazu gehört, „alt“ zu sein, scheint im ersten Moment einfach zu beantworten, doch warum ist das so? Wie ist es dazu gekommen, dass dieses Merkmal einen derartigen gesellschaftlichen Stellenwert erhalten hat? Dieser Frage wird im ersten Abschnitt nachgegangen und dargestellt wie die strukturellen Veränderungen der Gesellschaft die Notwendigkeit der bewussten Beschäftigung mit dem Alter erst im Laufe der Zeit geschaffen haben. Danach wird aufgezeigt, inwiefern das Alter auch eine gesellschaftliche Konstruktion ist, die unterschiedlich angelegt werden kann und damit auch unterschiedliche Konsequenzen nach sich zieht. In diesem Zusammenhang wirkt das Alter ähnlich wie das Geschlecht als Grundlage für Zuschreibungen und Normvorstellungen. Hier wird also die Anfälligkeit beider Merkmale für Stereotypisierungen angesprochen, und es werden die tatsächlichen Unterschiede aufgezeigt, die im Alterungsprozess zwischen Männern und Frauen bestehen. Zum Abschluss wird der Strukturwandel des Alterns kurz betrachtet.

2.1. Wer ist „alt“? – Ein notwendiger Definitionsansatz

Wie in diesem Kapitel noch ausführlicher gezeigt wird, ist im soziologischen Sinn das Alter mehr als eine bloße Zahl. Dennoch wird an dieser Stelle kurz auf verschiedene Definitionsansätze von Altersgruppen eingegangen.

Steidl und Nigg (2008) halten folgende Einteilung fest:

- Ältere Menschen: 60-75 Jahre
- Alte: 76-90 Jahre
- Hochbetagte: über 90 Jahre
- Langlebige: 100 und mehr Jahre.

(Steidl, Nigg 2008, S. 14)

Es kann jedoch nicht davon gesprochen werden, dass diese Definition immer von allen anderen Autoren geteilt wird oder konstant ist. Man findet ebenso Einteilungen in „junge Alte“ (60-75) im „Dritten Lebensalter“ und hochbetagte „alte Alte“ (75+) im „Vierten Lebensalter“. (Tews 1999, S. 150) Es wird auch die Bezeichnung „hochbetagt“ auf Menschen über 75 beziehungsweise in neuerer Literatur über 80 Jahren angewendet. (vgl. Backes, Clemens 1998)

Häufig wird auch das Ende der Berufstätigkeit als theoretische Definitionsgrundlage für den Eintritt ins „Alter“ herangezogen und damit eine Altersgrenze von 65 Jahren angenommen. (vgl. Backes, Clemens 1998) Die WHO beziehungsweise UN Definition nimmt den Eintritt ins Alter („elderly or older person“) mit 60 Jahren an. (vgl. WHO Homepage)

Letzlich bleibt festzustellen, dass es nicht eine „richtige“ Definition des Alters geben kann, sondern dass diese jeweils unter Berücksichtigung der theoretischen Überlegungen und der empirischen Anwendung formuliert werden muss.

2.2. Die Lebensphase des Alters und ihre Entstehung

Wird im weiteren Verlauf der Arbeit über das „Alter“ gesprochen, so ist es zunächst interessant zu fragen wie dieses Merkmal einen derartigen Einfluss im gesellschaftlichen Zusammenleben erhalten konnte und wodurch diese besondere Lebensphase geprägt ist. Bei genauer Betrachtung wird ersichtlich, dass es nicht selbstverständlich ist, dass eine gesellschaftlich und wissenschaftlich anerkannte Abgrenzung dieser Zeit im Leben eines Menschen besteht.

Obwohl es auch schon in früheren Zeiten alte Menschen gegeben hat, wird die Entstehung einer gesellschaftlich relevanten, eigenständigen Lebensphase des Alters in der Zeit der Industrialisierung angesiedelt. Vor dieser sozialen und wirtschaftlichen Revolution machte das vereinzelt Auftreten deutlich älterer Personen eine ernsthafte Beschäftigung mit diesem Thema nicht notwendig. So lag 1650 die durchschnittliche Lebenserwartung im heutigen Raum Deutschlands bei ca. 29 Jahren, 1800 bei 33 Jahren und 1870/80 bei ca. 37 Jahren. (vgl. Ehmer, 1990) Der Anteil der über 60-Jährigen lag 1850 bei sechs bis sieben pro Hundert Personen. Erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts stieg die durchschnittliche Lebenserwartung bis 73 Jahre für Männer und 79 Jahre für Frauen. Betrachtet man diese Entwicklung, ist es nicht verwunderlich, dass vor Beginn des 20. Jahrhunderts die Beschäftigung mit dem Alter beziehungsweise mit alten Menschen eher eine individuelle Erfahrung war. (vgl. Backes, Clemens 1998)

Das Alter konnte also erst mit der Zeit zu einer sozial differenzierten und etablierten Lebensphase werden, die im kollektiven Verständnis vorhanden ist. Entscheidend für diesen Prozess war jedoch nicht nur die quantitative Zunahme an Alten in der Gesellschaft. Auch die damit verbundene Entwicklung von Systemen zur Absicherung dieser Phase ist als bedeutende Normierungsmaßnahme zu sehen. Denn nach dem Einsetzen der Industrialisierung ist der Verkauf der eigenen Arbeitskraft die zentrale Einnahmequelle zur eigenständigen Absicherung, wodurch sich „Legitimations- und Loyalitätsprobleme der kapitalistischen Wirtschafts- und Gesellschaftsweise“ (Backes, Clemens 1998, S. 28) ergeben. Daher entstehen in dieser Zeit Gesellschaftsmodelle, die die Phase des Alters zu einem Merkmal der Sozialstruktur machen: „Sie definieren Lebensalter in Anbetracht der konkreten Verwertungsmöglichkeiten und des Bedarfs von Arbeitskraft, weisen die Position zum Erwerbsprozeß zu und regeln eine relativ zuverlässige Versorgung auf legitimations fähigem, allerdings geringerem Niveau für die Personen, die nicht in den Erwerbsprozeß integriert sind – insbesondere für alte Menschen.“ (ebenda) Mit dieser Entwicklung ist die Etablierung eines institutionalisierten Ruhestandes eng verbunden, der die Arbeitsfähigkeit von dem chronologischen Alter trennt und dafür einen genormten Eintrittszeitpunkt festsetzt. Die weitere Entstehung eines gesetzlichen Rentenversicherungssystems zu Beginn des 20. Jahrhunderts als Instrument der Arbeitsmarktpolitik bedeutet jedoch nicht, dass es für diese Menschen keine sozialen Probleme mehr gegeben hätte. Denn die Verlusterscheinungen, die durch den Austritt aus dem Erwerbsleben entstehen, können zwar durch eine derartige gesellschaftliche Kontrolle über einem sozial geforderten Mindestniveau gehalten werden. Doch als Folge davon

besteht durch die Normierung der altersbezogenen sozialen Absicherung ein Kontrollsystem, das „Disziplinierung, Diskriminierung und Steuerung“ (Backes, Clemens 1998, S. 29) dieser sozialen Gruppe ermöglicht.

Die Entstehung einer sozialen Sicherung und damit auch einer Alterssicherung ist also eigentlich aus der Notwendigkeit entstanden, die sozialen Probleme nicht (mehr) erwerbsfähiger Personen abzusichern und damit eine Integration in ein kapitalistisches und wirtschaftszentriertes System zu ermöglichen. (vgl. Backes, Clemens 1998)

„Die Motive der historischen Akteure waren in der Regel nicht so sehr auf das Alter selbst gerichtet als auf soziale Kontrolle und Disziplinierung, auf bürokratische Effizienz, ökonomische Rationalität und anderes mehr. Die Lebensphase ‚Alter‘ stand und steht in vielfältigen Wechselbeziehungen zu den ökonomischen und sozialen Strukturen der kapitalistischen Gesellschaften insgesamt.“ (Ehmer 1990, S. 13) Die erste Einführung eines Pensionssystems und die Entstehung des Ruhestandes sind daher als wichtiger Aspekt einer Rationalisierung und Standardisierung des allgemeinen Lebenslaufes zu sehen. Damit konnte das Alter zu einer strukturierten und gesellschaftlich geplanten Phase werden, die mit einem besonderen Status versehen ist und als eigenständige Lebensphase wahrgenommen werden kann. (vgl. Backes, Clemens 1998)

Die Lebensphase des Alters hat sich also – initiiert durch das Einsetzen der Industrialisierung – zu Beginn des 20. Jahrhunderts etabliert, wobei eine (sozial)wissenschaftliche Beschäftigung mit diesem Thema wiederum mit einiger Verzögerung folgte. Dass bis zu diesem Zeitpunkt eine soziologische Auseinandersetzung mit diesem Thema fehlt, sieht Rosenmayr (1978) in dem zuvor angesprochenen geringen Anteil der Alten an der Gesamtbevölkerung und der damit fehlenden Abgrenzung als eigene soziale Gruppe mit besonderem Wertesystem begründet. Im deutschsprachigen Raum kann zu Beginn der 1950er Jahre eine anfängliche Beschäftigung mit dem Alter in der Soziologie festgestellt werden, die sich dann in den 1960er Jahren zu einem eigenen Forschungsbereich entwickelt hat. (vgl. Backes, Clemens 1998 / Rosenmayr 1978)

2.1. *Der Strukturwandel des Alters*

Besonders in sozialpolitischen Debatten der letzten Jahre wurde häufig auf die „Überalterung“ der Gesellschaft und ihre drohenden Konsequenzen hingewiesen. Wie sich das Alter im gesellschaftlichen Kontext in den letzten Jahren und Jahrzehnten entwickelt hat, wird in der gerontologischen Literatur oft mit dem Begriff des „Strukturwandel des Alters“ umschrieben. Dabei werden folgende Tendenzen herausgestrichen: Verjüngung, Feminisierung, Singularisierung, Entberuflichung und Zunahme der Hochbetagten. (vgl. Pahl, Schroeter 1996 / Tews 1999)

Die „Verjüngung“ beschreibt die positive Entwicklung hinsichtlich eines besseren „Gesundheitszustandes, psychophysischer Befindlichkeit, Kompetenz und Leistungsfähigkeit“ (Pahl, Schroeter 1996, S. 104) im Alter, wodurch diese als „relativ jünger“ zu ihrer Vorgänger-Generation angesehen werden können. „80-jährige leben heute überwiegend in einem Zustand, der dem der 60-jährigen im letzten Jahrhundert entsprach.“ (ebenda) Diese Tendenz ist dabei ebenso im Selbstbild älterer Menschen zu erkennen, wie auch im medialen Umgang mit dem Alter und einem „verjüngten“ Erscheinungsbild. (vgl. Pahl, Schroeter 1996) Als negativer Verjüngungseffekt kann jedoch die Betrachtung des Alters in der Arbeitswelt gesehen werden: In diesem Bereich werden teilweise 40- bis 45-jährige ArbeitnehmerInnen als „alt“ wahrgenommen, und es wird ihnen keine volle Leistungsfähigkeit mehr zugesprochen. Aus diesem Grund sind Personen dieses Alters seltener in der Weiterbildung anzutreffen und nach einem Verlust des Arbeitsplatzes deutlich öfter langzeitarbeitslos. (vgl. Tews 1999)

Mit „Feminisierung“ wird der Umstand beschrieben, dass der Anteil der Frauen gegenüber jenem der Männer im höherem Alter stetig zunimmt. Durch die höhere Lebenserwartung von Frauen ergibt sich eine demographische Schere zwischen den Geschlechtern im Alter. (vgl. Pahl, Schroeter 1996) Das Statistische Bundesamt hat 1995 für Deutschland festgehalten, dass in der Gruppe der über 60-Jährigen zwei Drittel weiblich sind und bei über 75-Jährigen sogar drei Viertel. (vgl. Tews 1999) Die Statistik Austria stellt 2009 ein etwas ausgewogeneres Verhältnis fest, wobei in der Bevölkerung ab 60 Jahren 57,2% weiblich und ab 80 Jahren 69,4% weiblich sind.¹ (vgl. Statistik Austria Homepage^b) Damit in Zusammenhang steht auch die Tendenz zur „Singularisierung“ des Alters, da es mit steigendem Lebensalter immer wahrscheinlicher wird, durch den Tod des Partners ein unfreiwilliges „Singel-Dasein“ zu führen. (vgl. Pahl, Schroeter 1996) Der Anteil der

¹ Die angegebenen Zahlen beruhen auf eigenen Berechnungen auf Basis der Daten der Statistik Austria.

Alleinstehenden im Alter wird dabei auch durch gestiegene Scheidungsquoten weiter vergrößert. Dennoch können diese Entwicklungen nicht mit Isolation oder Vereinsamung gleichgesetzt werden. (vgl. Tews 1999)

Basierend auf der Institutionalisierung des Lebenslaufes sind manche Gruppen aus der Berufspflicht ausgenommen, wie Kinder, Jugendliche, Lernende oder eben Ältere. Allerdings wird der Berufsaustritt in der modernen westlichen Gesellschaft immer früher und häufig ohne die Zustimmung des Arbeitenden eingeleitet. (vgl. Prahl, Schroeter 1996) Allgemein sind von den über 65-jährigen Personen nur wenige noch berufstätig, wobei Selbstständige ihre Erwerbsarbeit am häufigsten aufrechterhalten. (vgl. Tews 1999)

Ebenso ist eine Zunahme Hochbetagter und langlebiger Menschen zu erkennen. Das bedeutet, dass der Anteil jener zwischen 90 und 100 Jahren (Hochbetagte) beziehungsweise jener, die 100 Jahre und älter (Langlebige) werden, weiter zunimmt. „Lebten im Deutschen Reich zu Beginn des 20. Jahrhunderts nicht einmal zehn und vor Beginn des Zweiten Weltkrieges knapp zwanzig Menschen, die ihren 100. Geburtstag feiern konnten, so sind dies heute in Deutschland bereits mehr als 3200 Personen.“ (vgl. Prahl, Schroeter 1996, S. 113)

3. Das Alter als Konstruktion

Wie in vielen Bereichen gibt es auch bei der Bezeichnung des Alters bestimmte Maßstäbe, Zuschreibungen und Normvorstellungen, die im gesellschaftlichen Kontext wichtig für die Beurteilung einer Person sind. Rosenmayr (1978) geht grundlegend davon aus, dass jedem Menschen verschiedene Arten des Alters zugeschrieben werden können.

Der erste und oft augenscheinlichste Maßstab des Alters ist das kalendarische Alter. Jeder Menschen hat also ein eindeutiges Alter in Form der Zeitmessung seit seiner Geburt. Dabei wird der Einfluss dieses kalendarischen Alters im Prozess des Älterwerdens als sekundär betrachtet, da zwar physische Einschränkungen im Alter wahrscheinlicher werden, diese jedoch individuell sehr unterschiedlich auftreten und verlaufen. (vgl. Voges 1995) Dennoch erscheint das Alter gemessen in Jahren als formale Kategorie im gesellschaftlichen Kontext unverzichtbar, da damit bestimmte Zuschreibungen verbunden werden, wie zum Beispiel die Schulpflicht oder das Recht, Alkohol zu konsumieren. (vgl. Rosenmayr 1978 / Voges 1995)

Das psychologische Alter dagegen weist zwei unterschiedliche Dimensionen auf. Einerseits wird das Alter durch das „Verhältnis der Persönlichkeit zu sich selbst“ (Rosenmayr 1978, S. 35) sowie durch die mit anderen vergleichende Interpretation des eigenen Zustandes, bestimmt. Andererseits wird es durch die „Aktivierungs- und Reaktivierungsfähigkeit dieser Persönlichkeit“ bestimmt. Bedeutend für das psychologische Alter ist also die Selbstwahrnehmung des eigenen Zustandes im Vergleich zu Mitmenschen sowie die Fähigkeit und Bereitschaft zur Aktivität und Anforderungsbewältigung. (vgl. Rosenmayr 1987) Dass dabei das kalendarische Alter automatisch mit einem Abbau intellektueller Fähigkeiten einhergeht, wurde in vielen Untersuchungen widerlegt. (vgl. Voges 1995) Darüber hinaus bekommen gesellschaftliche Normen eine besondere Bedeutung hinsichtlich des psychologischen Alters, da diese in die individuell-persönliche Selbstdeutung einfließen und auch einwirken. An Beispielen wie Pensionsantrittsgrenzen oder Schuleintritts- und Austrittsalter zeigt Rosenmayr (1978), dass Normvorstellungen auch im psychologischen Alter starken Einfluss haben.

Eine weitere Begriffsbedeutung des Alters wird im sozialen Kontext gesehen. Hierbei handelt es sich jedoch verstärkt um einen relativen Definitionsbegriff, der auf die Vergleichbarkeit der Altersgruppen abzielt und dabei sowohl positive als auch negative Einstellungen hervorbringt. Dadurch entstehen Zuordnungen, Abgrenzungen und Zusammenschlüsse, die Gruppenbildungen zulassen und den jeweiligen Mitgliedern das Ziehen von Vergleichen und Beurteilen von Unterschieden ermöglichen. In den unterschiedlichen Positionen, die eine Person in ihrem Familien- oder Berufsleben oder in der öffentlich-politischen Debatte einnimmt, wird daher das soziale Alter erkennbar. Darin sieht Rosenmayr (1978) auch einen wichtigen Raum für die Stereotypenbildung, welche wiederum Zuweisungen zu bestimmten Kategorien erlaubt, und damit aufgrund von Zusammenschlüssen zwar konfliktmindernd wirken kann, allgemein das Lösen von Problemen jedoch durch vorgefasste Urteile und Abgrenzungen weiter erschwert. (vgl. Rosenmayr, 1978)

Es ist also schnell erkennbar, dass es unterschiedliche Wege gibt, das „Alter“ als Konstruktion zu verstehen, dass damit jedoch immer eine Wechselwirkung im gesellschaftlichen Umgang verbunden ist. Denn jede Form des Alters wird ständig zur (Re-)Produktion und Einlösung bestimmter Normvorstellungen und Verhaltenszuschreibungen herangezogen.

3.1. *Alter und Geschlecht*

Wie auch beim Alter besteht ebenso für das Geschlecht ein gegenseitiger Rückbezug zu Normen und gesellschaftlichen Vorstellungen. Ursula Lehr meint, dass die Bezeichnungen einer „idealen Frau (...) ‚hübsch‘, ‚nett‘, ‚attraktiv‘ – vielleicht auch ‚jugendlich‘ oder sogar ‚liebevoll-mütterlich‘ (aber bestimmt nicht ‚großmütterlich-betulich‘) [sind]. Attribuierungen des idealen Mannes sind hingegen ‚tüchtig‘, ‚gescheit‘, ‚vertrauenserweckend‘, ‚fleißig‘, ‚durchsetzungsfähig‘ u. dgl. Diese bei Männern für ideal gehaltenen Eigenschaften sind auf jeden Fall weniger altersabhängig.“ (Lehr 1987, S. 15)

Eben gerade wegen dieser von der Gesellschaft geprägten und die Gesellschaft prägenden Konstruktionen von Alter und Geschlecht kommt eine „Marginalisierung von alten Menschen und Frauen und [die] Vormachtstellung des Mannes“ (Niederfranke 1996, S. 10/7) zustande. Die Feministin Betty Friedan (1995) macht in diesem Kontext auf die doppelte Benachteiligung alter Frauen aufgrund der Kulmination aus Alters- und Geschlechterstereotypen aufmerksam.

Niederfranke (1996) betont, dass Geschlechtsunterschiede im Alter vor allem deswegen entscheidend wirken, weil die biographischen Ereignisse in den vorangegangenen Lebensabschnitten die spätere Lebenslage (mit)gestaltet haben und die gesellschaftliche Vorstellung einer ‚Normalbiographie‘ immer auch geschlechtsspezifisch geprägt ist. „Gerontologische Forschung, die geschlechtsspezifische Unterschiede nicht aufgreift, vernachlässigt damit einen zentralen Aspekt.“ (Niederfranke 1996, S. 10/7)

Doch nicht nur im sozialbiographischen Kontext sind Geschlechtsunterschiede bemerkbar. Die Lebenserwartung² liegt bei Frauen prinzipiell höher. Die Gründe für diesen Unterschied lassen sich im biologischen und soziokulturellen Kontext finden, ebenso wie durch die unterschiedliche Lebensweise von Männern und Frauen. (vgl. Niederfranke 1996) Dabei ist bekannt, dass dieser Unterschied in allen Ländern und Kulturen in unterschiedlichem Maße besteht. (vgl. Thomae 1983)

Ebenso konnte festgestellt werden, dass die Überlebenswahrscheinlichkeit bei weiblichen Föten beziehungsweise Kindern höher ist als jene von männlichen. Jungen sind auch prinzipiell anfälliger für Krankheiten und einen intensiveren Ausbruch dieser, was

² „Die für eine bestimmte Beobachtungsperiode wie z.B. ein Kalenderjahr berechnete Lebenserwartung bei der Geburt gibt an, wieviele Jahre ein neugeborenes Kind im Durchschnitt leben würde, wenn im Laufe seines Lebens stets dieselben altersspezifischen Sterblichkeitsverhältnisse (...) herrschen würden wie in dem betreffenden Kalenderjahr.“ (Statistik Austria Homepage^a, Stand: 3.10.09)

Genetiker auf die Geschlechtschromosomen ebenso wie auf die Androgene, die männlichen Sexualhormone, zurückführen. Diese erhöhen die Infektionsanfälligkeit und steigern auch die Risikobereitschaft. Tod durch Infektionen, Stürze, Vergiftung, Ertrinken, Verbrennen, Explosion und Autounfälle sind bei Männern häufiger als bei Frauen, ebenso wie Mord und Totschlag. Dennoch lässt sich für Männer und Frauen die gleiche Rangfolge der häufigsten Todesursachen feststellen:

1. Herzerkrankungen
2. Bösartige Neubildungen (Krebs)
3. Schlaganfälle

(vgl. Niederfranke 1996)

Dennoch gilt für Frauen besonders in den mittleren Lebensjahren, wie weiter oben bereits angesprochen, eine Mehrfachbelastung durch Familien- und Erwerbsverpflichtungen, die häufig in (psychosomatischen) Erkrankungen resultiert. Frauen leiden prinzipiell öfter an depressiven Phasen, chronischen Depressionen und Phobien, wohingegen Männer im höheren Alter vermehrt unter Drogenmissbrauch (Alkohol u.a.) sowie an Soziopathien leiden.

Auch im Gesundheitsbewusstsein beziehungsweise -verhalten lassen sich Geschlechterunterschiede erkennen: Frauen reagieren sensibler auf gesundheitliche Beschwerden oder Veränderungen, thematisieren diese eher und suchen Hilfe. Gemessen an den Arztbesuchen sind sie aktiver um ihre Gesundheit bemüht als gleichaltrige Männer und nehmen auch mehr Medikamente. Gleich, ob psychische oder physische Beschwerden, Frauen haben schneller das Gefühl, krank zu sein, und konsultieren auch eher einen Arzt. Bei Frauen lässt sich also eine höhere Lebenserwartung feststellen als bei Männern, obwohl sie nach objektiven Faktoren und auch dem eigenen Empfinden nach häufiger erkranken als diese. Dennoch ist der Verlauf der Krankheiten selten tödlich. (vgl. Niederfranke 1996)

Hans Thomae (1983) spricht auf der Grundlage solcher Erkenntnisse von „geschlechtsspezifischen Altersschicksalen“ (Thomae 1983, S. 32), die schon biologisch vorgezeichnet, ebenso einem sehr starken kulturellen und damit biographisch geprägten Einfluss unterworfen sind. So spricht auch er die unterschiedlichen Rollenbilder von Männern und Frauen an, die besondere Verhaltensweisen begünstigen und damit auch Unterschiede zwischen den Geschlechtern im Alter forcieren. Thomae (1983) bezieht sich beispielsweise auf die Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie, bei der gezeigt wurde, dass sich in der Geburtskohorte vor 1900 die Frauen deutlich unsicherer in der Untersuchungssituation verhielten als Männer. In der Vergleichskohorte von 1900-1905

konnte dieser Unterschied nicht mehr so deutlich beobachtet werden. Ebenso lassen sich bei Frauen der Geburtsjahrgänge bis 1920 durchgehend schlechtere Intelligenzleistungen feststellen als bei Männern, wobei zahlreiche Untersuchungen bereits gezeigt haben, dass es sich bei einem solchen Unterschied keinesfalls um angeborene Geschlechtsattribute handeln kann. (vgl. Thomae 1983)

3.2. Kritik – „Erfolgreiches Altern“ als „positives Stigma“

Nachdem sich in den 80er Jahren ein Wandel des eher negativ gefärbten Altersbildes ergeben hat, wurde damit begonnen, oppositionale Konzepte des Alterns zu entwickeln. Ideen des „optimalen Alterns“, des „produktiven Alterns“ oder des „erfolgreichen Alterns“ wurden in die wissenschaftliche Diskussion eingeführt.

Wird der Begriff des „erfolgreichen Alterns“ näher betrachtet, stellen sich jedoch manche Fragen hinsichtlich seiner Implikationen und damit auch seiner Wertigkeit. Denn wird damit begonnen, zu hinterfragen, was als „Erfolg“ in dem Prozess des Älterwerdens gewertet werden kann, und was dementsprechend ein „Misserfolg“ ist, werden die definitorischen Probleme ersichtlich.

„Erfolgreiches Altern: Die Formulierung erinnert an so etwas wie Prämiensparen. Das Alter soll (...) offenbar als ein Leistungsakt begriffen werden, bei dem die Aufgabe richtig zu altern, gelöst oder verfehlt werden kann. Das Altern wird da (...) zu sehr in die Nähe der Börsenspekulation gerückt. Es gilt, möglichst viele Lebensjahre unter den Bedingungen der Sicherheit, Fitneß, Gesundheit und gutem Auskommen zu absolvieren. Es ist wichtig integriert zu sein und zu partizipieren, woran auch immer. Zu meiden sind Einsamkeit, Schmerz, Leiden, Armut, Verfall. Aber am Schluß dieser erfolgreichen Akkumulation von Lebensjahren steht nun einmal nicht eine Sonderzahlung, sondern der Tod. Und vor der Formulierung „Erfolgreiches Sterben“ schreckt die Gerontologie noch zurück.“ (Gronemeyer 1989, S. 113)

Bei der Verwendung des Begriffs „erfolgreiches Altern“ bleibt also umstritten, was diesen „Erfolg“ auszeichnet, und wie dieser erreicht werden kann. Manche Autoren üben starke Kritik an diesem Konzept.

So spricht Rosenmayr (1989) von einer Paradoxie, da er das Alter als beeinflusst ansieht, durch sowohl äußere als auch innere Einwirkungen, auf die wiederum Einfluss genommen

werden kann. Doch der Lebensverlauf an sich ist nicht planbar, und damit auch nicht in die Richtung „erfolgreichen Alterns“ lenkbar.

Wie weiter oben bereits erwähnt wurde, sieht Rosenmayr (1978) das soziale Alter als einen relativen Definitionsbegriff, der Differenzierungen und damit Gruppenbildung und -abgrenzung ermöglicht, die zur Bildung von Stereotypisierungen aufgrund gesellschaftlicher Positionierung führen können.

Auch Erving Goffman (1977) beschäftigt sich mit diesem Gedanken im interaktionstheoretischen Bereich und formuliert einen Stigmatisierungsansatz. Der Begriff der Stigmatisierung bedeutet dabei die „Zuschreibung eines Stigmas, die Kategorisierung einer Person durch gesellschaftlich oder gruppenspezifisch negativ bewertete Attribute, d.h. durch Eigenschaften, die sie sozial diskreditieren. Es sind Prozesse, in denen fast alle Eigenschaften, Erscheinungen und Verhaltensweisen einer Person verbal oder nonverbal mit einem bestimmten Merkmal (dem Stigma) verbunden werden, mit dem sie nicht von sich oder von Natur aus verbunden sind.“ (Backes, Clemens 1998, S. 135)

Zieht man als bestimmendes Merkmal das Alter als Stigma heran, lassen sich Altersbilder erkennen, die auf der Basis des kalendarischen Alters stereotypisierte Vorstellungen (re-)produzieren.

Ebenso wie die Defizitmodelle bis in die 1980er Jahre das Alter negativ stigmatisiert haben, ist es jedoch auch möglich, positiv zu stigmatisieren. Denn „neben der Vielzahl von negativen Attributen (wie Abbau, Unbeweglichkeit) existiert ein idealisierendes, scheinbar positives Potential an Vorstellungen zu Alter (Weisheit, Zufriedenheit, Bescheidenheit, Genießen des Lebensabends etc.)“. (Backes, Clemens 1998, S. 138) Diese „repressiven Idealisierungen“ (ebenda) verschleiern jedoch eher die Mängel und Abbauerscheinungen, die mit dem Alter einsetzen, und verstehen es als Tugend, mit diesen Umständen umzugehen.

Das Konzept des „erfolgreichen Alterns“ ist also in seiner wissenschaftlichen Anwendung einigen Schwierigkeiten unterworfen, denn mit einem solchen Ausdruck wertfrei umzugehen erscheint unmöglich: Der Begriff des „Erfolges“ impliziert ein Ziel, das erstrebenswert erscheint und auch erreicht werden sollte. Es treten dabei sprachliche Wertehaltungen auf, die unwideruflich positiv besetzt sind und damit auch automatisch ein positives Altersbild projizieren.

Dennoch sind positive und negative Altersbilder stereotypisierte Ansichten, die einander in ihrem Vorkommen nicht ausschließen: „Die Menschen haben sich stets mit der

biologischen Notwendigkeit ihres Alterns und Sterbens beschäftigt und versucht, sie in Religion, Kunst und Philosophie kulturell zu bewältigen. (...) [Untersuchungen dieser Quellen] deuten darauf hin, daß in ganz unterschiedlichen historischen Gesellschaften immer zwei verschiedene, ja gegensätzliche Bewertungen des Alters nebeneinander standen. (...) auf der einen Seite [stehen alte Menschen] als Verkörperung von Weisheit und Erfahrung, der mit Ehrfurcht und Unterordnung zu begegnen ist und auf der anderen Seite als Verkörperung von Gebrechlichkeit, Unzurechnungsfähigkeit und Hilflosigkeit, dem Spott der Jüngeren ausgesetzt. Wie es scheint, waren stets beide Stereotypen gleich verfügbar.“ (Ehmer 1990, S. 16)

Der Begriff des „erfolgreichen Alterns“ bietet also bei genauerer Betrachtung schon allein aufgrund seiner sprachlichen Konnotation viel Raum für Kritik. Ungeachtet solcher Schwierigkeiten hat das Thema in vielfältiger Weise Eingang in wissenschaftliche Diskussionen gefunden. In den folgenden Kapiteln werden unterschiedliche Ansätze aus mehreren Disziplinen vorgestellt, wobei an dieser Stelle auf deren Gemeinsamkeit im Sinne eines „Kompetenzgedankens“ hingewiesen werden soll.

4. Basale und erweiterte Kompetenz im „erfolgreichen Altern“

Wie in der Einleitung bereits angesprochen wurde, ist eine ganzheitliche Betrachtung des Alterns darauf angewiesen, die Erkenntnisse unterschiedlicher Fachbereiche zu berücksichtigen. „Altern ist gleichzeitig ein körperliches, psychisches, soziales und gesellschaftliches Phänomen, an dessen wissenschaftlicher Bearbeitung in der Gerontologie entsprechend viele Disziplinen beteiligt sind.“ (Backes, Clemens 1998, S. 87)

Aus diesem Grund werden im weiteren Verlauf der Arbeit unterschiedliche theoretische Konzepte des Alterns aus den Bereichen der Medizin, der Psychologie und der Soziologie vorgestellt.

Dennoch ist es bei den unterschiedlichen Ansätzen des „erfolgreichen Alterns“ oft nicht möglich, eine eindeutige Zuordnung zu einem Fachbereich zu treffen. So formulieren der Mediziner John W. Rowe und der Sozialpsychologe Robert L. Kahn (1997) ihren Ansatz des „successful aging“ bereits in multidisziplinärer Hinsicht. Sie ziehen physische und

kognitive Fähigkeiten als Indikatoren heran, betonen jedoch die zentrale Bedeutung der sozialen Aktivität für ein Konzept des „erfolgreichen Alterns“. Zwei der soziologisch bekanntesten Ansätze eines „optimalen“ oder „erfolgreichen Alterns“ sind die Disengagement- und Aktivitätstheorie, wobei sich diese mit der gesellschaftlichen Exklusion beziehungsweise Integration älterer Menschen beschäftigen. Dabei haben sie durch ihren Bezug zur Lebenszufriedenheit auch Eingang in die psychologische Diskussion gefunden: So definiert der Psychologe Robert J. Havighurst „erfolgreiches Altern“ bei seiner Überprüfung der Disengagementtheorie einzig durch die Lebenszufriedenheit. (vgl. Havighurst, Neugarten, Tobin 1986^a / Havighurst 1968)

Bei der Beschäftigung mit der entsprechenden Literatur wird auf jeden Fall ersichtlich, dass bezüglich des Alter(n)s in allen genannten Disziplinen grundsätzlich von Abbauerscheinungen und Verlusterlebnissen ausgegangen wird. Diese werden jedoch als beeinflussbar angesehen und können somit „gemeistert“ werden. Inwiefern einer Person ein „erfolgreicher“ Umgang mit derartigen Aufgaben gelingt, ist wiederum von ihren Kompetenzen in den verschiedenen Bereichen abhängig. „(...) alle Alternstheorien [beziehen sich] in direkter oder indirekter Form auf Belastungen unterschiedlicher Art (...). Allerdings wird dabei auch auf die Kompetenz älterer Menschen im Umgang mit solchen Belastungen verwiesen (...).“ (Lehr, Thomae 1991, S. 122).

Diese Kompetenzmodelle gehen also davon aus, dass es einem Menschen möglich ist, *trotz* solcher oder auch gerade *mit* solchen defizitären Erscheinungen des Alterns „erfolgreich“ zu leben.

Dabei ist der Rahmen, in dem ein derartig kompetenter Umgang besonders wichtig erscheint, das tägliche Leben einer Person: „Einer der Lebensbereiche, die gerade im Alter eine herausragende Bedeutung haben, ist die effektive Gestaltung und Bewältigung der Anforderungen des alltäglichen Lebens. Werden die Anforderungen gemeistert, so spricht man dieser Person Kompetenz zu, und zwar in diesem Falle Alltagskompetenz.“ (Baltes et al. 1996, S. 525)

Vor diesem Hintergrund wird die weitere Konzeptspezifikation des „erfolgreichen Alterns“ einen multidisziplinären Ansatz darstellen, der sich an den (Alltags-)Kompetenzen einer Person im Alter orientiert. Dabei werden im Laufe der Arbeit drei „Kompetenzbereiche“ unterschieden:

- Im physiologischen Kontext wird die Kompetenz zur Selbstständigkeit zentral.
- Im psychologischen Kontext wird die Kompetenz zu einer persönlich zufriedenstellenden und selbstverantwortlichen Lebensführung bedeutend.
- Im soziologischen Bereich wird das selbstbestimmte Engagement am Leben als „kompetente“ Lebensführung herangezogen.

Wie im Kapitel zur Geriatrie (siehe Kapitel 5.2.) noch detailliert vorgestellt wird, ist im medizinischen Kontext eine Vorstellung von Alltagskompetenz etabliert, die sich durch die Fähigkeit der selbstständigen Durchführung grundlegender Tätigkeiten definiert. Dazu gehören in erster Linie jene selbstpflegerischen Fähigkeiten zum eigenständigen Klogang, zum Essen und selbstständigen Waschen. Eine Skala zu diesen Aktivitäten des Alltags (Activities of Daily Living – ADL Skala) wurde in geriatrischen Fachkreisen ursprünglich formuliert, um die Rehabilitationschancen und den unterschiedlichen Grad der Selbstständigkeit bei älteren Menschen feststellen zu können. Mit einer IADL-Skala (Instrumental Activities of Daily Living) werden die Fähigkeiten zur Durchführung „instrumenteller Aktivitäten“ des täglichen Lebens wie Einkaufen, Telefonieren etc. gemessen.

Im Fachgebiet der Psychologie (siehe Kapitel 6.2.) existiert ein Kompetenzgedanke, der etwas anders formuliert wird, aber ebenso auf eine zufriedenstellende und selbstverantwortliche Lebensführung abzielt. Entscheidend bei einem psychologischen Konzept der alltäglichen Kompetenz ist die Fähigkeit der „Autonomie, Selbstständigkeit und Lebenszufriedenheit bzw. Lebensmeisterung.“ (Baltes et al. 1996, S. 526)

Im soziologischen Kontext (siehe Kapitel 7.1.) wird das Konzept des „successful aging“ von John W. Rowe und Robert L. Kahn (1997) als Ausgangspunkt herangezogen, da dieser multidisziplinäre Zugang der sozialwissenschaftlichen Perspektive zentrale Bedeutung beimisst: Denn ein geringes Krankheitsrisiko und der Erhalt physischer und psychischer Kompetenz werden hier als die „Basis“ für ein aktives Engagement gesehen, doch gerade erst diese aktive Auseinandersetzung mit dem Leben ermöglicht „erfolgreiches Altern“ – nur wenn diese Beschäftigung mit dem eigenen Leben auch tatsächlich gegeben ist, kann von „erfolgreichem Altern“ gesprochen werden. Da diese prinzipiell positive Ansicht von

Aktivität jedoch nicht unumstritten ist, werden in diesem Zusammenhang ebenso die Disengagement- wie die Aktivitätstheorie als soziologische Konzepte „erfolgreichen Alterns“ aufgearbeitet.

Basierend auf der starken multidisziplinären Prägung des Themas, stellt sich die Bedeutung der Kompetenz im Kontext einer alltäglichen Lebensführung für „erfolgreiches Altern“ als grundlegend heraus.

Ausgehend von dieser Überlegung, wird in der folgenden methodischen Ausarbeitung unter Bezugnahme auf die Berliner Altersstudie (BASE) ein Zwei-Komponenten-Modell der Kompetenz angenommen. Baltes und Kollegen (1996 / 1998) haben hier im Verlauf ihrer Arbeit ein Konzept zur Fassung von Alltagskompetenz entwickelt. Bei diesem wird eine Unterscheidung getroffen, die auf der Frage begründet ist, welche Tätigkeiten selbstständig durchgeführt werden können. Besteht in den grundlegenden Aufgaben des täglichen Lebens Hilfsbedürftigkeit? Wenn dem nicht so ist, kann von einer *basalen Kompetenz (BaCo – basic level of competence)* ausgegangen werden, die es ermöglicht Selbstpflegeaktivitäten und einfache instrumentelle Tätigkeiten eigenständig zu vollziehen. Die Fähigkeiten der *erweiterten Kompetenz (ExCo – expanded level of competence)* werden hingegen bei komplexen instrumentellen Aufgaben sichtbar, wie z.B. sozialem Engagement und Freizeitaktivitäten. (vgl. Baltes et al. 1996 / Baltes et al. 1998)

Dabei wird betont, dass die Fähigkeiten der basalen Kompetenzen in erster Linie auf biologischen Faktoren beruhen, wohingegen jene der erweiterten Kompetenz „im Wesentlichen durch individuelle Präferenzen, Motivationen und Ziele gekennzeichnet [sind], die biographisch verankert und daher stark von psychosozialen und kulturellen Faktoren abhängig sind.“ (Baltes et al. 1998, S. 193)

Die weiter oben beschriebenen Konzepte werden nun also durch die Unterscheidung zwischen basaler und erweiterter Kompetenz zueinander in Beziehung gesetzt, um „erfolgreiches Altern“ zu erfassen. Die basale Kompetenz wird dabei durch die (I)ADL Skala erfasst. Die erweiterte Kompetenz wird im Bereich der psychologischen Kompetenz und des sozialen Engagements sichtbar.

5. Altersmedizin und die Kompetenz zur selbstständigen Lebensführung im Alter

„Altern ist nicht per se eine Krankheit.“ (Sieber 2006^b, S. 189)

5.1. Altersmedizin und Krankheit

Im medizinischen Bereich beschäftigt sich die Geriatrie (griech. Γέρον = alt, ἰατροία = Heilkunde), mit dem Alter und seinen Folgen. Allgemein kann hier jedoch nicht von einer genauen Altersgrenze für geriatrische Patienten ausgegangen werden – meist wird der Eintritt ins „Alter“ („elderly or older person“) bei dem UN beziehungsweise WHO angenommenen Maß von 60 Jahren und älter gesehen. (vgl. WHO Homepage)

Da sich in vielen Ländern der Welt Dank des medizinischen Fortschritts die Gesundheit auch im (höheren) Alter verbessert hat, wird auch in der Medizin eine Diskussion um „normal aging“ oder „successful aging“ geführt. Dennoch werden Hochaltrigkeit, Multimorbidität und funktionelle Beeinträchtigungen als die drei Hauptmerkmale der Altersmedizin gesehen, auf die im weiteren etwas genauer eingegangen wird. (vgl. Sieber 2006^b)

Die Altersstrukturen der westlichen Industrienationen verändern sich zunehmend in Richtung einer „hochaltrigen“ Gesellschaft (siehe auch Kapitel 2.1.). Das bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit sehr alt zu werden immer weiter zunimmt. (vgl. Tews 1999)

Eine Folge davon ist das weiter steigende Durchschnittsalter der Patienten in Akutgeriatrien, das 2006 bereits mit ungefähr 80 Jahren zwölf Jahre höher ist als in anderen medizinischen Akutkliniken. In Langzeitpflegestrukturen ist das Durchschnittsalter bereits auf 85 Jahre gestiegen. (Sieber 2006^b)

Eine weitere zentrale Besonderheit in der geriatrischen Medizin ist die Beschäftigung mit den Risiken von Multimorbidität (lat. multi = viele, morbus = Krankheiten). Das bedeutet, dass im Alter nicht nur ein höheres Risiko für eine Erkrankung besteht, sondern für das Auftreten mehrerer, parallel verlaufender Krankheiten. (vgl. Dandekar 1996 / Runge, Rehfeld 2001 / Sieber 2006^b).

Das Durchschnittsalter in der Akutgeriatrie wird von Sieber (2006^b) mit knapp 80 Jahren angegeben, wobei in dieser Gruppe selten weniger als zehn Diagnosen pro Patient gestellt werden. Diese „Polypathologie“ führt in weiterer Folge zu einer „Polymedikation“ und damit verbundenen Problemen.

In der Gerontologie können – wenn auch nur wenige – so genannte „primäre Alterskrankheiten“ festgestellt werden, also Krankheiten, die nahezu ausschließlich im hohen Alter auftreten. Ebenso gibt es Krankheiten die häufig mit dem Alter assoziiert sind. (vgl. Sieber 2006^b / Steinhagen-Thiessen, Wrobel, Borchelt 1999)

Tabelle 1: Alterskrankheiten

Primäre Alterskrankheiten	Mit dem Alter assoziierte Krankheiten	
Osteoporose (Knochenschwund mit Erweiterung der Markräume)	Parkinson'sche Krankheit (Schüttellähmung)	Lungenemphyseme (Lungenblähung)
Osteoarthritis (Gelenksverschleiß)	Sepsis (Allgemeininfektion, Blutvergiftung)	Zerebro-vaskuläre Erkrankungen (Erkrankung der Gefäße im Gehirn)
Prostatakarzinom (Prostatakrebs)	Pneumonie (Lungenentzündung)	Neoplasien (Neubildungen bösartiger Geschwülste, Krebs)
Arteritis temporalis (vorübergehende Entzündung der Schlagadern)	Leberzirrhose (Leberverhärtung)	Arterielle Hypertonie (Bluthochdruck)
Polymyalgia rheumatica (rheumatischer Vielmuskelschmerz)	Nephritis (Nierenentzündung)	Myokardinfarkt (Herzinfarkt)
	Typ-2-Diabetes-Mellitus (Altersdiabetes)	Alzheimer'sche Krankheiten (Demenz)

(Quelle: vgl. Sieber 2006^b, S. 190)

Bei der ganzheitlichen Betrachtungsweise, um die sich die heutige Geriatrie bemüht, wird jedoch versucht, nicht nur auf die physischen Krankheitserscheinungen einzuwirken, sondern auch ihre weitläufigen Konsequenzen für den Organismus zu berücksichtigen. Nach einem überstandenen Herzinfarkt wird also nicht nur dieser eine Muskel besonderer Aufmerksamkeit bedürfen, sondern auch die Auswirkungen dieser Erkrankung auf die Leistungsfähigkeit des ganzen Körpers. Die funktionellen Defizite, die hier angesprochen werden und die eines der drei Hauptmerkmale der Geriatrie darstellen, können durch die vier geriatrischen ‚I‘ beschrieben werden, wobei vier zusätzliche Merkmale seit kurzem hinzugekommen sind:

- Immobilität (z.B. als Folge eines Schlaganfalls),
- Instabilität (Sturzrisiko),
- Inkontinenz (Harn-/Stuhlinkontinenz),
- Intellektueller Abbau (z.B. Demenz)
 - Isolation

(Alleinlebende, soziale Isolation durch Sprachstörung nach Schlaganfall u.ä.)

- Iatrogene (vom Arzt verursachte) Störungen
(z.B. Medikamenteninteraktionen bei Polypharmazie)
 - Schmerz
(50% der Hochaltrigen und 80% der hospitalisierten Patienten leiden unter chronischem Schmerz)
 - Schwindel
(verstärkt das Risiko eines Sturzes und erzeugt damit einen hohen Leidensdruck; hat meist multifaktorielle Ursachen und ist damit nur eingeschränkt therapierbar)
- (vgl. Runge, Rehfeld 2001 / Sieber 2006^b)

Die unten angeführte Tabelle 2 verdeutlicht diese im Alter vermehrt auftretenden funktionellen Defizite in Zusammenhang abnehmender Organfunktionen. Ohne hier weiter auf die exakten gesundheitlichen Konsequenzen dieser Veränderungen einzugehen, soll doch an dieser Stelle festgehalten werden, dass im Vergleich zu 30-Jährigen die allgemeine Leistungsfähigkeit des Körpers abnimmt. (vgl. Runge, Rehfeld 2001 / Steinhagen-Thiessen, Wrobel, Borchelt 1999)

Tabelle 2: Organfunktionen im 75. Lebensjahr (30 Jahre = 100%)

Organfunktionen	Verbliebener Funktionsumfang
Max. Sauerstoffaufnahme im Blut	40%
Max. Dauerleistung	70%
Max. Spitzenleistung	40%
Grundstoffwechsel	84%
Herzschlag in Ruhe	70%
Anzahl der Nervenfasern	63%
Nervenleitungsgeschwindigkeit	90%
Vitalkapazität der Lunge	56%
Handmuskulatur	55%

(vgl. Runge, Rehfeld 2001, S. 8)

In der Berliner Altersstudie konnte gezeigt werden, dass „man mit 80 bis 85 Jahren den Schwellenwert für einen eher allgemeinen, das heißt alle menschlichen Funktionen und Systeme übertreffenden, Altersabbau“ (Tews 1999, S. 150) erreicht, nachdem eines oder mehrere der folgenden Probleme aufgetreten sind: Krankheit, Abnahme der geistigen

Leistungsfähigkeit, Hilfe- und/oder Pflegeabhängigkeit, Behandlungsbedürftigkeit, Isolierung und Vereinsamung.

Dennoch konnten viele Untersuchungen bestätigen, dass eine aktive Einflussnahme auf körperliche Altersprozesse durchaus möglich ist. „Ernährung und regelmäßige, körperliche Aktivität sind die zwei Faktoren, die klar mit Langlebigkeit einhergehen und durch jeden selbst beeinflussbar sind.“ (Sieber 2006^a, S. 29)

Auch wenn im geriatrischen Bereich prinzipiell von einem Abbau im Alter ausgegangen werden kann, darf die Beeinflussbarkeit des körperlichen (und kognitiven) Alterungsprozesses nicht unterbewertet werden.

5.2. ADL und IADL – Konzepte zur Alltagskompetenz

Im geriatrischen Kontext wird hinsichtlich der Abbauerscheinungen die physische Kompetenz zu einer selbstständigen Lebensführung zentral für ein Konzept „erfolgreichen Alterns“. Eben diese Fähigkeit wurde auch im Bereich der Sozialarbeit und der Gerontologie vor dem Hintergrund interessant, dass ein Hilfsmittel zu Beurteilung der Rehabilitationschancen bei chronisch kranken Menschen geschaffen werden sollte. Katz, Ford, Moskowitz u.a. (1963) formulierten eine solche Skala zur Erfassung der Alltagsaktivitäten. Diese ADL-Skala (Activities of Daily Living) erfasst in drei Stufen die Genesung schwerkranker Personen durch die Wiedererlangung folgender Fähigkeiten:

- Selbstständig zu essen und Kontinenz
- Selbstständiges Gehen und Toilettengang
- Anziehen, waschen und baden

Unabhängig vom Alter gibt es jedoch immer wieder Situationen (z.B. Unfälle), durch die Menschen die Möglichkeit zur unabhängigen Lebensführung verlieren, weswegen dieses Konzept nicht prinzipiell auf ältere Menschen beschränkt werden sollte.

Die bloße Wiedererlangung dieser Fähigkeiten kann jedoch nicht als einziges Merkmal des ADL herangezogen werden. Buchwald Lawton (1963) schreibt, „A.D.L. may be considered a treatment program as well as a practical application of all treatments and the test to proof of how the patient functions in a life situation.“ (Buchwald Lawton 1963, S. 5)

Das ADL-Konzept kann also als Rehabilitationsmethode gesehen werden, bei der nicht nur das Erlernen einzelner Bewegungen angestrebt wird, sondern die Befähigung der täglichen Anwendbarkeit dieser Bewegungen. Ebenso kann es zur Einstufung der Fähigkeiten eines

Patienten im Alltag angewandt werden. „The patient learns, for instance, in physical therapy how to perform push-ups, but this becomes meaningful if he uses this skill to transfer from bed to wheel-chair, from wheel-chair to toilet etc.” (ebenda)

Es soll an dieser Stelle jedoch berücksichtigt werden, dass eine vollkommene Genesung im Sinn einer absoluten Unabhängigkeit nicht immer erreicht werden kann. Man muss hingegen annehmen, dass es unterschiedliche Grade der Unabhängigkeit gibt. „Although ideally the goal is independence (...) this is not always possible or practical. The actual goal will vary according to the disability, age, occupation, home and work situation (...)” (Buchwald Lawton 1963, S. 252)

Außerdem muss bedacht werden, dass auch Personen eine unabhängige alltägliche Lebensführung erhalten können, die im Rollstuhl sitzen. Ebenso können körperlich selbstständige Menschen dennoch Hilfe bei verschiedenen Bereichen täglicher Tätigkeiten benötigen (z.B. rechtliche oder finanzielle Verpflichtungen) und damit unselbstständig sein. Prinzipiell wird bei der Beschäftigung mit diesem Konzept ersichtlich, dass kein eindeutiges und objektives Verfahren zur Definition oder Evaluation einer ADL-Skala existiert. Welche Aktivitäten also als ADL angesehen werden und wie diese empirisch erhoben werden, wird je nach Untersuchungsdesign und Fragestellung unterschiedlich sein. Ein beispielhaftes System zur Beurteilung des Schweregrades der (Un-)Abhängigkeit wurde im Institute of Physical Medicine and Rehabilitation am New York University Medical Center folgendermaßen definiert:

1. Unabhängig: Die Person kommt ohne Hilfe aus
 2. Hilfsbedürftig: Wobei Hilfe geleistet wird durch
 - a. Supervision – Beaufstichtigung
 - b. Assistance – Unterstützung
 - c. (Pflege) – Die Aktivität muss für diese Person ausgeführt werden
 - d. Lifting – Die Person muss gehoben werden
 3. Hilfsmittel werden gebraucht
- (vgl. Buchwald Lawton 1963)

Etwas später wurde diese Skala von Powell M. Lawton und Elaine M. Brody (1969) weiterentwickelt um „Kompetenzen [zu] erkunden (...), die an der Lebenswelt von selbstständig im eigenen Haushalt lebenden älteren Personen orientiert sind. (Lehr 2007, S. 121) Es sollten ebenso auch Fähigkeiten erfasst werden, „die sich auf die außerhäusliche soziale und räumliche Umwelt beziehen.“ (Lehr 2007, S. 122)

Dazu gehören Tätigkeiten wie Telefonieren, Einkaufen, Essenszubereitung, Haushaltsarbeiten, Waschen, Transport, Medikamente einnehmen und finanzielle Angelegenheiten erledigen. Diese erweiterte Skala zur Erfassung „instrumenteller“ täglicher Aktivitäten – „Instrumental Activities of Daily Living“ (IADL) – wurde bei vielen Studien zusammen mit dem ADL eingesetzt und kann daher je nach Forschungshintergrund unterschiedliche Items umfassen. (vgl. Lehr 2007)

Eine Untersuchung, die Infratest 1993 zur Hilfs- und Pflegebedürftigkeit durchgeführt hat (siehe Tabelle 3), zeigt dabei, dass in der Gruppe der 65 bis 69-Jährigen 2,3% hilfs- oder pflegebedürftig sind. Unter den 75 bis 79-Jährigen ist ein eher geringer Anteil von 19,4% nicht vollkommen selbstständig im Vergleich zu den 54,5% der über 85-Jährigen, die diesen Status haben. Dabei zeigt sich, dass das Risiko, hilfs- oder pflegebedürftig zu werden, mit dem hohen Alter stark ansteigt. Andererseits verweisen Kruse und Lehr (1999) auch auf die 45,5% der über 85-Jährigen Personen, denen eine unabhängige Lebensführung möglich ist. (vgl. Kruse, Lehr 1999)

Auffällig erscheint dabei das Verhältnis zwischen hilfs- und pflegebedürftigen Personen: In der ersten Altersgruppe (65 bis 69 Jahre) sind 3,5mal mehr Personen hilfs- als pflegebedürftig. Bei 75- bis 79-Jährigen sind nur mehr 2,1mal mehr Hilfsbedürftige und bei über 85-Jährigen ist das Verhältnis bereits fast ausgeglichen (1,1mal mehr Hilfsbedürftige). Hier ist also sichtbar, dass nicht nur die Wahrscheinlichkeit der Unselbstständigkeit mit höherem Alter zunimmt, sondern auch das Risiko, nicht nur hilfs-, sondern sogar pflegebedürftig zu sein, im höheren Alter stark ansteigt.

Tabelle 3: Hilfs- und Pflegebedarf in verschiedenen Altersgruppen
(repräsentative Daten nach Infratest 1993)

	Altersgruppen		
	65 bis 69 Jahre	75 bis 79 Jahre	Über 85 Jahre
Regelmäßiger Pflegebedarf	1,7%	6,2%	26,3%
Hilfsbedürftig	0,6%	13,2%	28,2%
Unselbstständige gesamt	2,3 %	19,4%	54,5%

(Quelle: Kruse, Lehr 1999, S. 200)

Auch in der Berliner Altersstudie wird die Fähigkeit zur Selbstständigkeit durch acht ADL und zwei IADL-Fragen erhoben. Dabei wird bestätigt, dass es einen negativen Alterseffekt gibt, sowie einen für Frauen nachteiligen Geschlechtseffekt hinsichtlich solcher

funktioneller Verluste. Ein Gruppenvergleich zwischen unter und über 85-Jährigen bestätigt „(...) den sprunghaften Anstieg der Hilfsbedürftigkeit im höchsten Alter, und zwar bei beiden Geschlechtern (...) auch wenn dieser Effekt besonders die sehr alten Frauen zu betreffen scheint.“ (Steinhagen-Thiessen, Borchelt 1996, S. 168) Die Ergebnisse der Berliner Altersstudie „(...) belegen erneut das lange bekannte Paradoxon in der Geriatrie/Gerontologie, daß nämlich Frauen eine höhere Behinderungs- und Morbiditätsrate aufweisen, Männer jedoch die höhere Mortalitätsrate und damit kürzere Lebenserwartung.“ (Steinhagen-Thiessen, Borchelt 1996, S. 170)

Wie in Tabelle 4 gezeigt wird, scheint das Verhältnis zwischen Hilfsbedürftigen Männern und Frauen in der Altersgruppe der 70- bis 84-Jährigen noch annähernd ausgeglichen, wobei der Anteil männlicher Hilfsbedürftiger beim Baden/Waschen und Anziehen sogar geringfügig höher ist als jener der Frauen. In der Gruppe der mindestens 85-Jährigen entsprechen die Zahlen der oben beschriebenen geschlechtsspezifischen Entwicklung: Fast dreimal so viele Frauen wie Männer benötigen Hilfe beim Essen und annähernd doppelt so viele Frauen wie Männer sind hilfsbedürftig in den Bereichen Baden/Waschen, Anziehen und Klogang.

Tabelle 4: Hilfsbedürftigkeit im ADL-Bereich nach Alter und Geschlecht (in %)

Kompetenzeinbußen	70- bis 84Jährige		85+ Jahre	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Essen	-	0,8	0,8	2,3
Baden/Waschen	9,3	8,5	31,8	60,5
Anziehen	5,4	3,1	11,6	24,0
Klogang	0,8	2,3	6,2	15,5
Spazierengehen	5,4	6,2	27,1	42,6

(Quelle: Steinhagen-Thiessen, Borchelt 1996, S. 169)

Ebenso konnten jedoch auch schwach positive Einflüsse auf die Hilfsbedürftigkeit im Alter festgestellt werden: „(...) höhere Bildung, höheres eigenes Sozialprestige und die Anwesenheit eines Partners inzidieren einen etwas geringeren Grad an Hilfsbedürftigkeit.“ (Mayer, Wagner 1996, S. 269) Bei Personen in Privathaushalten hat sich jedoch besonders die Einkommenssituation als „mäßig protektiver“ Einfluss auf Hilfsbedürftigkeit erwiesen. (vgl. Mayer, Wagner 1996)

5.3. Zusammenfassung und Aussicht auf die methodische Untersuchung

Bei der geriatrischen Auseinandersetzung wird ersichtlich, warum sowohl die wissenschaftliche Beschäftigung als auch der gesellschaftliche Umgang mit dem Alter oftmals negativ geprägt sind – der Alterungsprozess ist nun mal mit physischen Abbau- und Verlusterscheinungen verbunden.

Um eine methodische Untersuchung der physischen Selbstständigkeit durchführen zu können, wurde die Skala der „Activities of Daily Living“ (ADL) sowie ihre Erweiterung der „Instrumental Activities of Daily Living“ (IADL) vorgestellt. Diese Konzepte werden nun zur Beurteilung der Fähigkeit einer selbstständigen alltäglichen Lebensführung herangezogen.

In Anlehnung an Kruse (1996) wird in weiterer Folge eine Einteilung hinsichtlich der ADL beziehungsweise IADL Kompetenzen vorgenommen, die zwischen „(relativ) Selbstständigen“, „Hilfebedürftigen“ und „Pflegebedürftigen“ (Kruse 1996, S. 302) unterscheidet, wobei im methodischen Teil der Arbeit „Selbstständige“ und „Unselbstständige“ (Hilfs- und Pflegebedürftige) einander gegenübergestellt werden. (Die genauen Begriffsdefinitionen für diese Arbeit finden sich in Kapitel 9.1.)

Im Sinne des weiter oben vorgestellten Zwei-Komponenten-Modell der Kompetenz wird daran die basale physische Kompetenz einer Person gemessen.

Hypothesen zur basalen physischen Kompetenz

- H. 1: Im Altersgruppenvergleich erhalten Männer gegenüber Frauen öfter die Kompetenz zur selbstständigen Lebensführung.
- H. 2: Es kann eine Altersgrenze festgestellt werden, bei der die Kompetenz zur selbstständigen Lebensführung allgemein zurückgeht.

6. Psychologische Kompetenz zur Selbstverantwortung und Zufriedenheit im Alter

Die Ausprägung der Lebenszufriedenheit wurde in psychologischen Theorien häufig als zentrales Merkmal für „erfolgreiches Altern“ ausgelegt. (vgl. Baltes, Baltes 1989 / Lehr 2007)

Lehr (2007) verweist beispielsweise auf eine Untersuchung, bei der 92,7% der Befragten zu der Definition des „erfolgreichen Alterns“ meinten, dass vor allem eine positive Einstellung und Glück dafür bedeutend sind. Hier wird also ein Ansatz gesehen, auch bei körperlichen Behinderungen und anderen altersbedingten Beeinträchtigungen von „Erfolg“ sprechen zu können. „Die seelische Stärke, trotz mancher Mängel das eigene Gleichgewicht zu bewahren und darüber hinaus noch etwas Glück zu empfinden, ist für eine dem Menschen gerecht werdende Konzeption von ‚Erfolg‘ im Alter ebenso wichtig wie physische und intellektuelle Kompetenz.“ (Lehr 2007, S. 66)

Als einzigen Indikator zur Messung „erfolgreichen Alterns“ lehnen Baltes und Baltes (1989) dieses Konstrukt jedoch ab. Diese subjektive Einstufung müsse durch objektive Kriterien erweitert werden, also durch Messungen (z.B. der kognitiven Fähigkeiten), die bei Probanden die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit aufzeigen und damit Reservepotentiale sichtbar machen.

Auch Diketmüller (1997) spricht diese wichtige Unterscheidung zwischen subjektiven und objektiven Faktoren an, wobei auch sie zusammenfasst, dass in psychologischen Untersuchungen vermehrt das subjektive Empfinden durch Konzepte der Lebenszufriedenheit, des Selbstwertes oder der Kontrollwahrnehmung von zentraler Bedeutung ist. (vgl. Diketmüller 1997)

In weiterer Folge wird zunächst die kognitive Theorie des Alterns von Thomae (1971) vorgestellt, um die zentrale Bedeutung des subjektiven Alterserlebens für die psychologische Kompetenz und „erfolgreiches Altern“ darzustellen. Danach wird ein Kompetenzmodell nach Kruse und Lehr (1999) präsentiert, das sich ebenso wie die (I)ADL-Skala an den Fähigkeiten der täglichen Lebensführung orientiert.

6.1. Die kognitive Theorie des Alterns

Hans Thomae (1971) formuliert diese Theorie mit dem Kernpunkt, dass die individuelle, subjektive Wahrnehmung von Ereignissen die Einstellung und Reaktion auf diese bestimmt. Dieser Ansatz beschäftigt sich also mit dem individuellen Alterserleben und kann somit Erklärungshilfe bieten bei Diskrepanzen zwischen objektiv beurteilten und subjektiv erlebten Umständen.

Backes und Clemens (1998) fassen für diese Theorie drei Postulate zusammen:

- Für das Verhalten eines Menschen sind weniger die objektiven Faktoren bestimmend als vielmehr die subjektive Wahrnehmung. Eine objektiv negativ bewertete Situation kann in ihrer Wahrnehmung durch verschiedenste Einflüsse nivelliert werden.
- Für die Bewertung einer Situation sind die persönlichen Motive und Erwartungen einer Person zentral, weswegen das folgende Verhalten auf diese bezogen ist.
- Der individuelle Umgang mit dem Alter und seinen Verlusterscheinungen kann umso besser gestaltet werden, „je mehr die kognitive und motivationale Struktur im Gleichgewicht sind“. (Backes, Clemens 1998, S. 163) Haben Menschen im Alter die persönliche Einschätzung, ihr Leben „gut“ gelebt und ihre Ziele erreicht zu haben, sind diese auch überwiegend zufrieden. Hier lässt sich also auch eine Begründung finden für objektiv gute Lebenssituationen, in denen von Unzufriedenheit berichtet wird.

Backes und Clemens (1998) stehen jedoch einer einseitigen Anwendung dieses Ansatzes kritisch gegenüber, da Nichtwahrnehmung und Positivwahrnehmung der Versuch sein können, sich mit unveränderbaren Umständen abzufinden. Besonders im Bereich der Altenpflege warnen die Autoren vor der Interpretationsmöglichkeit, die subjektiv berichtete Zufriedenheit oder Unzufriedenheit als Grundlage für die Bereitstellung (zusätzlicher) Hilfestellungen heranzuziehen.

6.2. *Kompetenz*

Im psychologischen Kontext werden Ansätze zu „erfolgreichem Altern“ immer wieder als Kompetenzmodelle dargestellt. Sie beziehen sie sich auf die Fähigkeiten und den Willen, Kompetenzen im Alter zu erhalten und eine zufriedenstellende Lebensführung zu vollziehen bei einem gleichzeitigen Eingeständnis altersbedingter Abbauerscheinungen. (vgl. Lehr, Thomae 1991)

Kruse und Lehr (1999) beschäftigen sich mit einem psychologischen Kompetenzgedanken der sowohl „objektive“ als auch „subjektive“ Bereiche umfasst, die es einem Menschen ermöglichen, sich erfolgreich mit den Anforderungen seiner Umgebung auseinanderzusetzen. Objektive Aspekte werden in den „Fertigkeiten des Menschen zum effektiven Umgang mit den Anforderungen in seiner Umwelt“ (Kruse, Lehr 1999, S. 193) gesehen, wohingegen subjektiv die Erfahrungen mit dem eigenen effektiven beziehungsweise kompetenten Handeln angesprochen werden.

Andreas Kruse (1996) formuliert hinsichtlich dieser Überlegungen folgende Definition: „[Kompetenz] beschreibt die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Menschen zur Aufrechterhaltung (oder Wiedererlangung) eines möglichst selbstständigen, selbstverantwortlichen und persönlich zufriedenstellenden Lebens in seiner Umwelt.“ (Kruse 1996, S. 293)

Da in diesem Abschnitt die subjektiven Aspekte der psychologischen Kompetenz aufgearbeitet werden sollen, und die basale Kompetenz zur Selbstständigkeit bereits im vorherigen Konstrukt behandelt wird, werden für das weitere Vorgehen zwei Dimensionen als zentral angesehen:

- Die „Fähigkeit zur Aufrechterhaltung eines persönlich zufriedenstellenden Lebens“.
- Die „Fähigkeit zur Aufrechterhaltung eines selbstverantwortlichen Lebens“.

(Kruse, Lehr 1999, S. 195 / vgl. Thomae 1983 / vgl. Kruse 1996)

Diese beiden Dimensionen der „Zufriedenheit“ und der „Selbstverantwortung“ erscheinen charakteristisch für alle Situationen von Kompetenz im (hohen) Alter, da hinsichtlich der Verlusterscheinungen, mit denen Personen besonders im hohen Alter umzugehen haben, eine derartige Lebensführung als „psychologische Leistung“ anzusehen ist. (vgl. Kruse, Lehr 1999)

Thomae (1983) beschäftigt sich mit Kompetenz, basierend auf den Daten der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie und betont für eine persönlich zufriedenstellende Lebensführung die Bedeutung einer positiven Zukunftsperspektive, da empirische Zusammenhänge zwischen einer positiven Einstellung zur Zukunft und verschiedenen Zufriedenheitsmaßen festgestellt werden konnten.

Die zweite Dimension hinsichtlich einer kompetenten Lebensführung im Alter ist jene der Selbstverantwortung. Hier gewinnen die Selbstwahrnehmung und der kompetente Umgang mit Verlusterlebnissen an Bedeutung. Kruse und Lehr (1999) betonen die Notwendigkeit, sich als alternder Mensch mit dem Verlust bestimmter Verantwortungs- und Tätigkeitsbereiche und den Rollenveränderungen auseinanderzusetzen. Dabei wird besonders das Ausscheiden aus dem gesellschaftlich anerkannten Erwerbsleben als folgenschwer angesehen. Hierfür müsse ein Ersatz geschaffen werden: „Das Wissen, eine stimulierende Aufgabe gefunden zu haben, persönlich bedeutsame Interessen verwirklichen zu können und von anderen Menschen gebraucht zu werden, bildet eine wichtige Grundlage für die positive Lebenseinstellung im Alter.“ (Kruse, Lehr 1999, S. 195)

Auch Thomae (1983) sieht die Fragen nach dem Erhalt bestehender Interessen und der Bemühung zur Ausweitung des sozialen Lebenskreises als geeignete Einflussgrößen für Aktivität: „Daß die Erhaltung von Interessen eine wichtige Voraussetzung für die Vermeidung von Abbauerscheinungen darstellt, ist ebenso evident wie die Bedeutung eines Bemühens um Ausweitung des sozialen Lebenskreises als Anzeichen des gekonnten Umgangs mit anderen Menschen.“ (Thomae 1983, S. 155) Außerdem erscheinen bestimmte Maßstäbe für die Wahrnehmung sozialer Rollen sowie die aktive Auseinandersetzung mit Belastungen auch hier zentral.

Wie bereits eingangs erwähnt wurde, ist hinsichtlich der Erfassung psychologischer Kompetenz eine Unterscheidung zwischen einer personen- und einer umweltorientierten Perspektive sinnvoll. Auf personaler Ebene werden verschiedene Aspekte unterschieden, die hier nach Kruse und Lehr (1999) kurz zusammengefasst werden:

Tabelle 5: Faktoren der Kompetenz auf personaler Ebene

<p>Psychische Situation in der Gegenwart</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivation zur Verwirklichung von Interessen • Selbstbild • Anwendung und Training von Fertigkeiten • Grad der Situationszufriedenheit • Erlebte Belastungen • Erlebte Kongruenz zwischen Erwartetem und Erreichtem • Wahrgenommene und genutzte Anregungen 	<p>Subjektiver und objektiver Gesundheitszustand</p> <ul style="list-style-type: none"> • Körperlicher und psychischer (objektiver) Gesundheitszustand • Art und Schwere der Behinderung(en) • Subjektiver Gesundheitszustand • Gesundheitsverhalten
<p>Zukunftsperspektive</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erlebte Gestaltbarkeit der Situation • Einstellung zur persönlichen Zukunft 	<p>Entwicklung im Lebenslauf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bildungsstand und -weg • Persönlich entwickelte Fähigkeiten • Lebensstil, Gewohnheiten und Interessen • Soziale Aktivitäten und Engagement

(vgl. Kruse, Lehr 1999, S. 197)

Die in dieser Tabelle dargestellten Indikatoren für personale Kompetenz entsprechen in vielen Bereichen jenen Einflussgrößen einer „persönlich zufriedenstellenden“ und „selbstverantwortlichen“ Lebensführung, wie sie weiter oben besprochen wurden und werden (teilweise) im methodischen Teil der Arbeit weitere Verwendung finden.

Im psychologischen Fachkreis wird hinsichtlich der Diskussion um „Lebenszufriedenheit“ auch zunehmend von „subjektivem Wohlbefinden“ gesprochen, und obwohl keine eindeutige Definition oder gar Operationalisierung für dieses Konstrukt besteht, wird es häufig in Zusammenhang mit der Fähigkeit psychologischer Anpassung im Alter und damit auch „erfolgreichem Altern“ gebracht. (vgl. Smith, Fleeson et al. 1996) In der Berliner Altersstudie „[veranschaulichen] die Ergebnisse über das subjektive Wohlbefinden (...) die bemerkenswerte Fähigkeit alter Menschen, sich durch selbstbezogene Regulationsprozesse ihren Lebensumständen anzupassen. Wir müssen aber darauf hinweisen, daß die Anforderungen und Verluste des hohen Alters diese psychologische Widerstandsfähigkeit an ihre Grenzen führen könnte.“ (Smith, Fleeson et al. 1996, S. 497) Dabei konnten Smith und Kollegen (1996) zeigen, dass verstärkt subjektive Bewertungen und weniger objektive Faktoren direkten Einfluss ausüben. So zeigen unter anderem der subjektive

Gesundheitszustand, die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation beziehungsweise mit sozialen Beziehungen und das Geschlecht signifikante Effekte.

In der Duke-Gerontologischen Längsschnittstudie wurden Korrelate zu „Zufriedenheit“ und „Glück“ im Kontext „subjektiven Wohlbefindens“ untersucht und auch hier wurde festgestellt, dass der subjektive Gesundheitszustand, sowie die finanzielle Situation als stärkste Einflüsse identifiziert werden können. Im Geschlechtervergleich zeigt sich außerdem, dass für Männer Zusammenhänge mit sexueller Befriedigung und allgemeiner Aktivität und für Frauen mit engen sozialen Kontakten, Freizeitaktivitäten und religiöse Aktivitäten bestehen. Eine Auswertung der BOLSA-Daten (Bonn Longitudinal Study of Ageing) zu spezifischen und globalen Maßen der Zufriedenheit zeigt einen Geschlechts- und Alterseffekt: So wurden in der Gruppe der „Wenig-Zufriedenen“ vermehrt Frauen, sowie Personen aus älteren Kohorten festgestellt. Ebenso konnte hier der negative Effekt gesundheitlicher, finanzieller und familiärer Belastungen beobachtet werden. (vgl. Lehr 2007)

Kruse und Lehr (1999) beziehen sich auf eine deutsche Studie, die den Grad der Selbstständigkeit (relativ Selbstständig, Hilfsbedürftig, Pflegebedürftig) und das Erleben der gegenwärtigen Situation zueinander in Beziehung setzt. „Überforderung und Zusammenbruch psychischer Ressourcen fanden sich nur bei Personen, die hilfs- oder pflegebedürftig sind, nicht hingegen bei den relativ Selbstständigen. Während Personen, die relativ selbstständig lebten, ihre Belastungen als gering erlebten oder sie relativ gut kompensieren konnten, waren bei dem größten Teil der pflegebedürftigen Personen eine Überforderung und der Zusammenbruch psychischer Ressourcen erkennbar oder zumindest die Kompensation der bestehenden Einbußen und Verluste gefährdet.“ (Kruse, Lehr 1999, S. 206) Derartige Untersuchungsergebnisse bestätigen die hohe psychische Belastung durch körperliche Einschränkungen, die besonders im Fall der Pflegebedürftigkeit problematisch wird.

6.3. Zusammenfassung und Aussicht auf die methodische Untersuchung

Bei der Betrachtung „erfolgreichen Alterns“ aus psychologischer Sicht wird schnell bewusst, dass auch hier eine leicht defizitäre Grundannahme über das Alter(n) beibehalten wird. Es wird nämlich immer von Abbauerscheinungen oder Einbußen ausgegangen, wobei diesen kein absoluter oder unbeeinflussbarer Charakter zugesprochen wird. Ganz im Gegenteil, es wird davon ausgegangen, dass gerade die kompetente Auseinandersetzung mit solchen Alterserscheinungen „erfolgreiches Altern“ ausmacht.

Die kognitive Theorie des Alterns geht davon aus, dass das persönliche Alterserleben und die eigenen Erwartungen ausschlaggebend sind für die Motivation und das daraus resultierende Verhalten. Dadurch wird die positive Auffassung der Situation zentral für weiteres Aktivierungspotential und damit auch „erfolgreiches Altern“. Diese Theorie wird in weiterer Folge nicht überprüft, sondern soll die stark subjektive Perspektive auf die psychologische Kompetenz in dieser Arbeit begründen.

Das vorgestellte Kompetenzmodell von Kruse und Lehr (1999) formuliert ähnlich der geriatrischen (I)ADL-Skala einen Alltagsbezug, in dem die Fähigkeit zu einer selbstverantwortlichen und persönlich zufriedenstellenden Lebensführung hervorgehoben wird. Die Kompetenz dafür basiert wiederum auf verschiedenen Faktoren, die sehr stark bei der persönlichen Wahrnehmung ansetzen.

In weiterer Folge wird eben dieses Kompetenzmodell zur folgenden methodischen Analyse herangezogen. Dabei wird die psychologische Kompetenz zur persönlich zufriedenstellenden und selbstverantwortlichen Lebensführung theoretisch durch viele Faktoren bestimmt, wobei hier aufgrund der Überschneidung mit anderen Konstrukten nur die Faktoren der psychischen Situation der Gegenwart sowie die Zukunftsperspektive herangezogen werden.

Im weiteren methodischen Verlauf werden daher folgende Bereiche berücksichtigt:

- Zufriedenheit
 - Allgemeine Zufriedenheit, Zufriedenheit mit Erreichtem
- Selbstverantwortung
 - Kontrollüberzeugung³, Zugehörigkeit, Energieempfinden
- Zukunftsperspektive
 - Einstellung zur persönlichen Zukunft
 - Erlebte Gestaltbarkeit der Situation

Hypothesen zum Konzept der psychologischen Kompetenz:

- H. 3: Für psychologische Kompetenz ist ein negativer Alterseffekt sowie ein für Frauen nachteiliger Geschlechtseinfluss feststellbar.
- H. 4: Hohes Einkommen korreliert positiv mit psychologischer Kompetenz.

7. Soziologische Theorien zum „erfolgreichen Altern“

Seit der intensiveren Beschäftigung der Soziologie mit Altersfragen in den 1950er und 1960er Jahren wurden viele verschiedene theoretische Ansätze mit unterschiedlichem Fokus formuliert. Die Beschäftigung mit dem „successful aging“ kam zunächst in den 80er Jahren in den USA durch John W. Rowe und Robert L. Kahn zustande. Die beiden Autoren vertreten mit diesem Konzept bereits einen multidisziplinären Zugang, indem geringes Gesundheitsrisiko, hohe kognitive und physische Leistung sowie produktive Aktivität zusammenwirken. Da dem Aktivitätsgrad besondere Bedeutung zugesprochen wird, kann diese Theorie als Ausgangspunkt der soziologischen Auseinandersetzung mit dem Thema herangezogen werden.

In Zusammenhang damit werden anschließend zwei Klassiker der sozialgerontologischen Theorien vorgestellt, die sich mit dem Gedanken eines „optimalen“ oder „erfolgreichen Alterns“ durch „Rückzug“ (Disengagementtheorie) oder eben „Aktivität“ (Aktivitätstheorie) in den späten Lebensjahren auseinandersetzen. Der besonders bekannte, strukturfunktionalistisch geprägte Ansatz der „Disengagementtheorie“ wird zunächst vorgestellt, wobei im Alter von einem unvermeidbaren Prozess ausgegangen wird, in dem

³ Wird im Zuge der Itemanalyse im methodischen Teil der Arbeit ausgeschlossen.

sich das Individuum aus dem gesellschaftlichen Leben zurückzieht. Dieser „Rückzug“ wird dabei als natürlich und positiv für Individuum und Gesellschaft angesehen.

Als Gegenstück dazu gilt die darauf folgende „Aktivitätstheorie“ mit dem Postulat der Zufriedenheit bei (gleichbleibend) hohem Aktivitätsniveau.

7.1. Das Konzept des „Successful Aging“ von Rowe und Kahn

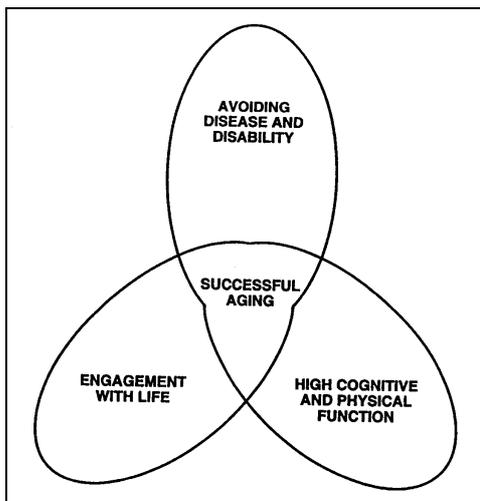
In den 80er Jahren wurde das Konzept des „erfolgreichen Alterns“ im US-Amerikanischen Forschungsraum zunächst von John W. Rowe und Robert L. Kahn (1997) formuliert. Die beiden Autoren schlagen dabei vor, „normales Altern“ und „erfolgreiches Altern“ als zwei Arten nichtpathologischer Altersform zu unterscheiden. Sie sehen eine Tendenz in der Gerontologie, die nur zwischen einem pathologischen Alter und einem nichtpathologischen Alter unterscheidet. Im Falle nichtpathologischen Alters, bei dem keine Krankheiten oder krankheitsbedingten Behinderungen vorliegen, wird von „normalen“ physischen und kognitiven Parametern ausgegangen. Daher wollen Rowe und Kahn (1997) diese weitere Unterscheidung zwischen „normalem Altern“ – als nichtpathologisches, aber stark risikobehaftetes Altern – und „erfolgreichem Altern“ – als gering risikobehaftetes und hoch funktionelles Altern – einführen.

„We define successful aging as including three main components: low probability of disease and disease-related disability, high cognitive and physical functional capacity, and active engagement with life. (...) successful aging is more than absence of disease, important though that is, and more than maintenance of functional capacities, important as it is. Both are important components of successful aging, but it is their combination with active engagement with life that represents the concept of successful aging most fully.”
(Rowe, Kahn 1997, S. 433)

Rowe und Kahn (1997) sehen das „erfolgreiche Altern“ also auch in einem multidisziplinären Kontext und unterscheiden drei Komponenten:

- Geringe Wahrscheinlichkeit für Krankheiten oder krankheitsbedingte Einschränkungen
- Hohe funktionale kognitive und physische Kapazität
- Aktive Beschäftigung mit dem Leben

Abbildung 1: Das Modell des “successful aging” von John W. Rowe und Robert L. Kahn



(Quelle: Rowe, Kahn 1997, S. 434)

Sie betonen aber im gleichen Moment, dass nur das Zusammenspiel der ersten beiden Komponenten mit einer aktiven Beschäftigung mit dem Leben „erfolgreiches Altern“ ermöglichen.

„Physical and cognitive capacities are potentials for activity; they tell us what a person can do, not what he or she *does* do. Successful aging goes beyond potential; it involves activity.“ (Rowe, Kahn 1997, S. 433)

Hinsichtlich der aktiven Beschäftigung mit dem Leben betonen Rowe und Kahn (1997) die Vielfalt möglicher Aktivitätsformen, wobei sie sich auf interpersonale Beziehungen und produktive Tätigkeiten konzentrieren. Interpersonale Kontakte sind bestimmt durch Transaktionen mit anderen, den Austausch von Informationen, emotionale Unterstützung („emotional support“) und direkte Hilfeleistungen („instrumental support“). Eine Tätigkeit wird als produktiv verstanden, wenn diese gesellschaftlichen Wert erschafft, ob sie nun entlohnt wird oder nicht. (vgl. Rowe, Kahn 1997)

Aktivität an sich wird hier aus mehreren Gründen als besonders wichtig erachtet: Unter Bezugnahme auf Durkheims Arbeiten zum Thema Selbstmord sehen Rowe und Kahn (1997) eine fehlende Eingebundenheit in soziale Beziehungen und Isolation als Prädiktoren für Morbidität und Mortalität. Andere Studien aus den 70er und 80er Jahren zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Partizipation an sozialen Netzwerken und Langlebigkeit – insbesondere bei Männern. Hinsichtlich solcher Studien fassen die Autoren folgende Effekte sozialer Beziehungen zusammen (vgl. Rowe, Kahn 1997):

- Isolation, also das Fehlen sozialer Bindungen, ist ein Risikofaktor für die Gesundheit.
- Soziale Unterstützung, gleich ob emotional oder instrumental, kann positive Gesundheitseffekte hervorbringen.
- Keine Art der sozialen Unterstützung ist automatisch effektiv. Die Wirkung beruht auf der Übereinstimmung der Hilfeleistungen und der Bedürfnisse der Situation und Person.

Als Einflussgrößen für produktive Aktivitäten identifizieren Rowe und Kahn (1997) drei Faktoren: „functional capacity, education and self-efficacy.“ (Rowe, Kahn 1997, S. 438)

Die funktionale Kapazität einer Person im Alter wird also als entscheidend für den Aktivitätsgrad angesehen, wobei Rowe und Kahn (1997) die Wahrscheinlichkeit aktiv zu sein dreimal höher einschätzen, wenn Personen hohe kognitive und physische Leistungen zeigen. Auch die Bildung ist bekannt als starker Prädiktor für Aktivität, sowohl im Bereich unbezahlter als auch bezahlter Arbeit. Hier bleibt jedoch zu beachten, dass der Bildungsgrad stark beeinflusst ist durch andere Faktoren, wie beispielsweise den sozioökonomischen Status der Eltern und die Erziehung, welche wiederum Werte vermitteln, die im höheren Alter Aktivität begünstigen. Die Erfahrung der Selbst-Wirksamkeit wird als dritte Einflussgröße genannt, wobei hier die Kontrolle über den eigenen Körper und das eigene Handeln zentral sind. Dabei lässt sich ein positiver Zusammenhang feststellen zwischen einer hohen Selbst-Wirksamkeit und einem hohen Ausmaß an produktiver Aktivität.

Abschließend betonen die Autoren, dass viele der Faktoren hinsichtlich Risiko, funktionaler Leistung und Aktivität beeinflussbar erscheinen, entweder durch das Individuum selbst oder durch Veränderungen in seiner Umwelt. Daher sprechen sie sich für weitere Interventionsstudien aus, um effektive Techniken zu entwickeln und damit den Anteil der „erfolgreich Gealterten“ in der Bevölkerung zu erhöhen. (vgl. Rowe, Kahn 1997)

7.2. *Disengagementtheorie*

In den 1960er Jahren fand vor allem in den USA eine verstärkte Beschäftigung mit der Frage nach der Anpassung des alternden Individuums an die Gesellschaft statt. Empirische Forschung in dieser Zeit, vor allem die Längsschnittuntersuchung der Kansas City Study of Adult Life, kam zu dem Ergebnis, dass mit höherem Alter ein Rückzug festzustellen ist. Dieser Studie zufolge zogen sich die Alten besonders aus Tätigkeiten in Organisationen zurück, zeigten verringertes politisches Engagement und einen Rückzug aus familiären und freundschaftlichen Beziehungen. Allerdings konnte keine zufriedenstellende Erklärung für dieses Phänomen gefunden werden. (vgl. Havighurst, Neugarten, Tobin 1968^a / Rosenmayer 1978)

Im soziologischen Kontext wurde besonders die Integration der Älteren interessant und damit die Frage nach dem Umgang mit dem Verlust gesellschaftlich bedeutender Rollen zentral. Die Bedeutung der Rolle wird in einem funktionalistischen Ansatz besonders wichtig, da diese als „Angelpunkt zwischen Individuum und Gesellschaft [betrachtet wird und] sie definiert die Verpflichtungen und Erwartungen“ (Rosenmayr 1996, S. 24) eines Individuums in seiner Gesellschaft. Diese Verpflichtungen und die damit verbundene Verantwortung verleihen dem Individuum wiederum einen bestimmten Status. Als Folge davon kann bei abnehmender Verantwortung auch von einem Statusverlust ausgegangen werden. (vgl. Rosenmayr 1996 / Havighurst 1968)

Durch die weit verbreitete Beschäftigung mit dem Thema entwickelten sich unterschiedliche Ansätze. Die bekannteste Aufarbeitung der Disengagementtheorie als funktionalistisch geprägtes Handlungsmodell im Sinne Parsons stammt von Cumming und Henry (1961). In diesem Prozess werden viele Beziehungen zwischen dem Älteren und der Gesellschaft gelöst und bestehende Kontakte erfahren eine Veränderung. Diese Entwicklung wird dabei als unvermeidbar verstanden und im Interesse der Älteren und der Gesellschaft vollzogen. (vgl. Krohn 1978 / Havighurst, Neugarten, Tobin 1968^a)

Veränderungen des Verhaltens und ein Rückzug im Alter werden darauf zurückgeführt, dass sich nicht nur physische, sondern auch psychische Veränderungen in den späteren Lebensjahren einstellen. Demnach folgen die Menschen im höheren Alter ihrer inneren Entwicklung, was durch den Rückzug aus ihren Aktivitäten und Interaktionen ersichtlich wird (vgl. Backes, Clemens 1998 / Havighurst, Neugarten, Tobin 1968^a / Voges 1995). Das Ziel des „optimalen Alterns“ und somit auch der Altenpolitik sollte daher sein, dass sich die

Menschen höheren Alters, so wie sie es selbst wollen, ungestört zurückziehen können. (vgl. Rosenmayer, 1978)

Dieser Ansatz geht also von einer „gewollten Isolierung“ der älteren Menschen aus, die eben dadurch ein glückliches Alter erleben können. Ältere Personen, die zur Aktivität getrieben werden, müssten demnach einen inneren Konflikt bewältigen, da es ihnen nicht ermöglicht wird, sich mit dem Tod auseinanderzusetzen. „Das Alter wird nicht gemieden, sondern hat seinen eigenen Inhalt: die Vorbereitung auf den unvermeidbaren Tod.“ (Backes, Clemens 1998, S.119)

Ausgehend von Untersuchungen an Naturvölkern gehen Cumming und Henry (1961) davon aus, dass es dem alten Menschen kein Grundbedürfnis ist, eine Funktion zu haben und gebraucht zu werden. Dieser Wunsch basiere ausschließlich auf einem Sicherheitsbedürfnis, das auch auf andere Weise erfüllt werden kann und somit eine Partizipation unnötig macht. Das „Disengagement“ ist nach Cumming und Henry also der Weg zu einer glücklichen Lebensführung für ältere Menschen. (vgl. Lehr 2007)

Voges (1995) sieht dabei bezüglich der Funktionslosigkeit des Alters einen Kreislauf, da diese als Grundlage für die Ausgliederung aus familiären und beruflichen Strukturen verstanden werden kann, aber ebenso auch als Folge.

Darüber hinaus ergibt sich durch den Rückzug der Älteren auch ein Gewinn für die Gesellschaft, da diese die Positionen durch leistungsfähigere Nachfolger besetzen kann. Der Prozess des „Disengagement“ dient also sowohl dem gesellschaftlichen System als auch dem Individuum und kann auch von beiden eingeleitet werden.

Krohn (1978) stellt neun Postulate der Disengagementtheorie vor, die hier kurz zusammengefasst werden:

- Es kommt zu einer gegenseitigen Auflösung von Beziehungen zwischen dem alten Individuum und der Gesellschaft.
- Der Prozess ist unausweichlich und durch das Individuum eingeleitet.
- Durch die unterschiedliche Orientierung von Frauen (häuslich-mütterlich) und Männern (beruflich) im Lebenslauf ist der Rollenverlust für Frauen und Männer unterschiedlich.
- Die Veränderung des Individuums ist natürlich, unabwendbar und mit Fähigkeitseinbußen verbunden, weswegen ein Rückzug der Alten wichtig ist, um fähigere Junge nachfolgen zu lassen.

- Bei unterschiedlichen Erwartungen bezüglich des Zeitpunktes, an dem dieser Rückzug vollzogen werden soll, setzt sich immer der gesellschaftliche Wille durch.
- Dem Disengagement angepasste Rollenmuster (verstärkte Beschäftigung mit sich selbst, Zuwendung zu anderen Gruppen und der Verwandtschaft und Freizeitaktivitäten) sollen ausgeübt werden, um den Aufgaben-, Rollen- und Statusverlust zu bewältigen.
- Konflikte zwischen Individuum und Gesellschaft lösen sich, wenn das Individuum die Ausgliederung akzeptiert.
- Durch den Rollenverlust verändern sich die Beziehungen des Individuums dahingehend, dass sie kaum mehr verpflichtend wirken.
- Dieser Prozess der Ausgliederung wird in allen Gesellschaften vollzogen, wenn es auch kulturell geprägte Formen gibt.
(vgl. Krohn 1978, S. 58ff.)

7.3. *Aktivitätstheorie*

Als Gegenrichtung zur Disengagementtheorie gilt die „Aktivitätstheorie“, welche davon ausgeht, dass die Wünsche und Bedürfnisse die gleichen geblieben sind wie in mittleren Lebensjahren und sich die Aktivitäten alter Menschen daher kaum ändern (sollten). Es wird zwar eingeräumt, dass die physischen Leistungsverluste im Alter hemmend wirken, dieser Tatsache jedoch durchaus entgegengewirkt werden kann. (vgl. Backes, Clemens 1998 / Havighurst, Neugarten und Tobin 1986^a)

So unterstreicht dieser Aktivitätsansatz prinzipiell die Behandelbarkeit von Altersproblemen, die – so die Annahme – in erster Linie durch Funktionslosigkeit entstehen. Der Auslöser dafür wird im gesellschaftlichen und familiären Wandel im Zuge der Industrialisierung und Verstädterung gesehen. Es wird hier also auch von einem Rückzug ausgegangen, jedoch eher davon, dass die Gesellschaft diesen einleitet und er gegen den Willen des Individuums abläuft. Abbauerscheinungen und schwindendes soziales Engagement sind die Folgen solcher Ausgliederungsprozesse, wobei der Austritt aus der Erwerbsarbeit als zentral angesehen wird. (vgl. Backes, Clemens 1998)

Auch Tartler (1961) betont die zentrale Bedeutung der Berufstätigkeit und die damit verbundenen sozialen Kontakte, Aktivitäten und den sozialen Status. „Aber auch für den in normaler Rüstigkeit und Lebenstüchtigkeit im Berufsleben stehenden alten Menschen wird (...) das aktuelle Auftreten vermehrter Alterssymptome oft erst dadurch herbeigeführt, daß

ihm unabhängig von seiner individuellen Leistungsfähigkeit und Leistungswilligkeit die Pensionierung beim Erreichen eines bestimmten Lebensalters aufgezwungen wird.“ (Tartler 1961, S. 118) Die gesellschaftlich determinierte Berufsaufgabe in einem gewissen Alter führt also zu einem Aktivitätsverlust, der wiederum weitere Abbauerscheinungen einleitet, und daher entstehe „psycho-physischer Abbau (...) erst mit dem Entzug der Beschäftigungsmöglichkeiten“. (Backes, Clemens 1998, S. 116)

Ein „optimales“ oder „erfolgreiches“ Alter wird daher daran erkennbar, dass die meisten der Aktivitäten aus mittleren Lebensjahren beibehalten wurden. (vgl. Rosenmayr 1978 / Backes, Clemens 1998)

7.4. „Erfolgreiches Altern“ durch Aktivität oder Rückzug? –

Eine kritische Betrachtung

Die Disengagementtheorie wurde besonders bekannt, da hier erstmals eine Auseinandersetzung mit dem Verhältnis von alternden Menschen und der Gesellschaft stattfand. Es wird dieser gesellschaftlich funktionale und persönlich befriedigende Rückzug als unausweichlich und natürlich verstanden, wodurch ein Gleichgewichtsgedanke postuliert wird. Dieser verweist wiederum auf die Wurzeln dieser Theorie, nämlich das funktionalistische Konzept von Parsons, das sich durch die Beschäftigung auf gesellschaftlicher Ebene sowie auf Handlungs- und Persönlichkeitsebene auszeichnet. Obwohl es mit Bezug auf den Disengagementansatz einige Theorienbildungen gegeben hat, die unterschiedliche Aspekte betonten, ist jener Ansatz von Cumming und Henry (1961) der am meisten rezipierte. (vgl. Backes, Clemens 1998)

Rosenmayr (1978) kritisiert die Theorie von Cumming und Henry (1961), da ihre Disengagementtheorie in ihrer Logik keine Konflikte vorgesehen hat. Sowohl die Individuen als auch die Gesellschaft sind sich in diesem Modell einig, was zu geschehen hat, nämlich das, was für die Entwicklung der Gesellschaft am besten ist. Somit ist es nur natürlich, dass die alten Individuen den Platz für die nachdrängenden Jüngeren freigeben und sich selbst zurückziehen. Ebenso reagiert die gesellschaftliche Organisation darauf, indem sie eigene Sozialräume für die Zurückgezogenen einrichtet. Die Entscheidungen werden zum Wohl der Gesellschaft gefällt.

Dennoch erfuhr die Disengagementtheorie im weiteren Verlauf viel wissenschaftliche Aufmerksamkeit und weitere Modifikationen. So betonen Havighurst, Neugarten und Tobin (1986^a / 1986^b) die individuellen Komponenten einer Persönlichkeit, die entscheidend dafür

sind, ob sich eine Person im späten Erwachsenenalter vorzugsweise zurückzieht oder (weiterhin) soziale Kontakte sucht.

Havighurst, Neugarten und Tobin (1986^a) sollten die Disengagement- beziehungsweise Aktivitätstheorie anhand der Kansas City Study of Adult Life empirisch prüfen. Sie kommen zu dem Schluss, dass die These des optimalen Alters durch Rückzug ebensowenig bestätigt werden kann wie jene eines optimalen Alters durch Aktivität. Dennoch konnte eine positive Korrelation zwischen dem Ausmaß sozialer Interaktionen und psychologischem Wohlbefinden festgestellt werden, die in der Gruppe der über 70-Jährigen sogar noch stärker ausgeprägt ist als in der Gruppe der 50- bis 70-Jährigen. Dennoch stellte sich dieser Zusammenhang als inkonsistent heraus: Bei vielen der Befragten konnte das Nachlassen von Interessen und Kontakten bestätigt werden, doch ließ sich bei den Betroffenen oft kein wirkliches Bedauern über die Aktivitätsreduktion erkennen. Auf der anderen Seite konnten wiederum Personen identifiziert werden, die bei einem hohen Aktivitätsgrad eine niedrige Zufriedenheit berichteten. (vgl. Havighurst, Neugarten und Tobin 1968^a)

Auf der Basis dieser Ergebnisse beschäftigen sich die Autoren in weiterer Folge mit der Bedeutung der Persönlichkeit für die Formen des Alterns. Dabei ziehen sie die drei Komponenten „Persönlichkeitstypus“, „Ausmaß der Aktivität in sozialen Rollen“ und „Lebenszufriedenheit“ heran und bilden in weiterer Folge acht „patterns of aging“, um die verschiedenen Altersformen zu erfassen. (vgl. Havighurst, Neugarten und Tobin 1968^b)

Auch Rosenmayr (1978) beschäftigt sich mit diesem Gedanken und hebt bei seinen Überlegungen den eigenen Willen stark hervor. Demnach sind also jene Älteren am zufriedensten, die das Ausmaß ihrer Aktivität selbst bestimmen können. Unglücklich macht somit eine Lage, in der beispielsweise aus finanzieller Not mehr Aktivität geleistet werden muss als freiwillig geleistet worden wäre; ebenso wie die Hinderung an bestimmten Aktivitäten durch äußere Umstände (z.B. den Gesundheitszustand) unglücklich machen kann.

Bei der Beschäftigung mit der Aktivitätstheorie ist erkennbar, dass hier die negative Stereotypisierung des Alters als Abbau per se aufgebrochen wurde und die Ursache für reduzierte Aktivität eher in den persönlichen Möglichkeiten und dem gesellschaftlichen Angebot gesehen wird. Doch auch an diesem Konzept wurde Kritik geübt: Backes und Clemes (1998) sehen beispielsweise eine Vernachlässigung der biographischen, politischen, sozialkulturellen, ökonomischen und historisch geprägten Situation der alternden Menschen; nur die berufliche Ausgliederung ist die eine, zentrale Größe. Ebenso finden

geschlechtsspezifische Ungleichheitsüberlegungen in der Theorie keine Beachtung und das mittlere Lebensalter wird als Bezugsgröße für ein späteres Aktivitätsniveau undifferenziert und als prinzipiell positives Vorbild übernommen. „Etwas überspitzt formuliert kann das Aktivitätskonzept im Grunde nur auf weiße Mittelschichten in den USA der sechziger Jahre, und hier vor allem Männer, angewandt werden.“ (Backes, Clemens 1998, S. 118)

Auch Rosenmayr (1978) betont, wie auch im Abschnitt zur Disengagementtheorie, noch andere Einflussgrößen wie die individuelle Persönlichkeit und soziale Faktoren. Entscheidende persönliche Eigenschaften bilden sich schon in früheren Jahren heraus und sind oft an eine Vorgeschichte gebunden. Ebenso wichtig für die Aktivität beziehungsweise den Rückzug sind soziale Strukturen, wie die Berufszugehörigkeit oder die Religion, aber auch der soziale Kontext, in den eine Person eingebettet ist, also Familienbeziehungen, Freunde, Nachbarn usw. Aus alledem ergibt sich eine bestimmte soziale Situation, in der sich eine spezifische Einstellung gegenüber dem Rückzug oder der Aktivität entwickelt und darüber hinaus bestimmte Rahmenbedingungen für soziales Handeln geschaffen werden. Allgemein kann jedoch aus den Erkenntnissen der Psychoanalyse und der Lerntheorie der Schluss gezogen werden, dass frühere Aktivitäten eine spätere Reaktivierung im Alter stark erleichtern, da eine latente Verhaltensbereitschaft zentral dafür ist und diese meist schon früher ausgebildet wurde. Im weiteren Kontext bestehen natürlich auch immer Fragen der ökonomischen und sozialen Probleme, die ältere Menschen daran hindern aktiv zu werden, wie es besonders bei Alten mit niedrigem Einkommen, schlechtem Gesundheitszustand und geringer Bildung der Fall ist. Zur Förderung von Aktivität im hohen Alter muss daher frühzeitig die Notwendigkeit von Erziehungsarbeit und Aktivitätskonzepten erkannt werden, ebenso wie der Ausbau eines Unterstützungssystems für Aktivierungsanreize und -hilfen sowie eine generelle Neubewertung des Alters in der Gesellschaft.

Bei genauer Beschäftigung mit den beiden Theorien des Disengagement und der Aktivität wird schnell klar, dass keiner der beiden Ansätze die Vielfalt der unterschiedlichen Altersformen umfassend erklären kann. Dennoch werden diese beiden Theorien bedeutend hinsichtlich eines Konzepts des „erfolgreichen Alterns“, da gerade hier die Verbindung des Aktivitätsgrades und der damit verbundenen Zufriedenheit hergestellt werden kann. (vgl. Havighurst, Neugarten und Tobin 1968^a)

Dennoch konnten in vielen Untersuchungen Zusammenhänge und Einflussfaktoren auf das Aktivitätsniveau festgestellt werden.

So bildet Andreas Kruse in einer Untersuchung zur Alltagsgestaltung im Alter unterschiedliche Gruppen und stellt fest, dass „zwischen den objektiv gegebenen Lebensbedingungen (wie Gesundheit, Bildung, Einkommen, Wohnqualität), dem Aktivitätsgrad sowie dem Tätigkeitsspektrum (...) Zusammenhänge [bestehen]. (...) unter einschränkenden Lebensbedingungen (eher schlechte Gesundheit, eher niedrigere Bildungsschicht, eher geringes Einkommen, eher schlechte Wohnbedingungen) ist die Aktivität deutlich geringer und das Spektrum ausgeübter Tätigkeiten deutlich enger als unter günstigen Lebensbedingungen.“ (Kruse, Lehr 1999, S. 201f.) Hinsichtlich des kulturellen Verhaltens ältere Menschen konnte festgestellt werden, dass „für eingeschränkte Aktivität bzw. Inaktivität im Alter (...) in erster Linie Alterskrankheiten und Altersbedingte physiologische Abbauerscheinungen die wichtigsten Kausalfaktoren [sind], daneben haben die soziale und materielle Lage großen Einfluss“. (Beck 2007, S. 231) Dennoch zeigt sich in diesem Bereich, dass kulturelle Aktivität allgemein mit zunehmendem Alter abnimmt und mit steigendem Bildungsniveau zunimmt. (vgl. Beck 2007) Auch die Berliner Altersstudie stellt einen positiven Zusammenhang zwischen einem hohen Aktivitätsniveau und hohem Bildungsgrad fest. (vgl. Mayer, Wagner 1996 / Tews 1999)

7.5. Zusammenfassung und Aussicht auf die methodische Untersuchung

Bereits zu Beginn der Arbeit wurde betont, dass eine umfassende Beschäftigung mit dem Alter einen multidisziplinären Zugang erfordert. John W. Rowe und Robert L. Kahn (1997) haben im soziologischen Kontext eine Diskussion um „successful aging“ angeführt, bei der sie eben dieser Forderung nachkommen. Dabei streben sie eine Unterscheidung zwischen „normal aging“ und „successful aging“ als zwei Formen nichtpathologischen Alterns an. „Successful aging“ ist dabei gekennzeichnet durch eine geringe Wahrscheinlichkeit für Krankheiten oder krankheitsbedingte Einschränkungen, eine hohe funktionale kognitive und physische Kapazität, sowie einer aktiven Beschäftigung mit dem Leben. Dennoch wird in diesem Konzept dem Aktivitätsgrad besondere Aufmerksamkeit geschenkt, da psychische und physische Leistungsfähigkeit beziehungsweise Gesundheit als Voraussetzungen angesehen werden, um überhaupt aktiv sein zu können. Die Existenz dieser „basalen“ Fähigkeiten ist jedoch nicht automatisch mit einer aktiven Auseinandersetzung mit dem Leben verbunden – und gerade diese macht „successful aging“ nach Rowe und Kahn (1997) aus.

Dass eine Form des „erfolgreichen Alterns“ ausschließlich durch (oder mit) Aktivität erreicht werden kann, ist jedoch nicht unumstritten. Daher wurden die klassischen Ansätze der Disengagementtheorie und der Aktivitätstheorie herangezogen. Diese beiden Ansätze eines „optimalen“ oder „erfolgreichen Alterns“ aus der Sozialgerontologie beschäftigen sich mit der Frage nach der Integration des älteren Menschen im gesellschaftlichen System. Dabei geht die Disengagementtheorie von einem natürlichen und positiven Rückzug des Individuums von der Gesellschaft aus, wohingegen der Erhalt von Aktivität im Alter als „optimaler“ Zustand in der Aktivitätstheorie angenommen wird. Ob so oder so, es konnte gezeigt werden, dass die zufriedenstellende Selbstbestimmung des eigenen Aktivitätsgrades als ausschlaggebend betrachtet werden muss, da eben in diesem Bereich der individuell erlebte „Erfolg“ gesehen werden kann.

Dabei sollte zunächst aufgrund der theoretischen Orientierung an Rowe und Kahn (1997) eine Unterscheidung der Aktivitäten in interpersonale Beziehungen – bestimmt durch Transaktionen mit Anderen, dem Austausch von Informationen, emotionaler Unterstützung und direkten Hilfeleistungen, – und produktive Tätigkeiten – verstanden als wertvoll im gesellschaftlichen Kontext, eingeführt werden. Eine empirische Trennung dieser beiden Aktivitätsbereiche stellt sich jedoch problematisch dar, unter anderem, weil interpersonale Beziehungen quantitativ schwer fassbar sind und besonders im Bereich der Hilfeleistungen auch gesellschaftlicher Wert geschaffen wird, und daher diese interpersonale Beziehung auch eine produktive Tätigkeit darstellt. In weiterer Folge konnte vor diesen Überlegungen keine sinnvolle Unterscheidung dieser beiden Aktivitätsbereiche formuliert werden.

Unter Berücksichtigung der Anzahl der Aktivitäten und der Selbstbestimmung des Aktivitätsgrades werden Aktivitätslevels gebildet, welche „Aktivität“ und „Passivität“ sowie „selbstbestimmtes“ und „ungewolltes“ Engagement unterscheiden. (Eine detaillierte Darstellung findet sich in Kapitel 10.2.)

Hypothesen zum selbstbestimmten Aktivitätsgrad:

- H. 5: Mit zunehmendem Alter verringert sich der Aktivitätsgrad bei beiden Geschlechtern.
- H. 6: Hohes Einkommen und hohe Bildung begünstigen einen hohen Aktivitätsgrad.

8. Das Arbeitsmodell „erfolgreichen Alterns“

Um nun eine Antwort auf die zu Beginn gestellte Frage zu geben, was „erfolgreiches Altern“ eigentlich bedeutet, werden die Zusammenhänge der Konstrukte nochmals theoretisch aufgearbeitet.

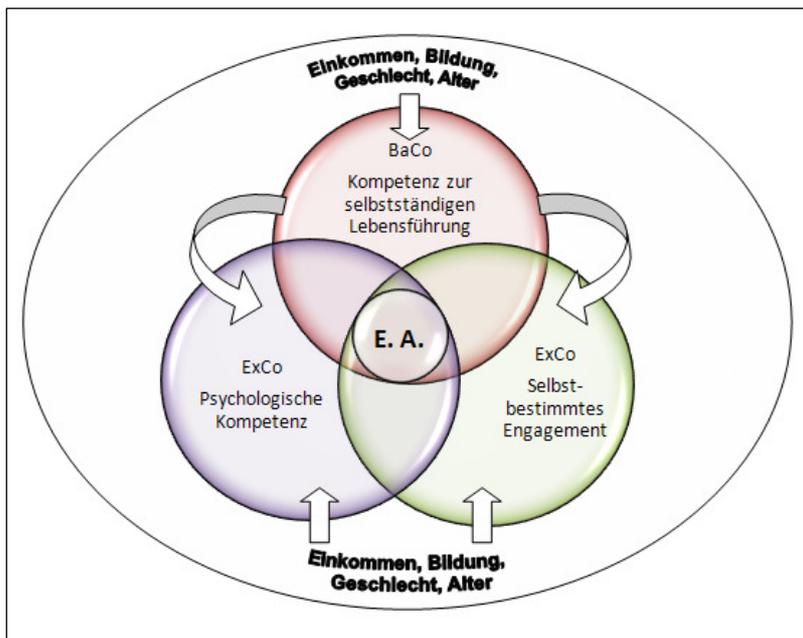
Gestützt auf das Modell des „successful ageing“ von Row und Kahn (1997) und das von Baltes und ihren Kollegen (1996) entwickelte Konzept zur Erhebung von Alltagskompetenz im Alter wurde das folgende Arbeitsmodell „erfolgreichen Alterns“ konzipiert. Denn ähnlich wie Baltes und ihre Kollegen (1996) sehen Rowe und Kahn (1997) in ihrem Modell einen bedeutenden Unterschied in basalen Fähigkeiten, die Gesundheit und Aktivität im Alter ermöglichen, und einer tatsächlichen Bereitschaft, am Leben aktiv teilzunehmen. Dieses aktive Engagement am Leben kann also im Konzept basaler (BaCo) und erweiterter Kompetenz (ExCo) als „erweiterte Kompetenz“ hinsichtlich „erfolgreichen Alterns“ verstanden werden, wobei der Ansatz der Disengagementtheorie hier weiterhin berücksichtigt wird, indem „erfolgreiches“ Engagement als „selbstbestimmt“ verstanden wird.

Letztlich führt das zu folgenden drei Dimensionen „erfolgreichen Alterns“:

- (I)ADL als Kompetenz zur selbstständigen Lebensführung (BaCo)
- Psychologische Kompetenz zur zufriedenstellenden und selbstverantwortlichen Lebensführung (ExCo)
- Selbstbestimmtes Engagement (ExCo)

Die genaue Operationalisierung dieser Konstrukte wird im methodischen Teil der Arbeit zusammengefasst. An dieser Stelle werden die theoretischen Beziehungen zwischen diesen drei Bereichen dargestellt, wobei die folgende Abbildung zur Veranschaulichung der Zusammenhänge dienen soll.

Abbildung 2: Das Arbeitsmodell „erfolgreichen Alterns“



Die basale Kompetenz (BaCo) zur selbstständigen Lebensführung wird in diesem Modell also als Grundvoraussetzung angenommen. Wie in Kapitel 6.2. gezeigt wurde, kann davon ausgegangen werden, dass der Erhalt psychologischer Kompetenz im Falle von Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit allgemein erschwert ist und auch auf die Möglichkeiten der Aktivitätsgestaltung (vgl. Kapitel 7.4.) hat körperliche Unselbstständigkeit negativen Einfluss. Diese „basale Kompetenz“ zur physischen Selbstständigkeit beeinflusst also die beiden Konstrukte der „erweiterten Kompetenz“ (ExCo). Im Bereich der Überschneidung der drei Konzepte findet sich schließlich das „erfolgreiche Altern“ (E.A.), was bedeutet, dass sich dieses durch das Zusammenspiel aller drei Kompetenzbereiche ergibt. Sowohl diese einzelnen Bereiche der basalen und erweiterten Kompetenzen als auch das Gesamtkonstrukt des „erfolgreichen Alterns“ sind dabei durch äußere Einflüsse wie Einkommen, Bildung u.ä. geprägt.

Letztlich führt das zu folgender Arbeitsdefinition des „erfolgreichen Alterns“:

„Erfolgreiches Altern“ liegt bei Personen vor, die im Alter (relativ) selbstständig sind, von einer zufriedenstellenden und selbstverantwortlichen psychologischen Verfassung berichten und ein selbstbestimmtes Aktivitätslevel aufweisen, sei dieses durch Aktivität oder Passivität geprägt.

Ausgehend davon, ergeben sich folgende Formen „erfolgreichen Alterns“, wobei Selbstständigkeit und psychologische Kompetenz in beiden als Voraussetzung gilt:

- „Erfolgreich“ mit selbstbestimmter Aktivität,
- „Erfolgreich“ mit selbstbestimmter Passivität.

8.1. Hypothesensammlung zum „Erfolgreichen Altern“

Hypothesen über die Zusammenhänge der drei Konstrukte „erfolgreichen Alterns“:

- H. A: Die basale Kompetenz zur selbstständigen Lebensführung beeinflusst die psychologische Kompetenz positiv.
- H. B: Die basale Kompetenz zur selbstständigen Lebensführung beeinflusst Aktivitätsgrad und Aktivitätslevel.
- H. C: Psychologische Kompetenz beeinflusst Aktivitätsgrad beziehungsweise Aktivitätslevel und umgekehrt

Hypothesen über die Einflüsse auf „erfolgreiches Altern“:

- H. I: Hohes Einkommen begünstigt aktives „erfolgreiches Altern“.
- H. II: Hohe Bildung begünstigt „erfolgreiches Altern“.
- H. III: Sowohl Männer als auch Frauen sind im Alter eher „erfolgreich aktiv“ als „erfolgreich passiv“.
- H. IV: Im hohen Alter kann nur noch selten „erfolgreiches Altern“ aufrechterhalten werden.

METHODISCHE ANALYSE

9. Aussicht auf das methodische Vorgehen und Beschreibung der Stichprobe

Im theoretischen Teil der Arbeit wurden die drei folgenden Konzepte zur Erfassung des „erfolgreichen Alterns“ vorgestellt:

- Die Skala der „(Instrumental) Activities of Daily Living“ (ADL und IADL) aus der Geriatrie.
- Das Kompetenzmodell von Kruse und Lehr (1999) aus der Gerontopsychologie.
- Das Konzept des „erfolgreichen Alterns“ von Rowe und Kahn (1997) aus der Sozialgerontologie in Verbindung mit der Disengagement- und Aktivitätstheorie.

Unter Bezugnahme auf die Berliner Altersstudie (BASE) wurde eine Unterscheidung bezüglich „basaler“ (BaCo) und „erweiterter“ (ExCo) Kompetenz eingeführt.

Das weitere methodische Vorgehen wird zunächst dadurch bestimmt, dass diese drei Konzepte auf den vorliegenden Datensatz (SHARE) beziehungsweise die daraus gezogene deutsche Stichprobe angewendet werden können. Dazu werden im nächsten Kapitel die entsprechenden Operationalisierungen der Konstrukte sowie die dazugehörigen Variablenübersichten dargestellt. Eine Sammlung der theoriegeleiteten Hypothesen wird als Leitfaden für die weitere Auswertung zusammengestellt.

Um die theoretischen Ansätze und die daraus abgeleiteten Hypothesen empirisch prüfen zu können, wird das Datenverarbeitungsprogramm SPSS verwendet und mit dem Datensatz des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) gearbeitet. Diese Studie wurde 2004 erstmals mit Personen ab 50 Jahren zu den Themen Gesundheit, Familie, soziale Netzwerke, wirtschaftliche Lage und Zufriedenheit in 11 europäischen Ländern durchgeführt. 2006/2007 wurde eine zweite Welle der SHARE-Erhebung durchgeführt, die Daten aus 16 europäischen Ländern von über 45.000 Personen ab 50 Jahren und ihren Ehepartnern liefert. (vgl. <http://www.share-project.org/>; Stand: 5.2.2010)

Die neueste Publikation der Daten der zweiten SHARE Welle (release 2.3.0. / Nov. 2009) bietet damit eine Stichprobe von 1645 Personen (805 Männer und 840 Frauen) im Alter zwischen 60 und 96 Jahren in Deutschland. Dabei sind etwa drei Viertel der Befragten zwischen 60 und 75 Jahre alt, womit eine eher junge Stichprobe vorliegt.

10. Operationalisierung der basalen und erweiterten Kompetenz im Arbeitsmodell „erfolgreichen Alterns“

Ausgehend von dem Modell des „erfolgreichen Alterns“ nach Rowe und Kahn (1997) und in Anlehnung an die Berliner Altersstudie (BASE) (vgl. Mayer, Baltes 1996) wurde im vierten Kapitel das Zwei-Komponenten-Modell der Kompetenz vorgestellt und auf die drei zentralen Konstrukte der Arbeit angewandt. Zur weiteren Verarbeitung der Variablen im SHARE-Datensatz werden zunächst die Schritte der Operationalisierung der einzelnen Konstrukte ((I)ADL, psychologische Kompetenz und selbstbestimmtes Engagement) beschrieben und Variablenübersichten vorgestellt.

10.1. Die basale Kompetenz zur selbstständigen Lebensführung

Wie im theoretischen Abschnitt gezeigt wurde, betrifft die basale Kompetenz vordergründig die physischen Fähigkeiten einer Person, die bei Selbstpflegeaktivitäten (ADL-Skala) und einfachen instrumentellen Tätigkeiten (IADL-Skala) sichtbar werden.

Die Variable zur Beurteilung der basalen physischen Kompetenz wird durch die ADL-beziehungsweise IADL-Skala berechnet, wobei die Unterscheidung zwischen selbstpflegerischen Tätigkeiten und instrumentellen Aktivitäten aufrechterhalten wird. Es werden also zwei additive Indizes gebildet, die anschließend zur Berechnung der Variablen „basale Kompetenz“ (baco) dienen.

Es wird eine Einteilung der basalen Kompetenz in folgende Gruppen vorgenommen:

- **(relativ) Selbstständige:** Personen, die in der Lage sind, ohne fremde Hilfe die ADL auszuführen, und bei nur maximal einer der IADL fremder Hilfe bedürfen.
- **Hilfsbedürftige:** Personen, die maximal eine der ADL und mindestens zwei der IADL nicht ohne fremde Hilfe vollziehen können.
- **Pflegebedürftige:** Personen, die mindestens zwei der ADL nicht selbstständig ohne Schwierigkeiten durchführen können.

Tabelle 6: Variablensammlung zur basalen physischen Kompetenz im Alter

Fragestellung: Bitte sagen Sie mir, ob Sie [bei folgenden alltäglichen Tätigkeiten] wegen körperlicher, seelischer oder emotionaler Probleme oder wegen Gedächtnisproblemen Schwierigkeiten haben. Bitte lassen Sie wieder solche Schwierigkeiten außer Acht, bei denen sie davon ausgehen, dass sie weniger als 3 Monate andauern.			SHARE Variablenname
ADL	Anziehen	Ankleiden, einschließlich Schuhe und Socken anziehen	ph049d1
	Gehen	Durch einen Raum gehen	ph049d2
	Waschen	Baden oder Duschen	ph049d3
	Essen	Essen, z.B. beim Schneiden von Fleisch und Brot	ph049d4
	Klogang	Gang zur Toilette, einschließlich hinsetzen und aufstehen	ph049d6
	<i>Inkontinenz (ausgeschlossen)</i>	<i>Falls Sie in den letzten 6 Monaten oder länger (...) gesundheitliche Beschwerden hatten (...). 11= Inkontinenz oder unbeabsichtigter Harnabgang</i>	<i>ph010_11</i>
IADL	Kochen	Eine warme Mahlzeit zubereiten	ph049d8
	Einkaufen	Lebensmittel einkaufen	ph049d9
	Telefonieren	Telefonieren	ph049d10
	Medikamenteneinnahme	Medikamente einnehmen	ph049d11
	Haus- und Gartenarbeit	Haus- und Gartenarbeit	ph049d12
	Geldangelegenheiten erledigen	Geldangelegenheiten erledigen, z.B. Bezahlung von Rechnungen und Überblick über Ausgaben bewahren	ph049d13

Bei der durchgeführten Faktorenanalyse konnte nur ein Faktor extrahiert werden. Somit können die ADL- und IADL-Skala empirisch keine unterschiedlichen Kompetenzen im Sinne „selbstpflegerischer“ und „instrumenteller Tätigkeiten“ erheben. Die folgende Reliabilitätsanalyse der Gesamtskala zeigt allerdings, dass nach Ausschluss der Variablen zur Inkontinenz eine zuverlässige Messung bei einem Cronbach Alpha-Wert von 0,9 angenommen werden kann.

10.2. Die erweiterte psychologische Kompetenz und das selbstbestimmte Engagement

Im vierten Kapitel wurde darauf hingewiesen, dass die erweiterten Kompetenzen einer Person vor allem in Freizeitaktivitäten und sozialem Engagement sichtbar werden und dass diese psychosozial und kulturell geprägt sind. Aus diesem Grund wird hier die erweiterte Kompetenz einer Person durch ihre psychologische Kompetenz zur Selbstverantwortung und Zufriedenheit sowie ihr aktives Engagement mit dem Leben definiert.

Als erster Faktor der erweiterten Kompetenz wird das psychologische Kompetenzmodell von Kruse und Lehr (1999) herangezogen. Dabei wird eine personenorientierte Perspektive auf die Kompetenz zu einer persönlich zufriedenstellenden und selbstverantwortlichen Lebensführung herangezogen.

Innerhalb dieses Konstruktes lassen sich folgende unterschiedliche Bereiche identifizieren:

- Zufriedenheit
- Selbstverantwortung
- Zukunftsaussichten

Diese werden zunächst als eigene Konstruktvariablen formuliert und anschließend zueinander in Beziehung gesetzt. Letztlich führt dies zu der Berechnung einer Variablen (psyco), die jene als psychologisch kompetent ausgibt, die eine hohe Zufriedenheit angeben, sich selbst als selbstverantwortlich wahrnehmen und eine positive Zukunftsperspektive aufweisen.

Tabelle 7: Variablensammlung zur psychologischen Kompetenz im Alter

	Konstruktvariable	Fragestellung	SHARE Variablen-name
Zufriedenheit	Zufriedenheit mit Erreichtem	Alles in allem, wie oft blicken Sie mit einem Gefühl des Glücks auf Ihr Leben zurück?	ac022_
	Allgemeine Lebenszufriedenheit	Auf einer Skala von 0 bis 10, wobei 0 absolut unzufrieden und 10 vollste Zufriedenheit bedeutet, wie zufrieden sind Sie mit ihrem Leben?	ac012_
Selbstverantwortung	<i>Kontrollüberzeugung (ausgeschlossen)</i>	<i>Wie oft haben Sie das Gefühl, keinen Einfluss darauf zu haben, was mit ihnen geschieht?</i>	<i>ac015_</i>
	Zugehörigkeit	Wie oft haben Sie das Gefühl, dass Sie nicht mehr so richtig dazugehören?	ac016_
	Energieempfinden	Wie oft fühlen Sie sich in letzter Zeit voller Energie?	ac023_
Zukunftsperspektive	Motivation und erlebte Gestaltbarkeit der Situation	Wie oft haben Sie das Gefühl, dass Ihr Leben einen Sinn hat?	ac021_
		Wie oft haben Sie das Gefühl, dass das Leben viele Chancen bietet?	ac024_
	Einstellung zur persönlichen Zukunft	Wie oft freuen Sie sich auf den nächsten Tag?	ac020_
		Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Zukunft für Sie gut aussieht?	ac025_

Wie auch bei der basalen physischen Kompetenz konnte eine Faktorenanalyse keine unterschiedlichen Hintergrundkonstrukte erkennen. Eine Reliabilitätsanalyse der Gesamtskala weist nach dem Ausschluss der Variablen zur Kontrollüberzeugung einen zuverlässigen Cronbach Alpha-Wert von 0,85 auf.

Der zweite Faktor der erweiterten Kompetenz wird im sozialen Engagement durch Aktivitätsgrad und Aktivitätslevel erfasst. Der Aktivitätsgrad, also die Anzahl der ausgeführten Aktivitäten, wird dazu herangezogen, das Ausmaß an Aktivität einschätzen zu können, wohingegen das Aktivitätslevel zwischen Aktivität und Passivität sowie zwischen „selbstbestimmtem“ und „ungewolltem“ Engagement unterscheidet. Als „aktiv“ gelten Personen, die mindestens zwei der Aktivitäten ausüben, wohingegen „Passive“ angeben, keine der Aktivitäten auszuüben. Ein „selbstbestimmter“ Aktivitätsgrad wird durch die Frage definiert, wie oft eine Person denkt, jene Dinge zu tun, die sie tun möchte (ac017_), wobei „häufig bis manchmal“ als „selbstbestimmt“ und „selten bis nie“ als „ungewollt“ bezeichnet wird.

Anschließend werden durch die Anzahl der ausgeübten Aktivitäten in Kombination mit der Selbstbestimmung des Aktivitätsgrades zwei verschiedene „erfolgreiche“ Aktivitätslevels zusammengefasst:

1. „Erfolgreich“ mit selbstbestimmter Aktivität
2. „Erfolgreich“ mit selbstbestimmter Passivität

Tabelle 8: Variablensammlung zum sozialen Engagement im Alter

Aktivitäten und Häufigkeit der Betätigung		SHARE Variablenname	
	Haben Sie eine dieser Aktivitäten im letzten Monat ausgeführt?		
Aktivitäten	Freiberufliche und Ehrenamtliche Tätigkeiten	Unentgeltliche bzw. freiwillige Arbeit bei Wohltätigkeitsorganisation/-veranstaltungen	ac002d1
	Hilfeleistungen	Betreuung eines kranken oder behinderten Erwachsenen	ac002d2
		Freunden oder Nachbarn geholfen	ac002d3
	Aktivitäten im Verein oder in Organisationen	Einen Weiterbildungskurs besucht	ac002d4
		Einen Sportverein oder anderen Verein besucht	ac002d5
		Teilnahme an Aktivitäten von kirchlichen Organisationen	ac002d6
		Sich bei einer politischen Organisation oder Gemeindeeinrichtung beteiligt	ac002d7
Häufigkeit der Aktivitäten	In den letzten vier Wochen, wie oft haben Sie diese Aktivitäten (ac002d..) ausgeführt?	ac003_	
Selbstbestimmung des Aktivitätsgrades	Wie oft denken Sie, dass Sie die Dinge tun, die Sie tun möchten? (häufig, manchmal, selten, nie)	ac017_	

Zur Bildung einer zuverlässigen Aktivitäts-Skala haben sich die im SHARE-Datensatz erhobenen Items leider nicht besonders gut geeignet. Einige Aktivitäten wurden nicht oder nur an einem gewissen Teil der Befragten erhoben. Die Skala, die aus den oben angeführten Variablen gebildet wurde, weist daher nur einen geringen Cronbach Alpha-Wert von 0,5 auf.

11. Auswertung

Im Verlauf der Arbeit wurden Hypothesen zu den drei Konzepten (H. 1 bis H. 6), über die Zusammenhänge zwischen den drei Konzepten (H. A bis H. C) sowie zum Gesamtmodell „erfolgreichen Alterns“ (H. I bis H. IV) formuliert. Die Auswertung dieser drei Hypothesenblöcke wird nun nacheinander dargestellt. Um einen Überblick zu gewährleisten, wurden nur einfache Kreuztabellen und Abbildungen in den Text aufgenommen, weswegen weiterführende Tabellen der Auswertung nur im Anhang zu finden sind.

Hypothesen zu den drei Konstrukten „erfolgreichen Alterns“

Hypothese 1: Im Altersgruppenvergleich erhalten Männer gegenüber Frauen öfter die Kompetenz zur selbstständigen Lebensführung

In der unten angeführten Tabelle 9 ist die signifikante Verteilung ($p < 0,01$) von Personen mit selbstständiger und unselbstständiger Lebensführung bei Männern und Frauen zu sehen. Es ist ersichtlich, dass bei Frauen allgemein ein höherer Anteil an Unselbstständigen (16,7%) zu finden ist als bei Männern (11,6%). Betrachtet man zusätzlich die Geschlechterverteilung bei Selbstständigen und Unselbstständigen, verstärkt sich dieses Bild, da innerhalb der Gruppe der Selbstständigen das Geschlechterverhältnis ausgeglichen ist, wohingegen in der Gruppe der Unselbstständigen deutlich mehr Frauen (60,1%) als Männer (39,9%) vertreten sind. Das Assoziationsmaß Phi weist einen negativen, jedoch äußerst schwachen Zusammenhang ($-0,07$, $p < 0,01$) auf, demnach gibt es eine Dominanz an selbstständigen Männern und unselbstständigen Frauen.

Tabelle 9: Basale Kompetenz nach Geschlecht

			Geschlecht		Total
			Männlich	Weiblich	
Selbstständige und Unselbstständige	Unselbstständige	Count	93	140	233
		% within Selbstständige und Unselbstständige	39,9%	60,1%	100,0%
		% within Geschlecht	11,6%	16,7%	14,2%
	Selbstständige	Count	712	700	1412
		% within Selbstständige und Unselbstständige	50,4%	49,6%	100,0%
		% within Geschlecht	88,4%	83,3%	85,8%
Total	Count	805	840	1645	
	% within Selbstständige und Unselbstständige	48,9%	51,1%	100,0%	
	% within Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

Ein zusätzlich berechneter T-Test zeigt, dass Männer zwar höhere durchschnittliche Kompetenzwerte aufweisen, der Unterschied zwischen Männern und Frauen aber nur äußerst gering ist (0,05 Mittelwertdifferenz, $p < 0,01$).

Unter der Annahme, dass es sich hierbei auch um einen Alterseffekt handelt, werden die gebildeten Altersgruppen in Tabelle 10 miteinbezogen. Innerhalb der Altersgruppen ist zu erkennen, dass bei Frauen in jedem Alter ein geringerer Anteil selbstständig ist als bei Männern, wobei erst ab der Altersgruppe der 76- bis 84-Jährigen merkbare Differenzen auftreten, diese aber dennoch gering sind. Der Anteil der Unselbstständigen nimmt in der Altersgruppe der zumindest 85-Jährigen bei beiden Geschlechtern deutlich zu: Während bei 76- bis 84-Jährigen 22,6% der Männer und 31% der Frauen unselbstständig sind, steigt dieser Anteil in der Gruppe der 85-Jährigen und Älteren auf 58,3% bei Männern und sogar auf 65,8% bei Frauen.

Bei der Berechnung des Chi-Quadrat-Wertes der Tabelle wird für beide Geschlechter eine signifikante Verteilung ($p < 0,01$) ausgewiesen. Der angeforderte Korrelationskoeffizient Spearmans Rho weist signifikante Zusammenhänge für beide Geschlechter auf: Zwischen den Altersgruppen und der Kompetenz zu Selbstständigkeit besteht für Männer ein eher schwacher negativer (-0,19, $p < 0,01$) und für Frauen ein relativ starker negativer Zusammenhang (-0,3, $p < 0,01$). Mit zunehmendem Lebensalter nimmt also die Kompetenz zur Selbstständigkeit ab, wobei sich dieser Effekt für Frauen intensiver darstellt als für Männer.

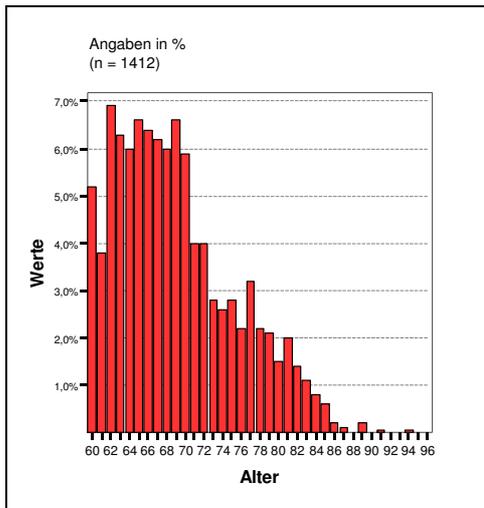
Tabelle 10: Basale Kompetenz nach Altersgruppen und Geschlecht

Geschlecht				Altersgruppen				Total
				60 bis 65	66 bis 75	76 bis 84	85 und älter	
Männlich	Selbstständige und Unselbstständige	Unselbstständige	Count	17	39	30	7	93
			% within Selbstständige und Unselbstständige	18,3%	41,9%	32,3%	7,5%	100,0%
			% within Altersgruppen	6,5%	9,8%	22,6%	58,3%	11,6%
		Selbstständige	Count	246	358	103	5	712
			% within Selbstständige und Unselbstständige	34,6%	50,3%	14,5%	,7%	100,0%
			% within Altersgruppen	93,5%	90,2%	77,4%	41,7%	88,4%
	Total		Count	263	397	133	12	805
			% within Selbstständige und Unselbstständige	32,7%	49,3%	16,5%	1,5%	100,0%
			% within Altersgruppen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Weiblich	Selbstständige und Unselbstständige	Unselbstständige	Count	21	36	58	25	140
			% within Selbstständige und Unselbstständige	15,0%	25,7%	41,4%	17,9%	100,0%
			% within Altersgruppen	7,8%	10,4%	31,0%	65,8%	16,7%
		Selbstständige	Count	247	311	129	13	700
			% within Selbstständige und Unselbstständige	35,3%	44,4%	18,4%	1,9%	100,0%
			% within Altersgruppen	92,2%	89,6%	69,0%	34,2%	83,3%
	Total		Count	268	347	187	38	840
			% within Selbstständige und Unselbstständige	31,9%	41,3%	22,3%	4,5%	100,0%
			% within Altersgruppen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Hypothese 2: Es kann eine Altersgrenze festgestellt werden, bei der die Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung allgemein zurückgeht

In dem unten angeführten Balkendiagramm (siehe Abbildung 3) ist die Verteilung des Selbstständigenanteils mit fortschreitendem Lebensalter dargestellt. Man kann erkennen, dass nach einem ersten Einbruch mit 61 Jahren der Anteil der Selbstständigen mit 71 beziehungsweise 73 Jahren stark abnimmt. Im Alter von 86 Jahren sinkt der Anteil unter 0,5%. Diese Verteilung zeigt also, dass nach dem 70. beziehungsweise 85. Lebensjahr der Anteil der Selbstständigen verstärkt abnimmt. Dabei weist die dazugehörige Kreuztabelle eine Signifikanz auf dem 0,000%-Niveau auf, die jedoch aufgrund zu geringer erwarteter Zelhäufigkeiten nicht zuverlässig ist.

Abbildung 3: Anteil an Selbstständigen im Altersvergleich

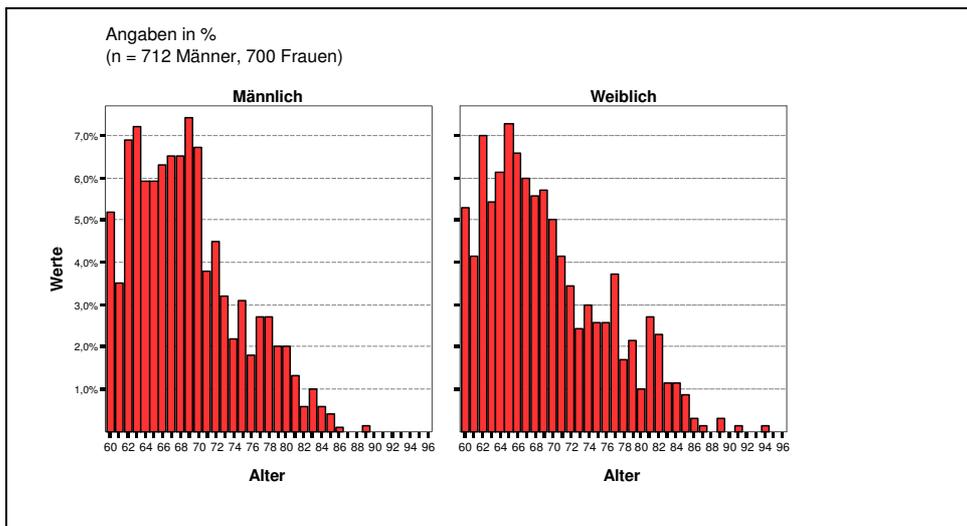


Unter der Annahme, dass auch hier ein Geschlechtereffekt vorliegen kann, wurde der Anteil an Selbstständigen im Altersvergleich noch einmal getrennt für Männer und Frauen dargestellt (siehe Abbildung 4), wobei auch hier eine signifikante Verteilung ausgegeben wird, die jedoch aufgrund zu geringer erwarteter Zellhäufigkeiten nicht als zuverlässig angesehen werden kann. Dabei ist zu sehen, dass bei Männern mit 70 Jahren der Selbstständigenganteil deutlich abnimmt und – abgesehen von einem letzten Anstieg mit 83 Jahren – ab 78 Jahren ein kontinuierlicher Rückgang des Selbstständigenganteils bei Männern festgestellt werden kann.

Bei Frauen ist hingegen bereits früher (zwischen 65 und 72 Jahren) ein relativ kontinuierliches Absinken des Selbstständigenganteils zu vermerken, wobei zwischen 74 und 78 Jahren sowie mit 81 und 82 Jahren dieser Anteil wieder steigt. Ab 81 Jahren ist der Selbstständigenganteil bei Frauen ständig höher als jener bei Männern, wobei die Differenzen sehr gering sind (zwischen 1,7% und 0,1%).

Im Vergleich ist also festzustellen, dass Frauen einen kontinuierlicheren und früher einsetzenden Abbau des Selbstständigenganteils aufweisen als Männer, im höheren Alter (ab 81 Jahren) aber dennoch bei Frauen ein höherer Selbstständigenganteil zu vermerken ist als bei Männern.

Abbildung 4: Anteil an Selbstständigen im Altersverlauf getrennt nach Geschlecht



Dass mit fortschreitendem Alter eine Abnahme der Fähigkeit zur basalen Kompetenz zu verzeichnen ist, kann hier durch eine Korrelation bestätigt werden: Spearmans Rho weist einen eher schwachen negativen Zusammenhang ($-0,25$, $p < 0,01$) zwischen Selbstständigkeit und zunehmendem Alter auf. Um den Unterschied zwischen Selbstständigen und Unselbstständigen besser beurteilen zu können, wurde zusätzlich noch ein T-Test berechnet, der einen signifikanten ($p < 0,01$) Mittelwertunterschied von 6,57 Jahren feststellt, wonach Selbstständige im Durchschnitt 69 Jahre alt sind und Unselbstständige 75,6 Jahre.

Hypothese 3: Für psychologische Kompetenz ist ein negativer Alterseffekt sowie ein für Frauen nachteiliger Geschlechtseinfluss feststellbar

Aussagen über einen direkten Effekt des Geschlechts auf psychologische Kompetenz können in der vorliegenden Stichprobe nicht getroffen werden, da die Verteilung der Kreuztabelle ausgeglichen und nicht signifikant ist und auch ein T-Test keine signifikanten Mittelwertunterschiede feststellen konnte.

Die Gegenüberstellung der psychologisch Kompetenten und nicht Kompetenten nach Altersgruppen (Tabelle 11) zeigt eine signifikante Verteilung ($p < 0,01$), in der mit 66,6% ein Großteil der Befragten diese Kompetenz erhalten konnte. Dabei wird mit einem Korrelationskoeffizienten von $-0,13$ ($p < 0,01$) von einem eher schwachen negativen Zusammenhang ausgegangen: Mit zunehmendem Alter kann also mit einer Abnahme psychologischer Kompetenz gerechnet werden. So findet sich in der Gruppe der 60- bis

65-Jährigen noch ein hoher Anteil an psychologisch Kompetenten von 72,5%, wobei dieser schrittweise abnimmt, bis in der Gruppe der 85-Jährigen und Älteren noch 40,8% der Befragten psychologische Kompetenz erhalten konnten.

Tabelle 11: Psychologische Kompetenz nach Altersgruppen

			Psychologische erweiterte Kompetenz		Total
			Psychologisch nicht Kompetente	Psychologisch Kompetente	
Altersgruppen	60 bis 65	Count	146	385	531
		% within Altersgruppen	27,5%	72,5%	100,0%
	66 bis 75	Count	235	504	739
		% within Altersgruppen	31,8%	68,2%	100,0%
	76 bis 84	Count	137	182	319
		% within Altersgruppen	42,9%	57,1%	100,0%
	85 und älter	Count	29	20	49
		% within Altersgruppen	59,2%	40,8%	100,0%
Total		Count	547	1091	1638
		% within Altersgruppen	33,4%	66,6%	100,0%

In einer weiteren Kreuztabelle (siehe Tabelle 12), die für Männer und Frauen die Verteilung der psychologischen Kompetenz nach Altersgruppen darstellt, ist zu sehen, dass in den Gruppen der 60- bis 65-Jährigen und 66- bis 75-Jährigen die Verteilung zwischen Kompetenten (ca. 70%) und nicht Kompetenten (ca. 30%) für Männer und Frauen ähnlich ist. Im Alter von 76 bis 84 Jahren wird erstmals ein deutlicher Unterschied (10,5%) zwischen den Geschlechtern sichtbar, wobei dieser zugunsten der Männer ausfällt, sodass 63,2% der Männer und 52,7% der Frauen psychologisch kompetent sind. Dieser Vorteil dreht sich allerdings in der höchsten Altersgruppe verstärkt um: Bei über 85-Jährigen besteht die höchste Prozentsatzdifferenz zwischen den Geschlechtern (20,9%), wobei drei Viertel der Männer, aber nur etwas mehr als die Hälfte der Frauen (54,1%) fehlende psychologische Kompetenz aufweisen.

Bei Männern ist über die ersten drei Altersgruppen eher wenig Veränderung im Verhältnis zwischen Kompetenten und nicht Kompetenten festzustellen. Dafür zeigt sich ein rapider Anstieg der nicht Kompetenten im hohen Alter. Dabei ist zu bemerken, dass sich das Verhältnis zwischen Kompetenten und nicht Kompetenten bei 60- bis 65-Jährigen und über 85-Jährigen umgekehrt darstellt: So sind in der Gruppe der 60- bis 65-jährigen Männer annähernd drei Viertel (73%) der Befragten psychologisch kompetent, wohingegen bei 85-Jährigen und Älteren 75% der Befragten nicht kompetent sind. Bei Frauen hingegen ist bereits in der Altersgruppe von 76 bis 84 Jahren ein Anstieg an nicht Kompetenten (von 31% bei 66- bis 75-Jährigen) auf 47,3% zu sehen, wobei sich dieser Anteil in der Gruppe der über 85-Jährigen nur mehr geringfügig auf 54,1% erhöht. Dabei können für die

Geschlechter unterschiedliche Effekte festgestellt werden: Bei Frauen lässt sich ein stärkerer negativer Effekt (-0,16, $p < 0,01$) des Alters auf psychologische Kompetenz feststellen als bei Männern (-0,01, $p < 0,01$).

Tabelle 12: Psychologische Kompetenz nach Altersgruppen und Geschlecht

Geschlecht				Psychologische erweiterte Kompetenz		Total
				Psychologisch nicht Kompetente	Psychologisch Kompetente	
Männlich	Altersgruppen	60 bis 65	Count	71	192	263
			% within Altersgruppen	27,0%	73,0%	100,0%
		66 bis 75	Count	128	266	394
			% within Altersgruppen	32,5%	67,5%	100,0%
		76 bis 84	Count	49	84	133
		% within Altersgruppen	36,8%	63,2%	100,0%	
	85 und älter	Count	9	3	12	
	% within Altersgruppen	75,0%	25,0%	100,0%		
	Total	Count	257	545	802	
		% within Altersgruppen	32,0%	68,0%	100,0%	
Weiblich	Altersgruppen	60 bis 65	Count	75	193	268
			% within Altersgruppen	28,0%	72,0%	100,0%
		66 bis 75	Count	107	238	345
			% within Altersgruppen	31,0%	69,0%	100,0%
		76 bis 84	Count	88	98	186
		% within Altersgruppen	47,3%	52,7%	100,0%	
	85 und älter	Count	20	17	37	
	% within Altersgruppen	54,1%	45,9%	100,0%		
	Total	Count	290	546	836	
		% within Altersgruppen	34,7%	65,3%	100,0%	

Hypothese 4: Die Höhe des Einkommens korreliert positiv mit psychologischer Kompetenz

Wie Tabelle 13 zeigt, ist das Verhältnis zwischen Kompetenten (57%) und nicht Kompetenten (43%) in der Einkommensgruppe bis 800 € noch annähernd ausgeglichen. Jedoch verschiebt sich das Verhältnis mit zunehmendem Einkommen zugunsten psychologisch kompetenter Personen, sodass bei einem Einkommen von 1.501 bis 2.500 € der höchste Anteil (80,5%) an psychologisch kompetenten Personen vorliegt, wobei dieser bei höherem Einkommen wieder zurückgeht. Dabei ist die Verteilung mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 0,001% signifikant. Im Vergleich zwischen psychologisch Kompetenten und nicht Kompetenten kann also ein positiver Effekt des Haushaltseinkommens auf psychologische Kompetenz bestätigt werden, allerdings ist der beobachtete Zusammenhang mit einem Wert von Somers d von 0,1 ($p < 0,01$) sehr schwach.

Tabelle 13: Psychologische Kompetenz nach monatlichem Nettoeinkommen aller Haushaltsmitglieder

			Psychologische erweiterte Kompetenz		Total
			Psychologisch nicht Kompetente	Psychologisch Kompetente	
Nettohaushaltseinkommen im Monat pro Kopf gruppiert	0 bis 800 €	Count % within Nettohaushaltseinkommen im Monat pro Kopf gruppiert	86 43,0%	114 57,0%	200 100,0%
	801 bis 1.500 €	Count % within Nettohaushaltseinkommen im Monat pro Kopf gruppiert	141 34,1%	273 65,9%	414 100,0%
	1.501 bis 2.500 €	Count % within Nettohaushaltseinkommen im Monat pro Kopf gruppiert	22 19,5%	91 80,5%	113 100,0%
	2.501 bis 5.000 €	Count % within Nettohaushaltseinkommen im Monat pro Kopf gruppiert	5 20,0%	20 80,0%	25 100,0%
	5.001 bis 10.000 €	Count % within Nettohaushaltseinkommen im Monat pro Kopf gruppiert	14 38,9%	22 61,1%	36 100,0%
	10.001 € und mehr	Count % within Nettohaushaltseinkommen im Monat pro Kopf gruppiert	21 30,0%	49 70,0%	70 100,0%
	Total	Count % within Nettohaushaltseinkommen im Monat pro Kopf gruppiert	289 33,7%	569 66,3%	858 100,0%

Zusätzlich berechnete T-Tests konnten leider keine signifikanten Ergebnisse liefern, um genauere Aussagen über Gruppenunterschiede zu treffen.

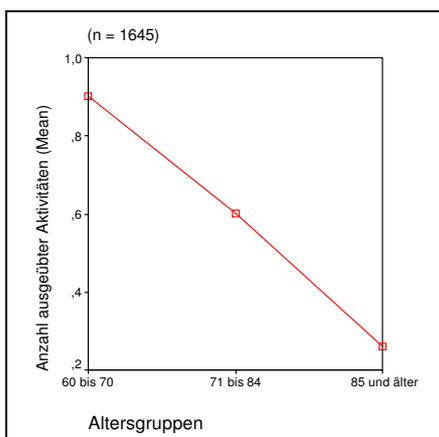
Hypothese 5: Mit zunehmendem Alter verringert sich der Aktivitätsgrad bei beiden Geschlechtern

Bei der Berechnung einer nichtparametrischen Korrelation kann ein signifikanter (0,01%-Niveau) negativer Zusammenhang zwischen zunehmendem Alter und der Anzahl der ausgeübten Aktivitäten festgestellt werden: Der Korrelationskoeffizient Spearmans Rho deutet bei einem Wert von -0,22 ($p < 0,01$) auf einen eher schwachen negativen Zusammenhang.

Die Berechnung einer einfaktoriellen Varianzanalyse hat gezeigt, dass dieser lineare Zusammenhang in einer rekodierten Altersgruppierung bestätigt werden kann (siehe Abbildung 5):

60- bis 70-jährige Personen üben durchschnittlich 0,9 Aktivitäten aus und damit signifikant mehr (0,3, $p < 0,01$) als 71- bis 84-Jährige mit 0,6 Aktivitäten und 85-Jährige und Ältere (0,64, $p < 0,01$) mit 0,26 Aktivitäten.

Abbildung 5: Durchschnittliche Anzahl ausgeübter Aktivitäten in unterschiedlichen Altersgruppen



In der unten angeführten Kreuztabelle (Tabelle 14), in der die Anzahl der Aktivitäten nach Altersgruppen und Geschlecht ausgegeben wurde, lassen sich zusätzlich Unterschiede zwischen Männern und Frauen betrachten: Es ist zu erkennen, dass der Anteil an Passiven bei Frauen in jeder Altersgruppe höher ist als bei Männern, wobei die stärkste Differenz (28,5%) wiederum im hohen Alter (85 und älter) festzustellen ist. Umgekehrt ist zu sehen, dass bei Männern ständig ein höherer Anteil an hoch Aktiven (zwei oder mehr Aktivitäten) vorliegt als bei Frauen, wobei immerhin ein Sechstel der Männer im hohen Alter (16,7%) zumindest zwei Aktivitäten ausübt, aber nur 2,6% der Frauen dieses Alters.

Im Altersgruppenvergleich ist ersichtlich, dass bei Frauen mit zunehmendem Alter Passivität stetig zunimmt und Aktivität abnimmt: In der Gruppe der 60- bis 65-Jährigen geben 43,3% an, keine der Aktivitäten auszuüben, wobei dieser Anteil so weit zunimmt, dass in der Gruppe der 85-jährigen und Älteren 86,8% diese Aussage tätigen. Für Männer lässt sich diese Entwicklung allerdings nur für die ersten drei Altersgruppen erkennen, da im Alter ab 85 Jahren die Passivität wieder zurückgeht und letztlich sogar 41,7% der Männer dieses Alters zumindest eine Aktivität ausüben: Bei Männern findet sich also in der Altersgruppe der 76- bis 84-Jährigen der höchste Anteil an Passiven (69,2%), der in der Gruppe der zumindest 85-Jährigen wieder auf 58,3% fällt.

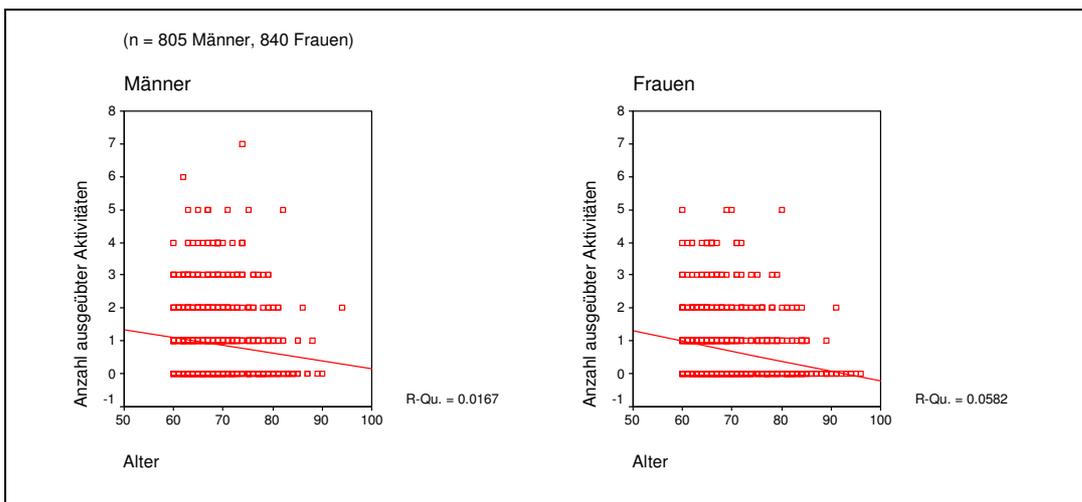
Dabei zeigen die Korrelationskoeffizienten für beide Geschlechter einen unterschiedlich starken Effekt: Bei Männern besteht ein eher schwacher negativer Zusammenhang zwischen steigendem Alter und dem Aktivitätsgrad (-0,15, $p < 0,01$), bei Frauen fällt dieser etwas stärker aus (-0,21, $p < 0,01$).

Tabelle 14: Anzahl der Aktivitäten gruppiert nach Altersgruppen und Geschlecht

Geschlecht				Anzahl ausgeübter Aktivitäten gruppiert			Total
				Keine Aktivität	Eine Aktivität	Zwei oder mehr Aktivitäten	
Männlich	Altersgruppen	60 bis 65	Count	110	81	72	263
			% within Altersgruppen	41,8%	30,8%	27,4%	100,0%
		66 bis 75	Count	201	100	96	397
		% within Altersgruppen	50,6%	25,2%	24,2%	100,0%	
		76 bis 84	Count	92	23	18	133
		% within Altersgruppen	69,2%	17,3%	13,5%	100,0%	
		85 und älter	Count	7	3	2	12
		% within Altersgruppen	58,3%	25,0%	16,7%	100,0%	
		Total	Count	410	207	188	805
		% within Altersgruppen	50,9%	25,7%	23,4%	100,0%	
Weiblich	Altersgruppen	60 bis 65	Count	116	86	66	268
			% within Altersgruppen	43,3%	32,1%	24,6%	100,0%
		66 bis 75	Count	201	88	58	347
		% within Altersgruppen	57,9%	25,4%	16,7%	100,0%	
		76 bis 84	Count	137	32	18	187
		% within Altersgruppen	73,3%	17,1%	9,6%	100,0%	
		85 und älter	Count	33	4	1	38
		% within Altersgruppen	86,8%	10,5%	2,6%	100,0%	
		Total	Count	487	210	143	840
		% within Altersgruppen	58,0%	25,0%	17,0%	100,0%	

Dass der Effekt des Alters auf den Aktivitätsgrad für Frauen stärker ist als für Männer, lässt sich auch an den unten angeführten Streudiagrammen (Abbildung 6) ablesen. Bei der Annahme eines linearen Zusammenhangs erklärt das Alter 5,8% der Varianz des Aktivitätsgrades bei Frauen, aber nur 1,7% bei Männern.

Abbildung 6: Anzahl der Aktivitäten im Altersverlauf für Männer und Frauen

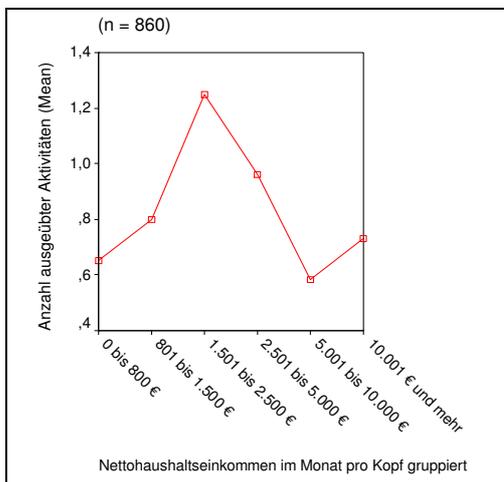


Hypothese 6: Hohes Einkommen und hohe Bildung begünstigen einen hohen Aktivitätsgrad

Wird zunächst von einem linearen Zusammenhang zwischen hohem Einkommen und hoher Aktivität ausgegangen, kann durch die Berechnung einer nichtparametrischen Korrelation ein sehr schwacher positiver Effekt (0,09, $p < 0,05$) des Einkommens festgestellt werden.

Um Unterschiede im Aktivitätsgrad zwischen Einkommensgruppen feststellen zu können, wurde eine einfaktorische Varianzanalyse berechnet. Die meisten signifikanten Mittelwertunterschiede finden sich im Vergleich zur aktivsten Einkommensgruppe: Personen mit einem monatlichen Haushaltseinkommen pro Kopf von 1.501 bis 2.500 € üben im Durchschnitt 1,25 Aktivitäten aus. Damit bestehen ähnlich hohe signifikante Mittelwertdifferenzen (0,6, $p < 0,01$) zur niedrigsten Einkommensgruppe (max. 800 €), die durchschnittlich 0,65 Aktivitäten ausübt, sowie zur Einkommensgruppe von 5.001 bis 10.000 € (0,66, $p < 0,01$). In der Einkommensgruppe von 801 bis 1.500 € ist ebenfalls eine signifikant niedrigere Anzahl an Aktivitäten (0,45, $p < 0,01$) im Vergleich zur aktivsten Einkommensgruppe festzustellen. Wie die folgende Abbildung 7 verdeutlicht, ist also kein linearer Anstieg der Aktivitäten mit zunehmendem Einkommen zu erkennen, da der Aktivitätsgrad in der Gruppe mit 5.001 bis 10.000 € signifikant niedriger ist als bei Personen mit 1.501 bis 2.500 €, die in dieser Verteilung die aktivste Gruppe darstellen.

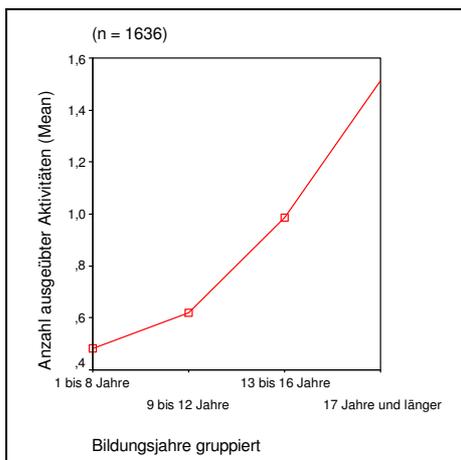
Abbildung 7: Durchschnittliche Anzahl ausgeübter Aktivitäten nach Einkommensgruppen



Der Frage nach dem Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und Aktivitätsgrad einer Person wurde zunächst durch eine nichtparametrische Korrelation nachgegangen. Diese weist einen signifikanten und eher schwachen positiven Zusammenhang (0,29, $p < 0,01$) auf, so dass die Anzahl der ausgeübten Aktivitäten mit zusätzlichen Bildungsjahren steigt.

Um ein genaueres Bild zu bekommen, wurde auch hier eine einfaktorielle Varianzanalyse berechnet und in Abbildung 8 dargestellt. Dabei konnten bei allen Bildungsniveaus signifikante Mittelwertunterschiede ($p < 0,01$) zur höchsten Bildungstufe festgestellt werden: So berichten Personen mit einem Bildungsniveau von mindestens 17 Jahren von durchschnittlich 1,51 Aktivitäten und stellen damit die aktivste Gruppe dar. Die Mittelwertdifferenzen zu Gruppen mit weniger Bildungsjahren deuten auf ein stetiges Abnehmen an Aktivität mit sinkendem Bildungsgrad, sodass Personen mit maximal acht Bildungsjahren nur etwa ein Drittel (0,48) der Aktivitäten der höchsten Bildungsgruppe ausüben. Dabei ist noch festzustellen, dass die Differenzen zwischen zwei angrenzenden Gruppen bei niedrigeren Bildungsjahren geringer ausfallen als beim Vergleich höherer Bildungsstufen. Die Unterschiede verstärken sich also mit steigendem Bildungsniveau. Es kann an dieser Stelle verifiziert werden, dass hohe Bildung einen hohen Aktivitätsgrad begünstigt.

Abbildung 8: Durchschnittliche Anzahl ausgeübter Aktivitäten in unterschiedlichen Bildungsstufen



Hypothesen über die Zusammenhänge der drei Konstrukte „erfolgreichen Alterns“

H. A: Die basale Kompetenz zur selbstständigen Lebensführung beeinflusst die psychologische Kompetenz positiv

Wie im theoretischen Teil der Arbeit dargestellt wurde, besteht die Annahme, dass basale Kompetenz im Sinne physischer Selbstständigkeit als Grundvoraussetzung für „erfolgreiches Altern“ gesehen werden kann, da diese die erweiterten Kompetenzen einer Person beeinflusst. In der folgenden Tabelle 15 ist die Verteilung von Unselbstständigen und Selbstständigen nach ihrer psychologischen Kompetenz dargestellt. Selbstständige sind in 71,9% der Fälle psychologisch kompetent, wohingegen etwa ein Drittel der Unselbstständigen (34,6%) diese Kompetenz aufrechterhalten konnte. Unter der Annahme eines symmetrischen Zusammenhangs gibt Gamma eine Fehlerreduktion von 65,6% ($p < 0,01$) wieder, wenn beide Variablen berücksichtigt werden. Der gerichtete Koeffizient Somers d weist einen relativ starken positiven Einfluss (0,37, $p < 0,01$) der Selbstständigkeit auf die psychologische Kompetenz aus. Es ist also zutreffend, dass Selbstständige eher psychologisch kompetent sind als Unselbstständige, wobei es sich hier um eine signifikante Verteilung ($p < 0,01$) handelt.

Tabelle 15: Basale Kompetenz nach psychologischer Kompetenz

			Selbstständige und Unselbstständige		Total
			Unselbstständige	Selbstständige	
Psychologische erweiterte Kompetenz	Psychologisch nicht Kompetente	Count % within Selbstständige und Unselbstständige	151 65,4%	396 28,1%	547 33,4%
	Psychologisch Kompetente	Count % within Selbstständige und Unselbstständige	80 34,6%	1011 71,9%	1091 66,6%
Total		Count % within Selbstständige und Unselbstständige	231 100,0%	1407 100,0%	1638 100,0%

Ein zusätzlich berechneter T-Test zeigt ebenso eine signifikante Mittelwertdifferenz (-0,37, $p < 0,01$) zwischen Unselbstständigen und Selbstständigen hinsichtlich psychologischer Kompetenz: Unselbstständige weisen mit einem Mittelwert von 0,35 geringere psychologische Kompetenz auf als Selbstständige mit einem Wert von 0,72.

Unter Berücksichtigung des Geschlechts wird wiederum sichtbar, dass sich der Zusammenhang für Männer und Frauen unterschiedlich stark darstellt: Somers d weist für Männer einen höheren Wert (0,44, $p < 0,01$) aus als für Frauen (0,33, $p < 0,01$). Und auch

das Ergebnis des T-Tests, getrennt für Männer und Frauen betrachtet, bestätigt den stärkeren Einfluss der psychologischen Kompetenz bei Männern, da der Mittelwert für Selbstständige bei Männern (0,73) und Frauen (0,71) ähnlich hoch ist, unselbstständige Männer jedoch einen niedrigeren mittleren Kompetenzwert (0,29) aufweisen als Frauen (0,38).

H. B: Die physische Kompetenz zur selbstständigen Lebensführung beeinflusst

Aktivitätsgrad und Aktivitätslevel

Der Aktivitätsgrad, also die Anzahl der ausgeübten Aktivitäten, ist in der unten angeführten Tabelle 16 hinsichtlich der basalen Kompetenz dargestellt. Dabei ist dieser in beiden Gruppen eher niedrig: So berichten 72,5% der Unselbstständigen und 51,6% der Selbstständigen, keine Aktivität auszuüben. Der Anteil jener Unselbstständigen, die eine Aktivität ausüben, beträgt etwas weniger als ein Sechstel (15,9%), bei Selbstständigen etwas mehr als ein Viertel (26,9%). Dennoch ist in der Gruppe der Unselbstständigen ein relativ großer Anteil (11,6%) an Personen mit hoher Aktivität (zwei oder mehr Aktivitäten) festzustellen. Die vorliegende Verteilung ist dabei signifikant ($p < 0,01$) und der Koeffizient Somers d weist bei einem Wert von 0,21 ($p < 0,01$) einen eher schwachen positiven Effekt auf: Selbstständige haben damit im Vergleich zu Unselbstständigen einen höheren Aktivitätsgrad.

Tabelle 16: Basale Kompetenz nach Aktivitätsgrad

			Selbstständige und Unselbstständige		Total
			Unselbstständige	Selbstständige	
Anzahl ausgeübter Aktivitäten gruppiert	Keine Aktivität	Count	169	728	897
		% within Selbstständige und Unselbstständige	72,5%	51,6%	54,5%
	Eine Aktivität	Count	37	380	417
		% within Selbstständige und Unselbstständige	15,9%	26,9%	25,3%
	Zwei oder mehr Aktivitäten	Count	27	304	331
		% within Selbstständige und Unselbstständige	11,6%	21,5%	20,1%
Total	Count	233	1412	1645	
	% within Selbstständige und Unselbstständige	100,0%	100,0%	100,0%	

Dieser Aussage kann auch aufgrund der berechneten T-Tests zugestimmt werden: Unselbstständige üben durchschnittlich 0,46 Aktivitäten aus und weisen damit einen niedrigeren Aktivitätsgrad auf (-0,36 Mittelwertdifferenz, $p < 0,01$) als Selbstständige mit 0,83 Aktivitäten.

Wird dieser Unterschied zusätzlich getrennt für Männer und Frauen betrachtet, ist auch hier wieder ein Geschlechtereinfluss festzustellen, da Männer prinzipiell höhere Aktivität aufweisen als Frauen: Selbstständige Männer geben durchschnittlich 0,93 Aktivitäten an im Vergleich zu 0,72 Aktivitäten bei selbstständigen Frauen. Ebenso sind unselbstständige Männer mit durchschnittlich 0,55 Aktivitäten aktiver als Frauen dieser Gruppe (0,41). Dabei ist die Differenz zwischen Selbstständigen und Unselbstständigen bei Männern (-0,38, $p < 0,01$) nur geringfügig stärker als bei Frauen (-0,32, $p < 0,01$).

Hinsichtlich des Aktivitätslevels zeigt sich ebenso ein Einfluss der basalen Kompetenz (Tabelle 17): Selbstständige berichten in etwa 80% der Fälle von einem selbstbestimmten Aktivitätsgrad, wobei das Verhältnis zwischen Aktiven (41,2%) und Passiven (40,7%) ausgewogen ist. In der Gruppe der Unselbstständigen berichten hingegen nur 47,6% von einem selbstbestimmten Aktivitätslevel, wobei die Mehrheit (27,4%) selbstbestimmte Passivität angibt. Der größte Anteil an Unselbstständigen (42,8%) spricht von ungewollter Passivität. Damit ist der Anteil an Passiven in der Gruppe der Unselbstständigen mit insgesamt 70,2% deutlich höher als in der Gruppe der Selbstständigen (51,4%). Goodman und Kruskals Tau weist für diese signifikante Verteilung ($p < 0,01$) eine sehr geringe Fehlerreduktion von 2,8% (0,028, $p < 0,01$) auf, wenn die basale Kompetenz als Einflussfaktor angenommen wird. Der Kontingenzkoeffizient C weist mit 0,3 ($p < 0,01$) einen eher schwachen Zusammenhang zwischen Selbstständigkeit und selbstbestimmtem Aktivitätslevel auf.

Tabelle 17: Basale Kompetenz nach Aktivitätslevel

			Selbstständige und Unselbstständige		Total
			Unselbstständige	Selbstständige	
Allgemeines Aktivitätslevel	Selbstbestimmte Aktivität	Count	42	576	618
		% within Selbstständige und Unselbstständige	20,2%	41,2%	38,5%
	Selbstbestimmte Passivität	Count	57	569	626
		% within Selbstständige und Unselbstständige	27,4%	40,7%	39,0%
Ungewollte Aktivität	Count	20	104	124	
	% within Selbstständige und Unselbstständige	9,6%	7,4%	7,7%	
Ungewollte Passivität	Count	89	150	239	
	% within Selbstständige und Unselbstständige	42,8%	10,7%	14,9%	
Total	Count	208	1399	1607	
	% within Selbstständige und Unselbstständige	100,0%	100,0%	100,0%	

H. C: Psychologische Kompetenz beeinflusst Aktivitätsgrad beziehungsweise

Aktivitätslevel und umgekehrt

Bei der Überprüfung dieser Hypothese wird zunächst davon ausgegangen, dass die psychologische Kompetenz einer Person sowohl den Aktivitätsgrad, also die Anzahl der ausgeübten Aktivitäten, wie auch die Möglichkeit zur Selbstbestimmung des Aktivitätsniveaus beeinflusst.

In der folgenden Tabelle 18 ist klar zu erkennen, dass prinzipiell die Mehrheit der Befragten psychologisch kompetent (66,6%) und inaktiv (54,6%) ist. Dennoch ist zu sehen, dass in der Gruppe der psychologisch nicht Kompetenten nur etwas mehr als ein Drittel (34,4%) (hoch) aktiv ist, während dieser Anteil bei psychologisch kompetenten Personen immerhin 51% beträgt. In der Gruppe der Inaktiven überrascht allerdings der relativ hohe Prozentsatz an psychologisch Kompetenten (59,8%), wobei sich der Anteil an Kompetenten gegenüber nicht Kompetenten mit zunehmendem Aktivitätsgrad ständig erhöht, sodass bei hoch aktiven Personen (zwei oder mehr Aktivitäten) 81,5% psychologisch kompetent sind. Es handelt sich dabei um eine signifikante Verteilung ($p < 0,01$). Das Zusammenhangsmaß Somers d zeigt dabei den stärksten Einfluss (0,19, $p < 0,01$), wenn der Aktivitätsgrad als abhängig angenommen wird, und einen etwas weniger starken Zusammenhang (0,14, $p < 0,01$), wenn die psychologische Kompetenz als beeinflusst gesehen wird. Das symmetrische Zusammenhangsmaß Spearmans Rho gibt auch eine positive Korrelation (0,18, $p < 0,01$) wieder.

Tabelle 18: Psychologische Kompetenz und Aktivitätsgrad

			Psychologische erweiterte Kompetenz		Total
			Psychologisch nicht Kompetente	Psychologisch Kompetente	
Anzahl ausgeübter Aktivitäten gruppiert	Keine Aktivität	Count	359	535	894
		% within Anzahl ausgeübter Aktivitäten gruppiert	40,2%	59,8%	100,0%
		% within Psychologische erweiterte Kompetenz	65,6%	49,0%	54,6%
	Eine Aktivität	Count	127	288	415
		% within Anzahl ausgeübter Aktivitäten gruppiert	30,6%	69,4%	100,0%
		% within Psychologische erweiterte Kompetenz	23,2%	26,4%	25,3%
	Zwei oder mehr Aktivitäten	Count	61	268	329
		% within Anzahl ausgeübter Aktivitäten gruppiert	18,5%	81,5%	100,0%
		% within Psychologische erweiterte Kompetenz	11,2%	24,6%	20,1%
Total	Count	547	1091	1638	
	% within Anzahl ausgeübter Aktivitäten gruppiert	33,4%	66,6%	100,0%	
	% within Psychologische erweiterte Kompetenz	100,0%	100,0%	100,0%	

Die zusätzlich berechneten T-Tests zeigen ebenso signifikante ($p < 0,01$) Gruppenunterschiede. So üben psychologisch nicht kompetente Personen durchschnittlich 0,5 Aktivitäten aus und damit weniger als psychologisch Kompetente mit durchschnittlich 0,91 Aktivitäten. Und auch hier ist ein Unterschied zwischen den Geschlechtern sichtbar. Psychologisch kompetente Männer weisen mit durchschnittlich 1,02 Aktivitäten einen höheren Aktivitätsgrad auf als psychologisch kompetente Frauen mit durchschnittlich 0,81 Aktivitäten. Ebenso sind psychologisch nicht kompetente Männer mit durchschnittlich 0,6 Aktivitäten aktiver als Frauen dieser Gruppe (0,42 Aktivitäten). Dabei sind die Mittelwertdifferenzen ($p < 0,01$) zwischen psychologisch nicht Kompetenten und Kompetenten bei Männern (-0,41) ähnlich groß wie bei Frauen (-0,39).

Bei der Auswertung psychologischer Kompetenz nach Aktivitätslevel (siehe Tabelle 19) wird eine signifikante Verteilung ($p < 0,01$) ausgegeben, die wiederum zeigt, dass auch hier die Mehrheit psychologisch kompetent (67,9%) ist und von einem selbstbestimmtem Aktivitätslevel berichtet (77,4%). Psychologisch Kompetente berichten dabei in knapp 85% der Fälle von einem selbstbestimmten Aktivitätslevel, wobei der Anteil der Aktiven (44,8%) gegenüber dem der Passiven (39,6%) überwiegt. Psychologisch nicht Kompetente berichten insgesamt in 62,8% der Fälle von Selbstbestimmung in ihren Aktivitäten, wobei die meisten (37,7%) von selbstbestimmter Passivität berichten und in einem Viertel der Fälle selbstbestimmte Aktivität (25,1%) angegeben wird. Bei ungewollter Passivität besteht zwischen Kompetenten und nicht Kompetenten die größte Differenz: Im Vergleich zu Kompetenten (9,4%) sind fast dreimal so viele nicht Kompetente ungewollt passiv (26,5%).

Dabei weist das Zusammenhangsmaß Cramers V einen signifikanten Wert von 0,27 ($p < 0,01$) auf und deutet somit auf einen eher schwachen Zusammenhang zwischen psychologischer Kompetenz und Aktivitätslevel.

Tabelle 19: Psychologische Kompetenz nach Aktivitätslevel

			Psychologische erweiterte Kompetenz		Total
			Psychologisch nicht Kompetente	Psychologisch Kompetente	
Allgemeines Aktivitätslevel	Selbstbestimmte Aktivität	Count	129	486	615
		% within Allgemeines Aktivitätslevel	21,0%	79,0%	100,0%
		% within Psychologische erweiterte Kompetenz	25,1%	44,8%	38,4%
	Selbstbestimmte Passivität	Count	194	430	624
		% within Allgemeines Aktivitätslevel	31,1%	68,9%	100,0%
		% within Psychologische erweiterte Kompetenz	37,7%	39,6%	39,0%
	Ungewollte Aktivität	Count	55	68	123
		% within Allgemeines Aktivitätslevel	44,7%	55,3%	100,0%
		% within Psychologische erweiterte Kompetenz	10,7%	6,3%	7,7%
	Ungewollte Passivität	Count	136	102	238
		% within Allgemeines Aktivitätslevel	57,1%	42,9%	100,0%
		% within Psychologische erweiterte Kompetenz	26,5%	9,4%	14,9%
Total	Count	514	1086	1600	
	% within Allgemeines Aktivitätslevel	32,1%	67,9%	100,0%	
	% within Psychologische erweiterte Kompetenz	100,0%	100,0%	100,0%	

Zusätzlich berechnete T-Tests zur Identifikation von Gruppenunterschieden zwischen den Aktivitätslevels konnten zeigen, dass sowohl in der Gruppe der Selbstbestimmten als auch bei Personen mit ungewolltem Engagement Aktive in jedem Vergleich höhere Werte psychologischer Kompetenz aufweisen als Passive, wobei die Mittelwertdifferenzen sehr gering ausfallen: So sind selbstbestimmt Aktive mit einem durchschnittlichen Kompetenzwert von 0,79 um eine Differenz von 0,1 ($p < 0,01$) kompetenter als selbstbestimmt Passive und ungewollt Aktive mit 0,55 um 0,12 Punkte ($p < 0,05$) kompetenter als ungewollt Passive. Größere Differenzen sind allerdings beim Vergleich zwischen selbstbestimmtem und ungewolltem Engagement zu sehen, wobei hier jene Personen mit selbstbestimmten Engagement höhere Kompetenzwerte zeigen: So weisen selbstbestimmt Passive (0,69) die größte Mittelwertdifferenz (0,26, $p < 0,01$) zu ungewollt Passiven (0,43) auf. Selbstbestimmt Aktive weisen mit durchschnittlich 0,79 Aktivitäten eine ähnlich hohe Mittelwertdifferenz von 0,24 ($p < 0,01$) zu ungewollt Aktiven (0,55) auf. Hier ist also deutlich sichtbar, dass Aktive gegenüber Passiven und Selbstbestimmte gegenüber Personen mit ungewolltem Engagement höhere psychologische Kompetenz angeben.

Hypothesen zu den Faktoren „erfolgreichen Alterns“

Eine Häufigkeitsauszählung zeigt, dass insgesamt 1008 Personen (ca. 61%) der 1645 Befragten in der deutschen Stichprobe die Kompetenz zur selbstständigen Lebensführung sowie psychologische Kompetenz aufrechterhalten konnten. Von diesen Personen geben 864 (85,7%) ein selbstbestimmtes Aktivitätslevel an. Dabei sind 45% selbstbestimmt aktiv in ihrem Engagement und 40,7% selbstbestimmt passiv. In den wenigsten Fällen (6%) wird von ungewollter Aktivität berichtet. In der zu Beginn gezogenen Stichprobe der 1645 Befragten sind also 864 Personen – und damit immerhin fast jeder Zweite – entsprechend dem hier geltenden Arbeitsmodell „erfolgreich“ im Alter. Diese Personen werden nun zur weiteren Analyse zu den Faktoren dieses Modells herangezogen werden.

H. I: Hohes Einkommen begünstigt aktives „erfolgreiches Altern“

Ein möglicher Einfluss des Einkommens auf Aktivität oder Passivität im „erfolgreichen Altern“ konnte in der vorliegenden Auswertung nicht verifiziert werden. Zwar konnten manche Berechnungen einen positiven Zusammenhang zwischen hohem Einkommen und Aktivität im „erfolgreichen Altern“ feststellen, es konnten jedoch in keinem Fall signifikante Ergebnisse ausgewertet werden.

H. II: Hohe Bildung begünstigt „erfolgreiches Altern“

In der folgenden Abbildung 9 ist das Aktivitätslevel in den unterschiedlichen Bildungsgruppen für Männer und Frauen dargestellt. Es ist zu erkennen, dass sowohl Männer als auch Frauen bei jedem Bildungsniveau mehrheitlich von einem selbstbestimmten Aktivitätslevel und damit von „erfolgreichem Altern“ berichten. So haben in allen Bildungsgruppen und bei beiden Geschlechtern zwischen 80% und 90% der Personen selbstbestimmtes Engagement angegeben, wobei sich das Verhältnis zwischen Passiven und Aktiven mit 13 bis 16 Bildungsjahren umdreht: Denn sowohl Männer als auch Frauen mit weniger als 13 Bildungsjahren berichten in den meisten Fällen von selbstbestimmter Passivität (ca. 50%), wohingegen Personen mit zumindest 13 Jahren Bildung in 50% bis 66% der Fälle selbstbestimmte Aktivität angeben. Zwischen ungewollt Aktiven und ungewollt Passiven sind im Bildungsgruppenvergleich nur geringe Prozentsatzdifferenzen festzustellen (max. 9%). In der berechneten Kreuztabelle (siehe Anhang) ist darüber hinaus zu sehen, dass über alle Bildungsstufen hinweg 7,4% der

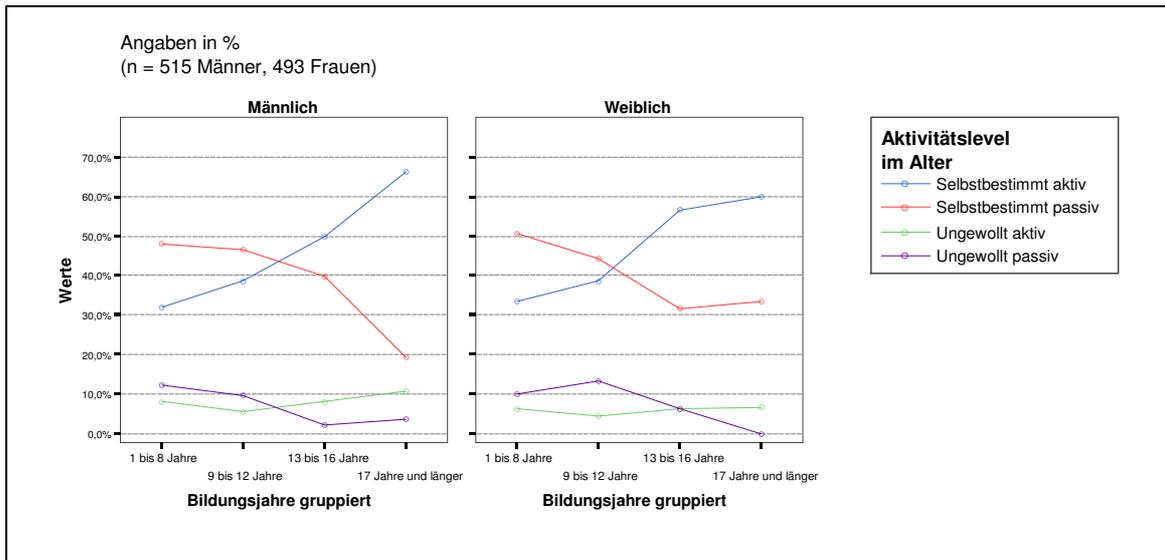
Männer ungewollt aktiv und 6% ungewollt passiv sind. Frauen geben hingegen in 5,1% der Fälle ungewollte Aktivität und immerhin in 10,1% ungewollte Passivität an. Betrachtet man also Personen mit ungewolltem Aktivitätslevel, ist unabhängig von der Bildungsstufe festzustellen, dass Männer eher ungewollt aktiv und Frauen eher ungewollt passiv sind.

Im weiteren Vergleich von Männern und Frauen ist zu bemerken, dass bei beiden Geschlechtern der Anteil der selbstbestimmt Aktiven mit steigendem Bildungsniveau zunimmt, wobei die Verteilung bei Männern und Frauen in den ersten beiden Bildungsstufen annähernd gleich ist: Zwischen 40% und 50% berichten von selbstbestimmter Passivität, und 30% bis 40% von selbstbestimmter Aktivität. Der Anteil an ungewollt Aktiven ist in beiden Bildungsgruppen und Geschlechtern geringfügig niedriger als jener der ungewollt Passiven, der bei Frauen mit 9 bis 12 Bildungsjahren seinen Höchstwert bei 13% erreicht. Merkbare Unterschiede zwischen den Geschlechtern treten erst ab 13 Bildungsjahren auf: Männer mit einem Bildungsniveau von 13 bis 16 Jahren berichten seltener (50% der Fälle) von selbstbestimmter Aktivität als Frauen dieser Bildungsstufe (56,4%) und häufiger von selbstbestimmter Passivität (39,6% der Männer und 31,7% der Frauen).

In der höchsten Bildungsgruppe mit zumindest 17 Jahren bleibt das Verhältnis von Passiven (ca. 30%) und Aktiven (ca. 60%) bei Frauen im Vergleich zur vorigen Bildungsstufe jedoch fast gleich, wohingegen der Anteil an selbstbestimmt Aktiven bei Männern hier auf 66,3% steigt und jener der selbstbestimmt Passiven auf 19,3% sinkt.

Dabei sind beide Verteilungen auf dem 0,01%-Niveau signifikant, und der Kontingenzkoeffizient C weist für beide Geschlechter einen eher schwachen Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und Aktivitätslevel auf, wobei sich dieser für Männer etwas stärker darstellt (0,26, $p < 0,01$) als für Frauen (0,21, $p < 0,01$).

Abbildung 9: Aktivitätslevel nach Bildungsgruppen für Männer und Frauen



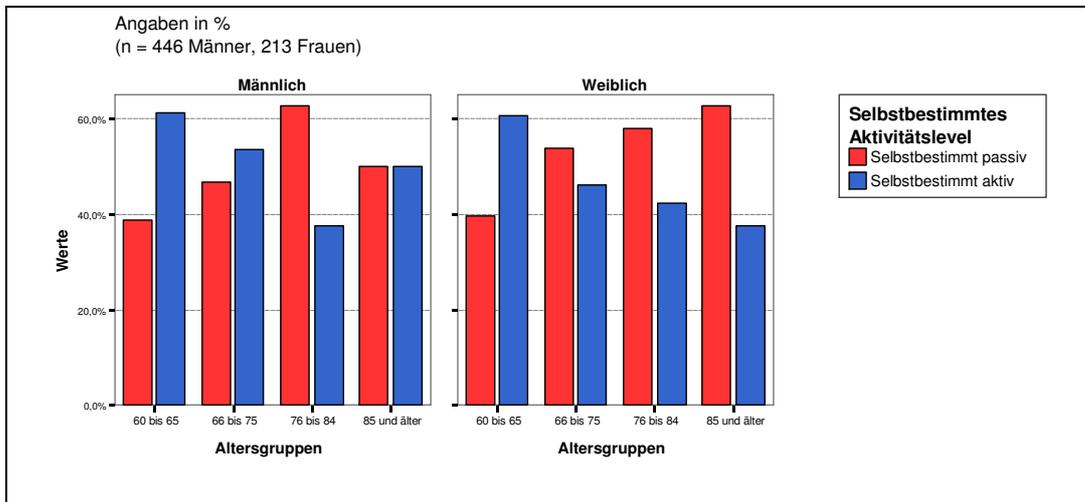
Um Unterschiede zwischen selbstbestimmtem und ungewolltem Aktivitätslevel hinsichtlich des Bildungsniveaus zu betrachten, wurde zusätzlich ein T-Test berechnet, der zeigt, dass Personen mit ungewolltem Engagement und durchschnittlich 11,9 Bildungsjahren eine signifikante Mittelwertdifferenz ($p < 0,05$) zu jenen mit selbstbestimmtem Engagement und durchschnittlich 12,6 Jahren Bildung aufweisen.

H. III: Sowohl Männer als auch Frauen sind im Alter eher „erfolgreich aktiv“ als „erfolgreich passiv“

Die unten angeführte Abbildung 10 zeigt die Verteilung selbstbestimmt Passiver und Aktiver in den jeweiligen Altersgruppen getrennt nach Geschlecht. Dabei ist ersichtlich, dass in der Gruppe der 60- bis 65-Jährigen die Mehrheit der Personen (ca. 60%) aktiv und das Verhältnis zwischen Passiven und Aktiven bei Männern und Frauen sehr ähnlich ist (0,8% Differenz). Im Alter zwischen 66 und 75 Jahren ist das Verhältnis von Passiven und Aktiven bei Männern und Frauen fast genau umgekehrt: 53,3% der Männer geben selbstbestimmte Aktivität an, wohingegen 53,8% der Frauen von selbstbestimmter Passivität berichten. Während bei Frauen der Anteil der Passiven mit zunehmendem Alter stetig ansteigt, ist bei Männern in der Gruppe der 76- bis 84-Jährigen der höchste Anteil an Passiven (62,5%) zu finden. Dieser ist dabei exakt gleich hoch wie jener bei Frauen in der Altersgruppe der zumindest 85-Jährigen. Dabei zeigt sich bei beiden Geschlechtern eine signifikante Verteilung ($p < 0,05$), wobei der Einfluss des Alters auf das Aktivitätslevel für

Frauen geringfügig stärker ist (-0,13, $p < 0,01$) als für Männer (-0,12, $p < 0,01$). Somers d gibt also bei beiden Geschlechtern einen negativen Effekt des Alters auf selbstbestimmte Aktivität an.

Abbildung 10: Selbstbestimmtes Aktivitätslevel nach Altersgruppen für Männer und Frauen

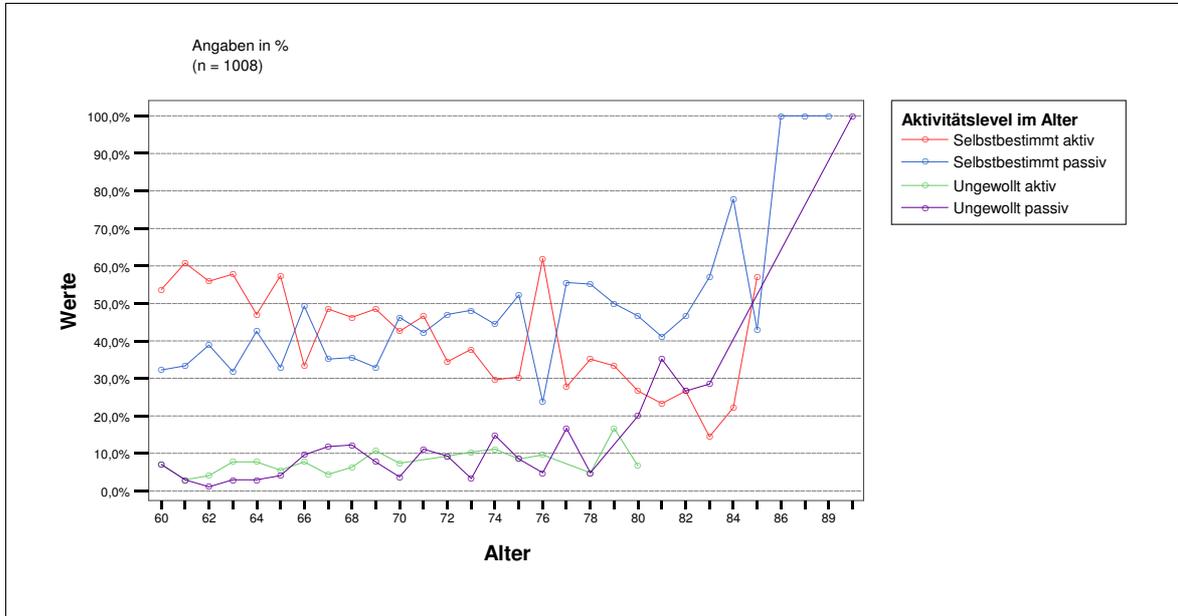


H. IV: Im hohen Alter kann nur noch selten „erfolgreiches Altern“ aufrechterhalten werden

Betrachtet man die Verteilung der unterschiedlichen Aktivitätslevels im Altersvergleich (siehe Abbildung 11), so ist zu sehen, dass zwischen 60 und 65 Jahren ca. die Hälfte der Befragten selbstbestimmte Aktivität angibt, wobei nach einem Einbruch mit 66 Jahren wiederum etwas weniger als die Hälfte der Personen zwischen 67 und 71 selbstbestimmte Aktivität oder Passivität angibt. Allgemein ist zu beobachten, dass der Anteil selbstbestimmt Passiver mit fortschreitendem Alter eher zunimmt, dabei jedoch im Alter von 76 und 85 Jahren starke Einbrüche aufweist. Zwischen 72 und 84 Jahren bilden die selbstbestimmt Passiven – abgesehen von diesem Einbruch mit 76 Jahren – die größte Gruppe. Umgekehrt ist zu sehen, dass der Anteil an selbstbestimmt Aktiven mit zunehmendem Alter geringer wird, wobei diese Kurve mit 85 Jahren einen Höchststand erreicht, bei dem etwas mehr als die Hälfte der Befragten (57,1%) dieses Aktivitätslevel angibt. Interessant ist der stetig niedrige Anteil an ungewollt aktiven Personen, der mit 97 Jahren und einem Wert von 16,7% am höchsten ist. Der Prozentsatz selbstbestimmt Passiver hält sich bis 77 Jahre unter 15% und steigt erst zwischen 80 und 83 Jahren an und stellt dabei dennoch nur zwischen 20% bis 35% der Befragten dar. Zwischen 86 und 91 Jahren befindet sich nur mehr jeweils eine Person in der Verteilung, wodurch die 100%ige

Darstellung erklärt wird. Dabei ist die dargestellte Verteilung signifikant ($p < 0,01$), aber aufgrund zu geringer erwarteter Zellhäufigkeit nicht zuverlässig.

Abbildung 11: Aktivitätslevel im Altersvergleich

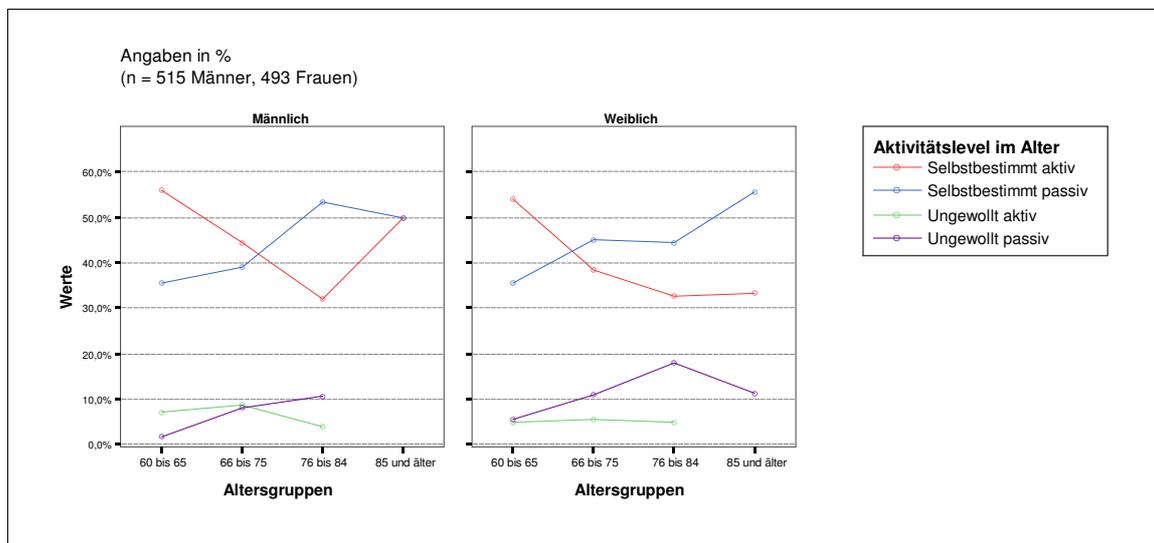


Die hier dargestellte Abbildung 11 zeigt also eine detaillierte Verteilung der unterschiedlichen Aktivitätslevels in den einzelnen Lebensjahren. Es kann also beispielsweise abgelesen werden, dass im Alter von 76 Jahren der Großteil der Personen (ca. 60%) selbstbestimmte Aktivitäten angibt, knapp 25% selbstbestimmte Passivität, 10% ungewollte Aktivität und ca. 5% ungewollte Passivität. Betrachtet man nur die Verteilung der selbstbestimmt Aktiven in den einzelnen Lebensaltern, so ist außerdem zu sehen, dass in keinem anderen Alter ein höherer Anteil an Personen mit diesem Aktivitätslevel zu finden ist.

Um die Verteilung besser darzustellen und einen möglichen Geschlechterunterschied aufzuzeigen, wurde eine vereinfachte Darstellung durch Altersgruppen getrennt für Männer und Frauen vorgenommen (siehe Abbildung 12). Hier ist zu sehen, dass über die Altersgruppen der Anteil an selbstbestimmt aktiven Frauen stärker abnimmt als jener bei Männern: So sind in der Altersgruppe der 66- bis 75-jährigen Männer 44,4% selbstbestimmt aktiv, wohingegen dieser Anteil bei Frauen bereits geringer ausfällt (38,5%). Noch stärker ist dieser Geschlechterunterschied in der Gruppe der zumindest 85-Jährigen zu sehen: Hier berichtet die Hälfte der Männer von selbstbestimmter Aktivität und die andere Hälfte von selbstbestimmter Passivität und damit in keinem Fall von einem ungewollten

Aktivitätslevel. Ein Drittel der Frauen in dieser Altersgruppe gibt hingegen selbstbestimmte Aktivität und etwas mehr als die Hälfte (55,5%) selbstbestimmte Passivität an. Ungewollte Passivität wird von 11,1% der zumindest 85-jährigen Frauen angegeben und ungewollte Aktivität in keinem Fall. Der Anteil der ungewollt Passiven ist bei Frauen in jeder Altersgruppe höher als bei Männern, wohingegen in den Altersgruppen der 60- bis 65-Jährigen und 66- bis 75-Jährigen zu sehen ist, dass der Anteil an ungewollt Aktiven bei Männern geringfügig höher ist als bei Frauen. Cramer's V zeigt dabei für beide Verteilungen einen eher schwachen signifikanten Zusammenhang zwischen den Altersgruppen und dem Aktivitätslevel an, wobei dieser für Männer (0,124, $p < 0,01$) geringfügig stärker ist als für Frauen (0,12, $p < 0,05$).

Abbildung 12: Aktivitätslevel in unterschiedlichen Altersgruppen für Männer und Frauen



11.1. Ergebnisdarstellung

Zur methodischen Analyse „erfolgreichen Alterns“ wurden die folgenden drei Hypothesenblöcke formuliert, deren Ergebnisse hier zusammengefasst dargestellt werden:

- Hypothesen zu den drei Konzepten des Arbeitsmodells
 - (H. 1 bis H. 6)
- Hypothesen zu den Zusammenhängen zwischen den drei Konzepten des Arbeitsmodells
 - (H. A bis H. C)
- Hypothesen zu den Einflussfaktoren auf das Gesamtmodell „erfolgreichen Alterns“
 - (H. I bis H. IV)

Hypothesen zu den drei Konzepten des Arbeitsmodells

H. 1: Im Altersgruppenvergleich erhalten Männer gegenüber Frauen öfter die Kompetenz zur selbstständigen Lebensführung

Aufgrund der durchgeführten Auswertung kann dieser Hypothese zugestimmt werden: Frauen haben einen höheren Anteil (16,7%) an Unselbstständigen als Männer (11,6%), wobei der Zusammenhang zwischen (Un-)Selbstständigkeit und Geschlecht sehr schwach ist. Unter Berücksichtigung des Alters wird klar, dass es sich eher um einen Alterseffekt handelt, der sich für Männer und Frauen unterschiedlich darstellt. So konnte gezeigt werden, dass ein negativer Alterseffekt für Frauen stärker ausgeprägt ist als für Männer. Mit zunehmendem Alter nimmt also bei beiden Geschlechtern die physiologische Kompetenz zur Selbstständigkeit ab, wobei Frauen früher und häufiger unselbstständig werden.

H. 2: Es kann eine Altersgrenze festgestellt werden, bei der die Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung allgemein zurückgeht

Bei allgemeiner Betrachtung kann hier das Abnehmen basaler Kompetenz zur Selbstständigkeit ab dem 70. beziehungsweise 85. Lebensjahr angesehen werden, wobei auch hier wieder Geschlechterunterschiede festgestellt werden konnten. So hat sich gezeigt, dass Frauen gegenüber Männern eine kontinuierlichere Abnahme an Selbstständigen im Altersvergleich aufweisen, die auch schon in jüngeren Jahren einsetzt. Nach dem 80. Lebensjahr ist allerdings der Selbstständigenanteil bei Frauen wieder höher als bei Männern.

H. 3: Für psychologische Kompetenz ist ein negativer Alterseffekt sowie ein für Frauen nachteiliger Geschlechtseinfluss feststellbar

Zwischen Geschlecht und psychologischer Kompetenz konnte kein direkter signifikanter Zusammenhang berechnet werden, jedoch zwischen Alter und psychologischer Kompetenz. So ist zu sehen, dass mit zunehmendem Alter eine Abnahme psychologischer Kompetenz bestätigt werden kann, wobei auch hier wieder ein Geschlechterunterschied festgestellt wurde. Es konnte gezeigt werden, dass Frauen früher altersbedingte Kompetenzeinbußen aufweisen als Männer, dass sie jedoch im hohen Alter (85 und älter) diese Kompetenz im Geschlechtervergleich häufiger erhalten. Es konnte also für Frauen ein stärkerer negativer Effekt des Alters auf psychologische Kompetenz beobachtet werden als für Männer.

H. 4: Hohes Einkommen korreliert positiv mit psychologischer Kompetenz

Es konnte ein positiver Einfluss des monatlichen Haushaltseinkommens auf psychologische Kompetenz festgestellt werden, wobei dieser sehr schwach und nicht linear ist, sodass Personen einer mittleren Einkommensgruppe signifikant höhere Kompetenzwerte aufweisen als Befragte mit niedrigerem oder höherem monatlichem Haushaltseinkommen.

H. 5: Mit zunehmendem Alter verringert sich der Aktivitätsgrad bei beiden Geschlechtern

Die berechneten Ergebnisse zeigen, dass zumindest 85-Jährige durchschnittlich etwas weniger als ein Drittel der Aktivitäten ausüben, die von Befragten im Alter zwischen 60 und 75 Jahren angegeben werden. Im Zuge einer Korrelation konnte ein eher schwacher negativer Zusammenhang zwischen zunehmendem Alter und der Anzahl ausgeübter Aktivitäten festgestellt werden. Dabei konnte gezeigt werden, dass dieser Effekt wiederum für Männer und Frauen verschieden ausfällt. Frauen weisen einen kontinuierlichen Anstieg an Passiven mit zunehmendem Alter auf und zeigen in allen Altersgruppen einen höheren Anteil an Passiven als Männer. Besonders im hohen Alter (85 Jahre und älter) ist ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern sichtbar, wobei 86,8% der Frauen und 58,3% der Männer angeben, keine Aktivitäten auszuüben. Männer scheinen im Vergleich zu Frauen also im hohen Alter (85 Jahre und älter) noch einmal eher aktiv zu werden, sodass immerhin 41,7% der Männer, aber nur 13,1% der Frauen zumindest eine ausgeübte Aktivität angeben .

H. 6: Hohes Einkommen und hohe Bildung begünstigen einen hohen Aktivitätsgrad

Ein linearer Zusammenhang, wonach mit steigendem Einkommen gleichermaßen die Anzahl der Aktivitäten zunimmt, kann hier nicht angenommen werden. Es hat sich gezeigt, dass der höchste Aktivitätsgrad bei Personen in der Einkommensgruppe zwischen 1.501 bis 2.500 € vorliegt. So bestehen signifikante Unterschiede zwischen Personen dieser Einkommensstufe und niedrigeren Einkommensgruppen, die eine Zunahme an Aktivität bestätigen. Dennoch sinkt die durchschnittliche Anzahl der ausgeübten Aktivitäten wieder bei höherem Einkommen. Personen in der Einkommensgruppe von 1.501 bis 2.500 € haben im Vergleich zu Personen mit maximal 800 € ein ebenso höheres Aktivitätsniveau wie im Vergleich zu Personen mit 5.000 bis 10.000 € monatlichem Haushaltseinkommen pro Kopf. Ein eindeutig positiver Zusammenhang zwischen Bildung und einem hohen Aktivitätsgrad konnte bestätigt werden. So üben Personen mit mindestens 17 Jahren Bildung durchschnittlich dreimal so viele Aktivitäten aus wie Personen mit maximal acht Bildungsjahren. Dabei verstärken sich die Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen mit zunehmendem Bildungsniveau.

Hypothesen zu den Zusammenhängen zwischen den drei Konstrukten des Arbeitsmodells

H. A: Die basale Kompetenz zur selbstständigen Lebensführung beeinflusst die psychologische Kompetenz positiv

Die vorliegenden Ergebnisse lassen eine Bestätigung dieser Hypothese zu: Sowohl allgemein als auch getrennt für Männer und Frauen lässt sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung und psychologischer Kompetenz feststellen. Selbstständige weisen also höhere mittlere Kompetenzwerte auf als Unselbstständige, wobei Unselbstständigkeit für Männer einen stärkeren Effekt hat, sodass unselbstständige Männer niedrigere mittlere Kompetenzwerte zeigen als Frauen.

H. B: Die basale Kompetenz zur selbstständigen Lebensführung beeinflusst Aktivitätsgrad und Aktivitätslevel

In der vorliegenden Stichprobe kann prinzipiell ein hoher Anteil an passiven Personen (54,5%) festgestellt werden. Dennoch kann bei Selbstständigen ein höherer Aktivitätsgrad festgestellt werden als bei Unselbstständigen, sodass 48,4% der Selbstständigen und 27,5% der Unselbstständigen zumindest eine Aktivität angeben. Dazu ist zu bemerken, dass

Männer unabhängig von der Kompetenz zur selbstständigen Lebensführung höhere Aktivität aufweisen als Frauen.

Hinsichtlich des Aktivitätslevels kann die Hypothese ebenso bestätigt werden: Im Vergleich zu Unselbstständigen (47,6%) berichten nicht ganz doppelt so viele Selbstständige (81,9%) von einem selbstbestimmten Aktivitätslevel, wobei in der Gruppe der Unselbstständigen in den meisten Fällen (42,8%) ungewollte Passivität angegeben wird.

H. C: Psychologische Kompetenz beeinflusst Aktivitätsgrad beziehungsweise

Aktivitätslevel und umgekehrt

Es konnte gezeigt werden, dass ein positiver Zusammenhang zwischen psychologischer Kompetenz und einem hohen Aktivitätsgrad besteht. Dabei ist zu sehen, dass psychologisch kompetente einen höheren Anteil an Aktiven (51%) haben als psychologisch nicht kompetente (34,4%) und dass mit höherem Aktivitätsgrad der Anteil an psychologisch kompetenten zunimmt. Psychologisch kompetente Personen geben durchschnittlich auch mehr Aktivitäten (0,91) an als nicht kompetente (0,5), wobei auch hier ein höherer Aktivitätsgrad bei Männern als bei Frauen besteht.

Ebenso ist ein Zusammenhang zwischen psychologischer Kompetenz und Aktivitätslevel zu erkennen: Fast 85% der psychologisch kompetenten berichten von einem selbstbestimmten Aktivitätslevel im Vergleich zu 62,8% der nicht kompetenten, wobei der größte Anteil dieser Gruppe (37,7%) von ungewollter Passivität berichtet. Es konnte auch gezeigt werden, dass Aktive gegenüber Passiven höhere durchschnittliche Kompetenzwerte aufweisen, ebenso wie Selbstbestimmte gegenüber Personen mit ungewolltem Aktivitätslevel. Der Unterschied zwischen selbstbestimmtem und ungewolltem Aktivitätslevel ist dabei ungleich größer als zwischen aktiven und passiven Personen. Eine gegenseitige Wechselwirkung kann in der vorliegenden Auswertung also bestätigt werden.

Hypothesen zu den Einflussfaktoren auf das Gesamtmodell „erfolgreichen Alterns“

Die hier formulierten Hypothesen werden nur an jenen 1008 Personen getestet, die es geschafft haben, die Kompetenz zu einer selbstständigen Lebensführung sowie psychologische Kompetenz aufrechtzuerhalten. Entsprechend dem Arbeitsmodell können diese Befragten somit als „erfolgreich“ im Alter angesehen werden, wenn sie von einem „selbstbestimmten Engagement“ berichten.

H. I: Hohes Einkommen begünstigt aktives „erfolgreiches Altern“

Der angenommene Einfluss des Einkommens auf Aktivität und Passivität im „erfolgreichen Altern“ konnte in der vorliegenden Auswertung nicht bestätigt werden. Manche Berechnungen konnten einen positiven Zusammenhang feststellen, doch es konnten in keinem Fall signifikante Ergebnisse ausgewertet werden.

H. II: Hohe Bildung begünstigt „erfolgreiches Altern“

Ein Zusammenhang zwischen höherer Bildung und dem Aktivitätslevel einer Person konnte bestätigt werden, wobei keine lineare Beziehung festgestellt werden konnte. Allgemein berichtet eine große Mehrheit der Befragten (86,8% der Männer und 84,8% der Frauen) von einem selbstbestimmten Aktivitätslevel. Dabei geben Personen mit weniger als 13 Bildungsjahren am häufigsten (40% bis 50%) selbstbestimmte Passivität an. Erst in der Gruppe mit 13 bis 16 Bildungsjahren sind mehr selbstbestimmt Aktive als Passive anzutreffen, wobei hier Frauen einen geringfügig höheren Anteil an Aktiven (56,4%) haben als Männer (50%). Der höchste Anteil an selbstbestimmt Aktiven (66,3%) ist bei Männern mit zumindest 17 Bildungsjahren zu finden. Der Vergleich zwischen ungewollt Passiven und ungewollt Aktiven zeigt bei Männern und Frauen, dass mit weniger als 13 Bildungsjahren häufiger von ungewollter Passivität berichtet wird, und erst mit 13 bis 16 Jahren Bildung (beziehungsweise bei Frauen erst ab 17 Jahren Bildung) öfter von ungewollter Aktivität. Dabei haben Personen mit einem selbstbestimmten Aktivitätslevel mit durchschnittlich 12,6 Bildungsjahren ein höheres Bildungsniveau als jene mit ungewolltem Engagement und durchschnittlich 11,9 Jahren. Es kann also festgehalten werden, dass hohe Bildung nur in geringem Maße Einfluss auf die Selbstbestimmung des Aktivitätslevels und damit auf „erfolgreiches Altern“ hat, dass aber selbstbestimmte Aktivität bei hoher Bildung eher zunimmt und selbstbestimmte Passivität eher abnimmt.

H. III: Sowohl Männer als auch Frauen sind im Alter eher „erfolgreich aktiv“ als „erfolgreich passiv“

Aufgrund der ausgewerteten Ergebnisse kann dieser Hypothese nicht vorbehaltlos zugestimmt werden. Obwohl über alle Altersgruppen hinweg der Anteil an Aktiven gegenüber Passiven sowohl bei Männern (54% Aktive, 46% Passive) als auch bei Frauen (51% Aktive, 49% Passive) geringfügig höher ist, besteht mit zunehmendem Alter ein negativer Einfluss auf selbstbestimmte Aktivität. Besonders bei Frauen konnte ein kontinuierlicher Anstieg an Passiven festgestellt werden, sodass zumindest 85-Jährige in

62,5% der Fälle von diesem selbstbestimmten Aktivitätslevel berichten. Ein exakt gleich hoher Anteil an selbstbestimmten Passiven findet sich bei Männern in der Altersgruppe zwischen 66 und 75 Jahren, wobei dieser bei 85-Jährigen und Älteren wieder auf 50% zurückgeht. Männer sind also besonders im hohen Alter noch eher selbstbestimmt aktiv als Frauen. Dennoch kann eigentlich nur bei der jüngsten Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen der Aussage zugestimmt werden, dass sowohl Männer als auch Frauen eher aktiv „erfolgreich altern“.

H. IV: Im hohen Alter kann „erfolgreiches Altern“ nur sehr selten aufrechterhalten werden

Es konnte gezeigt werden, dass auch im hohen Alter von zumindest 85 Jahren oder älter ein erstaunlich hoher Anteil von einem selbstbestimmten Aktivitätslevel berichtet. Besonders bei Männern dieser Altersgruppe wurde in keinem Fall ein ungewolltes Aktivitätslevel angegeben, sondern in jeweils der Hälfte der Fälle von selbstbestimmter Aktivität und selbstbestimmter Passivität berichtet. Frauen dieses Alters geben hingegen häufiger selbstbestimmte Passivität (55,6%) und in wenigen Fällen (11,1%) ungewollte Passivität an, aber ebenso in keinem Fall ungewollte Aktivität. Eine Altersgrenze, bei der die Mehrheit der Befragten ungewolltes Engagement angibt, konnte also nicht bestätigt werden.

Zusammenfassend kann Anhand der Auswertungsergebnisse allgemein zugestimmt werden, dass ...

- ... die Mehrheit der physisch und psychologisch kompetenten Personen in allen Altersgruppen von einem selbstbestimmten Aktivitätslevel und somit von „erfolgreichem Altern“ berichten,
- ... Männer im hohen Alter zu gleichen Teilen von Aktivität und Passivität im „erfolgreichen Altern“ berichten,
- ... Frauen im hohen Alter eher davon berichten, passiv „erfolgreich“ zu altern,
- ... hohe Bildung „erfolgreiches Altern“ begünstigt.

12. Resümee und Schlussfolgerungen

Zu Beginn der Arbeit wurde die Frage aufgeworfen, was „erfolgreiches Altern“ bedeutet. Dazu konnte in der theoretischen Aufarbeitung gezeigt werden, dass es nicht ein anerkanntes, umfassendes Modell „erfolgreichen Alterns“ gibt, die Idee eines prinzipiell positiv geprägten Alterns jedoch große Aufmerksamkeit in wissenschaftlichen Diskussionen erhalten hat. Warum „erfolgreiches Altern“ so interessant geworden ist, wird verständlich, wenn die negativ stigmatisierten Bilder des Alters einerseits und die nachgewiesenen Potenziale andererseits betrachtet werden. So ist es nicht verwunderlich, dass die verschiedenen Konzepte „erfolgreichen Alterns“ aus den einzelnen Disziplinen immer als „Kompetenzmodelle“ verstanden werden können und somit bestimmte Fähigkeiten beziehungsweise deren Erhalt „erfolgreiches Altern“ bestimmen. Damit stellt sich jedoch die Folgefrage, welche Kompetenzen für den „Erfolg“ im Alter von Bedeutung sind. Welche Fähigkeiten sind also notwendig, um „erfolgreich“ zu altern? Bei der Beantwortung dieser Frage muss zunächst berücksichtigt werden, dass das Thema „Alter“ eine multidisziplinäre Prägung aufweist, und somit geriatrische, gerontopsychologische und sozialgerontologische Aspekte von Bedeutung sind. In jedem dieser Bereiche werden wiederum unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt, wobei in der vorliegenden Arbeit davon ausgegangen wurde, dass sich diese im „erfolgreichen Altern“ durch Kompetenzen zur alltäglichen Lebensführung verbinden lassen. Um also im Alter „erfolgreich“ zu sein, ist es von besonderer Bedeutung, jene Fähigkeiten zu erhalten, die zur Bewältigung von Aufgaben des täglichen Lebens notwendig sind.

Vor diesem Hintergrund wurden im Laufe der Arbeit ein Modell „erfolgreichen Alterns“ formuliert, das in diesem Sinne viele Kompetenzen berücksichtigt. Die herangezogenen disziplinspezifischen Konzepte fokussieren dabei unterschiedliche Aspekte: So wird im geriatrischen Bereich die Kompetenz zur selbstständigen Lebensführung zentral, wobei hier die rein physische Befähigung angesprochen wird, unterschiedliche Tätigkeiten auszuüben. Zwei bekannte Skalen, die ADL- (Activities of Daily Living) und IADL-Skala (Instrumental Activities of Daily Living), wurden herangezogen, um die Kompetenzen zur Durchführung alltäglicher Verrichtungen zu erheben. Dabei sind Aufgaben der Selbstpflege, wie beispielsweise Waschen, Essen oder Anziehen ebenso gemeint wie „instrumentelle“ Aktivitäten wie Einkaufen, Telefonieren etc. Gerade unter Berücksichtigung des physiologischen Abbaus im Alter ist der Erhalt dieser Kompetenzen als „Erfolg“ anzusehen.

Im psychologischen Bereich wird wiederum verstärkt auf Belastungen und Verlusterlebnisse und deren subjektive Verarbeitung eingegangen. Kruse und Lehr (1999) haben dazu ein Kompetenzmodell entwickelt, bei dem der „Erfolg“ in subjektiver Zufriedenheit und Selbstverantwortung gesehen wird. Hier wurden also Fragen zur Zukunftsperspektive, zur Zufriedenheit mit Vergangenem und Gegenwärtigem sowie zu Gefühlen der Zugehörigkeit und des Energieempfindens verarbeitet. Diese Kompetenz zu einer, allgemein gesprochen, „positiven Lebenseinstellung“ wurde also im psychologischen Kontext herangezogen, um den „Erfolg“ im subjektiven Alterserleben zu erfassen.

Im soziologischen Kontext ist der „Erfolg“ im Alter weniger eindeutig: Zu Beginn wurde das bereits multidisziplinär geprägte Konzept des „successful aging“ von Rowe und Kahn (1997) als Ausgangspunkt herangezogen, wobei hier das aktive soziale Engagement von zentraler Bedeutung ist. Die Autoren argumentieren, dass bestimmte Fähigkeiten (Gesundheit, funktionale Kapazitäten) die Grundlage bilden, aber erst in Kombination mit aktivem Engagement „erfolgreiches Altern“ möglich ist – hier wird also Aktivität im Alter ungleich besser bewertet als Passivität. Dass es jedoch nur durch Aktivität möglich ist „erfolgreich“ zu altern, ist jedoch nicht unumstritten, weswegen ebenso die Aktivitäts- wie die Disengagementtheorie aufgearbeitet wurde. Auch wenn viele Untersuchungen nahelegen, dass Aktivität positive Effekte auf andere Lebensbereiche hat, wird hier davon ausgegangen, dass die Möglichkeit der Selbstbestimmung des Engagements den „Erfolg“ im sozialen Leben ausmacht. Durch die Frage „Wie oft denken Sie sich, dass Sie die Dinge tun, die Sie tun möchten?“ wurde also „selbstbestimmtes“ und „ungewolltes“ Engagement unterschieden und auf das Aktivitätslevel (Aktivität und Passivität) angewendet. Dabei wurde hier das Engagement an freiberuflichen und ehrenamtlichen Aktivitäten, persönlich erbrachten Hilfeleistungen sowie an Aktivitäten in Organisationen oder Vereinen untersucht.

Diese drei Kompetenzbereiche wurden aufgearbeitet und in einem Arbeitsmodell „erfolgreichen Alterns“ zueinander in Beziehung gesetzt. Dabei wurde mit dem Vorbild der Berliner Altersstudie (BASE) ein hierarchisches „Zwei-Komponenten-Modell der Kompetenz“ angenommen, das „basale“ und „erweiterte“ Kompetenzen unterscheidet. Um also im Alter „erfolgreich“ sein zu *können*, ist die physische Kompetenz zur selbstständigen Lebensführung eine Grundvoraussetzung. Um „erfolgreich“ zu *sein*, sind psychologische Kompetenz und selbstbestimmtes Engagement zusätzlich erforderlich.

In der vorliegenden Arbeit führten diese Überlegungen zu folgender Arbeitsdefinition:

„Erfolgreiches Altern“ liegt bei Personen vor, die im Alter (relativ) selbstständig sind, von einer zufriedenstellenden und selbstverantwortlichen psychologischen Verfassung berichten und ein selbstbestimmtes Aktivitätslevel aufweisen, sei dieses durch Aktivität oder Passivität geprägt.

Leider konnten im Zuge dieser Arbeit jedoch nicht alle interessanten Fragen gestellt beziehungsweise beantwortet werden. Gerade aufgrund der multidisziplinären Prägung des Alter(n)s gestaltet es sich schwierig, alle Variablen und Einflüsse zu verarbeiten. So stellt sich bei einem so weitreichenden Thema immer die berechtigte Frage nach Interaktionseffekten und Drittvariableneinflüssen. In manchen Fällen konnten solche aufgezeigt oder bereits aufgrund bestehender Forschungsergebnisse angenommen werden. Dennoch wurde in der vorliegenden Arbeit eine Einschränkung auf die vier augenscheinlichsten Einflussgrößen des Einkommens, der Bildung, des Alters und des Geschlechts vorgenommen, wodurch Einflüsse anderer Variablen außer Acht gelassen wurden.

Methodische Probleme bei der Bearbeitung der sozialen Aktivität haben sich besonders durch geringe Fallzahlen (z.B. bei Enkelkinderbetreuung) und fehlende Items ergeben. Somit konnten zum Beispiel Fragen nach der Alltagsgestaltung oder sozialen Netzwerken, wie sie in der Berliner Altersstudie untersucht wurden, nicht bearbeitet werden, da entsprechende Items im SHARE-Datensatz unzureichend erhoben wurden. Aufgrund dessen konnte beispielsweise auch die angestrebte Unterscheidung des Engagements – nach interpersonalen Beziehungen und produktiven Tätigkeiten – wie Rowe und Kahn (1997) sie in ihrer Aufarbeitung eines „successful ageing“ vorschlugen, leider nicht durchgeführt werden. Besonders aufgrund der auffälligen Geschlechterunterschiede wäre jedoch eine differenziertere Auswertung hinsichtlich Qualität und Intensität der Aktivitäten interessant gewesen.

Ebenso ist zu bedenken, dass die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit anderen Untersuchungen kritisch zu betrachten ist, da die Items und die daraus berechneten Skalen hier individuell formuliert wurden. Besonders die Messung der Kompetenz zur selbstständigen Lebensführung durch die (I)ADL-Skala darf nicht automatisch als auf andere Untersuchungen übertragbar verstanden werden. Daher erscheint für die Autorin die Entwicklung einheitlicher und erschöpfender Skalen zur Erfassung der Kompetenzen zum

„erfolgreichen Altern“ als Ausgangspunkt weiterführender Forschung sinnvoll und wünschenswert.

In vielen Fällen konnten dennoch erwartete Zusammenhänge bestätigt werden, wobei sich der Einfluss von Alter und Geschlecht als vorherrschend in vielen Bereichen dieses Modells erwiesen hat. Im Zuge der Auswertung konnten also deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern und im Altersvergleich festgestellt werden, wobei es sich hier wiederum lohnen würde, über zusätzliche Hintergrundeinflüsse nachzudenken: So ist beispielsweise die deutliche körperliche Benachteiligung von Frauen im Alter möglicherweise dadurch verstärkt, dass Frauen häufiger eine eher negative Einschätzung der subjektiven Gesundheit angeben als Männer und sich damit auch schneller körperlich eingeschränkt fühlen. Besonders die großen Unterschiede im hohen Alter (85 Jahre und älter) können eventuell durch Stichprobeneffekte erklärt werden, da besonders in dieser Gruppe nur wenige Männer im deutschen SHARE-Datensatz erfasst wurden. Ebenso interessant können hier Überlegungen zu Kohorteneffekten und biographisch konstruierten Geschlechtsmerkmalen sein, die unterschiedliche Kompetenzen im Alter begünstigen oder hemmen. Da also angenommen werden kann, dass sich dieser Effekt auch durch andere Einflüsse ergibt, wären weiterführende Untersuchungen hinsichtlich der Prediktoren „erfolgreichen Alterns“ interessant.

Abschließend kann festgehalten werden, dass das Thema „erfolgreichen Alterns“ einen besonders breiten Zugang ermöglicht und gerade auch deshalb empirisch schwer zu erfassen ist. Andererseits bietet gerade diese ergiebige Grundlage unterschiedliche Ansatzpunkte und Herangehensweisen, die zu sehr interessanten Fragestellungen führen, aber nach Meinung der Autorin leider besonders im Bereich multidisziplinärer Forschung noch zu wenig Aufmerksamkeit erhalten haben.

13. Anhang

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der zentralen Fragestellung, was „erfolgreiches Altern“ im wissenschaftlichen Diskurs bedeutet. Dabei wird ein multidisziplinärer Ansatz vertreten, der den „Erfolg“ im Alter durch unterschiedliche Kompetenzen erfasst, die einen zentralen Stellenwert für die alltägliche Lebensführung haben. Fähigkeiten, die zur Bewältigung des täglichen Lebens im Alter wichtig sind, werden also als einzelne Bestandteile „erfolgreichen Alterns“ begriffen und in Hinblick auf ihren disziplinären Hintergrund aufgearbeitet. So findet im geriatrischen Bereich die Auseinandersetzung mit der physischen Kompetenz zur selbstständigen Lebensführung statt, wobei diese im Modell „erfolgreichen Alterns“ als „basale Kompetenz“ im Sinne der Berliner Altersstudie formuliert wird. Das bedeutet, dass diese Kompetenz Grundvoraussetzung ist, um „erfolgreich“ altern zu *können*. Als „erweiterte Kompetenzen“ werden im psychologischen Kontext die Kompetenz zur Zufriedenheit und Selbstverantwortung und im soziologischen Bereich die Möglichkeit des selbstbestimmten Engagements erfasst, unabhängig davon, ob dieses durch Aktivität oder Passivität geprägt ist. Diese „erweiterten Kompetenzen“ sind im vorliegenden Modell entscheidend, um „erfolgreich“ zu altern, wobei erst das Zusammenwirken aller drei Kompetenzen „erfolgreiches Altern“ ausmacht.

Im Zuge der methodischen Analyse wird mit dem Datenverarbeitungsprogramm SPSS eine deutsche Stichprobe aus dem SHARE-Datensatz (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) herangezogen, um die Einflüsse des Einkommens, der Bildung, des Alters und des Geschlechts auf die einzelnen Kompetenzen sowie auf das Gesamtmodell „erfolgreichen Alterns“ zu überprüfen, wobei zu sehen ist, dass besonders Alter und Geschlecht als bedeutende Einflüsse identifiziert werden können.

Abstract

This paper discusses the main question what “successful ageing” really is in a science-based view. By using a multidisciplinary model the “success” in old age is defined by different competences, which are necessary for dealing with everyday commodities. These competences are accounted as single elements of “successful aging” with various disciplinary backgrounds. Within the field of geriatric medicine the competence for an independent daily living is discussed, whereas this ability can be seen as a “basic” competence according to Berlin Ageing Study (BASE). That means “successful ageing” *can just be attained*, assuming that this competence has been contained. The other two elements of this model are “extended competences” that are needed to finally *be* “successful” in old age. On the one side there is the psychological competence to remain life satisfaction and on the other hand the potential to perform a self-determined social engagement, without distinction between activity and passivity. Finally the interaction of all of these three abilities defines “successful ageing”.

The empirical analysis is performed by using a german sample out of the SHARE-Data (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). The independent items of income, education, age and sex are tested for their impact on the three elements as well as on the entire model of “successful ageing”. At the end of the analyse it can be said that especially age and sex seem to be strong predictors.

Curriculum Vitae



Valerie Weichhart Bakk.

Geboren in Wien am 11. 10. 1983

Anschrift: Ungargasse 28/1/13
1030 Wien

Kontakt: vweichhart@gmail.com
0650 / 33 94 685

Ausbildung

1994 – 1998	Bundesgymnasium Schwechat Ehrenbrunnengasse 6, 2320 Schwechat.
1998 – 2002	Bundes-Oberstufenrealgymnasium Landstraßer Hauptstr. 70, 1030 Wien; mit dem Schwerpunkt Bildnerisches Gestalten und Werkerziehung.
Jun. 2002	Reifeprüfung am Bundes-Oberstufenrealgymnasium; mit ausgezeichnetem Erfolg bestanden.
Okt. 02	Inskription zum Bakkalaureatsstudium Soziologie (geistes- und kulturwissenschaftlicher Zweig) an der Universität Wien.
Seit März 05	Diplomstudium Soziologie (sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Zweig) an der Universität Wien.
Seit Okt. 06	Diplomstudium Politikwissenschaften. Inskription zur Schwerpunktsetzung im Rahmen des Diplomstudiums Soziologie.
Nov. 06	Abschluss des Bakkalaureatsstudiums Soziologie (geistes- und kulturwissenschaftlicher Zweig). Erworbener Abschluss: Bakkalaurea der Philosophie (Bakk. phil.)
Aug. 07	ZHSF-Methodenseminar in Köln. Statistische Weiterbildung zur multivariaten Abhängigkeitsanalyse. Aufbaumodul zu Regressionsmodellen für metrische und kategoriale Variablen.

Universitäre Forschungserfahrung

- Okt. 04 – Jun. 05 Forschungslabor an der Universität Wien im Rahmen des Bakkalaureatsstudiums Soziologie. Evaluation eines Projekts zur betrieblichen Gesundheitsförderung der Volkshilfe Wien in Kooperation mit dem Fond Soziales Österreich. Qualitative Beobachtungen und Interviewführung.
- Okt. 05 – Jun. 06 Forschungspraktikum an der Universität Wien im Rahmen des Diplomstudiums Soziologie. Fragebogenerhebung, Auswertung und Präsentation zum Leseverhalten der Studierenden an der Universität Wien im Auftrag der Wiener Büchereien.
- Okt. 06 – Jun. 07 Online-Erhebung an der Universität Wien im Rahmen eines spezialisierten Methodenseminars zum Thema Prekarität unter Studierenden.

Berufliche Erfahrung

- März 04 – Okt. 04 Praktikum bei der Firma Sales Crew Verkaufsförderung, Schölgasse 10, 1120 Wien. Dateneingabe, Mystery Shopping, Allgemeine Büroarbeit.
- Okt. 08 – Mai 09 Anstellung als Projektassistentin im Unternehmen meinungsraum.at Online MarktforschungsgmbH; Mahlerstrasse 13/3a, 1010 Wien. Tätigkeiten in den Bereichen Panelmanagement, Kundenbetreuung und Büroadministration.
- Nov. 09 – Feb. 10 Projektarbeit im Auftrag der Arbeiterkammer Wien und dem Österreichischen Verband zur Förderung der Arbeitssicherheit. Datenaufbereitung, Auswertung und graphische Präsentation der Umfrage zur Verwendung Persönlicher Schutzausrüstung.

Sprachen und EDV-Kenntnisse

Deutsch (Muttersprache), Englisch

Umfangreiche Fähigkeiten im Umgang mit dem Datenverarbeitungsprogramm SPSS, Word, Power Point, Excel

Reliabilitätsanalyse der Skala zu regelmäßigen Aktivitäten

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

- 1. PROAC1 Unentgeltliche bzw. freiwillige Arbeit b
- 2. PROAC2 Betreuung eines kranken oder behinderten
- 3. PROAC3 Freunden oder Nachbarn geholfen
- 4. PROAC4 Einen Weiterbildungskurs besucht
- 5. PROAC5 Einen Sportverein oder anderen Verein be
- 6. PROAC6 Teilnahme an Aktivitäten von kirchlichen
- 7. PROAC7 Sich bei einer politischen Organisation

		Mean	Std Dev	Cases
1.	PROAC1	,1442	,3514	1609,0
2.	PROAC2	,0777	,2678	1609,0
3.	PROAC3	,1485	,3557	1609,0
4.	PROAC4	,0410	,1984	1609,0
5.	PROAC5	,2436	,4294	1609,0
6.	PROAC6	,1013	,3018	1609,0
7.	PROAC7	,0367	,1880	1609,0

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
PROAC1	,6489	,8138	,3697	,3913
PROAC2	,7154	,9998	,1872	,4796
PROAC3	,6445	,9133	,1938	,4835
PROAC4	,7520	1,0610	,1746	,4846
PROAC5	,5494	,7962	,2494	,4652
PROAC6	,6917	,9024	,3107	,4277
PROAC7	,7564	1,0438	,2408	,4682

Reliability Coefficients

N of Cases = 1609,0 N of Items = 7

Alpha = ,4976

Hypothesen zu den drei Konstrukten „erfolgreichen Alterns“

H. 1: Im Altersgruppenvergleich erhalten Männer gegenüber Frauen öfter die Kompetenz zur selbstständigen

Lebensführung

Crosstab

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Selbstständige und Unselbstständige * Geschlecht	1645	100,0%	0	,0%	1645	100,0%

Selbstständige und Unselbstständige * Geschlecht Crosstabulation

			Geschlecht		Total	
			Männlich	Weiblich		
Selbstständige und Unselbstständige	Unselbstständige	Count	93	140	233	
		% within Selbstständige und Unselbstständige	39,9%	60,1%	100,0%	
	Selbstständige	Count	712	700	1412	
		% within Selbstständige und Unselbstständige	50,4%	49,6%	100,0%	
Total			805	840	1645	
			% within Selbstständige und Unselbstständige	48,9%	51,1%	100,0%
			% within Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,842 ^a	1	,003		
Continuity Correction ^b	8,426	1	,004		
Likelihood Ratio	8,903	1	,003		
Fisher's Exact Test				,003	,002
Linear-by-Linear Association	8,837	1	,003		
N of Valid Cases	1645				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 114,02.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,012	,036	,319	,749
		Selbstständige und Unselbstständige Geschlecht Dependent	,000	,000	.	.
	Goodman and Kruskal tau	Selbstständige und Unselbstständige Geschlecht Dependent	,015	,046	,319	,749
			,005	,004		,003 ^d
			,005	,004		,003 ^d

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.
- d. Based on chi-square approximation

Symmetric Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi		-,073			,003
	Cramer's V		,073			,003
	Contingency Coefficient		,073			,003
Interval by Ordinal	Pearson's R		-,073	,024	-2,980	,003 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation		-,073	,024	-2,980	,003 ^c
N of Valid Cases			1645			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Crosstab

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Selbstständige und Unselbstständige * Altersgruppen * Geschlecht	1645	100,0%	0	,0%	1645	100,0%

Selbstständige und Unselbstständige * Altersgruppen * Geschlecht Crosstabulation

Geschlecht				Altersgruppen				Total	
				60 bis 65	66 bis 75	76 bis 84	85 und älter		
Männlich	Selbstständige und Unselbstständige	Unselbstständige	Count	17	39	30	7	93	
			% within Selbstständige und Unselbstständige	18,3%	41,9%	32,3%	7,5%	100,0%	
		Selbstständige	Count	6,5%	9,8%	22,6%	58,3%	11,6%	
	% within Selbstständige und Unselbstständige			34,6%	50,3%	14,5%	,7%	100,0%	
		Total	Count	93,5%	90,2%	77,4%	41,7%	88,4%	
	% within Altersgruppen			263	397	133	12	805	
			% within Selbstständige und Unselbstständige	32,7%	49,3%	16,5%	1,5%	100,0%	
	% within Altersgruppen			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	Weiblich	Selbstständige und Unselbstständige	Unselbstständige	Count	21	36	58	25	140
				% within Selbstständige und Unselbstständige	15,0%	25,7%	41,4%	17,9%	100,0%
		Selbstständige	Count	7,8%	10,4%	31,0%	65,8%	16,7%	
% within Selbstständige und Unselbstständige				247	311	129	13	700	
		Total	Count	35,3%	44,4%	18,4%	1,9%	100,0%	
% within Altersgruppen				92,2%	89,6%	69,0%	34,2%	83,3%	
			% within Selbstständige und Unselbstständige	268	347	187	38	840	
% within Altersgruppen				31,9%	41,3%	22,3%	4,5%	100,0%	
			% within Altersgruppen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

Geschlecht		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Männlich	Pearson Chi-Square	49,287 ^a	3	,000
	Likelihood Ratio	36,915	3	,000
	Linear-by-Linear Association	35,008	1	,000
	N of Valid Cases	805		
	Weiblich	Pearson Chi-Square	118,683 ^b	3
Likelihood Ratio		97,999	3	,000
Linear-by-Linear Association		91,404	1	,000
N of Valid Cases		840		

- a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,28.
- b. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,33.

Symmetric Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Männlich	Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	-,176	,035	-4,740	,000
	Ordinal	Spearman Correlation	-,186	,037	-5,360	,000 ^c
	Interval by Interval	Pearson's R	-,209	,040	-6,046	,000 ^c
	N of Valid Cases		805			
Weiblich	Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	-,282	,032	-7,873	,000
	Ordinal	Spearman Correlation	-,301	,034	-9,146	,000 ^c
	Interval by Interval	Pearson's R	-,330	,036	-10,122	,000 ^c
	N of Valid Cases		840			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

H. 2: Es kann eine Altersgrenze festgestellt werden, bei der die Kompetenz zur selbstständigen Lebensführung allgemein zurückgeht

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Alter * Selbstständige und Unselbstständige	1645	100,0%	0	,0%	1645	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	255,258 ^a	36	,000
Likelihood Ratio	197,756	36	,000
Linear-by-Linear Association	169,798	1	,000
N of Valid Cases	1645		

a. 26 cells (35,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,14.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Alter * Selbstständige und Unselbstständige * Geschlecht	1645	100,0%	0	,0%	1645	100,0%

Chi-Square Tests

		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
Männlich	Pearson Chi-Square	107,757 ^a	31	,000	
	Likelihood Ratio	81,649	31	,000	
	Linear-by-Linear Association	46,091	1	,000	
	N of Valid Cases		805		
Weiblich	Pearson Chi-Square	168,015 ^b	36	,000	
	Likelihood Ratio	139,391	36	,000	
	Linear-by-Linear Association	114,617	1	,000	
	N of Valid Cases		840		

a. 30 cells (46,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.

b. 33 cells (44,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

T-Test

Group Statistics

	Geschlecht	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Selbstständige und Unselbstständige	Männlich	805	,88	,320	,011
	Weiblich	840	,83	,373	,013

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Selbstständige und Unselbstständige	Equal variances assumed	36,225	,000	2,980	1643	,003	,05	,017	,017	,085
	Equal variances not assumed			2,989	1623,32	,003	,05	,017	,018	,085

Nonparametric Correlations

Correlations

			Altersgruppen	Selbstständige und Unselbstständige
Spearman's rho	Altersgruppen	Correlation Coefficient	1,000	-,254**
		Sig. (1-tailed)	.	,000
		N	1645	1645
Selbstständige und Unselbstständige	Selbstständige und Unselbstständige	Correlation Coefficient	-,254**	1,000
		Sig. (1-tailed)	,000	.
		N	1645	1645

** . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

T-Test

Group Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Selbstständige und Unselbstständige	233	75,56	8,739	,573
Alter Unselbstständige Selbstständige	1412	68,99	6,375	,170

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Alter	Equal variances assumed	71,932	,000	13,756	1643	,000	6,57	,478	5,638	7,512
	Equal variances not assumed			11,011	274,191	,000	6,57	,597	5,399	7,750

H. 3: Für psychologische Kompetenz ist ein negativer Alterseffekt sowie ein für Frauen nachteiliger Geschlechtseinfluss feststellbar

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Psychologische erweiterte Kompetenz * Geschlecht	1638	99,6%	7	,4%	1645	100,0%

Psychologische erweiterte Kompetenz * Geschlecht Crosstabulation

			Geschlecht		Total
			Männlich	Weiblich	
Psychologische erweiterte Kompetenz	Psychologisch nicht kompetente	Count	257	290	547
		% within Psychologische erweiterte Kompetenz	47,0%	53,0%	100,0%
	% within Geschlecht		32,0%	34,7%	33,4%
	Psychologisch kompetente	Count	545	546	1091
% within Psychologische erweiterte Kompetenz		50,0%	50,0%	100,0%	
% within Geschlecht		68,0%	65,3%	66,6%	
Total		Count	802	836	1638
% within Psychologische erweiterte Kompetenz		49,0%	51,0%	100,0%	
% within Geschlecht		100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,287 ^b	1	,257		
Continuity Correction ^a	1,170	1	,279		
Likelihood Ratio	1,287	1	,257		
Fisher's Exact Test				,271	,140
Linear-by-Linear Association	1,286	1	,257		
N of Valid Cases	1638				

a. Computed only for a 2x2 table
 b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 267,82.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Altersgruppen * Psychologische erweiterte Kompetenz	1638	99,6%	7	,4%	1645	100,0%

Altersgruppen * Psychologische erweiterte Kompetenz Crosstabulation

			Psychologische erweiterte Kompetenz		Total
			Psychologisch nicht kompetente	Psychologisch kompetente	
Altersgruppen 60 bis 65	Count		146	385	531
	% within Altersgruppen		27,5%	72,5%	100,0%
	% within Psychologische erweiterte Kompetenz		26,7%	35,3%	32,4%
66 bis 75	Count		235	504	739
	% within Altersgruppen		31,8%	68,2%	100,0%
	% within Psychologische erweiterte Kompetenz		43,0%	46,2%	45,1%
76 bis 84	Count		137	182	319
	% within Altersgruppen		42,9%	57,1%	100,0%
	% within Psychologische erweiterte Kompetenz		25,0%	16,7%	19,5%
85 und älter	Count		29	20	49
	% within Altersgruppen		59,2%	40,8%	100,0%
	% within Psychologische erweiterte Kompetenz		5,3%	1,8%	3,0%
Total		Count	547	1091	1638
% within Altersgruppen			33,4%	66,6%	100,0%
% within Psychologische erweiterte Kompetenz			100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	36,891 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	35,624	3	,000
Linear-by-Linear Association	32,814	1	,000
N of Valid Cases	1638		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,36.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	-,122	,023	-5,309	,000
		Altersgruppen Dependent	-,151	,028	-5,309	,000
		Psychologische erweiterte Kompetenz Dependent	-,103	,019	-5,309	,000

a. Not assuming the null hypothesis.
 b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-,142	,025	-5,785	,000 ^c
	Spearman Correlation	-,132	,025	-5,402	,000 ^c
N of Valid Cases		1638			

a. Not assuming the null hypothesis.
 b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
 c. Based on normal approximation.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Altersgruppen * Psychologische erweiterte Kompetenz * Geschlecht	1638	99,6%	7	,4%	1645	100,0%

Altersgruppen * Psychologische erweiterte Kompetenz * Geschlecht Crosstabulation

Geschlecht	Altersgruppen	Count	% within Altersgruppen	% within Psychologische erweiterte Kompetenz	Psychologische erweiterte Kompetenz		Total
					Psychologisch nicht Kompetente	Psychologisch Kompetente	
Männlich	60 bis 65	Count	27,0%	27,6%	71	192	263
		% within Altersgruppen			27,0%	73,0%	100,0%
		% within Psychologische erweiterte Kompetenz			27,6%	35,2%	32,8%
	66 bis 75	Count	32,5%	49,8%	128	266	394
		% within Altersgruppen			32,5%	67,5%	100,0%
		% within Psychologische erweiterte Kompetenz			49,8%	48,8%	49,1%
	76 bis 84	Count	36,8%	19,1%	49	84	133
		% within Altersgruppen			36,8%	63,2%	100,0%
		% within Psychologische erweiterte Kompetenz			19,1%	15,4%	16,6%
	85 und älter	Count	75,0%	3,5%	9	3	12
		% within Altersgruppen			75,0%	25,0%	100,0%
		% within Psychologische erweiterte Kompetenz			3,5%	,6%	1,5%
	Total	Count	32,0%	100,0%	257	545	802
% within Altersgruppen				32,0%	68,0%	100,0%	
% within Psychologische erweiterte Kompetenz				100,0%	100,0%	100,0%	
Weiblich	60 bis 65	Count	28,0%	25,9%	75	193	268
		% within Altersgruppen			28,0%	72,0%	100,0%
		% within Psychologische erweiterte Kompetenz			25,9%	35,3%	32,1%
	66 bis 75	Count	31,0%	36,9%	107	238	345
		% within Altersgruppen			31,0%	69,0%	100,0%
		% within Psychologische erweiterte Kompetenz			36,9%	43,6%	41,3%
	76 bis 84	Count	47,3%	30,3%	88	98	186
		% within Altersgruppen			47,3%	52,7%	100,0%
		% within Psychologische erweiterte Kompetenz			30,3%	17,9%	22,2%
	85 und älter	Count	54,1%	6,9%	20	17	37
		% within Altersgruppen			54,1%	45,9%	100,0%
		% within Psychologische erweiterte Kompetenz			6,9%	3,1%	4,4%
	Total	Count	34,7%	100,0%	290	546	836
% within Altersgruppen				34,7%	65,3%	100,0%	
% within Psychologische erweiterte Kompetenz				100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

Geschlecht		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Männlich	Pearson Chi-Square	14,687 ^a	3	,002
	Likelihood Ratio	13,888	3	,003
	Linear-by-Linear Association	9,579	1	,002
	N of Valid Cases	802		
	Weiblich	Pearson Chi-Square	26,578 ^b	3
Likelihood Ratio		25,907	3	,000
Linear-by-Linear Association		22,785	1	,000
N of Valid Cases		836		

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,85.

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,83.

Symmetric Measures

Geschlecht		Value	Asymp. Std. Error ^b	Approx. T ^c	Approx. Sig.	
Männlich	Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	-,093	,033	-2,760	,006
	Interval by Interval	Spearman Correlation	-,098	,035	-2,780	,006 ^c
	Interval by Interval	Pearson's R	-,109	,036	-3,112	,002 ^c
	N of Valid Cases		802			
	Weiblich	Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	-,149	,032	-4,585
Interval by Interval		Spearman Correlation	-,160	,035	-4,675	,000 ^c
Interval by Interval		Pearson's R	-,165	,035	-4,837	,000 ^c
N of Valid Cases			836			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

T-Test mit Filter für Männer

Group Statistics

Alter	Psychologische erweiterte Kompetenz	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Psychologisch nicht Kompetente	Psychologisch erweiterte Kompetenz	257	70,40	7,055	,440
	Psychologisch Kompetente	545	68,69	6,013	,258

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
Alter	Equal variances assumed	10,047	,002	3,536	800	,000	1,70	,482	,758	2,649
	Equal variances not assumed			3,340	437,282	,001	1,70	,510	,701	2,706

T-Test mit Filter für Frauen

Group Statistics

Psychologische erweiterte Kompetenz	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Alter Psychologisch nicht Kompetente	290	72,38	8,350	,490
Psychologisch Kompetente	546	69,55	7,145	,306

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
Alter	Equal variances assumed	19,259	,000	5,132	834	,000	2,83	,551	1,747	3,910
	Equal variances not assumed			4,894	516,123	,000	2,83	,578	1,693	3,963

H. 4: Hohes Einkommen korreliert positiv mit psychologischer Kompetenz

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Nettohaushaltseinkommen im Monat pro Kopf * Psychologische erweiterte Kompetenz	858	52,2%	787	47,8%	1645	100,0%

Nettohaushaltseinkommen im Monat pro Kopf * Psychologische erweiterte Kompetenz Crosstabulation

			Psychologische erweiterte Kompetenz		Total
			Psychologisch nicht Kompetente	Psychologisch Kompetente	
Nettohaushaltseinkommen im Monat pro Kopf	0 bis 800 €	Count % within Nettohaushaltseinkommen im Monat pro Kopf	35 51,5%	33 48,5%	68 100,0%
	801 bis 1500 €	Count % within Nettohaushaltseinkommen im Monat pro Kopf	98 44,1%	124 55,9%	222 100,0%
	1501 bis 2500 €	Count % within Nettohaushaltseinkommen im Monat pro Kopf	86 30,1%	200 69,9%	286 100,0%
	2501 bis 5000 €	Count % within Nettohaushaltseinkommen im Monat pro Kopf	31 19,9%	125 80,1%	156 100,0%
	5001 thru 8000 €	Count % within Nettohaushaltseinkommen im Monat pro Kopf	39 31,0%	87 69,0%	126 100,0%
Total	Count % within Nettohaushaltseinkommen im Monat pro Kopf	289 33,7%	569 66,3%	858 100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	35,921 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	36,216	4	,000
Linear-by-Linear Association	22,344	1	,000
N of Valid Cases	858		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22,90.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,151	,030	5,004	,000
		Nettohaushaltseinkommen im Monat pro Kopf Dependent	,204	,040	5,004	,000
		Psychologische erweiterte Kompetenz Dependent	,119	,024	5,004	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Correlations

Correlations

		Bildungsjahre	Anzahl ausgeübter Aktivitäten
Bildungsjahre	Pearson Correlation	1	,286**
	Sig. (1-tailed)		,000
	N	1637	1637
Anzahl ausgeübter Aktivitäten	Pearson Correlation	,286**	1
	Sig. (1-tailed)	,000	
	N	1637	1645

** . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Oneway

Descriptives

Anzahl ausgeübter Aktivitäten	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
60 bis 70	1011	,90	1,103	,035	,83	,97	0	6
71 bis 84	584	,60	1,028	,043	,52	,69	0	7
85 und älter	50	,26	,565	,080	,10	,42	0	2
Total	1645	,78	1,077	,027	,72	,83	0	7

Test of Homogeneity of Variances

Anzahl ausgeübter Aktivitäten				
Levene Statistic	df1	df2	Sig.	
9,890	2	1642	,000	

ANOVA

Anzahl ausgeübter Aktivitäten					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	46,663	2	23,331	20,602	,000
Within Groups	1859,564	1642	1,132		
Total	1906,227	1644			

Robust Tests of Equality of Means

Anzahl ausgeübter Aktivitäten				
	Statistic ^a	df1	df2	Sig.
Welch	33,822	2	153,426	,000
Brown-Forsythe	31,982	2	718,378	,000

a. Asymptotically F distributed.

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Anzahl ausgeübter Aktivitäten

Tamhane							
(I) Altersgruppen	(J) Altersgruppen	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	99% Confidence Interval		
					Lower Bound	Upper Bound	
60 bis 70	71 bis 84	,30*	,055	,000	,14	,46	
	85 und älter	,64*	,087	,000	,38	,91	
71 bis 84	60 bis 70	-,30*	,055	,000	-,46	-,14	
	85 und älter	-,34*	,090	,001	-,07	,62	
85 und älter	60 bis 70	-,64*	,087	,000	-,91	-,38	
	71 bis 84	-,34*	,090	,001	-,62	-,07	

*. The mean difference is significant at the .01 level.

H. 5: Mit zunehmendem Alter verringert sich der Aktivitätsgrad bei beiden Geschlechtern

Correlations

		Altersgruppen	Anzahl der wöchentlich ausgeübten Aktivitäten gruppiert
Altersgruppen	Pearson Correlation	1	-,206**
	Sig. (1-tailed)		,000
	N	1645	1645
Anzahl der wöchentlich ausgeübten Aktivitäten gruppiert	Pearson Correlation	-,206**	1
	Sig. (1-tailed)	,000	
	N	1645	1645

** . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Altersgruppen * Anzahl der wöchentlich ausgeübten Aktivitäten gruppiert * Geschlecht	1645	100,0%	0	,0%	1645	100,0%

Altersgruppen * Anzahl der wöchentlich ausgeübten Aktivitäten gruppiert * Geschlecht Crosstabulation

Geschlecht	Altersgruppen	60 bis 65	Count	Anzahl der wöchentlich ausgeübten Aktivitäten gruppiert			Total
				Keine	1 bis 2 Aktivitäten	3 bis 7 Aktivitäten	
Männlich	60 bis 65	Count	110	121	32	263	
		% within Altersgruppen	41,8%	46,0%	12,2%	100,0%	
		% within Anzahl der wöchentlich ausgeübten Aktivitäten gruppiert	26,8%	39,4%	36,4%	32,7%	
	66 bis 75	Count	201	149	47	397	
		% within Altersgruppen	50,6%	37,5%	11,8%	100,0%	
		% within Anzahl der wöchentlich ausgeübten Aktivitäten gruppiert	49,0%	48,5%	53,4%	49,3%	
	76 bis 84	Count	92	32	9	133	
		% within Altersgruppen	69,2%	24,1%	6,8%	100,0%	
		% within Anzahl der wöchentlich ausgeübten Aktivitäten gruppiert	22,4%	10,4%	10,2%	16,5%	
	85 und älter	Count	7	5	0	12	
		% within Altersgruppen	58,3%	41,7%	,0%	100,0%	
		% within Anzahl der wöchentlich ausgeübten Aktivitäten gruppiert	1,7%	1,6%	,0%	1,5%	
Total	Count	410	307	88	805		
	% within Altersgruppen	50,9%	38,1%	10,9%	100,0%		
	% within Anzahl der wöchentlich ausgeübten Aktivitäten gruppiert	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
Weiblich	60 bis 65	Count	116	134	18	268	
		% within Altersgruppen	43,3%	50,0%	6,7%	100,0%	
		% within Anzahl der wöchentlich ausgeübten Aktivitäten gruppiert	23,6%	43,4%	40,9%	31,9%	
	66 bis 75	Count	201	123	23	347	
		% within Altersgruppen	57,9%	35,4%	6,6%	100,0%	
		% within Anzahl der wöchentlich ausgeübten Aktivitäten gruppiert	41,3%	39,8%	52,3%	41,3%	
	76 bis 84	Count	137	47	3	187	
		% within Altersgruppen	73,3%	25,1%	1,6%	100,0%	
		% within Anzahl der wöchentlich ausgeübten Aktivitäten gruppiert	28,1%	15,2%	6,8%	22,3%	
	85 und älter	Count	33	5	0	38	
		% within Altersgruppen	86,8%	13,2%	,0%	100,0%	
		% within Anzahl der wöchentlich ausgeübten Aktivitäten gruppiert	6,8%	1,6%	,0%	4,5%	
Total	Count	487	309	44	840		
	% within Altersgruppen	58,0%	36,8%	5,2%	100,0%		
	% within Anzahl der wöchentlich ausgeübten Aktivitäten gruppiert	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Chi-Square Tests

Geschlecht		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Männlich	Pearson Chi-Square	28,456 ^a	6	,000
	Likelihood Ratio	30,258	6	,000
	Linear-by-Linear Association	19,091	1	,000
	N of Valid Cases	805		
Weiblich	Pearson Chi-Square	57,640 ^b	6	,000
	Likelihood Ratio	62,351	6	,000
	Linear-by-Linear Association	50,894	1	,000
	N of Valid Cases	840		

a. 2 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,31.

b. 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,99.

Directional Measures

Geschlecht				Value	Asymp. Std. Error ^b	Approx. T ^a	Approx. Sig.
Männlich	Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	-,148	,031	-4,762	,000
			Altersgruppen Dependent	-,153	,032	-4,762	,000
			Anzahl der wöchentlich ausgeübten Aktivitäten gruppiert Dependent	-,143	,030	-4,762	,000
Weiblich	Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	-,228	,029	-7,877	,000
			Altersgruppen Dependent	-,260	,033	-7,877	,000
			Anzahl der wöchentlich ausgeübten Aktivitäten gruppiert Dependent	-,203	,025	-7,877	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Correlations

			Nettohaushalts-einkommen im Monat pro Kopf gruppiert	Anzahl ausgeübter Aktivitäten gruppiert
Spearman's rho	Nettohaushalts-einkommen im Monat pro Kopf gruppiert	Correlation Coefficient	1,000	,085*
		Sig. (2-tailed)	.	,013
		N	860	860
		Anzahl ausgeübter Aktivitäten gruppiert	Correlation Coefficient	,085*
		Sig. (2-tailed)	,013	.
		N	860	1645

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

H. 6: Hohes Einkommen und hohe Bildung begünstigen einen hohen Aktivitätsgrad

Oneway

Descriptives

Anzahl ausgeübter Aktivitäten	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1 bis 8 Jahre	231	,48	,844	,056	,37	,59	0	4
9 bis 12 Jahre	834	,62	,912	,032	,56	,68	0	4
13 bis 16 Jahre	411	,99	1,176	,058	,87	1,10	0	6
17 Jahre und länger	160	1,51	1,445	,114	1,29	1,74	0	7
Total	1636	,78	1,078	,027	,73	,83	0	7

Test of Homogeneity of Variances

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
28,024	3	1632	,000

ANOVA

Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	145,696	48,565	45,159	,000
Within Groups	1755,086	1632	1,075	
Total	1900,782	1635		

Robust Tests of Equality of Means

Statistic ^a	df1	df2	Sig.	
Welch	32,336	3	478,631	,000
Brown-Forsythe	37,000	3	579,562	,000

a. Asymptotically F distributed.

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Anzahl ausgeübter Aktivitäten

(I) Bildungsjahre gruppiert	(J) Bildungsjahre gruppiert	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
1 bis 8 Jahre	9 bis 12 Jahre	-,14	,064	,165	-,34	,06
	13 bis 16 Jahre	-,51*	,080	,000	-,76	-,25
	17 Jahre und länger	-,03*	,127	,000	-,144	-,63
9 bis 12 Jahre	1 bis 8 Jahre	,14	,064	,165	-,06	,34
	13 bis 16 Jahre	-,37*	,066	,000	-,58	-,16
	17 Jahre und länger	-,89*	,119	,000	-,127	-,51
13 bis 16 Jahre	1 bis 8 Jahre	,51*	,080	,000	,25	,76
	9 bis 12 Jahre	,37*	,066	,000	,16	,58
	17 Jahre und länger	-,52*	,128	,000	-,93	-,12
17 Jahre und länger	1 bis 8 Jahre	1,03*	,127	,000	,63	1,44
	9 bis 12 Jahre	,89*	,119	,000	,51	1,27
	13 bis 16 Jahre	,52*	,128	,000	,12	,93

*. The mean difference is significant at the .01 level.

Hypothesen zu den Zusammenhängen zwischen den drei Konstrukten „erfolgreichen Alterns“

H. A: Die basale Kompetenz zur selbstständigen Lebensführung beeinflusst die psychologische Kompetenz positiv.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Psychologische erweiterte Kompetenz * Selbstständige und Unselbstständige	1638	99,6%	7	,4%	1645	100,0%

Psychologische erweiterte Kompetenz * Selbstständige und Unselbstständige Crosstabulation

Psychologische erweiterte Kompetenz		Count	Selbstständige und Unselbstständige		Total
			Unselbstständige	Selbstständige	
Psychologisch nicht Kompetente	Psychologisch nicht Kompetente	151	396	547	
	% within Selbstständige und Unselbstständige	65,4%	28,1%	33,4%	
Psychologisch Kompetente	Psychologisch Kompetente	80	1011	1091	
	% within Selbstständige und Unselbstständige	34,6%	71,9%	66,6%	
Total	Count	231	1407	1638	
	% within Selbstständige und Unselbstständige	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	123,603 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	121,935	1	,000		
Likelihood Ratio	116,140	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	123,528	1	,000		
N of Valid Cases	1638				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 77,14.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,262	,024	9,664	,000
		Psychologische erweiterte Kompetenz	,372	,034	9,664	,000
		Dependent Selbstständige und Unselbstständige	,203	,021	9,664	,000

- a. Not assuming the null hypothesis.
 b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Symmetric Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Gamma		,656	,043	9,664	,000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation		,275	,026	11,555	,000 ^c
Interval by Interval	Pearson's R		,275	,026	11,555	,000 ^c
N of Valid Cases			1638			

- a. Not assuming the null hypothesis.
 b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
 c. Based on normal approximation.

T-Test

Group Statistics

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Psychologische erweiterte Kompetenz	Selbstständige und Unselbstständige	231	,35	,477	,031
	Selbstständige	1407	,72	,450	,012

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Psychologische erweiterte Kompetenz	Equal variances assumed	12,766	,000	-11,555	1636	,000	-,37	,032	-,435	-,309
	Equal variances not assumed			-11,082	301,083	,000	-,37	,034	-,438	-,306

T-Test mit Filter für Männer

Group Statistics

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Psychologische erweiterte Kompetenz	Unselbstständige	92	,29	,458	,048
	Selbstständige	710	,73	,444	,017

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Psychologische erweiterte Kompetenz	Equal variances assumed	,804	,370	-8,824	800	,000	-,44	,049	-,533	-,339
	Equal variances not assumed			-8,625	114,365	,000	-,44	,051	-,536	-,336

T-Test mit Filter für Frauen

Group Statistics

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Psychologische erweiterte Kompetenz	Unselbstständige	139	,38	,487	,041
	Selbstständige	697	,71	,455	,017

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Psychologische erweiterte Kompetenz	Equal variances assumed	12,105	,001	-7,617	834	,000	-,33	,043	-,410	-,242
	Equal variances not assumed			-7,277	189,066	,000	-,33	,045	-,414	-,238

H. B: Die basale Kompetenz zur selbstständigen Lebensführung beeinflusst Aktivitätsgrad und Aktivitätslevel

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Anzahl ausgeübter Aktivitäten * Selbstständige und Unselbstständige	1645	100,0%	0	,0%	1645	100,0%

Anzahl ausgeübter Aktivitäten * Selbstständige und Unselbstständige Crosstabulation

		Selbstständige und Unselbstständige		Total	
		Unselbstständige	Selbstständige		
Anzahl ausgeübter Aktivitäten	Keine Aktivität	Count % within Selbstständige und Unselbstständige	169 72,5%	728 51,6%	897 54,5%
	Eine Aktivität	Count % within Selbstständige und Unselbstständige	37 15,9%	380 26,9%	417 25,3%
	Zwei oder mehr Aktivitäten	Count % within Selbstständige und Unselbstständige	27 11,6%	304 21,5%	331 20,1%
Total		Count % within Selbstständige und Unselbstständige	233 100,0%	1412 100,0%	1645 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	35,562 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	37,043	2	,000
Linear-by-Linear Association	30,415	1	,000
N of Valid Cases	1645		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 46,88.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,123	,019	6,127	,000
		Anzahl ausgeübter Aktivitäten Dependent	,213	,033	6,127	,000
		Selbstständige und Unselbstständige Dependent	,087	,014	6,127	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

T-Test

Group Statistics

	Selbstständige und Unselbstständige	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Anzahl ausgeübter Aktivitäten	Unselbstständige	233	,46	,951	,062
	Selbstständige	1412	,83	1,088	,029

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Anzahl ausgeübter Aktivitäten	Equal variances assumed	14,341	,000	-4,808	1643	,000	-,36	,076	-,512	-,215
	Equal variances not assumed			-5,292	340,332	,000	-,36	,069	-,499	-,229

T-Test mit Filter für Männer

Group Statistics

	Selbstständige und Unselbstständige	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Anzahl ausgeübter Aktivitäten	Unselbstständige	93	,55	1,166	,121
	Selbstständige	712	,93	1,157	,043

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Anzahl ausgeübter Aktivitäten	Equal variances assumed	1,186	,276	-2,977	803	,003	-,38	,128	-,631	-,129
	Equal variances not assumed			-2,959	116,933	,004	-,38	,128	-,634	-,126

T-Test mit Filter für Frauen

Group Statistics

	Selbstständige und Unselbstständige	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Anzahl ausgeübter Aktivitäten	Unselbstständige	140	,41	,776	,066
	Selbstständige	700	,72	1,003	,038

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Anzahl ausgeübter Aktivitäten	Equal variances assumed	14,922	,000	-3,533	838	,000	-,32	,090	-,493	-,141
	Equal variances not assumed			-4,184	242,004	,000	-,32	,076	-,466	-,168

H. C: Psychologische Kompetenz beeinflusst Aktivitätsgrad beziehungsweise Aktivitätslevel und umgekehrt

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Anzahl ausgeübter Aktivitäten gruppiert * Psychologische erweiterte Kompetenz	1638	99,6%	7	,4%	1645	100,0%

Anzahl ausgeübter Aktivitäten gruppiert * Psychologische erweiterte Kompetenz Crosstabulation

Anzahl ausgeübter Aktivitäten gruppiert		Count	Psychologische erweiterte Kompetenz		Total
			Psychologisch nicht Kompetente	Psychologisch Kompetente	
Keine Aktivität	Count		359	535	894
	% within Anzahl ausgeübter Aktivitäten gruppiert		40,2%	59,8%	100,0%
	% within Psychologische erweiterte Kompetenz		65,6%	49,0%	54,6%
Eine Aktivität	Count		127	288	415
	% within Anzahl ausgeübter Aktivitäten gruppiert		30,6%	69,4%	100,0%
	% within Psychologische erweiterte Kompetenz		23,2%	26,4%	25,3%
Zwei oder mehr Aktivitäten	Count		61	268	329
	% within Anzahl ausgeübter Aktivitäten gruppiert		18,5%	81,5%	100,0%
	% within Psychologische erweiterte Kompetenz		11,2%	24,6%	20,1%
Total	Count		547	1091	1638
	% within Anzahl ausgeübter Aktivitäten gruppiert		33,4%	66,6%	100,0%
	% within Psychologische erweiterte Kompetenz		100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	52,467 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	55,440	2	,000
Linear-by-Linear Association	52,230	1	,000
N of Valid Cases	1638		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 109,87.

Directional Measures

Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Anzahl ausgeübter Aktivitäten gruppiert	Dependent	Psychologische erweiterte Kompetenz	,165	,022	7,509	,000
		Psychologische erweiterte Kompetenz	,194	,026	7,509	,000
Psychologische erweiterte Kompetenz	Dependent	Anzahl ausgeübter Aktivitäten gruppiert	,144	,019	7,509	,000
		Psychologische erweiterte Kompetenz				

a. Not assuming the null hypothesis.
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

T-Test

Group Statistics

Psychologische erweiterte Kompetenz	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Anzahl ausgeübter Aktivitäten Psychologisch nicht Kompetente	547	,50	,844	,036
Anzahl ausgeübter Aktivitäten Psychologisch Kompetente	1091	,91	1,154	,035

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Anzahl ausgeübter Aktivitäten	Equal variances assumed	43,658	,000	-7,314	1636	,000	-.41	,056	-.516	-.298
	Equal variances not assumed			-8,093	1423,542	,000	-.41	,050	-.505	-.308

T-Test mit Filter für Männer

Group Statistics

Psychologische erweiterte Kompetenz	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Anzahl ausgeübter Aktivitäten Psychologisch nicht Kompetente	257	,60	,939	,059
Anzahl ausgeübter Aktivitäten Psychologisch Kompetente	545	1,02	1,236	,053

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Anzahl ausgeübter Aktivitäten	Equal variances assumed	14,685	,000	-4,754	800	,000	-.41	,087	-.584	-.243
	Equal variances not assumed			-5,237	643,344	,000	-.41	,079	-.568	-.258

T-Test mit Filter für Frauen

Group Statistics					
	Psychologische erweiterte Kompetenz	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Anzahl ausgeübter Aktivitäten	Psychologisch nicht Kompetente	290	,42	,741	,043
	Psychologisch Kompetente	546	,81	1,057	,045

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Anzahl ausgeübter Aktivitäten	Equal variances assumed	35,305	,000	-5,574	834	,000	-,39	,070	-,525	-,252
	Equal variances not assumed			-6,192	773,069	,000	-,39	,063	-,512	-,265

Crosstabs

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Allgemeines Aktivitätslevel * Psychologische erweiterte Kompetenz	1600	97,3%	45	2,7%	1645	100,0%

Allgemeines Aktivitätslevel * Psychologische erweiterte Kompetenz Crosstabulation						
			Psychologische erweiterte Kompetenz		Total	
			Psychologisch nicht Kompetente	Psychologisch Kompetente		
Allgemeines Aktivitätslevel	Selbstbestimmte Aktivität	Count	129	486	615	
		% within Allgemeines Aktivitätslevel	21,0%	79,0%	100,0%	
		% within Psychologische erweiterte Kompetenz	25,1%	44,8%	38,4%	
	Passivität	Count	194	430	624	
		% within Allgemeines Aktivitätslevel	31,1%	68,9%	100,0%	
		% within Psychologische erweiterte Kompetenz	37,7%	39,6%	39,0%	
	Ungewollte Aktivität	Count	55	68	123	
		% within Allgemeines Aktivitätslevel	44,7%	55,3%	100,0%	
		% within Psychologische erweiterte Kompetenz	10,7%	6,3%	7,7%	
	Ungewollte Passivität	Count	136	102	238	
		% within Allgemeines Aktivitätslevel	57,1%	42,9%	100,0%	
		% within Psychologische erweiterte Kompetenz	26,5%	9,4%	14,9%	
Total	Count	514	1086	1600		
		% within Allgemeines Aktivitätslevel	32,1%	67,9%	100,0%	
		% within Psychologische erweiterte Kompetenz	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	112,626 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	109,484	3	,000
Linear-by-Linear Association	111,923	1	,000
N of Valid Cases	1600		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 39,51.

Symmetric Measures			
	Value	Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,265	,000
	Cramer's V	,265	,000
N of Valid Cases	1600		

a. Not assuming the null hypothesis.
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

T-Test

Group Statistics					
	Allgemeines Aktivitätslevel	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Psychologische erweiterte Kompetenz	Selbstbestimmte Aktivität	615	,79	,407	,016
	Selbstbestimmte Passivität	624	,69	,463	,019

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Psychologische erweiterte Kompetenz	Equal variances assumed	67,366	,000	4,078	1237	,000	,10	,025	,052	,150
	Equal variances not assumed			4,082	1221,364	,000	,10	,025	,053	,150

T-Test

Group Statistics					
	Allgemeines Aktivitätslevel	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Psychologische erweiterte Kompetenz	Ungewollte Aktivität	123	,55	,499	,045
	Ungewollte Passivität	238	,43	,496	,032

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Psychologische erweiterte Kompetenz	Equal variances assumed	,406	,524	2,252	359	,025	,12	,055	,016	,233
	Equal variances not assumed			2,247	245,317	,026	,12	,055	,015	,233

T-Test

Group Statistics

Allgemeines Aktivitätslevel		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Psychologische erweiterte Kompetenz	Selbstbestimmte Aktivität	615	,79	,407	,016
	Ungewollte Aktivität	123	,55	,499	,045

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Psychologische erweiterte Kompetenz	Equal variances assumed	57,706	,000	5,668	736	,000	,24	,042	,155	,320
	Equal variances not assumed			4,954	156,123	,000	,24	,048	,143	,332

T-Test

Group Statistics

Allgemeines Aktivitätslevel		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Psychologische erweiterte Kompetenz	Selbstbestimmte Passivität	624	,69	,463	,019
	Ungewollte Passivität	238	,43	,496	,032

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Psychologische erweiterte Kompetenz	Equal variances assumed	27,425	,000	7,238	860	,000	,26	,036	,190	,331
	Equal variances not assumed			7,020	403,973	,000	,26	,037	,188	,333

T-Test

Group Statistics

Allgemeines Aktivitätslevel		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Psychologische erweiterte Kompetenz	Selbstbestimmte Ungewollte Aktivität	624	,69	,463	,019
	Ungewollte Aktivität	123	,55	,499	,045

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Psychologische erweiterte Kompetenz	Equal variances assumed	17,099	,000	2,943	745	,003	,14	,046	,045	,227
	Equal variances not assumed			2,799	165,987	,006	,14	,049	,040	,232

Hypothesen zu den Faktoren „erfolgreichen Alterns“

Frequencies

Statistics

Aktivitätslevel im Alter		
N	Valid	1008
	Missing	637
Mean		1,77
Median		2,00
Mode		1
Std. Deviation		,885

Aktivitätslevel im Alter

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Selbstbestimmt aktiv	454	27,6	45,0	45,0
	Selbstbestimmt passiv	410	24,9	40,7	85,7
	Ungewollt aktiv	63	3,8	6,3	92,0
	Ungewollt passiv	81	4,9	8,0	100,0
	Total		1008	61,3	100,0
Missing	System	637	38,7		
Total		1645	100,0		

H. II: Hohe Bildung begünstigt „erfolgreiches Altern“

Crosstabs

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Aktivitätslevel im Alter * Bildungsjahre gruppiert * Geschlecht	1008	61,3%	637	38,7%	1645	100,0%

Aktivitätslevel im Alter * Bildungsjahre gruppiert * Geschlecht Crosstabulation								
Geschlecht	Aktivitätslevel im Alter	Selbstbestimmt aktiv	Count % within Bildungsjahre gruppiert	Bildungsjahre gruppiert				Total
				1 bis 8 Jahre	9 bis 12 Jahre	13 bis 16 Jahre	17 Jahre und länger	
Männlich	Selbstbestimmt aktiv	Count	8	86	92	55	241	
		% within Bildungsjahre gruppiert	32,0%	38,6%	50,0%	66,3%	46,8%	
	Selbstbestimmt passiv	Count	12	104	73	16	205	
		% within Bildungsjahre gruppiert	48,0%	46,6%	39,7%	19,3%	39,8%	
	Ungewollt aktiv	Count	2	12	15	9	38	
		% within Bildungsjahre gruppiert	8,0%	5,4%	8,2%	10,8%	7,4%	
	Ungewollt passiv	Count	3	21	4	3	31	
		% within Bildungsjahre gruppiert	12,0%	9,4%	2,2%	3,6%	6,0%	
Total	Count	25	223	184	83	515		
% within Bildungsjahre gruppiert		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
Weiblich	Selbstbestimmt aktiv	Count	27	102	68	18	213	
		% within Bildungsjahre gruppiert	33,3%	38,5%	56,4%	60,0%	43,2%	
	Selbstbestimmt passiv	Count	41	117	37	10	205	
		% within Bildungsjahre gruppiert	50,6%	44,2%	31,6%	33,3%	41,6%	
	Ungewollt aktiv	Count	5	11	7	2	25	
		% within Bildungsjahre gruppiert	6,2%	4,2%	6,0%	6,7%	5,1%	
	Ungewollt passiv	Count	8	35	7	0	50	
		% within Bildungsjahre gruppiert	9,9%	13,2%	6,0%	,0%	10,1%	
Total	Count	81	265	117	30	493		
% within Bildungsjahre gruppiert		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Chi-Square Tests

Geschlecht		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Männlich	Pearson Chi-Square	37,147 ^a	9	,000
	Likelihood Ratio	39,237	9	,000
	Linear-by-Linear Association	15,127	1	,000
	N of Valid Cases	515		
	Weiblich	Pearson Chi-Square	23,641 ^b	9
Likelihood Ratio		26,564	9	,002
Linear-by-Linear Association		11,294	1	,001
N of Valid Cases		493		

- a. 3 cells (18,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.50.
 b. 3 cells (18,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.52.

Symmetric Measures

Geschlecht		Value	Approx. Sig.
Männlich	Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,259	,000
	N of Valid Cases	515	
Weiblich	Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,214	,005
	N of Valid Cases	493	

- a. Not assuming the null hypothesis.
 b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

T-Test

Group Statistics

Ungewolltes und Selbstbestimmtes	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Bildungsjahre Ungewollt	144	11,92	3,448	,287
Selbstbestimmt	864	12,55	3,125	,106

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Bildungsjahre	Equal variances assumed	,176	,675	-2,180	1006	,029	-,62	,286	-1,183	-,062
	Equal variances not assumed			-2,032	184,252	,044	-,62	,306	-1,227	-,018

H. III: Sowohl Männer als auch Frauen sind im Alter eher „erfolgreich aktiv“ als „erfolgreich passiv“

Crosstabs

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Alter * Aktivitätslevel im Alter	1008	61,3%	637	38,7%	1645	100,0%

Alter * Aktivitätslevel im Alter Crosstabulation

Alter	Count	% within Alter	Aktivitätslevel im Alter				Total
			Selbst- bestimmt aktiv	Selbst- bestimmt passiv	Ungewollt aktiv	Ungewollt passiv	
60	30	53,6%	18	32,1%	4	7,1%	56
61	20	60,6%	11	33,3%	1	3,0%	33
62	42	56,0%	29	38,7%	3	4,0%	75
63	38	57,6%	21	31,8%	5	7,6%	66
64	31	47,0%	28	42,4%	5	7,6%	66
65	42	57,5%	24	32,9%	4	5,5%	73
66	21	33,3%	31	49,2%	5	7,9%	63
67	33	48,5%	24	35,3%	3	4,4%	68
68	30	46,2%	23	35,4%	4	6,2%	65
69	31	48,4%	21	32,8%	7	10,9%	64
70	23	42,6%	25	46,3%	4	7,4%	54
71	21	46,7%	19	42,2%	0	0,0%	45
72	11	34,4%	15	46,9%	3	9,4%	32
73	11	37,9%	14	48,3%	3	10,3%	29
74	8	29,6%	12	44,4%	3	11,1%	27
75	7	30,4%	12	52,2%	2	8,7%	23
76	13	61,9%	5	23,8%	2	9,5%	21
77	10	27,8%	20	55,6%	0	0,0%	36
78	7	35,0%	11	55,0%	1	5,0%	20
79	6	33,3%	9	50,0%	3	16,7%	18
80	4	26,7%	7	46,7%	1	6,7%	15
81	4	23,5%	7	41,2%	0	0,0%	17
82	4	26,7%	7	46,7%	0	0,0%	15
83	1	14,3%	14	57,1%	0	0,0%	7
84	2	22,2%	7	77,8%	0	0,0%	9
85	4	57,1%	3	42,9%	0	0,0%	7
86	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1
87	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1
89	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1
91	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1
Total	454	45,0%	410	40,7%	63	6,3%	1008

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	132,593 ^a	87	,001
Likelihood Ratio	129,226	87	,002
Linear-by-Linear Association	29,793	1	,000
N of Valid Cases	1008		

a. 66 cells (55,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Selbstbestimmtes Aktivitätslevel * Altersgruppen * Geschlecht	864	52,5%	781	47,5%	1645	100,0%

Selbstbestimmtes Aktivitätslevel * Altersgruppen * Geschlecht Crosstabulation

Geschlecht	Selbstbestimmtes Aktivitätslevel	Selbstbestimmt passiv	Selbstbestimmt aktiv	Count	Altersgruppen				Total
					60 bis 65	66 bis 75	76 bis 84	85 und älter	
Männlich	Selbstbestimmtes Aktivitätslevel	passiv	Count	66	98	40	1	205	
				% within Altersgruppen	38,8%	46,7%	62,5%	50,0%	46,0%
	aktiv	Count	104	112	24	1	241		
			% within Altersgruppen	61,2%	53,3%	37,5%	50,0%	54,0%	
Total			Count	170	210	64	2	446	
			% within Altersgruppen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Weiblich	Selbstbestimmtes Aktivitätslevel	passiv	Count	65	98	37	5	205	
				% within Altersgruppen	39,6%	53,8%	57,8%	62,5%	49,0%
	aktiv	Count	99	84	27	3	213		
			% within Altersgruppen	60,4%	46,2%	42,2%	37,5%	51,0%	
Total			Count	164	182	64	8	418	
			% within Altersgruppen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

Geschlecht		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Männlich	Pearson Chi-Square	10,591 ^a	3	,014
	Likelihood Ratio	10,634	3	,014
	Linear-by-Linear Association	9,620	1	,002
	N of Valid Cases	446		
Weiblich	Pearson Chi-Square	10,039 ^b	3	,018
	Likelihood Ratio	10,099	3	,018
	Linear-by-Linear Association	8,835	1	,003
	N of Valid Cases	418		

- a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,92.
 b. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,92.

Directional Measures

Geschlecht		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Männlich	Ordinal by Ordinal Somers' d	-,137	,044	-3,077	,002
	Symmetrisches Selbstbestimmtes Aktivitätslevel	-,124	,040	-3,077	,002
	Altersgruppen	-,153	,050	-3,077	,002
	Dependent				
Weiblich	Ordinal by Ordinal Somers' d	-,143	,045	-3,148	,002
	Symmetrisches Selbstbestimmtes Aktivitätslevel	-,128	,041	-3,148	,002
	Altersgruppen	-,162	,051	-3,148	,002
	Dependent				

- a. Not assuming the null hypothesis.
 b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Symmetric Measures

Geschlecht		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Männlich	Interval by Interval Pearson's R	-,147	,047	-3,132	,002 ^c
	Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-,144	,047	-3,066	,002 ^c
	N of Valid Cases	446			
Weiblich	Interval by Interval Pearson's R	-,146	,048	-3,001	,003 ^c
	Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-,152	,048	-3,128	,002 ^c
	N of Valid Cases	418			

- a. Not assuming the null hypothesis.
 b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
 c. Based on normal approximation.

H. IV: Im hohen Alter kann nur noch selten „erfolgreiches Altern“ aufrechterhalten werden

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Erfolgreiches Altern * Altersgruppen * Geschlecht	1008	61,3%	637	38,7%	1645	100,0%

Erfolgreiches Altern * Altersgruppen * Geschlecht Crosstabulation

Geschlecht		Erfolgreiches Altern		Altersgruppen					Total
				60 bis 65	66 bis 75	76 bis 84	85 und älter		
Männlich	Erfolgreiches Altern	Selbstbestimmt aktiv	Count	104	112	24	1	241	
			% within Altersgruppen	55,9%	44,4%	32,0%	50,0%	46,8%	
	Selbstbestimmt passiv	Count	66	98	40	1	205		
		% within Altersgruppen	35,5%	38,9%	53,3%	50,0%	39,8%		
	Ungewollt aktiv	Count	13	22	3	0	38		
		% within Altersgruppen	7,0%	8,7%	4,0%	,0%	7,4%		
	Ungewollt passiv	Count	3	20	8	0	31		
		% within Altersgruppen	1,6%	7,9%	10,7%	,0%	6,0%		
	Total			Count	186	252	75	2	515
				% within Altersgruppen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Weiblich	Erfolgreiches Altern	Selbstbestimmt aktiv	Count	99	84	27	3	213	
			% within Altersgruppen	54,1%	38,5%	32,5%	33,3%	43,2%	
	Selbstbestimmt passiv	Count	65	98	37	5	205		
		% within Altersgruppen	35,5%	45,0%	44,6%	55,6%	41,6%		
	Ungewollt aktiv	Count	9	12	4	0	25		
		% within Altersgruppen	4,9%	5,5%	4,8%	,0%	5,1%		
	Ungewollt passiv	Count	10	24	15	1	50		
		% within Altersgruppen	5,5%	11,0%	18,1%	11,1%	10,1%		
	Total			Count	183	218	83	9	493
				% within Altersgruppen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

Geschlecht		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Männlich	Pearson Chi-Square	23,861 ^a	9	,005
	Likelihood Ratio	26,116	9	,002
	Linear-by-Linear Association	13,559	1	,000
	N of Valid Cases	515		
Weiblich	Pearson Chi-Square	21,156 ^b	9	,012
	Likelihood Ratio	21,344	9	,011
	Linear-by-Linear Association	14,722	1	,000
	N of Valid Cases	493		

- a. 5 cells (31,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.
 b. 5 cells (31,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,46.

Directional Measures

Geschlecht				Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Männlich	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,030	,015	2,008	,045
			Erfolgreiches Altern Dependent	,058	,028	2,008	,045
	Goodman and Kruskal tau		Altersgruppen Dependent	,000	,000	.c	.c
			Erfolgreiches Altern Dependent	,019	,009		,001 ^d
			Altersgruppen Dependent	,021	,007		,000 ^d
Weiblich	Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,074	,043	1,672	,095
			Erfolgreiches Altern Dependent	,093	,054	1,636	,102
	Goodman and Kruskal tau		Altersgruppen Dependent	,055	,048	1,110	,267
			Erfolgreiches Altern Dependent	,019	,009		,001 ^d
			Altersgruppen Dependent	,019	,009		,001 ^d

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.
- d. Based on chi-square approximation

Symmetric Measures

Geschlecht			Value	Approx. Sig.
Männlich	Nominal by Nominal	Phi	,215	,005
		Cramer's V	,124	,005
		N of Valid Cases	515	
Weiblich	Nominal by Nominal	Phi	,207	,012
		Cramer's V	,120	,012
		N of Valid Cases	493	

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

14. Literatur

- Backes, Gertrud M.; Clemens, Wolfgang (1998): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Juventa, Weinheim, München.
- Backes, Gertrud M.; Clemens, Wolfgang; Künemund, Harald (Hg.) (2004): Lebensformen und Lebensführung im Alter. VS Verlag, Wiesbaden.
- Backes, Gertrud M.; Clemens, Wolfgang (2000): Lebenslagen im Alter – Erscheinungsformen und Entwicklungstendenzen. In: Backes, Gertrud M.; Clemens, Wolfgang: Lebenslagen im Alter. Gesellschaftliche Bedingungen und Grenzen. Leske + Budrich, Opladen. (S. 7 - 30)
- Backes, Gertrud M.; Clemens, Wolfgang (2006): Soziologische Alternstheorien. In: Oswald, Wolf D.; Hermann, Werner M.; Kanowski, Siegfried; Lehr, Ursula M.; Thomae, Hans (Hg): Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln. (S. 36 - 42)
- Baltes, Paul B.; Baltes, Margret M. (1989): Erfolgreiches Altern: Mehr Jahre und mehr Leben. In: Baltes, Margret M.; Kohli, Martin; Sames, Karl (Hg.): Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen. Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Toronto. (S. 5 - 10)
- Baltes, Margret M.; Maas, I.; Wilms, H.-U.; Borchelt, M. (1996): Alltagskompetenz im Alter. Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. In: Mayer, Karl U.; Baltes, Paul B. (Hg.): Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften.
- Baltes, Magret M.; Lang, Frieder R.; Wilms, Hans-Ulrich (1998): Selektive Optimierung mit Kompensation: Erfolgreiches Altern in der Alltagsgestaltung. In: Kruse, Andreas (Hg.): Psychosoziale Gerontologie. Band 1: Grundlagen. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle. (S. 188 - 202)
- Beck, Martha (1997): Aktivitäten im Alter und Lebensqualität. Bilanz und Forschungsvergleich der Wirkungsweise von aktivem Freizeitverhalten im Alter. Dissertation, Universität Wien.

- Buchwald Lawton, Edith (1963): *Activities of Daily Living for Physical Rehabilitation*. McGraw-Hill Book Company, New York, Toronto, London.
- Cumming, Elaine; Henry, William E. (1961): *Growing Old – the process of disengagement*. Basic Books Inc., New York.
- Dandekar, Thomas (1996): *Warum altern wir? Biologische Aspekte des Älterwerdens*. In: DIFF (Hg.): *Funkkolleg Altern, Studienbrief 2*. Deutsches Institut für Fernstudienforschung, Tübingen. (S. 6/4 - 6/43)
- Diketmüller, Rosa (1997): *Der Beitrag von Sport und Bewegung für „Erfolgreiches Altern“*. Eine empirische Analyse von Kriterien und Strategien „erfolgreichen Alterns“ im Hinblick auf sportliche und körperliche Aktivitäten und ihre Konsequenzen für sportpädagogische/ger(ont)agogische Ansätze in der Alternarbeit. Dissertation, Universität Wien.
- Ehmer, Josef (1990): *Sozialgeschichte des Alters*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Friedan, Betty (1995): *Mythos Alter*. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg.
- Goffman, Erving (1977): *Stigma. Über Techniken zur Bewältigung beschädigter Identität*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Gronemeyer, R. (1989): *Integration und Segregation – Spezielle oder altersübergreifende Maßnahmen in Einrichtungen für alte Menschen*. In: Baltes, Margret M; Kohli, Martin; Sames, Karl (Hg.): *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*. Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Toronto. (S. 113-117)
- Havighurst, Robert J. (1968): *Ansichten über ein erfolgreiches Altern*. In: Lehr, Ursula; Thomae, Hans (Hg.): *Altern – Probleme und Tatsachen*. Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt am Main. (S. 567-572).
- Havighurst, Robert J.; Neugarten, Bernice L.; Tobin, Sheldon S. (1986^a): *Disengagement and Patterns of Aging*. In: Neugarten, Bernice L. (Hg.): *Middle Age and Aging. A Reader in Social Psychology*. The University of Chicago Press, Chicago, London. (S. 161 - 172)

- Havighurst, Robert J.; Neugarten, Bernice L.; Tobin, Sheldon S. (1986^b): Personality and Patterns of Aging. In: Neugarten, Bernice L. (Hg.): Middle Age and Aging. A Reader in Social Psychology. The University of Chicago Press, Chicago, London. (S. 173 - 177)
- Katz, S.; Ford, A. B.; Moskowitz, R. W., Jackson, B. A.; Jaffe, M. W. (1963): Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL. A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. Journal of the American Medical Association, 185 (S. 914 - 919)
- Kinsler, Margrit (2003): Alter, Macht, Kultur. Kulturelle Alterskompetenzen in einer modernen Gesellschaft. Verlag Dr. Kovač, Hamburg.
- Krohn, Marlies (1978): Theorien des Alterns. In: Hohmeier, Jürgen; Pohl, Hans-Joachim (Hg.): Alter als Stigma oder Wie man alt gemacht wird. Suhrkamp, Frankfurt am Main. (S. 54 - 75)
- Kruse, Andreas (1996): Alltagspraktische und sozioemotionale Kompetenz. In: Baltes, Margret M.; Montanda, Leo (Hg.): Produktives Leben im Alter. Campus Verlag, Frankfurt, New York. (S. 290 – 322)
- Kruse, Andreas; Lehr, Ursula (1999): Reife Leistung. Psychologische Aspekte des Alterns. In: Niederfranke, Anette; Naegele, Gerhard; Frahm, Eckart (Hg.): Funkkolleg Altern Band 1. Die vielen Gesichter des Alterns. Westdeutscher Verlag, Opladen/Wiesbaden. (S. 187 - 238)
- Lawton, Powell M.; Brody, Elaine M. (1969): Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. In: The Gerontologist 9(3 Part 1) (S. 179 – 186)
- Lehr, Ursula M. (1987): Zur Situation der älter werdenden Frau. Beck, München.
- Lehr, Ursula M.; Thomae, Hans (1991): Alltagspsychologie: Aufgaben, Methoden, Ergebnisse. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.
- Lehr, Ursula M.; Niederfranke, A. (2006): Altersbilder und Altersstereotype. In: Oswald, Wolf D.; Hermann, Werner M.; Kanowski, Siegfried; Lehr, Ursula M.; Thomae, Hans (Hg.): Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln. (S. 38 - 46)

- Lehr, Ursula (2007): Psychologie des Alterns. Quelle & Meyer Verlag, Wiebelsheim.
- Mayer, Karl U.; Baltes, Paul B. (Hg.) (1996): Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften.
- Mayer, Karl U.; Wagner, Michael (1996): Lebenslagen und soziale Ungleichheit im hohen Alter. In: Mayer, Karl U.; Baltes, Paul B. (Hg.): Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. (S. 251 - 275)
- Niederfranke, Annette (1996): Das Alter ist weiblich. Frauen und Männer altern unterschiedlich. In: DIFF (Hg.): Funkkolleg Altern, Studienbrief 4. Deutsches Institut für Fernstudienforschung, Tübingen. (S. 10/1 - 10/52)
- Prahl, Hans-Werner; Schroeter, Klaus R. (1996): Soziologie des Alterns. Eine Einführung. Schöningh Verlag, Paderborn, Wien.
- Rosenmayr, Leopold; Rosenmayr, Hilde (1978): Der alte Mensch in der Gesellschaft. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg.
- Rosenmayr, Leopold (1989): Wandlungen der gesellschaftlichen Sicht und Bewertung des Alters. In: Baltes, Margret M; Kohli, Martin; Sames, Karl (Hg.): Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen. Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Toronto. (S. 96 – 101)
- Rosenmayr, Leopold (1996): Altern im Lebenslauf: soziale Position, Konflikt und Liebe in den späten Jahren. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.
- Rowe, John W.; Kahn, Robert L. (1997): Successful Aging. The Gerontologist. 37/4 (S. 433-440)
- Runge, Martin; Rehfeld, Gisela (2001): Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team. Thieme Verlag, Stuttgart, New York.
- Sieber, Cornel (2006^a): Medizinische Alternstheorien. In: Oswald, Wolf D.; Hermann, Werner M.; Kanowski, Siegfried; Lehr, Ursula M.; Thomae, Hans (Hg.): Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln. (S. 26 - 31)

- Sieber, Cornel (2006^b): Geriatrie. In: Oswald, Wolf D.; Hermann, Werner M.; Kanowski, Siegfried; Lehr, Ursula M.; Thomae, Hans (Hg.): Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln. (S. 189 - 193)
- Smith, Jacqui; Fleeson, William; Geiselman, Bernhard; Settersten, Richard; Kunzmann, Ute (1996): Wohlbefinden im hohen Alter: Vorhersagen aufgrund objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Bewertung. In: Mayer, Karl U.; Baltes, Paul B. (Hg.): Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. (S. 497 - 523)
- Statistik Austria Homepage^a: Demographische Indikatoren 1961-2008 für Österreich.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_masszahlen/demographische_indikatoren/index.html, Stand: 3.10.09
- Statistik Austria Homepage^b: Bevölkerung nach Alter und Geschlecht.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html, Stand: 13.5.10
- Steidl, Siegfried; Nigg, Bernhard (2008): Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychologie. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Facultas Verlag, Wien.
- Steinhagen-Thiessen, Elisabeth; Wrobel, Norbert; Borchelt, Markus (1999): Der Zahn der Zeit. Körperliche Veränderungen im Alter. In: Niederfranke, Anette; Naegele, Gerhard; Frahm, Eckart (Hg.): Funkkolleg Altern Band 1. Die vielen Gesichter des Alterns. Westdeutscher Verlag, Opladen, Wiesbaden. (S. 277 - 318)
- Steinhagen-Thiessen, Elisabeth; Borchelt, Markus (1996): Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer, Karl U. ; Baltes, Paul B. (Hg.): Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Akademie Verlag, Berlin. (S. 151 – 183)
- Tartler, Rudolf (1961): Das Alter in der modernen Gesellschaft. Soziologische Gegenwartsfragen. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.
- Thomae, Hans (1971): Die Bedeutung der kognitiven Persönlichkeitstheorie für die Theorie des Alterns. Zeitschrift für Gerontologie 4, (S. 8 - 18)

- Thomae, Hans (1983): Alternsstile und Altersschicksale. Ein Beitrag zur Differentiellen Gerontologie. Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien.
- Tews, Hans Peter (1999): Von der Pyramide zum Pilz. Demographische Veränderungen in der Gesellschaft. In. DIFF (Hg.): Funkkolleg Alter 1. Deutsches Institut für Fernstudienforschung, Tübingen. (S. 137-186)
- Voges, W. (1995): Soziologie des höheren Lebensalters. Ein Studienbuch zur Gerontologie. MaroVerlag, Augsburg.
- WHO Homepage: Definition of an older or elderly person. <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>, (Stand: 3.1. 2010)