Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (1997-1998)

Heft: 57

Artikel: Gerontologie : Highlights aus der Berliner Altersstudie. Teil 2

Autor: Wettstein, A.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-790088

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 24.08.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Highlights aus der Berliner Altersstudie*

Teil 2, Seiten 301 - 634 (Schluss)
zusammengefasst und vorgestellt von A. Wettstein
(die Abbildungen entstammen dem Buch)

Soziale Beziehungen alter Menschen

Die Grösse des sozialen Netzes

Die Grösse des sozialen Netzes nimmt mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab. Im Mittel geben die Berliner Betagten an, 11 Personen stünden ihnen emotional nahe: bei den 70Jährigen sind es im Mittel 15-, bei den 100Jährigen sind es noch 5 Personen.

Die Funktion des sozialen Netzes

- Die meisten Betagten haben helfende Beziehungen im sozialen Netz: 86% leisten mindestens einer Person Hilfe, 87% empfangen von mindestens einer Person Hilfe. Mit zunehmendem Alter nimmt jedoch die Anzahl von Personen, die Betagten helfen, zu, von 0.8 auf 1.6 Helfer im Alter von 70- resp. 95 Jahren. Hingegen nimmt die Anzahl Personen ab, denen Betagte helfen, von 2.0 auf 0.8 im Alter von 70- resp. 95 Jahren.
- Die Zahl der Personen, mit der sich die Betagten in den letzten vier Wochen getroffen haben oder mit denen sie etwas unternommen haben, nimmt ebenfalls mit dem Alter ab: von 5 Kontakten bei den 70Jährigen auf 3 Kontakte bei den über 90Jährigen.
- Mit durchschnittlich einer von fünf Personen des sozialen Netzes tauschen die Betagten Zärtlichkeiten aus, im Mittel die 70Jährigen mit drei- und die über 90Jährigen durchschnittlich mit 2 Personen.

Einsamkeit im Alter

Wenn in einer Regressionsanalyse untersucht wird, welche Einflüsse signifikant vor Einsamkeit schützen, so sind dies weder Alter, Gesundheit, Zivilstand, Wohnsituation, noch geleistete oder erhaltene Hilfeleistungen, sondern nur die drei Einflussfaktoren soziales Zusammensein, zärtliche Kontakte und Elternstatus. Dies bedeutet, dass sehr alte Menschen nur dann einsamer sind als alte Menschen,

---

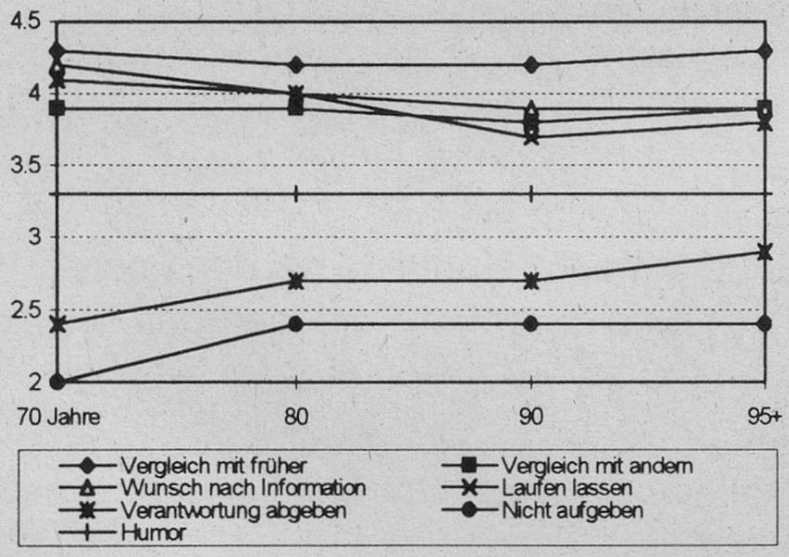
* **Die Berliner Altersstudie. Herausgegeben von K.U. Mayer und P.B. Baltes, Akademie Verlag, Berlin 1996, 672 S.**

wenn sie angeben, mit andern wenig Zärtlichkeiten auszutauschen und in geringerem Ausmass soziale Beziehungen zu pflegen.
Überraschend ist, dass der Hilfeaustausch keinen direkten Einfluss darauf hat, wie einsam sich Betagte fühlen. Die Analysen zeigen deutlich, dass die geringe Anzahl von Menschen, mit denen die Betagten zusammensein- oder auch Zärtlichkeiten austauschen können, der ausschlaggebende Faktor für Einsamkeit ist.

Psychische Widerstandsfähigkeit im Alter

Während sich die sozialökonomischen Risiken im Alter nicht ändern, nehmen die körperlichen Risiken markant zu. Dennoch nehmen mit zunehmendem Alter die negativen Gefühle nicht zu (konstant werden ca. zwei von zehn möglichen negativen Gefühlen angegeben). Da gleichzeitig die Anzahl der angegebenen positiven Gefühle mit zunehmendem Alter nur leicht abnimmt (von 3.3 auf 3.0 von 10 möglichen positiven Gefühlen) bleibt für die ganze Altersspanne von 70 - 100 Jahren die Affektbilanz positiv. Dies ist ein deutlicher Hinweis auf die Widerstandsfähigkeit des Selbst bis ins höchste Alter.

Bewältigungsstrategien



Besonders häufig bewältigen Betagte ihr mit zunehmenden körperlichen Risiken belastetes Alter mit den aktiven Strategien: "Vergleich zu früher", "Wunsch nach Information", Vergleich mit andern" und "nicht aufgeben". - Mit zunehmendem Alter werden folgende Methoden zunehmend häufig angegeben: "sich abfinden", "Glaube", "Verantwortung abgeben" und "nicht aufgeben". - Zunehmend selten werden angegeben: "Wunsch nach Information" und "Laufen las-

sen", während "Vergleich zu früher" oder "-mit andern" in allen Altersgruppen sehr häufig anzutreffen waren

Lebensinvestment

Die Betagten wurden befragt, wie intensiv sie an zehn verschiedene Lebensthemen oder -bereiche denken oder etwas dafür tun (5-Punkte-Skala):

Rang	***Lebensbereich***	$\bar{x}$ =
1	Gesundheit	1.3
2	Wohlergehen der Angehörigen	1.3
3	Geistige Leistungsfähigkeit	1.2.
4	Beziehungen zu Freunden u. Bekannten	1.1
5	Nachdenken über das Leben	1.1
6	Hobbys oder andere Interessen	1.0*
7	Unabhängigkeit	1.0
8	Sterben und Tod	0.9**
9	Berufliche oder vergleichbare Tätigkeit	0.8
10	Sexualität	0.5*

(Unterschiede von $\geq$ 0.1 sind auf 1%-Niveau signifikant)
* nehmen mit zunehmendem Alter signifikant ab ($r = 0.13$, $p<0.0001$)
**nehmen mit zunehmendem Alter signifikant zu ($r = 0.22$, $p<0.0001$)
die sieben übrigen Zeitinvestments zeigen keine signifikanten Veränderungen mit dem Alter (zwischen 70 und 103 Jahren).

Zeiterleben

Die Betagten wurden befragt: "Wie schnell vergeht die Zeit?" (1 = schnell, 3 = langsam) und "wieviel Zeit haben Sie?" (1 = wenig, 3 = viel) Im Durchschnitt erleben die Betagten die Zeit als schnell $\bar{x} = 1.5 \pm 0.5$ und sie haben eher viel Zeit ($\bar{x} = 2.3 \pm 2.3 = \pm 0.6$).
Die Zeitgeschwindigkeit nimmt mit zunehmendem Alter ab ($r = 0.3$, $p <0.05$), d.h. die älteren Studienteilnehmer geben an, die Zeit als langsamer vergehend wahrzunehmen. Hingegen gibt es nur eine leichte Tendenz, mit zunehmendem Alter mehr Zeit zu haben ($r = 0.11$, $p = <0.01$). Das Zeiterleben ändert sich auch nicht, wenn die Personen mit Demenz oder Depression aus der Analyse ausgeschlossen werden.

Dies widerspricht der häufig geäusserten Meinung, dass im Alter die Zeit immer schneller vergehe. In Berlin zeigte sich jedoch eindeutig, dass zwischen dem Alter 70 - 103 die Zeit zunehmend als langsamer vergehend erlebt wird.

Sinnesbeeinträchtigungen

29% der Betagten zeigen mässige und 7% schwere Sehstörung sowie 36% mässige, resp. 26% schwere Hörstörung:

	Sehschwäche			Hörschwäche	
Fern-visus:	mässig (0,12-0.3)	schwer (< 0.12)	Hör-schwelle:	mässig (41-55 dB)	schwer (> 56 dB)
70-79 J.	18%	4%		34%	14%
80 - 89 J.	42%	9%		40%	37%
90 +	54%	27%		26%	67%

Bedeutung von Krankheit und Behinderung im Alter

Die Berliner Altersstudie ergab ausgeprägte, alters*un*abhängige Zusammenhänge zwischen dem psychosozialen und dem gesundheitlichen Status sowie zwischen körperlicher Krankheit/Behinderung und Demenz, resp. Depression.

Im Gegensatz dazu zeigte sich eine altersabhängig abnehmende Bedeutung des objektiven Gesundheitszustandes für die subjektive Beurteilung. Die subjektive Gesundheitseinschätzung bleibt daher während des "Alterns im Alter" stabil.

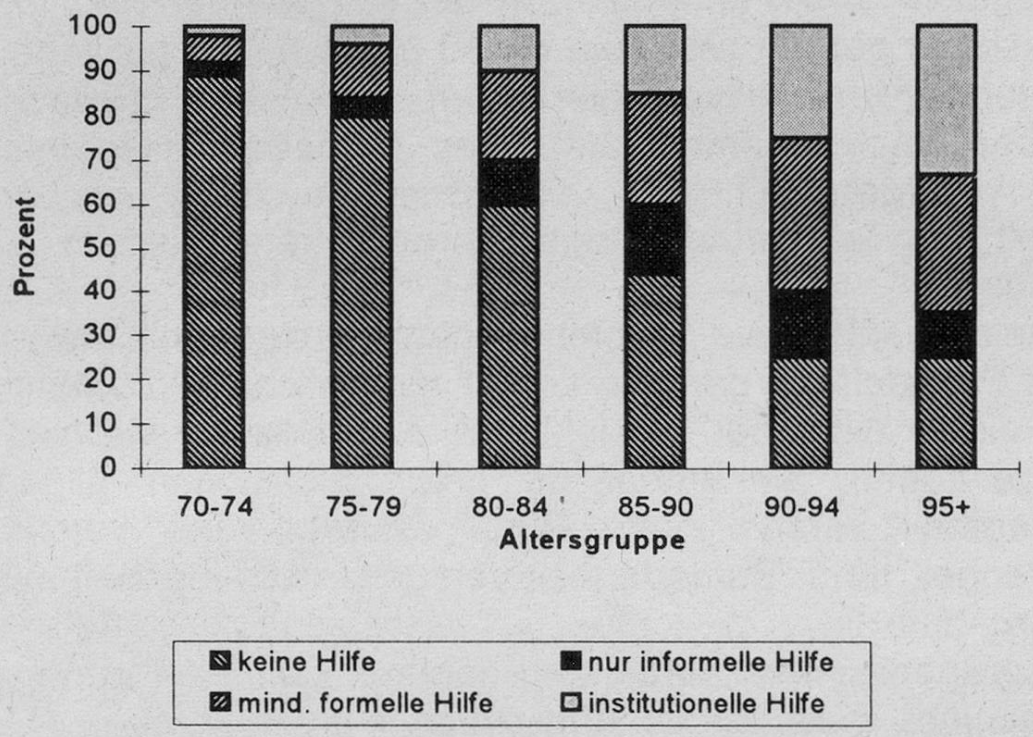
Inanspruchnahme von medizinischer und pflegerischer Hilfe

- Arztkontakte: Nur 7% gaben für das vergangene Jahr keine Arztkontakte an, 85% kontaktierten einen praktizierenden Arzt und 6% einen Heimarzt. - Neben dem Hausarzt konsultierten 60% mindestens einen Facharzt: Augenärzte 37%, Orthopäden 13%, ORL-Ärzte 8%, Urologen 7%, Gynäkologen 6%, Neurologen und Psychiater 4%.
- Medikamente: 97% der Berliner Betagten nehmen Medikamente, durchschnittlich sechs Medikamente pro Tag (max. 24 verschiedene Arzneimittel/Tag). 93% nehmen ärztlich verordnete Medikamente, durchschnittlich 4.7 verschiedene Arzneimittel bei einem Hintergrund von durchschnittlich 7.4 medizinischen Diagnosen pro Betagte.

Hilfs- und Pflegebedarf

Völlig selbständig sind 78% der Betagten, hilfsbedürftig 14%, mehrfach wöchentlich pflegebedürftig 2%, täglich pflegebedürftig 3% und ständig pflegebedürftig 2%.
Die Hilfe erfolgt bei 7% informell (durch Angehörige und Nachbarn), bei 11% formell, d.h. durch Spitex, bei 3% sowohl formell als informell, bei 6% im Altersheim und bei 3% im Krankenheim.

Hilfsquelle ausserhalb des Haushaltes nach Altersgruppen (ungewichtet)



Im Privathaushalt leben 95% der 70-74Jährigen, 90% der 75-79 Jährigen, 80% der 80-84Jährigen, 75% der 85-89Jährigen, 70% der 90-94Jährigen, aber nur 60% der über-95Jährigen.
Hospitalisiert wurden in den vorangegangenen Jahren zwischen 14% (75-79Jährige) und 32% (85-89Jährige), aber nur 28% der 90-95Jährigen und gar nur 25% der über-90Jährigen.

Wohlbefinden im hohen Alter

Die Lebensqualität hat zwei Komponenten: einerseits die objektiven Lebensbedingungen (Gesundheit, soziales Netz, ökonomische Situation, Lebensereignisse) und andererseits das subjektive Wohlbefinden. Dieses wurde durch drei Fragenkomplexe erfragt:

1. Lebenszufriedenheit je zur jetzigen Zeit, bei der Rückschau in die Vergangenheit und beim Denken an die Zukunft (je 5-Punkte skala: sehr gut bis mangelhaft).
2. Emotionale Befindlichkeit, gemessen mit der PANAS (**p**ositive **a**nd **n**egative **a**ffect **s**chedule), in der je nach der Häufigkeit (5 Punkteskala) gefragt wird, wie oft 10 positive Gefühle (angeregt, begeistert, erwartungsvoll, interessiert, stark, stolz, hellwach, entschlossen, aktiv, aufmerksam) oder 10 negative Gefühle (bedrückt, verärgert, schuldig, verängstigt, feindselig, reizbar, beschränkt, nervös, unruhig, ängstlich) aufgetreten sind im vergangenen Jahr.
3. Allgemeines subjektives Wohlbefinden mit der von Lawton revidierten Philadelphia geriatric center moral scale PGCMS mit 15 items, die je mit einer 5-Punkteskala beschreibt, wie weit jede Aussage zutrifft. Sie enthält die drei Dimensionen "allgemeine Aufgeregtheit" versus "innere Ruhe", "Zufriedenheit" versus "Unzufriedenheit" und "Zufriedenheit versus Unzufriedenheit mit dem eigenen Alter".

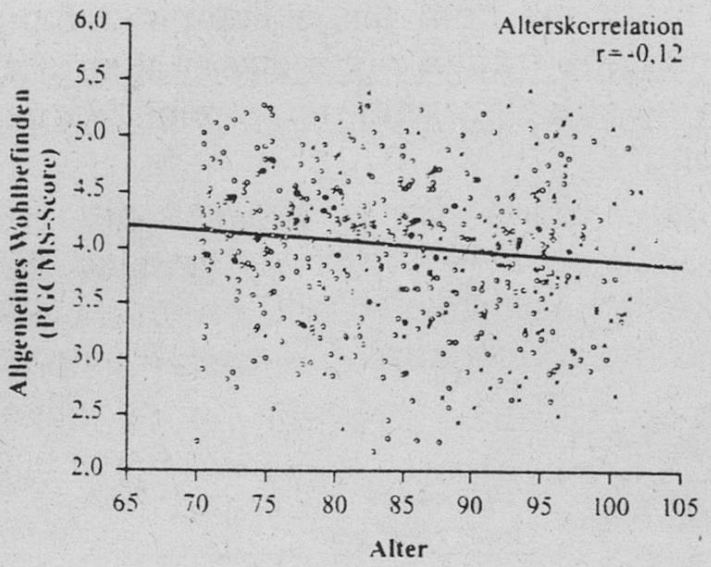
Die Altersgruppenunterschiede sind generell klein, viel geringer als die Unterschiede zwischen den Individuen in jeder Gruppe.

So fanden sich keine Unterschiede im subjektiven Wohlbefinden zwischen der Gruppe der kognitiv Intakten (n = 407) und den Personen mit Demenzdiagnose (n = 109).

Es fand sich auch keine Korrelation des Alters mit
- negativer emotionaler Befindlichkeit
- Zufriedenheit mit dem vergangenen Leben
- Zufriedenheit mit dem gegenwärtigen Leben;

und nur eine sehr geringe Abnahme des subjektiven Wohlbefindens mit zunehmendem Alter zeigte sich in der
- allgemeinen Lebenszufriedenheit (PGCMS) ($r = 0.12$, $p < 0.01$)
- erwarteten zukünftigen Lebenszufriedenheit ($r = 0.23$, $p < 0.01$)
- positiven emotionalen Lebenszufriedenheit ($r = -0.23$, $p < 0.01$).

Wie diesem Streudiagramm zu entnehmen ist, gab es grosse individuelle Unterschiede des angegebenen allgemeinen Wohlbefindens unter den 70- bis 103jährige BASE-Teilnehmern:



○ Personen ohne Demenzdiagnose (N=407)
× Personen mit Demenzdiagnose (N=109)

Anmerkung: Individuelle Unterschiede wurden auch in Untergruppen der BASE-Teilnehmer festgestellt, wie z. B. bei den hier dargestellten Scores der als dement diagnostizierten Personen zu sehen. Die Altersabhängigkeit (r=-0.12) verändert sich nicht durch Ausschluß der als dement diagnostizierten Studienteilnehmer.

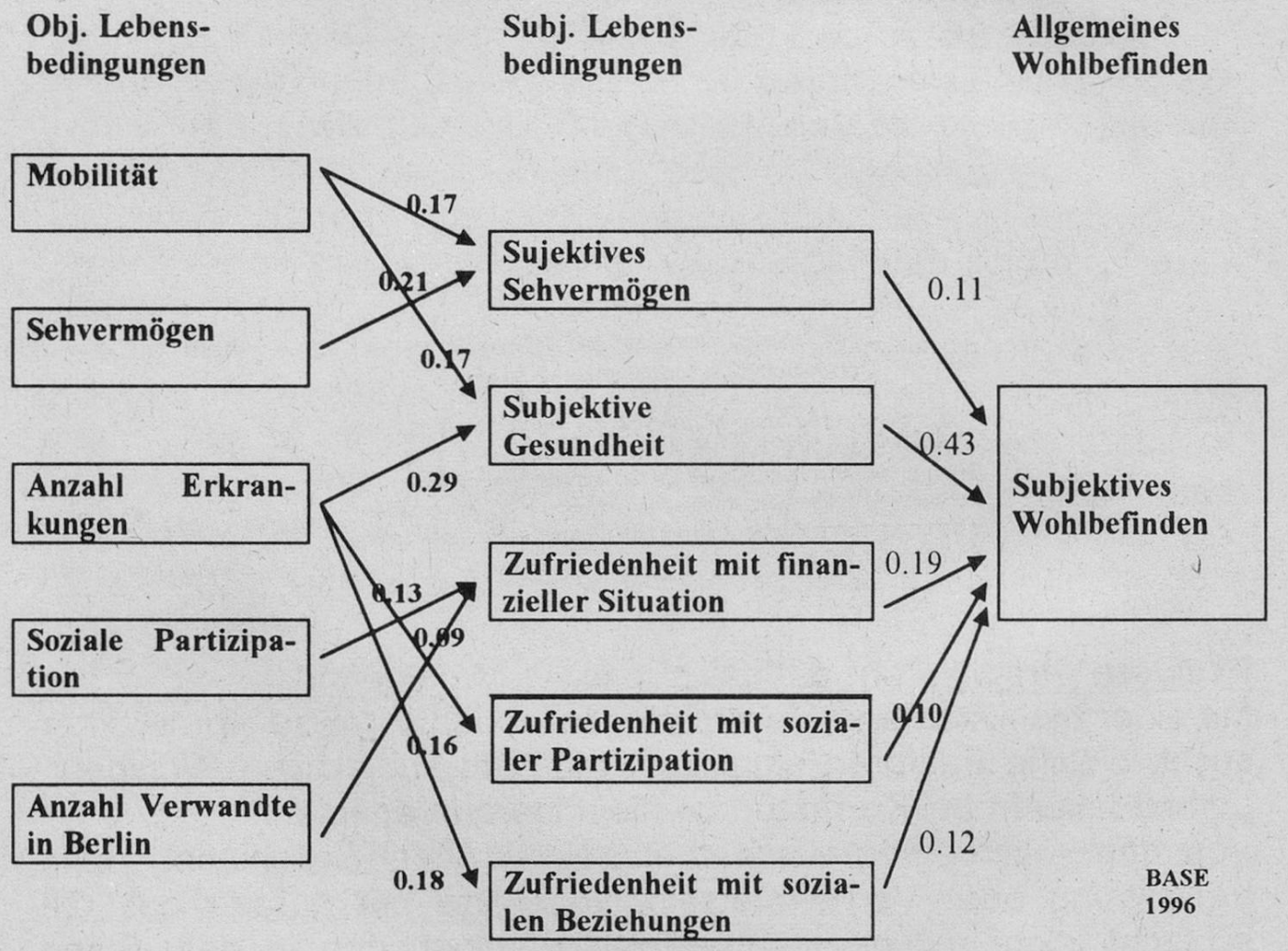
Einflüsse (Prädiktoren) auf das subjektive Wohlbefinden

Mit einer multivariablen hierarchischen Varianzanalyse wurde untersucht, welche Faktoren signifikant mit dem subjektiven Wohlbefinden korrelieren bei Korrektur für alle anderen Variablen.

Von den soziodemografischen Variablen Alter, Geschlecht, Heim, Verwitwung oder Verheiratetsein, korrelierte nur gerade das Geschlecht leicht mit dem subjektiven Wohlbefinden in dem Sinne, dass Frauen sich subjektiv weniger wohl fühlten als Männer ($r = 0.12$, $p < 0.01$).

Die sieben Bereiche der objektiven Lebensbedingungen (Gehör, Mobilität, Sehvermögen, Anzahl Erkrankungen, Einkommen, soziale Partizipation, Anzahl Verwandte in der Stadt) korrelieren alle hoch signifikant mit der subjektiven Wahrnehmung durch die Betroffenen ($r = 0.21$ für Sehen, bis $r = 0.71$ für Gehör). Für das subjektive Wohlbefinden ist jedoch die subjektive Bereichsbewertung viel wichtiger als die objektiven diesbezüglichen Befunde, in die subjektive Bewertung jedes Items fliessen jedoch verschiedene objektive Be-

dingungen ein, z.B. in die subjektive Gesundheit die Mobilität (r = 0.17), das Alter (r = 0.18), Leben im Heim (r = 0.10) und Anzahl Erkrankungen (r = 0.29). Bei Korrektur für die subjektive Bewertung der entsprechenden Bereiche korrelieren die objektiven Lebensbedingungen nicht mehr mit dem subjektiven Wohlbefinden, d.h. objektive Lebensumstände tragen nur insoweit zum subjektiven Wohlbefinden bei, wie sie subjektiv wahrgenommen werden. (siehe nachstehende Abbildung:



Zusammenfassend zeigten also neben dem Geschlecht nur die folgenden fünf subjektiven Bereichswahrnehmungen einen signifikanten Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden bei Korrektur für die anderen Faktoren:
die subjektive Gesundheit (r = 0.43)

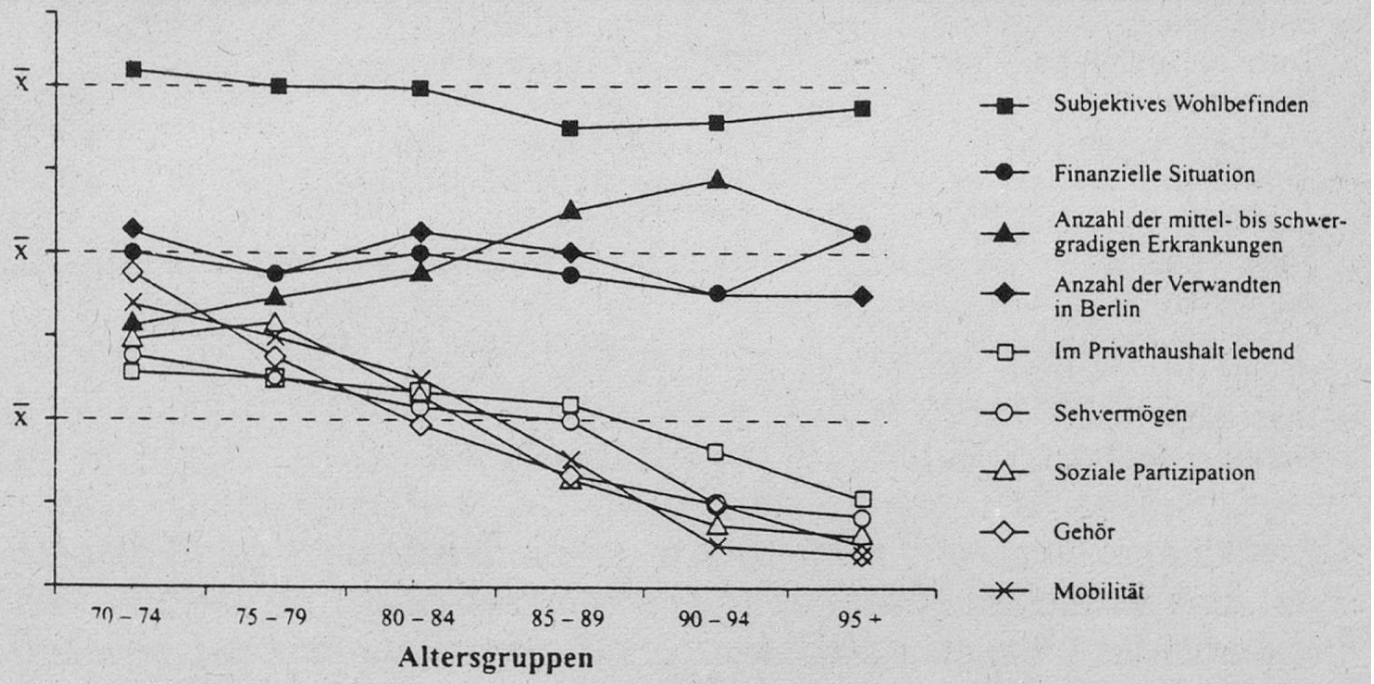
- die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation (r = 0.19)
- die Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen (r = 0.12)
- das subjektive Sehvermögen (r = 0.11)
- die Zufriedenheit mit der sozialen Partizipation (r = 010).

- Insgesamt werden 42% der Varianz des subjektiven Wohlbefindens durch dieses Modell erklärt: 6% durch die soziodemografischen Variablen, 10% durch die objektiven Lebensbedingungen und 38% durch die subjektiven Bewertungen der Lebensumstände.

Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden - ein Paradox?

Während sich das subjektive Wohlbefinden von der Altersgruppe 70-74Jährige bis zu den über-95Jährigen nur minim verschlechtert, zeigen die meisten objektiven Lebensbedingungen eine markante und hochsignifikante Verschlechterung mit zunehmendem Alter.

Abbildung 5: Altersunterschiede des objektiven Status in acht Bereichen im Vergleich zu subjektivem Wohlbefinden. Die Gruppen der Bereiche sind übereinander gestaffelt dargestellt. Obwohl die drei zentralen Bereiche („körperliche Gesundheit, Wohlstand und Liebe") nur geringfügige Altersunterschiede aufweisen, zeigen sich deutliche Einbußen in anderen Bereichen.



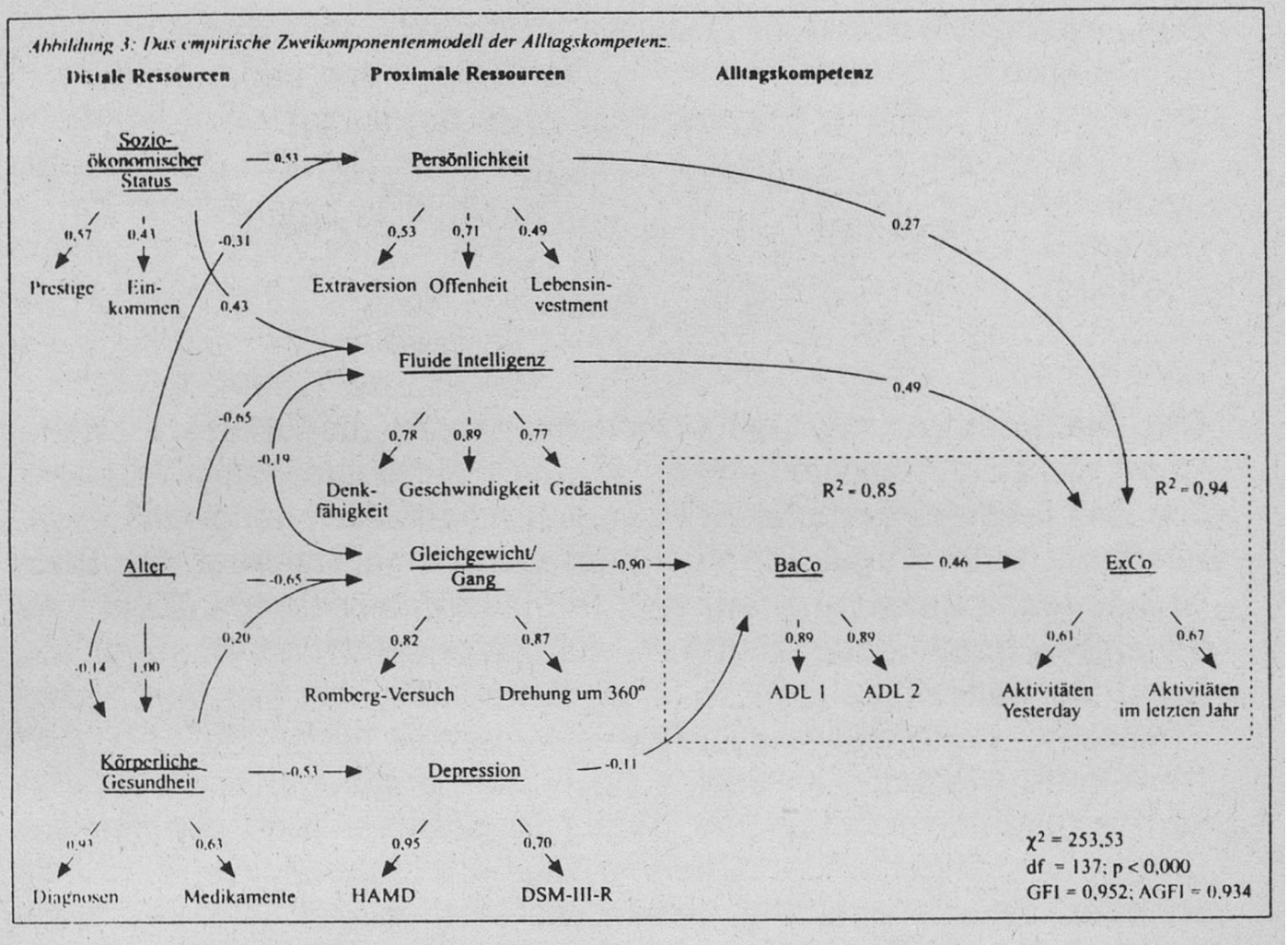
Dieses Paradox erklärt sich einerseits dadurch, dass das Wohlbefinden primär von der subjektiven Bewertung der Lebensumstände abhängt und andererseits dadurch, dass bei subjektiver Bewertung die positiven Bewältigungsstrategien mehr ins Gewicht fallen als die sich verschlechternden objektiven Lebensbedingungen.

Alltagskompetenz im Alter

Es kann unterschieden werden zwischen basaler Kompetenz (Bako) und erweiterter Kompetenz (Erko). Die Tabelle gibt den Anteil in Prozent der Personen an, die in der Bako hilfsbedürftig wären und den prozentualen Anteil an Personen, welche die entsprechenden Erko im vergangenen Jahr ausgeführt haben. Mit * versehen wurden Bereiche, die sich mit zunehmendem Alter signifikant verschlechtert haben, mit + versehen Bereiche, die die Heimbewohner im Vergleich mit zu Hause lebenden Betagten viel seltener ausführten:

Basale Kompetenz (Bako)	**%**	**Erweiterte Kompetenz(Erko)**	**%**
Einkaufen	47*+	Sport treiben	27*+
Transportmittel benutzen	47*+	Restaurantbesuche	55*+
Baden/Duschen	28*+	Tanzen	10*+
Treppensteigen	19*+	Ausflüge machen	47*+
Spazieren	20*+	kulturelle Ereignisse	41**
Anziehen	11*+	Hobbys	11*+
Toilettenbenützen	6*+	ehrenamtl. Tätigkeit	9*
Aufstehen	6*+	Reisen	48*+
Haare kämmen	3	künstlerische Aktivität	4*
Essen	1	Spiele	22*+
Blasenkontrolle	32*	Bildung	9*
Darmkontrolle	14	Politische Aktivitäten	6*

Die Alltagskompetenz hängt direkt oder indirekt von vielen Faktoren ab. Das untersuchte Modell (siehe nächste Seite) erklärt 85% der Varianz der basalen Kompetenz und 94% der Varianz der erweiterten Kompetenz.



Die gesundheitsbezogenen Prädiktoren (körperliche Gesundheit, Depression, Gleichgewicht) beeinflussen hauptsächlich die basale Kompetenz. Die erweiterte Kompetenz im Alltag wird im wesentlichen durch psychosoziale Faktoren (sozioökonomischer Status, fluide Intelligenz und Persönlichkeitsfaktoren) vorhergesagt, resp. bestimmt, Dabei ist jedoch zu beachten, dass finanzielle oder ökonomische Sicherheit allein noch keine Alltagskompetenz garantieren. Viel stärker können Persönlichkeits- und Intelligenzfaktoren den Effekt des sozioökonomischen Status auf die erweiterte Alltagskompetenz behindern oder erleichtern. Wichtig ist festzuhalten, dass die Wohnsituation oder die Wohnqualität keinen signifikanten Einfluss auf die Alltagskompetenz haben.

Diese relevanten Faktoren der Alltagskompetenz gilt es zu beachten, wenn diese - z.B. durch Rehabilitation oder andere Interventionen - verbessert werden sollen.