

**Deutsches
Zentrum
für
Altersfragen**

**Beiträge zur
Gerontologie und
Altenarbeit**

82

Alte Menschen in der Stadt und auf dem Lande

**von
AG Gesundheitsanalysen
und soziale Konzepte
an der FU Berlin
und
Interdisziplinäre AG
für Angewandte
Soziale Gerontologie
an der GHS Kassel**

**Berlin,
im Januar
1991**

**Deutsches Zentrum
für Altersfragen e.V.**

**Beiträge zur
Gerontologie und
Altenarbeit**

82

Manfred-von-Richthofen-Straße 2 · 1000 Berlin 42 · Tel. 030/786 60 71

Alte Menschen in der Stadt und auf dem Lande

Großstadtregion:

**AG Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte
an der**

Freien Universität Berlin

Bearbeiter:

Vjenka Garms-Homolová

Ulrike Hütter

Christa Leibing

Ländliche Region

**Interdisziplinäre AG für Angewandte Soziale
Gerontologie (ASG) an der Gesamthochschule-
Universität Kassel**

Bearbeiter:

Birgit Jansen

Christiane Köhler-Enders

Werner Korte

Birgit Nothbaum-Leiding

Michael Wiese

unter Mitarbeit von:

Dieter Grunow

Hartmut Radebold

Berlin, im Januar 1991



Deutsches Zentrum
für Altersfragen e.V.
Gerontologie und
Altenarbeit

Münchener-Rindfleisch-Str. 2 · 1000 Berlin 45 · Tel. 030/188 80 71

Alte Menschen
in der Stadt und
auf dem Lande

ISBN 3-88962-099-X
ISSN 0175-8365

Alte Menschen in Stadt und Land
Berlin: DZA 1991
(Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, Bd. 82)
AG Gesundheitsanalysen und Soziale Konzepte an der FU Berlin;
Interdisziplinäre AG für Angewandte Soziale Gerontologie an der GhK

Der Projektverbund „Vergleichende Untersuchung der Sozial- und Gesundheitsdienste für ältere Menschen“ wurde in Berlin und Kassel von 1984/85 bis 1989/1990 gefördert durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG).

Das Deutsche Zentrum für Altersfragen e.V. (DZA) wird institutionell gefördert vom Bundesministerium für Familie und Senioren und der Senatsverwaltung für Soziales, Berlin

Inhaltsverzeichnis	Seite
Einleitung: Lebensbedingungen aller Menschen in Stadt und Land in deutscher und europäischer Perspektive	IX
1. Großstädtische und ländliche Lebensumwelten alter Menschen	1
1.1 Einführung	1
1.2 Strukturskizze der großstädtischen Lebensumwelt	3
1.2.1 Großstädtische Wohnumwelt	6
1.2.2 Integrative Aspekte des Wohnens	7
1.2.3 Qualitative Aspekte des Wohnens	8
1.2.4 Finanzielle Aspekte des Wohnens	9
1.3 Strukturskizze der ländlichen Lebensumwelt	10
1.3.1 Ländliche Wohnumwelt	15
1.3.2 Wohneigentum und Wohnformen	16
1.3.3 Qualitative Aspekte des Wohnens	17
1.4 Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Lebensumwelten in Stadt und Land	19
2. Sozialstrukturelle Eckdaten zur Lebenssituation der Altersbevölkerung in den beiden Untersuchungsregionen	21
2.1 Einführung	21
2.2 Bildungsniveau	21
2.3 Ehemalige Berufe und nachberufliche Tätigkeit	22
2.4 Einkommensquellen	24
2.5 Haushaltseinkommen	24
2.6 Zusammenfassung	27
3. Gesundheitszustand und Bewältigung alltäglicher Anforderungen	29
3.1 Einführung	30
3.2 Gesundheit der "alten alten" Menschen - allgemeine Trends	30
3.2.1 Überwiegend positive gesundheitliche Selbsteinschätzung	31
3.2.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede	31
3.2.3 Altersbezogene Veränderungen	34
3.3 Sozio-ökonomische Unterschiede in der gesundheitlichen Selbsteinschätzung	36
3.4 Funktionsfähigkeit bei der Alltagsbewältigung	39
3.4.1 Variationen der Funktionsfähigkeit nach Geschlecht und Alter	44
3.4.2 Variationen der Funktionsfähigkeit nach sozio-ökonomischen Merkmalen	44
3.5 Gesundheit und Funktionsfähigkeit	45

Inhaltsverzeichnis	Seite
4. Exkurs: Schwerpflegebedürftigkeit in der 70- bis 90jährigen Großstadtpopulation	49
4.1 Einführung	49
4.2 Kriterien	50
4.3 Das Ausmaß des Hilfebedarfs und der Anteil der Schwerpflegebedürftigen	54
5. Soziales Netz und Unterstützungspotential alter Menschen in Großstadt und Landgemeinden	59
5.1 Einführung	59
5.2 Strukturelle Aspekte des sozialen Netzes der alten Großstadtbewohner	60
5.2.1 Aufgabenbezogene Variationsbreite des Unterstützungs- potentials	65
5.2.2 Gegenseitigkeit der Unterstützung innerhalb des sozialen Netzes	68
5.2.3 Resümee für die Großstadtpopulation der alten Menschen	70
5.3 Strukturelle Aspekte des sozialen Netzes der alten Landbewohner	70
5.3.1 Unterstützungspotential bei der Bewältigung persönlicher Probleme	72
5.3.2 Unterstützungspotential bezogen auf gelegentliche Hilfe im Haushalt	74
5.3.3 Unterstützungspotential im Krankheitsfall	77
5.3.4 Gegenseitige Unterstützung innerhalb des sozialen Netzes	79
5.3.5 Resümee für die ländliche Population der alten Menschen	80
5.4 Zusammenfassung: Die Bedeutung des sozialen Netzwerks in Stadt und Land	82
6. Inanspruchnahme der Gesundheitseinrichtungen und sozialen Dienste	85
6.1 Einführung	85
6.2 Versorgungsstrukturelle Charakteristika in der Großstadtregion	85
6.2.1 Disparitäten in der Inanspruchnahme der Gesundheitseinrichtungen und sozialen Dienste	88
6.2.2 Kumulative Inanspruchnahme	91
6.2.3 Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung und sozialer Dienste mit Berücksichtigung verfügbarer Unterstützungspotentiale des informellen Netzes	92

Inhaltsverzeichnis	Seite
6.3 Versorgungsstrukturelle Charakteristika in der ländlichen Region	94
6.3.1 Nutzungsprofile von Sozial- und Gesundheitsdiensten im Zusammenhang mit Alter und Geschlecht	97
6.3.2 Nutzungsprofile von Sozial- und Gesundheitsdiensten im Zusammenhang mit Alltagsfähigkeiten und gesundheitlichem Wohlbefinden	99
6.3.3 Die Nutzung von Sozial- und Gesundheitsdiensten im Zusammenhang mit der Haushaltsstruktur	102
6.3.4 Nutzungsprofile von Sozial- und Gesundheitsdiensten in Zusammenhang mit soziodemographischen Merkmalen	104
6.3.5 Nutzungskumulation	105
6.4 Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung und sozialer Dienste in der Großstadt und auf dem Lande	106
ANHANG A Anmerkungen	111
ANHANG B Tabellen	117
ANHANG C Literaturliste	161
ANHANG D Erhebung in Berlin (West) Grundinformationen über die methodische Durchführung der Untersuchung in der Großstadt	173
ANHANG E Erhebung in Kassel-Land Grundinformationen über die methodische Durchführung der Untersuchung auf dem Lande	205
Erläuterungen zur Fragebogengestaltung	
Fragebogen zur Großstadtbefragung	
ANHANG F Biographische Angaben zu den Autoren	250

Tabelle	Seite
1 Wirtschaftliche Struktur des großstädtischen Untersuchungsgebietes, Bezirke Charlottenburg und Wilmersdorf - (Stand 31.12.1985)	117
2 Bevölkerungsstruktur im großstädtischen Untersuchungsgebiet (Bezirke Charlottenburg und Wilmersdorf) nach Geschlecht und Altersgruppe	118
3 Gesamtbevölkerung in der ländlichen Untersuchungsregion / Anteile von Frauen und Männern (abs. und in v.H.)	119
4 Anteil der 70jährigen und Älteren an der ländlichen Gesamtbevölkerung / Anteil von Männern und Frauen (abs. und in v.H.)	119
5 Ausstattungen von Wohnungen alter Menschen auf dem Lande (in v.H. der Wohnungen)	120
6 Ausstattung der Haushalte alter Menschen auf dem Lande mit langlebigen Konsumgütern (in v.H. der Wohnungen)	120
7 Schulbildung der Alterspopulation in Stadt und Land (in v.H. der Altersgruppe)	121
8 Hauptberuf in der Alterspopulation in Stadt und Land (in v.H. der Altersgruppe)	122
9 Haushaltsnettoeinkommen der Altershaushalte in Stadt und Land (in v.H. der Altersgruppe, ohne "keine Angabe")	123
10 Verteilung positiver Gesundheitsmerkmale in der Alterspopulation in Stadt und Land (in v.H. der Altersgruppe)	124
11 Prävalenz ausgewählter Erkrankungen bei Männern und Frauen der städtischen und ländlichen Alterspopulation	125
12 Männer und Frauen ohne Funktionsbeeinträchtigungen gemäß ADL unter Berücksichtigung der Haushaltsgröße: Stadt-/Landvergleich (in v.H. der Subgruppe)	127
13 Personen ohne Funktionsbeeinträchtigung gemäß ADL unter Berücksichtigung sozio-ökonomischer Faktoren: Stadt-/Landvergleich (in v.H. der Subgruppe)	128
14 Familienstand der 70- bis 89jährigen Männer und Frauen in der Großstadt (in v.H. der jeweiligen Altersgruppe)	129
15 Haushaltsstruktur der 70- bis 89jährigen Männer und Frauen in der Großstadt (in v.H. der jeweiligen Altersgruppe)	130

Tabelle	Seite
16 Verhältnis der 70- bis 89jährigen Männer und Frauen in der Großstadt zu ihren Nachbarn (in v.H. der jeweiligen Altersgruppe)	131
17 Unterstützungspotential für verheiratete 70- bis 89jährige Männer und Frauen in der Großstadt (in v.H.)	132
18 Unterstützungspotential für nichtverheiratete 70- bis 89jährige Männer und Frauen in der Großstadt (in v.H.)	133
19 Unterstützungspotential für verheiratete 70- bis 89jährige Männer und Frauen in der Großstadt, unter Berücksichtigung der Funktionsfähigkeit (in v.H.)	134
20 Unterstützungspotential für nichtverheiratete 70- bis 89jährige Männer und Frauen in der Großstadt, unter Berücksichtigung der Funktionsfähigkeit (in v.H.)	135
21 Familienstand nach Altersgruppen von Männern und Frauen (70 Jahre und älter) auf dem Lande (in v.H. der Altersgruppe)	136
22 Haushaltsstruktur nach Altersgruppen und Geschlecht von Männern und Frauen (70 Jahre und älter) auf dem Land (in v.H. der Altersgruppe)	137
23 Haushaltsgröße und Familienstand von Männern und Frauen (70 Jahre und älter) auf dem Lande (in v.H. der Verheirateten bzw. Nichtverheirateten)	138
24 Haushaltsgröße und Anzahl der Verwandten im gleichen Haus von Männern und Frauen (70 Jahre und älter) auf dem Lande (in v.H. des Haushaltstyps)	
25 Unterstützung für Männer und Frauen (70 Jahre und älter) auf dem Lande (in v.H. der Empfänger-kategorie) - verheiratete Männer und Frauen - nichtverheiratete Männer und Frauen	139 140
26 Hilfe bei schwerer Hausarbeit für Männer und Frauen (70 Jahre und älter) nach Haushaltsgrößen auf dem Lande (in v.H. der Haushaltskategorie)	141
27 Hilfe bei Besorgungen für Männer und Frauen (70 Jahre und älter) nach Haushaltsgrößen auf dem Lande (in v.H. der Haushaltskategorie)	142
28 Hilfe bei Krankheiten für Männer und Frauen (70 Jahre und älter) nach Haushaltsgrößen auf dem Lande (in v.H. der Haushaltskategorie)	143

29	Unterstützung für verheiratete Männer und Frauen (70 Jahre und älter) unter Berücksichtigung der Funktionsfähigkeit auf dem Lande (in v.H. der Empfänger-kategorie)	144
30	Unterstützung für nichtverheiratete Männer und Frauen (70 Jahre und älter) unter Berücksichtigung der Funktionsfähigkeit auf dem Lande (in v.H. der Empfänger-kategorie)	145
31	Wohnorte von Vertrauens- sowie Unterstützungs- und Pflegepersonen (bei schwerer Hausarbeit, Besorgungen und bei Krankheiten) von verheirateten und nichtverheirateten Männern und Frauen (70 Jahre und älter) auf dem Lande (in v.H.; Mehrfachnennungen waren möglich)	146
32	Sozialintegrative Beiträge der Alterspopulation (70 Jahre und älter) auf dem Lande nach Geschlecht und Alter (in v.H.)	147
33	Sozialintegrative Beiträge der Alterspopulation (70 Jahre und älter) auf dem Lande nach Familienstand, Haushaltsgröße und Funktionseinbindung (in v.H.)	148
34	Kumulative Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung und sozialer Dienste in der Großstadt (in v.H. der Nutzer des links aufgeführten Dienstes)	149
35	Beziehungen zwischen der Inanspruchnahme organisierter Versorgung und informellen Unterstützung bei Pflegebedarf im Krankheitsfall (Großstadt-population) (in v.H.)	150
36	Beziehungen zwischen der Inanspruchnahme organisierter Versorgung und informellen Unterstützung bei gelegentlichem Hilfebedarf (Großstadt-population) (in v.H.)	151
37	Beziehungen zwischen der Inanspruchnahme organisierter Versorgung und informellen Unterstützung bei schwierigen persönlichen Problemen - Vertrauenspersonen (Großstadt-population) (in v.H.)	152
38	Infrastruktur der ländlichen Untersuchungsregion mit Schwerpunkt Gesundheits- und Pflegedienste (abs.)	153
39	Kumulative Inanspruchnahme von Sozial- und Gesundheitsdiensten (gewichtet) auf dem Lande (in v.H.)	154
40	Determinanten der Inanspruchnahme von Sozial- und Gesundheitsdiensten auf dem Lande (Korrelationen)	155

Tabelle	Seite
41 Beziehung zwischen der Inanspruchnahme organisierter Versorgung und informeller Unterstützung im Krankheitsfall auf dem Lande (in v.H.)	156
42 Bevölkerung des Erhebungsgebietes, Adressenauswahl und Stichprobengrößen in Berlin (West) 1986	157
43 Stichprobengröße und Ausfallgründe in Berlin (West) 1986	158
44 Bevölkerung des Erhebungsgebietes, Repräsentation der Personen im Erhebungsgebiet, befragte Personen in den für die Befragung ausgewählten Gemeinden in Kassel-Land 1987	159

EINLEITUNG: LEBENSBEDINGUNGEN ALTER MENSCHEN IN STADT UND LAND IN DEUTSCHER UND EUROPÄISCHER PERSPEKTIVE

Margret Dieck, Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., Berlin

1. Skizzierung des Forschungszusammenhanges dieses Bandes

AGE CARE RESEARCH EUROPE (ACRE) ist ein europäisches Verbundprojekt, das die Analyse der Lebensbedingungen alter Menschen, ihren Zugang zu einem spezialisierten und organisierten Dienstleistungs- und Hilfesystem und die Strukturen und Inhalte der nationalen Ausprägungen steuernden Politik zum Gegenstand hat. Ein Ziel ist es, die Vor- und Nachteile spezifischer Politikstrategien - gemessen an ihren konkreten Ergebnissen im Sinne von Lebensqualitäten und volkswirtschaftlichen wie individuellen Kosten - herauszuarbeiten und somit einen Beitrag zur Fundierung der europaweiten und europäischen Altenpolitik zu leisten.

Das ursprüngliche Forschungskonzept ging idealtypisch von empirischen Untersuchungen in drei ausgewählten Regionen der beteiligten Länder aus: in einer ländlich strukturierten Region, einer Kleinstadt und einem großstädtisch geprägten Gebiet. Dieses Konzept basierte auf der Grundannahme, das Leben in diesen unterschiedlich verdichteten Räumen unterliege jeweils spezifischen sozio-kulturellen Prägungen. Die Auswirkungen auf Lebenssituationen von Menschen im Alter von 70 bis 90 Jahren sollten im nationalen und im europäischen Vergleich untersucht werden. Ergänzend war der Frage nachzugehen, wie unterschiedlich die Dichte und die Qualität des Dienstleistungs- und Hilfenetzes sich darstellt. Dem Ergebnis wäre Bedeutung für die Ausgestaltung einer gezielten Altenpolitik beizumessen.

Soweit zum Ausgangskonzept des europäischen Verbundprojektes aus dem Jahre 1984, ausgearbeitet von dem späteren Projektkoordinator Raymond ILLSLEY (siehe JAMIESON/ILLSLEY 1990). 1991 ist der international vergleichende europäische Bericht, der in der Finanzierungszuständigkeit der Europäischen Gemeinschaft steht, in Vorbereitung. Die deutschen Forschungsprojekte, von drei Instituten (Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., Berlin; AG Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte an der Freien Universität, Berlin;

Interdisziplinäre AG für Angewandte Soziale Gerontologie an der Gesamthochschule-Universität Kassel) in den Jahren 1984 bis 1990 durchgeführt und in der Endphase angelangt, wurden dankenswerterweise durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft finanziert. Sie konzentrierten sich, soweit die Lebenssituationen alter Menschen und die für sie relevanten Dienste und Hilfeleistungen betroffen sind, auf den großstädtischen Raum Berlin-West und auf drei Gemeinden des Landkreises Kassel. Die Politikanalyse (HOLZ 1990) berücksichtigt neben der BRD insgesamt die Bundesländer Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen.

2. (Komparative) gerontologische Forschung zu Lebenssituationen in Stadt und Land in der BRD

Zum Zeitpunkt der Konzipierung des kurz skizzierten europäischen Verbundprojektes war das Defizit an empirischen Studien zu den Lebensbedingungen alter Menschen auf dem Lande in der Bundesrepublik Deutschland ausgeprägt. Inzwischen hat sich die Situation verändert. Über lange Jahre immer wieder vorgebrachte Kritik an dieser Forschungslücke hat erste Ergebnisse gezeitigt, wie die Publikationen von BRÜSCHEN (1983), KUNDRUN (1989), ASAM/ALTMANN/VOGT (1990) und LANGEN/SCHLICHTING (1990) beweisen. Wir wenden uns primär den Forschungsberichten zu, die die bescheidenen Grundlagen einer komparativen gerontologischen Forschung zu Lebenssituationen in Stadt und Land in der BRD gelegt haben.

2.1 Historisch an erster Stelle für die Bundesrepublik Deutschland sind die Untersuchungen zu nennen, die aus dem wissenschaftlichen Kreis von Otto BLUME stammen. Es handelt sich um Altenuntersuchungen, die im Zusammenhang mit den kommunalen Aufgaben der Altenhilfeentwicklung stehen auf der Grundlage des 1961 erlassenen Bundessozialhilfegesetzes. In einer zusammenfassenden Darlegung der Ergebnisse gleichförmig konzipierter empirischer Untersuchungen kontrastiert BLUME (1968) in einem Strang seiner Darlegungen die Lebensbedingungen alter Menschen in Großstädten, in Mittelstädten und auf dem flachen Lande, ohne Anspruch auf Repräsentativität der Ergebnisse seiner Befragungen. Eine spätere Untersuchung der Situation alter Menschen in ländlichen Gebieten (BLUME 1969) rundet die empirische Basis ab.

Herausgearbeitet wird u.a. die schwierige und eingeschränkte Lebenssituation lediger alter Menschen auf dem Lande, die sich in einen größeren Familienhaushalt einfügen (müssen). Fast die Hälfte der 65jährigen und älteren ist verheiratet, fast 90 v.H. aller Angehörigen dieser Altersgruppe haben (noch) Kinder, die Tendenz zum Mehrgenerationenhaushalt hält auf dem Lande noch deutlich an, u.a. begünstigt durch weit verbreitetes Hauseigentum. Hervorgehoben werden im Vergleich zu städtischen Lebenssituationen die mangelnden Ausstattungsqualitäten der Wohnungen und Häuser und die beengten Wohnverhältnisse. Kurz, alte Menschen auf dem Lande wohnen unbequemer und primitiver als ihre Altersgenossen in der Stadt. Dennoch bleibt die Umzugswilligkeit minimal. Solches Beharrungsvermögen steht nicht nur im Gegensatz zu gegebenen "objektiven" Wohnqualitäten, wie ausgeführt, sondern auch zu theoretischen Wohnwünschen. Es ist bemerkenswert, daß in dieser Zeit von befragten 55jährigen und älteren auf dem Lande in einer sozialpsychologischen Studie jeweils annähernd ein Drittel für einen gemeinsamen Haushalt mit den Kindern, für einen getrennten Haushalt im gleichen Haus und für häuslich getrennte Wohnungen im gleichen Dorf bzw. bei noch weiterer Entfernung plädierte. Der Wunsch nach Distanz zwischen den Generationen war in dieser Landbevölkerung weniger stark ausgeprägt als in der Stadt, jedoch dennoch deutlich vorhanden (KARSTEN/BAUER 1968).

Durch den Bildungsstand und die Erwerbsbiographien der ländlichen Bevölkerung bedingt, ist das Alterseinkommen im Durchschnitt niedriger als in der Stadt. Dabei spielt eine nicht unerhebliche Rolle, daß das landwirtschaftliche Altersgeld als Zuschuß zu anderen Einkünften konzipiert ist und nur ein relativ geringes nominelles Einkommen sichert. Dieses Einkommensgefälle wird gemildert durch die Eigenproduktion von Lebensmitteln und durch das verbreitete Hauseigentum, d.h. geringere laufende Lebenshaltungskosten auf dem Lande. Obwohl der Kreis potentieller Sozialhilfeempfänger auf dem Lande größer ist als in der Stadt, gibt es auf dem Lande so gut wie keine Klienten der Sozialhilfe - aus Unkenntnis der Möglichkeiten der Sozialhilfe, aus Scheu vor Verlust an Sozialprestige, aufgrund falscher Vorstellungen über Regreßforderungen, die die Angehörigen - sprich insbesondere die Kinder - belasten könnten. So nehmen diese Ergebnisse spätere Erkenntnisse zu der hohen allgemeinen Dunkelziffer der Sozialhilfeberechtigten vorweg und betonen im Einklang mit ihnen die besondere Betroffenheit der alten Bevölkerung auf dem Lande, geht es um Einkommen an oder unterhalb der Armutsschwelle (HARTMANN 1981: 51). Wichtig erscheint der Hinweis auf die besonders ausgeprägte soziale Kontrolle und die

mangelnde Anonymität auf dem Lande, die die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen ebenso wie von Beratungsangeboten allgemeinerer Art des Sozialwesens stark einschränken.

Nach BLUME unterscheiden sich Einstellung und Verhalten der über 65jährigen zur beruflichen Tätigkeit in Stadt und Land kaum. Während in den Großstädten etwa ein Drittel der befragten 65jährigen und älteren vorzeitig durch Invalidisierung aus dem Erwerbsleben ausgeschieden waren, waren es auf dem Lande fast die Hälfte - vermutlich begünstigt in ihrer Entscheidung durch die Möglichkeit der Mithilfe in der als Nebenerwerbswirtschaft betriebenen Landwirtschaft bzw. in der Landwirtschaft Angehöriger. Hier wie dort war ein als hinreichend bewertetes Einkommen Voraussetzung für die Bereitschaft zur Berufsaufgabe. Die Gesetzgebung zum landwirtschaftlichen Altersgeld ermöglicht die persönliche Beeinflussung des "Pensionierungszeitpunktes", der ebenso vor dem 60. Lebensjahr (bei 15 v.H. der Befragten) wie nach dem 70. Lebensjahr (bei rund 12 v.H.) liegen kann. Liegt in diesen Gestaltungsspielräumen ein positiver Aspekt der selbstbestimmten Nutzung von Zeit auf dem Lande, so zeigt sich andererseits deutlich, daß Angebote zur Zeitgestaltung in Form von Unterhaltungs- und Freizeitangeboten unterentwickelt sind. Im Vergleich zur städtischen Bevölkerung ist darüber hinaus der mangelnde Zugang der alten Landbevölkerung zu Reisen und Urlaub eklatant. Fast 90 v.H. haben in ihrem Leben noch nie eine Erholungsreise gemacht. Zentraler Grund sind finanzielle Einengungen.

2.2 Vergleichsdaten zur Lebenssituation alter Menschen in Großstädten und weniger verdichteten Regionen - sprich Landkreisen - vom Anfang der 80er Jahre haben wir zwei Untersuchungen zu verdanken, die das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung des Landes Baden-Württemberg bei dem Forschungsinstitut Socialdata in Auftrag gab (MAGS-BW 1983, 1986). Auch in diesem Falle ist es möglich, die Untersuchungen aufgrund vergleichbarer Methodik und Fragegestaltung nebeneinander zu stellen. Ergänzend kann die in vier Landkreisen der BRD durchgeführte Untersuchung von BRÜSCHEN (1983) herangezogen werden, die insbesondere ausgerichtet ist auf die Erfassung des familialen Hilfefpotentials (durch Befragung von 25- bis 55jähriger) und des Bedarfs an organisierten Sozialdiensten im Kontext einer Untersuchung der Lebenslage älterer Menschen (eingegrenzt auf über 65jährige). Die Untersuchungen sind Ausfluß anhaltender Diskussionen um sich verschärfende Problemlagen auf dem Lande, verur-

sacht durch eine Verringerung familialer Hilfemöglichkeiten einerseits und die noch nicht erreichte Ausdifferenzierung organisierter sozialer Dienste in ländlichen Regionen andererseits.

In seiner Auswertung dieses Datenmaterials entwickelt TEWS (1987) die These eines Strukturwandels des Alters, der sich auf dem Lande verspätet im Vergleich zur Stadt vollzieht, ohne jedoch eine andere Richtung zu nehmen. Angleichungen der Wohnbedingungen - gemessen an Ausstattungsqualitäten und Wohnraum - haben sich ebenso vollzogen wie Angleichungen der Ausstattung der Haushalte mit langlebigen Gütern. Damit gleichen sich auch die Freizeitgewohnheiten an: Fernsehen gibt es inzwischen überall. Betrachtet man die engere offene Altenhilfe, so sind Angebote von Altenclubs, Altennachmittagen, sonstigen Veranstaltungen, Fahrten, Reisen und Erholungsurlauben inzwischen auch auf dem Lande zugänglich (ebenda: 451). Das Zusammenleben der Generationen ist nicht länger so selbstverständlich, obwohl noch immer deutlich höhere Anteile älter Menschen auf dem Lande im Vergleich zur Stadt in Mehrgenerationen Haushalten leben. Nicht unwichtig in diesem Zusammenhang erscheint die Ausbildung von zwei verschiedenen Lebensstilen auf dem Lande, wobei in der Gruppe "landwirtschaftsnah lebender Alter" noch häufiger traditionelle Formen des Zusammenlebens und der Mithilfe in der Landwirtschaft zu finden sind, während sich ein Teil dieser Gruppe und die nun an Bedeutung gewinnenden zugezogenen ehemaligen Stadtbewohner in ihrem Lebensstil von Wohn- und Freizeitvorstellungen der großstädtischen Bevölkerung nicht wesentlich unterscheiden.

Diese in Anlehnung an TEWS (1987) vorgetragenen Überlegungen - die sich seiner "Verspätungsthese" subsumieren lassen - erfordern eine Ergänzung um Wirkungszusammenhänge, die der ebenso plakativ herausgestellten "Niveauthese" zugeordnet werden können. Trotz Tendenzen der Angleichung ländlicher und städtischer Lebensbedingungen bleibt ein Niveauunterschied vielfältiger Art - quasi als "Konstante". Denn: Eine in Relation zu Ballungsräumen verdünntere und weniger breit gefächerte Infrastruktur an Angeboten von Gütern und Dienstleistungen, inklusive Angebote des öffentlichen Transportes, ist ebenso prägend für den ländlichen Raum wie es größere Entfernungen tendentiell sind. Hauseigentum ist auf dem Lande verbreiteter als in der Stadt, und hiermit einher gehen ausgeprägtere Neigungen zum Zusammenleben der Generationen und eine reduzierte Mobilität. Nicht nur der ländliche Lebensstil, sondern auch der preiswertere Grund und Boden ermöglichen höhere Anteile von Gartenbesitzern, darunter

von Nutzgartenbesitzern, auf dem Lande und fördern damit eine auf die Gartenarbeit ausgerichtete oder diese zumindest einbeziehende Freizeitgestaltung. Soziale Kontrolle, auch in städtischen Nachbarschaften ein verhaltensausrichtender Faktor, wirkt in ländlichen Regionen stärker einengend, geht es um Formen der gegenseitigen Hilfe und um die Auswahl des Helferkreises. Dort, wo organisierte Sozialdienste für alte Menschen mit Hilfebedarf nicht eingeführt sind, kann sich auch keine Bereitschaft zu ihrer Inanspruchnahme entwickeln. Als letzter Punkt sei auf die auch Anfang der 80er Jahre wirkenden Unterschiede in der Einkommensausstattung zwischen Stadt- und Landbevölkerung verwiesen, die nach wie vor verbunden sind mit einem im Durchschnitt niedrigeren formalen Bildungs- und Ausbildungsstand der Landbevölkerung. Es gibt deutliche Verschiebungen in der Repräsentanz sozialer Schichten zwischen Stadt und Land.

Eine Ergänzung der Erklärungsansätze bietet, so scheint es, die "Kulturthese". Es greifen unterschiedliche Verhaltens- und Verpflichtungsnormen in Stadt und Land, die als kulturell definiert gelten können. TEWS verweist auf die "überraschende Bedeutungslosigkeit der nachbarschaftlichen und ehrenamtlichen Hilfe", die "aus der traditionellen Vorstellung von familiärer Verantwortung, die durch soziale Kontakte verstärkt wird", resultiert (ebenda: 450). Deutlich wird auch der schlechtere subjektive Gesundheitszustand der Landbevölkerung. Hiermit geht einher ein größerer Hilfs- und Pflegebedarf der Bevölkerung (SOCIALDATA 1980: 45 f.). Die Inanspruchnahme organisierter Sozial- und Pflegedienste verbietet sich in den Fällen, in denen mit der Hof- und/oder Hausübergabe via Altenteilvertrag auch eine Verpflichtung zur Dienstleistung durch die jüngere Generation eingegangen wird. Armut auf dem Lande in der Altenbevölkerung ist ausgeprägt, folgt man den hier behandelten Untersuchungen. BRÖSCHEN (1983: 120 f.) ermittelt einen Durchschnitt von 19 v.H. der Befragten über 65jährigen mit Einkommen unterhalb des Sozialhilfesatzes. Die Land-Untersuchung in Baden-Württemberg stellt 2 v.H. Sozialhilfeempfänger unter der 65jährigen und älteren Bevölkerung fest bei rund 5 v.H., die sich am Rande des Existenzminimums bewegen (MAGS-BW 1983: 20 ff.). Drei Jahre später wird in den Großstädten Baden-Württembergs ein Anteil der Sozialhilfeempfänger an der Alterspopulation von 4 v.H. festgestellt (1 v.H. der Männer, 5 v.H. der Frauen) (MAGS-BW 1986: 21). Ob die Duldung hoher Armutsanteile, einhergehend mit einer beträchtlichen Dunkelziffer der Sozialhilfeberechtigung, als kulturell geprägt gelten darf, lassen wir dahingestellt.

Wichtig erscheinen uns Hinweise von TEWS (1987), die zu vorsichtiger Interpretation mahnen. In vielen auch in dieser kursorischen Darlegung angeführten Lebenslagemerkmalen und strukturellen Bedingungen ist die Variationsbreite von Bundesland zu Bundesland stärker als der ermittelte Unterschied zwischen Stadt und Land. Es gibt ein Nord-Süd-Gefälle der Altenhilfe generell, ein Süd-Nord-Gefälle auf dem Gebiet der Fort- und Weiterbildung (zum letzten: SCHMIDT 1989: 5, 44 ff.). SCHUBERT (1988) konnte in seiner Analyse regionaler Unterschiede im Sozialhilfebezug nachweisen, daß im Land Niedersachsen die höchsten Anteilswerte in den kreisfreien Städten und in den nördlichen Landkreisen auftreten, andere Landkreise jedoch eine unterdurchschnittliche Belastung aufweisen. Dieser Analyse folgend ist der fehlende Familienlastenausgleich gepaart mit regional höheren Kinderzahlen u.a. eine Hauptursache hoher Sozialhilfedichten im Norden und Westen dieses Bundeslandes. Ein anderer Faktor sind Verkleinerungen des Hilfenetzes der erweiterten Familie, die insbesondere pflegebedürftige alte Menschen zur Inanspruchnahme organisierter Dienste und in der Folge zum Sozialhilfebezug zwingen. Dieser Faktor wirkt sich im Osten und Süden Niedersachsens erhöhend auf die Sozialhilfedichte aus. Mit Hinweis auf FRANK (1986) betont TEWS (1987) u.a. die Bedeutung der von der Konfessionszugehörigkeit ausgehenden Prägung als Erklärungsfaktor für ein Nord-Süd-Gefälle in der Sozialhilfeinanspruchnahme in Landkreisen. Kurzum: vor vor-schnellen Schlüssen ist zu Recht gewarnt.

Parallel zu der Erkenntnisgewinnung aus dem Bemühen um analytische Trennung von Angleichungsprozessen und kulturellen Unterschieden zwischen Stadt und Land, erweist sich die Analyse ihrer Verschränkung als fruchtbar. Am Beispiel der Wandlungen der Lebensbedingungen alter Menschen in dörflichen Mehrgenerationenfamilien zeigt KUNDRUN (1989) in einer volkskundlichen Analyse, daß im Zuge zunehmender wirtschaftlicher Prosperität die zusammenlebenden Generationen verstärkt räumliche Distanz und Raumautonomie gewonnen haben, die u.a. dazu beiträgt, Konflikte zu reduzieren. Gleichzeitig vermindern sich die Funktionen der alten Generation, der technische Fortschritt setzt hier deutliche Grenzen. Aber: die Mehrgenerationenhaushalte auf dem Lande bleiben durch ländliche Traditionen, ländliche Lebensbedingungen, ländliche Aufgabenstellungen mitgeprägt. Dies wenigstens legen die Einblicke in den Alltagsvollzug nahe.

2.3 Die in diesem Band präsentierten Untersuchungsergebnisse wurden in den Jahren 1986 (Berlin-West) und 1987 (Kassel-Land) erhoben. Dieser Stadt-Land-Vergleich zeichnet sich - obwohl auf abweichenden Fragebögen und Untersuchungskontexten basierend (siehe Anhang D und E, S. 173 ff.) - in Relation zu den älteren Grundlagen durch die Vielfalt der Aspekte, die nebeneinandergestellt werden können, aus. Der Vergleich hebt sich zudem durch die Systematik und Stringenz der Darlegung hervor. Immerhin gab es die Möglichkeit, die Materialaufbereitung ebenso abzustimmen wie interessierende Fragestellungen im Kreis jener, die für die Erhebungen verantwortlich zeichneten, zu diskutieren. Die gebotene Analyse geht also in ihrer Materialbasis und in der Problembearbeitung weit über das hinaus, was bisher in der Bundesrepublik Deutschland auf diesem Gebiet verfügbar ist.

Auffallend sind vollzogene Angleichungen in Problemdimensionen in Stadt und Land. So liegt übereinstimmend der Anteil des "problematischen Wohnens" bei 5 v.H. der 70- bis 90jährigen (S. 19), auf staatliche Unterstützung - Wohngeld, Sozialhilfe - sind übereinstimmend 4 v.H. angewiesen (S. 24), rund 5 v.H. bezeichnen ihre wirtschaftliche Lage als schlecht, wobei der Anteil derjenigen, die über Einkommen in der Größenordnung des Sozialhilfesatzes verfügen, bei 10 v.H. liegt (S. 26). Im Gegensatz zu früheren Befunden - siehe oben - erweisen sich die Unterschiede der Funktionsfähigkeit beider Populationen als keineswegs zentral, geht es um elementare Aktivitäten des täglichen Lebensvollzuges oder um instrumentelle Aktivitäten. Entscheidend sind die Geschlechtsdifferenzen, die der männlichen Population die bessere Position attestieren (S. 40-44). Es ähneln sich, trotz unterschiedlicher Umwelten und Biographien, die Lebenssituationen und Probleme der Betagten, insbesondere in sehr hohem Alter, unter gesundheitlichem Aspekt (S. 47). Trotz deutlicher infrastruktureller Unterschiede zwischen Stadt und Land kommen die Autoren dieses Berichtes zu dem Ergebnis, daß bezogen auf die Inanspruchnahme gesundheitlicher und sozialer Versorgung die Gemeinsamkeiten und Ähnlichkeiten etwaige Divergenzen überwiegen (S. 109).

Kurz, Angleichungen zwischen Stadt und Land sind inzwischen erfolgt, die oben angeführte "Verspätungsthese" kann ad acta gelegt werden. Niveauunterschiede bleiben bestehen, u.a. abgeleitet von dem Definitionsfaktor Bevölkerungsdichte, der eine ländliche Region von einer verdichteteren Region abgrenzt. Herausgehoben sind sozio-demographische Unterschiede, die sich konkretisieren

in der Wohnsituation. Während im städtischen Milieu der Familienstand die Haushaltskomposition determiniert mit wenigen Ausnahmen (S. 61 ff.), ist dies auf dem Lande keineswegs der Fall (S. 71). Ausgeprägt bleiben Unterschiede in Bildungsstand und Einkommen, zu Lasten der ländlichen Region (S. 22, 26). Zu Lasten ländlicher Lebenssituationen wirkt sich auch die weniger entwickelte Verkehrsinfrastruktur und die geringer ausgebaute Infrastruktur an Angeboten des täglichen Lebens ebenso wie der Sozial- und Gesundheitsdienste aus (S. 19, 106 f.). Doch es scheint, diese Variationen werden in ihrer Wirkung durch die angeführten vollzogenen Angleichungen gemildert, sie entbehren heute der Dramatik.

Herausgearbeitet werden Differenzen auf der Erlebnis- und Verhaltensebene, die aus unserer Sicht fortbestehenden kulturellen Differenzen zugeordnet werden können. Es bleibt, wie aus früheren Untersuchungen bekannt, bei der besseren subjektiven Gesundheitsbeurteilung der städtischen Population (S. 31). Doch sind Stadt-Land-Differenzen in hohem Maße durch Geschlechterdifferenzen verschoben oder überlagert. Der Gesundheitszustand der alten Frauen stellt sich generell als schlechter dar als jener der alten Männer, als besonders ausgeprägt erweisen sich die gesundheitlichen Probleme der Frauen auf dem Lande (S. 34). Ergänzende Vergleiche zwischen diesen Landdaten und anderen Bundesdaten aus einer älteren repräsentativen Haushaltsbefragung bestätigen die Unterschiede zwischen Stadt und Land, und im übrigen die Diffusität des bisher erkennbaren Bildes, zieht man zusätzlich die Altersunterschiede in Betracht (JANSEN/RADEBOLD 1989).

Auffallend sind die zwischen Stadt und Land und den Geschlechtern differierenden Zusammensetzungen der sozialen Netze und der verfügbaren sozialen Kontaktpersonen. In der Stadt scheinen alte Frauen reichhaltigere außerfamiliäre Netze aufzubauen, die bis ins hohe Alter aufrecht erhalten werden (S. 63). Männer sind infolge ihres Familienstandes stärker in ein Geflecht familialer Beziehungen eingebunden (S. 65). Auf dem Lande fällt in gewissem Gegensatz hierzu bei Verheirateten die verwandtschaftliche Orientierung der Frauen auf, während die Männer ein kameradschaftlich-nachbarschaftlich orientiertes Kontaktnetz aufrecht erhalten (S. 73). Nicht verheiratete Frauen scheinen auf dem Lande - wie auch in der Stadt - ihr außerfamiliäres bzw. weitere Verwandtschaftskreise einbeziehendes Netz stärker als Männer zu pflegen (S. 73, 79). Wie bereits in früheren Untersuchungen festgestellt, üben nicht-verwandte

Personen auf dem Lande viel eingeschränkter Hilfs- und Unterstützungsfunktionen aus, als dies in der Stadt der Fall ist. Quasi als Ausgleich für die eher verfügbare familiale Hilfe auf dem Lande, steht in der Stadt die nicht einengend definierte, unspezifisch erbrachte Hilfe von Nachbarn und Freunden (S. 81, 83).

Ausgeprägt sind unterschiedliche Nutzungen des divergierenden Netzes von Sozial- und Gesundheitsdiensten in Stadt und Land. In der Stadt werden verfügbare Dienste, soweit zugänglich, in individueller Bedarfsausprägung in Anspruch genommen. Die Nutzungsfrequenz muß nicht mit dem Schweregrad der Beeinträchtigung korrelieren. Demgegenüber ist das Nutzungsmuster von Diensten auf dem Lande deutlich stärker durch den Arzt bestimmt, der u.a. auch zur Inanspruchnahme von Sozialdiensten und Freizeitangeboten rät, und in diesem Fall deren Nutzung partiell steuert (S. 108).

Im Vergleich zu diesen strikt deskriptiv und analysierend ausgerichteten Darlegungen ohne die Tendenz zur Bewertung, fällt in anderen Publikationen aus jüngster Zeit - mit ausschließlicher Konzentration auf die Alterssituation auf dem Lande - ihre Stellungnahme zugunsten der analysierten Gruppe besonders auf (ASAM/ALTMANN/VOGT 1990, LANGEN/SCHLICHTING 1990). In dieser Kontrastierung erweist sich der Wert des Stadt-Land-Vergleichs, geht es um Herausarbeitungen ländlicher Spezifika. Reinen Land-Untersuchungen fehlt zwangsläufig der relativierende Maßstab. Dies wird zum Problem in der Beurteilung der Schwierigkeiten, denen sich die Entwicklung von ehrenamtlicher bzw. Laienarbeit im Landkreis Marburg-Biedenkopf gegenüberstellt, und die sich bei der Installation von praktischen Beratungs- und Hilfsdiensten stellen. Einer Schlußfolgerung die besagt, es gelte "eigene Wege bei der Entwicklung einer ländlichen Altenhilfe einzuschlagen und praktisch zu erproben" (LANGEN/SCHLICHTING 1990: 127), mag intuitiv gefolgt werden oder nicht; argumentativ ist sie aufgrund der gewonnenen Informationsbasis nicht hinreichend untermauert. Mit dem umfangreichen und interessanten Datenmaterial zu Bedingungen des Altseins im Saarland, das in drei saarländischen Landkreisen gewonnen wurde und als für diese repräsentativ gilt, werden der Gerontologie Daten und Erkenntnisse zugeführt. Doch es kann nicht herausgearbeitet werden, auf welche Regionen die Erkenntnisse übertragbar sind und auf welche nicht. Es ist ein - wenn auch großer - Mosaikstein, der erst im Gesamtkontext gewonnener Erkenntnisse seine Bedeutungszuweisung erhalten kann. Der Feststellung, die Daten könnten als

"bundesweit repräsentativ für den ländlichen Raum" gelten und weitere Untersuchungen dieser Art erübrigten sich also (ASAM/ALTMANN/VOGT 1990: 179), kann ohne Prüfung nicht gefolgt werden. Dabei soll nicht verschwiegen werden - und hierin sehen wir einen gewissen Widerspruch zu diesem Anspruch -, daß der Forschungsbericht u.a. die Annahme vertritt, das "klassische Grundmuster Stadt/Land" löse sich auf (ebenda: 169). Dieser Eindruck verstärkt sich auch unter Beachtung der europäischen Vergleichsuntersuchungen.

3. Komparative gerontologische Forschung zu Lebenssituationen in Stadt und Land in anderen europäischen Ländern

Aus dem europäischen Verbundprojekt, dem der hier vorliegende Bericht zugeordnet ist, sind uns zwei Publikationen zu Stadt-Land-Vergleichen bisher zugänglich, auf die vergleichend eingegangen werden soll.

In Schottland wurde in der Zeit von 1982 bis 1987 die Pilotstudie zu den nationalen Teilprojekten im Rahmen des europäischen Verbundprojektes ACRE - siehe oben - durchgeführt (zum zusammenfassenden Bericht siehe HUNTER/McKEGANEY/MacPHERSON 1988). Der gezielte Stadt-Land-Vergleich konzentriert sich auf Bedarfslagen und Dienstenutzungen in der 75jährigen und älteren Bevölkerung. Nimmt man das Ergebnis vorweg, so ergeben sich weder die vielfach stereotyp erwarteten Situationen der relativen Unterversorgung im ländlichen Raum, noch erhärten die gewonnenen Erkenntnisse die Validität einer simplen Stadt-Land-Dichotomie in gerontologischen Studien (FORDYCE/HUNTER 1987). Vielmehr erweisen sich die Herausforderungen an die Planungs- und Versorgungsinstanzen als weitgehend identisch und vergleichbar komplex.

Die Alters- und Geschlechtsverteilung in Stadt und Land weicht nur unerheblich voneinander ab. Es ergeben sich vergleichbare Wohndauern in beiden Gebieten. Auch ist die Verteilung auf große sozio-ökonomische Gruppierungen nur leicht abweichend. Wie nicht anders zu erwarten, finden sich auf dem Lande mehr Zwei-Personen- und Drei-und-Mehr-Personen-Haushalte, in der Stadt hingegen mehr Ein-Personen-Haushalte. Während auf dem Lande tägliche Kontakte im sozialen Netz überwiegen, sind in der Stadt wöchentliche Kontakte vergleichsweise häufiger. Doch insgesamt handelt es sich keineswegs um sehr ausgeprägte Variationen zwischen beiden Regionen.

Als bemerkenswert mag gelten, daß die ländliche Bevölkerung sich eher informierter bezogen auf verfügbare Sozial- und Gesundheitsdienste zeigt und diese (z.B. ambulante Pflege, Gesundheitsberatung, Essen auf Rädern) häufiger in Anspruch nimmt. In der Stadt ist die allgemeine Versorgung mit Haushaltshilfen besser (unter Umständen begründet in den größeren Schwierigkeiten der städtischen Alterspopulation, das Haus selbständig zu verlassen in Verbindung mit dem größeren Anteil von Ein-Personen-Haushalten), und die organisierte Versorgung von alten Menschen mit Funktionseinbußen ist im urbanen Raum insgesamt dichter. Hintergrund für die zuletzt genannte Differenz mag die verbreitetere Verfügbarkeit informeller Hilfen auf dem Lande sein - bei insgesamt hohem Niveau familialer Hilfe für die alten Angehörigen in Stadt und Land.

Sofern Unterschiede jenseits der Niveaudiskussion relevant werden, vermuten die Autoren diese in sozio-kulturell geprägten Haltungen, die u.a. dazu führen, daß auf dem Lande der Wert der Selbstversorgung und der Selbständigkeit von fremder Hilfe stärker verankert ist, während die städtische Alterspopulation sich stärker an organisierte Dienste gewöhnt hat und diese dementsprechend eher einfordert. Solche Einstellungs-differenzen mögen den Hintergrund für Angaben zu einem höheren (wenn auch keineswegs dramatischen) ungedeckten Hilfebedarf in der Stadt im Vergleich zum Land erklären.

Der zweite Forschungsbericht kommt aus den Niederlanden und bezieht sich auf Bedarfslagen alter Menschen einerseits, die Verfügbarkeit von Diensten andererseits, unter besonderer Berücksichtigung der Gemeindepsychiatrie in Stadt und Land (GERRITSEN/WOLFFENSBERGER/VAN DEN HEUVEL 1990). Um dem Fehler zu begegnen, in zwei analysierten Populationen und Regionen ermittelte Differenzen als Stadt-Land-Differenzen zu interpretieren, nur weil es sich um städtische bzw. ländliche Populationen/Regionen handelt, wird folgendes Vorgehen gewählt: Gefragt wird (i) nach dem Dienstbedarf alter Menschen in beiden untersuchten Regionen, (ii) nach der Versorgung mit Dienstleistungen sowie (iii) nach deren Auswirkungen auf die effektive Dienstenutzung bzw. Dienstanspruchnahme. Die Untersuchung wurde von 1983 bis 1986 in Den Haag und in Friesland durchgeführt. Als Referenzdaten stehen die Ergebnisse einer allgemeinen Untersuchung zur Versorgung psychisch kranker alter Menschen in den Niederlanden zur Verfügung. Grundlage des Stadt-Land-Vergleichs sind Befragungen der Allgemeinpraktiker und der Haushilfeorganisationen und Untersuchungen der Dienstenutzung in den relevanten Regionen. Im Gegensatz zu dem schotti-

schen Projekt und den Studien in Berlin und in Kassel, gehen in diesem Falle keine in der Befragung alter Menschen gewonnenen Primärdaten in die Analyse ein.

In der 65jährigen und älteren Bevölkerung Den Haags finden sich höhere Anteile Hochaltriger als im ländlichen Friesland. Es sind also höhere Anteile psychisch kranker alter Menschen im städtischen Raum zu vermuten, ceteris paribus. Tatsächlich kennen die befragten Experten in Den Haag höhere Zahlen alter Menschen, die sich in problematischen Lebensumständen befinden. Andererseits zeigen sich - in gewissem Widerspruch hierzu - höhere Fallzahlen somatisch kranker und psychisch kranker alter Menschen auf dem Lande, so daß sich insgesamt eine problematischere Gesundheitssituation der ländlichen Alterspopulation zu bestätigen scheint.

Der Grad und die Art der Versorgung mit Diensten ist schwierig zu vergleichen angesichts gegebener Variationen in der Dienstedichte und Dienststruktur ebenso wie im Dienstzugang. Experten beurteilen die Versorgungssituation insgesamt in Friesland etwas kritischer als in Den Haag. Es gibt in diesem ländlichen Raum eine geringere Dienstvielfalt, weniger Dienstinnovation, eine gezielte Bedarfsbefriedigung via Dienstanspruchnahme ist erschwert. Im großstädtischen Ballungsgebiet von Den Haag hingegen sind spezialisierte Dienste eher verfügbar für eine insgesamt weniger problembelastete Altersbevölkerung.

Im Ergebnis spricht vieles für die These, daß die Verfügbarkeit von Diensten ihre Inanspruchnahme steuert und nicht der Bedarf.

Möglicherweise beziehen sich kulturelle Differenzen nicht nur auf die Habitualisierung der Dienstanspruchnahme seitens ihrer Klienten (Unterkonsumption auf dem Lande, Überkonsumption in der Stadt), sondern auch auf eine divergierende Problembewertung seitens der Politik. Es spricht einiges für die Annahme, diese folge der Auffassung, ein verdünnteres und weniger spezialisiertes Dienstenetz genüge in ländlichen Regionen, während für städtische Gebiete ein differenziertes Angebot als angemessen gelten müsse.

Die Befunde aus den Untersuchungen von Lebenssituationen alter Menschen in Berlin und in Kassel-Land, aus der Feder der verantwortlichen Forschungsteams

in beiden Regionen, bestätigen die Ergebnisse aus Schottland und aus den Niederlanden im Kern, bei aller gegebenen Variation.

LITERATURVERZEICHNIS DER EINLEITUNG:

- ASAM/ALTMANN/VOGT 1990 W.A. Asam; U. Altmann; W. Vogt: Altsein im ländlichen Raum. Ein Datenreport, Kommunale Sozialpolitik Bd. 7, München 1990
- BLUME 1968 O. Blume: Möglichkeiten und Grenzen der Altenhilfe, Tübingen 1968
- BLUME 1969 O. Blume: Zur Situation der älteren Menschen auf dem Lande, in: Neues Beginnen, 3(1989) - hier Sonderdruck, 10 S.
- BRÖSCHEN 1983 E. Bröschen: Die Lebenslage älterer Menschen im ländlichen Raum - eine empirische Untersuchung als Grundlage zur Planung von sozialen Diensten. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit Bd. 137, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1983
- FORDYCE/HUNTER 1987 I.D. Fordyce; D.J. Hunter: Rural-urban variations in service provision for elderly people, in: Journal of the Royal College of General Practitioners, 37(1987), S. 109-111
- FRANK 1989 W. Frank: Unterschiede in der Sozialhilfedichte - strukturbedingt oder hausgemacht? Ergebnisse einer wissenschaftlichen Untersuchung, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 66(1966)10, S. 379-385
- GERRITSEN/WOLFFENSPERGER/
VAN DEN HEUVEL 1990 J.C. Gerritsen; E.W. Wolffensperger; W.J.A. van den Heuvel: Rural-urban differences in the utilization of care by the elderly, in: Journal of Cross-Cultural Gerontology, 5(1990), S. 131-147

- HARTMANN 1981
H. Hartmann: Sozialhilfebedürftigkeit und "Dunkelziffer der Armut". Bericht über das Forschungsprojekt zur Lage potentiell Sozialhilfeberechtigter. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit Bd. 98, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1981
- HOLZ 1990
G. Holz: Die Alterslast - ein Gewinn für andere?, Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit Bd. 78, Berlin 1990
- HUNTER/McKEGANEY/MacPHERSON 1988
D.J. Hunter; N.P. McKEGANEY; I.A. MacPherson: Care of the elderly. Policy and Practice, Aberdeen 1988
- JAMIESON/ILLSLEY 1990
A. Jamieson; R. Illsley (eds.): Contrasting european policies for the care of older people, Aldershot/Brookfield USA/Hong Kong/Singapore/Sydney 1990
- JANSEN/RADEBOLD 1989
B. Jansen; H. Radebold: Beschwerden einer repräsentativen Stichprobe über 60jähriger in einer ländlichen Region, in: Speidel, H.; Strauß, B. (Hrsg.): Zukunftsaufgaben der psychosomatischen Medizin. Deutsches Kolloquium für psychosomatische Medizin 12.-14. November 1987, Berlin/Heidelberg/New York/London/Paris/Tokyo 1989, S. 61-69
- KARSTEN/BAUER 1968
A. Karsten; A. Bauer: Einstellung älterer Landbewohner der Bundesrepublik Deutschland zum Zusammenwohnen und Zusammenleben mit ihren Kindern, in: Thomae, H.; Lehr, U. (Hrsg.): Altern. Probleme und Tatsachen, Akademische Reihe, Frankfurt/M. 1968, S. 434-438
- KUDRUN 1989
V. Kudrun: Alte Menschen auf dem Lande. Kultureller Wandel in einer Gemeinde im südlichen Niedersachsen. Beiträge zur Volkskultur in Nordwestdeutschland Heft 66, Münster 1989
- LANGEN/SCHLICHTING 1990
I. Langen; R. Schlichting: Altenhilfe auf dem Lande. Erfahrungen eines praxisorientierten Forschungsprojektes, o.O. (Marburg) o.J. (1990)
- MAGS-BW 1983
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.): Die Lebenssituation älterer Menschen. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in Baden-Württemberg, Stuttgart 1983

MAGS-BW 1986

Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.): Ältere Menschen in Großstädten. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in Baden-Württemberg, Stuttgart 1986

SCHMIDT 1989

R. Schmidt: Die "schlaue" Altenhilfe. Zur Entwicklung des Fort- und Weiterbildungsmarktes in den achtziger Jahren, Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit Bd. 77, Berlin 1989

SCHUBERT 1988

H.J. Schubert: Sozialhilfe und Lebensraum. Ausgewählte Ergebnisse einer regional differenzierenden Analyse der niedersächsischen Sozialhilfestatistik 1986, vervielf. Manuskript, Hrsg. Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforchung GmbH an der Universität Hannover, Hannover 1988

SOCIALDATA 1980

Socialdata: W. Brög; G.-F. Häberle; B. Mettler-Meibom; U. Schellhaas: Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger. Ermittlung der Repräsentativdaten und Situationsgruppenanalyse. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit Bd. 80, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1980

TEWS 1987

H.P. Tews: Altern auf dem Lande, in: Der Landkreis (1987)8-9, S. 446-452

Dieser Bericht entstand auf der Grundlage von Forschungsprojekten, die im Rahmen des Verbunds "Vergleichende Untersuchung der Sozial- und Gesundheitsdienste für ältere Menschen" von der Deutschen Forschungsgemeinschaft großzügig gefördert wurden. Es ist zudem ein Beitrag zum internationalen Vergleich der EG-Länder "Age Care Research Europe". Die Berliner Autoren - Mitglieder der AG Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte an der Freien Universität Berlin - führten die Untersuchung in der Großstadtregion unter dem Titel "Versorgung alter Menschen - Bedarf und Barrieren" durch. Sie bedanken sich bei allen, die ihre Arbeit unterstützt haben: bei den Professoren Hans Oswald, Ralph Brennecke und Bernhard Badura für die forschungspolitische Absicherung; bei der Kollegin Renate Müller für vielfältige praktische Hilfe und bei Doris Schaeffer für sachbezogene Diskussionsbeiträge; bei den Forschungshelferinnen - Volontärinnen in der gerontologischen Forschung - für ihren unermüdlichen Einsatz als Interviewer und bei den Probanden für die umfassenden Angaben. Die Interdisziplinäre AG für Angewandte Soziale Gerontologie (ASG) bedankt sich bei allen ihren Feldforschern für die Mitarbeit an der Erhebung der Daten dieser "Gerontologischen Verlaufsstudie zu Lebensverhältnissen und Bedarfsentwicklung in einer ländlichen Region". Allen älteren und alten Auskunftspersonen im ländlichen Nordhessen sind die Kasseler Autoren mit besonderem Dank verpflichtet.

1. Großstädtische und ländliche Lebensumwelten alter Menschen

1.1 Einführung

Aussagen über die Situation älterer und alter Menschen zeichnen sich - auch wenn sie empirisch untermauert sind - häufig durch Pauschalisierungen aus. Die Forderung nach mehr Differenzierung hat deshalb bis heute nichts an ihrer Aktualität verloren. Selten aber wird die alte Landbevölkerung den alten Menschen in der Stadt direkt gegenübergestellt.

Das hat zur Konsequenz, daß in der breiten Öffentlichkeit, doch auch in Diskussionen der Altenexperten, fast immer die Vorstellung durchschimmert, daß das Altern auf dem Lande ein wenig unbeschwerter als in der Stadt verläuft. Die Bilder, die sich da einschleichen, sind voll von altertümlichen Szenen und auch ihre Tönung scheint vom Prozess der westlichen Modernisierung kaum berührt zu sein. Die helfende Dorfgemeinschaft, die mehrgenerationelle Großfamilie und das ständig volle Haus, das in guten Zeiten, aber auch im Falle von Krankheit, Siechtum, ja von Sterben eine Kontinuität der Lebensweise sichert, Kleinräumigkeit und Übersichtlichkeit der Versorgung mit wichtigen Gütern und Dienstleistungen, kein Bruch durch unwiderrufliche Pensionierung, sondern weiterhin Teilhabe am landwirtschaftlichen Produktionsprozeß (und sei es zumindest durch ein wenig Gartenwirtschaft), ein bißchen Armut und viel glückliche Einfachheit - das sind die Vorstellungen, denen die anders lautenden Befunde der sich derzeit mehrenden Untersuchungen des Alterns auf dem Lande (vgl. u.B. BRÖSCHEN 1983, MAGFS.BW 1983, TEWS 1987 a) bisher nichts anhaben konnten.

Der Modernisierungsprozeß scheint hingegen die alten Menschen in den Großstädten stärker erfaßt und sich differenzierend auf ihre Lebensbedingungen ausgewirkt zu haben. Einerseits kommt so das Bild von den "Neuen Alten" auf, die aktiv und selbstbewußt ihren Lebensabend gestalten, andererseits dominiert das Bild der alten Menschen als Opfer negativer Auswüchse industrieller Gesellschaft auf dem Höhepunkt ihrer Existenz. Die "jüngeren" Großstadtalten werden nach wie vor oft als die mit Pensionierungsschock und Leere kämpfenden Personen, die "älteren Alten" als vereinsamte Individuen gezeichnet. Das Alter in der Stadt wird mit Isolation in Wohnsilos, mit Helfer- und Schutzlosigkeit, mit Ausgeliefertsein an komplexe Bürokrati-

tien - kurz mit Problembeladenheit - assoziiert. Und angesichts dieser Problembeladenheit (fern des scheinbar besseren Alterns auf dem Lande) kann es nicht verwundern, daß Konzepte der Altenhilfe vielfach auf sie zugeschnitten sind. Es werden überwiegend "städtische" Lösungen angeboten, die sich besser für städtische Hilfebedürftige, weniger für die Probleme der Alten auf dem Lande eignen.

Derartige Verzerrungen der Darstellung städtischer alter Menschen sind zwar recht verbreitet, finden sich jedoch (im Gegensatz zu den ländlichen Anachronismen) in Expertenmeinungen eher selten, weil der Forschungsbestand reichhaltiger ist als der Bestand an Studien aus ländlichen Regionen.

Derzeit besteht eine wichtige Aufgabe der gerontologisch orientierten Forschung sicherlich darin, die Pluralität der Lebensformen alter Menschen zu explizieren. Die Autoren dieses Berichts betrachten eine Aufwertung der Relevanz der Lebensumwelt als eine Grundvoraussetzung für die Annäherung an dieses Ziel. Daher die Kontrastierung von Stadt und Land, daher das Übereinanderlegen der Situationen gleicher Kohorten, die in von vornherein inkompatiblen Bedingungen leben! Gleich in diesem Kapitel werden daher ausgewählte Aspekte der wirtschaftlichen, verwaltungsmäßigen und baulichen Struktur der jeweiligen Region beschrieben. Von diesen werden die Charakteristika der unmittelbaren Umwelt (Haus, Wohnung) abgeleitet und es wird nach deren Implikationen für die Lebensweisen und Lebensstile bzw. für deren Heterogenität gesucht.

Hier zeichnet sich bereits die Perspektive ab, die in diesem Bericht insgesamt eingenommen wird: es soll aufgedeckt werden, ob und in welcher Weise sich die offensichtlichen strukturellen Differenzen in der Situation (Gesundheit, Funktionsfähigkeit, soziale Einbindung etc.) und in Lebensweisen (Gewährung und Inanspruchnahme informeller sozialer Unterstützung, Nutzung organisierter Versorgung etc.) niederschlagen. Die herkömmliche gerontologische Perspektive, nämlich die Untersuchung, wie sich die alten Individuen und Gruppen an die derart unterschiedlichen Gegebenheiten anzupassen vermögen, bleibt dagegen außer Acht. Insofern geht es in dieser Arbeit mehr um eine Gegenüber- bzw. Nebeneinanderstellung als um einen Vergleich.

Die Aussagen basieren auf Studien, die nicht absolut deckungsgleich sind. Die Daten zur Situation alter Menschen auf dem Lande wurden in Nordhessen (Landkreis Kassel) in drei Gemeinden an einer 327 Personen umfassenden Stichprobe der 1916 und davor Geborenen erhoben. Die Stichprobe der Großstadtreion besteht dagegen aus 427 Männern und Frauen, die zum Zeitpunkt der Befragung in der Westberliner Innenstadt wohnten. Die Erhebung erfolgte mit vollstrukturierten Fragebögen, die sich in beiden Regionen ähneln, jedoch nicht identisch sind. Detaillierte Einblicke in diese Instrumente und das jeweilige regionale Untersuchungsdesign finden sich im Anhang D (Großstadt) und E (ländliche Studie).

1.2 Strukturskizze der großstädtischen Lebensumwelt

Den Ansatz der in der Großstadt durchgeführten Teilstudie bezeichnen wir als einen ökologischen. Damit wird auf die Bedeutung verwiesen, die der Varietät der Umweltfaktoren und der Vielfältigkeit von Lebenslagen und -umständen beigemessen wird. Konsequenterweise wurde ein regionaler Zugang gewählt. Damit wurde nicht lediglich auf geographische, sondern auch auf versorgungsstrukturelle Aspekte abgestellt und die Untersuchungspopulation aus einem Gebiet rekrutiert, das über eine relativ einheitliche Versorgungsorganisation und -verwaltung verfügt und weitestgehend die Charakteristika einer Kommune trägt. In Berlin (West), wo die Studie angesiedelt war, stellen Verwaltungsbezirke solche Einheiten dar. Sie haben ein gewisses Maß an Autonomie der Organisation sozialer Dienste und anderer Versorgungsleistungen, die üblicherweise auf der kommunalen Ebene verankert sind.

Unsere Blickrichtung zielte auf eine "typische" großstädtische Lebensumwelt alter Menschen, also auf ein innerstädtisches Gebiet (DIECK 1978) mit einer leichten Verdichtung der alten Bevölkerung und einer gemischten Nutzungsstruktur. Nicht in Betracht kamen typische Vorstädte, die entweder eine zu homogene Struktur haben und nach ihrer Bevölkerung mit einheitlichen sozialen Merkmalen charakterisiert werden können ("Arbeiterbezirk", "Neubausilo", reine Villengegend für Bessergestellte) oder aber jeglicher Großstadtcharakteristika entbehren und sich eine vorwiegend dörfliche Struktur bewahrt haben.

Ausgewählt wurden die innerstädtischen Verwaltungsbezirke Charlottenburg und Wilmersdorf. (Für eine detailliertere Beschreibung des Untersuchungsgebietes, vgl. MÜLLER 1987). Beide Bezirke liegen im Zentrum von Berlin (West) und grenzen aneinander, teilweise am Kurfürstendamm, im nordöstlicheren Verlauf an der Lietzenburger Straße (SCHAUBILD I). Im Hinblick auf die Gebietsgröße unterscheiden sich die beiden Bezirke nur unwesentlich: Charlottenburg hat 3.033 Hektar, Wilmersdorf 3.439 Hektar, Berlin (West) insgesamt umfaßt eine Fläche von 48.014 Hektar. Auch die Einwohnerzahlen sind mit rund 145.000 für Charlottenburg und etwa 131.000 für Wilmersdorf annähernd gleich. Sehr divergent ist allerdings die Nutzungsart der Bezirke. Charlottenburg besteht zu 94 v.H. aus Siedlungsfläche, in Wilmersdorf hingegen ist nur knapp die Hälfte des Gebiets besiedelt; 46 v.H. der Fläche Wilmersdorfs besteht dagegen aus Wald; 5 v.H. ist Wasserfläche (STATISTISCHES LANDESAMT BERLIN 1988: 30, 31, 42).

Auch die wirtschaftliche Struktur weist beide Bezirke als großstädtische Innenstadtbereiche aus (TABELLE 1). Kreditinstitute, Versicherungen und übrige Dienstleistungsbetriebe sind mit einem Anteil von über 35 v.H. aller in den Bezirken ansässigen Wirtschaftsgruppen vertreten. Die nächst-wichtigste Wirtschaftsgruppe ist für beide Bezirke der Einzelhandel; der Bereich Gaststätten/Beherbergungen folgt in Charlottenburg mit einem Anteil von 12 v.H. der bezirklichen Gewerbebetriebe. In Charlottenburg ist der größte Teil der City mit dem Kurfürstendamm und seinen Nebenstraßen lokalisiert: ein attraktives und durch den öffentlichen Personennahverkehr voll erschlossenes Ziel sowohl für Berliner als auch für Touristen. In Wilmersdorf sind zahlenmäßig weniger Betriebe und Leistungsanbieter angesiedelt. Sie konzentrieren sich jedoch auf einem bedeutend kleineren besiedelten Gebiet. Sieht man von dem bewaldeten Anteil Wilmersdorfs ab, stellen sich sowohl Charlottenburg als auch Wilmersdorf als die innerstädtischen Gebiete dar, die sowohl Citycharakter, verdichtete Wohnbezirke als auch einige Randbezirke mit aufgelockerter Bebauung haben.

SCHAUBILD I : LOKALISIERUNG DES UNTERSUCHUNGSGEBIETES IN DER
GROßSTADTREGION VON BERLIN (WEST)



Der zentralen Lage beider Bezirke entspricht, daß - gemessen an den Gebäuden mit Wohnraum überhaupt - der Anteil reiner Wohngebäude geringer als im Durchschnitt von Berlin (West) ist. Der größte Teil der reinen Wohngebäude wurde nach der Jahrhundertwende erbaut, im Zuge der Ausdehnung der Stadt nach Westen. Mehrgeschossige Mietshäuser mit 7 und mehr Parteien wurden bis in die Zeit des 1. Weltkriegs, danach bis zum 2. Weltkrieg wurden zunehmend auch 1- und 2-Familienhäuser erstellt. Die Größe der Mietwohnungen liegt mit etwas über 70 qm über dem Durchschnitt von Berlin (West) (66 qm). Wohnungen des sozialen Wohnungsbaus sind unterdurchschnittlich vertreten (STATISTISCHES LANDESAMT BERLIN 1989: Tab. 5, 6, 13, 14)(1).

Die Bevölkerungsstruktur beider Bezirke unterscheidet sich nur wenig. Sie entspricht in etwa dem Bevölkerungsaufbau von Berlin (West) (TABELLE 2). Zu den Abweichungen gehört, daß die Altersgruppen der 6- bis unter 15- und 15- bis unter 20jährigen in Wilmersdorf und Charlottenburg im Vergleich zu Berlin (West) unterrepräsentiert sind. Anders dagegen der Anteil der für die Untersuchung relevanten Altersgruppen der 65jährigen und Älteren: Er ist in Charlottenburg um 2,2 v.H.-Punkte, in Wilmersdorf um 3,6 v.H.-Punkte höher als im gesamten Westberliner Stadtgebiet. Die Relation von männlicher zu weiblicher Bevölkerung entspricht in beiden Bezirken dem für diese Altersgruppen typischen Verhältnis: Auf einen Mann im Alter ab 65 Jahren kommen in Charlottenburg 2,9 Frauen und in Wilmersdorf 2,8 Frauen.

1.2.1 Großstädtische Wohnumwelt

Nachdem die Struktur der großstädtischen Region in wesentlichen Zügen skizziert wurde, soll nun die Wohnsituation der alten Großstadtbewohner beschrieben werden. Die Bedeutung der Wohnsituation, und somit der unmittelbaren Lebensumwelt, nimmt mit dem Lebensalter zu, denn es scheint, daß ein signifikanter Anteil der Betagten eine größere Zeitspanne des Tages in der Wohnung verbringt. Es kann auch sein, daß sich mit der Wohndauer die emotionalen Bindungen an die Wohnung verfestigen (STEINACK 1987: 237): die alten Menschen hängen an ihrer Wohnung, egal wie beschaffen sie sein mag. Unter der sozialpolitischen Prämisse, alten Menschen das Verbleiben in ihrer angestammten Wohnung so lange zu ermöglichen, wie es nur geht, gewinnen Ausstattung und Lage der Wohnung ein zusätzliches Gewicht. Diese Kriterien sind nicht nur wirksame Randbedingungen der Möglichkeit zur

selbständigen Lebensführung, sondern setzen gleichfalls Rahmenbedingungen für die Tätigkeit ambulanter Hilfsdienste und die Unterstützung durch informelle Helfer (GARMS-HOMOLOVA/HÜTTER/LEIBING 1982). Welche Wohnsituation ist nun typisch für die untersuchte großstädtische Altenpopulation? Wir werden die Wohnsituation unter integrativen, qualitativen und finanziellen Aspekten diskutieren.

1.2.2 Integrative Aspekte des Wohnens

Wohnbedingungen können förderlich oder erschwerend für die Integration alter Menschen in den sie umgebenden sozialen Kontext sein. Anhaltspunkte für diesen Aspekt sind einerseits in der Haushaltsstruktur zu sehen, die in Kapitel 5 differenziert dargestellt wird. Andererseits soll gefragt werden, ob die Erreichbarkeit der Außenwelt in baulicher und ausstattungs-mäßiger Hinsicht gewährleistet ist.

Das Telefon, ein wichtiger Kommunikationsweg nach draußen, ist in fast allen Haushalten vorhanden (96 v.H.); gleichfalls ist in fast jedem Haushalt sowohl ein Fernsehgerät als auch ein Rundfunkgerät verfügbar. Das Verhältnis zu Nachbarn wird überwiegend positiv bewertet. Jede(r) Dritte konstatiert, daß man sich, immer wenn nötig, gegenseitig hilft, und ein weiteres knappes Drittel bezeichnet das Verhältnis als gut. Keinen Kontakt zu den Nachbarn haben lediglich 6 v.H., weitere 30 v.H. kennen ihre Nachbarn nur durch Begegnungen im Treppenhaus (vgl. auch weiter unten).

Trotz eventueller Funktionseinschränkungen haben 17 v.H. günstige Voraussetzungen für das Verlassen der Wohnung: Sie leben in einer Parterrewohnung. Weitere 34 v.H. wohnen zwar in einem höheren Stockwerk, sie können sich aber eines Aufzugs bedienen. Knapp jede(r) Zweite müßte allerdings in der Lage sein, eine Treppe zu benutzen, wenn Besorgungen außer Haus erledigt oder Besuche gemacht werden sollen. Schwierigkeiten mit dem Verlassen des Wohnhauses haben etwa 40 v.H. der 70- bis 90jährigen; weitere 2 v.H. schaffen es überhaupt nicht mehr. Nur für etwa jede(n) Zweite(n) ist also das Treppensteigen problemlos möglich. Diese "mobile" Gruppe verkleinert sich jedoch in höherem Alter: Nur noch etwa jede(r) Dritte der 85- bis 89jährigen kann ohne Schwierigkeiten die Treppen im eigenen Wohnhaus benutzen.

1.2.3 Qualitative Aspekte des Wohnens

Wohnungsgröße und Wohnungsausstattung setzen Rahmenbedingungen sowohl für eine selbständige Lebensführung als auch für die Möglichkeiten unterstützender Hilfestellung. Sind minimale Wohnstandards nicht gegeben, kann ein Umzug in eine altengerechte Wohnung notwendig werden und eine ansonsten erforderliche Institutionalisierung möglicherweise zunächst ersetzen. Doch die Bereitschaft zu Umzügen darf nicht als sehr hoch veranschlagt werden, zumindest wenn man die bisherige Wohnbiographie der 70- bis 90jährigen als Orientierung heranzieht: Jede(r) Dritte wohnt länger als 30 Jahre in der angestammten Wohnung, und tendenziell steigt die Wohndauer für höhere Altersgruppen an. Innerhalb der letzten 5 Jahre zogen nur 11 v.H. der 70- bis 90jährigen um. Als Grund für einen Umzug innerhalb der letzten fünf Jahre wird in den meisten Fällen genannt, in der früheren Wohnung sei die Lebensführung problematisch geworden.

Wie sind nun die Wohnungen der großstädtischen Altenpopulation beschaffen? Wie der Siedlungscharakter erwarten läßt, befinden sich die meisten Wohnungen in mehrgeschossigen Mietshäusern: 82 v.H. im Vorderhaus, 7 v.H. im Seitenflügel, 9 v.H. im Hinterhaus. Nur knapp 2 v.H. der 70- bis 90jährigen leben in Einfamilienhäusern. Analog dazu ist die Quote der Haus- oder Wohnungseigentümer mit 6 v.H. gering und liegt noch unter dem Durchschnitt für Berlin (West) mit 11 v.H., entspricht aber in etwa der Größenordnung, die für diese beiden Stadtbezirke angegeben wird (STATISTISCHES LANDESAMT BERLIN 1989: Tab.14). Gemessen an der Raumzahl scheinen 70- bis 90jährige in etwas kleineren Wohnungen als jüngere Bewohner der beiden untersuchten Stadtbezirke zu leben (ebenda: Tab. 15). Die typische Wohnungsgröße - sie gilt für etwa 41 v.H. der Altenpopulation - ist eine 3-Raum-Wohnung, sie besteht in der Regel aus einer Küche und zwei weiteren Zimmern. Alleinstehende besitzen eher kleinere Wohnungen; bei alleinstehenden Frauen ist der Bewegungsraum häufig nur auf einen Raum beschränkt. Größere Wohnungen - vier Räume und mehr - machen insgesamt etwa ein Drittel der von alten Menschen bewohnten Wohnungen aus. In größeren Wohnungen sind vor allem Zwei- und Mehrpersonenhaushalte zu finden; die wenigen noch verheirateten Frauen und ebenso Frauen in Mehrgenerationenhaushalten leben so. Zu den meisten Wohnungen gehört ein Balkon; gelegentlich kann ein Garten genutzt werden. Keine dieser unmittelbar angegliederten Möglichkeiten zum Aufenthalt an der freien Luft besteht für 14 v.H. der Altenpopulation in der Innenstadt.

Wilmsdorf und Charlottenburg gehören zu den Bezirken mit vergleichsweise besserer Ausstattung der Wohnungen (ebenda: Tab. 16). Auch für die 70- bis 90jährigen gilt das gute Ausstattungsniveau. Eine eigene Kochgelegenheit ist fast überall vorhanden (98 v.H.) ebenso ein Bad oder Duschbad (97 v.H.) und eine Toilette innerhalb der Wohnung (99,5 v.H.). Fließendes Warmwasser steht in 93 v.H. der Wohnungen zur Verfügung, 91 v.H. werden zentral oder durch eine Etagenheizung beheizt. Auch die Ausstattung mit langlebigen Gebrauchsgütern muß als gut eingeschätzt werden: Kühlschränke, Staubsauger usw. sind in der Regel vorhanden. Allerdings finden sich keine Tiefkühleinrichtungen (auch Tiefkühlfach) und automatische Waschmaschinen in 30 v.H. bzw. 43 v.H. der Haushalte: Sie fehlen eher in Haushalten der befragten Frauen als in Haushalten der Männer.

1.2.4 Finanzielle Aspekte des Wohnens

Das Mietniveau in Berlin (West) verändert sich anlässlich des Vereinigungsprozesses und ist durch verschiedene, zurückliegende Sonderbedingungen geprägt: Zum Zeitpunkt der Untersuchung fehlt ein Umland, das ein Ausweichen auf preiswerteren Wohnraum gestatten könnte. Ferner waren die Altbaumieten bis zum Mai 1987 preisgebunden. Obwohl die Rechtslage mit diesem Termin derjenigen des Bundesgebietes angeglichen wurde, und die Mieten steigen, blieb das durchschnittliche Mietniveau in Berlin (West) niedriger als in einigen anderen bundesdeutschen Großstädten. Die Volkszählung 1987 ergab für Berlin (West) eine durchschnittliche Miethöhe ohne verbrauchsabhängige Nebenkosten von 421 DM (ebenda: Tab. 19). Die hier untersuchten Stadtbezirke weisen mit 470 DM für Charlottenburg und 503 DM für Wilmsdorf eine etwas höhere Durchschnittsmiete auf. Direkte Vergleiche zwischen diesen Mieten und den Wohnkosten der Altenpopulation können nicht gezogen werden, weil die in der vorliegenden Studie erhobenen Wohnkosten die Heizungsausgaben einschließen.

Etwa ein Drittel der 70- bis 90jährigen zahlt weniger als 400 DM "Warmmiete" im Monat; 23 v.H. zahlen zwischen 400 und 500 DM, 20 v.H. zwischen 500 und 600 DM. 600 DM und mehr zahlt jeder vierte Haushalt. Die Wohnkosten sind höher für größere Wohnungen und bei Haushalten mit höherem

Gesamteinkommen. Alleinstehende Männer und Frauen sind eher in den niedrigeren Kostengruppen zu finden; die Wohnkosten für Zwei- und Mehrpersonenhaushalte sind eher hoch. Allerdings sind Frauen, auch wenn sie nicht allein wohnen, in der niedrigsten Kostengruppe überrepräsentiert. Möglicherweise werden die Wohnkosten in Mehrgenerationenhaushalten und anderen Wohngemeinschaften anteilig gezahlt und teilweise auch so angegeben. Etwa 14 v.H. der 70- bis 90jährigen sind Wohngeldbezieher. Diese Quote deckt sich in etwa mit der von HINSCHÜTZER/MOMBER (1982) veröffentlichten: Sie sprechen in diesem Zusammenhang von 13 v.H. aller Rentner- und Pensionärshaushalte. Die Gruppe der Wohngeldbezieher besteht überwiegend aus allein lebenden Frauen; sie zahlen weniger Miete und haben ein geringeres Haushaltseinkommen. Nicht so scharf sozial abzugrenzen sind die Haushalte mit einem Wohnberechtigungsschein. Tendenziell handelt es sich um alte Ehepaare. Insgesamt benötigte jeder dritte Altenhaushalt einen Wohnberechtigungsschein vor Abschluß des Mietvertrags.

1.3 Strukturskizze der ländlichen Lebensumwelt

Ländliche Regionen gegenüber städtischen Regionen abzugrenzen bereitet besonders im Detail Schwierigkeiten (siehe z.B. BRÖSCHEN 1983: 31 ff.). Das für die Bundesrepublik allgemein gebräuchliche bevölkerungsstatistische Kriterium von weniger als 200 E/qkm verbirgt in seiner Globalität durchaus heterogene ländliche Strukturen im Bezug auf Bevölkerungsdichte, Erwerbsstrukturen, Versorgungsdichte etc. Der Landkreis Kassel (SCHAUBILD II), in dem die Untersuchungsregion angesiedelt ist, entspricht dem Typus der Region mit Verdichtungsansätzen des Raumordnungsberichtes der Bundesregierung (BMBAU 1986: 13), der dort wie folgt charakterisiert wird: "Dabei handelt es sich um Regionen mit kleineren Verdichtungsräumen, die im Umland oftmals noch ländlich geprägt sind, sich aber durch hohe Standortqualität insbesondere der Zentren (z.B. Kiel, Münster, Göttingen, Würzburg, Freiburg) auszeichnen".

SCHAUBILD II : LOKALISIERUNG DES UNTERSUCHUNGSGEBIETES IN DER LÄNDLICHEN REGION IM LANDKREIS KASSEL (AUSSCHNITT)



Wenn auch Einschränkungen an der Einschätzung der hohen Standortqualität des Zentrums Kassels gemacht werden müssen, (erhöhte strukturell bedingte Arbeitslosigkeit, Infrastrukturprobleme, bisherige Randlage zur Grenze der DDR), liegen die für die Untersuchung ausgewählten Gemeinden in einer Region, die als "Kernstadt mit ländlichem Umland" am besten beschrieben wird. Die auf den Landkreis bezogene räumliche "mittlere" Stadtferne bzw. -nähe der ausgewählten Gemeinden korrespondiert mit einer "mittleren" Versorgungsstruktur mit sozialen und gesundheitsbezogenen Einrichtungen und Diensten (siehe Kapitel 6).

Vor 1971 bildeten die drei Untersuchungsgemeinden den Kern eines eigenständigen Kreises, der mit der gebietlichen Neuordnung des Jahres 1972 zum größten Teil im neugebildeten Landkreis Kassel aufging. Die von uns ausgewählten Gemeinden gliedern sich in drei Kernstädte, Gemeinde A mit 9 Ortsteilen (Zusammenschluß 1971), Gemeinde B mit 6 Ortsteilen (Zusammenschluß 1970/71) und Gemeinde C mit 4 Ortsteilen (Zusammenschluß 1971). Diese kommunale Gebietsreform hatte zur Folge, daß in den Gemeinden A, B, und C eigene Stadtverwaltungen mit Bürgermeistern, in den zugehörigen Dörfern jedoch nur noch ehrenamtliche Ortsvorsteher tätig sind.

Der ländliche Charakter der Untersuchungsregion soll anhand der Indikatoren Bevölkerungsdichte, Betriebs- und Beschäftigtenstruktur, die die ländliche Lebensumwelt mitprägende besondere Bedeutung der Vereine und der dörfliche bzw. kleinstädtische Charakter des Siedlungsraumes aufgezeigt werden.

Die Bevölkerungsdichte für die drei westlich von Kassel gelegenen Untersuchungsgemeinden liegt unter dem Landkreisdurchschnitt von 173 E/qkm und somit erkennbar unter dem oben genannten bevölkerungsstatistischen Kriterium für ländliche Regionen von 200 E/qkm (Gemeinde A: 110 E/qkm, Gemeinde B: 76 E/qkm, Gemeinde C: 74 E/qkm). Etwa die Hälfte der Bevölkerung lebt in der Gemeinde A. Das Verhältnis von Frauen zu Männern ist, bei geringen Abweichungen in den Gemeinden, mit 51 v.H. zu 49 v.H. fast ausgeglichen (TABELLE 3). Der Anteil der über 70jährigen an der Gesamtbevölkerung in den Gemeinden beträgt im Durchschnitt 10,4 v.H. (TABELLE 4). Erwartungsgemäß ist der Anteil der alten Frauen erheblich höher als der der alten Männer und nähert sich bei den über 70jährigen dem Verhältnis von 2:1. Als bemerkenswertes Ergebnis der Nachkriegsgeschichte mit Auswirkungen auf die Bevölkerungsstruktur sei auch ein substantieller Anteil von Flüchtlingen

und Spätaussiedlern zu erwähnen, die im Sample der über 70jährigen mit 24 v.H. vertreten sind.

Eine mittelständische Struktur (Klein- und Mittelbetriebe) prägt die Untersuchungsregion. Dreiundfünfzig Gewerbebetriebe (einschl. Bauhauptgewerbe) mit insgesamt 961 Beschäftigten sind dort angesiedelt (davon 58 v.H. in der Gemeinde A). Auch im Bereich Verwaltung und Dienstleistung bietet insbesondere die Gemeinde A Beschäftigungsmöglichkeiten (Kreis Krankenhaus, Außenstellen der Kreisverwaltung Kassel, Bundeswehrstandort). Die nahegelegene Großstadt Kassel mit ihren Arbeitsplätzen im produktiven Bereich (Volkswagenwerk, Mercedes, Thyssen-Henschel etc.) und im Dienstleistungssektor (Universität, Kliniken, Deutsche Bundesbahn, Banken und Verwaltungen) kann als potentieller Arbeitsmarkt für die Umlandbewohner angesehen werden. Die Anzahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Arbeitnehmer im Landkreis Kassel beträgt 54.192, für die Gemeinden der Untersuchungsregion ergibt sich eine Anzahl von 4.110. Davon sind 4 v.H. im Bereich Land- und Forstwirtschaft, 40 v.H. im produktiven Bereich, weitere 40 v.H. im Handel, Verkehr und anderen Dienstleistungsbereichen und 16 v.H. zum überwiegenden Teil in Gebietskörperschaften tätig. Verglichen mit der Beschäftigtenstruktur des Landkreises ist in der Untersuchungsregion ein größerer Anteil der Beschäftigten (jeweils + 10 v.H.) in den Bereichen Handel, Verkehr und anderen Dienstleistungsbereichen wie auch bei den Gebietskörperschaften zu finden, entsprechend niedriger liegt der Anteil der Beschäftigten im produzierenden Gewerbe.

Von insgesamt 3.053 landwirtschaftlichen Betrieben im Landkreis Kassel sind in Gemeinde A 437, in Gemeinde B 137 und in Gemeinde C 203 angesiedelt. Von den 777 Voll- und Nebenerwerbsbetrieben bewirtschaften nur 5 v.H. eine Fläche von 50 ha oder mehr, sie liegen somit über der Rentabilitätsgrenze. 37 v.H. bewirtschaften als Nebenerwerbsbetriebe eine Fläche bis zu 5 ha und weitere 18 v.H. eine Fläche von 5 bis 10 ha. Dementsprechend dient nur der kleinere Teil der landwirtschaftlichen Betriebe dem Vollerwerb. Dies entspricht der landwirtschaftlichen Struktur des Landkreises.

Die Versorgung der ländlichen Bevölkerung mit Dienstleistungen des öffentlichen Personennahverkehrs ist in den drei Untersuchungsgemeinden nicht gleichermaßen gewährleistet. Im Schienenverkehr verfügen die Gemeinden A und B über eine Anbindung an die Stadt Kassel (Eilzugstrecke) und fast

alle Ortsteile der jeweiligen Kernstädte sind mit Bahnbuslinien erreichbar. Die Fahrzeit mit der Bahn zwischen der ehemaligen Kreisstadt A und Kassel Hbf beträgt 50 Minuten. Die Entfernung zwischen den Kernstädten und Kassel-Stadtmitte beträgt für A ca. 22, für B ca. 14 und für C ca. 24 km. Gemeinde C liegt sowohl entfernungsmäßig als auch von der Anbindung durch öffentliche Nahverkehrsmittel zu Kassel und den Gemeinden A und B ungünstiger. Die drei Kernstädte verfügen über keinen innerörtlichen Busverkehr. Für 5 v.H. der Einwohner der untersuchten Gemeinden gibt es keine Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr. Im Einzelfall können Fahrgäste mit einer Ausnahmegenehmigung vom Schulbus befördert werden. Größere Schwierigkeiten ergeben sich für die Bewohner von Ortsteilen, wenn sie ohne Umweg über die Kernstädte in andere Ortsteile gelangen wollen. Für den "Zwischendörflichen Verkehr" ist man auf private Verkehrsmittel bei einem vorhandenem, gut ausgebauten Straßennetz angewiesen.

Die Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs differenziert sehr stark. Während in den Kernstädten eine Vielzahl von Geschäften, Fachgeschäften, Banken und Postämtern vorhanden ist, findet man in den Ortsteilen oft nur ein Mindestangebot von Bäckern, Metzgern und Lebensmittelgeschäften. In einigen sehr kleinen, eher abgelegenen Dörfern (Ortsteilen) besteht nicht einmal die Möglichkeit einzukaufen, davon sind 8 v.H. der Einwohner der Untersuchungsregion betroffen. Besonders für alte Menschen entsteht dort eine prekäre Versorgungssituation.

Ein charakteristisches Kennzeichen sozialen Lebens in Dörfern und Kernstädten ist die Vielzahl von freiwilligen Vereinigungen. Um einen Anhaltspunkt für die soziale Integration älterer Menschen in die dörfliche/kleinstädtische Sozialstruktur zu gewinnen, wurden die örtlichen Vereine (einschließlich der Parteien) befragt (N = 144) (2). Von knapp 2/3 der Vereine (N = 89) antworteten die Vereinsvorsitzenden mit Daten über die Teilnahme der über 60jährigen Mitglieder am Vereinsleben. Auffällig ist eine alters- und geschlechtsspezifische Differenzierung. So haben 18 Vereine keine weiblichen, 5 keine männlichen Mitglieder. Neun Vereine haben überhaupt keine Mitglieder im Alter von über 60 Jahren. Betrachtet man nur den Anteil der über 60jährigen Mitglieder, so haben 52 (von 89) keine über 60jährigen Frauen und 16 Vereine keine über 60jährigen Männer. Dies zeigt, daß ältere Männer über ihre Vereinsmitgliedschaft und dem damit verbundenen Vereinsleben größere Chancen der sozialen Integration

haben als die älteren Frauen. Daß die Mitgliedschaft nicht nur formell ist, wird dadurch belegt, daß in drei Viertel der Vereine die älteren Menschen regelmäßig an Veranstaltungen teilnehmen. Speziell alterorientierte Veranstaltungen bieten gut 25 v.H. der Vereine auch für Nichtmitglieder an, wobei einige Vereine regelmäßig oder gelegentlich mit anderen Vereinen zusammenarbeiten. Diese Ergebnisse belegen die besondere Bedeutung des Vereinslebens für die ländliche Lebensumwelt und bieten den Landbewohnern bis ins hohe Alter Möglichkeiten der Teilnahme am sozialen Leben.

So gaben denn auch 47 v.H. der befragten über 70jährigen an, in einem oder mehreren Vereinen Mitglied zu sein. Die geschlechtsspezifischen Differenzen in der Teilnahme am Vereinsleben spiegeln sich in folgenden Zahlen wider: von den Mitgliedern sind 62 v.H. Männer und 38 v.H. Frauen. Dies bedeutet nicht, daß Frauen seltener an Veranstaltungen teilnehmen als Männer. Für beide Gruppen gilt, daß nur knapp 30 v.H. nie an Veranstaltungen teilnehmen und somit ihre Mitgliedschaft rein formell ist.

Mit zunehmendem Alter nehmen sowohl die Vereinsmitgliedschaften, als auch die Teilnahme an Veranstaltungen ab. Von den 70 - 74jährigen sind noch 56 v.H., von den über 85jährigen nur noch 29 v.H. Mitglied in einem Verein. Aber drei Viertel der hochaltrigen Vereinsmitglieder besucht noch regelmäßig, gelegentlich oder bei besonderen Anlässen Veranstaltungen.

1.3.1 Ländliche Wohnumwelt

Wesentliche Aspekte, die die Wohnsituation alter Menschen auf dem Land bestimmen, sind:

- im weiteren Umfeld der Siedlungscharakter und die Bebauungsart der Region und
- im engeren Umfeld die Lage der Wohnung im Haus sowie des Hauses/der Wohnung im Ort, als auch die bauliche, insbesondere sanitäre Ausstattung der Wohnung.

Die traditionelle Einheit von Arbeitsplatz und Wohnung - vor allem in den Landwirtschafts- und Kleinbetrieben - charakterisiert immer noch das Wohnen in den Ortsteilen (Dörfern), wenn auch Veränderungen durch die Modernisierung der Häuser und die Erschließung von Neubaugebieten sichtbar wer-

den. Modernisierungs- und Sanierungsmaßnahmen haben in den letzten Jahrzehnten besonders die Stadtkerne der Kleinstädte verändert.

Dem Siedlungscharakter der Region entspricht die Bebauung mit überwiegend zwei- bzw. eingeschossigen Wohnhäusern. Einige mehr als zweigeschossige Gebäude findet man vor allem in der ehemaligen Kreisstadt (A).

Von Bedeutung für die alltägliche Interaktion ist die Lage des Hauses/der Wohnung innerhalb der Orte. Etwa ein Drittel (32 v.H.) der über 70jährigen wohnt in der Ortsmitte, 45 v.H. in der Nähe des Ortskerns und 23 v.H. am Rand der Ortsteile bzw. Kernstädte. Von den letzteren haben 6 v.H. keine Nachbarn in unmittelbarer Nähe, so daß man von ungefähr 2 v.H. als tendenziell räumlich isolierten alten Menschen sprechen kann.

Die hügelige Struktur der Landschaft bedingt, daß 23 v.H. in Häusern mit Hanglage leben und Schwierigkeiten mit dem Verlassen bzw. Erreichen ihrer Wohnung besonders bei schon auftretender Beeinträchtigung der Gehfähigkeit - gerade im Winter bei Schnee- und Eisglätte - haben können.

Für die dörfliche aber auch noch im großen Maße für die kleinstädtische Siedlungsform sind Häuser mit (Nutz-)Garten oder Gartenanlagen an den Ortsrändern charakteristisch. Drei Viertel der befragten älteren Menschen besitzen einen eigenen Garten oder können einen Garten regelmäßig nutzen. Daß immerhin noch über die Hälfte der über 85jährigen regelmäßig im Garten arbeitet oder mithilft, macht dessen Bedeutung als Betätigungs- und Kommunikationsmöglichkeit für die alten Landbewohner offensichtlich.

1.3.2 Wohneigentum und Wohnformen

Für die Untersuchungspopulation liegt der Anteil der Haus- bzw. Wohnungseigentümer bei 40 v.H. und der Mieteranteil bei 24 v.H. In dem für Ältere auf dem Lande charakteristischen, vertraglich gesicherten Wohnverhältnis "Altenteil" leben weitere 22 v.H. und weitere 14 v.H. in einer altenteilähnlichen, aber vertraglich nicht geregelten Wohnform. Da die letztere fast immer Wohneigentum voraussetzt, kann die Eigentumsrate bei insgesamt 76 v.H. angesetzt werden. Auch dies sind für ländliche Regionen charakteristische Werte.

Die hohe Eigentumsrate begünstigt nach Ausführungen von TEWS (1987a: 447) die lange Wohndauer im gleichen Haus bzw. im gleichen Ort. 50 v.H. der von uns befragten alten Menschen leben länger als 25 Jahre im gleichen Haus, gleichzeitig wohnen 75 v.H. länger als 25 Jahre im gleichen Ort. Dies spricht für die Beständigkeit und Kontinuität des Wohnens, was wiederum die Aufrechterhaltung regelmäßiger Beziehungen zu Freunden, Nachbarn und Verwandten begünstigt und die erwartbare Unterstützung und Hilfe durch informelle Netzwerke mitstrukturiert.

Die durch den hohen Anteil von Eigentum mitbedingten Wohnformen, wie z.B. das Altenteil, bedeuten nicht, daß die älteren Menschen auf dem Land überwiegend in Mehrgenerationenhaushalten leben. Etwa drei Viertel der über 70jährigen verfügen über eine abgeschlossene Wohnung, die häufig recht geräumig ist, da zwei Drittel bis zu 5 Zimmern bewohnen. Selbst in den Mehrgenerationenhaushalten hat nur eine verschwindende Minderheit von 1 v.H. kein eigenes Zimmer, aber jeweils ein gutes Drittel der alten Menschen hat ein bzw. zwei Zimmer zur persönlichen Verfügung (Nutzung).

Wohneigentum verbilligt selbstverständlich auch die Wohnkosten. So betragen die Wohnausgaben für die über 70jährigen im Mittel 350 DM. Im einzelnen betrachtet, ergeben sich folgende Zahlen. Von den Wohneigentümern haben über 2/3 Verbrauchs- und Unterhaltskosten von weniger als 400 DM. Knapp 50 v.H. der Altenteiler und 65 v.H. derjenigen, die in altenteilähnlichen Verhältnissen wohnen, haben überhaupt keine Wohnausgaben, der Rest zahlt überwiegend weniger als 200 DM, d.h. nur die Umlagen respektive Verbrauchskosten. Von denen, die in Mietwohnungen bzw. angemieteten Häusern wohnen, zahlen 50 v.H. weniger als 400 DM, 30 v.H. zwischen 400 und 600 DM und 20 v.H. mehr als 600 DM Miete inklusive Umlagen.

1.3.3 Qualitative Aspekte des Wohnens

In einem sekundäranalytischen Vergleich stellt TEWS (1987a: 447) bezüglich der materiellen Wohnsituation eine weitgehende Angleichung städtischer und ländlicher Wohnqualität bei älteren Menschen fest; dies allerdings mit Ausnahmen, die vor allem im Sanitärbereich liegen. Nach den hier vorgelegten Ergebnissen hat sich die Wohnausstattung auf dem Lande weiter verbes-

sert. Nur ungefähr 2 v.H. der Befragungspersonen verfügen über keine Toilette im Haus und kein Bad; 14 v.H. über kein fließend Warmwasser (TABELLE 5). Die These von TEWS, daß ältere Menschen auf dem Land auch vom Modernisierungsprozeß profitieren, wird somit erhärtet. Dies läßt sich auch für die Ausstattung der Wohnung mit langlebigen Konsumgütern zeigen (TABELLE 6). Mehr als 90 v.H. der Haushalte verfügen über Fernsehen, Kühlschrank, Radio und zwischen 70 und 90 v.H. über Waschmaschine, Telefon und Gefriertruhe.

Beengte Wohnverhältnisse gibt es für einen Großteil der alten Menschen nicht, da sich bei 40 v.H. der Wohnraum über zwei Stockwerke des eigenen Hauses verteilt. Von den übrigen 60 v.H. leben über die Hälfte im Erdgeschoß, 40 v.H. im ersten Stock und nur gut 6 v.H. im zweiten nur selten im dritten Stockwerk. An dieser Stelle muß die teilweise sehr alte Bausubstanz und Bauweise der meist zweigeschossigen Wohnhäuser erwähnt werden, in denen bei Behinderung und Funktionseinschränkungen enge und steile Treppenaufgänge mobilitätseinschränkend wirken können.

Der Modernisierungsschub hat nicht alle gleich getroffen; immerhin beklagen sich 15 v.H. über Mängel im Wohnbereich. Die Kritik bezieht sich im wesentlichen auf den Allgemeinzustand des Hauses/der Wohnung (insgesamt 9 v.H.). Mängel im Sanitärbereich und mit der Heizung etc. geben 2 bzw. 3 v.H. an. Über beengte Wohnverhältnisse klagten 2 v.H. und über den Mangel an einem eigenen Raum 1 v.H. Die Interviewer waren aufgefordert worden, insbesondere bauliche Mängel, die die Mobilität bzw. Gesundheit der Befragten beeinträchtigen könnten, zu notieren. Steile bzw. ungesicherte Treppen stellten sie in 5 v.H. bzw 2 v.H. der Fälle fest. Schmale Türen und erhöhte Türschwellen berichteten sie in je 2 v.H. der Wohnungen. Undichte Fenster machten weitere 5 v.H. aus. Insgesamt beurteilten sie in einer ähnlichen Größenordnung wie die Befragten selbst 16 v.H. der Wohnungen als in einer oder mehrerer Hinsicht renovierungsbedürftig.

Von den 15 v.H. der Befragten, die Wohnmängel berichteten, hatten gut ein Viertel schon Maßnahmen zur Behebung derselben in die Wege geleitet. Der Rest hatte nichts unternommen, wobei für einen nicht quantifizierbaren Teil unterstellt werden kann, daß für Renovierungen keine Mittel vorhanden sind, d.h. die Wohnsubstanz verbraucht wird. Insgesamt bestätigen aber auch diese Zahlen, daß der Anteil derjenigen, die unter Einbußen an der

Wohnqualität leben, auf dem Lande zwischen 5 und maximal 10 v.H. eingeschätzt werden kann.

1.4 Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Lebensumwelten in Stadt und Land

Die Unterschiede in der Lebensumwelt der städtischen und ländlichen alten Menschen sind offensichtlich und sollen nicht im einzelnen resümiert werden. Auch der höhere Anteil von Wohneigentum und Gartenbesitzern auf dem Lande überrascht nicht und bestätigt nur andere Untersuchungen (TEWS 1987a; MAGFS-BW 1986), wobei auf dem Land Wohneigentum Voraussetzung für Altenteilverträge ist und das Zusammenwohnen von mehreren Generationen begünstigt. Damit wird das Wohnen für viele alte Menschen preiswerter. Die Mietkosten sind auf dem Lande, gerade für die niedrigen Einkommensbezieher, ebenfalls günstiger als in der Stadt. Eine Disparität in der Wohnqualität bzw. Wohnungsausstattung zwischen Stadt und Land läßt sich kaum mehr erkennen. Allerdings gibt es in beiden Regionen auch problematische Wohnsituationen, deren Anteil aber bei 5 v.H. liegt.

Hervorzuheben ist die unterschiedliche Qualität der Verkehrsinfrastruktur. Einem ausgebauten öffentlichen Nahverkehrsangebot in der Stadt steht ein eher lückenhaftes auf dem Land gegenüber, mit der Konsequenz, daß bestimmte Dienstleistungsanbieter, z.B. die Fachärzte, für viele Ältere nur mit Unterstützung Dritter und mit dem PKW gut erreichbar sind.

Die Untersuchungen in den Lebensmitteln der städtischen und ländlichen Zonen
 Menschen sind offensichtlich und sollen nicht in einzelnen Haushalten ver-
 der. Auch der höhere Anteil von Kohlenhydraten und Wasserstoff im Fett
 ländliche Bevölkerung nicht und besteht nur aus einem bestimmten Fett
 1987, HARTZ-IM 1988, wobei auf dem ländlichen Vorposten für
 Afterschlaf ist und der Zusammenhang von mehreren Faktoren
 bedingt. Damit wird das Verhalten der Tiere wie Menschen betrachtet. Die
 Mischungen sind auf dem Lande, gerade für die niedrigen Lebensmittelpreise
 wert. Deshalb gilt es für die Stadt, eine Mischung in der Wohnung
 Fett bzw. Wohnungszustand zwischen Stadt und Land ist das neue
 erkennen. Allerdings wird es in beiden Richtungen auch praktische Möglichkeiten
 städtischen, deren Anteil aber bei 2,5 % liegt.

Die Untersuchungen in den Lebensmitteln der städtischen und ländlichen Zonen
 Menschen sind offensichtlich und sollen nicht in einzelnen Haushalten ver-
 der. Auch der höhere Anteil von Kohlenhydraten und Wasserstoff im Fett
 ländliche Bevölkerung nicht und besteht nur aus einem bestimmten Fett
 1987, HARTZ-IM 1988, wobei auf dem ländlichen Vorposten für
 Afterschlaf ist und der Zusammenhang von mehreren Faktoren
 bedingt. Damit wird das Verhalten der Tiere wie Menschen betrachtet. Die
 Mischungen sind auf dem Lande, gerade für die niedrigen Lebensmittelpreise
 wert. Deshalb gilt es für die Stadt, eine Mischung in der Wohnung
 Fett bzw. Wohnungszustand zwischen Stadt und Land ist das neue
 erkennen. Allerdings wird es in beiden Richtungen auch praktische Möglichkeiten
 städtischen, deren Anteil aber bei 2,5 % liegt.

Die Untersuchungen in den Lebensmitteln der städtischen und ländlichen Zonen
 Menschen sind offensichtlich und sollen nicht in einzelnen Haushalten ver-
 der. Auch der höhere Anteil von Kohlenhydraten und Wasserstoff im Fett
 ländliche Bevölkerung nicht und besteht nur aus einem bestimmten Fett
 1987, HARTZ-IM 1988, wobei auf dem ländlichen Vorposten für
 Afterschlaf ist und der Zusammenhang von mehreren Faktoren
 bedingt. Damit wird das Verhalten der Tiere wie Menschen betrachtet. Die
 Mischungen sind auf dem Lande, gerade für die niedrigen Lebensmittelpreise
 wert. Deshalb gilt es für die Stadt, eine Mischung in der Wohnung
 Fett bzw. Wohnungszustand zwischen Stadt und Land ist das neue
 erkennen. Allerdings wird es in beiden Richtungen auch praktische Möglichkeiten
 städtischen, deren Anteil aber bei 2,5 % liegt.

Die Untersuchungen in den Lebensmitteln der städtischen und ländlichen Zonen
 Menschen sind offensichtlich und sollen nicht in einzelnen Haushalten ver-
 der. Auch der höhere Anteil von Kohlenhydraten und Wasserstoff im Fett
 ländliche Bevölkerung nicht und besteht nur aus einem bestimmten Fett
 1987, HARTZ-IM 1988, wobei auf dem ländlichen Vorposten für
 Afterschlaf ist und der Zusammenhang von mehreren Faktoren
 bedingt. Damit wird das Verhalten der Tiere wie Menschen betrachtet. Die
 Mischungen sind auf dem Lande, gerade für die niedrigen Lebensmittelpreise
 wert. Deshalb gilt es für die Stadt, eine Mischung in der Wohnung
 Fett bzw. Wohnungszustand zwischen Stadt und Land ist das neue
 erkennen. Allerdings wird es in beiden Richtungen auch praktische Möglichkeiten
 städtischen, deren Anteil aber bei 2,5 % liegt.

2. Sozialstrukturelle Eckdaten zur Lebenssituation der Altenbevölkerung in den beiden Untersuchungsregionen

2.1 Einführung

In der sozial-räumlichen Beschreibung der beiden Untersuchungsregionen wurden Differenzen der Umwelt und Wohnsituation zwischen den Regionen sichtbar. An dieser Stelle soll die soziodemographische Beschreibung weitergeführt werden. Mit den Variablen Bildungsstand, Einkommens- und Berufsstruktur wird der soziale Status der Altenbevölkerung bestimmt und untersucht, ob er mit anderen Verteilungsmerkmalen im Zusammenhang steht. Deren Bedeutung für die gerontologische Forschung soll der Kürze halber an einer der klassischen Studien, der Duke Longitudinal Study, illustriert werden. Dort wurde festgestellt, daß ein höherer sozialer Status u.a. mit besserem physischen und psychischen Gesundheitszustand, mit höherer Lebenserwartung, mit der Abwesenheit sozialer Probleme und größerer Lebenszufriedenheit positiv korreliert (PALMORE 1981: 31). Vergleichbare Ergebnisse erzielten viele andere gerontologische Studien. Das belegt die besondere Bedeutung des sozialen Status für die Qualität des Alterns. In der genannten Längsschnittstudie wurde weiter gezeigt, daß Personen mit einem hohen sozialen Status ihren guten Gesundheitszustand, ihre kognitiven Fähigkeiten und ihre Zufriedenheit länger aufrechterhalten können (ebenda: 30). Die Bedeutung der Einkommenshöhe als Ressource zur Bewältigung von Problemen und Krisen im Alter wird in der gerontologischen Forschung immer wieder betont (BACKES 1981; GLATZER/VOLKERT 1980; PALMORE et al. 1979; BUJARD/LANGE 1978; DIECK/NAEGELE 1978).

Die folgende Darstellung will nicht diese Ergebnisse überprüfen, sondern die beiden Stichproben in Hinblick auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Verteilung von sozialen Statusmerkmalen charakterisieren.

2.2 Bildungsniveau

Das im frühen Lebensalter erreichte Bildungsniveau beeinflusst u.a. die Berufswahl und Karrieremöglichkeiten und prägt indirekt den Lebensstil bis ins hohe Alter. Speziell bei diesem Merkmal sind Kohorteneffekte zu

berücksichtigen, da für die jüngeren Altersjahrgänge besser ausgebaute weitergehende Bildungsinstitutionen zur Verfügung standen. Von Frauen wurden die Zugangsmöglichkeiten zu Bildungsinstitutionen erst nach und nach erkämpft und erschlossen.

In folgenden Darstellungen unterscheiden wir zwei Stufen des Bildungsniveaus: zum einen den Volksschulbesuch (mit oder ohne Abschluß) und zum anderen den Besuch einer weiterführenden Schule wie Real- oder Fachschulen bis hin zum Abitur. Aus TABELLE 7 erkennt man für beide Geschlechter einen Trend zur besseren Schulbildung bei den jüngeren Jahrgangsgruppen; dieser Kohorteneffekt wird besonders markant bei den 70 - 74jährigen sichtbar. Er gilt für beide Untersuchungspopulationen. Allerdings sind die Ausgangsverteilungen different. Das Bildungsniveau, dargestellt durch den weiterführenden Schulbesuch, steigt in der ländlichen Region von 12 v.H. auf 37 v.H. bei den Männern und von 12 v.H. auf 25 v.H. bei den Frauen. In der Großstadt ist ein Anstieg für beide Geschlechter von ca. 35 v.H. auf ca. 45 v.H. bei den jüngeren Altersgruppen zu erkennen. Geschlechtsspezifische Differenzen im Bildungsniveau gibt es in ausgeprägter Form nur auf dem Lande, wo 67 v.H. der Männer, aber 87 v.H. der Frauen nur einen Volksschulbesuch nachweisen. In der Großstadt liegen diese Werte für beide Geschlechter näher beieinander: 63 v.H. der Männer, 65 v.H. der Frauen besuchten nur die Volksschule.

2.3 Ehemalige Berufe und nachberufliche Tätigkeit

Den weniger ausgeprägten Unterschieden im Bildungsniveau, zumindest bei den Männern, stehen stärkere Differenzen in der Berufsstruktur zwischen beiden Regionen gegenüber. Natürlich gab von der Großstadtpopulation niemand einen landwirtschaftlichen Beruf an. Die Daten der Landpopulation zeigen hingegen, daß 13 v.H. der Männer einen landwirtschaftlichen Betrieb bewirtschaftet, und 70 v.H. der über 70jährigen Frauen und 40 v.H. der Männer schon einmal in der Landwirtschaft gearbeitet, d.h. meist mit- oder ausgeholfen haben. Auch in bezug auf andere Berufe (gefragt war nach dem am längsten ausgeübten Beruf) und auf das Ausmaß der Erwerbstätigkeit der Frauen sind jedoch beträchtliche Differenzen vorhanden.

In der Landstudie gaben über 40 v.H. der Männer "Arbeiter" als Berufstätigkeit an. Dem stehen in der Großstadt gut 30 v.H. mit dieser Tätigkeitsbezeichnung gegenüber (TABELLE 8). Dieses Verhältnis kehrt sich bei den Angestelltentätigkeiten um: In der Stadt liegt der Anteil der Männer in diesen Berufen mehr als dreimal höher als auf dem Land (40 v.H. gegen 13 v.H.). Bei den Beamten ist das Verhältnis ausgeglichener und liegt bei 9 v.H. in der Stadt und 14 v.H. auf dem Land. Auch bei den Selbständigen liegen die Werte nicht weit auseinander, nämlich bei 19 v.H. Aber, wie schon gesagt, 13 v.H. der Männer der Landstudie waren als Landwirte tätig.

Von den Frauen gingen in beiden Untersuchungspopulationen ungefähr je ein Viertel keiner Erwerbstätigkeit nach und bezeichneten sich als Nur-Hausfrauen. Dazu kommen auf dem Land weitere 40 v.H. der Frauen, die nur kurze Zeit berufstätig und die längste Zeit Hausfrauen waren. Für die Großstadtstichprobe läßt sich dieser Anteil nicht quantifizieren. Aus der folgenden Gegenüberstellung werden weitere Differenzen in der Berufstätigkeit der weiblichen Altenbevölkerung offenbar: 46 v.H. in der Stadt gegenüber 9 v.H. auf dem Land waren Angestellte und 21 v.H. gegenüber 8 v.H. waren Arbeiterinnen. Als Beamtinnen waren in der Stadt 3 v.H. und auf dem Land 1 v.H. der über 70jährigen Frauen tätig. Niedrig sind auch die Werte für die selbständige Erwerbstätigkeit mit 6 v.H. in der Stadt und 4 v.H. auf dem Land. Aber wiederum rund 12 v.H. der Frauen auf dem Land waren überwiegend als mithelfende Familienangehörige, jedoch kaum als Betriebsleiterinnen in der Landwirtschaft tätig.

Das durchschnittliche Verrentungsalter liegt beim 65. Lebensjahr oder darunter. Unter den über 70jährigen war daher kaum noch jemand voll erwerbstätig. Die noch vorhandenen beruflichen und berufsähnlichen Aktivitäten konzentrierten sich meist auf neben- oder ehrenamtliche Tätigkeiten bzw. Mithilfe in Familienbetrieben. Letzteres hat besonders für die landwirtschaftlichen Betriebe eine saisonale oder dauerhafte Bedeutung und 9 v.H. der Männer und 2 v.H. der Frauen, die in der Landwirtschaft tätig waren, helfen auch im hohen Alter noch in den Betrieben mit. Tätigkeiten außerhalb der Landwirtschaft, also eher ehrenamtliche bzw. Nebentätigkeiten, geben von der Großstadtbevölkerung noch 19 v.H. der Männer und 8 v.H. der Frauen und von der Landbevölkerung 8 v.H. der Männer und 2 v.H. der Frauen an. Der Einkommenseffekt dieser Tätigkeiten mag unterschiedlich sein und kann nur schwer eingeschätzt werden. Aber ohne Zweifel ist mancher landwirtschaftlicher Betrieb auf die Hilfe aller, auch der alten

Angehörigen, angewiesen. Neben dem möglichen Einkommenseffekt stärken diese Tätigkeiten die soziale Integration und das Selbstwertgefühl (man gehört nicht zum "alten Eisen") und können damit auch zur Lebenszufriedenheit im Alter beitragen.

2.4 Einkommensquellen

Eine längere Zeit ausgeübte Berufstätigkeit und Beitragszeit ist Voraussetzung für die Alterssicherung durch Rente oder Pension. In beiden Populationen beziehen rund 95 v.H. der Männer Altersruhegeld. Bei den städtischen Frauen sind es ca. 79 v.H. und von den Landfrauen 56 v.H. Eine Witwenrente erhalten ferner ca. 60 v.H. (Großstadt) und 65 v.H. (Land). Die Differenz von 20 v.H. bei den Frauen mit eigenem Rentenanspruch bestätigt die Vermutung, daß die Großstadtfrauen üblicherweise länger berufstätig waren. Zwischen 10 v.H. (Land) und 12 v.H. (Stadt) der Männer beziehen eine Invaliden-, Kriegsbeschädigten- und Unfallrente, und dies markiert in etwa die Größenordnung derjenigen, die durch Kriegs- oder Unfallfolgen mehr oder weniger starke Beeinträchtigungen erlitten haben. In beiden Untersuchungsregionen können gut 10 v.H. der Befragten noch auf Vermögenserträge aus Ersparnissen, Anlagen, Pachten, Zinsen etc. zurückgreifen. Auf staatliche Unterstützung, hauptsächlich Wohngeld und Sozialhilfe, sind in beiden Regionen rd. 4 v.H. der über 70jährigen angewiesen, wobei der Anteil der Frauen unter diesen Einkommensbeziehern ungefähr doppelt so hoch ist wie der Anteil der Männer, die Unterstützung erhalten.

2.5 Haushaltseinkommen

Art und Dauer der Berufstätigkeit bestimmen im wesentlichen die Höhe des Ruhestandsgeldes. Da die Witwenrente und/oder die während des Erwerbslebens im Durchschnitt schlechtere Einkommenseingruppierung der Frauen wie auch ihre meist kürzere Berufstätigkeit einen entscheidenden Einfluß auf die Einkommenshöhe im Alter haben, ist es sinnvoll, die Einkommensverteilung in beiden Populationen geschlechtsspezifisch darzustellen (TABELLE 9). Fast in jeder Altersgruppe ist der Anteil der Frauen in der niedrigen Einkommenskategorie (bis 1500 DM) zwei oder drei mal so hoch wie der Män-

neranteil; diese geschlechtsspezifische Relation kehrt sich in den Gruppen mit hohem Einkommen (2500 DM und mehr) um. Im einzelnen: In der Großstadt liegen die Anteile für die niedrige Einkommensstufe bei den Männern zwischen 12 v.H. und 28 v.H. und auf dem Land zwischen 23 v.H. und 57 v.H., und für die Frauen zwischen 33 v.H. und 64 v.H. in der Großstadt und 57 v.H. und 67 v.H. auf dem Land.

Ein altersspezifischer Einfluß auf die Einkommenshöhe - von jüngeren Kohorten mit besserem Bildungsniveau können auch besser bezahlte Berufe angenommen werden - läßt sich schwer nachweisen. Er kommt erst bei den 70 - 74jährigen beiden Geschlechts deutlich zum Ausdruck. Um die Größenordnung der Einkommensunterschiede zwischen der städtischen und der ländlichen Untersuchungsregion zu veranschaulichen, werden die Medianwerte, die die Population in zwei gleich große Gruppen teilen, nach Haushaltsgröße und Geschlecht verglichen. In der städtischen Untersuchung liegt der Medianwert für alleinlebende Männer bei 2000 DM und für alleinlebende Frauen bei 1530 DM; in der Landstudie sind die Werte deutlich niedriger: sie liegen für beide Geschlechter bei 1000 DM. Frauen mit sehr niedrigem Einkommen leben vielfach in Mehr-Personen-Haushalten. Auf diese Weise werden die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Landuntersuchung verwischt. In den städtischen Zwei-Personen-Haushalten (die wenigen Mehr-Personen-Haushalte gehören vorwiegend dieser Kategorie an) liegt der Einkommensmedian für Männer bei 2300 DM und für Frauen bei 1800 DM. In der ländlichen Region können 50 v.H. der verheirateten Männer über ein Haushaltseinkommen von mehr als 2000 DM und 50 v.H. der verheirateten Frauen über mehr als 1600 DM verfügen. Die Werte für die Mehr-Generationen-Haushalte auf dem Land müssen wegen ihrer beträchtlichen Bedeutung im Hinblick auf die haushaltsstrukturelle Differenzierung gesondert ausgewiesen werden. Für die Männer liegt der Median bei 2000 DM und für Frauen bei 1800 DM.

Will man diese Daten hinsichtlich der Stadt-Land-Unterschiede interpretieren, dann muß man berücksichtigen, daß gerade bei der Frage nach der Einkommenshöhe die Ausfallquote in der Landuntersuchung besonders hoch war. Keine Angabe machten 18 v.H. gegenüber ca. 11 v.H. in der Stadt, wo in der postalischen Erhebung diese Frage nicht gestellt wurde (Ausfall von weiteren 15 v.H.). Fast 20 v.H. der Befragten der Landstudie antworteten mit "weiß nicht". Diese Antwort wurde in Mehr-Personen-Haushalten besonders oft gegeben und muß vermutlich so interpretiert werden, daß die alten Menschen in solchen Haushalten keinen Überblick über die Gesamteinkommens-

situation haben. Aber auch unter Berücksichtigung dieses Stichprobenspezifischen Vorbehalts scheint die Einkommenssituation besonders der Alleinlebenden auf dem Land deutlich schlechter zu sein als in der Stadt. In den Zwei-Personen-Haushalten könnte diese Aussage nur für die Männer gelten. Berücksichtigt man die Angaben zu den am längsten ausgeübten Berufen, wird eine Ursache für die Einkommensdifferenz offensichtlich. Die auf dem Land lebenden Alten gehörten zu einem signifikanten Anteil der Gruppe der ökonomisch gefährdeten Bauern mit relativ schlechter Alterssicherung an. Auch die ehemaligen selbständigen Handwerker und Kleingewerbetreibenden, die mit den Bauern die Sozialstruktur der Dörfer bestimmten, können nur selten auf eine gute monetäre Alterssicherung zurückgreifen. Demgegenüber erscheint die von Angestelltenberufen dominierte großstädtische Altenbevölkerung auch im Alter ökonomisch gesicherter.

Allerdings spielen noch andere Faktoren bei der Bewertung der Einkommensunterschiede zwischen der städtischen und der ländlichen Untersuchungsregion eine Rolle. Im Hinblick auf Unterschiede im Lebensstandard bzw. der monetären Ressourcenausstattung der Altenbevölkerung muß man zumindest die höheren Lebenshaltungskosten der Großstadt berücksichtigen und zum anderen die sich auf dem Land bietende Möglichkeit, durch Naturalien aus dem eigenen Garten zur Selbstversorgung beizutragen. Auch der hohe Anteil von Wohneigentum auf dem Land beeinflusst die monatlichen Ausgaben vieler älterer Menschen. All dies verringert in einem hier nicht bestimmbar Maß die Einkommensunterschiede, ohne daß man von einer Nivellierung reden kann. Die subjektive Einschätzung der ökonomischen Lage in beiden Stichproben bringt als Ergebnis, daß ca. 5 v.H. ihre wirtschaftliche Lage als schlecht betrachten, so daß die objektiv feststellbare Schlechterstellung der Altenbevölkerung auf dem Land nicht geradewegs auch subjektiv als defizitär empfunden wird.

Zum Abschluß soll das Problem "Armut im Alter" kurz gestreift werden. In beiden Populationen liegt der Anteil der Haushalte, die sich mit Einkommen in der Größenordnung des Sozialhilfesatzes zufrieden geben müssen, bei ca. 10 v.H. Nur rd. 4 v.H. nehmen die staatliche Unterstützung in Anspruch. Das deutet auf die Größenordnung der "verschämten Armut im Alter" hin.

2.6 Zusammenfassung

Die Gegenüberstellung der sozialstrukturellen Beschreibungen beider Untersuchungspopulationen zieht zum Vergleich die wenigen gerontologischen Studien zur Lebenssituation alter Menschen in städtischen (MAGFS-BW 1986) und ländlichen (MAGFS-BW 1983; BRÖSCHEN 1983) Regionen heran. Das Bildungsgefälle zwischen den beiden hier diskutierten Untersuchungen ist für die Männer kaum, aber für die Frauen deutlich zu erkennen. Die Ergebnisse in der Stadt entsprechen weitgehend den Befunden aus Baden-Württemberg: ca. ein Drittel der Altenbevölkerung nutzte weitergehende Bildungswege (MAGFS-BW 1986: 26). Im Hinblick auf die männliche Altenpopulation weicht die Kasseler Stichprobe etwas nach oben ab und liegt selbst für beide zum Vergleich herangezogenen Landstudien etwas zu günstig. Dagegen entspricht die Bildungssituation der über 70jährigen Frauen in etwa den Anteilen in diesen Landstudien (MAGFS-BW 1983: 26; BRÖSCHEN 1983: 103). Die dargestellten regionalen Unterschiede in der Berufsstruktur der Altenbevölkerung werden durch die genannten Studien bekräftigt. Ein dominanter Anteil von ehemaligen Angestellten und Beamten in den Städten und eine zahlenmäßig fast ebenso große Mischbevölkerung von Arbeitern und Bauern auf dem Land sind für die regionalen Unterschiede ausschlaggebend. Auch die Einkommensverteilung mit der größeren Anzahl niedriger Einkommensbezieher auf dem Land und der größeren Zahl Gutsituierter in der Stadt wird durch die anderen Vergleichsstudien bestätigt.

Kurz: Im großen und ganzen entsprechen die sozialstrukturellen Unterschiede in ihrer regionalen Spezifik den schon früher gemachten Aussagen gerontologischer Studien. Von den Einkommensunterschieden kann nur bedingt auf Lebensstandardsdifferenzen geschlossen werden. Auch die ökonomische Zufriedenheit erweist sich als unabhängig. Mangelt es aber einem größeren Teil, besonders der weiblichen Altenbevölkerung auf dem Land, an der Ressource Geld, so erschwert das die Möglichkeit, Probleme und Krisen im Alter angemessen zu bewältigen. Unsere sozialstrukturellen Daten bestätigen die Niveau-These von TEWS (1987b), die besagt, daß jüngere Jahrgänge hinsichtlich des sozialen Status besser als ihre Vorgänger gestellt sind. Auch die Frauen partizipieren langsam an diesem Trend; aber sie bleiben weiterhin benachteiligt und ihre schlechtere Ausstattung mit der Ressource "Einkommen" gefährdet sie im Alter im größeren Maße.

3. Gesundheitszustand und Bewältigung alltäglicher Anforderungen

3.1 Einführung

"Gesundheit" ist ein schillernder und mehrdeutiger Begriff. Entsprechend vielfältig sind auch die Konzepte zu ihrer Erklärung und die Methoden, mit denen der Gesundheitszustand gemessen werden kann. Bei der Erstellung von Statistiken und Planungsdaten, aber auch in der Forschung, werden immer noch die "klassischen" Indikatoren ein wenig bevorzugt: Mortalität, klinische Parameter, Fehltage, bestimmte Inanspruchnahmedaten. Wenn andere Kriterien herangezogen werden sollen, z.B. subjektive Gesundheitseinschätzung, Eigenbeobachtung der Befindlichkeit, Funktionsfähigkeit im alltäglichen Lebensvollzug, so bedarf es immer noch ausführlicher Rechtfertigungen und Nachweise der Aus- und Vorhersagefähigkeit der erhobenen Daten. Das ist unter anderem der Tatsache geschuldet, daß der Konzeptualisierung des Gesundheitszustandes, vor allem aber auch der Entwicklung entsprechender Meßinstrumente, ihrer Validierung und Standardisierung, nicht immer die gebührende Aufmerksamkeit geschenkt werden kann: Hierzulande sind viele Forschungsprojekte so angelegt, daß sie keine umfassenderen methodenbezogenen Vorarbeiten erlauben und eher ergebnis-, denn methodenorientiert durchgeführt werden müssen. Im Ausland, besonders im angelsächsischen Bereich, existieren seit mehr als zwanzig Jahren systematische Versuche, die Konzeptualisierung des Gesundheitszustandes voranzutreiben und adäquate Indikatoren sowie Meßmethoden zu entwickeln (zur Übersicht z.B. BERGNER 1985, BERGNER/KAPLAN/WARE 1987, BERGNER/ROTHMAN 1987). Vielfach werden Spezifika von betagten Bevölkerungsgruppen berücksichtigt (z.B. WHITE/CARTWRIGHT/CORNONI-HUNTLEY 1986). Im Einklang mit der von der WHO proklamierten Gesundheitsdefinition besitzt dabei das subjektive Befinden einen wichtigen Stellenwert. Konsequenterweise müssen neue Indikatoren definiert und den Gesundheitsmessungen zu Grunde gelegt werden: Wohlbefinden, physische Funktionsfähigkeit, psychische Bewältigung und Kontrolle, soziale Integration etc. Diese erweisen sich als geeignet, die versorgungsbedürftigen Gruppen in der Bevölkerung zu identifizieren und das Ausmaß des Versorgungsbedarfs zu bestimmen. Das ist eine Aufgabe, die von der Gesundheitsforschung immer häufiger übernommen wird (ebenda) und gerade in diesem Bereich besteht mittlerweile kein Zweifel über die Wertigkeit der subjektiven Gesundheitsangaben. Zusätzlich spricht für ihre

Verwendung die Praktikabilität der Erhebung in Populationsstudien (BERGNER/KAPLAN/WARE 1987).

3.2 Gesundheit der "alten alten" Menschen - allgemeine Trends

Bei der Gegenüberstellung der ländlichen und städtischen Population der "alten Alten" (3) spielen das gesundheitliche Befinden und die Funktionsfähigkeit bei der Bewältigung alltäglicher Anforderungen eine herausragende Rolle. Beide repräsentieren wichtige Ressourcen im täglichen Lebensvollzug, der - entsprechend den Charakteristika der Lebensumwelten (vgl. Kapitel 1) - diametrale Unterschiede aufweist. Zugleich sind sie Indikatoren dafür, ob die Betagten zurechtkommen bzw. in welchem Maße sie Hilfen, Unterstützung und auch Versorgungsleistungen des informellen sozialen Netzes und/oder der organisierten Dienste benötigen.

Wir beginnen mit der Beschreibung der gesundheitlichen Situation. Dazu dienen uns folgende Kriterien:

- Einschätzung der eigenen Gesundheit (4),
- Vergleich des eigenen Gesundheitszustandes mit den Gleichaltrigen (5),
- Dauer der Krankheitsepisoden im letzten halben Jahr vor der Befragung (6),
- ausgewählte Erkrankungen (7),
- sensorische Funktionsfähigkeit (8),
- Kontrolle über Wasserlassen und Stuhlgang (9).

Zunächst möchten wir die allgemeinen Trends darstellen: die überwiegend positive gesundheitliche Selbsteinschätzung, deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede, Zunahme von Gesundheitsbeeinträchtigungen mit steigendem Alter und sozio-ökonomische Abhängigkeit des gesundheitlichen Befindens. Diese Tendenzen machen sich unabhängig von der regionalen Zugehörigkeit bemerkbar. Auf Besonderheiten, die in der einen oder der anderen Region in Erscheinung treten, wird dabei hingewiesen. Die prägnanteren Unterschiede zwischen dem Gesundheitszustand der großstädtischen und ländlichen Betagten werden jedoch erst am Schluß detailliert herausgearbeitet.

3.2.1 Überwiegend positive gesundheitliche Selbsteinschätzung

Die überwiegend positive gesundheitliche Selbsteinschätzung ist ein auffallendes Charakteristikum der alten Populationen auf dem Lande und auch in der Stadt. Zwar beurteilen im Durchschnitt nur 42 v.H. der "Städter" und 35 v.H. der ländlichen alten Menschen ihre Gesundheit als "gut", doch gemessen an der geringen Zahl derjenigen, die sie als "schlecht" oder sogar "sehr schlecht" einschätzen, erhält das selbst gezeichnete Bild eine vorwiegend positive Färbung. In der Stadt glaubt mehr als die Hälfte der Männer und durchschnittlich 40 v.H. der Frauen darüber hinaus, daß ihre Gesundheit besser als die der Gleichaltrigen ist.

Wir fragten die siebzig- bis neunzigjährigen Männer und Frauen nach den Krankheitsepisoden in einem Zeitraum von sechs Monaten und wie lange diese gedauert haben. Die Antwort von 65 v.H. der Männer auf dem Lande lautete "gar nicht krank gewesen". In der Stadt machten 77 v.H. der "jüngsten" - also der 70- bis 74jährigen - und immerhin noch 50 v.H. der 85- bis 89jährigen Männer die gleiche Angabe. Frauen auf dem Lande meldeten zu 45 v.H. keinen einzigen Krankheitstag und in der Stadt lag der Anteil derart positiver Gesundheitsberichte von Frauen im Durchschnitt noch um etwa 11 v.H. höher.

3.2.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Bereits unter Berücksichtigung dieser wenigen Resultate gewinnt eine weitere Tendenz an Konturen: Männer schätzen sich gesundheitlich weitaus positiver ein als gleichaltrige Frauen, berichten über eine geringere Anzahl von Krankheitstagen und von Erkrankungen (TABELLE 10). Dieses Ergebnis ist durchaus nicht selbstverständlich, da andere Studien differenzierende Resultate zu Tage fördern (FERRARO 1980). Denn alte Männer schätzen ihre Gesundheit vielfach schlechter als Frauen ein, sie geben jedoch weniger Funktionsbeeinträchtigungen und weniger physiologische Störungen an (vgl. FILLENBAUM 1979). Dieses, wie auch unsere eigenen Analysen warnen davor, die Unterschiede allein auf das Merkmal der Geschlechtszugehörig-

keit zurückzuführen. Die gesundheitliche Situation der alten Frauen ist zwar anders, jedoch nicht generell schlechter, als die der alten Männer.

Sehen wir uns noch einmal die Antworten auf die Frage an, wie die Betagten ihre gegenwärtige Gesundheit beurteilen. Daß sich die Männer positiver als Frauen einschätzen, gilt nur insofern, als daß die Kategorien "gut" (oder "sehr gut") häufiger von Männern gewählt werden. Bei der Angabe "schlechte Gesundheit" sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede nicht mehr gravierend. In der Gruppe der ältesten männlichen Großstadtbewohner finden sich sogar mehr Personen mit negativer Gesundheitseinschätzung als bei den ältesten Großstadtfrauen. Insgesamt fällt auf, daß die Frauen in beiden Regionen dazu tendieren, ihre Gesundheit als "mittelmäßig" einzuschätzen, sich also weder als zu schlecht, noch als besonders gut darzustellen. Bei den Männern ist die Situation anders. Hier findet sich ein großer Anteil der "Gesundheitsoptimisten", über die in der gerontologischen Literatur häufig berichtet wird (für eine Übersicht vgl. FERRARO 1980); freilich ist auch das negative Extrem bei den ältesten städtischen Männern stärker vertreten.

Zieht man andere erhobene Parameter in Betracht, erscheint die "günstigere" gesundheitliche Einschätzung der Männer plausibel. Die Anteile derjenigen Männer, die - wie wir zeigten - innerhalb von sechs Monaten gar nicht krank gewesen waren, sind (besonders auf dem Lande) deutlich höher als die der Frauen ohne Krankheitsepisoden. Allerdings ist unter den Personen, die "fast dauernd" krank gewesen sind, kein eindeutiges Übergewicht von Frauen feststellbar. Mit Ausnahme der zwei "jüngeren" Gruppen (gemeint sind die 70- bis 74- und 75- bis 79jährigen) auf dem Lande, haben von "fast dauernden" Erkrankungen eher die Männer als die Frauen berichtet. Frauen geben hingegen verhältnismäßig häufiger Krankheitsvorkommnisse an, welche von einer Woche bis zu drei Monaten gedauert haben und von denen angenommen werden kann, daß sie die Befindlichkeit nachhaltig stören. Insgesamt betrachtet hatten die Männer aber eher ganz kurze, bis zu einer Woche dauernde Krankheitserlebnisse.

Neue Dimensionen gewinnen die geschlechtsspezifischen Unterschiede, wenn die Häufigkeit ausgewählter Erkrankungen (10) berücksichtigt wird (TABELLE 11). Mit Ausnahme des Prostataleidens, das ohnehin nur die Männer betrifft, treten nur noch wenige Erkrankungsgruppen bei den Männern häufiger als bei den Frauen auf. Vor allem die chronischen obstruktiven Erkran-

kungen der Atemorgane (chronische Bronchitis, Asthma, Emphysem), an zweiter Stelle Geschwüre des Verdauungssystems werden von Männern häufiger angegeben. Von fast allen anderen Erkrankungen sind Frauen anscheinend stärker, ja erheblich stärker betroffen (TABELLE 11), und zwar gleichermaßen in der Großstadt und auf dem Lande. Eindeutig mehr Frauen als Männer geben beispielsweise Herzleiden an. Auch Arthritis und Rheuma, Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Augenleiden, verschiedene Erkrankungen des Verdauungssystems (ohne Ulcera), Hauterkrankungen, wie z.B. offene Beine, Decubitus etc., Schilddrüsenstörungen und besonders seelische Erkrankungen weisen bei den über siebzigjährigen Frauen - entsprechend ihren Nennungen - höhere Prävalenzen auf als bei gleichaltrigen Männern. Beim Vergleich der beiden Frauenpopulationen fällt auf, daß die Landbewohnerinnen von jeweils stärkerer Betroffenheit berichten. Bei Frauen in der Stadt erreichen nur solche Krankheitsgruppen höhere Prävalenzen, die auch bei den Männern häufiger in der Stadt als auf dem Lande vorkommen. In diesem Zusammenhang sind beispielsweise Leberkrankheiten und Anämie zu nennen.

Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern manifestieren sich auch bei sensorischen Beeinträchtigungen. Obgleich die Ergebnisse nicht eindeutig und regional recht unterschiedlich sind, kann festgestellt werden, daß die "jüngeren" alten Frauen im Vergleich zu Männern gleicher Altersgruppen tendenziell die eigene Hörfähigkeit positiver einschätzen und seltener von einer doppelten Beeinträchtigung berichten (schlechtes Hören und Sehen). Bei den ältesten Frauen wird eine Polarisierung offenbar: Mehr Frauen als Männer erweisen sich als sensorisch voll funktionsfähig, zugleich aber ist auch die Prävalenz doppelter sensorischer Beeinträchtigungen (schlechtes Hören und Sehen) auf dem Lande und der alleinigen Hörprobleme in beiden Regionen höher als bei den ältesten Männern. Ähnliche Resultate werden für die weiße Bevölkerung in den Vereinigten Staaten vorgestellt (CORNONI-HUNTLEY/BROCK/OSTFELD 1986). Es wird berichtet, daß die "jüngeren" alten Männer schlechter hören als gleichaltrige Frauen, ein Befund, den wir nur für die Großstadtregion, nicht jedoch für das ländliche Gebiet bestätigt haben. Innerhalb der Ältesten (85 Jahre und älter) werden die Männer jedoch hinsichtlich der Anteile der Beeinträchtigten von den Frauen eingeholt und sogar überholt (ebenda). Die Inkontinenz ist ein weiteres Problem, das Frauen stärker als Männer trifft. Bei den städtischen Betagten sind gerade die jüngeren Frauen häufiger mit Schwierigkeiten der Ausscheidungskontrolle konfrontiert. Auf dem Lande werden beide Inkontinenzformen häufiger von Frauen als von Männern angegeben.

Insgesamt betrachtet ist die gesundheitliche Situation von Frauen ungünstiger als die von gleichaltrigen Männern (11). Frauen auf dem Lande müssen sich anscheinend mit noch größeren gesundheitlichen Beeinträchtigungen auseinandersetzen als ihre Geschlechtsgenossinnen in der Stadt. Mag sein, daß hier die Frauen - normgerecht - geneigt sind, im Alter die Identität der Kranken und Gebrechlichen anzunehmen; mag sein, daß hier auch andere Erklärungen greifen. Jedoch deuten allein die Daten zur Berufsstruktur darauf hin, daß die Frauen auf dem Lande, besonders die, die in der Landwirtschaft mitgeholfen haben, ihr Leben lang starke und verschleißfördernde Belastungen zu bewältigen hatten. Die Konsequenzen spiegeln sich nun in den Ergebnissen wider.

3.2.3 Altersbezogene Veränderungen

Wie schon an anderen Stellen dieses Berichts, treten auch im Zusammenhang mit dem Thema Gesundheit zahlreiche altersspezifische Differenzen hervor. Sie deuten auf Unterschiede der Entwicklung und des Lebensverlaufs der einzelnen untersuchten Kohorten hin. Zugleich jedoch spiegeln sich in diesen Differenzen auch Altersveränderungen - kurz die Alterung - wider. Bis vor kurzer Zeit zögerten Altersforscher, solche im Querschnitt identifizierten Differenzen zwischen einzelnen Altersgruppen mit altersabhängigen Veränderungen gleichzusetzen. Neuere Auswertungen von Längsschnittuntersuchungen zeigen allerdings, daß eine derartige Interpretation von Querschnittsbefunden vielfach zulässig ist, da die im Zeitverlauf auftretenden Veränderungen von Untersuchungspopulationen und die Altersgruppenunterschiede beträchtliche Parallelen aufweisen (BUSSE/MADDOX 1985). Der Querschnittsvergleich einzelner Altersgruppen erweist sich somit als geeignet, die Differenzen zwischen den relativ jüngeren und den relativ älteren alten Menschen zu verdeutlichen und die Muster auszumachen, zu denen die identifizierbaren Probleme der einzelnen Subgruppen innerhalb der alten Population jeweils gerinnen (vgl. auch GARMS-HOMOLOVA/HÜTTER 1988b).

Eine generell erkennbare Tendenz ist die Verschlechterung des subjektiven gesundheitlichen Befindens mit zunehmendem Alter. Jedoch manifestieren sich die Gesundheitsbeeinträchtigungen bei beiden untersuchten Populationen in unterschiedlicher Weise und differieren im Ausmaß. Verstärkend wir-

ken sich die bereits diskutierten geschlechtsspezifischen Differenzen aus. Zudem sind nicht alle Parameter den gleichen altersbezogenen Veränderungen ausgesetzt.

Die eigene Gesundheitseinschätzung verändert sich in der Bevölkerungsgruppe der städtischen Männer in der Weise, daß sich der Anteil der sich als "gut" Beurteilenden signifikant verringert: zu Gunsten der mittelmäßigen Gesundheitseinschätzung bei den 75- bis 84jährigen und schlechten Beurteilung bei den 85- bis 89jährigen. Bei den Männern der ländlichen Region gilt diese Tendenz nur für die 70- bis 85jährigen, während die 85jährigen und Älteren eine überaus positive gesundheitliche Selbstbeurteilung abgeben. Bei Frauen, die sich in beiden Regionen überwiegend "mittelmäßig" einschätzen, fällt die älteste Gruppe durch einen eindeutig höheren Anteil negativer Einschätzungen auf. Unter den ältesten Stadtfrauen nimmt auch der Prozentsatz derjenigen stark ab, die sich "gut" einschätzen.

Eine Zunahme der Krankheitsepisoden mit steigendem Alter ist lediglich bei der städtischen Population eindeutig ausgeprägt. Und noch ein altersabhängiger Trend ist klar erkennbar: die sensorische Beeinträchtigung der Ältesten, die sich in erster Linie durch niedrige Anteile voll funktionsfähiger 85jähriger und Älterer manifestiert: Nur 36 v.H. der Männer und 37 v.H. der Frauen auf dem Lande sowie nur noch 22 v.H. der Männer und 25 v.H. der Frauen in der Großstadt geben keinerlei Seh- oder Hörprobleme an. In zweiter Linie fällt eine hohe Prävalenz zweifacher Behinderungen in dieser Altersgruppe auf. In der städtischen Population ist rund ein Drittel der 85- bis 89jährigen betroffen. Anzumerken ist allerdings, daß sich schon bei den 80- bis 84jährigen Großstadtfrauen eine beträchtliche Ausprägung der zweifachen sensorischen Beeinträchtigungen abzeichnet. In der ländlichen Population liegen die Anteile der ältesten Menschen, die weder gut hören noch sehen können, weit unter den Zahlen für die gleichalte Gruppe in der Stadt. Trotzdem aber ist der sensorische Status der Ältesten auch auf dem Land viel schlechter als der aller anderen untersuchten Altersgruppen.

Bei einer Zusammenschau der Alterstrends fallen Differenzen zwischen beiden Populationen auf. In der Großstadt, wo die gesundheitliche Selbsteinschätzung der 70- bis 90jährigen insgesamt etwas positiver als auf dem Lande ausfällt, finden sich nicht nur bei den relativ Jüngeren, sondern

noch bis über 80 Jahre hinaus, große Gruppen von alten Menschen, die sich guter Gesundheit erfreuen. Das schlägt sich nicht lediglich in der gesundheitlichen Selbsteinschätzung nieder, sondern ebenso in der Verbreitung von Krankheitsepisoden und wird unter Berücksichtigung aller anderer verfügbarer Parameter sichtbar. Nur die 85jährigen und Älteren sind im größten Ausmaß von Gesundheitsproblemen betroffen. Und wiederum läßt sich diese drastische Reduktion des Wohlbefindens mit allen vorhandenen Parametern belegen. Dieses Ergebnis scheint mit der von FRIES (1981 und 1989) formulierten These von der "Kompression der Morbidität" (compression of morbidity) zu korrespondieren und auf das Hinausschieben von Gesundheitsstörungen in die letzten Lebensjahre hinzudeuten.

Die ländliche Population bietet insgesamt ein anderes Bild. Die Mehrheit schätzt die eigene Gesundheit als mittelmäßig ein. Dieses Selbsteinschätzungsmuster ist insbesondere für die weibliche Population auf dem Lande charakteristisch. Männer - auch die Ältesten unter ihnen - stellen ihre Gesundheit weit positiver dar. Am schlechtesten beurteilen sich die 80- bis 84jährigen. Das trifft übrigens ebenfalls für Frauen dieser Altersgruppe zu. Sie und die jüngste Gruppe der 70- bis 74jährigen berichten nur zu 21 v.H. von guter Gesundheit. Es wird deutlich, daß sich bei den Untersuchten auf dem Lande keine klaren Alterstrends herausarbeiten lassen.

3.3 Sozio-ökonomische Unterschiede in der gesundheitlichen Selbsteinschätzung

Der Vergleich der gesundheitlichen Selbsteinschätzung in Abhängigkeit von sozio-ökonomischen Merkmalen basiert auf Angaben zur Haushaltsgröße, zum Familienstand und Einkommensniveau (SCHAUBILD III). Für die städtischen Untersuchten stehen uns zusätzlich noch Daten zur schulischen Ausbildung und Wohnqualität zur Verfügung (12). Eine ganze Reihe von Zusammenhängen zwischen diesen Faktoren und der gesundheitlichen Selbsteinschätzung konnte gefunden werden.

Gleichzeitig spiegeln sich gerade in diesem Bereich die existierenden Stadt-Land-Unterschiede wider. So differiert die gesundheitliche Selbsteinschätzung der ländlichen Bevölkerung nach Haushaltsgröße und Familienstand (SCHAUBILD III). Am besten geht es anscheinend jenen Betagten, die mit ihren Ehepartnern in Zweipersonenhaushalten leben. Am schlechtesten ist es um die alten Menschen in Einpersonenhaushalten bestellt, wobei hier die Ledigen relativ am häufigsten Gesundheitspessimismus äußern. In der Großstadt ist das Wohlbefinden nicht davon abhängig, ob die Menschen allein leben oder nicht. Denn die Verheirateten - um die es sich vorwiegend bei Menschen in Zweipersonenhaushalten handelt (vgl. Kapitel 2 und 6) - beurteilen sich nicht ganz so gut wie die Verwitweten. Ledig gebliebene Betagte schätzen sich in gesundheitlicher Hinsicht weitgehend als mittelmäßig ein. In der großstädtischen Population manifestiert sich ferner ein klarer Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit: je höher das Niveau des Haushaltsnettoeinkommens, desto besser die gesundheitliche Selbsteinschätzung. Bei Personen mit niedrigerem Einkommensniveau findet sich vergleichsweise häufiger eine schlechte Gesundheitseinschätzung. Zugleich jedoch gehört zu den Beziehern niedriger Einkommen eine relativ große Personengruppe mit guter Gesundheit. Das ist wahrscheinlich der recht guten Gesundheit großer Teile der Verwitweten geschuldet, die zu dieser Gruppe zählen.

Etwas komplizierter sind die Relationen auf dem Lande. Hier geben die Bezieher mittlerer Einkommen die relativ beste Gesundheit an, während mit hohem Einkommensniveau eher eine mittelmäßige Gesundheit einhergeht. Die Erklärung ist aus der beschriebenen Struktur der Haushalte abzuleiten (siehe Kapitel 1 und 2) und mit der Tatsache zu begründen, daß gesundheitlich Schlechtergestellte in größeren Haushalten leben, in denen sich das Einkommen mehrerer Personen zusammenaddiert. Wirtschaftlich schlecht gestellte Menschen zeichnen sich häufiger durch negative Gesundheitseinschätzungen aus (SCHAUBILD III).

SCHAUBILD III:

Stadt-Land-Unterschiede in den Relationen zwischen sozioökonomischen Faktoren und der gesundheitlichen Selbst einschätzung (GSE)

sozio-ökonomische Faktoren

städtische Population

ländliche Populationen

Haushaltsgröße

- keine signifikanten Unterschiede

- deutliche Unterschiede

- Einpersonenhaushalte: überwiegend mittelmäßige GSE

- Zweipersonenhaushalte: relativ häufiger positive GSE

- Drei- und Mehrpersonenhaushalte: mittelmäßige GSE bei der überwiegenden Mehrheit, auffallend selten schlechte GSE

Familienstand

- Verheiratete: mittelmäßige bis gute GSE

- Verwitwete/Geschiedene: relativ beste GSE

- Ledige: mittelmäßige GSE

- Verheiratete: relativ beste GSE

- Verwitwete/Geschiedene: mehrheitlich mittelmäßige GSE

- Ledige: überdurchschnittlich häufig negative GSE

sozio-ökonomische Faktoren	städtische Population	ländliche Populationen
Einkommensniveau (EN) (Ausgangsbasis: Haushalts- nettoeinkommen)	<ul style="list-style-type: none">- hohes EN: relativ beste GSE- mittleres EN: mittelmäßige GSE überwiegt- niedriges EN: relativ häufiger schlechtes GSE, zugleich relativ hoher Anteil von Personen mit guter GSE- Verweigerer (der Einkommensangaben): mehrheitlich mittelmäßige GSE, sehr selten schlechte GSE	<ul style="list-style-type: none">- hohes EN: überwiegend mittelmäßige GSE- mittleres EN: relativ beste GSE- sehr niedriges bis niedriges EN: auffallend häufig schlechte GSE, bei Personen mit niedrigem EN bis mittelmäßig- Verweigerer (der Einkommensangaben): mehrheitlich mittelmäßige GSE, sehr selten schlechte GSE
Bildungsniveau	<ul style="list-style-type: none">- Personen mit weiterführender Bildung relativ bessere GSE als Personen mit elementarer Bildung	<ul style="list-style-type: none">- keine Vergleichsparameter
Wohnqualität	<ul style="list-style-type: none">- Männer in Wohnungen mit qualitätsbeeinträchtigenden Merkmalen: relativ bessere GSE- Frauen in Wohnungen ohne Qualitätsbeeinträchtigungen: relativ bessere GSE	<ul style="list-style-type: none">- keine Vergleichsparameter

3.4 Funktionsfähigkeit bei der Alltagsbewältigung

Bereits vor langer Zeit wurde die Bedeutung des Funktionsstatus als eines wichtigen Gesundheitsindikators erkannt (WHO 1959). Die Funktionsfähigkeit alter Menschen bei der Bewältigung täglich anfallender Anforderungen erweist sich zudem als ein zuverlässiger Prädiktor der Lebenserwartung bzw. Überlebenschance (BUSSE/MADDOX 1985; PALMORE 1985 a,b; PINSKY/LEAVERTON/STOKES 1987), als eine wichtige Determinante des Hilfe- und Versorgungsbedarfs (MADDOX 1981; MYERS/HUDDY 1985) und der Lebensqualität im höheren und höchsten Alter (KATZ 1987; SPITZER 1987; WOOD-DAUPHINEE/WILLIAMS 1987).

In gerontologischen Studien wird der Funktionsstatus mittels sogenannter "activity of daily living scales" gemessen: Ermittelt wird ein ADL-Index. Mittlerweile existiert eine ganze Palette solcher Instrumente (vgl. Übersicht bei WHITE/CARTWRIGHT/CORNONI-HUNTLEY 1986). Sie unterscheiden sich im Hinblick auf den Anwendungsbereich und - da sie sowohl in versorgenden und rehabilitativen Einrichtungen als Evaluationsinstrumente, als auch in Studien der Wohnbevölkerung zu Forschungszwecken angewandt werden - ebenso im Hinblick auf die Aktivitätsbereiche, die jeweils in den einzelnen Skalen berücksichtigt werden. Klassische Instrumente basieren auf der Erhebung der Bewältigung elementarer Aufgaben, die sich z.B. bei der täglichen Körperpflege und Hygiene stellen (vgl. KATZ/FORD/MOSKOWITZ et al. 1963). Andere umfassen anspruchsvollere instrumentelle Verrichtungen, wie z.B. Umgang mit Geld, Telefon, öffentlichen Verkehrsmitteln etc.. Später entwickelte Skalen beinhalten komplexe Problemlösungsaufgaben und werden genutzt, um die mentale Leistungsfähigkeit im höheren Alter zu beurteilen. Eine weitere Differenz besteht darin, daß einzelne Instrumente nur für die Selbsteinschätzung, andere wiederum für die Fremdeinschätzung (durch das Pflegepersonal, durch Mitarbeiter im Bereich der Rehabilitation etc.) geeignet sind; manche Skalen werden allerdings sowohl für die Selbst- als auch die Fremdeinschätzung verwendet.

In unserer Untersuchung wurden in Anlehnung an KATZ/FORD/MOSKOWITZ et al. (1963) die elementaren Aktivitäten des täglichen Lebensvollzugs erhoben und instrumentelle Aktivitäten (LAWTON/BRODY 1969) berücksichtigt. Für den nationalen Vergleich der ländlichen und städtischen Population wurde ein Set von Aktivitäten ausgewählt, die in beiden regionalen Untersuchungsschwerpunkten weitgehend übereinstimmen und sich auf elementare Selbstver-

sorgung und außerhäusige Mobilität (SCHAUBILDER IV und V) erstrecken. In der Großstadt sind es sieben, auf dem Lande sechs Items: Hier wurde die Einschätzung der Fähigkeit, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, außer acht gelassen (SCHAUBILD V). Diese ungleiche Indexbildung ergibt sich aus verkehrsstrukturellen Gegebenheiten, besonders den auf dem Lande bestehenden Lücken (BRÖSCHEN 1983). Im ländlichen Teil dieser Untersuchung stimmten 40 v.H. der befragten 70jährigen und älteren dem Statement zu, daß "öffentliche Verkehrsmittel nur unzureichend vorhanden" sind. Besonders hoch ist der Anteil der Zustimmungen in den kleinen Gemeinden mit objektiv schlechter Verkehrsanbindung. Doch wird dieses Statement auch in den Zentralgemeinden oft genug bejaht - ein Hinweis auf lange Wege zu Bus und Bahn. Bereits die Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen ist mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden und ohne Hilfe von Bekannten und Verwandten so gut wie nicht möglich. Nur ein Fünftel der alten Menschen kann mit dem Bus oder der Bahn zum Facharzt gelangen, weitere 10 v.H. benutzen Taxi oder den Krankentransport, die übrigen sind auf private Lösungen angewiesen.

Vor diesem Hintergrund schien die Gefahr zu groß, daß mit der Frage nach dem Umgang mit öffentlichen Verkehrsmitteln nicht die individuelle Fähigkeit, sondern die Bewertung von Infrastrukturlücken erhoben wird. So unterscheidet sich der einfache Index für Stadt und Land. Die grobe Aufteilung der alten Menschen in drei Kategorien

- Personen, die alle Aktivitäten ohne Schwierigkeiten und ohne Hilfe bewältigen,
- Personen, die mit einer der Aktivitäten Schwierigkeiten haben oder sie nur mit Hilfe bzw. gar nicht bewältigen können,
- Personen, die mit zwei oder mehreren Aktivitäten Probleme haben, oder diese nicht ohne Hilfen bzw. gar nicht bewältigen können.

impliziert, daß der Beurteilungsmaßstab für die städtische Population auf größeren Anforderungen basiert. Aus diesem Grunde müssen die einzelnen Differenzen zwischen den ländlichen und städtischen Betagten vorsichtig interpretiert werden.

SCHAUBILD IV: Großstadt: verwendete Items des ADL-Instrumentariums

Die Fragen sind überwiegend eingeleitet mit:

Sind Sie in der Lage ...?

ADL: Elementare Tätigkeiten

- sich draußen fortzubewegen? (1)
- sich von einem Zimmer zum anderen fortzubewegen? (2)
- eine Treppe zu benutzen?
- mindestens 400 m spazieren zu gehen?
- schwere Sachen zu tragen, z.B. eine Einkaufstasche mit 6 vollen Flaschen ungefähr 100 m weit zu tragen?
- eine Toilette zu benutzen?
- sich selbst zu waschen und zu baden? (1)
- sich an- und auszuziehen? (1)
- sich ins Bett zu legen und aufzustehen? (1)
- für sich selbst zu kochen?
- selbst zu essen?
- sich die Fußnägel zu schneiden?
- leichte Hausarbeiten zu machen (z.B. Geschirr spülen)? (1)
- schwere Hausarbeiten zu machen (z.B. Fenster putzen, Hausputz)?

ADL: Instrumentelle Tätigkeiten

- Wie ist es mit dem Telefonieren: Sind Sie in der Lage, eine Nummer aus dem Telefonbuch zu suchen und auch zu wählen?
- Lebensmittel und Kleider einzukaufen: Sind Sie dazu in der Lage?
- Ämter und Einrichtungen liegen oft weit entfernt: Sind Sie in der Lage, sie aufzusuchen?
- Können Sie öffentliche Verkehrsmittel benutzen: Busse, U-Bahn, Taxi? (1)
- die vom Arzt verschriebenen Medikamente einzunehmen?
- Geld abzuzählen?
- Anträge und Formulare (z.B. bei der Post, bei der Bank und bei Ämtern) auszufüllen?
- ohne Begleitung zu Fuß oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu einem Arzt zu gelangen?

Die vorgegebenen Antwortalternativen waren:

- ja, ohne Schwierigkeiten,
- ja, mit einigen Schwierigkeiten, aber ohne Hilfe,
- ja, aber nicht ohne Hilfe,
- nein, dazu bin ich nicht in der Lage.

(1) Eines der insgesamt sieben Items, die für den Index der allgemeinen Funktionsfähigkeiten ausgewählt wurden.

SCHAUBILD V: Land: verwendete Items des ADL-Instrumentariums

Die Fragen wurden überwiegend eingeleitet mit:

Sind Sie in der Lage ...?

ADL: Elementare Tätigkeiten

- sich allein ins Bett zu legen und wieder aufzustehen? (1)
- sich allein zu waschen? (1)
- sich die Fußnägel zu schneiden?
- sich allein an- und auszuziehen? (1)
- eine Toilette zu benutzen?
- selbst zu essen und zu trinken?

ADL: Beweglichkeit

- sich von einem Zimmer zum anderen fortzubewegen? (1=)
- eine Treppe zu benutzen?
- sich draußen fortzubewegen? (1)
- öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen?

ADL: Kommunikation

- zu telefonieren?
- Briefe zu schreiben?

ADL: Arbeiten und Haushalt

- für sich selbst zu kochen)? (2)
- leichte Hausarbeiten zu machen (z.B. Geschirrspülen, Staubwischen)? (1) (2)
- schwere Hausarbeiten zu machen (z.B. Fensterputz, Hausputz)? (2)
- den täglichen Bedarf einzukaufen und heimzubringen?
- Vorräte einzukaufen und heimzubringen? (2)
- im Winter Schnee zu schippen und im Sommer die Straße bzw. den Hof zu kehren? (2)
- Behördenangelegenheiten zu erledigen? (2)

Die vorgegebenen Antworten waren:

- ja, allein und ohne Schwierigkeiten,
- ja, zwar mit Schwierigkeiten, aber allein,
- ja, nur mit fremder Hilfe,
- nein, selbst mit fremder Hilfe nicht.

(1) Eines der insgesamt sechs Items, die für den Index der allgemeinen Funktionsfähigkeit ausgewählt wurden.

(2) Zusätzlich mit der Antwortvorgabe "weiß nicht".

3.4.1 Variationen der Funktionsfähigkeit nach Geschlecht und Alter

Betrachten wir zunächst die Gruppen der voll funktionsfähigen Personen. In der Altersspanne von 70 bis 79 Jahren gehört die absolute Mehrheit von Männern und Frauen in diese Kategorie der alten Menschen ohne Probleme innerhalb der ausgewählten Aktivitätsbereiche (TABELLE 12). Geschlechtsdifferenzen sind nur andeutungsweise feststellbar, wobei Männer (vor allem die in der Großstadt) geringfügig höhere Anteile der voll Funktionsfähigen aufweisen. Erst bei den 80- bis 84jährigen und stärker noch bei den 85jährigen und Älteren treten die Geschlechtsdifferenzen klar in Erscheinung. Frauen - mehr in der Stadt als auf dem Lande - gehören seltener zu der voll funktionsfähigen Gruppe. Die älteren Kohorten sind benachteiligt, aber erst bei den Ältesten schrumpfen die Anteile der voll funktionsfähigen Männer auf 48 v.H. (Land) bzw. 40 v.H. (Großstadt) und der Frauen auf 29 v.H. (Land) bzw. 26 v.H. (Stadt). Gleichzeitig steigen die Raten von Personen mit mehreren Funktionsproblemen auf 36 v.H. (Land) bzw. 42 v.H. (Stadt) der Männer und sogar auf 47 v.H. (Land) bzw. 52 v.H. (Stadt) der Frauen an.

Die Stadt-/Land-Differenzen variieren je nach Alters- und Geschlechtsgruppe, bleiben insgesamt aber so gering, daß sie vernachlässigt werden sollen. Nur bei den beiden ältesten Gruppen übersteigen die Anteile der Großstädter mit mehreren Problemen die Anteile der ländlichen Alten in dieser Kategorie. Hier aber schlägt sich ganz offensichtlich die unterschiedliche Indexbildung nieder. Wie wir an einer anderen Stelle zeigen, sind 29 v.H. der 85- bis 89jährigen Männer und sogar 48 v.H. der gleichaltrigen Frauen in der Großstadt nicht in der Lage, öffentliche Verkehrsmittel selbständig zu benutzen (GARMS-HOMOLOVA/HÜTTER 1988b:150). Es ist also evident, daß allein dieser einzige Parameter fast ein Drittel der ältesten Männer und fast die Hälfte der Frauen dieser Altersgruppe aus der Kategorie der voll funktionsfähigen Personen hinauskatapultieren kann.

3.4.2 Variationen der Funktionsfähigkeit nach sozio-ökonomischen Merkmalen

Bei der Diskussion der Ergebnisse der gesundheitlichen Selbsteinschätzung machen wir darauf aufmerksam, daß sich Stadt-/Land-Differenzen dort

bemerkbar machen, wo die Selbsteinschätzung im Kontext sozio-ökonomischer Einflußfaktoren betrachtet wird. Die Funktionsfähigkeit weist jedoch keine solche Differenzen auf. In beiden Populationen sind die voll funktionsfähigen Personen unter den Verheirateten am stärksten vertreten. Das ist zweifelsohne darauf zurückzuführen, daß es sich vorwiegend um Männer handelt, die im Durchschnitt der Population der über 70jährigen bessere Funktionsfähigkeit als Frauen aufweisen. Weit schlechter ist die Funktionsfähigkeit der ledigen Personen (TABELLE 13). Es überrascht ein wenig, daß dieses Bild nicht durch Unterschiede nach Haushaltsgröße reproduziert wird (TABELLE 12).

In beiden Regionen steigt der Anteil voll funktionsfähiger Personen mit dem Bildungs- und Einkommensniveau. Auch hierbei jedoch soll der Einfluß des Geschlechts mitbedacht werden.

3.5 Gesundheit und Funktionsfähigkeit

Keineswegs Überraschend ist eine starke Beziehung zwischen gesundheitlicher Selbsteinschätzung und Funktionsfähigkeit. Personen, die sich wohl fühlen, sind entweder voll funktionsfähig (vor allem, was die städtische Bevölkerung anbetrifft) oder haben höchstens eine Funktionseinschränkung (trifft vor allem für die ländliche Bevölkerung zu). Stadt-Land-Unterschiede manifestieren sich in der Weise, daß auf dem Lande ein großer Anteil voll funktionsfähiger Personen (35 v.H.) oder Personen mit Beeinträchtigung in einem einzigen Aktivitätsbereich (59 v.H.) eine eher mittelmäßige Gesundheit angegeben haben. In der Großstadtpopulation wird jedoch die Gruppe mit mittelmäßiger Gesundheit eindeutig von Personen mit Funktionseinbußen in mehreren Aktivitätsbereichen dominiert. Wer auf dem Lande das gleiche Maß an Funktionsproblemen hat, schätzt sich gesundheitlich eindeutig negativer ein. Ferner ergibt sich in der ländlichen Population nur ein schwacher Zusammenhang zwischen Funktionseinschränkungen und Dauer der Krankheitsepisoden im letzten halben Jahr vor der Befragung. Fast dauernd krank waren nur ca. 5 v.H. der Personen ohne, aber fast 24 v.H. der mit einer und 18 v.H. der mit mehreren Funktionseinschränkungen. In der Großstadt ist der Zusammenhang stärker: 70 v.H. der Personen ohne Funktionsbeeinträchtigungen sind gar nicht krank gewesen. Von der Gruppe mit mehreren Funktionseinschränkungen gilt dieses nur für 30 v.H. Rund 25

v.H. dieser Gruppe berichteten von bis zu einem Monat dauernden Krankheiten, 22 v.H. waren ein bis drei Monate und die übrigen 22 v.H. fast dauernd krank.

Ferner ergab sich eine ganze Reihe weiterer signifikanter Zusammenhänge des beeinträchtigten Funktionsstatus mit Gesundheitsstörungen und Krankheiten:

- mit schlechter Sehfähigkeit (in beiden Populationen),
- mit zweifachen sensorischen Beeinträchtigungen: schlechtes Hören und Sehen (in der Großstadtpopulation),
- mit Inkontinenz: besonders mit Urininkontinenz in der ländlichen Bevölkerung,
- mit Durchblutungsstörungen (beide Populationen), Schlaganfall (ländliche Population) und Hirnarterienerkrankung (städtische Population),
- mit Arthritis/Rheuma, Bluthochdruck, Herzleiden, Zuckerkrankheit, Lebererkrankung (städtische Population),
- mit seelischen Erkrankungen (beide Populationen), Depression, Nervenleiden, Epilepsie, Alkohol- und Tablettenabhängigkeit (ländliche Population) und Schlafstörungen (städtische Population).

Es zeigt sich, daß Personen, die unter diesen Erkrankungen leiden, zugleich vermehrt funktionsbeeinträchtigt sind. Für die ländliche Population wird konstatiert: Die Korrelation des ADL-Index mit den Fragen der Beschwerdeliste läßt erkennen, daß eingeschränkte Funktionsfähigkeit mit Symptomen wie: Appetitlosigkeit, vermehrtes Schlafbedürfnis, Erschöpfungszustände, Hinfälligkeit, Antriebsarmut und Desinteresse im Zusammenhang steht. Diese Symptome signalisieren einen Rückzug aus dem Alltag und seinen Aktivitäten aufgrund zunehmender körperlicher Hinfälligkeit aber auch sozialem Disengagement. Die Bedeutung der fortschreitenden körperlichen Hinfälligkeit wird durch das Item 'Unsicherheit beim Gehen und Greifen' belegt, das von allen Variablen der Beschwerdeliste am stärksten mit dem ADL-Index korreliert.

Ein ähnlicher Befund resultiert für die Großstadtbevölkerung aus der Korrelation des ADL-Index mit der 15 Items umfassenden Beschwerdeliste (vgl. GARMS-HOMOLDVA/HÜTTER 1988b). Bei 11 Items ergaben sich hochsignifikante Beziehungen, aus denen sich ableiten läßt, daß mit Funktionseinschränkungen

gen vielfältige Befindlichkeits- und Gesundheitsstörungen einhergehen. So ist die reduzierte Funktionsfähigkeit häufig mit Gleichgewichtsstörungen, Herzklopfen, Herzrasen und Kurzatmigkeit gekoppelt oder durch diese Symptomatik verursacht. Die alten Menschen, die Schwierigkeiten haben, die alltäglichen Anforderungen zu bewältigen, sind jene, die sich eher kraftlos, entmutigt, überflüssig, unverstanden und unglücklich fühlen.

Obwohl in dieser Studie nur schematisch ausgewertet (13), erweisen sich die Funktionsangaben als ein wichtiger Indikator für die Beurteilung des Gesundheitszustandes. Sowohl die Gesundheits- als auch die Funktionsprobleme häufen sich in der Gruppe der Ältesten - wohl mit einer Ausnahme der ältesten Männer auf dem Lande, die anteilmäßig viele "Gesundheitsoptimisten" abgeben. In dieser Hinsicht existieren also keine prägnanten regionalen Unterschiede.

Versuchen wir vor dem Hintergrund der Einzelbefunde die gesundheitliche Situation "alter alter" Menschen auf dem Lande und in der Großstadt zusammenfassend zu würdigen, so müssen wir vor allem auf die Gemeinsamkeiten verweisen. Trotz der unterschiedlichen Lebensweisen in diametral differierenden Umwelten und der Tatsache, daß verschiedenartige Entwicklungen verschiedenartige Biographien produzieren, ähneln der Zustand und ebenso die Probleme der Betagten in kleinen ländlichen Gemeinden dem Zustand und den Gesundheitssorgen der Betagten in einem großstädtischen Milieu.

Stadt-/Land-Unterschiede, die sich auftun - etwa die ungleiche Prävalenz von Erkrankungen, der stärkere Gesundheitsoptimismus der ältesten Männer bei insgesamt eher mittelmäßigen Gesundheitseinschätzungen auf dem Lande, verschiedenartige Befindlichkeitsmuster einzelner sozialer Subgruppen etc. - bleiben eher begrenzt. Dieses impliziert einerseits, daß die meisten der gewonnenen Feststellungen zur Gesundheit und Funktionsfähigkeit generalisiert werden dürfen. Denn sie gelten für die "alten alten" Menschen - ob Dorfbewohner oder Großstädter - und können daher als Orientierung herangezogen werden, wenn über "die Alten" ausgesagt werden soll. Andererseits weisen gerade die vorhandenen Differenzen auf Aspekte hin, die zum Ausgangspunkt für tiefergehende und u.U. auch längerfristig angelegte Studien werden sollten. Zu den Fragen, die sich in diesem Kontext stellen, gehören die über die offenbar sozio-ökologisch determinierten Maßstäbe und Normen der gesundheitlichen Selbstbewertung, über Wirkung von langjährigen Belastungen auf die Lebensqualität alter Landfrauen, über Einfluß selektiver

Mortalität auf den Gesundheitszustand der ältesten Männer auf dem Lande und umgekehrt in der Stadt, über die Lebensweisen der ältesten "Singles", die offensichtlich erheblich belastet sind.

Die ältesten Personen über 85 Jahre sollen generell mehr Beachtung künftiger Forschungsaktivitäten erhalten. Es ist diese Gruppe, die sich gegenüber den ansonsten positiv zu beurteilenden alten Menschen abhebt und sich durch dramatische Anhäufung gesundheitlicher Probleme und Funktionsstörungen auszeichnet und deshalb wahrscheinlich den allgemeinen Versorgungsbedarf der nahen Zukunft maßgeblich konstituieren wird.

4. Exkurs: Schwerpflegebedürftigkeit in der 70- bis 90jährigen Großstadtpopulation

4.1 Einführung

Versuche, das Ausmaß der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung zu bestimmen, stoßen immer wieder auf Schwierigkeiten, die in erster Linie aus der Unklarheit der Konzepte, in zweiter Linie aus den Unsicherheiten bezüglich der Kriterienbestimmung resultieren. Die konzeptuellen Probleme sind vielfältig. Sie manifestieren sich beispielsweise darin, daß die medizinisch-klinischen Konzepte des Versorgungsbedarfs tendenziell nach wie vor für angemessener und zuverlässiger als andere gehalten werden. Diese Sichtweise ist einerseits historisch geprägt, andererseits dokumentiert sie den ungebrochenen Einfluß der medizinischen Profession (TURNER 1987). Lieferten die medizinischen Konzepte wertvolle Grundlagen für therapeutische und palliative Versorgungsstrategien und für die entsprechende Bedarfsermittlung (BERGNER/ROTHMAN 1987), so sind sie weniger angemessen, wenn es um die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Bevölkerungsgruppen geht. Denn die Bestimmung des Bedarfs für eine die Lebensqualität wahrende Versorgung entzieht sich dem Kriterium der Anwesenheit und Verteilung diagnostizierbarer (behandelbarer und behandlungsresistenter) Pathologien innerhalb der gegebenen Population.

Ein anderes Beispiel für die Unklarheiten der Konzepte liefert die bis heute geführte Diskussion um die Begriffe "Kompetenz im Alter" versus "Pflege- bzw. Hilfebedürftigkeit" (vgl. LEHR 1987). Dabei werden zwei auf unterschiedlichen Ebenen gelagerte Konzepte gegeneinander ausgespielt und als Antagonismen dargestellt (vgl. ebenda).

Mit den konzeptionellen Schwierigkeiten hängt die Unsicherheit bezüglich der Kriteriumsbestimmung eng zusammen. In der Bundesrepublik orientieren sich zahlreiche Berechnungen des Pflege- und Hilfebedarfs an den Ende der siebziger Jahre gewonnenen Anhaltsdaten für zu Hause lebende Behinderte (SOCIALDATA 1980), denen die Kritiker vorhalten, daß die Maßstäbe für Selbstversorgungsfähigkeit zu niedrig angesetzt sind und dementsprechend zu hohe Pflege- und Betreuungsbedürftigkeitsraten ausgewiesen werden (vgl. THOMAE/KRUSE/WILBERS 1987).

In unserer eigenen Untersuchung mittels einer Prüfung der motorischen Leistungsfähigkeit nach JEFFERYS/MILLARD/HYMAN/WARREN (1969) und der Eigenbeurteilung der Leistungsfähigkeit im alltäglichen Lebensvollzug (vgl. GARMS-HOMOLOVA/HÜTTER 1983), die wir vor einer Dekade an 60- bis 89jährigen Großstadtbewohnern durchgeführt haben, bestätigen wir jedoch im wesentlichen das von SOCIALDATA (1980) gezeichnete Bild. Nach unserem Ergebnis müssen 8 v.H. der 70- bis 79jährigen und 19 v.H. der 80- bis 89jährigen als "abhängig" betrachtet werden; denn sie sind nicht in der Lage, mehrere elementare Verrichtungen des täglichen Lebens wahrzunehmen und mehrere komplexe Bewegungen auszuführen. 19 v.H. der 70- bis 79jährigen und 31 v.H. der 80- bis 89jährigen erweisen sich als "hilfsbedürftig", da sie nicht in der Lage sind, einzelne elementare Verrichtungen wahrzunehmen und für eine Reihe weiterer benötigen sie fremde Hilfe (vgl. GARMS-HOMOLOVA/HÜTTER 1983).

Im Zusammenhang mit einer Fallstudie zur Situation der häuslichen Versorgung (GARMS-HOMOLOVA/HÜTTER/SCHAEFFER 1989a,b) orientierten wir uns bei der Bestimmung des Hilfebedarfs der 70- bis 90jährigen Großstadtbevölkerung an Aufgaben, die im Bedarfsfalle von Helfern ambulanter Dienste ausgeführt werden können (14). Entsprechend diesem Kriterium stellten wir einen erhöhten Hilfebedarf im hauswirtschaftlichen Bereich (15) bei rund 5 v.H. der 70- bis 79jährigen Männern fest. Von der Altersgruppe der 80- bis 84jährigen Männer wiesen bereits 17 v.H. und von den 85- bis 89jährigen sogar 38 v.H. einen erhöhten Hilfebedarf auf. Bei den Frauen betragen die Anteile von Personen mit erhöhtem Hilfebedarf 6 v.H. für die 70- bis 74jährigen, 12 v.H. für die 75- bis 79jährigen, 24 v.H. für die 80- bis 84jährigen und 31 v.H. für die 85- bis 89jährigen (ebenda: 15ff.).

In den vorliegenden Ausführungen legen wir weit strengere Maßstäbe an, die wir dem Begriff der Schwerpflegebedürftigkeit entlehnen, der im 6. Abschnitt des GRG vom 31. Dez. 1988 (§§ 53-57 - SGB V) eingeführt wurde.

4.2 Kriterien

Im § 53, 1 SGB V heißt es: "Versicherte, die nach ärztlicher Feststellung wegen einer Krankheit oder Behinderung so hilflos sind, daß sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des

täglichen Lebens auf Dauer in sehr hohem Maße der Hilfe bedürfen (Schwerpflegebedürftige), erhalten häusliche Pflegehilfe." Vorgesehen sind Leistungen, die die Pflege und Versorgung dieser Schwerpflegebedürftigen in ihrem Haushalt oder ihrer Familie ergänzen (§ 55 SGB V). Die Spitzenverbände der Krankenkassen wurden durch das Gesetz beauftragt, gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung und Bundesverbänden der Pflegeberufe sowie der Behinderten, den leistungsberechtigten Personenkreis abzugrenzen (§ 53,3 SGB V). In den bisher erlassenen SCHWERPFLEGEBEDÜRFTIGKEITSRICHTLINIEN vom 9.8.1989 werden die Funktionsbereiche genannt, nach denen sich die Beurteilung von Hilflosigkeit richten sollen. Dazu gehören:

- "- im Bereich der Mobilität und der Motorik das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, Umlagern, Gehen, Stehen oder Treppensteigen,
- im Hygienebereich das selbständige Waschen, Duschen oder Baden, Zähneputzen, Kämmen, An- und Auskleiden sowie die selbständige Benutzung der Toilette sowie das selbständige Reinigen der Wohnung,
- im Bereich der Ernährung die selbständige Nahrungszubereitung oder -aufnahme,
- im Bereich Kommunikation das Sprechen, das Sehen oder das Hören."

Zusätzliche Leistungsvoraussetzungen sind

1. daß die Hilflosigkeit kein vorübergehender Zustand ist und
2. daß die Person in nahezu allen Bereichen regelmäßig auf intensive Hilfe angewiesen ist.

Das Vorliegen dieser Kriterien soll am Einzelfall geprüft werden.

Inzwischen wurden diese Kriterien von verschiedenen Seiten kommentiert und vielfach als zu restriktiv befunden (für Übersicht vgl. GROSSJOHANN 1989). Zugleich wird aber auf die relativ großen Interpretationsspielräume verwiesen sowie darauf, daß sich die Maßstäbe erst richtig in der Zuweisungspraxis entwickeln und bewähren müssen, so daß frühestens nach Monaten (oder Jahren) der Handhabung über ihre Angemessenheit geurteilt werden kann (ebenda).

Abgesehen von dieser Unsicherheit möchten wir dennoch versuchen, mit Hilfe dieser Kriterien die Größenordnung des Problems der Schwerpflegebedürftigen in der Population der 70- bis 90jährigen zu schätzen. Dabei ziehen wir allein die nicht institutionalisierten alten Menschen in Betracht. Analy-

sirt wird deren Funktionsfähigkeit in jedem der genannten Funktionsbereiche. Im zweiten Schritt werden die Funktionsbereiche kombiniert (16). Die Grundlage bilden Daten zur individuellen Funktionsfähigkeit im alltäglichen Lebensvollzug: das sogenannte Activity-Daily-Living-Index - ADL (vgl. KATZ/FORD/MOSKOWITZ et al. 1963 und LAWTON/BRODY 1969) (17).

Für jeden der in den Richtlinien genannten Funktionsbereiche wurde ein Index erstellt, der das Ausmaß der Selbständigkeit bei der Ausübung der Verrichtungen abbildet. Als Selbständigkeit gilt, daß eine Tätigkeit ohne Hilfe ausgeführt werden kann. Ein weiteres Abstufungskriterium ist die Häufigkeit kompensierender Betreuungsleistungen. Sie repräsentiert einen aussagekräftigen Indikator für den Grad der Abhängigkeit von Helfern. Der Wert 0 der Indizes steht für eine weitgehende Selbständigkeit in dem genannten Funktionsbereich; 1 kennzeichnet einen gelegentlichen Hilfebedarf; die Ziffer 2 einen eventuell mehrmals täglich auftretenden, intensiven Hilfebedarf.

Die Indizes für die einzelnen Funktionsbereiche sind:

1. MOBILITÄT - Folgende Tätigkeiten wurden einbezogen:

- aufstehen, zu Bett gehen,
- sich von einem Zimmer zum anderen bewegen,
- Treppe benutzen.

Der so gebildete Index MOBILITÄT unterscheidet folgende Stufen der Selbständigkeit:

- (0) bezeichnet Personen, die ohne Hilfe aufstehen, zu Bett gehen und sich von einem Zimmer zum anderen bewegen können, und die in der Lage sind
- wenn auch nur mit Hilfe - Treppen zu benutzen;
- (1) umfaßt Personen, die nicht in der Lage sind, Treppen zu benutzen;
- (2) kennzeichnet Personen, die beim Aufstehen, zu Bett gehen oder bei der Fortbewegung in der Wohnung auf Hilfe angewiesen sind.

2. HYGIENE - Dieser Bereich umfaßt die Tätigkeiten

- sich waschen,
- sich an-/auskleiden,
- Toilette benutzen,
- leichte Hausarbeit.

Aus dem Index HYGIENE resultiert folgende Untergliederung:

- (0) Personen, die alle genannten Tätigkeiten selbständig ausführen können;
- (1) Personen, die eine leichte Hausarbeit nicht ohne Hilfe bzw. überhaupt nicht verrichten können;
- (2) Personen, die Hilfe benötigen, um sich zu waschen, sich an/auszukleiden
oder
die Toilette zu benutzen.

3. Der Index ERNÄHRUNG kategorisiert die Personen danach.

- (0) daß sie sowohl selbständig ihre Nahrung zubereiten als auch zu sich nehmen können.
- (1) daß sie Hilfe bei der Nahrungszubereitung brauchen und
- (2) daß sie nicht selbständig essen können.

4. Der Index KOMMUNIKATION unterscheidet sich von den anderen Indizes. Er basiert auf der Einschätzung der eigenen Hör- und Sehfähigkeit, die nicht mit den standardisierten Antwortvorgaben des AOL-Instrumentariums vorgenommen werden konnte; außerdem war eine Abstufung nach der Häufigkeit notwendiger Hilfeleistung nicht möglich. Wir entschieden, daß die Sehfähigkeit eine größere Relevanz für die selbständige Lebensführung hat, und konstruierten den Index "Kommunikation", indem wir den jeweils geringsten Grad der angegebenen Funktionsfähigkeit berücksichtigten:

- (0) kann mindestens mittelmäßig hören und mit viel Mühe lesen.
- (1) kann schlecht hören bzw. ist fast taub;
- (2) ist fast blind (in Einzelfällen zusätzlich schlechte Hörfähigkeit).

5. In einem abschließenden Schritt erstellten wir aus den Einzelindizes einen Gesamtindex der Pflegebedürftigkeit. Der Funktionsbereich Kommunikation wurde hierbei nicht berücksichtigt, da der entsprechende Index einer anderen Logik als die anderen Indizes unterliegt (18). Somit basiert der Gesamtindex auf den Einzelindizes

"Mobilität", "Hygiene" und "Ernährung" und umfaßt folgende Kategorien:

- (0) relative Selbständigkeit in den drei Funktionsbereichen,
- (1) gelegentlicher Hilfebedarf in mindestens einem Funktionsbereich;
- (2) intensiver Hilfebedarf (mehrmals täglich) in mindestens einem Funktionsbereich.

4.3 Das Ausmaß des Hilfebedarfs und der Anteil der Schwerpflegebedürftigen

Wie bereits in dem vorangehenden Kapitel gezeigt wurde, sind zu einer selbständigen Lebensführung die meisten der zu Hause lebenden 70- bis 90jährigen in der Lage. Der Anteil von Personen mit Hilfebedarf variiert, je nachdem welcher der ausgewählten Funktionsbereiche betrachtet wird. Die Mobilität ist bei 2,4 v.H. der Altenpopulation insofern eingeschränkt, als sie nicht in der Lage sind, eine Treppe zu benutzen. In mehrstöckigen Gebäuden ohne Aufzug ist also deren Bewegungsradius begrenzt. Auf intensive Hilfe sind weitere 1,7 v.H. angewiesen, die nicht selbständig gehen können und Hilfe beim Zubettgehen bzw. beim Aufstehen benötigen. Relativ unabhängig sind im Bereich der Mobilität 96 v.H. der Siebzig- bis Neunzigjährigen.

Intensive Hilfe bei Verrichtungen der persönlichen Hygiene - sich waschen, sich an-/auskleiden, WC benutzen - benötigen 3,1 v.H. dieser Altersgruppe. Gelegentliche Unterstützung bei leichter Hausarbeit ist bei weiteren 2,6 v.H. erforderlich. Ohne fremde Hilfe kommen 94,3 v.H. zurecht. Am geringsten ist die Selbständigkeit bei der Ernährung (91,4 v.H.). Die Nahrungszubereitung ist für 7,4 v.H. nur mit Hilfe möglich, eine Einschränkung, die häufiger die Männer betrifft. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme benötigen darüber hinaus 1,2 v.H. Im Bereich der Kommunikation sind 4,9 v.H. der Altenpopulation durch schlechtes Hören behindert, 2,4 v.H. sind fast blind und manchmal noch zusätzlich in ihrer Hörfähigkeit beeinträchtigt. Knapp 93 v.H. können mindestens noch "mittelmäßig" hören und, wenn auch mit viel Mühe, lesen.

Die Größenordnung eines intensiven Hilfebedarfs, der eine nahezu ständige Betreuung notwendig macht, bewegt sich bei 1 v.H. bis 3 v.H. der 70- bis 90jährigen zu Hause Lebenden. Für alle Funktionsbereiche gilt, daß in höheren Altersgruppen der Anteil in ihrer Selbständigkeit eingeschränkter Personen zunimmt. Unser Datenmaterial liefert - mit Ausnahme des Bereichs Nahrungszubereitung - keinen statistisch gesicherten Hinweis auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung des Hilfebedarfs.

Betrachten wir den zeitlichen Aspekt des Hilfebedarfs. Obwohl wir keine retrospektiven Daten erhoben haben und nicht aussagen können, wie lange die Funktionsbeeinträchtigungen ungefähr dauern, erlauben uns die Daten der Wiederholungsbefragung (16), einige wichtige Verlaufsdimensionen der Hilfebedürftigkeit zu beleuchten. Abgesehen vom Funktionsbereich Kommunikation verringert sich im Jahresverlauf der Anteil der Hilfebedürftigen durch Sterbefälle überproportional. Für Personen, deren Selbständigkeit in den Bereichen Mobilität, Hygiene oder Ernährung eingeschränkt ist, ist durchweg eine höhere Mortalitätsrate festzustellen. Dennoch wird die Anzahl der Hilfebedürftigen nach Ablauf eines Jahres größer; denn die Situation der Überlebenden verschlechtert sich. Zwischen 6 v.H. und 8 v.H. der Überlebenden berichten von einer zunehmenden Beeinträchtigung der Selbständigkeit in mindestens einem der Funktionsbereiche innerhalb des abgelaufenen Jahres. Demgegenüber ist eine Verbesserung, die auf eine vorübergehende Beeinträchtigung zum Zeitpunkt der Grundbefragung schließen lassen könnte, nur bei 1 v.H. bis 3 v.H. der Überlebenden festzustellen. Die Anteile der relativ selbständigen alten Menschen verringern sich im Querschnittsvergleich der Erhebungsjahre 1986 und 1987 von 96 v.H. auf 93 v.H. im Funktionsbereich Mobilität, von 94 v.H. auf 90 v.H. im Bereich Hygiene, von 91 v.H. auf 86 v.H. im Bereich Ernährung und von 93 v.H. auf 89 v.H. im Bereich der Kommunikation. Der Anteil der Personen mit intensivem Hilfebedarf erhöht sich besonders stark im Bereich der hygienischen Verrichtungen: er wächst in einem Jahr von 3,1 v.H. auf 7,3 v.H. der Altenpopulation an.

Der gelegentliche Hilfebedarf bei Mobilitätsproblemen, hygienischen Verrichtungen oder bei der Nahrungszubereitung rechtfertigt gemäß den Richtlinien zur Schwerpflegebedürftigkeit noch keine Anspruchsberechtigung; auch dann nicht, wenn mehrere Beeinträchtigungen gleichzeitig vorliegen. Doch zeigt die Praxis und deuten entsprechende Untersuchungen an (vgl. SPECTOR/KATZ/MURPHY/FULTON 1987), daß auch jeder einzelne dieser Funk-

tionsbereiche eine mehrmals täglich stattfindende Betreuung, eventuell sogar die ständige Anwesenheit einer Pflegeperson notwendig macht. An dieser Überlegung orientiert sich unser Gesamtindex Pflegebedürftigkeit. Er erlaubt uns, den Personenkreis quantitativ einzugrenzen, der mehrmals täglich - wenn auch nicht notwendigerweise dauernd - Hilfestellung in den genannten elementaren Aufgabenbereichen benötigt.

Am Ausgangspunkt der Untersuchung sind 89 v.H. der 70- bis 90jährigen, nicht institutionalisierten Großstadtpopulation zu relativ selbständiger Lebensführung befähigt; 7,5 v.H. haben in mindestens einem Funktionsbereich gelegentlichen Hilfebedarf. Intensiver Hilfe bedürfen 3,3 v.H. der Altenpopulation. Das Ausmaß der Hilfebedürftigkeit ist von Altersgruppe zu Altersgruppe ansteigend. Bei den Männern beträgt der Anteil derer mit Hilfebedarf etwa 7 v.H. für 70- bis 74jährige und 48 v.H. für 85- bis 89jährige; bei den Frauen beläuft er sich auf 2 v.H. für die "jüngsten" und auf 22 v.H. für 85- bis 89jährige. Besonders schwerwiegend sind die Differenzen im intensiven Hilfebedarf. Sie betragen über die Altersgruppen 15 Prozentpunkte bei Männern und 10 Prozentpunkte bei Frauen.

Aus der Gruppe der hilfebedürftigen Personen rekrutiert sich etwa jede zweite der im Folgejahr institutionalisierten Personen. Zugleich geht mit steigendem Grad der Hilfebedürftigkeit eine höhere Mortalitätsrate einher: 4,5 v.H. der Personen ohne Hilfebedarf versterben im Laufe eines Jahres; bei Personen mit gelegentlichem Hilfebedarf beträgt die Mortalitätsrate annähernd 8 v.H. Sie erreicht 21 v.H. bei Personen, bei denen ursprünglich ein intensiver Hilfebedarf festgestellt wurde.

Bei 85 v.H. der Überlebenden bleibt das Ausmaß der Selbständigkeit im Verlauf eines Jahres unverändert; 12 v.H. der überlebenden Personen mußten eine Verschlechterung hinnehmen; lediglich bei 3 v.H. verbesserte sich der Zustand. Insgesamt ist im Zuge der Alterung der Population eine Erhöhung der Hilfebedürftigkeit festzustellen. Waren im Jahre 1986 noch etwa 89 v.H. der 70- bis 90jährigen relativ selbständig, so reduziert sich dieser Anteil auf 83 v.H. bei 71- bis 91jährigen des Jahres 1987. Der gelegentliche Hilfebedarf erhöht sich im Querschnittsvergleich geringfügig von 7,5 v.H. auf 10 v.H. Der Anteil der Personen, die intensiver Hilfe bedürfen, steigt allerdings von gut 3 v.H. auf über 7 v.H. an.

Wendet man das Kriterium der Beeinträchtigung in mehreren Funktionsbereichen an, kann nur eine kleine Minderheit (2 v.H. bis 3 v.H. der 70- bis 90jährigen) als schwerpflegebedürftig eingestuft werden. Aus unserer Analyse geht allerdings hervor, daß eine derart radikale Beurteilung zu Ergebnissen führt, die nicht mehr mit dem tatsächlichen intensiven Versorgungsbedarf korrespondieren. Denn dieser manifestiert sich bereits durch Einschränkungen einzelner Funktionsbereiche und betrifft daher einen mindestens doppelt so großen Anteil der betagten Bevölkerung. Gleichzeitig zeichnet sich ab, daß die Raten der Hilfebedürftigen - trotz der überdurchschnittlichen Sterblichkeit der beeinträchtigten Personen - in den überlebenden Populationsgruppen progressiv ansteigen.

5. Soziales Netz und Unterstützungspotential alter Menschen in Großstadt und Landgemeinden

5.1 Einführung

Die Bedeutung des informellen sozialen Netzes und seines Unterstützungspotentials für die Bewältigung von Alltags- und ebenso von Krisensituationen, für die Lebensqualität und Gesundheitserhaltung in jedem Lebensalter, gilt heute in den Sozialwissenschaften und in der Psychologie als unbestritten (für eine Übersicht siehe BADURA 1981; SCHWARZER/LEPPIN 1989). Trotz reichhaltiger empirischer Datenbestände und theoretischer Auslegungen der Konzepte "informelles soziales Werk" (informal social network) und "soziale Unterstützung" (social support) in diesen Disziplinen begegnen wir in der Gerontologie bisher eher einer geringen Variationsbreite der Ansätze bei der Bearbeitung dieses Gegenstands. In vielen Studien, die vom heutigen Standpunkt betrachtet als klassisch gelten, wurde mit Hilfe wohnstruktureller Daten und Kontakthäufigkeiten der Nachweis geführt, daß alte Menschen nicht generell als kontaktlos und einsam gelten können, sondern daß sie mehrheitlich in soziale Beziehungen eingebunden sind (vgl. z.B. ROSENMAYR/KÖCKEIS 1965; TARTLER 1961 etc.).

Eine zentrale Rolle spielen dabei die Beziehungen zwischen den familiären Abstammungsgenerationen (vgl. für die empirischen Befunde in der BRD: GRUNOW 1982; allgemein: KAUFMANN/ENGELBERT/HERLTH/MEIER et al 1989). Allerdings ist der Untersuchungsgegenstand sehr viel differenzierter zu analysieren, als dies in frühen Studien der Fall war (vgl. KEUPP/RÖHRLE 1987). Kennzeichnungen wie "Intimität auf Distanz" (ROSENMAYR/KÖCKEIS 1965), "Stärke schwacher Bindungen" (PRATT 1976) oder "Schwierigkeiten, sich helfen zu lassen" (GRUNOW/BREITKOPF/DAHME/ENGFER et al. 1983) deuten dies an. Die Qualität sozialer Netze und des in ihnen entwickelten Unterstützungspotentials bestimmt sich aus dem Spannungsfeld seiner Strukturmerkmale und selbständiger Lebensführung seiner Mitglieder, ihrer Hilfebedürftigkeit und Leistungsfähigkeit sowie aus den Reziprozitätserwartungen im Alltag.

Seit längerem richtet sich die Aufmerksamkeit auf konkrete Hilfe- und Pflegeleistungen des informellen sozialen Netzes für alte Menschen. Fragen, in welchem Ausmaß Pflegetätigkeiten durch Familienangehörige übernommen werden (SOCIALDATA 1980), wer zu den prinzipiellen "helfenden Perso-

nen" (care givers) zählt (STIEFEL 1983), unter welchen Bedingungen die Betreuungsaufgaben durch die Familienangehörigen gebrechlicher Menschen wahrgenommen werden (KNIPSCHER 1985) und welchen Belastungen betreuende und pflegende Personen ausgesetzt sind (BRUDER/KLUSMANN/LAUTER/LÜDERS 1981), repräsentieren die bisher zentralen Forschungsschwerpunkte im deutschen Sprachraum (19).

Die folgende Darstellung bezieht verschiedene der zuvor beschriebenen Elemente der Unterstützungsleistung im informellen sozialen Netz ein. Die Analyse beginnt bei den strukturellen Determinanten der Unterstützungspotentiale: Untersucht werden das Haushaltsarrangement sowie die Zusammensetzung und Dichte des sozialen Netzes (Familie, Verwandte, Freunde, Bekannte, Nachbarn). Im zweiten Schritt werden die konkreten oder erwarteten Unterstützungsmöglichkeiten erfragt. Ob sich die Einschätzungen der Befragten dabei z.T. auf bereits vorhandene Erfahrungen stützen oder nicht, kann für die städtische Region gar nicht, für die ländliche nur bedingt beantwortet werden. Berücksichtigt werden unterschiedliche Anforderungen, die jeweils zum Gegenstand der Frage gemacht wurden: Welche Unterstützungsmöglichkeiten sind beim gelegentlichen Hilfebedarf (bei der Haushaltsführung), beim Pflegebedarf im Krankheitsfall und bei persönlichen Problemen vorhanden bzw. aktivierbar? Um der unzutreffenden Darstellung entgegenzuwirken, ältere Menschen seien nur Hilfeempfänger, wird schließlich nach den Hilfen der Alten für das informelle soziale Netz gefragt. Bei allen Analysen werden Teilgruppen der Älteren (z.B. nach Geschlecht, Familienstand, Funktionsstatus, Altersgruppe) ausdifferenziert, um Unterschiede in der Netzstruktur und dem Unterstützungspotential zu bestimmen.

5.2 Strukturelle Aspekte des sozialen Netzes der alten Großstadtbewohner

In den Frühphasen der Entwicklung des "Konzeptes sozialer Unterstützung" (social support concept) galten das Vorhandensein anderer Personen und die Tatsache, daß ein Individuum überhaupt in ein Geflecht sozialer Beziehungen eingebunden war, als entscheidend für den Verlauf der Alltags, aber auch der Krankheitsbewältigung (CASSEL 1974). Und obwohl das Konzept eine vielfältige Differenzierung erfuhr (20), bleiben doch diese ihrem Charakter nach strukturellen Dimensionen von grundlegender Bedeutung

(SCHWARZER/LEPPIN 1989). Untersucht man die Struktur des informellen sozialen Netzes der nicht-institutionalisierten alten Menschen in der Großstadt, so stellt man große Differenzen für Männer und Frauen fest, die von sozio-demographischen Merkmalen - vor allem vom Familienstand und von der Haushaltsstruktur - prädeterminiert sind:

1. Frauen im Alter von 70 bis 90 Jahren sind zum überwiegenden Anteil verwitwet (von 60 v.H. der jüngsten bis zu 69 v.H. der ältesten Untersuchten). Der Prozentsatz verheirateter Frauen reduziert sich von 19 v.H. für die 70- bis 74jährigen auf 9 v.H. für die 85- bis 89jährigen. Selbst in diesem Alter sind aber noch 56 v.H. der Männer verheiratet, verwitwet sind dagegen nur 33 v.H. Getrennt Lebende oder Geschiedene repräsentieren 7 v.H. der gesamten Altenpopulation, weitere 14 v.H. haben nie geheiratet. Beide Kategorien finden sich häufiger bei Frauen in allen untersuchten Altersgruppen. Der Anteil ledig gebliebener Frauen der Geburtsjahrgänge 1902 bis 1911 (75- bis 84jährig) ist mit rund 20 v.H. besonders hoch (TABELLE 14).
2. Entsprechend dem Familienstand unterscheidet sich die Haushaltsstruktur der Geschlechter: Frauen leben mehrheitlich in Einpersonenhaushalten (TABELLE 15). Die Anteile der alleinlebenden Männer betragen dagegen von 20 v.H. für die 1916 bis 1912 Geborenen (70- bis 74jährige) bis 26 v.H. für die 1906 - 1902 Geborenen (80- bis 84jährige). Nur die ältesten Männern leben zu 40 v.H. in Einpersonenhaushalten. Die dominierende Haushaltskonstellation der Männer ist der Zweipersonenhaushalt: 80 v.H. der "jüngsten" und 56 v.H. der ältesten Altersgruppe haben sie angegeben. Hierbei überwiegt der Ehepartnerhaushalt. Das trifft auch für alte Großstadtfrauen zu, sofern sie nicht zu der alleinlebenden Mehrheit gehören.
3. Der (Ehe-)Partnerhaushalt stellt also die zweithäufigste Wohnform dar, die sich bei 29 v.H. der 70- bis 90jährigen Großstädtern findet. Noch mehr alte Menschen - nämlich 63 v.H. der 70- bis 90jährigen - leben in Einpersonenhaushalten (21). Nur eine Minorität (8 v.H.) der alten Menschen findet sich in anderen Haushaltskonstellationen. Diese haben unterschiedliche Formen. In Einzelfällen lebt ein Ehepaar mit noch anderen Personen zusammen (0,4 v.H.). Etwas häufiger führen alleinstehende Hochbetagte einen gemeinsamen Haushalt mit anderen Personen: etwa in einem Mehrgenerationenhaushalt. In der Großstadt

leben 3,8 v.H. der 70- bis 90jährigen mit Kindern oder Enkeln zusammen, ganz vereinzelt sind zusätzlich noch andere Verwandte Mitglieder des Haushalts (0,1 v.H.). Ohne Kinder/Enkel, aber mit Geschwistern oder anderen Verwandten wohnen 2,1 v.H.; weitere 1,5 v.H. leben gemeinsam mit nichtverwandten Personen. Auch die Verteilung auf solche, statistisch seltene Haushaltstypen zeigt geschlechtsspezifische Differenzen. Denn diese Haushaltstypen finden sich eher bei Frauen (9 v.H.) als bei Männern (5 v.H.) und eher bei den Älteren unter den Untersuchten. Besonders für ledig Gebliebene, die mit Geschwistern, anderen Verwandten oder Nichtverwandten leben, stellen diese Wohnformen offenbar eine akzeptierte Alternative dar. Verwitwete in derartigen Wohnformen haben eher ihre Kinder als Mitbewohner angegeben.

Alte Menschen in atypischen Haushaltskonstellationen schätzen ihre Gesundheit nur geringfügig negativer ein als die Personen, die allein bzw. mit (Ehe-) Partnern leben. Stärker fallen sie durch ihre Funktionseinschränkungen auf. Dieses dürfte allerdings auf die Alters- und Geschlechtsstruktur zurückzuführen sein: Erinnerung sei daran, daß Frauen - vor allem jene, die nie verheiratet gewesen sind und die Ältesten - in solchen Haushalten häufiger zu finden sind. Ferner scheinen die Eigentumsverhältnisse eine Rolle zu spielen, da der Anteil der Wohnungs- und Hauseigentümer vergleichsweise hoch ist. Jedoch dürfen die Merkmale, die die Personen in den speziellen Haushaltskonstellationen charakterisieren, nur mit Vorsicht verallgemeinert werden, da diese Konstellationen insgesamt nur einen geringen Anteil der Altenhaushalte in der Großstadt ausmachen.

4. Etwa ein Viertel der alten Männer in der Großstadt haben keine Kinder (mehr). Der Anteil steigt von 23 v.H. der 1912 bis 1916 Geborenen (70- bis 74jährig) auf 39 v.H. der 1897 bis 1901 Geborenen (85- bis 90jährig). Die alten Frauen sind viel häufiger (schon) kinderlos; so die Hälfte der 80- bis 89jährigen. Hier macht sich das durchschnittlich niedrigere Heiratsalter der Frauen bemerkbar und ebenso der Umstand, daß Frauen meist jünger als (ihre) Männer sind, wenn ihre Kinder geboren werden. So kommt es, daß von Frauen generell weniger Kinder genannt werden. Für beide Geschlechter gilt, daß sich die Kinderzahl mit zunehmendem Alter der alten Eltern reduziert. Mit Ausnahme der Ältesten haben Frauen häufiger auch keine Geschwister

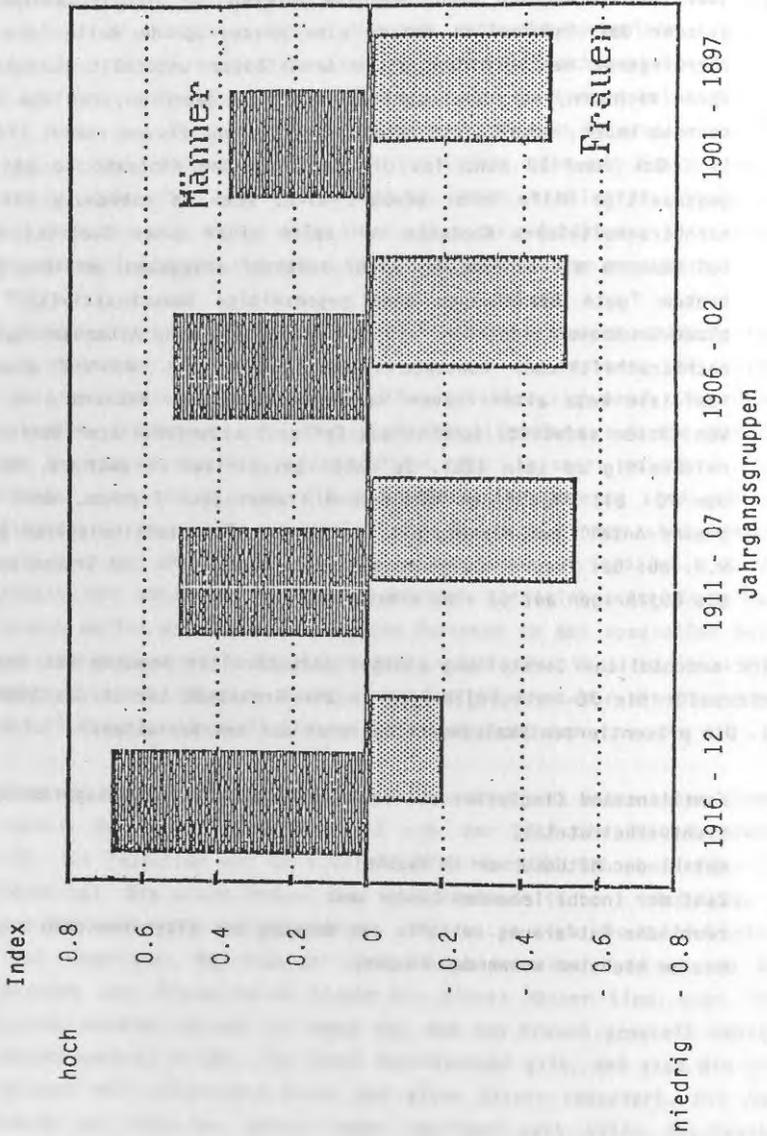
(mehr). Zudem nimmt der Anteil von Personen mit (noch) lebenden Geschwistern von der jüngsten zu der ältesten Gruppe tendenziell ab.

5. Neben den verwandten Bezugspersonen spielen die nichtverwandten Mitglieder des informellen Netzes eine herausragende Rolle. Die weit überwiegende Mehrheit der alten Großstädter unterhält Kontakte zu ihren Nachbarn, nur durchschnittlich 6 v.H. gaben an, daß sie keinen Kontakt haben, wobei diese Angabe häufiger von Frauen stammt (TABELLE 16). Bei rund 30 v.H. ist die Qualität der Kontakte so gut, daß gegenseitige Hilfe immer gewährt wird, wenn es notwendig ist. Die nachbarschaftlichen Kontakte von solch einer guten Qualität werden bei Männern mit zunehmendem Alter seltener angegeben; an ihre Stelle treten "gute Beziehungen ohne gegenseitige Besuchsaktivität" oder bloße Grußbekanntschaften. Bei den Frauen ist eine Altersabhängigkeit nachbarschaftlicher Kontakte nicht feststellbar. Während also das familiäre Netz alter Frauen im Vergleich zu den Männern eine Reihe von Lücken aufweist, scheint das Geflecht außerfamiliärer Beziehungen reichhaltig zu sein (22). So haben beispielsweise zwar ca. 80 v.H. der 70- bis 74jährigen Männer und Frauen gute Freunde, doch nimmt dieser Anteil bei Männern mit steigendem Alter kontinuierlich auf 53 v.H. ab; bei Frauen steigt er zunächst, um sich in der Gruppe der 85- bis 89jährigen auf 62 v.H. einzupendeln.

Eine anschauliche Darstellung einiger struktureller Aspekte des sozialen Netzes für die 70- bis 90jährigen in der Großstadt bietet das SCHAUBILD VI. Die präsentierten Skalenwerte basieren auf den Variablen:

- Familienstand (inclusive des Vorhandenseins eines Lebensgefährten für Nichtverheiratete),
- Anzahl der Mitbewohner im Haushalt,
- Zahl der (noch) lebenden Kinder und
- räumliche Entfernung zwischen der Wohnung des alten Menschen und seines am nächsten wohnenden Kindes.

SCHAUBILD VI: Skalenwerte der sozialen Verankerung der Großstadtpopulation nach Alter und Geschlecht



Es wird deutlich, daß - bezogen auf den familiären Teil des sozialen Netzes - die Männer aller Altersgruppen hierin deutlich stärker verankert sind als die Frauen, und ebenso, daß diese Verankerung in das Geflecht familiärer Beziehungen je nach Zugehörigkeit zu Geburtsjahrgenerationen variiert. Letzteres trifft auch für die nichtverwandtschaftlichen Beziehungen der Männer zu. Bei den Frauen, die keine oder wenige familiären Bezugspersonen angeben, treten teilweise die außerfamiliären Beziehungen in den Vordergrund und ergänzen die ansonsten lückenhaften Netzwerkstrukturen.

5.2.1 Aufgabenbezogene Variationsbreite des Unterstützungspotentials

Verlassen wir nun die Darstellung der Struktur des sozialen Netzes und wenden uns seinen Funktionen zu. In erster Linie offenbart sich, daß die 70- bis 90jährigen Großstädter rege Kontakte zu ihren Bezugspersonen unterhalten: erstens zu Freunden und Bekannten, zweitens - speziell, was den weiblichen Teil der alten Population anbelangt - zu ihren Kindern und Schwiegerkindern. Die Frequenz empfangener Besuche, auf der diese Aussage basiert, scheint sich jedoch mit zunehmendem Alter etwas zu reduzieren. Eigene Besuchsaktivitäten, die ohnehin weit geringer ausgeprägt sind, gehen mit steigendem Alter stärker zurück. Unter den Personen, denen die Besuche gelten, werden an erster Stelle Freunde und Bekannte genannt. Doch gerade sie werden von den älteren Alten seltener besucht als von den jüngeren Alten. Dreiviertel der "jüngsten" und gut die Hälfte der ältesten Untersuchten empfangen regelmäßig Telefonanrufe, jedoch werden auch die telefonischen Kontakte mit zunehmendem Alter signifikant unregelmäßiger und seltener. Frauen werden sehr viel von Freunden und Bekannten angerufen, erst an zweiter Stelle stehen die Kinder als eine ebenfalls relevante Anrufergruppe. Bei den Männern stellen Freunde/Bekannte sowie Kinder und Schwiegerkinder etwa gleich bedeutsame Anrufergruppen dar.

Wie jedoch schätzen die alten Großstädter ihre Bezugspersonen im Zusammenhang mit bestimmten Problemen und Anforderungen ein, die sie nicht ohne Unterstützung bewältigen können? Wer kann ihnen zur Seite stehen, wenn gelegentlich schwierige Alltagsaufgaben anfallen, wenn sie im Krankheitsfalle auf Pflege angewiesen sind und wenn sie persönliche Schwierigkeiten meistern sollen, die eine Aussprache mit Vertrauenspersonen erfordern?

Verschiedene Autoren stellten fest, daß jeweils unterschiedliche Kategorien von Bezugspersonen für bestimmte Arten von Unterstützung zuständig sind (vgl. besonders LITWAK 1985). Hierzulande obliegen die Pflegeaufgaben am ehesten den Ehepartnern (besonders den Ehefrauen), in zweiter Linie den Töchtern und Schwiegertöchtern (für Übersicht siehe DIECK/HEINEMANN-KNOCH/RIJKE 1987 und KRUSE/ WILBERS 1987). Bei Verwitweten und Ledigen greifen Substitutionsmechanismen anderer, auch nichtfamiliärer Teile des sozialen Netzes (vgl. CANTOR 1979; CROHAN/ANTONUCCI 1989 u.a.).

Die Pflege im Krankheitsfalle (oder bei Pflegebedürftigkeit) stellt bekanntlich besonders hohe Anforderungen an die informellen Helfer. Qualitativ und quantitativ unterschiedliche Anforderungen resultieren aus einem gelegentlichen Hilfebedarf und wiederum andere aus der Aufgabe, Vertrauensperson alter Menschen bei deren persönlichen Problemen zu sein. In der vorliegenden Untersuchung wird gefragt, wer aus dem Kreise vorhandener Bezugspersonen jeweils die erforderliche Unterstützung gewähren könnte (23).

Die verheirateten 70- bis 90jährigen Menschen in der Großstadt nennen zahlreiche gelegentliche Helfer (TABELLE 17). Wird Pflege benötigt, so engt sich der Kreis der Bezugspersonen, von denen diese erwartet wird, signifikant ein. Dafür treten die Ehepartner mit häufig alleiniger Zuständigkeit für Pflege stark in den Vordergrund. Ähnliche starke Bedeutung haben Ehepartner als potentielle Vertrauenspersonen. Helfende Konstellationen ohne Beteiligung der Ehepartner sind bei den Verheirateten selten zu finden: Bei den Männern spielen sie am ehesten eine Rolle, wenn gelegentliche Hilfe erforderlich ist, bei den Frauen, wenn eine Vertrauensperson benötigt wird.

Gänzlich anders gestaltet sich die Situation der nichtverheirateten (verwitweten, geschiedenen und ledigen) alten Menschen (TABELLE 18). Sie erwarten zwar gelegentliche Hilfe von Kindern, anderen verwandten und nichtverwandten Personen (nur 2,1 v.H. der Männer und 8,7 v.H. der Frauen glauben, niemanden zu haben (24), der gelegentlich helfen würde), doch wenn im Krankheitsfall gepflegt werden sollte, betrachten sich nur 15 v.H. der Männer und 13 v.H. der Frauen als durch verwandte und nichtverwandte Bezugspersonen abgesichert. Die Pflegeaufgaben verteilen sich also potentiell auf eine signifikant kleinere Gruppe von Bezugspersonen: auf Kinder oder Verwandte bei 31 v.H der Männer und 27 v.H. der Frauen, auf aus-

schließlich Nichtverwandte (Nachbarn, Freunde etc.) bei 22 v.H. der Männer und 19 v.H. der Frauen. Schwerwiegend ist die Feststellung, daß 32 v.H. der Männer und 42 v.H. der Frauen im Krankheitsfalle voraussichtlich keine Pflege aus dem informellen sozialen Netz erhalten würden. Bereits in einer früheren Veröffentlichung wurde darauf hingewiesen, daß die durchschnittliche Anzahl der potentiellen Pflegepersonen bei nichtverheirateten alten Menschen sehr klein ist (GARMS-HOMOLOVA/HÜTTER 1988b). Männer ohne Ehepartnerin nennen sehr oft ausschließlich nichtverwandte Personen als potentielle Vertrauensperson. Nichtverheiratete Frauen scheinen sich bei persönlichen Problemen vorwiegend an Verwandte zu wenden.

Noch einmal müssen wir die Tatsache unterstreichen, daß für die Aufgabe "Pflege" offenbar nur wenige in Frage kommen: relativ häufiger Kinder und/oder Verwandte, selten hingegen nichtverwandte Bezugspersonen (vgl. auch CANTOR 1979). Eindeutig ist der Befund, daß die Verheirateten im Krankheitsfalle, aber auch bei persönlichen Problemen, Unterstützung von ihren Ehepartnern erwarten, jedoch bleiben beträchtliche Gruppen der alten Menschen übrig (42 v.H. der verwitweten und nichtverheirateten 70- bis 90jährigen Frauen!), die in ihrem informellen sozialen Netz offensichtlich nicht die erforderlichen Unterstützungspotentiale vermuten. Die Substitutionsfähigkeit des sozialen Netzes der alten Großstadtbewohner erweist sich als strukturell anfällig und aufgabenspezifisch begrenzt: Verstirbt beispielsweise der Ehepartner, kann die Pflege nur schwerlich auf andere Mitglieder des Netzes verlagert werden. Das kommt speziell zum Tragen, wenn das soziale Netz "strukturelle" Lücken aufweist, so wenn keine Kinder und auch Geschwister vorhanden sind, wie es bei einem relativ großen Anteil der alten Frauen der Fall ist.

Paradoxerweise geben gerade alte Menschen mit Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit (25), also Personen, die bereits ein bestimmtes Maß an Unterstützung benötigen, signifikant weniger unterstützende Potentiale an als die voll.funktionsfähigen Großstadtbewohner (TABELLEN 19 und 20). Nach Familienstand betrachtet, sind es eher verheiratete Personen mit eingeschränkter Funktionsfähigkeit, die befürchten müssen, im Bedarfsfalle keine Unterstützungsperson zu finden. Möglicherweise basieren diese Situationseinschätzung auf realer Erfahrung mit dem - schon eingeschränkten - Gesundheits- und Funktionszustand der jeweiligen Partner. Bei den Nichtverheirateten ist die Situation anders; denn hier geben primär Personen mit uneingeschränkter Funktionsfähigkeit an, daß niemand vorhanden ist,

der ihnen helfen, sie pflegen und bei persönlichen Problemen beraten würde.

Dabei spielen die Faktoren Bildung, Einkommen und Wohnsituation nur bei Nichtverheirateten eine wichtige Rolle (vgl. GARMS-HOMOLOVA/HÜTTER 1988a). Das Risiko, keine Pflege im Krankheitsfalle zu erhalten, tragen offenbar nicht primär die sozial Benachteiligten, sondern eher alte Menschen mit einer besseren Schulbildung, zudem Personen, deren Wohnungen keine gravierenden Mängel aufweisen; tendenziell handelt es sich sogar um Personen mit einem höheren Einkommensniveau. Sozial schlechter gestellt ist offenbar die Gruppe, der es an gelegentlichen Helfern mangelt: Die Wohnungen dieser Gruppe sind relativ häufiger von schlechter Qualität und das Haushaltsnettoeinkommen liegt auf einem niedrigeren Niveau. Allerdings verfügt auch diese Risikogruppe - wie übrigens auch Personen ohne Vertrauenspersonen - über eine verhältnismäßig gute Schulbildung.

5.2.2 Gegenseitigkeit der Unterstützung innerhalb des sozialen Netzes

Die "soziale Unterstützung" im informellen Netz wird zumeist einseitig, nicht jedoch als ein "wechselseitiges System" (PETERS/KAISER 1985) interpretiert. Gefragt wird ausschließlich nach der Unterstützung für die alten Menschen. Daß auch sie selbst ein Unterstützungspotential für andere Mitglieder des jeweiligen informellen sozialen Netzes repräsentieren können, bleibt häufig außer acht. Versucht man, es zu erfassen, so werden methodische Schwierigkeiten offenbar. Mißt man nämlich die Leistungen der "alten Alten" mit den gleichen Maßstäben, mit denen auch die Unterstützung für sie gemessen wird, erscheint ihr Unterstützungspotential als sehr gering. Rund 20 v.H. der "jüngeren" und 8 v.H. der ältesten Gruppe der untersuchten männlichen Population in der Stadt sind in die Betreuung von Enkeln und anderen Kindern involviert; bei den Frauen liegen die Anteile überraschenderweise niedriger als bei den Männern (GARMS-HOMOLOVA/HÜTTER 1988b). Die Prozentsätze der alten Menschen, die angaben, daß sie jemanden pflegen, liegen unter 10 v.H. - mit Ausnahme der "jüngsten" Frauen, von denen sich 13 v.H. in entsprechender Weise engagieren.

Die alten Menschen - vor allem die Frauen - tragen die Hauptlast der alltäglichen Lebensführung. Die noch verheirateten alten Frauen in Zweiperso-

nenhaushalten versorgen den Ehemann und den Haushalt. Denn unsere Befunde belegen, daß die traditionelle Arbeitsteilung in großstädtischen Ehepartnerhaushalten bis in das höchste Alter erhalten bleibt (ebenda: 67ff.). Es ist anzunehmen, daß die Tätigkeit für den Ehepartner im Haushalt nicht als Hilfe und Unterstützung, sondern als Selbstversorgung interpretiert wird. Entsprechend können wir schlußfolgern, daß auch Hilfen, die zu Pflegeleistungen gehören, von den Älteren nicht in Betracht gezogen werden, wenn explizit nach Pflegebeteiligung gefragt wird. Hier könnte die Ursache dafür liegen, daß die Prozentsätze der jemanden pflegenden Personen niedrig sind.

Ganz anders sieht die Bedeutung der alten Menschen für ihr jeweiliges soziales Netz aus, wenn nach anderer Art der Unterstützung gefragt wird. Als Vertrauensperson für Kinder/Schwiegerkinder, Freunde/Bekannte fungiert fast die Hälfte der jüngsten Untersuchten und noch gut ein Viertel der Älteren und Ältesten. Frauen sind auch für Nachbarn häufige Ansprechpartner. Allerdings werden die alten Menschen und speziell die Frauen mit zunehmendem Alter deutlich seltener um Aussprache und Rat gefragt (ebenda: 78-79). Das mag aber zunächst mit der Reduzierung der Anzahl von (gleichaltrigen) Bezugspersonen durch Sterbefälle zusammenhängen.

Die Beteiligung der 70- bis 90jährigen an den Pflegeaufgaben differiert nach demographischen und sozialen Merkmalen, jedoch sind die Unterschiede nur tendenziell gültig, aber statistisch nicht signifikant. Nur die Pflegebeteiligung von Personen in Wohnungen besserer Qualität liegt signifikant höher als die von Personen in mangelhaften Wohnverhältnissen.

Es wird deutlich: Die alten Menschen dürfen nicht nur als Benefizienten von Hilfeleistungen des informellen sozialen Netzes begriffen werden, sondern auch als eine Quelle der sozialen Unterstützung. Jedoch können mit den Kategorien "Pflegebeteiligung" und "Betreuung von (Enkel-)Kindern" wahrscheinlich nur die unwesentlicheren Teile ihres Beitrags erfaßt werden. Die vorliegenden Befunde verdeutlichen allerdings, daß zwischen der potentiellen Unterstützung für die alten Menschen und ihrem Beitrag für das jeweilige soziale Netz eine Relation besteht. Denn mit der vom Funktionsstatus abhängigen Einschränkung der Möglichkeit, Unterstützung zu gewähren, reduziert sich zugleich auch die Möglichkeit, Unterstützung zu empfangen.

5.2.3 Resümee für die Großstadtpopulation der alten Menschen

Abschließend möchten wir betonen, daß die Mehrheit der 70- bis 90jährigen Großstadtbewohner in ein Geflecht von familiären und außerfamiliären Beziehungen eingebunden ist. Im Ernstfall aber, zum Beispiel wenn Pflege benötigt wird, erfahren die wahrgenommenen Unterstützungspotentiale eine drastische Reduzierung. Haben die älteren nur einen homogenen Kreis von Bezugspersonen, sind die Unterstützungsmöglichkeiten anfälliger. Dabei ist von Belang, daß Frauen in der Stadt - quantitativ betrachtet - ein strukturell schwächeres soziales Netz haben, weil ihnen häufig kein Partner, aber auch keine Kinder und Geschwister zur Seite stehen. Und gerade diese Bezugspersonen sind im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit unersetzbar. So gesehen ist die Struktur des sozialen Netzes bei Verheirateten (mehrheitlich Männer) günstiger beschaffen. Dominiert jedoch die Ehepartnerbeziehung vor anderen, erweist sich das soziale Netz als zerbrechlich. Stirbt oder erkrankt der Ehepartner, schränken sich die Unterstützungspotentiale drastisch ein. Am Beispiel der Reziprozität helfender Beziehungen wird exemplifiziert, wie sich die Stellung der alten Menschen im sozialen Netz mit steigendem Alter und im Zuge der fortschreitenden, sozusagen natürlichen Einengung der sozialen Beziehungen (Tod des Partners, der schon alten Kinder, der gleichaltrigen Freunde), verändert. Der Beitrag der Ältesten wird buchstäblich weniger "gefragt" und ihre Möglichkeit, etwas für das soziale Netz tun zu können, reduziert sich progressiv.

5.3 Strukturelle Aspekte des sozialen Netzes der alten Landbewohner

Den Haushalts- und Familienstrukturen, in die die älteren Menschen auf dem Lande eingebunden sind, wird unterstellt, daß sie eine größere räumliche Dichte aufweisen, als die der städtischen Altenpopulation. Das Wohnen mit Angehörigen (26) in enger räumlicher Nähe wird des weiteren zumeist gleichgesetzt mit einem größeren Hilfpotential aus dem sozialen Netz im Falle von Krisen wie Krankheiten, Funktionseinschränkungen, Partnerverlust oder anderen sozialen Problemsituationen. Die tatsächliche Dichte des sozialen Netzes und Spezifik seines Hilfpotentials für die Altenbevölkerung der ländlichen Region darzustellen, ist Ziel der folgenden Ausführungen.

Betrachtet man den Familienstand der über 70jährigen, dann erkennt man ähnliche Tendenzen wie bei der Stadtpopulation. Über 60 v.H. der Männer, aber nur noch 15 v.H. der Frauen sind verheiratet, wobei es eine eindeutige Abnahme der Anteile in den hohen Altersgruppen gibt. Von den nichtverheirateten Männern sind 4 v.H. Ledige, während bei den nichtverheirateten Frauen der Anteil der Ledigen mit 7 v.H. fast doppelt so hoch ist (TABELLE 21). Die niedrigere Lebenserwartung der Männer schlägt sich im höheren Anteil der verwitweten Frauen nieder, der von 61 v.H. in der jüngsten auf 92 v.H. in der ältesten Altersgruppe steigt, während nur 9 v.H. der "jüngsten" Männer, aber dann auch 80 v.H. der sehr alten Männer verwitwet sind.

Für die Landpopulation kann Familienstand nicht - wie tendenziell in der Großstadt - mit der Haushaltsstruktur gleichgesetzt werden. Selbst von den verheirateten älteren Paaren leben ca. 15 v.H. mit einem oder mehreren Verwandten in einem Haushalt (TABELLE 23). Verwitwet oder ledig sein ist ebenfalls nicht gleichbedeutend mit Alleinleben, denn fast 60 v.H. dieser Männer und gut 40 v.H. dieser Frauen leben in Zwei- oder Mehrpersonenhaushalten mit Angehörigen zusammen. Die Einpersonenhaushalte machen dementsprechend bei den Männern einen Anteil von 12 v.H. und bei den Frauen von 45 v.H. aus (TABELLE 22). Partnerverlust führt auf dem Land mithin nicht zwangsläufig zum Alleinleben. Die Älteren, die schon als Paar mit Kindern bzw. Verwandten zusammenlebten (die "vielbeschworene" Großfamilie auf dem Lande) behalten diese Lebensform auch nach dem Partnerverlust bei. Ein anderer Teil entschließt sich nach der Verwitwung, sei es aufgrund ökonomischer Bedarfslagen, gesundheitlicher Probleme, beginnender Einsamkeit oder eines zunehmenden Hilfebedarfs, zu Verwandten zu ziehen. Die Zunahme der Mehrgenerationenhaushalte in den höheren Altersgruppen unterstützt diese Interpretation.

Die traditionelle, mehrere Generationen umfassende "Großfamilie" als Haushaltsform wird durch den in Kapitel 1.3.2 erwähnten hohen Anteil von Wohneigentum auf dem Lande begünstigt, bzw. letzteres ist überhaupt Voraussetzung für das gemeinsame Wohnen. 90 v.H. der Älteren in Mehrgenerationenhaushalten leben entweder im eigenen Haus (29 v.H.) oder in Eigentumswohnungen, zu denen wir auch Wohnformen wie Altenteil oder altenteilähnliche Verhältnisse zählen. Von den Alleinlebenden wohnen gut 36 v.H. im eigenen Haus und weitere 27 v.H. auf dem Altenteil oder in altenteilähnlichen Verhältnissen. Dies erklärt, warum von den Alleinlebenden 21 v.H. der Männer

und 49 v.H. der Frauen weitere Verwandte im gleichen Haus haben (TABELLE 24).

Zieht man weiter in Betracht, daß in diesen Ausführungen bisher nur ein Ausschnitt - eben jener schnell verfügbare - des familialen Netzes beschrieben wurde, daß jedoch auch Verwandte im Ort bzw. im Nachbarort zum familialen Netz gezählt werden können, dann bleiben von den alten Menschen ca. 8 v.H. übrig, die weder Verwandte im Haushalt, im Haus, im Ort oder im Nachbarort haben. Unter diesen alten Landbewohnern ohne Familienangehörige in nächster räumlicher Nähe finden sich mehr Frauen als Männer (4:1). Auf die besonderen Problemlagen dieser Gruppe soll am Schluß des Kapitels gesondert eingegangen werden.

Das für über 90 v.H. vorhandene, im Einzelfall aber unterschiedlich dichte, verwandtschaftliche Netz der alten Landbevölkerung wird noch ergänzt durch Nachbarschafts- und Freundschaftsbeziehungen, die für die meisten der älteren Landbewohner eine Selbstverständlichkeit der dörflichen Lebenswelt darstellen und von ihnen nur ungenau oder in den kleineren Ortsteilen übertrieben ("Ich kenne hier das ganze Dorf") quantifiziert werden. Wie dieses große vorhandene Potential zur Bewältigung persönlicher Probleme, bei gelegentlichen Hilfen im Haushalt und zur Pflege im Krankheitsfall genutzt wird, soll die folgende Analyse zeigen.

5.3.1 Unterstützungspotential bei der Bewältigung persönlicher Probleme

Als Indikator für die Unterstützung bei der Bewältigung persönlicher Probleme dient die Existenz von Vertrauenspersonen, von denen die Befragten angeben, daß sie mit ihnen "wirklich über alles" sprechen können (TABELLE 25). Zunächst überrascht die Anzahl der Personen (gesamt 21 v.H.; M: 23 v.H.; F: 19 v.H.), die keine Vertrauenspersonen angeben. Gemäß der einleuchtenden Vorstellung, daß ältere Menschen nach dem Tod der (Ehe-) Partner und gleichaltriger Freunde/Nachbarn im höheren Lebensalter eher weniger Vertrauenspersonen haben, muß man bei Verwitweten und in den höchsten Altersgruppen eine Abnahme der Zahl der Vertrauenspersonen erwarten. Zwar ist bei den Männern und Frauen im höchsten Lebensalter eine Reduzierung der Anzahl von Vertrauenspersonen zu beobachten (man hat jetzt eher nur eine als mehrere), aber lediglich bei den nichtverheirateten

Frauen nimmt mit zunehmendem Alter die Existenz von Vertrauenspersonen kontinuierlich ab. Bei verheirateten Frauen ist eine umgekehrte Tendenz zu beobachten.

Bemerkenswerterweise geben Verheiratete weniger Vertrauenspersonen als Nichtverheiratete an. Dabei nennen die Männer ihre Ehepartnerinnen etwas seltener als Vertrauenspersonen, während die Frauen ihre Ehemänner häufiger als Vertrauenspersonen betrachten. Hinter diesem Sachverhalt kann sich verbergen, daß für die Verheirateten ihre Partner meist selbstverständlich als Ansprechpartner, mit denen sie "wirklich über alles" sprechen können, zur Verfügung stehen, daß es bei der Befragung nicht extra erwähnt werden muß.

Der Anteil von Verwandten, die als Vertrauenspersonen angegeben werden, wie auch der von Nachbarn/Freunden, ist für beide Geschlechter etwa gleich. Den nichtverheirateten Männern dienen häufig Kinder und Freunde/Nachbarn als Vertrauenspersonen. Nichtverheiratete Frauen bevorzugen (weiterhin) eher Verwandte, aber wenden sich auch verstärkt an Freunde und Nachbarn.

Nimmt man als weiteres Differenzierungskriterium die räumliche Entfernung der Vertrauensperson (TABELLE 31), dann verstärken sich die Unterschiede zwischen der verwandtschaftlichen Orientierung der Frauen und kameradschaftlich-nachbarschaftlichen Orientierung der Männer. Während verheiratete Männer neben Vertrauenspersonen im Haushalt/Haus noch weitere im gleichen Ort (46 v.H.) und weiter weg wohnend (40 v.H.) haben, tendieren die verheirateten Frauen zu Vertrauenspersonen im Haushalt/Haus (47 v.H.) und weniger nach außerhalb (27 v.H.). Bei den nichtverheirateten Männern bleibt die Orientierung auf den Haushalt/Haus (29 v.H.) tendenziell weiter bestehen, während die Anteile am Ort lebender Vertrauenspersonen größer und der entfernt lebender (meist Verwandter) geringer wird. Anders bei den nichtverheirateten Frauen. Da viele von ihnen allein leben, sinkt der Anteil der Vertrauenspersonen im Haushalt/Haus auf 16 v.H., während die am Ort lebenden Verwandten und Freunde ebenso wie die entfernter lebenden Verwandten an Bedeutung zunehmen. Die räumliche Nähe, die durch den überschaubaren Wohnort gewährleistet ist, so läßt sich folgern, bedeutet auf dem Land in starkem Maße auch soziale (d.h. intime) Nähe. Dies wird auch bei den Alten ohne solche familiäre Einbindung deutlich, die, wenn sie

eine Vertrauensperson haben, zu 40 v.H. einen Nachbarn oder Freund nennen und räumlich entfernte Verwandte nur zu 30 v.H. anführen.

5.3.2 Unterstützungspotential bezogen auf gelegentliche Hilfe im Haushalt

Das aktivierbare Unterstützungspotential für gelegentliche Hilfe im Haushalt wird durch zwei Merkmale operationalisiert: "Schwere Hausarbeit" und "Besorgungen machen". Es handelt sich um Tätigkeiten, die nicht täglich anfallen, sondern nur in größeren Intervallen erledigt werden. Es muß allerdings beachtet werden, daß die beiden Merkmale nicht allein im Hinblick auf aktivierte Hilfe- und Unterstützungsleistungen hin analysiert werden können, da die gestellte Frage "wer macht diese Tätigkeiten" immer Momente einer geschlechts- und generationsspezifischen Arbeitsteilung in den Haushalten mittransportiert. In Anbetracht der eingangs dargestellten Bedeutung der Mehrgenerationenhaushalte ist es daher notwendig, nicht nur in Analogie zur Berliner Untersuchung zwischen den Verheirateten und Nichtverheirateten zu unterscheiden, sondern die Gruppe der Nichtverheirateten nach Alleinlebenden und nichtverheirateten Personen in Mehrpersonenhaushalten zu differenzieren. Ein vergleichender Blick auf die TABELLEN 25 bis 27 macht den Sinn dieser Differenzierung deutlich.

Die Zweipersonenhaushalte bestehen fast ausschließlich aus verheirateten Paaren und in dieser Gruppe fällt die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung besonders auf. Während die Männer nur in seltenen Fällen die schwere Hausarbeit selbst machen, sind es ihre Ehepartnerinnen, die in 60 v.H. der Fälle diese Arbeiten erledigen (TABELLE 26). In weiteren 16 v.H. der Fälle werden sie dabei durch Verwandte, meist Kinder oder Schwiegerkinder, unterstützt. Ein fast gleich großer Anteil (12 v.H.) läßt diese Arbeiten durch eine private Hilfe (Putzfrau, Zugehfrau) erledigen. Von den verheirateten Frauen erledigen 30 v.H. die schwere Hausarbeit selbst und werden dann nur in geringem Maße vom Partner oder von Kindern unterstützt. Für weitere gut 30 v.H. der verheirateten Frauen, meist aus den höheren Altersgruppen, übernehmen die Kinder bzw. Verwandte die schwere Hausarbeit und gut 20 v.H. haben eine private Hilfe engagiert.

Für die Nichtverheirateten stellt sich die Unterstützungssituation je nach Haushaltsstruktur verschieden dar. Die alleinlebenden Männer erledigen die schweren Hausarbeiten zu gut 20 v.H. selbst, weitere 40 v.H. brauchen die Hilfe von Verwandten. Ein Viertel läßt diese Tätigkeit von einer privat bezahlten Hilfe erledigen. Immerhin 7 v.H. sind auf Nachbarschaftshilfe und 5 v.H. auf öffentliche Hilfe angewiesen. Gut die Hälfte der alleinlebenden Frauen macht die schwere Hausarbeit selbst, für ein Drittel springen Verwandte ein. 12 v.H. haben eine private Hilfe engagiert. Nachbarschafts- und öffentliche Hilfe haben eine eher marginale Bedeutung.

Leben die älteren Menschen in Mehrgenerationenhaushalten, dann wird die schwere Hausarbeit meist von den Kindern und Verwandten übernommen. Während bei den Männern immerhin noch zu einem Drittel die Ehefrauen diese Arbeit machen, wird die generationsspezifische Arbeitsteilung bei den Frauen - wieder meist aus den höheren Altersgruppen - besonders deutlich. Zu fast 90 v.H. übernehmen hier Verwandte diese Aufgaben. Auch der Anteil an privat bezahlter Hilfe geht dann bemerkenswert zurück.

Die geschlechts- und generationsspezifische Arbeitsteilung schlägt auch bei der außerhäuslichen Tätigkeit "Besorgungen machen" (Vorräte einkaufen und heimbringen) durch. Da die preisgünstigeren Groß- und Supermärkte vorwiegend in den größeren Gemeinden angesiedelt sind, setzen Besorgungen in vielen Fällen die Benutzung eines PKW's voraus. Nur wenige der alten Menschen (29 v.H.) besitzen jedoch einen Führerschein. Unter den Führerscheineignern sind Männer und Frauen im Verhältnis 4:1 vertreten. Deshalb ist der Anteil der verheirateten Männer, die bei Besorgungen mithelfen, höher als der Anteil von Männern, die schwere Hausarbeit machen. Aber zu über 70 v.H. werden die Besorgungen von den Ehefrauen gemacht (TABELLE 27). Die unterstützende Hilfe durch Verwandte findet sich nur in 13 v.H. der Fälle. Die verheirateten Frauen machen die Besorgungen zu 40 v.H. selbst, weitere knapp 20 v.H. verlassen sich auf ihren Partner. Für die Verbleibenden (40 v.H.) übernehmen Kinder oder Verwandte diese Aufgabe völlig oder geben dabei eine Unterstützung.

Anders ist die Situation der alleinlebenden Männer. Über die Hälfte von ihnen macht die Besorgungen noch selbst, gut ein Drittel ist auf die Hilfe von Verwandten angewiesen und 12 v.H. bekommen Nachbarschaftshilfe. Von den alleinlebenden Frauen machen gut 40 v.H. die Besorgungen selbst. Ebensoviele lassen Besorgungen von Verwandten erledigen. Knapp 10 v.H. sind

auf Nachbarschaftshilfe oder private bzw. öffentliche Hilfe angewiesen. In den Mehrgenerationenhaushalten werden die Besorgungen zum überwiegenden Teil von den Kindern und Verwandten gemacht. Dies trifft wieder in besonders starkem Maße (für 80 v.H.) für die Frauen zu.

Schwere Hausarbeit und Besorgungen sind in unterschiedlichem Ausmaß geschlechts- und generationsspezifisch innerhalb von Familie und Verwandtschaft organisiert. Entsprechend unterschiedlich sind auch die Substitutionsmöglichkeiten, auf die Männer oder Frauen zurückgreifen können. Insgesamt bestätigt sich die Vermutung, daß die schwere Hausarbeit und die Besorgungen als Angelegenheiten der Familie und der Verwandtschaft betrachtet werden, wobei die Hauptlast der schweren Hausarbeit den Frauen zufällt. Wenn die Ehefrau fehlt, müssen Männer für diese Arbeit Unterstützung durch das verwandtschaftliche Netz suchen. Wer es sich leisten kann - als Einzelperson oder als Paar -, bezahlt eine private Hilfe. Freunde bzw. Nachbarn stellen nur für Alleinlebende eine insgesamt periphere Unterstützungsform dar.

Bei den Besorgungen ist der Anteil der Männer, die diese Aufgabe (mit)übernehmen, höher als bei der schweren Hausarbeit. Allerdings zeichnet sich in der Tendenz der gleiche Bewältigungsmodus wie bei der schweren Hausarbeit ab, wenn die Ehefrau fehlt. Freundschafts- und Nachbarschaftshilfen werden geringfügig in Anspruch genommen. Frauen, denen arbeitsteilig auch die Hauptlast dieser außerhäuslichen Tätigkeit zufällt, erfahren lediglich in Mehrgenerationenhaushalten (d.h. auch meist erst in höherem Alter) eine Entlastung durch Kinder und/oder sonstige Verwandte bei beiden Tätigkeiten.

Dieses Unterstützungsmuster zeichnet sich noch deutlicher ab, wenn die über 70jährigen mit Funktionseinschränkungen mit gleichaltrigen Personen ohne Funktionseinschränkungen verglichen werden (TABELLEN 29 und 30). Personen ohne Einschränkungen erledigen schwere Hausarbeiten und Besorgungen vorwiegend selbst. Im Gegensatz zu funktionseingeschränkten Personen benötigen sie selten Hilfe. Durchweg bleibt jedoch ein, wenn auch kleiner, Prozentsatz verheirateter oder unverheirateter Personen mit vielleicht nur geringen Funktionseinbußen ohne Hilfe. Weiter ist zu beobachten, daß die verwandtschaftliche Hilfe die unzureichende oder nicht vorhandene Hilfe des (Ehe-)Partners häufiger bei Personen mit Funktionseinschränkungen als bei voll funktionsfähigen alten Menschen ersetzt. Folgerichtig ist der

Anteil von alten Menschen mit Funktionseinschränkungen in den Mehrgenerationenhaushalten höher (47 v.H. vs 23 v.H. in den anderen Haushaltsformen). Nichtverheiratete mit Funktionseinschränkungen stützen sich bei beiden Tätigkeiten der Haushaltsführung in erster Linie auf Kinder und / oder Verwandte. Leben sie zudem in Mehrgenerationenhaushalten, so kommt diese Unterstützungsform für sie fast ausschließlich in Frage. Einzelne Teile der alleinlebenden Population ergänzen die wichtige familiäre Unterstützung durch die Anstellung einer privaten Hilfskraft zur Erledigung der schweren Hausarbeit und (im schwächeren Maße) durch die Hilfe von Freunden und Nachbarn bei den Besorgungen.

Verheiratete Männer mit Funktionseinschränkungen werden bei diesen Tätigkeiten von Ehefrauen, verheiratete Frauen von Kindern und Verwandten, selten von Ehemännern, unterstützt. Wer es sich leisten kann, läßt die schwere Hausarbeit von einer privat bezahlten Hilfskraft durchführen. In der Tendenz läßt sich erkennen, daß eine solche Hilfe häufig erst dann engagiert wird, wenn Funktionseinschränkungen auftreten. So lange eine volle Funktionsfähigkeit erhalten bleibt, wird diese kommerzielle Lösung selten gebraucht. Dies gilt sowohl für Ein- wie auch Zweipersonenhaushalte. Die oft beschworene Nachbarschaftshilfe wird sehr viel seltener, und praktisch nur von den Alleinlebenden mit Funktionseinschränkungen, bei den Besorgungen in Anspruch genommen.

Generell läßt sich folgern: Hilfe bei der schweren Hausarbeit und den Besorgungen wird vorwiegend innerhalb von Familie und Verwandtschaft geleistet und in einem weitaus geringeren Umfang durch privat bezahlte Kraft für schwere Hausarbeiten. Noch geringfügiger ist der Umfang der Nachbarschaftshilfe. Diese Hilfen werden deutlich konzentriert auf alleinlebende Frauen im höheren Alter und auf Personen in problematischen Lebenssituationen: jene mit mehr oder weniger gravierenden Funktionseinschränkungen.

5.3.3 Unterstützungspotential im Krankheitsfall

Von den Befragten gaben 40 v.H. an, in den letzten fünf Jahren nicht länger als eine Woche krank gewesen zu sein. Die folgenden Angaben beziehen sich auf die 60 v.H. der Befragten, die längere Krankheitsperioden genannt

haben. Für zwei Drittel der verheirateten Männer war die Ehefrau (bzw. die Lebensgefährtin) die alleinige Helferin bei Krankheit (TABELLEN 25 und 28). Gut 30 v.H. wurde bei Krankheiten von Kindern und Verwandten und Professionellen - genannt wird meist der Hausarzt - unterstützt (27). Für die verheirateten Frauen ist der Partner allein nur in 13 v.H. der Fälle Helfer. Wenn er hilft, dann geschieht dies häufiger im Ensemble mit Kindern und Verwandten.

Alleinlebende Männer (absolut nur eine kleine Teilgruppe der unverheirateten Männer) müssen Hilfe im Krankheitsfall in verschiedenen Gruppen der Bezugspersonen und in Kombinationen verschiedener Kategorien der Bezugspersonen (Verwandte mit Professionellen und Nachbarn) suchen. Alleinlebende Frauen stützen sich hingegen in stärkerem Maße auf Kinder und Verwandte. Dasselbe gilt für die unverheirateten Männer und für Frauen in Mehrgenerationenhaushalten.

Verheiratete mit Funktionseinschränkungen werden im Krankheitsfalle in erster Linie von ihren Ehepartnerinnen oder -partnern gepflegt (TABELLE 29). Zusätzlich werden sie häufig von Kindern (hauptsächlich männliche Befragungspersonen), aber auch von sonstigen Verwandten und professionellen Helfern unterstützt. Bei den Nichtverheirateten hat das verwandtschaftliche Unterstützungspotential große Bedeutung (TABELLE 30). Dabei ist besonders für Personen mit Einschränkungen zu bemerken, daß die soziale Netzunterstützung teils ergänzt, teils substituiert (hier gibt es häufig keine Verwandten vor Ort) wird durch Professionelle, privat bezahlte Helfer und sogar durch Nachbarn und Freunde (28).

Zusammenfassend kann man sagen, daß Hilfe oder Pflege bei Krankheiten auf einer geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung basiert, für Männer also in erster Linie durch die Ehepartnerin geleistet und, wenn keine Ehepartnerin da ist, durch Kinder, sonstige Verwandte und professionelle Helfer (in dieser Reihenfolge). Für Frauen tritt das verwandtschaftliche Unterstützungsnetz schon auf den Plan, wenn sie noch verheiratet sind. Der Ehemann der kranken Frau wird vielleicht mitversorgt. Für nicht (mehr) verheiratete Frauen sind allerdings die Kinder durchweg von größerer Bedeutung als die übrige Verwandtschaft. Familie und Verwandtschaft werden von Professionellen unterstützt, hauptsächlich bei der Pflege von alleinlebenden, sehr alten und funktionseingeschränkten Männern und Frauen. Nachbarn, Freunde und private Pflegepersonen spielen eine sehr periphere Rolle bei

der Pflege in Krankheitsfällen. Im Unterschied zu den Haushaltstätigkeiten können die größere Intimität und höhere zeitliche Beanspruchung der Pflege im Krankheitsfall Gründe für diese Netzkontraktion auf die vom Verwandtschaftsgrad her "näheren" Gruppen sein.

5.3.4 Gegenseitige Unterstützung innerhalb des sozialen Netzes

Informelle Netzwerke erweisen sich dann als besonders tragfähig, wenn das Muster gegenseitiger Beziehungen nicht durch einseitiges Geben und Nehmen strukturiert ist. Die TABELLEN 32 und 33 zeigen anhand eines umfangreichen Tätigkeitskatalogs den sozialintegrativen Beitrag der über 70jährigen.

Zunächst ist festzuhalten, daß der Anteil derer, die gar nichts mehr für andere tun, sehr gering ist. Wenigstens eine Aktivität für andere geben 92 v.H. der Männer und 93 v.H. der Frauen an, d.h. einen sozialintegrativen Beitrag leistet fast jeder ältere Bewohner auf dem Land.

Den größten Einfluß auf die Häufigkeit der Tätigkeiten für andere hat die körperliche Funktionsfähigkeit der Befragungspersonen bzw. das hohe Alter. Wer sich selbst körperlich eingeschränkt fühlt oder schon Hilfe braucht, kann für andere kaum noch etwas tun. Aber auch von den Alleinlebenden wird weniger für andere getan als von den Verheirateten oder den in Mehrgenerationenhaushalten Lebenden. Hier fehlen für diejenigen mit nur noch rudimentärem familialen Netz die Personen für diese auf Reziprozität zielenden Interaktionsformen. Bemerkenswert ist weiter, daß Frauen mit Ausnahme von Tätigkeiten, die Körperkraft (Schnee schippen) oder einen Führerschein (Besorgungen machen) voraussetzen, immer aktiver sind als die Männer; d.h. sie sind stärker am "Knüpfen" des informellen sozialen Netzes beteiligt. Die Empfänger von Leistungen, Hilfen, Aufmerksamkeiten sind nicht allein Partner und Partnerinnen, Kinder und sonstige Verwandte. Mehr als die Hälfte der Nennungen betreffen Freunde, Nachbarn und Bekannte und auch die privat-engagierten Helfer werden einbezogen.

Insgesamt läßt sich schlußfolgern, daß die über 70jährigen in hohem Maße - soweit es ihr körperlicher Zustand erlaubt - durch verbal-interaktive, körperlich-instrumentelle und auch pflegerische Leistungen in das familiäre, verwandtschaftliche und freundschaftlich/nachbarschaftliche Bezie-

hungsnetz eingebunden sind. Gegenseitige Erwartungen auf Unterstützung und Hilfe durch Familie, Verwandtschaft und Freundschaft/Nachbarschaft gründen sich also nicht nur auf vergangene (bzw. monetäre) Entschädigungen, sondern auch auf gegenwärtige Angebote, Leistungen, Aufmerksamkeiten und Hilfen für die Mitglieder der Familie, der Verwandtschaft und der Nachbarschaft.

5.3.5 Resümee für die ländliche Population der alten Menschen

Für die Hilfen bei der Bewältigung persönlicher Probleme, der hauswirtschaftlichen Versorgung und in Krankheitsfällen bildet das familiäre und verwandtschaftliche Netz eine herausragende Quelle unspezifischer Unterstützungsleistungen. Ungeachtet der Art der Probleme sind es zunächst die Ehepartner oder Ehepartnerinnen und, in unterschiedlichem Ausmaß für Männer und Frauen je nach Familienstand, die in der Nähe wohnenden Verwandten, die den hilfs- und unterstützungsbedürftigen älteren Menschen zur Verfügung stehen. Die unspezifische familiäre und verwandtschaftliche Hilfe wird funktionspezifisch von unterschiedlichen Komponenten des ansonsten vorhandenen sozialen (informellen und professionellen) Unterstützungsspektrums ergänzt oder substituiert.

- Bei der Bewältigung persönlicher Probleme sind es eindeutig Freunde, Nachbarn und Bekannte, unter denen wichtige Vertrauenspersonen zu finden sind. Allerdings nutzen Frauen stärker als Männer die verwandtschaftlichen Beziehungen als Basis für Vertrauensverhältnisse.
- Bei schweren Hausarbeiten ergänzt bzw. ersetzt die privat bezahlte Hilfskraft die verwandtschaftliche Hilfe.
- Bei Besorgungen wiederum sind es Freunde, Nachbarn und Bekannte (hauptsächlich für alleinlebende und funktionseingeschränkte Männer und Frauen), die eventuelle Lücken in der verwandtschaftlichen Hilfe schließen bzw. diese ersetzen.
- Hilfe in Krankheitsfällen leisten auch Freunde, Nachbarn und Bekannte (bei alleinlebenden Männern bis zu 19 v.H.). Allerdings sind es bei Krankheiten die Professionellen (besonders bei den funktionseingeschränkten Personen), die oft in Verbindung mit familiärer und verwandtschaftlicher Unterstützung verstärkt auf den Plan treten.

Bezahlte Hilfskräfte, Freunde, Nachbarn und Bekannte und professionelle Helfer sind also nur spezialisierte Alternativen oder Ergänzungen für die multifunktional wirkende Hilfe durch Ehepartner und Verwandte. Bei Personen mit besonderen Lebens- und Problemlagen bzw. -häufungen (Alleinlebende, Hochaltrige, Funktionseingeschränkte) muß die nicht mehr vorhandene partnerschaftliche, familiär-verwandtschaftliche Hilfe durch fallbezogene Lösungen ersetzt werden, die je nach benötigter Leistung kommerzielle, professionelle oder auch nachbarschaftliche Unterstützungspotentiale einbeziehen.

Abgesehen von den Vertrauenspersonen, bei denen eine räumliche Konzentration auf das engere Lebensumfeld der Befragten nicht allein bestimmend ist, rekrutieren sich die Helfer aus einem räumlich sehr engen Bereich, der die Ortsgrenzen nur selten überschreitet. Die Personen ohne eine familiäre Einbindung repräsentieren eine Gruppe, die in Problemfällen auf Hilfe "von außen" angewiesen ist. Diese Gruppe umfaßt ca. 8 v.H. der Bevölkerung der 70jährigen und Älteren. Sie besteht zu zwei Dritteln aus relativ gutsituierten Personen mit gutem Gesundheitszustand, die kaum unter Einsamkeit leiden. Aber ein Drittel der Gruppe lebt mit sehr niedrigem Einkommen, bezeichnet seinen Gesundheitszustand als schlecht, hat häufiger Funktionseinschränkungen und leidet an Einsamkeit. Diese Personengruppe verfügt nur noch über ein rudimentäres soziales Netz und kann daher als die "Isolierten" bezeichnet werden. Bezeichnenderweise können die "Isolierten" im Krankheitsfall kaum zu Hause gepflegt werden. Die Hilfe bei Krankheit übernehmen zu über 80 v.H. professionelle Helfer. Zugleich sind unter den "Isolierten" überdurchschnittlich viele Krankenhausnutzer zu finden.

Insgesamt gewinnt man aus der Analyse der aktivierten Hilfs- und Unterstützungsleistungen für alte Menschen auf dem Lande den Eindruck eines hochorganisierten, geschlechts- und problemspezifisch bezogenen Bewältigungsmusters, in dem die unspezifisch erbrachten familiären und verwandtschaftlichen Hilfen durch funktionsspezifisch ausgerichtete Beiträge unterschiedlicher Bezugsgruppen aus dem sozialen Netz (Nachbarn und Freunde) des privaten Sektors und des professionellen Dienstleistungssystems ergänzt werden. Über die Qualität der geleisteten Hilfen - aber auch über die benötigten Quantitäten - sagen diese Ergebnisse jedoch nichts aus. Sie verdeutlichen lediglich das Spektrum und soziale Potential, aus denen heraus Hilfeleistungen aktiviert werden.

5.4 Zusammenfassung: Die Bedeutung des sozialen Netzwerks in Stadt und Land

Zu den auffälligsten Differenzen zwischen älteren Menschen auf dem Land und in der Großstadt zählt die Beschaffenheit der sozialen Netzwerke. Dies läßt sich auf Stadt-Land-Unterschiede hinsichtlich der Familienstruktur und des räumlichen Zusammenlebens von Verwandten zurückführen: in der Großstadt dominieren die Einpersonenhaushalte (besonders für Frauen) und die Ehepartner-Haushalte. Auf dem Land finden sich diese Haushaltsformen ebenfalls, und auch hier weisen sie die gleichen geschlechtsspezifischen Charakteristika auf. Aber im Gegensatz zur Großstadt leben 27 v.H. der Angehörigen der Jahrgänge von 1916 und früher (d.h. die 70jährigen und Älteren) noch in Mehrgenerationenhaushalten. Auf dem Land kommt hinzu, daß meist noch Verwandte im Haus und/oder im Ort leben. Man kann sich dort das verwandtschaftliche Netzwerk in Gestalt konzentrischer Kreise vorstellen, die sich in immer größer werdenden Radien um die alten Menschen ziehen lassen und von Verwandten im gleichen Haus, im gleichen Ort und in den Nachbarorten gebildet werden. So wird sichtbar, daß die alte Großstadtbevölkerung im Gegensatz zur alten Landbevölkerung in soziale Netze von unterschiedlicher Zusammensetzung, Dichte, vielleicht auch Größe eingebunden ist. Daher läßt sich die in der Großstadt gemachte Beobachtung eines strukturell schwächeren sozialen Netzes, besonders seines familialen Anteils, für alleinlebende Frauen für das Land nicht bestätigen. In beiden Regionen wird das verwandtschaftliche Netz durch Nachbarschafts- und Freundschaftsbeziehungen ergänzt und in der Stadt, so lassen die Daten vermuten, im größeren Maße als auf dem Land teilweise auch substituiert. Für beide Regionen gilt, daß mit zunehmendem Alter die sozialen Netze schrumpfen, ohne daß diese Entwicklung notwendig zur Isolation führt.

Die sich als Stadt-Land-Differenzen andeutenden Unterschiede in der Beschaffenheit und folglich auch in der Nutzung der informellen Netze dürfen andererseits eine Ähnlichkeit in der sozialen Netzwerkkomposition nicht verdecken. So bleibt die wichtigste Unterstützung für Verheiratete der Ehepartner oder die Ehepartnerin, die bei allen Arten problematischer Lebenssituationen helfend zur Verfügung steht. Dabei ist aber durchgängig zu beobachten, daß die Erwartungsstrukturen auf dem Land im Gegensatz zur Stadt weniger gleichberechtigt sind und infolgedessen Frauen auf dem Land in einem viel geringeren Ausmaß von ihren Männern unterstützt werden (können) als umgekehrt. Substitute für fehlende ehepartnerliche Unterstüt-

zung sind auf dem Land tendenziell die nachfolgende Generation der Kinder und Schwiegerkinder oder sonstige Verwandte, während in der Großstadt, vermutlich wegen der geringeren Größe des verwandtschaftlichen Netzes, bei einigen Subgruppen der Altenpopulation in größerem Ausmaß fallbezogene arbeitsteilige Lösungen unter Beteiligung verschiedener Bezugsgruppen der sozialen Netze gefunden werden können. Während auf dem Land nichtverwandte Personen funktionsspezifische Unterstützung dann leisten, wenn entweder das verwandtschaftliche Netz nicht ausreichend ist und/oder problematische Lebenssituationen (hohes Alter, Alleinleben, körperliche Funktionseinschränkungen) es dringend erforderlich machen, scheint die Nachbarschaftshilfe in der Stadt für große Teile der Alleinlebenden ebenso funktionsunspezifisch wie die verwandtschaftliche Hilfe zu greifen. In der zahlenmäßig sehr kleinen Gruppe der "Isolierten" auf dem Land deuten sich, vorsichtig interpretiert, aber schon analoge Unterstützungsmuster an.

Die Ergebnisse beider Studien belegen die Gegenseitigkeit sozialer Unterstützungsleistungen; bis ins hohe Alter sind Männer und Frauen in der Stadt und auf dem Land in das Geflecht informeller Netzwerkbeziehungen eingebunden und leisten, je nach körperlicher Funktionsfähigkeit und Lebensalter, einen sozialintegrativen Beitrag zur Aufrechterhaltung der Struktur von Geben und Nehmen. Sie sind nicht nur Empfänger sozialer Unterstützungsleistungen, sondern auch Geber für andere.

6. Inanspruchnahme der Gesundheitseinrichtungen und sozialen Dienste

6.1 Einführung

Dieses Kapitel ist der Inanspruchnahme organisierter Versorgungsangebote gewidmet. Zum einen geht es um die medizinische Versorgung durch niedergelassene Ärzte und um die Nutzung von Gesundheitseinrichtungen, zu denen an erster Stelle Krankenhäuser, jedoch auch die sogenannten paramedizinischen Dienste zählen. Zum anderen wird die Inanspruchnahme ambulanter pflegerischer Angebote, der sozialen Dienste und schließlich solcher Maßnahmen dargestellt, die sich spezifisch an alte Menschen - an sogenannte Senioren - richten.

Zu Beginn werden einige Schlaglichter auf die Ausstattung der Untersuchungsregionen mit diesen Einrichtungen und Diensten geworfen. Diese Information über die regionale Verfügbarkeit der Versorgung ist eine wichtige Voraussetzung eines Stadt-Land-Vergleichs, freilich reicht sie nicht aus, um das Inanspruchnahmeverhalten der großstädtischen Alten in Relation zur gleichaltrigen Landbevölkerung zu bewerten. Denn neben diesen genannten sind auch andere Rahmenbedingungen wirksam, die sich in dem föderalistisch organisierten Gesundheitswesen durchaus von Bundesland zu Bundesland unterscheiden (29). Zudem gibt es eine ganze Reihe weiterer, dem Charakter nach sozio-ökonomischer und sozio-kultureller Faktoren, deren Langzeiteinfluß für die Entstehung lokaler Inanspruchnahmestrukturen verantwortlich sein kann (WIRTH 1982). Es ist nicht das Ziel dieser Untersuchung, diese Einflüsse aufzuspüren. Nicht erörtert werden auch weitere Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens, die aus den je konkreten Zuweisungspraktiken an verschiedenen Stellen des Versorgungssystems resultieren (30).

6.2 Versorgungsstrukturelle Charakteristika in der Großstadtregion (31)

Ein herausragendes Merkmal ist die Engmaschigkeit des Netzes an ambulanten medizinischen Einrichtungen in den Zentren bundesdeutscher Großstädte. Die in diese Untersuchung einbezogene Region bietet ein gutes Beispiel dafür. Denn hier steht ein niedergelassener Arzt 446 Personen zur Verfügung, wäh-

rend das gesamte Gebiet von Berlin (West) mit seiner Peripherie eine durchschnittliche Arztdichte von 1 : 710 aufweist. Auf einen Arzt mit der Fachgebietsbezeichnung Allgemeinmedizin entfielen in der Untersuchungsregion zum Zeitpunkt der Untersuchung 1.940 Einwohner (32), in Berlin (West) jedoch 4.350 Einwohner (33). Ein Arzt für Nervenheilkunde (34) stand in der Untersuchungsregion 5.991 Einwohnern zur Verfügung (35); für Berlin (West) betrug die Relation 1 : 4.587 (36). Die Zahnarztversorgung in der Untersuchungsregion weist ebenfalls eine hohe Dichte auf. Ein Zahnarzt entfällt auf 785 Einwohner, im Gegensatz zur Gesamtregion von Berlin (West) mit einem Zahnarzt für 1.135 Einwohner. Eine vergleichbare Struktur von niedergelassenen paramedizinischen Berufen ist nicht vorhanden. Bezogen auf die Bevölkerungszahlen sind jedoch überdurchschnittlich viele Heilpraktiker, Ergotherapeuten, Masseure und medizinische Bademeister in den innerstädtischen Bezirken lokalisiert.

Etwas anders ist die Versorgung der Region mit Krankenhausbetten, denn hier muß berücksichtigt werden, daß bestimmte, hoch spezialisierte Versorgungsbereiche zentralisiert sind und dementsprechend nicht nur regional belegt werden. Zudem sind die Versorgungsdisparitäten zwischen den Stadtstaaten und anderen Bundesländern kleiner als die Unterschiede zwischen einzelnen großflächigen Bundesländern. Gerade Hessen, aus dem sich die ländliche Population rekrutiert, weist einen hohen Versorgungsschlüssel auf (BUNDESVERBAND DER PHARMAZEUTISCHEN INDUSTRIE 1988).

Von insgesamt 6.105 Betten der Grundversorgungsstufe in Berlin (West) (3,3 Betten pro 1.000 Einwohner) befinden sich 2.300 in der Untersuchungsregion, so daß auf 1.000 Einwohner 8,3 Betten der Grundversorgungsstufe entfallen. Doch andererseits findet sich dort kein einziges Bett der Regelversorgungsstufe. Im Bereich der Schwerpunktversorgung verfügt die Region über 1.588 Betten, das sind etwa 12 v.H. des gesamten Potentials. Von den Betten der Zentralversorgung entfallen sogar knapp 20 v.H. auf diese Region (37). Für chronisch Kranke stehen in Krankenhäusern der Untersuchungsregion 1.230 Betten bereit, das sind ca. 19 v.H. des gesamten Berliner Angebots an 6.192 Betten. Dazu kommen noch 191 Plätze in Krankenheimen (7 v.H. insgesamt von 2.601 Plätzen). Ein kleines Kontingent von 15 gerontopsychiatrischen Tagesklinikplätzen ergänzt den Versorgungsbestand (SENATOR FÜR GESUNDEHEIT UND SOZIALES 1906; SENATOR FÜR INNERES 1984).

Auch für die Einrichtungen der stationären Altenhilfe gilt, daß sie nicht ausschließlich von den in der Region ansässigen Einwohnern genutzt werden und umgekehrt, alte Menschen aus dieser Region werden in Einrichtungen anderer Bezirke, z.B. in den südwestlichen Stadtrandgebieten, eingewiesen. So dient die Angabe, daß in der Untersuchungsregion 4.431 Plätze in Seniorenwohnhäusern und 2.753 Plätze in Seniorenwohnheimen, nur einer groben Orientierung. Davon sind 995 Betten den Pflegebedürftigen vorbehalten (DZI 1985).

Die ambulante Pflege in der Untersuchungsregion wurde zum Zeitpunkt der Untersuchung von 11 freigemeinnützigen Sozialstationen und einem Privatanbieter geleistet. Im gesamten Gebiet von Berlin (West) entfielen zu gleicher Zeit schätzungsweise 0,5 Vollzeitpflegekräfte auf 1.000 Einwohner im Alter von 65 Jahren und darüber (BAUM/KOCH/MALUNAT/SEEGER 1989), ein Personalschlüssel, der im Vergleich zu anderen Großstädten erheblich günstiger ist. Eine genaue Aufschlüsselung dieser Zahlen, sowie auch präzise, auf die Untersuchungsregion bezogene Angaben über eingesetztes Personal und versorgte Hochbetagte sind nicht möglich (vgl. SENATOR FÜR GESUNDHEIT o.J.; GARMS-HOMOLOVA/HÜTTER/SCHAEFFER 1989).

Das Netz an Selbsthilfegruppen, Laieninitiativen und Verbänden ist in der innerstädtischen Region ebenfalls vergleichsweise engmaschig (vgl. AG GESUNDHEITSANALYSEN UND SOZIALE KONZEPTE 1986; 1989). So haben hier zahlreiche Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege ihren Sitz. Darüber hinaus betätigen sich hier Gruppen, die sich für spezielle Zielgruppen, wie beispielsweise eben ältere und alte Menschen, Frauen, Behinderte etc. zuständig fühlen, und solche, die sich an Bevölkerungsgruppen mit besonderen gesundheitlichen oder sozialen Problemen wenden. Einen Schwerpunkt stellen krankheitsbezogene Initiativen dar, die mit Asthmakranken, Krebskranken, Rheumatikern, Diabetikern, Epileptikern, Herzkranken, Aidsinfizierten arbeiten. Auch ist eine zentrale Vermittlungsstelle für Selbsthilfegruppen in der Region lokalisiert. Anzumerken ist, daß die meisten dieser Initiativen und Einrichtungen überbezirklich arbeiten und daß nur wenige ihre Arbeit auf die Region oder deren Teilbereiche beschränken.

6.2.1 Disparitäten in der Inanspruchnahme der Gesundheitseinrichtungen und sozialen Dienste

Das auffälligste Charakteristikum des Nutzungsverhaltens der siebzig- bis neunzigjährigen Großstadtbewohner ist eine regelmäßige Nutzung der Gesundheitseinrichtungen und geringe Nutzung anderer Dienste des sozialen Bereichs und der Seniorenangebote. Der häufigste Kontakt zum Versorgungssystem ist der Besuch eines niedergelassenen Arztes. 78 v.H. der Untersuchten sind im Zeitraum von zwei Monaten vor der Untersuchung bei einem niedergelassenen Arzt gewesen. 19 v.H. waren dort "heute, gestern oder in dieser Woche", 15 v.H. innerhalb der letzten Woche, 30 v.H. vor zwei bis vier Wochen. Zusätzlich fanden Hausbesuche der Ärzte bei ihren alten Patienten - speziell bei den alten Frauen - statt. Angesichts der Größe der Anteile von Nutzern gibt es keine nennenswerten geschlechts- oder altersspezifischen Differenzen der Inanspruchnahme dieser zentralen Versorgungseinrichtung. Es gibt Unterschiede nach Funktionsfähigkeit der alten Menschen: Je größer die Beeinträchtigungen bei der Bewältigung alltäglicher Aktivitäten (38), desto aktueller sind die Arztkontakte, was auf eine größere Häufigkeit schließen läßt. Diese Unterschiede betreffen speziell die ärztlichen Hausbesuche und manifestieren sich bei den ältesten Frauen stärker als bei Männern oder insgesamt bei den "jüngeren" alten Menschen. Und selbstverständlich ist auch das Gesundheitsbefinden ausschlaggebend. Die Hälfte der Personen, die ihre Gesundheit als "schlecht" einschätzten, hatte die aktuellsten Arztkontakte, während 30 v.H. der Personen mit guter Gesundheit schon länger als zwei Monate bei keinem Arzt gewesen sind.

Eine weitere relevante Versorgungsart ist die Behandlung im Krankenhaus. 20 v.H. der Siebzig- bis Neunzigjährigen berichteten über Krankenhausaufenthalte im Zeitraum der letzten 12 Monaten. Tendenziell zeichnet sich ab, daß mit zunehmendem Alter die Einweisungswahrscheinlichkeit steigt. Die Verweildauer der Männer betrug im Durchschnitt 38 Tage, die der Frauen 40 Tage. Obgleich unter den Krankenhauspatienten die Personen überwogen, die ihre Gesundheit als mittelmäßig einschätzten, hatten die gesundheitlich schlecht Gestellten eine relativ größere Chance, hospitalisiert zu werden.

Die höchste Einweisungsrate überhaupt findet sich bei Männern und Frauen mit mehreren Funktionsbeeinträchtigungen. Personen mit einer einzigen funktionellen Beeinträchtigung gemäß dem ADL-Score wurden seltener hospitalisiert, noch seltener die alten Menschen, die sich als voll funktions-

fähig einschätzten. Von diesen wurden die Gebildeteren relativ häufiger aufgenommen, wohingegen Personen mit Volksschulbildung offensichtlich erst dann in ein Krankenhaus kommen, wenn ihre Funktionsfähigkeit Defizite aufweist.

Daß die Hospitalisierung vielfach wegen eines chirurgischen Eingriffs veranlaßt wird, beweisen die Anteile der alten Menschen, die sich in den letzten 12 Monaten vor der Durchführung der Studie einer Operation unterzogen haben. Bei Frauen beträgt der Anteil rund 11 v.H. im Durchschnitt aller Altersgruppen, wobei keine bedeutsame Altersvarianz zu beobachten ist. Bei den Männern steigt der Anteil der operierten von 6 v.H. der 70- bis 74jährigen bis auf 18 v.H. der 80- bis 84jährigen (von dieser Altersgruppe sind insgesamt 22 v.H. im Krankenhaus gewesen); bei den Ältesten aber geht er wieder auf 6 v.H. zurück.

Im Vergleich zu den Nutzern niedergelassener Ärzte und der Krankenhäuser nimmt sich die Gruppe von Personen als sehr klein aus, die innerhalb von 12 Monaten von den niedergelassenen paramedizinischen Berufsgruppen behandelt worden sind. Ein gleiches Mißverhältnis besteht allerdings schon im ambulanten Angebot (vgl. 6.2), das von der medizinischen Profession einseitig dominiert ist. Die Inanspruchnahme von medizinischen Bädern, Massagen und Krankengymnastik erweist sich zudem als rückläufig mit steigendem Alter der Gruppen. Die Ältesten gehen viel häufiger nur zur Fußpflege. Weit mehr als die Hälfte der ältesten weiblichen Gruppe macht von dieser Dienstleistung Gebrauch.

Frauen aller Altergruppen, die "fit" sind, nutzen die paramedizinischen Leistungen und auch die Fußpflege häufiger als diejenigen mit Funktionsbeeinträchtigungen. Bei Männern findet sich ein umgekehrter Zusammenhang: wenn keine ADL-Beeinträchtigungen vorliegen, werden von ihnen die paramedizinischen Dienste seltener in Anspruch genommen. Da die Männer insgesamt nur schwache Nutzer sind, hat diese Feststellung nicht viel Gewicht (39).

Die ambulante pflegerische Versorgung (90) ist ein verhältnismäßig junger Dienst (vgl. hierzu GARMS-HOMOLOVA/HÜTTER/SCHAEFFER 1989). Trotzdem ist sein Bekanntheitsgrad hoch: nur 5,6 v.H. der Siebzig- bis Neunzigjährigen haben niemals von entsprechenden Angeboten gehört. Zu den Uninformierten gehören in der Großstadt allerdings mehr "ältere" Alte als "jüngere" Alte und häufiger sind es die wirtschaftlich "schwachen" Personen, die keine

Ahnung haben. Nur wenige Menschen machten bereits eine persönliche Erfahrung mit dieser Versorgungsart (41). Männer unter achtzig waren unter den Nutzern nicht zu finden. Dagegen wurden 9 v.H. der jüngsten und 25 v.H. der ältesten Frauen schon von (Kranken-)Pflegerinnen ambulant betreut. Signifikant häufiger wird der Dienst von Personen mit schlechter Gesundheit genutzt, von Alleinlebenden häufiger als von alten Menschen in Mehrpersonenhaushalten. Diese Tendenz ist deutlicher ausgeprägt, wenn Funktionsbeeinträchtigungen vorhanden sind.

Nach Familienstand kann folgende Rangfolge der "Nutzer" pflegerischer Versorgung aufgestellt werden: an erster Stelle stehen die Ledigen, die überwiegend in Einpersonenhaushalten leben und ein soziales Netz haben, in dem die Unterstützungsmöglichkeiten durch Verwandte zu gering sind. An zweiter Stelle finden sich Verwitwete und Geschiedene bzw. getrennt Lebende ein, an dritter Stelle verheiratete Personen. Ebenso bestehen Unterschiede nach Bildungsstand: bei alten Menschen mit Volksschulbildung ist die Inanspruchnahme dann häufiger, wenn Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen; unter den funktional nicht beeinträchtigten Nutzern sind Personen mit einer weitergehenden Bildung stärker vertreten als die mit Volksschulbildung.

Die Nutzung von Sozialdiensten und speziellen Angeboten für Senioren ist im Verhältnis zu der Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung sehr niedrig. 66 v.H. der Männer und fast die Hälfte der Frauen hatte gar keine Nutzung für 12 Monate angegeben. Von dem heterogenen Pool, der insgesamt Beratung durch Sozialarbeiter, Freizeitangebote und kulturelle Angebote für Senioren, Veranstaltungen der Seniorenbildung, Seniorenreisen, Verschickungen, Beratung bei seelischen und zwischenmenschlichen Problemen, Transportdienste für Behinderte und Essen auf Rädern umfaßt, wurde eine einzige Maßnahme von rund 23 v.H. und mehrere Maßnahmen ebenfalls von 23 v.H. der siebzig- bis neunzigjährigen Großstadtbewohnern in Anspruch genommen. Jüngere Frauen haben etwa zu einem Drittel von mehreren dieser Dienste Gebrauch gemacht; mit zunehmendem Alter nimmt aber die Inanspruchnahme ab und besonders die Nutzung mehrerer Dienste geht stark zurück. Im Gegensatz dazu ist bei den Männern die stärkste Inanspruchnahme gerade in der ältesten Gruppe zu beobachten (22 v.H. hatten ein, 20 v.H. mehrere Angebote genutzt).

Da unter den Nutzern die Frauen überwiegen, machen sich folgende Zusammenhänge bemerkbar:

- Alleinlebende Personen nutzen diese Dienste häufiger als alte Menschen aus Mehrpersonenhaushalten.
- Verheiratete Großstadtbewohner sind schwache Nutzer: wenn überhaupt, machen sie nur von einem der Dienste Gebrauch. Verwitwete, Geschiedene und getrennt Lebende nehmen dagegen relativ häufiger gleich mehrere Angebote wahr. Beides gilt unabhängig von dem Funktionsstatus. Nur bei ledig gebliebenen Personen macht sich der Einfluß der Funktionsfähigkeit auf die Nutzung bemerkbar: die in funktioneller Hinsicht beeinträchtigten Menschen nutzen mehrere Angebote, ansonsten wird nur ein oder gar kein Dienst in Anspruch genommen.
- Eine negative Beziehung besteht zwischen der Anzahl genutzter Maßnahmen und Einkommen: alte Großstädter mit niedrigem Einkommensniveau sind unter den Nutzern mehrerer Maßnahmen, diejenigen mit mittlerem Einkommen hingegen unter den Nutzern eines einzigen Dienstes stärker vertreten.

6.2.2 Kumulative Inanspruchnahme

Wenn ermittelt wird, welche Einrichtungen und Dienste gleichzeitig beansprucht werden, kann das Ausmaß kumulativer Nutzung abgeschätzt und ebenso die Beziehung einzelner Leistung zueinander beleuchtet werden (TABELLE 34). Die Kontakte alter Großstädter zum niedergelassenen Arzt stehen in signifikanter Beziehung zu der Inanspruchnahme sämtlicher Dienste, die in der Analyse berücksichtigt wurden. Wer aktuelle Kontakte zum Arzt unterhält, ist auch für die Inanspruchnahme anderer Einrichtungen und Dienste prädisponiert. Freilich führt der Regelweg in ein Krankenhaus über die ärztliche Einweisung und für die ambulante Pflege - soll diese abrechnungsfähig sein - ist eine ärztliche Verschreibung notwendig. Nicht ohne weiteres erklärbar ist aber der Fakt, daß auch die Beziehung zwischen Arztkontakten und der Inanspruchnahme sozialer Dienste sowie Seniorenangebote signifikant ist. Werden sozio-demographische Faktoren berücksichtigt, zeigt es sich, daß sich die "Nutzer" dieser unterschiedlichen Dienste durch gleiche Merkmale auszeichnen: so beispielsweise gehören nichtverheiratete/verwitwete Frauen zu stärkeren Nutzern beider Arten des Angebots.

Die Tatsache, daß alte Menschen die einen/mehrere Krankenhausaufenthalt(e) im Jahr hinter sich haben, signifikant häufiger zu den Nutzern ambulanter

pflegerischer Versorgung gehören, bestätigt Resultate eines anderen Projekts (GARMS-HOMOLOVA/HÜTTER/SCHAEFFER 1989). Ambulante Pflegedienste werden überwiegend durch Krankenhäuser zugewiesen und oftmals können sie nur im Anschluß an einen Krankenhausaufenthalt erlangt werden. Tendenziell gilt das auch für die Nutzung paramedizinischer Maßnahmen und auch sozialer Dienste. Als hoch signifikant erweist sich die Relation zwischen der Nutzung von ambulanten Pflegediensten auf der einen und der von sozialen Diensten und Seniorenangeboten auf der anderen Seite. In dieser Beziehung spiegelt sich die Tatsache wider, daß Sozialstationen, in denen die ambulante Pflege organisatorisch verankert ist, im nicht zu vernachlässigenden Maße für die Vermittlung sozialer Dienste und Seniorenangebote (Freizeitmaßnahmen, Transportdienste etc.) verantwortlich sind (vgl. ebenda).

6.2.3 Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung und sozialer Dienste mit Berücksichtigung verfügbarer Unterstützungspotentiale des informellen Netzes

Das Verhältnis zwischen informeller Unterstützung und organisierter Versorgung ist ein Dauerthema der sozialpolitischen Diskussion. Vor allem geht es um die Substitutionsmöglichkeiten der informellen Hilfen durch organisierte Versorgungsmaßnahmen und umgekehrt darum, ob Familien und andere Bezugsgruppen in der Lage sind, den alten Menschen im Bedarfsfalle ausreichende Hilfen und auch Pflege zukommen zu lassen, so daß die Aufwendungen für organisierte Dienste und Versorgungsmaßnahmen reduziert werden könnten. Die Befunde bisheriger Studien geben sowohl positive als auch negative Antworten (vgl. z.B. WIRTH 1982). Besonders die allein auf sich gestellten alten Menschen - so wird gezeigt - müssen von bestimmten Versorgungsinstitutionen stärker als andere Gebrauch machen. Umgekehrt deuten Forschungsbefunde darauf hin, daß ein funktionierendes informelles Netz dem Bedürftigen erst die Inanspruchnahme bestimmter Leistungen ermöglicht (GRUNOW 1985). Speziell wenn die alte Person nicht (mehr) die Fähigkeit besitzt, sich den Zugang zu Ressourcen und Diensten zu verschaffen, so müssen es die informellen Helfer - in der Regel die Familienmitglieder - tun (SPRINGER/ BRUBAKER 1984).

Für die Großstadtpopulation der Siebzig- bis Neunzigjährigen findet sich eine ganze Reihe signifikanter Zusammenhänge zwischen den verfügbaren informellen Unterstützungspotentialen und der Inanspruchnahme organisierter Dienste (vgl. TABELLEN 35, 36 und 37). Am wenigsten ausgeprägt sind diese Zusammenhänge im Hinblick auf die Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte. Das ist nicht verwunderlich, berücksichtigt man, daß die Mehrheit der alten Bevölkerung Kontakte zu den niedergelassenen Ärzten hat. Jedoch deuten die Analyseergebnisse darauf hin, daß alte Menschen, die im Krankheitsfalle keine Pflege erwarten können, häufiger aktuelle Kontakte zu Ärzten unterhalten. Das gleiche gilt für diejenigen, die im Bedarfsfalle ausschließlich vom Ehepartner Pflege erwarten (GARMS-HOMOLOVA/HÜTTER 1988).

Im Hinblick auf die Inanspruchnahme des Krankenhauses spielt die "Breite" bzw. die Heterogenität des potentiell unterstützenden sozialen Netzes eine noch größere Rolle. Alte Großstädter, die sich sowohl auf Ehepartner und auf andere Verwandte als auch nichtverwandte Personen verlassen können, finden sich unter den Krankenhauspatienten relativ seltener. Die Krankenhauspatienten rekrutieren sich vornehmlich aus den Gruppen, denen jeweils nur eine Kategorie von Bezugspersonen zur Verfügung steht: entweder Nichtverwandte (als Helfer und Vertrauenspersonen) oder - als potentielle Pfleger - nur Ehepartner, nur Kinder und Verwandte. Auch die Personen, die keine Vertrauensperson und keine potentielle Pflegepersonen haben, sind unter den Personen, die im Krankenhaus gewesen sind, relativ stark vertreten.

Die Ergebnisse, die im Hinblick auf die Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste erzielt wurden, weisen in die gleiche Richtung. Einerseits sind unter den Nutzern die alten Menschen überrepräsentiert, die auf gar keine Unterstützung des informellen sozialen Netzes rechnen. Andererseits sind alte Menschen, die in allen drei Aufgabenbereichen nur von Nichtverwandten Hilfen erwarten, die zweitstärksten Nutzer. Auch hier spielt also die Größe und Heterogenität des informellen Netzes eine wichtige Rolle: Sie schließen die Nutzung aus. Unter den Nutzern der Pflegedienste finden sich kaum die Personen, die ein großes und heterogenes soziales Netz haben und Hilfeleistungen sowie Pflege und Aussprachemöglichkeiten vom Ehepartner und von anderen Bezugspersonen unterschiedlicher Kategorien bekommen können. Ganz ähnliche signifikante Relationen wurden für die Inanspruchnahme sozialer Dienste und Seniorenangebote gefunden. Auch diese werden mehr von

den Personen genutzt, die im Bedarfsfall niemanden haben würden, und zugleich auch von solchen alten Menschen, die nur durch Nachbarn, Freunde oder andere ausschließlich nichtverwandte Personen unterstützt werden könnten.

Aus diesen Resultaten geht hervor, daß alte Großstädter mit einem beschränkten sozialen Netz und Unterstützung, die lediglich von einer Kategorie der Bezugspersonen erbracht werden kann, im allgemeinen zu den stärkeren Nutzern organisierter Versorgung gehören. Dagegen sind alte Menschen mit einem breitgefächerten sozialen Netz, die jeweils auf verschiedene Kategorien helfender Beziehungen zurückgreifen können, unter den Nutzern aller untersuchten Dienste relativ schwächer vertreten.

6.3 Versorgungsstrukturelle Charakteristika in der ländlichen Region

Einen Überblick über die Ausstattung der ländlichen Untersuchungsregion mit ausgewählten Gesundheitsdiensten gibt TABELLE 38. Die 13 in der Untersuchungsregion ansässigen praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin haben sich überwiegend in den Zentralgemeinden und nicht in den Ortsteilen niedergelassen. Sie stellen das Gros der hausärztlichen Versorgung sicher. Gleichwohl übernehmen praktizierende Ärzte aus benachbarten Gemeinden ebenfalls Versorgungsaufgaben für Teile der Untersuchungsregion. Sie werden entweder in ihren Praxen aufgesucht oder haben eigens lokale Zweigstellen mit Sprechstunden in den Gemeinden, die zu unserer Untersuchungsregion zählen, eingerichtet. Auf einen unmittelbar in der Untersuchungsregion ansässigen praktischen Arzt oder Arzt für Allgemeinmedizin kommen ca. 1.830 Einwohner, wobei die durchschnittliche Arztdichte zwischen den untersuchten Gemeinden erheblich variiert (C: 1 zu 1.637; A: 1 zu 1.757; B: 1 zu 2.197). Die Bedarfsplanungen der kassenärztlichen Vereinigungen weisen allerdings keine Unterausstattung in der ambulanten allgemeinmedizinischen Versorgung aus. Diese ist in der Untersuchungsregion sogar dichter als im Landkreis (1 zu 1.892) und in der nahegelegenen Großstadt (1 zu 2.059) (KV HESSEN 1987: 67,93).

Kann man die ambulante allgemeinmedizinische Versorgung als hinreichend betrachten, so erweist sich die ambulante fachärztliche Versorgung hingegen als defizitär. Hier wird für den zugrundeliegenden Planungsbereich ein

Bedarf von je einem Orthopäden, Nerven-, Augen- und Hautarzt ausgewiesen. Die ambulante fachärztliche Versorgung, die zudem ausschließlich in der ehemaligen Kreisstadt angesiedelt ist, wird demgegenüber nur durch einen Augenarzt, der eine Zweigpraxis betreibt, einen Internisten und einen HNO-Arzt wahrgenommen (KV HESSEN 1987: 93). Zusätzlich nehmen die im Kreis-krankenhaus der Region tätigen Ärzte für ihre jeweiligen Fachgebiete ambulante Versorgungsaufgaben wahr.

Die allgemeine stationäre Versorgung wird im wesentlichen von dem in der ehemaligen Kreisstadt gelegenen Krankenhaus der Grundversorgung getragen. Es befindet sich in öffentlicher Trägerschaft und kann 121 Betten belegen. Hinzu kommen die Allgemeinkrankenhäuser des Umlandes. Die Ausstattung mit Krankenhausbetten der Grundversorgung beträgt für den ehemaligen Altkreis, zu dem außer den drei Untersuchungsgemeinden noch zwei weitere gehören, 3,6 Betten pro 1.000 Einwohner. Die Bettendichte der in der Stadt und im Landkreis angesiedelten Krankenhäuser der Grund- bis Maximalversorgung liegt bei 6,2 pro 1.000 Einwohner (in der Stadt: 11,4; im Landkreis: 2,0). Die im Landkreis verteilten Fachkliniken (für Psychiatrie, Geriatrie usw.) sowie die der nahegelegenen Großstadt (für Orthopädie, Neurologie usw.) sind Bestandteil der lokal wirksam werdenden medizinischen Infrastruktur (KRANKENHÄUSER HESSEN 1989: 1-5). Die Bettendichte dieser Spezialkliniken beträgt 4,7 pro 1.000 Einwohner (in der Stadt: 4,2; im Landkreis 5,2). Insgesamt ergibt sich so für Stadt und Landkreis Kassel eine Bettendichte von 11 pro 1.000 Einwohner für das gesamte Spektrum der stationären Versorgung. Das durch auswärtige Angebote ergänzte, lokale Angebot an paramedizinischen Dienstleistungen (Krankengymnastik, Massage, Bäder etc.) konzentriert sich wiederum im wesentlichen auf die jeweiligen Zentralgemeinden.

Jede der drei in die Untersuchung einbezogenen Gemeinden unterhält einen nur für die eigene Gemeinde zuständigen ambulanten Pflegedienst bzw. ist an dessen Unterhalt beteiligt. Bei den "gemeindlichen Pflegediensten" handelt es sich um (gemessen am pflegerischen Stammpersonal) eher kleine, überschaubare Organisationseinheiten. Mit Blick auf das Leistungsspektrum dominiert die pflegerische Grundversorgung. Zusätzlich zu diesen Pflegediensten hat sich ein als gemeinnützig anerkannter Pflegeverein angesiedelt, der Rund-Um-Versorgung (inklusive Haushaltshilfe, Sozialbetreuung) für mehrere Gemeinden auch außerhalb des Untersuchungsgebietes anbietet. Im Unterschied zu den Pflegediensten sind hier nicht nur Pflegekräfte,

sondern auch Sozialarbeiter tätig. Sowohl Kreis als auch Gemeinden sehen die Notwendigkeit, die ambulanten Pflegedienste im Hinblick auf zukünftige Bedarfslagen personell wie auch sachlich auszubauen, obwohl zur Zeit noch keine Überlastung konstatiert wird.

Bei den ansässigen Alten- und Pflegeheimen mit ihren insgesamt 340 Plätzen/Betten handelt es sich vorwiegend um Pflegeeinrichtungen. Sie streben eine gemeindenahe Versorgung an, ohne allerdings Bewerber/innen um die Plätze nach geographischen Kriterien zu selektieren. Die Gemeinden sind neben der Ausgestaltung ihrer lokalen ambulanten Pflegedienste um den Ausbau der Alten- und Pflegeheime als einer zweiten Säule der Altenversorgung bemüht.

Der Landkreis ist in der ehemaligen Kreisstadt mit Außenstellen des Gesundheitsamtes, des Sozialamtes und des beim Jugendamt angesiedelten allgemeinen Sozialdienstes vertreten. Die Sozialarbeiter halten im Rahmen der Gewährung wirtschaftlicher und persönlicher Sozialhilfe regelmäßig Sprechstunden ab und führen Hausbesuche in den Familien durch. Anträge auf Sozialhilfe werden von den Gemeinden entgegengenommen und weitergeleitet.

Die in der Region ansässigen Kreisverbände bzw. Ortsvereine der Wohlfahrtsverbände (Arbeiterwohlfahrt, Deutsches Rotes Kreuz, Arbeitersamariterbund) nehmen zum Teil besondere Versorgungsaufgaben wahr (Essen auf Rädern, Krankentransport, Kurse für häusliche Krankenpflege, Beratung, Altennachmittage usw.). Desweiteren sind auch die Kirchen mit seelsorgerischer Betreuung, Altennachmittagen u.a.m. in der Altenversorgung engagiert. Im Gegensatz zur nahegelegenen Großstadt gibt es jedoch kein ausdifferenziertes Beratungs- und Versorgungsangebot, wie es sonst innerhalb der Caritas und der Diakonie üblich ist. Insbesondere die weiblichen Mitglieder der Verbände und Kirchengemeinden sind das Reservoir, aus dem ehrenamtliches Engagement in der Altenversorgung geschöpft werden kann.

Zusammenfassend sei zur Versorgungsqualität in der ländlichen Untersuchungsregion festzuhalten: Das Versorgungssystem ist, weil auf Grundversorgung abgestellt, wenig ausdifferenziert. Es dominieren die Gesundheitsdienste, namentlich die der ambulanten allgemeinmedizinischen Versorgung. Dabei läßt sich bei den Gesundheits- wie bei den Sozialdiensten eine gewisse Konzentration auf die ehemalige Kreisstadt und die anderen beiden Zentralgemeinden mit den entsprechenden nachteiligen Folgen für die ande-

ren Ortsteile erkennen, besonders, wenn die Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Nahverkehr nicht, oder nur unzureichend gewährleistet ist. Unverkennbar sind zudem Anzeichen, die für zumindest partielle Versorgungsdefizite sprechen. Diese machen sich im Bereich der ambulanten fachärztlichen Versorgung wie auch der sozial- und gesundheitspflegerischen Versorgung bemerkbar. Als nicht haltbar dürfte sich für die Untersuchungsregion allerdings die Vermutung von genereller Unterversorgung erweisen. Es dürfte jedoch auch deutlich geworden sein, wie begrenzt die Aussagekraft quantitativer Maßzahlen bleibt, wenn es um die Beurteilung von Versorgungsqualitäten geht. Dies läßt sich mit zwei Punkten belegen. Berücksichtigt man, daß einmal alle Angebote durch überregionale Dienste ergänzt werden, dann kann man schwerlich von einer defizitären Versorgung sprechen. Gleichzeitig erschwert aber die prekäre Struktur des öffentlichen Nahverkehrs, diese Dienste und Versorgungseinrichtungen zu erreichen. Denn wer einen Facharzt in Kassel aufsuchen muß und dazu keine Verwandten oder Bekannten mit Pkw mobilisieren kann, muß damit rechnen, den ganzen Tag wegen dieses Termines unterwegs zu sein.

6.3.1 Nutzungsprofile von Sozial- und Gesundheitsdiensten im Zusammenhang mit Alter und Geschlecht

Den niedergelassenen Arzt nehmen insgesamt 83 v.H. der älteren Menschen mindestens einmal im Quartal in Anspruch. Unter diesen regelmäßigen bzw. häufigen (60 v.H. kontaktieren den Arzt ein oder mehrmals im Monat) Nutzern befinden sich deutlich mehr Frauen (87 v.H.) als Männer (76 v.H.). Aber weder bei den Frauen noch bei den Männern läßt sich wider Erwarten in den höheren Altersgruppen eine Zunahme des Anteils regelmäßiger bzw. häufiger Nutzer beobachten. In den höchsten Altersgruppen liegen die Werte um 5 v.H. niedriger als bei den jüngeren Alten (über 85jährige Männer: 72 v.H.; Frauen: 82 v.H.). Dies korrespondiert mit den Ergebnissen von WOLINSKY/MOSELY II/COE (1986), die einen Anstieg der Nutzung niedergelassener Ärzte mit dem Alter bis zum höchsten Alter fanden, dann nämlich war ein Rückgang zu verzeichnen.

14 v.H. der befragten Älteren haben im letzten halben Jahr ein- oder mehrmals im Krankenhaus gelegen. Darunter Frauen (14 v.H.) häufiger als Männer (11 v.H.), wobei bei den Frauen eher die Ältesten (27 v.H. der über

85jährigen) und bei den Männern dagegen eher die jüngeren Altersgruppen (19 v.H. der 75- bis 79jährigen) hospitalisiert wurden.

Rund 14 v.H. geben an, derzeit paramedizinischen Dienstleistungen (Massagen, medizinische Bäder, Krankengymnastik) in Anspruch zu nehmen. Frauen (16 v.H.) nutzen diese Angebote erkennbar mehr als Männer (10 v.H.). Ein Blick auf die Verteilung nach Altersgruppen zeigt, daß sich bei beiden Geschlechtern die Nutzung eher auf die jüngeren Altersgruppen konzentriert. Von den über 80jährigen nehmen nur noch 4 v.H. Leistungen aus dem paramedizinischen Angebot in Anspruch.

Etwa 4 v.H. der alten Landbewohner haben bereits einmal einen häuslichen Pflegedienst in Anspruch genommen und zwar Männer (5 v.H.) nur unwesentlich mehr als Frauen (4 v.H.). Bei dieser Dienstleistung zeigt sich deutlich, daß Pflegebedürftigkeit zumeist erst im hohen Lebensalter auftritt. Von den über 85jährigen nutzten zum Zeitpunkt der Befragung 13 v.H. den häuslichen Pflegedienst, wobei der Anteil der Frauen mit 15 v.H. in dieser Altersgruppe fast doppelt so groß ist wie der der Männer (8 v.H.). Es fällt weiter auf, daß schon jeweils 5 v.H. der 75- bis 79jährigen und der 80- bis 84jährigen Männer Leistungen des Pflegedienstes beanspruchen; während sich bei den Frauen allem Anschein nach die Nutzung auf die höchste Altersgruppe konzentriert, setzt sie bei den Männern schon in den jüngeren Jahrgangsgruppen ein.

Hilfsangebote wie "Essen auf Rädern", Krankentransporte, Besuchsdienste, die meist von den Wohlfahrtsverbänden unter Einbezug ehrenamtlicher Helfer erbracht werden, haben die alten Menschen zu 9 v.H. in letzter Zeit in Anspruch genommen oder nehmen sie noch in Anspruch. Geschlechtsspezifische Differenzen sind nicht zu erkennen, aber deutlich häufiger werden diese Leistungen von den 80- bis 84jährigen (11 v.H.) und den über 85jährigen (22 v.H.) beansprucht.

Rund 39 v.H. nutzen seniorenorientierte Dienstleistungen wie Freizeitangebote, kulturelle Angebote und Bildungsveranstaltungen für Senioren oder Seniorenerholung, die von Vereinen, Wohlfahrtsverbänden und Kirchen organisiert werden. Rund 27 v.H. nehmen eines, ca. 12 v.H. mehrere dieser Angebote in Anspruch. Dabei stehen die Freizeitangebote für Senioren mit Abstand an erster Stelle. Der Anteil der Nutzerinnen liegt über dem der Nutzer (45 v.H. versus 30 v.H.). Ein linearer Zusammenhang mit dem

Lebensalter läßt sich nicht erkennen, aber bemerkenswert ist, daß noch 30 v.H. der Hochaltrigen diese Angebote wahrnehmen.

Der Hausarzt ist der mit Abstand am häufigsten genutzte Anbieter im Gesundheitsbereich. Von der Verteilung her nahezu gleichgewichtig, aber mit großem Abstand, folgen die Krankenhäuser und die paramedizinischen Dienstleistungen. Häusliche Pflege und andere soziale Hilfsangebote sind mit je ca. 5 bzw. 9 v.H. Nutzern eher marginal nachgefragte Dienstleistungen, deren Bedeutung für die Hochaltrigen, wenn dann Nachfragezahlen von 10 bis 20 v.H. erreicht werden, aber nicht unterschätzt werden darf. Von großer, wenn auch meist zeitlich punktueller Bedeutung für die älteren Menschen auf dem Lande sind die speziell für sie organisierten Freizeitangebote .

Es läßt sich vermuten, daß neben anderen Faktoren der Gesundheitszustand und die alltägliche Funktionsfähigkeit die Nutzungsprofile der sozialen und gesundheitsorientierten Dienstleistungen beeinflussen. Die diskutierten Merkmale Geschlecht und das Alter sind nicht direkt wirksam, sie sind vielmehr nur als vermittelte Einflußgrößen für die Nutzung der angesprochenen Dienstleistungen anzusehen, da sie, wie schon gezeigt wurde, u.a. Unterschiede des Bildungs-, Einkommens-, Gesundheitsniveaus mittransportieren.

6.3.2 Nutzungsprofile von Sozial- und Gesundheitsdiensten im Zusammenhang mit Alltagsfähigkeiten und gesundheitlichem Wohlbefinden

Da schon im Kapitel 3 nachgewiesen wurde, daß gesundheitliches Befinden und Funktionsbeeinträchtigung korrelieren, soll die Darstellung des Nutzungsverhaltens im folgenden auf diesen zentralen Zusammenhang konzentriert werden.

Der Hausarzt wurde von den angesprochenen Diensten am häufigsten genutzt und, wie sich erwarten läßt, hängt die Frequenz der Arztkontakte der alten Menschen vom gesundheitlichen Befinden ab. Von denjenigen, die dieses als "sehr gut" einschätzen, gehen nur 43 v.H. ein- bis mehrmals im Quartal zum Hausarzt. Die Nutzungshäufigkeit steigt dann kontinuierlich an, nämlich für die mit "gutem" Befinden auf 65 v.H., über die mit "mittelmäßiger"

Einschätzung auf 91 v.H. auf schließlich 96 bzw. 100 v.H. für diejenigen mit einem "schlechtem" bzw. "sehr schlechten" gesundheitlichen Befinden. Dieser Zusammenhang wird noch prägnanter, wenn 15 v.H. der Alten mit "schlechtem" und sogar 53 v.H. derjenigen mit "sehr schlechtem" gesundheitlichen Befinden mindestens einmal wöchentlich den Hausarzt kontaktieren müssen, gegenüber 9 v.H. derjenigen mit "mittelmäßiger" und nur 4 v.H. mit "gutem" Befinden. Ebenso kontinuierlich steigt die Frequenz der Arztkontakte mit der Zahl der Funktionseinschränkungen. Von den voll Funktionsfähigen kontaktieren 80 v.H., von denen mit einer Einschränkung 85 v.H. und denen mit mehreren Einschränkungen 94 v.H. den Hausarzt mindestens einmal im Quartal. Noch deutlicher wird dieser Zusammenhang, wenn man wieder einen kürzeren Zeitraum betrachtet. Nur 8 v.H. der Personen ohne Funktionseinschränkungen, aber schon 14 v.H. derjenigen mit einer und 21 v.H. derjenigen mit mehreren Funktionseinschränkungen bedürfen mindestens einmal wöchentlich ärztlicher Hilfe.

Betrachtet man nach diesen ambulanten die stationären Nutzungsfrequenzen, dann erkennt man wieder einen klaren Zusammenhang zwischen dem Grad der Funktionsbeeinträchtigung und den Krankenhausaufenthalten im letzten Jahr. Von den voll funktionsfähigen Älteren waren es 8 v.H., von denen mit einer Beeinträchtigung 14 v.H. und von denen mit mehreren Beeinträchtigungen 30 v.H., die ein- oder mehrmals im Krankenhaus lagen. Diese Linearität läßt sich bei der Betrachtung der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes nicht finden, denn hier sinkt der Nutzeranteil zuerst von 13 v.H. mit "gutem" Befinden auf 6 v.H. mit "mittelmäßigem" Befinden, um dann allerdings erwartungsgemäß auf 27 v.H. bei "schlechtem" und 50 v.H. bei "sehr schlechtem" Befinden zu steigen.

Das gesundheitliche Befinden beeinflusst ebenfalls die Nutzung von Leistungen aus dem paramedizinischem Spektrum. Eine eindeutige Zunahme läßt sich aber erst bei denjenigen feststellen, die ihren Gesundheitszustand als "schlecht" bezeichnen. Gegenüber den recht homogenen Nutzungsfrequenzen von Personen mit "sehr gutem" bis "mittelmäßigem" gesundheitlichen Befinden (Werte zwischen 11 und 14 v.H.) steigt für diese Gruppe der Anteil auf 22 v.H., um dann allerdings auf 6 v.H. derjenigen zu sinken, die ihren Gesundheitszustand als "sehr schlecht" bezeichnen. Wenn die gesundheitliche Situation sehr instabil geworden ist, dann werden diese Dienstleistungen kaum noch oder doch seltener nachgefragt. Bei mehreren Funktionsbeein-

trächtigungen nutzen nur 12 v.H. der Älteren dieser Gruppe dieses Leistungsspektrum gegenüber 14 v.H. mit einer oder keiner Beeinträchtigung.

Die Nutzung der Pflegedienste konzentriert sich eindeutig auf die Älteren, die mehrere Funktionsbeeinträchtigungen angeben (20 v.H. gegen weniger als 1 v.H. in den anderen beiden Gruppen). Analog verläuft das Nutzungsverhalten dieses Angebotes mit der Einschätzung des gesundheitlichen Zustandes. Erst bei angegebenem "schlechtem" Befinden beginnt die Nachfrage nach häuslicher Pflege.

In bezug auf die sozialen Hilfsangebote setzt die Nutzung unter Einbeziehung des Kriteriums dieser beiden Variablen erkennbar früher ein. 19 v.H. der Personen mit einer und 26 v.H. derjenigen mit mehreren Funktionsbeeinträchtigungen fragten Leistungen aus diesem Spektrum nach. Auch bei "mittelmäßigem" gesundheitlichen Befinden setzt schon ein erkennbarer Nutzungsgrad (8 v.H.) ein, der über 13 v.H. bei "schlechtem" auf 47 v.H. bei "sehr schlechtem" gesundheitlichen Befinden ansteigt.

Ganz anders sieht der Zusammenhang zwischen gesundheitlicher Situation der alten Menschen und der Nutzung der seniorenorientierten Freizeitangebote aus. Ob eine oder keine Beeinträchtigung vorliegt, beeinflußt das Nutzungsverhalten kaum (41 bzw. 43 v.H.); treten aber mehrere Beeinträchtigungen auf, dann sinkt die Nutzungshäufigkeit auf immerhin noch 23 v.H. Bemerkenswert ist, daß nur 30 v.H. der Personen, die einen "sehr guten" Gesundheitszustand berichten, diese Angebote wahrnehmen. Das ist die gleiche Größenordnung wie bei den Menschen mit "schlechtem" Befinden. Diese Angebote werden vor allem von denen mit "guter" oder "mittelmäßiger" gesundheitlicher Befindlichkeit (45 bzw. 43 v.H.) nachgefragt.

Zusammenfassend läßt sich ein deutlich problemorientiertes Nutzungsverhalten feststellen. Die Gesundheitsdienste werden von den alten Menschen dann häufiger genutzt, wenn die gesundheitlichen bzw. Funktionseinschränkungen zunehmen. Abweichende Werte in einzelnen Gruppen, die dieser Linearität widersprechen, sind marginal. Die pflegerischen und sozialen Hilfsangebote werden fast ausschließlich bei entsprechenden Problemlagen, d.h. mehreren Funktionsbeeinträchtigungen, in Anspruch genommen. Ein etwas anderes Nutzungsverhalten deutet sich bei den Freizeitangeboten an. Zwar nimmt bei schlechter eingeschätztem Gesundheitszustand bzw. bei Funktionseinschränkungen die Nutzungshäufigkeit ab, aber es lassen sich weitere bestimmende

Faktoren für die Inanspruchnahme dieser Angebote vermuten, auf die später eingegangen werden soll. Insgesamt bestätigt sich somit auch, daß Geschlecht und stärker noch Altersgruppenzugehörigkeit Variablen sind, die eher als vermittelnde Faktoren für den hier gezeichneten Zusammenhang zu betrachten sind.

6.3.3 Nutzungsprofile von Sozial- und Gesundheitsdiensten im Zusammenhang mit der Haushaltsstruktur

In welchem Verhältnis stehen System- und Netzwerkleistungen zueinander? Um diese Frage beantworten zu können, haben wir die Haushaltsgröße als einen, wenn auch recht groben, Indikator für das Ausmaß potentieller sozialer Unterstützung ausgewählt. Wird ein geringeres Potential an Netzwerkunterstützung durch eine höhere Nutzung von Systemleistungen wettgemacht, oder wird es umgekehrt von einer gleichfalls geringen Systemnutzung begleitet?

Von einem für alle betrachteten Dienstleistungen einheitlichem Bild des Zusammenhangs zwischen Haushaltsstruktur und Systemnutzung kann keine Rede sein. Alleinlebende Ältere konsultieren niedergelassene Ärzte regelmäßig bzw. häufiger als die mit anderen zusammenlebenden Personen (mindestens einmal vierteljährlich: 87 v.H. der in Ein-, 81 v.H. der in Zwei- und 80 v.H. der in Drei- und Mehrpersonenhaushalten).

Auch bei den paramedizinischen Dienstleistungen ist der Anteil der Nutzer unter den alleinlebenden Älteren größer als bei alten Menschen, die mit anderen in einem Haushalt zusammenleben (Einpersonenhaushalt: 20 v.H.; Zweipersonenhaushalt: 14 v.H.; Drei- und Mehrpersonenhaushalt: 6 v.H.).

Aber schon bei den seniorenspezifischen Dienstleistungen des Freizeitbereiches fallen die in Mehrgenerationenhaushalten lebenden Älteren durch höhere Nutzung auf; die alleinlebenden Alten sind bestenfalls die zweitstärksten Nutzer (Einpersonenhaushalte: 41 v.H. und Drei- und Mehrpersonenhaushalte: 48 v.H. gegen Zweipersonenhaushalte: 32 v.H.). Für den Bereich der Versorgung durch häusliche Pflegedienste wie auch durch soziale Hilfsdienste läßt sich kein Zusammenhang mit der Haushaltsstruktur erkennen. In der stationären medizinischen Versorgung liegt mit 9 v.H. der

Anteil der Alleinlebenden niedriger als in den anderen Haushaltsformen (14 v.H.)

Die Uneinheitlichkeit des Zusammenhangs zwischen dem Nutzungsverhalten der Alleinlebenden und der Haushaltsgröße läßt vermuten, daß andere Faktoren stärker wirken. Angesichts des insgesamt dichten verwandschaftlichen Netzes der alten Menschen auf dem Lande, ist die Haushaltsstruktur ein zu "grober" Indikator, um differenzierte Zusammenhänge zwischen informellen und formellen Unterstützungsleistungen für die Alten klar herauszuarbeiten.

Geht man hingegen etwas spezifischer der Frage nach, wer die Befragten im Krankheitsfall pflegt, dann wird ein Zusammenhang zwischen der Dichte des informellen Unterstützungssystems und der Systemnutzung auffällig. Diejenigen, die nur auf Hilfe von Nachbarn und Bekannten wie auch diejenigen, die auf (meist entfernter lebende) Verwandte in Kombination mit den erstgenannten Gruppen zurückgreifen mußten, sind überdurchschnittliche Nutzer der sozialen Hilfsdienste, Pflegedienste und der Krankenhäuser. Ein sehr ausgedünntes oder nicht mehr vor Ort vorhandenes soziales Netz führt mit einer gewissen Zwangsläufigkeit zur Nutzung von gesundheits- bzw. pflegeorientierten Dienstleistungen oder zur Hospitalisierung im Krankheitsfall. Es deutet sich an, daß alte Menschen mit einem sehr schwachen sozialen Netz am Wohnort auch die Freizeitangebote erkennbar weniger wahrnehmen, ohne daß man daraus aber schon den Schluß ziehen darf, hier entstehe so etwas wie eine Spirale der Isolierung. Im Umkehrschluß kann man sagen, solange das informelle Unterstützungssystem noch dicht und funktionsfähig ist, wird das Leistungsspektrum der organisierten Versorgung nur problemorientiert bei Krankheit bzw. punktuell bei Pflege (z.B. im Urlaub) eingesetzt. Da dies für die Mehrzahl der alten Menschen in den Landgemeinden zutrifft, ist die Kontrastgruppe entsprechend sehr klein, und somit sollte der Zusammenhang zwischen formeller und informeller Unterstützung nur vorsichtig interpretiert werden. Zumindest läßt sich dies schlußfolgern, da sonst keine erkennbaren Nutzungsmuster auftreten (TABELLE 41).

6.3.4 Nutzungsprofile von Sozial- und Gesundheitsdiensten im Zusammenhang mit soziodemographischen Merkmalen

Einkommenshöhe und Bildungsgrad sind weitere Differenzierungskriterien für Nutzungshäufigkeiten. Berücksichtigt man, daß in den niedrigeren Bildungs- und Einkommensgruppen das gesundheitliche Befinden als schlechter und Funktionseinschränkungen häufiger angegeben werden, dann erwartet man auch eine stärkere Nutzung zumindest der gesundheitsbezogenen Dienste. Eindeutig ist dieser Zusammenhang nur bei der Nutzung der häuslichen Pflegedienste und bei den Krankenhausaufenthalten. Man kann sagen, hier werden neben gesundheitlichen auch ökonomische Problemlagen sichtbar und wohl auch entscheidungsrelevant. Die paramedizinischen Dienste werden von denjenigen mit weitergehender Bildung und mittlerem bis besserem Einkommen stärker genutzt, wobei man vermuten kann, daß das darin zum Ausdruck kommende präventive bzw. rehabilitative Verhalten im Zusammenhang mit dem höheren Bildungsniveau steht (TABELLE 40). Seniorenorientierte Freizeitangebote werden von denjenigen mit Volksschulbildung und einem mittleren Einkommensniveau überdurchschnittlich häufig (über 50 v.H.) besucht. Ein weiterer Einflußfaktor ist in diesem Zusammenhang die Vereinsmitgliedschaft, denn die in Vereinen organisierten alten Menschen besuchen diese Veranstaltungen, die ja auch oft von Vereinen mitangeboten werden, häufiger als die Nichtvereinsmitglieder (46 vs. 36 v.H.). Die Zahl der Mehrfachnutzer der seniorenorientierten Freizeitangebote ist bei den Vereinsmitgliedern eindeutig höher als bei Personen, die nicht zum Verein gehören.

Es läßt sich insgesamt gesehen kein stringentes Bild des Einflusses der soziodemographischen Variablen auf das Nutzungsverhalten zeichnen. Dazu sind die denkbaren Interdependenzen zu vielfältig und sie moderieren allem Anschein nach eher das grundlegende Nutzungsmuster. Plausibel und gut erkennbar bleibt dies als ein problemorientiertes Nutzungsverhalten bei gesundheitlichen Störungen. Funktionsbeeinträchtigungen und schlechtes gesundheitliches Befinden führen zur häufigeren Nutzung medizinischer und pflegerischer Dienste. Bei den freizeitorientierten Angeboten wird dieses Muster aufgeweicht und andere Bestimmungsfaktoren, wie z.B. Vereinsmitgliedschaft, gewinnen stärker an Bedeutung.

Schließlich soll noch auf die Nähe der angebotenen Dienstleistungen zum Wohnort der potentiellen älteren Klientel eingegangen werden, wobei wir

der Einfachheit halber nur zwischen den Anwohnern der Zentralgemeinden, in denen die meisten Anbieter angesiedelt sind, und denen der Ortsteile unterscheiden. Sieht man von den Krankenhausaufenthalten ab, bei denen ein solcher Zusammenhang unwahrscheinlich ist und auch nicht besteht, dann ist die Häufigkeit der Nutzung in den meisten Fällen auch von der räumlichen Nähe abhängig. Bewohner der Zentralgemeinden besuchen ihren Hausarzt und nutzen paramedizinische Angebote, den häuslichen Pflegedienst und die sozialen Dienste ("Essen auf Rädern" etc.) signifikant häufiger als ihre Altersgenossen in den Ortsteilen. Eine Ausnahme bilden nur die seniorenorientierten Freizeitangebote, die auch nicht notwendig auf die Zentralgemeinden konzentriert sind; sie werden signifikant häufiger von den Alten in den Ortsteilen besucht. Sicher läßt sich dieses Ergebnis nicht allein im Hinblick auf die Erreichbarkeit der Dienste interpretieren - Nähe bedeutet z.B. auch bessere Kenntnis des Angebots -, aber der Einfluß zwischen Erreichbarkeit und Nutzung darf unter Berücksichtigung prekärer Nahverkehrsausstattung nicht unterschätzt werden.

6.3.5 Nutzungskumulation

Die Kumulation einzelner Formen von Systemnutzung spricht für die These vom Älteren als "Interorganisationskunden" (TABELLE 39). Der Zusammenhang zwischen der derzeitigen Nutzung häuslicher Pflegedienste und niedergelassener Ärzte/Krankenhaus läßt auf besondere Konstellationen von Anliegen schließen, die neben ärztlicher Beratung und Behandlung die Nutzung weiterer Dienstleistungen zwecks Durchführung pflegerischer / paramedizinischer Maßnahmen erforderlich machen. Er kann insofern auch die ärztliche Zuweisungsfunktionen gegenüber einem "nachgeordneten" Dienst widerspiegeln. Ohne eine gesonderte Analyse der Handlungslogik ambulanter Pflegedienste kann jedoch nicht entschieden werden, inwieweit diese nicht lediglich als nachgeordnete Institutionen fungieren, sondern auch über "autonome" Zugangswege verfügen. Auch die Kumulation der Nutzung von paramedizinischen Diensten und niedergelassenen Ärzten/Krankenhaus läßt diese Interpretation zu. Der Zusammenhang zwischen der derzeitigen Nutzung paramedizinischer Dienstleistungen und häuslicher Pflegedienste spricht ebenso für das Zusammentreffen besonderer Problemkonstellationen. Auf die Wahrnehmung von (wechselseitigen) Vermittlungsfunktionen läßt er für sich genommen nicht schließen. Ein erster Blick auf das im Projektzusammenhang

miterhobene qualitative Material enthüllt, daß die Verhältnisse komplizierter liegen, als die Zahlen glauben machen. Einerseits scheinen die Pflegedienste bemüht, "kleine rehabilitative Lösungen" selber anzubieten, andererseits fungieren sie offensichtlich als Katalysatoren für die Vermittlung auch rehabilitativer Leistungen.

6.4 Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung und sozialer Dienste in der Großstadt und auf dem Lande

Im Rahmen eines Vergleichs der Lebensweisen alter Menschen auf dem Lande und in der Großstadt gehört die Inanspruchnahme gesundheitlicher und sozialer Einrichtungen gewiß zu jenen Bereichen, bei denen man beträchtliche Unterschiede vermuten würde. Das Versorgungs- und Dienstangebot differiert in erheblichem Maße. Einerseits gibt es große quantitative Unterschiede: weniger Arztpraxen, weniger Krankenhausbetten in der ländlichen Region, eine enorme Versorgungsdichte in der zentralen Großstadtregion. Andererseits bestehen deutliche qualitative Unterschiede, denn in der Großstadt steht ein differenziertes und hochgradig spezialisiertes Angebot zur Verfügung: ein dichtes Netz an Facharztpraxen, Krankenhäuser sämtlicher Versorgungsstufen, paramedizinische Dienste und abgestufte Einrichtungen der stationären Altenhilfe.

Für die ländliche Population ist eine derartige Versorgungspalette direkt am Wohnort nicht verfügbar. Die Beanspruchung differenzierter Versorgung erfordert also immer, daß weiterentfernte "zentrale" Orte, etwa die Kreisstadt Kassel mit einer höheren Konzentration von Gesundheitsinstitutionen und einem größeren Angebot spezialisierter Einrichtungen, aufgesucht werden. Und das setzt ein bestimmtes Maß an Mobilität voraus.

In der Großstadt existiert zudem eine Fülle von ehrenamtlichen Angeboten und Laieninitiativen, die sich - ebenso wie der organisierte Versorgungsbereich - für die Bearbeitung bestimmter Probleme zuständig erklären. Das ergibt insgesamt ein Bild schwer überschaubarer Versorgungsstrukturen. Die Inanspruchnahme erfordert daher immer ein gewisses Maß an Expertentum (GARMS-HOMOLOVA 1988). Anders auf dem Lande. Auch dort "blühen" zwar die Aktivitäten der Vereinigungen lokaler Wohlfahrtsverbände und Kirchgemein-

den, doch stehen die Initiativen (z.B. Jugend-Rot-Kreuz, Ev. Frauenarbeitskreis mit Besuchsdiensten und kleineren Handreichungen bei der Alltagsbewältigung etc.) relativ konkurrenzlos da und gehen nicht im Geflecht dominanter professioneller Instanzen unter. Sie sind Anlaufstellen und echte Begegnungsorte. Die Inanspruchnahme solcher Angebote kann also nicht ausschließlich unter dem Versorgungsaspekt gesehen, sondern muß ebenso als ein Beleg für soziale Partizipation der Nutzer gewertet werden. Das belegen auch die Zusammenhänge zwischen Vereinsmitgliedschaft und Inanspruchnahmefrequenz.

Insgesamt betrachtet erscheinen die genannten Land-Stadt-Unterschiede in der Angebotsstruktur besonders dann als erheblich, wenn davon ausgegangen wird, daß die räumliche Nähe der Einrichtungen eine wichtige Determinante des Nutzungsverhaltens ist und daß eine "überregionale" Inanspruchnahme eher selten stattfindet. Dafür jedoch kann kein Beleg erbracht werden. Denn wie anders wäre es zu erklären, daß die quantitativen Aspekte der Inanspruchnahme bei den alten Menschen auf dem Lande und in der Großstadt so viele Gemeinsamkeiten aufweisen?

- Die Nutzung medizinischer Dienste (Arztkontakte und Krankenhauseinweisungen) sowie der ambulanten pflegerischen Versorgung ist in beiden Regionen vom Funktionsstatus und gesundheitlichen Wohlbefinden abhängig. Mit ihrer Beeinträchtigung geht eine Steigerung der Inanspruchnahmeraten einher. Kein entsprechender Zusammenhang konnte dagegen hinsichtlich der Nutzung paramedizinischer und sozialer Dienste festgestellt werden.

- In beiden Regionen repräsentieren die niedergelassenen Ärzte die prinzipielle Versorgungsinstanz für die alten Menschen, speziell für Frauen. Als eine ebenfalls wichtige Einrichtung sowohl in der Großstadt als auch auf dem Lande erweist sich das Krankenhaus. In der Großstadt werden Frauen - besonders die ältesten unter ihnen - mehr und länger hospitalisiert als gleichaltrige Männer.

- Ausdrücklich muß betont werden, daß die Stadt-Land-Unterschiede der Nutzungsraten eher unwesentlich sind und zwar sowohl hinsichtlich der Krankenhauseinweisungen als auch der sozialen Dienste. Teilweise müssen die Differenzen vor dem Hintergrund der nicht deckungsgleichen Erhebungsparameter und daher vorsichtig bewertet werden. So beziehen

sich die Angaben zur Nutzung sozialer Angebote und paramedizinischer Dienste in dem ländlichen Untersuchungsteil auf die gegenwärtige Erfahrung, während bei der Befragung in der Großstadt ein Zeitraum von 12 Monaten vorgegeben war. Bei den paramedizinischen Diensten, die in der Großstadt stärker genutzt werden, macht sich mit großer Wahrscheinlichkeit die Ausstattungsdisparität der beiden Regionen bemerkbar.

Geht man der Frage nach, welche Einrichtungen und Dienste zu gleicher Zeit beansprucht werden, so deuten die Resultate aus der Untersuchung der ländlichen Population auf eine Verwobenheit der Problemlagen hin, die durch eine gleichzeitige Nutzung mehrerer, auch diametral unterschiedlicher Dienste (niedergelassener Arzt vs soziale Angebote) widergespiegelt werden. Die Bedeutung der Vermittlungsfunktion der niedergelassenen Ärzte bzw. auch der anderen Instanzen (Pflegedienste) kann dahinter vermutet werden.

In der Stadt korrespondiert die Inanspruchnahme paramedizinischer Dienste mit den Kontakten zum niedergelassenen Arzt. Ansonsten jedoch ist sie unabhängig von allen anderen Maßnahmen. Neben dem Nutzungsmuster, das anscheinend vor allem durch Vermittlungsaktivitäten der professionellen "gate keepers" determiniert ist (vgl. GARMS-HOMOLOVA/SCHAEFFER 1989), existiert in der Großstadt offenbar auch eine vom Vermittlungsprozeß dieser Art unabhängige Inanspruchnahme. Sie hat den Charakter von "shopping" (HAUG/LAVIN 1983) und betrifft vor allem medizinische Bäder, Massagen, Krankengymnastik auf seiten der paramedizinischen Dienste und Seniorenreisen sowie Freizeitangebote etc. auf seiten der sozialen Maßnahmen. Diese werden - wie unsere Ausführungen über die Nutzung paramedizinischer Dienste durch Frauen ohne Funktionsbeeinträchtigungen belegen - keineswegs vorwiegend von problembeladenen Klienten genutzt, wie die anderen untersuchten Leistungsarten.

Spannend, doch aufgrund der Unterschiedlichkeit verwendeter Indikatoren schwer vergleichbar, ist die Einschätzung des Einflusses verfügbarer Unterstützung des informellen sozialen Netzes auf die Inanspruchnahme organisierter Dienste. Für die ländliche Region wird auf keine markanten Einflüsse geschlossen. Alleinlebende zählen dort zwar zu stärkeren Nutzern niedergelassener Ärzte, paramedizinischer Dienstleistungen und (im Vergleich zu Menschen in Zweipersonenhaushalten auch) sozialer Dienste.

Jedoch fallen sie keineswegs durch höhere Hospitalisierungsraten und stärkere Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste auf. Höhere Nutzung organisierter Dienste insgesamt wurde für diejenigen alten Menschen auf dem Lande konstatiert, die gar keine informelle Unterstützung aktivieren können.

Für die großstädtische Population gilt ebenso, daß ein beschränktes soziales Netz mit einer verstärkten Inanspruchnahme organisierter Angebote korrespondiert. Diese "Beschränkung" darf allerdings nicht nur im Sinne des Fehlens von Unterstützungspotentialen ausgelegt werden. Vielmehr erweisen sich alte Menschen mit geringer Variationsbreite unterstützender Beziehungen prädestiniert für die Nutzung organisierter Dienste. Die Wahrscheinlichkeit, auf diese Dienste zurückgreifen zu müssen, verringert sich, wenn das soziale Netz heterogen ist, so daß sowohl die nächsten Angehörigen, andere Verwandte als auch nichtverwandte Helfer zur Verfügung stehen.

Es zeigt sich, daß die Inanspruchnahme gesundheitlicher und sozialer Versorgung durch die Hochbetagten zu jenen Bereichen gehört, in denen sich die Stadt-Land-Divergenzen nicht ohne weiteres festmachen lassen. Gemeinsamkeiten und Ähnlichkeiten überwiegen vor Unterschieden: und dieses ungeachtet versorgungsstruktureller Disparitäten und ebenso der unterschiedlichen Haushaltsgrößen und sozialen Konstellationen, die in der jeweiligen regionalen Population vorherrschen.

ANHANG A

ANMERKUNGEN

- (1) Wir verwenden zu Vergleichszwecken die Ergebnisse der Volkszählung 1987, obwohl zum Zeitpunkt der Volkszählung die hier vorgestellte Erhebung bereits abgeschlossen war. Die alternativ zu verwendenden Angaben aus der Wohnungsfortschreibung zeigen eine schon im Erhebungsmodus angelegte Untererfassung, so daß wir die geringfügige Zeitinkongruenz der Volkszählungsdaten in Kauf nehmen.
- (2) Ausgenommen aus dieser standardisierten Befragung waren: Ortsvereine der Wohlfahrtsverbände, der Landfrauen, der Verband der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten und Sozialrentner Deutschlands (VdK), der Reichsbund, der Bund der Vertriebenen (BdV) sowie Altenclubs und Altenvereinigungen. Sie wurden gesondert befragt.
- (3) Für den Begriff "old old" vgl. NEUGARTEN 1974.
- (4) a) Wortlaut der Frage an die ländliche Bevölkerung:
"Wie beurteilen Sie Ihren jetzigen Gesundheitszustand?
Als insgesamt sehr gut, gut mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht?"
b) Wortlaut der Frage an die städtische Bevölkerung:
"Wie beurteilen Sie Ihre jetzige Gesundheit, ist sie sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht?"
- (5) Diese Frage wurde in der ländlichen Region nicht gestellt. An die städtische Population gerichtet lautete sie: "Wenn Sie ihre eigene Gesundheit mit dem Gesundheitszustand anderer, ungefähr gleichaltriger Menschen vergleichen, finden Sie Ihre eigene Gesundheit besser, etwa gleich oder schlechter?"
- (6) a) Wortlaut der Frage an die ländliche Bevölkerung:
"An wievielen Tagen waren Sie seit Anfang dieses Jahres krank oder fühlten sich schlecht?"
b) Wortlaut der Frage an die städtische Bevölkerung:
"Im letzten halben Jahr: an wievielen Tagen waren Sie krank oder fühlten sich so schlecht, daß Sie nicht in der Lage waren, Ihren gewohnten Beschäftigungen nachzugehen?"
Die Antwortvorgaben waren in beiden Regionen gleichlautend:
gar nicht krank gewesen
weniger als 1 Woche
1 Woche und länger, aber weniger als 1 Monat
1 bis 3 Monate
fast dauernd
kann nicht sagen.
- (7) Im Rahmen des ländlichen Teils der Studie (Kassel-Land) wurde den Befragten ein Kartensatz mit 27 Krankheitskomplexen präsentiert. Zunächst sollte angegeben werden, ob die Probanden derzeit an einigen dieser Erkrankungen leiden, im zweiten Schritt wurde die Erkrankungsdauer genannt. Im Berliner Teil der Studie wurde anhand einer Liste mit 23 Erkrankungskomplexen und Syndromen abgefragt, ob der Proband unter einer oder mehreren dieser Krankheiten leidet und zweitens, ob dadurch seine täglichen Aktivitäten beeinträchtigt werden. Die Krankheitslisten sind in beiden Regionen zwar ähnlich, jedoch nicht

deckungsgleich. Z.B. wird in Berlin nach "Herzleiden" ganz allgemein gefragt, während in der Kasseler-Liste explizit "Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen" steht. Aus der TABELLE II sind die Unterschiede in der Definition der Erkrankungskomplexe ersichtlich.

- (8) a) Frage zur Hörfähigkeit war gleichlautend in beiden Regionen: "Und wie ist es mit Ihrer Hörfähigkeit, ist sie sehr gut, gut, mittel-mäßig, schlecht oder sind Sie fast taub (mit Hörgerät, falls benötigt)?"
- b) Frage zur Sehfähigkeit (ländliche Region):
"Und wie ist es mit Ihrer Sehfähigkeit?"
Antwortvorgaben: sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht, sieht (fast) nichts mehr.
- c) Frage zur Sehfähigkeit (städtische Region):
"Und wie ist es mit Ihrer Sehfähigkeit? Ist die so gut, daß Sie ohne Schwierigkeiten Zeitschriften und Bücher lesen können? Oder ist sie eingeschränkt? Oder sehen Sie überhaupt nicht? (mit Brille, falls benötigt)."
Antwortvorgaben: sehr gut, kann ohne Mühe lesen, mit etwas Mühe, mit viel Mühe, sieht (fast) gar nichts mehr.
- (9) a) Bei der ländlichen Befragung wurde die Inkontinenz anhand einer 59 Beschwerden umfassenden Beschwerdenliste erfragt.
- b) Städtische Region:
"Haben Sie das Wasserlassen immer unter Kontrolle oder kommt es vor, daß Sie das Wasser nicht halten können?"
Antwortvorgaben: ja unter Kontrolle, gelegentlich Probleme, regelmäßige Probleme, keine Angaben.
"Haben Sie Ihren Stuhlgang immer unter Kontrolle oder kommt es vor, daß Sie den Stuhlgang nicht halten können?"
Antwortvorgaben: ja unter Kontrolle, gelegentlich Probleme, regelmäßige Probleme, keine Angabe.
- (10) In beiden Regionen basieren die Daten auf eigenen Angaben der Befragten, nicht jedoch auf medizinischen Diagnosen. Aus eigenen Untersuchungen geht hervor, daß Laien erst dann Angaben über vorhandene Krankheiten machen können, wenn diese Krankheiten vorher von Ärzten diagnostiziert worden sind (Näheres darüber BLUMENSTOCK/GARMS-HOMOLOVA/HÜTTER/SCHAEFFER 1981 und 1983). Im allgemeinen wird angenommen, daß die Anzahl medizinisch diagnostizierbarer Krankheitsbilder in der Altenpopulation im Durchschnitt die Zahl der Eigenangaben übersteigt. In einer früheren Untersuchung fanden wir, daß der Anteil von Frauen, die wegen Bluthochdrucks behandelt wurden, höher war, als der Prozentsatz von Frauen, denen es bekannt war, daß bei ihnen Hypertonie diagnostiziert worden ist (vgl. BLUMENSTOCK/LEIBING 1983).
- (11) Es gibt zahlreiche, z.T. widersprüchliche Auslegungen dieses Phänomens. Die meisten Autoren nehmen an, daß Frauen - im Vergleich zu Männern - entsprechend den Erwartungen ihrer sozialen Umwelt keine Schwierigkeiten haben, Gesundheits- und Befindlichkeitsstörungen zuzugeben. WHITE/CARTWRIGHT/CORNONI-HUNTLEY (1986) machen auf das paradoxe Verhältnis zwischen Morbidität und Mortalität aufmerksam: Obgleich der Durchschnitt der Frauen länger lebt als der Durchschnitt der Männer, erscheinen viele der Krankheiten und Behinderungen häufiger bei Frauen als bei den Männern. Niedrigere altersspezifische Mortalitätsraten der Frauen tragen offenbar nicht zur niedrigeren Morbidität bei, können jedoch mehr altersspezifische Kraft verbrauchen.

- Vielleicht zeichnet sich hier die Grenze der potentiell möglichen Lebensspanne ab. Möglicherweise ist die Lebensspanne für beide Geschlechter identisch biologisch programmiert, jedoch wird sie lediglich von Frauen annähernd realisiert.
- (12) Die Bildung der Indizes für das Einkommens- und Bildungsniveau sowie für die Wohnqualität im städtischen Teil der Untersuchung wurde von HÜTTER eingehend beschrieben (vgl. GARMS-HOMOLOVA/HÜTTER 1988a).
 - (13) Die gewählte Verfahrensweise orientierte sich am "minimal data set" - einer Grundlage, die für den Vergleich der Situation Betagter in den Ländern der Europäischen Gemeinschaft abgestimmt wurde (vgl. GARMS-HOMOLOVA/HÜTTER 1988a). Beide hier präsentierten Untersuchungsteile beteiligen sich an dieser komparativen Studie unter dem Titel "Age Care Research Europe (ACRE)".
 - (14) Aus dem Spektrum der alltäglichen Aktivitäten, die mit dem Activities of Daily Living Index (vgl. KATZ/FORD/MOSKOWITZ, et al. 1963 und LAWTON/BRODY 1969) erfaßt wurden, wählten wir: schwere Hausarbeiten (z.B. Fenster putzen, schwere Sachen tragen), leicht Hausarbeiten (Geschirrspülen etc.), Lebensmittel einkaufen, Kleidung einkaufen.
 - (15) Die Zuordnung bezieht sich auf folgende Abstufung:
 - kein Hilfebedarf: alle Tätigkeiten werden ohne Hilfe ausgeführt,
 - geringer Hilfebedarf: schwere Hausarbeit und/oder schweres Tragen ist nur mit Hilfe oder gar nicht möglich.
 - erhöhter Hilfebedarf: leichte Hausarbeit und/oder einkaufen ist nur mit Hilfe oder gar nicht möglich.
 - (16) Das Material, mit dem wir die Größenordnung der Schwerpflegebedürftigkeit eingrenzen wollen, beruht auf der in diesem Band dargestellten Befragung von ca. 420 Westberlinern Bürgern im Alter von 70 bis 90 Jahren aus dem Jahre 1986, aber auch auf der 'follow-up' Befragung der Überlebenden, die ein Jahr später durchgeführt wurde.
 - (17) Wir erfragten die Selbsteinschätzung, inwieweit diese Tätigkeiten ausgeführt werden können. Der Grad der Selbständigkeit wurde durch die alternativen Antwortvorgaben differenziert:
 - a) Ich kann es ohne Schwierigkeiten,
 - b) ich kann es nur mit Schwierigkeiten,
 - c) nur mit Hilfe oder
 - d) überhaupt nicht.Zur Liste der erhobenen Items siehe SCHAUBILD IV.
 - (18) Ein wichtiger Grund bestand darin, daß die betreffenden Fragen nicht im Rahmen der postalischen Erhebung gestellt werden konnten, womit sich die Stichprobe um N = 57 reduziert hätte.
 - (19) Selbstverständlich müßten an dieser Stelle weitere Arbeiten genannt werden, wenn eine Vollständigkeit angestrebt wäre. Wir entscheiden uns für Ansätze, die hierzulande häufiger rezipiert wurden.
 - (20) Nur wenige dieser Ansätze fanden auch in der Gerontologie Beachtung (vgl. Hinweise bei SUSSMAN 1977; GARMS-HOMOLOVA 1989; SELTZER 1989).
 - (21) Zum Zeitpunkt der Untersuchung betrug der Anteil von Einpersonenhaushalten in Berlin (West) 51,8 v.H. und lag damit über dem für Gemeinden mit 100.000 und mehr Einwohnern angegebenen 43,6 v.H. Anteil (STATISTISCHES BUNDESAMT 1988).

- (22) Für vergleichbare Ergebnisse siehe CANTOR (1979); CROHAN/ANTONUCCI (1989) und LITWAK (1989).
- (23) Im Einzelnen wurde im städtischen Teil der Untersuchung gefragt, von wem Hilfe, Pflege und Aussprache bei persönlichen Problemen erwartet wird. Genannt wurden: Ehepartner (Partner), Kinder (Schwiegerkinder), Geschwister, Enkel oder andere Verwandte; Freunde/Bekannte, Mitbewohner, Nachbarn oder andere nichtverwandte Personen. Entlang der Dimension "verwandt/nichtverwandt" wurden Antwortkombinationen gebildet. Gesondert wurden der Ehepartner oder Partner und zunächst auch Kinder behandelt. Diese gewünschte Untergliederung in "Kinder" und "andere Verwandte" konnte wegen zu geringer Fallzahlen nicht aufrechterhalten werden. In den Tabellen werden schließlich folgende Kategorien ausgewiesen:
- Ehepartner und andere (Kinder, Schwiegerkinder und/oder andere Verwandte und/oder Nichtverwandte; Mehrfachnennungen mit Ehepartner),
 - nur Ehepartner,
 - Kinder/Schwiegerkinder, andere Verwandte und Nichtverwandte (mindestens zwei dieser Gruppen wurden genannt; Mehrfachnennung ohne Ehepartner),
 - nur Kinder oder andere Verwandte (nur eine Gruppe genannt),
 - nur Nichtverwandte.
- (24) Mit der Kategorie "Niemand vorhanden" wurden folgende Angaben erfaßt:
- Hilfe/Pflege etc. wird vom berufsmäßigen Personal - Pfleger/Krankenschwester - aber nicht vom informellen Netz erwartet;
 - es wird eine Heimübersiedelung für den Fall der jeweiligen Unterstützungsbedürftigkeit anvisiert;
 - Niemand ist vorhanden;
 - der/die Befragte weiß nicht, wer als Helfer/Pfleger etc. in Frage kommen könnte.
- (25) Der Funktionsstatus wurde mit dem Activities of Daily Living-Index erfaßt. Näheres hierzu siehe Kapitel 3.
- (26) Als Verwandte im ländlichen Teil der Studie gelten Kinder und Schwiegerkinder sowie alle männlichen und weiblichen Abstammungs- und Heiratsverwandten der gleichen und der zweiten nachfolgenden (gelegentlich der vorangehenden) Generation der Befragungspersonen. D.h. alleinlebende Befragungspersonen sowie solche, die mit einem Ehepartner oder einer Ehepartnerin als Paar einen Haushalt bilden, leben nach dieser Terminologie in Verwandtschaftsverhältnissen. Eventuell bilden alleinstehende ältere Personen bzw. Ehepaare in Mehrgenerationshaushalten mit ihren Verwandten eine Familie. Wir bevorzugen hier allerdings in der Regel die Bezeichnungen Verwandte bzw. Verwandtschaftsverhältnisse. Leitend für die Diskussion des Hilfpotentials bzw. der aktivierbaren Hilfen ist die Unterscheidung der Haushaltsstruktur bzw. des Ehestatus. Nachbarn, Freunde und gute Bekannte werden als eine Kategorie behandelt, wobei wir in Kauf nehmen müssen, daß die denkbare räumliche Differenz zwischen Nachbarn und Freunden/guten Bekannten unberücksichtigt bleibt.
- (27) Die Bezeichnung 'Professionelle' wird in der Teiluntersuchung für die ländliche Region in erster Linie für Ärzte und Pflegepersonal aus Institutionen, aber auch auf privater Basis, verwendet. Die Angaben über Professionelle sind wegen der Nennung von Ärzten problematisch.

- da sich nicht klären läßt, ob die u.E. noch viel häufiger hinzugezogenen Ärzte von den Befragungspersonen als "unterstützende Hilfe" oder als "medizinische Kapazitäten" außerhalb des Pflegeprozesses angesehen wurden.
- (28) Man muß diese Unterstützungsleistungen durch die verschiedenen Bezugsgruppen wesentlich als einen kollektiven, aber arbeitsteilig organisierten Prozeß verstehen, dessen Einzelbeiträge nur z.T. durch andere Gruppen ersetzt werden können. Pflegekräfte z.B. können in der Grundpflege Leistungen, die durch Ehe-/Partnerinnen und/oder weibliche Verwandte nicht (mehr) erbracht werden, sichern und somit die informelle Hilfe ersetzen. Für Nachbarn und Freunde gilt dies in der ländlichen Region nicht oder nur ganz selten. Diese wiederum beteiligen sich am Pflegeprozeß durch Besuche, Ratschläge, Besorgungen (Lebensmittel, Medikamente usw.), Fahrten zum Arzt, "Nachschauen" usw. Ebenso können (Ehe-)Männer/männliche Verwandte die Grundpflege der Frauen kaum ersetzen, wohl aber diese bei der Grundpflege bzw. in der Ermöglichung der Grundpflege in verschiedener Hinsicht unterstützen. Das schließt selbstverständlich Pflegeleistungen von Männern nicht aus, noch gar eine Veränderung der arbeitsteiligen Verhältnisse.
- (29) Im Rahmen der "Vergleichenden Untersuchung der Sozial- und Gesundheitsdienste für ältere Menschen in der Bundesrepublik Deutschland" wird diese Problematik im Rahmen des Teilprojekts "Zielsetzungen, strukturelle Rahmenbedingungen sowie praktische Ausprägungen der Politik für ältere Menschen" analysiert, vgl. HOLZ 1990.
- (30) Im Teilprojekt 2 der Studie "Versorgung alter Menschen: Bedarf und Barrieren" werden Laufbahnen sehr alter Patienten mit dem Ziel analysiert, prozessuale und mikrosoziale Aspekte der Versorgungsanspruchnahme und Versorgungszuweisung herauszuarbeiten. Dazu werden Daten über Versorgungslaufbahnen Hochbetagter im Verlauf von rund 18 Monaten erhoben und ausgewertet (für Grundinformation über das Studiendesign siehe GARMS-HOMOLOVA/HÜTTER/SCHAEFFER 1984; GARMS-HOMOLOVA/HÜTTER/MÜLLER/SCHAEFFER 1987)
- (31) Detaillierte Beschreibung findet sich in MÜLLER 1987 und 1988 sowie AG GESUNDHEITSANALYSEN UND SOZIALE KONZEPTE 1986 und 1989.
- (32) Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung. Demgemäß handelt es sich um Allgemeinmediziner mit Kassenzulassung.
- (33) vgl. STATISTISCHES LANDESAMT BERLIN 1987: 88. Diese Zahlen beruhen auf Meldungen der Ärztekammer Berlin und auf Erhebungen des Statistischen Landesamtes, schließen jedoch sowohl freipraktizierende Ärzte als auch Krankenhausärzte und Ärzte in sonstiger Tätigkeit ein.
- (34) Die Fachgebiete "Nervenheilkunde" (Neurologie und Psychiatrie), "Neurologie" und "Psychiatrie" wurden zusammengefaßt.
- (35) Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung über Fachärzte mit Kassenzulassung.
- (36) vgl. STATISTISCHES LANDESAMT BERLIN 1987: 88. Diese Zahlen beruhen auf Meldungen der Ärztekammer Berlin und auf Erhebungen des Statistischen Landesamtes, schließen jedoch sowohl freipraktizierende Ärzte als auch Krankenhausärzte und Ärzte in sonstiger Tätigkeit ein.

- (37) Die Angaben beziehen sich auf den Zeitraum der Befragung Ende 1986/Anfang 1987. Inzwischen wurden große Teile des Bettenkontingents der zentralen Versorgung in ein peripheres Gebiet verlagert, bzw. auf das Niveau der Schwerpunkt- und Regelversorgung transferiert.
- (38) Entsprechend den ADL-Resultaten - vgl. Kapitel 4
- (39) Die Inanspruchnahme der paramedizinischen Dienste wird durch eine ganze Reihe sozio-demographischer Faktoren beeinflusst. Eine detaillierte Darstellung findet sich in GARMS-HDMOLOVA/HÜTTER 1988a.
- (40) Die ambulante pflegerische Versorgung ist ein Dienst, den wir im Kontext unserer Studie weder den Gesundheitsdiensten noch den sozialen Diensten zuordnen können. Die Unterscheidung richtet sich nach dem Finanzierungsmodus und nach der Qualifizierungsstufe des Pflegepersonals. Diesen Faktoren entsprechend gilt die häusliche Krankenpflege als ein Gesundheitsdienst, die Hauspflege ist ein sozialer, höchstens ein sozialpflegerischer Dienst. In der alltäglichen Praxis ist jedoch eine "saubere" Abgrenzung zwischen beiden Leistungen nicht immer möglich und im Bewußtsein der Bevölkerung wird sie nicht realisiert. Deshalb wurde in dieser Befragung die Unterscheidung vernachlässigt und generell nach ambulanten Pflegediensten gefragt.
- (41) Die Fragen nach der Inanspruchnahme der ambulanten pflegerischen Versorgung bezogen sich zunächst nicht auf einen definierten Zeitraum. In der "follow-up" Befragung nach einem Jahr wurde der Zeitraum von 12 Monaten vorgegeben. Etwa der gleiche Anteil der Untersuchungspopulation hat der Auswertung dieser zweiten Befragungswelle zufolge die ambulanten Pflegedienste genutzt.

TABELLE 1: Wirtschaftliche Struktur des großstädtischen Untersuchungsgebietes.
 Bezirke Charlottenburg¹ und Wilmersdorf² - (Stand 31.12.1985)

Art des Gewerbes	Charlottenburg		Wilmersdorf	
	abs.	v. H. in v. H. von Berlin (West)	abs.	v. H. in v. H. von Berlin (West)
Gewerbliche Gärtnerei und Tierhaltung	19	0,1	24	0,2
Verarbeitendes Gewerbe	1.431	8,7	756	7,8
Baugewerbe	646	3,9	462	4,8
Großhandel	1.004	6,1	834	8,6
Einzelhandel	3.748	22,8	1.784	18,4
Handelsvermittlung	966	5,9	902	9,3
Verkehr und Nachrichten- übermittlung	824	5,0	503	5,1
Gaststätten und Beherbergung	1.956	11,9	700	7,2
Kreditinstitute, Versicherungen, übrige Dienstleistungen	5.872	35,7	3.750	38,6
Insgesamt	16.466	100	9.715	100
		16,9		10,0

- 1 Die Zahlen für Charlottenburg wurden auf Anfrage vom Statistischen Landesamt zur Verfügung gestellt.
- 2 BEZIRKSAMT WILMERSDORF (Hrsg.): Wilmersdorf in Zahlen, Berlin o.J.

TABELLE 2: Bevölkerungsstruktur im großstädtischen Untersuchungsgebiet (Bezirke Charlottenburg und Wilmersdorf) nach Geschlecht und Altersgruppe

Altersgruppen	Charlottenburg		Wilmersdorf		Berlin (West)	
	abs.	v.H.	abs.	v.H.	abs.	v.H.
unter 6 Jahre	8.115	5,6	6.465	5,0	104.677	5,7
	4.148 3.967	6,5 4,9	3.282 3.183	5,8 4,3	53.769 50.908	6,3 5,1
6 bis unter 15	9.937	6,8	8.498	6,5	148.558	8,0
	5.070 4.867	7,9 6,0	4.266 4.232	7,5 5,9	75.843 72.715	8,9 7,3
15 bis unter 20	8.335	5,7	6.730	5,2	121.754	6,6
	4.244 4.091	6,6 5,0	3.415 3.315	6,0 4,5	63.387 58.367	7,5 5,8
20 bis unter 45	54.054	37,2	48.098	37,0	689.755	37,3
	28.085 25.969	43,9 31,9	24.682 23.416	43,7 31,8	365.097 324.658	43,0 32,5
45 bis unter 65	33.638	23,1	30.356	23,3	424.476	23,0
	14.372 19.266	22,5 23,6	13.030 17.326	23,0 23,5	192.845 231.631	22,7 23,2
65 und mehr	31.397	21,6	29.992	23,0	359.365	19,4
	8.081 23.316	12,6 28,6	7.865 22.127	13,9 30,1	98.233 261.132	11,6 26,1
Insgesamt	145.476	100	130.139	100	1.848.585	100
männlich	64.000	100	56.540	100	849.174	100
weiblich	81.476	100	73.599	100	999.411	100

1 STATISTISCHES LANDESAMT BERLIN 1986: 42. Tab. Fortgeschriebene Bevölkerung der Bezirke nach Altersgruppen Ende 1984 - eigene Zusammenstellung und Berechnungen.

TABELLE 3: Gesamtbevölkerung in der ländlichen Untersuchungsregion, Anteile von Frauen und Männern (absolut und in v.H.)

Gemeinde	Gesamtbevölkerung	v.H.	Frauen	v.H.	Männer	v.H.
Gemeinde A	12.299	51,7	6.295	51,2	6.004	48,8
Gemeinde B	6.590	27,7	3.315	50,3	3.275	49,7
Gemeinde C	4.911	20,6	2.520	51,3	2.391	48,7
Summe	23.800	100,00	12.130	51,0	11.670	49,0

TABELLE 4: Anteil der 70jährigen und Älteren an der ländlichen Gesamtbevölkerung / Anteil von Frauen und Männern (absolut und in v.H.)

Gemeinde	70 Jahre und älter	v.H.	Frauen	v.H.	Männer	v.H.
Gemeinde A	1.317	10,7	841	63,9	476	36,1
Gemeinde B	596	9,0	373	62,6	223	37,4
Gemeinde C	565	11,5	355	62,8	210	37,2
Summe	2.478	10,4	1.569	63,4	909	36,6

TABELLE 5: Ausstattungen von Wohnungen alter Menschen auf dem Lande
(in v.H. der Wohnungen)

Ausstattung	MAGFS-BW (1983) ²	Eigene Erhebung (1987)
	v.H.	v.H.
Küche	91,0	nicht erhoben
Bad / Dusche	81,0	97,5 (auch: Mitbenutzung)
Toilette in der Wohnung	83,0	97,9
fließend Warmwasser	67,0	85,8
kaltes Wasser	91,0	nicht erhoben
Zentralheizung	ca. 50,0	74,5
andere Heizformen	10,0	25,5 (Kohle- und Ölofen)

TABELLE 6: Ausstattung der Haushalte alter Menschen auf dem Lande mit
langlebigen Konsumgütern¹ (in v.H. der Wohnungen)

Ausstattung	MAGFS-BW (1983) ²	Eigene Erhebung (1987)
	v.H.	v.H.
Fernseher	88,0	94,0
Küchenschrank	93,0	93,5
Staubsauger	91,0	93,0
Radio	91,0	92,0
Waschmaschine	83,0	86,3
Telefon	76,0	83,3
Gefriertruhe	57,0	70,1
Spülmaschine	9,0	17,9
Mikrowelle	nicht erhoben	10,9
Video	nicht erhoben	10,7

¹ Die Stichproben wurden proportional zur Bevölkerungsstruktur des Untersuchungsgebietes gewichtet.

² Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.), Stuttgart 1983: Die Lebenssituation älterer Menschen. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in Baden-Württemberg.

TABELLE 7: Schulbildung der Alterspopulation in Stadt und Land (in v.H. der Altersgruppe)

Schulbildung	70 - 74		75 - 79		80 - 84		85 - 89		85 und älter	
	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land
Männer:										
nur Volksschule	55,8	62,9	75,6	55,9	53,2	79,5	63,6	88,0		
weitergehende Bildung	44,2	37,1	24,4	44,1	46,8	20,5	36,4	12,0		
Frauen:										
nur Volksschule	53,8	74,4	71,4	89,7	70,2	88,5	66,7	87,1		
weitergehende Bildung	46,2	25,6	28,6	10,3	29,8	11,5	33,3	12,9		

ANMERKUNG: Die Zahlenangaben in dieser Tabelle sind auf Grund der räumlichen Aggregation der Daten zu erwarten, dass die Differenzen zwischen Stadt und Land in der Bildung der Bevölkerung größer sind als in der Bildung der Gesamtbevölkerung.

TABELLE 8: Hauptberuf¹ in der Alterspopulation in Stadt und Land² (in v.H. der Altersgruppe)

Beruf	Stadt ³ Männer		Land ⁴		Stadt ³ Frauen		Land ⁴	
	v.H.		v.H.		v.H.		v.H.	
(Fach-)Arbeiter	31.7		41.4		20.9		8.2	
Angestellte	39.8		12.8		46.0		9.3	
Beamte	9.2		13.9		3.4		0.9	
Selbständige / freie Berufe	19.2		19.1		6.1		3.5	
Landwirte	0.0		12.9		0.0		1.2	
mithelfende Familienangehörige	--5		0.0		--5		10.8	
Hausfrauen	0.0		0.0		23.1		66.26	
nie berufstätig	0.0		--5		0.5		--5	

- 1 Beruf, der am längsten ausgeübt wurde.
- 2 Die Stichproben wurden proportional zur Bevölkerungsstruktur des jeweiligen Untersuchungsgebietes gewichtet.
- 3 70- bis 89jährige.
- 4 70jährige und Ältere.
- 5 nicht erhoben.
- 6 davon 24.6 nur Hausfrau und 41.6 die längste Zeit Hausfrau.

TABELLE 9: Haushaltsnettoeinkommen der Altershaushalte in Stadt und Land (in v.H. der Altersgruppe, ohne "keine Angaben")

	70 - 74		75 - 79		80 - 84		85 - 89	
	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land
Haushaltsnettoeinkommen	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
Männer:								
unter 1.500 DM	16,7	23,1	12,5	32,0	14,7	36,8	27,6	57,1
1.500 bis unter 2.00 DM	36,1	30,8	52,5	44,0	41,2	47,4	42,6	35,7
2.500 DM und mehr	47,2	46,2	35,0	24,0	44,1	15,8	29,8	7,1
Frauen:								
unter 1.500 DM	33,3	61,5	42,9	64,0	64,3	66,7	52,0	56,2
1.500 bis unter 2.500 DM	43,6	23,1	45,7	24,0	23,8	27,3	36,0	21,9
2.500 DM und mehr	23,1	15,4	11,4	12,0	11,9	6,1	12,0	21,9

TABELLE 10: Verteilung positiver Gesundheitsmerkmale in der Altenpopulation in Stadt und Land (in v.H. der Altersgruppe)

	70 - 74		75 - 79		80 - 84		85 + 1	
	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land
Anteil von 100 der jeweiligen Bevölkerungsgruppe	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
Männer: Personen, die innerhalb von 6 Monaten gar nicht krank gewesen sind	76,7	62,9	60,0	64,7	52,2	61,1	50,0	77,3
Personen, die voll hör- und sehfähig sind	43,6	80,0	52,3	74,3	51,3	59,0	21,6	36,0
Personen ohne Inkontinenzprobleme	92,3	88,6	77,3	97,1	69,2	92,3	64,0	96,0
Frauen: Personen, die innerhalb von 6 Monaten gar nicht krank gewesen sind	72,5	42,1	52,1	50,0	58,2	47,9	43,5	40,5
Personen, die voll hör- und sehfähig sind	68,1	76,9	48,8	77,5	38,8	49,1	25,4	37,1
Personen ohne Inkontinenzprobleme	85,1	87,2	80,5	90,9	79,6	92,5	71,7	75,8

1 In der Großstadt sind nur die 85- bis 89jährigen berücksichtigt, in der ländlichen Region hingegen auch 90jährige und Ältere (Anzahl der 90+jährigen N = 23).

TABELLE 11: Prävalenz ausgewählter Erkrankungen bei Männern und Frauen der städtischen und ländlichen Alterspopulation¹

Erkrankungskomplex	Männer		Frauen	
	Stadt ²	Land ³	Stadt ²	Land ³
	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
Herzleiden	34,6	--	43,9	--
- Herzinsuffizienz/HRST	--	50,7	--	63,8
Arthritis / Rheuma	30,9	41,0	40,1	59,7
Periphere Durchblutungsstörungen	36,8	35,7	37,2	50,1
Bluthochdruck	24,7	29,4	33,0	46,8
Chronische Bronchitis, andere Lungen- oder Bronchialerkrankungen	--	19,3	--	18,1
- Asthma	7,5	--	2,3	--
- chronische Bronchitis / Emphysem	22,8	--	20,7	--
Zuckerkrankheit	16,5	10,0	17,0	23,2
Grüner / grauer Star / andere Augenerkrankungen	--	27,8	--	34,8
- Glaukom	8,7	--	11,0	--
Geschwüre des Verdauungssystems	5,5	6,4	3,1	6,3
Weitere Erkrankungen des Magens, des Darms oder der Galle	11,0	9,2	16,8	31,0
Nierenerkrankungen, andere Harntrakterkrankungen	--	10,9	--	11,5
- Nierenkrankheiten	6,9	--	5,4	--

1 Die Stichproben wurden proportional zur Bevölkerungsstruktur des Untersuchungsgebietes gewichtet.
 2 70- bis 89jährige.
 3 70jährige und Ältere.

Fortsetzung TABELLE 11:

Erkrankungskomplex	Männer		Frauen	
	Stadt ²	Land ³	Stadt ²	Land ³
	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
Erkrankungen der Blase und der Prostata	--	23,6	--	10,2
- andere urologische und Harntrakterkrankungen (incl. Prostataprobleme)	25,8	--	7,7	--
Leberkrankheiten	4,3	2,8	7,1	3,6
Anämie / Bluterkrankungen	--	0,9	--	3,7
- Anämie	2,7	--	8,7	--
Krebserkrankungen / Leukämie	4,6	--	5,4	--
- Krebserkrankungen	--	2,1	--	2,8
Hauterkrankungen, incl. offene Beine, Wundliegen, Wundrose	4,0	6,0	7,7	16,0
Seelische Erkrankungen	5,1	--	7,6	--
- Depressionen	--	4,2	--	13,0
- weitere seelische Erkrankungen	--	0,0	--	3,5
- Alkohol- / Tablettenabhängigkeit	--	0,0	--	3,8
Schlaganfallfolgen	7,2	5,3	3,8	6,0
Cerebralsklerose	5,9	--	6,8	--
- Durchblutungsstörungen im Kopf	--	22,6	--	29,0
Epilepsie	0,0	0,0	1,7	2,4
Schüttellähmung oder andere Nervenleiden	--	2,1	--	6,1
- Schüttellähmung	1,9	--	3,1	--
Schilddrüsenerkrankungen	0,3	2,1	5,6	14,4

2 70- bis 89jährige.

3 70jährige und Ältere.

TABELLE 12: Männer und Frauen ohne Funktionsbeeinträchtigungen gemäß ADL¹ unter Berücksichtigung der Haushaltsgröße: Stadt-/Landvergleich² (in v.H. der Subgruppe)

Haushaltsgröße	70 - 74		75 - 79		80 - 84		85 und älter ³	
	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land
	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
Männer:								
alle Männer	93	80	78	83	74	61	40	48
in Einpersonenhaushalten	100	100	91	67	92	83	46	64
in Zweipersonenhaushalten ⁴	91	80	74	83	68	61	36	33
in Dreipersonenhaushalten ⁵	--	75	--	100	--	53	--	36
Frauen:								
alle Frauen	80	77	71	82	54	53	26	29
in Einpersonenhaushalten	79	86	71	81	60	64	26	47
in Zweipersonenhaushalten ⁴	81	82	71	85	41	50	27	12
in Dreipersonenhaushalten ⁵	--	33	--	82	--	40	--	26

- 1 Verzeichnis der verwendeten Items - siehe SCHAUBILDER IV und V.
- 2 Wegen der zu geringen Besetzung mancher Zellen sind die Ergebnisse tendenziell zu bewerten. Die Prozentsätze sind gerundet.
- 3 Großstadtpopulation: 85- bis 89jährige.
- 4 Großstadtpopulation: Zwei- und Mehrpersonenhaushalte. Angaben zu Haushaltsgrößen vgl. Kap. 2 und 5.
- 5 Landpopulation: Drei- und Mehrpersonenhaushalte. Für die Großstadtpopulation werden diese Haushalte wegen zu geringer Anzahl nicht gesondert ausgewiesen.

TABELLE 13: Personen ohne Funktionsbeeinträchtigungen gemäß ADL¹ unter Berücksichtigung sozio-ökonomischer Faktoren: Stadt-/Landvergleich² (in v.H. der Subgruppe)

Sozio-ökonomische Faktoren	Stadt ³	Land ⁴
	v.H.	v.H.
Familienstand:		
verheiratet	75,6	74,5
verwitwet / geschieden	67,6	68,8
ledig	59,4	59,9
Bildungsniveau:		
elementare Bildung	66,1	69,2
weitergehende Bildung	74,3	73,7
Einkommensniveau (EN):		
sehr niedriges EN	--5	60,5
niedriges EN	50,8	66,2
mittleres EN	74,5	77,8
hohes EN	79,0	78,3
Verweigerer (der Einkommensfrage)	73,3	70,5

- 1 Verzeichnis der verwendeten Items - siehe SCHAUBILDER IV und V.
- 2 Die Stichproben wurden proportional zur Bevölkerungsstruktur des jeweiligen Untersuchungsgebietes gewichtet.
- 3 70- bis 89jährige.
- 4 70jährige und Ältere.
- 5 keine Untergliederung vorgenommen.

TABELLE 14: Familienstand der 70- bis 89jährigen Männer und Frauen in der Großstadt (in v.H. der jeweiligen Altersgruppe)

Familienstand	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89
	1916 - 1912	1911 - 1907	1906 - 1902	1901 - 1897
	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
Männer:				
verheiratet	79,5	69,6	66,0	55,6
ledig ¹	9,1	6,5	6,4	3,7
verwitwet, geschieden ²	11,4	23,9	27,7	40,7
Insgesamt	100	100	100	100
Frauen:				
verheiratet	18,5	13,5	6,9	8,6
ledig ¹	9,3	19,2	22,4	14,3
verwitwet, geschieden ²	72,2	67,3	70,7	77,1
Insgesamt	100	100	100	100

¹ nie verheiratet gewesen
² incl. getrenntlebenden

TABELLE 15: Haushaltsstruktur der 70- bis 89jährigen Männer und Frauen in der Großstadt (in v.H. der jeweiligen Altersgruppe)

Haushaltsgröße	70 - 74 1916 - 1912	75 - 79 1911 - 1907	80 - 84 1906 - 1902	85 - 89 1901 - 1897
	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
Männer:				
Einpersonenhaushalt	20.5	23.9	25.5	40.0
Mehrpersonenhaushalt	79.5	76.1	74.5	60.0
Insgesamt	100	100	100	100
Frauen:				
Einpersonenhaushalt	70.4	86.5	71.2	78.6
Mehrpersonenhaushalt	29.6	13.5	28.8	21.4
Insgesamt	100	100	100	100

1. Vergleich der verschiedenen Items ist auf dem SCHLÜSSEL (S. 10) und V. 1. zu finden.
 2. Die Stichproben wurden proportional zur Bevölkerungsstruktur der jeweiligen Altersgruppen gezogen.
 3. 70- bis 89-Jährige.
 4. siehe Untergliederung vorangehend.

TABELLE 16: Verhältnis der 70- bis 89jährigen Männer und Frauen in der Großstadt zu ihren Nachbarn (in v.H. der jeweiligen Altersgruppe)

Verhältnis zu Nachbarn	70 - 74 1916 - 1912	75 - 79 1911 - 1907	80 - 84 1906 - 1902	85 - 89 1901 - 1897
	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
Männer:				
gegenseitige Hilfe, wann immer es notwendig ist	50,0	24,4	20,0	14,5
gute Beziehung, aber nur selten Besuche	29,5	42,2	35,6	43,6
Beziehungen beschränken sich auf Grußbekannt- schaft	20,5	33,3	42,2	34,5
kein Kontakt vorhanden	0	0	2,2	7,3
Insgesamt	100	100	100	100
Frauen:				
gegenseitige Hilfe, wann immer es notwendig ist	29,6	38,5	27,1	37,1
gute Beziehungen, aber nur selten Besuche	37,0	28,8	23,7	30,0
Beziehungen beschränken sich auf Grußbekannt- schaften	25,9	25,0	39,0	28,6
kein Kontakt vorhanden	7,4	7,7	10,2	4,3
Insgesamt	100	100	100	100

TABELLE 17: Unterstützungspotential für verheiratete 70- bis 89jährige Männer und Frauen in der Großstadt¹ (in v.H.)

Bezugsperson / -gruppe	Wer gibt gelegentlich Hilfe		Wer pflegt im Krankheitsfall		Vertrauenspersonen von	
	Männern v.H.	Frauen v.H.	Männer v.H.	Frauen v.H.	Männern v.H.	Frauen v.H.
Ehepartner und andere ²	78,3	61,2	46,9	42,9	42,0	34,5
nur Ehepartner	11,2	27,9	45,8	41,2	49,4	50,1
Kinder ³ , andere verwandte ⁴ und nicht verwandte Personen ⁵	4,5	10,8	0	4,7	0	5,7
nur Kinder ³ oder andere Verwandte ⁴	3,3	0	2,2	0	2,2	4,6
nur Nichtverwandte ⁵	2,1	0	0,6	0	5,2	5,2
niemand vorhanden	0,6	0	4,5	11,2	1,1	0
Insgesamt	100	100	100	100	100	100

- 1 Die Stichproben wurden proportional zur Bevölkerungsstruktur des Untersuchungsgebietes gewichtet.
- 2 Alle anderen Bezugspersonen wurden hier zusammengefaßt: Kinder / Schwiegerkinder, Enkel, Geschwister, sonstige Verwandte, Freunde, Bekannte, Nachbarn, Mitbewohner und ein nicht näher differenzierter Personenkreis.
- 3 Incl. Schwiegerkinder.
- 4 Enkel, Geschwister und sonstige Verwandte.
- 5 Freunde, Bekannte, Nachbarn, Mitbewohner und ein nicht näher definierter Personenkreis.

TABELLE 18: Unterstützungspotential für nichtverheiratete 70- bis 89jährige Männer und Frauen in der Großstadt
(in v.H.)

Bezugsperson / -gruppe	Wer gibt gelegentlich Hilfe		Wer pflegt im Krankheitsfall		Vertrauenspersonen von	
	Männern	Frauen	Männer	Frauen	Männern	Frauen
	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
Kinder ² , andere verwandte ³ und nicht verwandte Personen ⁴	38,5	43,9	14,8	12,8	14,2	23,9
nur Kinder ² oder andere Verwandte ³	24,9	16,5	30,9	26,7	24,4	30,3
nur Nichtverwandte ⁴	34,5	30,7	22,0	18,5	44,3	29,0
niemand vorhanden	2,1	8,7	32,2	42,0	17,2	16,8
Insgesamt	100	100	100	100	100	100

1 Die Stichproben wurden proportional zur Bevölkerungsstruktur des Untersuchungsgebietes gewichtet.

2 Incl. Schwiegerkinder.

3 Enkel, Geschwister und sonstige Verwandte.

4 Freunde, Bekannte, Nachbarn, Mitbewohner und ein nicht näher definierter Personenkreis.

TABELLE 19: Unterstützungspotential für verheiratete 70- bis 89jährige Männer und Frauen in der Großstadt, unter Berücksichtigung der Funktionsfähigkeit (in v.H.)

Bezugsperson / -gruppe	Wer hilft gelegentlich Personen mit: uneinge-schränkter Funktionsfähigkeit?		Wer pflegt im Krankheitsfall Personen mit: uneinge-schränkter Funktionsfähigkeit?		Vertrauenspersonen von Personen mit uneinge-schränkter Funktionsfähigkeit?	
	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
Ehepartner und andere ³	77,6	54,8	49,9	31,0	45,1	20,7
nur Ehepartner	15,5	22,6	44,9	44,8	48,6	51,7
Kinder ⁴ , andere verwandtes und nicht verwandte Personen ⁶	4,0	12,9	2,0	0	0,6	6,9
nur Kinder ⁴ oder andere Verwandtes	2,9	0	0,4	3,4	2,6	6,9
nur Nichtverwandtes ⁶	0	6,5	0	3,4	3,1	10,3
niemand vorhanden	0	3,2	2,8	17,2	0	3,4

- 1 Die Stichproben wurden proportional zur Bevölkerungsstruktur des Untersuchungsgebietes gewichtet.
- 2 Entsprechend ADL-Angaben.
- 3 Alle anderen Bezugsgruppen wurden hier zusammengefaßt: Kinder / Schwiegerkinder, Enkel, Geschwister, sonstige Verwandte, Freunde, Bekannte, Nachbarn, Mitbewohner und ein nicht näher differenzierter Personenkreis.
- 4 Incl. Schwiegerkinder.
- 5 Enkel, Geschwister und sonstige Verwandte.
- 6 Freunde, Bekannte, Nachbarn, Mitbewohner und ein nicht näher differenzierter Personenkreis.

TABELLE 20: Unterstützungspotential für nichtverheiratete 70- bis 89jährige Männer und Frauen in der Großstadt, unter Berücksichtigung der Funktionsfähigkeit¹ (in v.H.)

Bezugsperson / -gruppe	Wer hilft gelegentlich uneinge-schränkter Funktionsfähigkeit ²		Wer pflegt im Krankheitsfall Personen mit: uneinge-schränkter Funktionsfähigkeit ²		Vertrauenspersonen von uneinge-schränkter Funktionsfähigkeit ²	
	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
Kinder ³ , andere verwandte ⁴ und nicht verwandte Personens ⁵	46,4	38,8	11,1	16,8	22,6	24,5
nur Kinder ³ oder andere Verwandte ⁴	14,8	21,4	27,0	26,7	28,3	31,4
nur Nichtverwandte ⁵	29,9	34,0	19,1	18,8	29,4	32,4
niemand vorhanden	8,9	5,8	42,8	37,6	19,7	11,8
Insgesamt	100	100	100	100	100	100

- 1 Die Stichproben werden proportional zur Bevölkerungsstruktur des Untersuchungsgebietes gewichtet.
- 2 Entsprechend ADL-Angaben.
- 3 Incl. Schwiegerkinder.
- 4 Enkel, geschwister und sonstige Verwandte.
- 5 Freunde, Bekannte, Nachbarn, Mitbewohner und sonst nicht näher differenzierter Personenkreis.

TABELLE 21: Familienstand nach Altersgruppen von Männern und Frauen (70 Jahre und älter) auf dem Lande (In v.H. der Altersgruppe)

Familienstand	Altersgruppen				85 und älter
	70 - 74	75 - 79	80 - 84	v.H.	
Männer	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
verheiratet	88.6	82.9	48.7		16.0
nicht verheiratet	11.4	17.1	51.3		84.0
davon:					
ledig	2.9	--	7.7		4.0
verwitwet / geschieden / getrennt lebend	8.6	17.1	43.6		80.0
Frauen					
verheiratet	30.8	25.0	13.2		1.6
nicht verheiratet	69.2	75.0	86.8		98.4
davon:					
ledig	7.7	7.5	7.5		6.5
verwitwet / geschieden / getrennt lebend	61.5	67.5	79.2		91.9

TABELLE 22: Haushaltsstruktur nach Altersgruppen und Geschlecht von Männern und Frauen (70 Jahre und älter) auf dem Lande (in v.H. der Altersgruppe)

Haushaltsstruktur	Altersgruppen			
	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 und älter
	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
Männer:				
Einpers.-Haushalt	5,7	8,6	15,4	44,0
Zweipers.-Haushalt	71,4	85,7	46,2	12,0
Mehrpers.-Haushalt	22,9	5,7	38,5	44,0
Frauen:				
Einpers.-Haushalt	56,4	40,0	47,2	24,2
Zweipers.-Haushalt	28,2	32,5	15,1	12,9
Mehrpers.-Haushalt	15,4	27,5	37,7	62,9

TABELLE 23: Haushaltsgröße und Familienstand von Männern und Frauen (70 Jahre und älter) auf dem Lande¹ (in v.H. der Verheirateten bzw. Nichtverheirateten)

Haushaltsgröße	verheiratet	nichtverheiratet
	v.H.	v.H.
Männer:		
Einpers.-Haushalt	--	42,7
Zweipers.-Haushalt	83,8	17,9
Mehrpers.-Haushalt	16,2	39,4
Frauen:		
Einpers.-Haushalt	4,1	57,1
Zweipers.-Haushalt	81,7	9,4
Mehrpers.-Haushalt	14,3	33,6

¹ Die Stichproben wurden proportional zur Bevölkerungsstruktur des Untersuchungsgebietes gewichtet.

TABELLE 24: Haushaltsgröße und Anzahl der Verwandten im gleichen Haus von Männern und Frauen (70 Jahre und älter) auf dem Lande¹ (in v.H. des Haushaltstyps)

Haushaltsgröße	Anzahl der Verwandten							
	0 wenigstens 1		2	3	4	5	6	7
	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
Männer:								
Einpers.-Haushalt	79,2	10,3	2,9	4,6	2,9	--	--	--
Zweipers.-Haushalt	67,5	5,0	10,5	7,8	8,3	--	0,9	--
Mehrpers.-Haushalt	95,1	2,5	2,5	--	--	--	--	--
	75,2	5,1	7,8	5,6	5,8	--	0,6	--
Frauen:								
Einpers.-Haushalt	51,2	10,0	3,7	16,4	10,4	7,5	--	0,8
Zweipers.-Haushalt	58,6	0,7	4,8	13,7	17,1	5,1	--	--
Mehrpers.-Haushalt	87,3	6,6	0,6	2,6	2,9	--	--	--
	63,7	6,7	3,1	11,7	9,9	4,7	--	0,4

¹ Die Stichproben wurden proportional zur Bevölkerungsstruktur des Untersuchungsgebietes gewichtet.

TABELLE 25: Unterstützung für Männer und Frauen (70 Jahre und älter) auf dem Lande (in v.H. der Empfängerkategorie)

Bezugsgruppe	Verheiratete Männer und Frauen ¹							
	Vertrauenspersonen		Hilfe bei schwerer Hausarbeit		Hilfe bei Besorgungen machen		Hilfe bei Krankheiten	
	M	F	M	F	M	F	M	F
	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
keine / selbst	23,8	20,4	4,8	31,4	10,8	36,9	--	--
nur (Ehe-) Partner/in	9,2	11,2	57,8	12,7	73,2	26,7	68,7	12,5
(Ehe-)Partner/in und Kinder	10,0	4,4	11,7	4,4	4,1	11,8	7,5	44,8
(Ehe-)Partner/in und sonstige Verwandte	--	9,2	5,9	1,9	1,5	4,0	7,3 ²	11,7 ³
nur Kinder	14,8	18,9	7,2	21,9	7,8	7,6	0,7	7,1
Kinder und sonstige Verwandte	5,9	4,4	--	8,6	--	7,9	--	5,9
nur sonstige Verwandte	21,2	15,9	0,8	--	1,3	5,1	--	--
Professionelle und andere	--	--	--	--	--	--	13,6 ⁴	12,2 ⁵
nur Verwandte und Nachbarn / Freunde	--	--	--	--	--	--	2,2 ⁶	5,9 ⁶
nur Freunde/ Nachbarn	15,1	15,6	--	--	--	--	--	--
nur private Hilfe bzw. (Personen)	--	--	11,8	19,1	1,3	--	--	--
nur öffentliche Hilfe bzw. (Personen)	--	--	--	--	--	--	--	--
K.A. über Personen	--	--	--	--	--	--	--	--

- 1 Die Stichprobe wurde proportional zur Bevölkerungsstruktur des Untersuchungsgebietes gewichtet.
- 2 Enthält 1,8 v.H. Partner, Kinder und sonstige Verwandte (als Kombination).
- 3 In diesem Fall: (Ehe-)Partner/in, Kinder und sonstige Verwandte (als Kombination).
- 4 12,5 v.H. Partner und Professionelle; 1,1 v.H. nur Professionelle.
- 5 6,3 v.H. Partner und Professionelle; 5,9 v.H. private Helfer und Professionelle.
- 6 Verwandte sind in diesem Fall nur Kinder.

Fortsetzung TABELLE 25:

Nichtverheiratete Männer und Frauen¹

Bezugsgruppe	Vertrauenspersonen		Hilfe bei schwerer Hausarbeit		Hilfe bei Besorgungen machen		Hilfe bei Krankheiten	
	M	F	M	F	M	F	M	F
	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
keine / selbst	17,2	16,0	17,3	31,6	34,4	29,3	--	--
nur Partner/in ²	3,3	--	12,0	--	7,6	0,2	21,4	4,7
Partner/in und Kinder	--	--	--	--	1,3	--	5,1 ³	4,8
Partner/in und sonstige Verwandte	--	--	--	--	--	--	--	--
nur Kinder			31,7	44,9	33,7	49,5	36,8	48,0
Kinder und sonstige Verwandte	32,5	46,7	3,2	3,3	5,7	3,6	11,7	10,4
nur sonstige Verwandte			16,0	8,7	12,2	10,9	5,1	9,1
Professionelle und andere	--	--	--	--	--	--	11,7 ⁴	15,6 ⁵
nur Verwandte und Nachbarn / Freunde	13,8	13,3	--	--	--	--	8,2 ⁶	6,2 ⁶
nur Freunde/ Nachbarn	27,5	23,4	3,2	1,4	5,1	4,6	--	2,2
nur private Hilfe bzw. (Personen)	--	--	14,7	9,9	--	1,6	--	3,8
nur öffentliche Hilfe bzw. (Personen)	--	--	2,0	0,2	--	0,2	--	--
K.A. über Personen	5,7	0,7	--	--	--	--	--	--

- 1 Die Stichprobe wurde proportional zur Bevölkerungsstruktur des Untersuchungsgebietes gewichtet.
- 2 In diesen Fällen handelt es sich um Lebenspartnerinnen bzw. Freunde, mit denen sie aber keinen gemeinsamen Haushalt bilden.
- 3 In diesem Fall: Partner/in, Kinder und sonstige Verwandte (als Kombination).
- 4 Nur Professionelle 8,4 v.H., Kinder und Professionelle 3,3 v.H.
- 5 Nur Professionelle 6,6 v.H., Kinder und Professionelle 4,0 v.H., private Helfer und Professionelle 3,8 v.H., sonstige Verwandte und Professionelle 0,4 v.H., Freunde, Nachbarn, Bekannte und Professionelle 0,8 v.H.
- 6 Verwandte sind in diesem Fall nur Kinder.

TABELLE 26: Hilfe bei schwerer Hausarbeit für Männer und Frauen (70 Jahre und älter) nach Haushaltsgrößen auf dem Lande¹ (in v.H. des Haushaltskategorie)

Helfer	Hilfe bei schwerer Hausarbeit					
	Einpers.- Haushalt		Zweipers.- Haushalt		Mehrpers.- Haushalt	
	M	F	M	F	M	F
	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
keine /selbst	21,1	50,7	6,8	28,9	6,4	4,7
nur (Ehe-)Partner/in	--	--	56,9	7,1	33,9	2,9
(Ehe-)Partner/in und Kinder	--	--	11,2	3,7	4,7	--
(Ehe-)Partner/in und sonstige Verwandte	--	--	4,7	1,6	4,7	--
nur Kinder	16,6	27,3	6,5	26,1	34,7	71,4
Kinder und sonstige Verwandte	--	1,9	--	3,4	4,0	8,9
nur sonstige Verwandte	25,2	5,7	1,8	6,6	4,0	8,8
Professionelle und andere	--	--	--	--	--	--
nur Verwandte / Nachbarn / Freunde	--	--	--	--	--	--
nur Freunde / Nachbarn	7,4	2,4	--	--	--	--
nur private Hilfe bzw. (Personen)	25,1	11,5	12,1	22,6	7,4	3,2
nur öffentliche Hilfe bzw. (Personen)	4,6	0,4	--	--	--	--

1 Die Stichproben wurden proportional zur Bevölkerungsstruktur des Untersuchungsgebietes gewichtet.

1 Die Stichproben wurden proportional zur Bevölkerungsstruktur des Untersuchungsgebietes gewichtet.

TABELLE 27: Hilfe bei Besorgungen für Männer und Frauen (70 Jahre und älter) nach Haushaltsgrößen auf dem Lande¹ (in v.H. des Haushaltskategorie)

Helfer	Hilfe bei Besorgungen machen					
	Einpers.- Haushalt		Zweipers.- Haushalt		Mehrpers.- Haushalt	
	M	F	M	F	M	F
	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
keine /selbst	53,7	43,2	13,8	41,0	8,9	3,5
nur (Ehe-)Partner/in	--	0,4	70,8	19,0	37,1	2,9
(Ehe-)Partner/in und Kinder	--	--	4,5	5,1	1,6	4,2
(Ehe-)Partner/in und sonstige Verwandte	--	--	--	3,3	4,7	--
nur Kinder	17,9	34,2	7,2	14,7	36,5	72,6
Kinder und sonstige Verwandte	--	4,7	--	3,0	7,2	5,6
nur sonstige Verwandte	16,4	8,4	2,3	10,6	4,0	10,7
Professionelle und andere	--	--	--	--	--	--
nur Verwandte / Nachbarn / Freunde	--	--	--	--	--	--
nur Freunde / Nachbarn	12,0	5,7	--	3,3	--	0,6
nur private Hilfe bzw. (Personen)	--	2,9	1,4	--	--	--
nur öffentliche Hilfe bzw. (Personen)	--	0,4	--	--	--	--

¹ Die Stichproben wurden proportional zur Bevölkerungsstruktur des Untersuchungsgebietes gewichtet.

TABELLE 28: Hilfe bei Krankheiten für Männer und Frauen (70 Jahre und älter) nach Haushaltsgrößen auf dem Lande¹ (in v.H. des Haushaltskategorie)

Helfer	Hilfe bei Krankheiten					
	Einers.- Haushalt		Zweipers.- Haushalt		Mehrpers.- Haushalt	
	M	F	M	F	M	F
	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
keine /selbst	--	--	--	--	--	--
nur (Ehe-)Partner/in	48,0	5,6	65,7	11,2	46,8	4,1
(Ehe-)Partner/in und Kinder	--	--	7,4	34,7	4,2	3,9
(Ehe-)Partner/in und sonstige Verwandte	--	--	8,7	5,2	4,2	3,9
nur Kinder	14,7	39,6	0,9	16,4	24,7	53,2
Kinder und sonstige Verwandte	7,3	9,5	--	15,7	6,8	4,3
nur sonstige Verwandte	--	14,4	1,3	--	--	4,3
Professionelle und andere	11,5 ²	12,1 ³	13,4 ⁴	6,3 ⁵	13,4 ⁶	23,9 ⁷
nur Verwandte / Nachbarn / Freunde ⁸	18,5	11,1	2,6	5,2	--	1,7
nur Freunde / Nachbarn	--	--	--	5,2	--	0,8
nur private Hilfe bzw. (Personen)	--	7,7	--	--	--	--
nur öffentliche Hilfe bzw. (Personen)	--	--	--	--	--	--

- 1 Die Stichproben wurden proportional zur Bevölkerungsstruktur des Untersuchungsgebietes gewichtet.
- 2 Nur Professionelle.
- 3 Nur Professionelle 8,8 v.H., Professionelle und Kinder 0,8 v.H. Professionelle und sonstige Verwandte 0,8 v.H., Professionelle und Nachbarn, Freunde, Bekannte 1,7 v.H.
- 4 Nur Professionelle 1,3 v.H., Professionelle und Partner/in 12,1 v.H.
- 5 Professionelle und Kinder 1,1 v.H., Professionelle und private Hilfe 5,2 v.H.
- 6 Nur Professionelle 2,7 v.H., Professionelle und Kinder 2,7 v.H., Professionelle und Partnerin 8,0 v.H.
- 7 Nur Professionelle 5,0 v.H., Professionelle und Kinder 6,8 v.H., Professionelle und Partner 4,1 v.H., Professionelle und private Hilfe 8,0 v.H.
- 8 Verwandte sind in diesem Fall nur Kinder.

TABELLE 29: Unterstützung für verheiratete Männer und Frauen (70 Jahre und älter) unter Berücksichtigung der Funktionsfähigkeit auf dem Lande¹ (in v.H. der Empfängerkategorie)

Bezugsgruppe	Hilfe bei schwerer Hausarbeit		Hilfe bei Besorgungen machen		Hilfe bei Krankheiten	
	oE	mE	oE	mE	oE	mE
	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
keine /selbst	16,0	7,0	23,4	9,0	--	--
nur (Ehe-)Partner/in	48,2	25,0	62,7	45,2	54,9	35,7
(Ehe-)Partner/in und Kinder	7,8	13,6	3,0	17,1	17,0	28,3
(Ehe-)Partner/in und sonstige Verwandte	5,3	2,2	3,2	--	7,6 ²	12,3 ³
nur Kinder	7,8	25,7	6,6	10,9	2,7	3,5
Kinder und sonstige Verwandte	1,9	6,1	0,8	7,9	2,7	--
nur sonstige Verwandte	--	2,2	1,1	6,6	--	--
Professionelle und andere	--	--	--	--	10,6 ⁴	20,2 ⁵
nur Verwandte / Nachbarn / Freunde	--	--	--	--	4,6 ⁶	--
nur Freunde / Nachbarn	--	--	--	--	--	--
nur private Hilfe bzw. (Personen)	12,9	18,3	--	3,2	--	--
nur öffentliche Hilfe bzw. (Personen)	--	--	--	--	--	--

oE = ohne Funktionseinschränkung

mE = mit Funktionseinschränkung

- 1 Die Stichproben wurden proportional zur Bevölkerungsstruktur des Untersuchungsgebietes gewichtet.
- 2 Partner/in und sonstige Verwandte 3,3 v.H.; Partner/in, Kinder und sonstige Verwandte 4,3 v.H.
- 3 Partner/in und sonstige Verwandte 4,7 v.H.; Partner/in, Kinder und sonstige Verwandte 7,6 v.H.
- 4 Nur Professionelle 1,0 v.H.; Partner/in und Professionelle 6,9 v.H.; private Hilfe und Professionelle 2,7 v.H.
- 5 Nur Partner/in und Professionelle.
- 6 Verwandte sind hier nur Kinder.

TABELLE 30: Unterstützung für nichtverheiratete Männer und Frauen (70 Jahre und älter) unter Berücksichtigung der Funktionsfähigkeit auf dem Lande¹ (in v.H. der Empfängerkategorie)

Bezugsgruppe	Hilfe bei schwerer Hausarbeit		Hilfe bei Besorgungen machen		Hilfe bei Krankheiten	
	oE	mE	oE	mE	oE	mE
	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
keine /selbst	41,0	3,8	43,8	1,3	--	--
nur Partner/in ²	2,8	0,7	2,2	--	9,2	2,6
Partner/in und Kinder	--	--	--	0,7	--	--
Partner/in und sonstige Verwandte	--	--	--	--	--	--
nur Kinder	37,3	53,7	41,8	57,2	51,9	39,6 ³
Kinder und sonstige Verwandte	1,4	7,3	2,1	8,0	11,8	8,4
nur sonstige Verwandte	7,3	15,6	7,8	18,0	5,6	13,4
Professionelle und andere	--	--	--	--	7,5 ⁴	27,8 ⁵
nur Verwandte / Nachbarn / Freunde	--	--	--	--	8,6 ⁶	2,9 ⁶
nur Freunde / Nachbarn	2,5	--	2,2	9,9	--	5,2
nur private Hilfe bzw. (Personen)	7,7	17,2	--	4,2	5,3	--
nur öffentliche Hilfe bzw. (Personen)	--	1,7	--	0,6	--	--

oE = ohne Funktionseinschränkung
mE = mit Funktionseinschränkung

- 1 Die Stichproben wurden proportional zur Bevölkerungsstruktur des Untersuchungsgebietes gewichtet.
- 2 In diesen Fällen handelt es sich um Lebenspartnerinnen bzw. Freunde, mit denen sie aber keinen gemeinsamen Haushalt bilden.
- 3 Enthält 1,6 v.H. Partner, Kinder und sonstige Verwandte.
- 4 Nur Professionelle 3,7 v.H.; Kinder und Professionelle 1,2 v.H.; private Hilfen und Professionelle 2,6 v.H.
- 5 Nur Professionelle 12,0 v.H.; Kinder und Professionelle 8,5 v.H.; private Hilfen und Professionelle 4,5 v.H.; Nachbarn, Freunde, Bekannte und Professionelle 1,9 v.H.; sonstige Verwandte und Professionelle 0,9 v.H.
- 6 Verwandte sind ausschließlich Kinder.

TABELLE 31: Wohnorte von Vertrauens- sowie Unterstützungs- und Pflegepersonen (bei schwerer Hausarbeit, Besorgungen und Krankheiten) von verheirateten und nichtverheirateten Männern und Frauen (70 Jahre und älter) auf dem Lande¹ (in v.H.; Mehrfachnennungen waren möglich)

Wohnort der Helfer im	Vertrauenspersonen für		Helfer bei schwerer ² Hausarbeit für		Helfer bei Besorgungen für		Helfer bei Krankheit von	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
Verheiratete								
Haushalt	30,9	30,5	78,4	60,5	93,9	86,8	95,9	94,5
Haus	11,7	16,1	1,8	11,6	1,3	8,3	8,9	36,0
Ort	46,3	45,3	5,7	5,4	2,8	4,9	22,4	27,4
Nachbarort weiter weg	6,2	2,4	keine Angaben		keine Angaben		keine Angaben	
	40,2	27,3	12,8 ³	20,7 ³	2,0	--	9,6 ⁴	28,7 ⁴
Nichtverheiratete								
Haushalt	23,5	10,4	62,9	76,0	84,5	81,2	78,7	48,5
Haus	6,7	5,8	3,8	7,4	2,5	9,9	14,8	13,5
Ort	63,2	64,4	10,3	3,1	11,7	4,3	21,3	42,3
Nachbarort weiter weg	4,2	9,7	keine Angaben		keine Angaben		keine Angaben	
	27,3	35,5	18,6 ³	12,8 ³	1,3	3,6	5,1 ⁴	22,0 ⁴

- 1 Die Stichproben wurden proportional zur Bevölkerungsstruktur des Untersuchungsgebietes gewichtet.
- 2 Bei 'schwerer Hausarbeit' und 'Besorgungen machen' sind für Haushalte die Angaben einschließlich der Selbstnennungen zu verstehen.
- 3 Die Anteile für 'weiter weg' schließen in jedem Fall auch die sehr hoch anzusetzenden privaten Hilfen ein, egal, ob die Unterstützungspersonen aus dem gleichen Ort, dem Nachbarort oder von weiter entfernt kommen.
- 4 Die Anteile für 'weiter weg' schließen in diesem Fall die Angaben für Professionelle (u.a. Ärzte, Krankenschwestern) und private Hilfe mit ein, analog Fußnote 2.

TABELLE 32: Sozialintegrative Beiträge der Alterspopulation (70 Jahre und älter) auf dem Lande nach Geschlecht und Alter (In v.H.)

Sozialintegrative Beiträge	Durchschnitt	Männer		Frauen		70-74		75-79		80-84		85 u. älter	
	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
1. Erzählen von früher	80,7	78,6	85,3	79,4	69,4	81,9	83,8	83,8	80,4	80,4	68,4		
2. Sorgen und Probleme anhören	73,1	70,4	85,3	70,6	52,8	74,8	86,5	70,3	67,4	67,4	57,9		
3. Geld abgeben	66,6	66,7	61,8	76,5	63,9	66,6	66,2	70,3	68,9	68,9	65,8		
4. Kranke besuchen	50,0	47,6	61,8	47,1	36,1	51,5	67,6	48,6	37,0	37,0	23,7		
5. Leichtere Hausarbeiten übernehmen	42,2	34,0	41,2	32,4	27,8	47,3	56,8	51,4	32,6	32,6	21,2		
6. Handarbeiten machen	30,4	8,4	8,8	9,1	8,3	43,9	62,2	35,1	34,8	34,8	18,4		
7. Einspringen beim Schneeschippen, Straße fegen	24,1	34,7	38,2	41,2	25,0	17,5	27,0	16,2	6,5	6,5	5,3		
8. Kinder hüten	22,6	18,8	32,4	9,1	13,9	25,0	27,0	29,7	15,2	15,2	18,4		
9. Märchen erzählen	15,5	10,2	8,8	12,1	8,3	18,8	13,5	27,0	15,2	15,2	15,8		
10. Schwere Hausarbeiten übernehmen	14,3	23,7	29,4	26,5	16,7	8,4	10,8	8,1	6,5	6,5	2,6		
11. Kranke bei Bedarf pflegen	14,3	9,4	11,8	12,1	2,8	17,3	24,3	16,2	10,9	10,9	5,3		
12. Ältere pflegen	9,9	7,5	8,8	9,1	5,6	11,3	16,2	10,8	6,5	6,5	2,6		

TABELLE 33 Sozialintegrative Beiträge der Alterspopulation (70 Jahre und älter) auf dem Lande nach Familienstand, Haushaltgröße und Funktionseinfinding¹ (in v.H.)

Sozialintegrative Beiträge	verheiratet		nichtverheiratet		Lebend in:			Funktions-einschränkungen	
	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	1 PHH	2 PHH	MPHH	v.H.	v.H.
					v.H.	v.H.	v.H.		
1. Erzählen von früher	85,3	77,4	73,7	84,7	83,1	80,8	81,3	79,2	
2. Sorgen und Probleme anhören	81,2	67,4	66,2	79,3	72,3	72,5	72,3	77,5	
3. Geld abgeben	74,0	61,5	59,7	70,7	69,2	66,0	70,1	66,5	
4. Kranke besuchen	57,0	45,1	51,4	54,0	41,9	59,4	28,6	17,6	
5. Leichte Hausarbeiten übernehmen	44,7	40,4	36,8	44,9	44,9	49,5	24,4	18,2	
6. Handarbeiten machen	24,1	34,7	37,3	27,9	25,3	33,2	27,8	16,5	
7. Einspringen beim Schneeschippen, Straße fegen	30,3	19,7	18,1	30,5	21,8	30,2	8,6	4,5	
8. Kinder hüten	27,6	19,1	15,2	29,0	22,0	26,1	19,3	5,5	
9. Märchen erzählen	14,5	16,2	7,9	17,5	22,5	18,3	9,7	5,2	
10. Schwere Hausarbeiten übernehmen	19,4	10,6	9,0	17,7	15,7	18,3	4,3	1,0	
11. Kranke bei Bedarf pflegen	19,4	10,8	13,1	20,6	5,9	19,0	2,0	0,0	
12. Ältere pflegen	12,9	7,7	8,3	14,6	4,4	12,5	2,0	2,9	

X PHH = X-Personen-Haushalt
 MPH = Mehrpersonen-Haushalt

1 Die Stichproben wurden proportional zur Bevölkerungsstruktur des Untersuchungsgebietes gewichtet.

Tabelle 34: Kumulative Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung und sozialer Dienste in der Großstadt¹ (in v.H. der Nutzer des links aufgeführten Dienstes)

Nutzer bzw. Nichtnutzer folgender Dienste	nahmen (auch) in Anspruch:			
	niedergelassene Ärzte ²	Krankenhaus-aufenthalt	paramedizinische Leistungen	ambulante Pflegedienste
	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
Krankenhaus-aufenthalt				
- ja	81,1	--	--	--
- nein	64,9	--	--	--
	s.			
paramedizinische Leistungen				
- ja	77,5	21,3	--	--
- nein	59,6	17,1	--	--
	s.	n.s.		
ambulante Pflegedienste				
- ja	89,4	54,0	56,8	--
- nein	65,5	15,2	48,6	--
	s.	s.	n.s.	
soziale Dienste und Seniorenangebote				
- ja	72,0	24,2	55,8	17,3
- nein	64,8	16,8	43,3	5,3
	s.	n.s.	n.s.	s.

s. = sign. ($\chi^2 \leq .05$)
n.s. = nicht sign. ($\chi^2 > .05$)

- 1 Die Stichproben wurden proportional zur Bevölkerungsstruktur des Untersuchungsgebietes gewichtet.
- 2 in den letzten vier Wochen.

TABELLE 35: Beziehungen zwischen der Inanspruchnahme organisierter Versorgung und informeller Unterstützung bei Pflegebedarf im Krankheitsfall (Großstadtpopulation)¹ (in v.H.)

Von Personen mit potentieller Pflege durch:	nutzen:	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
	niedergelassene Ärzte (in den letzten 4 Wochen)	paramedizinische Leistungen	ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	soziale Dienste und Seniorenangebote	
Ehepartner und andere ²	58,1	44,8	0,9	11,9	35,6	
nur Ehepartner	74,8	31,3	3,5	22,5	39,0	
Kinder ³ , andere Verwandte ⁴ und Nichtverwandtes	67,6	37,8	2,6	3,2	34,2	
nur Kinder ³ oder andere Verwandte ⁴	67,1	58,2	12,6	26,6	45,5	
nur Nichtverwandtes	57,9	54,4	13,1	20,7	58,3	
niemand vorhanden	72,6	57,7	18,4	21,3	55,3	
x ² Signifikanzniveau ⁶	0,01	0,01	0,01	0,05	0,05	
Kontingenzkoeffizient C	.30	.25	.22	.16	.24	

- 1 Die Stichproben wurden proportional zur Bevölkerungsstruktur des Untersuchungsgebietes gewichtet.
- 2 Alle Bezugsgruppen wurden hier zusammengefaßt: Kinder / Schwiegerkinder, Enkel, Geschwister, sonstige Verwandte, Freunde, Bekannte, Nachbarn, Mitbewohner und ein nicht näher differenzierter Personenkreis.
- 3 Incl. Schwiegerkinder.
- 4 Enkel, Geschwister und sonstige Verwandte.
- 5 Freunde, Bekannte, Nachbarn, Mitbewohner und ein nicht näher differenzierter Personenkreis.
- 6 Signifikanz- und Kontingenzangaben beziehen sich auf die differenzierteren Nutzungsabstufungen, wie sie in den Fragen zur Inanspruchnahme gestellt wurden.

TABELLE 36: Beziehungen zwischen der Inanspruchnahme organisierter Versorgung und informeller Unterstützung bei gelegentlichem Hilfebedarf (Großstadtpopulation)I (in v.H.)

Von Personen mit potentieller Hilfe durch:	nutzen: niedergelassene Ärzte (in den letzten 4 Wochen)	paramedizi- nische Leistungen	ambulante Pflege- dienste	Krankenhaus	soziale Dienste und Senioren- angebote
	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
Ehepartner und andere ²	66,0	36,7	1,6	13,0	35,5
nur Ehepartner	83,4	37,2	9,1	27,1	50,6
Kinder ³ , andere Verwandte ⁴ und Nichtverwandte ⁵	69,2	56,3	5,6	16,4	40,1
nur Kinder ³ oder andere Verwandte ⁴	69,2	50,3	15,8	23,8	50,3
nur Nichtverwandte ⁵	65,8	57,8	18,3	25,9	58,1
niemand vorhanden	64,3	44,4	29,3	19,4	66,0
χ^2 Signifikanzniveau ⁶	n.s.	0.01	0.01	n.s.	0.01
Kontingenz- koeffizient C	--	.26	.25	--	.27

1 Die Stichproben wurden proportional zur Bevölkerungsstruktur des Untersuchungsgebietes gewichtet.
 2 Alle Bezugsgruppen wurden hier zusammengefaßt: Kinder / Schwiegerkinder, Enkel, Geschwister, sonstige Verwandte, Freunde, Bekannte, Nachbarn, Mitbewohner und ein nicht näher differenzierter Personenkreis.
 3 Incl. Schwiegerkinder.
 4 Enkel, Geschwister und sonstige Verwandte.
 5 Freunde, Bekannte, Nachbarn, Mitbewohner und ein nicht näher differenzierter Personenkreis.
 6 Signifikanz- und Kontingenzangaben beziehen sich auf die differenzierteren Nutzungsabstufungen, wie sie in den Fragen zur Inanspruchnahme gestellt wurden.

TABELLE 37: Beziehungen zwischen der Inanspruchnahme organisierter Versorgung und Informeller Unterstützung bei schwierigen persönlichen Problemen - Vertrauensperson (Großstadtpopulation)¹ (in v.H.)

Von Personen, die als Vertrauenspersonen nennen:	nutzen:	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
niedergelassene Ärzte (in den letzten 4 Wochen)	paramedizinische Leistungen	ambulante Pflegedienste	Krankenhaus	soziale Dienste und Seniorenangebote	
Ehepartner und andere ²	67,6	35,4	2,0	12,4	40,5
nur Ehepartner	71,5	32,7	3,7	21,0	34,5
Kinder ³ , andere Verwandte ⁴ und Nichtverwandte ⁵	68,5	68,4	12,0	10,6	40,3
nur Kinder ³ oder andere Verwandte ⁴	67,0	47,3	10,4	18,3	37,2
nur Nichtverwandte ⁵	70,2	58,4	14,6	27,0	58,1
niemand vorhanden	65,8	49,7	18,6	20,9	65,4
χ^2 Signifikanzniveau ⁶	n.s.	0,01	0,05	n.s.	0,01
Kontingenzkoeffizient C	--	.30	.17	--	.28

1 Die Stichproben wurden proportional zur Bevölkerungsstruktur des Untersuchungsgebietes gewichtet.

2 Alle Bezugsgruppen wurden hier zusammengefaßt: Kinder / Schwiegerkinder, Enkel, Geschwister, sonstige Verwandte, Freunde, Bekannte, Nachbarn, Mitbewohner und ein nicht näher differenzierter Personenkreis.

3 Incl. Schwiegerkinder.

4 Enkel, Geschwister und sonstige Verwandte.

5 Freunde, Bekannte, Nachbarn, Mitbewohner und ein nicht näher differenzierter Personenkreis.

6 Signifikanz- und Kontingenzangaben beziehen sich auf die differenzierteren Nutzungsabstufungen, wie sie in den Fragen zur Inanspruchnahme gestellt wurden.

Tabelle 38: Infrastruktur der ländlichen Untersuchungsregion mit Schwerpunkt Gesundheits- und Pflegedienste (absolut)

Institution/en	Gemeinde A	Gemeinde B	Gemeinde C
Niedergelassene Ärzte für Allgemeinmedizin / Praktische Ärzte	7	3	3
Fachärzte (Internist, Augenarzt, HNO-Arzt)	3	-	-
Zahnärzte	5	3	3
Krankengymnastik / Massagepraxis	2	2	2
Ambulante Pflegedienste (Sozialstationen) ¹	1	1	1
Allgemeinkrankenhäuser (121 Betten)	1	-	-
Alten-/Pflegeheime	1	3	3
Apotheken	4	2	1

¹ Dazu kommt ein von Gemeinde A aus arbeitender überregionaler Pflegeverein.

Tabelle 39: Kumulative Inanspruchnahme von Sozial- und Gesundheitsdiensten (gewichtet) auf dem Lande (in v.H.)

Nutzer bzw. Nichtnutzer folgender Dienste	nehmen auch in Anspruch: niedergelassene Ärzte ¹		Krankenhaus	paramedizinische Dienste	häusliche Pflegedienste
	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.	v.H.
Krankenhaus-aufenthalt					
Nutzer	67,3	--	--	--	--
Nichtnutzer	61,7 n.s.	--	--	--	--
paramedizinische Dienste					
Nutzer	83,4	23,3	--	--	--
Nichtnutzer	56,5 s.	11,1 s.	--	--	--
häusliche Pflegedienste					
Nutzer	83,4	54,9	32,2	--	--
Nichtnutzer	59,3 s.	11,2 s.	13,0 s.	--	--
seniorenspezifische Dienste					
Nutzer	63,7	13,0	12,4	0,9	
Nichtnutzer	57,9 s.	12,8 n.s.	14,4 n.s.	5,2 s.	

s. = sign.

n.s. = nicht sign.

1 mindestens einmal monatlich.

TABELLE 40: Determinanten der Inanspruchnahme von Sozial- und Gesundheitsdiensten auf dem Lande (Korrelationen)

Charakteristika der Befragten	Häufigkeit der Arztbesuche	Krankenhausaufenthalte	paramedizinische Dienste	Pflegedienste	soziale Hilfsdienste	Freizeitangebote für Senioren
Alter	0,05 n.s.	0,04 n.s.	- 0,17 s.	- 0,07 s.	0,12 s.	0,02 n.s.
Geschlecht	0,12 s.	0,03 n.s.	0,08 s.	0,0 n.s.	0,0 n.s.	0,15 s.
Haushaltsgröße	- 0,15 s.	0,05 s.	- 0,15 s.	0,0 n.s.	0,0 n.s.	0,04 n.s.
Bildungsgrad	- 0,1 s.	0,0 n.s.	0,06 s.	- 0,07 s.	0,16 s.	- 0,21 s.
Einkommenshöhe	- 0,15 s.	- 0,01 n.s.	0,03 n.s.	0,13 s.	0,04 n.s.	0,0 n.s.
gesundheitliche Selbsteinschätzung	0,3 s.	0,11 s.	0,07 s.	0,12 s.	0,18 s.	0,07 s.
Grad der Funktionsbeeinträchtigung	0,12 s.	0,22 s.	- 0,02 n.s.	- 0,32 s.	0,33 s.	- 0,13 s.

s. = sign.

n.s. = nicht sign.

TABELLE 41: Beziehung zwischen der Inanspruchnahme organisierter Versorgung und informeller Unterstützung im Krankheitsfall auf dem Lande! (in v.H.)

Personen, die gepflegt wurden von:	nutzen:					
	Arzt (in den letzten vier Wochen)	paramedi- zische Dienste	ambulante Pflege- dienste	Krankenhaus	soziale Dienste	Freizeit- angebote
	v. H.	v. H.	v. H.	v. H.	v. H.	v. H.
Ehepartnern und anderen ²	51.3	15.9	0.0	13.4	7.5	42.6
nur Ehepartnern	63.3	19.0	3.4	8.8	3.8	22.4
Kindern und Verwandten	65.5	14.0	2.3	12.9	8.0	48.7
Kindern und Nichtverwandten	47.4	22.3	13.5	29.1	22.6	35.9
nur Nichtverwandten	74.6	27.3	0.0	30.5	20.1	44.8

1 Die Stichproben wurden proportional zur Bevölkerungsstruktur des Untersuchungsgebietes gewichtet.
 2 Partner und Kinder, Enkel, Geschwister etc., wie auch nichtverwandte Personen.

TABELLE 42: Bevölkerung des Erhebungsgebietes, Adressenauswahl und Stichprobengrößen in Berlin (West) 1986

Geschlecht	Alter in Jahren ¹	Bevölkerung im Erhebungsgebiet ²	Bevölkerung geplante Mindest-Anzahl an Interviews	Anzahl Adressen	Nicht ausgewertbare Adressen ³	Anzahl bereinigter Adressen Stichproben-größe A	Davon bis zum ersten Erhebungszeitpunkt: verstorben verzogen	Stichproben-größe B
Männer		13.845	164	358	22	336	15 8	313
	1916-1912	4.825	37	77	2	75	2	70
	1911-1907	4.863	39	78	2	76	10 3	73
	1906-1902	2.990	42	86	6	80	10 3	77
	1901-1897	1.167	46	117	12	105	11 7	93
Frauen		38.352	156	448	36	412	15 9	388
	1916-1912	11.582	36	95	5	90	1	87
	1911-1907	12.660	38	96	3	93	1	88
	1906-1902	9.270	39	111	5	106	2	103
	1901-1897	4.840	43	146	23	123	12 1	110
Insgesamt		52.197	320	806	58	748	30 17	701

- 1 Die Grunderhebung wurde von Herbst 1986 bis Januar 1987 durchgeführt. Das kalendrische Alter der Befragten hat sich in dieser Zeit zum Teil um ein Jahr nach oben verschoben, so daß das höchste erfaßte Alter 90 Jahre beträgt.
- 2 Laut Mitteilung des Landesamtes für Elektronische Datenverarbeitung: Anzahl nicht gesperrter Adressen der Einwohnermeldekartei am 30.7.1986.
- 3 Vorwiegend institutionalisierte Personen; einzelne Adressen erwiesen sich als nicht existent oder die Person lebt inzwischen nicht mehr in Berlin, hält aber den Wohnsitz noch aufrecht.

TABELLE 43: Stichprobengröße und Ausfallgründe in Berlin (West) 1986

Geschlecht	Alter in Jahren	Stichprobengröße B	Ausfallgründe:			Realisierte Interviews:			in v. H. von Stichprobe B
			nie getroffen	ange-krank, keine ersatzperson	krank, verweigert	mündlich	postfisch	insgesamt	
Männer		313	3	6	112	173	19	192	61 v. H.
1916-1912	70-74	70	1	1	24	39	5	44	63 v. H.
1911-1907	75-79	73	-	-	27	44	2	46	63 v. H.
1906-1902	80-84	77	2	-	28	39	8	47	61 v. H.
1901-1897	85-89	93	-	5	33	51	4	55	59 v. H.
Frauen		388	7	7	139	197	38	235	61 v. H.
1916-1912	70-74	87	1	-	32	47	7	54	62 v. H.
1911-1907	75-79	88	3	1	32	41	11	52	59 v. H.
1906-1902	80-84	103	2	3	39	49	10	59	57 v. H.
1901-1897	85-89	110	1	3	36	60	10	70	64 v. H.
Insgesamt		701	10	13	251	370	57	427	61 v. H.

1 Die Grunderhebung wurde von Herbst 1986 bis Januar 1987 durchgeführt. Das kalendrische Alter der Befragten hat sich in dieser Zeit zum Teil um ein Jahr nach oben verschoben, so daß das höchste erfaßte Alter 90 Jahre beträgt.

TABELLE 44: Bevölkerung des Erhebungsgebietes, Repräsentation der Personen im Erhebungsgebiet, befragte Personen in den für die Befragung ausgewählten Gemeinden in Kassel-Land 1987

Geschlecht	Alter in Jahren ¹	Bevölkerung im Erhebungsgebiet ²	Anzahl gezogener Adressen	Ausfälle durch Verweigerung oder Nichterreichbarkeit	Befragte Personen ³	Anzahl der Personen, die von einer befragten Person repräsentiert wird ⁴	Befragte Personen in v.H. der Zahl gezogener Adressen
Männer		909	236	102	134	6,8	57 v.H.
	1917-1913	70-74	343	16	35	9,8	69 v.H.
	1912-1908	75-79	286	22	35	8,2	61 v.H.
	1907-1903	80-84	199	41	39	5,1	49 v.H.
	1902-1890	85 +	81	23	25	3,2	52 v.H.
Frauen		1.569	458	264	194	8,1	42 v.H.
	1917-1913	70-74	548	50	39	14,1	44 v.H.
	1912-1908	75-79	527	80	40	13,2	33 v.H.
	1907-1903	80-84	318	69	53	6,0	43 v.H.
	1902-1890	85 +	176	65	62	2,8	49 v.H.
Insgesamt		2.478	694	366	328	7,6	47 v.H.

1 Die Grunderhebung wurde von Mai bis Herbst 1987 durchgeführt. Es gab keine Begrenzung der Altersklassen nach oben.
 2 In den Zentralgemeinden lebten 1.291 70-jährige und Ältere, in den Ortsteilen 1.187 (Relation 51,2 v.H. zu 47,9 v.H.).
 3 Unter den Befragten sind die Zentralgemeinden mit 177 70-jährigen und Älteren vertreten, die Ortsteile mit 150 (Relation 54,1 v.H. zu 45,9 v.H.). eine Person mit wechselndem Wohnsitz wurde nicht berücksichtigt.
 4 Die Angaben dieser Rubrik dienen zur Gewichtung der Stichprobe, in der die Frauen unter- und die Hochaltrigen überrepräsentiert sind.

ANHANG C

LITERATURLISTE

- AG GESUNDHEITSANALYSEN
UND SOZIALE KONZEPTE
1986 AG Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte: Wegweiser durch das Gesundheitswesen und die Sozialen Dienste in Charlottenburg, (Hrsg.): Bezirksamt Charlottenburg, Berlin 1986
- AG GESUNDHEITSANALYSEN
UND SOZIALE KONZEPTE
1989 AG Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte: Wegweiser durch das Gesundheitswesen und die Sozialen Dienste in Wilmersdorf, (Hrsg.): Bezirksamt Wilmersdorf, 2. überarb. Aufl., Berlin 1989
- BACKES 1981 Backes, G.: Frauen im Alter, Köln 1981
- BADURA 1981 Badura, B. (Hrsg.): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung, Frankfurt/Main 1981
- BAUM/KOCH-MALUNAT/
SEEGER 1989 Baum, C.; Koch-Malunat, N.; Seeger, M.: Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik, (Hrsg.): Senator für Gesundheit und Soziales, Berlin 1989
- BERGNER 1985 Bergner, M.: Measurement of Health Status, in: Medical Care, 23 (1985), 696-704
- BERGNER/KAPLAN/WARE
1987 Bergner, M.; Kaplan, R.M.; Ware, J.R. Jr.: Evaluating Health: An Evaluation of Three Important Approaches, in: Journal of Chronic Diseases, 40 (1987), Supplement 1, 235-265
- BERGNER/ROTHMAN 1987 Bergner, M.; Rothman, M.L.: Health Status Measures: An Overview and Guide for Selection in: Annual Review of Public Health, 8 (1987), 191-210
- BEZIRKSAMT WILMERSDORF
o.J. Bezirksamt Wilmersdorf (Hrsg.): Wilmersdorf in Zahlen, Berlin (West) o.J.
- BLUMENSTOCK 1983 Blumenstock, J.: Gesundheitslage alter Menschen - Epidemiologische Daten im Umweltvergleich, Institut für Soziale Medizin der Freien Universität, Berlin 1983

BLUMENSTOCK/
GARMS-HOMOLOVA/
HÜTTER/SCHAEFFER 1981

Blumenstock, J.; Garms-Homolová, V.;
Hütter, U.; Schaeffer, D.: Ökologische
Bedingungen der Gesundheitserhaltung äl-
terer Menschen in einer Großstadt, Mate-
rialband II, Institut für Soziale Medizin
der Freien Universität Berlin, Berlin
1981

BLUMENSTOCK/
GARMS-HOMOLOVA/
LEITNER/SCHAEFFER 1980

Blumenstock, J.; Garms-Homolová, V.;
Leitner, K.; Schaeffer, D.: Ökologische
Bedingungen der Gesundheitserhaltung äl-
terer Menschen in einer Großstadt, Mate-
rialband I, Institut für Soziale Medizin
der Freien Universität Berlin, Berlin
1980

BLUMENSTOCK/LEIBING
1983

Blumenstock, J.; Leibing C.: Epidemiolo-
gische Aspekte des Bluthochdrucks bei al-
ten Menschen, in: Das öffentliche Gesund-
heitswesen, 45 (1983), 327-332

BMBAU 1986

Bundesminister für Raumordnung, Bauwesen
und Städtebau (Hrsg.): Raumordnungsber-
icht 1986, Sonderheft der Schriftenreihe
Raumordnung des Bundesministers für Raum-
ordnung, Bauwesen und Städtebau, Bonn
1986

BRÖSCHEN 1983

Bröschen, E.: Die Lebenslage älterer Men-
schen im ländlichen Raum - eine empiri-
sche Untersuchung als Grundlage zur Pla-
nung von sozialen Diensten, Schriften-
reihe des Bundesministeriums für Jugend,
Familie und Gesundheit Band 127,
Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1983

BRÜDER/KLUSMANN/LAUTER/
LÜDERS 1981

Bruder, J.; Klusmann, D.; Lauter, H.;
Lüders, I.: Beziehungen zwischen Patien-
ten und ihren Familienangehörigen bei
chronischen Erkrankungen des höheren Le-
bensalters, Bericht an die DFG, vervielf.
Manuskript, Hamburg 1981

BRÜGGEMANN/RICHLÉ 1986

Brüggemann, B.; Richlé, R.: Das Dorf,
Frankfurt/New York 1986

BUCHENAUER 1988

Buchenauer, R.: Sozialraum Dorf, Wiesba-
den 1988

BUJARD/LANGE 1978

Bujard, O.; Lange U.: Armut im Alter. Ur-
sachen, Erscheinungsformen, politisch-ad-
ministrative Reaktionen, Weinheim/Basel
1978

BUNDESVERBAND DER
PHARMAZEUTISCHEN INDU-
STRIE 1988

Bundesverband der Pharmazeutischen Indu-
strie (Hrsg.): Basisdaten des Gesund-
heitswesens 1987/1988, Frankfurt 1988

- BUSSE/MADDOX 1985 Busse, E.W.; Maddox, G.L. (eds): The Duke Longitudinal Studies of Normal Aging 1955-1980. Overview of History, Design and Findings, New York 1985
- CANTOR 1979 Cantor, M.: Neighbours and Friends: An Overlooked Resource in the Informal Support System, in: Research on Aging, 1 (1979), 434-463
- CASSEL 1974 Cassel, J.: Psychosocial Processes and "Stress": Theoretical Formulation, in: International Journal of Health Sciences, 4 (1974), 471-482
- CORNONI-HUNTLEY/
BROCK/OSTFELD 1986 Cornoni-Huntley, J.; Brock, O.B.; Ostfeld, A.M. et al. (eds): Establishing Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly. Resource Data Book, National Institute on Aging, U.S. Department of Health and Human Sciences (Hrsg.), NIH Publication No. 86-2443, Bethesda 1986
- CROHAN/ANTONUCCI 1989 Crohan, S.E.; Antonucci, T.C.: Friends as a Source of Social Support in Old Age, in: Adams, R.G.; Blieszner, R. (eds): Older Adult Friendship. Structure and Process, Newbury Park/London/New Delhi 1979, 129-146
- DZI 1985 Deutsches Zentralinstitut für Soziale Fragen (DZI) (Hrsg.): Der Führer durch das soziale Berlin. Graubuch, 14. Auflage, Berlin 1985
- DIECK 1978 Dieck, M.: Wohnen alter Menschen außerhalb von Institutionen, in: Dieck, M.; Naegele G. (Hrsg.): Sozialpolitik für ältere Menschen, Heidelberg 1978, 179-197
- DIECK/NAEGELE 1978 Dieck, M.; Naegele, G. (Hrsg.): Sozialpolitik für alte Menschen, Heidelberg 1978
- DIECK/
HEINEMANN-KNOCH/
RIJKE 1987 Dieck, M.; Heinemann-Knoch, M.; Rijke, J. de: Alte Menschen in Pflegeverhältnissen. Materialien zum Vierten Familienbericht Band 3, Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.); München 1987
- FERRARO 1980 Ferraro, K.F.: Self-Rating of Health Among the Old and the Old-Old, in: Journal of Health and Social Behavior, 21 (1980), 377-383
- FILLENBAUM 1979 Fillenbaum, G.: Social Context and Self-Assessment of Health among the Elderly, in: Journal of Health and Social Behavior, 20 (1979), 45-51

- FRIES 1981 Fries, J.F.: Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity, in: Somers, A.R.; Fabian, D.R. (eds): The Geriatric Imperative: An Introduction to Gerontology and Clinical Geriatrics, New York 1981, 105-116
- FRIES 1989 Fries, J.F.: Erfolgreiches Altern: Medizinische und demographische Perspektiven, in: Baltes, M.; Kohli, M.; und Sames, K. (Hrsg.): Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen, Bern/Stuttgart/Toronto 1989, 19-26
- GARMS-HOMOLOVA 1988 Garms-Homolová, V.: Die unverschuldete Anspruchsinflation. Analyse der Inanspruchnahme von Versorgung und Diensten durch alte Menschen, in: Zeitschrift für Gerontologie, 21 (1988), 5-9
- GARMS-HOMOLOVA 1989 Garms-Homolová, V.: Brokers or Mediators: The Function of Relatives in the Process of Services Allocation, Paper presented at the XIV International Congress of Gerontology, Acapulco/Mexico 1989
- GARMS-HOMOLOVA/HÜTTER 1983 Garms-Homolová, V.; Hütter, U.: Motorische Leistungsfähigkeit und motorische Behinderungen 60- bis 90jähriger Großstadtbevölkerung, in: Zeitschrift für Gerontologie, 16 (1983), 260-269
- GARMS-HOMOLOVA/HÜTTER 1988a Garms-Homolová, V.; Hütter, U.: Between Ample Sufficiency and Fragility: Resources in Advanced Age. Berichte der Arbeitsgruppe Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte Nr. 2, vervielf. Manuskript, Freie Universität Berlin 1988
- GARMS-HOMOLOVA/HÜTTER 1988b Garms-Homolová, V.; Hütter, U.: 70- bis 90jährige in der Großstadt. Differentielle Betrachtung ihrer Lebenssituation. Berichte der Arbeitsgruppe Gesundheitsanalyse und soziale Konzepte Nr. 1, vervielf. Manuskript, Freie Universität Berlin 1988
- GARMS-HOMOLOVA/HÜTTER/LEIBING 1982 Garms-Homolová, V.; Hütter, U.; Leibing, D.: Wohnbedingungen und Selbstversorgung im Alter, in: Zeitschrift für Gerontologie, 15 (1982), 150-157

GARMS-HOLOLOVA/HÜTTER/
MÜLLER/SCHAEFFER 1987

Garms-Homolová, V.; Hütter, U.; Müller, R.; Schaeffer, D.: Versorgung alter Menschen - Bedarf und Barrieren. Care Delivery Systems für the Elderly. Zwischenbericht im Verbundprojekt "Vergleichende Untersuchung der Sozial- und Gesundheitsdienste für ältere Menschen". Institut für Soziale Medizin der Freien Universität Berlin, vervielf. Manuskript, Berlin 1987

GARMS-HOLOLOVA/HÜTTER/
SCHAEFFER 1984

Garms-Homolová, V.; Hütter, U.; Schaeffer, D.: Versorgung alter Menschen: Bedarf und Barrieren. Design eines Forschungsprojektes. Institut für Soziale Medizin der Freien Universität Berlin, vervielf. Manuskript, Berlin 1984

GARMS-HOLOLOVA/HÜTTER/
SCHAEFFER 1989

Ambulante Dienste für alte Menschen: Bedarf und Barrieren. Eine regionale Fallstudie zur häuslichen Versorgung durch Sozialstationen. Berichte der Arbeitsgruppe Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte Nr. 3, vervielf. Manuskript, (83 S.), Freie Universität Berlin 1989

GARMS-HOLOLOVA/
SCHAEFFER 1989

Garms-Homolová, V.; Schaeffer, D.: Soziale Bewältigung chronischer Erkrankungen im institutionellen Kontext, in: Baltes, M.; Kohli, M.; Sames, K. (Hrsg.): Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen, Bern/Stuttgart/Toronto 1989, 126-135

GLATZER/VOLKERT 1980

Glatzer, W.; Volkert, V.: Lebensbedingungen und Lebensqualität alter Menschen, SFB 3 der J.W. Goethe Universität Frankfurt und der Universität Mannheim, Frankfurt/New York 1980

GRG 1988

Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetzes GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477)

GROSSJOHANN 1989

Großjohann, K.: Auswirkungen des Gesundheitsreformgesetzes (SGB V) auf den Bereich der Pflege älterer Menschen, Reihe "thema" des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, Köln 1989

GRUNOW 1982

Grunow, D.: Hilfen zwischen den Generationen als Bezugspunkt der Sozialpolitik, in: Kaufmann, F.X. (Hrsg.): Staatliche Sozialpolitik und Familie, München 1982, 213-242

- GRUNOW 1985
Grunow, D.: Tragfähigkeit kleiner sozialer Netze - eine sozialpolitische Analyse, in: Garms-Homolová, V.; Hoffmann, A.; Schmitz-Scherzer, R.; Tokarski, W. (Hrsg.): Professionalisierung und Laisierung in der sozialen und gesundheitlichen Versorgung alter Menschen, Kasseler Gerontologische Schriften Band I, Kassel 1985, 213-231
- GRUNOW 1987
Grunow, D.: Lebensverhältnisse und Bedürfnisse alter Menschen auf dem Lande, in: Blätter der Wohlfahrtspflege, 134 (1987), 300-302
- GRUNOW/BREITKOPF/DAHME/
ENGFER et al. 1983
Grunow, D., Breitkopf, H.; Dahme, H.J.; Engfer, R.; Grunow-Lutter, V.; Paulus, W.: Gesundheitsselbsthilfe im Alltag. Ergebnisse einer repräsentativen Haushaltsbefragung über gesundheitsbezogene Selbsterfahrungen und -potentiale, Stuttgart 1983
- HAUG/LAVIN 1983
Haug, M.; Lavin, B.: Consumerism in Medicine. Challenging Physician Authority, Beverly Hills/London/New Delhi 1983
- HINSCHÜTZER/MOMBER
1982
Hinschützer, U.; Momber, H.: Basisdaten über ältere Menschen in der Statistik der Bundesrepublik, Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit Bd. 41, Berlin 1982
- HOLZ 1990
Holz, G.: Die Alterslast - ein Gewinn für andere? Band I und II, Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit 78/I und 78/II, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, April 1990
- JEFFERYS/MILLARD/HYMAN/
WARREN 1969
Jefferys, M.; Millard, J.B.; Hyman, M.; Warren, M.D.: A Set of Tests for Measuring Motor Impairment in Prevalence Studies, in: Journal of Chronic Diseases, 22 (1969), 303-319
- KAPLAN 1987
Kaplan, S.H.: Patient Reports of Health Status as Predictors of Physiologic Health Measures in Chronic Disease, in: Journal of Chronic Diseases, 40 (1987) Supplement 1, 275-355
- KATZ 1987
Katz, S.: The Science of Quality of Life, in: Journal of Chronic Diseases, 40 (1987) 6, 459-463

KATZ/FORD/MOSKOWITZ/
JACKSON/JAFFE 1963

Katz, S.; Ford, A.B.; Moskowitz, R.W.;
Jackson, B.A.; Jaffe, M.W.: Studies of
illness in the Aged. The Index of ADL - A
Standardized Measure of Biological and
Psychological Function, in: Journal of
the American Medical Association, 185
(1963), 914-919

KAUFMANN/ENGELBERT/
HERLTH/MEIER et al.
1989

Kaufmann, F.X.; Engelbert, A.; Herlth,
A.; Meier, B.; Strohmeier, K.P.: Netz-
werkbeziehungen von Familien, Sonderheft
17 Materialien zur Bevölkerungswissen-
schaft, Wiesbaden 1989

KEUPP/RÖHRLE 1987

Keupp, H.; Röhrle, B. (Hrsg.): Soziale
Netzwerke, Frankfurt 1987

KNIPSCHER 1985

Knipscheer, K.: Anomie in der Mehrgenera-
tionenfamilie: Kinder und die Versorgung
ihrer alten Eltern, in: Garms-Homolová,
V.; Hoffmann, A.; Schmitz-Scherzer, R.;
Tokarski, W. (Hrsg.): Professionalisie-
rung und Laisierung in der sozialen und
gesundheitlichen Versorgung alter Men-
schen, Kasseler Gerontologische Schriften
Band I, Kassel 1985, 265-283

KRUSE/WILBERS 1987

Kruse, A.; Wilbers, J.: Der alte Mensch
in Familie und Gesellschaft, in: Thomae,
H.; Kruse, A.; Wilbers, J.: Kompetenz und
soziale Beziehungen im Alter, Materialien
zum Vierten Familienbericht Band 2, Deut-
sches Jugendinstitut (Hrsg.), München
1987, 117-256

KRANKENHÄUSER HESSEN
1989

Krankenhäuser in Hessen '89. Verzeichnis
stationärer Leistungen und Entgelte,
Stand 31.5.1989

KV HESSEN 1987

10. Fortschreibung des Bedarfsplanes der
Kassenärztlichen Vereinigungen Hessen für
die ambulante ärztliche Versorgung, Stand
31.12.1987

LAWTON/BRODY 1969

Lawton, M.P.; Brody, E.M.: Assessment of
Older People: Self-Maintaining and In-
strumental Activities of Daily Living,
in: The Gerontologist, 9 (1969) 3, 179-
186

LEHR 1987

Lehr, U.: Kompetenz im Alter. Ist die
Bundesrepublik ein Land der Hilfsbedürf-
tigkeit?, in: Universitas, 42 (1987) 9,
879-890

- LITWAK 1989 Litwak, E.: Forms of Friendship Among Older People in an Industrial Society, in: Adams, R.G.; Blieszner, R. (eds): Older Adult Friendship. Structure and Process. Newbury Park/London/New Delhi 1989, 65-88
- MADDOX 1981 Maddox, G.L.: Assessment of Individual Functional Status in a Programme Evaluation and Resource Allocation Model, in: Beattie, W.M. Jr.; Piotrowski, J.; Marois, M. (eds): Aging. A Challenge to Science and Society, Part II: Social Sciences and Social Policy, New York/Toronto/Oxford 1981, 221-231
- MAGFS-BW 1983 Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.): Die Lebenssituation älterer Menschen. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in Baden-Württemberg. Stuttgart 1983
- MAGFS-BW 1986 Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.): Ältere Menschen in Großstädten. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in Baden-Württemberg. Stuttgart 1986
- MÜLLER 1987 Müller, R.: Strukturskizze des Untersuchungsgebietes, in: Garms-Homolová, V.; Hütter, U.; Müller, R.; Schaeffer, O.: Versorgung alter Menschen - Bedarf und Barrieren. Care Delivery Systems for the Elderly. Zwischenbericht im Verbundprojekt "Vergleichende Untersuchung der Sozial- und Gesundheitsdienste für ältere Menschen". Institut für Soziale Medizin der Freien Universität Berlin (Hrsg.), vervielf. Manuskript, Berlin 1987, 35-54
- MÜLLER 1988 Müller, R.: Strukturskizze des Untersuchungsgebietes, in: Garms-Homolová, V.; Hütter, U.: 70- bis 90jährige in der Großstadt. Differentielle Betrachtung ihrer Lebenssituation. Berichte der Arbeitsgruppe Gesundheitsanalyse und soziale Konzepte Nr. 1, vervielf. Manuskript, Freie Universität Berlin 1988, 9-24
- MYERS/HUDDY 1985 Myers, A.M.; Huddy, L.: Evaluating Physical Capabilities in the Elderly. The Relationship Between ADL Self-Assessments and Basic Abilities, in: Canadian Journal on Aging, 4 (1985) 4, 189-200

- NEUGARTEN 1974
Neugarten, B.: Age Groups in American Society and the Rise of the Young-Old, in: Annals of the American Academy of Political and Social Sciences, 415 (1974), 185-187
- PALMORE/CLEVELAND/
NOWLIN et al. 1979
Palmore, E.; Cleveland, W.P.; Nowlin, J.B.; Ramm, D.; Siegler, I.C.: Stress and Adaptation in Later Life, in: Journal of Gerontology, 34 (1979) 6, 841-851
- PALMORE 1981
Palmore, E.: Social Patterns in Normal Aging: Findings from the Duke Longitudinal Study, Durham 1981
- PALMORE 1985a
Palmore, E.B.: Predictors of the Longevity Difference, in: Palmore, E.B.; Busse, E.W.; Maddox, G.L. et al. (eds): Normal Aging III, Durham 1985, 19-29
- PALMORE 1985b
Palmore, E.B.: Predictors of Successful Aging, in: Palmore, E.B.; Busse, E.W.; Maddox, G.L. et al. (eds): Normal Aging III, Durham 1985, 29-36
- PETERS/KAISER 1985
Peters, G.R.; Kaiser, M.A.: The Role of Friends and Neighbours in Persuading Social Support, in: Sauer, W.; Conard, R. (eds): Social Support Networks and the Care of the Elderly: Theory, Research, Practice, and Policy, New York 1985, 123-158
- PINSKY/LEAVERTON/STOKES
1987
Pinsky, J.L.; Leaverton, P.E.; Stokes, J.: Predictors of Good Function: The Framingham Study, in: Journal of Chronic Diseases, 40 (1987), 159-167
- PRATT 1976
Pratt, L.V.: Family Structure and Effective Health Behavior. The Energized Family, Boston 1976
- ROSENMAYR/KÖCKEIS 1965
Rosenmayr, L.; Köckeis, E.: Umwelt und Familie alter Menschen, Neuwied 1965
- SCHWARZER/LEPPIN 1989
Schwarzer, R.; Leppin, A.: Sozialer Rückhalt und Gesundheit, Göttingen/Toronto/Zürich 1989
- SCHWERPFLEGEBEDÜRFTIG-
KEITSRICHTLINIEN 1989
Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über die Abgrenzung des Kreises der schwerpflegebedürftigen Personen (Schwerpflegebedürftigkeits-Richtlinien) vom 9.8.1989, in: DOK Politik, Praxis, Recht, (Hrsg.) AOK-Bundesverband, 71 (1989) 19, 636-638

- SELTZER 1989
Seltzer, M.M.: Preliminary Thoughts on Third Parties. Paper presented at the XIV International Congress of Gerontology, Acapulco/Mexico 1989
- SENATOR FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES 1986
Senator für Gesundheit und Soziales (Hrsg.): Krankenhausbedarfsplan 1986 für das Land Berlin, Berlin 1986
- SENATOR FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES
Senator für Gesundheit und Soziales: Die Berliner Sozialstationen. Angebot und Entwicklung, Berlin o.J.
- SENATOR FÜR INNERES 1984
Rundschreiben über Verzeichnis der Krankenhäuser, Universitätskliniken und -polikliniken, Sonderkrankenhäuser und Krankenheime in Berlin vom 2. Januar 1984, in: Amtsblatt für Berlin Teil I, 34 (1984) 5, 95 - 117, (Hrsg.): Senator für Inneres
- SHANAS/TOWNSEND/
WEDDERBURN et al. 1968
Shanas, E.; Townsend, P.; Wedderburn, D.; Friis, H.; Milhoj, P.; Stehouwer, J. (eds): Old People in Three Industrial Societies, New York/London 1968
- SOCIALDATA 1980
Socialdata; Brög, W.; Häberle, G.-F.; Mettler-Meibom, B.; Schellhaas, U.: Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger. Ermittlung der Repräsentativdaten und Situationsgruppenanalyse, Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit Band 80, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1980
- SPECTOR/KATZ/MURPHY/
FULTON 1987
Spector, W.D.; Katz, S.; Murphy, J.B.; Fulton, J.P.: The Hierarchical Relationship Between Activities of Daily Living and Instrumental Activities of Daily Living, in: Journal of Chronic Diseases, 40 (1987) 6, 481-489
- SPRINGER/BRUBAKER 1984
Springer, D.; Brubaker, T.H.: Family Caregivers and Dependent Elderly: Minimizing Stress and Maximizing Independence, Berverly Hills 1984
- STATISTISCHES BUNDESAMT 1988
Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch 1988 für die Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart/Mainz 1988
- STATISTISCHES LANDESAMT BERLIN 1986
Statistisches Landesamt Berlin: Statistisches Jahrbuch 1985, Berlin 1986
- STATISTISCHES LANDESAMT BERLIN 1987
Statistisches Landesamt Berlin: Statistisches Jahrbuch 1986, Berlin 1987
- STATISTISCHES LANDESAMT BERLIN 1988
Statistisches Landesamt Berlin: Statistisches Jahrbuch 1987, Berlin 1988

- STATISTISCHES LANDESAMT
BERLIN 1989
Statistisches Landesamt Berlin: Volks-, Berufs-, -Gebäude-, Wohnungs- und Arbeitsstättenzählung in Berlin (West) am 25. Mai 1987. Teil II - Gebäude- und Wohnungszählung. Heft 1, Gebäude und Wohnungen in den Bezirken, Berliner Statistik. Sonderheft 404, Berlin 1989
- STEINACK 1987
Steinack, R.: Ältere Menschen in der Bundesrepublik Deutschland: Grundlagen, Lebensbereiche, Bedürfnisse, Angebote und Dienste. In: DIECK, M. und STEINACK, R.: Social Integration, Social Interaction, Material and Non-Material Resources: Aspects of the Situation of the Elderly in the Federal Republic of Germany. Gesellschaftliche Integration, soziale Interaktion, materielle und immaterielle Ressourcen: Deutschland. Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (Hrsg.), Berlin (West)/Dublin 1987, 201-282
- STIEFEL 1983
Stiefel, M.-L.: Hilfsbedürftigkeit und Hilfebedarf älterer Menschen im Privathaushalt. Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit Band 51, Berlin 1983
- SUSSMANN 1977
Sussmann, M.B.: The Family Life of Old People, in: Binstock, R.H.; Shanas, E.E. (eds): Handbook of Aging and Social Sciences, New York 1977, 218-242
- TARTLER 1961
Tartler, R.: Das Alter in der modernen Gesellschaft, Stuttgart 1961
- TEWS 1987a
Tews, H.P.: Altern auf dem Lande, in: Der Landkreis, (1987) 8-9, 446-452
- TEWS 1987b
Tews, H.P.: Strukturwandel des Alters. Unveröffentlichter Vortrag zur Festveranstaltung des 25-jährigen Bestehens des Kuratoriums Deutsche Altershilfe in Köln 1987
- THOMAE/KRUSE/WILBERS
1987
Thomae, H.; Kruse, A.; Wilbers, J.: Kompetenz und soziale Beziehungen im Alter. Materialien zum Vierten Familienbericht Band 2, Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.), München 1987
- TURNER 1987
Turner, B.S.: Medical Power and Social Knowledge, London/Bervery Hills/Newbury Park etc. 1987

WHITE/CARTWRIGHT/
CORNONI-HUNTLEY et al.
1986

White, L.R.; Cartwright, W.S.; Cornoni-Huntley, J. et al.: Geriatric Epidemiology, in: Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 6 (1986), 215-311

WHO 1959

World Health Organisation (ed.): The Public Health Aspects of the Aging of the Population. Report of an Advisory Group, Oslo 28 July - 2. August 1958. Copenhagen 1959

WIRTH 1982

Wirth, W.: Inanspruchnahme sozialer Dienste. Bedingungen und Barrieren, Frankfurt/New York 1982

WOLINSKY/MOSELY II/COE
1986

Wolinsky, F.D.; Mosely II, R.R.; Coe, R.M.: A Cohort Analysis of the Use of Health Services by Elderly Americans, in: Journal of Health and Social Behavior, 27 (1986) 9, 209-219

WOOD-DAUPHINEE/
WILLIAMS 1987

Wood-Dauphinee, S.; Williams, J.I.: Reintegration to Normal Living as a Proxy to Quality of Life, in: Journal of Chronic Diseases, 40 (1987) 6, 491-499

ANHANG D

ERHEBUNG IN BERLIN (WEST) GRUNDINFORMATION ÜBER DIE METHODISCHE DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG IN DER GROSSSTADT

Bei der Untersuchungspopulation handelt es sich um eine geschichtete Zufallsstichprobe aus der Grundgesamtheit der melderechtlich registrierten Einwohner zweier innerstädtischer Verwaltungsbezirke von Berlin (West) der Geburtsjahrgänge 1897 bis 1916. Die Schichtungsmerkmale sind Alter (Kalenderjahr der Geburt) und Geschlecht. Die Abgrenzung der Strata orientierte sich an Absprachen für den geplanten nationalen und internationalen Vergleich und zusätzlich an Erfahrungen aus einer vorangehenden Untersuchung (vgl. BLUMENSTOCK/GARMS-HOMOLOVA/LEITNER/SCHAEFFER 1980; BLUMENSTOCK/GARMS-HOMOLOVA/HÜTTER/SCHAEFFER 1981). Es wurden acht Subgruppen gebildet. Jede umfaßt fünf Geburtsjahrgänge. Sie sind nicht gleichmäßig besetzt, um überproportionale Reduzierung einzelner Subgruppen aufgrund von Sterblichkeit, Hospitalisierung und Institutionalisierung in der nächsten Befragungswelle zu vermeiden. Dauerhaft institutionalisierte Personen wurden nicht berücksichtigt, wurden aber in einer 'follow-up' Erhebung befragt.

Die Stichprobenziehungen erfolgten im Landeseinwohneramt - Landesamt für Elektronische Datenverarbeitung - aus dem am 30.7.1986 aktualisierten Melderegister in systematischer Auswahl mit Zufallsstart (Ziehung jeder n-ten Karte). In der TABELLE 42 sind wichtige Größen für die Auswahl der Zielpersonen zusammengestellt.

Die Befragung verlief im Zeitraum von Mitte Oktober 1986 bis Ende Januar 1987. (Eine zweite Erhebung, auf die hier nur ausnahmsweise Bezug genommen wird, erfolgte ein Jahr später).

Der Befragung lag ein standardisierter Fragebogen zugrunde. Er umfaßt subjektive Beurteilungen und Einschätzungen der Probanden in vier thematischen Bereichen sowie sozio-demographische Daten und Informationen über den (biographischen) Lebenszusammenhang der Zielpersonen. Dieser Fragebogen ist auf eine persönliche Befragung der Probanden durch Interviewer abgestellt. Eine zweite, leicht gekürzte Fassung wurde für die notwendige postalische Befragung jener Probanden erarbeitet, die einen Besuch, nicht

jedoch die Befragung selbst, verweigerten. Ein zweites Instrument ist das sogenannte Interviewer-Protokoll (ein ebenfalls vollstandardisierter Erhebungsbogen) zur Einschätzung der allgemeinen Situation und der Befragungssituation durch die Interviewer. In Einzelfällen mußten sogenannte Ersatzpersonen anstelle der (meist aus Gesundheitsgründen) befragungsunfähigen Probanden interviewt werden.

Insgesamt wurden 427 Personen der Geburtsjahrgänge 1897 bis 1916 befragt. Sie leben in etwa zu gleichen Anteilen in Charlottenburg und Wilmersdorf. Die Resultate der Datenerhebung sind in der TABELLE 43 zusammengestellt. Die durchschnittliche Ausschöpfung von 61 v.H. verweist auf Spezialprobleme der Untersuchungen hochbetagter Großstadtbewohner, bei denen jene, die Befragungsfähigkeit beeinträchtigenden, Faktoren mit anderen Faktoren - beispielsweise mit extremen Mißtrauen und Furcht vor Kontaktaufnahme mit Fremden - zusammentreffen. Nicht unerwähnt soll die Tatsache bleiben, daß auch die sich bereits im Befragungszeitraum intensivierende Kampagne gegen die Volkszählung die Befragungsbereitschaft beeinflußt hat.

Nachfolgend wiedergegeben sind:

- Fragebogen zur Grundbefragung
- Interviewerprotokoll zur Grundbefragung

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

Fachbereich
Medizinische Grundlagenfächer
Institut für Soziale Medizin

FU

BERLIN

Freie Universität Berlin,
Institut für Soziale Medizin, Albrechtstr. 36a, D-1000 Berlin 41

STUDIE

"Versorgung alter Menschen - Bedarf und Barrieren"

Teilprojekt 1

Fragebogen "Grundbefragung"

Zeitraum: Oktober 1986 bis Januar 1987

Kartenart 01 1-2

Vom Interviewer auszufüllen

Probanden-Nr. | | | | | | | | | |

Kennziffer-Interviewer | | | | | | | | | |

Interview durchgeführt:

Datum: | | | | | | | | | |

Tag Mon. Jahr

Beginn: Uhrzeit

Sid. Min. | | | | | | | | | |

Ende: Uhrzeit

Sid. Min. | | | | | | | | | |

10-15

16-19

20-23

Gebiet: Wilmersdorf (1), Charlottenburg (2)

Geschlecht: männlich (1), weiblich (2)

24

25

26

leer

Zunächst benötige ich einige Angaben zu Ihrer Person

1. Wann sind Sie geboren?

Tag | | | | | | | | | |

Monat

Jahr | | | | | | | | | |

Proband versteht die Frage nicht

Proband weiß nicht, keine Angabe

27-28

29-30

31-32

33

34-35

2. Wann sind Sie also Jahre alt?

Antwort falsch

Proband versteht die Frage nicht

Proband weiß nicht, keine Angabe

36

37

38

39

CODE SPALTE

3. Wie lautet Ihre genaue Anschrift hier?
Interviewer:

Antwort richtig 1 37

Antwort falsch 2

Proband versteht die Frage nicht
Proband weiß nicht, keine Angabe

1 38

2

4. In welchem Bezirk liegt die Wohnung

Charlottenburg

Wilmersdorf

1 39

2

Interviewer: Antwort richtig

1 40

Antwort falsch 2

Proband versteht die Frage nicht
Proband weiß nicht, keine Angabe

1 41

2

Interviewer: Falls Sie feststellen, daß der Proband nicht in der Lage ist, den Fragen zu folgen und sie zu beantworten, suchen Sie eine Ersatzperson. (Wenn bisher alles gut gelaufen ist, weiter mit Frage 11.)

5. Das Interview mußte hier abgebrochen werden

1 42

6. Gründe: der Proband war (hatte)

- in sehr schlechtem Allgemeinzustand

- verwirrt / zu ängstlich

- depressiv / weinerlich

- apathisch

- hochgradig schwerhörig

- Sprechschwierigkeiten / Artikulationsprobleme

- sonstiges

1 43

2

3

4

5

6

7

Interviewer: Versuchen Sie eine Ersatzperson zu befragen (Erklärung siehe Interviewer-anweisung)

CODE SPALTE

12. Welchen Schulabschluss haben Sie?
 - kein Schulabschluss 1 50
 - Volksschulabschluss 2
 - Mittel-, Realschulabschluss, Mittlere Reife, Lyzeum, Fachschule 3
 - Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule 4
 - Abitur 5
13. Haben Sie eine Berufsausbildung abgeschlossen?
 - Überhaupt keine Berufsausbildung gehabt 1 51
 - keine Berufsausbildung abgeschlossen 2
 Weiter mit Frage 15 3
 Ja, abgeschlossen
14. Sind Sie angelernt gewesen?
 Weiter mit Frage 16 Ja 1 52
 Weiter mit Frage 16 nein 2
15. Welche Berufsausbildung war das?
 - Berufsschulabschluss mit gewerblicher oder landwirtschaftlicher Lehre 1 53
 - Berufsschulabschluss mit kaufmännischer / sonstiger Lehre 2
 - Berufsfachschulabschluss 3
 - Berufliches Praktikum, Volontariat 4
 Nur den höchsten Abschluss ankreuzen
 - Meister-, Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss 5
 - Fachhochschulabschluss (auch Ingenieurschulabschluss, höhere Fachschule) 6
 - Hochschul- / Universitätsabschluss (auch Kunsthochschule) 7
 - andere Ausbildung abgeschlossen 8

CODE SPALTE

7. Befragung einer Ersatzperson 1 44
8. Beziehung zum Probanden
 - Ehepartner / Lebensgefährtin 1 45
 - Kind / Enkel 2
 - anderer Verwandter 3
 - Freund / Bekannter 4
 - Nachbar 5
 - Pflegeperson / Fremdhelfer 6
 - sonstige 7
9. Die Ersatzperson wohnt in gemeinsamem Haushalt mit Probanden
 Ja 1 46
 nein 2
- Interviewer: nur bei Befragung von Ersatzperson
10. Besteht für den Probanden Pflegschaft oder Vormundschaft?
 - nein, weder Pflegschaft noch Vormundschaft 1 47
 - Ja, Pflegschaft 2
 - Ja, Vormundschaft 3
 - nicht erhebbar 4
- Interviewer: Achten Sie bei Befragungen von Ersatzpersonen darauf, daß die Fragen entsprechend formuliert werden müssen.
 Interviewer: Extl. Geburtstag und Alter nachtragen, falls noch nicht erhoben, s. S. 2 I
- Und jetzt möchte ich einiges über Ihre Vergangenheit wissen, über Ihre Schulzeit und Berufslieben
11. Wie lange sind Sie zur Schule gegangen?
 - Anzahl der Jahre 48-49

16. Was ist oder war Ihr Hauptberuf, d.h. der Beruf, den Sie am längsten ausgeübt haben?
 Weiter mit Hausfrau
 Frage 18 nie berufstätig gewesen

- Arbeiter (auch Landwirt-
schaftlicher Arbeiter)
- ungelernter Arbeiter
- angelernter Arbeiter
- Facharbeiter
- höchstqualifizierter Fach-
arbeiter

- Angestellte
- einfacher, ausführender Ange-
stellter (z.B. Kontorist,
Verkäufer)
- mittleren, qualifizierter
Angestellter (z.B. Buchhal-
ter, Kassierer)
- leitender hochqualifizierter
Angestellter (z.B. Abteil-
ungsleiter, Prokurist,
Ingenieur, Direktor)

- Beamte
- unterer Beamter (bis Ober-
sekretär einschließlich)
- mittlerer Beamter (bis Ammann,
Assessor einschließlich)
- höherer Beamter (bis Regie-
rungsrat etc.)

Interviewer: Fortsetzung nächste Seite

CODE SPALTE

01 54-55
 02

11
 12
 13
 14

21
 22
 23

Selbständige

- Kleiner Selbständiger (z.B. Einzelhändler, Kleinrentner, Geschäftl., Handwerker)
- mittlerer Selbständiger (z.B. Einzelhändler mit großem Ge-
schäft, Hauptverdiener)
- größerer / großer Selbständi-
ger (z.B. Fabrikbesitzer)
- Freier Beruf, selbständiger
Akademiker

41
 42
 43
 44

- selbständige Landwirte
- kleiner Landwirt (bis unter
5 ha / 20 Morgen)
- mittlerer Landwirt (5 ha /
20 Morgen bis unter 20 ha /
80 Morgen)
- großer Landwirt (20 ha /
80 Morgen und mehr)

51
 52
 53

17. Wie oft waren Sie genau, als Sie berentet bzw. pensioniert wurden?

Jahre 56-57
 trifft nicht zu 1 58

18. a) Wie ist Ihr Familienstand?

- verheiratet
- geschieden
- getrennt lebend
- nie verheiratet
- verheiratet

Weiter mit Frage 20 ←
 ← nie verheiratet
 ← verheiratet

b) Ist Ihr(e) Ehepartner(in) noch berufstätig oder bereits im Ruhestand?

- berufstätig
- im Ruhestand
- trifft nicht zu (Hausfrau,
nie berufstätig, etc.)

1 60
 2
 3

19. Was ist oder war der Hauptberuf Ihres Ehepartners / Ehepartnerin?

CODE SPALTE

61-62

01 02

- Hausfrau
- nie berufstätig gewesen

Arbeiter (auch landwirtschaftlicher Arbeiter)

11 12 13 14

- ungelernter Arbeiter
- angelernter Arbeiter
- Facharbeiter
- höchstqualifizierter Facharbeiter

Nur eine Nennung

Angestellte

21 22 23

- einfacher, ausführender Angestellter (z.B. Kontorist, Verkäufer)

- mittlerer, qualifizierter Angestellter (z.B. Buchhalter, Kassierer)

- leitender hochqualifizierter Angestellter (z.B. Abteilungsleiter, Projektleiter, Ingenieur, Direktor)

Beamte

31 32 33

- unterer Beamter (bis Obersekretär einschließl.)
- mittlerer Beamter (bis Ammann, Assessor einschließl.)
- höherer Beamter (bis Regierungsrat etc.)

Interviewer: Fortsetzung nächste Seite

CODE SPALTE

noch: 61-42

41 42 43 44

Selbständige

- kleiner Selbständiger (z.B. Einzelhändler mit kleinem Geschäft, Handwerker)

- mittlerer Selbständiger (z.B. Einzelhändler mit großem Geschäft, Hauptverdiener)

- größerer / großer Selbständiger (z.B. Fabrikbesitzer)

- Freier Beruf, selbständiger Akademiker

selbständige Landwirte

51 52 53

- kleiner Landwirt (bis unter 5 ha / 20 Morgen)

- mittlerer Landwirt (5 ha / 20 Morgen bis unter 20 ha / 80 Morgen)

- großer Landwirt (20 ha / 80 Morgen und mehr)

20. Arbeiten Sie gegenwärtig noch irgendwo? Ich meine, ob Sie oder unentgeltlich (z.B. ehrenamtlich) tätig sind?

1 2

- nicht tätig
- Weiter mit Frage 22 _____ arbeitet

21. a) Würden Sie gern wieder arbeiten?

1 2 3

Weiter mit Frage 23 _____ nein
_____ nicht in der Lage dazu
_____ ja

b) Würden Sie gern dazuverdienen oder geht es Ihnen eher darum, eine Beschäftigung zu haben?

1 2 3

Weiter mit Frage 23 _____ dazuverdienen
_____ um Beschäftigung
_____ weiß nicht

22. Handelt es sich dabei um eine

- Erwerbstätigkeit: Vollzeit
- Erwerbstätigkeit: Teilzeit
- Gelegenheitsarbeit / Aushilfe
- ehrenamtliche Tätigkeit
- unentgeltliche Hilfe für Verwandte oder Bekannte
- sonstiges

CODE SPALTE

<input type="checkbox"/>	1	66
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	5	
<input type="checkbox"/>	6	

23. Welche Einkommen haben Sie persönlich zur Zeit?

- Altersrente / Pension
- Witwenrente
- Kriegsbeschädigten-, Invalidenrente
- Unterhalt durch Ehepartner / Lebensgefährten
- Unterhalt durch sonstige Verwandte
- eigenes Vermögen, Zinsen, Einkommen aus Vermietungen und Verpachtungen, Ersparnisse, etc.
- Sozialhilfe
- Hilfspflegelohn oder sonstige Unterstützung
- sonstiges
- keine Aussage

Ja (1)

<input type="checkbox"/>	1	67
<input type="checkbox"/>	1	68
<input type="checkbox"/>	1	69
<input type="checkbox"/>	1	70
<input type="checkbox"/>	1	71
<input type="checkbox"/>	1	72
<input type="checkbox"/>	1	73
<input type="checkbox"/>	1	74
<input type="checkbox"/>	1	75
<input type="checkbox"/>	1	76
<input type="checkbox"/>	77-80	leer

Kartenart:
 Probanden-Nr.:

CODE SPALTE

<input type="checkbox"/>	02	1-2
<input type="checkbox"/>		3-7

24. Was ist Ihre wichtigste Einkommensquelle?

- Altersrente / eigene Pension
- Witwenrente
- Kriegsbeschädigten-, Invalidenrente
- Unterhalt durch Ehepartner / Lebensgefährten
- Unterhalt durch sonstige Verwandte
- eigenes Vermögen, Zinsen, Einkommen aus Vermietungen und Verpachtungen, Ersparnisse, etc.
- Sozialhilfe
- Hilfspflegelohn oder sonstige Unterstützung
- sonstiges
- keine Aussage

Nur eine Nennung

<input type="checkbox"/>	1	8
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	5	
<input type="checkbox"/>	6	
<input type="checkbox"/>	7	
<input type="checkbox"/>	8	
<input type="checkbox"/>	9	
<input type="checkbox"/>	0	

25. Können Sie mir jetzt anhand dieser Liste sagen, wie hoch ungefähr Ihr Haushaltsnettoeinkommen im Monat ist, d.h. was Sie nach Abzug von Steuern für Ihren Lebensunterhalt und laufende Ausgaben zur Verfügung haben? Nennen Sie nur den richtigen Buchstaben bitte.

Interviewer: Liste vorlegen

- | | | | | |
|--|---|------------------------|--------------------------|----|
| | A | unter 400 DM | <input type="checkbox"/> | 01 |
| | B | 400 bis unter 600 DM | <input type="checkbox"/> | 02 |
| | C | 600 bis unter 800 DM | <input type="checkbox"/> | 03 |
| | D | 800 bis unter 1100 DM | <input type="checkbox"/> | 04 |
| | E | 1100 bis unter 1500 DM | <input type="checkbox"/> | 05 |
| | F | 1500 bis unter 2000 DM | <input type="checkbox"/> | 06 |
| | G | 2000 bis unter 2500 DM | <input type="checkbox"/> | 07 |
| | H | 2500 bis unter 3000 DM | <input type="checkbox"/> | 08 |
| | I | 3000 bis unter 3500 DM | <input type="checkbox"/> | 09 |
| | J | 3500 DM und mehr | <input type="checkbox"/> | 10 |
| | | - weiß nicht | <input type="checkbox"/> | 11 |
| | | - keine Angabe | <input type="checkbox"/> | 00 |

26. Und wieviele Personen leben von diesem Haushaltsnettoeinkommen?

- | | | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------|---|----|
| | - nur Proband selbst / eine Person | <input type="checkbox"/> | 1 | 11 |
| | - zwei Personen | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| | - drei Personen | <input type="checkbox"/> | 3 | |
| | - vier Personen | <input type="checkbox"/> | 4 | |
| | - mehr als vier Personen | <input type="checkbox"/> | 5 | |

27. Und nun möchte ich Ihnen einige Fragen zu Ihrer Wohnung und Wohnsituation stellen.

Wie lange wohnen Sie schon in dieser Wohnung?

Wenn 5 Jahre und länger, weiter mit Frage 30

12-13

CODE SPALTE

Interviewer: Nur wenn Wohndauer weniger als 5 Jahre beträgt:

28. Aus welchen Gründen sind Sie umgezogen?

- die letzte Wohnung war zu teuer
- die letzte Wohnung war zu groß
- die letzte Wohnung war zu klein
- das Haus sollte ebgerissen werden
- die letzte Wohnung war zu un-bequem, ich kam nicht mehr zu-recht
- ich wollte mit jemandem zusammen-wohnen
- ich wollte keine Treppen mehr steigen
- das Haus wurde modernisiert
- sonstige Gründe

Nur eine Nennung

Liste vorlegen

- | | | |
|--------------------------|---|----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | 14 |
| <input type="checkbox"/> | 2 | |
| <input type="checkbox"/> | 3 | |
| <input type="checkbox"/> | 4 | |
| <input type="checkbox"/> | 5 | |
| <input type="checkbox"/> | 6 | |
| <input type="checkbox"/> | 7 | |
| <input type="checkbox"/> | 8 | |
| <input type="checkbox"/> | 9 | |

Nur wenn die Wohndauer weniger als 5 Jahre beträgt

29. Wo wohnen Sie vorher?

- im gleichen Haus, aber in anderer Wohnung
- in der gleichen Straße
- in der gleichen Gegend / im gleichen Stadtteil
- in einem anderen Stadtteil
- in Westdeutschland
- in der DDR / Ostberlin
- im Ausland
- sonstiges

- | | | |
|--------------------------|---|----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | 15 |
| <input type="checkbox"/> | 2 | |
| <input type="checkbox"/> | 3 | |
| <input type="checkbox"/> | 4 | |
| <input type="checkbox"/> | 5 | |
| <input type="checkbox"/> | 6 | |
| <input type="checkbox"/> | 7 | |
| <input type="checkbox"/> | 8 | |

Kartenart
Probanden-Nr. CODE SPALTE
03 1-2
3-7

Interviewer: nur an Verwitwete, Geschiedene,
getrennt Lebende und Ledige (siehe Frage 18)

38. Haben Sie eine(n) Lebensgefährtin(en), und wenn ja,
wohnen Sie mit ihr / ihm zusammen?
- keine vorhanden
- vorhanden, gemeinsames Wohnen
- vorhanden, getrenntes Wohnen

1 73
 2
 3

39. Wieviele Räume - Zimmer und Küche - haben Sie hier?
Interviewer: Kochtische und Badezimmer werden nicht
mitgerechnet.

74

40. Haben Sie eine eigene Kochgelegenheit oder teilen Sie
die mit anderen Familien (auch aus dem Verwandten-
kreis)?

1 75
 2

41. a) Haben Sie ein Badezimmer oder eine Dusche?

ja 1 76
nein 2

b) Haben Sie die Möglichkeit, ein Bad oder eine
Dusche mitzubenzutzen?

ja 1 77
nein 2

78-80
leer

Eintragen: Kartenart
Probanden-Nr.

42. Haben Sie in der Wohnung fließend Warmwasser?

Ja 1 8
nein 2

43. Haben Sie eine Toilette in der Wohnung oder
außerhalb?

1 9
 2

44. Müssen Sie die Toilette mit anderen Familien
oder Haushalten (auch aus dem Verwandten-
kreis) teilen?

Ja 1 10
nein 2

45. Wie wird die Wohnung beheizt?

Nur eine
Nennung 1 11
 2
 3
Weiter mit
Frage 48 4
 5
 6
- einzelne Kohleöfen
- einzelne Öfen
← Zentralheizung
← Etagenheizung (Gas, Elektro)
← Heizlüfter / Elektrostrahl器
← sonstiges

46. Haben Sie jemanden, der Ihnen hilft, die Kohle
(das Öl) in die Wohnung zu bringen? Oder benötigen
Sie keine Hilfe?

1 12
 2
Weiter mit
Frage 48 3
 4
- regelmäßige Hilfe vorhanden
- gelegentliche Hilfe vorhanden
← keine Hilfe vorhanden
← braucht keine Hilfe

47. Und wer hilft Ihnen dabei?

1 13
 2
 3
 4
- Angehörige
- Nachbarn / Freunde
- Haushaltshilfe
- andere Personen

Und zur Lage Ihrer Wohnung

48. a) Die Wohnung liegt im

- Vorderhaus

- Seitenflügel

- Rückgebäude / Gartenhaus

- Einfamilienhaus

1

2

3

4

14

b) Sind Ihre Wohnräume auf mehrere Stockwerke verteilt?

ja

nein

15

1

2

49. Welche Etage ist es hier?

- Souterrain

- Erdgeschoß

- 1. Etage

- 2. Etage

- 3. Etage

- 4. Etage

- 5. Etage und höher

16

1

2

3

4

5

6

7

50. Gibt es einen Fahrstuhl?

ja

nein

17

1

2

51. Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Treppensteigen hier?

- nein, keine Schwierigkeiten

- ja, gewisse Schwierigkeiten

- ja, große Schwierigkeiten

- ja, ich schaffe es nicht mehr

18

1

2

3

4

52. Und wie ist es mit der Ausstattung, haben Sie

ja nein

- eine automatische Waschmaschine

- einen Kühlschrank

- eine Tiefkühltruhe oder Eisfach im Kühlschrank

- ein Telefon

- ein Rundfunkgerät

- ein Fernsehgerät

- einen Staubsauger

1

2

1

2

1

2

1

2

1

2

53. Haben Sie einen Balkon, einen Garten oder können Sie einen Garten mitbenutzen?

- nur Balkon

- nur Garten

- nur Gartenbenutzung

- Balkon und Garten

- Balkon und Gartenbenutzung

- nichts davon

1

2

3

4

5

6

Jetzt möchte ich einige Fragen zu Ihrer Gesundheit stellen.

54. Wie beurteilen Sie Ihre jetzige Gesundheit, ist sie sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht?

- sehr gut

- gut

- mittelmäßig

- schlecht

- sehr schlecht

1

2

3

4

5

CODE SPALTE

57. Haben Sie derzeit eine oder mehrere der folgenden Krankheiten?

Interviewer: fragen Sie zunächst jede einzelne Erkrankung ab. Wenn der Proband angibt, bestimmte Krankheiten zu haben, fragen Sie weiter, inwieweit dadurch seine täglichen Aktivitäten eingeschränkt sind.

Krankheit _____ ja — nein

(1) (2) (3) (4)

keine geringe große

Aktivitätseinschränkungen

CODE SPALTE

55. Wenn Sie Ihre eigene Gesundheit mit dem Gesundheitszustand anderer, ungefähr gleichaltriger Menschen vergleichen, finden Sie Ihre eigene Gesundheit besser, etwa gleich oder schlechter?

1 28
 1
 2
 3
 4

- besser
- etwa gleich
- schlechter
- kann nicht sagen

56. Im letzten halben Jahr: an wievielen Tagen waren Sie krank oder fühlten sich so schlecht, daß Sie nicht in der Lage waren, Ihren gewohnten Beschäftigungen nachzugehen?

1 29
 1
 2
 3
 4
 5
 6

- gar nicht krank gewesen
- weniger als eine Woche
- eine Woche und länger, aber weniger als einen Monat
- ein bis drei Monate
- fast dauernd
- kann nicht sagen

Arthritis / Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	30
grüner Star (Glaukoma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	31
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	32
chronische Bronchitis oder Emphysem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	33
Bluthochdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	34
Herzleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	35
Durchblutungsstörungen in den Armen oder Beinen (periphere Durchblutungsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	36
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	37
Geschwüre (Ulcera) des Verdauungssystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	38
andere Erkrankungen an (oder Probleme mit) dem Magen oder der Gallenblase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	39
Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	40
Nierenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	41
andere urologische und Harnröhrenkrankungen (incl. Prostataprobleme bei Männern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	42
Krebskrankung / Leukämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	43
Blutarmut / Anämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	44
Schlaganfallfolgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	45

CODE SPALTE

75. Gehen Sie täglich spazieren oder wie oft in der Woche machen Sie einen Spaziergang:

- nicht jede Woche
- 1 mal / Woche
- 2 - 3 mal / Woche
- 4 - 6 mal / Woche
- täglich

<input type="checkbox"/>	1	24
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	5	
<input type="checkbox"/>	6	

Weiter mit \leftarrow — gar nicht
Frage 77

76. Und wie lange dauert so ein Spaziergang ungefähr?

- bis zu 10 Minuten
- 10 bis 30 Minuten
- halbe Stunde bis Stunde
- bis anderthalb Stunden
- länger

<input type="checkbox"/>	1	25
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	5	

CODE SPALTE

70. Und nun möchte ich gerne Näheres über Ihre Lebensgewohnheiten erfahren.

70. Halten Sie sich meist zuhause auf oder gehen Sie viel aus?

- zuhause
- ausgehen
- unentschieden

<input type="checkbox"/>	1	19
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	3	

71. Was schaffen Sie körperlich: schwere Arbeit (Fenster putzen, ganzer Hausputz), leichte Arbeit (Staubsaugen, Abwasch) oder können Sie gar nichts mehr machen?

- schwere körperliche Arbeit
- leichte Arbeit
- gar nichts mehr

<input type="checkbox"/>	1	20
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	3	

72. Tun Sie auch etwas für Ihre Bewegung, z.B. Wandern, Laufen, Schwimmen, Gymnastik oder andere Sportarten?

Weiter mit Frage 75 \leftarrow ja — nein

<input type="checkbox"/>	1	21
<input type="checkbox"/>	2	

73. Wie lange verbringen Sie ungefähr täglich mit solchen sportlichen Betätigungen?

- nicht jeden Tag
- weniger als 1 Stunde
- 1 - 2 Stunden
- mehr als 2 Stunden

<input type="checkbox"/>	1	22
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	4	

74. Machen Sie es eher scheinend oder nehmen Sie schon Anstrengungen auf sich?

- eher scheinend
- ich nehme schon Anstrengungen auf mich

<input type="checkbox"/>	1	23
<input type="checkbox"/>	2	

77. Und womit beschäftigen Sie sich in Ihrer Freizeit, nach der Hausarbeit und den alltäglichen Besorgungen? Ich nenne Ihnen jetzt einige mögliche Aktivitäten, die Sie in Ihrer Freizeit ausüben könnten. Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie sie machen, und was Sie regelmäßig tun.

Interviewer: Jede Tätigkeit abfragen

	nie (1)	manch- mal (2)	regelmäßig (3)	SPALTE
Bücher lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26
Zeitung lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
Zeitschriften lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28
Handarbeiten / Basteln / Handwerken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
im Garten arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
Radio hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31
zum Tanzen gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33
an Familienfeiern teilnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34
Besuche machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35
Besuche empfangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36
ins Kino gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37
kulturelle und Bildungs- veranstaltungen besuchen (z.B. Theater, Konzerte, Volkschachspiele)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
Gottesdienste und sonstige kirchliche Veranstaltungen besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39
Musizieren, Singen, Malen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40
Rätsel lösen, Kreuzwort- rätsel lösen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41
in Urlaub fahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42
Briefe schreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43
ins Café, Restaurant, Gast- haus (Stammisch) gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44
Karten spielen / Gesellschafts- spiele machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45

	nie (1)	manch- mal (2)	regelmäßig (3)	SPALTE
Sportveranstaltungen (z.B. Fußballspiele) als Zu- schauer besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46
im Grünen, z.B. in einem Park auf einer Bank sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47
aus dem Fenster schauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48
schlafen, Nickerchen machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49
Notieren:				
sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50
gar nichts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51

CODE SPALTE

78. Manchmal fallen älteren Menschen bestimmte Tätigkeiten schwer. Ich würde gern erfahren, ob Sie folgende Tätigkeiten ohne Schwierigkeiten, mit einigen Schwierigkeiten aber ohne Hilfe, oder nur mit Hilfe schaffen?

Interviewer: Achtung! Vor jeder der nächsten aufgeführten Tätigkeiten die Frage "Sind Sie in der Lage ...?" wiederholen.

Sind Sie in der Lage

	(1)	(2)	(3)	(4)
(1) sich draußen fortzubewegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) sich von einem Zimmer zum anderen fortzubewegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) eine Treppe zu benutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) mindestens 400 m spazieren zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) schwere Sachen zu tragen z.B. eine Einkaufstasche mit 6 vollen Flaschen ungefähr 100 m weit zu tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) eine Toilette zu benutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) sich selbst zu waschen und zu baden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) sich an- und ausziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) sich ins Bett zu legen und aufzusehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) für sich selbst zu kochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11) selbst zu essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12) sich die Fußnägel zu schneiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CODE SPALTE

	(1)	(2)	(3)	(4)
ja, ohne Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja, mit einigen Schwierigkeiten, aber ohne Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja, aber nicht ohne Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nein, ich bin dazu nicht in der Lage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(13) leichte Hausarbeiten zu machen (z.B. Geschirrspülen usw.)

(14) schwere Hausarbeiten zu machen (z.B. Fenster putzen, Hausputz?)

<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

79. Wenn Sie Ihre körperlichen Fähigkeiten jetzt und vor einem Jahr vergleichen, sind Sie jetzt aktiver, etwa gleich aktiv, etwas weniger oder erheblich weniger aktiv?

- aktiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- etwa gleich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- etwas weniger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- erheblich weniger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CODE SPALTE

81. Steht Ihnen bei Bedarf ein Auto zur Verfügung:
Dann: Wie oft benutzen Sie es? Oder nur manchmal?
Oder fahren Sie noch selbst?
- Ja, Auto immer verfügbar
 - Ja, Auto manchmal verfügbar
 - nein, nicht verfügbar
 - anderes Arrangement

<input type="checkbox"/>	1	75
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	4	

Vielen Dank, zwei Drittel der Fragen haben wir
bereits hinter uns. Als nächstes haben wir noch
einige Fragen zur Gesundheitsversorgung.

82. Wann waren Sie zum letzten Mal beim Arzt?
- heute oder gestern
 - diese Woche
 - letzte Woche
 - vor 2 - 4 Wochen
 - vor 1 - 2 Monaten
 - vor längerer Zeit
 - kann sich nicht erinnern
 - noch nie
 - hat keinen Arzt

<input type="checkbox"/>	1	76
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	5	
<input type="checkbox"/>	6	
<input type="checkbox"/>	7	
<input type="checkbox"/>	8	
<input type="checkbox"/>	9	

83. Und wann haben Sie zum letzten Mal einen Haus-
besuch vom Arzt gehabt?

<input type="checkbox"/>	1	77
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	5	
<input type="checkbox"/>	6	
<input type="checkbox"/>	7	
<input type="checkbox"/>	8	
<input type="checkbox"/>	9	

- heute oder gestern
- diese Woche
- letzte Woche
- vor 2 - 4 Wochen
- vor 1 - 2 Monaten
- vor längerer Zeit
- kann sich nicht erinnern
- noch nie
- hat keinen Arzt

CODE SPALTE

80. Und wie ist es mit anderen Tätigkeiten, z.B. mit

ja, ohne Schwierigkeiten	(1)	(2)	(3)	(4)
ja, mit einigen Schwierig- keiten, aber nicht ohne Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nein, ich bin dazu nicht in der Lage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- (1) dem Telefonieren: Sind Sie in
der Lage, eine Nummer aus
dem Telefonbuch zu suchen
und auch zu wählen?
- (2) Lebensmittel und Kleider ein-
kaufen: Sind Sie dazu in der
Lage?
- (3) Ämter- und Einrichtungen liegen
ort weit entfernt: Sind Sie in
der Lage, sie aufzusuchen?
- (4) Können Sie öffentliche Ver-
kehrsmittel benutzen: Busse,
U-Bahn, S-Bahn und Taxi?
- (5) Sind Sie in der Lage, die
vom Arzt verschriebenen
Medikamente einzunehmen?
- (6) Sind Sie in Lage, Geld abzu-
zählen?
- (7) Sind Sie in der Lage, Anträge
für Sozialleistungen (z.B. bei der
Post, bei der Bank und bei
den Ämtern) auszufüllen?
- (8) Sind Sie in der Lage, ohne
Begleitung zu Fuß oder mit
Öffentlichen Verkehrsmitteln
zu einem Arzt zu gelangen?

CODE SPALTE

84. Macht Ihr Arzt Hausbesuche?

- immer wenn nötig
- gelegentlich
- in Ausnahmefällen
- nie
- hat keinen Arzt
- weiß nicht

<input type="checkbox"/>	1	78
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	5	

79-80
leerEintrag: Kartenart
Probanden-Nr.

<input type="checkbox"/>	05	1-2
<input type="checkbox"/>		3-7

85. Wie oft wurden Sie während der letzten 6 Monate von einem niedergelassenen Facharzt (Spezialisten) oder im Krankenhaus ambulant untersucht?

- Anzahl der Untersuchungen
- gar nicht

<input type="checkbox"/>		8-9
<input type="checkbox"/>	00	

86. Und wie oft mußten Sie in den letzten 6 Monaten wegen erblich bedingter, traumatischer, brennstoffwechslerischer, Nervosität, oder anderer Beschwerden einen Facharzt aufsuchen?

- Anzahl
- gar nicht

<input type="checkbox"/>		10-11
<input type="checkbox"/>	00	

87. War das auch einmal ein Nervenarzt oder ein Psychiater oder waren es andere Fachleute?

- Psychiater
- Nervenarzt
- Nervenarzt und Psychiater
- andere Fachleute
- weiß nicht
- keine Angaben

<input type="checkbox"/>	1	12
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	5	
<input type="checkbox"/>	6	

CODE SPALTE

88. Wie oft haben Sie während der letzten 12 Monate einen Zahnarzt aufgesucht?

(a) wegen Ihrer Zähne?

- Anzahl der Besuche

<input type="checkbox"/>		13-14
<input type="checkbox"/>	00	

(b) wegen Ihres Zahneraizes?

- Anzahl der Besuche

<input type="checkbox"/>		15-16
<input type="checkbox"/>	00	

89. Haben Sie schon mal von Hauspflege, Hauskrankenpflege und den sogenannten Sozialstationen gehört? Haben Sie die Hauspflege bzw. auch Hauskrankenpflege auch schon in Anspruch genommen?

- Hauspflege / Hauskrankenpflege gehabt

<input type="checkbox"/>	1	17
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	5	

Weiter mit

← nicht gehört

Frage 93 ← gehört, nicht beansprucht

← weiß nicht

← keine Angabe

91. Wann ist die Pflegerin (der Pfleger) zum letzten Mal hier gewesen?

- heute
- vor ein paar Tagen
- vor 1 Woche
- vor 2 Wochen
- vor 3 Wochen
- vor 4 Wochen
- länger her
- kann sich nicht erinnern

<input type="checkbox"/>	1	18
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	5	
<input type="checkbox"/>	6	
<input type="checkbox"/>	7	
<input type="checkbox"/>	8	

92. Wie oft kommt die Pflegerin (der Pfleger) oder wie oft kam sie / er damals?

- zweimal täglich
- einmal täglich
- 2 - 5 mal die Woche
- 1 mal die Woche
- 1 mal in 14 Tagen
- 1 mal im Monat
- seltener
- weiß nicht

<input type="checkbox"/>	1	19
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	5	
<input type="checkbox"/>	6	
<input type="checkbox"/>	7	
<input type="checkbox"/>	8	

CODE SPALTE

93. Weren Sie in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus?
 - Krankenhaus ja 1 20
 Weiter mit \leftarrow Krankenhaus nein 2

94. Wie viele Male wurden Sie aufgenommen?
 - Anzahl der Aufnahmen 21-22
 - kann sich nicht erinnern 99

95. Und wieviele Tage verbrachten Sie alles in allem während der letzten 12 Monate in Krankenhäusern?
 Anzahl der Tage 23-25
 Auf Tage umrechnen

96. Sind Sie während der letzten 12 Monate operiert worden?
 - einmal 1 26
 - zweimal 2
 - dreimal 3
 - viermal und öfter 4
 - gar nicht 5

97. Wurden Sie während der letzten 12 Monate in einer anderen Einrichtung aufgenommen, z.B. in einem Krankenhaus oder Pflegeheim?
 - ja 1 27
 - nein 2
 - weiß nicht 3

98. Und wie oft ist es mit anderen Gesundheitsdiensten, nehmen Sie
 einzeln ja nein
 abfragen 1 2 28
 - Massagen 1 2 29
 - medizinische Bäder 1 2 30
 - Krankengymnastik 1 2 31
 - Fußpflege 1 2 31

CODE SPALTE

99. Manche älteren Menschen haben Angst vor einem Notfall oder einem Unfall in der Wohnung. Was wurden Sie tun, um Hilfe zu erreichen?
 - Telefonieren: Nostruf / Polizei 1 32
 - Hausarzt anrufen 1 33
 - Kinder / Verwandte telefonisch anrufen 1 34
 - besitzt Hausnostruf 1 35
 - es list immer jemand da 1 36
 - aus dem Fenster rufen 1 37
 - klingeln, klopfen, Lärm machen, rufen 1 38
 - Nachbarn alarmieren 1 39
 - warten bis jemand kommt 1 40
 - sonstiges 1 41
 - weiß nicht 1 42
 - keine Angaben 1 43

100. Hatten Sie schon mal gesundheitliche Probleme und Sorgen, ohne zu wissen, an wen Sie sich wenden sollten?
 ja 1 44
 nein 2

101. Siehen Sie auf einer Warteliste, um in ein Krankenhaus oder in ein Seniorenheim oder eine andere Einrichtung aufgenommen zu werden?
 Weiter mit Frage 103 \leftarrow ja 1 45
 nein 2

102. Wie lange schon?
 Anzahl der Wochen 46-47

CODE SPALTE

103. Jetzt zähle ich einige Medikamente auf, die häufig eingenommen werden. Sagen Sie mir bitte, ob Sie diese regelmäßig eingenommen haben, und ob Sie diese Mittel regelmäßig oder nur ab und zu eingenommen haben.

Einzeln abfragen	regelmäßig (1)	ab und zu (2)	nein (3)	weiß nicht (4)
Herzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruckmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittel zur Durchblutungsförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittel gegen Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittel gegen Magenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abführmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumamittel und Mittel gegen Rheumaschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Mittel für die Nerven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulinspritzen gegen zu hohen Blutzucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwässerungspillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CODE SPALTE

104. Und wie ist mit Diensten und Hilfen, die vom Sozialamt oder von anderen Organisationen Ihnen angeboten werden, ob Sie diese Dienste annehmen und Sie bitten, mir zu sagen, ob Ihnen diese Hilfen bekannt sind.

Interviewer: Einzelne Punkte vorlesen. Falls bekannt, nachfragen, ob der Proband diese Leistung in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen hat.

	bekannt		genutzt	Seltener genutzt	(3)	(4)
	ja	nein				
(1) Beratung durch einen Sozialarbeiter oder Fürsorger oder Beratungsstellen des Sozialamtes, des Wohlfahrtsverbände	<input type="checkbox"/>					
(2) Freizeitangebote für Senioren, z.B. Seniorentage, Demoparty, etc.	<input type="checkbox"/>					
(3) Kulturelle Angebote für Senioren vom Bezirksamt, z.B. Freikarten für Theater, Konzert, Kino, etc.	<input type="checkbox"/>					
(4) Bildungsveranstaltungen für Senioren z.B. vom Bezirksamt oder Volkshochschule	<input type="checkbox"/>					

CODE SPALTE

112. Und wie ist es, wenn Sie Pflege benötigen? Wer kann Sie im Krankheits- oder im Bedarfsfälle pflegen?

- Ehepartner / Partner 1 22
- Kinder / Schwiegerkinder 1 23
- Enkel 1 24
- Geschwister 1 25
- andere Verwandte 1 26
- Freunde / Bekannte 1 27
- Mitbewohner 1 28
- Nachbarn 1 29
- eine Pflegerin / Krankenschwester 1 30
- sonstige Personen 1 31
- ich gehe ins Heim 1 32
- ich habe niemanden 1 33
- weiß nicht 1 34

Mehrfachnennungen erlaubt

113. An wen wenden Sie sich mit schwierigen persönlichen Problemen, wenn Sie sich aussprechen wollen?

- Ehepartner / Partner 1 35
- Kinder / Schwiegerkinder 1 36
- Enkel 1 37
- Geschwister 1 38
- andere Verwandte 1 39
- Freunde / Bekannte 1 40
- Mitbewohner 1 41
- Nachbarn 1 42
- sonstige Personen 1 43
- hat niemanden 1 44
- weiß nicht 1 45

Mehrfachnennungen erlaubt

CODE SPALTE

06 1-2 3-7

Kartenart Probanden-Nr.

ja 1 8
nein 2

109. Haben Sie gute Freunde?

110. Welche der folgenden Behauptungen beschreibt Ihr Verhältnis zu Ihren Nachbarn am besten? Ich lese Ihnen jetzt vier Möglichkeiten für und gegen Sie vor. Mir dann, was Sie am meisten für zutreffend halten!

- Wir helfen uns gegenseitig, wenn immer es notwendig ist (Beziehungen eng, aber mindestens einer Person) 1 9
- Wir haben gute Beziehungen, aber besuchen uns nur selten 2
- Wir grüßen uns im Treppenhaus 3
- Ich habe gar keinen Kontakt zu meinen Nachbarn 4

Nur eine Nennung

111. Wenn Sie gelegentlich Hilfe benötigen, wer hilft Ihnen dann (z.B. Ihr Ehepartner, Ihre Kinder oder Enkel, Ihre Geschwister, andere Verwandte oder Nachbarn oder sonst jemand)? Oder wenden Sie niemanden? Oder wollen Sie gar keine Hilfe?

- Ehepartner / Partner 1 10
- Kinder / Schwiegerkinder 1 11
- Enkel 1 12
- Geschwister 1 13
- andere Verwandte 1 14
- Freunde / Bekannte 1 15
- Mitbewohner 1 16
- Nachbarn 1 17
- sonstige Personen 1 18
- hat niemanden 1 19
- will keine Hilfe 1 20
- weiß nicht 1 21

Mehrfachnennungen erlaubt

117. Wann haben Sie zum letzten Mal Besuch gehabt?

- heute oder gestern
- vor einigen Tagen
- vor etwa 1 Woche
- vor etwa 2 Wochen
- etwa vor 1 Monat
- etwa vor 1/2 Jahr
- vor mehr als 1/2 Jahr
- kein Besuch seit langem
- weiß nicht

<input type="checkbox"/>	1	68
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	5	
<input type="checkbox"/>	6	
<input type="checkbox"/>	7	
<input type="checkbox"/>	8	
<input type="checkbox"/>	9	

118. Wer hat Sie zuletzt besucht?

- Kinder / Schwiegerkinder
- Enkel
- Geschwister
- andere Verwandte
- Freunde / Bekannte
- Nachbarn
- sonstige Personen
- weiß nicht mehr

<input type="checkbox"/>	1	69
<input type="checkbox"/>	1	70
<input type="checkbox"/>	1	71
<input type="checkbox"/>	1	72
<input type="checkbox"/>	1	73
<input type="checkbox"/>	1	74
<input type="checkbox"/>	1	75
<input type="checkbox"/>	1	76

119. Wann haben Sie selbst zum letzten Mal jemanden besucht?

- heute oder gestern
- vor einigen Tagen
- vor etwa 1 Woche
- vor etwa 2 Wochen
- etwa vor 1 Monat
- etwa vor 1/2 Jahr
- vor mehr als 1/2 Jahr
- schon länger nicht mehr
- weiß nicht

<input type="checkbox"/>	1	77
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	5	
<input type="checkbox"/>	6	
<input type="checkbox"/>	7	
<input type="checkbox"/>	8	
<input type="checkbox"/>	9	

114. Und umgekehrt, wer kommt manchmal zu Ihnen, um sich auszusprechen?

- Ehepartner / Partner
- Kinder / Schwiegerkinder
- Enkel
- Geschwister
- andere Verwandte
- Freunde / Bekannte
- Mitbewohner
- Nachbarn
- sonstige Personen
- niemanden
- weiß nicht

<input type="checkbox"/>	1	46
<input type="checkbox"/>	1	47
<input type="checkbox"/>	1	48
<input type="checkbox"/>	1	49
<input type="checkbox"/>	1	50
<input type="checkbox"/>	1	51
<input type="checkbox"/>	1	52
<input type="checkbox"/>	1	53
<input type="checkbox"/>	1	54
<input type="checkbox"/>	1	55
<input type="checkbox"/>	1	56

115. Helfen Sie bei der Betreuung Ihrer Enkelkinder oder anderer Kinder (rein wirtschaftliche Unterstützung ist dabei nicht gemeint)?

Ja	<input type="checkbox"/>	1	57
nein	<input type="checkbox"/>	2	

116. Pflegen Sie zur Zeit jemanden aus dem Verwandten- oder Bekanntenkreis?

- Ehepartner / Partner
- Kinder / Schwiegerkinder
- Eltern / Schwiegereltern
- Geschwister
- andere Verwandte
- Freunde / Bekannte
- Mitbewohner
- Nachbarn
- sonstige Personen
- niemanden

<input type="checkbox"/>	1	58
<input type="checkbox"/>	1	59
<input type="checkbox"/>	1	60
<input type="checkbox"/>	1	61
<input type="checkbox"/>	1	62
<input type="checkbox"/>	1	63
<input type="checkbox"/>	1	64
<input type="checkbox"/>	1	65
<input type="checkbox"/>	1	66
<input type="checkbox"/>	1	67

CODE SPALTE

131. Jetzt haben wir es geschafft! Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Wären Sie damit einverstanden, wenn ich oder jemand anderes von der Freien Universität Sie nach einem Jahr nochmals besuchen würde, um sich zu erkundigen, wie sich Ihre Situation entwickelt hat?

<input type="checkbox"/>	1	35
<input type="checkbox"/>	2	35
<input type="checkbox"/>	3	35-38

- ja
- nein
- unentschieden

Interviewer: sind auf Seite 2 alle Angaben gemacht? ist Geburtsdatum / Alter vorhanden?

leer

CODE SPALTE

126. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem gegenwärtigen Leben?

- sehr zufrieden
- zufrieden
- teils teils
- eher unzufrieden
- sehr unzufrieden
- kann nicht sagen

<input type="checkbox"/>	1	30
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	5	
<input type="checkbox"/>	6	

127. Wie beurteilen Sie Ihre wirtschaftliche Lage: gut, zufriedenstellend oder schlecht?

- gut
- zufriedenstellend
- schlecht
- kann nicht sagen

<input type="checkbox"/>	1	31
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	4	

128. Wie oft sehnen Sie sich nach Kontakt zu anderen Menschen und nach Gesellschaft?

- häufig
- gelegentlich
- nie
- kann nicht sagen

<input type="checkbox"/>	1	32
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	4	

129. Sind Sie es manchmal oder häufig leid zu leben?

- häufig
- manchmal
- nie
- kann nicht sagen

<input type="checkbox"/>	1	33
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	4	

130. Wenn Sie Ihr Leben nochmals von vorne anfangen könnten, würden Sie mehr oder weniger in der gleichen Weise tun wollen, wie Ihr jetziges Leben ist?

- ja
- nein
- kann nicht sagen

<input type="checkbox"/>	1	34
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	3	

STUDIE

"Versorgung alter Menschen - Bedarf und Barrieren"

Interviewerprotokoll "Grundbefragung"

CODE SPALTE

Karte 7 wird fortgesetzt

Interviewer-Protokoll

Liebe(r) Interviewer(-in),
bitte fertigen Sie unmittelbar nach der durchgeführten
Befragung ein Protokoll an. Es besteht aus einigen
vorstrukturierten Beurteilungen und offenen Fragen.
In diesem Protokoll sollen Sie Ihre persönlichen Ein-
drücke notieren.

Eintragen

Interviewer-Nr.: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Probanden-Nr.: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

39-40

41-45

- Die Informationen im Interview stammen
 - ausschließlich vom Probanden 1 45
 - vom Probanden und einer an-
deren anwesenden Person 2
 - vom Probanden und mehreren
anwesenden Personen 3
 - nur von sog. Ersatzperson(en),
die anstelle des Probanden
befragt wurde(n) 4

- Die Fragen wurden
 - vollständig beantwortet 1 47
 - überwiegend beantwortet 2
 - nur zu einem kleinen Teil
beantwortet 3
 - praktisch nicht beantwortet
(Abbruch) 4

- Warum hat der Proband einige / zahlreiche Fragen
nicht beantwortet?
.....
.....
.....

CODE SPALTE

- Wie beurteilen Sie persönlich den Gesundheitszustand
des Probanden? Als:
 - 1 - sehr gut
 - 2 - gut
 - 3 - mittelmäßig
 - 4 - eher schlecht
 - 5 - sehr schlecht

51

- War der Proband zum Zeitpunkt des Interviews
bettlägerig?
 - ja 1 52
 - nein 2

52

Bemerkung
.....
.....

53-55

- Was glauben Sie, wie kommt der Proband mit den
alltäglichen Anforderungen zurecht?
 - 1 - sehr gut
 - 2 - gut
 - 3 - mittelmäßig
 - 4 - schlecht
 - 5 - gar nicht

56

- Hatten Sie den Eindruck, daß der Proband gesunde
Urteilsfähigkeit und Durchblick besitzt?
 - ja 1 57
 - nein 2

57

- Welchen Eindruck machte der Proband im großen und
ganzen?
 - 1 - sehr zufrieden
 - 2 - einigermaßen zufrieden
 - 3 - weder zufrieden noch
unzufrieden
 - 4 - unzufrieden
 - 5 - sehr unzufrieden und
unglücklich

59

CODE SPALTE

9. Wie war das Verhalten des Probanden während des Interviews überwiegend?

- geistig rege und aufgeweckt 1 59
- interessiert und kooperativ 2
- depressiv und weinerlich 3
- zurückweisend und lethargisch 4
- kognitiv, übermäßig ange-spannt 5
- voll Klagen über viele Beschwerden 6
- ungewöhnlich, mißtrauisch 7
- unangemessen und bizarr 8
- jovial, schwatzhafte, oder gar aufgekratzt 9

10. Hatten Sie den Eindruck, daß dem Probanden irgend-wie geholfen werden müßte?

- | | dringend
(1) | eventuell
(2) | nein
(3) |
|---|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| In wirtschaftlicher Hinsicht | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 60 |
| bei Besorgungen und Gängen außer Haus | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 61 |
| bei Hausarbeiten | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 62 |
| bei persönlicher Pflege und hygienischen Ver-richtungen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 63 |
| gegen Einsamkeit und Verlassenheit | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 64 |
| bei Schmerzen und Gesund-heitsproblemen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 65 |
| bei körperlicher und / oder seelischer Über-forderung | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 66 |

Sonstige Anregungen und Vorschläge 67-69

Interview durchgeführt am
Unterschrift:

79-80
leer

CODE SPALTE

11. Welchen Eindruck machte die wirtschaftliche Situation des Probanden?

- wohl situiert 1 70
- gut 2
- weniger gut bis ärmlich 3
- sehr arm / ausgesprochen bedürftig 4

12. Welchen Eindruck machte die persönliche Hygiene des Probanden auf Sie?

- sehr gepflegt und adrett 1 71
- ordentlich und sauber 2
- mittelmäßig 3
- eher ungepflegt und unsauber 4
- verwahrlost 5

13. Welchen Eindruck machten die Wohnung und die Wohnhygiene?

- sehr sauber und in bester Ordnung 1 72
- sauber und in Ordnung 2
- mittelmäßig 3
- etwas vernachlässigt und nicht ganz sauber 4
- verschmutzt, verwahrlost 5

14. Bitte notieren Sie noch alles, was Sie im Kontext unserer Untersuchung für wichtig halten:

..... 73-75

..... 76-78

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

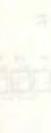
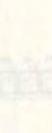
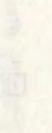
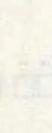
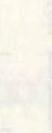
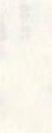
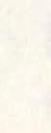
.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....



ANHANG E

ERHEBUNG IN KASSEL-LAND. GRUNDINFORMATION ÜBER DIE METHODISCHE DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG AUF DEM LANDE

Die Untersuchungspopulation wurde als eine geschichtete Zufallsstichprobe aus der Grundgesamtheit der melderechtlich registrierten Einwohner der Geburtsjahrgänge 1926 und früher (N = 470) der drei ausgewählten Gemeinden im Landkreis Kassel gezogen. Die Schichtungsmerkmale waren Alter (Kalenderjahr der Geburt) und Wohnorttyp (Zentralgemeinde oder Ortsteil). Dementsprechend wurden zwölf Subgruppen gebildet. Je zehn Subgruppen umfassen fünf Geburtsjahrgänge während für die über 85jährigen keine Altersgrenze gezogen wurde. Die älteste Probandin war zum Untersuchungszeitpunkt 97 Jahre alt. Die Subgruppen der über 80jährigen wurden um jeweils 10 auf 85 erhöht, um eine überproportionale Reduzierung durch Sterblichkeit für den 'follow-up' zu vermeiden.

Die Stichprobenziehung erfolgte aus einem vom kommunalen Gebietsrechenzentrum bereitgestellten Auszug aus den Einwohnermeldekarteien (Stand: 31.12.1986). Nach dem Prinzip des Zufallsstarts wurden eine Stichprobe, eine Ersatzstichprobe und ein Reservepool gebildet, um angesichts der begrenzten Gesamtpopulation eine Komplettierung der Stichprobe zu gewährleisten. Die 1. Befragung, die Auswertungsbasis für den nationalen Vergleich, fand in der Zeit vom Mai bis Herbst 1987 statt, die 'follow-up'-Erhebung wurde nach einem Jahr realisiert. Nach vorheriger schriftlicher Ankündigung wurden die Befragungspersonen durch intensiv geschulte, fachlich zum Teil vorgebildete Feldforscher, ca. zur Hälfte Frauen und Männer im Alter bis zu 45 Jahren, persönlich oder telefonisch kontaktiert und anschließend in ihren Wohnungen aufgesucht. Vor dem Interview wurden sie über die Ziele, den Umfang und die Dauer des Projekts sowie das Ausmaß der erwarteten Mitarbeit innerhalb eines Jahres informiert.

Beide Befragungen erfolgten mit standardisierten Fragebögen, die die subjektiven Beurteilungen und Einschätzungen zu sechs thematischen Bereichen sowie soziodemographische Daten abfragten. Zusätzlich wurden mit standardisierten Interviewerprotokollen die Einschätzung der allgemeinen Lebenssituation der Probanden, der Gesprächsverlauf und einige zusätzliche Daten zur Wohnwelt durch die Feldforscher/innen erhoben. In einer Reihe von Fäl-

len (N = 36) konnten nur Ersatzbefragungen mit Angehörigen der meist aus gesundheitlichen Gründen befragungsunfähigen Probanden durchgeführt werden.

Für den nationalen Vergleich (u.a. in diesem Berichtsband) wurde nur die Gruppe der über 70jährigen, d.h. die Geburtsjahrgänge 1916 und früher (N = 328) herangezogen. Diese Stichprobe ist gegenüber der geplanten für diese Altersgruppen von N = 320 etwas größer. Da gegen Ende der Befragung die Gruppe der Höchstaltrigen ausgeschöpft war, mußte in einigen Fällen auf die Gruppe der 80- bis 84jährigen zurückgegriffen werden, um die Stichprobe zu komplettieren. In bezug auf das zweite Schichtungsmerkmal "Wohnorttyp" unterscheidet sich die Stichprobenverteilung von der tatsächlichen Verteilung nur unwesentlich (TABELLE 44).

Im Durchschnitt mußten zwei Personen angesprochen werden, um eine Zusage zur Teilnahme an dem über ein Jahr dauernden Projekt mit zwei Surveys und regelmäßigen Zwischenbefragungen zu erhalten. Dieser hohe zeitliche Aufwand für die Probanden ist neben den bekanntlich hohen Verweigerungsquoten der Altenbevölkerung bei Umfragen ein nicht zu unterschätzender Grund für unsere hohe Verweigerungsquote. Der höhere Anteil von Frauen, die nicht bereit waren, an der Untersuchung teilzunehmen, führte zu einer Verschiebung des Geschlechterverhältnisses in der Stichprobe. Dementsprechend ist der Anteil der Männer in der Stichprobe (40,9 v.H.) etwas höher als in der Grundgesamtheit (36,7 v.H.).

Da die Stichprobe die Hochaltrigen deutlich über- und die Frauen unterrepräsentiert, wurden für die Analyse Gewichtungsfaktoren eingeführt, um weitgehend repräsentative Aussagen über die Lebenssituation der über 70jährigen in den drei ländlichen Gemeinden erhalten zu können (TABELLE 44).

Nachfolgend sind wiedergegeben:

- Erläuterungen zur Fragebogengestaltung
- Fragebogen der Grundbefragung

Prof. Dr. rer. soc. Dieter Grunow
Prof. Dr. med. Hartmut Radebold

Gesamthochschule Kassel · Postfach 101380 · 3500 Kassel

"Gerontologische
Verlaufsstudie -
ländliche Region"

Mönchebergstraße 19 B
D-3500 Kassel
(0561) 8041, Durchw. 804.....2596
Zimmer-Nr.....

Aktz.:

Datum 13. Juni 1990

Befragung von über 60jährigen in einer ländlichen Region: Erläuterungen
zur Fragebogengestaltung

Der im folgenden abgedruckte Fragebogen stellt einen (von vielen verschiedenen) Baustein im Rahmen eines komplexen Forschungsdesigns dar. Die Auswertung von Teilergebnissen für den Stadt-Land-Vergleich umfaßt deshalb nur einen begrenzten Ausschnitt und einen spezifischen Zuschnitt, der zudem nicht im Zentrum der Gesamtuntersuchung steht. Es ist u.E. deshalb erforderlich, die inhaltliche und formale Gestaltung des Fragebogens im Zusammenhang mit den Verknüpfungslinien im Forschungsdesign zu sehen. Dies betrifft folgende Fragestellungen.

1. Der Fragebogen soll einen teils qualitativ-beschreibenden, überwiegend aber quantifizierenden Überblick über die Lebenslage von über 60jährigen in einer ländlichen Region geben. Dies soll zugleich Vergleichsmöglichkeiten auf nationaler Ebene (Großstadt in der Bundesrepublik) und internationaler Ebene (EG-weit mit ländlichen und städtischen Regionen) aufzeigen. Das bedeutet zumindest in Kernbereichen die Anwendung einheitlicher Indikatoren. Zugleich sollen diese Indikatoren aber auch "vergleichs-sensibel" (z.B. Stadt-Land) sein.
2. Der Fragebogen wird nicht nur einmal, sondern in zwei Befragungswellen bei denselben Personen - im Abstand von 1 Jahr - angewendet (Panel). Damit soll ein - wenn auch begrenzter - Zeitvergleich bzw. eine Veränderungsanalyse durchgeführt werden. Indikatoren sind also auch danach auszuwählen, ob sie "veränderungs-sensibel" sind.

3. Der Fragebogen ist der Einstieg in einen Forschungsprozeß, an dem die befragten Personen in der Regel das ganze Jahr über (durch Zwischenkontakte, Intensivinterviews) beteiligt sind. Er hat insofern eine wesentliche Kontakt- und Vertrauensbildungs-Funktion.
4. Der Fragebogen ist nur eines von mehreren Untersuchungsinstrumenten im Rahmen eines Mehrmethodenansatzes. Valide Ergebnisse werden vielfach erst durch die Kombination der Methoden erzielt. Die Fragebogengestaltung muß - so weit möglich - diese Kombinierbarkeit erlauben (vorbereiten).
5. Der Fragebogen bringt nur eine, wenn auch die wichtigste, Perspektive im Rahmen eines Mehrperspektivenansatzes zur Geltung: die Perspektive der älteren Menschen. Die damit erfaßten Sichtweisen müssen kontrastierbar sein, das heißt wechselnde Akteursreferenzen zulassen. Dabei muß der Fragebogen sowohl als Prämisse der Auswahl (anderer Dokumente) eingesetzt werden können als auch die Resultate einer (durch andere Dokumente begründeten) Vorauswahl darstellen.

Die Details der Einbindung in das Forschungsdesign können hier nicht beschrieben werden. Zumindest sollte deutlich geworden sein, daß die Nutzung und/oder Bewertung einzelner Fragen oder Fragenkomplexe ohne diese Kontextbedingungen problematisch sind.

Im folgenden sollen - ohne die o.a. Gesichtspunkte noch einmal aufzugreifen - zumindest einige inhaltlichen Akzente des Fragebogens hervorgehoben werden:

1. Das Projekt versucht einen inhaltlichen Bogen von den Lebensbedingungen und Bedürfnisentwicklungen im Alter zur Alltagsgestaltung bzw. alltäglichen Problembewältigung unter Einsatz primär-sozialer Ressourcen und professionell-institutioneller Hilfen zu spannen, wobei auch die Angebotsentwicklung und Dienstleistungsübermittlung (durch das Sozial- und Gesundheitssystem) einbezogen werden. Der Fragebogen bezieht verschiedene Aspekte dieses sachlichen Zusammenhangs ein.
2. Grundlegend sind zunächst die Fragen zur aktuellen Lebenssituation - unter Anwendung "objektivierender" Kriterien. Dazu gehören neben der üblichen Sozialstatistik (ab Frage 162) vor allem die gesundheitliche Situation (Frage 36 - B) - wobei dort z.T. auch schon Hilfebedarf und -inanspruchnahme berücksichtigt

sind, sowie die soziale Integration (Frage 114 - 161). Dabei wurde bewußt versucht, aktive und passive Komponenten, Hilfe nehmen/Hilfe geben, Autonomie und Abhängigkeit, Leistungseinschränkungen (Behinderungen) und Leistungsmöglichkeiten zu erfassen.

3. Von zentraler Bedeutung ist die empirische Erfassung des sozialen Netzes, das unterschiedliche Kreise räumlicher Nähe ebenso umfaßt (Haushalt, Hausbewohner/Nachbarhaus, Gemeinde etc.) wie verschiedene empirische Kennzeichnungen: Strukturen, Bewertung von Beziehungen, Netze in Aktion (Muster der faktischen Hilfeleistung) (vgl. besonders den Komplex von Frage 6 bis 29, aber auch von Frage 71 bis 85).
4. Ein weiterer wichtiger Themenkomplex (u.a. zur Vorbereitung der Mehrperspektivenanalyse) betrifft die Inanspruchnahme verschiedener Dienstleistungsbereiche (ärztlich, komplementär, haushaltspraktisch, administrativ, kultur- und freizeitbezogen) (Frage 86 - 112). Dabei werden nicht nur qualitative und quantitative Nutzungsformen bestimmt, sondern auch praktische Erfahrungen und Bewertungen erfaßt.

Einige wichtige, in diesem Fragebogen zu wenig oder gar nicht berücksichtigte Fragen wurden im Rahmen der Wiederholungsbefragung einbezogen: dies betrifft vor allem ergänzende Fragen zur Lebenseinstellung und zum Altersstereotyp, zur Medikamenten-Nutzung, zum Pflegedienst sowie zu den Vor- und Nachteilen des Landlebens. Außerdem wurde nach erfreulichen und belastenden Lebensereignissen im zurückliegenden Jahr gefragt. (Diese Fragen sind im folgenden nicht abgedruckt).

Insgesamt ist noch zu berücksichtigen, daß der Fragebogen durch Umfang und Differenziertheit der Einzelfragen, hohe Anforderungen an die Befragten stellt, was die Möglichkeiten der Älteren in einigen Fällen überschritt. Zum Teil waren Hilfestellungen, zum Teil aber auch die vollständige Beantwortung des Fragebogens durch die Angehörigen ("Ersatzbefragungsperson") erforderlich. Gerade auch aus diesen Gründen hat es sich bewährt, die Interviewer (Feldforscher) um eine ergänzende Einschätzung im Fragebogen (nach der Befragung) zu bitten. Dennoch zeigten spätere Vergleiche mit Informationen aus weiteren informellen und z.T. intensiven Gesprächen, daß selbst bei der standardisierten Erfassung vermeintlich "einfacher Faktenfragen" viele Fehler bzw. falsche Antworten zustandenkommen. Damit wird auch nachträglich die mehrmethodische Vorgehensweise im Rahmen des Forschungsdesigns bestätigt und gerechtfertigt.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.

Gerontologische Verlaufsstudie -
ländliche Region

FRAGEBOGEN

"Lebensverhältnisse über 60jähriger, ihre Bedürfnisentwicklung
und gesundheitsbezogene Bedarfsdeckung in einer ländlichen Region"

Projektleitung:

Prof. Dr. rer.soc. Dieter Grunow

Prof. Dr. med. Hartmut Radebold

April, 1987

| Seite 1 | | 1 | |
|---------|---|---|--------|
| 1 | <p><u>INT.: Ohne Befragten einkreisen.</u>
Die Befragungsperson ist:</p> <p>männlich.....1
weiblich.....2</p> | | 11 |
| 2 | <p>Wann sind Sie geboren?</p> <p><u>INT.: Notieren.</u></p> <p>Tag / /
Monat / /
Jahr / /</p> | 12/13
14/15
16/19 | |
| 3 | <p>Also sind Sie jetzt...
Jahre alt.</p> <p><u>INT.: Notieren.</u></p> <p>Alter /</p> | 20/21 | |
| 4 | <p>Wie ist Ihr Familienstand?</p> <p>Sind Sie: ...</p> <p><u>INT.: Antwortvorgaben vorlesen.</u></p> <p>ledig.....1
verheiratet.....2
getrennt lebend.....3
geschieden.....4
verwitwet.....5
.....9</p> | 21 | 6 |
| 5 | <p>Wie lange sind Sie: ...</p> <p><u>INT.: Zutreffende Antwortvor-
gabe der Frage 4 ein-
fügen. Notieren.</u></p> <p>Anzahl der Jahre / /
Anzahl der Monate / /</p> | 23/24
25/26
27/28
29/30
31/32 | 5 |
| 6 | <p>Wie viele Menschen leben insgesamt hier in diesem Haushalt (die-
ser Haushaltsgemeinschaft). Sie selbst eingeschlossen? Bitte
rechnen Sie auch die Menschen dazu, die vielleicht vorüberge-
hend abwesend, z. B. im Krankenhaus oder im Urlaub sind.</p> <p><u>INT.: Für Einzelpersonen Haushalte
einkreisen. Sonst notieren.</u></p> <p>lebt allein.....01
Personenzahl insgesamt / /</p> | 37/38 | 8
7 |
| 7 | <p>Jetzt hätte ich gern einige Angaben zu den Menschen, die hier
mit Ihnen zusammen im Haushalt (in einer Haushaltsgemeinschaft)
leben.</p> <p><u>INT.: Angaben Informell ermitteln und in den Haushaltscheck ein-
tragen. Bitte zunächst alle Haushaltsmitglieder in die
Kopie der Checkliste eintragen. Bitte dann für
jede Person eine Zeile in der Checkliste ankreuzen.
Z. B. Väterchen, Mutter, Tochter, etc.
Unbedingt auf Vollständigkeit der Angaben achten.</u></p> | | |

Nachdem wir das jetzt alles geklärt haben, können wir
ja mit den Fragen anfangen. Die meisten davon lassen
sich recht einfach beantworten. Da sind die Antwort-
möglichkeiten schon vorgegeben und Sie brauchen nur
noch diejenige auszuwählen, die für Sie persönlich zu-
trifft. Bei einigen Fragen werde ich Sie aber auch
bitten, mir das eine oder andere noch einmal genauer
zu erzählen.

In den kommenden Monaten werden wir dann sicherlich
noch ausreichend Gelegenheit haben, das eine oder
andere, was jetzt vielleicht ein wenig zu kurz kommt,
noch einmal zu vertiefen.

Seite 1-2 2

noch 7

HAUSHALTSCHECK: Auf der den Befragten gehören zum Haushalt die folgenden Personen:

| | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1. Notiz zur einzelnen Person: | | | | | | | | |
| 2. Geburtsjahr: | 30/35 | 57/22 | 44/23 | 51/54 | 56/61 | 63/68 | 77/79 | 17/12 |
| 3. Geschlecht: | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| männlich | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| weiblich | 34 | 42 | 48 | 55 | 62 | 84 | 76 | 15 |
| 4. Verwandtschaftsgrad zum Befragten: | | | | | | | | |
| INT.: Kennziffer laut Tabelle 10-15 SEHEN | | | | | | | | 9 |
| 15. JF | 42/43 | 48/50 | 54/54 | 61/61 | 67/61 | 74/74 | 77/78 | 16/17 |

8 Und seit wievielen Jahren besteht dieser Haushalt (das ist die gemeinsame Wohnung schon in seiner jetzigen Zusammensetzung? (wie lange haben Sie schon allein?)

INT.: Notieren, Anzahl der Jahre 1 / 99
Anzahl der Monate 1 / 99

9 Haben Sie sonst noch Kinder oder andere Verwandte, die nicht hier mit Ihnen zusammen im Haushalt (in einer Haushaltsgemeinschaft) wohnen?

10 Gehen wir zunächst einmal Ihre nahen Verwandten gemeinsam durch. Wie besten fangen wir mit den Kindern an. Haben Sie noch.....

INT.: Die nahen Verwandten in folgender Reihenfolge einzeln durchgehen: 1. Ehemann, 2. Schwiegerkinder, 3. Enkel, 4. Geschwister, 5. Eltern und 6. Schwiegereltern. Und nur diese! Falls erforderlich: den Verwandtschaftscheck auf der Seite fortsetzen. In jedem Fall: dort unten rechts die Gesamtzahl der nahen Verwandten notieren.

Verfahren wie in Frage 7. Zusätzlich Wohnort ermitteln. Auf Vollständigkeit der Angaben achten.

Seite 2-3 3

noch 10

CHECK DER NAHEN VERWANDTEN AUSSERHALB DES HAUSHALTS: Nahe Verwandte, die nicht im Haushalt des Befragten leben.

| | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1. Notiz zur einzelnen Person: | | | | | | | | |
| 4. Geburtsjahr: | 22/26 | 31/34 | 39/42 | 47/50 | 51/56 | 63/66 | 71/74 | 71/74 |
| 3. Geschlecht: | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| männlich | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| weiblich | 27 | 35 | 43 | 51 | 59 | 67 | 75 | 15 |
| 4. Verwandtschaftsgrad zum Befragten: | | | | | | | | |
| INT.: Kennziffer laut Tabelle 10-15 SEHEN | | | | | | | | |
| 15. JF | 36/37 | 38/39 | 40/41 | 42/43 | 43/44 | 45/46 | 46/47 | 47/49 |

5. Wohnort (Hauptort) auf 4. Hof:

Am Ort: 1 1 1 1 1 1 1 1 1

Im Nachbarort: 2 2 2 2 2 2 2 2 2

Weiter weg: 3 3 3 3 3 3 3 3 3

4 4 4 4 4 4 4 4 4

31 33 35 37 39 41 43 45 47 49

Seite 4

11 Und im weiteren Verwandtenkreis: Gibt es da noch Verwandte, die für Sie persönlich wichtig sind?
 INT.: Notieren.

| Vorname | Verwandtschaftsgrad z. Befragten |
|----------|----------------------------------|
| 1. _____ | 31/22 |
| 2. _____ | 23/24 |
| 3. _____ | 25/26 |
| 4. _____ | 27/28 |
| 5. _____ | 29/30 |

INT.: Anzahl der noch genannten entfernteren Verwandten notieren.
 Kenn-"keine": 00 45/42

INT.: Falls weder bei Frage 11 noch bei Frage 10 Verwandte genannt wurden: weiter mit Frage 12.
 Alle anderen: weiter mit Frage 12.

Gesamtzahl 7 99

12 INT.: Möglichst Liste 11 vorlegen.
 Haben Sie denn zu allen Verwandten, die Sie eben nannten, auch noch regelmäßige Kontakte? Was trifft für Sie am ehesten zu?
 INT.: Nur eine Kennung möglich!

| Legen. | mit allen Verwandten und regelmäßig.....1 | mit allen Verwandten, aber nur unregelmäßig.....2 | mit einem Teil der Verwandten, ziemlich regelmäßig.....3 | mit einem Teil der Verwandten, aber nur unregelmäßig.....4 | eigentlich überhaupt keine regelmäßigen Kontakte zu Verwandten.....5 |
|--------|---|---|--|--|--|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

13 Wenn Sie einmal an all die Menschen denken, mit denen Sie befreundet oder wirklich gut bekannt sind: Wie viele Menschen zählen Sie ungefähr zu Ihren Freunden und guten Bekannten?
 INT.: Zahl notieren. Bei "weiß nicht": 998. Bei "keine": 000

Anzahl der Freunde und guten Bekannten 1 / 999

INT.: Falls "keine": weiter mit Frage 15.
 Alle anderen: weiter mit Frage 14.

Seite 3

10 noch INT.: Fortsetzung von Frage 10. Nur bei Bedarf ausfüllen! Nicht vergessen, die Gesamtzahl der nahen Verwandten auszufüllen!

CHECK DER NAMEN VERWANDTEN AUSSERHALB DES HAUSHALTS

| Person: | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. | 14. | 15. | 16. |
|--------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1. Notiz zur Einzelnen Person: | | | | | | | | |
| 2. Geburtsjahr: | 1973 | 2776 | 3575 | 2371 | 5736 | 5642 | 6770 | 1174 |
| 3. Geschlecht: | | | | | | | | |
| männlich | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| weiblich | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | 23 | 31 | 36 | 47 | 55 | 63 | 71 | 85 |

4. Verwandtschaftsgrad zum Befragten:
 INT.: Kennziffer auf Liste I notieren.

| Tieren: | 21/25 | 31/23 | 50/41 | 42/44 | 50/23 | 61/55 | 22/73 | 16/37 |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |

5. Wohnort In Haus/auf dem Hof
 An Ort:
 In Nachbarnort:
 Mutter

| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |

INT.: Gesamtzahl der nahen Verwandten notieren (= Kinder, Schwiegerkinder, Enkel, Geschwister, Eltern und Schwägereltern).
 Kenn-"keine": 00 Gesamtzahl

1970 / 99

| | | Karte 5 | | 7 |
|----|--|---------|--|----------------|
| 19 | Menn Sie sich einmal einen ganz normalen Wochentag vorstellen. Wie viele Stunden sind Sie tagsüber - also in der Zeit vom Aufwachen bis zum Einschlafen - ungefähr allein in Ihrer Wohnung (in Ihrem Zimmer)?
<u>INT.: Stundenzahl notieren.</u>
<u>Menn nie allein: 00.</u>
<u>17/72</u>
<u>/</u>
<u>99</u> | | | 21
20 |
| 20 | Und zu welcher Tageszeit sind Sie in der Regel allein?
<u>INT.: Antwortvorhaben vorlesen. Nur eine Nennung!</u>
<u>den ganzen Tag allein.....1</u>
<u>meist vormittags allein.....2</u>
<u>meist nachmittags allein.....3</u>
<u>meist abends allein.....4</u>
<u>9</u> | | | U |
| 21 | Gibt es im Kreis Ihrer Verwandten, Freunde, Bekannten oder auch jemanden, der sich in gesundheitl. u. Krankheitsfragen bes. gut auskennt - sei es aufgrund einer speziellen Ausbildung oder sei es aufgrund seiner Erfahrungen?
<u>INT.: Einkreisen. Mehrfachnennung möglich.</u>
<u>Befragter selbst.....15</u>
<u>anderer/andere Menschen.....16</u> | | | 14
22
26 |
| 22 | Wer ist das alles?
<u>INT.: Daren Vorname(n) und Beziehung zum Befragten notieren. Achtung: Haushaltsglied(er) (HH) müssen von Nicht-Haushaltsgliedern (N-HH) unterschieden werden können!</u>
<u>Vorname:</u>
<u>Beziehung zum Befragten:</u>
<u>1. _____ 17/73</u>
<u>2. _____ 15/20</u>
<u>3. _____ 21/72</u>
<u>9</u>
<u>INT.: Gesamtzahl notieren.</u>
<u>/</u>
<u>26/70</u>
<u>99</u> | | | |

| | | Karte 6 | | 6 |
|----|---|---------|--|----------|
| 14 | Und wie viele Ihrer Freunde und Bekannten kennen Sie hier im Ort?
<u>INT.: Anzahl notieren. Bei "weiß nicht": 999 eintragen. Bei "keine": 000</u>
<u>Anzahl der Freunde und Bekannten im Ort / / 999</u>
<u>47/49</u> | | | 999 |
| 15 | Und wie ist das mit Menschen, mit denen Sie sonst noch so befreundet sind - also eher flüchtig? Wie viele sind das ungefähr?
<u>INT.: Anzahl notieren. Bei "weiß nicht": 999 eintragen. Bei "keine": 000</u>
<u>Anzahl der sonstigen Bekannten / / 999</u>
<u>50/1</u> | | | 999 |
| 16 | Und nun zu Ihren Nachbarn: Mit wie vielen Ihrer Nachbarn stehen Sie in Ihrem Haushalt in gutem Kontakt?
<u>INT.: Anzahl notieren. Bei "weiß nicht": 999 eintragen. Bei "keine": 000</u>
<u>Anzahl der Nachbarn "in Contact" / / 999</u>
<u>45/35</u> | | | 999 |
| 17 | Gibt es unter Ihren Verwandten, Ihren Freunden oder Ihren Nachbarn jemanden, der Ihnen ganz besonders nahesteht, mit dem Sie wirklich über alles sprechen können und dem Sie voll und ganz vertrauen?
<u>INT.: Anzahl notieren. Bei "weiß nicht": 999 eintragen. Bei "keine": 000</u>
<u>nein, es gibt eigentlich niemanden.....1</u>
<u>ja, da gibt es einen Menschen.....2</u>
<u>ja, da gibt es mehrere Menschen.....3</u>
<u>9</u> | | | 19
18 |
| 18 | Wer ist das (alles)?
<u>INT.: Notieren. Falls nicht zum Haushalt gehört: zusätzlich Wohnort notieren.</u>
<u>Beziehung zum Befragten:</u>
<u>Wohnort:</u>
<u>1. _____ 57/48</u>
<u>2. _____ 59</u>
<u>3. _____ 67</u>
<u>67/64</u>
<u>INT.: Bei mehr als 3 Personen: Anzahl notieren.</u>
<u>Anzahl:</u>
<u>17/71</u>
<u>99</u> | | | 999 |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|--|---|--|---|---|--|---|---|----------------------------------|--|---|
| <p>noch
27</p> | <p>meiner eigene
über- nicht zu
nicht zu</p> | <p>meiner eigene
will es, nicht
gar zu</p> | <p>1 Ärzte sind überbeiblich und lassen es einen richtig spüren, daß man ihnen im Grunde hilflos ausgeliefert ist. 1 2 3 4 8 9 55</p> | <p>2 Ärzte nehmen sich viel Zeit für ihre Patienten 1 2 3 4 8 9 56</p> | <p>3 Ärzte untersuchen und behandeln ihre Patienten viel zu wenig gründlich. Der persönliche Kontakt zwischen Arzt und Patient geht dabei verloren 1 2 3 4 8 9 57</p> | <p>4 Ärzte sind den persönlichen Sorgen und Nöten ihrer Patienten gegenüber aufgeschlossen 1 2 3 4 8 9 58</p> | <p>5 Ärzte sind häufig daran interessiert, an Patienten möglichst viel zu verdienen 1 2 3 4 8 9 59</p> | <p>6 Ärzte sind mit ihrem Wissen immer auf d. neuesten Stand 1 2 3 4 8 9 60</p> | <p>28 Wir haben ja eben schon recht ausführlich über Personen gesprochen, mit denen Sie verwand, befreundet, bekannt oder beobachtet sind, gibt es im Kreis dieser Menschen jemanden, der besonders gut mit Behinderden und Sozialversicherungen - sei es aufgrund einer speziellen Ausbildung oder sei es aufgrund seiner Erfahrungen?</p> | <p>ja.....1
nein.....2 9</p> | <p>29 Wer ist das alles?
INT.: Einkreisen, Mehrfachnennungen möglich</p> | <p>81 Befragter selbst.....1
83 anderer/andere Menschen.....1</p> |
|--------------------|--|--|---|--|---|---|--|---|---|----------------------------------|--|---|

| | | | | | |
|--------------------|---|---|--|---|------------------|
| <p>noch
29</p> | <p>Vorname:
1. _____
2. _____
3. _____
INT.: Gesamtzahl notieren. 9/77 9 59</p> | <p>Beziehung zum Befragten:
64/15
62/57
68/55</p> | <p>30 Und welche Ausbildung... (INT.: Zuerstendes einfügen: Post-Gläser-Mensch/naben Gläser Menschen/naben Stiel)?
Ausbildung zum Sozialarbeiter.....1
Studium der Sozialpädagogik/Sozialwissenschaften.....1
Lehrerausbildung.....1
Ausbildung für das Priarrat.....1
Student in einem dieser Bereiche.....1
Ausbildung zum ehrenamtlichen Helfer im sozialen Bereich.....1
Sonstige psychosoziale Ausbildung, und zwar: _____1
Keine Ausbildung im psychosozialen Bereich, aber Erfahrungen, und zwar: _____1
9
18</p> | <p>31 Gibt es Dinge bei denen Ihnen dieser Mensch (diese Menschen) irgandwie schon mal geholfen oder zur Seite gestanden hat (haben)?
ja.....1
nein.....2 9</p> | <p>33
31</p> |
|--------------------|---|---|--|---|------------------|

noch
27

meiner eigene
über- nicht zu
nicht zu

meiner eigene
will es, nicht
gar zu

1 Ärzte sind überbeiblich und lassen es einen richtig spüren, daß man ihnen im Grunde hilflos ausgeliefert ist. 1 2 3 4 8 9 55

2 Ärzte nehmen sich viel Zeit für ihre Patienten 1 2 3 4 8 9 56

3 Ärzte untersuchen und behandeln ihre Patienten viel zu wenig gründlich. Der persönliche Kontakt zwischen Arzt und Patient geht dabei verloren 1 2 3 4 8 9 57

4 Ärzte sind den persönlichen Sorgen und Nöten ihrer Patienten gegenüber aufgeschlossen 1 2 3 4 8 9 58

5 Ärzte sind häufig daran interessiert, an Patienten möglichst viel zu verdienen 1 2 3 4 8 9 59

6 Ärzte sind mit ihrem Wissen immer auf d. neuesten Stand 1 2 3 4 8 9 60

28 Wir haben ja eben schon recht ausführlich über Personen gesprochen, mit denen Sie verwand, befreundet, bekannt oder beobachtet sind, gibt es im Kreis dieser Menschen jemanden, der besonders gut mit Behinderden und Sozialversicherungen - sei es aufgrund einer speziellen Ausbildung oder sei es aufgrund seiner Erfahrungen?

ja.....1
nein.....2 9

29 Wer ist das alles?
INT.: Einkreisen, Mehrfachnennungen möglich

81 Befragter selbst.....1
83 anderer/andere Menschen.....1

noch
29

Vorname:
1. _____
2. _____
3. _____
INT.: Gesamtzahl notieren. 9/77 9 59

Beziehung zum Befragten:
64/15
62/57
68/55

30 Und welche Ausbildung... (INT.: Zuerstendes einfügen: Post-Gläser-Mensch/naben Gläser Menschen/naben Stiel)?
Ausbildung zum Sozialarbeiter.....1
Studium der Sozialpädagogik/Sozialwissenschaften.....1
Lehrerausbildung.....1
Ausbildung für das Priarrat.....1
Student in einem dieser Bereiche.....1
Ausbildung zum ehrenamtlichen Helfer im sozialen Bereich.....1
Sonstige psychosoziale Ausbildung, und zwar: _____1
Keine Ausbildung im psychosozialen Bereich, aber Erfahrungen, und zwar: _____1
9
18

31 Gibt es Dinge bei denen Ihnen dieser Mensch (diese Menschen) irgandwie schon mal geholfen oder zur Seite gestanden hat (haben)?
ja.....1
nein.....2 9

33
31

| | | |
|----|--|--|
| 32 | <p>Was hat dieser Mensch (haben diese Menschen) schon alles für Sie getan?
 <u>INT.: Mehrfachnennungen möglich. Zutreffendes einkreisen.</u>
 <u>BEI „SONSTIGES“: Nennung notieren!</u></p> <p>Gibt (geben) Tipps und Ratschläge, wenn Anträge gestellt werden oder andere Behördenangelegenheiten erledigt werden müssen.....1 20</p> <p>Gibt (geben) konkrete Hilfen, z. B.: füllt Anträge aus, geht mit zum Rententräger, zur Krankenkasse, zur Bank, zum Sozialamt o.ä.....1 21</p> <p>Gibt (geben) Hinweise darauf, wo man sich wegen sozialer Leistungen beraten lassen kann.....1 22</p> <p>Hilft (hilfen) durch Gespräche, wenn es einmal Schwierigkeiten oder Konflikte in der Familie oder in der Nachbarschaft gibt.....1 23</p> <p>Gibt (gaben) Anregungen und Hinweise für eine aktive Freizeitgestaltung.....1 24</p> <p>Schaut (schauen) öfter mal vorbei und führt ein kurzes Gespräch.....1 25</p> <p>Gibt (geben) Ermahnungen und Hinweise, bestimmte Aktivitäten nicht zu vernachlässigen.....1 25</p> <p>Sonstiges (notieren):
 27/28
 9 29-32</p> | <p>31</p> <p>Um gut durch's Leben zu kommen, ist es manchmal wichtig, mit Behörden, Sozialvereinigungen oder auch Monifahrtsverbänden umgehen zu können, damit man seine Ansprüche auf Geldleistungen oder Dienste auch richtig geltend machen kann und so weiter.</p> <p>Als wie groß oder gering schätzen Sie die Erfahrungen und Kenntnisse ein, die diesbezüglich in Ihrem Haushalt vorhanden sind?</p> <p>sehr groß.....1
 groß.....2
 mittelmäßig.....3
 gering.....4
 sehr gering.....5
 weiß nicht.....8 9</p> <p><u>INT.: Antwortvorgaben vorlesen.</u></p> |
| 33 | | <p>33</p> <p>Als wie groß oder gering schätzen Sie die Erfahrungen und Kenntnisse ein, die diesbezüglich in Ihrem Haushalt vorhanden sind?</p> <p>sehr groß.....1
 groß.....2
 mittelmäßig.....3
 gering.....4
 sehr gering.....5
 weiß nicht.....8 9</p> <p><u>INT.: Antwortvorgaben vorlesen.</u></p> |

| | | |
|----|--|--|
| 34 | <p>Ich habe hier nun eine Reihe von Aussagen über Beamte und Behörden. Sagen Sie mir bitte zu jeder Aussage, inwieweit Sie dieser Meinung zustimmen. Es gibt weder richtige, noch falsche Aussagen, sondern nur solche, die Ihre ganz persönliche Meinung zum Ausdruck bringen.</p> <p><u>INT.: Liste III vorlesen.</u></p> <p>Sie können zwischen vier Antwortmöglichkeiten wählen: "stimme überhaupt nicht zu", "stimme nicht zu", "stimme zu" oder "stimme voll und ganz zu".</p> <p><u>INT.: Vorlesen. Einkreisen.</u></p> | <p>stimme dieses nicht zu
 Haupt zu
 nicht zu</p> <p>stimme dieses nicht zu
 voll und ganz zu
 ganz zu</p> <p>1 Bei Behörden dauert die Bearbeitung von Anträgen und anderen Angelegenheiten zu lang.....1 2 3 4 8 9 32</p> <p>2 Im großen und ganzen arbeiten die Behörden zufriedenstellend.....1 2 3 4 8 9 33</p> <p>3 Der Bürger hat viele Möglichkeiten, sich gegen Entscheidungen von Ämtern und Behörden zu wehren.....1 2 3 4 8 9 34</p> <p>4 In Behörden wird man wie eine Nummer behandelt.....1 2 3 4 8 9 35</p> <p>5 Beamte sind hilfsbereit und freundlich.....1 2 3 4 8 9 36</p> <p>6 Mit einer Behörde sollte man sich besser nicht anlegen, selbst wenn man im Recht ist.....1 2 3 4 8 9 37</p> <p>7 In Behörden wird man über seine Rechte nur unzureichend informiert.....1 2 3 4 8 9 38</p> |
| 35 | <p><u>INT.: Dieselbe Liste (III) benutzen.</u></p> <p>Und was halten Sie persönlich von Monifahrtsverbänden, wie z. B. der AOK, dem Diakonischen Werk oder sonstigen? Bitte geben Sie mir auch hier wieder an, inwieweit Sie den folgenden Meinungen zustimmen.</p> <p><u>INT.: Vorlesen. Einkreisen.</u></p> | |

| noch 35 | Karte 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 | 36 |
|---------|---|-------------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------------|--------------|----------------------|
| | <p>1 Die leisten unbürokratisch Hilfe</p> <p>2 Die sind sowieso nur was für arme Leute und dahin zu gehen, ist beschämend</p> <p>3 Die wollen einen doch nur "besuchen"</p> <p>4 Die haben ein gut über-schaubares Hilfsangebot</p> | seine Haupt nicht zu | seine nicht zu | seine nicht zu | seine voll und ganz zu | weiß | weiß | |
| | <p>36 Jetzt möchte ich einige Fragen zu Ihrer Gesundheit stellen.</p> <p>Wie beurteilen Sie Ihren jetzigen Gesundheitszustand?</p> <p>Als insgesamt</p> <p>INT.: Antwortvorgaben vorlesen.</p> | sehr gut | gut | mittelmäßig | schlecht | sehr schlecht | weiß nicht | |
| | <p>37 An wievielen Tagen waren Sie seit Anfang dieses Jahres krank oder fühlen sich schlecht?</p> <p>INT.: Krankheitsstage addieren, überschlagen.</p> | gar nicht krank gewesen | weniger als eine Woche | eine Woche und länger | aber weniger als 1 Monat | ein bis drei Monate | fast dauernd | kann ich nicht sagen |
| | <p>38 Wie ist es mit Ihrer Hörfähigkeit?</p> <p>Hören Sie</p> <p>INT.: Antwortvorgaben vorlesen. Mit Notgerät, falls beno-tigt, einschätzen lassen.</p> | sehr gut | gut | mittelmäßig | schlecht | oder sind Sie (fast) taub | | |

| 39 | Karte 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 9 | 40 |
|----|---|----------|-----|-------------|----------|---------------------------------------|----|
| | <p>Und wie ist es mit Ihrer Seh-fähigkeit?</p> <p>Sehen Sie</p> <p>INT.: Antwortvorgaben vorlesen. Mit Brillen, falls benö-tigt, einschätzen lassen.</p> | sehr gut | gut | mittelmäßig | schlecht | oder sehen Sie (fast) gar nichts mehr | |
| | <p>40 INT.: Wenn möglich, 1. Kartensatz mit Schema vorlegen.</p> <p>Ich möchte jetzt von Ihnen wissen, ob Sie derzeit eine oder meh-rere der folgenden Krankheiten haben.</p> <p>INT.: Wenn es nicht möglich ist, die Karten vorzulegen: zunächst 40 A abfragen. Danach 40 B.</p> <p>INT.: Wenn es möglich ist, die Karten vorzulegen: folgende Er-läuterung vorlesen.</p> <p>Auf diesen Karten stehen Krankheiten. Das einfachste wird sein, Sie schauen sich jede dieser Karten einmal an. Wenn sie derzeit eine solche Krankheit haben, dann legen Sie die betreffende Kar-te in das obere Feld, in dem "Ja" steht. Wenn Sie eine solche Krankheit derzeit nicht haben, dann legen Sie die Karte in das untere Feld.</p> <p>INT.: Wenn im oberen Feld Karten liegen: Karten aufnehmen. Im Antwortschema zu Frage 40 A entsprechend einkreisen. Wei-ter mit Frage 40 B.</p> <p>INT.: Wenn im oberen Feld keine Karten liegen: Im Antwort-schema zu Frage 40 A entsprechend einkreisen. Weiter mit Frage 41.</p> | | | | | | |
| | <p>A: Haben Sie derzeit eine solche Krankheit? N.T.: Einkreisen.</p> <p>B: Seit wieviel Jah-ren haben Sie diese Krankheit wohl schon? "weniger als 1 Jahr", "1 bis 3 Jahre", "4 bis 6 Jahre", "7 bis 9 Jahre", "10 bis 14 Jahre", "15 bis 19 Jahre", "20 bis 24 Jahre", "25 bis 29 Jahre", "30 bis 34 Jahre", "35 bis 39 Jahre", "40 bis 44 Jahre", "45 bis 49 Jahre", "50 bis 54 Jahre", "55 bis 59 Jahre", "60 bis 64 Jahre", "65 bis 69 Jahre", "70 bis 74 Jahre", "75 bis 79 Jahre", "80 bis 84 Jahre", "85 bis 89 Jahre", "90 bis 94 Jahre", "95 bis 99 Jahre", "100 Jahre".</p> | | | | | | |
| | <p>1. Rheuma/Gicht; Erkrankungen der Gelenke</p> <p>2. oder der Wirbelsäule</p> <p>3. Herz-Kreislauferkrankungen</p> <p>4. Herzrhythmusstörungen</p> <p>5. Bluthochdruck (Hypertonie)</p> <p>6. Durchblutungsstörungen im Kopf</p> <p>7. Durchblutungsstörungen der Arme oder Beine</p> <p>8. Schlaganfall(-folgen)</p> <p>9. Anämie (Blutarmut) oder andere Bluterkrankungen</p> | | | | | | |

| A: Haben Sie derzeit eine solche Krankheit? INT.: Einkreisen. | B: Seit wieviel Jahren haben Sie diese Krankheit wohl schon? "weniger als 1 Jahr" dabei J strichen, durch M bzw. W ersetzt. Bei "weiß nicht": Wh. / / | |
|--|---|----------------|
| 10. Grüner oder grauer Star oder andere Augenkrankungen | / / | |
| 11. Kopfkrankungen, einschli. Schwerhörigkeit | / / | |
| 12. Geschwäre im Magen-, Darmbereich | / / | |
| 13. Weitere Erkrankungen des Magens, des Darmes oder der Galle | / / | |
| 14. Leberkrankheiten | / / | |
| 15. Zuckerkrankheit | / / | |
| 16. Nierenkrankungen, andere Harnruhrkrankungen | / / | |
| 17. Erkrankungen der Blase und der Vorhöhen (Prostata) | / / | |
| 18. Herzerkrankungen | / / | |
| 19. Schlaganfall | / / | |
| 20. Haut- oder Sehnenkrankungen, einschli. Tromboosen, offene Beine, Wundliegen, Wundrose | / / | |
| 21. Depressionen | / / | |
| 22. Weitere seelische Erkrankungen (z. B. Schizophrenie) | / / | |
| 23. Alkohol- oder Tablettenabhängigkeit | / / | |
| 24. Schüdelblutung (Parkinsonsche Erkrankung) oder andere Nervenerkrankungen) oder andere Nervenerkrankungen | / / | |
| 25. Andrißbrüche (Leber-, Nieren-, Prostataleiden) | / / | |
| 26. Andere Krankheiten | / / | |
| 27. Keine Krankheiten | / / | |
| 28. Keine Krankheiten | / / | |
| | 29. / / | 30. / / |
| 41. Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? | ja.....1
nein.....2 9 | 11
12 43 |
| 42. Nennen Sie regelmäßig Medikamente? | ja.....1
nein.....2 9 | 12 43
12 44 |
| 43. Und was sind das für Medikamente? INT.: Einzelin abfragen, Einkreisen, Schmerzmittel | ja
nein | 13
14 |
| Schlafmittel | 1 2 | 15 |
| Beruhigungsmittel | 1 2 | 16 |
| Stimmungsaufheiler | 1 2 | 17 |
| andere Medikamente (notieren): | | |
| 44. Rauchen Sie regelmäßig? | ja.....1
nein.....2 9 | 18 45
19 47 |

| 45. Seit wieviel Jahren rauchen Sie denn schon regelmäßig? INT.: Bei "weiß nicht": 998 no-ETeren. | seit / / Jahren 999 15/21 | |
|---|--|--|
| 46. Und wieviel rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag? INT.: Nennungen dem Antwortschema A - D zuordnen, Einkreisen. | A: an Zigaretten B: an Zigarillos C: an Zigarren D: Pfeife | sehr selten/nie.....1
weniger als zehnt.....2
10 bis 20.....3
21 bis 30.....4
mehr als 30.....5
weiß nicht.....8 9 |
| | sehr selten/nie.....1
ungefähr eine.....2
2 bis 3.....3
4 bis 5.....4
mehr als 5.....5
weiß nicht.....8 9 | sehr selten/nie.....1
eine.....2
zwei.....3
mehr als 2.....4
weiß nicht.....8 9 |
| 47. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? | ja.....1
nein.....2 9 | 20
21 |
| 48. Has trinken Sie denn so im Durchschnitt pro Tag an Bier, an Wein bzw. Sekt oder an hochprozentigem Alkohol? INT.: Nennungen des Antwortschema A - C zuordnen, Einkreisen. | A: an Bier B: an Wein/Sekt C: an Hochprozentigen | sehr selten/nie.....1
0,5 bis 1 Liter.....2
1 bis 2 Liter.....3
mehr als 2 Liter.....4
weiß nicht.....8 9 |
| | sehr selten/nie.....1
weniger als 0,25 Liter.....2
0,25 bis 0,5 Liter.....3
0,5 bis 1 Liter.....4
mehr als 1 Liter.....5
weiß nicht.....8 9 | sehr selten/nie.....1
ungefähr ein kleines Glaschen.....2
2 bis 3 kleine Glaschen.....3
4 bis 5 kleine Glaschen.....4
mehr als 5 kleine Glaschen.....5
weiß nicht.....8 9 |
| | ja.....1
nein.....2 9 | 22
23 |

| | | | |
|----|---|--|---|
| 56 | Haben Sie noch eine private Zusatzversicherung? | ja.....1
nein.....2 | 42 |
| 57 | Gibt es Dinge, die Sie ganz bewußt Ihrer Gesundheit zuliebe tun? | ja.....1
nein.....2
weiß nicht.....3 | 58
62 |
| 58 | Was tun Sie denn dafür?
INT.: Notieren. Wenn spontan keine Nennung erfolgt, siehe Z. Anweisung. |1
.....2
.....3 | 54/5
49/7
48/5
50/1
47/5 |
| | INT.: Wenn spontan keine Meinung erfolgt, zunächst hier einkreisen.
Dann folgendes vorlesen:
Man könnte ja bei so was etwa an Ernährung, Bewegung, das Vermeiden irgendwelcher Risiken oder so denken...
INT.: Notieren. |1 | 5
55/6
97/2
55/0
81/2
81/6 |
| 59 | Gibt es jemanden, der Sie in Ihren Bemühungen, etwas für Ihre Gesundheit zu tun, unterstützt? | ja.....1
nein.....2
weiß nicht.....3 | 61
61 |
| 60 | INT.: Möglichst Liste IV vorlegen.
Wer ist denn das alles?
INT.: Genau recherchieren. Codes gemäß Liste IV eintragen. Bei "Andere" Nennung notieren. Mehrfachnennungen möglich. |1
.....2
.....3
.....4
.....5
.....6
.....7
.....8
.....9 | 65
50
61 |
| | Andere: _____ |1
.....2
.....3
.....4
.....5
.....6
.....7
.....8
.....9 | 99
76/177 |

| | | | |
|----|--|--|----------------|
| 61 | INT.: Ohne Befragen einkreisen.
Die Befragungsperson hat in Frage 58 ...
sowohl "Früherkennungsuntersuchungen" als auch "ärztl. Routineuntersuchungen" genannt.....1
"Früherkennungsuntersuchungen" genannt, aber nicht "ärztl. Routineuntersuchungen".....2
"ärztl. Routineuntersuchungen" genannt, nicht aber "Früherkennungsuntersuchungen".....3
weder "Früherkennungsuntersuchungen" noch "ärztl. Routineuntersuchungen" genannt.....4 | ja, regelmäßig.....1
ja, aber nicht regelmäßig.....2
nein.....3 | 11 |
| 62 | Meinen Sie an Früherkennungsuntersuchungen teil? | ja.....1
ja, aber nicht regelmäßig.....2
nein.....3 | 12 |
| 63 | Lassen Sie sich routinemäßig ärztlich untersuchen? | ja.....1
nein.....2
nein.....3 | 13 |
| 64 | Gibt es etwas, das Sie gerne Ihrer Gesundheit zuliebe tun würden, was aber aus irgendwelchen Gründen nicht geht? | ja.....1
nein.....2
weiß nicht.....3 | 14
65
66 |
| 65 | Und was ist das? Und warum geht es nicht?
INT.: Notieren.
Was es ist: _____
Warum es nicht geht: _____ |1
.....2
.....3
.....4
.....5
.....6
.....7
.....8
.....9 | 15/16
17/18 |
| 66 | Gesundheitsbezogene Probleme und andere Lebensprobleme können ja auch in Selbsthilfegruppen bearbeitet werden. Unter Selbsthilfegruppen verstehen wir Zusammenschlüsse von Menschen, die gemeinsame Probleme haben, und sich in den Gruppen gegenseitig unterstützen. |1
.....2
.....3
.....4
.....5
.....6
.....7
.....8
.....9 | 19 |

| | |
|------------|--|
| noch
71 | <p>INT.: Einzel abfragen. Einkreisen.</p> <p>Sind Sie in der Lage ...</p> <p>nur mit selbst mit fremder Hilfe nicht</p> <p>alleine u. ohne Schwierigkeiten aber allein</p> <p>zwar mit Schwierigkeiten aber allein</p> <p>2 3 4 9 26</p> <p>sich allein ins Bett zu legen und wieder aufzustehen?</p> <p>1 2 3 4 9 27</p> <p>sich alleine zu waschen?</p> <p>1 2 3 4 9 28</p> <p>sich die Fußnägel zu schneiden?</p> <p>1 2 3 4 9 26</p> <p>sich allein an- und auszustehen?</p> <p>1 2 3 4 9 30</p> <p>eine Toilette zu benutzen?</p> <p>1 2 3 4 9 31</p> <p>sich selbst zu essen und zu trinken?</p> <p>1 2 3 4 9 31</p> <p>INT.: Wenn mindestens einmal "3" oder "4" eingekreist: Weiter mit Frage 72.
Alle anderen: weiter mit Frage 73.</p> |
| 72 | <p>INT.: Möglichst Liste IV vorlegen.</p> <p>Wer kümmert sich denn da um Sie?</p> <p>INT.: Codex gemäß Liste IV rechtsbündig eintragen. Bei "andere": Kennung notieren. Mehrfachnennungen möglich.</p> <p>1 2/15 3/15 4/15 5/15 6/15 7/15 8/15 9/15</p> <p>Andere: _____</p> <p>99</p> |
| 73 | <p>INT.: Liste V liegt möglichst noch vor.</p> <p>Und wie ist es mit Ihrer Beweglichkeit im Haus und außerhalb?</p> <p>INT.: Einzel abfragen. Verweis auf Antwortvorgaben. Einkreisen.</p> |

| | |
|------------|---|
| noch
66 | <p>18 67 69 68</p> <p>Waren Sie jemals Mitglied einer solchen Selbsthilfegruppe? Oder sind Sie vielleicht gegenwärtig Mitglied einer solchen Gruppe?</p> <p>1st auch gegenwärtig Mitglied.....1</p> <p>1st gegenwärtig nicht mehr Mitglied.....2</p> <p>1st nie Mitglied gewesen.....3 9</p> |
| 67 | <p>20</p> <p>Sagen Sie mir bitte den Namen der Selbsthilfegruppe, deren Mitglied Sie gegenwärtig sind.</p> <p>INT.: Notieren.</p> <p>.....</p> <p>65, 71</p> |
| 68 | <p>21 69 70</p> <p>Haben Sie denn schon mal von solchen Selbsthilfegruppen gehört?</p> <p>ja.....1</p> <p>nein.....2 9</p> |
| 69 | <p>22 23 24</p> <p>Von welchen Selbsthilfegruppen haben Sie alles gehört?</p> <p>INT.: Notieren.</p> <p>.....</p> <p>99</p> |
| 70 | <p>25</p> <p>INT.: Bei Nie-Mitglied-Gewesenen nach "beitreten" bei Einzel-Mitglied-Gruppen nach "wieder beitreten" fragen.</p> <p>Könnten Sie sich vorstellen, daß Sie persönlich einer Selbsthilfegruppe beitreten bzw. wieder beitreten?</p> <p>ja.....1</p> <p>nein.....2</p> <p>weder nicht.....3 9</p> |
| 71 | <p>Ich möchte mich jetzt mit Ihnen darüber unterhalten, wie Sie im Alltag zurecht kommen, ob Ihnen jemand zur Hand geht oder ob Sie irgendeine Hilfen vermissen.</p> <p>INT.: Möglichst Liste V vorlegen und liegenlassen.</p> <p>Ich lese Ihnen jetzt einige Tätigkeiten vor und Sie sagen mir bitte jeweils (anhand der Liste), inwieweit Sie in der Lage sind, diese auszuführen: ob "alleine und ohne Schwierigkeiten", ob "zwar mit Schwierigkeiten, aber alleine", ob "nur mit fremder Hilfe" oder ob "selbst mit fremder Hilfe nicht".</p> |

79 INT.: Liste VI vorlegen.
 Und jetzt möchte ich gerne erfahren, wer alles die in diesem Haushalt anfallenden Tätigkeiten erledigt.
INT.: Codes gemäß Liste VI eintragen. Bei "Anderes" Nennung notieren. Mehrfachnennungen möglich.

Wer kocht? 19/20 21/22 23/24 25/26
 andere: 27/28

Wer macht die Besorgungen? 29/30 31/32 33/34 35/36
 andere: 37/38

Wer übernimmt die leichten Hausarbeiten? 39/40 41/42 43/44 45/46
 andere: 47/48

Wer erledigt die schweren Hausarbeiten? 49/50 51/52 53/54 55/56
 andere: 57/58

Und wer erledigt die Behinderteneinrichtungen? 59/60 61/62 63/64 65/66
 andere: 67/68

99
 88

80 Bislang haben wir uns ja darüber unterhalten, wie Sie so im Alltag zurecht kommen. Bitte überlegen Sie einmal: gibt es persönliche Hilfen oder technische Hilfsmittel, die Sie im Hinblick auf Ihre Körperpflege und Hygiene oder auch Ihre Haushaltsführung und Ihre Beweglichkeit vermissen.
 Ja.....1
 nein.....2
 weiß nicht.....8 9

81 Was vermissen Sie alles?
INT.: Nennungen möglichst zuordnen. Notieren.
 A: Bei der Körperpflege bzw. Hygiene:
 _____ 72
 _____ 73
 B: Bei der Haushaltsführung:
 _____ 74
 _____ 75
 C: Bei der Beweglichkeit:
 _____ 76
 _____ 77
 D: Anderes:
 _____ 78
 _____ 79

82 INT.: Nur für-Befragte, die nicht bettlägerig sind. Bettlägerige weiter mit Frage B6.
 Wie war das bei Ihnen in den letzten fünf Jahren, wenn Sie einmal länger als eine Woche krank waren und das Bett hüten mußten: Wer hat sich dann alles um Sie gekümmert und Sie versorgt und gepflegt?
 1) _____
 2) _____
 3) _____
 4) _____
 5) _____
 6) _____
 7) _____
 8) _____
 9) _____
 10) _____
 11) _____

INT.: Einkreisen.
 Befragter war nicht krank.....1
 Befragter war in den letzten 5 Jahren krank.....2

INT.: Liste IV vorlegen: Personen nennen lassen und Codezahlen eintragen. Mehrfachnennungen möglich. Wenn Code "A" "Andere" genannt wird, Bitte notieren. Liste IV liegen lassen.

_____ 12/13 _____ 14/15 _____ 16/17 _____ 18/19 _____ 20/21

Andere: _____ 22/23 _____ 24/25

99
 74
 25

83 Und wenn Sie jetzt einmal an Ihre persönliche Zukunft denken: niemand kann ja für sich ausschließen, daß früher oder später eine länger dauernde Krankheit oder Pflegebedürftigkeit eintritt. Wer könnte Sie in einem solchen Fall betreuen und pflegen - oder planen Sie, dann in ein entsprechendes Heim zu gehen?

INT.: Auf Liste IV hinweisen und abwarten, ob Personen der Liste genannt werden. Wenn ja: Codezahlen eintragen. Mehrfachnennungen sind möglich.

28/27 _____ 28/25 _____ 30/31 _____ 37/33 _____ 34/38 _____

84 A Heimunterbringung geplant.....1 36

85 B Pflege wird von Angehörigen allein erwartet.....2

84 C Pflege wird von Angehörigen unter Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste erwartet.....3

86 D Sonstiges (notieren), z.B. Keillosigkeit.....4 9

84 Haben Sie in dieser Hinsicht schon Erkundigungen eingeholt und sich informiert, wie das organisiert werden könnte und was es kostet?

ja.....1 37

nein.....2 9

INT.: Falls "Ja-Antwort", Reaktion zusätzlich notieren:

38/39

86 INT.: Falls Befragter eine Heimunterbringung anstrebt (A), weiter bei Frage 86.

85 Alle anderen weiter bei Frage 85.

85 Und haben Sie mit dem (den) eben genannten Angehörigen (Menschen) dieses Thema schon besprochen - eventuell auch schon eine entsprechende Vereinbarung getroffen und überlegt, wie das alles gehen soll?

ja.....1 40

nein.....2 9

INT.: Falls "Ja-Antwort", Reaktion zusätzlich notieren.

85 _____ 47/42

86 Kommen wir nun einem anderen Thema.

Ich würde jetzt gerne wissen, wie das hier in der Gemeinde und in der umliegenden Gegend mit aussieht. Sonstigen Gesundheitsversorgung aussieht. Gibt es da irgendwas, was Sie persönlich vermissen?

43

INT.: Falls dem Befragten unklar: mit der medizinischen und sonstigen Gesundheitsversorgung sind gemeint "Ärzte", "Krankenhaus", "Apotheken", "Heilpraktiker" u. "sonstige Gesundheitsdienste".

ja.....1 87

nein.....2 88

weil nicht.....9

87 Was vermissen Sie denn?

INT.: Nennungen möglichst zuordnen. Notieren.

A: Im Rahmen der ambulanten medizinischen Versorgung:

_____ 47/45

_____ 48/47

B: Im Rahmen der stationären medizinischen Versorgung:

_____ 48/48

_____ 50/51

C: Sonstiges:

_____ 52/53

_____ 54/55

_____ 59

88 INT.: Möglichst Liste VII überreichen.

Wie oft nehmen Sie denn so niedergelassene Ärzte in Anspruch?

56/57 _____

| | |
|------------|---|
| noch
88 | mehrmals pro Woche.....01
ca. einmal die Woche.....02
mehrmals im Monat.....03
ca. einmal im Monat.....04
ca. einmal im Viertel-
Jahr.....05
ca. zweimal im Jahr.....06
ca. einmal im Jahr.....07
seltener.....08
noch nie.....09
weiß nicht.....98 99 |
| 89 | Wer ist denn Ihr Hausarzt?
INT.: Einkreisen. Möglichst auch Namen notieren.

hat keinen Hausarzt.....1
hat folgenden Hausarzt:
_____ 2 9 |
| 90 | INT.:Befragte, die "noch nie" einen niedergelassenen Arzt in Anspruch genommen haben: Weiter mit Frage 93.
Alle anderen: Weiter mit Frage 90.
Ich nenne Ihnen jetzt einige Beispiele dafür, von was für niedergelassenen Ärzten man sich untersuchen oder behandeln lassen kann und so. Ich würde Sie bitten, mir dann Jeweils (anhand der Liste) zu sagen, inwieweit Sie persönlich solche Ärzte schon mal in Anspruch genommen haben: ob "derzeit und auch früher schon mal", ob "nur derzeit, früher also nicht", ob "derzeit zwar nicht, aber in den letzten fünf Jahren" (Jahre) und ob etwa in der Zeit von 1982 bis Anfang diesen Jahres) "derzeit und auch in den letzten fünf Jahren nicht, sondern irgendwann früher" oder ob "noch nie".
INT.: Einzelin abfragen. Einkreisen. |

| | | |
|------------|--|--|
| noch
90 | inwieweit...derzeit (nur der-
schon mal) und auch zeit,
in Anspruch früher aber nicht und auch
genommen: mal) nicht
(in d. letzten 5 Jahren
schon mal) nicht | noch
nie |
| 1 | Prakti-
schen Arzt | 1 2 3 4 5 8 59 |
| 2 | Internis-
ten | 1 2 3 4 5 8 66 |
| 3 | Augenarzt | 1 2 3 4 5 8 61 |
| 4 | Hal's-Nasen-
Ohrenarzt | 1 2 3 4 5 8 62 |
| 5 | Urologen | 1 2 3 4 5 8 63 |
| 6 | Orthopäden | 1 2 3 4 5 8 64 |
| 7 | Nervenarzt | 1 2 3 4 5 8 65 |
| 8 | Zahnarzt | 1 2 3 4 5 8 66 |
| 9 | Hautarzt | 1 2 3 4 5 8 67 |
| 10 | anderen
Facharzt | 1 2 3 4 5 8 68 |
| | INT.: Wenn mindestens einmal "1", "2" oder "3" eingekreist: Wei-
ter mit Frage 91.
Alle anderen: Weiter mit Frage 93. | 91
93 |
| 91 | Ich möchte jetzt auf Ihre Erfahrungen zu sprechen kommen, die Sie derzeit oder in den letzten fünf Jahren mit diesen Ärzten und Arztpraxen gemacht haben. Wäre Sie noch einmal daran denken, wie so die Arztbesuche in einzelnen Verfahren sind und wie das so für Sie war.
91A Was fanden Sie da besonders zufriedenstellend?
91B Und was war für Sie ärgerlich oder belastend?
INT.: Sicherstellen, daß auf beide Fragen geantwortet wird. Für jede Frage das zugehörige Antwortfeld benutzen. Dort je-
weils Nennungen notieren (nicht Differenzieren nach
Arzttypen) oder bei "nichts" bzw. "weiß nicht" Antwort-
kennziffer eingekreisen. | 70
11/77
72/74
15/76
nichts.....97
weiß nicht.....98 99 |

| | | |
|--|--|--|
| <p>97 Sie sagen ja gerade, daß Sie... (INT.: Zufriedens einsetzen; in diesem Jahr/ in den letzten 5...; warum...; in diesem Krankenhaus gelegen haben: Wenn Sie nun noch einmal an diese Zeit im Krankenhaus zurückdenken und daran, wie der Aufenthalt dort für Sie so war;</p> | <p>Was fanden Sie da besonders zufriedenstellend?
 Und was war für Sie ärgerlich oder belastend?
 INT.: Sicherstellen, daß auf beide Fragen geantwortet wird, für jede Frage das zugehörige Antwortfeld benutzen. Dort jeweils: Namen und Berufsbezeichnungen nach Personalgruppen) oder bei nichts: bzw. weiß nicht: Anteilwortkennziffer einkreisen.</p> | <p>28
 36/21
 37/33
 34/75
 nichts.....97
 weiß nicht.....98 99
 36
 37/33
 39/40
 41/2
 nichts.....97
 weiß nicht.....98 99</p> |
| <p>97A
 97B</p> | <p>Was besonders zufriedenstellend war:
 Was ärgerlich oder belastend war:</p> | <p>Und wenn Sie jetzt noch mal alles zusammengefasst betrachten: Wie zufrieden oder wie unzufrieden sind Sie mit solchen Arztbesuchen?
 INT.: Antwortvorgaben vorlesen.</p> <p>sehr zufrieden.....1
 zufrieden.....2
 geht schon so.....3
 unzufrieden.....4
 sehr unzufrieden.....5
 weiß nicht.....8 9</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>91B Was ärgerlich oder belastend war:
 12/13
 14/75
 18/17</p> | <p>nichts.....97
 weiß nicht.....98 99</p> | <p>11
 12/13
 14/75
 18/17</p> |
| <p>92</p> | <p>Und wenn Sie jetzt noch mal alles zusammengefasst betrachten: Wie zufrieden oder wie unzufrieden sind Sie mit solchen Arztbesuchen?
 INT.: Antwortvorgaben vorlesen.</p> | <p>sehr zufrieden.....1
 zufrieden.....2
 geht schon so.....3
 unzufrieden.....4
 sehr unzufrieden.....5
 weiß nicht.....8 9</p> |
| <p>93</p> | <p>Kommen wir zum Thema Krankenhaus. Wie oft haben Sie in Ihrem Leben schon im Krankenhaus gelegen?
 INT.: Bei "weiß nicht": 98. "noch nie": 00.
 Anzahl der Krankenhausaufenthalte:
 INT.: Falls "00": weiter mit Frage 99.
 Alle anderen: weiter mit Frage 94.</p> | <p>15/28 99
 99
 94</p> |
| <p>94</p> | <p>Haben Sie auch in diesem Jahr schon ein- oder mehrmals im Krankenhaus gelegen?</p> | <p>ja, einmal.....1 21
 ja, mehrmals.....2
 nein.....3 9</p> |
| <p>95</p> | <p>Und wie war das in den letzten 5 Jahren: haben Sie schon 1982 bis 1986 ein- oder mehrmals im Krankenhaus gelegen?</p> | <p>ja, einmal.....1 21
 ja, mehrmals.....2
 nein.....3
 weiß nicht.....8 9</p> |
| <p>96</p> | <p>INT.: Wenn bei Frage 94 bzw. 95 mindestens einmal "ja": weiter mit Frage 96.
 Alle anderen: weiter mit Frage 99.
 Und in welchem Krankenhaus (in welchen Krankenhäusern) haben Sie denn während dieser Zeit gelegen.
 INT.: Namen notieren.</p> | <p>23/24
 25/28
 27/28
 99</p> |

| 99 | Haben Sie schon einmal etwas von Krankenhaussozialdienst gehört? Oder ihn vielleicht schon mal in Anspruch genommen? | noch nie was von gehört.....1 44
nur mal was von gehört.....2
schon mal in Anspruch genommen.....3 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|-----------------------------------|---|---------------------|-----------|-----|---|---|--------|----------------------|-----|---|---|--------|--------------------|-----|---|---|--------|-----------------|-----|---|---|--------|----------------|-----|---|---|--------|------------|
| 100 | <p>INT.: Möglichst Liste VIII überreichen.</p> <p>Ich nenne Ihnen jetzt noch einige Beispiele dafür, an was für Gesundheitsdienstleister Heiler und Helfer man sich sonst noch wenden kann. Sie sagen mir bitte wieder jeweils (anhand der Liste), ob "derzeit und auch früher schon mal", ob "nur derzeit, früher also nicht", ob "derzeit zwar nicht, aber in den letzten fünf Jahren schon mal (also etwa in der Zeit von 1982 bis Anfang dieses Jahres)", ob "derzeit und auch in den letzten fünf Jahren nicht, sondern irgendwann früher" oder ob "noch nie".</p> <p>INT.: Einzelne Befragen. Etnkreisen.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>derzeit schon mal in Anspruch genommen?</th> <th>nur derzeit, früher also nicht schon mal</th> <th>derzeit und auch früher schon mal</th> <th>derzeit nicht, aber in den letzten 5 Jahren schon mal</th> <th>noch weiß nie nicht</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Massage</td> <td>1 2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 8 45</td> </tr> <tr> <td>2 medizinische Bäder</td> <td>1 2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 8 46</td> </tr> <tr> <td>3 Krankengymnastik</td> <td>1 2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 8 47</td> </tr> <tr> <td>4 Heilpraktiker</td> <td>1 2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 8 48</td> </tr> <tr> <td>5 Wunderheiler</td> <td>1 2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 8 49</td> </tr> </tbody> </table> <p>INT.: Wenn mindestens einmal "1", "2" oder "3" eingekreist: Weiter mit Frage 101.
Alle anderen: Weiter mit Frage 102.</p> | derzeit schon mal in Anspruch genommen? | nur derzeit, früher also nicht schon mal | derzeit und auch früher schon mal | derzeit nicht, aber in den letzten 5 Jahren schon mal | noch weiß nie nicht | 1 Massage | 1 2 | 3 | 4 | 5 8 45 | 2 medizinische Bäder | 1 2 | 3 | 4 | 5 8 46 | 3 Krankengymnastik | 1 2 | 3 | 4 | 5 8 47 | 4 Heilpraktiker | 1 2 | 3 | 4 | 5 8 48 | 5 Wunderheiler | 1 2 | 3 | 4 | 5 8 49 | 101
102 |
| derzeit schon mal in Anspruch genommen? | nur derzeit, früher also nicht schon mal | derzeit und auch früher schon mal | derzeit nicht, aber in den letzten 5 Jahren schon mal | noch weiß nie nicht | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 Massage | 1 2 | 3 | 4 | 5 8 45 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 medizinische Bäder | 1 2 | 3 | 4 | 5 8 46 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 Krankengymnastik | 1 2 | 3 | 4 | 5 8 47 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 Heilpraktiker | 1 2 | 3 | 4 | 5 8 48 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 Wunderheiler | 1 2 | 3 | 4 | 5 8 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 101 | Wenn Sie nun noch mal an Ihre Erfahrungen denken, die Sie derzeit oder in den letzten fünf Jahren mit diesen... (Liste der treffende Gesundheitsdienste/Heiler oder Helfer einzeichnen) gemacht haben: Wie die Besuche die im einzelnen verlaufen sind und wie das so für Sie war: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 101A | Was fanden Sie da besonders zufriedenstellend? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 101B | Was war für Sie ärgerlich oder belastend? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|------|--|--|
| 101A | <p>INT.: Sicherstellen, daß auf beide Fragen geantwortet wird. Für jede Frage: das zugehörige Antwortfeld benutzen. Dort jeweils: Nennungen notieren (incl. Differenzierungen nach Diensten) oder bei "nichts" bzw. "weiß nicht" Antwortkennziffer einkreisen.</p> <p>Was besonders zufriedenstellend war:</p> <p>50
51/51
52/54
53/56
nichts.....97
weiß nicht.....98 99</p> | 50
51/51
52/54
53/56
97
98 99 |
| 101B | Was ärgerlich oder belastend war: <p>57
58/59
60/61
62/63
nichts.....97
weiß nicht.....98 99</p> | 57
58/59
60/61
62/63
97
98 99 |
| 102 | <p>Nachdem wir uns bislang über die Gesundheitsversorgung unterhalten haben, nun zu einem anderen Thema: nämlich zu der Versorgung mit sozialen Leistungen, Diensten und Einrichtungen. Damit meinen wir: Freizeitmöglichkeiten, häusliche Pflegedienste und Haushaltshilfen, Heime, Leistungen von Behörden oder Sozialversicherungen und so was.</p> <p>Zunächst einmal: Gibt es irgendwas, was Sie persönlich in der Versorgung mit solchen sozialen Leistungen, Diensten oder Einrichtungen vermissen?</p> <p>Ja.....1
nein.....2
weiß nicht.....8 9</p> | 103
104 |

103 Was vermissen Sie denn?
 INT.: Nennungen möglichst zuordnen. Notieren.
 A: Im Rahmen der Versorgung mit Alten- und Pflegeheimen:
 66/66 _____
 67/68 _____
 B: Im Rahmen der Pflege und Versorgung in der eigenen Hauslichkeit:
 69/70 _____
 71/72 _____
 C: Im Rahmen der Kontaktmöglichkeiten zu Ämtern:
 73/74 _____
 75/76 _____
 D: Im Rahmen der Kontaktmöglichkeiten zu Krankenkassen bzw. Rentenversicherungen:
 77/78 _____
 11/12 _____
 E: Im Rahmen der Freizeitgestaltung und Kontaktpflege speziell für Senioren:
 13/14 _____
 15/16 _____
 F: Im Rahmen der Freizeitgestaltung und Kontaktpflege für Jung und Alt:
 17/18 _____
 19/20 _____
 G: Sonstiges:
 21/22 _____
 23/24 _____
 99 _____

104 INT.: Möglichst Liste VIII überreichen.
 Wenn es um Fragen der Inanspruchnahme von Sozialleistungen und sozialen Dienstleistungen geht, sind mitunter Kontakte zu Mitarbeitern von Sozialleistungsträgern erforderlich. Setzen Sie sich beraten zu fassen, sei es, um Rechtsansprüche geltend zu machen usw.
 Ich nenne Ihnen jetzt mal einige Institutionen und Sie sagen mir auch hier wieder bitte jedesmal (anhand der Liste), inwieweit Sie persönlich sich eine Institution schon mal in Anspruch genommen haben: ob "derzeit und auch früher schon mal", ob "nur derzeit, früher aber nicht", ob "derzeit zwar nicht, aber in den letzten fünf Jahren schon mal" (also etwa in der Zeit von 1982 bis Anfang dieses Jahres), ob derzeit und auch in den letzten fünf Jahren nicht, sondern irgendwann früher oder ob "noch nie".
 INT.: Einzelne abfragen. Einkreisen.

| | inwieweit.. schon mal und auch schon mal? | derzeit nicht | nur derzeitig | derzeit nicht, aber in d. letzten 5 Jahren schon mal | derzeit nicht, in den letzten 5 Jahren nicht | noch weiß nie nicht |
|--|---|---------------|---------------|--|--|---------------------|
| 1 Arbeitsamt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 25 |
| 2 Wohlfeldamt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 26 |
| 3 Sozialamt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 27 |
| 4 Versorgungsamt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 28 |
| 5 Gesundheitsamt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 29 |
| 6 Allg. Sozialdienst, Familienfürsorge | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 30 |
| 7 Beratungsstelle der Rentenversicherungs-träger | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 31 |
| 8 Beratungsstelle der Krankenkasse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 32 |

INT.: Wenn mindestens einmal "1", "2" oder "3" eingekreist: Weiter mit Frage 105.
 Alle anderen: weiter mit Frage 107.

105 Wenn Sie nun noch einmal an Ihre Erfahrungen mit diesen... (INT.: Zutreffendes einsetzen : Behörden Sozialversicherungen) denken, mit denen Sie derzeit oder in den letzten 5 Jahren in Kontakt standen:

Also daran, wie und was da so gelaufen ist und wie das für Sie war:
 105A Was fanden Sie da besonders zufriedenstellend?
 105B Was war für Sie ärgerlich oder belastend?

INT.: Sicherstellen, daß auf beide Fragen geantwortet wird. Für jede Frage: oben angegebener Antwortfeld benutzen. Dort je eine Frage: oben angeben (incl. Differenzierungen nach Instanzen) oder bei "nichts" bzw. "weiß nicht" Antwortkennziffer eintragen.

105A has besonders zufriedenstellend war:
 33
 34/35
 36/37
 38/38
 nichts.....97
 weiß nicht.....98 99

105B Was ärgerlich oder belastend war:
 40
 41/42
 43/44
 45/46
 nichts.....97
 weiß nicht.....98 99

106 Und wenn Sie nun noch einmal alles zusammengefaßt betrachten: Wie zufrieden oder wie unzufrieden sind Sie mit, was bei Behörden (Sozialversicherungen) bedeutet wird?
 INT.: Antwortvorgaben vorlesen.

| | |
|------------------------|----|
| sehr zufrieden.....1 | 47 |
| zufrieden.....2 | |
| geht schon so.....3 | |
| unzufrieden.....4 | |
| sehr unzufrieden.....5 | |
| weiß nicht.....6 9 | |

107 INT.: Möglichst Liste VIII überreichen.
 Die Kirchen, die Wohlfahrtsverbände (wie z.B. die Arbeiterwohlfahrt, der Arbeitergewerkschaftsbund, das Deutsche Rote Kreuz, das Diakonische Werk) oder gemeinnützige Vereine bieten verschiedenartig Dienste für ältere Menschen, für Kranke oder Behinderte an.

Ich nenne Ihnen jetzt mal einige davon. Und Sie sagen mir bitte wieder jedesmal (anhand der Liste), inwiefern Sie ein solches Angebot schon mal in Anspruch genommen haben: Ob "derzeit und auch früher schon mal", ob "nur derzeit, früher also nicht", ob "derzeit zwar nicht, aber in den letzten 5 Jahren schon mal (also etwa in der Zeit von 1982 bis Anfang dieses Jahres)", ob "derzeit und auch in den letzten 5 Jahren nicht, sondern irgendwann früher" oder ob "noch nie".

INT.: Einzelne abfragen, Einkreisen.
 inwiefern derzeit nur der- derzeit derzeit noch haben Sie und auch zeit, zwar nicht und auch nie früher früher aber in d. in den ... schon schon also letzten 5 Jahren schon mal in An- schon also letzten 5 Jahren schon mal nicht nicht schon mal nicht spruch ge- mal nicht schon mal nicht nommen?

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 Essen auf Rädern | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 48 |
| 2 Haushalts- hilfe (incl. Einkaufshilfen etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 49 |
| 3 Behinderten- und Kranken- transport | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 50 |
| 4 häusliche Pflegedienste | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8 | 51 |

INT.: Wenn mindestens einmal "1", "2" oder "3" eingekreist: Weiter mit Frage 108.
 Alle anderen: weiter mit Frage 110.

| | | |
|-------|---|-------|
| 108 | Nun zu Ihren Erfahrungen, die Sie derzeit oder in den letzten 5 Jahren mit ... (INT.: Zutreffende Dienstleistungen einsetzen) gemacht haben: Also dazu, wie und was da so gelaufen ist und wie das für Sie war: | |
| 108 A | Was fanden Sie da besonders zufriedenstellend? | |
| 108 B | Und was war für Sie ärgerlich oder belastend? | |
| | INT.: Sicherstellen, daß auf beide Fragen geantwortet wird. Für jede Frage: das zugehörige Antwortfeld benutzen. (Amen: die beiden mittleren (incl. Differenzieren) und die Leistungen) oder bei "nichts" bzw. "weiß nicht" Antwortkennziffer einkreisen. | |
| 108 A | Was besonders zufriedenstellend war: | 52 |
| | | 53/54 |
| | | 55/56 |
| | | 57/58 |
| | nichts.....97 | |
| | weiß nicht.....98 | 99 |
| 108 B | Was ärgerlich oder belastend war: | 59 |
| | | 60/61 |
| | | 62/63 |
| | | 64/65 |
| | nichts.....97 | |
| | weiß nicht.....98 | 99 |

| | | |
|-----|---|---|
| 109 | Und wenn Sie uns noch mal alles zusammengefasst berichten: wie zufrieden oder wie unzufrieden sind Sie mit solcher Art von Angeboten?
INT.: Antwortvorgaben vorlesen. | 66
sehr zufrieden.....1
zufrieden.....2
geht schon so.....3
unzufrieden.....4
sehr unzufrieden.....5
weiß nicht.....8 9 |
| 110 | INT.: Möglichst Liste VIII überreichen.
Die Kommunen, die Kirchen oder auch Wohlfahrtsverbände (wie die Arbeiterwohlfahrt, der Arbeitsmarktwort, das Deutsche Rote Kreuz, das Diakonische Werk und so) bieten ja zuweilen Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung und Kontaktpflege an.
Bitte lassen Sie uns einige davon mal zusammen durchgehen. Auch hier möchte ich gerne wieder jemand wissen, inwieweit Sie so was schon mal in Anspruch genommen haben.
Ob "derzeit und auch früher schon mal", ob "nur derzeit, früher also nicht", ob "derzeit zwar nicht, aber in den letzten 5 Jahren schon mal (also etwa in der Zeit von 1982 bis Anfang diesen Jahres)", ob "derzeit und auch in den letzten 5 Jahren nicht, sondern irgendwann früher" oder ob "noch nie".
INT.: Einzel abfragen. Einkreisen. | |
| | inwieweit haben Sie mal in Anspruch genommen: | derzeit nur der-
zeit noch weiß
und auch zeit,
früher aber in d.
mal in An- schon
spruch ge- also
mal nicht letzten 5
Jahren Jahren
schon mal nicht |
| | 1 Freizeitangebote für Senioren z.B. Sportnachmittage, Seniorenanz, Ausflugsfahrten) | 1 2 3 4 5 8 87 |

| | |
|------|--|
| 111A | <p>Was besonders zufriedenstellend war:</p> <p>_____ 71</p> <p>_____ 12/73</p> <p>_____ 74/75</p> <p>_____ 76/77</p> <p>nichts.....97</p> <p>weiß nicht.....98 99</p> |
| 111B | <p>Was ärgerlich oder belastend war:</p> <p>_____ 11</p> <p>_____ 12/13</p> <p>_____ 14/15</p> <p>_____ 16/17</p> <p>nichts.....97</p> <p>weiß nicht.....98 99</p> |
| 112 | <p>Und wenn Sie nun noch mal alles zusammengekommen betrachten: Wie zufrieden oder wie unzufrieden sind Sie mit solchen Angeboten zur Freizeit- und Kontaktpflege?</p> <p>INT.: Antwortvorgaben vorlesen.</p> <p>Sehr zufrieden.....1</p> <p>zufrieden.....2</p> <p>geht schon so.....3</p> <p>unzufrieden.....4</p> <p>sehr unzufrieden.....5</p> <p>weiß nicht.....8 9</p> |

| | |
|-------------|--|
| noch
110 | <p>derzeit nur der- derzeit noch
haben Sie und auch zeit, zwar nicht und auch
früher früher aber in d. in den
schon also letzten 5 Jahren
spruch ge- mal nicht schon mal nicht
nommen?</p> <p>2 kulturelle
Angebote
und Bil-
dungsver-
anstaltun-
gen für
Senioren
(z.B. Vor-
frage bei
der Bildung
des länd-
lichen Er-
wachsenen-
bildung,
Besichti-
gungs-
fahrten) 1 2 3 4 5 6 8</p> <p>3 Besuchs-
dienste 1 2 3 4 5 6 6 6</p> <p>4 Senioren-
erholung 1 2 3 4 5 8 9</p> |
| 111 | <p>Ich möchte noch mal auf diese Angebote zur Freizeit- und Kontaktpflege zu sprechen kommen, von denen Sie in letzter Zeit oder in den letzten 5 Jahren Gebrauch gemacht haben. Wenn Sie noch mal daran denken, wie und was da so ge- laufen ist und wie das so für Sie war:</p> <p>Was fanden Sie da besonders zufriedenstellend?</p> <p>Und was war für Sie ärgerlich oder belastend?</p> <p>INT.: Sicherstellen, daß auf beide Fragen geantwortet wird.
Für jede Frage, das zugehörige Antwortfeld benutzen.
Dort jeweils: Nennungen mit "ja" oder "nein" und "nicht"
nach Angabe der "Zurück" und "Nichts" Box: "weiß nicht"
Antwortkennziffer eingekreisen.</p> <p>111
Weiter mit Frage 111.
Alle anderen: Weiter mit Frage 113.</p> |
| 111A | <p>INT.: Wenn mindestens einmal "1", "2" oder "3" eingekreist:
Weiter mit Frage 111.
Alle anderen: Weiter mit Frage 113.</p> |

113 Wenn Sie nur einmal überlegen, wer Sie alles besuchen können, können Sie selbst alles besuchen: Wie oft ungefähr finden solche gegenseitigen Besuche statt?
 INT.: Antwortvorgaben vorlesen. (fast täglich.....1
 2-3 mal) in der Woche..2
 etwa einmal pro Woche..3
 seltener.....4
 gar nicht.....5
 9

114 Gibt es in Ihrem Alltag Dinge, die Sie häufig für andere Menschen tun - also für Familienmitglieder, für Ihre Nachbarn, für Freunde oder Bekannte?
 INT.: Einzel abfragen, Zutreffendes einkreisen.
 Sonstiges notieren, Mehrfachnennungen möglich.

| | | |
|---|--|----|
| A | Anderen zuhören, wenn sie Sorgen oder Probleme haben.....1 | 20 |
| B | Anderen erzählen, wie es früher war.....1 | 21 |
| C | Märchen erzählen, vorlesen.....1 | 22 |
| D | Kinder nützen.....1 | 23 |
| E | Von dem eigenen Geld etwas abgeben.....1 | 24 |
| F | Handarbeiten anfertigen.....1 | 25 |

INT.: Bettlilige weiter mit N
 NICHT Bettlilige weiter mit G

| | | |
|---|---|----|
| G | Anderer im Krankenhaus oder im Heim besuchen.....1 | 26 |
| H | Krankbetreuung bei Bedarf übernehmen.....1 | 27 |
| I | Einen älteren Menschen pflegen.....1 | 28 |
| K | Bei leichteren Hausarbeiten (z. B. Kochen) einspringen.....1 | 29 |
| L | Bei schweren Hausarbeiten aushelfen (z. B. beim Frühjahrsputz oder bei der Hausordnung).....1 | 30 |
| K | Einspringen, wenn Schiese geschluppt oder die Straße gefegt werden muß.....1 | 31 |
| N | Sonst was (notieren): _____ | 32 |

9

115 INT.: Ohne Befragen einkreisen.
 Alle Items (A bis RT) beachten!

| | |
|--|-----|
| Befragter hat erwidert, eine Hilfe angeben.....1 | 116 |
| Befragter hat überhaupt keine der genannten Tätigkeiten bejaht.....2 | 117 |

116 Und für wen tun Sie das alles?
 INT.: Ohne Vorlage einer Liste Adressaten nennen lassen. Mehrfachnennungen möglich. Codezahlen der Liste IV eintragen. Bei "Anderer (Tode "JA") bitte notieren!

| | | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 37/38 | 39/40 | 41/42 | 43/44 | 45/46 | 47/48 | 49/50 | 51/52 | 99 |
| / | / | / | / | / | / | / | / | 53/54 |
| | | | | | | | | 55 |
| | | | | | | | | 56 |

117 Wenn Sie Ihren Alltag insgesamt ableben, wie fühlen Sie sich im Vergleich mit anderen? Bitte ankreuzen, wie Sie sich fühlen, wenn Sie mit anderen zusammenkommen, die Sie selbst als Sie selbst bekommen oder finden Sie, daß Sie selbst eher mehr erhalten?
 Befragter gibt eher mehr.....1
 Befragter bekommt eher mehr.....2
 Ist ungefähr ausgeglichen.....3
 9

118 Wie oft kommt es eigentlich vor, daß Sie ...?
 INT.: Einzel abfragen. Antwortmöglichkeiten vorlesen. Einkreisen.

| | | | | | |
|--|----------|-----|--------------|-------|------------|
| | sehr oft | oft | gelegentlich | nicht | weiß nicht |
| sich langweilen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| sich einsam fühlen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| sich nach Kontakt zu Anderen und nach Geselligkeit sehnen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

8 9 58
 8 9 59
 8 9 60

122

Ich möchte Ihnen jetzt eine Reihe von Aussagen über das Leben ganz allgemein im höheren Lebensalter vorlegen. Bitte geben Sie jeweils an, in wieviel Sie Aussage auf Sie persönlich zutrifft: "voll und ganz", "etwas", "eher nicht" oder "gar nicht".

INT.: Wenn möglich: Fragebogen zum Selbstausfüllen überreichen.
Wenn nicht möglich: Einzelin abfragen. Einkreisen.

trifft trifft trifft
voll u. etwas eher gar
ganz zu zu nicht
zu zu zu

Als ich älter wurde, als ich ihnen mir viele Dinge besser, als ich früher erwartet hätte 1 2 3 4 70

Ich habe in meinem Leben immer mehr gegeben, als ich von anderen bekommen habe 1 2 3 4 71

Ich fühle mich ebenso glücklich wie in früheren Jahren 1 2 3 4 72

Jetzt ist die trübste Zeit meines Lebens 1 2 3 4 73

Wenn ich so auf mein Leben zurückblicke, bin ich recht zufrieden 1 2 3 4 74

Ich habe in meinem Leben mehr Rückschläge hinnehmen müssen als die meisten anderen Menschen, die ich kenne 1 2 3 4 75

INT.: Zusätzlich einkreisen: Hat der (die) Befragte die Skala selbst bearbeitet?

Ja.....1 76
nein.....2

119 Und wie schwer bzw. leicht fällt es Ihnen ...?

INT.: Einzelin abfragen. Antwortmöglichkeiten vorlesen. Einkreisen.

| | | | | | |
|-------------|-----------------|-----------|-----------------|-------------|------------|
| sehr schwer | ziemlich schwer | so mittel | ziemlich leicht | ganz leicht | wird nicht |
|-------------|-----------------|-----------|-----------------|-------------|------------|

mit Anderen in Kontakt zu kommen? 1 2 3 4 5 6 9 61

Anderer um einen Gefallen zu bitten? 1 2 3 4 5 8 9 62

Hilfe anzunehmen? 1 2 3 4 5 8 9 63

120 Viele ältere Menschen verbringen ihren Lebensabend nicht zu Hause, sondern in einem Altenheim, wo sie wohnen und wo sie versorgt, manchmal auch gepflegt werden. Was halten Sie persönlich von solchen Heimen und der Möglichkeit, dort seinen Lebensabend zu verbringen?

INT.: Notieren.

99

121 Sehen Sie selbst auf einer Warteliste, um in ein Altenheim oder in ein Pflegeheim aufgenommen zu werden?

Ja.....1
nein.....2 9

69

| | | | | |
|------------|--|--|--|---|
| <p>123</p> | <p>77
25/79
11/12
13/14</p> <p>Wenn Sie Ihr jetziges Leben, Ihren Alltag und Tagesverlauf einmal genau überdenken: gibt es dann etwas, auf das Sie sich an jedem Tag besonders freuen?</p> <p>Ja, und zwar (notieren): _____</p> <p>nein.....1</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>99</p> | <p>124</p> <p>Und wie ist das im Jahresablauf? Denken Sie einmal an dieses Jahr (1987) und was da alles zu erwarten ist, gibt es Dinge oder Ereignisse, denen Sie schon mit Vorfremde entgegensehen?</p> <p>Ja, und zwar (notieren): _____</p> <p>nein.....1</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>99</p> | <p>125</p> <p>INT.: Ohne Befragen einkreisen:</p> <p>Befragter lebt allein.....1 21</p> <p>Befragter lebt nicht allein.....2 128</p> | <p>126</p> <p>Für viele Ältere bedeutet das Alleinleben eine große Belastung, für andere wiederum überhaupt nicht. Wie ist das bei Ihnen? Ist das</p> <p>INT.: Antwortvorgaben vorlesen.</p> <p>überhaupt keine Belastung.....1 129</p> <p>eine geringe Belastung..2 127</p> <p>eine starke Belastung...3</p> <p>weder nicht.....8 9 129</p> |
|------------|--|--|--|---|

| | | |
|------------|--|---|
| <p>127</p> | <p>Was ist denn alles für Sie belastend oder problematisch daran, daß Sie hier allein leben?</p> <p>INT.: Reaktion möglichst genau notieren!</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>99</p> | <p>128</p> <p>Wie beurteilen Sie ganz allgemein den Zusammenhalt zwischen den Menschen, mit denen Sie hier zusammen leben und wohnen (in Ihrer Ehe)?</p> <p>INT.: Wenn möglich: Fragebogen zum Selbstausfüllen überreichen. Wenn nicht möglich: Einzelne abfragen. Antwortvorgaben vorlesen. Einkreisen.</p> <p>trifft voll u. ganz zu trifft eher nicht zu trifft gar nicht zu</p> <p>Es fehlt an gemeinsamen Gesprächen 1 2 3 4 36</p> <p>Es fehlt an gemeinsamen Tätigkeiten und Freizeitsbeschäftigungen 1 2 3 4 31</p> <p>Es fehlt an Übereinstimmung in den wichtigsten Einstellungen zu familiären Alltagsfragen 1 2 3 4 31</p> <p>Es fehlt an Übereinstimmung in den wichtigsten politischen und allgemeinen-gesellschaftlichen Einstellungen 1 2 3 4 33</p> <p>Es fehlt an gleichberechtigter Mitwirkung aller Haushaltsmitglieder an wichtigen Entscheidungen 1 2 3 4 34</p> <p>Es fehlt an aktiver gegenseitiger Unterstützung in Problem- oder Krisensituationen 1 2 3 4 35</p> <p>Es fehlt an starker gefühlsmäßiger Bindung 1 2 3 4 36</p> <p>Es fehlt an gegenseitiger Toleranz 1 2 3 4 37</p> |
|------------|--|---|

| | | |
|---|--|--|
| <p>132</p> <p>Henn Sie sich über bestimmte Sachen informieren wollen, die Sie persönlich besonders interessieren, welche Medien benutzen Sie dann? und was interessiert Sie am meisten?</p> <p>Ich lese Ihnen jetzt eine Reihe von Informationsquellen vor und Sie sagen mir bitte jeweils, ob Sie die überhaupt benutzen und wenn ja, welche Themen Sie dabei immer besonders interessieren.</p> <p>INT.: Medien langsam vorlesen. In 132 A einkreisen. Mein <u>1</u> eingekreist; in 132 B Interessenschwerpunkte notieren.</p> | <p>A: Genutzt?
INT.: Einkreisen.
nein Ja</p> <p>B: Welche Interessenschwerpunkte?
INT.: Notieren.</p> <p>1. Zeitung 2 1 →</p> <p>2. Rundfunk 2 1 →</p> <p>3. Fernsehen 2 1 →</p> <p>4. Zeitschriften 2 1 →</p> <p>5. Amtliche Broschüren, Merkblätter 2 1 →</p> <p>6. Gemeindeblatt 2 1 →</p> <p>7. Bücher 2 1 →</p> <p>8. Öffentliche Informationsveranstaltungen 2 1 →</p> <p>9. Persönliche Gespräche 2 1 →</p> | <p>133</p> <p>Sind Sie Mitglied in einer politischen Partei?</p> <p>Ja.....1 20 134
nein.....2 9 137</p> |
|---|--|--|

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|---|
| <p>134</p> <p>Und in welcher?</p> <p>SPD.....1 21
CDU.....2
FDP.....3
Grüne.....4
Kählergemeinschaft.....5
Sonstige.....6 9</p> | <p>135</p> <p>Nehmen Sie regelmäßig an Parteiversammlungen teil?</p> <p>Ja, regelmäßig.....1 22
Ja, gelegentlich.....2
Ja, bei besonderen Anlässen.....3
nein, nie.....4 9</p> | <p>136</p> <p>Bekleiden Sie ein Amt in der Partei?</p> <p>Ja.....1 23
nein.....2 9</p> | <p>137</p> <p>Waren Sie früher einmal in einer politischen Partei?</p> <p>Ja.....1 24
nein.....2 9</p> | <p>138</p> <p>Sind Sie Mitglied in einer Gewerkschaft?</p> <p>Ja.....1 25
nein.....2 9</p> | <p>139</p> <p>Und in welcher?
INT.: Notieren.</p> <p>..... 26
..... 9</p> | <p>140</p> <p>Nehmen Sie an Gewerkschaftsveranstaltungen teil?</p> <p>Ja, regelmäßig.....1 27
Ja, gelegentlich.....2
Ja, bei besonderen Anlässen.....3
nein, nie.....4 9</p> <p>141</p> <p>Bekleiden Sie ein Amt in der Gewerkschaft?</p> <p>Ja.....1 28
nein.....2 9</p> |
|---|--|--|--|--|---|---|

| Karte 16 | | 57 |
|----------|---|-------|
| 149 | Nehmen Sie an Verein-/Verbandsveranstaltungen teil? | 47 |
| | Ja, regelmäßig.....1
Ja, gelegentlich.....2
Ja, bei besonderen Anlässen.....3
nein, nie.....4 9 | |
| 150 | Bekleiden Sie ein Amt in einem Verein/Verband? | 48 |
| | Ja.....1
nein.....2 9 | 152 |
| 151 | Waren Sie früher einmal in einem oder mehreren Vereinen, aus dem (denen) Sie dann später wieder ausgetreten sind? | 49 |
| | Ja, in mehreren.....1
Ja, in einem.....2
nein.....3 9 | |
| 152 | Sind Sie Mitglied in einer Bürgerinitiative? | 50 |
| | Ja.....1
nein.....2 9 | 153 |
| 153 | Und in welcher?
IMT.: Notieren. | 51/52 |
| | 9 | |
| 154 | Nehmen Sie an Veranstaltungen der Bürgerinitiative teil? | 53 |
| | Ja, regelmäßig.....1
Ja, gelegentlich.....2
Ja, bei besonderen Anlässen.....3
nein, nie.....4 9 | |
| 155 | Haben Sie einen Posten in der Bürgerinitiative? | 54 |
| | Ja.....1
nein.....2 9 | 157 |
| 156 | Waren Sie früher einmal in einer Bürgerinitiative, die Sie dann wieder verlassen haben? | 55 |
| | Ja.....1
nein.....2 9 | |
| 157 | Sind Sie Mitglied in einer Sektion/Arbeitsgruppe oder in einem Aftersclub? | 56 |
| | Ja.....1
nein.....2 9 | 158 |
| | | 161 |

| Karte 16 | | 56 |
|----------|--|-----|
| 142 | Sind Sie früher einmal in einer Gewerkschaft gewesen? | 29 |
| | Ja.....1
nein.....2 9 | 146 |
| 143 | Welcher Religionsgemeinschaft gehören Sie an? | 30 |
| | keiner.....1
katholisch.....2
evangelisch.....3
Sonstige.....4 9 | 144 |
| 144 | Nehmen Sie an Kirchenveranstaltungen (an Veranstaltungen Ihrer Religionsgemeinschaft) teil? | 31 |
| | Ja, regelmäßig.....1
Ja, gelegentlich.....2
Ja, bei besonderen Anlässen.....3
nein, nie.....4 9 | |
| 145 | Bekleiden Sie ein Amt in Ihrer Gemeinde? | 32 |
| | Ja.....1
nein.....2 9 | 147 |
| 146 | Waren Sie früher einmal Mitglied in einer Aktiengruppe oder Partei, deren Ziel es war, dass der Sie dann ausgetreten sind? | 33 |
| | Ja.....1
nein.....2 9 | |
| 147 | Sind Sie Mitglied in einem oder mehreren Vereinen/Verbänden? | 34 |
| | Ja.....1
nein.....2 9 | 148 |
| 148 | In welchem(n) Verein(en) sind Sie Mitglied? | 35 |
| | Name: | |
| | IMT.: Mehrfachnennungen möglich. Namen des (der) Vereins (Vereine) erst notieren, dann codieren! | |
| | Handverein.....1 35
Sportverein.....1 36
Gesang-/Musikverein.....1 37
Heimatverein.....1 38
Landfrauen.....1 39
Skat (Schach-/Doppelkopf etc.)-Verein.....1 40
Feuerwehr.....1 41
Schützenverein.....1 42
Rotes Kreuz, ASB etc.....1 43
Sonstige(r): 9 44 | |

| | | |
|-----|---|------------|
| 158 | Und in welcher Vereingung bzw. welchem Club?
INT.: Nennen notieren. Einkreisen. Mehrfachnennungen m6glich. | 57/58 |
| 159 | Nehmen Sie da regelmäßig an Veranstaltungen oder Unternehmungen teil?
Ja, regelm6sig.....1
Ja, gelegentlich.....2
Ja, bei besonderen Anlassen.....3
nein, nie.....4 9 | 59 |
| 160 | Haben Sie da ein Amt oder eine besondere Aufgabe?
Ja.....1 60
nein.....2 9 | 60 162 |
| 161 | Haben Sie fr6her einmal in einer Senatorenvereingung oder in einem Elternclub, wo Sie jetzt nicht mehr Mitglied sind? | 61 |
| 162 | Jetzt w6chte ich gerne etwas 6ber Ihre Schulzeit und Ihr Berufsleben erfahren.
Welchen Schulabschluss haben Sie?
INT.: Nur den h6chsten Abschluss nennen lassen. | 62 163 164 |
| 163 | Wieviele Jahre sind Sie zur Schule gegangen?
INT.: Bei "weder nicht", "80 notieren". | 63/64 99 |

| | | |
|------|---|---------|
| 164 | Haben Sie eine Berufsausbildung abgeschlossen?
1
keine Berufsausbildung abgeschlossen.....2
Ja, abgeschlossen.....3 9 | 65 |
| 165 | INT.: Bei M6nnern: weiter mit Frage 165 a.
Bei Frauen: weiter mit Frage 165 b. | 66/67 |
| 165a | Welchen Beruf haben Sie am l6ngsten ausge6bt?
INT.: Stehe Anweisung im Anschlu6 an Frage 165 b. | |
| 165b | Welchen Beruf haben Sie am l6ngsten ausge6bt? Oder sind Sie niemals berufst6tig, sondern immer Hausfrau gewesen? Oder w6ren Sie zwar mal berufst6tig, jedoch am l6ngsten Hausfrau?
INT.: Genaue Berufsbezeichnung und evtl. T6tigkeitsschreibung notieren. Bei Selbstst6ndigen/Ateliefen den Familienangeh6rigen auch Art und Gr66e des Falls "wie berufst6tig" oder am l6ngsten "Hausfrau" einzeichnen. | 166 |
| 166 | INT.: Falls Befragter "am l6ngsten in der Landwirtschaft" t6tig war (Landwirt, mithelfender Familienangeh6riger im landwirtschaftlichen Betrieb, landwirtschaftlicher Arbeiter); weiter mit Frage 168.
Alle anderen: weiter mit Frage 167. | 167 99 |
| 167 | Haben Sie jemals in der Landwirtschaft gearbeitet (z.B. nebenbei oder vor6bergehend beruflich)?
Ja.....1 67
nein.....2 9 | 168 167 |
| 168 | Arbeiten Sie gegenw6rtig noch in der Landwirtschaft (z.B. Hausarbeit)?
Ja.....1 70
nein.....2 9 | 70 |

| Karte 17 | 61 | |
|----------|--|-------------------|
| 174b | Welchen Beruf hat Ihre Ehepartnerin am längsten ausgeübt? Oder ist sie niemals berufstätig, sondern immer Hausfrau gewesen? Oder war sie zuerst mal berufstätig, war jedoch am längsten Hausfrau?
<u>INT.: Genaue Berufsbezeichnung und evtl. Tätigkeitsbeschreibung notieren. Bei Selbständigen/Teilhabenden Familienangehörigen auch Art und Größe des Betriebs notieren.</u>
<u>Falls "nie berufstätig" oder am längsten "Hausfrau" einkreisen.</u> | 175 |
| 175 | <u>INT.: Falls Befragter "verheiratet": 176</u>
<u>ALLE anderen: 179</u> | 176
179 |
| 176 | Was ist Ihr Ehepartner (Ihre Ehepartnerin) jetzt im Ruhestand? Oder was sonst?
Im Ruhestand.....1
Hausfrau.....2
arbeitslos.....3
berufstätig.....4
sonst was (notieren):
9 | 178
177
179 |
| 177 | Welchen Beruf übte Ihr Ehepartner (Ihre Ehepartnerin) derzeit aus?
<u>INT.: Notieren.</u> | 179 |
| 178 | Welchen Beruf hat Ihr Ehepartner (Ihre Ehepartnerin) zuletzt ausgeübt?
<u>INT.: Notieren.</u> | 171/18
99 |

| Karte 18/17 | 60 | |
|-------------|---|------------------------|
| 169 | <u>INT.: Falls Befragter "nie berufstätig" war: schreibe mit Frage 174</u>
<u>ALLE anderen: weiter mit Frage 170.</u> | 174
170 |
| 170 | Dann sind Sie jetzt im Ruhestand? Oder was?
Hausfrau.....1
arbeitslos.....2
berufstätig.....3
sonst was (notieren):
4 | 172
173
171 |
| 171 | Und welchen Beruf übten Sie zur Zeit aus?
<u>INT.: Genaue Berufsbezeichnung und evtl. Tätigkeitsbeschreibung notieren. Bei Selbständigen/Teilhabenden Familienangehörigen auch Art und Größe des Betriebs notieren.</u> | 174 |
| 172 | Wie alt waren Sie, als Sie auf gehört haben zu arbeiten?
/ Jahre 99
<u>INT.: Bei "weiß nicht" 99 notieren.</u> | 174
99 |
| 173 | Und welchen Beruf haben Sie zuletzt ausgeübt?
<u>INT.: Genaue Berufsbezeichnung und evtl. Tätigkeitsbeschreibung notieren. Bei Selbständigen/Teilhabenden Familienangehörigen auch Art und Größe des Betriebs notieren.</u> | 171/18 |
| 174 | <u>INT.: Falls Befragter "ledig": 179</u>
<u>INT.: Alle anderen: 174 auf "Ehepartner" bzw. "Ehepartnerin" beziehen (auf den nächsten/letzten Partner). Wenn auf den "Ehepartner" bitten mit 174b. Wenn auf die "Ehepartnerin" weiter mit 174b.</u> | 179 |
| 174a | Welchen Beruf hat Ihr Ehepartner am längsten ausgeübt?
<u>INT.: Siehe Anweisung im Anschluß an Frage 174 b.</u> | 171/12
174c
174b |

Karte 17

62

| | | |
|---|---|--|
| <p>179</p> <p>19/23</p> <p>Ich möchte jetzt gerne auf Ihre finanzielle Situation zu sprechen kommen. Wie sieht es da in etwa aus? Wie hoch ist dann in etwa Ihr monatliches Nettoeinkommen, also das Haushaltseinkommen nach Abzug der Steuern und Sozialversicherung?</p> <p>INT.: Notieren oder einkreisen.</p> <p>das mtl. HH-Nettoeinkommen beträgt in etwa _____ DM</p> <p>Befragter weiß nicht, wie hoch das mtl. HH-Nettoeinkommen in etwa ist.</p> <p>(INT.: Einkreisen): 00000 99999</p> | <p>180</p> <p>INT.: Möglichst Liste IX vorlegen.</p> <p>Wie setzt sich das Haushaltseinkommen zusammen?</p> <p>INT.: Zutreffendes einkreisen. Mehrfachnennungen möglich.</p> <p>A - Verdienst..... 24
 B - Altersrente, Pension..... 23
 C - Witwenrente..... 26
 D - Arbeitslosengeld/-hilfe..... 27
 E - Kriegsbeschädigten-/invalidenrente..... 28
 F - Erträge aus Vermögen (Zinsen, Miete, Pachten)..... 26
 G - Wohngeld..... 20
 H - Sozialhilfe..... 31
 J - Hilflosengeld..... 32
 K - Unterhaltszahlungen..... 33
 L - anderes Einkommen..... 9</p> | <p>35/38</p> <p>185
182</p> <p>INT.: Notieren. Anzahl / 99</p> <p>INT.: Alle Einpersonenhaushalte; weiter mit Frage 185.
 Alle anderen; weiter mit Frage 182.</p> |
| <p>182</p> <p>Und wer trägt bei Ihnen alles mit seinem Einkommen (sei es aus Arbeit, Rente, Pension usw.) zum Haushaltseinkommen bei?</p> <p>INT.: Notieren.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>99</p> <p>INT.: Wenn auch der Befragte; weiter mit Frage 183.
 Alle anderen; weiter mit Frage 185.</p> | <p>183</p> <p>Können Sie mir sagen, wie hoch Ihr persönliches Nettoeinkommen in etwa ist? Also das Einkommen, das Ihnen nach Abzug von Steuern und Sozialversicherung im Monat zur Verfügung steht?</p> <p>INT.: Notieren oder einkreisen, das persönl. Nettoeinkommen beträgt mtl. in etwa _____ DM</p> <p>(INT.: Notieren):</p> <p>Befragter weiß nicht, wie hoch das persönl. Nettoeinkommen mtl. in etwa ist.</p> <p>(INT.: Einkreisen): 00000 99999</p> | <p>184</p> <p>INT.: Liste IX liegt vor. Darauf hinweisen.</p> <p>Und wie setzt sich Ihr persönliches Einkommen zusammen?</p> <p>INT.: Zutreffendes einkreisen. Mehrfachnennungen möglich.</p> <p>A - Verdienst..... 50
 B - Altersrente, Pension..... 51
 C - Witwenrente..... 52
 D - Arbeitslosengeld/-hilfe..... 53
 E - Kriegsbeschädigten-/invalidenrente..... 54
 F - Erträge aus Vermögen (Zinsen, Miete, Pachten)..... 55
 G - Wohngeld..... 56
 H - Sozialhilfe..... 57
 J - Hilflosengeld..... 58
 K - Unterhaltszahlungen..... 59
 L - anderes Einkommen..... 60</p> <p>9</p> |

Karte 17

63

| | | | |
|-----|---|--|-----------------------------|
| 189 | Und seit wievielen Jahren wohnen Sie nun schon in dieser Wohnung/diesem Haus?
<u>INT.: Bei "weiß nicht": 999 notieren.</u> | seit _____ Jahren | 11/73 |
| 190 | Wie wohnen Sie hier?
In einer Mietwohnung, in
eigenem Haus oder anderswie? | In einer Mietwohnung.....1
In einem gemieteten Haus..2
In einer Eigentums-
wohnung.....3
In eigenen Haus.....4
auf dem Ateinteil.....5
verriegelt nicht, ge-
teilt in Wohnverbänden
In Wohnung/Haus von An-
gehörigen.....6 9 | 14 |
| 191 | Haben Sie hier eine abge-
schlossene Wohnung? | ja.....1
nein.....2 | 15 192
193
195
192 |
| 192 | Wieviele Quadratmeter hat die
Wohnung denn wort insgesamt?
<u>INT.: Notieren.</u> | Anzahl der Quadratmeter
_____ qm 999 | 16/18 |
| 193 | Und wieviele Zimmer sind das -
Bad und WC nicht mitgerechnet?
<u>INT.: Notieren.</u> | Anzahl der Zimmer
_____ 99 | 19/20 |
| 194 | Wieviele Zimmer stehen Ihnen
selbst zur Verfügung - Küche,
Bad und WC nicht mitgerechnet?
<u>INT.: Notieren.</u> | Anzahl der Zimmer
_____ 99 | 21/22 |

| | | | |
|-----|--|--|---|
| 185 | Wie kommen Sie alles in allem
mit dem zur Verfügung stehenden
Einkommen aus?
<u>INT.: Antwortvorgaben
vorlesen.</u> | sehr gut.....1
gut.....2
es geht so.....3
schlecht.....4
sehr schlecht.....5
weiß nicht.....8 9 | 61 |
| 186 | Jetzt kommen wir zum letzten Teil
unseres Fragebogens.
Ich habe nun noch einige Fragen zu
Ihrer Wohnsituation.
Seit wieviel Jahren wohnen Sie
eigentlich schon in diesem Ort?
<u>INT.: Bei "weiß nicht": 999 notieren.</u> | seit _____ Jahren 999 | 62/64 |
| 187 | Wie sehr fühlen Sie sich Ihrem
Mohnort verbunden?
<u>INT.: Antwortvorgaben
vorlesen.</u> | sehr stark.....1
stark.....2
mittel.....3
mäßig.....4
sehr wenig/gar nicht.....5 9
weiß nicht.....8 | 65 |
| 188 | Auf dem Land sind Geschäfte, Behörden
und andere wichtigen
Einrichtungen mitunter weit entfernt.
Bitte sagen Sie mir, ob Sie folgende
Sachen sehr gut, gut,
schlecht oder sehr schlecht
erreichen können.
<u>INT.: Einzelne abfragen. Einkreisen.</u> | sehr gut
gut
schlecht
sehr schlecht
weiß nicht | 66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
9 |
| | Fachärzte | 1 2 3 4 5 6 | |
| | Apothek | 1 2 3 4 5 6 | |
| | Rathaus | 1 2 3 4 5 6 | |
| | Außenstellen der
Kreisverwaltung | 1 2 3 4 5 6 | |
| | Post | 1 2 3 4 5 6 | |
| | Bank | 1 2 3 4 5 6 | |
| | Kirche | 1 2 3 4 5 6 | |
| | Lebensmittel-
geschäfte | 1 2 3 4 5 6 | |
| | Geschäftsstelle der
Krankenkasse | 1 2 3 4 5 6 | |
| | Versammlungsstätten
von Vereinen | 1 2 3 4 5 6 | |
| | Bushaltestelle | 1 2 3 4 5 6 | |

| | | | |
|-----|---|--|--|
| 195 | Wie hoch ungefähr sind Ihre monatlichen Ausgaben für diese Wohnung, einschließlich Heizung, Wasser und Strom/Gas (oder Kosten für eigene Wohnung)?
[INT.: Notieren oder einkreisen.] | 22/24
die mtl. Ausgaben betragen ca. DM
([INT.: Notieren])
keine Kosten an Mietfreiheit, es fallen keine Kosten an
[INT.: Einkreisen]..... 0000 | |
| 196 | Haben Sie ein Bad oder eine Dusche? bzw. haben Sie die Möglichkeit zur Mitbenutzung eines Bades oder einer Dusche? | BP weiß nicht, wie hoch die mtl. Ausgaben sind für
[INT.: Einkreisen]..... 9999
hat Bad/Dusche..... 1 2)
hat Möglichkeit zur Mitbenutzung von Bad/Dusche.. 2
hat weder Bad/Dusche noch die Möglichkeit zur Mitbenutzung..... 3 9 | |
| 197 | Haben Sie in der Wohnung fließend warmwasser? | Ja..... 1 28
nein..... 2 9 | |
| 198 | Haben Sie eine Toilette in der Wohnung oder außerhalb? | in der Wohnung..... 1 29
außerhalb..... 2 9 | |
| 199 | Haben Sie ein eigenes Telefon oder können Sie ein Telefon im Haus mibnutzen? | eigenes Telefon..... 1 30
im Haus mibnutzen..... 2
kein Telefon im Haus..... 3 9 | |
| 200 | Wie wird die Wohnung beheizt? | einzelne Kohleöfen (auch Holz)..... 1 31
einzelne Öfen..... 2
Zentralheizung..... 3
Etagenheizung..... 4
Heizlüfter/Elektro- radiator..... 5
Sonstiges..... 6
weiß nicht..... 8 9 | |

| | | |
|-----|---|---|
| 201 | Gibt es Mängel in Ihrem Wohnbereich oder im Haus, die abgestellt werden sollten? | Ja..... 1 3;
nein..... 2 202
weiß nicht..... 3 204 |
| 202 | Welche denn?
[INT.: Zutreffendes einkreisen. Bei "sonstiges": Nennung notieren. Mehrfachnennungen möglich.] | Verbesserung sanitärer Einrichtungen..... 1 31
Verbesserung der Beheizung..... 1 32
Verbesserung der Ausstattung mit Haushaltsgeräten..... 1 34
Lage der Wohnung/eigenes Zimmer im Haus (z.B. Treppe)..... 1 36
Zuschnitt der Wohnung/besondere Wohnverhältnisse..... 1 37
allgemeiner Zustand der Wohnung bzw. des Hauses..... 1 38
Lage des Hauses im Ort..... 1 39
Zusammenleben im Haus/eigene abgetrennte Räume..... 1 40
sonstiges und zwar: _____ 41
_____ 42 |
| 203 | Haben Sie da schon irgendwas in die Wege geleitet? Wenn ja, was?
[INT.: Notieren.] | _____ 43/44
_____ 9 42 |
| 204 | Ja, dann sind wir jetzt am Ende unseres heutigen Gespräches angekommen. Vielen Dank für dieses Gespräch! Sicher hätten Sie mir bei der einen oder anderen Frage noch viele Ratgeber erteilt gewünscht. Aber bei meinen nächsten Besuchen würde ich mir noch ausreichend Gelegenheit haben, das nachzuholen. | _____ 99 |

| | |
|--|---|
| <p>I 1</p> <p><u>INT.: Ab hier ohne Befragen einstufen!</u></p> <p>Wurde das Interview mit dem Befragten allein durchgeführt oder warferte Person(en) anwesend? Wenn ja, welche?</p> | <p>Interview mit Befragtem allein durchgeführt.....1 4</p> <p>Ehegatte anwesend.....1 4</p> <p>Kinder anwesend.....1 6</p> <p>andere Familienangehörige anwesend.....1 4</p> <p>sonstige Personen anwesend, und zwar: _____] 4</p> |
| <p>I 2</p> <p>Hat jemand von den sonst anwesenden Personen in das Interview eingegriffen (z.B. Erinnerungshilfen gegeben)?</p> | <p>ja, häufig.....1 5</p> <p>ja, manchmal.....2 1</p> <p>nein.....3 4</p> |
| <p>I 3</p> <p>In welcher Weise wurde eingegriffen? Und was hatte das für Folgen?</p> | <p>sehr gut.....1 5</p> <p>gut.....2 2</p> <p>mittelmäßig.....3 4</p> <p>schlecht.....4 4</p> <p>sehr schlecht.....5 5</p> |
| <p>I 4</p> <p>Wie beurteilen Sie persönlich den Gesundheitszustand des Befragten? Als ...</p> | <p>sehr gut.....1 5</p> <p>gut.....2 2</p> <p>mittelmäßig.....3 4</p> <p>schlecht.....4 4</p> <p>sehr schlecht.....5 5</p> <p>gar nicht.....6 6</p> |
| <p>I 5</p> <p>Was glauben Sie: wie kommt der Befragte mit den alltäglichen Anforderungen zurecht?</p> | <p>sehr gut.....1 5</p> <p>gut.....2 2</p> <p>mittelmäßig.....3 4</p> <p>schlecht.....4 4</p> <p>sehr schlecht.....5 5</p> <p>gar nicht.....6 6</p> |
| <p>I 6</p> <p>Welchen Eindruck haben Sie von der Interviewsituation? Die wirtschaftliche Situation ist ...</p> | <p>sehr gut.....1 5</p> <p>gut.....2 2</p> <p>mittelmäßig.....3 4</p> <p>schlecht.....4 4</p> <p>sehr schlecht.....5 5</p> |

| | |
|---|---|
| <p>I 7</p> <p>Wie würden Sie die soziale Einbindung des Befragten in das häusliche und außerhäusliche Leben bezeichnen? Als ...</p> | <p>sehr stark.....1 5</p> <p>stark.....2 2</p> <p>mittel.....3 3</p> <p>schwach.....4 4</p> <p>sehr schwach.....5 5</p> |
| <p>I 8</p> <p>Welchen Eindruck machte der Befragte im Großen und Ganzen?</p> | <p>sehr zufrieden.....1 5</p> <p>eingemessen zufrieden.....2 2</p> <p>weder zufrieden noch unzufrieden.....3 3</p> <p>unzufrieden.....4 4</p> <p>sehr unzufrieden.....5 5</p> |
| <p>I 9</p> <p>Stellung des Befragten in der Generationenfolge.</p> | <p>Befragter lebt allein.....1 5</p> <p>Befragter lebt mit Ehepartner/Lebensgefährten.....2 2</p> <p>Befragter lebt mit einer anderen Person der gleichen Generation.....3 3</p> <p>Befragter lebt als Angehöriger der ältesten Generation in einem 2-Generationenhaushalt.....4 4</p> <p>Befragter lebt als Angehöriger der ältesten Generation in einem 3-Generationenhaushalt.....5 5</p> <p>Befragter lebt als Angehöriger der ältesten Generation in einem 4-Generationenhaushalt.....6 6</p> <p>Befragter lebt als Angehöriger der zweitältesten Generation in einem 3- oder 4-Generationenhaushalt.....7 7</p> <p>Befragter lebt als Angehöriger der jüngsten Generation in einem 2-Generationenhaushalt.....8 8</p> <p>Sonstige Konstellation im Haushalt.....9 9</p> |

| karte 18 - 70 | | 59/60 |
|---------------|--|--|
| I 10 | Untersuchungsgemeinde
<u>Noumberg</u> | Stadtmittl.....01
Eibenberg.....02
Altenstadt.....03
Heimerhausen.....04
Altendorf.....05

<u>Zierenberg</u>
Stadtmittl.....06
Oberelsungen.....07
Burghausen.....08
Oelshausen.....09
Laar.....10
Escheberg.....11
Hohenborn.....12

<u>Wolfhagen</u>
Stadtmittl.....13
Philippsburg.....14
Altenhasungen.....15
Brundersen.....16
Gasterfeld.....17
Ippinghausen.....18
Ischa.....19
Lackringhausen.....20
Niederelsungen.....21
Nostfelden.....22
Viesbeck.....23
Wenigenhasungen.....24

Bauernhaus.....1
freistehendes Ein-
familienhaus.....2
nicht-freistehendes Ein-
familienhaus (Reihenhaus,
Doppelhaus).....3
Haus mit 2 - 4 Parteien.....4
Haus mit 5 - 9 Parteien.....5
Haus mit 10 - 19 Parteien.....6
Haus mit 20 und mehr Par-
teilen.....7 |
| I 11 | Art des Hauses | 61 |

| karte 18 - 71 | | Sonstiges, und zwar: | |
|---------------|---|--|--|
| noch
I 11 | | | |
| I 12 | Wo liegt das Haus? | im Ortskern.....1
in der Nähe des Orts-
kernes.....2
vom Ortskern weiter ent-
fernt.....3 | 62
I 14
I 13 |
| I 13 | Sind andere Häuser in un-
mittelbarer Nachbarschaft? | Ja.....1
nein.....2 | 63 |
| I 14 | Liegt das Haus an einem
Hang? | Ja.....1
nein.....2 | 64 |
| I 15 | Wo liegt die Wohnung? | im Erdgeschoß.....1
in der 1. Etage.....2
in der 2. Etage.....3
in der 3. Etage und
höher.....4 | 65 |
| I 16 | Ist ein Fahrstuhl vor-
handen? | Ja.....1
nein.....2 | 66 |
| I 17 | Sind die Wohnräume auf
mehrere Stockwerke verteilt? | Ja.....1
nein.....2 | 67 |
| I 18 | Weist das Haus/die Wohnung
irgendein Mangel auf? | Ja.....1
nein.....2 | 68
I 19
I 20 |
| I 19 | Welche?
<u>INT.: Mehrfachwohnungen
anglICH.</u> | Türschwellen.....1
schmale Türen.....1
alte/unlichte Fenster.....1
enge/steile Treppen.....1
nicht gestrichene Treppen.....1
kein ausreichendes Tages-
licht.....1
Sonstiges, und zwar: | 69
70
71
72
73
74
75 |

| | | |
|----------|---------------------------|---|
| Seite 19 | 73 | |
| I 28 | Zu mir selbst, ich bin: | männlicher Interviewer....1
weibliche Interviewerin...2
und / / Jahre alt.
31/32
/ / /
33/34
/ / /
35/38 |
| I 29 | Kennziffer des Interviews | |
| I 30 | Kennziffer des Befragten | |

| | | |
|-------------|--|---|
| Seite 19/19 | 72 | |
| I 20 | Wie war die Bereitschaft des Befragten, die Fragen zu beantworten? | 74
insgesamt aufgeschlossen/kooperativ.....1
insgesamt verschlossen/nicht kooperativ.....2
anfangs aufgeschlossen, später ungeduldig.....3
anfangs zurückhaltend, am Schluss aufgeschlossen...4
insgesamt zuverlässig.....1
insgesamt weniger zuverlässig.....2
bei einigen Fragen weniger zuverlässig, und zwar.....3 |
| I 21 | Wie sind die Angaben des Befragten einzustufen? | |
| I 22 | Äußerte der Befragte Kritik am Fragebogen? | nein.....1
ja, und zwar:.....2 |
| I 23 | Wurde das Interview unterbrochen oder wurde es abgebrochen? | ja, unterbrochen.....1
ja, abgebrochen.....2
nein.....3
I 24
I 25 |
| I 24 | Waswegen? | 11/11 |
| I 25 | Dauer des Interviews | Minuten: / / 13/51 |
| I 26 | Datum des Interviews | Tag: / / Monat: / / Jahr: / /
Tag: / / Monat: / / Jahr: / /
13/11 13/11
21/33 21/33 |
| I 27 | Wochentag(e) des Interviews | 28/35 |

ANHANG F

BIOGRAPHISCHE ANGABEN ZU DEN AUTOREN

A) Großstadtregion

GARMS-HOMOLOVA, Vjenka, geb. 1944, Dr. phil., Dipl.-Psych., Studium der Psychologie in Brünn/CSFR und der Soziologie in München, wissenschaftliche Mitarbeit im Deutschen Jugendinstitut in München (1973-74) und im Deutschen Zentrum für Alterfragen (1974-1977), danach bis 1983 Assistenzprofessorin und später bis 1987 wissenschaftliche Angestellte im Fachbereich Medizinische Grundlagenfächer, Institut für Soziale Medizin, Freie Universität Berlin, Anfang 1988 Wechsel in das Institut für Soziologie der Erziehung an der gleichen Universität, zur Zeit m.d.V.b. Professorin an der Universität Osnabrück.

Arbeitsgebiet der letzten Jahre: medizinsoziologische Versorgungsforschung mit Schwerpunkten: alte, speziell hochbetagte Menschen und Notfälle.

HÜTTER, Ulrike, geb. 1948, Dipl.-Volksw. soz.wiss. Richtung, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Freien Universität Berlin im Institut für Soziale Medizin und Institut für Soziologie der Erziehung.

Arbeitsgebiete der letzten Jahre: Gesundheitsökonomie, empirische Sozialforschung zur Notfallversorgung und zu den Lebensbedingungen alter Menschen.

LEIBING, Christa, geb. 1952, Diplom-Soziologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bundesgesundheitsamt, an der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik sowie an der Freien Universität Berlin. Derzeit Gewerkschaftssekretärin, zuständig für Berufe im Gesundheitswesen.

Arbeitsgebiete der letzten Jahre: Epidemiologie chronischer Erkrankungen, Analyse von Frühberentungsdaten, Frauengesundheitsforschung, Arbeitsbelastungen und -bedingungen von Pflegekräften sowie Forschung über Lebensbedingungen alter Menschen.

B) Ländliche Region

GRUNOW, Dieter, Dr., Professor für Verwaltungs- und Politische Wissenschaften, Universität Duisburg; geb. 1944. Studium der Soziologie, Ökonomie, Politologie, Germanistik in Tübingen, Jackson (USA), Münster; Dipl.-Soz. 1971; Dr.rer.soc. 1975; Habil. 1983 in Bielefeld. Seit 1971 wiss. Mitarbeiter und Leiter von Forschungsprojekten zur Sozial- und Gesundheitspolitik; 1980/81 Gastprofessur in Kassel; 1981/82 research fellow am ZIF in Bielefeld; 1984 - 86 Professor für Verwaltungswissenschaften und -ökonomie an der GHK Kassel-Universität; seit 1986 Universitätsprofessor in Duisburg.

Aktuelle Forschungen mit Bezug zur Versorgung älterer Menschen:

- Begleitforschung zur gerontologischen Tagesstätte in Bethel.
- Begleitforschung zum Modellprogramm "Wohnortnahe Versorgung von Rheumakranken".
- Lebensverhältnisse und Bedürfnisentwicklung älterer Menschen und gesundheitsbezogene Bedarfsdeckung in einer ländlichen Region.

JANSEN, Birgit, Dipl.-Psych., Jahrgang 1958. Seit 1986 in der ASG an der Gesamthochschule-Universität Kassel als wiss. Mitarbeiterin tätig.

Arbeitsschwerpunkte im Projekt: Qualitative Datenerhebung und -analyse, Gesundheitsstatus und Krankheitserfahrung.

KÖHLER-ENDERS, Christiane, Jahrgang 1946. Studium an der Gesamthochschule Kassel (Geschichte/Französisch). Seit 1986 in der ASG an der Gesamthochschule-Universität Kassel als Forschungsassistentin tätig.

Arbeitsschwerpunkte im Projekt: Projektinterne Administration und Kooperation, Datenbetreuung und Datenorganisation, Aufbereitung und Interpretation von qualitativen Erhebungen.

KORTE, Werner, Dr.phil., Jahrgang 1946. Seit 1982 in der ASG an der Gesamthochschule-Universität Kassel und seit 1986 in diesem Projekt als wiss. Mitarbeiter tätig.

Arbeitsschwerpunkte im Projekt: Projektmanagement, qualitative Datenerhebung und -analyse.

NOTHBAUM-LEIDING, Birgit, Dipl.-Soz., Jahrgang 1957. Seit 1986 in der ASG an der Gesamthochschule-Universität Kassel als wiss. Mitarbeiterin tätig.

Arbeitsschwerpunkte im Projekt: ambulante Altenpflege auf dem Lande.

RADEBOLD, Hartmut, Dr. med., Professor für Klinische Psychologie, "Interdisziplinäre Arbeitsgruppe für Angewandte Soziale Gerontologie (ASG)" / FB 04 der Gesamthochschule Kassel - Universität; geb. 1935. Studium der Humanwissenschaften an der FU Berlin (1954/1960), Arzt für Nervenheilkunde (Psychiatrische Universitätsklinik Berlin 1962-67), Funktionsarzt für Psychiatrie an einer geriatrischen Rehabilitationsklinik (1967-70), Oberarzt an der Abteilung für Psychotherapie der Universität

Ulm (1970-76), psychoanalytische Weiterbildung in Berlin und Ulm, seit 1976 in Kassel.

Aktuelle Forschung mit Bezug zur Versorgung älterer Menschen:

- Kasseler Studie zur Epidemiologie und Rehabilitation über 60jähriger Schlaganfallpatienten.
- Begleitforschung zum Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung mit dem Schwerpunkt Gerontopsychiatrie in Kassel.
- Weitere Forschungsprojekte zur Beratung Älterer, Versorgung von älteren psychisch Kranken durch Sozialstationen, Versorgung Älterer durch ambulante Rehabilitation etc.
- Lebensverhältnisse und Bedürfnisentwicklung älterer Menschen und gesundheitsbezogene Bedarfsdeckung in einer ländlichen Region. (Kassel-Land-Studie).

WIESE, Michael, Dr.rer.soc., Jahrgang 1947. Seit Juli 1987 wiss. Mitarbeiter in der ASG an der Gesamthochschule-Universität Kassel tätig.

Arbeitschwerpunkte im Projekt: quantitative Erhebungen und Analysen insbesondere der Panel-Befragung.

Weitere Veröffentlichungen des DZA (Auswahl)

- 40 Arbeitsgruppe Fachbericht über Probleme des Alterns: Altwerden in der Bundesrepublik Deutschland: Geschichte - Situationen - Perspektiven, 3 Bde, 2.unveränd.Aufl., Berlin 1987, 1138 S., DM 23,00
- 49 Arbeitsgruppe Interpretative Alternsforschung: Alltag in der Seniorenfreizeitstätte. Soziologische Untersuchungen zur Lebenswelt älterer Menschen, 2.unveränd. Aufl., Berlin 1987, 415 S., DM 9,00
- 59 Zeman,Peter: Gemeinschaftliche Altenselbsthilfe: Prozesse sozialer Integration im Alter, 2.unveränd. Aufl., Berlin 1988, 240 S., DM 6,50
- 61 Thürkow,Kari: Altersbilder in massenmedialen, massenkulturellen und künstlerischen Werken. Eine Literaturübersicht, Berlin 1985, 463 S., DM 10,50
- 67 Hirsch,R.D.; Krauß,B.: Gerontopsychiatrie und Altenarbeit (I). 2.unveränd. Aufl., Berlin 1988, 347 S., DM 6,00
- 68 Holz,Gerda: Alten(hilfe)politik in der Bundesrepublik Deutschland von 1945 bis 1985. Eine politikwissenschaftliche Analyse am Beispiel des Bundesverbandes der Arbeiterwohlfahrt, Berlin 1987, 423 S., DM 11,00
- 75 Knopf,D.; Schäffter,D.; Schmidt,R.(Hrsg.):Produktivität des Alters, 2.unveränd. Aufl., Berlin 1990, 328 S., DM 9,00
- 78 Holz,Gerda: Die Alterslast - ein Gewinn für andere? Strukturen und Akteure der Gesundheits- und Sozialversorgung in der Bundesrepublik Deutschland von 1970 bis 1985, 2 Bde, Berlin 1990, 889 S., DM 22,00
- 79 Bardehle,D.(Hrsg.): Übersichten zur Betreuungssituation älterer Bürger in der DDR, Berlin 1990, 166 S., DM 5,00
- 80 Wimalasuriya,Brigitte: Verzeichnis der Altenpläne der Länder, Kommunen und Landkreise, Berlin 1991,156 S., DM 4,00
- 81 Birk,M.-L.; Knoll,G.; Krauß,B.; Steinacker,B.;Uhlmann,G.(Hrsg.): Gerontopsychiatrie und Altenarbeit II, Berlin 1991, 198 S., DM 5,50
- Amann,A. (ed): Social-gerontological research in european countries - history and current trends, Berlin/Vienna 1984, 326 S., DM 10,00
- Dieck,M.; Steinacker,R.: Social integration,social interaction,material and non-material resources: Aspects of the situation of the elderly in the FRG - Gesellschaftliche Integration, soziale Interaktion, materielle und immaterielle Ressourcen: Aspekte der Situation älterer Menschen in der BRD, Berlin/Dublin 1987, 350 S., DM 9,00
- Munnichs,J.M.A.; Stevens,N.L.(eds.):Evaluation and intervention. Research on Aging, Berlin/Nijmegen 1989, 192 S., DM 6,00
- Born,S.; Holz,G.: Nachweis relevanter Gesetze und Verordnungen, Statistiken und Organisationspläne zur Gesundheits- und Sozialversorgung alter Menschen in der BRD, Materialband I, Berlin 1989,345 S.,DM 10,00
- Holz,G.:Strukturen und Akteure der Gesundheits- und Sozialversorgung in der BRD von 1970 bis 1985, Materialband II, Berlin 1990, 317 S., DM 10,00

Versandkosten werden gesondert berechnet. Die Schriften sind direkt beim DZA zu beziehen.

Dieser Bericht zu den Lebenssituationen und den lebensweisen alter Menschen in einer Großstadt (Berlin) und im ländlichen Raum (in Gemeinden des Landkreises Kassel) füllt eine seit Jahren bestehende Lücke in der deutschen Gerontologie. Es gibt bisher keine abgestimmte, hinreichend ausdifferenzierte und fundierte Darlegung dieser oftmals als deutlich kontrastierend unterstellten Lebenswelten und des Lebensvollzuges in ihnen. Der Wert der Berichterstattung liegt in der sachlichen Faktenpräsentation, ohne Stellungnahme und Bewertung. Als Kernergebnis der Analyse mag gelten, daß die Gemeinsamkeit der Situationen und Probleme die Unterschiede weit überwiegen. Mit diesem Ergebnis reiht sich der Bericht ein in verbundene Forschungen in Europa. Behandelt werden zentrale Aspekte der Lebenssituation alter Menschen: ihre Lebensumwelten, ihr Gesundheitszustand und die Bewältigung alltäglicher Anforderungen, das verfügbare soziale Netz und das von ihm ausgehende Unterstützungspotential, die Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen und sozialen Diensten. Die Alten in Stadt und Land präsentieren sich nach Bildung, Beruf, Einkommen. Von besonderem Interesse für Politik und Wissenschaft ist ein Exkurs zur Prävalenz von Schwerpflegebedürftigkeit in der befragten Großstadtpopulation. Ein umfangreicher Tabellenanhang stellt die Datenbasis der Ausführungen. Angesichts gängiger Handhabungen ist es fast ein Luxus, daß die in beiden Untersuchungen verwendeten Fragebögen abgedruckt sind. Andere Forschungen mögen hieraus Anregung gewinnen. Die Einleitung des Bandes verweist den Leser auf die Abfolge von Stadt-Land bzw. Land-Analysen der deutschen Gerontologie und stellt den Zusammenhang zu ausgewählter europäischer Forschung her. Damit wird u.a. der europäische Forschungsverbund gewürdigt, in dem dieses Projekt konzipiert und durchgeführt wurde. Benötigte Forschungsmittel sind der Deutschen Forschungsgemeinschaft verdankt.