

Warum ziehen ältere Menschen in ein Heim? Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand

Schneider, Sven

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Schneider, S. (1998). Warum ziehen ältere Menschen in ein Heim? Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 21(2), 103-117. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-40366>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Warum ziehen ältere Menschen in ein Heim?

Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand¹

Sven Schneider

1 Soziale Probleme und soziologische Chancen

Die demographische Alterung der bundesdeutschen Gesellschaft wird in den nächsten Jahren weiter voranschreiten. In der Sozialpolitik ist diese Entwicklung bereits eines der beherrschenden Themen. So sollen politische Maßnahmen in den verschiedensten Bereichen die Rahmenbedingungen schaffen, um die prognostizierte Entwicklung bewältigen zu können. Die Neuregelung der Vormundschaft und der Gebrechlichkeitspflegschaft durch das Betreuungsgesetz (BtG), die Implementierung der Sozialen Pflegeversicherung, die Neufassung des Heimgesetzes (HeimG) und staatliche Modellprogramme wie etwa die Seniorenbüros seien exemplarisch genannt. In der Folge ist in den letzten Jahren seitens politischer und anderer Institutionen die Nachfrage nach geeigneter wissenschaftlicher Forschung zu diesem Problemfeld gestiegen. Hierbei handelt es sich zu einem großen Teil um genuin soziologische Fragestellungen. Vor allem aber hat die Soziologie die Theorie- und die Methodenkompetenz, diese Fragestellungen anzugehen. Vor diesem Hintergrund kann die zunehmende Bedeutung dieses expandierenden Arbeitsfeldes für Sozialwissenschaftler nicht genug betont werden.

¹ Der vorliegende Beitrag beruht auf dem Forschungsprojekt "Der Heimeintritt alter Menschen und Chancen seiner Vermeidung" (Antragstellung: Prof. Dr. Thomas Klein), das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert wird. Der im Rahmen dieses Projektes erhobene Altenheimsurvey wurde bereits andernorts vorgestellt (vgl. Klein/ Gabler 1996; Salaske 1997; Schneider 1998a).

Ein wichtiges Thema innerhalb dieses Problemfeldes ist der Umzug älterer Menschen in ein Alten- und Pflegeheim. Trotz seiner zunehmenden Bedeutung ist - anders als in den USA - für die BRD bis dato ein gravierendes Forschungsvakuum zu bemängeln. So fehlt ein umfassendes theoretisches Modell zum Prozeß des Heimeintritts - bis auf einige ökonomische Modelladaptionen (z. B. der moral-hazard-Ansatz) - bislang völlig (Schulz-Nieswand 1990). Auch empirische Forschungsarbeiten zu den Gründen oder Determinanten des Heimeintritts finden sich in der BRD bislang vor allem wegen des Mangels an repräsentativem Datenmaterial nur vereinzelt. Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über die vorliegende empirische Forschung zum Thema des Heimeintritts älterer Menschen.² Unter soziologischer Perspektive läßt sich diese Bevölkerungsgruppe (Ausgesagesamtheit) in zwei Subgruppen³ unterteilen: einmal in Personen, die in Privathaushalten leben, und zum anderen in die sog. Heimbevölkerung, diejenigen Personen also, die in Institutionen (bspw. in Altenheimen, Altenpflegeheimen und mehrgliedrigen Einrichtungen) untergebracht sind.

Nun ist die Zugehörigkeit zu einer der beiden Gruppen kein unveränderliches Merkmal wie etwa das Geschlecht. Vielmehr muß die Zugehörigkeit zu einer der beiden Gruppen "Heimbewohner/Nichtheimbewohner" als ein prinzipiell reversibler Prozeß betrachtet werden. Er kann im Lebensverlauf (auch mehrfach) in die eine und andere Richtung durchlaufen werden: Personen siedeln von Privatwohnungen in Heime um oder ziehen vom Heim aus in Privathaushalte (zurück). Dieser Beitrag befaßt sich mit der erstgenannten Prozeßrichtung: Welche Ursachen und Lebensumstände bewegen einen alten Menschen zu dem Entschluß, in ein Heim zu ziehen und welche subjektiven Beweggründe geben alte Menschen dafür an? Gibt es Prädiktoren, anhand derer sich die Bevölkerungsgruppen in Privathaushalten und in Heimen unterscheiden lassen?

2 Der Forschungsstand zum Problem des Heimeintrittes

2.1 Institutionalierungsquote und Institutionalisierungsrates

Für die über 60jährige Gesamtbevölkerung stagniert der Anteil an Heimplätzen seit Jahren. Dieser gemeinhin als Institutionalierungsquote interpretierte Quotient bewegt sich seit 1984 zwischen 3,8 und 4,0 Prozent (vgl. Statistisches Bundesamt 1996; BMFuS 1993;

² Einzelheiten zur Operationalisierung der Aussagegesamtheit "ältere Menschen" finden sich in Tabelle 1.

³ Die Gruppensoziologie differenziert zwischen *sozialen Gruppen* und *sozialen Kategorien*. Soziale Gruppen unterscheiden sich von sozialen Kategorien v.a. durch die Existenz dauerhafter face-to-face-Interaktionen und gemeinsamer Wertebezüge. Strenggenommen wird in der Folge der Begriff 'Gruppe' also im Sinne einer sozialen Kategorie verwendet.

Hinschützer/Momber 1984; Klein et al. 1997). Allerdings besagt die Institutionalisierungsquote nichts über die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens in ein Heim umzuziehen. Zwischen Institutionalisierungsquote und der Institutionaliserungsrate ist also zu unterscheiden (vgl. Klein et al. 1997). Ebenso verborgen bleiben die der Institutionalisierungsquote zugrundeliegenden absoluten Populationsgrößen. Bei einem Zeitvergleich von Heimplatzzahlen mit der Zahl der Gesamtbevölkerung über 60 Jahre zeigt sich nämlich, daß mit der Altenpopulation auch die absolute Platzzahl in Alteinrichtungen seit Jahren kontinuierlich ansteigt. Mitte 1994 existierten in der Bundesrepublik 682.220 Heimplätze in derartigen stationären Einrichtungen (vgl. Statistisches Bundesamt 1996).⁴ Betrachtet man die aktuellen Institutionalisierungsquoten bestimmter Altersgruppen, ergibt sich folgendes Bild (vgl. Tabelle 1):

Tab. 1: Institutionalisierungsquoten bei der über 60jährigen Bevölkerung (nach Altersgruppen)

Altersgruppe	Institutionalisierungsquote in %
90 Jahre und älter	34,0
85 bis unter 90 Jahre	17,6
80 bis unter 85 Jahre	8,2
75 bis unter 80 Jahre	3,4
70 bis unter 75 Jahre	1,8
65 bis unter 70 Jahre	0,9
60 bis unter 65 Jahre	0,5

Quelle: Schneekloth (1996), Daten: Stand Ende 1993.

Bemerkenswert sind dabei die hohen Institutionalisierungsquoten in den beiden oberen Altersgruppen. Von bundesweit 0,5 Prozent der 60-65jährigen verdoppelt sich die Quote fast exakt alle 5 Jahre auf schließlich 34% bei den über 90jährigen (Tabelle 1).

Bei der Untersuchung der Gründe für einen Heimeintritt gibt es grundsätzlich zwei unterschiedliche Möglichkeiten der methodischen Herangehensweise: Die Erfassung subjektiver Heimeintrittsgründe durch die direkte Befragung des Heimbewohners und die multivariate Analyse nach objektiv meßbaren Variablen, die den Heimeintritt determinieren.

⁴ Diese Heimplatzzahlen können nicht ohne weiteres mit institutionalisierten Personen gleichgesetzt werden (vgl. Schneider 1998a).

2.2 Subjektive Umzugsgründe

Zunächst zur direkten Befragung der Heimbewohner nach ihren Beweggründen für die Heimübersiedlung: Es sind retrospektive Angaben, bei denen mögliche Verzerrungen durch nachträgliche Rationalisierungen des oft schon Jahre zurückliegenden Entscheidungsprozesses bedacht werden müssen (vgl. Tews 1979, S. 332).⁵ Tabelle 2 (S. 108) liefert eine Übersicht zu Erhebungen, in denen Heimbewohner ex post nach den Gründen für den zurückliegenden Umzug befragt wurden. Dabei fällt zunächst auf, daß zu subjektiven Heimeintrittsgründen bis auf eine Ausnahme bislang überhaupt keine für die gesamte Bundesrepublik repräsentativen Angaben existieren. Die aktuellste und umfangreichste Erhebung ist in diesem Zusammenhang eine bundesweite Repräsentativbefragung von über 1560 Heimbewohnern (Gesamtstichprobenumfang $N = 3.144$) in insgesamt 101 stationären Alteinrichtungen im Rahmen der Erhebung des Altenheimsurveys aus dem Jahre 1996 (vgl. Klein/Gabler 1996).

In der Synopse fallen gesundheitliche Beeinträchtigungen als die wichtigsten Umzugsgründe auf (vgl. Abbildung 2). Über die Hälfte der Heimbewohner geben ex post akute Erkrankungen oder daraus resultierenden Hilfe- und Pflegebedarf als Eintrittsgrund an (vgl. Beske 1960; Blume 1962; Falk 1978; Schmitz-Scherzer et al. 1978; Hirschfeld 1994; Schneider 1998a). Die bei Schneider (1998a) am häufigsten genannten gesundheitlichen Gründe waren Unfallfolgen, die Folgen eines Sturzes oder Behinderungen. Bei letzteren wurden am häufigsten Geh-, am zweithäufigsten Sehbehinderungen erwähnt. Ebenfalls häufig wurde ein Schlaganfall oder eine psychische Erkrankung (v. a. Alkoholismus) als Grund angegeben. Bei vier von fünf Bewohnern, die gesundheitliche Gründe anführten, trat kurz vor dem Heimeintritt eine gesundheitliche Verschlechterung ein.

Am zweithäufigsten wurden in bisherigen Erhebungen Probleme mit der Wohnung und danach Netzwerkwanderungen als subjektive Umzugsgründe angeführt. In der Synopse machen dort die Angaben "Kündigung" und "Mieterhöhung" einen verhältnismäßig hohen Anteil der angegebenen wohnungsbedingten Gründe aus (vgl. Tabelle 2). Unklar bleiben aber meist die eigentlichen, hinter einer Kündigung stehenden Ursachen und die Frage, welche Vertragspartei (Mieter oder Vermieter) die Kündigung aussprach. Schmitz-Scherzer et al. (1978) haben hier eine genauere Kategorisierung gewählt. Dabei zeigt sich, daß Wohnungsmängel mit 19% aller angegebenen Gründe einen entscheidenden Anteil an den Ursachen einer Wohnungsaufgabe ausmachen. Bei den Netzwerkwanderungen fällt auf, daß ein großer Teil der Umzüge wegen Einsamkeit oder des Verlusts des Partners erfolgte. Bei Schneider (1998a) machen "Einsamkeit/Partnerverlust/Alleinsein" insgesamt etwa drei Viertel der Netzwerkgründe aus. Am zweithäufigsten wurde der Umzug zu nahestehenden Dritten als Wanderungsmotiv angeführt. Meist handelt es sich dabei um Umzüge

⁵ Einer anderen sehr interessanten Herangehensweise bedienen sich die wenigen existierenden ex-ante-Befragungen zu potentiellen Gründen eines fiktiven Heimeintrittes (vgl. Lehr 1991).

in die Anstaltswohnung des Partners, der dort bereits untergebracht war. Ein kleinerer Teil zog in die Nähe von sonstigen Verwandten oder Bekannten.

Im Vergleich zu vorherigen Befragungen zu dem Eintrittsgrund (vgl. Beske 1960; Hirschfeld 1994) fällt auf, daß Netzwerkwanderungen dort einen sehr viel geringeren Anteil ausmachen als es bei Schneider (1998a) mit 17% der Fall ist. Dagegen haben wohnungsbedingte Gründe in der älteren Literatur (vgl. Beske 1960; Blume 1962; Falk 1978) ein vergleichsweise größeres Gewicht. Dahinter könnte der große Anteil an Nennungen des Grundes "Kündigung der alten Wohnung" stehen. Die Ursache (Kündigung wegen Ausstattungsmängeln, Partnerverlust, Krankheit) bleibt in der Literatur meist verborgen. Schneider (1998a) zeigt, daß der Kündigungsgrund oft in einer nicht altengerechten Ausstattung begründet liegt: Einige Wohnungen waren nicht barrierefrei, andere lagen in für Gehbehinderte schwer erreichbaren Stockwerken. Meist fehlte in solchen Fällen außerdem ein Aufzug. Oft waren die Wohnungen nach Aussagen der Bewohner auch mit veralteter Heizungstechnik ausgestattet (Kohlefeuerung).⁶

Abschließend ist die Problematik der "Nichtbefragbaren" zu beachten. Es ist beispielsweise bekannt, daß der Hauptausfallgrund i. d. R. im Gesundheitszustand der Befragten liegt, so daß, bezogen auf die Aussagegesamtheit, gesundheitliche Gründe für den Heimeintritt ein noch viel stärkeres Gewicht haben dürften (vgl. Salaske 1997). So ist zu vermuten, daß beispielsweise die Bedeutung des Hirnschlages als Heimeintrittsgrund bei derartigen Befragungen durch die Nichtberücksichtigung der "Nichtbefragbaren" regelmäßig weit unterschätzt wird. Vergleicht man kontrastierend Erhebungen zu Umzugsgründen älterer Menschen, die, aus Privathaushalten kommend, in Privathaushalte ziehen, fallen folgende Besonderheiten auf: Der Gesundheitszustand spielt dort als Migrationsgrund eine untergeordnete Rolle. Dagegen finden nicht wenige Wohnortwechsel in eine geographische Wunschgegend (sog. "Ruhesitzwanderungen" (vgl. Falk 1978; Friedrich 1994)) oder in die Nähe von Verwandten oder Bekannten statt.⁷ Es handelt sich also um Wanderungsmotive, die offenbar für einen Heimeintritt keine Relevanz haben.

⁶ Interessant ist in diesem Zusammenhang, daß auch die neue Wohnung in der stationären Alteinrichtung nicht in allen Bereichen eine Verbesserung verspricht. Bei einer Besichtigung von insgesamt 31 ost- und westdeutschen Alteinrichtungen (12 Altenheime, 11 Altenwohnheime und 8 Altenwohnungen) wies nur ein Viertel der Wohnungen eine angemessene Sanitärzustattung auf (vgl. Jacobs 1994, S. 35).

⁷ In Ermangelung einer etablierten Bezeichnung für den Umzug zu oder in die Nähe von Angehörigen oder Bekannten sei hier der Terminus "Konvergenzwanderung" in Abgrenzung zu einem Umzug aus Gründen der geographischen Wohnqualität (Ruhesitzwanderung) vorgeschlagen.

Tab. 2: Subjektive Umzugsgründe älterer Menschen

Autor:		Beske (1960)	Blume (1962)	Lohmann (1970)	Falk (1978)	Schmitz-Scherzer, Schick und Kühn (1978)	Voges (1989)	Hirschfeld (1994)	Schneider (1998)
GG		575 Bewohner von Kieler Alters- und Pflegeheimen im Jahr 1956	162 über 64jährige in Kölner Alters-, Versorgungs- oder Pflegeheimen im Jahr 1960	Sekundärliteratur, ohne Angabe der Primärquelle	40 Grazer Altersheimbewohner im Jahr 1974	1.002 über 59jährige in Braunschweiger Alters-, Pflege- oder Wohnheimen im Jahr 1975	Sekundärliteratur, ohne Angabe der Primärquelle	17.162 Nennungen von in Schl.-Holst. Altenhilfeeinrichtungen lebenden Pers. im Jahr 1993	1.560 bundesdeutsche Altenheimbewohner im Jahr 1996
Gesundheit	Krankheit/Verschlechterung des Gesundheitszustandes	37% / (1)	60% (1)	(1)	58% / (1)	37% / (1)	(1)	12% / (2)	38% (1)
	Hilfe- oder Pflegebedarf	13% / (3)	20% (3)		10% / (4)	25% / (2)	(2)	76% / (1)	19% (2)
Wohnung	Kündigung oder finanziell nicht mehr tragbar	34% / (2)	30% (2) ¹⁾	(2)	27% / (2)	2%	(3)		4%
	Wohnungsmängel					19% / (3)			4%
	Umzug in Wunschgegend, Bildung von Wohneigentum								1%
Netzwerk	Isolation/Einsamkeit nicht mehr zu ertragen	3%		(3)		16% / (4)		3% / (4)	9% (4)
	Umzug in die Nähe von Bekannten/Verwandten								3%
	Partnerverlust			(3)	13% / (3)	12%		2%	4%
	Wunsch der Familie/eigener Wunsch ⁴⁾	3%	s.o.	(4)		5%	(4)	5% / (3)	1%
Sonstiges	sonstiges	10% / (4)			10% / (4)	4%		2%	17% (3)
Prozentsummen ²⁾		100	110	-	118	120	-	100	100

1) Die Zahlen in Klammer bezeichnen im Einzelfall jeweils die (ersten vier) Rangplätze.

2) Die Prozentsummen ergeben mehr als 100, wenn Mehrfachnennungen möglich waren.

3) Incl. dem Wunsch, der Familie aus dem Weg zu gehen.

4) Eigener Wunsch bedeutet: Eigener Wunsch, dem Partner oder der Familie aus dem Weg zu gehen.

2.3 Objektive Umzugsgründe

Einen völlig anderen Zugang zur Beforschung des Heimeintrittes bieten multivariate statistische Verfahren. Im Gegensatz zur Auswertung subjektiv angegebener Wanderungsmotive besteht bei der multivariaten Analyse nicht nur die besondere Chance, objektiv meßbare Prädiktoren aufspüren zu können, die den Heimeintritt begünstigen, sondern genauso auf Prädiktoren zu stoßen, die eine Institutionalisierung unwahrscheinlicher machen. Im übertragenen Sinn kommt diesem zweiten Aspekt die Frage an die Nicht-institutionalisierten gleich, warum sie (bislang noch) nicht in eine stationäre Einrichtung übergesiedelt sind. Dieser entscheidende Vorteil multivariater Verfahren, begünstigende wie hemmende Faktoren gleichermaßen aufdecken zu können, macht diese Vorgehensweise so fruchtbar. Ungeachtet der subjektiv angegebenen Gründe werden dabei Merkmale des Befragten mit dem Ereignis "Heimeintritt" in Beziehung gesetzt. Dies geschieht oft mit Hilfe der Regressionsanalyse. Diesem Verfahren liegt die Annahme einer kausalen, also asymmetrischen Beziehung zwischen den explikativen und der abhängigen Variablen zugrunde, eine Annahme, die zuvor theoretisch zu begründen ist. Da die abhängige Variable bei der Analyse des Heimeintrittes auf nominalem Skalenniveau vorliegt (Person lebt in Heim/Person lebt nicht in Heim), findet in den diesbezüglichen Veröffentlichungen die logistische Regressionsrechnung Anwendung. Alternativ bedienen sich einige Autoren der Diskriminanzanalyse - ein Verfahren, das die Grundgesamtheit anhand vorgegebener Merkmalskombinationen in zwei Gruppen zu trennen vermag - wie auch der Ereignisanalyse (vgl. Klein/Salaske 1994; Klein et al. 1997). Auch zu den objektiven Heimeintrittsgründen existieren, anders als in den USA, für Gesamtdeutschland fast keine repräsentativen Analysen. Die Veröffentlichung von Klein/Salaske (1994) zu Determinanten des Heimeintritts bezieht sich auf acht westdeutsche Wellen des sozio-ökonomischen Panels und umfaßt 1.230 über 65jährige Personen, unter denen im Untersuchungszeitraum lediglich 55 in eine stationäre Alteinrichtung übersiedelten. Die Untersuchung von Klein et al. (1997) verdient aufgrund zweier Aspekte besondere Erwähnung: Zum einen stellt sie mit einem Stichprobenumfang von $N = 3.144$ die erste und bislang einzige bundesweit repräsentative Untersuchung des Heimeintrittsrisikos dar. Zum anderen ist es dort durch eine neuentwickelte Operationalisierungsmethode möglich, das bedeutende Problem der Verzerrungen durch Antwortausfälle zu lösen. Die folgende Aufstellung bietet einen Überblick über empirische Arbeiten, die das Heimeintrittsrisiko mit einer der besprochenen Methoden untersucht haben.

Zunächst sei der Blick auf die soziodemographischen Prädiktoren gerichtet: Typisch für multivariate Ansätze ist, daß trotz des in Heimen viel höheren Frauenüberschusses (bekannt aus uni- und bivariaten Betrachtungen) ein eigenständiger Geschlechtseffekt

unter Kontrolle anderer Merkmale häufig verschwindet.⁸ “The final factor we classified as indicating greater need was sex: women had a risk of 33% compared to a risk of 20% for man. However, most of this higher rate for women was because women more often lived alone, were never married or were separated and had less living children. In a step-wise multiple regression, when sex was entered in the equation *after* these three other factors, sex made only a small (and statistically insignificant) increase in the multiple correlation (...). Thus, it is probably unnecessary to search for other explanations, such as that women may more readily accept the dependent role of being institutionalized” (Palmore 1976, S. 506; siehe auch Tabelle 3, S. 111).⁹

Diesen Sachverhalt bestätigen Klein/Salaske (1994), Klein et al. (1997) sowie Bickel (1994) auch für die Bundesrepublik Deutschland. Auch in diesen Untersuchungen des Heimeintrittsrisikos ist unter Kontrolle von Alter und Familienstand kein statistisch bedeutsamer Geschlechtseffekt mehr feststellbar. Es zeigt sich, “daß die Heimeintrittsrate von Frauen nicht statistisch signifikant über der von Männern liegt, wenn der Familienstand und andere Faktoren statistisch konstant gehalten werden. Die oben festgestellte Überrepräsentation von Frauen in Altenheimen hat also offenbar nichts mit einer von anderen Faktoren unabhängig höheren Eintrittsrate von Frauen zu tun” (Klein et al. 1997, S. 59).

Bickel (1994) weist im Rahmen einer retrospektiven Untersuchung zum Heimeintrittsrisiko verstorbener Mannheimer Bürger darauf hin, daß dieses Phänomen dort nur für die untersuchten Pflegeheimbewohner beobachtet werden konnte: “Unter Berücksichtigung von Familienstand und Alter hatten Frauen ein relatives Risiko von 1,1, d.h. ein nur geringfügig um 10%, statistisch insignifikant, höheres Risiko für einen Pflegeheim Eintritt als Männer. (...) Die Geschlechtszugehörigkeit als solche nahm somit keinen Einfluß auf die Wahrscheinlichkeit eines Pflegeheim eintritts. Es waren vielmehr die geschlechtsbezogenen Unterschiede in der Lebenserwartung und im Familienstand, die die höheren Aufnahme raten von Frauen erklärten. Anders verhielt es sich jedoch in bezug auf die Wohn- und Altenheime. Selbst nach Kontrolle von Alter und Familienstand entschieden sich Frauen nahezu dreifach häufiger für diese Versorgungsform als Männer” (1994, S. 363).

Auch in Studien, die neben Geschlecht und Alter den Familienstand *nicht* simultan berücksichtigen, ist ein Geschlechtseinfluß nicht nachweisbar (vgl. Newman et al. 1990; Wolinsky et al. 1992; Pearlman/Crown 1992). Offenbar steigt mit zunehmendem Alter die Heimeintrittsrate an. Eine inhaltliche Interpretation dieses Alterseffektes bleiben sämtliche Autoren allerdings schuldig.

⁸ Sämtliche zitierte Quellen haben das Geschlecht als unabhängige Größe (Regressor) in die jeweilige multivariate Berechnung einbezogen.

⁹ Das gleiche Phänomen ist auch bei der Betrachtung des Institutionalierungsrisikos von an Altersdemenz Erkrankten beobachtet worden (vgl. Lieberman 1991).

Als weitere soziostrukturelle Variable steht offenbar der Familienstand mit dem Heimeintritt in Zusammenhang: Verheiratete verbleiben eher zuhause als Unverheiratete. Lediglich Verwitwete fallen hier mit entgegengesetztem Vorzeichen auf (vgl. Burr 1990; siehe auch Tabelle 3).

Zur Operationalisierung des Gesundheitszustandes werden die verschiedensten objektiven und subjektiven Indikatoren herangezogen. Sie zeigen allesamt in die erwartete Richtung: Je schlechter der verschieden operationalisierte Gesundheitsaspekt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit für einen Heimeintritt (vgl. Tabelle 3).

Zur Wohnsituation finden sich nur vereinzelt Variablen, die auf eine höhere Heimeintrittswahrscheinlichkeit schließen lassen. Dies liegt offenbar nicht nur daran, daß derartige Variablen selten verfügbar waren. Wurden sie in die Berechnungen einbezogen, lieferten sie nur selten einen signifikanten Effekt. Auch hier gibt es einen interessanten Ausreißer: Das Vorhandensein eines Telefons wirkt begünstigend auf die Wahrscheinlichkeit eines Heimeintrittes (vgl. Wolinsky et al. 1992; siehe auch Tabelle 3). Wolinsky et al. (1992) argumentieren in ihrer Längsschnittstudie, hier handele es sich um einen Scheineffekt. Die Personen, die ein Telefon besäßen, seien in den follow-up-Wellen leichter erreichbar. Deswegen sei auch eine Heimübersiedlung bei diesen leichter feststellbar als bei Nichttelefonbesitzern. "The effect of having telephone, not usually assessed in most studies, probably reflects the greater logistical ease of reinterviewing respondents or contacting their collaterals at both the 1986 and 1988 follow-ups. Thus, having a telephone increases the likelihood of obtaining follow-up reports, including those of nursing home placement" (1992, S. 176).

Indikatoren zu Kinderzahl, Haushaltsgröße und Nähe zu Verwandten zeigen, daß das Vorhandensein dieser potentiellen Helfer den Heimeintritt unwahrscheinlicher macht (vgl. Tabelle 3). Genauere Indikatoren, die sich auf die tatsächliche Aktivität dieser Hilfspersonen bezogen (Ehepartner/Kind ist Pflegeperson, Pflegebeziehung besteht, mehrere Personen im Haushalt und gesundheitlich beeinträchtigt), deuten in die gleiche Richtung. Auffällig ist der uneinheitliche Effekt bei Vorhandensein professioneller Hilfe. Hanley et al. (1990) meinen zu ihrem Ergebnis, daß bezahlte Hilfe eine Heimeinweisung wahrscheinlicher mache: "Paradoxically, the sign on the coefficient for the use of paid home care variable indicates increased admission risk rather than reduced risk. (...) it also suggests that paid home care does not substitute for nursing home care" (1990, S. 219). Newman et al. (1990) kommentiert den auch von ihm gefundenen positiven Einfluß auf die Eintrittswahrscheinlichkeit wie folgt: "The analyses do not confirm the notion that formal, paid care reduces institutional risk. In fact the use of paid caregivers is associated with greater risk of institutionalization, other thing equal" (1990, S. 173). Möglicherweise kann eine ambulante Versorgung den Heimeintritt verzögern. Unter langfristiger Perspektive wäre nach dieser Interpretation eine Einweisung in eine stationäre Versorgungseinrichtung allerdings nicht zu verhindern.

Tab. 3: Richtung und Signifikanzniveau bekannter Einflüßfaktoren auf den Heimeltritt nach Autor

Autor	Palmore (1976)	Beland (1984)	Shapiro, E. & Tate (1988)	Burr et al. (1990)	New-man (1990)	Hanley et al. (1990)	Pearlman (1992)	Wolinsky et al. (1992)	Klein & Salaske (1994)	Klein et al. (1997)
Methode	Logi- stische Regres-sion	Dis- krimi- n-analyse	Logi- stische Regres-sion	Logi- stische Regres-sion	Logi- stische Regres-sion	Logi- stische Regres-sion	Logi- stische Regres-sion	Logi- stische Regres-sion	Ver-lauf- daten- analyse	Ver-lauf- daten- analyse
Erhebungsdesign der Daten	Längs- schnitt	Quer- schnitt	Längs- schnitt	Quer- schnitt	Längs- schnitt	Längs- schnitt	Längs- schnitt	Längs- schnitt	Längs- schnitt	Quer- schnitt
Variablen ^{b)}										
Soziodemographische Variablen										
Frau		+	+++							
Farbiger	-*				-**	-**	-**	-**		
Alter	+		+++	+++	++	+++	+++	+++	++	++
Schuljahre				-***						
Familienstand: jemaß verheiratet unverheiratet verwitwet geschieden ledig	-*			***		++			++	+++
Hoher Berufsstatus vor Pensionierung (Bliskenskala)		-**								
Hoher sozioökonomischer Status					+					
Gesundheitszustand										
Gesundheitsprobleme			+++		+	+++				
ADL-Beeinträchtigungen			+++			+++	+++	++		+++
IADL-Beeinträchtigungen					+	+++	+++			
Chronisch krank		+								
Anzahl Arztbesuche / 6 Mon.		+++								
Behindert				+++						
Gedächtniskapazität niedrig		-*	+		-**		-**			
Beschränkte Aufassungsgabe			-**			+++	+++			
Krankenhausaufenthalte			+++			+		++		
Heimaufenthalte			+++			+	+++	+++		
Körperliche Probleme							+++	++		
Wohnung										
Mietwohnung		+++								
Öffentliche Verkehrsmittel schwer erreichbar									+++	
Telefon in Wohnung								+		
Soziales Netzwerk										
Anzahl der Kinder				+++						
Mit Kind zusammenlebend		-*								
Mit Ehepartner zusammenlebend			+++							
Alleinlebend					+	+++	+++	++++		
Angehörige weit entfernt		+								
Kontakthäufigkeit mit Fremden hoch		+								
Bezahlte Hilfe					++	++	-*	-**		
Hohe Netzwerkintensität			+							
Pflegebeziehung seit mind. 3J.							-**			
Ehepartner ist Pflegeperson							-**			
Kind ist Pflegeperson							-**			
Gesundh. beeinträchtigt und Haushaltsmitglied vorhanden										-**

3 Zusammenfassung und Lösungsansätze

Der Forschungsstand bezüglich der Heimeintrittsgründe läßt sich wie folgt zusammenfassen: Befragt man die Bewohner nach den *Gründen für die Heimübersiedlung*, führen sie an erster Stelle den Gesundheitszustand als Ursache an. Weiterhin sind Umzüge in Reaktion auf eine als belastend empfundene Isolation oder auf den plötzlichen Tod des Ehepartners sowie Probleme mit der Wohnung wichtige Gründe. Auf der Suche nach *objektiv meßbaren Prädiktoren* des Heimeintritts kristallisieren sich das Alter, der Familienstand, der Gesundheitszustand und die Nichtverfügbarkeit einer potentiellen oder tatsächlich aktiven Hilfsperson als die wichtigsten Determinanten heraus. Eigenschaften der Wohnung blieben dagegen in ihrem Einfluß verhältnismäßig unbedeutend oder wurden nicht gemessen. Widersprüchliche Befunde finden sich zum Einfluß einer professionellen, bezahlten Hilfe.

Aus uni- und bivariaten Analysen zur Bevölkerungsgruppe der über 60jährigen ist bekannt, daß sich die Heimbewohner bezüglich einiger soziodemographischer und sonstiger Merkmale teilweise erheblich von den Nichtheimbewohnern unterscheiden (vgl. Schneider 1998a). Im Vergleich zeigt sich, daß solche strukturellen Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen nicht zwangsläufig als kausale Faktoren für die Übersiedlung interpretiert werden dürfen. So existieren teilweise beachtliche Unterschiede in der Geschlechts- und Bildungsverteilung. Dennoch wirken diese Eigenschaften nicht nachweisbar auf die Wahrscheinlichkeit eines Heimeintritts. Dagegen gibt es Personen mit bestimmten Eigenschaften, die relativ zur Grundgesamtheit nur eine relativ kleine Gruppe darstellen. So sind von 1.000 älteren Menschen in der BRD nur 6 (sic!) verheiratet und getrenntlebend, 49 geschieden, 49 ledig und 19 älter als 90 Jahre. Von 1.000 über 60jährigen Frauen sind nur 80 kinderlos. Die Wahrscheinlichkeit einer Heimübersiedlung ist für diese Personengruppen jedoch signifikant höher.

Die aus multivariaten Berechnungen resultierenden Prädiktoren als 'objektive Gründe' zu bezeichnen, ist das Resultat eines Interpretationsprozesses. Diese Verknüpfung basiert bei den signifikanten Prädiktoren zu Familienstand, Kinderzahl, Unterstützungspotential und Wohnstatus auf plausiblen und teilweise etablierten Hypothesen. Anders beim Alterseffekt: Auch wenn er ein in multivariaten Analysen durchgehend wiederkehrendes Phänomen ist, fehlt in der Literatur eine theoretische Explikation. Denn auch bei Konstanthaltung möglicher Erklärungsfaktoren (Geschlecht, Gesundheitszustand, Verwitwung u.a.) verbleibt ein eigenständiger Alterseffekt in bedeutendem Ausmaß. Möglicherweise handelt es sich hier um einen Labeling-Prozeß dergestalt, daß der ältere Mensch mit zunehmendem Alter eher bereit ist, die altersspezifische Identitätszuschreibung seitens der Gesellschaft und/oder seiner sozialen Umwelt, die mit einer Heimeinweisung verbunden ist, zu akzeptieren. Dieser Erklärungsversuch ist m. E. auch und gerade dann brauchbar, wenn Dritte wie bspw. ein Krankenhausarzt oder Angehörige über eine Einweisung (mit) zu entscheiden haben. Auch hier könnte die subjektive Etikettierung des alten Men-

schen durch den oder die Entscheidungsträger entscheidend sein. In Übereinstimmung mit dieser These antworteten nämlich einige Heimbewohner auf die Frage nach ihren subjektiven Eintrittsgründen, daß sie "das Alter für ein Heim hatten" resp. "alt genug waren für das Heim". Einige gaben an, daß Angehörige oder der Hausarzt äußerten, "es sei jetzt soweit" oder "es werde Zeit für's Heim". Auch wenn solche Äußerungen vergleichsweise selten sind, so könnten sie immerhin erste Hinweise auf die Existenz eines solchen Etikettierungsprozesses geben.¹⁰

Am Anfang des Beitrags wurde die Entscheidung für eine Heim- oder eine Privatwohnung als ein reversibler Prozeß beschrieben. Personen siedeln aufgrund verschiedener internaler und externaler Faktoren von Privatwohnungen in Heime um oder ziehen vom Heim aus in Privathaushalte (zurück). Das Augenmerk des Autors galt der ersten Prozeßrichtung. Zu der Frage, in welchem Umfang und unter welchen Umständen ältere Menschen nach einem Heimaufenthalt in einen Privathaushalt zurückkehren, besteht nicht nur ein theoretisches, sondern auch ein empirisches Forschungsdefizit. Ausnahmen stellen hier bspw. die Veröffentlichungen von Fabricius/Martin (1983) und von Bear (1990) dar. Beide Veröffentlichungen befassen sich mit dem Remigrations- bzw. dem Mortalitätsverlauf nach einer Heimeinweisung.

Ist die Mortalität innerhalb der ersten Monate nach Heimeinweisung am höchsten. Es zeigt sich, daß ungefähr jeder fünfte Heimbewohner verstirbt innerhalb der ersten drei Monate nach Heimeinweisung. So liegt z. B. die durchschnittliche Überlebenszeit nach Eintritt in Pflegeheime etwa zwischen zwei und drei Jahren (vgl. Messmer 1995). In Anbetracht der Tatsache, daß außerdem nur zwischen 2,2 und 3,5 Prozent der Eingewiesenen in einen Privathaushalt zurückkehren, mögen diese Migrationsströme unbedeutend erscheinen (vgl. Bickel 1994). Ihre tatsächliche Bedeutung verdeutlicht dagegen eine Berechnung von Messmer (1995), der die Verweilzeiten der Bewohner mit der langfristigen Kapazitätsbeanspruchung in Beziehung setzt.¹¹ "Knapp 40% der Bewohner, die weniger als ein Jahr im Pflegeheim verbrachten, beanspruchten lediglich 4,8% der Gesamtversorgungskapazität. Dagegen entfielen auf nur 3,6% der Bewohner mit einer Verweilzeit von mehr als 10 Jahren 18,2% der Gesamtpflegezeit" (Messmer 1995, S. 34).

Nach meiner Einschätzung ist es nicht auszuschließen, daß sich unter den Langzeitbewohnern einige befinden, die eine Remigration in einen Privathaushalt einem weiteren Heimaufenthalt vorziehen würden, sich dies aufgrund fehlender Unterstützung bei der Wohnungssuche, beim Umzug o. ä. aber nicht zu realisieren trauen. Angesichts dieser

¹⁰ Diese These entspricht im übrigen auch neuesten Untersuchungen zur Determination des Gesundheitsempfindens: Ein bedeutender Alterseffekt ist unter Kontrolle des tatsächlichen Gesundheitszustandes auch hier festzustellen: Mit zunehmendem Alter fühlen sich - *ceteris paribus* - ältere Menschen kränker als jüngere (vgl. Schneider, 1998b).

¹¹ Messmer (1995) berechnet die Gesamtversorgungskapazität in Jahren aus der stichtagsbezogenen Summe der Einzelangaben aller Bewohner zur bisherigen Verweildauer.

Daten erscheint die Forderung nach einer stärkeren Beachtung dieser Remigrationsbewegungen - auch im Interesse des Heimbewohners - gerechtfertigt. Durch die Unterstützung Remigrationswilliger ließe sich außerdem eine Entlastung der Platzkapazität erreichen. Den gleichen Effekt hätten bauliche oder technische (Präventiv-)Maßnahmen, durch die die Wohnungen der älteren Menschen in Privathaushalten barrierefrei und altengerecht umgestaltet würden. Angesichts der vorliegenden Ergebnisse können möglicherweise schon einige wenig aufwendige Maßnahmen die Lebensqualität innerhalb der Wohnung bedeutend erhöhen. Gemeint ist hier die Installation eines Telefons, einer Rufanlage oder eines Treppenliftes und die Beseitigung von Stolperfallen (vgl. BMFuS 1994).

Literatur

- Bear, M., 1990: Social Networks and Health: Impact on Returning Home after Entry into Residential Care Facilities. In: *The Gerontologist*, 30 (1), S. 30-34.
- Béland, F., 1984: The Decision of Elderly Persons to Leave their Homes. In: *The Gerontologist*, 24 (2), S. 179-185.
- Beske, F., 1960: Das Gemeinschaftsleben in Altersheimen, Sozialhygienische Analyse der Existenzbedingungen von Altersheim- und Pflegeheimbewohnern. Stuttgart.
- Bickel, H., 1994: Zur Inanspruchnahme stationärer Pflege und Versorgung im Altersverlauf. In: *Das Gesundheitswesen*, Jg. 56, S. 363-370.
- Blume, O., 1962: Alte Menschen in einer Großstadt. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung in Köln. Göttingen.
- Bundesministerium für Familie und Senioren (Hrsg.), 1993: Erster Altenbericht - Die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland. Bonn.
- Bundesministerium für Familie und Senioren (Hrsg.), 1994: Dokumentation Betreutes Wohnen - Lebensqualität sichern. Leipzig.
- Burr, J. A., 1990: Race/Sex Comparisons of Elderly Living Arrangements. Factors Influencing the Institutionalization of the Unmarried. In: *Research on Aging*, 12 (4), S. 507-530.
- Fabricius, H.; Martin, M., 1983: Zur hohen Sterblichkeit in Pflegeheimen. In: *Aktuelle Gerontologie*, 13, S. 31-34.
- Falk, G., 1978: Wohnmobilität und räumliche Umwelt alter Menschen, Ein theoretisches Modell und eine empirische Untersuchung in Graz. In: *Grazer Soziologische Schriften*, Jg. 8, S. 32-35, S. 78-102.
- Friedrich, K., 1994: Wohnortswechsel im Alter. Aktuelle Ergebnisse geographischer Mobilitätsforschung im vereinten Deutschland. In: *Zeitschrift für Gerontologie*, Jg. 27, S. 410-418.
- Hanley, R. J.; Alexih, L. M. B.; Wiener, J. M.; Kennell, D. L., 1990: Predicting Elderly Nursing Home Admissions. Results from the 1982-1984 National Long-Term Care Survey. In: *Research on Aging*, 12 (2), S. 199-228.
- Hinschützer, U.; Momber, H., 1984: Basisdaten über ältere Menschen in der Statistik der Bundesrepublik Deutschland. In: *Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit*, Berlin, Jg. 41, S. 355-371.
- Hirschfeld, M.; Kersten, R., 1994: Bestandserhebung über die Pflegeinfrastruktur in Schleswig-Holstein im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich. Kiel.

- Jacobs, T., 1994: Nutzungsanalyse alterspezifischer Wohnformen. Ein Überblick. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dokumentation: Betreutes Wohnen - Lebensqualität sichern, Leipzig, S. 30-38.
- Klein, T.; Gabler, S., 1996: Der Altenheimsurvey: Durchführung und Repräsentativität einer Befragung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe. In: ZUMA-Nachrichten 38, Jg. 20, S. 122-134.
- Klein T.; Salaske I., 1994: Determinanten des Heimeintritts im Alter und Chancen seiner Vermeidung. Eine Längsschnittuntersuchung für die Bundesrepublik Deutschland. In: Zeitschrift für Gerontologie, 27, S. 442-455.
- Klein, T.; Salaske, I.; Schilling, H.; Schneider, S.; Wunder, E., 1997: Altenheimbewohner in Deutschland: Sozialstrukturelle Charakteristika und die Wahl des Heims. In: Zeitschrift für Gerontologie, 30, S. 54-67.
- Lehr, U., 1991: Psychologie des Alterns. Heidelberg, Wiesbaden.
- Lieberman, M. A.; Kramer, J. H., 1991: Factors Affecting Decisions to Institutionalize Demented Elderly. In: The Gerontologist, 31 (3), S. 371-374.
- Lohmann, S., 1970: Ältere Menschen in Altenunterkünften. In: Schubert, R. (Hrsg.): Aktuelle Probleme der Geriatrie, Geropsychologie und Altenfürsorge, Darmstadt, S. 305-311.
- Messmer, P., 1995: Die Inanspruchnahme stationärer Pflege im Zeitvergleich. Eine Untersuchung zur Entwicklung der Verweildauer in Pflegeheimen Baden-Württembergs. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.): Trends in der Inanspruchnahme stationärer Pflege, Untersuchungen zur Entwicklung der Aufnahme-wahrscheinlichkeit, des Eintrittsalters, der Verweildauer und des Kapazitätsbedarfs in der stationären Altenhilfe, Stuttgart, S. 23-40.
- Newman, S. J.; Struyk, R.; Wright, P.; Rice, M., 1990: Overwhelming Odds: Caregiving and the Risk of Institutionalization. In: Journal of Gerontology, 45 (5), S. 173-183.
- Palmore, E., 1976: Total Change of Institutionalization Among the Aged. In: The Gerontologist, 16 (6), S. 504-507.
- Pearlman, D. N.; Crown, W. H., 1992: Alternative Sources of Social Support and their Impacts on Institutional Risk. In: The Gerontologist, 32 (4), S. 527-535.
- Saleske, I., 1997: Die Befragbarkeit von Bewohnern stationärer Alteinrichtungen unter besonderer Berücksichtigung des Verweigerungsverhaltens. Eine Analyse mit Daten des Altenheimsurvey. In: KZfSS, Jg. 49, S. 291-305.
- Schmitz-Scherzer, R.; Schick, I.; Kühn, D., 1978: Altenwohnheime, Personal und Bewohner. Eine empirische Studie in der Stadt Braunschweig. In: Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.), Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, 57, Stuttgart.
- Schneekloth, U., 1996: Sonderauswertung zur Infratest-Heimerhebung 1994. Manuskript.
- Schneider, S., 1998a: Ältere Bundesbürger in Privathaushalten und in Heimen. Lebenssituation und Heimeintrittsgründe. In: Sozialer Fortschritt, Jg. 47, S. 30-37.
- Schneider, S., 1998b: Das subjektive Gesundheitsempfinden im Lebensverlauf. Manuskript.
- Schulz-Nieswandt, F., 1989: Kritik der "moral hazard"- und "Sog"- Erwartung bei Einführung einer Pflege-Sozialversicherung. In: Sozialer Fortschritt, 38, S. 181-184.
- Shapiro, E.; Tate, R., 1988: Who is Really at Risk of Institutionalization? In: The Gerontologist, 28 (2), S. 237-245.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 1996: Heime nach §1 Heimgesetz, Stand: 30.6.1994. Manuskript.
- Tews, H. P., 1979: Soziologie des Alterns. Heidelberg.
- Voges, W., 1989: Soziologie des höheren Lebensalters - Eine Einführung in die Alterssoziologie und Altenhilfe. Augsburg.

Wolinsky, F. D.; Callahan, C. M.; Fitzgerald J. F.; Johnson, R. J., 1992: The Risk of Nursing Home Placement and Subsequent Death Among Older Adults. In: Journal of Gerontology, 47 (4), S. 173-182.

Sven Schneider, M.A.

Tobeläckerweg 3

88069 Tettngang

07542/55515

Sven Schneider, Jahrgang 1969, Soziologe M.A., Diplom-Betriebswirt (BA), Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Staatl. Berufsakademie in Mannheim, Studium der Soziologie, Erziehungswissenschaften und Psychologie an der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg, Mitarbeit in wissenschaftlichen und kommerziellen Marktforschungsprojekten, Mitarbeit im DFG-Projekt "Der Heimeintritt alter Menschen und Chancen seiner Vermeidung" unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Klein, Institut für Soziologie der Universität Heidelberg. Nebenberufliche Tätigkeit in der Aus- und Weiterbildung. Schwerpunkte: Quantitative Sozialforschung, Gerontologie, Abweichendes Verhalten, Sport- und Betriebssoziologie.