

Determinanten der Lebensqualität älterer Frauen: zum Stellenwert der wahrgenommenen Sicherheit und Eingebundenheit

Lang, Gert; Bachinger, Almut; Welechovszky, Martina

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Lang, G., Bachinger, A., & Welechovszky, M. (2013). Determinanten der Lebensqualität älterer Frauen: zum Stellenwert der wahrgenommenen Sicherheit und Eingebundenheit. *SWS-Rundschau*, 53(2), 196-215. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-436987>

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.

Determinanten der Lebensqualität älterer Frauen. Zum Stellenwert der wahrgenommenen Sicherheit und Eingebundenheit

Gert Lang/Almut Bachinger/Martina Welechovszky (Wien)

Gert Lang/Almut Bachinger/Martina Welechovszky: *Determinanten der Lebensqualität älterer Frauen: Zum Stellenwert der wahrgenommenen Sicherheit und Eingebundenheit* (S. 196–215)

Neuere sozialgerontologische und soziologische Forschungen legen nahe, dass nicht lediglich personale, sondern auch sozial-räumliche Faktoren für die Lebensqualität älterer Menschen verantwortlich zeichnen. Zusammen machen sie den objektiven Handlungskontext für subjektive Wahrnehmungen und Bewertungen eines Individuums aus, die handlungsrelevant sind. Mit Hilfe von Daten einer im Jahr 2010 durchgeführten Umfrage unter 593 zuhause lebenden älteren Frauen (60+) werden die sozial-räumlichen Aspekte als Erklärungsvariablen für die subjektive Lebensqualität untersucht. Die Analyse erweist: Die subjektive Lebensqualität älterer Frauen hängt in hohem Maße von der wahrgenommenen Sicherheit, sozialen Eingebundenheit und vom Gesundheitsstatus ab. Während Lebensqualität überwiegend durch sozial-räumliche Aspekte der Gemeinde/Nachbarschaft erklärt werden kann, ist Unsicherheit von der Gemeindegroße und dem Ausmaß sozialer Aktivitäten/Partizipation abhängig sowie zusätzlich bei vulnerablen Älteren mit niedriger Bildung und Gesundheit verbreiteter.

Schlagworte: ältere Frauen, Lebensqualität, Unsicherheit, Partizipation, Strukturgleichungsmodelle

Gert Lang/Almut Bachinger/Martina Welechovszky: *Determinants of Life Quality of Older Women. About the Importance of Perceived Safety and Embeddedness* (pp. 196–215)

Recent social gerontology and sociological research suggest that not only personal factors but also the socio-spatial context is assumed to be a factor in explaining quality of life. Together they make up the objective action context for subjective perceptions and evaluations of an individual, which are relevant for behaviour. Using survey data from 2010 with 593 older women living at home (60+), the social and spatial aspects are considered as explanatory variables for the subjective quality of life. The analysis shows: subjective life quality of older women depends largely on the perception of safety, social embeddedness and their health status. While quality of life can mainly be explained by socio-spatial aspects of the community or neighbourhood, feelings of insecurity depend on the size of the community, the extent of social activities (participation) and are also common among vulnerable groups of older people with low education and health.

Keywords: older women, quality of life, insecurity, participation, structural equation modelling

1. Problemstellung und Aufbau

Angesichts des demographischen Wandels befasst sich eine Vielzahl von sozialwissenschaftlichen Beiträgen und anderen Publikationen mit Fragen des Alters – manchmal mehr implizit, manchmal explizit – in einer kurzschlüssig defizitären und negativen Weise. Sowohl der individuelle als auch der gesellschaftliche Alterungsprozess werden häufig in erster Linie mit Kosten, Lasten und Leiden verbunden (Lasch/Backes 2006, 3–4). Solcherart negativ konnotierte Altersbilder betreffen insbesondere Frauen im höheren Alter, nicht zuletzt, weil sie zahlenmäßig die Gruppe der Hochaltrigen dominieren. Sie werden häufig mit Bildern von Krankheit, Hinfälligkeit und Pflegebedürftigkeit (Vulnerabilität) in Zusammenhang gebracht. Entsprechende kulturelle Altersbilder können sowohl soziale und politische AkteurInnen und Institutionen als auch individuelle Identitäten bestimmen (Wurm u. a. 2013). Diese negativen Diskursivierungen der Themen Alter und Altern bedürfen einer kritischen Hinterfragung, im Sinne einer feministischen Perspektive, um altersfeindlichen Tendenzen, die sich entsprechend vermehrt gegen Frauen richten könnten, zu begegnen. Ein wichtiger Beitrag dazu ist die Erhaltung und Förderung der Lebensqualität älterer Menschen. Dazu bedarf es jedoch auch des Wissens über die relevanten objektiven und subjektiven Determinanten, insbesondere über jene der personalen und sozial-räumlichen Ebene sowie des Wissens über wahrgenommenes Sicherheits-/Unsicherheitsgefühl und die soziale Eingebundenheit älterer Menschen und insbesondere von Frauen.

Im folgenden Artikel werden diese Aspekte als bislang noch wenig untersuchte Determinanten von Lebensqualität thematisiert. In Kapitel 2 wird die theoretische Diskussion zum Thema Lebensqualität im höheren Alter dargestellt und im Lichte älterer und neuerer Ansätze der sozialgerontologischen Diskussion betrachtet. Auf Basis dieser theoretischen Überlegungen wird ein handlungstheoretisch fundiertes Forschungsmodell zu Determinanten der Lebensqualität von älteren Menschen abgeleitet. Dieses Modell sowie die drei zentralen Hypothesen für die empirische Überprüfung mittels aktueller österreichischer Umfragedaten aus 2010 werden in Kapitel 3 beschrieben. In Kapitel 4 werden das Studiendesign und die Untersuchungsmethoden im Detail vorgestellt. In Kapitel 5 wird über die empirischen Ergebnisse der abgeleiteten Modelle berichtet und es werden die Forschungshypothesen im Lichte dieser Erkenntnisse diskutiert. Das sechste und letzte Kapitel präsentiert Schlussfolgerungen für die Gestaltung von Lebensqualität im höheren Alter, insbesondere zur Lebensqualität älterer Frauen.

2. Hintergrund und Problemstellung

2.1 *Lebensqualität im höheren Alter*

Erst in jüngerer Zeit werden positive Konzepte des Alterns, die beispielsweise aktives und gesundes Altern und Aspekte der Lebensqualität thematisieren, verstärkt diskutiert. Damit verbunden ist ein Wohlfahrtskonzept, das als Kriterium »gutes Leben« bis ins hohe Alter ins Auge fasst. Maßstab eines solchen Wohlfahrtskonzepts, das sowohl das

individuelle als auch das gesellschaftliche Wohlergehen einschließt, ist die Lebensqualität. Lebensqualität ist ein multidimensionales Konzept, weil es einerseits individuelle und kollektive, andererseits sowohl materielle als auch immaterielle Komponenten einbezieht. Es unterscheidet aber vor allem auch objektiv günstige oder ungünstige Lebenslagen und subjektive Zustände des psychisch-emotionalen Wohlbefindens, der Zufriedenheit und des Glücks (Noll 2010).

»Als Lebensqualität sollte die Gesamtheit der Lebensbedingungen älterer Menschen gelten. Sofern es um die objektiven Bedingungen geht, sollte von objektiver Lebensqualität gesprochen werden. (...) Wird aber die Bewertung dieser Lagen durch die Menschen selbst mit einbezogen, ist es sinnvoll, von subjektiver Lebensqualität zu sprechen«
(Amann 2010, 1/40).

Dabei sind zusätzlich Aspekte von Alter und Geschlecht (als Ungleichheits- und Vulnerabilitätsfaktoren) maßgeblich. Ältere Frauen erfreuen sich zwar im Vergleich zu älteren Männern einer höheren Lebenserwartung, doch sind sie aufgrund sozialstruktureller Benachteiligungen stärker von negativen Beeinträchtigungen der Lebensqualität generell im Lebensverlauf und entsprechend kumuliert im Alter betroffen (Backes/ Clemens 2008, 83–87).

Zu den hauptsächlichen Faktoren der Lebensqualität älterer Menschen zählen Amann, Felder und Ehgartner (2010) folgende Determinanten: Erstens wird Lebensqualität im fortgeschrittenen Alter durch das (Gesundheits-) Verhalten und die sozialen Beziehungen bestimmt. Lebensqualität ist somit stark mit diesen objektiven Bedingungen verknüpft. Voraussetzung für das individuelle Handeln und damit die Lebensqualität ist die Handlungs- und Entscheidungsautonomie des Individuums. Zweitens variiert die Lebensqualität im biografischen Verlauf entsprechend den objektiven Handlungskontexten. Verhaltensbezogene Aspekte vermitteln zwischen Individuum und Umwelt bzw. Kontext. Daher spielen drittens aktive Prozesse der subjektiv-inneren Verarbeitung, wie z. B. Konzepte der Selbstaufmerksamkeit (Regulierung), eine entscheidende Rolle. In der Handlungssituation orientiert sich das Individuum an den objektiven (insbesondere den personalen und sozial-räumlichen) Rahmenbedingungen, die entsprechend (subjektiv) wahrgenommen und bewertet (bzw. kognitiv verarbeitet) werden. Lebensqualität ist Ergebnis dieses vielschichtigen, voraussetzungsreichen und dynamischen Prozesses.

Für solch ein umfassendes Rahmenkonzept der Lebensqualität ist demnach zuerst der allgemeine individuelle Gesundheitszustand bzw. die im Alter tendenziell zunehmende physisch-psychische Morbidität (Krankheit, Behinderung) eine zentrale Determinante. Gesundheit und die mentale wie psychische Funktionsfähigkeit ermöglichen die soziale Partizipation und die Aufrechterhaltung der Alltagskompetenzen. In enger Verbindung damit steht die mentale Entscheidungs- und physische Handlungsautonomie (Collopy 1988); chronische Krankheiten und kognitive Veränderungen können eine selbstständige Lebensführung zusehends erschweren bzw. beeinträchtigen. Mit zurückgehenden individuellen Ressourcen ist oft die Konsequenz verbunden, die Abhängigkeit von Rahmenbedingungen zu verstärken, wie z. B. von sozialen und

familiären Netzwerken und von der sozialen Eingebundenheit in die Nachbarschaft (Lawton 1977, 1987).

Bislang führte jedoch der Mangel eines theoretischen Rahmens zur Untersuchung der Interaktionen älterer Menschen mit ihrer Umwelt dazu, dass ältere Menschen als Forschungsobjekte vorrangig als EmpfängerInnen und NutzerInnen von Leistungen oder sozialen und medizinischen Ressourcen theoretisiert und untersucht wurden. Insbesondere die europäische (sozial-) gerontologische Forschung ist davon gekennzeichnet (Wahl 2005). Das führte auch dazu, die Ergebnisse von Untersuchungen der Determinanten von Lebensqualität in Ermangelung kontextueller Daten primär durch personale Faktoren wie Gesundheit, Geschlecht, Bildung, Einkommen etc. zu bestimmen.

Die Sozialgerontologie betont hingegen, dass ältere Menschen ihre Lebensbedingungen auch selbst herstellen und aktiv (mit-) gestalten können (Handlungsfähigkeit). Jüngere sozialgerontologische Forschungsansätze beschäftigen sich zudem verstärkt mit den sozialen und sozial-räumlichen Umweltdeterminanten als Handlungskontext für die Lebensqualität älterer Menschen (z. B. Buffel et al. 2012, 14).¹ Nicht zuletzt haben die Zunahme alleinlebender älterer Menschen und die De-Institutionalisierung bzw. Ambulantisierung der sozialen und Gesundheitsdienste ihren Anteil an dieser Entwicklung in der Forschung. Dennoch blieben empirische Forschungsergebnisse bislang noch wenig mit theoretischen Zugängen verknüpft.

Im Folgenden sollen daher theoretische und empirische Erkenntnisse der ökologischen und sozialen Gerontologie zur Entwicklung eines empirisch überprüfbareren Modells dargestellt werden. Weil es für den hier relevanten Hintergrund zentral ist, wird dabei von objektiven und subjektiven Aspekten der räumlich-sozialen (Nah-/Wohn-) Umwelt, personalen Charakteristiken (z. B. Gesundheit, Sozialstatus) und Lebensqualität zu sprechen sein (Wagemakers et al. 2010).

2.2 Sozial-räumliche Determinanten der Lebensqualität

In der wissenschaftlichen Literatur finden sich zahlreiche empirische Ergebnisse über den Zusammenhang von relevanten Umweltfaktoren und -dimensionen zur Erklärung der Lebensqualität älterer Menschen (z. B. Buffel et al. 2012, Wahl 2005). Aufgrund dieser empirischen Befunde zeigt sich, dass ein Konzept der stärkeren theoretischen Einbeziehung von sozial-räumlichen Umweltdeterminanten für die Lebensqualität durchaus Bedeutung hat. Empirische Ergebnisse weisen beispielsweise darauf hin, dass Lebensqualität stark durch die soziale Einbindung und die Nachbarschaft bestimmt ist. Diese Ergebnisse beruhen auf der Annahme, dass ältere Menschen mehr Zeit innerhalb eines engeren Aktionsradius verbringen, und infolgedessen ihre Lebensqualität stärker vom näheren sozialen Umfeld und der näheren physischen Umwelt (Wohngegend, Nachbarschaft, Gemeinde) bestimmt ist, als das für Menschen gilt, die einen größeren

1 Diese Ansätze gehen auf erste sozialgerontologische Ansätze von Lawton zurück, die den Zusammenhang von Person und Raum und nachbarschaftlichen Beziehungen (Person-Umwelt-Sicht) von Altern untersuchten (Lawton 1977, Lawton/Nahemow 1973, Wahl 2005).

Handlungsspielraum und dadurch auch einen weiteren Handlungskontext haben (vgl. dazu Gilleard et al. 2007). Entsprechend verstärkte sich das subjektive Zugehörigkeitsgefühl mit der Zeit, sowohl hinsichtlich der Dauer des bisherigen Wohnsitzes als auch hinsichtlich der täglichen Zeit, die an einem (Wohn-) Ort verbracht wird. Allerdings wandelt sich die soziale Eingebundenheit von Menschen sowohl individuell über den Lebensverlauf als auch gesamtgesellschaftlich. Zwar sind theoretische und empirische Befunde hinsichtlich der Frage, ob die soziale Kohäsion in bestimmten Gebieten (beispielsweise Stadtteilen) bzw. in bestimmten sozialen Gruppen geringer oder stärker ist, widersprüchlich – gerade für ältere Menschen wird jedoch angenommen, dass die lokale Verbundenheit und die Gemeinschaftsverbundenheit mit dem Alter steigen. Gilleard et al. (2007) zeigen, dass ältere Menschen sich umso mehr mit der Gemeinschaft verbunden fühlen, je länger sie dieser bereits angehören und sich als Teil der Nachbarschaft wahrnehmen. Hingegen wird die Frage, ob der Zusammenhalt in ärmeren Stadtteilen oder Umgebungen größer oder geringer ist, ambivalent diskutiert. So finden sich wenige Belege für demnach eher sozialromantische Vorstellungen von guter Nachbarschaft und hohem sozialem Zusammenhalt in ärmeren Stadtteilen (Forrest/ Kearns 2001). Gerade ältere Menschen zählen aber zu vulnerablen Gruppen, die stärker an ihren Wohnort gebunden sind und mehr Zeit dort verbringen. Sie sind in höherem Maße auf die nachbarschaftlichen Strukturen und die (soziale) Qualität derselben angewiesen, was aber noch nicht bedeutet, dass ein größerer Zusammenhalt bzw. mehr Verbundenheit auch tatsächlich gegeben wären. Mit zunehmendem Alter und steigender Vulnerabilität (Zunahme gesundheitlicher Probleme und Mobilitäts-einschränkungen) werden jedenfalls der Aktionsradius und die sozialen Netzwerke kleiner. Folglich gewinnen der soziale und physische Nahraum an subjektiver und objektiver Bedeutung, aber auch die Abhängigkeiten vom näheren sozialen Umfeld und von Netzwerken steigen (Buffel et al. 2012, Gilleard et al. 2007, Lang/ Enzenhofer 2013, Richter-Kornweitz/ Wächter 2009, Wahl et al. 2012).

Die sozialen Beziehungen einer Person können sich im Laufe ihres Lebens verändern, wobei ältere Menschen über kleinere soziale Netzwerke und weniger soziale Kontakte verfügen als jüngere. Die Lebensqualität ist jedoch wesentlich dadurch bestimmt, inwieweit die sozialen Interaktionen über oberflächlichen Kontakt hinausgehen und eine Unterstützung und Hilfe im Alltag darstellen sowie über den Grad des Vertrauens, der in den sozialen Beziehungen besteht. Soziale Beziehungen würden der These des sozialen Konvois zufolge (Buffel et al. 2012, Kahn/ Antonucci 1980) neben der emotionalen Nähe nach dem Grad der Unterstützung, die sie liefern, hierarchisch bewertet und organisiert. Mit höherem Alter und zunehmender Vulnerabilität steigt die Anforderung an soziale InteraktionspartnerInnen. Der Aspekt der informellen Unterstützungsleistung, die diese potenziell bieten können, gerät (für die ältere Person) mehr in den Vordergrund, und die Bedeutung der nachbarschaftlichen Beziehungen kann steigen.

Das Zugehörigkeitsgefühl und die soziale Eingebundenheit werden demnach auch durch die alltäglichen Interaktionen in einer Nachbarschaft bestimmt. Die These, dass soziale Kohäsion mehr durch alltägliche Aktivitäten des Lebens hergestellt wird, als

dass sie durch von Makroprozessen getriebene Einflüsse bestimmt ist, spricht für folgende Annahme: Nachbarschaften können hinsichtlich der sozialen Kohäsion relativ stabiler sein als das weitere soziale Milieu bzw. die Gesamtgesellschaft und fungieren so als Schutzfaktor gerade in Zeiten der Krise und des Wandels. Sie verrichten sozusagen die tägliche Reparaturarbeit, um die sozialen Beziehungen aufrechtzuerhalten, innerhalb der großen Entwicklungen von Wandel und Krise (Forrest/ Kearns 2001), und haben entsprechend einen Effekt auf das Wohlbefinden, die Lebenszufriedenheit und -qualität. Vom bloßen Vorhandensein (intensiver) sozialer Kontakte innerhalb der Nachbarschaft kann nicht auf die potenziellen förderlichen Ergebnisse in Bezug auf das Wohlbefinden und die Gesundheit geschlossen werden. Wichtig ist vielmehr Vertrauen in Kontakte innerhalb der Nachbarschaft. Vertrauensvolle Beziehungen stellen demzufolge das soziale Kapital einer Nachbarschaft dar (Richter-Kornweitz/ Wächter 2009). Das soziale Kapital ist von den individuellen sozialen Netzwerken und entsprechend von der individuellen Vulnerabilität beeinflusst (Vyncke et al. 2013). Relativ eindeutig scheinen die Befunde, dass Partizipation in der Nachbarschaft und Gefühle der Zugehörigkeit in Bezug auf die Nachbarschaft sich förderlich auf Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität auswirken. Partizipation an der Gemeinschaft wird definiert als »sozialer Prozess der (freiwilligen) Teilhabe an formalen und informalen Aktivitäten, Programmen und/ oder Diskussionen, um geplante Veränderungen oder Verbesserungen im Gemeinschaftsleben oder in gemeinschaftlichen Diensten bzw. Ressourcen zu bewirken« (Bracht 1990, 110, zit. in Wagemakers et al. 2010, 430).

2.3 Wahrnehmung von Sicherheit und Kriminalitätsfurcht

Psychosoziale Aspekte wie Unsicherheitsgefühle und Einsamkeit zählen zu den stärksten negativen Prädiktoren von Gemeinschaftsverbundenheit (Buffel et al. 2012). Umgekehrt gewinnt eben gerade für ältere Menschen die sozial-räumliche Umwelt als Faktor für Sicherheitsgefühle und damit für die Lebensqualität an Bedeutung (siehe Kap. 2.2). Sowohl der objektive Handlungskontext (z. B. personale Vulnerabilität, sozial-räumlicher Kontext) als auch die personale (emotionale, kognitive) und soziale Verarbeitung des Handlungskontexts bestimmen maßgeblich die Furcht vor Kriminalität und Unsicherheitsgefühle. Bei Zunahme des Unsicherheitsgefühls kann die soziale Eingebundenheit abnehmen, was wiederum die Kriminalitätsangst (Angst vor Kriminalität) und Viktimisierungsfurcht (Angst Opfer eines Verbrechens zu werden) steigert. Zugleich vermindert der Rückzug sowohl aus dem räumlichen Kontext (»nicht mehr auf die Straße gehen«) als auch aus dem sozialen Umfeld tendenziell die gesamte Lebensqualität und damit z. B. auch die Gesundheit, ein bestimmender Faktor für die individuelle Vulnerabilität. Eine beeinträchtigte Gesundheit und entsprechend eingeschränkte Autonomie kann wieder zu vermehrtem Unsicherheitsgefühl führen. Es entsteht also ein komplexer Teufelskreis (Buffel et al. 2012).

Unsicherheitsgefühle sind zudem nicht nur Resultat von objektiven Faktoren, wie z. B. der Tatsache, selbst bereits Opfer eines Verbrechens geworden zu sein (Viktimisierung) oder in einer Gegend mit hoher Kriminalitätsrate zu leben (direkte Krimina-

litätsbedrohung), sondern auch beeinflusst von medialen Darstellungen und Erzählungen von Verwandten und Bekannten. Das verweist wiederum darauf, dass soziale und sozial-räumliche Erklärungen von Unsicherheitsgefühlen auch auf der kulturellen und politischen Ebene mit einzubeziehen sind (Buffel et al. 2012). Zudem ist hinsichtlich der Kriminalitätsfurcht eine paradoxe Situation eines irrationalen Zusammenhangs zwischen objektiver Kriminalitätsbedrohung und subjektivem Sicherheitsgefühl zu beobachten: Die Furcht vor Kriminalität und damit einhergehend das Unsicherheitsgefühl sind meist bei jenen Gruppen am höchsten, die am wenigsten von Kriminalität betroffen sind, wie z. B. bei älteren Menschen oder Frauen (Dost 2003, Rügemer 1999). D. h. das Unsicherheitsgefühl ist keineswegs allein von objektiven Faktoren des Handlungskontexts determiniert, sondern wird über subjektive Prozesse der Wahrnehmung und Bewertung moderiert.

Sicherheitsgefühle sind eine maßgebende Voraussetzung, um auch im Alter Selbstständigkeit, soziale Eingebundenheit und Teilhabe (Partizipation) aufrechtzuerhalten. Umgekehrt sind das subjektive Gefühl der sozialen Eingebundenheit und das soziale Kapital einer Person Determinanten von Unsicherheitsgefühlen und entsprechend von Lebensqualität (Forrest/ Kearns 2001, Jackson/ Stafford 2009, Lang/ Enzenhofer 2013). Eine sozialgerontologische bzw. sozialökologisch orientierte Perspektive liefert daher wichtige Hinweise darauf, dass eine begrenzte Betrachtung der personalen Determinanten von Lebensqualität, wie Gesundheit oder individueller Handlungsautonomie, eine begrenzte Aussagekraft für die Bestimmung der Faktoren für Lebensqualität und positives Altern hat. Durch die Zunahme von Dimensionen der sozial-räumlichen und sozialökologischen Perspektive der unmittelbaren Wohnumgebung (Nachbarschaft) kann also eine komplexere Erklärung der Wahrnehmung von Unsicherheit und Unsicherheitsgefühlen als einer zentralen Determinante von Lebensqualität erreicht werden.

3. Forschungsmodell und -hypothesen

Wie die Forschungsliteratur zum Thema aufgezeigt hat, sollte ein theoretischer Rahmen zur Erklärung der Einflussfaktoren für positives Altern und Lebensqualität im höheren Alter die Kombination von personalen Kompetenzen (Gesundheit, Mobilität etc.) und objektiven Bedingungen der Nachbarschaft umfassen, wie z. B. die Qualität der Wohnumgebung, der öffentlichen Verkehrsmittel und kommunalen Infrastrukturen. Das theoretische Forschungsmodell sollte um subjektiv-emotionale Aspekte (Gefühl von Zugehörigkeit und Verbundenheit bzw. Unsicherheitsgefühle und Isolation) und den sozialen Kontext des näheren Lebensumfeldes (Bestehen von sozialen Netzen, die Unterstützung bieten) ergänzt werden. Nur so kann ein komplexeres und umfassendes Bild der Determinanten der Lebensqualität älterer Menschen nachgezeichnet werden.

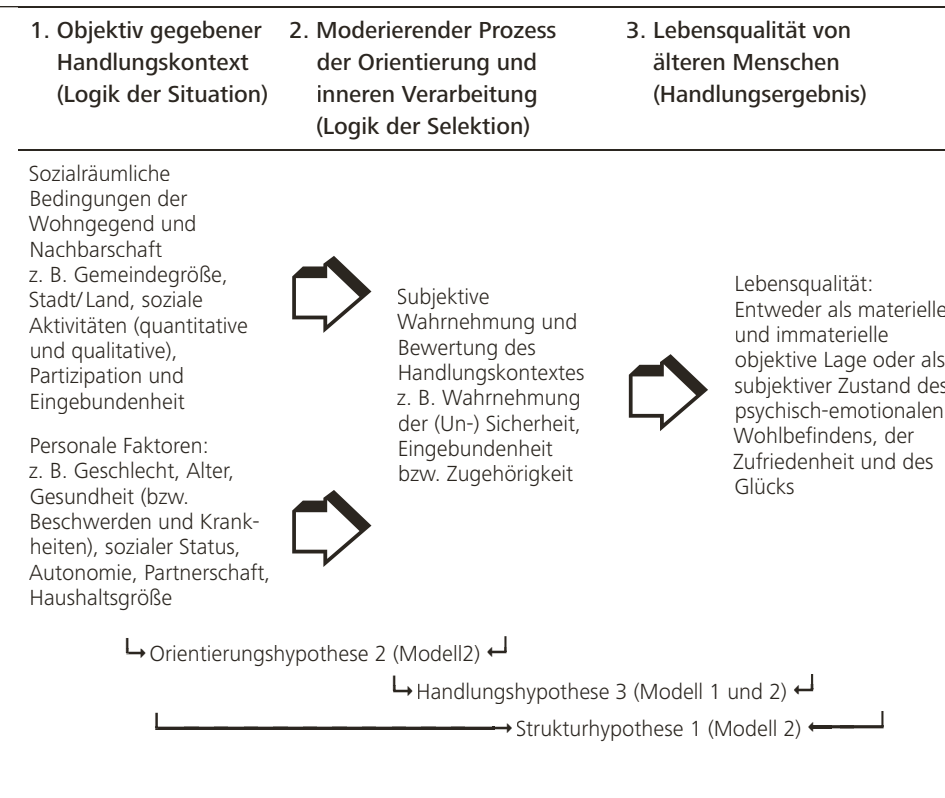
Im theoretischen Teil wurde zwar konzeptuell von einem sehr umfassenden Lebensqualitätsbegriff ausgegangen, der aber empirisch nur schwer bzw. eingeschränkt

mit all seinen Dimensionen und Variablen umgesetzt werden kann.² Ausgehend von den zentralen Determinanten wird ein empirisch überprüfbares Modell abgeleitet, bei dem die Lebensqualität im Alter auf objektiver Seite von personalen Lebens-/ Handlungs- und sozial-räumlichen Kontextbedingungen abhängig gemacht wird. Auf der Seite der personalen Faktoren können das chronologische Alter, der Gesundheitszustand (Krankheiten, Beschwerden) und die Autonomie (Abhängigkeit, Hilfebedarf) genannt werden. Auf der sozialen Ebene sind die nach Quantität und Qualität variierenden Netzwerke (Sozialbeziehungen) und partizipierende Sozialaktivitäten zu berücksichtigen. Zur räumlichen Ebene zählen Aspekte der Nachbarschaft bzw. zentrale Eigenschaften der (Wohn-) Gemeinde (z. B. Größe der Gemeinde, Partizipation in die Nachbarschaft). Für die aktive/produktive Auseinandersetzung mit der Umwelt auf subjektiver Ebene werden hier Aspekte der wahrgenommenen Eingebundenheit, Zugehörigkeit, aber auch jene der Unsicherheit (Kriminalitätsfurcht) als zentral für die Lebensqualität aufgefasst.

Diese Aspekte legen die Entwicklung eines handlungstheoretisch fundierten und empirisch überprüfbaren Modells nahe (Esser 1999). Zur Erklärung des Handelns führt es im Ursachenteil die objektiv gegebenen Handlungskontexte auf, die in Form von personalen Charakteristiken und sozial-räumlichen Bedingungen zusammengefasst werden können (sog. Logik der Situation). Die Lebensqualität kann im Handlungsergebnis entweder als materielle und immateriell objektive Lage oder als subjektiver Zustand des psychisch-emotionalen Wohlbefindens, der Zufriedenheit und des Glücks aufgefasst werden, der direkt durch diese Handlungskontexte beeinflusst wird. Die Literatur und das Handlungsmodell legen jedoch zusätzlich nahe, dass dieser Effekt moderiert wird durch einen subjektiven Prozess der inneren Verarbeitung, bei der sich Individuen in ihren Handlungen an der Handlungssituation bzw. an den relevanten Handlungskontexten orientieren, d. h. diese wahrnehmen und bewerten. Die Zusammenhänge werden in nachfolgender Tabelle 1 zusammengefasst.

2 Anmerkung: Beispielsweise können Fragen des biografischen Verlaufs mit herkömmlichen Querschnitterhebungen nicht beantwortet werden und würden Längsschnittdesigns erfordern.

Tabelle 1: Handlungstheoretisches Modell der Lebensqualität im Alter



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Esser (1999)

Anmerkung: Die Pfeile symbolisieren die theoretisch abgeleitete Richtung der Zusammenhänge, die – einmal in empirische Forschungshypothesen überführt – durch Modelle überprüft werden können. Beispielsweise wird der Zusammenhang zwischen dem objektiven Handlungskontext und der Lebensqualität über die Strukturhypothese 1 bzw. im Modell 2 getestet.

Aufgrund dieses theoretischen Modells können folgende empirische Forschungshypothesen abgeleitet werden (siehe auch unteren Teil der Tabelle 1):

Die Lebensqualität älterer Menschen wird maßgeblich durch den objektiven Handlungskontext bestimmt. Auf der personalen Ebene sind es die Lebenssituationen (bzw. -stile), wie z. B. der Faktor Alter, Status, Gesundheit, Autonomie, und auf sozial-räumlicher Ebene sind es die sozialen Netzwerke und die Bedingungen der Nachbarschaft.

- Weil der objektiv gegebene Handlungskontext strukturelle Grundlage für das Handeln von Individuen ist, lautet die Strukturhypothese 1: Je günstiger die personale Lebenssituation und je besser die sozial-räumlichen Lebensbedingungen, desto höher ist die Lebensqualität.

Eine zentrale vermittelnde Funktion zwischen objektiv gegebenen Handlungsbedingungen und der Lebensqualität im fortgeschrittenen Alter nimmt der subjektive Prozess der inneren Verarbeitung ein. Dabei orientiert sich die Person am gesamten Handlungskontext, der die subjektive Wahrnehmung und Bewertung desselben beinhaltet. Als zentrale Erklärungsfaktoren stellen sich theoretisch und empirisch die wahrgenommene Unsicherheit und die Wahrnehmung der sozialen Eingebundenheit bzw. Zugehörigkeit heraus. Diesbezüglich können zwei weitere Hypothesen abgeleitet werden:

- Weil sich die Personen am Handlungskontext orientieren, lautet die Orientierungshypothese 2: Je autonomer die Lebensführung bzw. je höher die soziale Partizipation älterer Menschen und je mehr diese durch die unmittelbare Wohnumwelt unterstützt wird, desto geringer ist die Wahrnehmung von Unsicherheit und desto besser die wahrgenommene Eingebundenheit und soziale Zugehörigkeit.
- Weil sich die subjektive Orientierung über das konkrete Handeln in Lebensqualität niederschlägt, kann zusätzlich die Handlungshypothese 3 aufgestellt werden: Je größer die wahrgenommene Unsicherheit und je geringer die wahrgenommene Eingebundenheit, desto geringer die objektive und subjektive Lebensqualität älterer Menschen.

4. Studiendesign und Untersuchungsmethoden

4.1 Untersuchungsform und Datenerhebung

Zur Beantwortung der theoretischen Forschungsfragen und Prüfung der empirischen Hypothesen wird auf österreichische Umfragedaten zurückgegriffen, die im Rahmen einer EU-Studie in mehreren europäischen Ländern erhoben wurden. Dabei handelt es sich um die AVOW-Studie³ über Lebensqualität und Gewalterfahrungen. Die Grundgesamtheit waren zuhause lebende ältere Frauen im Alter von 60 Jahren oder älter. Daraus wurde in Österreich eine nach Gemeindegröße geschichtete Zufallsstichprobe gezogen. Die Datenerhebung erfolgte durch die Umfrageforschung Dr. Költringer (IPR), wobei im Juli 2010 insgesamt 1.500 Haushalte telefonisch kontaktiert, auf die Zielperson gescreent und zur Teilnahme an der sozialwissenschaftlichen Umfrage gebeten wurden. Insgesamt konnten in Österreich 593 ältere Frauen mittels CATI (*computer assisted telephone interviews*) befragt werden. Nach Abzug von 292 neutralen Ausfällen (280 »keine Zielperson im Haushalt«, 12 »ungültige Telefonnummer«) entspricht das einem Rücklauf von 49,1 Prozent. Die Stichprobe beinhaltet ältere Frauen im Alter von 60 bis 93 Jahren (Median = 71,0 | Standardabweichung = 8,1). Im Vergleich mit den Ergebnissen des Mikrozensus (zweites Quartal 2008) stellen sich geringfügige, aber typische Befragungsausfälle ein: Leicht unterrepräsentiert sind

3 AVOW steht für »Abuse and Violence against Older Women« und bezeichnet ein aus Mitteln des dritten DAPHNE-Programms gefördertes Forschungsprojekt mit PartnerInnen aus Belgien, Finnland, Lettland, Portugal und Österreich. In Österreich wurde das Projekt vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz kofinanziert. Projektinformationen können unter www.thl.fi/avow (17. März 2013) abgerufen werden.

hochaltrige Frauen (über 80 Jahre) mit niedrigem Bildungsabschluss (Pflichtschule), Haushalte mit drei oder mehr Personen und jene mit ländlicher Wohnumgebung (Lang/ Enzenhofer 2013).

4.2 Operationalisierung

Beim Erhebungsinstrument handelt es sich um einen standardisierten Fragebogen. Da es sich bei der hier interessierenden Fragestellung vor allem um latente Konzepte handelt, wurde zur Messung einer begrenzten Auswahl der interessierenden theoretischen Konstrukte auf getestete Erhebungsskalen mit multiplen Indikatoren zurückgegriffen. Dabei handelt es sich um folgende latente Konstrukte:

- Die Lebensqualität wurde mittels der *EUROHIS Quality of Life* Skala gemessen (Schmidt/ Mühlen/ Power 2006): Dabei handelt es sich um eine Likert-Skala, bei der die Angaben von Befragten in mehreren Indikatoren zusammengefasst werden. Im vorliegenden Fall handelt es sich um acht Indikatoren zur Messung des Wohlbefindens (z. B. die Bewertung der Lebensqualität, die vorhandene Energie für das tägliche Leben, Geld zum Leben) und der Zufriedenheit (z. B. mit der Gesundheit, den Leistungen bei Alltagsverrichtungen, mit sich selbst, den persönlichen Beziehungen, mit den Wohnverhältnissen) als Dimensionen der subjektiven Lebensqualität, jeweils mit fünf-stufigem Antwortformat (1 = Ablehnung bzw. sehr unzufrieden, 5 = Zustimmung bzw. sehr zufrieden). Es ist von einer hohen internen Konsistenz (Reliabilität) der Skala auszugehen, wenn der Cronbach's Alpha-Koeffizient $\alpha > 0,80$ ist (Schnell u. a. 2008). In den AVOW-Daten wurde ein Alpha-Koeffizient von $\alpha = 0,89$ ermittelt.
- Für den Faktor der wahrgenommenen Eingebundenheit wurde auf eine getestete Skala zurückgegriffen, die die soziale Einsamkeit (*social loneliness* bzw. *embeddedness*) über Sozialkontakte des weiteren Verkehrskreises misst (De Jong Gierveld/ van Tilburg 2008): Die Kurzversion berücksichtigt drei Statements (z. B. ich kann mich auf reichlich Personen verlassen, ich kann vielen Personen vertrauen, es gibt genügend Menschen, denen ich mich nahe fühle) mit fünf-stufigem Antwortformat (1 = trifft gar nicht zu, 5 = trifft voll und ganz zu). Die interne Konsistenz der Skala wurde mit $\alpha = 0,85$ berechnet.
- Die Wahrnehmung von (Un-) Sicherheit wurde mit einer Kurzska mit dem Namen *Elder's feelings of safety* gemessen (De Donder et al. 2012): Die Skala beinhaltet wiederum drei Aussagen (z. B. in der Nacht auf die Straße zu gehen ist gefährlich, am Abend/ in der Nacht öffne ich die Türe nicht, die Straßen sind gefährlicher geworden) mit fünf-stufigem Antwortformat (1 = trifft gar nicht zu, 5 = trifft voll und ganz zu). Die Reliabilität fällt mit $\alpha = 0,65$ moderat aus (Anm.: Bei Aussparung des zweiten Indikators ergibt sich $\alpha = 0,71$).

Folgende Variablen wurden zur Messung des sozial-räumlich Handlungskontexts verwendet:

- Erstens handelt es sich dabei um die von Young und KollegInnen (2004) entwickelten und getesteten Likert-Skalen zur Zugehörigkeit und Partizipation in der Nachbarschaft bzw. Wohngegend (*sense of belonging to the and co-influencing in the neighbourhood*): Bei beiden Skalen handelt es sich um Statements im fünf-stufigen Antwortformat (1 = trifft gar nicht zu, 5 = trifft voll und ganz zu), bei der Zugehörigkeit um sieben Indikatoren (z. B. NachbarInnen passen auf meinen Besitz auf, mit vielen Menschen in der Umgebung befreundet sein, Menschen in Wohngegend helfen einander bereitwillig) und bei der Partizipation um drei Indikatoren (selber am Geschehen in der Wohngegend beteiligt sein, sich aktiv für meine Wohngegend engagieren, schon öfters etwas für die Wohngegend mit Leuten organisiert haben). Die Reliabilität der Skala Zugehörigkeit wurde aus den vorliegenden Daten mit $\alpha = 0,86$ und Partizipation mit $\alpha = 0,80$ berechnet.⁴
 - Zweitens wurden soziale Aktivitäten über einen Index operationalisiert, der aus verschiedenen Tätigkeiten berechnet wurde (FreundInnen besuchen, Angehörige betreuen und/ oder ehrenamtliche Tätigkeiten durchführen).
 - Das Wohngebiet wurde drittens über die Gemeindegroße bis 10.000 EinwohnerInnen (kleine) und jene über 10.000 EinwohnerInnen (große Gemeinde) operationalisiert.
- Folgende Variablen auf personaler Ebene wurden berücksichtigt:

- Das chronologische Alter wurde aus der Angabe des Geburtsjahres der befragten Person berechnet.
- Der sozioökonomische Status wurde über die Bildung in absolvierten Schuljahren (kategorisiert) erhoben.
- Aspekte der Gesundheit wurden über mehrere Indikatoren abgebildet: erstens mittels des Indikators des subjektiven Gesundheitsstatus (1 = sehr schlecht, 5 = sehr gut), zweitens über einen Index mit zwei Indikatoren zu depressiven Verstimmungen (an Dingen weniger interessiert sein bzw. haben Dinge weniger Freude bereitet als sonst, in letzten zwei Wochen die meiste Zeit traurig, niedergeschlagen, deprimiert gewesen zu sein, d. h. Entscheidungsautonomie) und drittens über das Ausmaß an Handlungsautonomie. Bei letzterer handelt es sich um einen Index des Hilfebedarfs, gebildet aus neun unterschiedlichen Aktivitäten des täglichen Lebens (Hilfe benötigt z. B. bei/m Einkaufen, Hausarbeit, Essenzubereitung, Hygiene, An-/ Ausziehen).
- Die Haushaltsgröße wurde über die Anzahl der Personen im gemeinsamen Haushalt gemessen (eine Person, zwei bzw. drei oder mehr Personen im Haushalt).⁵

4 Die beiden Skalen unterstellen eine zweidimensionale Messstruktur, die mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse überprüft wurde (siehe Erklärung in Fußnote 6). Dabei hat sich herausgestellt, dass eine reduzierte Anzahl von drei Indikatoren der Zugehörigkeit und die drei Indikatoren der Partizipation eine gemeinsame Dimension bilden (Anmerkung: und nicht zwei separate Dimensionen).

5 Anmerkung: Ursprünglich wurde zusätzlich der Familienstand berücksichtigt (in Partnerschaft lebend oder nicht). Wegen der hohen Überlappung mit der Haushaltsgröße wurde diese Variable später aus der Analyse ausgeschlossen. Zusätzlich soll hier noch einmal besonders darauf hingewiesen werden, dass das Geschlecht keine eigene Variable in der Operationalisierung bilden kann, da in der Studie ausschließlich Frauen befragt wurden.

4.3 Datenanalyse

Alle Messmodelle der verwendeten Likert-Skalen wurden zunächst mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse⁶ getestet und die Forschungshypothesen wurden über Strukturgleichungsmodelle mit latenten Variablen überprüft (Bollen 1989, Reinecke 2005). Beim (Strukturgleichungs-) Modell 1 wird zunächst die Handlungshypothese 3 unter Berücksichtigung der subjektiven Lebensqualität, der wahrgenommenen Unsicherheit und Eingebundenheit getestet. Es wird danach im Modell 2 um die personalen und sozial-räumlichen Faktoren erweitert, was eine simultane Überprüfung aller drei Hypothesen ermöglicht. Alle Analysen wurden mit dem Softwarepaket Mplus 7 (Muthén/Muthén 2012) unter Verwendung von Varianz-Kovarianzmatrizen und des robusten Schätzverfahrens (Byrne 2012) berechnet sowie mittels einschlägiger Kriterien der Modellanpassung evaluiert (Brown 2006).

5. Ergebnisse

Die Ergebnisse der Strukturgleichungsmodelle werden in zwei Unterkapiteln präsentiert: Zunächst wird die Handlungshypothese alleine über das Modell 1 getestet (Kap. 5.1). Es wird dann im Modell 2 um objektive Determinanten des personalen und sozial-räumlichen Handlungskontextes erweitert, was die simultane Prüfung der Struktur- und Orientierungshypothese ermöglicht (Kap. 5.2).

5.1 *Wahrnehmung von sozialer Eingebundenheit und Unsicherheit sind lebensqualitätsrelevant*

Zur Überprüfung der Handlungshypothese 3 wurde ein Modell 1 spezifiziert, bei dem die Lebensqualität die abhängige Variable und die Wahrnehmung der Unsicherheit bzw. die der Eingebundenheit in der Wohngegend die unabhängigen Variablen darstellen. Das Ergebnis belegt klar, dass sowohl die Unsicherheit (z. B. Einschätzung der Gefährlichkeit von Straßen) als auch die eigene soziale Eingebundenheit (z. B. Existenz von nahen und vertrauenswürdigen Personen, auf die man sich verlassen kann) hoch relevant für die subjektive Lebensqualität sind. Beide Effekte fallen ähnlich stark und hoch signifikant aus ($p < 0,001$), wobei mit höherem Grad der wahrgenommenen Eingebundenheit eine höhere Lebensqualität geschätzt wird (standardisierter Regressionskoeffizient $+0,37$ | $p < 0,001$), jedoch die Lebensqualität mit stärkerer Wahrnehmung der Unsicherheit ($-0,41$ | $p < 0,001$) sinkt. Die Faktoren Unsicherheit und Eingebundenheit alleine erklären einen Gutteil der Varianz subjektiver Lebens-

6 Zur Validierung der genannten Skalen dient die Faktorenanalyse als statistische Methode. Bei der Faktorenanalyse geben die empirischen Zusammenhänge zwischen den gemessenen Indikatoren der jeweiligen Skala Aufschluss über die Existenz der dahinterliegenden, nicht direkt messbaren Faktoren (wie z. B. hier: Lebensqualität, Unsicherheit, Eingebundenheit, Zugehörigkeit/ Partizipation). In der konfirmatorischen Faktorenanalyse werden die Zusammenhänge vorher festgelegt und dann empirisch überprüft.

qualität, insgesamt 31,6 Prozent. Hinzuzufügen ist das interessante Ergebnis, dass das Gefühl der Unsicherheit und die wahrgenommene Eingebundenheit in die Wohngegend/Nachbarschaft nicht miteinander zusammenhängen. Die nicht signifikante Korrelation von $r = -0,05$ ($p = 0,427$) drückt aus, dass mit höherer sozialer Eingebundenheit die Wahrnehmung von Unsicherheit *nicht* geringer ist, aber auch nicht vice versa.

Auf Basis der positiv bescheinigten Modellgüte⁷ und nach Interpretation der Effekte im Modell kann die Handlungshypothese 3 durch die Daten bestätigt werden: Die Lebensqualität älterer Frauen ist bei stärkerer Wahrnehmung von Unsicherheit (d. h. bei Kriminalitätsfurcht) stark reduziert und die Lebensqualität steigt mit dem wahrgenommenen Grad der sozialen Eingebundenheit. Beide subjektive Faktoren spielen somit eine entscheidende Rolle für das Wohlbefinden und die Zufriedenheit älterer Menschen in Österreich, hier gezeigt an den Daten älterer Frauen.

5.2 Personale Charakteristiken wirken direkt und sozial-räumliche Aspekte moderieren

Wovon die subjektive Wahrnehmung der Sicherheit und sozialen Eingebundenheit und die Lebensqualität abhängen, beantwortet das Modell 2. Es dient der simultanen Überprüfung aller drei eingangs aufgestellten Hypothesen, insbesondere der noch nicht überprüften Strukturhypothese 1 und der Orientierungshypothese 2. Bei letzterer wurde davon ausgegangen, dass sich Individuen als Grundlage der subjektiven Verarbeitung (Wahrnehmung und Bewertung) am gesamten objektiv gegebenen Handlungskontext auf individueller und sozial-räumlicher Ebene orientieren.

Die subjektiv wahrgenommene Eingebundenheit ist laut den Modellergebnissen in viel stärkerem Ausmaß abhängig von sozial-räumlichen Faktoren der Gemeinde bzw. Nachbarschaft als von personalen Charakteristiken der älteren Personen (hier: älteren Frauen). Den stärksten direkten Effekt auf die wahrgenommene Eingebundenheit hat der Grad der sozialen Partizipation/Zugehörigkeit (Regressionskoeffizient: $+0,551$ | $p < 0,001$). Wenn man sich also z. B. selbst am Geschehen in der Nachbarschaft beteiligt, engagiert oder mit Menschen der Umgebung befreundet ist bzw. man sich gegenseitig hilft etc., dann ist auch die subjektiv-wahrgenommene Eingebundenheit höher. Auch die Größe der Gemeinde hat einen signifikanten Effekt, wobei die subjektive Eingebundenheit in größeren Gemeinden (hier: größer als 10.000 EinwohnerInnen) höher bzw. in ländlichen Regionen geringer ist ($+0,209$ | $p < 0,001$). Die Anzahl der Sozialaktivitäten hat hingegen keinen signifikanten Effekt auf die subjektive Eingebundenheit ($+0,073$ | $p > 0,050$). Das Gefühl der Eingebundenheit ist außerdem bei älteren Frauen,

7 Anmerkung für methodisch interessierte LeserInnen: Wegen einer zunächst fehlenden Modellanpassung wurden ein Lebensqualitätsindikator (»Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen«) ausgespart und zwei signifikante Fehlerkorrelationen spezifiziert. Nach diesen Modifikationen sind die standardisierten Reliabilitätskoeffizienten zwischen 0,29 und 0,77 (erklärte Itemvarianzen) und Validitätskoeffizienten (Faktorenladungen) zwischen 0,53 und 0,88. Die Bewertung der Gesamtgüte des Modells 1 fällt sehr gut aus: $\chi^2(47) = 148,694$ | RMSEA = 0,060 [0,05-0,07] | p-close = 0,560 | standardisierter RMR = 0,047 | CFI = 0,962 | TLI = 0,947.

die in größeren Haushalten leben, stärker (+0,090 | $p < 0,050$), was ebenfalls auf die soziale Relevanz hinweist. Darüber hinaus spielt die mentale Verfassung (depressive Verstimmungen) eine Rolle, da das Modell einen signifikanten negativen Effekt von $-0,122$ | $p < 0,010$ auf die soziale Eingebundenheit schätzt. Also: Bei Depressivität steigt der soziale Rückzug. Darüber hinaus konnten keine signifikanten Effekte auf die soziale Eingebundenheit gefunden werden. Soziale Eingebundenheit ist auch bei Menschen höheren Alters mit jeglicher Bildung und trotz möglicherweise zurückgehender Gesundheit, eingeschränkter Autonomie bzw. erhöhtem Hilfebedarf möglich.

Was die Wahrnehmung von Unsicherheit (Unsicherheitsgefühle) betrifft, so bestätigen die Ergebnisse bekannte Zusammenhänge auf personaler Ebene: Das Ausmaß an Unsicherheit (Kriminalitätsfurcht) steigt bei geringerer Gesundheit ($-0,203$) und eingeschränkter (Handlungs-) Autonomie ($-0,156$ | jeweils $p < 0,010$), also höherer Abhängigkeit von strukturellen (d. h. sozialen und räumlichen) Bedingungen. Die Unsicherheit ist auch bei älteren Frauen mit geringerer Bildung höher als bei jenen mit höherer Bildung ($-0,123$ | $p < 0,010$), sie hängt hingegen nicht vom Alter, der Haushaltsgröße oder von der psychischen Verfassung (Depressivität) ab ($p > 0,050$). Auf Ebene der Gemeinde bzw. Nachbarschaft tritt ein höheres Unsicherheitsgefühl bei älteren Frauen vor allem in größeren Gemeinden (hier: > 10.000 EinwohnerInnen) auf ($+0,226$ | $p < 0,001$). Außerdem scheinen Sicherheitsgefühle durch Partizipation begünstigt zu werden bzw. anders formuliert: Mit stärkerer Partizipation/Zugehörigkeit sinken Gefühle der Unsicherheit ($-0,113$ | $p < 0,050$). Auch Sozialaktivitäten fördern Sicherheitsgefühle der Tendenz nach ($-0,103$ | $p < 0,060$).

Durch die unabhängigen Variablen im Modell können 20,7 Prozent der Varianz in den latenten Variablen Unsicherheit und sogar 42,0 Prozent der Eingebundenheit erklärt werden, was auf die hohe Aussagekräftigkeit des Gesamtmodells 2 hinweist. Die standardisierten Effektkoeffizienten auf die abhängigen Variablen Unsicherheit und Eingebundenheit können der nachfolgenden Tabelle 2 entnommen werden.

Tabelle 2: Faktoren der Lebensqualität älterer Frauen im Gesamtmodell 2 (n = 593)

Unabhängige Variablen/Faktoren	Abhängige Variablen/Faktoren		
	Unsicherheit	Eingebundenheit	Lebensqualität
Unsicherheit (hoch)	/	/	-0,194***
Eingebundenheit (hoch)	/	/	+0,228***
Gemeinde/Nachbarschaft			
Partizipation/Zugehörigkeit (hoch)	-0,113 *	+0,551***	-0,033 ns.
Gemeindegröße (groß)	+0,226***	+0,209***	+0,036 ns.
Sozialaktivitäten (viele)	-0,103 ~	+0,073 ns.	+0,039 ns.
Individuelle Charakteristiken			
Alter (in Jahren)	-0,015 ns.	+0,028 ns.	+0,092 **
Haushaltsgröße (groß)	+0,004 ns.	+0,090 *	-0,030 ns.
Bildung (in Jahren)	-0,123 *	+0,062 ns.	+0,037 ns.
Gesundheit (hoch)	-0,203 **	+0,075 ns.	+0,543***
Handlungsautonomie (hoch)	-0,156 **	-0,077 ns.	+0,164***
Depressivität (hoch)	-0,076 ns.	-0,122 **	-0,169***
Erklärte Varianz	20,7 %	42,0 %	78,5 %

Anmerkung: Zahlen in der Tabelle zeigen standardisierte Effektkoeffizienten nach robuster Maximum-Likelihood-Schätzmethode (MLR). Die Klammerausdrücke benennen die Richtung der Variablenausprägung. Legende: *** $p < 0,001$ | ** $p < 0,010$ | * $p < 0,050$ | ~ $p < 0,060$ (marginal signifikant).

Mit dem Modell konnte die Orientierungshypothese 2 insofern bestätigt werden, als sich ältere Menschen in ihrer subjektiven Wahrnehmung und Bewertung von Unsicherheit und Eingebundenheit am relevanten Handlungskontext orientieren. Auf sozial-räumlicher Ebene ist das Ausmaß an Partizipation und den strukturellen Bedingungen und Möglichkeiten dafür (diese sind eher in größeren Gemeinden gegeben) entscheidend. Die Wahrnehmung von Unsicherheit und die Furcht vor Kriminalität sind bedingt durch Faktoren der gesundheitlichen Vulnerabilität (Krankheit, Hilfebedarf) und der geringen Bildung (unterprivilegierte soziale Schichten) und sind vor allem größeren Gemeinden sowie geringerer sozialer Partizipation geschuldet.

Die Strukturhypothese 1 kann hingegen durch das Modell 2 nur teilweise bestätigt werden, für das angenommen wurde, dass die gesamten Lebensbedingungen – zusammengesetzt aus personalen und sozial-räumlichen Aspekten – die Lebensqualität von älteren Menschen direkt bestimmen. Wie aus der letzten Spalte der Tabelle 2 hervorgeht, trifft das nur auf die individuellen Charakteristiken zu. Insbesondere gilt das für den Gesundheitsstatus, der den weitaus stärksten positiven Effekt auf die subjektive Lebensqualität ausübt (+0,543 | $p < 0,001$). Darüber hinaus ist die Lebensqualität älterer Frauen signifikant höher, wenn Entscheidungsautonomie (d. h. keine depressiven Verstimmungen) vorliegt (-0,169) und hohe Handlungsautonomie (d. h. kein Hilfe-

bedarf) gegeben ist (+0,164 | jeweils $p < 0,001$); auch im hohen Alter ist hohe Lebensqualität möglich (+0,092 | $p < 0,010$). Hingegen haben Faktoren der Nachbarschaft und Gemeinde (Gemeindegröße, Partizipation, Sozialaktivitäten) keinerlei direkten signifikanten Effekt auf die Lebensqualität.

Die Ergebnisse des Modells 2 bestätigen erneut die Handlungshypothese 3, da die Eingebundenheit (+0,228) und die Unsicherheit (-0,194 | jeweils $p < 0,001$) einen signifikanten Effekt auf die Lebensqualität von älteren Frauen ausüben. Somit kann gesagt werden, dass sozial-räumliche Faktoren eine starke *indirekte Wirkung* auf die Lebensqualität entfalten und über die wahrgenommene Unsicherheit und Eingebundenheit moderiert werden, also über den Weg der inneren Verarbeitung bzw. der Orientierung an den objektiven Rahmenbedingungen. Der positive Effekt auf die Lebensqualität wird dann verstärkt, wenn tatsächliche Partizipation (bzw. die Möglichkeiten dazu) zu wahrgenommener Eingebundenheit führt. Es stellt sich ein negativer bzw. verminderner Effekt auf die Lebensqualität von älteren Frauen dann ein, wenn geringe soziale Partizipation (bzw. die Möglichkeit dazu) zu Unsicherheit (bzw. sozialem Rückzug) führt. Auf personeller Ebene verstärken niedriger Sozial- und Gesundheitsstatus (d. h. die Abhängigkeit von Dritten) insbesondere die Gefühle der Unsicherheit bzw. den negativen Effekt auf Lebensqualität. Insgesamt können so mehr als drei Viertel (78,5 Prozent) der Varianz in der latenten Variablen Lebensqualität erklärt werden.⁸

6. Schlussfolgerungen

Angesichts des Altersstrukturwandels und der »Feminisierung des Alters« ging dieser Beitrag der Frage nach, welchen Stellenwert objektive Faktoren der individuellen Lebensbedingungen und jene der sozial-räumlichen Umwelt für die Lebensqualität älterer Frauen haben. Auf Basis jüngerer soziologischer und sozialgerontologischer Überlegungen belegen die empirischen Ergebnisse, dass Lebensqualität im höheren Alter als Voraussetzung einen guten Gesundheitsstatus und vorhandene Handlungs- bzw. eine entsprechende Entscheidungsautonomie (psychische Verfassung) hat. Diese Voraussetzungen stehen mit dem sozialen Status in engem Zusammenhang (Bildung, Einkommen, Beruf). Lebensqualität kann also nicht allein durch das chronologische Alter sowie den Gesundheitszustand bzw. die Vulnerabilität und eine entsprechende Abhängigkeit (aufgrund des damit einhergehenden Hilfs- und Pflegebedarfs) erklärt werden.

Insbesondere konnten die Ergebnisse auch zeigen, dass mit dem Rückgang der eigenen physischen und psychischen Ressourcen und Kompetenzen die Wichtigkeit

⁸ Für methodisch Interessierte ist folgende Bewertung des Modells 2 festzuhalten: Faktorenladungen von 0,48 bis 0,88 und Reliabilitätskoeffizienten von 0,24 bis 0,78 (jeweils $p < 0,001$). Die höchsten bivariaten Korrelationen zwischen unabhängigen Variablen weisen auf keine Multikollinearität (d. h. keine wechselseitige Abhängigkeit der unabhängigen Variablen) im Modell hin: Gesundheit und Handlungsautonomie (kein Hilfebedarf: $r = +0,49$), Entscheidungsautonomie (Depressivität: $r = -0,46$) bzw. Sozialkontakte ($r = +0,37$), Alter und Autonomie ($r = -0,45$) bzw. Sozialkontakte ($r = +0,40$ | jeweils $p < 0,001$). Die Gesamtgüte fällt akzeptabel aus: $\chi^2(235) = 582,688$ | standardisierter RMR = 0,048 | RMSEA = 0,05 [0,05-0,06] | p-close = 0,498 | CFI = 0,933 | TLI = 0,915.

- Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL).
- Muthén, Linda K./Muthén, Bengt O. (2012) *Mplus. Statistical Analysis with Latent Variables. User's Guide*. Los Angeles.
- Naeyele, Gerhard (2013) *Zukunftsgerichtete Alterssozialpolitik*. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Alternde Gesellschaft, Nr. 4-5, 18-23.
- Noll, Heinz-Herbert (2010) *Lebensqualität und andere Konzepte der Wohlfahrtsentwicklung*. In: Göpel, Eberhard (Hg.) *Nachhaltige Gesundheitsförderung. Eine Einführung*. Frankfurt a. M., 31-53.
- Reinecke, Jost (2005) *Strukturgleichungsmodelle in den Sozialwissenschaften*. München/Wien.
- Richter-Kornweitz, Antje/Wächter, Marcus (HgInnen) (2009) *Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit*. Köln.
- Rügemer, Werner (1999) *Polizeiliche Kriminalstatistik – Das verzerrte Bild*. In: Zeitschrift Deutsche Polizei, Nr. 5, 1-15.
- Schmidt, Silke et al. (2006) *The EUROHIS-QOL 8-item Index: Psychometric Results of a Cross-cultural Field Study*. In: The European Journal of Public Health, Nr. 4, 420-428.
- Schnell, Rainer u. a. (2008) *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München/Wien (8. Auflage).
- Tews, Hans Peter (1993) *Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters*. In: Naeyele, Gerhard/Tews, Hans Peter (Hg.) *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters*. Opladen, 15-42.
- Vyncke, Veerle et al. (2013) *Does Neighbourhood Social Capital Aid in Levelling the Social Gradient in the Health and Well-being of Children and Adolescents? A Literature Review*. In: BMC Public Health, Nr. 65, 1-18.
- Wagemakers, Annemarie et al. (2010) *Community Health Promotion: A Framework to Facilitate and Evaluate Supportive Social Environments for Health*. In: Evaluation and Program Planning, Nr. 4, 428-435.
- Wahl, Hans-Werner (2005) *Entwicklung und Perspektiven der gerontologischen Forschung: Das Beispiel Wohnforschung*. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Nr. 2, 128-138.
- Wahl, Hans-Werner et al. (2012) *Aging Well and the Environment: Toward an Integrative Model and Research Agenda for the Future*. In: The Gerontologist, Nr. 3, 306-316.
- Wurm, Susanne u. a. (2013) *Aktives deutsches Alter? Drei Beiträge*. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Alternde Gesellschaft, Nr. 4-5, 3-8.
- Young, Anne F. et al. (2004) *The Sense of Belonging to a Neighbourhood: Can it be Measured and is it Related to Health and Wellbeing in Older Women?* In: Social Science & Medicine, Nr. 12, 2627-2637.

Kontakt:

gert.lang@w.rotekreuz.at

almut.bachinger@w.rotekreuz.at

martina.welechovszky@johanniter.at