



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Existentielle Lebensqualität im Alter – Paradoxien
der Lebenszufriedenheit und ihre Erklärung durch
das existenzanalytische Paradigma

Verfasser

Andreas Harbich

Angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2013

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber

Danksagung

Vielen Dank an Herrn Professor Weber für die Annahme des Themas und die inhaltliche Unterstützung durch ihn und sein kompetentes Team, Katharina Schoßleitner und Judith Michlits. Herzlichen Dank möchte ich Frau Dr. Astrid Görtz aussprechen. Für die Bereitschaft und das Einlassen auf das Thema, die tatkräftige fachspezifische Unterstützung und für die Bereitstellung des Fragebogens zur Existentiellen Lebensqualität.

Danke an Maya, einfach dass sie da ist. Sie gibt mir Kraft und Entschlossenheit. Und danke an Eva und Renate, die besten Omas, die Maya sich wünschen kann. Meiner Mutter Renate gebührt insbesondere Dank für die jahrelange, allumfassende Unterstützung. Meinem Vater Manfred danke ich für die finanzielle und die technische Unterstützung, die nie in Frage standen. Großen Dank möchte ich meiner Lebensgefährtin Barbara aussprechen. Für ihre Unterstützung, die Motivation, die sie geweckt hat, das Probelesen, dafür, dass sie mich sein lässt, wie ich bin und dafür, dass sie ist, wie sie ist.

Ein herzliches Dankeschön an die Leiterinnen der Psychologie des Kolpinghauses, Sonja Wolf ganz besonders, und Kerstin Rojko-Vetter und Bettina Schiller für die Bereitschaft und die Unterstützung. Danke auch an die Leitung des Kolpinghauses für das Einverständnis, die Befragung durchführen zu dürfen. Und an all die Menschen, die mit mir und für mich die Fragebögen ausgefüllt haben, vielen Dank für die Bereitschaft, Offenheit und Ehrlichkeit.

Ich habe viel von euch gelernt.

ES IST NICHT DAS SCHLIMMSTE STERBEN ZU MÜSSEN – VIEL
SCHLIMMER IST ES NICHT GELEBT ZU HABEN

A. Längle

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	11
THEORETISCHER HINTERGRUND UND EMPIRISCHE GRUNDLAGEN.....	13
2. Existenzanalyse.....	13
2.1. Einführung und Grundbegriffe der Existenzanalyse	13
2.2. Die vier Grundmotivationen	15
3. Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit	19
3.1. Begriffsbestimmung und Differenzierung	19
3.2. Wohlbefindensmodelle	21
3.3. Wohlbefindensparadoxon	22
3.4. Existenzanalyse und Wohlbefinden	25
4. Alter und Altern.....	27
4.1. Theorie des Alterns	27
4.2. Besonderheiten des Alters: Verlust und Gewinn	28
4.3. Krankheit und Multimorbidität im Alter.....	29
4.4. Wohnen im Alten- und Altenpflegeheim	30
5. Existenzanalyse und Alter	32
6. Wohlbefinden und Alter	33
6.1. Lebenszufriedenheit im Lebensverlauf	33
6.2. Wohlbefinden und beeinflussende Variablen im Alter	33
7. Zusammenfassung.....	37
EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG	39
8. Fragestellungen	39
8.1. Kontrollhypothesen.....	39
8.2. Zusammenhangshypothesen zwischen existentielltem Wohlbefinden und subjektiver Lebenszufriedenheit bzw. psychologischem Wohlbefinden	40
8.3. Hypothesen in Bezug auf das Wohlbefindensparadoxon	41
9. Methodik.....	43

9.1.	Stichprobe	43
9.2.	Untersuchungsinstrumente.....	43
9.3.	Statistische Verfahren	53
10.	Ergebnisdarstellung.....	57
10.1.	Analyse der verwendeten Messinstrumente	57
10.2.	Beschreibung der Stichprobe	59
10.3.	Ergebnisdarstellung der Untersuchung.....	67
11.	Hypothesenprüfung	77
11.1.	Kontrollhypothesen	77
11.2.	Zusammenhangshypothesen zwischen existentiell Lebenszufriedenheit	78
11.3.	Hypothesen in Bezug auf das Wohlbefindensparadoxon	81
12.	Interpretation und Diskussion	87
12.1.	Die Stichprobe	87
12.2.	Alter und Gesundheit	88
12.3.	Alter und Wohlbefinden	89
12.4.	Existentielles Wohlbefinden	91
12.5.	Wohlbefindensparadoxon	93
12.6.	Vergleich der Wohlbefindensfragebögen	95
13.	Kritik und Ausblick	97
13.1.	Interne Validität	97
13.2.	Externe Validität	97
13.3.	Erhebungsinstrumente	99
13.4.	Ausblick	100
14.	Literaturverzeichnis.....	102
15.	Anhang.....	111
15.1.	Fragebogen.....	111
15.2.	Vertraulichkeitserklärung	123
16.	Zusammenfassung	125
17.	Abstract	126

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verbindung der einzelnen Faktoren des ELQ mit den vier Grundmotivationen und Grundfragen (Quelle: Görtz, 2004, S.7).....	46
Abbildung 2: Veranschaulichung der neun Dimensionen des existentiellen Wohlbefindens (Quelle: Görtz, 2004, S. 11).....	48
Abbildung 3: Altersverteilung in der Gesamtstichprobe	62
Abbildung 4: Altersverteilung in Bezug auf das Geschlecht	63
Abbildung 5: Einteilung der angegebenen Berufe.....	64
Abbildung 6: Inhalt und Häufigkeit der genannten negativen Ereignisse	66
Abbildung 7: Verteilung des ELQ	68
Abbildung 8: Zusammenhang zwischen Alter und ELQ unter Berücksichtigung des Geschlechts	69
Abbildung 9: Verteilung der Gesamtwerte des EQ-5D.....	71
Abbildung 10: Verteilung der Werte der Ryff-Skala	73
Abbildung 11: Verteilung der klassifizierten Werte des SWLS	74
Abbildung 12: Streudiagramm für Ryff-Skala und SWLS unter Berücksichtigung des Geschlechts...	75
Abbildung 13: Streudiagramm für Ryff-Skala und SWLS unter Berücksichtigung des existentiellen Wohlbefindens.....	76
Abbildung 14: Streudiagramm für Selbsteinschätzung der Gesundheit und SWLS unter Berücksichtigung der Ausprägung des ELQ	85

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenhang von objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden	22
Tabelle 2: Einteilung kognitiver Beeinträchtigung durch die MMSE	44
Tabelle 3: Reliabilitäten der Dimensionen des ELQ	57
Tabelle 4: Reliabilitäten der Dimensionen der Ryff-Skala	58
Tabelle 5: t-Tests für unabhängige Stichproben in Bezug auf Anwesenheit des Testleiters und Prüfung auf Homogenität der Varianzen	61
Tabelle 6: Verteilung des Auftretens positiver und negativer Ereignisse.....	65
Tabelle 7: t-Tests für unabhängige Stichproben in Bezug auf das Auftreten eines negativen Ereignisses	67
Tabelle 8: Mittelwerte der Dimensionen des ELQ	70
Tabelle 9: Antworthäufigkeiten der EQ-5D-Dimensionen	71
Tabelle 10: Werte der Dimensionen der Ryff-Skala.....	73
Tabelle 11: Koeffizienten der signifikanten Prädiktoren der multiplen linearen Regression für das Kriterium Ryff-Skala.....	80
Tabelle 12: Koeffizienten der signifikanten Prädiktoren der multiplen linearen Regression für das Kriterium SWLS.....	81
Tabelle 13: Korrelationen und Unterschied der Korrelationen zwischen und psychologischem Wohlbefinden, und gesundheitsbezogener Lebensqualität und subjektive Lebenszufriedenheit, unter Berücksichtigung der Ausprägung der existentiellen Lebensqualität	82
Tabelle 14: Korrelationen der Gesamtstichprobe zwischen je gesundheitlicher Beeinträchtigung und psychologischem Wohlbefinden, subjektiver Lebenszufriedenheit, existentiell Wohlbefinden	83
Tabelle 15: Korrelationen und Unterschied der Korrelationen zwischen Schmerz und psychologischem Wohlbefinden, und Schmerz und subjektiver Lebenszufriedenheit, unter Berücksichtigung der Ausprägung der existentiellen Lebensqualität.....	83
Tabelle 16: Korrelationen der Gesamtstichprobe zwischen je Schmerzleiden und psychologisches Wohlbefinden, subjektive Lebenszufriedenheit, existentielle Lebensqualität	84
Tabelle 17: Korrelationen und Unterschied der Korrelationen zwischen Gesundheitseinschätzung und Ryff-Skala, und Gesundheitseinschätzung und SWLS, unter Berücksichtigung der Ausprägung des ELQ	85
Tabelle 18: Korrelationen der Gesamtstichprobe zwischen je Selbsteinschätzung der Gesundheit mit psychologischem Wohlbefinden, subjektiver Lebenszufriedenheit, existentieller Lebensqualität	86

1. Einleitung

In Alten- und Altenpflegeheimen ist immer wieder zu beobachten, dass einzelne BewohnerInnen trotz schwieriger Lebensbedingungen eine hohe Lebenszufriedenheit zeigen. Diese Personen, die schwere Last zu tragen haben und/oder körperlich stark beeinträchtigt sind, zeigen oftmals gute Laune, sind witzig, offen, hilfsbereit und dankbar. Ganz im Gegensatz dazu gibt es aber auch BewohnerInnen, die trotz scheinbar recht guter objektiver Lebensbedingungen unzufrieden sind. Für sie ist nichts gut genug. Sie beschweren sich oft über Kleinigkeiten, sind unfreundlich oder abweisend.

Zapf (1984, S. 25) beschreibt diese Phänomene als Zufriedenheitsparadoxon und Unzufriedenheitsdilemma: „Man kann diese Befunde dahingehend zuspitzen, dass durchaus gute Lebensbedingungen mit einer als schlecht wahrgenommenen Lebensqualität zusammenhängen können (Unzufriedenheitsdilemma). Und schlechte Lebensbedingungen mit positiven Bewertungen (Zufriedenheitsparadoxon).“ Wie in dieser Untersuchung beschrieben wird, existieren zwar Erklärungsansätze, doch bleibt die Frage nach dem Zusammenhang zwischen objektiven Lebensbedingungen und der subjektiven Lebenszufriedenheit ein klassisches Erklärungsproblem der Lebensqualität (Zapf, 1984).

Mit der Lebenszufriedenheit beschäftigt sich auch die Logotherapie und Existenzanalyse, deren Kernthemen erfüllte Existenz, Glück, gelingendes Leben und Sinnfindung darstellen. So beschreibt Längle (2008) Freiheit, Verantwortlichkeit und Streben nach einem sinnvollen und erfüllenden Leben als Grundlagen der Existenz. Und weiter: „Verliert er diese Grundlagen der Existenz, steht der Mensch in Gefahr, unglücklich, entfremdet und verzweifelt zu werden.“ (S. 24). Von Dr. Alfred Längle wurde im Rahmen der Logotherapie und Existenzanalyse ein Modell entwickelt, welches die Grundlage und Begründung der Existenz auf vier fundamentale Dimensionen bezieht: Dasein, Wertsein, Sosein und Sinn. Diese vier Dimensionen sind Strukturelemente, die „Grundmotivationen“ darstellen – „Motivationen, die in allen Motivationen enthalten sind. Nach dieser Auffassung nimmt jede Motivation des Menschen Bezug zu einer oder mehrerer dieser Grundmotivationen.“ (Längle, 2008, S. 30).

In der vorliegenden Arbeit soll untersucht werden, wie das existenzanalytische Modell mit dem Wohlbefinden und der Lebenszufriedenheit im Alter zusammenhängt, welchen Erklärungswert es in Bezug auf das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit hat und ob es einen Beitrag zur Klärung des Zufriedenheitsparadoxons bzw. des

Unzufriedenheitsdilemmas leisten kann. Dafür wurden Menschen einer geriatrischen Stichprobe Fragebögen vorgelegt, welche mittels deskriptiven und inferenzstatistischen Methoden analysiert wurden.

Die vorliegende Diplomarbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen praktischen Teil. Im Theorieteil erfolgt eine ausführliche Darstellung relevanter Modelle des Alterns. Danach wird eine Präzisierung und Differenzierung des Begriffes Wohlbefinden versucht. Anschließend wird das Modell der Logotherapie und Existenzanalyse, dem die vorliegende Arbeit zu Grunde liegt, vorgestellt. Der Praxisteil beschreibt ausführlich die Durchführung der Studie im Alten- und Altenpflegeheim und beschäftigt sich mit Methodik, Ergebnisdarstellung und der Interpretation. Zum Abschluss werden Limitierungen der durchgeführten Untersuchung erläutert und es erfolgt ein Ausblick auf weitere Forschung.

Teil I: Theoretischer Hintergrund und empirische Grundlagen

Hier werden die theoretischen Modelle und empirischen Grundlagen betrachtet, die die Basis der vorliegenden Arbeit darstellen. Zu Beginn werden Modell und Zugangsweise der Logotherapie und Existenzanalyse vermittelt. Danach erfolgen Definition, Begriffsbestimmung und Abgrenzung der verwendeten Begriffe des Wohlbefindens. Im Weiteren werden das Wohlbefindensparadoxon und zugrunde liegende Studien, sowie Erklärungsansätze dargestellt. Im Anschluss daran erfolgt eine Beschreibung der in vorliegender Arbeit untersuchten Population der alten Menschen. Es werden relevante Modelle des Alterns vorgestellt und Alter und Wohlbefinden in Bezug zueinander gesetzt.

2. Existenzanalyse

Im Folgenden werden die Existenzanalyse und deren wesentliche Grundbegriffe und Annahmen beschrieben, aus deren Prinzipien die vier Grundmotivationen entstanden sind.

2.1. Einführung und Grundbegriffe der Existenzanalyse

Die Ausführungen dieses Kapitels beziehen sich, wenn nicht anders gekennzeichnet, auf Längle (2008).

Die Existenzanalyse ist eine phänomenologische Psychotherapie, die direkt an der Person ansetzt. Der Person soll zu einem freien Erleben, zu authentischen Stellungnahmen und zu einem eigenverantwortlichen Umgang mit sich selbst und ihrer Welt verholfen werden. Es geht darum, mit innerer Zustimmung zum eigenen Handeln und zum Dasein leben beziehungsweise existieren zu können. „*Existieren*“ bedeutet hier viel mehr als „sein“ – „Er [der Mensch, Anm. A.H.] ist vielmehr wesentlich ausgerichtet auf Welt, ist ‚weltoffen‘ und vollzieht seine Existenz in einem dialogisch begrenzenden, unaufhebbaren Verwobensein mit dem ‚anderen‘ der Welt.“ (S. 80) Existieren bezieht sich auf Herausforderungen, Anforderungen, aktives Gestalten, Angebote selbst verantwortlich zu wählen. Das „Dasein“ erfüllt sich in Sehnsucht und Streben nach persönlichem Glück, nach „etwas Größerem“, nach Sinn: man möchte Potenziale entfalten, lieben und geliebt werden, erfolgreich sein und bei unausweichlichem Leid nicht verzweifeln.

Ein wichtiger Begriff in der Existenzanalyse ist die *Freiheit*, wobei die unzähligen Determinanten der Existenz als Grundlage und unabänderliche Bedingung der Existenz angesehen werden. Die Freiheit dabei besteht aus einem „[...] Spielraum von Möglichkeiten, der dem Menschen sowohl in der äußeren Welt als auch im Innenverhältnis sich selbst gegenüber zur Verfügung steht. [...] Ohne Freiheit wäre Handeln nicht Aktion, sondern Reaktion, das Gespräch automatischer Austausch von Programmen statt Äußerungen“ (S. 85). Gelingendes Leben stellt ein Annehmen der Bedingungen der Welt dar, ein Leben *mit* den Bedingungen, die es mit sich bringt (Längle, 1999c).

Die Existenzanalyse sieht Aufgaben im Dasein: Aufgaben, die für jeden Menschen in jeder Situation verborgen liegen, darauf warten aufgespürt und verwirklicht zu werden. Erst die Verwirklichungen, dieses Aufgehen in den Aufgaben, führt den Menschen zu Sinn. Der Begründer der Existenzanalyse und Logotherapie Viktor Frankl (1990) kennzeichnete die Existenzanalyse weiters durch ein dreidimensionales Menschenbild: Leib, Seele und Geist; Soma, Psyche, Nous; oder body, mind and spirit.

Auf der somatischen Ebene geht es um das Funktionieren, die Vitalität. Sie liegt auf einem Kontinuum, das von gesund bis krank reicht (Frankl, 1990). Die zweite Ebene ist die psychische Ebene. Sie bezeichnet Spannung, Bedürfnis, Mangel und reicht von angenehm bis unangenehm (Frankl, 1990). Die dritte Dimension ist die personal-existentielle Dimension. Auf ihr befinden sich entgegengesetzt Erfüllung und Verzweiflung. Das Geistige (gebräuchlich ist in der Existenzanalyse für „das Geistige“ heute „das Personale“) ist dabei die Offenheit des Menschen zur Welt und zu sich selbst. Das Geistige/Personale befindet sich in ständiger Auseinandersetzung mit dem Psychophysikum und der Welt. Der Mensch *setzt sich nicht zusammen* sondern er *setzt sich* als geistige Person mit dem Leiblichen und Psychischen *auseinander* (Frankl, 1990).

Als weitere zentrale Annahme des existenzanalytischen Menschenbildes ist das Streben des Menschen nach Sinn zu nennen: „Jeder Mensch will, sofern er überhaupt etwas will, sinnvoll leben. Keiner will Leere und Nichtigkeit, sondern jeder will Erfüllung und Ganzheit in seinem Leben.“ (Längle, 2007, S. 99)

Die Wege, die zu Sinn führen, gliedern sich nach Frankl (1981) in Erlebniswerte, schöpferische Werte und Einstellungswerte. Mit Erlebniswerten meint Frankl (1981) Wahrnehmen, Erleben, Genießen und Lieben des Schönen und Beeindruckenden. Die schöpferischen Werte sind Taten und Werke, die erschaffen und gestaltet werden

(Frankl, 1981). Und in Einstellungswerten sieht Frankl (1981) Auseinandersetzung, Einstellung und Umgang mit unabänderlichem Leid, Schuld und Tod.

2.2. Die vier Grundmotivationen

Das vorliegende Kapitel bezieht sich, sofern nicht anders gekennzeichnet, auf Längle (2008). Die Grundmotivationen sind Motivationen, die in allen Motivationen enthalten sind. Jede Motivation eines Menschen nimmt Bezug zu einer oder mehrerer dieser Grundmotivationen, dessen Verwirklichung (personale Aktivität), Voraussetzungen und Auswirkung von Defiziten im Folgenden dargestellt werden.

„Wenn diese Voraussetzungen fehlen bzw. nicht gelebt werden können, übernimmt die psychische Dynamik die Führung, um das Überleben zu gewährleisten.“ (S. 31)

2.2.1. Die erste Grundmotivation: „Dasein können“

Hier geht es um das Aushalten und Annehmen. „Aushalten ist die Bereitschaft ‚da zu sein‘ und nicht zu weichen [...] die Kraft zu haben, dem Schweren, Ängstigen, Problematischen usw. einen Widerstand entgegenstellen zu können; zu ‚tragen‘, was (noch) nicht zu ändern ist“ (S. 35).

Verwirklichung, Voraussetzungen, Defizite

Die Voraussetzungen für dieses Dasein sind *Schutz*, *Raum* und *Halt*. Hier ist zum Beispiel psychischer Schutz durch Angenommensein gemeint. Je mehr das Angenommensein erfahren wurde, desto aufgehobener und geschützter fühlt man sich. Dadurch fällt es auch leichter sich selbst und andere anzunehmen. Sowohl der psychische als auch der physische Raum sind gemeint, wenn der Mensch sich entfalten und wirken will. Auch der Körper wird als Raum gesehen, in dem sich der Mensch „befindet“. Halt kann man in sich selbst (Fähigkeiten, Zu-sich-Stehen), in Anderen (Beziehung, Verbindlichkeit und Treue) oder im Weltbezug (Ordnung, Struktur) finden. „Halt bietet alles, das eine Festigkeit hat, in sich ruht und Widerstand geben kann“ (S. 37).

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, kann *Vertrauen* entstehen. Die Vertrauenserfahrungen gipfeln in dem, was als *letzter Halt im Leben* gespürt wird und werden als *Grundvertrauen* bezeichnet.

Ein Erhalten der Voraussetzungen von außen alleine reicht nicht – die Person muss sich dafür *entscheiden, dazu stehen*. „Ein Teil der Motivation dazu stammt sicherlich von

außen [...], ein anderer Teil bleibt aber allein bei der Person und ist Ausdruck ihrer *Freiheit*.“ (S. 39).

Ein Mangel dieser Grundmotivation kann sich in Ablehnung, Flucht, Kampf, Vernichtung oder Lähmung äußern.

2.2.2. Die zweite Grundmotivation: „Leben-Mögen“

Die zweite Grundmotivation bezieht sich auf das „Leben als Vitalität – die Erfahrung der Lebendigkeit, das Empfinden als belebter Organismus, der Lebensrhythmen unterworfen ist. „[...]’Positives Lebensgefühl’ entspringt dem Gefühl des Wertsein-Mögens und wird als Gefühl von ‚Lebendigkeit’, ‚Harmonie’, ‚Ausgeglichenheit’, ‚innere Einheit’ erfahren.“ (Görtz, 2009; S. 104)

Die Anfragen, die an die Person gestellt werden, betreffen das *Zuwenden* und *Trauern*. Zuwendung kann gesehen werden als einfachste Form von Mögen. Auch Trauer entsteht durch Zuwendung – Zuwendung zum Leid. „Trauern bedeutet ein Halten der Beziehung, [...] ein Sich-Offenhalten für die Berührung und Bewegung des Eigenen Lebens“ (S. 41).

Verwirklichung, Voraussetzungen, Defizite

Voraussetzungen dieser Grundmotivation sind Beziehung, Zeit und Nähe. Die Beziehung ist die erforderliche Struktur, um Zuwendung zu geben und erhalten zu können. Zuwendung ist auch bedingt durch Zeit und erfordert sich Zeit zu nehmen. „Durch das Verweilen wird den Gefühlen Raum verschafft und es kann eine emotionale Schwingung zum Inhalt der Zuwendung auftreten.“ (S. 42) Auch die Nähe intensiviert Gefühle, Distanz hingegen verhindert Gefühle (z.B. psychisches Leid) oder enthält sie einem vor (z.B. Liebesgefühle, Freude). Man bleibt kalt und unberührt. Erst durch Nähe wird der Mensch berührt und können Gefühle geweckt werden.

Das Erleben weniger Werte dieses Bereiches kann zur psychodynamischen Schutzreaktion des Rückzugs und der Abwendung führen. Oder es kann zur gegenläufigen Reaktion der Leistung mit ständigem Leistungsdruck, Vergleichen und Entwertungen kommen.

2.2.3. Die dritte Grundmotivation: „Selbstsein-dürfen“

Hier geht es um die Einzigartigkeit jedes Menschen. Der Mensch soll zu dem stehen können, was er tut, und sich mit seinem Eigenen identifizieren.

Das *Ansehen* und die *Begegnung* gelten als die Grundaktivitäten. In der Begegnung zeigt der Mensch sein ICH, lässt sich an-sehen. Wenn ein Mensch etwas getan hat, wozu er nicht stehen kann, kann er *bereuen*, um sich selbst wieder zu gewinnen. Geschieht einem Menschen Unrecht, kann er *verzeihen*.

Verwirklichung, Voraussetzungen, Defizite

Voraussetzungen für diese Grundmotivation sind *Beachtung*, *Gerechtigkeit* und *Wertschätzung*. Beachtung bedeutet Aufmerksamkeit von anderen zu erhalten, angesehen zu werden. Auch eine gerechte Behandlung ist Voraussetzung, um sich selbst finden zu können. „Wertschätzung ist ein Urteil, eine persönliche Stellungnahme zur eigenen Person, die eine Anerkennung des Eigenen in seinem Wert enthält. Erhaltene Wertschätzung stärkt das Ich und festigt den Selbstwert, weil wir uns selbst als Wert in die Hand bekommen“ (S. 49). In dieser Grundmotivation entsteht der Selbstwert. Der Mensch ist wertvoll, weil er Wertvolles erleben und bewirken kann.

Defizite in diesem Bereich können zu Einsamkeit, Ruhelosigkeit, übertriebener Scheu, Scham und Schüchternheit führen. Entsprechende Coping-Reaktionen stellen zum Beispiel Lähmung, Verbitterung, Spaltung und Dissoziation dar.

2.2.4. Die vierte Grundmotivation: „Handeln-sollen“

Hier geht es um das *Wofür*. Wofür soll ich da sein? Wofür ist mein Leben gut? Um aufgehen zu können in etwas Größerem, ist es notwendig, sich in Übereinstimmung zu bringen und zu handeln. Die Übereinstimmung erfolgt, um aus sich selbst heraus – aus tiefer Überzeugung, handeln zu können.

Verwirklichung, Voraussetzungen, Defizite

Voraussetzungen dafür sind ein *Tätigkeitsfeld*, ein *Strukturzusammenhang* und ein *Wert in der Zukunft*. „Als existentiell kann man ein Tätigkeitsfeld bezeichnen, wenn man sich dort einlässt, wo man sieht, dass man selbst etwas zum Besseren beitragen kann, zum Vorteil anderer, wie auch zum eigenen Gewinn“ (S. 54). Strukturzusammenhang bedeutet, dass wir Aktivität in größerem Zusammenhang sehen, wodurch Orientierung und Motivation geschaffen werden. Auch der Wert in der Zukunft verweist auf größere Strukturen – es geht um Entwicklung und um das Erhalten von Werten, womit der Augenblick überstiegen wird und in größerem Rahmen aufgeht.

Defizite in diesem Bereich lassen Leere oder sogar Lebensfrustration entstehen. Diese kann bis zu Suizid führen oder über Betäubung und Verdrängung zu Sucht. Coping-

Reaktionen sind demnach Gleichgültigkeit, Idealisierung und Fanatismus (als ein unreflektiertes Nachahmen), Aggression, wie Vandalismus, aber auch Zynismus und Sarkasmus, Hoffnungslosigkeit, Selbstbetäubung und äußerste Passivität.

3. Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit

In diesem Kapitel werden die verschiedenen Begriffe rund um das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit definiert, voneinander abgegrenzt und mittels grundlegender Theorien dargestellt. Es erfolgt eine Beschreibung des Zusammenhangs von objektiven und subjektiven Merkmalen der Lebensqualität. Es werden das Wohlbefindensparadoxon charakterisiert und existierende Erklärungsansätze vorgestellt.

3.1. Begriffsbestimmung und Differenzierung

3.1.1. *Lebensqualität, Wohlbefinden und Zufriedenheit*

Eine Abgrenzung zu anderen Begriffen des Themenfeldes der Lebensqualität gestaltet sich auf Grund großer Überlappungen sehr schwierig. So beschreibt Maderthaner (1998) die Begriffe Wohlbefinden, Glück, Zufriedenheit und Freude, die in der Literatur teilweise sogar synonym verwendet werden, als schwer abgrenzbar. Eine allgemeingültige Definition von Lebensqualität gibt es daher nicht. Auch unterscheiden sich die wissenschaftlichen Herangehensweisen im Forschungsbereich der Lebensqualität: Interessierende Bedingungen bei der Erhebung der Lebensqualität waren in dessen Anfängen vor allem objektive Maßstäbe wie Einkommen oder materielle Sicherheit. Immer wichtiger wurden aber – vor allem für die Sozialwissenschaften - die subjektiven Parameter, welche der Sicht des Betroffenen höchste Priorität zugestehen. So beziehen Filipp und Ferring (1992) Stellung für diese Herangehensweise:

Lebensqualität ist nicht mehr (aber auch nicht weniger!) als das, was sich im subjektiven Urteil jedes einzelnen als Qualität seines Lebens insgesamt und/oder in einzelnen Ausschnitten seines Lebens darstellt. Lebensqualität als die subjektiv wahrgenommene Qualität des eigenen Lebens ist somit auch nichts, was man aus der Perspektive des Außenstehenden einem anderen Menschen zuschreiben könnte. Lebensqualität ist das Resultat eines Bewertungsprozesses, innerhalb dessen jeder einzelne die Qualität seines Lebens (selbstreflexiv) abschätzt und diese auf einer hypothetischen Dimension einstuft (S. 93). [...]. Es gilt also, dieser subjektiven

Sicht von Individuen Priorität, ja sogar Exklusivität, einzuräumen und das Individuum als alleinige Datenquelle zu akzeptieren. (S. 107)

3.1.2. *Wohlbefinden und Zufriedenheit*

Wohlbefinden stellt den Oberbegriff für positive Befindlichkeiten, wie Freude, Glück und Zufriedenheit dar (Maderthaner, 1998). Es beinhaltet emotionale und kognitive Komponenten, aktuelles und habituelles, psychisches sowie physisches Wohlbefinden. Die kognitiven Bewertungsprozesse der Lebensumstände werden vor allem durch das Konstrukt der Zufriedenheit erfasst, während Glück als affektiv (emotional im Sinne der vorhergehenden Unterteilung) geprägter Begriff gilt (Mayring, 1991). Für Becker (1991) ist die Unterscheidung in aktuelles Wohlbefinden und habituelles Wohlbefinden besonders relevant. Während das aktuelle Wohlbefinden mit dem momentanen Erleben einer Person dessen zeitlich stark variablen Gefühle, Stimmungen und körperliche Empfindungen darstellt, entwirft das habituelle Wohlbefinden ein relativ stabiles Konstrukt, das von Person und Umweltbedingungen abhängt. Das physische Wohlbefinden bezieht sich auf die subjektive Wahrnehmung körperlicher Zustände (Becker, 1991). Psychisches Wohlbefinden hingegen bezieht sich auf seelische Phänomene.

In der vorliegenden Arbeit wurden die Konstrukte psychologisches Wohlbefinden und subjektive Lebenszufriedenheit mit separaten Fragebögen erhoben. Das psychologische Wohlbefinden stellt ein übergeordnetes Konstrukt dar, das sich aus kognitiven und affektiven Komponenten zusammensetzt und sowohl trait-Aspekte, als auch state-Aspekte beinhaltet (Staudinger, 2000). Die subjektive Lebenszufriedenheit hingegen, stellt den Bereich des psychologischen Wohlbefindens dar, der sich auf die trait-Aspekte bezieht und die kognitive Komponente des Wohlbefindens darstellt (Diener, 1994). Im folgenden Kapitel 3.2 Wohlbefindensmodelle werden die beiden Konstrukte näher dargestellt.

3.2. Wohlbefindensmodelle

3.2.1. *Subjective Well-Being (SWB) – subjektives Wohlbefinden – subjektive Lebenszufriedenheit*

Als Komponenten des SWB sieht Diener (2000) die Gesamtlebenszufriedenheit, Zufriedenheit in wichtigen Teilbereichen des Lebens, das Auftreten positiver Affekte und das Ausbleiben negativer Affekte. Nach Diener, Sandvik und Pavot (1991) ist nicht die Intensität, sondern die Anzahl der Affekte maßgeblich für die Zufriedenheit. Menschen haben nach Diener (2000) ein ausgeprägtes SWB, wenn viele angenehme und wenige unangenehme Emotionen erfahren werden, wenn sie sich mit interessierenden Aktivitäten beschäftigen, wenn sie viel Freude und wenig Schmerz erfahren und sie zufrieden mit ihrem Leben sind. Diener (2000) weist darauf hin, dass es weitere Merkmale gibt, die das wertvolle Leben ausmachen, aber zur Messung des SWB sind die von der Person getroffenen Einschätzungen über dessen Leben vorrangig. Für Diener (2000) ist SWB ein eindimensionales Konzept, das durch die kognitive Bewertung der Lebenszufriedenheit abgebildet wird. Die jeweilige Stimmung zum Befragungszeitpunkt kann jedoch zu Verzerrungen führen. Ebenso sind situationsbezogene Faktoren und soziale Erwünschtheit Quellen einer fehlerbehafteten Messung dieses Konstrukts (Diener, 2000). Anzumerken ist allerdings, dass es sich hierbei um Fehlerquellen handelt, die es bei der Erfassung der Mehrzahl psychologischer Phänomene zu beachten gilt. Diener (2000) berichtet ebenfalls, dass SWB einer sehr starken Adaptation unterliegt. Und zwar in dem Sinne, dass das SWB nach kritischen Lebensereignissen nach einer bestimmten Zeit wieder auf ihr Ausgangsniveau zurückkehrt.

Da Dieners Konstrukt das Hauptaugenmerk des SWB auf die Gesamtlebenszufriedenheit legt, wird in Bezug auf die vorliegende Arbeit im Sinne einer klaren Differenzierung zu anderen Konstrukten des Wohlbefindens der Begriff „subjektive Lebenszufriedenheit“ für dieses Wohlbefindensmodell verwendet.

3.2.2. *Psychological Well-Being – psychologisches Wohlbefinden*

Ryff (1989a) kritisiert an bisheriger Forschung das Fehlen von theoriegeleiteten Herangehensweisen. Dadurch bleiben wichtige Aspekte positiven psychologischen Funktionierens unbeachtet. Außerdem wird der Definition essentieller Funktionen psychologischen Wohlbefindens zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt (Ryff, 1989a). So finden sich in Ryffs Modell des Wohlbefindens sechs verschiedene Dimensionen,

mittels derer das Wohlbefinden erhoben werden soll. Die sechs Faktoren, die Ryff (1989a) aus der Theorie herauskristallisieren konnte, sind Autonomie, Umweltbeherrschung, Selbstakzeptanz, Persönliches Wachstum, Positive Beziehungen zu anderen und Sinn im Leben. Eine genaue Beschreibung der Faktoren findet sich in *Kapitel 9.2.4 Psychological Well-Being Scales*; Fragebogen zur Messung des psychologischen Wohlbefindens (Ryff-Skala).

Ryffs Modell ist von der Idee gekennzeichnet, ein differenziertes Profil aus den Ergebnissen abzuleiten (Ryff, 1989a). Wie später noch genauer beschrieben wird, ändert sich die gemessene subjektive Lebenszufriedenheit (Diener, 2000) in der Lebensspanne nicht oder nur sehr geringfügig. Ryffs postulierte Dimensionen hingegen variieren über die Lebensspanne, wodurch gefolgert werden kann, dass je nach Altersstufe die Ausprägung bestimmter Dimensionen zum Wohlbefinden beitragen (Ryff, 1989a).

3.3. Wohlbefindensparadoxon

Zunächst wird der Zusammenhang zwischen objektiven Lebensbedingungen und dem subjektiven Wohlbefinden betrachtet und weiters wird auf das Wohlbefindensparadoxon eingegangen. Im Anschluss werden Erklärungsansätze und Grenzen des Wohlbefindensparadoxons vorgestellt.

3.3.1. Zusammenhang objektiver und subjektiver Merkmale der Lebensqualität

Zapf (1984) beschreibt den Zusammenhang zwischen objektiven Lebensbedingungen und subjektiver Lebenszufriedenheit als klassisches Erklärungsproblem der Lebensqualität. In Tabelle 1, in der die objektiven Lebensbedingungen und die subjektive Lebensqualität in „gut“ und „schlecht“ unterteilt sind, beschreibt Zapf (1984, S. 25) die konsistenten Typen als „Well-being“ (beides gut) und „Deprivation“ (beides schlecht). Dem Auftreten der inkonsistenten Typen wird im Zufriedenheitsparadoxon bzw. Unzufriedenheitsdilemma Rechnung getragen: Trotz schlechter Lebensbedingungen eine gute Lebensqualität aufzuweisen beschreibt Zapf (1984) als „Adaptation“, hingegen mit guten Lebensbedingungen eine schlechte Lebenszufriedenheit aufzuweisen, wird als „Dissonanz“ beschrieben.

Tabelle 1: Zusammenhang von objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden

		Subjektives Wohlbefinden	
		gut	schlecht
Objektive Lebensbedingungen	gut	Well-being	Dissonanz
	schlecht	Adaptation	Deprivation

Auch Janig, Penz, Pipam und Likar (2005) befassen sich mit dem lediglich geringen Zusammenhang zwischen objektiven Lebensumständen und subjektivem Wohlbefinden. Als Paradox des Wohlbefindens bezeichnen sie, „dass sich viele Menschen auch in benachteiligten Situationen relativ wohl fühlen“ (Janig et al., 2005, S. 48). Janig et al. (2005) betrachten dabei vor allem die gesundheitsbezogene Lebensqualität und insbesondere Schmerz. Auf die Studie wird in *Kapitel 6.2 Wohlbefinden und beeinflussende Variablen im Alter* eingegangen.

3.3.2. *Schwierige Lebensumstände und Wohlbefinden*

Ein ähnliches Erklärungsproblem haben Schlenk et al. (1998), als von chronisch Kranken vergleichbare, teilweise sogar höhere Lebensqualität berichtet wurde als von gesunden Probanden. Diese Erkenntnisse widersprechen der Erwartung, dass sich Menschen in negativen Lebensumständen oder mit schlechter Gesundheit auch entsprechend negativ fühlen und einschätzen. Staudinger (2000) spricht vom Wohlbefindensparadox, wenn sich widrige Lebensbedingungen nicht auf das subjektive Befinden auswirken und stattdessen die eigene Person oder Situation positiv beurteilt wird.

In der Studie von Schlenk et al. (1998) wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität untersucht, die über die Dimensionen physische Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperlicher Schmerz, generelle Gesundheit, Vitalität, soziales Funktionieren, emotionale Rollenfunktion und psychische Gesundheit erhoben wurde. Die Daten von Schlenk et al. (1998) beziehen sich auf Populationen mit spezifischen Störungen, wie Urininkontinenz, Prostatakrebs, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung, AIDS, Fibromyalgie und Hyperlipidämie. Trotz chronischer Krankheiten zeigten die Werte in den verschiedenen gemessenen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nicht ausschließlich niedrigere Ausprägungen (Schlenk et al., 1998). In verschiedenen Bereichen war die Lebensqualität der Patienten gleich hoch oder sogar höher als die der gesunden US-amerikanischen Bevölkerung, die als normative Vergleichsgruppe herangezogen wurde. Im Bereich der physischen

Funktionsfähigkeit waren die Werte der Prostatakrebspatienten, der AIDS-Patienten und der Hyperlipidämiepatienten gleich hoch wie die Werte der normativen Gruppe (Schlenk et al., 1998). Auch in Bezug auf körperlichen Schmerz, Vitalität und emotionaler Rollenfunktion zeigten Prostatakrebs- und Hyperlipidämiepatienten vergleichbare Werte (Schlenk et al., 1998). Die psychische Gesundheit ist bei Patienten der Urininkontinenz, Prostatakrebs, Fibromyalgie und Hyperlipidämie gleich hoch wie die der gesunden Bevölkerung (Schlenk et al., 1998).

Auch Staudinger (2000) berichtet unter dem Begriff „Wohlbefindensparadox“, dass schwierige Lebensumstände nicht unbedingt zu niedrigerem subjektivem Wohlbefinden führen müssen. Staudinger (2000) fasst zusammen, dass in einer Vielzahl an Studien berichtet wurde, dass Wohlbefindenswerte trotz verschiedener sozialer Schichten, Einkommen, Ausbildung, Alter, Geschlecht oder gesundheitlicher Einschränkungen wider Erwarten im moderat positiven Bereich liegen. Staudinger (2000) beschreibt in Bezug auf das Alter, dass die durch erhöhte Morbidität und Pflegebedürftigkeit und durch Verluste im Bereich persönlicher Beziehungen und sozialer Rollen gekennzeichnete, krisenbehaftete Lebensphase des Alters ebenfalls dem Wohlbefindensparadoxon unterliegt. Erst im Alter ab 70 Jahren zeigt sich eine leicht negative Korrelation zwischen subjektivem Wohlbefinden und Alter (Smith, Fleeson, Geiselman, Settersten & Nitschke, 1996, zitiert nach Staudinger, 2000).

3.3.3. Erklärungsansätze

Es gibt vielfältige Erklärungsansätze für das Wohlbefindensparadoxon, einige davon werden im nachfolgenden Kapitel beschrieben: Soziale Erwünschtheit, Adaptation, Individuelle Gründe, Vergleichsprozesse und Veränderung des Anspruchsniveaus. Staudinger (2000) beschreibt, dass es weniger erwünscht ist, wenn negative Emotionen oder Depressionen gezeigt werden. Dadurch, so schließt sie, würden Personen im Mittel eher positive Wohlbefindenseinschätzungen abgeben. In dieser Weise kann die Soziale Erwünschtheit auf das Wohlbefindensparadoxon wirken. Heday und Warren (1992, zitiert nach Daig & Lehmann, 2007) bieten die Vorgänge der Adaptation als Erklärung für das Wohlbefindensparadoxon an: Nach einem gravierenden Ereignis weicht der Affekt nur kurzzeitig von einer Baseline ab, um sich dann wieder dem Ausgangszustand anzunähern. Car, Gibson und Robinson (2001, zitiert nach Daig & Lehmann, 2007) führen Unterschiede in der Lebensqualität wiederum auf individuelle Erfahrungen und Erwartungen zurück. Ebenso können Vergleichsprozesse für die Wohlbefindensregulation entscheidend sein (Maercker, 2002). Hier beziehen sich

soziale Vergleichsprozesse auf andere Personen, temporale Vergleichsprozesse auf frühere oder spätere Zeitpunkte, Aufwärtsvergleiche auf eine Motivierung mehr zu erreichen und Abwärtsvergleiche auf den Trost, dass es schlechter gehen könnte. Sowohl die sozialen wie auch die temporalen Vergleiche können aufwärts und abwärts gerichtet sein, wobei besonders die Abwärtsvergleiche das subjektive Wohlbefinden stabilisieren können (Maercker, 2002).

Einen ähnlichen Prozess stellt die Veränderung des Anspruchsniveaus dar. Auf Grund von Veränderungen des inneren oder äußeren Lebenskontextes verändert sich der persönliche Standard, der zu Beurteilungen herangezogen wird (Staudinger, 2002).

Die Grenzen der Wohlbefindensregulation sind nach Maercker (2002) im hohen Lebensalter zu sehen, wenn bei ständiger Zunahme der Verluste eine Kompensation durch externe Ressourcen nicht mehr stattfinden kann.

3.4. Existenzanalyse und Wohlbefinden

In der Existenzanalyse wird kaum explizit von Lebenszufriedenheit oder Wohlbefinden gesprochen – ihr zentrales Konstrukt ist das erfüllte Leben, die erfüllte Existenz (Längle, 2010). Als sinnstrebendes Wesen ist die grundlegende Frage zu einem erfüllten Leben die Frage nach dem *Wozu*. Längle (2007) stellt den Sinn als gelebte Antwort auf die Frage *Wozu leben?* dar. Denn jeder Augenblick stellt sogenannte Sinnangebote dar: Was ist das Beste, das du aus der Situation machen kannst? Was kannst du hier und jetzt verwirklichen? Das Leben wird sinnerfüllt, wenn man sich auf dieses Angebot einlässt und sich mit ihm auseinander setzt (Längle, 2007). Echtes, persönliches, existentielles Wollen entsteht, wenn diese vier Grundmotivationen Können, Mögen, Dürfen und Sollen gegeben sind. Dadurch werden die vier Grundmotivationen auch zur Grundlage erfüllender Existenz (Längle, 2008). Die vier Grundmotivationen stehen aber auch mit dem negativen Pol der Lebenszufriedenheit in engem Zusammenhang: „Verliert er [der Mensch, Anm. A.H.] diese Grundlagen der Existenz, steht der Mensch in Gefahr, unglücklich, entfremdet und verzweifelt zu werden.“ (Längle, 2008, S. 24)

Im Bild der Existenzanalyse strebt der Mensch allerdings nicht nach Glück selbst, sondern nach Sinn. Erst durch die stattgefundene Wertverwirklichung stellt sich Glück – sozusagen als Nebenprodukt – ein (Frankl, 1981). Dazu schreibt Frankl (1981, S. 31): „Glück soll und darf und kann nie Ziel sein, sondern nur Ergebnis“.

Glückliches Leben beschreibt Längle (2010, S. 250) als

ein ständiges Beteiligtsein, ein dauernder Dialog und Austausch, ein Fließen, ein Werden und Vergehen, und wiederum Werden in Neuem. Es ist ein Glück zu leben. Es ist ein Glück in dieser Dynamik zu stehen. Es ist ein Glück gelebt zu haben. Darin seine Entscheidungen getroffen zu haben; *seine* Entscheidungen – jene, die zu mir passen, die mich wiedergeben, mich spiegeln, ausdrücken. Es ist ein Glück, sich auf seine Beziehungen eingelassen zu haben. Sich treu geblieben zu sein – sich darin entdeckt zu haben. Es ist ein Glück, für etwas gut gewesen zu sein.

Der Begriff Glück bezieht sich in der Existenzanalyse auf das erfüllte Leben und steht damit in besonderer Enge zur Sinnfrage (Kolbe, 2005). In der Existenzanalyse ist die Unterscheidung in Glück als von außen kommendes, zufälliges Ereignis und dem Glück, an dessen Zustandekommen wir entscheidend mitbeteiligt sind, besonders wichtig (Görtz, 2009). In psychologische Konstrukte wie Lebenszufriedenheit oder Wohlbefinden wird in der Existenzanalyse nicht weiter differenziert, da dies für die ganzheitliche Betrachtungsweise des existentiellen Zugangs zu sehr auf eine Reduktion hinauslaufen würde. Die Existenzanalyse sieht die Gesamtheit, die kognitive, wie die affektive Seite des Wohlbefindens als prozesshaft an und wird dieser in der Personalen Existenzanalyse (Längle, 1999a) gerecht, auf die hier aus Platzgründen nur verwiesen werden kann (Görtz, mündliche Mitteilung, 17.01.2013).

Den negativen Pol des erfüllten Lebens bilden die existentielle Frustration, wie Lustlosigkeit und Langeweile, und das existentielle Vakuum, wie Sinnlosigkeit und Leere (Frankl, 1981).

4. Alter und Altern

Die Einteilung, alle Menschen, die das 65. Lebensjahr erreicht haben, als alt zu bezeichnen, hängt nicht mit plötzlich auftretenden, körperlichen oder psychologischen Alterungsprozessen zusammen, sondern ist in erster Linie sozialpolitisch zu begründen (Maercker, 2002). Eine weitere Altersunterscheidung differenziert zwischen den „jungen Alten“ und den Hochbetagten oder „alten Alten“. Ebenfalls werden die Begriffe 3. und 4. Lebensalter verwendet. Auch für diese Einteilung fehlen entsprechende, eindeutige Kriterien, wodurch die Altersgrenze zwischen diesen Gruppen zwischen dem 75. und 85. Lebensjahr variiert (Maercker, 2002). Diese Einteilung darf aber nicht über die Tatsache der großen interindividuellen Variabilität im hohen Alter hinwegtäuschen. Die starke Differenzierung dieser Altersgruppe geht nach Maercker (2002) auf folgende Ursachen zurück:

- Sich lebenslang kumulierende Effekte der Unterschiede in den Anlage- und Umweltbedingungen.
- Persönliche Lebensgestaltung in Bezug auf körperliche und geistige Fähigkeiten und soziale Beziehungen.
- Veränderung des normalen Alterungsprozesses durch verschiedene Erkrankungen.

4.1. Theorie des Alterns

4.1.1. *Stufenmodell zur psychosozialen Entwicklung*

Im Stufenmodell zur psychosozialen Entwicklung werden Lebenskrisen beschrieben, deren Bewältigung Erikson (1973) als Entwicklungsaufgabe sieht und somit als Stufe zu einem gelungenen Leben betrachtet. Erikson (1973) postuliert für das reife Erwachsenenalter den Konflikt „Integrität gegen Verzweiflung und Ekel“: Der Mensch wird vor die Aufgabe gestellt, auf sein Leben zurückzublicken. Integrität bedeutet hier Annahme: Annahme des eigenen Lebenszyklus, Annahme der Menschen, die präsent waren und zu diesem Leben beigetragen haben, Annahme der Eltern, „frei von dem Wunsch, sie möchten anders gewesen sei als sie waren, und die Bejahung der Tatsache, dass man für das eigene Leben allein verantwortlich ist.“ (Erikson, 1973, S. 118) Ein Mangel an Ich-Integrität zeigt sich in Verzweiflung und oft in Todesfurcht. Ekel, Lebensüberdruß und Selbstverachtung können daraus entstehen. Das Glück im eigenen Leben sehen zu können sieht Erikson (1973) als Folge der Meisterung dieser Phase.

Ähnlich ist in der Existenzanalyse das oberste Ziel eine authentisch empfundene Zustimmung zur Lebensführung zu finden (Längle, 2000). Eine Voraussetzung dazu ist – ähnlich wie bei Erikson (1973) – die Akzeptanz von Bedingungen und Umständen des eigenen Daseins (Längle, 2000).

4.2. Besonderheiten des Alters: Verlust und Gewinn

Die von Maercker (2002) postulierten bedeutsamsten Verluste im Alter sind die Pensionierung, Verluste nahe stehender Personen, physiologische und kognitive Funktionseinbußen sowie Kumulationseffekte von Belastungen.

Demgegenüber stehen die Gewinne als kumulierte Bewältigungs- und Lebenserfahrungen, motivationale und emotionale Veränderungen sowie die angepasste Wohlbefindensregulation (Maercker, 2002).

Für die vorliegende Studie besonders relevant erscheinende Punkte werden im Folgenden genauer dargestellt.

4.2.1. *Psychologische und kognitive Funktionseinbußen im Alter*

Nach Maercker (2002) ist Altern auch im Normalfall durch eine Reduktion vieler physiologischer Funktionen gekennzeichnet. Aus diesen resultieren Beeinträchtigungen der Alltagskompetenz, die in „activities of daily living“, also unmittelbar auszuführende Tätigkeiten wie Anziehen und Körperpflege, und „instrumental activities of daily living“ unterteilt werden, welche sich auf Fähigkeiten zur selbständigen Führung eines Haushalts, wie Kochen und Einkaufen, und auf die außerhäusliche Umwelt, wie zum Beispiel Telefonieren und Einkaufen, beziehen. So wurde von mehr als einem Viertel aller Frauen und 18,6% der Männer zwischen 70 und 84 Jahren Hilfsbedürftigkeit beim Einkaufen angegeben (Maercker, 2002). Ungefähr 9% der älteren Menschen in dieser Altersklasse konnten die eigene Körperpflege nicht mehr durchführen (Maercker, 2002). Als Beispiele der Einschränkungen der körperlichen Funktionsfähigkeit zählen Saß, Wurm und Scheidt-Nave (2010) Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, Schlafstörungen, nachlassende Leistungen von Sinnesorganen, Gedächtnis, Muskelkraft und Koordinationsvermögen und Harninkontinenz auf. Auch sensorische Beeinträchtigungen, vor allem Seh- und Hörstörungen, stellen gravierende Umstellungen für ältere Menschen dar. Fast 20% der Menschen zwischen 75 und 84 Jahren leiden an einer Sehbehinderung und knapp 15% an einer Hörbehinderung (Maercker, 2002). Als weiteres Defizit im Alter nennt

Maercker (2002) die Reduktion der maximalen kognitiven Leistungsgeschwindigkeit von 100% bei 20-Jährigen auf 40% bei 70-Jährigen.

4.2.2. *Bewusstwerden des Todes*

Maercker (2002) fasst aus mehreren Studien zusammen, dass ältere Menschen eher selten an den Tod denken. In einer Studie von Staudinger (1999, zitiert nach Maercker, 2002) war 'Tod und Sterben' von zehn vorgegebenen Themen erst an siebenter Stelle gereiht.

4.2.3. *Angepasste Wohlbefindensregulation*

Auf Zufriedenheit und darauf wirkende psychologische Mechanismen wird in *Kapitel 3 Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit* genau eingegangen. Hier soll erwähnt werden, dass sich das subjektive Wohlbefinden von älteren Menschen nicht von dem jüngerer Altersgruppen unterscheidet - erst im 4. Lebensalter kommt es zu einem geringfügigen Abwärtstrend (Diener & Fujita, 1995).

Dass körperliche Einschränkungen, soziale Funktionsverluste und zunehmende Krankheiten zu keiner starken Verminderung des Wohlbefindens führen müssen, wird von Staudinger (2000) unter dem Begriff des „Wohlbefindensparadox“ zusammengefasst, welches in *Kapitel Wohlbefindensparadoxon* genau beschrieben wird.

4.3. Krankheit und Multimorbidität im Alter

Die zunehmende Häufigkeit von Krankheiten und das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer Krankheiten (Multimorbidität) beschreibt Maercker (2002) anhand der Berliner Altersstudie, in der 70 bis 100 Jährige untersucht wurden: 98% hatten zumindest eine internistische Diagnose, 88% waren multimorbid im Sinne von zumindest fünf vorliegenden internistischen Erkrankungen, wobei 50 bis 66% der körperlichen Erkrankungen als leicht einzustufen waren. Insgesamt erhielten 87% der Untersuchten eine regelmäßige Medikation, wobei bei 24% die Medikation nicht optimal war (Maercker, 2002). Saß et al. (2010) berichten, dass in der deutschen Bevölkerung der 65 bis 69 Jährigen 17%, bei 70 bis 74 Jährigen 22% und in der Altersgruppe der 75 Jährigen und Älteren 28% betroffen von Krankheit oder

Unfallverletzung waren. Im Gegensatz dazu lag der Prozentsatz der Gesamtbevölkerung bei nur 13.

4.4. Wohnen im Alten- und Altenpflegeheim

Da sich die vorliegende Untersuchung auf die Population der alten Menschen im Alten- und Altenpflegeheim bezieht, werden dessen Besonderheiten im Folgenden erläutert.

Laut Statistik Austria befanden sich zum Zeitpunkt des 1.1.2009 0,7% der 60 bis 74 Jährigen und 7% der über 74 Jährigen Menschen in Österreich in Pensionisten- und Altersheimen. Dies entspricht der absoluten Zahl von 54.600 Menschen. Klein und Salaske (1994a, zitiert nach Klingefeld, 1999) geben für die deutsche Bevölkerung eine Wahrscheinlichkeit von 43% für Männer und 70% für Frauen an, ab 65 Jahren jemals in eine Alterseinrichtung zu gelangen. Sie konstatieren, dass die Heimeintrittswahrscheinlichkeit letztlich eine Funktion des Mortalitätsgeschehens sei. Badelt (1997) schätzt, dass 31% der österreichischen Bevölkerung über 60 Jahren betreuungsbedürftig sind.

4.4.1. Gründe für einen Heimeintritt

Als Risiken für einen Heimeintritt gibt Klingefeld (1999) fortschreitendes Alter, das Leben in Ein-Personen-Haushalten (ledig, geschieden oder verwitwet lebend), die Reduzierung der Fähigkeiten der Aktivitäten des täglichen Lebens, ein schwaches soziales Netzwerk, kognitive Defizite und langfristige Krankenhausaufenthalte an.

Die subjektiven Gründe einer Heimübersiedlung sind nach Lehr (2007) gravierende gesundheitliche Beschwerden, finanzielle Sorgen und Wohnungssorgen. Klingefeld (1999) führt weiters Behinderung bei Alltagsaktivitäten, das Fehlen zuverlässiger Hilfen, miserable Familienverhältnisse und sozialen Druck an.

4.4.2. Besonderheiten der Population im Alten- und Altenpflegeheim

Klingefeld (1999) gibt an, dass 60% der HeimbewohnerInnen mittelgradige bis starke Beeinträchtigungen in ihrer Mobilität aufweisen. Wahl und Reichert (1991, zitiert nach Klingefeld, 1999) berichten vom „Nationalen Altenheimüberblick“ in den USA über die activities of daily living, dass 91% der über 65jährigen HeimbewohnerInnen Hilfe beim Baden benötigten, 77,6% beim Anziehen und 40,3% bei der Mahlzeiteinnahme. Diese Daten sollen lediglich einen Einblick in die Population geben, es muss aber auf

Vorsicht bei der Übertragbarkeit dieser Daten auf österreichische Einrichtungen hingewiesen werden.

4.4.3. *Das Erleben der Heimsituation*

Im Gegensatz zu dem oft in der Gesellschaft vertretenen Bild des Alten- und Pflegeheims als „Endstation, in welche die Alten von Familie und Gemeinschaft abgeschoben werden, um auf ihre ewige Ruhe zu warten“ (Klingensfeld, 1999, S. 13-14), beschreibt Klingensfeld (1999) die Chancen, die durch das Leben im Alten- und Altenpflegeheim entstehen können: Knüpfen neuer Sozialkontakte, Wegfall bisheriger Erschwernisse, wie zum Beispiel Hausarbeit, Gewährleistung der Sicherheit der Versorgung und Angebot neuer Anreize zu Aktivität. Ähnlich beschreibt Kruse (1992) die positiven Erfahrungen der HeimbewohnerInnen als das Finden neuer, sozialer Kontakte, die Bereicherung durch Veranstaltungen, das Übernehmen von Aufgaben und die von der Betreuung geleistete Unterstützung und Pflege. Als negative Auswirkungen, die die BewohnerInnen in Alten- und Altenpflegeheimen beklagen, beschreibt Lehr (2007) den vor allem in Mehrbettzimmern empfundenen Verlust der Privatheit, wobei es trotzdem oft zu Gefühlen der Einsamkeit kommt. Belastend empfinden HeimbewohnerInnen nach Kruse (1992) ebenfalls die Reglementierung (feste Sitzordnung, feste Mahlzeitenregelung) und die erlebte Monotonie.

4.4.4. *Verbesserungsmöglichkeiten der Lebensqualität im Alten- und Altenpflegeheim*

Der Bereich der Lebensqualität hängt zwar eng mit Zufriedenheit und Wohlbefinden zusammen, kann hier jedoch nicht vordergründig behandelt werden. Dennoch soll auf Grund der Wichtigkeit des Themas in aller Kürze darauf eingegangen werden, welche Verbesserungsmöglichkeiten die Psychologie in diesem Bereich sieht.

Lehr (2007) beschreibt, dass Wahlmöglichkeit sehr stark auf die Lebenszufriedenheit der HeimbewohnerInnen wirkt. Wird die Möglichkeit zu wählen in verschiedenen Situationen angeboten, ist die Lebenszufriedenheit höher. Auch die Diskrepanz zwischen Selbständigkeit und Hilflosigkeit spricht Lehr (2007) an. Wenn die Selbständigkeit der HeimbewohnerInnen nicht gefördert wird, entsteht zunehmend gelernte Hilflosigkeit, die sich negativ auf die Lebenszufriedenheit auswirkt (Lehr, 2007). Kruse (1992) sieht im Einbeziehen der HeimbewohnerInnen in Aktivitäten, wie Unterstützung und Mithilfe, eine gute Möglichkeit zur Steigerung des Selbstwerts und der Lebenszufriedenheit.

5. Existenzanalyse und Alter

Die Existenzanalyse nimmt an sich keinen expliziten Bezug zum Alter – ganz im Gegenteil sieht die Existenzanalyse Sinn in jeder Situation, in jedem Augenblick. Interessanter scheint hingegen der Bezug zu Zeit, zur Zeitlichkeit und damit Endlichkeit und Vergänglichkeit des Menschen.

Dass der Tod aus dem Bewusstsein verdrängt wird, ist für Längle (2007) eine gefährliche Täuschung, die in der Gesellschaft häufig auftritt. Denn nach dem existenzanalytischen Modell ist es letztlich die Vergänglichkeit, die erst das Leben einmalig und lebenswert macht – würde der Mensch ewig leben, bestünde kein Anreiz etwas zu tun, alles könnte auf später verschoben werden (Längle, 2007). Für Wicki (2005) liegen Tod und Endgültigkeit im gleichen Bereich wie das *Werden* und *Entstehen*, die Kraft, Zuversicht und Hoffnung für die Gegenwart bieten.

Die Sterblichkeit nicht wahrhaben zu wollen, sieht Längle (2007) als große existentielle Gefahr, denn: „Das was den Tod zum Feind und das Sterben so schwer macht, ist das versäumte Leben.“ (Längle, 2007, S. 117) Angst vor dem Tod entpuppt sich im existenzanalytischen Modell als Angst davor, nicht gelebt zu haben (Längle, 2007). Oft wird aber die Bedrohung des Lebens so lange wie möglich vor sich her geschoben (Längle, 2007). Doch dieses Aufschieben ist nicht unbegrenzt: Das Alter lässt die Endlichkeit immer konkreter erscheinen und führt vor Augen, dass das Leben einmal ein Ende hat. Und ähnlich wie Erikson (1973), der Integrität und Annahme als Entwicklungsaufgabe für den letzten Abschnitt im Leben postuliert, sieht die Existenzanalyse die Auseinandersetzung mit dem eigenen Leben und Stellung zu seinem eigenen Leben zu beziehen als wichtige Bestandteile erfüllten Lebens an (Längle, 2010), auf die das Alter beharrlich hinweist.

6. Wohlbefinden und Alter

Hier wird auf die Besonderheit des Alters und den Zusammenhang mit Wohlbefinden eingegangen: Es wird der Frage nachgegangen, wie sich die Lebenszufriedenheit im Lebensverlauf darstellt und wie sich der Gesundheitszustand auf die Lebenszufriedenheit auswirkt. Weiters wird auf Lebensereignisse eingegangen, die für das Alter typisch sind und Einfluss auf die Lebensqualität haben können.

6.1. Lebenszufriedenheit im Lebensverlauf

In einer Studie von Ryff (1989b) wurden alte Menschen zu verschiedenen Bereichen der Lebensqualität befragt. In dieser Studie gaben alte Menschen häufig an, nicht wirklich unzufrieden über irgendetwas zu sein und dass sie nicht daran interessiert wären, ihr derzeitiges Leben zu verändern. Dies, so schließt Ryff (1989a), sei ein Indiz dafür, dass das Alter nicht unbedingt eine Zeit des Unglücks und der Unzufriedenheit ist.

Generell wird die Lebenszufriedenheit als stabiles Konstrukt angesehen (Baird, Lucas & Donnellan, 2010). Baird et al. (2010) beobachteten lediglich ein Absinken der Lebenszufriedenheit bei Personen über 70 Jahren. Gwozdz und Sousa-Poza (2009) konnten einen u-förmigen Zusammenhang der Lebenszufriedenheit mit dem Alter feststellen: Im Jugendalter hat die Lebenszufriedenheit einen Hochpunkt und mit 41 Jahren einen Tiefpunkt, um mit 65 Jahren wieder einen Hochpunkt zu erreichen. Im späteren Alter (über 75 Jahre) berichten auch sie von einem Absinken der Lebenszufriedenheit. Glaesmer et al. (2010) dagegen zeigen, dass sich die Lebenszufriedenheit von über 75-jährigen nicht von anderen Altersgruppen unterscheidet.

6.2. Wohlbefinden und beeinflussende Variablen im Alter

Das Wohlbefinden wird von einer Vielzahl an Variablen beeinflusst, von der für die vorliegende Untersuchung besonders relevante Variablen genauer beschrieben werden.

6.2.1. *Subjektiver Gesundheitszustand*

Lehr (2007) berichtet von einigen Studien, die den positiven Zusammenhang zwischen subjektiv wahrgenommenem Gesundheitszustand und dem subjektiven Wohlbefinden bestätigen konnten. Auch Klingensfeld (1999) konnte diesen Zusammenhang zeigen,

wobei jedoch die körperliche Verfassung nicht signifikant mit der Lebenszufriedenheit zusammen hing. Ähnlich zeigten Saß et al. (2010), dass in mehreren Studien festgestellt werden konnte, dass die subjektive Gesundheit Langlebigkeit besser vorhersagen kann als der objektive Gesundheitszustand. Saß et al. (2010) berichten aus den Ergebnissen des deutschen Alterssurveys 2002, dass die Hälfte der 65 bis 74Jährigen und rund ein Drittel der 75 bis 84Jährigen die eigene Gesundheit als *gut* oder *sehr gut* beurteilten. Zum Vergleich geben fast drei Viertel aller 40 bis 54Jährigen eine *gute* oder *sehr gute* Gesundheit an (Saß et al., 2010). Insgesamt zeigt sich zwar eine Verschlechterung der subjektiven Gesundheit über die Altersgruppen, welche allerdings nicht den erheblichen gesundheitlichen Einbußen entsprechen (Saß et al., 2010).

In der Existenzanalyse ist das Annehmen der Bedingungen der Welt eine Voraussetzung für gelingendes Leben (Längle, 1999c). Nach der Existenzanalyse wäre also ein Akzeptieren von unabänderlichen Umständen, welche auch die Gesundheit betreffen können, die gewinnbringendste Reaktionsmöglichkeit.

6.2.2. Schmerz

Zum Zusammenhang von Schmerz und Lebenszufriedenheit befragten Janig et al. (2005) 507 Personen zwischen 65 und 97 Jahren, wobei 11% in Institutionen lebten und der Rest im eigenen Haus oder der eigenen Wohnung. Janig et al. (2005) stellten fest, dass schmerzleidende Personen signifikant schlechtere Skalenwerte in den mittels „Short Form 36“ (SF-36) erhobenen Bereichen körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, Soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden berichteten. Der Glaube, selbst etwas gegen die Schmerzen tun zu können, wirkt sich positiv auf die Bereiche körperliche Funktionsfähigkeit, allgemeine Gesundheitswahrnehmung und psychisches Wohlbefinden aus (Janig et al., 2005). Besteht große Hoffnung auf Schmerzreduktion, so wirkt sich das günstig auf die Bereiche körperliche Funktionsfähigkeit, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität und psychisches Wohlbefinden aus, so Janig et al. (2005). Weiters konnte von Janig et al. (2005) gezeigt werden, dass die Skalenwerte des SF-36 mit zunehmendem Alter abnahmen, sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität also verschlechtert.

Auch Bellach, Ellert und Radoschewski (2000) bestätigen den erheblichen Einfluss des Schmerzes auf das Wohlbefinden: In ihrer Studie gaben 7124 Probanden die Lokalisation, die Häufigkeit und die Intensität der Schmerzen an, an denen sie leiden.

Zudem wurde, wie in der bereits beschriebenen Studie von Janig et al. (2005) der Fragebogen SF-36 vorgegeben. Bellach et al. (2009) konnten zeigen, dass sich aktueller Schmerz auf alle der mit der SF-36 gemessenen Bereiche der gesundheitsrelevanten Lebensqualität auswirkt. Aktuell auftretender Schmerz wirkt sich sogar auf die Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt aus (Bellach et al., 2000). Bellach et al. (2000, S. 430) halten fest: „Die Ergebnisse verdeutlichen den alle Bereiche des Lebens überschattenden Einfluss von Schmerz.“ Weiters fanden Bellach et al. (2000) heraus, dass die Häufigkeit von Schmerzen in allen Lokalisationen, bis auf den Kopf, mit dem Alter zunimmt, wobei allerdings die Intensität des Schmerzes über das Alter relativ stabil bleibt. Anzumerken ist, dass in der Studie von Bellach et al. (2000) 70 – 79-Jährige die älteste Gruppe darstellen und für ältere Personen keine weiteren Daten vorliegen.

Für Frankl (1981) liegen selbst im Schmerz Sinnmöglichkeiten, die durch Auseinandersetzung und Einstellung erfahren werden können.

6.2.3. Kritische Lebensereignisse im Alter

„Kritische Lebensereignisse werden als systemimmanente Widersprüche in der Person-Umwelt-Beziehung betrachtet, die einer Lösung bedürfen bzw. die Herstellung eines neuen Gleichgewichts fordern.“ (Filipp, 1995, S. 9) Kritische Lebensereignisse sind reale Lebensereignisse, die retrospektiv oft als Einschnitte im Lebenslauf wahrgenommen werden (Filipp, 1995). Es existieren für das Alter sehr typische Lebensereignisse, die häufig als kritisch beschrieben werden. Diese sind zum Beispiel das Leiden an Krankheiten, der Verlust nahestehender Personen (Maercker, 2002), aber auch der Heimeintritt (Baumann, Mitmansgruber, Thiele & Feichtinger, 2002). Heady und Warren (1992, zitiert nach Daig & Lehmann, 2007) geben wie bereits berichtet an, dass kritische Lebensereignisse einen kurzfristigen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit haben können, diese aber langfristig zur Ausgangssituation zurückkehrt. In vorliegender Untersuchung wurde das Auftreten von möglichen kritischen Lebensereignissen berücksichtigt, indem jene Personen, welche ein negatives Lebensereignis in der letzten Zeit berichteten, mit den Personen verglichen wurden, welche kein negatives Ereignis berichteten (Genauerer in *Kapitel 10.2 Beschreibung der Stichprobe*).

Da sich die vorliegende Untersuchung auf HeimbewohnerInnen bezieht, wird auf den Heimeintritt als einschneidendes Lebensereignis näher eingegangen.

6.2.4. *Der Heimeintritt als kritisches Lebensereignis*

Klingensfeld (1999) untersuchte in seiner Studie den Zusammenhang zwischen Heimübersiedlung und der Lebenszufriedenheit älterer Menschen. Er konnte feststellen, dass sich die Lebenszufriedenheit der neuen HeimbewohnerInnen 4-6 Wochen und 6 Monate nach Heimeintritt im Sinne einer gelungenen Anpassung signifikant verändert hatte (Klingensfeld, 1999). Die ersten sechs Monate nach dem Einzug werden nach Baumann et al. (2002) als Phase der kritischen Eingewöhnung angesehen. Wilson (1997) beschreibt allerdings, dass die Phase der Anpassung abhängig von der individuellen Persönlichkeit und der Biografie verlaufe, und unterschiedlich schnell gelingen könne. Auch eine vorherige Auseinandersetzung könne laut Filipp (1995) zu einer positiven Bewältigung dieses kritischen Lebensereignisses beitragen. Klingensfeld (1999) stellte in seiner Studie allerdings wider Erwarten fest, dass ein Involviertsein in den Entscheidungsprozess zur Heimübersiedlung keine Auswirkung auf die Lebenszufriedenheit hatte. Einen Effekt der Freiwilligkeit auf die Lebenszufriedenheit konnte Klingensfeld (1999) allerdings bestätigen. Carp (1991, zitiert nach Lehr, 2007) bekräftigte, dass die eigene Entscheidung der wichtigste Faktor für den Verlauf der Anpassung an die neue Wohnsituation ist.

Da jede Person die Freiheit hat, nicht nur auf eine Situation zu reagieren, sondern gestalterisch und kreativ auf diese zu wirken, ist für die Existenzanalyse letztlich die Stellungnahme der Person das entscheidende Kriterium, wie eine bestimmte Situation erlebt wird. So ist aus Sicht der Existenzanalyse für den Heimeintritt entscheidend, ob dieser mit persönlicher, innerer Zustimmung erfolgen kann. Eine innere Zustimmung ist allerdings zeitlich nicht gebunden und kann auch erst im Nachhinein getroffen werden.

In der vorliegenden Arbeit wird der Heimeintritt als kritisches Lebensereignis berücksichtigt. Jene Personen, welche zum Befragungszeitpunkt eine Aufenthaltsdauer unter sechs Monaten aufwiesen, wurden in Bezug auf das Wohlbefinden mit jenen Personen verglichen, welche schon länger im Alten- und Altenpflegeheim wohnten (Genaueres in *Kapitel Beschreibung der Stichprobe*).

7. Zusammenfassung

Es wurde das Alter in seinen verschiedenen Facetten beleuchtet: Dabei wurde auf negative wie positive Besonderheiten, die das Alter mit sich bringt und die spezielle Wohnform des Alten- und Altenpflegeheims, die diese Besonderheiten berücksichtigen, eingegangen. In der Begriffsbestimmung wurde der Begriff des Wohlbefindens differenziert und in theoretischen Modellen genauer betrachtet. Das Wohlbefindensparadoxon zeigte unerwartete Ergebnisse der Zufriedenheitsforschung, deren Erklärungsansätze dargestellt wurden. Hier zeigte sich, dass weiterer Erklärungsbedarf besteht, worauf in vorliegender Arbeit eingegangen wird.

Es wurde dargestellt, wie die Besonderheiten im Alter auf die Zufriedenheit wirken und auf welche Mechanismen in der Forschung besonders Rücksicht genommen werden muss. Diese stellen einen wichtigen Aspekt der vorliegenden Arbeit dar.

Weiters erfolgte eine Beschreibung der Besonderheiten, Gemeinsamkeiten und Unterschiede des existenzanalytischen Modells mit psychologischen Theorien und Konstrukten. Auch der Zusammenhang mit erfülltem Leben und Glück wurde dargestellt. Diese Konstrukte sind denen der Lebenszufriedenheit und des Wohlbefindens sehr ähnlich, doch sind diesbezügliche Untersuchungen, vor allem im geriatrischen Bereich, noch kaum vorhanden.

Teil II: Die Empirische Untersuchung

Es erfolgt zunächst eine Konkretisierung der Fragestellungen. Danach wird über die Methodik, die in der vorliegenden Studie zur Anwendung kam, berichtet. Diese beinhaltet eine Beschreibung der Stichprobe, der Messinstrumente, der Gütekriterien und der statistischen Verfahren. In der Ergebnisdarstellung finden sich Analysen und Ergebnisse der verwendeten Messinstrumente und eine Deskriptivstatistik der Stichprobe. Die aufgestellten Hypothesen werden geprüft und die Ergebnisse der Untersuchung interpretiert. Zum Abschluss werden Limitationen der vorliegenden Untersuchung angeführt und ein Ausblick auf weitere Forschung gegeben.

8. Fragestellungen

Die Hauptfragestellung der vorliegenden Untersuchung bezieht sich auf den Zusammenhang zwischen dem existenzanalytischen Modell und dem Wohlbefinden. Dazu soll untersucht werden, ob das existentielle Wohlbefinden mit den Konstrukten des psychologischen Wohlbefindens und der subjektiven Lebenszufriedenheit einen Zusammenhang zeigt und wie groß ein resultierender Effekt ist. Weiters wird geprüft, ob die Dimensionen des existentiellen Wohlbefindens signifikante Prädiktoren für das Kriterium des Wohlbefindens und der Lebenszufriedenheit darstellen können. Es wird in der Untersuchung Bezug auf das Wohlbefindensparadoxon genommen, welches mit dem existenzanalytischen Modell in Verbindung gebracht wird. Die eingesetzten Instrumente zur Messung der Lebenszufriedenheit und des Wohlbefindens werden miteinander verglichen. Als Voraussetzung soll zuvor überprüft werden, ob sich miterhobene Kontrollvariablen auf das psychologische Wohlbefinden, die subjektive Lebenszufriedenheit, die gesundheitsbezogene Lebensqualität oder das existentielle Wohlbefinden der Stichprobe auswirken.

8.1. Kontrollhypothesen

1A. H 1: Die Anwesenheit des Testleiters hat einen Effekt auf das psychologische Wohlbefinden.

1B. H 1: Die Anwesenheit des Testleiters hat einen Effekt auf die subjektive Lebenszufriedenheit.

1C. H 1: Die Anwesenheit des Testleiters hat einen Effekt auf das existentielle Wohlbefinden.

1D. H 1: Die Anwesenheit des Testleiters hat einen Effekt auf die gesundheitliche Beeinträchtigung.

2A. H 1: Die Aufenthaltsdauer der BewohnerInnen hat einen Effekt auf das psychologische Wohlbefinden.

2B. H 1: Die Aufenthaltsdauer der BewohnerInnen hat einen Effekt auf die subjektive Lebenszufriedenheit.

2C. H 1: Die Aufenthaltsdauer der BewohnerInnen hat einen Effekt auf das existentielle Wohlbefinden.

2D. H 1: Die Aufenthaltsdauer der BewohnerInnen hat einen Effekt auf die Gesundheitsbewertung.

3A. H 1: Das Auftreten eines negativen Ereignisses in der letzten Zeit hat einen Effekt auf das psychologische Wohlbefinden.

3B. H 1: Das Auftreten eines negativen Ereignisses in der letzten Zeit hat einen Effekt auf die subjektive Lebenszufriedenheit.

3C. H 1: Das Auftreten eines negativen Ereignisses in der letzten Zeit hat einen Effekt auf das existentielle Wohlbefinden.

3D. H 1: Das Auftreten eines negativen Ereignisses in der letzten Zeit hat einen Effekt auf die Gesundheitsbewertung.

8.2. Zusammenhangshypothesen zwischen existentiell Wohlbefinden und subjektiver Lebenszufriedenheit bzw. psychologischem Wohlbefinden

4A. H 1: Das existentielle Wohlbefinden hängt mit psychologischem Wohlbefinden zusammen.

4B. H 1: Das existentielle Wohlbefinden hängt mit subjektiver Lebenszufriedenheit zusammen.

5A. H 1: Die Dimensionen des existentiellen Wohlbefindens stellen signifikante Prädiktoren mit Erklärungswert für das Kriterium des psychologischen Wohlbefindens dar.

5B. H 1: Die Dimensionen des existentiellen Wohlbefindens stellen signifikante Prädiktoren mit Erklärungswert für das Kriterium der subjektiven Lebenszufriedenheit dar.

8.3. Hypothesen in Bezug auf das Wohlbefindensparadoxon

Das Wohlbefindensparadoxon beschreibt den Umstand, dass trotz objektiv guter Lebensbedingungen ein geringes subjektives Wohlbefinden angegeben wird. In der vorliegenden Arbeit wird untersucht, ob das existenzanalytische Modell eine Erklärung für dieses Phänomen in der Weise bieten kann, dass das Konstrukt des existentiellen Wohlbefindens ein übergreifendes Konstrukt darstellt. Dabei müsste gelten, dass das Wohlbefindensparadoxon bei Personen mit hohem existentiellen Wohlbefinden nicht auftritt. Für Hypothese 6 würde dies Folgendes bedeuten. Personen mit hohem existentiellen Wohlbefinden müssen nicht unbedingt eine hohe gesundheitsbezogene Lebensqualität aufweisen, um ein hohes psychologisches Wohlbefinden oder eine hohe subjektive Lebenszufriedenheit anzugeben. Der Zusammenhang von gesundheitsbezogener Lebensqualität und psychologischem Wohlbefinden oder subjektiver Lebenszufriedenheit in der Gesamtstichprobe würde also verschwinden, wenn das existentielle Wohlbefinden berücksichtigt wird. In Hypothese 7 würde diese Annahme bedeuten, dass Personen mit hohem existentiellen Wohlbefinden ungeachtet des Ausmaßes an Schmerzleiden ein hohes psychologisches Wohlbefinden oder eine hohe subjektive Lebensqualität angeben. Der Zusammenhang von Schmerz und psychologischem Wohlbefinden oder subjektiver Lebenszufriedenheit in der Gesamtstichprobe würde also unter Berücksichtigung des existentiellen Wohlbefindens verschwinden. In Hypothese 8 sollte der Zusammenhang von subjektiver Gesundheitseinschätzung und psychologischem Wohlbefinden oder subjektiver Lebenszufriedenheit in der Gesamtstichprobe nicht mehr sichtbar sein, wenn das existenzanalytische Modell auf vorhergesagte Weise Einfluss nimmt. Es würden Personen mit hohem existentiellen Wohlbefinden ungeachtet der subjektiven Gesundheitseinschätzung ein hohes psychologisches Wohlbefinden oder eine hohe subjektive Lebensqualität angeben.

6A. H 1: Es besteht ein Unterschied im Zusammenhang zwischen gesundheitsbezogener Lebensqualität und psychologischem Wohlbefinden bei Personen mit hohem und niedrigem existentiellen Wohlbefinden.

6B. H 1: Es besteht ein Unterschied im Zusammenhang zwischen gesundheitsbezogener Lebensqualität und subjektiver Lebenszufriedenheit bei Personen mit hohem und niedrigem existentiellen Wohlbefinden.

7A. H 1: Es besteht ein Unterschied im Zusammenhang zwischen Leiden an Schmerzen und psychologischem Wohlbefinden bei Personen mit hohem und niedrigem existentielllem Wohlbefinden.

7B. H 1: Es besteht ein Unterschied im Zusammenhang zwischen Leiden an Schmerzen und subjektiver Lebenszufriedenheit bei Personen mit hohem und niedrigem existentielllem Wohlbefinden.

8A. H 1: Es besteht ein Unterschied im Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheitseinschätzung und psychologischem Wohlbefinden bei Personen mit hohem und niedrigem existentielllem Wohlbefinden.

8B. H 1: Es besteht ein Unterschied im Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheitseinschätzung und subjektiver Lebenszufriedenheit bei Personen mit hohem und niedrigem existentielllem Wohlbefinden.

9. Methodik

Für die vorliegende Untersuchung wurden im Zeitraum von September 2012 bis Dezember 2012 65 BewohnerInnen eines Alten- und Altenpflegeheims zu ihrem existentiellen Wohlbefinden, ihrem psychologischen Wohlbefinden, ihrer Lebenszufriedenheit und ihrem Gesundheitszustand befragt. Die Befragung fand an einem Erhebungszeitpunkt statt, weshalb hier von einer Querschnittuntersuchung gesprochen wird (Bortz & Döring, 2006).

Da keine vergleichbaren Studien mit bereits errechneten Effektgrößen vorliegen, war in Anlehnung an die Empfehlung von Bortz und Döring (2006), die einen Stichprobenumfang von $n=64$ für Zusammenhangshypothesen bei mittleren Effektgrößen als optimal bezeichnen, sowie unter Beachtung der zeitlichen Ressourcen einer Diplomarbeit, das Ziel für diese Arbeit, eine Stichprobengröße von 64 bis 70 Personen zu erreichen.

9.1. Stichprobe

Die Zielgruppe der vorliegenden Untersuchung bilden die BewohnerInnen des Alten- und Altenpflegeheims Kolpinghaus in Wien Favoriten und Wien Leopoldstadt mit einem Alter ab 65 Jahren. Ausschlusskriterium war das Vorliegen einer ausgeprägten Demenz, da beträchtliche, dementiell bedingte, kognitive Einbußen dazu führen können, dass die Beantwortung nicht oder nur unzureichend erfolgt. Dies konnte bereits im Vorfeld durch die Sichtung der regelmäßig stattfindenden Erhebungen des Demenzstatus mittels Mini-Mental-State-Untersuchung abgeklärt werden.

Weiteres Ausschlusskriterium war eine aktuelle, nicht behandelte Depression oder depressive Verstimmung. Zudem sollte sichergestellt werden, dass jene Personen von der Untersuchung ausgeschlossen wurden, deren psychische Stabilität durch die Befragung hätte leiden können. Die Einhaltung der beiden letzten Kriterien wurde durch Abklärung mit den leitenden Psychologinnen Mag. Sonja Wolf und Mag. Kerstin Rojko-Vetter gewährleistet.

9.2. Untersuchungsinstrumente

Zum besseren Verständnis werden vor der Beschreibung der eingesetzten Messinstrumente die wichtigsten Gütekriterien geschildert.

9.2.1. *Mini-Mental-State-Untersuchung (MMSE)*

Die MMSE ist ein Screeningverfahren zur Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten, das 1975 von M.F. Folstein, S.E. Folstein und McHugh entwickelt wurde. Die MMSE erhebt räumliche und zeitliche Orientierung, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, visuomotorische, optische, verbale und motorische Fähigkeit. Zur Erfassung der zeitlichen Orientierung werden Fragen zum aktuellen Tag, der Uhrzeit, des Jahres sowie der Jahreszeit beantwortet (Folstein et al., 1975). Die MMSE unterteilt die Ergebniswerte in Tabelle 2 dargestellte Bereiche (Weyer, Erzigkeit, Kanowski und Ihl, 1997).

Tabelle 2: Einteilung kognitiver Beeinträchtigung durch die MMSE

<u>Punkte</u>	<u>kognitive Beeinträchtigung</u>
25 bis 30	keine
18 bis 24	leichte
10 bis 17	schwere

Die MMSE gilt mit einer Durchführungszeit von 3 bis 10 Minuten als sehr ökonomisches Verfahren und stellt laut Burkart, Heun, Maier und Benkert (1998) das geeignetste Verfahren zum Screening von kognitiven Beeinträchtigungen dar. Nach Lehfeld et al. (1999) stellt die MMSE das weltweit verbreitetste und am häufigsten eingesetzte Verfahren zur Abklärung einer Demenz dar.

Die MMSE wurde lediglich zu Selektionszwecken eingesetzt. Durchgeführt von der psychologischen Abteilung des Kolpinghauses sind die gewonnen Daten durch die MMSE Teil der Bewohnerakte und unterliegen als solcher dem Datenschutz. Die genauen Werte dürfen und können in vorliegender Untersuchung nicht verwendet werden.

9.2.2. *Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität (ELQ)*

Der ELQ wurde von Görtz (2005) entwickelt. Er beinhaltet 72 Statements zum existentiellen Wohlbefinden, welche auf neun Dimensionen aufgeteilt sind. Diese wiederum spiegeln die vier existentiellen Grundmotivationen wider. Görtz (2007) versteht unter Lebensqualität einerseits das Einverständnis mit den Lebensumständen und andererseits die Zufriedenheit mit dem, was man selbst aus diesen Umständen gemacht hat. Der Fragebogen muss allerdings als starke Verkürzung des dialogischen

Zugangs zum Zweck der wissenschaftlichen Evaluation gesehen werden, da es sich bei existentieller Lebensqualität um eine dynamische Größe handelt, die sich in der jeweiligen existentiellen Situation letztlich nur im Weg des Dialogs mit dem Betroffenen ergründen lässt (Görtz, 2007). Der ELQ bietet allerdings eine Annäherung an das existentielle Erleben im Sinne des Wohlbefindens unter den Gesichtspunkten der vier existentiellen Grundmotivationen. Der ELQ fragt nach Gefühlen und Stimmungen in den Bereichen Vertrauen, Lebensgefühl, Depressivität, Beziehungserleben, Soziales Scheitern, Personale Aktivität, Personale Passivität, Existentielle Erfüllung und Existentielle Leere. Im Gegensatz zur eher kognitiv beeinflussten Lebenszufriedenheit kommt die Frage nach den Gefühlen und Stimmungen der Tatsache nach, dass es sich bei der existentiellen Lebensqualität um implizites Wissen und Gespür handelt und weniger um eine reflektierte, bewusste Kenntnis (Längle, 2008).

Für die vorliegende Studie wurde der ELQ in mehreren Bereichen adaptiert: Es wurde die Instruktion für die geriatrische Population dermaßen angepasst, dass die Beantwortung aus Sicht eines Lebensrückblicks erfolgt. Die Fragen nach den bereichsspezifischen und der allgemeinen Zufriedenheit und den soziodemographischen Daten wurden gekürzt, da diese über separate Verfahren gemessen wurden. Die Anzahl der Items wurde von 72 auf 50 reduziert. Die Gründe hierfür liegen in der Zumutbarkeit und der möglichen Überforderung der geriatrischen Zielpopulation, da der Gesamtfragebogen bereits mehrere Verfahren umfasste. Die Items wurden auf Grund von Schätzungen der Itemparameter aus den Modelltests und mittels inhaltlicher Überlegungen der Testautorin Dr. Görtz gemeinsam mit dem Autor der vorliegenden Studie selektiert.

In Abbildung 1 werden die einzelnen Faktoren dem existentiellen Wohlbefinden zugeordnet (Görtz, 2004). Hier ist ersichtlich, dass sich bis auf den ersten Faktor jeweils ein positiver und ein negativer Faktor gegenüber stehen. Weiters zeigt die Abbildung die Verbindung der Faktoren zu den vier Grundmotivationen und Grundfragen (Längle, 1999b).

4 GM

ELQ

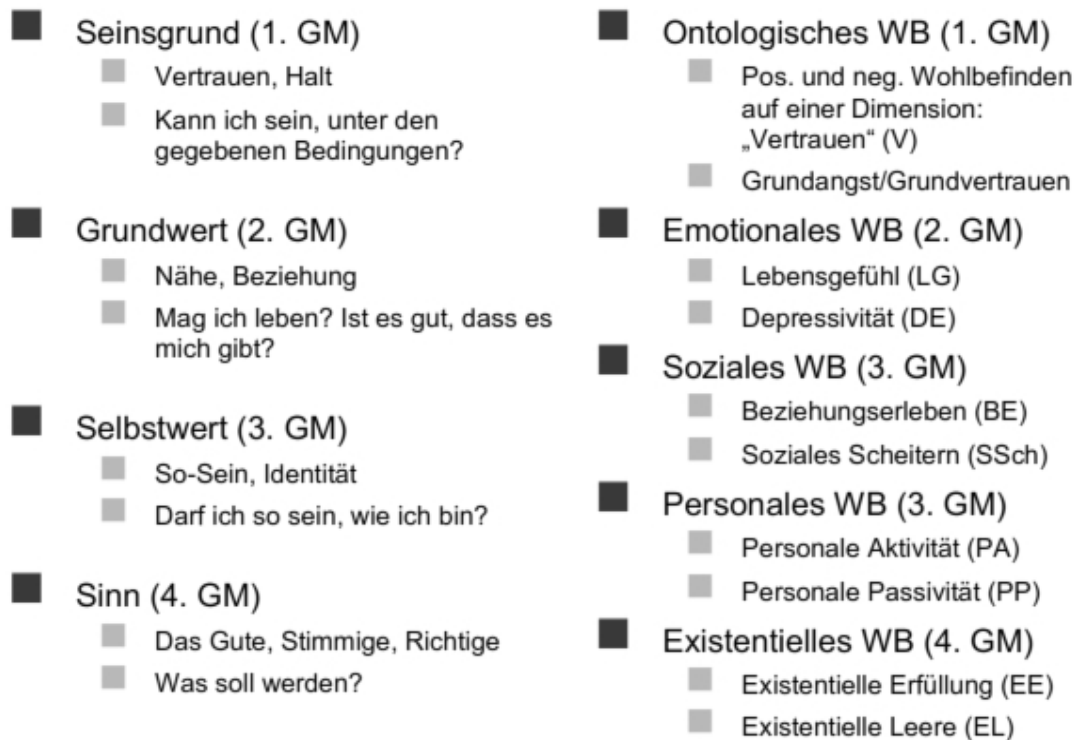


Abbildung 1: Verbindung der einzelnen Faktoren des ELQ mit den vier Grundmotivationen und Grundfragen (Quelle: Görtz, 2004, S. 7)

Beschreibung der Dimensionen

Ontologisches Wohlbefinden

Die erste Grundmotivation ist eine Basis-Dimension – das „Ja zur Welt“. Die Gegenpole Angst und Vertrauen liegen als einzige Ausnahme auf einer Dimension: die Erfahrung von Vertrauen schützt gegen die Erfahrung von Angst (Görtz, 2007).

Längle (1999) bezeichnet diese Dimension als Grundvertrauen bzw. Grundangst. Im Fragebogen stellt sie zusammengefasst die Dimension *Vertrauen* dar. „Hohes Grundvertrauen äußert sich in einem Grundgefühl des Getragen-Seins, der Belastbarkeit und Sicherheit, [...]“ (Görtz, 2004, S. 7) Ein Mangel hingegen bewirkt erhöhte Angstbereitschaft, geringe Belastbarkeit, Nervosität und Anspannung (Görtz, 2004).

Emotionales Wohlbefinden

Diese Dimension spiegelt die Nähe-Erfahrung wider, die von Längle (2008) in der zweiten Grundmotivation beschrieben wurde. Hohe Werte im Faktor *Lebensgefühl*

sprechen für positives Beziehungserleben im zwischenmenschlichen Bereich. Das Lebensgefühl wird im „emotionalen Kontakt mit allem Lebendigen erfahren“ (Görtz, 2004, S. 8). Das Vorhandensein von Ausgeglichenheit, Harmonie und innerer Einheit beschreiben diese Dimension. Sie wird als Schnittstelle zwischen physischer und psychischer Ebene gesehen (Görtz, 2007). Im Negativen drückt sich diese Dimension als *Depressivität* aus, welche sich in fehlendem Lebensgefühl, Druck, Belastung und Schuld äußern kann. Im existenzanalytischen Modell wird es in Abgrenzung zur (Sinn-)Leere als Schwere bezeichnet (Görtz, 2004). Positive und negative Grundstimmungen können gleichzeitig oder überlappend auftreten (Görtz, 2007).

Soziales Wohlbefinden

Diese Dimension entspricht der dritten Grundmotivation, wobei es um Ich-Stärke, Selbstwert und Identitätsfindung geht. *Beziehungserleben* als positiver Pol drückt gelungene Identitätsfindung aus. *Soziales Scheitern* als negativer Pol weist auf Enttäuschungen auf Grund von Zurückweisungen hin (Görtz, 2004).

Personales Wohlbefinden

Diese Dimension gehört ebenfalls zur dritten Grundmotivation und stellt eine personale Stellungnahme dar – eine innere Konfliktlösung zwischen *personaler Aktivität* und *personaler Passivität*. Die Personale Aktivität bezieht sich dabei auf die aktive Gestaltung des eigenen Lebens und der Zukunft. Das Schöpferische, das Kreative, eigene Ideen und aktive Bewältigung stehen hier im Vordergrund. Personale Passivität stellt dessen Gegensatz dar: Erwartungs- und Konsumhaltung, Erfahrung von Leere und Sinnlosigkeit, Einsamkeit (Görtz, 2007).

Existentielles Wohlbefinden

Die der vierten Grundmotivation zugehörige Dimension beschreibt die Erfahrung vom Teilhaben am größeren Ganzen (Görtz, 2004). Die *Existentielle Erfüllung* als positive Dimension beschreibt das Erleben von Glücksmomenten, Gefühle der Leichtigkeit und des Durchblicks und Ganzheitserleben. In der *Existentielle Leere* als negativer Dimension herrschen krisenhafte Erfahrungen vor: Ohnmacht, Verzweiflung und das Gefühl den Bodens unter den Füßen zu verlieren (Görtz, 2004). Schützende Faktoren fallen weg und es kann zu einem Zusammenbruch kommen. Görtz (2004) beschreibt ebenfalls die Schwierigkeit der Erfassung dieser Dimension mittels Fragebogen, da Personen in solchen Situationen nicht mehr in der Lage sind, diesen auszufüllen.

Fragebögen wie der Eigenschaftswörterliste (EWL) von Janke und Debus (1984), der Kieler Änderungssensitiven Symptomliste (KASSL) von Zielke (1979), des Trier Persönlichkeitsfragebogens (TPF) von Becker (1989) oder der Existenzskala von Längle et al. (2000) nachgewiesen werden (Görtz, 2007). Aus den Zusammenhängen schließt Görtz (2007), dass der ELQ tatsächlich Lebensqualität erfasst.

9.2.3. *European Quality of Life Questionnaire (EQ-5D)*

Der Selbstbeurteilungsfragebogen EQ-5D wurde von der EuroQol Gruppe entwickelt und von Schulenburg, Claes, Greiner und Uber (1998) ins Deutsche Übersetzt. Er enthält zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität fünf Items und eine visuelle Analogskala zur Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes. Erhoben werden die fünf Dimensionen Mobilität, für sich selbst sorgen, allgemeine Tätigkeiten, körperliche Beschwerden und Angst, wobei mittels drei Antwortmöglichkeiten die unterschiedlichen Grade einer Beeinträchtigung angegeben werden. Die Durchführung des als ökonomisch anzusehenden Verfahrens nimmt drei bis fünf Minuten in Anspruch (Schulenburg et al., 1998).

Das vierte Item des EQ-5D erhebt das aktuelle Schmerzempfinden und wird auf Grund der in Kapitel 6.2 Wohlbefinden und beeinflussende Variablen im Alter beschriebenen Relevanz als eigenständige Variable „Schmerz“ herangezogen.

Gütekriterien

Reliabilität kann auf Grund seiner Standardisierung angenommen werden. Die Retest-Korrelationen liegen zwischen $r_{tt} = .48$ (Schmerzen/körperliche Beschwerden) und $r_{tt} = .93$ (visuelle Analogskala) (Schulenburg et al., 1998). Sowohl die inhaltliche, als auch die Konstruktvalidität wurden von Schulenburg et al. (1998) nachgewiesen.

9.2.4. *Psychological Well-Being Scales; Fragebogen zur Messung des psychologischen Wohlbefindens (Ryff-Skala)*

Die Ryff-Skala wurde 1989 von Carol Ryff entwickelt. 1995 erarbeiteten Ryff und Keyes eine Kurzform mit achtzehn Items, dessen deutsche Übersetzung, welche bei Bartkowiak (2008) verwendet wurde, in dieser Studie zur Anwendung kam.

Ryff's Modell des psychologischen Wohlbefindens wurde aus der Theorie zu erfolgreichem Altern, positivem Funktionieren und normaler menschlicher Entwicklung abgeleitet (Ryff, 1989b). Der Ryff-Skala liegen sechs Dimensionen zugrunde, die Faktorenanalytisch bestätigt werden konnten (Ryff & Keyes, 1995): Autonomie,

Umweltbeherrschung, Selbstakzeptanz, persönliches Wachstum, positive Beziehungen zu Anderen und Sinn im Leben. Jede dieser Dimensionen wird durch drei Aussagen auf einer sechskategoriellen Antwortskala erhoben, wobei hohe Werte hohes psychisches Wohlbefinden anzeigen. Die Beantwortung dauert fünf bis zehn Minuten.

Beschreibung der Dimensionen (Ryff, 1989a)

1. *Autonomie*: hohe Ausprägungen sprechen für Selbstbestimmtheit, Unabhängigkeit, Widerstandsfähigkeit vor sozialem Druck, hohe Selbstregulation des Verhaltens. Geringe Ausprägungen sprechen für Abhängigkeit von Erwartungen und Evaluationen anderer, Anfälligkeit sozialem Druck nachzugeben, Vertrauen auf das Urteil anderer.

2. *Umweltbeherrschung*: hohe Ausprägungen beschreiben den Menschen als: kompetent im Managen und Kontrollieren von externen Aktivitäten, kann umgebende Möglichkeiten effektiv nutzen, kann seine persönliche Umgebung seinen Bedürfnissen anpassen. Geringe Ausprägungen beschreiben den Menschen als jemanden, der sich nicht in der Lage fühlt, den umgebenden Kontext zu verändern, der keine Kontrolle hat, der die umgebenden Möglichkeiten nicht nutzen kann.

3. *Selbstakzeptanz*: hohe Ausprägungen schreiben dem Menschen ein positives Bild von sich selbst, das Akzeptieren verschiedener Seiten an sich selbst und ein positives Bild der eigenen Vergangenheit zu. Geringe Ausprägungen bedeuten Unzufriedenheit mit sich und seiner Vergangenheit.

4. *Persönliches Wachstum*: Hohe Ausprägungen bedeuten ein Gefühl von kontinuierlicher Entwicklung und Verbesserung, die Offenheit für neue Erfahrungen und das Erkennen des eigenen Potentials. Geringe Ausprägungen bedeuten ein Gefühl von persönlicher Stagnation, Verbesserungsunwilligkeit, Langeweile und Desinteresse am Leben und er Aufgabe der Entwicklung neuer Einstellungen oder Verhaltensweisen.

5. *Positive Beziehungen zu anderen*: Hohe Ausprägungen deuten auf warmherzige und befriedigende Beziehungen zu anderen und das Empfinden von Empathie, Zuneigung und Intimität hin. Geringe Ausprägungen deuten darauf hin, dass es wenige vertraute Beziehungen mit anderen gibt und dass Schwierigkeiten vorhanden sind, sich anderen zu öffnen.

6. *Sinn im Leben*: Hohe Ausprägungen bedeutet, dass der Mensch Ziele im Leben hat und Sinn und Bedeutung im Leben sehen kann. Geringe Ausprägungen sprechen dem Menschen Ziele und Zielstrebigkeit ab. Der Mensch sieht keinen Sinn in der Vergangenheit und hat keine Gedanken oder Ideen, die dem Leben Bedeutung geben.

Gütekriterien

Die Objektivität kann durch Instruktion, Auswertungsbeschreibung und Interpretation als gegeben angesehen werden. Im Gegensatz zu der internen Konsistenz der Originalversion mit 120 Items ($\alpha = .86$ bis $\alpha = .93$) konnte die interne Konsistenz der Kurzform nur als niedrig bis mäßig angesehen werden ($\alpha = .33$ bis $\alpha = .56$), was Ryff und Keyes (1995) auf die geringe Anzahl der Items pro Skala und die Art der Item-Selektion, welche darauf ausgerichtet war, die Breite des Konzepts abzudecken, zurückführen. Ähnlich geringe Werte werden auch von Bartkowiak (2008) bei einer österreichischen Stichprobe von 120 Personen berichtet. Hier lag die Reliabilität zwischen $\alpha = .41$ und $\alpha = .70$. Die Konstruktvalidität konnte von Ryff (1989) durch signifikante Zusammenhänge mit ähnlichen Verfahren zur Messung von Wohlbefinden gezeigt werden. Korrelationen zwischen der Originalversion und der Kurzversion der Ryff-Skala von $r = .70$ bis $r = .89$ konnten 1995 von Ryff und Keyes berichtet werden.

9.2.5. Satisfaction with Life Scale; Fragebogen zur Erfassung der subjektiven Lebenszufriedenheit (SWLS)

Die SWLS ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der globalen Lebenszufriedenheit (Schuhmacher, 2003). Sie wurde 1985 von Diener, Emmons, Larsen und Griffin entwickelt und stellt heute nach Glaesmer, Grande, Braehler und Roth (2011) das am meisten verwendete Messinstrument zur Erfassung der Lebenszufriedenheit dar. Die deutsche Übersetzung stammt von Schumacher (2003). Die SWLS erhebt keine spezifischen Bereiche des Lebens, sondern erlaubt dem Gefragten die Bereiche und dessen Gewichtung frei zu wählen. Das Verfahren besteht aus fünf Items, die mittels siebenstufiger Skala von „stimme völlig zu“ bis „stimme überhaupt nicht zu“ eingestuft werden sollen. Die SWLS ist mit einer Bearbeitungszeit von ein bis zwei Minuten ein sehr ökonomisches Verfahren.

Gütekriterien

Durch standardisierte Durchführung und Auswertung kann sie als objektives Verfahren angesehen werden. Sölva, Baumann und Lettner (1995) konnten für die deutsche Fassung der SWLS eine gute interne Konsistenz mit $\alpha = .87$, eine mittlere Itemtrennschärfe von .69 und eine Retest- Reliabilität von $r_{tt} = .74$ nachweisen. Die faktorielle Validität des SWLS konnte in Bezug auf Eindimensionalität von Schumacher (2003) faktorenanalytisch bestätigt werden. Ebenso wurde die konvergente Validität des SWLS durch Zusammenhänge mit ähnlichen Verfahren zur Messung der

Lebenszufriedenheit durch Pavot und Diener (1993) nachgewiesen. Zu Untersuchungen zur diskriminanten Validität des SWLS konnten Sölva et al. (1995) schlussfolgern, dass diese dadurch gegeben ist, da sich die Lebenszufriedenheit als eigenständiges Teilkonstrukt des Wohlbefindens vom emotionalen Wohlbefinden abgrenzen lässt.

9.2.6. *Soziodemographische Daten*

Alter, Geschlecht, Beruf, Auftreten kritischer Lebensereignisse und die Aufenthaltsdauer im Alten- und Altenpflegeheim wurden im Anhang an die Fragebögen erhoben.

Der komplette Fragebogen ist im

Anhang dargestellt.

9.2.7. *Durchführung der Studie*

Die Befragungen der 65 BewohnerInnen des Alten- und Altenpflegeheims Kolpinghaus Wien Favoriten und Wien Leopoldstadt wurden im Zeitraum von September 2012 bis Dezember 2012 durchgeführt. Die in Frage kommenden BewohnerInnen wurden auf Grund eines Mindestwertes des MMSE und in Absprache mit den leitenden Psychologinnen Mag. Sonja Wolf und Mag. Kerstin Rojko-Vetter vorselektiert. Zur Inkludierung in die vorliegende Studie musste eine MMSE Wert von mindestens 18 vorhanden sein, was einer leichten kognitiven Beeinträchtigung entspricht. Nach einer kurzen Erklärung der Studie wurde ein Termin zur Befragung oder zu Abholung des Fragebogens vereinbart. Es wurde den BewohnerInnen freigestellt, den Fragebogen selbst auszufüllen oder mit Unterstützung durch den Autor der Studie. Das Angebot der Unterstützung bei der Befragung fand auf Grund des häufigen Auftretens von altersbezogenen Beeinträchtigungen in Bezug auf Lesen und Schreiben statt. Vor der Durchführung wurde der befragten Person eine zu unterzeichnende Einverständniserklärung vorgelegt, welche die Rechte der TeilnehmerInnen, die Ziele und die Vorgehensweise der Studie, und die Kontaktdaten des Autors enthielten. Es wurde auf die freiwillige Teilnahme, die Möglichkeit eines Abbruchs, die Möglichkeit, die Daten auch nach der Befragung zu löschen und die Verschwiegenheitspflicht hingewiesen. Im Falle einer Besachwalterung wurde vor der Befragung zusätzlich das Einverständnis des/der Sachwalters/in über dessen Unterschrift eingeholt. Gegenüber dem Kolpinghaus wurde vom Autor der Studie eine Vertraulichkeitserklärung unterschrieben, welche eine Beschreibung der Studie, eine Auflistung der zur Anwendung kommenden Verfahren und die ethischen Richtlinien enthielt, zu welchen sich der Autor verpflichtete. So wurde vereinbart, dass die im Rahmen der Studie gewonnen persönlichen Informationen vertraulich zu behandeln waren, die Daten aus den Fragebögen schnellstmöglich zu pseudonymisieren waren, die Daten auf Wunsch der TeilnehmerInnen zu löschen und die von der Ethikkommission empfohlenen Regeln zum Umgang mit vertraulichen Daten einzuhalten waren.

9.3. Statistische Verfahren

Die statistischen Berechnungen wurden mit dem Programm SPSS Statistics, Version 20 durchgeführt. Sofern nicht anders angegeben wurde das Signifikanzniveau auf $\alpha = .05$ festgesetzt.

Die statistischen Analysen umfassen einerseits deskriptivstatistische Methoden zur Beschreibung der Stichprobe und andererseits inferenzstatistische Methoden zur Hypothesenprüfung. Für die Hypothesenprüfungen wurden Korrelationen, Tests zur Überprüfung von Mittelwertunterschieden und die multiple lineare Regression berechnet. Genannte Verfahren und ihre Voraussetzungen sind im nachfolgenden Kapitel genauer beschrieben. Zur Veranschaulichung der inhaltlichen Bedeutsamkeit eines Ergebnisses werden zusätzlich zur statistischen Signifikanz, Effektstärken (r) angegeben, wobei Cohen (1977) bei der Produkt-Moment-Korrelation ein r von .10 bis .29 als kleinen Effekt, ein r von .30 bis .49 als mittleren Effekt und ein r ab .50 als großen Effekt einschätzt. Für die t-Tests für unabhängige Stichproben wird Cohen's d als Maß für die Effektstärke verwendet. Diese sind nach Field (2005) objektive und standardisierte Effektgrößen. Hier gelten nach Cohen (1977) Werte von 0.20 bis 0.49 als klein, Werte von 0.50 bis 0.79 als mittel und Werte ab 0.80 als groß. Die Einteilung nach Cohen (1977) wird in der vorliegenden Arbeit durchgängig verwendet.

9.3.1. Reliabilitätsanalyse

Da Reliabilität stichprobenabhängig ist, wurde diese für die verwendeten Messinstrumente mittels Cronbach's Alpha (α) berechnet. Mittels Reliabilitätsanalyse kann überprüft werden, ob die von den Entwicklern der Messinstrumente berichtete Zusammengehörigkeit von Items zu Dimensionen oder Faktoren in dieser Weise auch bei vorliegender Untersuchung in der vorliegenden Stichprobe bestätigt werden kann. Um die Genauigkeit der Messinstrumente oder einzelner Dimensionen zu erhöhen, werden jene Items mit der geringsten Trennschärfe (Korrelation des Items mit dem Gesamtergebnis) aus weiteren Berechnungen ausgeschlossen (Field, 2009). Wenn also ein Item keinen Zusammenhang mit anderen Items derselben Dimension oder des gleichen Messinstruments aufweist, so wird angenommen, dass dieses Item etwas anderes misst, als das Messinstrument oder dessen zugehörige Dimension und würde somit eine Interpretation der Ergebnisse sehr ungenau machen (Field, 2009). Weiters wurden die Trennschärfen berechnet: „Die Trennschärfe bzw. der

Trennschärfekoeffizient gibt an, wie gut ein einzelnes Item das Gesamtergebnis eines Tests repräsentiert.“ (Bortz & Döring, 2006, S. 219)

Zu geringe Trennschärfen bedeuten, dass das Item keinen guten Indikator für das Konstrukt darstellt und sind somit aus dem Test zu entfernen (Bortz & Döring, 2006).

Für Bortz und Döring (2006) gilt eine Reliabilität von .70 bis .80 als ausreichend, Werte von .80 bis .90 als mittelmäßig und Werte ab .90 als hoch.

9.3.2. Deskriptivstatistik

Mittels deskriptiver Statistik erfolgt eine Beschreibung der Stichprobe durch die Variablen Alter, Geschlecht, Beruf, Aufenthaltsdauer und Auftreten kritischer Lebensereignisse. Diese werden mittels Grafiken und statistischen Kennwerten anschaulich dargestellt.

9.3.3. Korrelation

Die Korrelation überprüft Zusammenhangshypothesen zwischen zwei oder mehreren Merkmalen. Kausalbeziehungen können durch Korrelationen nicht direkt interpretiert werden (Bortz & Döring). Allerdings, so Bortz und Döring (2006), können inhaltliche Überlegungen bestimmte kausale Wirkungsmodelle besonders nahe legen. In vorliegender Studie kamen bivariate Korrelationen zur Anwendung. Diese überprüfen lineare Zusammenhänge zweier Merkmale. Ist genügend Information zu dem Untersuchungsgegenstand vorhanden, kann die Richtung des Zusammenhangs als gleichsinnig (positiver Zusammenhang, je höher ein Merkmal, desto höher auch das andere Merkmal) oder gegensinnig (negativer Zusammenhang, je höher ein Merkmal, desto geringer die Ausprägung des anderen Merkmals) angegeben werden (Bortz & Döring, 2006). Der entstehende Korrelationskoeffizient liegt zwischen +1 und -1 und zeigt die Enge des Zusammenhangs an (Bortz & Döring, 2006). Durch die „Fischer Z-Transformation“ können Korrelationen gemittelt und somit vergleichbar gemacht werden (Bortz & Schuster, 2010).

Voraussetzungen

Die Art der Korrelation, mit der die Zusammenhangshypothese überprüft wird, wird von dem Skalenniveau der betreffenden Merkmale bestimmt: Weisen die Merkmale Intervallskalenniveau auf, so wird eine Produkt-Moment-Korrelation herangezogen. Weisen die Merkmale Ordinalskalenniveau auf, ist eine Rangkorrelation zu verwenden (Bortz & Döring, 2006).

Voraussetzung zur Berechnung einer Produkt-Moment-Korrelation ist weiters Normalverteilung der Daten. Ist diese nicht gegeben, ist die Rangkorrelation vorzuziehen (Field, 2006).

Prüfung der Voraussetzungen der Produkt-Moment-Korrelation

Intervallskalenniveau liegt vor, da bei den vorliegenden Messinstrumenten „gleich große Merkmalsunterschiede durch äquidistante Zahlen abgebildet werden“ (Bortz & Döring, 2006, S. 68). Die Überprüfung der Normalverteilung erfolgt durch den Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest. Dieser überprüft die Nullhypothese, ob die Verteilung der Daten aus einer Stichprobe mit der Populationsverteilung konform ist. Fällt das Ergebnis signifikant aus, so kann die Normalverteilung der Daten angenommen werden (Zöfel, 2003). Bei einer Stichprobengröße von $n \geq 30$ kann auf Grund des zentralen Grenzwertsatzes Normalverteilung angenommen werden (Bortz & Döring, 2006).

9.3.4. Test zur Überprüfung von Mittelwertunterschieden

Ob zwischen zwei (Teil-)Stichproben ein Unterschied besteht, kann mittels t-Test für unabhängige Stichproben geprüft werden. Genauer gesagt lässt sich „[...] überprüfen, ob die beiden Stichproben aus Populationen stammen, deren Parameter μ_1 und μ_2 identisch sind.“ (Bortz & Schuster, 2005, S. 120) Ist der errechnete t-verteilte Mittelwertunterschied größer als der kritische t-Wert, gilt die Differenz als signifikant und es muss angenommen werden, dass die beiden Populationen aus der die Stichproben stammen nicht identisch sind (Bortz & Schuster, 2005).

Voraussetzungen des t-Tests, Field (2006)

Die Daten weisen Intervallskalenniveau auf. Es muss sich um einfache, voneinander unabhängige Stichproben handeln. Die Varianzen der zu vergleichenden Population müssen gleich groß sein (Homogenität der Varianzen). Das untersuchte Merkmal muss in beiden Populationen, denen die Stichprobe entnommen wurde, einer Normalverteilung unterliegen (Bortz & Schuster, 2010). Ist zumindest eine Voraussetzung nicht erfüllt, muss entweder mit parameterfreien Verfahren, wie dem U-Test nach Mann-Whitney oder mit dem Welch-Test für den Fall heterogener Varianzen gerechnet werden (Zöfel, 2003).

Prüfung der Voraussetzungen des t-Tests

Da angenommen werden kann, dass bei den vorliegenden Messinstrumenten „gleich große Merkmalsunterschiede durch äquidistante Zahlen abgebildet werden“ (Bortz & Döring, 2006, S. 68), messen die aus den Verfahren resultierenden Daten auf Intervallskalenniveau. Auf Grund des Untersuchungsdesigns sind die Stichproben als voneinander unabhängig zu betrachten. Die Homogenität der Varianzen wird mittels Levene-Test überprüft. Bei einem nicht signifikanten Ergebnis kann Homogenität der Varianzen angenommen werden (Zöfel, 2003). Die Überprüfung der Normalverteilung erfolgt durch den Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest, wenn nicht auf Grund des zentralen Grenzwertsatzes Normalverteilung angenommen werden kann (Bortz & Döring, 2006).

9.3.5. *Regressionsanalyse*

Die multiple lineare Regressionsanalyse überprüft einen linearen Zusammenhang zwischen einem Kriterium und mehreren Prädiktoren. Sie gibt an, wie viel Varianz des Kriteriums durch die Prädiktoren aufgeklärt werden können und welchen Beitrag die einzelnen Prädiktoren hierfür aufweisen. Prädiktoren sind Variablen, die zur Vorhersage dienen. Die Kriteriumsvariable soll vorhergesagt werden (Bortz & Schuster, 2010).

Voraussetzungen, Field (2006)

Die Prädiktoren weisen Intervallskalenniveau auf oder sind dichotom und weisen eine gewisse Variation in ihren Varianzen auf. Die Kriteriumsvariable ist intervallskaliert und ungebunden. Hiermit ist gemeint, dass die gesamte Spannbreite an Ausprägungen, die die Kriteriumsvariable annehmen kann, ausgeschöpft wird. Die Multikollinearität der Prädiktoren soll nicht auftreten, womit gemeint ist, dass diese untereinander nicht zu hoch korrelieren dürfen. Die Residuen sollen einer Normalverteilung unterliegen, wobei auch ihre Unabhängigkeit gefordert wird. Auch die Ähnlichkeit der Varianz der Residuen (Homoskedastizität) muss gegeben sein.

10. Ergebnisdarstellung

Nach der Darstellung der Reliabilitätsanalysen der vorgegebenen Verfahren, wird die Stichprobe ausführlich hinsichtlich allgemeiner und soziodemographischer Daten beschrieben. Danach werden die Ergebnisse der Untersuchungsinstrumente berichtet.

10.1. Analyse der verwendeten Messinstrumente

Um die Messgenauigkeit zu beschreiben, wurden die im Fragebogen verwendeten Messinstrumente einer Reliabilitätsanalyse unterzogen.

10.1.1. Reliabilitätsanalyse des Fragebogens zur Erfassung der Existentiellen Lebensqualität

Cronbach's Alpha für den Gesamtfragebogen des ELQ mit 50 Items betrug .89. Durch Ausschluss des Items (5) mit der geringsten Trennschärfe wurde eine Reliabilitätsverbesserung auf .90 erreicht, was nach Bortz und Döring (2006) als hoch einzustufen ist. Tabelle 3 gibt die Reliabilitäten der einzelnen Dimensionen des ELQ wider.

Tabelle 3: Reliabilitäten der Dimensionen des ELQ

Dimension	α	α^a
Vertrauen	.58	.61
Lebensgefühl	.68	-
Depressivität	.57	-
Beziehungserleben	.55	.62
Soziales Scheitern	.55	-
Personale Aktivität	.54	.57
Personale Passivität	.59	-
Existentielle Erfüllung	.31	.41
Existentielle Leere	.43	-

Anmerkungen. $\alpha^a = \alpha$ nach Itemselektion

10.1.2. *Reliabilitätsanalyse des European Quality of Life Questionnaire*

Die Reliabilitätsanalyse ergab für die fünf Items des EQ-5D $\alpha = .69$. Dieser Wert liegt unterhalb der Grenze der von Bortz und Döring (2006) als ausreichend definierten Reliabilität.

10.1.3. *Reliabilitätsanalyse der Skala zur Messung des psychologischen Wohlbefindens*

Cronbach's Alpha für den Gesamtfragebogen der Ryff-Skala mit 18 Items betrug zunächst .493. Nach schrittweisem Ausschließen von vier Items anhand der jeweils geringsten korrigierten Trennschärfe konnte ein $\alpha = .64$ erreicht werden. Auch diese Reliabilität gilt nach Bortz und Döring nicht als ausreichend. In Tabelle 4 sind die Reliabilitäten der einzelnen Skalen aufgelistet.

Tabelle 4: Reliabilitäten der Dimensionen der Ryff-Skala

Dimension	α	α^a
Autonomie	.62	-
Umweltbeherrschung	.61	-
Selbstakzeptanz	.66	-
Persönliches Wachstum	.37	.61
Positive Beziehungen zu Anderen	.34	.42
Sinn im Leben	-.27	.12
Anmerkungen. $\alpha^a = \alpha$ nach Itemselektion		

Ryff und Keyes (1995) und auch Bartkowiak (2008) berichteten eine ähnlich geringe Reliabilität der Skala *positive Beziehungen zu Anderen*, weshalb diese beibehalten und interpretiert wird. Auf Grund der geringen Reliabilität der Skala *Sinn im Leben* in vorliegender Studie ist diese inhaltlich nicht zu interpretieren.

10.1.4. *Reliabilitätsanalyse der Satisfaction with Life Scale*

Die Reliabilitätsanalyse erbrachte für die fünf Items der SWLS, $\alpha = .75$, einen nach Bortz und Döring (2006) ausreichenden Wert.

10.2. Beschreibung der Stichprobe

Vor einer Beschreibung der Stichprobe zu den erhobenen sozioökonomischen Daten, wie Geschlecht, Alter, Beruf und Aufenthaltsdauer im Alten- und Altenpflegeheim, findet eine allgemeine Beschreibung der Stichprobe statt. Grundgesamtheit, Teilnahmequote, Gründe der Verweigerung, Anwesenheit des Testleiters und Bearbeitungsdauer werden geschildert.

10.2.1. *Allgemeine Beschreibung der Stichprobe*

Teilnahmequoten

Von den zum Erhebungszeitpunkt insgesamt 233 im Kolpinghaus Wien Favoriten lebenden Personen wurden durch Selektion durch zu geringe oder fehlende Werte im MMSE und durch Einschätzung der leitenden Psychologinnen bezüglich unbehandelter Depression oder psychischer Labilität 93 Personen befragt, bei der Untersuchung mitzuwirken. Von diesen 93 Personen erklärten sich dazu 52 bereit. 56% der Befragten nahmen also tatsächlich an der Erhebung teil. Auf Grund des erst kurzen Bestehens des Kolpinghauses Wien Leopoldstadt befanden sich dort mehr Menschen, die eine relativ kurze Aufenthaltsdauer aufwiesen. Aus diesem Grund existierten auch weniger Untersuchungen mittels MMSE. Hier fand die Rekrutierung verstärkt durch die Einschätzung der leitenden Psychologin Mag. Rojko-Vetter mit Unterstützung der Leiterin der Lebensqualität Marion Windhager statt. Von insgesamt 195 im Kolpinghaus lebenden Personen wurden 25 Personen zur Teilnahme befragt, wovon 13 Personen tatsächlich an der Befragung teilnahmen. Dies entspricht mit 52% einer dem Kolpinghaus Wien Favoriten sehr ähnlichen Teilnahmequote. Die geringe Anzahl an Befragungen im Kolpinghaus Wien Leopoldstadt trat auf Grund der Erreichung des optimalen Stichprobenumfangs zwischen 64 und 70 Personen und der begrenzt zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen auf.

Gründe für eine Nichtteilnahme

In den meisten Fällen wurde die Ablehnung sehr kurz mit einem Unwillen zum Ausdruck gebracht: „Ich will nicht“ oder „Das möchte ich nicht machen“ waren die häufigsten Aussagen. Häufig wurde auch ein Desinteresse bekundet. In einigen Fällen wurde beteuert, dass *das* zu kompliziert sei. In drei Fällen wurde die Befragung abgebrochen, als sich herausstellte, dass die befragte Person zum damaligen Zeitpunkt

kognitiv nicht in der Lage schien, auf die Fragen sinngemäß zu antworten. Es wurde auch erwähnt, dass sich die Personen zu krank oder zu schwach fühlten, um mitzumachen. Ab und zu wurde auch aggressiver kommuniziert, dass das Leben des Bewohners/der Bewohnerin niemand etwas angehe oder sie oder er „nur mehr in Ruhe gelassen“ werden möchte. Ebenfalls wurde geantwortet, dass man nur mehr auf den Tod warte und keinen Vorteil oder Sinn im Mitmachen sehe. Eine Person gab an, keine Zeit zu haben und in einem Fall wollte eine Bewohnerin den bereits ausgefüllten Fragebogen ihrem Sohn zwecks Zustimmung zeigen. Der Fragebogen konnte daraufhin nicht mehr wieder gefunden werden.

Anwesenheit des Testleiters

Von den insgesamt 65 Fragebögen wurden lediglich 8 ohne Anwesenheit des Testleiters ausgefüllt. Bei den restlichen 87,7% war die Anwesenheit des Testleiters erwünscht. In den meisten Fällen wurde von den TeilnehmerInnen keine explizite Begründung gegeben: Es wäre den TeilnehmerInnen lieber, wenn sie die Fragebögen nicht alleine ausfüllen müssten. In einigen Fällen wurde von körperlichen Beeinträchtigungen berichtet, die das alleinige Ausfüllen nicht möglich gemacht hätte. So wurde von stark verminderter Sehstärke, rheumatischen Beschwerden an den Händen oder Lähmungen berichtet.

Um zu überprüfen, ob sich die Stichprobe jener Personen, bei denen der Testleiter anwesend war ($n = 57$) systematisch von der Stichprobe der Personen, bei denen der Testleiter nicht anwesend war ($n = 8$), unterschied, wurden für die vier Messinstrumente t-Tests für unabhängige Stichproben berechnet.

Für die Gruppe der TeilnehmerInnen ohne Testleiteranwesenheit ($n = 8$) wurde die Normalverteilung der Daten mittels K-S-Test geprüft. Diese kann auf Grund des nicht signifikanten Ergebnisses ($p > .05$) angenommen werden. Für die Gruppe der TeilnehmerInnen mit Testleiteranwesenheit ($n = 57$) kann die Normalverteilung auf Grund des zentralen Grenzwertsatzes angenommen werden (Bortz & Döring, 2006).

Um einer zu starken Kumulierung des Alpha-Fehlers entgegenzuwirken, wurde eine Bonferroni-Korrektur $\alpha' = \alpha / m$ (Bortz & Schuster, 2010, S. 232) mit α als für die Untersuchung festgesetztes Signifikanzniveau von .05 und m = Anzahl der Kontraste. Im vorliegenden Fall betrug $\alpha' = .05 / 4 = .0125$. Die Prüfung der Homogenität der Varianzen fiel in allen Fällen nicht signifikant aus, wodurch diese angenommen werden kann.

Unter Berücksichtigung des korrigierten Signifikanzniveaus fallen die t-Werte des ELQ, des EQ-5D, der Ryff-Skala und des SWLS nicht signifikant aus: Die Stichprobe der

Personen, bei denen der Testleiter anwesend war, unterschied sich nicht signifikant von der Stichprobe der Personen, bei denen der Testleiter nicht anwesend war. Neben den Ergebnissen ist auch die Überprüfung der Homogenität der Varianzen in Tabelle 5 dargestellt.

Die Effektstärken wurden mit Cohen's d berechnet, wobei sich für ELQ ($d = .76$) ein mittlerer Effekt, für Ryff-Skala und SWLS (jeweils $d = .38$) ein kleiner Effekt und für EQ-5D ($d = 0$) kein Effekt zeigt.

Tabelle 5: t-Tests für unabhängige Stichproben in Bezug auf Anwesenheit des Testleiters und Prüfung auf Homogenität der Varianzen

	F	Sign.	t (63)	Sign. (2-seitig)
ELQ	2.221	.141	-2.218	.030
EQ-5D	.040	.842	.441	.661
Ryff-Skala	.844	.362	-1.463	.148
SWLS	1.341	.251	-1.457	.150

Dauer der Bearbeitung

Die Dauer der Bearbeitung der Fragebögen betrug in den meisten Fällen ungefähr zwischen 45 Minuten und einer Stunde. In einigen Fällen wollten die TeilnehmerInnen immer wieder ihre Antworten begründen, wodurch die Bearbeitungszeit stark anstieg. So dauerte die längste Befragung etwa zweieinhalb Stunden. Die kürzeste Befragung, bei der sich die Teilnehmerin auf die Beantwortung der Fragen limitierte und keine weiteren Details ausführte, dauerte knapp über eine halbe Stunde. In drei Fällen wurde die Bearbeitung des Fragebogens auf Wunsch der Teilnehmerinnen an einem zweiten Termin zu Ende gebracht.

10.2.2. Geschlecht

Frauen waren mit 72,31% im Gegensatz zu den männlichen Teilnehmern, welche bei vorliegender Studie einen Prozentsatz von 27,69 ausmachten, stark überrepräsentiert. Dies war allerdings auf die natürlichen Gegebenheiten der Geschlechtsverteilung im Alter zurückzuführen: Die Verteilung entspricht ungefähr der Grundgesamtheit der in Pensionisten-/ Altersheimen untergebrachten Personen im Jahr 2009. Laut Statistik

Austria (2010) waren 77,7% dieser Personen weiblich und 22,3% männlich, was für eine repräsentative Stichprobe spricht. Die Prozentwerte wurden aus den von Statistik Austria (2010) veröffentlichten, absoluten Zahlen berechnet.

10.2.3. *Alter*

Die Altersspanne der Gesamtstichprobe reicht von 66 bis 101 Jahren. Das durchschnittliche Alter betrug 82.88 Jahre bei einer Standardabweichung (*SD*) von 7.59 Jahren. Die Altersverteilung der Stichprobe ist in Abbildung 3 grafisch veranschaulicht.

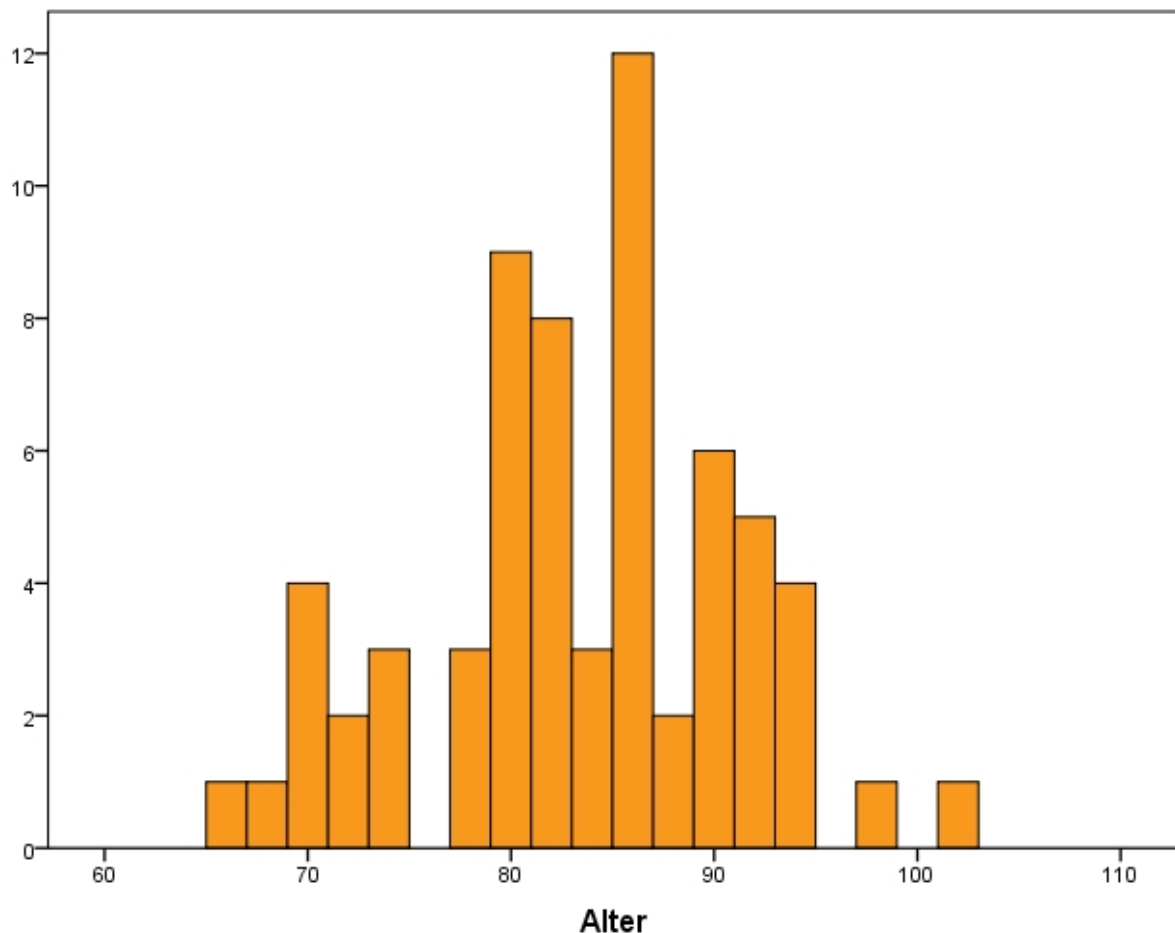


Abbildung 3: Altersverteilung in der Gesamtstichprobe

Der Mittelwert des Alters der männlichen Stichprobe beträgt $M = 79.11$ Jahre ($SD = 6.96$). Der Mittelwert des Alters der weiblichen Stichprobe beträgt $M = 84.32$ ($SD = 7.38$), womit Frauen durchschnittlich um 5.12 Jahre älter sind. Abbildung 4 veranschaulicht die Verschiebung der Geschlechterverteilung mit dem Alter. Der Strich im Zentrum der Grafiken gibt den Median an, die Grafik selbst umfasst 50% der

beobachteten Daten. Die Markierungen unter- und oberhalb der farbigen Grafiken kennzeichnen die Minimal- bzw. Maximalwerte.

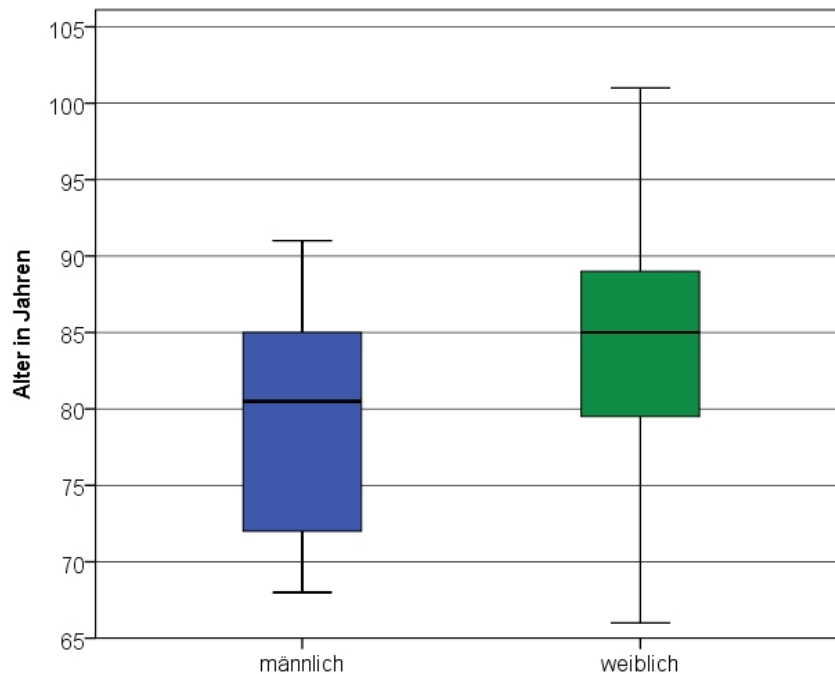


Abbildung 4: Altersverteilung in Bezug auf das Geschlecht

10.2.4. Berufsbeschreibung

Die Einteilung der angegebenen Berufe erfolgte nach Vorlage des Berufslexikons des Arbeitsmarktservice Österreich (AMS, 2013), welches durch die Kategorien „Hausfrau oder Hausmann“ und „keine Angabe“ ergänzt wurde. Zu beachten ist, dass die Angabe „Hausfrau oder Hausmann“ vermutlich nicht der korrekten Verteilung entspricht, da diese in vorliegender Stichprobe oft nicht als *Berufsbezeichnung* angesehen worden sein dürfte. Ein Hinweis darauf ist, dass vier TeilnehmerInnen keine Angabe zum Beruf machten. Weiters kann nicht berücksichtigt werden, in welchem Ausmaß die Berufe vollzogen wurden und in welchem Ausmaß die TeilnehmerInnen die Tätigkeit als „Hausfrau oder Hausmann“ als „Zweitjob“ auszuführen hatten. Die Häufigkeit der jeweiligen kategorisierten Nennungen sind in Abbildung 5 dargestellt.

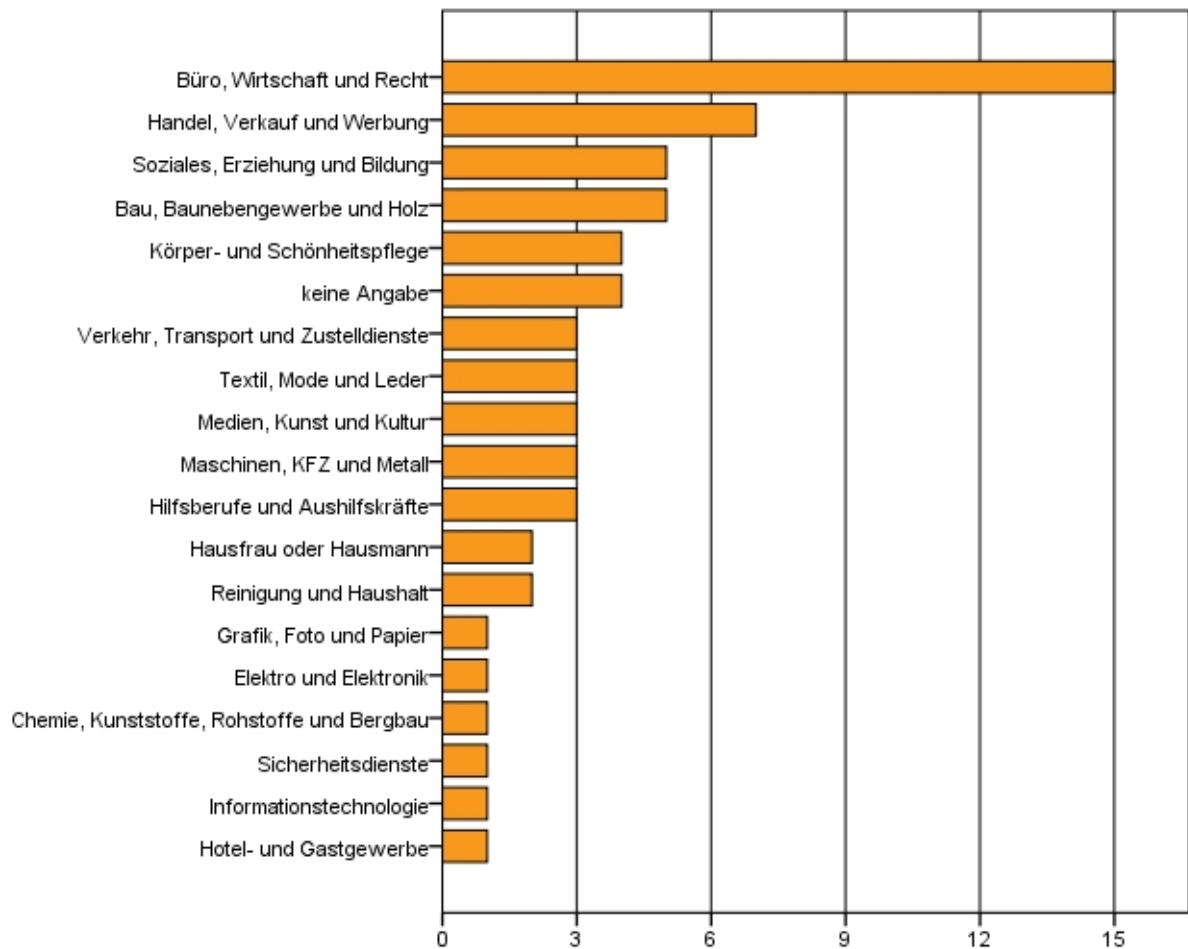


Abbildung 5: Einteilung der angegebenen Berufe

10.2.5. Dauer des Aufenthaltes im Kolpinghaus

Die BewohnerInnen, die an der Untersuchung teilnahmen, waren im Durchschnitt bereits seit 2.46 Jahren im Kolpinghaus. Der längste Aufenthalt betrug 8.50 Jahre, der kürzeste 0.1 Jahre. Bei zehn Personen betrug die Aufenthaltsdauer im Kolpinghaus unter sechs Monaten. Das entspricht 15,4 Prozent der Gesamtstichprobe.

Wie in *Kapitel Wohlbefinden und beeinflussende Variablen im Alter* beschrieben, soll überprüft werden, ob sich jene BewohnerInnen, deren Aufenthaltsdauer im Alten- und Altenpflegeheim unter sechs Monaten beträgt ($n = 10$), systematisch von den anderen BewohnerInnen ($n = 55$) unterscheiden.

Eine Bonferroni-Korrektur $\alpha' = \alpha / m$ (Bortz & Schuster, 2010, S. 232) wurde durchgeführt, um der Kumulierung des Alpha-Fehlers entgegen zu wirken. Das korrigierte Signifikanzniveau betrug $\alpha' = .0125$. Für die Gruppe der Personen mit geringer Aufenthaltsdauer ($n = 10$) wurde die Normalverteilung der Daten mittels K-S-Test geprüft. Diese fiel für die Messwerte des SWLS ($p = .044$) und der Ryff-Skala ($p =$

.029) signifikant aus, womit eine Normalverteilung nicht angenommen werden konnte. Auf Grund der Verletzung der Voraussetzung wurde für die SWLS ein U-Test berechnet, wobei die entsprechende Prüfgröße mit $U = 262.5$ ($z = -0.23$), $p = .820$ nicht signifikant ausfiel. Die Prüfgröße für die Ryff-Skala mit $U = 235.5$ ($z = -0.72$), $p = .472$ war ebenfalls nicht signifikant. Im Gegensatz dazu konnte eine Normalverteilung der Daten für EQ-5D und ELQ auf Grund der nicht signifikanten Ergebnisse des K-S-Tests ($p > .05$) angenommen werden. Die Prüfung der Homogenität der Varianzen fiel nicht signifikant aus, wodurch diese angenommen werden konnte. Es wurde für ELQ ein t-Tests für unabhängige Stichproben berechnet, der mit $t(63) = -1.33$, $p = .190$ nicht signifikant ausfiel. Für EQ-5D fiel die Prüfgröße mit $t(63) = 1.34$, $p = .186$ ebenfalls nicht signifikant aus.

Die Stichprobe der Personen, die sich seit weniger als sechs Monaten im Kolpinghaus befanden, unterschied sich nicht signifikant in den untersuchten Bereichen von der Stichprobe der Personen, deren Aufenthaltssauer länger als sechs Monate betrug,

Die Effektstärken für ELQ und EQ-5D zeigen mit jeweils $d = .34$ einen kleinen Effekt, während die entsprechenden Effektgrößen für Ryff-Skala mit $r = .03$ und jene für SWLS mit $r = .09$ auf praktisch keine Effekte hinweist.

10.2.6. *Besondere Ereignisse*

49,2% der Gesamtstichprobe berichteten, in letzter Zeit ein positives oder negatives Ereignis gehabt zu haben, dass die Lebensqualität beeinflusst hat. Positive Ereignisse wurden in 13,8% berichtet und negative in 41,5%, wovon jeweils 6,2% sowohl positive und negative Ereignisse berichteten. Die absoluten Häufigkeiten und Prozentwerte sind in Tabelle 6 angegeben.

Tabelle 6: Verteilung des Auftretens positiver und negativer Ereignisse

		Positives Ereignis		Gesamt
		nein	ja	
Negatives Ereignis	nein	33 (50,8%)	5 (7,7%)	38 (58,5%)
	ja	23 (35,4%)	4 (6,2%)	27 (41,5%)
Gesamt		56 (86,2%)	9 (13,8%)	65 (100%)

Inhalte der positiven Ereignisse waren mit je einer Nennung „berufliche Anerkennung“, „persönliche Beziehung“, „ins Heim gekommen“, „Zurück zu mehr Selbständigkeit“, „Krankheit meistern“, „katholischer Autorenverband“ und „Angehörige“. Zwei Mal genannt wurde „Geburt von Urenkel“. Inhalt und Häufigkeit der negativen Ereignisse sind übersichtlich in Abbildung 6 dargestellt, wobei „gesundheitliche Probleme“ mit einer Häufigkeit von 14 und „Tod von Angehörigen“ mit einer Häufigkeit von 6 die klar dominierenden kritischen Lebensereignisse darstellten.

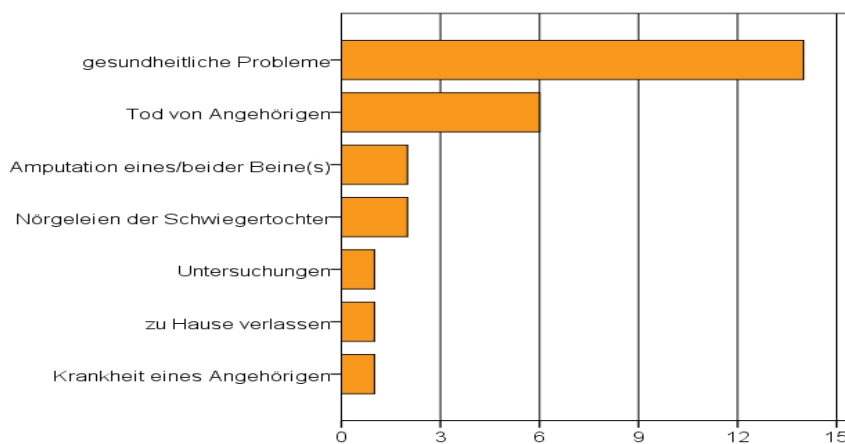


Abbildung 6: Inhalt und Häufigkeit der genannten negativen Ereignisse

Um zu prüfen, ob sich Personen, die von einem negativen Lebensereignis berichteten ($n = 27$), systematisch von Personen unterscheiden, welche kein negatives Lebensereignis berichteten ($n = 38$), wurden t-Tests für unabhängige Stichproben berechnet. Sowohl Levene-Test, als auch der K-S-Test waren nicht signifikant, womit Homogenität der Varianzen und Normalverteilung angenommen werden konnten und die Voraussetzungen für den t-Test erfüllt waren. Um der Alpha-Fehler-Inflation entgegenzuwirken, wurde eine Bonferroni-Korrektur $\alpha' = \alpha / m$ (Bortz & Schuster, 2010, S. 232) durchgeführt. Die Ergebnisse und die Überprüfung der Homogenität der Varianzen sind in Tabelle 7 dargestellt.

Unter Berücksichtigung des korrigierten Signifikanzniveaus von $\alpha' = .0125$ fällt die Prüfgröße der SWLS mit $t(63) = 3.122$, $p = .003$ signifikant aus: Die Stichprobe der Personen, die ein negatives Ereignis berichteten ($n = 27$), unterschied sich in der SWLS signifikant von der Stichprobe der Personen, die kein negatives Ereignis berichteten (n

= 38). Die Messverfahren ELQ, EQ-5D und Ryff-Skala wiesen keinen signifikanten Zusammenhang bezüglich eines negativen Ereignisses auf.

Der Mittelwert der subjektiven Lebenszufriedenheit der Personen, die ein negatives Ereignis berichteten lag bei $M = 4.76$, ($SD = 1.12$), während er bei den restlichen Personen $M = 5.62$, $SD = 1.09$ betrug.

Die standardisierten Effektstärken wurden mit Cohen's d berechnet, wobei sich für den ELQ ($d = .48$) ein kleiner Effekt und für EQ-5D ($d = .57$), Ryff-Skala ($d = .57$) und SWLS ($d = .79$) mittlere Effekte zeigen.

Tabelle 7: t-Tests für unabhängige Stichproben in Bezug auf das Auftreten eines negativen Ereignisses

	F	Sign.	t (63)	Sign. (2-seitig)
ELQ	.158	.692	1.893	.063
EQ-5D	.598	.442	-2.262	.027
Ryff-Skala	.899	.347	2.279	.026
SWLS	.379	.540	3.122	.003

10.3. Ergebnisdarstellung der Untersuchung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Untersuchung ausführlich dargestellt. Aus Gründen der Anschaulichkeit wurden die Gesamtwerte der Messinstrumente ELQ, EQ-5D und Ryff-Skala durch die entsprechende Itemzahl dividiert und somit in ein vergleichbares Maß innerhalb des Verfahrens transformiert.

10.3.1. *Existentielles Wohlbefinden*)

Das Existentielle Wohlbefinden wurde mittels ELQ erfasst. Es lag im Durchschnitt bei 4.57 ($SD = 0.62$). Der geringste Wert betrug 2.94 und der höchste Wert war 5.73. In Abbildung 7 ist die Verteilung der ELQ-Werte aller TeilnehmerInnen ersichtlich.

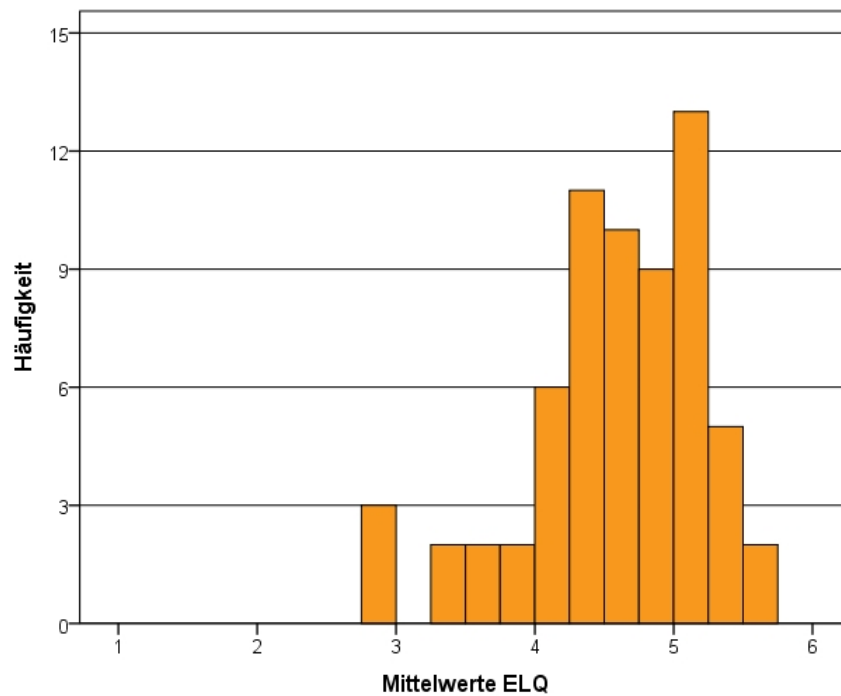


Abbildung 7: Verteilung des ELQ

Zur Überprüfung der Geschlechtseffekte wurde die Normalverteilung der Werte des ELQ separat für Männer ($n = 18$) und Frauen ($n = 47$) mittels K-S-Test berechnet. Dieser war in beiden Fällen nicht signifikant ($p > .05$), womit eine Normalverteilung angenommen werden konnte. Aufgrund der Heterogenität der Varianzen in den geschlechtsgetrennten Subpopulationen wurde der korrigierte Welch-Test t-Wert verwendet. Dieser war mit $t(55.18) = 2.35$ signifikant. Das entsprechende Cohen's $d = 0.55$ weist auf einen mittleren Effekt hin. Der Mittelwert der weiblichen Stichprobe betrug $M = 4.48$, $SD = 0.67$. Die männlichen Teilnehmer hatten einen Mittelwert von $M = 4.79$, $SD = 0.37$.

Der Zusammenhang zwischen ELQ und Alter war mit $r = .17$ nicht signifikant und entsprach einem kleinen Effekt.

Allerdings wies die weibliche - im Gegensatz zur männlichen - Stichprobe einen signifikanten Zusammenhang zwischen Alter und ELQ von $r = .44$ auf. Dies entspricht einem mittleren Effekt.

Abbildung 8 veranschaulicht den Zusammenhang von Alter und ELQ unter Berücksichtigung des Geschlechts. Der geringe Gesamtzusammenhang ist durch die orangefarbene Regressionsgerade sichtbar und ist erklärbar durch den sehr geringen, nicht signifikanten Zusammenhang der männlichen Stichprobe zwischen Alter und ELQ von $r = .04$ (blaue Regressionsgerade) und dem mittleren signifikanten Zusammenhang von $r = .44$ (grüne Regressionsgerade) zwischen Alter und ELQ in der weiblichen Stichprobe.

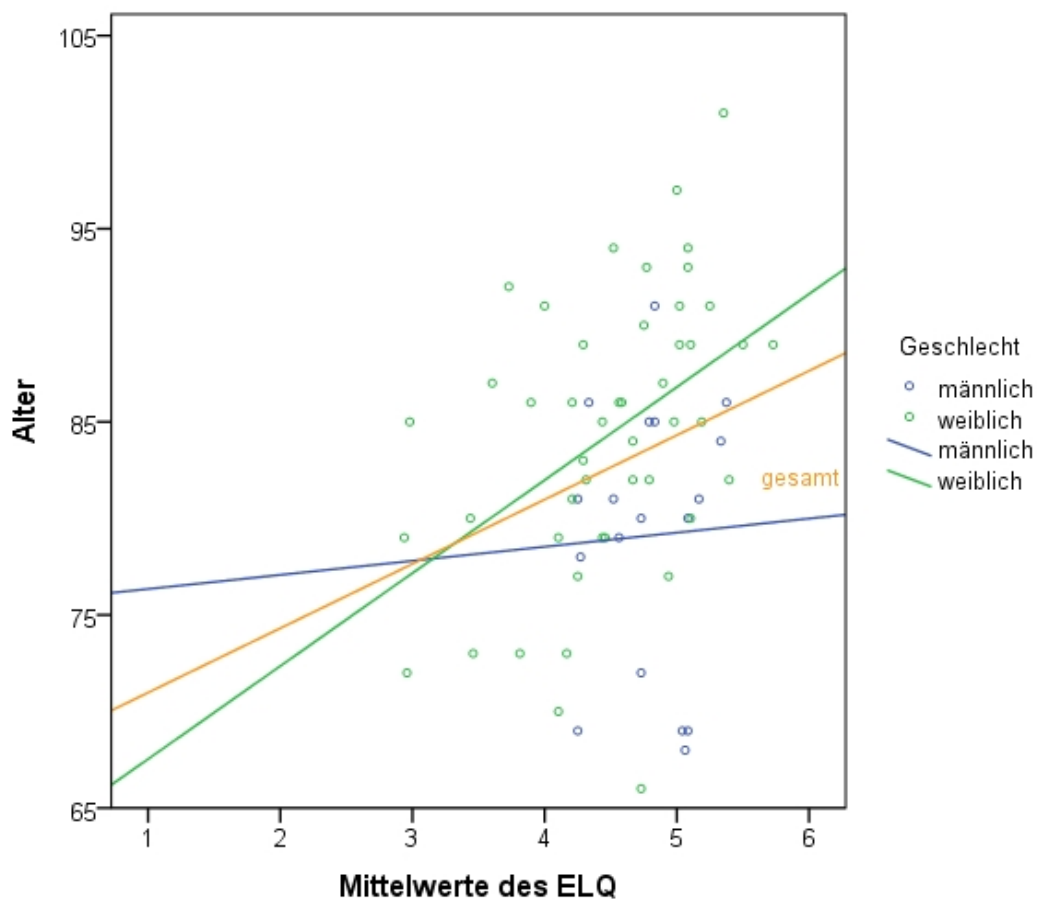


Abbildung 8: Zusammenhang zwischen Alter und ELQ unter Berücksichtigung des Geschlechts

Die Ausprägungen der Dimensionen des ELQ der geriatrischen Stichprobe sind in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8: Mittelwerte der Dimensionen des ELQ

Dimensionen des ELQ	Geschlecht	M ^a	SD	M ^b
Vertrauen	männlich	4.74	0.55	3.98
	weiblich	4.46	0.87	4.23
	Gesamt	4.54	0.80	4.14
Lebensgefühl	männlich	4.62	0.46	4.34
	weiblich	4.25	0.93	4.42
	Gesamt	4.35	0.84	4.39
Depressivität	männlich	4.6	0.81	4.27
	weiblich	4.33	0.95	4.34
	Gesamt	4.4	0.91	4.32
Beziehungserleben	männlich	5.24	0.66	4.43
	weiblich	4.81	1.04	4.63
	Gesamt	4.93	0.96	4.56
Soziales Scheitern	männlich	4.8	0.98	4.35
	weiblich	4.63	0.98	4.55
	Gesamt	4.68	0.97	4.48
Personale Aktivität	männlich	4.78	0.84	4.15
	weiblich	4.31	1.14	4.38
	Gesamt	4.44	1.18	4.3
Personale Passivität	männlich	5.13	0.87	4.4
	weiblich	4.87	1.22	4.75
	Gesamt	4.94	1.14	4.63

Anmerkungen. N = 65, männlich (n = 18), weiblich (n = 47), ^a Stichprobe aus vorliegender Arbeit, die Dimensionen Existentielle Erfüllung und Existentielle Leere wiesen eine zu geringe Reliabilität auf. ^b Stichprobe aus der Population der Normalbevölkerung, N = 180, aus Mayerweg (2003), es waren keine Standardabweichungen angeführt, es waren keine Werte für Existentielle Leere angeführt

10.3.2. Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde mittels EQ-5D anhand von fünf dreistufigen Fragen erfasst. Zusätzlich sollte die momentane Gesundheit auf einer visuellen Skala von 0 bis 100 eingeschätzt werden. Erreichbare Gesamtwerte im EQ-5D lagen zwischen 5 und 15 Punkten. Je höher der Punktwert war, desto beeinträchtigt

wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität wahrgenommen. Der durchschnittliche Gesamtwert betrug 8.55 ($SD = 2.19$) (Abbildung 9).

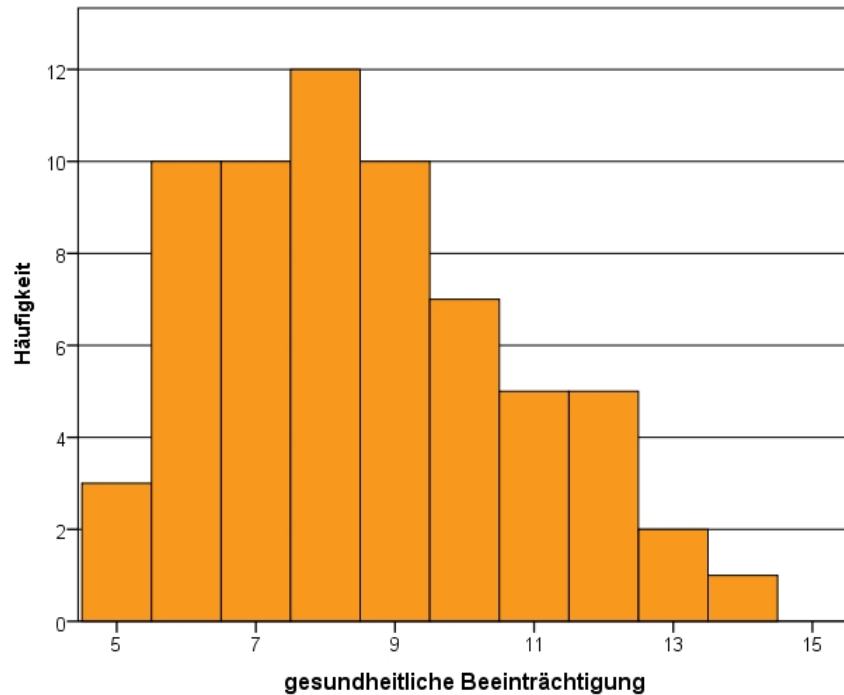


Abbildung 9: Verteilung der Gesamtwerte des EQ-5D

In Tabelle 9 ist die Häufigkeit der Antworten auf die Fragen des EQ-5D auf ihrer dreistufigen Skala wiedergegeben.

Tabelle 9: Antworthäufigkeiten der EQ-5D-Dimensionen

	1	2	3
Mobilität/Beweglichkeit	18 (27,7)	44 (67,7)	3 (4,6)
Für sich selbst sorgen	40 (61,5)	20 (30,8)	5 (7,7)
Ausführen allgemeiner Tätigkeiten	25 (38,5)	25 (38,5)	15 (23,1)
Schmerzen	17 (26,6)	33 (50,8)	15 (23,1)
Angst/Niedergeschlagenheit	35 (53,8)	27 (41,5)	3 (4,6)

Anmerkungen. Werte bezogen auf die Gesamtstichprobe $N = 65$, Prozentzahlen in Klammern, **1** = kein, keine Probleme, nicht; **2** = mäßige Probleme, mäßig; **3** = nicht in der Lage, extrem

Als Voraussetzungen zur Berechnung des t-Tests konnte die Normalverteilung durch K-S-Test für den Fall der männlichen Stichprobe ($n = 18$) und in Bezug auf den zentralen Grenzwertsatz (Bortz & Döring, 2006) für den Fall der weiblichen Stichprobe ($n = 47$) bestätigt werden. Ebenfalls konnte die Homogenität der Varianzen durch nicht signifikante Werte des Levene-Tests angenommen werden. Die Prüfung auf Unterschiede der Mittelwerte von Männer und Frauen stellte sich mit $t(63) = -1.67, p = .10$ als nicht signifikant heraus. Die entsprechende Effektgröße von Cohen's $d = .28$ beschreibt den Effekt des Geschlechts auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität als klein.

Eine nicht signifikante Korrelation zwischen EQ-5D und Alter von $r = .11$ deutete darauf hin, dass die eingeschätzte gesundheitsbezogene Lebensqualität mit dem Alter nur in sehr geringem Maße zusammenhängt.

Das vierte Item des EQ-5D erfasst das aktuelle Schmerzerleben. Fast drei Viertel der TeilnehmerInnen gaben an, an mäßigen oder extremen Schmerzen oder Beschwerden zu leiden. Lediglich 26,2% gaben an, keine Schmerzen zu haben. Während bei den Frauen 25,5% extreme Schmerzen oder Beschwerden angaben, traf dies bei der männlichen Stichprobe nur auf 16,7% zu.

Zusätzlich zu der Beantwortung der Fragen verlangt der EQ-5D eine Selbsteinschätzung der eigenen, aktuellen Gesundheit auf einer Skala von 0 bis 100. Hier betrug der Durchschnittswert 56.66, bei Ausprägungen von 15 bis 100. Mit 25 Nennungen war die Angabe 50 auffällig oft. 60 wurde acht Mal genannt, die restlichen Werte vier Mal oder weniger. Die durchschnittliche selbsteingeschätzte Gesundheit der Männer war 59.89, während sie bei den Frauen 55.43 betrug. Da der K-S-Test signifikant war ($p = .019$), konnte nicht von Normalverteilung ausgegangen werden. Als alternatives Verfahren wurde der U-Test berechnet, dessen Prüfgröße $U = 362$ ($z = -.922$), $p = .356$ nicht signifikant ausfiel. Die männliche und weibliche Stichprobe unterscheidet sich somit nicht signifikant in Bezug auf den selbsteingeschätzten Gesundheitszustand.

10.3.3. *Psychologisches Wohlbefinden*

Das mittels Ryff-Skala erfasste durchschnittliche psychologische Wohlbefinden der TeilnehmerInnen betrug 4.58 ($SD = .61$), wobei Werte von eins bis sechs realisierbar waren. Die Verteilung aller TeilnehmerInnen ist in Abbildung 10 dargestellt. Das Minimum lag bei 2.79, das Maximum bei 5.93 Punkten. Normalverteilung konnte auf Grund des nicht signifikanten K-S-Tests ($p > .05$) angenommen werden. Homogenität der Varianzen konnte auf Grund des nicht signifikanten Levene-Tests mit $p = .406$

gegeben. Die Geschlechtsunterschiede waren mit $t(63) = .60, p = .549$ nicht signifikant. Cohens' d betrug .17, der Effekt erreicht ein geringes Ausmaß. Der Zusammenhang mit dem Alter betrug $r = .23$, was nicht signifikant war und einen kleinen Effekt darstellt. Die Mittelwerte der einzelnen Dimensionen sind in Tabelle 10 dargestellt.

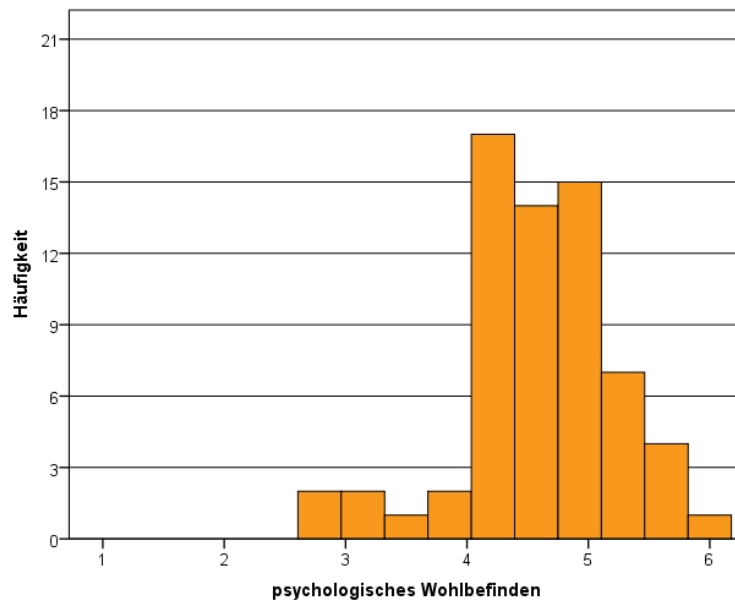


Abbildung 10: Verteilung der Werte der Ryff-Skala

Tabelle 10: Werte der Dimensionen der Ryff-Skala

Dimension	Geschlecht	M	SD
Autonomie	männlich	4.91	0.65
	weiblich	4.77	0.95
	Gesamt	4.82	0.88
Umweltbeherrschung	männlich	5.17	0.65
	weiblich	4.9	0.97
	Gesamt	4.97	0.89
Selbstakzeptanz	männlich	4.72	0.83
	weiblich	4.66	1.22
	Gesamt	4.68	1.12
Persönliches Wachstum	männlich	4.33	1.37
	weiblich	3.97	1.33
	Gesamt	4.07	1.34
Positive Beziehungen zu Anderen	männlich	4.17	1.38
	weiblich	4.36	1.37
	Gesamt	4.31	1.37

Anmerkungen. N = 65, männlich (n = 18), weiblich (n = 47)

10.3.4. Subjektive Lebenszufriedenheit

Maximal erreichbar im SWLS sind 35 Punkte, was der höchstmöglichen, subjektiv einschätzbaren Lebenszufriedenheit entspricht. Die durchschnittliche subjektive Zufriedenheit mit dem eigenen Leben betrug 26.31 ($SD = 5.87$). Die geringste gemessene Lebenszufriedenheit wurde mit 13 Punkten angegeben, die höchste gemessene mit 35. In Abbildung 11 sind die klassifizierten Werte des SWLS (Diener et al., 1985) abzulesen. Werte zwischen 5 und 9 werden als *extrem unzufrieden* klassifiziert und wurden in vorliegender Untersuchung kein einziges Mal gemessen.

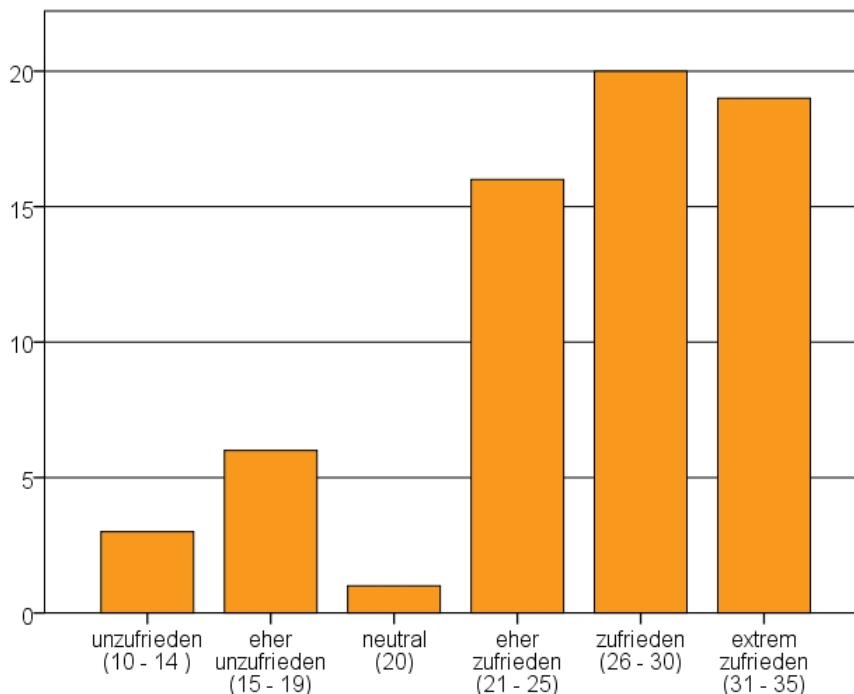


Abbildung 11: Verteilung der klassifizierten Werte des SWLS

Normalverteilung der Daten konnte bei dem nicht signifikanten K-S-Test ($p > .05$) angenommen werden. Der Levene-Test fiel nicht signifikant aus, wodurch die Varianzen als homogen galten. Der Unterschied zwischen männlichen ($n = 18$) und weiblichen ($n = 47$) TeilnehmerInnen war mit $t(63) = .63$, $p = .53$ nicht signifikant. Das Cohan's d betrug .17 und weist auf praktisch keinerlei Effekt hin.

Der Zusammenhang des SWLS mit Alter war mit $r = .17$ nicht signifikant und weist auf einen kleinen Effekt hin.

10.3.5. Vergleich der Messinstrumente zur Erfassung des Wohlbefindens

Der Fragebogen zur Messung des psychologischen Wohlbefindens (Ryff-Skala) wurde mit dem Fragebogen zur Erfassung der subjektiven Lebenszufriedenheit (SWLS) verglichen. Dies geschah mittels Überprüfung des Zusammenhangs.

Da Intervallskalenniveau der Daten gegeben war und Normalverteilung auf Grund des zentralen Grenzwertsatzes (Bortz & Döring, 2006) angenommen werden konnte, wurde eine Produkt-Moment-Korrelation berechnet. Die Ryff-Skala hängt mit $r = .355$, $p < .01$, signifikant mit der SWLS zusammen. In der männlichen Stichprobe ($n = 18$) ist der Zusammenhang $r = .116$, $p > .05$ nicht signifikant und beschreibt einen kleinen Effekt. Die weibliche Stichprobe hingegen wies mit $r = .376$, $p < .01$ einen signifikanten Zusammenhang zwischen Ryff-Skala und SWLS auf und entspricht einem mittleren Effekt. Die Unterschiedsanalyse auf Basis der Fischer'schen z-Transformation zeigt mit $z = -2.11$, $p < .05$ einen signifikanten Unterschied zwischen der männlichen und der weiblichen Stichprobe (Abbildung 12).

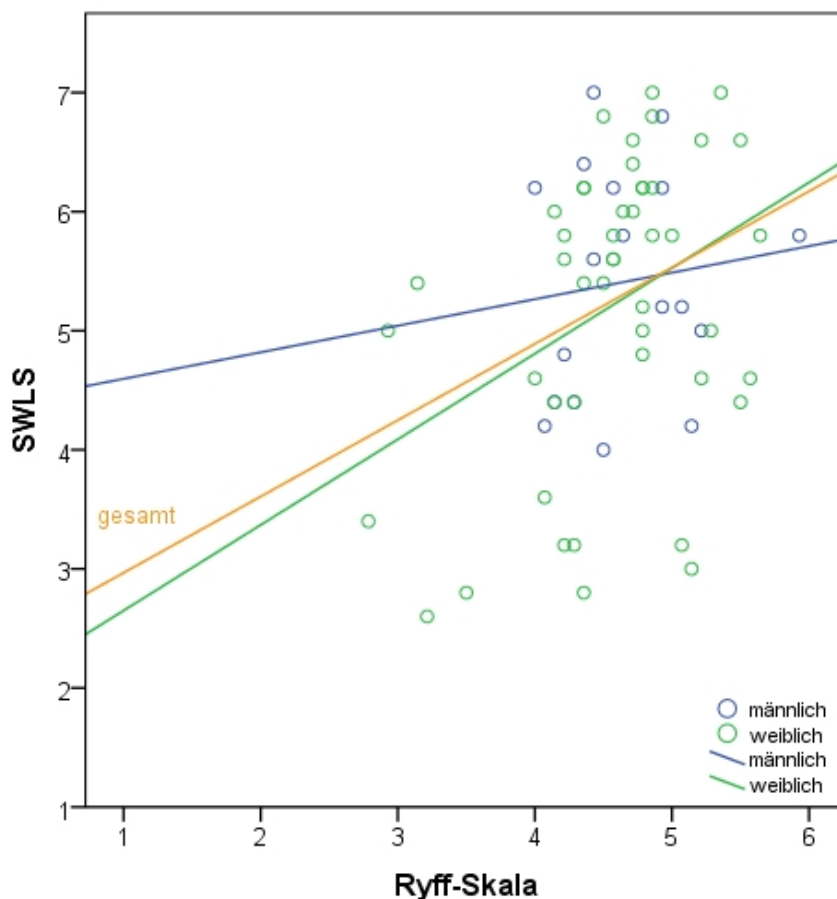


Abbildung 12: Streudiagramm für Ryff-Skala und SWLS unter Berücksichtigung des Geschlechts

Die Art des Zusammenhangs zwischen Ryff-Skala und SWLS wird ebenfalls beeinflusst durch das existentielle Wohlbefinden. Der Zusammenhang zwischen Ryff-Skala und SWLS betrug bei Personen mit hohem existentiellen Wohlbefinden $r = -.047$, $p = .789$ und fiel nicht signifikant aus. Auch der Zusammenhang bei Personen mit niedrigem existentiellen Wohlbefinden fiel mit $r = .273$, $p = .144$ nicht signifikant aus. Der Unterschied der Korrelationen war mit $z = 4.30$, $p < .001$ allerdings signifikant (Abbildung 13).

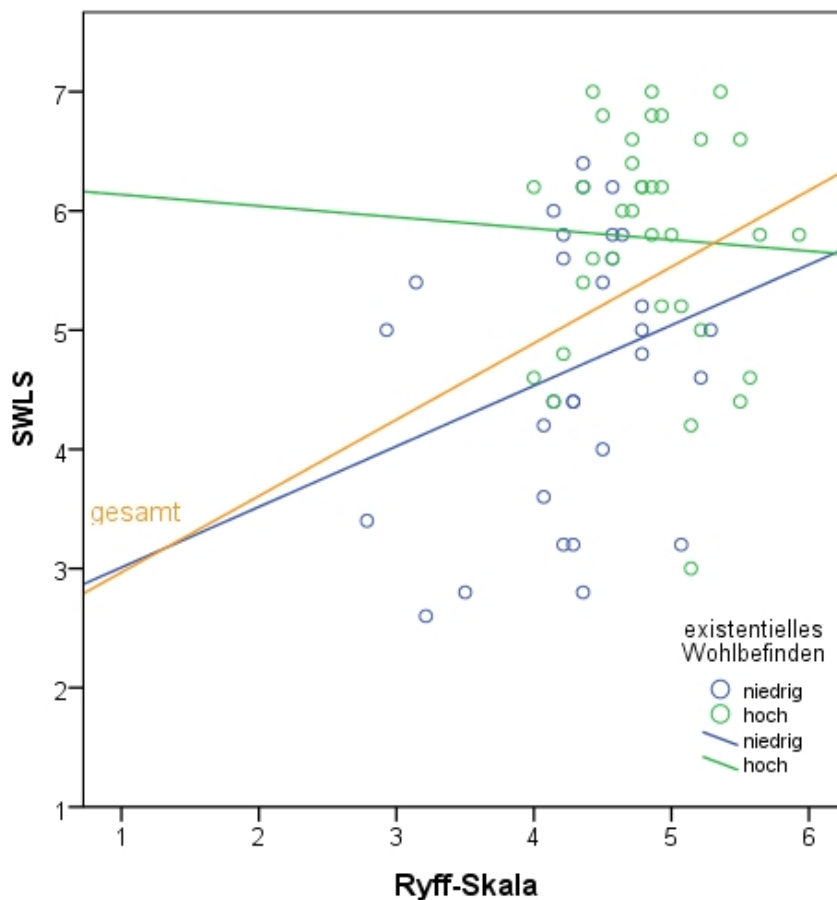


Abbildung 13: Streudiagramm für Ryff-Skala und SWLS unter Berücksichtigung des existentiellen Wohlbefindens

11. Hypothesenprüfung

Im Folgenden werden die in *Kapitel 8 Fragestellungen* angeführten Hypothesen und Fragestellungen geprüft und beantwortet.

11.1. Kontrollhypothesen

Da die Hypothesen, die der Kontrolle der Stichprobe dienen, zur Stichprobenbeschreibung relevant sind, wurden diese bereits in entsprechendem *Kapitel 10.2 Beschreibung der Stichprobe* berechnet und deren Ergebnisse dargestellt. Im Folgenden werden die Hypothesen zusammengefasst und die Ergebnisse dargestellt.

1A. H 1: Die Anwesenheit des Testleiters hat einen Effekt auf das psychologische Wohlbefinden.

1B. H 1: Die Anwesenheit des Testleiters hat einen Effekt auf die subjektive Lebenszufriedenheit.

1C. H 1: Die Anwesenheit des Testleiters hat einen Effekt auf das existentielle Wohlbefinden.

1D. H 1: Die Anwesenheit des Testleiters hat einen Effekt auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Die Hypothese wurde mittels t-Tests für unabhängige Stichproben überprüft. Die Ergebnisse waren in keinem Fall signifikant. Die H1 werden jeweils verworfen.

2A. H 1: Die Aufenthaltsdauer der BewohnerInnen hat einen Effekt auf das psychologische Wohlbefinden.

2B. H 1: Die Aufenthaltsdauer der BewohnerInnen hat einen Effekt auf die subjektive Lebenszufriedenheit.

2C. H 1: Die Aufenthaltsdauer der BewohnerInnen hat einen Effekt auf das existentielle Wohlbefinden.

2D. H 1: Die Aufenthaltsdauer der BewohnerInnen hat einen Effekt auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Die Ergebnisse, die mittels t-Tests für unabhängige Stichproben und mittels U-Tests bei Verletzung der Voraussetzungen, ermittelt wurden, waren jeweils nicht signifikant. Die Alternativhypothesen H1 werden zurückgewiesen.

3A. H 1: Das Auftreten eines negativen Ereignisses in der letzten Zeit hat einen Effekt auf das psychologische Wohlbefinden.

3B. H 1: Das Auftreten eines negativen Ereignisses in der letzten Zeit hat einen Effekt auf die subjektive Lebenszufriedenheit.

3C. H 1: Das Auftreten eines negativen Ereignisses in der letzten Zeit hat einen Effekt auf das existentielle Wohlbefinden.

3D. H 1: Das Auftreten eines negativen Ereignisses in der letzten Zeit hat einen Effekt auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Die Mittelwertsunterschiede wurden mittels t-Tests für unabhängige Stichproben untersucht. Die Stichprobe der Personen, die ein negatives Ereignis berichteten, unterschied sich in der SWLS signifikant von der Stichprobe der Personen, die kein negatives Ereignis berichteten. Für die anderen Messinstrumente, die zum Einsatz kamen, zeigten sich keine Unterschiede in Bezug auf ein negatives Ereignis. 3B. H1 wird beibehalten. 3A. H1, 3C. H1 und 3D. H1 werden verworfen.

11.2. Zusammenhangshypothesen zwischen existentiellem Wohlbefinden und subjektiver Lebenszufriedenheit

4A. H 1: Das existentielle Wohlbefinden hängt mit dem psychologischen Wohlbefinden zusammen.

4B. H 1: Das existentielle Wohlbefinden hängt mit der subjektiven Lebenszufriedenheit zusammen.

Die Hypothesen wurden mittels Produkt-Moment-Korrelation überprüft.

Voraussetzungen

Die Normalverteilung der Daten in den Stichproben konnte auf Grund des zentralen Grenzwertsatzes angenommen werden (Bortz & Döring, 2006). Intervallskalenniveau der Daten wurde, wie in *Kapitel 9.3 Statistische Verfahren* bereits beschrieben, ebenfalls angenommen.

Die Überprüfung der Hypothese 4A ergab einen positiven, signifikanten Zusammenhang des ELQ mit der Ryff-Skala, $r = .61$, $p < .01$. Dies entspricht einem großen Effekt.

Einen ebenfalls positiven, signifikanten Zusammenhang mit großem Effekt ergab sich in Hypothese 4B zwischen ELQ und SWLS, $r = .61$, $p < .01$.

Die H1 wird beibehalten.

5A. H 1: Die Prädiktoren Alter, Geschlecht, Bericht eines negativen Ereignisses, Aufenthaltsdauer und Testleiteranwesenheit, die Dimensionen des ELQ, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die subjektive Gesundheitseinschätzung weisen einen signifikanten Erklärungswert für die Variabilität des Kriteriums des psychologischen Wohlbefindens auf.

Die Prädiktoren wurden in zwei Blöcken unter Rückwärtsselektion der Modellprüfung unterzogen, da diese redundante Information der Prädiktoren vermeidet.

Voraussetzungen

Auf Grundlage des P-P-Plots kann die Normalverteilung der standardisierten Residuen angenommen werden. Die unauffälligen Toleranzwerte der Prädiktoren weisen auf keine Multikollinearität hin und auf Grundlage der Durbin-Watson Statistik mit DW = 2.02 kann eine Autokorrelation der Residuen ausgeschlossen werden.

Die globale Modellzusammenfassung fiel mit $F(4, 60) = 11.637$, $p < .001$ signifikant aus, was auf bedeutsame Prädiktoren in der Modellprüfung schließen lässt.

Die signifikanten Prädiktoren können zusammen 43,7% der Varianz am Kriterium psychologisches Wohlbefinden aufklären. Die drei signifikanten Prädiktoren des ELQ - Lebensgefühl, Beziehungserleben und Soziales Scheitern - werden von der Gesundheitseinschätzung als vierten signifikanten Prädiktor zur Vorhersage des psychologischen Wohlbefindens ergänzt (siehe

Tabelle 11).

Tabelle 11: Koeffizienten der signifikanten Prädiktoren der multiplen linearen Regression für das Kriterium Ryff-Skala

	Regressions- koeffizient B	Standard- fehler	β	t	Sign.	Kollinearitätsstatistik	
						Toleranz	VIF
(Konstante)	1.981	0.401		4.946	.000		
Beziehungserleben (ELQ)	.157	0.066	.247	2.377	.021	.872	1.147
Soziales Scheitern (ELQ)	.130	0.068	.206	1.913	.061	.810	1.235
Personale Aktivität (ELQ)	.156	0.060	.275	2.595	.012	.835	1.197
subjektive Gesundheitseinschätzung	.009	0.003	.294	2.941	.005	.941	1.063

Die Regressionsgleichung für das Kriterium Ryff-Skala lautet:

$$\hat{Y} = 1.981 + (.157 * \text{Beziehungserleben (ELQ)}) + (.130 * \text{Soziales Scheitern (ELQ)}) + (.156 * \text{Personale Aktivität (ELQ)}) + (.009 * \text{subjektive Gesundheitseinschätzung})$$

Die H1 wird angenommen, da signifikante Prädiktoren vorhanden sind.

5B. H 1: Die Prädiktoren Alter, Geschlecht, Bericht eines negativen Ereignisses, Aufenthaltsdauer und Testleiteranwesenheit, die Dimensionen des ELQ, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die subjektive Gesundheitseinschätzung weisen einen signifikanten Erklärungswert für die Variabilität des Kriteriums der subjektiven Lebenszufriedenheit (SWLS).

Wieder wurden die Prädiktoren in zwei Blöcken unter Rückwärtsselektion der Modellprüfung unterzogen.

Voraussetzungen

Die Normalverteilung der standardisierten Residuen kann auf Grundlage des P-P-Plots angenommen werden, die unauffälligen Toleranzwerte der Prädiktoren weisen auf keine Multikollinearität hin und es kann eine Autokorrelation der Residuen auf Grundlage der Durbin-Watson Statistik mit $DW = 1.91$ ausgeschlossen werden.

Die globale Modellzusammenfassung fiel mit $F(5, 59) = 11.99, p < .001$ signifikant aus, womit aufgrund der Modellprüfung signifikante Prädiktoren angenommen werden können.

Diese Prädiktoren können zusammen 50,4% der Varianz am Kriterium subjektive Lebenszufriedenheit aufklären. Die signifikanten Prädiktoren sind das Berichten eines negativen Ereignisses, die Dimensionen des ELQ Lebensgefühl, Soziales Scheitern und Personale Aktivität und die gesundheitsbezogene Lebensqualität (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Koeffizienten der signifikanten Prädiktoren der multiplen linearen Regression für das Kriterium SWLS

	Regressions- koeffizient B	Standard- fehler	β	t	Sign.	Kollinearitätsstatistik	
						Toleranz	VIF
(Konstante)	2.647			2.902	.005		
Negatives Ereignis	-.553	0.232	-.234	-2.382	.020	.870	1.149
Lebensgefühl (ELQ)	.374	0.179	.268	2.082	.042	.506	1.978
Soziales Scheitern (ELQ)	.216	0.122	.179	1.769	.082	.821	1.219
Personale Aktivität (ELQ)	.237	0.141	.218	1.686	.097	.503	1.987
gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D)	-.493	0.274	-.184	-1.801	.077	.808	1.238

Die Regressionsgleichung für das Kriterium SWLS lautet:

$$\hat{Y} = 2.647 + (-.553 * \text{Negatives Ereignis}) + (.374 * \text{Lebensgefühl (ELQ)}) + (.216 * \text{Soziales Scheitern (ELQ)}) + (.237 * \text{Personale Aktivität (ELQ)}) + (-.493 * \text{gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D)})$$

Da signifikante Prädiktoren auftreten, kann die H1 übernommen werden.

11.3. Hypothesen in Bezug auf das Wohlbefindensparadoxon

6A. H 1: Es besteht ein Unterschied im Zusammenhang zwischen gesundheitsbezogener Lebensqualität und psychologischem Wohlbefinden bei Personen mit hohem und niedrigem existentielllem Wohlbefinden.

6B. H 1: Es besteht ein Unterschied im Zusammenhang zwischen gesundheitsbezogener Lebensqualität und subjektiver Lebenszufriedenheit bei Personen mit hohem und niedrigem existentielllem Wohlbefinden.

Zur Überprüfung dieser Hypothesen wurden die Unterschiede der Korrelationen zwischen der gesundheitsbezogener Lebensqualität und dem psychologischen Wohlbefinden bzw. der subjektiven Lebenszufriedenheit für die Stichprobe der Personen mit niedrigem existentiellen Wohlbefinden ($n = 30$) und der Stichprobe der Personen mit hohem existentiellen Wohlbefinden ($n = 35$) berechnet (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Korrelationen und Unterschied der Korrelationen zwischen und psychologischem Wohlbefinden, und gesundheitsbezogener Lebensqualität und subjektive Lebenszufriedenheit, unter Berücksichtigung der Ausprägung der existentiellen Lebensqualität

Zusammenhang zwischen	Existentielles Wohlbefinden ^a	r	p	z	p
Gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychologisches Wohlbefinden	niedrig	-.076	.691	1.83	.068
	hoch	-.215	.214		
Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Lebenszufriedenheit	niedrig	-.337	.069	0.95	.344
	hoch	-.271	.116		

Anmerkungen. ^a Das Kriterium zur Einteilung des existentiellen Wohlbefindens war der Mittelwert. niedriges Wohlbefinden ($n = 30$), hohes Wohlbefinden ($n = 35$)

Der Unterschied zwischen den Korrelationen von gesundheitsbezogener Lebensqualität und psychologischem Wohlbefinden unter Berücksichtigung der Ausprägung des existentiellen Wohlbefindens war mit $z = 1.83$, $p = .068$ nicht signifikant.

Auch die Korrelationen von gesundheitsbezogener Lebensqualität und der subjektiven Lebenszufriedenheit unter Berücksichtigung der Ausprägung des existentiellen Wohlbefindens unterschieden sich mit $z = 0.95$, $p = .344$ nicht signifikant voneinander.

In der Gesamtstichprobe ($N = 65$) war der Zusammenhang zwischen gesundheitsbezogener Lebensqualität und dem psychologischen Wohlbefinden mit $r = -.274$, auf einem Signifikanzniveau von .05 signifikant. Die Zusammenhänge mit der subjektiven Lebenszufriedenheit, $r = -.411$ und existentiell Wohlbefinden, $r = -.336$ sind auf einem Signifikanzniveau von .01 signifikant. Je höher die gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit, desto höher sind sowohl das psychologische Wohlbefinden und die subjektive Lebenszufriedenheit, als auch das existentielle Wohlbefinden (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: Korrelationen der Gesamtstichprobe zwischen je gesundheitlicher Beeinträchtigung und psychologischem Wohlbefinden, subjektiver Lebenszufriedenheit, existentiellm Wohlbefinden

		Ryff-Skala	SWLS	ELQ
gesundheitsbezogene	r	-.274	-.411	-.336
Lebensqualität	p	.027	.001	.006

6A. H1 und 6B. H1 werden verworfen.

7A. H 1: Es besteht ein Unterschied im Zusammenhang zwischen Leiden an Schmerzen und psychologischem Wohlbefinden bei Personen mit hohem und niedrigem existentiellm Wohlbefinden.

7B. H 1: Es besteht ein Unterschied im Zusammenhang zwischen Leiden an Schmerzen und subjektiver Lebenszufriedenheit bei Personen mit hohem und niedrigem existentiellm Wohlbefinden.

Tabelle 15: Korrelationen und Unterschied der Korrelationen zwischen Schmerz und psychologischem Wohlbefinden, und Schmerz und subjektiver Lebenszufriedenheit, unter Berücksichtigung der Ausprägung der existentiellen Lebensqualität

Zusammenhang zwischen	Existentielles Wohlbefinden ^a	r	p	z	p
Schmerz und psychologischem Wohlbefinden	niedrig	.105	.581		
	hoch	.016	.929	-1.59	.111
Schmerz und subjektiver Lebenszufriedenheit	niedrig	.039	.836		
	hoch	-.103	.555	1.868	.062

Anmerkungen. ^a Das Kriterium zur Einteilung des existentiellen Wohlbefindens war der Mittelwert. niedriges Wohlbefinden (n = 30), hohes Wohlbefinden (n = 35)

Diese Hypothese wurde durch Berechnung des Unterschiedes zwischen den Korrelationen von Schmerz und psychologischem Wohlbefinden bzw. subjektiver Lebenszufriedenheit bei niedriger Ausprägung des ELQ (n = 30) und bei hoher Ausprägung des ELQ (n = 35) überprüft.

Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen dem Leiden an Schmerzen und psychologischem Wohlbefinden unter Berücksichtigung der Ausprägung des existentiellen Wohlbefindens (ELQ), $z = -1.59$, $p = .111$.

Der Unterschied zwischen Leiden an Schmerz und subjektiver Lebenszufriedenheit unter Berücksichtigung des existentiellen Wohlbefindens war mit $z = 1.868$, $p = .062$ nicht signifikant.

Die Zusammenhänge der Gesamtstichprobe ($N = 65$) zwischen Schmerzleiden und Wohlbefinden sind Tabelle 16 zu entnehmen. Es existierte kein signifikanter Zusammenhang zwischen Schmerzleiden und psychologischem Wohlbefinden, subjektiver Zufriedenheit oder existentielltem Wohlbefinden.

Tabelle 16: Korrelationen der Gesamtstichprobe zwischen je Schmerzleiden und psychologisches Wohlbefinden, subjektive Lebenszufriedenheit, existentielle Lebensqualität

		psychologisches Wohlbefinden	subjektive Lebenszufriedenheit	existentielle Lebensqualität
Leiden an	r	-.100	-.175	-.231
Schmerz	p	.429	.164	.064

7A. H1 und 7B. H1 werden verworfen.

8A. H 1: Es besteht ein Unterschied im Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheitseinschätzung und psychologischem Wohlbefinden bei Personen mit hohem und niedrigem existentielltem Wohlbefinden.

8B. H 1: Es besteht ein Unterschied im Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheitseinschätzung und subjektiver Lebenszufriedenheit bei Personen mit hohem und niedrigem existentielltem Wohlbefinden.

Auch für diese Hypothesen wurde der Unterschied der Korrelationen berechnet – zwischen der subjektiven Gesundheitseinschätzung und dem psychologischem Wohlbefinden, bei niedriger und bei hoher existentielle Lebensqualität, und zwischen der subjektiven Gesundheitseinschätzung und der subjektiven Lebenszufriedenheit, ebenfalls unter Berücksichtigung der existentiellen Lebensqualität.

Die Ergebnisse sind in Tabelle 17 dargestellt. In der subjektiven Gesundheitseinschätzung auf einer Skala von Skala 0 – 100 bestand zwischen dem

psychologischen Wohlbefinden bei niedrigem ($n = 30$) und bei hohem ($n = 35$) existentielltem Wohlbefinden mit $z = 1.71$, $p = .088$, kein signifikanter Unterschied. Zwischen der subjektiven Gesundheitseinschätzung und der subjektiven Lebenszufriedenheit unter Berücksichtigung des existentiellen Wohlbefindens, zeigte sich ein signifikanter Unterschied, $z = 6.17$, $p < .0001$ (siehe Tabelle 17; Abbildung 14).

Tabelle 17: Korrelationen und Unterschied der Korrelationen zwischen Gesundheitseinschätzung und Ryff-Skala, und Gesundheitseinschätzung und SWLS, unter Berücksichtigung der Ausprägung des ELQ

Zusammenhang zwischen	Existentielles Wohlbefinden ^a	r	p	z	p
Gesundheitseinschätzung und Ryff-Skala	niedrig	.34	.066	1.71	.088
	hoch	.378	.025		
Gesundheitseinschätzung und SWLS	niedrig	.323	.081	6.17	< .0001
	hoch	.043	.805		

Anmerkungen. ^a Das Kriterium zur Einteilung des existentiellen Wohlbefindens war der Mittelwert. niedriges Wohlbefinden ($n = 30$), hohes Wohlbefinden ($n = 35$)

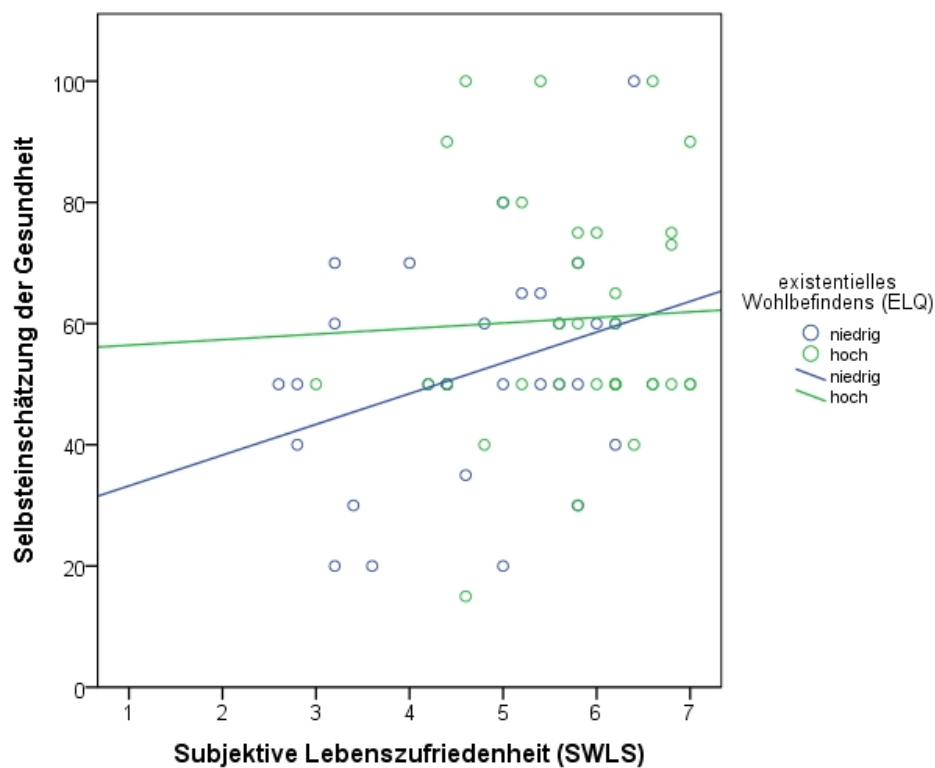


Abbildung 14: Streudiagramm für Selbsteinschätzung der Gesundheit und SWLS unter Berücksichtigung der Ausprägung des ELQ

Die Zusammenhänge der Gesamtstichprobe ($N = 65$) zwischen der subjektiven Gesundheitseinschätzung und den Wohlbefindensfragebögen sind in Tabelle 18 dargestellt. In der Gesamtstichprobe hing die Selbsteinschätzung der Gesundheit signifikant mit dem psychologischen Wohlbefinden, der subjektiven Lebenszufriedenheit und dem existentiellen Wohlbefinden zusammen. Der Effekt des Zusammenhangs mit dem psychologischen Wohlbefinden war mit $r = .412$, $p < 0.001$ als mittel, mit der subjektiven Lebenszufriedenheit, $r = .216$, $p < .05$ und der existentiellen Lebensqualität $r = .266$, $p < .05$ als klein einzustufen.

Tabelle 18: Korrelationen der Gesamtstichprobe zwischen je Selbsteinschätzung der Gesundheit mit psychologischem Wohlbefinden, subjektiver Lebenszufriedenheit, existentieller Lebensqualität

		psychologisches Wohlbefinden	Subjektive Lebenszufriedenheit	existentielle Lebensqualität
Selbsteinschätzung	r	.412**	.216*	.266*
der Gesundheit	p	< .001	.036	.032

Anmerkungen. * $p < .05$, ** $p < .01$

8A. H1 wird verworfen, 8B. H1 wird beibehalten.

12. Interpretation und Diskussion

Die Interpretation der Ergebnisse ist gegliedert in die Beschreibung der Stichprobe, dem Zusammenhang von Alter und Gesundheit und Alter und Wohlbefinden, dem existentiellen Wohlbefinden, dem Wohlbefindensparadoxon und dem Vergleich der Wohlbefindensfragebögen.

12.1. Die Stichprobe

An der vorliegenden Querschnittuntersuchung nahmen 65 BewohnerInnen des Alten- und Altenpflegeheims im Alter von 66 bis 101 Jahren teil. Die Personen hatten keine starken kognitiven Beeinträchtigungen, was durch die vorhandenen MMSE-Werte sichergestellt werden konnte. Die Stichprobe bestand zu 72,31% aus Frauen, was der Erwartung aus den Daten der Statistik Austria (2010) ungefähr entsprach. Das durchschnittliche Alter der Frauen in der vorliegenden Untersuchung betrug 84.32 Jahre, das der Männer 79.11. Das Durchschnittsalter in der Gesamtstichprobe war 82.88 Jahre. Die befragten Personen waren seit durchschnittlich 2.46 Jahren im Alten- und Altenpflegeheim, wobei die Aufenthaltsdauer von zehn Personen weniger als sechs Monate betrug. Da ein Heimeintritt ein kritisches Lebensereignis darstellen kann, das sich in den ersten sechs Monaten in reduziertem Wohlbefinden äußern kann (Klingensfeld, 1999), wurde überprüft, ob sich die Personen, deren Aufenthaltsdauer in diesen ersten sechs Monaten liegt, in den erhobenen Bereichen von den anderen Personen unterscheiden. Viele Faktoren wirken allerdings auf das Ereignis des Heimeintritts. So wird von Wilson (1997) beschrieben, dass die Phase der Anpassung an die Heimsituation abhängig von der Persönlichkeit und der Biografie ist. Auch eine vorherige Auseinandersetzung mit dem Heimeintritt kann zu einer positiven Bewältigung beitragen (Filipp, 1981). Auch die Freiwilligkeit (Klingensfeld, 1999) und die Entscheidungsfreiheit (Carp, zitiert nach Lehr, 2007) können auf diese Anpassung an die neue Wohnsituation wirken. Aus existenzanalytischer Sicht kann davon ausgegangen werden, dass die aus der Freiheit der Person stammende Einstellung zu dem Heimeintritt diesen entscheidend beeinflusst. Die Vielzahl der beteiligten Faktoren konnte in der vorliegenden Arbeit nicht miterhoben werden, doch da sich die Personen, die sich erst seit weniger als sechs Monaten im Alten- und Altenpflegeheim befanden, in den Wohlbefindenswerten und der Gesundheit nicht signifikant von den Personen unterschieden, die sich bereits länger im Heim aufhielten., kann angenommen werden, dass der Anpassungsprozess gelang.

Es wurde ebenfalls überprüft, ob die Anwesenheit des Testleiters das Antwortverhalten beeinflusste, wobei kein signifikanter Einfluss festgestellt werden konnte.

41,5% der befragten Personen berichteten, dass in letzter Zeit ein negatives Ereignis auftrat. Diese Personen gaben im Durchschnitt eine signifikant geringere subjektive Lebenszufriedenheit an als Personen, die kein negatives Ereignis erlebten. Dieser Unterschied zeigte mit $d = .79$ einen mittleren Effekt. Der Einfluss eines negativen Ereignisses zeigte im psychologischen Wohlbefinden ($d = .57$) und in der gesundheitlichen Beeinträchtigung ($d = .57$) mittlere Effekte, die als nicht signifikant anzusehen waren. Der mittlere Effekt des negativen Ereignisses auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist darin zu sehen, dass sich das negative Ereignis am häufigsten auf die eigene Gesundheit selbst bezog. Auf Grund des signifikanten Unterschiedes in den Werten der subjektiven Lebenszufriedenheit kann geschlossen werden, dass dieser sensibel auf negative Ereignisse reagiert. Die ist insofern leicht nachvollziehbar, da die Items auf die Zustimmung mit einem Idealzustand abzielen (2: „In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen“; 1: „Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet“). Als negative Ereignisse wurden gesundheitliche Probleme, Tod oder Krankheit von Angehörigen, Probleme mit Angehörigen, Ertragen von Untersuchungen und das Verlassen des bisherigen Lebensmittelpunktes berichtet. Diese Ereignisse weisen eine starke affektive Beteiligung auf, was dafür spricht, dass die SLWS vielleicht nicht so gut wie angenommen zwischen kognitiven und affektiven Bereichen des Wohlbefindens differenzieren kann. Im Gegensatz zu der SWLS reagiert die Ryff-Skala nicht so stark auf negative Ereignisse, was auf die multidimensionale Konstruktion der Ryff-Skala zurückzuführen ist. So beziehen sich die Fragen in der Ryff-Skala sehr stark auf die Dimensionen und erst der Gesamtwert bildet das psychologische Wohlbefinden ab. Im Gegensatz dazu sind die Fragen im SLWS, wie z.B. „Ich bin mit meinem Leben zufrieden“, sehr direkt auf die Lebenszufriedenheit bezogen. Das signifikante Ergebnis des Einflusses der negativen Ereignisse auf die subjektive Lebenszufriedenheit entspricht der von Diener (2000) berichteten Adaptation.

12.2. Alter und Gesundheit

Die durchschnittliche gesundheitsbezogene Lebensqualität betrug 8.55, bei einem Maximum an Beeinträchtigung von 15. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität stellt mit einem kleinen Effekt einen signifikanten Prädiktor für das Kriterium der subjektiven

Lebenszufriedenheit dar. Weniger als ein Drittel gab an, keine Probleme beim Gehen zu haben, was mit Klingenfelds (1999) Untersuchungsergebnissen, dass 60% der HeimbewohnerInnen mittelgradige bis starke Beeinträchtigungen in ihrer Mobilität aufweisen, konform geht. 38,5% gaben an, beim Waschen oder Anziehen mäßige Probleme zu haben oder dazu nicht mehr in der Lage zu sein. Im „Nationalen Altenheimüberblick“ der USA berichten Wahl und Reichert (1991, zitiert nach Klingenfeld, 1999) allerdings, dass 91% der HeimbewohnerInnen Hilfe beim Baden und 77,6% Hilfe beim Anziehen benötigten. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Personen der vorliegenden Stichprobe wenig Bereitschaft zeigten, Hilfsbedürftigkeit anzugeben.

Den eigenen Tätigkeiten nachzugehen, gelang 38,5% der befragten Personen. Weitere 38,5% hatten mäßige Probleme diesen Tätigkeiten nachzugehen und 23,1% fühlten sich dazu nicht mehr in der Lage. Dies spiegelt die Einbußen in den activities of daily living wider. Nur ein Viertel der HeimbewohnerInnen gab an, keine Schmerzen zu haben. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass Krankheiten und körperliche Beeinträchtigungen im Alter häufiger auftreten, wie Maercker (2002) oder Saß et al. (2010) berichten. Zu Angst und Niedergeschlagenheit äußerten sich 53,8% keine Angst zu haben, 41,5% gaben an, mäßige Angst zu verspüren und 4,6% gaben an, extrem ängstlich oder deprimiert zu sein.

Die selbsteingeschätzte Gesundheit auf einer Skala von 0 bis 100 lag bei **56.66**. Sie stellt einen signifikanten Prädiktor für das Kriterium des psychologischen Wohlbefindens dar, dessen Effekt als klein einzustufen ist. König, Bernert und Angermeyer (2005) berichten über die deutsche Normalbevölkerung durchschnittliche Werte von **69** bei 65 bis 75 Jährigen und Werte knapp über **60** der 75 Jährigen und Älteren. Der Grund für die Differenz kann darin gesehen werden, dass die Stichprobe der vorliegenden Studie aus HeimbewohnerInnen besteht. Die Gesundheitsverfassung von HeimbewohnerInnen ist generell schlechter einzuschätzen als die der gleichaltrigen Normalbevölkerung, da gesundheitliche Beschwerden einen Hauptgrund für eine Heimübersiedlung darstellen (Lehr, 2007).

12.3. Alter und Wohlbefinden

In der Literatur sind die Ergebnisse zu Wohlbefinden und Alter widersprüchlich. Einerseits wird berichtet, dass sich die Lebenszufriedenheit von über 75 Jährigen nicht von anderen Altersgruppen unterscheidet (Glaesmer et al., 2010). Andererseits geben

Baird et al. (2010) ein Absinken der Lebenszufriedenheit bei Personen über 70 Jahren. Gwozdz und Souza-Poza (2009) wiederum gehen von einem u-förmigen Zusammenhang aus, der nach einem Hochpunkt im Jugendalter, einen Tiefpunkt im Alter von 41 Jahren erreicht. Mit 65 Jahren wird dann wieder ein Hochpunkt erlangt und ab 75 Jahren sinkt die Lebenszufriedenheit dann langsam ab. Die vorliegende Untersuchung ist eine Querschnittstudie von alten Menschen, die im Alten- und Altenpflegeheim wohnen und kann als solche nur eine Momentaufnahme für diese besondere Stichprobe darstellen. Die Ergebnisse des SWLS beschreiben die Stichprobe mit einem Durchschnittswert von **26.31** Punkten als „zufrieden“ (Einteilung der SWLS Gesamtpunktwerte nach Diener et al. (1985)). 85% werden demnach als eher zufrieden, zufrieden oder extrem zufrieden beschrieben. 29% davon sind als extrem zufrieden klassifiziert. In der Studie von Glaesmer et al. (2011) zum SWLS lag der Durchschnittswert für die deutsche Normalbevölkerung bei Männern von 65 bis 74 Jahren bei **26.38**, bei Männern ab 75 bei **25.70**, bei Frauen zwischen 65 und 74 Jahren bei **24.14** und bei Frauen ab 75 bei **24.36**. Eine Studie von Erlebach (2012) zeigte für BewohnerInnen eines Geriatriezentrums einen Median von **28** Punkten. Da Wohlbefinden von so vielen unterschiedlichen Faktoren abhängt, sollen die Unterschiede der verschiedenen Studien nur zum Vergleich herangezogen und nicht weiter interpretiert werden.

Der Zusammenhang zwischen subjektiver Lebenszufriedenheit und Alter war in der vorliegenden Studie bei einem kleinen Effekt nicht signifikant. Das Geschlecht hatte keinen Effekt auf die subjektive Lebenszufriedenheit, was die Ergebnisse von Glaesmer et al. (2011) bestätigt.

Das durchschnittliche psychologische Wohlbefinden betrug 4.58, wobei Werte von eins bis sechs realisierbar waren. Die Mittelwerte der Dimensionen erreichen Ausprägungen von 4.07 in „Persönliches Wachstum“, bis 4.97 in „Umweltbeherrschung“. Dies zeigt, dass sich die HeimbewohnerInnen sehr wohl in ihrer Umwelt fühlten und dass sie die Umgebung an die persönlichen Bedürfnisse und Werte anpassten. Dies steht zwar im Gegensatz zu den von Ryff (1989a) gefundenen Ergebnissen, entspricht aber der von Kruse (1992) berichteten positiven Erfahrung von HeimbewohnerInnen mit der von der Betreuung geleisteten Pflege und Unterstützung und den auf die Bedürfnisse der alten Menschen ausgelegten Räumlichkeiten des Alten- und Altenpflegeheims. Dass Ryffs Ergebnisse nicht repliziert werden konnten, liegt wahrscheinlich daran, dass die Bedingungen im Alten- und Altenpflegeheim speziell auf eine adäquate Umwelt und die Bedürfnisse der alten Menschen ausgerichtet sind, im Gegensatz zu der Population der

Normalbevölkerung der älteren Menschen, in der die Untersuchung von Ryff (1989) durchgeführt wurde. Das persönliche Wachstum wurde in der vorliegenden geriatrischen Stichprobe nur mehr sehr wenig gesehen oder wahrgenommen, was mit Ryffs (1989) Ergebnissen in Einklang steht. Der Aussage „Ich habe es schon lange aufgegeben große Verbesserungen oder Veränderungen in meinem Leben zu machen“ stimmten fast drei Viertel der Befragten zu (stimme eher zu, stimme zu und stimme völlig zu), wobei fast ein Drittel völlig zustimmte. Die Personen im Altersheim sahen sich somit nur mehr als sehr begrenzt entwicklungsfähig. Die Autonomie war mit 4.82 relativ hoch ausgeprägt. Die Menschen im Alten- und Altenpflegeheim erlebten sich als selbstbestimmt und unabhängig. Dies steht im Widerspruch zu den als belastend empfundenen, starken Reglementierungen, die Kruse (1992) für Altenheime angibt. Allerdings kann es sein, dass in dem Heim, in dem die Untersuchung stattfand, diese Reglementierungen nicht so stark vorhanden waren. Die Selbstakzeptanz (4.68) war ebenfalls relativ hoch ausgeprägt. Dies beschreibt, dass die befragten Menschen ein positives Bild von sich hatten und auch die negativen Seiten an sich akzeptierten. Der Zusammenhang mit Alter war ähnlich wie bei der subjektiven Lebenszufriedenheit nicht signifikant und zeigte einen kleinen Effekt. Das Geschlecht zeigte auch beim psychologischen Wohlbefinden keinen signifikanten Effekt.

12.4. Existentielles Wohlbefinden

Im Mittel erreichten die befragten Personen des Alten- und Altenpflegeheims 4.57 von 6 möglichen Punkten, womit existentielles Wohlbefinden eher vorhanden war. In der existentiellen Lebensqualität zeigten sich signifikante Geschlechtsunterschiede, wobei Männer höhere Werte erreichten als Frauen. Dieser Unterschied entsprach einem mittleren Effekt. Ein signifikanter Zusammenhang mit dem Alter war nur bei den Frauen zu erkennen. Dieser stellte sich als mittlerer Effekt heraus. Je älter die Frau war, desto höher war das angegebene existentielle Wohlbefinden. Dies deutet auf Bewältigungen der Frauen im hohen Alter hin, durch die sie eine positivere Beziehung zum Leben gewinnen. Die existentielle Lebensqualität zeigte sowohl mit dem psychologischen Wohlbefinden, als auch mit der subjektiven Lebenszufriedenheit mit jeweils $r = .61$ einen großen Zusammenhang. Dies kann als mittlere Konstruktvalidität angesehen werden. Der ELQ misst ein ähnliches Konstrukt wie die Ryff-Skala oder die SWLS, wobei zu beachten ist, dass Ryff-Skala und SWLS miteinander nur schwach korrelieren. Die existentielle Lebensqualität kann als Moderatorvariable betrachtet

werden, indem sie eine grundlegendere, eben existentielle Ebene zu erfassen vermag. Dies kann darauf zurück zu führen sein, dass die ersten drei Grundmotivationen aus der Psychodynamik entwickelt wurden und somit eine gute Passung an die Modelle des psychologischen Wohlbefindens und der subjektiven Lebenszufriedenheit darstellen.

Diese Ergebnisse können im Sinne des Stufenmodells von Erikson (1973) interpretiert werden, dass Personen durch die Entwicklungsaufgabe der Integrität, also des Zurückschauens und der Annahme, welche durch hohe Werte der existentiellen Lebensqualität repräsentiert sind, Glück erfahren und somit psychologisches Wohlbefinden und subjektive Lebenszufriedenheit hoch sind.

Die einzelnen Dimensionen des ELQ wurden zur Vorhersage des Kriteriums des psychologischen Wohlbefindens zusammen mit soziodemographischen Daten als Prädiktoren für eine Modellgleichung herangezogen. Für das psychologische Wohlbefinden stellten sich gesundheitsbezogene Lebensqualität und die drei Dimensionen des ELQ Beziehungserleben, Soziales Scheitern und Personale Aktivität als signifikant heraus. Diese konnten 43,7% der Varianz am Kriterium des psychologischen Wohlbefindens aufklären. Der Faktor Gesundheitseinschätzung wies einen positiven Effekt auf, der als klein einzustufen ist. Die Dimensionen des ELQ waren ebenfalls mit kleinem Effekt positiv. In gleicher Weise wurde mit der subjektiven Lebenszufriedenheit als Kriterium verfahren, wobei sich ein negatives Ereignis und die gesundheitsbezogene Lebensqualität als negativ gepolt und drei Dimensionen des ELQ Lebensgefühl, Soziales Scheitern und Personale Aktivität als positiv signifikant herausstellten. Das Berichten eines negativen Ereignisses in letzter Zeit bewirkte eine geringere subjektive Lebenszufriedenheit. Genauso hatte eine niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität negative Effekte auf die subjektive Lebenszufriedenheit. Waren allerdings die Ausprägungen der existentiellen Lebensqualität hoch, so war auch die subjektive Lebenszufriedenheit höher. Auffallend ist, dass Soziales Scheitern und Personale Aktivität signifikante Prädiktoren sowohl für psychologisches Wohlbefinden, als auch für subjektive Lebenszufriedenheit darstellten. Das Soziale Scheitern bezieht sich ähnlich wie Ryffs Dimension der Positiven Beziehungen zu Anderen auf eine soziale Komponente. Dass hier ein Zusammenhang besteht, erscheint schlüssig. Die SWLS erhebt keine spezifischen Bereiche, sondern erlaubt dem Gefragten die Bereiche und dessen Gewichtung frei zu wählen. So kann die Erklärung, dass diese Dimension ebenfalls für die SWLS signifikant war, darauf zurück zu führen sein, dass der soziale Bereich eine sehr starke Gewichtung bei der Angabe der Lebenszufriedenheit erfuhr, auch wenn nicht explizit danach gefragt wurde. Die

Personale Aktivität stellt ein Kernstück der Existenzanalyse dar. Sie bezieht sich auf die aktive Gestaltung des Lebens. Das Schöpferische, das Kreative, eigene Ideen und aktive Bewältigung stehen hier im Vordergrund. In der vorliegenden Untersuchung konnte gezeigt werden, dass die Personale Aktivität in engem Zusammenhang mit psychologischem Wohlbefinden und subjektiver Lebenszufriedenheit steht. Dass die erste Grundmotivation, das Vertrauen, für beide Kriterien keinen signifikanten Prädiktor darstellte, liegt vermutlich an der besonderen Wohnform der untersuchten Personen. Das Vertrauen hängt, wie bereits beschrieben, eng mit dem Gefühl der Sicherheit und des Getragen-Seins zusammen, welche im Alten- und Altenpflegeheim vermutlich sehr ausgeprägt erfahren werden. Diese Grundmotivation stellte in der vorliegenden Arbeit keinen signifikanten Prädiktor dar, weil angenommen werden kann, dass sie für die HeimbewohnerInnen gegeben waren. Dass die Dimensionen der Depressivität und der Personalen Passivität in den Regressionsmodellen nicht signifikant waren, hängt wahrscheinlich damit zusammen, dass sie für eine klinische Population entwickelt wurden und für die vorliegende Stichprobe zu spezifisch waren. Außerdem waren die als depressiv diagnostizierten Personen aus der Untersuchung von vornherein ausgeschlossen.

Durch die hohe Korrelation der existentiellen Lebensqualität mit den Wohlbefindens-Fragebögen und den signifikanten Prädiktoren aus der Regressionsanalyse konnte ein Einfluss des existenzanalytischen Modells auf das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit nachgewiesen werden.

12.5. Wohlbefindensparadoxon

Das Wohlbefindensparadoxon gibt an, dass schwierige Lebensumstände nicht unbedingt zu niedrigerem, subjektivem Wohlbefinden führen müssen. In der vorliegenden Arbeit wurde überprüft, ob das existenzanalytische Modell einen Beitrag zu dessen Aufklärung leisten kann. Wenn es zutrifft, dass es Personen gibt, die trotz geringer gesundheitsbezogener Lebensqualität eine hohe Lebenszufriedenheit oder ein hohes Wohlbefinden angeben, spräche dies für das Wohlbefindensparadoxon. Wenn gezeigt werden kann, dass Personen mit hohem existentiellen Wohlbefinden trotz geringer gesundheitsbezogener Lebensqualität ein hohes psychologisches Wohlbefinden oder eine hohe subjektive Lebenszufriedenheit aufweisen, spräche dies für einen Einfluss des existenzanalytischen Modells auf das Wohlbefindensparadoxon. In der Gesamtstichprobe ließ sich ein signifikanter Effekt der gesundheitsbezogenen

Lebensqualität sowohl auf das psychologische Wohlbefinden, als auch auf die subjektive Lebenszufriedenheit feststellen. Es konnte kein signifikanter Unterschied des Zusammenhangs zwischen gesundheitsbezogener Lebensqualität und dem psychologischen Wohlbefinden unter Berücksichtigung des existentiellen Wohlbefindens festgestellt werden.

Ähnlich könnte der Einfluss des existentiellen Wohlbefindens gezeigt werden, wenn Personen mit hohem existentiellen Wohlbefinden trotz Leiden an Schmerzen, ein hohes psychologisches Wohlbefinden oder eine hohe subjektive Lebenszufriedenheit aufweisen. In der Gesamtstichprobe konnte kein Zusammenhang zwischen Schmerzleiden und psychologischem Wohlbefinden oder subjektiver Lebenszufriedenheit festgestellt werden. Der Unterschied der Korrelationen zwischen Schmerzleiden und subjektiver Lebenszufriedenheit unter Berücksichtigung des existentiellen Wohlbefindens war nicht signifikant. Ebenso wurde der Zusammenhang untersucht, ob Personen mit hohem existentiellen Wohlbefinden trotz geringer, subjektiver Gesundheitseinschätzung ein hohes psychologisches Wohlbefinden oder subjektive Lebenszufriedenheit aufwiesen. Signifikante positive Zusammenhänge zwischen der Gesundheitseinschätzung und dem psychologischen Wohlbefinden als auch der subjektiven Lebenszufriedenheit konnten in der Gesamtstichprobe festgestellt werden. Zwischen der Gesundheitseinschätzung und der subjektiven Lebenszufriedenheit fand sich unter Berücksichtigung des existentiellen Wohlbefindens ebenfalls ein signifikanter Unterschied. Bei Personen, die ein niedriges existentielles Wohlbefinden aufwiesen, war ein positiver Zusammenhang zwischen der selbsteingeschätzten Gesundheit und der subjektiven Lebenszufriedenheit zu sehen. Personen, die ein hohes existentielles Wohlbefinden aufwiesen, zeigten diesen Zusammenhang nicht. Trotz geringer Gesundheitseinschätzung wiesen Personen, die ein ausgeprägtes existentielles Wohlbefinden hatten, auch eine hohe subjektive Lebenszufriedenheit auf. Dies weist auf den Einfluss des existentiellen Wohlbefindens auf die Lebenszufriedenheit, im Besonderen das Auftreten des Wohlbefindensparadoxons, hin. Das existentielle Wohlbefinden kann als Resilienzfaktor gesehen werden, der den Menschen trotz geringer, selbsteingeschätzter Gesundheit, vor Einbußen in der Lebenszufriedenheit schützt. Für die Lebenszufriedenheit ist besonders der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand relevant. Es konnte in mehreren Studien der Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheitseinschätzung und Wohlbefinden (Klingefeld, 1999; Lehr, 2007) oder Langlebigkeit (Saß et al., 2010) festgestellt werden, wohingegen ein signifikanter

Zusammenhang der körperlichen Verfassung mit der Lebenszufriedenheit von Klingenfeld (1999) nicht bestätigt werden konnte.

12.6. Vergleich der Wohlbefindensfragebögen

Die durchschnittlichen Gesamtergebnisse schienen mit Mittelwerten von 4.65 auf einer sechsstufigen Skala für die Ryff-Skala und 5.41 auf einer siebenstufigen Skala sehr ähnlich. Die beiden Instrumente korrelierten mit $r = .355$ in mittlerem Maße. Dies ist ein relativ geringer Wert, da beide Fragebögen angeben, etwas sehr Ähnliches zu messen. Während die Ryff-Skala umfassendes, psychologisches Wohlbefinden misst, erhebt die SWLS vor allem den kognitiven Bereich des Wohlbefindens. Es zeigte sich weiters ein Geschlechtereffekt. Nur der Zusammenhang in der weiblichen Stichprobe war mit $r = .376$ signifikant. Der Zusammenhang in der männlichen Stichprobe betrug lediglich $r = .116$. Möglicherweise tritt bei Männern der Effekt der Rationalisierung stärker auf, der sich durch unrealistische kognitive (Über-)Schätzung der Lebenszufriedenheit im SWLS darstellt.

Es konnte auch gezeigt werden, dass der Zusammenhang der beiden Messinstrumente vom existentiellen Wohlbefinden signifikant beeinflusst wird. Bei Personen, die ein hohes existentielles Wohlbefinden aufwiesen, trat ein geringer, negativer Zusammenhang auf, wobei Personen mit niedrigem existentiellen Wohlbefinden einen kleinen positiven Zusammenhang zeigten. Dies könnte so gedeutet werden, dass Unzufriedenheit auf andere Bereiche generalisiert. Ähnlich ist es bei Personen, denen es gut geht – diese generalisieren dieses Wohlbefinden auf andere Bereiche. Wenn das existentielle Wohlbefinden gering ist, dann wird zwischen den beiden Konstrukten, die die Ryff-Skala und die SWLS messen, differenziert. Es kommt zu Widersprüchen zwischen der emotionalen und der kognitiven Komponente der Lebensqualität. Dies ist ein Anzeichen für innere Bewältigungs- bzw. Copingprozesse. Das existentielle Konstrukt trägt auch hier zur Erklärung solcher Prozesse bei.

Der größte Unterschied der beiden Verfahren ist darin zu sehen, dass sich die Ryff-Skala aus sechs Dimensionen zusammensetzt, während die SWLS ein eindimensionales Konstrukt darstellt. Der SWLS fragt direkt nach der Lebenszufriedenheit, während die Ryff-Skala das Wohlbefinden über Fragen zu den zu Grunde liegenden Dimensionen einschätzt.

Während die Reliabilität des SWLS einen ausreichenden Wert von .75 darstellte, lag die Reliabilität der Ryff-Skala erst nach Ausschluss von vier Items bei einem Wert von .64,

der nach Bortz und Döring (2006) unterhalb des Bereiches liegt, der als ausreichend angesehen wird. Vier der Dimensionen weisen Reliabilitäten über .60 auf, wobei bei einer Dimension ein Item mit sehr geringer Trennschärfe ausgeschlossen werden musste.

Ryff und Keyes (1995) und auch Bartkowiak (2008) berichteten ebenfalls Reliabilitäten der Dimensionen der Ryff-Skala unter .70. Dies ist auf die Art und Weise der Itemselektion bei der Erstellung der Kurzform der Ryff-Skala zurückzuführen, welche darauf abzielte, die Breite des Konstruktes abzudecken. Die Dimension Sinn im Leben konnte auf Grund der geringen Reliabilität gar nicht interpretiert werden. Ähnliches geschah mit den Dimensionen Existentielle Erfüllung und Existentielle Leere, weswegen dies auf die vorliegende Stichprobe zurück zu führen sein könnte. Darauf wird in Kapitel 13.2 Externe Validität genauer eingegangen. Im Vergleich misst die SWLS reliabler als die Ryff-Skala. Allerdings misst die Ryff-Skala ein breiteres und umfassenderes, somit auch schwieriger zu erfassendes Konstrukt, als die SWLS.

13. Kritik und Ausblick

Es wird auf mögliche Limitierungen der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit hingewiesen und ein Ausblick auf weitere Forschung gegeben

13.1. Interne Validität

Interne Validität liegt vor, wenn die gefundenen Effekte eindeutig auf den Einfluss der unabhängigen Variablen zurückzuführen sind (Bortz & Döring, 2006). Die interne Validität wurde in der vorliegenden Arbeit durch mehrere Störvariablen gefährdet. Um mögliche Testleitereffekte sichtbar zu machen, wurde die Stichprobe der Personen, bei welcher der Testleiter anwesend war, mit der Stichprobe der Personen verglichen, bei der dies nicht der Fall war. Es zeigten sich keine signifikanten Effekte auf die existentielle Lebensqualität, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, das psychologische Wohlbefinden oder der subjektiven Lebenszufriedenheit. Dies spricht gegen einen Testleitereffekt, der allerdings nicht endgültig ausgeschlossen werden kann, da keine Information besteht, unter welchen Bedingungen der Fragebogen von den Personen ausgefüllt wurde, bei denen der Testleiter nicht anwesend war. Weiters konnte die Umgebung, in der die Befragung stattfand, nicht standardisiert werden. Wie Diener (2000) berichtete, kann die aktuelle Stimmung einen Einfluss auf die Angabe des Wohlbefindens haben, was nicht möglich war zu kontrollieren. Die Erhebungsinstrumente boten in zwei Fällen sechs und in einem Fall sieben Antwortmöglichkeiten, was gerade alte Menschen, die durchschnittlich wenig Erfahrung mit Multiple Choice Formaten haben, überfordert haben könnte. Auch die Dauer und Intensität des Fragebogens könnte zu einer Überforderung geführt haben. Da sich die Verfahren auf Selbstdarstellungen beziehen, muss ebenfalls auf die soziale Erwünschtheit hingewiesen werden, die möglicherweise zu einer Verfälschung der Daten führen konnte.

13.2. Externe Validität

Bezüglich der Generalisierbarkeit muss auf folgende Limitierungen hingewiesen werden. Die Stichprobe ist verzerrt, da diese nur aus Personen besteht, die freiwillig teilnahmen. Es bestand keine Information über das Merkmal in der Gruppe der Personen, die die Befragung nicht machen wollte. Somit ist die Stichprobe nicht repräsentativ für das Alten- und Altenpflegeheim Wien Favoriten oder Leopoldstadt.

Auch die Repräsentativität des Kolpinghauses für andere Alten- und Altenpflegeheime in Österreich kann aufgrund großer Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersheimen in Österreich nicht angenommen werden. Somit muss auf eine eingeschränkte Generalisierbarkeit der gefundenen Ergebnisse hingewiesen werden. Weiters muss auf Vorsicht vor einem Vergleich mit nichtinstitutionalisierten alten Menschen hingewiesen werden, da Personen im Alten- und Altenpflegeheim besondere Merkmale aufweisen. Diese sind in *Kapitel 4.4 Wohnen im Alten- und Altenpflegeheim* beschrieben. Es muss auch auf die uneindeutige Differenzierung und Verwendung der Begriffe des Wohlbefindens eingegangen werden. Wenn die Ergebnisse dieser Befragung den Ergebnissen anderer Untersuchungen gegenüber gestellt werden, muss genau beachtet werden, welche Aspekte des Wohlbefindens verglichen werden und mit welchen Verfahren diese erhoben wurden. Ähnlich problematisch stellt sich die Vergleichbarkeit mit anderen Untersuchungen durch die teilweise geringe Reliabilität der Messinstrumente dar. Die Ryff-Skala stellte sich als nur schwach reliables Messinstrument dar. Obwohl auch in der Literatur von der geringen Reliabilität der Ryff-Skala berichtet wird (Ryff & Keyes, 1995; Bartkowiak, 2008), kann dies auch auf die Stichprobe zurückzuführen sein. Die Reliabilität des ELQ ist hoch, allerdings sind die Reliabilitäten der einzelnen Skalen nach Bortz und Döring (2006) ebenfalls nicht als ausreichend anzusehen. Dies deutet darauf hin, dass alle Items des ELQ einen Bezug zur existentiellen Lebensqualität aufweisen, allerdings nur geringe Zusammenhänge mit den einzelnen Dimensionen bestehen. Für die Ryff-Skala wäre aus methodologischer Sicht zu überlegen, die Items auf Grund inhaltlicher Ähnlichkeiten zu dem zu messenden Konstrukt zu selektieren oder mehrere Items pro Skala aufzunehmen.

Eine Besonderheit stellen die Dimensionen dar, die sich auf den Lebenssinn beziehen („Sinn im Leben“ aus der Ryff-Skala und „Erfüllte Existenz“ und „Existentielle Leere“ aus dem ELQ). Diese weisen die geringste Reliabilität auf, was darauf hindeutet, dass die Menschen der vorhandenen geriatrischen Stichprobe etwas anderes unter Lebenssinn verstehen könnten als andere Altersgruppen. Ein weiterer Grund der geringen Reliabilität der Dimensionen der ELQ ist in der Erklärung zu sehen, dass die vierte Grundmotivation, die durch die Dimensionen Erfüllte Existenz und Existentielle Leere abgebildet wird, noodynamisch und nicht psychodynamisch konzipiert wurde. Es könnte sein, dass ein Zugang zu dieser Grundmotivation an Voraussetzungen gebunden ist, die in der vorliegenden Untersuchung nicht gegeben waren. Erfüllte Existenz wird der Theorie nach im Vollzug des Lebens erfahren und ist an Einzelsituationen gebunden, was eine Erfassung mittels Fragebogen deutlich erschwert. Im Allgemeinen

muss auf die geringen Reliabilitäten der Dimensionen des ELQ, der Ryff-Skala und der SWLS hingewiesen werden, die die Interpretierbarkeit der betroffenen Konstrukte einschränkt.

13.3. Erhebungsinstrumente

Im Folgenden werden einzelne Items analysiert, deren Interpretierbarkeit nicht eindeutig scheint.

Es konnte die Beobachtung gemacht werden, dass auf das Item (3) des SWLS: „Ich bin mit meinem Leben zufrieden“ einige alten Menschen antworteten, zufrieden sein zu müssen. So ist zu fragen, ob zufrieden sein und zufrieden sein zu müssen das Selbe ist. Für die Existenzanalyse spielt das Annehmen von faktischen Bedingungen eine zentrale Rolle in Bezug auf das erfüllte Leben. Unter diesem Aspekt kann zufrieden sein zu müssen als Indikator der Lebenszufriedenheit gesehen werden. In der Ryff-Skala stellt die Anzahl an vertrauensvollen, warmherzigen Beziehungen (Item 10) einen Indikator für hohe Ausprägungen der Dimension Positive Beziehungen zu Anderen dar. Es ist aber fraglich, ob tatsächlich die Quantität der Beziehungen eine entscheidende Rolle für soziale Beziehungen spielt. Für die Existenzanalyse ist in diesem Bezug die Stellungnahme relevant. Wenn die Anzahl an vertrauensvollen, warmherzigen Beziehungen für die Person als passend empfunden und als stimmig erlebt wird, dann deutet dies auf gelungene Beziehungen hin, unabhängig von der Anzahl der Beziehungen. Ein weiteres Item (8) der Ryff-Skala ist: „Manchmal habe ich das Gefühl, dass ich alles getan habe, was es im Leben zu tun gibt.“ Eine Zustimmung spricht für geringe Ausprägungen der Dimension Sinn im Leben. Aus existenzanalytischer Sicht könnte eine Zustimmung allerdings darauf hindeuten, dass die Person das Gefühl hat, bereits vieles erlebt zu haben, intensiv gelebt zu haben oder dass nichts mehr offen ist, das der Person für ein erfülltes Leben fehlt. Dies würde ganz im Gegenteil dafür sprechen, dass der Mensch einen Sinn im Leben sieht oder gesehen hat. Gerade im Alter, wo eine Lebensbilanz gezogen wird, kann diese Sichtweise in den Vordergrund treten. Ein signifikanter Zusammenhang dieses Items mit dem ELQ bekräftigt diese Annahme. Je höher die Zustimmung zu Item 8, desto höher war auch der Gesamtwert der existentiellen Lebensqualität. Ebenfalls problematisch für die geriatrische Stichprobe war die hohe Anzahl der Antwortmöglichkeiten des ELQ, der Ryff-Skala und der SWLS. Da alte Menschen tendenziell wenig Testerfahrung haben, könnten sie

überfordert gewesen sein. Für die Stichprobe alter Menschen im Alten- und Altenpflegeheim zugeschnittene Verfahren gibt es allerdings nicht.

13.4. Ausblick

Für weitere Forschung im Bereich des Alten- und Altenpflegeheimes wären Verfahren, die die besondere Situation der HeimbewohnerInnen berücksichtigen, von großem Nutzen. Um die Repräsentativität der berichteten Ergebnisse zu überprüfen, müssten ähnliche Untersuchungen in weiteren, verschiedenen Alten- und Altenpflegeheimen Österreichs durchgeführt werden. Ein weiteres Verfahren aus dem Bereich der Existenzanalyse ist der „Test zur Erfassung der existentiellen Motivationen (TEM)“ von Längle und Eckhardt (2001). Dieser wäre geeignet, vorliegende Ergebnisse zu überprüfen und zu ergänzen.

Da die Ergebnisse der vorliegenden Studie einen Einfluss des existenzanalytischen Modells auf das psychologische Wohlbefinden und die subjektive Lebenszufriedenheit nahe legen, sollte in weiterer Forschung noch mehr auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede dieser Modelle eingegangen werden. Eine besondere Relevanz für die Praxis, die sich aus der vorliegenden Arbeit herauskristallisiert, stellt sich im Aufdecken von Situationen dar, die ohne das gewonnene Wissen leicht übersehen werden würden. Es könnten vorhandene Defizite im Wohlbefinden auf Grund des Wohlbefindensparadoxons gar nicht gesehen werden, da möglicherweise fälschlich auf Grund einer hohen objektiven Lebensbedingung von hohem Wohlbefinden des Menschen ausgegangen wird. Und wie durch den gezeigten Zusammenhang zwischen dem existenzanalytischen Modell und Wohlbefinden geschlossen werden kann, stellt eine existenzanalytische Behandlung vermutlich eine erfolgversprechende Behandlung für diese Personen dar. Für weiterführende Forschung wäre somit der Einfluss existenzanalytischer Behandlung auf das Wohlbefinden älterer Menschen von großer Bedeutung.

Besonderer Wert muss auf die qualitative Forschung gelegt werden, die dafür geeignet scheint, Details und weitere Verknüpfungen und Zusammenhänge aufzudecken. Gerade für die Existenzanalyse als am Einzelnen orientierte Therapierichtung sollte das Individuum in das Blickfeld gerückt werden. Über die „phänomenologische Analyse“ können die personalen Grundmotivationen umfassend beschrieben werden, um diese mit den gegebenen Lebensbedingungen, dem Wohlbefinden und der Lebenszufriedenheit in Verbindung zu bringen.

14. Literaturverzeichnis

- Arbeitsmarktservice Österreich (2013). *Berufslexikon*. Zugriff am 03.01.2013.
Verfügbar unter <http://www.ams.at/berufslexikon>
- Badelt, C. (1997). Soziale Dienstleistungen und der Umbau des Sozialstaats. In R. Hauser (Hrsg.), *Reform des Sozialstaats I* (S. 181-219). Berlin: Duncker & Humbolt.
- Baird, B. M., Lucas, R. E. & Donnellan, M. B. (2010). Life satisfaction across the lifespan: Findings from two nationally representative panel studies. *Social Indicators Research*, 99, 183–203.
- Baumann, U., Mitmannsgruber, C., Thiele, C. & Feichtinger, L. (2002). Übergang ins Seniorenheim: Eine Herausforderung für Senioren - und für Psychologen. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 283-318). Berlin: Springer
- Bartkowiak, A. (2008). Eine umfassende Betrachtung der Einflussfaktoren psychologischen Wohlbefindens und deren Zusammenhänge unter Einbeziehung religiöser und spiritueller Variablen. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien.
- Becker, P. (1991). Wohlbefinden. Theoretische Grundlagen. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie - Empirie - Diagnostik* (S. 13-51). Weinheim: Juventa.
- Bellach, B.-M., Ellert, U. & Radoschekski, M. (2000). Epidemiologie des Schmerzes – Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 43, 424-431.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7., überarb. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Burkart, M., Heun, R., Maier, W. & Benkert, O. (1998). Demenzscreening im klinischen Alltag. Eine vergleichende Analyse von MMSE, SIDAM und ADAS. *Der Nervenarzt*, 96, 983-990.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2., überarb. Aufl.). New York: Academic Press.
- Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Daig, I. & Lehmann, A. (2007). Verfahren zur Messung der Lebensqualität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 16, 5-23.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Diener, E. (2000). Subjective Well-Being. The Science of Happiness and a Proposal for a National Index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E. & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: A nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(5):926-935.
- Diener, E., Sandvik, E. & Pavot, W. (1991). Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative affect. In: F. Strack, M. Argyle & N. Schwarz (Hrsg.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (S.119-139). New York: Pergamon.
- Erikson, E. H. (1973). *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Erlebach, M. (2012). Welche Coping-Strategien und Ressourcen tragen zur Erhaltung der Lebenszufriedenheit bei Geriatriepatienten bei? Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien.
- Lehfeld, H., Ihl, R., Schweizer, A., Steinwachs, K., Frölich, L., Gutzmann, H., ... Erzigkeit, H. (1999). Psychometrische Schweregradbeurteilung bei dementiellen Erkrankungen: Ein Vergleich von MMST, ADAS, BCRS und SKT. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 10(4), 187-202.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS* (3., überarb. Aufl.). London: SAGE Publications Ltd.
- Filipp, S.-H. & Ferring, D. (1992). Lebensqualität und das Problem ihrer Messung. In G. Seifert (Hrsg.), *Lebensqualität in unserer Zeit: Modebegriff oder neues Denken?* (S. 89-109). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Filipp, S.-H. (1995). Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse. In: Philipp, S.-H. (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse*. (S. 3-53). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975). Practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12 (3), 189-198.
- Frankl, V. (1981). Die Sinnfrage in der Psychotherapie. München: Piper.
- Frankl, V. (1990). Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Therapie. München: Piper (Neuausgabe).
- Glaesmer, H., Grande, G., Braehler, E. & Roth, M. (2011). The German Version of the Satisfaction with Life Scale – Psychometric Properties and Population based norms. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(2), 127-132.
- Görtz, A. (2004). Handanweisung. Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität. Unveröffentlichtes Exemplar.

- Görtz, A. (2005). Existentielle Lebensqualität: ein Outcome-Kriterium in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie Forum* 12, 61-68.
- Görtz, A. (2007). Existentielle Lebensqualität. Über die Messbarkeit von Glück und Wohlbefinden. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Görtz, A. (2009). Glücks-Suche durch die Jahrhunderte. Der Weg einer menschlichen Sehnsucht im Licht der Existenzanalyse. In: *Existenzanalyse I*, 91-100.
- Gwozdz, W. & Sousa-Poza, A. (2008). Ageing, health and life satisfaction of the oldest old: an analysis for germany. *IZA Discussion Paper No. 4053*.
- Janig, H., Penz, H., Pipam, W. & Likar, R. (2005). Lebensqualität und Schmerz im Alter – Ergebnisse einer repräsentativen Befragung im Bundesland Kärnten. In: R. Likar, G. Bernatzky, W. Pipam, H. Janig & A. Sadjak (Hrsg.), *Lebensqualität im Alter - Therapie und Prophylaxe von Altersleiden* (S. 47-88). Wien: Springer-Verlag.
- Jerard, S. (2011). Der Einfluss sportlicher Aktivität auf die Existentielle Lebensqualität. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Klingensfeld, H. (1999). Heimübersiedlung und Lebenszufriedenheit älterer Menschen : Person- und Umweltfaktoren und ihr Einfluß auf die Anpassungsleistung an das Heimleben. Frankfurt am Main, Wien: Lang.
- König, H. H., Bernert, S. & Angermeyer, M. C. (2005). Gesundheitszustand der deutschen Bevoelkerung: Ergebnisse einer repraesentativen Befragung mit dem EuroQol-Instrument. *Gesundheitswesen* (67), 173-182.
- Kolbe, C. (2005). Sinn und Glück. Zur vitalen Bedeutung der Sinnfrage. In S. Längle & M. Sulz (Hrsg.), *das eigene leben. ein lesebuch zur existenzanalyse* (S. 27-40). Wien: GLE Verlag.
- Kruse, A. (1992). Konflikt- und Belastungssituationen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe und Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Stuttgart: Kohlhammer.

- Längle A. (1999a) : Die anthropologische Dimension der Personalen Existenzanalyse (PEA). *Existenzanalyse* 16 , 1, 18-25
- Längle, A. (1999b). Existenzanalyse. Die Zustimmung zum Leben finden. *Fundamenta Psychiatrica* 12, 139-146.
- Längle, A. (1999c). Was bewegt den Menschen? Die Existentielle Motivation der Person. In: D. Bürghi (Hrsg.), *Erfüllte Existenz. Entwicklung, Anwendung und Konzepte der Existenzanalyse* (2011, S. 46-66). Wien: Facultas.
- Längle, A. (2000). Die „Personale Existenzanalyse (PEA) als therapeutisches Konzept. In: A. Längle (Hrsg.), *Praxis der Personalen Existenzanalyse* (S. 9–37). Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Längle, A. (2007). Sinnvoll leben. Eine praktische Anleitung der Logotherapie. St. Pölten: Residenz Verlag.
- Längle, A. (2008). Existenzanalyse. In A. Längle & A. Holzhey-Kunz (Hrsg.), *Existenzanalyse und Daseinsanalyse* (S. 23-179). Wien: Facultas.
- Längle, A. (2010). Zum Glück braucht der Mensch Sinn. Oder: Können wir uns selbst glücklich machen? In: D. Bürghi (Hrsg.), *Erfüllte Existenz. Entwicklung, Anwendung und Konzepte der Existenzanalyse* (2011, S. 239-252). Wien: Facultas.
- Längle, A. & Eckhardt, P. (2001). Skalen zur Erfassung von existentieller Motivation, Selbstwert und Sinnerleben. In: *Existenzanalyse* 1, 35-39.
- Lehr, U. (2007). *Psychologie des Alterns* (11., überarb. Aufl.). Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag.
- Maderthaner, R. (1998). Wohlbefinden, Lebensqualität und Umwelt. In I. Kryspin-Exner (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie. Postgraduale Aus- und Weiterbildung* (S. 483-508). Wien: WUV.

- Maercker, A. (2002). Psychologie des höheren Lebensalters Grundlagen der Alterspsychotherapie und klinischen Gerontopsychologie. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 1-59). Berlin: Springer.
- Mayerweg, M. (2003). Die Grundbedingungen erfüllter Existenz aus der Sicht der Existenanalyse und ihr Zusammenhang mit der subjektiv erlebten Lebensqualität. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wien.
- Mayring, P. (1991). *Psychologie des Glücks*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
- Rost, J. (2004). *Lehrbuch: Testtheorie - Testkonstruktion* (2., überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Ryff, C. D. (1989a). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D. (1989b). In the Eye of the Beholder: Views of psychological Well-Being Among Middle-Aged and Older Adults. *Psychology and Aging*, 4, 195-210.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Saß, A. C., Wurm, S. & Scheidt-Nave, C. (2010). Alter und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt* 2010, 53, 404–416. doi: 10.1007/s00103-010-1049-4
- Schlenk, E.A., Erlen, J.A., Dunbar-Jacob, J., Mc Dowell, J., Engberg, S., Sereika, S.M., ... Bernier, M. J. (1998). Health-related quality of life in chronic disorders: a comparison across studies using the MOS SF-36. *Quality of Life Research*, 7, 57-65.

- Schuhmacher, J. (2003). The satisfaction with life scale. Deutsche Fassung. In J. Schuhmacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 305 – 309). Göttingen: Hogrefe.
- Schulenburg, J.-M. Graf v. d., Claes, Ch., Greiner, W. & Uber, A. (1998). Die deutsche Version des EuroQOL-Fragebogens. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 6, 3–20.
- Sölva, M., Baumann, U. & Lettner, K. (1995). Wohlbefinden: Definitionen, Operationalisierungen, empirische Befunde. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 3, 292-309.
- Staudinger, U. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51, 185-197.
- Statistik Austria (2010). *Lebensformen*. Zugriff am 03.01.2013. Verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/lebensformen/035114.html
- Weyer, G., Erzigkeit, H., Kanowski, S. & Ihl, R. (1997). Alzheimer's Disease Assessment Scale: Reliability and validity in a multicenter clinical trial. *International Psychogeriatrics*, 9, 123-138.
- Wicki, C. (2005). Zeitlichkeit als Herausforderung wahrhaften Existierens. In S. Längle & M. Sulz (Hrsg.), *das eigene leben. ein lesebuch zur existenzanalyse* (S. 57-68). Wien: GLE Verlag.
- Wilson, S.A. (1997). The transition to nursing home life: a comparison of planned and unplanned admissions. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 864-871.
- Zapf, W. (1984). Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In W. Glatzer & W. Zapf (Hrsg.), *Lebensqualität in der Bundesrepublik* (S. 13-26). Frankfurt: Campus Verlag.

Zimbardo, P. G. & Gerrig, R. J. (1999). *Psychologie* (7. überarb. Aufl.). Berlin: Springer.

Zöfel, P. (2003). *Statistik für Psychologen*. München: Pearson Studium.

15. Anhang

15.1. Fragebogen

Sehr geehrter Bewohner,
sehr geehrte Bewohnerin des Kolpinghauses!

Mein Name ist Andreas Harbich. Ich interessiere mich für das Thema **Lebensqualität** und verfasse dazu meine Diplomarbeit in Psychologie an der Universität Wien.

Um mehr über das Thema zu erfahren bitte ich Sie um ihre Mithilfe.

Dazu würden Sie die folgenden Fragebögen bearbeiten, bei denen es um **ihr persönliches Er-Leben, ihre Lebensqualität** und **ihre Zufriedenheit** geht.

- Die Teilnahme erfolgt freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.
- Eine Ablehnung hat keine nachteiligen Folgen für Ihre Betreuung.
- Ihre Daten können auf Ihren Wunsch ohne Angabe von Gründen sofort gelöscht werden.
- Die Daten sind streng vertraulich und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Fragen jederzeit an:
Andreas Harbich
Dirmhirngasse 88/1/4
1230 Wien
Tel. 06604949324
andreas_harbich@hotmail.com

Dieses Blatt ist für Sie – sie können es gerne aufheben.

Ich habe die Einverständniserklärung gelesen und nehme an der Umfrage teil.

Name:

Unterschrift:

Wenn Sie nicht teilnehmen möchten, werfen Sie diese Unterlagen bitte weg oder geben Sie sie unausgefüllt dem Pflegepersonal zurück.

Die Fragebögen

Bitte nehmen sie sich für eine Frage so lange Zeit wie sie benötigen. In den meisten Fällen ist jedoch eine spontane Antwort am aussagekräftigsten. Sie können gerne zwischen den Fragen oder Fragebögen Pausen einlegen. Auf die Fragen gibt es kein >Richtig< oder >Falsch<, es zählt allein ihr Eindruck.

Leider sind die Antworten der verschiedenen Fragebögen teilweise unterschiedlich zu bearbeiten. Bitte daher sorgfältig die Angabe lesen und die ihrer Meinung entsprechenden Kästchen oder Zahlen ankreuzen.

Viel Spaß beim Ausfüllen!

SWLS

Gläzner H, Grande G, Braehler E, Roth M (2011)

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen an, inwieweit Sie diesen zustimmen.

	stimme völlig zu	stimme zu	stimme eher zu	weder/ noch	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealarstellungen.	7	6	5	4	3	2	1
Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet.	7	6	5	4	3	2	1
Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	7	6	5	4	3	2	1
Bisher habe ich die wesentlichen Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche.	7	6	5	4	3	2	1
Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas ändern.	7	6	5	4	3	2	1

Fragebogen zur Existentiellen Lebensqualität (ELQ)

Hier werden verschiedene Empfindungen, Gefühle und Erlebnisse aufgezählt, die Menschen in ihrem Alltag verschieden stark erfahren.

Bitte geben Sie im Folgenden an, **wie sehr** das jeweilige Gefühl bzw. Erlebnis Ihr Leben **geprägt hat** bzw. **vorhanden war**. Es kann sein, dass ein Gefühl nicht oft, dafür aber stark aufgetreten ist und lange nachgewirkt hat.

Andererseits sind manche Gefühle in Form von Stimmungen ständig vorhanden, ohne dass sie einem besonders auffallen.

Bitte geben Sie beide Arten von Gefühlen an. Die angeführten Gefühle und Stimmungen können angenehm oder unangenehm bzw. positiv oder negativ sein. Bitte achten Sie jeweils darauf, unabhängig von ihrer Qualität lediglich die Stärke anzugeben!

Die Kästchen stehen von links nach rechts für:

„Dieses Gefühl hat mein Leben ... **„sehr“**, **„ziemlich“**, **„eher“**, **„wenig“**, **„kaum“**, **„gar nicht“** ...geprägt bzw. war als Stimmung in meinem Leben vorhanden“

Sehr zieml. eher wenig kaum gar nicht

1. Ein Gefühl innerer Ausgeglichenheit ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
2. Das Gefühl, genügend Möglichkeiten zu haben, die Dinge zu tun, die mir wichtig sind ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
3. Das Gefühl, nichts berührt mich wirklich ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
4. Das Gefühl, unter ständigem Druck zu stehen..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
5. Das Erlebnis, etwas für einen anderen zu tun, wo es mir selbst warm ums Herz wird ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
6. Ein wohliges, entspanntes Körpergefühl ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Bitte weiterblättern!

Dieses Gefühl hat mein Leben geprägt bzw.
war als Stimmung in meinem Leben vorhanden

Sehr zieml. eher wenig kaum gar nicht

7. Das Leiden an Einsamkeit und Verlassenheit..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
8. Die Erfahrung tiefer Religiosität und Spiritualität ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
9. Das Gefühl, dass mein Leben sinnlos ist ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
10. Das Gefühl, etwas Wichtiges und Wertvolles zu tun ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
11. Das Gefühl, den Erwartungen der Umwelt nicht gerecht zu werden ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
12. Das Gefühl, zu funktionieren anstatt zu leben ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
13. Das Gefühl von Gesundheit und Vitalität ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
14. Das Gefühl, mich ganz auf eine Sache konzentrieren zu können ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
15. Augenblicke von Unbeschwertheit und Leichtigkeit ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
16. Das Gefühl, für andere Menschen offen zu sein ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
17. Das Gefühl, sorgenvoll in die Zukunft zu blicken ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
18. Das Gefühl, mich ganz an die Schönheit eines Kunstwerks, der Musik oder der Natur hinzugeben ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
19. Die Freude, in einer Tätigkeit eigene Ideen zu verwirklichen..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
20. Das Empfinden eigener Unzulänglichkeit ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
21. Das Gefühl, mich auf jemanden verlassen zu können ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Bitte weiterblättern!

Dieses Gefühl hat mein Leben geprägt bzw.
war als Stimmung in meinem Leben vorhanden

Sehr zieml. eher wenig kaum gar nicht

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 22. Das Gefühl, mir selbst Fehler verzeihen zu können
..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 23. Das Gefühl, jemanden zu haben, mit dem ich über
vieles sprechen kann..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 24. Das Gefühl, von anderen als Mensch anerkannt und
akzeptiert zu werden..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 25. Ein Gefühl innerer Leere..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 26. Das Gefühl, zerstreut und unkonzentriert zu
sein..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 27. Ein Gefühl des Friedens und der
Harmonie..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 28. Das Gefühl von Freiheit und Selbstbestimmung
..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 29. Das Gefühl, ich bin im Grunde in Ordnung, so wie
ich bin..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 30. Das Gefühl, ein inneres Zuhause zu
haben..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 31. Das Gefühl, etwas wert zu sein | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 32. Das Gefühl, alles wächst mir über den Kopf
..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 33. Ein Gefühl von Dankbarkeit dem Leben
gegenüber..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 34. Das Gefühl, als wäre mir der "Boden unter den Füßen
weggezogen" | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 35. Das Gefühl, neugierig und an der Welt interessiert
zu sein..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 36. Das Gefühl, durch Kritik verstört zu sein | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Bitte weiterblättern!

Dieses Gefühl hat mein Leben geprägt bzw.
war als Stimmung in meinem Leben vorhanden

Sehr zieml. eher wenig kaum gar nicht

37. Das Gefühl, niemanden zu haben, von dem ich mich
verstanden fühle..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
38. Das Gefühl, psychisch wenig belastbar zu
sein..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
39. Die Angst, ernsthaft krank zu sein ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
40. Das Gefühl, ich bin dem Leben und seinen Schwierigkeiten im
Großen und Ganzen gewachsen ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
41. Das Gefühl, passiv und entschlosslos zu sein
..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
42. Das Gefühl, dass mir Wärme und Zuneigung
entgegengebracht wird ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
43. Das Gefühl, die anderen Menschen sind weit weg
..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
44. Das Gefühl, dass alles im Leben seinen Platz und
seine Bedeutung hat..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
45. Das Gefühl von Nervosität und Anspannung
..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
46. Ein Gefühl von Ohnmacht und Verzweiflung
..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
47. Das tiefe Vertrauen, in der Welt aufgehoben zu sein
..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
48. Ein Gefühl von Müdigkeit und Abgespanntheit
..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
49. Das Gefühl, Nahe dem Zusammenbruch zu sein
..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
50. Das Gefühl, im Leben gut voranzukommen.....
..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ryff Skala

Bei den folgenden Fragen geht es um ihr Wohlbefinden. Geben Sie bitte für jede Aussage ihre persönliche Zustimmung oder Ablehnung an.

1 = stimme **überhaupt nicht** zu

2 = stimme nicht zu

3 = stimme **eher nicht** zu

4 = stimme **eher** zu

5 = stimme zu

6 = stimme **völlig** zu

1. Ich lasse mich leicht von Menschen, die ihre Meinung selbstbewusst sagen beeinflussen.	6	5	4	3	2	1
2. Ich habe normalerweise das Gefühl, dass ich mit meiner Situation gut zurechtkomme.	6	5	4	3	2	1
3. Ich bin in vielerlei Hinsicht von dem enttäuscht, was ich in meinem Leben erreicht habe.	6	5	4	3	2	1
4. Ich denke es ist wichtig, neue Erfahrungen zu sammeln, die das in Frage stellen, was man über sich selbst und das Leben denkt.	6	5	4	3	2	1
5. Es war für mich immer schwierig und frustrierend enge Beziehungen aufrecht zu erhalten.	6	5	4	3	2	1
6. Ich lebe meine Tage so wie sie kommen und denke nicht wirklich an die Zukunft.	6	5	4	3	2	1
7. Wenn ich mir meine Lebensgeschichte so anschau, dann bin ich zufrieden wie sich die Dinge entwickelt haben.	6	5	4	3	2	1
8. Manchmal habe ich das Gefühl, dass ich alles getan habe, was es im Leben zu tun gibt.	6	5	4	3	2	1

Bitte weiterblättern

1 = stimme **überhaupt nicht** zu

2 = stimme nicht zu

3 = stimme **eher nicht** zu

4 = stimme **eher** zu

5 = stimme zu

6 = stimme **völlig** zu

9. Ich habe Vertrauen in meine eigene Meinung, sogar wenn sie im Widerspruch zur allgemeinen Meinung steht.	6	5	4	3	2	1
10. Ich habe nicht viele warmherzige, vertrauensvolle Beziehungen mit anderen Menschen erlebt.	6	5	4	3	2	1
11. Die Anforderungen des täglichen Lebens erdrücken mich oft.	6	5	4	3	2	1
12. Das Leben bedeutet für mich einen kontinuierlichen Prozess des Lernens, Veränderns und des Wachsens.	6	5	4	3	2	1
13. Meine Bekannten würden mich als entgegenkommende Person bezeichnen, und meinen, dass ich meine Zeit gerne mit anderen verbringe.	6	5	4	3	2	1
14. Ich habe es schon lange aufgegeben große Verbesserungen oder Veränderungen in meinem Leben zu machen.	6	5	4	3	2	1
15. Manche Menschen leben ziellos dahin, aber ich bin nicht einer von diesen.	6	5	4	3	2	1
16. Ich mag die meisten meiner persönlichen Eigenschaften.	6	5	4	3	2	1
17. Meine persönlichen Beurteilungen richten sich nach dem, was ich für wichtig halte, und nicht nach dem was andere denken.	6	5	4	3	2	1
18. Ich bin ziemlich gut darin, mit den täglichen Anforderungen zurechtzukommen.	6	5	4	3	2	1

Danke fürs Ausfüllen!

EuroQol

Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben, indem Sie ein Kreuz (x) in ein Kästchen jeder Gruppe machen.

1. Beweglichkeit / Mobilität

- 1 ☐ Ich habe keine Probleme herumzugehen.
- 2 ☐ Ich habe einige Probleme herumzugehen.
- 3 ☐ Ich bin ans Bett gebunden.

2. Für sich selbst sorgen

- 1 ☐ Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen.
- 2 ☐ Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen.
- 3 ☐ Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.

3. Allgemeine Tätigkeiten (z.B. Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- 1 ☐ Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.
- 2 ☐ Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.
- 3 ☐ Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.

4. Schmerzen / Körperliche Beschwerden

- 1 ☐ Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden.
- 2 ☐ Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden.
- 3 ☐ Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden.

5. Angst / Niedergeschlagenheit

- 1 ☐ Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert.
 2 ☐ Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert.
 3 ☐ Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert.

Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer. Der best denkbare Gesundheitszustand ist mit „100“ gekennzeichnet, der schlechteste mit „0“.

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala anzukreuzen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach **Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute** ist.



15.2. Vertraulichkeitserklärung

Vertraulichkeitserklärung

Für die im Rahmen meiner Diplomarbeit der Universität Wien im Fach Psychologie stattfindende Untersuchung werden den zur Teilnahme in Frage kommenden Bewohnern des Kolpinghauses folgende Unterlagen überreicht:

- Eine schriftliche Bitte um Teilnahme mit Kurzbeschreibung
- Eine zu unterzeichnende Einverständniserklärung
- 4 Fragebögen zu Lebensqualität und Lebenszufriedenheit:
 - die deutsche Version der „Satisfaction with Life Scale“ (Diener, 1985)
 - die deutsche Version des „European Quality of Life Questionnaire“ (Schulenburg, 1998)
 - die Ryff Wohlbefindens Skala (Ryff, 1998)
 - der Fragebogen zur Existentiellen Lebensqualität (Görtz, 2003)

Die im Rahmen dieser Tätigkeit gewonnen persönlichen Informationen werden vertraulich behandelt.

Die Daten aus den Fragebögen werden schnellstmöglich pseudonymisiert. Die erhobenen Daten können auf Wunsch des Teilnehmers sofort gelöscht werden.

Die von der Ethikkommission empfohlenen Regeln zum Umgang mit vertraulichen Daten werden eingehalten.

Zu dieser Einhaltung verpflichte ich mich

Andreas Harbich, Diplomand an der Universität Wien, Fakultät für Psychologie

16. Zusammenfassung

Ziel: Die vorliegende Arbeit soll prüfen, ob das existenzanalytische Modell einen Beitrag zur Aufklärung des Wohlbefindensparadoxons leisten kann. Dieses gibt an, dass schwierige Lebensumstände nicht unbedingt zu niedrigerem subjektivem Wohlbefinden führen müssen. Existentielles Wohlbefinden könnte einen Resilienzfaktor darstellen, um auch bei einer Verschlechterung der Lebensbedingungen hohes Wohlbefinden aufzuweisen. **Methode:** Es wurden im Zeitraum von September bis Dezember 2012 65 Personen eines Alten- und Altenpflegeheimes in Österreich zu ihrer Lebensqualität befragt. Dazu wurde der adaptierte Fragebogen zu existentiellen Lebensqualität (ELQ) (Görtz, 2005), die Psychological Well-Being Scales (Ryff-Skala) (Ryff, 1989a), die Satisfaction with Life Scale (SWLS) (Diener et al., 1985) und der European Quality of Life Questionnaire (EQ-5D) (EuroQuol Gruppe) vorgegeben. Mittels Korrelationen, Unterschieden von Zusammenhängen, Mittelwertsunterschieden und Regressionsanalysen wurde ein möglicher Einfluss des existenzanalytischen Modells auf Wohlbefinden und gesundheitsbezogene Lebensqualität untersucht. **Resultate:** Existentielles Wohlbefinden korreliert hoch mit psychologischem Wohlbefinden und subjektiver Lebenszufriedenheit. Dimensionen des ELQ stellen signifikante Prädiktoren sowohl für psychologisches Wohlbefinden, als auch für subjektive Lebenszufriedenheit dar. In Bezug auf das Wohlbefindensparadoxon fanden sich folgende Ergebnisse. Das existentielle Wohlbefinden hat einen signifikanten Einfluss auf den Zusammenhang zwischen der subjektiven Gesundheitseinschätzung und der subjektiven Lebenszufriedenheit. Ein hohes existentielles Wohlbefinden bewirkt also trotz geringer Gesundheitseinschätzung eine hohe Lebenszufriedenheit. **Konklusion:** Die Ergebnisse bestätigen einen Einfluss des existenzanalytischen Modells auf Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit. Weitere Untersuchungen müssen zeigen, ob die Ergebnisse auch in anderen Populationen gefunden werden können und ob sich der Einfluss des Existentiellen Wohlbefindens auch in anderen Bereichen des Wohlbefindens zeigen lässt. Die genauen Mechanismen des auf das Wohlbefinden wirkenden existenzanalytischen Modells müssen in qualitativen Untersuchungen erforscht werden.

17. Abstract

Purpose of the Study: The aim of the study was to test, if the model of Existential Analysis can explain the paradox of well-being. The paradox of well-being means, that difficult life experience do not necessarily lead to lower well-being. In cases of decline in life experience, the existential quality of life could be seen as a factor of resilience, which effects well-being (life satisfaction). **Method:** From September to December 2012 65 elderly people living in nursing homes took part in a questionnaire over their quality of life. The adapted version of the Existential Quality of Life Questionnaire (ELQ) (Görtz, 2005), the Psychological Well-Being-Scales (Ryff-Scales) (Ryff, 1989a), the satisfaction with Life Scale (SWLS) (Diener et al., 1985) and the European Quality of Life Questionnaire (EQ-5D) (EuroQuol group) were used. The connection between Existential Analysis and well-being, life satisfaction and health-related quality of life was assessed via correlation, difference of correlations, difference of means and regression analysis. **Results:** Existential well-being was highly correlated with psychological well-being and subjective satisfaction with life. Dimensions of the ELQ are significant predictors for psychological well-being, along with subjective satisfaction with life. Existential well-being has a significant impact on the context of the subjective rating of health status and the subjective satisfaction with life. A high level of existential well-being causes high level of subjective satisfaction with life in spite of low ratings of health status. **Conclusion:** The results confirm an influence of the model of Existential Analysis to well-being and life satisfaction. Further research has to prove the results in other populations and if the impact of existential well-being is found in other area of well-being. Detailed explanations of the Model of Existential Analysis that affects well-being have to be found by qualitative research.

CURRICULUM VITAE

Andreas Harbich

✉ andreas_harbich@hotmail.com

Ausbildung

Seit Okt. 2002	Diplomstudium Psychologie, Universität Wien. Wahlfachschwerpunkt klinische Psychologie und psychologische Diagnostik Schwerpunkt der freien Wahlfächer an der medizinischen Universität Wien
-------------------	--

Praktikum

Aug bis Nov 2010	Alten und Altenpflegeheim Kolpinghaus Wien Favoriten. Psychologische Diagnostik und Behandlung in den Bereichen Gerontopsychologie und Neuropsychologie
---------------------	--

Ehrenamtliche Tätigkeit

Sept bis Dez 2011	Alten und Altenpflegeheim Kolpinghaus Wien Favoriten. Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen
----------------------	--

Berufe

2005 bis 2012	Gutachter bei BUPP Analyse von Computerspielen auf pädagogischen Gehalt
Seit 2012	Experte bei BUPP
2006 bis 2012	Ottakringer Services GmbH Materialverwaltung

Andreas Harbich

Weiterbildung

Diverse Schulungen und Workshops bei BUPP	
Seit 2005	Wirkung von Computerspielen auf Kinder und Jugendliche; Möglichkeiten und Grenzen elektronischer Spiele
2010, 2011, 2012	Internationaler Kongress der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse
	Emotion in Therapie und Beratung; Tiefenerfahrung in Psychotherapie und Beratung; Vom Wollen und Lassen in Therapie und Beratung
2011	MS Office 2010 für Umsteiger

Fremdsprachenkenntnisse

Englisch	fließend
Französisch	gut

Computerkenntnisse

MS Office, SPSS, AS400

Hobbys und Interessen

Bewegung, Ernährung, Kunst, Natur & Umwelt
