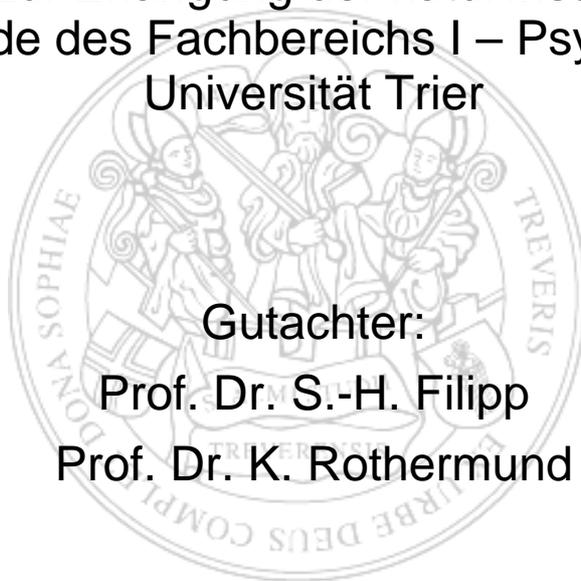


# Das Abhängigkeitsunterstützungskript im Pflegesetting

Experimentelle Studien zu situativen und  
personalen Moderatoren

Dipl.-Psych. Christina Lukas

Dissertation zur Erlangung der naturwissenschaftlichen  
Doktorwürde des Fachbereichs I – Psychologie der  
Universität Trier



Gutachter:  
Prof. Dr. S.-H. Filipp  
Prof. Dr. K. Rothermund

Februar 2007

# Vorbemerkung

Bei meinen Recherchen zum Konzept einer aktivierenden Pflege, welche darauf ausgerichtet ist, die Selbständigkeit alter Menschen zu erhalten und wiederherzustellen, und nicht im Sinne des im Rahmen dieser Arbeit untersuchten *Abhängigkeitsunterstützungsskripts* ihre Unselbständigkeit zu fördern, stieß ich auf folgende, etwas pathetisch anmutende Zeilen:

Nur wenn wir selbst in unserer Arbeit, und sei es die Arbeit mit dem sogenannten „Hoffnungslosen“, Hoffnung sehen, (...) macht diese Arbeit – trotz ihrer Probleme und Grenzen – Freude. Alle, die im Pflegeheim arbeiten, müssen diese „Trotzdem-Haltung“ erwerben und versuchen, einer „gemeinsamen Mission“ zu folgen. Ich denke dabei an die Geschichte des Dombaus zu Mailand, in der ein Fremder einen ersten Steinmetz fragte: „Was tust Du hier?“. Dieser antwortet: „Ich klopfe einen Stein.“. Ein zweiter antwortet: „Ich baue ein Tor.“ und der Dritte „Ich baue einen Dom.“. (Meier-Baumgartner, 1994, S. 127)

Das Bild des Dombaus gefällt mir, bringt es doch einige Erfahrungen auf den Punkt, die ich als Psychologin in der Arbeit mit Menschen, die im Altenheim leben, wie auch mit denen, die im Altenheim arbeiten, in den letzten Jahren gesammelt habe. Einzelne Handlungen müssen als sinnvolle kleine Schritt in einer größeren Zielhierarchie betrachtet werden. Die grundlegende Intention – eine Heimumwelt zu schaffen, welche die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten ihrer Bewohner bestmöglich erfüllt bzw. fördert – darf nicht aus dem Blickfeld geraten, will man seine Aufgaben zielgerichtet und mit der nötigen Beharrlichkeit wahrnehmen.

Gleichzeitig hat mich die Geschichte vom Dombau angesprochen, weil sie die verschiedenen Handlungsphasen und Gemütszustände bei der Erstellung dieses Dissertationsprojektes versinnbildlicht. Anfangs war der „Bauplan“ noch sehr skizzenhaft. Ich habe „Tore“ gebaut, um einen Zugang zur Thematik zu finden, ohne notwendigerweise immer den gesamten Bau im Blick zu haben. Dann wieder konkretisierte sich der Bauplan, aber die einzelnen Handlungsschritte erschienen unklar. Manchmal habe ich auch wochenlang nur „Steine geklopft“.

Bei alle dem haben mich verschiedene Personen sehr unterstützt. Als erstes möchte ich meinen beiden Mentoren danken, Prof. Dr. Sigrun-Heide Filipp und Prof. Dr. Klaus Rothermund, die mich sehr ermutigten, das Projekt „Dissertation“ überhaupt in Angriff zu nehmen, die mich darüber hinaus in der Themenfindung und Konkretisierung einzelner „Bauschritte“ unterstützten und die wertvolle „Steine“ zur Verbesserung früherer Versionen dieser Arbeit geliefert haben. Bei Prof. Dr. Sigrun-Heide Filipp möchte ich mich insbesondere dafür bedanken, dass sie mir nach Abschluss meines Studiums ermöglicht hat, zwei ähnliche starke Handlungstendenzen gleichzeitig realisieren zu können – den Einstieg in die psychologische Praxis und das wissenschaftliche Arbeiten im Rahmen einer Promotion. Prof. Dr. Klaus Rothermund bin ich

besonders dankbar dafür, dass er seit meinem ersten Studiensemester mein Interesse am wissenschaftlichen Denken und Arbeiten gefördert und nach meiner Diplomarbeit nun auch meine Promotion betreut hat. Darüber hinaus gilt mein Dank meinen Kolleginnen und Kollegen aus der Abteilung von Prof. Filipp, die mein Projekt in mehreren Forschungskolloquien mit vielen hilfreichen Ratschlägen begleitet haben. Ebenfalls bedanken möchte ich mich bei den wissenschaftlichen Hilfskräften der Abteilung, die beim „Klopfen“ einzelner „Steine“ mitgewirkt haben.

Zu Dank verpflichtet bin ich des Weiteren dem Direktor der Vereinigten Hospitien in Trier, Dr. Hubert Schnabel, der meine Arbeit als Psychologin in der Gerontologischen Beratungsstelle, einem Kooperationsprojekt zwischen der Universität Trier und den Vereinigten Hospitien, stets wohlwollend begleitet und mich in Wort und Tat in meinem Anliegen unterstützt hat, neben der praktischen Tätigkeit auch wissenschaftlich arbeiten zu können. In diesem Zusammenhang danke ich auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der verschiedenen Alten- und Krankenpflegeeinrichtungen, in denen ich meine Daten erheben konnte, sehr für die z.T. umfangreiche organisatorische Unterstützung bzw. für die Teilnahme an meiner Fragebogenstudie.

Im Kanon derjenigen, denen ich anlässlich der Fertigstellung dieser Dissertationsschrift meinen Dank aussprechen möchte, sollen auch meine Eltern, Henny und Harry Lukas, nicht fehlen. Meiner Mutter danke ich für ihre erfolgreichen Überzeugungsversuche, die Möglichkeit zur Promotion unbedingt auszuschöpfen. Gleichzeitig bin ich meinem Vater dankbar dafür, mich in meinem Anliegen bestärkt zu haben, auch in der psychologischen Praxis tätig zu werden.

Beschließen möchte ich diese Vorbemerkung mit einem besonders herzlichen Dank an meinen Mann, Tobias Gschwendner-Lukas, der weiß wie man Baupläne erstellt, Tore baut und Steine klopft und mir bei jedem dieser Schritte immer sehr ermutigend zur Seite stand.

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung .....	13
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>14</b>
<b>2 Stereotypbasierte Überkompensation und Überanpassung in der Interaktion mit alten Menschen.....</b>	<b>19</b>
2.1 Altersstereotype.....	19
2.2 Überanpassung in der intergenerationellen Kommunikation.....	21
2.2.1 Theoretische Modelle zur stereotypgeleiteten Kommunikation mit älteren Menschen .....	22
2.2.2 Empirische Befunde .....	26
2.3 Überkompensation im Pflegeverhalten: Das Konzept der <i>Gelernten Abhängigkeit</i> von Margret Baltes.....	32
2.3.1 Beobachtungsstudien im stationären Bereich .....	32
2.3.1.1 Verhaltenskodiersystem .....	33
2.3.1.2 Durchführung und Auswertung der Beobachtungen.....	35
2.3.1.3 Beobachtungsstudien in drei amerikanischen Altenheimen.....	36
2.3.1.4 Beobachtungsstudien in zwei deutschen Altenheimen .....	40
2.3.2 Zusammenfassende Interpretation der Beobachtungsdaten: <i>Abhängigkeitsunterstützungsskript</i> und <i>Gelernte Abhängigkeit</i> .....	44
2.3.3 Generalisierbarkeit der Befunde auf den ambulanten Bereich.....	47
2.3.4 Altersabhängigkeit des Abhängigkeitsunterstützungsskripts: Vergleichende Studien mit Kindern.....	48
2.3.5 Möglichkeiten der Verhaltensmodifikation von Pflegekräften und alten Menschen .....	49
2.4 Zusammenfassung.....	51
<b>3 Zielsetzung und Fragestellung der vorliegenden Studien .....</b>	<b>53</b>
3.1 Aktivierende versus abhängigkeitsfördernde Pflege: Diskrepanzen zwischen Anspruch und Realität der Altenpflege.....	53
3.2 Einflussfaktoren auf das Abhängigkeitsunterstützungsskript auf Seiten der Pflegekräfte und der Arbeitsbedingungen.....	56
3.2.1 Zeitdruck .....	57
3.2.2 Individuelle Ausprägungen des Altersstereotyps.....	60
3.2.3 Exkurs: Der Zusammenhang von Zeitdruck und Stereotypen aus Sicht der kognitiven Sozialpsychologie .....	62

3.2.3.1	Das Modell reflektiver und impulsiver Determinanten sozialen Verhaltens nach Strack und Deutsch (2004) .....	62
3.2.3.2	Experimentelle Befunde zum Stereotypisieren bei geringen zeitlichen und kognitiven Ressourcen .....	64
3.2.4	Geduld und Direktivität der Pflegeperson.....	66
3.3	Altersspezifität des Abhängigkeitsunterstützungsskripts und Generalisierbarkeit über verschiedene Pflegesettings .....	67
3.4	Forschungshypothesen .....	71
3.4.1	Situative Moderatoren.....	71
3.4.2	Personale Moderatoren.....	72
3.4.3	Altersspezifität und Generalisierbarkeit des Abhängigkeitsunterstützungsskriptes .....	74
<b>4</b>	<b>Studie 1 .....</b>	<b>77</b>
4.1	Methode.....	77
4.1.1	Untersuchungsdesign .....	77
4.1.2	Stichprobenumfangsplanung.....	78
4.1.3	Stichprobe.....	79
4.1.4	Material .....	80
4.1.4.1	Konstruktion der Untersuchungsvignetten.....	80
4.1.4.1.1	Methode des Vignettenansatzes .....	80
4.1.4.1.2	Gestaltung der Vignetten.....	82
4.1.4.1.3	Pilotstudie zur Überprüfung der Selbständigkeitsmanipulation.....	86
4.1.4.2	Abhängige Variable: Skala Handlungsintentionen .....	87
4.1.4.2.1	Konstruktion der Items.....	88
4.1.4.2.2	Dimensions- und Skalenanalysen.....	90
4.1.4.3	Differentielle Maße .....	93
4.1.4.3.1	Instrument zur Erfassung der individuellen Ausprägung des Altersstereotyps: Facts on Aging Quiz.....	93
4.1.4.3.2	Fragebogen zur Direktivität .....	99
4.1.4.3.3	Skala Geduld .....	100
4.1.4.3.4	Skala Erregbarkeit .....	102
4.1.4.3.5	Interkorrelation der differentiellen Maße .....	103
4.1.4.4	Kontrollvariablen .....	104
4.2	Ergebnisse .....	106
4.2.1	Analysemethoden .....	106

4.2.1.1	Situative Moderatoren .....	106
4.2.1.2	Personale Moderatoren.....	108
4.2.1.3	Signifikanzniveau und Effektstärken .....	108
4.2.2	Deskriptive Werte der Handlungsintentionen.....	108
4.2.3	Effekte der situativen Faktoren .....	109
4.2.3.1	Effekte bezüglich der Abhängigen Variablen Selbständigkeit unterstützen vs. Unselbständigkeit unterstützen .....	110
4.2.3.2	Effekte bezüglich der Abhängigen Variablen Aufmerksamkeit schenken vs. Ignorieren .....	113
4.2.3.3	Effekte bezüglich der Abhängigen Variablen Kritisieren.....	116
4.2.3.4	Zusammenfassung der Effekte der situativen Faktoren vor dem Hintergrund der Hypothesen.....	117
4.2.4	Effekte der personalen Moderatoren .....	123
4.2.4.1	Individuelle Ausprägung des Altersstereotyps.....	123
4.2.4.2	Direktivität .....	124
4.2.4.3	Geduld und Erregbarkeit .....	125
<b>5</b>	<b>Studie 2 .....</b>	<b>127</b>
5.1	Methode.....	127
5.1.1	Untersuchungsdesign .....	127
5.1.2	Stichprobenumfangsplanung.....	129
5.1.3	Stichprobe.....	129
5.1.4	Veränderungen im Untersuchungsmaterial zur Studie 1.....	133
5.1.4.1	Eigenschaftsrating zur Erfassung der individuellen Ausprägung des Altersstereotyps .....	133
5.1.4.2	Ausschluss der Skala Erregbarkeit.....	137
5.1.5	Statistische Aufbereitung der Abhängigen Variablen und der differentiellen Maße.....	137
5.1.5.1	Skala Handlungsintentionen.....	137
5.1.5.2	Differentielle Maße .....	139
5.1.6	Kontrollvariable: Einfühlbarkeit in die Vignetten .....	141
5.2	Ergebnisse .....	142
5.2.1	Analysemethoden .....	142
5.2.1.1	Situative Moderatoren .....	142
5.2.1.2	Personale Moderatoren.....	143
5.2.2	Deskriptive Werte der Handlungskategorien .....	145
5.2.3	Effekte der situativen Faktoren .....	145

5.2.3.1	Effekte bezüglich der Abhängigen Variablen Selbständigkeit unterstützen vs. Unselbständigkeit unterstützen .....	146
5.2.3.2	Effekte bezüglich der Abhängigen Variablen Aufmerksamkeit schenken vs. Ignorieren .....	150
5.2.3.3	Effekte bezüglich der Abhängigen Variablen Kritisieren .....	153
5.2.3.4	Zusammenfassung der Effekte der situativen Faktoren vor dem Hintergrund der Hypothesen .....	155
5.2.4	Effekte der personalen Moderatoren .....	161
5.2.4.1	Individuelle Ausprägung des Altersstereotyps .....	161
5.2.4.2	Direktivität .....	162
5.2.4.3	Geduld .....	164
<b>6</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>167</b>
6.1	Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse von Studie 1 und Studie 2 .....	167
6.1.1	Beeinflusst die Selbständigkeit der Pflegeempfängerin die Handlungsabsichten der Pflegepersonen? .....	169
6.1.2	Gibt es spezifische Bedingungen, die das Pflegeverhalten nach dem Abhängigkeitsunterstützungsskript beeinflussen? .....	171
6.1.2.1	Begünstigen hoher Zeitdruck, geringe Geduld und hohe Direktivität der Pflegeperson das Abhängigkeitsunterstützungsskript? .....	172
6.1.2.2	Hat die individuelle Ausprägung des Altersstereotyps einen Einfluss? .....	175
6.1.3	Zeigt sich das Abhängigkeitsunterstützungsskript nur in der Interaktion mit <i>alten</i> Pflegeempfängern? .....	177
6.1.4	Ist das Abhängigkeitsunterstützungsskript über verschiedene <i>stationäre</i> Pflegesettings generalisierbar? .....	180
6.1.5	Exkurs: Erklärung des Settingeffektes (Studie 3) .....	182
6.2	Ausblick .....	187
6.3	Resümee .....	191
	Literaturverzeichnis .....	193
Anhang A:	Erhebungsinstrumente und Untersuchungsmaterialien .....	208
Anhang A.1	Fragebogen in Studie 1 (Version Altenheim) .....	211
Anhang A.2	Fragebogen in Studie 2 (Version Krankenhaus: alte Protagonistin, hoher Zeitdruck) .....	220
Anhang B:	Ergebnistabellen .....	230
Anhang C:	Faktorenanalytische Auswertungsstrategie .....	236
	Erklärung .....	239

# Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1:</i>	Verhaltenskodiersystem für Verhaltensweisen der Altenheimbewohner und ihrer Sozialpartner (nach Baltes, Kindermann & Reizenzein, 1986).....	34
<i>Tabelle 2:</i>	Kategorien der dyadischen Form des Verhaltens (nach Baltes et al., 1987) .....	42
<i>Tabelle 3:</i>	Versuchsplan von Studie 1 .....	78
<i>Tabelle 4:</i>	Reihenfolge der Zeitdruck- und der Selbständigkeitsmanipulation in Studie 1 .....	78
<i>Tabelle 5:</i>	Zuordnung der Versuchspersonen zu den einzelnen Zellen des Versuchsplans in Studie 1 .....	79
<i>Tabelle 6:</i>	Aufbau der Text-Vignetten in Studie 1 und 2 (am Beispiel der Tätigkeit „Anziehen“) .....	83
<i>Tabelle 7:</i>	Tätigkeiten der Protagonistinnen in den Vignetten (Materialfaktor) in Studie 1 und 2 .....	86
<i>Tabelle 8:</i>	Itemformulierung mit Hilfe abstrakter Markierwörter am Beispiel eines Items aus der Kategorie <i>Selbständigkeit unterstützen</i> .....	90
<i>Tabelle 9:</i>	Interkorrelation der Handlungskategorien .....	93
<i>Tabelle 10:</i>	Facts on Aging-Quiz, Systematik von Richtigkeit und Valenz am Beispiel einzelner Aussagen .....	94
<i>Tabelle 11:</i>	Items der Direktivitätsskala von Bastine (1977) .....	100
<i>Tabelle 12:</i>	Items der Skala Geduld (Item 1 und 7 wurden von Riemann, 1996, übernommen) .....	101
<i>Tabelle 13:</i>	Items der Skala Erregbarkeit aus dem FPI-R von Fahrenberg et al. (2001).....	103
<i>Tabelle 14:</i>	Interkorrelation der differentiellen Maße in Studie 1 .....	103
<i>Tabelle 15:</i>	Transformationsmatrix für geplante Kontraste der messwiederholten Faktoren in Studie 1 .....	107
<i>Tabelle 16:</i>	Deskriptive Werte der Handlungsintentionen gemittelt über die Stufen aller experimentellen Faktoren in Studie 1 .....	109
<i>Tabelle 17:</i>	Effekte der messwiederholten Faktoren <i>Handlungsintentionen</i> (Selbständigkeit unterstützen vs. Unselbständigkeit unterstützen), <i>Zeitdruck der Pflegeperson</i> und <i>Selbständigkeit der Protagonistin</i> in Studie 1 .....	110
<i>Tabelle 18:</i>	Interaktionseffekte der messwiederholten Faktoren <i>Handlungsintentionen</i> (Selbständigkeit unterstützen vs. Unselbständigkeit unterstützen), <i>Zeitdruck der Pflegeperson</i> sowie <i>Selbständigkeit der Protagonistin</i> und des Gruppenfaktors <i>Pflegesetting/Alter der Protagonistin</i> in Studie 1.....	112
<i>Tabelle 19:</i>	Deskriptive Werte der Handlungsintentionen <i>Selbständigkeit unterstützen</i> und <i>Unselbständigkeit unterstützen</i> in den Stufen der experimentellen Faktoren in Studie 1 .....	113

<i>Tabelle 20:</i>	Effekte der messwiederholten Faktoren <i>Handlungsintentionen</i> (Aufmerksamkeit schenken vs. Ignorieren), <i>Zeitdruck der Pflegeperson</i> und <i>Selbständigkeit der Protagonistin</i> in Studie 1 .....	114
<i>Tabelle 21:</i>	Interaktionseffekte der messwiederholten Faktoren <i>Handlungsintentionen</i> (Aufmerksamkeit schenken vs. Ignorieren), <i>Zeitdruck der Pflegeperson</i> sowie <i>Selbständigkeit der Protagonistin</i> und des Gruppenfaktors <i>Pflegesetting/Alter der Protagonistin</i> in Studie 1 .....	115
<i>Tabelle 22:</i>	Deskriptive Werte der Handlungsintentionen <i>Aufmerksamkeit schenken</i> und <i>Ignorieren</i> in den Stufen der experimentellen Faktoren in Studie 1 .....	116
<i>Tabelle 23:</i>	Effekte der messwiederholten Faktoren <i>Zeitdruck der Pflegeperson</i> und <i>Selbständigkeit der Protagonistin</i> bezüglich der Handlungsintention <i>Kritisieren</i> in Studie 1 .....	117
<i>Tabelle 24:</i>	Deskriptive Werte der Handlungsintention <i>Kritisieren</i> in den Stufen der experimentellen Faktoren in Studie 1 .....	117
<i>Tabelle 25:</i>	Korrelationen des FAQ-Stereotypenkennwertes mit den Handlungsintentionen in Studie 1 .....	123
<i>Tabelle 26:</i>	Korrelationen der Direktivität mit den Handlungsintentionen in Studie 1 ..	125
<i>Tabelle 27:</i>	Korrelationen der Geduld und der Erregbarkeit mit den Handlungsintentionen in Studie 1 .....	126
<i>Tabelle 28:</i>	Soziodemographische Merkmale der Stichprobe von Studie 2 .....	131
<i>Tabelle 29:</i>	Zuordnung der Versuchspersonen zu den einzelnen Zellen des Versuchsplans in Studie 2 .....	133
<i>Tabelle 30:</i>	Deskriptive Werte aller Items des Eigenschaftsratings .....	135
<i>Tabelle 31:</i>	Statistische Kennwerte der drei Indizes aus dem Eigenschaftsrating .....	136
<i>Tabelle 32:</i>	Deskriptive Werte der Skala Geduld in den Stufen des Faktors <i>Pflegesetting/Alter der Protagonistin</i> in Studie 2 .....	140
<i>Tabelle 33:</i>	Interkorrelationen der differentiellen Maße in Studie 2 .....	141
<i>Tabelle 34:</i>	Transformationsmatrix für geplante Kontraste der messwiederholten Faktoren in Studie 2 .....	143
<i>Tabelle 35:</i>	Deskriptive Werte der Handlungsintentionen gemittelt über die Stufen aller experimentellen Faktoren in Studie 2 .....	145
<i>Tabelle 36:</i>	Effekte der messwiederholten Faktoren <i>Handlungsintentionen</i> (Selbständigkeit unterstützen vs. Unselbständigkeit unterstützen) und <i>Selbständigkeit der Protagonistin</i> in Studie 2 .....	146
<i>Tabelle 37:</i>	Interaktionseffekte der messwiederholten Faktoren <i>Handlungsintentionen</i> (Selbständigkeit unterstützen vs. Unselbständigkeit unterstützen) sowie <i>Selbständigkeit der Protagonistin</i> und der Gruppenfaktoren <i>Zeitdruck der Pflegeperson</i> sowie <i>Pflegesetting/Alter der Protagonistin</i> in Studie 2 ..	147
<i>Tabelle 38:</i>	Deskriptive Werte der Handlungsintentionen <i>Selbständigkeit unterstützen</i> und <i>Unselbständigkeit unterstützen</i> in den Stufen der experimentellen Faktoren in Studie 2 .....	148

<i>Tabelle 39:</i>	Effekte der messwiederholten Faktoren <i>Handlungsintentionen</i> (Aufmerksamkeit schenken vs. Ignorieren) und <i>Selbständigkeit der Protagonistin</i> in Studie 2 .....	150
<i>Tabelle 40:</i>	Interaktionseffekte der messwiederholten Faktoren <i>Handlungsintentionen</i> (Aufmerksamkeit schenken vs. Ignorieren) sowie <i>Selbständigkeit der Protagonistin</i> und der Gruppenfaktoren <i>Zeitdruck der Pflegeperson</i> sowie <i>Pflegesetting/Alter der Protagonistin</i> in Studie 2 .....	151
<i>Tabelle 41:</i>	Deskriptive Werte der Handlungsintentionen <i>Aufmerksamkeit schenken</i> und <i>Ignorieren</i> in den Stufen der experimentellen Faktoren in Studie 2.....	153
<i>Tabelle 42:</i>	Effekte der messwiederholten Faktoren <i>Zeitdruck der Pflegeperson</i> und <i>Selbständigkeit der Protagonistin</i> bezüglich der Handlungsintention <i>Kritisieren</i> in Studie 2.....	154
<i>Tabelle 43:</i>	Deskriptive Werte der Handlungsintention <i>Kritisieren</i> in den Stufen der experimentellen Faktoren in Studie 2 .....	154
<i>Tabelle 44:</i>	Korrelationen der Stereotypenmaße mit den Handlungsintentionen in Studie 2 .....	162
<i>Tabelle 45:</i>	Korrelationen der Direktivität mit den Handlungsintentionen in Studie 2.....	163
<i>Tabelle 46:</i>	Korrelationen der Geduld mit den Handlungsintentionen in Studie 2 .....	164
<i>Tabelle 47:</i>	Regression des Kontrastes <i>S-U</i> auf die Prädiktoren <i>Zeitdruck</i> und <i>Geduld</i> sowie den Interaktionsterm.....	165
<i>Tabelle 48:</i>	Regression des Kontrastes <i>S-U</i> auf die potentielle Mediatorvariable <i>Geduld</i> und den Prädiktor <i>Settingkontrast (Altenheim vs. Krankenhaus: alte Protagonistin)</i> .....	166
<i>Tabelle A.1:</i>	Zuordnung der zehn Items der Skala Handlungsintentionen zu den Handlungskategorien am Beispiel der Tätigkeit „Anziehen“ .....	209
<i>Tabelle A.2:</i>	Sortierung aller 20 Aussagen des FAQ nach Valenz und Richtigkeit.....	210
<i>Tabelle B.1:</i>	Faktorladungsmatrix der Skala Handlungsintentionen (Hauptachsenanalyse mit orthogonaler Rotation nach dem Varimax-Kriterium) in Studie 1 .....	230
<i>Tabelle B.2:</i>	Faktorladungsmatrix der Skala Geduld (Hauptachsenanalyse) in Studie 1 .....	231
<i>Tabelle B.3:</i>	Faktorladungsmatrix des Eigenschaftsratings (Hauptachsenanalyse mit orthogonaler Rotation nach dem Varimax-Kriterium) .....	232
<i>Tabelle B.4:</i>	Faktorladungsmatrix der Skala Handlungsintentionen (Hauptachsenanalyse mit orthogonaler Rotation nach dem Varimax-Kriterium) in Studie 2 .....	233
<i>Tabelle B.5:</i>	Faktorladungsmatrix der Skala Geduld (Hauptachsenanalyse) in Studie 2 .....	234
<i>Tabelle B.6:</i>	Faktorladungsmatrix des Adjektivratings (Hauptachsenanalyse) in Studie 3 .....	235
<i>Tabelle C.1:</i>	Faktorladungsmatrix des Adjektivratings (Hauptachsenanalyse) in der Pilotstudie .....	238

# Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1:</i>	Das Model des <i>Communication Predicament of Aging</i> (modifiziert nach Ryan, Meredith, MacLean & Orange, 1995b, S.91).....	24
<i>Abbildung 2:</i>	Abhängigkeitsunterstützungsskript und Selbständigkeitsignoranzskript nach Baltes, M. M. (1996, S. 107).....	45
<i>Abbildung 3:</i>	Kontrast <i>S-U</i> bei selbständiger und unselbständiger Protagonistin in Studie 1. ....	118
<i>Abbildung 4:</i>	<i>Selbständigkeit unterstützen</i> und <i>Unselbständigkeit unterstützen</i> bei selbständiger und unselbständiger Protagonistin in Studie 1. ....	118
<i>Abbildung 5:</i>	Kontrast <i>S-U</i> bei hohem und niedrigem Zeitdruck der Pflegeperson in Studie 1. ....	119
<i>Abbildung 6:</i>	<i>Selbständigkeit unterstützen</i> und <i>Unselbständigkeit unterstützen</i> bei hohem und niedrigem Zeitdruck der Pflegeperson in Studie 1. ....	120
<i>Abbildung 7:</i>	Kontrast <i>S-U</i> in den Stufen des Faktors <i>Pflegesetting/Alter der Protagonistin</i> in Studie 1. ....	122
<i>Abbildung 8:</i>	<i>Selbständigkeit unterstützen</i> und <i>Unselbständigkeit unterstützen</i> in den Stufen des Faktors <i>Pflegesetting/Alter der Protagonistin</i> in Studie 1. ....	122
<i>Abbildung 9:</i>	Interaktion der Selbständigkeit der Protagonistin und des Zeitdrucks der Pflegeperson bezüglich des Ausmaßes an Unterstützung ( <i>Grand Mean</i> ) in Studie 2. ....	149
<i>Abbildung 10:</i>	Interaktion zwischen Settingkontrast, Zeitdruck der Pflegeperson und Selbständigkeit der Protagonistin bezüglich des Kontrastes <i>S-U</i> in Studie 2. ....	150
<i>Abbildung 11:</i>	Interaktion zwischen Settingkontrast, Zeitdruck der Pflegeperson und Selbständigkeit der Protagonistin bezüglich der Handlungsintention Kritisieren in Studie 2. ....	154
<i>Abbildung 12:</i>	Kontrast <i>S-U</i> bei selbständiger und unselbständiger Protagonistin in Studie 2. ....	155
<i>Abbildung 13:</i>	<i>Selbständigkeit unterstützen</i> und <i>Unselbständigkeit unterstützen</i> bei selbständiger und unselbständiger Protagonistin in Studie 2. ....	155
<i>Abbildung 14:</i>	Kontrast <i>S-U</i> bei hohem und niedrigem Zeitdruck der Pflegeperson in Studie 2. ....	156
<i>Abbildung 15:</i>	<i>Selbständigkeit unterstützen</i> und <i>Unselbständigkeit unterstützen</i> bei hohem und niedrigem Zeitdruck der Pflegeperson in Studie 2. ....	157
<i>Abbildung 16:</i>	Kontrast <i>S-U</i> in den Stufen des Faktors <i>Pflegesetting/Alter der Protagonistin</i> in Studie 2. ....	158
<i>Abbildung 17:</i>	<i>Selbständigkeit unterstützen</i> und <i>Unselbständigkeit unterstützen</i> in den Stufen des Faktors <i>Pflegesetting/Alter der Protagonistin</i> in Studie 2. ....	159

---

<i>Abbildung 18:</i> Moderatoreffekt der Direktivität auf den Einfluss der Selbständigkeitsmanipulation auf die Handlungsintentionen (geringe vs. hohe Direktivität wurde mit Hilfe eines Mediansplits gebildet) in Studie 2.....	163
<i>Abbildung 19:</i> Einschätzung der Selbständigkeit der Protagonistin in Abhängigkeit von der Selbständigkeitsmanipulation und des Pflegesettings/Alter der Protagonistin in Studie 3.....	185
<i>Abbildung A.1:</i> Adjektivrating zur Einschätzung der Selbständigkeit der Protagonistin (Pilotstudie und Studie 3). .....	208

# Zusammenfassung

Kompetenzeinbußen und Abhängigkeit im Alter können durch die soziale Umwelt mitbedingt werden. Altersstereotypbasierte Negativerwartungen bezüglich mangelnder Kompetenzen alter Menschen beeinflussen das Kommunikationsverhalten jüngerer gegenüber älteren Personen (z.B. Ryan, Giles, Bartolucci & Henwood, 1986) sowie das Interaktionsverhalten im Pflegekontext (Baltes, M. M., 1996). Margret Baltes (1996) zeigte in Beobachtungsstudien, dass die Interaktionen zwischen alten Menschen und ihren Pflegepersonen durch ein spezifisches Muster gekennzeichnet sind: Unselbständiges Verhalten der alten Menschen wird durch vermehrte Hilfe unterstützt, selbständiges Verhalten ignoriert. Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, ob es sich bei diesem *Abhängigkeitsunterstützungsskript* im Pflegesetting um einen Effekt mit universellem Geltungsbereich handelt, oder ob es *situative* und *personale Moderatoren* gibt, welche die Reaktionen der Pflegepersonen auf selbständiges bzw. unselbständiges Verhalten der von ihnen betreuten Menschen beeinflussen. Mithilfe einer experimentellen Methode – unter Verwendung von Text-Vignetten – wurde an einer Stichprobe von Studierenden (Studie 1;  $N=172$ ) sowie professionellen Pflegekräften aus Altenheimen bzw. einem Krankenhaus (Studie 2;  $N=214$ ) die Hypothese überprüft, dass Pflegekräfte vor allem in solchen Situationen skriptkonform handeln, in denen sie unter *Zeitdruck* stehen. Des Weiteren wurde untersucht, ob es sich um einen spezifischen Effekt im Umgang mit *alten* Menschen handelt, oder ob der Befund vielmehr auf bestimmte *Rollenerwartungen* im *Pflegesetting* (Altenheim bzw. Krankenhaus) unabhängig vom Alter der gepflegten Person zurückzuführen ist. Als Persönlichkeitsvariablen wurden *Geduld*, *Direktivität* und die individuelle Ausprägung des *Altersstereotyps* erhoben.

Die Ergebnisse sprechen für ein relativ hohes Maß an aktivierenden, die Selbständigkeit fördernden Pflegeabsichten. Diese sind vermindert bei hohem Zeitdruck und mangelnder Geduld der Pflegeperson. Die Hypothese, das *Abhängigkeitsunterstützungsskript* zeige sich vor allem in der Interaktion mit *alten* Menschen bzw. werde durch ein individuell stark ausgeprägtes negatives Altersstereotyp verstärkt, fand keine eindeutige Bestätigung. Es zeigten sich aber Unterschiede zwischen den Pflegesettings: Im Altenheim wurden mehr selbständigkeitsunterstützende Pflegeabsichten geäußert als bei alten Patienten im Krankenhaus.

# 1 Einleitung

„Geduld ist alles.“ – diese Erkenntnis von Rainer Maria Rilke, abgedruckt auf einem Kalenderblatt, hat die über neunzigjährige Bewohnerin eines Altenheimes neben Familienporträts und Aquarelle an die Wand ihres Zimmers geheftet. Geduld muss diese hoch betagte Frau nach eigenem Empfinden aufbringen in der Bewältigung der vielen kleineren und größeren Verluste, die der Alternsprozess mit sich gebracht hat. Die Verluste bewirken, dass vieles nicht mehr genauso funktioniert wie früher, nicht mehr genauso gut oder genauso schnell.

Die Erfahrungen, welche die Frau mit ihrem eigenen Altern macht, werden durch wissenschaftliche Erkenntnisse untermauert: Mit zunehmendem Alter wird das Verhältnis von Entwicklungsgewinnen und -verlusten immer negativer (Baltes & Baltes, 1990; Heckhausen, Dixon & Baltes, 1989). Verluste können sich auf verschiedenen Dimensionen zeigen – auf sozialer Ebene der Verlust von Rollen (z.B. als Vorsitzende eines kirchlichen Frauenvereins), auf ökonomischer Ebene der Verlust der finanziellen Unabhängigkeit (z.B. durch hohe Pflegekosten), auf physiologischer Ebene Einbußen in der körperlichen Gesundheit oder auf psychologischer Ebene Minderungen in der *fluiden* Intelligenzleistung (Catell, 1971), um nur einige Beispiele zu nennen<sup>1,2</sup>. Diese Verluste können Abhängigkeiten erzeugen, z.B. *ökonomische Abhängigkeit* von der Solidargemeinschaft oder *körperliche Abhängigkeit* von kompensatorischen Hilfsmitteln (beispielsweise einem Rollstuhl) bzw. von Pflegepersonen, die bei der Alltagsbewältigung, z.B. bei Hausarbeiten oder Körperpflege, helfen müssen.

Die Daten der *Berliner Altersstudie* (Mayer & Baltes, 1999) verweisen allerdings darauf, dass nur ein mittelbarer Zusammenhang zwischen chronologischem Alter und Verlusten in der Kompetenz zur Bewältigung alltäglicher Aktivitäten existiert: Demnach sind nur alte Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen bzw. einem Mangel an psychosozialen Ressourcen von Unterstützung bei der Alltagsbewältigung abhängig (Baltes, Maas, Wilms & Borchelt, 1999). Mit zunehmendem Alter werden Menschen also nicht automatisch inkompetenter und abhängiger (Baltes, 1988). Es gehört vielmehr zu den wichtigsten Befunden der Altersforschung, dass alte Menschen höchst verschieden voneinander sind, d.h. eine beträchtliche interindividuelle

---

<sup>1</sup> Alle Eigenschaften der hier beispielhaft dargestellten alten Frau sind frei erfunden.

<sup>2</sup> Empirische Daten zu sozialen Rollen im Alter liefern z.B. Wagner, Schütze und Lang (1999), über die sozioökonomische Situation alter Menschen berichten Mayer und Wagner (1999), Erkenntnisse zur körperlichen Gesundheit präsentieren Steinhagen-Thiessen und Borchelt (1999), zur Intelligenzentwicklung im Alter siehe beispielsweise Reischies und Lindenberger (1999). Es sei darauf hingewiesen, dass es alten Menschen nicht generell an sozialen Rollen mangelt und dass sich keine Evidenzen für eine allgemeine Verschlechterung der finanziellen Situation im Alter finden.

Variabilität in Bezug auf eine Vielzahl psychologischer, physiologischer und sozialer Parameter aufweisen (z.B. Smith & Baltes, 1999; Lehr & Thomaе, 1987; Thomaе, 1976). „Alt ist nicht gleich alt.“ subsumiert der kürzlich verstorbene Berliner Alternsforscher Paul Baltes diese Erkenntnis (1996, S. 35), metaanalytische Befunde zeigen sogar, dass die Verschiedenartigkeit der einzelnen Menschen im Alter größer wird (Nelson & Dannefer, 1992). Auf diese Unterschiede im Altersprozess verweist auch der Begriff des *differentiellen Alterns* (z.B. Filipp & Schmidt, 1998).

Die Variabilität im Alter zeigt sich zudem auch *intraindividuell*, d.h. zwischen den verschiedenen Funktionsbereichen innerhalb einer Person (Baltes, P. B., 1996). So mag die betagte Altenheimbewohnerin zwar aufgrund einer komplizierten Oberschenkelhalsfraktur dauerhaft vom Rollstuhl zur Fortbewegung und von der Hilfe von Pflegekräften in einigen Bereichen der Körperpflege abhängig sein. Gleichzeitig ermöglicht ihr eine vergleichsweise hohe *kristalline* Intelligenz (Cattell, 1971) sich intensiv mit anspruchsvoller Literatur sowie mit dem Tagesgeschehen in Politik und Gesellschaft auseinanderzusetzen. In diesen Bereichen ist sie heute noch besser informiert als in jungen Jahren, als ein geringeres Allgemeinwissen bzw. eine geringere Lebenserfahrung die Beschäftigung mit Belletristik und Zeitungen weniger interessant erschienen ließen bzw. zahlreiche alltägliche Verpflichtungen als Hausfrau und Mutter die zeitlichen Ressourcen aufbrauchten. Die Frau erfährt aufgrund der *Plastizität* ihrer Fähigkeiten (Baltes & Baltes, 1990) auch im hohen Alter noch Entwicklungsgewinne.

Trotz dieser inter- und intraindividuellen Variabilität im Alter, die auch für Personen gilt, die in Altenheimen versorgt werden (Wahl & Reichert, 1991), werden alte Menschen oft ohne Berücksichtigung ihres tatsächlichen Gesundheitszustands übergeneralisierend als abhängig wahrgenommen bzw. wird eine vorhandene bereichsspezifische körperliche Abhängigkeit vor dem Hintergrund eines negativen Altersstereotyps mit allgemeiner Hilflosigkeit und Inkompetenz gleichgesetzt (Baltes, M. M., 1996; Baltes, Wahl & Reichert, 1991). Die oben angeführte Altenheimbewohnerin erlebt zum Beispiel, dass sie von Ärzten und Pflegekräften nicht ausreichend in medizinisch-pflegerische Entscheidungsprozesse miteinbezogen wird, obwohl ihr eigentlich nur das Laufen und damit verbundene Aktivitäten des täglichen Lebens Schwierigkeiten bereiten, nicht aber das kompetente Abwägen von Argumenten.

Verhaltensweisen der sozialen Umwelt, welche auf der Annahme einer generellen Inkompetenz alter Menschen basieren, können eine weitere Form der Abhängigkeit erzeugen, die *behaviorale Abhängigkeit* (Baltes, M. M., 1996). Dies kann zum einen geschehen, in dem die betagte Altenheimbewohnerin erlebt, wie ihr die Kontrolle über bestimmte Aspekte ihrer Umwelt

entgleitet: So darf sie ihre Medikamente z.B. nicht selbständig einnehmen, sondern erhält sie vom Pflegepersonal – nicht immer exakt nach dem ärztlich vorgeschriebenen Rhythmus, den sie selbst gerne einhalten würde, sondern je nach Arbeitsablauf der Pflegekräfte einmal schon eine Stunde, ein anderes Mal zehn Minuten vor dem Essen. Wird sie wider ihren eigentlich Vorsatz *ungeduldig* und fragt nach der Medizin, erhält sie ihre Pillen manchmal sofort, wird manchmal aber auch für ihre Ungeduld kritisiert. Gefühle der Ohnmacht und eine zunehmende Passivität, zumindest hinsichtlich des Sorgens um die eigene Gesundheit, können die Folge sein. Neben dieser *erlernten Hilflosigkeit* (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; Seligman, 1975) beschreibt Margret Baltes aber noch eine andere Ursache für behaviorale Abhängigkeit, auf die sich ihre eigenen Forschungstätigkeiten konzentrierten und die auch Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist, die *gelernte Abhängigkeit* (Baltes, M. M., 1996; Baltes & Wahl, 1996). Die alte Frau lernt, sich unselbständig<sup>3</sup> zu verhalten, wenn die Pflegekräfte ihr stets unterstützend und lobend gegenüber treten, wenn sie passiv auf ihre Medikamente gewartet hat, oder wenn ihr aktives Bemühen, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, ignoriert oder kritisiert wird.

Behaviorale Abhängigkeit ist demnach eine Facette von Abhängigkeit im Alter, die in besonderem Maße von der sozialen Umwelt beeinflusst wird. Die Konzeptualisierung menschlichen Verhaltens als Produkt der Interaktion zwischen Person und Umwelt ist nicht neu (Lewin, 1951). Nach der viel zitierten *Environmental Docility*-Hypothese (Lawton, 1983; Lawton & Simon, 1968) wird aber bei altersbedingt reduzierten Kompetenzen das Verhalten immer *stärker* von den Gegebenheiten der Umwelt bestimmt. Je nach Umweltbedingungen können vorhandene Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung demnach kompensiert oder verstärkt werden: Eine stets identische systematische Anordnung der Speisen auf dem Essenstablett kann einer sehbehinderten Person das selbständige Essen ermöglichen, wird derselben Person das Essen von einer Pflegeperson angereicht, verliert sie möglicherweise die Fähigkeit, das Besteck sicher zum Mund zu führen. Umweltanforderungen und individuelle Kompetenzen des alten Menschen sollten idealer Weise eine Passung aufweisen (vgl. das *Umweltanforderungs-Kompetenz-Modell* von Lawton, 1982, bzw. das Modell der *Person-Umwelt-Passung* nach Kahana, 1982).

Für Altenheimbewohner wird das Heim in der Regel zur bedeutsamsten Umwelt, ihr Alltag findet fast ausschließlich in diesem Kontext statt (Saup, 1994). Die Pflegepersonen werden

---

<sup>3</sup> Die Begriffe „abhängig“ und „unselbständig“ respektive „unabhängig“ und „selbständig“ werden im Folgenden wie in der Arbeitsgruppe um Margret Baltes synonym verwendet (vgl. Baltes, Kindermann & Reizenzein, 1986).

damit zu wichtigen Interaktionspartnern (Reichert & Wahl, 1992). Berücksichtigen diese das individuell verschiedene Kompetenzniveau ihrer Bewohner nicht und erzeugen damit gelernte Abhängigkeit, kann das fatale Folgen haben: Der Abbau noch vorhandener Fähigkeiten der alten Menschen wird beschleunigt, da es zum Erhalt derselben des ständigen Gebrauchs und Trainings bedarf, wie es der gerontologische Lehrspruch "use it or lose it" auf den Punkt bringt (z.B. Liebman, 1995).<sup>4</sup>

Eine soziale Umwelt, die einen Beitrag zum Verlust vorhandener Kompetenzen alter Menschen leistet, stellt ein Problem dar. Zum einen weisen Kompetenzerleben und Selbstwirksamkeitsüberzeugen einen engen Zusammenhang zu Maßen der Lebenszufriedenheit und des Wohlbefindens auf (z.B. Brandtstädter, Krampen & Greve, 1987; Langer & Rodin, 1976; Rodin & Langer, 1977). Zum anderen werden künftig immer mehr alte Menschen einer sinkenden Anzahl jüngerer Menschen und damit weniger potentiellen Pflegepersonen gegenüber stehen: Im fünften Altenbericht der Bundesregierung aus dem Jahr 2005 wird bis zum Jahr 2050 eine Zunahme der Anzahl der über achtzigjährigen Menschen um 174% prognostiziert, während der Bevölkerungsanteil im erwerbsfähigen Alter voraussichtlich um 20% schrumpfen wird. Da das Risiko der Pflegebedürftigkeit vor allem im hohen Alter auftritt, ist in Zukunft auch mit einer steigenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen zu rechnen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ], 2005). Die Abnahme jüngerer Menschen zwischen 20 und 65 Jahren, die als mögliche Pflegepersonen in Frage kämen, kann dabei nur zum Teil durch ein gleichzeitig zunehmendes Pflegepotential innerhalb der Altenbevölkerung selbst kompensiert werden (von Winter, 2003).

Erhalt und Förderung vorhandener Kompetenzen alter Menschen und die damit einhergehende Gewährleistung einer möglichst langen Phase der Selbständigkeit in möglichst vielen Lebensbereichen muss daher ein Ziel geronto(psycho)logischer Praxis und Forschung sein.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem von Margret Baltes beschriebenen Pflegeverhalten, das die inter- und intraindividuelle Variabilität betagter Personen nicht ausreichend berücksichtigt, sondern auf dem Hintergrund altersstereotypbasierter Einschätzungen deren Abhängigkeit noch befördert. Von Interesse ist, ob dieses ungünstige Pflegeverhalten gegenüber alten Menschen ein Effekt mit universellem Geltungsbereich ist, wie es der von Baltes, M. M. (1996) verwendete Begriff *Abhängigkeitsunterstützungsskript* zum Ausdruck bringt, oder ob es spezifische Einflussfaktoren auf Seiten der Pflegekräfte bzw. der Arbeitsbedingungen gibt,

---

<sup>4</sup> Liebman (1995) berichtet über den Zusammenhang zwischen körperlichem Training und Muskelatrophie.

die in die theoretische Modellierung mit aufgenommen werden müssen. Ein experimenteller Untersuchungsansatz soll dabei helfen, solche potentiellen situativen und personalen Moderatoren des Verhaltens der Pflegepersonen zu ermitteln. Nur auf der Grundlage eines besseren Verständnisses des Mechanismus des abhängigkeitsunterstützenden Pflegeverhaltens können letztlich auch gezielte Interventionen abgeleitet werden.

Kapitel 2 liefert den notwendigen theoretisch-empirischen Hintergrund zum stereotypbasierten Interaktionsverhalten gegenüber älteren Menschen und greift neben den Forschungsarbeiten von Margret Baltes in Pflegekontexten auch die umfangreichen Untersuchungen zu einer durch negative Altersstereotype bedingten, spezifischen intergenerationellen Kommunikation innerhalb und außerhalb pflegerischer Interaktionen auf. In Kapitel 3 werden die Zielsetzung und Fragestellung der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten experimentellen Studien konkretisiert und entsprechende Forschungshypothesen abgeleitet. Die nachfolgenden Kapitel 4 und 5 referieren jeweils Forschungsmethodik und Ergebnisse zweier Studien. Zunächst wird in Kapitel 4 eine erste Studie mit einer studentischen Stichprobe vorgestellt. Aufbauend auf dieser Untersuchung folgt im Kapitel 5 die Darstellung einer zweiten Studie mit professionellen Pflegekräften aus Altenheimen und einem Krankenhaus. Die Ergebnisse beider Studien werden abschließend im Kapitel 6 dieser Arbeit zusammengefasst und vor dem Hintergrund der Zielsetzung, mögliche Moderatoren des Pflegeverhaltens zu ermitteln, interpretiert und diskutiert.

## 2 Stereotypbasierte Überkompensation und Überanpassung in der Interaktion mit alten Menschen

Die Beteiligung der sozialen Umwelt an der Entstehung von Unselbständigkeit und Abhängigkeit im Alter soll im Folgenden anhand zweier Forschungskomplexe aufgezeigt werden: Umfangreichen Untersuchungen zur Kommunikation zwischen Jung und Alt, die vor allem den Arbeitsgruppen um die nordamerikanischen Forscherinnen Ellen B. Ryan und Mary L. Hummert zuzuschreiben sind (2.2), sowie zahlreichen Studien zur Interaktion zwischen jungen und alten Menschen im Pflegekontext, die mit dem Namen der deutschen Wissenschaftlerin Margret Baltes verknüpft sind (2.3.). Beide Forschungslinien gehen davon aus, dass die zumeist jüngeren Interaktionspartner älterer Menschen oftmals nicht die tatsächlichen, individuellen Eigenschaften ihres Gegenübers wahrnehmen und ihr Interaktionsverhalten daran orientieren. Stattdessen wird postuliert, dass in der Interaktion mit alten Menschen automatisch bestimmte Altersstereotype aktiviert werden, welche die Wahrnehmung der Person prägen und eine verallgemeinernde Einordnung des Gegenüber z.B. als inkompetent, schwach und hilflos nahelegen. Diese stereotypbasierte Wahrnehmung wird als Voraussetzung dafür angesehen, dass der jüngere Interaktionspartner seinen Interaktionsstil auf eine inadäquate Weise modifiziert. In der intergenerationellen Kommunikationsforschung wird diese Modifikation insbesondere als *Überanpassung* an die vermeintlichen kommunikativen Defizite des älteren Menschen bezeichnet. In den Untersuchungen zum Pflegeverhalten wird der Begriff der *Überkompensation* verwendet.

Zum besseren Verständnis stereotyper Vorstellungen von alten Menschen bzw. dem Altern ist den Darstellungen zur Interaktion zwischen Jung und Alt ein Abschnitt über Altersstereotype vorangestellt, in dem auch Grundannahmen zum Begriff des Stereotyps erläutert werden (2.1).

### 2.1 Altersstereotype

Überzeugungen hinsichtlich typischer Eigenschaften älterer Menschen können mit dem sozialpsychologischen Begriff des Stereotyps beschrieben werden. Unter einem Stereotyp versteht man kulturell geteilte subjektive Annahmen bezüglich der typischen Merkmale einer sozialen Gruppe, z.B. „die Alten“. Dabei handelt es sich um Übergeneralisierungen, d.h. bestimmte Eigenschaften (z.B. „langsam“) werden einem Individuum allein aufgrund seiner Gruppenzu-

gehörigkeit zugeschrieben (vgl. Filipp & Mayer, 1999; Wentura & Rothermund, 2005). Diese müssen aber nicht unbedingt falsch sein, sondern können auf den Einzelfall durchaus auch zutreffen. In der kognitiven Sozialpsychologie werden Stereotype als mentale Repräsentationen einer sozialen Kategorie angesehen, die bei einer Begegnung mit einem Objekt aus dieser Kategorie automatisch aktiviert werden und die weitere Informationsverarbeitung sowie Handlungstendenzen beeinflussen können (Kunda, 1999). So kann eine Aktivierung der Eigenschaft „langsam“ durch die Begegnung mit einem alten Menschen zu einer angepassten Sprechweise führen. In Abgrenzung zum Vorurteil beinhaltet ein Stereotyp meist nicht nur negative, sondern auch positive Bewertungen und Überzeugungen hinsichtlich einer sozialen Gruppe. Sind dem Individuum diese Verallgemeinerungen bewusst, spricht man von *expliziten* Stereotypen, die z.B. in Fragebogenverfahren erfasst werden können. *Implizite* Stereotype müssen dagegen nicht zwangsläufig dem Bewusstsein zugänglich sein, so dass zu ihrer Messung entsprechende indirekte Untersuchungsverfahren entwickelt wurden (z.B. *Impliziter Assoziationstest*; Greenwald, McGhee & Schwartz, 1998; *Priming*-Verfahren, z.B. Perdue & Gurtmann, 1990).

Die Mehrzahl der Studien, die sich der Erforschung der Inhalte des Altersstereotyps gewidmet hat, kommt zu dem Ergebnis, dass die generalisierten Vorstellungen vom Alter(n) sowohl positive als auch negative Aspekte umfassen (zum Überblick siehe Filipp & Mayer, 1999). Die Arbeitsgruppe um Hummert konnte zeigen, dass Menschen „die Alten“ nicht als homogene soziale Gruppe wahrnehmen, sondern zahlreiche Subgruppen differenzieren (Hummert, 1990; 1999; Hummert, Garstka, Shaner & Strahm, 1994; siehe hierzu auch Brewer, Dull & Lui, 1981). Im Wesentlichen waren dies drei Subtypen, denen – natürlich wiederum in verallgemeinernder Weise – vor allem positive Eigenschaften zugeordnet wurden („Golden Ager“, „John Wayne Conservative“ und die „perfekten Großeltern“) sowie vier Subtypen mit überwiegend negativen Eigenschaften („schwerwiegend beeinträchtigte Person“, „mutlos/verzagte Person“, der „Griesgram“ und der „Einsiedler“). Dabei wiesen ältere Studienteilnehmer allerdings ein differenzierteres Altersstereotyp auf, indem sie mehr Subgruppen unterschieden als jüngere Probanden.

Der Argumentation von Hess (2006) folgend, unterliegt allerdings auch den vermeintlich positiven Subtypen des Altersstereotyps eine negative Komponente: Nach Fiske und Kollegen (z.B. Fiske, Cuddy, Glick & Xu, 2002) werden soziale Gruppen von der Gesellschaft auf den zwei primären Stereotypdimensionen „Kompetenz“ und „Wärme“ eingeordnet. Forschungen der Arbeitsgruppe um Fiske kommen zu dem Ergebnis, dass ältere Menschen verallgemeinernd als *warm* (positiv) und *inkompetent* (negativ) charakterisiert werden (Cuddy & Fiske, 2002; siehe

auch Cuddy, Norton & Fiske, 2005). Hess (2006) stellt heraus, dass mit Ausnahme des „Golden Agers“ auch die von Hummert und Kollegen identifizierten positiven Subgruppen des Altersstereotyps auf einer der beiden Dimensionen negativ beschrieben werden können – der Prototyp des „John Wayne Conservative“ auf der Dimension „Wärme“ sowie die „perfekten Großeltern“ auf der Dimension „Kompetenz“.

Die Daten einer Metaanalyse von Kite und Kollegen (Kite, Stockdale, Whitley & Johnson, 2005; siehe auch Kite & Johnson, 1988) zeigen, dass ältere Menschen im Vergleich zu jüngeren generell negativer, also z.B. inkompetenter und unattraktiver, beurteilt werden. Allerdings fanden sich auch Belege dafür, dass der Unterschied in der Bewertung älterer und jüngerer Menschen durch die Menge der Informationen, die über die zu beurteilenden Personen zur Verfügung stand, moderiert wurde. Je weniger Informationen die Probanden neben der Altersangabe erhielten, desto negativer schnitten die Bewertungen älterer Menschen im Vergleich zu jüngeren ab, d.h. desto stärker ausgeprägt war das negative Altersstereotyp.

Diese stereotypen Negativbewertungen des Alters ließen sich schließlich auch in Studien zum impliziten Altersstereotyp nachweisen. So fanden z.B. Perdue und Gurtman (1990) mithilfe der Priming-Technik, dass junge Menschen negative Eigenschaftsbegriffe schneller verarbeiteten, wenn zuvor das Wort „alt“ subliminal aktiviert worden war, während die Aktivierung des Wortes „jung“ zur schnelleren Verarbeitung positiver Adjektive führte. Auch Wentura und Brandtstädter (2003) konnten in einem Priming-Experiment zeigen, dass Wörter, die sich auf ein negatives Altersstereotyp bezogen (z.B. „einsam“), von jungen Probanden schneller verarbeitet wurden, wenn zuvor ein Satz präsentiert worden war, der sich auf eine alte Frau bezog, als wenn derselbe Satz eine junge Frau beschrieb. Untersuchungen mit dem Impliziten Assoziationsstest erbrachten ebenfalls negative Evaluationen älterer Menschen im Vergleich zu jüngeren Personen (z.B. Nosek, Banaji & Greenwald, 2002)<sup>5</sup>.

## 2.2 Überanpassung in der intergenerationellen Kommunikation

Bevor empirische Befunde zu einer stereotypbasierten Kommunikation jüngerer Personen mit ihren älteren Interaktionspartnern referiert werden, die imstande ist, Abhängigkeit und Kompetenzverlust auf Seiten des älteren Menschen zu erzeugen (2.2.2), sollen die theoretischen Mo-

---

<sup>5</sup> Eine kritische Reflexion der Befunde zum Impliziten Assoziationsstest liefern Rothermund und Wentura (2001, 2004).

delle zur intergenerationellen Kommunikation vorgestellt werden, auf denen ein Großteil der Forschungsarbeiten basiert (2.2.1).

### 2.2.1 Theoretische Modelle zur stereotypgeleiteten Kommunikation mit älteren Menschen

Den übergeordneten theoretischen Rahmen für die im Folgenden skizzierten Modelle bildet die so genannte *Communication Accommodation Theory* (CAT; auch als *Speech Accommodation Theory* bezeichnet; Coupland, Coupland & Giles, 1991; Coupland, Coupland, Giles & Henwood, 1988), die sich mit Strategien der linguistischen Anpassung (*convergence*) bzw. Nicht-Anpassung (*divergence*) an die sprachlichen Charakteristiken des Gegenübers befasst. Anpassungsprozesse sollen eine Annäherung und eine bessere Verständigung der Interaktionspartner gewährleisten, während Strategien der linguistischen Divergenz der sprachlichen und sozialen Abgrenzung vom Gegenüber dienen. Anpassung und Nicht-Anpassung können sich auf vielerlei verbale, nonverbale und paraverbale Weise ausdrücken, z.B. durch entsprechendes Vokabular, eine veränderte Sprechgeschwindigkeit oder eine modifizierte Aussprache. Die kommunikative Anpassung erfolgt nicht notwendigerweise aufgrund der tatsächlich wahrgenommenen, individuellen linguistischen Performanz des Gesprächspartners, sondern kann auch das Resultat stereotypbasierter Annahmen bezüglich der Kompetenzen des Gegenübers sein. Stimmen tatsächliche und erwartete Fähigkeiten des Gegenübers nicht überein, kann es zu Über- bzw. Unteranpassung auf Seiten des Sprechers kommen. So wird z.B. ausländisch aussehenden Mitbürgern gegenüber manchmal ein grammatikalisch stark vereinfachter, sogar fehlerhafter Satzbau verwendet („Bier schmecken gut?“), der sich an der vermeintlich geringeren Sprachkompetenz der Person orientiert, wie sie das Stereotyp des „Gastarbeiters“ beinhaltet. Zumindest wenn die Person tatsächlich über ein gutes Sprachverständnis verfügt, handelt es sich dabei um eine Überanpassung des Sprechers. Andererseits kann man es als Tourist im Ausland erleben, dass Einheimische ihre Landessprache in einem schnellen Tempo sprechen. Ist das eigene Hörverständnis aufgrund mangelnder Übung noch begrenzt, kann diese Unteranpassung des einheimischen Gesprächspartners die Verständigung stark beeinträchtigen.

Aufbauend auf diesen allgemeinen Überlegungen zur sprachlichen Anpassung entwickelten Ryan und Kollegen das Modell des *Communication Predicament of Aging* (CPA; Ryan et al., 1986; Ryan, Hummert & Boich, 1995a), welches den Fokus auf das Phänomen der stereotypbasierten sprachlichen Über- und Unteranpassung in der *intergenerationellen* Kommunikation legt. Dabei wird der kommunikative Austausch zwischen einem jüngeren und einem älteren

Interaktionspartner als Abwärtsspirale im Sinne eines „Teufelskreises“ konzeptualisiert. Die Autoren sprechen in diesem Zusammenhang auch von einer negativen Feedbackschleife (vgl. auch Rodin & Langer, 1980)<sup>6</sup>. Wie in Abbildung 1 dargestellt, führt die Begegnung einer jüngeren mit einer ihr nicht vertrauten älteren Person zur Wahrnehmung bestimmter Altersmerkmale (*old age cues*), bei denen es sich um physiologische Charakteristika (z.B. graue Haare, Falten), aber auch um soziale Rollen (z.B. Großmutter) oder altersspezifische Kontexte (z.B. Altenheim) handeln kann, und erhöht die Salienz von Altersstereotypen. Die Abwärtsspirale des CPA wird in Gang gesetzt, wenn vor allem negative Altersstereotype aktiviert werden. Diese beinhalten häufig Annahmen über Einbußen in kommunikativen und kognitiven Fähigkeiten wie ein verschlechtertes Hörvermögen oder eine verringerte Konzentrationsfähigkeit. Im Sinne der CAT sind sprachliche Überanpassungsprozesse auf Seiten des jüngeren Interaktionspartners aufgrund dieser stereotypgeleiteten Erwartungen bezüglich der kommunikativen (In)Kompetenz des älteren Gegenübers die wahrscheinliche Folge, also z.B. ein übermäßig lautes und langsames Sprechen und ein vereinfachter Satzbau.

Prozesse der kommunikativen Überanpassung wurden unterschiedlich benannt, z.B. von Kemper (1994, 2001) als *elderspeak* oder als *patronizing communication* von Ryan und Kollegen (1995a) und beinhalten auf verbaler Ebene u.a. vereinfachtes Vokabular und Grammatik, das Sprechen über den anwesenden älteren Menschen in der dritten Person, eine eingeschränkte Themenwahl (z.B. über die Vergangenheit oder über die konkrete Pflegesituation), Unterbrechungen des älteren Gesprächspartners oder übermäßiges Lob für eigentlich selbstverständliche Leistungen. Non- und paraverbale Aspekte dieser bevormundenden Kommunikation sind neben den bereits aufgeführten Modifikationen in Lautstärke und Sprechgeschwindigkeit beispielsweise geringer Blickkontakt, in die Hüften gestemmte Arme, vertrauliches Schulterklopfen oder

---

<sup>6</sup> Die Verwendung des Begriffs der *negativen* Feedbackschleife erscheint im Zusammenhang mit dem CPA fraglich. Im Sinne kybernetischer Handlungstheorien in der Tradition von Miller, Galanter und Pribram (1960) bezeichnet der Begriff einen Prozess, in dem die Wahrnehmung von Umweltmerkmalen einen Ist-Wert liefert, der mit einem Referenzwert verglichen wird. Wenn eine Diskrepanz zwischen beobachtetem Ist-Zustand und einer zuvor festgelegten Soll-Größe festgestellt wird, kommt es zu einem Verhalten, das auf die Angleichung des gegenwärtigen Zustandes an den Soll-Wert abzielt. Ein System bleibt somit stabil, extreme Ist-Werte werden verhindert. Wie im Text aufgezeigt wird, handelt es sich bei dem im Modell des CPA beschriebenen Kreislauf um einen Aufschaukelungsprozess im Sinne einer *positiven* Feedbackschleife, bei dem eine Veränderung des Kommunikationsstils jüngerer Menschen in der Interaktion mit älteren Menschen (z.B. ein bisschen langsamer zu sprechen) gerade nicht durch einen Soll-Wert (= ausreichendes Hörverständnis auf Seiten des älteren Menschen) begrenzt wird. Stattdessen kommt es zu einem „Zuviel“ an Veränderung (z.B. übertrieben langsames, und grammatikalisch vereinfachtes Sprechen). Die Begriffe *negative* und *positive* Feedbackschleife im Zusammenhang mit dem CPA scheinen sich eher auf die Bewertung des Prozesses zu beziehen: Eine *negative* Feedbackschleife bezeichnet die Abwärtsspirale einer immer „schlechter“ werdenden Kommunikation zwischen Jung und Alt, die *positive* Feedbackschleife bezeichnet die Aufwärtsspirale einer verbesserten Kommunikation. Im Text werden die Begriffe im Sinne der Autoren des CPA verwendet.

ein von oben herab Sprechen auf eine sitzende oder liegende ältere Person (zum Überblick siehe Ryan et al., 1995a). Eine extreme Form der bevormundenden Kommunikation stellt der so genannte *secondary baby talk* (Caporael, 1981) dar, ein besonders vereinfachtes Sprechmuster, das gewöhnlich im Kontakt mit Kleinkindern verwendet wird, mit einer hohen Stimmlage, einer übertriebenen Intonation und dem Gebrauch charakteristischer Begriffe, z.B. „Heia machen“ statt schlafen (zum Überblick siehe Sachweh, 1999). Ryan und Kollegen (1995a) weisen darauf hin, dass die Überanpassung an vermeintliche kommunikative Defizite des Gesprächspartners mit einer *Unteranpassung* an dessen individuelle Bedürfnisse einhergeht.

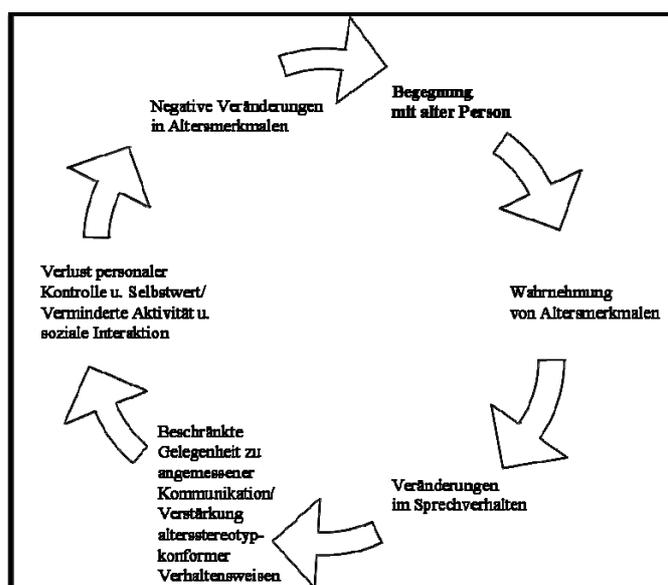


Abbildung 1: Das Modell des *Communication Predicament of Aging* (modifiziert nach Ryan, Meredith, MacLean & Orange, 1995b, S.91).

Nach dem Modell des CPA schränkt dieses modifizierte Gesprächsverhalten des jüngeren Sprechers die Gelegenheit des älteren Gegenübers zu angemessener Kommunikation ein (siehe Abbildung 1): Einerseits sollten ältere Menschen, die Erfahrungen mit bevormundenden jüngeren Interaktionspartnern gesammelt haben, geneigt sein, solchen Kontakten künftig aus dem Weg zu gehen, andererseits wird ein mit derlei Anpassungsleistungen geführtes Gespräch auch vom jüngeren Sprecher als anstrengend erlebt und möglicherweise vermieden. Gleichzeitig sollte überangepasste Kommunikation auch zu einer Verstärkung altersstereotypbasierter Verhaltensweisen führen, wenn sich der ältere Gesprächspartner seinerseits an den bevormundenden Stil seines jüngeren Gegenübers anpasst und sich – beispielsweise dazu aufgefordert, die „feine Suppe schön aufzuessen“ – stereotypgemäß kooperativ und abhängig verhält (Rodin & Langer, 1980). Empfänger bevormundender Kommunikation könnten dann Gefahr laufen, selbst für den an sie gerichteten Konversationsstil „verantwortlich“ gemacht zu werden, in dem

ihnen wiederum genau der Mangel an Kompetenz unterstellt wird, der zunächst Auslöser für die überangepasste Sprache war (*blame-the-victim*-Phänomen; Ryan et al., 1995a). Nach Ryan und Kollegen (1986, 1995a) wirken sich diese Prozesse negativ auf Kontrollüberzeugungen und Selbstwert des älteren Menschen aus und können Anlass zu Gefühlen der Hilflosigkeit, einer verminderten Aktivität sowie einem Rückzug aus sozialen Interaktionen sein. Eine daraus resultierende mangelnde Übung der kommunikativen Fertigkeiten sowie eine Beschleunigung des psychischen und physischen Alterns fungieren wiederum als negative Altersmerkmale, die im Kontakt mit anderen Menschen im Sinne eines „Teufelskreises“ die Aktivierung ungünstiger stereotyper Erwartungen begünstigen.

Da das CPA nur für Situationen gilt, in denen die Wahrnehmung von Altersmerkmalen zu einer erhöhten Salienz *negativer* Altersstereotype führt, wurde von Hummert (1994) ein erweitertes Modell vorgeschlagen. Das *Age Stereotypes in Interactions Model* (ASI) berücksichtigt den Einfluss positiver Altersstereotype im Kommunikationsprozess und spezifiziert darüber hinaus situative und personale Randbedingungen, welche die Wahrscheinlichkeit einer negativen Stereotypisierung des älteren Gesprächsteilnehmers erhöhen bzw. verringern. Auf Seiten des Interaktionspartners alter Menschen sind es nach Hummert (1994; Hummert, Garstka, Ryan & Bonnesen, 2004) vor allem das eigene Alter, die Qualität vorheriger Kontakte mit älteren Menschen sowie die Fähigkeit zu komplexem Denken, welche die stereotypisierende Wahrnehmung des älteren Gegenübers beeinflussen. So weisen ältere Menschen – wie unter 2.1. bereits ausgeführt – ein differenzierteres Altersstereotyp auf (Heckhausen et al., 1989; Hummert et al., 1994), das mehr positive Elemente enthält als das jüngerer Menschen (Rothermund, Wentura & Brandstädter, 1995). Personen mit größerer Fähigkeit im komplexen Denken benutzen eher personenzentrierte Kommunikationsstrategien als Menschen mit geringerer kognitiver Komplexität (z.B. Denton, Burlison & Sprenkle, 1995). Auf Seiten des älteren Gesprächsteilnehmers stellen körperliche Altersmerkmale, vor allem solche, die auf ein hohes Alter hinweisen, sowie alterstypisches Kommunikationsverhalten, insbesondere schmerzhaftes Selbstenthüllungen (*painful self-disclosures*; Bonnesen & Hummert, 2002; Coupland, Coupland, Giles, Henwood & Wiemann, 1988), wichtige personale Moderatoren im Stereotypisierungsprozess dar. Schließlich können Situationsmerkmale einen Effekt auf die Salienz des Altersstereotyps ausüben bzw. positive und negative Aspekte des Stereotyps aktivieren. So stellt ein Schwimmbad einen eher altersneutralen Kontext dar, wohingegen der Aufenthaltsbereich eines Altenheims die schnelle Aktivierung eines negativen Altersstereotyps erleichtern sollte.

Das Modell des ASI stellt der negativen Rückmeldeschleife des CPA die Möglichkeit einer *positiven* Rückmeldeschleife gegenüber, die durch eine erhöhte Salienz positiver Altersstereotype ausgelöst wird: Statt sich in bevormundender Weise an vermeintliche kommunikative Defizite des älteren Gegenübers anzupassen, verwendet der jüngere Sprecher in diesem Fall normale Erwachsenensprache und bietet seinem Gesprächspartner damit Gelegenheit zu zufrieden stellender Kommunikation, die sich wiederum positiv auf weitere Kontakte mit jüngeren Menschen auswirken sollte. Indem Hummert (1994) explizit auch das Gesprächsverhalten des älteren Interaktionspartners in das Modell aufnimmt, werden auch Vorhersagen bezüglich des weiteren Gesprächsverlaufs möglich. So können sowohl negative als auch positive Rückmeldeschleife unterbrochen werden, wenn der ältere Mensch sich entsprechend verhält, also z.B. den bevormundenden Kommunikationsstil seines Gegenübers *assertiv* (Rakos, 1991; Ryan, Bajorek, Beamann & Anas, 2005) zurückweist bzw. trotz normaler Erwachsenensprache des jüngeren Menschen negativ konnotierte alterstypische Kommunikation betreibt.

Als Idealfall intergenerationeller Kommunikation konzeptualisierten Ryan, Meredith, MacLean und Orange (1995b) darüber hinaus das *Communication Enhancement Model*, in dem die Interaktion zwischen Jung und Alt Wachstumsprozesse für beide Partner begünstigt. Statt einer stereotypgeleiteten Überanpassung an den Gesprächspartner erhöht eine individuumsspezifische und damit adäquate Kommunikation, die im Verlauf der Interaktion immer wieder neu an die tatsächlichen Bedürfnisse des älteren Gegenübers angepasst wird, den Einfluss des älteren Menschen auf den Kommunikationsprozesses<sup>7</sup>. Eine gesteigerte Effektivität der Kommunikation sowie Zufriedenheit, Wohlbefinden und vermehrte kommunikative Kompetenzen auf Seiten des Älteren sind die mögliche Folge. Charakteristika, die ihrerseits dem jüngeren Gesprächspartner ein positives Bild vom älteren Menschen vermitteln und idealiter langfristig zur Revision negativer Altersstereotype führen.

### 2.2.2 Empirische Befunde

Die Annahmen des CPA- sowie des ASI-Modells wurden in zahlreichen Forschungsarbeiten überprüft. So konnten mehrere (quasi-)experimentelle Untersuchungen nachweisen, dass die

---

<sup>7</sup> Damit ist das *Communication Enhancement Model* als *negative* Feedbackschleife im Sinne kybernetischer Handlungstheorien konzipiert: Die tatsächlichen Bedürfnisse des älteren Menschen stellen einen Soll-Wert dar, an den die Kommunikation angepasst wird. Beispielsweise wird ein Sachverhalt erst dann vereinfacht beschrieben, wenn deutlich wird, dass der ältere Mensch die Erklärung in „normaler Erwachsenensprache“ nicht verstanden hat. Umgekehrt ist es z.B. möglich, Elemente einer jugendlicheren Sprache in die Kommunikation mit hochbetagten Personen aufzunehmen, wenn man wahrnimmt, dass das Gegenüber diese versteht („Sie haben richtig viel ‚Power‘.“).

Wahrnehmung von Altersmerkmalen von Sprechern, die auf einem Tonband zu hören waren, zu negativen stereotypen Erwartungen bezüglich genereller Eigenschaften der Person sowie ihrer kommunikativen Kompetenz führte (Giles, Coupland, Henwood, Harriman & Coupland, 1990; Giles, Henwood, Coupland, Harriman & Coupland, 1992; Ryan & Capadano, 1978; Stewart & Ryan, 1982; zum Überblick siehe Filipp & Mayer, 1999). Ryan, Kwong See, Meneer und Trovato (1992) konnten darüber hinaus in einer Fragebogenstudie zeigen, dass für ältere Menschen verallgemeinernd ein Abbau der kommunikativen Kompetenzen angenommen wird. Sie erfassten Selbstbeschreibungen der sprachlichen Fähigkeiten von jungen und älteren Probanden sowie deren Annahmen bezüglich der Sprachkompetenz einer typischen 25- bzw. 75-jährigen Person. Konsistent mit dem Modell des CPA schätzten sowohl junge als auch alte Probanden die kommunikative Kompetenz der älteren verglichen mit der jungen Zielperson als geringer ein und schrieben ihr mehr Probleme im Sprachverständnis (z.B. dem Thema des Gesprächs nicht mehr folgen können) und in der Sprachproduktion zu (z.B. abnehmende Verwendung schwieriger Wörter).

Allerdings scheinen Interaktionspartner älterer Menschen in ihrem Stereotypisierungsverhalten auch zwischen *jungen* und *alten* Alten zu differenzieren: Im Einklang mit dem Modell des ASI, das stereotype Negativerwartungen bezüglich der kommunikativen Kompetenz vor allem für hoch betagte Zielpersonen postuliert, ordneten Probanden verschiedener Altersstufen den Fotos von 80- bis über 90-Jährigen häufiger negative Eigenschaften zu, während positive Attribute zu Fotos von ungefähr 60-jährigen Personen gruppiert wurden (Hummert, Garstka & Shaner, 1997). Hummert, Mazloff und Henry (1999) baten junge Probanden um stereotype Einschätzungen bezüglich *junger* und *alter* alter Sprecher. Auch hier waren es die Stimmen der hoch betagten Personen, die im Sinne negativer Altersstereotype beurteilt wurden, während die *jungen* Alten positivere Bewertungen erhielten.

Dass nicht nur körperliche Charakteristika wie die Physiognomie oder die Stimme, sondern auch das kommunikative Verhalten als Altersmerkmal fungiert und negative stereotypgeleitete Erwartungen auslösen kann, konnte u.a. für verbale Wiederholungen im Gespräch (Bieman-Copland & Ryan, 2001) sowie für die Entschuldigung von Vergesslichkeit unter Hinweis auf das eigene Alter demonstriert werden (Ryan, Bieman-Copland, Kwong See, Ellis & Anas, 2002).

Das ASI-Modell differenziert zwischen den Folgen der Aktivierung eines positiven und eines negativen Stereotyps und postuliert für den jüngeren Interaktionspartner stereotypkonsistente Annahmen über die kommunikativen Kompetenzen der älteren Zielperson. Hummert, Garstka

und Shaner (1995) erfassten die Erwartungen von Probanden verschiedener Altersstufen bezüglich der Kommunikationsfertigkeiten von vier älteren Zielpersonen, von denen jeweils zwei einen positiven und einen negativen Subtypen des Altersstereotyps („Golden Ager“/„John Wayne Conservative“ vs. „mutlos/verzagte Person“/„Griesgram“ nach Hummert et al., 1994) repräsentierten. Hypothesenkonform wurden den beiden positiv stereotypisierten Zielpersonen weniger Kommunikationsprobleme und mehr Kompetenzen unterstellt als den negativ bewerteten Subtypen.

Dass die Stereotypisierung nicht nur zu entsprechenden Kompetenzerwartungen führt, sondern auch die tatsächliche Kommunikation beeinflusst, belegt eine weitere Untersuchung von Hummert, Shaner, Garstka und Henry (1998). Sie instruierten die Probanden, sich in eine hypothetische Situation hineinzusetzen, in der sie zwei ältere Zielpersonen hinsichtlich einer bestimmten Entscheidung überzeugen mussten. Eine Zielperson entsprach wiederum einem positiven Subtyp des Altersstereotyps („Golden Ager“), die andere der negativen Untergruppe („mutlos/verzagte Person“). Die Überzeugungsversuche der Studienteilnehmer wurden auf Tonband aufgezeichnet und der Kommunikationsstil ausgewertet. Konsistent mit den Erwartungen des ASI-Modells zeigten die Probanden mehr bevormundende Kommunikation mit der negativ stereotypisierten Zielperson im Vergleich zum „Golden Ager“. Über diesen Befund hinaus lieferte die Studie einen Beleg dafür, dass nicht nur Charakteristika der alten Person, sondern auch Merkmale der Situation den Stereotypisierungsprozess und damit den Kommunikationsstil beeinflussen. Hummert und Kollegen (1998) variierten nämlich zusätzlich den Kontext, in dem der Überzeugungsversuch stattfand: Für die Hälfte der Untersuchungsteilnehmer wurden die Zielpersonen in einem Setting präsentiert, der mit dem Stereotyp konsistent war, d.h. der „Golden Ager“ im häuslichen Kontext und der „mutlose/verzagte“ Subtyp im Krankenhaus. Die anderen Probanden erhielten Beschreibungen der Subtypen in stereotypinkonsistenten Kontexten. Der Krankenhauskontext verstärkte das negative Altersstereotyp bei der als „mutlos/verzagt“ charakterisierten Zielperson so, dass diese hier mehr bevormundende Botschaften erhielt (53%) als im stereotypinkonsistenten häuslichen Kontext (42%). Allerdings variierte der Kommunikationsstil beim „Golden Ager“ noch stärker über die zwei Kontexte: Die Anzahl bevormundender Botschaften stieg von 30% im stereotypkonsistenten häuslichen Kontext auf 47% im Krankenhaus. Die Autoren folgern, dass die positive Kategorisierung („Golden Ager“)

offensichtlich weniger stabil, d.h. leichter von Kontextmerkmalen beeinflussbar war, als die negative Stereotypisierung („mutlose/verzagte Person“)<sup>8</sup>.

Die Existenz einer überangepassten, bevormundenden Kommunikation gegenüber älteren Menschen wurde nicht nur im Experiment, sondern vor allem auch in Feldstudien beobachtet. So berichtet Caporael (1981), dass 22% der Sätze, die Pflegekräfte eines amerikanischen Altenheims an die Bewohner richteten, als *secondary baby talk* kategorisiert werden konnten. Diese Form der infantilisierenden Sprache konnte mittlerweile auch in Pflegeeinrichtungen in den Niederlanden (de Wilde & de Bot, 1989, zitiert nach Sachweh, 1998b), in Großbritannien (Grainger, 1993) und in Deutschland (Sachweh, 1998a, 1998b) systematisch nachgewiesen werden. In einer nachfolgenden Studie fanden Caporael, Lucaszewski und Culbertson (1983) einen Zusammenhang zwischen der generalisierten Einschätzung der Pflegekräfte hinsichtlich des Funktionsstatus der von ihnen betreuten Altenheimbewohner und ihrer Überzeugung bezüglich der Angemessenheit der Babysprache. Pflegenden, die den Funktionsstatus der Bewohner allgemein eher gering beurteilten, hielten infantilisierende Sprachmuster für beliebter bei den alten Bewohnern und normale Erwachsenensprache für weniger effektiv in der Interaktion mit den alten Menschen. Kemper (1994) sammelte Sprechproben von Kursleitern in einem Seniorenzentrum und Pflegekräften im Altenheim, die entweder mit jüngeren Kollegen oder mit älteren Kursteilnehmern bzw. Altenheimbewohnern interagierten. Die Sprecher modifizierten ihre Sprache in der Kommunikation mit älteren Interaktionspartnern, indem sie z.B. weniger komplexe und kürzere Äußerungen und mehr Wiederholungen benutzten als im Gespräch mit jüngeren Menschen. Dabei zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede im Sprechverhalten gegenüber gesunden alten Menschen im Seniorenzentrum und kognitiv beeinträchtigten Personen im Altenheim. Offensichtlich orientierte sich die sprachliche Anpassung auf Seiten der jüngeren Interaktionspartner nicht an tatsächlich vorhandenen kognitiven Einbußen der älteren Menschen, sondern an der übergeneralisierenden Vorstellung vom sprachlich inkompetenten alten Menschen.

Befunde von verschiedenen Forschergruppen liefern deutliche Hinweise darauf, dass eine bevormundende Kommunikation tatsächlich eine Abwärtsspirale im Sinne des CPA in Gang setzt. In mehreren experimentellen Studien wurde z.B. der Kommunikationsstil variiert, mit dem ältere Personen angesprochen wurden (Harwood, Ryan, Giles & Tysoski, 1997; La Tourette & Meeks, 2000; Ryan, Meredith & Shantz, 1994c). Probanden, die Zielpersonen bewerten sollten,

---

<sup>8</sup> Eine derartige Stabilität negativer Aspekte des Altersstereotyps bei einer vergleichsweise leichteren Beeinflussbarkeit einer positiven Stereotypdimension finden auch Cuddy et al. (2005).

denen mit bevormundender Sprechweise begegnet worden war, schätzten diese im Sinne des *blame-the-victim*-Phänomens (Ryan et al., 1995a) als abhängiger, inkompetenter, aber auch weniger zufrieden mit der Interaktion ein als Zielpersonen, die mit normaler Erwachsenensprache angesprochen worden waren – und dies ungeachtet der Tatsache, dass die bevormundende Pflegekraft als weniger respektvoll, kompetent und wohlwollend beurteilt worden war (La Tourette & Meeks, 2000). In der Studie von Ryan und Kollegen (1994c) trat dieser Effekt allerdings nicht generell bei allen Zielpersonen bevormundender Kommunikation auf, sondern nur bei jenen älteren Menschen, die in dieser Weise auf ein Thema angesprochen worden waren, das ihren persönlichen Entscheidungsspielraum betraf (z.B. den Aufbewahrungsort eines Kleidungsstücks). Die Tendenz von Beobachtern bevormundender Sprecher, diesen Kommunikationsstil auf negative Eigenschaften des Adressaten zurückzuführen, konnten Harwood und Kollegen (1997) sowie Ryan, Anas und Gruneir (2006b) auch für Situationen außerhalb des Pflegekontextes aufdecken.

Das Modell des CPA postuliert als Folge einer stereotypisierenden sprachlichen Überanpassung einen Verlust in Kontrollüberzeugungen und Selbstwert auf Seiten des älteren Adressaten. Kemper und Harden (1999) fanden dementsprechend verminderte Selbsteinschätzungen bezüglich der eigenen Kommunikationsfertigkeiten bei alten Menschen, die zuvor in bevormundender Weise angesprochen worden waren. Für ältere Menschen, die eine infantilisierende Sprache selbst negativ beurteilten, konnte darüber hinaus ein Zusammenhang zwischen der Exposition zu diesem Konversationsstil und verringertem Selbstwert aufgezeigt werden (O'Connor & Rigby, 1996). Dass die Konfrontation mit negativen Altersstereotypisierungen das eigene Altersbild, die eigene Kompetenzüberzeugung und sogar die tatsächlich gezeigte Leistung ungünstig beeinflussen kann, weisen Untersuchungen von Levy und Kollegen nach (Hausdorf, Levy & Wei, 1999; Levy, 1996, 2000; Levy & Langer, 1994). In einer viel beachteten Studie aktivierte Levy (1996) bei jüngeren und älteren Probanden subliminal positive und negative Aspekte des Altersstereotyps mit Hilfe der Priming-Technik. Die Aktivierung eines negativen Stereotyps führte bei älteren Versuchsteilnehmern zu einer globalen negativen Sicht auf das Alter und darüber hinaus zu einer verminderten Überzeugung, eine anschließende Gedächtnisaufgabe selbst erfolgreich zu meistern, sowie zu in der Tat verschlechterten Leistungen in dieser Aufgabe. Ältere Personen, bei denen ein positives Altersstereotyp aktiviert worden war, offenbarten ein positiveres Altersbild, waren optimistischer hinsichtlich ihrer Leistungen in der Gedächtnisaufgabe und schnitten auch wirklich besser ab. Dieser Effekt fand sich nicht bei den jüngeren Untersuchungsteilnehmern – möglicherweise wird der Einfluss eines von außen ange-

regten Altersstereotyps nur dann wirksam, wenn es als bedeutsam für das Selbstkonzept wahrgenommen wird.

Langfristige negative Auswirkungen des Altersstereotyps auf das Selbstbild lassen sich auch aus den Daten einer größeren Längsschnittstudie mit älteren und alten Personen ablesen (Rothermund, 2005; Rothermund & Brandtstädter, 2003). In dieser Untersuchung wurde ein negatives Altersbild nicht experimentell induziert, sondern es wurden die Einschätzungen der Probanden vom „älteren Menschen im Allgemeinen“ sowie deren Selbstbilder zu mehreren Messzeitpunkt im Verlauf von zwölf Jahren erhoben. Je negativer das Altersstereotyp zum ersten Messzeitpunkt war, desto mehr verschlechterte sich in der Folgezeit die Selbsteinschätzung.

Zur Durchbrechung der Abwärtsspirale des CPA gibt es nach Hummert und Ryan (2001) verschiedene Reaktionsmöglichkeiten des älteren Adressaten der bevormundenden Kommunikation. Neben einer passiven Hinnahme der Bevormundung oder einem Ignorieren derselben kann die im Konversationsstil implizierte Inkompetenz mehr oder weniger direkt und höflich angesprochen werden. Dabei birgt eine aggressive Antwort des alten Menschen (genau wie die passive Hinnahme) das Risiko, ein negatives Altersstereotyp noch zu verstärken. Eine Untersuchung von Ryan, Kennaley, Pratt und Shumovich (2000) kam zu dem Ergebnis, dass auch eine assertive Reaktion, welche dem bevormundenden Kommunikationsinhalt gegenüber deutliche Ablehnung zum Ausdruck bringt, als unangemessen und unhöflich angesehen werden und somit wiederum als Mangel an kommunikativer Kompetenz aufgefasst werden kann. Ryan und Kollegen (2000) zufolge scheint eine humorvolle Reaktion, durch die der alte Mensch sich einerseits der Bevormundung widersetzt und andererseits das „Gesicht“ des Gegenübers wahrt, geeignet zu sein, den stereotypisierenden Interaktionsstil zu unterbrechen<sup>9</sup>. Eine aktuelle Studie von Ryan, Anas und Friedman (2006a) untersuchte eine als *selektive Assertivität* bezeichnete Strategie, die gekennzeichnet ist durch eine klare Botschaft, die entspannt und ruhig sowie mit Rücksicht auf die situativen Gegebenheiten und die Befindlichkeit des Gesprächspartners vorgetragen wird. Die Ergebnisse zeigen, dass alte Protagonisten in einer Vignette, die sich eines solchen freundlich-bestimmten Kommunikationsstils bedienten, insgesamt kompetenter eingeschätzt wurden als passive und aggressive Personen. Gleichzeitig wurde vermutet, dass sie auch zukünftig aus vergleichbaren Interaktionen zufriedener hervorgehen würden.

---

<sup>9</sup> Zu einem ähnlichen Befund kommen auch Thimm und Augenstein (1996) in ihrer Erforschung von Kontrolle in verbalen Interaktionen. Demnach kann verbalem Verhalten des Gesprächspartners, das offensichtlich auf falschen Erwartungen bezüglich seines Gegenübers basiert, durch humorvolle Bemerkungen widersprochen werden.

## 2.3 Überkompensation im Pflegeverhalten: Das Konzept der *Gelernten Abhängigkeit* von Margret Baltes

Auch die Befunde von der Arbeitsgruppe um Margret Baltes können als Beleg für das reale Vorkommen eines stereotypbasierten überangepassten Interaktionsstils im Sinne des CPA-Modells eingeordnet werden. Wie im Folgenden ausführlich aufgezeigt wird, konnte in fünf Beobachtungsstudien in amerikanischen und deutschen Altenheimen ein verbales und non-verbales Pflegeverhalten nachgewiesen werden, das sich nicht an den tatsächlich vorhandenen Kompetenzen orientiert, sondern als Überkompensation generalisierender Defiziterwartungen interpretiert werden kann (2.3.1). Dabei standen im Gegensatz zur Forschung im Rahmen des CPA-Modells nicht die kommunikativen Kompetenzen alter Menschen im Mittelpunkt des Forschungsinteresses, sondern ihre Fähigkeiten im Bereich der Eigenpflege. Baltes und Mitarbeiter postulieren aber ebenso wie ihre Kollegen aus dem Forschungsfeld zur intergenerationellen Kommunikation, dass eine stereotypgeleitete, skriptartige Überanpassung an einen vermeintlichen Fertigmangel des älteren Menschen zu stereotypkonsistenten – d.h. abhängigen, unselbständigen – Verhaltensweisen des älteren Interaktionspartners führt. Sie sprechen in diesem Zusammenhang von *gelernter Abhängigkeit* (2.3.2).

Zur Überprüfung der Generalisierbarkeit der im stationären Kontext mit alten Menschen gewonnenen Erkenntnisse wurden auch die Interaktionen zwischen alten Menschen und ihren Pflegepersonen im ambulanten Bereich systematisch beobachtet (2.3.3). Darüber hinaus wurden erste Daten zur Ermittlung der Altersabhängigkeit der Befunde vorgelegt (2.3.4). Schließlich erbrachten Baltes und Kollegen mittels einer Interventionsstudie Belege dafür, dass sich das im Umgang mit alten Menschen beobachtete Interaktionsmuster durch ein entsprechendes Training des Pflegepersonals modifizieren lässt (2.3.5).

### 2.3.1 Beobachtungsstudien im stationären Bereich

Im Folgenden werden die methodische Vorgehensweise und die wichtigsten Ergebnisse von fünf aufeinander aufbauenden Beobachtungsstudien berichtet, die Baltes und Kollegen in den 1980er Jahren in drei Altenheimen im amerikanischen Bundesstaat Pennsylvania und zwei deutschen Einrichtungen in Berlin durchgeführt haben. Da sich die verschiedenen Untersuchungen größtenteils identischer Durchführungs- und Auswertungsmethoden bedienen, werden diese zunächst zusammenfassend beschrieben (vgl. Baltes, M. M., 1996). Auf Unterschiede wird anschließend bei der Darstellung der einzelnen Studien eingegangen.

### 2.3.1.1 Verhaltenskodiersystem

Zur systematischen Beobachtung der natürlichen Interaktionen zwischen Pflegenden und alten Menschen entwickelten Baltes und Kollegen zunächst ein komplexes Verhaltenskodiersystem. Die Verhaltenskategorien basierten auf den Befunden einer so genannten *Behavior-Mapping-Studie* in einem amerikanischen Altenheim (Baltes, Barton, Orzech & Lago, 1983a). Mittels der *Behavior-Mapping-Methode*<sup>10</sup> wurden Altenheimbewohner und Pflegekräfte zwischen sieben und 19 Uhr zwei Tage lang *in situ* beobachtet und ihre Verhaltensweisen zusammen mit kontextuellen Aspekten wie Zeit, Ort und Position systematisch aufgezeichnet. Anschließend wurden die konkreten Verhaltensweisen, wie z.B. sich anziehen, essen, oder lesen, in Kategorien zusammengefasst. Diese beziehen sich ausschließlich auf offene und konkrete Verhaltensweisen im Kontext alltäglicher Pflege oder Freizeitaktivitäten. Differenziert wird auf Seiten der Altenheimbewohner zwischen selbständigem und unselbständigem Eigenpflegeverhalten, aktivem konstruktiven oder destruktiven Verhalten in Situationen, die sich nicht auf Pflegehandlungen beziehen, Passivität und Schlafen während des Tages. Hinsichtlich des Verhaltens der Pflegekräfte wird unterschieden zwischen Verhalten, das selbständige bzw. unselbständige Eigenpflege sowie Aktivität bzw. Passivität unterstützt, keiner Reaktion sowie Verlassen der Situation. In einigen Studien wurden nicht nur die Reaktionen der Pflegekräfte, sondern auch die Verhaltensweisen anderer Interaktionspartner der Altenheimbewohner, also z.B. der Besucher oder der Mitbewohner, erfasst, so dass häufig der allgemeine Begriff „Sozialpartner“ verwendet wird. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Verhaltenskategorien für Altenheimbewohner und deren Sozialpartner und nennt Äußerungsformen und Beispiele. Wird auf das Verhalten eines Altenheimbewohners, z.B. unselbständige Eigenpflege, mit einem gleichgerichteten Verhalten des Sozialpartners reagiert, also mit dem Unterstützen unselbständiger Eigenpflege, sprechen Baltes und Kollegen von *komplementärem* Verhalten bzw. im umgekehrten Fall – dem unselbständigen Verhalten des Bewohners wird mit einer selbständigkeitsunterstützenden Reaktion begegnet – von *nicht-komplementärem* Verhalten. In der lernpsychologischen Terminologie können die Verhaltensweisen der Sozialpartner auch als operantes Konditionieren im Sinne einer *Verstärkung*, *Bestrafung* und *Löschung* der Verhaltensweisen des alten Menschen bezeichnet werden (z.B. Mazur, 2006).

---

<sup>10</sup> Die deutsche Übersetzung „Verhaltenskartographie“ hat sich nach Angaben von Baltes und Kollegen (1983a) nicht durchgesetzt.

Tabelle 1: Verhaltenskodiersystem für Verhaltensweisen der Altenheimbewohner und ihrer Sozialpartner (nach Baltes, Kindermann & Reizenzein, 1986)

Akteur	Verhaltenskategorie	Definition	Beispiel
<b>Altenheimbewohner</b>	selbständiges Eigenpflegeverhalten	Verhaltensweisen, die mit der täglichen Selbstpflege zu tun haben und die ohne Hilfe durchgeführt werden, sowie verbale Äußerungen, solche Aktivitäten selbständig ausführen zu wollen	Bewohner wäscht sich selbständig.
	unselbständiges Eigenpflegeverhalten	Bitte um oder die Annahme von Hilfe bei der täglichen Selbstpflege sowie auch die Weigerung, solche Aktivitäten eigenständig zu verrichten.	Bewohner wäscht sich trotz Aufforderung nicht selbständig.
	konstruktiv-aktives Verhalten	sozial angemessene Verhaltensweisen, die nichts mit Selbstpflege zu tun haben (Freizeitverhalten)	sich unterhalten, lesen, fernsehen
	destruktiv-aktives Verhalten	sozial unangemessenes Verhalten	mit Essen werfen, schlagen, spucken
	passives Verhalten	alle inaktive Verhaltensweisen außer solchen, die im Rahmen von Selbstpflege geschehen	reglos dasitzen, an die Wand starren
	Schlafen während des Tages	eigene Kategorie, um zwischen verschiedenen Formen des passiven Verhaltens differenzieren zu können	
<b>Sozialpartner (Pflegerkraft, Besucher, Mitbewohner)</b>	selbständigkeitsunterstützendes Verhalten	selbständige Eigenpflege des Bewohners unterstützen, dazu ermuntern, anregen	Bewohner für selbständiges Waschen loben oder dazu auffordern
	unselbständigkeitsunterstützendes Verhalten	Unselbständigkeit bei der Selbstpflege unterstützen, dazu ermutigen, anregen	Bewohner dazu auffordern, Hilfe beim Waschen anzunehmen; Bewohner für selbständiges Waschen tadeln
	aktivitätsunterstützendes Verhalten	aktives Verhalten unterstützen, dazu ermutigen, anregen	Bewohner für lesen loben oder dazu ermuntern
	passivitätsunterstützendes Verhalten	passives Verhalten unterstützen oder einfordern	Bewohner dazu auffordern, ruhig zu sein; Bewohner dafür loben, dass er ein Nickerchen macht
	keine Reaktion	sich in Gesprächsnähe zum Bewohner (2m) aufhalten, ohne sich verbal oder verhaltensmäßig an ihn zu wenden	
	Verlassen der Situation	sich aus der Nähe des Bewohners entfernen	

In den im Folgenden beschriebenen Studien erfassten trainierte Beobachter die natürlich auftretenden Verhaltenssequenzen anhand dieses Kodiersystems mithilfe tragbarer Datenerfassungsgeräte. Das Beobachtertraining orientierte sich an einem von Baltes entwickelten Manual (zum

Überblick siehe Baltes, M. M., 1996), die Beobachterübereinstimmung lag stets bei einem zufrieden stellenden Kappawert von  $\kappa \geq .70$ .

### 2.3.1.2 Durchführung und Auswertung der Beobachtungen

**Durchführung.** Für die Beobachtungen wurden Zeiten ausgewählt, zu denen intensive Interaktionen zwischen Altenheimbewohnern und ihren Sozialpartnern stattfanden: die Morgenstunden, die Mittagszeit sowie der frühe Abend. Jeder Altenheimbewohner, der in die Studienteilnahme eingewilligt hatte, wurde in jedem Beobachtungszeitraum für drei Minuten beobachtet. In jeder dreiminütigen Beobachtungsphase wurden alle Verhaltensweisen des Bewohners sowie des Sozialpartners in der natürlichen Abfolge ihres Auftretens kontinuierlich kodiert. Dabei wurde das Verhalten der beiden Interaktionspartner abwechselnd alle zehn Sekunden erfasst, es sei denn, das Verhalten des Bewohners dauerte länger als zehn Sekunden und der Interaktionspartner reagierte nicht im Verlauf des Zehn-Sekunden-Intervalls. In diesem Fall wurde das Verhalten des alten Menschen erneut kodiert. Die gesamte Studiendauer variierte je nach Untersuchung zwischen zwei Wochen und sechs Monaten.

**Stichprobe.** Die Bewohner, die an den verschiedenen Studien teilnahmen, wurden zufällig aus der Bewohnerschaft der einzelnen Altenheime rekrutiert. Ausschlusskriterien für die Partizipation an der Untersuchung waren vollständige Bettlägerigkeit, starke Desorientiertheit sowie eine akute Erkrankung. Die Studienteilnehmer waren zur Person und zum Ort orientiert und benötigten Grund- sowie zum Teil auch Behandlungspflege. Die Mehrzahl der beobachteten Bewohner waren Frauen (ca. 90%) aus der (unteren) Mittelschicht, der Altersbereich rangierte zwischen 65 und 97 Jahren, wobei das mittlere Alter bei ca. 80 Jahren lag. Die Dauer des Heimaufenthaltes variierte stark (zwischen zwei Monaten und sieben Jahren) und lag im Durchschnitt bei 2.9 Jahren. Nach Baltes, M. M. (1996) kann die Stichprobe als repräsentativ für die Mehrheit der Altenheimbewohner in Amerika und Deutschland in den 1980er Jahren gelten.

**Datenanalyse.** Die Beobachtungsdaten, die zum Teil aus mehr als 20.000 einzelnen Verhaltensereignissen bestanden, wurden in fast allen Studien auf zwei Ebenen analysiert: Zur Erstellung von *Verhaltensprofilen* der Bewohner und der Sozialpartner wurden varianzanalytische oder log-lineare Häufigkeitsanalysen durchgeführt. Um die *sequentiellen Interaktionsmuster* zwischen Bewohnern und Sozialpartner zu ermitteln, wurden mittels der *LAG-Sequenzanalyse* (LAGS) von Sackett, Holm, Crowley und Henkins (1979) sequentielle Abhängigkeiten im Verhaltensfluss bestimmt. Bei diesem Verfahren werden die Basiswahrscheinlichkeiten aller beobachteten Verhaltensweisen mit den bedingten Wahrscheinlichkeiten nach einem bestimm-

ten Antezedenzverhalten verglichen. Eine statistisch signifikante Abweichung der bedingten Wahrscheinlichkeiten von den Basiswahrscheinlichkeiten weist darauf hin, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit der Folgeereignisse durch das Auftreten des Antezedenzereignisses signifikant verändert (entweder erhöht oder verringert) wird. Das Antezedenzereignis hat in diesem Fall eine temporale Vorhersagekraft für bzw. *Kontrolle* über das Folgeereignis. Bedingte Wahrscheinlichkeiten können im LAGS-Programm für eine beliebig lange Reihe von Folgeereignissen bestimmt und auf statistische Signifikanz geprüft werden. In *Lag 1* werden diejenigen Verhaltensweisen identifiziert, die unmittelbar auf das Antezedenzverhalten hin erfolgen, also nach einer Beobachtungseinheit von 10 Sekunden. *Lag 2* klärt auf, welches Verhalten in einem geringen zeitlichen Abstand vom Antezedenzereignis auftritt usw.. In dieser Analyse werden alle Folgeereignisse nur auf ihre Abhängigkeit vom Antezedenzverhalten hin geprüft und als unabhängig voneinander angesehen.

Als Antezedenzereignis fungieren in den Analysen von Baltes und Kollegen stets die Verhaltensweisen der Altenheimbewohner, da von Interesse ist, mit welchen Verhaltenskontingenzen die Sozialpartner darauf reagieren. In einigen Untersuchungen wurde darüber hinaus auch das Verhalten der Sozialpartner als Antezedenzereignis betrachtet und die konditionalen Reaktionen der alten Menschen ermittelt. Als Folgeereignis gelten nicht nur die Reaktionen des Interaktionspartners, sondern auch nachfolgende Verhaltensweisen derselben Person (z.B. kann auf selbständiges Eigenpflegeverhalten weiteres selbständiges Eigenpflegeverhalten folgen), wenn nach einem Beobachtungsintervall keine Reaktion des Interaktionspartners erfolgt.

### 2.3.1.3 Beobachtungsstudien in drei amerikanischen Altenheimen

In einer ersten Studie konnten Baltes, Burgess und Stewart (1980) zeigen, dass sich die Bewohner in Eigenpflegesituationen überwiegend selbständig – und nicht, wie das Stereotyp des hilflosen alten Menschen nahe legt, unselbständig – verhielten (66% vs. 10% aller beobachteten Verhaltensweisen). Dagegen zeigten die Pflegekräfte in der Hälfte aller Beobachtungseinheiten gar keine Reaktion, gefolgt von unselbständigkeitsunterstützendem Verhalten (30%). Selbständigkeitsunterstützendes Verhalten kam deutlich seltener vor (11%). Eine varianzanalytische Auswertung der Daten erbrachte eine signifikante Interaktion zwischen dem Verhalten von Bewohner und Pflegeperson. Das Pflegepersonal reagierte in der Mehrzahl der Beobachtungssituationen nicht auf das selbständige Bewohnerverhalten. Dagegen wurde unselbständigem Eigenpflegeverhalten der alten Menschen zumeist mit komplementären Reaktionen der Pflegekräfte begegnet, d.h. die Unselbständigkeit wurde unterstützt.

Im gleichen Jahr führten Barton, Baltes und Orzech (1980) in einem anderen Altenheim eine vergleichbare Beobachtung durch und setzten erstmals die oben erläuterte *LAG-Sequenzanalyse* ein. Bezüglich des Verhaltensprofils zeigte sich ein ähnliches Bild wie in der vorangegangenen Untersuchung: Selbständige Eigenpflege der Bewohner wurde 1.4 Mal häufiger beobachtet als unselbständige Eigenpflege, das Pflegepersonal verhielt sich dagegen fast viermal häufiger unselbständigkeitsunterstützend als selbständigkeitsunterstützend. Die Analyse des sequentiellen Interaktionsmusters erbrachte folgende Befunde: Nach *selbständigem Eigenpflegeverhalten eines Bewohners als Antezedenzereignis* war es am wahrscheinlichsten, dass er weitere selbständige Eigenpflege durchführte. Von *Lag 1* bis *Lag 10* war die bedingte Wahrscheinlichkeit weiterer selbständiger Verhaltensweisen des Bewohners gegenüber der Basiswahrscheinlichkeit signifikant erhöht. Das nächst wahrscheinliche Folgeereignis bei selbständigem Bewohnerverhalten waren unselbständigkeitsunterstützende Reaktionen der Pflegekräfte. Allerdings war die bedingte Wahrscheinlichkeit unselbständigkeitsunterstützenden Verhaltens gegenüber der relativ hohen Basiswahrscheinlichkeit reduziert. Auch selbständige Eigenpflege der Bewohner wurde von den Pflegepersonen unterstützt, allerdings war die bedingte Wahrscheinlichkeit dieses Folgeverhaltens gegenüber der ohnehin niedrigen Basiswahrscheinlichkeit nur zu *Lag 1* und *Lag 2* erhöht und unterschied sich anschließend nicht mehr von der Basiswahrscheinlichkeit. Nach *unselbständigem Bewohnerverhalten als Antezedenzereignis* waren unselbständigkeitsunterstützende Reaktionen der Pflegekräfte das wahrscheinlichste Folgeereignis. Die bedingte Wahrscheinlichkeit war gegenüber der hohen Basiswahrscheinlichkeit signifikant erhöht, besonders zu *Lag 1*. Die nächst wahrscheinliche Folge unselbständigem Bewohnerverhalten waren weitere unselbständige Verhaltensweisen des alten Menschen mit einer signifikanten Erhöhung der bedingten Wahrscheinlichkeiten. Auf unselbständiges Bewohnerverhalten wurde auch in nicht-komplementärer Weise reagiert, also mit selbständigkeitsunterstützendem Pflegeverhalten. Allerdings waren die bedingten Wahrscheinlichkeiten gegenüber der ohnehin niedrigen Basiswahrscheinlichkeit kaum (wenn gleich statistisch signifikant) erhöht.

Barton und Kollegen (1980) interpretierten diesen Befund lernpsychologisch. Zusammenfassend zeigte die Analyse sequentieller Interaktionen, dass unselbständiges Bewohnerverhalten mit großer Wahrscheinlichkeit sofort und kontinuierlich durch komplementäre Reaktionen der Pflegekräfte verstärkt wurde. Durch selbständige Eigenpflege der alten Menschen wurde die Wahrscheinlichkeit komplementären Verhaltens des Personals dagegen kaum positiv beeinflusst. Auch wenn sich Altenheimbewohner selbständig verhielten, war es dreimal wahrschein-

licher, dass Pflegekräfte unselbständigkeitsunterstützend reagierten, als dass die Selbständigkeit verstärkt wurde. Selbständiges Bewohnerverhalten wurde also mit nicht-komplementären Reaktionen verstärkt und sollte daher über die Zeit in seiner Auftretenswahrscheinlichkeit abnehmen. Vor diesem Hintergrund ist die größere Häufigkeit selbständiger Eigenpflege der Bewohner gegenüber unselbständiger Verhaltensweisen erklärungsbedürftig. Um herauszufinden, wie selbständige Eigenpflege trotz ungünstiger Kontingenzmuster aufrechterhalten wird, wurde in einem nächsten Schritt auch das Verhalten anderer Sozialpartner der Altenheimbewohner erfasst (Baltes, Honn, Barton, Orzech & Lago, 1983b).

Die Untersuchung von Baltes und Kollegen (1983b) stellte gegenüber den beiden vorangegangenen eine erhebliche Ausweitung dar. So wurden zu drei Messperioden über einen Zeitraum von sechs Monaten mehrere Gruppen von Bewohnern beobachtet, die sich in der Dauer ihres Heimaufenthaltes unterschieden. Das Verhaltenskodiersystem wurde um die in Tabelle 1 dargestellten Kategorien konstruktiven und destruktiven (Freizeit-)Verhaltens erweitert und es wurden alle Sozialpartner der alten Menschen in die Beobachtung eingeschlossen. Ungefähr die Hälfte der beobachteten Sozialpartner der Bewohner waren Pflegekräfte und etwa ein Drittel Mitbewohner. Bewohner-Besucher-Interaktionen wurden nur selten beobachtet.

Die Analyse der Verhaltensprofile ergab zunächst eine hohe zeitliche Stabilität der Häufigkeit der Bewohnerverhaltensweisen über die drei Messperioden hinweg, so dass die Daten aggregiert werden konnten. Aus dieser Menge aller Bewohnerverhaltensweisen entstammte ungefähr die Hälfte der Kategorie „passives Verhalten“, etwa ein Viertel war konstruktiv-aktiver Art. 19% der Verhaltensweisen entsprachen der Kategorie „selbständige Eigenpflege“, wie schon in den vorangegangenen Untersuchungen wurden unselbständige Eigenpflege aber auch die erstmals kodierten destruktiven Verhaltensweisen signifikant seltener (jeweils 3% aller Beobachtungseinheiten) vermerkt. Aus der Verhaltensmenge der Sozialpartner entsprach gut ein Drittel (37%) der Kategorie „keine Reaktion“ und weitere 7% der Kategorie „Verlassen der Situation“. Ein weiteres gutes Drittel (37%) stellte aktivitätsunterstützende Verhaltensweisen dar, nur 3.5% entfielen auf die Kategorie „selbständigkeitsunterstützendes Verhalten“. Wie zuvor kam unselbständigkeitsunterstützendes Verhalten signifikant häufiger vor (15%). Die Dauer des Heimaufenthaltes übte weder einen signifikanten Einfluss auf das Verhaltensprofil der Bewohner noch auf das ihrer Sozialpartner aus.

In einem zweiten Schritt wurden wiederum die sequentiellen Verhaltensmuster analysiert. Betrachtete man *unselbständige Eigenpflege* der alten Menschen als Antezedenzereignis, so war wie bereits in der Untersuchung von Barton und Kollegen (1980) die bedingte Wahrschein-

lichkeit zweier Folgeverhaltensweisen signifikant gegenüber der jeweiligen Basiswahrscheinlichkeit erhöht: unselbständigkeitsunterstützendes Verhalten der Sozialpartner sowie weiteres unselbständiges Verhalten des Bewohners. Auf *selbständige Eigenpflege* als Antezedenzereignis folgte ebenso wie in der vorausgegangenen Studie vor allem eine Fortsetzung dieses Verhaltens durch den Bewohner. Die bedingte Wahrscheinlichkeit von komplementären selbständigkeitsunterstützenden wie auch von nicht-komplementären Verhaltensweisen des Sozialpartners wurde durch dieses Antezedenzereignis dagegen nicht beeinflusst. Ein etwas anderes Bild zeigte sich für *konstruktiv-aktives Bewohnerverhalten*: Zwar war auch hier die Wahrscheinlichkeit weiterer konstruktiv-aktiver Verhaltensweisen des Bewohners am größten und auch gegenüber der relativ hohen Basiswahrscheinlichkeit noch erhöht. Aber auch das komplementäre aktivitätsunterstützende Verhalten der Sozialpartner hatte eine gesteigerte Auftrittswahrscheinlichkeit, vor allem zu *Lag 1*. Auf *destruktiv-aktives Bewohnerverhalten* folgte vor allem dasselbe Verhalten auf Seiten des Bewohners, das Verhalten der Sozialpartner blieb dagegen unbeeinflusst. *Passives Bewohnerverhalten* hatte, wie oben beschrieben, eine hohe Basiswahrscheinlichkeit und wurde am häufigsten gefolgt von weiterer Passivität des alten Menschen, während die Sozialpartner nicht darauf reagierten.

Die Kontrollvariablen Geschlecht der Bewohner und Grad der Pflegebedürftigkeit beeinflussten die Interaktionsmuster zwischen Bewohner und Sozialpartner nicht.

Zusammenfassend offenbarten diese Befunde von Baltes und Kollegen (1983b) die Robustheit der Ergebnisse vorangegangener Untersuchungen. Erneut wurden auf Seiten der Altenheimbewohner signifikant mehr selbständige als unselbständige Verhaltensweisen beobachtet, wobei sich die erstmalig erfasste zeitliche Stabilität des Verhaltens über mehrere Monate als hoch erwies<sup>11</sup>. Gleichzeitig wurde mit Hilfe des erweiterten Verhaltenskodiersystems aber auch die häufige Passivität der alten Menschen deutlich. Das soziale Umfeld der Bewohner, bei dem nun neben dem Pflegepersonal auch Mitbewohner und Besucher berücksichtigt wurden, unterstützte wiederum vor allem unselbständige Eigenpflege in kongruenter Weise. Auf Passivität, eine andere Form unselbständigen Verhaltens, erfolgte dagegen keine Reaktion. Offenbar besitzt passives Verhalten keine Handlungsaufforderung für die Sozialpartner. Im Gegensatz zu selb-

---

<sup>11</sup> Zumindest für die Bewohnergruppe mit der kürzesten Heimaufenthaltsdauer von zwei bis 12 Monaten hatten die Autoren allerdings eine Verhaltensveränderung angenommen, da das kritische Lebensereignis der Institutionalisierung vor allem in den ersten Monaten nach Heimeinzug einen Effekt auf das Erleben und Verhalten der alten Menschen ausüben sollte (Baltes et al., 1983b). Allerdings wurden die vier Bewohnergruppen mit unterschiedlicher Heimaufenthaltsdauer lediglich querschnittlich untersucht, so dass die Stichproben möglicherweise durch selektive Überlebensraten beeinflusst wurde. Die Autoren verweisen auf die Notwendigkeit längsschnittlicher Studien.

ständiger Eigenpflege, der durch die Sozialpartner kaum Aufmerksamkeit zuteil wurde, wurde allerdings konstruktiv-aktives Bewohnerverhalten zumindest intermittierend external verstärkt. Offensichtlich fungierten diese verschiedenen Arten selbständiger Verhaltensweisen alter Menschen als unterschiedliche Stimuli, welche die Reaktionen der Sozialpartner in differenzierter Weise kontrollierten<sup>12</sup>. Destruktives und passives Bewohnerverhalten wurden von der sozialen Umwelt in der Regel ignoriert.

Die wahrscheinliche Folge weiteren selbständigen Verhaltens nach selbständiger Eigenpflege ohne externale Verstärkung weist darauf hin, dass sich die Bewohner selbst verstärken, indem selbständiges Verhalten durch das Prinzip des *Chaining* aufrechterhalten wird: Eine selbständige Verhaltensweise dient zugleich als Verstärker für das vorangegangene Verhalten wie auch als diskriminativer Stimulus für ein weiteres selbständiges Verhalten (Baltes, M. M., 1996)<sup>13</sup>. Allerdings geben die Befunde von Baltes und Kollegen (1983b) keinen Aufschluss darüber, ob die Verhaltenskette aus einer Fortsetzung ein und derselben Verhaltensweise über mehrere 10-Sekunden-Beobachtungsintervalle hinweg bestand, oder ob es sich um eine Aneinanderreihung verschiedener selbständiger Verhaltensweisen handelte. Möglicherweise kann der Mangel an sozialen Kontingenzen für selbständiges Verhalten dadurch erklärt werden, dass ein und die selbe Verhaltensweise über einen längeren Zeitraum andauert und die verstärkende Reaktion des Sozialpartners daher nur einmal am Ende dieser Periode erfolgt und kodiert wird. In einer nachfolgenden Studie in einem deutschen Altenheim wurde im Verhaltenskodiersystem daher zwischen *neuen* und *fortlaufenden* Bewohnerverhaltensweisen differenziert (Baltes, Kindermann, Reizenzein & Schmidt, 1987).

#### 2.3.1.4 Beobachtungsstudien in zwei deutschen Altenheimen

Da die Beobachtungsstudie von Baltes und Kollegen (1986) in einem Berliner Altenheim eine exakte Replikation der Untersuchung von Baltes et al. (1983b) darstellt, soll im Folgenden nur auf die wesentlichen Unterschiede zu den Befunden in der amerikanischen Institution eingegangen werden. Eine Analyse des Verhaltensprofils der Bewohner erbrachte ein doppelt so häufiges Vorkommen konstruktiv-aktiven Verhaltens in der deutschen Stichprobe (50%), wäh-

---

<sup>12</sup> Baltes und Kollegen (1983b) führen dieses spezifische Reaktionsverhalten auf die *Rollenerwartungen* von Pflegekräften und Bewohnern zurück, ohne diesen Aspekt jedoch genauer auszuführen. Möglicherweise gehört es zum impliziten Selbstverständnis der Pflegekräfte, selbständige Eigenpflege – oftmals intime Verhaltensweisen – gemäß der sozialen Normen unter Erwachsenen weitgehend zu ignorieren und konstruktiv-aktive Verhaltensweisen, wie z.B. sich unterhalten, positiv zu kommentieren.

<sup>13</sup> So könnte etwa das Auftragen einer Gesichtscreme als Verstärker für das Waschen des Gesichts fungieren und wiederum als diskriminativer Stimulus für das Haare Kämmen dienen.

rend Passivität nur etwa halb so oft beobachtet wurde (21%). Auf Seiten der Sozialpartner war die Verhaltensweise „keine Reaktion“ mit 59% aller Beobachtungen noch höher als in der amerikanischen Alteneinrichtung. Unselbständigkeitsunterstützendes Verhalten kam fast genauso oft vor wie selbständigkeitsunterstützende Reaktionen (2.8% bzw. 2.9%). Allerdings gingen nur fünf Prozent dieser Beobachtungen auf Verhaltensweisen der Pflegekräfte zurück, zum überwiegenden Teil wurden die Reaktionen der Mitbewohner auf Verhaltensweisen der beobachteten alten Menschen kodiert (85%). Der hohe Prozentsatz der Verhaltensweise „keine Reaktion“ war vor allem auf die Mitbewohner zurückzuführen, die Pflegekräfte zeigten dagegen bei der Hälfte aller Beobachtungseinheiten selbständigkeitsunterstützendes bzw. aktivitätsunterstützendes Verhalten. Gleichzeitig entfielen aber auch 22% ihrer Verhaltensweisen auf unselbständigkeitsunterstützende Reaktionen.

Bezüglich der sequentiellen Interaktionsmuster bestätigten die an der deutschen Stichprobe gewonnenen Daten die Befunde früherer Studien. Über die Analyse der Reaktionen der Sozialpartner auf vorausgegangenes Verhalten der Bewohner hinaus betrachteten Baltes und Kollegen (1986) aber umgekehrt auch die Folgen für Verhaltensweisen der Sozialpartner. Es zeigte sich erstens, dass unselbständigkeits-, selbständigkeits- sowie aktivitätsunterstützende Verhaltensweisen der Sozialpartner von den Bewohnern durch komplementäres Verhalten beantwortet wurden. Offensichtlich übernahmen die Sozialpartner eine aktive, direktive Rolle, während die Bewohner sich kooperativ verhielten. Zweitens folgte auf die Verhaltensweisen „keine Reaktion“ und „Verlassen der Situation“ zumeist selbständige Eigenpflege bzw. konstruktiv-aktives Verhalten auf Seiten der Bewohner.

In der nachfolgend durchgeführten Untersuchung von Baltes und Kollegen (1987) wurde das Verhaltenskodiersystem daher nicht nur, wie oben bereits erwähnt, um die Differenzierung zwischen *neuen* und *fortlaufenden* Bewohnerverhaltensweisen erweitert, sondern es wurde auch die *dyadische Form* des Verhaltens kodiert, um exakter überprüfen zu können, ob die beobachteten Verhaltenskontingenzen tatsächlich auf aktive, fordernde Sozialpartner und kooperativ reagierende Bewohner zurückzuführen sind. Tabelle 2 zeigt die möglichen Verhaltenskategorien. Schließlich wurde zur Testung der Generalisierbarkeit der Befunde neben der Altenheimstichprobe noch eine Vergleichsstichprobe aus einem Berliner Heim für chronisch kranke alte Menschen herangezogen. Es wurde angenommen, dass das beobachtete Interaktionsmuster hier verstärkt auftreten sollte, weil für chronisch kranke Menschen aufgrund ihres schlechteren Gesundheitszustandes ein häufigeres Auftreten unselbständigen Verhaltens vermutet wurde.

Tabelle 2: Kategorien der dyadischen Form des Verhaltens (nach Baltes et al., 1987)

---

**Dyadische Form des Verhaltens**

---

Aufforderung/Befehl

Intention (Äußerung einer eigenen Handlungsdurchführung)

Folge leisten/Kooperation

Verweigerung/Widerstand

Gespräch

Anderes

---

Die Untersuchung der Verhaltensprofile der alten Menschen ergab gemittelt über die Bewohner beider Einrichtungen ähnliche Häufigkeiten der einzelnen Verhaltenskategorien wie in der vorangegangenen Studie von Baltes und Kollegen (1986). Allerdings zeigten die Altenheimbewohner erwartungsgemäß mehr konstruktiv-aktives sowie mehr selbständiges Verhalten als die Bewohner der Einrichtung für chronisch kranke alte Menschen. Gleichzeitig waren sie weniger oft passiv und weniger oft unselbständig. Die Analyse der (Dis-) Kontinuität selbständiger Eigenpflege mittels Kodierung der Verhaltensweisen in neue und fortlaufende Ereignisse ergab eine signifikant höhere Beobachtung neuen selbständigen Verhaltens. Die Autoren werteten diesen Befund als weiteren Hinweis darauf, dass selbständige Eigenpflege, die kaum externale Verstärkung erfährt, durch das Prinzip des *Chaining* aufrechterhalten wird (Baltes et al., 1987).

In Bezug auf die Sozialpartner der alten Menschen ergab sich im Vergleich zur vorangehenden Untersuchung eine etwas andere Häufigkeitsverteilung, die vor allem darauf zurückzuführen sein dürfte, dass die Kategorie „keine Reaktion“ im Verhaltenskodiersystem der Beobachter nicht berücksichtigt worden war (Baltes und Kollegen begründen diese Vorgehensweise nicht)<sup>14</sup>. Am häufigsten zeigten die Sozialpartner aktivitätsunterstützendes Verhalten, gefolgt von der Unterstützung unselbständiger Eigenpflege. Erwartungsgemäß verhielten sich die Sozialpartner im Heim für chronisch kranke Menschen noch häufiger unselbständigkeitsunterstützend als im Altenheim und signifikant seltener aktivitätsunterstützend. Die dritthäufigste Kategorie stellte „selbständigkeitsunterstützendes Verhalten“ dar. Entgegen den Erwartungen der Autoren waren die Häufigkeiten der Verhaltensweisen Selbständigkeit bzw. Unselbständigkeit unterstützen in den beiden Heimen nicht signifikant voneinander verschieden. Bezüglich der dyadischen Form zeigten die Bewohner am häufigsten Verhaltensweisen der Kategorie

---

<sup>14</sup> Leider finden sich bei Baltes et al. (1987) auch keine Angaben zum prozentualen Anteil der Pflegekräfte an der Gesamtmenge der beobachteten Sozialpartner, so dass unklar bleibt, auf welche Sozialpartner die Befunde letztlich zurückzuführen sind.

„Folge leisten/Kooperation“, gefolgt von „Gespräch“ und – sehr viel seltener – „Aufforderung/Befehl“ sowie „Verweigerung/Widerstand“. Die Verhaltenskategorie „Intention“ kam auf Bewohnerseite nur in weniger als einem Prozent der Fälle vor. Auf Seiten der Sozialpartner war „Gespräch“ die häufigste Kategorie, gefolgt von „Aufforderung/Befehl“. An dritter Stelle rangierte „Folge leisten/Kooperation“, „Verweigerung/Widerstand“ kam auch bei den Sozialpartnern selten vor.

Für die Analyse sequentieller Interaktionsmuster wurden über die übliche Vorgehensweise hinaus auch die *Kombination* von Verhaltenskategorie und dyadischer Form als Antezedenz- bzw. Folgeereignis betrachtet: Unselbständiges Eigenpflege der Bewohner äußert sich in über 80% der Fälle in Form von „Folge leisten/Kooperation“, woraufhin die bedingte Wahrscheinlichkeit unselbständigkeitsunterstützender Reaktionen des Sozialpartners in Form von „Aufforderung/Befehl“ signifikant erhöht war. Auf selbständige Eigenpflege in Form von „Folge leisten/Kooperation“ als Antezedenzereignis folgte im Vergleich zur Basiswahrscheinlichkeit signifikant öfter weitere selbständige Eigenpflege. Betrachtete man die Kombination von Verhaltenskategorie und dyadischer Form, so war die Wahrscheinlichkeit von aktivitätsunterstützenden Reaktionen der Sozialpartner in Form eines Gesprächs signifikant erhöht, wenn konstruktiv-aktives Bewohnerverhalten in Form eines Gesprächs vorausgegangen war. Die Daten replizierten den vorherigen Befund konsistenter externaler Verstärkung unselbständigen Verhaltens, welches damit instrumentelle Funktion zur Erlangung von Aufmerksamkeit durch die soziale Umwelt erhält. Die Kombination von Verhaltenskategorie und dyadischer Form des Verhaltens unterstreicht darüber hinaus die unidirektionale Beziehung zwischen einem passiven alten Menschen, der „Folge leistet“, und einem sozialen Partner, der fordert und befiehlt (Baltes et al., 1987). Der Ort der Kontrolle lag damit beim Sozialpartner, nur in sehr seltenen Fällen äußerten die Bewohner unselbständiges Verhalten in Form von Aufforderung und Befehl, suchten also aktiv Hilfe auf.

Diese Interpretation wurde gestützt durch das Bild, welches sich bei der Betrachtung des Verhaltens der Sozialpartner als Antezedenzereignis ergab. Mit Ausnahme von passivitätsunterstützendem Verhalten wurden wie bereits in der vorangegangenen Studie (Baltes et al., 1986) alle Verhaltensweisen der Sozialpartner durch komplementäres Verhalten der Bewohner beantwortet. Der Befund wurde qualifiziert durch die Analyse der Kombination von Verhaltenskategorie und dyadischer Form des Verhaltens. Sowohl unselbständigkeits- als auch selbständigkeitsunterstützendes Verhalten auf Seiten der Sozialpartner kam am häufigsten in Form von „Aufforderung/Befehl“ vor und erhöhte signifikant die Wahrscheinlichkeit (un)selbständiger

Eigenpflege in Form von „Folge leisten/Kooperation“. Aktivitätsunterstützendes Verhalten der Sozialpartner in Form eines Gesprächs erhöhte wiederum die Wahrscheinlichkeit von konstruktiv-aktivem Bewohnerverhalten in Form eines Gesprächs. Wie bereits bei Baltes und Kollegen (1986) führte das Verlassen der Situation durch den Sozialpartner häufig zu selbständiger Eigenpflege durch den Bewohner. Selbständige Eigenpflege fand damit in Abwesenheit des Sozialpartners statt und war – im Gegensatz zu unselbständiger Eigenpflege – nicht dazu geeignet, Aufmerksamkeit und sozialen Kontakt durch das soziale Umfeld zu erzeugen. Zusammengekommen präsentierten sich hier also direkte Sozialpartner, die in der Interaktion mit den alten Menschen die Initiative ergriffen.

Trotz einiger signifikanter Unterschiede in den Verhaltensprofilen von Bewohnern und Sozialpartnern in den zwei verschiedenen Einrichtungen fanden sich ähnliche Interaktionsmuster. In beiden Settings existiert eine soziale Umwelt, die unselbständige Eigenpflege verstärkt und selbständige Verhaltensweisen sowie auch Passivität der alten Menschen ignoriert. Nur konstruktiv-aktive Handlungen erhalten intermittierende Verstärkung. Die Daten unterstützen die Annahme, dass selbständiges Verhalten durch das Prinzip des *Chaining* aufrechterhalten wird: Auf selbständige Eigenpflege folgt zumeist ein *neues* selbständiges Ereignis. Der Mangel an sozialen Kontingenzen für selbständiges Verhalten kann also nicht damit begründet werden, dass es lange dauert, bis eine selbständige Handlung abgeschlossen ist und die verstärkende Reaktion des Sozialpartners daher nur einmal nach Abschluss der Eigenpflegetätigkeit erfolgt und kodiert wird. Offensichtlich verstärken sich die Altenheimbewohner selbst, indem eine neue selbständige Eigenpflegehandlung als Verstärker für eine vorausgegangene Verhaltensweise dient.

### 2.3.2 Zusammenfassende Interpretation der Beobachtungsdaten: *Abhängigkeitsunterstützungsskript und Gelernte Abhängigkeit*

Die fünf beschriebenen Studien demonstrieren übereinstimmend zwei grundlegende Interaktionsmuster: Auf unselbständiges Eigenpflegeverhalten der Altenheimbewohner folgten unmittelbar und in konsistenter Weise soziale Reaktionen, nämlich unselbständigkeitsunterstützendes Verhalten der Sozialpartner, während auf selbständige Eigenpflege deutlich seltener reagiert wurde, es also häufiger ignoriert wurde. Abbildung 2 stellt die Ergebnisse der Untersuchungen von Baltes und Kollegen noch einmal zusammenfassend dar. Dieses weitgehende Ignorieren selbständigen Verhaltens entspricht zwar den sozialen Normen unter erwachsenen Menschen, führt aber nicht zum Aufbau einer kontingenten sozialen Interaktionssequenz (Baltes, M. M.,

1996). Obwohl die teilnehmenden Altenheime es sich zum Pflegeziel gemacht hatten, Abhängigkeit zu korrigieren oder zumindest so lange wie möglich die Selbständigkeit ihrer Bewohner zu erhalten, tendierte deren Personal zur Verstärkung unselbständiger Verhaltensweisen. Baltes und Kollegen (1991; Baltes, M. M., 1996; Baltes & Wahl, 1996) bezeichnen dieses konsistente Interaktionsmuster als *soziales Skript*, jegliche – tatsächliche oder vermutete – Hilfsbedürftigkeit des alten Menschen wird durch die sozialen Partner kompensiert. Offensichtlich neigen letztere dazu, die von ihnen betreuten Menschen übergeneralisierend als schwach und hilflos wahrzunehmen, und zeigen daher stereotypgeleitete automatisierte Reaktionen (Baltes et al., 1991). Die konsistente Verstärkung unselbständigen Verhaltens betiteln die Autoren wie bereits in Kapitel 1 einleitend erwähnt als *Abhängigkeitsunterstützungsskript* (*dependency-support-script*), das Nicht-Beachten selbständigen Verhaltens als *Selbständigkeitsignoranzskript* (*independence-ignore-script*). Zur sprachlichen Vereinfachung und weil sich der Begriff *Selbständigkeitsignoranzskript* in der deutschsprachigen Literatur nicht durchgesetzt hat, wird das von Baltes und Kollegen erforschte Phänomen im Folgenden übergreifend als *Abhängigkeitsunterstützungsskript* bezeichnet und impliziert immer auch das Ignorieren selbständiger Verhaltensweisen.

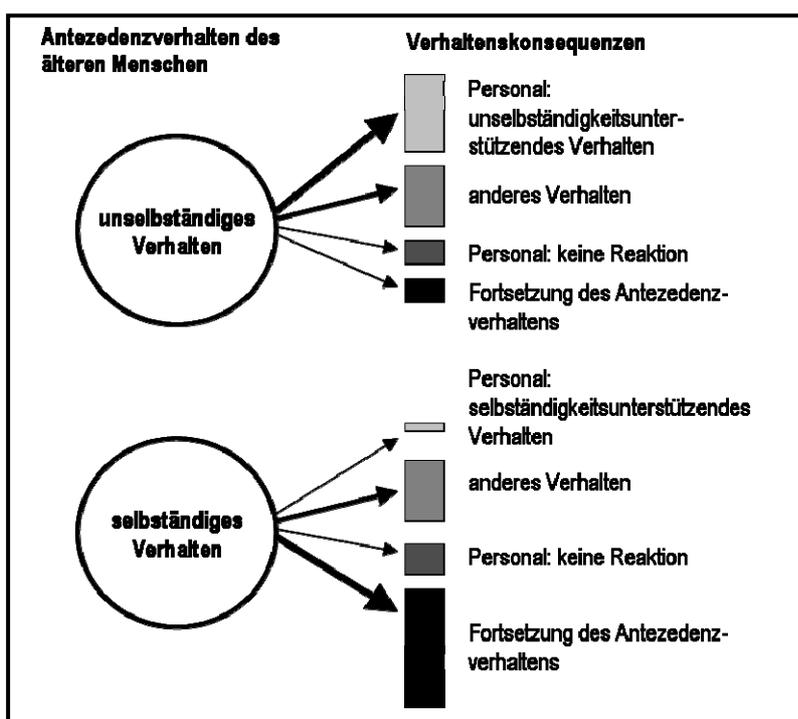


Abbildung 2: Abhängigkeitsunterstützungsskript und Selbständigkeitsignoranzskript nach Baltes, M. M. (1996, S. 107).

Ein anderes selbständiges Verhalten der Altenheimbewohner, das konstruktiv-aktive Handeln, erfährt Unterstützung durch die Sozialpartner, im Vergleich zur unselbständigen Eigenpflege

allerdings in einer inkonsistenten, unregelmäßigen Weise. Lernpsychologisch kann dieses Muster als *intermittierender Verstärkungsplan* bezeichnet werden. Obwohl intermittierende Verstärkung die Aufrechterhaltung eines Verhaltens besonders stärken soll (z.B. Mazur, 2006), weist Baltes, M. M. (1996) darauf hin, dass konstruktiv-aktives Bewohnerverhalten sozialen Kontakt im Kontext Altenheim nicht zuverlässig und unverzüglich sicherstellt.

Es sind demnach vor allem die abhängigen, unselbständigen Verhaltensweisen alter Menschen, auf die mit größter Wahrscheinlichkeit Aufmerksamkeit und positiver sozialer Kontakt folgen – potente Verstärker, nicht nur im Kontext institutioneller Pflege. Insofern gewinnt abhängiges Verhalten instrumentellen Charakter, weil es für alte Menschen die einzige Option darstellt, ihre soziale Umwelt indirekt zu kontrollieren (Baltes, M. M., 1996). Der robuste Befund des Abhängigkeitsunterstützungsskript in stationären Einrichtungen für alte Menschen zeigt, dass es sich um hoch strukturierte soziale Umwelten handelt, in denen differentielle Kontingenzen für die von den Bewohnern gezeigten Verhaltensweisen existieren (Baltes & Skinner, 1983). Demnach handelt es sich bei unselbständigem, passivem Verhalten von Altenheimbewohnern nicht um einen Ausdruck *erlernter Hilflosigkeit* sensu Seligman (1975; Abramson et al., 1978), welche nämlich die wahrgenommene bzw. erwartete *Nonkontingenz* zwischen eigenem Verhalten – welcher Art auch immer – und Umweltereignissen voraussetzt. Vielmehr interpretiert Baltes (1996; Baltes & Wahl, 1996) unselbständiges Bewohnerverhalten als *gelernte Abhängigkeit*: Altenheimbewohner lernen in den Interaktionen mit ihrer sozialen Umwelt, dass passives und abhängiges Verhalten zu komplementären Reaktionen der Umwelt führt, während eigenständige Handlungen oft genug keine Aufmerksamkeit zuteil wird (vgl. Kapitel 1) <sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Baltes (1988) zu Folge kann abhängiges Verhalten von Altenheimbewohnern auch als Komponente *erfolgreichen Alterns* interpretiert werden: Im Sinne des Meta-Modells erfolgreichen Alterns der *Selektiven Optimierung mit Kompensation* (Baltes & Baltes, 1990) kann unselbständiges Verhalten in bestimmten Lebensbereichen eine *kompensatorische* Strategie altersbedingter Verluste darstellen (z.B. das Abgeben der Verantwortung für alle behördlichen Angelegenheiten an eine Betreuungsperson), die Ressourcen für ausgewählte, besonders wichtige Ziele freisetzt (*Selektion*; z.B. ausreichend Zeit zur Beschäftigung mit Literatur zur Verfügung zu haben). Die persönlichen Fähigkeiten in diesen wichtigen Zielbereichen können dann *optimiert* werden. Problematischerweise wird – wie die oben präsentierten Beobachtungsstudien zeigen – *jegliches* unselbständige Verhalten verstärkt und nicht zwischen Lebensbereichen unterschieden, in denen der alte Mensch den Erhalt der Eigenständigkeit wünscht bzw. in denen er die Verantwortung gerne abgeben möchte.

### 2.3.3 Generalisierbarkeit der Befunde auf den ambulanten Bereich

Sicherlich stellen Altenheime eine soziale Umwelt dar, in der die alltäglichen Lebensvollzüge der alten Menschen in besonderer Weise reguliert und kontrolliert werden. Individuelle Bedürfnisse der Bewohner, z.B. in Bezug auf Mahlzeiten oder Schlafgewohnheiten, können aufgrund struktureller, organisatorischer Bedingungen (z.B. Großküche, Mehrbettzimmer) nur bis zu einem gewissen Grad berücksichtigt werden. Zudem leiden alte Menschen, die sich für einen Umzug in eine stationäre Alteneinrichtung entscheiden bzw. von ihrer sozialen Umwelt zu einem solchen Schritt animiert werden, unter körperlichen und/oder kognitiven Einschränkungen, die sie von kompensatorisch wirksamen technischen und medizinischen Hilfsmitteln sowie dem Hilfeverhalten Anderer abhängig machen.

Um zu überprüfen, ob es sich beim Abhängigkeitsunterstützungsskript um ein Interaktionsmuster handelt, das vor allem im Kontext dieser in besonderer Weise kontrollierenden und kompensierenden Institution Altenheim vorherrscht, oder ob alten Menschen auch in ihrer häuslichen Umgebung mit unselbständigkeitsfördernden Verhaltenskontingenzen begegnet wird, weiteten Baltes und Wahl (1992; Wahl & Baltes, 1990) die Beobachtungsstudien auf den Bereich der ambulanten Altenpflege aus.

Untersucht wurde eine deutsche Stichprobe ( $N = 22$ ) von Menschen, die sich in ihrem Altersdurchschnitt und in ihrer Mortalitätsrate zwei Jahre nach der Untersuchung nicht von den zuvor beobachteten Altenheimbewohnern unterschieden, und die während der Morgenpflege entweder durch einen ambulanten Pflegedienst oder Familienangehörige betreut wurden. Beobachtet wurden die Interaktionen in dieser Situation mithilfe des unter 2.3.1.1 dargestellten vollständigen Verhaltenskodiersystems. Diese alten Menschen zeigten in etwa zu gleichen Teilen unselbständige wie selbständige Eigenpflege, während ihre Pflegepersonen ungefähr viermal häufiger unselbständigkeitsunterstützende als selbständigkeitsunterstützende Verhaltensweisen ausführten. In Bezug auf die sequentiellen Interaktionsmuster folgten auch im Bereich der häuslichen Pflege auf das Antezedenzereignis unselbständige Eigenpflege der alten Menschen mit der größten Wahrscheinlichkeit unselbständigkeitsunterstützende Verhaltensweisen der Sozialpartner. Die Konsequenzen für selbständige Eigenpflege waren dagegen widersprüchlich: Im Gegensatz zum Altenheimsetting, in dem selbständige Eigenpflege alter Menschen durch die Sozialpartner vor allem ignoriert wurde, gab es im häuslichen Bereich auch signifikant häufiger komplementäre, d.h. selbständigkeitsunterstützende Reaktionen. In weit höherem Maße folgte auf selbständige Eigenpflege allerdings unselbständigkeitsunterstützendes Verhalten. Wurden umgekehrt die Verhaltensweisen der Pflegepersonen als Antezedenzereignis betrachtet, folgten,

wie in den Altenheimstudien, komplementäre Reaktionen der alten Menschen. Wie bereits im stationären Bereich waren die Interaktionsmuster unabhängig von Geschlecht, Alter und Grad der Pflegebedürftigkeit der alten Menschen.

Die Ergebnisse bestätigten also das im institutionellen Bereich gefundene Kontingenzmuster für unselbständiges Verhalten alter Menschen. Neu waren die widersprüchlichen Reaktionen auf selbständige Verhaltensweisen. Baltes und Wahl (1992; Wahl & Baltes, 1990) interpretierten die beobachteten Interaktionssequenzen auch hier anhand operanter Lernprinzipien: Selbständiges Verhalten alter Menschen wurde durch komplementäres Pflegeverhalten entweder verstärkt, weitaus häufiger aber durch entgegengesetzte, d.h. unselbständigkeitsunterstützende Verhaltensweisen „bestraft“. Selbständiges Verhalten sollte daher ähnlich wie im Altenheim, in dem es in der Regel unbeachtet bleibt, im Laufe der Zeit in seiner Auftretenswahrscheinlichkeit gemindert werden. Die Autoren schlagen vor, diese Hypothese im Rahmen längsschnittlicher Untersuchungen zu testen.

#### 2.3.4 Altersabhängigkeit des Abhängigkeitsunterstützungsskripts: Vergleichende Studien mit Kindern

Die im ambulanten Altenpflegebereich gewonnenen Daten erhärteten die Vermutung von Baltes und Kollegen, dass das vom Abhängigkeitsunterstützungsskript geprägte Interaktionsverhalten zwischen alten Menschen und ihrer sozialen Umwelt nicht in erster Linie auf die Institution Altenheim, sondern auf das Alter der gepflegten Menschen zurückzuführen ist. Als weitere Unterstützung für diese Hypothese führt Baltes, M. M. (1996) eine von Baltes, Reizenzein und Kindermann (1985, zitiert nach Baltes, M. M., 1996) in zwei Berliner Kinderheimen durchgeführte Beobachtungsstudie an. Eine Stichprobe von insgesamt  $N = 20$  Kindern mit einem durchschnittlichen Alter von 12.25 Jahren ( $SD = 1.29$ ) in Heim A bzw. 8.8 Jahren ( $SD = 2.33$ ) in Heim B und ihre Sozialpartner (Mitarbeiter des Heims und andere Heimbewohner) wurden mit dem unter 2.3.1.1 präsentierten Verhaltenskodiersystem beobachtet. Die Ergebnisse lieferten Hinweise auf zwei wesentliche Unterschiede im Interaktionsverhalten mit institutionalisierten Kindern im Vergleich mit alten Menschen. Erstens verlor unselbständige Eigenpflege, die für alte Menschen als wichtigstes Instrument zur Gewinnung sozialer Reaktionen und Kontakte fungierte, im Kinderheimsetting ihre Dominanz. Stattdessen übernahm konstruktiv-aktives Verhalten diese Funktion: Diese Verhaltensweise wurde von den Kindern am häufigsten gezeigt, die Unterstützung dieses konstruktiv-aktiven Verhaltens stellte den prozentual größten Anteil am Verhalten ihrer Sozialpartner dar. Die wahrscheinlichste Reaktion auf konstruktiv-

aktives Verhalten der Kinder war eine komplementäre Reaktion der Sozialpartner. Zweitens deuten die Interaktionsmuster im Vergleich zum Altenheimsetting auf eine größere Bidirektionalität bzw. Reziprozität zwischen den Kindern und ihren Sozialpartnern hin. Wie die alten Menschen reagierten auch die Kinder mit komplementären Aktionen auf das Antezedenzverhalten ihrer Sozialpartner. Gleichzeitig wurden aber auch *alle* Verhaltensweisen der Kinder, d.h. konstruktiv-aktives Verhalten, selbständige und unselbständige Eigenpflege, sehr konsistent mit dem entsprechenden komplementären Verhalten beantwortet. Baltes und Kollegen folgerten, dass sowohl das Verhalten der Kinder als auch das der sozialen Partner als diskriminativer Stimulus fungierte, der Kontrolle über die Aktionen des Gegenübers ausübte. Dieser Effekt spiegelte sich auch in der dyadischen Form des Verhaltens wider: Im Vergleich zum Altenheim zeigten die Kinder und ihre Sozialpartner häufiger Verhalten in Form von „Folge leisten/Kooperation“.

Das für Altenheime als typisch identifizierte Kontingenzmuster von unselbständiger Eigenpflege, auf die komplementäres Verhalten der Pflegenden folgt, war zwar auch im Kinderheim vorhanden, aber es kam deutlich seltener vor und zeigte sich vor allem in Form von Aufforderungen oder Bitten der Kinder, denen die Sozialpartner nach kamen. Baltes und Kollegen vermuteten, dass diese unselbständigen Verhaltensweisen der Kinder oft auf tatsächliche Inkompetenz in dem betreffenden Eigenpflegebereich zurückzuführen sind. Als Beleg führt Baltes, M. M. (1996) eine Beobachtungsstudie von Kindermann (1993) mit Müttern und ihren Kleinkindern im häuslichen Umfeld an. Hier zeigte sich, dass die Verstärkung selbständigen und unselbständigen Verhaltens dem Kompetenzniveau der Kinder angepasst war.

Baltes, M. M. (1996) schlussfolgert, dass das Abhängigkeitsunterstützungsskript zwar über verschiedene Einrichtungen der Altenhilfe (stationär und ambulant) generalisierbar zu sein scheint, nicht aber gleichermaßen in der Betreuung alter wie junger in Institutionen lebender Menschen Anwendung findet. Offensichtlich werden alte Menschen verallgemeinernd als inkompetent eingeschätzt (Baltes et al., 1991), obwohl bestimmte Fähigkeiten noch vorhanden sind oder durch geeignete Interventionsmaßnahmen wiedererlangt werden könnten (vgl. auch Baltes & Zerbe, 1976 a,b).

### 2.3.5 Möglichkeiten der Verhaltensmodifikation von Pflegekräften und alten Menschen

In einem weiteren Schritt führten Baltes, Neumann und Zank (1994) eine Interventionsstudie durch, die der Frage nachging, inwieweit die Umweltbedingungen in Institutionen der Altenhil-

fe im Sinne einer Verminderung des Abhängigkeitsunterstützungsskripts und einer Förderung der Selbständigkeit der alten Menschen optimiert werden könnten. Sie entwickelten ein Trainingprogramm für Altenpflegekräfte, in dem in einem ersten Schritt in zehn Gruppensitzungen Wissen über Kommunikationsfertigkeiten, über das Alter(n) und über Prinzipien der Verhaltensmodifikation vermittelt wurde (Neumann, Zank und Tzschätzsch, 1997, haben ein Manual des Trainings vorgelegt). Im zweiten Teil des Trainings wurde die praktische Anwendung des Gelernten mittels Entwicklung, Implementation und Evaluation eines Verhaltensmodifikationsprogramms erprobt. Dazu stellten die Teilnehmer (Pflegekräfte aus zwei Berliner Altenheimen und einer geriatrischen Klinik) für einen Bewohner bzw. Patienten ihrer jeweiligen Einrichtung einen Plan zur Verhaltensveränderung auf mit dem Ziel des Wiedererlernens einer bestimmten Eigenpflege Tätigkeit (z.B. sich rasieren), in dem die angestrebten Ziele, Lernschritte sowie das konkrete Vorgehen spezifiziert wurden. Die Interaktionen zwischen der jeweiligen Pflegekraft und dem entsprechenden Heimbewohner wurden auf Video aufgezeichnet und in individuellen Supervisionssitzungen analysiert. In zwei abschließenden Gruppensitzungen berichtete jede Pflegekraft über ihr Verhaltensmodifikationsprogramm und Möglichkeiten von dessen Integration in den beruflichen Alltag.

Die Intervention wurde mittels eines Prä-Post-Kontrollgruppen-Designs auf ihren Effekt bezüglich einer Veränderung des Abhängigkeitsunterstützungsmusters untersucht. Vor und nach der Interventionsphase wurden jeweils für sechs Wochen die alltäglichen Interaktionen zwischen den Pflegepersonen und den Heimbewohnern in der Experimentalgruppe ( $N = 14$ ) bzw. der Kontrollgruppe ( $N = 13$ ) mittels des unter 2.3.1.1 erläuterten Verhaltenskodiersystems beobachtet. Zudem wurde allen Teilnehmern zur Überprüfung des Wissenszuwachses vor Beginn des Trainings eine modifizierte Form des *Facts on Aging Quiz* von Palmore (FAQ; 1977, 1981) vorgelegt, welcher von der Experimentalgruppe in einer Parallelform zusammen mit einem weiteren Lernzielkontrolltest im Anschluss an das Training erneut zu bearbeiten war.

Die sowohl im Prä- als auch im Posttest am häufigsten bei den Pflegekräften beobachtete Verhaltenskategorie war unselbständigkeitsunterstützendes Verhalten, welches von den Teilnehmern der Interventionsgruppe allerdings nach Abschluss des Trainings signifikant seltener gezeigt wurde als von der Kontrollgruppe. Selbständigkeitsunterstützendes Verhalten wurde von den Pflegekräften seltener gezeigt, allerdings stieg dessen Häufigkeit bei den Teilnehmern der Experimentalgruppe im Posttest gegenüber der Kontrollgruppe signifikant an. Gleichzeitig zeigten die Heimbewohner aus der Interventionsgruppe im Posttest signifikant mehr selbständi-

ge und zumindest tendenziell auch weniger unselbständige Eigenpflege als jene aus der Kontrollgruppe.

Eine Analyse der sequentiellen Interaktionsmuster erbrachte eine signifikante Abnahme der Wahrscheinlichkeit unselbständigkeitsunterstützender Reaktionen auf selbständige Eigenpflege für die Teilnehmer des Trainings im Vergleich zur Kontrollgruppe. Zudem zeigte die Interventionsgruppe im Posttest häufiger als die Kontrollgruppe selbständigkeitsunterstützendes Verhalten als Reaktion auf selbständige Eigenpflege eines Bewohners bzw. seltener unselbständigkeitsunterstützendes Verhalten in Folge unselbständiger Eigenpflege. Diese Veränderungen wurden aber nicht statistisch signifikant. Im FAQ zeigte die Experimentalgruppe im Posttest im Vergleich zum Prätest einen marginal signifikanten Zuwachs im Wissen über alte Menschen bzw. Prozesse des Alterns.

Baltes und Kollegen (1994; Baltes, M. M., 1996) schlussfolgern, dass die Intervention insgesamt als erfolgreich beurteilt werden könne. Des Weiteren impliziere der Befund, dass die in vorherigen Studien mehrfach replizierten temporalen Verhaltensmuster eine funktionale, d.h. kausale Antezedenz-Konsequenz-Beziehung darstellen. Zudem belegten die Daten, dass es möglich sei, Merkmale der sozialen Umwelt alter Menschen so zu modifizieren, dass noch vorhandene Kompetenzen und Ressourcen gefördert und gelernte Abhängigkeit vermindert werden könne. Entsprechend konstatieren Baltes, Zank und Neumann (1997)

(...) dass Heime für alte Menschen eine beschützende, aber gleichzeitig auch anregende Umwelt sein können (...). Wenn das Pflegepersonal sein Verhalten auf das jeweilige Kompetenzniveau des alten Menschen abstimmt, d.h. Sicherheits- und Unterstützungsmaßnahmen nur dann und nur dort gewährt, wo sie wirklich benötigt werden, (...) dann wird die Möglichkeit geschaffen, dass der alte Mensch Defizite mit Hilfe des Personals kompensiert, ansonsten jedoch seine noch vorhandenen Kompetenzen behält, (...) (S. 298).

## 2.4 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden Forschungsergebnisse zur Interaktion zwischen jungen und alten Menschen außerhalb und innerhalb des institutionellen Pflegekontextes berichtet. Dabei decken sich die zahlreichen Befunde zu dem Modell des CPA (Ryan et al., 1986; 1995a), welche die Besonderheiten in der intergenerationellen Kommunikation detailliert beleuchten, mit den umfangreichen Beobachtungsdaten zum Abhängigkeitsunterstützungsskript (Baltes, M. M., 1996): Stets werden alte Menschen von ihren jüngeren Interaktionspartnern übergeneralisierend als inkompetent, schwach und unselbständig wahrgenommen, so dass verbale und non-verbale Reaktionen in überangepasster, die vermeintlichen Defizite überkompensierender Weise erfolgen. Ryan und Kollegen (1986, 1995a) postulieren als Folge dieser bevormundenden Interakti-

on zwar einen Verlust internaler Kontrollüberzeugungen und Gefühle der Hilflosigkeit, während Baltes, M. M. (1996) in ihrem Konzept der *gelernten Abhängigkeit* auch die Möglichkeiten alter Menschen betont, sich das Interaktionsmuster zumindest zur indirekten Kontrolle ihrer sozialen Umwelt zunutze zu machen. Einigkeit besteht aber darin, dass eine verminderte Aktivität auf Seiten der alten Menschen das negative Resultat einer solchen intergenerationellen Interaktion ist. Der Nichtgebrauch noch vorhandener Fähigkeiten treibt aber deren Abbau voran und kann zudem negative emotionale Konsequenzen wie Langeweile bis hin zur Depression haben (vgl. Wahl & Baltes, 1990). Dass diese Auswirkungen nun wieder in der Interaktion mit anderen, jüngeren Menschen verhaltenswirksam werden, und so ein „Teufelskreis“ entsteht, wird in der Abwärtsspirale des CPA-Modells deutlich vor Augen geführt.

## 3 Zielsetzung und Fragestellung der vorliegenden Studien

Ausgehend von den Befunden der Forschergruppe um Margret Baltes werden zunächst der Anspruch der professionellen Altenpflege nach Förderung und Erhalt der Selbständigkeit alter Menschen und seine Entsprechung in der Pflegerealität einander gegenüber gestellt (3.1). Anschließend werden in 3.2 vor dem Hintergrund psychologischer Modelle und Befunde sowie pflegewissenschaftlicher Analysen potentielle Einflussfaktoren auf das abhängigkeitsunterstützende Pflegeverhalten identifiziert. Abschnitt 3.3 widmet sich der Frage, inwieweit das Abhängigkeitsunterstützungsskript als spezifisch für die Pflege *alter* Menschen angesehen werden kann und ob es sich über verschiedene Pflegesettings generalisieren lässt. Schließlich werden in 3.4 die Forschungshypothesen für die nachfolgend dargestellten Studien abgeleitet.

### 3.1 Aktivierende versus abhängigkeitsfördernde Pflege: Diskrepanzen zwischen Anspruch und Realität der Altenpflege

Das am 1. August 2003 in Kraft getretene erste bundeseinheitliche Altenpflegegesetz schreibt in Abschnitt 2, §3 fest, welche zur Pflege alter Menschen erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Altenpflegeausbildung vermittelt werden sollen. Dazu gehören nach Auffassung der Gesetzgeber u.a. auch „die Erhaltung und Wiederherstellung individueller Fähigkeiten im Rahmen geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitationskonzepte“ sowie „die Hilfe zur Erhaltung und Aktivierung der eigenständigen Lebensführung...“ (Gesetz über die Berufe in der Altenpflege, 2000, S. 1514)<sup>16</sup>. In der auf diesem Altenpflegegesetz basierenden Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, die vom BMFSFJ am 26. November 2002 verordnet wurde, wird spezifiziert, dass theoretischer und praktischer Unterricht in Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation sowie in pflegerelevanten Grundlagen in

---

<sup>16</sup> Der Beruf der Altenpflegefachkraft ist im Vergleich zur Krankenpflege noch sehr jung. Den Anfang zur Ausgestaltung eines eigenständigen Berufsbildes machte der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge im Jahr 1965, der die Zuordnung zu den sozialpflegerischen Berufen nahe legte. Diese zählen im Gegensatz zu den Heilberufen wie der Krankenpflege nicht zu den Fachberufen des Gesundheitswesens und unterlagen damit bisher der Landesregelung (eine detaillierte Beschreibung der Geschichte der Altenpflege gibt z.B. von Balluseck, 1980; zum Überblick siehe auch den Vierten Altenbericht der Bundesregierung, BMFSFJ, 2002).

Das erste bundeseinheitliche Gesetz über die Berufe in der Altenpflege wurde zwar im Jahr 2000 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht, konnte dann aufgrund einer einstweiligen Anordnung des Bundesverfassungsgerichtes in Folge eines Antrags der Bayerischen Staatsregierung, welche die Gesetzgebungskompetenz des Bundes bestritt, bis zu einer endgültigen Entscheidung desselbigen im Oktober 2002 zunächst nicht in Kraft treten.

Gerontopsychiatrie und Psychologie gewährleistet werden muss<sup>17</sup>. Weiterhin wird die Wichtigkeit der Vermittlung kommunikativer Kompetenzen betont.

Forderungen nach aktivierenden, die Selbständigkeit des Pflegebedürftigen erhaltenden oder nach Möglichkeit wiederherstellenden pflegerischen Maßnahmen finden sich ebenso in zahlreichen Artikeln des Elften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XI) zur Sozialen Pflegeversicherung, das seit dem 1. Juni 1994 gilt. So besagt z.B. § 2 Abs. 1:

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten.

Diese Forderungen nach einer *aktivierenden Pflege* (z.B. Hoffmann, 1984), welche die Selbständigkeit alter Menschen nach Möglichkeiten erhält oder wiederherstellt, sich also an dem Ziel der Rehabilitation orientiert, ist nach Brandenburg (2006) nicht neu. In pflegetheoretischen Ansätzen werden Selbständigkeit und Autonomie neben Gesundheit und Wohlbefinden seit Einführung der Altenpflege als Ausbildungsberuf in den 1960er Jahren als zentrale Ziele der Pflege benannt (siehe z.B. Henderson, 1966). In den von Mybes und Kollegen im Jahr 1980 für das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) entwickelten Standard-Stellenbeschreibungen für den Pflegebereich der institutionellen Altenhilfe wird für die Pflegefachkraft als bewohnerbezogene Aufgabe u.a. spezifiziert, „Körperpflege bzw. Hilfe bei der Körperpflege unter Beachtung der Regeln der aktivierenden Pflege“ durchzuführen (Mybes, Pfau & Rückert, 1980, S. 34). Zu den Merkmalen optimaler Pflege gehört nach Mybes und Kollegen, dass der Patient in den Pflegeprozess miteinbezogen und aktiviert ist sowie Entscheidungsfreiheit hat. Pflege solle stattfinden unter Berücksichtigung der Behinderung aber auch der Fähigkeiten des Heimbewohners, und dessen (partielle) Selbständigkeit sei so weit wie möglich zu erhalten oder durch gezielte Trainings wiederherzustellen. In Bezug auf die Körperpflege bedeutet das z.B., dass „unabhängige Verhaltensweisen des Bewohners und Versuche, zumindest Teile der Morgen- und Abendtoilette selbständig durchzuführen“ durch verbales Lob und das geduldige Abwarten der Pflegekraft gefördert werden (Mybes et al., 1980, S. 137). Explizit wird darauf hingewiesen, dass „passiven und abhängigen Verhaltensweisen von Bewohnern (...) behutsam entgegen gewirkt“, ihnen also „Möglichkeiten für eigene Aktivitäten aufgezeigt“ werden müssten, und

---

<sup>17</sup> In den Materialien für die Umsetzung der in der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (Bundesgesetzblatt, 2002) geregelten Stundentafel vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) wird das von der Arbeitsgruppe um Baltes entwickelte Manual des Pflegekräfte-Trainings zur Unterstützung selbständigen Verhaltens alter Menschen (Neumann et al., 1997) sogar explizit als Literaturempfehlung für den Altenpflegeunterricht angegeben (KDA, 2002).

ihre Motivation zur selbständigen Eigenpflege durch Lob und das Aufzeigen realistischer weiterer Ziele gefördert werden sollte (S. 137). Diese pflegewissenschaftlichen Forderungen finden sich auch in älteren Altenpflege-Lehrbüchern, so z.B. bei Sieber und Weh (1987), die ihren Ausführungen zur Grund- und Behandlungspflege einen Abschnitt zur aktivierenden Pflege voranstellen.

In jüngerer Zeit richten viele Altenpflegeeinrichtungen den Pflegeprozess am Modell der *Ganzheitlich-rehabilitierenden Prozesspflege* nach Krohwinkel (1998) aus, und viele Altenpflegeschulen gestalten den Pflegeunterricht nach diesem Konzept (BMFSFJ, 2002; KDA, 2002; Köther, 2005). Krohwinkel (1998; siehe auch Köther, 2005) definiert als primäre Zielsetzung im Pflegeprozess die Erhaltung, Förderung bzw. Wiedererlangung von Unabhängigkeit und Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person in ihren Lebensaktivitäten. Dieses Ziel könne nur durch eine systematische Erfassung des Niveaus der *individuellen* Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person erreicht werden. Damit wendet sich das Modell der Ganzheitlich-rehabilitierenden Prozesspflege explizit gegen eine stereotypbasierte, generalisierte Erwartung der Pflegenden bezüglich der (In)Kompetenzen der von ihnen betreuten Personen. Neben der gezielten Pflegediagnostik und der Planung von individuumsspezifischen Pflegezielen betont das Pflegeprozessmodell von Krohwinkel darüber hinaus die Wichtigkeit der Evaluation der durchgeführten Pflegemaßnahmen. Eine Überkompensation vermeintlicher Defizite im Sinne des Abhängigkeitsunterstützungsskripts sollte durch diese von Krohwinkel geforderte kontinuierliche Überprüfung der Angemessenheit der pflegerischen Handlungen daher eigentlich vermieden werden.

Trotz dieser langen Tradition der fördernden, aktivierenden Altenpflege ist eines der häufigsten Pflegedefizite, auf welche die Qualitätsprüfer des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) in Deutschland im Jahr 2000 in der stationären Altenhilfe gestoßen sind, eine *passivierende Pflege* (Brüggemann, 2002). Auch in einer Untersuchung von Heinmann-Knoch und Kollegen (Heinmann-Knoch, Korte, Schönberger & Schwarz, 1998) wurde deutlich, dass bei der Körperpflege Selbstbestimmung häufig ignoriert wird, indem voll kompensierend gepflegt wird und auch geäußerte Wünsche selten zu adäquaten Reaktionen führten. Ziel der in dieser Arbeit dargelegten Studien ist daher die Ermittlung potentieller Einflussfaktoren auf ein Pflegeverhalten, dass trotz anders formulierter Ziele eher die Abhängigkeit als die Selbständigkeit alter Menschen unterstützt.

## 3.2 Einflussfaktoren auf das Abhängigkeitsunterstützungsskript auf Seiten der Pflegekräfte und der Arbeitsbedingungen

Genau wie die Arbeitsgruppen um Ellen B. Ryan und Mary L. Hummert in ihrem Modell des CPA und des ASI (siehe 2.2.1) hat sich auch die Forschergruppe um Margret Baltes bereits der Klärung möglicher Ursachen für das überangepasste, überkompensierende Verhalten in der Interaktion mit alten Menschen gewidmet. Baltes und Kollegen (1983b) konnten in ihren Beobachtungsstudien offenbaren, dass das Pflegeverhalten im Sinne des Abhängigkeitsunterstützungsskripts unabhängig von Geschlecht, Grad der Pflegebedürftigkeit und Länge der Institutionalisierung der alten Menschen auftrat. Wahl und Baltes (1990) berichten, dass auch das Alter der gepflegten alten Personen keinen Effekt auf das abhängigkeitsunterstützende Pflegeverhalten ausübte. Allerdings war die Varianz des Alters der im ambulanten oder stationären Pflegesetting beobachteten Personen eingeschränkt. Hummert und Kollegen (1997; 1999) konnten zumindest in Bezug auf stereotype Erwartungen an die kommunikative Kompetenz zeigen, dass als „junge Alte“ und „alte Alte“ klassifizierte Menschen unterschiedlich beurteilt wurden.

Baltes und Kollegen vermuteten, dass die Erklärung für das überkompensierende Interaktionsmuster vor allem *auf Seiten der Pflegekräfte* zu suchen sei. Im Einklang mit den oben dargestellten Modellen aus der intergenerationellen Kommunikationsforschung (siehe 2.2.1) postulierte auch die Forschergruppe um Margret Baltes, dass ein Verhalten nach dem Abhängigkeitsunterstützungsskript durch die generalisierten Erwartungen der Pflegekräfte an die Inkompetenz der von ihnen betreuten alten Menschen vermittelt sei (Baltes & Wahl, 1996; Baltes et al., 1991). Erste Befunde aus der Arbeitsgruppe liefern Hinweise auf die Rolle solcher Inkompetenzerwartungen im Sinne eines negativen Altersstereotyps. Wahl (1991) konfrontierte Pflegekräfte und die von ihnen betreuten alten Menschen mit dem beobachteten Interaktionsverhalten. Es stellte sich heraus, dass die Pflegenden die Verantwortung für das abhängige Verhalten der Pflegeempfänger den alten Menschen selbst zuschrieben, diese seien eben „zu passiv“ und „unselbständig“. Dagegen führten sie selbständiges Verhalten der von ihnen gepflegten Personen auf ihre pflegerischen Handlungen zurück<sup>18</sup>. In einer (quasi-) experimentellen Studie konnte Reichert (1993) nachweisen, dass Altenpfleger, die durch ihre beruf-

---

<sup>18</sup> Die alten Menschen zeigten ein genau umgekehrtes, selbstwertdienliches Attributionsmuster: Sie sahen die Pflegekräfte als verantwortlich für ihr abhängiges Verhalten und schrieben sich selbst die Verantwortung für selbständige Eigenpflegehandlungen zu (Wahl, 1991).

liche Sozialisation vor allem Kontakt mit hilfebedürftigen alten Menschen haben, in einer Problemlösesituation anders mit einer betagten Konföderierten interagierten als Erzieher, deren berufliche Rolle in der Erziehung zur Selbständigkeit besteht. Im Vergleich zu den Erziehern unterstützten die Altenpfleger die Konföderierte stärker in direkter nonverbaler Weise, leisteten also konkrete, instrumentelle Hilfe bei der Aufgabenbewältigung, ohne das eigenständige Engagement der Person zu fördern. Die Erzieher halfen dagegen eher nondirektiv verbal, d.h. sie gaben problembezogene Handlungsanweisungen, die aber stets die Autonomie des Gegenübers implizierten.

Die in dieser Arbeit dargelegten Studien knüpfen an diese Erkenntnisse an und befassen sich insbesondere mit potentiellen Einflussfaktoren auf das abhängigkeitsunterstützende Pflegeverhalten auf Seiten der Pflegekräfte bzw. der Arbeitsbedingungen. Dabei soll erstmals versucht werden, die durch zahlreiche Beobachtungsstudien im Altenheim abgesicherten Befunde der Wissenschaftler um Baltes mit einer experimentellen Methode, nämlich unter Verwendung von Text-Vignetten, zu replizieren. Nur eine experimentelle Herangehensweise ermöglicht die systematische Variation spezifischer situativer Randbedingungen, die einen potentiellen moderierenden Einfluss auf das gefundene Interaktionsmuster zwischen Pflegepersonen und alten Menschen ausüben. So konnte bisher in keiner der von Baltes und Kollegen vorgelegten Feldstudien die Rolle des Zeitdrucks der Pflegepersonen untersucht werden. Da mangelnde zeitliche Ressourcen in Pflegekontexten einen erheblichen Belastungsfaktor darstellen und die Tendenz zu stereotypisierender Eindrucksbildung begünstigen können (3.2.1), soll insbesondere dem Effekt dieses Situationsmerkmals auf das Abhängigkeitsunterstützungsskript im Rahmen der vorliegenden Arbeit nachgegangen werden. Darüber hinaus soll erstmals systematisch untersucht werden, inwieweit interindividuelle Differenzen in der Ausprägung des Altersstereotyps der Pflegekräfte einen moderierenden Einfluss auf das Abhängigkeitsunterstützungsskript haben (3.2.2). Als weitere mögliche personale Moderatoren werden die Persönlichkeitsmerkmale Geduld und Direktivität der Pflegepersonen erfasst (3.2.4).

Schließlich wird der bereits von Baltes untersuchten Frage hinsichtlich der Generalisierbarkeit des Abhängigkeitsunterstützungsskripts für verschiedene Pflegesettings bzw. der Spezifität dieses Verhaltens in der Interaktion mit *alten* Menschen weiter nachgegangen (3.3).

### 3.2.1 Zeitdruck

Schiefele und Staudt machen in ihrem Altenpflegelehrbuch „Praxis der Altenpflege“ bereits 1979 darauf aufmerksam, welche Voraussetzungen zu einer rehabilitativen Pflege unabdingbar

seien: „viel Zeit“ und „genügend Pflegepersonal“ (S. 57). Beides sei in Einrichtungen der Altenhilfe oft nicht gewährleistet. In ihrer Analyse des Personalschlüssels in Institutionen der Altenhilfe kommt von Balluseck (1980) im gleichen Zeitraum denn auch zu dem Schluss, dass „die gegenwärtigen Personalschlüssel (...) in der Praxis zu einer Unterversorgung der Patienten und zur Überlastung des Personals“ (S. 159) führen und „die beste Aus-, Fort- und Weiterbildung nur unzureichend angewendet werden kann“ (S. 276). Die fachlichen Kenntnisse des Pflegepersonals blieben so oft ungenutzt. Auch Mybes und Kollegen (1980) zählen in ihrer arbeitswissenschaftlichen Untersuchung zur Pflegeorganisation in Altenheimen die quantitative Personalausstattung einer Pflegestation zu den wesentlichen Bestimmungsfaktoren der Pflegequalität. Sie konstatieren: „Bei einer personellen Unterbesetzung sinkt zwangsläufig die Qualität der Pflege, weil, (...), bloße Grundpflege anstelle der zeitaufwendigeren aktivierenden Pflege betrieben werden muß“ (S. 115f.).

Dass diese Aussagen nicht an Aktualität verloren haben, belegt ein Altenpflegelehrbuch neueren Datums von Büker (1995). Er verweist darauf, dass der Personalschlüssel in manchen Heimen Arbeitsbedingungen mit sich bringe, welche die Pflegequalität in den Bereich der so genannten gefährlichen Pflege absinken lasse. Er sieht einen unangemessenen Personalschlüssel sogar als Hauptursache für mangelnde Pflegequalität, da dadurch pro Pflegebedürftigem zu wenig Zeit zur Verfügung stünde. Auch er geht davon aus, dass „die angestrebte aktivierende und auf Rehabilitation angelegte Pflege (...) unter solchen Bedingungen nur schwer zu leisten“ sei (Büker, 1995, S. 243). Zu diesem Schluss kommen auch Kruse und Wahl (1994), welche die hohe zeitliche Beanspruchung des Pflegepersonals direkt mit den Befunden zum Abhängigkeitsunterstützungsskript von Baltes und Kollegen in Verbindung bringen. Die Auswirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes im Januar 1995 kommentierend kommen Görres und Luckey (1999) ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die Ansprüche der Pflegeversicherung nach ganzheitlicher, aktivierender und rehabilitativer Pflege mit dem derzeitigen Personalstand kaum umgesetzt werden können.

Becker und Meifort (1997) führten eine umfangreiche Längsschnittuntersuchung zu Berufseinstieg und Berufsverbleib von Altenpflegekräften durch. Zur Interpretation der Befunde sei allerdings vorweggenommen, dass es sich um selbstberichtete Angaben der Studienteilnehmer und damit nicht um objektive Daten handelte. In ihrer ersten Erhebung 1992 stellten die Autoren fest, dass die befragten Altenpflegeschüler bereits am Ende der Ausbildung die Diskrepanz zwischen in der Ausbildung vermittelten Pflegeformen und der mangelnden Zeit zu deren angemessener Durchführung in der beruflichen Praxis beklagten. Etwa ein Jahr nach Ausbil-

dungsabschluss gab fast ein Viertel der nunmehr in Altenheimen Tätigen an, in einer Schicht für die Betreuung von 19 und mehr Personen zuständig zu sein. Die Autoren schließen, dass in diesen Fällen das „Zeitregime“ und nicht die Zielsetzung einer „ganzheitlichen Pflege und Betreuung“ die Pflegehandlungen dominiere (S. 216). Zu wenig Zeit für den einzelnen Pflegebedürftigen zu haben, rangierte folglich auch an dritter Stelle der beruflichen Belastungsfaktoren und wurde von über 80% der befragten Altenheimmitarbeiter genannt<sup>19</sup>. Das in der Ausbildung vermittelte Pflegeparadigma der aktivierenden Pflege erschien vielen Befragten daher in der Praxis auch nur schwer umsetzbar. Drei Jahre später hatte sich die Situation für die Studienteilnehmerinnen sogar noch verschlechtert: Zum Erhebungszeitpunkt 1996 waren es bereits im Durchschnitt 15 Pflegebedürftige, die von jeder befragten Person persönlich gepflegt und versorgt werden mussten, immerhin vier Personen mehr als noch drei Jahre zuvor. Die zu große Zahl der in zu wenig Zeit zu pflegenden Menschen nimmt folglich zu diesem Erhebungszeitpunkt den Spitzenwert der belastenden Aspekte im Pflegeberuf ein<sup>20</sup>. Bei einer abschließenden Erhebung im Jahr 1997 gaben schließlich mehr als 80% der Altenheimmitarbeiter an, mehr Zeit für ihre Arbeit zu benötigen – durchschnittlich blieben ihnen pro Person nach Schätzungen von Becker und Meifort (1998) nur ungefähr 20 Minuten Pflegezeit. Im Mittel waren es jetzt 17 Pflegebedürftige, die von einer Pflegekraft pro Schicht nach eigenen Angaben zu betreuen waren. Zwei Drittel der aufgrund des Zeitmangels vernachlässigten Arbeitsbestandteile entfielen nach Angabe der Befragten auf kommunikative und psychosoziale Betreuungsaspekte, etwa ein Viertel bezogen sich auf individuelle, aktivierende Pflege.

In Übereinstimmung mit diesen Befunden resümiert der Vierte Altenbericht der Bundesregierung (BMFSFJ, 2002) die Ausführungen zur pflegerischen Versorgung in stationären Alteneinrichtungen:

Die Belastung der Pflegenden in allen Bereichen der Altenpflege u.a. bedingt durch den Zeitdruck/Zeitmangel bedarf dringend der Lösung. Gerade in der Pflege Hochaltriger, die durch großen Zeitaufwand und Geduld gekennzeichnet ist, bedroht der Zeitdruck die Qualität der Pflege. (S. 287)

Zusammenfassend stützen die Erfahrungswerte und empirischen Daten der zitierten Autoren die These, dass hoher Zeitdruck der Pflegekräfte die praktische Umsetzung des gesetzlich veranker-

---

<sup>19</sup> Den größten beruflichen Belastungsfaktor bildete insgesamt die fehlende gesellschaftliche Anerkennung des Berufs gefolgt von der körperlichen Anstrengung in der Pflege (Becker & Meifort, 1997).

<sup>20</sup> Zeitdruck stellte auch in den Untersuchungen von Berger (1999) sowie von Weyerer und Zimmer (1996) einen besonders belastenden Aspekt der Arbeitssituation des untersuchten Altenpflegepersonals dar.

ten und in der Altenpflegeausbildung vermittelten Primats einer aktivierenden, die Selbständigkeit erhaltenden und fördernden Pflege erschwert<sup>21</sup>.

### 3.2.2 Individuelle Ausprägungen des Altersstereotyps

Für die Fragestellung der vorliegenden Untersuchung sind nicht die unter 2.1 skizzierten Inhalte des Altersstereotyps *per se* von Bedeutung, sondern die interindividuellen Differenzen in der Ausprägung altersstereotyper Überzeugungen innerhalb der Gruppe der Pflegekräfte. Es wird angenommen, dass diese Unterschiede Auswirkungen auf die altersstereotypbasierte Eindrucksbildung und somit auf das Pflegeverhalten haben. Hierzu liegen allerdings nur wenige empirische Erkenntnisse vor, die zumeist älteren Datums sind und anhand amerikanischer Stichproben gewonnen wurden. Bezüglich des Inhalts des Altersstereotyps bei Pflegekräften geht Paltore (1990) davon aus, dass Mitarbeiter des Gesundheitswesens trotz ihrer ausbildungsbedingt möglicherweise besseren Kenntnisse über Prozesse des Alterns ein ebenso negatives Altersstereotyp aufweisen wie der Rest der Bevölkerung. Er vermutet:

(...) they have a biased experience with elders because they tend to see and treat only the most frail, sick, and senile aged. After a few years of such negative experiences, they forget that they rarely see normal healthy elders, and they begin to assume that most elders are like their sick patients. (S. 134)

Befunde von Brower (1985) stützen diese Überlegungen: Krankenpflegekräfte, die einen größeren Anteil ihrer Arbeitszeit mit alten Menschen verbrachten, wiesen ein negativeres Altersstereotyp auf als Pflegepersonen, die kaum mit alten Menschen arbeiteten. Die Ergebnisse mehrerer Studien weisen aber darauf hin, dass stereotype Überzeugungen hinsichtlich des Alter(n)s auch mit dem Ausbildungsniveau der Pflegekräfte zusammenhängen. Chandler, Rachal und Kazelskis (1986) sowie Bagshaw und Adams (1986) konnten zeigen, dass höher qualifizierte Pflegepersonen weniger zu negativen Stereotypisierungen alter Menschen neigten als solche mit geringem Ausbildungsstand. Allerdings fand Robinson (1993) im Einklang mit den Befunden von Cuddy und Fiske (2002; Cuddy et al., 2005) in einer Studie mit gering qualifizierten Altenpflegehelfern Hinweise darauf, dass diese die von ihnen betreuten alten Menschen überwiegend positiv als „warm“ stereotypisierten. Einschränkend muss aber angemerkt werden,

---

<sup>21</sup> Nur nebenbei sei angemerkt, dass ständige Engpässe in der personellen Besetzung und der daraus resultierende Zeitdruck als wichtige Determinante des so genannten *Burn-Out* angesehen werden kann, weil Pflegende den eigenen aber auch den von außen gesetzten Ansprüchen an die Pflegqualität dauerhaft nicht mehr gerecht werden können (Domnowski, 1999; Hirsch, 1986; Windisch, 1991). Becker und Meifort (1997) fanden folglich auch Hinweise darauf, dass Zeitdruck als beruflicher Überlastungsfaktor einen wichtigen Grund für Überlegungen zum Ausstieg aus dem Altenpflegeberuf darstellt.

dass die untersuchten Pflegehelfer alle einer ethnischen Minderheit angehörten und die Ergebnisse daher nicht verallgemeinert werden können. Da die zitierten Studien die Ausprägung des Altersstereotyps mittels expliziter Maße erhoben (z.B. verwendeten Bagshaw und Adams, 1986, die *Attitudes Toward Old People-Skala* von Kogan, 1961, bei der die Zustimmung zu positiven bzw. negativen Aussagen über alte Menschen erfasst wird), kann allerdings nicht ausgeschlossen werden, dass höher gebildete Pflegekräfte die Messabsicht der Instrumente besser erfassten als ihre geringer qualifizierten Kollegen, ihr Antwortverhalten im Sinne der *sozialen Erwünschtheit* (Crowne & Marlowe, 1960) anpassten und eher angaben, ein positives Bild vom Alter zu haben.

Verschiedene Untersuchungen haben sich mit den Auswirkungen individueller Unterschiede in den stereotypen Überzeugungen von Pflegekräften auf das von ihnen gezeigte Pflegeverhalten beschäftigt. Kahana und Kiyak (1984) konnten anhand einer Stichprobe amerikanischer Altenpfleger zeigen, dass Pflegekräfte, die ein besonders starkes (negatives *oder* positives!) Altersstereotyp aufwiesen, in ihrer Reaktion auf ein schriftliches Szenario mehr abhängigkeitsförderndes Pflegeverhalten und eine geringe Unterstützung der Selbständigkeit der Bewohner beabsichtigten. Allerdings war der Zusammenhang zwischen den Verhaltensabsichten und dem tatsächlich beobachteten Pflegeverhalten nicht signifikant. Ebenso fanden Bagshaw und Adams (1986) einen positiven Zusammenhang zwischen einer negativen Einstellung gegenüber alten Menschen und einer bevormundenden Pflegeorientierung. Eine der wenigen deutschen Untersuchungen erbrachte den Befund, dass ein hohes Ausmaß stereotyper Einstellungen mit der Tendenz einherging, den Heimbewohnern weniger Autonomie und Mitbestimmungsmöglichkeiten einzuräumen (Schmitz-Scherzer, Schick & Kühn, 1978).

Karuza, Zevon, Gleason, Karuza und Nash (1990) übertrugen die von Brickmann und Kollegen (1982) entwickelten Modelle der Hilfeleistung (*models of helping*) auf die Interaktionen zwischen alten Menschen und ihren Helfern. Diese Modelle beinhalten subjektive Annahmen darüber, inwieweit eine Person für die Entstehung eines Problems einerseits und für dessen Lösung andererseits die Verantwortung trägt. Karuza und Kollegen (1990) konnten zeigen, dass ältere Menschen selbst vom so genannten *medizinischen Modell* des Helfens überzeugt sind, welches davon ausgeht, dass die betreffende Person weder für die Entstehung ihres Problems noch für dessen Lösung verantwortlich ist. Der maladaptive Effekt dieser Überzeugung, für die Problemlösung keine Verantwortung zu tragen, damit aber auch keine Kontrolle und Selbstwirksamkeit zu erleben, wurde durch den negativen Zusammenhang dieser Sichtweise zum Wohlbefinden deutlich. Aber auch Probanden jüngerer und mittleren Alters, denen Text-

Vignetten mit einer jungen vs. einer alten Protagonistin vorgelegt wurden, die entweder ein gesundheitliches oder ein emotionales Problem hatte, schrieben der alten Protagonistin weniger Verantwortung für Entstehung und Lösung des gesundheitlichen Problems zu als der jungen Protagonistin<sup>22</sup>. Vor dem Hintergrund der Befunde von Baltes und Kollegen (siehe Kapitel 2.3) ist zu vermuten, dass dieses Attributionsmuster zu einem übermäßigen, dysfunktionalen Hilfeverhalten gegenüber alten Menschen beitragen kann. Allerdings fanden Karuza und Kollegen (1990) bei Mitarbeitern eines „Essen-auf-Rädern“-Service eine geringere Präferenz für das medizinische Modell des Helfens als bei deren älteren Kunden. Letztlich müssen weitere Untersuchungen klären, ob Pflegekräfte tatsächlich auch davon überzeugt sind, für die Lösung der Probleme der Pflegebedürftigen stärker verantwortlich zu sein als die betreffende Person selbst.

### 3.2.3 Exkurs: Der Zusammenhang von Zeitdruck und Stereotypen aus Sicht der kognitiven Sozialpsychologie

Im Folgenden soll ein Modell aus der kognitiven Sozialpsychologie vorgestellt werden, das besonders geeignet scheint, auf theoretischer Ebene den Zusammenhang herzustellen zwischen dem Einfluss von pflegerischem Fachwissen über die Bedeutung aktivierender Pflege, dem Effekt von Altersstereotypen der Pflegekräfte und dem Wirken eines hohen Zeitdrucks auf das Pflegeverhalten (3.2.3.1). Anschließend werden beispielhaft einige experimentelle Befunde zum Stereotypisieren bei geringen zeitlichen und kognitiven Ressourcen referiert (3.2.3.2).

#### 3.2.3.1 Das Modell reflektiver und impulsiver Determinanten sozialen Verhaltens nach Strack und Deutsch (2004)

Das *Zwei-System-Modell sozialen Verhaltens* von Strack und Deutsch (2004) baut auf bisherigen sozialpsychologischen Zwei-Prozess-Theorien der Informationsverarbeitung auf (zum Überblick über diese Theorien siehe Chaiken und Trope, 1999, und Smith und DeCoster, 2000) und postuliert zwei verschiedene Systeme der Informationsverarbeitung – ein *reflektives*<sup>23</sup> und ein *impulsives* System. Im reflektiven System werden Informationen verarbeitet, indem die einzelnen Elemente durch semantische Beziehungen miteinander verknüpft werden, denen ein Wahrheitswert zugeschrieben wird (z.B. „Das ist eine alte Frau.“). Es enthält also Informatio-

---

<sup>22</sup> Bezüglich des emotionalen Problems wurde der alten Protagonistin dagegen mehr Verantwortung für die Entstehung zugeschrieben, während sie als genauso verantwortlich für die Lösung des Problems angesehen wurde wie die junge Protagonistin.

<sup>23</sup> Zur Abgrenzung der Begriffe „reflektiv“ und „reflexiv“ sei auf Liebermann, Gaunt, Gilbert und Trope (2002). Demnach finden nur im *reflektiven* System kontrollierte Informationsverarbeitungsprozesse statt, während sich der Terminus „reflexiv“ auf eine automatische Verarbeitung z.B. im Sinne des impulsiven Systems nach Strack und Deutsch (2004) bezieht.

nen in einem propositionalen Format, die schnell generiert und durch Lernen flexibel verändert werden können. Im impulsiven System bestehen die Beziehungen zwischen den Elementen aus unterschiedlich starken assoziativen Verbindungen, die sich bilden, wenn Stimuli in zeitlicher oder räumlicher Nähe präsentiert oder aktiviert werden. Informationen werden als Muster der Aktivierung dieser Elemente repräsentiert; wenn ein Element aktiviert ist, breitet sich die Aktivierung zu den anderen Elementen in Abhängigkeit von der Verbindungsstärke aus. Die Verbindungen verändern sich durch Lernen nur graduell, weswegen das impulsive System eine geringe Flexibilität aufweist. Es arbeitet aber im Gegensatz zum reflektiven System sehr schnell und beansprucht keine Aufmerksamkeit.

In Ergänzung bisheriger Theorien integrieren Strack und Deutsch (2004) die Auswirkungen der dualen Informationsverarbeitung auf das *Verhalten* in ihr Modell und nehmen an, dass reflektives und impulsives System um die Kontrolle über das offen gezeigte Verhalten konkurrieren. Das reflektive System aktiviert ein bestimmtes Verhaltensschema als Folge eines überlegten Entscheidungsprozesses. Das Wissen um den Wert und die Wahrscheinlichkeit einer möglichen Verhaltenskonsequenz wird abgewogen, bis die Entscheidung für eine bestimmte Handlung gefallen ist. Durch das Bilden einer *Intention* (z.B. Gollwitzer, 1990; Gollwitzer & Bayer, 1999) aktiviert das reflektive System nun ein entsprechendes Verhaltensschema. Im Gegensatz dazu regt das impulsive System Verhaltensschemata durch Aktivitätsausbreitung über assoziativ miteinander verknüpfte Elemente an.

Bezüglich der Informationsverarbeitung besteht eine Asymmetrie zwischen reflektivem und impulsivem System, weil letzteres immer aktiv ist, während das reflektive System ausgeschaltet sein kann. Information, welche die Wahrnehmungsschranke überwindet, wird auf jeden Fall im impulsiven System verarbeitet. In Abhängigkeit von seiner Intensität und der ihm zugeteilten Aufmerksamkeit kann ein Stimulus auch das reflektive System erreichen. In diesem Fall arbeiten beide Systeme parallel. Allerdings beansprucht das reflektive System viel kognitive Kapazität, so dass es durch Ablenkung in seiner Arbeit behindert wird. Im Gegensatz dazu benötigt das impulsive System kaum kognitive Kapazität, es arbeitet sehr schnell und hat eine geringe Verarbeitungsschwelle für eingehende Informationen. Es kann daher auch unter suboptimalen Bedingungen das Verhalten kontrollieren. Folglich wird die Informationsverarbeitung im reflektiven System leichter gestört als im impulsiven System.

Bezogen auf die hier bearbeitete Fragestellung kann die Arbeitsweise beider Systeme wie folgt verdeutlicht werden: Die Wahrnehmung einer weißhaarigen Frau, die in zusammengesunkener Haltung im Rollstuhl sitzt, aktiviert sehr schnell bestimmte Elemente im impulsiven System, zu

denen eine assoziative Verbindung besteht, z.B. typische Inhalte des negativen Altersstereotyps wie „langsam“, „hilflos“ und „krank“. Dieses Aktivitätsmuster regt entsprechende überkompensierende Verhaltensschemata an, z.B. der alten Frau einen Löffel Joghurt in den Mund zu schieben.

Das reflektive System bezieht seine Informationen aus dem impulsiven System, schreibt den einzelnen Elementen aber einen Wahrheitswert zu, setzt sie zueinander in Beziehung, zieht Schlussfolgerungen und nutzt diese zu einer Entscheidungsfindung. Die Wahrnehmung der weißhaarigen, zusammengesunkenen Frau im Rollstuhl könnte beispielsweise neben den Inhalten des negativen Altersstereotyps auch das Wissen um die Wichtigkeit rehabilitativer Pflege aktivieren und die Entscheidung begünstigen, die Selbständigkeit dieser Frau zu fördern. Das Verhaltensschemata, das durch diesen reflektiven Prozess angeregt würde, wäre dann z.B., die Frau zum selbständigen Essen ihres Joghurts zu motivieren.

Die Verhaltensschemata, die das impulsive und das reflektive System in dieser Situation anregen, sind inkompatibel und treten in Konkurrenz miteinander. Das Verhaltensschema, dessen Aktivierung stärker ist, wird schließlich das offen gezeigte Verhalten kontrollieren. Wenn die Wahrnehmung der alten Frau im Rollstuhl in einer Situation stattfindet, in der die Pflegekraft unter großem Zeitdruck steht, fehlt möglicherweise die kognitive Kapazität, die für die Arbeit des reflektiven Systems notwendig wäre. Das impulsive Verhaltensschema gewinnt Oberhand und zieht ein überkompensierendes, unselbständigkeitsförderndes Pflegeverhalten nach sich.

### 3.2.3.2 Experimentelle Befunde zum Stereotypisieren bei geringen zeitlichen und kognitiven Ressourcen

Neben Strack und Deutsch (2004) haben sich eine Fülle von Studien aus dem Bereich der kognitiven Sozialpsychologie mit den Bedingungen beschäftigt, unter denen soziale Kategorien aktiviert und auf die Wahrnehmung und Urteilsbildung angewendet werden (zum Überblick siehe z.B. Macrae & Bodenhausen, 2000). Die Befunde zahlreicher Autoren machen deutlich, dass die Anwendung von Stereotypen wahrscheinlicher ist, wenn der Wahrnehmende nicht genügend Motivation, kognitive Kapazitäten oder Zeit für eine individuumsbasierte Eindrucksbildung hat (vgl. auch Bodenhausen, Macrae und Sherman, 1999; Fiske, Lin und Neuberg, 1999).

Gilbert und Hixon (1991, Studie 2) konnten in einem viel beachteten Experiment zeigen, dass sich bei Probanden, die kognitiv stark beschäftigt waren (weil sie sich z.B. eine achtstellige Nummer merken mussten), die Wahrscheinlichkeit erhöhte, dass ein *zuvor aktiviertes* Stereotyp

auch tatsächlich zur Personenbeurteilung *angewendet* wurde: Probanden, bei denen in der ersten Phase des Experimentes das Stereotyp vom „Asiaten“ aktiviert worden war, und die nun eine komplexe visuelle Suchaufgabe lösen mussten, während ihnen die Aussagen einer asiatischen Person vorgespielt wurden, benutzten anschließend mehr stereotypkongruente Adjektive, um diese Person zu bewerten (z.B. „schüchtern“).

Auch van Knippenberg, Dijksterhuis und Vermeulen (1999) konnten belegen, dass sich ein negatives Stereotyp unter der Bedingung einer hohen kognitiven Belastung (*cognitive load*) stärker auf die Personenbeurteilung auswirkt, als wenn genügend kognitive Ressourcen zur Verfügung stehen. Ihre Probanden schrieben einem als „Drogenabhängiger“ kategorisierten Angeklagten eines Verbrechens (= Aktivierung eines negativen Stereotyps) im Vergleich zu einem als „Bankangestellter“ eingeführten Angeklagten (= Aktivierung eines positiven Stereotyps) nur dann mehr Schuld zu und hielten eine härtere Strafe für gerechtfertigt, wenn ihnen die Informationen innerhalb sehr kurzer Zeit präsentiert wurden, sie also kognitiv überlastet waren.

Dass durch die Notwendigkeit, personenbezogene Informationen unter hohem Zeitdruck zu verarbeiten, die Personenwahrnehmung und Urteilsbildung beeinflusst wird, konnten auch Kruglanski und Kollegen (Heaton & Kruglanski, 1991; Kruglanski & Freund, 1983) nachweisen. Obwohl alle Studienteilnehmer gleich viele positive *und* negative Informationen über einen Arbeitsplatzbewerber erhielten, beurteilten diejenigen, die instruiert worden waren, anschließend sehr schnell ein Urteil zu fällen, den zukünftigen Berufserfolg stärker aufgrund der Informationen, die ihnen *zuerst* präsentiert worden waren (*impressional primacy effect*). Offensichtlich formten sie aufgrund des angekündigten Zeitdrucks bei der Urteilsfindung sehr schnell einen ersten Eindruck von der Person und vernachlässigten nachfolgende inkonsistente Informationen.

Die Auflistung ähnlicher Belege für den Einfluss mangelnder zeitlicher bzw. kognitiver Ressourcen auf die Anwendung von Stereotypen ließe sich weiter fortführen (vgl. Fiske et al., 1999). Bezogen auf die Fragestellung der vorliegenden Studien unterstützen diese Befunde die Hypothese, dass Pflegekräfte, die aufgrund hohen Zeitdrucks mehrere Aufgaben gleichzeitig bewältigen sowie oftmals schnelle Entscheidungen treffen müssen und dadurch auch einer erhöhten kognitiven Belastung ausgesetzt sind, die von ihnen betreuten alten Menschen stärker als stereotypkongruent „hilfsbedürftig und unselbständig“ wahrnehmen und beurteilen.

### 3.2.4 Geduld und Direktivität der Pflegeperson

Neben der individuellen Ausprägung des Altersstereotyps und Zeitdruck der Pflegeperson sind weitere Einflussfaktoren auf das pflegerische Handeln denkbar. Strack und Deutsch (2004) weisen selbst auf die Bedeutung der *Verfügbarkeit* und der *Zugänglichkeit* (Higgins, 1996) bestimmter Assoziationen für deren weitere Verarbeitung und Handlungswirksamkeit hin. Eine Reihe weiterer potentieller Moderatoren werden auch in einem Modell von Hofmann, Gschwendner, Nosek und Schmitt (2005) spezifiziert. Demnach können z.B. auch Persönlichkeitsmerkmale wie *Selbstaufmerksamkeit* (Filipp & Freudenberg, 1989) Einfluss auf das reflektive System und damit auf die Dominanz eines aktivierten Verhaltensschemas nehmen. In den im Folgenden berichteten Studien soll der Effekt der Persönlichkeitseigenschaft *Geduld* untersucht werden, die für die Ausübung des Pflegeberufs als notwendig vorausgesetzt wird, wie die in 3.1 dargestellten Ausführungen von Mybes und Kollegen (1980) zur optimalen Pflege sowie die unter 3.2.1 zitierte Schlussfolgerung des Vierten Altenberichts der Bundesregierung (BMFSFJ, 2002) implizieren. Geduld wird hier verstanden als Fähigkeit, abwarten zu können, bis eine langsamere und möglicherweise auch ungeschicktere Person als man selbst eine Handlung selbständig durchgeführt hat, und – falls nötig – erst dann zu intervenieren, wenn das Gegenüber die Grenzen seiner eigenen Fertigkeiten erreicht hat. Das Persönlichkeitsmerkmal Geduld sollte einem durch das impulsive System angeregten altersstereotypbasierten Verhaltensschema entgegenwirken und somit den Effekt eines hohen Zeitdrucks, der die Dominanz des impulsiven über das reflektive System begünstigt, abmildern. Bei einer geduldigen Pflegekraft sollte daher in einer Situation, die durch hohen Zeitdruck geprägt ist, ein durch das reflektive System aktiviertes Verhaltensschema der selbständigkeitsfördernden Pflege eher handlungswirksam werden als bei ihrer ungeduldigen Kollegin<sup>24</sup>.

Eine weitere Persönlichkeitseigenschaft, die möglicherweise Einfluss auf das Pflegeverhalten nimmt, ist die Tendenz, in sozialen Interaktionen *direktiv*, d.h. lenkend und kontrollierend, aufzutreten. Zur Unterstützung selbständigen Verhaltens der Pflegeempfänger gehört es, diesen

---

<sup>24</sup> Das Persönlichkeitsmerkmal der *Impulsivität* (Eysenck & Eysenck, 1978), das sich allein schon aufgrund der identischen Begrifflichkeit zum *impulsiven System* sensu Strack und Deutsch (2004) als potentieller Einflussfaktor auf das Verhalten anbietet, stellt sich bei genauerer Überlegung als Moderator des Pflegeverhaltens als weniger geeignet heraus. Impulsivität wird nämlich auf behavioraler Ebene als Defizit im passiven Vermeidungslernen operationalisiert, also als mangelnde Fähigkeit, Verhaltensweisen zu inhibieren, auf die eine negative Konsequenz für den Akteur folgt (Gray, Owen, Davis & Tsaltas, 1983). Dieser Mangel an Verhaltenskontrolle und der Fähigkeit zum Gratifikationsaufschub kann allerdings mit der Fragestellung der vorliegenden Untersuchung nicht unmittelbar in Zusammenhang gebracht werden kann. Schließlich erfolgt auf Pflegehandlungen, welche die Abhängigkeit der gepflegten Person verstärken, und damit dem Ziel der aktivierenden Pflege entgegenstehen, in der Regel keine negative Konsequenz für die Pflegekraft.

einen Handlungsspielraum zuzugestehen, sie also in ihrem Verhalten gewähren zu lassen, und erst zu intervenieren, wenn eigenständiges Handeln aufgrund verminderter physischer oder kognitiver Kompetenzen des alten Menschen an seine Grenzen gerät. Wie bereits in 2.3.1.4 dargestellt, konnten Baltes und Kollegen (1987) zeigen, dass die Interaktionen zwischen Pflegekräften und den von ihnen betreuten alten Menschen charakterisiert waren durch direkte Forderungen der Pflegepersonen und passiven, den Anweisungen Folge leistenden Altenheimbewohnern (vgl. auch Reichert, 1993). Bei Pflegekräften, die bereits dispositionell eine hohe Ausprägung des Persönlichkeitsmerkmals *Direktivität* (Bastine, 1977) aufweisen, gewinnt u. U. das durch das impulsive System angeregte und am Stereotyp des inkompetenten alten Menschen orientierte, überkompensierende Verhaltensschema eher die Oberhand über reflektive Verhaltenstendenzen, die ein selbständigkeitsunterstützendes Handeln nahe legen würden. Menschen mit einer hohen Tendenz zur Lenkung und Kontrolle Anderer sollten demnach auch weniger sensitiv auf die tatsächlichen Unterschiede in der Selbständigkeit ihres Gegenübers reagieren.

### 3.3 Altersspezifität des Abhängigkeitsunterstützungsskripts und Generalisierbarkeit über verschiedene Pflegesettings

Baltes und Wahl (1992; Wahl & Baltes, 1990) konnten ihre in stationären Alteneinrichtungen gewonnenen Beobachtungen zum Abhängigkeitsunterstützungsskript im Bereich der ambulanten Altenpflege replizieren (vgl. 2.3.3) und damit nachweisen, dass dieses überkompensierende Interaktionsverhalten nicht primär auf die *Institution Altenheim* zurückzuführen ist. Weiterhin stellte die Arbeitsgruppe um Baltes mit ihrer Beobachtungsstudie in Kinderheimen die Bedeutung des Alters der gepflegten Person für das Auftreten des abhängigkeitsunterstützenden Interaktionsmusters heraus (Baltes et al., 1985, zitiert nach Baltes, M. M., 1996; vgl. 2.3.4). Die Autoren schlussfolgerten, das Abhängigkeitsunterstützungsskript sei zwar über verschiedene Pflegesettings (stationär vs. ambulante Altenhilfe) generalisierbar, zeige sich aber nur in der Interaktion mit *alten* Menschen. Dieser Befund kann als Beleg für die in Kapitel 2 ausgeführte theoretische Annahme angesehen werden, die Wahrnehmung eines alten Menschen in einem Pflegekontext führe zur Aktivierung bestimmter Elemente des Altersstereotyps (z.B. „zunehmender geistiger und körperlicher Abbau“) und rege – im Sinne von Strack und Deutsch (2004) – ein spezifisches Verhaltensschema an, das Abhängigkeitsunterstützungsskript. Die Wahrneh-

mung eines jungen Menschen aktiviere dieses Stereotyp nicht, so dass folglich auch kein überkompensierendes Verhalten angeregt werde.

Denkbar ist allerdings auch ein alternatives theoretisches Modell. Filipp und Mayer (1999) weisen im Zusammenhang mit den Befunden zur bevormundenden Kommunikation mit alten Menschen darauf hin, dass die Gegebenheiten in einem Pflegekontext möglicherweise *unabhängig vom Alter* der beteiligten Interaktionspartner zu ungleicher Kontrolle über den Kommunikationsprozess führen: So findet der sprachliche Austausch oft begleitend zu pflegerischen Tätigkeiten statt, bei denen einer der beteiligten Partner – im Falle des Altenheimes die jüngere Person – die Rolle des professionellen Helfers einnimmt, während sein Gegenüber zum Hilfeempfänger wird. Möglicherweise sind es vor allem der situative Kontext, in dem einer der beiden Kommunikationspartner zielorientiert eine pflegerische Aufgabe verrichten muss, um den Anforderungen der Institution zu genügen, sowie die Rollenasymmetrie, die das Auftreten eines bevormundenden Interaktionsstils begünstigen. Dementsprechend fanden Thimm, Rademacher und Kruse (1995) deutliche Hinweise darauf, dass Kontrolle in verbalen Interaktionen (*power-related talk*) von der Erwartung bezüglich der Persönlichkeit des Gesprächspartners beeinflusst wird<sup>25</sup>. Es ist anzunehmen, dass auch der Pflegekontext bestimmte Erwartungen an die Rolle des Interaktionspartners aktiviert, welche dann einen spezifischen Interaktionsstil auslösen. Darauf, dass unterschiedliche *Rollenerwartungen* eine mögliche Alternativerklärung zum Phänomen der *gelernten Abhängigkeit* sein könnten, verweisen auch Baltes und Skinner (1983). Sie konstatieren: "...rules and norms regarding behaviors appropriate in specific settings, should be sufficient to produce role-congruent behaviors (at least in adults)." (S. 1015). Gegen die Annahme, ein bestimmter Interaktionsstil sei vor allem durch Rollenerwartungen und weniger durch Altersstereotype bedingt, sprechen allerdings Befunde zur Arzt-Patient-Interaktion. In diesem Kontext, in dem eine deutliche Rollenasymmetrie zwischen Helfer und Hilfesuchendem gleich welcher Altersgruppe vorliegt, wurde eine überangepasste Sprache vor allem für die älteren Patienten beobachtet. Greene und Kollegen stellten fest, dass Ärzte ihren älteren Patienten gegenüber weniger geduldig, respektvoll und unterstützend auftreten als gegenüber ihren jüngeren Patienten und sie auch weniger in Entscheidungsprozesse mit

---

<sup>25</sup> Mittels eines kreativen experimentellen Designs beobachteten Thimm et al. (1995) Dyaden von männlichen Studenten in einer imaginären Verhandlungssituation. Die Probanden passten ihr verbales Verhalten den Informationen an, die sie zuvor über die Persönlichkeit ihres Gesprächspartners erhalten hatten (dominant vs. submissiv), und zeigten z.B. mehr Sprechakte bzw. unterbrachen ihr Gegenüber häufiger, wenn sie annahmen, es handle sich um eine eher schüchterne Person. Umgekehrt wurden beispielsweise weniger Gesprächspausen eingelegt, d.h. dem Verhandlungspartner weniger Gelegenheit zum Vorbringen eigener Argumente gegeben, wenn davon ausgegangen wurde, dieser habe eine dominante Persönlichkeit. Diese Effekte zeigten sich unabhängig von der tatsächlichen, zuvor erfassten Persönlichkeit des Gesprächspartners.

einbeziehen (Greene, Adelman, Charon & Hoffman, 1986; siehe auch Adelman, Greene & Ory, 2000).

Die Beobachtungsstudie von Baltes und Kollegen (1985, zitiert nach Baltes, M. M., 1996) im Kinderheim ist nur begrenzt geeignet, zwischen diesen beiden Hypothesen zur Entstehung des Abhängigkeitsunterstützungsskript zu diskriminieren. Im Vergleich zu den Altenheimstudien wurde mit der Kinderheimstudie nämlich nicht nur das *Alter* der Pflegeempfänger variiert. Gleichzeitig handelt es sich beim Kinderheim um ein völlig anderes *Setting* mit möglicherweise anderen Rollenerwartungen als im Pflegekontext Altenheim. Obwohl in Einrichtungen der Altenpflege die Bedeutung einer die Selbständigkeit erhaltenden oder nach Möglichkeit wiederherstellenden Pflege betont wird, weisen auch aktuelle Pflegemodelle (z.B. Krohwinkel, 1998) auf das Vorhandensein krankheitsbedingter Defizite alter Menschen und die Notwendigkeit hin, diesen in der Pflege durch Übernahme bestimmter Tätigkeiten zu begegnen (z.B. einer arthrosebedingt unbeweglich gewordenen Person Strümpfe und Schuhe anzuziehen). Der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2005 ist zu entnehmen, dass das Platzangebot im vollstationären Pflegebereich zum Erhebungszeitpunkt zu 89% mit Pflegebedürftigen ausgelastet war, d.h. mit Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen des SGB XI erhielten. Danach gelten Personen als pflegebedürftig, „die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit (...) für die (...) Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (...) der Hilfe bedürfen“ (SGB XI, § 14). Man kann also davon ausgehen, dass Pflegekräfte im Altenheim insbesondere mit Personen arbeiten, die unter physiologischen sowie psychischen Funktionseinbußen leiden, durch die eine vollständige Wiedererlangung einer selbständigen Lebensführung unwahrscheinlich geworden ist. Ganz im Gegensatz dazu haben stationäre Einrichtungen für Kinder und Jugendliche einen pädagogischen Auftrag zur Vorbereitung ihrer Bewohner auf ein selbständiges Leben (siehe SGB VIII, § 34). Statt vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und krankheitsbedingt verloren gegangene Fertigkeiten im Rahmen der verbliebenen Möglichkeiten zu rehabilitieren, geht es darum, die Kinder bzw. Jugendlichen entsprechend ihres Alters und ihres Entwicklungsstandes zu immer selbständiger werdenden Personen zu erziehen, so dass sie das Heim als eigenständige junge Erwachsene verlassen. Damit ist der Aufenthalt in einem Heim für Kinder und Jugendliche auf eine begrenzte Zeit ausgelegt, die Intervention endet in der Regel mit Erreichung der Volljährigkeit. Demgegenüber verbleiben die meisten Bewohner von Altenheimen bis zu ihrem Lebensende in der Einrich-

tung, von einer vollständigen Wiedererlangung aller Kompetenzen zu einer selbständigen Lebensführung ist nur in seltenen Fällen auszugehen.

Diese Ausführungen zeigen auf, dass bei dem von Baltes und Kollegen vorgenommenen Vergleich der Interaktionen im Pflegekontext Altenheim mit dem Erziehungskontext Kinderheim das *Alter* der Pflegeempfänger und das *Setting*, in dem sie lebten, konfundiert waren.

Obwohl die Befunde der Arbeitsgruppe um Baltes zur Altersspezifität des Abhängigkeitskripts eine hohe Plausibilität besitzen, hat die vorliegende Studie zum Ziel, die Effekte von Alter und Setting auf das Verhalten der Pflegekräfte mithilfe eines (quasi-)experimentellen Designs genauer zu ergründen. Dazu wurde die Interaktion zwischen Pflegekräften und Pflegeempfängern in zwei verschiedenen Pflegesettings untersucht, die hinsichtlich der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit der betreuten Personen vergleichbarer sind als die von Baltes gewählten Kontexte: das Altenheim und das Krankenhaus. Patienten, die im Krankenhaus behandelt werden müssen, sind zumindest temporär auf die Unterstützung des Pflegepersonals angewiesen. Rollenerwartungen bezüglich Pflegendem und Pflegeempfänger sollten genauso vorhanden sein wie im Altenheim. Die oben für den Bereich der Altenpflege ausgeführten Probleme des hohen Zeitdrucks bzw. der knappen personellen Ressourcen stellen für Pflegekräfte im Krankenhaus ebenfalls große Belastungsfaktoren dar (z.B. Albert, 1998). Gleichzeitig müssen die Pflegehandlungen des Personals auf die Wiederherstellung einer größtmöglichen Selbständigkeit der Patienten ausgerichtet sein, damit diese zum Zeitpunkt ihrer Entlassung ihre alltägliche Lebensführung wieder aufnehmen können. Neben dieser strukturellen Ähnlichkeit zum Altenheim bietet das Krankenhaus den großen Vorteil, dass hier sowohl alte als auch junge Menschen behandelt werden und so der Einfluss des Alters auf das Verhaltensmuster der Pflegekräfte unabhängig vom Pflegekontext untersucht werden kann.

Wenn es – wie aufgrund der zahlreichen in Kapitel 2 dargestellten Befunde zu erwarten ist – tatsächlich stereotype Negativerwartungen bezüglich der Inkompetenz alter Menschen sind, die bei deren Pflegepersonen ein abhängigkeitsunterstützendes Verhaltensschema aktivieren, dann sollte sich sowohl im Altenheim als auch im Krankenhaus in der Interaktion mit alten Menschen das Abhängigkeitsunterstützungsskript zeigen. Die Interaktion mit jungen Krankenhauspatienten sollte sich dagegen weit weniger abhängigkeitsfördernd gestalten.

## 3.4 Forschungshypothesen

Die Beobachtungsstudien von Baltes, M. M. (1996) erbrachten robuste Ergebnisse bezüglich der Häufigkeit bestimmte pflegerischer Verhaltensweisen: Unselbständigkeitsunterstützendes Verhalten wurde deutlich häufiger gezeigt als selbständigkeitsunterstützendes Verhalten. Es wird erwartet, dass sich dieser Befund mithilfe einer experimentellen Vignetten-Studie replizieren lässt, in der die Handlungsabsichten von Pflegekräften als Reaktion auf Text-Szenarien erfasst werden. Darüber hinaus wird im Hinblick auf die oben ausgeführten potentiellen Einflussfaktoren auf das Abhängigkeitsunterstützungsskript angenommen, dass die Stärke der Pflegeabsichten durch situative (3.4.1) und personale Moderatoren (3.4.2) sowie durch das Alter der gepflegten Person und weniger durch das Pflegesetting (3.4.3) beeinflusst wird.

### 3.4.1 Situative Moderatoren

**Hypothese 1: Selbständigkeit der Protagonistin.** Auf der Grundlage der Befunde von Baltes, M. M. (1996) wird vermutet, dass die Selbständigkeit der Protagonistin einen spezifischen Einfluss auf die verschiedenen Handlungsintentionen der Probanden nimmt. Verhält sich die Protagonistin in der Vignette unselbständig, sollten die *unselbständigkeitsunterstützenden* Handlungsabsichten stärker sein, als wenn sich die Protagonistin selbständig verhält. Dagegen sollten *selbständigkeitsunterstützende* Intentionen weniger durch die experimentell variierte Selbständigkeit der Protagonistin beeinflusst werden.

Weiterhin wird im Sinne von Baltes, M. M. (1996) hypothetisiert, dass in der Vignette mit einer selbständigen Protagonistin im Vergleich zur Vignette mit einer unselbständigen Protagonistin stärker beabsichtigt wird, das Verhalten der Protagonistin zu ignorieren *oder* zu kritisieren. Explorativ untersucht werden soll darüber hinaus, ob die Probanden die Absicht äußern, einer unselbständigen Protagonistin im Vergleich zu einer selbständigen Protagonistin mehr Aufmerksamkeit zu schenken, wenn sie explizit nach einem solchen Verhalten gefragt werden.

**Hypothese 2: Zeitdruck der Pflegeperson.** Gemäß der Ausführungen zum Zeitdruck in der Pflege (3.2.1, vgl. auch 3.2.3) wird angenommen, dass ein in der Vignette experimentell manipulierter hoher Zeitdruck auf Seiten der Pflegeperson die aktivierende Pflege behindert, d.h. zu einer besonders hohen Ausprägung des überkompensierenden Verhaltens führt. Unabhängig von der Selbständigkeit der Protagonistin wird von einer Abnahme selbständigkeitsunterstützender Verhaltensweisen bzw. von einer Zunahme unselbständigkeitsunterstützender Verhaltensweisen unter hohem Zeitdruck ausgegangen.

Darüber hinaus wird vermutet, dass unter der Bedingung eines großen Zeitdrucks eine stärkere Intention angegeben wird, das Verhalten der Protagonistin zu ignorieren oder aber mit einer kritischen Äußerung darauf zu reagieren. Gleichzeitig ist anzunehmen, dass die Probanden bei großem Zeitdruck weniger beabsichtigen, der Protagonistin Aufmerksamkeit zu schenken.

Über diesen Haupteffekt des Zeitdrucks hinaus wird folgende Hypothese über das Zusammenspiel zwischen der Selbständigkeit der Protagonistin und dem Zeitdruck der Pflegeperson postuliert: Unter der situativen Bedingung eines hohen Zeitdrucks sollte die Selbständigkeitsmanipulation einen besonders prägnanten Effekt auf die *unselbständigkeitsunterstützenden* Handlungsintentionen ausüben, d.h. diese sollten bei einer unselbständigen Protagonistin im Vergleich zu einer selbständigen Protagonistin besonders zunehmen. Wenn der Zeitdruck der Pflegeperson niedrig ist, sollten dagegen reflektive Prozesse der Informationsverarbeitung einen stärkeren Einfluss auf das Verhalten der Pflegeperson nehmen und eine aktivierende Pflege begünstigen. Die Zunahme unselbständigkeitsunterstützender Handlungsabsichten bei einer unselbständigen Protagonistin sollte abgeschwächt sein. Es ist anzunehmen, dass die Selbständigkeitsmanipulation bei niedrigem Zeitdruck auch stärker auf die *selbständigkeitsunterstützenden* Handlungsintentionen wirkt, d.h. dass die Probanden bei einer selbständigen Protagonistin mehr selbständigkeitsunterstützende Verhaltensweisen beabsichtigen als bei einer unselbständigen Protagonistin.

Explorativ untersucht werden soll zudem, ob die Faktoren Selbständigkeit der Protagonistin und Zeitdruck der Pflegeperson auch einen wechselseitigen Effekt auf die Handlungsintentionen Aufmerksamkeit schenken, Ignorieren und Kritisieren ausüben. Es wäre zu vermuten, dass hoher Zeitdruck den in Hypothese 1 formulierten Einfluss der Selbständigkeitsmanipulation auf die Handlungsabsichten der Pflegekräfte verstärkt, niedriger Zeitdruck dagegen einen abmildernden Effekt ausübt.

### 3.4.2 Personale Moderatoren

**Hypothese 3: Individuelle Ausprägung des Altersstereotyps der Pflegeperson<sup>26</sup>.** Es wird vermutet, dass eine hohe individuelle Ausprägung altersstereotyper Negativüberzeugungen, d.h. die Wahrnehmung älterer Menschen als überwiegend inkompetent und unselbständig bzw. die

---

<sup>26</sup> Die Ausprägung des Altersstereotyp der Probanden sollte natürlich nur in Bezug auf die *alte* Protagonistin im Altenheim und im Krankenhaus moderierende Wirkung auf die Handlungsintentionen entfalten. Die stereotypen Altersbilder von Probanden, die Vignetten mit einer *jungen* Protagonistin im Krankenhaus bearbeiten, sollten dagegen keinen Einfluss auf ihre Handlungsabsichten ausüben.

Einschätzung des Alters als eine Phase, die insbesondere von Entwicklungsverlusten geprägt ist, die Wahrscheinlichkeit selbständigkeitsunterstützender Handlungsintentionen bezüglich einer alten Protagonistin verringert. Dagegen sollten unselbständigkeitsunterstützende Reaktionen auf die Protagonistin bei einer ausgeprägten ungünstigen mentalen Repräsentation des Alter(n)s zunehmen. Dieser Zusammenhang zwischen der individuellen Ausprägung des Altersstereotyps und der Handlungsabsicht der Probanden sollte einerseits unabhängig von der experimentell variierten Selbständigkeit der Protagonistin auftreten, andererseits aber den vermuteten Einfluss der Selbständigkeit der Protagonistin auf die Handlungsabsicht der Probanden moderieren. Je stärker ausgeprägt ein negatives Altersstereotyp ist, desto prägnanter sollte der Effekt der Selbständigkeitsmanipulation sein, desto höher vor allem die Absicht unselbständigkeitsunterstützender Reaktionen bei einer unselbständigen im Vergleich zur selbständigen Protagonistin. Für eine stark ausgeprägte positive mentale Repräsentation des Alter(n)s, die Entwicklungsgewinne und Kompetenzen alter Menschen fokussiert, wird dagegen von einer Abmilderung des Effektes der Selbständigkeitsmanipulation ausgegangen.

Explorativ soll darüber hinaus untersucht werden, ob eine hohe individuelle Ausprägung eines negativen Altersstereotyps einen Zusammenhang zu den Handlungsintentionen Aufmerksamkeit schenken, Kritisieren und Ignorieren aufweist.

***Hypothese 4: Geduld der Pflegeperson.*** Die Geduld der Pflegeperson im Sinne der Fähigkeit, abwarten zu können, bis eine langsamere Person eine Handlung selbständig ausgeführt hat, sollte positiv mit der Bereitschaft zu selbständigkeitsunterstützendem Pflegeverhalten zusammenhängen. Gleichzeitig sollte für geduldige Personen die Absicht unselbständigkeitsunterstützender Verhaltensweisen vermindert sein. Je geduldiger eine Pflegeperson ist, desto höher sollte auch die Wahrscheinlichkeit sein, dass sie bereit ist, der von ihr betreuten Person Aufmerksamkeit zu schenken. Die Absicht, das Gegenüber zu ignorieren oder sogar für seine Handlungsweisen zu kritisieren, sollte dagegen umso geringer ausfallen, je größer die Geduld der Pflegekraft ist.

Darüber hinaus kann angenommen werden, dass eine hohe Geduld der Pflegeperson den erwarteten Haupteffekt des Zeitdrucks, der im Sinne von Strack und Deutsch (2004) den Einfluss des impulsiven Systems auf das Verhalten begünstigt, abmildert: Die für einen starken Zeitdruck erwartete hohe Diskrepanz zwischen selbständigkeitsunterstützenden und unselbständigkeitsunterstützenden Handlungsintentionen sollte für geduldige Pflegepersonen geringer sein als für weniger geduldige Kollegen.

**Hypothese 5: Direktivität der Pflegeperson.** Es wird vermutet, dass die Tendenz der Probanden, in sozialen Beziehungen eine direkte Rolle einzunehmen, einen negativen Zusammenhang zu selbständigkeitsunterstützenden Handlungsintentionen aufweist, da es zur Unterstützung der Selbständigkeit einer Person einer besonderen Akzeptanz ihrer individuellen Verhaltensweisen bedarf. Dagegen sollten umso mehr unselbständigkeitsunterstützende Absichten geäußert werden, je mehr ein Proband bestrebt ist, die Handlungen anderer Personen nach den eigenen Vorstellungen zu steuern.

Gleichzeitig ist anzunehmen, dass eine positive Beziehung besteht zwischen der Direktivität der Probanden und der Bereitschaft, Kritik am Verhalten der Protagonistin zu äußern. Umgekehrt sollte es umso schwerer fallen, das Verhalten der Protagonistin zu ignorieren, je stärker ausgeprägt die Direktivität ist. Explorativ untersucht werden soll darüber hinaus, welchen Zusammenhang die Direktivität aufweist zur Bereitschaft, der Protagonistin Aufmerksamkeit zu schenken. Einerseits scheint eine erhöhte Absicht, die Protagonistin mit Aufmerksamkeit zu bedenken, folgerichtig, wenn von einer verminderten Neigung zum Ignorieren ausgegangen wird. Andererseits setzt das Schenken von Aufmerksamkeit aber voraus, von eigenen Handlungsplänen abzusehen und sich auf die Bedürfnisse des Gegenübers einzulassen.

Über diese Zusammenhangshypothesen hinaus wird angenommen, dass Direktivität den vermuteten Einfluss der Unterschiede in der Selbständigkeit der Protagonistin auf die Handlungsabsicht der Probanden moderiert. Je höher die Direktivität, desto schwächer sollte der Effekt der Selbständigkeitsmanipulation sein. Probanden mit einer hohen Tendenz zur Lenkung und Kontrolle Anderer sollten also weniger sensitiv auf die Unterschiede in der Selbständigkeit der Protagonistinnen in den verschiedenen Vignetten reagieren, sondern insgesamt mehr unselbständigkeits- als selbständigkeitsunterstützende Handlungsabsichten angeben. Für wenig direkte Probanden wird dagegen von einer Verstärkung des Effektes der Selbständigkeitsmanipulation ausgegangen, d.h. von einem Pflegeverhalten, das sich stärker an den situativen Bedingungen orientiert. Es ist möglich, dass in diesem Fall für eine selbständige Protagonistin sogar mehr selbständigkeitsunterstützende Verhaltensweisen beabsichtigt werden als für eine unselbständige Protagonistin.

### 3.4.3 Altersspezifität und Generalisierbarkeit des Abhängigkeitsunterstützungsskriptes

**Hypothese 6: Alter der Protagonistin.** Die hier berichteten Studien sollen nachweisen, dass das Abhängigkeitsunterstützungsskript tatsächlich eine Funktion des Alters der gepflegten Person

ist, wie Baltes und Wahl (1992; Wahl & Baltes, 1990) konstatieren. Dazu werden die Handlungsintentionen bezüglich einer alten und einer jungen Protagonistin im gleichen Pflegesetting – im Krankenhaus – miteinander verglichen.

Da durch das Alter der alten Protagonistin eine stereotype Negativerwartung bezüglich ihrer Inkompetenz aktiviert werden sollte, ist anzunehmen, dass Pflegekräfte in der Interaktion mit einer alten Protagonistin mehr unselbständigkeitsunterstützende und weniger selbständigkeitsunterstützende Pflegehandlungen beabsichtigen als im Umgang mit einer jungen Protagonistin. Zudem ist zu vermuten, dass die alte Protagonistin verstärkt auf einen möglichen Hilfe- und Interventionsbedarf hin beobachtet wird. Ihren Handlungen, die sie im Beisein der Pflegekraft tätigt, sollte also mehr Aufmerksamkeit gezollt werden bzw. sie sollten weniger ignoriert werden, als das bei der jungen Protagonistin der Fall ist. Gleichzeitig sollte die alte Protagonistin auch stärker von den Pflegekräften kritisiert werden als die junge Protagonistin, da sie vermeintlich eine geringere Fähigkeit zu selbständigen Handlungen und Entscheidungen besitzt. Die Pflegekräfte sollten also eher den Eindruck haben, besser zu wissen, was gut für die alte Person ist, während Kritik an der jungen Protagonistin den Regeln der Höflichkeit widersprechen würde.

Über diesen Haupteffekt des Alters hinaus wird vermutet, dass das Alter der Protagonistin den Einfluss der Selbständigkeitsmanipulation auf die Handlungsintentionen moderiert. Bei einer alten, unselbständigen Protagonistin sollten zwar im Vergleich zu einer alten, selbständigen Protagonistin vermehrt unselbständigkeitsunterstützende Pflegeabsichten geäußert werden. Die Selbständigkeit der Protagonistin sollte aber keinen starken Einfluss auf die Absicht selbständigkeitsunterstützender Handlungen ausüben. Bezüglich einer jungen Protagonistin sollte dagegen individualisierter reagiert werden, d.h. mit selbständigkeitsunterstützenden Handlungsabsichten bei selbständigem Verhalten bzw. mit unselbständigkeitsunterstützenden Intentionen bei unselbständigem Verhalten.

Weiterhin sollte das Alter der Protagonistin auch den Effekt des Zeitdrucks der Pflegeperson auf deren Handlungsintentionen moderieren. Im Sinne des unter 3.2.3 ausgeführten Zwei-System-Modells von Strack und Deutsch (2004) sowie der Befunde zum Stereotypisieren bei geringen zeitlichen Ressourcen (z.B. Gilbert & Hixon, 1991) kann angenommen werden, dass ein durch die *alte* Protagonistin aktiviertes Altersstereotyp besonders bei hohem Zeitdruck der Pflegeperson zu automatisierten, skriptkonformen Pflegeabsichten führt. Anders ausgedrückt: Der Unterschied in den Pflegeabsichten gegenüber der alten und jungen Protagonistin sollte bei hohem Zeitdruck besonders ausgeprägt sein.

**Hypothese 7: Pflegesetting Altenheim vs. Krankenhaus.** Auf Grundlage der Befunde von Baltes und Wahl (1992; Wahl & Baltes, 1990) aus dem Bereich der ambulanten Altenhilfe wird hypothesisiert, dass in den beiden Pflegesettings Altenheim und Krankenhaus in Bezug auf eine *alte* Protagonistin mit mehr unselbständigkeitsunterstützenden Handlungsabsichten als mit selbständigkeitsunterstützenden Intentionen reagiert wird. Die Effekte der Selbständigkeits- sowie der Zeitdruckmanipulation (vgl. 3.4.1) sollten sich in beiden Pflegesettings gleichermaßen zeigen. Ebenso sollten die personalen Moderatoren individuelle Ausprägung des Altersstereotyps, Geduld und Direktivität der Pflegekräfte im Altenheim wie im Krankenhaus gleichermaßen einen Einfluss ausüben (vgl. 3.4.2).

Diese sieben Hypothesen wurden in zwei konzeptuell ähnlichen Studien geprüft. Studie 1 umfasste eine studentische Stichprobe, während in Studie 2 professionelle Alten- und Krankenpflegekräfte befragt wurden. In den folgenden zwei Kapiteln werden beide Studien einzeln vorgestellt. Eine Zusammenfassung und Interpretation aller Befunde erfolgt in der abschließenden Diskussion in Kapitel 6.

## 4 Studie 1

Die in Kapitel 3 ausgeführte Fragestellung wurde zunächst an einer studentischen Stichprobe untersucht. Untersuchungsdesign und -materialien konnten somit forschungsökonomisch anhand von Probanden erprobt werden, deren Rekrutierung einen verhältnismäßig geringen Aufwand darstellte.

### 4.1 Methode

Im Folgenden wird auf das Design von Studie 1 (4.1.1), die Planung des Stichprobenumfangs (4.1.2), die gewählte Stichprobe (4.1.3) sowie auf alle für die Untersuchung verwendeten Materialien (4.1.4) eingegangen.

#### 4.1.1 Untersuchungsdesign

Zur Überprüfung der Hypothesen wurden den Studienteilnehmern Text-Vignetten vorgelegt, in denen eine weibliche Protagonistin auf experimentell manipulierte Weise und in systematisch variierten Kontexten handelte.

Das Untersuchungsdesign enthielt im wesentlichen die Gruppenfaktoren *Pflegesetting* (Altenheim vs. Krankenhaus) und *Alter der Protagonistin* (80 vs. 40 Jahre alt) sowie die messwiederholten Faktoren *Zeitdruck der Pflegeperson* (hoch vs. niedrig) und *Selbständigkeit der Protagonistin* (selbständig vs. unselbständig). Aus Plausibilitätsgründen konnten die Gruppenfaktoren nicht vollständig gekreuzt werden – eine vierzigjährige Frau im *Altenheim* kommt in der Realität in der Regel nicht vor. Daher wurden lediglich die drei Bedingungen achtzigjährige Protagonistin im *Altenheim*, achtzigjährige Protagonistin im *Krankenhaus* sowie vierzigjährige Protagonistin im *Krankenhaus* realisiert, und die Faktoren *Pflegesetting* und *Alter der Protagonistin* konnten zu *einem* Faktor *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* zusammengeführt werden. Innerhalb jeder der drei Stufen dieses Gruppenfaktors wurden die messwiederholten zweigestuften Faktoren *Zeitdruck der Pflegeperson* und *Selbständigkeit der Protagonistin* vollständig gekreuzt. Der vierstufige Materialfaktor *Tätigkeit der Protagonistin* in der jeweiligen Vignette (Waschen, Anziehen, Essen, Einstellen eines Radioweckers) wurde innerhalb der Faktoren *Zeitdruck der Pflegeperson* und *Selbständigkeit der Protagonistin* genestet und zur Balancierung möglicher Materialeffekte den Bedingungen mit Hilfe eines Lateinischen Quadrats zugeordnet. Tabelle 3 zeigt den Versuchsplan mit den inhaltlich relevanten Faktoren sowie der Zuordnung des Materials.

Tabelle 3: Versuchsplan von Studie 1

	Setting Altenheim				Setting Krankenhaus								
	alte Protagonistin				alte Protagonistin				junge Protagonistin				
	selb	unselb	selb	unselb	selb	unselb	selb	unselb	selb	unselb	selb	unselb	
<b>niedriger Zeitdruck</b>	M1	M2	M3	M4									
	M2	M3	M4	M1									
	M3	M4	M1	M2									
	M4	M1	M2	M3									
<b>hoher Zeitdruck</b>													

Anmerkungen. selb = selbständige Protagonistin, unselb = unselbständige Protagonistin, M1-4 = Material 1-4.

Zur Balancierung von Reihenfolgeeffekten wurde die Zeitdruckmanipulation in vier verschiedenen Reihenfolgen und die Selbständigkeitsmanipulation in zwei verschiedenen Sequenzen vorgelegt. Die Reihenfolge der Selbständigkeitsmanipulation wurde innerhalb des Gruppenfaktors Reihenfolge der Zeitdruckmanipulation genestet (siehe Tabelle 4), so dass sich letztlich ein vierfaktorieller  $3 \times 4 \times 2 \times 2$  Versuchsplan mit den zwei Gruppenfaktoren Pflegesetting/Alter der Protagonistin und Reihenfolge der Zeitdruckmanipulation sowie den beiden messwiederholten Faktoren Zeitdruck der Pflegeperson und Selbständigkeit der Protagonistin ergab. Die Zuordnung der Probanden zu den aus der Kreuzung der Zwischensubjektfaktoren resultierenden zwölf Bedingungskombinationen erfolgte randomisiert.

Tabelle 4: Reihenfolge der Zeitdruck- und der Selbständigkeitsmanipulation in Studie 1

Reihenfolge	Zeitdruckmanipulation				Selbständigkeitsmanipulation				
1	0	1	1	0	0	1	0	1	
2	0	0	1	1	1	0	1	0	
3	1	0	0	1	0	1	0	1	
4	1	1	0	0	1	0	1	0	

Anmerkungen. 0 = niedriger Zeitdruck bzw. unselbständige Protagonistin, 1 = hoher Zeitdruck bzw. selbständige Protagonistin.

#### 4.1.2 Stichprobenumfangsplanung

Zur *a priori*-Bestimmung der optimalen Stichprobengröße wurde das Computerprogramm GPOWER (Faul & Erdfelder, 1992) eingesetzt. Bei einer angestrebten Teststärke von  $1-\beta = .80$  und einem tolerierten  $\alpha$ -Fehlerniveau von .05 ergab sich zur Aufdeckung eines mittleren Effek-

tes von  $f = .25$  ( $\omega^2 = .06$ ) ein Stichprobenumfang von  $N = 158$  Personen. Aufgeteilt auf die zwölf Zellen des aus der Kreuzung der Gruppenfaktoren entstehenden Versuchsplans entsprach das einer Zellbesetzung von  $n = 13.17$  Probanden, die auf 14 Personen aufgerundet wurden.

### 4.1.3 Stichprobe

An der Studie nahmen 172 Studierende (140 Frauen und 30 Männer<sup>27</sup>) der Universität Trier teil, die den Fragebogen im Anschluss an eine Vorlesung erhielten und direkt im Hörsaal oder zu Hause bearbeiteten. Für ihre Teilnahme erhielten die Probanden eine halbe Versuchspersonenstunde, bei deren Quittierung sie über die genaue Zielsetzung der Studie aufgeklärt wurden. Die Studierenden waren im Mittel 23.06 Jahre alt ( $SD = 3.54$ ), der Altersbereich reichte von 19 bis 42 Jahren. Gut die Hälfte der Teilnehmer studierte Psychologie im Hauptfach (54.2%), die andere Hälfte setzte sich aus Studierenden der Pädagogik, Wirtschaftswissenschaften bzw. Soziologie mit Psychologie im Nebenfach zusammen (45.8%). Zehn Teilnehmer gaben an, Deutsch sei nicht ihre Muttersprache. Da die Probanden alle an der Universität Trier studierten und – wenn eine Nachfrage möglich war – keine Verständnisschwierigkeiten beim Bearbeiten des Fragebogens zeigten, wurde von ausreichenden Deutschkenntnissen ausgegangen.

Die endgültige Besetzung der aus der Kreuzung der Gruppenfaktoren resultierenden zwölf Zellen geht aus Tabelle 5 hervor. Vier Zellen waren mit etwas weniger als den angestrebten  $n = 14$  Personen besetzt. Aus forschungsökonomischen Gründen wurde auf die Rekrutierung weiterer Probanden verzichtet, da eine *a posteriori*-Bestimmung der Teststärke, die sich ergäbe, wenn alle Zellen nur die Minimalbesetzung von  $n = 12$  Probanden aufweisen würden, eine zufrieden stellende Power von  $1-\beta = .76$  erbrachte.

Tabelle 5: Zuordnung der Versuchspersonen zu den einzelnen Zellen des Versuchsplans in Studie 1

	Reihenfolge 1	Reihenfolge 2	Reihenfolge 3	Reihenfolge 4	Gesamt
80j. P. im Altenheim	16	16	15	13	60
80j. P. im Krankenhaus	15	14	15	13	57
40j. P. im Krankenhaus	16	14	13	12	55
Gesamt	47	44	43	38	172

<sup>27</sup> Bei zwei Probanden fehlten die Angaben zum Geschlecht, zur Muttersprache und zur Kontakthäufigkeit mit Menschen über 75 Jahren. Vier Personen machten keine Angaben zu ihrem Studienfach.

#### 4.1.4 Material

Die Untersuchungsteilnehmer bearbeiteten einen Fragebogen, der neben den bereits oben erwähnten Text-Vignetten (4.1.4.1) eine von der Autorin selbst konstruierte Skala zur Erfassung der Handlungsintentionen der Probanden (4.1.4.2) sowie mehrere, zum Teil eigens für die Untersuchung entwickelte, differentielle Maße (4.1.4.3) enthielt. Abschließend wurden noch einige Kontrollvariablen erfasst (4.1.4.4). Der gesamte Fragebogen für Studie 1 ist in Anhang A.1 abgedruckt.

##### 4.1.4.1 Konstruktion der Untersuchungsvignetten

Der Fragebogen, der den Teilnehmern zur Bearbeitung vorgelegt wurde, begann mit vier Text-Vignetten, in denen jeweils eine Begegnung zwischen einer Bewohnerin eines Altenheimes bzw. einer Patientin in einem Krankenhaus und einer Pflegekraft geschildert wurde. Den Studierenden wurde mitgeteilt, die Fragebogenstudie würde im Rahmen einer Untersuchung stattfinden, die sich mit verschiedenen alltäglichen Situationen im Altenheim bzw. im Krankenhaus beschäftige.

Im Folgenden wird zunächst auf die Methode des Vignettenansatzes (4.1.4.1.1) eingegangen, bevor die einzelnen Gestaltungsmerkmale der Vignetten (4.1.4.1.2) und eine Pilotstudie zur Überprüfung der experimentellen Manipulation (4.1.4.1.3) dargestellt werden.

##### ***4.1.4.1.1 Methode des Vignettenansatzes***

Die Verwendung von Text-Vignetten spielt im Bereich der Einstellungsforschung (z.B. Neff, 1979) und in der Forschung zu sozialen Stereotypen (vgl. Filipp & Mayer, 1999) eine große Rolle. Auch viele Befunde aus der Erforschung zur Überanpassung in der intergenerationellen Kommunikation wurden mit Hilfe von Vignetten ermittelt (z.B. Ryan, Hamilton & Kwong See, 1994a; Ryan, Kwong See, Meneer & Trovato, 1994b; Ryan et al., 2006a,b). Nach Alexander und Becker (1978) handelt es sich bei Vignetten um kurze Beschreibungen einer Person oder einer sozialen Situation, in denen bestimmte Informationen (z.B. zum Alter einer Person) enthalten sind, die das Antwortverhalten der Probanden auf nachfolgende Fragen beeinflussen sollen. Im Vergleich zu Fragebogenverfahren und Interviews, bei denen die Befragten direkt auf oftmals abstrakte Fragen antworten sollen, ist durch die Vorgabe von spezifischen Situationsbeschreibungen eher gewährleistet, dass die Probanden auf den gleichen konkreten Stimulus reagieren und nicht gänzlich unterschiedliche, individuelle Interpretationen einer abstrakten Frage vornehmen. Vor allem aber eignet sich die Vignetten-Technik für experimentelle Stu-

dien: Die interessierenden Stimuli können systematisch variiert und ihr individueller sowie wechselseitiger Einfluss auf das Reaktionsverhalten der Probanden ermittelt werden. In dieser Hinsicht ist die Vignetten-Methode auch gegenüber dem von Baltes, M. M. (1996) in ihrer Feldforschung verwendeten Beobachtungsverfahren im Vorteil. Eine experimentelle Variation verschiedener situativer Bedingungen (z.B. hoher vs. niedriger Zeitdruck) in einer realen Pflegeumgebung wäre sowohl aus forschungsökonomischen wie auch aus ethischen Erwägungen nur schwerlich zu verwirklichen. Kritisch zu hinterfragen ist sicherlich die ökologische Validität der mittels des Vignettenansatzes gewonnenen Befunde.

In einer Pilotstudie wurde daher einer Gruppe von  $N = 45$  Schülern einer Trierer Fachschule für Altenpflege im ersten und dritten Lehrjahr eine Vignette vorgelegt, die in ihrer Gestaltung mit der für Studie 1 konstruierten Beschreibung einer alten Frau beim Ankleiden vergleichbar war. Die Schüler sollten u.a. die Typizität der in der Vignette geschilderte Begebenheit auf einer vierstufigen Skala mit den Antwortalternativen „sehr typisch“, „eher typisch“, „eher untypisch“ und „völlig untypisch“ beurteilen. Als „sehr typisch“ für ihren beruflichen Alltag im Altenheim empfanden 45.5% der Befragten die Situation, weitere 45.5% schätzten sie als „eher typisch“ ein. Als „völlig untypisch“ wurde die Begebenheit von keinem der Altenpflegeschüler empfunden. Die Probanden gaben mehrheitlich an, sich „sehr gut“ (58%) bzw. „eher gut“ (30%) in die beschriebene Situation hineinversetzen zu können. Die Mehrzahl der Befragten (88%) hatte schon vor Beginn der Ausbildung als Altenpflegefachkraft Berufserfahrung in der Altenpflege gesammelt ( $M = 2$  Jahre,  $SD = 1.5$ ), so dass von einer guten Urteilsfähigkeit ausgegangen werden konnte.

Alexander und Becker (1978) geben als Vorteil der Vignetten-Technik an, dass im Kontrast zu direkten Fragen eine Verzerrung der Antwort im Sinne der sozialen Erwünschtheit (Crowne & Marlowe, 1960) vermindert sei, weil die Forschungsabsicht für die Probanden nicht unmittelbar erkennbar sei. Verglichen mit dem von Baltes und Kollegen gewählten Beobachtungsverfahren in einem realen Altenheimsetting ist die Tendenz, das Antwortverhalten in Bezug auf eine Vignetten-Situation an die Kriterien der sozialen Erwünschtheit anzupassen, sicherlich verstärkt. Die ökologische Validität der durch diese Art von Feldforschung gewonnenen Daten ist als größer zu erachten. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass Pflegepersonen, die wissen, dass ihre Interaktionen mit den Bewohnern Gegenstand wissenschaftlicher Beobachtungen sind, ihr Handeln ebenfalls einem antizipierten Standard anpassen (einen Überblick über Effekte der Reaktivität von Beobachteten geben z.B. Greve & Wentura, 1991). Diese Form des *Impression Management* kann jedoch nur innerhalb der Grenzen der individuellen Kompetenzen

zen einer Person gelingen. Wenn sie nicht weiß, welche Pflegehandlungen dem objektiv geforderten Standard entsprechen – also z.B. ein Verhalten im Sinne der aktivierenden Pflege – kann sie ihr Handeln in der Beobachtungssituation wie auch beim Bearbeiten der Vignetten nicht bewusst in diese Richtung modifizieren.

#### **4.1.4.1.2 Gestaltung der Vignetten**

Grundsätzlich kann die Relation der Probanden zum in der Vignette dargestellten Geschehen *ich-fern* oder *ich-nah* operationalisiert werden (Winkeler, 2001). So kann den Studienteilnehmern die Interaktion zwischen zwei Protagonisten A und B geschildert werden, deren Verhalten sie z.B. anschließend einschätzen sollen (*ich-fern*), oder die Teilnehmer können aufgefordert werden, *sich selbst* in die Interaktion mit einem Protagonisten A hineinzusetzen und z.B. anschließend einzuschätzen, wie sie in der beschriebenen Situation reagieren würden (*ich-nah*). Für die Zielsetzung der hier dargestellten Studien, die Handlungsintentionen der unmittelbar befragten Personen abzubilden und nicht das vermutete Handeln von Pflegekräften im Allgemeinen, wurde eine *ich-nahe* Vorgehensweise für günstig erachtet. In Studie 1 wurden die Studierenden daher aufgefordert, sich bei jedem der geschilderten Szenarien vorzustellen, dass sie selbst als Zivildienstleistender bzw. als Freiwillige(r) Soziale(r) Helfer(in) in einem Altenheim bzw. einem Krankenhaus arbeiten würden. Sie wurden gebeten, sich in die Situation hineinzusetzen und sich vorzustellen, sie selbst würden die Begebenheit erleben.

Dabei folgten alle Vignetten der in Tabelle 6 dargestellten Systematik. Zu Beginn (1) wurde in das Pflegesetting – Altenheim oder Krankenhaus – eingeführt und eine weibliche Protagonistin mit Namen und Altersangabe vorgestellt, wobei das Alter variiert wurde (Faktor *Pflegesetting/Alter der Protagonistin*). Das Geschlecht wurde im Hinblick auf ein forschungsökonomisches Untersuchungsdesign konstant gehalten. Diese Vorgehensweise lässt sich aus zwei Gründen rechtfertigen. Erstens finden Baltes und Kollegen (1983b) in ihren Untersuchungen keine Unterschiede in der Reaktion der Pflegekräfte auf (un-)selbständiges Verhalten weiblicher und männlicher Altenheimbewohner. Des Weiteren ist laut Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2005 im Durchschnitt gut Dreiviertel der Bewohner von Altenpflegeheimen weiblich. Frauen stellen also die typischen Altenheimbewohner dar.

Als nächstes (2) wurde geschildert, was die Pflegeperson, deren Perspektive die Probanden einnehmen sollten, veranlasst, das Zimmer der Bewohnerin bzw. Patientin zu betreten (Anlass für Begegnung) und (3) unter welchen zeitlichen Rahmenbedingungen sie ihre Arbeit verrichten muss (Faktor *Zeitdruck der Pflegeperson*). Im Anschluss daran (4) wurde ausgeführt, in

welcher Situation die Pflegekraft die Protagonistin vorfindet, d.h. mit welcher Tätigkeit diese gerade beschäftigt ist (Materialfaktor *Tätigkeit der Protagonistin*). Schließlich (5) wurde beschrieben, wie die Protagonistin auf die Ankunft der Pflegeperson reagiert – ob sie ihre Tätigkeit selbständig fortsetzt oder sich abhängig und passiv verhält und ihr Tun unterbricht (Faktor *Selbständigkeit der Protagonistin*).

*Tabelle 6:* Aufbau der Text-Vignetten in Studie 1 und 2 (am Beispiel der Tätigkeit „Anziehen“)

(1) Faktor Pflegesetting/Alter der Protagonistin	<p>In dem <i>Altenheim</i>, in dem Sie arbeiten, lebt seit einiger Zeit Frau Müller. Sie ist 80 Jahre alt.</p> <p>In dem <i>Krankenhaus</i>, in dem Sie arbeiten, liegt Frau Müller nach einer kleineren Operation. Sie ist 80 Jahre alt.</p> <p>In dem <i>Krankenhaus</i>, in dem Sie arbeiten, liegt Frau Müller nach einer kleineren Operation. Sie ist 40 Jahre alt.</p>
(2) Anlass für Begegnung	Sie kommen in Frau Müllers Zimmer, um deren Bett neu zu beziehen.
(3) Faktor Zeitdruck der Pflegeperson	<p>Sie haben <i>keine Eile</i>, da das Pfllegeteam, zu dem Sie gehören, heute gut besetzt ist.</p> <p>Sie sind ziemlich in <i>Eile</i>, da das Pfllegeteam, zu dem Sie gehören, heute schlecht besetzt ist.</p>
(4) Faktor Tätigkeit der Protagonistin	Frau Müller steht vor der geöffneten Schranktür. Ihre Bluse hat sie halb geöffnet. Sie hält einen Kleiderbügel in der Hand, auf dem eine frische Bluse und eine Strickjacke hängen und probiert gerade, die Bluse vom Bügel herunterzubekommen. Ein Kleidungsstück liegt auf dem Boden. Sie begrüßen Frau Müller. Diese grüßt zurück ...
(5) Faktor Selbständigkeit der Protagonistin	<p>... und macht sich weiter an der Bluse zu schaffen.</p> <p>... lässt die Arme sinken und seufzt.</p>

**Faktor Pflegesetting/Alter der Protagonistin.** Die Wahl der Pflegesettings Altenheim und Krankenhaus wurde bereits in 3.3 begründet. Das Alter der alten Protagonistin wurde auf 80 Jahre festgesetzt. Dies entspricht in etwa dem Altersdurchschnitt der von Baltes und Kollegen beobachteten Menschen im Altenheim (Baltes, M. M., 1996). Das Alter der jungen Protagonistin lag bei 40 Jahren und wird damit dem mittleren Erwachsenenalter zugerechnet (z.B. Hargis, Page & Begay, 1988).

Als Anlass für den Krankenhausaufenthalt wurde „eine kleinere Operation“ angegeben, um Rückschlüsse von der Art der Erkrankung auf den Grad der Selbständigkeit der Protagonistin und damit eine potentielle Verstärkung oder Abschwächung der Selbständigkeitsmanipulation zu vermeiden.

**Anlass der Begegnung.** Ziel dieses Teils der Vignette war es, einen plausiblen Grund für die Pflegekraft zu konstruieren, die Protagonistin in ihrem Altenheim- bzw. Krankenhauszimmer aufzusuchen. Dabei sollte der Anlass inhaltlich nicht mit der Tätigkeit der Protagonistin in

Zusammenhang stehen, die Pflegekraft beispielsweise nicht bereits mit der Intention, der Protagonistin beim Anziehen zu helfen, das Zimmer betreten. Methodisch war der Anlass der Begegnung mit dem Materialfaktor Tätigkeit der Protagonistin konfundiert, d.h. der Anlass „Bett beziehen“ wurde stets in der Vignette mit der Tätigkeit „Anziehen“ genannt.

**Faktor Zeitdruck der Pflegekraft.** Wie unter 3.2.1 ausgeführt resultiert ein hoher Zeitdruck in Pflegeberufen oft aus der knappen personellen Besetzung. Sie schien daher eine plausible Option, um den Zeitdruck der Pflegekraft in der Vignette zu operationalisieren.

**Tätigkeit der Protagonistin.** Bei der Gestaltung der Vignetten kam es grundsätzlich darauf an, Begebenheiten zu schildern, die mit den von Baltes, M. M. (1996) im Altenheim beobachteten Situationen vergleichbar waren. Baltes und Kollegen (z.B. 1986) differenzieren in ihrem Beobachtungssystem in Bezug auf die alte Fokusperson verschiedene Verhaltenstypen (siehe Tabelle 1), von denen für die vorliegende Untersuchung vor allem das selbständige und das unselbständige Eigenpflegeverhalten relevant sind. Als Beispiele für selbständiges bzw. unselbständiges Eigenpflegeverhalten nennen sie: sich waschen (lassen), sich anziehen (lassen), essen/sich das Essen anreichen lassen. Diese Tätigkeiten gehören zu den so genannten *Aktivitäten des täglichen Lebens* (*Activities of daily living*, Lawton & Brody, 1969). Es wurde daher versucht, die Protagonistin bei einer Tätigkeit zu skizzieren, die den von Baltes und Kollegen aufgeführten Verhaltensweisen möglichst nahe kam. Gleichzeitig musste das Situationsmaterial allerdings einer Reihe weiterer Anforderungen genügen. So sollten die Szenarien auch für den Kontext des Pflegesettings Krankenhaus typisch erscheinen und hier vor allem ausreichend Plausibilität sowohl für eine alte wie auch für eine junge Patientin besitzen. Zudem musste jede Tätigkeit so gestaltet sein, dass die Protagonistin auf die Ankunft der Pflegekraft gleichermaßen mit einer selbständigen Fortsetzung ihrer Handlung wie auch mit Unselbständigkeit und Passivität reagieren konnte. Im Hinblick auf die Konstruktion der abhängigen Variable mussten die Situationen, in denen die Pflegekraft die Protagonistin vorfand, ausreichend Interpretationsspielraum aufweisen: Die Art, wie letztere ihre Tätigkeit ausführte, durfte keine eindeutigen Rückschlüsse auf ihren tatsächlichen Unterstützungsbedarf ermöglichen und somit bestimmte Reaktionen der Pflegekräfte *a priori* ausschließen. Das Situationsmaterial wurde daher so konstruiert, dass die Protagonistin zwar zunächst selbständig eine zielgerichtete Tätigkeit ausführt, gleichzeitig aber Schwierigkeiten benannt oder zumindest angedeutet werden (z.B. die Bluse, die ihr beim Ankleiden auf den Boden gefallen ist.).

Zusätzlich zu den von Baltes und Kollegen aufgeführten Beispielen für Eigenpflegeverhalten, Waschen, Anziehen und Essen, wurde aufgrund des experimentellen Designs noch eine vierte

Tätigkeit benötigt. Da kein weiteres Eigenpflegeverhalten gefunden werden konnte, das den oben aufgeführten Anforderungen vollständig genüge, wurde eine Tätigkeit konstruiert, die eher als so genannte *instrumentelle Aktivität des täglichen Lebens* (Lawton & Brody, 1969) angesehen werden kann: das Einstellen eines Radioweckers<sup>28</sup>. Diese Tätigkeit hatten auch Reichert (1993) sowie Maier (1998) zur Untersuchung stereotypbasierter sprachlicher Instruktionen jüngerer gegenüber älteren Menschen ausgewählt. Nach Maier, Wagner und Rademacher (1996, zitiert nach Maier, 1998) erwies sich das Einstellen eines Radioweckers als besonders geeignet, den verbalen Umgang mit älteren Personen zu untersuchen, da stereotypisierende Negativerwartungen bezüglich der technischen Kompetenzen älterer Menschen existieren. Die funktionsgerechte Bedienung eines Radioweckers weist für ältere Menschen nach Maier und Kollegen einen mittleren Schwierigkeitsgrad auf. Damit dürfte das oben angeführte Kriterium eines hinreichenden Interpretationsspielraums bezüglich des tatsächlichen Unterstützungsbedarfs der alten Protagonistin erfüllt sein. Zudem wurde wie bei den anderen Tätigkeiten angedeutet, dass der alten bzw. jungen Protagonistin das Einstellen des Radioweckers nicht auf Antrieb gelingt. Somit waren auch unselbständigkeitsunterstützende Reaktionen der Probanden auf die *junge* Protagonistin nicht *a priori* ausgeschlossen. Tabelle 7 gibt eine Übersicht über die ausgewählten Tätigkeiten.

**Faktor Selbständigkeit der Protagonistin.** Das selbständige bzw. unselbständige Verhalten der Protagonistin wurde non-verbal operationalisiert, um den Reaktionsspielraum der Pflegekräfte nicht durch eine direkte Ansprache durch die Protagonistin einzuschränken. So könnte z.B. der verbale Hinweis der Protagonistin „Ich komme schon zurecht, Schwester“ die Wahrscheinlichkeit unselbständigkeitsunterstützender Handlungsabsichten der Probanden *a priori* verringern bzw. ein entsprechend formuliertes Item unplausibel erscheinen lassen. Gleichzeitig könnte eine direkte Bitte um Hilfe, die von Baltes, M. M. (1996) als unselbständiges Eigenpflegeverhalten definiert wird (siehe Tabelle 1), durchaus als selbständige, assertive (Ryan et al., 2006a) Verhaltensweise aufgefasst werden, wenn der Unterstützungsbedarf objektiv vorhanden ist. Zur deutlichen Abgrenzung selbständigen von unselbständigem Verhalten wurde Selbständigkeit der Protagonistin daher als *aktive Fortsetzung* der vor Ankunft der Pflegekraft begonnenen Tätigkeit operationalisiert, Unselbständigkeit als *passives Unterbrechen* des bisherigen Tuns.

---

<sup>28</sup> Eine Eigenpflegesituationen, die Altenheimbewohnern im Alltag oft Schwierigkeiten bereitet, ist das Aufsuchen der Toilette. In dieser Situation ist allerdings in der Regel Eile geboten, so dass bestimmte Reaktionen der Pflegekraft, z.B. ein Ignorieren der Protagonistin, nicht plausibel als abhängige Variable fungieren können. Gleichzeitig haben jungen Patienten im Krankenhaus in der Regel nur im Rahmen einer schweren Erkrankung oder eines größeren operativen Eingriffs Probleme mit dem Toilettengang. In diesen Situationen ist der Interpretationsspielraum für die Pflegekraft aufgrund des tatsächlich vorhandenen Unterstützungsbedarfs allerdings sehr gering.

Tabelle 7: Tätigkeiten der Protagonistinnen in den Vignetten (Materialfaktor) in Studie 1 und 2

**Material 1: Anziehen**

Frau Müller steht vor der geöffneten Schranktür. Ihre Bluse hat sie halb aufgeknöpft. Sie hält einen Kleiderbügel in der Hand, auf dem eine frische Bluse und eine Strickjacke hängen und probiert gerade, die Bluse vom Bügel herunterzubekommen. Ein Kleidungsstück liegt auf dem Boden. (43 Wörter)

**Material 2: Waschen**

Frau Schmidt ist bereits aufgestanden und steht vor dem Waschbecken. Sie wäscht sich mit einem Waschlappen, den sie immer wieder unter fließendem Wasser ausspült und erneut etwas Seife darauf gibt. Gerade probiert sie, die Wassertemperatur zu regulieren, was nicht auf Anhieb gelingt. (42 Wörter)

**Material 3: Essen**

Frau Meier sitzt am Tisch, vor ihr steht ein Tablett mit dem Mittagessen. Frau Meier versucht gerade, das Fleisch klein zu schneiden, was offensichtlich nicht ganz einfach ist. Ein bisschen Soße ist auf ihren Pullover gespritzt. (36 Wörter)

**Material 4: Einstellen eines Radioweckers**

Frau Becker sitzt am Kopfende ihres Bettes auf der Bettkante und drückt auf die Knöpfe ihres Weckradios, das auf dem Nachttischchen steht. Sie versucht offensichtlich gerade, einen Sender einzustellen. Momentan hört man nur Rauschen oder undeutliches Stimmengewirr. (37 Wörter)

**4.1.4.1.3 Pilotstudie zur Überprüfung der Selbständigkeitsmanipulation**

In einer weiteren Pilotstudie wurden die Validität der Operationalisierung des selbständigen bzw. unselbständigen Verhaltens der Protagonistin sowie die durchschnittliche Einfühlbarkeit der Vignetten überprüft. Einer Stichprobe von  $N = 48$  Studierenden der Psychologie im zweiten und vierten Fachsemester wurde im Anschluss an verschiedene Lehrveranstaltungen ein Fragebogen vorgelegt, der jeweils vier Vignetten enthielt. Das experimentelle Design war mit dem von Studie 1 identisch. Als abhängige Variable fungierte eine Liste mit zehn gegensätzlichen Adjektivpaaren, anhand derer im Anschluss an jede Vignette das Verhalten der jeweiligen Protagonistin auf einer Skala von -5 bis +5 (Skalenmittelpunkt 0) beurteilt wurde. Die Adjektivpaare bezogen sich auf Eigenschaften, die mit Selbständigkeit bzw. Unselbständigkeit zusammenhängen (selbständig - unselbständig, stark - schwach, unabhängig - abhängig, eigenständig - hilfsbedürftig, geschickt - ungeschickt), sowie auf Charakteristika, die eher auf Aktivität und Handlungsorientierung bzw. auf Passivität und mangelnde Entschlusskraft hinweisen (energisch - zögernd, zuversichtlich - verzagt, tatkräftig - unentschlossen, konzentriert - zerstreut, selbstsicher - unsicher). Innerhalb der stets identischen Adjektivliste wurde variiert, ob die positive oder die negative Ausprägung eines Eigenschaftspaares zuerst genannt wurde. Das Adjektivrating ist in Abbildung A.1 im Anhang A abgedruckt. Die Adjektivpaare wurden für die Auswertung in Richtung des positiven Pols der Eigenschaftsdimension rekodiert. Um die Faktorenstruktur der zehn Items zu ermitteln, wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt. Da

die Spezifika der gewählten faktorenanalytischen Auswertungsstrategie einer etwas ausführlicheren Erläuterung bedürfen, werden diese aus Gründen der Übersichtlichkeit im Anhang C berichtet. Dort wird anhand der Daten der Pilotstudie exemplarisch aufgeführt, welche Datenbasis und faktorenanalytischen Methoden für diese und alle weiteren berichteten Studien herangezogen wurden. Für die Ergebnisse der Faktorenanalyse sei daher auf Anhang C verwiesen und an dieser Stelle nur konstatiert, dass die zehn Items der Adjektivliste alle auf einem Faktor substantiell laden und daher zu einer Skala Selbständigkeit/Aktivität zusammengefasst werden konnten.

**Ergebnisse der Überprüfung der Selbständigkeitsmanipulation** Die experimentelle Manipulation der Selbständigkeit der Protagonistin konnte als gelungen angesehen werden, wenn die Probanden der selbständigen Protagonistin auf der Skala Selbständigkeit/Aktivität positive und signifikant höhere Werte zuwies als der abhängigen, passiven Protagonistin. Eine dreifaktorielle MANOVA mit dem Gruppenfaktor *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* und den beiden messwiederholten Faktoren *Zeitdruck der Pflegeperson* und *Selbständigkeit der Protagonistin* erbrachte einen statistisch bedeutsamen Unterschied in der Beurteilung der Selbständigkeit und Aktivität der Protagonistin in die erwartete Richtung, ( $M_{\text{selbständige Protagonistin}} = .86$ ,  $SD = 1.43$ ,  $M_{\text{unselbständige Protagonistin}} = -1.43$ ,  $SD = 1.12$ ;  $F(1,45) = 76.80$ ,  $p < .01$ ,  $\eta^2 = .63$ ). Nachfolgende t-Tests zeigten, dass die Mittelwerte für die selbständige bzw. unselbständige Protagonistin zudem signifikant vom Skalenmittel 0 abwichen,  $t(47) = 4.14$  bzw.  $t(47) = -8.81$ , beide  $p < .01$ .

Die experimentelle Variation des *Zeitdrucks der Pflegeperson* sowie der Faktor *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* hatten erwartungsgemäß keinen Einfluss auf die Beurteilung der Selbständigkeit der Bewohnerin bzw. Patientin,  $F(1,45) = .08$ ,  $p = .78$  bzw.  $F(2,45) = 1.22$ ,  $p = .31$ . Weiterhin gab es keine signifikanten Interaktionen des Faktors *Selbständigkeit der Protagonistin* mit den Faktoren *Zeitdruck der Pflegeperson* und *Pflegesetting/Alter der Protagonistin*, beide  $F < 1$ . Die Ergebnisse der Pilotstudie sprachen also für eine funktionierende Selbständigkeitsmanipulation.

#### 4.1.4.2 Abhängige Variable: Skala Handlungsintentionen

Im Anschluss an jede Vignette wurden den Probanden zehn Items vorgelegt, die mögliche Reaktionen auf die in der Vignette geschilderte Situation darstellten. Die Studierenden wurden gebeten, für jede der aufgeführten Handlungen anzugeben, für wie wahrscheinlich sie es hielten, dass sie in der beschriebenen Weise handeln würden, wenn sie selbst als Zivildienstleistender bzw. Freiwillige(r) Soziale(r) Helfer(in) die in der Vignette dargestellte Begebenheit

erleben würden. Das Antwortformat bestand aus einer sechsstufigen Likertskala mit den Polen 0 = „ganz sicher nicht“ und 5 = „ganz sicher“.

Nach der Darstellung der Itemkonstruktion (4.1.4.2.1) der Skala Handlungsintentionen wird auf die faktorenanalytische Prüfung der *a priori* gebildeten Handlungskategorien eingegangen (4.1.4.2.2).

#### **4.1.4.2.1 Konstruktion der Items**

Wie schon bei den in den Vignetten geschilderten Tätigkeiten der Protagonistin kam es auch bei der Konstruktion der einzelnen Handlungs-Items darauf an, potentielle Reaktionen der Pflegepersonen zu beschreiben, die eine möglichst große Ähnlichkeit mit den von Baltes, M. M. (1996) beobachteten Verhaltensweisen aufwiesen. In Bezug auf die Pflegekräfte differenzieren Baltes und Kollegen (z.B. 1986) u.a. zwischen selbständigkeitsunterstützenden und unselbständigkeitsunterstützenden Reaktionen, einem kommentarlosen Verlassen der Situation bzw. einem Verbleiben in der Situation, ohne jedoch näher auf das vom Interaktionspartner gezeigte Verhalten einzugehen<sup>29</sup>. Als Beispiele für eine selbständigkeitsunterstützende Reaktion werden genannt: jemanden verbal an seine eigenen Ressourcen zur selbständigen Durchführung einer Handlung erinnern; jemanden durch entsprechende Anleitung dazu befähigen, eine Handlung eigenständig auszuführen; jemanden, während er eine Handlung selbständig durchführt, durch Schenken von Aufmerksamkeit und die Demonstration positiver Affekte in seinem Verhalten verstärken. Als prototypisch für unselbständigkeitsunterstützende Verhaltensweisen können folgende Reaktionen angesehen werden: jemandem durch Kritik an der Art, wie die Handlung durchgeführt wird, die Kompetenz zum selbständigen Fortsetzen derselben absprechen; jemanden bei einer selbständig begonnenen Handlung unterbrechen und die Tätigkeit an seiner Stelle fortsetzen; jemanden durch explizites Lob für eine unselbständige Verhaltensweise positiv verstärken (z.B. Baltes, M. M., 1996; Baltes et al., 1986; vgl. Tabelle 1).

Neben der angestrebten Vergleichbarkeit mit den von Baltes und Kollegen differenzierten Kategorien bestand eine weitere Anforderung an die Konstruktion der Handlungs-Items darin, Reaktionen zu beschreiben, die für alle experimentellen Varianten der Vignetten gleichermaßen plausibel erschienen. So war es beispielsweise nicht möglich, im Anschluss an eine Vignette, in

---

<sup>29</sup> Die in einigen Untersuchungen von Baltes und Kollegen (z.B. Baltes et al., 1986; siehe Tabelle 1) zur Beschreibung der Altenheimbewohner verwendeten Kategorien „konstruktives“, „destruktives“ sowie „passives Verhalten“ sowie die für die Reaktionen der Pflegekräfte kodierten korrespondierenden Kategorien „aktivitäts- bzw. passivitätsunterstützendes Verhalten“, sind für die vorliegenden Untersuchungen nicht relevant und finden daher bei der Gestaltung der Handlungs-Items keine Berücksichtigung.

der sich die Protagonistin *selbständig* verhalten hatte, ein Item vorzulegen, in dem die Wahrscheinlichkeit, ein Lob für eine *unselbständige* Verhaltensweise auszusprechen, beurteilt werden sollte. Aus dieser Überlegung heraus wurden die von Baltes und Kollegen vorgeschlagenen Beobachtungskategorien für die vorliegende Studie adaptiert. Die für die Fragestellung wichtigsten Kategorien *Selbständigkeit unterstützen* und *Unselbständigkeit unterstützen* wurden übernommen und zu jeder Kategorie jeweils drei Items formuliert, wobei jedes Item sowohl als Reaktion auf eine selbständige wie auch auf eine unselbständige Protagonistin plausibel ist. Das *Kritisieren* des von Jemanden gezeigten Verhaltens fungiert als eigene Kategorie und indiziert nicht sensu Baltes ein unselbständigkeitsunterstützendes Handeln der Pflegeperson, da sich die Kritik in der vorliegenden Operationalisierung nicht nur auf eine selbständig agierende Person, sondern auch auf die unselbständige Protagonistin beziehen kann. Kritik an unselbständigem Verhalten kann damit auch eine selbständigkeitsunterstützende Reaktion bedeuten. Für das entsprechende Item wurde eine schwache Formulierung gewählt, um Bodeneffekten aufgrund eines sozial erwünschten Antwortverhaltens vorzubeugen.

Eine weitere von Baltes und Kollegen übernommene Kategorie stellt das *Ignorieren* der von der Protagonistin ausgeführten Tätigkeit sowie ihres selbständigen oder unselbständigen Verhaltens dar. Ein Gegenstück zu dieser Kategorie bildet das *Abklären des Hilfebedarfs* der Protagonistin<sup>30</sup>. Schließlich wurde das *Schenken von Aufmerksamkeit* als eigene Kategorie operationalisiert. Positive Zuwendung stellt eine Möglichkeit der Verhaltensverstärkung dar und kann als Reaktion sowohl auf selbständiges wie auch auf unselbständiges Agieren der Protagonistin erfolgen (Baltes, M. M., 1996).

Zu den Kategorien *Kritisieren*, *Ignorieren*, *Abklären des Hilfebedarfs* und *Schenken von Aufmerksamkeit* wurde aus forschungsökonomischen Gründen jeweils nur ein Item formuliert, da die potentiellen Handlungsintentionen nach jeder der vier Vignetten beurteilt werden mussten.

Eine besondere Herausforderung für die Item-Konstruktion stellten die gänzlich unterschiedlichen Tätigkeiten dar, welche die Protagonistinnen in den verschiedenen Vignetten ausführten. Um die Reaktionen auf die in den einzelnen Vignetten beschriebenen Situationen (z.B. Waschen oder Essen) miteinander vergleichen zu können, mussten Formulierungen gefunden werden, die so abstrakt waren, dass sie gleichermaßen auf alle Tätigkeiten der Protagonistinnen passten. Gleichzeitig sollten die Items aber einen inhaltlichen Bezug zur Vignette aufweisen,

---

<sup>30</sup> In der Pilotstudie mit  $N = 45$  Altenpflegeschülern bildete das Anbieten von Hilfe bzw. das Abklären des Hilfebedarfs unabhängig von der Selbständigkeit der Protagonistin die am häufigsten geäußerte Handlungsintention der Probanden im offenen Antwortformat.

um einerseits die Einfühlbarkeit in die dargestellten Reaktionsmöglichkeiten zu erleichtern und andererseits einem Antwortverhalten nach Kriterien der sozialen Erwünschtheit bei zu offensichtlicher Messabsicht vorzubeugen. So hätte ein abstrakt formuliertes Item wie „Ich würde die Handlung der Protagonistin unterbrechen und an ihrer Stelle fortsetzen“ sicher eine insgesamt geringe Zustimmung gefunden. Jedes Item erhielt daher durch die Wahl bestimmter abstrakter Markierwörter und stets identischer Formulierungen eine spezifische Struktur und wurde gleichzeitig, soweit nötig, inhaltlich für die jeweilige in der Vignette geschilderte Tätigkeit der Protagonistin adaptiert. Tabelle 8 verdeutlicht diese Vorgehensweise am Beispiel eines Items, das zur Kategorie *Selbständigkeit unterstützen* gehört.

*Tabelle 8:* Itemformulierung mit Hilfe abstrakter Markierwörter am Beispiel eines Items aus der Kategorie *Selbständigkeit unterstützen*

Material	Item: „Ich würde...“
1	„...versuchen, Frau Müller anzuleiten, wie sie das Wechseln der Bluse am einfachsten hinbekommt.“
2	„...versuchen, Frau Schmidt anzuleiten, wie sie sich am einfachsten mit einer angenehmen Wassertemperatur waschen kann.“
3	„...versuchen, Frau Meier anzuleiten, wie sie das Fleisch am einfachsten klein schneiden kann.“
4	„...versuchen, Frau Becker anzuleiten, wie sie das Einstellen des Senders am einfachsten hinbekommt.“

Als Markierwort fungiert in diesem Item das Verb „anleiten“, das eine direktive Form der verbalen Unterstützung der Selbständigkeit der Protagonistin zum Ausdruck bringt, stets identisch ist zudem die Struktur „versuchen, Frau (...) anzuleiten, wie sie (...) am einfachsten (...)“.

Tabelle A.1 im Anhang A gibt einen beispielhaften Überblick über die Zuordnung der zehn Items zu den Kategorien der Skala Handlungsintentionen. Die Items wurden für die Vignette formuliert, in der die Protagonistin die Tätigkeit „Anziehen“ ausführt. Die Items zu allen anderen Vignetten können dem Fragebogen zu Studie 1 im Anhang A.1 entnommen werden.

#### **4.1.4.2.2 Dimensions- und Skalenanalysen**

Aufgrund der geringen Anzahl von Items pro Kategorie war eine faktorenanalytische Überprüfung der *a priori* vorgenommenen Kategorisierung der Handlungs-Items nicht sinnvoll. Bühner (2004) gibt als Untergrenze für die Anzahl der Items pro erwarteten Faktor den Wert drei an. Dieses Kriterium erfüllen in der vorliegenden Untersuchung nur die Handlungskategorien *Selbständigkeit unterstützen* respektive *Unselbständigkeit unterstützen*. Die im Folgenden dargestellten Hauptachsenanalysen wurde dennoch durchgeführt, um zu untersuchen, ob die

Items die erwartete differenzierte Interkorrelationsstruktur aufwiesen, oder möglicherweise lediglich auf einen Generalfaktor „Handlungsintention“ zurückzuführen waren.

Die Vorgehensweise entsprach der im Anhang C beschriebenen Strategie: Zunächst wurde der Datensatz so umstrukturiert, dass eine Kombination aus Versuchsperson und Vignette als Untersuchungseinheit fungierte, d.h.  $172 \times 4 = 688$  Fälle. Über die zehn Items der Skala Handlungsintentionen wurde eine Hauptachsenanalyse mit orthogonaler Varimax-Rotation gerechnet, nachdem ein mittlerer KMO-Koeffizienten von .76 eine ausreichende Interkorrelation der Variablen ergeben hatte. Es resultierten drei Faktoren mit einem Eigenwert  $> 1$ , die laut Scree-Plot alle als bedeutsam anzusehen waren. Aufgrund der geringen Itemanzahl waren die Kriterien von Guadagnoli und Velicer (1988) bezüglich der Faktorladungen nicht erfüllt. Die dreifaktorielle Lösungklärte 45.32% der Gesamtvarianz auf (1. Faktor: 15.93%, 2. Faktor: 15.16%, 3. Faktor: 14.23%) und bildete zumindest die für die Fragestellung wichtigsten Kategorien der Handlungsintentionen *Selbständigkeit unterstützen* und *Unselbständigkeit unterstützen* wie *a priori* eingeteilt ab. Der erste Faktor führte die Items der Kategorien *Abklären des Hilfebedarfs*, *Schenken von Aufmerksamkeit* und *Ignorieren* zusammen, wobei letzteres eine negative Ladung zeigte. Auf dem zweiten Faktor zeigten die drei Items der Kategorie *Unselbständigkeit unterstützen* und auf dem dritten Faktor die drei Items der Kategorie *Selbständigkeit unterstützen* jeweils substantielle positive Ladungen von  $a \geq .50$ . Das Item *Kritisieren* zeigte im Sinne der im Vorfeld vorgenommenen Kategorisierung auf keinem der drei Faktoren substantielle Ladungen. Die meisten Variablen zeigten allerdings auch auf anderen Faktoren Sekundärladungen, wie aus der Faktorladungsmatrix in Tabelle B.1 in Anhang B ersichtlich wird. Bei vier Hauptachsenanalysen über die Items zu den einzelnen Vignetten wurde dieses Ergebnis weitgehend bestätigt.

Zur Absicherung der faktoriellen Struktur der Items, welche die Handlungsintentionen *Selbständigkeit* bzw. *Unselbständigkeit unterstützen* abbilden sollten, wurde eine zweite Hauptachsenanalyse mit orthogonaler Rotation nach dem Varimax-Kriterium über die entsprechenden sechs Items gerechnet. Für die erwarteten Faktoren waren jeweils drei Items formuliert wurden, so dass die Mindestanforderung für die Durchführung einer Faktorenanalyse hier erfüllt war. Erwartungskonform wurden zwei Faktoren mit Eigenwerten  $> 1$  gefunden, die nach dem Scree-Test als bedeutsam angesehen werden konnten und gemeinsam 51.43% der Varianz aufklärten (1. Faktor: 27.05%, 2. Faktor: 24.38%). Auf dem ersten Faktor zeigten die Items der Kategorie *Unselbständigkeit unterstützen* substantielle positive Ladungen von  $.54 \leq a \leq .88$  und auf dem

zweiten Faktor die Variablen, mit denen *Selbständigkeit unterstützen* operationalisiert worden war ( $.60 \leq \alpha \leq .76$ ).

Die Ergebnisse der Hauptachsenanalysen sprechen dafür, die Items der Skala Handlungsintentionen in Subkategorien zu differenzieren, und stützen die *a priori* vorgenommene Einteilung der für die Fragestellung hauptsächlich relevanten Kategorien *Selbständigkeit* bzw. *Unselbständigkeit unterstützen*. Eine Analyse der internen Konsistenzen der Items dieser beiden Faktoren lieferte zwar niedrige, für Gruppenvergleiche aber ausreichende Kennwerte (Lienert & Raatz, 1994) von  $.66 \leq \alpha \leq .76$  für *Selbständigkeit unterstützen* respektive von  $.68 \leq \alpha \leq .75$  für *Unselbständigkeit unterstützen*<sup>31</sup>. Die jeweiligen Items wurden daher gemittelt und für alle weiteren Analysen der Skalenwert verwendet.

Für die Items der anderen Kategorien konnte die Hauptachsenanalyse keine eindeutigen Ergebnisse liefern, da die Anzahl der Items pro erwartetem Faktor zu gering war. Um die Anzahl der Variablen für die nachfolgenden Analysen dennoch zu reduzieren, wurden aus inhaltlichen Überlegungen heraus die Items der Kategorien *Ignorieren* und *Hilfebedarf abklären* zu einem Skalenwert zusammengefasst, nachdem letzteres so rekodiert worden war, dass ein hoher Wert auf der Variable einer geringen Ausprägung der Handlungsabsicht *Hilfebedarf abklären* entsprach. Die Handlungskategorie wurde als *Ignorieren* bezeichnet. Empirisch kann diese Vorgehensweise durch eine signifikante Interkorrelation der Variablen von  $r = .49$ ,  $p < .01$  (mittlere bis große Korrelation nach Cohen, 1992) gerechtfertigt werden. Die beiden Items *Aufmerksamkeit schenken* und *Kritisieren* werden im Folgenden als Einzelindikatoren verwendet.

Tabelle 9 stellt die Interkorrelation der Handlungskategorien über die Stufen aller experimentellen Faktoren dar. *Unselbständigkeit unterstützen* und *Selbständigkeit unterstützen* waren unabhängig voneinander, beide Handlungsintentionen schließen sich gegenseitig nicht aus. Trotzdem zeigten beide Handlungskategorien ein ähnliches Korrelationsmuster mit den anderen Handlungsintentionen. Erwartungsgemäß waren beide negativ mit *Ignorieren* und positiv mit *Aufmerksamkeit schenken* korreliert. Der positive Zusammenhang zu *Kritisieren* zeigt, dass sowohl die Unterstützung der Selbständigkeit wie auch der Unselbständigkeit mit kritischen Kommentaren des von der Protagonistin gezeigten Verhaltens einhergehen kann. Die deskriptiven Werte der einzelnen Handlungskategorien werden im Ergebnisteil in 4.2.2 berichtet.

---

<sup>31</sup> Es resultieren jeweils vier Werte für die Reliabilität, da die Items im Anschluss an jede der vier Vignetten vorgelegt wurden.

Tabelle 9: Interkorrelation der Handlungskategorien

	Selbständigkeit unterstützen	Unselbständigkeit unterstützen	Ignorieren	Aufmerksamkeit schenken
Unselbständigkeit unterstützen	.03			
Ignorieren	-.28**	-.40**		
Aufmerksamkeit schenken	.29**	.17*	-.36**	
Kritisieren	.24**	.17*	.05	-.07

Anmerkung. \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ .

#### 4.1.4.3 Differentielle Maße

Zur Überprüfung der unter 3.4.2 spezifizierten personalen Moderatorhypothesen wurde den Versuchspersonen im Anschluss an die Vignetten und die Skala Handlungsintentionen zunächst ein einseitiges Instrument zur Erfassung der individuellen Ausprägung des Altersstereotyps (4.1.4.3.1) vorgelegt. Anschließend bearbeiteten die Studierenden eine zweiseitige Skala, die Items eines Fragebogens zur Direktivität (4.1.4.3.2), zur Erfassung der Geduld (4.1.4.3.3) sowie einer Skala Erregbarkeit (4.1.4.3.4) enthielt. Die Items zu Direktivität, Geduld und Erregbarkeit wurden durchmischt vorgegeben, als Antwortformat diente eine sechsstufige Likertskala mit den Polen 1 = „trifft gar nicht zu“ und 6 = „trifft vollständig zu“. Die Interkorrelation der differentiellen Maße wird unter 4.1.4.3.5 dargestellt und besprochen.

##### **4.1.4.3.1 Instrument zur Erfassung der individuellen Ausprägung des Altersstereotyps: Facts on Aging Quiz**

Zur Erfassung der individuellen Ausprägung des Altersstereotyps wurde mit einer von der Autorin modifizierten Form des *Facts on Aging Quiz* von Palmore (FAQ; 1977, 1981, 1988) ein *indirektes* Verfahren eingesetzt. Diese Methode hat gegenüber der direkten Messung einer Einstellung, beispielsweise mittels einer Einstellungsskala wie der *Attitudes Toward Old People*-Skala von Kogan (1961) oder eines semantischen Differentials wie des *Aging Semantic Differential* von Rosencranz und McNevin (1969), den Vorteil, dass die Probanden die Messabsicht nicht bemerken und somit ihr Antwortverhalten nicht im Sinne der sozialen Erwünschtheit adjustieren (z.B. Thomas, 1991). Eine adaptierte Version des FAQ wurde z.B. auch in der unter 3.2.2 skizzierten Studie von Kahana und Kiyak (1984) zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen individueller Ausprägung des Altersstereotyps und Pflegeabsichten verwendet.

In seiner ursprünglichen Version besteht der FAQ aus 25 Aussagen über alte Menschen bzw. den Prozess des Alterns aus den Bereichen körperliche und psychische Gesundheit sowie sozia-

le und wirtschaftliche Situation, deren Richtigkeit durch empirische Forschung – zumeist aus dem U.S. amerikanischen Raum – belegt ist. In dreizehn Fällen wird eine falsche Aussage getroffen, bei zwölf Items gibt der Inhalt die Realität korrekt wider. Ein Beispiel für eine falsche Aussage ist (a) „Die Mehrheit der älteren Menschen fühlt sich die meiste Zeit über schlecht.“, richtig ist dagegen das Item (b) „Ältere Autofahrer haben weniger Unfälle als Autofahrer unter 65 Jahren.“ (aus Palmore, 1977; Übersetzung der englischsprachigen Items durch die Autorin). Wie die Beispiele zeigen, sind die Aussagen positiv oder negativ getönt: Item (a) macht eine negative Angabe über alte Menschen bzw. das Altern, Item (b) ist positiv. Korrekte und unwahre Aussagen werden – unabhängig von ihrer Valenz – abwechselnd vorgegeben, die Probanden müssen für jedes Item beurteilen, ob die Angabe richtig oder falsch ist.

Als Anwendungsfeld nennt Palmore (1977) vor allem den edukativen Bereich. Mithilfe des FAQ können Diskussionen stimuliert und häufige Fehlannahmen über alte Menschen bzw. das Altern identifiziert werden. Darüber hinaus kann das Informationsniveau verschiedener Gruppen bezüglich gerontologischer Fragen bzw. der Lernerfolg im Sinne einer Prä-post-Messung erfasst werden. Zu diesem Zweck hat Palmore eine zweite Version des Instruments vorgelegt, die allerdings nur zu .50 mit dem ersten FAQ korreliert (Palmore, 1981). Weiterhin schlägt Palmore (1977) vor, den FAQ zur *indirekten* Messung des Altersstereotyps einzusetzen. In der ersten Version des Verfahrens gibt es 16 Items, die ein negativ verzerrtes Bild vom alten Menschen bzw. vom Alter indizieren sollen, wenn sie inkorrekt angekreuzt werden, und fünf Aussagen, bei denen eine fehlerhafte Bearbeitung eine positive Verzerrung andeutet. Die Logik dieser Annahme erschließt sich am besten durch eine graphische Darstellung der Systematik von Richtigkeit und Valenz der einzelnen Aussagen wie sie Tabelle 10 vorsieht.

Tabelle 10: Facts on Aging-Quiz, Systematik von Richtigkeit und Valenz am Beispiel einzelner Aussagen

Aussage ist	richtig	falsch
positiv	(a) Beispielitem: Ca. 80% der Älteren sind gesund genug, um ihren normalen Aktivitäten nachzugehen.	(b) Beispielitem: Die Wahlbeteiligung der Älteren ist höher als in jeder anderen Altersgruppe. <sup>1</sup>
negativ	(c) Beispielitem: Die Reaktionszeit der meisten älteren Menschen ist langsamer als die Reaktionszeit jüngerer Menschen.	(d) Beispielitem: Die meisten älteren Arbeitnehmer können nicht so effektiv arbeiten wie jüngere Arbeitnehmer.

*Anmerkungen:* Beispielitems aus Palmore, 1977; <sup>1</sup> Das Item ist einer zweiten Version des Facts on Aging Quiz entnommen (Palmore, 1981), da im ersten Teil keine falschen positiven Aussagen über alte Menschen bzw. das Alter vorhanden waren.

Jede Aussage kann sowohl hinsichtlich ihrer Richtigkeit (richtig vs. falsch) als auch hinsichtlich ihrer Valenz (positiv vs. negativ) beurteilt werden<sup>32</sup>. Das Augenmerk der Probanden wird lediglich auf die Richtigkeit der Items gelenkt, die Valenz der Aussagen wird in der Instruktion nicht erwähnt. Werden die negativen Aussagen, die empirisch falsch sind, (siehe Beispielitem im Feld (d) in Tabelle 10) von einer Testperson in systematischer Weise als richtig beurteilt, kann dieses Antwortverhalten nach Palmore (1977) im Sinne eines negativ verzerrten Stereotyps gedeutet werden. Gleiches gilt für positive Aussagen, die empirisch richtig sind (siehe Beispielitem im Feld (a) in Tabelle 10), von einem Probanden aber für inkorrekt befunden werden. Eine positive Verzerrung wird dagegen indiziert, wenn positive Angaben, die empirisch nicht haltbar sind (Beispielitem in Feld (b)), in systematischer Weise als richtig eingeschätzt bzw. negative Aussagen, die korrekt sind, als falsch beurteilt werden (Beispielitem in Feld (c)). Da die Anzahl der Items in den Feldern (a) bis (d) in den ursprünglichen Versionen des FAQ (Palmore, 1977, 1981) ungleich ist, empfiehlt Palmore die Subtraktion der Fehlerprozent der Items, die eine negative Verzerrung indizieren, von den Fehlerprozenten der Aussagen, die eine positive Verzerrung anzeigen. Resultiert ein Wert kleiner Null, spricht das für ein insgesamt eher negativ getöntes Stereotyp vom Alter(n), während ein Wert über Null die Tendenz widerspiegelt, alte Menschen bzw. das Alter überwiegend unrealistisch positiv zu sehen. Dahinter steht die Annahme, dass die Fehler, die Probanden bei der Beantwortung des FAQ aus Unwissenheit über die Richtigkeit der Aussagen machen, eigentlich gleich verteilt sein müssten, wenn ein neutrales, d.h. weder positiv noch negativ verzerrtes Bild vom Alter(n) mental repräsentiert wäre. Werden in Abhängigkeit von der Valenz der Items systematisch Fehler gemacht, liefern diese Hinweise auf positive bzw. negative Verzerrungen<sup>33</sup>.

Der FAQ soll also zwei Kennwerte liefern, einen, der Aufschluss über das Wissen eines Individuums über alte Menschen und Alternsprozesse gibt, und einen, der die individuelle Ausprägung des Altersstereotyps widerspiegelt. Für die Fragestellung von Studie 1 ist nur letzterer von Relevanz. Leider liefert die Literatur zum FAQ bezüglich der Validität und Reliabilität dieses Stereotypenkennwertes so gut wie keine Befunde. Palmore (1980) zitiert eine Studie von Levenson, in welcher der Stereotypenkennwert positiv mit einem direkten Einstellungsmaß, der *Attitudes Toward Old People*-Skala von Kogan (1961), korrelierte ( $r = .31$ ). Holtzmann und

---

<sup>32</sup> Die ursprüngliche Version des FAQ (Palmore, 1977) enthält zudem Items, die als eher neutral zu bewerten sind bzw. zumindest keine wertende Aussage über alte Menschen bzw. das Altern treffen (Beispiel: „Über 15 % der Bevölkerung der USA sind älter als 65 Jahre.“)

<sup>33</sup> Ein ähnliches Verfahren wendete bereits Hammond (1946) zur Erfassung von Einstellungen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern in einem Betrieb an: Er zwang seine Probanden, eine von zwei *falschen* Antwortalternativen zu wählen (*Methode der Fehler-Wahl*). Aus der *Art* der Fehler zog er Rückschlüsse auf die Einstellung.

Beck (1979) berichten eine vergleichbar niedrige Korrelation mit dem *Aging Semantic Differential* von Rosencranz und McNevin (1969;  $r = .27$ ).

**Kritik am Facts on Aging Quiz.** Der FAQ wurde vielfach kritisiert und revidiert. Miller und Dodder (1980) schlagen beispielsweise vor, unklare Mengenangaben wie „die meisten alten Menschen“ in der Instruktion zu definieren („mehr als die Hälfte“). Eine weitere von Miller und Dodder identifizierte Schwäche liegt in der mangelnden Kennzeichnung von Aussagen, die auf Selbstberichtsdaten beruhen. So basiert das Item „Die Mehrzahl der alten Menschen ist selten schlecht gelaunt oder ärgerlich.“ auf Selbstberichtsdaten (Dean, 1962), die natürlich auch Verzerrungen unterliegen können, ist aber formuliert wie eine objektiv messbare Tatsache. Miller und Dodder kennzeichneten solche Aussagen durch Formulierungen wie „Die Mehrzahl der alten Menschen sagt...“ als subjektive Angaben und konnten zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, diese Aussagen korrekt zu beantworten, gegenüber Palmores Version des FAQ erhöht war. Courtenay und Weidemann (1985) belegten, dass die Ergänzung des „richtig-falsch“-Antwortformats des FAQ um die Alternative „Ich weiß es nicht.“ die Anzahl *geratener* Antworten reduzierte. Zur Reduzierung des Rateverhaltens haben Harris und Kollegen (Harris & Changas, 1994; Harris, Changas & Palmore, 1996) beide Versionen von Palmores ursprünglichem FAQ in einem Multiple-Choice-Format vorgelegt, die gegenüber dem Original eine erhöhte Schwierigkeit in Form eines niedrigeren Wissenskenwertes aufwies. Eine unvollständige Aussage musste hierbei mit einer von vier Antwortalternativen ergänzt werden (z.B. „Die Mehrzahl älterer Personen lebt...“ [a] allein, [b] im Heim, [c] mit ihrem Ehepartner, [d] mit ihren Kindern). Der Stereotypenkenwert wurde durch den Formatunterschied allerdings nur geringfügig beeinflusst.

**Modifikation des FAQ für die vorliegende Studie.** Die Autoren, die sich mit Revisionen des FAQ befasst haben, waren zumeist an einer valideren und reliableren Erfassung des Wissenskenwertes interessiert. Für die vorliegende Fragestellung sollte der FAQ dagegen zur indirekten Erfassung der individuellen mentalen Repräsentation vom Alter(n) genutzt werden, speziell zur Messung stereotyper Vorstellungen über die Kompetenzen, die alte Menschen zur Aufrechterhaltung selbständigen Verhaltens besitzen. Allerdings konfundiert die Operationalisierung des Instrumentes die Messung von Wissen und Einstellung. Es kann letztlich nicht entschieden werden, ob das Antwortverhalten in Bezug auf ein bestimmtes Item auf dem Kenntnisstand einer Person basiert oder auf einer Vermutung, die ihr stereotypes Bild vom Alter(n) nahe legt. In der durch die Autorin modifizierten Version wurde versucht, den Probanden den Rückgriff auf Wissensinhalte zu erschweren, indem möglichst schwierig zu beantwor-

tende Items konstruiert wurden. Entgegen den Vorhaben der oben zitierten Autoren sollten die Teilnehmer der vorliegenden Studie die richtige Antwort durchaus *raten* müssen und dabei auf ihre stereotypen Vorstellungen zurückgreifen.

Die Aussagen basierten wie in der Originalversion von Palmore auf empirisch abgesicherten Fakten, die größtenteils aus der Berliner Altersstudie (Mayer & Baltes, 1999) stammten. Diese umfassende Untersuchung medizinisch-biologischer, psychologischer, soziologischer und ökonomischer Aspekte des Alterns bietet eine Fülle aktueller Daten, die anhand einer deutschen Stichprobe gewonnen wurden, und erschien daher geeigneter als die von Palmore zitierten Studien. Es wurden vor allem solche Fakten ausgewählt, die Angaben über die physische, kognitive oder soziale Kompetenz alter Menschen machen. Bei der Konstruktion der Items wurden die von Miller und Dodder (1980) angebrachten Kritikpunkte berücksichtigt: Fakten, die auf Selbstauskünften beruhen, wurden als solche gekennzeichnet und die Mengenangaben in der Instruktion definiert. Darüber hinaus wurde nach Wissen der Autorin erstmals in der langjährigen Anwendungsgeschichte des FAQ auf eine ausgewogene Besetzung des Vierfelderschemas entlang der Dimensionen Richtigkeit - Valenz geachtet. Tabelle A.2 im Anhang A gibt Auskunft über die Zuordnung der insgesamt 20 Items zu den Feldern<sup>34</sup>. Von einem Multiple-Choice-Format wurde aus forschungsökonomischen Gründen Abstand genommen, die Bearbeitung des Instruments sollte nicht zu viel Zeit beanspruchen.

**Berechnung des Stereotypenkennwertes.** Für die vorliegende Untersuchung wurde das Maß, welches die negative Verzerrung des Altersbildes abbilden sollte, anders als bei Palmore (1977) unabhängig von der Richtigkeit der jeweiligen Aussagen gebildet. Es wurde davon ausgegangen, dass es den Studienteilnehmern schwer fallen sollte, die Items basierend auf ihren Kenntnissen über das Alter(n) zu beantworten. Die faktische Richtigkeit einer Aussage sollte das Antwortverhalten daher kaum beeinflussen. Diese Annahme wurde empirisch durch einen Wissenskenwert von durchschnittlich 10,06 richtig beantworteten Items gestützt (Die Werte rangierten in einem Bereich von 5 bis 15 korrekt eingeschätzten Aussagen;  $SD = 2.16$ ), d.h. das Antwortverhalten der Probanden lag auf Zufallsniveau<sup>35</sup>. Die Items schienen demnach so schwierig zu sein, dass die Studierenden die Antworten nur raten und nicht aus ihrem Wissens-

---

<sup>34</sup> In einer Pilotstudie an  $N = 12$  Studierenden verschiedener Fachbereiche wurden die Aussagen einer Vorläuferversion des Fragebogens auf ihre Valenz untersucht. Die Probanden sollten für jedes Items angeben, ob es eine eher positive oder eher negative Aussage über alte Menschen bzw. den Prozess des Alterns beinhaltet. Es wurden nur solche Items in das in der Studie 1 verwendete Instrument übernommen, die von mindestens Dreiviertel der Personen im Sinne der *a priori* festgelegten Valenz beurteilt wurden.

<sup>35</sup> Fehlende Werte wurden bei der Berechnung des Wissenskenwertes als Fehler gewertet, da der Proband das Item offensichtlich nicht zu beantworten wusste.

speicher ableiten konnten. (Der Wissenskenntwert der ursprünglichen Version von Palmore variiert je nach Ausbildungsstatus der untersuchten Gruppe, wird aber für Psychologiestudenten im Grundstudium mit 67% richtig beantworteten Aussagen angegeben [Courtenay & Weidemann, 1985].)

Zur Berechnung des Stereotypenkennwertes wurde jeder Zustimmung einer Aussage, unabhängig von ihrer tatsächlichen Richtigkeit, der Wert Eins zugeordnet, und jeder Ablehnung der Wert Null. Fehlende Werte wurden nicht in die Auswertung miteinbezogen, da eine Nichtbeantwortung weder als Zustimmung noch als Ablehnung der positiven bzw. negativen Aussage angesehen werden konnte. Dann wurde jeweils ein Mittelwert für die Aussagen positiver bzw. negativer Valenz gebildet. Der Stereotypenkennwert wurde schließlich durch Subtraktion des Mittelwertes für die positiven Fakten vom Durchschnittswert für die negativen Aussagen gewonnen. Ein Wert größer Null bedeutet demnach, dass ein Proband mehr negativen als positiven Angaben über das Alter(n) zugestimmt hat, und kann im Sinne einer negativ getönten individuellen Ausprägung des Altersstereotyps interpretiert werden. Ein Wert kleiner Null repräsentiert dagegen ein positiv verzerrtes Bild. Theoretisch kann der Wert zwischen -1 und +1 variieren. Der Mittelwert des Stereotypenkennwertes lag für die Studierenden bei  $M = .09$  ( $SD = .31$ ; die Werte rangierten zwischen  $-.70$  und  $.80$ ). Die Abweichung von Null wurde statistisch signifikant,  $t(169) = 3.81$ ,  $p < .01$ , es handelte sich um einen mittleren Effekt von  $d = .56$  (Cohen, 1992). Der Wert indiziert also eine im Durchschnitt eher negative Einstellung der Studierenden gegenüber dem Alter(n).

Zur Berechnung der Reliabilität des Stereotypenkennwertes wurden zwei Testhälften mit jeweils fünf positiven und fünf negativen Items gebildet. Innerhalb jeder Testhälfte wurde dann wie oben beschrieben ein Stereotypenkennwert gebildet und die Kennwerte beider Testhälften anschließend miteinander korreliert. Die Testhälften korrelieren positiv mit  $r_{tt} = .38$ ,  $p < .01$ . Mithilfe der Spearman-Brown-Formel zur Berechnung der Testhalbierungsreliabilität wurde ein Wert von  $.55$  errechnet, der eine sehr niedrige, für Gruppenvergleiche aber gerade noch ausreichende Reliabilität (Lienert & Raatz, 1994) anzeigte.

Mit der gegenüber den Originalversionen von Palmore (1977, 1981) modifizierten Form des FAQ wurde ein neues indirektes Maß zur Erfassung des Altersstereotyps eingesetzt, mit dem zwar etliche Probleme des ursprünglichen Instrumentes behoben wurden, das aber insgesamt keine befriedigende Reliabilität aufwies.

#### 4.1.4.3.2 Fragebogen zur Direktivität

Der Fragebogen zur Direktivität wurde eingesetzt, um zu untersuchen, ob ein potentieller Effekt der Manipulation der Selbständigkeit der Protagonistin auf die Handlungsintentionen der Pflegekräfte durch habituelle Unterschiede in deren „Tendenzen zur Lenkung und Kontrolle in sozialen Beziehungen“ moderiert wird (Bastine, 1977, S. 3). Grundlage hierfür bildete der *Fragebogen zur direktiven Einstellung* von Bastine (1977), in dem die direktive Einstellung als Bestreben einer Person, „die Handlungen und Erlebnisweisen anderer Personen nach den eigenen Vorstellungen zu lenken und zu kontrollieren“ sowie Erfahrungen vorwegzunehmen, definiert wird (S. 3). Als nicht-direktiv gilt eine Person, die die Handlungs- und Erlebnisweisen anderer Personen akzeptiert, eine Kontrolle und Lenkung vermeidet, sowie Selbständigkeit und Unabhängigkeit fördert. Bastine, Charlton, Grässner und Schwärzel (1969) nehmen an, dass sich die entsprechende Einstellung gegenüber allgemeinen sozialen Situationen auch als prädiktiv für das Verhalten in spezifischen Interaktionen erweist und als relativ konsistentes Persönlichkeitsmerkmal angesehen werden kann.

In seiner ursprünglichen Version besteht das Instrument aus 32 Items, von denen lediglich 16 die direktive Einstellung erfassen. Um die Durchschaubarkeit des Fragebogens zu erschweren, sowie um das von Bastine neu entwickelte Verfahren mit einem bereits etablierten Test hinsichtlich der Gütekriterien vergleichen zu können, wurden die 16 Items der *Extraversionsskala* von Bregelmann und Bregelmann (1960) zwischen die Items der Direktivitätsskala gemischt. Aus forschungsökonomischen Gründen wurde für die vorliegende Untersuchung lediglich der Fragebogenteil verwendet, der die Direktivität abzubilden versucht (siehe Tabelle 11)<sup>36</sup>. Die Skala ist bipolar konstruiert, jeweils acht Aussagen sollen die direktive und die nicht-direktive Einstellung erfassen. Als Antwortformat wird eine sechsstufige Likertskala mit den Polen 1 = „trifft gar nicht zu“ und 6 = „trifft vollständig zu“ vorgegeben, das für die vorliegende Studie übernommen wurde. Die interne Konsistenz und die Stabilität der Skala liegt laut Testhandbuch bei  $r_{tt} \geq .80$ . In Studie 1 wurde ebenfalls eine gute interne Konsistenz von  $\alpha = .86$  erreicht. Nachdem die Items zur Erfassung der nicht-direktiven Einstellung so rekodiert worden waren, dass hohe Itemwerte einer hohen Direktivität entsprachen, lag der Skalenmittelwert aus allen 16 Items für die Probanden aus Studie 1 bei  $M = 2.85$  ( $SD = .69$ ).

---

<sup>36</sup> Aufgrund der Mischung der Items des Fragebogens zur Direktivität mit den Items der Gedulds- sowie der Erregbarkeitsskala war die Messabsicht des resultierenden Instruments ebenfalls nicht eindeutig durchschaubar.

*Tabelle 11:* Items der Direktivitätsskala von Bastine (1977), Antwortformat von 1 = „trifft gar nicht zu“ bis 6 = „trifft vollständig zu“

- 
1. Ich lasse anderen Personen in ihrem Handeln weitgehend freie Hand.
  2. Wenn meine Bekannten einen schlechten Geschmack haben, bemühe ich mich, ihn zu verbessern.
  3. Ich habe nur Interesse für einen Verein, in dem ich maßgeblichen Einfluss haben kann.
  4. Ich vermeide es, andere Menschen zu beeinflussen.
  5. Ich glaube, dass andere mehr leisten, wenn ich sie beaufsichtige.
  6. Es macht mir Spaß, andere von meiner Meinung zu überzeugen.
  7. Ich strebe nicht danach, das Verhalten anderer meinen Vorstellungen anzupassen.
  8. Ich versuche, niemanden zu bevormunden.
  9. Ich lege gern fest, was einzelne in einer Gruppe tun sollen.
  10. Ich versuche, Entscheidungen anderer in meinem Sinn zu beeinflussen.
  11. Ich möchte niemanden in seiner Entscheidungsfreiheit einschränken.
  12. Ich überrede andere gern zu etwas, was mir Spaß macht.
  13. Ich gebe gern Anordnungen.
  14. Ich lasse jedem seinen persönlichen Geschmack.
  15. Mir widerstrebt es, anderen zu sagen, was sie tun sollen.
  16. Ich dränge niemandem meine eigene Meinung auf.
- 

#### **4.1.4.3.3 Skala Geduld**

Es wird vermutet, dass das Persönlichkeitsmerkmal Geduld differentielle Effekte auf die Handlungsabsichten der Pflegekräfte ausübt und einen potentiellen Effekt der Zeitdruckmanipulation abpuffern kann. Geduld wird im Kontext der vorliegenden Studie definiert als Eigenschaft abwarten zu können, bis eine Person, die langsamer und ungeschickter ist, als man selbst, eine Handlung selbständig ausgeführt hat. In einer Sichtung der deutsch- und englischsprachigen Literatur wurde allerdings nur ein Instrument zur Erfassung der Geduld als Persönlichkeitsmerkmal gefunden. Im *Persönlichkeits-Fähigkeiten Inventar* von Riemann (1996) findet sich eine Subskala Geduld. Die acht Items sollen die Fähigkeit abbilden, „eigene Anliegen zurückzustellen, Anweisungen und Ratschläge zu akzeptieren und eigene Planungen zu überdenken“ (Riemann, 1996, S. 225). Laut Autor sind die konvergente und diskriminante Validität der Skala allerdings nicht zufrieden stellend. Aus diesem Grund wurden lediglich zwei der Items für die vorliegende Untersuchung übernommen, in denen es darum geht, einer ärgerlichen Person geduldig zuzuhören. Das Ertragen eines u.U. weitschweifigen emotionalen Berichts

stellt sicher auch im Kontext der Pflege alter Menschen eine wichtige Kompetenz dar<sup>37</sup>. Weitere sechs Items wurden durch die Autorin selbst konstruiert. Jeweils vier der resultierenden acht Geduld-Items sind positiv bzw. negativ gepolt. Da die Items mit den Aussagen des Fragebogens zur Direktivität vermischt wurden, musste ein identisches Antwortformat gewählt werden. Tabelle 12 gibt eine Darstellung aller Items der Skala Geduld.

*Tabelle 12:* Items der Skala Geduld (Item 1 und 7 wurden von Riemann, 1996, übernommen), Antwortformat von 1 = „trifft gar nicht zu“ bis 6 = „trifft vollständig zu“

- 
1. Es macht mir nichts aus, einer Person zuzuhören, die gerade ihren Ärger ablassen muss.
  2. Es fällt mir schwer, geduldig abzuwarten bis eine langsamere Person eine Handlung abgeschlossen hat.
  3. Mit den Fehlern und Schwächen eines anderen Menschen habe ich viel Geduld.
  4. Wenn jemand anderes eine Aufgabe nicht so gut bewältigt wie ich es könnte, werde ich schnell nervös.
  5. Wenn jemand anderes sich umständlich verhält, werde ich schnell unruhig.
  6. Wenn es darum, eine Tätigkeit gemeinsam durchzuführen, kann ich mich gut auf das Tempo eines anderen Menschen einstellen.
  7. Es fällt mir schwer, einer Person zuzuhören, die sich gerade über etwas sehr geärgert hat.
  8. Ich kann geduldig abwarten, bis eine ungeschickte Person doch noch ans Ziel kommt.
- 

Nach Rekodierung der negativ gepolten Items, so, dass hohe Werte einer hohen Ausprägung in der Persönlichkeitseigenschaft Geduld entsprachen, erbrachte eine Hauptachsenanalyse mit orthogonaler Rotation nach dem Varimax-Kriterium drei Faktoren mit einem Eigenwert  $> 1$ , die nach Ansicht des Scree-Plots zwar als bedeutsam angesehen werden konnten, nach den Kriterien von Guadagnoli und Velicer (1988) allerdings nicht interpretierbar waren, weil jeweils weniger als vier Variablen Ladungen von  $a \geq .60$  aufwiesen. Inhaltlich zeigte sich, dass auf den ersten beiden Faktoren jeweils die von der Autorin konstruierten *positiv* bzw. *negativ* formulierten Items luden (es schien also eine Tendenz zu geben, in gleichgerichteter Weise auf Aussagen zu reagieren, die das Verfügen über die Eigenschaft „Geduld“ implizierten bzw. die gegenteilige Eigenschaft „Ungeduld“ beinhalteten), auf dem dritten Faktor dagegen die von Riemann (1996) übernommenen. Bei einer zweifaktoriellen Lösung zeigten mit Ausnahme eines Items alle von der Autorin konstruierten Items substantielle Ladungen von  $a \geq .50$  auf dem ersten

---

<sup>37</sup> Ein gesteigertes Redebedürfnis älterer Menschen wird unter dem Stichwort *off-target verbosity* von Pushkar Gold und Kollegen erforscht (z.B. Pushkar Gold, Arbuckle & Andres, 1994). Offensichtlich hängt ein außergewöhnlich starkes Redebedürfnis mit kognitiven Defiziten im Sinne einer verminderten Inhibitionsfähigkeit, psychosozialen Stress, unbefriedigender sozialer Unterstützung, einem kleinen sozialen Netz und höherem Lebensalter zusammen (Arbuckle & Pushkar Gold, 1993; Pushkar Gold & Arbuckle, 1995, Pushkar Gold et al., 1994), Charakteristika also, die zumindest für Altenheimbewohner nicht untypisch sind. Darüber hinaus wird eine Tendenz zu vermehrten schmerzhaften Selbstenthüllungen im höheren Alter diskutiert (*painful self-disclosures*; Bonnesen & Hummert, 2002; Coupland et al., 1988).

Faktor. Auf dem zweiten Faktor luden wiederum lediglich die beiden übernommenen Variablen substantiell. Interpretierbar war daher nur eine einfaktorielle Lösung, die 32.18% der Varianz aufklärte und in Tabelle B.2 im Anhang B dargestellt ist. Da lediglich die von der Autorin konstruierten Variablen substantielle Ladungen von  $a \geq .50$  zeigten (mit Ausnahme des Items „Wenn es darum geht, eine Tätigkeit gemeinsam durchzuführen, kann ich mich gut auf das Tempo eines anderen Menschen einstellen.“, das eine Ladung von  $a = .42$  aufwies), wurden die Items von Riemann aus der Skalenbildung ausgeschlossen. Eine Reliabilitätsanalyse ergab eine gute interne Konsistenz der verbliebenen Geduld-Items von  $\alpha = .80$ . Der Skalenmittelwert lag bei  $M = 3.64$  ( $SD = .86$ ).

#### **4.1.4.3.4 Skala Erregbarkeit**

Zur Konstruktvalidierung der von der Autorin selbst entwickelten Skala Geduld wurden den Probanden auch die Items der *Skala Erregbarkeit* des *Freiburger Persönlichkeitsinventars* in seiner revidierten Form (FPI-R; siebte Auflage von Fahrenberg, Hampel & Selg, 2001) vorgelegt. Das FPI ist ein im deutschen Sprachraum etabliertes Instrument zur Erfassung der Ausprägung wichtiger Persönlichkeitsdimensionen, das aufgrund seiner Standardisierung hinsichtlich seiner Durchführung und Auswertung als objektiv gelten kann und anhand einer bevölkerungsrepräsentativen Erhebung normiert wurde. Das Instrument enthält zwölf Skalen mit insgesamt 138 Items, zu denen ein dichotomer Antwortmodus vorgegeben wird („stimmt“/“stimmt nicht“). Die konstruktbezogene Gültigkeit des FPI-R wird von den Autoren als befriedigend angesehen (Fahrenberg et al., 2001), das Testhandbuch enthält darüber hinaus ausführliche Hinweise zur Kriterienvalidität der Skalen. Als Anwendungsbereich nennen die Autoren die vergleichende Beschreibung von Individuen und Gruppen im klinischen sowie im normalgesunden Bereich.

Die Skala Erregbarkeit umfasst eine Eigenschaftsdimension mit den Polen „erregbar, empfindlich, unbeherrscht“ und „ruhig, gelassen, selbstbeherrscht“. Personen mit hohem Testwert schildern sich als jemanden, der leicht aus der Ruhe gebracht ist und auch auf kleine Störungen in weniger wichtigen Situationen empfindlich oder hastig reagiert. Ein niedriger Testwert indiziert dagegen eine gelassene, *geduldige* Haltung gegenüber Störungen. Ein hoher Testwert korreliert beispielsweise positiv mit einem häufigen Gebrauch von Beruhigungstabletten, dem Gefühl von Beanspruchung und körperlichen Beschwerden sowie negativ mit der beruflichen Zufriedenheit und der generellen Lebenszufriedenheit (Fahrenberg et al., 2001). Für die vorliegende Studie wurde ein negativer Zusammenhang zwischen der Skala Erregbarkeit und der Skala Geduld angenommen.

Die Skala Erregbarkeit enthält zwölf Items deren interne Konsistenz im Manual mit  $\alpha = .77$  als befriedigend angegeben wird. Eine Reliabilitätsanalyse mit den Daten der vorliegenden Untersuchung erbrachte eine gute interne Konsistenz der Skala Erregbarkeit von  $\alpha = .84$ . Der Skalenmittelwert lag bei  $M = 3.54$  ( $SD = .79$ ). Tabelle 13 gibt einen Überblick über die Items der Skala Erregbarkeit.

*Tabelle 13:* Items der Skala Erregbarkeit aus dem FPI-R von Fahrenberg et al. (2001), Antwortformat von 1 = „trifft gar nicht zu“ bis 6 = „trifft vollständig zu“

- 
1. Ich neige dazu, bei Auseinandersetzungen lauter zu sprechen als sonst.
  2. Wenn mir einmal etwas schief geht, regt mich das nicht weiter auf.
  3. Auch wenn es eher viel zu tun gibt, lasse ich mich nicht hetzen.
  4. Auch wenn mich etwas sehr aus der Fassung bringt, beruhige ich mich meistens wieder rasch.
  5. Mein Blut kocht, wenn man mich zum Narren hält.
  6. Es gibt nur wenige Dinge, die mich leicht erregen oder ärgern.
  7. Im Allgemeinen bin ich ruhig und nicht leicht aufzuregen.
  8. Ich kann oft meinen Ärger und meine Wut nicht beherrschen.
  9. Ich lasse mich durch eine Vielzahl von kleinen Störungen nicht aus der Ruhe bringen.
  10. Ich neige oft zu Hast und Eile, auch wenn es überhaupt nicht notwendig ist.
  11. Oft rege ich mich zu rasch über jemanden auf.
  12. Ich bin leicht aus der Ruhe gebracht, wenn ich angegriffen werde.
- 

#### **4.1.4.3.5 Interkorrelation der differentiellen Maße**

Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen den einzelnen personalen Variablen (siehe Tabelle 14).

*Tabelle 14:* Interkorrelation der differentiellen Maße in Studie 1

	FAQ: Stereotypen- kennwert	Geduld	Direktivität
Geduld	-.22**		
Direktivität	.13	-.52**	
Erregbarkeit	.16*	-.41**	.28*

*Anmerkung.* \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ .

Hypothesenkonform korrelierte die selbst konstruierte Skala Geduld negativ mit der etablierten Skala Erregbarkeit, wobei die Höhe des Korrelationskoeffizienten im mittleren Bereich lag (Cohen, 1992). Gleichzeitig war der Zusammenhang zwischen Geduld und Direktivität hoch negativ: Je größer also die Tendenz war, die Handlungen anderer Menschen nach den eigenen Vorstellungen zu lenken, desto geringer ausgeprägt war die Fähigkeit abwarten zu können, bis

ein Interaktionspartner eine Handlung selbständig ausgeführt hat. Dieses Interkorrelationsmuster sprach für eine zufrieden stellende Konstruktvalidität der Skala Geduld.

Der Stereotypenkennwert hing positiv mit Direktivität und Erregbarkeit zusammen, wobei nur die Korrelation mit Erregbarkeit statistisch bedeutsam war. Die mentale Repräsentation vom Alter(n) war also umso negativer, je empfindlicher und unbeherrschter bzw. je dominanter in sozialen Beziehungen sich jemand schilderte. Konsistent mit diesem Zusammenhangsmuster korrelierte Geduld dagegen negativ mit dem Stereotypenkennwert.

#### 4.1.4.4 Kontrollvariablen

Als Kontrollvariablen wurden die Einfühlbarkeit in die Vignetten, die Häufigkeit von Kontakten zu älteren Menschen, sowie Arbeitserfahrungen im sozialen Bereich erfasst.

**Einfühlbarkeit** Im Anschluss an jede Vignette wurde erfragt, wie gut sich die Probanden in die jeweilige Situation hineinversetzen konnten. Ihnen standen dabei die vier Antwortalternativen „überhaupt nicht“, „eher nicht“, „eher gut“ und „sehr gut“ zur Verfügung. Die überwiegende Zahl der Studierenden (79,50%) gab an, sie habe sich im Mittel „eher gut“ bis „sehr gut“ in die Situationen einfühlen können. Eine dreifaktorielle MANOVA mit Messwiederholung auf den Faktoren *Zeitdruck der Pflegeperson* und *Selbständigkeit der Protagonistin* erbrachte einen signifikanten Effekt der Zeitdruckmanipulation auf die Einfühlbarkeit in die Vignette,  $F(1,160)^{38} = 4.04, p = .05, \eta^2 = .03$ . Vignetten in der Bedingung hoher Zeitdruck waren etwas weniger einfühlbar ( $M = 3.20, SD = .54$ ) als Situationen mit geringem Zeitdruck ( $M = 3.13, SD = .54$ ). Da die Einfühlbarkeit im Mittel allerdings in beiden Bedingungen bei „eher gut“ lag, konnte davon ausgegangen werden, dass sich die Probanden in einem ausreichenden Maß in die beschriebenen Begebenheiten hineinversetzen konnten. Alle anderen Haupt- und Wechselwirkungseffekte wurden nicht signifikant,  $p \geq .13$ .

**Kontakthäufigkeit zu älteren Menschen** Gefragt nach der Häufigkeit des Kontaktes zu älteren Menschen über 75 Jahren (also ungefähr im Altersbereich der alten Protagonistin in der Vignette) gaben 16.5% der Teilnehmer an, täglich oder mehrmals wöchentlich Kontakt mit älteren Menschen zu haben, fast ebenso viele (17.6%) sagten aus, so gut wie nie mit älteren Menschen zu tun zu haben. Knapp ein Drittel der Studierenden schätzte die Kontakthäufigkeit auf mehrmals monatlich (32.9%) bzw. mehrmals jährlich (ebenfalls 32.9%). Damit hatte der überwie-

---

<sup>38</sup> In die Analyse gingen nur  $N = 163$  Probanden ein, da 9 Personen eine oder mehrere Vignetten nicht bezüglich der Einfühlbarkeit bewertet hatten.

gende Teil der studentischen Probanden Kontakt zu Menschen im Altersbereich der alten Protagonistin. Die Kontakthäufigkeit zu Menschen im mittleren Erwachsenenalter, d.h. im Alter der jungen Protagonistin, wurde nicht erfragt, weil davon ausgegangen werden konnte, dass die Studierenden im Alltag regelmäßig mit Personen dieser Altersgruppe zu tun hatten.

Die Häufigkeit des Kontaktes mit älteren Menschen wirkte sich nicht auf die Angaben zur Einfühlbarkeit der Vignetten mit einer alten Protagonistin aus,  $F(3,165) = .33, p = .80$ . Studierende, die täglich oder mehrmals wöchentlich Kontakt zu alten Menschen hatten, zeigten zwar im Mittel ein geringeres negatives Altersstereotyp als Probanden mit seltenerem Kontakt ( $M = .03, SD = .29$  vs.  $M = .10, SD = .30$ ), dieser Unterschied wurde aber statistisch nicht signifikant,  $t(168) = -1.08, p = .28$ .

**Arbeitserfahrung im sozialen Bereich.** In der Stichprobe befanden sich 14 Personen, die Zivildienst geleistet hatten, sowie 18 Personen, die ein Freiwilliges Soziales Jahr absolviert hatten. Elf Personen hatten bereits als Krankenschwester oder -pfleger bzw. als Altenpfleger(in) gearbeitet, weitere 23 Personen hatten in anderer Form eine Tätigkeit im Krankenhaus oder Altenheim ausgeübt. Damit hatte nur ein Drittel der Stichprobe (34.8%) Erfahrungen, die für die Bearbeitung der Vignetten im weitesten Sinne relevant sein könnten. Die studentische Stichprobe unterschied sich damit deutlich von der Stichprobe der Alten- und Krankenpfleger in Studie 2. Erfahrene und unerfahrene Probanden wiesen keine signifikant anderen Werte in ihren Angaben zur Einfühlbarkeit der Vignetten auf,  $t(169)=1.41, p=.16$ .

## 4.2 Ergebnisse

Im Folgenden wird zunächst auf die verwendeten statistischen Analysemethoden eingegangen (4.2.1). Dann werden die über die Stufen aller experimentellen Faktoren gemittelten deskriptiven Werte der Handlungsintentionen dargestellt (4.2.2), bevor alle Ergebnisse bezüglich der Effekte der situativen (4.2.3) sowie der personalen (4.2.4) Moderatoren präsentiert und auf die Hypothesen bezogen werden.

### 4.2.1 Analysemethoden

Hinsichtlich der Analysemethoden wird zwischen den varianzanalytisch ausgewerteten Effekten der situativen Moderatoren (4.2.1.1) und den korrelativ untersuchten Einflüssen der personalen Moderatoren (4.2.1.2) unterschieden. In Abschnitt 4.2.1.3 wird kurz auf das angesetzte Signifikanzniveau sowie Effektstärkenmaße eingegangen.

#### 4.2.1.1 Situative Moderatoren

Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die Auswertungsmethoden getrennt für einzelne abhängige Variablen bzw. Variablenpaare dargestellt.

**Abhängige Variablen: Selbständigkeit unterstützen und Unselbständigkeit unterstützen.** Die situativen Moderatoren *Selbständigkeit der Protagonistin* und *Zeitdruck der Pflegeperson* wurden gemeinsam mit dem Faktor *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* in einer Auswertungsstrategie zusammengefasst. Inhaltlich sollte der Einfluss dieser drei situativen Faktoren auf die beiden abhängigen Variablen *Selbständigkeit unterstützen* bzw. *Unselbständigkeit unterstützen* geprüft werden. Es sollte ermittelt werden, inwieweit das Verhältnis zwischen diesen beiden konträren Handlungsabsichten durch die experimentellen Faktoren beeinflusst wird. Die beiden Handlungskategorien bildeten in der Analyse formal die Stufen eines weiteren messwiederholten Faktors *Handlungsintentionen*. Von Interesse waren also vor allem die Interaktionen der situativen Faktoren mit diesem Faktor *Handlungsintentionen*, die in einer vierfaktoriellen MANOVA mit geplanten Kontrasten und Messwiederholung auf den Faktoren *Selbständigkeit der Protagonistin*, *Zeitdruck der Pflegeperson* sowie *Handlungsintentionen* ermittelt wurden (Bortz, 2005; Stevens, 2002). Dabei wurden Kontraste zwischen den Faktorstufen gebildet: Für die situativen Faktoren *Selbständigkeit der Protagonistin* sowie *Zeitdruck der Pflegeperson* entstanden die Kontraste selbständige vs. unselbständige Protagonistin bzw. hoher Zeitdruck vs. niedriger Zeitdruck. Für den dreigestuften Gruppenfaktor *Pflegesetting/Alter der Protagonistin*

wurden zwei Kontraste realisiert: alte vs. junge Protagonistin im Pflegesetting Krankenhaus (*Alterskontrast*) sowie Pflegesetting Altenheim vs. Pflegesetting Krankenhaus in Bezug auf eine alte Protagonistin (*Settingkontrast*). Auch für den Faktor *Handlungsintentionen* wurde ein Kontrast konstruiert: Selbständigkeit unterstützen vs. Unselbständigkeit unterstützen (im Folgenden: Kontrast *S-U*). Hohe Werte auf diesem Kontrast zeigen an, dass mehr Selbständigkeit im Verhältnis zu Unselbständigkeit unterstützt wurde. Tabelle 15 zeigt die für die Kontraste der messwiederholten Faktoren gebildete Transformationsmatrix der MANOVA. Ein solcher Omnibustest mit geplanten Kontrasten hat gegenüber einer Vielzahl einzelner Tests den Vorteil, dass die Wahrscheinlichkeit von zufällig signifikanten Ergebnissen (Typ-I-Fehler) verringert wird (Stevens, 2002). Zur Veranschaulichung der mittels des Omnibustests ermittelten Kontrasteffekte wurden *post hoc* dreifaktorielle MANOVAs mit Messwiederholung auf den Faktoren *Selbständigkeit der Protagonistin* und *Zeitdruck der Pflegeperson* gerechnet, bei der statt des Kontrasts *S-U* die Handlungsintention *Selbständigkeit unterstützen* bzw. *Unselbständigkeit unterstützen* als abhängige Variable fungierten. Dadurch war es möglich zu überprüfen, ob ein signifikanter Effekt des Kontrasts *S-U* auf eine Zu- oder Abnahme der einzelnen Variablen *Selbständigkeit* bzw. *Unselbständigkeit unterstützen* zurückzuführen war.

Tabelle 15: Transformationsmatrix für geplante Kontraste der messwiederholten Faktoren in Studie 1

Kontrast	S_z-s-	S_z-s+	S_z+s-	S_z+s+	U_z-s-	U_z-s+	U_z+s-	U_z+s+
T1 grand mean	1	1	1	1	1	1	1	1
T2 S-U	1	1	1	1	-1	-1	-1	-1
T3 niedriger Zeitdruck - hoher Zeitdruck	1	1	-1	-1	1	1	-1	-1
T4 selbständige P. - unselbständige P.	-1	1	-1	1	-1	1	-1	1
T5 S-U × niedriger Zeitdruck - hoher Zeitdruck	1	1	-1	-1	-1	-1	1	1
T6 S-U × selb. P. - unselb. P.	-1	1	-1	1	1	-1	1	-1
T7 niedriger Zeitdruck - hoher Zeitdruck × unselb P. - selb. P.	-1	1	1	-1	-1	1	1	-1
T8 S-U × niedriger Zeitdruck - hoher Zeitdruck × selb. P. - unselb. P.	-1	1	1	-1	1	-1	-1	1

*Anmerkungen.* S = Selbständigkeit unterstützen, U = Unselbständigkeit unterstützen, z-/z+ = niedriger Zeitdruck/hoher Zeitdruck, s-/s+ = unselbständige Protagonistin/selbständige Protagonistin.

**Abhängige Variablen: Aufmerksamkeit schenken und Ignorieren.** Die Auswertung zu den beiden gegensätzlichen Handlungsintentionen *Aufmerksamkeit schenken* und *Ignorieren* verlief analog zu den Analysen zu den abhängigen Variablen *Selbständigkeit* bzw. *Unselbständigkeit* unterstützen. Hohe Werte auf dem Kontrast *Aufmerksamkeit schenken* vs. *Ignorieren* (im Folgenden: Kontrast *A-I*) bedeuten, dass mehr Aufmerksamkeit geschenkt als ignoriert wurde.

**Abhängige Variable: Kritisieren.** Haupt- und Wechselwirkungseffekte der situativen Faktoren auf die Handlungsintention *Kritisieren* wurden mittels einer dreifaktoriellen MANOVA mit Messwiederholung auf den Faktoren *Selbständigkeit der Protagonistin* und *Zeitdruck der Pflegeperson* berechnet.

#### 4.2.1.2 Personale Moderatoren

Zur Ermittlung des Einflusses der personalen Moderatoren wurden stets bivariate Produkt-Moment-Korrelationen zwischen den jeweiligen personalen Variablen und den Handlungsintentionen berechnet. Um zu überprüfen, ob der Einfluss der messwiederholten Faktoren *Selbständigkeit der Protagonistin* bzw. *Zeitdruck der Pflegeperson* auf den Kontrast *S-U* bzw. *A-I* durch überdauernde Persönlichkeitseigenschaften moderiert wurde, wurden ebenfalls Korrelationskoeffizienten herangezogen. Welche Maße für diese Korrelationen jeweils verwendet wurden, wird bei der Analyse der einzelnen personalen Effekte berichtet.

#### 4.2.1.3 Signifikanzniveau und Effektstärken

Das Signifikanzniveau wurde in allen Analysen auf  $\alpha = .05$  festgesetzt. Für alle Varianzanalysen wurde das partielle  $\eta^2$  als Effektstärkenmaß bestimmt. In Anlehnung an Cohen (1988) wurden folgende Richtlinien für die Beurteilung der jeweiligen empirischen Effektgröße herangezogen:  $\eta^2 = .01$  entspricht einem kleinen,  $\eta^2 = .06$  einem mittleren und  $\eta^2 = .14$  einem großen Effekt.

#### 4.2.2 Deskriptive Werte der Handlungsintentionen

Tabelle 16 stellt die über die Stufen aller experimentellen Faktoren gemittelten Werte für die Handlungskategorien dar. Den höchsten Wert erhielt die Handlungsabsicht *Aufmerksamkeit schenken*, der im oberen Drittel der sechsstufigen Antwortskala lag. Die niedrigsten Werte am unteren Skalenende waren für die Intentionen *Kritisieren* und *Ignorieren* zu verzeichnen. Die Durchschnittswerte der Handlungskategorien *Selbständigkeit unterstützen* bzw. *Unselbständigkeit unterstützen*, die für die Fragestellung der Studie am bedeutsamsten waren und sich jeweils

aus drei Items zusammensetzten, rangierten im Bereich der Skalenmitte. Konträr zu den Befunden von Baltes und Kollegen (vgl. Baltes, M. M., 1996) erhielt *Selbständigkeit unterstützen* allerdings einen signifikant höheren Mittelwert als *Unselbständigkeit unterstützen*,  $t(171) = 3.57, p < .01, d = .27$  (kleiner Effekt nach Cohen, 1992). Es ist anzunehmen, dass die Rangfolge der Handlungskategorien in Studie 1 durch Antworttendenzen (z.B. soziale Erwünschtheit; Crowne & Marlowe, 1960) verzerrt ist: Im Gegensatz zu den Beobachtungen von Baltes und Kollegen gaben die studentischen Probanden an, dass sie selbst ein positives Verhalten wie *Aufmerksamkeit schenken* mit großer Wahrscheinlichkeit ausführen würden, sozial unerwünschte Verhaltensweisen wie *Kritisieren* oder *Ignorieren* wurden dagegen als relativ unwahrscheinlich eingeschätzt. Da es in der vorliegenden Studie um die Aufklärung des individuellen und wechselseitigen Einflusses situativer und personaler Moderatoren der Handlungsabsichten ging, war die absolute Ausprägung des Verhaltens, die potentiell von Verzerrungstendenzen beeinflusst wurde, weniger bedeutsam.

Tabelle 16: Deskriptive Werte der Handlungsintentionen gemittelt über die Stufen aller experimentellen Faktoren in Studie 1

Handlungsintention	<i>M</i>	<i>SD</i>
Aufmerksamkeit schenken (1)	3.84	.88
Selbständigkeit unterstützen (3)	2.98	.85
Unselbständigkeit unterstützen (3)	2.66	.88
Ignorieren (2)	.93	.69
Kritisieren (1)	.91	.94

Anmerkungen.  $N = 172$ ; in Klammern: Anzahl der Items pro Handlungsintention.

### 4.2.3 Effekte der situativen Faktoren

Nachfolgend werden die Haupt- und Interaktionseffekte der messwiederholten situativen Moderatoren *Selbständigkeit der Protagonistin* und *Zeitdruck der Pflegeperson* sowie des Gruppenfaktors *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* bezüglich der abhängigen Variablenpaare *Selbständigkeit vs. Unselbständigkeit unterstützen* (4.2.3.1), *Aufmerksamkeit schenken vs. Ignorieren* (4.2.3.2) sowie bezüglich der Variablen *Kritisieren* (4.2.3.3) berichtet und anhand des Mittelwertsusters genauer beschrieben. Dazu werden jeweils Tabellen mit allen Effekten und den deskriptiven Werten präsentiert. Anschließend werden die Effekte auf die in 3.4 formulierten Hypothesen bezogen (4.2.3.4).

#### 4.2.3.1 Effekte bezüglich der Abhängigen Variablen Selbständigkeit unterstützen vs. Unselbständigkeit unterstützen

Tabelle 17 gibt einen Überblick über die Effekte der messwiederholten situativen Faktoren *Selbständigkeit der Protagonistin* und *Zeitdruck der Pflegeperson* und des Faktors *Handlungsintentionen* (Kontrast *S-U*). Die in der ersten Spalte aufgeführten Kontraste T1 - T8 beziehen sich auf die Transformationsmatrix der MANOVA (siehe Tabelle 15), die zweite Spalte informiert noch einmal genau, um welchen Effekt es sich dabei handelt.

Tabelle 17: Effekte der messwiederholten Faktoren *Handlungsintentionen* (Selbständigkeit unterstützen vs. Unselbständigkeit unterstützen), *Zeitdruck der Pflegeperson* und *Selbständigkeit der Protagonistin* in Studie 1

Kontrast	Effekt	$F(1,168)$	$p$	$\eta^2$
T1	Grand Mean <sup>1</sup>	3620.82	< .01	.96
T2	HE Handlungsintentionen (S-U)	12.80	< .01	.07
T3	HE Zeitdruck der Pflegeperson	5.51	.02	.03
T4	HE Selbständigkeit der Protagonistin	5.11	.03	.03
T5	IA Handlungsintentionen * Zeitdruck der Pflegeperson	13.67	< .01	.08
T6	IA Handlungsintentionen * Selbständigkeit der Protagonistin	4.02	.05	.02
T7	IA Zeitdruck der Pflegeperson * Selbständigkeit der Protagonistin	.09	.76	.00
T8	IA Handlungsintentionen * Zeitdruck der Pflegeperson * Selbständigkeit der Protagonistin	.05	.83	.00

Anmerkungen. <sup>1</sup> = Mittelwert der beiden Handlungsintentionen Selbständigkeit und Unselbständigkeit unterstützen über die Stufen aller Faktoren; HE = Haupteffekt, IA = Interaktionseffekt.

Wie aus Tabelle 17 hervorgeht, wurde der so genannte *Grand Mean* (T1), d.h. der Mittelwert der beiden Handlungsintentionen *Selbständigkeit* und *Unselbständigkeit unterstützen* über die Stufen aller Faktoren hinweg, statistisch hoch bedeutsam. Inhaltlich bedeutet dies lediglich, dass die Probanden für die beiden Handlungskategorien zusammen im Durchschnitt einen Wert angaben, der signifikant von Null verschieden ist. Unabhängig von der Art des Verhaltens (*Selbständigkeit vs. Unselbständigkeit unterstützen*) wurde ein bedeutsames Ausmaß von Handlungsabsichten geäußert. Weiterhin wurde der Haupteffekt des Faktors *Handlungsintentionen* signifikant (T2), d.h. es wurden mehr selbständigkeitsunterstützende als unselbständigkeitsunterstützende Absichten angegeben. Dieser Effekt entspricht dem unter 4.2.2 berichteten Mittelwertsunterschied der beiden Handlungsintentionen. Der Haupteffekt des Faktors *Zeitdruck der Pflegeperson* erreichte zwar statistische Bedeutsamkeit (T3), hat aber vor dem Hintergrund einer signifikanten Wechselwirkung der Faktoren *Zeitdruck der Pflegeperson* und *Handlungsintentionen* (T5) nur eingeschränkte Gültigkeit: Anhand der Mittelwerte in Tabelle 19 wird ersichtlich, dass unter der situativen Bedingung eines niedrigen Zeitdrucks mehr selbständig-

keitsunterstützende Handlungsabsichten angegeben wurden als bei hohem Zeitdruck. Für unselbständigkeitsunterstützende Absichten kehrte sich dieser Effekt aber um, diese wurden bei niedrigem Zeitdruck weniger geäußert. Auch der signifikante Haupteffekt des Faktors *Selbständigkeit der Protagonistin* (T4) muss vor dem Hintergrund der bedeutsamen Interaktion mit dem Faktor *Handlungsintentionen* (T6) betrachtet werden: Die Mittelwerte zwischen selbständiger und unselbständiger Protagonistin unterschieden sich nur bezüglich der abhängigen Variablen *Unselbständigkeit unterstützen* – bei der selbständigen Protagonistin wurde weniger unselbständigkeitsunterstützend reagiert – während sie für *Selbständigkeit unterstützen* weitgehend gleich blieben (siehe Tabelle 19). Die Wechselwirkung der Faktoren *Zeitdruck der Pflegeperson* und *Selbständigkeit der Protagonistin* (T7) sowie die Dreifachinteraktion der messwiederholten Faktoren (T8) war statistisch nicht bedeutsam.

Die Interaktionseffekte der messwiederholten Faktoren *Handlungsintentionen*, *Selbständigkeit der Protagonistin* und *Zeitdruck der Pflegeperson* mit dem Gruppenfaktor *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* werden in Tabelle 18 aufgeführt. Da die statistische Analyse die Interaktionen des Gruppenfaktors mit den Kontrasten T1 - T8 berechnet, werden die Effekte dementsprechend in Tabelle 18 aufgelistet. Dabei wird für jeden Kontrast T1 - T8 zunächst die übergeordnete Interaktion mit dem Faktor *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* berichtet und nachfolgend die Wechselwirkung mit dem *Alterskontrast* und dem *Settingkontrast*. Wie aus der Tabelle 18 hervorgeht, erreichte keine der Interaktionen das statistische Signifikanzniveau.

Tabelle 18: Interaktionseffekte der messwiederholten Faktoren *Handlungsintentionen* (Selbständigkeit unterstützen vs. Unselbständigkeit unterstützen), *Zeitdruck der Pflegeperson* sowie *Selbständigkeit der Protagonistin* und des Gruppenfaktors *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* in Studie 1

Interaktion mit Kontrast	Interaktionseffekt	<i>F</i>	<i>df</i> <sub>Effekt</sub> <sup>1</sup>	<i>p</i>	$\eta^2$
T1	Pflegesetting/Alter * Grand Mean	1.79	2	.17	.02
	Alter * Grand Mean	2.16	1	.14	.01
	Setting * Grand Mean	.08	1	.77	.00
T2	Pflegesetting/Alter * Handlungsintentionen (S-U)	1.54	2	.22	.02
	Alter * Handlungsintentionen (S-U)	1.49	1	.22	.01
	Setting * Handlungsintentionen (S-U)	2.92	1	.09	.02
T3	Pflegesetting/Alter * Zeitdruck der Pflegeperson	.61	2	.55	.01
	Alter * Zeitdruck der Pflegeperson	.01	1	.93	.00
	Setting * Zeitdruck der Pflegeperson	.81	1	.37	.00
T4	Pflegesetting/Alter * Selbständigkeit der Protagonistin	1.65	2	.20	.02
	Alter * Selbständigkeit der Protagonistin	3.03	1	.08	.02
	Setting * Selbständigkeit der Protagonistin	.19	1	.66	.00
T5	Pflegesetting/Alter * Handlungsintentionen * Zeitdruck der Pflegeperson	1.12	2	.33	
	Alter * Handlungsintentionen * Zeitdruck der Pflegeperson	1.89	1	.17	.01
	Setting * Handlungsintentionen * Zeitdruck der Pflegeperson	.03	1	.86	.00
T6	Pflegesetting/Alter * Handlungsintentionen * Selbständigkeit der Protagonistin	1.25	2	.29	
	Alter * Handlungsintentionen * Selbständigkeit der Protagonistin	.41	1	.53	.00
	Setting * Handlungsintentionen * Selbständigkeit der Protagonistin	2.47	1	.12	.01
T7	Pflegesetting/Alter * Zeitdruck der Pflegeperson * Selbständigkeit der Protagonistin	.53	2	.59	
	Alter * Zeitdruck der Pflegeperson * Selbständigkeit der Protagonistin	.03	1	.86	.00
	Setting * Zeitdruck der Pflegeperson * Selbständigkeit der Protagonistin	.94	1	.33	.01
T8	Pflegesetting/Alter * Handlungsintentionen * Zeitdruck der Pflegeperson * Selbständigkeit der Protagonistin	.53	2	.59	.01
	Alter * Handlungsintentionen * Zeitdruck der Pflegeperson * Selbständigkeit der Protagonistin	.71	1	.40	.00
	Setting * Handlungsintentionen * Zeitdruck der Pflegeperson * Selbständigkeit der Protagonistin	.87	1	.35	.01

Anmerkung. <sup>1</sup> = *df*<sub>Fehler</sub> ist stets 168.

Tabelle 19: Deskriptive Werte der Handlungsintentionen *Selbständigkeit unterstützen* und *Unselbständigkeit unterstützen* in den Stufen der experimentellen Faktoren in Studie 1

Pflugesetting/Alter der Protagonistin		Altenheim	Krankenhaus_alt	Krankenhaus_jung	Gesamt
AV: Selbständigkeit unterstützen					
Selbständige Protagonistin	Niedriger Zeitdruck	3.23 (1.15)	3.20 (1.02)	3.01 (1.22)	3.16 (1.13)
	Hoher Zeitdruck	2.96 (1.20)	2.77 (1.18)	2.67 (1.35)	2.81 (1.24)
Unselbständige Protagonistin	Niedriger Zeitdruck	3.33 (1.05)	3.02 (1.11)	3.03 (1.31)	3.13 (1.16)
	Hoher Zeitdruck	3.02 (.96)	2.62 (1.15)	2.85 (1.22)	2.83 (1.12)
	Gesamt	3.15 (.82)	2.90 (.78)	2.89 (.93)	2.98 (.85)
AV: Unselbständigkeit unterstützen					
Selbständige Protagonistin	Niedriger Zeitdruck	2.46 (1.11)	2.68 (1.25)	2.39 (1.23)	2.51 (1.19)
	Hoher Zeitdruck	2.79 (1.15)	2.71 (1.33)	2.32 (1.27)	2.61 (1.26)
Unselbständige Protagonistin	Niedriger Zeitdruck	2.63 (.90)	2.79 (1.21)	2.70 (1.19)	2.70 (1.10)
	Hoher Zeitdruck	2.75 (1.22)	3.04 (1.11)	2.62 (1.17)	2.80 (1.18)
	Gesamt	2.66 (.85)	2.80 (.92)	2.50 (.85)	2.66 (.88)

#### 4.2.3.2 Effekte bezüglich der Abhängigen Variablen Aufmerksamkeit schenken vs. Ignorieren

Tabelle 20 gibt einen Überblick über die Effekte der Faktoren *Selbständigkeit der Protagonistin* und *Zeitdruck der Pflegeperson* und des Faktors *Handlungsintentionen* (Kontrast *A-I*). Der Mittelwert der beiden Handlungsintentionen *Aufmerksamkeit schenken* und *Ignorieren* über die Stufen aller Faktoren hinweg wurde statistisch hoch bedeutsam (*Grand Mean*, T1), ebenso wie der Haupteffekt des Faktors *Handlungsintentionen* (T2). Wie bereits unter 4.2.2 dargestellt, hielten es die Probanden insgesamt für wahrscheinlicher, die Protagonistin mit Aufmerksamkeit zu bedenken als sie zu ignorieren. Die Faktoren *Zeitdruck der Pflegeperson* sowie *Selbständigkeit der Protagonistin* erbrachten keine signifikanten Haupteffekte (T3 und T4), beide Faktoren interagierten aber in bedeutsamer Weise mit dem Faktor *Handlungsintentionen* (T5 und T6). Wie anhand der Mittelwerte in Tabelle 22 ersichtlich wird, wurde bei niedrigem Zeitdruck im Vergleich zu hohem Zeitdruck mehr beabsichtigt, *Aufmerksamkeit zu schenken*, während der Effekt für *Ignorieren* genau entgegengesetzt verlief. Die Mittelwerte für selbständige und un-

selbständige Protagonistin unterschieden sich bezüglich der Handlungsabsicht *Aufmerksamkeit schenken* kaum, während die Probanden gleichzeitig angaben, die selbständige Protagonistin wahrscheinlich stärker zu *ignorieren*.

Tabelle 20: Effekte der messwiederholten Faktoren *Handlungsintentionen* (Aufmerksamkeit schenken vs. Ignorieren), *Zeitdruck der Pflegeperson* und *Selbständigkeit der Protagonistin* in Studie 1

Kontrast	Effekt	$F(1,158)$ <sup>1</sup>	$p$	$\eta^2$
T1	Grand Mean	4325.10	< .01	.97
T2	HE Handlungsintentionen (A-I)	818.08	< .01	.84
T3	HE Zeitdruck der Pflegeperson	2.27	.13	.01
T4	HE Selbständigkeit der Protagonistin	1.96	.16	.01
T5	IA Handlungsintentionen * Zeitdruck der Pflegeperson	54.54	< .01	.27
T6	IA Handlungsintentionen * Selbständigkeit der Protagonistin	9.15	< .01	.06
T7	IA Zeitdruck der Pflegeperson * Selbständigkeit der Protagonistin	.60	.44	.00
T8	IA Handlungsintentionen * Zeitdruck der Pflegeperson * Selbständigkeit der Protagonistin	2.55	.11	.02

Anmerkungen. <sup>1</sup> = In die Analyse gingen wegen fehlender Werte für die Handlungsintentionen *Aufmerksamkeit schenken* und *Ignorieren* nur  $N = 161$  Probanden ein; HE = Haupteffekt, IA = Interaktionseffekt.

Die Wechselwirkung zwischen den Faktoren *Zeitdruck der Pflegeperson* und *Selbständigkeit der Protagonistin* (T7) sowie die Dreifachinteraktion zwischen allen messwiederholten Faktoren (T8) erlangten keine statistische Bedeutsamkeit.

Über die Interaktionseffekte der messwiederholten Faktoren *Handlungsintentionen*, *Selbständigkeit der Protagonistin* und *Zeitdruck der Pflegeperson* mit dem Gruppenfaktor *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* informiert Tabelle 21. Wie daraus hervorgeht, erreichte keine der Interaktionen das festgesetzte statistische Signifikanzniveau. Lediglich zwischen dem Faktor *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* und den *Handlungsintentionen* (T2) deutet sich eine Wechselwirkung an, die Interaktion zwischen *Alterskontrast* und *Handlungsintentionen* wurde marginal signifikant. Anhand der Mittelwerte wird ersichtlich, dass die Probanden beabsichtigten, der alten Protagonistin mehr Aufmerksamkeit zu schenken als der jungen, während letztere stärker ignoriert wurde.

Tabelle 21: Interaktionseffekte der messwiederholten Faktoren *Handlungsintentionen* (Aufmerksamkeit schenken vs. Ignorieren), *Zeitdruck der Pflegeperson* sowie *Selbständigkeit der Protagonistin* und des Gruppenfaktors *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* in Studie 1

Interaktion mit Kontrast	Interaktionseffekt	<i>F</i>	<i>df</i> <sub>Effekt</sub> <sup>1</sup>	<i>p</i>	$\eta^2$
T1	Pflegesetting/Alter * Grand Mean	1.66	2	.19	.02
	Alter * Grand Mean	1.21	1	.27	.01
	Setting * Grand Mean	.43	1	.51	.00
T2	Pflegesetting/Alter * Handlungsintentionen (A-I)	1.96	2	.15	.02
	Alter * Handlungsintentionen (A-I)	3.68	1	.06	.00
	Setting * Handlungsintentionen (A-I)	.35	1	.55	.02
T3	Pflegesetting/Alter * Zeitdruck der Pflegeperson	.50	2	.61	.01
	Alter * Zeitdruck der Pflegeperson	.04	1	.83	.00
	Setting * Zeitdruck der Pflegeperson	.52	1	.47	.00
T4	Pflegesetting/Alter * Selbständigkeit der Protagonistin	.56	2	.57	.01
	Alter * Selbständigkeit der Protagonistin	1.08	1	.30	.01
	Setting * Selbständigkeit der Protagonistin	.48	1	.49	.00
T5	Pflegesetting/Alter * Handlungsintentionen * Zeitdruck der Pflegeperson	.85	2	.43	
	Alter * Handlungsintentionen * Zeitdruck der Pflegeperson	.00	1	.95	.00
	Setting * Handlungsintentionen * Zeitdruck der Pflegeperson	1.31	1	.26	.01
T6	Pflegesetting/Alter * Handlungsintentionen * Selbständigkeit der Protagonistin	.11	2	.90	
	Alter * Handlungsintentionen * Selbständigkeit der Protagonistin	.17	1	.68	.00
	Setting * Handlungsintentionen * Selbständigkeit der Protagonistin	.00	1	.96	.00
T7	Pflegesetting/Alter * Zeitdruck der Pflegeperson * Selbständigkeit der Protagonistin	.64	2	.53	
	Alter * Zeitdruck der Pflegeperson * Selbständigkeit der Protagonistin	.92	1	.34	.01
	Setting * Zeitdruck der Pflegeperson * Selbständigkeit der Protagonistin	1.01	1	.32	.01
T8	Pflegesetting/Alter * Handlungsintentionen * Zeitdruck der Pflegeperson * Selbständigkeit der Protagonistin	.36	2	.70	.01
	Alter * Handlungsintentionen * Zeitdruck der Pflegeperson * Selbständigkeit der Protagonistin	.27	1	.61	.00
	Setting * Handlungsintentionen * Zeitdruck der Pflegeperson * Selbständigkeit der Protagonistin	.72	1	.40	.00

Anmerkung. <sup>1</sup> = *df*<sub>Fehler</sub> ist stets 158.

Tabelle 22: Deskriptive Werte der Handlungsintentionen *Aufmerksamkeit schenken* und *Ignorieren* in den Stufen der experimentellen Faktoren in Studie 1

Pflegesetting/Alter der Protagonistin		Altenheim	Krankenhaus_alt	Krankenhaus_jung	Gesamt
AV: Aufmerksamkeit schenken					
Selbständige Protagonistin	Niedriger Zeitdruck	4.05 (.95)	4.25 (.83)	4.10 (1.16)	4.12 (.98)
	Hoher Zeitdruck	3.48 (1.26)	3.54 (1.16)	3.40 (1.43)	3.47 (1.28)
Unselbständige Protagonistin	Niedriger Zeitdruck	4.05 (.93)	4.20 (1.03)	4.09 (1.00)	4.11 (.98)
	Hoher Zeitdruck	3.65 (1.15)	3.65 (1.21)	3.65 (1.36)	3.65 (1.23)
	Gesamt	3.81 (.81)	3.90 (.83)	3.80 (1.01)	3.84 (.88)
AV: Ignorieren					
Selbständige Protagonistin	Niedriger Zeitdruck	.78 (.94)	.63 (.69)	1.02 (1.09)	.81 (.93)
	Hoher Zeitdruck	1.03 (.88)	1.23 (1.22)	1.57 (1.42)	1.27 (1.20)
Unselbständige Protagonistin	Niedriger Zeitdruck	.60 (.64)	.54 (.73)	.82 (.97)	.65 (.79)
	Hoher Zeitdruck	.88 (.95)	.85 (.98)	1.26 (1.10)	.99 (1.02)
	Gesamt	.82 (.57)	.82 (.67)	1.17 (.79)	.93 (.69)

#### 4.2.3.3 Effekte bezüglich der Abhängigen Variablen Kritisieren

Wie aus Tabelle 23 hervorgeht, wiesen die Faktoren *Zeitdruck der Pflegeperson* und *Selbständigkeit der Protagonistin* bezüglich der abhängigen Variable *Kritisieren* keine Haupteffekte auf dem festgelegten Signifikanzniveau auf und interagierten auch nicht in bedeutsamer Weise miteinander. Anhand der Mittelwerte in Tabelle 24 wird ersichtlich, dass bei niedrigem Zeitdruck sowie gegenüber der unselbständigen Protagonistin tendenziell etwas mehr Kritik beabsichtigt wurde. Der Faktor *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* erbrachte dagegen einen signifikanten Haupteffekt und interagierte auch mit dem *Zeitdruck der Pflegeperson*. Die Mittelwerte für die abhängige Variable *Kritisieren* waren im Pflegesetting Altenheim am größten, gefolgt von der alten Protagonistin im Krankenhaus. Gegenüber der jungen Protagonistin wurde besonders wenig Kritik beabsichtigt (Tabelle 24). Der Unterschied in der Bereitschaft zu kritisieren zwischen alter Protagonistin im Altenheim und alter Protagonistin im Krankenhaus war allerdings nur bei hohem Zeitdruck der Pflegeperson vorhanden, während die Mittelwerte bei niedrigem Zeitdruck kaum voneinander verschieden sind. Die Faktoren *Selbständigkeit der*

*Protagonistin* und *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* zeigten keine bedeutsame Wechselwirkung, auch die Dreifachinteraktion aller Faktoren wurde nicht signifikant.

Tabelle 23: Effekte der messwiederholten Faktoren *Zeitdruck der Pflegeperson* und *Selbständigkeit der Protagonistin* bezüglich der Handlungsintention *Kritisieren* in Studie 1

Effekt	<i>F</i>	<i>df</i> <sub>Effekt</sub> <sup>1</sup>	<i>p</i>	$\eta^2$
HE Zeitdruck der Pflegeperson	2.79	1	.10	.02
HE Selbständigkeit der Protagonistin	2.77	1	.10	.02
HE Pflegesetting/Alter der Protagonistin	4.24	2	.02	.05
IA Zeitdruck der Pflegeperson * Selbständigkeit der Protagonistin	.99	1	.32	.01
IA Zeitdruck der Pflegeperson * Pflegesetting/Alter der Protagonistin	3.20	2	.04	.04
IA Selbständigkeit der Protagonistin * Pflegesetting/Alter der Protagonistin	.36	2	.70	.00
IA Zeitdruck der Pflegeperson * Selbständigkeit der Protagonistin * Pflegesetting/Alter der Protagonistin	1.62	2	.20	.02

Anmerkungen. <sup>1</sup> = *df*<sub>Fehler</sub> ist 165; in die Analyse gingen wegen fehlender Werte für die Handlungsintention *Kritisieren* nur *N* = 168 Probanden ein; HE = Haupteffekt, IA = Interaktionseffekt.

Tabelle 24: Deskriptive Werte der Handlungsintention *Kritisieren* in den Stufen der experimentellen Faktoren in Studie 1

Pflegesetting/Alter der Protagonistin		Altenheim	Krankenhaus_alt	Krankenhaus_jung	Gesamt
AV: Kritisieren					
Selbständige Protagonistin	Niedriger Zeitdruck	1.13 (1.37)	1.07 (1.06)	.65 (.89)	.96 (1.14)
	Hoher Zeitdruck	1.05 (1.17)	.70 (1.24)	.56 (.81)	.78 (1.03)
Unselbständige Protagonistin	Niedriger Zeitdruck	1.03 (1.19)	1.07 (1.24)	.75 (1.04)	.95 (1.16)
	Hoher Zeitdruck	1.37 (1.46)	.84 (.97)	.53 (.81)	.92 (1.17)
	Gesamt	1.16 (1.19)	.91 (.80)	.62 (.69)	.91 (.94)

#### 4.2.3.4 Zusammenfassung der Effekte der situativen Faktoren vor dem Hintergrund der Hypothesen

***Selbständigkeit der Protagonistin (Hypothese 1).*** Es wurde angenommen, dass sich die Selbständigkeit der Protagonistin unterschiedlich auf die Handlungsintentionen *Selbständigkeit unterstützen* und *Unselbständigkeit unterstützen* auswirkt. Bei einer unselbständigen Protagonistin sollten unselbständigkeitsunterstützende Reaktionen stärker beabsichtigt werden, als bei einer selbständigen Protagonistin. Für selbständigkeitsunterstützende Absichten sollte der Ef-

fekt der Selbständigkeitsmanipulation dagegen weniger ausgeprägt sein. Diese Hypothese wurde durch die signifikante Interaktion des Faktors *Handlungsintentionen* mit der *Selbständigkeit der Protagonistin* bestätigt (Tabelle 17, T6). Wie aus Abbildung 3 hervorgeht, war der Kontrast *S-U* unter der Bedingung unselbständige Protagonistin kleiner als für eine selbständige Protagonistin. Zur Veranschaulichung dieses Effektes zeigt Abbildung 4, wie sich die Selbständigkeit der Protagonistin auf die beiden einzelnen abhängigen Variablen *Selbständigkeit unterstützen* bzw. *Unselbständigkeit unterstützen* auswirkte. Unselbständigkeitsunterstützende Handlungsabsichten waren bei einer unselbständigen Protagonistin hypothesenkonform signifikant wahrscheinlicher als bei einer selbständigen Protagonistin,  $F(1,168) = 10.57, p < .01, \eta^2 = .06$ . Selbständigkeitsunterstützende Handlungen wurden dagegen entgegen der Erwartungen für beide Protagonistinnen in etwa gleich stark beabsichtigt,  $F < 1$ .

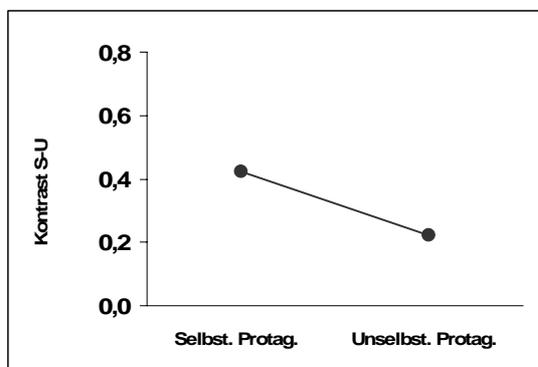


Abbildung 3: Kontrast *S-U* bei selbständiger und unselbständiger Protagonistin in Studie 1.

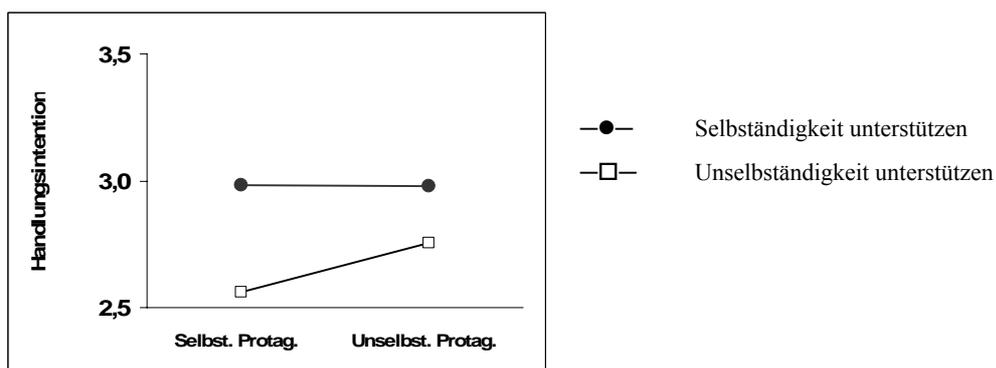


Abbildung 4: *Selbständigkeit unterstützen* und *Unselbständigkeit unterstützen* bei selbständiger und unselbständiger Protagonistin in Studie 1.

Darüber hinaus wurde vermutet, dass bei einer unselbständigen Protagonistin die Absicht *Aufmerksamkeit zu schenken* zu- und die Absicht ihr Verhalten zu *ignorieren* abnimmt. Diese Hypothese erfuhr durch die signifikante Interaktion des Faktors *Handlungsintentionen* mit der *Selbständigkeit der Protagonistin* Bestätigung (Tabelle 20, T6). Entgegen der Annahmen wurde

zwar für selbständige und unselbständige Protagonistin gleichermaßen beabsichtigt, *Aufmerksamkeit zu schenken*. Hypothesenkonform wurde die selbständige Protagonistin aber signifikant mehr *ignoriert*,  $F(1,165)^{39} = 10.78, p < .01, \eta^2 = .06$ .

Die Annahme einer stärkeren Bereitschaft, die selbständige Protagonistin zu *kritisieren*, konnte nicht bestätigt werden. Tendenziell wurde eher gegenüber der unselbständigen Protagonistin mehr Kritik beabsichtigt.

**Zeitdruck der Pflegeperson (Hypothese 2).** Auch der Zeitdruck sollte sich in spezifischer Weise auf die Handlungsintentionen auswirken. Unter hohem Zeitdruck wurde von einer Abnahme *selbständigkeitsunterstützender* Verhaltensweisen bzw. von einer Zunahme *unselbständigkeitsunterstützender* Verhaltensweisen ausgegangen. Diese Hypothese konnte durch die signifikante Interaktion von *Zeitdruck der Pflegeperson* und *Handlungsintentionen* ebenfalls bestätigt werden (Tabelle 17, T5): Unter der situativen Bedingung eines hohen Zeitdrucks war der Kontrast *S-U* geringer als bei niedrigem Zeitdruck (siehe Abbildung 5).



Abbildung 5: Kontrast *S-U* bei hohem und niedrigem Zeitdruck der Pflegeperson in Studie 1.

Aus Abbildung 6 wird ersichtlich, dass *selbständigkeitsunterstützende* Reaktionen bei hohem Zeitdruck seltener beabsichtigt wurden als bei niedrigem Zeitdruck,  $F(1,168) = 18.39, p = .00, \eta^2 = .10$ . *Unselbständigkeitsunterstützende* Verhaltensweisen wurden zwar bei hohem Zeitdruck im Vergleich zu niedrigem Zeitdruck tendenziell etwas häufiger geäußert, der Unterschied wurde aber statistisch nicht bedeutsam,  $F(1,168) = 1.46, p = .23, \eta^2 = .01$ .

Hypothesenkonform interagierte der Zeitdruck auch mit dem Kontrast *A-I* (Tabelle 20, T5): Bei hohem Zeitdruck wurde verglichen mit niedrigem Zeitdruck signifikant häufiger die Absicht

<sup>39</sup> Aufgrund fehlender Werte auf der abhängigen Variablen *Ignorieren* gingen nur  $N = 168$  Probanden in die Analyse ein.

geäußert, die Protagonistin zu *ignorieren* ( $F[1,165] = 34.71, p < .01, \eta^2 = .17$ ) und seltener beabsichtigt, *Aufmerksamkeit zu schenken* ( $F[1,161]^{40} = 46.06, p < .01, \eta^2 = .22$ ).

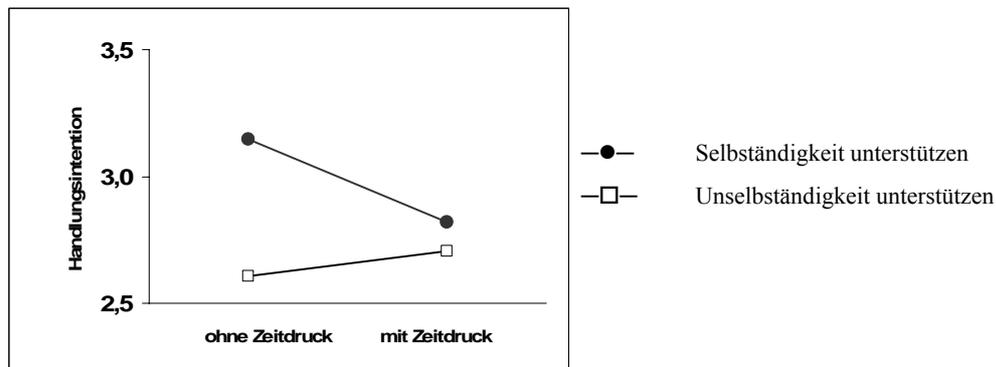


Abbildung 6: *Selbständigkeit unterstützen* und *Unselbständigkeit unterstützen* bei hohem und niedrigem Zeitdruck der Pflegeperson in Studie 1.

Die alternative Vermutung, dass bei großem Zeitdruck generell mehr *Kritik* geäußert werden sollte, erfuhr dagegen keine empirische Bestätigung. Im Einklang mit dem Befund, die Protagonistin bei hohem Zeitdruck mehr zu ignorieren, war die Bereitschaft sie zu kritisieren hier tendenziell weniger ausgeprägt.

#### **Zusammenspiel zwischen Selbständigkeit der Protagonistin und Zeitdruck der Pflegeperson.**

Die Hypothese eines moderierenden Einflusses des Zeitdruckes auf den Effekt der Selbständigkeitsmanipulation konnte weder für den Kontrast *S-U* (Tabelle 17, T8), noch für den Kontrast *A-I* (Tabelle 20, T8) und *Kritisieren* (Tabelle 23) nachgewiesen werden. Auch in Bezug auf die beiden einzelnen Handlungsintentionen *Unselbständigkeit unterstützen* bzw. *Selbständigkeit unterstützen* gab es keine Wechselwirkungseffekte, beide  $F < 1$ .

**Alter der Protagonistin (Hypothese 6).** Es wurde vermutet, dass sich das Alter unterschiedlich auf die Handlungsintentionen auswirken sollte. So sollten bei einer alten Protagonistin mehr *unselbständigkeitsunterstützende* und weniger *selbständigkeitsunterstützende* Reaktionen beabsichtigt werden. Die Wechselwirkung zwischen *Alterskontrast* und dem Kontrast *S-U* erreichte aber keine statistische Bedeutsamkeit (Tabelle 18, T2). Allerdings unterschieden sich die Mittelwerte der Handlungsintention *Unselbständigkeit unterstützen* für die alte und die junge Protagonistin in die erwartete Richtung (siehe Tabelle 19): Bei einer jungen Protagonistin wurden

<sup>40</sup> Aufgrund fehlender Werte auf der abhängigen Variablen *Aufmerksamkeit schenken* gingen nur  $N = 164$  Probanden in die Analyse ein.

etwas geringere unselbständigkeitsunterstützender Reaktionen beabsichtigt,  $F(1,109) = 3.37$ ,  $p = .07$ ,  $\eta^2 = .03$ <sup>41</sup>.

Die Hypothese einer vermehrten *Aufmerksamkeit* für die alte Protagonistin und einer verringerten Absicht, diese zu *ignorieren*, konnte aufgrund der marginal signifikanten Interaktion des *Alterskontrasts* mit dem Kontrast *A-I* zumindest tendenziell bestätigt werden (Tabelle 21, T2). Die *post hoc*-Varianzanalysen unter Ausschluss der Probanden aus der Bedingung alte Protagonistin im Altenheim erbrachten allerdings nur für *Ignorieren* einen signifikanten Unterschied zwischen junger und alter Protagonistin,  $F(1,106) = 7.47$ ,  $p < .01$ ,  $\eta^2 = .07$ , nicht aber für *Aufmerksamkeit schenken*,  $F < 1$ .

Es war vermutet worden, dass gegenüber der alten Protagonistin im Krankenhaus mehr *Kritik* beabsichtigt würde, als gegenüber der jungen Protagonistin. Der signifikante Haupteffekt des Faktors *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* sowie die Mittelwerte wiesen tatsächlich in diese Richtung, die auch unter Berücksichtigung der Interaktion mit dem Faktor *Zeitdruck der Pflegeperson* beibehalten wurde (vgl. Tabelle 23 sowie Tabelle 24). Eine *post hoc*-Varianzanalyse unter Ausschluss der Probanden aus der Bedingung alte Protagonistin im Altenheim erbrachte einen signifikanten Haupteffekt des Alters,  $F(1,108) = 4.60$ ,  $p = .03$ ,  $\eta^2 = .04$ . Die Interaktion mit dem *Zeitdruck der Pflegeperson* wurde dagegen nicht mehr signifikant,  $F < 1$ .

***Zusammenspiel zwischen Alter und Selbständigkeit der Protagonistin.*** Über diese Haupteffekte des Alters hinaus wurde angenommen, dass das Alter der Protagonistin den Einfluss der Selbständigkeitsmanipulation auf die Handlungsintentionen *Selbständigkeit vs. Unselbständigkeit unterstützen* moderiert. Die Dreifachinteraktion von *Alterskontrast* und dem Faktor *Handlungsintentionen* mit dem Faktor *Selbständigkeit der Protagonistin* wurde nicht signifikant (Tabelle 18, T6).

***Zusammenspiel zwischen Alter der Protagonistin und Zeitdruck der Pflegeperson.*** Schließlich war vermutet worden, dass das Alter der Protagonistin auch den Effekt der Zeitdruckmanipulation auf die Handlungsintentionen moderiert. Diese Hypothese fand allerdings weder für den Kontrast *S-U* (Tabelle 18, T5), noch für *A-I* (Tabelle 21, T5), noch für *Kritisieren* (Tabelle 23) empirische Bestätigung.

---

<sup>41</sup> Für die *post hoc* durchgeführte dreifaktorielle MANOVA mit *Unselbständigkeit unterstützen* als abhängiger Variablen wurden die Probanden aus der Bedingung alte Protagonistin im Altenheim aus der Berechnung ausgeschlossen.

**Pflegesetting Altenheim vs. Krankenhaus (Hypothese 7).** Obwohl postuliert worden war, dass sich die Handlungsintentionen in beiden Pflegekontexten bezüglich einer alten Protagonistin nicht unterscheiden sollten, erbrachte die Kontrastanalyse eine marginal signifikante Interaktion des *Settingkontrasts* mit dem Kontrast *S-U* (Tabelle 18, T2). Der Kontrast *S-U* war für die alte Protagonistin im Altenheim tendenziell größer als für die alte Patientin im Krankenhaus (siehe Abbildung 7). Dieser Unterschied ging auf signifikant stärkere *unselbständigkeitsunterstützende* Reaktionen auf die Patientin im Krankenhaus zurück,  $F(1,114) = 4.06, p = .05, \eta^2 = .03^{42}$  (siehe Abbildung 8).

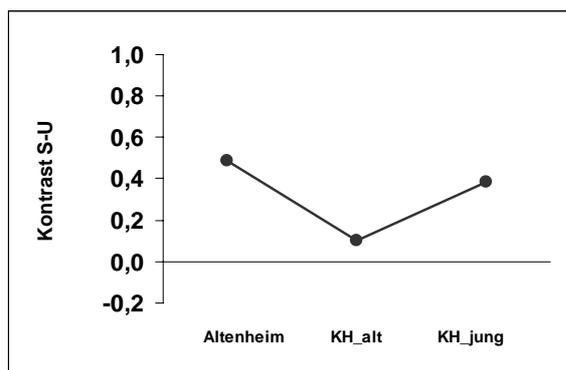


Abbildung 7: Kontrast *S-U* in den Stufen des Faktors *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* in Studie 1.

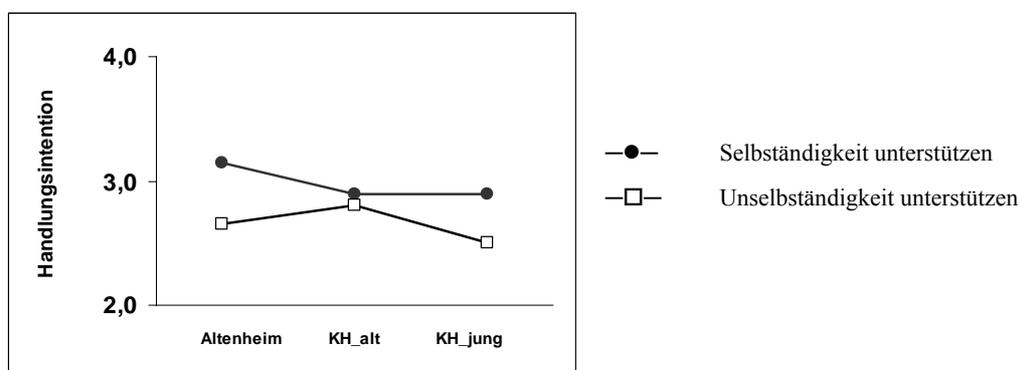


Abbildung 8: *Selbständigkeit unterstützen* und *Unselbständigkeit unterstützen* in den Stufen des Faktors *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* in Studie 1.

Hypothesenkonform wirkte sich das Pflegesetting nicht in signifikanter Weise auf die Handlungsabsichten *Aufmerksamkeit schenken vs. Ignorieren* aus (Tabelle 21, T2).

Allerdings legten die Mittelwerte eine höhere *Kritikbereitschaft* gegenüber der Protagonistin im Altenheim unter der situativen Bedingung eines hohen Zeitdrucks nahe (siehe Tabelle 24). Eine

<sup>42</sup> Für diese Berechnung wurden die Probanden aus der Bedingung junge Protagonistin im Altenheim aus der MANOVA ausgeschlossen.

*post hoc* durchgeführte MANOVA unter Ausschluss der Versuchspersonen aus der Bedingung junge Protagonistin im Krankenhaus ergab tatsächlich eine signifikante Interaktion des Settings mit dem *Zeitdruck der Pflegeperson*,  $F(1,111) = 6.00$ ,  $p = .02$ ,  $\eta^2 = .05$ .

#### 4.2.4 Effekte der personalen Moderatoren

Im Folgenden werden die korrelativen Zusammenhänge zwischen den personalen Variablen *Individuelle Ausprägung des Altersstereotyps* (4.2.4.1), *Direktivität* (4.2.4.2), *Geduld* und *Erregbarkeit* (4.2.4.3) auf der einen Seite und den Handlungsintentionen auf der anderen Seite präsentiert.

##### 4.2.4.1 Individuelle Ausprägung des Altersstereotyps

Um den Einfluss des Stereotypenkennwertes der modifizierten Version des FAQ auf die Handlungsintentionen der Probanden zu ermitteln, welche die Bedingung mit einer alten Protagonistin bearbeiteten, wurden die Untersuchungsteilnehmer aus der Bedingung junge Protagonistin im Krankenhaus aus den folgenden Analysen ausgeschlossen. Über die bivariaten Produkt-Moment-Korrelationen zwischen dem FAQ-Stereotypenkennwert und den Handlungsintentionen informiert Tabelle 25.

Tabelle 25: Korrelationen des FAQ-Stereotypenkennwertes mit den Handlungsintentionen in Studie 1

	FAQ: Stereotypenkennwert
Selbständigkeit unterstützen	-.01
Unselbständigkeit unterstützen	.22*
Kontrast S-U	-.23*
Aufmerksamkeit schenken	.08
Ignorieren	.01
Kontrast A-I	.06
Kritisieren	-.09

Anmerkung. \*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$ .

Hypothesenkonform war der Zusammenhang zwischen einem negativen Altersstereotyp und der Absicht, *unselbständigkeitsunterstützendes* Pflegeverhalten zu zeigen, signifikant positiv, wohingegen der Kontrast *S-U* erwartungsgemäß signifikant negativ mit dem Stereotypenkenn-

wert korrelierte<sup>43</sup>. Entgegen der Hypothese 4 wies das Maß für ein negatives Altersstereotyp allerdings keine statistisch bedeutsame negative Beziehung zur Handlungskategorie *Selbständigkeit unterstützen* auf. Für die Intentionen *Aufmerksamkeit schenken*, *Ignorieren*, den Kontrast *A-I* und *Kritisieren* waren keine Hypothesen formuliert worden, es ergaben sich auch keine signifikanten Zusammenhänge zur individuellen Ausprägung des Altersstereotyps.

Schließlich wurde überprüft, ob der Einfluss des Faktors *Selbständigkeit der Protagonistin* auf die abhängige Kontrastvariable *S-U* durch die individuelle Ausprägung des Altersstereotyps der Probanden moderiert wurde. Dazu wurde die Korrelation des Kontrasts zwischen selbständiger und unselbständiger Protagonistin im Hinblick auf den Kontrast *S-U* (Kontrast T6 aus der Transformationsmatrix in Tabelle 15) mit dem FAQ-Stereotypenkennwert berechnet. Der Zusammenhang wurde konträr zu Hypothese 4 nicht signifikant,  $r = .09$ ,  $p = .36$ .

#### 4.2.4.2 Direktivität

Für die Analysen zum personalen Moderator Direktivität wurden wieder alle Untersuchungsteilnehmer in die Berechnungen eingeschlossen. Die bivariaten Produkt-Moment-Korrelationen zwischen dem Maß für die Direktivität und den Handlungsintentionen finden sich in Tabelle 26. Die Direktivität zeigte erwartungsgemäß einen negativen Zusammenhang zu *selbständigkeitsunterstützenden* bzw. einen positiven Zusammenhang zu *unselbständigkeitsunterstützenden* Pflegeabsichten, wobei die Beziehungen nur schwach und nicht signifikant waren. Die hypothesenkonforme negative Beziehung zwischen Direktivität und dem Kontrast *S-U* verfehlte das statistisch festgelegte Signifikanzniveau nur knapp ( $p = .07$ ). Für den Zusammenhang zwischen Direktivität und der Bereitschaft der Probanden, der Protagonistin in der Vignette Aufmerksamkeit zu schenken, waren zwei gegenläufige Hypothesen postuliert worden. Es stellte sich heraus, dass umso weniger beabsichtigt wurde, *Aufmerksamkeit zu schenken*, je stärker ausgeprägt die Eigenschaft war, Handlungen und Erlebnisweisen anderer Personen direktiv zu steuern. Im Einklang mit diesem Befund hielten es die Probanden für umso wahrscheinlicher, dass sie die Protagonistin *ignorieren* würden, je direkter sie sich selbst einschätzten. Je größer die Direktivität, desto geringer war also auch der Kontrast *A-I*, d.h. die Bereitschaft Aufmerksamkeit zu schenken im Verhältnis zum Ignorieren. Im Sinne von Hypothese 6 war schließlich der

---

<sup>43</sup> Um zu kontrollieren, ob die signifikanten Korrelationen zwischen dem FAQ-Stereotypenkennwert und *Unselbständigkeit unterstützen* bzw. dem Kontrast *S-U* einen spezifischen Einfluss einer generalisierten negativen Alterssicht auf den Umgang mit *alten* Menschen widerspiegeln, wurden die Zusammenhänge noch einmal nur für die Probanden aus der Bedingung *junge* Protagonistin berechnet. Keiner der Korrelationskoeffizienten erreichte statistische Bedeutsamkeit, so dass nicht davon ausgegangen werden muss, dass eine allgemeine Bereitschaft, negativ über andere Menschen zu denken, für die Effekte verantwortlich ist.

Zusammenhang zwischen der Bereitschaft, *Kritik* am Verhalten der Protagonistin zu äußern, und der Direktivität signifikant positiv.

Tabelle 26: Korrelationen der Direktivität mit den Handlungsintentionen in Studie 1

	Direktivität
Selbständigkeit unterstützen	-.10
Unselbständigkeit unterstützen	.09
Kontrast S-U	-.14
Aufmerksamkeit schenken	-.20**
Ignorieren	.26**
Kontrast A-I	-.27**
Kritisieren	.16*

Anmerkung. \*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$ .

Die Moderatorhypothese bezüglich der personalen Variable Direktivität wurde wiederum mittels einer Korrelation zwischen dem Direktivitätsmaß und dem Kontrast T6 überprüft. Der Zusammenhang stellte sich als statistisch nicht bedeutsam heraus, so dass die Hypothese eines moderierenden Einflusses der Eigenschaft, in sozialen Beziehungen Kontrolle auszuüben, auf Reaktionsunterschiede bezüglich einer selbständigen bzw. unselbständigen Protagonistin nicht bestätigt werden konnte,  $r = .05$ ,  $p = .50$ .

#### 4.2.4.3 Geduld und Erregbarkeit

Eine Analyse der bivariaten Produkt-Moment-Korrelationen zwischen dem Maß für die personale Variable Geduld und den Handlungsintentionen (siehe Tabelle 27) erbrachte ein hypothesenkonformes wenngleich schwach ausgeprägtes und nicht in allen Fällen signifikantes Zusammenhangsmuster: Eine hohe Ausprägung der Eigenschaft, geduldig abwarten zu können, bis ein langsamerer Interaktionspartner eine Handlung selbständig ausgeführt hat, ging tendenziell mit einer starken Bereitschaft, der Protagonistin in der Vignette mit *selbständigkeitsunterstützendem* Verhalten zu begegnen, bzw. mit einer geringen Absicht zu *unselbständigkeitsunterstützenden* Handlungen einher. Für den Kontrast *S-U* erreichte dieser Zusammenhang zur Geduld auch statistische Signifikanz. Gleichzeitig wurde die Wahrscheinlichkeit, der Protagonistin *Aufmerksamkeit zu schenken*, umso höher eingeschätzt, je geduldiger sich die Probanden selbst beschrieben. Im Einklang mit diesem Befund war die Beziehung zwischen der personalen Variable Geduld und der Handlungsabsicht *Ignorieren* signifikant negativ. Das Verhältnis zwischen *Aufmerksamkeit schenken* und *Ignorieren*, ausgedrückt im Kontrast *A-I*, korrelierte folglich signifikant positiv mit Geduld. Ebenfalls im Sinne von Hypo-

these 5 zeigte sich ein negativer Zusammenhang zwischen Geduld und der Handlungsintention *Kritisieren*, der jedoch statistisch nicht bedeutsam wurde ( $p = .07$ ).

Tabelle 27: Korrelationen der Geduld und der Erregbarkeit mit den Handlungsintentionen in Studie 1

	Geduld	Erregbarkeit
Selbständigkeit unterstützen	.10	-.04
Unselbständigkeit unterstützen	-.12	.13
Kontrast S-U	.16*	-.13
Aufmerksamkeit schenken	.18*	-.09
Ignorieren	-.17*	-.03
Kontrast A-I	.21**	-.04
Kritisieren	-.14	-.02

Anmerkung. \*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$ .

Für die FPI-Skala Erregbarkeit, die zur Konstruktvalidierung der Skala Geduld mit in die Studie aufgenommen worden war, wurden Zusammenhänge zu den Handlungsintentionen erwartet, die gegenläufig zum Korrelationsmuster der Geduld waren. Übereinstimmend mit dieser Erwartung wies die personale Variable Erregbarkeit eine tendenziell negative Beziehung zum Kontrast *S-U* und eine positive Beziehung zu *unselbständigkeitsunterstützenden* Reaktionen auf. Die Zusammenhänge waren allerdings gering und statistisch nur auf dem Zehnprozentniveau signifikant.

Zur Testung eines potentiellen Moderatoreffektes von Geduld bzw. Erregbarkeit auf den Einfluss des messwiederholten Faktors *Zeitdruck der Pflegeperson* bezüglich des Kontrastes *S-U* wurden die Korrelationen zwischen den beiden personalen Variablen und dem Kontrast T5 berechnet. Der Kontrast T5 bildet die Interaktion des Kontrastes niedriger vs. hoher Zeitdruck mit der abhängigen Kontrastvariablen *S-U* ab (siehe Transformationsmatrix in Tabelle 15). Beide Korrelationskoeffizienten wurden nicht signifikant ( $r_{\text{Geduld}} = .02$ ,  $p = .83$ ;  $r_{\text{Erregbarkeit}} = .07$ ,  $p = .37$ ), so dass die Moderatorhypothese nicht bestätigt werden konnte.

## 5 Studie 2

Die an der studentischen Stichprobe gewonnenen Ergebnisse von Studie 1 sprechen dafür, dass die experimentelle Untersuchung der in Kapitel 3 entwickelten Fragestellung grundsätzlich eine adäquate Herangehensweise darstellt. Daher wurde eine zweite Studie durchgeführt, in der wie in den Forschungsarbeiten von Baltes das Interaktionsverhalten *professioneller Pflegekräfte* untersucht wurde. Studie 2 stellt also bis auf wenige im Folgenden geschilderte Modifikationen bezüglich einzelner Aspekte des Untersuchungsdesigns und des Fragebogenmaterials eine Replikation der ersten Studie mit einer anderen Stichprobe dar.

### 5.1 Methode

Im Folgenden werden zunächst das Untersuchungsdesign (5.1.1), die Stichprobenumfangsplanung (5.1.2) und die für Studie 2 herangezogene Stichprobe (5.1.3) beschrieben. Da das Untersuchungsmaterial weitgehend mit dem für Studie 1 verwendeten Material übereinstimmte, wird unter 5.1.4 lediglich auf Aspekte eingegangen, die für Studie 2 verändert wurden. Anschließend wird die für Studie 2 vorgenommene statistische Aufbereitung der bereits aus Studie 1 bekannten Untersuchungsmaterialien dargestellt (5.1.5). Schließlich wird noch auf die Kontrollvariable *Einfühlbarkeit in die Vignetten* eingegangen (5.1.6). In Anhang A.2 ist der gesamte Fragebogen von Studie 2 abgedruckt.

#### 5.1.1 Untersuchungsdesign

Das Untersuchungsdesign glich weitgehend dem Versuchsplan von Studie 1. Allerdings wurde der zweistufige Faktor *Zeitdruck der Pflegeperson* (hoch vs. niedrig) in Studie 2 nicht messwiederholt, sondern als Gruppenfaktor realisiert. Es wurde vermutet, dass es den im Bearbeiten wissenschaftlicher Fragebögen vergleichsweise unerfahrenen Pflegepersonen schwer fallen sollte, sich bei vier verschiedenen Vignetten in unterschiedliche Situationen hineinzuversetzen. Indem die Zeitdruckmanipulation bereits vor der Präsentation der Vignetten vorgenommen wurde und sich auf alle beschriebenen Szenarien bezog, wurde die Komplexität der Situationen reduziert. Das Untersuchungsdesign enthielt weiterhin den dreistufigen Gruppenfaktor *Pflege-setting/Alter der Protagonistin* (achtzigjährige Protagonistin im Altenheim, achtzigjährige Protagonistin im Krankenhaus, vierzigjährige Protagonistin im Krankenhaus) sowie den messwiederholten Faktor *Selbständigkeit der Protagonistin* (selbständig vs. unselbständig). Da alle vier in Studie 1 verwendeten Materialmengen des Materialfaktors *Tätigkeit der Protagonistin*

(Waschen, Anziehen, Essen, Einstellen eines Radioweckers) auch in Studie 2 zum Einsatz kommen sollten, bearbeitete jeder Proband zwei Situationen, in denen sich die Protagonistin selbständig verhielt und zwei Situationen, in denen sie sich unselbständig verhielt<sup>44</sup>. Der Materialfaktor wurde wie in Studie 1 innerhalb des Faktors *Selbständigkeit der Protagonistin* genestet und den Bedingungen mit Hilfe eines Lateinischen Quadrats zugeordnet. Zur Balancierung von Reihenfolgeeffekten wurde die *Reihenfolge der Selbständigkeitsmanipulation* als zweistufiger Gruppenfaktor eingeführt: Vignetten mit selbständiger bzw. unselbständiger Protagonistin wurden wie in Studie 1 stets abwechselnd vorgelegt, variiert wurde, ob in der ersten Vignette eine selbständige oder eine unselbständige Person beschrieben wurde. Letztlich ergab sich also ein vierfaktorieller  $3 \times 2 \times 2 \times 2$  Versuchsplan mit den drei Gruppenfaktoren *Pflegesetting/Alter der Protagonistin*, *Zeitdruck der Pflegeperson* und *Reihenfolge der Selbständigkeitsmanipulation* sowie dem messwiederholten Faktor *Selbständigkeit der Protagonistin*.

Die Zuordnung der Probanden zu den Stufen des Faktors *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* erfolgte in Abhängigkeit von ihrer beruflichen Tätigkeit: Pflegekräfte, die im Altenheim arbeiteten, erhielten nur Vignetten, in denen eine achtzigjährige Protagonistin im Altenheim beschrieben wurde. Pflegekräfte aus dem Krankenhaus erhielten zufällig entweder Vignetten, in denen es um eine achtzigjährige Protagonistin im Krankenhaus ging, oder Vignetten, in denen eine vierzigjährige Patientin im Krankenhaus dargestellt wurde. Diese Konfundierung zwischen beruflicher Tätigkeit der Probanden und dem Faktor *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* schien aus Gründen der ökologischen Validität notwendig. Es wurde davon ausgegangen, dass es den Pflegekräften leichter fallen sollte, sich in eine Situation aus ihrem unmittelbaren beruflichen Alltag hineinzusetzen. Die mit der Konfundierung einhergehende Einschränkung der internen Validität des Designs konnte in Kauf genommen werden, da die Zuordnung der Probanden zu den Settingbedingungen in Studie 1 randomisiert erfolgt war. Studie 1 stellte in dieser Hinsicht also eine Kontrollbedingung zu Studie 2 dar. Innerhalb der Stufen des Faktors *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* wurden die Probanden den aus der Kreuzung der Gruppenfaktoren *Zeitdruck der Pflegeperson* und *Reihenfolge der Selbständigkeitsmanipulation* resultierenden vier Bedingungskombinationen randomisiert zugeordnet.

---

<sup>44</sup> In Studie 1 waren vier Materialmengen aus methodischen Gründen notwendig gewesen, damit für jede der aus der Kreuzung der messwiederholten Faktoren *Zeitdruck der Pflegeperson* und *Selbständigkeit der Protagonistin* entstandenen vier Bedingungen eine Materialmenge vorgelegt werden konnte. Für Studie 2 hätten zwei Materialmengen ausgereicht, weil nur noch der Faktor *Selbständigkeit der Protagonistin* messwiederholt realisiert wurde. Zur besseren Generalisierbarkeit der Ergebnisse und zur Erhöhung der Messgenauigkeit wurden aber alle vier Materialmengen eingesetzt.

### 5.1.2 Stichprobenumfangsplanung

Die *a priori*-Bestimmung der optimalen Stichprobengröße wurde mithilfe des Computerprogramms GPOWER (Faul & Erdfelder, 1992) durchgeführt. Bei einer angestrebten Teststärke von  $1-\beta = .90$  und einem tolerierten  $\alpha$ -Fehlerniveau von  $.05$  ergab sich zur Aufdeckung eines mittleren Effektes von  $f = .25$  ( $\omega^2 = .06$ ) ein Stichprobenumfang von  $N = 206$  Personen. Aufgeteilt auf die zwölf Zellen des aus der Kreuzung der Gruppenfaktoren entstehenden Versuchsplans entsprach das einer Zellbesetzung von  $n = 17.17$  Probanden, die auf 18 Personen aufgerundet wurden.

### 5.1.3 Stichprobe

An der Fragebogenstudie nahmen insgesamt 248 Pflegekräfte aus drei Trierer Altenheimen sowie aus einem Trierer Krankenhaus teil. Alle Einrichtungen befinden sich in zentraler Lage in Trier. Eines der Altenheime sowie das Krankenhaus sind in katholischer Trägerschaft, zwei Altenheime werden von einer Stiftung des öffentlichen Rechts mit „katholischem Charakter“ getragen<sup>45</sup>. Die drei Altenheime bieten jeweils Platz für über hundert Bewohner aller Pflegestufen. Das Krankenhaus ist ein Schwerpunktkrankenhaus sowie akademisches Lehrkrankenhaus und verfügt über mehr als 500 Betten. Die Probanden erhielten für ihre Teilnahme ein Monatslos der Aktion Mensch<sup>46</sup>. Ihnen wurde in einem dem Fragebogen beigelegten Anschreiben mitgeteilt, die Studie beschäftige sich mit der Ermittlung möglicher Einflussfaktoren auf das Interaktionsverhalten zwischen Patienten und Pflegekräften. Nach Abschluss der Datenerhebung und -auswertung wurden Zielsetzung und Ergebnisse der Untersuchung ausführlich im Rahmen einer Stationsleiterkonferenz bzw. in einem einrichtungsinternen Newsletter zurückgemeldet.

In den Altenheimen wurden von 192 verteilten Fragebögen 47.39% ausgefüllt zurückgegeben, im Krankenhaus entsprach der Rücklauf 81.77%. Der deutlich höhere Rücklauf im Krankenhaus war auf den Modus der Probandenrekrutierung zurückzuführen: Statt den Fragebogen wie im Altenheim im Rahmen der Schichtübergabegespräche vorzustellen und an alle Mitglieder eines Pflgeteams zu verteilen, denen die Untersuchungsteilnahme selbstverständlich freigestellt wurde, wurden im Krankenhaus zunächst nur die Stationsleiter über das Forschungsvorhaben informiert. Diese rekrutierten dann freiwillige Studienteilnehmer aus ihren Pflgeteams,

---

<sup>45</sup> Die katholische Prägung der Einrichtungen wird u.a. daran deutlich, dass ihrem Verwaltungsrat neben dem jeweiligen Oberbürgermeister auch der Bischof von Trier vorsitzt.

<sup>46</sup>Die Lose wurden durch Mittel des Forschungsfonds des Landes Rheinland-Pfalz finanziert.

an die die Fragebögen anschließend gezielt verteilt wurden. Zudem wurden auch die Schüler der an das Krankenhaus angegliederten Fachschule für Krankenpflege im Rahmen des Unterrichts zur Teilnahme an der Erhebung motiviert. Bei knapp einem Viertel (23.08%) der von den Altenheimmitarbeitern bearbeiteten Fragebögen sowie bei 6.08% der Krankenhauskräfte fehlten in der Skala Handlungsintentionen zu viele Daten, so dass die Fragebögen nicht in die Auswertung einbezogen werden konnten. Die Probanden hatten offensichtlich nicht verstanden, dass sie für *jede* der zehn Handlungsalternativen eine Einschätzung abgeben sollten, und daher nur die ihnen am plausibelsten erscheinende Handlungsintention angekreuzt. Dieser Unterschied in der Fehlerrate zwischen Altenheim- und Krankenhauspersonal ist wahrscheinlich auf die größere Erfahrung der Krankenhausmitarbeiter in der Bearbeitung wissenschaftlicher Fragebögen zurückzuführen, denn das akademische Lehrkrankenhaus beteiligt sich regelmäßig an Forschungsprojekten. Eine weitere Studienteilnehmerin aus dem Altenheim wurde aus der Auswertung ausgeschlossen, weil sie bei der Kontrollvariablen *Anzahl der Arbeitsjahre in der Pflege* angab, noch gar nicht in der Pflege gearbeitet zu haben. Schließlich gaben bei der Kontrollvariablen *Muttersprache* sechs Probanden an, Deutsch sei nicht ihre Muttersprache. Drei dieser Personen waren Schüler der Fachschule für Krankenpflege, so dass davon ausgegangen wurde, dass ihre Deutschkenntnisse für das Bearbeiten des Fragebogens ausreichten. Die anderen drei Nicht-Muttersprachler wurden aus der Auswertung ausgeschlossen, da nicht mit Sicherheit beurteilt werden konnte, ob ihre im Pflegealltag möglicherweise zufrieden stellenden Sprachkenntnisse auch für das Verständnis des Fragebogens genügten.

Somit verblieben letztlich  $N = 214$  Studienteilnehmer, davon 79.8% Frauen und 20.2% Männer<sup>47</sup>. Das Alter der Probanden wurde aus Anonymitätsgründen über die Vorgabe von fünf Altersbereichen erfasst. Tabelle 28 stellt die Häufigkeitsanalysen für die Merkmale Geschlecht, Alter und Ausbildungsstand getrennt für die Teilnehmer aus den Altenheimen und dem Krankenhaus dar.

Nach Angaben der Personalabteilung des Krankenhauses waren zum Erhebungszeitpunkt 75% aller Pflegekräfte weiblichen Geschlechts. Ein Chi-Quadrat-Test zeigte, dass der Frauenanteil in der Stichprobe der Krankenpflegekräfte nicht signifikant von der Grundgesamtheit abwich,  $\chi^2(1) = 2.24$ ,  $p = .13$ . In den beiden Altenheimen, in denen die Angaben zu Geschlecht, Alter und Ausbildungsstatus erhoben wurden, lag der Frauenanteil laut Personalabteilung bei

---

<sup>47</sup> Die Angaben zu Geschlecht, Alter, Ausbildungsstatus und Pflegeerfahrung der Probanden beziehen sich auf  $N = 194$  Personen, da ein Druckfehler im Fragebogen die Erfassung dieser Daten bei 20 Personen in einem der Altenheime verhinderte.

86.29%. Auch in der Stichprobe der Altenpflegkräfte wich der Anteil der Probanden weiblichen Geschlechts nicht signifikant von der Grundgesamtheit ab,  $\chi^2(1) = 2.09$ ,  $p = .09$ . Die beiden Teilstichproben unterschieden sich bezüglich des Anteils weiblicher Mitarbeiter kaum voneinander (siehe Tabelle 28).

Tabelle 28: Soziodemographische Merkmale der Stichprobe von Studie 2

	Altenheim <sup>a</sup>		Krankenhaus	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<b>Altersbereich</b>				
unter 30 Jahre	17	34.0	71	49.7
zwischen 30 und 40 Jahre	9	18.0	38	26.6
zwischen 40 und 50 Jahre	17	34.0	26	18.2
zwischen 50 und 60 Jahre	7	14.0	7	4.9
über 60 Jahre	0	0	1	0.7
<b>Geschlecht</b>				
Frauen	39	78.0	115	80.4
Männer	11	22.0	28	19.6
<b>Ausbildungsstatus</b>				
examinierte Pflegefachkraft	37	74.0	111	77.1
Schüler/in	5	10.0	29	20.1
keine/andere pflegerische Ausbildung <sup>b</sup>	8	16.0	4	2.8

*Anmerkungen.* <sup>a</sup> Die Angaben zu Alter, Geschlecht und Ausbildungsstatus beziehen sich auf 50 der 70 Probanden aus den Altenheimen, da bei 20 Personen ein Druckfehler im Fragebogen die Erfassung der Daten verhinderte.

<sup>b</sup> Im Altenheim gibt es Pflegekräfte, die keine pflegerische Ausbildung haben, sondern lediglich angeleitet wurden. Im Krankenhaus gibt es diese Kräfte nicht, allerdings hatten manche Probanden eine andere pflegerische Ausbildung (z.B. Kinderkrankenschwester).

Der Median der Altersvariablen lag sowohl für die Altenheime als auch für das Krankenhaus bei dem Altersbereich zwischen 30 und 40 Jahren. Aus den teilnehmenden Einrichtungen lag nur der Altersdurchschnitt der beschäftigten Pflegekräfte vor, der im Krankenhaus bei 38.57 Jahren, in einem Altenheim bei 38.52 und in der anderen Alteneinrichtung bei 44.04 Jahren lag. Insgesamt geht aus der Verteilung der Altersbereiche hervor, dass die Krankenhausstichprobe sich aus jüngeren Personen zusammensetzte, als die Altenheimstichprobe, was zum Teil sicherlich auf dem größeren Anteil an Krankenpflegeschülern beruht.

Wie Tabelle 28 zeigt, waren sowohl in den Altenheimen wie im Krankenhaus ungefähr zwei Drittel der Studienteilnehmer Pflegefachkräfte. Im Krankenhaus lag der Fachkräfteanteil an der Gesamtheit aller Pflegekräfte laut Angabe der Personabteilung mit 90.4% deutlich höher als in der Stichprobe, was vor allem auf die gezielte Rekrutierung der Krankenpflegeschüler als Pro-

banden zurückzuführen ist. In den beiden Altenheimen lag der Anteil der Pflegefachkräfte bei 72.58% und war damit in etwa so hoch wie in der Stichprobe.

Die Probanden arbeiteten durchschnittlich bereits 11.93 Jahre in der Pflege, die Werte rangierte zwischen einem und vierzig Jahren Berufserfahrung ( $SD = 9.09$ ). Dabei unterschieden sich die Studienteilnehmer aus Altenheimen und Krankenhaus nicht signifikant in ihrer Pflegeerfahrung,  $t(191) = .95$ ,  $p = .35$ . Vergleichsdaten bezüglich der Grundgesamtheit der Pflegekräfte aus den teilnehmenden Einrichtungen lagen nicht vor.

Zusammenfassend kann die Stichprobe der Probanden aus dem Krankenhaus sowie den beiden Altenheimen, in denen soziodemographische Daten erhoben wurden, hinsichtlich der Geschlechterverteilung, des Alters sowie des Fachkräfteanteils im Altenheim als repräsentativ für die Belegschaft der Einrichtungen angesehen werden. Lediglich der Fachkräfteanteil im Krankenhaus war in der Stichprobe aufgrund der hohen Anzahl von Krankenpflegeschülern im Vergleich zur Grundgesamtheit reduziert. Wichtiger für die interne Validität ist die weitgehende Übereinstimmung des Frauenanteils, Altersbereichs und Ausbildungsstands in beiden Teilstichproben.

Über die endgültige Zellbesetzung des Versuchsplans, der sich aus der vollständigen Kreuzung der Gruppenfaktoren *Pflegesetting/Alter der Protagonistin*, *Zeitdruck der Pflegeperson* und *Reihenfolge der Selbständigkeitsmanipulation* ergab, informiert Tabelle 29. In vier Zellen ist die Zellbesetzung geringer als die angestrebten  $n = 18$  Probanden. Die *Reihenfolge der Selbständigkeitsmanipulation* wurde zwar beim Erstellen der Fragebögen ausbalanciert, aus forschungsökonomischen Gründen schien es aber nicht sinnvoll, beim Rücklauf der Fragebögen darauf zu achten, dass ungefähr gleich viele Fragebögen jeder Reihenfolge ausgefüllt worden waren, da sonst eine weitaus größere Zahl von Probanden hätte rekrutiert werden müssen. Dieses Vorgehen lässt sich damit rechtfertigen, dass unabhängig von der Art der ersten Vignette jedem Probanden abwechselnd insgesamt vier Vignetten mit unselbständiger bzw. selbständiger Protagonistin vorgelegt wurden und somit in jedem Fall mindestens einmal eine Vignette mit unselbständiger Protagonistin einer selbständigen Protagonistin folgte und umgekehrt. Summiert man die Probanden über die Stufen des Faktors *Reihenfolge der Selbständigkeitsmanipulation* hätte eine Zellbesetzung von  $n = 36$  Personen resultieren müssen. Dieses Ziel wurde für zwei Zellen nicht erreicht. Allerdings erbrachte eine *a posteriori*-Bestimmung der Teststärke, die sich ergäbe, wenn alle Zellen nur die Minimalbesetzung von  $n = 32$  Probanden aufweisen würden, immer noch eine gute Power von  $1-\beta = .88$ .

Tabelle 29: Zuordnung der Versuchspersonen zu den einzelnen Zellen des Versuchsplans in Studie 2

Pflegesetting/Alter der Protagonistin	Reihenfolge Selbständigkeitsmanipulation	Zeitdruck der Pflegeperson		Gesamt
		niedrig	hoch	
80j. P. im Altenheim	R1	15	18	70
	R2	18	19	
80j. P. im Krankenhaus	R1	14	18	69
	R2	18	19	
40j. P. im Krankenhaus	R1	14	13	75
	R2	24	24	
	Gesamt	103	111	214

*Anmerkungen.* R1: zuerst Vignette mit unselbständiger Protagonistin, R2: zuerst Vignette mit selbständiger Protagonistin.

#### 5.1.4 Veränderungen im Untersuchungsmaterial zur Studie 1

Das Untersuchungsmaterial in Studie 2 enthielt ein weiteres Maß zur indirekten Erfassung der individuellen Ausprägung des Altersstereotyps (5.1.4.1). Die Skala Erregbarkeit wurde dagegen nicht mehr in den Fragebogen eingeschlossen (5.1.4.2).

##### 5.1.4.1 Eigenschaftsrating zur Erfassung der individuellen Ausprägung des Altersstereotyps

Da sich die modifizierte Form des FAQ in Studie 1 als eher unreliares Instrument erwiesen hatte und der Nachweis eines moderierenden Einflusses auf den Effekt der Selbständigkeitsmanipulation nicht gelungen war (vgl. 4.2.4.1), wurde in Studie 2 ein weiteres Maß zur indirekten<sup>48</sup> Erfassung der individuellen Ausprägung des Altersstereotyps eingesetzt, das sich in seiner Konstruktion an ein Instrument von Hoppe-Thesen (2002) anlehnte. Die Probanden mussten für eine Liste von 20 Adjektiven beurteilen, wie sich diese Eigenschaften mit zunehmendem Alter verändern. Um diese Einschätzung zu konkretisieren, sollten sie für jedes Adjektiv angeben, ob ein achtzigjähriger Mensch im Vergleich zu einem vierzigjährigen Menschen eher mehr oder eher weniger von dieser Eigenschaft besitzt (Die Altersstufen entsprachen also denen der Al-

<sup>48</sup> Die Klassifikation eines Verfahrens in *indirekt* vs. *direkt* erfolgt danach, inwieweit den Probanden die Messintention bewusst wird (z.B. Thomas, 1991). Bei dem hier vorgestellten Eigenschaftsrating lassen sich Argumente für beide Einteilungen finden. Die Versuchspersonen werden zwar *direkt* danach gefragt, wie sich bestimmte Eigenschaften zwischen Altersgruppen unterscheiden. Die Verrechnung der Antworten zu einem Stereotypenmaß bzw. die Messabsicht bleiben jedoch für die Probanden weitgehend unklar.

tersmanipulation in den Vignetten.)<sup>49</sup>. Als Antwortformat stand eine neunstufige Likertskala von -4 bis +4 zur Verfügung, wobei -4 für „sehr viel weniger“ von dieser Eigenschaft, +4 für „sehr viel mehr“ und 0 für „genau so“ viel von dieser Eigenschaft stand. Sämtliche Adjektive waren der Studie von Heckhausen und Kollegen (1989) entnommen, die sich mit den subjektiven Überzeugungen bezüglich der Entwicklungsverläufe im Erwachsenenalter beschäftigte: Junge, mittel alte und alte Erwachsene beurteilten für 148 Adjektive, inwieweit die entsprechende Eigenschaft im Laufe des Erwachsenenalters zunähme, zu welchem Grad die Zunahme erwünscht sei, in welchem Alter die Zunahme ungefähr anfinde und wann sie beendet sei. In der Untersuchung fand sich ein großer Konsens über die Altersgruppen hinweg in Bezug auf die Entwicklung von Eigenschaften im Erwachsenenalter. Für die hier berichtete Studie 2 wurden der Liste der Adjektive von Heckhausen et al. (1989), für die eine Zunahme im Laufe des Erwachsenenalters angenommen worden war, die also als *veränderungssensitiv* gelten konnten, 20 Items entnommen. Die Hälfte der Adjektive bezeichneten positive Eigenschaften, deren Zunahme von den Probanden als besonders erwünscht eingeschätzt worden war, die andere Hälfte bezog sich auf negative Eigenschaften, deren Zunahme als entsprechend unerwünscht beurteilt worden war. Da die Adjektivliste von Heckhausen et al. (1989) nur in einer englischsprachigen Publikation existierte, wurden die entnommenen Items von der Autorin der vorliegenden Arbeit ins Deutsche übersetzt. Das Eigenschaftsrating zur Erfassung der individuellen Ausprägung des Altersstereotyps kann dem Fragebogen zu Studie 2 im Anhang A.2 entnommen werden.

Tabelle 30 zeigt die deskriptiven Werte der einzelnen Adjektive. Positive Werte stehen für eine Zunahme in der jeweiligen Eigenschaft bei einem achtzigjährigen Menschen gegenüber einer vierzigjährigen Person, negative Werte indizieren eine Abnahme. Wie man Tabelle 30 entnehmen kann, gaben die Probanden insbesondere bei unerwünschten Eigenschaften, die der stereotypen Negativerwartung des „inkompetenten“ alten Menschen entsprechen, vergleichsweise hohe durchschnittliche Veränderungen gegenüber jüngeren Personen an: Eigenschaften wie „hilfsbedürftig“ und „schwach“ aber auch „starrsinnig“ (Starrsinnigkeit kann als eine Form der geistigen Unflexibilität und damit mangelnden kognitiven Kompetenz angesehen werden) nehmen nach Einschätzung der Probanden bei alten Menschen zu, ebenso wie „unselbständig“

---

<sup>49</sup> Diese Vorgehensweise ähnelt in gewisser Weise der von Martin (1987) vorgeschlagenen *ratio*-Methode, bei der ein Proband die Verteilung einer Eigenschaft sowohl in der stereotypisierten Gruppe (also z.B. „alte Menschen“) als auch in der Gesamtpopulation einschätzen muss. Aus beiden Schätzungen wird ein Quotient gebildet, weicht dieser signifikant von 1 ab, wird davon ausgegangen, dass die Eigenschaft zum individuellen Stereotyp dazu gehört. Die Quotienten können für mehrere Eigenschaften zu einem Wert für die individuelle Ausprägung des jeweiligen Stereotyps aggregiert werden.

und zu einem geringeren Grad auch „kompliziert“. Dagegen werden sie als deutlich weniger „unabhängig“ und „selbstsicher“ und als etwas weniger „entschlossen“ beurteilt. Gleichzeitig werden alte Menschen im Sinne der Dimensionen von Cuddy und Fiske (2002) tendenziell auch als „wärmer“ eingeschätzt, indem sie höhere Werte in den Eigenschaften „zufrieden“, „vertrauensvoll“, „freundlich“ und „geduldig“ erhalten, als die jüngere Person. Zudem werden sie auch als „aufrichtiger“ und weniger „unehrlich“ beurteilt.

*Tabelle 30:* Deskriptive Werte aller Items des Eigenschaftsratings

	<i>N</i>	Minimum	Maximum	<i>M</i>	<i>SD</i>
hilfsbedürftig	211	-4	4	1.76	2.03
schwach	210	-4	4	1.02	2.16
starrsinnig	210	-4	4	1.00	1.96
aufrichtig	209	-4	4	.88	1.44
unselbständig	210	-4	4	.79	2.11
zufrieden	211	-3	4	.75	1.71
vertrauensvoll	211	-4	4	.69	1.64
freundlich	211	-3	4	.59	1.26
geduldig	211	-4	4	.52	2.05
kompliziert	206	-4	4	.43	1.65
ungeschickt	209	-4	4	.39	2.06
humorvoll	210	-4	4	.35	1.23
egoistisch	210	-4	4	.22	1.86
vernünftig	210	-4	4	.01	1.61
launisch	211	-4	4	.01	1.38
nervös	211	-4	3	-.12	1.79
entschlossen	209	-4	4	-.56	2.00
unehrlich	211	-4	3	-.57	1.47
unabhängig	211	-4	4	-1.18	2.15
selbstsicher	210	-4	4	-1.23	1.78

Anhand der relativ hohen Streuungen sowie des breiten Werteranges kann man allerdings auch eine hohe interindividuelle Varianz der Einschätzungen erkennen. Da es mehrfach vorkam, dass die selbe Untersuchungsperson gleichzeitig hohe Werte für konträre Eigenschaften wie z.B. „unselbständig“ und „unabhängig“ lieferte, kann die Möglichkeit nicht ausgeschlossen werden, dass manche Probanden Schwierigkeiten mit dem Antwortformat hatten.

Eine Hauptachsenanalyse mit Varimax-Rotation über alle Items des Eigenschaftsratings erbrachte sechs Faktoren mit Eigenwerten  $> 1$ , von denen laut Scree-Plot aber nur die ersten vier als bedeutsam anzusehen waren. Die vierfaktorielle Lösung klärte lediglich 33.28% der Varianz auf, zeigte aber, dass Adjektive, die semantisch Ähnliches erfassen, auf gemeinsamen Faktoren luden. So führte z.B. der erste Faktor die Items „ungeschickt“, „unselbständig“, „schwach“ und „hilfsbedürftig“ zusammen, während auf dem zweiten Faktor die Adjektive „geduldig“, „vertrauensvoll“ und „zufrieden“ substantielle Ladungen von  $a \geq .50$  aufwiesen. Die Faktorladungsmatrix findet sich in Tabelle B.3 im Anhang B. Allerdings war außer dem ersten Faktor keiner der Faktoren nach den Kriterien von Guadagnoli und Velicer (1988) interpretierbar und es zeigten auch insgesamt nur elf der 20 Items substantielle Ladungen. Das Eigenschaftsrating war aber auch nicht mit dem Ziel gebildet worden, Einschätzungen der Probanden bezüglich spezieller Inhaltsbereiche des Altersstereotyps zu erfassen. Stattdessen interessierte die Valenz des globalen Altersstereotyps, d.h. ob dem achtzigjährigen Menschen über verschiedene Eigenschaftsbereiche hinweg insgesamt eher eine Zunahme an positiven (Entwicklungsgewinne) oder an negativen Eigenschaften (Entwicklungsverluste) zugeschrieben wurde. Daher wurde der Mittelwert aller zehn positiven Adjektive als Index für *Entwicklungsgewinne* und der Durchschnittswert auf allen zehn negativen Items als Index für *Entwicklungsverluste* im Alter gebildet. Beide Indizes konnten theoretisch Werte zwischen -4 und +4 annehmen. Die Differenz zwischen dem Index für Entwicklungsverluste und dem Index für Entwicklungsgewinne fungierte als Index für das *globale Altersstereotyp* (Wertebereich von -8 bis +8). Ein positiver Wert zeigte ein negatives Altersstereotyp an, d.h. dem achtzigjährigen wurden mehr Entwicklungsverluste zugeschrieben als Entwicklungsgewinne. Ein negativer Wert indizierte ein positives Altersstereotyp. Tabelle 31 gibt einen Überblick über die deskriptiven Kennwerte der drei Indizes. Die Probanden aus den drei Settings unterschieden sich nicht signifikant in den drei Indizes (alle  $p \geq .79$ ) und wiesen ein eher negatives Altersstereotyp auf.

Tabelle 31: Statistische Kennwerte der drei Indizes aus dem Eigenschaftsrating

	N	M	SD	$t^a$	p	$\alpha$
Index für Entwicklungsverluste	211	.49	.94	4.57	.00	.68
Index für Entwicklungsgewinne	211	.08	.81	1.46	.15	.62
Valenz des Altersstereotyps: Verluste - Gewinne	211	.41	1.31	7.60	.00	

Anmerkung. <sup>a</sup> Prüft, ob Mittelwert signifikant von 0 verschieden ist.

#### 5.1.4.2 Ausschluss der Skala Erregbarkeit

Die in Studie 1 zur Konstruktvalidierung der Skala Geduld eingesetzte Skala Erregbarkeit des FPI-R (Fahrenberg et al., 2001) wurde in Studie 2 nicht mehr vorgelegt. Zum einen war die Konstruktvalidität der Skala Geduld aufgrund des Korrelationsmusters mit der Skala Erregbarkeit sowie der Skala Direktivität als befriedigend befunden worden. Zum anderen korrelierte die Erregbarkeit in Studie 1 nicht signifikant mit einer der Handlungsintentionen und erbrachte auch keinen Moderatoreffekt. Es erschien somit ökonomischer, den Fragebogen für die Pflegekräfte um die Items dieser Skala zu reduzieren.

#### 5.1.5 Statistische Aufbereitung der Abhängigen Variablen und der differentiellen Maße

Analog zu Studie 1 wurden die Skala Handlungsintentionen (5.1.5.1) sowie die differentiellen Maße FAQ, Skala Geduld und Skala Direktivität (5.1.5.2) zur Bearbeitung vorgelegt. Im Folgenden werden Skalenanalysen und deskriptive Skalenwerte aus Studie 2 präsentiert.

##### 5.1.5.1 Skala Handlungsintentionen

Wie bereits in Studie 1 wurden die Variablen der Skala Handlungsintentionen trotz der geringen Itemanzahl pro erwartetem Faktor einer Hauptachsenanalyse unterzogen, um zu überprüfen, ob die Items die erwartete Interkorrelationsstruktur aufwiesen. Die Vorgehensweise war mit der in Anhang C erläuterten Strategie identisch: Der Datensatz wurde so umstrukturiert, dass eine Untersuchungseinheit aus einer Kombination aus Versuchsperson und Vignette bestand, so dass 856 (214 Probanden  $\times$  4 Vignetten) Fälle resultierten. Über die zehn Items der Skala Handlungsintentionen wurde eine Hauptachsenanalyse mit orthogonaler Varimax-Rotation gerechnet, nachdem ein mittlerer KMO-Koeffizient von .73 eine ausreichende Variableninterkorrelation angezeigt hatte.

Wie in Studie 1 resultierten drei Faktoren mit einem Eigenwert  $> 1$ , die laut Scree-Plot alle als bedeutsam angesehen werden konnten. Die Kriterien von Guadagnoli und Velicer (1988) bezüglich der Faktorladungen waren aufgrund der geringen Itemanzahl erwartungsgemäß nicht erfüllt. Die dreifaktorielle Lösungklärte 42.02% der Gesamtvarianz auf (1. Faktor: 16.02%, 2. Faktor: 13.94%, 3. Faktor: 12.05%) und bildete die Kategorien, die für die Fragestellung am bedeutsamsten waren, *Selbständigkeit unterstützen* und *Unselbständigkeit unterstützen*, wie *a priori* eingeteilt ab. Auf dem ersten Faktor luden die drei Items der Kategorie *Selbständigkeit unterstützen* substantiell ( $a \geq .50$ ), während der zweite Faktor die Items *Abklären des Hilfebe-*

*darfs, Ignorieren* (mit negativer Ladung) sowie auch ein Item aus der Kategorie *Unselbständigkeit unterstützen* („Ich würde Frau X beim ... zur Hand gehen.“) zusammenführte. Auf dem dritten Faktor zeigten alle drei Items der Kategorie *Unselbständigkeit unterstützen* substantielle positive Ladungen von  $a \geq .50$ . Die Items *Kritisieren* und *Aufmerksamkeit schenken* luden im Sinne der *a priori* vorgenommenen Kategorisierung auf keinem der drei Faktoren substantiell<sup>50</sup>. Die meisten Variablen wiesen allerdings Sekundärladungen auf, wie aus der Faktorenladungsmatrix in Tabelle B.4 im Anhang B hervorgeht. Bei zwei Hauptachsenanalysen über die Items zu den Vignetten der zwei Stufen des messwiederholten Faktors *Selbständigkeit der Protagonistin* wurde dieses Ergebnis weitgehend bestätigt.

Wie bereits in Studie 1 sprachen die Ergebnisse der Hauptachsenanalysen dafür, die Items der Skala Handlungsintentionen in Subkategorien zu differenzieren. Die Items der für die Fragestellung hauptsächlich relevanten Kategorien *Selbständigkeit* bzw. *Unselbständigkeit unterstützen* luden erwartungsgemäß auf zwei verschiedenen Faktoren, wobei jedoch ein Item der Kategorie *Unselbständigkeit unterstützen* eine deutliche Sekundärladung auf einem dritten Faktor aufwies. Eine Analyse der internen Konsistenzen der Items der Faktoren *Selbständigkeit* bzw. *Unselbständigkeit unterstützen* erbrachte niedrige, für Gruppenvergleiche aber ausreichende Kennwerte (Lienert & Raatz, 1994) von  $.72 \leq \alpha \leq .74$  für *Selbständigkeit unterstützen* bzw. von  $.63 \leq \alpha \leq .69$  für *Unselbständigkeit unterstützen*<sup>51</sup>. Trotz der deutlichen Sekundärladung eines Items wurden die jeweiligen Items einer Handlungskategorie daher gemittelt und für alle weiteren Analysen der Skalenwert verwendet. Auf diese Weise wurde eine Vergleichbarkeit zur Vorgehensweise in Studie 1 gewährleistet.

Ebenfalls wie in Studie 1 wurden die Items *Ignorieren* und *Hilfebedarf abklären* zu einem Skalenwert zusammengefasst, nachdem letzteres so rekodiert worden war, dass ein hoher Wert auf der Variable einer geringen Ausprägung der Handlungsabsicht *Hilfebedarf abklären* entsprach. Die beiden Variablen zeigten in beiden Stufen des messwiederholten Faktors *Selbständigkeit der Protagonistin* eine signifikante positive Interkorrelation mittlerer Größe von  $r = .35$  bzw.  $r = .40$ ,  $p < .01$ . Die Handlungskategorie wurde als *Ignorieren* bezeichnet. Die beiden übrigen Items *Aufmerksamkeit schenken* und *Kritisieren* wurden als Einzelindikatoren verwendet.

---

<sup>50</sup> Das Item *Aufmerksamkeit schenken* lud in Studie 1 auf dem gleichen Faktor wie *Abklären des Hilfebedarfs* und *Ignorieren*, wurde aber aus inhaltlichen Überlegungen auch dort nicht in die Skalenbildung aufgenommen.

<sup>51</sup> Es resultieren jeweils zwei Werte für die Reliabilität, je einer für jede Stufe des messwiederholten Faktors *Selbständigkeit der Protagonistin*.

### 5.1.5.2 Differentielle Maße

Wie in Studie 1 wurden der Stereotypenkennwert der modifizierten Version des FAQ sowie die Direktivität und die Geduld erhoben. Da die entsprechenden Skalen bei einigen Probanden zu viele fehlende Daten aufwiesen, beziehen sich die im Folgenden berichteten deskriptiven und interferenzstatistischen Kennwerte zum Teil auf weniger als  $N = 214$  Personen

**Facts on Aging Quiz.** Ein durchschnittlicher Wissenskenwert von 9.94 korrekt beantworteten Items zeigte, dass das Antwortverhalten der Pflegekräfte wie bei den Studierenden in Studie 1 auf Zufallsniveau lag (Die Werte rangierten in einem Bereich von 3 bis 15 richtig beurteilten Aussagen;  $SD = 2.10$ ). Dabei gab es keine Unterschiede zwischen den Pflegekräften aus den verschiedenen Stufen des Faktors *Pflegesetting/Alter der Protagonistin*,  $F(2, 207) = .04$ ,  $p = .96$ . Der Mittelwert des Stereotypenkennwertes lag für die Pflegekräfte bei  $M = .12$  ( $SD = .30$ , die Werte rangierten zwischen  $-.90$  und  $.80$ ) und war statistisch bedeutsam von Null verschieden,  $t(204) = 5.63$ ,  $p < .01$ ,  $d = .77$  (mittlerer bis großer Effekt; Cohen, 1992). Er indizierte ein im Durchschnitt negatives Altersstereotyp der Probanden. Auch in diesem Wert unterschieden sich die Pflegekräfte aus den verschiedenen Settings nicht voneinander,  $F(2,202) = 1.05$ ,  $p = .35$ .

Die mit der Spearman-Brown-Formel ermittelte Testhalbierungsreliabilität zur Berechnung der Reliabilität des Stereotypenkennwertes lag bei  $r_{tt} = .59$  und war damit ebenso wie in Studie 1 sehr niedrig, für Gruppenvergleiche aber gerade noch ausreichend (Lienert & Raatz, 1994).

**Fragebogen zur Direktivität.** Die Pflegekräfte ( $N = 213$ ) lieferten einen durchschnittlichen Direktivitätswert von  $M = 2.43$ ,  $SD = .58$ . Wie in Studie 1 zeigten die Direktivitätsitems eine gute interne Konsistenz von  $\alpha = .77$ . Eine einfaktorielle Varianzanalyse zeigte, dass sich die Pflegekräfte in den Stufen des Faktors *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* nicht in ihrem durchschnittlichen Direktivitätswert unterschieden,  $F(2,210) = .68$ ,  $p = .51$ .

**Skala Geduld.** Nach Rekodierung der negativ gepolten Items, so, dass hohe Werte einer hohen Ausprägung in der Persönlichkeitseigenschaft Geduld entsprachen, wurden die Items einer Hauptachsenanalyse mit orthogonaler Varimax-Rotation unterzogen. Es resultierten zwei Faktoren mit einem Eigenwert  $> 1$ , die laut Scree-Plot als bedeutsam angesehen werden konnten. Allerdings waren beide Faktoren nach den Kriterien von Guadagnoli und Velicer (1988) nicht interpretierbar, weil jeweils weniger als vier Variablen Ladungen von  $a \geq .60$  aufwiesen. Wie bereits in Studie 1 luden auf dem ersten Faktor nur die von der Autorin konstruierten Items hoch, während auf dem zweiten Faktor nur eines der beiden von Riemann (1996) übernomme-

nen Items eine substantielle Ladung zeigte. Ein von der Autorin konstruiertes Item zeigte ebenfalls eine deutliche Sekundärladung ( $\alpha = .49$ ) auf dem zweiten Faktor. Es wurde sich daher für eine einfaktorielle Lösung entschieden, die zwar den Kriterien von Guadagnoli und Velicer (1988) nicht vollständig genügte, auf der aber alle von der Autorin konstruierten Items substantielle Ladungen von  $\alpha \geq .50$  aufwiesen. Die einfaktorielle Lösung klärte 31.13% der Varianz auf und ist in Tabelle B.5 im Anhang B dargestellt. Die Items von Riemann wurden aus der Skalenbildung ausgeschlossen. Diese Vorgehensweise ermöglichte eine Vergleichbarkeit der Erfassung der Eigenschaft Geduld in Studie 1 und Studie 2. Eine Reliabilitätsanalyse ergab eine gute interne Konsistenz der verbliebenen Geduld-Items von  $\alpha = .79$ .

Die Pflegekräfte zeigten auf der Skala Geduld einen Mittelwert von  $M = 4.14$ ,  $SD = .86$ . Eine einfaktorielle Varianzanalyse erbrachte allerdings einen signifikanten Effekt des Faktors *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* auf der Skala Geduld,  $F(2,210) = 10.22$ ,  $p < .01$ . Eine Kontrastierung der Faktorstufe Altenheim mit den beiden Faktorstufen im Krankenhaus (alte und junge Protagonistin) ergab signifikant verschiedene Geduldswerte für die Pflegekräfte aus dem Altenheim im Vergleich zu den beiden Krankenhausgruppen,  $p < .01$ . Die Pflegekräfte aus dem Krankenhaus unterschieden sich dagegen nicht statistisch bedeutsam in ihrer selbstberichteten Geduld,  $p = .16$  (siehe Tabelle 32).

Tabelle 32: Deskriptive Werte der Skala Geduld in den Stufen des Faktors *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* in Studie 2

Pflegesetting/Alter der Protagonistin	<i>M</i>	<i>SD</i>
Altenheim	4.49	.79
Krankenhaus_alt	4.07	.77
Krankenhaus_jung	3.88	.90

### ***Interkorrelation der differentiellen Variablen.***

Aus Tabelle 33 geht hervor, dass die verschiedenen Maße zur Erfassung des Altersstereotyps bis auf einen Fall statistisch bedeutsame Zusammenhänge aufwiesen; die Indizes für Entwicklungsverluste und Entwicklungsgewinne waren unabhängig voneinander. Da diese beiden Indizes in die Berechnung des globalen Stereotypenmaßes einfließen (siehe 5.1.4.1) war der korrelative Zusammenhang zwischen den Einzelindikatoren und dem Globalmaß mit  $r \geq .70$  entsprechend groß. Der Stereotypenkennwert der modifizierten Version des FAQ, der bei einem positivem Vorzeichen ein negatives Altersbild anzeigte, korrelierte dementsprechend signifikant positiv mit dem Index für Entwicklungsverluste bzw. negativ mit dem Index für Entwicklungsgewinne. Das aus der Differenz dieser Indizes gebildete Maß für das globale

Altersstereotyp, das so gepolt war, dass ein positiver Wert einer überwiegend negativen mentalen Repräsentation vom Alter(n) entsprach, wies wiederum einen erwartungsgemäß signifikant positiven Zusammenhang mit dem FAQ Stereotypenkennwert auf. Diese positive, wenngleich in ihrer Ausprägung relativ kleine Interkorrelation, spricht für die konvergente Validität der beiden indirekten Maße zur Erfassung der individuellen Ausprägung des Altersstereotyps.

Tabelle 33: Interkorrelationen der differentiellen Maße in Studie 2

	FAQ	Eigenschaftsrating: Entwicklungsverluste	Eigenschaftsrating: Entwicklungsgewinne	Eigenschafts- rating: global	Geduld
Eigenschaftsrating: Entwicklungsverluste	.16*				
Eigenschaftsrating: Entwicklungsgewinne	-.23**	-.10			
Eigenschaftsrating: global	.26**	.76**	-.70**		
Geduld	-.17*	-.11	.15*	-.17*	
Direktivität	.05	.00	-.04	.03	-.46**

Anmerkung. \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ .

Ebenso wie in Studie 1 korrelierte die Skala Geduld negativ mit dem FAQ-Stereotypenkennwert. Im Einklang mit dieser Interkorrelation wies Geduld darüber hinaus einen negativen Zusammenhang mit dem erstmalig in Studie 2 erfassten globalen Maß aus dem Eigenschaftsrating auf. Eine hohe Ausprägung in der Eigenschaft Geduld ging zudem mit einer gesteigerten Tendenz einher, das Alter als eine Zeit der Entwicklungsgewinne zu beschreiben.

Wiederum konsistent mit den Befunden von Studie 1 wies die Skala Direktivität einen negativen Zusammenhang zur Geduld auf, korrelierte aber diesmal nicht mit den Maßen zur Erfassung der individuellen Ausprägung des Altersstereotyps.

### 5.1.6 Kontrollvariable: Einfühlbarkeit in die Vignetten

Im Anschluss an jede Vignette wurde erfragt, wie gut sich die Pflegekräfte in die jeweilige Situation hineinversetzen konnten. Den Probanden standen dabei wie in Studie 1 die vier Antwortalternativen „überhaupt nicht“, „eher nicht“, „eher gut“ und „sehr gut“ zur Verfügung. 90.01% der Probanden berichteten, sie hätten sich im Mittel „eher gut“ bis „sehr gut“ in die beschriebenen Begebenheiten einfühlen können. Eine dreifaktorielle MANOVA mit Messwiederholung auf dem Faktor *Selbständigkeit der Protagonistin* und den Gruppenfaktoren *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* und *Zeitdruck der Pflegeperson* erbrachte einen signifikanten Effekt des Pflegesettings auf die mittlere Einfühlbarkeit der Vignetten,  $F(2,205) = 6.03$ ,  $p < .01$ ,

$\eta^2 = .06$ , wohingegen alle anderen Faktoren keine Haupt- und Wechselwirkungseffekte auf die Einfühlbarkeit ausübten, alle  $p \geq .28$ . Ein Tukey *post hoc*-Test ergab, dass der Mittelwert der Einfühlbarkeit für die Vignetten mit der alten Protagonistin im Altenheim signifikant höher war ( $M = 3.54$ ,  $SD = .42$ ) als für die Szenarien mit der jungen Protagonistin im Krankenhaus ( $M = 3.27$ ,  $SD = .53$ ). Die Werte für die alte Protagonistin im Krankenhaus lagen genau dazwischen ( $M = 3.43$ ,  $SD = .43$ ) und unterschieden sich nicht statistisch bedeutsam von den Werten in den anderen Bedingungen. Da allerdings alle Mittelwerte eine „eher gute“ Einfühlbarkeit indizierten, wurde davon ausgegangen, dass sich die Probanden aus allen drei Pflegesettings ausreichend gut in die Situationen hineinversetzen konnten.

## 5.2 Ergebnisse

Nach einer einleitenden Erläuterung der Analysemethoden (5.2.1) werden die über die Stufen aller experimentellen Faktoren gemittelten deskriptiven Werte der Skala Handlungsintentionen dargestellt (5.2.2). Anschließend werden alle Ergebnisse bezüglich der Effekte der situativen (5.2.3) sowie der personalen (5.2.4) Moderatoren präsentiert und auf die Hypothesen bezogen.

### 5.2.1 Analysemethoden

Für die situativen Moderatoren wurden im Wesentlichen die gleichen statistischen Auswertungsstrategien verwendet wie in Studie 1. Aufgrund des modifizierten Designs ergaben sich aber – insbesondere für die personalen Moderatoren – einige wenige Unterschiede in den Analysemethoden, die im Folgenden skizziert werden.

#### 5.2.1.1 Situative Moderatoren

**Abhängige Variablen: Selbständigkeit unterstützen und Unselbständigkeit unterstützen.** Da der Faktor *Zeitdruck der Pflegeperson* in Studie 2 als Gruppenfaktor realisiert wurde, lag bei der vierfaktoriellen MANOVA mit geplanten Kontrasten nur noch auf den Faktoren *Selbständigkeit der Protagonistin* und *Handlungsintentionen* Messwiederholung vor, so dass die Transformationsmatrix auf vier Kontraste reduziert werden konnte (siehe Tabelle 34). Sie bildete neben dem *Grand Mean* (T1) den Kontrast zwischen Selbständigkeit und Unselbständigkeit unterstützen (Kontrast *S-U*; T2), zwischen selbständiger und unselbständiger Protagonistin (T3) sowie die Interaktion dieser Kontraste ab (T4). Die Werte der abhängigen Variablen in den Stufen des Faktors *Selbständigkeit der Protagonistin* wurden über zwei Vignetten aggregiert, da

wie unter 5.1.1 erläutert jeder Proband zwei Vignetten mit einer selbständigen sowie zwei Vignetten mit einer unselbständigen Protagonistin bearbeitete.

Tabelle 34: Transformationsmatrix für geplante Kontraste der messwiederholten Faktoren in Studie 2

Kontrast		S_s+	S_s-	U_s+	U_s-
T1	Grand Mean	1	1	1	1
T2	S-U	1	1	-1	-1
T3	selbständige P. - unselbständige P.	1	-1	1	-1
T4	S-U × selb. P. - unselb. P.	1	-1	-1	1

*Anmerkungen.* S = Selbständigkeit unterstützen, U = Unselbständigkeit unterstützen, s-/s+ = unselbständige Protagonistin/selbständige Protagonistin.

Wie in Studie 1 wurden die Stufen der Gruppenfaktoren ebenfalls kontrastiert, d.h. der Kontrast eines hohen vs. eines niedrigen Zeitdrucks sowie der *Setting-* bzw. *Alterskontrast* des Faktors *Pflegesetting/Alter der Protagonistin*.

*Post hoc* wurden ebenfalls wie in Studie 1 dreifaktorielle MANOVAs mit den einzelnen Handlungsintentionen *Selbständigkeit unterstützen* bzw. *Unselbständigkeit unterstützen* als jeweiliger abhängigen Variablen berechnet.

**Abhängige Variablen: Aufmerksamkeit schenken und Ignorieren.** Die Analysen verliefen wiederum analog zu den Auswertungen zu *Selbständigkeit* bzw. *Unselbständigkeit unterstützen*.

**Abhängige Variable: Kritisieren.** Die Effekte der situativen Faktoren auf die Handlungsintention *Kritisieren* wurden mittels einer dreifaktoriellen MANOVA mit Messwiederholung auf dem Faktor *Selbständigkeit der Protagonistin* berechnet.

### 5.2.1.2 Personale Moderatoren

Der Einfluss der personalen Moderatoren wurde wiederum durch bivariate Produkt-Moment-Korrelationen zwischen den jeweiligen personalen Variablen und den Handlungsintentionen ermittelt.

Zur Überprüfung eines Moderatoreffektes der personalen Variable Geduld auf den Einfluss des Gruppenfaktors *Zeitdruck der Pflegeperson* auf den Kontrast *S-U* wurde eine moderierte Regression nach Aiken und West (1991; siehe auch Cohen, Cohen, Aiken & West, 2003; Jaccard & Turrisi, 2003) berechnet. Diese Methode ist auch angezeigt, wenn Variablen in kategorialen Format vorliegen, wie im vorliegenden Fall der *Zeitdruck der Pflegeperson*. Da für die personale Moderatorvariable Geduld Intervallskalengüte angenommen wurde, wäre das alternative

Verfahren eines Mediansplits, das eine Dichotomisierung dieser kontinuierlichen Variablen notwendig gemacht hätte, suboptimal gewesen. Durch die Verringerung des Skalenniveaus wäre die Information über die Variation der Messwerte verloren gegangen, was eine Erhöhung des Standardfehlers und damit eine Verringerung der Teststärke zur Folge gehabt hätte (Cohen, 1983; Cohen et al., 2003). Zur Berechnung einer moderierten Regression wurden zunächst der Prädiktor (Zeitdruck der Pflegeperson), anschließend zusätzlich die Moderatorvariable (Geduld) und in einem dritten Schritt darüber hinaus der Interaktionsterm aus Prädiktor und Moderator in die Regression eingeführt. Der Zuwachs im multiplen  $R^2$  ( $R^2_{incr.}$ ) vom zweiten zum dritten Regressionsmodell gab Aufschluss über den Varianzanteil der durch den Interaktionsterm zusätzlich zu den konditionalen Effekten von Zeitdruck und Geduld aufgeklärt werden konnte. Die Regressionsgewichte wurden nach den Empfehlungen von Friedrich (1982) berechnet: Der intervallskalierte Moderator Geduld wurde zunächst z-standardisiert, anschließend wurde das Produkt aus diesem z-standardisierten Wert und der effektkodierten Variable Zeitdruck der Pflegeperson gebildet. Das Zentrieren der Prädiktoren bewirkt, dass Probleme der Multikollinearität reduziert werden (Cohen et al., 2003; Stevens, 2002). Wird die moderierte Regression mit zentrierten intervallskalierten Variablen gerechnet, so stellen die Rohkoeffizienten dieser Analyse ( $b$ -Gewichte) die angemessene standardisierte Lösung ( $\beta$ -Gewichte) dar (Friedrich, 1982).

Im Unterschied zu Studie 1 wurde *post hoc* noch ein potentiell vermittelnder Einfluss der personalen Variablen Geduld auf einen signifikanten Effekt des Settingkontrasts bezüglich der abhängigen Kontrastvariable  $S-U$  untersucht. Dazu wurde eine Mediatoranalyse nach den Empfehlungen von Judd und Kenny (1981) durchgeführt, die für die Ermittlung eines Mediatoreffekts eine Serie von Regressionsmodellen vorschlagen: Im ersten Schritt soll eine Regression des potentiellen Mediators auf die unabhängige Variable durchgeführt werden, danach eine Regression der abhängigen Variable auf die unabhängige Variable, und schließlich eine Regression der abhängigen Variable sowohl auf die Mediator- als auch auf die unabhängige Variable. Ein Mediatoreffekt ist demnach gegeben, wenn (1) die unabhängige Variable einen Einfluss auf den Mediator ausübt, (2) die abhängige Variable durch die unabhängige Variable und (3) ebenfalls durch den Mediator vorhergesagt werden kann. Perfekte Mediation besteht bei einem Nulleffekt der unabhängigen Variable unter Kontrolle des Mediators.

## 5.2.2 Deskriptive Werte der Handlungskategorien

Die über die Stufen aller (quasi-)experimentell variierten Faktoren gemittelten Werte für die Handlungskategorien gehen aus Tabelle 35 hervor. Die Handlungsintention *Aufmerksamkeit schenken* erhielt dabei wie in Studie 1 den höchsten Mittelwert, der im oberen Drittel der sechsstufigen Antwortskala lag. Für die Handlungskategorie *Ignorieren* zeigte sich am unteren Ende der Skala der im Durchschnitt niedrigste Wert. Die für die Fragestellung bedeutsamsten Handlungskategorien *Selbständigkeit unterstützen* bzw. *Unselbständigkeit unterstützen*, die sich jeweils aus drei Items zusammensetzten, wiesen Durchschnittswerte im Bereich der Skalenmitte auf, wobei *Selbständigkeit unterstützen* konträr zu den Befunden von Baltes und Kollegen (vgl. Baltes, M. M., 1996) und übereinstimmend mit den Ergebnissen von Studie 1 einen signifikant höheren Mittelwert zeigte als *Unselbständigkeit unterstützen*,  $t(213) = 4.20$ ,  $p = .00$ ,  $d = .29$  (kleiner Effekt nach Cohen, 1992).

Tabelle 35: Deskriptive Werte der Handlungsintentionen gemittelt über die Stufen aller experimentellen Faktoren in Studie 2

Handlungsintention	<i>M</i>	<i>SD</i>
Aufmerksamkeit schenken (1)	3.71	1.29
Selbständigkeit unterstützen (3)	3.13	1.05
Unselbständigkeit unterstützen (3)	2.75	.99
Kritisieren (1)	1.33	1.33
Ignorieren (2)	.53	.66

Anmerkungen:  $N = 214$ ; in Klammern: Anzahl der Items pro Handlungsintention.

## 5.2.3 Effekte der situativen Faktoren

Im Folgenden werden wie in Studie 1 die Haupt- und Wechselwirkungseffekte der situativen Moderatoren *Selbständigkeit der Protagonistin* und *Zeitdruck der Pflegeperson* sowie des Gruppenfaktors *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* bezüglich der abhängigen Variablenpaare *Selbständigkeit vs. Unselbständigkeit unterstützen* (5.2.3.1), *Aufmerksamkeit schenken vs. Ignorieren* (5.2.3.2) sowie bezüglich der Variablen *Kritisieren* (5.2.3.3) berichtet sowie anhand des Mittelwertsmusters genauer beschrieben und anschließend in 5.2.3.4 auf die Hypothesen bezogen.

### 5.2.3.1 Effekte bezüglich der Abhängigen Variablen Selbständigkeit unterstützen vs. Unselbständigkeit unterstützen

Tabelle 36 präsentiert die Effekte der messwiederholten Faktoren *Selbständigkeit der Protagonistin* und *Handlungsintentionen*. Wie in Studie 1 wurde der *Grand Mean* (T1), also der Mittelwert der beiden Handlungsintentionen über die Stufen aller Faktoren hinweg, hoch signifikant, d.h. unabhängig von der Art des Verhaltens (Selbständigkeit vs. Unselbständigkeit unterstützen) wurde ein bedeutsames Ausmaß von Handlungsabsichten geäußert. Auch der Haupteffekt des Faktors *Handlungsintentionen* wurde signifikant (T2), d.h. es wurden im Durchschnitt mehr *selbständigkeitsunterstützende* als *unselbständigkeitsunterstützende* Verhaltensweisen beabsichtigt (siehe Mittelwertsunterschied der Handlungsintentionen unter 5.2.2). Anhand der Mittelwerte in Tabelle 38 wird aber deutlich, dass dieser Effekt nur im Altenheim und bei der jungen Patientin im Krankenhaus auftritt, während bei der alten Patientin unter der Bedingung eines hohen Zeitdrucks mehr *Unselbständigkeit unterstützen* beabsichtigt wird (siehe Vierfachwechselwirkung von T4, Tabelle 37). Anders als in Studie 1 erreichte der Haupteffekt des Faktors *Selbständigkeit der Protagonistin* (T3) keine Signifikanz, wohingegen der inhaltlich interessantere Interaktionseffekt der beiden messwiederholten Faktoren (T4) statistisch bedeutsam war. Wie aus den Mittelwerten in Tabelle 38 hervorgeht, wurde bei der selbständigen Protagonistin mehr beabsichtigt, *Selbständigkeit zu unterstützen* als bei der unselbständigen Protagonistin. Bezüglich der abhängigen Variablen *Unselbständigkeit unterstützen* zeigte sich ein umkehrtes Muster: bei der selbständigen Protagonistin wurde weniger unselbständigkeitsunterstützend reagiert.

*Tabelle 36:* Effekte der messwiederholten Faktoren *Handlungsintentionen* (Selbständigkeit unterstützen vs. Unselbständigkeit unterstützen) und *Selbständigkeit der Protagonistin* in Studie 2

Kontrast	Effekt	$F(1,210)$	$p$	$\eta^2$
T1	Grand Mean <sup>1</sup>	3404.58	< .01	.94
T2	HE Handlungsintentionen (S-U)	20.52	< .01	.09
T3	HE Selbständigkeit der Protagonistin	.73	.39	.00
T4	IA Handlungsintentionen * Selbständigkeit der Protagonistin	10.60	< .01	.05

*Anmerkungen.* <sup>1</sup> = Mittelwert der beiden Handlungsintentionen Selbständigkeit und Unselbständigkeit unterstützen über die Stufen aller Faktoren; HE = Haupteffekt, IA = Interaktionseffekt.

Die Wechselwirkungseffekte der messwiederholten Faktoren *Handlungsintentionen* und *Selbständigkeit der Protagonistin* mit den Gruppenfaktoren *Zeitdruck der Pflegeperson* und *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* werden in Tabelle 37 aufgeführt.

Tabelle 37: Interaktionseffekte der messwiederholten Faktoren *Handlungsintentionen* (Selbständigkeit unterstützen vs. Unselbständigkeit unterstützen) sowie *Selbständigkeit der Protagonistin* und der Gruppenfaktoren *Zeitdruck der Pflegeperson* sowie *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* in Studie 2

Interaktion mit Kontrast	Interaktionseffekt	<i>F</i>	<i>df</i> <sub>Effekt</sub> <sup>1</sup>	<i>p</i>	$\eta^2$
T1	Zeitdruck * Grand Mean	.50	1	.48	.00
	Pflegesetting/Alter * Grand Mean	10.31	2	< .01	
	Alter * Grand Mean	11.54	1	< .01	.05
	Setting * Grand Mean	.77	1	.38	.00
	Pflegesetting/Alter * Zeitdruck * Grand Mean	.02	2	.98	
	Alter * Zeitdruck * Grand Mean	.03	1	.87	.00
	Setting * Zeitdruck * Grand Mean	.03	1	.86	.00
T2	Zeitdruck * Handlungsintentionen (S-U)	6.51	1	.01	.03
	Pflegesetting/Alter * Handlungsintentionen (S-U)	10.47	2	< .01	
	Alter * Handlungsintentionen (S-U)	2.62	1	.11	.01
	Setting * Handlungsintentionen (S-U)	20.67	1	< .01	.09
	Pflegesetting * Zeitdruck * Handlungsintentionen (S-U)	.78	2	.46	
	Alter * Zeitdruck * Handlungsintentionen (S-U)	1.51	1	.22	.01
	Setting * Zeitdruck * Handlungsintentionen (S-U)	.19	1	.67	.00
T3	Zeitdruck * Selbständigkeit der Protagonistin	5.82	1	.02	.03
	Pflegesetting/Alter * Selbständigkeit der Protagonistin	.28	2	.76	
	Alter * Selbständigkeit der Protagonistin	.54	1	.46	.00
	Setting * Selbständigkeit der Protagonistin	.24	1	.62	.00
	Pflegesetting * Zeitdruck * Selbständigkeit der Protagonistin	2.34	2	.10	
	Alter * Zeitdruck * Selbständigkeit der Protagonistin	1.87	1	.17	.01
	Setting * Zeitdruck * Selbständigkeit der Protagonistin	.55	1	.46	.00
T4	Zeitdruck * Selbständigkeit der Protagonistin * Handlungsintentionen (S-U)	.48	1	.49	.00
	Pflegesetting/Alter * Selbständigkeit der Protagonistin * Handlungsintentionen (S-U)	.61	2	.54	
	Alter * Selbständigkeit der Protagonistin * Handlungsintentionen (S-U)	.38	1	.54	.00
	Setting * Selbständigkeit der Protagonistin	.93	1	.33	.01
	Pflegesetting * Zeitdruck * Selbständigkeit der Protagonistin * Handlungsintentionen (S-U)	1.95	2	.15	
	Alter * Zeitdruck * Selbständigkeit der Protagonistin * Handlungsintentionen (S-U)	1.67	1	.20	.01
	Setting * Zeitdruck * Selbständigkeit der Protagonistin * Handlungsintentionen (S-U)	3.78	1	.05	.02

Anmerkung. <sup>1</sup> = *df*<sub>Fehler</sub> ist stets 208.

Da die statistische Analysemethode die Interaktionen der Gruppenfaktoren mit den Kontrasten T1 - T4 berechnet, werden die Effekte dementsprechend in Tabelle 37 aufgelistet. Dabei wird

für jeden Kontrast T1 - T4 zunächst die Interaktion mit dem Faktor *Zeitdruck der Pflegeperson*, dann die übergeordnete Interaktion mit dem Faktor *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* und nachfolgend die Wechselwirkung mit dem *Alters-* und dem *Settingkontrast* berichtet. Aus Tabelle 37 wird ersichtlich, dass der *Grand Mean* (T1) lediglich signifikant mit dem Faktor *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* interagierte. Dieser Effekt ist auf die bedeutsame Wechselwirkung mit dem *Alterskontrast* zurückzuführen: Anhand der Mittelwerte wird deutlich, dass für die alte Protagonistin insgesamt mehr Pflegehandlungen beabsichtigt wurden als für die junge.

Tabelle 38: Deskriptive Werte der Handlungsintentionen *Selbständigkeit unterstützen* und *Unselbständigkeit unterstützen* in den Stufen der experimentellen Faktoren in Studie 2

Pflegesetting/Alter der Protagonistin		Altenheim	Krankenhaus_alt	Krankenhaus_jung	Gesamt
AV: Selbständigkeit unterstützen					
Selbständige Protagonistin	Niedriger Zeitdruck	3.77 (1.02)	3.36 (.78)	2.99 (1.15)	3.36 (1.05)
	Hoher Zeitdruck	3.55 (1.04)	2.83 (1.27)	2.70 (1.18)	3.03 (1.22)
Unselbständige Protagonistin	Niedriger Zeitdruck	3.83 (.91)	3.08 (1.04)	2.74 (1.18)	3.19 (1.14)
	Hoher Zeitdruck	3.37 (.99)	2.85 (1.02)	2.70 (1.17)	2.97 (1.10)
	Gesamt	3.62 (.93)	3.02 (.96)	2.78 (1.07)	3.13 (1.05)
AV: Unselbständigkeit unterstützen					
Selbständige Protagonistin	Niedriger Zeitdruck	2.62 (1.17)	2.78 (.97)	2.54 (1.04)	2.64 (1.06)
	Hoher Zeitdruck	2.66 (1.04)	3.09 (.84)	2.30 (.98)	2.68 (1.00)
Unselbständige Protagonistin	Niedriger Zeitdruck	2.61 (1.14)	3.06 (.89)	2.44 (1.22)	2.69 (1.12)
	Hoher Zeitdruck	2.89 (.98)	3.34 (.88)	2.66 (1.10)	2.97 (1.02)
	Gesamt	2.70 (1.04)	3.08 (.82)	2.48 (1.00)	2.75 (.99)

Der Faktor *Handlungsintentionen* (T2) interagiert wie in Studie 1 signifikant mit dem Faktor *Zeitdruck der Pflegeperson*: Wie aus den Mittelwerten hervorgeht, beabsichtigten die Probanden bei niedrigem Zeitdruck mehr *Selbständigkeit zu unterstützen* als bei hohem Zeitdruck, während der Effekt für *Unselbständigkeit unterstützen* genau umgekehrt war. Des Weiteren zeigte der Faktor *Handlungsintentionen* auch eine bedeutsame Wechselwirkung mit dem Faktor *Pflegesetting/Alter der Protagonistin*, die sich auf die signifikante Interaktion mit dem *Setting-*

*kontrast* zurückführen ließ: Während im Krankenhaus der Mittelwert für *Unselbständigkeit unterstützen* sogar minimal höher lag als für *Selbständig unterstützen*, beabsichtigen die Pflegekräfte im Altenheim deutlich mehr *Selbständigkeit* als *Unselbständigkeit zu unterstützen* (siehe Tabelle 38).

Der Kontrast zwischen selbständiger und unselbständiger Protagonistin (T3) zeigte lediglich eine signifikante Interaktion mit dem Faktor *Zeitdruck der Pflegeperson*: Wie aus Abbildung 9 ersichtlich wird, wurde bei niedrigem Zeitdruck für selbständige und unselbständige Protagonistin unabhängig von der *Art* der Unterstützung (Selbständigkeit bzw. Unselbständigkeit unterstützen) mit dem gleichen *Ausmaß* an Unterstützung reagiert. Bei hohem Zeitdruck wurde dagegen für die selbständige Protagonistin weniger Unterstützung beabsichtigt.

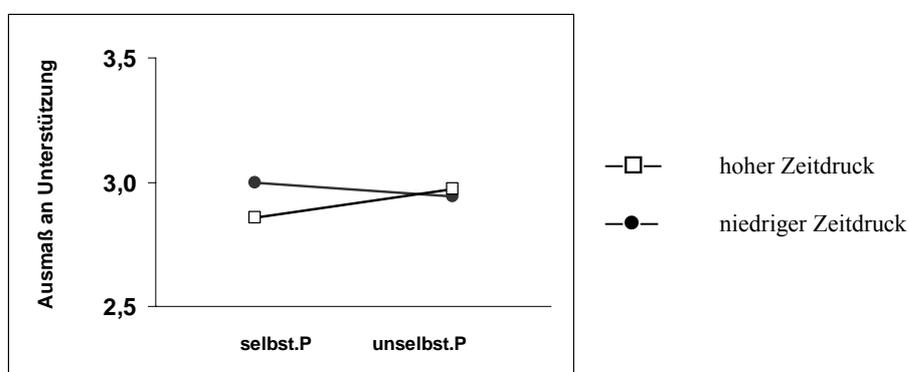


Abbildung 9: Interaktion der Selbständigkeit der Protagonistin und des Zeitdrucks der Pflegeperson bezüglich des Ausmaßes an Unterstützung (*Grand Mean*) in Studie 2.

Allerdings erbrachte die Analyse auch eine signifikante Vierfachinteraktion zwischen *Settingkontrast*, *Zeitdruck der Pflegeperson*, *Selbständigkeit der Protagonistin* und *Handlungsintentionen* (T4), die bei der Interpretation der Wechselwirkungen niedriger Ordnung berücksichtigt werden muss: Wie Abbildung 10 veranschaulicht, war unter der Bedingung eines niedrigen Zeitdrucks der Kontrast *S-U* in beiden Settings größer als bei hohem Zeitdruck. Im Altenheim blieb der Kontrast *S-U* unter beiden Bedingungen positiv, d.h. es wurde stets mehr selbständigkeitsunterstützend als unselbständigkeitsunterstützend reagiert. Im Krankenhaus wurde die Kontrast *S-U* dagegen unter der Bedingung eines hohen Zeitdrucks negativ. Im *Altenheim* interagierten der *Zeitdruck der Pflegeperson* und die *Selbständigkeit der Protagonistin* derart, dass der Effekt der Selbständigkeitsmanipulation nur unter der Bedingung eines hohen Zeitdrucks besonders ausgeprägt war.

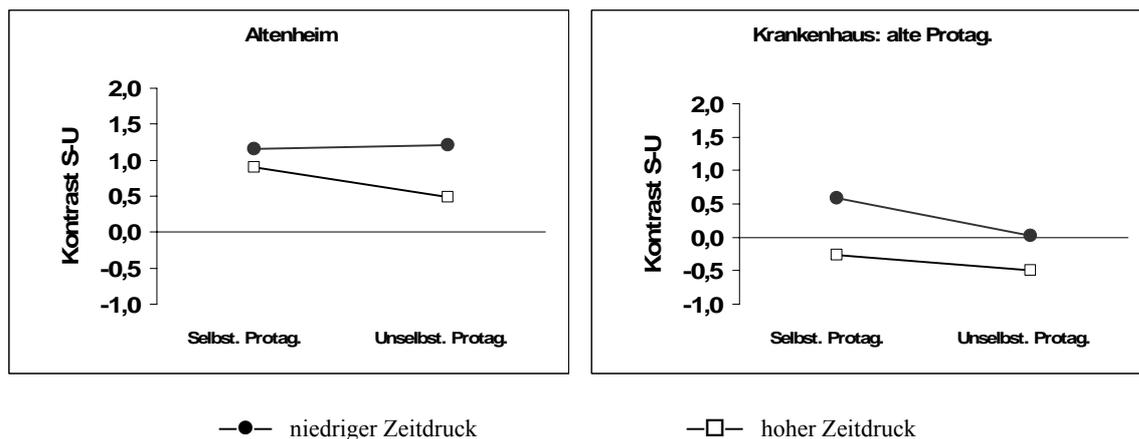


Abbildung 10: Interaktion zwischen Settingkontrast, Zeitdruck der Pflegeperson und Selbständigkeit der Protagonistin bezüglich des Kontrastes S-U in Studie 2.

### 5.2.3.2 Effekte bezüglich der Abhängigen Variablen Aufmerksamkeit schenken vs. Ignorieren

Die Effekte der messwiederholten Faktoren *Selbständigkeit der Protagonistin* und *Handlungsintentionen* (Kontrast A-I) werden in Tabelle 39 berichtet. Der *Grand Mean* (T1) wurde statistisch hoch bedeutsam, ebenso wie der Haupteffekt des Faktors *Handlungsintentionen* (T2). Die Probanden zeigten wie in Studie 1 insgesamt signifikant höhere Mittelwerte auf der Variablen *Aufmerksamkeit schenken* als auf der Variablen *Ignorieren* (siehe 5.2.2). Der Faktor *Selbständigkeit der Protagonistin* erbrachten keinen signifikanten Haupteffekt (T3) und interagiert – anders als in Studie 1 – auch nicht in bedeutsamer Weise mit den *Handlungsintentionen* (T4).

Tabelle 39: Effekte der messwiederholten Faktoren *Handlungsintentionen* (Aufmerksamkeit schenken vs. Ignorieren) und *Selbständigkeit der Protagonistin* in Studie 2

Kontrast	Effekt	$F(1,210)$	$p$	$\eta^2$
T1	Grand Mean <sup>1</sup>	2594.40	< .01	.93
T2	HE Handlungsintentionen (A-I)	978.07	< .01	.83
T3	HE Selbständigkeit der Protagonistin	1.19	.28	.01
T4	IA Handlungsintentionen * Selbständigkeit der Protagonistin	1.58	.21	.01

Anmerkungen. <sup>1</sup> = Mittelwert der beiden Handlungsintentionen Selbständigkeit und Unselbständigkeit unterstützen über die Stufen aller Faktoren; HE = Haupteffekt, IA = Interaktionseffekt.

Die Wechselwirkungseffekte der messwiederholten Faktoren mit den Gruppenfaktoren *Zeitdruck der Pflegeperson* und *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* bzw. mit dem *Alters-* und *Settingkontrast* werden in Tabelle 40 aufgeführt.

Tabelle 40: Interaktionseffekte der messwiederholten Faktoren *Handlungsimpentionen* (Aufmerksamkeit schenken vs. Ignorieren) sowie *Selbständigkeit der Protagonistin* und der Gruppenfaktoren *Zeitdruck der Pflegeperson* sowie *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* in Studie 2

Interaktion mit Kontrast	Interaktionseffekt	<i>F</i>	<i>df</i> <sub>Effekt</sub> <sup>1</sup>	<i>p</i>	$\eta^2$
T1	Zeitdruck * Grand Mean	5.94	1	.02	.03
	Pflegesetting/Alter * Grand Mean	5.67	2	< .01	
	Alter * Grand Mean	.47	1	.49	.00
	Setting * Grand Mean	10.41	1	< .01	.05
	Pflegesetting/Alter * Zeitdruck * Grand Mean	.28	2	.75	
	Alter * Zeitdruck * Grand Mean	.04	1	.83	.00
	Setting * Zeitdruck * Grand Mean	.26	1	.61	.00
T2	Zeitdruck * Handlungsintentionen (A-I)	16.57	1	< .01	.07
	Pflegesetting/Alter * Handlungsintentionen (A-I)	9.95	2	< .01	
	Alter * Handlungsintentionen (A-I)	3.49	1	.06	.02
	Setting * Handlungsintentionen (A-I)	6.56	1	< .01	.03
	Pflegesetting * Zeitdruck * Handlungsintentionen (A-I)	.38	2	.68	
	Alter * Zeitdruck * Handlungsintentionen (A-I)	.08	1	.78	.00
	Setting * Zeitdruck * Handlungsintentionen (A-I)	.32	1	.57	.00
T3	Zeitdruck * Selbständigkeit der Protagonistin	1.20	1	.27	.01
	Pflegesetting/Alter * Selbständigkeit der Protagonistin	.05	2	.96	
	Alter * Selbständigkeit der Protagonistin	.05	1	.83	.00
	Setting * Selbständigkeit der Protagonistin	.00	1	.99	.00
	Pflegesetting * Zeitdruck * Selbständigkeit der Protagonistin	.69	2	.50	
	Alter * Zeitdruck * Selbständigkeit der Protagonistin	1.38	1	.24	.01
	Setting * Zeitdruck * Selbständigkeit der Protagonistin	.37	1	.54	.00
T4	Zeitdruck * Selbständigkeit der Protagonistin * Handlungsintentionen (A-I)	.05	1	.83	.00
	Pflegesetting/Alter * Selbständigkeit der Protagonistin * Handlungsintentionen (A-I)	1.63	2	.20	
	Alter * Selbständigkeit der Protagonistin * Handlungsintentionen (A-I)	.80	1	.37	.00
	Setting * Selbständigkeit der Protagonistin	.85	1	.36	.00
	Pflegesetting * Zeitdruck * Selbständigkeit der Protagonistin * Handlungsintentionen (A-I)	.40	2	.67	
	Alter * Zeitdruck * Selbständigkeit der Protagonistin * Handlungsintentionen (A-I)	.05	1	.83	.00
	Setting * Zeitdruck * Selbständigkeit der Protagonistin * Handlungsintentionen (A-I)	.73	1	.39	.00

Anmerkung. <sup>1</sup> = *df*<sub>Fehler</sub> ist stets 208.

Der *Grand Mean* (T1) interagierte signifikant mit dem *Zeitdruck der Pflegepersonen*: Bei niedrigem Zeitdruck wurde zwar über beide Handlungsabsichten hinweg ein etwas größeres Aus-

maß an Handlungen beabsichtigt. Dies ist aber vor allem auf die stärkere Absicht, der Protagonistin bei niedrigem Zeitdruck *Aufmerksamkeit zu schenken*, zurückzuführen. Die Intention, die Protagonistin zu *ignorieren* war nämlich bei niedrigem Zeitdruck erwartungsgemäß geringer (siehe Tabelle 41). Darüber hinaus erbrachte die MANOVA eine bedeutsame Wechselwirkung des *Grand Mean* mit dem Faktor *Pflegesetting/Alter der Protagonistin*, die auf die signifikante Interaktion mit dem *Settingkontrast* zurückzuführen ist: Im Altenheim wurde unabhängig von der Art der Verhaltensweise ein größeres Ausmaß von Handlungen beabsichtigt. Inhaltlich interessanter sind die Interaktionen des Faktors *Handlungsintentionen* (T2). Wie in Studie 1 interagiert der Kontrast *A-I* bedeutsam mit dem *Zeitdruck der Pflegeperson*: Wie schon erwähnt, waren bei niedrigem Zeitdruck die Mittelwerte der Variablen *Aufmerksamkeit schenken* höher als bei hohem Zeitdruck, während sich die Werte für *Ignorieren* genau entgegengesetzt verhielten. Der Faktor *Handlungsintentionen* zeigte darüber hinaus eine signifikante Wechselwirkung mit dem Faktor *Pflegesetting/Alter der Protagonistin*, wobei der *Alterskontrast* wie in Studie 1 marginal signifikant mit dem Kontrast *A-I* interagiert: Anhand der Mittelwerte wird deutlich, dass gegenüber der alten Protagonistin tendenziell mehr *Aufmerksamkeit schenken* und weniger *Ignorieren* beabsichtigt wurde. Im Gegensatz zu Studie 1 erbrachte die Analyse auch eine signifikante Interaktion mit dem *Settingkontrast*: Während die Werte für *Ignorieren* in beiden Settings identisch waren, wurde im Altenheim stärker beabsichtigt, der Protagonistin *Aufmerksamkeit zu schenken*, als im Krankenhaus.

Wie aus Tabelle 40 hervorgeht, erreichte keine der einfachen Interaktionen des Faktors *Selbstständigkeit der Protagonistin* (T3) bzw. der Dreifachinteraktionen zwischen den messwiedergewonnenen Faktoren und den Gruppenfaktoren (T4) statistische Signifikanz.

Tabelle 41: Deskriptive Werte der Handlungsintentionen *Aufmerksamkeit schenken* und *Ignorieren* in den Stufen der experimentellen Faktoren in Studie 2

Pfleagesetting/Alter der Protagonistin		Altenheim	Krankenhaus_alt	Krankenhaus_jung	Gesamt
AV: Aufmerksamkeit schenken					
Selbständige Protagonistin	Niedriger Zeitdruck	4.45 (.99)	3.95 (1.21)	3.74 (1.19)	4.03 (1.16)
	Hoher Zeitdruck	4.05 (1.07)	3.18 (1.38)	2.96 (1.48)	3.40 (1.39)
Unselbständige Protagonistin	Niedriger Zeitdruck	4.39 (1.04)	3.84 (1.45)	3.84 (1.13)	4.02 (1.23)
	Hoher Zeitdruck	3.96 (1.25)	3.28 (1.34)	3.05 (1.46)	3.43 (1.39)
	Gesamt	4.21 (1.06)	3.55 (1.34)	3.39 (1.31)	3.71 (1.29)
AV: Ignorieren					
Selbständige Protagonistin	Niedriger Zeitdruck	.39 (.77)	.38 (.61)	.66 (.77)	.49 (.73)
	Hoher Zeitdruck	.48 (.60)	.54 (.65)	.93 (1.09)	.65 (.83)
Unselbständige Protagonistin	Niedriger Zeitdruck	.29 (.54)	.23 (.40)	.53 (.75)	.36 (.60)
	Hoher Zeitdruck	.55 (.73)	.51 (.73)	.76 (.87)	.61 (.78)
	Gesamt	.43 (.60)	.43 (.54)	.72 (.77)	.53 (.66)

### 5.2.3.3 Effekte bezüglich der Abhängigen Variablen Kritisieren

Aus Tabelle 42 wird ersichtlich, dass außer der Interaktion zwischen den Faktoren *Zeitdruck der Pflegeperson* und *Pfleagesetting/Alter der Protagonistin* keiner der Effekte das festgelegte Signifikanzniveau erreichte.

Aus den Mittelwerten in Tabelle 43 sowie aus Abbildung 11 geht hervor, dass der *Zeitdruck der Pflegeperson* bei einer Protagonistin im Altenheim sowie bei einer jungen Patientin im Krankenhaus die Absicht der Probanden, die Protagonistin für das in der Vignette gezeigte Verhalten zu *kritisieren*, nur wenig beeinflusste, während für die alte Patientin im Krankenhaus diese Handlungsintention unter der Bedingung eines großen Zeitdrucks deutlich anstieg.

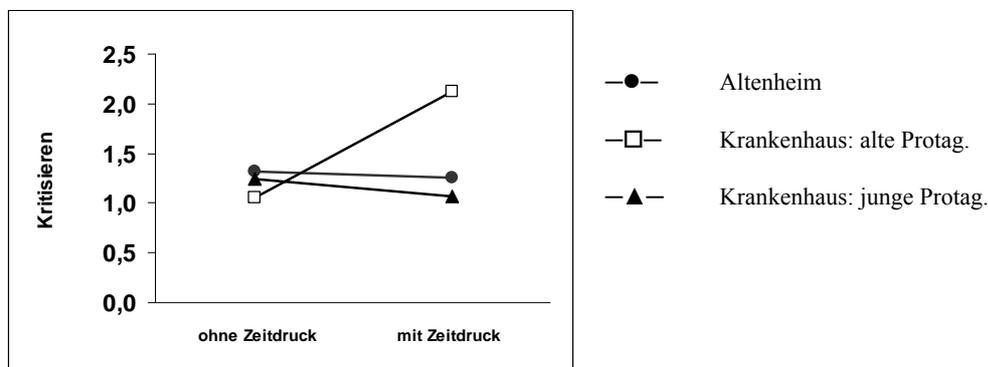
Tabelle 42: Effekte der messwiederholten Faktoren *Zeitdruck der Pflegeperson* und *Selbständigkeit der Protagonistin* bezüglich der Handlungsintention *Kritisieren* in Studie 2

Effekt	<i>F</i>	<i>df</i> <sub>Effekt</sub> <sup>1</sup>	<i>p</i>	$\eta^2$
HE Zeitdruck der Pflegeperson	2.33	1	.13	.01
HE Selbständigkeit der Protagonistin	.52	1	.47	.00
HE Pflegesetting/Alter der Protagonistin	2.39	2	.10	.02
IA Zeitdruck der Pflegeperson * Selbständigkeit der Protagonistin	.03	1	.86	.00
IA Zeitdruck der Pflegeperson * Pflegesetting/Alter der Protagonistin	4.83	2	< .01	.05
IA Selbständigkeit der Protagonistin * Pflegesetting/Alter der Protagonistin	.62	2	.54	.01
IA Zeitdruck der Pflegeperson * Selbständigkeit der Protagonistin * Pflegesetting/Alter der Protagonistin	2.62	2	.08	.03

Anmerkungen. <sup>1</sup> = *df*<sub>Fehler</sub> ist 207; in die Analyse gingen wegen eines fehlenden Wertes für die Handlungsintention *Kritisieren* *N* = 213 Probanden ein; HE = Haupteffekt, IA = Interaktionseffekt.

Tabelle 43: Deskriptive Werte der Handlungsintention *Kritisieren* in den Stufen der experimentellen Faktoren in Studie 2

Pflegesetting/Alter der Protagonistin		Altenheim	Krankenhaus_alt	Krankenhaus_jung	Gesamt
AV: Kritisieren					
Selbständige Protagonistin	Niedriger Zeitdruck	1.38 (1.45)	.98 (1.15)	1.26 (1.51)	1.21 (1.38)
	Hoher Zeitdruck	1.30 (1.51)	2.24 (1.56)	.95 (1.11)	1.50 (1.50)
Unselbständige Protagonistin	Niedriger Zeitdruck	1.26 (1.30)	1.14 (1.49)	1.21 (1.34)	1.17 (1.36)
	Hoher Zeitdruck	1.21 (1.39)	2.00 (1.51)	1.18 (1.27)	1.43 (1.44)
	Gesamt	1.26 (1.32)	1.63 (1.43)	1.13 (1.22)	1.33 (1.33)

Abbildung 11: Interaktion zwischen Settingkontrast, Zeitdruck der Pflegeperson und Selbständigkeit der Protagonistin bezüglich der Handlungsintention *Kritisieren* in Studie 2.

### 5.2.3.4 Zusammenfassung der Effekte der situativen Faktoren vor dem Hintergrund der Hypothesen

**Selbständigkeit der Protagonistin (Hypothese 1).** Es wurde angenommen, dass bei einer unselbständigen Protagonistin *unselbständigkeitsunterstützende* Reaktionen zunehmen, während sich die Selbständigkeit der Protagonistin auf *selbständigkeitsunterstützende* Reaktionen weniger stark auswirken sollte. Diese Hypothese konnte durch die signifikante Interaktion des Faktors *Handlungsententionen* mit der *Selbständigkeit der Protagonistin* bestätigt werden (Tabelle 36, T4). Wie aus Abbildung 12 hervorgeht, war der Kontrast *S-U* unter der Bedingung unselbständige Protagonistin *kleiner* als unter der Bedingung selbständige Protagonistin. Abbildung 13 veranschaulicht, wie sich die Selbständigkeit der Protagonistin auf die beiden einzelnen abhängigen Variablen *Selbständigkeit unterstützen* bzw. *Unselbständigkeit unterstützen* auswirkte. *Unselbständigkeitsunterstützende* Handlungsabsichten waren bei einer unselbständigen Protagonistin hypothesenkonform signifikant wahrscheinlicher als bei einer selbständigen Protagonistin,  $F(1,208) = 12.07, p < .01, \eta^2 = .06$ . *Selbständigkeitsunterstützende* Handlungsabsichten waren erwartungskonform unter der Bedingung selbständige Protagonistin nur tendenziell erhöht,  $F(1,208) = 3.26, p = .07, \eta^2 = .02$ .

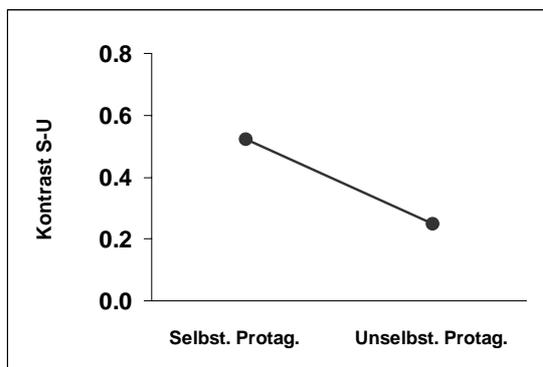


Abbildung 12: Kontrast *S-U* bei selbständiger und unselbständiger Protagonistin in Studie 2.

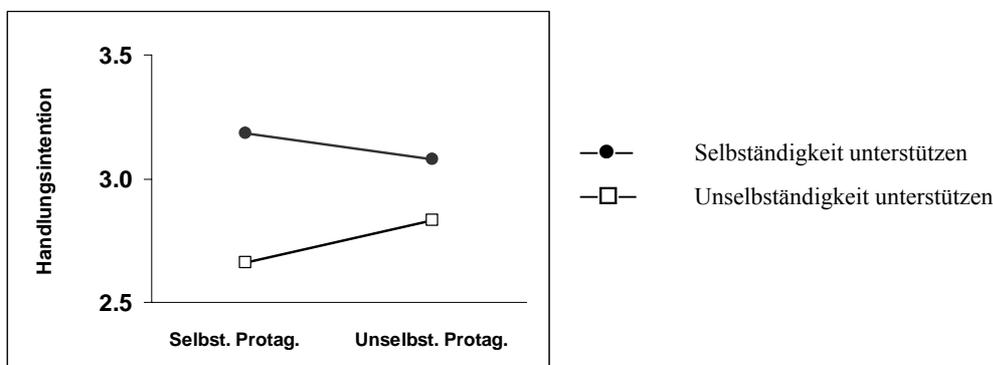


Abbildung 13: *Selbständigkeit unterstützen* und *Unselbständigkeit unterstützen* bei selbständiger und unselbständiger Protagonistin in Studie 2.

Die Hypothese einer Zunahme der Absicht *Aufmerksamkeit zu schenken* bzw. einer Abnahme der Intention, das Verhalten der Protagonistin zu *ignorieren*, bei einer unselbständigen im Vergleich zu einer selbständigen Protagonistin konnte durch die Daten in Studie 2 empirisch nicht bestätigt werden, da die Interaktion der Faktoren *Handlungsintentionen* und *Selbständigkeit der Protagonistin* nicht signifikant wurde (Tabelle 39, T4). Auf Mittelwertebene deutete sich zwar wie in Studie 1 für Ignorieren ein erwartungskonformer Unterschied zwischen selbständiger und unselbständiger Protagonistin an (Tabelle 41), dieser erreichte aber das Signifikanzniveau nicht,  $F(1,208) = 2.88, p = .09, \eta^2 = .01$ . Auch die Vermutung, es gäbe eine stärkere Bereitschaft, die selbständige Protagonistin zu *kritisieren*, ließ sich empirisch nicht erhärten (Tabelle 42).

**Zeitdruck der Pflegeperson (Hypothese 2).** Vermutet wurde eine Abnahme *selbständigkeitsunterstützender* und eine Zunahme *unselbständigkeitsunterstützender* Verhaltensweisen unter hohem Zeitdruck. Diese Hypothese fand durch die signifikante Interaktion der Faktoren *Handlungsintentionen* und *Zeitdruck der Pflegeperson* Bestätigung (Tabelle 37, T2). Der Kontrast *S-U* war unter der situativen Bedingung eines hohen Zeitdrucks geringer als bei niedrigem Zeitdruck (siehe Abbildung 14).



Abbildung 14: Kontrast *S-U* bei hohem und niedrigem Zeitdruck der Pflegeperson in Studie 2.

Aus Abbildung 15 geht hervor, dass *selbständigkeitsunterstützende* Reaktionen bei hohem Zeitdruck seltener beabsichtigt wurden als bei niedrigem Zeitdruck,  $F(1,208) = 4.72, p = .03, \eta^2 = .02$ . *Unselbständigkeitsunterstützende* Verhaltensweisen wurden zwar bei hohem Zeitdruck tendenziell etwas häufiger geäußert, der Unterschied wurde aber wie in Studie 1 statistisch nicht bedeutsam,  $F(1,208) = 1.29, p = .26, \eta^2 = .01$ .

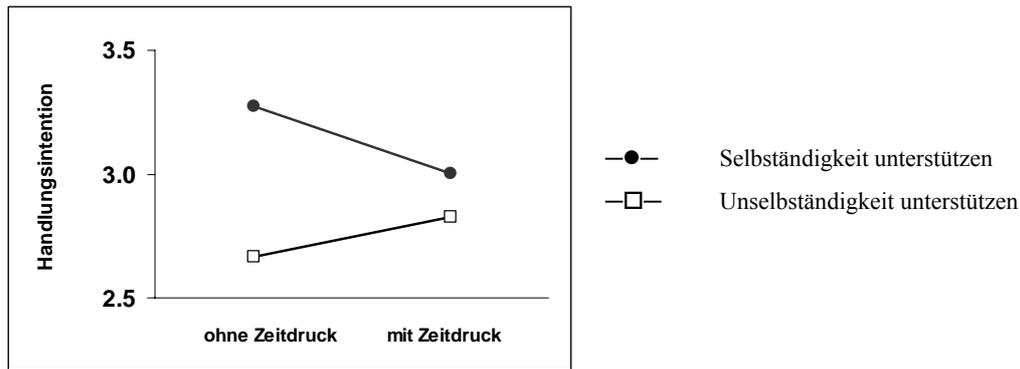


Abbildung 15: *Selbständigkeit unterstützen* und *Unselbständigkeit unterstützen* bei hohem und niedrigem Zeitdruck der Pflegeperson in Studie 2.

Bezüglich des Kontrastes *A-I* hatte der Zeitdruck einen hypothesenkonformen Effekt (Tabelle 40, T2). Bei hohem Zeitdruck wurde verglichen mit niedrigem Zeitdruck in statistisch bedeutsamer Weise stärker beabsichtigt, die Protagonistin zu *ignorieren* ( $F[1,208] = 5.93, p = .02, \eta^2 = .03$ ) und weniger die Intention geäußert, *Aufmerksamkeit zu schenken* ( $F[1,208] = 14.14, p < .01, \eta^2 = .06$ ).

Die Hypothese, bei großem Zeitdruck werde stärker beabsichtigt, die Protagonistin zu *kritisieren*, erfuhr dagegen nicht über alle Pflegesettings hinweg empirische Bestätigung (vgl. Tabelle 42), es fand sich lediglich ein signifikanter Wechselwirkungseffekt, wie er in Abbildung 11 dargestellt wurde.

#### ***Zusammenspiel zwischen Selbständigkeit der Protagonistin und Zeitdruck der Pflegeperson.***

Die Hypothese eines moderierenden Einflusses des Zeitdruckes auf den Effekt der Selbständigkeitsmanipulation bezüglich des Kontrastes *S-U* konnte nicht (über beide Settings hinweg) bestätigt werden, da die Dreifachinteraktion der Faktoren *Zeitdruck der Pflegeperson*, *Selbständigkeit der Protagonistin* und *Handlungsintentionen* keine Signifikanz erreichte (Tabelle 37, T4). Die Vierfachinteraktion zwischen *Settingkontrast*, *Zeitdruck der Pflegeperson*, *Selbständigkeit der Protagonistin* und *Handlungsintentionen* (ebenfalls Tabelle 37, T4), weist aber darauf hin, das im *Altenheim* der Zeitdruck der Pflegeperson und die Selbständigkeit der Protagonistin hypothesenkonform interagierten: Der Effekt der Selbständigkeitsmanipulation auf den Kontrast *S-U* war unter der Bedingung eines hohen Zeitdrucks besonders ausgeprägt (siehe Abbildung 10).

Zudem interagierten die Faktoren *Selbständigkeit der Protagonistin* und *Zeitdruck der Pflegeperson* auch bezüglich des *Grand Mean* miteinander (Tabelle 37, T3): Erwartungskonform wurde bei hohem Zeitdruck für die selbständige Protagonistin ein insgesamt geringeres Ausmaß

an Unterstützung beabsichtigt (siehe Abbildung 9). Dieser Unterschied ging insbesondere auf signifikant vermehrte *unselbständigkeitsunterstützende* Handlungsintentionen gegenüber der unselbständigen Protagonistin bei hohem Zeitdruck zurück: Die *post hoc* durchgeführte dreifaktorielle MANOVA mit *Unselbständigkeit unterstützten* als abhängiger Variablen erbrachte eine signifikante Interaktion von *Selbständigkeit der Protagonistin* und *Zeitdruck der Pflegeperson*,  $F(1,208) = 5.20, p = .02, \eta^2 = .02$ .

Die Vermutung, dass hoher Zeitdruck den Effekt der Selbständigkeitsmanipulation auf die Handlungsintentionen *Aufmerksamkeit schenken vs. Ignorieren* verstärkt, konnte wie in Studie 1 nicht bestätigt werden, da die Dreifachinteraktion der Faktoren nicht signifikant wurde (Tabelle 40, T4). Auch die Annahme einer Verstärkung des Effektes der Selbständigkeitsmanipulation auf die *Kritikbereitschaft* bei großem Zeitdruck konnte nicht bestätigt werden (Tabelle 42).

**Alter der Protagonistin (Hypothese 6).** Das Alter sollte sich unterschiedlich auf die Handlungsintentionen auswirken – bei einer alten Protagonistin sollten mehr *unselbständigkeitsunterstützende* und weniger *selbständigkeitsunterstützende* Reaktionen beabsichtigt werden. Die Interaktion des *Alterskontrastes* mit dem Faktor *Handlungsintentionen* (Tabelle 37, T2) erreichte wie in Studie 1 das statistisch festgelegte Signifikanzniveau nicht. Die Werte für den Kontrast *S-U* in den beiden Altersgruppen wiesen aber wiederum in die erwartete Richtung: Unabhängig von der Selbständigkeitsmanipulation wurde für die alte Protagonistin der Kontrast *S-U* kleiner als für die junge Protagonistin (siehe Abbildung 16, Vergleich innerhalb des Krankenhaussettings). Die bedeutsame Wechselwirkung des *Alterskontrastes* mit dem *Grand Mean* indiziert, dass für die alte Protagonistin insgesamt mehr Pflegehandlungen beabsichtigt wurden als für die junge (Tabelle 37, T1).

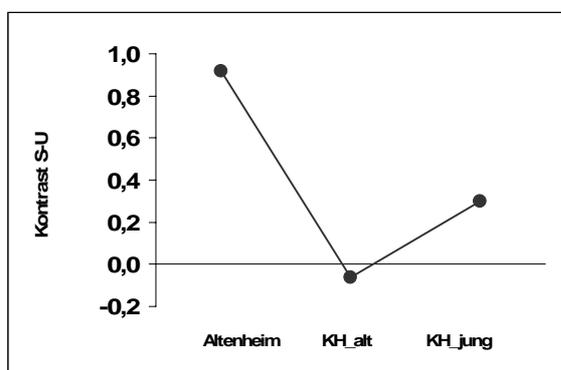


Abbildung 16: Kontrast *S-U* in den Stufen des Faktors *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* in Studie 2.

Aus Abbildung 17 geht hervor, dass bei einer alten Protagonistin im Krankenhaus vor allem mehr *unselbständigkeitsunterstützende* Handlungen beabsichtigt wurden. Die *post hoc* durchgeführte MANOVA unter Ausschluss der Probanden aus der Bedingung alte Protagonistin im Altenheim offenbarte die Signifikanz dieses Effektes,  $F(1,140) = 14.50, p < .01, \eta^2 = .09$ .

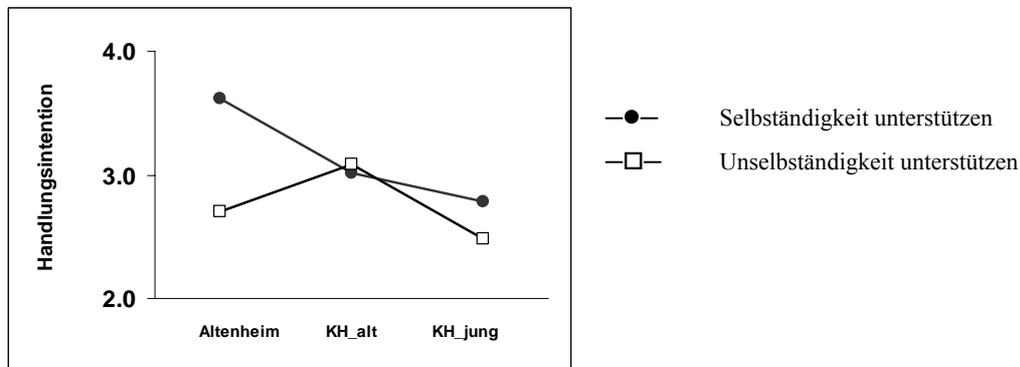


Abbildung 17: Selbständigkeit unterstützen und Unselbständigkeit unterstützen in den Stufen des Faktors *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* in Studie 2.

Ebenso wie in Studie 1 erfuhr die Hypothese einer vermehrten *Aufmerksamkeit* für die alte Protagonistin und einer verringerten Absicht, diese zu *ignorieren*, durch die marginal signifikante Wechselwirkung des *Alterskontrasts* mit den *Handlungsintentionen* eine tendenzielle Bestätigung (Tabelle 40, T2). Die *post hoc* durchgeführten Varianzanalysen bezüglich der abhängigen Variablen *Aufmerksamkeit schenken* und *Ignorieren* wurden wiederum unter Ausschluss der Probanden aus der Bedingung alte Protagonistin im Altenheim durchgeführt und ergaben einen signifikanten Alterskontrast nur für die Handlungsintention *Ignorieren*,  $F(1,140) = 7.52, p = .01, \eta^2 = .05$ .

Es war vermutet worden, dass gegenüber der alten Protagonistin im Krankenhaus mehr *Kritik* beabsichtigt würde, als gegenüber der jungen Protagonistin. Die bedeutsame Wechselwirkung zwischen *Zeitdruck der Pflegeperson* und *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* (Tabelle 42) sowie die Mittelwerte in Tabelle 43 wiesen darauf hin, dass die Bereitschaft, die alte Protagonistin zu kritisieren, nur unter der Bedingung eines großen Zeitdrucks ausgeprägter war, als die Absicht, Kritik an der jungen Patientin zu üben. Dieser Wechselwirkungseffekt konnte mit einer *post hoc* durchgeführten dreifaktoriellen MANOVA unter Ausschluss der Probanden aus der Bedingung alte Protagonistin im Altenheim bestätigt werden,  $F(1,139) = 7.72, p < .01, \eta^2 = .05$  (siehe auch Abbildung 11).

**Zusammenspiel zwischen Alter und Selbständigkeit der Protagonistin.** Über den Haupteffekt des Alters hinaus wurde angenommen, dass das Alter der Protagonistin den Einfluss der Selb-

ständigkeitsmanipulation auf die Handlungsintentionen *Selbständigkeit vs. Unselbständigkeit unterstützen* moderiert. Allerdings erreichte die Dreifachinteraktion wie in Studie 1 das statistisch festgelegte Signifikanzniveau nicht (Tabelle 37, T4).

**Zusammenspiel zwischen Alter der Protagonistin und Zeitdruck der Pflegeperson.** Schließlich war vermutet worden, dass das Alter der Protagonistin auch den Effekt der Zeitdruckmanipulation auf die Handlungsintentionen moderiert. Wie in Studie 1 fand diese Hypothese weder für den Kontrast *S-U* (Tabelle 37, T2) noch für den Kontrast *A-I* (Tabelle 40, T2) empirische Bestätigung. Nur bezüglich der Handlungsintention *Kritisieren* zeigte sich der oben dargestellte Wechselwirkungseffekt.

**Pflegesetting Altenheim vs. Krankenhaus (Hypothese 7).** Entgegen der erwarteten generalisierten Pflegeabsichten über beide Pflegekontexte hinweg erbrachte die Kontrastanalyse eine signifikante Interaktion des *Settingkontrastes* mit dem Kontrast *S-U* (Tabelle 37, T2). Der Kontrast *S-U* war für die alte Protagonistin im Altenheim deutlich größer als für die alte Patientin im Krankenhaus (siehe Abbildung 16). Nach Ausschluss der Probanden aus der Bedingung junge Protagonistin im Krankenhaus ergab die *post hoc* ausgeführte MANOVA eine signifikante Abnahme der Handlungsabsicht *Selbständigkeit unterstützen* ( $F[1,135] = 14.07, p < .01, \eta^2 = .09$ ) sowie einen bedeutsamen Anstieg von *Unselbständigkeit unterstützen* ( $F[1,135] = 5.48, p = .02, \eta^2 = .04$ ) bezüglich der alten Patientin im Krankenhaus im Vergleich zur Protagonistin im Altenheim.

Weiterhin wiesen die Daten auf eine signifikante Vierfachinteraktion des *Settingkontrastes* mit dem *Zeitdruck der Pflegeperson*, der *Selbständigkeit der Protagonistin* und dem Kontrast *S-U* hin (Tabelle 37, T4). Wie Abbildung 10 veranschaulicht, blieb auch unter der Berücksichtigung der Zeitdruck- sowie der Selbständigkeitsmanipulation der Effekt eines insgesamt größeren Kontrastes *S-U* im Altenheim im Vergleich zum Krankenhaus aber erhalten: Die Werte für den Kontrast *S-U* im Krankenhaus lagen auch unter der günstigen situativen Bedingung eines niedrigen Zeitdrucks noch unter den Werten des Kontrastes *S-U* im Altenheim bei einem für die aktivierende Pflege ungünstig hohen Zeitdruck. Darüber hinaus wurde im Krankenhausetting unter der situativen Bedingung eines hohen Zeitdrucks der Kontrast *S-U* sogar negativ, d.h. es wurden mehr unselbständigkeits- als selbständigkeitsunterstützende Pflegehandlungen beabsichtigt.

Auch der Kontrastes *A-I* interagiert signifikant mit dem *Settingkontrast* (Tabelle 40, T2): Für die abhängige Variable *Aufmerksamkeit schenken* ergab die *post hoc*-Analyse signifikant gerin-

gere Werte für die alte Protagonistin im Krankenhaus,  $F(1,135)^{52} = 10.54$ ,  $p < .01$ ,  $\eta^2 = .07$ , während sich die Mittelwerte für die Handlungsintention *Ignorieren* nicht unterschieden,  $F < 1$ .

Bezüglich der abhängigen Variabel *Kritisieren* sprach die signifikante Interaktion zwischen *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* und *Zeitdruck der Pflegeperson* ebenfalls gegen die Annahme generalisierter Handlungsintentionen in beiden Pflegesettings (Tabelle 42). Eine *post hoc* durchgeführte MANOVA unter Ausschluss der Probanden aus der Bedingung junge Protagonistin im Krankenhaus ergab wiederum eine bedeutsame Wechselwirkung zwischen den beiden Faktoren,  $F(1,135) = 6.66$ ,  $p = .01$ ,  $\eta^2 = .05$ . Nur im Krankenhaus stieg die Bereitschaft, die Patientin zu kritisieren, unter hohem Zeitdruck stark an, während sie im Altenheim sogar etwas geringer wurde.

#### 5.2.4 Effekte der personalen Moderatoren

Im Folgenden werden die mittels bivariater Korrelationen sowie moderierter Regressionen überprüften Einflüsse der personalen Variablen *Individuelle Ausprägung des Altersstereotyps* (5.2.4.1), *Direktivität* (5.2.4.2) sowie *Geduld* (5.2.4.3) auf die Handlungsintentionen dargestellt.

##### 5.2.4.1 Individuelle Ausprägung des Altersstereotyps

Um den Einfluss der Altersstereotypenmaße auf die Handlungsintentionen der Probanden zu ermitteln, welche die Vignetten mit einer alten Protagonistin bearbeiteten, wurden die Pflegekräfte aus der Bedingung junge Protagonistin im Krankenhaus aus den folgenden Analysen ausgeschlossen. Die bivariaten Produkt-Moment-Korrelationen zwischen den Indizes für Entwicklungsverluste, Entwicklungsgewinne, für das globale Altersstereotyp, sowie dem Stereotypenkennwert des FAQ einerseits und den Handlungsintentionen andererseits sind in Tabelle 44 dargestellt. Keine der Korrelationen wurde statistisch signifikant (alle  $p \geq .12$ ). Für die Handlungsabsichten *Selbständigkeit unterstützen* sowie für den Kontrast *S-U* wiesen die Koeffizienten darüber hinaus größtenteils in eine hypothesenkonträre Richtung: Für *Selbständigkeit unterstützen* war ebenso wie für den Kontrast *S-U* eine negative Korrelation mit dem Stereotypenkennwert des FAQ, dem Maß für das globale Altersstereotyp sowie dem Index für Entwicklungsverluste und ein positiver Zusammenhang mit dem Index für Entwicklungsgewinne erwartet worden. *Unselbständigkeit unterstützen* zeigte tendenziell einen hypothesenkonformen positiven Zusammenhang mit dem Stereotypenkennwert des FAQ, dem Index für Entwick-

---

<sup>52</sup> Die Analyse wurde unter Ausschluss der Probanden aus der Bedingung junge Protagonistin im Krankenhaus durchgeführt.

lungsverluste sowie dem Maß für das globale Altersstereotyp, nicht aber den erwarteten negativen Zusammenhang mit dem Index für Entwicklungsgewinne. Bezüglich der Handlungsintentionen *Aufmerksamkeit schenken*, *Ignorieren* und *Kritisieren* waren keine spezifischen Hypothesen formuliert worden.

Tabelle 44: Korrelationen der Stereotypenmaße mit den Handlungsintentionen in Studie 2

	Eigenschaftsrating: Entwicklungsverluste	Eigenschaftsrating: Entwicklungsgewinne	Eigenschaftsrating: global	FAQ
Selbständigkeit unterstützen	.04	-.09	.09	.09
Unselbständigkeit unterstützen	.10	.05	.04	.14
Kontrast S-U	-.04	-.10	.04	-.03
Aufmerksamkeit schenken	.05	.10	-.03	-.13
Ignorieren	-.04	-.04	.00	.01
Kontrast A-I	.06	.10	-.02	-.11
Kritisieren	.00	.09	-.06	.12

Anmerkung. \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ .

Zur Überprüfung eines potentiellen moderierenden Einflusses der Stereotypenmaße auf den Haupteffekt des Faktors *Selbständigkeit der Protagonistin* bezüglich des Kontrasts *S-U* wurden die Stereotypenmaße mit dem Kontrast T4 (siehe Tabelle 34) korreliert, welcher die Interaktion zwischen dem Kontrast *S-U* und dem messwiederholten Faktor *Selbständigkeit der Protagonistin* abbildete. Keiner der Korrelationskoeffizienten wurde signifikant, alle  $p \geq .39$ , so dass die Moderatorhypothese keine empirische Bestätigung erfuhr.

#### 5.2.4.2 Direktivität

Die Analysen zum personalen Moderator Direktivität wurden unter Einschluss aller Probanden durchgeführt. Tabelle 45 berichtet die bivariaten Produkt-Moment-Korrelationen zwischen der Direktivität und den Handlungsintentionen. Entgegen der Hypothesen zeigte die Direktivität keinen signifikanten Zusammenhang mit den abhängigen Variablen *Selbständigkeit* und *Unselbständigkeit unterstützen* sowie mit der Kontrastvariable *S-U*. Die Beziehung zwischen der Direktivität und der Wahrscheinlichkeit, der Protagonistin *Aufmerksamkeit zu schenken*, für die zwei gegenläufige Hypothesen formuliert worden war, stellte sich wie in Studie 1 als negativ heraus: Je direkter sich ein Proband beschrieb, desto weniger ausgeprägt war die Bereitschaft, der Protagonistin Aufmerksamkeit zu schenken. Dieser Befund stand im Einklang mit der erwartungskonträr erhöhten Absicht direkter Probanden, die Protagonistin zu *ignorieren*.

Folglich korrelierte Direktivität auch negativ mit dem Kontrast *A-I*. Der Zusammenhang zur Bereitschaft, *Kritik* am Verhalten der Protagonistin zu äußern, war erwartungsgemäß positiv, verfehlte das festgelegte statistische Signifikanzniveau allerdings knapp ( $p = .07$ ).

Tabelle 45: Korrelationen der Direktivität mit den Handlungsintentionen in Studie 2

	Direktivität
Selbständigkeit unterstützen	-.01
Unselbständigkeit unterstützen	-.01
Kontrast S-U	.00
Aufmerksamkeit schenken	-.16*
Ignorieren	.22**
Kontrast A-I	-.22**
Kritisieren	.13

Anmerkung. \*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$ .

Um einen möglichen moderierenden Effekt der Direktivität auf den Haupteffekt des Faktors *Selbständigkeit der Protagonistin* bezüglich des Kontrasts *S-U* zu testen, wurde die Korrelation zwischen Direktivität und dem Kontrast T4 berechnet. Der Korrelationskoeffizient war negativ und marginal signifikant,  $r = -.13$ ,  $p = .07$ . Zur besseren Veranschaulichung dieses tendenziellen Moderatoreffektes wurde für die Variable Direktivität ein Mediansplit durchgeführt und die Mittelwerte des Kontrastes *S-U* getrennt für Personen mit einem Direktivitätswert unterhalb und oberhalb des Medians von 2.375 in einem Koordinatensystem abgetragen (siehe Abbildung 18).

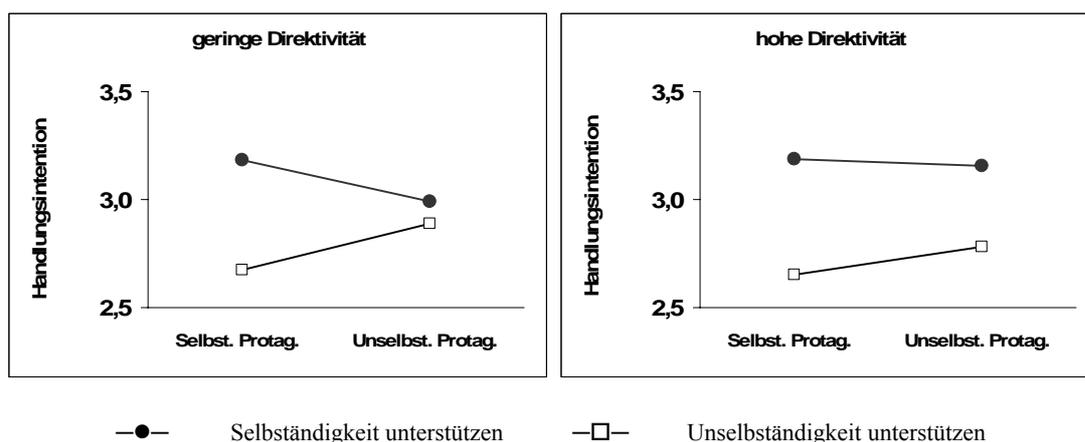


Abbildung 18: Moderatoreffekt der Direktivität auf den Einfluss der Selbständigkeitsmanipulation auf die Handlungsintentionen (geringe vs. hohe Direktivität wurde mit Hilfe eines Mediansplits gebildet) in Studie 2.

Im Einklang mit Hypothese 5 war der Effekt des Faktors *Selbständigkeit der Protagonistin* für Personen mit einem geringen Direktivitätswert, d.h. unterhalb des Medians, besonders ausge-

prägt. Bei einer selbständigen Protagonistin war der Kontrast *S-U* besonders groß, es wurde also besonders viel Selbständigkeit im Vergleich zur Unselbständigkeit unterstützt. Bei einer unselbständigen Protagonistin nahm der Kontrast *S-U* dagegen einen Wert nahe Null an, die Handlungsintentionen Selbständigkeit und Unselbständigkeit unterstützen wurden in etwa gleich häufig beabsichtigt. Im Gegensatz dazu war der Einfluss der Selbständigkeitsmanipulation für Personen mit einem Direktivitätswert oberhalb des Medians abgemildert, der Wert des Kontrasts *S-U* war für die unselbständige Protagonistin ähnlich hoch wie für die selbständige Protagonistin.

#### 5.2.4.3 Geduld

Wie aus Tabelle 46 ersichtlich wird, erbrachte eine Analyse der bivariaten Produkt-Moment-Korrelationen zwischen der personalen Variable Geduld und den Handlungsintentionen einen erwartungskonformen signifikant positiven Zusammenhang zwischen der Geduld der Pflegeperson und der Absicht, *Selbständigkeit zu unterstützen*, dem Kontrast *S-U*, der Bereitschaft, der Protagonistin *Aufmerksamkeit zu schenken* sowie dem Kontrast *A-I*. Gleichzeitig war die Wahrscheinlichkeit, die Protagonistin zu *ignorieren* umso geringer, je geduldiger sich die Probanden beschrieben. Entgegen der Hypothese korrelierte Geduld nicht mit den Handlungsintentionen *Unselbständigkeit unterstützen* und *Kritisieren*.

Tabelle 46: Korrelationen der Geduld mit den Handlungsintentionen in Studie 2

	Geduld
Selbständigkeit unterstützen	.22**
Unselbständigkeit unterstützen	.00
Kontrast S-U	.17*
Aufmerksamkeit schenken	.32**
Ignorieren	-.14*
Kontrast A-I	.31**
Kritisieren	.04

Anmerkung. \*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$ .

Zur Kontrolle des erwarteten Moderatoreffektes der Geduld auf den Einfluss des Faktors *Zeitdruck der Pflegeperson* bezüglich des Kontrastes *S-U* wurde eine moderierte Regression berechnet, wie in 5.2.1.2 dargestellt. Als Kriterium fungierte der Kontrast *S-U* (Kontrast T2, siehe Tabelle 34). Zur Berechnung einer moderierten Regression wurde zunächst der effektkodierte Prädiktor *Zeitdruck der Pflegeperson* in die Regression eingeführt (Modell 1, Tabelle 47). Der experimentellen Bedingung mit hohem Zeitdruck war dabei der Wert -1 und niedrigem Zeit-

druck der Wert 1 zugeordnet worden. Anschließend wurden zusätzlich die Moderatorvariable Geduld (Modell 2) und in einem dritten Schritt darüber hinaus der Interaktionsterm aus Prädiktor und Moderator in die Regressionsgleichung aufgenommen (Modell 3). Wie aus Tabelle 47 hervorgeht, sagte der *Zeitdruck der Pflegeperson* den Kontrast *S-U* auch unter Hinzunahme der personalen Variable Geduld signifikant voraus (Modell 2). Beide Prädiktoren zusammen leisteten 5.1% der Varianzaufklärung des Kriteriums. Allerdings verfehlte das Regressionsgewicht des Interaktionsterms die Signifikanzgrenze, so dass das Modell 3 zusätzlich keine substantiellen Varianzanteile aufklären konnte. Dieses Ergebnis sprach für einen additiven Effekt des situativen Faktors *Zeitdruck der Pflegeperson* sowie der personalen Variable Geduld, die Moderatorhypothese erfuhr keine Bestätigung.

Tabelle 47: Regression des Kontrastes *S-U* auf die Prädiktoren *Zeitdruck* und *Geduld* sowie den Interaktionsterm

Modell	$R^2_{incr}$	$F$	$p$	$\beta$	$p$
<b>1</b>					
Zeitdruck	.027	5.81	.02	.22	.02
<b>2</b>					
Zeitdruck				.22	.02
Geduld	.024	5.59	.00	.21	.02
<b>3</b>					
Zeitdruck				.22	.02
Geduld				.21	.02
Zeitdruck × Geduld	.003	3.96	.01	.08	.38

Wie in 5.1.5.2 berichtet, lieferten die Pflegekräften aus dem Krankenhaussetting – unabhängig davon, ob sie Vignetten mit einer alten oder einer jungen Protagonistin bearbeiteten – signifikant geringere Werte auf dem Maß für die personale Variable Geduld als die Altenpflegekräfte. Gleichzeitig ergab die Analyse des *Settingkontrastes* auf der abhängigen Kontrastvariablen *S-U* für die Krankenhauskräfte im Vergleich zu den Pflegekräften aus dem Altenheim verminderte Werte (5.2.3.1). Diese Befunde werfen die Frage auf, ob der Effekt des *Settingkontrastes* durch die Unterschiede auf der personalen Variablen Geduld vermittelt wurde. *Post hoc* wurde daher eine Mediatoranalyse durchgeführt (Judd & Kenny, 1981). Zunächst wurde überprüft, ob sich die potentielle Mediatorvariable Geduld aus dem *Settingkontrast* zwischen den Faktorstufen alte Protagonistin im Altenheim und alte Protagonistin im Krankenhaus vorhersagen ließ. Dafür wurde der Gruppenfaktor *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* einer Effektkodierung unterzogen: Ein positiver Wert (+1) wurde der Gruppe zugeordnet, die Vignetten mit einer alten Protagonistin im Altenheim bearbeitete, einen negativen Wert (-1) erhielt die Bedingung alte

Protagonistin im Krankenhaus. Eine lineare Regression mit der kontrastkodierte Variable als Prädiktor und Geduld als Kriterium erbrachte erwartungsgemäß ein signifikant positives Beta-Gewicht für den Settingkontrast,  $\beta = .20$ ,  $p < .01$ ,  $R^2 = .04$ . Auf eine Regression der abhängigen Variable, des Kontrasts *S-U*, auf den *Settingkontrast* konnte verzichtet werden, da ein signifikanter Einfluss des Settings schon mittels der multivariaten Kontrastanalyse nachgewiesen worden war (5.2.3.1). Daher wurde in einem letzten Schritt eine Regression der abhängigen Kontrastvariable *S-U* zunächst auf den potentiellen Mediator Geduld und schließlich sowohl auf Geduld als auch auf den *Settingkontrast* durchgeführt. Tabelle 48 informiert über die Parameter der beiden Modelle der Regressionsanalyse. Das Ergebnis spricht gegen die Hypothese eines Mediatoreffektes der Geduld: Der zuvor signifikante Einfluss der Geduld auf die abhängige Kontrastvariable *S-U* (Tabelle 48, Modell 1) verlor seine statistische Bedeutsamkeit, wenn der *Settingkontrast* als Prädiktor in die Regression aufgenommen wurde (Tabelle 48, Modell 2), wohingegen die Vorhersagekraft des *Settingkontrastes* auch unter Hinzunahme des potentiellen Mediators Geduld erhalten blieb.

*Tabelle 48:* Regression des Kontrastes *S-U* auf die potentielle Mediatorvariable Geduld und den Prädiktor Settingkontrast (Altenheim vs. Krankenhaus: alte Protagonistin)

<b>Modell</b>	<b><math>R^2_{incr}</math></b>	<b><math>F</math></b>	<b><math>p</math></b>	<b><math>\beta</math></b>	<b><math>p</math></b>
<b>1</b>					
Geduld	.029	6.22	.01	.17	.01
<b>2</b>					
Geduld				.12	.09
Settingkontrast AH-KH_alt	.072	11.73	.00	.27	.00

## 6 Diskussion

In der abschließenden Diskussion werden zunächst die Ergebnisse der beiden Studien zusammengefasst und vor dem Hintergrund der Hypothesen interpretiert (6.1). Im anschließenden Ausblick (6.2) werden theoretische Konsequenzen aus den Befunden abgeleitet und weiterführende Forschungsfragen angedacht. Schließlich wird, das einleitende Beispiel aufgreifend, die praktische Bedeutung der Befunde für alte Menschen im Altenheim und ihre Pflegepersonen resümiert (6.3).

### 6.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse von Studie 1 und Studie 2

In Studie 1 und Studie 2 wurden die Handlungsintentionen von studentischen Probanden bzw. professionellen Pflegekräften in Bezug auf eine fiktive Interaktionssituation mit einer weiblichen Protagonistin mithilfe eines experimentellen Vignettendesigns untersucht. Die situativen Bedingungen in der Vignette variierten hinsichtlich der Selbständigkeit und des Alters der Protagonistin, des Zeitdrucks der Pflegeperson sowie des Pflegesettings. Darüber hinaus wurde der Zusammenhang zwischen den Handlungsintentionen und den personalen Variablen individuelle Ausprägung des Altersstereotyps, Geduld und Direktivität der Probanden ermittelt.

Als Handlungsintentionen wurden in Anlehnung an eine Taxonomie von Baltes, M. M. (1996) die Absicht, Selbständigkeit bzw. Unselbständigkeit der Protagonistin zu unterstützen, ihr Aufmerksamkeit zu schenken bzw. sie zu ignorieren, und die Bereitschaft, die Protagonistin zu kritisieren, erhoben. In beiden Studien entsprach die Rangreihe der Mittelwerte der Handlungsintentionen über alle experimentellen Bedingungen hinweg nicht den von Baltes, M. M. (1996) in Altenheimen beobachteten Häufigkeiten dieser Verhaltensweisen der Pflegekräfte. Während die Sozialpartner alter Menschen bei Baltes oft gar nicht auf deren Verhalten reagierten, sie also ignorierten, und ansonsten überwiegend unselbständigkeitsunterstützendes Verhalten und nur selten selbständigkeitsfördernde Reaktionen zeigten, entsprachen die Handlungsabsichten der Probanden aus Studie 1 und Studie 2 deutlich stärker den Kriterien einer aktivierenden Pflege: In beiden Studien wurde im Durchschnitt am stärksten beabsichtigt, der Protagonistin Aufmerksamkeit zu schenken, gefolgt von der Intention, ihre Selbständigkeit zu unterstützen. Die Studienteilnehmer hielten es für signifikant weniger wahrscheinlich, dass sie unselbständigkeitsunterstützend auf die Protagonistin reagieren würden. Die studentischen Probanden äußerten die Absicht, die Protagonistin zu ignorieren bzw. sie zu kritisieren, in etwa

gleichermaßen selten, während die professionellen Pflegekräfte angaben, sie würden das Verhalten der Protagonistin eher kritisieren, als es ignorieren. Dieser Unterschied zwischen den hier ermittelten Handlungsabsichten und den von Baltes, M. M. (1996) tatsächlich beobachteten Verhaltensweisen von Pflegekräften kann verschiedene Ursachen haben, die nur im Rahmen weiterer Studien aufgedeckt werden können. Es ist anzunehmen, dass die Diskrepanz zwischen Absicht und tatsächlichem Verhalten zumindest teilweise auf die verschiedenen Untersuchungsmethoden zurückzuführen ist. Baltes beobachtete die Reaktionen der Pflegekräfte in der unmittelbaren Pflegesituation, in der sicher oft großer Handlungsdruck bestand, der eine automatisierte Reaktion nahelegte. Dagegen hatten die Probanden in den hier vorgelegten Studien Gelegenheit, über ihre Handlungsabsichten zu reflektieren und verschiedene präsentierte Handlungsoptionen zu gewichten. Das Abrufen gespeicherter Wissensinhalte über die Notwendigkeit einer aktivierenden Pflege wurde durch diese Erhebungsmethode sicherlich erleichtert. Darüber hinaus muss in Betracht gezogen werden, dass die Studienteilnehmer ihr Antwortverhalten im Sinne der sozialen Erwünschtheit (Crowne & Marlowe, 1960) an den Standard der aktivierenden Pflege anpassten, obwohl sie sich in einer realen Pflegesituation möglicherweise nicht dementsprechend verhalten würden. Diskrepanzen zwischen Einstellungen bzw. Verhaltensabsichten und gezeigtem Verhalten werden in der psychologischen Literatur vielfach diskutiert (siehe Metaanalysen von Kraus, 1995, und Wicker, 1969). Nach Fishbein und Ajzen (1975) stellt die Verhaltensintention aber den besten Prädiktor für generelle Verhaltenstendenzen dar, die über Situationen hinweg stabil sind und das Auftreten bestimmten Verhaltensalternativen gegenüber anderen wahrscheinlicher werden lassen. Auf eine ausführliche Darstellung der in der Literatur ausgeführten zum Teil hochkomplexen und differenzierten Modelle zur Einstellungs-Verhaltenskonsistenz wird an dieser Stelle verzichtet, da die vorliegenden Studien darauf abzielten, den individuellen und wechselseitigen Effekt möglicher situativer und personaler Randbedingungen auf die Handlungsabsichten der Probanden aufzuklären, und somit die absolute Ausprägung der Verhaltensintentionen, die in der Rangreihe der Mittelwerte über alle experimentellen Bedingungen hinweg zum Ausdruck kommt, von sekundärer Bedeutung war.

Im Folgenden soll daher der Einfluss dieser Moderatoren auf die Handlungsabsichten in Studie 1 und Studie 2 zusammengefasst und vor dem Hintergrund der Zielsetzung und Fragestellung der Untersuchungen interpretiert werden. Abschnitt 6.1.1 versucht die Frage zu beantworten, ob die von der Pflegeempfängerin gezeigte (Un-)Selbständigkeit einen Effekt auf die Handlungsabsichten der Pflegepersonen ausübt. In 6.1.2 werden Erkenntnisse bezüglich spezifischer Bedingungen, die das Abhängigkeitsunterstützungsskript begünstigen, zusammengefasst und

interpretiert. Abschnitt 6.1.3 resümiert, welche Aussagen bezüglich der Altersspezifität des skripthaften Pflegeverhaltens auf Grundlage von Studie 1 und Studie 2 getroffen werden können. Schließlich widmet sich 6.1.4 der Frage, ob das Abhängigkeitsunterstützungsskript über verschiedene stationäre Pflegekontexte generalisierbar ist.

### 6.1.1 Beeinflusst die Selbständigkeit der Pflegeempfängerin die Handlungsabsichten der Pflegepersonen?

Baltes, M. M. (1996) hatte nicht nur die Häufigkeit der verschiedenen Verhaltensweisen der Pflegekräfte erhoben, sondern sich für den Einfluss der Selbständigkeit der Altenheimbewohner auf die Reaktionen der Pflegenden interessiert (siehe Abbildung 2). Sie beobachtete, dass auf unselbständiges Verhalten alter Menschen komplementäre, d.h. unselbständigkeitsunterstützende Reaktionen der Sozialpartner folgten, während auf selbständiges Eigenpflegeverhalten in der Regel kein selbständigkeitsunterstützendes Verhalten folgte. Es wurde zumeist ignoriert. Dieses Abhängigkeitsunterstützungsskript offenbarte sich teilweise auch in den Daten der hier präsentierten Untersuchungen (siehe Abbildungen 4 und 13). Sowohl in Studie 1 als auch in Studie 2 gaben die Probanden bei einer unselbständigen Protagonistin signifikant mehr unselbständigkeitsunterstützende Pflegeabsichten an, als bei einer selbständigen fiktiven Interaktionspartnerin. Dagegen wurden selbständigkeitsunterstützende Intentionen weit weniger durch die tatsächliche Selbständigkeit der Protagonistin beeinflusst: Die studentischen Probanden in Studie 1 beabsichtigten keine signifikant unterschiedlichen selbständigkeitsunterstützenden Pflegehandlung gegenüber selbständiger und unselbständiger Protagonistin. Die professionellen Pflegekräfte in Studie 2 zeigten nur tendenziell stärkere Absichten, der selbständigen im Vergleich zur unselbständigen Protagonistin selbständigkeitsunterstützend zu begegnen.

In Studie 1 beeinflusste die Selbständigkeit der Protagonistin die Absicht der Probanden, das Verhalten ihrer fiktiven Interaktionspartnerin zu ignorieren. Im Einklang mit den Befunden von Baltes, M. M. (1996) gab es eine stärkere Bereitschaft, die selbständige Protagonistin zu ignorieren. Dieser Befund konnte allerdings in Studie 2 nicht repliziert werden. Außerdem gaben die studentischen Untersuchungsteilnehmer in Studie 1 auch an, selbständiger und unselbständiger Protagonistin gleichermaßen Aufmerksamkeit schenken zu wollen, ein Verhalten, das konträr zur Absicht zu sein scheint, die fiktive Interaktionspartnerin zu ignorieren. Dieser Widerspruch kann möglicherweise dadurch aufgelöst werden, dass die Probanden zwar beabsichtigten, die in der Vignette beschriebene *Tätigkeit* der Protagonistin (z.B. sich waschen) zu ignorieren, da die Interaktionspartnerin offensichtlich eigenständig zurecht kam. Gleichzeitig

hielten sie es vielleicht für wahrscheinlich, die Protagonistin allgemein mit etwas Aufmerksamkeit zu bedenken. Dieses Pflegeverhalten ist sicherlich mehr im Einklang mit den Kriterien einer aktivierenden Pflege, als das von Baltes beobachtete generelle Ignorieren selbständiger Pflegeempfänger.

Baltes, M. M. (1996) hatte das Kritisieren eines Bewohners zwar nicht explizit in ihr Verhaltenskodiersystem aufgenommen, interpretierte aber überkompensierende Hilfe für Bewohner, die sich zuvor eigenständig gepflegt hatten, als implizite Kritik an deren Selbständigkeit. In den hier präsentierten Studien wurde das Kritisieren der Protagonistin explizit als Handlungsabsicht operationalisiert. Es zeigte sich aber keine vermehrte Absicht der Probanden, das Verhalten der selbständigen Protagonistin zu kritisieren. Dieser Befund steht im Einklang mit der zumindest in Studie 1 nachgewiesenen Bereitschaft, die selbständige Protagonistin stärker als die unselbständige zu ignorieren: Wenn die Tätigkeit der Pflegeempfängerin nicht beachtet wird, kann nicht gleichzeitig explizit Kritik daran geäußert werden.

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass sich die Selbständigkeit der Pflegeempfängerin in den hier präsentierten Studien in Übereinstimmung mit den Befunden von Baltes, M. M. (1996) besonders auf *unselbständigkeitsunterstützende* Pflegeabsichten auswirkte: Eine Person, die sich unselbständig und hilflos zeigte, erhielt mehr unselbständigkeitsfördernde Hilfe, als eine Person, die sich selbständig verhielt. In der Terminologie von Baltes wurde der unselbständigen Person also eine *komplementäre* Unterstützung und damit eine *Verstärkung* ihres Verhaltens zuteil. Ebenfalls im Einklang mit Baltes beeinflusste die Selbständigkeit die *selbständigkeitsunterstützenden* Pflegeabsichten weit weniger, d.h. die selbständige Pflegeempfängerin erhielt nicht mehr selbständigkeitsfördernde Hilfe als ihre unselbständige „Leidensgenossin“. Replizieren ließ sich also das *Abhängigkeitsunterstützungsskript* im engeren Sinne, d.h. auch in den Vignetten-Studien war lediglich das abhängige Verhalten geeignet, komplementäre Reaktionen bei den Pflegenden hervorzurufen. Weniger eindeutig waren dagegen die Daten bezüglich des so genannten *Selbständigkeitsignoranzskripts* (vgl. 2.3.2): Nicht in beiden Studien wurde die selbständige Protagonistin stärker ignoriert als die unselbständige Pflegeempfängerin. Überhaupt keine Bestätigung fand die These, die unselbständige Protagonistin erhielt mehr Aufmerksamkeit im Sinne von positiver Zuwendung. Eine *Löschung* selbständigen Verhaltens ließ sich demnach nicht nachweisen.

Diese Ergebnisse lassen den Schluss kaum zu, die unselbständige Pflegeempfängerin werde mit Unterstützung bei ihrer Tätigkeit (z.B. sich waschen) und vermehrter Aufmerksamkeitszuwendung gegenüber der selbständigen Person begünstigt. Stattdessen können die Daten auch so

interpretiert werden, dass die studentischen Probanden sowie die professionellen Pflegepersonen sich bemühten, so aktivierend und selbständigkeitsfördernd wie möglich auf ihr Gegenüber zu reagieren. Unter Umständen wiesen die selbständigkeitsunterstützenden Reaktionen bei der selbständigen und der unselbständigen Protagonistin gerade deshalb ähnlich hohe Werte auf, weil die Pflegekräfte beabsichtigten, für *jede* Pflegeempfängerin das Maximum an aktivierenden Pflegehandlungen auszuüben. So ließe sich auch die relativ hohe Ausprägung des selbständigkeitsunterstützenden Verhaltens erklären. Unselbständigkeitsunterstützende Handlungsabsichten wurden dagegen vor allem bei der unselbständigen Protagonistin gezeigt und stellten möglicherweise gar kein grundsätzlich *über*kompensierendes Verhalten, sondern in Verbindung mit den *gleichzeitig* gezeigten Versuchen, die Selbständigkeit zu fördern, eine adäquate Hilfestellung dar.

Die Diskrepanz dieser Interpretation zu den Beobachtungsbefunden von Baltes verdeutlicht die Wichtigkeit der Frage nach spezifischen Bedingungen, unter denen das von Baltes beschriebene Interaktionsmuster in der Pflege tatsächlich zum Vorschein kommt.

### 6.1.2 Gibt es spezifische Bedingungen, die das Pflegeverhalten nach dem Abhängigkeitsunterstützungsskript beeinflussen?

Die in Kapitel 2 ausgeführten theoretischen Modelle und empirischen Befunde zur Überanpassung in der Kommunikation mit alten Menschen bzw. zur Überkompensation im Pflegeverhalten gegenüber alten Pflegeempfängern basieren auf der Annahme, die Wahrnehmung eines alten Menschen aktiviere bestimmte Facetten des Altersstereotyps und beeinflusse das Interaktionsverhalten entsprechend (vgl. Baltes et al., 1991; Hummert, 1994; Ryan et al., 1986, 1995a). Die hier berichteten Studien 1 und 2 widmeten sich der Frage, ob das von Baltes, M. M. (1996) als Abhängigkeitsunterstützungsskript bezeichnete überkompensierende Pflegeverhalten ein Effekt mit universellem Geltungsbereich ist, oder ob es spezifische Bedingungen gibt, die ein solches Interaktionsmuster begünstigen. Aus der Stereotypenforschung der kognitiven Sozialpsychologie stammt die Erkenntnis, dass eine individuumsbasierte, d.h. in Bezug auf den Pflegekontext eine den tatsächlichen Unterstützungsbedarf erfassende Eindrucksbildung anstrengender ist, als eine stereotypbasierte Wahrnehmung (vgl. 3.2.3). Menschen verhalten sich einer Metapher von Fiske und Taylor (1984) entsprechend unter bestimmten Bedingungen – z.B. bei geringen zeitlichen Ressourcen – wie „kognitive Geizhalse“ (*cognitive miser*). Studie 1 und 2 überprüften dementsprechend den Effekt eines hohen Zeitdrucks sowie einer geringen

Geduld und einer hohen Direktivität der Pflegeperson auf deren Pflegeabsichten. In 6.1.2.1 werden die entsprechenden Ergebnisse zusammengefasst und interpretiert.

Über die allgemeinen Bedingungen hinaus, die eine stereotypbasierte Eindrucksbildung begünstigen können, wurde zudem die individuelle Ausprägung des Altersstereotyps der Probanden erfasst und der Zusammenhang zu deren Pflegeabsichten überprüft. 6.1.2.2 resümiert die entsprechenden Befunde.

#### 6.1.2.1 Begünstigen hoher Zeitdruck, geringe Geduld und hohe Direktivität der Pflegeperson das Abhängigkeitsunterstützungsskript?

Aus dem Modell reflektiver und impulsiver Determinanten sozialen Verhaltens von Strack und Deutsch (2004) sowie aus den empirischen Befunden der kognitiven Sozialpsychologie z.B. von Gilbert und Hixon (1991) wurde abgeleitet, dass der die berufliche Realität von Pflegekräften bestimmende hohe Zeitdruck die reflektierte Entscheidung behindern kann, dem Pflegeempfänger mit aktivierenden Pflegemaßnahmen zu begegnen (vgl. 3.2.3). Stattdessen sollte die aufgrund mangelnder zeitlicher Ressourcen begrenzte kognitive Kapazität ein stereotypbasiertes impulsives Verhaltensschema begünstigen, das in einem vermehrt unselbständigkeitsunterstützenden bzw. vermindert selbständigkeitsunterstützenden Pflegeverhalten zum Ausdruck kommt. Gleichzeitig wurde vermutet, dass die Persönlichkeitseigenschaft Geduld diesem durch das impulsive System angeregten überkompensierenden Verhalten entgegenwirken kann und somit unter Umständen auch den Effekt eines hohen Zeitdrucks abzuschwächen vermag. Umgekehrt gewinnt bei Personen, die eine hohe Ausprägung des Persönlichkeitsmerkmals Direktivität im Sinne einer Tendenz zur Lenkung und Kontrolle in sozialen Beziehungen aufweisen, möglicherweise ein stereotypbasiertes abhängigkeitsförderndes Verhaltensschema eher die Oberhand über reflektive Verhaltenstendenzen, die ein selbständigkeitsunterstützendes Handeln nahe legen würden. Direktive Personen sollten daher weniger Sensitivität für die tatsächlichen Unterschiede in der Selbständigkeit ihres Gegenübers zeigen.

**Zeitdruck.** Sowohl in Studie 1 als auch in Studie 2 wirkte sich der experimentell variierte Zeitdruck der Pflegeperson hypothesenkonform auf die Handlungsintentionen der Pflegekräfte aus: Sollten sich die Probanden in eine Situation mit hohem Zeitdruck hineinversetzen, wurden im Verhältnis zu selbständigkeitsfördernden Pflegehandlungen mehr unselbständigkeitsunterstützende Handlungen beabsichtigt als bei niedrigem Zeitdruck (siehe Abbildungen 5 und 14). Dieser Effekt basierte vor allem auf einer signifikanten Abnahme selbständigkeitsfördernder Intentionen bei hohem Zeitdruck (siehe Abbildungen 6 und 15). Weiterhin hielten es die Teil-

nehmer beider Studien erwartungsgemäß für weniger wahrscheinlich, der Protagonistin bei hohem Zeitdruck Aufmerksamkeit zu schenken als bei niedrigem Zeitdruck bzw. für wahrscheinlicher, sie bei hohem Zeitdruck zu ignorieren. Auf die Handlungsintention *Kritisieren* wirkte sich die Zeitdruckmanipulation dagegen nicht über alle Settings hinweg im Sinne der Hypothese aus: In Studie 1 war die Kritikbereitschaft bei hohem Zeitdruck nur im Altenheim erhöht, in Studie 2 nur bei der alten Protagonistin im Krankenhaus.

Der postulierte moderierende Einfluss des Zeitdrucks auf den Effekt der Selbständigkeitsmanipulation bezüglich der Handlungsabsichten ließ sich allerdings nicht konsistent nachweisen. Er zeigte sich nur in Studie 2 und hier ausschließlich im Altenheimsetting (siehe Abbildung 10): Nur bei hohem Zeitdruck wurde das Verhältnis selbständigkeitsfördernder zu unselbständigkeitsunterstützender Pflegehandlungen durch die Selbständigkeit der Protagonistin beeinflusst. Auf die unselbständige Protagonistin wurde bei hohem Zeitdruck verhältnismäßig stärker unselbständigkeitsunterstützend reagiert. Waren dagegen genügend zeitliche Ressourcen vorhanden, wurde auf selbständige und unselbständige Pflegeempfängerin gleichermaßen reagiert. Bezüglich der Handlungsintentionen *Aufmerksamkeit schenken* vs. *Ignorieren* sowie *Kritisieren* erbrachten die Daten keinen Moderatoreffekt des Zeitdrucks.

Weiterhin war vermutet worden, dass der Zeitdruck der Pflegeperson mit dem Alter der Protagonistin einen Wechselwirkungseffekt bezüglich der Handlungsintentionen zeigen würde. Der erwartete Unterschied in den Pflegeabsichten gegenüber der alten und der jungen Pflegeempfängerin sollte unter der ungünstigen Bedingung eines hohen Zeitdrucks besonders ausgeprägt sein. Diese Hypothese fand allerdings weitgehend keine Bestätigung. Nur für die Handlungsabsicht *Kritisieren* zeigte sich in Studie 2, dass die Bereitschaft, die alte Protagonistin zu kritisieren, lediglich unter der Bedingung eines großen Zeitdrucks ausgeprägter war, als die Absicht, Kritik an der jungen Patientin zu üben (siehe Abbildung 11).

**Geduld.** In beiden Studien fanden sich hypothesenkonforme Zusammenhänge zwischen der Fähigkeit, geduldig abwarten zu können, bis eine langsamere Person eine Handlung selbständig ausgeführt hat, und den Handlungsintentionen der Probanden. Je geduldiger sich eine Person beschrieb, desto stärker beabsichtigte sie selbständigkeitsfördernde im Verhältnis zu unselbständigkeitsunterstützenden Pflegehandlungen und desto stärker ausgeprägt war die Intention, der Protagonistin in der Vignette Aufmerksamkeit zu schenken, im Vergleich zur Absicht, sie zu ignorieren. Zwischen Geduld und *Kritisieren* bestand dagegen nur in Studie 1 ein erwartungsgemäß negativer, aber nur marginal signifikanter Zusammenhang.

Über diese Zusammenhangsbefunde hinaus ließ sich allerdings in beiden Studien kein moderierender Einfluss der Geduld auf den Effekt eines hohen Zeitdrucks nachweisen. Offensichtlich handelt es sich bei der situativen Bedingung eines hohen Zeitdrucks der Pflegeperson und bei der Persönlichkeitseigenschaft Geduld um Faktoren, die *additiv* auf die Handlungsabsichten einer Pflegekraft wirken. Für selbständigkeitsfördernde, aktivierende Pflegemaßnahmen bedarf es beides: genügend zeitlicher Ressourcen sowie einer ausreichenden Geduld. Beide Faktoren arbeiten aber offensichtlich nicht kompensatorisch, d.h. eine Pflegekraft, die sehr geduldig ist, zeigt unter hohem Zeitdruck trotzdem verminderte aktivierende Pflege.

**Direktivität.** Bezüglich selbständigkeits- bzw. unselbständigkeitsunterstützender Handlungsintentionen zeigte die individuelle Tendenz, andere Menschen zu lenken und zu kontrollieren, entgegen den Erwartungen in beiden Studien keine signifikanten Zusammenhänge. Allerdings beeinflusste die Neigung der Probanden zu direkter Lenkung sowohl in Studie 1 als auch in Studie 2 die Bereitschaft, der Protagonistin Aufmerksamkeit zu schenken bzw. sie zu ignorieren. Je direkter sich jemand beschrieb, desto geringer war die Absicht, der Protagonistin Aufmerksamkeit zu schenken bzw. desto stärker die Intention, sie zu ignorieren. In beiden Studien war bei direktiven Personen die Bereitschaft, Kritik am Verhalten der Protagonistin zu üben, hypothesenkonform (marginal) signifikant erhöht.

Die Tendenz, in sozialen Interaktionen direktiv, also lenkend und kontrollierend aufzutreten, wirkte sich unmittelbar vor allem auf die Absicht der Probanden aus, ihr Gegenüber in einer Pflegesituation mit Aufmerksamkeit zu bedenken bzw. zu ignorieren und sie zu kritisieren. Das ist insofern plausibel, als dass das Schenken von Aufmerksamkeit voraussetzt, von eigenen Handlungsplänen abzusehen und sich auf die Bedürfnisse des Gegenübers einzulassen. Direktiven Menschen fällt dieses für eine aktivierende Pflege wichtige Verhalten offensichtlich schwerer als ihren weniger direktiven Mitmenschen. Stattdessen neigen sie verstärkt dazu, die Handlungen anderer zu kritisieren, wengleich einschränkend betont werden muss, dass die Kritik an der Protagonistin in den vorliegenden Studien sehr schwach formuliert worden war.

Zusätzlich zu diesen Zusammenhangsbefunden war ein moderierender Einfluss der Direktivität auf den Effekt der Selbständigkeitsmanipulation bezüglich selbständigkeits- und unselbständigkeitsunterstützender Pflegeabsichten gestestet worden. Ein solcher Moderatoreffekt deutete sich nur in Studie 2 an (siehe Abbildung 18): Untersuchungsteilnehmer mit einer geringen Ausprägung in der Tendenz zur Lenkung und Kontrolle reagierten hypothesenkonform sensitiver auf die Unterschiede in der Selbständigkeit der Protagonistin, d.h. sie beabsichtigten bei einer selbständigen Protagonistin besonders viele selbständigkeitsfördernde im Vergleich zu unselb-

ständigkeitsunterstützenden Handlungen, während sie bei einer unselbständigen Protagonistin beide Handlungsabsichten gleich stark angaben. Direktive Probanden reagierten weniger sensitiv, d.h. sie beabsichtigten bei selbständiger und unselbständiger Protagonistin ähnlich viel selbständigkeitsfördernde Pflegemaßnahmen im Verhältnis zu unselbständigkeitsunterstützenden Handlungen. Interessanterweise zeigten sie damit aber für selbständige und unselbständige Pflegeempfängerin gleichermaßen besonders viel günstige, selbständigkeitsfördernde Pflegeabsichten und wenig unselbständigkeitsfördernde Absichten. Auf diesen Aspekt der aktivierenden Pflege, stets mehr selbständigkeits- als unselbständigkeitsunterstützendes Pflegeverhalten zu zeigen, schien also insbesondere die *hohe* Direktivität einen positiven Einfluss zu haben.

#### 6.1.2.2 Hat die individuelle Ausprägung des Altersstereotyps einen Einfluss?

Aufbauend auf den unter 3.2.2 berichteten Befunden z.B. von Kahana und Kiyak (1984) wurde in den hier präsentierten Studien 1 und 2 untersucht, inwieweit die individuelle Stärke negativer altersstereotyper Überzeugungen, welche die Zunahme von Entwicklungsverlusten mit dem Alter beinhalten und die Selbständigkeit alter Menschen verallgemeinernd in Frage stellen, die Pflegeabsichten der Probanden beeinflusst. Dazu wurde in Studie 1 eine modifizierte Version des FAQ von Palmore (1977, 1981) und in Studie 2 zusätzlich noch ein Eigenschaftsrating eingesetzt, das den Vergleich zwischen einem achtzigjährigen und einem vierzigjährigen Menschen hinsichtlich der Ausprägung verschiedener positiver und negativer Eigenschaften erforderte. Ein positiver FAQ-Stereotypenkennwert bildete ein Maß für die Tendenz, alte Menschen bzw. das Alter übergeneralisierend negativ wahrzunehmen. Mithilfe des Eigenschaftsratings wurden ein Index für Entwicklungsgewinne im Alter, ein Index für Entwicklungsverluste sowie die Differenz zwischen diesen Indizes gebildet, welche die individuelle Stärke eines negativen globalen Altersstereotyps ausdrückte.

Entgegen den Erwartungen zeigte sich nur in der studentischen Stichprobe von Studie 1 ein hypothesenkonform negativer Zusammenhang zwischen dem FAQ-Stereotypenkennwert und dem Kontrast S-U bzw. eine positive Korrelation mit der Absicht unselbständigkeitsunterstützender Pflegehandlungen. Je stärker also die Tendenz einer Person war, alte Menschen bzw. das Alter übergeneralisierend negativ wahrzunehmen, desto schwächer ausgeprägt war die Bereitschaft, eine alte Person aktivierend zu pflegen, d.h. selbständigkeitsunterstützende im Verhältnis zu unselbständigkeitsunterstützenden Pflegehandlungen auszuführen, bzw. desto stärker die Intention, der alten Person überkompensierende Hilfe zukommen zu lassen. In Studie 2 konnte kein bedeutsamer Zusammenhang zwischen den verschiedenen Stereotypenmaßen und den

Handlungsabsichten der professionellen Pflegekräfte ermittelt werden. Darüber hinaus gelang es in keiner der beiden Studien, einen moderierenden Einfluss der Stereotypenmaße auf den Effekt der Selbständigkeitsmanipulation hinsichtlich der beiden konträren Pflegeabsichten Selbständigkeit unterstützen und Unselbständigkeit unterstützen nachzuweisen.

Diese Befunde werfen die Frage auf, ob die Maße zur Erfassung der individuellen Ausprägung des Altersstereotyps in den hier präsentierten Studien reliabel und valide operationalisiert wurden. Wie bereits unter 4.1.4.3.1 angesprochen, wies der FAQ-Stereotypenkennwert nur eine geringe Reliabilität auf. Auch die Reliabilität der aus dem Eigenschaftsrating gebildeten Indizes war nicht zufriedenstellend (5.1.4.1). Das unter 5.1.5.2 berichtete Interkorrelationsmuster der verschiedenen indirekten Stereotypenmaße spricht aber für deren konvergente Validität. Die erwartungskonformen Zusammenhänge zwischen den Variablen waren zwar relativ klein, wurden aber statistisch signifikant. Das ist insofern bemerkenswert, als dass indirekte Maße in vielen Fällen nicht in bedeutsamer Weise miteinander korrelieren (Fazio & Olson, 2003).

Möglicherweise hätte die Konstruktvalidität der Instrumente zur Erfassung der individuellen Ausprägung des Altersstereotyps verbessert werden können, wenn statt allgemeiner Stereotypenmaße bereichsspezifische Messinstrumente entwickelt worden wären. Unter Rückgriff auf die Befunde von Hummert (Hummert, 1990; 1999; Hummert et al., 1994), die zeigen, dass Menschen nicht *ein* homogenes Altersstereotyp aufweisen, sondern zwischen verschiedenen Subtypen alter Menschen differenzieren, wäre es unter Umständen günstig gewesen, die individuelle Ausprägung des Stereotyps vom „Altenheimbewohner“ bzw. vom „alten Krankenhauspatienten“ zu erfassen. Im Sinne des *Korrespondenzprinzips* nach Ajzen und Fishbein (1977) ist anzunehmen, dass die Messung einer solchen spezifischen Einstellung die Pflegeabsichten der Probanden bezüglich alter Menschen, die im Altenheim leben, bzw. alter Patienten im Krankenhaus besser hätte vorhersagen können.

Kritisch reflektiert werden muss auch die inhaltliche Validität der modifizierten Version des FAQ: Bei manchen Aussagen bezüglich des Alter(n)s ist fraglich, ob eine Zustimmung oder Ablehnung im „richtig-falsch“-Antwortformat tatsächlich eine positive oder eine negative Einstellung gegenüber dem Alter(n) widerspiegelt. Wenn eine Person die korrekte Aussage „Rund 70% der Menschen über 85 Jahre geben an, nicht mehr alleine einkaufen zu können.“ – die in einer Pilotstudie eindeutig als negative Aussage über das Alter klassifiziert wurde (vgl. 4.1.4.3.1) – für falsch hält, ist nicht eindeutig erkennbar, ob sie glaubt, dass *weniger* oder *noch mehr* als 70% der Menschen Probleme beim Einkaufen haben. Ersteres wird als positive Verzerrung gewertet, letzteres müsste aber als altersstereotypbasierte negative Verzerrung einge-

ordnet werden. Ein Multiple-Choice-Antwortformat, das aus forschungsökonomischen Gründen für Studie 1 und 2 nicht gewählt wurde, könnte hier Abhilfe leisten. So könnte man in alle Aussagen Prozentangaben einfügen, die Probanden müssten statt einer „richtig-falsch“-Antwort aus den Antwortalternativen „weniger“, „genauso viel“ sowie „mehr“ auswählen. Ein weiteres potentielleres Antwortformat könnte darin bestehen, in den Aussagen keine Prozentangabe vorzugeben, sondern diese von den Probanden *schätzen* zu lassen. Abweichungen von der empirisch korrekten Prozentzahl würden dann als stereotypbasierte positive oder negative Verzerrung gewertet.

Über die Optimierung der indirekten Maße hinaus muss allerdings darüber nachgedacht werden, ob die Wahl *indirekter* Stereotypenmaße zur Vorhersage von Handlungsintentionen, die der bewussten *Kontrolle* unterliegen, überhaupt angemessen war. Befunde zum so genannten *Doppelten Dissoziationsprinzip* (Asendorpf, Banse & Mücke, 2002) besagen, dass indirekte<sup>53</sup> Maße eher geeignet sind, *spontanes* Verhalten vorherzusagen. Da die anderen *direkten* Maße, wie die Skala Geduld oder der Fragebogen zur Direktivität zumindest teilweise in hypothesenkonformer Richtung mit den Handlungsintentionen korrelierten, wäre eine Erhebung der individuellen Ausprägung des Stereotyps vom „Altenheimbewohner“ bzw. „alten Krankenhauspatienten“ mittels eines *direkten* Maßes möglicherweise fruchtbarer gewesen. So hätte man z.B. die Zustimmung zu Aussagen über Altenheimbewohner („Die meisten Altenheimbewohner sind desorientiert.“) erfassen können, ähnlich der *Attitudes Toward Old People*-Skala von Kogan (1961). Unabhängig von der tatsächlichen Richtigkeit der Aussagen hätte man anschließend die Zustimmung zu positiven bzw. negativen Aussagen zu einem Gesamtwert für ein positives bzw. negatives Stereotyp addieren können.

### 6.1.3 Zeigt sich das Abhängigkeitsunterstützungsskript nur in der Interaktion mit *alten* Pflegeempfängern?

Die Beobachtungsstudien der Arbeitsgruppe um Baltes legen die Vermutung nahe, dass es sich beim Abhängigkeitsunterstützungsskript um einen Effekt handelt, der spezifisch in der Interaktion mit alten Menschen auftritt: Alte Menschen, zumal wenn sie sich in einem – ambulanten oder stationären – Pflegekontext befinden, werden demnach im Sinne eines negativen Altersstereotyps übergeneralisierend als hilfsbedürftig und inkompetent wahrgenommen (Baltes, M. M., 1996; Baltes et al., 1991). Pflegekräfte neigten demnach dazu, insbesondere alten Menschen in überkompensierender Weise zu helfen und somit eine tatsächlich oder vermeintlich vorhandene

---

<sup>53</sup> Zur Klassifizierung des Eigenschaftsratings als indirektes Maß siehe Fußnote 48 (5.1.4.1).

Abhängigkeit erst zu befördern. In der Interaktion zwischen Kindern und ihren Betreuungspersonen ließ sich dieses skripthafte, abhängigkeitsunterstützende Verhalten dagegen nicht beobachten (Baltes et al., 1985, zitiert nach Baltes, M. M., 1996).

Diese Annahme der Altersspezifität des Abhängigkeitsunterstützungsskripts war in den vorliegenden Studien erstmals Gegenstand einer experimentellen Untersuchung: Mit dem Krankenhaus wurde ein mit dem Altenheim vergleichbares Pflegesetting gewählt, in dem sowohl junge als auch alte Menschen betreut werden. Das Alter der Pflegeempfängerin war in den Textvignetten damit anders als in den Beobachtungsstudien von Baltes und Kollegen nicht mit dem Pflegesetting konfundiert. Zur Überprüfung des Alterseffektes wurden die Reaktionen auf eine alte und eine junge Protagonistin im selben Pflegesetting Krankenhaus miteinander verglichen.

Die Daten von Studie 1 und Studie 2 liefern einige Hinweise für die Hypothese, dass insbesondere *alten* Menschen mit einem überkompensierenden Pflegeverhalten begegnet wird, stützen sie aber nicht vollständig (siehe Abbildung 7 und 16): In beiden Untersuchungen beeinflusste das Alter der Protagonistin das Verhältnis von unselbständigkeits- zu selbständigkeitsunterstützenden Pflegeabsichten nicht in signifikanter Weise – bei einer alten Protagonistin sollte diese Verhältnis stärker zu Ungunsten selbständigkeitsunterstützender Absichten ausfallen als bei einer jungen Protagonistin. Zumindest in Studie 2 zeigte sich aber eine hypothesenkonforme Tendenz dieses Unterschiedes. Eine *post hoc*-Analyse in Studie 2 ergab, dass dieser tendenzielle Unterschied auf eine in Bezug auf die alte Protagonistin signifikant erhöhte Absicht unselbständigkeitsunterstützender Pflegehandlungen zurückzuführen war. Dieser Effekt wurde in Studie 1 nur marginal signifikant.

Darüber hinaus war im Sinne des Abhängigkeitsunterstützungsskripts vermutet worden, dass die Handlungen der alten Protagonistin stärker auf einen möglichen Hilfs- und Interventionsbedarf geprüft werden sollten als die Handlungen der jungen Pflegeempfängerin. Erwartungsgemäß gaben die Probanden in beiden Studien an, die Tätigkeit der alten Protagonistin weniger ignorieren zu wollen, als die der jungen. Dieser Unterschied zwischen alter und junger Pflegeempfängerin zeigte sich aber nicht bezüglich der Absicht, Aufmerksamkeit zu schenken. Dieses positive Pflegeverhalten wurde in Bezug auf die alte und die junge Protagonistin gleichermaßen stark beabsichtigt.

Schließlich wurde am Verhalten der alten Protagonistin in Studie 1 auch eher Kritik geäußert als am Verhalten der jungen Pflegeempfängerin. Dieser Unterschied zwischen junger und alter

Protagonistin zeigte sich in Studie 2 nur unter der Bedingung eines großen Zeitdrucks der Pflegeperson (siehe Abbildung 11).

Somit konnte der postulierte Unterschied in den Reaktionen gegenüber alten und jungen Pflegeempfängern nicht konsistent für alle Pflegeabsichten und insbesondere nicht über beide Studien für selbständigkeits- und unselbständigkeitsfördernde Absichten nachgewiesen werden. Zudem zeigte sich keine Wechselwirkung zwischen Alter und Selbständigkeit der Pflegeempfängerin sowie nur in Studie 2 in Bezug auf Kritisieren eine Interaktion zwischen Alter der Protagonistin und Zeitdruck der Pflegeperson. Die Hypothese, ein Pflegeverhalten nach dem Abhängigkeitsunterstützungsskript zeige sich insbesondere in der Interaktion mit *alten* Pflegeempfängern und werde durch einen hohen Zeitdruck, der eine altersstereotypisierende Eindrucksbildung begünstige, noch verstärkt, fand demnach in den hier präsentierten Studien mit studentischen Probanden und professionellen Pflegekräften keine empirische Bestätigung.

Voreilige Schlüsse aus diesen Befunden sind allerdings nicht angebracht. Im Untersuchungsdesign in Studie 1 und 2 war die Altersvariable nämlich als *Gruppenfaktor* realisiert worden. Metaanalytische Ergebnisse von Kite und Kollegen (1988, 2005) zeigen aber, dass Alterseffekte hinsichtlich der Beurteilung von jungen und alten Zielpersonen bzw. hinsichtlich des gegenüber jungen und alten Zielpersonen gezeigten oder beabsichtigten Verhaltens vor allem dann besonders ausgeprägt waren, wenn die Studien die Altersvariable *messwiederholt* realisiert hatten. Anders ausgedrückt: Mussten die Probanden nacheinander sowohl auf eine alte als auch auf eine junge Stimulusperson reagieren, fanden sich deutlich größere Unterschiede, als wenn ein Proband jeweils nur entweder eine alte oder eine junge Person beurteilte. Offensichtlich wird die *Salienz* der Altersvariablen besonders dadurch erzeugt, dass die Untersuchungsteilnehmer gleichzeitig auf Zielpersonen unterschiedlichen Alters reagieren müssen (vgl. auch Kogan, 1979). Im Einklang mit diesem Befund wurden auch die unter 2.2.2 berichteten Altersunterschiede in der Kommunikation mit *jungen* und *alten* alten Personen mithilfe eines *within subject*-Designs nachgewiesen (Hummert et al., 1997, 1999). Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnis wird deutlich, dass die Hypothese der Altersspezifität des Abhängigkeitsunterstützungsskripts in Studie 1 und 2 einer besonders strengen Testung unterzogen worden war. Unter Umständen war den Probanden aus dem Pflegesetting Krankenhaus, in dem das Alter der Protagonistin variiert worden war, die Altersangabe nicht salient genug: Sie wurde nur in einem Satz erwähnt („Sie ist 80/40 Jahre alt.“), und wiederholte sich in jeder Vignette. Somit wurde das Altersstereotyp möglicherweise gar nicht ausreichend aktiviert, um sich auf die abhängige Variable auszuwirken.

#### 6.1.4 Ist das Abhängigkeitsunterstützungsskript über verschiedene stationäre Pflegesettings generalisierbar?

Aufgrund des experimentellen Designs der Untersuchung war es möglich zu überprüfen, ob ein Pflegeverhalten nach dem Abhängigkeitsunterstützungsskript gleichermaßen im Pflegesetting Altenheim wie auch im Pflegesetting Krankenhaus nachgewiesen werden kann. Vor dem Hintergrund der Befunde von Baltes und Wahl (1992, Wahl & Baltes, 1990), die das Abhängigkeitsunterstützungsskript sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Altenhilfe belegten, wurde angenommen, das skripthafte Verhalten der Pflegekräfte offenbare sich in beiden Pflegesettings in der Interaktion mit einer alten Protagonistin.

Die Daten von Studie 1 und Studie 2 widersprechen dieser Hypothese (siehe Abbildung 7 und 16). In der studentischen Stichprobe von Studie 1 ergab sich ein marginal signifikanter Unterschied in den Handlungsintentionen derjenigen Probanden, die eine Vignette im Altenheimkontext bearbeiteten, und der Personen, denen eine Vignette im Krankenhauskontext vorgelegt wurde. Das Verhältnis zwischen selbständigkeits- und unselbständigkeitsunterstützenden Pflegeabsichten war im Altenheim tendenziell günstiger, d.h. mehr im Sinne einer aktivierenden Pflege, als im Krankenhaus. Noch deutlicher trat dieser Unterschied in Studie 2 zu Tage, in der professionelle Pflegekräfte aus Altenheimen bzw. einem Krankenhaus jeweils Vignetten aus dem Pflegekontext bearbeiteten, in dem sie auch selbst beruflich tätig waren. Es zeigte sich, dass die Pflegeabsichten bezüglich der Protagonistin im Altenheim signifikant stärker den Grundsätzen einer aktivierenden Pflege entsprachen, d.h. im Verhältnis deutlich mehr selbständigkeits- als unselbständigkeitsunterstützende Reaktionen, als die Handlungsabsichten bezüglich der alten Protagonistin im Krankenhaus. Eine *post hoc*-Analyse ergab für den Krankenhauskontext signifikant geringe Absichten, die Selbständigkeit der alten Pflegeempfängerin zu fördern, sowie signifikant stärkere Intentionen, ihre Unselbständigkeit zu unterstützen. Dieser Befund wurde durch die statistisch bedeutsame Interaktion mit der Selbständigkeit der Protagonistin sowie dem Zeitdruck der Pflegeperson qualifiziert: Auch unter der günstigen Bedingung eines *niedrigen* Zeitdrucks der Pflegeperson entsprachen die Handlungsabsichten im Krankenhaus weniger den Grundsätzen einer aktivierenden Pflege als unter der ungünstigen Bedingung eines *hohen* Zeitdrucks im Altenheim. War dagegen im Krankenhaus der Zeitdruck der Pflegeperson hoch, wurden im Verhältnis sogar mehr unselbständigkeits- als selbständigkeitsunterstützende Absichten angegeben (siehe Abbildung 10).

Bezüglich der Absichten, die Tätigkeit der Protagonistin zu ignorieren bzw. ihr Aufmerksamkeit zu schenken, zeigten sich in Studie 1 keine Unterschiede zwischen Altenheim und Kran-

kenhaus. Die professionellen Pflegekräfte aus dem Altenheim in Studie 2 beabsichtigten dagegen stärker, der Pflegeempfängerin Aufmerksamkeit zu schenken, als die Probanden aus dem Krankenhaus.

In Bezug auf die Absicht, die Tätigkeit der Protagonistin zu kritisieren, ergaben sich in beiden Studien widersprüchliche Befunde: Während sich in der studentischen Stichprobe im *Altenheim* unter hohem Zeitdruck eine höhere Kritikbereitschaft gegenüber der Protagonistin zeigte als unter niedrigem Zeitdruck, stieg in Studie 2 nur bei den professionellen Pflegekräften im *Krankenhaus* die Bereitschaft, Kritik zu üben, unter Zeitdruck an.

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass insbesondere die Absicht, die Selbständigkeit bzw. Unselbständigkeit der Pflegeempfängerin zu unterstützen, in den beiden Pflegesettings unterschiedlich ausgeprägt war. Dieser Befund zeigte sich sowohl bei den professionellen Pflegekräften als auch zumindest tendenziell bei der studentischen Stichprobe. Wie bei der Vorstellung des Untersuchungsdesigns in 5.1.1 erläutert, waren die professionellen Pflegekräfte in Studie 2 den beiden Settingbedingungen Altenheim und Krankenhaus allerdings nicht randomisiert zugeordnet worden: Pflegekräfte, die in einem der drei teilnehmenden Altenheime tätig waren, bearbeiteten Vignetten mit einer Protagonistin im Altenheim, während die Pflegekräfte aus dem Krankenhaus die Krankenhaus-Vignetten bearbeiteten. Man könnte argumentieren, dass sich die beiden Gruppen systematisch auf anderen als den experimentell variierten Variablen unterschieden. Wie unter 5.2.4.3 berichtet, konnte bereits ausgeschlossen werden, dass der Settingeffekt dadurch vermittelt war, dass sich die Pflegekräfte aus den Altenheimen im Durchschnitt als geduldiger beschrieben als die Pflegepersonen aus dem Krankenhaus.

Da sich der Settingeffekt tendenziell auch in Studie 1 zeigte und hier die Zuordnung der Probanden zu den beiden Settingbedingungen zufällig vorgenommen worden war, muss allerdings davon ausgegangen werden, dass der Unterschied in den Pflegeabsichten nicht durch systematisch verschiedene Probanden in den beiden Settingbedingungen zustande kam. Denkbar ist vielmehr, dass sich die Pflegesettings Altenheim und Krankenhaus tatsächlich in bestimmten Faktoren unterscheiden, welche die Pflegeabsichten im Sinne des Abhängigkeitsunterstützungskripts vermindern oder begünstigen.

So ist zum Beispiel zu überlegen, ob das Verständnis der Bedeutung einer aktivierenden Pflege in der Krankenpflege weniger ausgeprägt ist als in der Altenpflege. Allerdings wird in der aktuellen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege von 2003 die Notwendigkeit einer rehabilitativen, die Selbständigkeit des Patienten fördernden Pflege

durchaus betont: „Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen, (...) Betroffene in ihrer Selbständigkeit zu fördern und sie zur gesellschaftlichen Teilhabe zu befähigen.“ (S. 2266). In dem entsprechenden Ausbildungsrahmenlehrplan des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz von 2005 wird verbindlich festgelegt, den Schülern sei u.a. das unter 3.1 skizzierte Pflegemodell von Krohwinkel (1998) zu vermitteln, das sich gegen eine stereotypbasierte Erwartung der Pflegenden bezüglich der (In)Kompetenzen der von ihnen betreuten Personen ausspricht. Zudem sollen die Krankenpflegeschüler lernen, pflegebedürftige Menschen konsequent in ihr pflegerisches Handeln mit einzubeziehen, sowie rehabilitative Konzepte im Pflegealltag zu berücksichtigen. Bereits 1971 entwickelte beispielsweise die Amerikanerin Dorothea Orem eine Pflgetheorie, in der die Autonomie und Selbstfürsorge des Pflegeempfängers eine zentrale Rolle spielen (Orem, 1971). Wie aus dem Rahmenlehrplan hervorgeht, hat dieses Modell seine Bedeutung in der Krankenpflegeausbildung auch heute nicht verloren.

Auf eine detaillierte Analyse möglicher Unterschiede in der Entwicklung der Alten- und Krankenpflege bezüglich der Bedeutung einer aktivierenden Pflege wird an dieser Stelle verzichtet. Sicherlich wäre dieser Vergleich aber ein interessanter Gegenstand einer pflegewissenschaftlichen Forschungsarbeit.

Aus psychologischer Perspektive bietet sich mit dem *Shifting standards model* von Biernat, Manis und Nelson (1991) ein weiterer Erklärungsansatz für den Settingeffekt an, der ausschlaggebend für eine Nachfolgestudie war.

### 6.1.5 Exkurs: Erklärung des Settingeffektes (Studie 3)

Die in Kapitel 2 dieser Arbeit ausgeführten theoretischen Modelle zur stereotypbasierten Überanpassung bzw. Überkompensation in der Interaktion mit alten Menschen basieren auf der Annahme, dass eine spezifische alte Person als Mitglied der sozialen Kategorie „alte Menschen“ identifiziert und sodann konsistent mit den verfügbaren positiven und negativen Facetten des Altersstereotyps z.B. als „freundlich“ und „hilfsbedürftig“ eingeschätzt wird. Der Effekt des Stereotyps ist demnach ein *assimilativer*: Das einzelne Individuum wird in Übereinstimmung mit dem Stereotyp wahrgenommen und beurteilt. Nach Biernat und Kollegen (1991; Biernat, 2003) können sich Stereotype aber auch im Sinne eines *Kontrasteffektes* auswirken: So kann beispielsweise das Altersstereotyp als Standard fungieren, vor dem das Verhalten einer spezifischen alten Person beurteilt wird. Eine alte Person, von der bekannt ist, dass sie öfters ins Schwimmbad geht, wird vor dem Hintergrund der stereotypen Vorstellung körperlich immobi-

ler alter Menschen als „*besonders* sportlich“ eingeschätzt. Der Standard „Sportlichkeit“ verschiebt sich aber, wenn es um die Einschätzung des Verhaltens einer jungen Person geht. Eine junge Person, die öfters schwimmen geht, wird relativ zum höheren Standard für Sportlichkeit für junge Menschen beurteilt und erhält vielleicht nur die Einschätzung „*eher* sportlich“.

Möglicherweise fungierten stereotype Vorstellungen der Altenpflegekräfte vom „typischen Altenheimbewohner“ bzw. stereotype Erwartungen bezüglich des „typischen Patienten im Krankenhaus“ seitens der Krankenpflegekräfte als derartige Standards, welche die Einschätzung der Protagonistin in der Vignette beeinflussten. Pflegekräfte in Altenheimen haben es in der Regel mit hochaltrigen Menschen zu tun<sup>54</sup>, die in der Mehrzahl an einer Demenzerkrankung leiden (z.B. Bickel, 1997; Weyerer, Hönig, Schäufele & Zimmer, 2000, zitiert nach BMFSFJ, 2002). Patienten in einem Allgemeinkrankenhaus mit verschiedensten Fachabteilungen stellen demgegenüber eine deutlich heterogenere Gruppe dar. Möglicherweise wurde die in den Text-Vignetten dargestellte Altenheimbewohnerin in Relation zum „typischen Altenheimbewohner“ als aktiver und eigenständiger wahrgenommen, unabhängig davon, ob sie in der Vignette als selbständig oder unselbständig präsentiert wurde. Schließlich hatte sie vor Eintreffen der Pflegeperson stets eine Handlung eigenständig begonnen. Dagegen wurde die in den Vignetten beschriebene Krankenhauspatientin im Vergleich zum „typischen Patienten“ mutmaßlich als eher hilfsbedürftig wahrgenommen, da ebenso angedeutet wurde, dass sie bei ihrer Tätigkeit auf Schwierigkeiten stieß. Somit fiel es den Probanden, die Vignetten mit einer Altenheimbewohnerin bearbeiteten, unter Umständen leichter, aktivierend und fördernd auf diese Protagonistin zu reagieren, während die Krankenpflegekräfte – von einem erhöhten Hilfebedarf der Protagonistin ausgehend – stärker (über-)kompensatorische Pflegehandlungen beabsichtigten.

Gegenstand der im Folgenden geschilderten Studie 3 war daher die Frage, ob sich professionelle Pflegekräfte aus den beiden Settingbedingungen hinsichtlich ihrer Wahrnehmung der Selbständigkeit der Protagonistin unterschieden. In der unter 4.1.4.1.3 dargestellten Pilotstudie zur Überprüfung der Selbständigkeitsmanipulation hatte es zwar keinen derartigen Effekt des Pflegesettings gegeben. Allerdings waren die Ergebnisse mittels einer studentischen Stichprobe gewonnen worden, bei der kein durch die berufliche Sozialisation entwickeltes Bild vom „typischen Altenheimbewohner“ bzw. „typischen Krankenhauspatienten“ vorausgesetzt werden konnte.

---

<sup>54</sup> Nach der Pflegestatistik des statistischen Bundesamtes von 2005 sind 46% der Heimbewohner 85 Jahre oder älter.

Abgesehen von der Hypothese einer unterschiedlichen Wahrnehmung der Protagonistin in den verschiedenen Settingbedingungen kann auch gemutmaßt werden, dass die für die Vignetten gewählten Situationen besonders *typisch* für den Pflegekontext Altenheim waren, so dass das Konzept der rehabilitierenden Pflege vor allem in diesem Setting aktiviert wurde.

Die zur Überprüfung dieser Hypothesen durchgeführte Studie 3 ähnelte vom methodischen Vorgehen der unter 4.1.4.1.3 geschilderten Pilotstudie zur Überprüfung der Selbständigkeitsmanipulation. Die Studienteilnehmer bearbeiteten wiederum einen Fragebogen mit vier Vignetten, das Verhalten der Protagonistin musste jeweils anhand der selben Liste mit den zehn Adjektivpaaren aus der Pilotstudie hinsichtlich seiner Selbständigkeit und Aktivität beurteilt werden (siehe Abbildung A.1 im Anhang A). Anders als in der Pilotstudie wurden die Probanden im Anschluss an jede Vignette gebeten, die *Typizität* der geschilderten Situation für ihren beruflichen Alltag auf einer vierstufigen Skala einzuschätzen. Ihnen standen dabei die Antwortalternativen „sehr typisch“, „eher typisch“, „eher untypisch“ und „völlig untypisch“ zur Verfügung.

Zur Bildung einer Skala aus den zehn Adjektivpaaren wurde analog zur Pilotstudie verfahren (vgl. Anhang C). Die Hauptachsenanalyse erbrachte einen Faktor mit einem Eigenwert  $> 1$ , auf dem alle Items substantielle positive Ladungen von  $a \geq .50$ , aufwiesen (siehe Tabelle B.6 im Anhang B), und der 53.68% der Varianz aufklärte. Auch der Scree-Test sprach für die Extraktion eines Faktors, so dass die Adjektive wie in der Pilotstudie zu einer Skala Selbständigkeit/Aktivität zusammengefasst wurden.

In den Vignetten wurde im Wesentlichen die *Selbständigkeit der Protagonistin* als messwiederholte Variable und der dreigestufte Faktor *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* als Gruppenfaktor variiert. Im Unterschied zu allen vorangegangenen Studien enthielt das Design keinen Faktor *Zeitdruck der Pflegeperson*, da für diesen kein Einfluss auf die Wahrnehmung der Protagonistin als selbständig oder unselbständig angenommen wurde. Der vierstufige Materialfaktor *Tätigkeit der Protagonistin* in der jeweiligen Vignette wurde innerhalb des Faktors *Selbständigkeit der Protagonistin* genestet und den Bedingungen mit Hilfe eines Lateinischen Quadrats zugeordnet<sup>55</sup>. Reihenfolgeeffekte wurden analog zu Studie 2 balanciert.

An der Studie nahmen  $N = 20$  Schüler einer Trierer Fachschule für Altenpflege (zwei Männer und 18 Frauen) sowie  $N = 48$  Schüler der an das Krankenhaus von Studie 2 angeschlossenen

---

<sup>55</sup> Die Werte der abhängigen Variablen in den Stufen des Faktors *Selbständigkeit der Protagonistin* wurden wie in Studie 2 über zwei Vignetten aggregiert.

Krankenpflegeschule teil (sieben Männer und 41 Frauen). Jeweils die Hälfte der Krankenpflegeschüler bearbeitete Vignetten mit einer alten oder jungen Protagonistin im Krankenhaus, die Altenpflegeschüler beurteilten die Protagonistin im Altenheim.

Eine zweifaktorielle MANOVA mit dem messwiederholten Faktor *Selbständigkeit der Protagonistin* sowie dem Gruppenfaktor *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* und der Skala *Selbständigkeit/Aktivität der Protagonistin* als abhängigen Variablen erbrachte einen signifikanten Haupteffekt der Selbständigkeitsmanipulation,  $F(1,65) = 92.52$ ,  $p < .01$ ,  $\eta^2 = .59$ . Wie aus Abbildung 19 hervorgeht, wurde die selbständige Protagonistin auch als deutlich selbständiger eingeschätzt, als die unselbständige Protagonistin. Dieses Ergebnis entsprach der Pilotstudie mit einer studentischen Stichprobe und zeigte, dass die Operationalisierung der Selbständigkeitsmanipulation auch bei Pflegeschülern, die mit dem beruflichen Alltag in Altenheim und Krankenhaus vertraut sind, gelungen war. Der für die Erklärung des Settingeffektes in Studie 1 und Studie 2 interessantere Test eines potentiellen Haupteffektes des Faktors *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* erbrachte allerdings wie in der Pilotstudie kein signifikantes Ergebnis,  $F(2,65) = .88$ ,  $p = .42$ ,  $\eta^2 = .03$ . Auch die Wechselwirkung zwischen den beiden Faktoren *Selbständigkeit der Protagonistin* und *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* erreichte keine statistische Bedeutsamkeit,  $F < 1$ . Aus Abbildung 19 wird ersichtlich, dass die Mittelwerte in die erwartete Richtung gingen: Die alte Patientin im Krankenhaus wurde unabhängig von der Selbständigkeitsmanipulation geringfügig weniger selbständig eingeschätzt als die alte Protagonistin im Altenheim. Auch nach Ausschluss der Probanden aus der Bedingung junge Patientin im Krankenhaus erreichte der Mittelwertsunterschied zwischen den beiden alten Protagonistinnen aus den unterschiedlichen Settings allerdings keine Signifikanz.

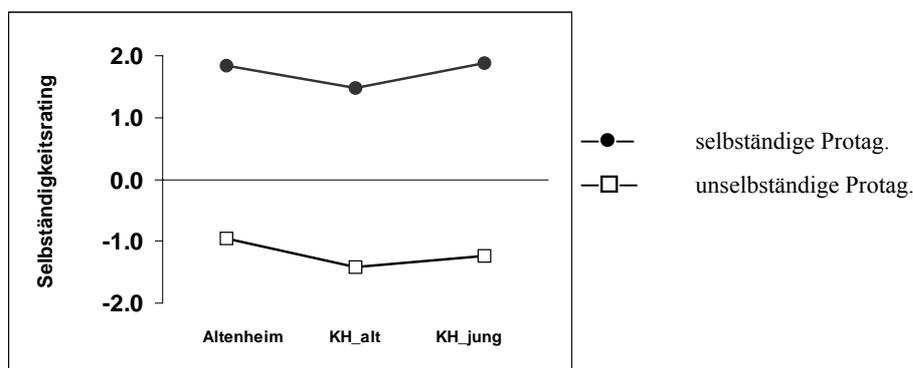


Abbildung 19: Einschätzung der Selbständigkeit der Protagonistin in Abhängigkeit von der Selbständigkeitsmanipulation und des Pflegesettings/Alter der Protagonistin in Studie 3.

Bezüglich des Typizitätsrating wurde ebenfalls eine zweifaktorielle MANOVA mit dem messwiederholten Faktor *Tätigkeit der Protagonistin* und dem Gruppenfaktor *Pflegesetting/Alter der*

*Protagonistin* durchgeführt. Die Analyse erbrachte einen signifikanten Haupteffekt der *Tätigkeit der Protagonistin*,  $F(3,57)^{56} = 5.13$ ,  $p < .01$ ,  $\eta^2 = .21$ . Keine statistische Bedeutsamkeit erlangte dagegen der Haupteffekt des Faktors *Pflegesetting/Alter der Protagonistin* bzw. die Interaktion beider Faktoren, beide  $F < 1$ . Die Situation, in der die Protagonistin mit dem Einstellen eines Radioweckers beschäftigt ist, wurde insgesamt als etwas weniger typisch für den beruflichen Alltag in Altenheim und Krankenhaus angesehen, im Mittel schätzten die Probanden die Situation aber immer noch als „eher typisch“ ein. Alle anderen Situationen wurden als „sehr typisch“ bis „eher typisch“ beurteilt, so dass die Gestaltung der Vignette hinsichtlich der Tätigkeit der Protagonistin als gelungen angesehen werden konnte. Die Vermutung, die gewählten Situationen seien weniger typisch für den Alltag im Krankenhaus, konnte in dieser Studie nicht bestätigt werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in Studie 3 weder eine unterschiedliche Wahrnehmung der Selbständigkeit der Protagonistin im Altenheim bzw. im Krankenhaus noch eine für beide Pflegesettings verschieden eingeschätzte Typizität der geschilderten Situationen nachgewiesen werden konnte. Die Annahme, dass unterschiedliche *Standards*, welche die Pflegepersonen im Altenheim und im Krankenhaus bezüglich der Beurteilung der Selbständigkeit anlegten, zu dem in Studie 1 und Studie 2 offenbarten Settingeffekt führten, wurde somit nicht bestätigt. Über welche Faktoren der Settingeffekt vermittelt ist, kann nur durch weitere Studien überprüft werden. Möglicherweise haben unterschiedliche *Erwartungen* der Pflegekräfte aus Altenheimen bzw. Krankenhäusern bezüglich der „Effizienz“ einer aktivierenden Pflege einen Einfluss auf die Handlungsintentionen: Wie unter 3.2.1 ausgeführt, ist eine selbständigkeitsfördernde Pflege zeitintensiv. Das positive Ergebnis, ein Erhalt verbliebener Kompetenzen, eine Verhinderung des weiteren Fähigkeitsverlusts bzw. im Idealfall eine Steigerung bisheriger Fähigkeiten, stellt sich in der Regel nicht unmittelbar ein<sup>57</sup>. Die Investition knapper zeitlicher Ressourcen in eine selbständigkeitsfördernde Pflege mag daher vor allem solchen Pflegekräften lohnend erscheinen, die eine Erleichterung ihrer eigenen Arbeit durch eigenständigere Pflegeempfänger erwarten. Angesichts der oft sehr kurzen Verweildauer von Patienten in Krankenhäusern ist allerdings fraglich, ob Pflegekräfte die „Früchte“ einer aufwendigen aktivierenden Pflege überhaupt „ernten“ können.

---

<sup>56</sup> Aufgrund fehlender Werte auf dem Typizitätsrating gingen in die Analyse nur  $N = 62$  Studienteilnehmer ein.

<sup>57</sup> Dass die Steigerung einzelner Kompetenzen ein langwieriger Prozess sein kann, wird auch anhand des von der Arbeitsgruppe um Baltes entwickelten Trainingsprogramms für Pflegekräfte (siehe 2.3.5) deutlich. Dort wird beispielsweise von ungefähr acht Übungstagen ausgegangen, um eine Verhaltensmodifikation bei einem Altenheimbewohner durchzuführen, z.B. das selbständige Ankleiden einzelner Kleidungsstücke (vgl. Neumann, Zank, Tzschätzsch & Baltes, 1993).

## 6.2 Ausblick

Aufgrund der Methodendivergenz zwischen den Beobachtungsstudien der Arbeitsgruppe um Baltes aus den 1980er Jahren und den hier präsentierten Vignetten-Studien, bleibt vorerst offen, ob sich das Konzept einer aktivierenden Pflege gegenwärtig insgesamt stärker in den Pflegehandlungen von Altenpflegekräften widerspiegelt, wie es die Reaktionen auf selbständige und unselbständige Pflegeempfänger im Altenheim in Studie 1 und 2 nahelegen, oder ob Altenpflegekräfte in einer realen Pflegesituation auch heute noch unselbständiges Verhalten *verstärken* und selbständige Handlungen ignorieren, also *löschen*. Das Antwortmuster der studentischen Probanden sowie der professionellen Pflegekräfte im Altenheim spricht aber zumindest dafür, dass das Wissen um die Notwendigkeit einer aktivierenden, die Selbständigkeit alter Menschen fördernden Pflege, vorhanden ist.

Allerdings wird aktivierende Pflege nicht in allen Situationen und nicht von jeder Pflegeperson gleichermaßen beabsichtigt. In die theoretische Modellierung pflegerischer Verhaltensweisen müssen spezifische situative und personale Moderatoren aufgenommen werden. Die in der pflegewissenschaftlichen Literatur postulierte Annahme, großer Zeitdruck erschwere eine fachlich angemessene Pflege (siehe 3.2.1), wurde empirisch bestätigt. Die Ergebnisse der Vignetten-Studien zeigen, dass sich Zeitdruck zum einen unabhängig von der Selbständigkeit der Pflegeempfänger ungünstig auf die Pflegeabsichten auswirkt. Er vermindert vor allem das für aktivierende Pflege notwendige selbständigkeitsfördernde Verhalten sowie positive Zuwendung. Zumindest im Altenheimsetting beeinflusste der Zeitdruck zudem das Interaktionsmuster zwischen Pflegeempfänger und Pflegekraft: Auf die unselbständige Protagonistin wurde nur bei hohem Zeitdruck verhältnismäßig stärker unselbständigkeitsunterstützend als selbständigkeitsunterstützend reagiert als auf die selbständige Pflegeempfängerin. Bei geringem Zeitdruck wurden stets sehr viel stärker selbständigkeits- als unselbständigkeitsfördernde Handlungen beabsichtigt.

Neben ausreichender zeitlicher Ressourcen bedarf es einer hohen Geduld der Pflegekraft. Personen, welche die Eigenschaft aufweisen, geduldig abwarten zu können, bis eine langsamere, ungeschicktere Person eine Handlung eigenständig ausgeführt hat, beabsichtigen ein Pflegeverhalten, das stärker den Kriterien einer aktivierenden Pflege entspricht, als das ihrer ungeduldigeren Kollegen. Eine hohe Geduld scheint aber nicht geeignet, den ungünstigen Effekt eines großen Zeitdrucks zu kompensieren.

Weniger eindeutig als der Einfluss der Geduld ist der Effekt der Persönlichkeitseigenschaft Direktivität. Zwar wirkt sich eine hohe Tendenz zur Lenkung und Kontrolle auf einige Aspekte der aktivierenden Pflege ungünstig aus, nämlich darauf, dem Pflegeempfänger Aufmerksamkeit zu schenken und von Kritik an eigenständig ausgeführtem Verhalten abzusehen. Andererseits weisen die Daten darauf hin, dass sich direktive Pflegekräfte durch unselbständiges Verhalten des Pflegeempfängers nicht von einem anderen Aspekt der aktivierenden Pflege abhalten lassen, nämlich stets deutlich mehr selbständigkeits- als unselbständigkeitsunterstützendes Pflegeverhalten zu beabsichtigen. Fraglich ist, inwieweit diese verminderte Sensitivität für die Selbständigkeit der Pflegeempfänger in Kombination mit einer höheren Tendenz, das Gegenüber zu ignorieren, letztlich auch zu einer Unteranpassung an den tatsächlichen Unterstützungsbedarf eines Pflegebedürftigen führen kann.

Die Theorien zur Kommunikation zwischen Jung und Alt bzw. zum Pflegeverhalten gegenüber alten Menschen postulieren, dass ein negatives Altersstereotyp einem adäquaten, d.h. individuell angepassten, Kommunikations- und Pflegeverhalten entgegensteht. Demnach sollten ein hohes Alter des Pflegeempfängers sowie ein individuell stark ausgeprägtes negatives Altersstereotyp der Pflegeperson ein aktivierendes Pflegeverhalten vermindern. Die Daten der hier präsentierten Studien liefern keine eindeutige Unterstützung für diese Annahme. Die befragten Studierenden und professionellen Pflegekräfte reagierten nicht in dem erwarteten Maße unterschiedlich auf alte und junge Pflegeempfänger, vor allem zeigte sich der für das Abhängigkeitsunterstützungsskript charakteristische Einfluss der Selbständigkeit der Protagonistin auf die Pflegeabsichten nicht verstärkt bei *alten* Pflegeempfängern. Auch die individuelle Ausprägung des Altersstereotyps beeinflusste die Pflegeabsichten nicht in konsistenter Weise. Weitere Studien müssen klären, ob die oben angesprochenen methodischen Gesichtspunkte bezüglich des Studiendesigns bzw. Probleme in der Operationalisierung der Stereotypenmaße verantwortlich für die mangelnde Effekte des Alters bzw. des Altersstereotyps sind, oder ob es tatsächlich vor allem der *Pflegekontext* ist, der unabhängig vom Alter der betreuten Personen das Verhalten der Pflegenden bestimmt.

Entgegen der Erwartung ähnlicher Pflegeabsichten gegenüber alten Personen im Pflegesetting Altenheim und im Krankenhaus liefern die Daten Grund zu der Annahme, dass aktivierende Pflege insbesondere im Altenheim und weniger im Krankenhaus gezeigt wird. Diesen Unterschied zuungunsten des Krankenhauses scheint selbst eine günstige Situation ausreichender zeitliche Ressourcen nicht kompensieren zu können. Mögliche Gründe für diesen Settingeffekt wurden oben diskutiert und einer empirischen Untersuchung unterzogen (Studie 3, siehe 6.1.5).

Studienspezifische Aspekte der Untersuchungsmethode wie stereotypinduzierte Kontrasteffekte in der Wahrnehmung der Selbständigkeit der Protagonistin sowie Unterschiede in der Typizität der Szenarien konnten in einer Nachuntersuchung ausgeschlossen werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine aktivierende Pflege, die im Gegensatz zum Abhängigkeitsunterstützungsskript die Selbständigkeit der Pflegeempfänger fördert, vor allem von hohem Zeitdruck sowie geringer Geduld der Pflegeperson behindert wird. Dies gilt sowohl in Bezug auf alte als auch auf junge Pflegeempfänger. Dieser Befund kann bezogen auf das Modell reflektiver und impulsiver Determinanten sozialen Verhaltens von Strack und Deutsch (2004) so interpretiert werden, dass sich Zeitdruck und mangelnde Geduld nicht nur in Verbindung mit einem im impulsiven System angeregten *Altersstereotyp* hinderlich auf ein durch das reflektive System gesteuertes aktivierendes Pflegeverhalten auswirken. Offensichtlich begünstigen diese Faktoren im Einklang mit dem Stereotyp vom hilfsbedürftigen *Pflegeempfänger* per se ein impulsives überkompensierendes Verhalten. *Rollenerwartungen* im Pflegekontext unabhängig vom Alter der gepflegten Person, wie sie in 3.3 angesprochen wurden, stellen somit weiterhin eine plausible Alternativerklärung für ein bevormundendes, unselbständigkeitsförderndes Interaktionsmuster dar.

Die Ergebnisse der hier präsentierten Studien werfen neue Forschungsfragen auf. Neben dem oben bereits angesprochenen Optimierungspotential einzelner Messinstrumente sowie spezifischer Aspekte des Untersuchungsdesigns sind weitere experimentelle und quasi-experimentelle Studien zur Klärung der folgenden Aspekte notwendig:

***Können die Ergebnisse der Vignetten-Studien in einer realen Pflegesituation repliziert werden?*** Da die Studien von Baltes, M. M. (1996) aus den 1980er Jahren stammen und es seither gewichtige Veränderungen in der Altenpflege gegeben hat<sup>58</sup>, wäre die Erfassung des tatsächlichen Pflegeverhaltens von Pflegekräften mittels einer erneuten Beobachtungsstudie im Feld wünschenswert. Zusätzlich zum Pflegesetting Altenheim sollten die Interaktionen zwischen alten und jungen Patienten und dem Pflegepersonal in Krankenhäusern in die Beobachtung einbezogen werden, um Alters- und Settingeffekte auch im Feld untersuchen zu können. Die Studien sollten aber gegenüber dem ursprünglichen Vorgehen von Baltes um die Erhebung des Einflusses quasi-experimenteller Faktoren ergänzt werden. Beispielsweise könnten Beobach-

---

<sup>58</sup> Veränderungen in der Altenpflege ergaben sich z.B. durch die Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1994, die einerseits vielfältige Aspekte der Qualitätssicherung in der Altenpflege festschreibt und andererseits zu einer Verstärkung der Pflegebedürftigkeit der Bewohnerschaft von Altenheimen geführt hat (z.B. Görres & Luckey, 1999), oder durch die Verabschiedung eines bundesweiten Altenpflegegesetzes im Jahre 2003, die unter anderem eine bundeseinheitliche Intensivierung der Altenpflegeausbildung von zwei auf drei Jahre zur Folge hatte.

tungsdaten aus Situationen mit überdurchschnittlich guter personeller Besetzung mit Daten aus Phasen besonders knapper personeller Ressourcen miteinander verglichen werden. Darüber hinaus könnten auch personale Variablen wie z.B. die Geduld der beobachteten Pflegepersonen mittels Fragebogenverfahren erhoben und zu den Beobachtungsdaten in Bezug gesetzt werden.

***Welche Merkmale auf Seiten der Pflegeempfänger beeinflussen das Pflegeverhalten nach dem Abhängigkeitsunterstützungsskript?*** Baltes und Kollegen (1983b; Wahl und Baltes, 1990) fanden keinen Einfluss von Geschlecht, Grad der Pflegebedürftigkeit und Länge der Institutionalisierung der alten Menschen auf das Pflegeverhalten ihrer Interaktionspartner. Im ASI-Modell zur intergenerationellen Kommunikation von Hummert (1994; vgl. 2.2.1) werden aber weitere Charakteristika des alten Menschen spezifiziert, welche die Wahrscheinlichkeit, dass sein Gegenüber einen bevormundenden Kommunikationsstil verwendet, erhöhen bzw. verringern. Hier werden vor allem jene Merkmale genannt, welche die Salienz eines negativen bzw. eines positiven Altersstereotyps erhöhen. Solche personalen Variablen auf Seiten des Pflegeempfängers könnten auch in einer weiteren Vignetten-Studie zu den Moderatoren des Abhängigkeitsunterstützungsskripts untersucht werden. So wäre es beispielsweise mit Hilfe eines experimentellen Designs möglich, in den Vignetten Protagonisten zu präsentieren, die bestimmten negativen bzw. positiven Subtypen des Altersstereotyps entsprechen. Statt die von Hummert (1990, 1999) identifizierten Subtypen zu realisieren, wäre es sinnvoll, auch hier bereichsspezifische Stereotype zu aktivieren: In einer Voruntersuchung könnten zunächst Subtypen vom Stereotyp des Altenheimbewohners bzw. alten Krankenhauspatienten erfasst werden. Möglicherweise existieren Kategorien wie „dankbarer, bescheidener Hilfeempfänger“ oder „nörgelnder, fordernder Bewohner“, die ein unterschiedliches Pflegeverhalten anregen. Statt den Pflegeempfänger wie in Studie 1 und 2 nur knapp mit Namen und Altersangabe vorzustellen, könnte man durch entsprechende Formulierungen ein spezifisches Stereotyp aktivieren. Eine weitere Möglichkeit stellt die Variation des Kommunikationsstils des Bewohners in stereotypkonformer vs. stereotypkonträrer Weise dar.

***Lässt sich ein Alterseffekt bezüglich eines bevormundenden, überkompensierenden Interaktionsverhaltens in anderen Kontexten als dem Pflegekontext nachweisen?*** Da sich in den hier präsentierten Studien 1 und 2 kein eindeutiger Effekt des Alters des Pflegeempfängers hinsichtlich des ihm gegenüber beabsichtigten Pflegeverhaltens nachweisen ließ, bleibt zu klären, ob spezifische Rollenerwartungen im Pflegekontext unabhängig vom Alter der gepflegten Person für das Verhalten der Pflegekräfte verantwortlich sind. In einer weiteren Vignetten-Studie sollte daher neben dem Alter der Protagonistin auch der Kontext variiert werden, in dem die fiktive

Interaktion stattfindet. Zusätzlich zum Pflegesetting Krankenhaus, in dem junge und alte Personen betreut werden, könnte eine Kontrollbedingung in einem nicht-pflegerischen Kontext, z.B. in einem Supermarkt oder an einem Bankschalter, realisiert werden<sup>59</sup>.

### 6.3 Resümee

„Geduld ist alles.“ hat die in der Einleitung dieser Arbeit porträtierte hoch betagte Frau zum Motto ihres Lebensabends im Altenheim gewählt. Geduld ist zwar kein psychologisches Konstrukt aus der Bewältigungsforschung. Zur Erklärung der Bewältigung altersbedingter Verluste, so möchte man der Frau als Psychologin erläutern, verwendet die Psychologie Begriffe wie *primäre* und *sekundäre Kontrolle* sensu Rothbaum, Weisz und Snyder (1982) oder *assimilative* versus *akkommodative Prozesse* (Brandtstädter, 1989; Brandtstädter & Renner, 1990). Erfolgreiches Altern gelingt durch das *Prinzip der selektiven Optimierung mit Kompensation* (Baltes & Baltes, 1990)<sup>60</sup>. Und doch erlebt die Frau subjektiv, dass sie Geduld benötigt, sowohl zur hartnäckigen Verfolgung verbliebener, ausgewählter Ziele, als auch zur flexiblen Anpassung an Gegebenheiten, die sich nicht mehr ändern kann. Dies gilt insbesondere in der Altenheimumwelt, in der sie lebt, in der sie Strukturen und Menschen ausgesetzt ist, welche die ihr verbliebene Selbständigkeit nicht notwendigerweise fördern, sondern auch gefährden können.

Wie im Verlauf dieser Arbeit deutlich geworden sein dürfte, sind aber auch die professionellen Pflegepersonen selbst den Bedingungen dieser Heimumwelt unterworfen. Das große Problem der Personalknappheit und daraus resultierender hoher Zeitdruck behindern eine aktivierende Pflege und begünstigen ein Pflegeverhalten, das die Kompetenzen der Bewohnerin außer acht lässt und ihre Abhängigkeit weiter befördert. Diese nun auch empirisch fundierte Erkenntnis lässt eine Gesetzmäßigkeit, der die professionelle Altenpflege im Rahmen der Sozialen Pflegeversicherung unterliegt, umso fragwürdiger erscheinen: Eine effektiv durchgeführte aktivierende Pflege, mit der bestimmte Kompetenzen der hoch betagten Bewohnerin erfolgreich wiederhergestellt werden konnten – sie kann sich z.B. wieder selbständig duschen – führt möglicherweise zu einer Senkung ihrer Pflegestufe und damit zu finanziellen Einbußen für das Altenheim (vgl. Görres & Luckey, 1999). Obwohl das konsequente Unterstützen der Selbständigkeit pflegebedürftiger Menschen oft genauso viel oder mehr Zeit kostet, wie die vollständige

---

<sup>59</sup> Ein Beispiel für eine Untersuchung zum Kommunikationsverhalten gegenüber jungen und alten Zielpersonen in einer Verkaufssituation stellt eine aktuelle Studie von Ryan und Kollegen (2006b) dar. Ein Alterseffekt ließ sich in dieser Vignetten-Studie nicht nachweisen.

<sup>60</sup> Eine ausführliche Darstellung theoretischer Modelle und empirischer Befunde zur Bewältigung altersbedingter Verluste liefern Filipp und Aymanns (2005).

Übernahme der Handlung durch die Pflegeperson, kann das Absenken der Pflegestufe schlimmstenfalls eine Reduktion des Pflegepersonals und damit zu einer weiteren Verknappung der zeitlichen Ressourcen der verbliebenen Pflegekräfte zur Folge haben.

Das enge zeitliche Korsett, in das Pflegekräfte eingebunden sind, macht ein zielgerichtetes, effizientes Arbeiten notwendig. Die Bewohnerin muss innerhalb einer bestimmten Zeit geduldet sein – selbständige Handlungen der Frau, die wahrscheinlich langsamer und ungeschickter ablaufen als die der Pflegeperson, verlangen auch von letzterer viel *Geduld*. Die im Rahmen dieser Arbeit präsentierten Studien machen deutlich, dass die betagte Frau umso eher mit einer Förderung ihrer verbliebenen Kompetenzen rechnen kann, je geduldiger die Pflegenden sind, mit der sie interagiert. Dennoch kann Geduld die negativen Effekte eines großen Zeitdrucks nicht kompensieren. In diesem Sinne muss Rilke widersprochen werden: Geduld ist leider doch nicht alles.

# Literaturverzeichnis

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. & Teasdale, J. Y. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49-74.
- Adelman, R., Greene, M. & Ory, M. (2000). Communication between older patients and their physicians. *Clinics in Geriatric Medicine, 16*, 1-24.
- Aiken, L. S. & West, S. G. (1991). *Multiple Regression: Testing and interpreting interactions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin, 84*, 888-918.
- Albert, M. (1998). *Krankenpflege auf dem Weg zur Professionalisierung*. (Dissertationsschrift). Freiburg: Pädagogische Hochschule.
- Alexander, C. S. & Becker, H. J. (1978). The use of vignettes in survey research. *Public Opinion Quarterly, 42*, 93-104.
- Arbuckle, T. Y. & Pushkar Gold, D. (1993). Aging, inhibition, and verbosity. *The Journals of Gerontology, Psychological Sciences, 48*, P225-P232.
- Asendorpf, J. B., Banse, R. & Mücke, D. (2002). Double dissociation between implicit and explicit personality self-concept: The case of shy behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*, 380-393.
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung - AltPflAPrV). (2002). *Bundesgesetzblatt, 1*, 4418-4429.
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe der Krankenpflege (KrPflAPrV). (2003). *Bundesgesetzblatt, 1*, 2263-2273.
- Bagshaw, M. & Adams, M. (1986). Nursing home nurses' attitudes, empathy and ideologic orientation. *International Journal of Aging and Human Development, 22*, 235-246.
- Baltes, M. M. (1988). The etiology and maintenance of dependency in the elderly: Three phases of operant research. *Behavior Therapy, 19*, 301-319.
- Baltes, M. M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Baltes, M. M., Barton, E. M., Orzech, M. J. & Lago, D. (1983a). Die Mikroökologie von Bewohnern und Personal: Eine Behavior-Mapping-Studie im Altenheim. *Zeitschrift für Gerontologie, 16*, 18-26.
- Baltes, M. M., Burgess, R. L. & Stewart, R. B. (1980). Independence and dependence in self-care behaviors in nursing home residents: An operant-observational study. *International Journal of Behavioral Development, 3*, 489-500.
- Baltes, M. M., Honn, S., Barton, E. M., Orzech, M. J. & Lago, D. (1983b). On the social ecology of dependence and independence in elderly nursing home residents: A replication and extension. *Journal of Gerontology, 38*, 556-564.
- Baltes, M. M., Kindermann, T. & Reizenzein, R. (1986). Die Beobachtung von unselbständigem und selbständigem Verhalten in einem deutschen Altenheim: Die soziale Umwelt als Einflußgröße. *Zeitschrift für Gerontologie, 19*, 14-24.

- Baltes, M. M., Kindermann, T., Reizenzein, R. & Schmid, U. (1987). Further observational data on the behavioral and social world of institutions for the aged. *Psychology and Aging*, 2, 390-403.
- Baltes, M. M., Maas, I., Wilms, H.-U. & Borchelt, M. (1999). Alltagskompetenz im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (2. Aufl., S. 525-542). Berlin: Akademie Verlag.
- Baltes, M. M., Neumann, E.-M. & Zank, S. (1994). Maintenance and rehabilitation of independence in old age: an intervention program for staff. *Psychology and Aging*, 9, 179-188.
- Baltes, M. M. & Skinner, E. A. (1983). Cognitive performance deficits and hospitalization: Learned helplessness, instrumental passivity, or what? Comment on Raps, Peterson, Jonas, and Seligman. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1013-1016.
- Baltes, M. M. & Wahl, H.-W. (1992). The dependency-support script in institutions: Generalization to community settings. *Psychology and Aging*, 7, 409-418.
- Baltes, M. M. & Wahl, H.-W. (1996). Patterns of communication in old age: The dependency-support and independence-ignore script. *Health Communication*, 8, 217-231.
- Baltes, M. M., Wahl, H.-W. & Reichert, M. (1991). Successful aging in long-term care institutions. In K. W. Schaie & M. P. Lawton (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* (pp. 311-337). New York: Springer.
- Baltes, M. M., Zank, S. & Neumann, E.-M. (1997). Aufrechterhaltung von Selbständigkeit im Alter: Ein Trainingsprogramm für Pflegepersonal. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 18, 269-300.
- Baltes, M. M. & Zerbe, M. B. (1976a). Independence training in nursing home residents. *The Gerontologist*, 16, 428-432.
- Baltes, M. M. & Zerbe, M. B. (1976b). Reestablishing self-feeding in a nursing home resident. *Nursing Research*, 25, 24-26.
- Baltes, P. B. (1996). Über die Zukunft des Alterns: Hoffnung mit Trauerflor. In M. M. Baltes & L. Montada (Hrsg.), *Produktives Leben im Alter* (S. 29-68). Frankfurt: Campus Verlag.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Barton, E. M., Baltes, M. M. & Orzech, M. J. (1980). Etiology of dependence in older nursing home residents during morning care: The role of staff behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 423-431.
- Bastine, R. (1977). *Fragebogen zur direktiven Einstellung (F-D-E)*. Göttingen: Hogrefe.
- Bastine, R., Charlton, M., Grässner, D. & Schwärzel, W. (1969). Konstruktion eines "Fragebogens zur direktiven Einstellung" von Lehrern (FDE). *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 1, 176-189.
- Becker, W. & Meifort, B. (1997). *Altenpflege - eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? Dokumentation einer Längsschnittuntersuchung zu Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften*. Bielefeld: Bertelsmann.

- Becker, W. & Meifort, B. (1998). *Altenpflege - Abschied vom Lebensberuf: Dokumentation der Längsschnittstudie zu Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften (Teil 2)*. Bielefeld: Bertelsmann.
- Berger, G. (1999). Die Erfassung der Arbeitssituation im Rahmen einer Qualitätsdiagnose von Alten- und Pflegeheimen. In A. Zimber & S. Weyerer (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Pflege* (S. 138-154). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Bickel, H. (1997). Epidemiologie psychischer Erkrankungen im Alter. In H. Förstl (Hrsg.), *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie* (S. 1-15). Stuttgart: Enke.
- Bieman-Copland, S. & Ryan, E. B. (2001). Social perceptions of failures in memory monitoring. *Psychology and Aging, 16*, 357-361.
- Biernat, M. B. (2003). Toward a broader view of social stereotyping. *American Psychologist, 58*, 1019-1027.
- Biernat, M. B., Manis, M. & Nelson, T. E. (1991). Stereotypes and standards of judgement. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 485-499.
- Bodenhausen, G. V., Macrae, C. N. & Sherman, J. W. (1999). On the dialectics of discrimination: Dual processes in social stereotyping. In S. Chaiken & Y. Trope (Eds.), *Dual-process theories in social psychology* (pp. 271-290). New York: Guilford.
- Bonnesen, J. L. & Hummert, M. L. (2002). Painful self-disclosures of older adults in relation to aging stereotypes and perceived motivations. *Journal of Language and Social Psychology, 21*, 275-301.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Brandenburg, H. (2006). Selbständigkeit ist das Thema der Pflege: Förderung und Aufrechterhaltung der Selbständigkeit als ein zentrales Paradigma der professionellen Pflege alter Menschen. *Pflege aktuell, 2*, 74-79.
- Brandtstädter, J. (1989). Personal self-regulation of development: Cross-sequential analyses of development-related control beliefs and emotions. *Developmental Psychology, 25*, 96-108.
- Brandtstädter, J., Krampen, G. & Greve, W. (1987). Personal control over development: Effects on the perception and emotional evaluation of personal development in adulthood. *International Journal of Behavioral Development, 10*, 99-120.
- Brandtstädter, J. & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging, 5*, 58-67.
- Brengelmann, J. C. & Brengelmann, C. (1960). Deutsche Validierung von Fragebogen der Extraversion, neurotischen Tendenz und Rigidität. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie, 7*, 291-331.
- Brewer, M. B., Dull, V. & Lui, L. (1981). Perceptions of the elderly: Stereotypes as prototypes. *Journal of Personality and Social Psychology, 41*, 656-670.
- Brickman, P., Rabinowitz, V. C., Karuza, J., Coates, D., Cohn, E. & Kidder, L. (1982). Models of helping and coping. *American Psychologist, 37*, 368-384.
- Brower, H. T. (1985). Do nurses stereotype the aged? *Journal of Gerontological Nursing, 11*, 17-28.

- Brüggemann, J. (2002). Pflegedefizite bei Dekubitusprophylaxe und -therapie. *ProAlter, 1*, 31-33.
- Bühner, M. (2004). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson Studium.
- Büker, H.-J. (1995). *Altenpflege als Beruf* (3. Aufl.). Hannover: Vincentz Verlag.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2002). *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung dementieller Erkrankungen*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.). (2005). *Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Carporael, L. R. (1981). The paralanguage of caregiving: Baby talk to the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology, 40*, 876-884.
- Carporael, L. R., Lukaszewski, M. P. & Culbertson, G. H. (1983). Secondary baby talk: Judgments by institutionalized elderly and their caregivers. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*, 746-754.
- Cattel, R. B. (1971). *Abilities: Their structure, growth, and action*. Boston: Houghton Mifflin.
- Chaiken, S. & Trope, Y. (Eds.). (1999). *Dual-process theories in social psychology*. New York: Guilford.
- Chandler, J. T., Rachal, J. R. & Kazelskis, R. (1986). Attitudes of long-term care nursing personnel toward the elderly. *The Gerontologist, 26*, 551-555.
- Cohen, J. (1983). The cost of dichotomization. *Applied Psychological Measurement, 7*, 249-253.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*, 155-159.
- Cohen, J., Cohen, P., Aiken, L. S. & West, S. G. (2003). *Applied multiple regression, correlation analysis for the behavioral sciences* (3. ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coupland, N., Coupland, J. & Giles, H. (1991). *Language, society and the elderly*. Oxford: Basil Blackwell.
- Coupland, N., Coupland, J., Giles, H. & Henwood, K. (1988). Accommodating to the elderly: Invoking and extending a theory. *Language in Society, 17*, 1-41.
- Coupland, N., Coupland, J., Giles, H., Henwood, K. & Wiemann, J. (1988). Elderly self-disclosure: Interactional and intergroup issues. *Language and Communication, 8*, 109-133.
- Courtenay, B. & Weidemann, C. (1985). The effects of a "don't know" response on Palmore's facts on aging quiz. *The Gerontologist, 25*, 177-181.

- Crowne, D. P. & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- Cuddy, A. J. & Fiske, S. T. (2002). Doddering but dear: Process, content, and function in stereotyping of older persons. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 3-26). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Cuddy, A. J., Norton, M. I. & Fiske, S. T. (2005). This old stereotype: The pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. *Journal of Social Issues*, 61, 267-285.
- Dean, L. (1962). Aging and decline of affect. *Journal of Gerontology*, 17, 440-446.
- Denton, W., Burleson, B. & Sprenkle, D. (1995). Association of interpersonal cognitive complexity with communication skill in marriage: Moderating the effects of marital distress. *Family Process*, 34, 101-111.
- Domnowski, M. (1999). *Burnout und Streß in Pflegeberufen*. Hagen: Brigitte Kunz Verlag.
- Eysenck, S. B. & Eysenck, H. J. (1978). Impulsiveness and venturesomeness: Their position in a dimensional system of personality description. *Psychological Reports*, 43, 1247-1255.
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C. & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4, 272-299.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (2001). *FPI-R: Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (7., überarbeitete und neu normierte Auflage)*. Göttingen: Hogrefe.
- Faul, F. & Erdfelder, E. (1992). GPOWER: A priori, post-hoc, and compromise power analyses for MS-DOS (Version 2.0). Bonn: Universität Bonn, Fachbereich Psychologie.
- Fazio, R. H. & Olson, M. (2003). Implicit measures in social cognition research: Their meaning and use. *Annual Review of Psychology*, 54, 06.01-06.31.
- Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (2005). Verlust und Verlustverarbeitung. In S.-H. Philipp & U. M. Staudinger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters (Enzyklopädie der Psychologie, Band C/V/6)* (S. 763-802). Göttingen: Hogrefe.
- Filipp, S.-H. & Freudenberg, E. (1989). *Der Fragebogen zur Erfassung dispositioneller Selbstaufmerksamkeit (SAM-Fragebogen)*. Göttingen: Hogrefe.
- Filipp, S.-H. & Mayer, A.-K. (1999). *Bilder des Alters: Altersstereotype und die Beziehungen zwischen den Generationen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Filipp, S.-H. & Schmidt, K. (1998). Mittleres und höheres Erwachsenenalter. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie (4. korr. Aufl.)* (S. 439-486). Weinheim: Beltz.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J., Glick, P. & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 878-902.
- Fiske, S. T., Lin, M. & Neuberg, S. L. (1999). The continuum model: Ten years later. In S. Chaiken & Y. Trope (Eds.), *Dual-process theories in social psychology* (pp. 231-254). New York: Guilford.
- Fiske, S. T. & Taylor, S. E. (1984). *Social Cognition*. New York: Random House.

- Friedrich, R. J. (1982). In defense of multiplicative terms in multiple regression equations. *American Journal of Political Science*, 26, 797-833.
- Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltpfLG) sowie zur Änderung des Krankenpflegegesetzes. (2000). *Bundesgesetzblatt*, 1, 1513-1518.
- Gilbert, D. T. & Hixon, J. G. (1991). The trouble of thinking: Activation and application of stereotypic beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 509-517.
- Giles, H., Coupland, N., Henwood, K., Harriman, J. & Coupland, J. (1990). The social meaning of RP: An intergenerational perspective. In S. Ramsaran (Ed.), *Studies in the pronunciation of English* (pp. 191-211). London: Routledge.
- Giles, H., Henwood, K., Coupland, N., Harriman, J. & Coupland, J. (1992). Language attitudes and cognitive mediation. *Human Communication Research*, 18, 500-527.
- Gollwitzer, P. M. (1990). Action phases and mind-sets. In E. T. Higgins & R. M. Sorrentino (Eds.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior* (Vol. 2, pp. 53-92). New York: Guilford.
- Gollwitzer, P. M. & Bayer, U. (1999). Deliberative versus implemental mindsets in the control of action. In S. Chaiken & Y. Trope (Eds.), *Dual-process theories in social psychology* (pp. 403-422). New York: Guilford.
- Görres, S. & Luckey, K. (1999). Einführung der Pflegeversicherung: Auswirkungen auf die stationäre Altenpflege. In A. Zimmer & S. Weyerer (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (S. 66-80). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Grainger, K. (1993). "That's a lovely bath dear": Reality construction in the discourse of elderly care. *Journal of Aging Studies*, 7, 247-262.
- Gray, J., Owen, S., Davis, N. & Tsaltas, E. (1983). Psychological and physiological relations between anxiety and impulsivity. In M. Zuckerman (Ed.), *Biological bases of sensation seeking, impulsivity and anxiety* (pp. 198-228). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Greene, M., Adelman, R., Charon, R. & Hoffman, S. (1986). Ageism in the medical encounter: An exploratory study of the doctor-elderly patient relationship. *Language and Communication*, 6, 113-124.
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E. & Schwartz, J. K. L. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464-1480.
- Greve, W. & Wentura, D. (1991). *Wissenschaftliche Beobachtung in der Psychologie*. München: Quintessenz-Verlag.
- Guadagnoli, E. & Velicer, W. F. (1988). Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychological Bulletin*, 103, 265-275.
- Hammond, K. R. (1946). Measuring attitudes by error-choice and indirect method. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 43, 38-48.
- Hargis, M. B., Page, P. & Begay, C. (1988). Attitudes toward aging in a Southwestern sample: Effects of ethnicity, age, and sex. *Psychological Reports*, 62, 735-746.
- Harris, D. & Changas, P. (1994). Revision of Palmore's second facts on aging quiz from a true-false to a multiple-choice format. *Educational Gerontology*, 20, 741-754.

- Harris, D., Chagas, P. & Palmore, E. B. (1996). Palmore's first facts on aging quiz in a multiple-choice format. *Educational Gerontology, 22*, 575-589.
- Harwood, J., Ryan, E. B., Giles, H. & Tysoski, S. (1997). Evaluations of patronizing speech and three response styles in a non-service-providing context. *Journal of Applied Communication Research, 25*, 107-195.
- Hausdorff, J. M., Levy, B. R. & Wei, J. Y. (1999). The power of ageism on physical function of older persons: Reversibility of age-related gait changes. *Journal of the American Geriatrics Society, 47*, 1346-1349.
- Heaton, A. W. & Kruglanski, A. W. (1991). Person perception by introverts and extraverts under time pressure: Effects of need for closure. *Personality and Social Psychology Bulletin, 17*, 161-165.
- Heckhausen, J., Dixon, R. A. & Baltes, P. B. (1989). Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different adult age groups. *Developmental Psychology, 25*, 109-121.
- Heinmann-Knoch, M., Korte, E., Schönberger, C. & Schwarz, B. (1998). *Möglichkeiten und Grenzen selbständigen Lebens und Arbeitens in stationären Einrichtungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: A definition and its implication for practice, research, and education*. New York: Macmillan.
- Hess, T. M. (2006). Attitudes toward aging and their effects on behavior. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 379-406). San Diego, CA: Academic Press.
- Higgins, E. T. (1996). Knowledge activation: Accessibility, applicability, and salience. In E. T. Higgins & A. W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp. 133-168). New York: Guilford.
- Hirsch, R. D. (1986). *Balint-Gruppen in der Altenhilfe*. Köln: Kuratorium Deutsche Altenhilfe.
- Hoffmann, A. (1984). Aktivierende Pflege: Hilfe zur persönlichen Entfaltung. *Altenpflege, 4*, 185-192.
- Hofmann, W., Gschwendner, T., Nosek, B. A. & Schmitt, M. (2005). What moderates implicit-explicit consistency? *European Review of Social Psychology, 16*, 335-390.
- Holtzman, J. & Beck, J. (1979). Palmore's facts on aging quiz: A reappraisal. *The Gerontologist, 19*, 116-120.
- Hoppe-Thesen, P. (2002). *Die Einschätzung sozialer Interaktionen zwischen den Generationen unter besonderer Berücksichtigung des Altersstereotyps*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Trier: Universität Trier.
- Hummert, M. L. (1990). Multiple stereotypes of elderly and young adults: A comparison of structure and evaluations. *Psychology and Aging, 5*, 182-193.
- Hummert, M. L. (1994). Stereotypes of the elderly and patronizing speech style. In M. L. Hummert & J. Wiemann & J. F. Nussbaum (Eds.), *Interpersonal communication in older adulthood: Interdisciplinary theory and research* (pp. 162-184). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Hummert, M. L. (1999). A social cognitive perspective on age stereotypes. In T. M. Hess & F. Blanchard-Fields (Eds.), *Social Cognition and Aging* (pp. 175-196). San Diego, CA: Academic Press.
- Hummert, M. L., Garstka, T. A., Ryan, E. B. & Bonnesen, J. L. (2004). The role of age stereotypes in interpersonal communication. In J. F. Nussbaum & J. Coupland (Eds.), *Handbook of communication and aging research* (pp. 91-114). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hummert, M. L., Garstka, T. A. & Shaner, J. L. (1995). Beliefs about language performance: adults' perceptions about self and elderly targets. *Journal of Language and Social Psychology, 14*, 235-259.
- Hummert, M. L., Garstka, T. A. & Shaner, J. L. (1997). Stereotyping of older adults: The role of target facial cues and perceiver characteristics. *Psychology and Aging, 12*, 107-114.
- Hummert, M. L., Garstka, T. A., Shaner, J. L. & Strahm, S. (1994). Stereotypes of the elderly held by young, middle-aged, and elderly adults. *The Journals of Gerontology, 49B*, P240-P249.
- Hummert, M. L., Mazloff, D. C. & Henry, C. (1999). Vocal characteristics of older adults and stereotyping. *Journal of Nonverbal Behavior, 23*, 111-132.
- Hummert, M. L. & Ryan, E. B. (2001). Patronizing. In W. P. Robinson & H. Giles (Eds.), *The new handbook of language and social psychology* (2nd ed., pp. 253-269). Chichester, UK: Wiley.
- Hummert, M. L., Shaner, J. L., Garstka, T. A. & Henry, C. (1998). Communication with older adults: The influence of age stereotypes, context, and communicator age. *Human Communication Research, 25*, 124-151.
- Jaccard, J. & Turrisi, R. (2003). *Interaction effects in multiple regression* (2nd ed.). London: Sage.
- Judd, C. M. & Kenny, D. A. (1981). Process analysis: Estimating mediation in evaluation research. *Evaluation Research, 5*, 602-619.
- Kahana, E. F. (1982). A congruence model of person-environment interaction. In M. P. Lawton & P. G. Windley & T. O. Byerts (Eds.), *Aging and the environment* (pp. 97-121). New York: Springer.
- Kahana, E. F. & Kiyak, H. A. (1984). Attitudes and behavior of staff in facilities for the aged. *Research on Aging, 6*, 395-416.
- Karuza, J., Zevon, M., Gleason, T., Karuza, C. & Nash, L. (1990). Models of helping and coping, responsibility attributions, and well-being in community elderly and their helpers. *Psychology and Aging, 5*, 194-208.
- Kemper, S. (1994). Elderspeak: Speech accommodations to older adults. *Aging and Cognition, 1*, 17-28.
- Kemper, S. (2001). Over-accommodation and under-accommodation to aging. In N. Charness & D. C. Parks & B. Sabel (Eds.), *Communication, technology, and aging: Opportunities and challenges for the future* (pp. 30-46). New York: Springer.
- Kemper, S. & Harden, T. (1999). Experimentally disentangling what's beneficial about elderspeak from what's not. *Psychology and Aging, 14*, 656-670.

- Kindermann, T. (1993). Fostering independence in mother-child interaction: Longitudinal changes in contingency patterns as children grow competent in developmental tasks. *International Journal of Behavioral Development, 16*, 513-535.
- Kite, M. E. & Johnson, B. T. (1988). Attitudes toward older and younger adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging, 3*, 233-244.
- Kite, M. E., Stockdale, G. D., Whitley, B. E. & Johnson, B. T. (2005). Attitudes toward younger and older adults: An updated meta-analytic review. *Journal of Social Issues, 61*, 241-266.
- Kogan, N. (1961). Attitudes toward old people: The development of a scale and an examination of correlates. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 62*, 44-54.
- Kogan, N. (1979). Beliefs, attitudes, and stereotypes about old people. *Research on Aging, 1*, 11-36.
- Köther, I. (Hrsg.). (2005). *THIEMEs Altenpflege*. Stuttgart: Thieme.
- Kraus, S. J. (1995). Attitudes and the prediction of behavior: A meta-analysis of the empirical literature. *Personality and Social Psychology Bulletin, 21*, 58-75.
- Krohwinkel, M. (1998). Fördernde Prozesspflege: Konzepte, Verfahren und Erkenntnisse. In J. Osterbrink (Hrsg.), *Erster internationaler Pflegetheorienkongress Nürnberg* (S. 134-154). Bern: Huber.
- Kruglanski, A. W. & Freund, T. (1983). The freezing and unfreezing of lay-inferences: Effects on impression primacy, ethnic stereotyping, and numerical anchoring. *Journal of Experimental Social Psychology, 19*, 448-468.
- Kruse, A. & Wahl, H.-W. (1994). Entwicklungen in der stationären Altenpflege. In A. Kruse & H.-W. Wahl (Hrsg.), *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?* (S. 237-255). Göttingen: Huber.
- Kunda, Z. (1999). *Social Cognition: Making sense of people*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.). (2002). *Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung: Materialien für die Umsetzung der Stundentafel*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Langer, E. J. & Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology, 34*, 191-198.
- La Tourette, T. & Meeks, S. (2000). Perceptions of patronizing speech by older women in nursing homes and in the community: Impact of cognitive ability and place of residence. *Journal of Language and Social Psychology, 19*, 463-473.
- Lawton, M. P. (1982). Competence, environmental press, and the adaptation of older people. In M. P. Lawton & P. G. Windley & T. O. Byerts (Eds.), *Aging and the environment* (pp. 33-59). New York: Springer.
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist, 23*, 349-357.
- Lawton, M. P. & Brody, E. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist, 9*, 179-186.
- Lawton, M. P. & Simon, B. (1968). The ecology of social relationships in housing for the elderly. *The Gerontologist, 8*, 108-115.

- Lehr, U. & Thomae, H. (1987). *Formen seelischen Alterns: Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA)*. Stuttgart: Enke.
- Levy, B. R. (1996). Improving memory in older age by implicit self-stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology*, *71*, 1092-1107.
- Levy, B. R. (2000). Handwriting as reflection of aging self-stereotypes. *Journal of Geriatric Psychiatry*, *33*, 81-94.
- Levy, B. R. & Langer, E. J. (1994). Aging free from negative stereotypes: Successful memory among the American Deaf and Mainland China. *Journal of Personality and Social Psychology*, *66*, 935-943.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social sciences*. New York: Harper & Row.
- Lieberman, M. D., Gaunt, R., Gilbert, D. T. & Trope, Y. (2002). Reflexion and reflection: A social cognitive neuroscience approach to attributional inference. *Advances in Experimental Social Psychology*, *34*, 199-249.
- Liebman, B. (1995). Exercise: Use it or lose it. *Nutrition Health Letter*, *22*, 9-17.
- Lienert, G. & Raatz, U. (1994). *Testaufbau und Testanalyse* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Macrae, C. N. & Bodenhausen, G. V. (2000). Social cognition: Thinking categorically about others. *Annual Review of Psychology*, *51*, 93-120.
- Maier, S. (1998). Der Einfluß von Altersstereotypen auf sprachliche Instruktionen. In R. Fiehler & C. Thimm (Hrsg.), *Sprache und Kommunikation im Alter* (S. 195-213). Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Mayer, K. U. & Baltes, P. B. (Hrsg.). (1999). *Die Berliner Altersstudie* (2. Aufl.). Berlin: Akademie Verlag.
- Mayer, K. U. & Wagner, M. (1999). Lebenslagen und soziale Ungleichheit im Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (2. Aufl., S. 251-275). Berlin: Akademie Verlag.
- Mazur, J. E. (2006). *Lernen und Verhalten* (6. Aufl.). München: Pearson Studium.
- Meier-Baumgartner, H. (1994). Rehabilitation in Pflegeheimen. In A. Kruse & H.-W. Wahl (Hrsg.), *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?* (S. 121-128). Göttingen: Huber.
- Miller, G. A., Galanter, E. & Pribram, K. H. (1960). *Plans and the structure of behavior*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Miller, R. & Dodder, R. (1980). A revision of Paltmore's facts on aging quiz. *The Gerontologist*, *20*, 673-679.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz (Hrsg.). (2005). *Rahmenlehrplan und Ausbildungsrahmenplan für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland-Pfalz* (2. Aufl.). Mainz: Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit.
- Mybes, U., Pfau, C. & Rückert, W. (1980). *Zur Organisation pflegerischer Dienste in Altenpflege-/Altenkrankenheimen: Ergebnisse arbeitswissenschaftlicher Untersuchungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Neff, J. A. (1979). Interactional versus hypothetical others: The use of vignettes in attitude research. *Sociology and Social Research*, *64*, 105-125.

- Nelson, A. E. & Dannefer, D. (1992). Aged heterogeneity: Fact or fiction? The fate of diversity in gerontological research. *The Gerontologist*, 32, 17-23.
- Neumann, E.-M., Zank, S. & Tzschätzsch, K. (1997). *Selbständigkeit im Alter: Ein Trainingsprogramm für Pflegende (Trainerband)* (2. Aufl.). Göttingen: Huber.
- Neumann, E.-M., Zank, S., Tzschätzsch, K. & Baltes, M. M. (1993). *Selbständigkeit im Alter: Ein Trainingsprogramm für Pflegende (Teilnehmerband)*. Göttingen: Huber.
- Nosek, B. A., Banaji, M. R. & Greenwald, A. G. (2002). Harvesting implicit group attitudes and stereotypes from a demonstration website. *Group Dynamics*, 6, 101-115.
- O'Connor, B. & Rigby, H. (1996). Perceptions of baby talk, frequency of receiving baby talk, and self-esteem among community and nursing home residents. *Psychology and Aging*, 11, 147-154.
- Orem, D. (1971). *Nursing: Concepts of practice*. Scarborough, ON: McGraw-Hill.
- Palmore, E. B. (1977). Facts on aging: a short quiz. *The Gerontologist*, 17, 315-320.
- Palmore, E. B. (1980). The facts on aging quiz: A review of findings. *The Gerontologist*, 20, 669-679.
- Palmore, E. B. (1981). The facts on aging quiz: Part two. *The Gerontologist*, 21, 431-437.
- Palmore, E. B. (1988). *The facts on aging quiz: a handbook of uses and results*. New York: Springer.
- Palmore, E. B. (1990). *Ageism: negative and positive*. New York: Springer.
- Perdue, C. W. & Gurtman, M. B. (1990). Evidence for the automaticity of ageism. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 199-216.
- Pushkar Gold, D. & Arbuckle, T. Y. (1995). A longitudinal study of off-target verbosity. *The Journals of Gerontology*, 50B, P307-P315.
- Pushkar Gold, D., Arbuckle, T. Y. & Andres, D. (1994). Verbosity in older adults. In J. Wiemann & J. Nussbaum (Eds.), *Interpersonal communication in older adulthood: Interdisciplinary theory and research* (pp. 107-129). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rakos, R. F. (1991). *Assertive behavior: Theory, research, and training*. London: Routledge.
- Reichert, M. (1993). *Hilfverhalten gegenüber alten Menschen: eine experimentelle Überprüfung der Rolle von Erwartungen*. Essen: Die Blaue Eule.
- Reichert, M. & Wahl, H.-W. (1992). Psychologische Forschung in Alten- und Altenpflegeheimen in den achtziger Jahren. Teil II: Personal, Heime als "Systeme", Interventionsforschung. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 5, 87-113.
- Reischies, F. M. & Lindenberger, U. (1999). Grenzen und Potentiale kognitiver Leistungsfähigkeit im Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (2. Aufl., S. 351-377). Berlin: Akademie Verlag.
- Riemann, R. (1996). Konstruktion und Validierung eines Inventars zur Erfassung von Persönlichkeits-Fähigkeiten. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 17, 222-235.
- Robinson, A. (1993). Attitudes toward the elderly among nursing home aides: A factor analytic study. *Gerontology and Geriatrics Education*, 14, 21-32.
- Rodin, J. & Langer, E. (1977). Long-term effects of a control-relevant intervention with the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 897-902.

- Rodin, J. & Langer, E. (1980). Aging labels: The decline of control and the fall of self-esteem. *Journal of Social Issues*, 36, 12-29.
- Rosencranz, H. A. & McNevin, T. E. (1969). A factor analysis of attitudes toward the aged. *The Gerontologist*, 9, 55-59.
- Rothbaum, F., Weisz, J. R. & Snyder, S. S. (1982). Changing the world and changing the self. A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.
- Rothermund, K. (2005). Effects of age stereotypes on self-views and adaptation. In W. Greve & K. Rothermund & D. Wentura (Eds.), *The adaptive self: Personal continuity and intentional self-development* (pp. 223-242). Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Rothermund, K. & Brandtstädter, J. (2003). Age stereotypes and self-views in later life: Evaluating rival assumptions. *International Journal of Behavioral Development*, 27, 549-554.
- Rothermund, K. & Wentura, D. (2001). Figure-ground asymmetries in the Implicit Association Test (IAT). *Zeitschrift für Experimentelle Psychologie (Special Issue on the Implicit Association Test)*, 48, 94-106.
- Rothermund, K. & Wentura, D. (2004). Underlying processes in the Implicit Association Test: Dissociating salience from associations. *Journal of Experimental Psychology: General*, 133, 139-165.
- Rothermund, K., Wentura, D. & Brandtstädter, J. (1995). Selbstwertschützende Verschiebungen in der Semantik des Begriffs "alt" im höheren Erwachsenenalter. *Sprache und Kognition*, 14, 52-63.
- Ryan, E. B., Anas, A. P. & Friedman, D. B. (2006a). Evaluations of older adult assertiveness in problematic clinical encounters. *Journal of Language and Social Psychology*, 20, 1-17.
- Ryan, E. B., Anas, A. P. & Gruneir, A. J. (2006b). Evaluations of overhelping and underhelping communication: Do old age and physical disability matter? *Journal of Language and Social Psychology*, 25, 97-107.
- Ryan, E. B., Bajorek, S., Beaman, A. & Anas, A. P. (2005). "I just want you to know that 'them' is me": Intergroup perspectives on communication and disability. In J. Harwood & H. Giles (Eds.), *Intergroup communication: Multiple perspectives* (pp. 117-137). New York: Peter Lang.
- Ryan, E. B., Bieman-Copland, S., Kwong See, S., Ellis, C. H. & Anas, A. P. (2002). Age excuses: Conversational management of memory failures in older adults. *The Journals of Gerontology*, 57B, P256-P267.
- Ryan, E. B. & Capadano, H. L. (1978). Age perceptions and evaluative reactions toward adult speakers. *Journal of Gerontology*, 33, 98-102.
- Ryan, E. B., Giles, H., Bartolucci, G. & Henwood, K. (1986). Psycholinguistics and social psychological components of communication by and with the elderly. *Language and Communication*, 6, 1-24.
- Ryan, E. B., Hamilton, J. M. & Kwong See, S. (1994a). Patronizing the old: How do younger and older adults respond to baby talk in the nursing home? *International Journal of Aging and Human Development*, 39, 21-32.

- Ryan, E. B., Hummert, M. L. & Boich, L. H. (1995a). Communication predicaments of aging: Patronizing behavior toward older adults. *Journal of Language and Social Psychology, 14*, 144-166.
- Ryan, E. B., Kennaley, D. E., Pratt, M. W. & Shumovich, M. A. (2000). Evaluations by staff, residents, and community seniors of patronizing speech in the nursing home: Impacts of passive, assertive, or humorous responses. *Psychology and Aging, 15*, 272-285.
- Ryan, E. B., Kwong See, S., Meneer, W. B. & Trovato, D. (1992). Age-based perception of language performance among young and older adults. *Communication Research, 19*, 423-443.
- Ryan, E. B., Kwong See, S., Meneer, W. B. & Trovato, D. (1994b). Age-based perceptions of conversational skills among younger and older adults. In M. L. Hummert & J. Wiemann & J. F. Nussbaum (Eds.), *Interpersonal communication in older adulthood: Interdisciplinary theory and research* (pp. 15-39). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ryan, E. B., Meredith, S. D., MacLean, M. J. & Orange, J. B. (1995b). Changing the way we talk with elders: Promoting health using the Communication Enhancement Model. *International Journal of Aging and Human Development, 41*, 87-105.
- Ryan, E. B., Meredith, S. D. & Shantz, G. B. (1994c). Evaluative perceptions of patronizing speech addressed to institutionalized elders in contrasting conversational contexts. *Canadian Journal on Aging, 13*, 236-248.
- Sachweh, S. (1998a). "so frau adams guck mal ein feines bac-spray gut": Charakteristische Merkmale der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Bewohnerinnen in der Altenpflege. In R. Fiehler & C. Thimm (Hrsg.), *Sprache und Kommunikation im Alter* (S. 143-160). Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Sachweh, S. (1998b). Granny darling's nappies: Secondary babytalk in German nursing homes for the aged. *Journal of Applied Communication Research, 26*, 52-65.
- Sachweh, S. (1999). *"Schätzle hinsitze!": Kommunikation in der Altenpflege*. Frankfurt: Peter Lang.
- Sackett, G. P., Holm, R., Crowley, C. & Henkins, A. (1979). Computer technology: A Fortran program for lag sequential analysis of contingency and cyclicity in behavioral interaction data. *Behavior Research Methods and Instrumentation, 11*, 366-378.
- Sackett, G. P. & Shortt, J. W. (1995). Hierarchical regression analysis with repeated-measure data. In J. M. Gottman (Ed.), *The analysis of change*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Saup, W. (1994). Altenheime als "Umwelten": Beiträge aus psychologischer und architektonischer Sicht. In A. Kruse & H.-W. Wahl (Hrsg.), *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?* (S. 49-66). Bern: Huber.
- Schiefele, J. & Staudt, I. (1979). *Praxis der Altenpflege* (3 Aufl.). München: Urban & Schwarzenberg.
- Schmitz-Scherzer, R., Schick, I. & Kühn, D. (1978). *Altenwohnheime, Personal und Bewohner*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: W. H. Freeman & Co.
- Sieber, H. & Weh, B. (1987). *Lehrbuch der Altenpflege: Ganzheitliche Grund- und Behandlungspflege*. Hannover: Vincentz Verlag.

- Smith, E. R. & DeCoster, J. (2000). Dual process models in social and cognitive psychology: Conceptual integration and links to underlying memory systems. *Personality and Social Psychology Review*, 4, 108-131.
- Smith, J. & Baltes, P. B. (1999). Altern aus psychologischer Perspektive: Trends und Profile im hohen Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (2. Aufl., S. 221-250). Berlin: Akademie Verlag.
- Sozialgesetzbuch (SGB) – Achtes Buch (VIII) – Kinder- und Jugendhilfe. (1990). *Bundesgesetzblatt*, 1, 1163.
- Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung. (1994). *Bundesgesetzblatt*, 1, 1014.
- Statistisches Bundesamt. (2007). *Bericht: Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse* [On-line]. Verfügbar unter: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1019863> [12.02.2007].
- Steinhagen-Thiessen, E. & Borchelt, M. (1999). Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (2. Aufl., S. 151-183). Berlin: Akademie Verlag.
- Stevens, J. (2002). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (4. ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stewart, M. A. & Ryan, E. B. (1982). Attitudes toward younger and older adult speakers: Effects of varying speech rates. *Journal of Language and Social Psychology*, 1, 91-109.
- Strack, F. & Deutsch, R. (2004). Reflective and impulsive determinants of social behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 8, 220-247.
- Thimm, C. & Augenstein, S. (1996). Lachen und Scherzen in einer Aushandlungssituation, oder: Zwei Männer vereinbaren einen Termin. In H. Kotthoff (Hrsg.), *Scherzkommunikation*. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Thimm, C., Rademacher, U. & Kruse, L. (1995). "Power-related talk": Control in verbal interaction. *Journal of Language and Social Psychology*, 14, 382-407.
- Thomae, H. (1976). *Patterns of aging: Findings from the Bonn Longitudinal Study of Aging: Contributions to human development* (Vol. 3). Basel: Karger.
- Thomas, A. (1991). *Grundriß der Sozialpsychologie: Grundlegende Begriffe und Prozesse* (Bd. 1). Göttingen: Hogrefe.
- van Knippenberg, A., Dijksterhuis, A. & Vermeulen, D. (1999). Judgement and memory of a criminal act: The effects of stereotypes and cognitive load. *European Journal of Social Psychology*, 29, 191-201.
- von Balluseck, H. (1980). *Die Pflege alter Menschen: Institutionen, Arbeitsfelder und Berufe*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- von Winter, T. (2003). Demographischer Wandel und Pflegebedürftigkeit. In T. Klie & A. Buhl & H. Entzian & R. Schmidt (Hrsg.), *Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen*. Frankfurt: Mabuse-Verlag.
- Wagner, M., Schütze, Y. & Lang, F. R. (1999). Soziale Beziehungen alter Menschen. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (2. Aufl., S. 301-319). Berlin: Akademie Verlag.

- Wahl, H.-W. (1991). Dependency in the elderly from an interactional point of view: Verbal and observational data. *Psychology and Aging, 6*, 238-246.
- Wahl, H.-W. & Baltes, M. M. (1990). Sie soziale Umwelt alter Menschen: Entwicklungsanregende oder -hemmende Pflegeinteraktionen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 12*, 266-283.
- Wahl, H.-W. & Reichert, M. (1991). Psychologische Forschung in Alten- und Altenpflegeheimen in den achtziger Jahren. Teil I: Forschungszugänge zu den Heimbewohnern. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 4*, 233-255.
- Weise, G. (1975). *Psychologische Leistungstests*. Göttingen: Hogrefe.
- Wentura, D. & Brandtstädter, J. (2003). Age stereotypes in younger and older women: Analyses of accommodative shifts with a sentence-priming task. *Experimental Psychology, 50*, 16-26.
- Wentura, D. & Rothermund, K. (2005). Altersstereotype und Altersbilder. In S.-H. Filipp & U. M. Staudinger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters (Enzyklopädie der Psychologie, Band C/V/6)* (S. 625-654). Göttingen: Hogrefe.
- Weyerer, S. & Zimmer, A. (1996). *Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen des Pflegepersonals: Eine empirische Studie in Mannheimer Alten- und Altenpflegeheimen*. Mannheim: Zentralinstitut für Seelische Gesundheit.
- Wicker, A. B. (1969). Attitudes versus actions: The relationship of verbal and overt behavioral responses to attitude objects. *Journal of Social Issues, 25*, 41-78.
- Widaman, K. F. (1993). Common factor analysis versus principal component analysis: Differential bias in representing model parameters? *Multivariate Behavioral Research, 28*, 263-311.
- Windisch, M. (1991). Burnout in der Altenpflege. *Das Altenheim, 30*, 364-369.
- Winkeler, M. (2001). *Mobilisierung sozialer Unterstützung im Umfeld eines kritischen Lebensereignisses: Eine quasi-experimentelle Studie*. (Dissertationsschrift). Trier: Universität Trier. [Internet Dokument: <http://ub-dok.uni-trier.de/diss/diss11/20020222/20020222.htm>]

# Anhang A: Erhebungsinstrumente und Untersuchungsmaterialien

Bitte beurteilen Sie das Verhalten von Frau Müller anhand der folgenden Merkmale.

Machen Sie in jeder Zeile nur ein Kreuz und vergessen Sie keine Zeile.



1.	zerstreut	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	konzentriert
2.	energisch	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	zögernd
3.	unselbständig	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	selbständig
4.	verzagt	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	zuversichtlich
5.	selbstsicher	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	unsicher
6.	stark	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	schwach
7.	unabhängig	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	abhängig
8.	geschickt	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	ungeschickt
9.	unentschlossen	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	tatkräftig
10.	eigenständig	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	hilfsbedürftig

Abbildung A.1: Adjektivrating zur Einschätzung der Selbständigkeit der Protagonistin (Pilotstudie und Studie 3).

*Tabelle A.1:* Zuordnung der zehn Items der Skala Handlungsintentionen zu den Handlungskategorien am Beispiel der Tätigkeit „Anziehen“

	Ich würde...
Selbständigkeit unterstützen	<p>... versuchen, Frau Müller anzuleiten, wie sie das Wechseln der Bluse am einfachsten hinbekommt.</p> <p>... versuchen, Frau Müller einen Tipp zu geben, wie Sie es sich mit dem Wechseln der Bluse leichter machen kann.</p> <p>... Frau Müller darin bestärken, sich selbständig weiter umzuziehen.</p>
Unselbständigkeit unterstützen	<p>... ohne viel Aufhebens Frau Müller eine neue Bluse anziehen.</p> <p>... Frau Müller beim Bluse Wechseln zur Hand gehen.</p> <p>... Frau Müller darin bestärken, sich ein bisschen beim Umziehen helfen zu lassen.</p>
Kritisieren	<p>... versuchen, Frau Müller klar zu machen, dass es so mit dem Wechseln der Bluse nicht klappen wird.</p>
Ignorieren	<p>... nicht näher auf Frau Müllers Blusenwechsel eingehen und das Bett beziehen.</p>
Abklären des Hilfebedarfs	<p>... Frau Müller fragen, ob sie Hilfe beim Wechseln der Bluse benötigt.</p>
Schenken von Aufmerksamkeit	<p>... Frau Müller ein bisschen Aufmerksamkeit schenken.</p>

Tabelle A.2: Sortierung aller 20 Aussagen des FAQ nach Valenz und Richtigkeit

Aussage ist	richtig	falsch
positiv	<p>Die meisten alten Menschen geben an, noch ausgeprägte Lebensziele zu haben.</p> <p>Mindestens 70% der alten Menschen sind gesund genug, um ihren normalen Alltagsaktivitäten nachzugehen.</p> <p>Alte Menschen fühlen sich im Durchschnitt mehr als 10 Jahre jünger als sie sind.</p> <p>Ältere Autofahrer haben weniger Verkehrsunfälle als Autofahrer unter 65 Jahren.</p> <p>Ältere Witwen werden mit dem Verlust des Partners oft besser fertig als jüngere Witwen.</p>	<p>Den meisten Menschen über 85 Jahren gelingt es, genau so viele soziale Beziehungen aufrechtzuerhalten, wie Menschen zwischen 70 und 84 Jahren.</p> <p>Wenn man die Gedächtnisleistung alter und junger Menschen trainiert, erzielen die älteren Personen größere Verbesserungen als die jüngeren.</p> <p>Bei alten Menschen ohne Demenz bleibt die geistige Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter stabil.</p> <p>Weisheit ist ein Aspekt der geistigen Leistungsfähigkeit, der bei gesunden alten Menschen stetig zunimmt.</p> <p>Nur 10% der Frauen über 85 Jahren benötigen nach eigenen Angaben Hilfe beim Baden oder Duschen.</p>
negativ	<p>Rund 70% der Menschen über 85 Jahre geben an, nicht mehr alleine einkaufen zu können.</p> <p>Alte Männer begehen häufiger Selbstmord als jüngere.</p> <p>Fast die Hälfte der 90jährigen und älteren Menschen leidet an einer Demenz.</p> <p>Alte Menschen erleben mit zunehmendem Alter immer weniger positive Gefühle.</p> <p>Atemwegserkrankungen kommen bei alten Menschen überdurchschnittlich häufig vor.</p>	<p>Die meisten alten Menschen glauben, dass sie kränker sind als Gleichaltrige.</p> <p>Der Verlust der Selbständigkeit ist eine unabdingbare Begleiterscheinung des hohen Alters.</p> <p>Depressionen werden im hohen Alter häufiger.</p> <p>Die Mehrzahl der alten Menschen ist senil (d.h. hat ein schlechtes Gedächtnis, ist desorientiert oder dementiell verändert).</p> <p>70% der 95jährigen und älteren Menschen leben in Heimen.</p>

## Anhang A.1 Fragebogen in Studie 1 (Version Altenheim)



**Universität Trier**

Fachbereich I – Psychologie  
Abteilung für angewandte Entwicklungspsychologie  
und Gerontopsychologie  
Christina Lukas (Dipl.-Psych.)  
E-Mail: [luka1301@uni-trier.de](mailto:luka1301@uni-trier.de)  
Raum D 309

### *Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer an meiner Studie!*

Herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft, diesen Fragebogen zu bearbeiten. Im Rahmen meiner Dissertation an der Universität Trier führe ich eine Untersuchung durch, die sich mit verschiedenen alltäglichen Situationen im Altenheim beschäftigt.

Auf den folgenden Seiten werden Ihnen vier Situationen geschildert, die so oder ähnlich im Altenheim vorkommen könnten. Bitte stellen Sie sich bei jeder dieser Situationen vor, dass **Sie selbst als Zivildienstleistender bzw. als Freiwillige(r) Soziale(r) Helfer(in) in einem Altenheim arbeiten**.

Lesen Sie die folgenden Begebenheiten aufmerksam durch und versuchen Sie sich – so weit es geht – in die Situation hineinzusetzen. **Stellen Sie sich vor, Sie selbst würden die Begebenheit erleben!**

Im Anschluss an jede Situationsbeschreibung finden Sie eine Liste mit verschiedenen Verhaltensweisen, mit denen man auf eine solche Situation reagieren könnte. Bitte kreuzen Sie jeweils an, für wie **wahrscheinlich** Sie es halten, dass Sie selbst das Beschriebene tun würden, wenn sie in die geschilderte Situation kommen würden.

### **Beispiel:**

... Frau Wagner sitzt in an ihrem Tisch, vor sich eine Vase und ein paar Zweige. Frau Wagner versucht gerade, die recht unterschiedlich großen, etwas „sperrigen“ Zweige schön in der Vase anzuordnen. Einige Knospen sind abgebrochen und liegen auf dem Tisch. Sie begrüßen Frau Wagner. Diese grüßt zurück und bemüht sich weiter um ihre Zweige.

	<div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black;"> <span><b>ganz sicher nicht</b></span> <span><b>ganz sicher</b></span> </div>
<b>Ich würde ...</b>	
... Frau Wagner auf die schönen Zweige ansprechen.	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>0</span> <span>1</span> <span>2</span> <span>3</span> <span>4</span> <span>5</span> </div>

Wenn Sie es für sehr **wahrscheinlich** halten würden, dass Sie Frau Wagner auf die schönen Zweige ansprechen würden, so müssten Sie das Kästchen „5“ ankreuzen.

Bitte kreuzen Sie bei **jeder** Verhaltensweise an, für wie wahrscheinlich Sie es halten, dass Sie das Beschriebene tun würden.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme,

(Dipl.-Psych. Christina Lukas)

**Stellen Sie sich folgende Situation vor:**

In dem Altenheim, in dem Sie arbeiten, lebt seit einiger Zeit Frau Müller. Sie ist 80 Jahre alt. Sie kommen in Frau Müllers Zimmer, um deren Bett neu zu beziehen. Sie sind ziemlich in Eile, da das Pflgeeteam, zu dem Sie gehören, heute schlecht besetzt ist.

Frau Müller steht vor der geöffneten Schranktür. Ihre Bluse hat sie halb aufgeknöpft. Sie hält einen Kleiderbügel in der Hand, auf dem eine frische Bluse und eine Strickjacke hängen und probiert gerade, die Bluse vom Bügel herunterzubekommen. Ein Kleidungsstück liegt auf dem Boden.

Sie begrüßen Frau Müller. Diese grüßt zurück und macht sich weiter an der Bluse zu schaffen.

Was vermuten Sie, würden Sie tun?

Bitte kreuzen Sie jeweils an, für wie **wahrscheinlich** Sie es halten, dass Sie das Beschriebene tun würden.

Ich würde ...		ganz sicher nicht					ganz sicher						
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1.	... versuchen, Frau Müller anzuleiten, wie sie das Wechseln der Bluse am einfachsten hinbekommt.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
2.	... nicht näher auf Frau Müllers Blusenwechsel eingehen und das Bett beziehen.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
3.	... Frau Müller darin bestärken, sich selbständig weiter umzuziehen.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
4.	... Frau Müller ein bisschen Aufmerksamkeit schenken.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
5.	... Frau Müller fragen, ob sie Hilfe beim Wechseln der Bluse benötigt.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
6.	... versuchen, Frau Müller klar zu machen, dass es so mit dem Wechseln der Bluse nicht klappen wird.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
7.	... ohne viel Aufhebens Frau Müller eine neue Bluse anziehen.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
8.	... Frau Müller darin bestärken, sich ein bisschen beim Umziehen helfen zu lassen.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
9.	... versuchen, Frau Müller einen Tipp zu geben, wie Sie es sich mit dem Wechseln der Bluse leichter machen kann.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
10.	... Frau Müller beim Bluse Wechseln zur Hand gehen.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

Wie gut konnten Sie sich in die Situation hineinversetzen? Bitte kreuzen Sie jeweils **ein** Kästchen an. Ich konnte mich ... in die Situation hineinversetzen.

- überhaupt nicht
- eher nicht
- eher gut
- sehr gut

**Stellen Sie sich folgende Situation vor:**

In dem Altenheim, in dem Sie arbeiten, lebt seit einiger Zeit Frau Schmidt. Sie ist 80 Jahre alt. Sie kommen morgens in Frau Schmidts Zimmer, um zu schauen, ob sie schon wach ist. Sie sind ziemlich in Eile, da das Pflegeteam, zu dem Sie gehören, heute schlecht besetzt ist. Frau Schmidt ist bereits aufgestanden und steht vor dem Waschbecken. Sie wäscht sich mit einem Waschlappen, den sie immer wieder unter fließendem Wasser ausspült und erneut etwas Seife darauf gibt. Gerade probiert sie, die Wassertemperatur zu regulieren, was nicht auf Anhieb gelingt. Sie wünschen ihr einen guten Morgen. Frau Schmidt erwidert die Begrüßung, lässt die Hände sinken und seufzt.

Was vermuten Sie, würden Sie tun?

Bitte kreuzen Sie jeweils an, für wie **wahrscheinlich** Sie es halten, dass Sie das Beschriebene tun würden.

Ich würde ...		<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>ganz sicher nicht</span> <span>ganz sicher</span> </div>					
1.	... versuchen, Frau Schmidt anzuleiten, wie sie sich am einfachsten mit einer angenehmen Wassertemperatur waschen kann.	0	1	2	3	4	5
2.	... nicht näher auf Frau Schmidts Morgenwäsche eingehen und das Zimmer wieder verlassen.	0	1	2	3	4	5
3.	... Frau Schmidt darin bestärken, sich selbständig weiter zu waschen.	0	1	2	3	4	5
4.	... Frau Schmidt ein bisschen Aufmerksamkeit schenken.	0	1	2	3	4	5
5.	... Frau Schmidt fragen, ob sie Hilfe beim Waschen benötigt.	0	1	2	3	4	5
6.	... versuchen, Frau Schmidt klar zu machen, dass es so mit dem Waschen nicht klappen wird.	0	1	2	3	4	5
7.	... ohne viel Aufhebens Frau Schmidt mit einer angenehmen Wassertemperatur waschen.	0	1	2	3	4	5
8.	... Frau Schmidt darin bestärken, sich ein bisschen beim Waschen helfen zu lassen.	0	1	2	3	4	5
9.	... versuchen, Frau Schmidt einen Tipp zu geben, wie Sie es sich mit dem Waschen leichter machen kann.	0	1	2	3	4	5
10.	... Frau Schmidt beim Waschen zur Hand gehen.	0	1	2	3	4	5

Wie gut konnten Sie sich in die Situation hineinversetzen? Bitte kreuzen Sie jeweils **ein** Kästchen an. Ich konnte mich ... in die Situation hineinversetzen.

- überhaupt nicht
- eher nicht
- eher gut
- sehr gut

**Stellen Sie sich folgende Situation vor:**

In dem Altenheim, in dem Sie arbeiten, lebt seit einiger Zeit Frau Meier. Sie ist 80 Jahre alt. Sie kommen morgens in Frau Meiers Zimmer, um ihr einen Brief zu bringen, der für sie angekommen ist. Sie haben keine Eile, da das Pflorgeteam, zu dem Sie gehören, heute gut besetzt ist. Frau Meier sitzt am Tisch, vor ihr steht ein Tablett mit dem Mittagessen. Frau Meier versucht gerade, das Fleisch klein zu schneiden, was offensichtlich nicht ganz einfach ist. Ein bisschen Soße ist auf ihren Pullover gespritzt. Sie wünschen einen guten Appetit. Frau Meier bedankt sich und hantiert weiter mit ihrem Besteck herum.

Was vermuten Sie, würden Sie tun?

Bitte kreuzen Sie jeweils an, für wie **wahrscheinlich** Sie es halten, dass Sie das Beschriebene tun würden.

Ich würde ...		ganz sicher nicht					ganz sicher						
1.	... versuchen, Frau Meier anzuleiten, wie sie das Fleisch am einfachsten klein schneiden kann.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
2.	... nicht näher auf Frau Meiers Mittagessen eingehen und ihr den Brief hinlegen.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
3.	... Frau Meier darin bestärken, das Fleisch selbständig klein zu schneiden.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
4.	... Frau Meier ein bisschen Aufmerksamkeit schenken.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
5.	... Frau Meier fragen, ob sie Hilfe beim Schneiden des Fleisches benötigt.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
6.	... versuchen, Frau Meier klar zu machen, dass sie so das Fleisch nicht klein bekommt.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
7.	... ohne viel Aufhebens Frau Meier das Fleisch klein schneiden.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
8.	... Frau Meier darin bestärken, sich ein bisschen beim Schneiden des Fleisches helfen zu lassen.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
9.	... versuchen, Frau Meier einen Tipp zu geben, wie Sie es sich mit dem Schneiden des Fleisches leichter machen kann.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
10.	... Frau Meier beim Schneiden des Fleisches zur Hand gehen.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

Wie gut konnten Sie sich in die Situation hineinversetzen? Bitte kreuzen Sie jeweils **ein** Kästchen an. Ich konnte mich ... in die Situation hineinversetzen.

- überhaupt nicht
- eher nicht
- eher gut
- sehr gut

**Stellen Sie sich folgende Situation vor:**

In dem Altenheim, in dem Sie arbeiten, lebt seit einiger Zeit Frau Becker. Sie ist 80 Jahre alt. Sie kommen in Frau Beckers Zimmer, um deren Blutdruck zu kontrollieren. Sie haben keine Eile, da das Pflgeeteam, zu dem Sie gehören, heute gut besetzt ist.

Frau Becker sitzt am Kopfende ihres Bettes auf der Bettkante und drückt auf die Knöpfe ihres Weckradios, das auf dem Nachttischchen steht. Sie versucht offensichtlich gerade, einen Sender einzustellen. Momentan hört man nur Rauschen oder undeutliches Stimmengewirr.

Sie begrüßen Frau Becker. Diese grüßt zurück, schiebt das Radio beiseite und seufzt.

Was vermuten Sie, würden Sie tun?

Bitte kreuzen Sie jeweils an, für wie **wahrscheinlich** Sie es halten, dass Sie das Beschriebene tun würden.

Ich würde ...		ganz sicher nicht					ganz sicher						
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1.	... versuchen, Frau Becker anzuleiten, wie sie das Einstellen eines Senders am einfachsten hinbekommt.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
2.	... nicht näher auf Frau Beckers Radio eingehen und ihr den Blutdruck kontrollieren.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
3.	... Frau Becker darin bestärken, selbständig weiter einen Sender einzustellen.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
4.	... Frau Becker ein bisschen Aufmerksamkeit schenken.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
5.	... Frau Becker fragen, ob sie Hilfe beim Einstellen eines Senders benötigt.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
6.	... versuchen, Frau Becker klar zu machen, dass sie so keinen Sender finden wird.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
7.	... ohne viel Aufhebens Frau Becker einen Radiosender einstellen.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
8.	... Frau Becker darin bestärken, sich ein bisschen beim Einstellen eines Senders helfen zu lassen.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
9.	... versuchen, Frau Becker einen Tipp zu geben, wie Sie es sich mit dem Einstellen eines Senders leichter machen kann.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
10.	... Frau Becker beim Einstellen eines Senders zur Hand gehen.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

Wie gut konnten Sie sich in die Situation hineinversetzen? Bitte kreuzen Sie jeweils **ein** Kästchen an. Ich konnte mich ... in die Situation hineinversetzen.

- überhaupt nicht
- eher nicht
- eher gut
- sehr gut

Im Folgenden habe ich noch Aussagen über alte Menschen bzw. das Altern zusammengestellt. Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage an, ob diese Ihrer Meinung nach richtig oder falsch ist.

*Anmerkung: die Mehrzahl/die meisten = mehr als 50 %*

*alte Menschen = Personen über 70 Jahre*

*hohes Alter = Zeit etwa ab dem 85. Lebensjahr*

1.	Die meisten alten Menschen geben an, noch ausgeprägte Lebensziele zu haben.	richtig	falsch
2.	Den meisten Menschen über 85 Jahren gelingt es, genau so viele soziale Beziehungen aufrechtzuerhalten, wie Menschen zwischen 70 und 84 Jahren.	richtig	falsch
3.	Rund 70% der Menschen über 85 Jahre geben an, nicht mehr alleine einkaufen zu können.	richtig	falsch
4.	Wenn man die Gedächtnisleistungen alter und junger Menschen trainiert, erzielen die älteren Personen größere Verbesserungen als die jüngeren.	richtig	falsch
5.	Die meisten alten Menschen glauben, dass sie kränker sind als Gleichaltrige.	richtig	falsch
6.	Alte Männer begehen häufiger Selbstmord als jüngere.	richtig	falsch
7.	Bei alten Menschen ohne Demenz bleibt die geistige Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter stabil.	richtig	falsch
8.	Mindestens 70 % der alten Menschen sind gesund genug, um ihren normalen Alltagsaktivitäten nachzugehen.	richtig	falsch
9.	Der Verlust der Selbständigkeit ist eine unabdingbare Begleiterscheinung des hohen Alters.	richtig	falsch
10.	Alte Menschen fühlen sich im Durchschnitt mehr als 10 Jahre jünger als sie sind.	richtig	falsch
11.	Depressionen werden im hohen Alter häufiger.	richtig	falsch
12.	Ältere Autofahrer haben weniger Verkehrsunfälle als Autofahrer unter 65 Jahren.	richtig	falsch
13.	Die Mehrzahl der alten Menschen ist senil (d.h. hat ein schlechtes Gedächtnis, ist desorientiert oder dementiell verändert).	richtig	falsch
14.	70 % der 95jährigen und älteren Menschen lebt in Heimen.	richtig	falsch
15.	Fast die Hälfte der 90 jährigen und älteren Menschen leidet an einer Demenz.	richtig	falsch
16.	Alte Menschen erleben mit zunehmendem Alter immer weniger positive Gefühle.	richtig	falsch
17.	Weisheit ist ein Aspekt der geistigen Leistungsfähigkeit, der bei gesunden alten Menschen stetig zunimmt.	richtig	falsch
18.	Atemwegserkrankungen kommen bei alten Menschen überdurchschnittlich häufig vor.	richtig	falsch
19.	Ältere Witwen werden mit dem Verlust des Partners oft besser fertig als jüngere Witwen.	richtig	falsch
20.	Nur 10% der Frauen über 85 Jahren benötigen nach eigenen Angaben Hilfe beim Baden oder Duschen.	richtig	falsch

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen und Gewohnheiten. Geben Sie bitte an, wieweit jede dieser Aussagen auf Sie zutrifft. Für Ihre Beantwortung haben Sie jeweils sechs Möglichkeiten, von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft vollständig zu“.

**Beispiel:**

	trifft gar nicht zu	trifft kaum zu	trifft bedingt zu	trifft weit- gehend zu	trifft über- wiegend zu	trifft voll- ständig zu
Ich erzähle lieber, als dass ich zuhöre.	1	2	<del>3</del>	4	5	6

Wenn diese Aussage für Sie „bedingt“ zutrifft, kreuzen Sie bitte die „3“ an.

Kreuzen Sie bitte immer die Zahl an, die Ihrer Aussage entspricht. Arbeiten Sie zügig und spontan und beantworten Sie *alle* Aussagen.

		trifft gar nicht zu	trifft kaum zu	trifft bedingt zu	trifft weit- gehend zu	trifft über- wiegend zu	trifft voll- ständig zu
1.	Ich neige dazu, bei Auseinandersetzungen lauter zu sprechen als sonst.	1	2	3	4	5	6
2.	Ich lasse anderen Personen in ihrem Handeln weitgehend freie Hand.	1	2	3	4	5	6
3.	Es macht mir nichts aus, einer Person zuzuhören, die gerade ihren Ärger ablassen muss.	1	2	3	4	5	6
4.	Wenn mir einmal etwas schief geht, regt mich das nicht weiter auf.	1	2	3	4	5	6
5.	Wenn meine Bekannten einen schlechten Geschmack haben, bemühe ich mich, ihn zu verbessern.	1	2	3	4	5	6
6.	Ich habe nur Interesse für einen Verein, in dem ich maßgeblichen Einfluss haben kann.	1	2	3	4	5	6
7.	Auch wenn es eher viel zu tun gibt, lasse ich mich nicht hetzen.	1	2	3	4	5	6
8.	Ich vermeide es, andere Menschen zu beeinflussen.	1	2	3	4	5	6
9.	Es fällt mir schwer, geduldig abzuwarten bis eine langsamere Person eine Handlung abgeschlossen hat.	1	2	3	4	5	6
10.	Ich glaube, dass andere mehr leisten, wenn ich sie beaufsichtige.	1	2	3	4	5	6
11.	Es macht mir Spaß, andere von meiner Meinung zu überzeugen.	1	2	3	4	5	6
12.	Es fällt mir schwer, einer Person zuzuhören, die sich gerade über etwas sehr geärgert hat.	1	2	3	4	5	6
13.	Ich strebe nicht danach, das Verhalten anderer meinen Vorstellungen anzupassen.	1	2	3	4	5	6
14.	Ich versuche, niemanden zu bevormunden	1	2	3	4	5	6

		trifft gar nicht zu	trifft kaum zu	trifft bedingt zu	trifft weit- gehend zu	trifft über- wiegend zu	trifft voll- ständig zu
15.	Auch wenn mich etwas sehr aus der Fassung bringt, beruhige ich mich meistens wieder rasch.	1	2	3	4	5	6
16.	Mein Blut kocht, wenn man mich zum Narren hält.	1	2	3	4	5	6
17.	Wenn jemand anderes eine Aufgabe nicht so gut bewältigt wie ich es könnte, werde ich schnell nervös.	1	2	3	4	5	6
18.	Ich lege gern fest, was einzelne in einer Gruppe tun sollen.	1	2	3	4	5	6
19.	Es gibt nur wenige Dinge, die mich leicht erregen oder ärgern.	1	2	3	4	5	6
20.	Im Allgemeinen bin ich ruhig und nicht leicht aufzuregen.	1	2	3	4	5	6
21.	Ich versuche, Entscheidungen anderer in meinem Sinn zu beeinflussen.	1	2	3	4	5	6
22.	Mir widerstrebt es, anderen zu sagen, was sie tun sollen.	1	2	3	4	5	6
23.	Ich kann oft meinen Ärger und meine Wut nicht beherrschen.	1	2	3	4	5	6
24.	Ich möchte niemanden in seiner Entscheidungsfreiheit einschränken.	1	2	3	4	5	6
25.	Wenn es darum, eine Tätigkeit gemeinsam durchzuführen, kann ich mich gut auf das Tempo eines anderen Menschen einstellen.	1	2	3	4	5	6
26.	Ich überrede andere gern zu etwas, was mir Spaß macht.	1	2	3	4	5	6
27.	Mit den Fehlern und Schwächen anderer Menschen habe ich viel Geduld.	1	2	3	4	5	6
28.	Ich lasse mich durch eine Vielzahl von kleinen Störungen nicht aus der Ruhe bringen.	1	2	3	4	5	6
29.	Ich gebe gern Anordnungen.	1	2	3	4	5	6
30.	Wenn jemand anderes sich umständlich verhält, werde ich schnell unruhig.	1	2	3	4	5	6
31.	Ich lasse jedem seinen persönlichen Geschmack.	1	2	3	4	5	6
32.	Ich neige oft zu Hast und Eile, auch wenn es überhaupt nicht notwendig ist.	1	2	3	4	5	6
33.	Oft rege ich mich zu rasch über jemanden auf.	1	2	3	4	5	6
34.	Ich kann geduldig abwarten, bis eine ungeschickte Person doch noch ans Ziel kommt.	1	2	3	4	5	6
35.	Ich bin leicht aus der Ruhe gebracht, wenn ich angegriffen werde.	1	2	3	4	5	6
36.	Ich dränge niemandem meine eigene Meinung auf.	1	2	3	4	5	6

Zum Schluss möchte ich Sie noch um einige Angaben zu Ihrer Person bitten.

1. Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

2. Geschlecht:       weiblich    männlich

3. Muttersprache:    deutsch    andere

4. Studienfach: \_\_\_\_\_ Semester: \_\_\_\_\_

5. Haben Sie jemals eine der folgenden Tätigkeiten ausgeübt?

- Zivildienstleistender
- Freiwillige(r) Soziale(r) Helfer(in)
- Krankenschwester/-pfleger
- Altenpfleger(in)
- andere Tätigkeit im Krankenhaus/Altenheim als: \_\_\_\_\_

6. Wie oft haben Sie Kontakt zu älteren Menschen über 75?

- täglich
- mehrmals wöchentlich
- mehrmals monatlich
- mehrmals jährlich
- so gut wie nie

**Ganz herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**



Bitte geben Sie diesen Fragebogen im Raum **D 309** ab.

Sie erreichen mich dort bis Freitag, 10. Juni, täglich von 14 – 18 Uhr

## Anhang A.2 Fragebogen in Studie 2 (Version Krankenhaus: alte Protagonistin, hoher Zeitdruck)



**Universität Trier**

Fachbereich I – Psychologie  
Abteilung für angewandte Entwicklungspsychologie  
und Gerontopsychologie  
Christina Lukas (Dipl.-Psych.)  
54286 Trier  
E-Mail: [luka1301@uni-trier.de](mailto:luka1301@uni-trier.de)

*Sehr geehrte Damen und Herren,*

im Rahmen meiner Doktorarbeit an der Universität Trier führe ich eine Untersuchung durch, die sich mit dem Interaktionsverhalten zwischen Patienten und Pflegekräften in Krankenhäusern und Altenheimen beschäftigt. Dabei geht es mir darum, das Zusammenspiel verschiedener möglicher Einflussgrößen zu ermitteln, z.B. Eigenschaften von Patienten und Pflegekräften oder institutionelle Rahmenbedingungen wie die personelle Besetzung.

Ich benötige das Urteil von Menschen, die als Pflegekräfte tagtäglich in verschiedenen Situationen mit Patienten zu tun haben. Ich wende mich daher an Sie mit der Bitte, meine Vorhaben durch Ihre Teilnahme an meinem Forschungsprojekt zu unterstützen und den beiliegenden Fragebogen zu bearbeiten. Die Bearbeitung dauert 20-30 Minuten. Die Erhebung ist selbstverständlich streng vertraulich, die Ergebnisse bleiben anonym und werden nur zu wissenschaftlichen Zwecken im Rahmen meiner Arbeit an der Universität Trier genutzt.

Als kleine Entschädigung erhalten Sie ein „Xtra-Superlos“ der „Aktion Mensch“ für einen Monat.

Wenn Sie an der Erhebung teilnehmen möchten, füllen Sie bitte den Fragebogen zu Hause vollständig aus. Sie können mir den Fragebogen in der Übergabe am \_\_\_\_\_ persönlich zurückgeben oder ihn in die Sammelbox im Dienstzimmer Ihrer Station legen.

Wenn Sie die Entschädigung in Form eines Monatsloses der „Aktion Mensch“ erhalten möchten, müssen Sie folgendermaßen vorgehen: Um ein Los auf Sie ausstellen zu können, benötigt die „Aktion Mensch“ Ihren Namen, den Sie auf die letzte Seite im Fragebogen notieren können. Diese Seite trennen Sie bitte vom Fragebogen ab und stecken sie in den beiliegenden kleinen Umschlag. Diesen Umschlag legen Sie gemeinsam mit dem Fragebogen in den großen Umschlag, in dem Sie den Fragebogen erhalten haben. Die Umschläge, die Ihre Namen enthalten, werden vor der Auswertung der Fragebögen entfernt und die Namen der „Aktion Mensch“ übermittelt.

Für Ihre Mithilfe möchte ich mich schon im Voraus ganz herzlich bedanken.

In der Hoffnung auf Ihre Unterstützung verbleibe ich  
mit freundlichen Grüßen

(Christina Lukas)



**Universität Trier**

Fachbereich I – Psychologie  
Abteilung für angewandte Entwicklungspsychologie  
und Gerontopsychologie  
Christina Lukas (Dipl.-Psych.)  
54286 Trier  
E-Mail: [luka1301@uni-trier.de](mailto:luka1301@uni-trier.de)

*Sehr geehrte Untersuchungsteilnehmerin, sehr geehrter Untersuchungsteilnehmer,*

herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft, diesen Fragebogen zu bearbeiten.

Auf den folgenden Seiten werden Ihnen vier Situationen geschildert, die so oder ähnlich auch in Ihrem beruflichen Alltag im Krankenhaus vorkommen könnten.

Lesen Sie die folgenden Begebenheiten aufmerksam durch und versuchen Sie sich – so weit es geht – in die Situation hineinzusetzen. **Stellen Sie sich vor, Sie selbst würden die Begebenheit erleben!**

Im Anschluss an jede Situationsbeschreibung finden Sie eine Liste mit verschiedenen Verhaltensweisen, mit denen man auf eine solche Situation reagieren könnte. Bitte kreuzen Sie jeweils an, für wie **wahrscheinlich** Sie es halten, dass Sie selbst das Beschriebene tun würden.

**Beispiel:**

... Frau Wagner sitzt in an ihrem Tisch, vor sich eine Vase und ein paar Zweige. Frau Wagner versucht gerade, die recht unterschiedlich großen, etwas „sperrigen“ Zweige schön in der Vase anzuordnen. Einige Knospen sind abgebrochen und liegen auf dem Tisch. ...

	ganz sicher nicht						ganz sicher
Ich würde ...							
... Frau Wagner auf die schönen Zweige ansprechen.	0	1	2	3	4	<del>5</del>	

Wenn Sie es für sehr **wahrscheinlich** halten würden, dass Sie Frau Wagner auf die schönen Zweige ansprechen würden, so müssten Sie das Kästchen „5“ ankreuzen.

Es gibt keine richtigen und falschen Antworten, ich interessiere mich für das, was sich in Ihrem Alltag abspielt!

**Bitte stellen Sie sich bei jeder der beschriebenen Situationen folgende Rahmenbedingung vor:**

! Das Pflgeteam, in dem Sie arbeiten, ist heute sehr schlecht besetzt. Es ist Urlaubszeit und zudem ist noch eine Kollegin krank geworden. Sie arbeiten heute mit so wenigen Kollegen wie schon lange nicht mehr. Gleichzeitig sind alle Betten auf Ihrer Station belegt. Das bedeutet natürlich, dass Sie Ihre Arbeit unter ziemlich großem Zeitdruck verrichten müssen. Sie sind in Eile! !

Nach den Situationsbeschreibungen folgen noch drei Seiten, in denen es um Ihre Erfahrungen mit der Entwicklung von Menschen und um Ihre Gewohnheiten im Umgang mit anderen Menschen geht.

Bitte bearbeiten Sie den Fragebogen allein.

Viel Spaß beim Ausfüllen,

(Christina Lukas)

**Stellen Sie sich folgende Situation vor und denken Sie daran: Sie sind in Eile!**

In dem Krankenhaus, in dem Sie arbeiten, liegt Frau Müller nach einer kleineren Operation. Sie ist 80 Jahre alt.

Sie kommen in Frau Müllers Zimmer, um deren Bett neu zu beziehen.

Frau Müller steht vor der geöffneten Schranktür. Ihre Bluse hat sie halb aufgeknöpft. Sie hält einen Kleiderbügel in der Hand, auf dem eine frische Bluse und eine Strickjacke hängen und probiert gerade, die Bluse vom Bügel herunterzubekommen. Ein Kleidungsstück liegt auf dem Boden.

Sie begrüßen Frau Müller. Diese grüßt zurück, lässt die Schultern hängen und startt vor sich her.

Was vermuten Sie, würden Sie tun?

Bitte kreuzen Sie bei **jeder** Verhaltensweise an, für wie **wahrscheinlich** Sie es halten, dass Sie das Beschriebene tun würden.

Ich würde ...		ganz sicher nicht					ganz sicher						
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1.	... versuchen, Frau Müller anzuleiten, wie sie das Wechseln der Bluse am einfachsten hinbekommt.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
2.	... nicht näher auf Frau Müllers Blusenwechsel eingehen und das Bett beziehen.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
3.	... ohne viel Aufhebens Frau Müller eine neue Bluse anziehen.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
4.	... versuchen, Frau Müller klar zu machen, dass es so mit dem Wechseln der Bluse nicht klappen wird.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
5.	... Frau Müller fragen, ob sie Hilfe beim Wechseln der Bluse benötigt.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
6.	... Frau Müller darin bestärken, sich selbständig weiter umzuziehen.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
7.	... Frau Müller ein bisschen Aufmerksamkeit schenken.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
8.	... Frau Müller beim Bluse Wechseln zur Hand gehen.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
9.	... versuchen, Frau Müller einen Tipp zu geben, wie Sie es sich mit dem Wechseln der Bluse leichter machen kann.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
10.	... Frau Müller darin bestärken, sich ein bisschen beim Umziehen helfen zu lassen.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

Wie gut konnten Sie sich in die Situation hineinversetzen? Bitte kreuzen Sie jeweils **ein** Kästchen an. Ich konnte mich ... in die Situation hineinversetzen.

- überhaupt nicht
- eher nicht
- eher gut
- sehr gut

**Stellen Sie sich folgende Situation vor und denken Sie daran: Sie sind in Eile!**

In dem Krankenhaus, in dem Sie arbeiten, liegt Frau Schmidt nach einer kleineren Operation. Sie ist 80 Jahre alt.

Sie kommen morgens in Frau Schmidts Zimmer, um zu schauen, ob sie schon wach ist.

Frau Schmidt ist bereits aufgestanden und steht vor dem Waschbecken. Sie wäscht sich mit einem Waschlappen, den sie immer wieder unter fließendem Wasser ausspült und erneut etwas Seife darauf gibt. Gerade probiert sie, die Wassertemperatur zu regulieren, was nicht auf Anhieb gelingt.

Sie wünschen ihr einen guten Morgen. Frau Schmidt erwidert die Begrüßung und testet weiterhin die Wassertemperatur mit der Hand.

Was vermuten Sie, würden Sie tun?

Bitte kreuzen Sie bei **jeder** Verhaltensweise an, für wie **wahrscheinlich** Sie es halten, dass Sie das Beschriebene tun würden.

Ich würde ...		ganz sicher nicht					ganz sicher						
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1.	... versuchen, Frau Schmidt anzuleiten, wie sie sich am einfachsten mit einer angenehmen Wassertemperatur waschen kann.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
2.	... nicht näher auf Frau Schmidts Morgenwäsche eingehen und das Zimmer wieder verlassen.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
3.	... ohne viel Aufhebens Frau Schmidt mit einer angenehmen Wassertemperatur waschen.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
4.	... versuchen, Frau Schmidt klar zu machen, dass es so mit dem Waschen nicht klappen wird.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
5.	... Frau Schmidt fragen, ob sie Hilfe beim Waschen benötigt.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
6.	... Frau Schmidt darin bestärken, sich selbständig weiter zu waschen.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
7.	... Frau Schmidt ein bisschen Aufmerksamkeit schenken.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
8.	... Frau Schmidt beim Waschen zur Hand gehen.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
9.	... versuchen, Frau Schmidt einen Tipp zu geben, wie Sie es sich mit dem Waschen leichter machen kann.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
10.	... Frau Schmidt darin bestärken, sich ein bisschen beim Waschen helfen zu lassen.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

Wie gut konnten Sie sich in die Situation hineinversetzen? Bitte kreuzen Sie jeweils **ein** Kästchen an.  
 Ich konnte mich ... in die Situation hineinversetzen.

- überhaupt nicht
- eher nicht
- eher gut
- sehr gut

**Stellen Sie sich folgende Situation vor und denken Sie daran: Sie sind in Eile!**

In dem Krankenhaus, in dem Sie arbeiten, liegt Frau Meier nach einer kleineren Operation. Sie ist 80 Jahre alt.

Sie kommen in Frau Meiers Zimmer, um ihr einen Brief zu bringen, der für sie angekommen ist.

Frau Meier sitzt am Tisch, vor ihr steht ein Tablett mit dem Mittagessen. Frau Meier versucht gerade, das Fleisch klein zu schneiden, was offensichtlich nicht ganz einfach ist. Ein bisschen Soße ist auf ihren Pullover gespritzt.

Sie wünschen einen guten Appetit. Frau Meier bedankt sich, lässt das Besteck sinken und seufzt.

Was vermuten Sie, würden Sie tun?

Bitte kreuzen Sie bei **jeder** Verhaltensweise an, für wie **wahrscheinlich** Sie es halten, dass Sie das Beschriebene tun würden.

Ich würde ...		ganz sicher nicht					ganz sicher						
		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1.	... versuchen, Frau Meier anzuleiten, wie sie das Fleisch am einfachsten klein schneiden kann.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
2.	... nicht näher auf Frau Meiers Mittagessen eingehen und ihr den Brief hinlegen.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
3.	... ohne viel Aufhebens Frau Meier das Fleisch klein schneiden.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
4.	... versuchen, Frau Meier klar zu machen, dass sie so das Fleisch nicht klein bekommt.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
5.	... Frau Meier fragen, ob sie Hilfe beim Schneiden des Fleisches benötigt.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
6.	... Frau Meier darin bestärken, das Fleisch selbständig klein zu schneiden.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
7.	... Frau Meier ein bisschen Aufmerksamkeit schenken.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
8.	... Frau Meier beim Schneiden des Fleisches zur Hand gehen.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
9.	... versuchen, Frau Meier einen Tipp zu geben, wie Sie es sich mit dem Schneiden des Fleisches leichter machen kann.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
10.	... Frau Meier darin bestärken, sich ein bisschen beim Schneiden des Fleisches helfen zu lassen.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

Wie gut konnten Sie sich in die Situation hineinversetzen? Bitte kreuzen Sie jeweils **ein** Kästchen an. Ich konnte mich ... in die Situation hineinversetzen.

- überhaupt nicht
- eher nicht
- eher gut
- sehr gut

**Stellen Sie sich folgende Situation vor und denken Sie daran: Sie sind in Eile!**

In dem Krankenhaus, in dem Sie arbeiten, liegt Frau Becker nach einer kleineren Operation. Sie ist 80 Jahre alt.

Sie kommen in Frau Beckers Zimmer, um deren Blutdruck zu kontrollieren.

Frau Becker sitzt am Kopfende ihres Bettes auf der Bettkante und drückt auf die Knöpfe ihres Weckradios, das auf dem Nachttischchen steht. Sie versucht offensichtlich gerade, einen Sender einzustellen. Momentan hört man nur Rauschen oder undeutliches Stimmengewirr.

Sie begrüßen Frau Becker. Diese grüßt zurück und drückt weiter auf einen Knopf am Radio.

Was vermuten Sie, würden Sie tun?

Bitte kreuzen Sie bei jeder Verhaltensweise an, für wie **wahrscheinlich** Sie es halten, dass Sie das Beschriebene tun würden.

		ganz sicher nicht					ganz sicher						
Ich würde ...													
1.	... versuchen, Frau Becker anzuleiten, wie sie das Einstellen eines Senders am einfachsten hinbekommt.	0	1	2	3	4	5						
2.	... nicht näher auf Frau Beckers Radio eingehen und ihr den Blutdruck kontrollieren.	0	1	2	3	4	5						
3.	... ohne viel Aufhebens Frau Becker einen Radiosender einstellen.	0	1	2	3	4	5						
4.	... versuchen, Frau Becker klar zu machen, dass sie so keinen Sender finden wird.	0	1	2	3	4	5						
5.	... Frau Becker fragen, ob sie Hilfe beim Einstellen eines Senders benötigt.	0	1	2	3	4	5						
6.	... Frau Becker darin bestärken, selbständig weiter einen Sender einzustellen.	0	1	2	3	4	5						
7.	... Frau Becker ein bisschen Aufmerksamkeit schenken.	0	1	2	3	4	5						
8.	... Frau Becker beim Einstellen eines Senders zur Hand gehen.	0	1	2	3	4	5						
9.	... versuchen, Frau Becker einen Tipp zu geben, wie Sie es sich mit dem Einstellen eines Senders leichter machen kann.	0	1	2	3	4	5						
10.	... Frau Becker darin bestärken, sich ein bisschen beim Einstellen eines Senders helfen zu lassen.	0	1	2	3	4	5						

Wie gut konnten Sie sich in die Situation hineinversetzen? Bitte kreuzen Sie jeweils **ein** Kästchen an. Ich konnte mich ... in die Situation hineinversetzen.

- überhaupt nicht
- eher nicht
- eher gut
- sehr gut

Im Folgenden habe ich eine Liste mit Eigenschaften zusammengestellt. Bitte beurteilen Sie diese danach, wie weit sie sich Ihrer Ansicht nach mit zunehmendem Alter verändern. Vergleichen Sie einen 80-jährigen mit einem 40-jährigen Menschen. Dabei geht es um Menschen **im Allgemeinen**.

Ihre persönliche Sichtweise ist von Interesse, es gibt keine richtigen oder falschen Antworten!

**Beispiel:**

Ein 80-jähriger Mensch ist im Vergleich zu einem 40-jährigen... belesen	Sehr viel weniger					Genau so				Sehr viel mehr
	-4	-3	-2	-1	0	<input checked="" type="checkbox"/>	+2	+3	+4	

Wenn Sie z.B. der Meinung sind, dass ein 80-jähriger im Vergleich zu einem 40-jährigen im Allgemeinen etwas „mehr“ belesen ist, dann kreuzen Sie ein Kästchen mit einem Pluszeichen an.

	Ein 80-jähriger Mensch ist im Vergleich zu einem 40-jährigen...	Sehr viel weniger <span style="display: inline-block; width: 100%; height: 15px; background: linear-gradient(to right, black 49%, white 49%, white 51%, black 51%);"></span> Genau so <span style="display: inline-block; width: 100%; height: 15px; background: linear-gradient(to right, black 49%, white 49%, white 51%, black 51%);"></span> Sehr viel mehr								
		-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
1.	egoistisch	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
2.	selbstsicher	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
3.	entschlossen	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
4.	ungeschickt	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
5.	aufrichtig	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
6.	unselbständig	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
7.	freundlich	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
8.	schwach	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
9.	unabhängig	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
10.	vernünftig	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
11.	nervös	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
12.	kompliziert	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
13.	hilfsbedürftig	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
14.	humorvoll	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
15.	geduldig	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
16.	starsinnig	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
17.	launisch	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
18.	vertrauensvoll	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
19.	zufrieden	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
20.	unehrlich	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4

Im Folgenden habe ich noch Aussagen über alte Menschen bzw. das Altern zusammengestellt. Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage „richtig“ an, wenn diese Ihrer Meinung nach richtig ist bzw. „falsch“, wenn Sie glauben, dass sie falsch ist.

*Anmerkung: die Mehrzahl/die meisten = mehr als 50 %*

*alte Menschen = Personen über 70 Jahre*

*hohes Alter = Zeit etwa ab dem 85. Lebensjahr*

1.	Die meisten alten Menschen geben an, noch ausgeprägte Lebensziele zu haben.	richtig	falsch
2.	Den meisten Menschen über 85 Jahren gelingt es, genau so viele soziale Beziehungen aufrechtzuerhalten, wie Menschen zwischen 70 und 84 Jahren.	richtig	falsch
3.	Rund 70% der Menschen über 85 Jahre geben an, nicht mehr alleine einkaufen zu können.	richtig	falsch
4.	Wenn man die Gedächtnisleistungen alter und junger Menschen trainiert, erzielen die älteren Personen größere Verbesserungen als die jüngeren.	richtig	falsch
5.	Die meisten alten Menschen glauben, dass sie kränker sind als Gleichaltrige.	richtig	falsch
6.	Alte Männer begehen häufiger Selbstmord als jüngere.	richtig	falsch
7.	Bei alten Menschen ohne Demenz bleibt die geistige Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter stabil.	richtig	falsch
8.	Mindestens 70 % der alten Menschen sind gesund genug, um ihren normalen Alltagsaktivitäten nachzugehen.	richtig	falsch
9.	Der Verlust der Selbständigkeit ist eine unabdingbare Begleiterscheinung des hohen Alters.	richtig	falsch
10.	Alte Menschen fühlen sich im Durchschnitt mehr als 10 Jahre jünger als sie sind.	richtig	falsch
11.	Depressionen werden im hohen Alter häufiger.	richtig	falsch
12.	Ältere Autofahrer haben weniger Verkehrsunfälle als Autofahrer unter 65 Jahren.	richtig	falsch
13.	Die Mehrzahl der alten Menschen ist senil (d.h. hat ein schlechtes Gedächtnis, ist desorientiert oder dementiell verändert).	richtig	falsch
14.	70 % der 95jährigen und älteren Menschen lebt in Heimen.	richtig	falsch
15.	Fast die Hälfte der 90 jährigen und älteren Menschen leidet an einer Demenz.	richtig	falsch
16.	Alte Menschen erleben mit zunehmendem Alter immer weniger positive Gefühle.	richtig	falsch
17.	Weisheit ist ein Aspekt der geistigen Leistungsfähigkeit, der bei gesunden alten Menschen stetig zunimmt.	richtig	falsch
18.	Atemwegserkrankungen kommen bei alten Menschen überdurchschnittlich häufig vor.	richtig	falsch
19.	Ältere Witwen werden mit dem Verlust des Partners oft besser fertig als jüngere Witwen.	richtig	falsch
20.	Nur 10% der Frauen über 85 Jahren benötigen nach eigenen Angaben Hilfe beim Baden oder Duschen.	richtig	falsch

Auf der folgenden Seite finden Sie Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen und Gewohnheiten. Geben Sie bitte an, wieweit *jede* dieser Aussagen auf Sie zutrifft. Für die Beantwortung haben Sie jeweils sechs Möglichkeiten, von „trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft vollständig zu“ (6). Kreuzen Sie immer nur *eine* Zahl an.

		trifft gar nicht zu	trifft kaum zu	trifft bedingt zu	trifft weitgehend zu	trifft überwiegend zu	trifft vollständig zu
1.	Ich lasse anderen Personen in ihrem Handeln weitgehend freie Hand.	1	2	3	4	5	6
2.	Es macht mir nichts aus, einer Person zuzuhören, die gerade ihren Ärger ablassen muss.	1	2	3	4	5	6
3.	Wenn meine Bekannten einen schlechten Geschmack haben, bemühe ich mich, ihn zu verbessern.	1	2	3	4	5	6
4.	Ich habe nur Interesse für einen Verein, in dem ich maßgeblichen Einfluss haben kann.	1	2	3	4	5	6
5.	Ich vermeide es, andere Menschen zu beeinflussen.	1	2	3	4	5	6
6.	Es fällt mir schwer, geduldig abzuwarten bis eine langsamere Person eine Handlung abgeschlossen hat.	1	2	3	4	5	6
7.	Ich glaube, dass andere mehr leisten, wenn ich sie beaufsichtige.	1	2	3	4	5	6
8.	Es macht mir Spaß, andere von meiner Meinung zu überzeugen.	1	2	3	4	5	6
9.	Mit den Fehlern und Schwächen eines anderen Menschen habe ich viel Geduld.	1	2	3	4	5	6
10.	Ich strebe nicht danach, das Verhalten anderer meinen Vorstellungen anzupassen.	1	2	3	4	5	6
11.	Ich versuche, niemanden zu bevormunden	1	2	3	4	5	6
12.	Wenn jemand anderes eine Aufgabe nicht so gut bewältigt wie ich es könnte, werde ich schnell nervös.	1	2	3	4	5	6
13.	Ich lege gern fest, was einzelne in einer Gruppe tun sollen.	1	2	3	4	5	6
14.	Ich versuche, Entscheidungen anderer in meinem Sinn zu beeinflussen.	1	2	3	4	5	6
15.	Wenn jemand anderes sich umständlich verhält, werde ich schnell unruhig.	1	2	3	4	5	6
16.	Ich möchte niemanden in seiner Entscheidungsfreiheit einschränken.	1	2	3	4	5	6
17.	Wenn es darum, eine Tätigkeit gemeinsam durchzuführen, kann ich mich gut auf das Tempo eines anderen Menschen einstellen.	1	2	3	4	5	6
18.	Ich überrede andere gern zu etwas, was mir Spaß macht.	1	2	3	4	5	6
19.	Es fällt mir schwer, einer Person zuzuhören, die sich gerade über etwas sehr geärgert hat.	1	2	3	4	5	6
20.	Ich gebe gern Anordnungen.	1	2	3	4	5	6
21.	Ich lasse jedem seinen persönlichen Geschmack.	1	2	3	4	5	6
22.	Mir widerstrebt es, anderen zu sagen, was sie tun sollen.	1	2	3	4	5	6
23.	Ich kann geduldig abwarten, bis eine ungeschickte Person doch noch ans Ziel kommt.	1	2	3	4	5	6
24.	Ich dränge niemandem meine eigene Meinung auf.	1	2	3	4	5	6

Zum Schluss möchte ich Sie noch um einige Angaben zu Ihrer Person bitten.

1. Alter:

- unter 30 Jahre
- zwischen 30 und 40 Jahre
- zwischen 40 und 50 Jahre
- zwischen 50 und 60 Jahre
- über 60 Jahre

2. Geschlecht:       weiblich    männlich

3. Muttersprache:    deutsch    andere

4. Ausbildung:

- Krankenpfleger/schwester
- Krankenpflegeschüler/in
- andere pflegerische Ausbildung

5. Wie lange arbeiten Sie schon in der Pflege? \_\_\_\_\_ Jahre

**Ganz herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**



Als Entschädigung erhalten Sie ein „Xtra-Superlos“ der „Aktion Mensch“.

Wenn Sie dieses wünschen, füllen Sie bitte noch die nächste Seite aus!

## Anhang B: Ergebnistabellen

Tabelle B.1: Faktorladungsmatrix der Skala Handlungsintentionen (Hauptachsenanalyse mit orthogonaler Rotation nach dem Varimax-Kriterium) in Studie 1

Item (Vignettenversion: Material „Ankleiden“)	Ich würde...	<i>a priori</i> -Kategorie	Faktorladungen			$h^2$
			I	II	III	
2	nicht näher auf Frau Müllers Blusenwechsel eingehen und das Bett beziehen.	Ignorieren	<b>-.65</b>	-.06	-.13	.45
5	Frau Müller fragen, ob sie Hilfe beim Wechseln der Bluse benötigt.	Abklären des Hilfebedarfs	<b>.62</b>	.33	.06	.49
4	Frau Müller ein bisschen Aufmerksamkeit schenken	Aufmerksamkeit schenken	<b>.50</b>	-.03	.16	.27
10	Frau Müller beim Bluse Wechseln zur Hand gehen.	Unselbständigkeit unterstützen	.43	<b>.71</b>	.01	.69
7	ohne viel Aufhebens Frau Müller eine neue Bluse anziehen	Unselbständigkeit unterstützen	-.01	<b>.65</b>	-.09	.43
8	Frau Müller darin bestärken, sich ein bisschen beim Umziehen helfen zu lassen.	Unselbständigkeit unterstützen	.46	<b>.55</b>	.10	.52
1	versuchen, Frau Müller anzuleiten, wie sie das Wechseln der Bluse am einfachsten hinbekommt.	Selbständigkeit unterstützen	.19	.03	<b>.73</b>	.57
9	versuchen, Frau Müller einen Tipp zu geben, wie Sie es sich mit dem Wechseln der Bluse leichter machen kann.	Selbständigkeit unterstützen	.31	-.01	<b>.67</b>	.54
3	Frau Müller darin bestärken, sich selbständig weiter umzuziehen.	Selbständigkeit unterstützen	.10	-.35	<b>.55</b>	.42
6	versuchen, Frau Müller klar zu machen, dass es so mit dem Wechseln der Bluse nicht klappen wird.	Kritisieren	-.09	.24	.30	.16
Eigenwert ( $\lambda$ ) nach Rotation			1.59	1.52	1.42	
Anteil aufgeklärter Gesamtvarianz (%)			15.93	15.16	14.23	

Tabelle B.2: Faktorladungsmatrix der Skala Geduld (Hauptachsenanalyse) in Studie 1

Item	Faktorladung	$h^2$
Ich kann geduldig abwarten, bis eine ungeschickte Person doch noch ans Ziel kommt.	<b>.73</b>	.50
Es fällt mir schwer, geduldig abzuwarten, bis eine langsamere Person eine Handlung abgeschlossen hat.	<b>.71</b>	.50
Wenn jemand anderes sich umständlich verhält, werde ich schnell unruhig.	<b>.70</b>	.50
Mit den Fehlern und Schwächen anderer Menschen habe ich viel Geduld.	<b>.66</b>	.44
Wenn jemand anderes eine Aufgabe nicht so gut bewältigt, wie ich es könnte, werde ich schnell nervös.	<b>.60</b>	.36
Wenn es darum geht, eine Tätigkeit gemeinsam durchzuführen, kann ich mich gut auf das Tempo eines anderen Menschen einstellen.	.42	.18
Es macht mir nichts aus, einer Person zuzuhören, die gerade ihren Ärger ablassen muss.	.21	.04
Es fällt mir schwer, einer Person zuzuhören, die sich gerade über etwas sehr geärgert hat.	.17	.03
Eigenwert ( $\lambda$ )	2.57	
Anteil aufgeklärter Gesamtvarianz (%)	32.18	

Tabelle B.3: Faktorladungsmatrix des Eigenschaftsratings (Hauptachsenanalyse mit orthogonaler Rotation nach dem Varimax-Kriterium)

Item	Faktorladungen				$h^2$
	I	II	III	IV	
6 unselbständig	<b>.71</b>	-.02	.03	-.02	.51
4 ungeschickt	<b>.70</b>	.09	-.07	.03	.51
8 schwach	<b>.67</b>	-.17	.13	.08	.50
13 hilfsbedürftig	<b>.64</b>	-.13	.06	.30	.52
15 geduldig	.07	<b>.58</b>	.23	-.09	.41
18 vertrauensvoll	-.03	<b>.57</b>	-.12	-.04	.34
19 zufrieden	-.09	<b>.54</b>	-.02	.00	.30
2 selbstsicher	-.01	.01	<b>.73</b>	.03	.54
3 entschlossen	-.06	-.05	<b>.73</b>	.22	.58
17 launisch	.06	.01	-.01	<b>.56</b>	.31
16 starrsinnig	.27	-.27	-.01	<b>.55</b>	.45
12 kompliziert	.26	.24	.03	.45	.32
10 vernünftig	.24	.41	.32	.00	.33
5 aufrichtig	-.11	.32	-.05	.06	.12
7 freundlich	-.08	.33	.10	.02	.12
9 unabhängig	.18	.12	.31	-.15	.17
1 egoistisch	.13	.39	.06	.10	.19
11 nervös	-.05	.10	.06	.10	.15
14 humorvoll	.07	.24	.17	-.12	.10
20 unehrlich	-.09	.37	-.07	.21	.20
Eigenwert ( $\lambda$ ) nach Rotation	2.16	1.89	1.42	1.20	
Anteil aufgeklärter Gesamtvarianz (%)	10.77	9.45	7.08	5.98	

Tabelle B.4: Faktorladungsmatrix der Skala Handlungsintentionen (Hauptachsenanalyse mit orthogonaler Rotation nach dem Varimax-Kriterium) in Studie 2

Item (Vignettenversion: Material „Ankleiden“)	Ich würde...	<i>a priori</i> -Kategorie	Faktorladungen			$h^2$
			I	II	III	
9	versuchen, Frau Müller einen Tipp zu geben, wie Sie es sich mit dem Wechseln der Bluse leichter machen kann.	Selbständigkeit unterstützen	<b>.71</b>	.21	.10	.56
6	Frau Müller darin bestärken, sich selbständig weiter umzuziehen.	Selbständigkeit unterstützen	<b>.67</b>	-.02	-.19	.48
1	versuchen, Frau Müller anzuleiten, wie sie das Wechseln der Bluse am einfachsten hinbekommt.	Selbständigkeit unterstützen	<b>.60</b>	.27	.07	.44
2	nicht näher auf Frau Müllers Blusenwechsel eingehen und das Bett beziehen.	Ignorieren	-.07	<b>-.60</b>	.06	.37
5	Frau Müller fragen, ob sie Hilfe beim Wechseln der Bluse benötigt.	Abklären des Hilfebedarfs	.17	<b>.54</b>	.09	.33
8	Frau Müller beim Bluse Wechseln zur Hand gehen.	Unselbständigkeit unterstützen	.01	<b>.60</b>	<b>.62</b>	.74
3	ohne viel Aufhebens Frau Müller eine neue Bluse anziehen	Unselbständigkeit unterstützen	-.23	-.04	<b>.56</b>	.37
10	Frau Müller darin bestärken, sich ein bisschen beim Umziehen helfen zu lassen.	Unselbständigkeit unterstützen	.13	.39	<b>.51</b>	.43
7	Frau Müller ein bisschen Aufmerksamkeit schenken	Aufmerksamkeit schenken	.31	.31	.10	.21
4	versuchen, Frau Müller klar zu machen, dass es so mit dem Wechseln der Bluse nicht klappen wird.	Kritisieren	.31	-.05	.42	.37
Eigenwert ( $\lambda$ ) nach Rotation			1.60	1.39	1.21	
Anteil aufgeklärter Gesamtvarianz (%)			16.02	13.94	12.05	

Tabelle B.5: Faktorladungsmatrix der Skala Geduld (Hauptachsenanalyse) in Studie 2

Item	Faktorladung	$h^2$
Wenn jemand anderes sich umständlich verhält, werde ich schnell unruhig.	<b>.81</b>	.67
Ich kann geduldig abwarten, bis eine ungeschickte Person doch noch ans Ziel kommt.	<b>.67</b>	.45
Es fällt mir schwer, geduldig abzuwarten, bis eine langsamere Person eine Handlung abgeschlossen hat.	<b>.62</b>	.38
Mit den Fehlern und Schwächen anderer Menschen habe ich viel Geduld.	<b>.57</b>	.32
Wenn es darum geht, eine Tätigkeit gemeinsam durchzuführen, kann ich mich gut auf das Tempo eines anderen Menschen einstellen.	<b>.54</b>	.29
Wenn jemand anderes eine Aufgabe nicht so gut bewältigt, wie ich es könnte, werde ich schnell nervös.	<b>.54</b>	.29
Es macht mir nichts aus, einer Person zuzuhören, die gerade ihren Ärger ablassen muss.	.24	.06
Es fällt mir schwer, einer Person zuzuhören, die sich gerade über etwas sehr geärgert hat.	.22	.05
Eigenwert ( $\lambda$ )	2.49	
Anteil aufgeklärter Gesamtvarianz (%)	31.13	

Tabelle B.6: Faktorladungsmatrix des Adjektivratings (Hauptachsenanalyse) in Studie 3

Item (jeweils positive Ausprägung)	Faktorladung	$h^2$
unabhängig	<b>.83</b>	.70
eigenständig	<b>.79</b>	.66
stark	<b>.78</b>	.60
selbstsicher	<b>.78</b>	.61
selbständig	<b>.76</b>	.58
zuversichtlich	<b>.73</b>	.53
konzentriert	<b>.68</b>	.46
tatkräftig	<b>.67</b>	.45
geschickt	<b>.66</b>	.44
energisch	<b>.62</b>	.38
Eigenwert ( $\lambda$ )	5.37	
Anteil aufgeklärter Gesamtvarianz (%)	53.68	

# Anhang C: Faktorenanalytische Auswertungsstrategie

Die im Rahmen von Studie 1 und Studie 2 verwendete faktorenanalytische Auswertungsstrategie sei hier exemplarisch am Beispiel der Pilotstudie zur Überprüfung der Selbstständigkeitsmanipulation (4.1.4.1.3) erläutert.

**Datenbasis.** In Studie 1 und Studie 2 musste mehrfach die faktorielle Struktur einer Skala überprüft werden, bei der für einen Probanden pro Skalenitem mehrere Werte vorlagen – dies war neben der Adjektivliste in der Pilotstudie und Studie 3 (siehe 6.1.5) auch bei der Skala Handlungsintentionen der Fall, weil auch hier im Anschluss an vier verschiedene Vignetten jeweils dieselbe Skala bearbeitet wurde (siehe 4.1.4.2 und 5.1.5.1). Hierfür wurde eine Analyse gewählt, in die alle verfügbaren Informationen einfließen. Für die Adjektivliste zur Überprüfung der Selbstständigkeitsmanipulation gestaltete sich diese Strategie wie folgt: Da jeder Versuchsperson vier verschiedene Vignetten (eine für jede Kombination der Faktorstufen selbständige Protagonistin - unselbständige Protagonistin bzw. Zeitdruck - kein Zeitdruck) gefolgt von jeweils derselben Adjektivliste vorgelegt wurden, resultierten für jeden Probanden bezüglich jedes der zehn Adjektivpaare vier Werte. Als Untersuchungseinheit für die Faktorenanalyse zur Ermittlung der Faktorstruktur der Adjektivliste fungierte nun nicht die einzelne Versuchsperson, sondern die Kombination aus Person und Vignette. Statt 48 Fällen entstanden daher 192 Untersuchungseinheiten (48 Probanden  $\times$  4 Vignetten), wobei für jede Einheit Werte für die zehn abhängigen Variablen vorlagen (Eine solche Umstrukturierung des Datensatzes verwenden z.B. Sackett und Shortt, 1995, für eine hierarchische Regressionsanalyse mit messwiederholten Daten). Da es sich bei der exploratorischen Faktorenanalyse um ein deskriptives Verfahren handelt, war keine Verzerrung der Ergebnisse durch die Abhängigkeit zwischen den jeweils vier auf einer Person basierenden Werten zu befürchten. Ziel der Analyse war es, eine faktorielle Struktur zu finden, welche das Zusammenhangsmuster der Items über alle vier Vignetten möglichst gut repräsentierte. Daher erschien es sinnvoll, die Items aller vier Vignetten gleichzeitig in die Analyse einzubeziehen. Auf Basis dieser Faktorstruktur sollten anschließend Subskalen gebildet werden, die als abhängige Variablen für die Analyse aller vier Vignetten fungieren konnten. Um die mit dieser Datenbasis ermittelte Faktorstruktur zu validieren, wurden anschließend vier Faktorenanalysen zu den einzelnen Vignetten gerechnet, in denen jeweils 48 Probanden die Untersuchungseinheiten bildeten.

Bei der Überprüfung der faktoriellen Struktur der in Studie 1 und Studie 2 erhobenen Skala zur personalen Variablen Geduld wurde selbstverständlich die Anzahl der Probanden als Analyseeinheit zugrunde gelegt, da bei dieser Skala pro Item stets nur ein Wert vorlag.

**Methode der Faktorenanalyse.** Es wurde stets eine Hauptachsenanalyse gewählt, da die Zusammenhänge zwischen den Items auf latente Variablen (z.B. Selbständigkeit der Protagonistin) zurückgeführt werden sollten, und es nicht nur um eine Datenreduktion im Sinne der Hauptkomponentenanalyse ging. Zudem geht die Hauptachsenanalyse im Gegensatz zur Hauptkomponentenanalyse davon aus, dass die Varianz einer von mehreren gemessenen Variablen nicht nur auf systematische Varianz zurückgeht, die durch einen oder mehrere gemeinsame Faktoren erklärt werden kann, sondern auch auf spezifische systematische Varianz, die nur diese eine Variable beeinflusst, sowie auf *unsystematische* Varianz, die durch Messfehler zustande kommt (Fabrigar, Wegener, MacCallum & Straham, 1999). Da psychologische Daten in der Regel messfehlerbehaftet sind, empfiehlt Widaman (1993) die Verwendung der Hauptachsenanalyse.

Zur Überprüfung einer ausreichenden Interkorrelation der Items in der Stichprobe zur Durchführung einer Faktorenanalyse wurde der Kaiser-Meyer-Olkin-Koeffizient (KMO-Koeffizient) berechnet. Anhaltspunkte für die Bewertung der Höhe des KMO-Koeffizienten gibt Bühner (2004).

Als Kriterien für die Extraktion von Faktoren wurde neben inhaltlichen Überlegungen stets ein Eigenwert  $> 1$  (Kaiser-Guttman-Kriterium) sowie ein bedeutsamer Eigenwerteabfall nach dem Scree-Test herangezogen. Für die Interpretation der Faktorlösung wurden die Empfehlungen von Guadagnoli und Velicer (1988) angesetzt. Letztere geben an, ein Faktor könne interpretiert werden, wenn (a) mindestens vier Items eine Ladung von  $a \geq .60$  oder (b) mindestens zehn Items Ladungen von  $a \geq .40$  haben.

**Ergebnisse für die Adjektivliste der Pilotstudie.** Die Variablen eins bis zehn wurden also mittels einer Hauptachsenanalyse mit orthogonaler Varimax-Rotation über alle 192 Fälle faktorisiert, nachdem ein KMO-Koeffizient von .91 eine sehr gute Interkorrelation der Items ergeben hatte. Die exploratorische Faktorenanalyse erbrachte nur einen Faktor mit einem Eigenwert  $> 1$ , auf dem alle Items substantielle positive Ladungen von  $a \geq .50$ , aufwiesen (Tabelle C.1 gibt einen Überblick über die Faktorladungen jedes Items), und der 57.54% der Varianz aufklärte. Auch der Scree-Test zeigte einen bedeutsamen Eigenwerteabfall nach dem Eigenwert dieses ersten Faktors.

Tabelle C.1: Faktorladungsmatrix des Adjektivratings (Hauptachsenanalyse) in der Pilotstudie

Item (jeweils positive Ausprägung)	Faktorladung	$h^2$
selbstsicher	.89	.79
eigenständig	.84	.71
selbständig	.82	.68
unabhängig	.82	.67
stark	.79	.63
zuversichtlich	.79	.62
entschlossen	.73	.54
geschickt	.63	.39
konzentriert	.62	.39
energisch	.59	.35
Eigenwert ( $\lambda$ )	5.75	
Anteil aufgeklärter Gesamtvarianz (%)	57.54	

Vier Hauptachsenanalysen zu den einzelnen Vignetten erbrachten zum Teil mehrfaktorielle Lösungen, die jedoch inhaltlich sowie nach den Kriterien von Guadagnoli und Velicer (1988) nicht sinnvoll interpretierbar waren. Bei einer erzwungenen einfaktoriellen Lösung zeigten die Variablen allerdings substantielle Ladungen von  $a \geq .50$  mit Ausnahme des Adjektivpaares energisch – zögernd, das zum Teil Ladungen knapp unter  $.50$  aufwies, sowie konzentriert – zerstreut, das in einer Analyse eine Nullladung hatte.

Da die Faktorenlösungen zu den einzelnen Vignetten der einfaktoriellen Struktur der gesamten Datenbasis weitgehend entsprachen, wurden die zehn Items jeweils zu einer Skala Selbständigkeit/Aktivität zusammengefasst. Die internen Konsistenzen variierten zwischen  $.81 \leq \alpha \leq .91$  und sind nach Weise (1975) als mittel bis hoch zu bewerten.

# Erklärung

Hiermit versichere ich, Christina Lukas, dass die Dissertationsschrift mit dem Titel

„Das Abhängigkeitsunterstützungsskript im Pflegesetting. Experimentelle Studien zu situativen und personalen Moderatoren.“

von mir selbständig erstellt wurde. Ich habe keine außer den angegebenen Quellen und Hilfsmitteln verwendet und die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken als solche gekennzeichnet. Die vorliegende Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form bisher weder veröffentlicht noch einer anderen Prüfungskommission vorgelegt.

Trier, den 21. Februar 2007

(Dipl.-Psych. Christina Lukas)