



Bachelorarbeit

**Lebensqualitätsbezogene Copingstrategien
bei der Führerausweisabgabe im Alter**

Gisela Binder

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Referentin: Dr. phil. Barbara Schmutz

Einsiedeln, Mai 2010

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung und Relevanz.....	1
1.2	Fragestellungen und Arbeitshypothese.....	1
1.3	Methodik und Aufbau der Arbeit.....	2
1.4	Eingrenzung	2
2	Theoretischer Teil.....	3
2.1	Autofahren im Alter	3
2.1.1	Altersbedingter Leistungsabbau.....	3
2.1.2	Einbussen durch Krankheiten und Medikamenteneinnahme	4
2.1.3	Einige Zahlen.....	4
2.1.4	Fahreignungsabklärung.....	5
2.2	Lebensqualität im Alter.....	7
2.2.1	Definition von Lebensqualität.....	7
2.2.2	Lebensqualität in der Forschung.....	7
2.2.3	Das Modell 'Wohlbefinden im Alter' von Perrig-Chiello	8
2.2.4	Mobilität im Alter und Lebensqualität	9
2.3	Salutogenese	10
2.3.1	Das Kohärenzgefühl 'Sense of Coherence' SOC.....	11
2.3.2	Salutogenese im Alter.....	13
2.4	Coping	14
2.4.1	Begriffsdefinition Coping	14
2.4.2	Copingkonzepte.....	14
2.4.3	Copingressourcen.....	19
2.4.4	Copingstrategien.....	20
2.4.5	Messinstrumente	21
2.4.6	Coping im Alter	22
3	Empirischer Teil	24
3.1	Ausgangslage und Ziele	24
3.2	Stichprobe	24
3.3	Qualitatives Interview	26
3.3.1	Interviewleitfaden und Pretest	26
3.4	Fragebogen zum Kohärenzgefühl SOC	27
3.5	Datenerhebung.....	28
3.6	Datenauswertung	28
3.6.1	Transkription.....	28
3.6.2	Qualitative Inhaltsanalyse.....	29
3.6.3	Kohärenzfragebogen SOC-29.....	29

4	Ergebnisse	30
4.1	Fallspezifische Ergebnisse.....	30
4.1.1	Frau A.....	30
4.1.2	Herr B.....	32
4.1.3	Frau C.....	33
4.1.4	Ehepaar D.....	35
4.1.5	Frau E.....	37
4.1.6	Herr F.....	40
4.1.7	Herr G.....	41
4.1.8	Herr H.....	43
4.2	Fallübergreifende Ergebnisse.....	44
4.2.1	Handlungsbezogenes Coping.....	44
4.2.2	Kognitionsbezogenes Coping.....	46
4.2.3	Emotionsbezogenes Coping.....	51
4.2.4	Ergebnisse des Kohärenzfragebogens SOC-29.....	53
5	Diskussion	54
5.1	Zusammenfassung der Theorie.....	54
5.2	Interpretation der Ergebnisse.....	56
5.2.1	Handlungsbezogenes Coping.....	56
5.2.2	Kognitionsbezogenes Coping.....	57
5.2.3	Emotionsbezogenes Coping.....	59
5.2.4	Kohärenzgefühl.....	59
5.3	Fazit, weitere Phänomene und Ausblick.....	60
6	Abstract	62
7	Literaturverzeichnis	63
8	Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen	68
9	Anhang	69

1 Einleitung

"Das Auto ist mir in all den Jahren zu einem verlässlichen Freund geworden,
den ich heute nötiger hätte denn je."
Zitat Herr G.

1.1 Problemstellung und Relevanz

In unserer westlichen Gesellschaft ist die durchschnittliche Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen. Die Menschen werden älter, und viele bleiben dank der medizinischen Möglichkeiten und der allgemeinen Lebensbedingungen lange Zeit relativ gesund und gestalten ihr Leben aktiv. Einen wichtigen Beitrag dazu leistet die Mobilität. Die Menschen sind unterwegs um einzukaufen, Ausflüge zu machen, soziale Kontakte zu pflegen oder um kulturelle und gesellschaftliche Anlässe zu besuchen. Das Auto als Mobilitätsfaktor nimmt heute auch in der Generation der älteren Menschen einen zentralen Platz ein. Für viele ist es eine Selbstverständlichkeit, ein eigenes Auto zu besitzen und es alltäglich zu nutzen. Es ermöglicht eine autonome Lebensgestaltung und bedeutet somit Lebensqualität.

In den Medien haben in den letzten Jahren die Meldungen über ältere Autolenkerinnen und -lenker als Unfallverursacher vermehrt für Aufsehen gesorgt. Das Thema hat zunehmend auch politische Relevanz. Folgende Fragen drängen sich auf: Wer darf grundsätzlich Auto fahren und dürfen Menschen ab einem gewissen Alter überhaupt noch fahren? Ist die bisherige Abklärungspraxis sinnvoll? Wie gehen die Betroffenen damit um?

Schon zu Beginn der Recherchearbeiten zeigte sich ein breites Interesse an diesem Thema: Viele fühlten sich angesprochen, sei es als ältere Verkehrsteilnehmende selbst, als Angehörige oder als Freunde von Menschen, bei denen die Führerausweisabgabe thematisiert wird. Der ältere Mensch als Automobilist ist ein weit verbreitetes und kontrovers diskutiertes Thema. Zu den Einflüssen von altersbedingten Einbussen und Krankheiten auf die Fahreignung wie auch zu technischen und strassenbaulichen Verbesserungen gibt es reichlich Literatur. Hingegen bekommen die Betroffenen selber wenig Gehör. In dieser Arbeit sollen die älteren Menschen selber zu Wort kommen und erzählen, wie sie mit den Anforderungen der Führerausweisabgabe umgehen.

1.2 Fragestellungen und Arbeitshypothese

Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, welche Copingstrategien ältere Menschen im Zusammenhang mit der Führerausweisabgabe zur Erhaltung ihrer Lebensqualität einsetzen und ob sich darin Unterschiede zeigen zwischen der freiwilligen und der verordneten

Abgabe. Um eine Einschätzung zur grundsätzlichen Lebenshaltung und -gestaltung und deren Einfluss auf den Umgang der Menschen mit stressvollen Situationen zu erhalten, wird das Kohärenzgefühl SOC als Messeinheit der Salutogenese erhoben.

Die konkreten Fragestellungen lauten:

1. Welche Copingstrategien zeigen sich in Bezug auf die Lebensqualität bei der Abgabe des Autoführerausweises im Alter?
2. Gibt es Unterschiede in den Copingstrategien bei der freiwilligen und bei der verordneten Abgabe?
3. Zeigen sich Unterschiede im Kohärenzgefühl der Menschen mit freiwilliger Führerausweisabgabe zum Kohärenzgefühl der Menschen mit verordneter Abgabe?

Arbeitshypothese zur 3. Fragestellung:

Das Kohärenzgefühl bei den älteren Menschen mit freiwilliger Führerausweisabgabe ist höher als das bei den Menschen mit verordneter Abgabe.

1.3 Methodik und Aufbau der Arbeit

Die Fragestellung wird durch ein qualitatives Vorgehen bearbeitet. Zur Datengewinnung werden je vier problemzentrierte, halbstrukturierte Interviews zur freiwilligen und zur verordneten Abgabe durchgeführt. Die Auswertung erfolgt mittels qualitativer Inhaltsanalyse. Mit dem Fragebogen SOC-29 wird das Kohärenzgefühl der Befragten ermittelt, untereinander verglichen und in Bezug gestellt zu ihrer Ausgangslage.

In einem ersten Teil werden die theoretischen Grundlagen zur Thematik des Autofahrens im Alter und zur Abgabe des Führerausweises aufgezeigt. Es wird die Lebensqualität im Alter und das Konzept der Salutogenese mit dem Kohärenzgefühl besprochen. Danach werden Modelle zu Copingstrategien und Bewältigungsressourcen vorgestellt. Im zweiten Teil werden die Datenerhebung und die Ergebnisse der Auswertung beschrieben. Danach werden die Ergebnisse diskutiert und interpretiert. Ein Fazit mit einem Ausblick schliesst die Arbeit ab.

1.4 Eingrenzung

Es werden ausschliesslich ältere Menschen mit guten kognitiven Fähigkeiten befragt, was qualitativ durch die Verfasserin eingeschätzt wird. Ebenso können nur Menschen mit einer Bereitschaft zur Auskunft erfasst werden. Auf den Themenbereich der Demenz bei der Autoführerausweisabgabe wird nicht eingegangen.

2 Theoretischer Teil

Im Theorieteil werden das Autofahren im Alter mit seinen Besonderheiten, die Fahreignungsabklärung und die Lebensqualität im Alter besprochen. Es wird das Modell der Salutogenese mit dem Kohärenzgefühl vorgestellt. Danach werden Coping/Bewältigung definiert und das transaktionale Stressmodell sowie weitere Modelle dazu besprochen.

2.1 Autofahren im Alter

Im folgenden Kapitel werden die Bedeutung des Autofahrens im Alter, der altersbedingte Leistungsabbau, die krankheitsbedingten Einbussen im Bezug auf das Lenken eines Autos und die Fahreignungsabklärung besprochen.

Das Auto hat in unserer Gesellschaft einen wichtigen Stellenwert. Es ermöglicht vielen Menschen Mobilität und Autonomie. Heute ist eine Generation im höheren Lebensalter (definiert für diese Arbeit ab dem 70. Altersjahr, da ab diesem Alter eine medizinische Begutachtung der Fahreignung obligatorisch ist), für die das Auto im Alltag eine Selbstverständlichkeit darstellt. Der automobiler Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung hat in den vergangenen Jahren stark zugenommen und wird in Zukunft weiter wachsen. Dies liegt einerseits an der demographischen Entwicklung, andererseits ist die erste Frauengeneration mit Führerausweis nun im Seniorinnenalter. Im Jahr 2000 waren 51,7 % der Bevölkerung ab dem 65. Lebensjahr im Besitz eines Führerscheins, für das Jahr 2030 rechnet man mit 90 % (Rytz, 2006, S.7). Parallel dazu hat der allgemeine Gesundheitszustand der älteren Menschen sich verbessert. Dies kann aber nicht über die Tatsache hinweg täuschen, dass es mit zunehmendem Alter zu Veränderungen kommt, welche das Lenken eines Autos beeinflussen können.

2.1.1 Altersbedingter Leistungsabbau

Rytz betont, dass das Alter allein nicht das massgebende Kriterium für die Abnahme der Fahrfähigkeiten ist. Zu berücksichtigen gilt der individuell sehr unterschiedlich verlaufende Alterungsprozess. In folgenden körperlichen Funktionsbereichen zeigen sich gehäuft Einbussen (Dräger & Klöckner, 2001; Ewert, 2006; Jänke, 2005; Cohen, 2001; Limbourg, 1999; zit. nach Rytz, 2006, S.10):

- Verschlechterung der Sehfähigkeit: Einengung des Sehfeldes, geringere Sehschärfe, Verschlechterung des Dämmerungs- und Nachtsehens, was mit kombinierter Blendeempfindlichkeit zu verzögerter Dunkelanpassung führt

- Verringerung der Leistungsgeschwindigkeit: In komplexen, nicht vorhersehbaren Situationen mit hohem Verkehrstempo zeigt sich eine verlangsamte Reaktionsgeschwindigkeit
- Schnellere Ermüdbarkeit der Muskeln, Abnahme der Konzentrationsfähigkeit über längere Zeit, erhöhte Stressanfälligkeit
- verringerte motorische Beweglichkeit
- Abnahme der Hörfähigkeit

Einige dieser Einschränkungen können erwiesenermassen durch langjährige Erfahrung im Lenken von Fahrzeugen kompensiert werden, was laut Rytz (2006, S.13) letztendlich entscheidend ist für die Beurteilung der Verkehrssicherheit.

2.1.2 Einbussen durch Krankheiten und Medikamenteneinnahme

Krankheiten treten im höheren Lebensalter gehäuft auf und führen nachgewiesen zu verkehrsrelevanten Einbussen. Ebenso müssen die negativen Auswirkungen von Medikamenteneinnahmen berücksichtigt werden (Ewert, 2006, S.25,36). Die wichtigsten sind:

- Demenz, vor allem des Typus Alzheimer
- Augenerkrankungen wie Grauer Star (Katarakt) und Grüner Star (Glaukom)
- Neurologische Erkrankungen, z.B. durch Schlaganfall
- Diabetes und deren Folgeerkrankungen
- Herz- und Kreislauferkrankungen
- Medikamenteneinnahme, vor allem Benzodiazepine (sedierend)

Auch hier ist zu berücksichtigen, dass eine Diagnosestellung allein keine massgebende Aussagekraft besitzt. Die Einschränkungen und die Fahrtüchtigkeit müssen individuell und situativ beurteilt werden. Zu den Auswirkungen von körperlichen Krankheiten auf die Fahreignung wird viel geforscht, und es gibt aussagekräftige Studien dazu. Vor allem die Demenzerkrankung in ihrem Anfangsstadium stellt die Beurteilung der Fahrtüchtigkeit vor grosse Probleme, was hier nicht weiter ausgeführt werden kann.

2.1.3 Einige Zahlen

Bei Verkehrsunfällen mit Seniorinnen und Senioren als Autolenkende geht in den letzten Jahren oft ein Aufschrei durch die Medien. Schaut man die Zahlen an, gilt es zu relativieren. Die älteren Verkehrsteilnehmenden sind überdurchschnittlich häufig Unfallopfer mit Todesfolgen. Davon sind 50% als Fussgänger betroffen, 29% als Insassen von Personenwagen (Ewert, 2006, S.3).

Bei den analysierten Zahlen war die Selbst- sowie die Fremdgefährdung bei der Altersgruppe der 20 - 24-jährigen Autolenker am höchsten und nahm mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab. Bei den Unfällen mit Junglenkern wurden deutlich mehr andere Verkehrsteilnehmende getötet als die Lenker selber, was sich bei den Senioren gerade umgekehrt zeigte. Die älteren Verkehrsteilnehmenden sind grundsätzlich körperlich gefährdeter und sterben häufiger bei Unfällen.

Die Schuldfrage ist anscheinend schwierig zu beantworten. Das Alter der Unfallverursacher in Bezug auf die Folgen wird durch die schweizerische Strassenverkehrsunfallstatistik nicht erfasst. Die vorliegenden Studien aus anderen Ländern lassen viel Interpretationsspielraum. Insgesamt kann gesagt werden, dass die Bedrohung der anderen Verkehrsteilnehmer durch ältere Autolenker und Autolenkerinnen kleiner ausfällt als durch jüngere Autofahrer (Ewert, 2006, S.4-9).

2.1.4 Fahreignungsabklärung

Die Fahreignungsabklärung besteht aus einer medizinischen Untersuchung und der Testung der Fahrkompetenz bei einer Kontrollfahrt.

Fahreignung nach medizinischen Kriterien

Körperliche Einbussen, Operationen, Unfälle oder Krankheiten können bei älteren Autolenkerinnen und Autolenkern vermehrt zu Unsicherheiten führen. Medienberichte sowie das eigene Umfeld werfen möglicherweise Fragen bezüglich der Fahreignung auf. In der Schweiz müssen Automobilisten nach Erreichung des 70. Lebensjahr alle zwei Jahre eine medizinische Untersuchung zur Feststellung der Mindestanforderungen zum Führen eines Fahrzeuges absolvieren.

In der Schweiz ist die medizinische Eignungsabklärung kantonale geregelt. Sie kann entweder durch die Hausärztin oder den Hausarzt oder durch einen Vertrauensarzt erfolgen. Wird sie vom Hausarzt durchgeführt, kann es wegen des Vertrauensverhältnisses zu einer Problemsituation kommen. Mehrere Hausärzte und Hausärztinnen berichteten in persönlichen Gesprächen von einem Dilemma: Einerseits sind sie verpflichtet, die Fahreignung korrekt einzuschätzen und riskieren damit, ihre langjährigen Patientinnen und Patienten vor den Kopf zu stossen, andererseits wollen sie diese nicht verlieren. Nicht wenige Patienten wechseln nach einer negativen Einschätzung ihrer Fahreignung sofort den Hausarzt. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Gefälligkeitsgutachten erstellt werden, gerade weil ältere Menschen zusehends zu Fuss weniger mobil sind und die benötigte Mobilität mit dem eigenen Auto einfordern (Bleiker, 2002, S.5).

Bei berechtigten Zweifeln von Hausärzten an der Fahreignung aus gesundheitlichen Gründen können diese eine Meldung an das Strassenverkehrsamt machen. Dafür besteht in der Schweiz eine explizite Entbindung der Schweigepflicht. Ebenso kommt es zur medizinischen Abklärung durch das Strassenverkehrsamt nach Unfällen oder Anzeigen durch die Polizei oder durch Drittpersonen. Die Kontrolluntersuchung kann auf Antrag des Arztes/der Ärztin durch die zuständige Behörde auf kürzere Intervalle als zwei Jahre festgelegt werden (persönliche Mitteilung, Bleiker, 2.1.2010).

Die Testung der Fahrkompetenz - die Kontrollfahrt

Bei offenen Fragen bezüglich der Fahrkompetenz ordnet das Strassenverkehrsamt eine ärztlich begleitete Kontrollfahrt an. Diese findet mit dem eigenen Auto statt, dauert 45 bis 60 Minuten, wird von einem Verkehrsexperten geleitet und von einer ärztlichen Fachperson des Instituts für Rechtsmedizin begleitet. Bei Nichtbestehen der Kontrollfahrt wird den Betroffenen der Führerausweis sofort entzogen (Seeger, 2005, S.91-96).

Viele ältere Menschen wenden sich nach negativ verlaufenen Kontrollfahrten an den Ombudsmann. Sie fühlen sich ungerecht behandelt und können den Entscheid oft nicht akzeptieren. Der Ombudsmann prüft alle Fälle einzeln. Er machte zum Beispiel Vorschläge zur Korrektur einer Sehbeeinträchtigung, wonach die 2. Kontrollfahrt bestanden wurde. In seinem Tätigkeitsbericht des Kantons Zürich von 2008 erklärt er, dass er im Grundsatz den Entscheidungen des Strassenverkehrsamtes ausnahmslos beipflichtet (Faesi, 2008, S.18-20).

Freiwilliger Fahrtstest und Fahrberatung

Der pensionierte Fahrlehrer und Prüfungsexperte Hansueli Bleiker vertritt die Interessen der Seniorinnen und Senioren am Steuer. Viele Unzufriedene melden sich bei ihm nach einem negativen Entscheid seitens des Strassenverkehrsamtes. Bleiker plädiert für mehr Fairness in der Abklärung gegenüber den Betroffenen. Zusammen mit anderen Fahrlehrerinnen und Fahrlehrern hat er die Fahrberatung ins Leben gerufen. Als extra geschulte Fahrberater bieten sie eine praktische Fahrprobe an. Sie zeigen den älteren Autolenkenden die möglichen Mängel und die zu überdenkenden Handlungsweisen auf, damit diese ihre Fahrweise besser einschätzen und eventuell anpassen können. Jedoch scheint es, dass eine jahrelang eingeübte Fahrweise nicht einfach umzulernen ist. In Ausnahmefällen kann durch Nachschulung die Fahrfähigkeit nach einem negativem Entscheid wieder erlangt werden (Bleiker, 2002, S.27-40).

2.2 Lebensqualität im Alter

Im folgenden Kapitel wird Lebensqualität definiert. Es werden Messinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität vorgestellt und das Modell 'Wohlbefinden im Alter' sowie die Bedeutung der Mobilität für die Lebensqualität im Alter besprochen.

2.2.1 Definition von Lebensqualität

Das Konstrukt Lebensqualität ist in der Literatur vielfältig und unterschiedlich beschrieben. Die Abgrenzung zu Begriffen wie Glück, Lebenszufriedenheit oder Wohlbefinden ist laut Daig und Lehmann (2007) schwierig. Die Arbeitsgruppe 'Quality of life' der Weltgesundheitsorganisation WHO definiert Lebensqualität wie folgt: "Subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben, in Relation zur Kultur und zu den Wertsystemen, in denen sie lebt, in Bezug auf Ziele, Erwartungen und Standards" (Bullinger, 2000; zit. nach Daig & Lehmann 2007, S.5).

Für Löger und Amann (2005, S.15) beinhaltet der Begriff Lebensqualität eine Dynamik:

Lebensqualität wird in den Sozialwissenschaften als Kontextbegriff verstanden, der die dynamische Relation objektiv feststellbarer Qualitätsdimensionen und deren subjektive Bewertung zum Inhalt hat. Sie setzt sich aus Komponenten wie Wertorientierung oder Autonomie, konkreten sozialen, räumlichen oder körperlichen Ressourcen, gegebenen Handlungsbezügen und Statusvariablen genauso zusammen wie aus subjektiven Urteilen im Sinne von Zufriedenheit und Wohlbefinden oder emotionalen Komponenten wie Glück.

Aufgrund der uneinheitlichen Terminologie in den verschiedenen Forschungsansätzen ist eine Vergleichbarkeit der Aussagen schwierig. In dieser Arbeit wird Lebensqualität als übergeordneter Begriff verwendet, der Wohlbefinden mit einschliesst.

2.2.2 Lebensqualität in der Forschung

In der Forschung wird zwischen allgemeiner und gesundheitsbezogener Lebensqualität unterschieden. Da Lebensqualität nicht direkt zu beobachten ist und subjektiv sowie situationsabhängig bewertet wird, kann sie nur über eine Ist-Soll-Abweichung eingeschätzt werden. Zur Messung gibt es verschiedene allgemeine und krankheitsspezifische Tests, die über Fragebögen und standardisierte Interviews die Lebensqualität erheben. Im höheren Lebensalter kann diese vermehrt durch ein grösseres Risiko für chronische Erkrankungen, soziale Verluste oder Einschränkungen in der selbständigen Lebensführung beeinflusst werden, was altersspezifische Referenzwerte notwendig macht (Gunzelmann, Schmidt, Albani & Brähler, 2006, S.7-15). Ebenso können sich im höheren Lebensalter die Bewertungskriterien und die relative Gewichtung spezifischer Aspekte der Lebensqualität

verschieben. So kann zum Beispiel die Fähigkeit zur Ausführung von Alltagsverrichtungen bedeutsamer werden als objektivierbare Diagnosen. Oder soziale Anerkennung kann zugunsten emotionaler Nähe an Bedeutung verlieren.

Der EUROHIS-QOL ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, über den Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter für den Zeitraum der zurückliegenden zwei Wochen erhoben werden. Es werden psychische, physische, soziale und umweltbezogene Faktoren der Lebensqualität berücksichtigt. Weitere spezifische Instrumente für die Erfassung der Lebensqualität bei älteren Menschen sind der Nürnberger Lebensqualitätsfragebogen NLQ (Oswald & Fleischmann, 1997) oder der WHOQOL-OLD (Winkler, Buyantags, Petscheleit, Kilian & Angermeyer, 2003). Es konnte nachgewiesen werden, dass trotz alterskorrelierter Einbußen in verschiedenen Lebensbereichen die Einschätzung der Lebensqualität insgesamt und des allgemeinen Wohlbefindens nicht entsprechend schlechter ausfällt. Es kann davon ausgegangen werden, dass ältere Menschen grosse psychische Anpassungsleistungen erbringen, um ihr Wohlbefinden aufrecht zu erhalten, und somit das Alter allein einen geringen Einfluss auf die Einschätzung der Lebensqualität hat.

In der medizinischen Forschung zur Lebensqualität werden zwei Phänomene beschrieben, welche berücksichtigt werden müssen (Daig & Lehmann, 2007, S.8-9).

- Zufriedenheitsparadoxon: Es zeigt sich oft, dass Menschen mit chronischen Krankheiten ihre Lebensqualität hoch einschätzen. Hier müssen die verschiedenen Erwartungshaltungen mit berücksichtigt werden, welche sich auf Grund individueller Erfahrungswerte ergeben. So verändert zum Beispiel die Auseinandersetzung mit einer Diagnose die Baseline. Zusammen mit neu entwickelten Copingstrategien kann dies zu einer höheren Einschätzung der Lebensqualität führen als vor einer Erkrankung.
- Response-Shift-Prozesse: Kognitive Umbewertungen können zu einer individuellen Neukonzeption von Gesundheit, Krankheit und Wohlbefinden führen. Ebenso können Copingstrategien und Reframingprozesse den Response-Shift begünstigen, so dass trotz Beschwerden oder Einschränkungen das subjektive Befinden positiv eingeschätzt wird.

2.2.3 Das Modell 'Wohlbefinden im Alter' von Perrig-Chiello

Perrig-Chiello (1997, S.115-119) geht in ihrem Modell zum Wohlbefinden im Alter von einer möglichst umfassenden Perspektive auf den Menschen aus. Sie unterscheidet drei

Komponenten: Die physische Komponente als Basis beinhaltet das körperliche 'Versorgtsein' bezüglich der Bedürfnisse nach Sättigung, Wärme und Schmerzfreiheit. Die Bedürfnisse nach Geborgenheit, Glück, Zufriedenheit, Sinn und Kontrolle in Bezug auf Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft werden der psychischen Komponente zugeordnet, laut Perrig-Chiello die zentrale Grösse für das gesamte Wohlbefinden. Die soziale Komponente beinhaltet die Bedürfnisse nach Zugehörigkeit, Partizipation und Autonomie. Alle drei Komponenten befinden sich in einer ständigen Wechselwirkung mit sich stetig verändernden Prioritäten über die Dauer eines Lebens.

Bei älteren Menschen kommt es mehrheitlich zu einer Verschiebung der Bedeutung der einzelnen Komponenten. Der Aktionsradius wird kleiner, die gesellschaftliche Einflussnahme sowie die soziale Stellung relativieren sich. Wegen der körperlichen Einschränkungen nehmen das physische und das psychische Wohlbefinden und die bestmögliche Wahrung der Kontrolle sowie der Einflussnahme über das eigene Denken und Handeln an Bedeutung zu. Mit der Perspektive des näher gerückten Todes stellen sich die Menschen die Frage nach den erfüllten und unerfüllten Aufgaben und Zielen ihres Lebens. Sie sind gefordert, dem Alltag und der eigenen Existenz auch für die Zukunft einen positiven Sinn zuzuschreiben. Perrig-Chiello (1997, S.215) stellt in ihren Studien zum Wohlbefinden im Alter eine objektive Verschlechterung des Gesundheitszustandes und des physischen Befindens fest, jedoch gleichzeitig eine Aufrechterhaltung des subjektiven psychischen und sozialen Wohlbefindens. Somit konnte keine alterskorrelierte Verschlechterung dieser Komponenten nachgewiesen werden. Perrig-Chiello führt diese Resultate auf psychische Integrationsprozesse zurück, die im Alter Anpassungsleistungen an die stetig veränderten Anforderungen ermöglichen.

2.2.4 Mobilität im Alter und Lebensqualität

Laut Löger und Amann (2005, S.16-17) gibt es in der Forschungsliteratur keine Zweifel an der zentralen Bedeutung der Mobilität für die Lebensqualität. In der heutigen Gesellschaft wird Mobilität allgemein positiv bewertet und stellt an sich einen wichtigen Wert dar. Mobilität wird als Voraussetzung für das Führen eines unabhängigen und autonomen Lebens gesehen, gilt daher als wichtige Ressource. Studien zur Messung von Lebensqualität haben bestätigt, dass Einschränkungen der Mobilität negativ bewertet werden. Die Betroffenen sehen sich in ihren Möglichkeiten beschnitten, selbst aktiv zu sein und sind dadurch auf die mobilen Angebote der Umwelt angewiesen (z.B. Hausbesuche der Hausärztin/des Hausarztes, Personen, welche bei den Einkäufen unterstützen, Mitfahrgelegenheiten). Die spezifischen Lebenssituationen wie Wohnen in der Stadt oder auf dem Land, das Lebensumfeld, körperliche, psychische, soziale und finanzielle Ressourcen sowie die individuellen Ansprüche führen zu sehr unterschiedlichen

Einschätzungen der Lebenssituation und der eventuellen Einbussen im eigenständigen Mobilsein. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass die Abgabe des Führerausweises im Alter, vor allem wenn sie nicht freiwillig geschieht, ein kritisches Lebensereignis darstellt. Dies fordert von den Betroffenen eine grosse psychische Anpassungsleistung, um sich in der neuen Lebenssituation ohne eigenes Auto wieder gut zurechtfinden zu können.

2.3 Salutogenese

"Die Gesundheit des Menschen ist eben nicht ein Kapital, das man aufzehren kann, sondern sie ist überhaupt nur dort vorhanden, wo sie jeden Augenblick des Lebens erzeugt wird. Wird sie nicht erzeugt, ist der Mensch bereits krank."

Viktor v. Weizsäcker (zit. nach Lorenz, 2004, S.21)

In diesem Kapitel wird das Modell der Salutogenese mit dem Kohärenzgefühl und dessen Bedeutung für den Menschen im höheren Lebensalter vorgestellt.

Mit dem Modell der Salutogenese lenkt der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe Aron Antonovsky (1923-1994) den Blick weg von der pathologischen Sichtweise der Medizin (Lorenz, 2004, S.21-42). Er stellt an Stelle der Frage nach den krank machenden Faktoren die Frage nach den Ressourcen und Potentialen des Menschen. Sein Interesse gilt den Faktoren, welche einen Menschen trotz vielfältiger Krisen und Belastungen gesund bleiben lassen, während andere Menschen unter vergleichbaren Bedingungen erkranken. Der dichotomen Sichtweise, die Krankheit als Abwesenheit von Gesundheit definiert und in der die Erhaltung der Homöostase angestrebt wird, setzt er die dynamische Sichtweise der Heterostase entgegen. Er spricht vom Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, auf dem zu jedem Zeitpunkt eine subjektive wie auch eine fachlich-medizinische Einschätzung möglich ist. Aus der Beschäftigung in der Stressforschung mit life-events, Stressoren und Copingstrategien definiert er Gesundheit als das Ergebnis einer aktiven Auseinandersetzung. Gesundheit wird dauernd neu geschaffen über die Nutzung der protektiven Faktoren, der inneren personalen und der äusseren situationsspezifischen Ressourcen.

Die Graphik auf der folgenden Seite zeigt Antonovskys Modell der Salutogenese.

Singer und Bähler (2007, S.11) beschreiben den Vorgang folgendermassen: Der Mensch ist Stressoren wie intrapsychischen Konflikten, Krisen, Konflikten in sozialen Beziehungen oder Verlusten ausgesetzt, was einen Spannungszustand erzeugt. Das dadurch entstandene Stressgefühl kann neutral, positiv anregend (Eustress) oder überfordernd pathogen (Distress) erlebt werden. Die subjektive Einschätzung und der daraus resultierende Umgang werden von der generellen Lebensorientierung stark beeinflusst. Laut Antonovsky

bestimmt das Kohärenzgefühl den Umgang mit den Stressoren massgebend. Dazu siehe Kapitel 2.3.1.

Über die 'Generalisierten Widerstandsquellen oder -ressourcen GRR' integriert der Organismus die 'Störung'. Antonovsky unterscheidet zwischen individuellen (körperliche Faktoren, Intelligenz, Ich-Stärke, Bindungsfähigkeit und weitere), sozialen und kulturellen Widerstandsressourcen (zum Beispiel soziale Unterstützung und kulturelle Stabilität). Eine gelungene Integration der positiven wie der negativen Affekte, welche durch den Spannungszustand ausgelöst werden, führt zur Bewältigung (Coping) und zu einem hohen Gesundheitsniveau (Wiesmann, Wendlandt & Hannich, 2004, S.180).

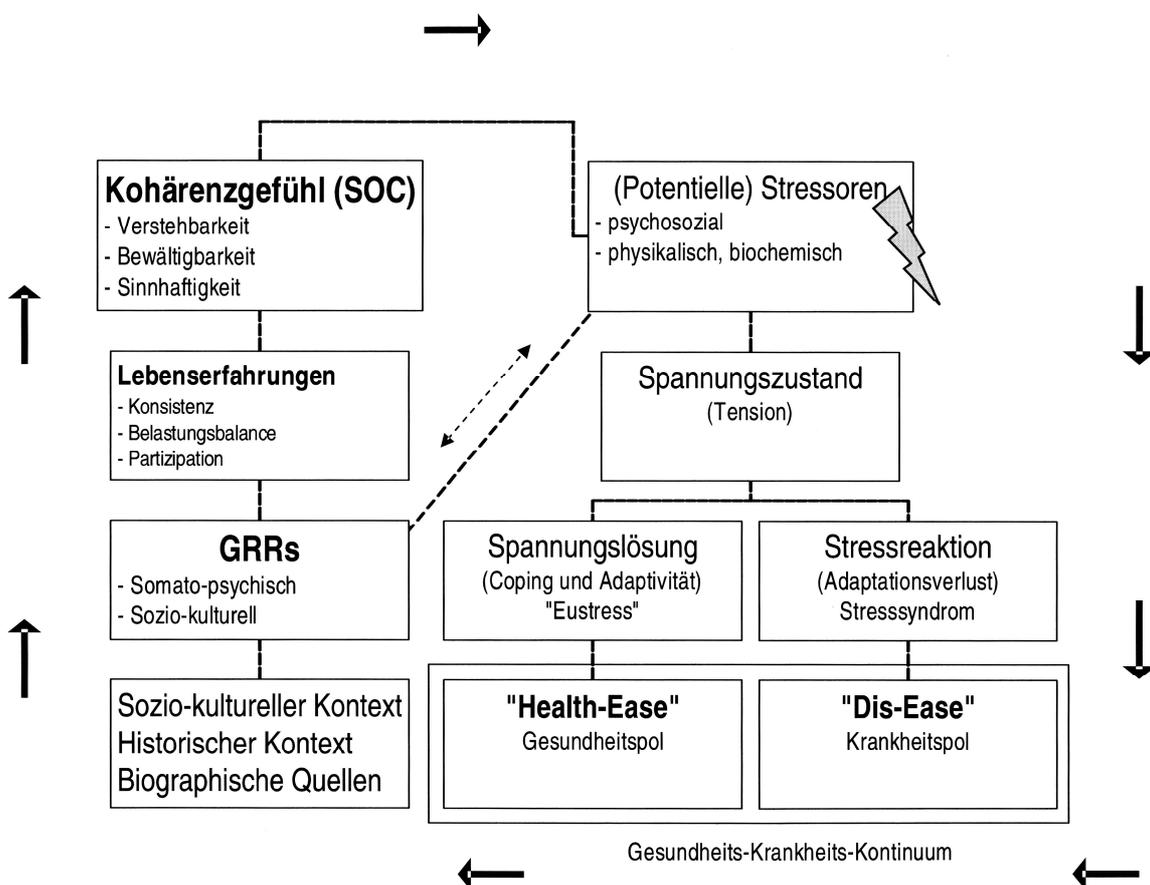


Abbildung 1: Salutogenese-Modell - stark vereinfacht - nach Antonovsky (1997) (Wiesmann, Wendlandt & Hannich, 2004, S.181)

2.3.1. Das Kohärenzgefühl 'Sense of Coherence SOC'

In dem von Antonovsky entwickelten Konstrukt des 'Sense of Coherence SOC', als Kohärenzgefühl oder Kohärenzsinn übersetzt, sieht er eine generelle Lebenseinstellung: "Gesund ist, wer den Fluss, in dem er schwimmt, einigermaßen überblickt und seine

Wünsche, sein Können und Tun darauf abstimmt" (Antonovsky, 1993, S.4, zit. nach Schneider, 2002, S.22).

Das Kohärenzgefühl entwickelt sich aus den über die Lebensspanne gesammelten Erfahrungen. Die Konsistenz und die Balance zwischen Überlastung und Unterforderung sind bestimmende Faktoren. Antonovsky definiert das SOC als "Grundorientierung, die das Ausmass eines umfassenden, dauerhaften und gleichzeitig dynamischen Gefühls des Vertrauens" ausdrückt (zit. nach Lorenz, 2004, S.37).

Die drei Komponenten des Kohärenzgefühls (Lorenz, 2004, S.37-38):

- **Verstehbarkeit (comprehensibility):** Lebensprobleme und die damit verbundenen Stressoren werden kognitiv in ihrer Ausprägung wahrgenommen, als klare, strukturierte und geordnete Informationen erfasst und subjektiv als sinnhaft eingeschätzt. Sie werden nicht chaotisch, willkürlich, zufällig oder unerklärlich erlebt.
- **Handhabbarkeit (manageability):** Anforderungen werden als zu bewältigen eingestuft. Die zur Verfügung stehenden Ressourcen sind geeignet und genügen. Einerseits ist auf der kognitiv-emotionalen Ebene das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten vorhanden, andererseits ist das Gefühl der Sicherheit durch die Unterstützung der Umgebung gegeben.
- **Bedeutsamkeit/Sinnhaftigkeit (meaningfulness):** Herausforderungen werden auf der emotionalen Ebene als sinnvoll erlebt. Sie werden für ein inneres wie auch ein äusseres Engagement als lohnend eingestuft und können eventuell sogar freudig angenommen werden.

Die Komponente der Sinnhaftigkeit ist für Antonovsky die Wesentlichste. Ist sie gut ausgeprägt, kann das Leben auch in schwierigen Situationen als lebenswert gesehen und können Schwierigkeiten als Teil der menschlichen Existenz integriert werden. Sie fördert eine aktive Gestaltung des Lebens, Verantwortungsbewusstsein sowie Flexibilität und Offenheit für Neues und stützt das Gefühl der Selbstachtung.

Ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl baut somit auf das intrinsische Erleben auf, das der eigenen Existenz einen Sinn zuschreibt. Das eigene Leben wird in einem grösseren Zusammenhang gesehen, die Anforderungen und Probleme werden als verständlich und lösbar eingestuft. So können neue Informationen als Herausforderungen betrachtet werden, denen mit Offenheit begegnet werden kann.

2.3.2. Salutogenese im Alter

Die Komplexität des Salutogenese-Modells macht empirische Überprüfungen anspruchsvoll. Es gibt einige Studien, welche Zusammenhänge zwischen dem Kohärenzgefühl und subjektiven Gesundheitsdimensionen wie Lebenszufriedenheit, sozialer und körperlicher Gesundheit sowie psychischen Beschwerden aufzeigen. Es konnte ein negativer Zusammenhang zwischen einem hohen SOC-Wert und der Anzahl selbstberichteter allgemeiner Symptome aufgezeigt werden. Daraus kann abgeleitet werden, dass ein hohes Kohärenzgefühl als Puffer gegen Stresserleben dient (Wiesmann et al., 2004, S.182).

In der Greifswalder Altersstudie wurde die Frage nach den psycho-sozialen Ressourcen gestellt, welche das Kohärenzgefühl älterer Menschen stabilisieren können und somit ein psychologisch erfolgreiches Altern ermöglichen. Da es sich um eine Querschnittsuntersuchung handelt, können über Kausalitäten nur Vermutungen angestellt werden. Bei den psycho-sozialen Faktoren korrelierten 13 von 17 erhobene Ressourcen mit dem Kohärenzgefühl. Vor allem die Dimensionen 'Selbstwirksamkeit', 'Bildung' und 'fatalistische Externalität' stärkten das SOC. Es wird vermutet, dass diese Widerstandsquellen die Integration von Störungen unterstützen und somit konsistente, partizipative und ausgewogene Erfahrungen ermöglichen. Bei den untersuchten sozio-demographischen Variablen stellte sich allein die Bildung als bedeutsam heraus. Salutogenetisch gesehen fördert sie die Erfahrung der Verstehbarkeit der inneren und äusseren Welt, wodurch das Kohärenzgefühl gestärkt wird. Die Studie bestätigt eine Überschneidung des Konzepts der Salutogenese mit dem der Selbstwirksamkeit (Kap. 2.4.4). Ebenso zeigt sich eine hohe Korrelation zwischen dem Kohärenzgefühl und dem Selbstwertgefühl. Zur external fatalistischen Kontrollüberzeugung fand Antonovsky (1979) heraus, dass sich Menschen mit einem hohen SOC seltener in einer Opferrolle sehen. Insgesamt bestätigt die Studie die Bedeutung des Kohärenzgefühls für das psychische Wohlbefinden, nicht aber für körperliche Beschwerden. Damit wird laut Wiesman et al. (2004, S.182) die These der grossen Resilienzfähigkeit älterer Menschen gestützt.

Das Kohärenzgefühl in einer neuen Lebenssituation wieder zu erlangen braucht laut Schneider Zeit und ist abhängig von der sozialen Situation (2002, S.38). Ebenso ist es direkt verbunden mit dem Gesamtzustand des Menschen. Hell (2000, zit. nach Schneider, 2002, S.38) benennt die Anforderungen an den heutigen Menschen, die nötig sind, um Ausbildung und Aufrechterhaltung eines starken Kohärenzgefühls zu begünstigen: Er sollte ein "starkes Subjekt" sein, fähig zu Flexibilität, Mobilität und zu "kreativen Sprüngen". Eine weitere Voraussetzung seien hohe Werte der Autonomie und der Ich-Identität. Hell schätzt diese Anforderungen als sehr hoch ein und bemerkt, dass die Selbstwertproblematik in diesem Zusammenhang gross sei und öfters zu Erkrankungen führe.

2.4 Coping

Das folgende Kapitel widmet sich der Bewältigung, welche als Coping bezeichnet wird. Es stellt das 'transaktionale Stressmodell' von Lazarus sowie weitere Copingkonzepte vor. Es werden mögliche Copingressourcen, Copingstrategien sowie einige Messinstrumente der Stressbewältigung beschrieben und der Bezug zum Coping im Alter hergestellt.

2.4.1 Begriffsdefinition Coping

Der Begriff 'Coping' wird im psychologischen Wörterbuch Dorsch wie folgt definiert: "[engl. cope handeln, kämpfen mit] Auseinandersetzung, Bewältigung, Bez. für eine Vielzahl von Strategien und Verhaltensweisen der Auseinandersetzung mit Stressoren und belastenden Situationen..."(Häcker & Stapf, S.175).

Physiologisch besteht Coping/Bewältigung laut Künzel-Schön (2000, S.163) aus einer Stressreaktion, bei welcher der Körper bestrebt ist, zur Ausgangslage zurückzukehren, also die Homöostase wieder herzustellen, salutogenetisch gesehen sich auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum wieder auszubalancieren (siehe 2.3.). Auf der psychischen Ebene läuft ein Prozess ab, in dem verschiedene Massnahmen ergriffen werden. Lazarus und Folkmann (1984, S.41) definieren Coping als "sich ständig verändernde kognitive und verhaltensmässige Bemühungen einer Person, die darauf gerichtet sind, sich mit spezifischen externen und/oder internen Anforderungen auseinander zu setzen, die ihre adaptiven Ressourcen stark beanspruchen oder übersteigen". Coping beinhaltet immer einen Mehraufwand im Vergleich zu den Anforderungen des Alltags. Ziel dieser Anstrengungen ist einerseits eine positive Veränderung der Problemlage, andererseits die Verbesserung der emotionalen Befindlichkeit. Bewältigung wird als Prozess gesehen, in dem ständig überprüft wird, ob noch eine Belastung vorliegt (Perrig-Chiello, 1997, S.78).

Der Begriff Coping wird von verschiedenen Autoren nicht nur im Zusammenhang mit einem positiven Ergebnis benutzt. "Vielmehr geht es um die Bemühungen und Versuche, also um den gesamten Prozess, eine Stresssituation zu bewältigen" (Künzel-Schön, 2000, S.164). In dieser Arbeit werden die Begriffe Bewältigung und Coping synonym benutzt.

2.4.2 Copingkonzepte

Das 'transaktionale Stressmodell' nach Lazarus

Der amerikanische Psychologe Richard S. Lazarus veröffentlichte sein transaktionales Stressmodell 1974. Seither wurde es in Zusammenarbeit mit anderen Forschenden weiterentwickelt. Er bezeichnet den Vorgang zwischen einer Person und der Umwelt als

Beziehung, in der einerseits die Situation auf die Person einwirkt, andererseits die Person die Situation mitbestimmt. Diese Wechselwirkung sieht er als komplexen Prozess und bezeichnet sie als Transaktion. Er stellt die kognitive Bewertung und Verarbeitung von Stress ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Die subjektive Bewertung bestimmt, ob ein Mensch ein Ereignis als stressvoll einstuft oder nicht (Lazarus, 1981, S.204).

Kognitive Bewertung

Jeder Mensch bewertet stressreiche Situationen und deren Folgen individuell unterschiedlich (Lazarus, 1981, S.212). Einfluss darauf haben persönliche Faktoren wie Wertvorstellungen, Kontrollüberzeugungen oder Ziele. Ebenso bestimmen situationsbedingte Faktoren wie die Art und die Dauer eines Stressors, die Kontrollmöglichkeiten oder die Vorhersehbarkeit diese Einschätzung. Lazarus unterscheidet bei der kognitiven Bewertung zwischen der primären Bewertung, der sekundären Bewertung sowie der Neubewertung.

Bei der primären Bewertung geht es um die Bedeutung der Situation für das eigene Wohlbefinden. Sie kann als *irrelevant*, als *positiv* oder als *stressreich* eingestuft werden. Wird sie als stressreich bewertet, kann sie als *Schädigung/Verlust*, als *Bedrohung* oder aber als *Herausforderung* gesehen werden. Bei der Schädigung oder dem Verlust ist das Ereignis schon eingetreten, bei der Bedrohung wird es antizipiert. Die Einschätzung als Herausforderung beinhaltet die Möglichkeit eines persönlichen Wachstums oder Gewinns. Als grundlegenden Aspekt jeder Analyse von Stress sieht Lazarus, "dass die primäre Einschätzung die Intensität und Qualität der emotionalen Reaktion bestimmt. Einschätzungen einer Transaktion als positiv führen zu positiven emotionalen Reaktionen wie Freude, Zufriedenheit u.s.w., Einschätzungen als stressreich führen zu negativ getönten Emotionen wie Angst, Furcht, Ärger, Schuld, Neid, Eifersucht, Misstrauen u.s.w." (1981, S.213).

In der sekundären Bewertung werden die verfügbaren Informationen sowie die internen wie externen Ressourcen zur Bewältigung der Situation überprüft. Nur wenn diese als nicht genügend oder unpassend eingeschätzt werden, kommt es zu einer Stressreaktion. Es wird eine individuelle und situative Bewältigungsstrategie entworfen. Durch Rückmeldungen über Erfolg oder Misserfolg der jeweils eingesetzten Strategie entwickelt sich über die Zeit ein persönlicher Copingstil.

Zu einer Neubewertung kann es auf Grund modifizierter Rahmenbedingungen im Verlauf einer länger andauernden Bewältigungssituation kommen. Ebenso kann aus intra-psychischen Prozessen heraus eine Umdeutung der bedrohlichen oder frustrierenden

Aspekte stattfinden, um mit Emotionen wie Ärger oder Angst besser umgehen zu können (Krohne, 1998, S.268).

Stressbewältigung über problem- und emotionsorientiertes Coping

Stressbewältigung hat zum Ziel, das wahrgenommene Ungleichgewicht zwischen den Anforderungen der Situation und den Handlungsmöglichkeiten der Person zu überwinden. Es geht um die Vermeidung oder Eingrenzung eines Schadens oder Verlusts, um die Regulation der Emotionen, die Aufrechterhaltung des Selbstbildes und die Ermöglichung einer befriedigenden sozialen Situation.

Laut Lazarus (1999, S.114) geschieht dies durch zwei unterschiedliche Prozesse:

Das *problemorientierte Coping* setzt sich mit den Stressquellen und den Bedingungen auseinander. Durch Informationsbeschaffung, Handlungen oder Unterlassen von Handlungen wird versucht, die Situation zu bewältigen.

Das *emotionsorientierte Coping* strebt eine Reduktion der belastenden Emotionen und der Spannung an. Dies kann zum Beispiel durch Erzählen des Erlebten, Ablenkung, Vermeidung oder auch durch Verleugnung erreicht werden.

Es ist davon auszugehen, dass effektive Bewältigungsformen beide Funktionen beinhalten.

Bewältigungsformen

Lazarus unterscheidet vier Bewältigungsformen (1981, S.218), welche problemlösende wie emotionsregulierende Funktionen erfüllen. Sie können sich auf die Person wie auf die Umwelt beziehen und richten sich auf vergangene, gegenwärtige oder zukünftige Ereignisse:

- **Informationssuche:** Durch Informationen kann einerseits die Handlungskompetenz verbessert werden, andererseits können Emotionen über Prozesse der Rationalisierung wie Umbewertung, Kontrollüberzeugung oder verbesserte Vorhersehbarkeit positiv beeinflusst werden.
- **Direkte Aktionen:** Dies beinhaltet alle Handlungen, durch die der Mensch stressvolle Situationen in den Griff zu bekommen versucht: Ausleben des Ärgers, Auseinandersetzung mit Vergeltungsaktionen, Einnahme von Betäubungsmitteln, körperliche Aktivitäten zur Stressausübung, Techniken zur Entspannung oder Aktivitäten zur Ablenkung.
- **Aktionshemmung:** Durch das Unterlassen von Handlungen kann weiterer Schaden vermieden, der Handlungsspielraum verlagert oder vergrößert werden. Ebenso können dadurch negative Emotionen vermieden werden.
- **Intrapsychische Bewältigungsformen:** Hier ordnet Lazarus alle kognitiven Prozesse ein, die der Regulation der Emotionen dient. Durch Abwehrmechanismen wie Verleugnung oder Projektion, durch Selbsttäuschung, Umdeutung oder

Selbstinstruktion kann das Gefühl der subjektiven Kontrolle unterstützt werden oder die Aufmerksamkeit kann auf ein positives Erlebnis umgelenkt werden.

Selektion, Optimierung, Kompensation SOK

Die Strategien der Selektion, der Optimierung und der Kompensation nach dem Modell von Baltes und Baltes (Freund, 2007, S.367-384) ermöglichen über einen dynamischen Prozess die Verbesserung des Verhältnisses zwischen Verlust und Gewinn. Sie beziehen sich auf die Ressourcen der Umwelt wie auch auf die Möglichkeiten des Individuums.

Bei der *Selektion* handelt es sich um Prozesse, "die bestimmen, in welche Richtung sich ein Organismus oder ein System von allgemeinen zu spezifischen Funktionen hin entwickelt" (Freund, 2007, S.368). Die Selektion kann den Zugang zu Ressourcen oder Fähigkeiten ermöglichen, welche vorher nicht verfügbar waren. Sie kann auch bedeuten, dass durch die Fokussierung auf Teilbereiche von Entwicklungsmöglichkeiten Ressourcenbeschränkungen entgegengewirkt wird. Der Mensch (oder das System) kann sich durch Spezialisierung auf bestimmte Fertigungs- oder Fähigkeitsbereiche konzentrieren. Selektion beinhaltet zudem die Ausprägung der Verpflichtung gegenüber den ausgewählten Zielen und die Abstimmung persönlicher Ziele auf den jeweiligen Lebenskontext.

Die *Optimierung* bezieht sich auf Prozesse der Zielverfolgung durch den Erwerb, die Verfeinerung und den Einsatz von Ressourcen zur Erreichung angestrebter Resultate. Somit trägt sie zur Erhaltung oder Steigerung des Funktionsniveaus und zu Entwicklungsgewinnen bei. Optimierung beinhaltet neben dem Erwerb neuer Fertigkeiten und Ressourcen das Üben von Fertigkeiten, die Investition von Zeit und Anstrengung, die Fokussierung auf die Zielverfolgung, die Orientierung an erfolgreichen Mitmenschen, das Ergreifen des richtigen Augenblicks und die Ausdauer.

Die *Kompensation* ist die Reaktion auf den Ressourcenverlust mit dem Ziel, das bisherige Funktionsniveau aufrecht zu erhalten. Durch Aktivierung oder Neuerwerb von Mitteln kann einem Verlust entgegengewirkt werden. Kompensation beinhaltet neu erworbene wie zuvor ungenutzte Handlungsmittel und -möglichkeiten, die Inanspruchnahme von Hilfsmitteln, die Unterstützung durch andere Personen sowie vermehrte Anstrengung, einen gesteigerten Energieeinsatz oder vergrößerten Zeitaufwand.

Der Kompensation kommt insbesondere im höheren Lebensalter eine zentrale Rolle zu, da die Erfahrungen in Bezug auf Verluste in körperlichen, kognitiven wie sozialen Bereichen zunehmen. Somit sind höhere Anforderungen an eine erfolgreiche Entwicklung gestellt.

Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugung

Unter Kontrollüberzeugung versteht Faltermeier (2005, S.158) "die generalisierte Erwartung internaler Kontrolle". Diese bezieht sich auf die subjektive Einschätzung der Ursachen sowie auf die Möglichkeiten der Beeinflussung von Ereignissen. Sieht sich der Mensch selber als Verursacher und schätzt seine Fähigkeiten so ein, dass er einen erfolgreichen Beitrag zur Verbesserung seiner Situation leisten kann, vermittelt ihm das das Gefühl der Sicherheit und Kompetenz. Kaluza (2004, S.44) sieht in der Kontrollüberzeugung das Gegenteil der Hilflosigkeit: "Personen mit hoher Kontrolle erleben sich als einflussreich und kontrollierend und glauben, den Lauf der Dinge selber bestimmen zu können."

Die Selbstwirksamkeitsüberzeugung oder -erwartung steht mit der internalen Kontrollüberzeugung in enger Verbindung. Das Modell, das auf der sozial-kognitiven Theorie von Bandura (1997) basiert, beschreibt die subjektive Gewissheit, über die notwendigen und passenden Kompetenzen zur Bewältigung einer schwierigen Situation zu verfügen und diese mit Erfolg einzusetzen (Schwarzer, 1998, S.521). Die Überzeugungen steuern danach kognitive, motivationale, emotionale und aktionale Prozesse und beeinflussen die Zielsetzungen, den Krafteinsatz und die Ausdauer. Dadurch kann das Selbst kompetent reguliert und stabilisiert werden.

Brandstädter und Rothermund (1998, S.230) gehen davon aus, dass Kontrollverluste in spezifischen Lebens- und Funktionsbereichen nicht unweigerlich zu reduziertem Selbstwirksamkeitserleben führen müssen. Durch eine Neubewertung des Stellenwertes des betroffenen Bereiches kann vor allem auch im höheren Lebensalter der Einfluss der Einbussen und Verluste reduziert und das Gefühl der Kontrolle bewahrt werden.

Assimilation und Akkomodation

Zu Beginn einer Bewältigungsepisode, in der positive Erwartungen an das Handlungsergebnis im Vordergrund stehen, dominieren assimilatorische Prozesse (Brandstädter & Rothermund, 1998, S.230-237). Geprägt durch Bemühungen, die Situation aktiv den persönlichen Zielen und Ansprüchen anzupassen, wird versucht, über Handlungen der Kompensation und der Korrektur die Rahmenbedingungen zu verändern und somit die wahrgenommenen Verluste zu beseitigen. Die assimilatorische Phase ist geprägt durch hartnäckiges Festhalten an den bisherigen Zielen und gewohnten Standards. Gelingt dies nur ungenügend oder gar nicht, kommt es zu Gefühlen der Ohnmacht und der Hoffnungslosigkeit.

In dieser Situation ist die Umstellung auf akkomodatives Verhalten gefragt. Da auf die Umstände nicht zufriedenstellend eingewirkt werden kann, müssen die Ziele angepasst

werden, um dauernde Frustrationsgefühle und Selbstwertprobleme zu vermeiden. Unter Akkomodationsprozessen werden kognitive und motivationale Vorgänge verstanden. Durch Abwertung der blockierten Ziele und eine Zielneuorientierung können entlastende Umbewertungen stattfinden. Die eigenen Ansprüche können über eine neue externe Vergleichsgruppe (zum Beispiel ältere Mitmenschen) reguliert werden. Dies kann die Akzeptanz der eigenen Situation begünstigen. Ebenso kann der Verlust in seiner Bedeutsamkeit neu sinngebend interpretiert werden. Dadurch wird das Selbstbild gestützt und stabilisiert und das Gefühl der Selbstachtung sowie der Kontrolle kann aufrecht erhalten oder wieder gewonnen werden. Unlustvolle Stimmungen können neutralisiert werden. Brandstädter und Rothermund betonen, dass das Ausbleiben der Anpassungen der eigenen Ziele im Falle einer Nichterreichung über längere Zeitspannen zu Depressionen führen kann.

2.4.3 Copingressourcen

Im Salutogenese-Modell definiert Antonovsky (1979, S.99) die Ressourcen zur Bewältigung von schwierigen Lebenssituationen als 'Generalisierte Widerstandsressourcen GRR': "jedes Merkmal einer Person, Gruppe oder Umwelt, das eine wirksame Spannungsbewältigung erleichtern kann". Faltermeier (2005, S.157-164) erweitert diese Definition, indem er die Ressourcen auch als Voraussetzungen von gesundheitlichen Aktivitäten sieht. Er unterscheidet zwischen internen und externen Ressourcen und teilt sie in folgende Kategorien ein:

1. Personal-psychische Ressourcen
2. Sozial-interpersonale Ressourcen
3. Körperlich-konstitutionelle Ressourcen
4. Sozio-kulturelle Ressourcen
5. Materielle Ressourcen

Personal-psychische Ressourcen

Hierzu zählen einerseits stabile *Persönlichkeitsmerkmale* (traits) wie Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (siehe 3.4.2), Optimismus, Intelligenz oder ein gutes Selbstwertgefühl. Andererseits sind es *Handlungskonzepte*, bei denen von zentraler Bedeutung ist, dass sie rational, flexibel und vorausschauend sind, um eine effektive Wirkung zu zeigen. Soziale Kompetenzen und eine generell präventive Lebenseinstellung gelten als Garanten für ein gelingendes Coping.

Sozial-interpersonale Ressourcen

Die zentrale Bedeutung sozialer Unterstützung als Bewältigungsressource ist laut Faltermeier (2005, S.160) mehrfach empirisch belegt. Das Eingebundensein *in soziale*

Netzwerke und eine hohe Stabilität und Qualität der Beziehungen gelten als wichtiger Faktor. Antonovsky beschreibt, dass Vertrauensbeziehungen als Ressource dann optimal wirken, wenn sich die Menschen gegenseitig verpflichtet fühlen (1997, zit. nach Faltermeier, 2005, S.161). *Soziale Unterstützung* kann als direkte und instrumentelle Hilfe bezogen werden in Form von Sachleistungen, Informationen, Ratschlägen oder Finanzen. Durch das Vermitteln von Nähe und Geborgenheit kann der Selbstwert gestützt werden. Ebenso verbessern Austausch sowie gemeinsame Aktivitäten das emotionale Befinden (Künzel-Schön, 2000, S.135).

Körperlich-konstitutionelle Ressourcen

Die körperlichen Ressourcen beinhalten die *Immunkompetenz*, die *Stabilität des vegetativen* und des *kardiovaskulären Systems*, *körperliche Fitness* und ein gutes *Körpergefühl*, um gegen schwierige Anforderungen gewappnet zu sein. Diese Faktoren sind in ihrer Bedeutung nicht zu vernachlässigen, weil sie eng mit der psychischen Gesundheit des Menschen verknüpft sind (Faltermeier, 2005, S.161-162).

Sozio-kulturelle Ressourcen

Ein bestimmtes Mass an *kultureller Stabilität* und das Gefühl des Eingebundenseins in eine Kultur sowie *religiöse oder philosophische Überzeugungen* können massgebend zu einer gelingenden Bewältigung beitragen. Für Antonovsky ist die Komponente 'Sinnhaftigkeit' des Kohärenzgefühls die zentrale Ressource (vgl. 2.3.1).

Materielle Ressourcen

Faltermeier betont die Bedeutung der materiellen Ressourcen und plädiert dafür, diese nicht zu vergessen oder zu unterschätzen. Sie können als Voraussetzungen für ein relativ selbstbestimmtes und autonomes Leben gesehen werden und gerade im Bereich der Kompensation effektive Möglichkeiten des Copings sein oder diese unterstützen.

2.4.4 Copingstrategien

Neben den Ressourcen, auf die ein Mensch zurückgreifen oder die er aktivieren kann, ist die Art der Vorgehensweise, die Strategie von zentraler Bedeutung. Unter Strategie wird der Plan verstanden, der dazu dient, das Ziel zu erreichen, und "in dem man diejenigen Faktoren, die in die eigene Aktion hineinspielen können, von vornherein einzukalkulieren versucht" (Duden, Fremdwörterbuch, 2007). In der vorliegenden Literatur gibt es unterschiedliche Bezeichnungen und Klassifikationssysteme zum Coping. Ein allgemein akzeptiertes System mit einheitlichen Begriffen existiert nicht. Neben der Bezeichnung Copingstrategie werden Begriffe wie Bewältigungsform (Antonovsky) oder Stressmanagement (Kaluzza) für den Umgang mit Belastungen verwendet.

Das Klassifikationssystem der *Berner Bewältigungsformen BEFO*, ein Bewältigungsinventar durch Fremdeinschätzung auf Grundlage eines halbstrukturieren Interviews, berücksichtigt unbewusste (vor allem Abwehr) wie bewusste Prozesse und Handlungen (Heim, Augustiny, Blaser & Schaffner, 1991, zit. nach Salewski, 1997, S.48-49). Die drei Dimensionen 'Handlungs-', 'Kognitions-' und 'Emotionsbezogenheit' beinhalten folgende 30 Bewältigungsformen, welche je nach Besonderheit der Stichprobe ergänzt werden können:

Handlungsbezogene Bewältigungsformen	Kognitionsbezogene Bewältigungsformen	Emotionsbezogene Bewältigungsformen
Ablenkendes Anpacken	Ablenken	Hadern
Altruismus	Aggravieren	Emotionale Entlastung
Aktives Vermeiden	Akzeptieren	Isolieren, Unterdrücken
Kompensation	Dissimulieren	Optimismus
Konstruktive Aktivität	Haltung bewahren	Passive Kooperation
Konzentrierte Entspannung	Humor, Ironie	Resignation
Rückzug (sozial)	Problemanalyse	Selbstbeschuldigung
Solidarisieren	Relativieren	Schuld zuweisen, Wut ausleben
Zupacken (belastungsbezogen)	Religiosität	
Zuwendung	Rumifizieren	
	Sinngebung	
	Valorisieren	

Tabelle 1: Bewältigungsformen BEFO (Heim, Augustiny, Blaser & Schaffner, 1991, zit. nach Salewski, 1997, S.50)

2.4.5 Messinstrumente

Zur Messung aktueller Bewältigung von Stress gibt es neben dem oben aufgeführten BEFO verschiedene Instrumente. Folkman und Lazarus entwickelten die 'Ways of Coping Checklist' (1980), aus welcher der 'Ways of Coping Questionnaire' (1988) entstand (Krohne, 1997, S.273-275). Über 50 Items mit vierstufiger Skala werden die kognitiven und verhaltensmässigen Strategien zu folgenden Kategorien abgefragt: 'Konfrontative Bewältigung', 'Distanzierung', 'Selbstkontrolle', 'Suche nach sozialer Unterstützung', 'Anerkennung von Verantwortlichkeit', 'Flucht/Vermeidung', 'Planvolles Problemlösen' und 'Positive Neubewertung'. Problematisch ist laut Krohne die grosse theoretische Differenz zu Lazarus' transaktionalem Stressmodell mit den 4 Kategorien 'Informationssuche', 'Direktes Handeln', 'Unterlassen von Handlungen' und 'Intrapsychische Bewältigung' (siehe 2.4.2).

McCrae (1984) entwickelte basierend auf der 'Ways of Coping Checklist' ein Copinginventar mit fast doppelt so vielen Items und 27 Dimensionen. Der 'Stressverarbeitungsfragebogen SVF' von Janke, Erdmann und Kallus (1985) wurde weitgehend ohne spezifischen theoretischen Hintergrund erstellt und misst individuelle

Ausprägungen auf 19 dispositionellen Copingstrategien wie zum Beispiel 'Bagatellisierung', 'Ablenkung', 'Vermeidungstendenzen', 'Resignation' oder 'Aggression'. Ergänzend erfasst der 'Situative Stressverarbeitungsfragebogen SVF-S' Verhaltensmodifikationen und kann zur Messung von Therapieerfolgen eingesetzt werden.

Einen Fragebogen zur Erfassung von assimilativen und akkomodativen Bewältigungsstrategien im späteren Erwachsenenalter entwickelten Brandstätter und Renner (1990). Laut Perrez (1998, S.42-44) gibt es viele weitere Instrumente zur Messung von Copingstrategien für verschiedene Alterskategorien, unterschiedliche Ausgangslagen (Laborsituationen oder reale Feldsituationen) oder mit anderen Datenquellen (Selbstbeschreibung oder Fremdbeobachtung).

2.4.6 Coping im Alter

Laut Künzel-Schön (2000, S.164) bedeutet Coping im Alter oft, eine neue Balance zu finden unter unwiderruflich veränderten Bedingungen. Diese können zum Beispiel durch den Tod des Partners/der Partnerin, durch den Verlust der Autonomie in der Mobilität oder im Wohnen oder durch chronische Beschwerden und Erkrankungen entstehen. Die vorliegenden Studien zum Copingverhalten im Alter widersprechen sich teilweise. Künzel-Schön (2000, S.181) beschreibt die Vergleichbarkeit der Aussagen als schwierig, da der theoretische Zusammenhang oder die Eindeutigkeit der Begrifflichkeiten fehlen. Sie stellt fest, dass häufig gewünschtes Verhalten statt des tatsächlich Praktizierten erfasst wurde und dass die erzielten Effekte nicht erwiesenermaßen auf das Alter zurück geführt werden können. In allen Studien werden die grossen individuellen Unterschiede in Bezug auf das Copingverhalten betont, einerseits von den Lebensumständen her, andererseits vom persönlichen Erleben und Verhalten her.

Folkman, Lazarus, Pimley und Novacek (1987, zit. nach Wahl, 1990, S.195) haben das Copingverhalten von jüngeren und älteren Menschen verglichen. Signifikante Unterschiede zeigten sich in der Herangehensweise: Während Jüngere eher aktiv und problemzentriert vorgehen, wählten die Älteren mehr passive und emotionsgerichtete Bewältigungsstrategien. Sie suchten weniger soziale Unterstützung, werteten hingegen Situationen positiv um oder versuchten, eine innere Distanz herzustellen (Staudinger, Freund, Linden und Maas, 1999, S.331). Thomae hingegen (zit. nach Wahl, 1990, S.186) fand auch aktive Bewältigungsformen bei Menschen im höheren Alter und stellte zudem eine grosse intraindividuelle Konstanz (gemessen über 10 Jahre) im Umgang mit spezifischen Alltagsbelastungen fest.

In der Berliner Altersstudie (1989-1996, 516 Personen im Alter zwischen 70 und 100 Jahren) wurden die Studienteilnehmenden mit einem Fragenkatalog zu 13 Bewältigungsstilen befragt (Staudinger et al. 1999, S.331-334). Mit signifikantem Abstand zeigten sich die drei häufigsten Stile: 'Vergleich mit früher', 'Wunsch nach Information' und 'Vergleich mit anderen'. Die weiteren Copingstile zeigten sich von der Häufigkeit her in folgender Reihenfolge: 'Nicht aufgeben', 'Sich abfinden', 'Stärke und Schwäche im Wechsel', 'Glaube', 'Humor', 'Ablenkung', 'Soziale Unterstützung', 'Verantwortung abgeben', 'Sinnverlust' und 'Laufen lassen'. Auch in dieser Studie zeigte sich, dass der sozialen Unterstützung als Strategie eine eher geringe Bedeutung zukommt.

Im Bezug auf die Altersunterschiede in den Bewältigungsformen waren 'Halt im Glauben', 'Sich ablenken' und 'Sich mit den Gegebenheiten abfinden' in den höheren Altersgruppen signifikant häufiger vertreten. Die Copingstile 'Verantwortung abgeben', 'Sinnverlust' und 'Laufen lassen' hingegen zeigten sich signifikant am unteren Ende der Rangliste. Die Forschenden interpretierten dieses Resultat dahingehend, dass im Alter die 'regressiven' Bewältigungsstile nicht zunehmen. Hingegen zeigte sich, dass allgemein passives Verhalten im Umgang mit Problemen auch im hohen und sehr hohen Alter nicht zur Zufriedenheit beiträgt. Als ungünstig stellte sich bei Menschen mit niedrigem Bildungsniveau und geringen finanziellen Mitteln der Wunsch nach Information heraus. Er führte eher zu Unzufriedenheit denn zur Stabilisierung des Befindens. Nach eigenen Angaben haben alte Menschen sowohl die Fähigkeit, die Umwelt zu verändern als auch sich der Umwelt anzupassen.

3 Empirischer Teil

Im empirischen Teil werden die Ausgangslage und die Ziele der Arbeit, die angewandten Untersuchungsinstrumente, die Stichprobe sowie das Vorgehen bezüglich Datenerhebung und Auswertung beschrieben. Die vorliegende Untersuchung basiert auf einer qualitativen Vorgehensweise zur Exploration der Bewältigungsstrategien und wird durch den SOC-Fragebogen zur Erfassung und zum Vergleich des Kohärenzgefühls ergänzt. Auf Grund der Stichprobengröße von 9 Personen hat sie keinen repräsentativen Charakter.

3.1 Ausgangslage und Ziele

In der Forschungsliteratur gibt es viele Untersuchungen zu gesundheitlichen Einflüssen auf das Führen eines Autos im höheren Alter. Es werden technische Erleichterungen und verbesserte Verkehrsführungen sowie Schulungen für ältere Menschen beschrieben. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der persönlichen und individuellen Situation der Menschen, welche den Führerausweis freiwillig abgegeben haben oder ihn abgeben mussten. Es kommen Betroffene zu Wort, welche sich in der Bewältigungsphase der veränderten Mobilitätsmöglichkeiten befinden. Der Fokus des Interesses liegt auf dem Erleben und Befinden während des Prozesses der Abgabe und danach. Diese Arbeit verfolgt das Ziel, die Copingstrategien in Bezug auf die Lebensqualität zu explorieren. Sie stellt die angewandten Strategien bei der freiwilligen und der verordneten Führerausweisabgabe einander gegenüber. Die Daten werden durch problemzentrierte Interviews erhoben und durch eine qualitative Inhaltsanalyse erarbeitet.

Nach der Theorie des Salutogenese-Modells ist der Mensch immer bestrebt, die für ihn bestmögliche Balance zu erlangen und diese nach einem einschneidenden Lebensereignis wieder zu gewinnen, sowie gesund zu bleiben oder Gesundheit wieder herzustellen. Durch die Erfassung des Kohärenzgefühls als Messeinheit der Salutogenese durch den SOC-Fragebogen kann die Arbeitshypothese verifiziert oder falsifiziert werden, ob bei den Menschen mit freiwilliger Abgabe der Wert höher ausfällt als bei denen mit verordneter Abgabe.

3.2 Stichprobe

Für diese Untersuchung wurden acht Probandinnen/Probanden gesucht, vier mit freiwilliger und vier mit verordneter Abgabe des Führerausweises. Folgende Kriterien waren leitend für die Suche und die Auswahl: Alter über 70 Jahre, Führerausweisabgabe zeitlich so nahe wie möglich sowie gute geistige Fähigkeiten, also keine Anzeichen von

Demenz. Dies wurde von der Verfasserin bei der ersten Kontaktaufnahme qualitativ eingeschätzt.

Die Suche fand vorwiegend über Anfragen per E-mail statt. Zuerst wurden alle Studierenden der ZHAW, Departement Psychologie angefragt, ob sie mögliche Probandinnen/Probanden vermitteln könnten (siehe Anhang 9.1). Die Rückmeldungen bezogen sich alle auf die freiwillige Abgabe. Die persönliche Anfrage bei einem befreundeten Arzt war soweit erfolgreich, dass Kontakte zu einer Probandin mit verordneter Abgabe und zu einem Paar mit gemeinsamer freiwilliger Abgabe nach ihrem 80. Geburtstag hergestellt werden konnten. Die verschiedenen Kontakte über E-mails und Telefon mit Verkehrspsychologen, der Schweizerischen Beratungsstelle für Unfallverhütung bfu und Forschenden im Bereich der Verkehrspsychologie sowie in Altersfragen waren alle ohne Erfolg. Jedoch führte die Anfrage des pensionierten Fahrlehrers und Prüfungsexperten sowie aktuellen Ausbilder von Fahrbegleitern Bleiker zum Erfolg. Er konnte mehrere Personen vermitteln, die im Zusammenhang mit negativen Entscheiden in Verfahren zur Testung der Fahreignung und der Fahrkompetenz an ihn gelangt waren. Ein weiterer Kontakt konnte über eine Bekannte nach einer zufälligen Begegnung vermittelt werden.

Die Stichprobe umfasst nun vier Probandinnen/Probanden mit freiwilliger Abgabe, davon ein Ehepaar (als Einzelpersonen erfasst) und fünf Probandinnen/Probanden mit verordneter Abgabe. Bei einem Probanden war der Kontakt von Anfang an problematisch und es bestand die Gefahr eines Rückzuges der Zusage zum Interview oder eines Abbruchs des Gesprächs, was jedoch schliesslich nicht eintraf. So liegt nun das Material von fünf Personen mit verordneter Abgabe vor.

	Frau A.	Herr B.	Frau C.	Frau D.	Herr D.	Frau E.	Herr F.	Herr G.	Herr H.
Alter	86 Jahre	82 Jahre	88 Jahre	82 Jahre	82 Jahre	86 Jahre	87 Jahre	78 Jahre	83 Jahre
Zivilstand	verwitwet	ledig	verwitwet	verheiratet	verheiratet	verwitwet	verwitwet, in Bez.	verheiratet	verwitwet
Wohnform	Altersheim	Wohnung, alleine, im eigenen Haus	eigenes Haus, alleine	Wohnung, mit Ehemann	Wohnung, mit Ehefrau	Wohnung, alleine	Wohnung, mit Hund	Wohnung, mit Ehefrau	eigenes Haus, alleine
Abgabe Führerausweis	freiwillig	verordnet	verordnet	freiwillig	freiwillig	verordnet	verordnet	verordnet	freiwillig
Zeit seit Abgabe	4 Monate	1 Jahr	2 Jahre	18 Monate	18 Monate	14 Monate	2 Jahre	3 Jahre	9 Monate

Tabelle 2: Zusammensetzung der Stichprobe

3.3 Qualitatives Interview

Im folgenden Kapitel werden die Gütekriterien bezüglich qualitativer Untersuchungen sowie das Vorgehen besprochen.

In halbstandardisierten, problemzentrierten Interviews (Mayring, 2002, S.67-68) kommen die Befragten selber zu Wort. Sie können ihr subjektives Erleben und ihre persönliche Sichtweise darlegen. Durch die Fragen werden sie am Thema gehalten oder zu diesem zurück geführt. In der Vorbereitungsphase findet eine erste Problemanalyse auf Grundlage der Theorie und der Fragestellung statt. Daraus entsteht der Interviewleitfaden, welcher die Befragung strukturiert. Die Interviewerin/der Interviewer soll eine vertrauensvolle Atmosphäre schaffen, so dass sich die befragten Personen ernst genommen fühlen. Auf keinen Fall soll der Eindruck entstehen, ausgehört zu werden. Durch eine neutrale Interviewtechnik soll "die Antwortreaktion weder positiv noch negativ" sanktioniert werden (Diekmann, 2007, S.439). Durch Äusserungen des Verständnisses gegenüber dem Erleben und Verhalten der befragten Personen können mögliche Hemmungen abgebaut werden.

Folgende Gütekriterien leiten qualitative Untersuchungen (Mayring, 2002, S.144-148):

- Das Vorgehen wird durch eine detaillierte Verfahrensdokumentation nachvollziehbar beschrieben (siehe Kap.3).
- Die Interpretationen werden argumentativ abgesichert (Kodierleitfaden, im Anhang unter 9.6 ersichtlich).
- Das erhobene Material wird systematisch bearbeitet, die Analyseschritte können jedoch im Laufe der Untersuchung bei Bedarf modifiziert werden (siehe 3.6).
- Die Nähe zum Untersuchungsgegenstand ist grösstmöglich, also nahe an der Alltagswelt der befragten Personen (siehe 3.5).
- Die Gültigkeit der Ergebnisse und die Interpretation werden mit den Befragten überprüft. Dadurch werden diese als denkende Subjekte in den Forschungsprozess mit einbezogen (in dieser Arbeit leider nicht möglich, wäre ein weiterer Forschungsschritt).
- Durch verschiedene Datenquellen (Triangulation) können Ergebnisse verglichen, in Bezug zueinander gesetzt und überprüft werden (Interview und Fragebogen).

3.3.1 Interviewleitfaden und Pretest

Auf Basis der Fragestellung und der Theorie wurde ein Interviewleitfaden erstellt. Dieser erfasst die wichtigsten Themenbereiche. Er besteht aus sechs Hauptfragen mit jeweils ein

bis drei möglichen Vertiefungsfragen und einer Abschlussfrage für Ergänzungen. Zusätzlich enthält er mögliche Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen für schwierige Situationen während des Interviews (Helfferich, 2005, S.91-92). Die Standardisierung ermöglicht eine gewisse Vergleichbarkeit der Antworten (Diekmann, 2005, S.446).

Um den Leitfaden zu überprüfen und als Übungsmöglichkeit für die Interviewerin wurde ein Pretest mit einer 75-jährigen Bekannten durchgeführt. Der Leitfaden stellte sich als geeignet heraus. Eine Frage wurde in der Folge angepasst, der Gesamtzeitrahmen und die Zeit für die einzelnen Fragen wurden reduziert. Der Interviewleitfaden ist im Anhang (unter 9.2) ersichtlich.

3.4 Fragebogen zum Kohärenzgefühl SOC

In diesem Kapitel wird der Kohärenzfragebogen mit seinen testtheoretischen Daten vorgestellt.

Zur Erfassung des Kohärenzgefühls entwickelte Antonovsky den 'Orientation to Life Questionnaire', der später zum Fragebogen 'Sense of Coherence Scale' umbenannt wurde (Singer & Bähler, 2007, S.19-37). Antonovsky wertete 51 Interviewprotokolle von Menschen mit schweren traumatischen Erlebnissen aus, welche trotz den widrigsten Lebensumständen und Belastungen gesund blieben und gut im Leben standen. Daraus entwickelte er die Fragen, welche vor allem die Grundhaltungen dieser Menschen gegenüber dem Leben selbst und ihrem Erleben erfassen. Es entstand der SOC-29 mit 29 Items und einer siebenstufigen Skala. Das Konstrukt 'Verstehbarkeit' wird über 11 Items erfasst, die 'Handhabbarkeit' über 10 Items und die 'Bedeutsamkeit/ Sinnhaftigkeit' über 8 Items. Antonovsky plädierte dafür, den Fragebogen zur Erfassung einer Grundhaltung einzusetzen und erachtete es daher nicht als sinnvoll, die einzelnen Konstrukte auszuwerten und zu interpretieren. Die Bearbeitungszeit für die Probanden beträgt 10 bis 15 Minuten.

Es gibt auch eine Kurzversion des Kohärenz-Fragebogens von Antonovsky mit 13 Items, den SOC-13. Zudem entstanden weitere Kohärenzfragebögen mit diversen Items und Skalierungen zu unterschiedlichen Schwerpunkten. In der vorliegenden Arbeit wurde der SOC-29 eingesetzt (siehe Anhang 9.3)

Die SOC-Skala erfüllt die testtheoretischen Anforderungen. Die Interne Konsistenz Cronbachs Alpha ist mit .82 bis .95 als gut bis sehr gut und die Retest-Reliabilität nach einer bis zwei Wochen mit .91 bis .92 als hoch einzustufen. Zum Nachweis der Konstrukt-Validität für das Konzept des Kohärenzgefühls wurden Vergleiche mit ähnlichen Skalen zur

Messung von Ängstlichkeit, Depressivität, negativer Affektivität und Neurotizismus durchgeführt. Hohe Korrelationen bestätigten die Vergleichbarkeit und somit die Validität des Konstrukts des Kohärenzgefühls, stellen gleichzeitig aber deren Eigenständigkeit in Frage. Das SOC ist in verschiedensten Ländern gebräuchlich, somit ein weit verbreitetes Konstrukt, zu dem viele Studien vorliegen. Es wurde vorwiegend als unabhängige Variable untersucht. Das Kohärenzgefühl weist eine hohe Übereinstimmung mit Indikatoren der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens auf, ebenso mit tiefem Stresserleben und mit einer hohen Lebensqualität.

3.5 Datenerhebung

Die Interviews zur Erhebung der Daten fanden wegen der eingeschränkten Mobilität der Befragten bei diesen zuhause statt, in einem Fall in einer Rehabilitationsinstitution. Zu Beginn der Gespräche wurde über den Ablauf und den zeitlichen Rahmen informiert. Die Probanden erhielten Informationen über den Datenschutz, das vertrauliche Behandeln und die Verarbeitung des Materials sowie über die Aufnahme des Gesprächs. Es wurde die Zusage für Direktzitate unter Wahrung der Anonymität eingeholt und es bestand die Möglichkeit, der Interviewerin Fragen zu stellen.

Als erstes wurden sozio-demographische Daten zu Alter, Zivilstand und Wohnsituation erhoben. Danach wurde das Interview durchgeführt. Zum Abschluss füllten die Probanden und Probandinnen den SOC-Fragebogen aus.

3.6 Datenauswertung

Im folgenden Kapitel werden die Methoden der Datenauswertung der Interviews sowie des Fragebogens beschrieben.

3.6.1 Transkription

Die auf schweizerdeutsch geführten Interviews wurden ins Schriftdeutsche übersetzt und wörtlich transkribiert. Spezifisch schweizerdeutsche Ausdrücke wurden belassen, um die Aussagekraft zu erhalten. Satzbaufehler wurden soweit behoben und der Stil so geglättet, dass keine Inhalte verloren gingen. Nonverbale Ereignisse wurden in den Fällen notiert, wo sie in direktem Zusammenhang mit verbalen Äusserungen standen. Die Gespräche wurden anonymisiert dokumentiert und können bei der Autorin eingesehen werden. Die Transkriptionsregeln sind im Anhang (9.5) ersichtlich.

3.6.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Die Interviews wurden nach der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002, S.114-123) ausgewertet. Nach dieser Methode wird das Material methodisch schrittweise analysiert. Der Text wird nach einem Categoriesystem bearbeitet, welches theoriegeleitet entsteht. Es werden Ankerbeispiele definiert und bei Unklarheiten Kodierregeln aufgestellt. Durch die strukturierende Inhaltsanalyse werden spezifische Themen, Inhalte oder bestimmte Aspekte herausgearbeitet.

Anhand der ersten Transkripte wurden nach den drei theoriegeleiteten Hauptkategorien 'Handlungsbezogene Copingstrategien', 'Kognitionsbezogene Copingstrategien' und 'Emotionsbezogene Copingstrategien' die Unterkategorien gebildet und diese mit Ankerbeispielen verdeutlicht. Die Zuteilung vor allem im kognitionsbezogenen Coping stellte sich als anspruchsvoll heraus. Bei der Auswertung jedes weiteren Transkripts zeigten sich neue Strategien. Diese wurden zur Erfassung der grossen interindividuellen Unterschiede als weitere Strategien aufgenommen. So entstanden unter den drei Hauptkategorien 29 Unterkategorien, welche im Anhang in einer Übersichtstabelle ersichtlich sind (unter 9.6).

3.6.3 Kohärenzfragebogen SOC-29

Der Fragebogen zur Erfassung des Kohärenzgefühls wurde anhand der Norm-Tabellen im 'Testhandbuch der deutschen Version der Sense of Coherence Scale' von Singer und Bähler (2007) ausgewertet. Die Normtabellen können im Anhang (9.4) eingesehen werden.

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Interviews und des Fragebogens aufgezeigt. Zuerst werden sie fallspezifisch dargelegt, da sich grosse interindividuelle Unterschiede in den Abläufen der Abgabe sowie im Erleben der Probanden zeigten. Die Tabellen zur Anzahl der Nennungen der einzelnen Strategien können im Anhang eingesehen werden (unter 9.7).

4.1 Fallspezifische Ergebnisse

4.1.1 Frau A.

Frau A. ist 86 Jahre alt, verwitwet und lebt in einem Altersheim in Zürich. Sie hat eine kaufmännische Ausbildung und arbeitete vor und nach der Familienphase als Buchhalterin. Frau A. hat erst mit 53 Jahren Auto fahren gelernt, da sie sich vor der Theorieprüfung geängstigt hatte. Das Auto hat sie regelmässig für Ausflüge und Urlaubsfahrten genutzt. Als ihr Mann krankheitshalber nicht mehr fahren konnte, fuhr sie ihn zu den Therapien und mit ihm zusammen in die Berge. In der Stadt benutzte sie das Auto kaum, auch im Winter liess sie es lieber in der Garage. Frau A. fuhr sehr gerne und betonte, dass sie von ihren Bekannten gelobt wurde für ihren korrekten und sicheren Fahrstil. Den Führerausweis gab sie freiwillig ab, was zur Zeit des Interviews vier Monate zurücklag.

Mit ihrem Mann hatte Frau A. erlebt, dass sie sich mit seinem zunehmenden Alter nicht mehr sicher fühlte, wenn er fuhr. Er sei von der Rechtsmedizin nie zu Fahreignungsabklärungen aufgeboten worden, was sie als ungerecht erlebte. Dies besprach sie mit ihm und ihren Söhnen. Frau A. vermutet, der eine Sohn habe seinen Vater beim Amt gemeldet. Bei der folgenden medizinischen Kontrolle äusserte Frau A. ihre Bedenken bezüglich der Fahrtauglichkeit ihres Mannes. Er erhielt jedoch keine Einschränkungen. Kurze Zeit später erlitt er einen Schlaganfall und musste in der Folge das Fahren aufgeben.

Als Prävention beschloss Frau A.: "Wenn ich 80 bin, nehme ich niemanden mehr ins Auto. Wenn etwas passiert, wenn mir etwas passieren sollte, ja, wenn ich nicht mal schuldig bin, dann bin ich doch die alte Tante, die noch Auto fahren muss. Die soll doch das Billett abgeben." Beim Umzug ins Altersheim machte sie noch viele Transportfahrten für ihre kleineren Güter. Als sie ihr Auto danach in die Garage des Altersheims fahren wollte, machten ihr das Tor und die engen Kurven grosse Probleme. Ein Angestellter habe sie beobachtet und habe daraufhin zu ihr gesagt: "Fahren Sie eigentlich lieber einen Menschen tot, als dass Sie das Billett abgeben? Sage ich: Nein. Ist also nicht gerade so nett, was Sie

mir jetzt sagen. Aber ich habe noch nie einen Unfall gehabt und ich werde mich auch bemühen. Aber das, das ist eine komische Kurve."

Auf ihren Ausfahrten bemerkte Frau A. zunehmende Sehprobleme, vor allem bei der Hell-Dunkel-Anpassung bei Tunnelfahrten. Sie erlebte einige gefährliche Situationen, worauf sie befand: "Nein, jetzt ist immer alles gut gegangen, jetzt gebe ich es auf. Es ist jetzt einfach doch an der Zeit." Eine Bekannte vom Altersheim bekundete das Interesse, ihr das Auto abzukaufen. Sie vereinbarten den Zeitpunkt der Übergabe. Den Führerausweis behielt sie, obwohl es für sie klar war, dass sie nicht mehr fahren wird. Sie wolle kein durchlöcherteres Billett, es sei einfach noch ein Andenken, sagte sie dazu. Dafür nehme sie die regelmässigen medizinischen Eignungsabklärungen in Kauf. Ebenso hat sie einen Schlüssel des Autos als Souvenir behalten. Der Moment der Schlüsselübergabe sei für sie sehr schlimm und sehr traurig gewesen.

Seither lebt Frau A. oft in ihren Erinnerungen und durchlebt ihre Ausflüge erneut in ihren Gedanken. Im Interview kommt sie bei jeder Gelegenheit auf die Ausflüge zu sprechen und erzählt von ihnen, als ob diese gestern stattgefunden hätten. Bei der Frage nach der Lebensqualität ohne Auto sagt sie:

"Ja, das ist natürlich schon ein Unterschied. Also, es war halt doch schön, wenn ich in die Garage konnte und da raus fahren und dann konnte ich ja immer hinten durch weg, oder... Das kann ich jetzt halt alles nicht mehr. Also, es kommt mir ab und zu in den Sinn: Dies kannst du nicht mehr, jenes kannst du nicht mehr. Und dann muss ich weg von diesen Gedanken."

Handlungsbezogenes Coping: Zur Aufrechterhaltung ihrer Mobilität benutzt Frau A. den öffentlichen Verkehr und freut sich über Ausfahrten mit ihrem Sohn. Für längere Fahrten nutzt sie das Rot-Kreuz-Auto. Im Fernsehen schaut sie sich Reiseberichte an. In den ersten Monaten nach der Abgabe hat sie die Zeitung des Touring-Clubs (TCS) weiter gelesen.

Im *kognitionsbezogenen Coping* steht neben der Problemanalyse das Leben in Erinnerungen an oberster Stelle. Ebenso instruiert Frau A. sich selber zu konstruktivem Verhalten, denkt präventiv, bestärkt sich selber und bewahrt sich ihre Autonomie. Bestärkungen von aussen, ein humorvoller Umgang sowie Ablenkung, Übertreiben und Sinngebung helfen ihr in der Bewältigung.

Beim *emotionsbezogenen Coping* steht die Trauer über den Verlust im Vordergrund. Ein Mal äussert sie Wut gegenüber der öffentlichen Meinung zu älteren Autolenkerinnen und Autolenkern während des Interviews.

Frau A. zeigt mit 120 und einem Prozentrang von 26 ein sehr niedriges *Kohärenzgefühl*, das Zweittiefste der Stichprobe.

4.1.2 Herr B.

Herr B. ist 82 Jahre alt und lebt alleine in einer Wohnung im eigenen Mehrfamilienhaus. Er hat einen eigenen Handwerksbetrieb, der zurzeit lahmgelegt ist auf Grund seiner körperlichen Angeschlagenheit infolge eines Sturzes ein Jahr vor dem Interviewtermin. Herr B. definiert sich vorwiegend über seinen Beruf sowie über sein Geschäft, das er gerne weiter betreiben möchte.

Herr B. hat mit 30 Jahren Auto fahren gelernt, weil er es zur Berufsausübung gebraucht habe. Privat nutzte er es für Transportfahrten und für Ausfahrten in Europa. Das Auto sei eine Erleichterung gewesen, wenn man sich bewegen wollte. Er sei aber nie ein Autofanatiker gewesen und 50 Jahre lang unfallfrei gefahren.

Nach Spital- und Rehabilitationsaufenthalten infolge des Sturzes wurde Herr B. von der Rechtsmedizin nach regulärem Turnus zur Eignungsabklärung aufgeboten, die er nicht bestand und daraufhin den Führerausweis abgeben musste. Er hat nach wie vor zwei angemeldete Autos in seiner Garage stehen und hofft, diese wieder fahren zu können. Herr B. hatte zwei Narkosen nach dem Sturz, die ihm seiner Einschätzung nach kognitiv sehr zugesetzt hätten. Da er Diabetiker sei und Insulin spritze, habe sein Hausarzt befunden, er müsse jährlich von der Rechtsmedizin auf seine Fahreignung überprüft werden. Im Nachhinein sagt Herr B., er hätte den Kontrolltermin verschieben müssen, da er zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht rehabilitiert gewesen sei. Herr B. erzählt sehr ausführlich von den einzelnen Tests des Mini-Mental-Status (zur Abklärung einer möglichen Demenz), bei denen er sich ungerecht behandelt gefühlt habe. Zur Aufforderung, einen Satz zu schreiben, erzählt er:

"Aber was, irgendetwas? Ich bin phantasiearm. Und auf alle Fälle, ich habe dann also eben nichts geschrieben. Natürlich, ich bin halt vielleicht ein wenig ein Bock."

Er sei altersbedingt sicher etwas verlangsamt und habe vielleicht gewisse Fehler gemacht, aber das seien keine genügenden Motive gewesen, um ihn an der Prüfung durchfallen zu lassen. Er habe angefangen zu opponieren, nicht auf dem Strassenverkehrsamt, aber sonst. Im Rahmen des *handlungsbezogenen Copings* tauscht sich Herr B. mit verschiedenen Menschen aus seinem Umfeld aus, auch mit Betroffenen und befreundeten Politikern. Er gelangt an Herrn Bleiker, der ihn berät. Er habe die medizinische Prüfung wiederholen wollen, die er sicher bestanden hätte, aber er sei einfach nicht so belastbar, als, dass er danach "mit drei so Knilchen im Auto" eine Kontrollfahrt psychisch gut verkraften würde. Herr B. schiebt den

Entscheid eines Rekurses vor sich her. Zur Kompensation der Mobilität benutzt Herr B. ungern den öffentlichen Verkehr und beklagt sich sehr darüber, dass er beruflich ohne Auto lahmgelegt sei. Sein Adoptivsohn fahre ihn ab und zu. Die Lebensqualitätseinbusse ohne Führerschein beschreibt er so:

"Ich bin damit alt geworden, und habe mir natürlich mein Alter anders vorgestellt, als dass ich da jetzt herumplatschen muss mit der Migros-Tasche....Soll ich sagen: Es ist, ich bin am Lebensende, es ist fertig? Ganz am Ende ist es noch nicht, aber ich bin natürlich einen Schritt zurück gefallen, jetzt, aber gewaltig sogar."

Beim *kognitionsbezogenen Coping* steht die Problemanalyse an oberster Stelle. Herr B. äussert sich zu gewissen Einflüssen des Alters auf seine Einbussen, jedoch weist er die Schuld für den Verlust des Führerausweises der Rechtsmedizin und genannten Politikern zu, welche die Alten von den Strassen weghaben wollten. Herr B. sucht Bestärkung von aussen, bestärkt sich selber und vergleicht mit früher und mit anderen. Er äussert sich mehrmals sarkastisch: "Also, ich bin ja studierter Handwerker und nicht mehr, und der ist Akademiker und 'schnorrt' solchen Quatsch. Das ist also psychologisch grundfalsch." Ebenso schreibt er den Umständen und seinem Körper die Verantwortung zu, zeigt Bestrebungen, sich die Autonomie zu bewahren und äussert sich mit Übertreibungen und Verallgemeinerungen. Je ein Mal instruiert er sich selber und denkt präventiv.

Im *emotionsbezogenen Coping* äussert Herr B. viel Ärger und Wut und hadert mit seiner Situation. Ebenso zeigt er Anzeichen von Resignation. Im Spital habe man ihm vorgehalten, er sei depressiv. Er lehnt eine Therapie ab, Psychologen seien für ihn ein rotes Tuch.

Beim Erstkontakt am Telefon ist Herr B. unsicher, ob er sich zu einem Gespräch bereit erklären solle, da ich ihm ja nicht helfen könne, den Führerausweis wieder zu erlangen. Er sagt aber dann nach längerem Abwägen doch zu. Im Interview verhält er sich anfangs zurückhaltend, erzählt aber bald ausführlich und detailliert. Während des Gespräches vergewissert er sich mehrmals, ob er es richtig mache und sucht nach unterstützender Bestätigung für sein Erleben und seine Einstellungen. Am Schluss bedankt er sich herzlich für das Gespräch.

Das *Kohärenzgefühl* mit einem Wert von 120 und einem Prozentrang von 19 fällt sehr niedrig aus; es ist das Tiefste der Stichprobe.

4.1.3 Frau C.

Frau C. ist 84 Jahre alt, verwitwet und lebt allein im eigenen Haus. Sie war Mittelschullehrerin und viele Jahre politisch aktiv. Frau C. lernte mit 27 Jahren Auto fahren

und benutzte es täglich, um zur Arbeit zu fahren. Ebenso fuhr sie mit ihm zu Sitzungen, zu Einkäufen und zu den Orten, wo sie ihre Hobbys ausübte. Sie fuhr gerne und sagt, für sie gehöre der Führerausweis zur Allgemeinbildung. Das Autofahren war für sie über all die Jahre eine Selbstverständlichkeit. Der Ausweisentzug liegt zur Zeit des Interviews zwei Jahre zurück. Dazu kam es nach einer anonymen Anzeige eines Polizisten in zivil, der sie während eines Parkmanövers in der Nähe einer unübersichtlichen Kreuzung beobachtete. Frau C. wurde nach der positiv verlaufenen medizinischen Abklärung zu einer Kontrollfahrt aufgeboten, welche sie nicht bestand.

Sie beschreibt den Umgang der Polizei allgemein und die Art und Weise des Polizisten, der sie anonym verzeigt hatte im Besonderen als sehr unanständig und als "Psychoterror". Für die Polizei sei es von vornherein klar gewesen, dass sie aus dem Verkehr gezogen werden müsse. Zum *handlungsbezogenen Coping* sagt sie: "Wir haben dann ein wenig gestritten." Sie habe keine Chance gehabt, den Führerausweis behalten zu können, was der Anwalt vom ACS (Auto-Club der Schweiz), den sie von Anfang an beigezogen hatte sowie der Ombudsmann nicht hätten verhindern können. Bei der Kontrollfahrt habe sie Fehler gemacht, aber der Druck sei enorm gewesen. Sie habe es dann halt hingenommen, weil sie die Kraft zum Weiterkämpfen nicht habe aufbringen können. Sie habe keine Chance gesehen, dass man gerecht mit ihr umgehe. Zumindest habe der Ombudsmann Folgendes erreicht: "Ich habe also gesagt, dass der, der mich angezeigt hatte, nicht mal sagen muss: Ich habe Sie angezeigt aus diesem und diesem Grund. Und dafür musste er sich dann verantworten. Er ist glaub ich selber vorgeladen worden, hat dann wohl zugegeben, dass das schon ein Fehler war." Nach dem Entzug des Führerausweises habe die Stadt ihr geschrieben, sie könne die Prüfung wiederholen, notfalls in einem anderen Kanton. Da habe sie gedacht: "Ihr habt auch ein gutes Gewissen."

Zur Kompensation der selbständigen Automobilität benutzt Frau C. regelmässig das Taxi: "Sofern Sie Mittel haben, das ist dann ja noch ein Glück. Ich meine, ich bringe es jetzt halt dem Taxi." Sie hat zudem eine Hausangestellte drei Mal die Woche, die sie mit dem Auto fährt, das Frau C. nach dem Führerausweisentzug behalten hat. Ihre Lebensqualität bezüglich der Mobilität schätzt sie ohne Führerausweis als gut ein, weil sie sich Taxi und Angestellte leisten kann. Sie fühlt sich jedoch weniger beweglich. Zur Frage, ob sie weniger unterwegs sei, meint sie: "Ja, nicht so viel weniger. Ich habe mir dann gesagt: Die 'verkacheln' mir den Lebensabend nicht. Da wäre ich ja blöd."

Bei den *kognitionsbezogenen Copingstrategien* steht für Frau C. die Wahrung ihrer eigenen Haltung im Vordergrund. Diese stützt sie über moralische Wertungen und Erleben von Genugtuung über die Folgen für die Verantwortlichen, und indem sie sich an die Regeln hält. Sie macht die Behörden verantwortlich für ihre Fehler bei der Kontrollfahrt und weist

den Umständen und ihrer körperlichen Verfassung die Schuld zu. Ebenso analysiert sie ihre Situation, vergleicht sich mit anderen und holt sich Bestärkung von aussen. Daneben zeigt sie im Interview folgende kognitionsbezogene Strategien: Übertreibung, Selbstbestärkung, Relativieren, Neuorientierung, Akzeptieren, Humor und Selbstinstruktion.

Bezüglich *emotionsbezogenem Coping* drückt Frau C. ihre Wut und ihre Resignation im Zusammenhang mit dem Umgang der Polizei mit ihr aus. Sie zeigt Anzeichen von Hadern in Bezug auf die hohen Kosten, die sie mit der Abklärung hatte und die sie auch in Zukunft mit dem Taxi und dem eigenen Auto haben wird.

Frau C. ist es im Interview ein Anliegen, das ihr Widerfahrere zu benennen und mit ihrer Aussage zur Forschungsarbeit beitragen zu können.

Das *Kohärenzgefühl* mit einem Wert von 175 und einem Prozentrang 91 zeigt einen sehr hohen Wert auf, insgesamt den Höchsten aller Befragten.

4.1.4 Ehepaar D.

Frau und Herr D. sind beide 82 Jahre alt und wohnen in einer zentral gelegenen Wohnung in einer Stadt. Frau D. war früher Verkäuferin, dann Familienfrau, Herr D. war Verkaufsleiter und im Medienbereich tätig. Frau D. lernte mit 24 Jahren Auto fahren, weil ihr Mann damals wegen des Militärdienstes abwesend war und sie ihre Eltern und Schwiegereltern besser mit dem Auto besuchen und versorgen konnte. Sie sei all die Jahre gerne Auto gefahren. Sie nutzte es auch für ihre Tätigkeit in einer Kommission. Wenn sie mit ihrem Mann unterwegs war, wechselten sie sich ab beim Fahren. Er sei grosszügig gewesen, meint sie im Interview lachend dazu.

Herr D. lernte im Alter von 19 Jahren Auto fahren, da er beim Militär gerne zu den Motorfahrern eingeteilt worden wäre. Dazu kam es nicht, doch hatte er seinen Führerschein. Später hat er das Auto beruflich viel und intensiv genutzt, da er im Aussendienst tätig war. Es sei zu einem Arbeitsinstrument geworden, mit dem er viele Erfahrung auch in bergigen Gebieten und bei Schnee und Kälte gesammelt habe. Er fuhr mit dem Auto zu den Sitzungen, die er in seiner lokalpolitischen Funktion besuchte. Mit der Familie seien sie jeweils in den Ferien nach Italien ans Meer gefahren oder ins Wallis in die Berge. Später machten sie zu zweit Ausflüge und fuhren innerhalb Europa in den Urlaub.

Herr und Frau D. haben im Jahre ihres 80. Geburtstages (18 Monate vor dem Zeitpunkt des Interviews) zusammen freiwillig ihre Führerausweise abgegeben. Als Auslöser für ihre

Entscheidung nennt Herr D. einen Tagesausflug, den sie mit der Bahn unternommen hatten. Sie waren ins Engadin gefahren und erlebten eine schöne Wanderung. Auf dem Nachhauseweg habe er gesagt: "Ich könnte es mir noch vorstellen, dass wir mehr mit der Bahn gingen anstatt mit dem Auto. Und irgendwie hat es dann ein Gespräch gegeben. Ja, wir könnten es abgeben. Aber also erst nach dem Achtzigsten." Ab diesem Zeitpunkt sei es zwischen ihnen ein Thema gewesen und es habe sich konkretisiert: "Aber wir haben es nie als eine grosse Not angeschaut." Frau D. ergänzt, sie habe bei älteren Menschen in ihrem Umfeld gesehen, dass es an der Zeit gewesen wäre, den Führerschein abzugeben. Es würde sich wohl niemand getrauen, dies anzusprechen. Ihr und ihrem Mann müsse das mal niemand sagen, sie würden es freiwillig und frühzeitig tun. Herr D. sagt dazu: "Es war auch die Überlegung dabei gewesen: Wir wissen ja gar nicht, wie wir uns entwickeln werden und wenn wir uns eigentlich so entwickeln, eben dass die Reaktion nicht mehr die gleiche ist und das stellt man vielleicht selber gar nicht fest, das stellen dann die anderen fest. Und dem kann man dann ausweichen, indem man sagt: So, fertig." Die Entscheidung hätten sie ohne Absprache mit Aussenstehenden gefällt. Ihre Kinder jedoch hätten diese begrüsst und ihnen dazu gratuliert.

Herr und Frau D. fuhren mit dem Auto nochmals in die Ferien nach Südtirol, nutzten es als Transportmittel, in dem sie sich mit dem Gepäck nicht beschränken mussten und genossen die Fahrten ein letztes Mal. Zurück versuchten sie das Auto zu verkaufen, was schnell und nach Herr D. "elegant" ging. Am Tag, an dem das Auto abgeholt wurde, schickten sie ihre Führerausweise ans Strassenverkehrsamt. Herr D. sagt zu diesem Moment: "Ich hatte Freude, weil ich fand, der Entschluss mache Sinn." Frau D. erzählt, auch für sie sei es gut gewesen, weil sie sich lange Zeit darauf vorbereitet habe. Bezüglich der Lebensqualität ohne Führerausweis sind sich beide einig: Es sei sehr gut, sie seien beide noch gut zu Fuss und mit dem öffentlichen Verkehr gehe es prima. Herr D. ergänzt, dass er etwas mehr voraus überlegen und planen müsse als vorher mit dem Auto.

Frau und Herr D. erzählen von einem Beinahe-Unfall wenige Tage vor der Abgabe. Frau D. habe ausserordentlich gut auf ein Fehlverhalten eines anderen Automobilisten reagiert und so einen schweren Unfall verhindert. Herr D. erzählt voller Bewunderung von der Reaktionsgeschwindigkeit seiner Frau und dass sie von den Fähigkeiten her den Ausweis nicht hätte abgeben müssen.

Frau D.

Beim *handlungsbezogenen Coping* kompensiert Frau D. den Verlust der Automobilität mit der Nutzung des öffentlichen Verkehrs. Zusammen mit ihrem Mann hat sie sich ein Generalabonnement angeschafft und sagt, sie seien wohl fast mehr unterwegs als früher.

Von ihren Kindern lässt sie sich ab und zu chauffieren. Mit ihrem Mann tauscht sie sich aus und sie handeln gemeinsam.

Im *kognitionsbezogenen Coping* ist der Humor wichtiger Bestandteil bei Frau D. Sie denkt präventiv, analysiert ihre Situation und bewahrt sich ihre Autonomie mit selbständigen Entscheidungen. Sie äussert sich akzeptierend zu ihrer Situation, vergleicht sich mit anderen und instruiert sich selber zu konstruktivem Denken und Handeln.

Zum *emotionsbezogenem Coping* erwähnt sie einen grundsätzlichen Optimismus. Zum Schluss des Interviews sagt sie: "Ich glaube, bei mir ist die Vernunft eher im Vordergrund. Ich regle die Dinge im Kopf, weniger über die Gefühle."

Das *Kohärenzgefühl* von Frau D. ist mit 151 und einem Prozentrang von 65 über dem Durchschnitt ihres Alters. Dieser Wert liegt von der Stichprobe her genau in der Mitte.

Herr D.

Im *handlungsbezogenen Coping* zeigt sich eine belastungsbezogene Aktivität (Lernen in Bezug auf den öffentlichen Verkehr) und der soziale Austausch. Herr D. kompensiert das Wegfallen der eigenen Automobilität mit dem öffentlichen Verkehr und mit zeitweiligem Transportdienst seiner Kinder.

Beim *kognitionsbezogenen Coping* zeigen sich bei Herrn D. vor allem das präventive Denken, die Problemanalyse und die Bestärkungen von aussen sowie der Humor. Herr D. äussert sich zum Sinn der Abgabe und zur Akzeptanz und benennt die Selbstbestärkung sowie die Bewahrung der Autonomie. Zu *emotionsbezogenen Copingstrategien* macht Herr D. keine Aussagen.

Das *Kohärenzgefühl* von Herrn D. ist mit 184 und einem Prozentrang von 81 sehr hoch und das Dritthöchste der Stichprobe.

4.1.5 Frau E.

Frau E. zählt 86 Jahre, ist verwitwet und lebt alleine in einer zentral gelegenen Wohnung. Sie führte zusammen mit ihrem Mann über viele Jahre ein eigenes Geschäft. Mit 40 Jahren hat sie Auto fahren gelernt, es viel für das Geschäft genutzt sowie privat für Transportfahrten und Ausflüge. In den letzten Jahren fuhr sie mit dem Auto in der näheren Umgebung zum Einkaufen, zur Kirche und zum Friedhof. Sie sei nie ein Autofan gewesen, sie sei gefahren, wenn es zu Fuss nicht machbar gewesen sei. Sie sei immer gerne und unfallfrei gefahren.

Dreieinhalb Jahre vor dem Interviewtermin bewegte sich das Auto von Frau E. selbständig auf einem Parkplatz, während sie auf einem Ausflug war. Als sie zurück kam, fand sie es gleich hinter einem anderen Auto stehend. Zusammen mit ihrer Kollegin habe sie keine Schäden an den beiden Autos gefunden. Sie räumt ein, dass sie eventuell die Handbremse nicht angezogen habe. Jedoch müsse jemand ihr Auto manipuliert haben, denn laut Augenzeugen sei es zunächst vier Stunden auf dem Platz gestanden, so wie sie es geparkt hatte. Am nächsten Morgen bekam Frau E. Besuch einer Polizistin, die ein Unfallprotokoll aufnahm. Diese habe sich frech verhalten, was ihr schlecht bekommen sei. Sie habe ja gar keinen Unfall verursacht. Mit Unterstützung eines Fahrlehrers ging Frau E. danach auf das Statthalteramt, um gegen das in ihren Augen falsche Protokoll Einsprache zu erheben. Ausserdem schrieb sie dem Chef der Polizistin einen Brief, um sich über deren Verhalten zu beschweren.

In der Zwischenzeit starb der Ehemann von Frau E. Weil ihr vom Statthalter abgeraten wurde, wegen des Unfallprotokolls eine gerichtliche Verhandlung zu verlangen, da diese das Prozedere in die Länge ziehen würde, unterschrieb sie das Protokoll. Auf Grund dessen wurde sie zu einer medizinischen Eignungsabklärung aufgeboten, die sie so kommentierte: "Ja, schlimm. Ja, eben wie ein "Tubel"! Ich habe zu ihm gesagt: Sie, ich bin nicht dement! Und das ist natürlich, es ist einfach falsch, wenn man sich wehren kann dort oben." Frau E. wurde zu einer Kontrollfahrt nach Winterthur aufgeboten, was sie als Zumutung bezeichnete für alte Leute. Für sie hätte die Fahrt in der ihr bekannten Umgebung stattfinden müssen. Frau E. bereitete sich mit dem Fahrlehrer vor und bestand mit dem Vorbehalt, dass sie nicht mehr Autobahn fahre.

Ab diesem Punkt werden die Aussagen des Interviews etwas konfus, so dass die Informationen aus den vielen vorliegenden Schreiben von Frau E. selber sowie aus den ärztlichen Gutachten einfließen, um den chronologischen Ablauf darstellen zu können. Eineinhalb Jahre später wurde Frau E. von der Rechtsmedizin zu einer zweiten medizinischen Abklärung aufgeboten. Bei dieser wie bei der folgenden Kontrollfahrt konnte sie die Termine nicht einhalten, da sie in den Ferien weilte, was laut ihren Angaben der Rechtsmedizin bekannt war. Sie erhielt zwei Rechnungen für das unentschuldigte Fernbleiben, welche sie nicht akzeptierte und retournierte. Bei der zweiten medizinischen Abklärung habe der Arzt der Rechtsmedizin das Gutachten ihres Hausarztes ignoriert. Dieses attestiert, dass die Kniearthrose sie zwar in alltäglichen Verrichtungen teilweise einschränke, nicht aber beim Führen eines Autos. Ebenso habe er das Attest ihres Augenarztes nicht akzeptiert. Der Arzt der Rechtsmedizin untersuchte sie ausführlich, auch ihre Augen, was ihr in Rechnung gestellt wurde. Frau E. fühlte sich wie "im Mittelalter, als die Herren von Zürich die Leute vom Land auch unterdrückten" (aus einem Brief an die Rechtsmedizin). Sie suchte in der Folge Hilfe bei Herrn Bleiker (siehe 2.1.4) und beim

Ombudsmann. Sie schrieb viele Briefe, in denen sie ihrem Gefühl der Unrechtbehandlung und der Wut Ausdruck verlieh. Vor allem bezeichnete sie die eingeforderten Kosten als ungerechtfertigt und war nicht bereit, diese zu bezahlen. In der Folge bekam Frau E. grosse Kreislaufprobleme. Ein Schwiegersohn bat sie, den Kampf für ihren Führerausweis zugunsten ihrer Gesundheit aufzugeben, was sie schliesslich beherzigte. Bezüglich der Rechnungen gab es weitere Briefe, bis Frau E. die Kosten für die nicht eingehaltenen Termine teilweise erlassen wurden. Die ganzen Abklärungen erstreckten sich über eine Dauer von drei Jahren.

Im *handlungsbezogenen Coping* zeigen sich neben der angeforderten fachlichen Hilfe viele belastungsbezogene Aktivitäten wie Briefe schreiben zu den finanziellen Forderungen und zum Umgang mit ihr. Frau E. kompensiert den selbständigen Mobilitätsverlust über den Fahrdienst der Gemeinde und die Nutzung des öffentlichen Verkehrs. Eine Bekannte fährt sie regelmässig zum Einkaufen, in die Kirche und zum Friedhof. Des Weiteren holt Frau E. zusätzliche Informationen ein.

Beim *kognitionsbezogenen Coping* machen die Schuldzuweisungen an die Polizei und an die Rechtsmedizin mit 28 Nennungen einen grossen Teil des Gespräches aus. Frau E. analysiert ihre Situation und bestärkt sich selbst oft wie sie auch Bestärkung von aussen sucht und bekommt. Sie wahrt sich ihre Haltung, indem sie sich an die Regeln hält, moralisch wertet und Genugtuung erlebt. Die Autonomiebewahrung nimmt einen wichtigen Stellenwert ein. Durch Selbstinstruktionen und einen humorvollen Umgang, über Vergleiche mit anderen und früher sowie Zuschreibungen an den Körper und die Umstände bewältigt Frau E. ihre Belastungen. Folgende Strategien wendet sie auch an: Verallgemeinerung, Bagatellisieren des eigenen Verschuldens, Neuorientierung und Halt im Glauben finden.

Im *emotionsbezogenen Coping* steht das Ausleben der Wut im Vordergrund. Frau E. zeigt Anzeichen von Hadern und Gewöhnung über die Zeit sowie einen grundsätzlichen Optimismus.

Im Interview kommt neben der Wut auch eine Zufriedenheit zum Ausdruck. Am Schluss des Gespräches fügt Frau E. an, dass der liebe Gott und das Gebet ihr sehr helfen würden. Sie halte den Blick auf die schönen Seiten des Lebens gerichtet, geniesse diese, vor allem auch die regelmässigen Opernhausbesuche.

Mit 154 und einem Prozentrang von 68 ist das *Kohärenzgefühl* von Frau E. das Viertbeste der Stichprobe und kann als hoch bezeichnet werden.

4.1.6 Herr F.

Herr F. ist 87 Jahre alt, verwitwet und lebt in einer festen Beziehung. Er wohnt mit seinem Hund in einer Wohnung, die einem Altersheim angegliedert ist. Er war Kaufmann und Verkaufschef und hatte später ein eigenes Geschäft.

Herr F. lernte mit 23 Jahren Auto fahren. Er bezeichnete das Auto als Teil seines Berufes, da er oft Kunden besuchte. Er sei "verwachsen" gewesen mit dem Auto. Privat fuhr er regelmässig zu seinem Ferienhaus im Tessin. Nach dem Tod seiner Frau liess er das zweite Auto beim Ferienhaus stehen, legte die lange Strecke mit der Bahn zurück oder fuhr mit einem seiner Kinder mit, "da ich doch mit dem fortgeschrittenen Alter um die 85 ab und zu mal die grosse Fahrt nicht machte".

Zwei Jahre vor dem Interviewtermin bekam Herr F. auf Grund einer anonymen Anzeige vom Strassenverkehrsamt ein Aufgebot zur Fahreignungsabklärung. Auf die Nachfrage bei der Regionalpolizei nach der Situation und nach seinem Fehlverhalten antwortete die Polizei, die Person habe dies nicht angegeben. Herr F. wurde sehr wütend darüber, dass eine Anzeige ohne konkrete Begründung möglich war. Nach der medizinischen Abklärung wurde Herr F. zu einer Kontrollfahrt aufgeboten. Darauf hatte er sich mit einem Fahrlehrer (*handlungsbezogenes Coping*) vorbereitet, der ihm beschied, er sei ein alter Routinier und würde die Kontrollfahrt bestens bestehen. Diese sei dann so verlaufen, dass der Experte nichts beanstanden können bis auf die Tempoüberschreitung nach einem Ende-Autobahn-Schild, als er nicht sofort runtergebremst habe, sondern das Auto habe ausfahren lassen. Es wurde ihm der Ausweis entzogen und auf die Frage nach einer Möglichkeit, diesen wieder zu erlangen, wurde ihm empfohlen, einen Lernfahrausweis zu bestellen und als Neulerner die Prüfung zu machen. Herr F. antwortete darauf:

"Sie sind ein fertiges Arschloch, habe ich gesagt. Ich war so wütend geworden (schlägt mit der Hand auf den Tisch). Ich hatte ihm das Billett schon nachge..., ich habe gesagt: Glauben Sie, ein 65-Jähriger mit einem Lernfahrausweis, der die Prüfung machen kommt, Sie würden diesen nicht durchfallen lassen können? Sagen Sie mir doch gleich, dass Sie mir das Billett abgenommen haben, weil ich so alt bin."

Handlungsbezogenes Coping: Ein befreundeter Anwalt, Spezialist für Verkehrsfragen, konnte Herrn F. nicht helfen und riet ihm, sich mit dem Ausweisentzug abzufinden. Der Anwalt habe seine Einschätzung mit der Aussage unterlegt, dass die Prüfungsexperten in S. kleine Herrgötter seien, gegen die sie keine Chance hätten. Den Verlust der selbständigen Mobilität kompensiert Herr F. mit Hilfe seiner Kinder, die ihn ab und zu fahren. Er benutzt das Taxi und die öffentlichen Verkehrsmittel und nimmt manchmal einen Lieferdienst in Anspruch. Er findet es mühsam und sagt: "Es ist schon eine Umstellung. Wir haben, haben es schön gehabt. Das ist jetzt schon anders, es ist monotoner geworden,

das Leben." Im Austausch mit Freunden sucht er Unterstützung und Solidarität und holt sich zusätzliche Informationen ein.

Im Bezug auf das *kognitionsbezogene Coping* durchdenkt und analysiert Herr F. seine Situation immer wieder: "Das ist einfach mit dem fortgeschrittenen Alter, da ist man vielleicht mehr auf das Auto angewiesen als vorher." Der Polizei und dem Strassenverkehrsamt weist er immer wieder die Schuld zu für seinen Verlust zu: "Einfach stur, wie diese Brüder sind." Sein Umfeld bestärkt ihn mehrfach. Er selber vergleicht sich des Öfteren mit anderen und mit früher, bestärkt sich selber und hat einen humorvollen Umgang. Ebenfalls zeigt er präventives Denken, orientiert sich neu und instruiert sich selber.

Bezüglich dem *emotionsbezogenen Coping* äussert Herr F. seine Wut mehrmals und mit deutlichen Worten:

"Und dann hat der Schafskopf - das ist ja so, sie schreiben, wenn man die Prüfung machen müsse, müsse man jemanden mitbringen, der den Fahrausweis habe. Ich hätte nicht mehr von S. nach Hause fahren dürfen, nach 62 Jahren Autofahren ohne Unfall (schlägt mit der Hand auf den Tisch)."

Herr F. hadert öfters mit seinem Verlust und gibt seiner Resignation wie auch seine Trauer Ausdruck. Am Schluss des Gespräches erwähnt er, dass seine optimistische Lebenseinstellung ihm immer geholfen habe.

Während des Interviews ist die Wut deutlich zu spüren, ebenso das Bemühen um Akzeptanz und Sinngebung, was sich jedoch in den Aussagen nicht erhärtet. Zum Fragebogen meint er: "Auf solche Fragen habe ich nichts."

Das *Kohärenzgefühl* ist mit 173 und einem Prozentrang 88 sehr hoch, das Zweithöchste der Stichprobe.

4.1.7 Herr G.

Herr G. ist 78 Jahre und lebt mit seiner Frau in einer Wohnung. Er ist Künstler und war Künstlerbetreuer mit einem eigenen Geschäft. Herr G. machte mit 28 Jahren den Führerschein und benutzte das Auto später täglich für seine Berufsausübung, um seine Kunden zu besuchen. Er fuhr grosse Strecken, auch im Ausland und genoss das Autofahren. Er sei nie ein Freund des öffentlichen Verkehrs gewesen, da man da keinen Raum für sich habe und nicht flexibel sei. Er bezeichnet das Auto als "dankbaren Freund, der einfach bereit war, wenn ich ihn gebraucht habe".

Dreieinhalb Jahre vor dem Gespräch hatte Herr G. in Zürich einen Unfall, bei dem er in einen Kandelaber fuhr. Der Polizist meinte damals bei der Vernehmung, Herr G. habe einen verwirrten Eindruck gemacht. Einige Wochen nach dem Unfall wurde er zur medizinischen Abklärung und danach zu einer Kontrollfahrt aufgeboten. Mit einem Fahrbegleiter bereitete er sich vor. Dieser habe ihm gesagt, man sehe seine Erfahrung, er fahre gut und werde die Prüfung bestens bestehen. Bei der Kontrollfahrt habe er gleich zu Beginn der Begegnung mit dem Fahrexperten gespürt, dass die Chemie nicht stimme. Auch eine junge Ärztin sei mitgefahren. Diese habe sich dann während der Fahrt versprochen, indem sie gesagt habe: Schon die Frau Doktor habe sich so geäußert, dass Herr G. gewisse Unsicherheiten an den Tag gelegt habe. Herr G. hat die Kontrollfahrt als "Show-Akt" erlebt. Er sagte, es sei schon vorher bei der medizinischen Abklärung entschieden worden, dass er das Billett abgeben müsse. Bei der Kontrollfahrt seien ihm völlig zu unrecht Dinge so ausgelegt worden, dass er eine Gefahr für den Verkehr sei.

Bezüglich *handlungsbezogenem Coping* sucht Herr G. Hilfe bei dem Fahrbegleiter, der ihn dann an Herrn Bleiker (siehe 2.1.4) weiter verweist. Dieser befasst sich mit seiner Situation und leitet ihn an den Ombudsmann weiter. Ausserdem holt Herr G. ein zweites medizinisches Gutachten bei einem Klinikchefarzt ein, der ihm seine Fahreignung bestätigt. Er sucht auch Unterstützung bei einem ehemaligen Auto-Partei-Politiker, der sich jedoch nicht zuständig fühlt. Dazu meinte Herr G.:

"'Quasi' wir (Uni) sagen, was richtig ist und wir sagen, was gilt. Es ist eine absolute, man könnte ruhig sagen, es ist eine Verschwörung gewesen. Und ich würde dem Herrn B. (Experte) sagen: Sie sind der traurigste Fink, der mir im Leben..."

Auch im sozialen Umfeld sucht sich Herr G. Hilfe und Zuspruch. Zur Kompensation des Verlustes der selbständigen Mobilität trägt seine Frau mit ihrem Auto viel bei, indem sie sich absprechen und Vorhaben kombinieren. Trotz Widerwillen benutzt er ab und zu die Bahn. Herr G. holt sich zusätzliche Informationen ein.

Beim *kognitionsbezogenen Coping* steht die Problemanalyse im Vordergrund. Herr G. sucht oft nach Bestärkung von aussen, vergleicht mit anderen oder früher und weisst die Schuld für seine Situation den Behörden sowie den Politikern zu. Aus Angst, seine Frau könnte den Führerausweis auch abgeben müsse, denkt und handelt er präventiv. Er instruiert sich selber zu konstruktivem Verhalten und kann seine Belastung im Vergleich zur gesamten Lebenssituation relativieren. Im Interview macht Herr G. Aussagen zur Akzeptanz der Situation und zu Selbstbestärkungen, äussert sich übertreibend, erzählt ablenkende Inhalte und zeigt einen humorvollen Umgang.

Im Bezug auf das *emotionsbezogene Coping* verleiht Herr G. seiner Wut Ausdruck, zeigt Anzeichen von Resignation sowie im Moment des Entzuges auch von Ohnmacht. "Bin wie gelähmt gewesen. Ja, da gibt es gewisse Leute, die man eben schonungsvoll behandelt. Die können noch Alkohol gehabt haben, können die Leute umfahren, es gibt böse Unfälle. Die brauchen dann manchmal drei und vier solche Vorkommnisse mit Personen und dann erst nimmt man ihnen das Billett weg." Die Zeit begrüsst er als Gewöhnungsfaktor.

Herr G. zeigt sich im Gespräch sehr lebhaft und mitteilend, erzählt viel von seiner Arbeit und kommt ins Philosophieren über Gott und die Welt. Er ist gerne bereit, Auskunft zu geben und bedankt sich ausführlich für das ihm entgegen gebrachte Interesse.

Mit einem Wert von 132 und einem Prozentrang von 34 reiht sich das *Kohärenzgefühl* von Herrn G. im unteren Drittel der Stichprobe ein.

4.1.8 Herr H.

Herr H. ist 82 Jahre alt, verwitwet und lebt alleine im eigenen Haus. Er betrieb eine eigene Autogarage mit mehreren Angestellten, die er vor Jahren verkaufte. Mit 20 Jahren lernte er Auto fahren, nutzte es für Transport- und Ausfahrten sowie für Ferienfahrten. Als Garagist war das Auto sein Berufsinhalt; er bezeichnet es als wichtigen Teil seines Lebens. Herr H. erlitt neun Monate vor dem Zeitpunkt des Interviews einen Schlaganfall. In der Folge gab ihm sein Hausarzt keine Zusage mehr für die Fahreignung, vor allem auf Grund der Einschränkung der Orientierung. Herr H. war darüber sehr traurig, akzeptierte es und schickte daraufhin seinen Führerausweis ein mit der Bemerkung "altershalber". Zur Abgabe sagte er:

"Natürlich war ich wütend, also ich bin enttäuscht gewesen. Es ist eben, das Leben ist für mich wie gesagt ein Tritt runter. Ganz sicher. Man hat Freiheiten aufgegeben. Blöd. Dabei ist es ja zu 90 Prozent, wo man das Auto benutzt hat, unnötig gewesen."

In der Vorabklärung für das Interview bezeichnet seine Tochter wie er selber die Abgabe als freiwillig. Im Gespräch meint er dazu, es sei eine bedingt freiwillige Entscheidung gewesen. Nach der klaren Ansage seines Arztes habe er es akzeptieren müssen. Er wolle nun nach all den Jahren des unfallfreien Fahrens nicht wegen eines Unfalls aus dem Verkehr gezogen werden. Seine Entscheidung wurde durch seine Einschätzung der zukünftigen guten Mobilität ohne eigenen Führerschein gestützt (*handlungsbezogenes Coping*). Das Auto schenkte er seiner Tochter, die im selben Ort lebt und ihn bei Bedarf fährt. Ebenso fahren ihn gleichaltrige Kolleginnen, was er sehr schätzen gelernt habe.

"...ich bin jetzt ein sehr entspannter Mitfahrer. Das konnte ich früher nicht. Da habe ich jeweils wieder gebremst, mitgebremst und gemacht, entsetzt geschaut und was weiss ich was. Blöd getan. Also, ich wünsche jedem Mann, dass er sich

ergibt, dass er es genießt. Dass er schaut und weiss, er muss nicht selber fahren auf den Strassen und alles. Ich fahre heute beglückt mit. "

Herr H. benützt wie früher schon öffentliche Verkehrsmittel, um in die Stadt zu gelangen.

Bei den *kognitionsbezogenen Copingstrategien* von Herrn H. zeigen sich mehrmals die Problemanalyse, das Akzeptieren und die Selbstinstruktion. Er stellt Vergleiche mit früher und anderen an, bestärkt sich selber, erhält Bestärkung von aussen, denkt voraus im Sinne der Prävention und der Neuorientierung und kann den Dingen einen Sinn zuschreiben. Er zeigt einen humorvollen und selbstironischen Umgang: "Ein alter dummer 'Knorrli'. Alterskurios. Man bekommt so blöde Gewohnheiten." Ebenso ist es ihm wichtig, sich seine Autonomie zu bewahren.

Im *emotionsbezogenen Coping* zeigt er Trauer und Bedauern. Er sieht in der Zeit den Vorteil, sich an die neue Situation gewöhnen zu können. Je ein Mal äussert er Wut und Gefühle des Haderns.

Das Interview findet in einem Kurhaus statt, wo Herr H. nach einem Sturz zur Rehabilitation weilt. Er spricht offen, direkt und zeigt starke Gefühle während des Gesprächs. Er ist humorvoll bis verschmitzt in seinen Antworten und äussert Interesse und Freude am Interview.

Das *Kohärenzgefühl* von Herrn H. liegt mit 144 und einem Prozentrang von 50 genau im Durchschnitt der Normtabelle. Im Bezug auf die Stichprobe liegt es am unteren Ende des mittleren Drittels.

4.2 Fallübergreifende Ergebnisse

Es folgt die Darstellung der fallübergreifenden Ergebnisse. Sie dienen als Grundlage für die Beantwortung der Fragestellung und die Beurteilung der Hypothese. Es wird unterschieden zwischen der freiwilligen und der verordneten Abgabe. Bei den ausgewerteten Kategorien wird zuerst eine Definition gegeben. Danach werden Ankerbeispiele angeführt. Die Tabellen mit den fallübergreifenden Ergebnissen sind im Anhang (unter 9.8/9.9) ersichtlich.

4.2.1 Handlungsbezogenes Coping

In dieser Kategorie werden die Aktivitäten aufgeführt, welche unmittelbar auf die Belastung folgen und welche die Bewältigung des Verlustes unterstützen.

Kompensation: Alle Handlungen und Leistungen, welche die Belastung erleichtern oder aufheben.

Ankerbeispiele: - Wir haben uns gleich das Generalabonnement genommen.
 - Ich nehme mir ein Taxi.

Die Kompensation des Verlustes der selbständigen Mobilität steht mit insgesamt 34 Nennungen im Vordergrund des handlungsbezogenen Copings. Es zeigt sich *kein Unterschied zwischen der freiwilligen und der verordneten Abgabe*. Folgende Kompensationsarten werden genannt: Öffentlicher Verkehr, Taxi, Angehörige und Bekannte als Fahrdienst, Lieferservice, Hausangestellte auch als Chauffeurin, Fahrdienst der Wohngemeinde, Rot-Kreuz-Fahrdienst, zu Fuss gehen, Fernsehen statt selber reisen, TCS-Zeitung lesen, insgesamt mehr unterwegs sein als vorher.

Fachliche Hilfe: Aktiv eingeholte fachliche Hilfe in Bezug auf die Belastung oder den Verlust.

Ankerbeispiele: - Ich habe mir einen Anwalt genommen.
 - Ich bin zum Ombudsmann gegangen.

Diese Strategie taucht *nur bei der verordneten Abgabe* auf. Sie wird 15-mal genannt, was ihre wichtige Bedeutung hervorhebt. Folgende fachliche Hilfe wird in Anspruch genommen: Anwälte, Fahrlehrer, Fahrbegleiter, Ombudsmann, Politiker, Ärzte.

Belastungsbezogene Aktivität: Alle Handlungen, die im direkten Bezug auf die Belastung erfolgen.

Ankerbeispiele: - Dann haben wir ein wenig gestritten.
 - Ich habe dann der Rechtsmedizin geschrieben.

Diese Art von Handlungen zeigt sich bei der *verordneten Abgabe 14-mal*, bei der *freiwilligen Abgabe nur zweimal*. Folgende belastungsbezogene Aktivitäten werden genannt: Briefe an Behörden schreiben, Rechnungen retournieren, Rechnungen sofort begleichen, sich bei der Polizei melden, mit den Behörden streiten, mit dem Prüfungsexperten verhandeln.

Sozialer Austausch/Solidarität: Mit Angehörigen/Freunden/Freundinnen zusammen Handlungsmöglichkeiten besprechen, Erleben teilen, sich verbünden und sich solidarisch zeigen.

Ankerbeispiele: - Wir haben zueinander gesagt: wir müssen...
 - Mancher hat gesagt: Dass du das akzeptierst?

Ergebnisse

Der soziale Austausch und die Solidarität zeigen sich bei den *verordneten Abgaben mit 7 Nennungen* als wichtige Bewältigungsform, bei der *freiwilligen Abgabe sind es 4 Nennungen*.

Sich informieren: Über zusätzliche Informationen sich eine bessere Ausgangslage schaffen.

Ankerbeispiele: - Ich wollte wissen, wann und wo dass ich unkorrekt gefahren bin.
 - Und das Büchlein, das ich von Herrn B. bekommen habe...

Diese Kategorie zeigt sich nur bei der *verordneten Abgabe mit 4 Nennungen*.

4.2.2 Kognitionsbezogenes Coping

Im kognitionsbezogenen Coping zeigen sich alle Strategien, bei welchen über intrapsychische Prozesse eine Emotionsregulation stattfindet. Dadurch kann laut Lazarus das Gefühl der subjektiven Kontrolle unterstützt und die Aufmerksamkeit auf positive Erlebnisse umgelenkt werden.

Problemanalyse: Sachliche Begründungen und Erklärungsversuche.

Ankerbeispiele: - Ja, ich bin langsamer, das ist altersbedingt.
 - Der Kopf ist noch besser dran als der ganze Korpus.

Alle Interviewten hinterfragen ihre eigene Situation laufend wie teilweise die Situation der älteren Verkehrsteilnehmer allgemein. Die Problemanalyse ist bei der *verordneten Abgabe mit 63* wie bei der *freiwilligen Abgabe mit 24 Nennungen* an erster Stelle.

Schuld zuweisen: Andere für die eigene Belastungssituation verantwortlich machen.

Ankerbeispiele: - Die haben einen Psychoterror mit mir betrieben.
 - Es ist einfach ein falsches Protokoll gewesen.

Die Schuldzuweisung an Andere gibt es nur bei der *verordneten Abgabe*. Sie ist mit *63 Nennungen* zusammen mit der Problemanalyse die am häufigsten genannte Strategie. Die Verantwortung für die eigene Situation wird der Polizei, der Rechtsmedizin, dem Strassenverkehrsamt, genannten Politikern, der Gesellschaft und den Medien zugewiesen.

Bestärkung von aussen: Über Bestärkungen von aussen eigenes Denken und Handeln stützen.

Ankerbeispiele: - Sogar mein Anwalt hat gesagt, dass...
 - Es bringt nichts. Und das sagt mir meine Frau auch ab und zu.

Auch diese Kategorie ist bei der *verordneten Abgabe mit 29 Äusserungen* stark vertreten. Bei der *freiwilligen Abgabe* sind es *5 Äusserungen* dazu. Bestärkung erhalten die Befragten von ihrem sozialen Umfeld, von Anwälten, von Fahrlehrern und Fahrbegleitern, von Politikern und von Ärzten und zusätzlich bei der freiwilligen Abgabe vom Strassenverkehrsamt.

Vergleich mit anderen/mit früher: Im Vergleich mit anderen oder mit früher die eigene Belastungssituation beurteilen.

Ankerbeispiele: - Dieser Anwalt hat solche Erfahrungen schon anderweitig gemacht.
 - ...weil wir auch schon bei anderen gesehen haben,...das wäre jetzt aber Zeit, dass sie aufhörten, Auto zu fahren...

Bei der *verordneten Abgabe* sind *22 Vergleiche* mit anderen oder mit früher genannt, wobei Vergleiche mit jungen Autolenkern, mit der Handhabung im Ausland, mit anderen Betroffenen, welche auch ohne Chance auf faire Behandlungen waren, mit Autolenkern, welche schlechter fahren als sie selbst und mit früher gemacht werden. Bei der *freiwilligen Abgabe* sind es *5 Vergleiche*. Hier wird mit Autolenkern, welche in ihren Augen besser nicht mehr fahren würden und mit sich selbst früher verglichen.

Selbstbestärkung: Über Bestärkungen des Selbst und der eigenen Fähigkeiten emotionales Erleben stützen.

Ankerbeispiele: - Ohne Unfall, das hat ja noch dazugehört.
 - Das ist für den furchtbar gewesen, wie ich mich wehren konnte.

Die Selbstbestärkung nimmt bei der *verordneten Abgabe* mit insgesamt *16 Nennungen* einen wichtigen Platz ein, bei der *freiwilligen Abgabe* sind es *7 Nennungen*. Es sind Äusserungen zu den eigenen Fahrqualitäten und Menschenkenntnissen und dazu, dass sie selbst sich wehren können und es gut machen.

Selbstinstruktion/Relativieren: Sich selber Anleitungen geben zum konstruktiven Umgang sowie die Belastungssituation in Bezug auf die Gesamtsituation beurteilen.

Ankerbeispiele: - Ich habe mir gesagt: Die verkacheln mir den Lebensabend nicht.
 - ...ein klares Denken, so jetzt kannst du es nicht mehr.
 - Ich habe ja das grosse Glück, dass meine Frau fahren kann.

Die Befragten instruieren sich selber zu folgendem Verhalten: Wut besänftigen, nicht in negativen Gefühlen hängen bleiben, kämpfen, akzeptieren, sich daran gewöhnen, einen guten Umgang lernen und positiv denken. Auch indem sie sich selbst gut zureden, relativieren die Betroffenen ihre Belastungssituation und rücken sich dadurch in ein

positiveres Licht. Bei der *verordneten Abgabe* sind es 15, bei der *freiwilligen Abgabe* 11 *Äusserungen* dazu.

Prävention: Denken und Handeln im Voraus, um antizipierte negative Folgen zu vermeiden.

Ankerbeispiele: - Es ist auch die Überlegung dabei gewesen: Wir wissen ja gar nicht, wie wir uns entwickeln werden.
 - Ich hätte nicht einen Unfall machen wollen und dann abgeben müssen. Das finde ich dann härter.

Prävention zeigt sich vor allem bei den Befragten *mit freiwilliger Abgabe mit 14 Nennungen*, indem auf mögliche zukünftige Unfälle oder einen eventuellen Führerausweisentzug Bezug genommen wird. Bei den Betroffenen *mit verordneter Abgabe (7 Nennungen)* zeigt sich präventives Verhalten, indem sie vor der Abgabe in Situationen wie bei Dunkelheit, bei schwierigen Strassenverhältnissen oder bei Autobahnfahrten auf das Fahren verzichten haben. Herr G. passt sein Verhalten so an, dass die Behörden nicht auf seine Frau und deren Führerausweis aufmerksam werden, mit dem Ziel, diesen nicht zu gefährden.

Haltung bewahren: Sich mit eigener Moralvorstellung über das Verhalten anderer stellen, Genugtuung verspüren über allfällige negative Folgen für die Betroffenen, sowie sich an implizite und explizite Regeln halten.

Ankerbeispiele: - Wenn mich einer rügt, soll er wenigstens dazu stehen.
 - Dafür musste er sich dann verantworten.
 - Ich hatte mich dann nicht dafür zu gehen.

Bei den Betroffenen *mit Ausweisentzug* benennen die beiden Frauen moralische Verfehlungen der Verantwortlichen (*18 Nennungen*), welche mit ihnen in der Auseinandersetzung zu tun haben: Beamte der Polizei, der Rechtsmedizin und des Strassenverkehrsamtes. Und sie äussern Genugtuung darüber, wenn diese für ihr Verhalten gerügt wurden. Dadurch können sie ihre Haltung wahren und sich ihre Würde erhalten.

Humor/Ironie: Über humorvollen und ironischen Umgang zur Belastung innere Distanz schaffen.

Ankerbeispiele: - (lacht) Wir haben uns nicht mal geärgert.
 - Beobachtung (lacht herzlich)

Sarkasmus: Durch abwertende und lächerlich machende Äusserungen innerlich Distanz schaffen.

Ankerbeispiele: - Und das ist ein Akademiker, der hat es also nicht weiter gebracht, als die anderen zu schikanieren, mit seinen Kenntnissen.

Humor und Ironie im Bezug auf die Abgabe des Führerausweises zeigen alle Befragten (*freiwillig 10, verordnet 7 Nennungen*) ausser Herr B., der sich *sarkastisch* äussert (*verordnet 4*).

Autonomie bewahren: Über selbständige Entscheidungen Autonomie aufrecht erhalten.

Ankerbeispiele: - Wir müssen selber entscheiden.
 - Da sind sie an der falschen Adresse bei mir. Psychologen sind für mich ein rotes Tuch.

Zwei der Betroffenen mit *verordneter Abgabe* bewahren sich ihre Autonomie, indem sie sich gegen Massnahmen vehement zur Wehr setzen und eigenständige Entscheidungen treffen (*7 Nennungen*). Die Befragten mit *freiwilliger Abgabe* (*ebenfalls 7 Nennungen*) bewahren sich ihre Autonomie über ihre selbständige Entscheidung, den Führerausweis abzugeben.

Akzeptieren: Den Verlust sowie die Situation annehmen und sich mit ihr konstruktiv arrangieren.

Ankerbeispiele: - Aber man lernt es eben. Es ist gar nicht so schwierig, ohne Auto zu leben.
 - Und ich habe dies einsehen müssen. Stimmt auch.

Das Akzeptieren der Tatsache, nicht mehr selber Auto zu fahren, zeigt sich bei den Befragten mit *freiwilliger Abgabe mit 10 Äusserungen*. Das Ehepaar D. tut sich leicht damit, Herr H. braucht einige Zeit und gute Erfahrungen dazu, Frau A. fällt es schwer. Durch die Betroffenen mit der *verordneten Abgabe werden 3 Äusserungen* gemacht, welche das Bemühen um Akzeptanz mit beinhalten und in denen sich die Akzeptanz schon in einem fortgeschrittenen Stadium zeigt.

Übertreiben/Bagatellisieren/Verallgemeinern: Durch übertriebene, bagatellisierende oder verallgemeinernde Darstellung eines Sachverhaltes eigenes Verschulden minimieren.

Ankerbeispiele: - Da können Sie jeden Tag einen anzeigen.
 - ...man könnte ruhig sagen, es sei eine Verschwörung gewesen.
 - ...dass man die Alten von der Strasse weghaben will.

Diese Strategien zeigen sich bei den Betroffenen mit *verordneter Abgabe mit 11 Nennungen* und nur *einmal bei den Befragten mit freiwilliger Abgabe*.

Dem Körper/den Umständen zuschreiben: Spaltung in Ich und Körper zur Entlastung sowie Verantwortlichmachen der Umstände für eigene Situation.

Ankerbeispiele: - Da ging es mir (körperlich) so schlecht.
 - Es war schon dunkel.

Ergebnisse

Bei den Betroffenen mit *Ausweisenzug* zeigt sich das Denken, dem eigenen Körper oder den ungünstigen Rahmenbedingungen die Verantwortung zuzuschreiben mit *9 Nennungen*. In ihrer Wahrnehmung haben diese Umstände und nicht sie selbst bewirkt, dass es zu der Belastungssituation gekommen ist.

Neuorientierung: Das Überdenken neuer möglicher Handlungsweisen.

Ankerbeispiele: - Ich habe gedacht, das Taxi hat auch Freude.
 - Das Wissen, dass ich trotzdem mobil bleibe ...

Das in Betracht ziehen von neuen Möglichkeiten der Bewältigung zeigt sich sowohl bei den *Freiwilligen* wie bei den Betroffenen *mit verordneten Abgabe* mit *je 4 Nennungen*.

In Erinnerung leben: Über Erinnerungen erneutes Erleben und dadurch Gefühle der Trauer über den Verlust abschwächen.

Ankerbeispiele: - Ja, ich lebe schon noch etwas in diesen Erinnerungen.

Frau A. (*freiwillige Abgabe, 5 Nennungen*) erzählt ausführlich aus ihren Erinnerungen und durchlebt dadurch ihre Ausfahrten aufs Neue.

Sinngebung/Religiosität: Der Situation und dem eigenen Denken und Handeln im Bezug auf das eigene Leben Sinn geben/Halt im religiösen Glauben finden.

Ankerbeispiele: - Habe irgendwie Freude gehabt über den Entschluss. Weil ich fand, er mache Sinn.
 - Der Glaube und das Gebet helfen mir.

Die *freiwillige Aufgabe* des Autofahrens ist für die Befragten in ihrer Lebenssituation mehrheitlich sinnvoll und passend (*5 Nennungen*). *Eine Äusserung* zur Religion als Stütze macht eine Betroffene mit *verordneter Abgabe*.

Ablenkung/Vermeidung: Sich gedanklich und im Mitteilen mit Inhalten beschäftigen, die von belastendem Erleben ablenken und Verhalten, das ungute Gefühle vermeidet.

Ankerbeispiele: - Also, das ist nichts. Ich war da oben zur Rehabilitation, bin aber weggelaufen. Also die Leute, die dort waren, waren gut, haben sich bemüht, aber die ganze Organisation ist ein 'Schmarren'!

Ablenkendes und vermeidendes Verhalten zeigt sich bei den Befragten mit *verordneter Abgabe zwei Mal, eine Äusserung* in diesem Sinne gibt es bei den *Freiwilligen*.

4.2.3 Emotionsbezogenes Coping

In dieser Kategorie werden die Strategien des Erlebens sowie des Ausdrucks der Gefühle und Stimmungen in Bezug auf die Belastung erfasst.

Wut/Ärger ausleben: Dem Gefühl der Wut und des Ärgers Ausdruck verleihen.

Ankerbeispiele: - Ich bin erst mal wahnsinnig wütend geworden.
 - Beobachtung: (schlägt mit der Hand auf den Tisch)

Wut und Ärger sind bei den Befragten mit *verordneter Abgabe mit 35 Äusserungen* ein grosser Teil der Gespräche. Die Wut ist vorwiegend auf die Verantwortlichen der Ämter gerichtet: die Polizei, die Rechtsmedizin, das Strassenverkehrsamt, ein Spital und eine Rehabilitationsinstitution sowie auf sich selbst. Ärger kommt auch zur Sprache gegenüber der öffentlichen Meinung über 'die Alten im Verkehr'.

Bei den Interviewten mit *freiwilliger Abgabe* äussert sich Herr H. zur Eröffnung seines Arztes, dass er seine medizinische Zusage nicht mehr erhalte: "Natürlich war ich wütend, also ich war enttäuscht." Frau A. ärgert sich über die öffentliche Meinung bezüglich der 'Alten auf der Strasse'.

Hadern: Sich mit der Belastungssituation unversöhnlich geben.

Ankerbeispiele: - Ja, das ist mühsam.
 - Aber das ist natürlich ein Luxus, wahnsinnig.
 - Blöder könnte es einem nicht gehen.

Gefühle des Haderns werden bei den Befragten mit *verordneter Abgabe 12-mal* geäussert. Die Umstellung auf den öffentlichen Verkehr, die hohen Kosten, das Unversöhnliche gegenüber den Behörden und sich selbst gegenüber kommen hier zur Sprache. Bei der *freiwilligen Abgabe* hadert nur Herr H. kurzzeitig in der Situation des Einsendens seines Ausweises.

Trauern/Bedauern: Das Ausleben der Trauer und des Bedauerns über den Verlust.

Ankerbeispiele: - Jetzt, wo ich noch mehr behindert bin beim Gehen, jetzt tut es mir eigentlich noch mehr leid.
 - Ich habe es begriffen, mit Schmerzen, aber eben, es ist eine ganz blöde Situation.

Die Gefühle der Trauer und des Bedauerns werden fast ausschliesslich von den Befragten mit *freiwilliger Abgabe (9-mal)* ausgedrückt: Herr H. und Frau A. benennen die Trauer über

den Verlust der Möglichkeit, eigenständig mobil sein zu können, darüber, dass sie das Auto weggeben müssen, dass sie sich umstellen müssen und über die Einbusse von Lebensqualität.

Eine Nennung von Herrn F. *bei der verordneten Abgabe* ist die Ausnahme: "Das ist eine kurze Geschichte, aber eine traurige. Mich hat das lange sehr geplatzt."

Resignation/Ohnmacht: Den Kampf aufgeben und sich der Situation leidend hingeben sowie umfassende Handlungsunfähigkeit.

Ankerbeispiele: - Ich habe mich dann also nicht mehr gewehrt.
 - Ab einem gewissen Alter bringen Sie das nicht mehr hin.

Resignation/Ohnmacht wird nur von den Interviewten *mit verordneter Abgabe* ausgedrückt. Sie kommt im Zusammenhang mit dem Erleben von ungerechter Behandlung und der fehlenden Einflussnahme auf den Entzug gegenüber den Behörden wie der Gesellschaft zur Sprache. Herr G. dazu: "Aber ich musste mir sagen, dir ist alles negativ ausgelegt worden. Und ich will mit dieser Gesellschaft nichts mehr zu tun haben." Ebenso werden Gefühle der Resignation gegenüber den Auswirkungen des fortschreitenden Alters geäußert.

Gewöhnung: Emotionale Beruhigung über die Zeit und die Übung.

Ankerbeispiele: - Jetzt habe ich mich gewöhnt.
 - ...irgendwie der Faktor Zeit hat dann schon auch geholfen.

Die Gewöhnung wird *4-mal bei den Befragten der verordneten* und *2-mal bei denen der freiwilligen Abgabe* genannt. Sie kommt bei Herrn G. und Frau E. zur Sprache, bei denen die Abgabe beziehungsweise der Beginn des Verfahrens schon drei Jahre zurück liegt, ebenso bei Herrn H., der von sich sagt, dass er sich schnell umstellen kann. Bei ihm liegt die Abgabe erst 9 Monate zurück.

Optimismus: Positive Grundstimmung, welche das ganze Erleben beeinflusst.

Ankerbeispiel: - Ich bin nie pessimistisch gewesen, sondern sehe die schönen
 Seiten des Lebens, genieße diese...

Optimismus zeigen Frau E., Frau D. und Herr F., die sich alle zum Ende des Interviews hin dazu äußern.

Herr D. macht keine Angaben zu emotionsbezogenen Copingstrategien.

4.2.4 Ergebnisse des Kohärenzfragebogens SOC-29

Die Auswertung des SOC-Fragebogens ergibt folgende Werte:

	Frau A.	Herr B.	Frau C.	Frau D.	Herr D.	Frau E.	Herr F.	Herr G.	Herr H.
SOC	120	120	175	151	164	154	173	132	144
PR	26	19	91	65	81	68	88	34	50

Tabelle 3: Ergebnisse des Kohärenzfragebogens SOC-29

Der Mittelwert aller Befragten liegt bei 148, wobei der niedrigste Wert bei 120 und der höchste bei 175 liegt. Auf Grund der unterschiedlichen Normwerte für die Geschlechter ist der Vergleich über die Prozentränge aussagekräftiger. Der Mittelwert der befragten Männer beträgt 146, was einem Prozentrang von 53 entspricht. Der Mittelwert der Frauen fällt mit 150 und einem Prozentrang von 64 einiges höher aus. Dies ergibt einen durchschnittlichen Prozentrang von 58 für die Gesamtstichprobe.

Vergleicht man die Werte der Befragten mit der freiwilligen Führerausweisabgabe mit einem durchschnittlichen Prozentrang von 55 (wobei der tiefste bei 26 und der höchste bei 81 liegt) mit den Werten der Befragten mit verordneter Abgabe mit einem durchschnittlichen Prozentrang von 60 (tiefster 19, höchster 91), so zeigen hier die Befragten mit verordneter Abgabe einen um 5 höheren Wert. Insgesamt zeigen sich bei beiden Kategorien sehr grosse interindividuelle Unterschiede.

5 Diskussion

Im Folgenden werden die Inhalte des Theorieteils zusammengefasst dargestellt. Die Fragestellungen werden beantwortet und die Arbeitshypothese beurteilt. Danach werden die Ergebnisse interpretiert, diskutiert und es wird ein Fazit erstellt. Die kritische Betrachtung der angewandten Methodik und ein Ausblick runden den Diskussionsteil ab.

5.1 Zusammenfassung der Theorie

Das Auto als Mobilitätsfaktor nimmt in unserer Gesellschaft einen bedeutenden Stellenwert ein. Gerade für ältere Menschen ermöglicht das eigene Auto eine selbständige und aktive Gestaltung des Alltags. Auf Grund von altersbedingten Leistungseinbussen und vermehrten Einflüssen von Krankheiten im fortgeschrittenen Alter stellt sich die Frage nach dem richtigen Zeitpunkt der Aufgabe des Führens eines Autos. Das Thema der älteren Autolenkerinnen und -lenker als Unfallverursacher erhält in den Medien einen prominenten Platz und wird auch auf politischer Ebene diskutiert. Die Fahreignung muss laut Gesetz ab dem 70. Altersjahr alle zwei Jahre medizinisch geprüft werden. In der Folge kann eine Kontrollfahrt zur Überprüfung der Fahrkompetenz angeordnet werden.

Die Mobilität ist also ein wichtiger Faktor in der Einschätzung der Lebensqualität. Gerontologische Forschungen kamen zum Schluss, dass physische Einschränkungen im Alter sich nicht automatisch direkt auf die Lebensqualität niederschlagen. Vielmehr zeigen sich zum Beispiel Kontroll- und Selbstwirksamkeitserwartungen als bestimmende Grössen, um sich das Leben bestmöglich gestalten zu können, so dass Lebensqualität erhalten werden kann. Es wird davon ausgegangen, dass ältere Menschen grosse psychische Anpassungsleistungen erbringen, um veränderte Lebenssituationen zu meistern.

Antonovskys Modell der Salutogenese mit dem Kohärenzgefühl postuliert eine dynamische Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit. Es gehe darum, das eigene Befinden auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum einzuschätzen und dies immer wieder anzupassen. Gesundheit sei das Resultat einer stetigen Auseinandersetzung mit sich und der Umwelt und müsse laufend neu hergestellt werden. Antonovsky legt den Fokus auf die Faktoren, welche die Gesundheit erhalten und auf das Potential sowie die Ressourcen der Menschen. Um stressreiche Lebenssituationen gut meistern zu können, sind verschiedenste Widerstandsressourcen (GRR) notwendig, welche die Integration der vorliegenden Störung unterstützen. Antonovsky entwickelte das Konstrukt des Kohärenzgefühls (SOC), welches sich über die Lebensspanne entwickelt und die Grundorientierung im Leben eines Menschen darstellt. Über die drei Komponenten 'Verstehbarkeit' (der Stressor kann klar erfasst und eingeordnet werden), 'Handhabbarkeit' (die Anforderungen werden als zu

bewältigen eingestuft) und 'Bedeutsamkeit' (Herausforderungen werden als sinnvoll beurteilt) werden stressreiche Anforderungen angegangen und es wird die bestmögliche Bewältigung angestrebt.

Zur Erfassung des Kohärenzgefühls wurden verschiedene Fragebogen entwickelt, welche weltweit eingesetzt werden. Das Kohärenzgefühl zeigt hohe Korrelationen mit anderen Konstrukten wie Selbstwirksamkeitserwartungen oder Selbstwert und kann daher in seiner Eigenständigkeit in Frage gestellt werden. Auf Grund des konsequenten Blickwinkels auf die Ressourcen zeigt es sich jedoch gerade in der Gerontologie als wertvolles Konzept.

Bei stressvollen Situationen laufen vielfältige Prozesse ab. Über sich ständig verändernde kognitive und verhaltensmässige Bemühungen versucht der Mensch, Anforderungen in Bezug auf die individuellen Bedürfnisse bestmöglich zu bewältigen. Diese Prozesse werden Copingprozesse genannt. Lazarus bezeichnet in seinem transaktionalen Stressmodell die zu bewältigende Situation als wechselseitigen Prozess zwischen Person und Umwelt. Über kognitive Bewertungsprozesse findet problem- und emotionsorientiertes Coping statt. Im Modell der Selektion, Optimierung und Kompensation SOK geht es um die Verbesserung des Verhältnisses von Verlust und Gewinn. Des Weiteren sind Kontroll- und Selbstwirksamkeitserwartungen bestimmende Faktoren in der Bewältigung von aussergewöhnlichen Anforderungen. Sie beeinflussen in erheblichem Masse die Strategie, welche gewählt wird. So kann zum Beispiel eine aktive oder eine passive, eine lösungsorientierte oder eine vermeidende Vorgehensweise im Vordergrund stehen. Bei der Assimilation und der Akkomodation zeigt sich, welche Ziele in der Bewältigung verfolgt werden. Oft zeigt sich anfangs assimilatorisches Verhalten, bei dem die bestehenden Ziele über eine veränderte Strategie weiter verfolgt werden. Bei akkomodativem Verhalten passen die Betroffenen aufgrund einer längerfristigen Nichterreicherung der alten Ziele und eingetretener Frustrationsgefühle ihre Ziele an, um nicht krank zu werden.

Die Ressourcen zur Bewältigung sind oft vielfältig: Personal-psychische Ressourcen sind Persönlichkeitsmerkmale und Handlungskompetenzen, sozial-interpersonale Ressourcen beinhalten die Bindungen und das soziale Umfeld. Des Weiteren haben körperlich-konstitutionelle, sozio-kulturelle und materielle Ressourcen einen grossen Einfluss auf die Wahl der Copingstrategien, also auf die Art und Weise des Vorgehens oder des inneren Plans zur Herangehensweise. Zur Klassifikation von Copingstrategien gibt es keine einheitlichen Begriffe und Systeme. Weitere Bezeichnungen sind 'Bewältigungsformen' oder 'Stressmanagement'. In dieser Arbeit werden die erfassten Verhaltensweisen in die folgenden Kategorien eingeteilt: 'Handlungsbezogenes Coping', 'Kognitionsbezogenes Coping' und 'Emotionsbezogenes Coping'.

Coping im Alter bedeutet oft, eine neue Balance zu finden unter unwiderruflich veränderten Bedingungen, welche durch Verluste und Einschränkungen hervorgerufen werden. In der Forschungsliteratur zu den Bewältigungsstrategien im Alter zeigen sich vor allem grosse interindividuelle Unterschiede. Als günstig erweisen sich die Strategien, bei welchen der Fokus auf die Ressourcen verändert werden kann und somit über eine innere Akzeptanz das Gefühl der Kontrolle und der Selbstwirksamkeit aufrecht erhalten wird.

5.2 Interpretation der Ergebnisse

Diese Arbeit stellt die Frage nach den Copingstrategien, welche ältere Menschen bei der Abgabe des Führerausweises anwenden. Es interessieren die Unterschiede der Strategien zwischen freiwilliger und verordneter Abgabe. Hierzu wurden vier Interviews mit Frauen und Männern im Alter von 82 bis 86 Jahren durchgeführt, welche freiwillig den Führerausweis abgegeben haben, sowie fünf Interviews mit Frauen und Männern zwischen 78 und 88 Jahren, die den Ausweis auf Grund einer nicht bestandenen medizinischen Eignungsabklärung oder einer ungenügenden Fahrkompetenz abgeben mussten. Des Weiteren interessiert das Kohärenzgefühl und ob sich ein Unterschied zeigt in dessen Ausprägung zwischen den Befragten mit freiwilliger und den Betroffenen mit verordneter Abgabe.

5.2.1 Handlungsbezogenes Coping

Bei den handlungsbezogenen Copingstrategien werden insgesamt fünf verschiedene Handlungsformen ermittelt. Die *Kompensation* des Verlustes der selbständigen Mobilität mit dem Auto zeigt sich bei beiden Gruppen ausgeglichen. Hingegen kommen *grosse interindividuelle Unterschiede* bezüglich Nutzung des öffentlichen Verkehrs und von Taxis zutage. Die Inanspruchnahme der Angebote von Wohngemeinden, Institutionen und von Transportdiensten des sozialen Umfeldes ist sehr unterschiedlich. Hier wird einerseits die *finanzielle Situation* massgebend sein, andererseits schlagen sich Unterschiede in den *Möglichkeiten des sozialen Netzwerkes* und bezüglich der *persönlichen Vorlieben* nieder.

Fachliche Hilfe wird nur von den Betroffenen mit *verordneter Abgabe* genutzt, jedoch in umfangreichem Ausmass. Es werden Anwälte, Ärzte, Fahrlehrer, der Ombudsmann sowie Politiker beigezogen. Ebenso werden von den Befragten mit Ausweisentzug *belastungsbezogene Aktivitäten* wie 'Briefe schreiben' und 'mit Behörden streiten' in einem ähnlichen Rahmen kommuniziert. Hier kommt das starke Bedürfnis zum Ausdruck, *aktiv und mit professioneller Unterstützung* dem Verlust entgegenzuwirken, ihn aufzuheben oder seine Folgen zu minimieren. Das Verlangen nach weiterführenden *Informationen* wird in kleinem Rahmen befriedigt. Ein Befragter erzählt von den verschiedenen Bedürfnissen nach aktivem

Handeln und Hilfestellungen, die er jedoch nur im sozialen Umfeld umsetzt. Der soziale Austausch und Solidaritätsbekundungen mit anderen Betroffenen werden von allen Befragten genutzt, scheinen aber im Vergleich zu aktiven Handlungen zweitrangig zu sein. Somit stützt dieses Resultat die Aussagen der zitierten Studien, dass die *soziale Unterstützung* zwar genutzt wird, jedoch nicht im Vordergrund steht.

In Bezug auf *Assimilation und Akkomodation* zeigen sich bei den Betroffenen mit *verordneter Abgabe* Phasen von ein bis drei Jahren, die geprägt sind vom Bemühen, an den bisherigen Zielen festzuhalten und den in ihren Augen ungerechtfertigten Verlust rückgängig zu machen. Bei drei Befragten stellt sich das *soziale Umfeld* beim Umstellen auf *akkomodatives Verhalten* als wichtig heraus. Einer Befragten scheint vor allem dank ihrer *guten finanziellen Situation* die Umstellung zufriedenstellend zu gelingen. Ein Betroffener bewegt sich nach dem Zeitraum eines Jahr weiterhin im Prozess der *Assimilation* und äussert depressive Symptome. Bei ihm stand der Entzug des Führerausweises im Zusammenhang mit dem Verlust der Arbeit und der Stilllegung des eigenen Geschäfts.

5.2.2 Kognitionsbezogenes Coping

Die kognitionsbezogenen Copingstrategien machen mit insgesamt mehr als doppelt so vielen Nennungen wie die handlungs- und emotionsbezogenen Strategien zusammen klar die grösste Gruppe aus. Beim kognitionsbezogenen Coping zeigen sich sehr viele unterschiedliche Strategien. Dies zeigt einerseits die breite Palette möglicher kognitiver Prozesse, andererseits weist es auf eine grosse Individualität der intrapsychischen Prozesse hin, welche in der Bewältigung von Verlusten und Krisen angewandt werden. Es werden sowohl *bei der freiwilligen wie bei der verordneten Abgabe* folgende Strategien nur von ein oder zwei Personen genannt: *'in Erinnerung leben'*, *'Sarkasmus'*, *'Haltung wahren'*, *'Religiosität'*. Dies unterstreicht die in der Theorie beschriebenen Studienresultate der *grossen interindividuellen Unterschiede*. Es kann angenommen werden, dass mit zunehmender Anzahl gelebter Jahre und Lebenserfahrung die Unterschiede im Umgang mit kritischen Lebensereignissen zunehmen. Ältere Menschen haben ihren *eigenen Copingstil* entwickelt und über die Jahre gelernt, welche Strategien mit dem *persönlichen Potential* zur bestmöglichen emotionalen Entlastung führen.

Sowohl bei den Befragten *mit der freiwilligen wie mit der verordneten Abgabe* zeigen sich mehrheitlich *aktive kognitive Strategien* wie die *Problemanalyse* (die meistgenannte Kategorie bei den Freiwilligen wie bei den Verordneten), die *Schuldzuweisung* (nur beim Entzug), die Suche nach *Bestärkung von aussen* wie die *Selbstbestärkung* und die *Selbstinstruktion*. Hingegen werden wenig vermeidende Strategien wie *Verleugnen*, *Ablenken* oder *Abwehren* mitgeteilt. Einzig Herr B. zeigt über seine *sarkastischen* Äusserungen und die fehlende Umsetzung der

Auflehnung gegen den Entzug bei den Behörden nach einem Jahr noch einen *assimilativen Umgang*. Seine *depressiven Symptome* stützen die These, dass ein längerfristiges Festhalten an den ursprünglichen Zielen und die fehlende Umstellung auf *akkomodatives Denken und Handeln* sich ungünstig auf die Lebensqualität auswirken. Alle anderen Befragten scheinen einen für sie günstigen Zeitpunkt für diese Umstellung gewählt zu haben. Die Anpassung ihrer Ziele scheint ihnen im grossen Ganzen gelungen zu sein.

Die *Bildung*, welche sich indirekt vor allem über die *Problemanalyse* und die *Selbstinstruktion* und als Folge davon in der *Akzeptanz* des Verlustes niederschlägt, zeigt sich als günstige Voraussetzung für die *Verstehbarkeit*. Der *humorvolle Umgang* auch mit kritischen Lebensereignissen, den die Befragten mehrheitlich zeigen, kann dahingehend interpretiert werden, dass er zu einer gewissen *inneren Distanz* und somit zu einer *emotionalen Entlastung* verhilft, was den Erhalt oder die Wiedererlangung der Lebensqualität unterstützt (im Gegensatz zu einem sarkastische Umgang, siehe oben).

Verordnete Abgabe

Mit den aktiven Copingstrategien, insbesondere mit der fatalistisch externalen *Schuldzuweisung an andere* stützen die Betroffenen ihre *Kontrollüberzeugungen*. Darauf weisen ebenso die Strategien *Übertreiben/Bagatellisieren/Verallgemeinern* sowie *dem Körper/den Umständen zuschreiben* hin. Die vielen Nennungen der Strategie '*Vergleich mit anderen/früher*' nach dem Führerausweisentzug können zusammen mit der oft angewandten *Problemanalyse* als Bemühung und Versuch interpretiert werden, im Sinne der Komponente der *Verstehbarkeit* der Salutogenese den Verlust fassbar zu machen und ihn für sich als sinnhaft einzuordnen. Jedoch können die *Selbstwirksamkeitserwartungen* auf Grund der *mangelnden Einflussnahme* auf die Entscheidung und das *Gefühl der Unrechtbehandlung* nicht genügend gestützt werden, wodurch ein starker psychischer Druck entsteht. Das zentrale menschliche *Bedürfnis nach Selbstwirksamkeit* scheint nach einer *verordneten Abgabe* massiv und nachhaltig *in Frage gestellt*, was in der Folge bei Betroffenen zu *resignativen Gefühlen* und teilweise zur *Abwendung von der Gesellschaft* führt.

Freiwillige Abgabe

Die Befragten mit *freiwilliger Abgabe* erhalten sich ihre *Kontrollüberzeugungen* durch ihr *präventives Handeln*. Oder sie *definieren* die Abgabe, welche unter dem Druck ihrer zunehmenden körperlichen Einbussen erfolgt, als *freiwillige Entscheidung*. Dadurch bewahren sie sich ihr Gefühl der *Autonomie* und stützen ihre *Selbstwirksamkeitsüberzeugungen*. Dies hilft ihnen, über den Verlust *trauern* zu können (siehe folgendes Kapitel), ihn schneller zu *akzeptieren*, und unterstützt somit die Umstellung auf *akkomodatives Verhalten*.

5.2.3 Emotionsbezogenes Coping

Verordnete Abgabe

Im Bezug auf das emotionsbezogene Coping sind die Unterschiede in den angewandten Strategien deutlich erkennbar. Die Betroffenen mit verordneter Abgabe leben ihre *Wut* und ihren *Ärger* über den Verlust oft und deutlich aus. Sie erzählen ausführlich von ihren Gefühlen und zeigen sie, indem sie mit der Hand oder der Faust auf den Tisch schlagen. Die Wut ist vor allem an die Verantwortlichen der Ämter gerichtet, zeigt sich aber auch gegenüber Medien und Gesundheitsinstitutionen im Zusammenhang mit dem auslösenden Unfall, der zum Entzug des Ausweises geführt hat, und gegenüber sich selbst. Ebenso werden *Gefühle des Haderns* sowie *der Resignation* genannt. Eine gewisse *Gewöhnung über die Zeit* scheint zu einer Entspannung beizutragen. Bezüglich der Komponente '*Bedeutsamkeit*' des Kohärenzgefühls kann gefolgert werden, dass die Herausforderungen *nicht als sinnvoll* erlebt werden. Durch Gefühle der Unrechtbehandlung kommt es zu einem Engagement, das jedoch nicht belohnt wird. Es zeigt sich deutlich eine *grosse Unversöhnlichkeit* mit dem Ausweisentzug. Die Betroffenen finden sich nicht ab mit der fremdbestimmten Entscheidung, was einen *Kontrollverlust* sowie einen *Verlust der Selbstwirksamkeit* in diesem Lebensbereich zur Folge hat. Da sie sich nicht als Verursacher der Ausweisabgabe sehen und die Situation *aus eigener Kraft* sowie mit *fachlicher Hilfe nicht erfolgreich beeinflussen können*, leben sie ihre Gefühle über eine *fatalistische Externalität* aus, was über *Wut, Hadern und resignative Gefühle* ausgedrückt wird.

Freiwillige Abgabe

Die beiden Ehepartner, welche gemeinsam den Führerausweis abgegeben haben, zeigen ausser einem grundsätzlichen *Optimismus* kein emotionsbezogenes Coping. Bei den anderen Befragten überwiegen *Trauer und Bedauern* über den Verlust und es zeigt sich eine *Gewöhnung über die Zeit*. Zusätzlich gibt es *Gefühle der Wut und des Haderns*. Hier scheinen wenige emotionale Belastungen vorzuliegen, oder sie werden vorwiegend über einen Trauerprozess bewältigt. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass *durch das kognitive Coping der Problemanalyse, der Prävention und der Selbstinstruktion* im Sinne der drei Komponenten des Kohärenzgefühls den Anforderungen ein *positiver Sinn* zugeordnet wird. Sie werden verstanden und eingeordnet und können somit zufriedenstellend gehandhabt werden.

5.2.4 Kohärenzgefühl

Die Ergebnisse des Kohärenzfragebogens haben für die gesamte Stichprobe wie für die Befragten mit der *freiwilligen* sowie für die mit der *verordneten* Führerausweisabgabe *sehr unterschiedliche Werte* ergeben. Sie bewegen sich zwischen dem tiefsten Wert von 120 (PR 19) und dem höchsten von 175 (PR 91) bei der *verordneten* Abgabe und bei der *freiwilligen*

Abgabe zwischen dem tiefsten Wert von 120 (PR 26) und dem höchsten von 164 (PR 81). Somit muss die *Arbeitshypothese*, wonach der Mittelwert des Kohärenzgefühls der Interviewten mit freiwilliger Abgabe höher ausfällt als derjenige der Befragten mit verordneter Abgabe, klar *falsifiziert* werden.

Die Tatsache der enorm breiten Streuung der Werte weist darauf hin, dass sich die Ausgangslage als zu komplex bezüglich Persönlichkeit, Belastungssituation und sozialen wie materiellen Ressourcen präsentiert. Somit können über die Erfassung des Kohärenzgefühls keine Schlüsse gezogen werden. Des Weiteren ist der Zeitfaktor seit der Abgabe oder seit dem Beginn der Abklärungen sehr unterschiedlich, was einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf das Stadium des Bewältigungsprozesses hat.

Somit stellt sich der Kohärenzfragebogen als Messinstrument in dieser Ausgangslage als eher ungeeignet heraus. Eine Aussage in Bezug auf das Verhalten bei der Abgabe des Führerausweises über die Erfassung des Kohärenzgefühls scheint kaum möglich.

5.3 Fazit, weitere Phänomene und Ausblick

Der Verlust des Führerausweises im Alter ist einschneidend. Er muss als kritisches Lebensereignis angesehen werden, welches weitreichende Folgen für die praktische Lebensführung und die Einschätzung der Lebensqualität hat. Über die verschiedenen Copingstrategien versuchen die Betroffenen sich ihre psychische wie physische Gesundheit zu erhalten oder diese wieder herzustellen. Durch das präventive Handeln einer freiwilligen Abgabe oder durch die Selbstdefinition der Freiwilligkeit bei der Entscheidung unter dem Druck körperlicher Einbussen erhalten oder stützen sie ihre Autonomie, die Kontroll- sowie die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen. Erfolgt die Abgabe unfreiwillig, sind diese zentralen psychischen Funktionen in Frage gestellt und bedrohen dadurch die Gesundheit. Vor allem aktives Denken und Handeln in Form von belastungsbezogenen Aktivitäten, teilweise mit fachlicher Hilfe, external fatalistische Schuldzuweisungen, Problemanalysen, Selbstinstruktionen und das Ausleben der Wut kann den Betroffenen helfen, diesen kritischen Übergang erfolgreich zu meistern.

In den Gesprächen hat sich deutlich gezeigt, dass die Art und Weise der medizinischen Eignungsabklärung sowie der Überprüfung der Fahrkompetenz die Betroffenen sehr beschäftigt und stark belastet. Das Bedürfnis, darüber zu reden und gehört zu werden, ist gross. Der Umgang mit ihnen sowie die Entscheidungen werden als unverständlich und ungerechtfertigt eingestuft. Die Fachleute, welche die Überprüfungen durchführen, werden als Täter erlebt, denen sich die Betroffenen ausgeliefert fühlen. Es scheint einen Handlungsbedarf zu geben, die Abklärung kritisch zu beleuchten und zu überprüfen. Es

stellt sich die Frage nach dem Verfahren, ob es in der angewandten Art und Weise sinnvoll ist oder angepasst werden müsste. Und es stellt sich die Frage nach dem psychologischen Umgang der in der Abklärung involvierten Fachpersonen mit den Betroffenen. Der Verlust des Führerausweises stellt einen enormen Einschnitt im Leben älterer Menschen dar. Er verstärkt die Auswirkungen der Einbussen, mit welchen sie in dieser Lebensspanne konfrontiert sind und die sie zu bewältigen haben. Es sind sehr hohe Anforderungen an die psychische Leistungsfähigkeit und an die Reife dieser Menschen gestellt, um solchen Entwicklungsaufgaben gewachsen zu sein. Diese Tatsachen sollten die Verantwortlichen berücksichtigen. Die Betroffenen dürfen den Anspruch an ein faires Verfahren und an einen wohlwollenden und würdevollen Umgang stellen.

Zur Methodenkritik kann gesagt werden, dass eine stärkere Beleuchtung der Führerausweisabgabe im Alter als kritisches Lebensereignis seiner wichtigen Bedeutung gerechter geworden wäre. Die Probandensuche zur verordneten Abgabe gestaltete sich schwierig. Es ist daher möglich, dass vorwiegend Betroffene befragt wurden, welche aktiv mit ihrer Belastung umgehen und daher bereit waren, Auskunft zu geben. Das Ergebnis bezüglich aktiver Copingstrategien kann aus diesem Grund verfälscht sein.

Zur Verifizierung der Ergebnisse wäre eine Überprüfung mit den Befragten wünschenswert (siehe Gütekriterien, unter 3.3). Dies könnte ein weiterer Forschungsschritt sein. Um die angewandten Copingstrategien systematisch erfassen zu können, wäre eine Studie mit einem Fragebogen, zum Beispiel mit dem Stressverarbeitungsfragebogen SVF denkbar. Wünschenswert wäre eine Studie, welche die aktuelle Praxis der Fahreignungsabklärungen beleuchten würde, um die geäußerten Erfahrungen der Befragten dieser Untersuchung besser einschätzen zu können. Sie könnte als Grundlagenpapier zu einer verbesserten und landesweit einheitlichen Praxis dienen, welche auch den Bedürfnissen der Betroffenen gerechter würde.

6 Abstract

Ziel dieser qualitativen Arbeit ist das Aufzeigen der lebensqualitätsbezogenen Copingstrategien bei der Führerausweisabgabe im Alter. Es interessieren die Unterschiede in der Bewältigung zwischen der freiwilligen Abgabe und der verordneten Abgabe. Ergänzend wird der Arbeitshypothese nachgegangen, dass sich die Ausprägung des Kohärenzgefühls bezüglich der Art der Abgabe unterscheidet. Dazu wurden vier Personen nach der freiwilligen Abgabe und fünf Personen nach dem Ausweisentzug mittels problemzentrierten Interviews befragt und mit dem Kohärenzfragebogen getestet. Die Probanden sind älter als 78 Jahre, die Abgabe ihres Führerausweises erfolgte im Zeitraum der vergangenen drei Jahre. Die erhobenen Copingstrategien werden in drei Kategorien eingeteilt: Handlungsbezogen, kognitionsbezogen und emotionsbezogen. Als günstig bezüglich der Lebensqualität erweisen sich die aktiven Strategien. Die Befragten mit der freiwilligen Abgabe können sich über ihr präventives Handeln ihre Autonomie und somit die Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen erhalten. Durch die Akzeptanz sind sie emotional stabiler oder können über den Verlust trauern. Bei den Betroffenen mit entzogenem Ausweis finden sich viele external fatalistische Schuldzuweisungen und eine grosse Auslebung der Wut. Damit stützen sie ihre Kontrollüberzeugungen. Ihre Selbstwirksamkeitsüberzeugungen jedoch scheinen ernsthaft gefährdet. Dies führt teilweise zu resignativen Gefühlen und zur Infragestellung der Behörden sowie der Gesellschaft. Im kognitionsbezogenen Coping wird eine grosse Vielfalt und Individualität der Strategien festgestellt. Ebenso erweist sich das Kohärenzgefühl als interindividuell sehr unterschiedlich, sowohl bei der freiwilligen als auch bei der verordneten Abgabe. Insgesamt drängt sich bezüglich der Fahreignungsabklärung, welche als willkürlich und entwürdigend erlebt wird, ein Überdenken der aktuellen Praxis auf.

7 Literaturverzeichnis

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping. New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1991). Meine Odyssee als Stressforscher. In *Rationierung der Medizin. Argument-Sonderband, Jahrbuch für kritische Medizin, Band 17*. Berlin: Argument-Verlag.

Antonovsky, A. (1993). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In A. Franke & M. Broda (Hrsg.), *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept* (S. 3-14). Tübingen: dgvt.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Bleiker, H. (2002). *Senioren am Steuer - eine neue Risikogruppe? Nein - darum sind sie es nicht!* Morschach: Eigenverlag.

Brandstädter, 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*, 658-67.

Brandstädter, J. & Rothermund, K. (1998). Bewältigungspotentiale im höheren Alter: adaptive und protektive Prozesse. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie. Band 1: Grundlagen. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, 15*, (S. 223-237). Göttingen: Hogrefe.

Bullinger, M. (2000). Lebensqualität - Aktueller Stand und neuere Entwicklungen der internationalen Lebensqualitätsforschung. In A. Ravens-Sieberer & A. Cieza (Hrsg.), *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte - Methoden - Anwendungen* (S. 13-24). Landsberg: Ecomed.

Cohen, A. (2001). Leistungsanforderungen und -möglichkeiten der Senioren als Fahrzeuglenker. In A. Flade, M. Limbourg & B. Schlag (Hrsg.); *Mobilität älterer Menschen*. Opladen: Leske und Budrich.

Daig, I. & Lehmann A. (2007). Verfahren zur Messung der Lebensqualität. *Zeitschrift für medizinische Psychologie, 16*, 5-23.

Diekmann, A. (2007). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen* (18. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Dräger, W. & Klöckner, D. (2001). Ältere Menschen zu Fuss und mit dem Fahrrad unterwegs. In A. Flade, M. Limbourg & B. Schlag (Hrsg.); *Mobilität älterer Menschen*. Opladen: Leske und Budrich.

Duden (2007). *Fremdwörterbuch, Bd. 5* (4. Aufl.). Mannheim: Dudenverlag.

Ewert, U. (2006). *Senioren als motorisierte Verkehrsteilnehmer (bfu-Pilotstudie R 0607)*. Bern: Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung.

Faesi, T. (2008). Ombudsmann des Kantons Zürich. *Tätigkeitsbericht 2008*. www.ombudsmann.zh.ch.

Faltermeier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie. Grundriss der Psychologie, Band 21*. Stuttgart: Kohlhammer.

Folkman, S., Lazarus, R.S., Pimley, S. & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2, 171-184.

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Freund, A.M. (2007). Selektion, Optimierung und Kompensation im Kontext persönlicher Ziele: Das SOK-Modell. In J. Brandstätter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*, (S. 367-388). Stuttgart: Kohlhammer.

Gunzelmann, T., Schmidt, S., Albani, C. & Brähler E. (2006). Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 19 (1), 7-15.

Häcker, H.O. & Stapf, K-H. (Hrsg.) (2004). *Dorsch - Psychologisches Wörterbuch* (14. überarb. u. erw. Aufl.). Bern: Huber.

Heim, E., Augustiny, K., Blaser, A. & Schaffner, L. (1991). *Berner Bewältigungsformen BEFO*. Bern: Huber.

Helfferich, C. (2005). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual zur Durchführung qualitativer Interviews* (2.Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hell, D. (2000, 3.Januar). Zeitdruck und Depression vor der Jahrtausendwende. *Neue Zürcher Zeitung*, (1), 34.

- Herzog, V. (2003). Fahrtauglichkeit im Alter. *Medical Tribune Altersmedizin*, 11, 36.
- Janke, W., Erdmann, G. & Kallus, W. (1985). *Stressverarbeitungsfragebogen (SVF)*. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Jänke, L. (2005). Fahren im Alter aus neuropsychologischer Sicht. In R. Schaffhauser (Hrsg.), *Jahrbuch zum Strassenverkehrsrecht*. St. Gallen.
- Kaluza, G. (2004). *Stressbewältigung - Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Heidelberg: Springer.
- Krohne, H.W. (1997). Formen der Stressbewältigung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie - ein Lehrbuch* (2. Aufl.), (S. 272-275). Göttingen: Hogrefe.
- Kruse, A. (1998). *Psychosoziale Gerontologie. Band 1: Grundlagen. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 15*. Göttingen: Hogrefe.
- Künzel-Schön, M. (2000). *Bewältigungsstrategien älterer Menschen. Grundlagen und Handlungsorientierungen für die ambulante Arbeit*. Weinheim: Juventa.
- Lazarus, R.S. (1981). Stress und Stressbewältigung - Ein Paradigma. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse, Bd. 1*, (S. 198-232). München: Urban & Schwarzenberg.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Limboung, M. (1999). Mobilität im Alter: Probleme und Perspektiven. *Vortrag bei der Fachtagung des Innenministeriums NRW "Seniorinnen und Senioren als Kriminalitäts- und Verkehrsunfallopfer"*. Düsseldorf.
- Löger, B. & Amann A. (2005). Die Rolle der Mobilität für die Lebensqualität im Alter. In F. Hermann, K. Kalwitzki, R. Risser & E. Spoerer (Hrsg.), *In Motion. Humanwissenschaftliche Beiträge zur Sicherheit und Ökologie des Verkehrs*, (S. 11-18). Köln: AFN - Gesellschaft für Ausbildung, Fortbildung und Nachschulung e.V.
- Lorenz, L. (2004). *Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler*. München: Ernst Reinhardt.
- Mayer, K.U. & Baltes, P.B. (1999). *Die Berliner Altersstudie* (2. Aufl.). Berlin: Akademie Verlag.

- Mayring, P. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- McCrae, R.R. (1984). Situational determinants of coping response: Loss, threat and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 919-928.
- Oswald, W.D. & Fleischmann U.M. (1997). Der Nürnberger Lebensqualitätsfragebogen NLQ. In W.D. Oswald & U.M. Fleischmann (Hrsg.), *Das Nürnberger Altersinventar NAI*. Göttingen: Hogrefe.
- Perrez, M. (1997). Bewältigung (Coping), Messung der Bewältigung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie - ein Lehrbuch*. (2. Aufl.), (S. 42-45). Göttingen: Hogrefe.
- Perrig-Chiello, P. (1997). *Wohlbefinden im Alter. Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen*. Weinheim: Juventa.
- Rytz, M. (2006). *Senioren und Verkehrssicherheit. Von der Analyse zur Prävention*. Bern: VCS Verkehrs-Club der Schweiz.
- Salewski, C. (1997). Formen der Krankheitsverarbeitung. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung*. (S.48-50). Weinheim: Beltz.
- Schneider, C.M. (2002). Philosophische Überlegungen zu Aron Antonovskys Konzept der Salutogenese. In H. Wydler, P. Kolip & T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (2.Aufl.)(S.21-39). Weinheim: Juventa.
- Schwarzer, R. (Hrsg.) (1997). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Seeger, R. (2005). Die ärztlich begleitete Kontrollfahrt. In M. Haag & V. Dittmann, Arbeitsgruppe Verkehrsmedizin der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin (Hrsg.), *Handbuch der verkehrsmedizinischen Begutachtung*, (S. 91-96). Bern: Huber.
- Singer, S. & Brähler, E. (2007). *Die 'Sense of Coherence Scale'. Testhandbuch zur deutschen Version*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Staudinger, U.M., Freund, A.M., Linden, M. & Maas, I. (1999). Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter: Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität. In K.U. Mayer & P.B. Baltes, *Die Berliner Altersstudie*, (S. 321-350). Berlin: Akademie Verlag.

Thomae, H. (1983). *Altersstile und Altersschicksale*. Bern: Huber.

Wahl, H.-W. (1990). Auf dem Weg zu einer alltagsbezogenen Gerontopsychologie. Teil II: Beispiele aus den Bereichen Kompetenz, Coping, Kontrolle und Attribution. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 1,(3), 191-200.

Wiesmann, U., Wendlandt, S. & Hannich, H.-J. (2004). Salutogenese im Alter. Kohärenzgefühl und psycho-soziale Widerstandsressourcen älterer aktiver Menschen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 17 (3), 179-193.

Winkler, I., Buyantags, L., Petscheleit, A., Kilian, R., Angermeyer, M.C. & die WHOQOL-OLD Group (2003). Die interkulturelle Erfassung der Lebensqualität im Alter: Das WHOQOL-OLD Projekt. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 16, (4), 1-16.

8 Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tabelle 1: Bewältigungsformen BEFO (Heim, Augustiny, Blaser & Schaffner, 1991, zit. nach Salewski, 1997, S.50).	S. 21
Tabelle 2: Zusammensetzung der Stichprobe.....	S. 25
Tabelle 3: Ergebnisse des Kohärenzfragebogens SOC-29	S. 53
Abbildung 1: Salutogenese-Modell - stark vereinfacht - nach Antonovsky (1997) (Wiesmann, Wendlandt, & Hannich, 2004, S.181).....	S. 11

9 Anhang

9.1 E-mail an Studierende der ZHAW Departement Angewandte Psychologie.....	S. 70
9.2 Interviewleitfaden	S. 71
9.3 Fragebogen SOC-29	S. 74
9.4 Prozentrang-Normen und T-Werte für SOC-2.....	S. 77
9.5 Transkriptionsregeln.....	S. 78
9.6 Kodierleitfaden	S. 79
9.7 Tabellen Copingstrategien Einzelfälle	S. 83
9.8 Tabelle Copingstrategien Freiwillige Abgabe	S. 86
9.9 Tabelle Copingstrategien Verordnete Abgabe.....	S. 86

9.1. E-mail an Studierende der ZHAW Departement Angewandte Psychologie

Liebe Mitstudentin, lieber Mitstudent

Ich werde eine Bachelorarbeit zum Thema **Führerausweisabgabe im Alter** schreiben und suche Interviewpartnerinnen und Interviewpartner, welche ihren Ausweis in den vergangenen drei Jahren **aus freier Entscheidung** oder **verordnet** abgegeben haben. Es interessieren mich vor allem **die verschiedenen Copingstrategien** im Umgang mit der Abgabe. Falls Du jemanden in dieser Situation kennst und denkst, diese Person wäre bereit, darüber Auskunft zu geben, wäre ich sehr froh und dankbar um eine Anfrage und die Vermittlung.

Aus Datenschutzgründen ist es notwendig, dass Du die mögliche Probandin/den möglichen Probanden anfragst und das Einverständnis einholst für die Weitergabe seiner Anschrift an mich.

Ich danke Dir herzlich

Gisela Binder

9.2. Interviewleitfaden

Einstieg (5')

- **Dank** aussprechen für die Bereitschaft für das Interview
- **Vorstellen** der eigenen Person
- **Information zur Arbeit:** Bachelorarbeit im Rahmen des Psychologiestudiums zum Thema "**Bewältigungsstrategien bei der Autoführerausweisabgabe im Alter**"
- **Vorgehen:** Interview gefolgt von kurzem Fragebogen; Aufnahme mit diesem kleinen Gerät, danach wörtliche Niederschrift des Gesagten und Löschen der Aufnahmen, Angaben zur Person werden verändert, Name erscheint nirgends, so dass der vollständige Datenschutz gewährleistet ist, Dauer des Interviews 45-60 Minuten;
- Bitte um genaue und prägnante Auskunft, alles was wichtig ist und dazu gehört, jedoch im Dienste der Forschung möglichst wenig Abschweifungen
- Erlaubnis einholen für "Direktzitieren"
- Angebot machen für Rückmeldung nach Abschluss der Arbeit
- **Form des Interviews:** Offene Gesprächsform, Fragen zur Vertiefung
- **Fragen/Unklarheiten** von den Interviewten

Notizen zur Beobachtung

- Erscheinung des Interviewpartners/ der Interviewpartnerin
- Eindruck des Befindens
- Beobachtetes Verhalten, Befindlichkeit während dem Gespräch

Vorgehen

Der **Hauptteil (45'-60')** knüpft an das vorausgegangene Telefongespräch und die bereits erhaltenen Angaben zur Person an.

Offenes Gespräch, Hauptfragen stellen, sofern sie nicht zur Sprache gekommen sind, Nebenfragen zur Vertiefung möglich.

Angaben zur Person (5'): Alter, Zivilstand, Kinder (Anzahl, Alter, Wohnort), Wohn- und Lebenssituation, ehem., ev. aktueller Beruf

Hauptfragen 1: (5')

- a) Wie war es, als Sie Autofahren gelernt haben?
- b) Wie lange sind Sie Auto gefahren?

Mögliche Vertiefungsfragen 1:

- a) Wie viel sind Sie gefahren?
- b) In welchen Situationen, zu welchem Zweck sind Sie gefahren?

Hauptfragen 2: (5')

- a) Welche Bedeutung hatte das Autofahren in Ihrem Leben? Was hat es Ihnen ermöglicht?
- b) Gab es auch Schwieriges im Zusammenhang mit dem Autofahren?

Mögliche Vertiefungsfragen 2:

- a) Haben Sie mit dem Autofahren etwas umsetzen können, was Ihnen ohne Auto nicht möglich gewesen wäre?
- b) Wie wäre Ihr Leben verlaufen ohne Autofahren?

Hauptfragen 3: (5')

- a) Wie kam es zur Abgabe des Autofahrausweises? *Fakten/Problemorientierung*
- b) Wie ging der Entscheidungsprozess vor sich?
- c) Waren andere Menschen am Entscheidungsprozess beteiligt?

Mögliche Vertiefungsfragen 3:

- a) Gab es einen Auslöser? Welchen?
- b) Welche Überlegungen machten Sie sich dazu? *Kognition/Bewertungsorientierung*
- c) Wie ging es Ihnen dabei? *Emotionsorientierung*

Hauptfrage 4: (5')

- a) Wie erlebten Sie die Situation, als Sie den Ausweis abgegeben hatten und es Ihnen klar war, dass Sie ab dem Moment nicht mehr selber fahren durften?

Mögliche Vertiefungsfragen 4:

- a) Was dachten Sie zur Abgabe? *Kognition/Bewertungsorientierung*
- b) Wie ging es Ihnen dabei? *Emotionsorientierung*

Hauptfragen 5: (5')

- a) Hat sich seither für Sie etwas verändert? Was?
- b) Welche Herausforderungen sind seither für Sie aufgetreten?

Mögliche Vertiefungsfragen:

- a) Wie haben Sie sich organisiert? *Fakten/Problemorientierung*
- b) Was denken Sie zur neuen/veränderten Situation? *Kognition/Bewertungsorientierung*
- c) Wie geht es Ihnen damit? *Emotionsorientierung*

Hauptfrage 6: (5')

- a) Wie schätzen Sie Ihre aktuelle Lebenssituation ohne Auto ein?

Mögliche Vertiefungsfragen 6:

- a) Wer oder was hilft Ihnen dabei? *Fakten/Problemorientierung*
- c) Hätte es eine Hilfestellung gegeben, welche Sie gerne in Anspruch genommen hätten?

Abschlussfrage: (5')

Von meinen Fragen her sind wir am Ende des Gesprächs angelangt. Gibt es von Ihnen her etwas, das Sie noch zur Sprache bringen/ergänzen/korrigieren möchten?

Ausfüllen des Kohärenzfragebogens: (10')

Darf ich Sie jetzt bitten, diesen kurzen Fragebogen auszufüllen?

Schlussteil (5'):

Dank aussprechen für das Gespräch, für das Ausfüllen des Fragebogens und für die Offenheit

Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen

- durch Verlangsamung des Erzähltempos
- Aspekte vertiefen durch folgende Fragen:
 - Könnten Sie noch etwas mehr zu... erzählen?
 - Wie kam es dazu?
 - Wie ging es dann weiter?
 - Könnten Sie mir dazu ein Beispiel erzählen?

9.3. Fragebogen SOC-29

(autorisierte Übersetzung von Abel, Kohlmann & Noack in Signer & Bähler, 2007, S.51-54)

Hier ist eine Reihe von Fragen, welche sich auf verschiedene Aspekte unseres Lebens beziehen. Bitte kreuzen Sie die Zahl an, welche Ihrer Antwort entspricht, wobei die Zahlen 1 und 7 Extremantworten darstellen. Wenn die Antwort unterhalb 1 für Sie zutrifft, dann kreuzen Sie die 1 an; wenn die Antwort über der Zahl 7 für Sie zutrifft, dann kreuzen Sie die 7 an. Wenn Sie ihre Antwort irgendwo zwischen 1 und 7 sehen, kreuzen Sie die Zahl an, die Ihrer Beurteilung am besten entspricht.

Bitte geben Sie **immer nur eine Antwort pro Frage** und beantworten Sie alle Fragen.

1. Wenn Sie mit anderen Leuten reden, haben Sie das Gefühl, dass Sie nicht verstanden werden?

habe nie dieses Gefühl	1 2 3 4 5 6 7	habe immer dieses Gefühl
------------------------	---------------	--------------------------

2. Wenn Sie in der Vergangenheit etwas tun mussten, das von der Zusammenarbeit mit anderen Menschen abhängig war, hatten Sie dann das Gefühl, es würde...

sicher nicht erledigt werden?	1 2 3 4 5 6 7	sicher erledigt werden?
-------------------------------	---------------	-------------------------

3. Einmal abgesehen von den Menschen, die Ihnen am nächsten stehen: Wie gut kennen Sie die meisten Leute, mit denen Sie täglich zu tun haben?

sie sind Ihnen völlig fremd	1 2 3 4 5 6 7	sie kennen sie sehr gut
-----------------------------	---------------	-------------------------

4. Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?

sehr selten oder nie	1 2 3 4 5 6 7	sehr oft
----------------------	---------------	----------

5. Ist es in der Vergangenheit vorgekommen, dass Sie vom Verhalten von Menschen überrascht waren, die sie gut zu kennen glaubten?

das ist nie passiert	1 2 3 4 5 6 7	das ist immer wieder passiert
----------------------	---------------	-------------------------------

6. Ist es vorgekommen, dass Sie von Menschen enttäuscht wurden, auf die Sie gezählt hatten?

das ist nie passiert	1 2 3 4 5 6 7	das ist immer wieder passiert
----------------------	---------------	-------------------------------

7. Das Leben ist...

ausgesprochen interessant	1 2 3 4 5 6 7	reine Routine
---------------------------	---------------	---------------

8. Bis jetzt hatte Ihr Leben...

überhaupt keine klaren Ziele	1 2 3 4 5 6 7	sehr klare Ziele
------------------------------	---------------	------------------

9. Haben Sie das Gefühl, dass Sie ungerecht behandelt werden?

sehr oft	1 2 3 4 5 6 7	sehr selten oder nie
----------	---------------	----------------------

10. War Ihr Leben in den letzten 10 Jahren...

voller Veränderungen, ohne dass Sie nicht wussten, was als Nächstes passiert?	1 2 3 4 5 6 7	ganz beständig und klar?
---	---------------	--------------------------

11. Das meiste, was Sie in Zukunft tun werden, wird wahrscheinlich...

völlig faszinierend sein	1 2 3 4 5 6 7	todlangweilig sein
--------------------------	---------------	--------------------

12. Haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?

sehr oft	1 2 3 4 5 6 7	sehr selten oder nie
----------	---------------	----------------------

13. Was beschreibt am besten, wie sie das Leben sehen?

Man kann für die schmerzvollen Dinge im Leben immer eine Lösung finden.	1 2 3 4 5 6 7	Es gibt für die schmerzvollen Dinge im Leben keine Lösung.
---	---------------	--

14. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, ist es dann sehr oft so, dass...

Sie spüren, wie schön es ist, zu leben?	1 2 3 4 5 6 7	Sie sich fragen, wieso Sie überhaupt leben?
---	---------------	---

15. Wenn Sie vor einem schwierigen Problem stehen, ist die Wahl einer Lösung...

immer unsicher und schwer zu treffen	1 2 3 4 5 6 7	immer völlig klar
--------------------------------------	---------------	-------------------

16. Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie...

eine Quelle tiefer Freude und Befriedigung	1 2 3 4 5 6 7	eine Quelle von Schmerz und Langeweile
--	---------------	--

17. Ihr Leben wird in Zukunft wahrscheinlich...

voller Veränderungen sein, ohne dass Sie nicht wissen, was als Nächstes passiert	1 2 3 4 5 6 7	ganz beständig und klar sein
--	---------------	------------------------------

18. Wenn in der Vergangenheit etwas Unangenehmes geschah, neigten Sie dazu...

sich deswegen aufzureiben oder innerlich "aufzuzehren"	1 2 3 4 5 6 7	zu sagen: "Nun gut, so ist es eben. Damit muss ich leben" - und weiterzumachen
--	---------------	--

19. Wie oft sind Ihre Gefühle und Gedanken ganz durcheinander?

sehr oft	1 2 3 4 5 6 7	sehr selten oder nie
----------	---------------	----------------------

20. Wenn Sie etwas tun, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt...

dann ist es bestimmt so, dass Sie sich auch weiterhin gut fühlen werden	1 2 3 4 5 6 7	dann wird bestimmt etwas passieren, das dieses Gefühl wieder verdirbt
---	---------------	---

21. Kommt es vor, dass Sie Gefühle in sich haben, die Sie lieber nicht spüren würden?

sehr oft	1 2 3 4 5 6 7	sehr selten oder nie
----------	---------------	----------------------

22. Sie erwarten für die Zukunft, dass Ihr eigenes Leben...

ohne jeden Sinn und Zweck sein wird	1 2 3 4 5 6 7	voller Sinn und Zweck sein wird
-------------------------------------	---------------	---------------------------------

23. Denken Sie, dass es immer Menschen geben wird, auf die Sie in der Zukunft zählen können?

Sie sind sicher, dass es die geben wird	1 2 3 4 5 6 7	Sie bezweifeln, dass es die geben wird
---	---------------	--

24. Kommt es vor, dass Sie das Gefühl haben, nicht genau zu wissen, was demnächst geschehen wird?

sehr oft	1 2 3 4 5 6 7	sehr selten oder nie
----------	---------------	----------------------

25. Viele Leute - auch solche mit einem starken Charakter - fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

sehr oft	1 2 3 4 5 6 7	sehr selten oder nie
----------	---------------	----------------------

26. Wenn etwas passierte, hatten Sie dann im Allgemeinen den Eindruck, dass Sie dessen Bedeutung...

über- oder unterschätzen?	1 2 3 4 5 6 7	richtig einschätzen?
---------------------------	---------------	----------------------

27. Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, denen Sie bei wichtigen Dingen im Leben wohl begegnen werden, haben Sie das Gefühl, dass...

es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu überwinden	1 2 3 4 5 6 7	Sie es nicht schaffen werden, die Schwierigkeiten zu überwinden
---	---------------	---

28. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im täglichen Leben tun, wenig Sinn haben?

sehr oft	1 2 3 4 5 6 7	sehr selten oder nie
----------	---------------	----------------------

29. Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie sich nicht sicher sind, ob Sie die unter Kontrolle halten können?

sehr oft	1 2 3 4 5 6 7	sehr selten oder nie
----------	---------------	----------------------

9.4. Prozentrang-Normen und T-Werte für SOC-29

(nach Singer & Bähler, 2007, S.63)

		Männer (N=855)			Frauen (N=1.089)		
PR	T	18-40 (N=275)	41-60 (N=316)	61-90 (N=264)	18-40 (N=384)	41-60 (N=360)	61-92 (N=345)
5	34	112	110	103	106	107	99
10	37	118	115	111	114	112	108
15	40	123	122	115	118	116	112
20	42	129	127	119	123	122	117
25	43	135	132	124	128	127	119
30	45	139	135	130	133	130	125
35	46	142	139	133	135	134	130
40	47	145	144	136	139	137	133
45	49	149	146	141	142	139	136
50	50	151	149	144	145	143	140
55	51	154	152	147	148	145	143
60	53	159	156	151	151	149	146
65	54	162	158	153	154	151	151
70	55	165	162	155	157	155	156
75	57	169	167	159	162	159	160
80	58	173	171	163	167	164	164
85	60	176	174	169	172	168	170
90	63	180	178	176	178	174	174
95	67	186	185	182	184	183	181
100	89	203	203	203	203	203	203
M		151.31	149.34	143.56	145.82	144.03	140.93
SD		24.35	23.38	24.43	23.96	23.01	25.61

Erläuterungen: PR = Prozentrang
 T = T-Wert
 M = Skalenmittelwert
 SD = Standardabweichung

9.5. Transkriptionsregeln

- Befragte Person: Frau A., Herr B., Frau C.,... Interviewerin: I.
- Die auf schweizerdeutsch geführten Interviews werden ins Schriftdeutsche übersetzt
- Spezifisch schweizerdeutsche Ausdrücke werden belassen, um die Aussagekraft zu erhalten
- Satzbaufehler werden behoben und der Stil soweit geglättet, dass keine Inhalte verloren gehen
- Nonverbale Ereignisse werden in den Fällen notiert, wo sie in direktem Zusammenhang mit verbalen Äusserungen stehen
- Pausen werden wie folgt transkribiert: (-) Zögern, (--) kurze bis mittlere Pause, (---) lange Pause
- Nonverbale Äusserungen werden in runde Klammern gesetzt, z.B. (lacht)
- Unverständliche Äusserungen werden als Punkte in runde Klammern gesetzt (...)

9.6. Kodierleitfaden

Handlungsbezogene Copingstrategien

Code	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregel
Kompensation	Alle Handlungen und Leistungen, die die Belastung erleichtern oder aufheben.	- Wir haben gleich das GA genommen. - Ich habe eine Angestellte, die im Haus arbeitet dreimal die Woche, die fährt mich. - Ich nehme mir ein Taxi.	
Fachliche Hilfe	Aktiv eingeholte fachliche Hilfe im Bezug auf die Belastung oder den Verlust.	- Ich habe mir einen Anwalt genommen. - Ich bin zum Ombudsmann gegangen. - Ich habe dann Fahrstunden genommen.	
Belastungsbezogene Aktivität	Alle Handlungen, die in direktem Bezug auf die Belastung erfolgen.	- Dann haben wir ein wenig gestritten. - Ich habe dann der Rechtsmedizin geschrieben. - Ich bin aufs Postamt gegangen und habe dieses Ding bezahlt.	Aktivitäten, bei denen die Entlastung über das Tun im Vordergrund stehen, nicht das Resultat.
Sozialer Austausch/Solidarität	Mit Angehörigen/Freundinnen/Freunden zusammen Handlungsmöglichkeiten besprechen, Erleben teilen, sich verbünden und sich solidarisch zeigen.	- Wir haben zueinander gesagt: wir müssen... - Mancher hat gesagt: Dass du das akzeptierst?	Das gemeinsame Erleben steht im Vordergrund, nicht die Bestärkung (kognitives Coping)
Sich informieren	Über zusätzliche Information sich eine bessere Ausgangslage schaffen.	- Und das Büchlein, das ich von Herr B. bekommen habe... - Da habe ich gesagt, ich wolle wissen, wann und wo dass ich unkorrekt gefahren sei.	Der Inhalt der Informationsbeschaffung ist zentral, nicht die Handlung.

Kognitionsbezogene Copingstrategien

Code	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
Problemanalyse	Sachliche Begründungen und Erklärungsversuche.	- Ja, ich bin langsamer, das ist alterbedingt. - Der Kopf ist noch besser dran als der ganze Korpus.	
Schuld zuweisen	Andere für die eigene Belastungssituation verantwortlich machen.	- Die haben einen Psychoterror mit mir betrieben.	
Bestärkung von aussen	Über Bestärkungen von aussen eigenes Denken und Handeln stützen.	- Sogar mein Anwalt hat gesagt, dass... - Es bringt nichts. Das sagt mir meine Frau auch...	
Vergleich mit anderen/ Vergleich mit früher	Im Vergleich mit anderen oder mit früher die eigene Belastungssituation beurteilen.	- Dieser Anwalt hat solche Erfahrungen schon anderweitig gemacht. - ...weil wir auch schon bei anderen gesehen haben, ... das wäre jetzt aber an der Zeit, dass sie aufhörten, Auto zu fahren...	
Selbstbestärkung	Über Bestärkungen des Selbst und der eigenen Fähigkeiten emotionales Erleben stützen.	- Ohne Unfall, das hat ja noch dazugehört. - Das ist für den furchtbar gewesen, wie ich mich wehren konnte.	
Selbstinstruktion/ Relativieren	Sich selber Anleitungen geben zum konstruktiven Umgang sowie die eigene Belastungssituation in Bezug auf Gesamtsituation beurteilen.	- Ich habe mir gesagt: Die verkacheln mir den Lebensabend nicht. - Ich habe ja das grosse Glück, dass meine Frau fahren kann.	In Abgrenzung zur Prävention steht die aktuelle Situation im Vordergrund.
Prävention	Denken und Handeln im Voraus, um antizipierte negative Folgen zu vermeiden.	- Es ist auch die Überlegung dabei gewesen: Wir wissen ja gar nicht, wie wir uns entwickeln werden.	
Haltung bewahren durch moralische Wertung, Genugtuung und Regeltreue	Sich mit eigener Moralvorstellung über das Verhalten anderer stellen, Genugtuung verspüren über allfällige negative Folgen für die Betroffenen sowie sich an implizite und explizite Regeln halten.	- Wenn mich einer rügt, soll er wenigstens dazu stehen. - Dafür musste er sich dann verantworten. - Ich hatte mich dann nicht dafür zu gehen.	
Humor/Ironie	Über humorvollen und ironischen Umgang zur Belastung innere Distanz schaffen.	(lacht) Wir haben uns nicht mal geärgert. Beobachtung (lacht herzlich)	
Sarkasmus	Durch abwertende und lächerlich machende Äusserungen innerlich Distanz schaffen.	- Und das ist ein Akademiker, der hat es also nicht weiter gebracht, als die anderen zu schikanieren, mit seinen Kenntnissen.	
Autonomie bewahren	Über selbständige Entscheidungen Autonomie aufrecht erhalten.	- Wir müssen selber entscheiden. - Da sind sie an der falschen Adresse bei mir: Psychologen sind für mich ein rotes Tuch.	
Akzeptieren	Den Verlust sowie die Situation annehmen und sich mit ihr konstruktiv arrangieren.	- Aber man lernt es eben. Es ist gar nicht so schwierig, ohne Auto zu leben. - Und ich habe dies einsehen müssen. Stimmt auch.	In Abgrenzung zur Selbstinstruktion ist Akzeptanz schon wahrnehmbar.

Übertreiben/ Bagatellisieren/ Verallgemeinern	Durch übertriebene, bagatellisierende oder verallgemeinernde Darstellung eines Sachverhaltes eigenes Verschulden minimieren.	- Da können Sie jeden Tag einen anzeigen. --...man könnte ruhig sagen, es sei eine Verschwörung gewesen.	
Dem Körper oder den Umständen zuschreiben	Spaltung in Ich und Körper zur Entlastung/ Verantwortlichmachen der Umstände für eigene Situation.	- Da ging es mir (körperlich) so schlecht. - Es war schon dunkel.	
Neuorientierung	Das Überdenken neuer möglicher Handlungsweisen.	- Ich habe gedacht, das Taxi hat auch Freude. - Das Wissen, dass ich trotzdem mobil bleibe..	In Abgrenzung zur Akzeptanz stehen neue Handlungsmöglichkeiten im Vordergrund.
Sinngebung/ Religiosität	Der Situation, dem eigenen Denken und Handeln im Bezug auf das eigene Leben Sinn geben/Halt im religiösen Glauben finden.	- Habe irgendwie Freude gehabt über den Entschluss, weil ich fand, er mache Sinn. - Der Glaube und das Gebet helfen mir.	
In Erinnerungen leben	Über Erinnerungen erneutes Erleben und dadurch Gefühle der Trauer über den Verlust abschwächen.	- Ja, ich lebe schon noch etwas in diesen Erinnerungen.	
Ablenkung/ Vermeidung	Sich gedanklich und im Gespräch mit Inhalten beschäftigen, die von belastendem Erleben ablenken/ Verhalten, das ungute Gefühle vermeidet.	- Also, das ist nichts. Ich war da oben zur Rehabilitation, bin aber weggelaufen. Also die Leute, die dort waren, waren gut, haben sich bemüht, aber die ganze Organisation ist ein "Schmarren"!	

Emotionsbezogene Copingstrategien

Code	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregel
Wut/Arger ausleben	Dem Gefühl der Wut und des Ärgers Ausdruck verleihen.	- Ich bin erst mal wahnsinnig wütend geworden. - (schlägt mit der Hand auf den Tisch) - Und wissen Sie, die Kosten, die dann noch immer dazu gekommen sind.	
Hadern	Sich mit der Belastungssituation unversöhnlich geben.	- Aber das ist natürlich ein Luxus, wahnsinnig. - Blöder könnte es einem nicht gehen.	
Trauern/Bedauern	Das Ausleben der Trauer/ des Bedauerns über den Verlust.	- Jetzt, wo ich noch mehr behindert bin beim Gehen, jetzt tut es mir eigentlich noch mehr leid. - Ich habe es begriffen, mit Schmerzen, aber eben, es ist eine ganz blöde Situation.	
Resignation/ Ohnmacht	Den Kampf aufgeben, sich der Situation leidend hingeben/ umfassende Handlungsunfähigkeit.	- Ich habe mich dann also nicht mehr gewehrt. - Ab einem gewissen Alter bringen Sie das nicht mehr hin. Ich war wie gelähmt.	In Abgrenzung zu kognitiven Bewältigungsformen steht der Ausdruck der Emotion im Vordergrund.
Gewöhnung	Emotionale Beruhigung über die Zeit und die Übung.	- Jetzt habe ich mich gewöhnt. - ...irgendwie der Faktor Zeit hat dann schon auch geholfen. - Heute kann ich es. Ganz sicher, aber eben, es hat ein bisschen gebraucht.	
Optimismus	Positive Grundstimmung, welche das ganze Erleben beeinflusst.	- Ich bin nie pessimistisch gewesen, sondern sehe die schönen Seiten des Lebens und genieße sie...	

9.7. Tabellen Copingstrategien Einzelfälle

Frau A.

Handlungsbezogenes Coping		Kognitionsbezogenes Coping		Emotionsbezogenes Coping	
Kompensation	5	Problemanalyse	7	Trauern	4
Belastungsbezogene Aktivität	1	In Erinnerung leben	5	Wut/Arger ausleben	1
		Selbstinstruktion	4		
		Prävention	4		
		Selbstbestärkung	3		
		Autonomie bewahren	2		
		Humor/Ironic	2		
		Bestärkung von aussen	2		
		Übertreiben	1		
		Sinnggebung	1		
		Ablenkung/Vermeidung	1		

Herr B.

Handlungsbezogenes Coping		Kognitionsbezogenes Coping		Emotionsbezogenes Coping	
Kompensation	2	Problemanalyse	19	Wut/Arger ausleben	13
Solidarität	2	Schuld zuweisen	14	Hadern	5
Belastungsbezogene Aktivität	1	Bestärkung von aussen	5	Resignation	2
Fachliche Hilfe	1	Vergleich mit andern/ mit früher	5		
		Sarkasmus	4		
		Selbstbestärkung	4		
		Dem Körper/ den Umständen zuschreiben	3		
		Übertreibung	3		
		Autonomie bewahren	3		
		Verallgemeinern	2		
		Ablenkung/Vermeidung	2		
		Prävention	1		
		Haltung bewahren	1		
		Neuorientierung	1		
		Selbstinstruktion	1		

Frau C.

Handlungsbezogenes Coping		Kognitionsbezogenes Coping		Emotionsbezogenes Coping	
Kompensation	2	Haltung bewahren	7	Arger/Wut ausleben	3
Fachliche Hilfe	2	Schuld zuweisen	4	Resignation	3
Belastungsbezogene Aktivität	1	Dem Körper/ den Umständen zuschreiben	3	Hadern	1
		Problemanalyse	3		
		Bestärkung von aussen	2		
		Vergleich mit anderen/ Vergleich mit früher	2		
		Selbstinstruktion/Relativieren	2		
		Selbstbestärkung	1		
		Übertreiben	1		
		Neuorientierung	1		
		Akzeptieren	1		
		Humor/Ironic	1		

Frau D.

Handlungsbezogenes Coping		Kognitionsbezogenes Coping		Emotionsbezogenes Coping	
Kompensation	5	Humor	4	Optimismus	1
Sozialer Austausch/ Solidarität	3	Prävention	4		
		Problemanalyse	3		
		Autonomie bewahren	2		
		Akzeptieren	2		
		Vergleich mit anderen	2		
		Selbstinstruktion	1		

Herr D.

Handlungsbezogenes Coping		Kognitionsbezogenes Coping		Emotionsbezogenes Coping	
Kompensation	2	Prävention	4		
Sozialer Austausch	1	Problemanalyse	4		
Belastungsbezogene Aktivität	1	Bestärkung von aussen	2		
		Sinnggebung	1		
		Akzeptieren	1		
		Autonomie bewahren	1		
		Selbstbestärkung	1		
		Humor/Ironie	2		

Frau E.

Handlungsbezogenes Coping		Kognitionsbezogenes Coping		Emotionsbezogenes Coping	
Belastungsbezogene Aktivität	9	Schuld zuweisen	28	Wut ausleben	7
Fachliche Hilfe	3	Problemanalyse	11	Gewöhnung	1
Kompensation	3	Haltung bewahren	10	Hadern	1
		Selbstbestärkung	9	Optimismus	1
		Bestärkung von aussen	7		
		Autonomie bewahren	4		
		Selbstinstruktion/Relativieren	3		
		Humor/Ironie	3		
		Vergleich mit andern /Vergleich mit früher	3		
		Dem Körper/ den Umständen zuschreiben	3		
		Übertreiben/Bagatellisieren Verallgemeinern	3		
		Neuorientierung	1		
		Sinnfindung/Religiosität	1		

Herr F.

Handlungsbezogenes Coping		Kognitionsbezogenes Coping		Emotionsbezogenes Coping	
Kompensation	5	Problemanalyse	18	Wut ausleben	8
Fachliche Hilfe	3	Schuld zuweisen	9	Hadern	5
Sozialer Austausch/ Solidarität	2	Bestärkung von aussen	6	Resignation	2
Belastungsbezogene Aktivität	2	Vergleich mit anderen/ mit früher	6	Trauern/Bedauern	1
Sich informieren	2	Humor/Ironie	2	Optimismus	1
		Selbstbestärkung	2		
		Neuorientierung	1		
		Selbstinstruktion/Relativieren	1		
		Prävention	1		

Herr. G.

Handlungsbezogenes Coping		Kognitionsbezogenes Coping		Emotionsbezogenes Coping	
Fachliche Hilfe	6	Problemanalyse	12	Wut/ Arger ausleben	4
Kompensation	5	Schuld zuweisen	8	Gewöhnung	3
Sozialer Austausch/ Solidarität	3	Bestärkung von aussen	9	Ohnmacht	1
Belastungsbezogene Aktivität	1	Vergleich mit anderen/ mit früher	6	Resignation	1
Sich informieren	1	Prävention	5		
		Selbstinstruktion	5		
		Selbstbestärkung/Relativieren	3		
		Ablenkung/Vermeidung	3		
		Übertreibung/Verallgemeinern	2		
		Akzeptieren	2		
		Humor/Ironic	1		

Herr H.

Handlungsbezogenes Coping		Kognitionsbezogenes Coping		Emotionsbezogenes Coping	
Kompensation	5	Problemanalyse	9	Trauern/Bedauern	5
		Akzeptieren	7	Gewöhnung	2
		Selbstinstruktion/Relativieren	7	Hadern	1
		Vergleich mit früher/mit anderen	4	Wut ausleben	1
		Prävention	3		
		Humor/Ironic	3		
		Sinnggebung	3		
		Neuorientierung	3		
		Selbstbestärkung	3		
		Autonomie bewahren	2		
		Bestärkung von aussen	1		

9.8. Tabelle Copingstrategien Freiwillige Abgabe

Handlungsbezogene Copingstrategien		Kognitionsbezogene Copingstrategien		Emotionsbezogene Copingstrategien	
Kompensation	18	Problemanalyse	24	Trauern/Bedauern	9
Sozialer Austausch/ Solidarität	4	Prävention	15	Gewöhnung	2
Belastungsbezogene Aktivität	2	Selbstinstruktion	12	Wut ausleben	2
		Akzeptieren	10	Hadern	1
		Humor/Ironie	11	Optimismus	1
		Selbstbestärkung	7		
		Autonomie bewahren	7		
		Vergleich mit anderen/ mit früher	6		
		In Erinnerung leben	5		
		Sinngebung/Religiosität	5		
		Bestärkung von aussen	5		
		Neuorientierung	3		
		Ablenkung/Vermeidung	1		
		Übertreiben	1		

9.9. Tabelle Copingstrategien Verordnete Abgabe

Handlungsbezogene Copingstrategien		Kognitionsbezogene Copingstrategien		Emotionsbezogene Copingstrategien	
Kompensation	17	Problemanalyse	63	Wut/Arger ausleben	35
Fachliche Hilfe	15	Schuld zuweisen	63	Hadern	12
Belastungsbezogene Aktivität	14	Bestärkung von aussen	29	Resignation	8
Sozialer Austausch/ Solidarität	7	Vergleich mit anderen/ mit früher	22	Gewöhnung	4
Sich informieren	3	Haltung bewahren	18	Trauern/Bedauern	1
		Selbstbestärkung	16	Ohnmacht	1
		Selbstinstruktion/ Relativieren	15	Optimismus	2
		Übertreiben/Bagatellisieren/ Verallgemeinern	11		
		Dem Körper/ den Umständen zuschreiben	9		
		Prävention	7		
		Autonomie bewahren	7		
		Humor/Ironie	7		
		Sarkasmus	4		
		Neuorientierung	4		
		Akzeptieren	3		
		Ablenkung/Vermeidung	2		
		Sinngebung/Religiosität	1		

