

Martina Hasseler, Martha Meyer,
Thomas Fischer (Hrsg.)

Gerontologische Pflegeforschung

Ansätze, Ergebnisse und Perspektiven
für die Praxis

Kohlhammer

Martina Hasseler
Martha Meyer
Thomas Fischer (Hrsg.)

Gerontologische Pflegeforschung

Ansätze, Ergebnisse und Perspektiven für die Praxis

Verlag W. Kohlhammer

Pharmakologische Daten verändern sich fortlaufend durch klinische Erfahrung, pharmakologische Forschung und Änderung von Produktionsverfahren. Verlag und Autor haben große Sorgfalt darauf gelegt, dass alle in diesem Buch gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Eine Gewährleistung können Verlag und Autor hierfür jedoch nicht übernehmen. Daher ist jeder Benutzer angehalten, die gemachten Angaben, insbesondere in Hinsicht auf Arzneimittelnamen, enthaltene Wirkstoffe, spezifische Anwendungsbereiche und Dosierungen anhand des Medikamentenbeipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen und in eigener Verantwortung im Bereich der Patientenversorgung zu handeln. Aufgrund der Auswahl häufig angewendeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

1. Auflage 2013

Alle Rechte vorbehalten

© 2013 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

ISBN 978-3-17-026499-1

Inhalt

Geleitwort	9
Vorwort der Herausgeber	11
I Einführende Themen	13
1 Alter(n) als soziale Konstruktion?!	15
<i>Oliver Hautz</i>	
1.1 Altersbilder und Pflege	16
1.2 Was ist das nun, das Alter(n)?	18
1.3 Demografische Aspekte	19
1.4 Biologische Aspekte	20
1.5 Soziologische Aspekte	22
1.6 Psychologische Aspekte	23
2 Zum Verhältnis von Gerontologie und Pflegewissenschaft und dessen Bedeutung für die pflegerische Praxis – Versuch einer Klärung	28
<i>Martha Meyer</i>	
2.1 Pflegewissenschaft und Gerontologie in der höchstrichterlichen Argumentation	28
2.2 Pflegewissenschaft und Gerontologie: Die Vielfalt der wissenschaftlichen Bezugssysteme und methodologische Fragestellungen	29
2.3 Pflegewissenschaft – Theoretische Perspektiven	32
2.4 Pflegeforschung	34
2.5 Zur Theoriediskussion in der Pflegewissenschaft	35
2.6 Gerontologie – Theoretische Perspektiven	36
2.7 Gerontologische Forschung	38
2.8 Pflegewissenschaft und Gerontologie: Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Schnittmengen im Forschungsfeld	39
3 Pflegeprofessionelle Beratung älterer Menschen	44
<i>Annette Riedel</i>	
3.1 Beratungsauftrag professionell Pflegender	47
3.2 Zentrale Besonderheiten und Perspektiven	48
3.3 Zentrale Komponenten und Anforderungen	52
3.4 Konkretion und Praxisbezug	58

II	Pflegerisch-klinische Themen	69
4	Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege und Gesundheitsversorgung älterer Menschen	71
	<i>Martina Hasseler</i>	
4.1	Mobilität als multidimensionales Konzept: Grundlage für gesundheitsförderliche Mobilitätsförderung	72
	<i>Regina Brunnett, Martina Hasseler, Steve Strupeit und Christiane Deneke</i>	
4.2	Wohnen im Alter	85
	<i>Thomas Fischer und Karin Wolf-Ostermann</i>	
4.3	Verhältnis von Polypharmazie und Sturzrisiko bei älteren Menschen aus Sicht der Pflege und Pflegewissenschaft	99
	<i>Martina Hasseler und Antje Tannen</i>	
5	Stellenwert von Assessments in der Pflege und Gesundheitsversorgung älterer Menschen	112
	<i>Esther Berkemer</i>	
5.1	Kognitive Einschränkungen und Demenz	113
	<i>Thomas Fischer</i>	
5.2	Schmerz und Schmerzmanagement	124
	<i>Thomas Fischer</i>	
5.3	Ernährung und Ernährungsmanagement bei älteren Menschen	137
	<i>Antje Tannen und Martina Hasseler</i>	
5.4	Das Inkontinenz-Assessment – Grundlage einer patientenorientierten Kontinenzförderung	154
	<i>Anne Ahnis, Katja Boguth und Katja Kummer</i>	
5.5	Wundversorgung bei älteren Menschen	168
	<i>Steve Strupeit und Gonda Bauernfeind</i>	
6	Zentrale Herausforderungen in unterschiedlichen Settings gerontologischer Pflege	180
	<i>Martha Meyer</i>	
6.1	Ältere Menschen mit der „Nebendiagnose“ Demenz im Krankenhaus	182
	<i>Martha Meyer</i>	
6.2	Beratungsbedarfe pflegender Angehöriger in der häuslichen Pflege	197
	<i>Claudia Mischke</i>	

6.3	Entlassungsmanagement im Krankenhaus für ältere pflegebedürftige Menschen – Anspruch und Umsetzung	212
	<i>Lisa Dietermann, Kathleen Füßler, Ingrid Kollak und Karin Wolf-Ostermann</i>	
6.4	Palliative Care in Einrichtungen der stationären Altenhilfe – Entwicklungen, Bedarfe und Herausforderungen unter besonderer Berücksichtigung von Demenz	230
	<i>Esther Berkemer</i>	
	Nachwort der Herausgeber	244
	Glossar	247
	Autorinnen und Autoren	254
	Stichwortverzeichnis	257

Geleitwort

Zu Pflegewissenschaften wird mittlerweile viel gearbeitet und geschrieben, zu Gerontologie ebenfalls. Die Schnittfläche zwischen beidem, zwischen Pflegewissenschaften und Gerontologie, bleibt im Verhältnis dazu jedoch bislang eher ein recht spärlich bestelltes Feld, vor allem was Veröffentlichungen anbelangt. Der vorliegende Band geht also in eine sowohl von Seiten der Praxis-Fragen wie wissenschaftlicher Bearbeitung höchst relevante Lücke und zielt darauf ab, sich »den körperlichen, psychischen, kognitiven, sozialen, gesundheits- und pflegepolitischen Aspekten des Alters und Alterns aus pflegewissenschaftlicher Perspektive« zu widmen. Auf der Grundlage pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse geht es um Herausforderungen, Fragen und mögliche Antworten zu Betreuung und Pflege älterer und alter Menschen. Dies geschieht vor dem Hintergrund bereits gestiegener und weiter zu erwartender Anforderungen an Qualität und Quantität der Pflege und gesundheitlichen Versorgung in diesem Feld. Hierfür ist sicherlich eine Verbindung von gerontologischen und pflegewissenschaftlichen Ansätzen und Erkenntnissen nicht nur sinnvoll, sondern sogar erforderlich. Nur so kann es gelingen, einen weiteren kritischen Diskurs von gesundheitlicher Betreuung und Pflege älterer und alter Menschen anzuregen und die bisherige Praxis auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Ergebnisse und Beobachtungen im Alltag weiterzuentwickeln. Dies gelingt im vorliegenden Band in besonders vielseitiger, kompetenter und praxis- wie wissenschaftsrelevanter Weise.

Der inhaltliche Spannungsbogen des Buches reicht entsprechend von »Einführende(n) Themen«, wie grundsätzliche Überlegungen und konzeptionelle Orientierungen zu Alter(n), etwa »Alter(n) als soziale Konstruktion?!«, der Bedeutung des Verhältnisses von Gerontologie und Pflegewissenschaft für die pflegerische Praxis oder Fragen der pflegeprofessionellen Beratung älterer Menschen bis hin zum zentralen Komplex der »Pflegerisch-klinische(n) Themen«. Diese umfassen drei in verschiedenen Beiträgen differenziert behandelte Bereiche: »Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege und Gesundheitsversorgung älterer Menschen«, »Stellenwert von Assessments in der Pflege und Gesundheitsversorgung älterer Menschen« und »Zentrale Herausforderungen in unterschiedlichen Settings gerontologischer Pflege«. Die dabei konkret – jeweils durch unterschiedliche Autorinnen und Autoren disziplinär vielseitig und komplementär – behandelten Themen reichen von gesundheitsförderlicher Mobilitätsförderung über Wohngruppen bzw. Wohnformen als präventiver Ansatz, das Verhältnis von Polypharmazie und Sturzrisiko bei älteren Menschen aus Sicht der Pflege und Pflegewissenschaft, kognitive Einschränkungen und Demenz, Schmerz und Schmerzmanagement, Ernährungsdefizite bei älteren Menschen, Inkontinenz-Assessment-Grundlage einer patientenorientierten Kontinenzförderung, Wundversorgung bei älteren Menschen, Nebendiagnose Demenz im Krankenhaus, Beratungsbedarfe pflegender Angehöriger in der häuslichen Pflege, Entlassungsmanagement im Krankenhaus für

ältere pflegebedürftige Menschen bis hin zu Palliative Care in der stationären Altenpflege – unter besonderer Berücksichtigung von Demenz. Es handelt sich alles in allem um eine – wenn man so will – fast repräsentative und sorgsam komponierte Auswahl der relevanten Themen des (nahezu) gesamten Spektrums gerontologisch pflegewissenschaftlicher Forschung.

Deutlich wird dabei, dass Pflegeforschung – auch im gerontologischen Feld – sich fast ausschließlich mit Fragen und Themen professioneller Pflege bzw. von Pflege in professionellen Einrichtungen gesundheitlicher Versorgung und Betreuung befasst. Häusliche Pflege älterer und alter bis hin zu hochbetagten Menschen findet keine explizite Berücksichtigung; dort relevante Fragen der Qualität der Pflege, der Belastung und Entlastungsmöglichkeiten der Pflegenden, deren Qualifizierung und der Vernetzung bzw. Arbeitsteilung mit Professionellen in der Pflege bleiben ausgespart, gehören qua Definition zumindest nicht explizit in den Bereich der Pflegeforschung. Somit bleiben sie eher der Gerontologie und der dort ebenfalls angesiedelten Forschung zu Pflege/Care überlassen. Insofern ist dem vorliegenden

Werk zu gerontologischer Pflegeforschung im Bereich professioneller Versorgung eine Entsprechung zu gerontologischer Pflegeforschung im Bereich häuslicher/privater Pflege zu wünschen oder – besser noch – zu einer Verbindung und Integration beider Bereiche der Pflege älterer, alter und hochbetagter Menschen. Dies schmälert weder Qualität noch Bedeutsamkeit des vorliegenden Bandes; im Gegenteil: aus guten Gründen arbeits teiligen Vorgehens und notweniger Reduktion der Komplexität ist hiermit ein erster entscheidender Schritt der Bearbeitung des Feldes gerontologischer Pflegeforschung geleistet. Er ebnet gleichzeitig den Pfad und motiviert zum genannten zweiten und ggf. auch dritten Schritt einer integrierten Perspektive von Pflege älterer bis hochbetagter Menschen im professionellen wie im häuslichen Kontext.

Professor Dr. Gertrud M. Backes

Lehrstuhl & Zentrum Altern
und Gesellschaft
Universität Vechta

Vorwort der Herausgeber

Gerontologie setzt sich interdisziplinär mit den vielfältigen Aspekten und Prozessen des Alterns auseinander, die von körperlichen, psychischen, sozialen, gesundheits- und pflegetherapeutischen sowie ökonomischen und kulturellen Faktoren beeinflusst werden. Aus gerontologischen Publikationen und Diskussionen kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass in der heutigen Zeit vielfältige und große Potenziale im Alter vorhanden sind und sich Altersbilder entsprechend verändern. Es ist eine Erkenntnis, dass ältere Menschen im Vergleich mit früheren Jahrzehnten durchschnittlich gesünder und aktiver sind. Das Alter, als die Lebensphase des Menschen mit der größten Variationsbreite, kann jedoch auch mit Pflegebedürftigkeit einhergehen, die vielfach eine professionelle Pflege erfordert. Professionelle Pflege hat dabei zum einen die Aufgabe, vorhandene Pflegebedarfe nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu decken und zum anderen es Menschen mit Pflegebedarf zu ermöglichen, ihre Wünsche und Wertvorstellungen soweit wie möglich zu realisieren und dabei mögliche gesundheitliche Defizite auszugleichen, Fähigkeiten zu erhalten und möglicherweise zu erweitern. Ältere, pflegebedürftige Menschen sind selbstbestimmte Individuen mit eigener Geschichte, eigenen Wünschen und Zielen, eigenen Hoffnungen und Fähigkeiten. An die professionelle Pflege ist das Erfordernis gestellt, diese unterschiedlichen Anforderungen und Erkenntnisse zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund sind Ressourcen und Selbstbestimmung des Menschen mit Pflegebedarf

im Prozess der pflegerischen Versorgung ausdrücklich zu integrieren.

In den letzten Jahrzehnten sind auf der Basis von neuen Erkenntnissen aus Gerontologie und Pflegewissenschaft sowie von Entwicklungen in Gesellschaft, Gesundheits- und Pflegepolitik die Anforderungen an eine qualitativ hochwertige und individuenzentrierte Pflege, Betreuung und Gesundheitsversorgung älterer Menschen gestiegen.

Die Herausgeber dieses Buches gehen davon aus, dass sich aus der gerontologisch pflegewissenschaftlichen Forschung Reflexionen, Diskussionen und Konsequenzen für die Pflege und Betreuung älterer Menschen ergeben, die von anderen Wissenschaftsdisziplinen der Gerontologie nicht abgedeckt werden können. Demgemäß ist es das Ziel dieses Buches, sich aus pflegewissenschaftlicher Perspektive mit Themen und Herausforderungen der Pflege und Betreuung älterer und alter Menschen in unterschiedlichen Settings der Versorgung zu beschäftigen. Es stellt einen Ausschnitt der gegenwärtigen pflegewissenschaftlichen Fragestellungen und Diskussionen in der Gerontologie dar, die Auswirkungen auf die praktische Pflege und Betreuung älterer Menschen in unterschiedlichen Settings haben. Auf der Basis von pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen werden Themen und Herausforderungen der Pflege und Betreuung älterer und alter Menschen analysiert, reflektiert und diskutiert. Des Weiteren soll es zu einer reflektierten Pflege und Betreuung älterer Menschen anregen mit dem Ziel, die gegenwärtige Praxis immer wieder in Frage zu stellen und zu verbessern.

Mit diesem Werk soll explizit aufgezeigt werden, dass die Pflegewissenschaft mittlerweile mit eigenen systematischen Erkenntnissen zum Wissensfundus in der Alternswissenschaft beitragen kann, welcher eine Basis bietet für eine evidenzbasierte und qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung älterer Menschen.

Das Buch gliedert sich in zwei Hauptteile. Im einführenden Teil dieses Werkes wird im ersten Kapitel zunächst das Verhältnis von Gerontologie und Pflegewissenschaft analysiert. Es hinterfragt die Schnittmengen und Unterschiede von Pflegewissenschaft und Gerontologie. Im zweiten Kapitel dieses einführenden Teils werden das Alter als Konstrukt und Altersbilder inhaltlich aufgefächert. Das dritte Kapitel setzt sich allgemein mit dem Thema Beratung, Anleitung und Schulung auseinander, da es in allen Sektoren und Settings der pflegerischen Versorgung älterer Menschen von hoher Bedeutung ist.

Der zweite Hauptteil befasst sich schwerpunktmäßig mit pflegerisch-klinischen Themen und gliedert sich in drei Kapitel. Zunächst werden im vierten Kapitel unter dem Oberthema »Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen in Pflege und Gesundheit« Themen einer ressourcenorientierten Mobilitätsförderung, förderliche Ansätze der Wohnsituation im Alter sowie Polypharmazie und Sturzrisiko unter der Perspektive ihrer präventiven und gesundheitsförderlichen Potenziale analysiert. Das fünfte Kapitel stellt die Bedeutung von

Assessments und deren Relevanz in der Pflege und Gesundheitsförderung älterer Menschen in den Mittelpunkt. Assessments spielen eine immer größere Bedeutung im Prozess der pflegerischen Versorgung, da sie eine Grundlage für weitere Entscheidungen in der Planung und Durchführung einer professionellen Pflege bieten. Demgemäß werden Themen aufgenommen, die in einem hohen Maße von einem systematischen Assessment profitieren. Dazu gehören kognitive Einschränkungen und Demenz, Schmerz und Schmerzmanagement, Erfassung und Versorgung von Ernährungsdefiziten bei älteren Menschen, Inkontinenz-Assessment sowie Wundversorgung und Wundmanagement bei älteren Menschen.

Im sechsten Kapitel werden zentrale pflegerische Herausforderungen in unterschiedlichen Settings gerontologischer Pflegeversorgung dargestellt. Das Setting Krankenhaus wird aufgenommen, indem das zunehmend wichtiger werdende Thema ältere Menschen mit der Nebendiagnose Demenz bearbeitet wird. Die Beratungsbedarfe von pflegenden Angehörigen in einem Unterkapitel beziehen sich auf den häuslichen Bereich. Es schließt sich das Entlassungsmanagement von älteren Menschen im Krankenhaus an. Im letzten Unterkapitel dieses Kapitels folgt das Thema Palliativpflege in Einrichtungen der stationären Altenhilfe.

Das Buch schließt mit einem Nachwort ab, das einen Rück- und Ausblick auf die Themen und Herausforderungen gerontologischer Pflegeforschung bietet.

I Einführende Themen

1 Alter(n) als soziale Konstruktion?!

Oliver Hautz

Einleitung

Ab wann ist man eigentlich alt? Wie fühlt es sich an, wenn man alt ist? Woher weiß man, dass man alt ist? Wer entscheidet eigentlich, ab wann jemand alt ist? Was ist Alter(n) und was unterscheidet die Menschen im Prozess des Alterns? Warum sind einige Menschen in höheren Lebensaltern noch aktiv und andere sind schon relativ früh in ihrer Aktivität eingeschränkt? Warum fühlen wir uns in manchen Situationen älter als in anderen?

Diese Liste an Fragen könnte wohl noch über mehrere Seiten fortgeführt werden. Wie sieht es aber mit den Antworten auf diese Fragen aus? Seit Jahrzehnten, oder vielmehr seit Jahrhunderten wird versucht, Erklärungen für das Phänomen Alter(n) zu finden. Dabei hängen die angebotenen Erklärungen und Antworten immer davon ab, zu welcher Zeit sie gegeben werden, wer sie gibt, in welchem Kontext sie gegeben werden und natürlich auch wie alt diejenige Person ist, die die Antwort(en) gibt. Die Antwort einer fünfzehnjährigen Schülerin auf die Frage, ab wann man denn alt ist, wird mit Sicherheit anders ausfallen als die ihrer beispielsweise sechzigjährigen Lehrerin. Die Antworten oder Erklärungen werden auch sehr unterschiedlich ausfallen, je nachdem ob man einen Biologen oder eine Biologin beziehungsweise einen Soziologen oder eine Soziologin fragt. Die Antwort wird demnach nicht nur vom fachlichen Hintergrund der befragten Person abhängen, sondern auch vom Geschlecht.

Es ist auch leicht nachvollziehbar, dass man im 18. Jahrhundert eine andere Ant-

wort oder Erklärung bekommen hätte als im 21. Jahrhundert. Woran liegt das? Heute erreichen wesentlich mehr Menschen grundsätzlich höhere Lebensalter als dies noch im 18. Jahrhundert der Fall war. Alleine schon deshalb wird man andere Antworten bekommen. Aber was heißt das denn für jeden Einzelnen oder die Gesellschaft als Ganzes?

Im Folgenden wird ein kleiner Überblick darüber gegeben, welche verschiedenen Antworten es auf die bisher aufgeworfenen Fragen gibt. Ziel wird es sein, aufzuzeigen, dass es sich beim Alter(n) um einen Prozess bzw. eine Kategorie handelt, die man aus ganz unterschiedlichen Perspektiven betrachten und entsprechend unterschiedlich konstruieren kann. Verallgemeinerungen über Erscheinungsformen des »Alter(n)s« sind aus der Perspektive der Altersforschung mit großer Vorsicht zu behandeln und viele Ergebnisse der traditionellen Altersforschung müssen heute revidiert werden. Sowohl die biologische als auch die demografische, psychologische und soziologische Altersforschung können das Phänomen Alter(n) nicht in seiner gesamten Vielschichtigkeit durchdringen, jedoch werden die angebotenen Erklärungen zunehmend robuster (Kruse & Wahl 2010, S. 80).

Insbesondere diejenigen Menschen, die aufgrund ihrer Tätigkeit in den Einrichtungen der Altenhilfe und -pflege mit einem besonderen Ausschnitt des menschlichen Alters und des Alt-Seins konfrontiert sind, erliegen häufig einer verzerrten Wahrnehmung vom »Alter«, da sie fast ausschließlich mit den Facetten Gebrechen, Einschränkungen von Alltagskompetenz, Endlichkeit,

Krankheit und Tod konfrontiert sind. Sie »konstruieren« eine soziale und psychologische Einstellung oder Meinung, die sich ihnen in ihren Umwelten über das Alter(n) darbietet.

Das Anliegen dieses Beitrages ist es, auf der Basis einiger zusammengetragener Befunde der Alter(n)sforschung zu einer Reflexion und Diskussion der eigenen Konstrukte zum Alter und Altern anzuregen sowie zu einer Erweiterung der Perspektive auf ein vielschichtiges, widersprüchliches,

herausforderndes, »bedrohliches« und anregendes Alter(n) beizutragen.

Zunächst soll ein Überblick darüber gegeben werden, weshalb im Kontext der Pflege eine Beschäftigung mit dem Thema Alter(n) überhaupt notwendig erscheint. Hierzu werden verschiedene Befunde aus der gerontologischen Forschung dargestellt, die sich mit Einstellung(en) gegenüber dem Alter(n) bzw. Altersbildern im Pflegeprozess beschäftigen.

1.1 Altersbilder und Pflege

Arbeiten zum Thema »Altersbilder professioneller Pflegekräfte« zeichnen generell ein sehr uneinheitliches und in Teilen recht undurchsichtiges Bild. Viele Studien wurden mit angehenden Pflegekräften durchgeführt, welche dann nach ihren Präferenzen bezüglich ihres zukünftigen Einsatzgebietes befragt wurden. Aufgrund der Tatsache, dass sich diese tendenziell eher in anderen Arbeitsfeldern als der geriatrischen Versorgung sahen, wurde dann auf ein generell negatives Altersbild von Pflegekräften geschlossen (Pursey & Luker 1995, S. 548; Stevens & Crouch 1995, S. 238 ff). Folgt man den Ausführungen von Stevens und Crouch (1995) so spiegelt sich in der Tatsache, dass angehende Pflegekräfte andere Arbeitsgebiete der Versorgung älterer Menschen – etwa in der Geriatrie – vorziehen, jedoch kein negatives Altersbild wider. Vielmehr kann dies damit begründet werden, dass technisch und auch technologisch anspruchsvollere Arbeitsgebiete der Arbeit »am Menschen« vorgezogen werden (vgl. Stevens & Crouch 1995, S. 233 ff). Trotz einer generellen Uneinigkeit wird in der Literatur ein tendenziell negatives Altersbild bei Pflegekräften unterstellt (Courtney et al. 2000, S. 62). Aber

haben Pflegekräfte wirklich ein negativeres Bild vom Alter(n) und von alten Menschen als die allgemeine Bevölkerung? Und weshalb spielt dieser Aspekt eine wichtige Rolle?

In diesem Zusammenhang muss auf die Befunde aus dem Forschungsprogramm von Margret Baltes und Kollegen (1996) hingewiesen werden: Das Hauptaugenmerk der hier durchgeführten Untersuchungen lag auf der Interaktion zwischen Pflegekräften und zu Pflegenden. Aufgrund von sequentiellen Beobachtungen in Pflegeeinrichtungen wurde auf zwei relativ stabile Interaktionsmuster geschlossen. Zum einen wurde aus den Untersuchungsergebnissen geschlossen, dass unselbstständiges Verhalten seitens der zu Pflegenden mit einer Zunahme an Unterstützung durch die Pflegekräfte verbunden war (Unterstützung und Stärkung von Selbstständigkeit). Auf der anderen Seite wurde den Beobachtungen zufolge selbstständiges Verhalten tendenziell eher ignoriert (Missachtung von Selbstständigkeit) (Baltes 1995, S. 165). Diese Verhaltensweise(n) wurden unter anderem aufgrund des theoretischen Rahmens, der diesen Untersuchungen zugrunde lag, als problematisch angesehen und ein Hauptgrund für dieses Verhalten

seitens der Pflegekräfte wurde in der Manifestation negativer Stereotype gesehen. Das heißt, dass negative Vorstellungen bezüglich des Verlustes bestimmter Fähigkeiten im Alter auf Seiten der Pflegekräfte handlungsleitend waren und sich somit ein Unselbstständigkeitsunterstützungsskript ausbilden konnte (vgl. Baltes & Horgas 1997; Baltes 1996).

Auch Erlemeier und Kollegen (1997) haben sich mit dem Thema Altersbilder von Pflegekräften befasst, kamen aber nicht zu dem Schluss, dass die Studienteilnehmer generell negative Vorstellungen vom Alter(n) hatten. Im Zentrum dieser Studie stand die Verknüpfung der vorherrschenden Altersbilder mit der Qualität der erbrachten Pflege. Hierzu wurde ein Forschungsansatz gewählt, der sich weniger an der traditionellen Einstellungsforschung orientierte, sondern vielmehr über die Erfassung »sozialer Episoden« versuchte, den jeweils »individuellen« Kontext zur Grundlage zu machen. Im Einzelnen heißt das, dass über die Erfassung der subjektiv erlebten Pflegesituation eine Beurteilungsskala entwickelt wurde, die sich am Erfahrungshorizont der jeweiligen Pflegekräfte orientierte (Erlemeier et al. 1997, S. 208). Zum einen wird hier berichtet, dass das Verhalten bzw. die Persönlichkeitsstruktur der Bewohnerinnen erheblichen Einfluss auf die Differenziertheit der vorherrschenden Altersbilder hat. Zum anderen wurde festgestellt, dass die Differenziertheit der Altersbilder sich auf die Art der erbrachten Pflege auswirkte (Erlemeier et al. 1997, S. 211 ff).

Vergleicht man die Ergebnisse der Studie von Erlemeier und Kollegen (1997) mit denen von Margret Baltes und Kollegen (1996), so lässt sich feststellen, dass zwar in einzelnen Pflegesituationen ein tendenziell negatives Altersbild für die Art und Weise der Pflegeinteraktion verantwortlich sein kann, deswegen aber in keinem Falle auf ein generell negatives Altersbild geschlossen werden sollte. An dieser Stelle wird noch

einmal deutlich, dass man im Rahmen dieses Themas sehr genau unterscheiden muss, auf welcher Ebene man argumentiert. So ist es zwar möglich, aufgrund konkreter Studien auf ein negatives Altersbild im jeweiligen Kontext zu schließen; man darf daraus jedoch nicht folgern, der gesamten Gruppe von Pflegekräften – gemessen am »gesellschaftlichen« Altersbild – negative Altersstereotype zuzuschreiben. Es muss also ganz klar zwischen der Einstellung gegenüber einzelnen Patienten oder Bewohnerinnen und Einstellungen gegenüber dem Alter(n) an sich unterschieden werden. Eine weitere Komponente bei der Beschreibung bzw. Erfassung der Altersbilder professioneller Pflegekräfte lässt sich in einer Studie von Walter und Kollegen (2006) finden. Auch hier konnte bei der Erfassung subjektiver Altersbilder auf der Basis episodischer Interviews kein grundsätzlich negatives Altersbild gefunden werden. Vielmehr zeigte sich, dass die Vorstellungen vom Alter meist mit Hochbetagten in Verbindung gebracht wurden und hierbei mehrheitlich negative Assoziationen mit dem körperlichen Zustand der betagten Menschen im Vordergrund standen (Walter et al. 2006, S. 92).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Aussage, Pflegekräfte hätten generell eine negative Einstellung gegenüber dem Alter(n) bzw. deren Einstellung sei grundsätzlich negativer als die der restlichen Mitglieder einer Gesellschaft, als zu pauschal und zu verallgemeinernd angesehen werden muss. Es muss aber auch darauf hingewiesen werden, dass man in der Literatur zu diesem Thema fast einstimmig davon ausgeht, dass sicherlich ein Zusammenhang zwischen den Altersbildern von Pflegekräften und der Qualität der Pflegeinteraktion besteht (vgl. auch Kahana & Kiyak 1984). Aus diesem Grund ist es von großer Bedeutung, dass sich Pflegekräfte mit den Erkenntnissen der Alter(n)sforschung auseinandersetzen, um somit ihre eigenen Altersbilder besser reflektieren zu können.

1.2 Was ist das nun, das Alter(n)?

Was heißt es denn eigentlich alt zu sein? Ab wann ist man alt und was soll man auf die Frage antworten, wie alt man ist?

Bei dem Versuch, solche Fragen zu beantworten, ist es wichtig, zwischen dem Altern und dem Alter zu unterscheiden. Während mit dem Altern ein Prozess beschrieben wird, der sich von der Geburt bis zum Tod vollzieht, wird mit dem Begriff Alter ein bestimmter Lebensabschnitt beschrieben (Krusse & Wahl 2010; Wahl & Heyl 2004). Von beiden Begriffen müssen wir dann auch noch einmal die Gruppe der alten Menschen unterscheiden. Wichtig ist bei den Begriffen Altern und Alter, dass es nicht ganz so einfach ist, diese klar abzugrenzen bzw. einen Anfangs- oder Endpunkt zu bestimmen. Nehmen wir folgendes Beispiel: Obwohl oft selbstverständlich davon ausgegangen wird, dass der Alterungsprozess erst mit der Geburt beginnt, gibt es durchaus auch berechtigte Überlegungen, dass schon vor der Geburt Einfluss auf den Alterungsprozess genommen wird und das Altern somit schon vor der Geburt beginnt. Bei der sogenannten »Barker-Hypothese« geht man davon aus, dass sich die Ernährung der Mutter während der Schwangerschaft auf das Geburtsgewicht des Kindes auswirkt, welches wiederum Einfluss auf die Entwicklung von Herz-Kreislaufkrankungen hat (Barker & Osmond 1986; Barker et al. 1989). Das Altern beginnt also schon im Mutterleib und nicht zwangsläufig erst mit der Geburt.

Natürlich gibt es gute Argumente gegen die Ansicht, dass Altern schon im Mutterleib beginnt. Leider kann diese Diskussion an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden. Vielmehr sollte diese kurze Darstellung aufzeigen, dass es sich beim Altern (und demzufolge auch beim Alter) um ein komplexes, prozesshaftes Geschehen handelt, welches auf unterschiedlichste Weise »konstruiert«

werden kann. Konstruiert« in dem Sinne, als dass es für das Verständnis von Alter(n) von großer Bedeutung ist, wo man den Beginn eines Prozesses ansetzt, weil daraus völlig unterschiedliche Erklärungsmuster resultieren können.

Viele werden sich vielleicht noch daran erinnern, dass sie als Kind ihre Eltern als alt wahrgenommen haben. Egal ob die Eltern 30, 40 oder 60 Jahre alt waren, als Kind oder Jugendlicher dachte man, dass ein Alter von 30 oder 40 Jahren schon recht alt ist. Erreicht man diese Altersmarken dann jedoch selbst, wird man also selbst 30, 40, 50 oder 60 Jahre alt, kommen viele zu der Einsicht, dass man doch noch nicht so alt ist (mit 30, 40 oder 60 Jahren). Das Alter wird also nicht nur durch die verstrichene Zeit seit dem Tag der Geburt definiert, sondern es scheinen auch andere Komponenten eine Rolle zu spielen.

Die Frage nach dem eigenen Alter scheint auf den ersten Blick relativ leicht zu beantworten. Anstatt mit einer Altersangabe zu antworten (z.B. 21, 39, 76 Jahre) könnte man aber auch mit der Gegenfrage antworten, ob denn nun das kalendarische, das biologische, das soziale oder das psychologische Alter gemeint sei. Das kalendarische oder chronologische Alter beschreibt dabei die vom Tag der Geburt an verstrichene Zeit. Es handelt sich hierbei also um einen linearen, immer weiter fortschreitenden Ablauf. Mit dem sozialen Alter sind z.B. die Übergänge zwischen und die Übernahme von bestimmten Rollen im Verlauf des Lebens gemeint, welche wiederum an bestimmte Altersnormen geknüpft sind. Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten, mögliche Persönlichkeitsveränderungen und Veränderungen des Selbstbildes von Personen werden häufig mit dem psychologischen Alter(n) in Verbindung gebracht. Hierbei ist es wichtig zu beachten, dass solche Veränderungen

nicht zwangsläufig auftreten müssen und auch keine grundsätzliche Aussage(n) über die Direktionalität dieser Prozesse gemacht werden kann. Mit dem biologischen Alter(n) sind ganz allgemein die körperlichen Veränderungen gemeint, die während des Alterungsprozesses auftreten. Diese auf Zellebene stattfindenden Prozesse werden z. B. durch das Ergrauen der Haare, Hautveränderungen, aber auch Organveränderungen sichtbar und reichen von eher harmlosen Veränderungen (graue Haare) bis hin zu krankhaften und schließlich zum Tode führenden z. B. Organveränderungen (Morgan & Kunkel 2001).

Man kann soziales oder psychologisches Alter nicht ganz genau bestimmen und auf eine einfache Zahl reduzieren; es soll hier aber verdeutlicht werden, dass das kalendrische oder chronologische Alter nur eine bedingte Aussage über einen Menschen und dessen Alter erlaubt. Je nach Perspektive (z. B. Soziologie, Psychologie oder Biologie) kommt man zu recht unterschiedlichen Er-

gebnissen zur Frage des Alters. Es muss an dieser Stelle aber auch darauf hingewiesen werden, dass diese verschiedenen Dimensionen des Alters nicht unabhängig voneinander existieren, sondern miteinander verknüpft sind. Zum Beispiel ist der Übergang aus dem Erwerbsleben in den Ruhestand sehr eng an das chronologische Alter geknüpft (65 bzw. 67 Jahre).

Eine große Rolle, ab wann man denn alt ist, spielt dabei das subjektive Erleben. Filipp und Mayer (1999) fassen hier zusammen, dass funktionelle Einbußen und bestimmte kritische Lebensereignisse eine große Rolle dabei spielen, ob man sich alt fühlt oder nicht.

Es wird hier also davon ausgegangen, dass Alter nur bedingt etwas damit zu tun hat, wie viel Zeit seit der Geburt vergangen ist, sondern zu einem großen Teil auch davon abhängt, ob z. B. Freunde sterben, man schlechter sieht, hört oder man mehr als zuvor mit gesundheitlichen Problemen zu kämpfen hat (Filipp & Mayer 1999, S. 17).

1.3 Demografische Aspekte

Wie lange leben Menschen im Durchschnitt? Werden die Menschen in Zukunft noch länger leben? Wie lange kann ein Mensch höchstens leben?

Von der alternden Gesellschaft dürfte mittlerweile fast jeder schon einmal gehört haben. Egal ob in Zeitungsartikeln, im Internet, in Fernsehsendungen oder im Radio, die Veränderungen der Altersstruktur und die Konsequenzen daraus sind immer wieder ein Thema. Dabei werden verschiedene Zukunftsszenarien entworfen, welche oft ganz bestimmte Vorstellungen von »dem Alter« widerspiegeln. Oft werden diese Vorstellungen von »dem Alter« durch wissenschaftliche Paradigmen, politische Interessen oder

persönliche Erfahrungen bestimmt. Diese vielfältigen spezifischen wissenschaftlichen Paradigmen, politischen Interessen und Ideologien sowie persönlichen Erfahrungen haben zur Folge, dass die jeweiligen Einstellungen und Vorstellungen von »dem Alter(n)« in den öffentlichen Diskurs eingebracht werden und diesen wesentlich beeinflussen.

Gerade wenn es vor dem Hintergrund eines größeren Anteils Älterer in der Gesellschaft um die ökonomische Sicherung oder die Gesundheitspolitik geht, werden Schreckensszenarien entworfen, die die Veränderungen in der Altersstruktur hauptsächlich aus einer problemorientierten Perspektive

betrachten und den Blick auf die durchaus erkennbaren positiven Aspekte einer sich verändernden Altersstruktur verschließen (Backes 2004).

Aber woher weiß man eigentlich, dass sich die Altersstruktur einer Gesellschaft verändert? Um entweder Vergleiche zwischen verschiedenen Gesellschaften zu einem bestimmten Zeitpunkt oder Vergleiche in einer bestimmten Gesellschaft zu verschiedenen Zeitpunkten ziehen zu können, braucht man gewisse Altersmarken. Um beispielsweise sagen zu können, dass sich die Zahl der Menschen hohen und sehr hohen Alters vergrößert, muss festgelegt sein, ab wann das hohe bzw. sehr hohe Alter beginnt oder wer zu den »jungen« Alten und wer zu den »alten« Alten gehört (Neugarten 1974). Vor noch nicht all zu langer Zeit erreichten verhältnismäßig weniger Menschen höhere Lebensalter und entsprechend gab es auch überhaupt keine Veranlassung, innerhalb der Gruppe der älteren Menschen zwischen »jungen Alten« und »alten Alten« zu unterscheiden. Solche Unterteilungen ergeben sich erst aus neuen sozialen Gegebenheiten und sind nicht Ausdruck von Naturgesetzen. Wie wird sich die Situation darstellen, wenn noch mehr Menschen noch älter werden? Könnte es sein, dass sich der Trend zur Erreichung

höherer Lebensalter immer weiter fortsetzen wird?

Olshansky und Kollegen (1990) argumentieren, dass die maximale Lebenserwartung bei Geburt – ohne fundamentale Durchbrüche bezüglich der Kontrolle des Alterungsprozesses – 85 Jahre nicht überschreiten werde. Selbst wenn ein solcher Durchbruch gelingen sollte, sahen Olshansky und Kollegen das Höchstmaß der Lebenserwartung mit 90 Jahren erreicht (Olshansky et al. 1990, S. 638). Zwölf Jahre später argumentierten Oeppen und Vaupel (2002), dass man wegen der in den letzten 150 Jahren beobachteten Steigerung der Lebenserwartung (bei Geburt) von 2,5 Jahren pro Jahrzehnt davon ausgehen kann, dass wir noch eine Lebenserwartung von 100 Jahren (bei Geburt) erreichen werden, falls sich dieser Trend fortsetzt (Oeppen & Vaupel 2002, S. 1031).

Es ist wichtig, sich klar zu machen, dass es selbst in der demografischen Alter(n)sforschung nicht die eine Antwort gibt. Die Interpretation und Konzeptualisierung von Daten ist auch hier verschiedenen (sozialen) Einflüssen ausgesetzt und was heute als gesicherter Wissensbestand gilt, ist morgen vielleicht schon wieder überholt.

1.4 Biologische Aspekte

Wie kann es sein, dass manche Menschen so viel älter werden als die durchschnittliche Lebenserwartung annehmen lässt? Gibt es ein absolutes Höchstalter und wenn ja, in welcher Höhe liegt es?

Um Antworten auf solche oder ähnliche Fragen zu finden, wendet man sich der biologischen Alter(n)sforschung zu. Es sei aber darauf hingewiesen, dass auch biologische Erklärungsrahmen nicht in der Lage

sind, das Alter(n) zu erklären und »Komplettlösungen« für Fragen bezüglich des Alter(n)s anzubieten. Die biologische Alter(n)sforschung hat sehr viel zu unserem heutigen Verständnis vom Alter(n) beigetragen, kann aber alleine dieses komplexe Phänomen bei weitem nicht in seiner Gänze erfassen. Außerdem muss man festhalten, dass auch in der Biologie – wie in der Wissenschaft allgemein – viele theoretische Konstrukte nur

für eine bestimmte Zeit Bestand haben, da sie dann durch neue Erkenntnisse ersetzt bzw. ergänzt werden.

Grundsätzlich wird Alter(n) in der Biologie als sukzessive fortschreitender Verfall physischer Funktionen angesehen, der im Erwachsenenalter beginnt und mit dem Tode endet (Austad 2009, S. 147). In ähnlicher Weise beschreibt Schachtschnabel (2004) den biologischen Alterungsprozess als stetig fortschreitende, irreversible Veränderungen der Funktionen eines Organismus, welche unausweichlich zum Tod führen (S. 167). Diese zum Tode führenden Veränderungen sind jedoch nicht mit Krankheiten gleichzusetzen. In der Gerontologie wird ganz klar zwischen Alter(n) und Krankheit(en) unterschieden. Unbestritten ist, dass bestimmte Krankheiten im Alter gehäuft auftreten und dass sie das Resultat biologischer Veränderungen im Körper sind. Alter(n) jedoch mit Krankheit gleichzusetzen wäre falsch. Fries (1980) stellte sogar die These auf, dass die mit Krankheiten (vor allem chronischen Krankheiten) verbrachte Zeit sich immer weiter verkürzen würde (Kompression der Morbidität). Den möglichen Grund hierfür sieht Fries (1980) darin, dass die Rate, mit der sich die Lebenserwartung entwickelt, geringer ist, als die Rate, mit der sich der Beginn von chronischen Krankheiten verschiebt. In anderen Worten heißt dies, dass es zu einer Kompression der Morbidität dann kommt, wenn sich chronische Krankheiten immer später manifestieren (z. B. durch gesündere Lebensweise oder präventive Maßnahmen), die durchschnittliche Lebenserwartung aber langsamer steigt (Fries 1980; Fries 2005). Führt man diesen Gedanken noch etwas weiter, kann man zu dem Schluss kommen, dass diese »Kompression der Morbidität« (Compression of Morbidity) vielleicht sogar über das Lebensende hinaus »geschoben« wird und somit immer mehr Menschen in guter Gesundheit sterben würden. Diese Schlussfolgerung ist jedoch umstritten.

In der biologischen Alter(n)sforschung stehen sich zwei grundsätzlich verschiedene Perspektiven gegenüber. Zum einen gibt es die Überzeugung, dass das Alter(n) einem deterministischen Prozess folgt, der genetisch festgelegt ist und somit intrinsisch den Alterungsprozess steuert. Zum anderen gibt es die Überzeugung, dass Alter(n) das Resultat zufälliger, externer Faktoren ist, die über einen gewissen Zeitraum hinweg den Körper schädigen (Finch & Kirkwood 2000).

Einen Meilenstein in der biologischen Alter(n)sforschung und ein Beispiel für einen deterministischen Alterungsprozess stellt das sogenannte Hayflick-Limit dar. Dabei wird angenommen, dass Zellen eine genetisch festgelegte Teilungshäufigkeit inne wohnt. Darüber hinaus scheinen Zellen auch so etwas wie ein Gedächtnis für die Teilungshäufigkeit zu besitzen. Dies wurde aus der Tatsache geschlossen, dass selbst nach dem Einfrieren und späteren Auftauen von Zellen die Zahl der Teilungen relativ stabil blieb (Hayflick & Moorhead 1961).

Ein Beispiel für die Auffassung des Alter(n)s als Resultat externer Faktoren ist die Theorie der freien Radikale. Freie Radikale sind Moleküle, die ein ungepaartes Elektron besitzen und aufgrund der daraus resultierenden hohen Menge an freier Energie sehr schnell mit anderen Molekülen reagieren. Es wird davon ausgegangen, dass diese freien Radikale verschiedene essentielle, chemisch-biologische Prozesse im Körper verhindern (Proteinproduktion) und somit unter anderem zu Zellschädigungen führen. Freie Radikale können sowohl durch externe Faktoren entstehen (z. B. ionisierende Strahlung) aber auch durch interne Faktoren wie z. B. Atmung (Finch & Kirkwood 2002; Barja 2004).

Kruse und Wahl (2010) gehen davon aus, dass die deterministisch orientierten Konstruktionen zwar lange Zeit dominierten, neuere zell- und molekularbiologische Erkenntnisse aber darauf hindeuten, dass der

Alterungsprozess tendenziell eher das Resultat stochastischer Prozesse ist. Es scheint sich also mehr und mehr in vielen Disziplinen die Überzeugung durchzusetzen, dass Alter(n)

ein Geschehen darstellt, das nur erklärt werden kann, wenn sowohl kulturelle als auch biologische Faktoren mit einbezogen werden (Baltes 1987).

1.5 Soziologische Aspekte

Weshalb wird man eigentlich immer wieder danach gefragt, wie alt man ist? War das Alter schon immer ein so wichtiges soziales Kriterium? Wer legt eigentlich die Regeln fest, ab welchem Alter man was tun darf?

Die Arbeit bzw. das Erwerbs- und Lohnsystem haben sich über die Jahrhunderte zu einem System entwickelt, dessen Institutionen sich auch auf die Chronologisierung des Lebenslaufes auswirken. Dies führt dazu, dass die Arbeit zu einer zentralen Vergesellschaftungsform geworden ist, welcher aus soziologischer Perspektive die Aufgabe zukommt, den Menschen »ihren Ort bzw. Platz in der Gesellschaft« zuzuschreiben (Kohli 1992). Die Brücke zur Strukturierung bzw. Gliederung des Lebenslaufes schlägt hierbei die soziale Konstruktion der Lebensalter. Die Verbindung von Arbeit als Vergesellschaftungsform und der sozialen Konstruktion der Lebensalter führt dazu, dass sich Arbeit als zentrales Moment sowohl auf der Makroebene (Gesellschaft) als auch auf der Mikroebene (Rolle des Individuums) bezeichnen lässt. So dient die in modernen Gesellschaften herrschende Dreigliederung des Lebenslaufes in Vorbereitungs-, Aktivitäts- und Ruhephase (entsprechend den Phasen Kindheit und Ausbildung, Familiengründung und Berufstätigkeit sowie Ruhestand) sowohl dem Individuum als auch dem gesellschaftlichen System. Dem Individuum dient die Dreigliederung insofern, als sie zur Orientierung und zum Finden adäquater Rollen beiträgt, der Gesellschaft, indem diese Institutionalisierung des Lebenslaufes auf vier

gesellschaftliche Problemlagen antwortet: die Rationalisierung des Wirtschaftens, die soziale Kontrolle, die Integration und die Sukzession (Kohli 1992).

Dem kalendarischen Alter wird also aus vielerlei Gründen große Bedeutung beigemessen. Dem war aber nicht immer so. Stolleis (2007) beschreibt die Zeit vor der industriellen Revolution als eine Zeit, in der das Leben hauptsächlich von natürlichen Zyklen bestimmt wurde. Erst mit der Segmentierung des Lebenslaufes gewann das kalendarische Alter gegenüber dem sozialen Alter an Bedeutung. Der Beginn dieser »Chronometrie des Daseins« (Stolleis 2007, S. 271) stellte dann auch die Grundlage für die Schaffung und Einführung der Sozialversicherung in Deutschland dar. Der Rentenversicherung wird dabei eine wichtige Rolle zuteil, wenn es darum geht, ab wann jemand alt ist bzw. als alt wahrgenommen wird. Durch Regelungen zum Ruhestand (in Deutschland etwa der gesetzlichen Rentenversicherung) wird heute festgelegt, wann ein Individuum aus dem Erwerbsleben austreten kann bzw. muss und somit wird auch indirekt festgelegt, ab wann für ein Individuum das Altsein beginnt (Filipp & Mayer 1997).

Wir können hier also feststellen, dass in den Diskussionen über die sich verändernde Altersstruktur oft von bestimmten Altersmarken (z. B. 65 Jahre) ausgegangen wird, welche aber nur bedingt natürliche Grenzen darstellen. Werden sich die Vorstellungen, ab wann jemand alt ist, etwa verändern, wenn

das Renteneintrittsalter nicht mehr 65, sondern 67 Jahre beträgt? Fest steht, dass man bestimmte Altersmarken braucht, um Vergleiche ziehen zu können und auch, um eine gewisse Ordnung aufrecht zu erhalten. Diese Altersmarken stellen aber keine Naturgesetze dar, sondern bringen gesellschaftliche Konventionen zum Ausdruck, die sich oft über Jahrzehnte oder Jahrhunderte entwickelt haben.

Ein Erklärungsrahmen, der die öffentliche Wahrnehmung des Alter(n)s mit dem Marktgeschehen verknüpft, ist die sogenannte »Political Economy Theory« (Estes 1993). Die Grundannahmen dieses theoretischen Erklärungsrahmens stellen eine Verknüpfung zwischen der öffentlichen Wahrnehmung des Alter(n)s und der daraus resultierenden sozialen Konstruktion des Alter(n)s her.

Abhängigkeit gilt als eine der drei Grundannahmen des Konzepts der »Political Economy Theory«. So findet sich bei Estes (1993) die Aussage, dass das Wirtschaftssystem dahingehend organisiert ist, produktive Arbeit zu belohnen, wovon ältere Menschen durch das Rentensystem ausgeschlossen werden (S. 293). Dies gilt dann als Argument für eine generelle Tendenz

dahingehend, gesellschaftliche Strukturen auszubilden und zu erhalten, welche die grundsätzliche Perspektive einer natürlichen Abhängigkeit im Alter verfestigen.

Das zweite Postulat der »Political Economy Theory« beschreibt die Idee, dass die Wahrnehmung des Alters als soziales Problem dazu führt, diese Bevölkerungsgruppe als bedürftig anzusehen, um so die profitäre Stellung des industriellen Komplexes zu sichern (Estes 1993, S. 294 ff).

Die dritte Annahme bezieht sich auf die soziale Konstruktion des Alters. Es wird argumentiert, dass aufgrund der Wahrnehmung des Alter(n)s, selbst in der gerontologischen Forschung, die individuelle Perspektive zu sehr betont wird und der Einfluss des Kontextes, in welchem dieses individuelle Alter(n) stattfindet, zu wenig berücksichtigt wird (Estes 1979, S. 11). Eine solche Perspektive könnte letztlich vom Individuum internalisiert werden und dann dazu führen, dass sich die ältere Person tatsächlich als Problem sähe und damit die erste Annahme wiederum verstärkt würde. So entstandene Altersbilder können dann als »argumentative Machtmittel« fungieren, um bestimmte moralische und ideologische Interessen durchzusetzen (Amrhein & Backes 2007).

1.6 Psychologische Aspekte

Werden alle Menschen im Alter vergesslich? Lassen die geistigen Fähigkeiten zwangsläufig nach im Alter? Weshalb sind manche alte Menschen geistig fit bis ins hohe Alter und andere nicht? Können alte Menschen immer weniger als junge Menschen?

Solche und ähnliche Fragen können am besten mit dem in der psychologischen Alter(n)sforschung generierten Wissen beantwortet werden. Auch für die Psychologie gilt, wie für alle anderen Disziplinen auch,

dass alleine aus den hier gewonnenen theoretischen und konzeptionellen Erkenntnissen keine Aussage darüber getroffen werden kann, was denn Alter(n) nun genau ist. In der psychologischen Alter(n)sforschung wird viel mit dem Begriff der Entwicklung gearbeitet. Entwicklung wird hier als ein Prozess verstanden, der die gesamte Lebensspanne umfasst und nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt aufhört. Entwicklung ist demzufolge also über den gesamten Le-

benslauf hinweg möglich. Baltes (1987) beispielsweise versteht Entwicklung als einen lebenslangen Prozess, welcher das Individuum befähigt, sich an wechselnde Bedingungen anzupassen. Entwicklung wird hierbei als Metakzept beschrieben, was im Grunde bedeutet, dass es sehr wohl Entwicklungsprozesse gibt, die an bestimmte Lebensphasen (Alter) gekoppelt sind, dass diese aber nicht isoliert, sondern als lebenslanger Prozess eines dynamischen Wechselspiels von Gewinnen und Verlusten zu sehen sind. Dies unterscheidet sich von der Sichtweise, dass Entwicklung hauptsächlich mit Wachstum verbunden ist. Entwicklung in einem bestimmten Bereich ist – im Sinne von Baltes – auch zu jedem Zeitpunkt mit dem Verzicht der Entwicklung bzw. Optimierung in einem anderen Bereich verbunden. Aber nicht nur dieses Wechselspiel zwischen Verlust und Gewinn – auch wenn dies ein wesentliches Kriterium dieses Entwicklungsbegriffs ist – ist charakteristisch für den hier beschriebenen Entwicklungsbegriff.

Diese Überlegungen zur Entwicklung über die Lebensspanne sind eng mit dem Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation verbunden (Baltes & Baltes 1990). In diesem Modell geht man davon aus, dass dem Individuum mit dem zunehmenden Verlust in bestimmten Domänen des täglichen Lebens die Möglichkeit gegeben wird, bestimmte Fähigkeiten aufzugeben, bestehende Schwächen zu kompensieren, oder auf die Selbstständigkeit in diesen Domänen zu verzichten, um die Kräfte für solche Ziele bündeln zu können, welche einen höheren Stellenwert für das Individuum besitzen. Dieses dynamische Wechselspiel zwischen Gewinnen und Verlusten konstituiert sich durch drei miteinander verbundene Elemente der Selektion, Optimierung und Kompensation (Baltes & Baltes 1990). Mit Selektion ist hierbei die Tatsache gemeint, dass ein Individuum schon frühzeitig dazu gezwungen ist, aus einer Vielzahl von Entwicklungszielen, diese zu verfolgen, welche sowohl im kultu-

rellen als auch im individuellen Kontext am sinnvollsten und vielversprechendsten sind (Baltes et al. 1999). Sind die Möglichkeiten der Selektion in frühen Lebensphasen noch recht zahlreich, so werden diese Möglichkeiten mit zunehmendem Alter immer weniger. Trotz dieser weniger werdenden Zahl an Möglichkeiten der Zielsetzung dient der Prozess der Selektion im höheren Alter dazu, Erwartungen anzupassen und so zu mehr Zufriedenheit beizutragen (Baltes & Baltes 1993). Mit dem Prozess der Optimierung ist nun gemeint, dass Individuen die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen möglichst effektiv einsetzen, um somit (sowohl qualitativ als auch quantitativ) den eingeschlagenen Lebensweg zu maximieren (Baltes & Baltes 1990 Baltes et al. 1999). Zuletzt geht es bei dem Prozess der Kompensation darum, auf den Verlust bestimmter Ressourcen zu reagieren, welche zur Zielerreichung notwendig sind. Baltes und Kollegen (Baltes et al. 1999) beschreiben hier drei verschiedene Gründe, welche Kompensation notwendig machen: 1. durch Selektion und Optimierung bestimmter Ziele und Ressourcen können notwendigerweise andere Ziele nicht mehr verfolgt werden; 2. durch Umweltveränderungen können bestimmte Ressourcen nicht mehr vorhanden sein bzw. nicht ausgeschöpft werden; 3. durch mit dem Alterungsprozess verbundene Verluste an Plastizität.

Zur Veranschaulichung des SOK-Modells wird an vielen Stellen das Beispiel des Pianisten Artuhr Rubinstein angeführt (z. B. Baltes & Baltes 1990): Hier wird beschrieben, dass Arthur Rubinstein in einem Fernsehinterview sagte, dass er, auf die mit dem Alterungsprozess einhergehenden Schwierigkeiten beim Klavierspielen, mit der Reduzierung der gespielten Stücke reagiere (Selektion). Darüber hinaus würde er diese Stücke öfter üben (Optimierung) und dann vor schnell zu spielenden Teilen der Stücke langsamer spielen, um so den Eindruck zu erwecken, er würde die schnelleren Teile des

Stückes tatsächlich schneller spielen (Kompensation).

Ganz grundsätzlich kann man sagen, dass sich in der psychologischen Alter(n)sforschung mehrheitlich die Meinung durchgesetzt hat, dass Alter(n) nicht zwangsläufig nur Verlust bedeutet. Alter(n) wird nicht als eindimensionaler Prozess gesehen, der nur eine einzige Richtung kennt. Großen Anteil daran haben Befunde der Intelligenzforschung. Es hat sich hier die Vorstellung durchgesetzt, dass Intelligenz aus zwei verschiedenen Elementen besteht, und zwar zum einen aus fluider Intelligenz (oder weiter gefasst: Mechanik) und zum anderen aus kristalliner Intelligenz (oder weiter gefasst: Pragmatik). Unter fluider Intelligenz versteht man zum Beispiel die Fähigkeit zur Entwicklung neuartiger, kreativer Lösungsmuster bzw. das Vermögen, sich relativ schnell auf neue Probleme, Aufgaben oder Umgebungen einzustellen. Zur kristallinen Intelligenz hingegen zählt man zum Beispiel den im Laufe des Lebens angesammelten Erfahrungsschatz und die Einflüsse der Sozialisation (Horn & Cattell 1966; Kruse & Wahl 2010). Die Entwicklung unserer geistigen Fähigkeiten wird also als mehrdimensionales Geschehen betrachtet (Mechanik und Pragmatik). Diese Mehrdimensionalität lässt dann ihrerseits die Sichtweise zu, dass es sich darüber hinaus um ein multidirektionales Geschehen handelt. Verschiedene Befunde zeigen, dass die fluiden Anteile an der geistigen Leistungsfähigkeit mit zunehmendem Alter abnehmen, während die kristallinen Anteile im Laufe des Lebens relativ stabil bleiben. Diese Befunde haben eine Reihe von Untersuchungen angeregt, die sich mit dem Thema Weisheit beschäftigen und ganz grundsätzlich bestätigen, dass Alter(n) nicht zwangsläufig nur mit einem Verlust von geistigen Fähigkeiten einhergeht. Ganz im Gegenteil konnte gezeigt werden, dass es in diesem Bereich durchaus zu Zugewinnen in höherem Alter kommen kann (Baltes & Staudinger 1993). Jedoch wäre es

falsch anzunehmen, dass Menschen mit steigendem Lebensalter automatisch weise (wie auch immer definiert) werden. Auch wenn das Potenzial dazu grundsätzlich vorhanden zu sein scheint, Alter(n) vollzieht sich über den gesamten Lebenslauf und somit wird man auch nur »weise« in der lebenslangen Auseinandersetzung mit grundlegenden Fragen des Lebens (Kruse & Wahl 2010).

Fazit

Dieses Kapitel sollte dazu dienen, aufzuzeigen, dass es das Alter(n) nicht gibt. Alter(n) beschreibt vielmehr einen multidimensionalen und multidirektionalen Prozess, der sich über die gesamte Lebensspanne vollzieht. Das »Altsein« und »Altwerden« ist demzufolge ein intraindividuelles und interindividuelles Geschehen und hat entsprechend viele Gesichter. Die Vorstellung vom Alter(n) ist individuellen und gesellschaftlichen Konstruktionen geschuldet, die sich vor dem Hintergrund kultureller Konventionen ergeben und entsprechend einen mehr oder weniger dynamischen Prozess darstellen. Ein wenig weiter gefasst beschreibt das Alter(n) vielleicht ganz allgemein einen Prozess des Werdens zu sich selbst. Hier beschreibt Thomas Rentsch (1995), dass das menschliche Leben konstitutive Grundzüge aufweist, welche alle möglichen Lebenssituationen prägen: Praktische Sinnentwürfe, das kommunikative Wesen des Menschen, einmalige Ganzheit und Leiblichkeit, Endlichkeit und Negativität, Unvertretbarkeit und Unaus-tauschbarkeit. Die Selbstwerdung des Menschen vollzieht sich nun auf der Grundlage dieser Grundsituationen und dem Prozess ihrer wechselseitigen Beeinflussung. Hier wird sichtbar, dass die Selbstwerdung sich nicht grundsätzlich auf das Alter bezieht, vielmehr ist sie als ein die gesamte Lebensspanne umfassender Prozess zu verstehen. Im Alter kommt es jedoch zu einer zuneh-

menden Radikalisierung der menschlichen Grundsituationen, die dem Menschen den Blick auf die einmalige Ganzheit seines Lebens eröffnet. Das Werden zu sich selbst kann demnach erst im Augenblick des Todes – zumindest in Bezug auf sein irdisches Dasein – als abgeschlossen gelten. Hier erhält der Sinnentwurf des Lebens seine Erfüllungsgestalt.

Literatur

- Amrhein L. & Backes G.M. (2007). Alter(n)sbilder und Diskurse des Alter(n)s: Anmerkungen zum Stand der Forschung. In: Zeitschrift fuer Gerontologie und Geriatrie, 40, S. 104–111.
- Austad S.N. (2009). Making Sense of Biological Theories of Aging. In: V.L. Bengtson, D. Gans, N.M. Putney & M. Silverstein (Hrsg.), *Handbook of Theories of Aging*. New York: Springer, S. 147–163.
- Backes G.M. (2004). Alter und Altern im Kontext der Entwicklung von Gesellschaft. In: A. Kruse & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie: Altersprozesse in multidisziplinärer Sicht*. Bern: Huber, S. 82–97.
- Baltes M.M. (1995). Verlust der Selbständigkeit im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. *Psychologische Rundschau*, 46, S. 159–170.
- Baltes M.M. (1996). *The Many Faces of Dependency in Old Age*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes M.M. & Horgas A.L. (1997). Long-Term Care Institutions and Maintenance of Competence: A Dialectic between Compensation and Overcompensation. In: K. Willis, W. Schaie & M. Hayward (Hrsg.), *Societal Mechanisms for Maintaining Competence in Old Age*. New York: Springer, S. 142–164.
- Baltes P.B. (1987). Theoretical Propositions of Life-Span Development Psychology: On the Dynamics Between Growth and Decline. In: *Developmental Psychology*, 23(5), S. 611–626.
- Baltes P.B. & Baltes M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: P.B. Baltes & M.M. Baltes (Hrsg.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 1–35.
- Baltes P.B. & Staudinger U. (1993). The Search for a Psychology of Wisdom. In: *Current Directions in Psychological Science*, 2(3), S. 75–80.
- Baltes P.B., Staudinger U.M. & Lindenberger U. (1999). Lifespan Psychology: Theory and Application to Intellectual Functioning. In: *Annual Review of Psychology*, 50, S. 471–507.
- Barja G. (2004). Free radicals and aging. In: *Trends in Neuroscience*, 27(10), S. 595–600.
- Barker D.J.P. & Osmond C. (1986). Infant Mortality, Childhood Nutrition, and Ischemic Heart Disease in England and Wales. In: *The Lancet*, 327(8489), S. 1077–1081.
- Barker D.J.P., Osmond C., Winter P.D., Margetts B. & Simmonds S.J. (1989). Weight in Infancy and Death from Ischaemic Heart Disease. In: *The Lancet*, 334(8663), S. 577–580.
- Courtney M., Shilu T. & Walsh A. (2000). Acute-care nurses' attitudes towards older patients: A literature review. In: *International Journal of Nursing Practice*, 6, S. 62–69.
- Erlemeier N., Weber G., Nassehi A., Saake I. & Watermann R. (1997). Altersbilder von Fachkräften in der Altenpflege. In: *Pflege*, 10, S. 206–214.
- Estes C. (1979). *The Aging Enterprise*. San Francisco: Josey-Bass.
- Estes C. (1993). *The Aging Enterprise Revisited*. *The Gerontologist*, 33(1), S. 292–298.
- Finch C.E. & Kirkwood T.B.L. (2000). *Chance, Development and Aging*. New York: Oxford University Press.
- Filipp S.-H. & Mayer A.-K. (1999). *Bilder des Alters*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fries J.F. (1980). Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity. In: *The New England Journal of Medicine*, 303(3), S. 130–135.
- Fries J.F. (2005). The Compression of Morbidity. In: *The Milbank Quarterly*, 83(4), S. 801–823.
- Hayflick L. & Moorhead P.S. (1961). The Serial Cultivation of Human Diploid Cell Strains. In: *Experimental Cell Research*, 25, S. 585–621.
- Horn J.L. & Cattell R.B. (1966). Age differences in primary ability factors. In: *The Journal of Gerontology*, 21(2), S. 210–220.
- Kahana E.F. & Kiyak A.H. (1984). Attitudes and Behaviour of Staff in Facilities for the Aged. In: *Research on Aging*, 6(3), S. 395–416.
- Kohli M. (1992). Altern in soziologischer Perspektive. In: P.B. Baltes & J. Mittelstraß (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. Berlin: De Gruyter, S. 231–259.
- Kruse A. & Wahl H.-W. (2010). *Zukunft Altern*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.