



»... der Augenblick ist mein
und nehm ich den in Acht«

Daseinsthemen und Lebenskontexte
alter Menschen

Herausgegeben von
Andreas Kruse
und Eric Schmitt

**„... der Augenblick ist mein
und nehm ich den in Acht“**


Daseinsthemen und Lebenskontexte
alter Menschen


„... der Augenblick ist mein und nehm ich den in Acht“


Daseinsthemen und Lebenskontexte
alter Menschen


Herausgegeben von
Andreas Kruse und Eric Schmitt


ORCID®


Sonja Ehret  <https://orcid.org/0000-0001-5613-9931>

Simon Groß  <https://orcid.org/0000-0001-6358-278X>

Jörg Hinner  <https://orcid.org/0000-0002-5348-3320>

Matthias Mettner  <https://orcid.org/0000-0002-8700-9408>

Malin Sörensen  <https://orcid.org/0000-0003-4161-9494>

Beate Wild  <https://orcid.org/0000-0002-2279-8135>

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.



Dieses Werk ist unter der Creative-Commons-Lizenz CC BY-SA 4.0 veröffentlicht. Die Umschlaggestaltung unterliegt der Creative-Commons-Lizenz CC BY-ND 4.0.

Publiziert bei Heidelberg University Publishing (heiUP), 2022

Universität Heidelberg / Universitätsbibliothek
Heidelberg University Publishing (heiUP)
Grabengasse 1, 69117 Heidelberg
<https://heiup.uni-heidelberg.de>

Die Online-Version dieser Publikation ist auf den Verlagswebseiten von Heidelberg University Publishing <https://heiup.uni-heidelberg.de> dauerhaft frei verfügbar (Open Access).

urn: urn:nbn:de:bsz:16-heiup-book-844-5

doi: <https://doi.org/10.17885/heiup.844>

Text © 2022, Das Copyright der Texte liegt beim jeweiligen Verfasser.

Umschlagabbildung: Klee, Paul, Hauptweg und Nebenwege, 1929, Museum Ludwig, Köln, Inv.-Nr. ML 76/3253; Foto: © Rheinisches Bildarchiv, Sabrina Walz, rba_d039386_01. <https://www.kulturelles-erbe-koeln.de/documents/obj/05010396>

ISBN 978-3-96822-076-5 (Hardcover)

ISBN 978-3-96822-075-8 (PDF)

Inhalt

| | | |
|-------------|--|-----|
| Vorwort | „... der Augenblick ist mein / und nehm ich den in Acht“ Daseinsthemen und Lebenskontexte alter Menschen Andreas Kruse, Eric Schmitt | 1 |
| Kapitel I | Zum Verständnis von Altern und Alter Andreas Kruse, Eric Schmitt | 11 |
| Kapitel II | Grenzgänge zwischen Verletzlichkeit und Wachstum – eine daseinsthematische Analyse Andreas Kruse, Eric Schmitt, Jörg Hinner, Dimitrios Kampanaros, Matthias Mettner | 35 |
| Kapitel III | Lebensbindung und Lebensbewertung Andreas Kruse, Eric Schmitt, Jörg Hinner, Dimitrios Kampanaros, Matthias Mettner | 83 |
| Kapitel IV | Die psychische Stabilität alter Menschen Beate Wild, Andreas Kruse, Eric Schmitt | 117 |
| Kapitel V | Mitverantwortung in „sorgenden Gemeinschaften“ als eine Form der Weltgestaltung und Teilhabe im Alter Andreas Kruse, Eric Schmitt, Gabriele Becker, Stephanie Böttner, Sonja Ehret, Jörg Hinner, Marcus Jannaschk, Anna Kiefer, Julia Köhler, Malin Sörensen | 139 |
| Kapitel VI | Gesundheit im Alter: Subjektive Deutung in unterschiedlichen Lebenswelten Andreas Kruse, Eric Schmitt, Beate Wild, Gabriele Becker, Dimitrios Kampanaros | 177 |
| Kapitel VII | Schmerzempfinden und Schmerzverarbeitung Andreas Kruse, Hartmut Remmers, Eric Schmitt, Beate Wild | 225 |

| | | |
|--------------|---|-----|
| Kapitel VIII | „Es ist unglaublich reich im Alter“ Vielfalt, Typik und Empirie der Kreativität im Alter Sonja Ehret | 245 |
| Kapitel IX | Die Notwendigkeit einer veränderungssensitiven Versorgung: Die Expertenperspektive Gabriele Ensink, Andreas Kruse, Matthias Mettner, Hartmut Remmers, Georg Ruppe, Beate Wild | 271 |
| Kapitel X | Die Perspektive der Institutionen: Wie stellen sich diese auf das hohe Alter ein? Gabriele Ensink, Andreas Kruse, Matthias Mettner, Hartmut Remmers, Georg Ruppe, Eric Schmitt | 297 |
| Kapitel XI | Altersbezogene Themen in europäischen Tageszeitungen Eric Schmitt, Andreas Kruse, Simon Groß, Jörg Hinner, Umut Deniz Isik, Dimitrios Kampanaros, Rebekka Schmitt | 319 |
| Kapitel XII | In welcher Hinsicht sollte sich die mediale Darstellung von Altern und Alter verändern? Die Sicht von Journalistinnen und Journalisten Christina Ding, Simon Groß, Andreas Kruse, Hartmut Remmers | 353 |
| Coda | Eine Aufgabe im Leben haben Andreas Kruse, Eric Schmitt | 381 |

Vorwort

„... der Augenblick ist mein /
und nehm ich den in Acht“

Daseinsthemen und Lebenskontexte alter Menschen

Andreas Kruse, Eric Schmitt

Auch wenn es überraschend klingt: Die vorliegende Monografie zu einer wissenschaftlichen Themenstellung beginnt mit einem Barockgedicht; als Obertitel werden zwei Zeilen aus diesem Gedicht gewählt. Wie lässt sich die Entscheidung für einen derartigen Obertitel, wie lässt sich die Entscheidung, mit dem entsprechenden Barockgedicht in die Monografie einzuführen, begründen? Die Erfahrung, die in biografischen Interviews mit alten Menschen gewonnen werden kann – seien dies Interviews zu Forschungszwecken oder Interviews zur Anamnese in klinischen bzw. in pflegerischen Kontexten –, zeigt uns, wie sehr sich viele alte Menschen durch die Barockliteratur angesprochen fühlen. Das bedeutet nun nicht, dass die Lyrik anderer Epochen für alte Menschen obsolet wäre: keinesfalls! Aber es lässt sich beobachten, dass viele alte Menschen auf Motive aus der Barockliteratur mit großem Interesse, ja, innerlich berührt antworten. Wir haben mehrfach direkt die Frage an alte Menschen gerichtet, wie sich dies erklären lasse. Die immer wieder gegebene Antwort lautete: Die Art und Weise, wie in Gedichten aus der Barockzeit über die Grenzen der menschlichen Existenz, über Verletzlichkeit, Endgültigkeit und Endlichkeit gesprochen wird, aber auch die Art und Weise, wie in diesen Gedichten die Antworten des Menschen auf diese Grenzsituationen ausgedrückt werden, berührt, stößt eine tiefere Reflexion über das eigene Leben an, kann schließlich auch Halt und Trost vermitteln.

In der vorliegenden Monografie geht es um Grenzsituationen im Alter, geht es aber auch um erlebte Aufgaben, die der Alltag, die das Leben im Alter stellt, geht es schließlich um Perspektiven, die sich einer Person im Alter bieten.¹ Wenn wir von „Alter“ sprechen, so meinen wir das Alter von 75 bis 100 Jahren, denn die drei Studien des Instituts für Gerontologie, um die sich die einzelnen Kapitel in der vorliegenden

1 Coleman & O’Hanlon (2017); Staudinger (2020)

Monografie zentrieren, thematisieren psychologische, soziale, gesellschaftliche und kulturelle Prozesse, die den genannten Altersbereich oder besser: „Zeitausschnitte“ aus diesem zum Thema haben. In dieser Lebensphase, dies zeigen empirische Arbeiten sehr deutlich, werden wir mehr und mehr Zeuge von Verletzlichkeits-, Endgültigkeits- und Endlichkeitserfahrungen, mithin von Grenzsituationen, die – wenn wir dies in der Terminologie von Karl Jaspers² ausdrücken – der Mensch durch eigenes Handeln nicht verändern, die er aber durch seine Existenz zur Klarheit bringen kann. Diese Grenzsituationen werden in der Barockliteratur genauso präzise beschrieben wie das Bemühen des Menschen, derartige Situationen durch die eigene Existenz zur Klarheit zu bringen. In einer Arbeit über das Leben und Werkschaffen von Johann Sebastian Bach hat einer der beiden Herausgeber diese Besonderheit der Barockliteratur und Barockmusik darzustellen versucht.³

Wenn die Rede davon war, dass Barockgedichte (wie vielleicht sogar ein Großteil der Lyrik überhaupt) die Hörerin bzw. den Hörer innerlich berühren, so stellt sich natürlich auch die Frage nach dem Resonanzboden in der Hörerin, in dem Hörer. Diesen Resonanzboden sehen wir in einem Prozess, der im hohen Alter mehr und mehr an Bedeutung gewinnt: in dem Prozess der Introversion mit Introspektion,⁴ also einer deutlich stärkeren Konzentration auf das eigene Selbst, die ihrerseits zu einer Differenzierung des Wissens über die eigene Person (auch in ihrem Gewordensein) sowie über das Leben führen kann.⁵ Es ist dieser Prozess der Introversion mit Introspektion, der die Hörerin bzw. den Hörer empfänglich für jene Aussagen der Barockgedichte macht, die darauf zielen, den Menschen für die inneren Gestaltungsmöglichkeiten zu sensibilisieren, die sich auch in Grenzsituationen ergeben können.

Betrachtung der Zeit

Mein sind die Jahre nicht
Die mir die Zeit genommen
Mein sind die Jahre nicht
Die etwa möchten kommen
Der Augenblick ist mein
Und nehm ich den in Acht
So ist der mein,
Der Jahr und Ewigkeit gemacht.

Diesem Gedicht von Andreas Gryphius (1616 bis 1664) ist der Obertitel des Buches entnommen.

2 Jaspers (1932/1973)

3 Kruse (2014)

4 Kruse (2017)

5 Brandtstädter (2014); Staudinger (2005)

Zunächst sei eine Aussage zur literaturgeschichtlichen Einordnung des Gedichtes getroffen, bevor in einem weiteren Schritt dessen für uns entscheidender psychologischer Gehalt thematisiert wird. Ulrich Maché und Volker Meid⁶ charakterisieren im Nachwort der von ihnen herausgegebenen Anthologie „Gedichte des Barock“ die Dichtung im 17. Jahrhundert wie folgt: Diese suche rhetorisch auf den Leser und Zuhörer einzuwirken. Die von den Herausgebern vorgenommene inhaltliche Einordnung des Werkes von Andreas Gryphius, einem der führenden Dichter der Barockzeit, betont das Thema der „Verletzlichkeit, Endlichkeit und Hinfälligkeit“ menschlichen Lebens: „Bei Gryphius wird die Hinfälligkeit alles Irdischen, aktualisiert durch die Gräuel des Dreißigjährigen Krieges, zum Zentralthema der Dichtung. ... (Er) wirkt als Dichter der Angst, des Leidens und des religiösen Ringens in Zeiten der Glaubensspaltung und des Gewissenszwangs weit über seine Epoche hinaus.“⁷

Kommen wir nun zum psychologischen Gehalt dieses Gedichtes, der uns mit Blick auf das Alter und die in der vorliegenden Monografie vorzunehmende Analyse des Erlebens alter Menschen besonders interessiert:

Die Betonung des Augenblicks – in dem Menschen schöpferisch tätig werden können – erinnert an das psychologische Konstrukt der *Aktualgenese*.⁸ Mit diesem Konstrukt wird zum Ausdruck gebracht, dass sich unter förderlichen Bedingungen neue seelisch-geistige Qualitäten einstellen können, so zum Beispiel die Entwicklung neuer kognitiver Strategien im Kontext lernförderlicher Rahmenbedingungen, die auch als Ausdruck von Plastizität gedeutet wird.⁹ Noch näher kommt der Betonung des Augenblickes das psychologische Konstrukt der *Selbstaktualisierung*, die definiert werden soll als grundlegende Tendenz des Organismus, sich auszudrücken und mitzuteilen – wobei sich diese Tendenz in der kognitiven, der emotionalen, der spirituellen, der ästhetischen, der empfindungsbezogenen, der sozialkommunikativen, der alltagspraktischen und der körperlichen Dimension der Person zeigen kann. Mit dem Konstrukt der Selbstaktualisierung, die von Kurt Goldstein als zentrales Motiv menschlichen Erlebens und Verhaltens gedeutet wurde,¹⁰ kommen wir dem Schöpferischen des Menschen in seiner basalen psychischen Qualität noch etwas näher als mit jenem der Aktualgenese. Während Letztere das Schöpferische im Sinne einer *Leistung* beschreibt, die als Folge einer kontinuierlichen Stimulation und eines intensiven Trainings gezeigt wird (hier sind Ergebnisse der Intelligenz-, Lern- und Gedächtnisforschung zentral), betont Erstere den *Ausdruck* psychischer Prozesse – wobei alle Dimensionen der Person angesprochen sind.¹¹ Der Ausdruck psychischer Prozesse kann auf unterschiedlichen Niveaus erfolgen, die vom basalen Ausdruck

6 Maché & Meid (2005), S. 360

7 Maché & Meid (2005), S. 353

8 Graumann (1959)

9 Siehe schon Kliegl et al. (1989)

10 Goldstein (1947)

11 Krems et al. (2017)

bis zur Kunstfertigkeit reichen. Entscheidend ist unserer Annahme zufolge, dass dem Erleben und Verhalten ein *Motiv* zugrunde liegt, und zwar: *sich auszudrücken und mitzuteilen*, sich – wenn es die gegebene Situation zulässt – in einzelnen psychischen Qualitäten weiter zu differenzieren. Diese Annahme baut auf den Arbeiten von Williams James¹² und Kurt Goldstein¹³ zur Selbstaktualisierung auf.

Mit dem im Gedicht von Andreas Gryphius betonten Augenblick wird die Möglichkeit zur Selbstaktualisierung in jenen Situationen umschrieben, in denen sich Menschen motiviert fühlen, bestimmte psychische Qualitäten zum Ausdruck zu bringen. Dabei nehmen wir die Möglichkeit zur Selbstaktualisierung auch in Grenzsituationen an.

Wo aber kann sich diese Selbstaktualisierung zeigen? Darauf ist zu antworten: In der Art und Weise, wie Menschen ihren Alltag gestalten (das „Schöpferische“ im Alltag), in der Art und Weise, wie sie Anforderungen und Aufgaben – und seien dies auch ganz „praktische“, die mit der Aufrechterhaltung von Selbstständigkeit zu tun haben – bewältigen, in der Art und Weise, wie sie sich vor möglichen Risiken (zum Beispiel für ihre körperliche und seelische Gesundheit) schützen, in der Art und Weise, wie sie mit anderen Menschen (zum Beispiel mit jenen der jungen Generation) kommunizieren und in dieser Kommunikation Anteil an dem nehmen, was ihnen andere Menschen anvertrauen, in der Art und Weise, wie sie soziale Beziehungen – auch über weitere räumliche Entfernungen – gestalten und befruchten, schließlich in der Art und Weise, wie sie erlebte Grenzsituationen anzunehmen und als Teil ihrer Existenz zu verstehen und zu „leben“ versuchen, können wir Hinweise auf die Selbstaktualisierung finden.

Für unser Verständnis der seelisch-geistigen Kräfte im Alter ist das Konstrukt der *Verantwortung* bedeutsam, welches wir in die drei Komponenten Selbstverantwortung, Mitverantwortung und Gemeinwohl- bzw. Nachhaltigkeitsverantwortung untergliedern. Das Konstrukt der Verantwortung – und zwar in den drei genannten Komponenten – ist auch für die hier vorliegende Monografie zentral. Wie sind wir auf die Bedeutung der unterschiedlichen Schattierungen der Verantwortung im Erleben alter Menschen aufmerksam geworden? In den 1990er-Jahren haben wir uns in einem Forschungsprojekt zur psychischen und sozialen Situation jener Menschen, die zur Zeit des Nationalsozialismus wegen ihrer vermeintlichen Zugehörigkeit zur „jüdischen Rasse“ zur Emigration gezwungen oder in Vernichtungslagern inhaftiert wurden, intensiv mit der Frage beschäftigt, welche Auswirkungen Erinnerungen an traumatische Erlebnisse in der Zeit des Nationalsozialismus auf die Lebenssituation der betroffenen Menschen im hohen Alter haben, in welchen Kontexten belastende Erinnerungen auftreten und wie Menschen versuchen, solche Erinnerungen zu verarbeiten. In biografischen Interviews mit N = 248 (ehemaligen) jüdischen Emigranten und Lagerhäftlingen in Deutschland und den drei bedeutsamsten Zielländern der

12 James (1908)

13 Goldstein (1947)

jüdischen Emigration im Nationalsozialismus (Argentinien, Israel und USA) wurde nicht nur deutlich, dass Erinnerungen an traumatische Erlebnisse im Nationalsozialismus in zahlreichen alltäglichen Kontexten auftraten und somit im Alter in hohem Maß „gegenwärtig“ gewesen sind.¹⁴ Bei einem nicht geringen Teil der Interviewpartnerinnen und -partner erkannten wir darüber hinaus ein zentrales Motiv aktuellen Handelns: nämlich das Motiv der *Mitverantwortung* für nachfolgende Generationen, vor allem für die junge Generation. Man wollte über das persönliche Schicksal im Holocaust auch in der Absicht sprechen, junge Menschen für die Verantwortung zu sensibilisieren, die sie durch ihre Haltung gegenüber der Welt wie auch durch ihr Handeln in der Welt für die Aufrechterhaltung einer lebendigen Demokratie übernehmen; hier sollte unserer Ansicht nach von *Gemeinwohlverantwortung* gesprochen werden.

Die Selbstaktualisierung als Potenzial auch des Alters spiegelte sich in den biografischen Interviews, die wir im Kontext ganz unterschiedlicher Untersuchungen zu psychologischen, sozialen und kulturellen Aspekten des hohen Alters durchgeführt haben, gerade in der *Sorge für und der Sorge um andere Menschen* wider. In der Reziprozität von Anregungen und Hilfen, die alte Menschen in der Gestaltung von Beziehungen zu jungen Menschen verwirklichen, erkennen wir ein bedeutendes schöpferisches Moment des Alters, das in öffentlichen Diskursen sehr viel stärker berücksichtigt werden sollte.¹⁵ Die den jungen Menschen geschenkte Sorge (wie auch umgekehrt: die den alten Menschen geschenkte Sorge) muss keine „große“ sein; es wurden häufig auch eher symbolisch gemeinte Sorgehandlungen geschildert. Was uns in unseren Untersuchungen vor allem beeindruckte, war die *gelebte Generativität*, man kann auch sagen: die symbolische Immortalität, die in den Sorgehandlungen zum Ausdruck kam¹⁶ – und zwar in der Weise, dass eine innere Verpflichtung (und kein äußerer Druck) empfunden wurde, etwas für die junge Generation und damit für die „Welt“ zu tun (ganz im Sinne der *amor mundi*, also der Liebe zur Welt) bzw. in den nachfolgenden Generationen weiterzuleben, wenn man nicht mehr „Gast“ auf dieser Erde ist.

In der vorliegenden Monografie nehmen wir zwei einander ergänzende Perspektiven ein: Eine personologische und eine institutionelle bzw. gesellschaftliche. Mit der *personologischen Perspektive* beschreiben wir vor allem Daseinsthemen,¹⁷ Formen der Lebensbindung sowie deren Einflussfaktoren, Formen des Engagements (der „Sorge“) für andere Menschen, den Umgang mit erlebten Grenzen, Aspekte der Kreativität sowie Merkmale psychischer Gesundheit. Diese Merkmale werden in unterschiedlichen Lebenskontexten untersucht; unter „Lebenskontext“ verstehen wir dabei objektiv gegebene Lebensbedingungen, wie Familienstand, Sozialschicht,

14 Kruse & Schmitt (1999, 2000); Schmitt & Kruse (1998, 2018)

15 Kruse et al. (2014); Kruse & Schmitt (2015, 2016)

16 Erikson & Erikson (1998); Kruse (2017)

17 Kruse (2005); Kruse & Schmitt (2011); Lehr (1980); Lehr & Thomae (1987); Thomae (1951, 1968)

Wohnen (im Privathaushalt vs. in einem Pflegeheim), Gesundheitszustand, Selbstständigkeit (vs. unterschiedliche Grade der Pflegebedürftigkeit). Mit der *institutionellen* bzw. *gesellschaftlichen Perspektive* beschreiben wir die fachlich bewertete Versorgungsqualität und sozialkulturelle Angebotsstruktur für alte Menschen sowie die Analyse der medialen Darstellung von Altern und Alter, wobei letztere auch in einem internationalen Vergleich vorgenommen werden soll.

Als empirische Grundlage für die Darlegung dieser beiden Perspektiven dienen uns drei Studien, die das Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg im Zeitraum von 2012 bis 2019 durchgeführt hat:

- (1) Bei der ersten Studie handelt es sich um die „Generali Hochaltrigenstudie“, eine vom Generali Zukunftsfonds in den Jahren 2012 bis 2014 geförderte Studie zu den Daseinsthemen, dem Engagement und den Sorgeformen bei 85- bis 100-jährigen Frauen und Männern; an den ausführlichen Interviews haben N = 400 Frauen und Männer teilgenommen. Zudem wurden N = 800 Institutionen mit Fragebogen (zum Teil ergänzt durch Interviews) befragt; hier ging es um deren Bemühungen, alte Menschen für die Ausübung eines bürgerschaftlichen Engagements zu gewinnen, sowie um deren kollektive Repräsentationen („Bilder“) des höheren und hohen Alters in ihrem potenziellen Einfluss auf die angenommene Bereitschaft und Fähigkeit zur Ausübung eines bürgerschaftlichen Engagements. Die Konzeption der Studie erfolgte in enger Kooperation mit der Leitung des Generali Zukunftsfonds. Unser Dank für die Förderung der Studie und den engen fachlichen Austausch beim Transfer der Ergebnisse gilt Herrn Uwe Amrhein und Herrn Loring Sittler.
- (2) Bei der zweiten Studie handelt es sich um die Studie „Altern in Balance“, von 2015 bis 2019 gefördert durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). In dieser Studie interessierten uns zunächst die kollektiven Repräsentationen des Alterns und Alters, wie sich diese in Printmedien beobachten lassen; wir haben Printmedien aus insgesamt 14 europäischen Staaten über zwei bzw. drei sechsmonatige Zeiträume ausgewertet (es wurden N = 49 überregionale Tageszeitungen aus den 14 Staaten erfasst). Ergänzt wurde diese Analyse durch die Befragung von N = 160 Journalistinnen und Journalisten, die zum größeren Teil bei deutschen, zu einem kleineren Teil bei ausländischen Printmedien beschäftigt waren. Weiterhin interessierte uns in dieser Studie die Bewertung der Versorgungsqualität für alte Menschen; hier wurden N = 200 Angehörige des medizinisch-pflegerischen Versorgungssystems in Deutschland bzw. im deutschsprachigen Ausland interviewt. Darüber hinaus haben wir uns dafür entschieden, Personen aus Kommunen und Kreisen in Fokus- und Konsensusgruppen mit Ergebnissen unserer Studien vertraut zu machen und um deren Bewertung zu bitten: Inwieweit korrespondieren die Ergebnisse (bzw. die aus ihnen resultierenden Forderungen und Empfehlungen) mit ihren beruflichen Erfahrungen? N = 280 Personen haben an diesen Fokus- und Konsensusgruppen teilgenommen. Die *personologische Dimension* in dieser Studie ist

durch ausführliche Interviews mit N = 400 Frauen und Männern der Altersspanne 75 bis 95 Jahre repräsentiert, in denen wir nach Daseinsthemen, Formen der Lebensbindung, Merkmalen psychischer Stabilität (erfasst durch psychologische Skalen) und dem Gesundheitsverhalten fragten. Zudem wurden N = 200 Personen (Altersbereich 65 bis 90 Jahre) erfasst, die kommunale Bürgerzentren besuchten oder sich in diesen engagierten. Diese Studie „Altern in Balance“ haben wir in enger, kontinuierlicher Kooperation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durchgeführt; unser besonderer Dank gilt hier Prof. Dr. med. Heidrun Thaiss und Dr. med. Monika Köster für umfassende Betreuung und Begleitung, zudem Frau Jansen M.A., Frau Dipl. Verww Möthegundlack, Frau Rohde M.A. und Herrn Schoofs M.A. für intensive und wertvolle Diskussionen zum möglichen Transfer der Projektergebnisse in die Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention. Zudem hatten wir die Möglichkeit, Konzeption und Ergebnisse der Studie mehrfach vor dem Fachbeirat „Älter werden in Balance“ der BZgA zu präsentieren. Für die wertvollen Anregungen, die wir erhielten, sind wir dem Fachbeirat zu Dank verpflichtet.

- (3) Bei der dritten Studie, die thematisch aus „Altern in Balance“ hervorging, handelt es sich um „Kreativ leben im Alter“ (KLAR), in der N = 55 Personen (Altersbereich: 75 bis 97 Jahre) ausführlich zu Formen der Kreativität in der täglichen Lebensführung, im Engagement für andere Menschen sowie in der persönlichen Zukunftsplanung befragt wurden; N = 30 Frauen und Männer haben sich auf einen Aufruf zur Teilnahme an der Studie gemeldet, N = 25 Frauen und Männer wurden von Bildungseinrichtungen nominiert, die ihrerseits auf die in ihrer Wahrnehmung besonders stark ausgeprägte Kreativität der Nominierten hinwiesen.

Die angeführten Studien erheben *keinen* Anspruch auf Repräsentativität.¹⁸ Vielmehr wollten wir Einblick in persönliche Anliegen gewinnen, die bei alten Menschen in unterschiedlichen Lebenskontexten gegeben sind. Zudem interessierte uns die Frage, was alte Menschen für ihre Gesundheit tun, inwieweit Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention auch im Alter eine bedeutende Thematik darstellen: Gerade diese Frage, die zu ihr gewonnenen Befunde wie auch deren Transfer in die Praxis waren für die BZgA von Bedeutung, denn die in der Studie entwickelten Perspektiven des Theorie-Praxis-Transfers sollten ja als Grundlage für lebensweltorientierte Programme der BZgA zur Gesundheitsförderung und Prävention dienen. Weiterhin wollten wir zu einem vertieften Verständnis der Sorgeformen im Alter gelangen: Inwiefern konstituieren diese einen bedeutenden Teil der persönlichen Anliegen? Inwiefern tragen sie – vermittelt durch die Überzeugung, eine Aufgabe zu haben und von anderen Menschen gebraucht zu werden – zum Erleben von Stimmigkeit sowie

18 Siehe zu repräsentativen Studien vor allem Delius et al. (2017); Gerstorff et al. (2020); Hansen et al. (2021); Vogel et al. (2020); Wettstein et al. (2021)

zur psychischen Stabilität bei? Schließlich galt unser Interesse der Frage, ob Bedarfe und Bedürfnisse alter Menschen bei der Entwicklung und Implementierung von Versorgungs- und Teilhabestrukturen ausreichend berücksichtigt werden.

Wir haben weiteren Dank zu sagen:

Zunächst allen Kolleginnen und Kollegen, die an den Studien mitgewirkt und als Autorinnen und Autoren zu dieser Monografie beigetragen haben. Es handelt sich bei den meisten Kolleginnen und Kollegen um (ehemalige) wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg. Jene externen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die sich an der Durchführung der Studie „Altern in Balance“ aktiv beteiligt und an der vorliegenden Monografie mitgewirkt haben, seien im Folgenden genannt: Dipl.-Psych. Simon Groß (Luxemburg), Dr. Dimitrios Kampanaros (Athen), Dr. Matthias Mettner (Zürich), Prof. Dr. Hartmut Remmers (Osnabrück; zugleich Seniorprofessor am Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg), Dr. Georg Ruppe (Wien) sowie Prof. Dr. Beate Wild (Heidelberg).

Weiterhin sind wir den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Studien sowie jenen Institutionen und Organisationen, die den Kontakt zu diesen vermittelt bzw. an einzelnen Erhebungen teilgenommen haben, zu Dank verpflichtet: Wir alle fühlten und fühlen uns durch die Begegnungen mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sehr bereichert.

Schließlich danken wir dem Verlag Heidelberg University Publishing für die engagierte und wertvolle Unterstützung im Prozess der Entstehung der Monografie. Diesen Dank weiten wir gerne aus auf die anonymen Gutachterinnen und Gutachter, die uns wertvolle, inspirierende Hinweise zu einzelnen Kapiteln gegeben haben.

Widmen möchten wir dieses Buch Herrn Dr. phil. Dipl.-Gerontol. Dimitrios Kampanaros M.A., den wir als früheren Stipendiaten und Kollegen sowie als späteren Kooperationspartner sehr geschätzt und dessen engagiertes Wirken für alte Menschen in Griechenland wir bewundert haben. Die Herausgeber haben mit ihm im Oktober 2020 plötzlich, unerwartet und viel zu früh einen langjährigen Kollegen verloren. Herr Dr. Kampanaros hat sich in der Studie „Altern in Balance“ von Beginn an sehr engagiert, sei es durch Teilnahme an Interviews, sei es durch Beteiligung an Fokus- und Konsensusgruppen, sei es durch Mitwirkung an den Medienanalysen. Dafür sind wir ihm zutiefst dankbar. Leider kann er das Erscheinen der Monografie, an der er mitgewirkt hat, nicht mehr erleben. Aber wir rufen ihm zu: „Diese ist auch ganz in Ihrem Geist geschrieben.“

Heidelberg, den 1.4.2021,
Andreas Kruse und Eric Schmitt

Literatur

- Brandtstädter, J. (2014). Lebenszeit, Weisheit und Selbsttranszendenz. In *Aufgang. Jahrbuch für Denken, Dichten, Musik* (S. 136–149). Stuttgart: Kohlhammer.
- Coleman, P. G., & O'Hanlon, A. (2017). *Aging and Development: Social and Emotional Perspectives*. Taylor & Francis.
- Delius, J. A. M., Düzel, S., Gerstorff, D., & Lindenberger, U. (2017). Berlin Aging Studies (BASE and BASE-II). In N. A. Pachana (Hrsg.), *Encyclopedia of geropsychology* (S. 386–395). New York: Springer.
- Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1998). *The life cycle completed (extended version)*. New York: WW Norton.
- Gerstorff, D., Hülür, G., Drewelies, J., Willis, S. L., Schaie, K. W., & Ram, N. (2020). Adult development and aging in historical context. *American Psychologist*, 75(4), 525–539.
- Goldstein, K. (1947). *Human Nature in the Light of Psychopathology*, Cambridge: Harvard University Press.
- Graumann, C. F. (1959). Aktualgenese: Die deskriptiven Grundlagen und theoretischen Wandlungen des aktualgenetischen Forschungsansatzes. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 6, 410–449.
- Hansen, S., Kaspar, R., Wagner, M., Woopen, C., & Zank, S. (2021). The NRW80+ study: conceptual background and study groups. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 54(2), 76–84.
- James, W. (1908). *The Principles of Psychology*. New York: Holt.
- Jaspers, K. (1932/1973). *Philosophie* (3 Bde.). Berlin: Springer.
- Kliegl, R., Smith, J., & Baltes, P. B. (1989). Testing-the-limits and the study of adult age differences in cognitive plasticity of a mnemonic skill. *Development Psychology*, 25, 247–256.
- Krems, J. A., Kenrick, D. T., & Neel, R. (2017). Individual perceptions of self-actualization: What functional motives are linked to fulfilling one's full potential? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 43, 1337–1352.
- Kruse, A. (2005). Biografische Aspekte des Alter(n)s: Lebensgeschichte und Diachronizität. In U. Staudinger, & S.-H. Filipp (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters* (S. 1–38). Göttingen: Hogrefe.
- Kruse, A. (2014). *Die Grenzgänge des Johann Sebastian Bach. Psychologische Einblicke* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer Spektrum.
- Kruse, A. (2017). *Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife*. Heidelberg: Springer.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (1999). Reminiscence of traumatic experiences in (former) Jewish emigrants and extermination camp survivors. In A. Maercker, M. Schützwohl, & Z. Solomon (Hrsg.), *Post-traumatic stress disorder. A lifespan developmental perspective* (S. 155–176). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2000). *Wir haben uns als Deutsche gefühlt*.

- Lebensrückblick und Lebenssituation jüdischer Emigranten und Lagerhäftlinge*. Darmstadt: Steinkopff.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2011). Daseinsthemen: Die Erfassung individueller, dynamischer Einheiten der Persönlichkeit als Aufgabe der psychologisch-biographischen Diagnostik. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Biographische Diagnostik* (S. 74–81). Lengerich: Pabst.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2015). Shared responsibility and civic engagement in very old age. *Research in Human Development*, 12, 133–148.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2016). Die Sorge für und um andere Menschen als bedeutsames Motiv des hohen Alters – ein Beitrag zum Verständnis des *zoon politikon echon*. In G. Naegele, E. Olbermann, & A. Kuhlmann (Hrsg.), *Teilhabe im Alter gestalten* (S. 99–112). Wiesbaden: Springer VS.
- Lehr, U. (1980). Alterszustand und Alternsprozess – biographische Determinanten. *Zeitschrift für Gerontologie*, 13, 442–457.
- Lehr, U., & Thomae, H. (1987). *Formen seeselischen Alterns: Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA)*. Stuttgart: Enke.
- Maché, U., & Meid, V. (2005). *Gedichte des Barock*. Stuttgart: Reclam.
- Schmitt, E., & Kruse, A. (1998). Die Gegenwart des Holocaust im Erleben zurückgekehrter jüdischer Emigranten. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie (Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Band 16)*, Bd. I: Grundlagen (S. 276–298). Darmstadt: Steinkopff.
- Schmitt, E., & Kruse, A. (2018). Weitergabe von traumabezogenen Erfahrungen im intergenerationellen Dialog. In E. Brähler & W. Herzog (Hrsg.), *Sozialpsychosomatik* (S. 271–288). Stuttgart: Steinkopff.
- Staudinger, U. M. (2005). Lebenserfahrung, Lebenssinn und Weisheit. In S.-H. Filipp & U. Staudinger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters* (S. 740–761). Göttingen: Hogrefe.
- Staudinger, U. M. (2020). The positive plasticity of adult development: Potential for the 21st century. *American Psychologist*, 75, 540–553.
- Thomae, H. (1951). *Persönlichkeit: eine dynamische Interpretation*. Bonn: Bouvier.
- Thomae, H. (1968). *Das Individuum und seine Welt*. Göttingen: Hogrefe.
- Vogel, C., Klaus, D., Wettstein, M., Simonson, J., & Tesch-Römer, C. (2020). German Ageing Survey (DEAS). In: D. Gu, & M. E. Dupre (Hrsg.), *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging* (S. 1–9). Cham: Springer.
- Wettstein, M., Wahl, H. W., & Heyl, V. (2021). Perceived Stress Predicts Subsequent Self-Reported Problems With Vision and Hearing: Longitudinal Findings From the German Ageing Survey. *Research on Aging*, 01640275211027304.

Kapitel I

Zum Verständnis von Altern und Alter

Andreas Kruse, Eric Schmitt

Zusammenfassung Zunächst wird eine Definition von Altern gegeben, in der zwischen drei Dimensionen des Alterns und unterschiedlichen Entwicklungsgesetzen differenziert wird. Es wird dargelegt, dass eine umfassende Betrachtung von Altern diese unterschiedlichen Entwicklungsgesetze beachten muss. Sie machen in ihrer Gesamtheit deutlich, dass auch in späten Lebensphasen sowohl von Vulnerabilität als auch von Entwicklungspotenzialen auszugehen ist. Die Entwicklungspotenziale werden vor dem Hintergrund von Selbstgestaltung und Weltgestaltung diskutiert: Im Zentrum stehen dabei Introversion mit Introspektion, Offenheit, (produktive) Sorge für und um andere Menschen sowie Wissensweitergabe. Dabei ist wichtig, dass Gelegenheitsstrukturen geboten werden, die alte Menschen dazu motivieren und anregen, ihre Ressourcen einzusetzen und damit Potenziale zu verwirklichen. Dabei ist der Potenzialgedanke nicht im Sinne eines gesellschaftlichen „Diktums“ zu verstehen, sondern als ein empirisch fundierter Hinweis darauf, wie es Menschen im Alter gelingen kann, ein persönlich sinnerfülltes Leben zu führen. Wege zum persönlich sinnerfüllten Leben spiegeln sich in den Daseinsthemen des Individuums wider. Jene Studien, auf denen die Beiträge dieses Bandes gründen, werden vorgestellt.

Schlagwörter Daseinsthemen, Entwicklung, Gelegenheitsstrukturen, Potenziale, Vulnerabilität

Abstract Firstly, a definition of ageing is given that differentiates between three dimensions of ageing. It is explained why a comprehensive view of ageing has to take these different dimensions into account. Taken together, they make it clear that both vulnerability and developmental potentials can be observed in later phases of life. The developmental potentials are discussed against the background of shaping the self and shaping the environment. Here, the focus is on introversion with introspection, openness, (productive) concern for other people and knowledge transfer. Opportunity structures must be offered which motivate and encourage old people to make use of their resources and to realise their potentials. The concept of potential is not to be understood in the sense of a social dictum, but as an empirically founded indication of how people in old age can succeed in leading a personally meaningful life. Paths to a personally meaningful life are reflected in the individual's themes of existence. References are provided for the studies to which the contributions in this volume refer.

Keywords Development, life issues, opportunity structures, potentials, vulnerability

In einer 1958 erschienenen Arbeit „Entwicklungsbegriff und Entwicklungstheorie“, die die Entwicklungspsychologie der Lebensspanne nachhaltig beeinflusst hat, definiert Hans Thomae Entwicklung als „eine Reihe von miteinander zusammenhängenden Veränderungen, die bestimmten Orten des zeitlichen Kontinuums eines individuellen

Lebenslaufs zuzuordnen sind“.¹ Entwicklung bezeichnet die in *allen* Lebensphasen auftretenden, nachhaltigen Veränderungen menschlichen Erlebens und Verhaltens; Entwicklung ist als ein über den gesamten Lebenslauf *offener* (dynamischer) Prozess zu begreifen, wobei sich Offenheit auf *neue* Erlebnisse und Erfahrungen bezieht. Veränderungen vollziehen sich dabei auf verschiedenen Entwicklungsdimensionen (der körperlichen, der seelischen, der geistigen Dimension), folgen dabei unterschiedlichen Entwicklungsgesetzen und weisen in unterschiedliche Richtungen: Damit wird auch die Komplexität von Entwicklung – und zwar in allen Lebensphasen – deutlich. Margret und Paul Baltes haben die beiden Aspekte „Multidimensionalität“ und „Multidirektionalität“ in einer für die Entwicklungspsychologie der Lebensspanne (wie auch für die Psychologie des Alterns) richtungsweisenden Arbeit aus dem Jahr 1990 konzeptionell eingeordnet.²

Veränderungen im Altern (von Margret und Paul Baltes im Sinne der Gleichzeitigkeit von Gewinnen und Verlusten gedeutet) lassen sich – in einer ersten Näherung – drei unterschiedlichen Dimensionen zuordnen. In der *physiologisch-biologischen* Dimension sind mit zunehmendem Alter eher Verringerungen der Anpassungs- und Restitutionsfähigkeit wie auch der Leistungskapazität des Organismus erkennbar: Diese äußern sich in einer erhöhten Verletzlichkeit oder Anfälligkeit des alten Menschen für Erkrankungen. In der *psychologischen Dimension* finden sich sowohl Gewinne als auch Verluste: Gewinne sind vor allem in jenen seelisch-geistigen Funktionen zu beobachten, die auf Erfahrung und Wissen sowie auf der gelungenen Auseinandersetzung mit Entwicklungsaufgaben in früheren Lebensjahren beruhen; in diesem Zusammenhang kann auch von einer Differenzierung der Persönlichkeit gesprochen werden.³ Verluste treten eher in Bereichen auf, die an die Umstellungsfähigkeit von Nervenzellverbänden gebunden sind, wie zum Beispiel das Kurzzeitgedächtnis oder die hohe Geschwindigkeit im Denken. In der *sozialen Dimension* ist mit Alter der Verlust bedeutsamer sozialer Rollen verbunden. Zugleich bedeutet in unserer Gesellschaft das Ausscheiden aus dem Beruf für nicht wenige Menschen eine „späte Freiheit“.⁴ Die soziale Dimension zeigt aber auch, dass der Einfluss kultureller Deutungen des Alters auf den gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit Alter stark ausgeprägt ist⁵ – bis hin zu Fällen, in denen Erwartungen anderer als sich selbst erfüllende Prophezeiungen wirken.⁶ Dies zunächst in *konkreten* Situationen, in denen alte Menschen defizitäre Erwartungen zu bestätigen scheinen (Verhalten aber weit stärker auf Umwelt-, denn auf Personenmerkmale zurückzuführen ist). *Verstetigen* sich derartige Einschränkungen von Erlebens- und Verhaltensmöglichkeiten, dann

1 Thomae (1958)

2 Baltes & Baltes (1990); Staudinger & Lindenberger (Hrsg.) (2003); Staudinger & Kunzmann (2005)

3 Labouvie-Vief (2003); Labouvie-Vief et al. (2010)

4 Rosenmayr (1983)

5 Becker et al. (2011); Karlin & Weil (2019); Rudinger (2019)

6 Baltes (1996); Lamont et al. (2015)

kann dies im ungünstigen Fall dazu führen, dass infolge von Umweltbarrieren lange nicht genutzte Kompetenzen verloren gehen und alte Menschen am Ende tatsächlich dem entsprechen, was auf der Grundlage defizitärer Altersstereotype zu erwarten ist.⁷ In der Altersstereotypforschung wird seit Langem betont, dass sich defizitäre Altersstereotype nicht nur im Sinne einer Benachteiligung alter Menschen in konkreten Interaktionssituationen auswirken, sondern zu einem guten Teil auch im Sinne von in einer Gesellschaft unhinterfragt geteilten Vorstellungen zu betrachten sind.⁸ Alte Menschen sind nicht lediglich mit Defizite und Verluste akzentuierenden Stereotypen anderer (bzw. auch „der Gesellschaft“) konfrontiert. Derartige Meinungen und Überzeugungen, so legen zahlreiche Forschungsergebnisse nahe, werden auch von den alten Menschen selbst übernommen; sie sind ein wesentlicher Bestandteil von Selbstwahrnehmung und Selbstbild.⁹

Neben der Notwendigkeit, zwischen physiologisch-biologischem, psychologischem und sozialem Altern zu differenzieren, ist es wichtig, die positive Beeinflussbarkeit von Entwicklungsprozessen (Plastizität) im Alter aufzuzeigen.¹⁰

Ein bedeutendes Merkmal seelisch-geistiger Entwicklung bildet die *Selbstregulation* der Person, das heißt deren Fähigkeit, Ziele zu definieren und ihre Emotionen, Gedanken und Handlungen auf die Zielverwirklichung zu konzentrieren, wobei Zieldefinition und Zielverwirklichung auch mit den gegebenen Situations- und Umweltbedingungen abzugleichen sind.¹¹ Selbstregulation ist dabei zum einen von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen der Person beeinflusst, zum anderen von dem, was man auch „regulatorische“ Prozesse nennen kann: Inwieweit schafft die soziale, die infrastrukturelle, schließlich die politische und die gesellschaftliche Umwelt Strukturen, durch die die Selbstregulation der Person gefördert wird?¹² Der Begriff der *Gelegenheitsstrukturen* stellt unseres Erachtens einen bedeutenden Aspekt dieser regulatorischen Prozesse dar.¹³ In dem Maß, in dem es der Person gelingt, (a) ihre Lebensgestaltung auch an Ziele und Absichten zu knüpfen und ihre Ressourcen produktiv in deren Verwirklichung, mithin in die bewusste Lebensgestaltung einzubringen und (b) dabei immer wieder zu einem Gleichgewicht zwischen ihren Bedürfnissen und Werten einerseits, den aktuell gegebenen Lebens- und Umweltbedingungen andererseits zu finden, schafft sie eine bedeutende Grundlage für die weitere seelisch-geistige Entwicklung.¹⁴ Dabei ist die in diesem Prozess zum Ausdruck kommende Fähigkeit zur Selbstregulation zum einen als das Ergebnis bisheriger, zum anderen als Grundlage für die weitere seelisch-geistige Entwicklung zu verstehen.

7 Ryan (2018); Schmitt (2012)

8 Levy & Macdonald (2016)

9 Barber (2017); Levy (2009); Meisner & Levy (2016)

10 Lindenberger & Lövdén (2019); Lövdén et al. (2010)

11 Baumeister et al. (2019); Heckhausen et al. (2019); Vohs & Baumeister (Hrsg.) (2016)

12 Carstensen (Hrsg.) (2006); Diehl & Wahl (2020); Fiori et al. (2020)

13 Drewelies et al. (2019)

14 Berzonsky & Kinney (2019); Wrosch & Scheier (2020)

Doch darf die Lebensgestaltung nicht losgelöst von den objektiv gegebenen Lebens- und Umweltbedingungen betrachtet werden: Hier kommt der Aspekt der Regulation ins Spiel. Inwieweit sind die Situations- und Umweltbedingungen so beschaffen, dass Menschen – auch in Phasen erhöhter Verletzlichkeit – in die Lage versetzt werden, Ziele und Absichten (a) zu definieren, (b) auf eine schöpferische, perspektivenreiche Art und Weise mit den Lebens- und Umweltbedingungen abzugleichen und schließlich (c) (wenigstens in großen Teilen) zu verwirklichen?

Die Analyse von miteinander zusammenhängenden Veränderungen umfasst nicht nur beobachtbare Veränderungen, sondern auch *Veränderungen zweiter Ordnung*,¹⁵ also Veränderungen in den dem Erleben und Verhalten zugrunde liegenden Mechanismen und Prozessen, womit auch die Erklärung von Stabilität und Resilienz (z. B. erhaltene Zufriedenheit trotz abnehmender Ressourcen und zunehmender Verluste)¹⁶ zu einem wichtigen Gegenstand entwicklungspsychologischer Analysen wird. Des Weiteren ist notwendig, den kulturellen und sozialen Kontext von Entwicklung zu berücksichtigen: Mit dem Verweis auf den „individuellen Lebenslauf“ können Entwicklungsprozesse über die Lebensspanne sowohl als Ergebnis sozialer Normierung oder kultureller Konstruktion als auch als Ergebnis der individuellen Aufschichtung von Erfahrungen oder als Resultat von Bemühungen um eine Gestaltung eigener Entwicklung analysiert werden.¹⁷ Nicht zuletzt kann die von Thomae vorgeschlagene Definition für individuelle Unterschiede und die Heterogenität von Entwicklungsprozessen sensibilisieren.

Die Ergebnisse gerontologischer Längsschnittstudien sprechen dafür, dass interindividuelle Unterschiede in physiologischen wie psychologischen Variablen bis in das hohe Alter nicht ab-, sondern eher zunehmen und dass in früheren Jahren bestehende soziale Ungleichheiten über die Lebensspanne nicht an Bedeutung verlieren, sondern vielmehr langfristige und nachhaltige Einflüsse auf den Verlauf von Entwicklungsprozessen haben.¹⁸ Hinzu kommt, dass die Entwicklung des Menschen nicht nur als Interaktion von Person- und Umweltbedingungen zu verstehen, sondern auch zu berücksichtigen ist, dass Menschen Entwicklungskontexte gezielt aufsuchen und gestalten, Entwicklungsziele und zugehörige Zielkriterien definieren, adjustieren und gegebenenfalls aufgeben, Veränderungen im Lebenslauf somit nicht nur vor dem Hintergrund eines „kausalen Nexus“, sondern auch vor dem Hintergrund eines „intentionalen Nexus“ zu betrachten sind:¹⁹ Menschen sind in allen Lebensabschnitten immer auch aktive Gestalter ihrer eigenen Entwicklung, sie nehmen zukünftige Aufgaben und Anforderungen gedanklich vorweg, stellen sich auf günstige Umstände

15 Brandtstädter (2007)

16 Hayman et al. (2017); Staudinger et al. (1999)

17 Kruse (2005); Kruse & Schmitt (2010); Lehr (1986)

18 Brüderl et al. (2019); Diehl & Wahl (2020); O’Rand (2018)

19 Baltes & Smith (2004); Brandtstädter (2007); Diehl & Wahl (2020); Heckhausen et al. (2019); Reitz & Staudinger (2017)

oder Widerstände ein, setzen sich bestimmte Ziele und stellen andere zurück. Sie entscheiden auf der Grundlage bereits eingetretener, im Folgenden zu erwartender oder für die Zukunft angestrebter Veränderungen über den Einsatz vorhandener und die Schaffung neuer Ressourcen und übernehmen so Verantwortung für ihr eigenes Altern. Bei der Lebensgestaltung im Alter stehen jedoch – infolge einer Zunahme irreversibler Verluste – andere Mechanismen im Vordergrund als in früheren Lebensjahren. Im Selektive Optimierung mit Kompensation (SOK)-Modell von Baltes und Baltes²⁰ werden etwa Selektion und Kompensation, im 2-Prozess-Modell der Bewältigung²¹ akkommodative Prozesse, in der Lebenslauftheorie kontrollbezogenen Verhaltens²² sekundäre Kontrollprozesse wichtiger.

I.1 Selbst- und Weltgestaltung als zentrales Thema des Alters

Altern konfrontiert – wie menschliches Leben generell – unabänderlich mit Grenzsituationen und Verletzlichkeit. Entsprechend kann psychische Gesundheit im Alter nicht als das Ausbleiben von Herausforderungen, Einschränkungen und Verlusten verstanden werden. Psychische Gesundheit zeigt sich vielmehr gerade im Alter als Resilienz. Dies nicht im Sinne eines über die Zeit unveränderten Persönlichkeitsmerkmals, sondern als ein für die Person tragfähiger, Selbst- und Weltsicht sichernder Anpassungsprozess, als „process of adapting well in the face of adversity, trauma, tragedy, threats, or significant sources of stress“.²³ Die zunehmende Verletzlichkeit des Alters ist ausdrücklich nicht mit einem zunehmenden Verlust psychischer Gesundheit gleichzusetzen. Psychische Gesundheit im Alter hängt aber auch wesentlich von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ab, die die Aufrechterhaltung von Bezo-genheit und insbesondere die Verwirklichung von Sorge um und für andere ermöglichen. Insofern ist psychische Gesundheit, auch wenn sich im Alternsprozess Entwicklungsmöglichkeiten ausbilden, die eine Auseinandersetzung mit Anforderungen und Herausforderungen fördern, nicht lediglich eine individuelle Anpassungsleistung, sondern zu einem guten Teil auch Ergebnis gesellschaftlicher Gelegenheitsstrukturen und Teilhabechancen.

Nachfolgend sollen Selbstgestaltung und Weltgestaltung im Kontext einer für die Renaissance repräsentativen Schrift gedeutet werden. In der vom Florentiner Gelehrten Pico della Mirandola (1463–1494) verfassten Arbeit „De hominis dignitate“

20 Baltes & Baltes (1990); Freund (2008)

21 Brandtstädter (2009); Brandtstädter & Renner (1990)

22 Heckhausen & Schulz (1995); Heckhausen et al. (2010)

23 American Psychological Association (2015)

(deutsch: „Über die Würde des Menschen“²⁴) – in der Philosophiegeschichte als eine der ersten grundlegenden Schriften zur Menschenwürde eingeordnet – wird als ein zentrales Merkmal der Menschenwürde die Fähigkeit des Individuums zur Selbst- und Weltgestaltung genannt. Pico leitet diese Schrift mit folgenden Aussagen ein, die die Fähigkeit zur Selbstgestaltung und Weltgestaltung in das Zentrum rückt:

„Endlich beschloss der höchste Künstler, dass der, dem er nichts Eigenes geben konnte, Anteil habe an allem, was die Einzelnen jeweils für sich gehabt hatten. Also war er zufrieden mit dem Menschen als Geschöpf von unbestimmter Gestalt, stellte ihn in die Mitte der Welt und sprach ihn so an: „Wir haben dir keinen festen Wohnsitz gegeben, Adam, kein eigenes Aussehen noch irgendeine besondere Gabe, damit du den Wohnsitz, das Aussehen und die Gaben, die du selbst dir ausersiehst, entsprechend deinem Wunsch und Entschluss habest und besitzt. Die Natur der übrigen Geschöpfe ist fest bestimmt und wird innerhalb von uns vorgeschriebener Gesetze begrenzt. Du sollst dir deine ohne jede Einschränkung und Enge, nach deinem Ermessen, dem ich dich anvertraut habe, selber bestimmen. Ich habe dich in die Mitte der Welt gestellt, damit du dich von dort aus bequemer umsehen kannst, was es auf der Welt gibt. Weder haben wir dich himmlisch noch irdisch, weder sterblich noch unsterblich geschaffen, damit du wie dein eigener, in Ehre frei entscheidender, schöpferischer Bildhauer dich selbst zu der Gestalt ausformst, die du bevorzugst.“²⁵

Jeder Mensch besitzt als Mensch Würde. Diese ist nicht an Eigenschaften, nicht an Leistungen gebunden. Sie ist a priori gegeben. Jeder Mensch hat zudem eine Vorstellung von seiner Würde, das heißt, er stellt implizit oder explizit Kriterien auf, die erfüllt sein müssen, damit ihm das eigene Leben als ein würdevolles erscheint. In dem Beitrag von Pico della Mirandola ist ausdrücklich auch die Verwirklichung von Würde angesprochen, das heißt, es wird eine Bedingung genannt, unter der die Würde des Menschen „lebendig“ wird. Diese Bedingung lautet: die Möglichkeit zur Selbstgestaltung und Weltgestaltung.²⁶

Die psychologische Betrachtung von Potenzialen der Selbst- und Weltgestaltung im hohen Alter führt zu einer Verbindung von vier Konstrukten: (1) Introversion mit Introspektion, (2) Offenheit, (3) Sorge und (4) Wissensweitergabe.²⁷

24 Die Rede „Oratio de hominis dignitate“ hat Pico im Jahre 1486 gehalten; die Schrift „De hominis dignitate“ erschien im Jahre 1496.

25 Pico (1990), S. 6

26 Kruse (2017a)

27 Kruse (2017a)

Introversion mit Introspektion

Introversion mit Introspektion ist zu verstehen im Sinne einer vertieften, konzentrierten Auseinandersetzung des Individuums mit dem eigenen Selbst. Im Zentrum dieser Betrachtung steht das Selbst, das in der psychologischen Forschung als Zentrum, als Kern der Persönlichkeit betrachtet wird. Das Selbst integriert alle Erlebnisse, Erfahrungen und Erkenntnisse, die das Individuum im Laufe seines Lebens in der Begegnung mit anderen Menschen, in der Auseinandersetzung mit der Welt, aber auch in der Auseinandersetzung mit sich selbst und seiner Biografie gewinnt. In dem Maße nun, in dem Menschen offen sind für neue Erlebnisse, Erfahrungen und Erkenntnisse, entwickelt sich auch das Selbst weiter: Dieses zeigt sich gerade in der Verarbeitung neuer Erlebnisse, Erfahrungen und Erkenntnisse in seiner ganzen Dynamik, in seiner (schöpferischen) Veränderungskapazität. Das Konstrukt der Introversion mit Introspektion wird hier verwendet, um die besondere Sensibilität alter Menschen für alle Prozesse zu umschreiben, die sich in ihrem Selbst abspielen.

Neben den Erlebnissen, Erfahrungen und Erkenntnissen, die in der Begegnung mit anderen Menschen und in der Auseinandersetzung mit der Welt gewonnen werden, spielt hier zunächst der Lebensrückblick eine Rolle:²⁸ Inwieweit werden dem Individuum bei dieser „Spurensuche“ noch einmal Aspekte seines Selbst bewusst, die dieses aus heutiger Sicht positiv bewertet, inwieweit Aspekte des Selbst, die dieses eher negativ bewertet? Inwieweit gelingt es dem Individuum trotz negativer Bewertungen, „sich selbst Freund zu sein“, die eigene Biografie in ihren Höhen und Tiefen als etwas anzunehmen, das in ebendieser Gestalt stimmig, sinnerfüllt, notwendig war, inwieweit kann das Individuum sich selbst, aber auch anderen Menschen im Rückblick vergeben? Zudem stößt die begrenzte Lebenszeit Prozesse der Introversion mit Introspektion an: In der Literatur wird auch von *memento mori*-Effekten gesprochen,²⁹ womit Einflüsse der erlebten Nähe zum Tod auf das Selbst gemeint sind. Im Zentrum stehen eine umfassendere Weltsicht und eine damit einhergehende Ausweitung des persönlich bedeutsamen Themenspektrums, weiterhin eine gelassener Lebenseinstellung, begleitet von einer abnehmenden Intensität von Emotionen wie Ärger, Trauer, Reue und Freude. Zudem treten Spiritualität, Altruismus und Dankbarkeit stärker in das Zentrum des Erlebens.³⁰ Schließlich gewinnen Grenzsituationen große Bedeutung für Prozesse der Introversion mit Introspektion. Mit Grenzsituationen umschreibt Karl Jaspers³¹ jene Situationen, die wir durch unser eigenes Handeln nicht verändern, sondern allein durch unsere Existenz zur Klarheit bringen können. Damit spricht Jaspers Prozesse der inneren, seelisch-geistigen Auseinandersetzung an, die darauf zielen, die erlebten Grenzen – so zum Beispiel chronische

28 Bluck & Alea (2009); Gibson, F. (Hrsg.) (2018); Westerhof & Bohlmeijer (2014)

29 Brandtstädter (2015)

30 Kruse & Schmitt (2019); Rosenmayr (2011)

31 Jaspers (1973)

Erkrankungen, zunehmende Gebrechlichkeit, Verlust nahestehender Menschen, begrenzte Lebenszeit – innerlich zu verarbeiten, sie zu einem Teil des bewusst gestalteten und in seinen Höhen wie Tiefen angenommenen Lebens werden zu lassen.

Offenheit

Die konzentrierte, vertiefte Auseinandersetzung mit sich selbst wird durch die Offenheit des Individuums für neue Eindrücke, Erlebnisse und Erkenntnisse gefördert.³² Offenheit wird in der psychoanalytischen Literatur auch mit dem Begriff der „kathetischen Flexibilität“³³ umschrieben, in dem Sinne, dass auch neue Lebensbereiche emotional und geistig besetzt und damit subjektiv thematisch werden. Mit Blick auf das hohe Alter misst der Psychologe Robert Peck dem Abzug der seelisch-geistigen Energie von körperlichen Prozessen und deren Hinwendung zu psychischen Prozessen große Bedeutung bei; weiterhin dem Abzug der seelisch-geistigen Energie vom eigenen Ich und deren Hinwendung zu dem, was dieses Ich materiell und ideell umgibt: der natürlichen, kulturell und sozial geformten Welt, dem Kosmos, der gesamten Schöpfung. Dies aber bedeutet, dass das Individuum empfänglich, offen für neue Erlebnisse, Erfahrungen und Erkenntnisse ist, dass es den „fließenden Charakter“, mithin die Dynamik des Selbst nicht blockiert, sondern dass es sich vielmehr ganz auf diese einlässt und damit auch etwas Neues hervorbringt, „schöpferisch lebt“.

„So könnte man etwa als Maßstab der Reife die Art nehmen, wie der Tod integriert oder desintegriert wird, wie das Dasein im Ganzen eingeschätzt und empfunden wird, als gerundetes oder unerfüllt und Fragment gebliebenes, wie Versagungen, Fehlschläge und Enttäuschungen, die sich auf einmal als endgültige abzeichnen, abgefangen oder ertragen werden, wie Lebenslügen, Hoffnungen, Ideale, Vorlieben, Gewohnheiten konserviert oder revidiert werden. Güte, Gefasstheit, Abgeklärtheit sind Endpunkte einer Entwicklung zur Reife hin, Verhärtung, Protest, ständig um sich greifende Abwertung solche eines anderen Verlaufs. (...) Güte, Abgeklärtheit und Gefasstheit sind nämlich nicht einfach Gesinnungen oder Haltungen, die man diesen oder jenen Anlagen oder Umweltbedingungen zufolge erhält. Sie sind auch Anzeichen für das Maß, in dem eine Existenz geöffnet blieb, für das Maß also, in dem sie nicht zu Zielen, Absichten, Spuren von Erfolgen oder Misserfolgen gerann, sondern so plastisch und beeindruckbar blieb, dass sie selbst in der Bedrängnis und noch in der äußersten Düsternis des Daseins den Anreiz zu neuer Entwicklung empfindet.“³⁴

32 Thomae (1966)

33 Peck (1968)

34 Thomae (1966), S. 124

Sorge

Sorge beschreibt in ihrem produktiven (schöpferischen) Sinne die erlebte und praktizierte Mitverantwortung für andere Menschen und das damit verbundene Bedürfnis, etwas für andere Menschen zu tun, deren Entwicklung und Lebensqualität zu fördern.³⁵ Dieser Aspekt von Sorge wird auch mit dem psychologischen Konstrukt der Generativität³⁶ angesprochen. Sorge meint zudem nicht nur die von einem Menschen ausgehende, praktizierte Sorge, sondern auch die Sorge, die er von anderen erfährt. Dabei ist auch mit Blick auf Sorgebeziehungen im hohen Alter hervorzuheben, wie wichtig ein Geben und Nehmen von Hilfe und Unterstützung für die Akzeptanz erfahrener Sorge ist.³⁷ Die fehlende Möglichkeit, die empfangene Sorge zu erwidern, macht es schwer, Sorge anzunehmen. Dieser Aspekt gewinnt besondere Bedeutung in Phasen erhöhter Verletzlichkeit. Gerade in solchen Phasen sind Menschen sensibel dafür, ob sie primär als Hilfeempfangende wahrgenommen und angesprochen werden, oder ob sie auch in ihrer Kompetenz, selbst Hilfe und Unterstützung zu leisten, ernst genommen werden. Zugleich ist im thematischen Kontext von Sorge immer mitzudenken, wie wichtig es ist, dass das Individuum rechtzeitig lernt, Hilfe und Unterstützung, die objektiv nötig ist, bewusst anzunehmen.

Vor dem Hintergrund dieses Verständnisses von Sorge wird auch deutlich, was mit Sorge nicht gemeint ist: das Umsorgt-Werden von anderen Menschen, das Umsorgen anderer Menschen. Nicht selten tendieren wir dazu, Sorge mit Umsorgt-Werden oder Umsorgen gleichzusetzen. Dieses enge Verständnis von Sorge greift zu kurz. Sorge ist sehr viel weiter zu fassen: Sie meint die freundschaftliche Hinwendung zum Menschen, die freundschaftliche Hinwendung zur Welt – und dies in einer Haltung der Mitverantwortung (für den Mitmenschen wie auch für die Welt) und dem Bedürfnis nach aktiver Mitgestaltung (der Beziehungen, der Welt).

Wissensweitergabe

Wissensweitergabe meint insbesondere das Fortwirken des Individuums in nachfolgenden Generationen. Dieses Fortwirken vollzieht sich auch auf dem Wege materieller und ideeller Produkte, die das Individuum erzeugt und mit denen es einen Beitrag zum Fortbestand und zur Fortentwicklung der Welt leistet.³⁸ So sehr eine Person in der Erinnerung an das gesprochene Wort und die einmalige Gebärde fortlebt, so sehr Begegnungen mit dieser in uns emotional und geistig fortwirken, so wichtig ist es auch, die materiellen und ideellen Produkte im Auge zu haben, die sich nicht

35 Lob-Hüdepohl (2014); Heinze et al. (2015)

36 Au et al. (2020); Kruse & Schmitt (2012); McAdams (2013); Pratt et al. (2020)

37 Kruse & Schmitt (2015); Kruse (2017b)

38 Staudinger (1996)

notwendigerweise unmittelbaren Begegnungen mit nachfolgenden Generationen verdanken, sondern die in Verantwortung vor der Welt und für die Welt entstanden sind. Das Handeln als höchste Form der *vita activa*³⁹ beschränkt sich also nicht allein auf den unmittelbaren, konkreten Austausch mit Menschen. Wir treten auch in unseren Gedanken in einen – vielleicht „virtuell“ zu nennenden – Austausch mit Menschen, die wir kannten (und die heute nicht mehr leben), die wir kennen (denen wir aber gegenwärtig nicht unmittelbar begegnen können) und die wir noch nicht kennen, ja, niemals kennenlernen werden: Damit ist in besonderer Weise die „geistige“ Dimension der *vita activa*, des „gemeinsamen“ Handelns (als eines Konstituens der *vita activa*) und des Politischen (als der Umschreibung von gemeinsam geteilter Verantwortung vor der Welt und für die Welt) angesprochen.

I.2 Lebensrückblick, Narration, Integrität und Gerotranszendenz

Im Alter ist nicht nur die Wahrscheinlichkeit sozialer, körperlicher und geistiger Verluste erhöht, auch die noch verbleibende Lebenszeit wird zunehmend als begrenzt erfahren, was charakteristische Veränderungen in kognitiven, emotionalen und motivationalen Prozessen zur Folge hat.⁴⁰ Beziehungen zu anderen Menschen werden im höheren Alter vor allem dann aufgenommen und weiterverfolgt, wenn sie emotional bedeutsam, mit positiven Gefühlen verbunden sind.⁴¹ Möglichkeiten, im Kontakt mit anderen neue Erfahrungen zu machen oder Neues zu lernen, von dem man später vielleicht einmal profitieren kann, verlieren mit zunehmendem Alter dagegen an Bedeutung für die Gestaltung sozialer Beziehungen. Innerhalb dieser generellen Entwicklung ist insbesondere hervorzuheben, dass sich Menschen (wieder) stärker mit Fragen persönlicher und sozialer Identität beschäftigen und verstärkt bemühen, das eigene Leben zu ordnen.

Das Selbstverständnis der Person von sich und ihrer Entwicklung konstituiert sich im Wesentlichen narrativ, also in Form von Erzählungen.⁴² Ereignisse und Entwicklungen haben nicht als solche Auswirkungen auf die Entwicklung von Ich-Identität, sie werden vielmehr – aus einer Vielfalt infrage kommender Ereignisse und Entwicklungen, die zudem auch in sehr unterschiedlicher Weise interpretiert und bewertet werden können – ausgewählt und in eine in sich stimmige (konsistente) Geschichte integriert. Diese wird ab dem Jugendalter, zunehmend als pragmatische Setzung, bis auf Weiteres⁴³ „definitive“ Geschichte. Selbsterzählungen sind nicht nur

39 Arendt (1999)

40 Carstensen & Löckenhoff (2004); Lang & Damm (2017)

41 Lang et al. (2009)

42 McAdams et al. (2006)

43 Schütz & Luckmann (1979)

das Resultat von Ereignissen und Entwicklungen, mit denen Menschen konfrontiert werden. Sie bilden vor allem auch eine Grundlage für die Interpretation und Bewertung neuer Ereignisse und Entwicklungen: „... nicht indem ich in jedem Fall die Wichtigkeit dieses oder jenes früheren Ereignisses erwäge und einschätze, sondern indem ich mich auf meine Ziele hin entwerfe, rette ich die Vergangenheit mit mir und entscheide durch das Handeln über ihre Bedeutung“.⁴⁴

In seinen Erläuterungen zur Idee der narrativen Identität argumentiert Paul Ricoeur,⁴⁵ dass das, was wir als Wissen über die eigene Person bezeichnen, nicht in einer externen Welt gefunden oder entdeckt wird, sondern vielmehr das Ergebnis (re-)konstruktiver Prozesse ist; Charles Taylor⁴⁶ verweist darauf, dass sich Selbsterzählungen zwar immer an Begebenheiten orientieren müssen, deren Bedeutung jedoch nicht unabhängig von der erzählenden Person existiert und sich zudem durch das Erzählen selbst verändert: „An articulation of this „object“ tends to make it something different from what it was before.“

Dietrich Ritschl begreift das Individuum von den einzelnen Geschichten her, die dieses erzählt.⁴⁷ In der Gesamtheit aller Geschichten drückt sich die Geschichte des Individuums, die Gesamtsicht seines Lebens aus (Metastory). Indem Menschen einzelne Geschichten zusammenfügen, nehmen sie Akzentuierungen und Präzisierungen vor, die immer auch mit dem Verlust von Details (samt alternativer Selbstdeutungen) verbunden sind. Problematisch wird dieser Prozess dann, wenn die Vielfalt der Einzelstories (und damit der Aspekte von Identität) verloren geht, sich das Leben in den erinnerten und berichteten *Stories* nur noch höchst unvollständig ausdrückt, in seiner Vielfalt überhaupt nicht mehr zum Ausdruck kommt. In diesem Fall besteht die Gefahr der seelischen Verkümmern und schließlich der psychischen Störung. Eine bedeutende Aufgabe der psychotherapeutischen Behandlung sieht Ritschl in der Förderung der Offenheit des Menschen für die vielfältigen Einzelstories: Da Geschichten nicht nur im Sinne von (stilisierten) Beschreibungen der Vergangenheit zu deuten sind, sondern auch im Sinne von Erwartungen und Hoffnungen, besitzt die psychotherapeutische Intervention auch das Potenzial, über die Förderung von Offenheit für die Vielfalt persönlicher Geschichten auch die lebendige, differenzierte Antizipation der persönlichen Zukunft zu fördern – mit allen positiven Folgen für die Nutzung der Entwicklungsmöglichkeiten, die die Zukunft bietet, wie auch für die Auseinandersetzung mit Grenzen, die in der Zukunft (allmählich) sichtbar werden.

Narrative Identität ist nicht lediglich das Ergebnis der Reproduktion von Episoden gelebten Lebens; wie alle Erzählungen zeichnen sich auch eine Identität konstituierende Selbsterzählungen durch die (Re-)Konstruktion von Ereignissen, durch narrative Glättung und die Verwendung kulturell verfügbarer Plots aus: „Narratives

44 Sartre (1993)

45 Ricoeur (1992)

46 Taylor (1985), S. 38

47 Ritschl & Jones (1976)

Wissen ist kein bloßes Zurückrufen der Vergangenheit. Narratives Verstehen ist eine retrospektive, interpretative Komposition, die vergangene Ereignisse im Lichte der aktuellen Auffassung und Beurteilung ihrer Bedeutung zeigt. Während sich die Erzählung auf die ursprünglichen, vergangenen Lebensereignisse bezieht, transformiert sie diese, indem sie sie zu einer „Plotstruktur“ anordnet, deren Teile sich stimmig zum Ganzen verhalten (und vice versa). Narrative Darstellungen von Lebensepisoden sind keine Widerspiegelungen ehemaliger Geschehnisse. Die narrative Strukturierung ist eine Interpretation des Lebens, durch die vergangene Ereignisse und Vorfälle aus der gegenwärtigen Perspektive, das heißt: wegen ihres Beitrags zum Ausgang einer Geschichte, als bedeutungsvoll verstanden werden“.⁴⁸

Die von einer Person im Laufe ihres Lebens konstituierte / gefundene narrative Identität kann im Alter aus unterschiedlichen Gründen zur Disposition stehen: „We speak of the past as final and irrevocable. There is nothing that is less so ... the past (or some meaningful structure of the past) is as hypothetical as the future.“⁴⁹ Aus soziologischer Perspektive ist anzumerken, dass sich Strukturen, an denen sich Menschen in ihrer Selbstsicht orientieren, im Prozess sozialen Wandels ändern und sich Menschen an diese veränderten Strukturen anpassen müssen.⁵⁰ Aus psychoanalytischer Perspektive wurde angenommen, dass Abwehrmechanismen im Alter an Effektivität verlieren und ungelöste Konflikte deshalb wieder bewusst werden und bearbeitet werden müssen.⁵¹ Des Weiteren können Erkrankungen und Verluste dazu beitragen, dass „protektive Illusionen“⁵² revidiert werden müssen: Annahmen, die wir mehr oder weniger unhinterfragt unserem Selbst- und Weltverständnis zugrunde legen, können durch Lebensereignisse und gesellschaftliche Entwicklungen in ihrer Gültigkeit grundsätzlich infrage gestellt werden.

Wenn sich jüngere Menschen mit ihrer Vergangenheit beschäftigen, dann tun sie dies weit häufiger als alte Menschen, um Lösungen für aktuell anstehende Herausforderungen zu finden und sich über Möglichkeiten der Gestaltung ihrer persönlichen Zukunft klar zu werden. Paul T. Wong und Lisa M. Watt⁵³ sprechen in diesem Zusammenhang von instrumenteller Reminiszenz. Dagegen findet sich bei alten Menschen vergleichsweise häufiger eine „integrative Reminiszenz“, die den Ergebnissen von Wong und Watt zufolge im Alter – anders als in früheren Lebensabschnitten – positiv mit Lebenszufriedenheit korreliert.

Erik H. Erikson⁵⁴ sieht in der Herstellung von „Ich-Integrität“ im Lebensrückblick eine Leistung, die durch Veränderungen in der Situiertheit des Menschen im Alter angestoßen und notwendig wird. In diesem Ansatz markiert das Erreichen von

48 Polkinghorne (1998)

49 Mead (1932)

50 Mannheim (1928/1964); Riley & Riley (2000)

51 Butler (1963)

52 Filipp (1999)

53 Wong & Watt (1991)

54 Erikson & Erikson (1998)

„Ich-Integrität“ den Endpunkt einer erfolgreichen Persönlichkeitsentwicklung, die als Entwicklung von Ich-Identität beschrieben wird. Diese kennzeichnet Erikson als „im Laufe des Lebens wachsende Fähigkeit, sich trotz ständiger Veränderungen sowohl als in Übereinstimmung mit einem früheren Selbst (*self-sameness*), als auch in Übereinstimmung mit dem Bild, das sich andere von einem machen, zu erleben“ bzw., in stärker psychoanalytischer Terminologie, als übergeordnete Integration von Identifizierungen in eine dynamische, einheitliche Struktur. Zentral für das von Erikson vertretene Verständnis von Ich-Identität ist, dass diese (a) weniger im Sinne einer Errungenschaft denn im Sinne einer immer wieder neu zu erbringenden und deshalb prinzipiell lediglich vorläufigen Integrationsleistung zu verstehen ist, (b) wesentlich von den vermeintlichen oder tatsächlichen Sichtweisen und Bewertungen anderer Menschen geprägt ist, (c) nicht allein privaten, sondern immer auch gemeinschaftsbezogenen Charakter hat.

Die Entwicklung von Ich-Identität vollzieht sich nach Erikson in acht qualitativ voneinander abgrenzbaren, weil durch spezifische psychosoziale Krisen gekennzeichneten Phasen. Die individuellen Lösungen der für das hohe Alter charakteristischen Krise werden einem durch die Pole Integrität und Verzweiflung gekennzeichneten bipolaren Kontinuum zugeordnet. Den positiven, für die Entwicklung zu einer „voll funktionsfähigen Persönlichkeit“ stehenden Pol kennzeichnet Erikson insbesondere als „Annahme seines einen und einzigen Lebenszyklus und der Menschen, die in ihm notwendig da sein mussten und durch keine anderen ersetzt werden können“ und „Bejahung der Tatsache, dass man für sein eigenes Leben allein verantwortlich ist“; den negativen Pol charakterisiert er dagegen wie folgt. „... der eine und einzige Lebenszyklus wird nicht als das Leben schlechthin bejaht; in der Verzweiflung drückt sich das Gefühl aus, dass die Zeit ... zu kurz ist für den Versuch ist, ... andere Wege zur Integrität einzuschlagen. Eine solche Verzweiflung versteckt sich oft hinter einer Kulisse von Ekel, Lebensüberdruß oder einer chronischen Verächtlichmachung bestimmter Institutionen oder bestimmter Leute – eine Kritik, die, wenn sie nicht mit konstruktiven Ideen und der Bereitschaft zum Mitwirken verbunden ist, nur die Selbstverachtung des Individuums ausdrückt.“⁵⁵

Ähnlich wie Erik H. Erikson nimmt Lars Tornstam⁵⁶ in seiner Theorie der Gerotranszendenz an, dass die Entwicklung von Identität als ein lebenslanger Prozess anzusehen ist, der erst im hohen Alter seinen Höhepunkt erreicht bzw. abgeschlossen wird. Die Theorie der Gerotranszendenz geht über das im Ansatz von Erikson vertretene Verständnis der Identitätsentwicklung insofern hinaus, als sie Veränderungen auf drei Ebenen differenziert: einer kosmischen Ebene, einer Ebene des Selbst sowie einer Ebene sozialer Beziehungen. Auf der kosmischen Ebene geht die Theorie von einem veränderten Weltverständnis aus, das sich unter anderem in einer stärkeren Integration von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, einer als intensiver

55 Erikson (1973)

56 Tornstam (1989, 2011)

empfundener Verbundenheit mit nachfolgenden Generationen, verminderter Todesfurcht, größerer Empfänglichkeit für vermeintlich Bedeutungsloses und einer allgemein erhöhten Akzeptanz der mystischen Dimension des Lebens zeigt. Auf der Ebene des Selbst werden der Theorie zufolge im günstigen Falle neue Aspekte der eigenen Person entdeckt, wobei die Integration von positiv und negativ bewerteten Aspekten, Errungenschaften und Versäumnissen besser gelingt. Des Weiteren ist die Entwicklung zur Gerotranszendenz auf der Ebene des Selbst mit einer stärker altruistischen und weniger egoistischen Einstellung, einer Transzendenz der eigenen Körperlichkeit, einer Wiederentdeckung persönlicher Wurzeln in der Kindheit sowie mit der Ausbildung der von Erikson beschriebenen Ich-Integrität verbunden. Veränderungen auf der Ebene sozialer Beziehungen sind vor allem durch eine zunehmende Selektivität gekennzeichnet: Emotional bedeutsame Beziehungen werden wichtiger, während auf oberflächliche Beziehungen eher verzichtet wird. Weitere Veränderungen auf der sozialen Ebene umfassen ein vertieftes Verständnis der Differenz zwischen Selbst und Rolle, einen modernen Asketismus, der durch eine bewusste Relativität materieller Werte gekennzeichnet ist, sowie reifere Urteile in Fragen des täglichen Lebens, wie sie in psychologischen Weisheitstheorien beschrieben werden.

Inwieweit die Herstellung von Ich-Integrität oder Gerotranszendenz im Alter gelingt, ist nicht zuletzt vom sozialen Umfeld abhängig. Ich-Integrität oder Gerotranszendenz werden nur selten erreicht werden, wenn sich zentrale Bezugspersonen an einseitig negativ akzentuierten Sichtweisen von Alter und Altern orientieren, individuelle Bemühungen um Sinnfindung als „Selbstbezogenheit“ oder übertriebene „Vergangenheitsorientierung“ zurückweisen oder das Bedürfnis, über das Alter(n), soziale Rollen und eigene Entwicklung zu reflektieren, ignorieren.

1.3 (Re-)Konstruktion von Lebensgeschichte und psychische Gesundheit

Dan P. McAdams⁵⁷ unterscheidet in seinem triarchischen Persönlichkeitsmodell zwischen drei operativen Ebenen: Die erste Ebene bilden Persönlichkeitseigenschaften (*traits*), die situationsunabhängig und überdauernd mit konsistenten Verhaltens-tendenzen verbunden sind (z. B. die sog. *Big Five*: Neurotizismus, Introversion, Offenheit, Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit), die zweite Ebene umfasst nach Zeit, Ort und sozialen Rollen kontextualisierte persönliche Anliegen (z. B. Pläne, Vorhaben, Präferenzen, Bewältigungsstrategien), die dritte Ebene Lebensgeschichten im Sinne von Selbsterzählungen, die die frühere Entwicklung rekonstruieren und zukünftige Entwicklung antizipieren, die der Person Auskunft darüber geben, wer sie früher gewesen ist, aktuell ist und zukünftig sein wird, und die persönlicher Entwicklung Konsistenz,

57 McAdams (1996)

Sinn und Bedeutung verleihen. Die differenzierten Ebenen sind dabei ausdrücklich nicht im Sinne eines hierarchischen Modells zu interpretieren – etwa in dem Sinne, dass generelle Persönlichkeitseigenschaften, die bereits in der frühen Kindheit erkennbar sind, die spätere Entwicklung von persönlichen Anliegen determinieren oder für die erst ab dem Jugendalter erkennbare Integration von Ereignissen und Entwicklungen in Selbsterzählungen ursächlich wären. Während die auf der ersten Ebene lokalisierten Persönlichkeitsstrukturen im Sinne weitestgehend konstanter Dispositionen gedeutet und die auf der zweiten Ebene lokalisierten Strukturen als infolge selbstregulativer Prozesse⁵⁸ über längere Zeiträume weitgehend stabil angesehen werden, ist die dritte Ebene der Persönlichkeit explizit durch kontinuierliche Veränderung charakterisiert: „The process of selfing involves constructing and authoring experience as one’s own, as well as appropriating, synthesizing, reflecting on, and simply observing experience in such a way that it is deemed to be mine.“⁵⁹ Ohne den die Einheit und Bedeutung stiftenden Prozess der Selbstgestaltung in Form sich entwickelnder Selbsterzählungen würden Menschen ihr Leben als unzusammenhängend und zufällig erfahren.

Vor dem Hintergrund des skizzierten Modells können Entwicklungsaufgaben des hohen Lebensalters, die in engem Zusammenhang mit der im Alternsprozess zunehmenden Konfrontation mit Grenzsituationen und Verletzlichkeit zu sehen sind,⁶⁰ zu einem guten Teil als narrative Aufgaben verstanden und die kontinuierliche Entwicklung von reichhaltigen, resilienten und offenen Selbsterzählungen als Voraussetzung einer gelingenden Auseinandersetzung mit den Herausforderungen des hohen Alters angesehen werden.⁶¹ In diesem Sinne „gute Lebensgeschichten“ zeichnen sich insbesondere dadurch aus, dass sie offen sind für eine den gewandelten Umständen und Anforderungen entsprechende Veränderung und Weiterentwicklung: „An open story propels the person into the future by holding open a number of different alternatives for future action and thought.“⁶²

Als zentrale Kriterien „guter Lebensgeschichten“, die eine Integration neuer Erfahrungen, die Bewältigung von Übergängen und Verlusten, die Entwicklung neuer Deutungen von Ereignissen und Entwicklungen und die Aufrechterhaltung oder (Wieder-)Herstellung des Erlebens von Sinn und Bedeutung ermöglichen, gelten insbesondere Kohärenz, Plausibilität, Differenziertheit, Offenheit und Generativität.⁶³ Kohärenz bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die Verbindung der verschiedenen Teile von Selbsterzählungen, Plausibilität auf die Berücksichtigung faktischer Ereignisse und Entwicklungen, Bezüge zur „realen Welt“ und die Integration verschiedener Entwicklungsphasen, Differenzierung auf die Anzahl von Themen,

58 Hooker & McAdams (2003)

59 McAdams (1996), S. 302

60 Kruse (2017a)

61 Randall (2016)

62 McAdams (1996)

63 Bohlmeijer et al. (2011); Randall et al. (2015)

Handlungssträngen und Selbstdeutungen (im Sinne von Identitätsprojekten oder möglichen Selbsten), Offenheit auf die Veränderbarkeit von Erzählungen durch neue Ereignisse und Entwicklungen, die jeweilige Balance zwischen einer Kontinuität von Anliegen, Werten und Bedeutungen, die es Menschen erlaubt, ihrem Leben eine Richtung zu geben, und Flexibilität, die mit Veränderungen verbundene neue Erfahrungen zu integrieren und neue Deutungen und Selbstverpflichtungen zu erproben erlaubt, Generativität auf die Verbindung von Selbsterzählungen mit umfassenderen Erzählungen in Familie, Gemeinschaft und Gesellschaft.

Als der weiteren Persönlichkeitsentwicklung abträgliche, dysfunktionale Selbsterzählungen gelten insbesondere solche, die durch „narrative foreclosure“, die vor-schnelle Überzeugung, dass neue Erfahrungen, Interpretationen und Selbstverpflichtungen die eigene Lebensgeschichte und die Bedeutung eigenen Lebens nicht mehr substanziell zu verändern vermögen,⁶⁴ gekennzeichnet sind. Dabei ist zu beachten, dass Individuen nicht alleiniger Autor ihrer Lebensgeschichte(n) sind und die „Urheberschaft“ von Lebensgeschichten über die Lebensspanne variiert und an kulturelle / ideologische Kontexte sowie soziale Beziehungen / Reaktionen anderer gebunden ist. William Randall⁶⁵ verweist in diesem Zusammenhang auf narrative Verluste (*narrative loss*) und narrative Enteignungen (*narrative dispossession*). Erstere können sich ergeben, wenn keine Kontaktpersonen mehr verfügbar sind, die um die eigene Lebensgeschichte wissen und zugehörige Selbsterzählungen verstehen könn(t)en, letztere wenn Lebensgeschichten durch andere Menschen stellvertretend vorzeitig abgeschlossen werden, zum Beispiel, wenn aus der Tatsache, dass Menschen mit Demenz ihre eigene Lebensgeschichte nicht mehr erzählen, geschlossen wird, dass diese eine solche auch nicht mehr besitzen. Persönlichkeitsentwicklung bedarf narrativer Kontexte, in denen die kontinuierliche (Re-)Konstruktion, Modifikation und Revision von Selbsterzählungen ebenso motiviert und unterstützt wird, wie Selbsterzählungen beachtet und geachtet werden. Dies gerade auch vor dem Hintergrund der Verletzlichkeit im Alter, nicht zuletzt auch im Sinne einer Verwirklichung von „narrative care“.

I.4 Psychische Entwicklung aus der Innenperspektive: Daseinsthemen alter Menschen

Hans Thomae geht in seiner Persönlichkeitstheorie (1966)⁶⁶ von der Differenzierung des „Ich“ in drei dynamische Kernbereiche aus: das „impulsive Ich“, das er als „Sphäre der festgelegten Triebe“ umschreibt, das „prospektive Ich“, das sich – als hochorganisierte Form – durch seine „vordenkende, das Verhalten auf weite Sicht hinlenkende Funktion“

64 Bohlmeijer et al. (2011); Freeman (2011)

65 Randall (2016)

66 Thomae (1966)

auszeichnet, und schließlich das „propulsive Ich“, das er als „plastisch bleibenden Antriebsfonds“ begreift, dessen wesentlichste Kennzeichen „Nichtfestgelegtheit, Formbarkeit, Nichtvorhersagbarkeit“ sind. Das propulsive Ich charakterisiert er dabei mit folgenden Worten: „Es gibt letzten Endes das Gefühl der Initiative und Freiheit, das Empfinden, dass selbst der größte Verlust und die äußerste Begrenzung unseres Daseins uns nicht alles nehmen können, sondern letztlich nur eine neue Seite der eigenen Entwicklungsmöglichkeiten offenbaren.“⁶⁷

Mit der Differenzierung des Ich in diese drei Kernbereiche leistet Hans Thomaе eine strukturelle Analyse der Persönlichkeit. Neben die strukturelle tritt eine thematische Analyse.⁶⁸ Diese konzentriert sich auf die Frage, welche Themen (man könnte auch sagen: Anliegen) das Erleben des Individuums in einer gegebenen Situation bestimmen⁶⁹.

Mit dem Begriff des Daseinsthemas kennzeichnet Thomaе⁷⁰ „wiederholt geäußerte Gedanken, Wünsche, Befürchtungen und / oder Hoffnungen“. Diese sind ausdrücklich nicht als „aus dem Verhalten erschlossene intrapsychische Konstrukte wie Motive“ zu verstehen, sondern vielmehr als „nach eindeutigen Kriterien aus biographischen Dokumenten ... ableitbare Inhalte personaler Prozesse, in denen es nicht nur um die kognitive Repräsentation von Situationen, sondern auch um Art und Ausmaß des Betroffenseins von ihnen, der inneren und äußeren Auseinandersetzung mit ihnen geht“. Ausgehend von der Überzeugung, dass „eine Konzeptualisierung von Motiven oder Motivationsprozessen, welche nicht an einer spezifischen Umwelt orientiert ist, nicht haltbar erscheint“, verwendet Thomaе die Begriffe Thema bzw. Thematik und Motivation weitgehend synonym: Daseinsthemen sind entsprechend auch als motivationale Konstrukte, im Sinne von zentralen Anliegen, Leitmotiven des Verhaltens, motivational-kognitiven Orientierungssystemen, auf deren Hintergrund sich die Auseinandersetzung des Individuums mit konkreten Lebenssituationen vollzieht, zu verstehen. Die Persönlichkeitstheorie von Thomaе postuliert, dass jede tiefgreifende und überdauernde Veränderung des Verhaltens von spezifischen Daseinsthemen des Individuums her zu interpretieren ist.⁷¹ Unterschiedliches Verhalten in verschiedenen Situationen lässt sich mit dieser Theorie deuten als unterschiedliche aktuelle thematische Strukturierung; gleichartige Verhaltensweisen über den Wechsel der Situationen hinweg als temporäre Strukturierung; wenn Interpretationen einer Situation über lange Zeiträume hinweg dominieren, so ist von chronischer thematischer Strukturierung zu sprechen.

67 Thomaе (1966), S. 124

68 Thomaе (1968, 1996)

69 Lehr (1980)

70 Thomaе (1996)

71 Rudinger & Thomaе (1990)

Literatur

- American Psychological Association (2015). *The road to resilience*. https://www.uis.edu/counselingcenter/wp-content/uploads/sites/87/2013/04/the_road_to_resilience.pdf.
- Arendt, H. (1999). *Vita activa oder Vom tätigen Leben* (11. Aufl.), München: Piper.
- Au, A., Lai, S., Wu, W., Hofer, J., Busch, H., Poláčková Šolcová, I., Tavel, P., & Cheng, S. H. (2020). Generativity and Positive Emotion in Older Adults: Mediation of Achievement and Altruism Goal Attainment Across Three Cultures. *Journal of Happiness Studies*, 21, 677–692.
- Baltes, M. M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. New York: Cambridge University Press.
- 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. (Hrsg.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (S. 1–34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2004). Lifespan psychology: From developmental contextualism to developmental biocultural co-constructivism. *Research in human development*, 1(3), 123–144.
- Barber, S. J. (2017). An examination of age-based stereotype threat about cognitive decline: Implications for stereotype-threat research and theory development. *Perspectives on Psychological Science*, 12, 62–90.
- Baumeister, R. F., Wright, B. R., & Carreon, D. (2019). Self-control “in the wild”: Experience sampling study of trait and state self-regulation. *Self and identity*, 18, 494–528.
- Becker, A., Neuhausen, K.-A., Laureys, M., & Rudinger, G. (Hrsg.) (2011). *Theodosius Schoepfers „Gerontologia seu Tractatus de jure senum“: Kulturwissenschaftliche Studien zu einem vergessenen Traktat über das Recht alter Menschen*. Göttingen: V&R unipress.
- Berzonsky, M. D., & Kinney, A. (2019). Identity Processing Style and Depression: The Mediational Role of Experiential Avoidance and Self-Regulation. *Identity*, 19, 83–97.
- Bluck, S., & Alea, N. (2009). Thinking and talking about the past: Why remember? *Applied Cognitive Psychology*, 23, 1089–1104.
- Bohlmeijer, E. T., Westerhof, G. J., Randall, W., Tromp, T., & Kenyon, G. (2011). Narrative foreclosure in later life: Preliminary considerations for a new sensitizing concept. *Journal of Aging Studies*, 25, 364–370.
- Brandtstädter, J. (2007). Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Leitvorstellungen und paradigmatische Orientierungen. In J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne* (S. 34–66). Stuttgart: Kohlhammer.
- Brandtstädter, J. (2009). Goal pursuit and goal adjustment: Self-regulation and intentional self-development in changing developmental contexts. *Advances in Life Course Research*,

- 14, 52–62. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2009.03.002>.
- Brandtstädter, J. (2015). Mortalität, Moralität und Weisheit. In J. Brandtstädter (Hrsg.), *Positive Entwicklung* (S. 247–263). Berlin: Springer Spektrum.
- Brandtstädter, J., & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and aging, 5*, 58–67.
- Brüderl, J., Kratz, F., & Bauer, G. (2019). Life course research with panel data: an analysis of the reproduction of social inequality. *Advances in Life Course Research, 41*, 100247.
- Butler, R. N. (1963). The life review: an interpretation of reminiscence in old age. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes, 26*, 65–76.
- Carstensen, L. L. (Hrsg.) (2006). *Social structures, aging and self-regulation in the elderly*. New York: Springer Publishing Company.
- Carstensen, L. L., & Löckenhoff, C. E. (2004). Aging, emotion, and evolution: The bigger picture. In P. Ekman, J. J. Campos, R. J. Davidson, & F. B. M. de Waal (Hrsg.), *Emotions Inside Out: 130 Years after Darwin's "The Expression of the Emotions in Man and Animals"* (S. 152–179). New York: Annals of the New York Academy of Sciences. <https://doi.org/10.1196/annals.1280.008>.
- Diehl, M., & Wahl, H. W. (2020). *The psychology of later life: A contextual perspective*. Washington: APA Books.
- Drewelies, J., Huxhold, O., & Gerstorf, D. (2019). The role of historical change for adult development and aging: Towards a theoretical framework about the how and the why. *Psychology and Aging, 34*, 1021–1039.
- Erikson, E. H. (1973). *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1998). *The life cycle completed* (extended version). New York: WW Norton.
- Filipp, S.-H. (1999). A three-stage model of coping with loss and trauma: Lessons from patients suffering from severe and chronic disease. In A. Maercker, M. Schützwohl, & Z. Solomon (Hrsg.), *Post-traumatic stress disorder. A lifespan developmental perspective* (S. 43–78). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Fiori, K. L., Windsor, T. D., & Huxhold, O. (2020). The increasing importance of friendship in late life: understanding the role of sociohistorical context in social development. *Gerontology, 66*(3), 286–294. <https://doi.org/10.1159/000505547>.
- Freeman, M. (2011). Narrative foreclosure in later life. In G. Kenyon, E. T. Bohlmeijer, & W. R. Randall (Hrsg.), *Storying later life: issues, investigations, and interventions in narrative gerontology* (S. 3–19). New York: Oxford University Press.
- Freund, A. M. (2008). Successful aging as management of resources: The role of selection, optimization, and compensation. *Research in Human Development, 5*, 94–106. <https://doi.org/10.1080/15427600802034827>.
- Gibson, F. (Hrsg.) (2018). *International Perspectives on Reminiscence, Life*

- Review and Life Story Work*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Hayman, K. J., Kerse, N., & Consedine, N. S. (2017). Resilience in context: the special case of advanced age. *Aging and mental health*, 21, 577–585.
- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102, 284–304. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.102.2.284>.
- Heckhausen, J., Wrosch, C., & Schulz, R. (2010). A motivational theory of life-span development. *Psychological Review*, 117, 32–60. <https://doi.org/10.1037/a0017668>.
- Heckhausen, J., Wrosch, C., & Schulz, R. (2019). Agency and motivation in adulthood and old age. *Annual Review of Psychology*, 70, 191–217.
- Heinze, R., Klie, T., & Kruse, A. (2015). Subsidiarität revisited. *Sozialer Fortschritt*, 64, 131–138.
- Hooker, K., & McAdams, D. P. (2003). Personality reconsidered: A new agenda for aging research. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58, 296–304.
- Jaspers, K. (1932/1973). *Philosophie* (3 Bde.). Berlin: Springer.
- Karlin, N. J., & Weil, J. (2019). Exploring Cultural Similarity and Cultural Diversity: A Cross-National Study of Nine Countries. *Journal of Aging Science*, 7, 204–213.
- Kruse, A. (2005). Selbstständigkeit, Selbstverantwortung, bewusst angenommene Abhängigkeit und Mitverantwortung als Kategorien einer Ethik des Alters. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 38, 273–287.
- Kruse, A. (2017a). *Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife*. Heidelberg: Springer.
- Kruse, A. (2017b). Benefactors or burdens? The social role of the old. In G. Scarre (Hrsg.), *The Palgrave Handbook of the Philosophy of Aging* (S. 132–156). London: Palgrave.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2010). Lebensläufe und soziale Lebenslaufpolitik in psychologischer Perspektive. In G. Naeyegele (Hrsg.), *Soziale Lebenslaufpolitik* (S. 138–173). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2012). Generativity as a route to active ageing. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, Article ID 647650, <https://doi.org/10.1155/2012/647650>.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2015). Shared responsibility and civic engagement in very old age. *Research in Human Development*, 12(1–2), 133–148.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2019). Spirituality and transcendence. In R. Fernández-Ballesteros, A. Benetos, & J.-M. Robine (Hrsg.), *The Cambridge Handbook of Successful Aging* (426–454). Cambridge: Cambridge University Press.
- Labouvie-Vief, G. (2003). Dynamic integration: Affect, cognition, and the self in adulthood. *Current directions in psychological science*, 12(6), 201–206.
- Labouvie-Vief, G., Grünh, D., & Studer, J. (2010). Dynamic integration of emotion and cognition: Equilibrium regulation in development and aging. In R. M. Lerner, M. E. Lamb &

- A. M. Freund (Hrsg.), *The Handbook of Life-Span Development: Bd. 2. Social and Emotional Development* (S. 79–115). Hoboken: Wiley.
- Lamont, R. A., Swift, H. J., & Abrams, D. (2015). A review and meta-analysis of age-based stereotype threat: Negative stereotypes, not facts, do the damage. *Psychology and aging*, 30, 180–193.
- Lang, F. R., & Damm, F. (2017). Perceiving future time across adulthood. In G. Oettingen, A. T. Sevincer, & P. M. Gollwitzer (Hrsg.), *The psychology of thinking about the future* (S. 310–331). New York: Guilford.
- Lang, F. R., Wagner, J., & Neyer, F. J. (2009). Interpersonal functioning across the lifespan: Two principles of relationship regulation. *Advances in life course research*, 14, 40–51.
- Lehr, U. (1980). Alterszustand und Alternsprozesse – biographische Determinanten. *Zeitschrift für Gerontologie*, 13, 442–457.
- Lehr, U. (1986). Aging as Fate and Challenge: The Influence of Social, Biological and Psychological Factors. In H. Häfner, G. Moschel, & N. Sartorius (Hrsg.), *Mental Health in the Elderly* (S. 57–67). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-70958-6_7.
- Levy, B. R. (2009). Stereotype embodiment: A psychological approach to aging. *Current directions in psychological science*, 18, 332–336.
- Levy, S. R., & Macdonald, J. L. (2016). Progress on understanding ageism. *Journal of Social Issues*, 72, 5–25.
- Lindenberger, U., & Lövdén, M. (2019). Brain Plasticity in Human Lifespan Development: The Exploration-Selection-Refinement Model. *Annual Review of Developmental Psychology*, 1, 197–222.
- Lob-Hüdepohl, A. (2014). Sorgeethik. Skizze zur Gegenstandskonstitution. Kriteriologie und Methode einer ‚inwendigen‘ Ethik Sozialer Arbeit. In M. Zichy, J. Ostheimer, & H. Grimm (Hrsg.), *Was ist ein moralisches Problem? Zur Frage des Gegenstandes angewandter Ethik* (2. Aufl.), (S. 383–411). Freiburg: Alber.
- Lövdén, M., Bäckman, L., Lindenberger, U., Schaefer, S., & Schmiedek, F. (2010). A theoretical framework for the study of adult cognitive plasticity. *Psychological Bulletin*, 136, 659–676.
- Mannheim, K. (1928). Das Problem der Generationen. *Kölner Vierteljahreshefte für Soziologie* 7, 157–185, 309–330, Wiederabdruck in K. Mannheim (1964), *Wissenssoziologie* (S. 509–565). Neuwied: Luchterhand.
- McAdams, D. P. (1996). Personality, modernity and the storied self: A contemporary framework for studying persons. *Psychological Inquiry*, 7, 295–321.
- McAdams, D. P. (2013). The positive psychology of adult generativity: Caring for the next generation and constructing a redemptive life. In J. D. Sinnott (Hrsg.), *Positive psychology: Advances in understanding adult motivation* (S. 191–205). New York: Springer.
- McAdams, D. P., Josselson, R., & Lieblich, A. (2006). *Identity and story: Creating self in narrative*. Washington: APA Books.

- Mead, G. H. (1932). *Philosophy of the Present*. Chicago: The Open Court Publishing Company.
- Meisner, B. A., & Levy, B. R. (2016). Age stereotypes' influence on health: Stereotype Embodiment Theory. In V. L. Bengtson, & R. Settersten Jr. (Hrsg.), *Handbook of theories of aging* (S. 259–276). New York: Springer.
- O'Rand, A. (2018). *Age and inequality: Diverse pathways through later life*. New York, London: Routledge.
- Peck, R. (1968). Psychologische Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. In H. Thomae, & U. Lehr (Hrsg.), *Altern – Probleme und Tatsachen* (S. 376–384). Wiesbaden: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Pico della Mirandola, G. (1990). *Über die Würde des Menschen. De Hominis Dignitate*. Hamburg: Meiner (Philosophische Bibliothek).
- Pratt, M. W., Matsuba, M. K., Lawford, H. L., & Villar, F. (2020). The Life Span Development of Generativity. In L. A. Jensen (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Moral Development: An Interdisciplinary Perspective*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190676049.013.20>.
- Polkinghorne, D. E. (1998). Narrative Psychologie und Geschichtsbewusstsein. Beziehungen und Perspektiven. In G. Straub (Hrsg.), *Erzählung, Identität und historisches Bewusstsein. Die psychologische Konstruktion von Zeit und Geschichte* (S. 12–45). Frankfurt: Suhrkamp.
- Randall, W. L. (2016). Narrative Environments for Narrative Care: The Need to Honor People's Stories. *International Journal of Human Caring*, 20(3), 142–145.
- Randall, W., Baldwin, C., McKenzie-Mohr, S., McKim, E., & Furlong, D. (2015). Narrative and resilience: A comparative analysis of how older adults story their lives. *Journal of aging studies*, 34, 155–161.
- Reitz, A. K., & Staudinger, U. M. (2017). Getting older, getting better? Toward understanding positive personality development across adulthood. In J. Specht (Hrsg.), *Personality development across the lifespan* (S. 219–241). London: Academic Press.
- Ricoeur, P. (1992). *Oneself as Another*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Riley, M. W., & Riley, J. (2000). Age Integration: Conceptual and Historical Background, *The Gerontologist*, 40, 266–270.
- Ritschl, D., & Jones, H. O. (1976). *Story als Rohmaterial der Theologie*. München: Christian Kaiser.
- Rosenmayr, L. (1983). *Die späte Freiheit. Das Alter – ein Stück bewusst gelebten Lebens*. Berlin: Severin und Siedler.
- Rosenmayr, L. (2011). *Im Alter noch einmal leben*. LIT Verlag Münster.
- Rudinger, G. (2019). Life Phases. In L. Kühnhardt & T. Mayer (Hrsg.), *The Bonn Handbook of Globality* (S. 247–265). Cham: Springer.
- Rudinger, G., & Thomae, H. (1990). The Bonn Longitudinal Study of Aging: Coping, life adjustment, and life satisfaction. In P. B. Baltes, & M. M. Baltes (Hrsg.), *Successful aging:*

- Perspectives from the behavioral sciences* (S. 265–295). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ryan, E. B. (2018). Communication Precdicaments in Aging and Communication Enhancement Strategies. In J. Harwood, J. Gasiorek, H. Pierson, J. F. Nussbaum, & C. Gallois (Hrsg.), *Language, Communication, and Intergroup Relations: A Celebration of the Scholarship of Howard Giles* (S. 162–167). New York: Routledge.
- Sartre, J. P. (1993). *Das Sein und das Nichts: Versuch einer phänomenologischen Ontologie*. Hamburg: Rowohlt.
- Schmitt, E. (2012). Altersbilder, Altern und Verletzlichkeit. In A. Kruse, T. Rentsch, & H.-P. Zimmermann (Hrsg.), *Gutes Leben im hohen Alter. Das Altern in seinen Entwicklungsmöglichkeiten und Entwicklungsgrenzen verstehen* (S. 3–32). Heidelberg: AKA.
- Schütz, A., & Luckmann, T. (1979). *Strukturen der Lebenswelt*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Staudinger, U. M. (1996). Psychologische Produktivität und Selbstentfaltung im Alter. In M. M. Baltes, & L. Montada (Hrsg.), *Produktives Leben im Alter* (S. 344–373). Frankfurt am Main: Campus.
- Staudinger, U. M., Freund, A., Linden, M., & Maas, I. (1999). Self, personality, and life regulation: Facets of psychological resilience in old age. In P. B. Baltes, & K. U. Mayer (Hrsg.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (S. 302–326). New York: Cambridge University Press.
- Staudinger, U. M., & Kunzmann, U. (2005). Positive adult personality development: Adjustment and / or growth? *European Psychologist, 10*, 320–329.
- Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. E. (Hrsg.) (2003). *Understanding human development: Dialogues with lifespan psychology*. New York: Springer.
- Taylor, C. (1985). *Philosophical Papers*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Thomae, H. (1958). Entwicklungsbe-griff und Entwicklungstheorie. In H. Thomae (Hrsg.), *Handbuch der Psychologie, Bd. 3* (S. 3–20). Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Thomae, H. (1966). Persönlichkeit – eine dynamische Interpretation. Bonn: Bouvier.
- Thomae, H. (1968). *Das Individuum und seine Welt*. Göttingen: Hogrefe.
- Thomae, H. (1996). *Das Individuum und seine Welt* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Tornstam, L. (1989). Gero-transcendence: A meta-theoretical re-formulation of the Disengagement Theory. *Aging, 1*, 55–63.
- Tornstam, L. (2011). Maturing into gero-transcendence. *Journal of Transpersonal Psychology, 43*, 166–180.
- Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (Hrsg.). (2016). *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*. New York: Guilford.
- Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2014). Celebrating fifty years of research and applications in reminiscence and life review: State of the art and new directions. *Journal of Aging Studies, 29*, 107–114.

Wong, P. T., & Watt, L. M. (1991). What types of reminiscence are associated with successful aging? *Psychology and aging, 6*, 272–279.

Wrosch, C., & Scheier, M. F. (2020). Adaptive self-regulation, subjective well-being, and physical health: The importance of goal adjustment capacities. *Advances in Motivational Science, 7*, 199–238.

Kapitel II

Grenzgänge zwischen Verletzlichkeit und Wachstum – eine daseinsthematische Analyse

Andreas Kruse, Eric Schmitt, Jörg Hinner,
Dimitrios Kampanaros, Matthias Mettner

Zusammenfassung Zunächst wird der Begriff der Grenzgänge definiert, und zwar im Sinne des Changierens zwischen Verletzlichkeit und Wachstum. Dabei wird auf Möglichkeiten der psychischen Auseinandersetzung mit Grenzgängen eingegangen: Das Ziel dieser Auseinandersetzung ist eine innere Balance. In einem weiteren Schritt wird den Grenzsituationen die Erfahrung inneren Wachstums gegenübergestellt, das als ein geistiges, emotionales und spirituelles verstanden wird. Die daseinsthematische Analyse soll dazu dienen, die innere Sicht auf Verletzlichkeit und Wachstum differenziert zu erfassen: Wie stellen sich Grenzen und Potenziale aus der Perspektive des Individuums dar? Es wird auf die Methode der biografischen Interviews eingegangen, die für die Erfassung von Daseinsthemen zentral ist. Die daseinsthematische Analyse wurde in unterschiedlichen Lebenswelten durchgeführt; die Ergebnisse machen deutlich, dass eine an objektiven Kriterien angelehnte Differenzierung zwischen Lebenswelten in Teilen durch Unterschiede in der inneren Sicht auf die persönliche Lebenssituation gestützt wird; zugleich wird deutlich, dass es Menschen auch unter einschränkenden Lebensbedingungen gelingt (bzw. gelingen kann), ein persönlich sinnerfülltes Leben zu führen. Wie aus den Zusammenhängen der Daseinsthemen mit Merkmalen der psychischen Gesundheit (erfasst mit psychometrischen Skalen) hervorgeht, weist vor allem das Daseinsthema „Eine Aufgabe im Leben haben“ enge Zusammenhänge mit psychischer Gesundheit auf.

Schlagwörter Daseinsthemen, Grenzsituationen, Lebenswelt, Vulnerabilität, Wachstum

Abstract Firstly, the concept of border crossings is defined in the sense of oscillating between vulnerability and growth. At the same time, the possibilities of coping with border crossings are discussed. The goal of this coping process is to achieve an inner balance. In a further step, borderline situations in old age are contrasted with the experience of inner growth, which is understood as a mental, emotional and spiritual one. The analysis of the “themes of existence” is intended to provide a differentiated understanding of the inner view of vulnerability and growth: how do limits and potentials appear from the perspective of the individual? The biographical interview method is used for conducting an analysis of the question. The theme of existence was analysed in a range of different living environments; the results make it clear that a differentiation between living environments based on objective criteria is partly supported by differences in the inner view of the personal life situation. At the same

time, it becomes clear that people can succeed in leading a personally meaningful life even under burdensome living conditions. As can be seen from the correlations between the themes of existence and characteristics of mental health (as measured by psychometric scales), the theme “having a task in life” in particular shows a strong relationship with mental health.

Keywords Boundary situations, growth, living environment, life issues, vulnerability

II.1 Grenzgänge und die Herstellung von Balance

Wie mit dem Titel dieses Beitrags angedeutet, interpretieren wir das Alter im Sinne von *Grenzgängen*. Wenn hier von „Alter“ gesprochen wird, so ist ein Lebensalter gemeint, das zwischen der Mitte des achten und der Mitte des zehnten Lebensjahrzehnts liegt: Die Studie „Altern in Balance“¹ hat sich mit Mitgliedern der Altersgruppe 75 bis 95 Jahre beschäftigt. Warum aber sprechen wir von „Grenzgängen“? Wir sind bei der Konzeption der Studie davon ausgegangen, dass ab der Mitte des achten Lebensjahrzehnts gesundheitliche Belastungen und funktionelle Einschränkungen kontinuierlich zunehmen, das heißt die *Verletzlichkeit* des Individuums immer stärker ins Zentrum objektiv erhobener medizinischer und psychologischer Befunde sowie subjektiv erlebter Lebensbedingungen tritt. Es muss sich dabei allerdings nicht um schwere, vielleicht sogar lebensbedrohliche Erkrankungen, auch nicht um einen höheren Pflegegrad handeln. Zudem variieren Art, Ausprägungsgrad und Zeitpunkt der (ersten) Verletzlichkeitserfahrungen von Individuum zu Individuum erheblich.² Doch nimmt die Wahrscheinlichkeit solcher Erfahrungen im Laufe dieser beiden Jahrzehnte erkennbar zu. Verletzlichkeit ist jedoch nur ein Aspekt. Ein weiterer sind die Verluste im sozialen Nahumfeld, also in der Familie, im Freundes- und im Bekanntenkreis.³ Zudem dürfen die Endgültigkeit und die Endlichkeit des eigenen Lebens nicht vernachlässigt werden – auch wenn diese im Alltag vielleicht nicht so intensiv thematisiert werden;⁴ die „Geschwätzigkeit des Todes“⁵ ist bei näherem Hinhören allemal erfahrbar.

Diese unterschiedlichen Aspekte von Verletzlichkeit bilden, folgen wir den Befunden gerontologischer Forschung, nur eine Facette des Alters. Eine andere Facette sind *emotionale, motivationale, wissensbezogene, sozialkommunikative und spirituelle (oder religiöse) Ressourcen*, die dem Individuum im Alternsprozess mehr und mehr bewusst werden. Derartige Ressourcen können, werden sie umgesetzt, durchaus dazu dienen, die Folgen von Verletzlichkeit besser abzufedern bzw. Grenzsituationen bewusst anzunehmen. Hier ist die Aussage des Heidelberger Philosophen und

1 Kruse et al. (Hrsg.) (2020)

2 Kruse (2017)

3 Brittain et al. (2017); Rook & Charles (2017)

4 Mitscherlich-Schönherr (Hrsg.) (2019)

5 Nassehi (2004)

Psychiaters Karl Jaspers (1973) wichtig, wonach wir Grenzsituationen durch unser Handeln nicht verändern, wohl aber *zur Klarheit bringen* können. Dies heißt: In Grenzsituationen ist durchaus auch ein *Wachstumspotenzial* erkennbar, wobei allerdings der Grad, mit dem dieses Potenzial verwirklicht wird, von Individuum zu Individuum variiert⁶ – dieser Aspekt wird uns an späterer Stelle noch ausführlicher beschäftigen.

Die hier genannten Aspekte des Alters sind im Sinne von Grenzgängen zu interpretieren: der kontinuierliche Perspektivenwechsel zwischen Verletzlichkeit und Ressourcen, zwischen Grenzen und innerem Wachstum. Unsere Frage, unter der die Studie „Altern in Balance“ stand, lautete: Werden solche Grenzgänge in der möglichst natürlichen, konkreten Schilderung der persönlichen Lebenssituation erfahrbar? Und da – angestoßen durch zahlreiche Diskussionen mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die den Titel „Älterwerden in Balance“ als Überschrift für ein Präventionsprogramm mit Blick auf mögliche Gesundheitsrisiken im Alter gewählt hat – die *Balance* zwischen Ressourcen und Verletzlichkeit mehr und mehr in das Zentrum unseres Interesses rückte, wählten wir den Begriff der *Grenzgänge*. Denn die immer wieder zu beobachtende Herstellung einer Balance deutet zugleich Grenzgänge an: Das Individuum *changiert* zwischen Erfahrungen der Verletzlichkeit und solchen der potenziellen Ressourcenverwirklichung („Wachstum“). So erklärt sich der Titel dieses Beitrags: „Grenzgänge zwischen Verletzlichkeit und Wachstum“.

II.2 Verletzlichkeit

Vor dem Hintergrund der mittlerweile umfangreichen empirischen Literatur zum Alter ist zunächst zu konstatieren, dass sich die körperlichen und kognitiven Verluste in den späteren Lebensjahrzehnten allmählich, fließend, kontinuierlich vollziehen.⁷ In diesen Jahrzehnten ist eine graduell zunehmende Anfälligkeit des Menschen für *neue* Erkrankungen und funktionelle Einbußen ebenso erkennbar wie die graduelle *Zunahme* in der Schwere bereits bestehender Erkrankungen und bereits bestehender funktioneller Einbußen.⁸ Damit ist ein wichtiges Merkmal des Lebens im ausgehenden achten, vor allem aber im neunten und zehnten Lebensjahrzehnt beschrieben, das auch im Erleben der Menschen immer an Bedeutung gewinnt: Die allmählich spürbare Zunahme an Krankheitssymptomen, die allmählich spürbaren Einbußen in der körperlichen, zum Teil auch in der kognitiven Leistungsfähigkeit, schließlich die allmählich spürbaren Einschränkungen

6 Staudinger (2020)

7 Salthouse (2016, 2018); Wahl (2017)

8 Fried et al. (2001)

in alltagsbezogenen Fertigkeiten werden vom Individuum im Sinne der erhöhten Verletzlichkeit erlebt und gedeutet.⁹ Verletzlichkeit heißt dabei nicht Gebrechlichkeit; Letztere ist vielmehr Folge Ersterer. Verletzlichkeit lässt sich auch nicht mit den medizinischen Begriffen Multimorbidität und Polysymptomatik angemessen umschreiben. Vielmehr meint Verletzlichkeit eine erhöhte Anfälligkeit und Verwundbarkeit, mithin das deutlichere Hervortreten von Schwächen, meint verringerte Potenziale zur Abwehr, Kompensation und Überwindung dieser körperlichen und kognitiven Schwächen. Die objektiv messbare wie auch die subjektiv erlebte Verletzlichkeit tritt zu interindividuell unterschiedlichen Zeitpunkten im neunten Lebensjahrzehnt auf; sie kann sich bei dem einen später, bei dem anderen früher einstellen. Entscheidend ist, dass im hohen Alter bei der überwiegenden Mehrzahl alter Menschen eine derartige erhöhte Verletzlichkeit objektiv nachweisbar ist und subjektiv auch als eine solche empfunden wird.

Mit dem Hinweis auf die erhöhte Verletzlichkeit wird angedeutet, dass im hohen Lebensalter ein Merkmal der *conditio humana* – und zwar die grundsätzliche Verwundbarkeit¹⁰ – noch einmal stärker in das Zentrum tritt, dabei auch in das Zentrum des Erlebens¹¹. Mit diesem Hinweis wird auch die vielfach vorgenommene, strikte Trennung zwischen drittem (jungem) und viertem (altem) Lebensalter relativiert: Es ist nicht so, dass das dritte Lebensalter ganz unter dem Zeichen erhaltener körperlicher, kognitiver und sozioemotionaler Kompetenz, das vierte Lebensalter hingegen ganz unter dem Zeichen verloren gegangener körperlicher, kognitiver und sozioemotionaler Kompetenz (im Sinne eines *modus deficiens*) stünde. Vielmehr finden wir auch im dritten Alter graduelle Verluste und damit allmählich stärker werdende Schwächen, die in summa auf eine erhöhte Verletzlichkeit des Menschen deuten; und im vierten Alter sind vielfach seelische, geistige, sozioemotionale und sozialkommunikative Ressourcen zu beobachten, die das Individuum in die Lage versetzen, ein schöpferisches, persönlich sinnerfülltes und stimmiges Leben zu führen – dies auch in gesundheitlichen Grenzsituationen.¹²

Fortsetzen möchten wir mit einer kurzen Reflexion über das Wesen der Grenzsituationen, uns dabei auf die Philosophie Karl Jaspers' beziehend, weil diese Reflexion zum einen nahe heranreicht an das Wesen der Verletzlichkeit, weil sie zum anderen den Übergang zu möglichem seelisch-geistigen Wachstum herstellt und weil zum dritten der Aspekt der seelisch-geistigen Balance in das Zentrum tritt.

9 Clegg et al. (2013)

10 Grundlegend dazu: Beiträge in Springhart & Thomas (Hrsg.) (2017)

11 Kruse (2020a, b)

12 Brothers et al. (2016); Higgs & Gilleard (2019)

II.3 Grenzsituationen

Karl Jaspers beschreibt in seiner Schrift „Philosophie“¹³ Grenzsituationen als Grundsituationen der Existenz, die „mit dem Dasein selbst sind“, das heißt, diese Situationen gehören zu unserer Existenz, konstituieren unsere Existenz. Grenzsituationen, wie jene des Leidens, des Verlusts, des Sterbens, haben den Charakter der Endgültigkeit: „Sie sind durch uns nicht zu verändern, sondern nur zur Klarheit zu bringen, ohne sie aus einem anderen erklären und ableiten zu können.“¹⁴ Aufgrund ihrer Endgültigkeit lassen sich Grenzsituationen selbst nicht verändern, sondern vielmehr erfordern sie die Veränderung des Menschen, und zwar im Sinne weiterer Differenzierung seines Erlebens, seiner Erkenntnisse und seines Handelns, durch die er auch zu einer neuen Einstellung zu sich selbst und zu seiner Existenz gelangt: „Auf Grenzsituationen reagieren wir nicht sinnvoll durch Plan und Berechnung, um sie zu überwinden, sondern durch eine ganz andere Aktivität, das Werden der in uns möglichen Existenz; wir werden wir selbst, indem wir in die Grenzsituationen offenen Auges eintreten.“¹⁵

Das „Eintreten offenen Auges“ lässt sich psychologisch im Sinne des reflektierten und verantwortlichen Umgangs interpretieren, also im Sinne der Orientierung des Menschen an Werten, welcher er sich bewusst geworden ist – hier findet sich eine Nähe zu dem Begriff der Selbstverantwortung. Die Anforderungen, die Grenzsituationen an den Menschen stellen, sowie die Verwirklichung des Menschen in Grenzsituationen „gehen auf das Ganze der Existenz“.¹⁶ Dabei wird die Verwirklichung in der Grenzsituation auch im Sinne eines „Sprungs“ interpretiert, und zwar in der Hinsicht, als das Individuum in der gelingenden Auseinandersetzung mit dieser Situation zu einem vertieften Verständnis seiner selbst gelangt: „Nach dem Sprung ist mein Leben für mich ein anderes als mein Sein, sofern ich nur da bin. Ich sage „ich selbst“ in einem neuen Sinn.“¹⁷

Die Aussage, wonach Grenzsituationen Antworten des Menschen geradezu herausfordern, wird durch nachfolgendes Zitat gestützt, in dem die Frage nach der Bedeutung von Grenzsituationen für das Dasein aufgeworfen wird. Jaspers äußert sich in seiner Schrift „Philosophie“ zu dieser Frage wie folgt:

„Als Dasein können wir den Grenzsituationen nur ausweichen, indem wir vor ihnen die Augen schließen. In der Welt wollen wir unser Dasein erhalten, indem wir es erweitern; wir beziehen uns auf es, ohne zu fragen, es

13 Jaspers (1932/1973)

14 Jaspers (1973), S. 203

15 Jaspers (1973), S. 204

16 Jaspers (1973), S. 206

17 Jaspers (1973), S. 207

meisternd und genießend oder an ihm leidend und ihm erliegend; aber es bleibt am Ende nichts, als uns zu ergeben.“¹⁸

Der Umgang des Menschen mit Grenzsituationen im Alter – zu nennen sind hier vor allem die erhöhte körperliche Verletzlichkeit, der Verlust nahestehender Menschen, die Bewusstwerdung eigener Endlichkeit – ist auch in seinem potenziellen Einfluss auf kulturelle Leitbilder gelingenden Lebens zu betrachten: Alte Menschen können hier bedeutsame Vorbildfunktionen übernehmen – und zwar in der Hinsicht, dass sie nachfolgenden Generationen Einblick in die Grenzen des Lebens sowie in die Fähigkeit des Menschen zum reflektierten Umgang mit diesen Grenzen und zur bewussten Annahme der Abhängigkeit von der Hilfe anderer Menschen geben. Diese Aussage findet sich in der philosophischen Theorie des „Alterns als Werden zu sich selbst“.¹⁹

II.4 Wachstum

Die innere Auseinandersetzung mit körperlichen, zum Teil auch kognitiven, zudem mit sozialen Verlusten und begrenzter Lebenszeit wird durch psychische Kräfte und Orientierungen gefördert, die sich nach unserem Verständnis durch vier Konstrukte und deren Verbindung umschreiben lassen: Die vermehrte Konzentration auf sich selbst und der darin zum Vorschein kommende Versuch, das Selbst auch in seiner kontinuierlichen Veränderung (oder Dynamik) zu erfahren, die Offenheit für Neues – sowohl in einem selbst wie auch in der (räumlichen, sozialen und kulturellen) Welt, die einen umgibt –, die erlebte und praktizierte Sorge um bzw. für andere Menschen und die Welt, schließlich die Bereitschaft, Wissen weiterzugeben und damit sowohl zur Kontinuität in der Generationenfolge beizutragen als auch die Entwicklung nachfolgender Generationen zu fördern, bilden in ihrer Integration eine bedeutsame psychologische „Rahmung“ des Umgangs mit eigener Verletzlichkeit.²⁰ Mit diesen vier psychologischen Konstrukten sind auch seelisch-geistige Bereiche angesprochen, in denen sich alte Menschen weiterentwickeln, in denen sie schöpferische Kräfte zeigen, in denen sie etwas Neues hervorbringen können.

Zudem machen diese Konstrukte deutlich, dass körperliches Altern einerseits, seelisch-geistiges Altern andererseits verschiedenartigen Entwicklungsgesetzen folgen – eine für die gerontologische Forschung grundlegende Einsicht:²¹ Das Wesen des Alterns wird nur bei integrierter Betrachtung dieser verschiedenartigen Entwicklungsgesetze (ergänzt um die soziale und die kulturelle Dimension) wirklich

18 Jaspers (1973), S. 203f.

19 Rentsch (2000, 2013, 2014)

20 Vgl. hierzu ausführlich Kapitel I.

21 Siehe schon Baltes (1999)

erfahrbar.²² Allerdings ist auch zu bedenken, dass sich die körperliche Dimension sowie die seelisch-geistige Dimension gegenseitig durchdringen: Tiefgreifende körperliche Veränderungen (zu denen auch Veränderungen des Gehirns zu zählen sind) können sich auf die emotionalen, vor allem aber auf die geistigen Prozesse auswirken und potenzielle Entwicklungen im hohen Alter mehr und mehr einengen oder unmöglich machen – man denke hier nur an neurodegenerative oder vaskuläre Hirnprozesse, die ihrerseits das Lern-, Gedächtnis- und Denkvermögen erheblich einschränken, wenn nicht sogar weitgehend zerstören.²³ Umgekehrt zeigt sich immer wieder, dass sich kontinuierliche körperliche Aktivität (Ausdauer, Koordination, Kraft, Beweglichkeit) positiv auf die emotionale Befindlichkeit wie auch auf die kognitive Kompetenz im Alter auswirkt – mittlerweile kann als gesichert angesehen werden, dass kontinuierliche körperliche Aktivität einen Schutzfaktor mit Blick auf die verschiedenen Demenzerkrankungen darstellt. Umgekehrt wirken sich emotionale und geistige Entwicklungsprozesse positiv auf die körperliche Gesundheit, das körperliche Befinden und die körperliche Restitutionsfähigkeit des Individuums aus – darauf weisen empirische Befunde aus psychosomatischen und klinisch-psychologischen Studien hin.²⁴ Und auch in der Bewältigungs- und Resilienzforschung lassen sich Belege dafür finden – diese sind für unsere Argumentation besonders wichtig –, dass die Verwirklichung emotionaler und geistiger Entwicklungspotenziale im hohen Alter dazu beiträgt, dass alte Menschen auch im Falle chronischer Erkrankung erkennbar mehr für ihre Gesundheit tun, dass sie gesundheitliche Einschränkungen besser verarbeiten und bewältigen können, dass ihnen das Alter trotz körperlicher Grenzen als eine Lebensphase erscheint, in der sie immer wieder Phasen des Wohlbefindens, der Stimmigkeit, der Erfüllung und des Glücks erleben können.

Einen Hinweis auf die gelingende Verarbeitung und Bewältigung von Verletzlichkeit gibt uns die positive, von Dankbarkeit und Hoffnung bestimmte Sicht auf die eigene Lebenssituation – eine Haltung, die man durchaus in „Konzepte positiver Entwicklung“ einordnen kann, wie diese in der psychologischen Theorienbildung erfolgreich entwickelt wurden.²⁵ Diese Haltung legt die Annahme nahe, dass eine konzentrierte, vertiefte Auseinandersetzung mit dem Selbst stattgefunden hat und noch immer stattfindet, wobei sich diese Auseinandersetzung vor dem Hintergrund der vielfältigen Erlebnisse in der Biografie und in der Gegenwart wie auch der mit der eigenen Endlichkeit assoziierten Gefühle und Gedanken vollzieht (Introversion mit Introspektion). Die in der vertieften Auseinandersetzung mit sich selbst zutage geförderten Erfahrungen und Erkenntnisse – die den Kontext von Lebenswissen und Lebenssinn darstellen – können an die nachfolgenden Generationen weitergegeben werden (Wissensweitergabe) und bilden zudem ein bedeutsames Fundament von

22 Cavanaugh & Blanchard-Fields (2011); Förstl (2012); Kornadt et al. (2019); Schmiedek (2017)

23 Förstl et al. (2018)

24 Kessler et al. (2014)

25 Brandtstädter (2007, 2014); Fernández-Ballesteros et al. (Hrsg.) (2019); Wiesmann et al. (2018)

erlebter und praktizierter, freundschaftlich gemeinter Sorge. Entscheidend ist dabei die Offenheit des Individuums für Prozesse in seinem Selbst und in seiner räumlichen, sozialen und kulturellen Welt. Damit ist aber auch die Beschaffenheit dieser Welt angesprochen.

II.5 Die daseinsthematische Analyse im Kontext eines halbstrukturierten Interviews

In diesem Beitrag steht die daseinsthematische Analyse im Zentrum, das heißt die Analyse der zentralen Anliegen, Bedürfnisse, Werte und Ziele des Individuums. Um zu veranschaulichen, was unter einer solchen Analyse zu verstehen ist, sei dieser Abschnitt eingeleitet mit der Darstellung jenes Interviewleitfadens, der in der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geförderten Studie *Altern in Balance* zur Anwendung gelangte. Die Kommentare zu diesem Interviewleitfaden bilden dabei eine Ergänzung zu den im Einleitungskapitel getroffenen Aussagen über die *daseinsthematische Analyse*, die in der genannten Studie das Zentrum der empirischen Analyse bildete. In der Studie *Altern in Balance* wurden $N = 400$ Frauen und Männer im Alter von 75 bis 95 Jahren ($N = 223$ Frauen, $N = 177$ Männer; $N = 102$ Personen [eher] niedrige, $N = 230$ Personen mittlere, $N = 68$ [eher] hohe soziale Schicht) ausführlich interviewt. In diesen Interviews wurden zehn psychometrische Skalen eingesetzt (siehe dazu Kapitel IV); weiterhin gelangte ein Interviewleitfaden zur Anwendung, der ein halbstrukturiertes Interview leiten sollte, in dem zahlreiche Erlebens- bzw. Verhaltensbereiche angesprochen wurden. Dieser Interviewleitfaden wird im Folgenden wiedergegeben und dann mit Blick auf ein Kernelement der daseinsthematischen Analyse erläutert:

Interviewleitfaden

- (1) Gerne möchte ich Sie nach den für Sie wichtigsten Stationen Ihres Lebenslaufes fragen: Können Sie mir jene Stationen nennen, die Ihnen rückblickend besonders wichtig erscheinen?
- (2) Nun haben Sie wichtige Stationen genannt ... Darf ich vielleicht noch einmal gesondert auf Ihre Kindheit, Ihre Jugend, Ihr Erwachsenenalter, Ihr Alter eingehen? Können Sie diese Phasen in Ihrem Leben noch einmal etwas genauer beschreiben? Wenn ich einmal mit Ihrer Kindheit beginnen darf? (Dann fortsetzen mit den anderen Lebensphasen.)
- (3) Wenn Sie jetzt einmal auf Ihre gegenwärtige Situation blicken: Was an dieser bereitet Ihnen Freude? (Und fortsetzen mit ...) Gibt es Dinge, die Sie besonders schön finden, die Ihnen ganz besondere Freude bereiten?

- (4) Wenn ich bei Ihrer gegenwärtigen Situation bleiben darf: Gibt es Dinge, die Ihnen eher Sorge bereiten? (Und fortsetzen mit ...) Gibt es Dinge, die Ihnen besonders große Sorge bereiten, die Sie betrüben?
- (5) Wenn Sie Ihre aktuelle Lebenssituation auf einer Notenskala einschätzen sollten, wie Sie diese zum Beispiel aus der Schule kennen: Welche Note würden Sie geben? Bitte wählen Sie die Note „1“ für sehr gut, die Note „2“ für gut, die Note „3“ für zufriedenstellend, die Note „4“ für ausreichend und die Note „5“ für schlecht. (Ein Blatt, auf dem die Noten mit den Bewertungen aufgeführt sind, wird vorgelegt.)
- (6) Wenn Sie in die persönliche Zukunft blicken: Gibt es Dinge, die Sie sich erhoffen, sowie Dinge, auf die Sie mit Sorge blicken? Welches sind die Dinge, die Sie sich erhoffen, welches sind die Dinge, auf die Sie mit Sorge blicken?
- (7) Wie schätzen Sie Ihre gegenwärtige Gesundheit ein? Wollen Sie mit Ihrer körperlichen Gesundheit beginnen? Und wie würden Sie Ihre seelische Situation, Ihre seelische Gesundheit einschätzen?
- (8) Hat sich Ihre körperliche Gesundheit in den letzten zwei Jahren verbessert, verschlechtert oder ist sie im Großen und Ganzen gleich geblieben? Und Ihre seelische Gesundheit? Wie hat sich diese in den vergangenen zwei Jahren entwickelt?
- (9) Was eigentlich verstehen Sie selbst unter „Gesundheit“?
- (10) Nun möchte ich Sie bitten, eine *allgemeinere, grundsätzlichere Sichtweise* einzunehmen: Was kann die / der Einzelne, was kann die Gesellschaft für die Gesundheit alter Menschen tun – und zwar im Hinblick auf die körperliche wie auch auf die seelische Gesundheit? Welche individuellen und welche gesellschaftlichen Initiativen sind Ihrer Meinung nach im Hinblick auf die körperliche und die seelische Gesundheit im Alter wichtig? Sehen Sie bitte zunächst von sich selbst ab und betrachten Sie diese Frage aus einer allgemeineren Sicht. Denn auf Sie persönlich würde ich gerne später zu sprechen kommen.
- (11) *Was tun Sie selbst* für Ihre körperliche Gesundheit? Können Sie mir alles, was Sie selber mit Blick auf die Erhaltung oder Wiedererlangungen der Gesundheit tun, nennen? Und was tun Sie für die Erhaltung oder Wiedererlangung Ihrer seelischen Gesundheit?
- (11a) Welche Bedeutung nehmen denn Sport und Bewegung in Ihrer gegenwärtigen Situation ein? Und gehen Sie auch tanzen, gehen Sie wandern? Wie hat sich dies in den vergangenen zwei Jahren entwickelt: Sind die körperlichen Aktivitäten in ihren Inhalten, aber auch in ihrer Intensität gleich geblieben, sind sie zurückgegangen oder haben sie zugenommen?
- (11b) *Was tun Sie selbst* für Ihre seelische Gesundheit? Ist diese in den vergangenen zwei Jahren gleich geblieben, hat sie sich verbessert oder hat sie sich verschlechtert? (Wenn verbessert, wenn verschlechtert: Können Sie mir die Gründe für die Verbesserung / Verschlechterung nennen?)

- (12) Bei Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern, die in ihrer Schilderung der körperlichen und seelischen Gesundheit – und / oder in anderen Interviewabschnitten – spontan darauf zu sprechen kamen, dass sie an *Schmerzen* leiden (chronisch, rezidivierend, phasenweise), wird ein Schmerzinterview geführt.
- (12a) Sie haben davon gesprochen, dass Sie (immer, fast immer, häufig, manchmal, seltener) an Schmerzen leiden. Ob ich noch einmal auf dieses Thema zu sprechen kommen darf? Zunächst: Wie häufig treten die Schmerzen auf? (Bitte das Interview so führen, dass eine Bestimmung folgender Art vorgenommen werden kann: konstant, in regelmäßigen Abständen auftretend [bitte die Abstände benennen lassen], eher selten [bitte die Abstände benennen lassen], sehr selten [bitte die Abstände benennen lassen]).
- (12b) Wann sind die Schmerzen denn das erste Mal aufgetreten (Bitte um Nennung des ungefähren Zeitpunktes) und wie haben sich diese seit diesem ersten Auftreten entwickelt?
- (12c) Wie intensiv waren die Schmerzen früher? Wie intensiv sind sie heute? Können Sie dies einmal genauer beschreiben?
- (12d) Ich lege Ihnen nun eine Skala vor, auf der Sie gleich die Intensität der Schmerzen einstufen sollen. Lassen Sie mich Ihnen zunächst die Skala kurz erklären. (Bitte die visuelle Analogskala vorlegen und genau erläutern.) Können Sie auf der Skala die höchste Intensität Ihrer Schmerzen in den vergangenen Tagen einstufen? – Und können Sie nun auf der Skala die höchste Intensität Ihrer Schmerzen im letzten Jahr einstufen?
- (12e) Können Sie mir nun etwas zu den möglichen Schmerzursachen sagen? Haben Sie bereits mit Expertinnen und Experten auf dem Gebiet des Schmerzes über mögliche Ursachen gesprochen? Was war das Ergebnis dieser Gespräche?
- (12f) Was alles tun Sie (medikamentös, nicht medikamentös), um die Schmerzen besser kontrollieren und mit diesen besser umgehen zu können?
- (12g) Welche therapeutischen Hilfen nehmen Sie denn in Anspruch, um eine Linderung der Schmerzen zu erreichen? (Nach dem Spontanbericht gesondert nach Heilmittel, Sport und Bewegung, psychologischer Beratung und Psychotherapie fragen.)
- (12h) Und darf ich fragen: Wie gut gelingt es Ihnen, die Schmerzen zu kontrollieren, mit den Schmerzen besser fertig zu werden? Wann gelingt Ihnen dies besser, wann weniger gut?
- (13) Darf ich mich nun den Menschen zuwenden, die Ihnen besonders wichtig sind? Können Sie mir einmal jene Menschen nennen, die Ihnen besonders nahe stehen, die Ihnen besonders viel bedeuten? Und können Sie mir vielleicht jeweils den Grund nennen, warum Ihnen diese oder jene Person besonders nahe steht, Ihnen besonders viel bedeutet?
- (14) Gegebenenfalls folgende Frage stellen (wenn nicht schon ausführlich geschildert): Haben Sie auch Kontakt mit jungen Menschen? Wenn ja: Was bedeutet Ihnen der Kontakt zu jungen Menschen?

- (15) Haben Sie den Eindruck, dass Sie etwas für junge Menschen tun können, dass diese etwas für Sie tun können? Wenn ja: was genau können Sie, was genau können diese tun?
- (16) Haben sich Ihrer Meinung nach „Jung“ und „Alt“ heute etwas zu sagen?
- (17) Wie viele Menschen können Sie nennen, mit denen Sie in regelmäßigem Kontakt stehen?
- (18) Wie viele Personen aus Ihrer Familie oder aus Ihrem Verwandten- und Bekanntenkreis können Sie nennen, an die sich im Falle, dass Sie Hilfe benötigen, wenden können?
- (19) Wie zufrieden mit Ihren Kontakten sind Sie? Können Sie wieder eine Einschätzung auf einer Notenskala vornehmen? (Blatt mit der Notenskala und den Bewertungen vorlegen.)
- (20) Gibt es Phasen, in denen Sie sich einsam fühlen? Wenn ja: Treten diese Phasen sehr selten, selten, manchmal, häufiger oder sehr häufig auf?
- (21) Gibt es Ihrer Meinung nach etwas, was man gegen Einsamkeit tun kann? Was tun Sie selbst dagegen?
- (22) Sind Sie Mitglied in einem oder in mehreren Vereinen? Wie häufig gehen Sie dorthin?
- (23) Sind Sie eigentlich ein religiöser Mensch? Hat sich in den letzten Jahren Ihre Religiosität verändert – in den Inhalten, in der Ausprägung?
- (24) Gehen Sie in die Kirche? Wenn ja: regelmäßig oder eher selten?
- (25) Denken Sie über Sterben und Tod nach? Wenn ja: Was beschäftigt Sie bei diesem Thema?
- (26) Glauben Sie an ein Leben nach dem Tod? Wenn ja: Wie stellen Sie sich dieses vor?
- (27) Würden Sie sich als einen zufriedenen, ja, vielleicht sogar als einen glücklichen Menschen bezeichnen, oder ist dies weniger der Fall? Gibt es Phasen, in denen Sie sich zufrieden, vielleicht sogar glücklich fühlen, und gibt es Phasen, in denen dies weniger der Fall ist? Ob Sie mir diese Phasen etwas genauer beschreiben können?
- (28) Wenn Sie auf das Alter blicken, auf Ihr eigenes Alter: Welche schönen Seiten Ihres Alters können Sie mir nennen? Hat es mit Blick auf diese schönen Seiten in den letzten Jahren Veränderungen gegeben?
- (29) Gibt es auch weniger schöne Seiten Ihres Alters? Können Sie mir auch diese nennen?
- (30) Eine abschließende Frage: Was bedeutet eigentlich Alter, was bedeuten eigentlich ältere Menschen für unsere Gesellschaft, auch für die Politik? Gibt es vielleicht sogar Empfehlungen, die Sie gerne an die Politik richten würden? Wenn ja: Um welche Empfehlungen handelt es sich dabei?

Was an diesem Interviewleitfaden zum einen auffällt, ist die Konzeption des Interviews als ein *halbstrukturiertes*. Dies heißt: Es werden von der Interviewerin bzw.

dem Interviewer Erlebens- und Verhaltensbereiche in einer Weise angesprochen, dass die bzw. der Interviewte die Möglichkeit hat, diese Erlebens- und Verhaltensbereiche entsprechend der *eigenen Gewichtung von biografischen oder situativen Aspekten* zu schildern.²⁶ Nachfragen im Interview dienen in aller Regel nur dazu, zu prüfen, ob die Schilderung richtig verstanden wurde, ob die Aspekte tatsächlich in einer für die Studienteilnehmerin bzw. den Studienteilnehmer ausreichend tiefen und umfassenden Art und Weise dargestellt wurden oder ob noch Ergänzungen oder Erläuterungen notwendig sind.

Was an diesem Interviewleitfaden zum anderen auffällt, ist der Versuch, eine möglichst „einfache“, das heißt natürliche Sprache zu wählen, durch die Erleben und Verhalten in ihrem unmittelbaren Ausdruck angesprochen werden. Es geht also darum, *das Individuum in seiner Welt*²⁷ zu erfahren (wir würden nicht sagen: zu erfassen), wobei die Welt immer auch eine individuell erlebte und gedeutete ist. Dies heißt, sich auf Weltaspekte in ihrer individuellen Bedeutungszuweisung, mithin in ihrem Gewicht und in ihrer Wirkungstiefe einzustellen.²⁸ Natürlich kann sich die Person in der Bedeutungszuweisung, auch im Gewicht und in der Tiefe von Ereignissen und Weltausschnitten nicht von sozialen, kulturellen und historischen Einflüssen freimachen, die über die gesamte Biografie auf sie einwirken. Schon früh wurde vor allem in soziologischen und ethnologischen Beiträgen zur biografischen Methode hervorgehoben, dass ein derartig basaler Prozess wie jener der „Gliederung des Lebenslaufes“ in vielfacher Hinsicht von sozial und kulturell geformten *Mustern* eines Lebenslaufs mitbestimmt ist, in denen die gesellschaftlich bedeutsamen *Übergänge* (Transitionen, Wendepunkte) quasi vordefiniert sind. Ein schon in der Vergangenheit gerne aufgegriffenes Beispiel bildet jenes der „Dreiteilung“ des Lebenslaufs in eine vorberufliche, berufliche und nachberufliche Zeit.²⁹ Das Individuum, so wird argumentiert, kann sich in der persönlichen Erfahrung seiner Biografie von einer derart tief „eingeschriebenen“ Deutung des für eine bestimmte Gesellschaft, Kultur und Epoche „charakteristischen“ Lebenslaufs nicht lösen. Und doch lässt sich beobachten, dass dann, wenn das Individuum erstens *expressis verbis* nach *persönlich* bedeutsamen Stationen in der Biografie gefragt wird, wenn es zweitens gebeten wird, die aktuell bestehende Situation – auch in ihren biografischen Bezügen – möglichst differenziert und umfassend zu schildern, und wenn es drittens dazu angeregt wird, den Blick in die persönliche (und dies kann natürlich auch bedeuten: in die gesellschaftliche und politische) Zukunft zu werfen, neben den sozialstrukturellen und historisch-epochalen Einflüssen auch sehr persönliche Erlebnisse und Deutungen erfahrbar werden. Diese sehr persönlichen Erlebnisse und Deutungen werden übrigens vielfach im Sinne von Geschichten vermittelt, die sich um Erlebnisse und Erfahrungen zentrieren, die in

26 Schütze (2016)

27 Thomae (1968)

28 Jüttemann & Thomae (Hrsg.) (1987, 1998)

29 Siehe schon Kohli (1986)

der Biografie besondere Bedeutung erlangt haben und in ihrer inneren Verarbeitung vielleicht auch Jahre nach Eintritt des entsprechenden Ereignisses noch nicht abgeschlossen sind.³⁰ Von einem ganz ähnlichen Ansatz gehen Forschungsarbeiten zum Lebensrückblick aus.³¹ Dieser unmittelbare Zugang zum Erleben und Verhalten des Individuums, dies heißt auch: über die persönlich bedeutsamen Geschichten, stand und steht im Zentrum von Interviews, die am Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg geführt wurden und werden.

Die Auswertung der Interviews konzentriert sich dabei zunächst auf die Art und Weise, wie Menschen ihren Alltag aktuell gestalten, mit welchen Aufgaben, Herausforderungen und Belastungen sie sich auseinandersetzen müssen und wie sie diese gestalten, bewältigen, verarbeiten. Zudem interessieren uns die positiv bewerteten *Aspekte* der Lebenssituation sowie positiv bewertete *Ereignisse und Prozesse* in der Gegenwart wie auch in der Biografie. Schließlich – und dies ist hier besonders wichtig – beschäftigen wir uns bei der Auswertung der Interviews mit den Anliegen, den Bedürfnissen, den Werten und Zielen eines Individuums, wie diese nicht nur in einzelnen von uns betrachteten Situationen, sondern in unterschiedlichsten Situationen thematisch werden. Dabei gehen wir zusätzlich der Frage nach, ob diese Anliegen, Bedürfnisse, Werte und Ziele eher aktueller oder aber zeitlich überdauernder Natur sind; und bisweilen greifen wir noch weiter aus, wenn wir fragen, ob manche Anliegen, Bedürfnisse, Werte und Ziele bereits über weite Phasen der Biografie bestanden haben.

Wenn wir bei der Schilderung unterschiedlicher Situationen in einem Interview wiederholt Hinweise auf Anliegen, Bedürfnisse, Werte und Ziele erhalten, so sprechen wir – in Anlehnung an die Persönlichkeits- und Motivationspsychologie von Hans Thomae³² – von *Daseinsthemen*. Diese zeichnen sich auch dadurch aus, dass das Individuum im Interview – und zwar in unterschiedlichen Situationen – *spontan* auf diese Anliegen, Bedürfnisse, Werte und Ziele zu sprechen kommt. Sie bilden ein psychologisches Korpus, das man durchaus als eine *aktuell wirksame Motivstruktur* verstehen darf.³³ Wenn zum Beispiel eine Person im Interview – und zwar bei der Schilderung sehr verschiedenartiger Situationen – immer wieder auf ihren Ehemann oder ihre Ehefrau zu sprechen kommt, persönliche Situationen auch im Lichte des Ehemanns bzw. der Ehefrau betrachtet und schließlich an verschiedenen Stellen zu erkennen gibt, wie sehr ihn dessen bzw. deren Lebenssituation beschäftigt, dann darf die Folgerung gezogen werden, dass die Identifikation mit dem Ehemann bzw. der Ehefrau ein bedeutendes Daseinsthema dieser Person darstellt. Wenn ein Individuum spontan immer wieder darauf zu sprechen kommt, dass es sich innerlich intensiv

30 McAdams et al. (2006); Randall et al. (2015); Ritschl & Jones (1976)

31 Butler (1963); Erikson & Erikson (1998); Gibson (Hrsg.) (2018); Zimmermann & Forstmeier (2020); Staudinger (2005)

32 Thomae (1966,1968/1996)

33 Kruse (2005b)

mit dem Schicksal der nachfolgenden Generationen innerhalb und außerhalb der Familie befasst, und bei der Schilderung seiner Lebenssituation wiederholt darauf eingeht, wie wichtig ihm die Zukunft junger Menschen ist und wie sehr es bei der eigenen Lebensführung auch an die Zukunft nachfolgender Generationen denkt: Dann kann die Sorge *für* bzw. *um* andere Menschen (als Ausdruck von Generativität) als ein bedeutendes Daseinsthema gedeutet werden.

In einer am Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg ausgerichteten, bereits im Vorwort angesprochenen Studie zu den Spätfolgen des Holocaust, in der wir N = 248 ehemalige Vernichtungslagerhäftlinge und Emigrantinnen bzw. Emigranten in verschiedenen Ländern der Welt ausführlich interviewt haben,³⁴ konnten wir den hohen Erkenntniswert der daseinsthematischen Analyse einmal mehr aufzeigen. Inwiefern? Unser Erkenntnisinteresse war eigentlich auf die Frage gerichtet, ob bei Überlebenden des Holocaust die Erinnerungen an die grauenvollen Erlebnisse in der Zeit des Nationalsozialismus im hohen Alter wieder vermehrt thematisch werden würden, ja, ob wir bei ihnen möglicherweise posttraumatische Belastungsstörungen erkennen könnten.³⁵ Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass wir in der Tat zahlreiche Hinweise auf das Vorliegen solcher Störungen fanden. Doch beschränkten wir unsere Analyse nicht auf die Existenz vs. Nichtexistenz solcher Belastungsstörungen, sondern weiteten diese zu einer *thematischen Analyse* aus: Wir untersuchten die Interviewprotokolle auch auf aktuell oder bereits seit vielen Jahren (Jahrzehnten) bedeutsame Anliegen, Bedürfnisse, Werte und Ziele, die ihrerseits *nicht unmittelbar* das persönliche Schicksal in der Zeit des Nationalsozialismus berühren mussten. Und hier wurden wir durchaus fündig – und zwar in der Hinsicht, dass bei mehr als einem Drittel der Stichprobe immer wieder Hinweise auf ein Motiv erkennbar waren, das wir mit dem Begriff der *Mitverantwortung* umschrieben.³⁶ Die Interviewpartnerinnen und -partner kamen spontan immer wieder darauf zu sprechen, wie sehr sie sich wünschten, sich mit Angehörigen der jungen Generation auszutauschen (zum Beispiel im schulischen Kontext), um sie für die große Verantwortung zu sensibilisieren, die der bzw. die Einzelne für eine lebendige Demokratie besitzt, und mit dieser Sensibilisierung einen Beitrag zum Fortbestehen einer lebendigen Demokratie zu leisten; dieses Motiv kann auch im Sinne von *Gemeinwohlverantwortung* umschrieben werden. Zudem gaben sie immer wieder an, wie sehr sie die Sorge umtreibe, dass sich in Deutschland vielleicht wieder ein „neuer Antisemitismus“ ausbreiten könnte; sie sahen ihre Aufgabe darin, durch ihr Bekenntnis zur Toleranz und zur Demokratie einen Beitrag zur weiteren Stärkung der Selbstverantwortung und des politischen Interesses in der jungen Generation zu leisten. Sie sahen sich also in eine Generationenfolge gestellt, innerhalb derer sie Verantwortung zu übernehmen hatten. Wir konnten zeigen, dass dieses Daseinsthema („Mitverantwortung“) im Erleben der interviewten

34 Kruse & Schmitt (1999, 2000); Schmitt & Kruse (2018)

35 Fookan & Heuft (2014); Heuft (1999, 2004); Schmitt & Kruse (2018)

36 Kruse (2005a)

Frauen und Männer eine ähnlich große Bedeutung einnahm wie die Intrusion von höchstbelastenden Erlebnissen in der Biografie.

Die oben angeführten Interviewfragen sind bewusst so umfassend formuliert und berühren in ihrer Gesamtheit so viele Lebensbereiche, dass es als sinnvolles Unterfangen erscheint, die im Interview vorgenommenen Schilderungen auch auf mögliche Daseinsthemen hin zu befragen. Zum Prozedere der von uns ausgewählten Auswertung der Interviews (im Falle der Studie *Altern in Balance* waren dies N = 400 Interviews) sollen nun erläuternde Aussagen getroffen werden.

Zur Auswertungsmethode

Wie bereits dargelegt (siehe Kapitel I), wurden „Daseinsthemen“ in unserer Studie im Sinne von wiederkehrenden Anliegen und Themen, die in den Interviews sowohl (a) spontan geäußert und erläutert als auch (b) auf die Frage hin genannt wurden, was das Individuum derzeit oder in letzter Zeit besonders beschäftige, operationalisiert. Bereits in einer Vorstudie (Pilotstudie) mit N = 30 Personen wurde ein Katalog von Daseinsthemen erstellt, der als Kategoriensystem in die Hauptstudie eingegangen ist – und in den ersten 30 Interviews der Hauptstudie systematisch verfeinert wurde, sodass nach insgesamt 60 Interviews (30 aus Pilot-, 30 aus der Hauptstudie) ein endgültig gebildetes Kategoriensystem vorlag, auf dessen Grundlage die inhaltsanalytische Auswertung der Interviews erfolgte. Die Themen wurden auf einer dreistufigen Skala mit den Skalenpunkten: 1 = eher geringe, 2 = mittlere, 3 = eher hohe Ausprägung eingestuft. Grundlage für die Skalierung bildeten drei Merkmale: (a) die Häufigkeit, mit der Ereignisse und Entwicklungen in ihrem Bezug zum entsprechenden Daseinsthema im Interview spontan angeführt wurden; (b) die Differenziertheit der Schilderung des Daseinsthemas im Interview (vor allem Anreicherung mit biografischem Material); (c) die emotionale Intensität, mit der das Daseinsthema geschildert wurde (im Sinne einer inneren Beteiligung). Für 358 Interviews wurde die Einstufung der einzelnen Daseinsthemen nach Abschluss des Interviews von zwei Interviewern gemeinsam vorgenommen; für 42 Interviews wurde eine andere Person aus der Arbeitsgruppe gebeten, die vom Interviewer vorgenommene Skalierung der Daseinsthemen zu prüfen.

Da es sich bei dem Konstrukt des „Daseinsthemas“ um ein komplexes Konstrukt handelt, ist hier eine Auswertungsmethode, die eine hinreichende Reliabilität sicherzustellen vermag, mit besonderen Anforderungen verbunden. In vier Schritten sei die von uns gewählte Methode skizziert:

- (1) *Pilotstudie, erster Schritt:* Die im Interview gestellten Fragen adressierten explizit die Anliegen der Studienteilnehmerin bzw. des Studienteilnehmers, das heißt das, was diese bzw. diesen aktuell oder schon länger besonders beschäftigt. Die Fragen nach dem, was diese bzw. diesen besonders beschäftigt, wurden wie folgt gestellt: Hauptfrage: Gibt es Dinge, die Sie in der Gegenwart

besonders beschäftigen? Können Sie mir diese Dinge einmal nennen und, so Sie möchten, diese auch genauer beschreiben? – Nachfrage: Fallen Ihnen noch weitere Dinge ein, die Sie derzeit oder schon seit längerer Zeit beschäftigen? – Nachfrage, wenn entsprechende Aspekte noch nicht genannt wurden: Gibt es Dinge, die Sie positiv erleben und die in Ihrem Leben ein größeres oder großes Gewicht besitzen? Gibt es vielleicht auch Dinge, die Sie eher negativ erleben und die ein größeres oder großes Gewicht in Ihrem Leben besitzen? – Nachfrage: Fallen Ihnen noch weitere positive oder negative Dinge ein? – Hauptfrage: Wir treffen nicht selten auf Menschen, die uns sagen: „Das ist ein Thema, das mich schon seit Jahren, ja, seit Jahrzehnten beschäftigt“, manche fügen hinzu: „fast so etwas wie ein Lebensthema“. Ob ich fragen darf: Gibt es auch bei Ihnen ein derartiges Thema oder derartige Themen? – Nachfrage: Gibt es vielleicht auch Themen, die Sie früher sehr beschäftigt haben und die im höheren Alter wieder stärker an Gewicht gewonnen haben? Wenn ja: Wollen Sie vielleicht auch etwas über diese Themen sagen? (Ergänzung: Bitte fühlen Sie sich hier nicht gezwungen, sondern frei: Nur das, was Sie berichten wollen, sollen Sie auch berichten.)

- (2) *Pilotstudie, zweiter Schritt:* Auf der Grundlage der für alle N = 30 Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen der Pilotstudie erstellten Interviewprotokolle wurde von den (in der Regel zwei) Interviewern in einer unabhängig voneinander vorgenommenen Auswertung eine Folge von Themen erstellt, die als „Daseinsthemen“ zu werten seien. Zudem wurden in diesem Auswertungsschritt die Daseinsthemen entsprechend ihrer Ausprägung skaliert (1 = gering; 2 = mittel; 3 = stark). Nach Abschluss der Auswertungen lagen somit 30 daseinsthematisch ausgewertete Untersuchungsprotokolle vor. Jedes Untersuchungsprotokoll wurde zum Gegenstand eines ausführlichen Gesprächs der beiden Auswerterinnen bzw. Auswerter. In diesem Gespräch wurden folgende Fragen thematisiert: (a) In Bezug auf welche Daseinsthemen besteht inhaltlich und sprachlich (Kategorienbildung) weitgehende oder fast vollständige Übereinstimmung? (Erstellung einer entsprechenden Liste) (b) In Bezug auf welche vorgenommene Skalierung besteht weitgehende oder vollständige Übereinstimmung? (c) In Bezug auf welche der als „Daseinsthema“ eingeordneten Themen besteht keine bzw. geringe Übereinstimmung: inhaltlich, sprachlich? (Erstellung einer entsprechenden Liste) (d) In Bezug auf welche Skalierung besteht keine Übereinstimmung? (e) Die pro Interview eine weitgehende inhaltliche und sprachliche Übereinstimmung anzeigenden Themen wurden von beiden Auswerterinnen bzw. Auswertern gemeinsam diskutiert und mit Interviewaussagen (aus beiden angefertigten Protokollen) unterlegt. Es wurde von den Auswerterinnen bzw. Auswertern auch in den Antworten auf andere Interviewfragen nach Antworten gesucht, die die von ihnen angenommenen Daseinsthemen bestätigen konnten. Auf dieser Grundlage wurde endgültiger Konsens in Bezug auf jene Themen erzielt, für die bereits weitgehende

Übereinstimmung bestanden hatte; dieser Konsens wurde auch in Bezug auf die genaue Kategoriendefinition (Formulierung von Daseinsthemen samt Festlegung der eine Codierung rechtfertigenden Information) erzielt. (f) Auf der Grundlage der herangezogenen Interviewausschnitte zu den unmittelbar zu persönlichen Anliegen gestellten Fragen sowie zu den anderen Fragen, bei deren Beantwortung gleichfalls thematische Aspekte relevant wurden, wurde nun für jenen Fall, dass nur eine geringe Übereinstimmung in den Skalierungen bestand, ein Konsensus der Auswerterinnen bzw. Auswerter hergestellt. Dieser Prozess der Konsensherstellung erwies sich auch deswegen als sehr komplex, weil hier sehr genau zwischen den einzelnen Antworten wie auch innerhalb der Antworten differenziert werden musste. (g) In Bezug auf jene Daseinsthemen, für die keine Übereinstimmung bestand (eine Auswerterin/ein Auswerter hatte ein Thema als „Daseinsthema“ codiert, eine andere bzw. ein anderer nicht), wurden alle Aussagen im Interview, auf die sich die Codierung als „Daseinsthema“ bezog (unmittelbar auf die Fragen nach Anliegen genannten Themen wie auch die in Bezug auf andere Fragen aufscheinenden Themen), zusammengeführt und gegenüber jener Auswerterin bzw. jenem Auswerter, die bzw. der nicht entsprechend codiert hatte, eine ausführliche Begründung für die Codierung und Skalierung vorgenommen. Sofern Gegenargumente in Bezug auf Codierung und Skalierung artikuliert wurden, wurden diese – auch streng am Interviewmaterial orientiert – intensiv geprüft. In einem Konsensusgespräch wurde schließlich gemeinsam entschieden, ob eine Bewertung als „Daseinsthema“ erfolgen solle oder nicht bzw. als wie stark die Ausprägung dieses Daseinsthemas skaliert werden solle. (h) Auf der Grundlage dieser Auswertungsstrategie wurden 30 Protokolle erstellt, in denen die identifizierten Daseinsthemen – auf der Grundlage ihrer Skalierung – in eine Rangordnung gebracht wurden. Insgesamt wurden für die 30 Protokolle 53 unterschiedliche Daseinsthemen identifiziert. (i) In einem weiteren Schritt wurden diese 30 Protokolle noch einmal überprüft. Zunächst prüften die insgesamt vier Auswerter bzw. Auswerterinnen (vier Auswerter*innen hatten die 30 Probeinterviews geführt) getrennt voneinander, inwieweit unterschiedliche Themen im Kern etwas Ähnliches bzw. Unterschiedliches beschrieben. Dabei konnten zunächst in unterschiedlichen Protokollen als „unterschiedlich“ klassifizierte Themen entweder direkt zusammengeführt oder aber durch eine übergreifende Formulierung integriert werden; weiterhin konnten als unterschiedlich eingeordnete Themen in ihrer Verschiedenartigkeit bestätigt werden. Die vier Auswerter*innen erstellten nun unabhängig voneinander eine Liste der aus ihrer Sicht zu unterscheidenden Daseinsthemen. Dabei variierte die Anzahl der Daseinsthemen von 19 Daseinsthemen (geringste Anzahl) bis zu 31 Daseinsthemen (höchste Anzahl). (j) Auf der Grundlage einer ausführlichen Diskussion einigten sich die Auswerter auf ein endgültiges Kategoriensystem, das 25 Daseinsthemen umfasst.

- (3) *Hauptstudie, erster Schritt:* Für die ersten 30 Interviews der Hauptstudie wurde unabhängig von den jeweiligen zwei Interviewer*innen (Auswerter*innen) eine Zuordnung der Interviewaussagen (Antworten auf direkte Fragen nach Anliegen sowie auf andere Fragen) zu den 25 Daseinsthemen vorgenommen; zudem wurden diese Daseinsthemen entsprechend ihrer Ausprägung auf einer dreistufigen Skala eingeordnet (gar nicht / gering; mittel; stark). Die für das Interview mit einer Studienteilnehmerin bzw. einem -teilnehmer verantwortlichen zwei Interviewer*innen verglichen in einem weiteren Schritt die Ergebnisse ihrer Auswertung. Für alle 30 Interviews ergab sich zwischen den Interviewern bzw. Interviewerinnen eine Übereinstimmung von 85 % mit Blick auf die Zuordnung der Aussagen zu den 25 Daseinsthemen. Für jene Daseinsthemen, für die eine Übereinstimmung erzielt wurde, wurde in einem weiteren Schritt der Grad der Übereinstimmung mit Blick auf die Skalierung ermittelt; hier ergab sich ein *Cohens Kappa* von .82. Im Falle fehlender Übereinstimmung wurde in Konsensusgesprächen nach möglichen Gründen gefragt. In drei der fünf Fälle, für die keine Übereinstimmung erzielt wurde, lag diese an der fehlenden Zuordnung zu einem Daseinsthema, in zwei der fünf Fälle an einer divergenten Zuordnung.
- (4) *Hauptstudie, zweiter Schritt:* Nach Abschluss des zehnten Interviews wurden die zehn Studienteilnehmer*innen in einem Konsensusgespräch darum gebeten, die auf der Grundlage ihres Interviews vorgenommene Einordnung in das Kategoriensystem „Daseinsthemen“ zu bewerten und mit den beiden Interviewer*innen zu diskutieren. In allen zehn Fällen fand sich eine (fast) vollumfängliche Zustimmung zur vorgenommenen Einordnung.

Die nun folgende Darstellung der Ergebnisse der daseinsthematischen Analyse untergliedert sich in vier Abschnitte: Im ersten Abschnitt werden Aussagen über die Daseinsthemen in der *Gesamtgruppe* der $N = 400$ Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer getroffen; in den drei nachfolgenden Abschnitten werden diese Aussagen im Hinblick auf drei Untergruppen differenziert: die Gruppe jener Personen, bei denen ein *höherer Pflegegrad* vorliegt (in unserer Stichprobe Pflegegrad 2 und Pflegegrad 3), die Gruppe jener Personen, die *eher niedrigen sozialen Schichten* zuzurechnen sind, schließlich die *Gruppe der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner*. Bei der Differenzierung dieser drei Untergruppen interessiert uns die Frage, in welcher Hinsicht die dort ermittelten Rangordnungen von Daseinsthemen von jener Rangordnung abweichen, die für die Gesamtgruppe erstellt wurde. Warum werden diese drei Gruppen der Gesamtgruppe gegenübergestellt? Wir sind bei der Konzeption und Durchführung der Studie von der grundlegenden Annahme ausgegangen, dass (a) ein höherer Pflegegrad, (b) die Zugehörigkeit zu eher niedrigen sozialen Schichten sowie (c) das Pflegeheim als *spezifische Lebenswelt* – von uns verstanden als Person-Umwelt- bzw. Person-Situations-Transaktionen – zu begreifen sind, deren Spezifität sich zumindest in Teilen in den Daseinsthemen der Gruppenmitglieder

widerspiegeln sollte. Auch wenn die Daseinsthemen – ihrer theoretischen Konzeption nach – in hohem Maße als individuelle Themen und Anliegen zu verstehen sind (vor allem im Hinblick auf die chronische thematische Strukturierung), so kann doch davon ausgegangen werden, dass objektiv gegebene Situations- und Umweltbedingungen Einfluss auf diese Themen ausüben. Mit Transaktion sind ja die Wechselbeziehungen zwischen der Person (mit ihrer Biografie) einerseits und der sozialräumlichen bzw. institutionellen Umwelt andererseits gemeint. Mit der Differenzierung zwischen den genannten Untergruppen bilden wir bestimmte Umwelten und Gesamtsituationen ab und gehen davon aus, dass die Person mit ihren spezifischen biografischen Erlebnissen und Erfahrungen, ihren spezifischen Handlungs- und Verhaltensweisen diese Umwelten und Gesamtsituationen in einer spezifischen Art und Weise wahrnimmt und gestaltet. Aus diesem Grunde gehen wir davon aus, dass sich in den Daseinsthemen auch spezifische Erlebens-, Erfahrungs-, Handlungs- und Verhaltenshorizonte ausdrücken, die durch spezifische Umwelten und Gesamtsituationen nahegelegt werden.

II.6 Daseinsthemen in der Gesamtgruppe

In Tabelle II.1 sind die in der Hauptstudie ermittelten Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für alle Daseinsthemen angegeben (N = 400):

Die Ergebnisse verdeutlichen zunächst die große Bedeutung der *Bezogenheit* – im Sinne der Sorge für und um andere Menschen – für das Erleben alter Menschen: Im dritten, fünften und sechsten Daseinsthema spiegelt sich die Bezogenheit wider; im fünften und sechsten Daseinsthema zugleich die Sorge um oder für andere Menschen. Auch das achte Daseinsthema – eine Aufgabe im Leben haben – spricht für die Sorge um bzw. für andere Menschen (wenn auch nicht ausschließlich), denn in den meisten Interviews wurde die Förderung der Lebenssituation anderer Menschen – dabei ausdrücklich auch junger Menschen – als wichtige Aufgabe im Leben genannt. Dabei konnte diese Förderung auch eher „symbolischer“ Natur sein: Entscheidend war das Motiv erlebter bzw. praktizierter Mitverantwortung. Zu den Aufgaben im Leben konnte weiterhin die Aufrechterhaltung von Selbstständigkeit und Gesundheit wie auch von Teilhabe und von persönlichen Interessen gehören, was zeigt, wie verschiedenartig und umfassend der Aufgabencharakter des Lebens subjektiv gedeutet wird. Es finden sich sechs Daseinsthemen (7., 9., 10., 13., 15. und 16. Thema), in denen die vermehrte Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst (auch in seiner biografischen Dimension) im Zentrum steht. Vor allem die Erfahrung seelisch-geistiger Reifung im Alternsprozess, die erlebten seelisch-geistigen Gewinne sowie die wachsende Bedeutung des Lebensrückblicks sprechen für diese Auseinandersetzung. Aber auch Glaubens- und Transzendenzerfahrungen weisen auf diese hin.

Tabelle II.1 Daseinsthemen in der Gesamtgruppe

| | Daseinsthema | M | SD |
|-----|--|-----|-----|
| 1. | Freude an der Natur | 2,3 | .54 |
| 2. | Alter als Chance, Aufgabe und Herausforderung | 2,2 | .56 |
| 3. | Freude am Zusammensein mit anderen Menschen | 2,2 | .60 |
| 4. | Körperliche Einschränkungen und Verluste | 2,2 | .57 |
| 5. | Erfahrung, von anderen Menschen gebraucht zu werden | 2,2 | .72 |
| 6. | Anderen Menschen etwas geben können | 2,2 | .72 |
| 7. | Wachsende Bedeutung des Lebensrückblickes | 2,1 | .70 |
| 8. | Eine Aufgabe im Leben haben | 2,1 | .68 |
| 9. | Zufriedenstellende / gute (physische / mentale) Gesundheit | 2,1 | .63 |
| 10. | Möglichkeiten selbstverantwortlicher Lebensgestaltung / erfüllter Alltag | 2,1 | .59 |
| 11. | Belastendes Schmerzerleben* | 2,0 | .84 |
| 12. | Freude an der Musik / Kunst / Literatur | 2,0 | .73 |
| 13. | Glaubens- und Transzendenzenerfahrungen | 2,0 | .70 |
| 14. | Sorge vor wachsender Einsamkeit | 2,0 | .62 |
| 15. | Erfahrung eigener seelisch-geistiger Reifung | 1,9 | .71 |
| 16. | Seelisch-geistige Gewinne / seelisch-geistiges Wachstum | 1,9 | .70 |
| 17. | Stärkeres Angewiesensein auf Hilfeleistungen durch andere Menschen und Institutionen | 1,9 | .60 |
| 18. | Sorge vor ausgeprägten sensorischen Einbußen | 1,9 | .59 |
| 19. | Großes Interesse anderer Menschen am hohen Alter | 1,9 | .60 |
| 20. | Sorge vor kognitiven Verlusten und abnehmender Orientierung | 1,8 | .59 |
| 21. | Phasen von schmerzlich empfundener Einsamkeit | 1,8 | .61 |
| 22. | Leben in der eigenen Wohnung | 1,7 | .71 |
| 23. | Stärkeres Angewiesensein auf Beziehungen zu anderen Menschen | 1,7 | .69 |
| 24. | Sorge vor Aufgabe der eigenen Wohnung | 1,7 | .66 |
| 25. | Erfahrung der Abwertung, Meidung, Geringschätzung durch andere Menschen | 1,4 | .56 |

* Es wurden im Falle einer mittelgradigen oder stärkeren Ausprägung dieses Daseinsthemas zusätzlich exploriert: Häufigkeit und Intensität des Schmerzes, berichtete Schmerzursache(n), subjektiv attribuierte Fähigkeit, den Schmerz „kontrollieren“ zu können (Anzahl der Personen mit diesem zusätzlichen Erhebungsteil: N = 260).

Die „Freude an der Natur“ weist den höchsten Mittelwert auf; dies zeigt, wie wichtig der Zugang zur Natur (auch) im Alter ist, wie sehr das Eingebundensein in die Natur das Lebensgefühl vieler Menschen im Alter bestimmt.

Eine ähnlich große Bedeutung wie das Thema „Freude an der Natur“ hat in der Gesamtgruppe das Thema „Alter als Chance, Aufgabe und Herausforderung“. Was ist mit diesem Thema gemeint? Es sind drei Aspekte, die im Erleben vieler alter Menschen *verschmelzen* (im Sinne eines *thematischen Komplexes*): Zunächst die *Chance* mit Blick auf die vermehrte Selbstgestaltung des Alltags, mit Blick auf den Ausbau von Lebenswissen, das auch nachfolgenden Generationen vermittelt werden kann, und schließlich mit Blick auf die wachsende Fähigkeit, das Leben so akzeptieren zu können, wie es ist. Sodann – unmittelbar mit der erlebten Chance verbunden, von dieser somit gar nicht abzulösen – der *Aufgabencharakter* des Lebens, der sich im notwendigen Umgang mit Einbußen (in der körperlichen Leistungsfähigkeit, in kognitiven, sensorischen und motorischen Funktionen), Verlusten (im sozialen Bereich) und Einschränkungen (in der Mobilität sowie in der Erreichbarkeit von Orten, aber auch von anderen Menschen) zeigt. Schließlich die *Herausforderung*, die sich darin zeigt, dass das Alter mit Themen konfrontiert, die man so bislang noch nicht oder nicht so intensiv erfahren hat: die Endgültigkeit der Situation, die Endlichkeit des Lebens, der deutlich kleiner werdende soziale Lebenskreis, schließlich die schwere Krankheit und der Tod eines nahestehenden Menschen. Auch wenn die hier angesprochenen Aspekte des Themas „Alter als Chance, Aufgabe und Herausforderung“ in der angeführten Folge der Daseinsthemen *zum Teil* und auch *in etwas anderer inhaltlicher Konturierung* erkennbar sind, so haben wir uns im Auswertungsprozess dafür entschieden, dieses komplexe Thema zu codieren, weil – wie bereits hervorgehoben – die *Verschmelzung* von Chance, Aufgabe und Herausforderung *sehr deutlich* erfahrbar bzw. erkennbar war.

Die *erlebte Verletzlichkeit* kommt in der Folge der Daseinsthemen ebenfalls deutlich zum Ausdruck. Sie zeigt sich in den Themen „Körperliche Einschränkungen, Verluste“ (4. Thema; M = 2,2) und „Belastendes Schmerzerleben“ (11. Thema; M = 2,0), zugleich in solchen Themen, die auf die Antizipation, das heißt die *gedanklich-emotionale Vorwegnahme* möglicher Verluste deuten: „Sorge vor wachsender Einsamkeit“ (14. Thema; M = 2,0), „Sorge vor ausgeprägten sensorischen Einbußen“ (18. Thema; M = 1,9) und schließlich „Sorge vor kognitiven Verlusten und abnehmender Orientierung“ (20. Thema; M = 1,8). Ins Auge stechen die nahezu gleich stark ausgeprägten Themen „Zufriedenstellende / gute (physische / mentale) Gesundheit“ (9. Thema, M = 2,1) und „Körperliche Einschränkungen, Verluste“ (4. Thema; M = 2,2). Dies zeigt zum einen, dass die Gruppe alter Menschen Personen mit sehr verschiedenartigem Gesundheitszustand umfasst. Zum anderen konnten wir in den Interviews Hinweise darauf finden, dass ein Individuum durchaus ausführlicher über körperliche Einschränkungen und Verluste spricht (die somit ein bedeutendes Daseinsthema bilden), zugleich aber die Fähigkeit zeigt, den eigenen Gesundheitszustand mit jenem anderer alter Menschen zu vergleichen und *vor dem Hintergrund*

dieses Vergleichs zur Überzeugung zu gelangen, doch eine (relativ) gute oder zufriedenstellende Gesundheit aufzuweisen. Ein derartiger Vergleich mit einem entsprechenden Ergebnis kann dabei auch als Potenzial zur Herstellung einer inneren Balance verstanden werden.

II.7 Daseinsthemen bei Menschen mit höherem Pflegebedarf

Betrachten wir nun jene Personengruppe, bei der ein *höherer Pflegegrad* vorliegt (in unserer Stichprobe: Pflegegrad 2 und 3, also Menschen, die laut Begutachtung in ihrer Selbstständigkeit erheblich oder schwer beeinträchtigt sind; siehe Tabelle II.2). Im Vergleich zur Gesamtgruppe ergeben sich einige auffällige Unterschiede im relativen Gewicht / in der Rangordnung der 25 Daseinsthemen.

Das größte Gewicht nimmt in dieser Personengruppe das Daseinsthema „Körperliche Einschränkungen und Verluste“ ein (das in der Gesamtgruppe auf dem vierten Rangplatz steht); zudem ist hier das Daseinsthema „Belastendes Schmerzerleben“ deutlich höher platziert (und zwar auf dem dritten Rangplatz) als in der Gesamtgruppe (elfter Rangplatz). Die „Freude an der Natur“, die in der Gesamtgruppe das Daseinsthema mit dem höchsten Gewicht bildete, findet sich hier erst auf dem vierten Rangplatz; trotzdem ist hervorzuheben, dass auch in einer Personengruppe mit objektiv gegebenen und subjektiv erlebten körperlichen Einschränkungen und Verlusten die Freude an der Natur ein großes Gewicht besitzt – was für die Offenheit und Beeindruckbarkeit auch im Falle solcher Einschränkungen und Verluste spricht. Auffallend ist hier die im Vergleich zur Gesamtgruppe deutlich höhere Positionierung des Daseinsthemas „Sorge vor wachsender Einsamkeit“ (hier auf dem fünften, in der Gesamtgruppe auf dem 14. Rangplatz); dies zeigt, dass die Sorge vor möglicher Vereinsamung bei alten Menschen mit stärker ausgeprägten körperlichen Einschränkungen und Verlusten als eine bedeutende psychologische Thematik zu werten ist.

Die Tatsache, dass das Daseinsthema „Stärkeres Angewiesensein auf Hilfeleistungen durch andere Menschen und Institutionen“ in der Gruppe mit höherem Pflegebedarf einen deutlich höheren Platz in der Rangordnung der Daseinsthemen einnimmt als in der Gesamtgruppe (achter vs. 18. Platz), deutet auch darauf hin, dass zu den belastenden Momenten bei größerem Pflegebedarf auch die vermehrte Abhängigkeit von familiären und institutionellen Pflegeleistungen zu zählen ist: Nicht allein das Faktum, Alltagsaktivitäten nicht (mehr) selbstständig ausführen zu können, sondern auch das Faktum, mehr und mehr auf Hilfe und Pflege angewiesen zu sein, beeinflusst das Erleben pflegebedürftiger Menschen, was auf die erhöhte Bedeutung der Reziprozität von Sorge (in dem Sinne, dass sich die Person nicht nur als eine sorgeempfangende, sondern auch als sorgegebende erleben kann) hinweist – ein Erlebensmoment, welches einmal mehr auf das große Gewicht von

Tabelle II.2 Daseinsthemen bei Menschen mit höherem Pflegebedarf

| | Daseinsthema | M | SD | Rang* |
|-----|--|-----|-----|-------|
| 1. | Körperliche Einschränkungen / Verluste | 2,3 | .54 | 4 |
| 2. | Alter als Chance, Aufgabe und Herausforderung | 2,3 | .56 | 2 |
| 3. | Belastendes Schmerzerleben** | 2,2 | .83 | 11 |
| 4. | Freude an der Natur | 2,2 | .54 | 1 |
| 5. | Sorge vor wachsender Einsamkeit | 2,1 | .61 | 14 |
| 6. | Zufriedenstellende / gute (physische / mentale) Gesundheit | 2,1 | .62 | 9 |
| 7. | Sorge vor ausgeprägten sensorischen Einbußen | 2,0 | .56 | 19 |
| 8. | Stärkeres Angewiesensein auf Hilfeleistungen durch andere Menschen und Institutionen | 2,0 | .60 | 18 |
| 9. | Anderen Menschen etwas geben können | 2,0 | .72 | 6 |
| 10. | Wachsende Bedeutung des Lebensrückblickes | 2,0 | .73 | 7 |
| 11. | Eine Aufgabe im Leben haben | 2,0 | .69 | 8 |
| 12. | Freude am Zusammensein mit anderen Menschen | 2,0 | .58 | 3 |
| 13. | Erfahrung, von anderen Menschen gebraucht zu werden | 2,0 | .71 | 5 |
| 14. | Möglichkeiten selbstverantwortlicher Lebensgestaltung / erfüllter Alltag | 1,9 | .60 | 10 |
| 15. | Glaubens- und Transzendenzerfahrungen | 1,9 | .69 | 13 |
| 16. | Sorge vor kognitiven Verlusten und abnehmender Orientierung | 1,9 | .58 | 21 |
| 17. | Phasen von schmerzlich empfundener Einsamkeit | 1,9 | .60 | 22 |
| 18. | Großes Interesse anderer Menschen am hohen Alter | 1,8 | .56 | 20 |
| 19. | Sorge vor Aufgabe der eigenen Wohnung | 1,8 | .69 | 24 |
| 20. | Seelisch-geistige Gewinne / seelisch-geistiges Wachstum | 1,8 | .65 | 17 |
| 21. | Freude an der Musik / Kunst / Literatur | 1,8 | .71 | 12 |
| 22. | Erfahrung eigener seelisch-geistiger Reifung | 1,7 | .67 | 16 |
| 23. | Stärkeres Angewiesensein auf Beziehungen zu anderen Menschen | 1,7 | .67 | 15 |
| 24. | Leben in der eigenen Wohnung | 1,6 | .64 | 23 |
| 25. | Erfahrung der Abwertung, Meidung, Geringschätzung durch andere Menschen | 1,5 | .58 | 25 |

* Die Ziffern am Rand beschreiben den Rangplatz des jeweiligen Daseinsthemas in der Gesamtgruppe.

** Es wurden im Falle einer mittelgradigen oder stärkeren Ausprägung dieses Daseinsthemas zusätzlich exploriert: Häufigkeit und Intensität des Schmerzes, berichtete Schmerzursache(n), subjektiv attribuierte Fähigkeit, den Schmerz „kontrollieren“ zu können (Anzahl der Personen mit diesem zusätzlichen Erhebungsteil: N = 260).

„Sorgestrukturen“ verweist, in denen Menschen nicht nur verlässliche Sorge empfangen, sondern auch Möglichkeiten des Sorgegebens entdecken und verwirklichen können. Das relative Gewicht zweier Daseinsthemen in der Personengruppe mit erhöhtem Pflegebedarf sei nun noch genauer betrachtet: Zum einen nimmt auch in dieser Gruppe das Daseinsthema „Alter als Chance, Aufgabe und Herausforderung“ eine große Bedeutung an: Es liegt hier – ebenso wie in der Gesamtgruppe – auf dem zweiten Rangplatz. Dies lässt uns noch besser verstehen, was mit diesem Daseinsthema gemeint ist: Wenn von einer „Aufgabe und Herausforderung“ gesprochen wird, so sind damit – wie schon bei der Diskussion der Daseinsthemen für die Gesamtgruppe aufgezeigt – vor allem die Anforderungen an das *Körper selbst* (Schmerzen, sensorische und motorische Einbußen) wie auch an das *soziale Selbst* (Sorge vor wachsender Einsamkeit, Erfahrung von schmerzlich empfundener Einsamkeit) angesprochen. Doch wird selbst im Lichte dieser Anforderungen das hohe Alter nicht nur als „Belastung“, als eine „belastende Lebensphase“ gedeutet: Eine derartige Deutung würde für die meisten der von uns interviewten Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern zu kurz greifen. Vielmehr werden im Kontext von Aufgaben und Herausforderungen auch *Chancen* genannt, und die bereits angesprochene *Verschmelzung* der drei Aspekte: Aufgabe, Chance und Herausforderung findet sich selbst bei Menschen mit höherem Pflegegrad. Zudem werden in der Folge der Daseinsthemen positive, als stimmig oder sinnerfüllt erlebte Momente genannt, die die Lebenssituation des Individuums mitprägen und dazu motivieren, trotz der einschränkenden Lebensbedingungen immer wieder aufs Neue „Ja“ zum Leben zu sagen. Und einem weiteren Daseinsthema gilt hier unsere besondere Aufmerksamkeit: Das Daseinsthema „Zufriedenstellende / gute (physische / mentale) Gesundheit“ ist in der Gruppe mit erhöhtem Pflegebedarf fast genauso stark ausgeprägt ($M = 2,09$) wie in der Gesamtgruppe ($M = 2,15$); dessen relatives Gewicht ist in ersterer (Rangplatz 6) höher als in letzterer (Rangplatz 9). Mit diesem Befund ist eine *potenzielle* Besonderheit im Erleben von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Pflegebedarf angesprochen: Trotz objektiv gegebener Erkrankungen und Einschränkungen ist es durchaus möglich, dass der eigene Gesundheitszustand differenziert bewertet wird: Zum einen kann eine gewisse Dankbarkeit darüber geäußert werden, dass die gesundheitlichen Einschränkungen nicht einen noch höheren Ausprägungsgrad zeigen, vor allem, dass nur körperliche, doch keine kognitiven Einbußen vorliegen (und beide positiven Deutungen der gesundheitlichen Situation waren in den Interviews vielfach zu vernehmen), zum anderen kann ein Vergleich mit jenen Menschen vorgenommen werden, bei denen deutlich stärkere Einschränkungen vorliegen – diesen gegenüber befindet man sich noch in einer vergleichsweise positiven Lage (auch einen derartigen positiven Deutungsversuch konnten wir häufiger vernehmen), zum dritten wird mit Blick auf das eigene hohe Alter konstatiert, dass die Einschränkungen – auch wenn diese zum Teil schmerzhaft sind – durchaus zu „tolerieren“ oder „auszuhalten“ seien (ebenfalls eine in den Interviews vielfach geäußerte positive Deutung).

II.8 Daseinsthemen bei Menschen aus einer eher niedrigen Sozialschicht

Die Charakterisierung der Personengruppe „Eher niedrige Sozialschicht“³⁷ soll mit der Hervorhebung einer bemerkenswerten Ähnlichkeit begonnen werden (Tabelle II.3): Jene drei Daseinsthemen, die in der Gesamtgruppe auf den ersten drei Plätzen der Rangreihe stehen, finden sich hier unter den ersten vier Rangplätzen. Diese Ähnlichkeit ergab sich auch bei dem Vergleich zwischen der Gesamtgruppe und der Gruppe mit erhöhtem Pflegebedarf. Dies bedeutet: „Freude an der Natur“, „Hohes Alter als besondere Herausforderung der Psyche“ sowie „Körperliche Einschränkungen / Verluste“ bilden drei Daseinsthemen, die das Erleben des hohen Alters generell in besonderer Weise prägen bzw. strukturieren. Sie bilden in gewisser Hinsicht eine „Konstante“ innerhalb der daseinsthematischen Struktur. Weiterhin fallen auch hier große Unterschiede zur Rangreihe der Gesamtgruppe auf. Diese betreffen zunächst den sozialen Nahraum: Bei Menschen aus eher niedrigen Sozialschichten nimmt das Einsamkeitsthema innerhalb der daseinsthematischen Struktur eine deutlich prominentere Stellung ein als in der Gesamtgruppe: Die „Sorge vor wachsender Einsamkeit“ bekleidet in ersterer den zweiten, in letzterer den 14. Rangplatz; die „Phasen von schmerzlich empfundener Einsamkeit“ stehen in ersterer auf dem achten, in letzterer erst auf dem 22. Rangplatz. Auch das „belastende Schmerzerleben“, vor allem die „Sorge vor ausgeprägten sensorischen Einbußen“ nehmen in ersterer einen deutlich höheren Rangplatz ein als in letzterer.

Überhaupt finden sich bei Menschen aus eher niedrigen Sozialschichten unter den ersten zehn Rangplätzen sieben, die mit einem (eher oder hochgradig) belastenden Daseinsthema besetzt sind. Anders ausgedrückt: *Die daseinsthematische Struktur dieser Menschen ist unter den zehn prominentesten Daseinsthemen eher negativ denn positiv konnotiert.* In weiteren drei dieser zehn Daseinsthemen spiegelt sich eine eher positive Sicht auf bestimmte Lebensbereiche wider: (a) „Freude an der Natur“, (b) „Zufriedenstellende / gute Gesundheit“ sowie (c) „Erfahrung, von anderen Menschen gebraucht zu werden“. Das erste dieser drei Themen ist in der Personengruppe „Eher niedrige Sozialschicht“ mit einem Mittelwert von 2,19 nur geringfügig schwächer ausgeprägt als in der Gesamtgruppe mit einem Mittelwert von 2,27. Das zweite dieser Themen ist unter den Menschen aus eher niedrigen Sozialschichten gleichfalls nur geringfügig schwächer ausgeprägt als in der Gesamtgruppe ($M = 2,14$ vs. $2,09$). Das dritte dieser Themen weist hingegen signifikante Unterschiede zwischen der Personengruppe „Eher niedrige Sozialschicht“ ($M = 1,98$) und der Gesamtgruppe auf ($M = 2,17$) auf. Die in den drei genannten Themen sich widerspiegelnden, objektiv gegebenen wie auch selbst attribuierten Ressourcen bei Menschen aus eher niedrigen Sozialschichten finden sich auch unter den Rangplätzen 11 bis 20. Sieben dieser zehn Rangplätze sind

37 Sozialschicht wurde über drei Merkmale operationalisiert: Bildungsstand, Einkommen / Vermögen und Berufsprestige (vgl. Kruse et al. [Hrsg.], 2020).

Tabelle II.3 Daseinsthemen bei Menschen aus eher niedrigen sozialen Schichten

| | Daseinsthema | M | SD | Rang* |
|-----|--|-----|-----|-------|
| 1. | Alter als Chance, Aufgabe und Herausforderung | 2,3 | .57 | 2 |
| 2. | Sorge vor wachsender Einsamkeit | 2,2 | .55 | 14 |
| 3. | Freude an der Natur | 2,2 | .51 | 1 |
| 4. | Körperliche Einschränkungen / Verluste | 2,1 | .54 | 4 |
| 5. | Belastendes Schmerzerleben | 2,1 | .80 | 11 |
| 6. | Sorge vor ausgeprägten sensorischen Einbußen | 2,1 | .57 | 19 |
| 7. | Zufriedenstellende / gute (physische / mentale) Gesundheit | 2,1 | .62 | 9 |
| 8. | Phasen von schmerzlich empfundener Einsamkeit | 2,0 | .53 | 22 |
| 9. | Erfahrung, von anderen Menschen gebraucht zu werden | 2,0 | .76 | 3 |
| 10. | Stärkeres Angewiesensein auf Beziehungen zu anderen Menschen | 2,0 | .64 | 15 |
| 11. | Anderen Menschen etwas geben können | 2,0 | .74 | 6 |
| 12. | Eine Aufgabe im Leben haben | 2,0 | .75 | 8 |
| 13. | Stärkeres Angewiesensein auf Hilfeleistungen durch andere Menschen und Institutionen | 2,0 | .64 | 18 |
| 14. | Freude am Zusammensein mit anderen Menschen | 1,9 | .56 | 5 |
| 15. | Sorge vor Aufgabe der eigenen Wohnung | 1,9 | .65 | 24 |
| 16. | Möglichkeiten selbstverantwortlicher Lebensgestaltung / erfüllter Alltag | 1,9 | .53 | 10 |
| 17. | Sorge vor kognitiven Verlusten und abnehmender Orientierung | 1,9 | .54 | 21 |
| 18. | Wachsende Bedeutung des Lebensrückblickes | 1,8 | .67 | 7 |
| 19. | Glaubens- und Transzendenzenerfahrungen | 1,8 | .71 | 13 |
| 20. | Seelisch-geistige Gewinne / seelisch-geistiges Wachstum | 1,7 | .75 | 17 |
| 21. | Großes Interesse anderer Menschen am hohen Alter | 1,6 | .58 | 20 |
| 22. | Freude an der Musik / Kunst / Literatur | 1,6 | .73 | 12 |
| 23. | Erfahrung eigener seelisch-geistiger Reifung | 1,6 | .70 | 16 |
| 24. | Leben in der eigenen Wohnung | 1,5 | .66 | 23 |
| 25. | Erfahrung der Abwertung, Meidung, Geringschätzung durch andere Menschen | 1,5 | .56 | 25 |

* Die Ziffern am Rand beschreiben den Rangplatz des jeweiligen Daseinsthemas in der Gesamtgruppe.

mit einem positiv konnotierten Thema besetzt; hier spielen die Varianten der gegebenen Sorge für und um andere Menschen eine sehr wichtige Rolle (siehe: „Anderen Menschen etwas geben können“, „Eine Aufgabe im Leben haben“, „Freude am Zusammensein mit anderen Menschen“), zugleich sind auch Aspekte der Selbstgestaltung unter diesen zehn Themen prominent vertreten („Möglichkeiten selbstverantwortlicher Lebensgestaltung/ erfüllter Alltag“, „Wachsende Bedeutung des Lebensrückblicks“, „Glaubens- und Transzendenzerfahrungen“, „Seelisch-geistige Gewinne/ seelisch-geistiges Wachstum“). Was folgt aus diesen Befunden? Die daseinsthematische Struktur von alten Menschen aus eher niedrigen sozialen Schichten ist durch die Gleichzeitigkeit von erlebten Einschränkungen bzw. Verlusten und erlebten Ressourcen bzw. positiven Aspekten der Lebenssituation bestimmt. *Auch wenn Einschränkungen bzw. Verluste das Erleben in stärkerem Maß dominieren als Ressourcen bzw. positive Aspekte, so sind doch letztere in der daseinsthematischen Struktur deutlich erkennbar.* Eher niedrige Sozialschichten sind von diesen Befunden aus betrachtet nicht der „Gleichmacher“, der die daseinsthematische Struktur negativ determiniert. Sie bringen objektiv gegebene, im Lebenslauf möglicherweise immer weiter akkumulierende Nachteile, Einschränkungen und Belastungen mit sich, die sich auch im Erleben des Individuums, sprich: in der daseinsthematischen Struktur widerspiegeln können. Doch nehmen sie dem Individuum nicht alle Ressourcen zum schöpferischen Leben, zur Flexibilität und Anpassungsfähigkeit: Diese Komplexität der erlebten Situation wird darin besonders offenbar, dass das Daseinsthema „Alter als Chance, Aufgabe und Herausforderung“ am ersten Platz der Folge von Daseinsthemen steht. Betrachtet man nun diese Befunde aus Sicht der Verhältnis- und der Verhaltensprävention: Was folgt aus ihnen? Neben der *Verbesserung der Lebensverhältnisse* in Richtung auf deutliche Verringerung der sozialen Ungleichheit – auch in der Zugänglichkeit von Dienstleistungs- und Therapieangeboten – die *Stärkung von Ressourcen*, durch die Menschen in die Lage versetzt werden, auch im Falle von Benachteiligungen ein persönlich stimmiges, sinnerfülltes Leben zu führen. Besonders wichtig sind hier Angebote, durch die soziale Integration und Teilhabe erkennbar gestärkt werden, wie der Hinweis auf die bedeutende Thematik der *Einsamkeit* unter Personen aus eher niedrigen sozialen Schichten deutlich machen soll.

II.9 Daseinsthemen bei Heimbewohner*innen

Auch in dieser Untergruppe findet sich eine hohe Übereinstimmung mit den ersten vier Daseinsthemen in der Gesamtgruppe (Tabelle II.4): Drei der vier Daseinsthemen, die in der Gesamtgruppe unter den ersten vier Daseinsthemen stehen („Freude an der Natur“, „Hohes Alter als besondere Herausforderung der Psyche“, „Körperliche Einschränkungen/Verluste“), nehmen auch in der Gruppe der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner eine entsprechend prominente Stellung ein, was einmal

Tabelle II.4 Daseinsthemen bei Heimbewohner*innen

| | Daseinsthema | M | SD | Rang* |
|-----|--|----------|-----------|--------------|
| 1. | Belastendes Schmerzerleben | 2,3 | .80 | 11 |
| 2. | Freude an der Natur | 2,3 | .52 | 1 |
| 3. | Alter als Chancen, Aufgabe und Herausforderung | 2,2 | .60 | 2 |
| 4. | Körperliche Einschränkungen / Verluste | 2,2 | .56 | 4 |
| 5. | Zufriedenstellende / gute (physische / mentale) Gesundheit | 2,2 | .64 | 9 |
| 6. | Sorge vor ausgeprägten sensorischen Einbußen | 2,1 | .62 | 18 |
| 7. | Wachsende Bedeutung des Lebensrückblicks | 2,1 | .73 | 7 |
| 8. | Sorge vor wachsender Einsamkeit | 2,1 | .61 | 14 |
| 9. | Freude am Zusammensein mit anderen Menschen | 2,0 | .61 | 5 |
| 10. | Stärkeres Angewiesensein auf Hilfeleistungen durch andere Menschen und Institutionen | 2,0 | .61 | 17 |
| 11. | Möglichkeiten selbstverantwortlicher Lebensgestaltung / erfüllter Alltag | 2,0 | .56 | 10 |
| 12. | Eine Aufgabe im Leben haben | 2,0 | .65 | 8 |
| 13. | Freude an der Musik / Kunst / Literatur | 2,0 | .73 | 12 |
| 14. | Glaubens- und Transzendenzenerfahrungen | 2,0 | .68 | 13 |
| 15. | Erfahrung, von anderen Menschen gebraucht zu werden | 1,9 | .70 | 3 |
| 16. | Phasen von schmerzlich empfundener Einsamkeit | 1,9 | .59 | 21 |
| 17. | Seelisch-geistige Gewinne / seelisch-geistiges Wachstum | 1,9 | .67 | 16 |
| 18. | Anderen Menschen etwas geben können | 1,9 | .74 | 6 |
| 19. | Erfahrung eigener seelisch-geistiger Reifung | 1,8 | .74 | 15 |
| 20. | Großes Interesse anderer Menschen am hohen Alter | 1,8 | .60 | 19 |
| 21. | Sorge vor kognitiven Verlusten und abnehmender Orientierung | 1,8 | .58 | 20 |
| 22. | Stärkeres Angewiesensein auf Beziehungen zu anderen Menschen | 1,7 | .68 | 15 |
| 23. | Leben in der eigenen Wohnung | 1,6 | .65 | 22 |
| 24. | Erfahrung der Abwertung, Meidung, Geringschätzung durch andere Menschen | 1,6 | .57 | 25 |
| 25. | Sorge vor Aufgabe der eigenen Wohnung | 1,4 | .60 | 24 |

* Die Ziffern am Rand beschreiben den Rangplatz des jeweiligen Daseinsthemas in der Gesamtgruppe.

mehr darauf deutet, dass es sich bei diesen drei Daseinsthemen in gewisser Hinsicht um eine „Konstante“ innerhalb der daseinsthematischen Struktur des hohen Alters handelt.

Es fällt auf, dass „Belastendes Schmerzerleben“ gemeinsam mit „Freude an der Natur“ das wichtigste Daseinsthema innerhalb der Gruppe der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner bildet. Dies zeigt zum einen, wie wichtig eine fachlich anspruchsvolle Schmerztherapie für Menschen in stationären Einrichtungen der Altenpflege ist und zeigt zum anderen, wie wichtig auch für diese Menschen das Erleben von Natur und das Sich-Aufhalten in der Natur ist, was bei allen Angeboten für die Bewohnerinnen und Bewohner ebenfalls zu beachten ist. Auch unter Heimbewohnerinnen und -bewohnern lässt sich die *gleichzeitig* vorgenommene Hervorhebung von körperlichen Einschränkungen einerseits und von zufriedenstellender oder guter (körperlicher / kognitiver) Gesundheit andererseits beobachten, wobei die Nähe dieser beiden Daseinsthemen noch deutlicher erkennbar ist als in der Gruppe der Menschen mit erhöhtem Pflegebedarf. Es kann durchaus davon ausgegangen werden, dass der *Vergleich* der eigenen Gesundheit mit jener von Menschen derselben oder einer verwandten Altersgruppe unter den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern *noch intensiver* vorgenommen wird, was vor allem damit zu tun hat, dass sich in einer stationären Einrichtung der Altenpflege eine vergleichsweise hohe Anzahl von Menschen mit sehr schweren körperlichen und kognitiven Einschränkungen findet, die den Vergleich mit der eigenen Gesundheit quasi nahelegt. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass in unserer Studie nur Heimbewohnerinnen und -bewohner interviewt wurden, bei denen keine Anzeichen für *Mild Cognitive Impairment* (MCI) oder unterschiedliche Formen von Demenz bestanden. Wenn man bedenkt, dass in einer stationären Pflegeeinrichtung 50 bis 60 % der Bewohnerinnen und Bewohner an einer MCI oder Demenz erkrankt sind, dann lässt sich schlussfolgern, dass die von uns interviewten Personen – aus gesundheitlicher Perspektive betrachtet – eine Teilgruppe mit *vergleichsweise* höheren gesundheitlichen Ressourcen bilden, was auch den Vergleich der eigenen Gesundheit mit jener anderer Menschen anstößt und darüber hinaus ein eher positives (günstiges) Ergebnis nahelegt. (Andererseits könnten aber auch Verluste des Alters besonders salient werden, was eher negative Erwartungen und Ängste zur Folge haben könnte.) Eine weitere Gegenläufigkeit in der Rangreihe unmittelbar benachbarter Daseinsthemen sei hier hervorgehoben, weil sie eine Problematik anzeigt, mit der unseren Ergebnissen zufolge nicht wenige Heimbewohnerinnen und -bewohner konfrontiert sind: Auf dem achten Rangplatz findet sich das Daseinsthema „Sorge vor wachsender Einsamkeit“ (mit einem Mittelwert von 2,09; in der Gesamtgruppe Rangplatz 14), auf dem neunten Rangplatz das Daseinsthema „Freude am Zusammensein mit anderen Menschen“ (mit einem Mittelwert von 2,04). Diese Gegenläufigkeit macht deutlich, dass im Erleben nicht weniger Bewohner die Freude am gemeinsamen Tun mit der Erfahrung des Todes oder aber der schweren Erkrankung anderer Bewohnerinnen und Bewohner konfrontiert ist: In den Interviews bildete diese Konfrontation vielfach ein bedeutendes Thema. Das „stärkere Angewiesensein

auf Hilfeleistungen durch andere Menschen und Institutionen“ bildet in dieser Gruppe zwar nicht eine zentrale, wohl aber eine bedeutende Thematik; verglichen mit der Gesamtgruppe ist diese Thematik von größerem Gewicht (Rangplatz 10 unter den Heimbewohnern vs. Rangplatz 17 in der Gesamtgruppe). Zugleich ist das Daseinsthema „Möglichkeiten selbstverantwortlicher Lebensgestaltung/erfüllter Alltag“ deutlich erkennbar (Rangplatz 9 unter den Heimbewohnern vs. Rangplatz 10 in der Gesamtgruppe), was zeigt, dass auch Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen das Bedürfnis nach selbstständiger *und* selbstverantwortlicher Alltagsgestaltung verspüren. Aus den Interviews lässt sich zudem folgern: Die Verwirklichung dieses Bedürfnisses wird auch dann angestrebt, wenn erhebliche sensorische und motorische Einschränkungen vorliegen; gerade in einem solchen Falle erweist sich die Arbeit mit alten Menschen als eine auch psychologisch sehr anspruchsvolle. Dies zeigt sich auch darin, dass nicht wenige Bewohnerinnen und Bewohner in den Interviews hervorgehoben haben, wie wichtig es sei, auch im Alter, auch im Falle des Lebens in einem Heim eine Aufgabe zu haben: Das entsprechende Daseinsthema ist mit einem Mittelwert von 2,0 (Rangplatz 12) recht stark ausgeprägt. Ähnliches gilt für die Daseinsthemen „Freude an der Musik / Kunst / Literatur“ (M = 2,0; Rangplatz 13) und die „Glaubens- und Transzendenzerfahrungen“ (M = 2,0; Rangplatz 14): Diese Daseinsthemen deuten auf die Notwendigkeit kultureller und spiritueller (gegebenenfalls seelsorgerischer) Angebote hin, was zeigt, wie vielfältig, wie differenziert Angebote innerhalb einer Einrichtung konzipiert sein müssen. Das Daseinsthema „Erfahrung, von anderen Menschen gebraucht zu werden“ (M = 1,9; Rangplatz 15) bezieht sich, wie die Interviews zeigten, vor allem auf den Wunsch, im Heim nicht nur Sorge zu empfangen, sondern auch Sorge zu schenken. Die *Reziprozität von Sorgeleistungen* ist als ein Motiv auch unter Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen deutlich erkennbar. Dieses bezieht sich vor allem auf Unterstützung, die man in einzelnen Tätigkeits- und Lebensbereichen anderen Bewohnerinnen und Bewohnern geben möchte, wie auch auf die Übernahme von Verantwortung, zum Beispiel im Heimbeirat.

II.10 Daseinsthemen und psychische Gesundheit

Wenn sich in den Daseinsthemen die zentralen Anliegen, Bedürfnisse, Werte und Ziele eines Individuums widerspiegeln: Ist es dann nicht naheliegend, nach möglichen Zusammenhängen einzelner Daseinsthemen mit Merkmalen der psychischen Gesundheit zu fragen? Die Analyse derartiger Zusammenhänge lässt uns, so unsere Annahme, die Bedeutung einzelner Daseinsthemen für die psychische Gesamtsituation noch besser verstehen.

Nachfolgend sollen Zusammenhänge zwischen ausgewählten Daseinsthemen und verschiedenen Aspekten psychischer Gesundheit, die in der Studie mithilfe psychometrischer Fragebögen gemessen wurden (ausführlich dazu Kapitel IV), berichtet

werden. Zunächst werden die Zusammenhänge mit drei Daseinsthemen betrachtet, die sich im Sinne einer inneren Auseinandersetzung mit dem Vorhandensein vs. Verlorengelassen seelisch-geistiger Kräfte deuten lassen: „Seelisch-geistige Gewinne / seelisch-geistiges Wachstum“, „Wachsende Bedeutung des Lebensrückblicks“, „Sorge vor kognitiven Verlusten und abnehmender Orientierung“. In einem weiteren Schritt ist der Blick auf die Zusammenhänge mit dem Daseinsthema „Eine Aufgabe im Leben haben“ gerichtet.

Innere Auseinandersetzung mit dem Vorhandensein vs. Rückgang seelisch-geistiger Kräfte

So wie in den Interviews von den Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern Hinweise auf seelisch-geistige *Gewinne* bzw. auf seelisch-geistiges *Wachstum* im Alternsprozess gegeben wurden (das entsprechende Daseinsthema wies in der Gesamtgruppe einen Mittelwert von 1,9 auf [SD = .70]), so ließen sich auch Hinweise auf die „Sorge vor *kognitiven Verlusten* und abnehmender Orientierung“ finden (das entsprechende Daseinsthema wies einen Mittelwert von 1,8 auf [SD = .59]). In diesen beiden Themen wird die innere Auseinandersetzung mit möglichen Gewinnen und Verlusten im Alternsprozess besonders deutlich, wobei das relative Gewicht erlebter Gewinne und Verluste interindividuell *erheblich variieren* kann. Auch die „Wachsende Bedeutung des Lebensrückblickes“ ist als Ausdrucksform dieser inneren Auseinandersetzung zu begreifen, weil im Kontext dieses Themas der Vergleich zwischen der *heutigen* und der *früheren* kognitiven bzw. emotionalen Reife (oder Kompetenz) vorgenommen wurde.

Die Interkorrelationen der drei genannten Daseinsthemen machen deutlich, dass diese Themen einen *inneren Zusammenhang* aufweisen; dieser lässt sich mit dem für dieses Teilkapitel gewählten Überschrift „Innere Auseinandersetzung mit dem Vorhandensein vs. Rückgang seelisch-geistiger Kräfte“ umschreiben. Nachfolgend sind die Korrelationen zwischen den Daseinsthemen angeführt.

Tabelle II.5 Korrelationen zwischen den Daseinsthemen

| | Wachsende Bedeutung des Lebensrückblicks | Sorge vor kognitiven Verlusten und abnehmender Orientierung |
|---|--|---|
| Seelisch-geistige Gewinne / seelisch-geistiges Wachstum | 0,54* | -,24* |
| Wachsende Bedeutung des Lebensrückblickes | 1 | -,20* |

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Tabelle II.6 gibt einen Überblick über die Korrelationen³⁸ zwischen den drei genannten Daseinsthemen und den zehn mit psychometrischen Skalen erfassten Merkmalen von psychischer Gesundheit.

Tabelle II.6 Korrelation der Daseinsthemen mit psychometrischen Skalen

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|--------|-------|--------|--------|---|--------|--------|--------|--------|--------|
| Seelisch-geistige Gewinne / seelisch-geistiges Wachstum | ,45** | -,10* | ,44** | ,31** | | ,28** | ,43** | ,49** | -,18** | ,51** |
| Wachsende Bedeutung des Lebensrückblickes | ,27** | | ,36** | ,25** | | ,21** | ,34** | ,42** | -,14** | ,42** |
| Sorge vor kognitiven Verlusten und abnehmender Orientierung | -,19** | | -,25** | -,18** | | -,13** | -,19** | -,26** | ,12* | -,32** |

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.
 ** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.
 (1) Kohärenzgefühl Leipziger Kurzform, (2) Geriatrische Depressionsskala, (3) Lebenszufriedenheit, (4) Einstellung zum eigenen Alter, (5) Subjektives Alter, (6) Subjektive Gesundheit, (7) Optimismus, (8) Mitverantwortliche Potenziale, (9) Barrieren der Mitverantwortung, (10) Entwicklungsgewinne

Es ist zu erkennen, dass diese drei Daseinsthemen mit fast allen erfragten Merkmalen psychischer Gesundheit signifikant korrelieren. Je nach Polung der Skala fällt diese Korrelation negativ oder positiv aus. In allen Fällen deutet sie in die Richtung, dass eine höhere Ausprägung der Daseinsthemen „Seelisch-geistige Gewinne / seelisch-geistiges Wachstum“ und „Wachsende Bedeutung des Lebensrückblickes“ mit einer höheren Ausprägung in psychischer Gesundheit (einem niedrigeren Score in Depressivität) zusammenhängt. In eine ähnliche Richtung deuten alle Korrelationen für das dritte Daseinsthema: Eine höhere Ausprägung der „Sorge vor kognitiven Verlusten und abnehmender Orientierung“ geht einher mit einer schlechteren psychischen Gesundheit, für jede gemessene Variable. Interessanterweise korrelieren die Daseinsthemen nicht mit der Skala, die die subjektive Einschätzung des Alters erfasst. Zwei der Daseinsthemen korrelieren auch nicht mit der depressiven Symptomatik.

38 Hier und im Folgenden: Pearson-Korrelationskoeffizienten. Es sind nur die signifikanten Korrelationen angeführt.

Hervorzuheben sind die hohen Korrelationen zwischen dem Daseinsthema „Seelisch-geistige Gewinne / seelisch-geistiges Wachstum“ einerseits und „Kohärenzgefühl“, „Lebenszufriedenheit“, „Einstellung zum eigenen Alter“, „Optimismus“, „Mitverantwortliche Potenziale“ sowie „Entwicklungsgewinne“ andererseits: Diese Korrelationen zeigen, dass das Daseinsthema „Seelisch-geistige Gewinne / seelisch-geistiges Wachstum“ als ein bedeutender Indikator für psychische Gesundheit zu deuten ist.

Die bedeutsamen Korrelationen des Daseinsthemas „Wachsende Bedeutung des Lebensrückblicks“ mit den Merkmalen „Lebenszufriedenheit“, „Optimismus“, „Mitverantwortliche Potenziale“ und „Entwicklungsgewinne“ weisen darauf hin, dass der Lebensrückblick zum einen als *positiv konnotierte psychische Leistung* zu verstehen ist, zum anderen als Indikator für die psychische Situation. Schließlich lässt sich vor dem Hintergrund der hier berichteten Zusammenhänge dem Lebensrückblick auch eine *protektive Qualität* mit Blick auf die psychische Gesundheit beimessen.

Auch wenn die Korrelationen des Daseinsthemas „Sorge vor kognitiven Verlusten und abnehmender Orientierung“ mit den Merkmalen der psychischen Situation – bis auf die negative Korrelation mit Entwicklungsgewinnen – nicht so hoch sind wie jene der beiden anderen Daseinsthemen, so lässt sich aus dem Korrelationsmuster doch die Aussage ableiten, dass im Falle einer stärkeren Ausprägung der Sorge vor kognitiven Verlusten eher von einer *gefährdeten psychischen Situation* auszugehen ist.

Ergänzt wurden die Korrelationsanalysen durch Varianzanalysen, die für die zehn Merkmale der psychischen Situation gerechnet wurden. Die Ergebnisse der Varianzanalysen (Tabelle II.7, II.8, II.9) geben zum einen Auskunft darüber, ob die Verschiedenartigkeit der Ausprägungsgrade (1–3) in den einzelnen Daseinsthemen einen statistisch signifikanten Zusammenhang zeigt mit den Ausprägungsgraden der einzelnen Merkmale der psychischen Situation; zum anderen darüber, zwischen welchen Untergruppen in den einzelnen Daseinsthemen (repräsentiert durch die Skalenpunkte 1 = nicht erkennbar / [eher] geringe Ausprägung, 2 = mittlere Ausprägung, 3 = [eher] starke Ausprägung) signifikante Unterschiede bestehen. In den nachfolgenden Tabellen sind nur jene Merkmale der psychischen Situation genannt, für die ein signifikanter Zusammenhang mit dem jeweiligen Daseinsthema ermittelt wurde.

Wie aus dem Überblick über die Ergebnisse der Varianzanalysen hervorgeht, stehen die drei Daseinsthemen mit zwei Merkmalen der psychischen Situation in keinem statistisch bedeutsamen Zusammenhang: (a) mit Depressivität, (b) mit subjektivem Alter. Schon die Korrelationsanalysen ließen den – weitgehend – fehlenden statistischen Zusammenhang erkennen: Es ergaben sich keinerlei signifikante Korrelationen zwischen den drei Daseinsthemen und dem Merkmal „subjektives Alter“; es ergab sich nur eine signifikante Korrelation des Merkmals „Depressivität“ ($p < .05$) – und zwar mit dem Daseinsthema „Seelisch-geistige Gewinne / seelisch-geistiges Wachstum“. Mit den acht anderen Merkmalen der psychischen Situation sind die Zusammenhänge stark bzw. sehr stark, was bedeutet, dass die drei Daseinsthemen nicht nur zentrale Anliegen eines Individuums beschreiben, sondern darüber hinaus eine *bedeutende Indikatorfunktion für die psychische Situation* besitzen: Dies gilt vor allem für das

Tabelle II.7 Seelisch-geistige Gewinne / seelisch-geistiges Wachstum

| | | N | M | SD | ANOVA post hoc |
|--|--------|-----|------|------|--|
| Kohärenzgefühl (1-7) | 1,00 | 98 | 3,7 | 1.9 | F= 51,34, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .0001 1 < 2 < 3 |
| | 2,00 | 206 | 5,2 | 1.86 | |
| | 3,00 | 96 | 6,4 | 1.75 | |
| | Gesamt | 400 | 5,1 | 2.06 | |
| Lebenszufriedenheit (5-35) | 1,00 | 98 | 18,6 | 7.00 | F = 50,17, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .0001 1 < 2 < 3 |
| | 2,00 | 206 | 24,4 | 6.18 | |
| | 3,00 | 96 | 27,2 | 5.06 | |
| | Gesamt | 400 | 23,7 | 6.87 | |
| Einstellung zum eigenen Alter (5-10) | 1,00 | 98 | 7,2 | 1.63 | F = 21,27 df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .0001 1 < 2 < 3 |
| | 2,00 | 206 | 7,7 | 1.33 | |
| | 3,00 | 96 | 8,5 | 1.14 | |
| | Gesamt | 400 | 7,8 | 1.44 | |
| Subjektive Gesundheit (1-3) | 1,00 | 98 | 1,9 | .79 | F = 18,09, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .0001 1, 2 < 3 |
| | 2,00 | 206 | 2,0 | .56 | |
| | 3,00 | 96 | 2,4 | .57 | |
| | Gesamt | 400 | 2,1 | .65 | |
| Optimismus (3-12) | 1,00 | 98 | 5,8 | 2.43 | F = 48,55, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < 0.001 1 < 2 < 3 |
| | 2,00 | 206 | 7,8 | 2.22 | |
| | 3,00 | 96 | 8,9 | 1.86 | |
| | Gesamt | 400 | 7,6 | 2.44 | |
| Mitverantwortliche Potenziale (4-16) | 1,00 | 98 | 8,0 | 2.78 | F = 67,10, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .0001 1 < 2 < 3 |
| | 2,00 | 206 | 10,8 | 2.52 | |
| | 3,00 | 96 | 12,1 | 2.42 | |
| | Gesamt | 400 | 10,4 | 2.96 | |
| Barrieren der Mitverantwortung (4-16) | 1,00 | 98 | 10,1 | 3.27 | F = 7,30, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .0001 1 > 2, 3 |
| | 2,00 | 206 | 9,0 | 2.86 | |
| | 3,00 | 96 | 8,6 | 2.88 | |
| | Gesamt | 400 | 9,2 | 3.01 | |
| Entwicklungsgewinne (5-20) | 1,00 | 98 | 9,5 | 3.26 | F = 71,59 df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .0001 1 < 2 < 3 |
| | 2,00 | 206 | 12,8 | 3.48 | |
| | 3,00 | 96 | 15,1 | 3.09 | |
| | Gesamt | 400 | 12,5 | 3.88 | |

Tabelle II.8 Wachsende Bedeutung des Lebensrückblicks

| | | N | M | SD | ANOVA post hoc |
|--|--------|-----|------|------|--|
| Kohärenzgefühl (1-7) | 1,00 | 83 | 4,1 | 2.31 | F = 16,13, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .0001 1 < 2, 3 |
| | 2,00 | 198 | 5,2 | 1.93 | |
| | 3,00 | 119 | 5,7 | 1.85 | |
| | Gesamt | 400 | 5,1 | 2.06 | |
| Lebenszufriedenheit (5-35) | 1,00 | 83 | 19,2 | 7.86 | F = 30,55, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .0001 1 < 2 < 3 |
| | 2,00 | 198 | 23,9 | 6.22 | |
| | 3,00 | 119 | 26,4 | 5.54 | |
| | Gesamt | 400 | 23,7 | 6.87 | |
| Einstellung zum eigenen Alter (5-10) | 1,00 | 83 | 7,2 | 1.57 | F = 12,83, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .0001 1 < 2 < 3 |
| | 2,00 | 198 | 7,7 | 1.43 | |
| | 3,00 | 119 | 8,2 | 1.19 | |
| | Gesamt | 400 | 7,8 | 1.43 | |
| Subjektive Gesundheit (1-3) | 1,00 | 83 | 1,7 | .74 | F = 13,50, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .0001 1 < 2, 3 |
| | 2,00 | 198 | 2,1 | .62 | |
| | 3,00 | 119 | 2,2 | .56 | |
| | Gesamt | 400 | 2,1 | .65 | |
| Optimismus (3-12) | 1,00 | 83 | 6,0 | 2.54 | F = 28,848, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .0001 1 < 2 < 3 |
| | 2,00 | 198 | 7,7 | 2.25 | |
| | 3,00 | 119 | 8,5 | 2.16 | |
| | Gesamt | 400 | 7,6 | 2.44 | |
| Mitverantwortliche Potenziale (4-16) | 1,00 | 83 | 8,3 | 2.73 | F = 43,741, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .0001 1 < 2 < 3 |
| | 2,00 | 198 | 10,5 | 2.77 | |
| | 3,00 | 119 | 11,8 | 2.51 | |
| | Gesamt | 400 | 10,4 | 2.96 | |
| Barrieren der Mitverantwortung (4-16) | 1,00 | 83 | 9,6 | 3.20 | F = 4,263, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .05 1, 2 > 3 |
| | 2,00 | 198 | 9,4 | 2.97 | |
| | 3,00 | 119 | 8,5 | 2.87 | |
| | Gesamt | 400 | 9,2 | 3.01 | |
| Entwicklungsgewinne (5-20) | 1,00 | 83 | 9,9 | 3.67 | F = 42,246, df ₁ = 2, df ₂ = 397, p < .0001 1 < 2 < 3 |
| | 2,00 | 198 | 12,4 | 3.43 | |
| | 3,00 | 119 | 14,5 | 3.60 | |
| | Gesamt | 400 | 12,5 | 3.88 | |

Tabelle II.9 Sorge vor kognitiven Verlusten und abnehmender Orientierung

| | | N | M | SD | ANOVA post hoc |
|--|--------|-----|------|------|---|
| Kohärenzgefühl (1-7) | 1,00 | 112 | 5,8 | 2.00 | F = 9,600, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .0001$ $1 > 2, 3$ |
| | 2,00 | 249 | 4,9 | 2.01 | |
| | 3,00 | 39 | 4,8 | 2.13 | |
| | Gesamt | 400 | 5,1 | 2.06 | |
| Lebenszufriedenheit (5-35) | 1,00 | 112 | 26,6 | 5.63 | F = 15,976, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .0001$ $1 > 2, 3$ |
| | 2,00 | 249 | 22,6 | 6.89 | |
| | 3,00 | 39 | 21,7 | 7.39 | |
| | Gesamt | 400 | 23,7 | 6.86 | |
| Einstellung zum eigenen Alter (5-10) | 1,00 | 112 | 8,1 | 1.23 | F = 7,028, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .0001$ $1 > 2, 3$ |
| | 2,00 | 249 | 7,7 | 1.44 | |
| | 3,00 | 39 | 7,1 | 1.68 | |
| | Gesamt | 400 | 7,8 | 1.43 | |
| Subjektive Gesundheit (1-3) | 1,00 | 112 | 2,2 | .56 | F = 3,631, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .0001$ n. s. |
| | 2,00 | 249 | 2,0 | .67 | |
| | 3,00 | 39 | 1,9 | .70 | |
| | Gesamt | 400 | 2,1 | .65 | |
| Optimismus (3-12) | 1,00 | 112 | 8,3 | 2.28 | F = 7,801, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .0001$ $1 > 2, 3$ |
| | 2,00 | 249 | 7,3 | 2.45 | |
| | 3,00 | 39 | 7,0 | 2.45 | |
| | Gesamt | 400 | 7,6 | 2.44 | |
| Mitverantwortliche Potenziale (4-16) | 1,00 | 112 | 11,6 | 2.66 | F = 15,029, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .0001$ $1 > 2, 3$ |
| | 2,00 | 249 | 10,1 | 3.00 | |
| | 3,00 | 39 | 9,3 | 2.49 | |
| | Gesamt | 400 | 10,4 | 2.96 | |
| Barrieren der Mitverantwortung (4-16) | 1,00 | 112 | 8,5 | 2.87 | F = 3,782, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .0001$ $1 < 2$ |
| | 2,00 | 249 | 9,4 | 3.00 | |
| | 3,00 | 39 | 9,4 | 3.26 | |
| | Gesamt | 400 | 9,2 | 3.01 | |
| Entwicklungsgewinne (5-20) | 1,00 | 112 | 14,6 | 3.53 | F = 26,368, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .0001$ $1 > 2, 3$ |
| | 2,00 | 249 | 11,8 | 3.72 | |
| | 3,00 | 39 | 11,1 | 3.63 | |
| | Gesamt | 400 | 12,5 | 3.88 | |

Daseinsthema „Seelisch-geistige Gewinne / seelisch-geistiges Wachstum“ und – abgeschwächt – für das Daseinsthema „Wachsende Bedeutung des Lebensrückblicks“, hingegen etwas weniger für das Daseinsthema „Sorge vor kognitiven Verlusten und abnehmender Orientierung“ (siehe hierzu die statistischen Kennwerte, die sich zwischen den Daseinsthemen erkennbar unterscheiden).

Einige Zusammenhänge seien an dieser Stelle hervorgehoben, weil sie die *Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention* unterstreichen und vielleicht sogar weiter spezifizieren.

Mit Blick auf das Daseinsthema „Seelisch-geistige Gewinne / seelisch-geistiges Wachstum“ sind die besonders engen / starken Zusammenhänge mit den Merkmalen „Mitverantwortliche Potenziale“, „Kohärenzgefühl“, „Lebenszufriedenheit“ und „Optimismus“ hervorzuheben (der Zusammenhang mit der Skala „Entwicklungsgewinne“ war zu erwarten, da das Daseinsthema und die Skala sehr Ähnliches beschreiben). Die Tatsache, dass sich starke Zusammenhänge mit dem Merkmal „Mitverantwortliche Potenziale“ zeigen, weist darauf hin, wie fruchtbar die Gelegenheit zum sozialen bzw. bürgerschaftlichen Engagement für das subjektive Erleben von seelisch-geistigen Gewinnen, von seelisch-geistigem Wachstum ist. Es lässt sich vor diesem Hintergrund die Aussage treffen: Dieses Engagement (welches unterschiedliche Formen und Ausprägungsgrade zeigen kann) lässt das Individuum noch eher erkennen, welche seelisch-geistigen Kräfte und Entwicklungspotenziale („Wachstum“) es besitzt; umgekehrt kann davon ausgegangen werden, dass die positive Selbstwahrnehmung von Alter – auch im Sinne eines seelisch-geistigen Wachstumsprozesses – das soziale bzw. das bürgerschaftliche Engagement weiter zu stimulieren vermag. Die anderen Zusammenhänge unterstreichen die positive Selbstwahrnehmung von Alter in ihrer Bedeutung für zentrale Merkmale der psychischen Situation, wie umgekehrt angenommen werden kann, dass die psychische Situation günstigen Einfluss auf die Selbstwahrnehmung von Alter ausübt. Vor diesem Hintergrund lässt sich durchaus die Aussage treffen, dass Möglichkeiten einer tiefergreifenden Reflexion des Individuums über das eigene Alter – und dabei über die eigenen Kräfte – einen positiven Einfluss auf die psychische Situation ausüben kann (hier deutet sich übrigens auch schon die Stellung des Lebensrückblicks an, der seinen Ausgang vielfach von der Reflexion über das eigene Alter nimmt). Es kann weiterhin angenommen werden, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention, die positiven Einfluss auf die psychische Situation haben, auch die Selbstwahrnehmung als älterer Mensch fördern. Ganz allgemein lässt sich festhalten, dass der in der Literatur ausführlich thematisierte Topos „Altersbilder“ nicht ohne seine engen Bezüge zu Merkmalen der psychischen Situation (und Gesundheit) erörtert werden sollte, sofern das Altersbild des Individuums angesprochen ist.

Mit Blick auf das Daseinsthema „Wachsende Bedeutung des Lebensrückblicks“ lässt sich aus den Ergebnissen die Aussage ableiten, dass der Lebensrückblick durch eine positive psychische Gesamtsituation erheblich gefördert wird oder zu einer solchen beiträgt, somit auch subjektiv in seinen *schöpferischen Potenzialen* erlebt wird.

Lebenszufriedenheit, Kohärenzgefühl, Optimismus und die Wahrnehmung von Entwicklungsgewinnen bilden eine seelisch-geistige Grundlage für den Lebensrückblick; die mitverantwortlichen Potenziale eine bedeutende psychosoziale Grundlage. Es ist durchaus möglich, dass auch – umgekehrt – der Lebensrückblick (als Ausdruck von Introversion mit Introspektion) die genannten Merkmale der psychischen Situation erkennbar zu befruchten vermag. Auf jeden Fall lassen die Ergebnisse den Schluss zu, dass der *Lebensrückblick* – wie schon von Robert Butler und Erik H. Erikson hervorgehoben – ein besonderes Potenzial für die weitere seelisch-geistige Entwicklung im Alter beschreibt und demnach auch in Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention (hier sind Bildungsangebote zu nennen) wie auch in Psychotherapieangeboten deutlich stärker zu gewichten ist.

Mit Blick auf das Daseinsthema „Sorge vor kognitiven Verlusten und abnehmender Orientierung“ fällt auf, dass jene Studienteilnehmer*innen, bei denen dieses Daseinsthema nicht erkennbar oder nur gering (eher gering) ausgeprägt war, in sechs Merkmalen signifikant günstigere Werte erzielten als jene Teilnehmer*innen, bei denen dieses Daseinsthema in mittelgradiger oder (eher) starker Ausprägung vorlag. Dies bedeutet für die Gesundheitsförderung und Prävention, ein derartiges Daseinsthema ernst zu nehmen und es nicht im Sinne eines „negativen Altersbildes“ vorschnell abzutun. Ernst zu nehmen in der Hinsicht, dass man entweder darin eine *Verunsicherung* erlebt, die ein tiefergehendes Gespräch und gegebenenfalls eine sich an dieses Gespräch anschließende Diagnostik erfordert, oder in der Hinsicht, dass sich in dieser Sorge die psychische Reaktion auf eine tatsächlich erfahrene, schwerwiegendere kognitive Einbuße widerspiegelt, die die Notwendigkeit einer umfassenderen ärztlichen und psychosozialen Intervention bedingt.

Eine Aufgabe im Leben haben

Fragen wir auch hier nach den Zusammenhängen zwischen diesem Daseinsthema und den Merkmalen der psychischen Situation. Die in nachfolgender Tabelle II.10 aufgeführten Korrelationen zeigen sehr enge/starke Zusammenhänge mit acht, einen engen Zusammenhang mit einem der zehn Merkmale. Dieses Daseinsthema erweist sich vor dem Hintergrund der Korrelationen als ein Schlüsselthema mit Blick auf die psychische Situation.

Folgt man den Ergebnissen dieser Analysen, so weist das Daseinsthema „Eine Aufgabe im Leben haben“ statistisch bedeutsame Zusammenhänge mit neun der zehn psychometrisch erfassten Merkmale auf; in sieben Fällen sind diese hochsignifikant, in einem Fall (negativer Zusammenhang mit Depressionen) signifikant: Jene Menschen, die davon überzeugt sind, eine Aufgabe im Leben zu haben, zeigen auch eine *deutlich bessere psychologische Gesamtsituation* auf: Betrachtet man die am stärksten ausgeprägten Zusammenhänge, so fallen vor allem Kohärenzgefühl, Lebenszufriedenheit, Optimismus und mitverantwortliche Potenziale auf.

Tabelle II.10 Korrelation des Daseinsthemas mit Merkmalen der psychischen Situation

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|---|-------|-------|-------|--------|-------|
| Eine Aufgabe im Leben haben | ,45** | -,10* | ,44** | ,31** | | ,28** | ,43** | ,49** | -,18** | ,51** |

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

- (1) Kohärenzgefühl Leipziger Kurzform, (2) Geriatriische Depressionsskala, (3) Lebenszufriedenheit, (4) Einstellung zum eigenen Alter, (5) Subjektives Alter, (6) Subjektive Gesundheit, (7) Optimismus, (8) Mitverantwortliche Potenziale, (9) Barrieren der Mitverantwortung, (10) Entwicklungsgewinne

Die Ergebnisse der Varianzanalysen (Tabelle II.11) zeigen, dass die Abstufungen in dem Daseinsthema „Eine Aufgabe im Leben haben“ große Bedeutung für die Ausprägungsgrade der einzelnen Skalen besitzen: Je stärker das Daseinsthema „Eine Aufgabe im Leben haben“ ausgeprägt ist, desto positiver fallen die Werte in den Merkmalen der psychischen Situation aus.

Die in Tabelle II.12 dargestellten Interkorrelationen mit anderen Daseinsthemata machen zum einen deutlich, dass „Eine Aufgabe im Leben haben“ eng mit einem positiven Selbstbild zusammenhängt (siehe zum Beispiel die Zusammenhänge mit dem Daseinsthema „Seelisch-geistige Gewinne / seelisch-geistiges Wachstum“), zugleich aber mit der Erfahrung von Teilhabe und Anerkennung durch andere Menschen (siehe zum Beispiel „Anderen Menschen etwas geben können“). Es ist zudem nicht überraschend, dass sich negative Zusammenhänge mit den einsamkeitsbezogenen Daseinsthemata zeigen.

Die hervorgehobene Bedeutung, die das Merkmal „Eine Aufgabe im Leben haben“ für die psychologische Gesamtsituation besitzt, erfordert auch eine nähere Betrachtung dessen, *was genau unter diesem Merkmal zu verstehen ist*. Bei der Erstellung des Kategoriensystems war es uns wichtig, die in vielen Interviews der Pilotuntersuchung getroffenen Aussagen, (a) wonach man auch im Alter nach einer Aufgabe suche, (b) wonach sich auch im Alter Aufgaben stellten, (c) wonach man im Alter keine Aufgabe mehr habe, (d) wonach sich im Alter keine Aufgaben mehr stellten, (e) wonach man im Alter gar nicht mehr nach einer Aufgabe strebe (zum Beispiel, weil man in der Biografie genug getan habe), zu kategorisieren.

Dabei war uns bewusst, dass mit der Kategorie „Eine Aufgabe im Leben haben“ *individuell unterschiedliche Aspekte* verknüpft sind – genauso wie mit der Überzeugung, keine Aufgabe mehr zu haben. Unter „Aufgabe“ wurde zum einen das Engagement für andere Menschen (für einen Verein) verstanden, zum anderen die Nutzung (das Ausschöpfen) von Möglichkeiten, ein selbstständiges, selbstverantwortliches, persönlich sinnerfülltes Leben zu führen, zum dritten die Übernahme von Verantwortung innerhalb oder außerhalb der Familie, zum vierten die Erhaltung von Gesundheit und Selbstständigkeit (im Sinne funktionaler / instrumenteller Autonomie). Dabei konnten Aspekte genannt werden wie: den eigenen Haushalt noch möglichst

Tabelle II.11 Eine Aufgabe im Leben haben

| | | N | M | SD | ANOVA post hoc |
|---|--------|-----|------|------|--|
| Kohärenzgefühl (1-7) | 1,00 | 78 | 3,7 | 2.17 | F = 31,837, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .0001$ $1 < 2 < 3$ |
| | 2,00 | 181 | 5,1 | 1.78 | |
| | 3,00 | 141 | 6,0 | 1.88 | |
| | Gesamt | 400 | 5,1 | 2.06 | |
| Depressivität (0-15) | 1,00 | 78 | 5,5 | 2.76 | F = 4,153, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .05$ $1 > 2, 3$ |
| | 2,00 | 181 | 4,9 | 2.24 | |
| | 3,00 | 141 | 4,6 | 2.65 | |
| | Gesamt | 400 | 4,9 | 2.51 | |
| Lebenszufriedenheit (5-35) | 1,00 | 78 | 19,3 | 8.92 | F = 29,584, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .0001$ $1 < 2 < 3$ |
| | 2,00 | 181 | 23,2 | 5.35 | |
| | 3,00 | 141 | 26,6 | 5.86 | |
| | Gesamt | 400 | 23,7 | 6.86 | |
| Einstellung zum eigenen Alter (5-10) | 1,00 | 78 | 7,2 | 1.82 | F = 11,956, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .0001$ $1 < 2, 3$ |
| | 2,00 | 181 | 7,8 | 1.27 | |
| | 3,00 | 141 | 8,1 | 1.31 | |
| | Gesamt | 400 | 7,8 | 1.43 | |
| Subjektive Gesundheit (1-3) | 1,00 | 78 | 1,8 | .76 | F = 15,641, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .0001$ $1 < 2 < 3$ |
| | 2,00 | 181 | 2,1 | .63 | |
| | 3,00 | 141 | 2,2 | .56 | |
| | Gesamt | 400 | 2,1 | .65 | |
| Optimismus (3-12) | 1,00 | 78 | 6,4 | 2.54 | F = 23,192, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .0001$ $1 < 2, 3$ |
| | 2,00 | 181 | 7,5 | 2.34 | |
| | 3,00 | 141 | 8,4 | 2.23 | |
| | Gesamt | 400 | 7,6 | 2.44 | |
| Mitverantwortliche Potenziale (4-16) | 1,00 | 78 | 8,9 | 3.25 | F = 31,191, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .0001$ $1 < 2 < 3$ |
| | 2,00 | 181 | 9,9 | 2.71 | |
| | 3,00 | 141 | 11,9 | 2.44 | |
| | Gesamt | 400 | 10,4 | 2.96 | |
| Entwicklungsgewinne (5-20) | 1,00 | 78 | 10,8 | 4.53 | F = 24,283, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .0001$ $1 < 2 < 3$ |
| | 2,00 | 181 | 12,0 | 3.54 | |
| | 3,00 | 141 | 14,2 | 3.30 | |
| | Gesamt | 400 | 12,5 | 3.88 | |

Tabelle II.12 Korrelation mit anderen Daseinsthemen

| | Eine Aufgabe im Leben haben |
|---|-----------------------------|
| Seelisch-geistige Gewinne / seelisch-geistiges Wachstum | ,44* |
| Wachsende Bedeutung des Lebensrückblicks | ,31* |
| Sorge vor kognitiven Verlusten und abnehmender Orientierung | -,15* |
| Anderen Menschen etwas geben können | ,42* |
| Erfahrung von Abwertung, Meidung, Geringschätzung durch andere Menschen | -,22* |
| Erleben großen Interesses anderer Menschen am Leben im hohen Alter | ,37* |
| Phasen von Einsamkeit, die als schmerzlich empfunden wird | -,14* |
| Sorge vor wachsender Einsamkeit | -,30* |

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

lange allein, ohne fremde Hilfe zu führen, möglichst lange im eigenen Haushalt zu verbleiben, den Erwartungen anderer Menschen (auch des Arztes oder der Ärztin) im Hinblick auf die Erhaltung oder Wiedererlangung von Gesundheit gerecht zu werden.³⁹ Schließlich sahen nicht wenige Personen im Lebensrückblick,⁴⁰ aber auch in der Antizipation der Zukunft (einschließlich der Endlichkeit) eine bedeutende Aufgabe.⁴¹ Für unsere Deutung von „Aufgabe“ waren der subjektiv gegebene Aufforderungs- und Anforderungscharakter wichtig, der von einem Thema ausging, sowie die Hervorhebung geistigen und emotionalen Investments in das angesprochene Thema.⁴² Die in oben stehender Tabelle aufgezeigten Zusammenhänge mit acht psychologischen Merkmalen sind für das Verständnis dessen, was unter „Aufgabe“ zu verstehen ist, sehr hilfreich: Es wurde schon auf den Zusammenhang mit der Skala „Mitverantwortliche Potenziale“ hingewiesen, der deutlich macht, dass die „Aufgabe“ auch (keinesfalls alleine) darin gesehen wird, das Leben in den Dienst eines anderen Menschen, eines Vereins, der Gesellschaft, einer Idee und / oder der Schöpfung (Gottes) zu stellen; hier ergibt sich eine enge Nähe zu der von Viktor Frankl⁴³ unterbreiteten Definition von Sinn-Erleben, das sich in dem Maße einstelle, in dem das Individuum sein Leben in den Dienst von etwas stelle, *das nicht es selbst ist*. Ein weiteres psychologisches Merkmal, das mit „Eine Aufgabe im Leben haben“ eng zusammenhängt, ist das „Kohärenzgefühl“, welches in der Definition von Antonovsky⁴⁴ die subjektive Überzeugung beschreibt, externe und interne Reize verstehen, diese

39 Chaudhury & Oswald (2019)

40 Butler (1981)

41 Thomae (1981); Lang & Rupperecht (2020)

42 Heckhausen et al. (2019); Staudinger & Nesselroade (2006)

43 Frankl (1972/2005)

44 Antonovsky (1997)

Reize (auch wenn sie mit Konflikten und Belastungen verknüpft sind) bewältigen zu können und in den Bewältigungs- oder Verarbeitungsversuchen innerlich zu wachsen, sodass es sich „lohnt“, psychische Energie in die Bewältigung oder Verarbeitung zu investieren. Gerade die zuletzt genannte Komponente, die Überzeugung, dass es sich lohne, psychische Energie in die Bewältigung oder Verarbeitung zu investieren, spiegelt den Aufgabencharakter des Lebens wider. Der Optimismus – als weiteres Merkmal, mit dem die subjektiv attribuierte Aufgabe in einem sehr engen Zusammenhang steht – verdeutlicht einmal mehr, dass die Aufgabe im Erleben der Person nicht (oder nicht notwendigerweise) als eine Belastung erscheint, sondern eher als eine Anforderung oder auch als eine Aufforderung (zum Beispiel zu einem engagierten Handeln). Es ist aber auch möglich – und zeigte sich in den Interviews –, dass belastende Situationen als Aufgabe und nicht nur als Belastung empfunden werden; so zum Beispiel dann, wenn der / die hilfs- oder pflegebedürftige (Ehe-)Partner*in betreut oder gepflegt werden muss.⁴⁵ Das Müssen kann hier – neben allen belastenden Aspekten – auch eine positive affektive Komponente aufweisen, weil in der Betreuung oder Pflege eine Aufgabe gesehen wird, die sich aus der Geschichte der Partnerschaft und der Verantwortung, die aus dieser gemeinsamen Geschichte erwächst, ergibt. Die hier berichteten und explizierten Zusammenhänge sind aber auch in negativer Richtung zu deuten: Jene Personen, die in ihrem Leben *keine* Aufgabe mehr erblicken, weisen mit größerer Wahrscheinlichkeit eine ungünstigere psychologische Gesamtsituation auf als jene Personen, die in ihrem Leben eine Aufgabe erblicken.

II.11 Herstellung von Balance als schöpferischer Prozess

„... der Augenblick ist mein“: Mit diesem Obertitel wird eine schöpferische Leistung alter Menschen angesprochen, als die wir die Wiederherstellung einer Balance im Falle erlebter Verletzlichkeit deuten. Daseinsthematische Analysen, die auf einer umfassenden und differenzierten Betrachtung der Lebenssituation alter Menschen im Interview gründen, geben uns Zeugnis von diesem Prozess, als den wir die Wiederherstellung einer Balance begreifen, wie auch von dem Ergebnis dieses Prozesses.⁴⁶ Die unterschiedlichen Sequenzen von Daseinsthemen in der Gesamtgruppe der befragten Personen und in den drei differenzierten Untergruppen zeigen zahlreiche Formen von Verletzlichkeit auf, die sich im Alter einstellen können. Zugleich machen sie deutlich, wie sehr es alten Menschen – trotzdem – gelingen kann, sich an den unterschiedlichsten Weltausschnitten erfreuen zu können. Diese Fähigkeit, sich an den unterschiedlichsten Weltausschnitten erfreuen zu können, auch wenn

45 Kim-Knauss et al. (2019); Lang & Rupprecht (2020); Reinwand et al. (2018)

46 Biggs et al. (2017)

man gleichzeitig mit Formen von Verletzlichkeit konfrontiert ist, dies ist Ausdruck von seelischen Kräften, die alte Menschen dazu bringen, wieder eine innere Balance herzustellen. Dabei zeigen uns die Analysen für die drei Untergruppen, dass die Wiederherstellung innerer Balance und die darin zum Ausdruck kommenden schöpferischen Kräfte keinesfalls losgelöst von den objektiv gegebenen Bedingungen sind, unter denen alte Menschen leben. Als besonders gravierend erweisen sich die Schicht- und – damit verbunden – die Bildungsbedingungen, die das individuelle Leben kennzeichnen. Menschen aus einer eher niedrigen Sozialschicht zeigen eine *daseinsthematische Struktur*, die keinesfalls frei von positiv konnotierten Erlebnissen und Erfahrungen ist, die aber doch deutlich stärker von erlebten Einschränkungen bestimmt ist als bei Angehörigen mittlerer oder höherer Sozial- und Bildungsschichten. Damit stehen wir im Zentrum eines Teilhabediskurses, der seinerseits die gesellschaftliche Mitverantwortung für ein persönlich stimmiges, sinnerfülltes Leben im Alter freilegt.⁴⁷ Denn wenn es gelingt, die Teilhabe von sozial benachteiligten Menschen nachhaltig zu fördern – und dies über weite Phasen des Lebenslaufs –, dann erweitert sich damit auch der Erfahrungs- und Handlungshorizont und damit die Chance, stimmigkeits- und sinnerfüllte Erlebnisse und Erfahrungen zu machen und die Welt in einer den persönlichen Kriterien eines guten Lebens gemäßen Art und Weise zu gestalten. Wie hoch die Plastizität menschlichen Erlebens und Handelns ist, zeigt uns dabei die daseinsthematische Struktur von Menschen, bei denen ein vergleichsweise höherer Pflegegrad vorliegt. Auch wenn in dieser Untergruppe einschränkende Lebensbedingungen, die vor allem durch gesundheitliche Einbußen bestimmt sind, in der Sequenz der Daseinsthemen ein erkennbar höheres Gewicht annehmen als in der Gesamtgruppe der interviewten Personen, so finden sich doch gleichzeitig zahlreiche Hinweise auf positiv konnotierte Erlebnisse und Erfahrungen, was die schöpferischen Kräfte bei der Wiederherstellung einer inneren Balance eindrucksvoll vor Augen führt. Ein Befund sei hier aufgegriffen, der im Kapitel nicht ausführlich dargelegt wurde, der aber auf die *Grenzen der schöpferischen Kräfte* deutet: Im Falle einer Kombination der beiden Merkmale höherer Pflegegrad *und* eher niedrige Sozialschicht ergab sich eine psychologisch deutlich ungünstigere Folge von Daseinsthemen. In dieser dominierten die erlebten Einschränkungen deutlich, positiv konnotierte Erlebnisse und Erfahrungen traten deutlich hinter diesen Einschränkungen zurück.

47 Cuyvers et al. (2018); Martinson & Minkler (2006); Kruse & Schmitt (2015)

Literatur

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Verlag Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Baltes, P. B. (1999). Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32(6), 433–448.
- Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. *The handbook of stress and health: A guide to research and practice*, 351–364.
- Brandtstädter, J. (2007) Konzepte positiver Entwicklung. In J. Brandtstädter, & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*. Ein Lehrbuch (S. 681–723). Stuttgart: Kohlhammer.
- Brandtstädter, J. (2014). Lebenszeit, Weisheit und Selbsttranszendenz. In *Aufgang. Jahrbuch für Denken, Dichten, Musik* (S. 136–149). Stuttgart: Kohlhammer.
- Brittain, K., Kingston, A., Davies, K., Colleton, J., Robinson, L. A., Kirkwood, T. B., Bond, J., & Jagger, C. (2017). An investigation into the patterns of loneliness and loss in the oldest old – Newcastle 85+ Study. *Ageing & Society*, 37, 39–62.
- Brothers, A., Gabrian, M., Wahl, H.-W., & Diehl, M. (2016). Future time perspective and awareness of age-related change: Examining their role in predicting psychological well-being. *Psychology and Aging*, 31, 605–617.
- Butler, R. N. (1963). The life review: an interpretation of reminiscence in old age. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 26, 65–76.
- Butler, R. N. (1981). The life review: An unrecognized bonanza. *The International Journal of Aging and Human Development*, 12, 35–38.
- Cavanaugh, J. C., & Blanchard-Fields, F. (2011). *Adult development and Aging* (6. Aufl.). Belmont, California: Cengage Learning, Wadsworth.
- Chaudhury, H., & Oswald, F. (2019). Advancing understanding of person-environment interaction in later life: One step further. *Journal of aging studies*, 51, 100821. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2019.100821>.
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet*, 381, 752–762.
- Cuyvers, G., Thomése, F., & van Tilburg, T. (2018). Participation narratives of Third Age adults: Their activities, motivations and expectations regarding civil society organisations. *Journal of aging studies*, 46, 10–16.
- Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1998). *The life cycle completed* (extended version). New York: WW Norton.
- Fernández-Ballesteros, R., Benetos, A., & Robine, J. M. (Hrsg.). (2019). *The Cambridge Handbook of Successful Aging*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fookien, I., & Heuft, G. (Hrsg.). (2014). *Das späte Echo von Kriegskindheiten: Die Folgen des Zweiten Weltkriegs*

- in Lebensverläufen und Zeitgeschichte*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Förstl, H. (Hrsg.). (2012). *Theory of mind: Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens*. Berlin: Springer.
- Förstl, H., Bickel, H., & Perneczky, R. (2018). Alzheimer-Demenz und andere degenerative Demenzen. In P. Berlit (Hrsg.), *Klinische Neurologie* (S. 1–17). Berlin: Springer.
- Frankl, V. (1972/2005). *Der Wille zum Sinn*. Bern: Huber.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology*, 56A, 146–156.
- Gibson, F. (Hrsg.) (2018). *International Perspectives on Reminiscence, Life Review and Life Story Work*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Heckhausen, J., Wrosch, C., & Schulz, R. (2019). Agency and motivation in adulthood and old age. *Annual Review of Psychology*, 70, 191–217.
- Heuft, G. (1999). Die Bedeutung der Trauma-Reaktivierung im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32, 225–230.
- Heuft, G. (2004). Traumatisierung im Lebenslauf und Trauma-Reaktivierung im Alter. *Psychotherapie im Alter*, 1, 23–35.
- Higgs, P., & Gilleard, C. (2019). The ideology of ageism versus the social imaginary of the fourth age: two differing approaches to the negative contexts of old age. *Ageing & Society*, 40, 1617–1630.
- Jaspers, K. (1932/1973). *Philosophie* (3 Bde.). Berlin: Springer.
- Jüttemann, G., & Thomae, H. (Hrsg.) (1987). *Biografie und Psychologie*. Heidelberg: Springer.
- Jüttemann, G., & Thomae, H. (Hrsg.) (1998). *Biographische Methoden in den Humanwissenschaften*. Weinheim: Beltz PVU.
- Kessler, E. M., Kruse, A., & Wahl, H. W. (2014). Clinical geropsychology: A lifespan perspective. In N. A. Pachana, & K. Laidlaw (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Clinical Geropsychology: International Perspectives* (S. 3–25). Oxford: Oxford University Press.
- Kim-Knauss, Y., Lang, F. R., Rohr, M. K., & Fung, H. H. (2019). For a better me? Or for a better us? Perceived utilities of aging preparatory activities and positive future thinking in Germany, USA and Hong Kong. *European Journal of Ageing*, 17, 1–11.
- Kohli, M. (1986). Gesellschaftszeit und Lebenszeit. In J. Berger (Hrsg.), *Die Moderne – Kontinuitäten und Zäsuren* (Soziale Welt, Sonderband 4). Göttingen: Schwartz.
- Kornadt, A. E., Kessler, E. M., Wurm, S., Bowen, C. E., Gabrian, M., & Klusmann, V. (2019). Views on ageing: a lifespan perspective. *European Journal of Ageing*, 17, 1–15.
- Kruse, A. (2005a). Selbstständigkeit, Selbstverantwortung, bewusst angenommene Abhängigkeit und Mitverantwortung als Kategorien einer Ethik des Alters. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, 273–287.
- Kruse, A. (2005b). Biografische Aspekte des Alter(n)s: Lebensgeschichte und

- Diachronizität. In U. Staudinger, & S.-H. Filipp (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters* (S. 1–38). Göttingen: Hogrefe.
- Kruse, A. (2017). *Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife*. Heidelberg: Springer.
- Kruse, A. (2020a). Aging and personal growth. Developmental potentials in old age. In M. Schweda, M. Coors, & C. Bozzaro (Hrsg.), *Aging and Human Nature Perspectives from Philosophical, Theological, and Historical Anthropology* (S. 27–46). Basel: Springer.
- Kruse, A. (2020b). Demenz als Herausforderung an gelingendes Sterben. In O. Mitscherlich-Schönherr (Hrsg.), *Gelingendes Sterben – Zeitgenössische Theorien im interdisziplinären Dialog* (S. 177–203). Berlin: de Gruyter.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (1999). Reminiscence of traumatic experiences in (former) Jewish emigrants and extermination camp survivors. In A. Maercker, M. Schützwohl, & Z. Solomon (Hrsg.), *Post-traumatic stress disorder. A lifespan developmental perspective* (S. 155–176). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2000). *Wir haben uns als Deutsche gefühlt. Lebensrückblick und Lebenssituation jüdischer Emigranten und Lagerhäftlinge*. Darmstadt: Steinkopff.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2015) Shared responsibility and civic engagement in very old age. *Research in Human Development*, 12(1–2), 133–148.
- Kruse, A., Schmitt, E., Remmers, H., & Wild, B. (Hrsg.) (März 2020). *Älterwerden in Balance. Gesundheits- und Bewältigungsverhalten alter Menschen. Abschlussbericht an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Heidelberg: Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg.
- Labouvie-Vief, G. (2003). Dynamic integration: Affect, cognition, and the self in adulthood. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 201–206.
- Lang, F. R., & Rupprecht, F. S. (2020). Perceived personal deadlines for late-life preparation across adulthood. *European Journal of Ageing*, 1–12. <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00581-8>.
- Martinson, M., & Minkler, M. (2006). Civic engagement and older adults: A critical perspective. *The Gerontologist*, 46, 318–324.
- McAdams, D. P., Josselson, R., & Lieblich, A. (2006). *Identity and story: Creating self in narrative*. Washington: APA Books.
- Mitscherlich-Schönherr, O. (Hrsg.) (2019). *Gelingendes Sterben – Zeitgenössische Theorien im interdisziplinären Dialog*. Berlin: de Gruyter.
- Nassehi, A. (2004). Worüber man nicht sprechen kann, darüber muss man schweigen. Über die Geschwätzigkeit des Todes in unserer Zeit. In K. P. Liessmann (Hrsg.), *Ruhm, Tod und Unsterblichkeit* (118–145). Wien: Zsolnay.
- Randall, W., Baldwin, C., McKenzie-Mohr, S., McKim, E., & Furlong, D. (2015). Narrative and resilience:

- A comparative analysis of how older adults story their lives. *Journal of aging studies*, 34, 155–161.
- Reinwand, D. A., Crutzen, R., & Zank, S. (2018). Online activities among elder informal caregivers: Results from a cross-sectional study. *Digital health*, 4, 1–11. <https://doi.org/10.1177/2055207618779715>.
- Rentsch, T. (2000). „Altern als Werden zu sich selbst. Philosophische Anthropologie und Ethik der späten Lebenszeit“. In T. Rentsch (Hrsg.), *Negativität und praktische Vernunft* (S. 151–179). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Rentsch, T. (2013). Alt werden, alt sein. Philosophische Ethik der späten Lebenszeit. In T. Rentsch, A. Kruse, & H. P. Zimmermann (Hrsg.), *Altern in unserer Zeit* (S. 163–187). Frankfurt am Main: Campus.
- Rentsch, T. (2014). Werden zu sich selbst: Das Altern und die Zeitlichkeit des guten Lebens. *Zeitschrift für Praktische Philosophie*, 1(1), 263–288.
- Ritschl, D., & Jones, H. O. (1976). *Story als Rohmaterial der Theologie*. München: Christian Kaiser.
- Rook, K. S., & Charles, S. T. (2017). Close social ties and health in later life: Strengths and vulnerabilities. *American Psychologist*, 72(6), 567–577.
- Salthouse, T. A. (2016). Continuity of cognitive change across adulthood. *Psychonomic Bulletin & Review*, 23, 932–939.
- Salthouse, T. A. (2018). Why is cognitive change more negative with increased age? *Neuropsychology*, 32, 110–120.
- Schmiedek, F. (2017). Development of cognition and intelligence. In J. Specht (Hrsg.), *Personality development across the lifespan* (S. 309–323). London: Academic Press.
- Schmitt, E., & Kruse, A. (2018). Weitergabe von traumabezogenen Erfahrungen im intergenerationellen Dialog. In E. Brähler, & W. Herzog (Hrsg.), *Sozialpsychosomatik* (S. 271–288). Stuttgart: Schattauer.
- Schütze, F. (2016). Biographieforschung und narratives Interview. In W. Fiedler, & H. H. Krüger (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Prozessanalyse. Grundlagen der qualitativen Sozialforschung* (S. 55–73). Opladen: Budrich.
- Springhart, H., & Thomas, G. (Hrsg.). (2017). *Exploring Vulnerability*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Staudinger, U. M. (2005). Lebenserfahrung, Lebenssinn und Weisheit. In S.-H. Filipp, & U. Staudinger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters* (S. 740–761). Göttingen: Hogrefe.
- Staudinger, U. M. (2020). The positive plasticity of adult development: Potential for the 21st century. *American Psychologist*, 75, 540–553.
- Staudinger, U. M., & Nesselroade, J. R. (2006). Development and structural dynamics of personal life investment in old age. *Psychology and aging*, 21, 737–753.
- Thomae, H. (1966). *Persönlichkeit – eine dynamische Interpretation*. Bonn: Bouvier.
- Thomae, H. (1968). *Das Individuum und seine Welt*. Göttingen: Hogrefe.

- Thomae, H. (1981). Future time perspective and the problem of cognition / motivation interaction. In G. D'Ydewalle, & W. Lens (Hrsg.), *Cognition in human motivation and learning* (S. 261–274). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Thomae, H. (1996). *Das Individuum und seine Welt* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Wahl, H. W. (2017). *Die neue Psychologie des Alterns: überraschende Erkenntnisse über unsere längste Lebensphase*. München: Kösel-Verlag.
- Wiesmann, U., Ballas, I., & Hannich, H. J. (2018). Sense of coherence, time perspective and positive aging. *Journal of Happiness Studies*, 19, 817–839.
- Zimmermann, S., & Forstmeier, S. (2020). From fragments to identity: reminiscence, life review and well-being of holocaust survivors. An integrative review. *Aging and Mental Health*, 24, 525–549.

Kapitel III

Lebensbindung und Lebensbewertung

Andreas Kruse, Eric Schmitt, Jörg Hinner,
Dimitrios Kampanaros, Matthias Mettner

Zusammenfassung Im Zentrum dieses Kapitels stehen die Konstrukte der Lebensbindung und Lebensbewertung, die von M. Powell Lawton in die gerontologische Theorie eingeführt wurden. In einem ersten Schritt wird die von Lawton entwickelte Theorie vorgestellt und dann durch verwandte Theorien gerahmt, die den Aufgabencharakter des Lebens, Erfahrungen von Stimmigkeit und Glück sowie psychische Transzendenzleistungen betonen. In einem weiteren Schritt werden Lebensbindung und Lebensbewertung im Lichte der Daseinsthemen untersucht; 15 Daseinsthemen spiegeln in ihrer Gesamtheit die Lebensbindung, 14 Daseinsthemen die Lebensbewertung wider. Es wurden Clusteranalysen mit dem Ziel durchgeführt, sowohl mit Blick auf Lebensbindung als auch mit Blick auf Lebensbewertung Untergruppen zu identifizieren, in denen sich unterschiedliche Formen von Selbst- und Weltgestaltung wie auch unterschiedliche Einstellungen zum Alter zeigen. Dabei werden die Gruppenbildungen (Clusterlösungen) in Beziehung zu Merkmalen der objektiven Lebenssituation gesetzt. In den ermittelten Verteilungen und statistisch ermittelten Zusammenhängen zeigen sich potenzielle Einflüsse der objektiven Lebenssituation, die sich mit Blick auf Lebensbindung und Lebensbewertung auch im Sinne von spezifischen Ressourcen-Risiko-Konstellationen deuten lassen.

Schlagwörter Glück, Selbst-Transzendierung, Selbstgestaltung, *Valuation of Life*, Weltgestaltung

Abstract This chapter focuses on the constructs of life commitment and life evaluation, introduced into gerontological theory by M. Powell Lawton. In a first step, the theory developed by Lawton is introduced and then framed by related theories that emphasise the “task character” of life, experiences of coherence and happiness, and psychological transcendence. Next, life commitment and life evaluation are examined in the light of the “themes of existence”. 15 themes of existence reflect life commitment and 14 reflect life evaluation. Cluster analyses were carried out with the aim of identifying sub-groups with regard to both life commitment and life evaluation. Different forms of shaping the self and the world as well as different attitudes towards old age are evident in these sub-groups. In carrying out these analyses, the group formations (cluster solutions) are placed in relation to characteristics of the objective life situation. The distributions and statistically determined correlations show potential influences of the objective life situation, which can also be interpreted in terms of specific resource-risk-constellations with regard to life commitment and life evaluation.

Keywords Happiness, self-design, self-transcendence, valuation of life, world-design

Fragen der Lebensbindung und Lebensbewertung sind, vor allem inspiriert durch Arbeiten von M. Powell Lawton und Kollegen, seit den 1990er-Jahren zu einem wichtigen Gegenstand gerontologischer Forschung zur (subjektiven) Lebensqualität geworden.¹ Nachdem sich Forschungsarbeiten zum Zusammenhang zwischen Gesundheit und Lebensqualität, insbesondere auch zu den Bedingungen und Zuständen, unter denen Menschen jeweils ein Weiterleben noch oder nicht mehr wünschenswert erscheint, lange einseitig auf die (vermeintlichen) Auswirkungen körperlicher und geistiger Verluste auf die Lebensqualität konzentrierten und deutlich wurde, dass sich Unterschiede in der Bewertung von Lebensqualität (in Form von „years of desired life“) auf der Grundlage aktueller oder antizipierter gesundheitlicher Verluste ebenso wenig zufriedenstellend erklären lassen wie durch negativen oder positiven Affekt,² wurde mit dem *Valuation of Life*-Konzept ein umfassendes Verständnis der Bindung an das Leben entwickelt, das in deutlich stärkerem Maß auf individuelle Aspirationen und Anpassungsleistungen, Bemühungen um Selbst- und Weltgestaltung sowie „existenzielle Faktoren“ Bezug nimmt.

III.1 Valuation of Life

Lawton et al.³ erläutern das *Valuation of Life*-Konzept im Kontext einer längeren Tradition der Suche nach positiven Aspekten seelisch-geistiger Gesundheit, zu der sie neben einflussreichen Arbeiten von Carl Rogers⁴ und Marie Jahoda⁵ insbesondere das von Carol Ryff explizierte, theoretisch konzeptuelle (und empirische) Verständnis von subjektivem Wohlbefinden zählen, das den Übergang von einem bis in die 1980er-Jahre dominanten hedonistischen Ansatz (*hedonic approach*) zu einer eudämonistischen Sichtweise (*eudaimonic perspective*) kennzeichnet:⁶ „... the model is not about lives of smooth sailing where all goes well and one manages to evade adversity but rather is about successful engagement with difficult events and experiences.“⁷

Vor dem Hintergrund dieser Tradition ist es für das *Valuation of Life*-Konzept charakteristisch, dass dieses explizite Urteile über die auf körperliche Gesundheit bezogenen Aspekte nicht als definitorische Merkmale, sondern als relevante Outcome-Merkmale begreift, dass dieses weiterhin eine Definition von *Valuation of Life* über das Fehlen von Psychopathologie vermeidet (*Valuation of Life* wird nicht negativ, sondern positiv definiert) und dass dieses schließlich *Valuation of Life* nicht auf der

1 Lawton (1991); Lawton et al. (1999, 2001, 2002)

2 Covinsky et al. (1999); Lawton et al. (2001); Moss et al. (2007)

3 Lawton et al. (2001)

4 Rogers (1951)

5 Jahoda (1958)

6 Ryff (1989, 2014)

7 Ryff & Singer (2003), S. 21

Grundlage verallgemeinernder Urteile über verschiedene Lebensbereiche oder über bereichsspezifische Zufriedenheiten definiert. In der Sprache der Autoren:

„Thus, our intent was to avoid overt physical health, psychopathological content, and content-specific domains such as family, activities, or economic state. Rather, we sought to derive from the literature a small set of relatively global constructs that express the active embrace of life.“⁸

Empirische Untersuchungen zeigen nicht nur, dass sich seelisch-geistige Gesundheit (*positive mental health*) auch ohne Bezugnahme auf psychopathologische Aspekte gut vorhersagen lässt – Lawton und Kollegen berichten für die Korrelationen der zur Messung von *Valuation of Life* eingesetzten psychometrischen Skala mit gängigen Indikatoren seelisch-geistiger Gesundheit einen Median von $r = .51$ –, sie sprechen auch für die Annahme, dass *Valuation of Life* ein von seelisch-geistiger Gesundheit in Teilen unabhängiges, eigenständiges Konzept darstellt. Die von Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern in unterschiedlichen Untersuchungen unter der Bedingung verschiedener Erkrankungen und Einschränkungen angegebene *gewünschte Lebensdauer* (*years of desired life*) lässt sich durch das *Valuation of Life*-Konzept besser vorhersagen als durch die Berücksichtigung verwandter Konzepte einschließlich allgemeiner Einschätzungen von Lebensqualität und positiver geistiger Gesundheit. Lawton und Kollegen deuten dies im Sinne eines Zusammenhanges zwischen *Valuation of Life* und der Fähigkeit, Kriterien (oder: Standards) hinsichtlich dessen, was im alltäglichen Leben als akzeptabel angesehen wird, an die Veränderung von Person- und Umweltmerkmalen anzupassen. Sie gehen davon aus, dass *Valuation of Life* als kognitives Schema den dynamischen Prozess von Akkommodation und Assimilation, mit dem Menschen auf die Bedrohung durch Krankheit und Abbau reagieren, repräsentiert. Der Einfluss zunehmender gesundheitlicher Verluste auf das subjektive Befinden kann demnach durch eine Veränderung des Adaptationsniveaus verringert oder sogar minimiert werden.⁹ In diesem Kontext werden auch depressive Verstimmungen als im Alternsprozess auftretende Veränderungen aufgefasst, an die sich Menschen kontinuierlich anpassen:

„We suggest even further, however, that depressive feelings themselves may constitute a facet of the aging context to which partial adaption is possible. A very small proportion of depressed people wish to die, and an infinitesimal proportion commit suicide. Thus we suggest that VOL (*Valuation of Life*) represents the cognitive-affective AL (*Adaptation Level*) of present, past, and contextual inputs that summarizes the meaning and purpose of the individual’s total life.“¹⁰

8 Lawton et al. (2001)

9 Jopp et al. (2008)

10 Lawton et al. (2001), S. 25

Im Unterschied zu den Arbeiten von Lawton und Kollegen wurden in der Studie *Altern in Balance* Lebensbindung und Lebensbewertung nicht über psychometrische Skalen im Sinne eines kognitiv-affektiven Schemas erfasst, in dem sich individuelle Anpassungsleistungen an unterschiedliche Herausforderungen und Lebensumstände ebenso ausdrücken wie biografisch geprägte Formen von Selbst- und Weltgestaltung. Während im Arbeitskreis und in der Tradition der Arbeiten von Lawton ausdrücklich von spezifischen Lebensbereichen abstrahiert wird, konzentrierte sich unser Forschungsinteresse gerade auf die Frage, *worauf* Menschen Lebensbindung und Lebensbewertung, mithin weiterleben und älter werden zu wollen, gründen. Unser Interesse galt also weniger der individuellen bzw. durchschnittlichen Ausprägung von *Valuation of Life*, als vielmehr den für Lebensbindung und Lebensbewertung aus der *Innenperspektive* der Menschen im Alter zentralen Aspekten der Lebenssituation.¹¹ Dabei ging es nicht lediglich um eine Deskription (vermeintlich) an sich bedeutsamer Aspekte des Lebens bzw. subjektiver Lebensqualität im Alter. Über diese hinaus sollten – im Sinne von unterschiedlichen Lebenswelten – verschiedene Formen oder Muster der Lebensbindung und Lebensbewertung identifiziert und als Ausgangspunkt für die Entwicklung möglicher Handlungsempfehlungen im Sinne von Gesundheits- und Bewältigungsförderung im Alter genutzt werden.

Aspekte der Lebensbindung und Lebensbewertung stehen vor dem Hintergrund der in Kapitel I skizzierten theoretischen Perspektive auf Altern und Alter in enger Beziehung zur *daseinthematischen Struktur* der Persönlichkeit, also den aus der Innenperspektive der Menschen im Alter zentralen bzw. dominanten Anliegen.¹² Lebensbindung und positive Lebensbewertung gründen zum einen auf der Bedeutung verschiedener Daseinsthemen für Erleben und Verhalten, Selbst- und Weltsicht, Bemühungen um Selbst- und Weltgestaltung. Zum anderen finden sie ihren Ausdruck in der Akzentuierung von Daseinsthemen, und zwar im Sinne *aktueller* (situativer), *temporärer* (zeitlich überdauernder) oder *chronifizierter* (über weite Phasen der Biografie bestehender) daseinthematischer Strukturen. Gleichzeitig ist zu beachten, dass sich die Bedeutung von Daseinsthemen für das Verständnis der Lebenssituation nicht allein auf die Möglichkeit eines besseren Verstehens oder auch Erklärens individueller Unterschiede im Erleben und Verhalten beschränkt. Wie im Zusammenhang mit dem *Valuation of Life*-Konzept erläutert, sind Lebensbindung und Lebensbewertung im Sinne eines kognitiv-affektiven Schemas aufzufassen. Dagegen gibt die daseinthematische Struktur in ihrer Gesamtheit Hinweise auf mögliche Ursachen von Stabilität und Veränderung im individuellen Lebenslauf; in Anlehnung an die kognitiv-motivationale Persönlichkeitstheorie von Hans Thoma¹³ bildet sie den Ausgangspunkt für das Verständnis der menschlichen Persönlichkeit in ihrer Gesamtheit. Entsprechend wurden Aspekte der Lebensbindung und Lebensbewertung in halbstrukturierten

11 Kruse (2002a, 2002b, 2017)

12 Thoma^e (1968, 1996); Kruse (2005a, 2005b)

13 Thoma^e (1983)

Interviews als Themen und Anliegen erfasst (siehe zur eingesetzten Interviewmethode auch Kapitel II). Für die Differenzierung verschiedener Lebenswelten werden die identifizierten Daseinsthemen in zweifacher Weise genutzt: zum einen für die Unterscheidung von Personengruppen, die sich durch spezifische Perspektiven auf Alter und Altern kennzeichnen lassen, zum anderen für die Unterscheidung von Personengruppen, die Lebensbindung und positive Lebensbewertung in unterschiedlichem Ausmaß auf verschiedene Aktivitäten, Erfahrungen und Eindrücke gründen.

Im Zusammenhang mit Lebensbindung und positiver Lebensbewertung kommt sozialen Beziehungen und sozialer Teilhabe besondere Bedeutung zu.¹⁴ In Arbeiten des Philosophen Emmanuel Lévinas (1906–1995) wird der unbedingte Anspruch des Anderen hervorgehoben, der dem eigenen Anspruch vorgeordnet sei. Die zentrale Stellung des Subjekts wird hier zugunsten des unbedingten Anspruchs des Anderen aufgegeben. Bevor ich zu mir selbst komme, so Lévinas, steht mir der Andere gegenüber; dieser besitzt die Qualität der unbedingten vorausgehenden Verpflichtung – und erst durch den Anderen komme ich zu mir selbst. Dieser unbedingten Inanspruchnahme durch den Anderen ist das Subjekt unterworfen, weswegen Immanuel Lévinas den lateinischen Begriff „subiectum“ im Sinne von „*subiactum*“ – nämlich „*unterworfen*“ – übersetzt.¹⁵ Diese Anthropologie bildet eine bemerkenswerte Grundlage für ein tieferes Verständnis der Lebenssituation alter Menschen, die in der Verwirklichung von freundschaftlich gemeinter Sorge eine Möglichkeit finden, die eigene Verletzlichkeit und Endlichkeit anzunehmen und in dieser schöpferisch zu leben – wobei die vertiefte Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst Wissen und Erkenntnisse zutage fördert, die in die Beziehung zu anderen Menschen (vor allem nachfolgender Generationen) eingebracht werden und diese in besonderer Weise befruchten können.

In Anlehnung an unterschiedliche Autorinnen und Autoren¹⁶ kann die Fähigkeit und Bereitschaft älterer Menschen, sich für nachfolgende Generationen zu engagieren, als ein wichtiger Teil unseres evolutionären Erbes angesehen werden. Prominente theoretische Konzeptionen zur Persönlichkeitsentwicklung im höheren und hohen Erwachsenenalter betonen die Bedeutung von intergenerationellen Kontakten und Identifikationen mit Bedürfnissen und Anliegen nachfolgender Generationen für das Selbst- und Weltverständnis im Alter – und hier nicht nur für die Kontinuität individueller Entwicklung,¹⁷ sondern darüber hinaus für die Entwicklung einer Metaperspektive, die als ein erst im hohen Alter zu erreichender potenzieller Endpunkt lebenslanger Persönlichkeitsentwicklung angesehen werden kann.¹⁸ Theoretische Beiträge und empirische Befunde legen nahe, dass Generativität eher im Sinne eines

14 Duppen Rn et al. (2019); Talmage et al. (2020)

15 Lévinas (1991)

16 Carstensen & Löckenhoff (2004); Carstensen & Lang (2007); Förstl (2012); Lang et al. (1998)

17 Erikson & Erikson (1998); McAdams et al. (2006)

18 Tornstam (2011)

lebenslangen Anliegens als im Sinne einer lebensphasenspezifischen psychosozialen Thematik bzw. Entwicklungsaufgabe zu verstehen ist.¹⁹

III.2 Aufgabencharakter des Lebens

Aufschlussreich für die Frage nach den Grundlagen von Lebensbindung und positiver Lebensbewertung im Alter sind Ergebnisse der „Generali Hochaltrigenstudie“ zu Daseinsthemen und Sorgeformen von Frauen und Männern im neunten und zehnten Lebensjahrzehnt.²⁰ In dieser Studie wurden die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer zunächst gebeten, die subjektiv wichtigsten Stationen ihrer Biografie zu schildern; danach sollten sie möglichst differenziert auf Anliegen und Themen (Erwartungen, Hoffnungen sowie Befürchtungen im Hinblick auf ihre persönliche Zukunft) eingehen. Als Erzählimpuls dienten hier zwei Leitfragen, die im Anschluss an eine eigens durchgeführte Pilotstudie festgelegt worden waren: „Was beschäftigt Sie im Augenblick? Was ist Ihnen derzeit besonders wichtig?“ In einem weiteren Schritt sollten zentrale Aspekte der Selbstsicht dargestellt werden; hier lauteten die Leitfragen: „Worauf kommt es Ihnen in Ihrem Leben besonders an? Was an Ihrer Person ist Ihnen besonders wichtig?“ Schließlich sollten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer schildern, was sie in Beziehungen zu anderen Menschen (innerhalb und außerhalb der Familie) besonders beschäftigt; die Leitfragen lauteten hier: „Was bedeutet Ihnen das Zusammensein mit anderen Menschen? Worauf kommt es Ihnen an, wenn Sie mit anderen Menschen – innerhalb und außerhalb Ihrer Familie – zusammen sind?“ Dominante Anliegen und zentrale Aspekte der Selbstsicht wurden als Daseinsthemen, zentrale Aspekte der Weltgestaltung als Sorgeformen kategorisiert.

In der „Generali Hochaltrigenstudie“ wurden in einer Stichprobe von N = 400 Frauen und Männern im Alter zwischen 85 und 100 Jahren insgesamt 27 Daseinsthemen ermittelt.²¹ Die in quantitativer Hinsicht bedeutsamsten zwölf Themen waren hier: (1) Freude und Erfüllung in einer emotional tieferen Begegnung mit anderen Menschen (76 %), (2) Intensive Beschäftigung mit der Lebenssituation und Entwicklung nahestehender Menschen (72 %), (3) Freude und Erfüllung im Engagement für andere Menschen (61 %), (4) Bedürfnis, auch weiterhin gebraucht zu werden und geachtet zu sein (60 %), (5) Sorge vor dem Verlust der Autonomie (im Sinne von Selbstverantwortung und Selbstständigkeit) (59 %), (6) Bemühen um die Erhaltung von (relativer) Gesundheit und Selbstständigkeit (55 %), (7) Überzeugung, Lebenswissen und Lebenserfahrungen gewonnen zu haben, die Angehörigen nachfolgender Generationen nutzen können (44 %), (8) Intensivere Auseinandersetzung mit sich selbst,

19 Kruse & Schmitt (2012); McAdams & de St. Aubin E (1992); Schmitt et al. (2011, 2015)

20 Kruse & Schmitt (2015a); Kruse & Schmitt (2016)

21 Zur Methode vgl. ausführlich Kapitel II.

differenziertere Wahrnehmung des eigenen Selbst, vermehrte Beschäftigung mit der eigenen Entwicklung, Rückbindung von Interessen und Tätigkeiten an frühe Phasen des Lebens (41 %), (9) Einsamkeit (39 %), (10) Fehlende oder deutlich reduzierte Kontrolle über den Körper und spezifische Körperfunktionen, Sorge vor immer neuen körperlichen Symptomen (36 %), (11) Fragen der Wohnungsgestaltung (Erhaltung von Selbstständigkeit, Teilhabe, Wohlbefinden) (34 %), (12) Phasen der Niedergedrücktheit (31 %). Die ersten vier Daseinsthemen wie auch das siebte Daseinsthema sind als Hinweis auf die erlebte Bezogenheit des Individuums zu deuten, wobei sich diese im zweiten wie auch im vierten Thema als Sorge für und Sorge um andere Menschen, im siebten Daseinsthema als Wissensweitergabe ausdrückt. In den als „Intensive Beschäftigung mit der Lebenssituation und Entwicklung nahestehender Menschen“, „Bedürfnis, auch weiterhin gebraucht zu werden und geachtet zu sein“ und „Überzeugung, Lebenswissen und Lebenserfahrungen gewonnen zu haben, die Angehörigen nachfolgender Generationen nutzen können“ gekennzeichneten Themen sind Sorge bzw. Wissensweitergabe vor allem Ausdruck von Generativität, d. h. mit dem Wunsch assoziiert, die Lebenssituation nachfolgender Generationen fördern zu können. Im als „Bedürfnis, auch weiterhin gebraucht zu werden und geachtet zu sein“ gekennzeichneten Thema wird ein weiteres wichtiges Motiv des inneren und äußeren Engagements für andere Menschen sichtbar: In diesem Engagement vermittelt sich dem Individuum die Erfahrung, eine Aufgabe zu haben, von anderen Menschen gebraucht zu werden. Das als „Intensive Beschäftigung mit der Lebenssituation und Entwicklung nahestehender Menschen“ gekennzeichnete Thema verdeutlicht die Notwendigkeit, zwischen der Sorge *für* und der Sorge *um* andere Menschen zu differenzieren. Die Erhaltung von Autonomie ist in der Rangreihe der Daseinsthemen dem Themenbereich der Bezogenheit (im Sinne von Sorge und Wissensweitergabe), nachgeordnet, scheint also im Zusammenhang mit dem Erleben von Lebensqualität und Wohlbefinden von vergleichsweise geringerer Bedeutung zu sein.

III.3 Erfahrung von Stimmigkeit und Glück (vs. Unglück)

Für ein umfassendes Verständnis von Lebensbindung und Lebensbewertung sind die ermittelten Daseinsthemen sowohl unter dem Aspekt des Empfindens von Glück und Unglück als auch unter dem Aspekt der Werteverwirklichung im Alter bedeutsam.²² Glückserlebnisse wurden mit zwei Daseinsthemen unmittelbar angesprochen: Diese liegen zum einen in einer emotional tiefen Begegnung mit anderen Menschen, zum anderen im Engagement für andere Menschen. In beiden Fällen haben die Interviewpartnerinnen und -partner ausdrücklich von „Freude und Erfüllung“ gesprochen oder ganz ähnliche Begriffe verwendet, die unter dem der „Freude“ oder „Erfüllung“

22 Kruse & Schmitt (2015b)

subsumiert werden können. Es finden sich weiterhin Themen, in denen unmittelbar Unglückserlebnisse angesprochen werden – hier sei auf die Themen „Phasen von Einsamkeit“ und „Phasen der Niedergeschlagenheit“ hingewiesen. Unglückserlebnisse klingen aber auch in den Themen „Sorge vor dem Verlust der Autonomie“ und „Fehlende oder deutlich reduzierte Kontrolle über den Körper und spezifische Körperfunktionen, Sorge vor immer neuen körperlichen Symptomen“ an. Des Weiteren wird deutlich, dass die Begegnung mit anderen Menschen, das Engagement für andere Menschen und die Erfahrung, von anderen Menschen gebraucht zu werden, große Bedeutung für diese Wertverwirklichung besitzen. *„Die Andere“ bzw. „der Andere“ spielt im Erleben hochbetagter Menschen eine überaus große Rolle.* Hier sei vor allem auf die Themen „Intensive Beschäftigung mit der Lebenssituation und Entwicklung nahestehender Menschen“, „Bedürfnis, auch weiterhin gebraucht zu werden und geachtet zu sein“ und „Überzeugung, Lebenswissen und Lebenserfahrungen gewonnen zu haben, das Angehörigen nachfolgender Generationen eine Bereicherung oder Hilfe bedeuten kann“, hingewiesen. Die Übernahme von Verantwortung für die Andere bzw. den Anderen und die sich darin widerspiegelnde Bereitschaft zur Selbst-Transzendierung und mitverantwortlichen Lebensgestaltung werden in diesen Themen offenbar. Die Tatsache, dass in drei Themen – „Unterstützende, teilnehmende Gespräche mit nachfolgenden Generationen der Familie“, „Bedürfnis, auch weiterhin gebraucht zu werden und geachtet zu sein“ und „Gezielte Wissensweitergabe an junge Menschen“ – die Mitverantwortung für die nachfolgenden Generationen (und dies heißt immer auch: für die junge Generation) im Zentrum steht, weist auf die Bedeutung der Generativität für die Wertverwirklichung und Sinnerfahrung im hohen Alter hin. Diese Ergebnisse stützen zum einen theoretisch-konzeptuelle Annahmen zur Entwicklung im höheren und hohen Erwachsenenalter, wie sie im Kontext von Theorien der Generativität²³ und Gerotranszendenz²⁴ aufgestellt wurden. Zum anderen stimmen sie mit dem für die Theorie der sozioemotionalen Selektivität²⁵ grundlegenden Postulat überein, wonach bei jenen Menschen, denen ihre (sehr) begrenzte Lebenszeit deutlich bewusst wird, eine Konzentration auf einige wenige Beziehungen stattfindet, in denen positive Gefühle ausgetauscht werden können. Diese Konzentration auf bestimmte, gezielt ausgewählte Beziehungen bildete einen *Cantus firmus* jener Aussagen, die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der „Generali Hochaltrigenstudie“ mit Blick auf die Bezogenheit auf andere Menschen getroffen haben.

Neben den 27 Daseinsthemen wurden in der „Generali Hochaltrigenstudie“ 20 Sorgeformen ermittelt.²⁶ Zu den in quantitativer Hinsicht bedeutsamsten zwölf Sorgeformen zählen: (1) Intensive Beschäftigung mit dem Lebensweg nachfolgender Generationen der Familie (85 %), (2) Unterstützende, teilnehmende Gespräche mit

23 Erikson et al. (1986); Kruse & Schmitt (2012); McAdams & de St. Aubin (1992)

24 Tornstam (1989, 1997)

25 Carstensen (2006); Carstensen et al. (1999)

26 Zur Methode vgl. ausführlich Kapitel V.

nachfolgenden Generationen der Familie (78 %), (3) Intensive Beschäftigung mit dem Schicksal nachfolgender Generationen (72 %), (4) Unterstützung von Nachbarn im Alltag (68 %), (5) Unterstützung von Familienangehörigen im Alltag (65 %), (6) Unterstützung junger Menschen in ihren schulischen Bildungsaktivitäten (58 %), (7) Gezielte Wissensweitergabe an junge Menschen (berufliches Wissen, Lebenswissen) (54 %), (8) Finanzielle Unterstützung nachfolgender Generationen der Familie (49 %), (9) Beschäftigung mit der Zukunft des Staates und der Gesellschaft (48 %), (10) Freizeitbegleitung junger Menschen (41 %), (11) Besuch bei kranken oder pflegebedürftigen Menschen (38 %), (12) Existenzielle Gespräche vor allem mit jungen Familienangehörigen (33 %).

III.4 Selbst-Transzendierung

So wie sich Daseinsthemen einer Person auch im Sinne ihrer Motivstruktur deuten lassen,²⁷ so verwirklicht sich in den Sorgeformen jener Teil der Motivstruktur, der auf die Beziehung zu anderen Menschen gerichtet ist.²⁸ Mit dem Begriff der Sorge – *um* andere Menschen, *für* andere Menschen – wird dabei vor allem das Motiv der Mitverantwortung akzentuiert. Die in der Studie ermittelte Vielfalt der Sorgeformen sowie die Häufigkeit, mit der diese genannt wurden, deuten darauf hin, dass das mitverantwortliche Leben ein bedeutendes Motiv des hohen Alters darstellt. „Die Anderen“ verlieren im Erleben alter Menschen also nicht an Bedeutung; vielmehr besitzen sie große Bedeutung – ein Aspekt, der vor Augen führt, wie wichtig teilhabeförderliche Sozialraumstrukturen auch für die Lebensqualität alter Menschen sind. Die in der Literatur aufgestellte Annahme, dass gerade mit Blick auf die eigene Endlichkeit altruistische und generative Einstellungen zunehmend an Gewicht gewinnen,²⁹ kann durch die hier berichteten Ergebnisse bestätigt werden. Die differenzierten Sorgeformen lassen sich auch als eine plastische Umschreibung des von Viktor Frankl verwendeten Begriffs der Selbst-Transzendierung begreifen.³⁰ Glückserleben (als Folge von Sinn- und Stimmigkeitserleben) kann sich einstellen, wenn sich die Person – im Sinne der Selbst-Transzendierung – *sorgend* „einem Anderen“ bzw. „einer Anderen“ zuwendet, sich um diese(n) bzw. für diese(n) *sorgt*. Diese Folgerung ist kongruent mit zentralen Annahmen der Theorie der sozioemotionalen Selektivität,³¹ der Theorie der Gerotranszendenz³² sowie eines grundlegenden Bedürfnisses nach *symbolischer*

27 Thomae (1966, 1996)

28 Kruse & Schmitt (2015a)

29 Brandtstädter (2014)

30 Frankl (2005)

31 Hendricks & Cutler (2004)

32 Tornstam (2011)

Immortalität (das gerade vor dem Hintergrund begrenzter Lebenszeit an Bedeutung gewinnt).³³ Die ersten drei Sorgeformen, aber auch die sechste, siebte, achte, zehnte und zwölfte Sorgeform deuten auf die Generativität und symbolische Immortalität (definiert als das symbolische Weiterleben in den nachfolgenden Generationen) hin. Auch in der Beschäftigung mit der Zukunft des Staates und der Gesellschaft lässt sich ein Generativitätsmotiv (und zwar im Sinne der Nachhaltigkeitsverantwortung) erkennen: inwiefern werden die nachfolgenden Generationen gleiche Chancen auf die Verwirklichung ihrer Kriterien für ein gutes Leben haben wie die eigene Generation? Die große Bedeutung „der“ bzw. „des Anderen“ – und zwar des bzw. der in einer Grenzsituation stehenden und damit in besonderer Weise auf die Solidarität angewiesenen Anderen – zeigt sich in der vierten, fünften und vor allem elften Sorgeform. Dabei ist besonders bemerkenswert, dass diese Mitverantwortung auch von Menschen gelebt wird, die vielfach selbst in einer (gesundheitlichen, sozialen oder existenziellen) Grenzsituation stehen.

III.5 Lebensbindung und Alterserleben im Lichte von Daseinsthemen

Betrachten wir nun die Lebensbindung und Lebensbewertung im empirischen Kontext der Studie *Altern in Balance* (Stichprobe: N = 400 Frauen und Männer, Altersbereich 75 bis 95 Jahre). In dieser Studie wurden 25 Daseinsthemen erfasst (siehe auch Kapitel II). In die hier vorzunehmende Analyse werden zu den 25 Daseinsthemen fünf weitere Kategorien hinzugefügt, die nicht aus einer allgemeinen thematischen Analyse des Erlebens und Verhaltens, sondern aus Antworten zur Frage nach dem Erleben der sozialen Beziehungen hervorgegangen waren. „Belastendes Schmerzerleben“ als Daseinsthema (siehe Kapitel II) wird zwar in der hier vorzunehmenden Analyse ausdrücklich berücksichtigt, jedoch nicht als „abhängige Variable“ (wie die anderen 24 Themen und fünf Kategorien des Erlebens sozialer Beziehungen), sondern als „unabhängige Variable“, die dazu diene, den möglichen Einfluss von Lebenswelten auf die daseinsthematische Struktur abzubilden; das Schmerzerleben wurde von uns als *ein* potenzielles Merkmal von Lebenswelten verstanden. Insgesamt liegen also 29 Themen vor, die im Folgenden jeweils mit dem Begriff „Daseinsthema“ belegt werden. 15 dieser Daseinsthemen lassen sich dabei dem Konstrukt der „Lebensbindung“, 14 Daseinsthemen dem Konstrukt der „Lebensbewertung“ (hier der Bewertung des eigenen Alters) zuordnen.

Der *erste* Bereich, nämlich „Lebensbindung“, der sich aus 15 Daseinsthemen konstituiert, spiegelt sich in der erlebten und praktizierten „Selbst- und Mitgestaltung“ (oder Selbst- und Mitverantwortung) wider. Folgende Daseinsthemen wurden dem Bereich der „Lebensbindung“ zugeordnet:

33 Becker (1973); McAdams (2009); Solomon et al. (2015)

Selbstgestaltung

- Möglichkeiten selbstverantwortlicher Lebensgestaltung / erfüllter Alltag
- Eine Aufgabe im Leben haben
- Freude an der Natur
- Freude an der Musik / Kunst / Literatur
- Glaubens- und Transzendenzerfahrungen
- Zufriedenstellende / gute (physische / mentale) Gesundheit
- Leben in der eigenen Wohnung
- Erfahrung eigener seelisch-geistiger Reifung

Weltgestaltung

- Gemeinsame Zeit mit (Ehe-)Partnerin / (Ehe-)Partner
- Innere Teilnahme an der Entwicklung der Kinder
- Innere Teilnahme an der Entwicklung der (Ur-)Enkelkinder
- Erlebte Nähe zu den Kindern
- Erlebte Nähe zu den (Ur-)Enkelkindern
- Freude am Zusammensein mit anderen Menschen
- Erfahrung, von anderen Menschen gebraucht zu werden

In dem Maße, in dem die Person davon überzeugt ist, das eigene Leben selbstverantwortlich (Selbstgestaltung) und mitverantwortlich (Mitgestaltung) führen zu können, ergeben sich – so haben wir angenommen – zum einen positive Einflüsse auf die Lebensbewertung, zum anderen positive Einflüsse auf die Lebensbindung. Diese Annahme ist kongruent mit zentralen theoretisch-konzeptionellen Aussagen, die in Beiträgen der Arbeitsgruppe von Lawton getroffen wurden. Dies sei beispielhaft mit nachfolgend angeführter Aussage veranschaulicht:

„We propose, that years of desired life is not determined wholly by the multidimensional construct quality of life, but is mediated by an intervening cognitive-affective schema, which we have designated as ‘valuation of life’ (VOL). VOL may be defined as the extent to which the person is attached to his or her present life, for reasons related to a sense not only of enjoyment and the absence of distress, but also hope, futurity, purpose, meaningfulness, persistence, and self-efficacy.“³⁴

Der *zweite* Bereich, der sich aus 14 Daseinsthemen konstituiert, lässt sich im Sinne von „subjektiver Bewertung des eigenen Alters“ (als einer Spezifizierung von „Lebensbewertung“) umschreiben, wobei hier drei unterschiedliche Dimensionen des Alters angesprochen sind: die seelisch-geistige, die körperliche und die soziale. In dem Maß, in dem die nachfolgend genannten Merkmale positiv konnotiert sind („Ich-synton“),

34 Lawton et al. (1999)

kann eher von einer positiven Bewertung des eigenen Alters ausgegangen werden; in dem Maße, in dem diese Merkmale negativ konnotiert sind („Ich-dyston“), hingegen eher von einer negativen Bewertung.

Subjektive Bewertung seelisch-geistigen Alters

- Seelisch-geistige Gewinne
- Wachsende Bedeutung des Lebensrückblicks
- Sorge vor kognitiven Verlusten und abnehmender Orientierung
- Alter als Chance, Aufgabe und Herausforderung

Subjektive Bewertung körperlichen Alters

- Körperliche Einschränkungen / Verluste
- Sorge vor ausgeprägten sensorischen Einbußen
- Sorge vor Aufgabe der eigenen Wohnung

Subjektive Bewertung sozialen Alters

- Anderen Menschen etwas geben können
- Stärkeres Angewiesensein auf Beziehungen zu anderen Menschen
- Stärkeres Angewiesensein auf Hilfeleistungen durch andere Menschen und Institutionen
- Phasen von schmerzlich empfundener Einsamkeit
- Sorge vor wachsender Einsamkeit
- Erfahrung der Abwertung und Meidung und Geringschätzung durch andere Menschen
- Großes Interesse anderer Menschen am hohen Alter

Auch hier sei eine Aussage aus dem bereits angeführten Beitrag der Arbeitsgruppe von Lawton angeführt, die große Nähe zu unserer Annahme zeigt:

„Our umbrella hypothesis is that positive and negative factors act in balance and counterbalance with one another, and that people perform a very complex calculus in putting it all together into the concept we mean by VOL. VOL is in some ways an existential concept that is meant to approach the concept of total reason for living.“³⁵

Die in den beiden Bereichen zusammengefassten Themen wurden hinsichtlich ihres Gewichts im subjektiven Erleben der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer von den Interviewerinnen und Interviewern auf einer dreistufigen Ratingskala mit den Skalenpunkten 1: nicht erkennbar / sehr gering ausgeprägt, 2: mittlere Ausprägung, 3: (eher) starke Ausprägung eingeschätzt. Die Mehrzahl der Interviews (N = 250)

35 Lawton et al. (1999), S. 407

wurde von zwei in der Anwendung des Kategoriensystems eingehend geschulten Personen gemeinsam durchgeführt, in den anderen Fällen (N = 150) wurde bei der Einschätzung eine zweite Person hinzugezogen, mit der der Interviewer gemeinsam auf der Grundlage der Gesprächsaufzeichnungen eine Kategorisierung vornahm. Für die Gesamtgruppe der N = 400 Untersuchungsteilnehmerinnen und Untersuchungsteilnehmer liegen die Mittelwerte der 29 Kategorien zwischen 2,27 und 1,45, die Standardabweichungen zwischen 0,73 und 0,54. Die höchsten Werte ergeben sich für die Themen „Freude an der Natur“ (M = 2,27), „Erfahrung, von anderen Menschen gebraucht zu werden“ (M = 2,17), „Freude am Zusammensein mit anderen Menschen“ (M = 2,16) sowie „Eine Aufgabe im Leben haben“ und „Zufriedenstellende / gute (physische / mentale) Gesundheit“ (jeweils M = 2,15). Die ermittelten Mittelwerte und Standardabweichungen verdeutlichen in ihrer Gesamtheit, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Lebensbindung und Lebensbewertung auf sehr unterschiedliche Aktivitäten und Erfahrungen gründen.

Es wurden für die 15 Daseinsthemen zur „Lebensbindung“ (Selbst- und Weltgestaltung) wie auch für die 14 Daseinsthemen zur „Lebensbewertung“ (subjektive Bewertung des eigenen Alters) agglomerative Clusteranalysen gerechnet, mit deren Hilfe sich die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer zu Gruppen (Clustern) zusammenfassen lassen, die in späteren Analyseschritten in ihren Zusammenhängen mit Außenvariablen betrachtet werden und für die jeweils vor dem Hintergrund unterschiedlicher Bedarfe spezifische Handlungsempfehlungen entwickelt werden sollen.³⁶ In Unterkapitel III.6 werden die entsprechenden Ergebnisse für die „Lebensbindung“ berichtet und Empfehlungen ausgesprochen; in Unterkapitel III.7 geschieht dies für die „Lebensbewertung“.

III.6 Lebensbindung im Sinne von Selbst- und Weltgestaltung

Begonnen sei mit der Darstellung und Interpretation von drei Untergruppen (Clustern), die wir bei der Analyse der 15 Merkmale der Selbst- und Weltgestaltung ermittelt haben. Über Ausprägungsgrade in den einzelnen Clustern gibt Tabelle III.1 Auskunft.

Das Ergebnis der Clusteranalyse legt eine Differenzierung zwischen drei Clustern nahe, die sich auf der Grundlage der jeweiligen Mittelwerte für die 15 Kategorien im Sinne von „gelockerter Lebensbindung, verbunden mit einer eher verhaltenen Selbst- und Weltgestaltung“ (Cluster 1), „eher stark ausgeprägter Lebensbindung, verbunden mit höherer Bezogenheit auf spezifische Ausschnitte der Natur, der Kultur, der sozialen Umwelt“ (Cluster 2) und „stark ausgeprägter Lebensbindung im Sinne von intensiver Selbst- und Weltgestaltung“ (Cluster 3) charakterisieren lassen. Aus

36 Vergleiche hierzu die Ausführungen in Kapitel I.

Tabelle III.1 Verteilung der Clustermerkmale

| Clustervariable | Cluster 1 (n = 198) M (SD) | Cluster 2 (n = 80) M (SD) | Cluster 3 (n = 122) M (SD) | Gesamt M (SD) | Signifikante Unterschiede |
|--|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|------------------|------------------------------|
| Gemeinsame Zeit mit (Ehe-) Partnerin / (Ehe-)Partner | 2,3 (.58) | 1,9 (.93) | 2,8 (.41) | 2,4 (.70) | 2 < 1 < 3 |
| Innere Teilnahme an der Entwicklung der Kinder | 2,1 (.51) | 1,3 (.51) | 2,6 (.49) | 2,1 (.68) | 2 < 1 < 3 |
| Innere Teilnahme an der Entwicklung der (Ur-)Enkelkinder | 1,9 (.64) | 1,1 (.27) | 2,4 (.56) | 1,9 (.73) | 2 < 1 < 3 |
| Erlebte Nähe zu den Kindern | 2,0 (.53) | 1,2 (.38) | 2,6 (.51) | 2,0 (.69) | 2 < 1 < 3 |
| Erlebte Nähe zu den (Ur-)Enkelkindern | 1,8 (.66) | 1,1 (.22) | 2,4 (.56) | 1,8 (.73) | 2 < 1 < 3 |
| Eine Aufgabe im Leben haben | 1,9 (.68) | 2,3 (.54) | 2,4 (.60) | 2,2 (.68) | 1 < 2 < 3 |
| Freude an der Natur | 2,1 (.48) | 2,3 (.54) | 2,6 (.52) | 2,3 (.54) | 1 < 2 < 3 |
| Freude am Zusammensein mit anderen Menschen | 1,8 (.51) | 2,2 (.56) | 2,7 (.48) | 2,2 (.62) | 1 < 2 < 3 |
| Freude an der Musik / Kunst / Literatur | 1,6 (.57) | 2,3 (.59) | 2,6 (.51) | 2,0 (.73) | 1 < 2 < 3 |
| Glaubens- und Transzendenz-erfahrungen | 1,7 (.61) | 2,3 (.65) | 2,5 (.61) | 2,1 (.70) | 1 < 2 < 3 |
| Erfahrung, von anderen Menschen gebraucht werden | 1,8 (.66) | 2,3 (.54) | 2,7 (.54) | 2,2 (.72) | 1 < 2 < 3 |
| Zufriedenstellende / gute (physische / mentale) Gesundheit | 2,1 (.66) | 2,1 (.64) | 2,3 (.54) | 2,2 (.63) | 1 < 3 |
| Möglichkeiten selbstverantwortlicher Lebensgestaltung / erfüllter Alltag | 1,8 (.45) | 2,2 (.56) | 2,5 (.55) | 2,1 (.59) | 1 < 2 < 3 |
| Leben in der eigenen Wohnung | 1,4 (.57) | 1,9 (.73) | 2,2 (.57) | 1,7 (.71) | 1 < 2 < 3 |
| Erfahrung eigener seelisch-geistiger Reifung | 1,5 (.55) | 2,2 (.61) | 2,4 (.54) | 1,9 (.70) | 1 < 2 < 3 |

Die Clustermerkmale wurden aus den Interviews codiert und haben einen Range von 1 bis 3; SD = Standardabweichung.

der in Tabelle III.1 ersichtlichen Verteilung der Clustermerkmale wird deutlich, dass in Cluster 3 für alle 15 Kategorien die höchsten Werte erreicht werden. Für 10 der 15 Kategorien finden sich die niedrigsten Werte bei den Personen aus Cluster 1, für die verbleibenden fünf Kategorien – die sich allesamt auf Aktivitäten und Erfahrungen

im Kontext der Familie beziehen – finden sich dagegen die niedrigsten Werte bei den Personen aus Cluster 2.

Gehen wir nachfolgend auf die drei Cluster ein und deuten wir diese vor dem Hintergrund der Dimension „Selbst- und Weltgestaltung im Sinne von Selbst- und Mitverantwortung“.

Cluster 1

Gelockerte Lebensbindung, verbunden mit einer eher verhaltenen Selbst- und Weltgestaltung

Diese Gruppe zeichnet sich dadurch aus, dass drei Merkmale einen vergleichsweise geringen, ein Merkmal einen eher hohen und zwölf Merkmale einen mittleren Ausprägungsgrad aufweisen: Eher starke Beschäftigung mit der (Ehe-)Partnerschaftsgeschichte; mittelstarke innere Teilnahme an der Entwicklung der Kinder und (Ur-)Enkelkinder; mittelstarke Nähe zu den Kindern und (Ur-)Enkelkindern; mittlere Ausprägung der Überzeugung, eine Aufgabe im Leben zu haben; mittelstarke Freude an der Natur und am Zusammensein mit anderen Menschen; eher geringe Freude an Musik, Kunst und Literatur; mittelstarke Ausprägung der Glaubens- und Transzendenzerfahrungen; mittelstarke Ausprägung der Erfahrung, von anderen Menschen gebraucht zu werden, wie auch der Erhaltung von körperlicher und seelischer Gesundheit sowie der Möglichkeiten selbstverantwortlicher Lebensgestaltung; geringe Ausprägung der Erfahrung eigener seelischer Reifung. Eine zusammenfassende Deutung lautet: Die Sensitivität für innere und äußere Prozesse ist hier nicht stark ausgeprägt. Die Bindung an das Leben erscheint eher *gelockert*.

Tabelle III.2 zeigt die Zusammenhänge mit einzelnen Aspekten der gegebenen Lebenssituation. Die Anzahl verwitweter Menschen überwiegt; die Anzahl der im Heim lebenden Personen ist im Vergleich zu den anderen Clustern hoch. Es besteht ein relativ ausgeglichenes Verhältnis von Personen, die sich den Haushalt mit einem anderen Menschen teilen, und Personen, die alleine leben. Angehörige der unteren sozialen Schicht sind vergleichsweise stark vertreten; städtische und ländliche Regionen sind gleichstark repräsentiert. Ein höherer Pflegegrad (2 und höher) lässt sich vergleichsweise häufig beobachten. Personen mit mittelstark oder stark ausgeprägter Schmerzthematik finden sich in dieser Gruppe vergleichsweise häufig.

Wie lassen sich diese Befunde deuten? Die gelockerte Lebensbindung und die eher verhalten erscheinende Selbst- und Weltgestaltung sind auch Folge verringerter Anregungen einerseits und erhöhter Belastungen andererseits. Es ist hervorzuheben, dass sich in dieser Gruppe eine vergleichsweise hohe Anzahl an Personen findet, die nur über einen eher niedrigen Bildungsstand verfügen und eher einer unteren sozialen Schicht angehören: Damit ist die Wahrscheinlichkeit der Offenheit für ästhetische und kulturelle Angebote verringert – womit auch das Spektrum an Anregungen reduziert ist. Zudem besteht in dieser Gruppe eine vergleichsweise hohe

Tabelle III.2 Zusammenhänge der Cluster mit anderen Merkmalen

| Außenmerkmale | Cluster 1 (n = 198) | Cluster 2 (n = 80) | Cluster 3 (n = 122) | Chi ² (df) | p |
|------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|------|
| (A) Geschlecht | | | | ,82 (2) | .664 |
| Frauen | | | | | |
| Männer | | | | | |
| (B) Lebensalter | | | | 6,88 (6) | .333 |
| 75–80 | | | | | |
| 81–85 | | | | | |
| 86–90 | | | | | |
| 91–95 | | | | | |
| (C) Familienstand | | | | 147,49 (4) | .000 |
| Verheiratet | 79 (40 %) | 20 (25 %) | 79 (65 %) | | |
| Verwitwet | 109 (55 %) | 20 (25 %) | 43 (35 %) | | |
| Ledig / geschieden | 10 (5 %) | 40 (50 %) | 0 | | |
| (D) Wohnform | | | | 12,30 (2) | .002 |
| Privathaushalt | 122 (62 %) | 54 (68 %) | 98 (80 %) | | |
| Stationäre Einrichtung | 76 (38 %) | 26 (32 %) | 24 (20 %) | | |
| (E) Haushaltsstruktur | | | | 15,52 (2) | .000 |
| Zusammen lebend | 108 (55 %) | 37 (46 %) | 88 (72 %) | | |
| Allein lebend | 90 (45 %) | 43 (54 %) | 34 (28 %) | | |
| (F) Soziale Schicht | | | | 33,09 (4) | .000 |
| Eher niedrig | 74 (37 %) | 14 (18 %) | 14 (11 %) | | |
| Mittel | 102 (52 %) | 49 (61 %) | 79 (65 %) | | |
| Eher hoch | 22 (11 %) | 17 (21 %) | 29 (24 %) | | |
| (G) Wohnort | | | | 25,83 (2) | .000 |
| Land | 98 (49 %) | 28 (35 %) | 26 (21 %) | | |
| Stadtgebiet / Umland | 100 (51 %) | 52 (65 %) | 96 (79 %) | | |
| (H) Pflegegrad | | | | 34,00 (2) | .000 |
| 2 und höher | 125 (63 %) | 32 (40 %) | 38 (31 %) | | |
| 0 und 1 | 73 (37 %) | 48 (60 %) | 84 (69 %) | | |
| (I) Schmerzerleben | | | | 10,39 (4) | .034 |
| Gering | 62 (31 %) | 26 (32 %) | 52 (43 %) | | |
| Mittel | 53 (27 %) | 23 (29 %) | 40 (33 %) | | |
| Stark | 83 (42 %) | 31 (39 %) | 30 (24 %) | | |

Wahrscheinlichkeit, in einem Heim oder alleine in einem Privathaushalt zu leben – was sich gleichfalls diminuierend auf die Lebensbindung, das heißt das Motiv der Selbst- und Weltgestaltung auswirken kann.

Wie lässt sich die *Lebenssituation* der Mitglieder dieser Gruppe *fördern*? Zunächst ist zu bedenken, dass in dieser Gruppe *Risikofaktoren* deutlich werden, die eine Prävention und Intervention erfordern; zugleich ist erkennbar, dass *Potenziale* für diese Prävention und Intervention gegeben sind: Die individuellen Überzeugungssysteme, Erlebnisse, Erfahrungen und Orientierungen weisen auf diese hin. (a) Eine fundierte Schmerztherapie ist notwendig. (b) Eine Rehabilitation bzw. eine rehabilitative Pflege ist notwendig, um die Selbstständigkeit im Alltag zu fördern bzw. zu erhalten; hier kann auch auf der Thematik der Möglichkeiten selbstverantwortlicher Lebensgestaltung aufgebaut werden. (c) Es sollte versucht werden, über die Freude an der Natur auch das Interesse an ästhetischen Lebensbereichen zu wecken, ein kulturelles Angebot in der Nachbarschaft bzw. in der stationären Einrichtung zu etablieren. (d) Mit Blick auf die eher geringe Thematisierung eigener seelischer Reifung ergibt sich über das Engagement für andere Menschen hinaus die Möglichkeit, Erfahrungen seelischer Reifung zu gewinnen; dabei ist wichtig, dass die Überzeugung besteht, von anderen Menschen gebraucht zu werden und im Leben eine Aufgabe zu haben: Diese Überzeugung sollte durch weitere Förderung sozialer Teilhabe und sozialen Austauschs gestärkt werden.

Cluster 2

Eher stark ausgeprägte Lebensbindung, verbunden mit höherer Bezogenheit auf spezifische Ausschnitte der Natur, der Kultur, der sozialen Umwelt

In dieser Gruppe sind jene Merkmale, die die Identifikation mit der Entwicklung der jungen Generationen innerhalb der Familie bezeichnen, gering ausgeprägt: Eine familiär orientierte Generativität ist hier nicht erkennbar. Auf der anderen Seite finden sich stärker ausgeprägte Bindungen an die über die Familie hinausgehende soziale Umwelt, an die Natur, an verschiedenste Bereiche von Kultur. Somit ist diese Gruppe durch eine *eher* stark ausgeprägte Lebensbindung sowie durch Bezogenheit auf *spezifische* Ausschnitte der Welt charakterisiert. Dies zeigt auch der Überblick über die einzelnen Merkmale: Es finden sich eine mittelstark ausgeprägte Beschäftigung mit der (Ehe-)Partnerschaftsgeschichte, zugleich eine geringe Ausprägung der inneren Teilnahme an der Entwicklung der Kinder und der (Ur-)Enkelkinder sowie eine geringe Nähe zu den Kindern und (Ur-)Enkelkindern, eine mittlere bis starke Ausprägung der Überzeugung, eine Aufgabe im Leben zu haben, sowie der Erfahrung, von anderen Menschen gebraucht zu werden. Weiterhin besteht eine mittelstark bis stark ausgeprägte Freude an der Natur, am Zusammensein mit anderen Menschen, schließlich an Musik, Kunst und Literatur. Glaubens- und Transzendenzerfahrungen weisen einen mittleren Ausprägungsgrad auf, wie auch das Thema der Erhaltung von körperlicher und seelischer Gesundheit, der gegebenen Möglichkeiten selbstverantwortlicher Lebensgestaltung und der Erfahrung eigener seelischer Reifung.

Blicken wir auch hier auf die Zusammenhänge mit einzelnen Aspekten der gegebenen Lebenssituation (siehe dazu Tabelle III.2). Wie lassen sich diese Zusammenhänge charakterisieren? Es findet sich in dieser Gruppe eine vergleichsweise hohe Anzahl an ledigen oder geschiedenen Personen. Es liegt eine etwas höhere Anzahl an Personen vor, die alleine leben. Es dominiert die mittlere soziale Schicht – die niedrigere und höhere Sozialschicht weisen einen niedrigeren Anteil auf; die städtische Region ist stärker repräsentiert. Die Pflegegrade 0 oder 1 sind in dieser Gruppe etwas stärker repräsentiert; Gleiches gilt für eine mittelstark oder stark ausgeprägte Schmerzthematik.

Wie lässt sich die Lebenssituation der Mitglieder dieser Gruppe deuten? Die Personen dieser Gruppe verfügen über bildungsbezogene und materielle Ressourcen, die die Offenheit für Natur, Kultur und Glaubenserfahrungen fördern. Zugleich sind in dieser Gruppe aufgrund eines höheren Anteils an Personen, die ledig bzw. geschieden sind, die Möglichkeiten sozialer Kontakte – vor allem von Erfahrungen der Generativität mit Blick auf die jüngeren Generationen – verringert, was sich auch auf die Inhalte der Weltgestaltung auswirkt: Die Bindung zu anderen Menschen gilt häufig Personen außerhalb der Familie.

Wie lässt sich die Lebenssituation der Mitglieder dieser Gruppe fördern? (a) Eine fundierte Schmerztherapie ist notwendig. (b) Es empfiehlt sich die Einbindung in Nachbarschaftsarbeit und bürgerschaftliche Tätigkeiten, denn es besteht ja die Überzeugung, eine Aufgabe im Leben zu haben. Zudem wird von der Erfahrung berichtet, von anderen Menschen gebraucht zu werden; zugleich findet sich in der Gruppe eine vergleichsweise hohe Anzahl an ledigen bzw. geschiedenen Personen sowie eine höhere Anzahl von Personen, die alleine leben: Aus diesem Grunde sollte die stärkere soziale Einbindung und Teilhabe als bedeutende Präventions- oder Interventionsaufgabe in Betracht gezogen werden. (c) Es empfiehlt sich weiterhin die Förderung der Motivation zur Erhaltung sozialer Beziehungen sowie zu gemeinsam geteilten Erlebnissen und Erfahrungen in Natur und Kultur; hier ist das Werben mit einem vielfältigen Kultur- und Bildungsprogramm wichtig. (d) Spirituelle oder religiöse Angebote sind zu entwickeln bzw. auszubauen, um das Motiv der Glaubens- und Transzendenz-erfahrungen aufzugreifen. (e) Im persönlichen Gespräch sind die vielfältigen Grundlagen potenzieller seelischer Reifung zu thematisieren, die das vorliegende Profil bietet.

Cluster 3

Stark ausgeprägte Lebensbindung im Sinne von intensiver Selbst- und Weltgestaltung

Die *Gestaltungstendenz* ist in dieser Gruppe stark ausgeprägt; hier sind im wesentlichen Personen vereinigt, die ein stark ausgeprägtes Motiv der Selbst- und Weltgestaltung (bzw. der Selbst- und Mitverantwortung) zeigen. In diesem Cluster liegen alle Mittelwerte zwischen 2,20 und 2,80, die meisten Mittelwerte zwischen 2,40 und 2,80.

In der Terminologie der Theorie M. Powell Lawtons kann bei dieser Gruppe von einer *starken Lebensbindung* ausgegangen werden. Zahlreiche Aspekte der sozialen Nahumwelt wie auch Prozesse im eigenen Selbst stoßen hier auf *große Resonanz*. Dies zeigt ein Überblick über die Ausprägung der einzelnen Merkmale: Stark ausgeprägte Beschäftigung mit der Geschichte der Ehe bzw. Partnerschaft; mittelstarke bis starke Ausprägung der inneren Teilnahme an der Entwicklung der Kinder und (Ur-)Enkelkinder; große Nähe zu den Kindern und (Ur-)Enkelkindern; relativ stark ausgeprägte Überzeugung, eine Aufgabe im Leben zu haben; eher große Freude an der Natur; große Freude am Zusammensein mit anderen Menschen wie auch an Musik, Kunst und Literatur; relativ stark ausgeprägte Glaubens- und Transzendenzerfahrungen; starke Ausprägung der Erfahrung, von anderen Menschen gebraucht zu werden; mittlere bis starke Ausprägung des Themas der Erhaltung von körperlicher und seelischer Gesundheit sowie der gegebenen Möglichkeiten selbstverantwortlicher Lebensgestaltung; starke Ausprägung der Erfahrung eigener seelischer Reifung.

Blicken wir auf die Zusammenhänge mit einzelnen Aspekten der objektiv gegebenen Lebenssituation (siehe dazu Tabelle III.2). Wie lassen sich diese Zusammenhänge charakterisieren? Die Anzahl verheirateter Menschen überwiegt in dieser Gruppe deutlich; es findet sich eine vergleichsweise hohe Anzahl von Personen, die sich den Haushalt mit einem anderen Menschen teilen; die mittlere Sozialschicht dominiert deutlich, die höhere Schicht ist stärker repräsentiert als die niedrigere Schicht; die städtische Region ist deutlich stärker repräsentiert; Pflegegrad 0 und 1 sind vergleichsweise häufig erkennbar; Personen mit gering ausgeprägter oder fehlender Schmerzthematik sind in dieser Gruppe vergleichsweise stark vertreten. Signifikante Geschlechts- und Altersunterschiede zu den beiden anderen Gruppen (Cluster 1, Cluster 2) finden sich nicht.

Wie lässt sich die Lebenssituation der Mitglieder dieser Gruppe zusammenfassend deuten? Es handelt sich hier um eine Gruppe mit einem günstigen Profil der gegebenen Lebensbedingungen und mit einem sehr positiv zu bewertenden psychologischen Profil von Überzeugungen, Einstellungen, Haltungen und Verhaltensweisen. Objektive Lebensbedingungen wirken sich zweifelsohne positiv auf das psychologische Profil aus und – so sie in der Biografie bestanden haben – konnten zur Entwicklung dieses Profils beitragen. Es sind die große Offenheit für neue Erlebnisse und Erfahrungen sowie die stark ausgeprägte Überzeugung erkennbar, eine Aufgabe zu haben und von anderen Menschen gebraucht zu werden. Somit mischen sich hier selbstverantwortliche und mitverantwortliche Lebensführung. Was ist zu tun? Zum einen ist danach zu streben, dass die objektiv gegebenen Lebensbedingungen sowie das psychologische Profil möglichst lange erhalten bleiben. Zum anderen ist in dieser Person-Situations- bzw. Person-Umwelt-Transaktion durchaus ein „allgemeines Ziel“ von Gesundheitsförderung und Prävention zu sehen.

Wir erkennen eine hohe Bindung an das Leben, die sich ausdrückt in einem stark ausgeprägten Motiv der Selbst- und der Mitverantwortung. Der Alltag dieser Personen ist vergleichsweise reich und lebendig gestaltet. Die gegebenen Lebensbedingungen

scheinen diese positive Einstellung zum Leben wie auch zur persönlichen Alltagsgestaltung noch einmal zu verstärken bzw. zu begünstigen: Die materiellen Ressourcen, die Bildungsressourcen, vergleichsweise wenige funktionale Einschränkungen, geringe Belastung durch Schmerzimpulse, schließlich das Zusammenleben mit einem anderen Menschen – bei einer insgesamt positiv ausfallenden Bewertung der gemeinsamen Geschichte mit diesem Menschen – sprechen in ihrer Gesamtheit für diese motivationsförderlichen Lebensbedingungen.

III.7 Das seelisch-geistige Alter – im Lichte der subjektiven Bewertung

Die über die 14 ausgewählten Merkmale der subjektiven Altersbewertung gerechnete Clusteranalyse legte die Differenzierung zwischen drei Gruppen nahe. Über Ausprägungsgrade der 14 Merkmale in den einzelnen Clustern gibt die nachfolgende Tabelle Auskunft.

Tabelle III.3 Verteilung der Clustermerkmale

| Clustervariable | Cluster 1 (n = 122, 30,5 %) M (SD) | Cluster 2 (n = 141, 35,3 %) M (SD) | Cluster 3 (n = 137, 34,2 %) M (SD) | Gesamt M (SD) | Signifikante Unterschiede |
|--|---|---|---|------------------|------------------------------|
| Seelisch-geistige Gewinne | 1,3 (.46) | 2,1 (.51) | 2,5 (.52) | 2,0 (.70) | 1 < 2 < 3 |
| Körperliche Einschränkungen / Verluste | 2,2 (.52) | 2,3 (.58) | 2,0 (.58) | 2,2 (.57) | 3 < 2 |
| Stärkeres Angewiesensein auf Beziehungen zu anderen Menschen | 1,4 (.59) | 1,9 (.62) | 1,8 (.74) | 1,7 (.69) | 1 < 2, 3 |
| Stärkeres Angewiesensein auf Hilfeleistungen durch andere Menschen und Institutionen | 2,0 (.67) | 1,9 (.54) | 1,9 (.59) | 2,0 (.60) | |
| Wachsende Bedeutung des Lebensrückblicks | 1,5 (.55) | 2,1 (.58) | 2,6 (.52) | 2,1 (.71) | 1 < 2 < 3 |
| Anderen Menschen etwas geben können | 1,6 (.57) | 2,4 (.52) | 2,4 (.72) | 2,2 (.72) | 1, 2 < 3 |
| Sorge vor kognitiven Verlusten und abnehmender Orientierung | 2,1 (.53) | 1,9 (.51) | 1,5 (.56) | 1,8 (.59) | 1 > 2 > 3 |
| Phasen von schmerzlich empfunder Einsamkeit | 2,0 (.57) | 2,1 (.50) | 1,4 (.51) | 1,8 (.61) | 1, 2 > 3 |

Tabelle III.3 Fortsetzung

| Clustervariable | Cluster 1 (n = 122, 30,5 %) M (SD) | Cluster 2 (n = 141, 35,3 %) M (SD) | Cluster 3 (n = 137, 34,2 %) M (SD) | Gesamt M (SD) | Signifikante Unterschiede |
|---|---|---|---|------------------|------------------------------|
| Sorge vor wachsender Einsamkeit | 2,4 (.55) | 2,1 (.43) | 1,6 (.57) | 1,6 (.62) | 1 > 2 > 3 |
| Sorge vor dem Aufgeben-Müssen der eigenen Wohnung | 1,9 (.69) | 2,0 (.63) | 1,4 (.49) | 1,7 (.66) | 1, 2 > 3 |
| Sorge vor ausgeprägten sensorischen Einbußen | 2,3 (.55) | 2,0 (.44) | 1,6 (.55) | 1,9 (.59) | 1 > 2 > 3 |
| Erfahrung der Abwertung / Meidung / Geringschätzung durch andere Menschen | 1,8 (.56) | 2,0 (.58) | 1,1 (.28) | 1,4 (.56) | 1, 2 > 3 |
| Erleben von Interesse anderer Menschen am Leben im hohen Alter | 1,5 (.52) | 1,9 (.47) | 2,3 (.51) | 1,9 (.60) | 1 < 2 < 3 |
| Alter als Chance, Aufgabe und Herausforderung | 2,2 (.58) | 2,2 (.52) | 2,4 (.51) | 2,2 (.55) | 1, 2 < 3 |

Zudem stellten wir auch hier die Frage: Welche Zusammenhänge zeigt die Gruppendifferenzierung mit Außenmerkmalen? Auf diese Frage geben die in Tabelle III.4 aufgeführten Befunde Auskunft. Im Zentrum der Analyse stehen dabei wieder Geschlecht, Lebensalter, Familienstand, Wohnform, Haushaltsstruktur, soziale Schichtzugehörigkeit, Pflegegrad und Schmerzerleben.

Fahren wir auch hier fort (a) mit der Charakterisierung der drei differenzierten Gruppen vor dem Hintergrund der 14 Merkmale des subjektiven Alterserlebens und der Zusammenhänge mit den Außenmerkmalen, (b) mit der Darstellung der potenziellen Ressourcen und Risiken in den drei Gruppen sowie (c) mit Handlungskonzepten zur Förderung der Lebenssituation in den drei differenzierten Gruppen.

Tabelle III.4 Zusammenhänge der Cluster mit anderen Merkmalen

| Außenmerkmale | Cluster 1 (n = 122) (30,5%) | Cluster 2 (n = 141) (35,3%) | Cluster 3 (n = 137) (34,2%) | Chi ² (df) | P |
|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|-----|
| (A) Geschlecht | | | | 5,88 (2) | .53 |
| (B) Lebensalter | | | | 20,18 (6) | .00 |
| 75–80 | 26 (21%) | 45 (32%) | 24 (18%) | | |
| 81–85 | 38 (31%) | 50 (35%) | 35 (26%) | | |
| 86–90 | 38 (31%) | 25 (18%) | 42 (30%) | | |
| 91–95 | 20 (17%) | 21 (15%) | 36 (26%) | | |
| (C) Familienstand | | | | 6,09 (4) | .19 |
| (D) Wohnform | | | | 6,72 (2) | .04 |
| Privathaushalt | 73 (60%) | 105 (74%) | 96 (70%) | | |
| Stationäre Einrichtung | 49 (40%) | 36 (26%) | 41 (30%) | | |
| (E) Haushaltsstruktur | | | | 0,67 (2) | .71 |
| (F) Soziale Schicht | | | | 40,95 (4) | .00 |
| Eher niedrig | 52 (43%) | 34 (24%) | 16 (12%) | | |
| Mittel | 63 (51%) | 81 (58%) | 86 (63%) | | |
| Eher hoch | 7 (6%) | 26 (18%) | 35 (25%) | | |
| (G) Wohnort | | | | 12,60 (2) | .00 |
| Land | 60 (49%) | 54 (38%) | 38 (28%) | | |
| Stadtgebiet / Umland | 62 (51%) | 87 (62%) | 99 (72%) | | |
| (H) Pflegegrad | | | | 17,19 (2) | .00 |
| 2 und höher | 76 (62%) | 69 (49%) | 50 (36%) | | |
| 0 und 1 | 46 (38%) | 72 (51%) | 87 (64%) | | |
| (I) Schmerzerleben | | | | 13,25 (4) | .01 |
| Gering | 30 (24%) | 50 (36%) | 60 (44%) | | |
| Mittel | 36 (30%) | 40 (28%) | 40 (29%) | | |
| Stark | 56 (46%) | 51 (36%) | 37 (27%) | | |

Cluster 1

Eher negative emotionale Besetzung des Alters, wobei Sorgen vor Einsamkeit und Einbußen dominieren und nur ein geringer Austausch mit der sozialen Umwelt stattfindet.

In dieser Gruppe findet sich eine mittelstarke Ausprägung erlebter körperlicher Einbußen. Zudem zeigen die Themen „Stärkeres Angewiesensein auf Beziehungen zu anderen Menschen“, „Wachsende Bedeutung des Lebensrückblicks“, „Erfahrung, anderen Menschen etwas geben zu können“ nur eine geringe Ausprägung. Es dominieren

die Themen „Sorge vor kognitiven Verlusten und abnehmender Orientierung“, „Sorge vor wachsender Einsamkeit“ und „Angewiesensein auf Hilfeleistungen durch andere Menschen und Institutionen“. Eine mittelstarke bis starke Ausprägung zeigen die Themen „Phasen von schmerzlich empfundener Einsamkeit“, „Sorge vor dem Aufgeben-Müssen der eigenen Wohnung“ und „Sorge vor ausgeprägten sensorischen Einbußen“. Das erlebte „Interesse anderer Menschen am Leben im hohen Alter“ ist gering, die Deutung von Alter als „Chance, Aufgabe und Herausforderung“ ist mittelstark ausgeprägt.

Wir finden hier eine fast gleichmäßige Geschlechterverteilung sowie eine vergleichsweise ausgeglichene Verteilung der unterschiedlichen Altersgruppen. In dieser Gruppe überwiegen Personen, die in einem Privathaushalt leben, deutlich. Das Verhältnis von Personen, die auf dem Land vs. in einer Stadt (oder im Umland einer Stadt) wohnen, ist ausgeglichen. Es dominiert die eher niedrige bis mittlere Sozialschicht. Die Personen mit einem höheren Pflegegrad (2 und mehr) dominieren gegenüber Personen mit keinem oder einem niedrigen Pflegegrad; zudem findet sich ein vergleichsweise höherer Anteil von Personen mit einem hohen Dominanzgrad des Schmerzerlebens.

Potenzielle Ressourcen: (a) Das Alter wird, wenn auch nur in mittelstarker Ausprägung, als „Chance und Anforderung“ gedeutet, das heißt, das Individuum fühlt sich motiviert, das eigene Altern zu gestalten, wenn sich entsprechende Möglichkeiten der Gestaltung bieten. (b) Die wahrgenommenen Verluste in den Bereichen Gesundheit, soziale Beziehungen und alltagspraktische Kompetenz weisen eine eher mittlere persönliche Bedeutung auf – sie dominieren nicht das Erleben (wenn man vom Schmerzerleben absieht).

Potenzielle Risiken: (a) Aufgrund der eher niedrigen bis mittleren sozialen Schichtzugehörigkeit ist der Zugang zu gesundheits- und altersbezogenen Informationen, die sich positiv auf die Eigeninitiative auswirken könnten, erschwert. (b) Der Pflegegrad von 2 und höher spiegelt funktionale und alltagspraktische Einbußen wider; diese werden – zusammen mit kognitiven Verlusten – auch ausdrücklich thematisiert. (c) In diesem Zusammenhang ist auch der hohe Dominanzgrad des Schmerzerlebens wichtig: Funktionale und alltagspraktische Einbußen sowie starke Schmerzen können die Eigeninitiative wie auch eine motivierende Gegenwarts- und Zukunftsperspektive deutlich einengen. (d) Es besteht die Sorge vor einem Aufgeben-Müssen der Wohnung, wodurch sich die Zukunftsperspektive einmal mehr einengt. (e) Schließlich werden Erfahrung von Einsamkeit und / oder Sorge vor (wachsender) Einsamkeit thematisiert (mittelstarkes Gewicht). (f) Damit geht die gering ausgeprägte Erfahrung einher, anderen Menschen etwas geben oder das Interesse anderer Menschen auf sich ziehen zu können.

Es ergeben sich aus diesen Ressourcen-Risiko-Konstellationen folgende Überlegungen bezüglich *möglicher Handlungskonzepte*: (1) Zunächst ist eine differenzierte Wohnberatung vorzunehmen: Inwiefern kann durch Veränderungen in der Wohnung die Barrierefreiheit sichergestellt werden? Erweist sich möglicherweise auch

ein Umzug in eine betreute Wohnung als Mittel der Wahl? Hier sind auch Fragen der Verkehrsanbindung sowie der Versorgungs- und Dienstleistungsstruktur zu klären (immerhin leben vergleichsweise viele Angehörige dieser Gruppe – 60 von 122 Personen – auf dem Land). (2) Fragen der Stärkung sozialer Teilhabe sind zu erörtern: Inwiefern ergeben sich im Wohnumfeld Möglichkeiten zum Besuch von Bürgertreffs, von Bürgerzentren sowie von Bildungseinrichtungen? Wie kann die Person dabei unterstützt werden, diese Einrichtungen zu erreichen (Fahrdienste)? (3) Wenn das Alter auch als eine Chance betrachtet wird: Kann die Person dazu motiviert werden, sich in öffentlichen Einrichtungen und in ihrer Nachbarschaft zu engagieren? (4) Eine zugehende Beratung, die auf die Angebote verweist und bestehende Ressourcen (Fähigkeiten, Fertigkeiten) der Person zur persönlich sinnerfüllten Gestaltung des Alltags gezielt anspricht, kann motivierende Kräfte entfalten (Alter wird von der Person auch als Chance wahrgenommen). (5) Eine gute Ausstattung mit Sehhilfen muss thematisiert werden; im Falle der Notwendigkeit dieser Prothetik muss diese auch vorgehalten werden. (6) Es erweist sich eine fundierte Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie als notwendig. Aufgrund der Tatsache, dass das Schmerzerleben einen hohen Dominanzgrad aufweist, kommt dieser Diagnostik und Therapie große Bedeutung zu. Damit kann auch der aktivierenden Pflege ein wichtiger zusätzlicher Schub gegeben werden.

Cluster 2

Eher geringe emotionale Besetzung des Alters, wobei sich eher positiv und eher negativ getönte Erlebnisse und Erfahrungen die Waage halten.

Hier findet sich die – vergleichsweise – stärkste Ausprägung erlebter körperlicher Einbußen. Das Angewiesensein auf Beziehungen zu anderen Menschen sowie auf Hilfeleistungen durch andere Menschen, der Lebensrückblick, Phasen schmerzlich empfundener Einsamkeit sowie die Sorge vor kognitiven Verlusten und abnehmender Orientierung, vor stärkeren sensorischen Einschränkungen, vor Einsamkeit und vor dem Aufgeben-Müssen der eigenen Wohnung weisen eine mittelstarke Ausprägung auf, was auch zeigt, wie sehr negativ konnotierte *Sorgen* (die noch nicht Realität geworden sein müssen) die daseinthematische Struktur charakterisieren können. Es ist eine eher große Bedeutung der Erfahrung, anderen Menschen etwas geben zu können, erkennbar, gleichzeitig eine eher geringe bis mittelstarke Ausprägung der Erfahrung von Abwertung, Meidung oder Geringschätzung durch andere Menschen sowie des Interesses anderer Menschen am Leben im hohen Alter. Das hohe Alter wird in geringem bis mittelstarkem Maße als Chance, Aufgabe und Herausforderung gedeutet.

Diese Gruppe ist eher weiblich und vergleichsweise älter; in ihr überwiegen Personen, die in einem Privathaushalt bzw. in einer Stadt (oder im Umland einer Stadt) leben, deutlich. In dieser Gruppe dominiert die mittlere Sozialschicht. Es findet sich

ein ausgeglichenes Verhältnis von Personen mit höherem Pflegegrad (Pflegegrad 2 und höher) und Personen mit keinem oder geringem Pflegegrad. Auch die Verteilung der verschiedenen Dominanzgrade des Schmerzerlebens (gering vs. mittel vs. stark) ist ausgeglichen.

Potenzielle Ressourcen: (a) Die Erfahrung, anderen Menschen etwas geben zu können, nimmt im Erleben des Individuums eine bedeutende Stellung ein: Diese Erfahrung ist nicht nur für dessen Selbstbild wichtig, sondern kann auch zu selbstverantwortlichem und mitverantwortlichem Handeln motivieren. (b) Das erlebte Interesse anderer Menschen am eigenen Alternsprozess und die Deutung von Alter als Chance und Anforderung (jeweils mittlere Ausprägungsgrade) bergen das Potenzial zu vermehrtem Engagement mit dem Ziel, Situationen und soziale Kontexte zu finden (bzw. zu schaffen), in denen das Leben als stimmig und sinnerfüllt erfahren wird. (c) Die Tatsache, dass die Angehörigen dieser Gruppe eher der mittleren Sozialschicht zuzurechnen sind, unterstreicht die Ressourcenperspektive: Damit ist eher die Möglichkeit gegeben, sozialkulturelle, teilhabeförderliche Angebote zu nutzen. (d) Es besteht keine Dominanz von größerem Pflegebedarf und ausgeprägter Schmerzthematik. Damit sind günstigere Bedingungen für eine rehabilitative und aktivierende medizinisch-pflegerische Versorgung gegeben.

Potenzielle Risiken: (a) Aufgrund der stärkeren Akzentuierung körperlicher Einschränkungen im Erleben des Individuums ist nicht nur von einer höheren körperlichen, sondern auch von einer höheren emotionalen Verletzlichkeit auszugehen, die allerdings nicht notwendigerweise zu geringerer Lebensqualität führen muss. (b) Die erhöhte Verletzlichkeit zeigt sich auch in der – allerdings nur mittelgradig ausgeprägten – Sorge vor körperlichen und kognitiven Verlusten wie auch in der Sorge vor dem Aufgeben-Müssen der Wohnung. (c) Gefühle der Einsamkeit weisen im Erleben des Individuums eine mittelgradige Ausprägung auf; sie tragen dazu bei, dass sich das Individuum der Angewiesenheit auf Beziehungen zu anderen Menschen wie auch der von diesen bereitgestellten Hilfeleistungen bewusst wird – worin ein Motivationspotenzial gesehen werden kann, wenn es gelingt, Beziehungen zu knüpfen, die von Reziprozität bestimmt sind (siehe auch [a] der potenziellen Ressourcen).

Es ergeben sich aus diesen Ressourcen-Risiko-Konstellationen folgende drei Überlegungen bezüglich *möglicher Handlungskonzepte*: (1) Das Ressourcen-Risiken-Profil ist von Ambivalenzen bestimmt, die gezielt angesprochen werden müssen und nicht einfach übergangen werden dürfen: Einerseits sind körperliche und soziale Verletzlichkeit, andererseits Ressourcen mit Blick auf die persönlich erfüllende Gestaltung sozialer Beziehungen erkennbar. (2) Ein Lebensbereich mit bedeutenden Ressourcen ist jener der sozialen Beziehungen: Eine wichtige Aufgabe besteht darin, die Möglichkeiten zur Reziprozität zu nutzen bzw. weiter zu stärken und die Motivation zu fördern, sich weiterhin im öffentlichen Raum zu bewegen. Auf der Grundlage der Erfahrung, eine Aufgabe haben und das Interesse anderer Menschen auf sich zu ziehen, kann eine Stärkung gesundheitsförderlichen Verhaltens und aktiven Bewältigungsverhaltens erreicht werden. Die Gestaltung der sozialen Beziehungen hat

in diesem Cluster somit auch eine hohe präventive Bedeutung. (3) Da die Angehörigen dieses Clusters von positiv konnotierten Lebensaufgaben berichten, das Alter als Chance und Aufgabe begreifen und das Interesse anderer Menschen am Alter hervorheben, ist davon auszugehen, dass bei ihnen Quellen der Stimmigkeit und Sinnerfahrung bestehen, die sich positiv auf die Offenheit für die gegebenen medizinischen, rehabilitativen und pflegerisch-aktivierenden Maßnahmen sowie auf deren Nutzung auswirken.

Cluster 3

Emotional positiv besetztes Alter, verbunden mit der Erfahrung, anderen Menschen etwas geben zu können und deren Interesse zu wecken, weiterhin verbunden mit einem als bereichernd empfundenen Lebensrückblick.

In dieser Gruppe findet sich eine mittelstarke Ausprägung erlebter körperlicher Einbußen, des Angewiesenseins auf Beziehungen zu anderen Menschen und der Hilfeleistungen durch diese. Große bzw. eher große Bedeutung nehmen der Lebensrückblick sowie die Erfahrung, anderen Menschen etwas geben zu können, ein. Die Deutung von Alter als Chance, Aufgabe und Herausforderung ist eher stark ausgeprägt. Die Sorge vor kognitiven Verlusten und abnehmender Orientierung, vor stärkeren sensorischen Einbußen und vor Einsamkeit ist eher gering ausgeprägt, die Sorge vor dem Aufgaben-Müssen der eigenen Wohnung gering. Phasen schmerzlich empfundener Einsamkeit werden gar nicht oder nur mit geringem Ausprägungsgrad genannt, Gleiches gilt für die erfahrene Abwertung, Meidung oder Geringschätzung durch andere Menschen. Das Erleben von Interesse anderer Menschen am Leben im hohen Alter ist eher stark ausgeprägt.

Diese Gruppe ist eher weiblich und vergleichsweise jünger; auch in ihr überwiegen Personen, die in einem Privathaushalt bzw. in einer Stadt (oder im Umland einer Stadt) leben, deutlich. In dieser Gruppe dominiert die mittlere bis höhere Sozialschicht. In ihr überwiegen Personen mit keinem oder geringem Pflegegrad gegenüber Personen mit höherem Pflegegrad (2 und mehr); zudem findet sich ein deutlich höherer Anteil von Personen mit einem geringen Dominanzgrad des Schmerzerlebens.

Potenzielle Ressourcen: (a) Die Erfahrung, anderen Menschen etwas geben können, nimmt im Erleben eine große Bedeutung ein. Die darin zum Ausdruck kommende mitverantwortliche Lebensführung weist ein hohes Motivationspotenzial auf. (b) Dieses wird noch einmal verstärkt durch das erfahrene Interesse anderer Menschen am Leben im hohen Alter, das im Erleben der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer eine stärkere Ausprägung aufweist. Dieses Interesse deutet (auch) auf soziale Teilhabe hin. (c) Erfahrungen von unfreiwilliger Einsamkeit wie auch Sorge vor Einsamkeit werden nicht oder nur in Ansätzen berichtet: Dies weist auf erlebte Integration und Teilhabe hin. (d) Der Lebensrückblick besitzt große Bedeutung; er wird in aller Regel als ein schöpferisches Moment empfunden und ist aus diesem Grunde positiv besetzt:

Damit ist eine weitere motivationale Grundlage für Selbst- und Weltgestaltung im Alter gegeben. (e) Dass diese Grundlage auch subjektiv wahrgenommen wird, zeigt die eher stark ausgeprägte Deutung von Alter als Chance und Anforderung: Auch wenn die Anforderungen, die das Alter zum Beispiel in gesundheitlicher und sozialer Hinsicht stellt, ausdrücklich genannt werden, so werden doch auch Chancen für ein stimmiges, persönlich sinnerfülltes Leben hervorgehoben. (f) Das Überwiegen von Personen aus einer mittleren bis höheren sozialen Schicht spiegelt die „externalen Ressourcen“ wider, die Angehörige dieser Gruppe in der Biografie aufgebaut haben und die sich vermutlich positiv auf die Entwicklung der *internalen Ressourcen* ausgewirkt haben. (g) Die Tatsache, dass in dieser Gruppe kein Pflegegrad dominiert und nur ein geringer Dominanzgrad des Schmerzerlebens erkennbar ist, wirkt sich vermutlich positiv auf die Therapie, die Rehabilitation, die aktivierende Pflege aus. (h) Die Erreichbarkeit derartiger Angebote ist in dieser Gruppe vergleichsweise gut, da der deutlich überwiegende Teil der Angehörigen dieser Gruppe in der Stadt bzw. im städtischen Umland lebt.

Potenzielle Risiken: (a) Es werden körperliche Einbußen berichtet; allerdings weist diese Thematik keine starke, sondern eine mittelstarke Ausprägung auf. (b) Der mittlere Ausprägungsgrad der Thematik „Angewiesensein auf Hilfeleistungen durch andere Menschen und Institutionen“ weist auf körperliche Einschränkungen hin, die in einzelnen Lebens- und Handlungsbereichen instrumentelle Unterstützung erfordern.

Es ergeben sich aus diesen Ressourcen-Risiko-Konstellationen folgende Überlegungen bezüglich *möglicher Handlungskonzepte*: Eigentlich besteht hier kein unmittelbarer Handlungsbedarf. Es ist vielmehr darauf zu achten, dass die günstigen Lebensbedingungen wie auch die inspirierte Lebensgestaltung möglichst lange erhalten bleiben. Das kann zum Beispiel dadurch geschehen, dass im persönlichen Beratungsgespräch die gegebenen und entwickelten Ressourcen als eine Grundlage für die weitere Entwicklung gedeutet werden und die Person motiviert wird, durch eigenes Handeln zur Erhaltung, gegebenenfalls zur weiteren Differenzierung dieser Ressourcen zu gelangen. Mit dieser Gruppe wird uns vor Augen geführt, inwieweit die in der Biografie aufgebauten internalen und externalen Ressourcen zu einem persönlich sinnerfüllten und zufriedenstellenden Leben im Alter führen, wobei es hier nicht nur auf die objektiv gegebenen Lebensbedingungen ankommt, sondern auch auf das in der Biografie gezeigte Engagement bei der Entwicklung und Erweiterung von Kompetenzen. Diese Gruppe zeigt sozusagen „retrospektiv“ das Potenzial der Prävention *für* das Alter und *im* Alter.

III.8 Zur Notwendigkeit der Erfassung von Erlebens-, Erfahrungs- und Verhaltenskomplexen

Die in diesem Kapitel adressierte Frage ist aus unserer Sicht von Bedeutung für das vertiefte Verständnis von Alter, das auch praktisches Handeln zu beeinflussen vermag: Es ging darum aufzuzeigen, worauf alte Menschen ihre Lebensbindung und

Lebensbewertung gründen, das heißt welche Aspekte ihres Selbst und ihrer Welt positive oder eher negative Konsequenzen für Lebensbindung und Lebensbewertung besitzen. Angeregt zu dieser theoretischen und empirischen Auseinandersetzung wurden wir durch Arbeiten von Lawton, der sich intensiv mit Theorien der humanistischen Psychologie beschäftigt und diese auf das Konzept der Lebensbindung und Lebensbewertung zugeschnitten hat. Ein Beispiel für die Bedeutung der humanistischen Psychologie für Lawtons Verständnis von Lebensbindung und Lebensbewertung (im Alter) bildet die Annahme von Wachstums- und Reifungsmöglichkeiten des Individuums sowie von Möglichkeiten der Selbst- und Weltgestaltung über den gesamten Lebenslauf; und so ist es nur konsequent, wenn Lawton postuliert, dass wir auch im hohen Alter, ja, dass wir selbst im Angesicht des herannahenden Todes bedeutende seelisch-geistige Entwicklungsschritte tun können. Für Lawton war ja unter anderem die Aussage charakteristisch, wonach sich die Psychologie nicht allein, auch nicht primär auf Belastungen des Individuums konzentrieren, sondern auch die Kräfte, die Stärken des Individuums in den Blick nehmen solle. Man fühlt sich hier erinnert an das für die humanistische Psychologie leitende Konstrukt der Selbstverwirklichung, das im Werk der Begründerin dieser psychologischen Schule, Charlotte Bühler³⁷, eine herausragende Rolle spielte; man fühlt sich weiterhin erinnert an das Konstrukt des „Guten“ (verstanden im Sinne von Wachstums- und Reifungspotenzialen), das schon die ersten Arbeiten von Carl Rogers³⁸ leitete und als eigener Titel einer wichtigen, späten Arbeit dieses Psychologen diente.³⁹

Bei unserer Analyse jener Aspekte von Selbst und Welt, auf die sich die Lebensbindung und Lebensbewertung des Individuums gründet, konzentrierten wir uns auf die daseinsthematische Analyse, wie sie in der „Bonner Psychologischen Schule“ entwickelt und kontinuierlich verfeinert wurde.⁴⁰ Diese Analyse betont die *Innenperspektive* des Individuums und untersucht aus dieser, welche Aspekte von Selbst und Welt das Leben einer Person *stimmig* machen bzw. zur *Sinnerfahrung* beitragen. Die thematische Nähe zur Existenzpsychologie Viktor Frankls⁴¹ ist hier unübersehbar.

Aspekte der Lebensbindung, die wir in beiden der hier genannten Studien – der „Generali Hochaltrigkeitsstudie“ und der Studie „Altern in Balance“ – aufzeigen konnten, haben wir überschrieben mit „Aufgabencharakter des Lebens“ (hier einen von Viktor Frankl häufig verwendeten Terminus aufgreifend), mit „Erfahrung von Stimmigkeit und Glück (vs. Unglück)“ (mit „Stimmigkeit“ einen von Hans Thomae eingeführten Begriff gebrauchend) sowie mit „Selbst-Transzendierung“ (uns auch hier an einen von Viktor Frankl häufig verwendeten Terminus anlehnend). Unsere Analysen zeigten, dass sich im Erleben vieler alter Menschen Aspekte finden, die auf

37 Bühler (1936)

38 Rogers (1951)

39 Rogers (1978)

40 Thomae (1968/1996); Kruse (2017)

41 Frankl (1972/2005); Frankl (2005); Frankl (2002); Längle (2015, 2016)

den subjektiv wahrgenommenen und verwirklichten Aufgabencharakter des Lebens deuten, in denen sich die Möglichkeit des Stimmigkeitserlebens verwirklicht und in denen sich die Fähigkeit und Bereitschaft zur Selbst-Transzendierung widerspiegelt. Es ist aus unserer Sicht von großer Bedeutung, dieses seelisch-geistige Potenzial alter Menschen nicht nur differenziert zu untersuchen und zu beschreiben, sondern dieses auch in einem *kulturellen Entwurf* des Alters noch sehr viel stärker zu berücksichtigen und zu nutzen.⁴² Zugleich kann dieses Potenzial als ein *Zielpunkt* der psychologischen Beratung bzw. psychotherapeutischen Intervention dienen.⁴³

Unsere Analyse zeigte aber auch – und dieser Zusammenhang kann nicht hoch genug bewertet werden –, dass die hier beschriebenen, seelisch-geistigen Potenziale von den objektiv gegebenen Lebensbedingungen eines Individuums beeinflusst sind. Bei näherer Betrachtung dieses Zusammenhangs kann von Person-Umwelt-Transaktionen bzw. Person-Situations-Interaktionen gesprochen werden, wie diese schon von Lawton (hier im Kontext von Person-Umwelt-Transaktionen)⁴⁴ bzw. von David Magnusson und Norman Endler (hier im Kontext von Person-Situations-Interaktionen)⁴⁵ postuliert wurden. Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass sich Merkmale der Person, der Umwelt und der Situation im Lebenslauf immer stärker *verschmelzen*, sich immer mehr zu einem *Erlebens-, Erfahrungs- und Verhaltenskomplex* entwickeln,⁴⁶ der Erleben und Verhalten in spezifischen Umwelten und Situationen erheblich mitbestimmt. Derartige Erlebens-, Erfahrungs- und Verhaltenskomplexe konnten wir auch in den in diesem Kapitel vorgestellten Analysen identifizieren. Sie zeigen uns, wie stark das Erleben von Selbst- und Weltgestaltung im Alter dem Einfluss von Person-Umwelt-Transaktionen sowie Person-Situations-Interaktion im Lebenslauf ausgesetzt ist. Wir sprachen an verschiedenen Stellen von einem Aspirationsniveau oder Erwartungshorizont, um deutlich zu machen, dass die Person im Laufe ihrer Biografie eine bestimmte Anspruchs- und Erwartungshaltung mit Blick auf die Möglichkeiten und Grenzen der Selbst- und Weltgestaltung wie auch der Möglichkeiten und Grenzen infrastruktureller und institutioneller Unterstützung in diesem Gestaltungsprozess entwickelt, die bis in das Alter fortwirkt. Es sind auch bestimmte Vorstellungen von Alter (ist dieses genetisch vorbestimmt oder ergeben sich signifikante Freiheitsgrade in der Gestaltung des Alters), die sich im Lebenslauf (zum Beispiel unter bestimmten Bildungseinflüssen) ausbilden und vor allem *im Alter selbst* ihren Einfluss entfalten,⁴⁷ es sind weiterhin die in der Biografie gewonnenen Erfahrungen im Hinblick auf Zieldefinition und Zielverwirklichung, die bis

42 Kollwe & Schenkel (Hrsg.). (2011); Rosenmayr (2007); Zimmermann (2015); Zimmermann et al. (Hrsg.) (2016)

43 Kessler (2014); Kessler et al. (2014)

44 Lawton et al. (2001)

45 Magnusson & Endler (Hrsg.). (1977)

46 Labouvie-Vief (2003); Labouvie-Vief et al. (2010)

47 Freund & Hennecke (2015); Hennecke & Freund (2015)

in das Alter – und hier vor allem unter dem Eindruck einer veränderten Zeit- und Zukunftsperspektive – fortwirken.⁴⁸

An verschiedenen Stellen der Ergebnisdarstellung und -diskussion haben wir *Handlungskonzepte* aufzuzeigen versucht, die geeignet sein könnten, seelisch-geistige Entwicklungsprozesse im Alter (weiter) zu fördern. Dabei wurde deutlich, dass diese Handlungskonzepte mit Blick auf ihre spezifischen Maßnahmen oder Strategien immer changieren zwischen Person, Umwelt und Situation – oder anders ausgedrückt: Sie müssen immer die *Erlebens-, Erfahrungs- und Verhaltenskomplexe* im Auge haben, wie sich diese in der Biografie ausgebildet haben und im Alter fortwirken; wobei wir uns auch von der Annahme leiten ließen, dass Plastizität und Adaptivität der Person einen Ausprägungsgrad besitzen, der das Ziel realistisch erscheinen lässt, bestimmte Formen von Erleben, Erfahren und Handeln in einer Weise zu modifizieren, dass sich Gefühle der Stimmigkeit und Erfüllung mit höherer Wahrscheinlichkeit einstellen können – was sich positiv auf Lebensbindung und Lebensbewertung auswirken sollte.

48 Brandtstädter (2007); Lang & Carstensen (2002)

Literatur

- Becker, E. (1973). *The Denial of Death*. New York: Free Press.
- Brandtstädter, J. (2007). *Das flexible Selbst*. Heidelberg: Elsevier / Springer.
- Brandtstädter, J. (2014). Lebenszeit, Weisheit und Selbsttranszendenz. In *Aufgang. Jahrbuch für Denken, Dichten, Musik* (S. 136–149). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bühler, C. (1936). *Der menschliche Lebenslauf als psychologisches Problem*. Göttingen: Hogrefe.
- Carstensen, L. L. (Hrsg.). (2006). *Social structures, aging, and self-regulation in the elderly*. New York: Springer.
- Carstensen, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312, 1913–1915.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54, 165–181.
- Carstensen, L. L., & Lang, F. R. (2007). Sozioemotionale Selektivität über die Lebensspanne: Grundlagen und empirische Befunde. In J. Brandtstädter, & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne* (S. 389–412). Stuttgart: Kohlhammer.
- Carstensen, L. L., & Löckenhoff, C. E. (2004). Aging, emotion, and evolution: The bigger picture. In P. Ekman, J. J. Campos, R. J. Davidson, & F. B. M. de Waal (Hrsg.), *Emotions Inside Out: 130 Years after Darwin's The Expression of the Emotions in Man and Animals* (S. 152–179). New York: Annals of the New York Academy of Sciences.
- Covinsky, K. E., Wu, A. W., Landefeld, C. S., Connors Jr, A. F., Phillips, R. S., Tsevat, J., Dawson, N. V., Lynn, J., & Fortinsky, R. H. (1999). Health status versus quality of life in older patients: Does the distinction matter? *American Journal of Medicine*, 106, 435–440.
- Duppen Rn, D., Machielse, A., Verté Rn, D., Dury, S., De Donder, L., & Consortium, D. S. (2019). Meaning in life for socially frail older adults. *Journal of community health nursing*, 36, 65–77.
- Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1998). *The life cycle completed (extended version)*. New York: WW Norton & Company.
- Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. (1986). *Vital involvement in old age*. New York: WW Norton & Company.
- Förstl, H. (Hrsg.). (2012). *Theory of mind: Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens*. Berlin: Springer.
- Frankl, V. (1972/2005). *Der Wille zum Sinn*. Bern: Huber.
- Frankl, V. (2002). *Die Sinnfrage in der Psychotherapie*. München: Piper.
- Frankl, V. (2005). *Der leidende Mensch*. Bern: Huber.
- Freund, A. M., & Hennecke, M. (2015). On means and ends: The role of goal focus in successful goal pursuit. *Current Directions in Psychological Science*, 24, 149–153.
- Hendricks, J., & Cutler, S. J. (2004). Volunteerism and socioemotional selectivity in later life. *The Journals*

- of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59, 251–257.
- Hennecke, M., & Freund, A. M. (2015). Age, action orientation, and self-regulation during the pursuit of a dieting goal. *Applied psychology: Health and wellbeing* 8(1), 19–43. <https://doi.org/10.1111/aphw.12060>.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic books.
- Jopp, D., Rott, C., & Oswald, F. (2008). Valuation of life in old and very old age: the role of sociodemographic, social, and health resources for positive adaptation. *The Gerontologist*, 48, 646–658.
- Kessler, E.-M. (2014). Psychotherapie mit sehr alten Menschen. Überlegungen aus Sicht der Lebensspannenpsychologie. *Psychotherapie im Alter*, 11(2), 145–161.
- Kessler, E. M., Kruse, A., & Wahl, H. W. (2014). Clinical geropsychology: A lifespan perspective. In N. A. Pachana & K. Laidlaw (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Clinical Geropsychology: International Perspectives* (S. 3–25). Oxford: Oxford University Press.
- Kollewe, C., & Schenkel, E. (Hrsg.). (2011). *Alter: unbekannt. Über die Vielfalt des Älterwerdens. Internationale Perspektiven*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Kruse, A. (2002a). Produktives Leben im Alter. Der Umgang mit Verlusten und der Endlichkeit des Lebens. In R. Oerter, & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (4. Aufl.) (S. 563–574). Weinheim: Beltz PVU.
- Kruse, A. (2002b) *Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien*. Baden-Baden: Nomos.
- Kruse, A. (2005a). Selbstständigkeit, Selbstverantwortung, bewusst angenommene Abhängigkeit und Mitverantwortung als Kategorien einer Ethik des Alters. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, 273–287.
- Kruse, A. (2005b). Biografische Aspekte des Alter(n)s: Lebensgeschichte und Diachronizität. In U. Staudinger, & S.-H. Filipp (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters* (S. 1–38). Göttingen: Hogrefe.
- Kruse, A. (2017). *Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife*. Heidelberg: Springer.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2012). Generativity as a route to active ageing. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, Article ID 647650, 9 pages, <https://doi.org/10.1155/2012/647650>.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2015a). Selbst- und Weltgestaltung in der Erfahrung von Vergänglichkeit und Endlichkeit im hohen Alter. *Spiritual Care*, 4, 51–64.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2015b) Shared responsibility and civic engagement in very old age. *Research in Human Development*, 12, 133148.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2016). Sorge um und für andere als zentrales Lebensthema im sehr hohen Alter. In J. Stauder, I. Rapp, & J. Eckhard (Hrsg.), *Soziale Bedingungen*

- privater Lebensführung* (S. 325–352). Heidelberg: Springer.
- Labouvie-Vief, G. (2003). Dynamic integration: Affect, cognition, and the self in adulthood. *Current Directions in Psychological Science*, *12*, 201–206.
- Labouvie-Vief, G., Grünh, D., & Studer, J. (2010). Dynamic integration of emotion and cognition: Equilibrium regulation in development and aging. In R. M. Lerner, M. E. Lamb, & A. M. Freund (Hrsg.), *The Handbook of life-Span Development*. Bd. 2. *Social and Emotional Development* (S. 79–115). Hoboken: Wiley.
- Lang, F. R., & Carstensen, L. L. (2002). Time counts: Future time perspective, goals, and social relationships. *Psychology and Aging*, *17*, 125–139.
- Lang, F. R., Staudinger, U. M., & Carstensen, L. L. (1998). Perspectives on socioemotional selectivity in late life: How personality and social context do (and do not) make a difference. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *53*, 21–30.
- Längle, A. (2015). Was bringt das Alter? Leiden und Reifen als existentielle Herausforderung. *Existenzanalyse*, *32*, 29–32.
- Längle, A. (2016). Existenzanalyse – Existentielle Zugänge in der Psychotherapie. Wien: Facultas.
- Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In J. E. Birren, J. Lubben, J. C. Rowe, & D. E. Deutchman (Hrsg.), *The concept and measurement of quality of life* (S. 3–27). New York: Academic Press.
- Lawton, M. P., Moss, M., Hoffman, C., Grant, R., Have, T. T., & Kleban, M. H. (1999). Health, valuation of life, and the wish to live. *The Gerontologist*, *39*, 406–416.
- Lawton, M. P., Moss, M., Hoffman, C., Kleban, M. H., Ruckdeschel, K., & Winter, L. (2001). Valuation of life: A concept and a scale. *Journal of Aging and Health*, *13*, 3–31.
- Lawton, M. P., Moss, M. S., Winter, L., & Hoffman, C. (2002). Motivation in later life: Personal projects and well-being. *Psychology and Aging*, *17*, 539.
- Lévinas, E. (1991). *Entre nous. Essais sur le penser-à-l'autre*. Paris: Grasset & Fasquelle [deutsch (1995) Zwischen uns. Versuche über das Denken an den Anderen. München: Hanser].
- Magnusson, D., & Endler, N. S. (1977). Interactional psychology: present status and future prospects. In D. Magnusson, & N. S. Endler (Hrsg.), *Personality at the Crossroads: Current in Interactional Psychology* (S. 3–35). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Association.
- McAdams, D. P. (2009). *The person: An introduction to the science of personality psychology*. New York: Wiley.
- McAdams, D. P., & de St. Aubin, E. (1992). A theory of generativity and its assessment through self-report, behavioral acts, and narrative themes in autobiography. *Journal of Personality and Social Psychology*, *62*, 1003–1015.
- McAdams, D. P., Josselson, R., & Lieblich, A. (2006). *Identity and story: Creating self in narrative*. Washington: APA Books.

- Moss, M. S., Hoffman, C. J., Mossey, J., & Rovine, M. (2007). Changes over 4 years in health, quality of life, mental health, and valuation of life. *Journal of aging and health, 19*, 1025–1044.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered Therapy*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rogers, C. R. (1978). *Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung*. München: Kindler.
- Rosenmayr, L. (2007). *Schöpferisch altern: eine Philosophie des Lebens*. Münster: LIT Verlag.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology, 57*, 1069–1081.
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics, 83*, 10–28.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2003). Flourishing under fire: Resilience as a prototype of challenged thriving. In C. L. M. Keyes (Hrsg.). *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (S. 15–36). Washington: APA Books.
- Schmitt, E., Hinner, J., & Kruse, A. (2011). Dialogue between generations – basic ideas, implementation and evaluation of a strategy to increase generativity in post-soviet societies. *Procedia Social and Behavioral Sciences, 12*, 300–310.
- Schmitt, E., Hinner, J., & Kruse, A. (2015). Potentials of survivors, intergenerational dialogue, active ageing and social change. *Procedia – Social and Behavioral Sciences, 171*, 7–16.
- Solomon, S., Greenberg, J., & Pyszczynski, T. (2015). *The worm at the core: On the role of death in life*. New York: Random House.
- Talmage, C. A., Coon, D. W., Dugger, B. N., Knopf, R. C., O'Connor, K. A., & Schofield, S. A. (2020). Social leisure activity, physical activity, and valuation of life: Findings from a longevity study. *Activities, Adaptation & Aging, 44*(1), 61–84.
- Thomae, H. (1966). *Persönlichkeit – eine dynamische Interpretation*. Bonn: Bouvier.
- Thomae, H. (1968). *Das Individuum und seine Welt*. Göttingen: Hogrefe.
- Thomae, H. (1983). *Altersstile und Altersschicksale*. Bern: Huber.
- Thomae, H. (1996). *Das Individuum und seine Welt* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Tornstam, L. (1989). Gero-transcendence: A meta-theoretical re-formulation of the Disengagement Theory. *Ageing, 1*, 55–63.
- Tornstam, L. (1997). Gerotranscendence: The contemplative dimension of aging. *Journal of aging studies, 11*, 143–154.
- Tornstam, L. (2011). Maturing into gerotranscendence. *Journal of Transpersonal Psychology, 43*, 166–180.
- Zimmermann, H.-P. (2015). Anders altern. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 48*, 225–230.
- Zimmermann, H.-P., Kruse, A., & Rentsch, T. (Hrsg.) (2016). *Kulturen des Alterns. Plädoyers für ein gutes Leben bis ins hohe Alter*. Frankfurt am Main: Campus.

Kapitel IV

Die psychische Stabilität alter Menschen

Beate Wild, Andreas Kruse, Eric Schmitt

Zusammenfassung Die psychische Stabilität alter Menschen wurde durch zehn Merkmale abzubilden versucht: Kohärenzgefühl, Depression, Lebenszufriedenheit, Einstellung zum eigenen Alter, subjektives Alter, subjektive Gesundheit, Optimismus, mitverantwortliche Potenziale, Barrieren der Mitverantwortung, Entwicklungsgewinne. Diese Merkmale wurden in Beziehung zu folgenden neun sozialstrukturellen Merkmalen gesetzt: Lebensalter, Geschlecht, Familienstand, Sozialschicht, Haushaltsform, Haushaltsgröße, Erwerbsbiografie, Wohnort und Pflegegrad. Besonders enge Zusammenhänge mit soziostrukturellen Merkmalen zeigen die psychischen Merkmale „Kohärenzgefühl“ und „Optimismus“. Für sie weisen „Pflegegrad“ und „Sozialschicht“ die höchsten Korrelationen aus. Der Pflegegrad korreliert zudem hoch mit anderen Merkmalen: Bei einem Pflegegrad von mindestens 2 findet man eine höhere Depressivität, niedrigere Lebenszufriedenheit und das subjektive Erleben von weniger Entwicklungsgewinnen. Darin spiegelt sich die erhöhte psychische Vulnerabilität von alten Menschen wider, die einen höheren Grad an Pflegebedürftigkeit aufweisen. Die Schichtzugehörigkeit zeigt hohe Korrelationen mit Lebenszufriedenheit, Potenzialen und Entwicklungsgewinnen. Über die genannten psychischen Merkmale wurden Clusteranalysen gerechnet, deren Ergebnisse in Beziehung zu sozialstrukturellen Merkmalen gesetzt wurden. Auch hier zeigte sich der potenzielle Einfluss von objektiv gegebenen Problemfaktoren vs. Ressourcen mit Blick auf die Selbst- und Weltgestaltung des Individuums.

Schlagwörter Lebenswelt, Prävention, Selbstgestaltung, Sozialstruktur, Weltgestaltung

Abstract The mental stability of the elderly was assessed by ten characteristics: sense of coherence, depression, life satisfaction, attitude towards one's own ageing, subjective age, subjective health, optimism, potential of shared responsibility, barriers to shared responsibility, developmental gains. These characteristics of psychological stability were related to nine socio-structural characteristics: age, gender, marital status, social class, type of household, household size, employment history, place of residence and degree of care. "Sense of coherence" and "optimism" show particularly close correlations with socio-structural characteristics. For these two, "level of need for care" and "social class" show the highest correlations. The level of need for care also correlates highly with other characteristics: With a level of at least 2, one finds higher depressiveness, lower life satisfaction and a perception of fewer developmental gains. This shows the psychological vulnerability of elderly people in need of care. Social class shows high correlations with life satisfaction, potential and developmental gains. Cluster analyses were carried out on the above-mentioned psychological characteristics, the results of which were related to socio-structural characteristics. Here, too, the potential influence of objectively given problem factors vs. resources with regard to shaping the self and the world of the individual became apparent.

Keywords Living environment, prevention, self-design, social structure, world-design

Die psychische Situation alter Menschen hat einen wichtigen Einfluss auf deren Lebensgestaltung und Lebensqualität. Zwei Menschen, die sich in ihrer körperlichen und sozialen Situation ähneln, sich jedoch stark in der psychischen Stabilität unterscheiden, werden ihre Möglichkeiten und Begrenzungen sehr unterschiedlich wahrnehmen und bewältigen. Dabei ist die psychische Stabilität – oder Belastung – alter Menschen stark beeinflusst von ihrer Biografie. So ist z. B. ein starker Prädiktor für das Auftreten einer Depression im höheren Lebensalter das Vorhandensein einer früheren depressiven Episode.¹ Weitere Einflussfaktoren auf die psychische Situation alter Menschen sind u. a. sozialstrukturelle Merkmale, körperliche Krankheiten, Verlust-erfahrungen, Copingstrategien und Resilienz. Hier könnte man vermuten, dass sich im Alter eine Balance einstellen würde: Verluste und körperliche Einschränkungen nehmen mit steigendem Lebensalter zu, doch gleichzeitig entwickeln die Menschen seelische Ressourcen und Strategien, die ihnen helfen, mit den Verlusten umzugehen.

Im Folgenden wird der Zusammenhang zwischen der psychischen Situation und den sozialen bzw. körperlichen Merkmalen alter Menschen genauer untersucht. Dabei wurde die psychische Situation über zehn psychometrische Messinstrumente erfasst.

In Klinik und Forschung wird die psychische Situation alter Menschen häufig allein über Fragen nach Beschwerden und Belastungen erhoben. Dabei ist es gerade bei alten Menschen wichtig, die positiven Aspekte und Ressourcen ihrer Situation zu erfragen. Bleibt man in den Fragen auf der defizitären Seite, so fokussiert man auf den Teil, der sich voraussichtlich mit zunehmendem Alter verschlechtert, und wird den Möglichkeiten und Chancen des Alterns nicht gerecht. Aus diesem Grund wurden in der Studie „Altern in Balance“ sehr verschiedene, sich ergänzende Konstrukte zur Erfassung der psychischen Stabilität erhoben.

Das *Kohärenzgefühl* beschreibt den subjektiv empfundenen Zusammenhang einer Person mit den Geschehnissen und der Welt. Die Stärke des Kohärenzgefühls wird bestimmt durch das Ausmaß, in dem Lebensereignisse verstehbar erscheinen, als bedeutsam wahrgenommen werden und auch bewältigt werden können. Die *Depressivität* hat als Leitsymptomatik die Niedergeschlagenheit und Freudlosigkeit über längere Zeiträume und Situationen hinweg. Weitere Symptome sind Hoffnungslosigkeit und niedrige Aktivität. Die *Lebenszufriedenheit* ist ein mehrfaktorielles Konstrukt, das affektive und kognitiv-evaluative Komponenten der Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen umfasst. Die *Einstellung zum Alter* ist ein Konstrukt, das Altersstereotype und auf das eigene Alter(n) bezogene Meinungen und Überzeugungen erfasst – häufig unter der Hypothese, dass diese auch implizit bzw. subintentional Handlungen beeinflussen. Das Merkmal *Optimismus* erfasst die Antizipation zukünftiger Ereignisse und kann als eine generalisierte Version von Vertrauen angesehen werden. Repräsentationen eigenen Alterns im Sinne von Möglichkeiten und Grenzen selbst- und mitverantwortlicher Lebensführung schließlich können operationalisiert werden durch Einschätzungen zu *mitverantwortlichen Potenzialen, Barrieren der Mitverantwortung* und

1 Cole & Dendukuri (2003); Lossnitzer et al. (2012)

Entwicklungsgewinnen im Alter. Als weitere Merkmale zur Messung der psychischen Stabilität wurden die Selbsteinschätzungen des eigenen Alters (subjektives Alter) und der eigenen Gesundheit (subjektive Gesundheit) im Vergleich zu anderen erfasst.

IV.1 Überblick über die Fragebögen

Für die folgende Analyse wurden N = 400 Teilnehmer*innen befragt. Dazu kamen folgende Messinstrumente zum Einsatz:

- (1) Das Merkmal *Kohärenzgefühl* wurde mithilfe der Leipziger Kurzform (SOC-L9)² erfasst. Diese umfasst neun Items, die jeweils mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden können (Range des Gesamtscores: 1–9). Ein höherer Wert steht für ein höheres Kohärenzgefühl.
- (2) Das Merkmal *Depressivität* wurde in der Studie über die Geriatrische Depressionsskala (GDS)³ operationalisiert. Diese umfasst 15 Items (Range des Gesamtscores: 0–15). Ein höherer GDS-Score weist auf eine stärkere depressive Symptomatik hin. Ein Summenwert von unter 6 gilt als unauffällig, ein Wert von 6 bis 10 als Hinweis auf eine leichtere bis mittlere, ein Wert von 10 und mehr als Hinweis auf eine schwere depressive Symptomatik.
- (3) Das Merkmal *Lebenszufriedenheit* wurde in der Studie mithilfe der *Satisfaction with Life Scale* (SWLC)⁴ erfasst. Diese umfasst fünf siebenfach gestufte Items, wobei höhere Werte für eine höhere Zufriedenheit stehen (Range des Gesamtscores: 0–35).
- (4) Das Merkmal *Einstellung zum eigenen Alter* wurde mit der Subskala *Attitudes Toward Own Aging* (ATOA)⁵ der Philadelphia Geriatric Center Morale Scale gemessen. Diese umfasst fünf zweifach gestufte Items (Range des Skalenscores: 1–10); ein höherer Wert steht für eine positivere Einstellung zum eigenen Alter.
- (5) Das Merkmal *Subjektives Alter* wurde mit einer Selbsteinschätzung im Vergleich zu Gleichaltrigen erfasst, die auf einer dreistufigen, von 1: (eher) jünger bis 3: (eher) älter reichenden Ratingskala vorgenommen wurde.
- (6) Das Merkmal *Subjektive Gesundheit* wurde als Selbsteinschätzung auf einer dreistufigen Ratingskala erhoben, die von 1: (eher) schlecht über 2: (mittel) bis 3: (eher) gut reichte.
- (7) Zur Messung des Merkmals *Optimismus* wurde in der Studie ein von Krause entwickelter Fragebogen eingesetzt.⁶ Dieser umfasst drei Items, deren Zutreffen

2 Schumacher et al. (2000)

3 Sheikh & Yesavage (1986)

4 Diener et al. (1985)

5 Lawton (1975)

6 Krause (2003)

auf einer vierstufigen Skala eingeschätzt wird (Range des Gesamtscores: 3–12). Hier steht ein höherer Wert für größeren Optimismus.

- (8) Das Merkmal *Mitverantwortliche Potenziale* wurde mithilfe eines im Projekt „Bilder des Alters und Sozialstruktur“ (BIAS) entwickelten Fragebogens gemessen.⁷ Diese Dimension des Fragebogens umfasst vier Items, die auf einer vierstufigen Skala einzuschätzen sind (Range des Dimensionsscores: 4–16).
- (9) Das Merkmal *Barrieren der Mitverantwortung* wurde ebenfalls auf der Grundlage der Fragebogenentwicklung im Projekt BIAS operationalisiert. Auch diese Dimension umfasst vier vierfach gestufte Items (Range des Dimensionsscores: 4–16).
- (10) Die Messung des Merkmals *Entwicklungsgewinne* erfolgte auf der Grundlage einer aus fünf Items bestehenden vierstufigen Skala (Range: 5–20), die ebenfalls im Kontext des Projekts „Bilder des Alters und Sozialstruktur“ entwickelt wurde. Ein höherer Wert entspricht der Wahrnehmung von mehr Entwicklungsgewinnen.

Die zehn Merkmale (mit ihrem jeweiligen Wertebereich sowie mit Mittelwert und Standardabweichung) sind im nachfolgenden Überblick aufgeführt:

| | | | |
|-------------------------------|----------------------|----------|----------|
| Kohärenzgefühl | (Wertebereich: 1–9; | M: 5,1; | SD: 2.1) |
| Depression | (Wertebereich: 0–15; | M: 4,9; | SD: 2.5) |
| Lebenszufriedenheit | (Wertebereich: 0–35; | M: 23,6; | SD: 6.9) |
| Einstellung zum eigenen Alter | (Wertebereich: 1–10; | M: 7,8; | SD: 1.4) |
| Subjektives Alter | (Wertebereich: 1–3; | M: 1,8; | SD: .7) |
| Subjektive Gesundheit | (Wertebereich: 1–3; | M: 2,1; | SD: .7) |
| Optimismus | (Wertebereich: 3–12; | M: 7,6; | SD: 2.5) |
| Mitverantwortliche Potenziale | (Wertebereich: 4–16; | M: 10,4; | SD: 3.0) |
| Mitverantwortung – Barrieren | (Wertebereich: 4–6; | M: 9,2; | SD: 3.1) |
| Entwicklungsgewinne | (Wertebereich: 5–20; | M: 12,5; | SD: 4.0) |

Insgesamt ergeben sich relativ positive Werte, die auf eine eher stabile psychische Situation und positive Lebensperspektive der Teilnehmer*innen dieser Studie verweisen. Es finden sich in den Mittelwerten keine stärkeren Tendenzen zur Depression, zur herabgesetzten Zufriedenheit und zu Teilhabedefiziten. Gleichzeitig sprechen die Standardabweichungen für eine *hohe Heterogenität*. Damit stellt sich die Frage nach der Bedeutung des Einflusses von sozialstrukturellen Merkmalen.

7 Kruse & Schmitt (2006, 2009); Schmitt & Zimprich (2001)

IV.2 Zusammenhänge mit sozialstrukturellen Merkmalen

Es wurden die folgenden sozialstrukturellen Merkmale in ihrem Zusammenhang mit Merkmalen der psychischen Situation untersucht: Lebensalter, Geschlecht, Familienstand, Sozialschicht, Haushaltsform, Haushaltsgröße, Erwerbsbiografie, Wohnort und Pflegegrad. In der statistischen Analyse wurden im ersten Schritt für jedes Merkmal der psychischen Situation Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson mit allen Außenmerkmalen berechnet. Anschließend wurde eine lineare Regression durchgeführt, mit dem jeweiligen psychischen Merkmal als abhängiger Variable und den Außenmerkmalen, die signifikante Korrelationen aufwiesen, als Prädiktoren. Die Regressionen wurden adjustiert für Alter und Geschlecht.

Für das bessere Verständnis der Auswertung werden im Folgenden die Codierungen der einzelnen Merkmale, die in den Tabellen beschrieben werden, wiedergegeben: Geschlecht (1: Frauen, 2: Männer); verheiratet (0: nicht verheiratet; 1: verheiratet); verwitwet (0: nicht verwitwet, 1: verwitwet); Sozialschicht (1: eher niedrig, 2: mittel, 3: eher hoch); Haushaltsform (0: Privathaushalt, 1: Heim); Haushaltsgröße (0: allein lebend, 1: zusammen lebend); Erwerbsbiografie (0: nicht erwerbstätig, 1: früher erwerbstätig); Wohnort (0: ländliche Region, 1: Stadtgebiet und Umland); Pflegegrad (0: weniger als 2; 1: mindestens 2).

Kohärenzgefühl

Tabelle IV.1 zeigt den Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und den Außenmerkmalen.

Tabelle IV.1 Pearson-Korrelationen zwischen dem Kohärenzgefühl und sozialstrukturellen Merkmalen

| Kohärenzgefühl | | Lebensalter | Geschlecht | Verheiratet | Verwitwet | Sozialschicht | Haushaltsform | Haushaltsgröße | Erwerbsbiografie | Wohnort | Pflegegrad |
|----------------|----------|-------------|------------|-------------|-----------|---------------|---------------|----------------|------------------|---------|------------|
| | r | | -0.08 | 0.03 | 0.20 | -0.16 | 0.15 | -0.14 | 0.14 | 0.11 | 0.03 |
| p | | 0.10 | 0.46 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.01 | 0.01 | 0.03 | 0.51 | 0.00 |

Die Korrelationen zeigen, dass das Kohärenzgefühl mit *sechs Außenmerkmalen* in Zusammenhang steht: Familienstand (verheiratet [1] sein vs. nicht [0]), Sozialschicht, Haushaltsform, Haushaltsgröße, Erwerbsbiografie und Pflegegrad.

Tabelle IV.2 zeigt die Ergebnisse der linearen Regression für das Kohärenzgefühl (R-Quadrat = 0.10). Dieses zufolge haben verheiratete alte Menschen ein stärkeres Kohärenzgefühl (im Vergleich zu nicht verheirateten). Gleiches gilt für Personen mit einem niedrigeren Pflegegrad und für solche, die früher berufstätig waren. Auch eine höhere soziale Schicht ist eher mit einem starken Kohärenzgefühl verbunden.

Tabelle IV.2 Ergebnisse der linearen Regressionsanalyse für die Vorhersage des Kohärenzgefühls

| Variable | Beta (standardisiert) | t-Wert (df = 392) | p-Wert |
|--------------------|-----------------------|-------------------|--------|
| (Konstante) | | 6.19 | 0.00 |
| Lebensalter | -0.00 | -0.02 | 0.99 |
| Geschlecht | 0.01 | 0.12 | 0.90 |
| Verheiratet | 0.19 | -3.61 | 0.00 |
| Soziale Schicht | 0.12 | 2.52 | 0.01 |
| Früher berufstätig | 0.11 | -2.07 | 0.04 |
| Pflegegrad | -0.16 | 3.17 | 0.00 |

Depressivität

Tabelle IV.3 zeigt den Zusammenhang zwischen der Depressivität der befragten Teilnehmer*innen und den Außenmerkmalen.

Tabelle IV.3 Pearson-Korrelationen zwischen Depressivität und sozialstrukturellen Merkmalen

| Depressive Symptomatik (GDS) | | Lebensalter | Geschlecht | Verheiratet | Verwitwet | Sozialschicht | Haushaltsform | Haushaltsgröße | Erwerbsbiografie | Wohnort | Pflegegrad |
|------------------------------|---|-------------|------------|-------------|-----------|---------------|---------------|----------------|------------------|---------|------------|
| | r | | 0.12 | -0.13 | 0.01 | 0.03 | -0.08 | 0.05 | -0.03 | -0.09 | -0.12 |
| p | | 0.02 | 0.01 | 0.87 | 0.62 | 0.11 | 0.36 | 0.60 | 0.07 | 0.02 | 0.00 |

Ein höherer GDS-Score reflektiert eine höhere Depressivität.

Tabelle IV.3 verdeutlicht, dass das Alter, das Geschlecht, der Wohnort und der Pflegegrad mit der Depressivität der Teilnehmer zusammenhängen. Eine lineare Regressionsanalyse auf Depressivität mit Alter, Geschlecht, Wohnort und Pflegegrad als unabhängigen Variablen ergibt ein korrigiertes R-Quadrat von 0.06 (6 % Varianzaufklärung). Die soziostrukturellen Merkmale klären also nur wenig Varianz in der

Depressivität auf. Dabei verbleiben in der Regression das Geschlecht und auch der Pflegegrad als signifikante Prädiktoren für den Grad der Depressivität. Frauen sind in dieser Stichprobe depressiver als Männer. Ebenso haben alte Menschen mit einem höheren Pflegegrad eine höhere depressive Symptomatik als solche mit einem niedrigeren Pflegegrad. Ergebnisse in dieser Richtung findet man auch in früheren bevölkerungsbezogenen Stichproben.⁸ Dabei wird auch diskutiert, ob alte Frauen möglicherweise eher eine depressive Symptomatik bei sich erkennen und nach außen zugeben als alte Männer – oder ob es tatsächlich Unterschiede in der Stimmung alter Frauen und Männer gibt. Über die Bedeutung von soziostrukturellen Merkmalen hinaus weiß man aus vorigen Studien, dass der Einbezug anderer Faktoren – wie z. B. das Vorhandensein einer früheren depressiven Episode oder das Vorliegen von chronischen Krankheiten oder von kognitiver Beeinträchtigung – zu einer höheren Varianzaufklärung in der Depressivität führen.

Lebenszufriedenheit

Tabelle IV.4 zeigt den Zusammenhang zwischen der Lebenszufriedenheit, gemessen über die SWLC, und den Außenmerkmalen.

Tabelle IV.4 Pearson-Korrelationen zwischen der Lebenszufriedenheit und sozialstrukturellen Merkmalen

| Lebenszufriedenheit | | Lebensalter | Geschlecht | Verheiratet | Verwitwet | Sozialschicht | Haushaltsform | Haushaltsgröße | Erwerbsbiografie | Wohnort | Pflegegrad |
|---------------------|----------|-------------|------------|-------------|-----------|---------------|---------------|----------------|------------------|---------|------------|
| | r | 0.01 | -0.06 | 0.10 | -0.05 | 0.18 | -0.06 | 0.08 | 0.06 | 0.05 | -0.25 |
| p | 0.89 | 0.25 | 0.06 | 0.28 | 0.00 | 0.21 | 0.13 | 0.27 | 0.36 | 0.00 | |

Die Lebenszufriedenheit der alten Teilnehmer korreliert am stärksten mit der sozialen Schicht und dem Pflegegrad. In der linearen Regression auf die Lebenszufriedenheit ergibt sich ein R-Quadrat von 0.08; beide Variablen erweisen sich als signifikante Prädiktoren. Ein niedrigerer Pflegegrad und eine höhere soziale Schicht sind verbunden mit einer höheren Lebenszufriedenheit – während hier Alter und Geschlecht keinen Unterschied in der Lebenszufriedenheit ausmachen. Die niedrige Varianzaufklärung überrascht nicht, weiß man doch aus früheren Studien zur Lebensqualität im Alter, dass der stärkste Prädiktor für Lebensqualität heute die frühere Lebensqualität

8 Wild et al. (2011)

ist.⁹ Dabei muss man das Konstrukt der Lebensqualität, häufig gemessen mit dem SF-12 und SF-36¹⁰, sicherlich unterscheiden von dem Konstrukt der Lebenszufriedenheit. Dennoch würde man hier vermuten, dass ähnliche Zusammenhänge zwischen Lebenszufriedenheit früher und heute zu finden sein würden.

Einstellung zum eigenen Alter

Tabelle IV.5 zeigt den Zusammenhang zwischen der Einstellung zum eigenen Alter, gemessen über die ATOA, und den Außenmerkmalen.

Tabelle IV.5 Pearson-Korrelationen zwischen der Einstellung zum eigenen Alter und sozialstrukturellen Merkmalen

| Einstellung zum eigenen Alter | | Lebensalter | Geschlecht | Verheiratet | Verwitwet | Sozialschicht | Haushaltsform | Haushaltsgröße | Erwerbsbiografie | Wohnort | Pflegegrad |
|-------------------------------|---|-------------|------------|-------------|-----------|---------------|---------------|----------------|------------------|---------|------------|
| | r | -0.02 | 0.00 | 0.08 | -0.09 | 0.11 | -0.01 | 0.04 | -0.02 | 0.00 | -0.10 |
| | p | 0.73 | 0.97 | 0.11 | 0.07 | 0.03 | 0.91 | 0.41 | 0.66 | 1.00 | 0.06 |

Die Korrelationen zeigen, dass Angehörige einer höheren sozialen Schicht eine positivere Einstellung zum eigenen Alter haben ($p = 0.03$). Ein höherer Pflegegrad und Verwitwetsein sind in der Tendenz mit einer negativeren Einstellung verbunden.

In der linearen Regression auf die Einstellung zum eigenen Alter, adjustiert für das Alter und Geschlecht, wird jedoch keiner der Prädiktoren signifikant.

Subjektives Alter

Die Variable des subjektiven Alters wurde mit einer Selbsteinschätzung im Vergleich zu Gleichaltrigen erfasst, die auf einer dreistufigen, von 1: (eher) jünger bis 3: (eher) älter reichenden Ratingskala vorgenommen wurde. Aus diesem Grund wurden für diese Variable nur Korrelationen berechnet (Tabelle IV.6), jedoch keine lineare Regression (da die Voraussetzungen dafür nicht gegeben sind).

9 Maatouk et al. (2012)

10 Bullinger & Kirchberger (1998)

Tabelle IV.6 Pearson-Korrelationen zwischen dem subjektiven Alter und sozialstrukturellen Merkmalen

| Subjektives Alter | | Lebensalter | Geschlecht | Verheiratet | Verwitwet | Sozialschicht | Haushaltsform | Haushaltsgröße | Erwerbsbiografie | Wohnort | Pflegegrad |
|-------------------|---|-------------|------------|-------------|-----------|---------------|---------------|----------------|------------------|---------|------------|
| | r | -0.09 | -0.01 | 0.06 | -0.07 | 0.04 | 0.00 | -0.04 | -0.04 | 0.07 | 0.01 |
| | p | 0.08 | 0.87 | 0.25 | 0.18 | 0.48 | 0.96 | 0.42 | 0.39 | 0.20 | 0.90 |

Das einzige Außenmerkmal, das in der Tendenz mit der subjektiven Einschätzung des Alters korreliert, ist das tatsächliche Lebensalter. Je älter die befragten Teilnehmer*innen sind, desto eher schätzen sie sich etwas jünger ein, als sie tatsächlich sind ($p = 0.08$).

Subjektive Gesundheit

Auch die Variable *Subjektive Gesundheit* wurde als Selbsteinschätzung auf einer dreistufigen Ratingskala erhoben, die von 1: (eher) schlecht über 2: (mittel) bis 3: (eher) gut reichte. Tabelle IV.7 zeigt den Zusammenhang zwischen dieser Selbsteinschätzung und den Außenmerkmalen.

Tabelle IV.7 Pearson-Korrelationen zwischen der subjektiven Gesundheit und sozialstrukturellen Merkmalen

| Subjektive Gesundheit | | Lebensalter | Geschlecht | Verheiratet | Verwitwet | Sozialschicht | Haushaltsform | Haushaltsgröße | Erwerbsbiografie | Wohnort | Pflegegrad |
|-----------------------|---|-------------|------------|-------------|-----------|---------------|---------------|----------------|------------------|---------|------------|
| | r | -0.11 | -0.01 | 0.13 | -0.13 | 0.07 | -0.13 | 0.09 | 0.07 | 0.16 | -0.20 |
| | p | 0.03 | 0.82 | 0.01 | 0.01 | 0.19 | 0.01 | 0.07 | 0.15 | 0.00 | 0.00 |

Die Selbsteinschätzung der Gesundheit korreliert mit dem Lebensalter, dem Familienstand und der Haushaltsform. Wer in einem Heim lebt, schätzt seine subjektive Gesundheit niedriger ein als Personen, die zu Hause leben. Die höchsten Korrelationen finden sich für den Wohnort und den Pflegegrad – Teilnehmer*innen, die in der Stadt wohnen, schätzen sich eher gesünder ein, genauso wie Personen mit einem niedrigen Pflegegrad.

Optimismus

Tabelle IV.8 zeigt den Zusammenhang zwischen dem Optimismus und den Außenmerkmalen.

Tabelle IV.8 Pearson-Korrelationen zwischen dem Optimismus und sozialstrukturellen Merkmalen

| Optimismus | | Lebensalter | Geschlecht | Verheiratet | Verwitwet | Sozialschicht | Haushaltsform | Haushaltsgröße | Erwerbsbiografie | Wohnort | Pflegegrad |
|------------|---|-------------|------------|-------------|-----------|---------------|---------------|----------------|------------------|---------|------------|
| | r | | -0.12 | -0.04 | 0.14 | -0.13 | 0.22 | -0.14 | 0.10 | 0.10 | 0.08 |
| p | | 0.01 | 0.48 | 0.01 | 0.01 | 0.00 | 0.00 | 0.06 | 0.06 | 0.14 | 0.00 |

Die Variable Optimismus – als Teilaspekt der psychischen Situation – zeigt relativ hohe Korrelationen mit den Außenmerkmalen. Dabei sind die Zusammenhänge zwischen sozialer Schicht bzw. Pflegegrad und Optimismus am höchsten.

Die lineare Regression auf den Optimismus, kontrolliert für Alter und Geschlecht, führt zu einer Varianzaufklärung von 10 %. Als signifikante Prädiktoren bleiben die Schichtzugehörigkeit und der Pflegegrad im Modell. Es wird deutlich, dass eine höhere Schichtzugehörigkeit und ein niedrigerer Pflegegrad mit einem höheren Optimismus der alten Menschen verbunden sind.

Mitverantwortliche Potenziale

Tabelle IV.9 zeigt den Zusammenhang zwischen dem Erleben von Potenzialen der Mitverantwortung und den Außenmerkmalen.

Tabelle IV.9 Pearson-Korrelationen zwischen den mitverantwortlichen Potenzialen und sozialstrukturellen Merkmalen

| Mitverantwortliche Potenziale | | Lebensalter | Geschlecht | Verheiratet | Verwitwet | Sozialschicht | Haushaltsform | Haushaltsgröße | Erwerbsbiografie | Wohnort | Pflegegrad |
|-------------------------------|---|-------------|------------|-------------|-----------|---------------|---------------|----------------|------------------|---------|------------|
| | r | | -0.02 | -0.08 | 0.12 | -0.05 | 0.27 | -0.11 | 0.15 | 0.08 | 0.13 |
| p | | 0.07 | 0.11 | 0.02 | 0.29 | 0.00 | 0.03 | 0.00 | 0.12 | 0.01 | 0.08 |

Zum ersten Mal korreliert eine Variable der psychischen Situation signifikant mit der Haushaltsgröße – wer mit jemanden zusammenlebt, erlebt eher die Potenziale der Mitverantwortung als eine Person, die allein lebt.

Die lineare Regressionsanalyse auf die Potenziale ergibt eine Varianzaufklärung von 9 %. Als signifikante Prädiktoren bleiben das Geschlecht, die Sozialschicht und der Wohnort im Modell. Dabei klärt die Sozialschicht den höchsten Varianzanteil auf – wer zu einer höheren Schicht gehört, erlebt stärkere Potenziale der Mitverantwortlichkeit.

Barrieren der Mitverantwortung

Tabelle IV.10 zeigt den Zusammenhang zwischen den erlebten Barrieren der Mitverantwortung und den Außenmerkmalen.

Tabelle IV.10 Pearson-Korrelationen zwischen den Barrieren der Mitverantwortung und sozialstrukturellen Merkmalen

| Barrieren der Mitverantwortung | | Lebensalter | Geschlecht | Verheiratet | Verwitwet | Sozialschicht | Haushaltsform | Haushaltsgröße | Erwerbsbiografie | Wohnort | Pflegegrad |
|--------------------------------|------|-------------|------------|-------------|-----------|---------------|---------------|----------------|------------------|---------|------------|
| | r | -0.03 | 0.01 | -0.07 | 0.05 | -0.05 | 0.09 | -0.07 | -0.11 | 0.06 | 0.11 |
| p | 0.59 | 0.82 | 0.14 | 0.30 | 0.37 | 0.06 | 0.17 | 0.03 | 0.26 | 0.03 | |

Die selbst erlebten Barrieren der Mitverantwortung korrelieren nur mit dem Pflegegrad und der Erwerbsbiografie. In der linearen Regressionsanalyse zur Vorhersage von Barrieren der Mitverantwortung, adjustiert für Alter und Geschlecht, ergibt sich eine sehr kleine Varianzaufklärung von 2 %. Signifikante Prädiktoren sind die Erwerbstätigkeit und der Pflegegrad – wer einen höheren Pflegegrad hat, empfindet eher Barrieren genauso wie eine Person, die in ihrem Leben nicht erwerbstätig war.

Entwicklungsgewinne

Tabelle IV.11 zeigt den Zusammenhang zwischen den selbst erlebten Entwicklungsgewinnen der Teilnehmer und den Außenmerkmalen.

Für die Außenmerkmale „Sozialschicht“, „Wohnort“ und „Pflegegrad“ fanden sich vergleichsweise hohe Korrelationen mit dem Ausmaß an Entwicklungsgewinnen.

Tabelle IV.11 Pearson-Korrelationen zwischen den Entwicklungsgewinnen und sozialstrukturellen Merkmalen

| Entwicklungsgewinne | | Lebensalter | Geschlecht | Verheiratet | Verwitwet | Sozialschicht | Haushaltsform | Haushaltsgröße | Erwerbsbiografie | Wohnort | Pflegegrad |
|---------------------|---|-------------|------------|-------------|-----------|---------------|---------------|----------------|------------------|---------|------------|
| | r | 0.00 | -0.04 | 0.10 | -0.04 | 0.25 | -0.10 | 0.06 | 0.09 | 0.18 | 0.13 |
| | p | 0.94 | 0.47 | 0.05 | 0.43 | 0.00 | 0.05 | 0.24 | 0.09 | 0.00 | 0.01 |

Die lineare Regressionsanalyse zur Vorhersage von Entwicklungsgewinnen mit den Prädiktoren Sozialschicht, Wohnort und Familienstand (verheiratet vs. nicht verheiratet), adjustiert für Alter und Geschlecht, ergibt eine Varianzaufklärung von 9 %. Teilnehmer*innen mit einer höheren Sozialschicht berichten von höheren Entwicklungsgewinnen; ebenso verheiratete Teilnehmer*innen und solche, die in einem Stadtgebiet wohnen.

Interpretation

Insgesamt wird aus der Zusammenhangsanalyse von Variablen der psychischen Situation und von soziostrukturellen Merkmalen deutlich, dass die psychische Situation von alten Teilnehmer*innen durch weit mehr als soziostrukturelle Vorgaben bestimmt ist. Man kann davon ausgehen, dass der Einbezug von weiteren Faktoren wie somatische Krankheitsschwere, Lebensereignisse und Ressourcen zu einer höheren Varianzaufklärung in den Variablen führen würde. Allerdings weiß man bei Variablen wie Depressivität und Lebensqualität auch, dass gerade die Depressivität und Lebensqualität selbst in früheren Lebensphasen die Werte dieser Variablen sehr stark vorhersagt.

Die höchste Varianzaufklärung von jeweils 10 % durch soziostrukturelle Merkmale wird in den Variablen Kohärenzgefühl und Optimismus erreicht. Für beide Merkmale der psychischen Stabilität zeigen der Pflegegrad und die Sozialschicht die höchsten Korrelationen. Der Pflegegrad korreliert auch hoch mit anderen Merkmalen: Bei einem Pflegegrad von mindestens 2 findet man eine höhere Depressivität, niedrigere Lebenszufriedenheit und eine Wahrnehmung von weniger Entwicklungsgewinnen. Hier zeigt sich einmal mehr die Vulnerabilität von alten Menschen, die pflegebedürftig sind. Dadurch, dass Pflegebedürftigkeit einen sehr starken Fokus auf Organisation und körperliche Grundbetreuung hat, ist es häufig so, dass aus Zeit-, Geld- oder Wahrnehmungsgründen die psychische Situation der alten Menschen nicht wirklich beachtet wird. Besonders wichtig wären hier größere Initiativen, die auf eine Verbesserung der psychischen Situation bei Pflegebedürftigen zielen.

Die Schichtzugehörigkeit zeigt hohe Korrelationen mit Lebenszufriedenheit, Potenzialen und Entwicklungsgewinnen. Je höher die Schichtzugehörigkeit ist, desto besser die psychische Stabilität, so scheint es. Da sich die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schicht vielfach konstant durch mehrere Lebensphasen zieht, sind hier Interventionen gefragt, die schon früh im Lebenslauf ansetzen. Was kann man tun, um Angehörige einer niedrigeren Schicht in ihrer Einschätzung von Entwicklungsgewinnen und mitverantwortlichen Potenzialen zu erreichen?

Auch die Erwerbsbiografie ist mit zwei Merkmalen der psychischen Situation verknüpft: Wer früher erwerbstätig war, erlebt heute ein stärkeres Kohärenzgefühl und niedrigere Barrieren der Mitverantwortlichkeit.

Die Korrelationen zwischen dem Familienstand und der Haushaltsform- bzw. Haushaltsgröße mit verschiedenen Merkmalen der psychischen Situation waren zu erwarten. So ist es z. B. vorhersehbar, dass alte Menschen, die im Heim leben, weniger Potenziale der Mitverantwortung empfinden – haben sie doch im Heim vielfach weniger Möglichkeiten, etwas zu gestalten oder Mitverantwortung zu leben.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass die psychische Situation für die vorliegende Stichprobe von 400 Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Alter von 75 bis 95 Jahren *im Mittel* eher positiv ist. Die Mittelwerte der Stichprobe bewegen sich unterhalb des Cut-off für eine depressive Symptomatik und in der oberen Hälfte des Wertebereichs der Lebenszufriedenheit, des Kohärenzgefühls und des Optimismus. Allerdings werden graduelle Unterschiede im Zusammenhang mit soziostrukturellen Merkmalen deutlich; v. a. Angehörige einer niedrigeren Sozialschicht und alte Menschen mit einem höheren Pflegegrad schätzen sich psychisch weniger stabil ein und würden entsprechende Unterstützung benötigen.

IV.3 Merkmale der psychischen Situation als Grundlage der Rekonstruktion von Lebenswelten

Auch in der Wahrnehmung von Möglichkeiten und Grenzen der Selbst- und Weltgestaltung, von Potenzialen und Vulnerabilitäten spiegeln sich dem in der Studie „Altern in Balance“ verfolgten Analyseansatz zufolge Unterschiede in den Lebenswelten alter Menschen wider. Aus diesem Grunde sollten die zuvor dargestellten Analysen, die Aufschluss über die Ausprägung und mögliche soziostrukturelle Einflussfaktoren und Korrelate unterschiedlicher Dimensionen der psychischen Situation alter Menschen geben, um eine weitere Betrachtungsweise ergänzt werden. Diese Betrachtungsweise differenziert die Untersuchungsstichprobe in verschiedene Personengruppen, die sich durch charakteristische Muster von Merkmalen der psychischen Situation kennzeichnen lassen. Ähnlich wie in anderen Untersuchungsteilen wurde auch hier die agglomerative Clusteranalyse als heuristisches Verfahren genutzt. In die Clusteranalyse gingen als Clustervariablen jene zehn Merkmale der psychischen Situation ein,

deren Messskalen zu Anfang des Kapitels vertieft dargestellt wurden. Unterschieden in der Skalierung und Verteilung der Merkmale wurde durch eine z-Standardisierung der Rohwerte vor der Durchführung der Clusteranalyse Rechnung getragen. In einem zweiten Analyseschritt wurden Zusammenhänge zwischen den resultierenden Clustern und soziostrukturellen Außenmerkmalen untersucht. Auf der Grundlage der Ergebnisse wurden im Sinne einer Annäherung an verschiedene Lebenswelten im hohen Alter Personengruppen- bzw. Clusterspezifische Handlungsempfehlungen entwickelt.

IV.3.1 Differenzierung von Clustern und Zusammenhänge mit soziostrukturellen Außenmerkmalen

Das Ergebnis der Clusteranalyse legt eine Differenzierung zwischen vier Clustern nahe, die auf der Grundlage der jeweiligen Mittelwerte für die 10 berücksichtigten Merkmale der psychischen Situation wie folgt bezeichnet wurden: „Eher gering ausgeprägtes Engagement in der Selbst- und Weltgestaltung, verbunden mit geringer Zufriedenheit und geringen Entwicklungsgewinnen, aber positivem Gesundheitserleben“ (Cluster 1), „Eher gering ausgeprägtes Engagement in der Selbst- und Weltgestaltung, verbunden mit mittlerer Zufriedenheit“ (Cluster 2), „Ausgeprägte Tendenz zur Selbst- und Weltgestaltung, verbunden mit Zufriedenheit, positiver Lebenseinstellung und Entwicklungsgewinnen“ (Cluster 3) und „Eher verhaltene Tendenz zur Selbst- und Weltgestaltung, verbunden mit einer positiven Einstellung zum eigenen Alter, aber mit einem eher negativen Gesundheitserleben“ (Cluster 4).

In Tabelle IV.12 ist die Verteilung der Clustermerkmale wiedergegeben. Hier wird deutlich, dass (1) sich in Cluster 3 durchgehend vergleichsweise günstige Werte finden, (2) Cluster 4 insgesamt (für 8 der 10 Merkmale) günstigere Werte aufweist als Cluster 1 und 2, für Depression sowie Barrieren der Mitverantwortung allerdings ungünstigere Werte aufweist als alle anderen Cluster, (3) Cluster 1 insgesamt vergleichsweise ungünstige Werte aufweist, (4) Cluster 2 durchgängig günstigere Werte als Cluster 1 und mit Ausnahme der Merkmale Depression und Barrieren der Mitverantwortung ungünstigere Werte aufweist als die Cluster 3 und 4.

Deutliche Zusammenhänge zwischen den vier Clustern und soziokulturellen Außenmerkmalen ergeben sich vor allem für Schichtzugehörigkeit, Schmerzerleben und Pflegegrad (Tabelle IV.13). Dabei zeigen sich vor allem für Cluster 3, aber auch für Cluster 4 günstigere Rahmenbedingungen als für die Cluster 2 und (in besonderem Maße) 1.

Die in den Tabellen IV.12 und IV.13 dargestellten Ergebnisse legen die folgenden Clusterbeschreibungen nahe.

Tabelle IV.12 Verteilung der Clustermerkmale

| Clustervariable (Range) | Cluster 1 (n = 56) | Cluster 2 (n = 99) | Cluster 3 (n = 121) | Cluster 4 (n = 124) | Gesamt | Signifikante Unterschiede |
|--|-----------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|-------------|------------------------------|
| | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | |
| Kohärenzgefühl (1–9) | 2,7 (1.70) | 4,6 (1.67) | 6,3 (1.92) | 5,6 (1.48) | 5,1 (2.06) | 1 < 2 < 4 < 3 |
| Depression (0–15) | 5,5 (2.84) | 5,1 (2.29) | 3,6 (1.51) | 5,7 (2.84) | 4,9 (2.51) | 3 < 2 < 1 < 4 |
| Lebenszufriedenheit (0–35) | 13,7 (6.54) | 21,7 (4.35) | 28,0 (4.50) | 25,5 (5.38) | 23,7 (6.87) | 1 < 2 < 4 < 3 |
| Einstellung zum eigenen Alter (1–10) | 6,3 (1.08) | 7,4 (1.50) | 8,5 (1.20) | 8,1 (1.12) | 7,8 (1.44) | 1 < 2 < 4, 3 |
| Subjektive Gesundheit (1–3) | 1,3 (.49) | 1,9 (.64) | 2,2 (.44) | 2,5 (.53) | 2,07 (.65) | 1 < 2 < 4, 3 |
| Optimismus (3–12) | 5,5 (2.02) | 5,7 (1.69) | 9,6 (1.71) | 8,1 (1.80) | 7,59 (2.45) | 1, 2 < 4 < 3 |
| Mitverantwortliche Potenziale (4–16) | 7,9 (2.52) | 8,5 (2,56) | 12,4 (2.61) | 11,2 (2.34) | 10,4 (2.96) | 1, 2 < 4 < 3 |
| Barrieren der Mitver- antwortung (4–16) | 10,7 (2.96) | 7,9 (3.15) | 7,9 (2.28) | 10,8 (2.44) | 9,2 (3.02) | 2, 3 < 1, 4 |
| Entwicklungsgewinne (5–20) | 8,9 (2.90) | 10,1 (3.35) | 15,2 (3.03) | 13,5 (2.92) | 12,5 (3.89) | 1, 2 < 4 < 3 |

Tabelle IV.13 Zusammenhänge der Cluster mit anderen Merkmalen

| Außenmerkmale | Cluster 1 (n = 89) | Cluster 2 (n = 96) | Cluster 3 (n = 107) | Cluster 4 (n = 108) | Chi ² (df) | p |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|------|
| (A) Geschlecht | | | | | 3.42 (3) | .331 |
| (B) Lebensalter | | | | | 14.77 (9) | .097 |
| (C) Familienstand | | | | | 12.58 (6) | .050 |
| Verheiratet | 20 (36 %) | 32 (32 %) | 62 (51 %) | 64 (52 %) | | |
| Verwitwet | 28 (50 %) | 51 (52 %) | 46 (38 %) | 47 (38 %) | | |
| Ledig, geschieden | 8 (14 %) | 16 (16 %) | 13 (11 %) | 13 (10 %) | | |
| (D) Wohnform | | | | | 7.86 (3) | .049 |
| Privathaushalt | 36 (64 %) | 58 (59 %) | 90 (74 %) | 90 (73 %) | | |
| Stationäre Einrichtung | 20 (36 %) | 41 (41 %) | 31 (26 %) | 34 (27 %) | | |
| (E) Haushaltsstruktur | | | | | 7.86 (3) | .049 |
| Zusammenlebend | 29 (52 %) | 48 (48 %) | 78 (64 %) | 78 (63 %) | | |
| Allein lebend | 27 (48 %) | 51 (52 %) | 43 (36 %) | 46 (37 %) | | |

Tabelle IV.13 Fortsetzung

| Außenmerkmale | Cluster 1 (n = 89) | Cluster 2 (n = 96) | Cluster 3 (n = 107) | Cluster 4 (n = 108) | Chi ² (df) | p |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|------|
| (F) Soziale Schicht | | | | | 36,52 (6) | .000 |
| Eher niedrig | 22 (39 %) | 39 (39 %) | 13 (11 %) | 28 (22 %) | | |
| Mittel | 31 (56 %) | 50 (51 %) | 80 (66 %) | 69 (56 %) | | |
| Eher hoch | 3 (5 %) | 10 (10 %) | 28 (23 %) | 27 (22 %) | | |
| (G) Wohnort | | | | | 7,54 (3) | .057 |
| (H) Pflegegrad | | | | | 23,04 (3) | .000 |
| 2 und höher | 40 (71 %) | 56 (57 %) | 43 (35 %) | 56 (45 %) | | |
| 0 und 1 | 16 (29 %) | 43 (43 %) | 78 (65 %) | 68 (55 %) | | |
| (I) Schmerzerleben | | | | | 26,71 (6) | .000 |
| Gering | 16 (28 %) | 23 (23 %) | 56 (46 %) | 45 (36 %) | | |
| Mittel | 9 (16 %) | 13 (16 %) | 34 (28 %) | 42 (34 %) | | |
| Stark | 31 (56 %) | 45 (46 %) | 31 (26 %) | 37 (30 %) | | |

Cluster 1:

Eher gering ausgeprägtes Engagement in der Selbst- und Weltgestaltung, verbunden mit geringer Zufriedenheit und geringen Entwicklungsgewinnen, aber positivem Gesundheitserleben

Schwach ausgeprägtes Kohärenzgefühl; eher gering ausgeprägte Depression; geringe Lebenszufriedenheit; eher neutrale Einstellung zum eigenen Alter; eher gute subjektive Gesundheit; eher pessimistisch gestimmt; eher gering ausgeprägte Potenziale mitverantwortlichen Lebens; eher viele Barrieren des mitverantwortlichen Lebens; gering ausgeprägte Entwicklungsgewinne.

Häufiger verwitwet; eher niedrige bis mittlere Sozialschicht; eher höherer Pflegegrad (2 und höher); Schmerzthematik eher dominant.

Cluster 2:

Eher gering ausgeprägtes Engagement in der Selbst- und Weltgestaltung, verbunden mit mittlerer Zufriedenheit

Eher mittelstarkes Kohärenzgefühl; eher gering ausgeprägte Depression; mittlere Lebenszufriedenheit; eher neutrale Einstellung zum eigenen Alter; mittlere subjektive Gesundheit; eher pessimistisch; eher gering ausgeprägte Potenziale mitverantwortlichen Lebens; eher wenige Barrieren des mitverantwortlichen Lebens; eher gering ausgeprägte Entwicklungsgewinne.

Häufiger verwitwet; eher niedrige bis mittlere Sozialschicht; eher Pflegegrad; Schmerzthematik eher dominant.

Cluster 3:

Ausgeprägte Tendenz zur Selbst- und Weltgestaltung, verbunden mit Zufriedenheit, positiver Lebenseinstellung und Entwicklungsgewinnen

Eher starkes Kohärenzgefühl; gering ausgeprägte Depression; eher stark ausgeprägte Lebenszufriedenheit; positive Einstellung zum eigenen Alter; mittlere subjektive Gesundheit; eher optimistisch gestimmt; eher große mitverantwortliche Potenziale; eher wenige Barrieren mitverantwortlichen Lebens; eher viele Entwicklungsgewinne.

Eher verheiratet; eher im Privathaushalt lebend; eher mit einem anderen Menschen zusammen lebend; eher mittlere bis höhere Sozialschicht; ausgeprägt: eher kein Pflegegrad; Schmerzthema eher weniger bedeutsam.

Cluster 4:

Eher verhaltene Tendenz zur Selbst- und Weltgestaltung, verbunden mit einer positiven Einstellung zum eigenen Alter, aber mit einem eher negativen Gesundheitserleben

Eher stärkeres Kohärenzgefühl; eher mittelstark ausgeprägte Depression; mittlere Lebenszufriedenheit; positive Einstellung zum eigenen Alter; eher schlechte subjektive Gesundheit; eher neutrale bis optimistische Lebenseinstellung; mittlere Ausprägung der mitverantwortlichen Potenziale; eher wenige Barrieren; auf einem mittleren Niveau liegende Entwicklungsgewinne.

Eher verheiratet; eher im Privathaushalt lebend; eher mit einem anderen Menschen zusammen lebend; eher mittlere bis höhere Sozialschicht; eher kein oder geringer Pflegegrad; Schmerzthema eher wenig bedeutsam.

IV.3.2 Problemfaktoren, Ressourcen und Handlungsbedarfe

Die Ergebnisse der Analysen machen deutlich, dass sich die vier differenzierten Cluster mit Blick auf Problemfaktoren wie auch mit Blick auf Ressourcen erheblich voneinander unterscheiden. Entsprechend bieten sich spezifische Handlungsempfehlungen an.

Cluster 1:

Eher gering ausgeprägtes Engagement in der Selbst- und Weltgestaltung, verbunden mit geringer Zufriedenheit und geringen Entwicklungsgewinnen, aber positivem Gesundheitserleben

Problemfaktoren: (a) Ein vergleichsweise höherer Anteil von Personen aus einer niedrigen bis mittleren Sozialschicht; (b) ein vergleichsweise höherer Anteil von Personen mit einem höheren Pflegegrad (2 oder höher); (c) ein vergleichsweise höherer Anteil von Personen mit einer eher dominanten Schmerzthematik; (d) ein vergleichsweise

höherer Anteil von Personen, die verwitwet sind; (e) eher geringe Ausprägung erlebter Entwicklungsgewinne; (f) geringe Lebenszufriedenheit; (g) eher pessimistische Einstellung; (h) die Potenziale mitverantwortlichen Lebens sind eher gering, die erlebten Barrieren mitverantwortlichen Lebens sind vielfältig; (i) schwach ausgeprägtes Kohärenzgefühl.

Ressourcen: Eher gute subjektive Gesundheit; eine neutrale (keine negative!) Einstellung zum eigenen Alter; eher gering ausgeprägte Tendenz zur Depression.

Was ist zu tun? Zunächst ist zu bedenken, dass die vier objektiven Lebensbedingungen – eher niedrige bis mittlere Sozialschicht, eher höherer Pflegegrad, eher dominante Schmerzthematik, vergleichsweise höherer Anteil von verwitweten Personen – die Selbst- und Weltgestaltung zwar nicht erschweren müssen, aber doch erheblich erschweren können. Aus diesem Grunde ist bedeutsam, (a) ein Rehabilitations- oder aktivierendes Pflegekonzept umzusetzen, das nicht nur zu einem höheren Grad an funktioneller Kompetenz führt (oder zumindest weitere Verluste zu vermeiden hilft), sondern das zugleich die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen stärkt und sich dadurch positiv auf das Kohärenzgefühl, vielleicht auch die Lebenszufriedenheit auswirkt. Die Tatsache, dass nur eine gering ausgeprägte Tendenz zur Depression besteht, spricht zusätzlich dafür, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen zu stärken. (b) Die Reflexion der Einstellung zum eigenen Alter – zum Beispiel durch begleitende Gespräche wie auch durch eine motivierende Informationsvermittlung (durch Angehörige des Versorgungssystems und durch Flyer) – ist wichtig, um zu einer veränderten Sicht von Alter beizutragen; auch hier kann ein Rehabilitations- und aktivierendes Pflegekonzept positiv wirken, denn dieses führt der Person vor Augen, dass auch im höheren oder hohen Alter Veränderungspotenziale gegeben sein können. (c) Es sollten vermehrt Teilhabemöglichkeiten geschaffen werden – zum Beispiel auf dem Wege der Bürger- oder Mehrgenerationenzentren –, durch die sich nicht nur vermehrt Möglichkeiten zum Austausch mit anderen Menschen, sondern auch zur Mitverantwortung (etwas für andere Menschen tun) ergeben.

Cluster 2:

Eher gering ausgeprägtes Engagement in der Selbst- und Weltgestaltung, verbunden mit mittlerer Zufriedenheit

Dieses Cluster weist große Ähnlichkeit zu Cluster 1 auf: So sind in den zentralen objektiven Lebensbedingungen in beiden Clustern identische Akzente erkennbar; mit Blick auf die psychologischen Merkmale sind neben einer großen Anzahl von Gemeinsamkeiten drei Unterschiede zu konstatieren: Cluster 2 zeigt im Gegensatz zu Cluster 1 ein mittelstarkes Kohärenzgefühl (Cluster 1: schwach ausgeprägtes Kohärenzgefühl); zudem eine mittlere Lebenszufriedenheit (Cluster 1: geringe Lebenszufriedenheit); weiterhin eher wenige Barrieren mitverantwortlichen Lebens (Cluster 1: viele Barrieren). Cluster 2 bestätigt noch einmal die potenziell negativen Auswirkungen von ungünstigen objektiven Lebensbedingungen auf die Merkmale der Selbstgestaltung

und Weltgestaltung, wie diese auch in Cluster 1 erkennbar waren, insofern ergeben sich für Cluster 2 identische Handlungsempfehlungen wie für Cluster 1.

Cluster 3:

Ausgeprägte Tendenz zur Selbst- und Weltgestaltung, verbunden mit Zufriedenheit, positiver Lebenseinstellung und Entwicklungsgewinnen

Dieses Cluster bildet im Kern den Gegensatz zu den beiden Clustern 1 und 2. Es ist bestimmt von deutlich besseren objektiven Lebensbedingungen: einer mittleren bis hohen Sozialschicht, der geringeren Auftretenshäufigkeit eines Pflegegrades von 2 und höher, einer geringeren Dominanz des Schmerzerlebens, einer höheren Anzahl von Personen, die verheiratet sind, in einem Privathaushalt leben, mit einer anderen Person zusammenleben. Zudem ist dieses Cluster bestimmt von einem psychologischen Profil, das sich im Sinne einer ausgeprägten Tendenz zur Selbst- und Weltgestaltung deuten lässt, zudem im Sinne einer hohen Zufriedenheit, einer positiven Lebenseinstellung, schließlich auch subjektiv perzipierter Entwicklungsgewinne. Dieses psychologische Profil ist auch insofern von Bedeutung, als es zeigt, wie sehr sich – unter günstigen Entwicklungs- und Lebensbedingungen in der Biografie und im hohen Alter – eine ausgeprägte Tendenz zur Selbst- und Weltgestaltung auszubilden und zu erhalten vermag. Dieses Cluster könnte auch im Sinne von Präventionszielen gedeutet werden.

Cluster 4:

Eher verhaltene Tendenz zur Selbst- und Weltgestaltung, verbunden mit einer positiven Einstellung zum eigenen Alter, aber mit einem eher negativen Gesundheitserleben

In diesem Cluster finden sich ähnlich günstige objektive Lebensbedingungen wie in Cluster 3: eher mittlere bis hohe Sozialschicht, eher kein oder geringer Pflegegrad, eher geringe Bedeutung der Schmerzthematik. Und doch sind die psychologischen Merkmale hier nicht so positiv ausgeprägt wie in Cluster 3: Es finden sich zwar ein stärkeres Kohärenzgefühl, eine positive Einstellung zum eigenen Alter, aber eine eher mittelstark ausgeprägte Depression, eine eher schlechte subjektive Gesundheit, eine eher neutrale bis optimistische Lebenseinstellung, schließlich nur eine mittlere Ausprägung der mitverantwortlichen Potenziale trotz eher weniger Barrieren, die mit Blick auf mitverantwortliche Potenziale wahrgenommen werden. Zudem liegen die subjektiv perzipierten Entwicklungsgewinne nur auf einem mittleren Niveau und nicht, wie in Cluster 3, auf einem höheren Niveau.

Was folgt aus diesem Befund? Zum einen zeigt dieser, dass aus den objektiv gegebenen Lebensbedingungen nicht unmittelbar auf die Ausprägung von psychologischen Merkmalen geschlossen werden kann. Die im Lebenslauf entwickelten Einstellungen, Haltungen und (gesundheitsbezogenen) Verhaltensweisen müssen genauso

berücksichtigt werden. Zum anderen macht dieser Befund deutlich, dass eine bedeutende präventive Strategie auch darin bestehen kann, funktionale Einstellungen, Haltungen und Verhaltensweisen zu stützen bzw. weiter zu fördern. Das Präventionsziel ist im Kern mit dem psychologischen Profil in Cluster 3 umschrieben.

Literatur

- Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). *SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand: Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 1147–1156.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*, 71–75.
- Krause, N. (2003). Religious Meaning and Subjective Well-Being in Late Life. *Journals of Gerontology, Psychological Sciences and Social Sciences*, *58*, 160–170.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2006). A multidimensional scale for the measurement of agreement with age stereotypes and the salience of age in social interaction. *Ageing and Society*, *26*, 393–411.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2009). Altersbilder, Sichtweisen eigenen Alterns und Aspekte sozialer Teilhabe. In M. Schmitt, H.-W. Wahl, A. Kruse (Hrsg.), *Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE)* (S. 97–105). Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology*, *30*, 85–89.
- Lossnitzer, N., Herzog, W., Störk, S., Wild, B., Müller-Tasch, T., Lehmkuhl, E., Zugck, C., Regitz-Zagrosek, V., Pankuweit, S., Maisch, B., Ertl, G., Gelbrich, G., Angermann, C. E., & Competence Network Heart Failure (2012). Incidence rates and predictors of major and minor depression in patients with heart failure. *International Journal of Cardiology*, *167*, 502–527. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2012.01.062>.
- Maatouk, I., Wild, B., Wesche, D., Herzog, W., Raum, E., Müller, H., Rothenbacher, D., Stegmaier, C., Schellberg, D., & Brenner, H. (2012). Temporal Predictors of Health-Related Quality of Life in Elderly People with Diabetes: Results of a German Cohort Study. *PLoS One*, *7*, e31088. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031088>.
- Schmitt, E., & Zimprich, D. (2001). Altersstereotype in ländlichen versus städtischen Regionen in Deutschland. *Sozialer Fortschritt*, *50*, 227–233.
- Schumacher, J., Wilz, G., Gunzelmann, T., & Brähler, E. (2000). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. Teststatistische Überprüfung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstruktion einer Kurzskaala. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *50*, 472–482.
- Sheikh, R. L., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS). *Clinical Gerontologist*, *5*, 165–173.
- Wild, B., Herzog, W., Schellberg, D., Lechner, S., Niehoff, D., Brenner, H., Rothenbacher, D., Stegmaier, C., &

Raum, E. (2011). Association between the prevalence of depression and age in a large representative German sample of people aged 53 to 80 years. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 375–381.

Kapitel V

Mitverantwortung in „sorgenden Gemeinschaften“ als eine Form der Weltgestaltung und Teilhabe im Alter

Andreas Kruse, Eric Schmitt, Gabriele Becker, Stephanie Böttner, Sonja Ehret, Jörg Hinner, Marcus Jannaschk, Anna Kiefer, Julia Köhler, Malin Sörensen

Zusammenfassung Zunächst wird auf zentrale Aussagen eingegangen, die im Siebten Altenbericht der Bundesregierung zu Fragen der Mitverantwortung und der (produktiven, auf andere Menschen gerichteten) Sorge alter Menschen in der Kommune, in Verbänden und Vereinen sowie in der Nachbarschaft getroffen wurden. Dabei wird auch der im Altenbericht geführte Subsidiaritätsdiskurs aufgegriffen, da dieser das Prinzip der „geteilten“ Verantwortung hervorhebt, das sich besonders gut für die Umschreibung des Ineinandergreifens von hauptamtlich und ehrenamtlich ausgeübten Tätigkeiten eignet. Es wird in einer daseinsthematischen Analyse aufgezeigt, dass die produktive Sorge für andere auch ein zentrales Thema im hohen Alter bildet. Aus der Vielfalt der Daseinsthemen sticht die Sorge für andere deutlich hervor. Daraus könnte gefolgert werden, dass Kommunen, Verbände, Vereine und Kirchen Angebote entwickelt und unterbreitet haben, die auch Menschen im hohen Alter als aktive, engagierte Menschen ansprechen. Dies ist allerdings, wie eine Analyse entsprechender Angebote gezeigt hat, in der Regel nicht der Fall. Es wird weiterhin über das Engagement alter Menschen in Bürgerzentren berichtet. Dabei wird einmal mehr deutlich, wie stark das Motiv der Mitverantwortung – für Menschen derselben bzw. nachfolgender Generationen – auch im hohen Alter ausgeprägt ist.

Schlagwörter Bürgerschaftliches Engagement, Mitverantwortung, sorgende Gemeinschaft, soziale Beziehungen, Teilhabe

Abstract First of all, we look at the central statements made in the Seventh Report on Ageing by the Federal Government on questions of shared responsibility and (productive) care for older people in the community, in organisations and associations as well as in the neighbourhood. In this context, the subsidiarity discourse in this report is also taken up, as it emphasises the principle of “shared” responsibility, which is particularly suitable for describing the “coexistence” of activities carried out on a full-time and voluntary basis. In the analysis of the themes of existence, it is shown that productive care for others is also a central theme in old age: it stands out from the variety of themes of existence. It can be concluded from this that municipalities, organisations and churches should develop and present offerings that also address people in their ninth and tenth decades as active, committed individuals. However, as our analysis shows, this is usually not the case. This paper also analyses the engagement

of old people in community centres. Once again, it becomes clear how strongly the motive of shared responsibility – for people of the same or subsequent generations – is also pronounced in old age.

Keywords Caring community, civic engagement, participation, shared responsibility, social relationships

V.1 Sorgebeziehungen in der Kommune

Das Konzept der „sorgenden Gemeinschaft“ hat seit der Publikation des Siebten Altenberichts der Bundesregierung zum Thema „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ besondere öffentliche Aufmerksamkeit erfahren.¹ Auch wenn die Altenberichtscommission nicht explizit von „sorgenden Gemeinschaften“ gesprochen hat, so legten doch deren wichtigste Aussagen einen solchen Begriff nahe: Denn es sollten sich, so die Berichtskommission, angesichts der Tatsache, (a) dass die Anzahl alter Menschen in Zukunft weiter zunehmen wird, (b) dass sich das familiäre Unterstützungs- und Pflegepotenzial in Zukunft verringern wird und (c) dass von einem wachsenden Mangel an Pflegefachpersonen auszugehen ist, veränderte Hilfe- und Pflegestrukturen ausbilden, die zum einen die Familie, zum anderen die professionelle Pflege entlasten. Solche veränderten Strukturen seien in Sorge-Arrangements zu erblicken, die erkennbar *über die Familie hinausgehen*, ohne dabei auf die Familie verzichten zu wollen und zu können. Solche Sorge-Arrangements lassen sich als eine „Mischung“ aus nahestehenden Familienangehörigen einerseits, Freundinnen und Freunden, Bekannten und Nachbarinnen und Nachbarn andererseits verstehen, wobei dieses Arrangement „gerahmt“ wird durch professionelle pflegerische und soziale Arbeit.

In einer vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2017) herausgegebenen Begleitschrift zu den „Erkenntnissen und Empfehlungen des Siebten Altenberichts“ wird der von der Siebten Altersberichtscommission gewählte Ausgangspunkt der Argumentation wie folgt umschrieben:²

„Aus verschiedenen Gründen ist es immer weniger selbstverständlich, dass Pflege und Unterstützung innerhalb der Familie erbracht werden. Diese Situation wird durch einen sich bereits abzeichnenden Fachkräftemangel in der professionellen Pflege noch verschärft.“

In dieser Situation kann es ein Lösungsansatz sein, lokale Strukturen der gegenseitigen Sorge und Unterstützung zu entwickeln, zu fördern und zu gestalten. Pflegenden Angehörige können durch das Engagement anderer Menschen entlastet werden. Nachbarinnen und Nachbarn,

1 Kommission (2016)

2 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2017), S. 9f

Freundinnen und Freunde sowie freiwillig Engagierte können dazu beitragen, dass auf Unterstützung und Pflege angewiesene Menschen zu Hause gut leben können.

Gerade alte Menschen übernehmen dabei häufig Verantwortung und engagieren sich für andere. Wenn informelle Unterstützung und freiwilliges Engagement sinnvoll mit Angehörigenpflege und mit professionellen Dienstleistungen verknüpft werden, kann eine große Bandbreite gegenseitiger Unterstützungsleistungen verwirklicht werden.

Bei der Gestaltung von Strukturen der Sorge und Unterstützung kommt den Kommunen eine besondere Verantwortung zu: Ihre Aufgabe ist es, das Zusammenwirken von familiären, nachbarschaftlichen und zivilgesellschaftlichen Ressourcen mit professionellen Dienstleistungen zu ermöglichen und zu gestalten. Die Handlungsspielräume einer Kommune hängen dabei jedoch ganz entscheidend von ihrer jeweiligen wirtschaftlichen Situation ab. In vielen Kommunen schränken sinkende Steuereinnahmen bei gleichzeitig wachsenden sozialen Aufgaben die Handlungsspielräume deutlich ein. Auch die Alterung der Gesellschaft, Binnenmigration sowie die Veränderung von Familienstrukturen stellen viele Kommunen im Hinblick auf die Gestaltung der Lebensverhältnisse alter Menschen vor neue Herausforderungen.“

Wir haben deswegen so ausführlich aus der Begleitschrift zitiert, weil in diesem Zitat Personen und Institutionen in ihrer besonderen Verantwortung angesprochen werden. Zunächst die *Familie*: Sie kann die Aufgabe der Pflege und Unterstützung nicht mehr in dem Maß wie früher übernehmen. Die *professionelle Pflege*: Sie ist mit dem Fachkräftemangel konfrontiert. *Nachbarinnen und Nachbarn, Freundinnen und Freunde, freiwillig Engagierte*: Sie können durch ihr Engagement ein Maß und eine Form an Entlastung pflegender Angehöriger herbeiführen, die das Leben hilfe- oder pflegebedürftiger Menschen im vertrauten häuslichen Umfeld überhaupt erst ermöglichen.³ *Alte Menschen*: Bei ihnen ist vielfach die Bereitschaft erkennbar, Mitverantwortung für solche Familien zu übernehmen, die auf Unterstützung bei der Erbringung von Hilfe- und Pflegeleistungen angewiesen sind. Dabei wird ausdrücklich auf das Zusammenwirken mit Angehörigenpflege und professionellen Dienstleistungen hingewiesen (dies im Sinne der „geteilten Verantwortung“). *Kommunen*: Diese übernehmen eine bedeutende Steuerungsfunktion bei der Verwirklichung dieser geteilten Verantwortung. Dabei wird auch auf die stark ausgeprägten Unterschiede zwischen den Kommunen mit Blick auf ihre materielle Ausstattung hingewiesen – diese Unterschiede können keinesfalls durch zivilgesellschaftliches Engagement ausgeglichen (kompensiert) werden. Dies darf nach Lesart auch nicht die Aufgabe des zivilgesellschaftlichen Engagements sein. Kommunen benötigen umfassende Unterstützung

durch die Landesregierungen sowie durch die Bundesregierung (man denke nur an politische Initiativen zur Entschuldung der Kommunen), um zuverlässig und nachhaltig zentrale Leistungen der Daseinsvorsorge erbringen zu können. Doch sollten sich Kommunen grundsätzlich mit der Frage beschäftigen, wie sie zentrale Leistungen der Daseinsvorsorge durch bürgerschaftliches Engagement nicht ersetzen, sondern *anreichern* wollen und können.

Allerdings, und dies ist mit der im Siebten Altenbericht akzentuierten *Steuerungsfunktion* auch gemeint, können sich lokale Strukturen gegenseitiger Sorge und Unterstützung nicht ohne die von einer Kommune zu schaffenden *Gelegenheitsstrukturen*, die diese Sorge und Unterstützung anzustoßen und zu befruchten vermögen, ausbilden.⁴ Das heißt, dass Kommunen auch eine bedeutende Initiatorfunktion wahrzunehmen haben. Diese ist ihrerseits nicht nur an verfügbare materielle Ressourcen gebunden, sondern auch an Expertise und Motivlage politischer und administrativer Entscheidungsträger: Inwieweit erkennen diese in der Notwendigkeit der Gestaltung des demografischen Wandels eine bedeutende kommunalpolitische Aufgabe? Inwieweit verfügen sie über Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die sie in die Lage versetzen, diesen Gestaltungsprozess anzustoßen sowie – mit ausreichender Bürgerbeteiligung – verantwortlich zu begleiten? Inwieweit zeigen sie ausgeprägtes Interesse daran, Anstöße zu einer geteilten Verantwortung in der Kommune zu geben?

Mit der geteilten Verantwortung ist ein zentrales Element eines *modifizierten Subsidiaritätskonzepts* verbunden, das sich nicht mehr allein vom Prinzip der konzentrischen Kreise leiten lässt, in die die verschiedenen Akteurinnen und Akteure eingeordnet sind (das natürliche Umfeld des Individuums im innersten Kreis, Wohlfahrtsverbände und Kommunen im mittleren Kreis, der Staat im äußeren Kreis), sondern das vielmehr davon ausgeht, dass in allen Phasen der Hilfe, Unterstützung und Pflege die wichtigen Akteure kooperieren: Angehörige, Freundinnen und Freunde, Bekannte und Nachbarn, bürgerschaftlich Engagierte, private Anbieter von Hilfe- und Pflegeleistungen, Wohlfahrtsverbände, Kommune, Staat.⁵ Diese geteilte Verantwortung wird aber nur verwirklicht werden können, wenn die Kommune bereit ist, eine Plattform zu schaffen, die Initiierungs- und Koordinierungsfunktionen übernimmt, mithin verschiedene Akteurinnen und Akteure aufgabenspezifisch zusammenbringt – zum Beispiel für unterschiedliche Formen der Unterstützung von Familien (bei der Kinderbetreuung genauso wie bei der Pflege), für Besuchs- und Transportdienste oder für die Organisation von kulturellen Veranstaltungen und sozialen Initiativen. Als eine solche Plattform lässt sich zum Beispiel ein *Bürgerzentrum* denken, so in Form eines Mehrgenerationen-, eines Jugend-, eines Senioren-, eines Kulturzentrums. Diese Plattform bzw. dieses Bürgerzentrum könnte als eine Gelegenheitsstruktur für

4 Schubert (Hrsg.) (2018)

5 Heinze et al. (2015)

bürgerschaftliches Engagement verstanden werden, das seinerseits durch hauptamtliche Tätigkeiten unterstützt bzw. gerahmt wird.

V.2 Gelegenheitsstrukturen für bürgerschaftliches Engagement im Alter

Zu dieser Idee der Plattform gehört selbstverständlich auch die *Anregung* von Bürgerinnen und Bürgern zum bürgerschaftlichen Engagement, das keinesfalls im Sinne einer moralischen Pflicht, auch nicht im Sinne der Kompensation struktureller und funktionaler Mangelzustände in der Kommune verstanden werden darf. Ein derartiges Verständnis von bürgerschaftlichem Engagement würde, wie in den verschiedenen Engagementberichten der Bundesregierung⁶ konstatiert, wie aber auch in den Altenberichten der Bundesregierung hervorgehoben wird,⁷ dieses Engagement *kompromittieren* und langfristig zur Schwächung der Engagementbereitschaft führen. Vielmehr sollte sich die Motivation für das bürgerschaftliche Engagement von der Vorstellung einer lebendigen Demokratie leiten lassen, die ohne das Engagement von Bürgerinnen und Bürgern im Kern nicht denkbar ist.⁸ Eine lebendige Demokratie stellt nicht die staatlichen und administrativen Institutionen, die für die Sicherung der Daseinsvorsorge zentral sind, infrage. Vielmehr stimuliert und motiviert sie Bürgerinnen und Bürger, sich an der Gestaltung des öffentlichen Raumes aktiv zu beteiligen – und dies auch aus dem Motiv der *amor mundi*, also der Liebe zur Welt.

Nun stellt sich die Frage, inwieweit es innerhalb einer Kommune, eines Vereins, einer kirchlichen Gemeinde gelingt, auch alten Menschen eine Gelegenheitsstruktur für bürgerschaftliches Engagement zu bieten.⁹ Dies heißt nicht, um dies hier noch einmal zu betonen, dass alte Menschen moralisch dazu verpflichtet würden, sich für andere Menschen zu engagieren: Eine solche Deutung wäre unsinnig und würde auch dem Kern des freiwilligen Engagements zutiefst widersprechen. Vielmehr steht die Frage im Zentrum, ob alte Menschen dann, wenn sie Interesse an der Wahrnehmung des bürgerschaftlichen Engagements zeigen, die Möglichkeit finden, dieses Interesse zu verwirklichen. Oder werden sie gerade beim Zeigen eines derartigen Interesses gedemütigt, indem man ihnen bedeutet, dass man auf ihr Engagement nicht angewiesen sei, dass man auf dieses verzichten könne und wolle, weil entsprechende Kompetenz nicht gegeben oder zu erwarten sei? Wie Avishai Margalit in seiner Schrift *Politik der Würde* darlegt,¹⁰ zeichnet sich eine anständige Gesellschaft dadurch aus,

6 Kommission (2012, 2015); Simonson et al. (2021)

7 Kommission (2006, 2010, 2016)

8 Kommission (2015)

9 Dury et al. (2016); Leedahl et al. (2017)

10 Margalit (2012)

dass deren Institutionen Menschen nicht demütigen. Eine Demütigung läge mit Blick auf unsere Themenstellung zum Beispiel dann vor, wenn alte Menschen allein ihres Alters wegen von der Übernahme von Mitverantwortung ausgeschlossen würden.

Wenn hier von *Mitverantwortung* gesprochen wird, geht es um sehr verschiedenartige Formen und Grade des Engagements für andere Menschen, oder in anderer Diktion: der produktiven, schöpferischen Sorge für und um andere Menschen. Wenn dieser Gedanke auf die „sorgenden Gemeinschaften“¹¹ und die von Kommunen zu schaffenden Plattformen für die Anregung zu diesem Engagement übertragen wird, so stellt sich die Frage: Sprechen Kommunen auch Menschen im höheren und hohen Alter an, wenn es um die Verwirklichung von „geteilter Verantwortung“ für Familien geht, die auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind und die durch das Wissen, die Fähigkeiten und die Fertigkeiten alter Menschen bereichert werden könnten? Nehmen sie deren Engagement an, greifen sie deren Bereitschaft zum Engagement auf? Oder gibt es ein bestimmtes Lebensalter, ab dem das Angebot zum Engagement in einer „sorgenden Gemeinschaft“ ungehört und unerwidert bleibt bzw. abgelehnt wird? Gibt es ein bestimmtes Lebensalter, von dem ab Vereine, Verbände, kommunale oder kirchliche Institutionen Menschen erst gar nicht mehr als „potenzielle Engagement leistende“ ansprechen? Und wenn in Kommunen entsprechende Gelegenheitsstrukturen zum Engagement auch im höheren oder hohen Alter geschaffen würden: Würden diese Strukturen tatsächlich entsprechend genutzt?

Nachfolgend sei sowohl auf die „Generali Hochaltrigenstudie“ als auch auf die Studie „Altern in Balance“ eingegangen – und zwar mit der Zielsetzung, (a) ein tieferes Verständnis der Sorge alter Menschen *für* andere Menschen und der Sorge *um* andere Menschen zu vermitteln, (b) Einblick in die Art und Weise zu geben, in der Institutionen alte Menschen mit Blick auf ihre potenziell gegebene Engagementbereitschaft ansprechen, (c) darzulegen, inwieweit Bürgerzentren, die von alten Menschen aufgesucht werden, auch Möglichkeiten des Engagements für andere Menschen bieten und somit – im Sinne der von uns vorgenommenen Definition – als Gelegenheitsstrukturen für bürgerschaftliches Engagement im Alter zu verstehen sind. Die beiden ersten Themen wurden in der „Generali Hochaltrigenstudie“ adressiert, das dritte Thema in der Studie „Altern in Balance“.

Zunächst seien Ergebnisse der „Generali Hochaltrigenstudie“ angeführt, die deutlich machen, wie stark das Sorgemotiv auch bei alten Menschen ausgeprägt sein *kann*, wobei sich die anderen Menschen gegenüber gezeigte Sorge in Ausmaß und Inhalt sehr unterschiedlich darstellt. Zudem zeigte sich in dieser Studie, dass kommunale Institutionen meistens nur bei älteren (65 bis 85 Jahre), nicht aber bei alten Menschen (85 Jahre und älter) von Engagementbereitschaft und -fähigkeit ausgehen. In der Studie „Altern in Balance“ haben wir das Thema der Anregung zum Engagement durch Institutionen noch einmal aufgegriffen: Bieten Bürgerzentren älteren und alten Menschen die Möglichkeit, sich für andere Menschen zu engagieren? Diese

11 Klie (2020); Laufenberg (2018); van Dyk & Haubner (2019)

Frage, so wird zu zeigen sein, lässt sich bejahen. Dabei ist zum einen zu unterscheiden zwischen informellem und bürgerschaftlichem Engagement; zum anderen wird deutlich, dass das informelle Engagement bis in das hohe Alter bestehen bleibt, während das bürgerschaftliche Engagement im hohen Alter erkennbar zurückgeht.

V.3 Ergebnisse der „Generali Hochaltrigenstudie“: Mitverantwortung alter Menschen aus personaler und institutioneller Sicht

An der von 2012 bis 2015 durchgeführten „Generali Hochaltrigenstudie“ haben N = 400 Personen teilgenommen (Altersbereich: 85 bis 99 Jahre; 85–89 Jahre: 65 %; 90–94 Jahre: 27 %; 95–99 Jahre: 8 %; Frauen: 66 %, Männer: 34 %; hoher Bildungsstand: 27 %, mittlerer Bildungsstand: 48 %; eher niedriger und niedriger Bildungsstand: 25 %).¹² Es wurden in der Studie ausschließlich biografisch orientierte Interviews durchgeführt; diese dauerten zwischen 90 und 150 Minuten. Dabei wurden u. a. Fragen zu folgenden Themenbereichen gestellt: (a) Alter und Familienstand, (b) innerfamiliäres und außerfamiliäres Netzwerk sowie Häufigkeit und Qualität der Beziehungen und Kontakte zu den Netzwerkpartnern, (c) Erwerbsbiografie, (d) bürgerschaftliches Engagement, (e) subjektiver Gesundheitszustand, (f) Grad der Selbstständigkeit in der Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens. Zudem wurden die Interviewpartner*innen darum gebeten, die subjektiv wichtigsten Stationen ihrer Biografie zu schildern und auf Erwartungen, Hoffnungen sowie Befürchtungen mit Blick auf ihre persönliche Zukunft einzugehen. In einem weiteren Schritt standen aktuelle Erlebnisse, Erfahrungen und Gedanken im Vordergrund: Die Interviewpartner sollten schildern, was sie aktuell besonders beschäftigt. Darüber hinaus wurde eine Frage nach den aktuell gezeigten Sorgeformen gestellt. Abschließend wurde die Art und Weise thematisiert, wie die Interviewpartner*innen mit ihrer aktuellen Lebenssituation umgehen und von welchen Zielsetzungen, Werten und Bedürfnissen sie sich dabei leiten lassen. Die Auswertung der Interviews wurde jeweils durch zwei unabhängig voneinander arbeitende Personen vorgenommen; nach Auswertung eines Interviews wurden die Auswertungsprotokolle miteinander verglichen, um Übereinstimmungen vs. Abweichungen identifizieren zu können. Auf der Grundlage der Diskussion dieser Protokolle wurde gemeinsam ein Interviewprotokoll erstellt, das als Grundlage für die statistische Auswertung diente. An dem Auswertungsprozess haben sich insgesamt zwei Wissenschaftlerinnen und zwei Wissenschaftler beteiligt.

Das *Einschlusskriterium* in diese Studie wurde wie folgt definiert: Fähigkeit und Interesse, an einem zweistündigen Interview über die eigene Biografie und über die

12 Kruse & Schmitt (2015; 2016a, b); Generali Zukunftsfonds (2014)

Beziehungen zwischen den Generationen konzentriert teilzunehmen. Als *Ausschlusskriterium* dienen: Anzeichen von Demenz (waren diese erkennbar, so wurde das Interview vorsichtig abgebrochen und anstelle der ausgewählten Person eine andere ausgewählt; dies kam achtmal vor). Die Kontaktaufnahme erfolgte über Wohlfahrtsverbände, Kirchen, Wohnstifte, Heime, sonstige Institutionen, Empfehlungen durch Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner sowie lokale Presseaufrufe.

Die Stichprobe bildet keinen repräsentativen Querschnitt der Bevölkerung über 85 Jahre. In ihr finden sich keine Studienpartnerinnen und -partner mit einer (zumindest manifesten) Demenzerkrankung, auch der Anteil der Menschen mit einer klinisch manifesten und subklinischen (subsymptomatischen) Depression (der in der Gruppe der über 85-Jährigen bei ca. 25 % liegt) ist in unserer Stichprobe deutlich geringer: Wir fanden bei 12 % der Interviewpartnerinnen und -partner Hinweise auf eine stärker ausgeprägte Niedergeschlagenheit und Resignation (die wir allerdings aufgrund fehlender klinisch-psychologischer oder psychiatrischer Befunde nicht als „Depressionen“ eingestuft haben). Zudem ist der Anteil der Personen mit einem mittleren und höheren Bildungsstand sowie aus städtischen Regionen in unserer Stichprobe überrepräsentiert, der Anteil der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner (mit 15 %) unterrepräsentiert. Mit anderen Worten: Die hier vorgestellte Stichprobe ist im Hinblick auf die objektiv gegebenen Lebensbedingungen – verglichen mit der Gesamtbevölkerung im Alter von über 85 Jahren – in Teilen als eine „privilegierte“ anzusehen, sodass die Generalisierung der hier gewonnenen Befunde über die Gesamtbevölkerung nicht möglich ist. Doch relativiert dies in keiner Weise die Dignität der gewonnenen Befunde. Es ging uns nicht darum, repräsentative Aussagen für die Gesamtgruppe der Menschen im hohen Lebensalter zu treffen, sondern es war unser Ziel, Einblick in die Verletzlichkeit und die Potenziale in diesem Lebensalter zu gewinnen und dabei als Ausgangspunkt die Erlebens- und Erfahrungswelt des Individuums zu wählen. Eine sorgfältige Analyse der Verletzlichkeit und der Potenziale aus der Sicht des Individuums eröffnet die Möglichkeit, grundlegende Aussagen über körperliche, emotionale, kognitive und sozialkommunikative Prozesse im hohen Alter zu treffen. Man kann von den Studienergebnissen ausgehend die Frage stellen, wie die Rahmenbedingungen verändert werden müssten, damit das Risiko der Verletzlichkeit verringert und die Entwicklung sowie Umsetzung von Potenzialen gefördert wird. Zudem ist bei einem Blick auf die Stichprobe nicht zu übersehen, dass in dieser auch Frauen und Männer mit Pflegebedürftigkeit sowie aus unteren Bildungsschichten repräsentiert sind, sodass es durchaus möglich ist, der Frage nachzugehen, inwieweit sich Merkmale der Lebenslage auf die persönliche Lebenssituation – wie diese von Menschen im hohen Alter beschrieben wird – auswirken.

Welche Daseinsthemen charakterisieren die Gruppe der 85- bis 98-jährigen Frauen und Männer? Mit Blick auf die Methode, die für die Erfassung von Daseinsthemen gewählt wurde, sei auf Kapitel II dieses Bandes verwiesen, in dem ausführliche Aussagen über die Auswertungsmethode getroffen wurden.

V.4 Daseinsthemen: Darstellung und Deutung

Nachfolgend sind die Daseinsthemen der Interviewpartnerinnen und -partner aufgeführt; in Klammern ist der Anteil der Stichprobe (N = 400 Personen) angeführt, bei denen das jeweilige Daseinsthema ermittelt werden konnte.

1. Freude und Erfüllung in einer emotional tieferen Begegnung mit anderen Menschen (76 %)
2. Intensive Beschäftigung mit der Lebenssituation und Entwicklung nahestehender Menschen – vor allem in der eigenen Familie und in nachfolgenden Generationen (72 %)
3. Freude und Erfüllung im Engagement für andere Menschen (61 %)
4. Bedürfnis, auch weiterhin gebraucht zu werden und geachtet zu sein – vor allem von nachfolgenden Generationen (60 %)
5. Sorge vor dem Verlust der Autonomie (im Sinne von Selbstverantwortung und Selbstständigkeit) (59 %)
6. Bemühen um die Erhaltung von (relativer) Gesundheit und (relativer) Selbstständigkeit (55 %)
7. Überzeugung, Lebenswissen und Lebenserfahrungen gewonnen zu haben, die Angehörigen nachfolgender Generationen eine Bereicherung oder Hilfe bedeuten können (44 %)
8. Intensivere Auseinandersetzung mit sich selbst, differenziertere Wahrnehmung des eigenen Selbst, vermehrte Beschäftigung mit der eigenen Entwicklung, Rückbindung von Interessen und Tätigkeiten an frühe Phasen des Lebens (41 %)
9. Phasen von Einsamkeit (39 %)
10. Fehlende oder deutlich reduzierte Kontrolle über den Körper und spezifische Körperfunktionen, Sorge vor immer neuen körperlichen Symptomen (36 %)
11. Fragen der Wohnungsgestaltung (Erhaltung von Selbstständigkeit, Teilhabe, Wohlbefinden) (34 %)
12. Phasen der Niedergedrücktheit (31 %)
13. Chronische oder passagere Schmerzzustände und Bemühen, diese zu kontrollieren (30 %)
14. Intensive Beschäftigung mit der Endlichkeit des eigenen Lebens (30 %)
15. Intensive Beschäftigung mit einem Leben nach dem Tod; diese Beschäftigung ist dabei auch eingebettet in religiöse oder spirituelle Kontexte (28 %)
16. Sorge vor fehlender finanzieller Sicherung (24 %)
17. Unerfüllt gebliebenes Bedürfnis nach Engagement für andere Menschen (23 %)
18. Fehlende Achtung, Zustimmung und Aufmerksamkeit durch Familienangehörige – vor allem nachfolgender Generationen (23 %)
19. Selbstzweifel mit Blick auf die Attraktivität der eigenen Person für andere Menschen (20 %)
20. Innere Beschäftigung mit Fragen der Art und Weise des Sterbens wie auch des Sterbeortes (19 %)

21. Probleme bei der finanziellen Sicherung des Lebensunterhaltes (18 %)
22. Subjektiv erlebte kognitive Einbußen, die vorübergehend die Sorge auslösen können, an einer Demenz erkrankt zu sein (17 %)
23. Beschäftigung mit dem Leben und dem Schicksal persönlich bedeutsamer Gruppen und Orte (zum Beispiel des Geburts- und Heimatortes) (15 %)
24. Fehlende Achtung und Aufmerksamkeit von Mitmenschen, Leben in Distanz zu anderen, auch Konflikte und Unverständnis, anderen nicht näherzukommen (13 %)
25. Unerfüllt gebliebenes Bedürfnis nach verständnisvoller und tiefsinniger Kommunikation mit nachfolgenden Generationen (12 %)
26. Intensive Zuwendung zur Menschheit und Schöpfung (11 %)
27. Intensive Auseinandersetzung mit dem Leben eines Verstorbenen, der sehr bedeutsam für das eigene Leben gewesen und es auch heute noch ist (10 %)

Soziale Beziehungen und Mitverantwortung als Ausdruck der „Weltgestaltung“

Zunächst fällt die große Bedeutung der Gestaltung von sozialen Beziehungen und dabei auch des mitverantwortlichen Lebens in der Generationenfolge auf: Die „Freude und Erfüllung in einer emotional tieferen Begegnung mit anderen Menschen“ (Thema 1), die „Freude und Erfüllung im Engagement für andere Menschen“ (Thema 3) ebenso wie die „Phasen von Einsamkeit“ (Thema 9) beziehen sich unmittelbar auf gegebene oder fehlende Möglichkeiten der Gestaltung von sozialen Beziehungen, die „Intensive Beschäftigung mit der Lebenssituation und Entwicklung nahestehender Menschen – vor allem in der eigenen Familie und in nachfolgenden Generationen“ (Thema 2), das „Bedürfnis, auch weiterhin gebraucht zu werden und geachtet zu sein – vor allem von nachfolgenden Generationen“ (Thema 4) sowie die „Überzeugung, Lebenswissen und Lebenserfahrungen gewonnen zu haben, die Angehörigen nachfolgender Generationen eine Bereicherung oder Hilfe bedeuten kann“ (Thema 7) beziehen sich auf das mitverantwortliche Leben in der Generationenfolge. Das Selbstverständnis als verantwortlich handelndes Glied in der Generationenfolge verleiht somit dem Generativitätsmotiv auch im subjektiven Erleben noch einmal besonderes Gewicht. Die Annahme, Beziehungen würden im hohen Alter in ihrer Bedeutung für die Identität des Individuums abnehmen, denn dieses ziehe sich immer weiter aus Beziehungen zurück, ist unseren Befunden zufolge keinesfalls zutreffend. Soziale Beziehungen können in ihrer Bedeutung für die eigene Identität – und dies heißt auch für die Bindung an das Leben und für die Lebensqualität – nicht hoch genug bewertet werden. Zudem wird in den Befunden eine bestimmte Qualität der Beziehungen deutlich: Es geht nicht nur darum, „mit anderen Menschen zusammen zu sein“. Vielmehr ist auch das Verlangen erkennbar, dieses steht sogar im Vordergrund, etwas für andere Menschen zu tun – sei es im Sinne von Hilfeleistungen, die diesen entgegengebracht werden, oder sei es im Sinne innerer Anteilnahme an deren Lebenssituation. Besonders deutlich spiegelt sich dieses

Motiv im Daseinsthema „Bedürfnis, auch weiterhin gebraucht zu werden und geachtet zu sein“ (Thema 4) wider. Damit ist auch schon ein Hinweis auf das dringend notwendige gesellschaftliche und kulturelle Verständnis des hohen Alters gegeben: Menschen in diesem Alter wollen ausdrücklich ihre sozialen Netzwerke mitgestalten, sie wollen als aktiver Teil dieser Netzwerke wahrgenommen, geachtet und angesprochen werden.

Grenzen der Teilhabe

In den genannten Daseinsthemen sind auch die Grenzen der Teilhabe deutlich erkennbar: Diese zeigen sich zunächst in der „Sorge vor fehlender finanzieller Sicherung“ (Thema 16) und in den „Problemen bei der finanziellen Sicherung des Lebensunterhalts“ (Thema 21), die immer auch eine Teilhabebarriere darstellen. Weitere Grenzen der Teilhabe spiegeln sich in erlebter Unsicherheit mit Blick auf den Status in der Beziehung zu anderen Menschen wider: Hier sind vor allem die „Fehlende Achtung, Zustimmung und Aufmerksamkeit durch Familienangehörige – vor allem nachfolgender Generationen“ (Thema 18) sowie die „Selbstzweifel mit Blick auf die Attraktivität der eigenen Person für andere Menschen“ (Thema 19) zu nennen. Das „unerfüllt gebliebene Bedürfnis nach Engagement für andere Menschen“ (Thema 17) spricht die subjektiv erlebten Teilhabegrenzen noch einmal ganz unmittelbar an.

Grenzen der Teilhabe werden von einem kleineren Teil der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer genannt; der deutlich größere Teil erlebt sich als sozial integriert, geachtet, von anderen Menschen gebraucht. Die erlebten Grenzen der Teilhabe sind – auch wenn sie nur einen kleineren Teil der Stichprobe betreffen – in jedem einzelnen Fall mit verringertem Wohlbefinden und reduzierter Bindung an das Leben, nicht selten auch mit Selbstzweifeln verbunden. In den negativen Einflüssen von Teilhabegrenzen auf Wohlbefinden und Lebensbindung zeigt sich ebenfalls die überaus große Bedeutung, die das soziale Eingebundensein, der emotionale Austausch, die Möglichkeit zur Mitverantwortung für das einzelne Individuum besitzen. Es besteht die Notwendigkeit, sowohl in den bestehenden sozialen Netzwerken alter Menschen als auch im öffentlichen Raum (Gesellschaft, Kultur, Versorgungssysteme, Politik) sehr viel differenziertere Perspektiven auf Alter und Altern zu kommunizieren, die von Respekt gegenüber alten Menschen und deren Lebensleistung bestimmt sind; eine einseitige Konzentration auf die körperliche Dimension sollte vermieden werden.

V.5 Sorgemotiv und Sorgeformen im hohen Alter

Unsere bei der Konzeption der Studie vertretene Annahme, dass auch im hohen Alter ein Sorgemotiv erkennbar ist – und zwar im Sinne des Sichsorgens für und um andere Menschen –, wird durch die Studienergebnisse bestätigt. Das mitverantwortliche

Leben endet nicht im hohen Alter, sondern setzt sich in diesem fort, auch wenn sich die Ausdrucksformen dieses Lebens – aufgrund der verringerten körperlichen Ressourcen – wandeln. Unsere Annahme, dass dieses Sorgemotiv vor allem (wenn auch nicht ausschließlich) in den Beziehungen zu nachfolgenden Generationen deutlich hervortritt, wird durch die Studienergebnisse bestätigt. Das Bedürfnis nach Austausch mit jungen Menschen ist im hohen Alter stark ausgeprägt. Unsere Annahme, dass Grenzen der Teilhabe auch im hohen Alter negative Folgen für Wohlbefinden, Lebensbindung und Lebensqualität haben, fanden wir durch die Studienergebnisse bestätigt. Unsere Annahme, dass im Alter die Verletzlichkeit des Menschen auch subjektiv deutlich spürbar ist, wird durch die Studienergebnisse bestätigt; diese Ergebnisse weisen auch darauf hin, dass in der seelisch-geistigen Verarbeitung dieser Verletzlichkeit eine besondere psychische Anforderung wahrgenommen wird. Unsere Annahme, dass eine Anthropologie des hohen Alters in besonderer Weise die Verletzlichkeits- mit der Potenzialperspektive verbinden muss, wird durch die Studienergebnisse bestätigt. Ein Großteil der Studienteilnehmer erlebt sich nicht nur als verletzlich, sondern erkennt bei sich selbst das Potenzial zur Selbst- und sozialen Weltgestaltung. Welche spezifischen Sorgeformen sind erkennbar?

1. Intensive Beschäftigung mit dem Lebensweg nachfolgender Generationen der Familie (85 %)
2. Unterstützende, anteilnehmende Gespräche mit nachfolgenden Generationen der Familie (78 %)
3. Intensive Beschäftigung mit dem Schicksal nachfolgender Generationen (72 %)
4. Unterstützung von Nachbarn im Alltag (68 %)
5. Unterstützung von Familienangehörigen im Alltag (65 %)
6. Unterstützung junger Menschen in ihren schulischen Bildungsaktivitäten (58 %)
7. Gezielte Wissensweitergabe an junge Menschen (berufliches Wissen, Lebenswissen) (54 %)
8. Finanzielle Unterstützung nachfolgender Generationen der Familie (49 %)
9. Beschäftigung mit der Zukunft des Staates und der Gesellschaft (48 %)
10. Freizeitbegleitung junger Menschen (41 %)
11. Besuch bei kranken oder pflegebedürftigen Menschen (38 %)
12. Existenzielle Gespräche vor allem mit jungen Familienangehörigen (33 %)
13. Zurückstellung eigener Bedürfnisse, um Familienangehörige nicht zu stark zu belasten (29 %)
14. Unregelmäßig getätigte Spenden; regelmäßige Spenden an Vereine oder Organisationen (27 %)
15. Anderen Menschen in der Lebensführung und Belastungsbewältigung Vorbild sein (24 %)
16. Kirchliches Engagement (Freiwilligentätigkeit in kirchlichen Organisationen) (23 %)
17. Beschäftigung mit der Zukunft des Glaubens und der Kirchen (19 %)

18. Politisches Engagement (Freiwilligentätigkeit in Kommunen oder in Parteien) (17 %)
19. Gebete für andere Menschen (16 %)
20. Besuchsdienste in Kliniken und Heimen (12 %)

Die Sorge alter Menschen gilt vielfach den Angehörigen der nachfolgenden Generationen; vielfach den Angehörigen der jungen Generation. Diese Sorge ist sowohl instrumenteller (praktische Hilfen) als auch ideeller (emotionaler Beistand, Ausdruck von Mitgefühl, Motivation und Anregung, Ausdruck von Empathie) Art. In der Sorge für junge Menschen kommt auch das Motiv zum Ausdruck, sich als Teil einer Generationenfolge zu erleben. Dies heißt: Wir müssen auch gesellschaftlich, kulturell und politisch die generationenübergreifende Perspektive sehr stark machen – jegliche Segregation der Generationen oder Altersgruppen ist zu vermeiden.

Fragen wir weiter: Welche Person- und Umweltbedingungen fördern im Erleben der alten Menschen die Sorge für und um andere? Die Auswertung der entsprechenden Interviewpassagen ließ eine Zuordnung zu 22 Kategorien zu:

1. Vertrauen innerhalb der Familie, zwischen den Generationen (85 %)
2. Lebendige Beziehungen zwischen den Generationen (82 %)
3. Eigene Offenheit für neue Erlebnisse, Erfahrungen und Menschen (78 %)
4. Offene, zugewandte, interessierte, vorurteilsfreie junge Menschen (73 %)
5. Körperliche Ressourcen, um etwas für andere Menschen tun zu können (69 %)
6. Motivierende, inspirierende Bilder des Alters in den Medien und in der Politik (65 %)
7. Ausreichende Selbstständigkeit, um etwas für andere Menschen tun zu können (63 %)
8. Wunsch und Überzeugung, etwas für andere Menschen tun zu können (60 %)
9. (Phasen vermehrter) Lebensfreude (58 %)
10. Alten- und generationenfreundliche Gestaltung des Wohnquartiers (52 %)
11. Vertrauen junger Menschen in das Alter (49 %)
12. Ablenkung von Krankheiten und Schmerzen suchen (47 %)
13. Interesse junger Menschen am Wissen und an den Erfahrungen alter Menschen (46 %)
14. Überzeugung, mit Wissen und Erfahrungen andere Menschen zu bereichern (41 %)
15. Orte, an denen man anderen, vor allem jungen Menschen begegnen kann (39 %)
16. Ausreichende Mobilität durch altersfreundliche Verkehrsgestaltung (32 %)
17. Angstfrei sein (21 %)
18. Frühe Entwicklung von Verantwortungsbewusstsein im Menschen (11 %)
19. Wissenschaftliche Erkenntnisse, dass Engagement eigenes Wohlbefinden fördert (8 %)

20. Erhöhte Sensibilität für das, was andere Menschen für einen tun (7 %)
21. Erhöhte Sensibilität für die Zwischentöne des Lebens (5 %)
22. Sinn für Zivilcourage fördern (3 %)

Alte Menschen selbst weisen auf die Notwendigkeit hin, dass sich die gesellschaftlichen und kulturellen Bilder des hohen Alters wandeln. Sie weisen selbst darauf hin, wie wichtig es ist, dass man ihnen vorurteilsfrei und offen begegnet. Und schließlich heben sie selbst hervor, wie wichtig die Sozialraumgestaltung (Bürgerzentren) und die mobilitätsfreundliche Verkehrsgestaltung für die Aufrechterhaltung von Teilhabe sind. Aber selbstkritisch sehen sie auch und halten fest: Sie müssen sich selbst gegenüber nachfolgenden Generationen, vor allem gegenüber jungen Menschen öffnen. Gerade mit Blick auf diese gegenseitige Offenheit sind generationenübergreifende Angebote wichtig.

V.6 Verarbeitungs- und Bewältigungsformen

In der „Generali Hochaltrigenstudie“ gingen wir schließlich der Frage nach, wie sich alte Menschen mit den Aufgaben, Herausforderungen und Belastungen im Alltag auseinandersetzen. Die in den Interviews getroffenen Aussagen zu diesem Thema wurden in einer dreistufigen Auswertung einer von sieben Verarbeitungs- und Bewältigungsformen zugeordnet: Zunächst wurden für jedes Interview die für das Individuum zentralen Verarbeitungs- und Bewältigungstechniken aufgelistet. In einem weiteren Schritt wurden die 400 Interviewprotokolle miteinander verglichen: Inwieweit finden sich Übereinstimmungen zwischen einzelnen Interviewprotokollen? In einem dritten Schritt wurden auf der Grundlage dieses Vergleichs sieben Verarbeitungs- und Bewältigungsformen als *idealtypische Formen* definiert, denen schließlich die 400 Protokolle zugeordnet wurden. Diese sieben Formen ließen sich wie folgt umschreiben:

1. Aktives Aufgreifen von Kontaktmöglichkeiten, bewusste Gestaltung des Alltags, Konzentration auf Tätigkeiten, die als angenehm und stimmig erlebt werden. Diese Bewältigungsform erweist sich als sehr kontinuierlich, nur selten treten Phasen von Selbstzweifel und Niedergeschlagenheit auf; in diesen Phasen appelliert die Person erfolgreich an sich selbst, um Selbstzweifel und Niedergeschlagenheit zu überwinden. (23 %)
2. Wechsel zwischen Phasen von Optimismus und Lebensfreude und Phasen von Selbstzweifel und Niedergeschlagenheit. Optimismus und Lebensfreude treten dann in den Vordergrund, wenn die Aktivitäten im Alltag als „stimmig“ und Kontakte zu anderen Menschen als „befruchtend“ und „anregend“ erlebt werden. Niedergeschlagenheit tritt vor allem dann in den Vordergrund, wenn Kontakte über mehrere Tage ausbleiben, die Aktivitäten im Alltag nicht

als stimmig empfunden werden und Krankheiten sowie Schmerzen mehr und mehr in den Mittelpunkt des Erlebens treten. (21 %)

3. Aufgehen in den Beziehungen zu anderen Menschen, aktives Aufsuchen von anderen Menschen. Andere Menschen sowie die Kontakte zu diesen stehen ganz im Mittelpunkt. Es sind in etwas stärkerem Maße Kontakte innerhalb der Familie, aber auch Kontaktmöglichkeiten zu Nachbarn und Freunden werden dankbar aufgegriffen oder aktiv gesucht. Das Netzwerk ist vergleichsweise groß. (15 %)
4. Vermehrte Konzentration auf sich selbst, konzentrierte Ausführung der einzelnen Aktivitäten im Alltag, um sich als „gehalten“ zu erleben. Es treten immer wieder Phasen auf, in denen die Sorge dominiert, das eigene Leben möglicherweise bald nicht mehr selbstständig und selbstverantwortlich gestalten zu können. In diesen Phasen nimmt die Konzentration auf die eigenen seelischen und geistigen Kräfte zu; zudem werden die Aktivitäten im Alltag mit noch höherer Konzentration ausgeführt. Dies gelingt zumeist. (14 %)
5. Zum Teil lange Phasen des vollständigen Rückzugs auf sich selbst, der Meidung von Kontakten zu anderen Menschen, des fehlenden Antriebs zur Eigeninitiative und der Niedergeschlagenheit. Diese Bewältigungsform wird subjektiv als belastungssteigernd erlebt; dabei wird betont, dass man „nicht anders“ könne, als in dieser Weise zu reagieren. (12 %)
6. Starke Konzentration auf sich selbst und auf einige wenige Menschen; Suche nach einem emotionalen oder geistigen Austausch. Phasen der intensiven, als stimmig und erfüllend erlebten Beschäftigung mit sich selbst lösen sich immer wieder ab mit Phasen des ebenso intensiven Austauschs mit einigen wenigen Menschen, wobei dieser Austausch als inspirierend und als „Geschenk“ wahrgenommen wird. Die emotionale und die geistige Komponente dieses Austauschs werden gesucht. (11 %)
7. Sich vom Leben tragen lassen. Als tragende Kräfte des eigenen Lebens werden zum einen Erinnerungen an Ereignisse, Begegnungen und Taten genannt, die sich – im Rückblick – positiv auf die persönliche Entwicklung ausgewirkt haben, zum anderen aktuelle Ereignisse und Begegnungen, in denen sich das Gefühl der Stimmigkeit einstellen kann. (4 %)

V.7 Mitverantwortung alter Menschen aus Sicht der kommunalen Institutionen

Es wurde eine schriftliche Befragung in Form einer Fragebogenerhebung gewählt. Dafür wurde ein Fragebogen als standardisiertes Erhebungsinstrument entwickelt, der neben geschlossenen auch halboffene und offene Fragen beinhaltet. Der Fragebogen bestand aus insgesamt 22 Fragen.

Die Befragung zielte zum einen darauf, herauszufinden, welche spezifischen Möglichkeiten und Grenzen hinsichtlich des Engagements alter Menschen existieren. Zum anderen wollte sie erkunden, welche institutionellen Rahmenbedingungen in unserer Gesellschaft geschaffen werden müssten, um alten Menschen (85 Jahre und älter) die Möglichkeit zu geben, ihr spezifisches Wissen in den öffentlichen Raum einzubringen. Der Fragebogen wurde in die folgenden vier inhaltlichen Aspekte gegliedert: (a) institutionelle Rahmenbedingungen für das Engagement, (b) Grenzen des Engagements und praktische Anforderungen an das Engagement, (c) Alter(n) und Altersbilder, (d) soziodemografische Daten (u. a. Trägerschaft der Einrichtung, Angaben zu Kommune, Bundesland und Region)

Für eine Pilotuntersuchung wurden 170 Fragebögen versendet. Es wurden in der Hauptuntersuchung an 560 Kommunen insgesamt 2.330 Fragebögen versendet. Insgesamt wurden uns 423 Fragebögen zurückgesandt; dies entspricht einer Rücklaufquote von 18,2 %. Um die gewünschte Zahl von 600 zu erreichen, wurde eine zweite Erhebungswelle gestartet. Die Rücklauffrist ergab einen zusätzlichen Rücklauf von 377 Fragebögen. Mit den Fragebögen der beiden Fragebogenerhebungswellen wurden insgesamt 2.500 Einrichtungen erreicht. Von diesen haben N = 800 den Fragebogen zurückgesandt, was einer Rücklaufquote von 31,8 % entspricht.

Die Institutionenbefragung (Methoden und Ergebnisse) ist an anderer Stelle ausführlich dargestellt.¹³ Hier soll es nur darum gehen, die wichtigsten Antworten zu acht Fragen in aller Kürze darzustellen.

Frage 1: Gibt es in Ihrem Arbeitsbereich ältere Menschen (60 Jahre und älter), die sich engagieren? 88,2 % der Befragten gaben an, dass ältere Menschen in ihrem Arbeitsbereich engagiert seien. Allerdings fehlte an dieser Stelle in der Fragebogenerhebung eine Altersbegrenzung, sodass sich die Angaben möglicherweise nicht nur auf das dritte Lebensalter beschränken. Weitere 9,1 % verneinten die Frage, 2,5 % gaben „Weiß ich nicht“ an, und 0,1 % haben keine Angabe gemacht. Die Befragten hatten die Möglichkeit, zehn Bereiche des Engagements anzugeben. Schwerpunkte des Engagements stellten die sechs Bereiche Engagement für Ältere (79,4 %), Soziales (55,6 %) und Kirche (34,0 %), Freizeit (28,9 %), Kultur (22,2 %) sowie Kinder und Jugendliche (21,8 %) dar.

Frage 2: Wurden in Ihrem Arbeitsbereich Initiativen unternommen, um alte und sehr alte Menschen (85+) für Engagement zu gewinnen? Die meisten Befragten, mit 77,2 %, gaben an, dass keine Initiativen in dem jeweiligen Arbeitsbereich unternommen wurden, um alte und sehr alte Menschen (85 Jahre und älter) für ein Engagement zu gewinnen. Die Antwort „Weiß ich nicht“ wurde von 6,4 % gewählt, und 2,3 % haben keine Angabe gemacht. Hingegen bejahten 14,0 % (N = 111) die Frage.

Frage 3: Sind in Ihrem Arbeitsbereich Projekte geplant, mit denen Sie alte und sehr alte Menschen (85 Jahre und älter) für ein bürgerschaftliches Engagement gewinnen wollen? 5,7 % gaben an, dass in ihrem Arbeitsbereich Projekte geplant sind, um alte und sehr alte Menschen für ein Engagement zu gewinnen. Allerdings wurde die Frage in 82,2 % der Fälle mit „Nein“ beantwortet. Der Rest der Befragten machte keine Angaben oder wusste die Frage nicht zu beantworten.

Frage 4: Sind in Ihrem Arbeitsbereich alte und sehr alte Menschen tätig? 32,5 % der Befragten haben angegeben, dass alte und sehr alte Menschen in ihrem Arbeitsbereich tätig sind. Die Frage wurde von 58,5 % verneint. Die Kategorie „Weiß ich nicht“ haben 6,2 % gewählt, und 2,8 % haben keine Angabe gemacht. Ausgehend von den 32,5 % (N = 257) wurden folgende Engagementbereiche benannt. Das „Engagement für Ältere“ stellt mit 75,5 % den größten Bereich dar, gefolgt von „Soziales“ mit 40,9 % und dem Bereich Kirche mit 24,9 %. Unter Sonstiges wurde insbesondere Engagement im Wohnumfeld (Nachbarschaftsinitiativen, Besuchsdienste etc.) genannt.

Frage 5: Sind Ihnen, auch außerhalb Ihres Arbeitsbereiches, Initiativen oder Maßnahmen zur Förderung des Engagements alter und sehr alter Menschen bekannt? 76,7 % gaben an, dass ihnen außerhalb ihres Arbeitsbereiches keine Initiativen oder Maßnahmen zur Förderung des Engagements bekannt sind. Daneben gaben 9,7 % der Befragten an, dass sie dies nicht wüssten; 2,7 % machten gar keine Angabe. Lediglich 10,9 % bejahten die Frage. Nur wenige Personen konnten dabei konkrete Angaben zu bestehenden Initiativen für alte und sehr alte Menschen (85+) machen. So wurden lediglich verschiedene Ideen formuliert, wie sich alte und sehr alte Menschen engagieren könnten, die aber (noch) keinen konkreten Praxisbezug haben.

Frage 6: Gab es in Ihrem Arbeitsbereich Anfragen alter und sehr alter Menschen mit dem Ziel, sich zu engagieren? Insgesamt haben 79,9 % der Befragten verneint, dass es Anfragen mit dem Ziel gab, sich zu engagieren. Keine Angaben machten 2,1 %, und 6,3 % wussten die Frage nicht zu beantworten. Nur 11,6 % beantworteten die Frage mit „Ja“. Ausgehend von diesen 11,6 % (N = 92) wurden folgende neun Interessensgebiete für das Engagement alter und sehr alter Menschen (85+) genannt, darunter: Engagement für Ältere (77,2 %), Soziales (46,7 %), Freizeit (21,7 %), Kirche (18,5 %), Kultur (17,4 %), Kinder und Jugendliche (15,2 %), Lokales (13,0 %).

Frage 7: Welche Hindernisse vermuten Sie, im Hinblick auf alte und sehr alte Menschen, in der praktischen Umsetzung des Engagements? Die Befragten hatten die Möglichkeit, in einer fünfstufigen Skala („Trifft nicht zu“ bis „Trifft zu“) anzugeben, wie hoch sie die Barrieren im Kontext des Engagements bei alten und sehr alten Menschen bewerteten. Dabei wurden neun Bereiche abgefragt: Tätigkeitsfeld (Angebot; Attraktivität), Termine, Erreichbarkeit des Ortes, Möglichkeitsfelder (Bekanntheit;

Öffentlichkeit), Räumlichkeiten, Gesundheit, Lebensalter, Interesse und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Die größte Barriere wurde in der Gesundheit (73,0 %) vermutet, gefolgt vom Lebensalter mit 63,8 %. Mehr als zwei Fünftel vermuteten im mangelnden Interesse bzw. Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten weitere Hindernisgründe. Die Befragten zählten somit bevorzugt internale, also in der Person begründete Faktoren zu den Engagementhindernissen. Externale Faktoren wurden vor allem in der Schwierigkeit der Erreichbarkeit des Ortes (54,7 %) oder in der Unbekanntheit von Möglichkeiten (44,4 %) gesehen.

Frage 8: Bei der Frage, ob sich institutionelle Rahmenbedingungen wandeln müssen, um alte und sehr alte Menschen zum mitverantwortlichen Leben zu motivieren, gaben 50,7 % „Ja“ an sowie 23,9 % „Nein“ und 18,2 % „Weiß ich nicht“. Keine Angaben trafen 7,2 % der Befragten. Sichtbar werden hier die Kritik an derzeitigen institutionellen Rahmenbedingungen sowie der Wunsch, diese zu ändern.

Schließlich baten wir die Vertreterinnen und Vertreter der Institutionen darum, ein Polaritätenprofil mit neun Merkmalen auszufüllen, wobei der Minimalwert bei -3, der Maximalwert bei +3 lag. Nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse des Polaritätenprofils für die Altersgruppe 85+. Angegeben sind die Anzahl der Personen, die dieses Profil ausgefüllt haben (N), Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD) für die Gesamtgruppe.

Tabelle V.1 Ergebnisse des Polaritätenprofils bei den über 85-Jährigen

| Merkmal (Ausprägung -3 bis +3) | N | M | SD |
|---|-----|-------|------|
| Mittellos bis gut situiert | 739 | 0,52 | 1.23 |
| labil bis stabil | 702 | 0,07 | 1.22 |
| Geistig gering bis hoch leistungsfähig | 739 | 0,13 | 1.29 |
| Gebrechlich bis körperlich leistungsfähig | 737 | -0,44 | 1.36 |
| Nicht lernfähig bis lernfähig | 739 | 0,11 | 1.24 |
| Desinteressiert bis interessiert | 732 | 0,33 | 1.35 |
| Starrsinnig bis offen | 735 | 0 | 1.23 |
| Nicht engagiert bis engagiert | 736 | 0,16 | 1.33 |
| Unerfahren bis weise | 736 | 0,85 | 1.64 |

Folgen wir den Angaben, die die Repräsentantinnen und Repräsentanten der kommunalen Institutionen auf unsere Frage nach dem gezeigten, potenziellen bzw. erwünschten Engagement alter, das heißt 85-jähriger und älterer Menschen in ihren und für ihre Einrichtungen getroffen haben, so lässt sich konstatieren: Von einer

derartigen *Engagementmöglichkeit* und *-bereitschaft* gehen nur vergleichsweise wenige Institutionen aus; zudem werden alte Menschen mit Blick auf diese Möglichkeit und Bereitschaft nur sehr selten angesprochen. Zum Teil ist dies den Institutionen auch bewusst und sie weisen auf die Notwendigkeit hin, ein differenzierteres Bild des hohen Alters zu entwickeln und Angebote zum Engagement in einer Art und Weise zu entwerfen, die den Stärken wie auch den Schwächen des Menschen im hohen Alter entspricht. Wenn man den Blick auf die Polaritätenprofile wirft, so zeigt sich – bei ausdrücklicher Berücksichtigung der hohen Variabilität in den Bewertungen – eine *eher verletzlichkeits- und weniger ressourcenorientierte* Repräsentation des Alters. Die einzige wirklich positive Assoziation, die mit dem hohen Alter verbunden ist, betrifft die „Weisheit“, wobei hier die Frage gestellt werden kann, ob in dieser Assoziation nicht ein vielfach geteiltes Altersstereotyp zum Ausdruck kommt.

V.8 Gesamtdeutung der Ergebnisse der „Generali Hochaltrigenstudie“

Der Beitrag wurde mit der Frage eingeleitet, inwieweit in Kommunen lokale Strukturen aufgebaut werden können, die – dem Prinzip der geteilten Verantwortung folgend – geeignet sind, Familien darin zu unterstützen, Hilfe- und Pflegeleistungen zu erbringen und sich dabei der Solidarität durch die Bürgerschaft zu versichern. Die Verantwortung für gelingende Hilfe und Pflege obliegt nicht mehr alleine der Familie. Vielmehr, so ist die Vorstellung, teilen sich Familienangehörige mit Bekannten, Freunden und Nachbarn die Aufgaben der Hilfe und Pflege, unterstützt durch Personen, die sich bürgerschaftlich engagieren. Derartige Sorgestrukturen (oder „sorgende Gemeinschaften“) werden ihrerseits durch hauptamtlich tätige Personen aus den Bereichen der ambulanten Pflege und Sozialarbeit (um diese als Beispiele zu nennen) unterstützt. Von dieser Frage ausgehend wurde eine weitere Frage gestellt: Ist es vorstellbar, dass sich auch alte Menschen in derartigen Sorgestrukturen engagieren: sei es als Nachbarn, Bekannte und Freunde, oder sei es als bürgerschaftlich Engagierte?

In der „Generali Hochaltrigenstudie“ sind wir, dabei unter anderem angeregt durch die in der Siebten Altenberichtscommission geführten Diskussionen zu neuen Sorgestrukturen in den Kommunen wie auch durch die in der Achten Familienberichtscommission¹⁴ angestellten Überlegungen zur Erweiterung der Familie in Richtung auf eine „gemischte Familie“, der Frage nachgegangen, welche Bedeutung die Sorge *um* und *für* andere Menschen, das heißt die Mitverantwortung im Erleben von alten Menschen einnimmt und damit deren daseinsthematische Struktur mitbestimmt. Dabei zeigte uns die daseinsthematische Analyse, dass auch im Erleben von Menschen, die im neunten und zehnten Lebensjahrzehnt stehen, die Identifikation mit dem Leben anderer Menschen, vor allem junger Menschen, große Bedeutung

14 Kommission (2012)

besitzt. Wir stellten die Frage nach den unterschiedlichen Formen und Ausprägungsgraden erlebter (Sorge *um*) und praktizierter Sore (Sorge *für*). Um hier nicht falsch verstanden zu werden: Wir gingen und gehen keinesfalls von einer *Verpflichtung* alter Menschen zur Sorge um bzw. für andere – vor allem für junge – Menschen aus. Vielmehr konnten wir in der daseinsthematischen Analyse zeigen, wie wichtig vielen alten Menschen die Identifikation mit anderen Menschen ist, wie sehr diese (auch) einem intrinsischen Motiv entspringt.

Mit Blick auf die Schaffung von lokalen Strukturen, die auch vom bürgerschaftlichen Engagement alter Menschen getragen sind, gewann die Frage an Bedeutung, inwieweit Institutionen bei der Anregung zum bürgerschaftlichen Engagement auch auf die Engagementbereitschaft älterer (im dritten Alter stehender) und alter (im vierten Alter stehender) Menschen setzen. Dabei zeigte sich, dass die Institutionen für das Engagement älterer Menschen, nicht aber für das Engagement alter Menschen offen sind. Dies heißt auch: Das Interesse nicht weniger alter (also im vierten oder alten Alter stehender) Menschen an der Fortsetzung eines mitverantwortlichen Lebens findet im Kern keine Resonanz in den Institutionen, weil diese davon überzeugt sind, dass alte Menschen nicht über die für dieses Engagement notwendige Kompetenz und Offenheit verfügen.¹⁵

V.9 Ergebnisse aus der Studie „Altern in Balance“ – das mitverantwortliche Leben in Bürgerzentren

In der Studie „Altern in Balance“ haben wir die Frage nach den institutionellen Möglichkeiten zur Schaffung von Gelegenheitsstrukturen für das Engagement älterer und alter Menschen für andere Menschen noch einmal gestellt.¹⁶ Es ging uns darum, zu erfahren, inwieweit sich ältere und alte Menschen in *Bürgerzentren* (dies sind Mehrgenerationenzentren, Seniorenzentren, Treffpunkte) motiviert sehen, sich für andere Menschen zu engagieren. Könnten Bürgerzentren *eine* Keimzelle der lokalen Strukturen sein? Zur Beantwortung dieser Frage haben wir N = 200 Personen in sieben Bürgerzentren (unterschiedlicher Regionen) interviewt und zugleich die in den Bürgerzentren aufgelegten Angebote analysiert. Inwieweit können Kommunen durch die Einrichtung von Bürgerzentren die Engagementbereitschaft älterer und alter Menschen differenzierter wahrnehmen und nutzen?

Um hier nicht falsch verstanden zu werden: Es geht uns in keinem Fall darum, ältere oder alte Menschen zum bürgerschaftlichen Engagement zu verpflichten; dies wurde schon mehrfach betont. Wenn es um das Engagement für andere Menschen geht, dann ist hier nicht notwendigerweise das „große“, „umfassende“ Engagement gemeint;

15 Carr & Gunderson (2016)

16 Kruse et al. (Hrsg.) (März 2020)

vielmehr sind hier auch die kleineren, vielleicht nur die „symbolisch“ gemeinten Formen des Engagements zu würdigen. Welchen Beitrag können also Bürgerzentren zur Verwirklichung des Wunsches nach einem mitverantwortlichen Leben im Alter leisten?

Die in Bürgerzentren durchgeführten Interviews dienten der Beantwortung dieser Frage.

V.9.1 Stichprobe und Methode

N = 100 Frauen und N = 100 Männer im Alter von 63 bis 95 Jahren, die Angebote in Bürgerzentren (Seniorenzentren, Mehrgenerationenzentren, Begegnungsstätten) nutzen, wurden interviewt. Alle Angehörigen dieser Stichprobe wurden zur Gestaltung der sozialen Beziehungen im Bürgerzentrum, 110 Angehörige *zusätzlich* zu ihrem Engagement im Bürgerzentrum interviewt.

Die halbstrukturierten Interviews adressierten (a) soziodemografische Daten, (b) Angebote des Bürgerzentrums mit Aussagen zu jenen Angeboten, die besonders ansprechen, (c) die Art der Kontaktaufnahme, (d) Häufigkeit und Qualität der sozialen Kontakte inner- und außerhalb des Bürgerzentrums, (e) die innerhalb und außerhalb des Bürgerzentrums empfangene und gegebene Unterstützung („Sorgebeziehungen“) sowie die persönliche Zukunftsperspektive. Auf der Grundlage dieser Interviews wurden empirisch fundierte Aussagen zu folgenden Themen erarbeitet: Welche Bedeutung haben soziale Kontakte für alte Menschen – und zwar aus deren persönlicher Sicht? Welche Merkmale der sozialen Kontakte sind alten Menschen besonders wichtig? Was macht das Bürgerzentrum im Erleben alter Menschen besonders attraktiv? Die Interviews wurden auch hier jeweils von zwei unabhängig voneinander arbeitenden Personen ausgewertet.

Es wurden zwei Stichproben zusammengestellt: In die erste Stichprobe, gewonnen in mehreren Einrichtungen in Baden-Württemberg, wurden alle an der Befragung interessierten Besucherinnen und Besucher von Bürgerzentren konsekutiv und ohne Altersbegrenzung einbezogen. Unter den N = 100 Personen überwogen Frauen deutlich; zudem nahmen auch Personen teil, die deutlich jünger waren als 75 Jahre. Bei der Gewinnung der zweiten Stichprobe (N = 100) in mehreren Einrichtungen aus Nordrhein-Westfalen wurde darauf geachtet, dass deutlich mehr Männer im Alter von mindestens 75 Jahren in die Stichprobe einbezogen würden.

Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich sowohl im Lebensalter als auch im Familienstand: Die Frauen waren im Durchschnitt 77,26, die Männer 80,53 Jahre alt ($p < .001$). Unter den Frauen liegt der Anteil der Verwitweten mit 48 % deutlich höher als unter den Männern (31 %), Letztere sind deutlich häufiger verheiratet (38 % vs. 29 %) und geschieden (22 % gegenüber 11 %). 41 Personen (20,5 %) besuchen die Bürgerzentren seit weniger als einem Jahr, 107 (53,5 %) seit ein bis fünf Jahren, 25 (12,5 %) seit 5 bis 10 Jahren und 27 (13,5 %) seit über 10 Jahren. Hier zeigt sich kein bedeutsamer Geschlechtsunterschied.

Bei der Rezeption und Deutung aller nachfolgenden Aussagen ist auf eine wichtige Besonderheit der vorliegenden Stichprobe (N = 200) hinzuweisen: Es handelt sich um Besucherinnen und Besucher solcher Bürgerzentren (Mehrgenerationenhäuser, Begegnungszentren, Seniorenzentren), die auch soziokulturelle Angebote für alte Menschen unterbreiten. Diese Gruppe von Frauen und Männern ist insofern als eine spezifische zu begreifen, als sie ausdrücklich sozialkulturelle Angebote sucht und nutzt. In den Interviews konzentrierten wir uns allein (a) auf die Bewertung und Nutzung der Angebote, (b) auf die Gestaltung von Beziehungen innerhalb und außerhalb des Bürgerzentrums sowie (c) auf die (gegenseitigen) Hilfeleistungen. Fragen der Einsamkeit und Isolation wurden nicht thematisiert.

Nachfolgend sollen drei Fragen beantwortet werden: (1) Was macht Bürgerzentren im Erleben der Nutzerinnen und Nutzer attraktiv? (2) Welche persönliche Bedeutung haben soziale Kontakte? (3) Welche persönliche Bedeutung hat das Engagement für andere Menschen?

Die Beantwortung dieser drei Fragen erfolgt aus einer spezifischen Sicht: Es geht uns darum, die in den Interviews identifizierten Bedeutungszuschreibungen darzustellen, das heißt die Art und Weise, wie Nutzerinnen und Nutzer auf Bürgerzentren und deren Angebote blicken. Solche Bedeutungszuschreibungen ließen sich bei Auswertung der Interviews problemlos vornehmen, weil sich die Nutzerinnen und Nutzer durchweg auch als Expertinnen und Experten in Fragen der Nutzung von und der eigenen Aktivität in einem Bürgerzentrum angesprochen fühlten. Es ließen sich aus diesem Grunde in den Antworten auf die Interviewfragen durchgängig Bedeutungen identifizieren, die die Nutzerinnen und Nutzer einzelnen Aspekten der Bürgerzentren zuordneten.

Bei der Beantwortung dieser Fragen ist zu beachten: Es handelt sich hier nicht um einen Abschnitt über die Gestaltung von Beziehungen sowie über die Gestaltung des Engagements für andere Menschen. Einen solchen Abschnitt könnten wir vor dem Hintergrund der sehr kleinen und zudem hochselektiven Stichprobe auch gar nicht verfassen. Es geht vielmehr um die Frage, ob sich Bürgerzentren als Gelegenheitsstruktur für das Engagement alter Menschen erweisen könnten.

V.9.2 Was macht Bürgerzentren im Erleben der Nutzerinnen und Nutzer attraktiv?

Mit Blick auf diese Fragestellung ließen sich in den Interviews *drei Bedeutungszuschreibungen* ermitteln, die nachfolgend aufgeführt und beschrieben werden.

- (1) *Bürgerzentren bieten niederschwellige Möglichkeiten, Kontakte zu schließen und etwas für andere Menschen zu tun.*

Wir fragten die Besucherinnen und Besucher, wie sie das Bürgerzentrum kennengelernt haben und was ihnen besonders an diesem gefällt. N = 93 der 200 Personen (46,5 %) lernten das Bürgerzentrum auf eigene Initiative kennen.

Die Suche nach Anschluss und der Wunsch, mit anderen zusammen zu sein (N = 19), die gezielte Suche nach Kontakten speziell nach einem einschneidenden Lebensereignis wie dem Partnerverlust (N = 19), das Interesse an den Angeboten der Bürgerzentren, wie zum Beispiel Bildungskurse (N = 19), bildeten zentrale Motive. N = 8 Personen kamen mit dem Wunsch nach einem bürgerschaftlichen Engagement in das Bürgerzentrum. Die Kontaktaufnahme mit einem Bürgerzentrum wurde durch die räumliche Nähe entscheidend begünstigt. Viele Personen gaben an, dass sie dieses kennengelernt haben, weil sie in der Nachbarschaft wohnen (N = 32). 35 Personen waren durch Werbung oder eine Einladung auf das Bürgerzentrum aufmerksam geworden. Meist erfolgte die Kontaktaufnahme auf eine Empfehlung hin (N = 64), die von Angehörigen (N = 34) oder von Freundinnen und Freunden und Bekannten (N = 30) ausgesprochen wurde.

(2) *Bürgerzentren bieten eine gute Kombination von interessanten Angeboten und Austausch mit anderen in angenehmer Atmosphäre.*

Auf die Frage, was den Besuchern am besten gefalle, wurden häufig mehrere Antworten gegeben, die sich einerseits auf attraktive Angebote bezogen, andererseits auf das Bürgerzentrum generell. „Die Gesamtheit der Angebote“ sprach 38 Personen an. Am häufigsten wurden Teilhabeaspekte positiv hervorgehoben, wie „Gespräch, Gemeinschaft, Austausch“ (N = 86) sowie die „Möglichkeit, für andere Menschen da sein zu können“ (N = 13). Wichtig war auch die Atmosphäre im Bürgerzentrum, die mit den Begriffen „freundlich“, „harmonisch“, „offen“, „familiär“, „entspannt“, „sicher“ umschrieben wurde (N = 41). Die kompetente Leitung des Bürgerzentrums wie auch die gute Betreuung gefielen 26 Befragten besonders gut, die gute Ausstattung und die räumliche Nähe fanden 19 Personen besonders attraktiv.

(3) *Die beliebtesten Angebote in Bürgerzentren*

Die meisten der Befragten nannten spezielle Angebote, die ihnen besonders gut gefielen: in erster Linie Bewegungsangebote (N = 37), gefolgt von Sprachkursen (N = 20) und Gedächtnistraining (N = 8). Als weitere Angebote wurden Musik, Handarbeiten, Werken oder IT-Kurse genannt (N = 13). Den Mittagstisch hoben 56 Personen positiv hervor.

Die überwiegende Mehrheit erkannte keinerlei Defizite in den Angeboten. Von einigen Befragten wurden mehr Bewegungs- und Sprachangebote oder Kulturangebote wie Theaterbesuche und Musikveranstaltungen gewünscht.

Die Besucherinnen und Besucher der Bürgerzentren waren sehr zufrieden mit dem Angebot. Den meisten fehlte nichts, einzelne Vorschläge waren auf individuelle Sprachkurse, auf individuelle Kulturinteressen anderer Art sowie auf Angebote speziell für Männer bezogen. Von großer Bedeutung war auch der gute persönliche Kontakt zur Einrichtungsleitung, die – den Vorstellungen der Besucherinnen und Besucher zufolge – Kompetenz, Engagement, Managementqualitäten und Empathie für den einzelnen Besucher umfasste.

Mit Blick auf die Motive für den Besuch eines Bürgerzentrums fällt in der Gruppe Frauen – verglichen mit jener der Männer – eine häufiger erfolgte spezifische Zieldefinition auf (Tabelle V.2). Bei fünf Zielen finden sich (hoch-)signifikante Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit der Nennung; bei vier Zieldefinitionen sind Frauen stärker repräsentiert.

Tabelle V.2 Zieldefinitionen

| | Frauen N (%) | Männer N (%) | Chi-Quadrat (df = 3) | p-Wert |
|---|-----------------|-----------------|-------------------------|--------|
| Teilhabe sicherstellen | 15 (7,5 %) | 30 (15 %) | 6,45 | 0.01 |
| Nicht allein sein | 26 (13 %) | 10 (5 %) | 8,67 | 0.03 |
| Depressionen entgegenwirken | 6 (3 %) | 0 | 6,19 | 0.01 |
| Den Erhalt geistiger Fähigkeiten fördern | 6 (3 %) | 0 | 6,19 | 0.01 |
| Ein würdevolles Altern verwirklichen und Sinnerfüllung finden | 5 (2,5 %) | 0 | 5,13 | 0.02 |

Auf die Frage, was an dem Bürgerzentrum besonders gefällt, wurde in den Interviews eine Vielzahl an Merkmalen genannt. In sechs Merkmalen fanden sich signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede mit Blick auf den Anteil von Besucherinnen und Besuchern, die das jeweilige Merkmal genannt haben (Tabelle V.3). Für Frauen bildeten die gute Atmosphäre, die Bewegungsangebote, das Gedächtnistraining und gemeinsame Veranstaltungen wie zum Beispiel Vorträge signifikant häufiger positiv bewertete Merkmale; für die Männer die Ausstattung sowie der Mittagstisch.

Tabelle V.3 Was gefällt besonders am Bürgerzentrum?

| | Frauen N (%) | Männer N (%) | Chi-Quadrat (df = 3) | p-Wert |
|----------------------------|-----------------|-----------------|-------------------------|--------|
| Gute Atmosphäre im Zentrum | 26 (13 %) | 15 (7,5 %) | 3.71 | 0.05 |
| Ausstattung | 3 (1,5 %) | 16 (8 %) | 9,83 | 0.00 |
| Bewegungsangebote | 27 (13,5 %) | 10 (5 %) | 9,58 | 0.00 |
| Gedächtnistraining | 8 (4 %) | 0 | 8,33 | 0.00 |
| Mittagstisch | 16 (8 %) | 40 (20 %) | 14,28 | 0.00 |
| Feste und Vorträge | 8 (4 %) | 0 | 8,33 | 0.02 |

V.9.3 Welche persönliche Bedeutung haben soziale Kontakte?

Bei der Analyse der Aussagen zu diesem Themenkomplex ließen sich *sechs Bedeutungszuschreibungen* differenzieren.

- (1) *Nicht allein sein, mit anderen Menschen interagieren, sich gegenseitig helfen, Anregungen erhalten, ein stimmiges, sinnerfülltes Leben führen*

Der überwiegende Anteil der Befragten sah soziale Kontakte im Alter als wichtig oder sehr wichtig an (N = 186, 93 %). Die größte Bedeutung haben soziale Kontakte für die Teilhabe: im Austausch miteinander stehen (N = 45). Die am häufigsten genannte positive Wirkung sozialer Kontakte besteht darin, „dass man nicht allein ist“ (N = 36) und „nicht vereinsamt“ (N = 20). Kontakte tragen dazu bei, „dass man Hilfe bekommt und sich sicherer fühlt“ (N = 25). Mit sozialen Kontakten kann nach Aussage einiger Befragten erfolgreich Depressionen entgegengewirkt werden (N = 6). Soziale Kontakte werden mit der Erhaltung von Kompetenzen assoziiert: Gesundheit, körperliche Fitness (N = 11) wie auch geistige Fähigkeiten (N = 6) können länger erhalten werden. Insgesamt tragen soziale Kontakte zu einer besseren Lebensqualität (N = 15) und zu einem Altern in Würde, Respekt und Sinnerfüllung (N = 5) bei.

- (2) *Gemeinsame Unternehmungen sowie die Erfahrung, gebraucht zu werden und sich gegenseitig Achtung entgegenzubringen*

Auf die Frage, was bei den Kontakten am wichtigsten sei, wurde meist nicht nur ein Merkmal genannt, sondern vielfach mehrere Merkmale; insgesamt erhielten wir 298 Nennungen. Am wichtigsten ist alten Menschen bei Kontakten die Möglichkeit zur Kommunikation. Im Bereich „Miteinander sprechen, sich gegenseitig zuhören“ wurde von 86 Personen Angaben gemacht (43 %), weitere Aussagen von 54 Personen (27 %) konnten wir der Kategorie „Austausch zu aktuellen Themen, Erfahrungen, Erinnerungen“ zuordnen, und für 8 Personen war es besonders wichtig, über soziale Kontakte Neues zu erfahren. Besonders geschätzt werden Kontakte zu Menschen mit übereinstimmenden Interessen (N = 41) oder Menschen, mit denen gemeinsame Unternehmungen möglich sind (Wandern, Feste, Projekte; N = 10). Auch „Sich gegenseitig Hilfe geben“ oder das Gefühl haben zu können, „gebraucht zu werden“, wurde als besonders wichtig genannt (N = 19). Sehr wichtig sind Kriterien des guten Umganges miteinander, z. B. angenommen und respektiert zu werden, auch Zuneigung ist wichtig (N = 37). Ehrlichkeit, Zuverlässigkeit, Vertrauen wird von 34 Personen an erster Stelle genannt. In der Beziehung zu anderen soll Harmonie, Freude empfunden werden (N = 11).

- (3) *Kontakte mit Angehörigen, mit Nachbarn, mit gleichaltrigen Personen, weniger mit anderen Angehörigen anderer Generationen*

In etwa gleicher Anzahl wurden die sozialen Kontakte mit den Angehörigen (N = 16) und mit Freunden (N = 15) genannt, etwas weniger mit den Nachbarn (N = 12). Mit Blick auf die geringe Zahl von Nennungen ist die Anmerkung

wichtig, dass die Netzwerke nicht systematisch erfragt wurden bzw. nicht direkt nach Kontakten zur Familie oder zu Freunden gefragt wurde. Kontakte zur jüngeren Generation außerhalb der Familie wurden deutlich seltener genannt (N = 4). Die in den Antworten genannten Kontexte waren in erster Linie das Bürgerzentrum (N = 46), deutlich seltener Vereine (N = 11), fast gar nicht die Kirchengemeinde (N = 2).

(4) *Wachsende Bedeutung sozialer Kontakte für die Lebensqualität im Alter*

127 Personen (63,5 %) fanden soziale Kontakte im Alter wichtiger als früher, 59 Personen (29,5 %) konnten hier keine entscheidende Veränderung konstatieren. 6 Personen fanden soziale Kontakte weniger wichtig, von 8 Personen erhielten wir dazu keine Angaben. Zum Teil wird dies damit begründet, dass sich Gesundheit und Mobilität negativ entwickeln (N = 17) und man häufiger als früher auf Hilfe angewiesen ist (N = 10). Ein weiterer Grund ist das höhere Sicherheitsbedürfnis im Alter. Soziale Kontakte helfen bei Aktivitäten außer Haus oder am Abend, die allein nicht mehr in Angriff genommen werden (N = 3). Die sozialen Kontakte sind nach den Aussagen einiger Befragter (N = 10) auch deswegen wichtiger geworden, weil alte Menschen darunter leiden, dass sie nicht mehr gebraucht werden oder nicht mehr wertgeschätzt werden. Die „Einbindung ins Leben, in den Alltag“, der Lebenssinn, werden vermisst. Wohlbefinden und Gesundheit werden mit sozialen Kontakten unterstützt: „Es macht Spaß, mit anderen Menschen Zeit zu verbringen, und ich fühle mich gesünder, wenn ich mit anderen Menschen zusammen bin.“ Soziale Kontakte werden als Ausgleich für Verluste oder Belastungen angesehen: „Früher habe ich leidenschaftlich gern getanzt, das ist jetzt der Ausgleich.“ oder „Mein Mann ist schwer krank, es tut gut, mit anderen sprechen zu können.“. Andererseits sollte auch die Fähigkeit vorhanden sein, allein sein zu können (N = 4), „etwas mit sich anfangen zu können“.

(5) *Veränderungen von sozialen Kontakten im Alter: Wandel in der Gestaltung und Bewertung sowie in den Funktionen*

Die sozialen Kontakte werden im Vergleich zu früheren Lebensphasen als verändert beschrieben. Der am häufigsten genannte Unterschied liegt nach Aussage der Befragten darin, dass man im Alter einsam wird (N = 51), weil die Zahl der Kontakte abnimmt. Alte Kontakte werden weniger (N = 12), nach der Berufstätigkeit fallen viele sozialen Kontakte weg (N = 23), familiäre Aufgaben fallen weg (N = 6), Lebensereignisse wie Verwitwung (N = 23), Scheidung oder Umzug (N = 2) reduzieren ebenfalls die sozialen Kontakte. Ein weiterer Grund sind Mobilitätseinschränkungen (N = 9) oder gesundheitliche Probleme (N = 13). Dies können auch gesundheitliche Probleme von Angehörigen sein, deren Pflege soziale Kontakte sehr erschweren kann.

Daneben gibt es aber auch qualitative Unterschiede bei der Ausgestaltung sozialer Kontakte. Es ist jetzt schwieriger als früher, soziale Kontakte zu schließen oder zu pflegen (N = 25). So sind beispielsweise neben dem fehlenden

beruflichen sozialen Bezug auch Kontaktmöglichkeiten über Vereine oder Interessengruppen mit bestimmten Leistungsanforderungen (Sportvereine, Chöre, Wandergruppen) für alte Menschen oft keine Option mehr. Andererseits habe man im Alter mehr Zeit, Kontakte zu pflegen, das wird als positiver Unterschied empfunden (N = 4). 4 Personen berichteten, dass sie im Alter mehr Initiative im Schließen von Kontakten haben als früher. Das liegt an der höheren Motivation, z. B. etwas gegen das Alleinsein zu unternehmen, aber auch an einer persönlichen Veränderung im Sinne eines selbstbewussteren Auftretens. Ein Teil der Befragten gibt an, soziale Kontakte würden im Alter bewusster wahrgenommen (N = 19). Erst jetzt macht man sich Gedanken darüber, wie wichtig sie sind, wie viele Kontakte man eigentlich braucht, und welche Qualität sie haben sollen: „Sie sind existenzieller geworden.“ Wichtiger als früher ist, dass die Kontakte von gegenseitigem Vertrauen und gemeinsamen Interessen geprägt sind.

(6) *Offenheit gegenüber neuen Kontakten*

Die meisten Befragten gaben an, auch im hohen Alter neue Bekanntschaften geschlossen zu haben (N = 153, 76,5 %). 47 Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben keine neuen Kontakte geschlossen, sie pflegen alte Freundschaften und Bekanntschaften (N = 32) oder haben noch keine neuen Kontakte geschlossen (N = 15), weil sie z. B. nach einem Umzug noch am Anfang ihrer Bemühungen stehen, sich einen neuen sozialen Kontext aufzubauen, und sich vom Bürgerzentrum dabei gute Möglichkeiten erhoffen.

Offenheit und eigene Aktivität werden als wichtig beim Knüpfen neuer Kontakte bestätigt (N = 18). Der am häufigsten genannte Ort, an dem neue Kontakte geschlossen wurden, war bei den Studienteilnehmern das Bürgerzentrum (N = 118, 59 %). Dabei entwickeln sich oft gute Bekanntschaften (N = 29) oder Freundschaften (N = 18), die auch über den Kontext des Bürgerzentrums hinaus Tragfähigkeit besitzen. Als Möglichkeiten, neue Kontakte zu schließen, wurden Gruppen mit gemeinsamen Interessen (Wandergruppe, Verein, N = 25), ehrenamtliche Tätigkeiten (N = 5), Aktivitäten in Bildungseinrichtungen für Ältere oder in der Kirchengemeinde (N = 7) genannt. Häufig werden neue Kontakte in der Nachbarschaft geschlossen (N = 11). Die Kontaktpersonen waren ältere Menschen, es wurde kein neuer Kontakt zur jungen Generation berichtet außer von einer Person, die ihr neues Enkelkind als neuen Kontakt bezeichnete.

V.9.4 Welche persönliche Bedeutung hat das Engagement für andere Menschen?

Diese Fragestellung wurde auf der Grundlage einer Stichprobe von 110 Personen beantwortet. Es konnten *sieben Bedeutungszuschreibungen* identifiziert werden.

- (1) *Engagement für andere Menschen als zentrales Thema des höheren und hohen Alters*

Tabelle V.4 Motiv bürgerschaftliches Engagement

| | Sich kümmern um andere (Informelles Engagement) | Ehrenamtliche Tätigkeit |
|----------------------------|--|-------------------------|
| Gesamtstichprobe (N = 110) | N = 89; 80 % | N = 30; 27 % |
| In Altersgruppen | | |
| 63–65 Jahre (N = 6) | N = 6; 86 % | N = 3; 43 % |
| 66–71 Jahre (N = 17) | N = 15; 88 % | N = 9; 53 % |
| 72–77 Jahre (N = 30) | N = 23; 77 % | N = 8; 27 % |
| 78–83 Jahre (N = 36) | N = 30; 83 % | N = 9; 25 % |
| ≥ 84 Jahre (N = 21) | N = 15; 71 % | N = 1; < 5 % |

89 der 110 Personen (80 %; 84 % der Frauen und 65 % der Männer) gaben an, sich um andere Menschen zu kümmern. Das informelle Engagement für andere ist hoch; dies gilt auch für die hohen Altersgruppen. Tabelle V.4 zeigt den Anteil der Personen, die sich um andere kümmerten – differenziert nach Altersgruppen. Bei den jüngeren Teilnehmerinnen und Teilnehmern zwischen 63 und 71 Jahren (N = 24) war der Anteil mit 87 % am höchsten. Bei den 21 Personen in der höchsten Altersgruppe (≥ 84 Jahre) gaben immer noch 15 Personen (71 %) an, sich um andere zu kümmern.

(2) *Bürgerschaftliches Engagement als bedeutendes Thema des höheren Alters*

30 Personen (27 %) waren ehrenamtlich tätig – und zwar im Sinne von bürgerschaftlichem Engagement. Dabei ist bei den Frauen der Anteil ehrenamtlich Tätiger etwas höher als bei den Männern (29 % vs. 20 %). Das Durchschnittsalter der bürgerschaftlich Engagierten beträgt 73,8 Jahre. Der Anteil bürgerschaftlich engagierter Personen nimmt im Unterschied zum informellen Engagement mit steigendem Alter ab (siehe Tabelle V.4). Während sich in der Altersgruppe von 66 bis 71 Jahren noch 53 % der Befragten bürgerschaftlich engagierten, belief sich dieser Anteil in der Altersgruppe von 78 bis 83 Jahren nur noch auf 25 %. Bei den 21 Personen in der höchsten Altersgruppe (≥ 84 Jahre) war nur noch eine Person ehrenamtlich tätig. 20 Personen übten ihr Ehrenamt im Bürgerzentrum aus, 15 nahmen (z. T. zusätzlich) Ehrenämter in anderen Bereichen wahr, z. B. in Vereinen, in der Kirchengemeinde oder in der Kommune, wahr. Das bürgerschaftliche Engagement zielt oft auf die Unterstützung von sozial benachteiligten Gruppen. Zu nennen sind Hilfen bei der Integration von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern sowie von Aussiedlerinnen und Aussiedlern (zum Beispiel Unterstützung bei Behördengängen), Deutschunterricht für Ausländerinnen und Ausländer, Mitarbeit bei Essensangeboten für sozial Benachteiligte („Tafel“), oder Besuchsdienste bei pflegebedürftigen, immobilen oder einsamen Menschen. Die ehrenamtliche Mitarbeit in Bürgerzentren betraf

hauptsächlich die Mithilfe beim Mittagstisch oder der Kaffeetafel, außerdem Kursangebote (zum Beispiel Smartphonekurs, Yogakurs, Musikkurs, Nähtreff etc.). Als ehrenamtliche Tätigkeiten wurden auch die Mithilfe bei Schreibarbeiten, Fahrdienste und Dienstleistungen für andere Senior*innen genannt. Auch die Verantwortung für Geburtstagsfeste oder das Überbringen von Geburtstagsgrüßen waren Aufgaben, die ehrenamtlich übernommen wurden.

(3) *Die Sorge für und um andere Menschen umfasst ein weites Spektrum von ideeller und praktischer Unterstützung.*

Die Sorge *um* und *für* andere Menschen erwies sich in der Befragung als ein zentrales Motiv, das in sehr unterschiedlichen Facetten zum Ausdruck kam.

Von 89 Personen wurden in den Interviews die unterschiedlichsten Formen des informellen Engagements beschrieben, wobei auch mehrere Engagementformen gleichzeitig genannt wurden. Das Spektrum dieses Engagements reichte von unterstützenden Gesprächen, seelischer Anteilnahme und Hilfen im Alltag bis hin zur Unterstützung von (pflegenden) Angehörigen (Tabelle V.5). Im hohen Alter (≥ 84 Jahre) wurden vermehrt Gespräche als Form des „sich Kümmerns“ genannt, zugleich die Betreuung von Enkelinnen und Enkeln sowie finanzielle Unterstützungsleistungen. Wenn die Personen beschrieben wurden, um die man sich kümmert, wurde mit nahezu gleicher Häufigkeit angegeben, dass man Angehörige unterstützt ($N = 21, 19\%$), sich um Nachbarinnen und Nachbarn ($N = 25, 23\%$) oder Freundinnen und Freunde und Bekannte kümmert ($N = 24, 22\%$).

Tabelle V.5 Motiv der Sorge für und um andere Menschen

| Sorgegebende Beziehung, „sich kümmern um andere“ | Personen |
|---|--------------|
| Angehörige unterstützen | N = 21; 19 % |
| Nachbarn unterstützen | N = 25; 23 % |
| Freunde und Bekannte unterstützen | N = 24; 22 % |
| Gespräche mit anderen | N = 15; 14 % |
| Ehrenamtliche Mithilfe im Bürgerzentrum | N = 20; 18 % |
| Sonstige ehrenamtliche Tätigkeit | N = 15; 14 % |
| Sorgeempfangende Beziehung, „andere kümmern sich um mich“ | Personen |
| Familie | N = 71; 64 % |
| Freunde und Bekannte | N = 19; 17 % |
| Nachbarn | N = 17; 15 % |
| Bekannte aus dem Bürgerzentrum | N = 7; 6 % |
| Regelmäßig, z. B. Haushaltshilfe, ambulanter Pflegedienst | N = 9; 8 % |
| Niemand kümmert sich um mich | N = 13; 12 % |

- (4) *Viele Besucher von Bürgerzentren sind noch relativ unabhängig und können mehr Hilfe geben als sie empfangen.*

Die Frage, ob sich andere Menschen um einen selbst kümmern, wurde von 13 Personen (11,7 %) verneint. Bei diesen handelte es sich um Alleinstehende und zumeist um Personen, die noch völlig selbstständig ihren Alltag meisterten und auf keinerlei Unterstützung angewiesen waren. Gedanken, die in den Interviews geäußert wurden, lauteten aber auch: „Ich habe das Gefühl, dass ich anderen helfe, dies aber nicht zurückkommt.“ „Jetzt brauche ich noch keine Hilfe, wie wird das in Zukunft sein?“ = 98 Personen (88,3 %) trafen Aussagen zur Unterstützung, die sie von anderen erhalten. Die meisten Befragten sind dabei selbstständig, benötigen nur bei Bedarf Hilfe. In diesen Fällen sind meist die nächsten Angehörigen Ansprechpartner (N = 71; 64 %), deutlich seltener werden Freunde und Bekannte (N = 19; 17 %) oder Nachbarn (N = 17; 15 %) genannt. Ein geringer Anteil erhält regelmäßige Hilfe im Haushalt oder nimmt einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch. Können die Befragten nicht auf Hilfe von Angehörigen zurückgreifen, so werden oft Möglichkeiten ergriffen, die sich im Bürgerzentrum bieten.

- (5) *Das Bürgerzentrum als Ort, an dem man sich um andere Menschen kümmern kann*

Wer schilderte, sich um andere zu kümmern, führte dies zu einem hohen Anteil im Bürgerzentrum aus. Bei den Jüngeren (≤ 83 Jahre) war der Anteil mit 58 % größer als bei den Älteren; aber immer noch 43 % der über 83-jährigen Befragten beschrieben neben anderen Sorgerkontexten das Bürgerzentrum als jenen Ort, an dem man sich um andere kümmern kann. Deutlich mehr Frauen als Männer (N = 56; 62 % vs. N = 5; 25 %) sprachen sich dafür aus, dass das Bürgerzentrum der geeignete Ort sei, um sich um andere Menschen zu kümmern. Die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer nannten verschiedene praktizierte oder erwünschte niederschwellige Möglichkeiten, sich um andere Menschen außerhalb des Bürgerzentrums zu kümmern: Regelmäßige Treffs für Gespräche, Mitarbeit bei einer Nachbarschaftshilfe, Gesprächskreise mit pflegenden Angehörigen, Begleiten von Menschen mit Verlusterfahrungen (Verwitwung), Besuchsdienste in Krankenhäusern, kreativ, künstlerisch tätig sein für andere Menschen, etwas für die jüngeren Generationen tun, z. B. Kinderbetreuung, Wissen weitergeben.

- (6) *Sorgemotive und -beziehungen scheinen sich mit zunehmendem Alter zu wandeln.*

Zur Frage, ob das „Sich-Kümmern“ im Alter wichtiger würde, haben sich 62 Personen (56 %) eher zustimmend, 33 (30 %) eher verneinend geäußert, allerdings mit dem Zusatz, dass das „Sich-Kümmern um andere Menschen“ ihnen schon immer wichtig gewesen sei, dass es nur andere Inhalte gehabt habe. Bei 10 Personen stand die Aussage im Vordergrund, dass das „Sich-Kümmern“ um andere vor allem deswegen im Alter wichtiger sei, weil sie selbst Unterstützung bräuchten. Um hier einige Beispiele aus den Interviews anzuführen: „Es tut mir gut, dass sich jemand um mich kümmert“; „Ich selbst kann nicht mehr“; „Ich kann ja nicht mehr allein weg“; „Ich bekomme jetzt zurück, was

ich früher gegeben habe“; „Ich kann nun Hilfe annehmen“. Bei der überwiegenden Mehrheit bezog sich das „Sich-Kümmern“ jedoch ganz auf die Sorge für andere: „Es ist im Alter wichtiger, dass ich mich um andere kümmere“. Unterschiede zu früher liegen in neuen Sorgebeziehungen, in höherem Unterstützungsbedarf, in einer neu entstehenden Motivation, in der neuartigen Situation. So sind die Personen, denen die Sorge gilt, andere: Früher hat man sich um die Familie gekümmert, nun sind es oft auch ältere Personen außerhalb der Familie (N = 9). Die Sorge für andere wird im Alter wichtiger, denn auch die Bezugspersonen brauchen mehr Unterstützung (N = 6), sie sind eher allein (N = 7), ihre Gesundheit wird im Alter schlechter (N = 8). Die Motivation, sich um andere zu kümmern, gründet vielfach auf der eigenen Erfahrung des Älterwerdens, der antizipierten Abhängigkeit oder Einsamkeit im Alter. Für andere Menschen zu sorgen, wird nicht selten im Sinne einer Verpflichtung interpretiert. Hauptgedanke ist, füreinander da zu sein. Dieses Füreinander-da-Sein impliziert die Hoffnung, auch etwas von der Sorge zurückzubekommen. Dabei wurde betont, dass es manchmal Mut erfordere, anderen zu helfen, oder dass mit der Befürchtung gekämpft werde, dass man sich anderen aufzwingen. Ein weiterer Unterschied zu früher liegt in der Änderung der eigenen Situation: Man habe mehr Zeit (N = 6), sich zu kümmern, es würde aber auch anstrengender (N = 4). Einige Personen gaben an, dass es aus gesundheitlichen Gründen schwerer werde, für andere zu sorgen (N = 7).

(7) *Es gibt Ältere, die sich nicht für andere engagieren.*

22 % der 110 zum Thema Engagement befragten Personen (N = 16) kümmern sich nicht um eine andere Person bzw. sehen sich nicht dazu in der Lage. Bei der Frage nach den Ursachen hierfür wurden teilweise mehrere Gründe genannt. Von 13 Personen wurden die zunehmend eingeschränkte Gesundheit und das fortgeschrittene Alter angeführt. Von diesen Personen kam oft der Zusatz: „Ich muss mich jetzt um mich selbst kümmern“, das heißt, der eigene Alltag muss in erster Linie bewältigt werden. Oft berichteten die Personen, dass sie sich früher oder bis vor Kurzem intensiv um andere gekümmert hatten, z. B. um die Familie (N = 12) oder in einer ehrenamtlichen Tätigkeit (N = 6), diese Aufgabe jetzt aber abgeschlossen sei. Grund war aber auch, keine Gelegenheit zu haben, sich um jemanden zu kümmern (N = 5).

V.9.5 Gesamtdeutung der Ergebnisse zu den Bürgerzentren

Bürgerzentren (also Mehrgenerationen- und Seniorenzentren oder Treffpunkte für ältere Menschen) erweisen sich durchaus als Gelegenheitsstruktur für erlebte und praktizierte Solidarität. Dies gilt für das höhere ebenso wie für das hohe Alter. Manchen alten Menschen dienen Bürgerzentren als ein Ersatz oder aber als eine Erweiterung ihrer Familie. Zum Teil besuchen sie diese Zentren schon seit vielen Jahren,

haben in ihnen Bekanntschaften und Freundschaften geschlossen und erleben auf diesem Fundament auch eine „innere Verpflichtung“ (keine äußere) zur praktizierten Solidarität bzw. – in unserer Diktion – zur praktizierten Sorge für und um andere Menschen. Weiterhin zeichnen sich viele Beziehungen, die in den Bürgerzentren gegründet und vertieft wurden, durch Reziprozität von Geben und Nehmen aus. Die im höheren Alter stehenden Menschen zeigen nicht nur ein eher informelles Engagement für andere Menschen, sondern auch ein bürgerschaftliches Engagement, das Verantwortungsübernahme sowohl innerhalb als auch außerhalb des Bürgerzentrums umfasst. Wichtig ist die Differenzierung zwischen informellem und bürgerschaftlichem Engagement vor allem in der Hinsicht, als sie davor warnt, den Begriff des bürgerschaftlichen Engagements undifferenziert und inflatorisch zu verwenden. Für viele der von uns befragten Frauen und Männer bedeutete das praktizierte Engagement ein „informelles“, das sich der Sympathie oder Empathie zu oder mit einer anderen Person verdankte; dieses informelle Engagement wurde zudem im Sinne einer spontanen, ganz natürlichen Unterstützung verstanden, die man einer anderen Person zukommen lässt: Schon in diesem informellen Engagement kommt die Sorge für bzw. um einen anderen Menschen zum Ausdruck. Diese Sorge oder Mitverantwortung im Bürgerzentrum zu leben, war vielen Nutzerinnen und Nutzern ein wichtiges Anliegen. Bürgerschaftliches Engagement ist auch im Erleben jener Menschen, die dieses praktizieren, deutlich stärker formalisiert und strukturiert, es ist auch deutlich stärker auf Nachhaltigkeit angelegt. Ein derartiges Engagement findet sich auch innerhalb von Bürgerzentren – zum Beispiel dann, wenn sich Nutzerinnen und Nutzer von Angeboten zugleich in der Konzeption eigener Angebote für andere Menschen engagieren. Dieses Engagement weist aber zugleich weit über das Bürgerzentrum hinaus und wendet sich auch an andere Bevölkerungsgruppen innerhalb der Kommune.

V.10 Ausblick

Für die grundlegende Fragestellung dieses Beitrages „Inwiefern bildet die Mitverantwortung in sorgenden Gemeinschaften eine Form der Weltgestaltung und Teilhabe im Alter?“ können uns die hier vorgestellten Befunde folgende Fingerzeige geben: *Mitverantwortung* bildet ein bedeutendes Motiv vieler alter Menschen.¹⁷ Natürlich ist zu bedenken, dass wir hier aus der Mitte einer Stichprobe heraus berichten, die gegenüber dem repräsentativen Bevölkerungsquerschnitt in vielerlei Hinsicht „bevorzugt“ oder „privilegiert“ ist: Dies gilt mit Blick auf den körperlichen und seelischen Gesundheitszustand genauso wie mit Blick auf den Bildungsstand. Schon aus diesem Grund kann davon ausgegangen werden, dass sich in der hier gezogenen

17 Heusinger et al. (2017); Klie (2018); Kruse (2017)

Stichprobe ein im Durchschnitt stärker ausgeprägtes Motiv zur Mitverantwortung (im Sinne der Sorge für und um andere Menschen) zeigt: Denn es bestehen im Durchschnitt höhere körperliche und seelische Kräfte, auch ein höheres Maß an sozialer Integration und Teilhabe, die sich positiv auf die Entwicklung und Verwirklichung des Sorgemotivs auswirken. Doch sollte auch mit Blick auf mögliche Folgerungen für die Gesamtgruppe alter Menschen nicht unterschätzt werden, dass sich in unserer Studie bei differenziertem Nachfragen – das sich keinesfalls mit oberflächlichen Fragen und Antworten begnügte – fast immer das Motiv zeigte, das eigene „Leben“, das heißt einen Teil seiner / ihrer Zeit, seiner / ihrer Kraft, seiner / ihrer Fähigkeiten und Fertigkeiten „in den Dienst eines anderen bzw. mehrerer anderer Menschen zu stellen“ und dabei das Gefühl von Stimmigkeit oder Sinn zu erfahren. Diese Deutung, die eine große thematische Nähe zu den existenzpsychologischen Arbeiten unter anderem von Viktor Frankl¹⁸ aufweist, kann noch um einen Aspekt erweitert werden: In der Mitverantwortung drückt sich auch die Fähigkeit und Bereitschaft aus, sich vom „Antlitz des Anderen“ – wie dies Immanuel Lévinas¹⁹ ausdrückt – berühren zu lassen. Eine entscheidende Botschaft unseres Beitrages lautet: Alten Menschen nicht einfach aufgrund des fortgeschrittenen Alters und des Lebens in einer gesundheitlichen oder sozialen Grenzsituation diese Motive abzusprechen. Vielmehr sollten diese in einem wahrhaftig geführten Gespräch vorsichtig thematisiert werden – wenn auch ohne jeden äußeren Druck.

Wurde in den Interviews spontan auf „*sorgende Gemeinschaften*“ Bezug genommen? Wurde über tatsächlich existierende sorgende Gemeinschaften, die über die Familienangehörigen erkennbar hinausgehen, spontan gesprochen? Hier lässt sich für viele Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer konstatieren: durchaus. In Interviews wurden immer wieder Personen genannt, denen man sich sehr verbunden fühlt, die nicht der Familie angehören und die man – da diese Personen auch untereinander in lebendigem Kontakt stehen – durchaus als Teil einer „sorgenden Gemeinschaft“ erlebt, die sich um einen gruppiert, wie man auch sich selbst als Teil einer solchen Gemeinschaft begreift, die sich um einen anderen Menschen gruppiert. Allerdings muss hier einschränkend festgestellt werden: Dieses Motiv einer „sorgenden Gemeinschaft“ vernahmen wir in den Interviews *deutlich* seltener als jenes der Mitverantwortung, mit anderen Worten: Von der Mitverantwortung zu einer sorgenden Gemeinschaft ist es ein „langer Weg“. Es wurde aber zugleich deutlich, wie viele alte Menschen sich wünschen würden, Teil einer solchen Gemeinschaft zu sein: Denn, folgen wir den Interviewaussagen, eine derartige Gemeinschaft führt auch zu einer gewissen Autonomie im Verhältnis zur Familie, und diese Autonomie kann sich positiv auf die Qualität der innerfamiliären Beziehungen auswirken.

Die Bereitschaft zur Mitverantwortung, die Attraktivität von sorgenden Gemeinschaften: Diese können sich durchaus inspirierend auf die Bereitschaft und Fähigkeit

18 Frankl (1972/2005)

19 Lévinas (1991)

auswirken, auch noch im hohen Alter gewisse Verantwortung innerhalb von Sorgestrukturen zu übernehmen, die auf Initiative der Kommune oder eines Vereines oder einer kirchlichen Gemeinde angestoßen wurden. Es wäre falsch, würde man alte Menschen nicht als potenzielles Glied einer solchen Sorgestruktur ansprechen. Alte Menschen zeigen häufig genug das Motiv, etwas für andere Menschen oder die Gesellschaft zu tun, Mitverantwortung zu übernehmen: Dieses Motiv könnte in derartigen Sorgekontexten fruchtbar gemacht werden. Dabei ist zu betonen: Es geht hier nicht um ein umfangreiches Engagement, es geht schon gar nicht um eine gesellschaftliche Verpflichtung zum Engagement. Es geht vielmehr um die Möglichkeit, einem Motiv – und zwar jenem der Mitverantwortung – dann zur Verwirklichung zu verhelfen, wenn dieses existiert, und es existiert bei deutlich mehr alten Menschen, als man dies auf den ersten Blick hin annehmen mag.

In diesem Kontext erweisen sich auch Bürgerzentren als eine wertvolle Gelegenheitsstruktur. Diese dienen nicht nur dazu, das Gefühl von Einsamkeit zu vermeiden oder zu verringern.²⁰ Sie dienen auch dazu, Reziprozität von Geben und Nehmen „zu leben“, das Motiv der Mitverantwortung in Kontakten und gewachsenen Beziehungen zu verwirklichen. Wir konnten in den Bürgerzentren immer wieder beobachten, dass es alten Menschen in der Regel nicht genügt, „Objekt“ der Sorge anderer Menschen zu werden. Sie wollen vielfach Sorge erwidern, wollen anderen Menschen etwas Gutes tun. Für das Selbstbild wie auch für das emotionale Wohlbefinden sind solche Erfahrungen wichtig; zudem bilden sie eine Grundlage für erlebte Teilhabe.

Die Coronapandemie wirft ein besonderes Schlaglicht auf die Ausgestaltung sozialer Kontakte gerade alter Menschen, die aufgrund von häufigeren Vorerkrankungen und altersbedingter schlechterer Immunlage (Immunseneszenz) zu der Gruppe von Menschen mit besonders hohem Risiko, an COVID-19 zu erkranken, zählen. Es ist zu befürchten, dass das „Social Distancing“ erhebliche negative Folgen für die Sozialkontakte auch alter Menschen hat. Wenn man die Ergebnisse der Interviews (in der persönlichen Interviewsituation wie auch in Bürgerzentren) für diese neue Situation ausdeutet, sind viele positive Wirkungen sozialer Kontakte auf die Gesundheit und das Wohlbefinden im Alter gefährdet oder blockiert. Auch kann angenommen werden, dass die schöpferischen Kräfte alter Menschen, z. B. im Engagement für „andere“, seien diese aus der gleichen Altersgruppe oder gehören sie zu jüngeren Generationen, unter den aktuellen Bedingungen behindert sind. In Gesprächen mit Leiterinnen und Leitern von Bürgerzentren wird deutlich, dass die Folgen der Coronakrise als sehr ernst eingeschätzt werden. Die Besucherinnen und Besucher haben keine Anlaufstelle mehr und klagen in Telefonaten über Einsamkeit, so wird berichtet. Die in Bürgerzentren gegebene alltagspraktische Hilfe, wie z. B. regelmäßige Versorgung mit guter Ernährung oder das Erleben von Gemeinschaft, kann durch Nachbarschaftsinitiativen nur unvollständig ersetzt werden. Die nun zu beobachtende Immobilität, weil die Bürgerzentren nicht mehr aufgesucht werden und der Alltag sich nur noch in

20 Grundlegend zum Themenkomplex Isolation und Einsamkeit: Tesch-Römer & Huxhold (2019)

der eigenen Wohnung abspielt, schadet der Gesundheit und vermindert die körperliche Belastbarkeit. So berichtet eine Leiterin von vermehrten Sturzereignissen. Diese Sorgen können auch vor dem Hintergrund des dargestellten Forschungsstandes und der Ergebnisse unserer Befragung in Bürgerzentren nachvollzogen werden. Welche Folgen die Pandemie für die Sozialkontakte alter Menschen haben, muss wissenschaftlich untersucht werden. Viele Studien mit psychosozialen Fragestellungen sind hier geplant oder ausgeschrieben (Datenbanken RatSWD, Psylex), aber nur wenige behandeln explizit alte Menschen. Hier ist ganz aktuell neuer Forschungsbedarf entstanden; Kommunen und andere Träger von Bürgerzentren könnten für ihre Arbeit daraus wichtige Folgerungen ziehen.

Literatur

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2017). *Sorge und Mitverantwortung in der Kommune. Erkenntnisse und Empfehlungen des Siebten Altenberichts*. Berlin: BMFSFJ.
- Carr, D. C., & Gundersen, J. A. (2016). The third age of life: Leveraging the mutual benefits of intergenerational engagement. *Public Policy & Aging Report*, 26, 83–87.
- Dury, S., Willems, J., De Witte, N., De Donder, L., Buffel, T., & Verté, D. (2016). Municipality and neighborhood influences on volunteering in later life. *Journal of Applied Gerontology*, 35(6), 601–626.
- Frankl, V. (1972/2005). *Der Wille zum Sinn*. Bern: Huber.
- Generali Zukunftsfonds (2014). Der Ältesten Rat. Generali Hochaltrigenstudie: Teilhabe im hohen Alter. Eine Erhebung des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg mit Unterstützung des Generali Zukunftsfonds. www.generalizukunftsfonds.de.
- Heinze, R., Klie, T., & Kruse, A. (2015). Subsidiarität revisited. *Sozialer Fortschritt*, 64, 131–138.
- Heusinger, J., Hämel, K., & Kümpers, S. (2017). Hilfe, Pflege und Partizipation im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50, 439–445.
- Klie, T. (2018). Sorge und Pflege in Sozialräumen – Stärkung der kommunalen Verantwortung. In C. Bleck, A. van Rießen, & R. Knopp (Hrsg.), *Alter und Pflege im Sozialraum* (S. 35–51). Wiesbaden: Springer VS.
- Klie, T. (2020). Wohlfahrtspluralismus und Subsidiarität – Von der Hospizarbeit lernen? In S. Stadelbacher, & W. Schneider (Hrsg.), *Lebenswirklichkeiten des Alter(n)s* (S. 323–339). Wiesbaden: Springer VS.
- Kommission (2006). *Fünfter Altenbericht der Bundesregierung: „Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft“*. Berlin: Deutscher Bundestag, Bundestagsdrucksache 16/2190.
- Kommission (2010). *Sechster Altenbericht der Bundesregierung: „Altersbilder in der Gesellschaft.“* Berlin: Deutscher Bundestag, Bundestagsdrucksache 17/3815.
- Kommission (2012). *Erster Engagementbericht der Bundesregierung: „Für eine Kultur der Mitverantwortung“*. Berlin: Deutscher Bundestag, Bundestagsdrucksache 17/10580.
- Kommission (2015). *Zweiter Bericht über die Entwicklung des bürgerschaftlichen Engagements in der Bundesrepublik Deutschland: „Demografischer Wandel und bürgerschaftliches Engagement: Der Beitrag des Engagements zur lokalen Entwicklung“*. Berlin: Deutscher Bundestag, Bundestagsdrucksache 18/11800.
- Kommission (2016). *Siebter Altenbericht der Bundesregierung: „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“*. Berlin: Deutscher Bundestag, Bundestagsdrucksache 18/10210.

- Kruse, A. (2017). *Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife*. Heidelberg: Springer.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2015). Shared responsibility and civic engagement in very old age. *Research in Human Development, 12*, 133–148.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2016a). Die Sorge für und um andere Menschen als bedeutsames Motiv des hohen Alters – ein Beitrag zum Verständnis des *zoon politikon echon*. In G. Naegele, E. Olbermann, & A. Kuhlmann (Hrsg.), *Teilhabe im Alter gestalten* (S. 99–112). Wiesbaden: Springer VS.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2016b). Sorge um und für andere als zentrales Lebensthema im sehr hohen Alter. In J. Stauder, I. Rapp, & J. Eckhard (Hrsg.), *Soziale Bedingungen privater Lebensführung* (S. 325–352). Heidelberg: Springer.
- Kruse, A., Schmitt, E., Remmers, H., & Wild, B. (Hrsg.) (März 2020). Älterwerden in Balance. Gesundheits- und Bewältigungsverhalten alter Menschen. Abschlussbericht an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Heidelberg: Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg.
- Laufenberg, M. (2018). Sorgende Gemeinschaften? *Sub|urban: Zeitschrift für kritische Stadtforschung, 6*, 77–96.
- Leedahl, S. N., Sellon, A. M., & Gallopyn, N. (2017). Factors predicting civic engagement among older adult nursing home residents. *Activities, Adaptation & Aging, 41*, 197–219.
- Lévinas, E. (1991). *Entre nous. Essais sur le penser-à-l'autre*. Paris: Grasset & Fasquelle [deutsch (1995) Zwischen uns. Versuche über das Denken an den Anderen. München: Hanser].
- Margalit, A. (2012). *Politik der Würde – über Achtung und Verachtung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Reichert, M. (2016). Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege – (k)ein Thema für Unternehmen? In G. Naegele (Hrsg.), *Teilhabe im Alter gestalten* (S. 251–264). Wiesbaden: Springer VS.
- Schubert, H. (Hrsg.) (2018). *Integrierte Sozialplanung für die Versorgung im Alter. Grundlagen, Bausteine, Praxisbeispiele*. Wiesbaden: Springer.
- Simonson, J., Kelle, N., Kausmann, C., Karnick, N., Arriagada, C., Hagen, C., Hameister, N., Huxhold, O., & Tesch-Römer, C. (2021). Freiwilliges Engagement in Deutschland. Zentrale Ergebnisse des Fünften Deutschen Freiwilligensurveys (FWS 2019). Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Tesch-Römer, C., & Huxhold, O. (2019). Social isolation and loneliness in old age. In: B. G. Knight (Hrsg.) *The Oxford Encyclopedia of Psychology and Aging* (Bd. 2, S. 1146–1167). New York: Oxford University Press.
- van Dyk, S., & Haubner, T. (2019). Gemeinschaft als Ressource? Engagement und Freiwilligenarbeit im Strukturwandel des Wohlfahrtsstaats. In A. Baumgartner, & B. Fux (Hrsg.), *Sozialstaat unter Zugzwang?* (S. 259–279). Wiesbaden: Springer VS.

Kapitel VI

Gesundheit im Alter: Subjektive Deutung in unterschiedlichen Lebenswelten

Andreas Kruse, Eric Schmitt, Beate Wild,
Gabriele Becker, Dimitrios Kampanaros

Zusammenfassung In diesem Kapitel wird Gesundheit vor allem aus der Perspektive des individuellen Gesundheitsverhaltens sowie der individuellen Sicht auf personale und gesellschaftliche Einflussfaktoren von Gesundheit betrachtet; darüber hinaus werden diese beiden Deutungen in Beziehung zu sozialstrukturellen Merkmalen gesetzt. Es wird mit einer anthropologischen Betrachtung von Gesundheit begonnen, wobei hier vor allem Beiträge angeführt werden, die ein umfassendes Verständnis der Person und ihrer Lebensbezüge in das Zentrum der Analyse rücken. Zudem werden grundlegende Aussagen zur Prävention getroffen, mit denen veranschaulicht werden soll, wie Gesetzgeber und unterschiedliche Gesundheitsdisziplinen das präventive Potenzial im Lebenslauf deuten. Die weiteren Schritte sind empirisch-analytischer Art. Es werden – auch auf der Grundlage von Clusteranalysen – verschiedenartige Formen des Gesundheitsverhaltens wie auch der Deutung von personalen und gesellschaftlichen Einflussfaktoren von Gesundheit differenziert. Diese unterschiedlichen Formen machen nicht nur deutlich, dass Menschen mit ihrer Gesundheit (sowohl in gesundheitsförderlichen und präventiven, als auch in medizinisch-therapeutischen und rehabilitativen Aspekten) auf sehr verschiedenartige Art und Weise umgehen, sondern auch die Beeinflussbarkeit ihrer Gesundheit sehr unterschiedlich deuten. Wie die Analysen weiterhin zeigen, sind Verhaltens- und Deutungsmuster in hohem Maß von sozialstrukturellen Variablen (so zum Beispiel Schichtzugehörigkeit) beeinflusst, die somit auch im Sinne von (engeren oder weiteren) Handlungsspielräumen interpretiert werden können, die sie eröffnen.

Schlagwörter Gelegenheitsstrukturen, Gesundheitsverhalten, Lebenswelt, Potenziale des Alters, Prävention

Abstract In this chapter, health is considered primarily from the perspective of individual health behaviour as well as the individual view of personal and social factors influencing health; in addition, these two interpretations are placed in relation to social-structural characteristics. The chapter begins with an anthropological view of health, concentrating on contributions which delineate a comprehensive understanding of the person and his or her life relations. In addition, basic statements on prevention are made to illustrate how legislators and different health disciplines interpret the preventive potential in the different phases of the life course. The subsequent steps are empirically driven. Different forms of health behaviour as well as the interpretation of personal and social factors influencing health are differentiated – also on the basis of cluster analyses. These different forms not only

make it clear that people deal with their health (in health-promotion and preventive care as well as in medical-therapeutic and rehabilitative aspects) in very different ways, but also interpret very differently the extent to which their health can be influenced. As the analyses further show, patterns of behaviour and interpretation are influenced to a large extent by social-structural variables (such as social class), which can thus also be interpreted in terms of the (narrower or wider) “scope for action” that they open up.

Keywords Health behaviour, living environment, opportunity structures, potentials in old age, prevention

VI.1 Was ist Gesundheit? Eine anthropologische Annäherung

Hans-Georg Gadamer¹ ging von der Annahme aus, dass dem „gesunden Menschen“ das Wesen der Gesundheit *verborgen* bleibe: Auf die Frage hin, was er unter Gesundheit verstehe, könne dieser keine differenzierte Antwort geben. Erst im Falle eingetretener Erkrankungen erhelle sich dem Menschen, was er unter Gesundheit verstehe – und zwar das, „was ihm derzeit fehlt“. Dem gesunden Menschen bleibe die Gesundheit *verborgen*; daraus erwachse die für die Gesundheitsförderung und Prävention bedeutende Aufgabe, sich schon in Zeiten der Gesundheit mit der Frage zu beschäftigen, durch welche Merkmale sich Gesundheit *im eigenen Verständnis auszeichne*, was man selbst dafür tun könne, um Gesundheit zu erhalten. Zudem solle der Mensch schon früh nach Antworten auf die Frage suchen, inwieweit sich *verschiedene Dimensionen* von Gesundheit differenzieren lassen, zum Beispiel eine körperliche, funktionelle, seelisch-geistige Dimension. Im Falle eingetretener Erkrankungen sei diese Differenzierung wichtig: Denn auch dann, wenn auf der körperlichen Dimension Einbußen und Störungen eingetreten seien, könne sich auf der funktionellen, vor allem aber auf der seelisch-geistigen Dimension weiterhin ein hohes Entwicklungspotenzial zeigen, das als Merkmal von Gesundheit zu verstehen sei. Einer der Verfasser dieser Arbeit hat als Ergebnis einer eigenen Untersuchung zur Bewältigung chronischer Erkrankungen im Alter zwischen vier Dimensionen differenziert, die bei der Analyse des Krankheitsgeschehens und der Bewältigung dieses Geschehens zu berücksichtigen sind: der körperlichen, kognitiven, emotionalen und existenziellen Dimension.² Diese Differenzierung spiegelt sich auch in der von Hans-Georg Gadamer getroffenen Aussage wider, wonach die Behandlung des Leibes nicht möglich sei ohne die Behandlung der Seele und ohne das Wissen um das ganze Sein. Sie zeigt sich zudem in einer Schrift von Hans-Georg Gadamer zum Wesen des Schmerzes,³ in der er – der zeit seines Lebens mit zum Teil schweren Schmerzen zu kämpfen hatte – darlegt, dass der Schmerz das Leben umgreife und den Menschen ständig neu herausfordere.

1 Gadamer (1993)

2 Kruse (1987)

3 Gadamer (2003)

Der Schmerz verlange viel vom Menschen – vor allem, nicht den Mut aufzugeben. Wem dies gelinge, der könne die Schmerzen „verwinden“. Dies bedeute im Kern eine „Meisterung“ der Schmerzen.

Damit ist auch ausgesagt, dass Gesundheit *selbst im Falle von Krankheit bestehen* kann. Diese Aussage bildet den Kern der von Aaron Antonovsky entwickelten Theorie der Salutogenese, die den *Kohärenzsinn* als jenen psychischen Mechanismus identifiziert, der zur Erhaltung seelischer Gesundheit auch unter dem Einfluss zum Teil extremer Stressoren beiträgt.⁴ Die Fähigkeit zur Erhaltung von Gesundheit auch im Falle von Krankheit wird dabei von Antonovsky wie folgt umschrieben: „Wir alle sind sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, gesund. Der Verlust von Gesundheit ist natürlich; um den Erhalt der Gesundheit muss gekämpft werden. Was macht, was erhält einen Menschen gesund?“⁵ In ganz ähnlicher Weise ist bei Viktor von Weizsäcker zu lesen: „Gesundheit ist eben nicht ein Kapital, das man aufzehren kann, sondern sie ist überhaupt nur dort vorhanden, wo sie in jedem Augenblick des Lebens erzeugt wird. Wird sie nicht erzeugt, dann ist der Mensch bereits krank.“⁶ Ähnlich wie Antonovsky betont auch Viktor von Weizsäcker die (physischen, kognitiven, emotionalen, sozialen) *Ressourcen* des Menschen, die diesen in die Lage versetzen, Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen – diesem weiten Verständnis von Ressourcen liegt dabei ein umfassendes Person-Konzept zugrunde.

Für einen theoretisch-konzeptionellen Zugang zur Gesundheit im Alter sind das weite Ressourcenverständnis und das umfassende Person-Konzept in der Hinsicht bedeutsam, als das Wohlbefinden des Menschen in zunehmendem Maße von dessen Fähigkeit beeinflusst ist, gesundheitliche und funktionelle Einbußen seelisch-geistig zu verarbeiten oder zu bewältigen – dies gilt vor allem für das hohe Alter, in dem die Wahrscheinlichkeit des Auftretens chronischer körperlicher und psychischer Erkrankungen zunimmt.⁷ Der Einsatz von Ressourcen mit dem Ziel, Einbußen möglichst weit zu kompensieren und eine persönlich tragfähige (optimistische, hoffnungsvolle, bejahende) Zukunftssicht aufrechtzuerhalten, bildet einen zentralen psychischen Mechanismus für die Wahrung oder Wiederherstellung von Gesundheit im Falle von Krankheit.

Ludolf Krehl, Begründer einer medizinischen Anthropologie, die das *Subjekt* in das Zentrum der Theorie stellt, entwickelt folgendes Verständnis von Krankheit: Jeder Krankheitsvorgang stelle etwas Neues dar, „das so noch nie da war und so nie wieder sein wird“.⁸ Dies habe im Einzelfalle die medizinische Betrachtung zu erweisen. Diese beschäftige sich mit „zwei Reihen von Vorgängen“: mit den allgemeinen Beziehungen der Morphologie, Physiologie, Ätiologie und Pathogenese im menschlichen

4 Antonovsky (1979, 1987)

5 Antonovsky (1997)

6 Weizsäcker (1933/1987), S. 294

7 Kruse (2017)

8 Krehl (1906)

Organismus wie auch mit der „Umgestaltung des typisch Menschlichen“ durch die Persönlichkeit des Individuums. Hier spiegelt sich das umfassende Person-Konzept wider, das auch im Verständnis des experimentell arbeitenden Mediziners grundlegend für die Deutung von Krankheiten, deren Verlauf und deren Bewältigung ist.

Aus dem umfassenden Person- und Ressourcenansatz ergeben sich unmittelbare Folgerungen für die Interaktion zwischen der Patientin / dem Patienten einerseits und jenen Personen, die für dessen Behandlung oder Heilung verantwortlich sind, andererseits. In der Tradition dieser medizinischen Anthropologie stehend, hat Richard Siebeck⁹ die „ärztliche Seite“ dieser Interaktion wie folgt charakterisiert: Gesundheit und Krankheit müssten in ihren vielgestaltigen Beziehungen und Zusammenhängen betrachtet werden. Das persönliche Wesen der Patientinnen und Patienten sowie die biografischen und sozialen Zusammenhänge seien hier von großer Bedeutung. Ärztinnen und Ärzte müssten Erlerntes und Erfahrenes, Erkanntes und Empfundenes, Bewusstes und Unbewusstes zusammenführen; in dieser *seelisch-geistigen Bewegung* würden diese hervorheben, was ihnen „wesentlich“ erscheine.

Eine bemerkenswerte Deutung des Arzt-Patienten-Verhältnisses findet sich in den Aufzeichnungen des jüdischen Arztes Mosche ben Maimon (Moses Maimonides, 1135–1204). Damit Heilung (auch im Sinne des Heilseins verstanden) gelingt, müssten Arzt und Patient in ein rechtes Verhältnis zueinander kommen und den Bezug zu einem übergeordneten Ziel des Lebens gefunden haben.¹⁰ Diese Deutung diene einem der Verfasser dieses Beitrags als Grundlage für folgendes Verständnis von Gesundheit: Diese sei nicht unser höchstes Gut; sie solle vielmehr dazu dienen, unser Leben in den Dienst anderer Menschen, einer Idee, einer Sache zu stellen – und damit unser höchstes Gut zu verwirklichen.¹¹ Dies heißt: Aus der Gesundheit erwächst auch Verantwortung – für das eigene Leben (Selbstverantwortung) wie für das Leben anderer (Mitverantwortung).

In einem anthropologischen Beitrag des US-amerikanischen Medizinethikers Daniel P. Sulmasy¹² wird der Aspekt der *Beziehung* ins Zentrum des Verständnisses von Gesundheit gerückt. Diesem Verständnis zufolge ist Krankheit nicht einfach mit einer Schädigung des Organismus und daraus hervorgehenden Symptomen und Funktionseinschränkungen gleichzusetzen. Vielmehr ist Krankheit im Sinne von gestörten Beziehungen innerhalb und außerhalb der Person zu verstehen. Dabei differenziert Sulmasy zwischen vier verschiedenen Beziehungen – und zwar jenen zwischen

- (1) verschiedenen Organsystemen,
- (2) Seele / Geist und Körper,
- (3) Individuum und Umwelt sowie
- (4) Individuum und Transzendenz.

9 Siebeck (1973)

10 Maimonides (1992); Hayoun (1999); Heidrich (2010)

11 Kruse (2009a, b)

12 Sulmasy (2002)

Vor dem Hintergrund dieser Differenzierung zwischen verschiedenen Beziehungsformen beschreibt der Prozess der „Heilung“ die Wiederherstellung von Beziehungen, wobei in Bezug auf die beiden letztgenannten Beziehungsformen nur dann von Wiederherstellung gesprochen werden kann, wenn der Patient diese als persönlich bedeutsam und sinnstiftend erfährt. Sulmasy¹³ hebt hervor, dass sich Heilung somit nicht allein auf die Aufhebung oder Linderung organischer Störungen beschränkt. Ein *holistischer Heilungsansatz* schließt auch die Konzentration auf mögliche Störungen zwischen Seele / Geist einerseits und dem Körper andererseits („Ich fühle mich in meinem Körper fremd“, „Ich fühle mich als Gefangener meines Körpers“), zwischen Individuum und Umwelt („Ich kann mich in der gegebenen räumlichen Umwelt nicht mehr selbstständig bewegen“, „Ich fühle mich meinen Familienangehörigen gegenüber unterlegen“) sowie zwischen Individuum und Transzendenz („Ich finde nichts mehr, was mein Leben trägt“, „Mein Glauben droht mir abhanden zu kommen“) ein.

VI.2 Gesundheit im Alter

Körperliche und geistige Gesundheit sind gerade im Alter (prinzipiell aber in allen Lebensaltern) als Ergebnis eines komplexen Zusammenwirkens von im Einzelfall sehr unterschiedlich ausgeprägten Person- und Umweltbedingungen sowie von Potenzialen und Vulnerabilitäten zu verstehen.¹⁴ Die Potenziale (zum Beispiel im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung sowie der Entwicklung von Wissenssystemen) und Vulnerabilitäten (zum Beispiel im körperlichen oder kognitiven Bereich) beeinflussen sich in ihrem Verlauf zum Teil gegenseitig, in Teilen sind sie aber auch unabhängig voneinander; sie werden vom Individuum zum Teil als unabänderlich, zum Teil als beeinflussbar und damit als ein Bereich der Selbstgestaltung von Entwicklung gedeutet.¹⁵ Die körperliche Leistungsfähigkeit und Anpassungsfähigkeit nehmen nicht ab einem bestimmten Lebensalter *plötzlich* ab, sondern sie gehen *allmählich* zurück, wobei im Alternsprozess auftretende Verluste durch gesundheitsförderliches Verhalten, wenn auch nicht vermieden, so doch *verzögert* und in Teilen *kompensiert* werden können. Die psychische Entwicklung kann in allen Lebensaltern durch Erkrankungen, durch kritische Lebensereignisse sowie durch langwierig bestehende emotionale Belastungen erheblich erschwert oder beeinträchtigt werden. Psychische Probleme und Erkrankungen können auf sehr anspruchsvolle aktuelle Situationsbedingungen zurückgehen, die sich aus der zunehmenden Verletzlichkeit des Alters und der Konfrontation mit Grenzsituationen im Alter ergeben, sie können aber auch (stärker) altersunabhängig auftreten oder problematische Entwicklungsprozesse im Lebenslauf

13 Sulmasy (2009)

14 Bozzaro et al. (2018); Wahl et al. (2012); Wrzus et al. (2016)

15 Freund & Hennecke (2015)

widerspiegeln. Mit dem Verweis auf den „individuellen Lebenslauf“ können Entwicklungsprozesse über die Lebensspanne sowohl als Ergebnis sozialer Normierung oder kultureller Konstruktion als auch als Ergebnis der individuellen Aufschichtung von Erfahrungen oder als Resultat von Bemühungen um eine Gestaltung eigener Entwicklung analysiert werden. Der Verlauf von Alternsprozessen und die im Zuge lebenslanger Veränderung eher zu- als abnehmenden interindividuellen Unterschiede wie auch die Heterogenität des Alters sind nur vor dem Hintergrund einer *integrierten Betrachtung der verschiedenartigen Entwicklungsgesetze*, denen körperliche, kognitive, emotionale und soziale Veränderungen folgen, angemessen zu verstehen.¹⁶ In diesem Zusammenhang sind auch soziale und kulturelle Rahmenbedingungen, Repräsentationen und Gelegenheitsstrukturen zu berücksichtigen: Welche Bildungs- und Partizipationsmöglichkeiten, welche Formen sozialer Sicherung, welche beruflichen und nachberuflichen Möglichkeiten haben sich dem Individuum im Lebenslauf geboten, welche sind ihm infolge von sozialen Ungleichheiten und Benachteiligungen verwehrt geblieben?¹⁷

Mit der körperlichen und geistigen Gesundheit ist ein wesentlicher Aspekt von Daseinsvorsorge, eine grundlegende Verpflichtung des Sozialstaates angesprochen: Gesundheitliche Versorgung im Sinne der Verfügbarkeit von Leistungen, die zur Erhaltung, Wiedererlangung oder Verbesserung körperlicher und geistiger Gesundheit beitragen sollen. Die Zielvorgabe einer den spezifischen Bedarfen und Bedürfnissen des Bürgers bzw. der Bürgerin gerecht werdenden Versorgung verweist nicht nur auf die Aufgabe der Wahrung oder (Wieder-)Herstellung möglichst weitreichender körperlicher und geistiger Unversehrtheit und Leistungsfähigkeit sowie auf die Korrektur oder Kompensation von Defiziten und Verlusten. Gesundheitliche (und pflegerische) Versorgung zielt vielmehr umfassender auf die Schaffung, Erhaltung und Optimierung der Voraussetzungen für ein möglichst vielfältiges und chancenreiches Leben; gerade im hohen Lebensalter sind neben der Erhaltung von Selbstständigkeit und Autonomie Teilhabe, Bezogenheit und Integrität zentrale Zielkriterien der Gestaltung gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung.¹⁸

Im Zusammenhang mit der Gestaltung gesundheitlicher Versorgung sind entsprechend auch Möglichkeiten sozialer Partizipation sowie die Zugänglichkeit sozialer, kultureller und medizinisch-pflegerischer Angebote für alle Menschen zu berücksichtigen.¹⁹ Dieser Gedanke hat auch Eingang in das vom Deutschen Bundestag am 18. Juni 2015 verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) gefunden, das unter der Zielsetzung steht, Gesundheit direkt im Lebensumfeld – sei es in der Kita, der Schule, am Arbeitsplatz oder im Pflegeheim – zu stärken.

16 Kramer & Colcombe (2018); Potter et al. (2020); Staudinger (2020); Wahl (2020)

17 Lampert et al. (2016); Kruse & Schmitt (2016, 2018)

18 Deutscher Bundestag (2016)

19 Kruse (2002); Pohlmann (2016)

Rehabilitative Maßnahmen können in diesem Zusammenhang als tertiäre Prävention aufgefasst werden. Dies gilt insbesondere im Kontext der stationären Langzeitversorgung, in dem das Ziel der Maßnahme nicht nur Verbesserung, sondern auch der Erhalt von Kompetenzen, die Verzögerung des Abbaus von Fertigkeiten oder die Erhaltung der Lebensqualität ist. Bei Menschen mit Pflegebedarf sind Prävention und Rehabilitation kaum zu trennen. So ist beispielsweise das Konzept der aktivierenden Pflege eher der Prävention und Gesundheitsförderung zuzuordnen, enthält aber auch rehabilitative Elemente.²⁰ Nur wenn Prävention und Rehabilitation integriert werden, ist eine optimale Versorgung nahe an den Bedarfen der Pflegebedürftigen möglich.²¹ Die eingesetzten therapeutischen Konzepte unterscheiden sich weniger in der Zuordnung zu Prävention oder Rehabilitation, sondern sie müssen vor allem auf die spezifische Situation von Menschen im hohen Alter zugeschnitten sein, indem bei ihrer Umsetzung die individuellen Einbußen und Bedarfe genauso wie die noch vorhandenen Ressourcen berücksichtigt werden.²²

Erfolge der Prävention, Therapie und Pflege spiegeln sich nicht allein in dem Hinausschieben von Erkrankungen (Kompression der Morbidität),²³ sondern auch im späteren Auftreten von Behinderungen wider.²⁴ Der Übergang von chronischen Erkrankungen zu Funktionseinschränkungen wie auch von Funktionseinschränkungen zur Behinderung wird durch außerhalb der Person liegende (extraindividuelle) und durch in der Person liegende (intraindividuelle) Faktoren beeinflusst. Erstere umfassen Merkmale der räumlichen, der sozialen und der infrastrukturellen Umwelt, letztere Lebensstil, subjektive Deutung und Bewältigung der chronischen Erkrankung, Anpassung von Aktivitäten an die Erkrankung sowie die Fähigkeit zur Kompensation eingetretener Einschränkungen.²⁵

Den Ansatzpunkt der Prävention bildet nicht allein das Individuum. Vielmehr sind individuelle Bemühungen um Aufrechterhaltung oder Wiedergewinnung von Mobilität und Selbstständigkeit vor dem Hintergrund der räumlichen, der sozialen, der institutionellen und der rechtlichen Umwelt zu betrachten. Auch wenn im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung Interventionsmaßnahmen nach wie vor deutlich häufiger am Individuum als an dessen Entwicklungskontext ansetzen, sind das Auftreten und der Verlauf chronischer Erkrankungen sowohl vom persönlichen Verhalten als auch von Fehlanreizen und gesundheitlichen Belastungen aus der räumlichen, sozialen, institutionellen und rechtlichen Umwelt beeinflusst. Damit ist eine grundlegende Prämisse der Entwicklung von Strategien benannt, durch deren Implementierung das Auftreten von Gesundheitsbelastungen reduziert und

20 Dangel & Korporal (2003)

21 Bartels et al. (2019); Wittrich et al. (2019)

22 Remmers & Walter (2013)

23 Fries (2016)

24 Lee et al. (2020)

25 Verbrugge (2020)

gesundheitsdienliche Ressourcen vermehrt werden sollen. Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung und Prävention bilden zum einen persönliche Faktoren wie Lebensstil, Alltagsgestaltung, Gesundheitsverhalten, subjektive Deutung und Bewältigung von Belastungen, Fähigkeit zur Kompensation von Einschränkungen. Zum anderen sind Umweltfaktoren von Bedeutung, wie zum Beispiel die Gestaltung der Wohnung (Barrierefreiheit, Ausstattung mit Hilfsmitteln) sowie die Ausstattung des Wohnumfeldes mit Dienstleistungen (Infrastruktur) oder die räumliche und personelle Ausstattung von Pflegeheimen.

Dies wird im Leitfaden für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI²⁶ berücksichtigt. Zielsetzung ist, „die gesundheitliche Situation der Pflegebedürftigen und deren gesundheitliche Ressourcen unter Beteiligung der Pflegekräfte zu verbessern“. Der Leitfaden soll dazu „beitragen, die gesundheitsfördernden Potenziale von Pflegeeinrichtungen zu stärken“. Die darin genannten Handlungsfelder (Körperliche Aktivität, Ernährung, Stärkung der kognitiven Ressourcen, Psychosoziale Gesundheit, Prävention von Gewalt) decken einen großen Ausschnitt der Präventionsmöglichkeiten in diesem Setting ab.

Auch im Pflegekontext gibt es Hinweise auf Präventionspotenziale bis ins hohe Alter. In einem Review von 92 Studien zu Prävention in der Pflege wurde moderate Evidenz für präventive Maßnahmen in der stationären Pflege konstatiert. Einzelne Wirkungsnachweise von Prävention in Pflegeheimen wurden aufgezeigt, z. B. bei ernährungsbezogenen Maßnahmen, beim Schutz durch Hüftprotektoren, bei physischem Training von bettlägerigen Patientinnen und Patienten, bei aktivierenden Betreuungskonzepten.²⁷

Als ethisch begründete, fachliche und instrumentelle Hilfestellung – und dies insbesondere für sozial benachteiligte Gruppen²⁸ – sind Angebote im Gesundheitssystem für die Umsetzung von selbstgestalteter Gesundheitsförderung und Prävention erforderlich.²⁹ Eine Antwort auf die erhöhte Verletzlichkeit des Menschen ist eine umfassende, sich ganz an den kognitiven und emotionalen Ressourcen des Individuums orientierende Aufklärung, verbunden mit Takt- und Mitgefühl sowie einer motivierenden Haltung, die nicht die objektiv gegebenen und subjektiv erlebten gesundheitlichen Grenzen des Individuums leugnet.³⁰ Dabei darf nicht übersehen werden, wie wichtig das mehrfach geführte Gespräch (sowohl mit den Patienten als auch mit deren Angehörigen) für die möglichst differenzierte Wahrnehmung der eigenen Veränderungs- und Entwicklungspotenziale ist. Die Umsetzung dieser Potenziale wird zusätzlich gefördert durch eine Infrastruktur, die das Individuum in seinen Bemühungen um die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung körperlicher und

26 GKV-Spitzenverband (2018)

27 Görres et al. (2013)

28 Kruse & Schmitt (2015); Naegele (2016)

29 Kümpers & Zander (2012); Kuhlmeiy & Tesch-Römer (2012)

30 Frühwald (2012)

psychischer Gesundheit, wie auch allgemeiner um eine selbst- und mitverantwortliche Lebensführung unterstützt – dies sowohl im Sinne einer engen Kooperation von Haus- und Fachärzten mit Vertretern anderer Gesundheitsberufe als auch im Sinne eines angemessenen (barrierefreien) Zugangs zu öffentlichen Räumen, Gesundheitsinformationen und Gesundheitsangeboten.³¹

VI.3 Gesundheit im Verständnis alter Menschen:

Zwei unterschiedliche Perspektiven als Deutungskontexte

Die Untersuchung „Altern in Balance“ setzte sich auch das Ziel, empirisch fundierte Aussagen zur Bedeutung des *Gesundheitsverhaltens* im Erleben alter Menschen (Altersbereich: 75 bis 95 Jahre) zu treffen. Dabei wurde das Gesundheitsverhalten von zwei Perspektiven aus thematisiert: zum einen aus einer allgemeineren, grundsätzlicheren Perspektive, zum anderen aus einer ganz persönlichen. (1) *Die allgemeinere, grundsätzlichere Perspektive* (siehe dazu Kapitel II, Interviewleitfaden, Frage 10): Was kann ein Individuum (personale Ebene), was können Institutionen (gesellschaftliche Ebene) zur Förderung und Erhaltung von Gesundheit im Alter tun? (2) *Die persönliche Perspektive* (siehe dazu Kapitel II, Interviewleitfaden, Frage 11, 11a, b): Was tut das Individuum *selbst* für seine Gesundheit, was versteht es *für sich selbst* unter „gesundheitsbezogenem Verhalten“? Die Differenzierung zwischen diesen beiden Perspektiven – einer allgemeineren oder grundsätzlicheren, einer ganz persönlichen – ist deswegen hilfreich, weil erstere die Kenntnisse des Individuums darüber widerspiegelt, welche Angebote und welches Verhalten der Gesundheit alter Menschen förderlich sind, während letztere einen Einblick vermittelt, was das Individuum selbst dafür tut, die eigene Gesundheit zu fördern bzw. zu erhalten („Verhalten im Dienste der eigenen Gesundheit“). Dabei haben wir in unseren Fragen nach dem Gesundheitsverhalten (und zwar sowohl auf allgemeinerer als auch auf persönlicher Ebene) ausdrücklich zwischen *körperlicher* und *seelischer* Gesundheit differenziert (siehe dazu Kapitel II, Interviewleitfaden, Frage 7, 8, 10, 11, 11b). Weiterhin sollte die Untersuchung „Altern in Balance“ eine empirisch fundierte Aussage darüber vermitteln, inwieweit die unter der allgemeineren (grundsätzlicheren) und der persönlichen Perspektive getroffenen Aussagen vom Lebensalter wie auch von der sozialen Schichtzugehörigkeit beeinflusst sind.

Eine Pilotstudie mit 30 Personen (Altersbereich: 75 bis 95 Jahre) diente dazu, ein erstes Kategoriensystem mit Blick (a) auf grundsätzliche Aussagen darüber, was Individuum und Gesellschaft für die Förderung und Erhaltung von Gesundheit im Alter tun können, wie auch mit Blick (b) auf das eigene Gesundheitsverhalten („Was tue ich für meine Gesundheit?“) zu entwickeln. Alle Aussagen, die zu diesen Fragen

31 Klein & Knesebeck (2016); Kümpers & Zander (2012)

getroffen wurden, wurden daraufhin untersucht, inwieweit sich in diesen *Kategorien* widerspiegeln, die für die Auswertung der in der Hauptuntersuchung geführten Interviews geeignet sind; dabei wurde ausdrücklich zwischen jenen Aussagen differenziert, die von den Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern unter einem *allgemeineren, grundsätzlicheren* Gesichtspunkt getroffen wurden, und solchen, die unter einem *ganz persönlichen* Gesichtspunkt erfolgten. Die beiden Auswerter nahmen zunächst unabhängig voneinander die Auswertung und die Ableitung von Kategorien vor; Ergebnis: Auswerter I/II: 19 Kategorien/17 Kategorien – allgemeinere Perspektive, 16 Kategorien/17 Kategorien – persönliche Perspektive. In einem zweiten Schritt wurden die Kategorien miteinander verglichen und unter Heranziehung des Interviewmaterials ausführlich diskutiert. Aus diesem Vergleich und dieser Diskussion gingen schließlich 17 Kategorien für die allgemeinere Perspektive und 16 Kategorien für die persönliche Perspektive hervor. In einem dritten Schritt haben die Auswerter die Interviews auf der Grundlage der 17 bzw. 16 Kategorien ausgewertet. Ergebnis: Übereinstimmung zwischen den Auswertern im Hinblick auf 15 (grundsätzlichere Perspektive) bzw. 14 Kategorien (persönlichere Perspektive). In einer Diskussion der Ergebnisse wurden zweimal 15 Kategorien abschließend definiert. In der Hauptuntersuchung (N = 400 Personen) gelangten diese 30 Kategorien zur Anwendung. Dabei wurde nach dem 30. Interview der Hauptuntersuchung geprüft, inwieweit die Kategorien noch einmal eine Veränderung erfahren sollten. Dabei zeigte sich, dass für fünf dieser 30 Kategorien eine geringfügige Umbenennung notwendig war. Mit der Vornahme dieser Umbenennung war das Kategoriensystem (zweimal 15 Kategorien) endgültig erstellt. Die Codierung des Ausprägungsgrades erfolgte jeweils auf einer dreistufigen Skala mit den Skalenpunkten: 1: nicht erkennbar bzw. gering; 2: mittelstarke Ausprägung; 3: eher starke / starke Ausprägung. 250 Interviews der Hauptuntersuchung wurden von zwei Personen, die unabhängig voneinander die Codierung vornahmen, ausgewertet. Cohens Kappa (als Maß für den Grad der Übereinstimmung zwischen den Auswertern) lag bei .91.

Mit Blick auf die *allgemeinere, grundsätzlichere Perspektive* („Was kann auf einer eher individuellen und auf einer eher gesellschaftlichen Ebene für die Gesundheit alter Menschen getan werden?“) wurden folgende 15 Kategorien identifiziert und in der Hauptuntersuchung verwendet (M = Mittelwert, SD = Standardabweichung):

Erhaltung körperlicher und geistiger Beweglichkeit

M = 2,3 SD = .51

Zeit der Ärztin bzw. des Arztes für Patientin bzw. Patienten

M = 2,3 SD = .55

Beratung und Information durch Ärztin bzw. Arzt

M = 2,2 SD = .56

Compliance / Adhärenz

M = 2,2 SD = .55

Sich für etwas im Leben engagieren und einsetzen

M = 2,1 SD = .74

Verbesserte pflegerische Versorgung: qualitativ

M = 2,1 SD = .64

Vermehrt Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen

M = 2,1 SD = .55

Sozial aktiv und engagiert bleiben

M = 2,1 SD = .64

Verbesserte pflegerische Versorgung: quantitativ

M = 2,1 SD = .58

Ausbau ambulanter / stationärer Hospizhilfen

M = 2,1 SD = .62

Vermehrte öffentliche Aufklärung über Präventions-, Therapie- und Rehabilitationserfolge

M = 2,0 SD = .71

Vermehrte öffentliche Aufklärung über Altern und Alter

M = 2,0 SD = .67

Körperliche und kognitive Aktivität

M = 2,0 SD = .58

Konzentration auf ein stimulierendes Interessen- und Tätigkeitsspektrum

M = 2,0 SD = .75

Vermehrte Nutzung von Rehabilitationsmaßnahmen (ambulant / stationär)

M = 1,9 SD = .68

Mit Blick auf die *persönliche Perspektive* (eigenes Gesundheitsverhalten: „Was tue ich für meine Gesundheit?“) wurden folgende 15 Kategorien identifiziert und in der Hauptuntersuchung verwendet:³²

Wiederholte Arztbesuche bei chronischen Erkrankungen

M = 2,6 SD = .51

Kontakte zu engen Vertrauten innerhalb der Familie

M = 2,3 SD = .62

Therapie-Compliance / Adhärenz

M = 2,3 SD = .60

Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung von Teilhabe

M = 2,2 SD = .73

32 Es sind wieder die Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) angegeben.

Arztbesuche bei aufgetretenen Krankheitssymptomen

M = 2,2 SD = .42

Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung von Autonomie (Selbstständigkeit und Selbstverantwortung)

M = 2,2 SD = .55

Suche nach Informationen über gesundheitsförderliches Verhalten

M = 2,2 SD = .56

Gezielte Bewegungsmaßnahmen

M = 2,1 SD = .54

Kontakte zu engen Vertrauten außerhalb der Familie

M = 2,0 SD = .72

Gesunde Ernährung

M = 2,0 SD = .58

Teilnahme an Gruppenmaßnahmen: intragenerationell

M = 1,8 SD = .76

Ambulante / stationäre Rehabilitation

M = 1,8 SD = .62

Gezielte Entspannungsmaßnahmen (seelische Gesundheit)

M = 1,8 SD = .65

Sportliche Aktivitäten

M = 1,7 SD = .69

Teilnahme an Gruppenmaßnahmen: Intergenerationell

M = 1,5 SD = .64

Vor der Deutung dieser beiden Rangreihen gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und Angebote sei noch einmal betont, dass es sich bei der Studie „Altern in Balance“ nicht um eine repräsentative Studie zur Lebenssituation im Alter handelt; zudem sei hervorgehoben, dass sich in der Nennung der Verhaltensweisen und Angebote *individuelle Wahrnehmungen und Deutungen* widerspiegeln. Gerade der letztgenannte Aspekt ist wichtig, weil er uns noch besser verstehen lässt, warum bestimmte Verhaltensweisen aus Sicht der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer Ausdruck gesundheitsförderlichen Verhaltens darstellen. Dies ist der Fall, weil Gesundheit, vor allem aber Verhalten, welches Gesundheit fördert und erhält, immer auch einer hochgradig individuellen Interpretation unterliegen. Was für den einen gesundheitsförderlich ist, kann für den anderen gesundheitsneutral sein. Mit einer solchen Überlegung im Hintergrund lässt sich zum Beispiel besser verstehen, warum Kontakte zu engen Vertrauten innerhalb der Familie von nicht wenigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern als Beitrag zur Förderung und Erhaltung von

Gesundheit verstanden werden ($M = 2,3$); und auch die Kontakte zu engen Vertrauten außerhalb der Familie besitzen im Erleben nicht weniger Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine gesundheitsförderliche Funktion ($M = 2,0$). Hervorzuheben sind unter den Verhaltensweisen, die der eigenen Gesundheit dienen sollen, zudem gezielte Maßnahmen zur Erhaltung von Teilhabe ($M = 2,2$) sowie zur Erhaltung von Autonomie ($M = 2,2$), wobei Autonomie nicht nur in Termini der Selbstständigkeit, sondern auch der Selbstverantwortung definiert wird. Unter „Teilhabe“ ist mit Blick auf unsere Stichprobe nicht nur der Kontakt zu anderen Menschen, nicht nur die Aktivität in Vereinen zu verstehen, sondern auch die innere Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen, politischen und kulturellen Fragen; es ist bemerkenswert, dass diese von alten Menschen durchaus im Sinne der Förderung und Erhaltung von Gesundheit gedeutet wird. Die Teilhabe an der Welt, die Liebe zur Welt (*amor mundi*) ist vor dem Hintergrund dieser Befunde als ein subjektiv erlebter Beitrag zur eigenen Gesundheit zu verstehen. Die hier berichteten Befunde unterstreichen einmal mehr die Bedeutung von Befunden, wonach unfreiwillige Isolation und Einsamkeit einen bedeutenden Risikofaktor für psychische und körperliche Erkrankungen bilden.³³ Denn die besondere Stellung, die alte Menschen in unserer Stichprobe den qualitativ hochwertigen Kontakten zu nahestehenden Menschen (innerhalb und außerhalb der Familie) wie auch den Möglichkeiten zur gesellschaftlichen, politischen und kulturellen Teilhabe – mithin der Weltgestaltung – im Kontext von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen zuordnen, führt vor Augen, dass sie erkennen, wie wichtig der lebendige Austausch mit anderen Menschen für die körperliche und seelische Gesundheit ist und wie sehr die Gesundheit gefährdet ist, wenn dieser Austausch fehlt. Dass die Teilnahme an intra- und intergenerationellen Gruppenangeboten ($M = 1,8$ und $M = 1,5$) von alten Menschen als ein Beispiel für gesundheitsförderliches Verhalten genannt wird (auch wenn diese beiden Kategorien nur eine vergleichsweise geringe Ausprägung zeigen), unterstreicht diese Interpretation. Die Tatsache, dass die Erhaltung von Autonomie (und zwar sowohl im Sinne der Selbstständigkeit im Alltag als auch im Sinne der selbstverantwortlichen Alltags- und Lebensgestaltung) von alten Menschen im Kontext von gesundheitsförderlichem Verhalten angeführt wird, weist auf den *umfassenden* Gesundheitsbegriff hin, der (auch) von alten Menschen vertreten wird. Die erlebte Mitverantwortung für die eigene Gesundheit spiegelt sich auch in dem vergleichsweise hohen Ausprägungsgrad von Compliance und Adhärenz wider ($M = 2,3$). Überraschend ist dagegen, dass sportliche Aktivitäten ($M = 1,7$) sowie gesunde Ernährung ($M = 2,0$) keine hervorgehobene Stellung im Gesamtspektrum gesundheitsförderlichen Verhaltens, wie dieses von alten Menschen selbst gedeutet wird, einnehmen; allerdings wird der niedrige Wert für sportliche Aktivitäten zumindest in Teilen durch den deutlich höheren Wert ($M = 2,1$) für gezielte Bewegungsmaßnahmen kompensiert.

33 Bu et al. (2020); Hawkey & Cacioppo (2010); Holt-Lunstad et al. (2010)

Was ist aus Sicht alter Menschen *aus einer allgemeineren, grundsätzlicheren Perspektive* zu tun, wenn es darum geht, die Gesundheit im Alter zu fördern und zu erhalten? Hier werden gesundheitsbezogene Verhaltensweisen angeführt, die zum Teil auch aus einer *persönlichen Perspektive* genannt wurden. Die Antworten lassen sich im Kern unter drei großen Bereichen subsumieren: (a) Unter dem Bereich der individuellen Verantwortung; hier sind vor allem zu nennen: „Erhaltung körperlicher und geistiger Beweglichkeit“ (M = 2,3), „Compliance / Adhärenz“ (M = 2,2), „Sich für etwas im Leben engagieren und einsetzen“ (M = 2,1), „Vermehrt Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen“ (M = 2,1), „Sozial aktiv und engagiert bleiben“ (M = 2,1) sowie „Körperliche und kognitive Aktivität“ (M = 2,0), wobei letztere in den Interviews als *eine* bedeutende Voraussetzung für die Erhaltung körperlicher und geistiger Beweglichkeit genannt wurden; (b) unter dem Bereich der Infrastruktur und Qualität der Versorgungsangebote: Hier werden medizinische, medizinisch-rehabilitative, pflegerische und palliativmedizinische bzw. -pflegerische Angebote (einschließlich Hospizhilfe) angeführt; (c) unter dem Bereich der Beratung, der Information und der Aufklärung – siehe „Beratung und Information durch Ärztin bzw. Arzt“ (M = 2,2), „Vermehrte öffentliche Aufklärung über Präventions-, Therapie- und Rehabilitationserfolge“ (M = 2,0), „Vermehrte öffentliche Aufklärung über Altern und Alter“ (M = 2,0). Dies zeigt: Mit Blick auf die persönliche Mitverantwortung für Gesundheit liegen die beiden Perspektiven nicht weit auseinander; zudem wird deutlich, als wie wichtig eine gute, zudem individualisierte Aufklärung über Rehabilitations- und Veränderungspotenziale im Alter erachtet wird; schließlich wird die große Bedeutung einer quantitativ wie qualitativ tragfähigen Versorgungsinfrastruktur betont; dabei nehmen auch die pflegerischen Angebote eine wichtige Stellung ein – siehe die „Verbesserte pflegerische Versorgung: qualitativ (M = 2,1) und quantitativ“ (M = 2,1), „Ausbau ambulanter / stationärer Hospizhilfen“ (M = 2,1).

VI.4 Zusammenhänge zwischen der Deutung von Gesundheit, Sozialschicht und Lebensalter

Im Folgenden sollen die Ergebnisse von Varianzanalysen zu Schicht- und Altersunterschieden in der Deutung von Gesundheit im Alter dargestellt werden. Dabei orientieren wir uns an der obigen Unterscheidung zwischen einer allgemeinen, grundsätzlichen Perspektive und einer persönlichen Perspektive. Es wird zunächst gefragt, inwieweit sich zwischen verschiedenen Schichtzugehörigkeiten und Lebensaltern signifikante Unterschiede in der Wahrnehmung von individuellen und gesellschaftlichen Möglichkeiten der Erhaltung und Förderung von Gesundheit im Alter ergeben. Im Anschluss daran gehen wir der Frage nach, inwieweit Unterschiede im gesundheitsbezogenen Verhalten oder in gezielten Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung eigener Gesundheit systematisch mit verschiedenen Schichtzugehörigkeiten und Lebensaltern einhergehen.

Möglichkeiten der Förderung und Erhaltung von Gesundheit im Alter durch individuelles Verhalten und gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Für zehn der 15 Merkmale fanden sich signifikante Unterschiede in Abhängigkeit von der Schichtzugehörigkeit der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer (Tabelle VI.1). Dabei fanden sich für die Angehörigen der niedrigsten Sozialschicht jeweils die niedrigsten Werte, in sechs Fällen bestanden signifikante Unterschiede sowohl gegenüber den Angehörigen der mittleren als auch gegenüber jenen der (eher) höheren Schicht, für zwei Merkmale war der Unterschied zur mittleren Sozialschicht signifikant, für zwei weitere Merkmale der Unterschied zur höheren Sozialschicht. Die ermittelten Werte lassen sich in Teilen im Sinne eines linearen Zusammenhanges interpretieren, die Werte für die höhere Sozialschicht liegen mit Ausnahme jener Items, die sich auf ärztliche und pflegerische Versorgung beziehen, konsistent über jenen für die mittlere Sozialschicht (die fehlende Signifikanz mag auf die vergleichsweise geringere Anzahl an Personen aus der höheren Sozialschicht zurückgehen). Für die Inanspruchnahme gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung finden sich keine bedeutsamen Schichtunterschiede, während die Nutzung von ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen stärker schichtspezifisch variiert. Deutliche Unterschiede zulasten der niedrigen Sozialschicht spiegeln sich in jenen Verhaltensmerkmalen wider, die stärker mit sozialer Aktivität, Engagement und Teilhabe zu tun haben. Des Weiteren scheinen auch die Möglichkeiten, sich auf ein engeres Tätigkeits- und Interessenspektrum zu konzentrieren, was im Allgemeinen als einer Kompensation von Einschränkungen und Verlusten förderlich angesehen werden kann, in niedrigeren Sozialschichten geringer zu sein.

Das Lebensalter erwies sich für die Wahrnehmung individueller und gesellschaftlicher Möglichkeiten (aus allgemeiner, grundsätzlicher Perspektive) als weitgehend unbedeutend (siehe Tabelle VI.2). In den Varianzanalysen wurden lediglich zwei signifikante Altersunterschiede ermittelt. Der vermehrten öffentlichen Aufklärung über Alter und Altern und der vermehrten öffentlichen Aufklärung über Präventions-, Therapie- und Rehabilitationserfolge wurden in der höchsten Altersgruppe signifikant weniger Bedeutung beigemessen als in den beiden jüngsten Altersgruppen.

Tabelle VI.1 Individuelle und gesellschaftliche Möglichkeiten der Förderung von Gesundheit im Alter nach Schichtzugehörigkeit

| | | N | M | SD | ANOVA post hoc |
|---|----------------|-----|-----|-----|--|
| Sozial aktiv und engagiert bleiben | (eher) niedrig | 124 | 1,9 | .69 | F = 17,51, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .001$ $1 < 2, 3$ |
| | mittel | 215 | 2,2 | .57 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,3 | .60 | |
| | Gesamt | 400 | 2,1 | .64 | |
| Sich für etwas im Leben engagieren und einsetzen | (eher) niedrig | 124 | 1,8 | .77 | F = 30,25, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .001$ $1 < 2 < 3$ |
| | mittel | 215 | 2,2 | .67 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,5 | .59 | |
| | Gesamt | 400 | 2,1 | .74 | |
| Vermehrt Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen | (eher) niedrig | 124 | 2,0 | .53 | F = 7,3, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .01$ $1 < 3$ |
| | mittel | 215 | 2,1 | .55 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,3 | .53 | |
| | Gesamt | 400 | 2,1 | .55 | |
| Körperliche und kognitive Aktivität | (eher) niedrig | 124 | 1,8 | .64 | F = 12,9, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .001$ $1 < 2, 3$ |
| | mittel | 215 | 2,1 | .52 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,2 | .55 | |
| | Gesamt | 400 | 2,0 | .58 | |
| Erhaltung körperlicher und geistiger Beweglichkeit | (eher) niedrig | 124 | 2,2 | .45 | F = 5,7, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .01$ $1, 2 < 3$ |
| | mittel | 215 | 2,3 | .52 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,5 | .53 | |
| | Gesamt | 400 | 2,3 | .51 | |
| Therapie-Compliance / Adhärenz | (eher) niedrig | 124 | 2,1 | .51 | F = 2,6, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ n. s. |
| | mittel | 215 | 2,3 | .58 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,3 | .50 | |
| | Gesamt | 400 | 2,2 | .55 | |
| Konzentration auf ein stimulierendes Interessen- und Tätigkeitsspektrum | (eher) niedrig | 124 | 1,7 | .77 | F = 12,33, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .01$ $1 < 2, 3$ |
| | mittel | 215 | 2,0 | .70 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,2 | .70 | |
| | Gesamt | 400 | 2,0 | .75 | |

Tabelle VI.1 Fortsetzung

| | | N | M | SD | ANOVA post hoc |
|--|----------------|-----|-----|-----|---|
| Beratung und Information durch Ärztin bzw. Arzt | (eher) niedrig | 124 | 2,1 | .50 | F = 0,92, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ n. s. |
| | mittel | 215 | 2,2 | .55 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,2 | .56 | |
| | Gesamt | 400 | 2,2 | .54 | |
| Vermehrte Nutzung von Rehabilitationsmaßnahmen (ambulant / stationär) | (eher) niedrig | 124 | 1,6 | .66 | F = 18,42, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ p < .001 1 < 2, 3 |
| | mittel | 215 | 1,9 | .63 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,1 | .67 | |
| | Gesamt | 400 | 1,9 | .68 | |
| Vermehrte öffentliche Aufklärung über Altern und Alter | (eher) niedrig | 124 | 1,8 | .67 | F = 6,92, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ p < .01 1 < 2, 3 |
| | mittel | 215 | 2,1 | .64 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,1 | .74 | |
| | Gesamt | 400 | 2,0 | .67 | |
| Vermehrte öffentliche Aufklärung über Präventions-, Therapie- und Rehabilitationserfolge | (eher) niedrig | 124 | 1,9 | .72 | F = 4,56, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ p < .05 1 < 2 |
| | mittel | 215 | 2,1 | .68 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,0 | .75 | |
| | Gesamt | 400 | 2,0 | .71 | |
| Zeit der Ärztin bzw. des Arztes für Patientinnen bzw. Patienten | (eher) niedrig | 124 | 2,3 | .50 | F = 0,66, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ n. s. |
| | mittel | 215 | 2,3 | .59 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,2 | .52 | |
| | Gesamt | 400 | 2,3 | .55 | |
| Verbesserte pflegerische Versorgung: quantitativ | (eher) niedrig | 124 | 2,1 | .58 | F = 1,42, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ n. s. |
| | mittel | 215 | 2,2 | .54 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,0 | .73 | |
| | Gesamt | 400 | 2,1 | .58 | |
| Verbesserte pflegerische Versorgung: qualitativ | (eher) niedrig | 124 | 2,1 | .65 | F = 3,70, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ p < .05 n. s. |
| | mittel | 215 | 2,2 | .61 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,0 | .68 | |
| | Gesamt | 400 | 2,1 | .64 | |
| Ausbau ambulanter / stationärer Hospizhilfen | (eher) niedrig | 124 | 1,9 | .61 | F = 4,86, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ p < .01 1 < 2 |
| | mittel | 215 | 2,2 | .60 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,1 | .67 | |
| | Gesamt | 400 | 2,1 | .62 | |

Tabelle VI.2 Individuelle und gesellschaftliche Möglichkeiten der Förderung von Gesundheit im Alter nach Altersgruppen (75–80 Jahre, 81–85 Jahre, 86–90 Jahre, 91–95 Jahre)

| | Alter in Jahren | N | M | SD | ANOVA post hoc |
|---|-----------------|-----|-----|-----|---|
| Sozial aktiv und engagiert bleiben | 75–80 | 95 | 2,2 | .63 | F = 1,35, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s. |
| | 81–85 | 123 | 2,1 | .63 | |
| | 86–90 | 105 | 2,1 | .68 | |
| | 91–95 | 77 | 2,0 | .59 | |
| | Gesamt | 400 | 2,1 | .64 | |
| Sich für etwas im Leben engagieren und einsetzen | 75–80 | 95 | 2,2 | .73 | F = 0,85, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s. |
| | 81–85 | 123 | 2,2 | .68 | |
| | 86–90 | 105 | 2,1 | .76 | |
| | 91–95 | 77 | 2,1 | .82 | |
| | Gesamt | 400 | 2,1 | .74 | |
| Vermehrt Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen | 75–80 | 95 | 2,2 | .51 | F = 0,68, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s. |
| | 81–85 | 123 | 2,2 | .60 | |
| | 86–90 | 105 | 2,1 | .54 | |
| | 91–95 | 77 | 2,1 | .52 | |
| | Gesamt | 400 | 2,1 | .55 | |
| Körperliche und kognitive Aktivität | 75–80 | 95 | 2,0 | .60 | F = 0,18, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s. |
| | 81–85 | 123 | 2,0 | .56 | |
| | 86–90 | 105 | 2,0 | .59 | |
| | 91–95 | 77 | 2,0 | .58 | |
| | Gesamt | 400 | 2,0 | .58 | |
| Erhaltung körperlicher und geistiger Beweglichkeit | 75–80 | 95 | 2,3 | .48 | F = 0,16, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s. |
| | 81–85 | 123 | 2,3 | .50 | |
| | 86–90 | 105 | 2,3 | .51 | |
| | 91–95 | 77 | 2,3 | .55 | |
| | Gesamt | 400 | 2,3 | .51 | |
| Therapie-Compliance / Adhärenz | 75–80 | 95 | 2,3 | .53 | F = 0,89, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s. |
| | 81–85 | 123 | 2,2 | .56 | |
| | 86–90 | 105 | 2,2 | .54 | |
| | 91–95 | 77 | 2,2 | .56 | |
| | Gesamt | 400 | 2,2 | .55 | |

Tabelle VI.2 Fortsetzung

| | Alter in Jahren | N | M | SD | ANOVA post hoc |
|--|-----------------|-----|-----|-----|---|
| Konzentration auf ein stimulierendes Interessen- und Tätigkeitsspektrum | 75-80 | 95 | 2,0 | .68 | F = 0,43, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s. |
| | 81-85 | 123 | 1,9 | .78 | |
| | 86-90 | 105 | 2,0 | .75 | |
| | 91-95 | 77 | 2,0 | .76 | |
| | Gesamt | 400 | 2,0 | .75 | |
| Beratung und Information durch Ärztin bzw. Arzt | 75-80 | 95 | 2,3 | .51 | F = 1,23, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s. |
| | 81-85 | 123 | 2,2 | .51 | |
| | 86-90 | 105 | 2,2 | .55 | |
| | 91-95 | 77 | 2,1 | .60 | |
| | Gesamt | 400 | 2,2 | .54 | |
| Vermehrte Nutzung von Rehabilitationsmaßnahmen (ambulant / stationär) | 75-80 | 95 | 1,9 | .71 | F = 0,71, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s. |
| | 81-85 | 123 | 1,9 | .65 | |
| | 86-90 | 105 | 1,8 | .68 | |
| | 91-95 | 77 | 1,8 | .68 | |
| | Gesamt | 400 | 1,9 | .68 | |
| Vermehrte öffentliche Aufklärung über Altern und Alter | 75-80 | 95 | 2,1 | .68 | F = 4,2, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ $p < .01$ 1, 2 > 4 |
| | 81-85 | 123 | 2,1 | .66 | |
| | 86-90 | 105 | 1,9 | .68 | |
| | 91-95 | 77 | 1,8 | .65 | |
| | Gesamt | 400 | 2,0 | .67 | |
| Vermehrte öffentliche Aufklärung über Präventions-, Therapie- und Rehabilitationserfolge | 75-80 | 95 | 2,1 | .72 | F = 3,91, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ $p < .01$ 1, 2 > 4 |
| | 81-85 | 123 | 2,1 | .73 | |
| | 86-90 | 105 | 2,0 | .68 | |
| | 91-95 | 77 | 1,8 | .65 | |
| | Gesamt | 400 | 2,0 | .71 | |
| Zeit der Ärztin bzw. des Arztes für Patientinnen bzw. Patienten | 75-80 | 95 | 2,3 | .51 | F = 2,15, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s. |
| | 81-85 | 123 | 2,2 | .56 | |
| | 86-90 | 105 | 2,4 | .51 | |
| | 91-95 | 77 | 2,2 | .63 | |
| | Gesamt | 400 | 2,3 | .55 | |

Tabelle VI.2 Fortsetzung

| | Alter in Jahren | N | M | SD | ANOVA post hoc |
|--|-----------------|-----|-----|-----|---|
| Verbesserte pflegerische Versorgung: quantitativ | 75–80 | 95 | 2,2 | .61 | F = 1,61, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s. |
| | 81–85 | 123 | 2,1 | .55 | |
| | 86–90 | 105 | 2,0 | .53 | |
| | 91–95 | 77 | 2,1 | .66 | |
| | Gesamt | 400 | 2,1 | .58 | |
| Verbesserte pflegerische Versorgung: qualitativ | 75–80 | 95 | 2,2 | .62 | F = 0,22, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s. |
| | 81–85 | 123 | 2,2 | .59 | |
| | 86–90 | 105 | 2,1 | .64 | |
| | 91–95 | 77 | 2,2 | .74 | |
| | Gesamt | 400 | 2,1 | .64 | |
| Ausbau ambulanter / stationärer Hospizhilfen | 75–80 | 95 | 2,2 | .62 | F = 2,08, $df_1 = 2$, $df_2 = 396$ n. s. |
| | 81–85 | 123 | 2,1 | .60 | |
| | 86–90 | 105 | 2,0 | .63 | |
| | 91–95 | 77 | 2,1 | .61 | |
| | Gesamt | 400 | 2,1 | .62 | |

VI.5 Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung eigener Gesundheit

Das Ausmaß, in dem Menschen durch gezielte Maßnahmen versuchen, ihre körperliche und geistige Gesundheit möglichst lange zu erhalten, zeigte sich in den durchgeführten Varianzanalysen als in starkem Maß durch die *soziale Schichtzugehörigkeit* beeinflusst (siehe Tabelle VI.3). Für zehn der 15 berücksichtigten Verhaltensmerkmale fanden sich signifikante Schichtunterschiede. Dabei wiesen die Angehörigen der niedrigen Sozialschicht konsistent die niedrigsten Werte auf; der Unterschied zu den Angehörigen der mittleren Sozialschicht war bei jedem dieser zehn Verhaltensmerkmale signifikant, der Unterschied zu den Angehörigen der höheren Sozialschicht in acht dieser zehn Merkmale. Zwischen der mittleren und höheren Sozialschicht fand sich in keinem der berücksichtigten zehn Verhaltensmerkmale ein statistisch bedeutender Unterschied, in den absoluten Werten der beiden höheren Sozialschichten zeigt sich weiterhin kein konsistenter Trend, der die Hypothese nahelegte, dass eine höhere Sozialschicht generell mit einer größeren subjektiven Bedeutung möglicher gesundheitsbezogener Maßnahmen oder stärker ausgeprägtem gesundheitsdienlichen Verhalten einherginge. Vielmehr sprechen die Ergebnisse dafür, dass die Zugehörigkeit

Tabelle VI.3 Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen der Untersuchungsteilnehmer*innen nach Schichtzugehörigkeit

| | | N | M | SD | ANOVA post hoc |
|---|----------------|-----|-----|-----|--|
| Gesunde Ernährung | (eher) niedrig | 124 | 1,8 | .64 | F = 12,29, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .001 1 < 2, 3 |
| | mittel | 215 | 2,1 | .45 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,0 | .71 | |
| | Gesamt | 400 | 2,0 | .58 | |
| Sportliche Aktivitäten | (eher) niedrig | 124 | 1,4 | .68 | F = 10,83, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .001 1 < 2, 3 |
| | mittel | 215 | 2,1 | .45 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,0 | .71 | |
| | Gesamt | 400 | 2,0 | .58 | |
| Gezielte Bewegungsmaßnahmen | (eher) niedrig | 124 | 2,0 | .56 | F = 2,96, df ₁ = 2, df ₂ = 397 n. s. |
| | mittel | 215 | 2,2 | .47 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,2 | .70 | |
| | Gesamt | 400 | 2,1 | .54 | |
| Gezielte Entspannungsmaßnahmen (seelische Gesundheit) | (eher) niedrig | 124 | 1,6 | .68 | F = 8,92, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .001 1 < 2, 3 |
| | mittel | 215 | 1,8 | .59 | |
| | (eher) hoch | 61 | 1,9 | .72 | |
| | Gesamt | 400 | 1,8 | .65 | |
| Suche nach Informationen über gesundheitsförderliches Verhalten | (eher) niedrig | 124 | 2,1 | .58 | F = 2,74, df ₁ = 2, df ₂ = 397 n. s. |
| | mittel | 215 | 2,2 | .52 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,2 | .65 | |
| | Gesamt | 400 | 2,2 | .56 | |
| Kontakte zu engen Vertrauten innerhalb der Familie | (eher) niedrig | 124 | 2,2 | .52 | F = 0,66, df ₁ = 2, df ₂ = 397 n. s. |
| | mittel | 215 | 2,3 | .66 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,4 | .63 | |
| | Gesamt | 400 | 2,3 | .62 | |
| Kontakte zu engen Vertrauten außerhalb der Familie | (eher) niedrig | 124 | 1,6 | .67 | F = 40,55, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .01 1 < 2, 3 |
| | mittel | 215 | 2,3 | .62 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,2 | .73 | |
| | Gesamt | 400 | 2,0 | .72 | |
| Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung von Autonomie | (eher) niedrig | 124 | 2,0 | .54 | F = 5,90, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .001 1 < 2 |
| | mittel | 215 | 2,2 | .54 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,2 | .58 | |
| | Gesamt | 400 | 2,2 | .55 | |

Tabelle VI.3 Fortsetzung

| | | N | M | SD | ANOVA post hoc |
|---|----------------|-----|-----|-----|--|
| Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung von Teilhabe | (eher) niedrig | 124 | 1,8 | .76 | F = 28,76, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .001 1 < 2, 3 |
| | mittel | 215 | 2,4 | .62 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,4 | .71 | |
| | Gesamt | 400 | 2,2 | .73 | |
| Arztbesuche bei aufgetretenen Krankheitssymptomen | (eher) niedrig | 124 | 2,1 | .38 | F = 1,72, df ₁ = 2, df ₂ = 397 n. s. |
| | mittel | 215 | 2,2 | .42 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,2 | .45 | |
| | Gesamt | 400 | 2,2 | .42 | |
| Wiederholte Arztbesuche bei chronischen Erkrankungen | (eher) niedrig | 124 | 2,5 | .53 | F = 2,41, df ₁ = 2, df ₂ = 397 n. s. |
| | mittel | 215 | 2,6 | .49 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,5 | .53 | |
| | Gesamt | 400 | 2,6 | .51 | |
| Therapie-Compliance / Adhärenz | (eher) niedrig | 124 | 2,1 | .58 | F = 7,86, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .001 1 < 2 |
| | mittel | 215 | 2,4 | .60 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,2 | .58 | |
| | Gesamt | 400 | 2,3 | .60 | |
| Teilnahme an Gruppenmaßnah- men: intragenerationell | (eher) niedrig | 124 | 1,5 | .72 | F = 10,27, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .001 1 < 2, 3 |
| | mittel | 215 | 1,9 | .76 | |
| | (eher) hoch | 61 | 1,9 | .76 | |
| | Gesamt | 400 | 1,8 | .76 | |
| Teilnahme an Gruppenmaßnah- men: intergenerationell | (eher) niedrig | 124 | 1,3 | .54 | F = 10,99, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .001 1 < 2, 3 |
| | mittel | 215 | 1,6 | .63 | |
| | (eher) hoch | 61 | 1,7 | .77 | |
| | Gesamt | 400 | 1,5 | .64 | |
| Ambulante / stationäre Rehabilitation | (eher) niedrig | 124 | 1,5 | .62 | F = 14,89, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .001 1 < 2, 3 |
| | mittel | 215 | 1,9 | .59 | |
| | (eher) hoch | 61 | 2,0 | .56 | |
| | Gesamt | 400 | 1,8 | .62 | |

zur niedrigen Sozialschicht im Sinne einer *Verhaltensbarriere* zu interpretieren ist. Diese zeigt sich sowohl mit Blick auf gesundheitsbewusstes Verhalten im engeren Sinne (gesunde Ernährung, sportliche Aktivität und Entspannungsmaßnahmen) als

auch mit Blick auf die Suche nach gesundheitlichen Informationen und Kontakten innerhalb wie außerhalb der Familie, die (auch) unter der Zielsetzung stehen, Gesundheit zu erhalten und zu fördern.

Für Arztbesuche bei akuten gesundheitlichen Problemen oder chronischen Erkrankungen ergeben sich ebenso keine Unterschiede nach Schichtzugehörigkeit wie für Compliance/Adhärenz. Anders als für die (haus-)ärztliche Versorgung finden sich für die Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Rehabilitation bedeutsame Schichtunterschiede. Dies mag zum Teil auf Informations- und Nachfragedefizite rückführbar sein, legt aber auch die Vermutung nahe, dass Angehörige der niedrigen Sozialschicht möglicherweise auch durch die gesundheitliche Versorgung insofern benachteiligt werden, als derartige Maßnahmen vergleichsweise seltener empfohlen oder gewährt werden.

Anders als die soziale Schichtzugehörigkeit erwies sich das Lebensalter als für die Ausprägung der berücksichtigten Verhaltensmerkmale weitgehend unbedeutend (Tabelle VI.4). Hier ergaben die 15 berechneten Varianzanalysen lediglich zwei statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen den jüngsten und den ältesten Untersuchungsteilnehmern. Erstere gingen signifikant häufiger sportlichen Aktivitäten nach, um gesund zu bleiben, letztere nannten signifikant häufiger Arztbesuche bei aufgetretenen Krankheitssymptomen als eine für die Erhaltung ihrer Gesundheit wichtige Maßnahme.

Tabelle VI.4 Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen der Untersuchungsteilnehmer*innen nach Altersgruppen

| | Alter in Jahren | N | M | SD | ANOVA post hoc |
|-----------------------------|-----------------|-----|-----|-----|--|
| Gesunde Ernährung | 75–80 | 95 | 2,0 | .66 | F = 0,86, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s. |
| | 81–85 | 123 | 2,0 | .55 | |
| | 86–90 | 105 | 1,9 | .57 | |
| | 91–95 | 77 | 1,9 | .51 | |
| | Gesamt | 400 | 2,0 | .58 | |
| Sportliche Aktivitäten | 75–80 | 95 | 1,8 | .72 | F = 4,34, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ p < .01 4 |
| | 81–85 | 123 | 1,7 | .66 | |
| | 86–90 | 105 | 1,7 | .71 | |
| | 91–95 | 77 | 1,4 | .59 | |
| | Gesamt | 400 | 1,7 | .69 | |
| Gezielte Bewegungsmaßnahmen | 75–80 | 95 | 2,2 | .60 | F = 1,23, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s. |
| | 81–85 | 123 | 2,2 | .51 | |
| | 86–90 | 105 | 2,1 | .59 | |
| | 91–95 | 77 | 2,1 | .44 | |
| | Gesamt | 400 | 2,1 | .54 | |

Tabelle VI.4 Fortsetzung

| | Alter in Jahren | N | M | SD | ANOVA post hoc |
|---|-----------------|-----|------|------|--|
| Gezielte Entspannungsmaßnahmen (seelische Gesundheit) | 75–80 | 95 | 1,9 | .72 | F = 3,12, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ p < .05 n. s. |
| | 81–85 | 123 | 1,7 | .64 | |
| | 86–90 | 105 | 1,7 | .59 | |
| | 91–95 | 77 | 1,7 | .63 | |
| | Gesamt | 400 | 1,8 | .65 | |
| Suche nach Informationen über gesundheitsförderliches Verhalten | 75–80 | 95 | 2,2 | .58 | F = 0,32, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s. |
| | 81–85 | 123 | 2,2 | .62 | |
| | 86–90 | 105 | 2,1 | .50 | |
| | 91–95 | 77 | 2,1 | .53 | |
| | Gesamt | 400 | 2,2 | .56 | |
| Kontakte zu engen Vertrauten innerhalb der Familie | 75–80 | 95 | 2,3 | .59 | F = 0,64, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s. |
| | 81–85 | 123 | 2,3 | .63 | |
| | 86–90 | 105 | 2,3 | .64 | |
| | 91–95 | 77 | 2,4 | .61 | |
| | Gesamt | 400 | 2,3 | .62 | |
| Kontakte zu engen Vertrauten außerhalb der Familie | 75–80 | 95 | 2,1 | .72 | F = 2,06, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s. |
| | 81–85 | 123 | 2,1 | .70 | |
| | 86–90 | 105 | 2,1 | .78 | |
| | 91–95 | 77 | 1,9 | .635 | |
| | Gesamt | 400 | 2,04 | .722 | |
| Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung von Autonomie | 75–80 | 95 | 2,23 | .493 | F = 1,22, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s. |
| | 81–85 | 123 | 2,1 | .58 | |
| | 86–90 | 105 | 2,2 | .57 | |
| | 91–95 | 77 | 2,2 | .55 | |
| | Gesamt | 400 | 2,2 | .55 | |
| Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung von Teilhabe | 75–80 | 95 | 2,2 | .77 | F = 0,59, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s. |
| | 81–85 | 123 | 2,3 | .74 | |
| | 86–90 | 105 | 2,2 | .69 | |
| | 91–95 | 77 | 2,1 | .71 | |
| | Gesamt | 400 | 2,2 | .73 | |

Tabelle VI.4 Fortsetzung

| | Alter in Jahren | N | M | SD | ANOVA post hoc |
|--|-----------------|-----|-----|-----|--|
| Arztbesuche bei aufgetretenen Krankheitssymptomen | 75-80 | 95 | 2,1 | .32 | F = 3,71, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ $p < .05$ $1 < 4$ |
| | 81-85 | 123 | 2,2 | .42 | |
| | 86-90 | 105 | 2,2 | .42 | |
| | 91-95 | 77 | 2,3 | .48 | |
| | Gesamt | 400 | 2,2 | .42 | |
| Wiederholte Arztbesuche bei chronischen Erkrankungen | 75-80 | 95 | 2,6 | .49 | F = 0,1, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s. |
| | 81-85 | 123 | 2,6 | .51 | |
| | 86-90 | 105 | 2,6 | .53 | |
| | 91-95 | 77 | 2,6 | .52 | |
| | Gesamt | 400 | 2,6 | .51 | |
| Therapie-Compliance / Adhärenz | 75-80 | 95 | 2,3 | .57 | F = 0,54, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s. |
| | 81-85 | 123 | 2,3 | .62 | |
| | 86-90 | 105 | 2,2 | .62 | |
| | 91-95 | 77 | 2,2 | .61 | |
| | Gesamt | 400 | 2,3 | .60 | |
| Teilnahme an Gruppenmaßnahmen: intragenerationell | 75-80 | 95 | 1,8 | .72 | F = 0,20, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s. |
| | 81-85 | 123 | 1,7 | .74 | |
| | 86-90 | 105 | 1,8 | .79 | |
| | 91-95 | 77 | 1,8 | .82 | |
| | Gesamt | 400 | 1,8 | .76 | |
| Teilnahme an Gruppenmaßnahmen: intergenerationell | 75-80 | 95 | 1,6 | .64 | F = 1,85, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s. |
| | 81-85 | 123 | 1,6 | .63 | |
| | 86-90 | 105 | 1,5 | .66 | |
| | 91-95 | 77 | 1,4 | .63 | |
| | Gesamt | 400 | 1,5 | .64 | |
| Ambulante / stationäre Rehabilitation | 75-80 | 95 | 1,8 | .64 | F = 0,33, $df_1 = 2$, $df_2 = 396$ n. s. |
| | 81-85 | 123 | 1,8 | .59 | |
| | 86-90 | 105 | 1,7 | .63 | |
| | 91-95 | 77 | 1,8 | .61 | |
| | Gesamt | 400 | 1,8 | .62 | |

VI.6 Deutungen von Gesundheit im Alter als Widerspiegelung von Lebenswelten

In der Studie „Altern in Balance“ gingen wir von der Annahme aus, dass sich in unterschiedlichen Deutungen von Gesundheit im Alter – in allgemeinerer, grundsätzlicherer wie auch in persönlicher Perspektive – zu einem guten Teil unterschiedliche Lebenswelten widerspiegeln, die durch charakteristische Person-Umwelt-Interaktionen und auf diesen gründenden Potenzialen und Vulnerabilitäten gekennzeichnet sind. Da eine empirische Differenzierung von Lebenswelten allein auf der Grundlage objektiver Außenmerkmale in der vorliegenden Stichprobe nicht sinnvoll erschien und die bei der Stichprobenziehung verfolgte Strategie der Überrepräsentation verschiedener Merkmale der Rekonstruktion von Lebenswelten auf der Grundlage soziodemografischer Merkmale entgegenstand, entschieden wir uns dafür, in den einzelnen Analysebereichen zunächst verschiedene Muster von gesundheitsbezogenen Verhaltensmerkmalen zu identifizieren, die dann in einem weiteren Schritt in ihrem Zusammenhang mit Außenvariablen betrachtet werden.³⁴ Im Zusammenhang mit der Deutung von Gesundheit wurden zwei Clusteranalysen gerechnet und der Differenzierung der Untersuchungsteilnehmer*innen in Untergruppen zugrunde gelegt. Über diese Analysen soll im Folgenden berichtet werden.

VI.6.1 Individuelle und gesellschaftliche Möglichkeiten der Förderung von Gesundheit im Alter

In einer ersten Clusteranalyse ging es uns um die Frage, durch welche Verhaltensweisen alte Menschen *generell* aus der Sicht der Untersuchungsteilnehmerinnen und -teilnehmer zur Förderung und Erhaltung ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit beitragen können und welche institutionellen Angebote und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sie hierbei unterstützen könn(t)en.

In diese Clusteranalyse sind jene 15 Merkmale eingegangen, die unter einer allgemeineren, grundsätzlicheren Perspektive als Kategorien eingeführt wurden (Tabelle VI.5).

34 Als Methode zur Gruppierung der N = 400 Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde die (agglomerative) hierarchische Clusteranalyse angewendet. Als Proximitätsmaß dienten dabei quadrierte euklidische Distanzen, als Algorithmus wurde Ward gewählt. Gerechnet wurden die Analysen mit SPSS, Version 24. Die Entscheidung für die Anzahl der im Weiteren zu differenzierenden Cluster erfolgte auf der Grundlage des mit einzelnen Fusionierungsschritten verbundenen Heterogenitätszuwachses im Dendrogramm, verbunden mit sowie – da Clusteranalysen explorative, heuristische Verfahren sind – inhaltlicher Überlegungen. (Zwei-Cluster-Lösungen wurden a priori vor dem Hintergrund des Erkenntnisinteresses als nicht hinreichend differenziert verworfen, eine größere Anzahl von Clustern wurde – hinreichende inhaltliche Interpretierbarkeit vorausgesetzt – bei ähnlichem Heterogenitätszuwachs präferiert).

Tabelle VI.5 Verteilung der Clustermerkmale (individuelle und gesellschaftliche Möglichkeiten der Förderung und Erhaltung von Gesundheit im Alter)

| Clustervariable | Cluster 1 (N = 75) | Cluster 2 (N=156) | Cluster 3 (N = 169) | Gesamt | Signifikante Unterschiede |
|--|-----------------------|----------------------|------------------------|-----------|------------------------------|
| | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | |
| Sozial aktiv und engagiert bleiben | 1,5 (.53) | 2,0 (.49) | 2,5 (.50) | 2,1 (.64) | 1 < 2 < 3 |
| Sich für etwas im Leben engagieren und einsetzen | 1,3 (.52) | 2,0 (.63) | 2,7 (.47) | 2,1 (.75) | 1 < 2 < 3 |
| Vermeehrt Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen | 1,7 (.48) | 2,1 (.45) | 2,4 (.50) | 2,1 (.55) | 1 < 2 < 3 |
| Körperliche und kognitive Aktivität | 1,5 (.50) | 1,9 (.55) | 2,3 (.46) | 2,0 (.58) | 1 < 2 < 3 |
| Erhaltung körperlicher und geistiger Beweglichkeit | 2,0 (.34) | 2,2 (.42) | 2,6 (.51) | 2,3 (.51) | 1 < 2 < 3 |
| Compliance / Adhärenz | 1,8 (.37) | 2,1 (.48) | 2,5 (.52) | 2,2 (.55) | 1 < 2 < 3 |
| Konzentration auf ein stimulierendes Interessen- und Tätigkeitsspektrum | 1,1 (.33) | 1,9 (.72) | 2,4 (.53) | 2,0 (.75) | 1 < 2 < 3 |
| Beratung und Information durch Ärztin bzw. Arzt | 1,8 (.40) | 2,1 (.45) | 2,5 (.54) | 2,2 (.54) | 1 < 2 < 3 |
| Vermehrte Nutzung von Rehabilitations- maßnahmen (ambulant / stationär) | 1,1 (.31) | 1,8 (.58) | 2,3 (.53) | 1,9 (.68) | 1 < 2 < 3 |
| Vermehrte öffentliche Aufklärung über Altern und Alter | 1,4 (.49) | 1,8 (.51) | 2,5 (.55) | 2,0 (.68) | 1 < 2 < 3 |
| Vermehrte öffentliche Aufklärung über Präventions-, Therapie- und Rehabilita- tionserfolge | 1,4 (.49) | 1,8 (.51) | 2,6 (.54) | 2,0 (.71) | 1 < 2 < 3 |
| Zeit der Ärztin bzw. des Arztes für Patientinnen und Patienten | 1,9 (.41) | 2,2 (.53) | 2,5 (.55) | 2,3 (.56) | 1 < 2 < 3 |
| Verbesserte pflegerische Versorgung: quantitativ | 1,8 (.44) | 2,0 (.63) | 2,3 (.53) | 2,1 (.59) | 1 < 2 < 3 |
| Verbesserte pflegerische Versorgung: qualitativ | 1,7 (.56) | 2,2 (.69) | 2,3 (.54) | 2,2 (.65) | 1 < 2 < 3 |
| Ausbau ambulanter / stationärer Hospizhilfen | 1,6 (.57) | 2,0 (.60) | 2,4 (.50) | 2,1 (.63) | 1 < 2 < 3 |

Für die Gesamtgruppe der Untersuchungsteilnehmerinnen und -teilnehmer liegen die Mittelwerte der 15 Kategorien zwischen 2,3 und 1,9, die Standardabweichungen zwischen .75 und .51. Die höchsten Mittelwerte ergeben sich für die Kategorien Erhaltung der körperlichen und geistigen Beweglichkeit ($M = 2,3$), Zeit der Ärztin bzw. des Arztes für die Patientinnen und Patienten ($M = 2,3$), Compliance / Adhärenz ($M = 2,2$) und Beratung und Information durch Ärztin bzw. Arzt ($M = 2,2$), die niedrigsten Mittelwerte für vermehrte Aufklärung über Alter und Altern ($M = 2,0$), körperliche und kognitive Aktivität ($M = 2,0$), die Konzentration auf ein stimulierendes Interessen- und Tätigkeitsspektrum ($M = 2,0$) und die Nutzung ambulanter und stationärer Rehabilitationsmaßnahmen ($M = 1,9$).

Das Ergebnis der Clusteranalyse legt eine Differenzierung der $N = 400$ Teilnehmerinnen und Teilnehmer in *drei Untergruppen* nahe. Eine erste, vergleichsweise kleine Gruppe von $N = 75$ Personen („Eher geringe Bedeutung von Eigeninitiative mit Blick auf die Gesundheit; eher geringe Beeinflussbarkeit von Gesundheit durch gesundheitsbezogene Informationen“), die im Vergleich mit den anderen beiden Gruppen für alle 15 Kategorien signifikant niedrigere Werte aufweist, eine zweite Gruppe von $N = 156$ Personen („Mittlere Bedeutung von Eigeninitiative und moderate Beeinflussbarkeit durch gesundheitsbezogene Informationen“), die für alle Kategorien Werte aufweist, die zwischen den anderen beiden Gruppen liegen, und eine dritte Gruppe von $N = 169$ Personen („Starke Beeinflussbarkeit von Gesundheit durch gesundheitsförderliches Verhalten, verbunden mit hoher gesundheitsbezogener Eigeninitiative und ausgeprägtem Interesse an gesundheitsbezogenen Informationen“), die für alle 15 Kategorien signifikant höhere Werte aufweist als die beiden anderen Gruppen.

Aus Tabelle VI.6 geht hervor, dass sich signifikante Unterschiede für die soziodemografischen Merkmale „Soziale Schicht“, „Wohnort“ und „Pflegegrad ergeben“.

Die drei Untergruppen (Cluster) werden nachfolgend ausführlicher charakterisiert. Es werden zudem potenzielle Ressourcen und Risiken aufgezeigt, die sich aus den Transaktionen von *individueller gesundheitsbezogener Einstellung* einerseits und *Lebenswelt* andererseits ergeben. Weiterhin stehen mögliche Handlungsansätze zur Stärkung gesundheitsförderlicher Einstellungen im Zentrum des Interesses.

Tabelle VI.6 Verteilung der in der Analyse individueller und gesellschaftlicher Möglichkeiten der Förderung von Gesundheit im Alter differenzierten Cluster nach soziodemografischen Merkmalen

| Außenmerkmale | Cluster 1 (N = 75) (18,8 %) | Cluster 2 (N = 156) (39 %) | Cluster 3 (N = 169) (42,3 %) | Chi ² (df) | p |
|------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------|-----|
| (A) Geschlecht | | | | 1.46 (2) | .48 |
| (B) Lebensalter | | | | 4.94 (6) | .55 |
| (C) Familienstand | | | | 6.17 (4) | .19 |
| (D) Wohnform | | | | 5.83 (2) | .05 |
| Privathaushalt | 45 (60 %) | 103 (66 %) | 126 (75 %) | | |
| Stationäre Einrichtung | 30 (40 %) | 53 (34 %) | 43 (25 %) | | |
| (E) Haushaltsstruktur | | | | 4.33 (2) | .12 |
| Zusammen lebend | | | | | |
| Allein lebend | | | | | |
| (F) Soziale Schicht | | | | 27,55 (4) | .00 |
| Eher niedrig | 35 (47 %) | 38 (24 %) | 29 (17 %) | | |
| Mittel | 35 (47 %) | 93 (60 %) | 102 (60 %) | | |
| Eher hoch | 5 (6 %) | 25 (16 %) | 38 (22 %) | | |
| (G) Wohnort | | | | 14.92 (2) | .00 |
| Land | 39 (52 %) | 66 (42 %) | 47 (28 %) | | |
| Stadtgebiet / Umland | 36 (48 %) | 90 (58 %) | 122 (72 %) | | |
| (H) Pflegegrad | | | | 27,75 (2) | .00 |
| 2 und höher | 51 (68 %) | 86 (55 %) | 58 (34 %) | | |
| 0 und 1 | 24 (32 %) | 70 (45 %) | 111 (66 %) | | |

Cluster 1

Eher geringe Bedeutung von Eigeninitiative für die Gesundheit; eher geringe Beeinflussbarkeit von Gesundheit durch gesundheitsbezogene Informationen

Die zu dieser Gruppe zusammengefassten Untersuchungsteilnehmer*innen zeichnen sich zunächst dadurch aus, dass sie vergleichsweise geringe Möglichkeiten sehen, gesundheitliche Entwicklung im Alter durch individuelles Verhalten nachhaltig zu beeinflussen. Sozialer Aktivität und sozialem Engagement wird ebenso wie (zusätzlichen) kognitiven und körperlichen Aktivitäten eher geringe Bedeutung beigemessen. Gleiches gilt für die Möglichkeit, Einbußen und Verluste durch die Konzentration auf ein stimulierendes Tätigkeits- und Interessenspektrum zu kompensieren. Körperliche und geistige Beweglichkeit wie auch Compliance / Adhärenz werden in ihrem Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung zwar gesehen, dies allerdings vor dem Hintergrund bestehender, teils eben unabänderlicher Grenzen der Selbstgestaltung. Institutionellen und gesellschaftlichen Aufklärungs- und Informationsangeboten – sowohl

mit Blick auf Alter und Altern allgemein als auch mit Blick auf Präventions-, Therapie- und Rehabilitationsmöglichkeiten – wird nur geringe Bedeutung beigemessen. Wichtiger erscheint hier die Ausgestaltung ärztlicher und pflegerischer Versorgung, wobei auch diese als in ihren Möglichkeiten auf Dauer begrenzt wahrgenommen wird.

Auffällig sind in dieser Gruppe ein im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen starkes Überwiegen von Angehörigen der unteren Sozialschicht und Personen mit einem Pflegegrad von 2 oder höher. Der Anteil von Personen, die im Privathaushalt leben, liegt nur wenig über dem Anteil jener, die in einer stationären Einrichtung leben. Deutliche Unterschiede zwischen städtischer und ländlicher Bevölkerung finden sich nicht.

Potenzielle Ressourcen: In dieser Gruppe finden sich Hinweise auf Ressourcen. (a) Eine mittelstark ausgeprägte Tendenz zur Erhaltung körperlicher und geistiger Beweglichkeit sowie zur Compliance/Adhärenz, die deutlich macht, dass das Bewusstsein für gesundheitliche Selbstverantwortung gegeben ist. (b) In jenen Fällen, in denen eine derartige Tendenz auch bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern besteht, kann auch vom Lebensort „Heim“ als einer externalen Ressource gesprochen werden. (c) Ein geringes bis mittelstarkes Motiv, Beratung und Information durch die Ärztin / den Arzt zu erhalten: In jenen Fällen, in denen dieses Motiv eine mittelstarke Ausprägung aufweist, darf von einer gesundheitsförderlichen Ressource gesprochen werden. (d) Die verbesserte pflegerische Versorgung sowie der Ausbau der Hospizhilfe als Thema von mittlerer Bedeutung: Darin drückt sich die Tendenz aus, die eigene zukünftige Versorgungssituation zu antizipieren.

Potenzielle Risiken: Zunächst sind die objektiven Lebensbedingungen genauer in den Blick zu nehmen. (a) Die Tatsache, dass in dieser Gruppe die untere Sozialschicht deutlich überwiegt, lässt uns besser verstehen, warum die Eigenverantwortung mit Blick auf die Gesundheit hier erkennbar niedriger ist als in den beiden anderen Gruppen. Die Zugehörigkeit zu einer unteren Sozialschicht ist, wie bereits mehrfach hervorgehoben, zum einen mit dem Risiko einer deutlich geringeren Gesundheitsbildung, zum anderen mit dem Risiko eines deutlich eingeschränkten Anspruchsniveaus (Erwartungshorizonts) im Hinblick auf gesundheitliche Versorgung verbunden: Gerade in unteren Sozialschichten wird „Alter“ vielfach mit „Krankheit“ gleichgesetzt, woraus sich negative Konsequenzen für die Eigeninitiative mit Blick auf die Gesundheit ergeben können. Zudem haben Angehörige der unteren Sozialschicht in ihrem Lebenslauf gesundheitliche Angebote vielfach ungenutzt gelassen, weil diese nicht Teil ihres Anspruchsniveaus bildeten. (b) Dieser Gruppe gehören zu einem deutlich höheren Anteil Personen an, bei denen ein Pflegegrad von 2 oder höher gegeben ist (68 %). Dies heißt auch: Die Wahrscheinlichkeit, dass diese Personen eine ausgeprägte Eigeninitiative mit Blick auf ihre Gesundheit entwickeln und erhalten, ist geringer als in den beiden anderen Gruppen, in denen höhere Pflegegrade (2 und höher) seltener (siehe Gruppe 2) oder deutlich seltener (siehe Gruppe 3) vertreten sind. Dabei muss die geringere Eigeninitiative nicht allein stärkeren funktionellen Beeinträchtigungen geschuldet sein; in ihr können sich auch das Verständnis von Pflegebedürftigkeit und

die „innere Logik“ der Pflegeversicherung widerspiegeln: Mit Pflegebedürftigkeit werden nicht selten deutlich verringerte Ressourcen zur Selbstständigkeit und Selbstverantwortung verbunden; selbstständigkeitsorientiertes Verhalten wird vielfach nicht gefördert oder verstärkt, sondern vielmehr übergangen. (c) In dieser Gruppe sind Personen, die in einer stationären Einrichtung leben, deutlich stärker repräsentiert als in den beiden anderen Gruppen. Der Heimalltag erschwert möglicherweise den Aufbau und die Erhaltung von Eigeninitiative im Hinblick auf die Mitgestaltung des sozialen Nahumfeldes und im Hinblick auf die Gesundheit (einschließlich der gesundheitlichen Versorgung). In diesem Falle (aber eben nur in diesem Falle) wäre der Lebensort „Heim“ als möglicher Problemfaktor zu werten. (Es sei aus Gründen der Fairness auch festgestellt: Das Heim kann sich im Falle eines innovativen, kompetenz- und teilhabeorientierten Pflege- und Betreuungskonzepts als Ressource erweisen.) Kommen wir nun zu den „internalen“ Bedingungen des Individuums: (d) Zu nennen sind hier zunächst eher geringe soziale Aktivität und geringes soziales Engagement: Mit Blick auf psychische und körperliche Gesundheit ist hier – auch vor dem Hintergrund der in der Literatur berichteten empirischen Befunde – von einem bedeutenden Risikofaktor zu sprechen. (e) Die nur gering ausgeprägte Tendenz, sich für etwas im Leben einzusetzen und zu engagieren, ist als ein potenzielles Gesundheitsrisiko zu deuten, da unter einer derartigen internalen Bedingung die positive Lebensbewertung (Lebensbindung) zurückgeht. (f) Das eher geringe Interesse an Informationen und Aufklärung über Altern und Alter sowie über Präventions-, Therapie- und Rehabilitationserfolge kann einer eher „skeptischen“ Haltung dem (eigenen) Alter gegenüber geschuldet sein; es kann zudem darauf zurückgehen, dass im sozialen Nahumfeld keinerlei Information und Aufklärung über derartige Erfolge angeboten werden. (g) Eine eher geringe körperliche und kognitive Aktivität ist auf den ersten Blick – angesichts des Überwiegens von Pflegegrad 2 und höher – nicht überraschend. Und doch deutet sie auf einen Problemfaktor hin, weil sie dazu beitragen kann, dass sich im Falle einer noch nicht gegebenen Pflegebedürftigkeit eine derartige (früher) einstellt bzw. dass sich im Falle einer bestehenden Pflegebedürftigkeit diese weiter vertieft.

Handlungsansatz

(a) Für Bildungs- und gesundheitliche Versorgungsinstitutionen ergibt sich die Aufgabe, Angehörigen einer eher niedrigen Sozialschicht gegenüber größere Verantwortung für die Bereitstellung gesundheitsbezogener Informationen und gesundheitsförderlicher Dienste zu zeigen. Lebensweltorientierte, informierende und aktiv zugehende gesundheitliche Bildungs- und Beratungsangebote im gesamten Lebenslauf dürfen in ihrer Bedeutung für die Erhaltung von Gesundheit bis in das hohe Alter nicht unterschätzt werden. Durch diese Angebote wird die gesundheitliche Versorgung (und damit auch die Prävention) mit höherer Wahrscheinlichkeit zu einem bedeutenden Merkmal des persönlichen Anspruchsniveaus (oder: Erwartungshorizonts). (b) Es besteht die Notwendigkeit, auch im Falle gegebener – sogar: stärker

ausgeprägter – Pflegebedürftigkeit auf die Sinnhaftigkeit eines aktivierenden, auf Förderung und Erhaltung von Funktionen und Fertigkeiten ausgerichteten Pflege- und Betreuungsansatzes hinzuweisen, in dem auch rehabilitative Elemente vertreten sind. (c) Eine verständliche und motivierende, der Lebenswelt des Individuums entsprechende Information über Ressourcen im Alter wie auch über die positiven Effekte von Übung und Training kann die Motivation, vermehrt Verantwortung für Gesundheit und Lebensqualität wahrzunehmen, steigern. (d) Den Dreh- und Angelpunkt bilden hier die Beziehungen und Kontakte mit dem persönlichen Nahumfeld; zudem sind öffentliche, auch für Menschen mit Beeinträchtigungen geeignete Räume zu schaffen, die als Ort der Begegnung und des Austausches dienen können. Bürgerzentren, die auch mit einem Transportdienst ausgestattet sind bzw. diesen kostengünstig in Auftrag geben können, bilden hier ein bedeutendes institutionelles Angebot.

Cluster 2

Mittlere Bedeutung von Eigeninitiative und moderate Beeinflussbarkeit durch gesundheitsbezogene Informationen

In dieser Gruppe wird Gesundheit als in stärkerem Maße durch gezielte Verhaltensmaßnahmen beeinflussbar wahrgenommen, wobei gleichzeitig aber auch deren Grenzen hervorgehoben werden. Entsprechend wird einzelnen Aktivitäten im Durchschnitt eine mittlere Bedeutung beigemessen. Die Erhaltung von Gesundheit kann in Teilen durch Eigeninitiative beeinflusst werden; persönlichen Bemühungen um die Erhaltung geistiger und körperlicher Beweglichkeit kommt aus Sicht der Untersuchungsteilnehmerinnen und -teilnehmer ähnliche Bedeutung zu wie den berücksichtigten Merkmalen der ärztlichen und pflegerischen Versorgung. Institutionellen und gesellschaftlichen Angeboten mit dem Ziel der Aufklärung und Information wird nur geringe bis mittlere Bedeutung beigemessen, vergleichsweise wichtiger erscheint hier, dass qualitativ hochwertige Angebote medizinischer und pflegerischer Versorgung flächendeckend vorgehalten werden.

In dieser Gruppe überwiegen deutlich Personen, die im Privathaushalt leben; Angehörige der mittleren Sozialschicht sind deutlich stärker repräsentiert als Angehörige der unteren Sozialschicht; der Anteil der städtischen Bevölkerung und der Anteil von Personen mit höherem Pflegegrad (2 und höher) überwiegen leicht.

Potenzielle Ressourcen: Die mittelgradige Ausprägung fast aller einstellungs- und verhaltensbezogenen Merkmale ist im Sinne von Ressourcen zu deuten; es handelt sich zwar nicht um Ressourcen stärkerer Ausprägung, aber doch um gesundheitsbezogene Potenziale, die im Kontext von einstellungs- und verhaltensbezogener Prävention und Intervention (Therapie, Rehabilitation und aktivierende Pflege) durchaus fruchtbar gemacht werden können.

Potenzielle Risiken: Mögliche Risiken: (a) Es findet sich in dieser Gruppe mit 24,5 % ein gegenüber Gruppe 3 (18 %) höherer, gegenüber Gruppe 1 (46,5 %) deutlich niedrigerer Anteil von Angehörigen der unteren sozialen Schicht. Die mit unterer Sozialschicht

assoziierten Risiken wurden bereits im Kontext der Deutung von Gruppe 1 genannt. Diese sind zwar auch für Gruppe 2 anzunehmen, jedoch bei Weitem nicht in dem Ausmaß wie für Gruppe 1. (b) Es findet sich in Gruppe 2 mit 55,5 % ein gegenüber Gruppe 3 (34,5 %) deutlich höherer, gegenüber Gruppe 1 (68 %) niedrigerer Anteil von Personen mit höherem Pflegebedarf (2 und höher). (c) Eine geringe bis mittelstarke Tendenz zur Nutzung von Rehabilitationsangeboten stellt einen potenziellen Problemfaktor dar.

Handlungsansatz

Hier ergeben sich zwei unterschiedliche Sichtweisen: eine *retrospektive*, die fragt, was man in der Vergangenheit hätte tun können, um die Gesundheit bis in das hohe Alter zu fördern; eine *zukunftsorientierte, antizipative*, die fragt, was getan werden kann, um die bestehende Situation zu verbessern oder zumindest zu erhalten bzw. weitere potenzielle Risiken abzuwenden. (a) Aus einer retrospektiven Sicht wird deutlich, mit welchen negativen Folgen für die Gesundheit soziale Ungleichheit verbunden ist. Aus diesem Grund ist das *lebenslauforientierte Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention* (in allen Lebensphasen sind Angebote zur Gesundheitsförderung und zur Prävention vorzuhalten) mit Blick auf die Verringerung der Folgen von sozialer Ungleichheit zu unterstreichen: Es kann nicht genug dafür getan werden, gesundheitsförderliche Angebote zu unterbreiten, die auch Personen aus unteren Bildungsschichten erreichen, ansprechen, motivieren. (b) Aus retrospektiver Sicht ist weiterhin hervorzuheben, dass die vermehrte Förderung von physischer, alltagspraktischer und kognitiver Aktivität im mittleren Erwachsenenalter einen zentralen präventiven Beitrag zur Erhaltung von Selbstständigkeit und (körperlicher wie auch kognitiver) Leistungsfähigkeit im hohen Alter leistet. Es wird weiterhin deutlich, dass auf den konsequenten Einsatz rehabilitativer Maßnahmen auch im hohen Alter (man könnte auch sagen: gerade im hohen Alter) nicht verzichtet werden kann. Denn dadurch könnte – dies zeigen auch die in den Interviews angestellten Beobachtungen und gewonnenen Erkenntnisse – Pflegebedarf in vielen Fällen vermieden werden. (c) Die zukunftsorientierte, antizipative Sicht weist zunächst auf die Notwendigkeit hin, einstellungs- und verhaltensbezogene Ressourcen zu stützen und zu verstärken, gegebenenfalls weiter auszubauen. Die in dieser Gruppe ermittelten Ressourcen legen ein umfassenderes Verständnis von gesundheitlicher Förderung nahe: Pflege sollte immer auch im Sinne von *präventiver Pflege* verstanden werden, die Risiken für die Selbstständigkeit (in den Einstellungen, im Verhalten, aber auch in der räumlichen, sozialen und institutionellen Umwelt) erkennt, adressiert und abbauen hilft. Rehabilitation sollte zu einer zentralen Komponente jeder geriatrischen Behandlung werden; hier ist ein Leitbild der Geriatrie bedeutsam, demzufolge der Fokus nicht nur auf Krankheiten und Krankheitssymptomen liegt, sondern auch auf Funktionalität und funktionellen Ressourcen bzw. Einbußen. Zudem kann eine Psychotherapie, die auf eine Stärkung gesundheits-, selbstständigkeits- und teilhabeförderlicher Überzeugungen und Verhaltens- bzw. Bewältigungsstrategien zielt, einen Beitrag zur Förderung wie auch zur Erhaltung von

Kompetenz leisten. Sport- und bewegungsbezogene Maßnahmen sind hier ebenfalls zu nennen: Denn die Angehörigen dieser Gruppe sind auch für körperliche Aktivitäten ausdrücklich offen. (d) Schließlich adressiert die zukunftsorientierte, antizipative Sicht den Bereich sozialer Beziehungen und sozialer Teilhabe, der als Teil von Gesundheit zu verstehen ist. Die in dieser Gruppe erkennbaren Grade und Formen von sozialer Aktivität und von sozialem Engagement rechtfertigen die Annahme, dass durch die Schaffung von Gelegenheitsstrukturen zur Begegnung und zum Austausch mit anderen Menschen (derselben Generation, nachfolgender Generationen) ein Beitrag zur Förderung und Erhaltung von Lebensqualität geleistet werden kann.

Cluster 3

Starke Beeinflussbarkeit von Gesundheit durch gesundheitsförderliches Verhalten, verbunden mit hoher gesundheitsbezogener Eigeninitiative und ausgeprägtem Interesse an gesundheitsbezogenen Informationen

In dieser Gruppe wird Gesundheit im Alter in starkem Maß als durch individuelles Verhalten und institutionelle Angebote beeinflusst angesehen. Soziale Aktivität und Engagement werden ebenso wie gezielte Maßnahmen zur Förderung körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit als notwendig für die Erhaltung und Förderung von Gesundheit erachtet. Zudem wird Informations- und Aufklärungsangeboten große Bedeutung beigemessen. Weit stärker als in den anderen beiden Gruppen werden Rehabilitationsangebote als Teil einer qualitativ hochwertigen medizinischen und pflegerischen Versorgung wahrgenommen.

Der überwiegende Anteil der Personen lebt im Privathaushalt, die höheren Sozialschicht ist ebenso deutlich stärker repräsentiert wie der Anteil der städtischen Bevölkerung und der Anteil der Personen ohne Pflegegrad bzw. mit Pflegegrad 1.

Potenzielle Ressourcen: Es handelt sich hier um eine Gruppe, die ein hohes gesundheitsbezogenes Engagement – auch mit Blick auf die Gestaltung sozialer Beziehungen, auch mit Blick auf das Engagement in einem oder in mehreren Lebensbereichen – beschreibt. Die Mitglieder dieser Gruppe weisen, verglichen mit den anderen Gruppen, deutlich stärkere Ressourcen im Hinblick auf die verschiedenen Bereiche von Gesundheit – körperliche, seelische, soziale – auf; die verschiedenen einstellungs- und verhaltensbezogenen Merkmale zeigen vielfach hohe gesundheitsförderliche Ausprägungen. Zudem sind Personen mit einem höheren Pflegegrad (2 und höher) in dieser Gruppe deutlich seltener repräsentiert als in den beiden anderen Gruppen; Ähnliches gilt für die Zugehörigkeit zur unteren Sozialschicht. Nun könnte argumentiert werden, dass Pflegegrad und Sozialschicht die Gruppenzugehörigkeit nahezu determinieren. Dies ist allerdings nicht der Fall: denn 18 % der Angehörigen von Gruppe 3 gehören der unteren Sozialschicht an, bei 34,5 % liegt ein Pflegegrad von 2 und höher vor. Daraus folgt: Es sind auch die *internalen Ressourcen* der Person – und zwar Ressourcen, die im Laufe der Biografie entwickelt wurden –, die mit darüber entscheiden, wie sich diese im Alter mit gesundheitlichen Themen auseinandersetzt,

wobei diese Aussage für alle drei gesundheitlichen Bereiche gilt: die körperliche, die seelische und die soziale.

Potenzielle Risiken: Mögliche Risiken sind in dieser Gruppe – wenn man diese als ganze betrachtet – kaum erkennbar.

Handlungsansatz

Die Frage, was zu tun ist, lässt sich wie folgt beantworten: Es ist sicherzustellen, dass diese günstigen einstellungs- und verhaltensbezogenen Konstellationen möglichst lange erhalten bleiben. Angemessene Präventionsangebote wie auch gute Informations- und Beratungsangebote (die die Ressourcenperspektive akzentuieren) sind hier wichtig.

VI.6.2 Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung eigener Gesundheit

In einer zweiten Clusteranalyse ging es uns um die Frage, inwieweit alte Menschen durch ihr Verhalten gezielt Einfluss auf ihre Gesundheit (einschließlich Autonomie und Teilhabe) zu nehmen versuchen (Tabelle VI.7).

In diese Clusteranalyse sind jene 15 Merkmale eingegangen, die als bedeutende Kategorien zur Erfassung der „persönlichen Perspektive“ identifiziert wurden: (1) Gesunde Ernährung, (2) Sportliche Aktivitäten, (3) Gezielte Bewegungsmaßnahmen, (4) Gezielte Entspannungsmaßnahmen (seelische Gesundheit), (5) Suche nach Informationen über gesundheitsförderliches Verhalten, (6) Kontakte zu engen Vertrauten innerhalb der Familie, (7) Kontakte zu engen Vertrauten außerhalb der Familie, (8) Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung von Autonomie, (9) Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung von Teilhabe, (10) Arztbesuche bei aufgetretenen Krankheitssymptomen, (11) Wiederholte Arztbesuche bei chronischen Erkrankungen, (12) Compliance / Adhärenz, (13) Teilnahme an Gruppenmaßnahmen: intragenerationell, (14) Teilnahme an Gruppenmaßnahmen: intergenerationell, (15) Ambulante / stationäre Rehabilitation. Auch diese Kategorien wurden hinsichtlich ihrer Bedeutung für das individuelle Verhalten von zwei Interviewern gemeinsam auf einer dreistufigen Ratingskala mit den Skalenpunkten 1: nicht erkennbar / sehr gering ausgeprägt, 2: mittlere Ausprägung, 3: (eher) starke Ausprägung eingeschätzt.

Für die Gesamtgruppe der Untersuchungsteilnehmerinnen und -teilnehmer liegen die Mittelwerte der 15 Kategorien zwischen 2,6 und 1,7, die Standardabweichungen zwischen .77 und .42. Die höchsten Mittelwerte ergeben sich für die Kategorien „Wiederholte Arztbesuche bei chronischen Erkrankungen“ (M = 2,6), „Kontakte zu engen Vertrauten innerhalb der Familie“ (M = 2,3), „Therapie-Compliance / Adhärenz“ (M = 2,3), „Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung von Teilhabe“ (M = 2,2) und „Arztbesuche bei aufgetretenen Krankheitssymptomen“ (M = 2,2), die niedrigsten Mittelwerte für „Teilnahme an intragenerationellen Gruppen“ (M = 1,8), „Gezielte Entspannungsübungen“ (M = 1,8), „Sportliche Aktivitäten“ (M = 1,7) und „Teilnahme an intergenerationellen Gruppen“ (M = 1,5).

Tabelle VI.7 Verteilung der Clustermerkmale (Verhaltensmaßnahmen im Dienste eigener Gesundheit)

| Clustervariable | Cluster 1 (N = 89) | Cluster 2 (N = 96) | Cluster 3 (N = 107) | Cluster 4 (N = 108) | Gesamt | Signifikante Unterschiede |
|---|-----------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|-----------|------------------------------|
| | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | |
| Gesunde Ernährung | 1,5 (.50) | 2,5 (.58) | 1,8 (.42) | 2,0 (.37) | 2,0 (.58) | 1 < 3 < 4 < 2 |
| Sportliche Aktivitäten | 1,2 (.36) | 2,4 (.56) | 1,4 (.48) | 1,8 (.64) | 1,7 (.69) | 1 < 3 < 4 < 2 |
| Gezielte Bewegungsmaßnahmen | 1,8 (.43) | 2,8 (.44) | 2,1 (.42) | 2,1 (.38) | 2,2 (.55) | 1 < 3, 4 < 2 |
| Gezielte Entspannungsmaßnahmen (seelische Gesundheit) | 1,2 (.43) | 2,4 (.58) | 1,6 (.54) | 1,9 (.51) | 1,8 (.66) | 1 < 3 < 4 < 2 |
| Suche nach Informationen über gesundheitsförderliches Verhalten | 1,7 (.48) | 2,7 (.45) | 2,0 (.32) | 2,2 (.45) | 2,2 (.57) | 1 < 3 < 4 < 2 |
| Kontakte zu engen Vertrauten innerhalb der Familie | 2,0 (.52) | 2,4 (.65) | 2,3 (.55) | 2,5 (.65) | 2,3 (.62) | 1 < 3 < 4, 2 |
| Kontakte zu engen Vertrauten außerhalb der Familie | 1,3 (.47) | 2,5 (.52) | 1,9 (.67) | 2,4 (.58) | 2,1 (.72) | 1 < 3 < 4, 2 |
| Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung von Autonomie | 1,8 (.47) | 2,5 (.50) | 2,0 (.48) | 2,3 (.48) | 2,2 (.56) | 1 < 3 < 4 < 2 |
| Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung von Teilhabe | 1,2 (.40) | 2,8 (.42) | 2,2 (.47) | 2,5 (.54) | 2,2 (.73) | 1 < 3 < 4 < 2 |
| Arztbesuche bei aufgetretenen Krankheitssymptomen | 2,1 (.43) | 2,3 (.45) | 2,1 (.32) | 2,3 (.45) | 2,2 (.42) | 1, 3 < 4, 2 |
| Wiederholte Arztbesuche bei chronischen Erkrankungen | 2,4 (.56) | 2,8 (.44) | 2,5 (.52) | 2,6 (.48) | 2,6 (.52) | 1, 3 < 4, 2 |
| Therapie-Compliance / Adhärenz | 2,0 (.60) | 2,6 (.50) | 2,0 (.52) | 2,4 (.62) | 2,3 (.61) | 1, 3 < 4, 2 |
| Teilnahme an Gruppenmaßnahmen: intragenerationell | 1,3 (.53) | 2,2 (.72) | 1,2 (.41) | 2,4 (.57) | 1,8 (.77) | 1, 3 < 4, 2 |
| Teilnahme an Gruppenmaßnahmen: intergenerationell | 1,1 (.31) | 2,1 (.68) | 1,2 (.41) | 1,7 (.59) | 1,5 (.65) | 1, 3 < 4 < 2 |
| Ambulante / stationäre Rehabilitation | 1,3 (.60) | 2,2 (.56) | 1,6 (.55) | 1,9 (.46) | 1,8 (.62) | 1, 3 < 4 < 2 |

Das Ergebnis der Clusteranalyse legt eine Differenzierung der N = 400 Teilnehmerinnen und Teilnehmer in vier Untergruppen nahe: (1) Gering ausgeprägtes Gesundheitsverhalten; eher geringe soziale Aktivität und Teilhabe; (2) Stark ausgeprägtes (körperliches und seelisches) Gesundheitsverhalten sowie stark ausgeprägte soziale Aktivität, Autonomie und Teilhabe; (3) Weniger stark ausgeprägtes Gesundheitsverhalten; mittelgradige Aktivität und Teilhabe; (4) Etwas stärker ausgeprägtes Gesundheitsverhalten; eher hohe soziale Aktivität, Autonomie und Teilhabe. Aus Tabelle VI.7 geht hervor, dass die erste und die dritte Gruppe durchgängig signifikant niedrigere Werte aufweisen als die zweite und die vierte Gruppe. Des Weiteren liegen die Werte bei den Angehörigen der ersten Gruppe in neun der 15 Kategorien signifikant unter jenen der Gruppe 3. Für Arztbesuche, die Nutzung von Gruppenangeboten, Adhärenz und Rehabilitation findet sich kein bedeutsamer Unterschied zwischen der ersten und der dritten Gruppe. Mit Ausnahme der Merkmale „Kontakte zu engen Vertrauten innerhalb der Familie“ sowie „Teilnahme an Gruppenmaßnahmen: intragenerationell“ weisen die Angehörigen der Gruppe 2 für alle Kategorien die höchsten Durchschnittswerte auf.

Aus Tabelle VI.8 geht hervor, dass sich signifikante Unterschiede für die soziodemografischen Merkmale „Geschlecht“, „Familienstand“, „Wohnform“, „Wohnort“, „Soziale Schicht“ und „Pflegegrad“ ergeben.

Insgesamt lassen sich die vier Gruppen wie folgt charakterisieren:

Tabelle VI.8 Verteilung der in der Analyse zu Verhaltensmaßnahmen im Dienst eigener Gesundheit differenzierten Cluster nach soziodemografischen Merkmalen

| Außenmerkmale | Cluster 1 (n = 89) | Cluster 2 (n=96) | Cluster 3 (n = 107) | Cluster 4 (n = 108) | Chi ² (df) | p |
|------------------------|-----------------------|---------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|-----|
| (A) Geschlecht | | | | | 9,48 (3) | .24 |
| Frauen | 51 (57 %) | 62 (65 %) | 47 (44 %) | 63 (58 %) | | |
| Männer | 38 (43 %) | 34 (35 %) | 60 (56 %) | 45 (42 %) | | |
| (B) Lebensalter | | | | | 10,36 (9) | .32 |
| (C) Familienstand | | | | | 15,73 (6) | .02 |
| Verheiratet | 32 (36 %) | 53 (55 %) | 39 (37 %) | 54 (50 %) | | |
| Verwitwet | 46 (52 %) | 29 (30 %) | 57 (53 %) | 40 (37 %) | | |
| Ledig, geschieden | 11 (12 %) | 14 (15 %) | 11 (10 %) | 14 (13 %) | | |
| (D) Wohnform | | | | | 10,93 (3) | .01 |
| Privathaushalt | 63 (71 %) | 75 (78 %) | 61 (57 %) | 75 (69 %) | | |
| Stationäre Einrichtung | 26 (29 %) | 21 (22 %) | 46 (43 %) | 33 (31 %) | | |
| (E) Haushaltsstruktur | | | | | 7,00 (6) | .32 |
| Zusammen lebend | | | | | | |
| Allein lebend | | | | | | |

Tabelle VI.8 Fortsetzung

| Außenmerkmale | Cluster 1 (n = 89) | Cluster 2 (n=96) | Cluster 3 (n = 107) | Cluster 4 (n = 108) | Chi ² (df) | p |
|----------------------|-----------------------|---------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|-----|
| (F) Soziale Schicht | | | | | 48,12 (6) | .00 |
| Eher niedrig | 46 (52 %) | 19 (20 %) | 23 (21 %) | 14 (13 %) | | |
| Mittel | 34 (38 %) | 53 (55 %) | 67 (63 %) | 76 (70 %) | | |
| Eher hoch | 9 (10 %) | 24 (25 %) | 17 (16 %) | 18 (17 %) | | |
| (G) Wohnort | | | | | 9,19 (3) | .03 |
| Land | 44 (29 %) | 30 (31 %) | 44 (41 %) | 34 (31 %) | | |
| Stadtgebiet / Umland | 45 (51 %) | 66 (69 %) | 63 (59 %) | 74 (69 %) | | |
| (H) Pflegegrad | | | | | 42,41 (3) | .00 |
| 2 und höher | 62 (70 %) | 28 (29 %) | 65 (61 %) | 40 (37 %) | | |
| 0 und 1 | 45 (51 %) | 27 (30 %) | 42 (39 %) | 68 (63 %) | | |

Cluster 1

Gering ausgeprägtes Gesundheitsverhalten; eher geringe soziale Aktivität und Teilhabe

Die in dieser Gruppe zusammengefassten Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer beschreiben ihren Lebensstil nur in geringem Maße als gesundheitsbewusst bzw. als durch das Bemühen um eine Erhaltung und Förderung eigener Gesundheit geprägt. Gesunde Ernährung, Sport und Bewegung stellen keine besonderen Anliegen dar, gezielte Maßnahmen zur Erhaltung von Autonomie und Teilhabe sind selten. Soziale Kontakte konzentrieren sich weitgehend auf Familienangehörige. Das Interesse an Informationen über gesundheitsförderliches Verhalten ist eher gering, den Anlass für die Beschäftigung mit der eigenen Gesundheit bietet primär oder allein das Auftreten von Symptomen und Erkrankungen. Entsprechend kommt Arztbesuchen unter den berücksichtigten gesundheitsbezogenen Maßnahmen die größte Bedeutung zu.

Auffällig sind ein vergleichsweise hoher Anteil Verwitweter, ein hoher Anteil von Angehörigen der eher unteren Sozialschicht sowie ein hoher Anteil an Personen mit einem höheren Pflegegrad. Die Mehrzahl der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer dieser Gruppe lebt im Privathaushalt.

Potenzielle Ressourcen: (a) Therapie bildet hier ein subjektives Thema mittlerer Ausprägung; (b) Autonomie (Selbstständigkeit und Selbstverantwortung) bildet ein Thema mittlerer Ausprägung; (c) es besteht eine mittelgradig ausgeprägte Familienorientierung.

Potenzielle Risiken: (a) Das gesundheitsverantwortliche Verhalten (Ernährung, Bewegung, Sport, Entspannungstechniken) ist nur gering ausgeprägt; (b) die soziale Teilhabe ist gering ausgeprägt; (c) dieser Gruppe gehört eine höhere Anzahl von Menschen aus der unteren Sozialschicht an; (d) in dieser Gruppe sind Personen mit einem

höheren Pflegegrad (2 und höher) stärker repräsentiert; (e) in dieser Gruppe findet sich eine vergleichsweise höhere Anzahl von verwitweten Menschen.

Handlungsansatz

(a) Es fällt auf, dass gesundheitsförderliche Themen wie gesunde Ernährung, sportliche Aktivität und Bewegungsfreude sowie entspannungsorientierte Techniken in dieser Gruppe kaum repräsentiert sind. Damit ist im Grunde ein Lebensstil angedeutet, in dem sich nur eine geringe Empfänglichkeit (oder Sensibilität) für gesundheitliche Fragen widerspiegelt. Die Sensibilisierung für gesundheitliche Fragen, das Aufzeigen von Möglichkeiten, etwas für die eigene Gesundheit zu tun, bildet bei den Angehörigen dieser Gruppe eine besonders wichtige Aufgabe. (b) Dabei kann angesetzt werden bei einer mittelgradigen Therapie- und Autonomieorientierung: Für die Angehörigen dieser Gruppe sind Aspekte einer fachlich fundierten, wirksamen Therapie von mittlerer Wichtigkeit; Gleiches gilt für die Erhaltung der Autonomie. Hier also ist eine Gesundheitsberatung wichtig, die verdeutlicht, wie eng die beiden Themen „Therapie“ und „Autonomie“ mit einem gesundheitsförderlichen Lebensstil verknüpft sind. (c) Dabei ist zu berücksichtigen, dass Angehörige aus der unteren Sozialschicht in dieser Gruppe stärker vertreten sind, was auch bedeutet: Es besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass die Angehörigen dieser Gruppe eine vergleichsweise geringe Gesundheitsbildung erfahren haben, sodass sich im hohen Alter die Aufgabe des „Nachlernens“ ergibt – eine wichtige Aufgabe nicht nur der hausärztlichen Medizin, sondern auch der präventiven Pflege und der zugehenden Intervention; dabei ist auch die Bereitstellung von Materialien wichtig, die zu vermehrter Gesundheitsorientierung motivieren und in einer lebensweltorientierten Art und Weise aufzeigen, wie ein gesundheitsbewusster Lebensstil entwickelt und aufrechterhalten werden kann. (d) Die Tatsache, dass ein höherer Pflegegrad (2 und höher) in dieser Gruppe in stärkerem Maße anzutreffen ist, spricht nicht gegen die Notwendigkeit der Motivation zu einer stärkeren Gesundheitsorientierung, sondern – im Gegenteil – für diese; auch hier kann und sollte an der mittelgradig ausgeprägten Autonomieorientierung angesetzt werden.

Cluster 2

Stark ausgeprägtes (körperliches und seelisches) Gesundheitsverhalten; stark ausgeprägte soziale Aktivität, Autonomie und Teilhabe

Die in dieser Gruppe zusammengefassten Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer können als ernährungsbewusst, sportlich aktiv, bewegungsfreudig, entspannungs-, gesundheits-, therapie- und autonomieorientiert, familienbezogen, kontaktfreudig, teilhabeorientiert und stärker sozialkommunikativ orientiert beschrieben werden.

Unter den Angehörigen dieser Gruppe finden sich mehr Frauen, mehr Verheiratete und mehr Personen, die im Privathaushalt leben. Diese zählen eher zur mittleren

bis höheren Sozialschicht, leben eher in der Stadt oder im Stadtumland und haben einen eher geringeren Pflegegrad.

Potenzielle Ressourcen: (a) Ernährungsbewusste Lebensführung; (b) große Bedeutung von Bewegung und Sport – auch im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention; (c) große Bedeutung eines auf Erhaltung von Autonomie (Selbstständigkeit und Selbstbestimmung) gerichteten Lebensstils; (d) Suche nach Phasen der Entspannung; (e) familienbezogen; (f) teilhabeorientiert; (h) stärker sozialkommunikativ- und teilhabeorientiert; (i) eher mittlere bis hohe soziale Schicht; (g) eher fehlender oder geringer Pflegegrad

Potenzielle Risiken: Es sind keine Risiken erkennbar.

Handlungsansatz

Hier sind zwei Perspektiven wichtig: (a) Es ist eine Analyse darüber vorzunehmen, inwieweit sich dieser Lebensstil in der Biografie ausgebildet und im hohen Alter möglicherweise differenziert hat. In der empirischen Untersuchung wurde deutlich, dass es sich hier um einen in früheren Lebensabschnitten entwickelten Lebensstil handelt, der in den späteren Lebensabschnitten nur geringfügig modifiziert wurde. Dabei spielten auch die günstigen Lebens- und Entwicklungsbedingungen eine wichtige Rolle. (b) Hier ist zu fragen, inwieweit sich dieser gesundheits- und teilhabeförderliche Lebensstil auch in den kommenden Jahren *fortsetzen* lässt. Folgt man den in den Interviews getroffenen Aussagen, dann ist aus Sicht der alten Menschen der Ausbau von sport-, bewegungs-, sozial- und kulturbezogenen Angeboten wichtig, die zur Aufrechterhaltung eines derartigen Lebensstiles motivieren und dessen Aufrechterhaltung unterstützen. Es wurde zum einen die mobilitätsförderliche Verkehrsgestaltung, zum anderen eine noch stärkere Orientierung der Angebote an den spezifischen Bedürfnissen (Stärken, Verletzlichkeiten) alter Menschen hervorgehoben.

Cluster 3

Weniger stark ausgeprägtes Gesundheitsverhalten; mittelgradige Aktivität und Teilhabe

Die Angehörigen dieser Gruppe sind in mittlerem Grade ernährungsbewusst, eher wenig sportlich aktiv, in mittlerem Grade bewegungs-, in geringerem Maße entspannungs-, in mittlerem Grad therapieorientiert, in mittlerem Grad autonomieorientiert und kontaktfreudig und eher teilhabeorientiert.

Soziodemografisch ist diese Gruppe eher durch männliches Geschlecht, Verwitwung, mittlere Sozialschicht und höheren Pflegegrad gekennzeichnet. Die meisten leben im Stadtgebiet/ Umland.

Potenzielle Ressourcen: Alle mittelgradigen Ausprägungsgrade im gesundheitsbezogenen Verhalten wie auch im sozialkommunikativ- und teilhabeorientierten Verhalten

Potenzielle Risiken: (a) Geringe Sensibilität für gesunde Ernährung; (b) geringe sportliche Aktivität; (c) gering ausgeprägte Suche nach Phasen der Entspannung; (d) größere Anzahl von Personen mit höherem Pflegegrad (2 und höher)

Handlungsansatz

Es ist (a) an den mittelgradigen Ausprägungsgraden im gesundheits-, sozialkommunikativ- und teilhabeorientierten Verhalten anzusetzen: Dieses Verhalten zu verstärken, beschreibt ein bedeutsames Präventionsziel. Es ist (b) zu prüfen, inwieweit das Bewusstsein für gesunde Ernährung gestärkt werden kann; zudem ist (c) zu prüfen, inwieweit die Person auch für Sportangebote gewonnen werden kann; diese Sportangebote könnten (d) in ein physiotherapeutisches Konzept integriert werden. Dass ein derartiges Konzept notwendig ist, zeigt auch die Tatsache, dass in dieser Gruppe Personen mit einem höheren Pflegegrad (2 und höher) stärker repräsentiert sind.

Cluster 4

Etwas stärker ausgeprägtes Gesundheitsverhalten; eher hohe soziale Aktivität, Autonomie und Teilhabe

Die Personen sind in mittlerem Grade ernährungsbewusst, in mittlerem Grade sportlich aktiv, in mittlerem Grade bewegungs- und entspannungsorientiert, autonomie- und teilhabeorientiert, kontaktfreudig, sozialkommunikativ orientiert; in stärkerem Maße therapieorientiert.

Es überwiegen eher Frauen, die Zugehörigkeit zur mittleren bis höheren Sozialschicht, das Leben im Privathaushalt und ein geringerer Pflegegrad.

Potenzielle Ressourcen: Gesundheitsförderliches Verhalten, das zwar in der Regel nur mittelgradig ausgeprägt ist, das sich aber zugleich auf zahlreiche Aspekte von Gesundheit, Autonomie und Teilhabe konzentriert. Ausgeprägte Kontaktfreude, eingebettet in eine hohe Kommunikations- und Teilhabeorientierung (als Lebensstilkomponente).

Potenzielle Risiken: Diese sind nicht erkennbar.

Handlungsansatz

Es findet sich hier zum einen eine durchweg mittelgradige Ausprägung gesundheitsförderlichen Verhaltens, zum anderen eine hohe Kontaktfreude wie auch eine hohe sozialkommunikative Orientierung und Teilhabeorientierung, die sich positiv auf gesundheitsförderliches Verhalten auswirken kann. In dieser Gruppe ist die mittlere bis höhere Sozialschicht vergleichsweise stärker repräsentiert, ein höherer Pflegegrad (2 und höher) hingegen geringer. Es handelt sich auch hier – ähnlich der Gruppe 2 – um eine Gruppe, in der Frauen stärker vertreten sind als Männer. Mit anderen Worten: Jene beiden Gruppen, in denen sich ein stärker ausgeprägtes Gesundheitsverhalten

sowie eine eher hohe soziale Aktivität bzw. Teilhabe finden, zeigen zugleich einen *höheren Anteil an Frauen*. Dies lässt die allgemeine Aussage zu, dass bei allen Präventions- und Interventionskonzepten auch eine *geschlechtsdifferenzielle Perspektive* notwendig ist, die eine erhöhte Sensibilität mit Blick auf das Gesundheitsverhalten von Männern aufweist.

VI.7 Fazit

Die hier berichteten Befunde machen deutlich, dass alte Menschen im Allgemeinen *Möglichkeiten der Selbstgestaltung*, und zwar im Sinne der Einflussnahme auf die eigene körperliche und geistige Gesundheit, erkennen und durch gezieltes Verhalten zu realisieren versuchen. Sie erleben sich mithin als (mit-)verantwortlich für ihre eigene gesundheitliche Entwicklung. Die ermittelten Zusammenhänge zwischen den identifizierten Gruppen einerseits, den soziodemografischen Merkmalen andererseits weisen allerdings auch auf erhebliche soziale Ungleichheiten hin. In allen Analysen – in jenen zum Verhalten im Dienste eigener Gesundheit wie in jenen zu gesundheitsförderlichen Beiträgen von Individuum und Gesellschaft – erwies sich insbesondere die *soziale Schichtzugehörigkeit* als eine wichtige differenzierende Variable.

Personen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status haben nachgewiesenermaßen ein signifikant erhöhtes Krankheitsrisiko: Im Hinblick auf kardio- und zerebrovaskuläre Erkrankungen, neurodegenerative Erkrankungen, Stoffwechsel- und Tumorerkrankungen sowie entzündliche Erkrankungen der Gelenke wird ein enger Zusammenhang zwischen sozialem Status und Krankheitsrisiko festgestellt und eine Erhöhung um das Zwei- bis Dreifache in den unteren sozialen Schichten beobachtet.³⁵ *Bildung* stellt dabei unter jenen Merkmalen, die den sozialen Status eines Individuums definieren, die zentrale Einflussgröße von Gesundheit dar: Sowohl das Morbiditäts- als auch das Mortalitätsrisiko im hohen Alter sind eng mit dem Bildungsstand assoziiert.³⁶ Unabhängig von anderen Merkmalen des sozioökonomischen Status geht ein geringeres Bildungsniveau mit einem höheren Risiko (a) chronischer Erkrankungen und Beeinträchtigungen, (b) damit verbundener körperlicher und psychischer Belastungen sowie (c) aus diesen Belastungen resultierender Verringerungen der Teilhabechancen einher.³⁷

Die ausgeprägten sozialen Schichtunterschiede mit Blick auf gesundheitliche Risiken und Problemlagen wie auch mit Blick auf den Zugang zu und den realisierten Nutzen von medizinischer und pflegerischer Versorgung³⁸ sprechen für die Notwen-

35 Ulusoy & Gräsel (2010)

36 Clark & Roayer (2013); Fletcher (2014); Meghir et al. (2012)

37 Mielck et al. (2014)

38 Deutscher Bundestag (2016)

digkeit *gezielter Beratung und Begleitung* dieser Personengruppen im Hinblick auf Patientenrechte und mögliche Effekte einer gesundheitsbezogenen Intervention. Infrage kommen hier zum Beispiel präventive Hausbesuche durch Sozialarbeiterinnen und -arbeiter und Pflegefachpersonen, die über ausreichende Expertise im Hinblick auf schicht- und kulturspezifische Verständnisformen von Altern, Gesundheit und Krankheit wie auch im Hinblick auf schicht- und kulturspezifische Krankheitsrisiken, Symptompräsentationen, alters- und gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen verfügen.³⁹ Mit derartig qualifiziertem Fachpersonal wäre die Etablierung und Implementierung entsprechender neuer Aufgaben oder Funktionen zu unterstützen, deren Kernelement die schicht-, milieu- und kultursensible Beratung und Begleitung von Patientinnen und Patienten bildet.⁴⁰ Dabei sind derartige Beratungs- und Begleitungsangebote *in allen Phasen des Lebenslaufs* vorzuhalten; Gesundheitsbildung (*health literacy*) ist schon in früheste Bildungsangebote zu integrieren; Schicht-, Milieu- und Kultursensibilität müssen als *cantus firmus* von Gesundheits- und Bildungsangeboten für Kinder, Jugendliche, Menschen im frühen, mittleren und hohen Erwachsenenalter begriffen und umgesetzt werden.

39 Kono et al. (2012); Stuck et al. (2002)

40 Lie et al. (2011); Purnell (2012, 2014)

Literatur

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping. New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.
- Bartels, F., Eckardt, C., & Wittrich, A. (2019). *Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie*. Bd. 1: *Grundlagen und Formulierungshilfen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bozzaro, C., Boldt, J., & Schweda, M. (2018). Are older people a vulnerable group? Philosophical and bioethical perspectives on ageing and vulnerability. *Bioethics*, 32, 233–239.
- Bu, F., Philip, K., & Fancourt, D. (2020). Social isolation and loneliness as risk factors for hospital admissions for respiratory disease among older adults. *Thorax*, 75(7), 597–599. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2020-214873>.
- Clark, D., & Royer, H. (2013). The Effect of Education on Adult Mortality and Health: Evidence from Britain. *American Economic Review*, 103, 2087–2120.
- Dangel, B., & Korporal, J. (2003). Kann Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Grundlage eines spezifischen pflegerischen Ansatzes der Rehabilitation sein? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36, 50–62.
- Deutscher Bundestag (2016). *Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften* (Bundestagsdrucksache 18/10210). Berlin: Deutscher Bundestag.
- Fletcher, J. M. (2014). New evidence of the effects of education on health in the US: compulsory schooling laws revisited. *Social Science & Medicine*, 127, 101–107.
- Freund, A. M., & Hennecke, M. (2015). On means and ends: The role of goal focus in successful goal pursuit. *Current Directions in Psychological Science*, 24, 149–153.
- Fries, J. F. (2016). On the compression of morbidity: from 1980 to 2015 and beyond. In N. Musi, & P. Hornsby (2016) *Handbook of the Biology of Aging* (S. 507–524). New York: Academic Press.
- Frühwald, T. (2012). Ethik in der Geriatrie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45, 545–557.
- Gadamer, H.-G. (1993). *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gadamer, H.-G. (2003). *Schmerz. Einschätzungen aus medizinischer, philosophischer und therapeutischer Sicht*. Heidelberg: Winter.
- GKV-Spitzenverband (2018). *Leitfaden für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI (2018)*. Berlin: GKV-Spitzenverband.

- Görres, S., Schmitt, S., Neubert, L., Zimmermann, M., & Stolle, C. (2013). *Prävention in der Pflege. Maßnahmen und ihre Wirksamkeit*. Abschlussbericht für das ZQP.
- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40, 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>.
- Hayoun, M.-R. (1999). *Maimonides. Arzt und Philosoph im Mittelalter*. München: Beck.
- Heidrich, P. (2010). *Im Gespräch mit Meister Eckhart und Maimonides*, herausgegeben von H. M. Niemann (Rostocker Theologische Studien 22). Münster: LIT-Verlag.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2010). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>.
- Klein, J., & Knesebeck, O. (2016). Soziale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung. Ein Überblick über aktuelle Befunde aus Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 59, 238–244.
- Kono, A., Kanaya, Y., Fujita, T., Tsumura, C., Kondo, T., Kushiya, K., & Rubenstein, L. Z. (2012). Effects of a preventive home visit program in ambulatory frail older people: a randomized controlled trial. *The Journal of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 67(3), 302–309.
- Kramer, A. F., & Colcombe, S. (2018). Fitness effects on the cognitive function of older adults: A meta-analytic study — revisited. *Perspectives on Psychological Science*, 13, 213–217. <http://dx.doi.org/10.1177/1745691617707316>.
- Krehl, L. (1906). *Pathologische Physiologie*. Leipzig: Thieme.
- Kruse, A. (1987). Coping with chronic disease, dying and death – a contribution to competence in old age. *Comprehensive Gerontology*, 1, 1–11.
- Kruse, A. (2002). Produktives Leben im Alter. Der Umgang mit Verlusten und der Endlichkeit des Lebens. In R. Oerter, & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (4. Aufl.), (S. 563–574). Weinheim: Beltz PVU.
- Kruse, A. (2009a). Coping – Anthropologische Überlegungen zur Auseinandersetzung des Menschen mit Aufgaben und Belastungen. In D. Schaeffer (Hrsg.), *Bewältigung chronischer Krankheiten im Lebenslauf* (S. 179–206). Bern: Huber.
- Kruse, A. (2009b). Die Bewältigung chronischer Erkrankung – Anthropologische Überlegungen zur Krankenbehandlung. In G. Etzelmüller, & A. Weissenrieder (Hrsg.), *Religion und Krankenbehandlung. Welche Formen der Kopplung sind lebensförderlich?* (S. 100–125). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Kruse, A. (2017). *Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife*. Heidelberg: Springer.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2015). Glück und Unglück im hohen Alter. Ein empirischer Beitrag zur Wertverwirklichung alter und sehr alter

- Menschen. *Psychotherapie im Alter*, 12, 425–440.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2016). Soziale Ungleichheit, Gesundheit und Pflege im höheren Lebensalter. *Bundesgesundheitsblatt*, 59(2), 252–258.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2018). Psychosoziale Faktoren geriatrischer Krebspatienten. In M. Ebert, N. Härtel, & U. Wedding (Hrsg.), *Geriatrische Onkologie* (S. 155–174). Berlin: Springer.
- Kümpers, S., & Zander, M. (2012). Der Autonomiebegriff im Kontext von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und sozialer Benachteiligung. In S. Kümpers, & I. Heusinger (Hrsg.), *Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? Altern unter Bedingungen von Marginalisierung* (S. 21–38). Bern: Huber.
- Kuhlmei, A., & Tesch-Römer, C. (Hrsg.). (2012). *Autonomie trotz Multimorbidität: Ressourcen für Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im Alter*. Göttingen: Hogrefe.
- Lampert, T., Richter, M., Schneider, S., Spallek, J., & Dragano, N. (2016). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 59, 153–165.
- Lee, J., Lau, S., Meijer, E., & Hu, P. (2020). Living longer, with or without disability? A global and longitudinal perspective. *The Journals of Gerontology: Series A*, 75, 162–167.
- Lie, D. A., Lee-Rey, E., Gomez, A., Berekyei, S., & Braddock, C. H. III. (2011). Does cultural competency training of health professionals improve patient outcomes? A systematic review and proposed algorithm for future research. *Journal of General Internal Medicine*, 26, 317–325.
- Maimonides, M. (1992). *Eine Abhandlung zur jüdischen Ethik und Gotteserkenntnis*. Hamburg: Meiner.
- Meghir, C., Palme, M., & Simeonova, E. (2012). *Education, health and mortality: Evidence from a social experiment*. <http://ftp.iza.org/dp6462.pdf>.
- Mielck, A., Vogelmann, M., & Leidl, R. (2014). Health-related quality of life and socioeconomic status: inequalities among adults with a chronic. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 58–67.
- Naegele, G. (2016). 25 Jahre sozialgerontologische Forschung in Dortmund. In G. Naegele, E. Olbermann, & A. Kuhlmann (Hrsg.) *Teilhabe im Alter gestalten* (S. 13–44). Wiesbaden: Springer VS.
- Pohlmann, S. (Hrsg.). (2016). *Alter und Prävention*. Wiesbaden: Springer VS.
- Potter, S., Drewelies, J., Wagner, J., Duezel, S., Brose, A., Demuth, I., Steinhagen-Thiessen, E., Lindenberger, U., Wagner, G. G., & Gerstorf, D. (2020). Trajectories of multiple subjective well-being facets across old age: The role of health and personality. *Psychology and Aging*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/pag0000459>.
- Purnell, L. D. (2012). *Transcultural health care: A culturally competent approach*. Philadelphia: FA Davis.
- Purnell, L. D. (2014). *Guide to culturally competent health care*. Philadelphia: FA Davis.

- Remmers, H., & Walter, U. (2013). Altersbilder bei Gesundheitsberufen. Einige neuere Befunde. In *Psychotherapie im Alter*, 10(2), 267–278.
- Siebeck, P. (1973). *Medizin in Bewegung*. Stuttgart: Thieme.
- Staudinger, U. M. (2020). The positive plasticity of adult development: Potential for the 21st century. *American Psychologist*, 75, 540–553.
- Stuck, A. E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E., & Beck, J. C. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *Jama*, 287(8), 1022–1028. <https://doi.org/10.1001/jama.287.8.1022>.
- Sulmasy, D. P. (2009). Spirituality, religion, and clinical care. *Chest*, 135(6), 1634–1642.
- Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42, 24–33.
- Ulusoy, N., & Gräßel, E. (2010). Türkische Migranten in Deutschland. Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege – ein Überblick. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43, 330–338.
- Verbrugge, L. M. (2020). Revisiting the Disablement Process. In C. Jagger, E. M. Crimmins, Y. Saito, R. Yokota, H. Van Oyen, & J. M. Robine (Hrsg.) *International Handbook of Health Expectancies* (S. 275–285). Cham: Springer.
- Wahl, H. W. (2020). Aging Successfully: Possible in Principle? Possible for all? Desirable for all? *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 54, 251–268.
- Wahl, H. W., Iwarsson, S., & Oswald, F. (2012). Aging well and the environment: toward an integrative model and research agenda for the future. *The Gerontologist*, 52, 306–316.
- Weizsäcker, V. v. (1933/1987). Ärztliche Fragen. In V. v. Weizsäcker, *Gesammelte Schriften* (Bd. 5) (S. 259–342). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Wittrich, A., Schumann, S., Bruss, M., Eschmann, S., Jacobs, G., Gerdemann, N., & Czemplik, S. (2019). *Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie* (Bd. 2). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wrzus, C., Wagner, G. G., & Riediger, M. (2016). Personality-situation transactions from adolescence to old age. *Journal of Personality and Social Psychology*, 110, 782–799.

Kapitel VII

Schmerzempfinden und Schmerzverarbeitung

Andreas Kruse, Hartmut Remmers,
Eric Schmitt, Beate Wild

Zusammenfassung Gegenstand des Kapitels sind die subjektive Bedeutung von Schmerzen sowie Merkmale des Schmerzerlebens und deren Zusammenhänge mit der psychischen Situation bei alten Menschen. Für 260 der 400 Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Alter von 75 bis 95 Jahren erwiesen sich Schmerzen im Interview als ein Daseinsthema von mittlerer oder großer Bedeutung. Die für diese erstellten Schmerzprotokolle ergaben keine statistisch bedeutsamen Korrelationen zwischen der *Häufigkeit und Intensität von Schmerzen* und den mithilfe psychometrischer Verfahren erhobenen zehn Merkmalen der psychischen Situation. Für das *Ausmaß der Schmerzkontrolle* ergaben sich hingegen (hoch-)bedeutsame Zusammenhänge zu Optimismus, Kohärenzgefühl, wahrgenommenen Entwicklungsgewinnen und Lebenszufriedenheit. Die Ergebnisse legen nahe, dass (a) Schmerztherapien im Alter weiterhin noch nicht genügend zum Einsatz gelangen oder noch nicht ausreichend erfolgreich sind, (b) das Schmerzerleben in eine körperliche, psychische und soziokulturelle Gesamtsituation eingebettet ist, die einerseits Zusammenhänge zwischen Schmerzen und Merkmalen der psychischen Situation moderiert, andererseits auch unabhängig vom Schmerzerleben die psychische Situation beeinflusst. Vor diesem Hintergrund sind eine differenzierte Schmerzdiagnostik und eine an individuellen Bedarfen und Bedürfnissen ausgerichtete Schmerztherapie wichtige Ansatzpunkte für die gesundheitliche Versorgung im Alter.

Schlagwörter Chronische Schmerzen, Prävention im Alter, psychische Situation im Alter, Schmerzerleben, Schmerztherapie

Abstract Objects of interest are the subjective importance of pain together with characteristics of pain experience and its interrelationship with the psychological situation of old people. For almost two thirds of participants, 260 of the 400 between the ages of 75 and 95, pain turned out to be an issue of medium or great importance in the interviews. The detailed pain protocols created for these individuals did not reveal any statistically significant correlations between the frequency and intensity of pain and the ten characteristics of the psychological situation that were operationalized by psychometric scales. Concerning the extent of pain control, there were (highly) significant correlations to optimism, a sense of coherence, perceived developmental gains and life satisfaction. The results suggest that (a) pain therapies in old age are still not sufficiently successful, (b) the experience of pain is embedded in an overall physical, psychological and socio-cultural situation that on the one hand moderates the relationship between pain and characteristics of the psychological situation, and on the other hand

influences the psychological situation independently of pain experience. Against this background, differentiated pain diagnostics and pain therapy tailored to individual needs and preferences are important starting points for health promotion and preventive care in old age.

Keywords Chronic pain, pain experience, pain therapy, prevention in old age, psychological situation in old age

Schmerzen sind im Alter ein zentrales Thema.¹ Repräsentative Studien zeigen, dass in der Gesamtbevölkerung bis zu 30 % der Menschen an chronischem Schmerz leiden.² Berichten der Krankenkassen zufolge gibt es deutlich mehr Frauen als Männer mit einer Schmerzdiagnose, und insgesamt steigt die Prävalenz der dokumentierten Schmerzdiagnosen mit dem Alter deutlich an – im Jahr 2014 waren z. B. von den über 80-Jährigen 13,2 % von einer Schmerzdiagnose ohne direkten Bezug auf ein bestimmtes Organ betroffen, von den über 90-Jährigen 14,7 %; dabei lag der Bundesdurchschnitt bei 4,0 %.³ Die Prävalenz der selbst angegebenen Schmerzen muss dabei als deutlich höher eingeschätzt werden als die der dokumentierten Diagnosen. Geriater sprechen hier von 50–75 % der über 65-Jährigen, die unter Schmerzen leiden;⁴ eine bevölkerungsbezogene Studie in Deutschland zeigte, dass 31 % der über 65-Jährigen unter mäßigen bis sehr starken Schmerzen litten, im Vergleich zu 16 % in der Altersgruppe der 45- bis 65-Jährigen.⁵

Dabei ist die Schmerztherapie im Alter häufig erschwert durch das Vorhandensein von anderen Symptomen und Erkrankungen. Eine medikamentöse Behandlung des Schmerzes muss deshalb meistens mit anderen Medikamenten abgestimmt werden. Auch kann es vorkommen, dass alte Menschen nicht direkt und offen ihre Schmerzen kommunizieren. Einige halten diese für einen Teil des Alterungsprozesses und sprechen die Schmerzproblematik bei ihrem Hausarzt nicht an. Andere wieder befürchten, dass Schmerzen erste Anzeichen einer Tumorerkrankung sein könnten und zögern deshalb eine Diagnostik hinaus. Weitere Probleme bei der Schmerzdiagnostik ergeben sich, wenn die Betroffenen kognitiv eingeschränkt bzw. demenzkrank sind. Doch selbst wenn Schmerzen angemessen diagnostiziert werden, führt eine Schmerztherapie nicht unbedingt zu Schmerzfreiheit. Hier wird z. B. von Orthopäden betont, dass das Therapieziel „Schmerzfreiheit“ nicht immer realistisch sei. Die Medizin sei in der Lage, Symptome (auch erheblich) zu verbessern; häufig bleibe allerdings ein Restschmerz, den die Patientinnen und Patienten akzeptieren müssten.⁶

Was man weiß: Das Erleben von akutem oder chronischem Schmerz kann die Erlebnisqualität von allem anderen überschatten. Schmerzen sind in jedem Alter assoziiert mit einer niedrigeren Lebensqualität; anhaltender Schmerz kann zu

1 Molton & Terrill (2014)

2 Häuser et al. (2014a)

3 Grobe et al. (2016)

4 Weil (2016)

5 Häuser et al. (2014b)

6 https://bomedus.com/blog/interviews/64_igost-ueber-rueckenschmerzen-und-die-schmerztherapie

körperlichem Schonverhalten, sozialem Rückzug, Erschöpfung bis hin zu psychischen Störungen führen.⁷

Das von Engel⁸ eingeführte biopsychosoziale Modell wird inzwischen von vielen Schmerzforschern und Klinikern als ein hilfreiches Modell zum besseren Verständnis des komplexen Schmerzgeschehens akzeptiert. In diesem holistischen Schmerzmodell geht man davon aus, dass somatische, psychische und soziokulturelle Faktoren den Schmerz bzw. das Erleben des Schmerzes beeinflussen.⁹ Ein spezifisch für alte Menschen erweitertes biopsychosoziales Schmerzmodell lenkt zusätzlich den Blick auf den Umgang mit häufigen Komorbiditäten und Strategien zur Förderung der sozialen Integration.¹⁰ Inzwischen gibt es auch einige klinische Studien, die die Effekte von psychologischen Interventionen bei alten Menschen mit chronischen Schmerzen erfassten. Die metaanalytische Auswertung von 22 Studien zeigte hier, dass psychologische Interventionen kleine Effekte auf die Schmerzreduktion und Erhöhung der Selbstwirksamkeit erzielen können;¹¹ dabei zeigten Interventionen, die als Gruppenprogramm durchgeführt wurden, die höchsten Erfolge, was wiederum das Thema der sozialen Integration in den Fokus rückt.

Da das Erleben von chronischen Schmerzen den Alltag und die Wahrnehmung im Alter sehr stark bestimmen kann, haben wir diesem Aspekt in der Studie „Altern in Balance“ ein eigenes Kapitel gewidmet. Nachfolgend wird ein Überblick über die Studienergebnisse zum Schmerzerleben und zu möglichen Zusammenhängen mit psychologischen Merkmalen gegeben. Dieser Überblick soll dazu dienen, das Verständnis des Schmerzerlebens im Alter weiter zu vertiefen; zudem soll er für die Notwendigkeit einer umfassend konzipierten Schmerztherapie auch für alte Menschen sensibilisieren.

VII.1 Stichprobe und Messinstrumente

Die Studie „Altern in Balance“ hat die Bedeutung des Schmerzes aus der Perspektive von N = 400 Teilnehmer*innen im Alter von 75 bis 95 Jahren untersucht. Das Interessante ist in diesem Kontext die Zusammenstellung der Stichprobe: Es wurde eine Gruppe von alten Menschen befragt, in der – im Vergleich zur altersgleichen Gesamtbevölkerung – Männer, Personen mit einem Pflegegrad ≥ 2 und Heimbewohner*innen überrepräsentiert sind. Gerade die Gruppen der Pflegebedürftigen und Heimbewohner*innen gehen häufig nicht oder nur in kleinen Stichproben in

7 Reid et al. (2015)

8 Engel (1977)

9 Gatchel et al. (2007)

10 Miaskowski et al. (2019)

11 Niknejad et al. (2018)

bevölkerungsbezogene Stichproben ein. Andererseits verzerren auch rein klinische Stichproben das Bild über die Gesundheit alter Menschen. Die Ergebnisse aus der hier gewählten Stichprobe können als aussagekräftig für das ganze Spektrum der alten Bevölkerungsgruppe angesehen werden, sie sind jedoch nicht als repräsentativ zu verstehen.

Es ist im Folgenden wichtig, zwischen dem Daseinsthema „Schmerz“ und der von den Studienteilnehmer*innen auf einer Visuellen Analogskala (VAS) eingeschätzten Intensität der Schmerzen („Bitte stufen Sie den stärksten Schmerz, den Sie in der letzten Woche erlebt haben, auf einer Skala von 0–10 ein“¹²) zu unterscheiden. Die folgenden Abschnitte changieren immer wieder zwischen dem Daseinsthema einerseits und der von den Studienteilnehmern*innen eingeschätzten Intensität bzw. Häufigkeit des Schmerzes andererseits. In der Gesamtstichprobe der N = 400 Frauen und Männer fanden sich N = 260 Personen (65 %), bei denen das Daseinsthema „Schmerz“ mit mittlerer oder hoher Bedeutung erkennbar war. Bei diesen N = 260 Personen wurde ein differenziertes *Schmerzprotokoll* erstellt, das sich um folgende vier Aspekte zentrierte: (1) Einschätzung der Intensität und der Häufigkeit des Schmerzes, (2) Darstellung der „inneren“ (kognitiven, emotionalen) Strategien und „äußeren“ Maßnahmen (Medikation, Physio-, Sport-, Bewegungs- und Psychotherapie, Schmerztagebuch) mit dem Ziel, die Schmerzen besser kontrollieren zu können, (3) Bewertung der ärztlichen Versorgung (wobei hier auch zwischen medikamentöser und nicht medikamentöser Intervention differenziert werden sollte), (4) Beschreibung der Schmerzentwicklung in den vergangenen Wochen und Monaten.

VII.2 Schmerz als bedeutsames Daseinsthema

In jenen Fällen, in denen die Untersuchungsteilnehmerinnen und -teilnehmer in ihrem spontanen Bericht über die gegenwärtige Situation wiederholt auf Schmerzen zu sprechen kamen, wurde explizit auf das Thema „Schmerz“ eingegangen und – nach Zustimmung durch die Teilnehmerin bzw. den Teilnehmer – ein umfangreicheres Schmerzprotokoll erhoben.

In N = 260 Fällen (65 %) konnten wir im Interviewverlauf Hinweise auf eine *erkennbare subjektive Bedeutung von Schmerz* finden (damit erfolgte die Einordnung von Schmerz als Daseinsthema). Die Interviewauswertung diente nun dazu, einzuschätzen, ob Schmerz ein Daseinsthema von *mittlerer* oder *großer* subjektiver Bedeutung bildete. In N = 144 Fällen (36 % von insgesamt 400 Fällen) bildete der Schmerz ein Daseinsthema von *großer*, in 116 Fällen (29 %) ein Daseinsthema von *mittlerer* Bedeutung.

12 Zusätzlich wurde nach der Intensität der stärksten Schmerzen in den letzten vier Wochen gefragt; dieses Datum wird aber in dieser Zusammenfassung nicht berücksichtigt.

Es wurde in dieser Teilstichprobe von N = 260 Personen zunächst untersucht, welcher Zusammenhang zwischen der mittelgradigen bzw. großen Bedeutung von Schmerzen im subjektiven Erleben einerseits und der auf der *visuellen Analogskala eingeschätzten Intensität des Schmerzes* andererseits gegeben war.

Tabelle VII.1 gibt Auskunft über diesen Zusammenhang. Die Skalenpunkte 0, 1 und 2 der visuellen Analogskala sind in der Teilstichprobe (N = 260) nicht besetzt, das heißt, keine bzw. keiner der Untersuchungsteilnehmerinnen und -teilnehmer, für die Schmerz ein Daseinsthema von mittlerer oder großer Bedeutung bildete, wählte einen der Skalenpunkte, die auf fehlenden oder (vergleichsweise) geringen Schmerz deuten.

Tabelle VII.1 Schmerz erleben und Intensität des Schmerzes

| | | Intensität des Schmerzes (1–10) | | | | | | | | Gesamt |
|---|-----------------------|---------------------------------|------|------|------|------|------|------|-------|--------|
| | | 3,00 | 4,00 | 5,00 | 6,00 | 7,00 | 8,00 | 9,00 | 10,00 | |
| Schmerz- erleben als Daseinsthema | Mittlere Bedeutung | 41 | 64 | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 116 |
| | Hohe Bedeutung | 0 | 0 | 69 | 29 | 18 | 14 | 8 | 6 | 144 |
| Gesamt | | 41 | 64 | 80 | 29 | 18 | 14 | 8 | 6 | 260 |

Von jenen Untersuchungsteilnehmerinnen und -teilnehmern, für die Schmerz ein Daseinsthema *mittlerer* Bedeutung bildete (N = 116), stufen 41 (35,3 %) die Intensität der Schmerzen als eher gering bis mittel ein (Skalenpunkt 3) und 75 (64,7 %) als mittel bis eher hoch (Skalenpunkte 4 und 5). Skalenpunkte, die eine hohe oder extrem hohe Schmerzintensität widerspiegeln (6 bis 10), wurden in dieser Teilgruppe *nicht* gewählt.

In jener Teilgruppe, in der „Schmerz“ ein Daseinsthema von *großer* Bedeutung darstellte (N = 144), ergibt sich eine andere Verteilung. Hier setzten die ausgewählten Skalenpunkte nicht bei 3, sondern erst bei 5 ein (eher hohe Schmerzintensität) und reichten bis zum Skalenpunkt 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz).

Zunächst ist hervorzuheben, dass in unserer Stichprobe die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die von einer sehr hohen (7) bis extrem hohen Schmerzintensität (10) berichteten, mit 46 von insgesamt 260 Personen (17,7 %) einen für die medizinische Versorgung bedeutsamen Anteil bilden.

Es wurde in den Interviews auch die Frage nach der Häufigkeit der Schmerzen gestellt. Die Untersuchungsteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden gebeten, anzugeben, ob der Schmerz konstant, sehr oft, oft, häufiger oder selten aufträte.

Tabelle VII.2 gibt über die Verteilung der unterschiedlichen Häufigkeiten des Auftretens von Schmerzen Auskunft. 40 von insgesamt 260 Personen (15,4 %) berichteten von konstant bestehenden Schmerzen.

Tabelle VII.2 Schmerzerleben und Häufigkeit des Schmerzes

| | | Häufigkeit des Schmerzes | | | | | Gesamt |
|----------------|--------------------|--------------------------|----------|-----|----------|--------|--------|
| | | Konstant | Sehr oft | Oft | Häufiger | Selten | |
| Schmerzerleben | Mittlere Bedeutung | 12 | 15 | 33 | 38 | 18 | 116 |
| | Hohe Bedeutung | 28 | 40 | 38 | 36 | 2 | 144 |
| Gesamt | | 40 | 55 | 71 | 74 | 20 | 260 |

VII.3 Intensität und Häufigkeit von Schmerzen nach Altersgruppen

Die Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der *Intensität* des Schmerzes (von 1: keine, sehr geringe Schmerzen, bis 10: extreme Schmerzen, stärkster vorstellbarer Schmerz), differenziert nach vier Altersgruppen (75–80; 81–85; 86–90; 91–95 Jahre), sind in Tabelle VII.3 aufgeführt.

Tabelle VII.3 Schmerzintensität in vier verschiedenen Altersgruppen

| Alter in Jahren | N (%) | M | SD |
|-----------------|-----------|-----|------|
| 75–80 | 52 (20,0) | 5,5 | 2.19 |
| 81–85 | 78 (30,0) | 4,7 | 1.30 |
| 86–90 | 67 (25,8) | 4,9 | 1.73 |
| 91–95 | 63 (24,2) | 5,5 | 1.40 |

Mit Blick auf die *Schmerzintensität* sind zwei statistisch signifikante Altersunterschiede erkennbar: Die Intensität der Schmerzen ist in der Gruppe der 75- bis 80-Jährigen signifikant höher als in der Gruppe der 81- bis 85-Jährigen ($p < .04$); sie ist in der Gruppe der 81- bis 85-Jährigen signifikant geringer als in der Gruppe der 91- bis 95-Jährigen ($p < .02$).

Die *Häufigkeit* des Auftretens von Schmerzen (1: selten; 2: häufiger; 3: oft; 4: sehr oft; 5: konstant) wurde ebenfalls nach Altersgruppen differenziert. Die Ergebnisse finden sich in nachfolgender Tabelle VII.4. Zwischen den Altersgruppen finden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit des Auftretens von Schmerzen.

Tabelle VII.4 Häufigkeit des Auftretens von Schmerzen in vier Altersgruppen

| Alter in Jahren | N (%) | M | SD |
|-----------------|-----------|-----|------|
| 75–80 | 52 (20,0) | 2,9 | 1.18 |
| 81–85 | 78 (30,0) | 3,0 | 1.14 |
| 86–90 | 67 (25,8) | 2,8 | 1.35 |
| 91–95 | 63 (24,2) | 3,1 | 1.07 |

Wir waren davon ausgegangen, dass mit Zunahme der chronischen Krankheitsverläufe, der Multimorbidität und von Frailty in den höchsten Altersgruppen dort auch eine im Durchschnitt deutlich höhere Schmerzintensität wie auch eine deutlich größere Häufigkeit der Schmerzen erkennbar seien. Diese Annahme hat sich in unserer Untersuchung *nicht* bestätigt. Der Zusammenhang zwischen Alter und Schmerzintensität scheint eher einen U-förmigen Verlauf zu haben – ein Phänomen, das man z. B. auch bei Depressivität im Alter beobachten kann.

Daraus folgt: Es kann in den hohen Altersgruppen nicht ohne Weiteres von einer engen Korrelation zwischen Alter und Schmerzintensität bzw. Schmerzhäufigkeit ausgegangen werden; es ist vielmehr wichtig, eine differenzierte Einschätzung des Gesundheitszustandes, bestehender Erkrankungen und Krankheitssymptome vorzunehmen; in diesem Kontext erweist sich auch ein entsprechend *differenziertes Schmerzprotokoll* als notwendig.

VII.4 Intensität und Häufigkeit des Schmerzes: Grundlage für die Analyse von „Schmerzpatientinnen“ und „Schmerzpatienten“

Im Folgenden gilt unser Augenmerk der Kombination beider Merkmale: Schmerzintensität und Schmerzhäufigkeit. Diese Kombination wird deswegen vorgenommen, weil sie uns hilft, in unserer Stichprobe „Schmerzpatientinnen“ „Schmerzpatienten“ (mit hoher Intensität und großer Häufigkeit) zu erkennen und der Frage nachzugehen, ob in dieser Teilgruppe ein *spezifisches psychologisches Profil* erkennbar ist.

Wenn man die beiden Teilgruppen „konstante Schmerzen, Intensität 5–10“ sowie „sehr oft auftretende Schmerzen, Intensität 5–10“ zusammenfasst, dann ergibt sich eine Anzahl von N = 71 Personen (27 % der Teilstichprobe mit Schmerz als Daseinsthema; 17 % der Gesamtstichprobe), die als Schmerzpatientinnen bzw. Schmerzpatienten anzusehen sind, bei denen ausgeprägter schmerztherapeutischer Bedarf besteht.

Im Kontext des von uns erstellten Schmerzprotokolls wurden die Teilnehmer*innen darum gebeten, die medizinische Versorgung im Hinblick auf ihre Schmerzen zu bewerten: Welche Aspekte dieser Versorgung bewerten sie eher positiv, welche eher

negativ, welchen Aspekten der Versorgung stehen sie eher gleichgültig oder ambivalent gegenüber?

Auf der Basis der von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern getroffenen Aussagen wurde die *Qualität der medizinischen Versorgung im Hinblick auf Schmerzen* auf einer dreistufigen Skala eingestuft (1: eher gering, 2: mittel, 3: eher hoch). Die Teilgruppe mit konstanten bzw. sehr oft auftretenden, gleichzeitig eher starken bis extrem starken Schmerzen (Skalenpunkte 5–10) (N = 71 Personen) bewertete unserer Auswertung zufolge die aktuelle schmerzmedizinische Versorgung wie folgt:

Die Aussagen von N = 32 Personen (45,1 %) ließen die Codierung einer *mittleren* medizinischen Versorgungsqualität im Hinblick auf die Schmerzen zu. Sie gaben unter anderem an, ihre Schmerzen würden vom Arzt bzw. der Ärztin angesprochen, dieser bzw. diese schenke ihnen auch Gehör, wenn sie über Schmerzen sprächen, befasse sich jedoch nicht intensiv genug mit ihren Schmerzen und den Möglichkeiten der medikamentösen und nicht medikamentösen Versorgung. Andere Mitglieder dieser Teilgruppe legten dar, dass sie an der Versorgung nichts zu bemängeln, aber auch nichts positiv hervorzuheben hätten.

Die Aussagen von N = 12 Personen (16,9 %) ließen die Codierung einer *eher hohen* medizinischen Versorgungsqualität im Hinblick auf ihre Schmerzen zu. Sie äußerten sich sehr zufrieden mit der vom Arzt bzw. der Ärztin vorgenommenen Schmerzdagnostik und mit der gewählten medikamentösen und nicht-medikamentösen Versorgung. In der Sprechstunde würden die Schmerzen regelmäßig angesprochen. 7 Personen (9,9 %) berichteten, dass der Arzt bzw. die Ärztin angeregt habe, ein Schmerztagebuch zu führen, um auch auf diese Weise zu einer besseren subjektiven Kontrolle von Schmerzen zu gelangen.

Die Aussagen von N = 27 Personen (38,0 %) legten die Codierung einer *eher geringen* medizinischen Versorgungsqualität im Hinblick auf ihre Schmerzen nahe. Sie betonten, dass sie die Qualität der medizinischen Versorgung nicht als ausreichend wahrnahmen, dass sie den Arzt bzw. die Ärztin als „überfordert“ in der medizinischen Versorgung von Schmerzpatienten erlebten; einige deuteten dies als Ergebnis einer Krankheitssituation, für die es keine wirklichen Heilungs- oder Besserungschancen gebe. Es wurde bisweilen beklagt, dass der Arzt bzw. die Ärztin den Schmerzen vielleicht auch deswegen nicht die notwendige Aufmerksamkeit schenke, da er diese als *altersgegeben* deute.

Eine ausführliche Frage im erhobenen Schmerzprotokoll betraf Intensität und Häufigkeit des Schmerzes im Falle einer als positiv eingeschätzten medikamentösen und nicht medikamentösen Therapie. Uns interessierte, wie eine positiv bewertete Versorgungsqualität mit dem Bericht über extrem starke, sehr starke oder (eher) starke Schmerzen in Übereinstimmung stehen kann. Hier antworteten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wie folgt: Auch unter der Bedingung einer sehr guten medizinischen Versorgung träten immer wieder starke oder stärkste Schmerzen auf, diese bildeten somit eine konstant bestehende Thematik (konstant bestehende Schmerzen) bzw. sehr häufig auftretende Thematik (sehr häufig auftretende Schmerzen); doch

helfe die therapeutische und rehabilitative Behandlung, sehr viel besser mit Schmerzen umzugehen, diese *besser kontrollieren* zu können.

Diese Aussagen entsprechen der klinischen Erfahrung mit Schmerzpatienten. Es gibt – nicht nur unter den alten Menschen – Schmerzpatienten, die trotz guter medizinischer Versorgung weiterhin starke Schmerzen erleben. Hier sollte man die Frage stellen, ob zusätzlich zu der medizinischen Behandlung weitere Therapiemöglichkeiten intensiver zum Einsatz kommen könnten. Zu nennen wären hier unter anderem die Ansätze der Komplementärmedizin (z. B. Akupunktur), der Psychosomatik, der Osteopathie und Physiotherapie.

VII.5 Schmerzerleben und psychische Befindlichkeit

Welche Zusammenhänge zeigen Intensität und Häufigkeit der Schmerzen (3–10) mit Depressionen (gemessen mit der Geriatrischen Depressionsskala) in der Teilstichprobe jener Personen, bei denen „Schmerz“ ein Daseinsthema mittlerer oder großer Bedeutung bildet? Der Befund lautet: Die Korrelation zwischen *Intensität* der Schmerzen und der Schwere von depressiven Symptomen erwies sich als nicht signifikant: r (Pearson) = $-.02$; $p = .76$. Auch der Zusammenhang zwischen der *Häufigkeit* der Schmerzen (1–5) und der Ausprägung von depressiven Symptomen zeigte keine statistische Signifikanz: r (Pearson) = $.07$; $p = .25$.

In den aufeinanderfolgenden Schmerzintensitätsgruppen (Intensität: 5–6, 7–8, 9–10 auf der Visuellen Analogskala) findet sich *kein* Anstieg der durchschnittlichen Depressivitätswerte. Auch die Unterschiede zwischen den aufeinanderfolgenden Schmerzintensitätsgruppen und der Teilstichprobe ohne Schmerzprotokoll ($N = 140$) sind nicht statistisch signifikant.

Aus diesen Befunden folgt: Von der Intensität der Schmerzen kann nicht unmittelbar auf das Vorliegen oder den Ausprägungsgrad einer depressiven Symptomatik geschlossen werden. Vielmehr ist es sinnvoll, nach möglichen psychologischen oder sozialen Mechanismen zu fragen, die (a) das Auftreten oder (b) das Fehlen depressiver Symptome im Falle starker oder stärkster Schmerzen erklären können.

Auch mit Blick auf die Mittelwerte des Merkmals „Lebenszufriedenheit“, gemessen über die *Satisfaction with Life Scale*, lässt sich kein statistisch signifikanter Einfluss von Schmerzen bzw. von Schmerzintensität konstatieren. Der Vergleich der Lebenszufriedenheit zwischen jenen Teilstichproben, für die das Schmerzerleben ein Daseinsthema (a) mittlerer oder (b) starker Ausprägung bildete, ergab keinen Hinweis auf statistische Signifikanz. Dagegen ergaben sich signifikante Unterschiede im Merkmal „Lebenszufriedenheit“ zwischen jenen Personen, bei denen das Daseinsthema „Schmerz“ eine mittlere oder starke Ausprägung aufwies und bei denen die selbst eingeschätzte Schmerzintensität zugleich einen Skalenpunkt von mindestens 5

erreichte, im Vergleich zu jenen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, für die Schmerz *kein* persönlich bedeutsames Daseinsthema bildete.

Ein ganz ähnliches Bild zeigte sich beim Merkmal „Kohärenzgefühl“, gemessen über die *Sense of Coherence Scale*: Es fanden sich zwischen den Teilgruppen mit mittlerer und starker Ausprägung des Daseinsthemas keine Unterschiede in diesem Merkmal. Allerdings unterschieden sich jene Personen mit einer mittleren oder starken Ausprägung des Daseinsthemas *und* einer Schmerzintensität von *mindestens 5* von jenen, für die Schmerzerleben kein Daseinsthema bildete, statistisch hochsignifikant.

Vor dem Hintergrund dieser Daten lassen sich die folgenden Annahmen aufstellen. Erstens: Entscheidend ist zunächst, ob Schmerz ein *subjektiv bedeutendes Daseinsthema bildet oder nicht*. Jene Personen, für die Schmerz ein Daseinsthema bildet, zeigen in zentralen psychologischen Merkmalen – wie Lebenszufriedenheit und Kohärenzgefühl – deutlich schlechtere Werte als jene Personen, für die Schmerz kein Daseinsthema bildet. Zweitens: Wenn Schmerz für eine Person ein bedeutsames Daseinsthema darstellt, dann ist davon auszugehen, dass sie mit diesem Thema kontinuierlich beschäftigt ist, wobei die Intensität das eine Mal höher, das andere Mal geringer sein kann. Wenn Schmerz für eine Person kein bedeutsames Daseinsthema bildet (was sogar der Fall sein kann, wenn die Schmerzintensität höher ausfällt), dann ist diese Person *psychologisch* im Vorteil: Die psychologischen Merkmale weisen dann eher in eine positive Richtung. Drittens: Der *Schmerzintensität* kommt mit Blick auf die psychologischen Merkmale eher eine sekundäre Bedeutung zu: Denn die Intensität steht in einem geringeren statistischen Zusammenhang mit den psychologischen Merkmalen.

In den Merkmalen „Optimismus“ und „Mitverantwortliche Potenziale“ zeigt sich übrigens ein ähnliches Bild: Die differenzierten Schmerzintensitätsgruppen (Intensität: 5–6, 7–8, 9–10 auf der Visuellen Analogskala) unterschieden sich nicht im Ausprägungsgrad dieser beiden Merkmale; zugleich fanden sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen jenen Personen, für die Schmerz kein Daseinsthema bildete, und jenen, für die Schmerz ein Daseinsthema von mittlerer oder großer Bedeutung bildete und die die Schmerzintensität mindestens mit 5 codiert hatten; erstere wiesen im Durchschnitt deutlich positivere Werte auf als letztere.

VII.6 Subjektive Kontrolle über Schmerzen

In den Interviews wurde ausführlich thematisiert, inwieweit jene Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die das Daseinsthema „Schmerz“ in mittelgradiger oder starker Ausprägung zeigten (N = 260), die Erfahrung gewonnen hatten, Schmerzen kontrollieren (vs. nicht kontrollieren) zu können, wobei unter „Kontrolle“ sowohl medikamentöse als auch nicht medikamentöse Interventionsstrategien subsumiert wurden.

Die von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern gegebenen Berichte über die Schmerzkontrolle wurden auf einer fünfstufigen Skala (von 1: keinerlei Kontrolle über die Schmerzen bis 5: sehr hohe Kontrolle über die Schmerzen) codiert. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Verteilung der Skalenwerte über die Gruppe der N = 260 Teilnehmer*innen.

Tabelle VII.5 Verteilung der Ausprägung in der selbst eingeschätzten Schmerzkontrolle

| | | N | % |
|------------------------|----------------------------|-----|-------|
| Kontrolle über Schmerz | 1,00 (keinerlei Kontrolle) | 3 | 1,2 |
| | 2,00 | 68 | 26,2 |
| | 3,00 | 134 | 51,5 |
| | 4,00 | 49 | 18,8 |
| | 5,00 (sehr hohe Kontrolle) | 6 | 2,3 |
| | Gesamt | 260 | 100,0 |

Da wir keine Zusammenhänge zwischen der Intensität sowie der Häufigkeit der Schmerzen einerseits und den psychometrisch bestimmten psychologischen Merkmalen andererseits ermitteln konnten,¹³ nahmen wir an, dass der Grad der *Kontrolle über die Schmerzen* eine wichtige Erklärungsgröße (im Sinne eines Moderatoreffektes) für den in der Teilstichprobe (N = 260 Personen) fehlenden statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Intensität und / oder Häufigkeit der Schmerzen und zentralen psychologischen Merkmalen sein könnte.

In Moderatoranalysen, die gerechnet wurden, um mögliche Effekte von Schmerzkontrolle auf den Zusammenhang zwischen Schmerzintensität einerseits und Merkmalen der psychologischen Gesamtsituation andererseits zu ermitteln, ließen sich jedoch keine statistisch signifikanten Interaktionsterme nachweisen.

Aus diesem Grund könnte die Hypothese aufgestellt werden, dass es sich bei Kontrolle über Schmerzen nicht um einen Moderatoreffekt, sondern um einen *Haupteffekt* handelt. Es könnte weiterhin angenommen werden, dass die Kontrolle über Schmerzen in statistisch signifikantem Ausmaß mit *generellen Kontrollüberzeugungen* zusammenhängt, was die Annahme eines Haupteffekts stützen würde. Es wurden allerdings in der Studie keine Kontrollüberzeugungen erhoben. Jedoch können einzelne Merkmale der psychologischen Gesamtsituation (vor allem: das Kohärenzgefühl) als verwandt mit dem Konstrukt der Kontrollüberzeugungen angesehen werden. Aus diesem Grunde ist die Korrelation zwischen Kontrolle über Schmerz mit

13 Cave: Allerdings einen engen Zusammenhang zwischen Schmerz als Daseinsthema vs. Schmerz als kein Daseinsthema und psychometrisch bestimmten psychologischen Merkmalen.

Merkmale der psychologischen Gesamtsituation auch in der Hinsicht von Bedeutung, ob Schmerzkontrolle vielleicht als ein Haupteffekt wirken *könnte* – was in weiteren Untersuchungen systematisch zu prüfen wäre. Ganz unabhängig davon sind jedoch die Zusammenhänge für einen Deutungsversuch zur Frage, welches Gewicht die Kontrolle über Schmerzen besitzt, wichtig.

In der nachfolgenden Tabelle finden sich die Korrelationen zwischen „Kontrolle über die Schmerzen“ und den eingesetzten psychometrischen Skalen, die in ihrer Gesamtheit Hinweise auf die psychologische Gesamtsituation geben.

Tabelle VII.6 Korrelation der Schmerzkontrolle mit psychometrischen Skalen

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--------------------------------|-------------|-------|------|-------|------|-----|-------|-------|-------|------|-------|
| Kontrolle über Schmerzen | r (Pearson) | ,30** | -,07 | ,19** | ,14* | ,04 | ,17** | ,51** | ,16** | -,03 | ,24** |
| | p | ,00 | ,27 | ,00 | ,02 | ,54 | ,01 | ,00 | ,01 | ,67 | ,00 |

* $p < .05$

** $p < .01$

(1) Kohärenzgefühl – Leipziger Kurzform, (2) Geriatrische Depressionsskala, (3) Lebenszufriedenheit, (4) Einstellung zum eigenen Alter, (5) Subjektives Alter, (6) Subjektive Gesundheit, (7) Optimismus, (8) Mitverantwortliche Potenziale, (9) Barrieren der Mitverantwortung, (10) Entwicklungsgewinne

Wie aus dem Überblick über die Korrelationen hervorgeht, weist das Merkmal „Kontrolle über die Schmerzen“ einen hochsignifikanten Zusammenhang mit den folgenden sechs Merkmalen auf: Optimismus, Kohärenzgefühl, Entwicklungsgewinne, Lebenszufriedenheit, Mitverantwortliche Potenziale, Subjektive Gesundheit. Dabei korreliert die wahrgenommene Schmerzkontrolle am höchsten mit dem selbst berichteten Optimismus ($r = .51$).

Die Bedeutung der Schmerzkontrolle für die psychologische Gesamtsituation wird auch durch die Ergebnisse der Varianzanalyse (ANOVA) gestützt (siehe nachfolgende Tabellen VII.7 bis VII.10). Hochsignifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Graden der Schmerzkontrolle sind in folgenden Merkmalen erkennbar: Kohärenzgefühl; Depressivität; Optimismus; Entwicklungsgewinne – und zwar in der Richtung, dass bei höherer Schmerzkontrolle stärkerer Optimismus und größerer Entwicklungsgewinn, höheres Kohärenzgefühl und geringere Depressivität berichtet werden.

Es lässt sich vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse die Annahme aufstellen, dass ein *höheres Maß an Kontrolle über die Schmerzen enge Zusammenhänge mit Merkmalen der Selbstgestaltung* aufweist. Es ist dieser Aspekt der *Gestaltung* (des eigenen Selbst, der eigenen Lebenssituation), der in den ermittelten Zusammenhangsmustern in das Zentrum tritt. Diese Aussage soll durch die gesonderte Darstellung der zwischen einzelnen Gruppen (die Unterschiede in der Schmerzkontrolle beschreiben) bestehenden Unterschiede in vier psychologischen Merkmalen gestützt werden.

Tabelle VII.7 Ergebnisse der Varianzanalyse mit Schmerzkontrolle als Faktor und Kohärenzgefühl als abhängiger Variable

| | | N | M | SD |
|---|--------|-----|-----|------|
| Kohärenzgefühl – Leipziger Kurzform | 1,00 | 3 | 1,3 | .57 |
| | 2,00 | 68 | 4,2 | 1.94 |
| | 3,00 | 134 | 4,9 | 2.09 |
| | 4,00 | 49 | 5,7 | 1.70 |
| | 5,00 | 6 | 6,3 | 1.75 |
| | Gesamt | 260 | 4,9 | 2.06 |

$F(df_1 = 4, df_2 = 255) = 7.23; p = 0.000$

Post-hoc-Analyse: Kohärenzgefühl (Bonferroni): (a) Gruppe 1 zeigt signifikant geringere Werte als die Gruppen 2, 3, 4 und 5; (b) Gruppe 2 zeigt signifikant geringere Werte als Gruppe 4 und 5.

Tabelle VII.8 Ergebnisse der Varianzanalyse mit Schmerzkontrolle als Faktor und depressiver Symptomatik als abhängiger Variable

| | | N | M | SD |
|----------------------------------|--------|-----|------|------|
| Geriatrische Depressionsskala | 1,00 | 3 | 10,6 | 2.08 |
| | 2,00 | 68 | 5,2 | 2.65 |
| | 3,00 | 134 | 4,9 | 2.25 |
| | 4,00 | 49 | 5,1 | 2.79 |
| | 5,00 | 6 | 5,0 | 5.21 |
| | Gesamt | 260 | 5,1 | 2.61 |

$F(df_1 = 4, df_2 = 255) = 3.78, p = 0.005$

Post-hoc-Analyse: Depression (Bonferroni): Gruppe 1 zeigt signifikant höhere Werte als die Gruppen 2–5.

Tabelle VII.9 Ergebnisse der Varianzanalyse mit Schmerzkontrolle als Faktor und Optimismus als abhängiger Variable

| | | N | M | SD |
|------------|--------|-----|------|------|
| Optimismus | 1,00 | 3 | 4,0 | 1.0 |
| | 2,00 | 68 | 5,9 | 1.81 |
| | 3,00 | 134 | 7,2 | 2.41 |
| | 4,00 | 49 | 9,4 | 2.09 |
| | 5,00 | 6 | 11,0 | .89 |
| | Gesamt | 260 | 7,3 | 2.53 |

$F(df_1 = 4, df_2 = 255) = 23.74; p = 0.000$

Post-hoc-Analyse: Optimismus (Bonferroni): (a) Gruppe 1 zeigt geringere Werte als die Gruppen 3, 4 und 5; (b) Gruppe 2 zeigt geringere Werte als die Gruppen 3, 4, 5; (c) Gruppe 3 zeigt geringere Werte als die Gruppen 4 und 5.

Tabelle VII.10 Ergebnisse der Varianzanalyse mit Schmerzkontrolle als Faktor und Entwicklungsgewinnen als abhängiger Variable

| | | N | M | SD |
|---------------------|--------|-----|------|------|
| Entwicklungsgewinne | 1,00 | 3 | 9,0 | 1.73 |
| | 2,00 | 68 | 11,2 | 4.10 |
| | 3,00 | 134 | 12,0 | 3.74 |
| | 4,00 | 49 | 13,6 | 3.63 |
| | 5,00 | 6 | 14,7 | 2.94 |
| | Gesamt | 260 | 12,1 | 3.88 |

$F(df_1 = 4, df_2 = 255) = 4.00; p = 0.004$

Post-hoc-Analyse: Entwicklungsgewinne (Bonferroni): Gruppe 1 und Gruppe 2 zeigen geringere Werte als die Gruppen 4 und 5.

Im Folgenden werden Ergebnisse der Varianzanalysen für den Vergleich zwischen den Gruppen der Schmerzkontrolle bzgl. der psychosozialen Variablen genauer dargestellt. Als Limitation müssen wir hier benennen, dass Gruppe 1 (keine Kontrolle über die Schmerzen) nur mit 3 Teilnehmern belegt war. Dennoch erschien es uns inhaltlich gerechtfertigt, diese Gruppe separat zu betrachten – und sie nicht zu Gruppe 2 der Schmerzkontrolle hinzuzurechnen.

Aufgrund der sehr kleinen Fallzahl sollten die Ergebnisse bzgl. Gruppe 1 jedoch nur als explorativ bewertet werden. Ähnliches gilt für die Gruppe 5 bzgl. der Schmerzkontrolle (sehr hohe Schmerzkontrolle, $N = 6$).

Was geht aus dieser zusätzlichen differenzierenden Analyse hervor? Sie zeigt auf, dass die beiden Gruppen mit fehlender oder geringer Schmerzkontrolle eine erheblich ungünstigere psychologische Gesamtsituation zeigen als die drei anderen Gruppen, wobei die psychologische Gesamtsituation in der Gruppe mit fehlender Schmerzkontrolle noch einmal ungünstiger zu sein scheint als in der Gruppe mit geringer Schmerzkontrolle. Sie indiziert weiterhin, dass die beiden Gruppen mit hoher bzw. sehr hoher Schmerzkontrolle eine erheblich günstigere psychologische Gesamtsituation zeigen als die anderen drei Gruppen. Offen bleibt hier die Kausalität des Zusammenhangs. Wir wissen hier nicht, ob eine fehlende Schmerzkontrolle das psychische Erleben stark beeinflusst oder ob umgekehrt eine fehlende psychische Stabilität auch das Erleben der Möglichkeit, den Schmerz zu kontrollieren, verändert. Auch ist möglich, dass sich beide Merkmale gegenseitig beeinflussen. Solche zeitlichen Zusammenhänge müsste man in einem längsschnittlichen Design untersuchen.

VII.7 Personen, für die „Schmerz“ kein bedeutendes oder ein gering ausgeprägtes Daseinsthema bildete

Jene N = 140 Personen, für die „Schmerz“ als „nicht gegebenes oder gering ausgeprägtes“ Daseinsthema eingestuft wurde (Skalenpunkt 1), verteilten sich in ihren Antworten auf die *direkt gestellte* Frage, ob „Schmerzen“ für sie ein persönlich relevantes Thema bilden, wie folgt: 106 Personen äußerten, dass Schmerzen für sie *kein* persönlich relevantes Thema bilden (wobei 17 Personen hinzufügten: „noch nicht“). 34 Personen antworteten, dass Schmerzen für sie „ab und zu“ bzw. „selten“ ein persönlich relevantes Thema darstellen, dass sie dieses jedoch auch wieder „vergäßen“ oder dass sie diesem „einfach nicht zu viel Bedeutung beimessen“ wollten. Diese Antworten bestätigten den in den Gesamtinterviews gewonnenen Eindruck, dass „Schmerzen“ in dieser Untergruppe in der Tat kein Daseinsthema mittlerer oder starker Ausprägung bildeten.

Von diesen N = 140 Personen antworteten auf die Frage nach der *Häufigkeit* von Schmerzen N = 52 Personen, sie seien – mit Ausnahme von akuten Schmerzen (im Falle akuter Erkrankungen) – schmerzfrei oder nahezu schmerzfrei. N = 49 Personen gaben an, dass Schmerzen nur „hin und wieder“ aufträten und dabei auch eine höhere Intensität zeigen könnten, was sie aber persönlich nicht belaste. N = 39 Personen äußerten, dass es durchaus Zeiträume mit häufig oder häufiger auftretenden Schmerzen gebe, dass jedoch die Zeiträume mit Schmerzfreiheit oder mit geringen Schmerzen „deutlich häufiger“ seien und zudem „länger“ andauerten.

Von den N = 140 Personen äußerten auf die Frage nach der *Intensität* der Schmerzen N = 25, dass die Schmerzen eine sehr geringe, N = 27, dass die Schmerzen eine geringe, N = 66, dass die Schmerzen eine mittlere, N = 22 Personen, dass die Schmerzen eine starke Ausprägung zeigten. Eine sehr starke Ausprägung der Schmerzen wurde von keinem Angehörigen dieser Untergruppe angegeben.

Es wurden auch hier statistische Analysen durchgeführt, um mögliche Zusammenhänge mit den psychometrischen Skalen aufzuzeigen. Dabei zeigte sich, dass Häufigkeit und Intensität der Schmerzen in keinerlei statistisch signifikantem Zusammenhang mit den psychologischen Merkmalen standen.

Auch jene Personen, für die Schmerzen kein bedeutendes Daseinsthema bildeten bzw. die unter *direkter* Nachfrage angaben, dass Schmerzen kein oder nur selten ein persönlich bedeutendes Thema bildeten, zeigten eine erkennbare Variation in der erlebten Schmerzintensität und in der Schmerzhäufigkeit. Die Intensität der Schmerzen kann relativ hoch sein – und trotzdem bildet der Schmerz kein bedeutendes Daseinsthema; trotzdem finden sich bei der Person in den psychologischen Skalen keine auf Einbußen der Lebensqualität oder auf erlebte Belastung deutenden Werte.

VII.8 Zusammenfassung und Folgerungen für die Förderung von Gesundheits- und Bewältigungsverhalten

Die in dieser Studie durchgeführten Interviews zeigen einmal mehr, dass Schmerzen ein bedeutsames Thema im Alter bilden. Durch die vertiefenden Fragen anhand eines differenzierten Schmerzprotokolls bei Personen, die Schmerz als Daseinsthema nannten, erweitern die Ergebnisse der Studie das bisherige Wissen über Zusammenhänge von Schmerz mit anderen Faktoren. Aus vielen klinischen und bevölkerungsbezogenen Studien weiß man bisher, dass alte Menschen häufig unter chronischen Schmerzen leiden, dass diese häufig nicht angemessen diagnostiziert und auch nicht zufriedenstellend behandelt werden.¹⁴ Seit einigen Jahren wird deshalb der Ruf nach einem besseren Schmerzmanagement für alte Menschen immer lauter.

Der hohe Prozentsatz (65 %) von alten Menschen, die Schmerz als bedeutendes Daseinsthema benennen, zeigt, dass Schmerztherapien im Alter weiterhin noch nicht genügend erfolgreich sind. Darüber hinaus findet sich in unserer Studie kein direkter Zusammenhang zwischen der Schmerzhäufigkeit und Schmerzintensität einerseits sowie der psychischen Situation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer andererseits. Dies widerspricht den Ergebnissen anderer Studien, die in verschiedensten Kulturen bei alten Menschen einen – auch reziproken – Zusammenhang zwischen chronischem Schmerz und Depression fanden.¹⁵ Allerdings gibt es auch Studien, die diesen postulierten Zusammenhang differenzierter untersuchten und zeigen konnten, dass die Relation zwischen Schmerz und Depression im Alter moderiert werden kann durch die Einschätzung der Selbstwirksamkeit.¹⁶ Dabei wird Selbstwirksamkeit verstanden als Vertrauen in die eigenen Kompetenzen oder als Überzeugung, schwierige Situationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können.¹⁷ Interessant ist jedoch, dass wir in unseren Analysen keinen Moderatoreffekt für die Einschätzung, die Schmerzen kontrollieren zu können, fanden – was man als einen Aspekt der Selbstwirksamkeit ansehen könnte. Die Zusammenhänge, die in unserer Stichprobe deutlich wurden, sind direkt – zwischen Schmerzkontrolle und der psychischen Gesamtsituation. Optimismus und Kohärenzgefühl korrelieren stark und hochsignifikant mit dem Ausmaß der Schmerzkontrolle. Auch die Entwicklungsgewinne und Lebenszufriedenheit zeigen signifikante Korrelationen mit Schmerzkontrolle. Das verdeutlicht wiederum, dass das Schmerzerleben in eine körperliche, psychische und sozialkulturelle Gesamtsituation eingebettet ist. Eine wirksame Schmerzbehandlung sollte deshalb die gesamte Situation der alten Menschen einbeziehen und – im besten Falle – verschiedenste Behandlungsansätze und Möglichkeiten integrieren.

14 Paladini et al. (2015)

15 Chou (2007); Crowe et al. (2017)

16 Cheng et al. (2018); López-López et al. (2008)

17 Bandura (1977)

Aus den Befunden ergeben sich Folgerungen für die Förderung von Gesundheits- wie auch von Bewältigungsverhalten, die nun skizziert werden sollen.

Erste Folgerung

„Schmerz“ bildet für nicht wenige alte Menschen ein bedeutendes Daseinsthema. In unserer Stichprobe war dies bei 65 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fall. Dabei war die Anzahl jener Personen, für die „Schmerz“ ein Thema von großer persönlicher Bedeutung bildete, in unserer Stichprobe noch höher als die Anzahl jener Personen, für die „Schmerz“ ein Thema von mittelgradiger Bedeutung war. Schon aus diesem Befund folgt, wie wichtig eine differenzierte Schmerzdiagnostik bei Patientinnen und Patienten ist, die im achten, neunten oder zehnten Lebensjahrzehnt stehen.

Zweite Folgerung

Die Tatsache, dass von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern an unserer Untersuchung mehr als jede bzw. jeder sechste an starken bis extrem starken Schmerzen litt, weist auf die Notwendigkeit einer fundierten, auf die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse ausgerichteten Schmerztherapie hin – die nicht aufgibt, bevor Schmerzen gelindert oder kontrolliert sind. Diese Forderung ergibt sich nicht allein im Hinblick auf Patientinnen und Patienten mit starken bis extrem starken Schmerzen; schon Patientinnen und Patienten mit mittelgradigen oder eher starken Schmerzen sind auf eine fundierte und umfassende Schmerztherapie angewiesen. Das Fehlen eines derartigen Therapieangebotes ist als ein bedeutender Mangel zu interpretieren, der aufseiten von Patientinnen und Patienten mit einer deutlichen Einbuße an Lebensqualität verbunden ist.

Dritte Folgerung

Es finden sich keine statistisch bedeutsamen Zusammenhänge zwischen der Intensität bzw. der Häufigkeit von Schmerzen und dem Ausprägungsgrad der Depressivität. Auch die gegebene vs. fehlende subjektive Bedeutung von „Schmerz“ (im Sinne eines Daseinsthemas) zeigt keine statistisch signifikanten Zusammenhänge mit Depressivität. Es darf also nicht von den Schmerzen unmittelbar auf Depressivität geschlossen werden. Dies bedeutet: Der Art und Weise, wie Menschen Schmerzen zu verarbeiten und zu bewältigen versuchen, ist sehr viel größere Bedeutung beizumessen.

Vierte Folgerung

Für die psychologische Gesamtsituation jener Personen, bei denen Schmerzen vorliegen – und zwar unterschiedlicher Intensität und Häufigkeit –, ist die selbst attribuierte Kontrolle der Schmerzen (pharmakologisch und nicht pharmakologisch) essenziell. Durch Förderung dieser selbst attribuierten Kontrolle – zum Beispiel auf dem Weg eines Schmerztagebuches – könnte ein Beitrag zur Förderung der psychologischen Gesamtsituation geleistet werden.

Fünfte Folgerung

Die Tatsache, dass Schmerzintensität und -häufigkeit keinen unmittelbaren Zusammenhang mit der psychologischen Gesamtsituation aufweisen, sondern allein die subjektiv attribuierte Kontrolle der Schmerzen, lässt zwei Schlüsse zu: (a) Das Schmerzerleben ist in eine körperliche, psychische und soziokulturelle Gesamtsituation eingebettet: Wenn diese Gesamtsituation von mehreren Belastungen bestimmt ist, dann muss mit der Zunahme des Einflusses von Schmerzen auf wichtige psychologische Merkmale gerechnet werden. (b) Die objektiv gegebene wie auch die subjektiv bewertete Lebenssituation alter Menschen ist komplex: Schmerzen bilden nur eine (wenn auch sicherlich bedeutende) Komponente der Lebenssituation. (c) Mit Blick auf die schmerztherapeutischen Folgerungen ist zu konstatieren: Die Schmerztherapie muss ein deutlich höheres Gewicht in der medizinischen Versorgung einnehmen; dabei ist die medikamentöse Komponente der Schmerztherapie ebenso zu stärken wie die nicht medikamentöse (physio-, sport- und bewegungstherapeutische, psychotherapeutische).

Literatur

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*, 191–215.
- Cheng, S. T., Leung, C. M. C., Chan, K. L., Chen, P. P., Chow, Y. F., Chung, J. W. Y., Law, A. C. B., Lee, J. S. W., Leung, E. M. F., & Tam, C. W. C. (2018). The relationship of self-efficacy to catastrophizing and depressive symptoms in community-dwelling older adults with chronic pain. A moderated mediation model. *PLoS One*, *13*, e0203964. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203964>.
- Chou, K. L. (2007). Reciprocal relationship between pain and depression in older adults: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Journal of Affective Disorder*, *102*, 115–123.
- Crowe, M., Jordan, J., Gillon, D., McCall, C., Frampton, C., & Jamieson, H. (2017). The prevalence of pain and its relationship to falls, fatigue, and depression in a cohort of older people living in the community. *Journal of Advanced Nursing*, *73*, 2642–2651.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, *196*, 129–136.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, *133*, 581–624.
- Grobe, T. G., Steinmann S., & Szecsenyi, J. (2016). *Barmer GEK Arztreport 2016. Schwerpunkt: Alter und Schmerz. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*, Band 37. Siegburg: Asgard.
- Häuser, W., Wolfe, F., Henningsen, P., Schmutzer, G., Brähler, E., & Hinz, A. (2014a). Untying chronic pain prevalence and societal burden of chronic pain stages in the general population – a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, *14*, 352.
- Häuser, W., Schmutzer, G., Henningsen, P., & Brähler, E. (2014b). Chronic pain, pain disease, and satisfaction of patients with pain treatment in Germany. Results of a representative population survey. *Schmerz*, *28*, 483–492.
- López-López, A., Montorio, I., Izal, M., & Velasco, L. (2008). The role of psychological variables in explaining depression in older people with chronic pain. *Aging and Mental Health*, *12*, 735–745.
- Miaskowski, C., Blyth, F., Nicosia, F., Haan, M., Keefe, F., Smith, A., & Ritchie, C. (2019). A Biopsychosocial Model of Chronic Pain for Older Adults. *Pain Med* *21*, 1793–1805. <https://doi.org/10.1093/pm/pnz329>.
- Molton, I. R., & Terrill, A. L. (2014). Overview of persistent pain in older adults. *American Psychologist*, *69*, 197–207.
- Niknejad, B., Bolier, R., Henderson, C. R., Jr., Delgado, D., Kozlov, E., Löckenhoff, C. E., & Reid, M. C. (2018). Association Between Psychological Interventions and Chronic Pain Outcomes in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis.

- JAMA International Medicine*, 178, 830–839. <https://doi.org/10.1001/jaMa:internmed.2018.0756>.
- Paladini, A., Fusco, M., Coaccioli, S., Skaper, S. D., & Varrassi, G. (2015). Chronic Pain in the Elderly: The Case for New Therapeutic Strategies. *Pain Physician* 18, E863–76.
- Reid, M. C., Eccleston, C., & Pillemer, K. (2015). *Management of chronic pain in older adults*. *Bmj* 350, h532. <https://doi.org/10.1136/bmj.h532>.
- Weil, K. (2016). Schmerzen beim älteren Patienten. *Geriatric Report*, 02, 34–37.

Kapitel VIII

„Es ist unglaublich reich im Alter“

Vielfalt, Typik und Empirie der Kreativität im Alter

Sonja Ehret

Zusammenfassung In diesem Kapitel wird zunächst die Frage gestellt, was unter Kreativität zu verstehen ist und wie sich diese erforschen lässt. In diesem Zusammenhang wird deutlich gemacht, dass Kreativität sich je nach betrachtetem Lebensalter unterschiedlich ausdrückt, wobei der zeitliche Verlauf von Ausdrucksformen sowohl beschleunigt sein als auch erst im Alter hervortreten kann. Besondere Aufmerksamkeit gilt der Kreativität im Alter und ihrer Relevanz im Kontext der daseinsthematischen Struktur. Vor dem Hintergrund der Studie „KLAR“ (Kreativ leben im Alter), in deren Verlauf 55 alte Menschen exploriert wurden, werden Ergebnisse zu zwei Forschungsthemen dargestellt. Zum einen geht es um die Frage, wie jene Menschen ihr Alter und ihre Beziehung zu anderen Menschen bzw. zum öffentlichen Raum erleben, die sich überdurchschnittlich stark für andere engagieren und dabei ein hohes Maß an Kreativität zeigen, zum anderen um die Verwirklichung von Kreativität im Engagement für die jüngere Generation und die Förderung schöpferischen Alterns durch intergenerative Dialoge. Dabei wird auch gezeigt, welche Herausforderungen und Chancen sich ergeben, wenn man die Entwicklung und Verwirklichung kreativer Potenziale des Alters zu fördern versucht.

Schlagwörter Daseinsthemen, dialogische Methode, Engagement für andere, intergenerationeller Dialog, Kreativität

Abstract The first question in this chapter is what is meant by creativity and how it can be explored. In this context, it is made clear that creativity is expressed differently depending on the age considered, whereby trajectories of forms of expression may be accelerated or only emerge in old age. Special attention is given to creativity in old age and its relevance in the context of the structure of life issues. The results of two research topics are discussed set against the background of the KLAR study (Creative Living in Old Age), which investigated 55 old people using a “dialogical method”. In one of the topics the focus is on people who are strongly committed to engagement for others, thereby showing a high degree of creativity: how do they experience their age and their relationship to other people and public space, respectively? In the other, the focus is on realising creativity in the engagement for the younger generation and promoting creative age through intergenerational dialogue. In doing so, challenges and opportunities are also addressed that arise in the context of efforts to promote the development and realisation of the creative potentials of old age.

Keywords Creativity, dialogical method, engagement for others, intergenerational dialogue, life issues

Das Interesse an Formen der Kreativität im Alter hat in den letzten Jahren spürbar zugenommen. Wenn man davon ausgeht, dass Kreativität stark zum sozialen und kulturellen Wandel und zur Entwicklung der Gesellschaft beiträgt, liegt es nahe, sich nicht nur mit der Kreativität junger, sondern gerade auch alter Menschen näher zu beschäftigen. Kreativität im Alter wird zumeist mit bedeutenden Spätwerken von Malerinnen und Malern, Musikerinnen und Musikern, Komponistinnen und Komponisten, Architektinnen und Architekten oder Schriftstellerinnen und Schriftstellern in Verbindung gebracht. Man denke an Picasso, Chagall oder Lindgren, die ein hohes Alter erreichten, oder Spätwerke wie Bachs „Kunst der Fuge“ oder Kants Kritiken, die alle in unterschiedlichen Lebensphasen des Alters entstanden sind, deren Bedeutung jedoch aus dem Ineinandergreifen von historischer Zeit, Lebenszeit und der Selbstaktualisierung in der Alltagszeit hervorgegangen ist.

Kreativität ist aber nicht etwas Seltenes oder Außerordentliches, wie manchmal angenommen wird, sondern bei jedem Menschen in verschiedenen Ausprägungsformen anzutreffen und über den gesamten Lebenslauf möglich. Zunehmende Verletzlichkeit und erlebte Einschränkungen im Alter können im Zustand der expressiven Selbstaktualisierung, die ja die Kreativität in sich trägt, überwunden werden.¹ Eine solche Selbstaktualisierung geschieht stets in daseinsthematischer Gestaltung, und ohne den Blick auf individuelle Daseinsthemen zu richten, kann Kreativität nicht hinreichend verstanden werden. Inwieweit sich Verfügbarkeit und Ausübung von Kreativität in den daseinsthematischen Strukturen alter Menschen zeigen, die sich auch im Muster von Verletzlichkeit und Reife abbilden lassen, soll im Folgenden dargelegt werden.

VIII.1 Was ist Kreativität, und wie lässt sie sich erforschen?

Was ist überhaupt Kreativität? Menschen sind kreativ, „wenn sie bei der Lösung von Problemen, bei der Herstellung von Produkten oder bei Aufgaben innerhalb einer Disziplin auf eine Art vorgehen, die zwar grundlegend neu ist, schließlich jedoch in einer oder mehreren Kulturen akzeptiert wird. Dementsprechend ist eine Arbeit schöpferisch, wenn sie anfangs als neuartig auffällt, mit der Zeit aber in einer Domäne Zustimmung findet“.² Entscheidend für Kreativität ist also die spätere Akzeptanz der Innovation. Dass die Definition von Gardner so überzeugend ist, hat einen Grund. Sie bezieht den Zeitfaktor der kulturellen Zustimmung mit ein, die gegen den Verfall wirkt. Denn grundsätzlich könnte auch eine Schädigung anderer aus kreativen Beweggründen in Erwägung gezogen werden, eine solche Innovation wäre aber nicht von langer Dauer. Es gilt: Je universeller, genereller, effektiver eine Lösung ist, desto länger überlebt

1 Kruse (2011); Simonton (1990)

2 Gardner (2002)

sie in der Evolution.³ Auch Oerter⁴ unterscheidet kreative Leistungen von anderen Produkten menschlichen Denkens durch den Wert, den sie für die Gesellschaft haben. Sie bereichern in einer spezifischen Form die Kultur. Picassos *Guernica* zeigt schädigendes Verhalten, ist aber im Reich der Kunst anzuordnen und gilt als Mahnung. Das Gemälde entstand 1937 unter dem Eindruck des deutschen Bombenangriffs auf die baskische Stadt Guernica. Picasso war fast 56 Jahre alt und befand sich gerade im zweiten 28er-Rhythmus, in dem häufig eine radikale Introspektion stattfindet.⁵ Die an Lebensrhythmen gebundene biografische Zeit verknüpft sich mit der historischen Zeit des Krieges und der schrecklichen Zerstörung. Die künstlerische Selbstaktualisierung findet in atemberaubender Hast innerhalb weniger Wochen statt. *Guernica* ist dann ein zeitloses Bild des Schreckens und der Gewalt gegen Mensch und Tier geworden, in dem allgemeingültige Zeichen unaussprechliches Leid und Schmerz ausdrücken.

In allen großen Werken verbinden sich Einfall und Komposition. Ideen werden kombiniert, sodass ein originelles Ganzes entsteht. Man sagt von Beethoven nach, dass bei ihm stets die Komposition an erster Stelle stand und er förmlich um Einfälle rang, die sein kompositorisches Werk zum Leben erweckten. Sphären der Kreativität sind die Sprache, die bildende Kunst, Literatur und Musik, die Sozialität und die Mütterlichkeit. Letztere, auf C. G. Jung zurückgehende Kategorie findet sich bei Hannah Arendt als „Natalität“ („Gebürtlichkeit“) in verwandter Form wieder. Das Kreative entspringt entweder dem Unbewussten oder Bewussten. Während das Unbewusste oft visionär, heilig, universell erscheint (man denke an Chagall oder Klee), liegt die bewusste Kreativität eher in den realen Erfahrungsräumen der Menschen. Schöpferisches entsteht entweder aus einzelnen Erfahrungen und verfestigten Aneignungen oder aus der Persönlichkeit als einem Ganzen. Oerter⁶ spricht davon, dass kreative Einfälle oft „ohne eigenes Zutun“ in einem Zustand von „Ichferne“ erscheinen und die Ideen sich in die Gedanken schleichen. Manchmal fühle es sich an wie eine Inspiration. Aber auch schon das Sehen eines Problems ist eine kreative Leistung. Noch wenige Arbeiten widmen sich der Problemfindung als kreativem Akt.

Wissenschaftlich erforschen lässt sich Kreativität entweder an den Produkten, die entstehen oder entstanden sind, oder am kreativen kognitiven Prozess, der mit dem Denken beginnt. Lebensläufe kreativer Menschen wurden von Simonton⁷ erforscht, während das divergente Denken mit psychometrischen Methoden einst Guilford⁸ untersuchte, der auch als Nestor der Kreativitätsforschung gilt. In der vorliegenden Studie wird nun bei einem Teil der Stichprobe der Versuch unternommen, Kreativität im Alter in dialogischen Denk- und Kommunikationsprozessen sprachlich

3 Cropley et al. (2008)

4 Oerter (1971)

5 Hierzu empirisch Luhmann & Hawkey (2016) sowie Ehret (2017)

6 Oerter (1971)

7 Simonton (1990)

8 Guilford (1950)

zu erheben. Die Vorteile eines solchen Vorgehens sind zweierlei: Erstens nutzt dieser Zugang das Propulsive,⁹ ein der Kreativität affines Phänomen, und zweitens ist es so möglich, Kreativität im Alltäglichen zu finden.

VIII.2 Lebensalter und Kreativität

Kreativität hat sehr viel mit Alter(n) zu tun. Beginnen wir mit dem Kind, das zunächst persönlich kreativ wirkt, aber nicht professionell. Kinderzeichnungen sind Kopien bekannter Formen oder Gesichter; Kopffüßler orientieren sich am Wahrgenommenen. Mozarts erste Kompositionen waren noch Kopien, ebenso die ersten Rosen von Klee, wenngleich kreative Wunderkinder wie Mozart oder Picasso in rapidem Tempo ihre talentierte Kreativität entwickelten. In beiden Fällen wirkte eine intensive Bindung zum Vater als Auslöser. Man könnte hier fragen, warum sich eine wie auch immer ausgeprägte Bindung an den Vater geradezu expansiv auf die kindliche Entwicklung auswirkte. Diesen Schluss lässt auch der Briefwechsel zwischen Mozart und seinem Vater zu. Im Allgemeinen wäre es jedoch falsch, zu sagen, dass die Förderung der Kreativität von Kindern Kreativität in späteren Lebensphasen vorhersagt. Sehr unterschiedlich sind die Verläufe, die wir sehen. Alle kreativen Menschen müssen sich Techniken aneignen sowie inhaltliche Meisterschaft erreichen. Infolgedessen erscheint Kreativität zunächst disziplinspezifisch,¹⁰ individuell lässt sich von einer daseinsthematischen Verwurzelung sprechen. Der zeitliche Verlauf von Ausdrucksformen der Kreativität kann im Lebenslauf beschleunigt vor sich gehen oder auch erstmalig viel später im Alter hervortreten. Für unterschiedliche Typologien sind Einflüsse unterschiedlicher Bedingungen wie Talent, Aneignung von Techniken, Lebensbereich, Erfahrung, Weisheit oder Temperament verantwortlich.

Jene von Root-Bernstein beschriebenen kreativen Menschen von 80, 90 oder 100 Jahren waren Spätaufblühende, Beharrende, Universalgelehrte oder Feldwechsler.¹¹ In diesem Zusammenhang wird auch eine zehn Jahre lange „Lehrzeit“ diskutiert, ehe überhaupt bemerkenswerte Beiträge produziert werden können. Alle Studien stimmen darin überein, dass Einschränkungen und Verluste, die im Lebensverlauf eintreten, für Kreativität im Alter relativ unbedeutend oder gar irrelevant sind.

Lindauer et al.¹² befragten 88 als kreativ nominierte ältere Grafikerinnen und Grafiker zwischen 60 und 90 Jahren über den Effekt des Alters auf ihre Arbeit. Die Künstlerinnen und Künstler bemerkten im Laufe des Alterns eine Zunahme der Selbsteinsicht und der individuellen Bedeutung ihrer Kraft, sie verstanden die

9 Ehret (2019)

10 Root-Bernstein & Root-Bernstein (2011)

11 Root-Bernstein & Root-Bernstein (2011)

12 Lindauer et al. (1997)

Relevanz ihres Werkschaffens besser. Reife und Revision wurden als zentrale Komponenten des Schöpferturns genannt. Auch die Verwendung der persönlichen Zeit für das Schaffen sowie die Sensibilität für das Weltgeschehen nahmen zu. Personale und situative Faktoren wirkten zusammen und führten zu neuen Techniken. Schließlich waren es die Abstraktion und die Experimentierfreude, die einen Zuwachs erfuhren.

“Young people have not enough primary and direct life experiences, no matter how brilliant their minds are. They have not had time to study, read, absorb, and integrate past accomplishments in history, and by other artists, into their own efforts.” (Woman, aged 66)

“It is difficult for the young to get good solid training in techniques and to be conversant with the great art of the past – to see where he stands, belongs, in a tradition.” (Man, aged 87)¹³

Integrität, Verfestigung und Bindung der Erfahrungen kennzeichnen im Verlauf des Lebens die Ganzheit der Künstlerin und des Künstlers.

“The more one reads, looks at art, learns, listens to great music old and new, relates to others, suffers pain and joy, the more all of this is reflected in the (older person’s) work.” (Woman, aged 68)¹⁴

Von der Reinheit der Wahrnehmung geht der Weg immer mehr in Richtung Prägnanz und Einfachheit als Kennzeichen von Vollendung.

“I went from a pure love and looking at nature to a realisation that I was creating a new object. I put down on the canvas what I am trying to say in the simplest way, in the most beautiful colour, and with the best pattern or relationships that I can.” (Woman aged, 80)¹⁵

Kreativität, ob in Grenzsituationen, im hohen Alter oder am Lebensende, zeigt sich immer in individueller Form in komplexen Zusammenhängen zwischen Alltagszeit, Lebenszeit und historischer Zeit. Im hohen Alter, das mit einer spezifischen biographischen Zeit verbunden ist, treten zunehmend deutliche typische Muster hervor, die den individuellen Kreativitätsbereich formen. Die Kreativität verschmilzt mit der Immanenz, die als typisches Muster die Selbstaktualisierung in dieser Lebensphase prägt. Die historische Zeit verblasst fortwährend in ihrer Wirkung um einem Personalen, Universalen oder Heiligen zu weichen.

13 Lindauer et al. (1997)

14 Lindauer et al. (1997)

15 Lindauer et al. (1997)

VIII.3 Kreatives Denken

Kreativem Handeln voraus geht kreatives Denken. Bislang wurde neben der bewusst gesteuerten Kreativität besonders die aus anderen Bewusstseinskontexten stammende Kreativität beschrieben. Mischungen zwischen diskursivem und assoziativem Denken sollen besonders fruchtbar für produktive Leistungen sein. Malerinnen und Maler, Musikerinnen und Musiker sowie Dichterinnen und Dichter denken in visuellen oder akustischen Gestalten und bevorzugt ganzheitlichen Gebilden. Oft ist die Komposition zuerst da, und Einfälle zu deren Ausmalung werden gesucht. Die kreative Wahrnehmung ist beim Kind, Erwachsenen und altem Menschen eine unterschiedliche. Imagination und Fantasie sind bei Kindern stärker ausgeprägt. Erwachsene unseres Kulturkreises haben diese Repräsentationsform zugunsten der symbolischen Formen zurückgedrängt. Möglicherweise ging bei diesem Entwicklungsprozess eine Hemmung des Fließens in Bildern einher, da ein schnelles Wechseln von Eindrücken nicht realitätsorientiert und realitätsgesteuert ist.¹⁶ Sie sind weniger in der Lage, mit Begriffen und Elementen zu spielen, als Kinder. Genau diese visuell-verbale Denkspiele sind es aber, die im Alter wieder aufgegriffen werden.¹⁷ Mednick¹⁸ meint, dergleichen anhand der Assoziationsstärke im Sinne einer verfestigten Assoziativität messen zu können. Seiner Meinung nach ist bei Kreativen die Assoziationsstärke zugunsten des lockeren Zugriffs auf kreative Elemente verringert. Wenden wir nun diese Überlegungen auf den Lebenslauf des Menschen an, so dürfte sich die Assoziativität von einer spielerischen im Kindesalter über eine fester geordnete im Erwachsenenalter hin zu einer Prägnanz suchenden im hohen Alter weiterentwickeln. Der Zugriff im Alter erfolgt präziser und prägnanter, denn gerade auch durch fluide kognitive Verluste lockert sich das Assoziationsgewebe, um dem reinen Denken mitsamt seiner Assoziationskraft Platz zu machen. Abb. VIII.1 zeigt, wie sich die Verteilung der Assoziationselemente in den verschiedenen Lebensaltern anordnen könnte:

Was macht einen Menschen weise, einen anderen intelligent und einen dritten kreativ? Während der Weise die Bedingungen und Herausforderungen des Wissens verstehen und der Intelligente sie analysieren will, geht der Kreative über das Wissen hinaus und sucht neue Strategien und Techniken wie auch Redefinitionen. Auch im Sinnverstehen der Umwelt sucht der Kreative völlig neu über das Bestehende hinaus. Einstein kann man sicherlich als kreativen Physiker beschreiben.

In Bezug auf das hohe Alter lehrt uns Hokusai (89 Jahre) noch in der Alterskrise: „Mit 110 wird jeder Punkt und Strich, den ich zeichne, zum Leben erwachen.“¹⁹

16 Oerter (1971)

17 Rott (1992)

18 Mednick (1962)

19 <https://www.tagblatt.de/Nachrichten/Der-japanische-Kuenstler-Hokusai-in-einer-grossen-Berliner-Retrospektive-177596.html>.



Abbildung VIII.1 Assoziativität nach Lebensalter

Wie sind nun diese drei Formen assoziativ-kreativen Denkens intergenerationell verbunden? Treffen junge Menschen (Kinder, Jugendliche, Adoleszente) und alte Menschen aufeinander, so erfahren einzelne assoziative Kerne der Jungen durch die Prägnanz der Alten eine Orientierung, vielleicht auch Verfestigung; Traditionen werden weitergegeben. Trifft Alter auf Erwachsenenalter kann sich dies schon schwieriger oder zäher gestalten, denn die Assoziationen des Erwachsenen können stark miteinander verknüpft sein und Widerstand oder Reaktionen auslösen. Der Interaktion von jungem und mittlerem Erwachsenenalter fehlt demnach oft die Prägnanz, es kann an Richtung, Steuerung oder Bedeutung mangeln, denn die Propulsion ist aufgrund der kognitiven Schwere des Erwachsenen verringert. Was haben schließlich die Alten davon? Nun, die Antwort ist einfach. Es wird wieder etwas zum Leben erweckt, wie uns Hokusai lehrt. Die (Grund-)Farben und Formen des Lebens erwachen zu neuem Leben.

VIII. 4 Kreativität im hohen Alter und ihre daseinsthematische Relevanz

Zwischen April und September 2019 wurden in der Studie KLAR $N = 55$ alte Menschen exploriert. Zum einen wurde Kreativität direkt im daseinsthematisch fundierten Dialog verbal ermittelt (erster Studienteil, $N = 30$), zum anderen wurde mit als kreativ nominierten Personen ein daseinsthematisches Interview geführt (zweiter Studienteil, $N = 25$). Beginnen wir mit dem zweiten Studienteil.

In der Teilstudie „Daseinsthematische Analyse von alten Menschen mit hohem Engagement und hoher Kreativität“ stand die Frage im Zentrum, wie jene Menschen ihr Alter und ihre Beziehung zu anderen Menschen bzw. zum öffentlichen Raum erleben, die sich überdurchschnittlich stark für andere engagieren (nachbarschaftliches bzw. bürgerschaftliches Engagement) *und* die sich zugleich durch eine stark ausgeprägte Kreativität in diesem Engagement auszeichnen. Es wurde geplant, eine Stichprobe von $N = 25$ Personen (Altersbereich 75 Jahre und älter) zu ziehen, bei denen

die beiden genannten Merkmale „Überdurchschnittliches Engagement für andere“, „Stark ausgeprägte Kreativität in diesem Engagement“ gegeben waren. Wie wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gefunden?

Wir wandten uns an Bildungseinrichtungen, an Seniorenzentren, an Mehrgenerationenzentren, an Kirchen, an Vereine sowie an Wohnstifte mit der Frage, ob sie den Kontakt zu alten Menschen herstellen könnten, die die beiden oben genannten Merkmale erfüllten. Zunächst suchten die von uns kontaktierten Mitarbeiter*innen dieser verschiedenen Institutionen Personen aus, auf die die beiden Merkmale ihrer Meinung nach zutreffen könnten. Es wurden insgesamt 39 Personen identifiziert, die sich überdurchschnittlich stark für andere Menschen engagierten und die in diesem Engagement eine hohe Kreativität zeigten. Unsere Aufgabe bestand darin, auf der Grundlage der Schilderung der einzelnen Personen jene auszuwählen, die für unsere Studie infrage kommen würden. Dies war bei 32 Personen der Fall; diese Personen wurden von den Mitarbeitern*innen angesprochen und auf die Studie aufmerksam gemacht; zugleich wurde die Frage an sie gerichtet, ob sie sich ein 90-minütiges Interview mit einer Mitarbeiterin bzw. einem Mitarbeiter der Studie vorstellen könnten. Von den 32 Personen sagten 28 zu. Nach einem ausführlichen Telefonat bzw. Hausbesuch wurde ein Termin für die Interviewdurchführung verabredet. In drei Fällen kam das Interview aufgrund von Krankheit nicht zustande; in 25 Fällen konnten die Interviews geführt werden. Wie wurden die beiden Merkmale „Überdurchschnittlich starkes Engagement“ und „Hohe Kreativität im Engagement“ definiert? (a) Überdurchschnittlich starkes Engagement: Ganz im Zentrum steht das Engagement für Menschen – sei es für einzelne Menschen oder für Personengruppen. Dieses Engagement sollte *regelmäßig* gezeigt werden (dies hieß: mindestens zweimal in der Woche) und dabei jeweils mehr als anderthalb Stunden andauern. Zudem sollte dieses Engagement bereits eine höhere *Nachhaltigkeit* aufweisen (dies hieß: bereits seit mehr als zwei Jahren gezeigt werden). (b) Hohe Kreativität im Engagement: Diese sollte sich in der *Zielgruppe* bzw. den *Zielpersonen* des eigenen Engagements zeigen (andere Generation, vor allem junge Generation; Menschen, die in ihrer Situation nur selten Beistand erfahren, wie zum Beispiel Migrantinnen und Migranten, Flüchtlinge, Familien, die einen schwer kranken oder pflegebedürftigen Menschen zu Hause pflegen, Menschen im Hospiz), weiterhin in den spezifischen Inhalten des Engagements (zum Beispiel Nachhilfe geben, begleitende Gespräche mit Menschen in Grenzsituationen führen, eine eigene Initiative gründen, die in der Kommune große Resonanz findet). Zur Kreativität wurde zudem gerechnet, dass die Aktivität einen *großen Erfolg* darstellte bzw. entsprechend hohe Anerkennung durch die Zielgruppen bzw. durch die Zielpersonen fand. Dieser Erfolg konnte zum Beispiel auch durch die Würdigung in den Medien gezeigt werden.

Bei den N = 30 mit der dialogischen Methode untersuchten Frauen und Männern im hohen Alter handelt es sich um Personen, die sich durch hohes bis sehr hohes Engagement für die junge Generation auszeichnen. Sie wurden aus den Seminaren des Intergenerationellen Studierens an der Universität Heidelberg gewonnen, aber

auch aus vorangegangenen Studien des Instituts für Gerontologie.²⁰ Auffällig sind ausgeprägte Werte in der Offenheit (im Sinne von Neugierde und Toleranz) bei allen Probandinnen und Probanden. Die Offenheit ist eine der grundlegendsten Voraussetzungen für Kreativität.²¹ Die soziale Schicht ist in der Regel (aber nicht bei allen) hoch, der überwiegende Teil weist keinen Pflegegrad auf.

Bei der dialogischen Methode handelt es sich um ein allgemeines Kommunikationsprinzip. Das diesem Begriff zugrunde liegende Verb – *dialegesthai* (griech.) – bedeutet, dass sich in der Regel zwei Personen im Wechselgespräch gemeinsam um den Logos, den Wahrheitsgehalt eines Sachverhalts, bemühen. Immer dann, wenn Wertorientierungen nicht mehr fraglos von den nachfolgenden Generationen übernommen werden und neue, vernünftige Lebenspraxis diskursiv gefunden werden muss, sollte diese Methode Anwendung finden.²² Auf der Basis verschiedener Themen und Narrative, die die Welt im weitesten Sinne, die Verantwortung für die Welt und die Mitmenschen im engeren Sinne sowie philosophische und ethische Fragen beinhalten, werden Gespräche und Dialoge geführt. Aus den Dialogen können Unterschiede, Gemeinsamkeiten und erkenntnisbringende Inhalte extrahiert werden, um ein verbessertes synergetisches Verhältnis zwischen den Generationen zu verwirklichen und gemeinsam eine bessere Welt anzustreben.

In der dialogischen Sequenz wird das Universelle beim alten Menschen im Dialog mit den eigenen Daseinsthemen verbunden. Aufgrund der sich ergänzenden propulsiven Tendenzen in den frühen und späten Lebensaltern nähern sich solche Dialoge beschleunigt der Wahrheitsfindung. „Es überraschte mich, wie in einem direkten Dialog mit einer nicht vertrauten Person, die zudem knapp sieben Jahrzehnte älter ist als ich, über ein vorgegebenes Thema bereits sehr früh eine weiterführende und tiefgründige Gesprächsebene erreicht und anschließend gehalten wurde.“ (Herr MR, studentische Reflexion) In einer solchen Sphäre gedeiht Kreativität fast von allein. Gerade die Alterskrise lässt durch die Lockerung des Kognitionsgefüges eine neuauferkommene Kreativität des Alters leicht entflammen. Nun werden viele neue Wege gesehen. „Welches ist der richtige, gibt es einen anderen, welchen will ich einschlagen, mit welchem fahre ich am besten?“ (Herr GM, 87, dialogische Aussage) Bartlett²³ beschrieb einen solchen Sachverhalt als systemtranszendierendes Denken, mit dem neue, andersartige Wege außerhalb eines Systems gefunden werden. Dieser Denkstil bekommt nun im Alter einen neuen altersspezifischen Schub. Ein berühmtes Beispiel sind die Papierschnitte, die Matisse im hohen Alter schuf, und so einen neuen Malstil begründete.

20 Hierbei handelt es sich um die „Generali Hochaltrigenstudie“ und die Studie „Echo der Generationen“.

21 Kruse (2011)

22 Kemper (1990)

23 Bartlett (1958)

Um die schöpferischen Stile bei Hochbetagten beschreiben und einordnen zu können, wenden wir das Modell der Kreativitätstypen von Sternberg²⁴ an. Sternberg verbindet in seinem Beitrag die Propulsion mit der Kreativität. Propulsivität ist der direkte Weg zu den Ideen, zum Geist, zur Wahrheit. Sie treibt den Menschen regelrecht voran in einem Meer der Ideen. Sternberg unterscheidet acht Typen von Bewegungen, in denen ein Feld von einem Punkt zu einem anderen bewegt wird. Die Typen 1 und 2 sind paradigmenerhaltende Bewegungen wie Replikation oder Redefinition und sie belassen die Richtung, in die sich das Feld ohnehin schon bewegte. Bei den Typen 3 und 4 handelt es sich um Paradigmen-erhaltende Bewegungen, die das Feld aktiv in die Richtung vorwärtsbewegen, in die sich dieses bereits bewegte, teilweise beschleunigt. Bei diesen vier ersten Typen handelt es sich also um Formen, die die aktuelle Vorgehensweise akzeptieren und erweitern möchten. Die Typen 5 und 6 stellen paradigmenezurückweisende Formen dar, die das Feld in eine neue Richtung bewegen, teilweise von einem früheren Standpunkt aus durch Redirektion und Rekonstruktion. Bei Typ 7 handelt es sich um einen paradigmenezurückweisenden Beitrag, der das Feld von einem neuen Standpunkt aus in eine neue Richtung bewegt. Die Typen 5 bis 7 weisen also das aktuelle Vorgehen zurück und versuchen, es durch andere Formen zu ersetzen. Schließlich handelt es sich bei Typ 8 um einen paradigmintegrierenden Ansatz. Die Propulsion ist eine Kombination von unterschiedlichen Ansätzen, die verbunden werden. Nichts wird zurückgewiesen. Man kann hier auch von weisheitsbezogener Kreativität sprechen.

Auffällig ist nun, dass fast alle schöpferischen Leistungen der Ältesten diesem integrierenden Typus angehören.

- a) Interviewerin: *Wer hält Sie ohne festen Glauben?*
 Frau Mi (92): *Vielleicht ist er doch noch irgendwie in mir. Das ist wie in einer Kapsel, die relativ verschüttet ist, und in einem ganz dollen Augenblick klappt sie vielleicht auf.*
- b) Frau AW (96): *Ich hab gerade zur Nachbarin gesagt: Ich wünsche jedem Kind eine vernünftige Großmutter, nicht eine, die immer kritisiert.*
 Interviewer: *Eine die über der Sache steht.*
 Frau AW: *(betont) Ja, ja, ja. Jedes Kind bräuchte eine vernünftige Großmutter. Dann hat sie gesagt, deine Großmutter hat in dich viel reingepflanzt.*
- c) Interviewerin: *Was gefällt Ihnen eigentlich an dem hohen Alter? Gibt es da Sachen, wo Sie sagen, das ist toll, dass ich das erlebe?*
 Frau As (96): *Eine Prüfung habe ich schon bestanden. (Erzählt Episode von der Überschwemmung in der Wohnung.) Ein Afghan war vollgesoffen mit Wasser, und ich hab so geschuftet.*
- d) Frau He (92): *Ich kann in meinem Blumentopf meine Kartoffeln pflanzen. Man soll die Leute anregen, auf Balkonen Pflanzen, also*

Tomaten oder Gurken anzupflanzen, die geeignet sind für einen großen Topf.

- e) Frau Na (93): *Meine große Leidenschaft ist das Glasgravieren. Ich graviere Blumen und Gräser, am liebsten auch mit den Initialen. Bei mir geht es bergab mit dem geistigen Vermögen, was die Tagesgeschäfte angeht. Auch ein gewisser Unwillen, es nicht mehr machen zu wollen.*

Interviewerin: *Aber wenn dieser Unwillen sich breitmacht, was entsteht dann anstatt dieses Unwillens?*

Frau Na: *Tiefste Zufriedenheit.*

Interviewerin: *Ja und wo geht Ihr Geist hin?*

Frau Na: *Na, an diese Dinge (Glasgravieren).*

Interviewerin: *Und entwickeln Sie auch neue Ideen?*

Frau Na: *Ja und auch neue Techniken. Ich mach zurzeit eine Schnecke. Ich graviere ein Tier so, dass es erst weiß wird, und dann gehe ich drüber mit diesem großen weißen Stift, und dann noch mal tiefer reingravieren. Das gibt eine ganz tolle Wirkung. Da bin ich stolz drauf.*

Interviewerin: *Das haben Sie gelernt oder selbst entdeckt?*

Frau Na: *Learning by doing. Ich wollte was Neues machen und habe es einfach probiert. Ich glaube, es ist mir noch nie was kaputt gegangen.*

Interviewerin: *Toll. Das ist ein Talent. Und da erfreuen Sie bestimmt viele Menschen?*

Frau Na: *Die freuen sich riesig (...). Ich glaube, dass ich glücklich dran bin. Ich kenne die Langeweile nicht.*

Interviewerin: *Sehen Sie aber noch gut?*

Frau Na: *Ich bin stark beeinträchtigt auf dem rechten Auge. Merkwürdigerweise beim Gravieren habe ich keine Probleme damit, und mein Sohn sagte, der Kopf denkt anders, der graviert mit, weil ich schon so viel gemacht habe. Wenn es so ist, soll es mir recht sein.*

Interviewerin: *Sehen Sie, das ist wie bei Beethoven, obwohl er taub wurde, konnte er trotzdem weiter komponieren, weil er das immer gemacht hat.*

Die Integration im Kreativen bezieht sich beispielhaft bei den geistigen Ideen auf Gott in einer Kapsel im Inneren des Menschen (Frau Mi, a) oder auf das Einpflanzen von Güte und Vernunft in das Kind durch die Großmutter (Frau Wa, b), beim Witz durch die Integration von diversen Sprachelementen (Frau As, c), bei den pragmatischen Ideen schließlich durch die Verbindung von Nahrung, (Blumen-)Topf, Klimadebatte, Begründung zu einer Idee der nachhaltigen, mit der Natur verbundenen Lebensweise

(Frau He, d) oder durch die Entwicklung neuer Graviertechniken auf Gläser (Frau Na, e). Physiologische Verluste spielen keine Rolle mehr. Die Kraft des Geistigen steigert sich, um das Transzendente zu ermöglichen.

Bei dem kreativen Beitrag von Herrn Sa (92) auf die Frage, ob er Empfehlungen an die Politik richten könne, um die Teilhabe im Alter zu verbessern, handelt es sich bei seinem „Alter forscht“ um ein Beispiel für Typ 7, bei dem etwas jüngeren Herrn Wo (83) in seiner Auseinandersetzung mit dem Gottesbild, die bei ihm zur Aussage führt „Auch der Neoplatonismus ist wieder interessant geworden“, um ein Beispiel für Typ 6 (siehe Abb. VIII.2).

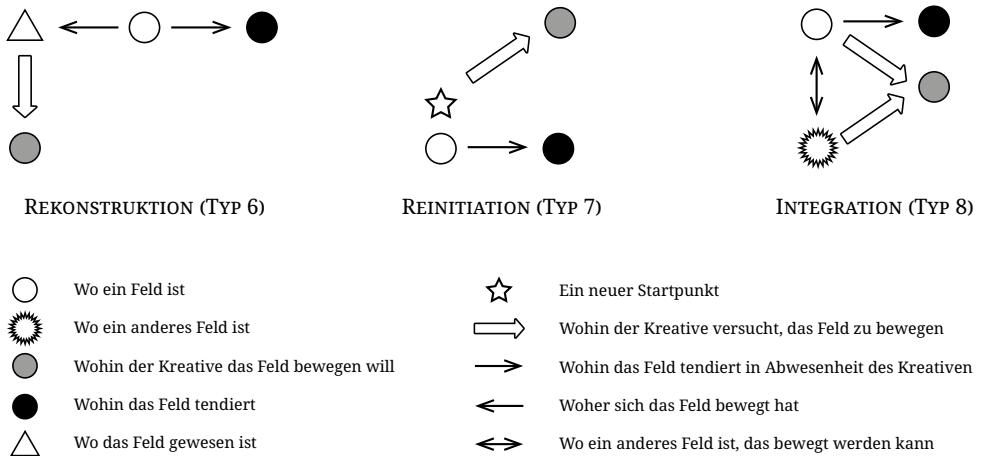


Abbildung VIII.2 Bevorzugte Typen der Kreativität im Alter (Kreativitätstypen nach Sternberg)

Dass die integrierende Kreativität im hohen Alter eine zentrale Ausdrucksweise sein soll, ist nicht verwunderlich, wenn wir das daseinsthematisch Beharrende und das Universelle zurate ziehen. Die Verbindung von individueller (Lebens-)Meisterschaft und geistigem Esprit ist bekanntlich jetzt am stärksten.

Die Kreativität im Alter wird stark durch die Zunahme der Propulsivität verursacht. Wenn die Geländer des Denkens wegfallen, Impulsivität und Steuerung abnehmen und das Schöpferische und Vorantreibende zur alleinigen Daseinsrichtung werden, findet der Mensch leicht Zugang zu Ideen, Wahrheiten, Universalien oder Heiligem.

Um diese qualitativen Aussagen weiter methodisch abzusichern, schauen wir uns die daseinsthematisch befragte Stichprobe und ihre empirisch kategorial bestimmten Daseinsthemen genauer an. Bei den Personen handelt es sich um Menschen im hohen Alter, über zwei Drittel verwitwet und über zwei Drittel früher berufstätig, der überwiegende Teil mit höherem Bildungsstand. Etwas mehr als die Hälfte wohnt noch in Privathaushalten. Die Personen haben keinen oder nur einen geringen Pflegegrad (siehe Tabelle VIII.1).

Tabelle VIII.1 Stichprobe

| Stichprobengröße | N = 55 Personen | |
|------------------------|--|------|
| Altersbereich | 75–80 Jahre | 7 % |
| | 81–85 Jahre | 22 % |
| | 86–90 Jahre | 36 % |
| | 91–97 Jahre | 35 % |
| Geschlechterverteilung | Frauen | 62 % |
| | Männer | 38 % |
| Familienstand | Verheiratet | 21 % |
| | Verwitwet | 71 % |
| | Ledig | 4 % |
| | Geschieden | 4 % |
| Bildungsstand | Niedrig (max. Volksschule) | 7 % |
| | Mittel (mind. Mittelschule, kein Abitur) | 36 % |
| | Höher (mind. Abitur) | 57 % |
| Wohnform I | Privathaushalt | 58 % |
| | Einrichtung | 42 % |
| Wohnform II | Mit einer Person zusammen- lebend | 36 % |
| | Alleine lebend | 64 % |
| Soziale Schicht | Eher niedrig | 7 % |
| | Mittel | 31 % |
| | Eher hoch | 62 % |
| Früher berufstätig | Ja | 67 % |
| | Nein | 33 % |
| Wohnort | Land | 11 % |
| | Umland einer Stadt | 34 % |
| | Stadt | 55 % |
| Pflegegrad | 0 | 62 % |
| | 1 | 22 % |
| | 2 | 12 % |
| | 3 | 4 % |

Die Daseinsthemen mit den höchsten Mittelwerten stellen auch jene mit der höchsten kreativen Gestaltbarkeit dar. Daseinsthemen sind zentrale Anliegen, in denen die Wechselwirkung zwischen biografischen Erfahrungen und aktueller Situation zum Ausdruck kommt. Ihre Ausprägungen und Formen differenzieren, verstärken oder reduzieren sich im Laufe des Alterns, sie können sich aber auch verwandeln oder

aus einem tiefen Inneren zum Durchbruch kommen, was auf eine Evolution von daseinsthematischer Kreativität schließen lässt. Das Daseinsthema „Freude an der Natur“ ist mit einem M von 2,2 (SD = 0.71) ein sehr häufig genanntes. Wir gehen davon aus, dass die Verbindung zur Natur sich im Alter noch weiter verstärkt, wenn eine entsprechende Prädisposition vorhanden ist.

Frau SN (92): *„Für mich ist es so, dass ich jeden Tag rausgehe und jetzt vom Winter beobachte, wie es Frühling wird, wie es so ganz langsam entsteht, das hat mir unheimlich viel gebracht. Ich kenne das ja, jedes Jahr dasselbe, aber dieses Jahr war es besonders, ein ungeheurer Gewinn und Dankbarkeit, dass ich noch in der Lage bin, das so zu registrieren, und da bin ich gestanden und fand es so toll. Vielleicht ist es eine Vorahnung, dass ich es einmal nicht mehr kann, es ist doch so wunderschön oder diese Sonnenuntergänge, fantastisch. Jetzt im Alter empfinde ich es doppelt, vielleicht weil die Jahre gezählt sind.“*

Die Daseinsthemen „Selbstverantwortliche Lebensgestaltung“, „Freude am Zusammensein mit anderen Menschen“ und „Eine Aufgabe im Leben haben“ sind bei den befragten alten Menschen am stärksten ausgeprägt.

Herr Ru (93): *„Ich will mein Leben führen, wie ich es will, und gehe ab und zu noch in die Hobbywerkstatt. Ich schnitze immer noch. Mir passieren auch weniger Fehler. Ich habe sie mitunter korrigiert. Wenn man so was schnitzt, will man es schön und sauber haben, man muss ein gewisses Gefühl dafür haben.“*
(Er zeigt eine aktuelle Arbeit.)

Das wesentliche Lebenselixier dieser alten Menschen ist es, eine Aufgabe zu haben, die den Alltag erfüllt. Durch die Verzahnung von Identität und Integrität wird Immanenz im Laufe des Lebens immer stärker, weil die Daseinsthemen zunehmend aus dem Inneren heraus wirken und sich in Tätigkeit oder vermehrtem Nachdenken ausdrücken. Dieses Denken kann schließlich auch in Tätigkeit übergehen. Wie es sehr alten Menschen gelingt, intensivste Interessen zu entwickeln, wurde in der Interviewstudie deutlich (Beispiel Frau Na weiter oben). Damit lassen sich auch die geringeren Werte beim Schmerzerleben erklären. Schmerzerleben ist im Zustand der Immanenz reduziert.

„Die Schmerzen sind manchmal gewaltig. Ich habe ausprobiert, was noch geht. Bloß wenn ich aufstehe, tut es weh. Wenn ich mit den Texten beschäftigt bin, nehme ich sie nicht zur Kenntnis.“ (Frau EB, 92, Lektorin)

Aber auch bedeutende andere Menschen nehmen in vielen Daseinsthemen des Alters einen nicht unwichtigen Platz ein, so in jenen der Bindung zu Verstorbenen und der wachsenden Bedeutung des Lebensrückblicks.

Frau Mi (92): *„Durch den Tod meines Cousins kommt noch vieles raus. Er war ein bemerkenswerter Junge. Er hatte sich Vogelstimmen angehört und hatte eine wunderbare Art zu erzählen. Das habe ich jetzt übernommen.“*

Frau UD (97): *„Ich habe gerade eine Abhandlung geschrieben über meinen Vater, der ein glühender Nationalist war im Ersten Weltkrieg, der das Erstarken von Deutschland begrüßt hat, aber nicht unter diesen Vorzeichen. Ich wollte zeigen, wie der Nationalsozialismus in mein persönliches Leben eingegriffen hat.“*

Oft zeigen sich bei den Befragten deutliche Zusammenhänge einer daseinsthematischen Struktur, in der die seelisch-geistige Reifung kreative Impulse an Mitverantwortung und Sorge um die Welt aussendet. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass von der Warte des hohen Alters die Auseinandersetzung mit dem eigenen Leben im Zustand von Immanenz erfolgt, das heißt, dass sie von einem umgestülpten Selbst ausgeht, dem zuvor die Integrität gelungen ist.

Tabelle VIII.2 Daseinsthemen der Stichprobe mit expressiver Kreativität

| Daseinsthema | M | SD |
|---|-----|------|
| Selbstverantwortliche Lebensgestaltung / erfüllter Alltag | 2,4 | 0.56 |
| Freude am Zusammensein mit anderen Menschen | 2,4 | 0.59 |
| Eine Aufgabe im Leben haben | 2,4 | 0.70 |
| Freude an Musik / Kunst / Literatur | 2,3 | 0.79 |
| Freude an der Natur | 2,2 | 0.71 |
| Wachsende Bedeutung des Lebensrückblicks | 2,2 | 0.80 |
| Bindung zu Verstorbenen | 2,1 | 0.85 |
| Anderen Menschen etwas geben können | 2,2 | 0.54 |
| Erfahrung, von anderen Menschen gebraucht zu werden | 2,1 | 0.70 |
| Sorge um die Welt | 2,1 | 0.80 |
| Erfahrung eigener seelisch-geistiger Reifung | 2,0 | 0.66 |
| Zufriedenstellende / gute Gesundheit | 2,0 | 0.72 |
| Verwurzelung in der früheren Heimat | 1,9 | 0.68 |
| Welterfahrung | 1,9 | 0.75 |
| Glaubens- und Transzendenzerfahrungen | 1,9 | 0.80 |
| Leben in der eigenen Wohnung | 1,9 | 0.82 |
| Seelisch-geistige Gewinne / Wachstum | 1,8 | 0.76 |
| Hohes Alter als besondere Herausforderung der Psyche | 1,8 | 0.68 |
| Sorge um die Natur | 1,8 | 0.75 |

Tabelle VIII.2 Fortsetzung

| Daseinsthema | M | SD |
|---|-----|------|
| Trennung einer Bindung | 1,7 | 0.80 |
| Belastendes Schmerzerleben | 1,6 | 0.68 |
| Stärkeres Angewiesen-Sein auf Hilfe durch andere | 1,5 | 0.60 |
| Stärkeres Angewiesen-Sein auf Beziehungen zu anderen Menschen | 1,5 | 0.60 |
| Sorge vor wachsender Einsamkeit | 1,5 | 0.60 |
| Sorge vor Aufgeben-Müssen der eigenen Wohnung | 1,5 | 0.68 |
| Phasen von schmerzlich empfundener Einsamkeit | 1,4 | 0.50 |
| Emotionale Verluste | 1,4 | 0.56 |
| Erfahrung der Abwertung, Meidung durch andere Menschen | 1,4 | 0.58 |
| Sorge vor kognitiven Verlusten und abnehmender Orientierung | 1,3 | 0.57 |
| Sorge vor ausgeprägten sensorischen Einbußen | 1,3 | 0.50 |
| Erleben eines großen Interesses anderer am hohen Alter | 1,3 | 0.49 |

(Skalenpunkte: 1: eher geringe, 2: mittlere, 3: eher hohe Ausprägung), N = 55

VIII.5 Dialog und Kreativität – ein intergeneratives Paradigma

Der Dialog ist produktiv, und er ist der Idealtypus der Kreativität des Denkens. Im Dialog trifft das Anthropologische auf das Seinsmäßige. „Das Wort ersteht Mal um Mal substantiell zwischen den Menschen, die von der Dynamik eines elementaren Mitsammenseins in ihrer Tiefe ergriffen und erschlossen werden. Das Zwischenmenschliche erschließt das sonst Unerschlossene.“²⁵ Dieses Zwischen hat eine Grundordnung, „aber nichts kann angeordnet werden, der Gang ist der des Geistes, und mancher entdeckt, was er zu sagen hatte, nicht eher, als da er den Ruf des Geistes vernimmt“²⁶. Man kann dieses Zwischen mit Verstehen gleichsetzen. Es ist neben der Rede (dem Gespräch), der emotionalen Befindlichkeit und dem Verfallen eines der vier Existenzialien des Seins und der Zeit.²⁷ Hannah Arendt entfaltet aus dem Zwischen von Buber eine weitere Ebene. Sie vermutet, dass dieses Sein des Zwischen von einem zweiten Zwischen durchwachsen ist, das als Referenzsystem dient, bestimmte Wörter und Aktionen zwischen lebendig agierenden Menschen hervorzurufen. Dieses zweite Zwischen können wir nicht vergegenständlichen. Die Wörter haben zunächst keine greifbaren Ergebnisse.²⁸ Die Wörter schauen uns an, gehen an uns

25 Buber (1994), S. 295

26 Buber (1994), S. 296

27 Heidegger (2006)

28 Arendt (2002), S. 225

vorbei, während wir sind. Insoweit die Aussagen oder Narrative der Gesprächspartnerinnen und -partner die linguistische Sozialisation beeinflussen und Erfahrungen verändern, kann man sie als Produkte des Dialogs verstehen. Damit sind auch kulturschöpfende Prozesse verbunden.

„Es gibt auch Wörter, die etwas aussprechen und zugleich ausführen. Die Sprache hält sich die Möglichkeit offen, eine Tat zu vollbringen.“ (MR, studentische Aussage im Dialog)

Der Student beschreibt, wie in der intergenerationellen Begegnung scheinbar wie aus dem Nichts ein tiefgründiger Dialog entsteht, der eine Weile gehalten werden kann. Seine unmittelbare Reaktion ist Erstaunen. Er beschreibt ein Gefühl, das schwer zu erklären ist, wenn man sich inmitten dialogischer Feinabstimmung befindet und klar und deutlich Wörter und Sätze in einer solchen Reinheit produziert, dass sie aus einer anderen existenziellen Sphäre stammen müssen.

„Manchmal ist man überrascht über sich selbst, wenn man über ein Thema spricht, das dann eine Verlängerung erfährt, weil einem Dinge einfallen, die man gespeichert hat, aber nie besprochen hat. Es ist für mich ein Phänomen, dass der Geist einem Reserven gibt, das Gespräch zu erweitern, zu vertiefen, zu verlängern und zu begründen – und wenn ich es dann auf dem Bildschirm sehe, das kann doch nicht sein, dass ich das gesagt habe.“ (Hr. GS, 91, dialogische Aussage im intergenerationellen Studieren)

*„But the primary purpose of dialogue is not to communicate. It is much deeper. It addresses the blocks in communication, not merely to understand them, but to meet them directly. In dialogue we are ready to raise topics serious enough to cause trouble. But while we are talking we are interested in being aware of whats going on inside us and between us. (...) In fact, dialogue is something new to our culture. We believe that it is an activity that might well prove vital to the future health of our civilization.“*²⁹

Nun gibt es den Dialog öffnende und schließende Situationen. Eigene Studien zur Morphologie des Dialogs zeigen einen unermesslichen Reichtum an Formen, die kontinuierlich universelle Elemente mit spontanem Beginn und auch Ende generieren.

Faktoren, die den Beginn des Dialogs erleichtern, sind gegenseitiger Respekt, echte Freundlichkeit und die Ähnlichkeit von Daseinsthemen. Das sind starke Indikatoren dafür, dass ein Gespräch in den Modus des Dialogs wechselt. Auch kohärentes oder synchrones Sprechen leitet die Gesprächspartnerinnen und -partner über in den Dialog.

Beispiele für gutes Enden des Dialogs sind bestimmte Aussagen wie Imperative, Forderungen, Mahnungen, Warnungen, Sprichwörter, Zitate oder geflügelte Wörter. Manchmal wechselt einer der Dialogpartner oder auch beide in die Sphäre der Kunst, eine Begegnungsweise, die den Dialog zu verewigen hilft.

Der Inhalt von Dialogen lässt sich kategorisieren. Es sind die Bereiche der Kunst und Ästhetik, der Logik und der Mathematik, der Symbolik und der Religion, der Natur und des Schicksals. Sie entstehen oft, aber nicht immer, aus den einzelnen Daseinsthemen. Wenn eine Person den Dialog retrospektiv reflektiert, wird ihr Verständnis für das Führen von Gedanken präziser. Während des Dialogs ist eine Reflexion über die eigene Gedankenführung kaum möglich, wenngleich es Geübten manchmal doch gelingt. Das Auftauchen von Gedanken ist propulsiv und kreativ. Propulsion ist ein vorwärtstreibendes Streben nach Orientierung in Bezug auf die eigene zentrale Idee (Lebensaufgabe) in kreativer Qualität. In Kindheit und Alter ist das Propulsive am stärksten.³⁰

Produkte des Dialogs, die ein Indikator für Wahrheit sein können, sind:

- Logiken
- Axiome
- Prinzipien
- Universelle Weisheiten / geflügelte Wörter / Sprichwörter

Produkte des Dialogs, die zur Wahrheit führen können sind:

- Kreativität³¹
- Metaphern³²

Im Jung-Alt-Dialog liegt ein großes Potenzial. Narratives Material ist in beiden Generationen sehr willkommen und dient als Medium, um spannende Erzählungen und Gespräche anzuregen. Die Fähigkeit, eine Geschichte zu erzählen, beruht auf dem Zusammenwirken von Interaktionswissen, Weltwissen und sprachlichem Wissen. Das sind drei Bausteine, die im Rahmen kristalliner Kompetenzen kreativ zusammengefügt werden müssen.³³ Wenn Kinder älteren und alten Menschen zuhören, können sie Erzählkompetenz entwickeln, da das Erzählen lebensnotwendig ist, um die kognitiven, sozialen und kulturellen Bedürfnisse des Menschen zu befriedigen. Junge Menschen profitieren immens davon, der erzählenden Person zuzuhören, und das Aufnehmen und Interpretieren ist ein zentraler kognitiver Akt für die geistige Entwicklung. Wenn die Kinder älter werden und Fragen stellen und mit Argumenten umgehen können, wachsen die Potenziale. Man kann annehmen, dass Kreativität ein höchstes Niveau im zwischenmenschlichen Austausch zwischen Generationen

30 Ehret (2019)

31 Siehe Beispiel Inneres Museum in diesem Text.

32 Ehret (2019)

33 Boueke & Schüle (1991)

erreicht. Erikson³⁴ vermutet, dass für die Ausbildung von Generativität der psychosoziale Modus der Prokreativität notwendig ist.

Nun betrachten wir einen äußerst kreativen Dialog, in dem beide, Jung und Alt, im dialogischen Raum ein ganzes Paket an Ideen und Metaphern schnüren. In einer Sitzung über Emotionen sollten junge und alte Menschen Gefühle metaphorisch beschreiben. Wie wir nun sehen werden, hatte Frau JH (91) eine kreative Intuition, die sie durch Introspektion gewann.

DK (stud.): *Als Kind waren Emotionen wie eine unbeschwerte Blumenwiese, weil man so frei und locker durchs Leben geht. Jetzt ist alles mehr geordnet und auch etwas Negatives dabei, die Hälfte ist Boden.*

JH (91): *Im hohen Alter hat man schon viele bunte Wiesen gesehen, sodass es nicht mehr die Freude auslöst wie in jungen Jahren.*

DK: *Und man hat auch den Dreck in der Erde schon eher kennengelernt.*

JH: *Ich gehe in ein Museum und Zack – das ist es.*

DK: *Ich gehe in ein Museum und das eine Kunstwerk steht für meine Angst und das andere für meine Freude.*

JH: *Richtig. Ja, Ja.*

DK: *Ein inneres Museum.*

Die junge Studentin lernt in rasender Eile viel über Emotionen im Alter und wie sie sich über den Lebenslauf entwickeln, und sie produziert aktiv die Weisheit im Dialog gemeinsam mit ihrer betagten Gesprächspartnerin. Man kann bei dieser auch die Wendung zum Geistesblitz erkennen.

Ein weiteres Beispiel soll zeigen, wie intensiv sich die Begegnungen gestalten können.

SE: *Woran liegt es, dass Sie sich so gut erinnern können?*

Fr. AW (96): *Ich mache viel Rätsel. Meine Knochen sind so alt wie ich, aber mein Gehirn ist noch jünger als ich.*

SE: *Was glauben Sie denn, wie alt ist Ihr Gehirn?*

Fr. AW: *So um die 60 Jahre.*

SE: *So alt, wie ich jetzt bin. Dann begegnen wir uns.*

Die Naturgebundenheit des Körpers, des Gehirns, verjüngt sich in der Begegnung. Nicht der positive Reifungsprozess ins hohe Alter wird rückgängig gemacht, sondern die zeitrelative Einstellung in der personalen Begegnung steht hier im Vordergrund.

34 Erikson (1950)

Die organischen Alternsvorgänge interferieren mit der kulturell plastischen Leistung der menschlichen Person.³⁵

Das echte Alter geht auch einher mit einem Hang zur Poesie. Die von Christoph Rott postulierte visuell-verbale Integrationshypothese³⁶ findet Resonanz bei Frank K. Stanzel³⁷: „Es könnte das Aufdecken von Analogien zwischen Phänomenen des geistigen Alterns und Vorgängen wie sie im kreativen Akt des Dichters ablaufen, Anlass dazu geben, das gesellschaftliche Odium, mit dem das Misslingen einer sprachlichen Kommunikation älterer Sprecher belegt wird, abzuschwächen.“ Weil innovative Poesie und charakteristische Veränderung in der linguistischen Kompetenz alter Menschen parallel auftreten, wäre es nicht vermessen, von einer speziellen Form der Poetizität im geistigen Habitus des alten Menschen zu sprechen, die quasi die Meister der Poesie sich einverleibt hat. Dieser Gedanke spiegelt sich in einem Interviewausschnitt mit Frau UD (97) wider und wird in diesem weiterentwickelt:

UD: *Das Wissen, das Gedächtnis ist es. Ich erinnere mich an viele Gedichte. Ich kann Ihnen den Text nicht mehr hersagen, ich kann Ihnen die Bürgschaft nicht auswendig aufsagen, aber den Gedanken, der in der Bürgschaft steckt.*

SE: *Den Gedanken, der in diesem Kunstwerk steckt, haben Sie verinnerlicht?*

UD: *Den Gedanken des Autors.*

Wenig später beschreibt Frau UD, wie sie neulich mit ihrem Urenkel durch die Felder gefahren ist.

UD: *Ein Getreidefeld oder ein Rübenacker, das bedeutet mir etwas.*

SE: *Ja, durch ihre Kindheit. Wie war es, als Sie durch das Feld gefahren sind? Beschreiben Sie.*

UD: *Wunderschön. Es gibt doch auch die schönen Gedichte: Die Ähren rauschen satt.*

SE: *Da haben Sie wie im Gedicht gelebt.*

UD: *Und die anderen sagen, ist das ein holpriger Weg.*

Frau UD findet sich im Gespräch spontan, also propulsiv in der Sphäre der Literatur und Poesie. Diese Daseinstechnik ist daseinsthematisch begründet. UD war Lehrerin für Deutsch und Geografie. Man kann also von einer speziellen Form der Poetizität in der Kognition der alten Dame sprechen. Sprachliche Kommunikation gelingt gerade dann gut, wenn Sprünge zwischen Kunst und Konversation stattfinden, und lösen so

35 Oeser & Seitelberger (1988)

36 Rott (1992)

37 Stanzel (2004), S. 14

beiderseitiges Verstehen aus. Im kreativen propulsiv-dialogischen Prozess gelingt das Erinnern leicht. Frank K. Stanzel schreibt: „So erfährt das, was im Akt des Erlebens oft nur eine schwache Spur hinterlassen hat, im Akt der Erinnerung eine Umgestaltung, die sich im geglückten Wurf als gewichtiger Bedeutungszuwachs erweisen kann. Ob diese Assoziationsfähigkeit im Alter nicht nur, wie in der Regel wohl anzunehmen ist, abnimmt, sondern im besonderen Fall sogar zunehmen kann, wäre noch zu prüfen.“³⁸ Wenn unser Bild von der Prägnanzassoziativität nicht trügt, würde sie sich sinnhaft verstärken.

VIII.6 Förderung schöpferischen Alterns

Wir haben verschiedene Formen kreativen Alterns herausgearbeitet, diese sind (a) die daseinsthematische Kreativität des Selbst, (b) jene des Denkens, insbesondere im Dialog mit jungen Menschen, (c) Kreativität in Bezug auf fundamentale Fragen des Lebens im Kontext von Generativität und Verantwortung und (d) die „zunehmende schöpferische Anpassung an die Grenzen des Lebens“³⁹. Nun geht es darum, „die Chancen der gesellschaftlichen Stützung und Ermutigung für dieses Potenzial auszuloten“⁴⁰. Welche Formen von Gemeinwesenarbeit und Förderpolitik für die benachteiligten sozialen Schichten sind hierzu notwendig? Da geht es zunächst einmal darum, Möglichkeiten des Ausdrucks zu finden, in denen man sich durchsetzen und sich zur Verwirklichung bringen kann. Der kreative Impuls entsteht durch Konzept- und Formwissen, instrumentelle Techniken sowie Expressionsfähigkeit. Gerade diese letztgenannte Eigenschaft scheint bei einigen Alten verlorengegangen bzw. in der Sozialisation nicht deutlich genug ausgeprägt worden zu sein und sollte zum Wieder-aufleben gebracht werden. Kreativitätsschancen sind unverkennbar sozial ungleich verteilt. Eine altersfreundliche Politik fordert dazu auf, alte Menschen zu animieren, sich neu einzusetzen, in sich und für andere an etwas Neuem zu arbeiten.

Welche Rollen im Alter sind nun geeignet, Kreativität zum Ausdruck zu bringen? Mit der Großelternrolle, der Rolle des Mentors, des Ratgebers ist Generativität verbunden. Mit Generativität ist wiederum Prokreativität verquickt.⁴¹ Damit ist ein Antrieb zur Kreativität gemeint, der der eigentlichen Kreativität vorausgeht und nötig ist „for establishing and guiding the next generation“.⁴² Anleitung und Begleitung von jungen Menschen führt demnach im alten Menschen zum Anstieg von Kreativität. Eine zweite bedeutende Rolle ist jene des mitverantwortlichen Bürgers, der Zivilcourage

38 Stanzel (2004), S. 17

39 Kruse (2013)

40 Aner et al. (2007)

41 Erikson (1950)

42 Erikson (1950)

zeigt. Der Bürgermut im Alter kann sich in sehr kreativen Formen zeigen. Mit Mitteln des zivilen Ungehorsams protestierten zwei fast 90-Jährige gegen die Sperrung einer Wiese inmitten der Coronakrise. Denn es gebe Familien in der Umgebung, die keinen Balkon oder Garten haben und gerade diesen öffentlichen Raum zur Erholung nutzen. Auf den schmalen Fußgängerweg daneben könne man kaum ausweichen. Die Alten machen also aufmerksam auf die wahren Zwecke des öffentlichen Raums. Kreative Zivilcourage, Gemeinsinn und Mitverantwortung einen sich zur kreativen politischen Einflussnahme. Wenn man Erik H. Erikson weiterdenkt, kennt der Mut im Alter keine Grenzen. In der Erweiterung seines Stufenmodells bildet Immanenz die letzte Stufe im hohen Alter, und der kreative Mut ist ein Teil von ihr.

Eine dritte Rolle ist die kulturell-historische des Alters. Den Betagten diese Rolle zurückzugeben, schließt auch ein weiteres Stück Kreativität für sie auf. In ihr wird der Weg zum Denken, auch gemeinsam mit anderen Generationen, freigemacht. Der Dialog von Jung und Alt im Sinne von wahrhaftiger Kommunikation dient nicht nur als Erhebungsinstrument von Kreativität im Alter, sondern auch seiner Förderung. Zur Umsetzung bedarf es hierzu spezifischer Umwelten, wie es beispielsweise dialogische Räume sind, die geradezu mit Aufforderungscharakter auf den Menschen zukommen.

Die individuelle Kreativität zeigt sich vor allem in der Immanenz. In der Immanenz ist der Mensch in Denken und Tätigkeit ganz bei sich, er ist für alles da, ist vollkommen mit Natur und Dasein verbunden. Immanenz ist die letzte Entwicklungsaufgabe oder Entwicklungsdynamik des Menschen. Wem es gelingt, sich darin zu halten durch Denken, Tätigkeit, Flow, befindet sich im Zustand des Glücks. Immanenz versus Illusion lässt sich so als neunte psychosoziale Stufe des epigenetischen Diagramms begreifen.⁴³ Durch die Verzahnung von Identität und Integrität wird Immanenz im Laufe des Lebens immer stärker, weil die daseinsthematische Essenz des Lebens zunehmend innerlich wirkt und sich in Tätigkeit vertieft. Diese Fähigkeiten, in allen Institutionen der Gesellschaft, die sich mit Alter befassen, zu erkennen und in kreativen Umwelten zu fördern, wird zur obersten Pflicht der jüngeren Generationen.

Auf der Suche nach impliziten Axiomen des Glaubens lässt sich Kreativität in religiösen Kontexten nutzen. Es war Dietrich Ritschl, der der Frage nachging, ob es semantische Tiefenstrukturen gäbe, denen eine Steuerungswirkung hinsichtlich religiösen Verstehens nachgewiesen werden kann.⁴⁴ Der Dialog mit Frau MI, die „Gott in einer Kapsel in sich trägt“, lässt solche Zugangsformen erahnen. Die Kirche sollte kreative Denk- und Erfahrungsräume für alte Menschen eröffnen. Kreative Seelsorge sollte etabliert werden.

Aus politischer Sicht sollten die Zwecke, die im öffentlichen Raum zu finden sind, überdacht werden. Sind es vernünftige Zwecke? Kann in ihnen Verantwortlichkeit als Kreativität wachsen? Kann Sensibilität für die Intentionen des anderen

43 Manuskript bei der Verfasserin.

44 Ritschl (1990)

im öffentlichen Raum entstehen? Wie kann Tradition in einer offenen Gesellschaft weiterbestehen?

Zum Abschluss sei ein schönes Beispiel nicht vergehender Kreativität genannt, die besonders in Zeiten, in denen eine altersfreundliche Kultur bedroht ist, wieder zum Vorschein kommt: der Brief.

„Nicht Freiheit, Unterdrückung und Mangel an Kontakt führen zum Schreiben. Durch die Geschichte hindurch zeigt sich, dass der Brief eine Art geistiger Untergrundbewegung ist, die hochkommt, wenn sich die Gesellschaft auch an der Oberfläche nicht mehr human gibt. Der Brief ist die Reserve der persönlichen Bewegungsfreiheit.“⁴⁵

Darauf antworten Jung und Alt im Dialog:

Hr. GM (87): *Das stimmt genau. Das ist die einzig verbliebene Freiheit.*

MR (stud.): *... und die Gedankenfreiheit. Die Gedanken sind frei.*

GM: *Da leiden die Alten, die noch diese ganzen Emotionen haben und wissen, sie zu bewerten. Ein Brief ist ein Vermittler menschlicher Wärme. Wenn ich einen ehrlichen Brief schreibe an die richtige Person, dann ist alles Positive drin.*

MR: *Ja. Ehrlichkeit ist ein gutes Stichwort. Wenn man einen Brief schreibt, man dann in sein Inneres schaut, und wenn man schreibt, dann gucken einen die Worte an.*

GM: *Sie müssen ehrlich bleiben und müssen sich identifizieren, und das ist das Wahre an einem Brief.*

MR: *Man kann bei einem Brief selbst Schriftsteller werden und seine Kreativität nutzen. Und jeder hat doch den Wunsch, sich zu verewigen, dass in der Nachwelt noch was bleibt.*

Literatur

- Aner, K., Karl, F., & Rosenmayr, L. (2007). *Die neuen Alten – Retter des Sozialen?* Wiesbaden: Springer VS.
- Arendt, H. (2002). *Vita activa oder Vom tätigen Leben*. München: Piper.
- Bartlett, F. (1958). *Thinking. An experimental and social study*. New York: Basic Books.
- Bohm, D., Factor, D., & Garrett, P. (1991). *Dialogue – A proposal on Meaning, Purpose and Exploration in Dialogue*. http://www.david-bohm.net/dialogue/dialogue_proposal.html.
- Boueke, D., & Schüle, F. (1991). Kindliches Erzählen als Realisierung eines narrativen Schemas. In H.-H. Ewers (Hrsg.), *Kindliches Erzählen – Erzählen für Kinder* (S. 13–41). Weinheim: Beltz.
- Buber, M. (1994). *Das dialogische Prinzip*. Gerlingen: Lambert Schneider.
- Cropley, D., Kaufman, J., & Cropley, A. (2008). Malevolent Creativity: A Functional Model of Creativity in Terrorism and Crime. *Creativity Research Journal*, 20, 105–115.
- Ehret, S. (2017). Kaleidoskop des Alter(n)s. *Psychozial*, 40, 59–76.
- Ehret, S. (2019). Die Ordnung intergenerationeller Beziehungen. Jung-Alt-Prinzipien des Echos der Generationen. *Psychotherapie im Alter*, 2, 179–196.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood und Society*. New York: WW Norton.
- Gardner, H. (2002). *Intelligenzen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Guilford, J. P. (1950). Creativity. *American Psychologist*, 5, 444–454.
- Heidegger, M. (2006). *Sein und Zeit*. (19. Aufl.). Berlin: De Gruyter.
- Jappe, G. (1969). Vom Briefwechsel zum Schriftwechsel. *Merkur*, 23, 351–362.
- Kemper, H. (1990). *Erziehung als Dialog. Anfragen an Janusz Korczak und Platon-Sokrates*. München: Juventa.
- Kruse, A. (Hrsg.) (2011). *Kreativität im Alter*. Heidelberg: Winter.
- Kruse, A. (2013). *Alternde Gesellschaft – eine Bedrohung?* Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge.
- Lindauer, M. S., Orwoll, L., & Kelley, M. C. (1997). Aging Artists on the Creativity of their old age. *Creativity Research Journal*, 10, 133–152.
- Luhmann, M., & Hawkey, L. C. (2016). Age differences in loneliness from late adolescence to oldest age. *Developmental Psychology*, 52, 943–959.
- Mednick, S. A. (1962). The associative basis of the generative process. *Psychological Review*, 69, 220–232.
- Oerter, R. (1971). *Psychologie des Denkens*. Donauwörth: Auer.
- Oeser, E., & Seitelberger, F. (1988). *Gehirn, Bewusstsein und Erkenntnis*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Ritschl, D. (1990). Implizite Axiome. Weitere vorläufige Überlegungen. In W. Huber, E. Petzold, & T. Sundermeier (Hrsg.), *Implizite Axiome. Tiefenstrukturen des Denkens* (S. 338–355). München: Christian Kaiser.
- Root-Bernstein, R., & Root-Bernstein, M. (2011). Life Stages of Creativity. In M. Runco, & S. Pritzker. (Hrsg.),

- Encyclopedia of creativity* (Bd. 2) (S. 47–55). London: Elsevier.
- Rott, C. (1992). *Struktur und Dynamik der Intelligenz im Alter*. Dissertation. Universität Heidelberg.
- Simonton, D. K. (1990). Creativity in the later years: Optimistic prospects for achievement. *The Gerontologist*, 30, 626–631.
- Stanzel, F. K. (2004). Gerontologisches in Literatur und Poetik. *AAA: Arbeiten aus Anglistik und Amerikanistik*, 29(1), 3–21.
- Sternberg, R. J. (2003). *Wisdom, Intelligence, and Creativity Synthesized*. Cambridge: Cambridge University Press.

Kapitel IX

Die Notwendigkeit einer veränderungssensitiven Versorgung: Die Expertenperspektive

Gabriele Ensink, Andreas Kruse, Matthias Mettner,
Hartmut Remmers, Georg Ruppe, Beate Wild

Zusammenfassung In diesem Kapitel wird über die Ergebnisse einer Befragung von N = 200 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus medizinisch-pflegerischen Versorgungssystemen sowie aus dem psychosozialen Beratungssystem berichtet; N = 100 der befragten Expertinnen und Experten kamen aus Deutschland, N = 100 aus Österreich und der Schweiz. In den Interviews sollten Aussagen darüber getroffen werden, welche Bereiche des Versorgungs- und Beratungssystems sich durch Stärken und welche sich durch Schwächen auszeichnen. Dabei ließen sich die angesprochenen Themen vier Themenkomplexen zuordnen: „Vertieftes Verständnis des hohen Alters“, „Schichtunterschiede /regionale Unterschiede im Zugang zur Versorgung und Beratung“, „Erweiterung oder Ausbau von Versorgungsangeboten“, „veränderte Orientierungen in der Versorgungspraxis“. Zudem wurden 450 Fragebögen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem Versorgungs- und Beratungssystem ausgewertet. Ein Großteil der Befragten äußerte, dass geriatrische Rehabilitation als obligatorische Komponente der Medizin für alte Menschen zu definieren sei, dass Prävention für alte Menschen deutlich gestärkt werden müsse und dass die Pflegeversicherung einen deutlich stärkeren Leistungsanreiz für die Aktivierung und Rehabilitation alter Menschen setzen solle. Differierende Bedeutungszuschreibungen und Bewertungen zeigten sich mit Blick auf Aspekte der sozialen Integration und der Lebensbindung im Alter, die in den Augen von Vertretern und Vertreterinnen des psychosozialen Beratungssystems als bedeutsamer bewertet wurden im Unterschied zu Aspekten der palliativen Versorgung, die vor allem von Angehörigen des medizinisch-pflegerischen Versorgungssystems betont wurden.

Schlagwörter Gesundheitliche Versorgung, palliative Versorgung, regionale Ungleichheit, Rehabilitation, soziale Ungleichheit

Abstract This chapter reports on the results of a survey of members of medical and nursing care systems as well as of psychosocial counselling systems; N = 100 of the experts interviewed came from Germany, another N = 100 from Austria and Switzerland. In the interviews, participants were asked to make statements about which areas of the medical, care and counselling systems are characterised by strengths and which by weaknesses. The topics addressed could be assigned to five thematic complexes: “deepened understanding of old age”, “class differences in access to care and counselling”, “regional differences in the quantity of care”, “extension or expansion of care offers”, “altered focus in care

practice". In addition, N = 450 questionnaires from employees of the care and counselling system were evaluated. A large number of the respondents stated that geriatric rehabilitation should be defined as an obligatory component of medicine for older people, that preventive care for older people must be significantly improved and that long-term care insurance should provide a significantly stronger incentive for the activation and rehabilitation of older people. Different attributions of importance and evaluations were found with regard to aspects of social integration and life commitment in old age, which were assessed as more important in the eyes of the representatives of psychology and social work, in contrast to aspects of palliative care, which were mainly emphasised by members of the medical and nursing care system.

Keywords Health care, palliative care, regional inequality, rehabilitation, social inequality

IX.1 Einführung und Zielsetzung

In der empirischen Sozialforschung hat sich immer wieder bestätigt, dass bei Befragungen, wie bestimmte Ereignisse oder Situationen erlebt und beurteilt werden, Differenzen oder Diskrepanzen zwischen Selbsteinschätzungen und Fremdeinschätzungen bestehen. Dazu gibt es viele Beispiele, etwa aus der Stress- und Copingforschung.¹ Ein Teil der in diesem Band vorgestellten Studienergebnisse (Kapitel II, IV) zeigt, wie alte Menschen mit Phänomenen und Herausforderungen des Alterns umgehen, was ihnen im Leben wichtig war und zukünftig wichtig sein wird (Kapitel III, V) und welche Wünsche sie im Hinblick auf eine gute gesundheitliche Versorgung (Kapitel VI, VII) haben.

Gegenüber diesen Selbstauskünften alter Menschen wird in diesem Kapitel die Perspektive gewechselt. Befragt werden Personen, die beruflich im Bereich der medizinisch-pflegerischen Betreuung und der psychosozialen Versorgung tätig sind und aufgrund ihrer langen und intensiven Erfahrung als Experten und Expertinnen angesprochen werden.

Wir sprechen bewusst von Experten bzw. Expertinnen und meinen damit jene Personen, die sich durch ein beruflich hohes Qualifikationsniveau gemäß staatlich regulierten Ausbildungssystemen und eine intensive und breite berufspraktische Erfahrung unter Einschluss kontinuierlicher Fort- und Weiterbildung auszeichnen. Wir sind uns darüber im Klaren, dass gemäß dem Stand gegenwärtiger Professions- theorie und Professionsforschung Experten bzw. Expertinnen i. d. R. akademische Qualifikationsstandards zu erfüllen haben. Das trifft auf unsere Gruppen der Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten zweifellos zu. Für Pflegefachpersonen und Sozial- arbeiter gilt das nicht ohne Weiteres. Gleichwohl verfügen sie v. a. in leitenden Funk- tionen nicht nur über Zusatzqualifikationen, sondern auch über einen Reichtum an berufspraktischen Erfahrungen in ihren spezifischen Tätigkeitsfeldern und in der

1 Heim & Valach (1996); Weis (2002)

konstruktiven Zusammenarbeit mit benachbarten Professionen, die es erlauben, sie analog als Experten und Expertinnen zu bezeichnen.²

In gewisser Weise kann hier also von einer *Fremdeinschätzung* vieler mit dem Alter verbundener situativer Herausforderungen und Belastungen sowie der auf konkrete Bedarfe und Bedürfnisse ihrer Klientel zugeschnittenen Versorgungs-, Unterstützungs- und Beratungssysteme gesprochen werden. Dabei geht es weniger um spezifische Belastungen, die mit der beruflichen Arbeit in diesem Setting verbunden sind.³ Im Zentrum stehen vielmehr fachliche Erfahrungen, die die hier adressierten Gesundheitsberufe in ihrer therapeutischen, pflegerischen, psychologischen bzw. psychotherapeutischen und sozialen Arbeit mit alten Menschen machen, sowie Beurteilungen, welche Handlungs- und Organisationskonzepte professioneller Versorgung im Zusammenwirken auch mit Personen der informellen Pflege als zielführend gelten können. In dieser Teilstudie wird überdies von einer wesentlichen Prämisse ausgegangen, die besagt, dass die fachliche Beurteilung der jeweiligen Versorgungsqualität abhängig ist vom professionellen Vorverständnis sowohl der Entwicklungspotenziale alter Menschen als auch der zumeist mit dem hohen Alter assoziierten Vulnerabilitäten und den sich daraus ergebenden Beratungs-, Unterstützungs- und Versorgungsbedarfen.⁴ Angesichts sich ausweitender Einkommensungleichheiten mit gesellschaftlichen Schereneffekten sowie wachsender regionaler Disparitäten stellt sich zudem die Frage, welche Auswirkungen sozialer Schichtunterschiede alter Menschen ebenso wie regional versorgungsstruktureller Ungleichheiten sich beobachten lassen.⁵ Auch hat sich gezeigt, dass optimales Zusammenwirken verschiedener Gesundheitsprofessionen durch wenig aufeinander abgestimmte Interventionsansätze etwa der altersmedizinischen, pflegerischen, psychotherapeutischen bzw. gerontopsychiatrischen Versorgung erschwert wird. Damit stellt sich die Frage nach konkreten Verbesserungs- und Veränderungsbedarfen sowie konzeptionellen Neuausrichtungen einer integrierten gesundheitlichen Versorgung im Alter.⁶ Schließlich zeigt sich, dass Gesundheitsförderung und Prävention mit dem Ziel einer Hinauszögerung oder Linderung von Pflegebedürftigkeit im Alter einen immer größeren Stellenwert erlangen.⁷ Aus diesem Grunde gilt es, die diesbezüglichen fachlichen Vorstellungen und Perspektiven gesundheitsberuflicher Akteure präzise zu eruieren. Dies

2 Miegl (2016)

3 Obwohl Belastungen hier nicht ausdrücklich thematisiert werden, sollten neuere arbeitssoziologische Befunde wie Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) (2018) durchaus zur Kenntnis genommen werden.

4 Das berufliche Vorverständnis ergibt sich häufig aus spezifischen Altersbildern professioneller Akteure. Vgl. dazu etwa Remmers & Walter (2013); Remmers & Renneke (2012). Ferner sedimentiert sich jenes Vorverständnis in Verhaltenseigenschaften, insbesondere im Habitus jener Akteure. Vgl. dazu insbesondere Eylmann (2015).

5 Gebauer & Büscher (Hrsg.) (2008)

6 Remmers et al. (2014); Remmers et al. (2010)

7 Remmers & Renneke (2012)

gilt ebenso für den zukünftig nicht weniger bedeutsamen Bereich der medizinisch-pflegerischen Rehabilitation am Lebensende⁸ und für die hospizliche und palliative Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen.⁹

Es geht in erster Linie nicht darum, unterschiedliche Sichtweisen zwischen Professionsangehörigen auf alte Menschen, ihre gegenwärtige Versorgung und deren zukünftige Herausforderungen zu akzentuieren.¹⁰ Dies kann und wird von Fall zu Fall bedeutsam sein. Im Sinne der Fremdeinschätzung der Gesamtsituation alter Menschen geht es vielmehr darum, ein relativ übereinstimmendes Verständnis ihrer gegenwärtigen Lage sowie eine Einschätzung dringender Veränderungs- und Entwicklungsnotwendigkeiten professioneller Versorgungs- und Unterstützungssysteme aus Sicht der befragten Gesundheitsprofessionen zu erhalten.

Mit der Befragung von Experten und Expertinnen ist somit folgende Zielsetzung verbunden, die uns auch in der Studie „Altern in Balance“ leitete: Es sollen Charakteristika des Versorgungs-, Beratungs- und Unterstützungssystems alter Menschen aus persönlich-fachlicher Sicht eruiert werden. Es sollen darüber hinaus Erkenntnisse gewonnen werden, welche Bereiche sich durch Stärken und welche Bereiche sich durch Schwächen der Versorgung, Beratung und Unterstützung auszeichnen. Entsprechende Einsichten sollen beispielhaft präzisiert werden. Im Sinne einer strukturellen und arbeitsinhaltlichen Differenzierung gilt es, mögliche Unterschiede zwischen der Versorgung, Beratung und Unterstützung älterer (siebtes, achtens Lebensjahrzehnt) und alter Menschen (neuntes, zehntes Lebensjahrzehnt) herauszustellen. Bei dieser Differenzierung sollen vor allem folgende Fragen beantwortet werden: Lassen sich die beobachteten Unterschiede auf divergierende Bewertungsmaßstäbe der jeweiligen Profession zurückführen? Für den Fall, dass divergierende Bewertungsmaßstäbe fachlich begründet werden können, stellt sich die Frage, inwieweit sich daraus unterschiedliche Anforderungen an die Betreuung je nach Altersgruppe ableiten lassen. Schließlich stellt sich die Frage, welche fachlichen Gründe dafür geltend gemacht werden können, dass die als notwendig erachteten Veränderungen in Inhalt und Ausmaß unterschiedlich sind.

IX.2 Interviews

Insgesamt wurden N = 200 Mitglieder des Versorgungs-, Beratungs- und Unterstützungssystems interviewt, N = 100 aus Deutschland sowie N = 100 aus Österreich und der Schweiz. Die Stichprobe untergliedert sich in vier Teilstichproben:

8 Kruse (2021)

9 Garthaus et al. (2019); Marquard et al. (2018); Pinkert et al. (2011); Remmers & Kruse (2014)

10 Bridges et al. (2011); Kaba-Schönstein & Kälbl (Hrsg.) (2003); Walkenhorst (2016)

Gruppe der Ärztinnen und Ärzte (N = 60): Wir haben uns an Kooperationspartner*innen des Instituts für Gerontologie gewandt, die schwerpunktmäßig ältere und alte Patientinnen und Patienten behandeln. Zudem haben wir die Kooperationspartner*innen gebeten, ihrerseits Kontakt zu niedergelassenen oder in Kliniken tätigen Ärztinnen und Ärzten herzustellen. In Österreich und in der Schweiz wurde der Kontakt primär über Krankenhäuser hergestellt, die ihrerseits in enger Verbindung mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten stehen. Schließlich konnten wir Ärztinnen und Ärzte aus den drei Ländern anlässlich von internationalen Tagungen befragen. Aus Deutschland haben N = 12 niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie N = 18 Klinikärztinnen und -ärzte an der Befragung teilgenommen. Ebenso haben aus Österreich und der Schweiz N = 12 niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie N = 18 Klinikärztinnen und -ärzte teilgenommen.

Gruppe der Pflegefachpersonen (Altenpflege, Krankenpflege, Alten- und Krankenpflege) (N = 80): Den Kontakt zu dieser Gruppe haben wir im In- und Ausland über Träger stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen wie auch über Kliniken hergestellt. Zudem war es möglich, Pflegefachpersonen anlässlich von Tagungen zu befragen. Aus Deutschland haben N = 10 ambulant und N = 30 stationär tätige Pflegefachpersonen teilgenommen; aus den Nachbarländern haben wir ebenfalls N = 10 ambulant und N = 30 stationär tätige Pflegefachpersonen gewinnen können.

Gruppe der Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter (N = 50): Der Kontakt zu diesen Berufsgruppen wurde über Beratungsstellen (in kommunaler und freigemeinnütziger Trägerschaft) sowie durch Kliniken hergestellt. Weiterhin konnten wir Psychologen und Psychotherapeuten anlässlich von internationalen Tagungen befragen. Aus Deutschland haben N = 25 Angehörige psychosozialer Dienste teilgenommen, aus den Nachbarländern ebenfalls N = 25.

Gruppe der Physiotherapeuten (N = 10): Der Kontakt zu dieser Gruppe wurde über Krankenkassen und Rehabilitationskliniken hergestellt. Sowohl in Deutschland als auch in Österreich / Schweiz wurden jeweils N = 5 Physiotherapeuten befragt.

Die Tatsache, dass die genannten Berufsgruppen in der Stichprobe unterschiedlich stark vertreten sind, erklärt sich daraus, dass wir uns bei der Bestimmung der Anzahl der Vertreterinnen und Vertreter einzelner Berufsgruppen an deren „thematischer Nähe“ zu den Fragestellungen der Erhebung orientiert haben: Die meisten Fragen betreffen die Berufsfelder der Medizin, der Pflege und der Sozialarbeit; aus diesem Grunde wurden diese Disziplinen bei der Aussendung der Fragebögen am stärksten berücksichtigt. Aufgrund der Tatsache, dass auch Fragen zur Rehabilitation und Psychotherapie gestellt wurden, sollten auch die entsprechenden Disziplinen (Psychologie, Psychotherapie, Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie) ausreichend, aber in geringerer Zahl, in der Stichprobe vertreten sein.

Untersuchungsdurchführung

Zunächst wurden die Zielpersonen von uns angeschrieben und über die Zielsetzung dieses Studienteiles informiert (siehe oben). Die sodann durchgeführten Interviews dauerten zwischen ca. 45 bis 60 Minuten (Mittelwert ca. 50 Minuten). Die Interviews wurden in semistrukturierter Form durchgeführt. Sie zentrierten sich dabei um zehn Leitfragen, die im Verlaufe des Interviews als „Erzählimpuls“ gestellt wurden (der genaue Wortlaut und die Reihenfolge bei der Adressierung der einzelnen Fragen orientierten sich an dem Interviewverlauf).

Die Interviews wurden grundsätzlich als *face-to-face-Interviews* geführt; in Deutschland führten jeweils zwei Personen die Interviews, wobei eine der beiden Personen die Aufgabe hatte, die in den Interviews getroffenen Aussagen möglichst wortgenau zu protokollieren; in Österreich und in der Schweiz wurden 75 der Interviews von zwei Personen, 25 Interviews von einer Person geführt. Jene 25 Interviews, die nur von einer Person geführt wurden, wurden mit einem weiteren Auswerter jeweils einen bis drei Tage nach Stattfinden des Interviews ausführlich erörtert; auf der Grundlage dieser Erörterung wurde eine Zuordnung der Aussagen zu den einzelnen Kategorien des vorher entwickelten Kategoriensystems vorgenommen; die anderen Interviews (100 in Deutschland, 75 in Österreich und in der Schweiz), die von zwei Personen geführt worden waren, wurden gemeinsam von den beiden Personen ausgewertet; auch hier erfolgte eine Zuordnung der Antworten zu dem im Vorhinein entwickelten Kategoriensystem.

Kategoriensystem

Das Kategoriensystem war in 23 Pilotinterviews (in der Region Heidelberg-Mannheim-Darmstadt) entwickelt worden, an denen jeweils fünf Mediziner*innen, Pflegefachpersonen und Sozialarbeiter*innen und Psychologen*innen (Psychotherapeuten*innen) sowie drei Physiotherapeuten*innen teilgenommen hatten. Das in den Pilotinterviews entwickelte Kategoriensystem wurde der Auswertung von 45 in der Hauptuntersuchung geführten Interviews (Deutschland, Österreich, Schweiz) zugrunde gelegt; nach Abschluss dieser 45 Interviews (grundsätzlich Interviews, die jeweils von zwei Personen geführt worden waren) wurde von allen an diesen Interviews beteiligten Interviewern zudem in vier Fallkonferenzen geprüft, inwieweit das in den Pilotinterviews entwickelte Kategoriensystem modifiziert werden sollte (eine Modifikation wurde im Hinblick auf sechs von insgesamt 33 Kategorien vorgenommen; zudem wurden zwei Kategorien neu eingeführt). Diese 45 Interviews wurden schließlich mithilfe des endgültigen Kategoriensystems codiert, das auch die Grundlage der Auswertung von weiteren 155 Interviews bildete. Für jede der Kategorien sollte von den beiden Auswertern gemeinsam auf einer dreistufigen Skala deren *Ausprägungsgrad* im Interview eingeschätzt werden: 1: nicht gegeben bzw. (eher) geringe Ausprägung; 2: mittlere Ausprägung; 3: (eher) starke Ausprägung

Das finale Kategoriensystem umfasst 35 Kategorien. Diese Kategorien werden im Folgenden genannt und dabei vier größeren Themenbereichen zugeordnet.

1. Vertieftes Verständnis des hohen Alters
2. Schichtunterschiede, regionale Unterschiede in der Versorgung
3. Erweiterung oder Ausbau von Versorgungsangeboten
4. Veränderte Orientierungen in der Versorgungspraxis

Für jede Kategorie sind die mittleren Ausprägungsgrade (M) sowie die Standardabweichungen (SD) getrennt für drei Untergruppen angegeben: (a) Ärzte*innen, Pflegefachpersonen und Physiotherapeuten*innen, (b) Psychologen*innen und (c) Sozialarbeiter*innen. Die Mittelwerte der drei Gruppen wurden über Varianzanalysen miteinander verglichen.

IX.2.1 Vertieftes Verständnis des hohen Alters

1. Das *hohe* Lebensalter (ca. 80 Jahre und älter) ist ein für die Versorgung relativ neues Arbeitsgebiet (in Diagnostik, Therapie und Rehabilitation)

| | | |
|-------------------------------|--------|---------|
| Medizin: | M: 2,5 | SD: .60 |
| Pflege und Physiotherapie: | M: 2,0 | SD: .65 |
| Psychologie und Sozialarbeit: | M: 2,6 | SD: .61 |
| Gesamt: | M: 2,3 | SD: .68 |

$F = 17,66, p = .000, 1, 3 > 2^{11}$

2. Das *höhere* Lebensalter (ca. 60 bis 80 Jahre) ist ein für die Versorgung relativ vertrautes Arbeitsgebiet

| | | |
|-------------------------------|--------|---------|
| Medizin: | M: 2,8 | SD: .44 |
| Pflege und Physiotherapie: | M: 2,9 | SD: .34 |
| Psychologie und Sozialarbeit: | M: 2,6 | SD: .64 |
| Gesamt: | M: 2,8 | SD: .48 |

$F = 8,76, p = .000, 1, 2 > 3$

3. Vermehrte Interaktion von körperlichen, kognitiven und seelischen Symptomen im höheren und hohen Lebensalter: Notwendigkeit einer vermehrt psychosomatischen und somatopsychischen Konzeption in Medizin und Pflege

| | | |
|-------------------------------|--------|---------|
| Medizin: | M: 2,7 | SD: .50 |
| Pflege und Physiotherapie: | M: 2,4 | SD: .61 |
| Psychologie und Sozialarbeit: | M: 2,9 | SD: .33 |

11 Hier und im Folgenden: ANOVA, df (zwischen den Gruppen) = 2, df (innerhalb der Gruppen) = 197, post hoc: Bonferroni, die signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen sind mit < bzw. > gekennzeichnet.

Gesamt: M: 2,6 SD: .59
 F = 15,33, p = .000, 2 < 1, 3

4. Große Bedeutung sozialer Integration und Teilhabe für die körperliche und seelische Gesundheit im Alter. Notwendigkeit weiterer Forschung und ihrer Umsetzung in die Praxis

Medizin: M: 2,0 SD: .57
 Pflege und Physiotherapie: M: 2,3 SD: .69
 Psychologie und Sozialarbeit: M: 2,9 SD: .36
 Gesamt: M: 2,4 SD: .68
 F = 34,50, p = .000, 1 < 2 < 3

5. Deutlich stärkere Berücksichtigung jener Merkmale, die ältere und alte Menschen an das Leben binden; Umsetzung dieser Erkenntnisse in die Praxis

Medizin: M: 1,9 SD: .79
 Pflege und Physiotherapie: M: 2,4 SD: .65
 Psychologie und Sozialarbeit: M: 2,8 SD: .45
 Gesamt: M: 2,4 SD: .73
 F = 25,24, p = .000, 1 < 2 < 3

6. Verbesserte Präventionsangebote für pflegende Angehörige

Medizin: M: 1,8 SD: .75
 Pflege und Physiotherapie: M: 2,4 SD: .65
 Psychologie und Sozialarbeit: M: 2,3 SD: .65
 Gesamt: M: 2,2 SD: .72
 F = 14,14, p = .000, 1 < 2, 3

7. Ausweitung von Rehabilitationsangeboten auf die Gruppe pflegender Angehöriger (Vermeidung der alleinigen Konzentration auf Patientinnen und Patienten)

Medizin: M: 1,7 SD: .66
 Pflege und Physiotherapie: M: 2,2 SD: .74
 Psychologie und Sozialarbeit: M: 1,9 SD: .63
 Gesamt: M: 2,0 SD: .72
 F = 11,89, p = .000, 1, 3 < 2

8. Stärkung psychotherapeutischer Betreuung pflegender Angehöriger

Medizin: M: 1,4 SD: .56
 Pflege und Physiotherapie: M: 1,6 SD: .54
 Psychologie und Sozialarbeit: M: 2,3 SD: .75
 Gesamt: M: 1,7 SD: .69
 F = 29,81; p = .000, 1, 2 < 3

9. Unterstützung älterer und alter Menschen bei einem zielgerichteten Lebensrückblick (verbunden mit dem Motiv, die eigene Biografie zu ordnen)

| | | |
|-------------------------------|--------|---------|
| Medizin: | M: 2,1 | SD: .56 |
| Pflege und Physiotherapie: | M: 1,8 | SD: .47 |
| Psychologie und Sozialarbeit: | M: 2,5 | SD: .68 |
| Gesamt: | M: 2,1 | SD: .62 |

F = 27,87, p = .000, 2 < 1 < 3

10. Stärkere Berücksichtigung der individuellen, von älteren und alten Menschen selbst definierten Kriterien von Lebensqualität und Gesundheit

| | | |
|-------------------------------|--------|---------|
| Medizin: | M: 2,2 | SD: .36 |
| Pflege und Physiotherapie: | M: 2,1 | SD: .56 |
| Psychologie und Sozialarbeit: | M: 2,6 | SD: .53 |
| Gesamt: | M: 2,3 | SD: .54 |

F = 17,88, p = .000, 1, 2 < 3

11. Ausbau der Erkenntnisse über den Sterbeprozess von Menschen mit Demenz

| | | |
|-------------------------------|--------|---------|
| Medizin: | M: 1,9 | SD: .32 |
| Pflege und Physiotherapie: | M: 2,4 | SD: .57 |
| Psychologie und Sozialarbeit: | M: 2,3 | SD: .61 |
| Gesamt: | M: 2,2 | SD: .56 |

F = 17,09, p = .000, 1 < 2, 3

12. Verbessertes Verständnis der möglichen Wirkungen von Traumata in der Biografie für die körperliche und seelische Gesundheit im höheren und hohen Alter

| | | |
|-------------------------------|--------|---------|
| Medizin: | M: 1,6 | SD: .59 |
| Pflege und Physiotherapie: | M: 1,9 | SD: .48 |
| Psychologie und Sozialarbeit: | M: 2,2 | SD: .61 |
| Gesamt: | M: 1,9 | SD: .59 |

F = 16,64, p = .000, 1 < 2 < 3

13. Ausbau der Erkenntnisse über Schmerzentstehung, Schmerzverlauf und Wirkungen der schmerztherapeutischen Begleitung älterer und alter Menschen

| | | |
|-------------------------------|--------|---------|
| Medizin: | M: 2,4 | SD: .50 |
| Pflege und Physiotherapie: | M: 2,2 | SD: .65 |
| Psychologie und Sozialarbeit: | M: 2,0 | SD: .71 |
| Gesamt: | M: 2,2 | SD: .65 |

F = 7,22, p = .001, 1 > 3

14. In der palliativen Versorgung: Stärkere Berücksichtigung jener Erlebens- und Verhaltensmerkmale, die auf den Wunsch des Individuums hindeuten, sterben zu können.

| | | |
|-------------------------------|--------|---------|
| Medizin: | M: 2,3 | SD: .62 |
| Pflege und Physiotherapie: | M: 2,7 | SD: .44 |
| Psychologie und Sozialarbeit: | M: 1,9 | SD: .60 |
| Gesamt: | M: 2,4 | SD: .64 |

F = 42,84, p = .000, 3 < 1 < 2

IX.2.2 Schichtunterschiede, regionale Unterschiede in der Versorgung

15. Soziale Schichtunterschiede in der Zugänglichkeit und in der Nutzung medizinischer Versorgungsangebote.

| | | |
|-------------------------------|--------|---------|
| Medizin: | M: 1,6 | SD: .58 |
| Pflege und Physiotherapie: | M: 1,4 | SD: .49 |
| Psychologie und Sozialarbeit: | M: 1,8 | SD: .61 |
| Gesamt: | M: 1,6 | SD: .57 |

F = 8,85, p = .000, 2 < 3

16. Soziale Schichtunterschiede in der Zugänglichkeit und in der Nutzung pflegerischer Versorgungsangebote.

| | | |
|-------------------------------|--------|---------|
| Medizin: | M: 1,8 | SD: .58 |
| Pflege und Physiotherapie: | M: 2,3 | SD: .59 |
| Psychologie und Sozialarbeit: | M: 2,5 | SD: .61 |
| Gesamt: | M: 2,2 | SD: .65 |

F = 22,30, p = .000, 1 < 2, 3

17. Soziale Schichtunterschiede in der Zugänglichkeit und in der Nutzung (stationärer und ambulanter) rehabilitativer Versorgungsangebote.

| | | |
|-------------------------------|--------|---------|
| Medizin: | M: 1,6 | SD: .67 |
| Pflege und Physiotherapie: | M: 1,4 | SD: .53 |
| Psychologie und Sozialarbeit: | M: 1,3 | SD: .50 |
| Gesamt: | M: 1,4 | SD: .58 |

F = 4,77, p = .009, 1 > 3

18. Notwendigkeit, dass Medizin und Pflege vermehrt „Bring-Strukturen“ für Personen aus unteren sozialen Schichten entwickeln, um Folgen der sozialen Ungleichheit zu mildern.

| | | |
|-------------------------------|--------|---------|
| Medizin: | M: 1,5 | SD: .60 |
| Pflege und Physiotherapie: | M: 2,3 | SD: .55 |
| Psychologie und Sozialarbeit: | M: 1,9 | SD: .65 |

Gesamt: M: 2,0 SD: .68
 F = 34,32, p = .000, 1 < 3 < 2

IX.2.3 Erweiterung oder Ausbau von Versorgungsangeboten

19. Verringerung der regionalen Unterschiede im Umfang und in der Qualität medizinisch-pflegerischer Versorgung; Stärkung der Versorgungsleistungen in ländlichen Regionen wie auch in Regionen / Stadtteilen mit einer Bevölkerung, die eher unteren sozialen Schichten zuzurechnen ist.

Medizin: M: 2,7 SD: .57
 Pflege und Physiotherapie: M: 2,6 SD: .59
 Psychologie und Sozialarbeit: M: 2,4 SD: .60
 Gesamt: M: 2,6 SD: .60
 F = 3,94, p = .021, 1 > 3

20. Analyse digital gestützter medizinischer Versorgungsangebote und Umsetzung in die Praxis.

Medizin: M: 1,9 SD: .57
 Pflege und Physiotherapie: M: 1,7 SD: .65
 Psychologie und Sozialarbeit: M: 1,9 SD: .65
 Gesamt: M: 1,8 SD: .64
 F = 4,00, p = .020, 2 < 3

21. Aufbau einer flächendeckend bedarfsgerechten psychotherapeutischen Versorgung für Menschen im höheren und hohen Lebensalter.

Medizin: M: 2,6 SD: .64
 Pflege und Physiotherapie: M: 2,2 SD: .61
 Psychologie und Sozialarbeit: M: 2,8 SD: .46
 Gesamt: M: 2,5 SD: .63
 F = 15,46, p = .000, 2 < 1, 3

22. Ausbau der präventiven und rehabilitativen Angebote zur Sturzprophylaxe (einschließlich digital gestützter Risikoidentifikation).

Medizin: M: 2,8 SD: .52
 Pflege und Physiotherapie: M: 2,7 SD: .55
 Psychologie und Sozialarbeit: M: 2,4 SD: .57
 Gesamt: M: 2,7 SD: .57
 F = 7,16, p = .001, 3 < 1, 2

23. Ausbau schmerztherapeutischer Versorgungsangebote.

| | | |
|-------------------------------|--------|---------|
| Medizin: | M: 2,7 | SD: .57 |
| Pflege und Physiotherapie: | M: 2,1 | SD: .58 |
| Psychologie und Sozialarbeit: | M: 2,4 | SD: .73 |
| Gesamt: | M: 2,4 | SD: .66 |

F = 15,06, p = .000, 1 > 2, 3

24. Ausbau der Sport- und Bewegungsangebote speziell für ältere und alte Menschen.

| | | |
|-------------------------------|--------|---------|
| Medizin: | M: 2,2 | SD: .67 |
| Pflege und Physiotherapie: | M: 2,2 | SD: .59 |
| Psychologie und Sozialarbeit: | M: 2,0 | SD: .65 |
| Gesamt: | M: 2,2 | SD: .63 |

F = 2,58, p = .079, n. s.,

25. Ausbau der Ernährungsberatung für ältere und alte Menschen.

| | | |
|-------------------------------|--------|---------|
| Medizin: | M: 2,1 | SD: .57 |
| Pflege und Physiotherapie: | M: 2,2 | SD: .56 |
| Psychologie und Sozialarbeit: | M: 1,9 | SD: .51 |
| Gesamt: | M: 2,1 | SD: .56 |

F = 5,53, p = .005, 2 > 3

26. Notwendigkeit der verbesserten Diagnostik von depressiven Störungen und Angststörungen sowie einer verbesserten psychotherapeutischen / psychiatrischen Intervention.

| | | |
|-------------------------------|--------|---------|
| Medizin: | M: 2,7 | SD: .57 |
| Pflege und Physiotherapie: | M: 2,3 | SD: .59 |
| Psychologie und Sozialarbeit: | M: 2,9 | SD: .30 |
| Gesamt: | M: 2,6 | SD: .58 |

F = 21,50, p = .000, 2 < 1, 3

27. Notwendigkeit der verbesserten Diagnostik von demenziellen Erkrankungen sowie einer verbesserten psychiatrischen und pflegerischen Intervention.

| | | |
|-------------------------------|--------|---------|
| Medizin: | M: 2,8 | SD: .51 |
| Pflege und Physiotherapie: | M: 2,7 | SD: .53 |
| Psychologie und Sozialarbeit: | M: 2,9 | SD: .33 |
| Gesamt: | M: 2,8 | SD: .48 |

F = 2,28, p = .105, n. s.

IX.2.4 Veränderte Orientierungen in der Versorgungspraxis

28. Vermehrte Präventionsorientierung als Leitbild der Versorgung, Begleitung und Beratung – gerade auch im Hinblick auf das hohe Alter.

| | | |
|-------------------------------|--------|---------|
| Medizin: | M: 2,2 | SD: .65 |
| Pflege und Physiotherapie: | M: 2,0 | SD: .63 |
| Psychologie und Sozialarbeit: | M: 2,7 | SD: .56 |
| Gesamt: | M: 2,2 | SD: .67 |

F = 17,79, p = .000, 3 > 1, 2

29. Vermehrte Rehabilitationsorientierung als Leitbild für Medizin und Pflege – gerade auch im Hinblick auf das hohe Alter.

| | | |
|-------------------------------|--------|---------|
| Medizin: | M: 2,8 | SD: .57 |
| Pflege und Physiotherapie: | M: 2,3 | SD: .52 |
| Psychologie und Sozialarbeit: | M: 2,6 | SD: .60 |
| Gesamt: | M: 2,5 | SD: .59 |

F = 14,37, p = .000, 2 < 1, 3

30. Vermeidung „falscher Leistungsanreize“ in der Pflegeversicherung.

| | | |
|-------------------------------|--------|---------|
| Medizin: | M: 1,8 | SD: .77 |
| Pflege und Physiotherapie: | M: 1,4 | SD: .56 |
| Psychologie und Sozialarbeit: | M: 1,9 | SD: .68 |
| Gesamt: | M: 1,7 | SD: .70 |

F = 13,24, p = .000, 2 < 1, 3

31. Notwendigkeit einer vermehrten Rehabilitationsorientierung in der Diagnostik und Versorgung von Menschen mit Demenz (Veränderungspotenziale).

| | | |
|-------------------------------|--------|---------|
| Medizin: | M: 2,2 | SD: .72 |
| Pflege und Physiotherapie: | M: 2,4 | SD: .67 |
| Psychologie und Sozialarbeit: | M: 2,3 | SD: .64 |
| Gesamt: | M: 2,3 | SD: .68 |

F = 2,02, p = .135, n. s.

32. Entwicklung fachlich und ethisch fundierter Leitbilder in der Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen.

| | | |
|-------------------------------|--------|---------|
| Medizin: | M: 2,7 | SD: .55 |
| Pflege und Physiotherapie: | M: 2,8 | SD: .48 |
| Psychologie und Sozialarbeit: | M: 2,6 | SD: .63 |
| Gesamt: | M: 2,7 | SD: .54 |

F = 1,26, p = .287, n. s.

33. Stärkung der biografischen Orientierung in Diagnostik und Therapie (Medizin).

| | | |
|-------------------------------|--------|---------|
| Medizin: | M: 2,7 | SD: .57 |
| Pflege und Physiotherapie: | M: 2,5 | SD: .62 |
| Psychologie und Sozialarbeit: | M: 2,9 | SD: .33 |
| Gesamt: | M: 2,7 | SD: .56 |

F = 6,11, p = .003, 2 < 3

34. Stärkung der biografischen Orientierung in Assessment und Intervention (Pflege).

| | | |
|-------------------------------|--------|---------|
| Medizin: | M: 2,3 | SD: .73 |
| Pflege und Physiotherapie: | M: 2,8 | SD: .47 |
| Psychologie und Sozialarbeit: | M: 2,8 | SD: .53 |
| Gesamt: | M: 2,6 | SD: .62 |

F = 17,10, p = .000, 1 < 2, 3

IX.2.5 Einordnung der wichtigsten Interviewaussagen

Für die Medizin ist das hohe Alter noch ein vergleichsweise junges Praxisgebiet: Die Medizin hat erst begrenzt Erfahrungen mit Blick auf dieses Lebensalter gewinnen können. Nicht selten wird der Fehler begangen, gerade im hohen Lebensalter pathologische Prozesse und Krankheitssymptome ausschließlich oder primär als Ausdruck des Alters zu betrachten – mit dem erhöhten Risiko ausbleibender medizinischer Intervention. Die Tendenz, pathologische Prozesse und Krankheitssymptome als altersbedingt zu betrachten, ist im Fall von psychischen und hirnorganischen Erkrankungen noch deutlicher erkennbar.

Multimorbidität ebenso wie hirnorganische Erkrankungen gewinnen im hohen Alter an Bedeutung; zudem sind gerade im hohen Alter besondere Risiken im Hinblick auf die Erhaltung von Selbstständigkeit, Autonomie und Teilhabe gegeben. Auf diese müssen Medizin, Rehabilitation, Pflege und Sozialarbeit reagieren. Doch gilt auch im hohen Alter der Grundsatz der Individualität von Symptomen, Symptomverläufen und Ressourcen der Krankheitsverarbeitung. Gerade mit Blick auf die Multimorbidität ergibt sich die Notwendigkeit eines Gesamtkonzeptes, in dem zum einen die unterschiedlichen Krankheiten und Krankheitssymptome, zum anderen die Beiträge verschiedener Disziplinen zur Intervention berücksichtigt werden. Es darf nicht „zu viel“ und fragmentiert interveniert werden – eine Gefahr, die bei Multimorbidität durchaus besteht –, sondern es muss integrativ (aufeinander abgestimmt) interveniert werden.

Der wissenschaftliche Erkenntnisstand im Hinblick auf Krankheiten, Krankheitsverläufe und Interventionspotenziale ist beachtlich – und doch kommt zu wenig in der Praxis an; dies gilt vor allem für das hohe Lebensalter. Der fehlende Theorie-Praxis-Transfer gilt vor allem mit Blick auf Rehabilitationspotenziale im höheren

und – noch stärker – im hohen Alter. Der beachtliche wissenschaftliche Erkenntnisstand stellt die Interventionspraxis vor die Aufgabe, viele fragmentierte Informationen aufzunehmen und zu integrieren, die zum Teil nur schwer zu integrieren sind. Ein Beispiel sind die unterschiedlichen Leitlinien bei verschiedenen chronischen Erkrankungen: Diese Leitlinien bei alten, multimorbiden Patienten*innen aufeinander abzustimmen, wird als eine der großen Herausforderungen der Medizin angesehen. Hier ist es notwendig, die Patientenperspektive zu stärken: Was ist den Patienten*innen wichtig mit Blick auf Therapie, Rehabilitation und Pflege? Welche Kriterien von Gesundheit, guter Intervention und Lebensqualität vertreten sie selbst? Was, von dem, was man beeinflussen kann, soll und muss gestärkt werden?

Es werden soziale Schichtunterschiede (wie auch regionale Unterschiede) in der Zugänglichkeit und in der Nutzung *medizinischer* Versorgungsangebote genannt; auch wenn diese Unterschiede nicht besonders hervorgehoben werden, so bilden sie doch ein Thema in den Interviews. Dies gilt in stärkerem Maße für den Umfang und die Qualität pflegerischer Versorgung, deren gesellschaftliche Wertschätzung noch zu gering ist. Medizin und Pflege müssen ihre Angebote und Möglichkeiten besser zugänglich machen für Menschen aus unteren sozialen Schichten. Dabei ist darauf hinzuwirken, in Expertenkulturen gepflegte Sprachcodes als typische Barriere zu beseitigen. Noch immer sind untere soziale Schichten unter anderem durch restriktierte Codes alltagssprachlicher Verständigung charakterisiert. Die geringere Nutzung medizinisch-pflegerischer Versorgungsangebote hat auch damit zu tun, dass zwischen ihrer öffentlichen Vermittlung und den mit lebensweltlich unterschiedlicher Sinnhaftigkeit geladenen Gesundheitsinteressen ein schwer vermittelbarer Graben besteht.

Mit Blick auf Menschen im hohen Alter ist die flächendeckende, fachlich fundierte psychotherapeutische Versorgung als unzureichend zu betrachten, obwohl viele alte Menschen von dieser Versorgung erheblich profitieren würden.

Eine bedeutende Komponente der psychotherapeutischen, aber auch der allgemeinen medizinischen Versorgung sollte der Lebensrückblick bilden; eine weitere Komponente die innere Verarbeitung von chronischen Erkrankungen und Schmerzen sowie von sozialen Verlusten. Die Verarbeitung der eigenen Endlichkeit als eine bedeutende Entwicklungsaufgabe des hohen Alters darf nicht ausgeblendet werden.

Die psychiatrische Versorgung sollte sich nach Aussagen der Expertinnen und Experten noch intensiver den Themen „Demenz“, „Depressionen“, „Angstzuständen“, „Wahnbildungen“ und „Spätfolgen der Traumatisierung“ zuwenden. Wichtig ist hier die Vermeidung von jeglichem Fatalismus: Die genannten Erkrankungen und Störungen können und müssen auch und gerade bei Menschen im höheren und hohen Alter aus einer Ressourcenperspektive betrachtet werden.

Die Rehabilitation nimmt vor allem im Hinblick auf Menschen im hohen Alter eine zu geringe Stellung im Versorgungssystem ein; sie muss dringend gesetzlich verankert und auch damit gestärkt werden. Ein zu geringes Gewicht der Rehabilitation ist auch im Hinblick auf Menschen mit kognitiven Verlusten (MCI, Demenz) gegeben.

Gesundheitsförderung im höheren, vor allem im hohen Alter bedeutet, Menschen noch sehr viel stärker davon zu überzeugen, dass auch im Alter die körperliche und die seelische Gesundheit in hohem Maß vom eigenen Verhalten beeinflusst sind. Menschen sollten auch im höheren und hohen Alter eine präzise Vorstellung davon haben (oder darin unterstützt werden), was ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit guttut, welche Faktoren sich positiv auf ihr Wohlbefinden und ihre Lebensqualität auswirken. Im höheren, aber auch im hohen Alter sollten Yoga, Tai-Chi, Bewegung und Sport ein sehr viel größeres Gewicht einnehmen. Krankenkassen sollten hier großzügig Kosten übernehmen – vor allem für Personen, die nicht die finanziellen Ressourcen für die Nutzung dieser Angebote besitzen. Kognitives Training kann in seiner Bedeutung für Kompetenz im höheren und hohen Alter nicht hoch genug bewertet werden. Mit Blick auf das hohe Alter wird in der Prävention noch zu wenig getan – die Ergebnisse der Präventionsforschung sind in der Praxis noch nicht ausreichend bekannt. Prävention mit Blick auf die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit ist von großer Bedeutung, wird aber nicht wirklich umgesetzt: Ein Beispiel sind die zu selten genehmigten oder in Anspruch genommenen Methoden der Rehabilitation (als Komponente der Prävention). Sport- und Bewegungsangebote sind mit Blick auf die Erhaltung von Mobilität und Selbstständigkeit besonders wichtig; auch im Hinblick auf die Sturzprophylaxe und die kognitive Leistungsfähigkeit. Jedoch werden solche Angebote viel zu selten vorgehalten. Kranken- und Pflegekassen sollten und könnten hier noch deutlich aktiver werden. Kognitives Training ist für die Erhaltung und Förderung der kognitiven Kompetenz unerlässlich. Es ist zu beklagen, dass Bildungseinrichtungen dieses Training nicht ausreichend hoch veranschlagen. Kognitive Trainingsangebote gehören nicht zum Regelangebot von Bildungs- und klinischen Einrichtungen. Dies muss sich ändern. Wenn ältere und alte Menschen offen für neue Lebenswelten und Erfahrungen sind, wenn sie ein ausreichend hohes Maß an Toleranz zeigen: Dann sind solche Angebote nur positiv zu bewerten.

Angehörige unterer Sozial- und Bildungsschichten sind mit Blick auf die Zugänglichkeit und die Nutzung derartiger Angebote auf jeden Fall benachteiligt; dies gilt schon für die Fahr- und Transportdienste zur Praxis. Im Fall regionaler Benachteiligungen verschärfen sich diese Bildungs- und Schichtunterschiede erheblich.

Öffentliche und fachpolitische Diskussionen zur Pflegebedürftigkeit berücksichtigen viel zu wenig mögliche Erfolge der Rehabilitation; hier werden wichtige personale Ressourcen nicht genutzt.

Wir verfügen mittlerweile über sehr gute Erkenntnisse im Hinblick auf die Potenziale einer umfassend konzipierten, multidisziplinär angelegten Schmerztherapie. Doch werden diese Erkenntnisse bei Weitem nicht ausreichend in die Praxis umgesetzt. Palliativmedizin und Palliative Care weisen – genauso wie die Hospizhilfe – umfassende und differenzierte Wissenskorpora auf. Aber wir sind noch sehr weit entfernt von einer flächendeckend angebotenen palliativmedizinischen Versorgung, einer Palliative Care und Hospizarbeit. Die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen für den Ausbau der Versorgung sind positiv zu bewerten; es geht nun um deren Umsetzung.

Hier ist auch die Angehörigenarbeit wichtig. Die Hospizhilfe kann Familienangehörige in überzeugender Weise entlasten. Die Hospizhilfe zeigt, was die Verbindung aus hauptamtlicher und ehrenamtlicher Arbeit für Patientinnen und Patienten sowie für Angehörige zu leisten vermag. Regionale Unterschiede in der Dichte der Hospizhilfen müssen abgebaut werden. Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe sollten eine fachlich überzeugende Hospizhilfe vorhalten – die gesetzlichen Grundlagen sind hier richtungsweisend und eindeutig.

Die Kooperation zwischen Medizin und Altenpflege sollte – was die Konzepte dieser Disziplinen anbelangt – eng und gegenseitig befruchtend sein. Ob dieses Ideal verwirklicht werden kann, ist von den Beziehungen zwischen den Repräsentanten vor Ort abhängig. Nicht selten besteht die Tendenz, die Aufgaben- und Kompetenzbereiche der beiden Disziplinen klar voneinander abzugrenzen – womit die Kooperation erheblich erschwert wird. Beide Disziplinen müssen noch sehr viel stärker aufeinander zugehen und kooperieren: Damit wäre ein bedeutendes Versorgungspotenzial gegeben.

Gerade im Hinblick auf die Begleitung von Menschen mit Demenz ist die „sprechende Medizin“ sehr wichtig: Information, Aufklärung, Erörterung der persönlichen Werte und Bedürfnisse des Patienten, gemeinsame Antizipation künftiger Versorgungsnotwendigkeiten sind wichtige Komponenten, die erheblich gestärkt werden müssen. Menschen mit Demenz dürfen auch medizinisch niemals im Stich gelassen werden.

Angehörige benötigen eine deutlich stärkere Gesundheitsförderung und Prävention, um ihre körperliche und seelische Widerstandsfähigkeit zu verstärken. Angehörige sind aufgrund von Stress und Burn-out von physischen und seelischen Krankheiten bedroht; sie benötigen Aufklärung, Beratung, präventive Diagnostik, Beistand (auch durch andere Angehörige, durch Nachbarn, durch bürgerschaftlich engagierte Personen) und praktische Unterstützung. Für pflegende Angehörige muss noch mehr getan werden, weil die Pflegeverläufe immer komplexer werden – mit Blick auf die Symptome, auf die Einbußen und auf die Dauer der Pflegebedürftigkeit.

IX.3 Sind die Versorgungsangebote für ältere und alte Menschen ausreichend? Ergebnisse einer Fragebogenerhebung

Durch die Interviewstudie konnten differenzierende Einsichten in die Vielfalt der Versorgungs-, Beratungs- und Unterstützungssysteme für ältere und alte Menschen gewonnen werden. Ebenso erlaubten die Untersuchungsergebnisse, Aussagen zu qualitativen Unterschieden von Versorgungs- und Beratungsangeboten zu machen, teilweise in Abhängigkeit von verschiedenen Einflussfaktoren wie beispielsweise soziale Schicht, individuelle Ressourcen sowie Bedarfs- und Bedürfnislagen der Betroffenen, fachlich teils differierende Beurteilungs- und Bewertungsperspektiven. Stärken, vor allem aber Schwächen verschiedener Versorgungsangebote sowie fachliche Unzulänglichkeiten ließen sich identifizieren. Auf dieser qualitativen Basis sind allerdings

noch keine Aussagen möglich, inwieweit durch Ausgleich qualitativer Schwächen das bestehende Versorgungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebot als fachlich ausreichend betrachtet werden kann, oder ob es wesentlicher Ergänzungen gerade in den Bereichen bedarf, die bisher fachlich zu wenig Berücksichtigung fanden oder in denen von unzulänglichen, wissenschaftlich längst überholten Annahmen ausgegangen wird wie beispielsweise in der immer bedeutsamer werdenden medizinisch-pflegerischen Rehabilitation und Gesundheitsförderung bis ins weit fortgeschrittene Alter. Insofern schien es erforderlich zu sein, auf dem Wege einer ergänzenden Fragebogenerhebung mit einem größeren Sample Aussagen darüber zu gewinnen, inwieweit das gegenwärtige Spektrum an Versorgungsangeboten dringend qualitativ hochwertiger Ergänzungen bedarf.

Vorgehensweise

Die Ergebnisse der Auswertung der 200 Interviews wurden inhaltsanalytisch zu 15 *Statements* mit Blick auf die Versorgungsangebote zusammengefasst. Diese wurden in Form eines *Fragebogens* den Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern vorgelegt. Die Items sollten dabei mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. (Die Antwortmöglichkeit: „Ich weiß nicht“ wurde mit Absicht ausgeschlossen, weil wir sicherstellen wollten, dass eindeutig Stellung bezogen würde.) Zudem sollten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre aktuell ausgeübte Berufstätigkeit angeben.

Die Fragebogenerhebung fand nur in Deutschland statt. Von den 585 ausgesandten Fragebögen wurden 450 (76,9 %) vollständig beantwortet und zurückgesandt. Die Response-Rate zeigte keine großen Unterschiede zwischen den Berufsgruppen. Es liegen 450 Fragebögen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus den Berufsfeldern der Pflege (102), der Sozialarbeit (75), der Medizin (68), der Psychologie / Psychotherapie (51), der Physiotherapie (51), der Ergotherapie (39), der Logopädie (31) sowie der Sozialwirtschaft / Betriebswirtschaft (33) vor. Mit Blick auf die Auswahl und quantitative Repräsentanz der einzelnen Berufsgruppen gilt hier das oben Gesagte. Da unser Interesse – wenn auch etwas abgemildert – in der Fragebogenerhebung zudem der Betrachtung von Versorgungsfragen aus der Perspektive der Ökonomie galt, haben wir auch Vertreter*innen der Sozial- und Betriebswirtschaft um Beantwortung der Fragen gebeten.

Nachfolgend sind die 15 *Statements* aufgeführt. Es ist für alle *Statements* angegeben, wie viele der N = 450 Personen diese mit „Ja“ bzw. mit „Nein“ angekreuzt haben. Wir haben keine Differenzierung zwischen älteren und alten Menschen (im oben angeführten Sinne) vorgenommen, sondern ausschließlich von „alten Menschen“ gesprochen.

Geriatrische Rehabilitation ist als obligatorische Komponente der Medizin für alte Menschen zu definieren

Ja (N = 363, 80,7 %)

Nein (N = 87, 19,3 %)

Psychotherapie für alte Menschen ist als obligatorischer Bereich der psychotherapeutischen Versorgung zu definieren

Ja (N = 281, 62,4 %) Nein (N = 169, 37,6 %)

Es besteht die Notwendigkeit einer deutlichen Stärkung von Sportangeboten für alte Menschen

Ja (N = 198, 44,0 %) Nein (N = 252, 56,0 %)

Es besteht die Notwendigkeit einer deutlichen Stärkung von Bewegungsangeboten für alte Menschen

Ja (N = 224, 49,8 %) Nein (N = 226, 50,2 %)

Es besteht die Notwendigkeit einer deutlichen Stärkung von Gesundheitsförderung für alte Menschen

Ja (N = 197, 43,8 %) Nein (N = 253, 56,2 %)

Es besteht die Notwendigkeit einer deutlichen Stärkung von Prävention für alte Menschen

Ja (N = 372, 82,7 %) Nein (N = 78, 17,3 %)

Alte Menschen sollten in stärkerem Maße Adressaten von Bildungsangeboten sein

Ja (N = 119, 26,4 %) Nein (N = 331, 73,6 %)

Pflegeangebote für alte Menschen sollten durch Rehabilitationsangebote erweitert werden

Ja (N = 319, 70,9 %) Nein (N = 131, 29,1 %)

Die Pflegeversicherung sollte deutlich stärkere Leistungsanreize für die Aktivierung und Rehabilitation mit dem Ziel setzen, Pflegebedürftigkeit zu überwinden oder zu verringern

Ja (N = 382, 84,9 %) Nein (N = 68, 15,1 %)

Die Rehabilitationspotenziale bei Menschen mit Demenz werden unterschätzt

Ja (N = 299, 66,4 %) Nein (N = 151, 33,6 %)

Pflegerische Angebote für Menschen mit Demenz sollten um Rehabilitationsangebote erweitert werden

Ja (N = 248, 55,1 %) Nein (N = 202, 44,9 %)

Rehabilitationsangebote für alte Menschen sind qualitativ ausreichend

Ja (N = 321, 71,3 %)

Nein (N = 129, 28,7 %)

Rehabilitationsangebote für alte Menschen sind quantitativ ausreichend

Ja (N = 104, 23,1 %)

Nein (N = 346, 76,9 %)

Präventionsangebote für alte Menschen sind qualitativ ausreichend

Ja (N = 267, 59,3 %)

Nein (N = 183, 40,7 %)

Präventionsangebote für alte Menschen sind quantitativ ausreichend

Ja (N = 98, 21,8 %)

Nein (N = 352, 78,2 %)

Mehr als 80 % der Befragten sind der Ansicht, dass geriatrische Rehabilitation als obligatorische Komponente der Medizin für alte Menschen zu definieren ist, dass Prävention für alte Menschen deutlich gestärkt werden muss und dass die Pflegeversicherung einen deutlich stärkeren Leistungsanreiz für die Aktivierung und Rehabilitation alter Menschen setzen sollte. Interessanterweise sind 71,3 % der Befragten der Ansicht, dass die Rehabilitationsangebote qualitativ ausreichend sind – während nur 25,7 % meinen, dass sie quantitativ ausreichen. Eine ähnliche Differenz zeigt sich in den Aussagen zu Präventionsangeboten. Hier wird von 88,2 % der Befragten ein Mangel an Angeboten wahrgenommen. Die Mehrheit der Befragten bestätigt auch, dass die Rehabilitationspotenziale bei Menschen mit Demenz unterschätzt werden und die pflegerischen Angebote für Demenz erweitert werden sollten. Auch sehen 40 bis 50 % der Befragten die Notwendigkeit, Sportangebote, Bewegungsangebote und Gesundheitsförderung bei alten Menschen zu stärken.

Erstaunlicherweise bejahen nur 26,4 % der Befragten, dass alte Menschen in stärkerem Maße Adressatinnen und Adressaten von Bildungsangeboten sein sollten. Dieser Befund deutet möglicherweise darauf hin, dass infrage kommende Angebote vielen alten Menschen nicht bekannt sind und nur in geringem Maß beworben werden. Neben Informationsdefiziten können sich hier auch Gewöhnungseffekte und selbstwertdienliche Deutungen widerspiegeln, durch die potenzielle Ist-Soll-Diskrepanzen aufgelöst werden.¹²

Es könnte aber auch sein, dass die befragten Personen die ihnen bekannten Bildungsangebote für wenig zielführend halten, weil diese den *lebensweltlich* konstituierten Interessen und Bedürfnissen der Adressaten – als motivationaler Basis von Bildungsanstrengungen – nicht wirklich entsprechen; zudem könnte es sein, dass gesundheitsbezogene Bildungsangebote zu stark einer Expertenperspektive verhaftet sind. Das Statement sollte als Ausdruck skeptischer Vorbehalte, vielleicht auch der

12 Brandtstädter (2007)

Vergeblichkeit vorhandener Bildungsangebote, ernst genommen und als Warnung vor einer Überschätzung gesundheitlicher Aufklärungsangebote verstanden werden. Nicht auszuschließen ist, dass die Befragten ihrerseits zu wenig über gute, von alten Menschen angenommene, weil ihren persönlichen Bedürfnissen entsprechende Bildungsangebote informiert sind.

Erstaunlich ist auch, dass einer Stärkung von Bewegungsangeboten, Gesundheitsförderung und Sport seitens der befragten Gesundheitsexpertinnen und -experten eher skeptisch begegnet wird, während sie die Qualität von Rehabilitations- und Präventionsangeboten mehrheitlich für ausreichend erachten. Dieses Antwortverhalten könnte (auch) eine „Selbstwertdienlichkeit“ widerspiegeln.

IX.4 Zehn Botschaften

Aus der Interview- und Fragebogenerhebung dieser Studie kann man Botschaften für das Gesundheitssystem ableiten. Dabei sind nicht nur Aussagen, die von über 80 % der Befragten bestätigt wurden, von Bedeutung, sondern auch solche, die von 40 bis 50 % der Befragten getroffen und auch in den Interviews klar bestätigt wurden:

1. Die Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse aus den unterschiedlichen Bereichen der Gerontologie in die medizinisch-pflegerische sowie in die psychologische und psychotherapeutische Praxis, schließlich auch in die Praxis der Sozialarbeit bildet eine bedeutende Aufgabe der Gegenwart und Zukunft: Dies gilt vor allem mit Blick auf das hohe Alter.
2. Die rehabilitative und psychotherapeutische Begleitung von Menschen im hohen Lebensalter muss kontinuierlich ausgebaut werden. Erkenntnisse zur Plastizität, die für eine deutliche Stärkung der Rehabilitation und Psychotherapie sprechen, liegen vor: Diese müssen nun umgesetzt werden. Dabei ist auch eine psychosomatische und somatopsychosomatische Diagnostik von großer Bedeutung: Denn die Wechselwirkung zwischen körperlichen, seelischen, kognitiven, spirituellen und sozialen Faktoren nimmt im hohen Alter nicht ab, sondern – im Gegenteil – zu.
3. Die psychiatrisch-psychologische Diagnostik muss auch im hohen Lebensalter eine hervorgehobene Stellung annehmen, um eine fachlich fundierte Grundlage für die Versorgung alter Menschen mit psychischen und neurokognitiven Erkrankungen zu schaffen.
4. Gesundheitsförderung und Prävention im hohen Alter können auf einem differenzierten und umfassenden Erkenntnisstand aufbauen, jedoch sind die praktischen Angebote noch nicht ausreichend ausgebaut: Hier besteht eine bedeutende Anforderung an das Versorgungssystem.
5. Die Kriterien der Patienten*innen für Gesundheit und Lebensqualität müssen deutlich stärker beachtet werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, was

Patienten*innen besonders an das Leben bindet und in welche lebensweltlich konstituierten Sinnhorizonte persönliches und gemeinschaftliches Leben eingebunden sind. Genauso ist darauf zu achten, wann aus der Perspektive der Patienten*innen ein natürliches Lebensende erreicht ist und wann die Bemühungen um Erhaltung des Lebens zurückgenommen werden sollten.

6. In Diagnostik und Therapie ist die biografische Komponente, in der Beratung die Lebensrückblick-Komponente zu stärken. Diese Komponenten sind in besonderer Weise geeignet, die persönlichen Kriterien für Gesundheit und Lebensqualität besser zu verstehen.
7. Soziale Schichtunterschiede mit Blick auf die pflegerische Versorgung sowie regionale Unterschiede mit Blick auf die medizinisch-pflegerische Versorgung müssen (weiter) abgebaut werden. Unter den gegebenen Bedingungen ist objektiv inakzeptablen sozialen Schichtunterschieden in der Weise (provisorisch) Rechnung zu tragen, dass sich Menschen in ihren jeweiligen Bedürfnis- und Interessenshorizonten, in ihrer Sprache und in ihren sinnstiftenden Orientierungen stärker angesprochen fühlen.
8. Es ist deshalb geboten, die Perspektive der Patienten und Patientinnen zu übernehmen, weil auf diesem Wege Vertrauen, soziale Bindung und konsensfähige Auffassungen persönlich angemessener therapeutischer, rehabilitativer und pflegerischer Interventionen gebildet werden können.¹³
9. Komplementär zu diesem auf das Subjekt bezogenen Ansatz der Gesundheitsförderung und Prävention sind strukturbildende Maßnahmen seitens des Staates angezeigt. Dabei handelt es sich um auf verschiedenen Ebenen organisierten Handelns angesiedelte Initiativen zur „Förderung von Sozialkapital als Präventionsmaßnahme.“ Sozialkapital lässt sich als Verfügbarkeit über ein Netzwerk an Mitgliedschaften und Partizipationen etwa in Vereinen, Organisationen oder öffentlichen Einrichtungen charakterisieren, die ein bemerkenswertes Potenzial alltagspraktischer Solidarität, Verbindlichkeiten und gegenseitigen Vertrauens enthalten. Nicht weniger wichtig sind die damit zugleich entstehenden informellen sozialen Kontakte. Denn es ist zu erwarten, dass sie sich noch stärker als formale soziale Beziehungen förderlich auf die Gesundheit auswirken, weil sie selbst als eine Quelle persönlicher Autonomie ebenso wie wechselseitiger Anerkennung, gegenseitigen Respekts, der Würdigung, Selbstachtung und auch der Bildung erfahren werden.¹⁴
10. Eine Stärkung der Gesamtsituation (körperliche, psychische und soziale Faktoren) pflegender Angehöriger ist als eine wichtige Aufgabe medizinisch-pflegerischer, rehabilitativer und sozialer Versorgung zu deuten.

13 Kawachi & Berkman (2000)

14 Hartung (2009); Hradil (2005)

IX.5 Zusammenfassung und Ausblick

Die Übereinstimmung zwischen unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen im Urteil und in der Bewertung von Versorgungsangeboten, ihrer qualitativen Weiterentwicklung und ihrer Ergänzung durch neue, passgenaue, den individuellen Ressourcen auch im hohen Alter entsprechende Angebote ist generell groß. Lediglich an zwei Beispielen lassen sich professionell differierende Bedeutungszuschreibungen und Bewertungen aufzeigen. Dies betrifft Aspekte der sozialen Integration und der Lebensbindung im Alter, die in den Augen der Vertreter und Vertreterinnen der Psychologie und der sozialen Arbeit als bedeutsamer bewertet werden im Unterschied zur palliativen Versorgung, die in ihren Augen weniger bedeutsam zu sein scheint. Mit der jeweiligen beruflichen Nähe zur Thematik und zu den Praxisfeldern wird sich das nicht alleine erklären lassen. Es wird deswegen in Zukunft noch stärkeren Verschränkungsmöglichkeiten naturgemäß unterschiedlicher professioneller Perspektiven weiterhin große ausbildungspraktische Aufmerksamkeit zu schenken sein.

Kritisch ist festzuhalten, dass in vielen Fällen, in denen pathogene Prozesse bei Menschen hohen Alters diagnostiziert werden, eine kausale Zuschreibung zum Phänomen Alter erfolgt. Diese einseitige Zuschreibung hat häufig zur Folge, dass das Spektrum der Therapiefähigkeit von Erkrankungen im Alter zu stark eingeschränkt wird. Die Alters- bzw. Alternsmedizin wird deswegen – paradoxerweise – einem häufig naheliegenden „Altersbias“ kritisch gegenüberstehen müssen. Auch gibt es unterschwellige Tendenzen, präventive und rehabilitative Potenziale in ihrer Bedeutung für den Erhalt von Selbstbestimmung und Selbstständigkeit auch im fortgeschrittenen Alter nicht ausreichend zu würdigen. Eine stärkere Betonung und diagnostische Spezifizierung des Einzelfalls scheint deswegen dringend geboten zu sein.¹⁵ Daraus ergeben sich Konsequenzen auch für die berufliche bzw. berufswissenschaftliche Bildung im Sinne eines integrativen Ansatzes, der stärker als bisher auf eine Zusammenführung verschiedener professioneller Perspektiven auszurichten ist.¹⁶

Die Untersuchungsergebnisse legen ferner nahe, sozialstrukturell sowie bildungsbiografisch zunehmend divergierenden Voraussetzungen des Lebens im Alter zukünftig stärkere Aufmerksamkeit zu schenken; und zwar auch deswegen, weil sie einen – bislang immer noch unterschätzten – Einfluss auf die Artikulation von Gesundheits- und Unterstützungsbedürfnissen haben. Damit deuten sich zugleich Grenzen möglicherweise „kognitivistisch“ überstrapazierter gesundheitlicher Aufklärungsstrategien an, die nur dann überwunden werden können, wenn latenten, lebensweltlich verankerten und genau in dieser Sphäre zu eruiierenden persönlichen Sinnstrukturen des Lebens im Alter größere diagnostische Bedeutung zuwächst. Das heißt: Beratungs-, Schulungs-, Aktivierungs- und Mobilisierungsprogramme werden nur dann Zustimmung finden und motivational wirksam werden, wenn mit ihnen

15 Hülsken-Giesler et al. (Hrsg.) (2016)

16 Ewers et al. (Hrsg.) (2019)

jene im lebensgeschichtlichen Bildungsprozess einer Person kristallisierten, ihre bisherige Lebensführung bestimmenden „Daseinsthemen“ als einzigartige „Anliegen, Bedürfnisse, Werte und Ziele“ gewissermaßen assoziativ angesprochen und aktualisiert werden. Erst dann werden Maßnahmen beispielsweise der Gesundheitsförderung und Prävention buchstäblich Anklang finden, wenn sie zugleich im gesamtbiografischen Bezug als sinnhaft erlebt werden.

Ein sozialstruktureller Gradient zeigt sich ebenso bei individuellen Einschränkungen, an Angeboten der Prävention und Rehabilitation teilnehmen zu können bzw. diese Angebote passgenauer auszurichten und zu gestalten. Auch in diesem Bereich der gesundheitlichen Versorgung, Unterstützung und Beratung wird beispielsweise das professionelle Assessment zukünftig noch stärker die Motivations- und Interessenslagen alter Menschen zu berücksichtigen haben, die aufgrund ihrer lebensweltlichen Verklammerung sozial stark variieren können. Das Gleiche gilt für die Feststellung von Lebensqualität, die nicht nur individuell stark variieren kann, sondern die immer auch als ein aus der konkreten sozialen Lebenssituation heraus zu entwickelnder Möglichkeitshorizont zu verstehen ist, innerhalb dessen sich beispielsweise Rehabilitationspotenziale unter Einschluss individualisierender Beratung identifizieren lassen.

Darüber hinaus wird die dringende Verbesserung institutioneller, insbesondere organisatorischer Voraussetzungen gesundheitlicher Versorgung im Alter in Zukunft entscheidend abhängig sein davon, inwieweit es gelingt, neue, hierarchisch abgeflachte Kooperationsformen aller Gesundheitsprofessionen zu gestalten. Noch immer weisen die verschiedenen Gesundheitsprofessionen sozialstrukturell stark divergierende Verankerungen in sozialen Milieus auf, die wiederum Einfluss haben auf unterschiedliche bildungs- und berufsbiografische Verläufe der Professionsangehörigen. Dies ist auch zu beklagen, weil unterschiedliche soziale Herkunft bzw. Verankerungen eine gewisse prägende Wirkung auch auf fachliche Perspektiven und Bewertungsweisen haben können. Es wird deswegen eine zukünftig wichtige Aufgabe darin bestehen, gewissermaßen von Haus aus divergierende fachliche Perspektiven stärker zusammenzuführen, um auf diese Weise sowohl Potenziale als auch die Verletzlichkeit alter Menschen besser einschätzen und neben objektiven Versorgungs- und Beratungsbedarfen vor allem auch subjektive Unterstützungsbedürfnisse adäquat identifizieren zu können.

Literatur

- Brandtstädter, J. (2007). *Das flexible Selbst*. Heidelberg: Elsevier / Springer.
- Bridges, R., Davidson, R., Odegard, P., Maki, I., & Tomkowiak (2011). Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education, *Medical Education Online*, 16(1). <https://doi.org/10.3402/meo.v16i0.6035>.
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) (2018). *Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege – So beurteilen die Beschäftigten die Lage*. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit. <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++df07ee92-b1ba-11e8-b392-52540088cada>.
- Ewers, M., Paradis, E., & Herinek, D. (Hrsg.) (2019). *Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten – Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Eylmann, C. (2015). *Es reicht ein Lächeln als Dankeschön – Habitus in der Altenpflege* (Pflegerwissenschaft und Pflegebildung, Bd. 12). Göttingen: Universitätsverlag Osnabrück, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Garthaus, M., Marquard, S., Wendelstein, B., Kruse, A., & Remmers, H. (2019). Kommunikation am Lebensende aus Sicht schwerkranker und sterbender Menschen. Erfahrungen eines explorativen Forschungsprojekts. In S. Kreutzer, C. Oetting-Roß, & M. Schwermann (Hrsg.), *Palliative Care aus sozial- und pflegewissenschaftlicher Perspektive* (S. 116–137). Weinheim: Beltz, Juventa.
- Gebauer, H.-U., & Büscher, A. (Hrsg.). (2008). *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Hartung, S. (2009). Förderung von Sozialkapital als Präventionsmaßnahme? In H. Bittlingmayer, D. Sahrai, & P.-E. Schnabel (Hrsg.), *Normativität und Public Health. Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Reihe ,Gesundheit und Gesellschaft* (S. 211–234). Wiesbaden: Springer VS.
- Heim, E., & Valach, L. (1996). Berner Bewältigungsformen BEFO, ein Instrument zur Selbst- und Fremdbewertung der Krankheitsverarbeitung. *Rehabilitation*, 35, XXI–LII.
- Hradil, S. (2005). *Soziale Ungleichheit in Deutschland*. Wiesbaden: Springer VS.
- Hülksen-Giesler, M., Kreutzer, S., & Dütthorn, N. (Hrsg.). (2016). *Rekonstruktive Fallarbeit in der Pflege. Methodologische und praktische Relevanz für Pflegewissenschaft, Pflegebildung und klinische Pflegepraxis*. (Bd. 13 der Schriftenreihe: Pflegewissenschaft und Pflegebildung). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht unipress.
- Kaba-Schönstein, L., & Kälbl, K. (Hrsg.) (2003). *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit*

- und der Pflege (Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2000). Social Cohesion, Social Capital, and Health. In L. F. Berkman, & I. Kawachi (Hrsg.), *Social Epidemiology* (S. 174–190). Oxford: Oxford University Press.
- Kruse, A. (2021). Vom Leben und Sterben im Alter. Wie wir das Lebensende gestalten können. Stuttgart: Kohlhammer.
- Marquard, S., Garthaus, M., Wendelstein, B., Remmers, H., & Kruse, A. (2018). Konflikte am Lebensende. Erfahrungen in Pflegebeziehungen aus Sicht schwer kranker und sterbender Menschen. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 19, 110–115.
- Mieg, H. A. (2016). Profession: Begriff, Merkmale, gesellschaftliche Bedeutung. In M. Dick, W. Marotzki, & H. A. Mieg (Hrsg.), *Handbuch Professionsentwicklung* (S. 27–39). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Pinkert, Chr., Busch, J., Hardinghaus, W., & Remmers, H. (2011). Empirische Fundierung und Entwicklung eines Konzepts zur Optimierung regionaler Palliativversorgung. In H. Remmers (Hrsg.), *Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog. Eine Forschungsbilanz* (Pflegewissenschaft und Pflegebildung, Bd. 1), (S. 277–313). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht unipress.
- Remmers, H., Dütthorn, N., & Garthaus, M. (2014). Projektbericht: Neue Pflege – Pflegerische Betreuung im Kontext rehabilitativer, präventiver und palliativer Pflegepotenziale. In H.-P. Hoppe (Hrsg.), *Pflege im Umbruch* (S. 45–75). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Remmers, H., Dütthorn, N., Hülsken-Giesler, M., & Renneke, S. (2010). Pflegerische Versorgungsanforderungen im Alter. *Klinikerarzt. Medizin im Krankenhaus. Schwerpunkt Geriatrie*, 39, 246–250.
- Remmers, H., & Kruse, A. (2014). Gestaltung des Lebensendes – End of Life Care. In H.-W. Wahl, & A. Kruse (Hrsg.), *Lebensläufe im Wandel. Entwicklung über die Lebensspanne aus Sicht verschiedener Disziplinen* (S. 215–232). Stuttgart: Kohlhammer.
- Remmers, H., & Renneke, S. (2012). Altersbilder bei Studierenden pflegebezogener Studiengänge. Eine empirische Untersuchung. In F. Berner, J. Rossow, & K. P. Schwitzer (Hrsg.), *Altersbilder in der Wirtschaft, im Gesundheitswesen und in der pflegerischen Versorgung. Expertisen zum Sechsten Altenbericht der Bundesregierung* (S. 251–287). Wiesbaden: Springer VS.
- Remmers, H., & Walter, U. (2013). Altersbilder bei Gesundheitsberufen. Einige neuere Befunde. In *Psychotherapie im Alter*, 10(2), 267–278.
- Walkenhorst, U. (2016). Die Relevanz interprofessioneller Lern- und Arbeitsprozesse im Kontext der Akademisierung der Gesundheitsberufe. *International Journal of Health Professions*, 3, 21–28.
- Weis, J. (2002). *Leben nach Krebs. Belastung und Krankheitsverarbeitung im Verlauf einer Krebserkrankung*. Bern: Huber.

Kapitel X

Die Perspektive der Institutionen: Wie stellen sich diese auf das hohe Alter ein?

Gabriele Ensink, Andreas Kruse, Matthias Mettner,
Hartmut Remmers, Georg Ruppe, Eric Schmitt

Zusammenfassung In diesem Kapitel steht die Frage im Zentrum, wie Vertreterinnen und Vertreter von Institutionen, die für die Entwicklung infrastruktureller Angebote für alte Menschen verantwortlich sind, auf Stärken wie auch auf Problemlagen im Alter blicken und welche Bedeutung sie ihren Angeboten für die gesellschaftliche Nutzung von Stärken wie auch für die Bewältigung von Problemlagen beimessen. 25 Fokusgruppen mit jeweils fünf bis sieben Personen wurden angeboten, an denen Repräsentantinnen und Repräsentanten aus Kommunen, Kreisen, Verbänden, Vereinen, Seniorenvertretungen, Kranken- und Pflegekassen teilnahmen. Es wurden drei Themenkomplexe vorgegeben, die in diesen Gruppen diskutiert wurden. In einem weiteren Schritt wurden fünf Konsensusgruppen mit jeweils 25 bis 27 Personen zusammengestellt, denen die wichtigsten Befunde der Studie vorgestellt und in denen praktische Folgerungen aus den Studienergebnissen gezogen wurden. Die in den Fokusgruppen diskutierten Themenkomplexe erbrachten eine differenzierte Sicht auf die Ausgestaltung sozialer und kultureller Angebote wie auch der Versorgungsangebote. Diese Sicht erwies sich in vielerlei Hinsicht als „komplementär“ zu den Ergebnissen, die in den Interviews mit alten Menschen gewonnen wurden. Diese Folgerung wurde auch in den Konsensusgruppen gezogen. Dabei zeigte sich, dass die in den Fokus- und Konsensusgruppen getroffenen Aussagen für eine differenzierte Rezeption gerontologischer Befunde in der Fachwelt der „Alterspraxis“ sprechen.

Schlagwörter Bürgerschaftliches Engagement, Endlichkeit, Plastizität, sozialer Wandel, Wohlfahrtsstaat

Abstract This chapter focuses on the question of how representatives of institutions responsible for offering infrastructural services for older people interpret vulnerabilities and potentials in old age, the ability to influence old age and the possibilities for intervention in old age. 25 focus groups, each with five to seven participants, were offered to representatives from municipalities, districts, associations, clubs, senior citizens' representatives, and health and long-term care insurance funds. Three topic areas were defined and discussed in these groups. In a further step, five consensus groups of 25 to 27 people each were put together, to whom the most important findings of the study were presented and in which conclusions were derived from the study results. The topics discussed in the focus groups produced a highly differentiated view of designing social and cultural services as well as the provision of care. In many respects, this view proved to be “complementary” to the results obtained in the interviews with older people. This conclusion was also drawn in the consensus groups. It also became

apparent that the statements made in the focus and consensus groups speak for a sophisticated and differentiated reception of gerontological findings in the professional world of “old age practice”.

Keywords Civic engagement, finitude, plasticity, social change, welfare state

X.1 Fragestellung

Der Blick ist in diesem Beitrag auf die Repräsentanten und Repräsentantinnen der vielfältig organisierten Träger des Wohlfahrtsstaates gerichtet. Von welchen Voraussetzungen gehen sie in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben in einer altersgewandelten Gesellschaft aus? Auf die hier im Zentrum stehende Lebensphase „Alter“ angewendet: Welche Charakteristika schreiben sie dem hohen Alter zu, welche Erwartungen richten sie an alte Menschen bei der Erfüllung auch von ihnen möglicherweise noch wahrzunehmender Aufgaben? Welche neuen Organisationsaufgaben der Unterstützung und Fürsorge sehen sie auf die modernen Gesellschaften zukommen? Dies in einem dialogischen Fachdiskurs zwischen institutionellen Verantwortungsträgern zu eruieren, ist bedeutsam, weil sich seit einigen Jahrzehnten ein erheblicher sozialer Wandel vollzogen hat, der sich unter den Stichworten Individualisierung von Lebensformen, Enttraditionalisierung bzw. Pluralisierung sozialer Milieus sowie Ausdifferenzierung kultureller Muster und Integrationssysteme beschreiben lässt. Damit sind auch Herausforderungen an den Dialog zwischen den Planern wohlfahrtsstaatlicher Einrichtungen einerseits und ihren Adressaten und Adressatinnen – in unserem Falle: den alten Menschen – andererseits verbunden.

Es empfiehlt sich, die Praxisperspektive derer, die in der Administration und Organisation wohlfahrtsstaatlicher Einrichtungen planerisch tätig sind, um eine weitere Einschätzungsperspektive zu ergänzen; und zwar um die Perspektive jener Personen, deren Wissensvorräte aus *unmittelbaren* Erfahrungen in der rehabilitativen, pflegerischen und medizinischen Versorgung sowie der psychosozialen und kulturellen Begleitung stammen. Auch diese Personen tragen für die Weiterentwicklung und Verbesserung zukünftiger Versorgungskonzepte große Verantwortung. Sich dieser Verantwortung bewusst zu werden, kann auch durch Einbindung in thematisch einschlägige Forschungsprojekte gefördert werden. Diese Einbindung kann Anlass geben, die eigenen wissenschaftspraktischen Erfahrungen zu reflektieren, sie kann gleichzeitig dazu anregen, die eigene fachliche Urteilskraft zu schärfen. Die nachstehenden Ergebnisse der Studie „Altern in Balance“ resultieren mithin aus zwei Untersuchungsperspektiven: aus der Perspektive der Organisations- und Planungsverantwortung für ein besseres, altersbezogenes Unterstützungs- und Versorgungssystem; aus einer wissenschaftspraktisch geschärften beruflichen Beobachtungsperspektive mit dem Ziel, Prozesse fachlicher Selbstreflexion zu stimulieren und voranzutreiben.

Das Interesse der Studie war entsprechend darauf gerichtet, Aussagen von Repräsentantinnen und Repräsentanten der Kommunen, Kreise, Verbände, Vereine,

Seniorenvertretungen, Kranken- und Pflegekassen zur Thematik „Alter“ möglichst differenziert abzubilden. In diesem Interesse spiegelt sich die Überlegung wider, dass die infrastrukturelle (institutionelle) Umwelt Einfluss auf den Alternsprozess des Individuums ausübt. Inwiefern? Infrastrukturelle Umwelten lassen sich nach Quantität und Qualität von Angeboten charakterisieren, die für alte Menschen entwickelt und diesen unterbreitet werden: seien dies Angebote aus dem Bereich Bildung und Kultur, aus dem Bereich medizinischer und pflegerischer Versorgung, aus dem Bereich sozialer Hilfen oder aus dem Bereich der Wohn-, der Stadtteil- bzw. Regionen- sowie der Verkehrsgestaltung.¹ Mit dem auch in der vorliegenden Studie verwendeten Terminus der *Gelegenheitsstruktur* soll zum Ausdruck gebracht werden, dass durch infrastrukturelle Angebote ein bedeutender Beitrag zu Selbstständigkeit, Selbstverantwortung, Mitverantwortung, Lebensqualität, Wohlbefinden und Teilhabe im Alter geleistet wird. Quantität und Qualität solcher Angebote entscheiden mit darüber, inwieweit Menschen bis in das hohe Alter ein Leben führen können, das ihren Kriterien eines „guten Lebens“ entspricht.² Die Perspektive der Studie erweitert sich damit erkennbar: Denn es geht nun nicht mehr allein darum, inwieweit es dem Individuum gelingt, ein „gutes Leben“ im Alter zu führen, es geht nun auch nicht mehr allein um den Einfluss von Gesundheit, von sozialer Teilhabe, von sozialer Schichtzugehörigkeit und weiteren sozialstrukturellen Merkmalen auf das „gute Leben“ im Alter, sondern es rückt nun die Frage ins Zentrum, inwieweit politische und administrative Entscheidungsträger, Verbände, Vereine und Dienstleister auf den Gebieten Bildung, Kultur, Soziales, Medizin und Pflege durch ihre Überlegungen, Entscheidungen und Konzepte dazu beitragen, das Individuum in seiner Selbst- und Weltgestaltung zu unterstützen, zu motivieren, anzuregen, zu bereichern.

In der Studie haben wir uns auf die Methode der *Fokusgruppe* gestützt, in der die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu vorgegebenen Fragekomplexen eine möglichst offene Diskussion führen sollen. Diese Methode haben wir ergänzt um jene der *Konsensgespräche*, die dazu diente, die von uns vorgestellten Studienergebnisse kritisch zu kommentieren und Ableitungen mit Blick auf den Theorie-Praxis-Transfer vorzunehmen.

X.2 Fokusgruppen

Es wurden 25 Fokusgruppen angeboten, zu denen wir jeweils fünf bis sieben Repräsentantinnen und Repräsentanten der Kommunen, Kreise, Verbände, Vereine, Seniorenvertretungen, Kranken- und Pflegekassen eingeladen hatten. Den von uns vorgesehenen Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden mit der Einladung jene Fragenkomplexe bekannt gemacht, die in der Fokusgruppe thematisiert werden sollten. Es handelte sich dabei um folgende Fragenkomplexe:

1 Chaudhury & Oswald (2019); Deutscher Bundestag (2016); Schubert (Hrsg.) (2018)

2 Oswald & Wahl (2016); Schlicht et al. (2016)

1. In welcher Hinsicht bildet das hohe Alter eine Bereicherung für das Individuum, die Gesellschaft und die Kultur? Was können das Individuum, die Gesellschaft, die Politik tun, um die Kräfte (Ressourcen) des Alters sichtbar zu machen und zu verwirklichen? Wo liegen Verantwortungsbereiche und Aufgaben von Kommunen und Institutionen? Gibt es Praxisbeispiele, wo dies besonders gut oder auch weniger gut gelingt / gelungen ist?
2. In welcher Hinsicht konfrontiert das hohe Alter das Individuum mit besonderen Anforderungen und Belastungen? Was können Individuum, Gesellschaft und Politik, was können Kommunen, Institutionen und Vereine tun, um fachlich wie auch ethisch verantwortungsvoll mit den unterschiedlichen Anforderungen und Belastungen umzugehen? Wie können alte Menschen in ihrer Auseinandersetzung mit Anforderungen und Belastungen wirkungsvoll unterstützt werden? Gibt es Praxisbeispiele, wo dies besonders gut oder auch weniger gut gelingt / gelungen ist?
3. Welche Einstellungen und Haltungen gegenüber alten Menschen sind in unserer Gesellschaft erkennbar? Wie lassen sich die Generationenbeziehungen (in der Familie, der Nachbarschaft, den Vereinen, der Kommune, der Gesellschaft) charakterisieren? Haben sich diese Beziehungen in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten gewandelt? Wenn ja: In welchen Bereichen, in welcher Hinsicht?

Es wurden insgesamt N = 243 Personen angesprochen; von diesen folgten N = 152 unserer Einladung und nahmen an einer Fokusgruppe teil (Dauer zwischen 145 bis 160 Minuten; zusätzlich drei halbstündige Pausen; zusätzlich eine 40- bis 45-minütige Rückmeldephase).

Jede Fokusgruppe wurde von einer Teilnehmerin bzw. einem Teilnehmer „moderiert“; diese(r) sollte das Wort erteilen sowie auf Einhaltung der Zeit und der vereinbarten Diskussionsregeln achten. Der Fokusgruppe wohnten zwei „Gäste“ bei, die ein ausführliches Themenprotokoll führten, die sich jedoch nicht aktiv am Gespräch bzw. an der Diskussion beteiligten. Beide protokollierten differenziert den Ablauf des Gesprächs bzw. der Diskussion; dabei wurden in einer Spalte die angesprochenen Themen bzw. die Themenentwicklung dokumentiert, in einer zweiten Spalte wurden wörtliche Zitate aufgenommen, wenn sich diese besonders gut für die Illustration eines Themas oder einer Themenentwicklung eigneten. In den Pausen nahmen die beiden „Gäste“ eine Abgleichung ihrer Protokolle vor, wobei besonderes Gewicht gelegt wurde auf: (a) die identifizierten Themen, (b) die zentralen Diskussionsinhalte zu den einzelnen Themen.

Mit Abschluss der drei Pausen waren drei vorläufige, zwischen den beiden Gästen abgestimmte Protokolle erstellt. Diese drei Protokolle wurden den Teilnehmern/innen der Fokusgruppe nach Abschluss aller Diskussionen vorgestellt und mit ihnen erörtert. Auf der Basis der Erörterungen wurden gegebenenfalls Veränderungen mit Blick auf die Umschreibung der Themen, auf deren relative Gewichtung und auf die Beantwortung der jeweiligen Fragestellung vorgenommen – diese Veränderungen wurden in Gegenwart der Teilnehmer/innen in das Protokoll eingefügt. Auf dieser

Grundlage wurde ein endgültiges Protokoll erstellt, das als Grundlage für die Auswertung diente und in den Gesamtpool der Protokolle integriert wurde.

X.3 Konsensusgespräche

Die Konsensusgespräche wurden mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern *bereits bestehender* Projektgruppen geführt, die sich in anderen Studien (mit Schwerpunkt auf Fragen der rehabilitativen, pflegerischen und medizinischen Versorgung sowie der psychosozialen Begleitung alter Menschen) gebildet hatten. Es handelte sich auch hier um Repräsentantinnen und Repräsentanten aus Kommunen, Kreisen, Verbänden, Vereinen, Kranken- und Pflegekassen. Zusätzlich wurden Vertreterinnen und Vertreter von Seniorenorganisationen eingeladen. Insgesamt haben N = 133 Personen an den Konsensusgesprächen teilgenommen, die in fünf Gruppen aufgeteilt wurden (jeweils 25 bis 27 Teilnehmer*innen; Dauer 180 bis 195 Minuten; zusätzlich dreimal 15 Minuten Pause; zusätzlich eine 70-minütige Rückmeldungsphase mit abschließender Konsensusbildung).

Die Konsensusgespräche untergliederten sich in vier Abschnitte:

1. Präsentation der Studienergebnisse I: Studiendesign und Daseinsthemen; daran anschließend eine Diskussion (geplante Zeitspanne: 40 Minuten);
2. Präsentation der Studienergebnisse II: Person-Umwelt-Transaktionen und Person-Situations-Interaktionen (Clusteranalysen); daran anschließend eine Diskussion (geplante Zeitspanne: 50 Minuten);
3. Präsentation der Studienergebnisse III: Gestaltung sozialer Beziehungen sowie Engagement in sozialen Beziehungen; daran anschließend eine Diskussion (geplante Zeitspanne: 40 Minuten);
4. Folgerungen aus den Studienergebnissen für die Praxis (geplante Zeitspanne: 70 Minuten).

Diese fünf Gruppen wurden jeweils von drei „Gästen“ (Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Projekts) geleitet. Einer der Gäste eröffnete die Veranstaltung, erklärte deren Zielsetzung und Ablauf, moderierte die Veranstaltung. Ein zweiter Gast präsentierte die Studienergebnisse. Die Assistenzperson dokumentierte die Nachfragen, Diskussionsbeiträge und Bewertungen, wobei sich auch der Moderator bzw. die Moderatorin an dieser Dokumentation beteiligten, sodass beide Protokolle bereits in den Veranstaltungspausen miteinander verglichen werden konnten; nach Abschluss der Präsentations- und Diskussionsphase, also vor der abschließenden Phase mit dem Ziel der Konsensbildung, wurde ein gemeinsames Protokoll erstellt, das den Teilnehmern und Teilnehmerinnen vorgestellt wurde. Nach Abschluss der Phase der Konsensbildung wurde ein definitives Protokoll erstellt, das in den Gesamtpool der Protokolle integriert wurde.

X.4 Ergebnisse aus den Fokusgruppen

Die Ergebnisse aus den Fokusgruppen werden nun gesondert für die drei Themenkomplexe vorgestellt.

Erster Themenkomplex

Leitfrage: In welcher Hinsicht bildet das hohe Alter eine Bereicherung für das Individuum, die Gesellschaft und die Kultur? Was können das Individuum, die Gesellschaft, die Politik tun, um die Kräfte (Ressourcen) des Alters sichtbar zu machen und zu verwirklichen? Wo liegen Verantwortungsbereiche und Aufgaben von Kommunen und Institutionen? Gibt es Praxisbeispiele, wo dies besonders gut oder auch weniger gut gelingt / gelungen ist?

Insgesamt ließen sich *acht Themen* identifizieren, die diesem Themenkomplex zugeordnet wurden (die Rangreihe der Themen entspricht der Anzahl der Fokusgruppen, in denen diese einen bedeutenden Diskussionsinhalt gebildet hatten):

Thema 1: *Lebensrückblick* (in 21 der 25 Fokusgruppen ein bedeutendes Thema)

Ein auf dem Lebensrückblick gründender, differenzierter Blick auf die Vergangenheit und die Gegenwart bildet ein bedeutendes Thema im Alter. Dabei ist zum einen das Erleben von Freude und Dankbarkeit für positive Erlebnisse und Erfahrungen sowie für gelungene Handlungen und Entwicklungen wichtig. Zum anderen ist das Erleben von Schuld und Reue mit Blick auf Versäumnisse, Fehlentscheidungen und Fehlhandlungen bedeutsam. Gerade in dieser umfassenden und differenzierten Perspektive zeigen sich reflektierte Erfahrungen, die mehr sehr sind als *nur* „Erfahrungen“. Der Lebensrückblick kann dabei auch durch das intensivere Erleben der eigenen Endlichkeit angestoßen werden.

Thema 2: *Kreativität* (in 19 der 25 Fokusgruppen ein bedeutendes Thema)

Schöpferische Kräfte mit Blick auf die Weiterentwicklung der Persönlichkeit sind stärker zu gewichten, als dies heute geschieht. Produktivität meint dabei nicht nur, etwas zu erzeugen, herzustellen oder zu vermehren, sondern meint auch das (lebenslange) „Arbeiten“ an der eigenen Persönlichkeit; hinzu tritt die im Lebensrückblick vorzunehmende Verarbeitung belastender Erlebnisse und Erfahrungen.

Thema 3: *Annahme von Verletzlichkeit* (in 16 der 25 Fokusgruppen ein bedeutendes Thema)

Hier ist die Fähigkeit angesprochen, die eigene Verletzlichkeit und Endlichkeit anzunehmen und sich auch dann an einzelnen Situationen und Ereignissen zu erfreuen, wenn das Leben mit Verlusten und Belastungen konfrontiert. Die Freude an der Natur, an Begegnungen, an Kunst, Literatur und Musik ist eng mit dieser Fähigkeit verknüpft.

Thema 4: *Zeitzeuge* (in 15 der 25 Fokusgruppen ein bedeutendes Thema)

Alte Menschen wollen und sollen auch verstanden werden als Wissensweitergebende, Zuhörerende, Kümmernde, Lehrende und Lernende, schließlich als ein mögliches Vorbild für andere Menschen. Politische, historische, gesellschaftliche und kulturelle Zeitzeugen, die – allerdings nur im Falle von Offenheit für neue Ideen und Toleranz gegenüber anderen Denkweisen und Einstellungen – befruchtend auf den Generationenaustausch wirken können, sind öffentlich ausdrücklich zu würdigen.

Thema 5: *Vorbildfunktion* (in 12 der 25 Fokusgruppen ein bedeutendes Thema)

Aufgeschlossenheit, Offenheit, Freundlichkeit und Toleranz können bedeutende Zielpunkte von Entwicklung im Alter bilden – und alte Menschen zu einer (allerdings nicht übertriebenen) Vorbildfunktion befähigen.

Thema 6: *Im Dienst einer Idee* (in 9 der 25 Fokusgruppen ein bedeutendes Thema)

Für eine Sache kämpfen, sich eine Sache außerhalb seiner selbst zu eigen machen, mit anderen Menschen in der Haltung der Toleranz nach guten, vielleicht auch neuen Wegen suchen: dies wären Beispiele für ein Leben, das sich auch in den Dienst einer Idee stellt.

Thema 7: *Engagement* (in 8 der 25 Fokusgruppen ein bedeutendes Thema)

Innerfamiliäres und nachbarschaftliches Engagement, emotionale, zum Teil auch körperliche Leistungen in der Unterstützung und Pflege nahestehender Menschen sind wichtige Themen, die im öffentlichen Raum viel stärker hervorgehoben werden müssen.

Thema 8: *Ressourcen* (in 6 der 25 Fokusgruppen ein bedeutendes Thema)

Alte Menschen weisen heute eine deutlich bessere Gesundheit und höhere Mobilität auf als in vorangehenden Jahrzehnten. Zudem verfügen sie im Allgemeinen über gute finanzielle Ressourcen. Dies versetzt sie in die Lage, deutlich länger ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Viele alte Menschen suchen nach Antwort auf die Frage, was sie aus ihren „zusätzlichen“ Lebensjahren machen sollen bzw. können. Bessere Gesundheit, höhere Mobilität und die Suche nach einer persönlich sinnstiftenden Aufgabe sind nicht nur als Chance für das Individuum, sondern auch als Chance für die Gesellschaft zu werten.

Zweiter Themenkomplex

Leitfrage: In welcher Hinsicht konfrontiert das hohe Alter das Individuum mit besonderen Anforderungen und Belastungen? Was können Individuum, Gesellschaft und Politik, was können Kommunen, Institutionen und Vereine tun, um fachlich wie auch ethisch verantwortungsvoll mit den unterschiedlichen Anforderungen

und Belastungen umzugehen? Wie können alte Menschen in ihrer Auseinandersetzung mit Anforderungen und Belastungen wirkungsvoll unterstützt werden? Gibt es Praxisbeispiele, wo dies besonders gut oder auch weniger gut gelingt / gelungen ist?

Insgesamt ließen sich *zehn Themen* identifizieren, die diesem Themenkomplex zugeordnet wurden (die Rangreihe der Themen entspricht auch hier der Anzahl der Fokusgruppen, in denen diese einen bedeutenden Diskussionsinhalt gebildet hatten):

Thema 1: *Einsamkeit* (in 22 der 25 Fokusgruppen ein bedeutendes Thema)

Der zunehmende Verlust sozialer Beziehungen und Kontakte, verbunden mit Gefühlen der Einsamkeit, bildet die am häufigsten genannte Belastung. Von dieser ist zwar nur ein Teil der alten Menschen betroffen, doch ergeben sich in diesem Fall besondere Risiken für das Wohlbefinden, die Lebensqualität und die psychische Gesundheit.

Die Einrichtung von Bürgerzentren und Begegnungsstätten in der Kommune erweist sich auch vor diesem Hintergrund als eine bedeutende Aufgabe; hier ist auf die enge Kooperation der Anbieter sowohl mit Ärzten und Pflegediensten als auch mit dem Sozialdienst der Krankenkassen zu achten. Wichtig ist auch die motivierende Berichterstattung in den regionalen Medien, um für die Nutzung dieser Angebote zu werben. Es sind Transportdienste notwendig, da viele alte Menschen nicht über die notwendigen Transportmittel verfügen; Schaffung einer „Motivationsstruktur“, mit der alte Menschen sehr viel stärker als heute in ihrem Potenzial angesprochen werden, etwas für andere Menschen zu tun. Dies könnte eine wichtige Aufgabe nicht nur der Kommune, sondern auch der Kirchen und Vereine sein.

Thema 2: *Prekariat oder Armut* (in 19 der 25 Fokusgruppen ein bedeutsames Thema)

Geringe finanzielle Ressourcen, die für eine an den individuellen Bedarfen orientierte Lebensführung kaum oder nicht genügen (Prekariat, Armut), bilden eine weitere Belastung, von der nicht wenige alte Menschen betroffen sind. In diesem Falle ergeben sich ebenfalls besondere Risiken für das Wohlbefinden, die Lebensqualität, die Selbstständigkeit und die psychische Gesundheit.

Hier ist eine zentrale Aufgabe der Politik angesprochen. Den Kommunen wie auch den Institutionen und Vereinen stellt sich die Aufgabe, für (alte) Menschen mit geringen finanziellen Ressourcen bestimmte Daseinsvorsorgeleistungen kostenlos oder erheblich ermäßigt anzubieten. In vielen Kommunen hat sich beispielsweise ein *Sozialpass* bewährt. Bei der Einführung dieses Instrumentes ist auf potenzielle diskriminierende Wirkungen zu achten. Mit Ausstellung eines Sozialpasses wird Bedürftigkeit offen bekannt, was aus Gründen der Scham nicht selten abgelehnt und vermieden wird. Beispiele für den Verzicht auf soziale Rechtsansprüche aufgrund damit zusammenhängender Beschämung sind häufig. Wie können Schamgrenzen überwunden werden? Sind persönlich diskrete, aufsuchende Konzepte eine Lösung? Es ist auf jeden Fall auf nicht diskriminierende Organisationselemente eines Angebots zu achten.

In diesem Zusammenhang sind Spezifika bestimmter Alterskohorten zu beachten. Vor allem die Hochbetagten sind stark durch Arbeitsethiken der Selbstdisziplin und des Aufschubs von Wunscherfüllung auch in prosperierenden Volkswirtschaften der Nachkriegszeit geprägt. Diese sozialmoralischen Grundeinstellungen haben auch auf jüngere Ältere etwa mit vermehrten arbeitsbiografischen Brüchen prägend gewirkt und zu Beschämungen angesichts prekärer Soziallagen beigetragen.

Thema 3: *Hohe Mieten* (in 17 der 25 Fokusgruppen ein bedeutsames Thema)

Anstieg der Mietpreise, die von einer wachsenden Anzahl alter Menschen nur mit Mühe oder nicht mehr getragen werden können; hier ergeben sich nicht nur besondere Risiken mit Blick auf Wohlbefinden und Lebensqualität, sondern auch mit Blick auf die persönliche Sicherheit.

Auch damit ist eine bedeutende Aufgabe der Politik angesprochen. Für die Kommunen ergibt sich in steigendem Maße die Notwendigkeit, Sozialwohnungen auszuweisen.

Thema 4: *Unzureichende medizinische Versorgung* (in 15 der 25 Fokusgruppen ein bedeutendes Thema)

Es ist eine wachsende Anzahl alter Menschen erkennbar, die die Sorge vor unzureichender medizinischer Versorgung artikulieren (vor allem in ländlichen Regionen). Hier ist eine Aufgabe angesprochen, die die enge Zusammenarbeit zwischen Kommune, Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen berührt. Dabei wird hervorgehoben, dass sich das Problem der zu geringen Arztdichte nicht oder nur ansatzweise mit der Implementierung von Telemedizin bewältigen lasse. Der *face to face*-Kontakt mit der Ärztin bzw. dem Arzt, ebenso mit einer betreuenden Pflegefachkraft, sei gerade im hohen Alter besonders zu gewichten.³

Thema 5: *Eingeschränkte Mobilität* (in 14 der 25 Fokusgruppen ein bedeutendes Thema)

Eingeschränkte Mobilität aufgrund von sensorischen und motorischen Einbußen sowie verringerter körperlicher Leistungsfähigkeit bildet eine bedeutende Form körperlicher Verletzlichkeit im Alter; die enger werdenden Lebenskreise sind nicht selten mit einem Rückgang an Integration und Teilhabe verbunden. In diesem thematischen Kontext ist auch die nicht selten geäußerte Sorge vor einem Leben im Heim zu sehen.

Die Implementierung von Bring-Strukturen – anstelle von Komm-Strukturen – ist hier notwendig. Sie sollte verbunden sein mit vielfältigen, den Teilhabegedanken verwirklichenden Angeboten, die auch zum mitverantwortlichen Leben anregen; zudem sollten sie verbunden sein mit einem effektiven Transportsystem, das auch von ehrenamtlich tätigen Personen unterstützt werden kann. Es finden

3 Deutscher Ethikrat (2020)

sich bereits überzeugende Modelle für derartige Angebote. Kommunen stehen vor der Aufgabe, neue Heimmodelle, verbunden mit Angeboten der Tagespflege und des Betreuten Wohnens, zu entwickeln und diese Modelle auch intergenerationell – so zum Beispiel mit Schulen – zu verankern; damit wird die befürchtete Segregation vermieden; es finden sich gute Beispiele für diese intergenerationelle Verankerung.

Thema 6: Hilfe- oder Pflegebedarf in der Familie (in 13 der 25 Fokusgruppen ein bedeutendes Thema)

Ausgeprägter Hilfebedarf oder Pflegebedürftigkeit des Partners bzw. der Partnerin und eine damit verbundene erhöhte Verantwortungsübernahme sowie eine höhere emotionale und körperliche Belastung bilden eine bedeutende Grenzsituation im Alter.

Hier könnten die Empfehlungen des Siebten Altersberichts der Bundesregierung – vor allem die Umsetzung des Gedankens von „Sorgestrukturen“, in denen Angehörige mit Nachbarn, ehrenamtlich tätigen und hauptamtlich tätigen Personen kooperieren – als Handlungsimpuls dienen. Allerdings löst die Implementierung von Sorgestrukturen nicht das Problem der fehlenden Pflegefachkräfte.

Thema 7: Demenz – Erfahrungen und Sorgen (in 12 der 25 Fokusgruppen ein bedeutendes Thema)

Eine demenzielle Erkrankung, die subjektiv vielfach als Bedrohung der Lebensgrundlagen empfunden wird, gewinnt zunehmend an Bedeutung.

Die Thematik der Demenz und der familiären Betreuung von Menschen mit Demenz muss zu einer – auch öffentlich kommunizierten – Aufgabe der Kommune gemacht werden; dabei müssen sich Kirchen, Verbände und Vereine an der Kommunikation aktiv beteiligen. Es muss dafür geworben werden, dass Einwohnerinnen und Einwohner der Kommune die emotionale und praktische Unterstützung der von Demenz betroffenen Familien als einen bedeutenden Beitrag zum „Gelingen“ des Lebens in der Kommune begreifen („demenzfreundliche Kommune“).

Thema 8: Sterben in Schmerzen und Einsamkeit (in 10 der 25 Fokusgruppen ein bedeutendes Thema)

Dem gesetzlich verbrieften Ausbau eines ambulanten Hospiz- und Palliativdienstes, der gezielten Förderung von SAPV-Teams (spezialisierte ambulante Palliativversorgung) ist vermehrt Beachtung zu schenken.

Thema 9: Als „Last“ erlebt werden (in 8 der 25 Fokusgruppen ein bedeutendes Thema)

Nicht selten wird von alten Menschen die Erfahrung oder Befürchtung berichtet, von anderen Menschen – auch von der Politik und den Medien – primär als „Belastung“ angesehen zu werden.

Große Bedeutung für die Lebensqualität wird der im Kontakt mit jungen Menschen gewonnenen Erfahrung beigemessen, auch aufgrund der „Lebensleistung“⁴ geachtet zu sein.

Thema 10: *Krankheitsentwicklung* (in 6 der 25 Fokusgruppen ein bedeutendes Thema)

Sorge vor einer Zunahme von Krankheiten und Krankheitssymptomen sowie einer damit verbundenen Gefährdung von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung bestimmte das Erleben vieler alter Menschen. In diesem thematischen Kontext ist auch die nicht selten geäußerte Sorge vor einem Leben im Heim zu sehen.

Programme der Gesundheitsförderung und Prävention müssen auch in das Angebot von Bildungs-, Sport- und Bewegungseinrichtungen eingebaut werden. Kranken- und Pflegekassen sollten sich deutlich stärker bei der Bereitstellung derartiger Angebote engagieren. Dabei sollten auch weitere Bestandteile von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen mitberücksichtigt werden, die insofern einen „Ertüchtigungscharakter“ haben, als sie alte Menschen dialogisch auf Selbstständigkeitsverluste vorbereiten und auf diesem Wege der Interaktion Schritte vorsorglicher Planung und Organisation einleiten; und zwar im Zusammenwirken mit Angehörigen oder Freunden, aber auch mit Unterstützung von Gruppen, Einrichtungen etc. Weiterhin wäre über

- 4 Der Begriff der Lebensleistung bedarf einer Erläuterung maßgebender Bewertungen, die zugleich solche der leistenden Person sind. Dass eine jede Person einen intrinsischen Wert besitzt, ergibt sich allein aus geltenden Grundrechtsansprüchen. Man könnte also sagen, dass die letzte Instanz der Wertzuschreibung einer Lebensleistung die Person als Träger dieser Leistung selbst ist. Darüber hinaus stellt sich die Frage, welche Voraussetzungen eine Gesellschaft dafür schafft, dass Menschen auch etwas für die Gesellschaft Anerkennenswertes und Schätzenswertes leisten können. Dieses Bewertungssystem bewegt sich zunächst in überwiegend Maße im Horizont institutionalisierter Erfolgskontrollen zweckrationalen Handelns, wobei die Zwecke sich gegenüber den wertrationalen (z. B. solidarischen) Ordnungen gesellschaftlichen Zusammenlebens verselbstständigen können und gesellschaftsgeschichtlich auch verselbstständigt haben. Diese zeitgeschichtliche Diagnose hat Max Weber bekanntlich im Bild eines „stahlharten Gehäuses“ eines entfremdeten, von lebensweltlichen Sinnressourcen abgekoppelten modernen Kapitalismus in Verbindung mit einem bürokratisch erstarrten Staatsapparat ausgedrückt. Damit werden zugleich die überpersönlichen Definitionsmächte individueller Leistungen als systemkonforme Beiträge bezeichnet. – Ganz andere Bewertungsgrundlagen persönlicher Leistungen finden sich etwa in Bereichen künstlerischer Tätigkeiten, die von ihrer intrinsischen Struktur her Selbstzweckcharakter haben, deren Produkte gleichwohl sich einer gesellschaftlichen Wertschätzung (Authentizitätswerte und dergleichen mehr) erfreuen können, wobei gleichzeitig eigendynamisch verselbstständigte Kunstmärkte mit „irrationalen“ Wertbildungen entstehen. Quintessenz: Es gibt verschiedene Bewertungssysteme von Lebensleistungen. In Ansehung personaler Eigenwertigkeit ist daher die Übernahme einer (biografischen) Perspektive desjenigen Menschen einzunehmen, der über die subjektive Sinnhaftigkeit seiner Leistungen Auskunft geben kann – und in nicht seltenen Fällen auch darüber, woran und wodurch er sich im Rückblick gehindert sieht und inwieweit er möglicherweise seines Leistungsvermögens gesellschaftlich enteignet worden ist. Besonders drastisch stellten sich Fragen persönlicher Lebensleistungen als Resultat der Vereinigung beider deutscher Staaten, deren überpersönliche Definitionsmächte von „Sinn“ erheblich divergierten.

Ansätze eines „Imaginationstrainings“, wie sie zum Beispiel bei Progredienzangst im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen praktiziert werden, nachzudenken. Auf diesem Wege könnten möglicherweise Vorsorgeplanungen erleichtert werden mit dem Ziel, ängstigen Zukunftsvorstellungen ihren Schrecken zu nehmen.

Dritter Themenkomplex

Welche Einstellungen und Haltungen gegenüber alten Menschen sind in unserer Gesellschaft erkennbar? Wie lassen sich die Generationenbeziehungen (in der Familie, der Nachbarschaft, den Vereinen, der Kommune, der Gesellschaft) charakterisieren? Haben sich diese Beziehungen in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten gewandelt? Wenn ja: in welchen Bereichen, in welcher Hinsicht?

Insgesamt ließen sich *fünf Themen* identifizieren, die diesem Themenkomplex zugeordnet wurden (die Rangreihe der Themen entspricht auch hier der Anzahl der Fokusgruppen, in denen diese einen bedeutenden Diskussionsinhalt gebildet hatten):

Thema 1: Hochgradig unterschiedliche Altersbilder (in 21 der 25 Fokusgruppen ein bedeutendes Thema)

Die Einstellungen und Haltungen gegenüber alten Menschen sind sehr differenziert; sie reichen von hoher Wertschätzung und großem Interesse bis hin zur Gleichgültigkeit oder Ablehnung. Dafür sind die Erlebnisse und Erfahrungen verantwortlich zu machen, die in unmittelbaren Begegnungen mit alten Menschen – und zwar in allen Phasen des Lebenslaufs – gewonnen wurden.

Thema 2: Alte Menschen als „Produzenten“ bestimmter Altersbilder (in 17 der 25 Fokusgruppen ein bedeutendes Thema)

Für die Einstellungen und Haltungen gegenüber alten Menschen sind auch diese „mitverantwortlich“. Inwieweit suchen alte Menschen den Kontakt zu den nachfolgenden Generationen, inwieweit zeigen sie sich offen für die Interessen, Anliegen und Nöte der nachfolgenden Generationen, inwieweit lassen sie die Bereitschaft erkennen, sich Kritik von anderen Generationen anzuhören?

Thema 3: Intergenerationelle Begegnungsorte (in 14 der 25 Fokusgruppen ein bedeutendes Thema)

Eine bedeutende Aufgabe von Institutionen und Initiativen in der Kommune ist auch darin zu sehen, dass diese noch sehr viel mehr Begegnungsmöglichkeiten zwischen den Generationen schaffen, als dies bislang der Fall ist. Es gibt viele gute Beispiele für solche Gelegenheitsstrukturen, die zeigen, wie sehr Begegnungsmöglichkeiten die Verbindung zwischen den Generationen zu stärken und zu befruchten vermögen. Dabei lassen sich auch inspirierende Beispiele für die intergenerationelle Solidarität finden, in die die verschiedenen Generationen ihre spezifischen Ressourcen (Kräfte,

Stärken) einbringen, in denen alle Generationen sowohl Lehrende als auch Lernende sind. Einen bedeutenden Impuls erfahren die Beziehungen zwischen den Generationen zum Beispiel über das gemeinsame Nachdenken in Bezug auf die Lösung gesellschaftlicher und kommunaler Themen sowie durch die gemeinsame Arbeit an Lösungsansätzen.⁵ Bürgerzentren, Begegnungsorte, Mehrgenerationenzentren: Dies sind Beispiele für Gelegenheitsstrukturen, in denen sich Beziehungen und Kontakte zwischen Angehörigen unterschiedlicher Generationen entfalten können. Solche Orte sollten zum einen generationenspezifische Angebote vorhalten, zum anderen Angebote, die die verschiedenen Generationen zusammenführen und die den intergenerationellen Austausch stimulieren. Bestehende Differenzierungen, wie zum Beispiel „Altenzentrum“ oder „Jugendzentrum“, könnten aufgegeben werden: Das Generationenzentrum könnte eine Alternative sein. Dieses müsste so konzipiert sein, dass es Angebote und Orte für die einzelnen Generationen vorhält, zugleich aber „natürliche“ Begegnungsorte für die verschiedenen Generationen bietet. Gegenseitiges Lernen lebt von Dissonanzen, Diskrepanzen, Reibungen. Lernprozesse sollten nicht „harmonistisch“ missverstanden werden. Der Widerspruch ist Lebenselement produktiver Entwicklungen. Versöhnung auf höherer, geläuterter Stufe, auf der die Differenzen als bewusst gemachte bewahrt werden, kann ein wichtiges Ergebnis sein. Folgt man dieser Argumentation, dann ergeben sich erhebliche Auswirkungen auf die architektonisch-räumliche Gestaltung von Mehrgenerationenzentren. Diese wären auch ein bedeutender Ort für bürgerschaftliches Engagement, das Generationengrenzen überschreitet. In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass bürgerschaftliches Engagement vielfach erst durch Bewahrung von Unterschieden zwischen den Generationen Breitenwirkung entfaltet. Die psychologischen, sozialen und kulturellen Bedingungen für derartige Orte sind heute gegeben. Beispiele existieren.

Thema 4: *Produktive Konflikte als Chance* (in 12 der 25 Fokusgruppen ein bedeutendes Thema)

Konflikte zwischen den Generationen – sofern in ihnen nicht grundlegende Abneigungen und Abwertungen zum Ausdruck kommen – müssen nicht die Qualität der

5 Diese Erkenntnisse erscheinen uns so bedeutsam, dass sie einen sozialanthropologischen Kommentar verdienen: Über flüchtige, zufällige Begegnungen hinaus treffen Menschen als interessierte Wesen aufeinander. Fragen nach dem Wohlbefinden sind nicht nur Höflichkeitsfloskeln, sondern entfalten einen Intensitätsgrad in dem Maß, in dem sich der eine durch den anderen in irgendeiner Weise betroffen fühlt. In einer vertieften Begegnung nehmen Menschen Anteil am Befinden des Gegenübers, indem sich beide auf eine gemeinsame Situationsdefinition zu verständigen suchen. Jede nicht durch institutionelle Handlungsschemata festgelegte bzw. überformte Begegnung läuft auf eine Realitätsdefinition als Basis gemeinsamen Handelns oder getroffener Verabredungen hinaus. Realitätsdefinitionen dienen der Klärung etwa vorhandener gemeinsamer Interessen, die einen Kohäsionseffekt haben können. Interessen sind gerichtet auf das Verfolgen von Zielen, die eine gewisse Dringlichkeit mit sich führen. Im Alltagsleben sind das zumeist praktische Interessen. Dem amerikanischen Pragmatismus zufolge lässt sich Handeln als Problemlösen verstehen.

Beziehungen schmälern, sondern können auch stimulierend wirken: Unter der Voraussetzung, dass sie angesprochen und ausgesprochen werden, können sie zu Versuchen einer Annäherung unterschiedlicher Perspektiven motivieren; dies mit dem Effekt wechselseitigen Lernens (das im Alter keinen Endpunkt erreicht hat; auch wenn die fluide Intelligenz abnimmt). Gerade in diesen Fällen kann sich zeigen, inwiefern die Generationenbeziehungen ein seelisch-geistiges und soziales Fundament haben. Zeigen die Mitglieder verschiedener Generationen Offenheit und Toleranz? Sind sie bereit, einander zuzuhören? Sind sie bereit, sich in Einstellungen und Haltungen der jeweils anderen Generation(en) hineinzusetzen, vielleicht auch eigene Einstellungen und Haltungen, eigenes Verhalten zu korrigieren?

Thema 5: *Gewandelte Lebensläufe und Lebensstile* (in 9 der 25 Fokusgruppen ein bedeutendes Thema)

Altersgrenzen relativieren sich. Die Lebensformen in den verschiedenen Lebensphasen werden immer vielfältiger und bunter: Dies gilt in gleicher Weise für die Gruppe der alten Menschen. Das chronologische Alter wird somit zu einer relativen Größe. Auch die Lebensläufe wandeln sich. Damit ist eine weitere Grundlage für den lebendigen intergenerationellen Austausch geschaffen. Dabei sollten aber bestimmte Beobachtungen berücksichtigt werden: In Moden, vor allem bei Kleidung, teilweise bei Verhaltensstilen und einer Vielzahl von Freizeitaktivitäten haben wir es mit einer oft akzentuierten „Juenalisierung“ alter Menschen zu tun. Die Frage ist, ob hier Jugendlichkeit bewusst vorgetäuscht wird vor dem Hintergrund eines angstbesetzten, gewissermaßen perhorreszierten Alters.

X.5 Ergebnisse der Konsensusgespräche

Wie berichtet, zentrierten sich die Konsensusgespräche (in Gruppenform) um drei Präsentationen der Studienergebnisse sowie um die Frage nach den Folgerungen für die Praxis. Die Ergebnisse sind nachfolgend wiedergegeben.

Präsentation der Studienergebnisse I: Studiendesign und Daseinsthemen; daran anschließend eine Diskussion (Zeitspanne: 40 Minuten)

Es wurden in den fünf Gruppen (insgesamt N = 133 Teilnehmerinnen und Teilnehmern) zur ersten Präsentation 72 Diskussionsbeiträge und Bewertungen abgegeben, die sich folgenden vier übergeordneten Kategorien zuordnen ließen (Rangordnung entsprechend der Häufigkeit der Nennungen):

1. Die daseinsthematische Analyse ist wichtig und wertvoll, weil sie einen differenzierten Einblick in die Anliegen alter Menschen gibt; die Übereinstimmungen zwischen den differenzierten Untergruppen (Gruppe mit erhöhtem Pflegebedarf, Gruppe mit Angehörigen unterer Sozialschichten, Gruppe von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern) im Hinblick auf das relative

Gewicht einzelner Daseinsthemen verdeutlicht, dass es Anliegen gibt, die *generell* im hohen Alter großes Gewicht besitzen. Die Unterschiede zwischen den drei Gruppen im relativen Gewicht anderer Daseinsthemen weisen darauf hin, dass die objektiv gegebenen Lebensbedingungen in ihrer Bedeutung für das Erleben nicht unterschätzt werden dürfen. Dieser Befund ist auch für die Zusammenhänge zwischen seelischer Gesundheit einerseits und Lebensbedingungen andererseits wichtig. Denn mit den Daseinsthemen ist ein bedeutendes Merkmal seelischer Gesundheit benannt, das auch von den Lebensbedingungen beeinflusst ist. (24 Wortmeldungen)

2. Ein anspruchsvolles und ertragreiches Studiendesign. Die stärkere Berücksichtigung von potenziell einschränkenden Lebensbedingungen (vor allem: untere Sozialschichten sowie höherer Pflegegrad) ist auch deswegen wichtig, weil sich auf dieser Grundlage noch deutlichere Hinweise auf Möglichkeiten und Grenzen der Erhaltung von seelischer Gesundheit finden lassen. (22 Wortmeldungen)
3. Die Tatsache, dass Grenzen des Lebens, zugleich aber auch Möglichkeiten der Wertschätzung des Lebens so nahe beieinanderliegen, zeigt die Notwendigkeit auf, zu einer wissenschaftlichen und anwendungsorientierten Deutung von Alter zu gelangen, die nicht dramatisiert, aber auch nicht beschönigt. Zudem zeigt sie auf, dass die seelische Widerstandsfähigkeit im Alter noch größere Beachtung finden sollte: ein bedeutender Ankerpunkt für die psychosoziale Begleitung und psychotherapeutische Betreuung; beide Interventionszugänge können auf den Ergebnissen aufbauen. (16 Wortmeldungen)
4. Vor dem Hintergrund des gewählten Studiendesigns lässt sich ein umfassendes Verständnis von Wohlbefinden und Lebensqualität im hohen Alter entfalten: Welches sind die zentralen Kriterien und Merkmale von Wohlbefinden und Lebensqualität von Menschen in unterschiedlichen Lebenssituationen? Hier ist die Verbindung von Daseinsthemen und psychometrisch erfassten Merkmalen wichtig. (10 Wortmeldungen)

Präsentation der Studienergebnisse II: Person-Umwelt-Transaktionen und Person-Situations-Interaktionen (Clusteranalysen); daran anschließend eine Diskussion (Zeitspanne: 50 Minuten)

Es wurden in den fünf Gruppen zur zweiten Präsentation 112 Diskussionsbeiträge und Bewertungen abgegeben, die sich folgenden sechs übergeordneten Kategorien zuordnen ließen (Rangordnung entsprechend der Häufigkeit der Nennungen):

1. Es wird eine differenzierte und umfassende Analyse der unterschiedlichen Grade und Formen von Lebensbindung, von Selbst- und Weltgestaltung, von Gesundheitsverhalten im Alter gegeben. Die Clusterumschreibungen decken sich mit Erfahrungen und Erkenntnissen, die im Umgang mit alten Menschen gewonnen wurden. Vor diesem Hintergrund ist einmal mehr eine differenzierte Darstellung des Alters möglich. (31 Wortmeldungen)

2. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse wird die Integration der beiden zentralen Zugänge von Gesundheitsförderung und Prävention deutlich: Verhalten und Lebensverhältnisse, Person und Lebensbedingungen. (26 Wortmeldungen)
3. Die sozialen Beziehungen – Integration und Teilhabe – sind für das Verständnis von seelischer Gesundheit von großer Bedeutung: Wohlbefinden und Zufriedenheit sind im hohen Alter ohne die differenzierte Abbildung von Integration und Teilhabe nicht verstehbar. Hier liegt übrigens auch ein wichtiges Aufgabenfeld der Vereine, der Kirchen, der Kommunen. (20 Wortmeldungen)
4. Die Erfahrung, eine Aufgabe im Leben zu haben sowie von anderen Menschen gebraucht zu werden, bildet eines der zentralen Merkmale von Selbst- und Weltgestaltung wie auch von Lebensbindung; vor diesem Hintergrund ist eine ermöglichende, aktivierende Arbeit mit alten Menschen von zentraler Bedeutung. (15 Wortmeldungen)
5. Es ist empfehlenswert, nicht nur von Weltgestaltung, sondern auch von Selbstgestaltung zu sprechen. Damit wird der Entwicklungsgedanke noch einmal unterstrichen. (12 Wortmeldungen)
6. In zukünftigen Studien wäre es wünschenswert, medizinisch-pflegewissenschaftliche Parameter noch stärker zu berücksichtigen, um die Situationsmerkmale weiter zu objektivieren. (8 Wortmeldungen)

Präsentation der Studienergebnisse III: Gestaltung sozialer Beziehungen sowie Engagement in sozialen Beziehungen (Zeitspanne: 40 Minuten)

Es wurden in den fünf Gruppen zur dritten Präsentation 66 Diskussionsbeiträge und Bewertungen abgegeben, die sich folgenden sechs übergeordneten Kategorien zuordnen ließen (Rangordnung entsprechend der Häufigkeit der Nennungen):

1. Das Fehlen von sozialen Beziehungen, die als stimmig, sinnerfüllt und motivierend erlebt werden, kann nicht hoch genug für das Verständnis von potenziellen Risiken für die seelische Gesundheit gewertet werden. Das Thema der sozialen Beziehungen muss in allen Konzepten der Bildungs- und sozialen Arbeit mit alten Menschen besonders gewichtet werden. (16 Wortmeldungen)
2. Das Engagement für andere Menschen ist ein bedeutendes Merkmal der Gestaltung von sozialen Beziehungen und der Teilhabe; dies gilt vor allem für Frauen. Dies ist wichtig für die Entwicklung und den Ausbau von Angeboten zur Integration und Teilhabe, denn diese müssen den Engagementaspekt noch stärker betonen. (14 Wortmeldungen)
3. Die Idee der Bürger- oder Mehrgenerationenzentren ist zwar nicht neu, doch geben die Befunde Einblick in deren positive Wirkung. Solche Angebote müssen ausgebaut werden. (12 Wortmeldungen)
4. Wie kann es gelingen, vermehrt Männer für das bzw. ein größere(s) Engagement für andere Menschen zu gewinnen? (10 Wortmeldungen)
5. Wie kann es gelingen, aus Seniorenzentren Mehrgenerationenzentren entstehen zu lassen? Wäre dies ein zusätzlicher Anreiz? (8 Wortmeldungen)

6. Können alle Kommunen derartige Angebote (Bürgerzentren) überhaupt vorhalten? Wenn nicht: Welche Konsequenzen folgen daraus? (6 Wortmeldungen)

Folgerungen aus den Studienergebnissen für die Praxis (Zeitspanne: 50 Minuten)

Es wurden in den fünf Gruppen zur dritten Präsentation 134 Diskussionsbeiträge und Bewertungen abgegeben, die sich folgenden elf übergeordneten Kategorien zuordnen ließen (Rangordnung entsprechend der Häufigkeit der Nennungen):

1. Die Kriterien von Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität sind immer auch in ihrer ganz individuellen Prägung oder Färbung zu betrachten. (20 Wortmeldungen)
2. Die seelische Gesundheit ist als eine höchstbedeutsame Komponente von Gesundheit anzusehen und anzusprechen. (19 Wortmeldungen)
3. Soziale Integration und Teilhabe bilden eine zentrale Komponente von seelischer Gesundheit: In diese müssen Kommunen, Krankenkassen und Pflegekassen sehr viel mehr investieren. (19 Wortmeldungen)
4. Die Bedeutung der Schichtzugehörigkeit für Gesundheit ist sehr groß. Der Abbau von sozialer Ungleichheit ist auch eine wichtige Forderung mit Blick auf die Förderung von Gesundheit im hohen Alter. (15 Wortmeldungen)
5. Menschen mit Pflegebedarf benötigen auch eine intensive psychologische und soziale Begleitung, die nicht nur betreut, sondern die auch stimuliert und aktiviert. Dabei ist auf den Lebenswillen genauso zu achten wie auf die subjektiv erlebten Grenzen des Lebens. Fragen des individuell gestalteten Sterbens müssen ausreichend Platz in den Gesprächen mit alten Menschen finden, wenn sie solche Fragen thematisieren möchten. (12 Wortmeldungen)
6. Sport, Bewegung, kognitive und soziale Aktivierung sind bedeutende Angebote mit Blick auf die körperliche und seelische Gesundheit. Können hier Kranken- und Pflegekassen noch stärker als Ansprechpartner dienen? (10 Wortmeldungen)
7. Eine intensivere Ansprache alter Menschen in ihren Kompetenzen und Erfahrungen ist wichtig: Es sollte in der öffentlichen Diskussion darauf hingewirkt werden, dass das Alter nicht ausschließlich mit Belastungen und Grenzen assoziiert wird, weil selbst bei zunehmender Pflegebedürftigkeit alte Menschen über Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügen, sich aktiv (kognitiv, emotional) sowohl in die persönliche Gestaltung ihres Lebens als auch in gemeinschaftliche Gespräche und Vorhaben einzubringen. Zur intensiven Ansprache von alten Menschen gehören auch Angebote, sich bewusst mit erlebten Grenzen auseinanderzusetzen, sowie die Unterstützung bei der Vorsorgeplanung – falls diese erwünscht ist. Eine übertriebene Aktivierung ist zu vermeiden. Die Person in ihren Stärken *und* Schwächen muss sich mitteilen können. (9 Wortmeldungen)
8. Fragen der spirituellen oder religiösen Begleitung dürfen nicht vernachlässigt werden: Können hier Kirchen und Glaubensgemeinschaften ein stärkeres Engagement zeigen? Eigentlich müssen sie dies tun. Wie kann man

auf die Bedürfnisse der religiös nicht gebundenen Menschen eingehen? (9 Wortmeldungen)

9. Digitalisierung: Inwieweit trägt sie zur Integration und Teilhabe bei? Muss man diese nicht als eine wesentliche Komponente der Daseinsvorsorge begreifen? (8 Wortmeldungen)
10. Pflegeheime als Lebensort: Die öffentlichen Ressourcen für die Pflege müssen erheblich ausgeweitet werden, damit die Pflege die verschiedenen personalen Aspekte ansprechen kann (umfassender Pflegebegriff). Neue Wohnmodelle müssen gefördert werden, damit Integration und Teilhabe weiter gefördert werden. (7 Wortmeldungen)
11. Die Rehabilitation muss noch sehr viel stärker als Komponente der gesundheitlichen Versorgung begriffen werden: Dies gilt nicht nur für pflegebedürftige Menschen, es gilt für alle Menschen mit Einbußen in Fertigkeiten und Funktionen. (6 Wortmeldungen)

X.6 Konzeptionelle Einordnung der Aussagen

Insgesamt zeigen die Aussagen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Fokusgruppen eine recht hohe Übereinstimmung mit Ergebnissen vorstehender Analysen zu Alter und Altern mit eher psychologischer Ausrichtung. Dies betrifft die Identifizierung kreativer Potenziale des alten Menschen, die in einer mehrschichtig angelegten Bildsamkeit der Person (musisch, bildnerisch ebenso wie sozial, empathisch, reflexionsfähig, aufgeschlossen) zum Ausdruck kommen. Auch dass sich damit verbundene Fähigkeiten und das Selbsterleben des alten Menschen auf dessen gesellschaftliche Wahrnehmung auswirken können, ist ein theoretisch bedeutsamer Befund ausgewerteter Fokusgruppengespräche. Ausdrücklich werden in den Konsensusgesprächen die daseinsthematischen Analysen als wertvoll charakterisiert und als bereichernd für die Arbeit der untersuchten Repräsentantinnen und Repräsentanten wohlfahrtsstaatlicher Institutionen empfunden. Als bedeutsam ist dabei das Verständnis eines komplexen Zusammenspiels von Wohlbefinden und Zufriedenheit des alten Menschen auf der einen Seite mit jeweils persönlich erreichter sozialer Integration und Teilhabe auf der anderen Seite einzuschätzen, weil damit eine wichtige Voraussetzung für kenntnisreiches politisches und gesellschaftliches Wirken dieses Personenkreises benannt wird.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer deuten Alter in dem Sinne, dass dieses keineswegs ein allein durch Verluste dominierter Prozess ist, sondern auch ein mit potenziellen Entwicklungsprozessen der Persönlichkeit verbundener Prozess. Zu diesen Entwicklungsprozessen zählen sie dabei auch die zunehmende Sensibilität gegenüber eigener Verletzlichkeit sowie das zunehmende Bewusstwerden personaler Endlichkeit. Sie heben zudem eine mit zunehmendem Alter häufig verbundene

Aufgeschlossenheit gegenüber sich wandelnden Lebensbedingungen sowie Freundlichkeit und Empathie hervor. Komplementäre Eigenschaften zeigen sich in der Bereitschaft, sich im privaten und öffentlichen Raum zu engagieren. Für dieses Engagement scheinen zumindest durchschnittlich ausreichende finanzielle Ressourcen zur Verfügung zu stehen. Nicht verkannt wird allerdings auch, dass ein wachsender Teil alter Menschen mit sehr geringen finanziellen Mitteln sein Leben fristen muss, weshalb sie besonderer Unterstützung zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bedürfen – eine den Trägern und Akteuren sozialer Daseinsvorsorge durchaus bewusste Zukunftsaufgabe. Ebenso zeigen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein geschärftes Bewusstsein dafür, in welchem Maße objektive Lebensbedingungen Einfluss haben auf das Selbsterleben und die Selbstwerteinschätzung alter Menschen, auf ihr Wohlbefinden und ihre Lebensqualität ebenso wie auf ihre seelische Widerstandsfähigkeit.

Ein ebenso bemerkenswertes Ergebnis dieser Analyse besteht darin, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der höheren Bereitschaft alter Menschen, sich zu engagieren (wobei das Engagement immer noch eine stärkere Frauendomäne zu sein scheint), zugleich ein Potenzial gesundheitlicher Prävention erkennen; dabei ist im Kohortenvergleich die gegenwärtige alte Generation ohnehin durch einen besseren Gesundheitsstatus gekennzeichnet, der unstrittig einen sozialen Gradienten aufweist. Motivbildend für soziales Engagement scheint häufig das Gefühl zu sein, gebraucht zu werden, auf diese Weise aber auch gestalterisch tätig sein zu können. Es werden dadurch soziale Beziehungen geknüpft oder intensiviert mit dem Effekt gesteigerten Wohlbefindens und größerer Zufriedenheit. Man könnte also sagen, dass zwischen Möglichkeiten sozialen Engagements alter Menschen und sozialer Integration und Teilhabe eine Art prästabilisierte Harmonie besteht, die konzeptionell sogar für die Arbeit an neuen (dezidiert nicht segregierenden) Wohnformen aufgegriffen werden könnte.

Nicht unterschätzt werden von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Probleme der Einsamkeit im Alter. Eine Antwort wären umsichtig entwickelte Netzwerke verschiedener sozialer Dienste, insbesondere solcher zur Verbesserung der Mobilität, sowie zur gemeinschaftlichen Begegnung einladende Einrichtungen. Koordinatorisch könnten dafür in Zukunft die Kommunen stärker Verantwortung tragen. Überhaupt wird sich ihr Verantwortungsrahmen erweitern beim Aufbau integraler Sorgestrukturen, bei der Zusammenführung verschiedenster Dienstleistungen im Bereich der ärztlichen, pflegerischen, psychologischen Versorgung einschließlich der immer wichtiger werdenden Dienste von *end of life care*, der spirituellen und religiösen Sterbebegleitung. Pflegerische Aufgaben werden in Zukunft durch aktivierende Anteile (Sport, Bewegung) sowie kognitiv und sozial stimulierende Anteile professionell zu ergänzen sein. Dies gilt auch mit Blick auf den wachsenden Anteil von Menschen mit Demenz. Deutlich wird dabei auch, dass vor allem Pflegequalität in Zukunft abhängig sein wird von hochwertigen beruflichen sowie interprofessionellen Qualifizierungsprogrammen.

Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ist bewusst, dass zukünftige Generationenbeziehungen eine Gestaltungsaufgabe *sui generis* sind. Aus planerischer Sicht der Administration sozialer Dienste könnten Mehrgenerationenzentren eine Möglichkeit sein, unterschiedliche Sichtweisen, Bedürfnisse und Interessen auch im Sinne gegenseitigen Lernens zusammenzuführen. Dabei darf aber nicht verkannt werden, dass Unterschiede zwischen den Generationen selbstverständlich bestehen, als solche auch gewahrt werden und insoweit generationenspezifische Begegnungsorte erhalten bleiben sollten.

Neben Angeboten, die verschiedene Generationen zusammenführen, sollten auch auf eine Generation zielende Angebote vorgehalten werden. Diese Forderung wird erhoben, weil das Potenzial gegenseitigen Lernens sich erheblich verringern würde, wenn Unterschiede zwischen den Generationen verwischt werden sollten. Gegenseitiges Lernen lebt von zunächst bestehenden Diskrepanzen in Sichtweisen, Vorstellungen, Annahmen. Reibungen sind ein dynamisches und in dieser Weise fruchtbares Element: An Lernprozesse sollten deswegen nicht harmonistische Erwartungen geknüpft werden; Widerspruch und Kritik sind Lebens Elemente produktiver Entwicklungen. Das Versöhnungsideal wechselseitiger Verständigung zielt auf Bewusstmachung und Konservierung von Differenzbestimmungen auf höherer, geläuterter Stufe. (Dieser Gedanke könnte auch bei der architektonisch-räumlichen Gestaltung von Mehrgenerationenzentren Beachtung finden.) Durch geläuterte Bewahrung von Unterschieden zwischen den Generationen kann bürgerschaftliches Engagement erst zu einer Breitenwirkung finden.

Generationelle Unterschiede scheinen sich einerseits zu vervielfältigen, andererseits zu verschleifen. Dabei sollte nicht übersehen werden, dass zahlreiche ältere Menschen in Moden, z. B. in Bezug auf Kleidung, teilweise in Verhaltensstilen und Freizeitaktivitäten, bewusst Jugendlichkeit nachahmen („Juvenalisierung“ als Mimi-kry). Dahinter könnten sich mehr oder weniger starke, angstbesetzte Ambivalenzkonflikte verbergen. Im Generationenvergleich sind heutige Ältere durchschnittlich gesünder. Sie fungieren dabei als wachsende Klientel, möglicherweise aber nur auf „unmittelbar ich-bezogene ‚Verwirklichungsbedürfnisse‘“⁶ zugeschnittener Konsumgüter- und Freizeitmärkte. Das Augenmerk wäre daher auch auf eine eher fehlgeleitete „Kompensation“ des Alters zu lenken.

Über vorstehend genannte Kategorien hinaus ergeben sich weitere Folgerungen vor allem für das gesundheitliche Professionssystem, weil die Verbesserung der medizinisch-pflegerischen Versorgung alter Menschen in engem Zusammenhang mit der entsprechenden Professionsentwicklung in diesem Feld zu betrachten ist. Dazu gehören methodisch verfeinerte Objektivierungen von Situationsmerkmalen, indem etwa am Leitfaden von Klassifikationssystemen Feststellungen von Beeinträchtigung ebenso wie von Potenzialen eng verknüpft werden. Dabei bietet sich beispielsweise die Vorgehensweise der Strukturierten Informationssammlung (SIS) an. Vorgenommen

werden – im engen Bezug zum Neuen Begutachtungsassessment (NBA) von Pflegebedürftigkeit – fachliche Einschätzungen zur individuellen Pflegesituation in fünf Themenfeldern: (1) „Kognition und Kommunikation“, (2) „Mobilität und Bewegung“, (3) „krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen“, (4) „Selbstversorgung“, (5) „Leben in sozialen Beziehungen“. Pflegediagnostisch muss jedoch eine breitere Perspektive eingenommen werden. Das Augenmerk hat sich im ambulanten Sektor stärker auf die Thematik „Haushaltsführung“ zu richten, im stationären Bereich auf die Thematik „Wohnen und Häuslichkeit“. Unter Zuhilfenahme einer speziellen Matrix zur Risikoeinschätzung sind ebenso möglicherweise vorhandene Pflegerisiken fachlich einzuschätzen. Dies können Sturzrisiken im Themenfeld „Mobilität und Bewegung“ sein. Im Anschluss daran kann – auf Grundlage der SIS – der Handlungsbedarf festgestellt werden mit entsprechender Planung und Dokumentation erforderlicher Maßnahmen. Der wissenschaftlichen Evaluation dieses Instrumentes zufolge⁷ kann auf diese Weise fachlich begründeten Entscheidungen zum Umgang mit individuellen Versorgungssituationen ausreichend Raum gegeben werden. Unverkennbar verharret diese Situationsanalyse allerdings in einem objektivistischen Zuschnitt. Ein zureichender Zugang zur pflegebedürftigen Person ist damit noch nicht gegeben.

Insofern sind weitere Folgerungen für die medizinische sowie pflegeberufliche Professionsentwicklung zu ziehen. Dabei ist an fundamentale Charakteristika und daraus abgeleitete normative Anforderungen an professionelles Handeln zu erinnern. Professionelles Handeln zeichnet sich durch eine „doppelte Handlungslogik“ aus, das heißt durch eine methodologische Doppelseitigkeit zwischen personalem Handlungs- und allgemeinem Wissenschaftsbezug. Demgemäß sind zwei unterschiedliche Sichtweisen und Erkenntnisstile zusammenzuführen. Es handelt sich um eine Verbindung von sogenannten objektiven, aus einer Beobachterperspektive gewonnenen Informationen mit solchen Informationen, die aus der Perspektive der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gewonnen sind. Idealerweise ist es die Gesprächssituation auf gleicher Augenhöhe, in der verschiedene Facetten des persönlichen Befindens, insbesondere subjektive Deutungen der Lebenslage und Problemkonstellation der betroffenen Person, zum Ausdruck gebracht werden. Aus dieser Deutungsperspektive erschließt sich vor allem das Erleben der Gesamtkonstellation dieser Person, das hoch relevant ist für die Anbahnung eines medizinisch-pflegerischen Arbeitsbündnisses. Widersprüchlichkeiten zwischen den aus unterschiedlichen Perspektiven gewonnenen Informationen und Deutungen sind nichts Ungewöhnliches und sollten daher stets aufs Neue thematisiert werden. Auf diese Weise kann überdies Vertrauen als eine rehabilitative Ressource sui generis gestiftet und gefestigt werden.

7 Wolf-Ostermann et al. (2017)

Literatur

- Chaudhury, H., & Oswald, F. (2019). Advancing understanding of person-environment interaction in later life: One step further. *Journal of aging studies*, *51*, 100821. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2019.100821>.
- Deutscher Bundestag (2016). *Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften*. (Bundestagsdrucksache 18/10210). Berlin: Deutscher Bundestag.
- Deutscher Ethikrat (2020). *Stellungnahme: Robotik in der Pflege*. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-robotik-fuer-gute-pflege.pdf> (abgerufen am 12.06.2020).
- Oswald, F., & Wahl, H. W. (2016). Alte und neue Umwelten des Alterns – Zur Bedeutung von Wohnen und Technologie für Teilhabe in der späten Lebensphase. In G. Naegele, E. Olbermann, & A. Kuhlmann (Hrsg.), *Teilhabe im Alter gestalten: Aktuelle Themen der Sozialen Gerontologie*. (S. 113–129). Wiesbaden: Springer VS.
- Rosenmayr, L. (2004). Zur Philosophie des Alters. In A. Kruse, & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie* (S. 13–28). Bern: Hans Huber.
- Schlicht, W., Oswald, F., & Reyer, M. (2016). Die altersfreundliche Stadt. *Public Health Forum*, *24*, 301–303.
- Schubert, H. (Hrsg.) (2018). *Integrierte Sozialplanung für die Versorgung im Alter. Grundlagen, Bausteine, Praxisbeispiele*. Wiesbaden: Springer.
- Wolf-Ostermann, K., Langer, G., Bratan, T., Seibert, K., Hanf, M., Richter, C., Aichinger, H., & Peschke, D. (2017). *Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation. Abschlussbericht. GKV-Spitzenverband*. Bremen. http://www.ein-step.de/fileadmin/user_upload/20170928_EvaSIS_Abschlussbericht_28.09.17_final.pdf (abgerufen am 29.07.2021).

Kapitel XI

Altersbezogene Themen in europäischen Tageszeitungen

Eric Schmitt, Andreas Kruse, Simon Groß,
Jörg Hinner, Umut Deniz Isik, Dimitrios
Kampanaros, Rebekka Schmitt

Zusammenfassung In diesem Kapitel werden Ergebnisse der Analyse von Altersdarstellungen in 49 überregionalen Tageszeitungen aus 14 europäischen Ländern berichtet. Über einen Zeitraum von zwei- bzw. für Deutschland dreimal sechs Monaten wurden insgesamt 4.159 Artikel identifiziert, in denen auf Altern und Alter bezogene Themen prominent behandelt wurden. Dies entspricht einer durchschnittlichen Anzahl von etwa sieben Artikeln je Zeitung und Monat. Die Artikel lassen sich sechs Bereichen zuordnen, die der Darstellung von Analyseergebnissen zugrunde gelegt werden: (1) Alter und Gesellschaft: Chancen und Herausforderungen, (2) Erfolgreiches / gutes Altern, (3) Gesundheitliche Verluste, (4) Gestaltbarkeit / Beeinflussbarkeit von Gesundheit im Alter, (5) Armut und soziale Ungleichheit, (6) Politik. Es zeigt sich zunächst, dass Alter und Altern – jenseits aller länderspezifischen Unterschiede – in überregionalen Tageszeitungen regelmäßig prominent behandelt werden. Die vorliegenden Befunde sprechen nicht für die Annahme, dass das mediale Interesse an Alter und Altern im Zuge fortschreitender demografischer Entwicklung zugenommen hat. Vielmehr wurde deutlich, dass verschiedene Indikatoren demografischer Entwicklung die ermittelten Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den Ländern nicht zufriedenstellend erklären können. Die in den identifizierten Artikeln prominent behandelten Themen sind sehr heterogen und spiegeln in ihrer Gesamtheit weder eine einseitig Risiken, Einschränkungen und Verluste, noch Chancen, erhaltene Kompetenzen und Potenziale akzentuierende Sichtweise wider. Sie bringen in ihrer Gesamtheit vielmehr die Rezeption der ausgeprägten Vielfalt des Alters durch die Medien zum Ausdruck. Dies bedeutet gleichzeitig, dass Menschen sich in ihrer Rezeption medialer Darstellungen auf sehr Verschiedenes konzentrieren, ihre auf Alter und Altern bezogene Selbst- und Weltsicht durch sehr unterschiedliche Informationen und Deutungsangebote stützen oder auch infrage gestellt und bedroht sehen können.

Schlagwörter Ageism, Altersstereotype, demografischer Wandel, erfolgreiches Altern, mediale Darstellungen

Abstract This chapter reports the results of a comprehensive analysis of representations of age and ageing in 49 national daily newspapers from 14 European countries. Over two or (for Germany) three periods of six months, a total of 4,159 articles were identified in which topics related to age and ageing were prominently dealt with. This corresponds to an average number of about seven articles per newspaper per month. These articles can be subsumed under six areas on which the presentation of the

analysis results is based: (1) age and society: opportunities and challenges, (2) successful / good ageing, (3) health-related losses, (4) plasticity of health in old age, (5) poverty and social inequality, (6) politics. First of all, it becomes apparent that age and ageing - beyond all country-specific differences - are regularly treated as prominent topics in national daily newspapers. Findings do not support the assumption that media interest in age and ageing has increased because of ongoing demographic change. Obviously, various indicators of demographic development cannot explain similarities and differences between countries. The topics prominently dealt with in the identified articles are very heterogeneous and in their entirety reflect neither a one-sided focus on risks, limitations and losses nor a perspective which over-accentuates opportunities, acquired competencies and potentials. Rather, as a whole, they reflect the media's recognition of the pronounced diversity in age and ageing. At the same time, this means that people can concentrate on very different things in their reception of representations of age and ageing. Individuals can "confirm" their views of self and world by focusing on selected information and interpretations, just as they might see them questioned and threatened.

Keywords Ageism, age stereotypes, demographic change, media reports, successful aging

Theorien und Befunde der Altersstereotypforschung¹ machen deutlich, dass es für den Verlauf von Alternsprozessen, für die Realisierung von Entwicklungspotenzialen wie auch für den Umgang mit Risiken und Verlusten einen Unterschied macht, wie Alter, Altern und ältere Menschen wahrgenommen werden: „*mind matters*“.² Diese Aussage gilt zunächst mit Blick auf die Gesellschaft als Ganzes³, sodann mit Blick auf soziale Interaktionen⁴ und schließlich mit Blick auf die individuelle Gestaltung des Lebenslaufs.⁵ Altersstereotypforschung hat von Beginn an für mögliche gesellschaftliche Benachteiligungen älterer Menschen infolge von kollektiven Repräsentationen des Alters sensibilisiert, auch wenn sich die These einer allgemeinen, generellen Altenfeindlichkeit sicher nicht halten lässt, auf Altern und Alter bezogene Meinungen und Überzeugungen weder generell vermeintliche Defizite, Verluste und Einschränkungen oder Belastungen für andere akzentuieren noch mit negativen Einstellungen gegenüber älteren Menschen, *ingroup favoritism* und *outgroup discrimination* zulasten älterer Menschen oder einer Diskriminierung des Alters in der Gesellschaft einhergehen.⁶ Altersstereotypforschung sensibilisiert weiterhin für eine mögliche Einingung von Verhaltensspielräumen in alltäglichen Interaktionen infolge von Prozessen sozialer Kategorisierung und mehr oder weniger generalisierten Erwartungen, auch wenn ältere Menschen im konkreten Fall, wenn sie mit Erwartungen von Interaktionspartnern offenkundig nicht übereinstimmen, durchaus von Kontrasteffekten

1 Altersstereotype (*age stereotypes*) verstehen wir im Sinne von auf ältere Menschen als Gruppe bezogene Meinungen und Überzeugungen (*set of beliefs*) bzw. Wissensstrukturen, aus denen sich eine Kontingenz zwischen der Zugehörigkeit zu „den Älteren“ und dem Vorhandensein oder Fehlen spezifischer Merkmale ergibt. Vgl. hierzu: Ashmore & Del Boca (1981); Fiedler & Walther (2004).

2 Levy (2003)

3 Levy & Macdonald (2016); Lytle & Levy (2019)

4 Ryan (2018); Williams et al. (2016)

5 Kornadt (2016); Schmitt (2013)

6 Palmore (2005); Schonfield (1982)

profitieren können.⁷ Altersstereotypforschung sensibilisiert darüber hinaus für die Gefahr, dass auf individueller Ebene infolge ungünstiger Selbstkategorisierungen erreichbare Ziele nicht oder nicht weiter verfolgt und bestehende Kompensationsmöglichkeiten nicht erkannt und genutzt werden,⁸ auch wenn ab dem mittleren Erwachsenenalter das subjektive Alter im Allgemeinen unter dem chronologischen Alter liegt und sich viele ältere Menschen selbst nicht als „alt“ oder „älter“ bezeichnen würden.⁹

Gerade die neuere, experimentelle Altersstereotypforschung zeigt aber auch, dass die Vorstellung eines von Person- und Kontextmerkmalen unabhängigen „negativen Altersbildes“¹⁰ nicht der Realität entspricht. Die Tatsache, dass es in experimentellen Untersuchungen ohne größeren Aufwand möglich ist, sehr unterschiedliche, optimistische wie pessimistische Meinungen und Überzeugungen zu aktualisieren, verdeutlicht, dass Menschen über sehr unterschiedliche Konzepte von Alter, Altern und älteren Menschen verfügen, Alter, Altern und ältere Menschen also sehr viel differenzierter gesehen werden können, als es weite Teile insbesondere der klassischen Altersstereotypforschung nahelegen mögen. Gerade wenn man Prozesse sozialer Kategorisierung und Urteilsbildung nicht wie in der Tradition einer klassischen Konzeption von Stereotypen¹¹ als grundsätzlich unangemessen und rigide konzeptualisiert, sondern stattdessen deren personen- und kontextspezifische Aktualisierung in den Blick nimmt, gewinnt die Altersstereotypforschung an Relevanz für die Verwirklichung gelingenden Alters. Dies insbesondere dann, wenn man zur Kenntnis nimmt, dass sich allgemeine auf Alter, Altern und ältere Menschen bezogene Meinungen und Überzeugungen ebenso wie Erwartungen an den eigenen Alternsprozess und für den öffentlichen Diskurs gegenwärtig mehr oder weniger charakteristische Positionen prinzipiell verändern lassen, insofern sie nicht als ein Abbild von Realität, sondern lediglich als eine unter verschiedenen möglichen Konstruktionen von Realität anzusehen sind, die etwa unter der Zielsetzung einer besseren gesellschaftlichen Nutzung von Potenzialen im Vergleich zu Alternativen weniger angemessen erscheint:¹²

„... the extensive research demonstrating deterioration of physical and psychological functioning during the latter span of life is not a simple reflection

7 Cary & Chasteen (2015)

8 Robertson (2017); Schmitt (2008)

9 Kornadt et al. (2018)

10 Der Begriff ist im deutschen Sprachraum durchaus gebräuchlich, vernachlässigt aber die unseres Erachtens wichtige Differenzierung zwischen Stereotypen einerseits im Sinne von Meinungen und Überzeugungen, die als solche mehr oder weniger begründet (i. S. von richtig, von unklarer Validität und falsch) und die durch Vermittlung neuen Wissens (häufig) veränderbar sind, und Einstellungen (bzw. deren evaluativer Komponente) andererseits im Sinne positiver, neutraler oder negativer Bewertungen, die in aller Regel nicht auf Evidenz gründen und durch diese auch nicht ohne Weiteres zu verändern sind. Vgl. Kogan (1979); Schonfield (1982); Schmitt (2004).

11 Allport (1954); Katz & Braly (1935)

12 Dannefer (1999); Gergen & Gergen (1999); Gubrium et al. (1994)

of what is there. Rather, that a given configuration constitutes ‘decline’ – or indeed, is worth mentioning at all – derives from a particular domain: of values (such as productivity and individualism), sets of assumptions, ways of talking and measuring, and so on.“ (Gergen & Gergen, 1999, S. 285)¹³

Vor diesem Hintergrund interessierten im Kontext der Studie „Altern in Balance“ Altersdarstellungen in überregionalen Tageszeitungen als gesellschaftlich verbreitete, explizite Deutungen von Alter, Altern und älteren Menschen als Teil der Gesellschaft, die Meinungen und Überzeugungen konstituieren und etablieren. Mediale Darstellungen bilden – so die zugrunde liegende Annahme – in dieser Hinsicht einen bedeutsamen Kontext von Lebensgestaltung und Lebensbewertung, insofern sie spezifische Aspekte von Selbst- und Weltsicht, Selbst- und Weltgestaltung ebenso begünstigen oder erschweren, wie sie auch Reaktionen anderer und soziale Interaktionen beeinflussen können. Ausgehend von der Annahme, dass sich der Umfang und die Inhalte medialer Altersdarstellungen in ihrer Gesamtheit, wenn überhaupt, dann allenfalls in Teilen auf der Grundlage einer Befragung von Medienvertreterinnen und Medienvertretern hinreichend valide rekonstruieren lassen, entschieden wir uns im vorliegenden Untersuchungsteil dafür, nicht nach Eindrücken und Einschätzungen involvierter Personen zu fragen, sondern die Produkte, die sich aus deren Arbeit ergeben, in den Blick zu nehmen.

XI.1 Empirisches Vorgehen

Die Analyse altersbezogener Themen in überregionalen Tageszeitungen wurde in 14 europäischen Ländern durchgeführt. Einen Überblick gibt Tabelle XI.1.

Tabelle XI.1 Berücksichtigte Länder, ausgewählte Tageszeitungen und Analysezeiträume

| Land (Anzahl Tageszeitungen) | Analysierte Tageszeitungen | Analysezeiträume (je Land) |
|------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| Deutschland (4) | Süddeutsche Zeitung | 01.04.2015 – 30.09.2015 |
| | BILD Zeitung | 01.01.2016 – 30.06.2016 |
| | Frankfurter Allgemeine Zeitung | 01.05.2019 – 31.10.2019 |
| | Die Welt | |
| Österreich (3) | Der Standard | 01.04.2015 – 30.09.2015 |
| | Die Presse | 01.01.2016 – 30.06.2016 |
| | Kurier | |
| Schweiz (3) | NZZ | 01.04.2015 – 30.09.2015 |
| | Tagesanzeiger | 01.01.2016 – 30.06.2016 |
| | Basler Zeitung | |

13 Gergen & Gergen (1999), S. 285

Tabelle XI.1 Fortsetzung

| Land (Anzahl Tageszeitungen) | Analysierte Tageszeitungen | Analysezeiträume (je Land) |
|------------------------------|---|--|
| Frankreich (3) | Le Parisien Le Figaro Le Monde | 01.04.2015 – 30.09.2015 01.01.2016 – 30.06.2016 |
| Großbritannien (3) | The Daily Telegraph The Guardian The Independent | 01.04.2015 – 30.09.2015 01.01.2016 – 30.06.2016 |
| Schweden (3) | Svenska Dagbladet Dagen Dagens Nyheter | 01.04.2015 – 30.09.2015 01.01.2016 – 30.06.2016 |
| Finnland (5) | Helsingin Sanomat Ilta-Sanomat Savon Sanomat Etelä-Suomen Sanomat Ilkka-Pohjalainen | 01.01.2016 – 30.06.2016 01.01.2017 – 30.06.2017 |
| Norwegen (5) | Aftenposten Bergens Tidende Klassekampen Adresseavisen Stavanger Aftenblad | 01.01.2016 – 30.06.2016 01.01.2017 – 30.06.2017 |
| Luxemburg (2) | Luxemburger Wort Tageblatt Lëtzebuerg Journal | 01.01.2015 – 30.06.2015 01.07.2016 – 31.12.2016 |
| Belgien (2) | De Morgen Le Soir | 01.01.2015 – 30.06.2015 01.07.2016 – 31.12.2016 |
| Niederlande (2) | Algemeen Dagblad Volkskrant | 01.01.2015 – 30.06.2015 01.07.2016 – 31.12.2016 |
| Spanien (5) | El Pais El Mundo ABC La Vanguardia La Voz de Galicia | 01.01.2016 – 30.06.2016 01.01.2017 – 30.06.2017 |
| Italien (5) | La Repubblica Corriere Della Sera La Stampa Il Sole 24 Ore Avvenire | 01.01.2016 – 30.06.2016 01.01.2017 – 30.06.2017 |
| Griechenland (4) | Kathimerini Proto Thema Rizospastis Efimerida ton Syntakton | 01.01.2016 – 30.06.2016 01.01.2017 – 30.06.2017 |

In einer ersten Projektphase wurden von der Arbeitsgruppe am Institut für Gerontologie Zeitungen aus Österreich, der Schweiz, Großbritannien, Frankreich und Schweden analysiert. In einer zweiten Projektphase wurden gemeinsam mit internationalen Kooperationspartnern des Instituts Zeitungen aus Belgien, Luxemburg und den Niederlanden sowie aus Italien, Spanien und Griechenland analysiert. Des Weiteren wurde vor dem Hintergrund erster Analyseergebnisse aus den beiden Projektphasen entschieden, zusätzlich überregionale Tageszeitungen in Deutschland zu analysieren. In einer dritten Projektphase wurden gemeinsam mit Kooperationspartnern des Instituts Altersdarstellungen in überregionalen Tageszeitungen aus Norwegen und Finnland analysiert. Für die 14 genannten Länder wurden insgesamt 49 überregionale Zeitungen ausgewählt. Deren Ausgaben wurden zweimal über einen sechsmonatigen Analysezeitraum auf der Grundlage eines deduktiv entwickelten Kategoriensystems ausgewertet. Die für Deutschland ausgewählten Zeitungen wurden zusätzlich über einen dritten Analysezeitraum von ebenfalls sechs Monaten ausgewertet, um mit aktuellen Diskursen und Gesetzesinitiativen, insbesondere zur Gestaltung der Pflege- und Rentenversicherung, verbundene Veränderungen von Altersdarstellungen abbilden zu können.

Im Zuge der Analysen wurden alle in den ausgewählten Zeitungen veröffentlichten Artikel berücksichtigt, in denen zu verschiedenen Themen von Alter und Altern prominent Stellung bezogen wurde, die mithin – nach Einschätzung der Auswerter – unter der Zielsetzung standen, spezifische auf Alter und Altern bezogene Botschaften zu vermitteln. Dabei wurde auf den Versuch der Bewertung im Sinne von „positiver“, „negativer“, „ambivalenter“ oder „neutraler“ Berichterstattung verzichtet. Dafür sind drei Gründe zu nennen: Derartige Kategorisierungen werden erstens der Komplexität wie auch der Differenziertheit medialer Darstellungen nicht gerecht, zweitens ist eine Kategorisierung des evaluativen Gehalts von Artikeln unter Abstraktion vom jeweiligen Inhalt nicht hilfreich, drittens wäre für die verschiedenen Sprachen eine hinreichende Interrater-Übereinstimmung nicht ohne Weiteres zu sichern, da auf den ersten Blick vergleichbare Aussagen je nach Sprache und Land unterschiedlich konnotiert sein können.

Die vergleichende Gegenüberstellung der Länder liefert Hinweise auf allgemeine Unterschiede in den Perspektiven der Printmedien auf verschiedene Aspekte von Alter und Altern. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Ergebnisse hinsichtlich der Frage, inwieweit spezifische Themen prominent behandelt werden, nicht allein (vielleicht nicht einmal primär) gesellschaftlich geteilte Repräsentationen widerspiegeln, sondern auch durch individuelle Sichtweisen, Meinungen und Überzeugungen von Medienvertretern/innen und vor diesem Hintergrund durch subjektiv als bedeutsam erachtete Anliegen und Botschaften geprägt sind. So können spezifische Botschaften auch gerade dadurch motiviert sein, dass sie gesellschaftlich nicht geteilt werden und dass subjektiv, also von dem Journalisten bzw. der Journalistin „Aufklärungsbedarf“ wahrgenommen wird. Des Weiteren ist zu bedenken, dass mediale Darstellungen zu einem guten Teil auch Reaktionen auf Tagesgeschehen oder gesellschaftliche

Entwicklungen und Diskurse darstellen, die in Abhängigkeit vom jeweils betrachteten Land (ausdrücklich auch zu vergleichbaren Analysezeiträumen) erheblich variieren. Und schließlich ist zu bedenken, dass unterschiedliche Printmedien in ihrer Leserschaft und Zielgruppe variieren, deren Interessen sie ja zumindest zum Teil bedienen müssen. Aus der Differenzierung von verschiedenen Beobachtungszeiträumen lassen sich mithin nur bedingt Aussagen über spezifische Entwicklungstrends treffen – etwa derart, dass bestimmte zeitgeschichtliche Ereignisse und Entwicklungen mit bestimmten Veränderungen in der Wahrnehmung von Chancen oder Risiken des Alters einhergehen würden.

Die Differenzierung von Beobachtungszeiträumen steht in der vorliegenden Medienanalyse vor allem unter der Zielsetzung, Heterogenität im Ausmaß medialer Berichterstattung insgesamt abzuschätzen. Dabei konzentrieren wir uns auf die Frage, inwieweit sich in den einzelnen Ländern die Anzahl der Artikel, die sich prominent mit Fragen von Alter und Altern beschäftigen, verändert hat. Dies im Sinne einer stärkeren Beachtung von fortschreitendem demografischen Wandel und nicht unter der Zielsetzung, Zusammenhänge zwischen spezifischen Ereignissen und medialer Berichterstattung oder Veränderungen medialer Berichterstattung in spezifischen Zeiträumen ländervergleichend oder länderübergreifend zu beschreiben.

Das unserer Analyse zugrunde gelegte Kategoriensystem orientiert sich am Erkenntnisinteresse der Studie „Altern in Balance“ und berücksichtigt dabei insbesondere Fragestellungen, Konzepte und Diskurse, die sich in den verschiedenen Disziplinen der Altersforschung als besonders einflussreich erwiesen haben. Diese lassen sich sechs Bereichen zuordnen, die wir im vorliegenden Kapitel der Darstellung von Analyseergebnissen zugrunde legen: (1) Alter und Gesellschaft: Chancen und Herausforderungen, (2) Erfolgreiches / gutes Altern, (3) Gesundheitliche Verluste, (4) Gestaltbarkeit / Beeinflussbarkeit von Gesundheit im Alter, (5) Armut und soziale Ungleichheit, (6) Politik.

Die Zielsetzung der im Folgenden darzustellenden Medienanalyse besteht in der Rekonstruktion des Stellenwerts und der Akzentuierung zentraler Themen von Alter und Altern. Artikel, die sich auf die Situation oder die Entwicklung einzelner älterer Menschen beziehen – etwa Nachrufe auf prominente Persönlichkeiten, Würdigung von Lebensleistungen anlässlich von Ehrungen oder Jahrestagen –, sind explizit nicht Gegenstand der Analyse. Gleiches gilt für Artikel, die über allgemeine gesellschaftliche Entwicklungen berichten – z. B. über den Anstieg der Lebenserwartung oder über die Bevölkerungsentwicklung –, ohne dabei Spezifika des Alters (auch im Sinne von gesellschaftlichen Chancen und Herausforderungen) näher zu thematisieren. Voraussetzung für die Kategorisierung von Artikeln ist grundsätzlich, dass deren intendierte (bzw. von den Auswertern rekonstruierte) Botschaft *zentral mit Alter und Altern im allgemeinen Sinne zu tun* hat, dass also die Artikel (mutmaßlich) unter der Zielsetzung, über Alter und Altern zu berichten, geschrieben wurden. Zu unserem Verständnis von „zentralen Themen“ gehört explizit, dass die Inhalte der Zeitungsartikel in aller Regel nur einer sehr begrenzten Anzahl an Kategorien subsumiert werden können.

Es ging uns nicht darum, festzuhalten, was im Kontext medialer Berichterstattung beiläufig erwähnt wird. Nur in jenen Fällen, in denen verschiedene Themen bzw. Kategorien detailliert aufgegriffen wurden und zur zentralen Botschaft des Artikels gehörten, wurden Mehrfachcodierungen vorgenommen.

Für die Identifikation relevanter Artikel wurde ein zweistufiges Vorgehen gewählt. Im ersten Schritt wurden die Datenbanken der ausgewählten Medien anhand von Schlüsselbegriffen durchsucht. Die Auswahl relevanter Schlüsselbegriffe orientierte sich am Kategoriensystem (z. B. Eingabe von Sport und [hohes] Alter, Prävention und Alter, Altenpolitik etc.), das der Auswertung zugrunde gelegt wurde. Die als Ergebnis ausgegebenen Artikel wurden gesichtet und – unabhängig davon, unter welchen Suchbegriffen sie identifiziert worden waren – auf der Grundlage des Kategoriensystems zugeordnet. Die Reliabilität der erhobenen Daten wurde als Übereinstimmung zwischen zwei zuvor in der Anwendung des Kategoriensystems geschulten, unabhängig voneinander arbeitenden Auswerterinnen und Auswertern für die fünf Bereiche des Kategoriensystems geprüft. Dies geschah auf der Grundlage von 80 im ersten Analyseschritt identifizierten Artikeln in deutscher, englischer und französischer Sprache. Das Ausmaß der Übereinstimmung zwischen den beiden Auswerterinnen und Auswertern wurde als Anteil der Artikel, die von beiden derselben Kategorie zugeordnet wurden, an den insgesamt vergebenen Kategorien ermittelt. Die resultierenden Werte lagen für alle Bereiche des Kategoriensystems über 80 %, der Median bei 89 %.

XI.2 Ergebnisse

XI.2.1 Anzahl identifizierter Artikel und Veränderung über die Analysezeiträume

In Tabelle XI.2 findet sich, differenziert nach den einzelnen Ländern und Analysezeiträumen, ein Überblick über die im Zuge der Analyse überregionaler Tageszeitungen identifizierten Artikel.

Insgesamt wurden 4.159 Artikel identifiziert, in denen auf Altern und Alter bezogene Themen prominent behandelt wurden. Dies entspricht einer durchschnittlichen Anzahl von etwa 7 Artikeln je Zeitung und Monat. Die ländervergleichende Betrachtung zeigt, dass vor allem in Südeuropa (Italien, Spanien und – weniger deutlich – Griechenland) und in Finnland zahlreiche Artikel identifiziert wurden – dies nicht nur absolut, weil in diesen Ländern eine vergleichsweise hohe Zahl überregionaler Zeitungen in die Analyse einging, sondern auch relativ: Die Anzahl der durchschnittlich je Zeitung und Monat identifizierten Artikel liegt in Spanien und Italien mit 17,3 bzw. 14,4 mehr als doppelt so hoch wie für die Gesamtheit aller betrachteten Zeitungen, für Finnland ergibt sich ein Wert, der mit 9,3 um etwa ein Drittel höher liegt. Vergleichsweise wenige Artikel wurden – absolut wie relativ – in Schweden und

Tabelle XI.2 Anzahl identifizierter Artikel nach Analysezeitraum

| Land (Anzahl Tageszeitungen) | Analyse- zeitraum 1 | Analyse- zeitraum 2 | Analyse- zeitraum 3 | Gesamt | Artikel je Zeitung und Monat |
|------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|--------|------------------------------------|
| Deutschland (4) | 54 | 54 | 82 | 190 | 2,6 |
| Österreich (3) | 41 | 29 | | 70 | 1,9 |
| Schweiz (3) | 60 | 43 | | 103 | 2,9 |
| Frankreich (3) | 56 | 38 | | 94 | 2,6 |
| Großbritannien (3) | 66 | 52 | | 118 | 3,3 |
| Schweden (3) | 40 | 27 | | 67 | 1,9 |
| Finnland (5) | 275 | 285 | | 560 | 9,3 |
| Norwegen (5) | 77 | 197 | | 274 | 4,6 |
| Luxemburg (2) | 44 | 46 | | 90 | 3,8 |
| Belgien (2) | 54 | 103 | | 157 | 6,5 |
| Niederlande (2) | 73 | 93 | | 166 | 6,9 |
| Spanien (5) | 414 | 451 | | 865 | 14,4 |
| Italien (5) | 494 | 545 | | 1.039 | 17,3 |
| Griechenland (4) | 180 | 186 | | 366 | 7,6 |
| Gesamt (49) | 1.928 | 2149 | 82 | 4.159 | 7,0* |

* Für die Berechnung dieses Wertes wurde für Deutschland ein Durchschnittswert von 127 Artikeln im Zeitraum von 12 Monaten (zwei Drittel des Summenwertes über die drei Analysezeiträume) zugrunde gelegt.

Österreich ermittelt, die Anzahl der Artikel je Zeitung und Monat liegt hier jeweils bei weniger als 30 % des für die Gesamtheit der betrachteten Tageszeitungen ausgewiesenen Wertes. Die vergleichsweise hohe Anzahl der in den südeuropäischen Ländern identifizierten Artikel steht möglicherweise im Zusammenhang mit den besonderen Herausforderungen, die sich aus einer im Vergleich zu anderen Ländern weiter fortgeschrittenen Alterung der Gesellschaft, geringen Geburtenraten, der Abwanderung jüngerer Menschen wegen höherer Arbeitslosigkeit und vermeintlich fehlenden wirtschaftlichen Perspektiven sowie einer entsprechend zu erwartenden (noch) stärkeren Zunahme des Bevölkerungsanteils älterer und alter Menschen – dieser wird Prognosen von Eurostat zufolge 2040 für Italien bei 32,9 %, für Griechenland bei 30,5 % und für Spanien bei 29,3 % liegen – ergeben. Ein weiterer Grund für die in Südeuropa vergleichsweise hohe Anzahl identifizierter Artikel mag damit zusammenhängen, dass in diesen Ländern Drei- und Mehrgenerationenhaushalte traditionell häufiger sind und die Verantwortung der Familie für die Versorgung älterer Menschen traditionell höher gewichtet wird als in anderen Ländern. Es soll an dieser Stelle aber

auch darauf hingewiesen werden, dass sich auch auf der Ebene des Vergleiches verschiedener Zeitungen desselben Landes (der im vorliegenden Kapitel nicht weiter ausgeführt werden kann)¹⁴ erhebliche Unterschiede finden.

Insgesamt verdeutlichen die in Tabelle XI.2 ausgewiesenen Häufigkeiten, dass Aussagen zum Ausmaß der Repräsentation altersspezifischer Themen mit Vorsicht zu treffen und nicht ohne Weiteres zu verallgemeinern sind. Die häufiger anzutreffende Aussage, das Alter sei in medialen Darstellungen zu wenig repräsentiert, ist durch die Daten der Medienanalyse in dieser pauschalen Form keinesfalls gedeckt. Die Ergebnisse sprechen in ihrer Gesamtheit vielmehr dafür, dass zentrale altersbezogene Themen regelmäßig prominenter Gegenstand medialer Darstellungen werden.

Betrachtet man die Anzahl der in den beiden Analysezeiträumen identifizierten Artikel, dann ergibt sich eine absolute Zunahme um 221 Artikel von 1.928 auf 2.149. Für Analysezeitraum 2 ergibt sich damit eine Zunahme gegenüber Analysezeitraum 1 um 11,5 %. Tabelle XI.2 macht deutlich, dass es sich hier nicht um einen einheitlichen Trend handelt. Eine Zunahme in der Größenordnung von mindestens 10 % ergibt sich für 5 der 14 Länder: Norwegen (+155,8 %), Belgien (+91 %), die Niederlande (+27,4 %) und Italien (+10,3 %); für Deutschland ergibt sich im dritten Analysezeitraum eine um mehr als die Hälfte (+51,9 %) erhöhte Anzahl identifizierter Artikel. Eine deutliche Abnahme der Anzahl identifizierter Artikel zeigt sich dagegen für Schweden (-32,5 %), Österreich (-29,3 %), die Schweiz (-28,3 %) und Großbritannien (-21,2 %). Für die anderen fünf Länder ergaben sich vergleichsweise geringe, uneinheitliche Unterschiede. Was auf den ersten Blick als Gesamttrend erscheinen mag, erweist sich bei näherer Betrachtung als Veränderungen in einzelnen Ländern. Die Ergebnisse sprechen nicht für einen (einfachen) Zusammenhang zwischen Unterschieden in der demografischen Alterung oder im allgemeinen Wohlstand der Gesellschaft und der Entwicklung der Häufigkeit von prominenten Altersdarstellungen über einen Beobachtungszeitraum von 12 bis 18 Monaten. Verdeutlicht sei dies an dieser Stelle anhand eines Vergleiches zwischen Italien, Norwegen und Schweden.¹⁵ Mit einem Anteil der 65-Jährigen und Älteren von 22 % in 2016 und 22,3 % in 2017 ist die italienische Bevölkerung europaweit die älteste. Das Medianalter liegt aktuell bei knapp 46 Jahren, die zusammengefasste Geburtenziffer bei etwa 1,3. Entsprechend wird die Alterung der Gesellschaft weiter zunehmen, der letzten Eurostat-Prognose zufolge wird im Jahr 2040 jeder dritte Italiener 65 Jahre oder älter sein. In Norwegen lag der Anteil der

14 Vergleiche hierzu den Endbericht der Studie „Altern in Balance“ (Kruse et al. [Hrsg.], 2020).

15 Vgl. hierzu Eurostat (2019/2020): Datensatz „Demographie und Migration: Bevölkerung am 1. Januar nach Altersgruppe und Geschlecht“ <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/population-demography-migration-projections/data/database>; Datensatz „Bevölkerung: Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und darüber“ (<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/TPS00028/default/table?lang=de>); Datensatz „Demographische Bilanzen und Indikatoren nach Art der Vorausberechnung“ (<https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/population-demography-migration-projections/population-projections-/database>); Datensatz „Population: Structure indicators“ (<https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-eurostat-news/-/DDN-20180508-1>) (abgerufen am 12.06.2020).

65-Jährigen und Älteren an der Gesamtbevölkerung mit 16,4 % in 2016 und 16,6 % in 2017 deutlich niedriger, die zusammengefasste Geburtenrate lag 2016 noch bei 1,71 (für 2018 wird ein Wert von 1,56 angegeben), das Medianalter liegt unter 37 Jahren, für 2040 wird ein Bevölkerungsanteil der 65-Jährigen und Älteren von 23,5 % prognostiziert. Trotz der deutlichen Unterschiede im aktuellen wie im prognostizierten Altersaufbau der Bevölkerung zählen beide Länder in der vorliegenden Analyse von Altersdarstellungen in überregionalen Tageszeitungen zu jenen, bei denen (anders als bei zwei Dritteln der betrachteten Länder) die Anzahl der identifizierten Artikel zugenommen hat. In Schweden lag das Medianalter 2016 bei 36,6 Jahren, die zusammengefasste Geburtenziffer lag über 1,8, der Anteil der 65-Jährigen und Älteren an der Bevölkerung bei 20,1 %. Ähnlich wie Norwegen zählt Schweden damit zu jenen Ländern, in denen – bei vergleichsweise hohem Einkommensniveau – der demografische Wandel (auch infolge der hohen Attraktivität für jüngere, höher qualifizierte Menschen aus anderen Teilen Europas) weniger weit fortgeschritten ist. In der vorliegenden Analyse findet sich aber für Schweden ein deutlicher Rückgang in der Anzahl identifizierter Artikel.

Die Tatsache, dass sich in Abhängigkeit vom betrachteten Analysezeitraum zum Teil sehr unterschiedliche Häufigkeiten ergeben, spricht unseres Erachtens dafür, dass Printmedien altersbezogene Themen eher aufgreifen denn setzen, Autorinnen und Autoren medialer Darstellungen mithin wahrscheinlich in vielen Fällen weniger als Initiierende von Altersdiskursen oder Gestaltende spezifischer Altersbilder aufzufassen sind denn vielmehr als Rezipienten von Veränderungen in der gesellschaftlichen Relevanz und Deutung altersbezogener Themen. Verwiesen sei in diesem Zusammenhang auf die deutliche Zunahme an Artikeln, die in Deutschland im dritten Analysezeitraum gegenüber den ersten beiden Analysezeiträumen ermittelt wurde. Diese Zunahme lässt sich im Wesentlichen auf politische Diskurse zurückführen, die sich insbesondere im Zusammenhang mit Fragen der Versorgung pflegebedürftiger Menschen (Pflegerstärkungsgesetze) sowie Diskussionen um die Einführung einer Grundrente entwickelt haben.

XI.2.2 Themen von Altersdarstellungen in überregionalen Tageszeitungen

Die Analyse der identifizierten Artikel erfolgte auf der Grundlage eines deduktiven Kategoriensystems, das zunächst – vor dem Hintergrund der für die Studie *Altern in Balance* zentralen Zielsetzungen – sechs thematische Bereiche im Sinne von Oberkategorien differenziert, die dann auf der Ebene von Unterkategorien weiter differenziert werden: (1) Alter und Gesellschaft: Chancen und Herausforderungen, (2) Erfolgreiches / gutes Altern, (3) Gesundheitliche Verluste, (4) Gestaltbarkeit / Beeinflussbarkeit von Gesundheit im Alter, (5) Armut und soziale Ungleichheit, (6) Politik. Im Folgenden gehen wir zunächst – im Sinne eines Überblickes – auf diese Oberkategorien ein. In den sich anschließenden Abschnitten werden diese weiter differenziert. Dabei

werden die für die beiden Analysezeiträume (bzw. für Deutschland: die drei Analysezeiträume) identifizierten Artikel anhand der Codierungen zusammengefasst – es wird nicht nur auf eine Differenzierung zwischen den in den einzelnen Ländern berücksichtigten Medien, sondern auch auf eine Differenzierung nach dem Erscheinen der Artikel verzichtet.

Die in den verschiedenen Ländern für die sechs thematischen Bereiche ermittelten Häufigkeiten sind in Tabelle XI.3 wiedergegeben. Hier wird zunächst deutlich, dass auf der Grundlage der 4.159 identifizierten Artikel 8.455 Codierungen vorgenommen wurden, also je Artikel im Durchschnitt 2,03 (Range: 1,82–2,45) thematische Bereiche prominent angesprochen wurden. In 2.210 der 4.159 Artikel (53,1 %) bildete das Thema „Alter und Gesellschaft: Chancen und Herausforderungen“ einen zentralen Gegenstand, 45,6 % der Artikel beschäftigten sich prominent mit dem Thema „Erfolgreiches / gutes Altern“, 42,9 % mit dem Thema „Gesundheitliche Verluste“, 39,7 % mit der Gestalt- / Beeinflussbarkeit von Gesundheit im Alter, 23,3 % mit politischen Fragen im Zusammenhang mit Alter und Altern, 22,0 % mit Armut und sozialer Ungleichheit im Alter. Eine ländervergleichende Betrachtung verdeutlicht, dass die relative Bedeutung der verschiedenen Themen zum Teil erheblich variiert. Hier zeigt sich, dass das Thema „Alter und Gesellschaft: Chancen und Herausforderungen“ lediglich in der Schweiz (52,4 %) und Italien (82,7 %) in quantitativer Hinsicht am bedeutsamsten ist. In Finnland, den Niederlanden (mit 72,3 %) und Spanien (mit 65,9 %) ist dagegen das Thema „Erfolgreiches / gutes Altern“ quantitativ am bedeutsamsten, in Deutschland (mit 71,6 %), Schweden (mit 52,2 %) und Belgien (mit 63,7 %) das Thema „Gesundheitliche Verluste“, in Österreich (mit 64,3 %), Frankreich (mit 56,4 %), Großbritannien (mit 44,1 %), Norwegen (mit 48,5 %), Luxemburg (mit 62,2 %) und Griechenland (mit 56,8 %) das Thema „Gestaltbarkeit / Beeinflussbarkeit von Gesundheit im Alter“. Das Thema „Armut und soziale Ungleichheit“ wurde in Griechenland (mit 35,2 %) und Deutschland (mit 32,6 %) vergleichsweise häufig behandelt, während es in Österreich (mit 5,7 %), Luxemburg (mit 4,4 %) und den Niederlanden (mit 4,8 %) nur sehr selten prominent aufgegriffen wurde. Fragen der Politik im Zusammenhang mit Alter und Altern waren vor allem in Norwegen (mit 33,2 %) und Griechenland (mit 41,8 %) vergleichsweise häufig zentraler Gegenstand medialer Berichterstattung.

Auch die in Tabelle XI.3 deutlich werdenden Unterschiede in den aufgegriffenen Themen medialer Berichterstattung lassen sich in ihrer Gesamtheit nicht ohne Weiteres auf der Grundlage bestehender Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur, Projektionen demografischer Entwicklung oder wirtschaftlicher Faktoren erklären bzw. deuten; sie sind sicherlich (auch) von länderspezifischen Entwicklungen und Diskursen ebenso geprägt wie durch spezifische Erfahrungen, Anliegen und Präferenzen von Medienvertretern (vgl. Kapitel XII).

Unabhängig davon ist an dieser Stelle festzuhalten, dass die hier untersuchten Mediendarstellungen in ihrer Gesamtheit nicht im Sinne einer einseitigen Akzentuierung von Potenzialen oder Vulnerabilitäten oder einer allgemeinen Abwertung von Alter und Altern gedeutet werden können. Die Ergebnisse sprechen eher dafür, dass

Tabelle XI.3 Themen von Altersdarstellungen in überregionalen Tageszeitungen

| Land (Anzahl identi- fizierter Artikel) | Alter und Gesell- schaft: Chancen und Her- ausforde- rungen | Erfolgrei- ches / gu- tes Altern | Gesund- heitliche Verluste | Gestalt- / Beein- flussbar- keit von Gesund- heit im Alter | Armut und soziale Ungleich- heit | Politik | Gesamt (Anzahl/ Artikel) |
|---|---|--|----------------------------------|--|--|------------------------|--------------------------------|
| Deutsch- land (190) | 57 (30%) | 74 (38,9%) | 136 (71,6%) | 74 (36,8%) | 62 (32,6%) | 43 (22,6%) | 446 (2,4) |
| Österreich (70) | 29 (41,4%) | 25 (35,7%) | 28 (40,0%) | 45 (64,3%) | 4 (5,7%) | 5 (7,1%) | 136 (1,9) |
| Schweiz (103) | 54 (52,4%) | 36 (35,0%) | 40 (38,8%) | 36 (35,0%) | 28 (27,2%) | 11 (10,7%) | 205 (2,0) |
| Frank- reich (94) | 27 (28,7%) | 40 (42,6%) | 49 (52,1%) | 53 (56,4%) | 21 (22,3%) | 7 (7,4%) | 197 (2,1) |
| Großbri- tannien (118) | 40 (33,9%) | 50 (42,4%) | 49 (41,5%) | 52 (44,1%) | 30 (25,4%) | 12 (10,2%) | 233 (2,0) |
| Schweden (67) | 22 (32,8%) | 29 (43,3%) | 35 (52,2%) | 27 (40,3%) | 8 (11,9%) | 8 (11,9%) | 129 (1,9) |
| Finnland (560) | 231 (41,3%) | 272 (48,6%) | 190 (33,9%) | 218 (38,9%) | 127 (22,7%) | 136 (24,3%) | 1174 (2,1) |
| Norwegen (274) | 85 (31,0%) | 117 (42,7%) | 75 (27,4%) | 133 (48,5%) | 32 (11,7%) | 91 (33,2%) | 536 (2,0) |
| Luxem- burg (90) | 30 (33,3%) | 22 (24,4%) | 43 (47,8%) | 56 (62,2%) | 4 (4,4%) | 9 (10,0%) | 164 (1,8) |
| Belgien (157) | 59 (37,6%) | 31 (19,7%) | 100 (63,7%) | 97 (61,8%) | 20 (12,7%) | 30 (19,1%) | 337 (2,2) |
| Nieder- lande (166) | 55 (33,1%) | 120 (72,3%) | 117 (70,5%) | 65 (39,2%) | 8 (4,8%) | 31 (18,7%) | 396 (2,4) |
| Spanien (865) | 489 (56,5%) | 570 (65,9%) | 355 (41,0%) | 274 (31,7%) | 228 (26,4%) | 146 (16,9%) | 2.062 (2,0) |
| Italien (1.039) | 859 (82,7%) | 443 (42,6%) | 423 (40,7%) | 314 (36,3%) | 214 (20,6%) | 288 (27,7%) | 2.541 (2,5) |
| Griechen- land (366) | 173 (47,3%) | 66 (18,0%) | 143 (39,1%) | 208 (56,8%) | 129 (35,2%) | 153 (41,8%) | 872 (2,4) |
| Gesamt (4.159) | 2.210 (53,1%) | 1.895 (45,6%) | 1.783 (42,9%) | 1.652 (39,7%) | 915 (22,0%) | 970 (23,3%) | 8.455 (2,0) |

sich aus medialer Berichterstattung eine umfassende und differenzierte Perspektive auf Alter und Altern ergibt. Unabhängig davon, dass diese Aussage nicht für jede der in der Analyse berücksichtigten überregionalen Tageszeitungen vollumfänglich gelten mag, finden sich keine deutlichen Hinweise darauf, dass bestimmte zentrale Aspekte von Alter und Altern in medialen Darstellungen zugunsten anderer systematisch ausgeblendet würden.

XI.2.3 Ergebnisse zu den sechs Themenbereichen

Im Folgenden soll auf die sechs, im Sinne von Oberkategorien differenzierten Themenbereiche eingegangen werden. Dabei konzentrieren wir uns auf die den jeweiligen Oberkategorien unmittelbar untergeordnete Kategorisierungsebene, die wiederum eine Summation über spezifischere Kategorien darstellt, für die ein Vergleich zwischen den berücksichtigten Ländern infolge kleiner Fallzahlen nicht vorgenommen werden kann.¹⁶

1. Alter und Gesellschaft: Chancen und Herausforderungen

Eine zentrale Fragestellung der Analyse überregionaler Tageszeitungen bezog sich auf das Ausmaß, in dem Alter als Bereicherung und Belastung für Individuum, Familie und Gesellschaft dargestellt und durch Entwicklungsgewinne und Entwicklungsverluste gekennzeichnet wird. Des Weiteren zählten intergenerationelle Beziehungen zu den im Kategoriensystem berücksichtigten Aspekten der Darstellung von Chancen und Herausforderungen des Alters für die Gesellschaft.

Aus Tabelle XI.4 wird zunächst deutlich, dass in den 4.159 identifizierten Artikeln Alter häufiger im Sinne einer Belastung als im Sinne einer Bereicherung für Individuum, Familie und Gesellschaft dargestellt wird, Belastungsdiskurse mithin im Allgemeinen prominenter berücksichtigt werden als Potenzialdiskurse. Eine ländervergleichende Betrachtung zeigt allerdings, (a) dass sich in neun der 15 Länder mehr Artikel fanden, in denen Alter stärker im Sinne einer Bereicherung und weniger im Sinne einer Belastung für Individuum, Familie und Gesellschaft gedeutet wird, (b) sich lediglich für fünf der 15 Länder deutlichere Unterschiede zwischen beiden Aspekten fanden: Bereicherungen überwiegen vergleichsweise deutlich in Tageszeitungen aus Österreich, Norwegen und den Niederlanden, Belastungen in Tageszeitungen aus Spanien und Italien (828 der 1.010 Artikel, in denen Belastungen akzentuiert werden, stammen aus diesen beiden Ländern). Die Akzentuierung von Belastungen in den italienischen und spanischen Tageszeitungen spiegelt wahrscheinlich zu einem guten Teil die für diese Länder festzustellende Dynamik des demografischen Wandels

16 Differenzierte Angaben zu diesen Kategorien finden sich in Kruse et al. (Hrsg.) (2020).

Tabelle XI.4 Ergebnisse zum Thema „Altern und Gesellschaft: Chancen und Herausforderungen“

| Land (Anzahl identifizierter Artikel) | Alter als Bereicherung für Individuum, Familie und Gesellschaft | Alter als Belastung für Individuum, Familie und Gesellschaft | Intergenerationelle Beziehungen | Gesamt |
|---------------------------------------|---|--|---------------------------------|-----------------------|
| Deutschland (190) | 15 (7,8 %) | 16 (8,4 %) | 26 (13,7 %) | 57 (29,9 %) |
| Österreich (70) | 12 (17,1 %) | 5 (7,1 %) | 12 (17,1 %) | 29 (41,3 %) |
| Schweiz (103) | 25 (24,3 %) | 21 (20,4 %) | 8 (7,8 %) | 54 (52,4 %) |
| Frankreich (94) | 7 (7,4 %) | 10 (10,6 %) | 10 (10,6 %) | 27 (28,7 %) |
| Großbritannien (118) | 18 (15,3 %) | 12 (10,2 %) | 10 (8,5 %) | 40 (33,9 %) |
| Schweden (67) | 7 (10,4 %) | 6 (9,0 %) | 9 (13,4 %) | 22 (32,8 %) |
| Finnland (560) | 54 (9,6 %) | 35 (6,3 %) | 142 (25,4 %) | 231 (41,3 %) |
| Norwegen (274) | 26 (9,5 %) | 8 (2,9 %) | 61 (22,3 %) | 85 (31,0 %) |
| Luxemburg (90) | 12 (13,3 %) | 11 (12,2 %) | 7 (7,8 %) | 30 (33,3 %) |
| Belgien (157) | 18 (11,5 %) | 13 (8,3 %) | 28 (17,8 %) | 59 (37,6 %) |
| Niederlande (166) | 27 (16,3 %) | 16 (9,6 %) | 12 (7,3 %) | 55 (33,1 %) |
| Spanien (865) | 91 (10,5 %) | 260 (30,1 %) | 138 (16,0 %) | 489 (56,5 %) |
| Italien (1.039) | 99 (9,5 %) | 568 (54,7 %) | 192 (18,5 %) | 859 (82,7 %) |
| Griechenland (366) | 24 (6,6 %) | 29 (7,9 %) | 120 (32,8 %) | 173 (47,3 %) |
| Gesamt (4.159) | 435 (10,5 %) | 1.010 (24,3 %) | 775 (18,6 %) | 2.210 (53,1 %) |

wider. Legt man die Daten von Eurostat zugrunde,¹⁷ dann hat sich der Altersabhängigkeitsquotient (Anzahl der i. d. R. nicht mehr Erwerbstätigen auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter) zwischen 1997 und 2017 in Spanien von 22,8 auf 28,7, in Italien von 25,2 auf 34,8 erhöht. Für Norwegen, wo sich der deutlichste Unterschied zugunsten von mit Alter (vermeintlich) verbundenen Bereicherungen findet, lag dieser Wert 1997 bei 24,5 und 2017 bei 25,5, für Österreich lag der Wert 1997 bei 22,8 und 2017 bei 27,6. Damit zeigen sich für Norwegen und Österreich in diesem Strukturindikator sowohl günstigere Werte als auch günstigere Entwicklungen als in Italien und Spanien. Diese Deutung ist aber, wenn man die Entwicklung in anderen Ländern betrachtet, offenbar nicht hinreichend. In den Niederlanden ist der Altersabhängigkeitsquotient von 19,6 im Jahr 1997 auf 29,5 im Jahr 2017 angestiegen, in Deutschland lag der Wert 1997 bei 23,0 und 2017 bei 32,4, für Griechenland ergibt sich in diesen 20 Jahren eine

17 Datensatz „Population: Structure indicators“ (<https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-euro-stat-news/-/DDN-20180508-1>) (abgerufen am 12.06.2020).

Zunahme von 23,9 auf 33,6, der Durchschnittswert für alle EU-Mitglieder lag 2017 bei 29,9. Dies verdeutlicht, dass ein sehr hoher Anstieg des Strukturindikators ebenso wenig wie ein sehr hoher Wert im Vergleich zu den anderen europäischen Ländern die Akzentuierung von Belastungen versus Bereicherungen des Alters in Medien vorhersagt.

Im Zusammenhang mit Chancen und Herausforderungen des Alters für Individuum, Familie und Gesellschaft wurden in 775 der 4.159 (18,6 %) identifizierten Artikel intergenerationelle Beziehungen prominent behandelt. Besonders häufig war dies in Griechenland der Fall, wo nahezu jeder dritte identifizierte Artikel intergenerationelle Beziehungen zum Gegenstand hatte, Finnland (mit 25,4 %) und Norwegen (mit 22,3 %), deutlich seltener in den Niederlanden (mit 7,3 %), der Schweiz (mit 7,8 %), Luxemburg (mit 7,8 %) und Großbritannien (mit 8,5 %).

In Griechenland fanden sich vor allem Artikel, die aktuelle und prognostizierte Generationenkonflikten in den Vordergrund stellten. Dies kann auf die besondere Betroffenheit jüngerer Menschen von der Staatskrise und Konsolidierungsprogrammen zurückgeführt werden.¹⁸ So ist die Arbeitslosenquote in der Altersgruppe der unter 25-Jährigen zwischen 1996 und 2016 um 22,7 Punkte von 24,6 % auf 47,3 % gestiegen. Ähnliche Werte ergaben sich infolge der Wirtschaftskrisen in Italien (37,8 %) und Spanien (44,4 %). 2016 belegte Griechenland betrachtet im europäischen Index für Generationengerechtigkeit (Intergenerational Fairness Index) unter allen EU-Mitgliedern den letzten Platz,¹⁹ an 27. Stelle lag Italien. Zentrale Indikatoren sind hier die Staatsverschuldung, der Altersabhängigkeitsquotient, die Unterschiede zwischen Jugend- und Erwachsenenarbeitslosigkeit sowie die Aufwendungen für Forschung und Entwicklung und die Effizienz des Bildungssystems. Spanien und Finnland rangierten im Vergleich der EU-28 an der 24. Stelle bzw. 19. Stelle. Die Ergebnisse der Analyse überregionaler Tageszeitungen legen nahe, dass in jenen Ländern, in denen Belastungen im Vergleich zu Bereicherungen stärker akzentuiert werden, auch intergenerationelle Beziehungen häufiger thematisiert und mögliche Konflikte zwischen den Generationen bzw. mutmaßliche Gefährdungen des Generationenvertrags auch häufiger in den Vordergrund gestellt werden. Unabhängig davon wird aber – eine Ausnahme bildet hier in der vorliegenden Studie lediglich Griechenland – das Verhältnis zwischen den Generationen in stärkerem Maße als durch Solidarität und Gegenseitigkeit, denn durch Konflikte und Konkurrenz geprägt dargestellt; eine Einschätzung, die mit vorliegenden Studien zu dieser Thematik übereinstimmt.²⁰

18 Chalari & Serifi (2018)

19 Leach et al. (2016)

20 Courtin & Avendano (2016); Floridi (2018); Härmäläinen & Tanskanen (2019); Verbist et al. (2019)

2. Erfolgreiches / gutes Altern

Mit Blick auf das erfolgreiche oder gute Altern wurden in dem Kategoriensystem drei Aspekte abgebildet: (a) die Darstellung spezifischer Merkmale und Möglichkeiten der Förderung eines erfüllten Lebens, (b) die Darstellung von Interessen älterer Menschen und von spezifischen Angeboten, die diesen gerecht werden sollen, sowie (c) Darstellungen des bürgerschaftlichen Engagements älterer Menschen (vgl. Tabelle XI.5).

Tabelle XI.5 Ergebnisse zum Thema „Erfolgreiches / gutes Altern“

| Land (Anzahl identifizierter Artikel) | Erfülltes Leben im Alter | Interessen und spezifische Angebote | Bürgerschaftliches Engagement | Gesamt |
|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Deutschland (190) | 19 (10,0 %) | 35 (18,4 %) | 20 (10,5 %) | 74 (38,9 %) |
| Österreich (70) | 8 (11,4 %) | 13 (18,6 %) | 4 (5,7 %) | 25 (35,7 %) |
| Schweiz (103) | 14 (13,6 %) | 18 (17,5 %) | 4 (3,9 %) | 36 (35,0 %) |
| Frankreich (94) | 11 (11,7 %) | 21 (22,3 %) | 8 (8,5 %) | 40 (42,6 %) |
| Großbritannien (118) | 12 (10,2 %) | 20 (16,9 %) | 18 (15,3 %) | 50 (42,4 %) |
| Schweden (67) | 12 (17,9 %) | 8 (11,9 %) | 9 (13,4 %) | 29 (43,3 %) |
| Finnland (560) | 93 (16,6 %) | 154 (27,5 %) | 25 (4,5 %) | 272 (48,6 %) |
| Norwegen (274) | 39 (14,2 %) | 62 (22,6 %) | 16 (5,8 %) | 117 (42,7 %) |
| Luxemburg (90) | 8 (8,9 %) | 11 (12,2 %) | 3 (3,3 %) | 22 (24,4 %) |
| Belgien (157) | 8 (5,1 %) | 8 (5,1 %) | 15 (9,6 %) | 31 (19,7 %) |
| Niederlande (166) | 27 (16,3 %) | 65 (39,2 %) | 28 (16,9 %) | 120 (72,3 %) |
| Spanien (865) | 256 (29,6 %) | 203 (23,5 %) | 111 (12,8 %) | 570 (65,9 %) |
| Italien (1.039) | 182 (17,5 %) | 162 (15,6 %) | 99 (9,5 %) | 443 (42,6 %) |
| Griechenland (366) | 41 (11,2 %) | 18 (4,9 %) | 7 (19,1 %) | 66 (18,0 %) |
| Gesamt (4.159) | 730 (17,6 %) | 798 (19,2 %) | 367 (8,8 %) | 1.895 (45,6 %) |

Allgemeine Merkmale und Möglichkeiten der Förderung eines erfüllten Lebens im Alter wurden in 760 der 4.159 identifizierten Artikel (17,6 %) behandelt. Die entsprechenden Anteile liegen am höchsten für Spanien (mit 29,7 %), am niedrigsten für Belgien (mit 5,1 %), Luxemburg (mit 8,9 %) und Deutschland (mit 10 %). Interessen und spezifische Angebote für ältere Menschen wurden in 798 Artikeln (19,2 %) behandelt, am häufigsten in den Niederlanden (mit 39,2 %) und Finnland (mit 27,5 %), am seltensten in Griechenland (mit 4,9 %) und Belgien (mit 5,1 %). Artikel, die im Zusammenhang mit erfülltem Leben im Alter differenziert auf das bürgerschaftliche Engagement älterer Menschen eingehen, sind mit einem Anteil von 8,8 % in allen

identifizierten Artikeln vergleichsweise selten. Hier finden sich die höchsten Anteile für Griechenland (mit 19,1 %) und die Niederlande (mit 16,9 %), die niedrigsten für die Schweiz (3,9 %) und Luxemburg (3,3 %). Vergleichsweise geringe Werte finden sich hier auch für Finnland (4,5 %) und Norwegen (5,8 %), wo der Anteil engagierter älterer Menschen tatsächlich vergleichsweise hoch ist (über 65-Jährige: Finnland 57 %, Norwegen 54,8 %).²¹ Eine Begründung dafür könnte sein, dass diese Thematik aus journalistischer Sicht im Kontext überregionaler Berichterstattung nicht mehr interessant, weil gesellschaftlich weitverbreitet ist.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass ein erfülltes Leben im Alter in allen Ländern unter Bezug auf Lebensstile, Lebenseinstellungen und Lebensformen, Selbstbestimmung sowie das Gefühl, eine Aufgabe zu haben bzw. gebraucht zu werden, verstanden wird. Generell gilt, dass Zufriedenheit und Lebensqualität im Alter in medialen Darstellungen als Ergebnis aktiven Alterns und sozialer Teilhabe gedeutet werden. Unterschiedliche inhaltliche Akzentuierungen ergeben sich vor dem Hintergrund bestehender Rahmenbedingungen eines erfüllten Lebens im Alter in den einzelnen Ländern. In diesem Zusammenhang sei auf Eurostat-Ergebnisse zur Lebenszufriedenheit, Lebensqualität und aktivem Altern verwiesen.²² Die allgemeine Lebenszufriedenheit ist in Griechenland im Vergleich zu den anderen Ländern mit 6,4 auf einer von 1 bis 10 reichenden Skala deutlich geringer; im Vergleich mit den EU-28 finden sich nur für Bulgarien (mit 5,4) und Serbien (mit 5,6) geringere Werte. Die höchsten Werte finden sich hier für Finnland (8,1), Österreich, die Schweiz und Norwegen (alle 8,0). Im Index für aktives Altern liegt Griechenland auf dem letzten Platz der EU-28 (mit einem Wert von 28,1 bei einem EU-28-Durchschnitt von 35,8) die höchsten Werte erreichen Schweden (mit 46,9), die Niederlande (mit 42,4), Großbritannien (mit 41,3) und Finnland (mit 40,6).²³ Beschränkt man sich auf die Dimension der sozialen Partizipation, dann erreicht Griechenland, bei einem Durchschnittswert für die EU-28 von 17,9, einen Wert von 11,8 (schlechter ist lediglich der Wert für Bulgarien mit 9,7). Die Werte für Spanien und Italien liegen – obwohl im EU-28-Vergleich ebenfalls unterdurchschnittlich – mit 16,2 bzw. 17,3 deutlich darüber, die höchsten Werte werden in den Niederlanden (mit 26,6), Frankreich (26,2), Schweden (26,0) und Finnland (22,6) erreicht.

Im Kontext der Darstellung von Interessen werden der Kontinuität über den Lebenslauf und der Förderung teilhabefreundlicher Strukturen große Bedeutung beigemessen, wobei sich allerdings hier zum Teil erhebliche Unterschiede zwischen den betrachteten Ländern ergeben. So werden Fragen von Teilhabe in Deutschland und

21 Jacobsen & Mekki (2012); Nyqvist et al. (2019)

22 Vgl. Datensatz „Lebensqualität“ (https://ec.europa.eu/eurostat/web/gdp-and-beyond/quality-of-life/data?p_p_id=NavTreeportletprod_WAR_NavTreeportletprod_INSTANCE_cy6emgYqND4t&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_pos=2&p_p_col_count=3) (abgerufen am 12.06.2020).

23 https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Active_Ageing_Index/Stakeholder_Meeting/ACTIVE_AGEING_INDEX_TRENDS_2008-2016_web_cover_reduced.pdf (abgerufen am 12.06.2020).

Griechenland häufig im Kontext von Digitalisierung behandelt, während in Italien stärker die Notwendigkeit, neue Interessen zu entwickeln, in den Blick rückt. Engagement im Alter steht in vielen Fällen in enger Verbindung mit individuellen Bedürfnissen und Anliegen; es wird häufig betont, dass dieses in positivem Sinne als Aufgabe, Ausdruck von Kontinuität und Möglichkeit der Übernahme von Verantwortung erfahren wird. Zentraler Ort bürgerschaftlichen Engagements ist in den meisten Artikeln die Nachbarschaft, zentrale Zielsetzung die Förderung von Teilhabe. Unterschiede zwischen den Ländern ergeben sich im (relativen) Ausmaß, in dem die Übernahme von gesellschaftlicher Verantwortung – wie sie Bürger*innen in demokratischen Gesellschaften (a) im Sinne eines Rechts auf Teilhabe und (b) im Sinne einer Verpflichtung zur Sicherung von Demokratie, sozialem Zusammenhalt, Solidarität und (Generationen-)Gerechtigkeit zukommt – hervorgehoben wird. Dieser Aspekt wurde vor allem in Belgien, den Niederlanden und Italien akzentuiert, während er in Spanien und Griechenland im Vergleich zum Aspekt der Selbstgestaltung eher nachgeordnet erscheint. Im internationalen Vergleich fällt weiterhin auf, dass dem Engagement in der Kommune in Deutschland größere Bedeutung beigemessen wird.

3. Gesundheitliche Verluste

Verluste im Bereich der körperlichen und psychischen Gesundheit wurden in drei Bereichen kategorisiert. Besonders wichtig erschienen uns hier Berichterstattungen über (a) Depressionen, Niedergeschlagenheit und Angst, (b) Pflegebedürftigkeit und (c) Demenz (vgl. Tabelle XI.6).

Gesundheitliche Verluste wurden in 1.783 der 4.159 identifizierten (42,9 %) Artikel prominent angesprochen. Die höchsten Anteile finden sich für Deutschland (mit 71,6 %) und die Niederlande (mit 70,5 %), die geringsten für Norwegen (27,4 %), Schweden (29,7 %) und Finnland (mit 33,9 %). In Tabelle XI.6 wird deutlich, dass sich etwa die Hälfte der hier identifizierten Artikel (21,9 %) auf das Thema Pflegebedürftigkeit konzentriert, wobei sich für Belgien (41,4 %), Deutschland (38,4 %) und die Niederlande (33,1 %) vergleichsweise hohe, für Finnland (7,45 %), Griechenland (7,9 %) und Großbritannien (8,5 %) vergleichsweise geringe Anteile finden. Depressionen, Niedergeschlagenheit und Angst wurden besonders häufig in Frankreich (33,0 %) und Griechenland (27 %) prominent angesprochen, in diesen beiden Ländern auch deutlich häufiger als Probleme im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit. Demenzielle Erkrankungen und die Versorgung von Menschen mit Demenz wurden in Luxemburg (21,1 %), Deutschland (15,8 %), den Niederlanden (14,5 %) und Großbritannien (14,4 %) vergleichsweise häufig zum Thema medialer Darstellungen, in Belgien (3,2 %), Frankreich (3,2 %) und Griechenland (4,1 %) finden sich hier die geringsten Anteile.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass gesundheitliche Verluste zu den zentralen Inhalten medialer Darstellungen von Alter und Altern gehören. Dabei richtet sich das Interesse sowohl auf körperliche als auch auf psychische Erkrankungen und

Tabelle XI.6 Ergebnisse zum Thema „Gesundheitliche Verluste“

| Land (Anzahl identifizierter Artikel) | Depression, Niedergeschlagenheit, Angst | Pflegebedürftigkeit | Demenz | Gesamt |
|---------------------------------------|---|---------------------|--------------------|-----------------------|
| Deutschland (190) | 33 (17,4 %) | 73 (38,4 %) | 30 (15,8 %) | 136 (71,6 %) |
| Österreich (70) | 16 (22,9 %) | 7 (10,0 %) | 5 (7,1 %) | 28 (40,0 %) |
| Schweiz (103) | 7 (6,8 %) | 20 (19,4 %) | 13 (12,6 %) | 40 (38,8 %) |
| Frankreich (94) | 31 (33,0 %) | 15 (16,0 %) | 3 (3,2 %) | 49 (52,1 %) |
| Großbritannien (118) | 22 (18,6 %) | 10 (8,5 %) | 17 (14,4 %) | 49 (41,5 %) |
| Schweden (67) | 14 (20,9 %) | 13 (19,4 %) | 8 (11,9 %) | 35 (29,7 %) |
| Finnland (560) | 87 (15,5 %) | 42 (7,5 %) | 61 (10,9 %) | 190 (33,9 %) |
| Norwegen (274) | 22 (8,0 %) | 35 (12,8 %) | 18 (6,6 %) | 75 (27,4 %) |
| Luxemburg (90) | 3 (3,3 %) | 21 (23,3 %) | 19 (21,1 %) | 43 (47,8 %) |
| Belgien (157) | 30 (19,1 %) | 65 (41,4 %) | 5 (3,2 %) | 100 (63,7 %) |
| Niederlande (166) | 38 (22,9 %) | 55 (33,1 %) | 24 (14,5 %) | 117 (70,5 %) |
| Spanien (865) | 36 (4,2 %) | 249 (28,8 %) | 70 (8,1 %) | 355 (41,0 %) |
| Italien (1039) | 82 (7,9 %) | 276 (26,6 %) | 65 (6,3 %) | 423 (40,7 %) |
| Griechenland (366) | 99 (27,0 %) | 29 (7,9 %) | 15 (4,1 %) | 143 (39,1 %) |
| Gesamt (4.159) | 520 (12,5 %) | 910 (21,9 %) | 353 (8,5 %) | 1.783 (42,9 %) |

Herausforderungen. Diese werden sowohl im Zusammenhang mit dem „normalen“ Verlauf von Altersprozessen als auch im Zusammenhang mit individuellen Entwicklungen und sozialen Rahmenbedingungen diskutiert. Mit Ausnahme von Österreich, Großbritannien, Frankreich, Finnland und Griechenland wird vor allem Fragen im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit besondere Aufmerksamkeit zuteil. Aber auch Depressionen, Niedergeschlagenheit und Angst sind häufig und differenziert Gegenstand medialer Darstellungen von Alter und Altern. Gleiches gilt für demenzielle Erkrankungen, auch wenn diese im Vergleich zu den beiden vorgenannten Themen seltener aufgegriffen werden und sich die verschiedenen Länder vergleichsweise stark im Hinblick auf die in den Vordergrund gestellten Aspekte unterscheiden.

Pflegebedürftigkeit wurde in den identifizierten Artikeln je nach betrachtetem Land sowohl (wie in Spanien und Italien) in ihrem Zusammenhang mit individuellen als auch (wie insbesondere in Griechenland) in ihrem Zusammenhang mit gesellschaftlichen Risiken diskutiert. Als weiterer zentraler Aspekt medialer Darstellungen von Pflegebedürftigkeit erweist sich in den meisten Ländern die Frage nach Alternativen zu einer traditionellen stationären Versorgung. In diesem Zusammenhang wird häufiger über „skandalöse Zustände“ in stationären Einrichtungen berichtet.

Vor allem die Niederlande stellen eine Ausnahme dar, da hier innovative Betreuungskonzepte in deutlich stärkerem Maße etabliert sind. Depressionen, Niedergeschlagenheit und Angst wurden in den meisten Ländern und den Beneluxstaaten häufig im Zusammenhang mit der Konfrontation mit Grenzsituationen des hohen Alters, insbesondere Endlichkeit, aber auch körperlichen Erkrankungen, Teilhabechancen und besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung thematisiert. Dagegen konzentrierten sich die in Griechenland identifizierten Artikel stärker auf soziale Probleme, die sich aus dem Verlust von sozialen Rollen ergeben. In Spanien wurden soziale Isolation und Einsamkeit im Alter stärker hervorgehoben. Insgesamt wurden psychische Erkrankungen und Herausforderungen vor allem als Reaktion auf Problemkonstellationen und weniger als genuiner Aspekt von Alternsprozessen dargestellt. Im Zusammenhang mit Demenz werden Belastungen und Herausforderungen für die Gesellschaft insgesamt wie für pflegende Angehörige häufig thematisiert. Des Weiteren sind Präventionspotenziale und innovative Formen der Betreuung und Versorgung ein häufig beachteteter Aspekt der demenziellen Erkrankungen, wobei hier wiederum insbesondere die Niederlande als innovativ betrachtet werden können. Aber auch in Spanien und Italien wird häufiger die Frage nach der Gestaltung demenzfreundlicher Kommunen bzw. einer demenzfreundlichen Gesellschaft gestellt. In Deutschland sind vor allem neue Wohn- und Pflegemodelle häufiger Gegenstand medialer Darstellungen. Des Weiteren bildeten Aussagen zum Thema Demenz deutlich häufiger als in den anderen Ländern einen Hintergrund für das Thema „Ärztlich assistierter Suizid“.²⁴

4. Gestaltbarkeit / Beeinflussbarkeit von Gesundheit im Alter

Ein weiteres zentrales Thema der Analyse überregionaler Tageszeitungen bildete die Frage, wie in medialen Darstellungen die Gestaltbarkeit und Beeinflussbarkeit von Gesundheit im Alter gewertet wird. Von Interesse waren hier zunächst Möglichkeiten von Gesundheitsförderung und Prävention (insbesondere auch vor dem Hintergrund zunehmender Verletzlichkeit), spezifische Aspekte von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter sowie Darstellungen, die sich mit der Wirkung von Medikamenten beschäftigen (vgl. Tabelle XI.7).

Mit Möglichkeiten der Gestaltung von Alternsprozessen durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention beschäftigten sich 994 (23,9 %) der identifizierten Artikel, 444 weitere (10,7 %) konzentrierten sich auf spezifische Aspekte von Gesundheitsförderung und Prävention (Sport und Bewegung, Ernährung, Gedächtnistraining, gesundheitliche Bildung). Mit Ausnahme von Schweden, wo 10,4 % (im Ländervergleich die wenigsten) der identifizierten Artikel sich *allgemein* auf Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention und 20,9 % der Artikel (im Ländervergleich die meisten) sich auf *spezifische* Aspekte von Gesundheitsförderung

24 Kruse et al. (Hrsg.) (März 2020)

Tabelle XI.7 Ergebnisse zum Thema „Gestaltbarkeit / Beeinflussbarkeit von Gesundheit im Alter“

| Land (Anzahl identifizierter Artikel) | Möglichkeiten von Gesundheitsförderung und Prävention | Spezifische Aspekte von Gesundheitsförderung und Prävention | Medikamente | Gesamt |
|---------------------------------------|---|---|--------------------|-----------------------|
| Deutschland (190) | 46 (24,2 %) | 19 (10,0 %) | 9 (4,7 %) | 74 (38,9 %) |
| Österreich (70) | 19 (27,1 %) | 16 (8,4 %) | 10 (5,3 %) | 45 (23,7 %) |
| Schweiz (103) | 22 (21,4 %) | 7 (6,8 %) | 7 (6,8 %) | 36 (35,0 %) |
| Frankreich (94) | 26 (27,7 %) | 14 (14,9 %) | 13 (13,8 %) | 53 (56,4 %) |
| Großbritannien (118) | 26 (22,0 %) | 11 (9,3 %) | 15 (12,7 %) | 52 (44,1 %) |
| Schweden (67) | 7 (10,4 %) | 14 (20,9 %) | 6 (9,0 %) | 27 (40,3 %) |
| Finnland (560) | 149 (26,6 %) | 56 (10,0 %) | 13 (2,3 %) | 218 (38,9 %) |
| Norwegen (274) | 79 (28,8 %) | 39 (14,2 %) | 15 (5,5 %) | 133 (48,5 %) |
| Luxemburg (90) | 33 (36,7 %) | 15 (16,7 %) | 8 (8,9 %) | 56 (62,2 %) |
| Belgien (157) | 61 (38,9 %) | 8 (5,1 %) | 28 (17,8 %) | 97 (61,8 %) |
| Niederlande (166) | 36 (21,7 %) | 13 (7,8 %) | 16 (9,6 %) | 65 (39,2 %) |
| Spanien (865) | 171 (19,8 %) | 93 (10,8 %) | 10 (1,2 %) | 274 (31,7 %) |
| Italien (1.039) | 223 (21,5 %) | 67 (6,4 %) | 24 (2,3 %) | 314 (30,2 %) |
| Griechenland (366) | 96 (26,2 %) | 72 (19,7 %) | 40 (10,9 %) | 208 (56,8 %) |
| Gesamt (4.159) | 994 (23,9 %) | 444 (10,7 %) | 214 (5,1 %) | 1.652 (39,7 %) |

und Prävention beziehen, liegt der Anteil erstgenannter Artikel in allen Ländern bei einem Fünftel oder höher (die höchsten Werte in Belgien mit 38,9 % und Luxemburg mit 36,7 %), der Anteil jener Artikel, die sich auf spezifische Aspekte beziehen, dagegen (teils deutlich) niedriger – am niedrigsten in Belgien (mit 5,1 %), Italien (mit 6,4 %) und der Schweiz (mit 6,8 %).

Insgesamt erweisen sich in allen Ländern Gesundheitsförderung und Prävention (im Alter wie im Lebenslauf) als zentrale Themen im Kontext von Berichterstattungen zu Gesundheit im Alter. Dies gilt gleichermaßen für körperliche und psychische Erkrankungen. Dabei wird in den identifizierten Artikeln die Beeinflussbarkeit der gesundheitlichen Situation im Alter betont. Je nach betrachtetem Land werden hier sehr unterschiedliche Aspekte genannt. Medizinische Interventionen sind in Belgien und Spanien ein zentrales Thema medialer Darstellungen, während sie in den Niederlanden eine untergeordnete Rolle spielen. In Spanien waren überwiegend Bildungsangebote Gegenstand der Berichterstattung, in Italien und Griechenland vergleichsweise häufiger Sport- und Bewegungsangebote. Vor allem in Griechenland stehen Berichte über Gesundheitsförderung und Prävention stärker im Zusammenhang

mit sozialer Ungleichheit, in anderen Ländern – insbesondere in Italien – wurde stärker die Verantwortung des Individuums hervorgehoben. In Deutschland finden sich vergleichsweise viele Beiträge zur Beeinflussbarkeit kognitiver Leistungsfähigkeit.²⁵

Möglichkeiten, körperliche und seelisch-geistige Entwicklungsprozesse durch die Einnahme von Medikamenten zu beeinflussen, wurden in insgesamt 214 (5,1 %) der Altersdarstellungen überregionaler Tageszeitungen thematisiert, am häufigsten in Belgien (17,8 %), Frankreich (13,8 %) und Großbritannien (12,7 %), am seltensten in Spanien (1,2 %), Italien und Finnland (jeweils 2,3 %). Dabei werden sowohl Möglichkeiten, Erkrankungssymptome und Schmerzen zu lindern oder zu kontrollieren, als auch die Einnahme von Medikamenten mit dem Ziel, normale Alternsprozesse (z. B. zunehmende Vergesslichkeit, Anti-Aging) zu beeinflussen oder Wohlbefinden zu fördern, prominent dargestellt. Speziell in Griechenland wurden Probleme im Zusammenhang mit Polypharmazie häufiger thematisiert, in Norwegen wurde die im Vergleich zu anderen Ländern sehr häufige Verordnung von Antibiotika und Benzodiazepinen (letztere wurden z. B. 2013 je 1.000 Einwohner 16,8-mal so häufig verordnet wie in Finnland) häufiger problematisiert.²⁶

5. Armut und soziale Ungleichheit

958 der 4.159 (23,0 %) berücksichtigten Artikel beschäftigten sich prominent mit Armut (6,3 %), Armutsvermeidung und Armutsbekämpfung (6,0 %) sowie sozialer Ungleichheit (10,7 %) im Alter. Dabei zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern. In Luxemburg und Österreich liegt der Gesamtanteil der drei Bereiche nur bei 4,4 % bzw. 5,7 %, das Thema „Armutsvermeidung und Armutsbekämpfung“ war in beiden Ländern in keinem Artikel prominenter Gegenstand, das Thema „Soziale Ungleichheit im Alter“ lediglich in 2,9 % der Artikel in Österreich, während in Luxemburg kein einziger Artikel zu diesem Thema identifiziert wurde. Nimmt man die drei differenzierten Bereiche zusammen, dann findet sich der höchste Anteil an den im jeweiligen Land insgesamt identifizierten Altersdarstellungen in Griechenland (35,3 %), Deutschland (32,6 %) den Niederlanden (28,9 %) und der Schweiz (27,2 %). Der Bereich Armut wird insbesondere in Deutschland (22,1 %) und Griechenland (15,3 %), der Bereich Armutsvermeidung und Armutsbekämpfung in Griechenland (13,1 %) und den Niederlanden (12,7 %), der Bereich soziale Ungleichheit in Spanien (20,8 %) und Italien (14,1 %) akzentuiert.

Die Tatsache, dass das Thema „Armut und soziale Ungleichheit“ in Griechenland häufiger Gegenstand medialer Altersdarstellungen wurde als in anderen Ländern, kann im Zusammenhang mit der besonderen Betroffenheit dieses Landes, gerade auch der älteren Bevölkerung, von der durch die internationale Finanzkrise

25 Kruse et al. (Hrsg.) (März 2020)

26 Papaioannidou & Michailidou (2017); Nomesco (2017)

Tabelle XI.8 Ergebnisse zum Thema „Armut und soziale Ungleichheit“

| Land (Anzahl identifizierter Artikel) | Armut | Armutsvermeidung und -bekämpfung | Soziale Ungleichheit | Gesamt |
|---------------------------------------|--------------------|----------------------------------|----------------------|---------------------|
| Deutschland (190) | 42 (22,1 %) | 6 (3,2 %) | 14 (7,4 %) | 62 (32,6 %) |
| Österreich (70) | 2 (2,9 %) | -- | 2 (2,9 %) | 4 (5,7 %) |
| Schweiz (103) | 12 (11,7 %) | 10 (9,7 %) | 6 (5,8 %) | 28 (27,2 %) |
| Frankreich (94) | 8 (8,5 %) | 5 (5,3 %) | 8 (8,5 %) | 21 (22,3 %) |
| Großbritannien (118) | 12 (10,2 %) | 11 (9,3 %) | 7 (5,9 %) | 30 (25,5 %) |
| Schweden (67) | 4 (6,0 %) | 3 (4,5 %) | 2 (3,0 %) | 9 (13,4 %) |
| Finnland (560) | 46 (8,2 %) | 56 (10,0 %) | 26 (4,6 %) | 128 (22,9 %) |
| Norwegen (274) | 2 (0,7 %) | 18 (6,6 %) | 12 (4,4 %) | 32 (11,7 %) |
| Luxemburg (90) | 4 (4,4 %) | -- | -- | 4 (4,4 %) |
| Belgien (157) | 8 (5,1 %) | 6 (3,8 %) | 6 (3,8 %) | 20 (12,7 %) |
| Niederlande (166) | 15 (9,0 %) | 21 (12,7 %) | 12 (7,2 %) | 48 (28,9 %) |
| Spanien (865) | 25 (2,9 %) | 23 (2,7 %) | 180 (20,8 %) | 228 (26,4 %) |
| Italien (1.039) | 26 (2,5 %) | 42 (4,0 %) | 146 (14,1 %) | 214 (20,6 %) |
| Griechenland (366) | 56 (15,3 %) | 48 (13,1 %) | 25 (6,8 %) | 129 (35,2 %) |
| Gesamt (4.159) | 262 (6,3 %) | 250 (6,0 %) | 446 (10,7 %) | 958 (23,0 %) |

2008/2009 ausgelösten Rezession interpretiert werden. Petmesidou & Guillén²⁷ beziffern den Rückgang des für ältere Menschen in Griechenland verfügbaren Einkommens zwischen 2010 und 2014 auf 30 bis 60 %. Hier wirkt sich insbesondere aus, dass im Kontext der europäischen Finanzhilfeprogramme die Hauptrenten (bzw. Altersrenten, Hinterbliebenenrenten, Invaliditätsrenten) und die Zusatzrenten zwölfmal heruntergesetzt wurden.²⁸ Der Anteil der Rentenausgaben am Bruttoinlandsprodukt in Griechenland ist allein zwischen 2016 und 2017 um 1,9 % (ca. 2,98 Mrd. Euro) zurückgegangen. Zur Senkung des Rentenniveaus hinzu kommt die Erhöhung der direkten und indirekten Steuern. Die Tatsache, dass in Finnland der Anteil von Artikeln zum Thema „Armut und soziale Ungleichheit“ deutlich höher ist als in Schweden und Norwegen (22,9 % im Vergleich zu 13,4 % bzw. 11,7 %), kann im Zusammenhang mit einer besonderen wirtschaftlichen Problematik gesehen werden (deutliche Rückgänge der Beschäftigtenzahlen bei Nokia sowie in der Holzindustrie), die insbesondere das Armutsrisiko älterer Frauen spürbar erhöht, den Zugang zu gesundheitlicher

27 Petmesidou & Guillén (2014)

28 Lyberaki & Tinios (2016)

Versorgung erschwert und die Notwendigkeit von Reformen verdeutlicht hat.²⁹ Der hohe Anteil in Deutschland steht dagegen stärker im Zusammenhang mit Diskussionen um die Einführung von Mütter- und Grundrente, also nicht wie in Griechenland im Zusammenhang mit einer Senkung, sondern stärker auch mit einer Erhöhung des Rentenniveaus. In ähnlicher Weise finden sich in Norwegen Beiträge, die deutlich machen, dass das Land zwar im Vergleich der EU-28 insgesamt die höchste Lebensqualität bieten mag, die ältere Bevölkerung aber dennoch in einem nicht zu tolerierenden Maß von Armut und sozialer Ungleichheit betroffen ist.³⁰

6. Politik

Als einen sechsten zentralen Bereich berücksichtigte das Kategoriensystem Aussagen zur aktuellen Politik, die sich unmittelbar auf Fragen von Alter und Altern beziehen. Diese lassen sich zum weit überwiegenden Teil in drei Bereiche differenzieren: (a) Gesundheitspolitische und pflegepolitische Themen, (b) Rentenpolitische Themen, (c) Beiträge zur Gültigkeit und zu mutmaßlichen Gefährdungen des Generationenvertrags sowie Fragen der Generationengerechtigkeit. Diesen drei Bereichen konnten insgesamt 970 (23,3 %) der identifizierten Artikel zugeordnet werden. Die höchsten Anteile ergeben sich für Griechenland (41,8 %) und Norwegen (33,3 %), die niedrigsten für Österreich (7,1 %) und Frankreich (7,4 %). Vergleicht man die drei Bereiche, dann fällt auf, dass Artikel im Zusammenhang mit Generationenvertrag und Generationengerechtigkeit mit einem Anteil von 5,8 % an allen identifizierten Artikeln deutlich seltener vertreten sind als Artikel im Zusammenhang mit gesundheitspolitischen und pflegepolitischen (9,1 %) sowie rentenpolitischen Themen (8,4 %). Dies geht insbesondere darauf zurück, dass in vier der 14 Länder (Österreich, Schweiz, Luxemburg und Belgien) Generationenvertrag und Generationengerechtigkeit in den beiden Analysezeiträumen nicht prominenter Gegenstand von Altersdarstellungen in den berücksichtigten überregionalen Tageszeitungen wurden.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass in den meisten Ländern – insbesondere auch in Deutschland – renten- und pflegepolitische Themen dominieren. Diese Aussage ist aber dahingehend zu differenzieren, dass sich (a) in Frankreich und Österreich nur sehr wenige Artikel fanden, in denen politische Fragen prominent diskutiert werden, (b) Rentenpolitik in Großbritannien, Frankreich, Schweden, Luxemburg und Schweden nicht als zentraler Gegenstand politischer Darstellungen insgesamt gewertet werden kann, (c) Pflegepolitik (im Zusammenhang mit Alter und Altern) in Österreich, der Schweiz, in Frankreich, Großbritannien und Spanien nicht im Zentrum politischer Berichterstattung gestanden hat. Festgestellt sei an dieser Stelle explizit, dass sich hinter vergleichbaren Anteilen von Artikeln zu politischen Fragen je nach Land sehr unterschiedliche Akzentuierungen verbergen. Während

29 Nygård et al. (2017); Vaittinen & Vanne (2017)

30 Mackenbach (2019); Ringard et al. (2013)

Tabelle XI.9 Ergebnisse zum Thema „Politik“

| Land (Anzahl identifizierter Artikel) | Gesundheitspolitische / pflegepolitische Themen | Rentenpolitisch Themen | Generationenvertrug / Generationengerechtigkeit | Gesamt |
|---------------------------------------|---|------------------------|---|---------------------|
| Deutschland (190) | 21 (11,1 %) | 16 (8,4 %) | 6 (3,2 %) | 43 (22,6 %) |
| Österreich (70) | 2 (2,9 %) | 3 (4,3 %) | -- | 5 (7,1 %) |
| Schweiz (103) | 6 (5,8 %) | 5 (4,9 %) | -- | 11 (10,7 %) |
| Frankreich (94) | 4 (4,3 %) | 2 (2,1 %) | 1 (1,1 %) | 7 (7,4 %) |
| Großbritannien (118) | 5 (4,2 %) | 2 (1,7 %) | 5 (4,2 %) | 12 (10,2 %) |
| Schweden (67) | 4 (6,0 %) | 2 (3,0 %) | 2 (3,0 %) | 8 (12,0 %) |
| Finnland (560) | 72 (12,9 %) | 48 (8,6 %) | 16 (2,9 %) | 136 (24,3 %) |
| Norwegen (274) | 43 (15,7 %) | 36 (13,1 %) | 12 (4,4 %) | 91 (33,2 %) |
| Luxemburg (90) | 7 (7,8 %) | 2 (2,2 %) | -- | 9 (10,0 %) |
| Belgien (157) | 15 (9,6 %) | 15 (9,6 %) | -- | 30 (19,2 %) |
| Niederlande (166) | 11 (6,6 %) | 12 (7,2 %) | 8 (4,8 %) | 31 (18,7 %) |
| Spanien (865) | 58 (6,7 %) | 26 (3,0 %) | 62 (7,2 %) | 146 (16,9 %) |
| Italien (1039) | 76 (7,3 %) | 121 (11,6 %) | 91 (8,8 %) | 288 (27,7 %) |
| Griechenland (366) | 56 (15,3 %) | 60 (16,4 %) | 37 (10,1 %) | 153 (41,8 %) |
| Gesamt (4.159) | 380 (9,1 %) | 350 (8,4 %) | 240 (5,8 %) | 970 (23,3 %) |

etwa in Belgien häufig die Notwendigkeit der Schaffung von mehr Pflegeheimplätzen herausgestellt wurde, standen in den Niederlanden eher die nachlassende Kaufkraft und die Gleichstellung älterer Menschen im Vordergrund. In Luxemburg beschäftigten sich die entsprechenden Artikel in den analysierten Medien überwiegend mit der Initiierung eines nationalen Demenzplans sowie der Reform des Leistungskataloges der Pflegeversicherung. In Finnland wurde häufiger über die Auswirkungen der Pflege- und Rentenreform (Erhöhung des Renteneintrittsalters und Kürzung von Sozialleistungen) berichtet.³¹ In Norwegen vergleichsweise bedeutsam sind Berichte im Zusammenhang mit der 2011 eingeführten Flexi-Rente, die einen Übertritt in den Ruhestand zwischen dem 62. und 75. Lebensjahr ermöglicht.³² Auffällig war weiterhin (hier nicht dargestellt) in den Niederlanden, Italien und Spanien die im Vergleich zu den anderen Ländern hohe Bedeutung einer kommunal akzentuierten Altenpolitik. Für Deutschland kann festgestellt werden, dass das Thema „Politik“ im Zusammenhang mit Alter und Altern in jüngster Zeit deutlich an Bedeutung gewonnen hat.

31 Anttonen & Karsio (2016)

32 Christensen et al. (2012)

Hier spiegeln sich wahrscheinlich weniger längerfristige Entwicklungen als vielmehr aktuelle (in der Großen Koalition zu einem guten Teil sehr kontrovers geführte) politische Diskurse wider, insbesondere über die Einführung und Ausgestaltung einer Grundrente sowie über Möglichkeiten, die Attraktivität von Pflegeberufen zu erhöhen sowie die Versorgung von Pflegebedürftigen und die Situation von pflegenden Angehörigen zu verbessern.

XI.2.4 Abschluss: Mediale Darstellungen als Möglichkeiten der kritischen Rezeption von Heterogenität

Die vorgestellten Ergebnisse zeigen zunächst, dass Alter und Altern – jenseits aller länderspezifischen Unterschiede – in überregionalen Tageszeitungen regelmäßig prominent behandelt werden. Die Analysen beruhen auf insgesamt 4.159 Artikeln, die über einen Zeitraum von zwei- bzw. für Deutschland dreimal sechs Monaten identifiziert wurden.

Die vorliegenden Befunde sprechen nicht für die Annahme, dass das mediale Interesse an Alter und Altern im Zuge fortschreitender demografischer Entwicklung zugenommen hat. Vielmehr wurde deutlich, dass verschiedene Indikatoren demografischer Entwicklung die ermittelten Ähnlichkeiten und Unterschiede nicht zufriedenstellend erklären können.

Die in den identifizierten Artikeln prominent behandelten Themen sind, wie deutlich wurde, sehr heterogen. Sie spiegeln in ihrer Gesamtheit weder eine einseitig Risiken, Einschränkungen und Verluste akzentuierende, noch eine Chancen, erhaltene Kompetenzen und Potenziale betonende Sichtweise wider. Damit lassen sich die Ergebnisse unseres Erachtens nicht im Sinne eines für westliche Gesellschaften typischen *ageism* deuten. Ebenso wenig erscheint uns eine allgemeine Deutung im Sinne von konsistenten, medialer Berichterstattung zugrundeliegenden Motiven, im Sinne von Versuchen einer durch den objektiven Verlauf von Alternsprozessen nicht begründeten Beeinflussung bzw. der intentionalen Herstellung spezifischer „Altersbilder“ angemessen. Nimmt man die Artikel in ihrer Gesamtheit, so kann durchaus von einer Integration von Potenzial- und Vulnerabilitätsperspektive(n) gesprochen werden. Weiterhin wurde deutlich, dass sich die inhaltlichen Schwerpunkte medialer Berichterstattung nicht über die Gesamtheit der betrachteten Länder generalisieren lassen – ebenso wenig wie sich spezifische Muster identifizieren lassen, denen etwa die nordeuropäischen oder skandinavischen Länder, die südeuropäischen Länder oder auch die Beneluxstaaten oder die deutschsprachigen Staaten konsistent zugeordnet werden könnten.

Gleichwohl finden sich Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen Ländern, die sich vor dem Hintergrund wirtschaftlicher und politischer Entwicklungen in Teilen erklären lassen. So haben wir an verschiedenen Stellen darauf hingewiesen, dass die Auswirkungen der Finanzkrise ab 2008, genauer gesagt die besondere Betroffenheit

älter Menschen von wirtschaftlichen Entwicklungen und auf diesen gründenden Reformen ebenso wie gesellschaftliche Diskurse und gesetzliche Initiativen von medialer Berichterstattung aufgegriffen und rezipiert wurden.

Die Tatsache, dass sich aus einer vergleichenden Betrachtung aufeinanderfolgender Analysezeiträume kein einheitlicher Trend ergibt, spricht auch gegen die Annahme, dass sich Unterschiede zwischen den Ländern dadurch erklären lassen, dass sich diese im Kern (noch) in früheren oder späteren Phasen gesellschaftlichen Wandels befinden.

Wir deuten die dargestellten Ergebnisse in ihrer Gesamtheit im Sinne der Rezeption der ausgeprägten Vielfalt des Alters durch die Medien. Dies bedeutet gleichzeitig, dass Menschen sich in ihrer Rezeption medialer Darstellungen auf sehr Verschiedenes konzentrieren, ihre auf Alter und Altern bezogene Selbst- und Weltsicht durch sehr unterschiedliche Informationen und Deutungsangebote stützen oder auch infrage gestellt sehen können. Gleichzeitig halten wir vor dem Hintergrund der Befunde die Annahme für naiv, die Medien würden in ihrer Gesamtheit dazu beitragen, dass Menschen im Laufe ihrer Sozialisation (insbesondere in jüngeren Jahren) mit spezifischen „Altersbildern“ – gerne gekennzeichnet im Sinne eines gesellschaftlichen *ageism*³³ – sozialisiert würden, die dann im Alter selbstreferenziell werden und dazu beitragen, dass mögliche Entwicklungspotenziale nicht ausgebildet und realisiert würden. Gleiches gilt für die Annahme, dass die Rezeptionen von Altersdarstellungen in Medien, die der Selbstsicht der Älteren explizit zuwiderlaufen, gerade nicht internalisiert werden, sondern im Sinne einer generellen Bedrohung (durch Bewusstwerden des Risikos, Defizite und Verluste akzentuierende Stereotype zu bestätigen) Leistungsfähigkeit im Alter unterminieren. *Stereotype embodiment*³⁴ und *stereotype threat*³⁵ sind ohne Frage empirisch gehaltvolle Phänomene, was aber jeweils übernommen oder situativ als Bedrohung empfunden (bzw. übersehen, ignoriert, als irrelevant angesehen oder als ungültig zurückgewiesen) wird, hängt nicht zuletzt von der Individualität der Rezipientin oder des Rezipienten ab, die oder der sich bestimmten Informationen zuwendet und diese verarbeitet.³⁶ In diesem Zusammenhang sei an das 1922 erschienene Buch „*Public Opinion*“ des amerikanischen Journalisten und Publizisten Walter Lippmann erinnert, dem die Sozialpsychologie die Einführung des Stereotypbegriffs (im ersten Kapitel unter der Überschrift „The world outside and the pictures in our heads“) verdankt und das bis heute als grundlegendes Werk des Journalismus, der Medienwissenschaft, der Politikwissenschaft und der Sozialpsychologie angesehen wird. Die in diesem getroffene und häufig zitierte Aussage „For the most part we do not first see, and then define, we define first and then see“³⁷

33 Achenbaum (2015); Butler (1969); Levy & Macdonald (2016); Lytle & Levy (2019)

34 Chrisler et al. (2016); Levy (2009)

35 Spencer et al. (2016); Swift et al. (2017); Lamont et al. (2015)

36 Weiss & Kornadt (2018)

37 Lippmann (1922), S. 54

wird häufig (und nicht zu Unrecht) in dem Sinne interpretiert, dass Meinungen und Überzeugungen eben nicht immer auf Erfahrungssammlung und Hypothesentestung beruhen, sondern vielfach übernommen wird, was die Gesellschaft (oder eine relevante Bezugsgruppe) stellvertretend definiert hat. Die Aussage, dass wir nicht direkt auf externe Realität, sondern auf interne Repräsentationen derselben reagieren, lässt sich nicht nur dahingehend deuten, dass Medien Stereotype transportieren und etablieren, an denen Menschen dann ihr Erleben und Verhalten orientieren, sondern auch dahingehend, dass Menschen nicht auf „objektive“ Botschaften von Medien reagieren, sondern die vermeintliche Botschaft medialer Darstellungen erst auf der Grundlage teils selbst gebildeter, teils übernommener Meinungen und Überzeugungen thematisch wird.

Literatur

- Achenbaum, W. A. (2015). A history of ageism since 1969. *Generations*, 39, 10–16.
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Anttonen, A., & Karsio, O. (2016). Eldercare service redesign in Finland: deinstitutionalization of long-term care. *Journal of Social Service Research*, 42(2), 151–166.
- Ashmore, R. D., & Del Boca, F. K. (1981). Conceptual approaches to stereotypes and stereotyping. In D. L. Hamilton (Hrsg.), *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior* (S. 1–35). Hillsdale: Erlbaum.
- Butler, R. N. (1969). Ageism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243–246.
- Cary, L. A., & Chasteen, A. L. (2015). Age stereotypes and age stigma: Connections to research on subjective aging. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 35, 99–119.
- Chalari, A., & Serifi, P. (2018). *The “crisis generation”: the effect of the Greek crisis on youth identity formation* (GreeSE – Hellenic Observatory Papers on Greece and Southeast Europe 123). London: Hellenic Observatory, LSE.
- Chrisler, J. C., Barney, A., & Palatino, B. (2016). Ageism can be hazardous to women’s health: ageism, sexism, and stereotypes of older women in the healthcare system. *Journal of Social Issues*, 72, 86–104.
- Christensen, A. M., Fredriksen, D., Lien, O. C., & Stølen, N. M. (2012). Pension reform in Norway: combining an NDC approach and distributional goals. Nonfinancial defined contribution pension schemes in a changing pension world. In R. Holzmann, E. Palmer, & D. Robalino (Hrsg.), *Nonfinancial defined contribution pension schemes in a changing pension*, Vol. 1: *Progress, lessons and implementation* (S. 129–157). Washington D. C.: The World Bank.
- Courtin, E., & Avendano, M. (2016). Under one roof: The effect of co-residing with adult children on depression in later life. *Social Science & Medicine*, 168, 140–149.
- Dannefer, D. (1999). Neoteny, naturalization and other constituents of human development. In C. Ryff, & B. Marshall (Hrsg.), *Self and society of aging processes* (S. 67–93). New York: Springer Publishing.
- Fiedler, K., & Walther, E. (2004). *Stereotyping as inductive hypothesis testing*. Hove East Sussex: Psychology Press.
- Floridi, G. (2018). Social policies and intergenerational support in Italy and South Korea. *Contemporary Social Science*, 15, 1–16.
- Gergen, K. J., & Gergen, M. M. (1999). The new aging: Self construction and social values. In K. W. Schaie, & J. Hendricks (Hrsg.), *The evolution of the aging self. The societal impact on the aging process* (S. 281–306). New York: Springer.
- Gubrium, J. F., Holstein, J. A., & Budkholdt, D. R. (1994). *Constructing the life course*. Dix Hills, New York: General Hall.

- Hämäläinen, H., & Tanskanen, A. O. (2019). 'Sandwich generation': generational transfers towards adult children and elderly parents. *Journal of Family Studies*, 20, 1–20.
- Jacobsen, F. F., & Mekki, T. E. (2012). Health and the changing welfare state in Norway: a focus on municipal health care for elderly sick. *Ageing International*, 37, 125–142.
- Katz, D., & Braly, K. W. (1935). Racial prejudice and racial stereotypes. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 30, 175–193.
- Kogan, N. (1979). Beliefs, attitudes, and stereotypes about old people. A new look on some old issues. *Research on Aging*, 1, 11–36.
- Kornadt, A. E. (2016). Do age stereotypes as social role expectations for older adults influence personality development? *Journal of Research in Personality*, 60, 51–55.
- Kruse, A., Schmitt, E., Remmers, H., & Wild, B. (Hrsg.) (März 2020). *Älterwerden in Balance. Gesundheits- und Bewältigungsverhalten alter Menschen. Abschlussbericht an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Heidelberg: Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg.
- Lamont, R. A., Swift, H. J., & Abrams, D. (2015). A review and meta-analysis of age-based stereotype threat: Negative stereotypes, not facts, do the damage. *Psychology and aging*, 30, 180–193.
- Leach, J., Broeks, M., Østensvik, K., & Kingman, D. (2016). *European inter-generational fairness index: A crisis for the young*. London: Intergenerational Foundation.
- Levy, B. R. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging stereotypes. *Journal of Gerontology*, 58, 203–211.
- Levy, B. R. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current directions in psychological science*, 18, 332–336.
- Levy, S. R., & MacDonald, J. L. (2016). Progress on understanding ageism. *Journal of Social Issues*, 72, 5–25.
- Lippmann, W. (1922). *Public Opinion*. New York: Harcourt, Brace, Jovanovitch.
- Lyberaki, A., & Tinios, P. (2016). Can the crisis lead to backtracking on gender progress in Greece? A need to rethink gender balance policies. *Hellenic Observatory Report*. London: London School of Economics and Political Science (LSE).
- Lytle, A., & Levy, S. R. (2019). Reducing ageism: Education about aging and extended contact with older adults. *The Gerontologist*, 59, 580–588.
- Mackenbach, J. P. (2019). Health inequalities in Europe. How does Norway compare? *Scandinavian journal of public health*, 47, 666–671.
- NOMESCO (2017). *Health and health care of the elderly in the Nordic Countries: From a statistical perspective*. Copenhagen: Nordic Medico-Statistical Committee. <https://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:1158392/FULLTEXT01.pdf>
- Nygård, M., Härtull, C., Wentjärvi, A., & Jungerstam, S. (2017). Poverty and old age in Scandinavia: A problem of gendered injustice? Evidence

- from the 2010 GERDA Survey in Finland and Sweden. *Social Indicators Research*, 132, 681–698.
- Nyqvist, F., Nygård, M., & Snellman, F. (2019). Active ageing: Results from Western Finland. *Research on Finnish Society*, 12, 55–66.
- Palmore, E. (2005). Three decades of research on ageism. *Generations*, 29, 87–90.
- Papaioannidou, P., & Michailidou, M. (2017). Polypharmacy Among Older People in Greece. *Clinical Therapeutics*, 39(8), e72.
- Petmesidou, M., & Guillén, A. M. (2014). Can the Welfare State as We Know It Survive? A View from the Crisis-Ridden South European Periphery. *South European Society and Politics*, 19, 295–307. <https://doi.org/10.1080/13608746.2014.950369>.
- Ringard, Å., Sagan, A., Sperre Saunes, I., & Lindahl, A. K. (2013). Norway: Health system review. *Health Systems in Transition*, 1, 1–162.
- Robertson, G. (2017). Ageing and ageism: the impact of stereotypical attitudes on personal health and well-being outcomes and possible personal compensation strategies. *Self & Society*, 45(2), 149–159.
- Ryan, E. B. (2018). Communication Pre-dicaments in Aging and Communication Enhancement Strategies. In J. Harwood, J. Gasiorek., H. Pierson, J. F. Nussbaum, & C. Gallois (Hrsg.), *Language, Communication, and Intergroup Relations: A Celebration of the Scholarship of Howard Giles* (S. 162–167). New York: Routledge.
- Schmitt, E. (2004). Altersbild – Begriff, Befunde und politische Implikationen. In A. Kruse, & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie* (S. 135–148). Bern: Huber.
- Schmitt, E. (2008). Altersbilder und die Verwirklichung von Potenzialen des Alters. In A. Kruse (Hrsg.), *Weiterbildung in der zweiten Lebenshälfte. Multidisziplinäre Antworten auf Herausforderungen des demografischen Wandels* (S. 49–66). Bielefeld: Bertelsmann.
- Schmitt, E. (2013). Altersbilder als Determinanten für Selbstwahrnehmung und Verhalten älterer Menschen. *Psychotherapie im Alter*, 10, 161–176.
- Schonfield, D. (1982). Who is stereotyping whom and why? *The Gerontologist*, 22, 267–272.
- Spencer, S. J., Logel, C., & Davies, P. G. (2016). Stereotype threat. *Annual review of psychology*, 67, 415–437.
- Swift, H. J., Abrams, D., Lamont, R. A., & Drury, L. (2017). The risks of ageism model: How ageism and negative attitudes toward age can be a barrier to active aging. *Social Issues and Policy Review*, 11, 195–231.
- Vaittinen, R., & Vanne, R. (2017). Finland's slow recovery from the financial crisis: a demographic explanation. *The Journal of the Economics of Ageing*, 100125, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2017.06.003>.
- Verbist, G., Diris, R., & Vandenbroucke, F. (2019). Solidarity between Generations in Extended Families: Old-Age Income as a Way Out of Child Poverty? *European Sociological Review*, 36, 317–332. <https://doi.org/10.1093/esr/jcz052>.
- Weiss, D., & Kornadt, A. E. (2018). Age-stereotype internalization and

dissociation: Contradictory processes or two sides of the same coin? *Current Directions in Psychological Science*, 27, 477–483.

Williams, K., Kemper, S., & Hummert, M. L. (2016). Enhancing

communication with older adults: overcoming elderspeak. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 43, 12–16.

Kapitel XII

In welcher Hinsicht sollte sich die mediale Darstellung von Altern und Alter verändern?

Die Sicht von Journalistinnen und Journalisten

Christina Ding, Simon Groß, Andreas Kruse,
Hartmut Remmers

Zusammenfassung In diesem Kapitel werden Ergebnisse der Befragung von Medienvertretern berichtet, die unserer Annahme zufolge die mediale Darstellung von Altern, Alter und älteren Menschen in Printmedien sowohl durch die Auswahl und die Art der Wiedergabe von Informationen als auch durch die Planung von Artikeln zu alters- und altersbezogenen Fragestellungen beeinflussen. Im Zentrum des Interesses stehen hierbei zunächst Einschätzungen der aktuellen Darstellung von Altern und Alter in den Printmedien wie auch deren Beitrag zu gesellschaftlichen, politischen und kulturellen Diskursen, die Fragen des Alters zentral berühren. Sodann wird die Frage gestellt, welche alter(n)sbezogenen Themen in den Medien aus der Perspektive von Journalistinnen und Journalisten sowie von leitenden Redakteurinnen und Redakteuren zukünftig besonderes Gewicht erhalten sollten. Es wurden in der Studie „Altern in Balance“ insgesamt N = 160 Journalistinnen und Journalisten befragt; 122 aus Deutschland, 32 aus den Nachbarländern (Schweiz, Österreich, Luxemburg, Niederlande, Belgien, Frankreich); sechs aus dem entfernteren Ausland. N = 50 dieser 160 Journalistinnen und Journalisten bekleideten die Position eines leitenden Redakteurs bzw. einer leitenden Redakteurin. Die Journalistinnen und Journalisten wurden gebeten, aktuelle thematische Kontexte der Darstellung von Altern und Alter zu benennen und sie im Hinblick auf zentrale Botschaften, die sie in der medialen Darstellung erkennen, zu charakterisieren. Die Interviews mit den 50 leitenden Redakteurinnen und Redakteuren galten vor allem der Beantwortung der Frage, inwieweit nach deren Meinung Medien gesellschaftliche, politische und kulturelle Diskurse über Altern und Alter beeinflussen können bzw. beeinflussen sollten. Zudem wurde die Frage gestellt, welche kollektiven Repräsentationen des Alterns und Alters („Altersbilder“) sie aktuell in den Printmedien wahrnehmen – wobei sich die Beantwortung dieser Frage auf die Gruppe jener leitenden Redakteurinnen und Redakteuren (N = 38) beschränkte, die in Deutschland arbeiteten. Dabei fiel auf, dass viele von ihnen in den Printmedien aus Deutschland ein defizit-orientiertes Altersbild erkannten.

Schlagwörter Altersdarstellungen, Mediendarstellungen, Medienvertreter, gesellschaftliche Diskurse

Abstract This chapter reports the results of interviews with media representatives who have a lasting impact on portrayals of ageing, old age and older people in print media through the selection of information and the type of its reproduction as well as through the planning of articles referring to ageing and age-related issues. The focus here is initially on subjective perceptions of actual representations of ageing and age in the media and the contribution of the media to more comprehensive societal, political, and cultural discourses which fundamentally touch on questions of age and ageing. The question is then asked, which age-related topics should be given particular weight in the media from the perspective of journalists and editors-in-chief. In the study “Altern in Balance” N = 160 journalists were interviewed; 122 from Germany, 32 from neighbouring countries (Switzerland, Austria, Luxembourg, the Netherlands, Belgium, France), six from a distant foreign country; N = 50 journalists held the position of editors. The journalists were asked to name current thematic contexts of the portrayal of ageing and age and to evaluate characteristic statements for the respective contexts. The editors were first asked which terms they thought were used to represent or characterise “age and demographic change” in print media. Here we received a very varied representation of the images of age as perceived by editors. In addition, the question was posed as to which aspects of ageing are in particular need of clarification by the print media. An attempt was also made to arrive at a more general characterisation of images of age – from the perspective of the editors working in Germany (N = 38). Here it was noticeable that they still perceive strongly deficit-oriented images of old age in the print media.

Keywords Media reports, media representatives, portrayal of age and ageing, societal discourses

XII.1 Einführung

Journalistinnen und Journalisten verkörpern bestimmte Wissensformen, die gewissermaßen zwischen zwei Polen changieren: zwischen populären, alltagsweltlich generierten Wissensformen einerseits, die zu detektieren und zu entschlüsseln eine der Aufgaben von Journalistinnen und Journalisten als Basis ihrer Arbeit ist, und wissenschaftlichen Wissensformen andererseits, die als Inspirationsquelle und zugleich als Korrektiv etwa alltagsweltlicher Einstellungen, Fehlannahmen und Vorurteile usw. dienen. Beide dürfen nicht vermischt werden. Aber die journalistische „Arbeit am Zeitgeist“ in Form einer wissenschaftlich aufgeklärten, kritisch intendierten Meinungsbildung (primär in Form von Kommentaren, Debattenbeiträgen usw.) scheint in diesem Zwischenraum als permanente Vermittlung angesiedelt zu sein. Man könnte daher sagen, dass die in der Studie „Altern in Balance“ befragten Journalistinnen und Journalisten eine „Mittlerstellung“¹ einnehmen und ihre Informationen und Einschätzungen besonders aufschlussreich sind: zum einen als Ergebnis permanenter Vermittlung, verstanden als wechselseitige Transformation zweier Wissensformen (Alltagswelt, Wissenschaftswelt mit jeweils eigenen Sprachen, Diskursebenen, Annahmen und Erkenntnissen), zum anderen durch Vermittlung stets neuer Transformationsergebnisse als kritische Arbeit an der öffentlichen Meinungsbildung.

1 Thiedecke (2012), S. 144f.

Spezialisiert auf diese mehrschichtige Arbeit der Vermittlung sind sie (teils hochgebildete) Experten.

Für die gerontologische Forschung bildet die Analyse von Repräsentationen von Altern und Alter sowie von alten Menschen eine bedeutende Forschungsfrage. Dabei konzentriert sich diese Forschung auch auf die Darstellung von Altern, Alter und älteren Menschen in den Medien – ein Analysegegenstand, dem sich das vorausgegangene Kapitel ausführlich gewidmet hat. In der Studie „Altern in Balance“ wurde dieser Analysegegenstand aber noch erweitert um die Befragung von Journalistinnen und Journalisten als jenen Personen, die die mediale Darstellung von Altern, Alter und älteren Menschen sowohl durch die Auswahl und die Art der Wiedergabe von Informationen als auch durch die Planung von Artikeln zu alterns- und altersbezogenen Fragestellungen beeinflussen. Bei der Konzeption der Befragung von Journalistinnen und Journalisten sind wir *nicht* von der Annahme ausgegangen, dass es sich bei diesen um Expertinnen und Experten in Fragen des Alter(n)s handle. Vielmehr waren wir daran interessiert zu erfahren, wie Journalistinnen und Journalisten das Thema „Altern, Alter und alte Menschen“ im Hinblick auf die Darstellung in Printmedien wahrnehmen: Welche Themen werden ihrer Meinung nach gegenwärtig prominent und nachhaltig bearbeitet? Welche Themen sollten ihrer Meinung nach zukünftig eine größere Bedeutung erhalten? Den Wert dieser Befragung sahen wir darin, dass wir von den Journalistinnen und Journalisten einen Überblick über alter(n)sbezogene Themen in Tageszeitungen und Zeitschriften erhalten wollten. Ein derartiger Überblick ist geeignet, die Analyse von Zeitungen und Zeitschriften zu ergänzen. Die Frage danach, welche Aspekte von Altern, Alter und alten Menschen in den Printmedien künftig größeres oder besonderes Gewicht erhalten sollten (der zweite der von uns adressierten Fragenkomplexe), lässt vorsichtige Aussagen darüber zu, von welchen Repräsentationen des Alter(n)s und alter Menschen sich Journalisten/innen leiten lassen, wobei zu bedenken ist, dass die von uns verwirklichte Anzahl von $N = 160$ interviewten Journalisten/innen keine repräsentative Aussage zulässt, sondern nur gewisse Tendenzen zu erfassen und darzustellen vermag. Doch sollte man unseres Erachtens die Erfassung und Darstellung derartiger Tendenzen in ihrer Bedeutung für eine Medienanalyse nicht zu gering einschätzen: Denn sie können erste Hinweise darauf geben, auf welchen „Resonanzboden“ die gesellschaftlichen, politischen und kulturellen Diskurse zum Thema Altern, Alter und alte Menschen fallen, das heißt, auf welche Art und Weise diese Diskurse von Journalistinnen und Journalisten aufgegriffen, thematisch kontextualisiert und gegebenenfalls weitergeführt werden.

Es wurden insgesamt $N = 160$ Journalistinnen und Journalisten befragt; 122 aus Deutschland, 32 aus den Nachbarländern (Schweiz, Österreich, Luxemburg, Niederlande, Belgien, Frankreich); sechs aus dem entfernteren Ausland. $N = 50$ Journalistinnen und Journalisten bekleideten die Position einer leitenden Redakteurin oder eines leitenden Redakteurs (bzw. eines Ressortleiters oder einer Ressortleiterin).

Wie wurden die $N = 160$ Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Untersuchung gewonnen? Es gab hier vier Zugänge, deren sich das Institut für Gerontologie

bediente: (1) Es wurden Journalistinnen und Journalisten, die ihrerseits in den vergangenen Jahren das Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg angeschrieben und um Informationen zu einer altersbezogenen Fragestellung gebeten hatten, kontaktiert und darum gebeten, für eine 30- bis 40-minütige schriftliche oder telefonische Befragung zur medialen Darstellung von Altern und Alter zur Verfügung zu stehen. Auf diesem Wege wurden N = 19 Teilnehmerinnen und Teilnehmer gewonnen. (2) Es wurden auf wissenschaftlichen, gesundheits- und sozialpolitischen sowie kulturellen Tagungen Journalistinnen und Journalisten gebeten, für ein Ad-hoc-Interview (im Durchschnitt dauerte dieses 40 Minuten) oder für eine spätere telefonische Befragung (mit einer durchschnittlichen Dauer von 35 Minuten) zur Verfügung zu stehen. Auf diesem Wege wurden N = 31 Teilnehmerinnen und Teilnehmer gewonnen. (3) Angehörige des Instituts nahmen an Journalisten-Seminaren zum Thema „Demografischer Wandel“ teil (insgesamt drei Seminare) und hatten die Möglichkeit, bei diesen Seminaren Journalistinnen und Journalisten zu interviewen. Auf diesem Wege wurden N = 29 Teilnehmerinnen und Teilnehmer gewonnen. (4) Es wurden 247 Tageszeitungen und Rundfunkanstalten mit der Bitte angeschrieben, Kontakt zu Journalistinnen und Journalisten zu vermitteln, die bei der jeweiligen Zeitung bzw. bei der jeweiligen Rundfunk- und Fernsehanstalt arbeiteten. Auf diesem Wege wurden N = 81 Teilnehmerinnen und Teilnehmer gewonnen.

Die Befragung von N = 110 Journalistinnen und Journalisten fand im Zeitraum von März 2017 bis Oktober 2017 statt, die Befragung von N = 50 leitenden Redakteurinnen und Redakteuren von November 2017 bis Juni 2018.

Nachfolgend wird gesondert auf Ergebnisse aus der Befragung von Journalistinnen und Journalisten (XII.2) sowie von leitenden Redakteurinnen und Redakteuren bzw. von Ressortleiterinnen und Ressortleitern eingegangen (Kapitel XII.3).

XII.2 Befragung von Journalistinnen und Journalisten

Die Befragung der N = 110 Journalistinnen und Journalisten umfasste 48 Face-to-Face-Interviews, 35 Telefoninterviews und 27 schriftliche Interviews. Sie untergliederte sich in zwei Teile.

Erster Teil: Zunächst galt unsere Frage der aktuellen Darstellung von Altern und Alter in den Medien und dem Beitrag der Medien zu umfassenderen gesellschaftlichen, politischen und kulturellen Diskursen, die Fragen des Alters zentral berühren. Konkret fragten wir nach den thematischen Kontexten, in denen die Betrachtung von Altern und Alter erfolge, wie auch nach der Bewertung der Aussagen zu Altern und Alter. Zweiter Teil: Sodann stellten wir die Frage, welche alter(n)sbezogenen Themen in den Medien besonderes Gewicht erhalten sollten.

XII.2.1 Aktuell beobachtbare thematische Kontexte

Es sei begonnen mit den thematischen Kontexten, in denen die Betrachtung von Altern und Alter nach dem Urteil der Journalistinnen und Journalisten derzeit eingebettet ist, sowie mit einer kurzen Umschreibung der „Botschaften“, die diese den einzelnen thematischen Kontexten zugeordnet haben. Die von den Journalistinnen und Journalisten genannten thematischen Kontexte ließen sich 16 übergreifenden Kategorien zuordnen (Auswertung aller Protokolle bzw. Fragebögen durch zwei unabhängig voneinander arbeitende Auswerterinnen und Auswerter; Grad der Übereinstimmung zwischen den Auswerterinnen und Auswertern mit Blick auf die Zuordnung zu den 16 übergreifenden Kategorien: 91 % aller Zuordnungen; mit Blick auf die Umschreibung der Botschaften: 83 %).

Diese 16 thematischen Kontexte, in die die Betrachtung von Altern und Alter gestellt wurde, sind nachfolgend aufgeführt; dabei entspricht die Reihenfolge dem relativen Gewicht, das die jeweiligen thematischen Kontexte in der Bewertung durch die Journalistinnen und Journalisten einnahmen:

1. *Demografischer Wandel*

Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 104

Kernaussagen: Ein Phänomen, in dem sich die *positiven Seiten des gesellschaftlichen Wandels* widerspiegeln (vor allem: erhöhte finanzielle Sicherung, verbesserte Bildung, verbesserte medizinische Versorgung); auch aus diesem Grunde ist der demografische Wandel positiv – nämlich als *Chance* – zu bewerten und aktiv zu gestalten. Diese *Gestaltungsmöglichkeit* ergibt sich mit Blick auf die individuelle Kompetenz wie auch mit Blick auf die Kompetenz gesellschaftlicher Institutionen (N = 42)². Der demografische Wandel stellt für die Gesellschaft zunehmend eine *Belastung*, wenn nicht sogar eine *Bedrohung* dar: Die finanzielle Sicherung alter Menschen ist langfristig nicht gewährleistet, durch die Finanzierung einer wachsenden Anzahl alter Menschen ergeben sich auch große Risiken mit Blick auf die Altersvorsorge der künftigen alten Generationen, die pflegerische Versorgung kann langfristig nicht mehr sichergestellt werden (mit Blick auf das Personal, mit Blick auf die Finanzierung) (N = 53). Der demografische Wandel ist als ein *ganz normaler gesellschaftlicher Veränderungsprozess* zu begreifen; die Art und Weise, wie sich dieser auf die Gesellschaft auswirkt, ist in starkem Maße davon beeinflusst, wie die Gesellschaft mit den Merkmalen des demografischen Wandels umgeht; die drei häufigsten Beispiele: Werden die Ressourcen älterer Menschen auch gesellschaftlich länger und stärker genutzt? Werden neue Finanzierungsmodelle zur Stärkung der

2 Nach jeder der aufgeführten Kernaussagen ist die Anzahl der Personen aufgeführt, deren Aussagen sich dieser Kernaussage subsumieren ließen. Da eine Person Aussagen treffen konnte, die sich mehreren Kernaussagen zuordnen ließen, ist die Anzahl der genannten Personen pro Themengebiet höher als die Anzahl der Personen, die diesem Thema zugeordnet wurden.

intergenerationellen Gerechtigkeit entwickelt? Wird mehr in die Prävention sowie in eine hochwertige gesundheitliche Versorgung investiert, um die Belastungen des gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungssystems durch Krankheiten und Gebrechlichkeit im Alter zu vermeiden? (N = 39). Der demografische Wandel beschreibt auch *Veränderungen in den Lebensformen, in den Lebensstilen sowie in den Kompetenzen*. Die Lebensformen und Lebensstile sind vielfältiger geworden, die Kompetenzen in den verschiedenen Generationen haben sich gewandelt, die älteren Generationen weisen heute im Durchschnitt eine bessere Gesundheit auf als in der Vergangenheit – eine Chance für unser Land (N = 22).

2. *Anforderungen an die Sozialversicherungssysteme*

Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 101

Auch wenn dieses Thema deutliche Schnittmengen mit 1. aufweist, so wurde es doch in den Interviews ausdrücklich als ein *eigenständiges* genannt (42 Personen, die Thema 1 angeführt und expliziert hatten, nannten auch Thema 2 und explizierten dieses).

Kernaussagen: Es besteht die Notwendigkeit einer Anpassung des Renteneintrittsalters an den Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung (N = 61). Bei der Anpassung des Renteneintrittsalters ist die Anzahl der Berufsjahre zu berücksichtigen (N = 22). Bei der Anpassung des Renteneintrittsalters sind auch spezifische Weiterqualifizierungsbedarfe zu berücksichtigen; diese müssen so angelegt sein, dass auch in späteren Phasen der Berufstätigkeit eine Veränderung des Arbeitsfeldes und damit auch eine im Vergleich zur Gegenwart längere Erwerbstätigkeit möglich ist (N = 39). Das Rentenversicherungssystem muss auf ein breiteres Fundament gestellt werden; ein Beispiel dafür ist das Drei-Komponenten-Modell der Schweiz (N = 27). Eine der großen Herausforderungen der Politik wird die Herstellung einer Balance zwischen „moderatem“ Beitragssatz und auskömmlicher Rentenhöhe bilden (N = 29). Die größten Herausforderungen sind in der Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung zu sehen; diese vor dem Hintergrund der wachsenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen zu erhalten (bzw. weiter zu festigen), die Qualität der gesetzlichen Pflegeleistungen zu sichern, zugleich die Beitragssätze auf einem moderaten Niveau zu halten, ist die zentrale Aufgabe der Politik (N = 52). Die Sozialversicherungssysteme sind für das Verständnis unserer Demokratie und unseres Gemeinwohls von großer Bedeutung; sie haben sich bisher als leistungsfähig erwiesen und müssen dies auch in Zukunft sein (N = 83).

3. *Welche Herausforderungen ergeben sich mit Blick auf die finanzielle Sicherung im Alter?*

Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 98

Auch wenn dieses Thema deutliche Schnittmengen mit 1. aufweist, so wurde es doch in den Interviews ausdrücklich als ein *eigenständiges* genannt (49 Personen,

die Thema 1 angeführt und expliziert hatten, nannten auch Thema 3 und explizierten dieses).

Kernaussagen: Es besteht das erhöhte Risiko einer Armut bzw. eines Prekariats in den künftigen Generationen älterer Menschen; hier müssen politische Entscheidungsträger zukunftsorientiert denken und handeln, zum Beispiel durch ein höheres Lohnniveau in den heute unteren Einkommensgruppen (N = 87). Es wird eine wachsende soziale Ungleichheit in der Bevölkerung geben, die vor allem im Alter deutlich sichtbar wird; aus diesem Grunde werden neue Rentenmodelle eingeführt werden müssen, die den unteren Einkommensgruppen eine tragfähige Lebensperspektive bieten (N = 65). Jedes Individuum wird sich schon in früheren Lebensjahren sehr viel mehr Gedanken über die Sicherung der Rente und damit über den Aufbau einer persönlich tragfähigen Rente machen müssen, als dies bisher der Fall war (N = 32). Das Sparverhalten der Menschen wird sich in der Richtung ändern müssen, dass genügend Rücklagen für die Alterssicherung gegeben sind (N = 15).

4. *Welche Anforderungen ergeben sich an die Familie und den Einzelnen mit Blick auf die pflegerische Versorgung? (Individuelle und familiäre Ebene) Vor welchen grundsätzlichen Herausforderungen steht die pflegerische Versorgung? (Gesellschaftsebene)*

Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 92

Kernaussagen: Die Familien sind mit immer komplexeren Pflegeaufgaben konfrontiert, die sie nicht mehr ohne professionelle Pflege bewältigen können. Aus diesem Grunde gewinnt das Zusammenspiel von familiärer und professioneller (ambulanter) Pflege zunehmend an Bedeutung. Beispiele für dieses gelingende Zusammenspiel müssen auch medial häufiger und ausführlicher vermittelt werden (N = 38). Die großen psychischen Belastungen, die mit der familiären Pflege verbunden sind, müssen noch stärker in das gesellschaftliche Bewusstsein gehoben werden; zugleich muss realistisch dargestellt werden, dass die familiäre Pflege nicht nur von Belastungen bestimmt ist, sondern durchaus auch mit positiven Erlebnissen und Erfahrungen verbunden sein kann (N = 35). Viele Familien kommen ohne (osteuropäische) Pflege- und Betreuungshelferinnen nicht mehr aus; damit ist die Frage verknüpft, ob eine ausreichende Pflegequalität gewährleistet ist; zudem ergeben sich möglicherweise ethische Konflikte: Können die Helferinnen unter den gegebenen Arbeitsbedingungen ein zufriedenstellendes Leben führen? (N = 34). Die familiäre Pflege ist primär von Frauen geleistete Pflege. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird fast immer allein den Frauen aufgebürdet (N = 29). Familienpflege muss nicht nur durch die ambulante Pflege, sondern auch durch Nachbarschaftshilfe sowie durch bürgerschaftliches Engagement „flankiert“ werden (N = 17). Pflege darf nicht nur als eine familiäre, sondern muss auch als eine gesellschaftliche Aufgabe begriffen werden (N = 15). Deutschland befindet sich bereits in einem Pflege-notstand, der auch politisch ein prioritäres Thema bilden sollte (N = 74). Die

Arbeitsbedingungen von Pflegekräften müssen sich grundlegend verbessern: zu nennen sind verbesserte Bezahlung und ein verbesserter Personalschlüssel (N = 57).

5. *Welche Bedeutung nimmt Armut im Alter heute ein, welche Bedeutung wird sie in Zukunft einnehmen? Wie können mögliche Entwicklungen beeinflusst werden?*

Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 87

Auch wenn dieses Thema deutliche Schnittmengen mit 3. aufweist, so wurde es doch in den Interviews ausdrücklich als ein *eigenständiges* genannt (alle 87 Personen, die Thema 5 angeführt und expliziert hatten, nannten auch Thema 3 und explizierten dieses; sie wiesen übereinstimmend darauf hin, dass über allgemeinere Überlegungen zur aktuellen und zukünftigen finanziellen Sicherung älterer Menschen hinaus das Thema „Armut im Alter“ als ein eigenständiges zu behandeln sei).

Kernaussagen: Armut im Alter wird sich zu einem sehr viel bedeutenderen Thema entwickeln, als dies noch heute der Fall ist (N = 77). Schon heute besteht in unserer Gesellschaft eine ausgeprägte Einkommensungleichheit; diese wird in Zukunft noch ungleich stärker sein (N = 69). Politische Entscheidungsträger und Wohlfahrtsverbände, zudem der Städte- und Gemeindetag müssen sich schon heute um die Armutsentwicklung – speziell im Alter – kümmern; das Problem ist von manchen, längst aber nicht von allen erkannt (N = 58). Armut im Alter ist auch und vor allem das Ergebnis von Armut in früheren Lebensjahren und dies heißt auch: von niedrigen Einkommen. Aus diesem Grunde ist der gesamte Lebenslauf im Blick zu behalten: Menschen dürfen erst gar nicht in die Armut fallen. Eine präventive Armutspolitik muss entwickelt bzw. weiterentwickelt werden (N = 39). Armut ist mit größerer Isolation, mit Risikoverhalten (im Hinblick auf die eigene Gesundheit) sowie mit schlechterer Gesundheit verbunden; dies gilt auch für das hohe Alter. Deswegen sind Politikkonzepte wichtig, die nicht nur die finanziellen Risiken im Auge haben, sondern auch die Risiken im Hinblick auf soziale Teilhabe (N = 26). Eine wachsende Anzahl älterer Menschen in Armut birgt auch ein erhebliches gesellschaftliches Konfliktpotenzial. Ganze Gruppen von Menschen „brechen“ aus dem öffentlichen Raum „weg“ (N = 12).

6. *Mit welchen Verlusten ist eine Demenzerkrankung verbunden? Welche Präventions-, Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten bestehen mit Blick auf Demenz? Ist auch im Falle einer Demenzerkrankung Lebensqualität möglich?*

Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 79

Kernaussagen: Demenz wird in der Bevölkerung ein immer wichtigeres Thema; das Interesse an alltagsnahen, praktischen und verständlichen Informationen über Demenz wächst immer weiter an (N = 73). Über die Vermeidung sowie über die Möglichkeiten der ursächlichen Behandlung von Demenz gibt es sehr viele widersprüchliche Informationen. Es ist notwendig, hier zu

eindeutigen und übereinstimmenden Informationen zu gelangen (N = 54). Es müssten die Möglichkeiten der Vorbeugung und Behandlung noch deutlich benannt werden; dabei sollte „Realismus“ und kein „Fatalismus“ vorherrschen. Menschen müssen auch „ermutigt“, sie dürfen aber nicht „getäuscht“ werden (N = 43). Gibt es eine aktivierende Pflege, mit der die Lebensqualität von Menschen mit Demenz gefördert werden kann? Sind hier besondere Pflegekonzepte und -einrichtungen zu empfehlen (N = 31)? Inwieweit berührt die Demenz die Menschenwürde? Ist es angemessen, im Falle einer schweren Demenz von Menschenwürde zu sprechen (N = 26)? Was ist von den Demenzdörfern zu halten? Gaukeln diese nicht nur eine Realität vor? Oder helfen sie wirklich, ein besseres Leben zu führen (N = 22)? Muss nicht angesichts schwererer Demenzformen noch einmal neu über die aktive Sterbehilfe gesprochen werden (N = 11).

7. *Welches Gewicht besitzen Isolation und Einsamkeit im Alter? Wie können alte Menschen Wege aus der Isolation und Einsamkeit finden? Was kann die Gesellschaft hier tun?*

Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 68

Kernaussagen: Einsamkeit im Alter ist ein wichtiges Thema; unsere Gesellschaft hat dieses in seiner Bedeutung für den Einzelnen, aber auch für die Gesellschaft insgesamt noch nicht erkannt (N = 63). Einsamkeit als ein möglicher Risikofaktor der seelischen und der körperlichen Gesundheit (N = 55). Es wird eine gesellschaftlich akzeptierte Strategie zur Vermeidung bzw. zur Linderung von Einsamkeit benötigt (N = 52). Es müssen sehr viel mehr soziale Angebote für alte Menschen geschaffen werden – und dies sowohl in der Stadt als auch auf dem Land (N = 43). Inwiefern können neue Wohnformen in den künftigen älteren Generationen dazu beitragen, Einsamkeit zu vermeiden (N = 32)? Inwiefern können neue Formen der Kommunikationstechnologie dazu beitragen, Einsamkeit zu vermeiden (N = 23)?

8. *Welche Bedürfnisse bestehen mit Blick auf Wohnen im Alter? Wie werden sich die Bedürfnisse und Angebote entwickeln?*

Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 39

Kernaussagen: Welche Bedeutung werden Wohngemeinschaften (N = 33), das Mehrgenerationenwohnen (N = 30), die Digitalisierung (N = 25) besitzen? Werden Pflegeheime eine Zukunft haben (N = 22)? Werden anstelle von Pflegeheimen mehr und mehr Wohngruppen an Bedeutung gewinnen (N = 14)? Wie wird sich das Leben in ländlichen Regionen entwickeln? Wird das Leben auf dem Land für ältere Menschen in Zukunft noch eine attraktive / akzeptable Alternative / Option sein? Werden sie dort in ausreichendem Maß die notwendigen Dienstleistungen erhalten (N = 11)?

9. *Inwiefern sind alte Menschen auch ein „Wirtschaftsfaktor“ im Sinne des Ausbaus von Dienstleistungen und Produkten?*

Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 37

10. *Inwiefern bedeutet Alter einen möglichen gesellschaftlichen Gewinn?* (Ressourcen für die Arbeitswelt, Zivilgesellschaft)
Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 31
11. *Inwiefern bedeutet Alter einen möglichen individuellen Gewinn?* (Wissen, reflektierte Erfahrungen, Fähigkeiten, Kompetenzen, Alltagsgestaltung)
Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 27
12. *Wodurch/wie lassen sich Einbußen in der körperlichen und seelischen Gesundheit vermeiden oder hinauszögern?* (Verschiedene Präventionszugänge)
Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 21
13. *Wie stellen sich die Beziehungen zwischen den Generationen dar? Wie werden sich diese zukünftig entwickeln?* (Solidarität und Konflikt)
Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 21
Kernaussagen: Schon heute sind „latent wirkende“ Generationenkonflikte in unserer Gesellschaft erkennbar (genannte Beispiele: Rentenpolitik, Altersgrenzen, Steuerpolitik); diese werden in Zukunft noch stärker werden (N = 12). Heute besteht zwar eine recht hohe Solidarität zwischen den Generationen: Es besteht aber Zweifel, dass diese auch in Zukunft zu beobachten sein wird (N = 8). Die gegenseitige Toleranz der Generationen ist auch heute erkennbar. Gleiches gilt für die praktizierte Solidarität (gegenseitige Unterstützung) zwischen den Generationen. (Der in der vorangegangenen Aussage angedeutete Zweifel wird hier nicht geäußert.) (N = 6). Das Mehrgenerationenwohnen wie auch die Mehrgenerationenzentren könnten ein Modell intergenerationeller Beziehungen für die Zukunft sein (N = 5).
14. *Förderung und Erhaltung kognitiver und alltagspraktischer Fertigkeiten im Alter durch Bildungsangebote*
Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 18
15. *Welche Aufgaben stellen sich mit Blick auf die medizinische Versorgung alter Menschen?*
Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 14
Kernaussagen: Ein Ausbau der medizinischen Therapieangebote für ältere Menschen ist notwendig (N = 12). Es müssen bessere Therapieangebote für ältere Menschen mit psychischen Störungen und kognitiven Einbußen vorgehalten werden (N = 9). Es kann die Gefahr entstehen, dass älteren Menschen aufgrund ihres Lebensalters der Zugang zu bestimmten medizinischen Leistungen erschwert wird (Rationierung) (N = 6).
16. *Wie wird sich die Digitalisierung auf das Alter auswirken?*
Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 11
Kernaussagen: Erhöhung von Selbstständigkeit (N = 9), von Wohnkomfort (N = 7), von sozialer Integration (N = 6) und von Sicherheit (N = 4) durch digitale Technologien. Ethische Probleme / mögliche Risiken (zum Beispiel im Zusammenhang mit Pflege) (N = 7).

XII.2.2 Als notwendig erachtete thematische Kontexte

Es sei fortgesetzt mit den *thematischen Kontexten*, in die – den Aussagen der Journalistinnen und Journalisten zufolge – Altern und Alter stärker eingebunden werden und die in den Medien zukünftig besonderes Gewicht erhalten sollten.

Die genannten thematischen Aspekte ließen sich 16 thematischen Kontexten zuordnen (Auswertung aller Protokolle bzw. Schriftstücke durch zwei unabhängig voneinander arbeitende Auswerterinnen und Auswerter; Grad der Übereinstimmung zwischen den Auswerterinnen und Auswertern mit Blick auf die thematischen Kontexte: 93 % aller Zuordnungen; mit Blick auf die Bewertungen: 88 %).

Die 16 thematischen Kontexte, in die die *zukunftsbezogene* Betrachtung von Altern und Alter gestellt wurde, sind nachfolgend aufgeführt; dabei entspricht die Reihenfolge dem relativen Gewicht, das die jeweiligen thematischen Kontexte in der Bewertung durch die Journalisten/innen einnahmen:

1. *Wie stellen sich die Beziehungen zwischen den Generationen dar? Inwieweit sind diese Beziehungen von Wertschätzung bestimmt? Wie werden sich diese Beziehungen unter einem hochgradig dynamischen demografischen Wandel entwickeln?*

Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 83

Kernaussagen: In den Beziehungen zwischen den Generationen liegt ein großes Potenzial zur gesellschaftlichen Kohäsion wie auch zur gesellschaftlichen Solidarität; dies gilt auch und gerade bei Kontroversen in Bezug auf spezifische Themen: Solche Kontroversen können nur von Wert sein, wenn sie in einer Haltung gegenseitiger Toleranz geführt werden (N = 56). Es gibt Konflikte zwischen den Generationen, die – trotz aller Übereinstimmung in zahlreichen grundlegenden Fragen unserer Werteordnung und politischen Ordnung – nicht verschwiegen werden dürfen. Ein zentrales Gebiet, auf dem schon heute Konflikte sichtbar sind und auf dem sich diese in Zukunft weiter zuspitzen werden, ist die Frage der sozialen Sicherung. Ein weiteres Thema könnte der Klimawandel sein. Auch Fragen der internationalen Friedenssicherung (verbunden mit Verzicht auf Waffenhandel) könnten ein Konfliktthema werden (N = 36).

2. *Wodurch lässt sich die Erhaltung von körperlicher und seelischer Gesundheit im Alter fördern? Welche neuen Erkenntnisse halten Präventionsforschung und medizinische Forschung bereit?*

Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 79

Kernaussagen: Es wird von den deutlich höheren gesundheitlichen Ressourcen der heutigen und künftigen älteren Generationen im Vergleich zu vorangegangenen älteren Generationen gesprochen. Dies bedeutet, dass die Gesundheit bis in das hohe Alter „gestaltbar“ ist. Dies heißt aber auch, dass Gesundheitsförderung und Prävention ein deutlich größeres Gewicht erhalten sollten. Dazu ist es notwendig, gezielt auf Befunde der Präventions- und

medizinischen Forschung Bezug zu nehmen und anhand derer die Beeinflussbarkeit / Gestaltbarkeit der Gesundheit im hohen Alter zu verdeutlichen (N = 71). Auch bei hochbetagten Menschen können durch schonende (minimalinvasive) Behandlungsverfahren Erfolge erzielt werden. Auch auf solche Erfolge sollte hingewiesen werden (N = 12). Was kann zur Vermeidung von Demenzerkrankungen getan werden – heute, in Zukunft? Es gibt optimistische Stimmen, die darauf zielen, die Präventions- und Therapieerfolge anzuerkennen und öffentlich ausreichend zu würdigen. Es gibt verhaltene oder pessimistische Stimmen, die diese Präventions- und Therapieerfolge bestreiten. Welche Seite hat recht (N = 22)?

3. *Wie wird sich der demografische und soziale Wandel in Zukunft gestalten – dies mit Blick auf das Leben im Alter, die Versorgungssysteme, die Dienstleistungen und die Stellung alter Menschen in der Gesellschaft? Wie wird die Gesellschaft auf den demografischen Wandel antworten?*

Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 72

Kernaussagen: Es finden sich drei Kernaussagen: eine optimistische, eine neutrale und eine (vorsichtig) pessimistische. Die optimistische: Die Gesellschaft besitzt so viele „Bindekräfte“, dass es ihr gelingen wird, die Bedürfnisse unterschiedlicher Generationen und Gruppen in Balance zu halten. Ältere Menschen werden in der Gesellschaft auch deswegen immer größere Beachtung erfahren, weil sie sich in vielerlei Hinsicht für die Gesellschaft engagieren. Die sozialen Sicherungssysteme haben sich seit Jahrzehnten bewährt – sie werden dies auch in Zukunft tun (unter der Bedingung der kontinuierlichen Anpassung) (N = 31). Die neutrale: Es kann hier keine Aussage getroffen werden, ob die gesellschaftliche „Bewältigung“ des demografischen Wandels „gelingt“ oder nicht. Dies wird davon abhängen, inwieweit es politischen Entscheidungsträgern gelingt, ein hohes Maß an Verantwortung in der Weiterentwicklung der sozialen Sicherungssysteme zu zeigen und dabei auf die Bedürfnisse „aller Menschen“ – nicht nur einzelner Interessengruppen – Rücksicht zu nehmen. Mit Szenarien und Prognosen sollte man zurückhaltend sein (N = 22). Die pessimistische: Es werden größere Konflikte, vor allem Verteilungskonflikte, auf die Gesellschaft zukommen. Die soziale Ungleichheit in der Gruppe der Älteren wird unter dem Einfluss der „gesellschaftlichen Alterung“ zunehmen, weil sie im Durchschnitt eine geringere Rente beziehen werden; allerdings können auch jüngere Menschen zunehmend mit finanziellen Problemen konfrontiert sein, weil sie höhere Rentenbeiträge entrichten müssen. Die Armutproblematik wird den gesellschaftlichen Konsens schwächen. Vielleicht wird es der Politik gelingen, diese Entwicklung aufzuhalten (N = 19).

4. *Welche Anforderungen ergeben sich an Gesellschaft, Familie sowie an die einzelne Person mit Blick auf die pflegerische Versorgung? Welche ethischen Anforderungen stellt eine gute Pflege?*

Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 69

Kernaussagen: Anforderungen an die Gesellschaft: Eine deutlich höhere Wertschätzung der Pflegeberufe, die sich nicht nur ideell (im Sinne einer Anerkennungskultur), sondern auch finanziell (Gehalt) ausdrücken muss (N = 65). Es ist viel deutlicher hervorzuheben, dass die Pflege (einschließlich Palliativpflege) ein Berufsspektrum umfasst, das über hohe Kompetenzen, über umfassende Erfahrungen und eine ausgeprägte ethische Qualifizierung verfügen muss. Wenn über gesundheitliche Versorgung gesprochen wird, so ist die Pflege vielfach nicht explizit „mitgemeint“. Das ist ein großer Fehler (N = 43). Wir müssen als Gesellschaft sehr viel stärker darüber reflektieren und einen Konsens herstellen, was wir in eine Pflege zu investieren bereit sind. Investitionen in die Pflege sind zu einem guten Teil an die Bereitschaft aller Haushalte geknüpft, mehr Geld für die Pflegeversicherung aufzubringen. Auch dieser Zusammenhang muss aufgezeigt werden (N = 39). Jeder Mensch, gleich aus welcher sozialen Schicht, mit welchem Einkommen, hat Anspruch auf eine gute Pflege (N = 35). Die pflegenden Angehörigen werden heute viel zu wenig als bedeutende Komponente der Pflege angesehen und angesprochen. Wenn über die Zukunft der Pflege gesprochen wird, dann ist immer auch auf die Gruppe der pflegenden Angehörigen zu blicken. Wie kann diese wirksam unterstützt werden (N = 34)? Anforderungen an die Familie: Die Kooperation mit den ambulanten und stationären Pflegediensten muss verbessert werden. Angehörige sollten nicht davon ausgehen (müssen), die Pflege alleine zu übernehmen (N = 39). Angehörige müssen auch lernen, ihre eigenen körperlichen und seelischen Kräfte einzuschätzen, um sich nicht zu überfordern. Außerdem müssen sie lernen, vorübergehend „loszulassen“ (N = 22). Anforderungen an die einzelne Person: Hier wurden drei unterschiedliche, einander ergänzende Perspektiven eingenommen. Die noch nicht auf Pflege angewiesene Person: Jeder, jede einzelne muss sich viel intensiver mit der Frage auseinandersetzen, welche Erwartungen er / sie an eine fachlich und ethisch anspruchsvolle Pflege richtet und was er / sie in eine solche Pflege zu investieren bereit ist (siehe hier die Entsprechung zu der an die Gesellschaft gerichtete Forderung). Dies ist letztlich auch eine individuelle Antizipations- und Bildungsaufgabe (N = 34). Die bereits auf Pflege angewiesene Person: Sie muss ihre Bedürfnisse, ihre Wünsche, ihre Erwartungen klar artikulieren (können). Pflege darf die Autonomie der pflegebedürftigen Person nicht verletzen. Das heißt: Die Person muss sich differenziert äußern können, sie muss auch den Mut haben, sich klar zu äußern (N = 23). Ethische Anforderungen an eine gute Pflege: Autonomie des pflegebedürftigen respektieren (N = 34). Sensibler Umgang mit der pflegebedürftigen Person (zum Beispiel in Bezug auf deren Schamgefühle) (N = 31). Ausreichend Zeit für die Anliegen und Mitteilungen der pflegebedürftigen Person (N = 21). Die besondere Verletzlichkeit und die besonderen Bedürfnisse von

Menschen mit Demenz beachten (N = 16). Die besonderen Bedürfnisse sterbender Menschen berücksichtigen (N = 12).

5. *Welche Aufgaben stellen sich mit Blick auf die medizinische Versorgung alter Menschen? Über welche Erkenntnisse verfügen Altersmedizin und Altersbiologie? Lässt sich das Leben weiter verlängern, lässt sich der Alternsprozess aufhalten?*

Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 64

Kernaussagen: Sozial gerechter Zugang zu medizinischen Leistungen für alle Menschen: kein Ausschluss nach Lebensalter und sozialer Schicht (N = 56). Möglichkeiten und Grenzen der Medizin (und Biologie) mit Blick auf die Vermeidung und Behandlung von Krankheiten im Alter (N = 48). Möglichkeiten und Grenzen der Medizin (und Biologie) mit Blick auf die Verlängerung der durchschnittlichen Lebenserwartung (N = 40). Erfolge der Medizin in der Prävention von Tumorerkrankungen und in der Therapie tumor-erkrankter Patienten/innen (N = 32). Erfolge der Medizin in der Prävention von Demenzerkrankungen und in der Therapie demenzerkrankter Patienten/innen (N = 37). Beachtung des Patientenwillens bei Fragen des Behandlungsabbruchs und -verzichts (N = 35).

6. *Wodurch lässt sich die Erhaltung von Fähigkeiten, Fertigkeiten, Funktionen im Alter fördern? (Bildung, Übung, Training, Kompetenzperspektive)*

Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 59

7. *Mit welchen Verlusten ist eine Demenzerkrankung verbunden? Welche Präventions-, Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten bestehen mit Blick auf Demenz?*

Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 44

8. *Ist auch im Falle einer Demenzerkrankung ein Leben in Würde möglich? (ethische Fragen)*

Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 33

9. *Welche gesellschaftlichen und individuellen Anforderungen ergeben sich mit Blick auf die Weiterentwicklung einer Sterbekultur? (Hospiz, Palliativversorgung, assistierter Suizid, passive Sterbehilfe)*

Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 38

Kernaussagen: Es wurden folgende gesellschaftliche Anforderungen genannt: Intensivere öffentliche Diskussion über die Wege zu einem „humanen Sterben“ (N = 34). Eine noch stärkere Beachtung des persönlichen Lebens- und Sterbewunsches bei allen Behandlungsentscheidungen (einschließlich Patientenverfügung) (N = 28). Ermöglichung des „assistierten Suizids“ (N = 17). Förderung der Hospizhilfe und Palliativversorgung (N = 16). Vermeidung von Sterben in Einsamkeit (N = 12). Es wurden folgende individuelle Anforderungen genannt: rechtzeitige Vorbereitung auf den Tod, verbunden mit der Erstellung einer Patientenverfügung (N = 29). Artikulation der persönlichen Lebens- und Sterbenswünsche (N = 22).

10. *Welches Gewicht besitzen Isolation und Einsamkeit im Alter? Wie können alte Menschen Wege aus der Isolation und Einsamkeit finden? Was kann die Gesellschaft hier tun?*

Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 36

11. *Welche Bedeutung nimmt Armut im Alter heute ein, welche Bedeutung wird sie in Zukunft einnehmen? Wie können mögliche Entwicklungen beeinflusst werden?*

Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 34

12. *Was ist zu tun, um die Mobilität alter Menschen möglichst lange zu erhalten? (Gestaltung der Wohnung und des Wohnumfeldes sowie des Verkehrs)*

Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 29

13. *Wie kann das Thema „Zärtlichkeit, Erotik und Sexualität im Alter“ mit Takt und Feingefühl vermittelt werden?*

Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 23

14. *Inwiefern sind alte Menschen auch ein Wirtschaftsfaktor?*

Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 19

Kernaussagen: Ältere Menschen nehmen Produkte und Dienstleistungen in Anspruch, die für die weitere Marktentwicklung bedeutsam sind (Beispiel: Smart Home, Reisen, Lieferservice) (N = 19). Der Seniorenmarkt sollte deutlich größere Beachtung durch Industrie und Wirtschaft finden (N = 14).

15. *Ist es realistisch oder sogar notwendig, das Wissen alter Menschen sehr viel stärker für die Arbeitswelt zu nutzen?*

Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 12

Kernaussagen: Ältere Menschen verfügen in vielen Fällen über Wissen und Strategien, auf die die Arbeitswelt nicht verzichten sollte; man könnte zum Beispiel ehemalige leitende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen wieder in das Unternehmen zurückholen (N = 8). Man sollte Menschen nach dem Eintritt in den Ruhestand nicht mehr beschäftigen; die Arbeitswelt entwickelt sich weiter; es muss auch jüngeren Menschen eine Chance gegeben werden (N = 3). Es darf nicht sein, dass Menschen im Alter arbeiten müssen, weil die Rente nicht ausreicht (N = 9). Das Renteneintrittsalter wird kontinuierlich steigen. Dann stellt sich irgendwann die Frage nicht mehr, ob man Personen nach Eintritt in den Ruhestand in das Arbeitsleben zurückholt: Denn Rentnerinnen und Rentner haben dann mit Eintritt in den Ruhestand ein Alter erreicht, in dem sie nicht mehr anspruchsvolle Arbeit leisten können (physiologische und psychologische Grenzen) (N = 6). Man sollte Altersgrenzen ganz abschaffen (N = 4). Bestehende Initiativen (zum Beispiel der Senioren Experten Service) zeigen auf, was ältere Menschen in der Arbeitswelt leisten können. Man sollte diese Kräfte noch stärker nutzen (N = 3).

16. *Welche Chancen und Gefahren birgt die Digitalisierung für alte Menschen?*

Anzahl der Personen, die dieses Thema genannt haben: 10

Kernaussagen: Digitalisierung bis hin zur Robotertechnologie ist bedeutsam für die Erhaltung von Selbstständigkeit im Alter (N = 8). Technik muss für alle

Menschen erschwinglich sein; es darf hier keine Ausgrenzung von Menschen mit geringem Einkommen geben (N = 6). Technik kann Pflege unterstützen; das kommt auch alten Menschen zugute (N = 5).

XII.3 Befragung von leitenden Redakteurinnen und Redakteuren

Für die Befragung dieser Personengruppe wurden 225 Zeitungen bzw. Nachrichtenmagazine angeschrieben. N = 50 leitende Redakteurinnen und Redakteure bzw. Ressortleiterinnen und Ressortleiter erklärten sich bereit, an einem Interview und einer ergänzenden Fragebogenerhebung teilzunehmen. N = 38 Interviewpartner/innen arbeiteten in Deutschland, N = 6 in Österreich oder in der Schweiz, N = 4 in anderen europäischen Ländern, N = 2 in außereuropäischen Ländern. Die Reichweite der in dieser Stichprobe vertretenen Printmedien erstreckte sich überwiegend auf die unmittelbare Region (37 Fälle); in 13 Fällen waren die Printmedien auch überregional präsent. Die Teams waren in 34 Fällen international zusammengesetzt, in 16 Fällen national. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Themengebiet „Altern und demografischer Wandel“ in den hier erfassten Printmedien grundsätzlich einen bedeutenden Stellenwert einnahm, wobei sich allerdings die thematischen Akzentuierungen erheblich voneinander unterschieden.

Die Interviews konzentrierten sich zunächst auf das aktuell bearbeitete Portfolio, wobei die Stellung von Alter und demografischer Entwicklung innerhalb des Portfolios thematisiert wurde. In diesem Zusammenhang ging es auch um das Gewicht, das das Thema „Alter und demografischer Wandel“ für die Zeitung bzw. die Zeitschrift aktuell besaß und früher besessen hatte. In einem weiteren Teil des Interviews wurden zentrale Stationen der beruflichen Entwicklung angesprochen, um zu erfahren, wie sich das Interesse der Interviewpartner und -partnerinnen an Fragen des Alters und des demografischen Wandels ausgebildet hatte. Zudem wurde gefragt, welche Personen und biografischen Begegnungen Einfluss auf das persönliche Interesse an Fragen des Alters wie auch auf die eigene Sicht auf Altern und Alter ausgeübt haben. Diese Themen wurden von den Interviewpartnerinnen und -partnern offen, ausführlich und differenziert beantwortet.

In diesem Abschnitt werden die Aussagen der leitenden Redakteurinnen und Redakteure unter vier Fragestellungen betrachtet: (1) Welche Themenbereiche stehen bei der medialen Darstellung von Alter und demografischer Entwicklung aktuell im Zentrum der medialen Darstellung? (2) Welche Themenbereiche sollten in der medialen Darstellung stärker gewichtet werden; in Bezug auf welche Themen besteht gesellschaftlicher Bedarf an vertiefter medialer Darstellung und Aufklärung? (3) Wie werden die aktuell gegebenen kollektiven Repräsentationen von Alter bewertet? (4) Wird eine Aufgabe darin gesehen, ein möglichst differenziertes Bild des Alters und des demografischen Wandels zu vermitteln; welche Strategien werden hier gewählt?

Nachfolgend werden diese vier Fragen auf der Grundlage des empirischen Materials beantwortet.

XII.3.1 Welche Themenbereiche stehen bei der medialen Darstellung von Alter und demografischem Wandel aktuell im Zentrum?

Die von den Interviewpartnerinnen und -partnern genannten Themen ließen sich zwölf übergeordneten Themen zuordnen. Diese übergeordneten Themen sind im Folgenden zusammen mit der Häufigkeit ihrer Nennung aufgeführt.

1. *Wirtschaftliche und finanzielle Herausforderungen auf gesellschaftlicher und individueller Ebene* (N = 37); hier wurden vor allem Fragen der Stabilität der Rentenversicherung, des gesetzlich definierten Renteneintrittsalters, aber auch Fragen der Einkommenssicherung sowie der alten Menschen in ihrer Kaufkraft und damit in ihrer Bedeutung für die Wirtschaft adressiert.
2. *Demografischer Wandel und seine Auswirkungen auf Integration und Teilhabe* (N = 34), wobei hier sowohl Risiken (mit Blick auf Isolation und Einsamkeit) als auch Chancen (mit Blick auf stärkere Selbstorganisation alter Menschen in Seniorenorganisationen und -beiräten) genannt wurden; zugleich wurde die aktive Beteiligung alter Menschen an der Demokratie thematisiert (Engagement in der und für die Gesellschaft als Ausdruck von Demokratie, Wahlverhalten, mögliche Konflikte mit Blick auf die Verteilung von Ressourcen).
3. *Gesundheit* (N = 30), wobei hier vor allem die Potenziale von Gesundheitsförderung und Prävention sowie von Gesundheitsverhalten mit Blick auf Gesundheit und Kompetenz im Alter angeführt wurden.
4. *Pflege* (N = 25) mit den Schwerpunkten Weiterentwicklung von Pflegestandards, verbesserte Rahmenbedingungen für die Pflege, Abwendung eines möglichen Pflegenotstandes und weitere Entwicklung von Pflegebedürftigkeit (Anzahl pflegebedürftiger Menschen, Art des Pflegebedarfs). Vereinzelt wurden auch die Skandale in Einrichtungen der stationären Altenpflege thematisiert.
5. *Wohnen im Alter* (N = 24) mit Betonung neuer und altersgerechter Wohnformen, der Finanzierung von Wohnen (Abbau von sozialer Ungleichheit) sowie der Erhaltung von teilhabefreundlichen Strukturen im Stadtteil bzw. in der Region. Vereinzelt wurden auch Fragen des altersgerechten Umbaus von Wohnungen angesprochen.
6. *Medizinische Versorgung* (N = 22); hier galt das Interesse vor allem der Entwicklung neuer und spezifischer Therapieformen für alte Menschen sowie der Weiterentwicklung der „Ratgeberkultur“, wobei auch Gesundheits-Apps angesprochen wurden. Multimorbidität sowie Einbußen in Funktionen, Fähigkeiten und Fertigkeiten wurden mit Blick auf den Ausbau und die fachlich-konzeptionelle Weiterentwicklung von Altersmedizin und Rehabilitation thematisiert. Die Nachhaltigkeit der Finanzierung gesundheitlicher Leistungen durch

- die gesetzlichen und privaten Krankenkassen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels bildete ein weiteres wichtiges Thema.
7. *Mobilität im Alter* (N = 22), die aus drei Perspektiven thematisiert wurde: (a) der Perspektive der Förderung und Erhaltung von Beweglichkeit (motorische Komponente) durch sport- und bewegungsbezogene Trainings- bzw. Übungsangebote, (b) der Perspektive der Barrierefreiheit der räumlichen Umwelt, (c) der Perspektive der Reisen alter Menschen und der Reiseangebote für alte Menschen.
 8. *Krankheiten im Alter* (N = 17), wobei hier vor allem die verschiedenen körperlichen Erkrankungen im Alter mit ihren Folgen für die Lebensqualität sowie die Möglichkeiten medizinischer und rehabilitativer Intervention thematisiert wurden; seelische Erkrankungen in ihrer Auftretenshäufigkeit wie auch in ihrer Bedeutung für die Lebensqualität im Alter wurden nur sehr vereinzelt angesprochen.
 9. *Sterben und Tod* (N = 17), wobei hier vor allem die personale Integrität („Würde“) und die Selbstbestimmung im Prozess des Sterbens sowie die Bedeutung der Palliativmedizin, der Palliativpflege sowie der Hospizhilfe für ein selbstbestimmtes Sterben angesprochen wurden; hinzu traten Fragen der Bestattungs- und der Trauerkultur.
 10. *Freizeit* (N = 14); dieses Thema wurde von drei Perspektiven aus betrachtet: (a) aus der Perspektive des „Freizeitverhaltens“ in den verschiedenen Sozial- und Bildungsschichten, (b) aus der Perspektive des aktiven Engagements („zivilgesellschaftliches Engagement“) im Verein und der Nutzung von Angeboten des Vereins, (c) aus der Perspektive der Nutzung digitaler Techniken (einschließlich entsprechender Bildungsangebote).
 11. *Versorgung und Sicherheit* (N = 12); im Vordergrund standen hier (a) die Nachhaltigkeit der (spezifischen) Dienstleistungen (für alte Menschen), vor allem in ländlichen Regionen, (b) die Qualität der Dienstleistungen („Verbraucherschutz“), weiterhin (c) die Bedeutung der Abwanderung jüngerer Menschen aus ländlichen Regionen für Integration, Teilhabe und Sicherheitsgefühl alter Menschen, schließlich (d) die Sicherheit vor Überfällen.
 12. *Intergenerationelle Beziehungen* (N = 9), die aus drei Perspektiven betrachtet wurden: (a) jener des Umgangs der Generationen miteinander, wobei hier vor allem auf die vielfältigen Formen der Solidarität und Reziprozität eingegangen wurde (auf individueller und auf Netzwerkebene wurden keine Konflikte thematisiert), (b) jener des möglichen Generationenkonflikts auf gesellschaftlicher Ebene (Stichwort: potenzielle Verteilungskonflikte) und daraus erwachsener politischer Handlungsanforderungen, (c) jener der Werteentwicklung (inwieweit finden sich in den verschiedenen Generationen unterschiedliche Wertekonstellationen) und der generationenspezifischen Bedürfnisse (im Hinblick auf eine persönlich zufriedenstellende Lebensführung und der Kriterien für Lebensqualität).

XII.3.2 Welche Themenbereiche sollten in der medialen Darstellung stärker gewichtet werden?

Es wurden acht Themenbereiche genannt, bei denen eine stärkere Gewichtung und „Aufklärung“ als notwendig erachtet wurde (wieder angegeben mit Nennung der Anzahl von Interviewpartnern und -partnerinnen, die den jeweiligen Themenbereich genannt hatten). Es werden in den einzelnen Themenbereichen jene thematischen Aspekte angeführt, die in den Interviews angesprochen wurden; diese weisen auf eine – quantitativ wie qualitativ – beachtliche Vielfalt und damit auf einen erheblichen „Aufklärungsbedarf“ hin, der mit Blick auf den gesellschaftlichen Umgang mit Fragen des Alter(n)s und des demografischen Wandels konstatiert wurde.

1. *Umgang der Generationen miteinander* (N = 18)

Alte Menschen als „Ressource“ für die Gesellschaft; Generationengerechtigkeit im Hinblick auf Ressourcenverteilung und Vermeidung von möglichen Benachteiligungen einer Generation; Würdigung der intergenerationellen Solidarität und Reziprozität im sozialen Nahraum (Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis); Umgang der Generationen in persönlichen Beziehungen; Weiterentwicklung der Teilhabeangebote für alle Generationen; Förderung des intergenerationellen Kontakts in der Kommune (Bürgerzentren, intergenerationelle Engagement- und Diskursformate); intergenerationelles „Leben“ (zum Beispiel Mehrgenerationenzentren) und „Lernen“ (einschließlich der Nutzung von digitalen Techniken); altersgerechtes Wohnen mit ausreichender Teilhabesicherung.

2. *Rentenversicherung* (N = 13)

Generationengerechte Ausgestaltung der Rentenversicherung mit dem Ziel, deren Nachhaltigkeit zu sichern; ausführliche Aufklärung der Leserinnen und Leser über die gesetzlichen Grundlagen sowie über einzelne Parameter der Rentenversicherung; Vorstellung anderer (internationaler) Modelle der Alterssicherung (Beispiel: vom Ein- zum 3-Säulen-Modell der Alterssicherung); dynamische Entwicklung des gesetzlich definierten Renteneintrittsalters: Argumente für eine längere Lebenserwerbszeit, fundiertes Abwägen zwischen gesellschaftlichen und individuellen Perspektiven.

3. *Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention* (N = 13)

Eine deutliche stärkere Gewichtung der Potenziale von Gesundheitsförderung und Prävention, die bislang noch viel zu wenig als Beitrag zur Gesundheit und Kompetenz im Alter verstanden werden; Entwicklung von Anreizen zur Stärkung der Prävention; die große Bedeutung von Isolation und Einsamkeit für psychische und körperliche Erkrankungen erkennen und gesellschaftliche Initiativen gegen Isolation und Einsamkeit aufbauen; deutlich stärker Sexualität in ihrer Bedeutung für das seelische Wohlbefinden im Alter thematisieren und gegen „Altersklischees“ mit Blick auf Sexualität argumentieren; deutlich verstärkte Aufklärung über die Notwendigkeit von Sport- und Bewegungsangeboten für

alte Menschen (als Beitrag zur Prävention und Rehabilitation), wobei hier ausdrücklich auch das hohe (vierte) Alter adressiert werden muss.

4. *Lebensqualität und individuelle Potenzialverwirklichung* (N = 12)

In deutlich stärkerem Maße positive Lebensentwürfe des Alters vorstellen, um zu einem selbstbestimmten Alter zu ermutigen; Möglichkeiten und Formen der individuellen Potenzialverwirklichung aufzeigen; das breite Spektrum von Aktivierungs- und Freizeitangeboten schildern; die große Bedeutung alter Menschen für den Zusammenhalt der Gesellschaft aufzeigen; Informationen über den Umzug ins Ausland, über das Leben im Ausland in seinen positiven und negativen Aspekten (Anstoß persönlicher Reflexionsprozesse) vermitteln.

5. *Demografischer Wandel* (N = 7)

Es muss noch sehr viel stärker und zugleich differenzierter über Veränderungen im Altersaufbau der Bevölkerung berichtet werden sowie über das damit einhergehende, veränderte Erscheinungsbild der Bevölkerung: Welche Handlungsanforderungen ergeben sich daraus für gesellschaftliche und kulturelle Institutionen, welche spezifischen Handlungsanforderungen für eine generationengerechte Politik? Demografischer Wandel muss auch im Sinne von veränderten Formen von „Altern“ dargestellt werden, wobei Potenziale (vor allem mit Blick auf Gesundheit) wie Risiken (mit Blick auf finanzielle Sicherheit) adressiert werden müssen. Wenn über Altern geschrieben wird, müssen auch genderspezifische Unterschiede – in Werthaltungen, Kompetenzen, Lebensformen und Risiken – stärker beachtet werden.

6. *Sterben und assistierter Suizid* (N = 7)

Eine ausgewogene und hochdifferenzierte Darstellung des assistierten Suizids als bedeutende Aufgabe der Medien auch bei der Thematisierung von altersbezogenen Fragestellungen, wobei in diese Darstellung die deutlich gewachsenen Möglichkeiten der Palliativ- und Hospizversorgung zur Erhaltung personaler Integrität im Sterbensprozess miteingehen müssen. Ausführliche Darstellung der Motive für einen assistierten Suizid sowie gesellschaftlicher Möglichkeiten und Grenzen, auf diese Motive fundiert zu antworten. Problematisierung der passiven und aktiven Sterbehilfe. Würdigung der „Palliativkultur“; zugleich sind die Folgen aufzuzeigen, die durch einen Mangel an Palliativkultur in ambulanten und stationären Pflegekontexten erwachsen. Positive Lebensentwürfe des Alters sollten auch mit Blick auf den differenzierten Umgang mit assistiertem Suizid viel stärker hervorgehoben werden: Inwiefern kann das Alter auch Erfüllung mit sich bringen? Risiken negativer kollektiver Repräsentationen und Darstellungen von Altern für erhöhte Suizidalität in Grenzsituationen.

7. *Medizinische Versorgung: Potenziale und Probleme* (N = 6)

Sicherung eines leistungsfähigen medizinischen Versorgungssystems auch für alte Menschen. Spezifische Versorgungsbedarfe alter Menschen (vor allem: alte Menschen mit chronischen Erkrankungen, Multimorbidität, funktionellen Einbußen): Inwieweit sind diese Bedarfe schon befriedigt, inwieweit haben

alle alten Menschen Zugang zu einer anspruchsvollen medizinischen Versorgung, welche Desiderate ergeben sich mit Blick auf die medizinische Versorgung alter Menschen, in welcher Hinsicht ist die Geriatrie (weiter) zu stärken? Fragen von Advance Care Planning und der Ausgestaltung der Patientenverfügung müssen sehr viel stärker adressiert werden; hier werden Potenziale nicht erkannt und genutzt.

8. *Pflege* (N = 5)

Es ist darzustellen, was unter einer „guten Pflege“ zu verstehen ist und in welcher Hinsicht diese zur Autonomie, Teilhabe und Lebensqualität im Alter beiträgt. Wie kann durch gute Pflege ein Nachlassen der körperlichen und kognitiven Ressourcen vermieden bzw. verlangsamt werden? Wie gestaltet sich der Alltag in Pflegeheimen?

N = 34 Interviewpartner und -partnerinnen konstatierten einen – zum Teil erheblichen – Aufklärungsbedarf mit Blick auf die genannten acht Themenbereiche. Sie gaben an, ihrerseits vermehrt zu dieser Aufklärung beitragen zu wollen; sie seien auch offen für altersbezogene Themen, die an sie von außen herangetragen und in der Redaktion als gesellschafts- und politikrelevant eingestuft würden. N = 16 Interviewpartner und -partnerinnen sahen diesen Aufklärungsbedarf nicht; sie betonten, dass die wichtigsten Bedarfe und Bedürfnisse alter Menschen gesellschaftlich wie auch politisch erfüllt seien.

XII.3.3 Wie werden die aktuell gegebenen kollektiven Repräsentationen von Alter bewertet?

Bei der Beantwortung dieser Frage sei ausschließlich auf Interviews rekuriert, die mit leitenden Redakteuren/innen bzw. Ressortleitern/innen von Printmedien geführt wurden, die in *Deutschland* erscheinen (N = 38). Wie stellen sich die kollektiven Repräsentationen von Alter deren Ansicht nach dar? Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass es sich hier um die Perspektive einer spezifischen und sehr kleinen Personengruppe handelt, für die keine Repräsentativität mit Blick auf die Sichtweise, die Haltungen und das Wissen unserer Gesellschaft behauptet werden darf. Doch erscheint ein Blick auf unsere Gesellschaft aus der Perspektive von leitenden Redakteuren/innen bzw. Ressortleitern/innen aufschlussreich, wenn man bedenkt, dass sie den Überblick über die Berichterstattung in mehreren oder zahlreichen Zeitungen bzw. Zeitschriften besitzen.

Die Interviews ließen in erster Näherung die Differenzierung zwischen fünf unterschiedlichen Deutungen aufseiten der N = 38 Interviewpartnerinnen und Interviewpartner in Deutschland zu, die nachstehend aufgeführt sind. Da N = 4 Interviewpartnerinnen bzw. -partner zwei unterschiedlichen Deutungen zugeordnet werden konnten (und nicht nur einer), summieren sich die nachfolgend aufgeführten Deutungen auf eine Gesamtzahl von N = 42.

1. Negativ verzerrte bzw. stark defizitorientierte Repräsentationen von Alter (N = 11)
2. Ambivalente, widersprüchliche, inkonsistente Repräsentationen von Alter (N = 14)
3. Fehlende Thematisierung (Tabuisierung) von Alter (N = 8)
4. Ein Wandel zu positiven Akzentuierungen (N = 7)
5. Betonung eines „neuen Alters“ (N = 2)

Diese fünf unterschiedlichen Repräsentationen seien nachfolgend in den Worten der Interviewpartner und -partnerinnen charakterisiert.

1. *Negative bzw. negativ verzerrte Repräsentationen von Alter* (N = 11)

Alter und alte Menschen werden in öffentlichen Diskursen (auch in den Medien) eher abgewertet, es fehlt nicht selten Respekt vor der Persönlichkeit und der Lebensleistung alter Menschen; die öffentlichen Diskurse sind vielfach weder altersfreundlich noch altersbezogen. Alter ist nur selten mit positiven Merkmalen, hingegen häufiger mit Ungewissheiten und Sorgen, wenn nicht sogar mit Ängsten verbunden. Alte Menschen werden nicht selten dargestellt als eher ängstlich, eher bequem, eher intolerant, manchmal auch als grantig, missmutig und gelangweilt; auch wird ihnen nicht selten das Interesse an zivilgesellschaftlichem Engagement (gesellschaftlicher Verantwortungsübernahme) abgesprochen. Alter ist alles, was man nicht möchte und wovor man Sorge oder Angst hat. Alter wird bevorzugt mit Gebrechlichkeit assoziiert; dabei bildet Gebrechlichkeit zudem nicht selten Grundlage für Stigmatisierung. Mutige und innovative Konzepte zur verbesserten medizinisch-pflegerischen Versorgung alter Menschen mit chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit sind eher selten; mutige Lösungen werden nicht mit entsprechender Neugier, nicht mit entsprechendem Engagement gesucht. Das heißt auch: Die Erfolge der Geriatrie, Rehabilitation und Aktivierung finden im öffentlichen Diskurs nicht den ihnen gebührenden Widerhall. Pflegeberufe und medizinische Berufe, deren Schwerpunkt „Alter“ bildet, sind noch nicht ausreichend anerkannt und entlohnt. Das Alter wird immer noch in Termini der gesellschaftlichen Belastung gedeutet (Belastungsdiskurs); es wird nicht selten von einer Überalterung unserer Gesellschaft gesprochen, womit auch eine Überforderung junger Menschen sowie die Gefährdung des Rentenversicherungssystems assoziiert werden. Es wird in Gesellschaft, Kultur und Politik noch zu wenig gefragt, wie Wissen, Erkenntnisse, Erfahrungen und Handlungsstrategien alter Menschen von unserer Gesellschaft genutzt werden können. In der Werbung kommen alte Menschen nicht vor – die Werbung scheint primär für jüngere Menschen gemacht –, und wenn, dann steht die Medikalisierung des Alters im Zentrum.

2. *Ambivalente, widersprüchliche, inkonsistente Repräsentationen von Alter* (N = 14)
Es werden positive wie negative Konnotationen des Alters erkannt; nicht selten stehen diese relativ unverbunden nebeneinander.

Positive Konnotationen: Alte Menschen führen ein aktives und engagiertes Leben, sie zeigen vielfach Zufriedenheit und Lebensfreude, sie werden auch in der Werbewirtschaft als aktive und engagierte Menschen angesprochen bzw. umworben. Die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit ist heute deutlich stärker ausgeprägt als vor 30 Jahren. Viele alte Menschen sind finanziell und sozial gesichert; Armut im Alter besitzt lange nicht mehr jenes Gewicht wie in der Vergangenheit. Alte Menschen besitzen größeren gestalterischen Einfluss in der Gesellschaft.

Negative Konnotationen: Es herrscht eine kritische gesellschaftliche Einstellung mit Blick auf die „Finanzierbarkeit“ des Alters (und demnach auch der sozialen Sicherungssysteme) vor. Hohes Alter wird mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit gleichgesetzt; auf den Pflegenotstand wird nicht mit überzeugenden Konzepten geantwortet. Alte Menschen erinnern an die eigene Verletzlichkeit und Endlichkeit. Die gesellschaftliche und politische Teilhabe alter Menschen ist nur gering ausgeprägt. In unserer Gesellschaft dominiert eine Nicht-Beschäftigung mit Fragen des Alters, alte Menschen werden mehr und mehr an den Rand der Gesellschaft gedrängt; diese Tendenz ist mitverantwortlich zu machen für Isolation und Einsamkeit. Junge Menschen haben Sorge oder Angst davor, wie sie selbst im Alter leben werden. Es findet sich nur geringer Respekt vor der Persönlichkeit und Lebensleistung alter Menschen. Alte Menschen werden in ihren Lebensstilen und Haltungen als „überkommen“ und „antiquiert“ dargestellt.

3. *Fehlende Thematisierung (Tabuisierung) von Alter* (N = 8)

Das Alter gilt vielfach als „Tabu“; man will dieses nicht ansprechen, jeder bzw. jede möchte fit und gesund bleiben und geht davon aus, dass dies auch der Fall sein wird; Menschen weigern sich, alt zu sein, vor allem als „alt“ wahrgenommen zu werden; man beschäftigt sich alleine mit medizinischen, hingegen nicht mit altersbezogenen Themen und sieht in der Gleichsetzung von Alter und Krankheit die Grundlage für die „medizinische“, vor allem für die „medikamentöse Behandelbarkeit“; eine individuelle Vorbereitung auf das eigene Alter findet nicht statt; ein vorausschauender Blick auf die wichtigsten altersbezogenen Themen (Gesundheit, Kompetenz, Wohnen, Teilhabe) unterbleibt. Es wird ein „gesellschaftlicher Druck“ wahrgenommen, für immer jung und fit zu sein (*forever young*); auch aus diesem Grund wirken Verletzlichkeit, Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit wie auch Pflegeheime wie eine „Bedrohung“.

4. *Ein Wandel zu positiven Akzentuierungen* (N = 7)

Die Einsicht in die Bedeutung alter Menschen für die Gesellschaft (Ressourcen für die Gesellschaft) wächst. Die Akzeptanz von Alter ist deutlich erhöht; dies zeigt sich zum Beispiel in der Förderung von intergenerationellen Projekten wie auch von Bewegungsparcours. Der Respekt vor dem Alter nimmt erkennbar zu, weil die Gesellschaft insgesamt älter wird und alte Menschen innerhalb wie auch außerhalb der Familie gebraucht werden; auch der Fachkräftemangel bildet ein wichtiges Motiv für die wachsende Anerkennung des Alters. Es wird ein rückläufiger Trend von Individualisierung hin zur stärkeren Gewichtung

von Gemeinschaft wahrgenommen. Zudem wird eine stärkere Gewichtung von Alltags-, Freizeit- und Netzwerkgestaltung wahrgenommen. Der „Jugendwahn“ wird heute lange nicht mehr in dem Maß wahrgenommen wie in der Vergangenheit. Es werden gesellschaftlich, kulturell und politisch innovative Projekte mit Blick auf die vermehrte Teilhabe alter Menschen sowohl in der Zivilgesellschaft als auch in der Arbeitswelt entwickelt. Mehrgenerationenzentren werden als gutes Beispiel für die veränderte gesellschaftliche Stellung alter Menschen angeführt. Alter wird heute nicht mehr (in dem Maß wie früher) mit Krankheit und Gebrechlichkeit gleichgesetzt; auch im Bereich der Pflege treten aktivierende sowie rehabilitative Modelle mehr und mehr ins Zentrum.

5. *Betonung eines „neuen Alters“* (N = 2)

Die alten Menschen von heute weisen im Allgemeinen eine deutlich höhere körperliche und kognitive Leistungsfähigkeit auf als die alten Menschen in der Vergangenheit; eigentlich lässt sich vor diesem Hintergrund auch die Aussage treffen, dass Menschen mit 65 Jahren nicht einfach als „alt“ bezeichnet werden können, denn dies würde der Leistungsfähigkeit und Vitalität dieser Menschen genauso widersprechen wie deren Selbstbild. Alte Menschen sind heute ein wichtiger Wirtschaftsfaktor; sie tragen erheblich zum Wirtschaftswachstum bei. Wir blicken heute auf ganz andere Möglichkeiten der Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit bzw. Selbstständigkeit, als dies früher der Fall gewesen ist.

XII.3.4 Wird eine Aufgabe darin gesehen, ein möglichst differenziertes Bild des Alters und des demografischen Wandels zu vermitteln; welche Strategien werden hier gewählt?

Bei der Beantwortung dieser Frage wird wieder auf die Gesamtstichprobe der leitenden Redakteurinnen und Redakteure (N = 50) Bezug genommen.

Es bestand unter allen Interviewpartnerinnen und -partnern Einigkeit darin, dass eine Aufgabe der Printmedien darin zu sehen sei, differenziert über Alter und demografischen Wandel zu berichten und auf diese Weise zu einem entsprechend differenzierten öffentlichen Diskurs beizutragen. Dieser Aspekt selbstattribuierter Aufgaben war in allen Interviews unstrittig.

Es war nun möglich, auf der Grundlage des Interview- und Fragebogenmaterials die Interviewpartner und -partnerinnen drei „dominanten Vorgehensweisen in der Vermittlung“ zuzuordnen, wobei diese Zuordnung nur als eine erste Näherung zu verstehen ist. Selbstverständlich gab es Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die nicht nur einer, sondern zwei oder drei Vorgehensweisen zuzuordnen waren; und doch zeigten die Interview- und Fragebogenergebnisse, dass bei fast allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern (N = 45) eine dominante Vorgehensweise erkennbar war; bei N = 5 Interviewpartnerinnen und -partnern waren zwei Vorgehensweisen in gleicher Stärke erkennbar.

Drei Vorgehensweisen wurden unterschieden: (a) eine faktenbasierte, (b) eine anthropologische (in dem Sinne, dass Alter(n) ein natürlicher Teil der *conditio humana* ist), (c) eine gesellschaftliche.

Nachfolgend sind jene Merkmale, die die Interviewpartnerinnen und -partner als „zentral“ für ihre Art der Vermittlung gewählt haben, den drei dominanten Vorgehensweisen zugeordnet. Bei den drei dominanten Vorgehensweisen ist jeweils die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer angegeben, die der jeweils genannten Vorgehensweise zugeordnet wurden.

(a) *Faktenbasiert* (N = 28):

- Realistisch, objektiv, empirisch zutreffend, ehrlich
- Keine festgelegte Vorstellung eines Bildes von Altern
- Keine Verharmlosungen, nicht schönredend
- Nicht schlechtredend
- Nicht meinungsbildend

(b) *Anthropologisch (Altern und Alter als Teil der conditio humana)* (N = 20):

- Ganze Bandbreite, vielfältig, facettenreich, komplex, ambivalent
- Ein umfassendes Bild der menschlichen Existenz zeichnen
- Altern als normalen Bestandteil des Lebens darstellen
- Auch ausgefallene Beispiele anführen
- Verständnisvoll
- Humorvolle Charakterisierung von Altern und Alter
- Konstruktive Charakterisierung, dabei Stärken aufzeigend

(c) *Gesellschaftliche Orientierung* (N = 7):

- Stark gesellschaftlich, politisch orientiert
- Nicht diskriminierend
- Spiegelbildlich der Gesellschaft
- Vorurteile entlarvend
- Nicht klischeehaft

XII.4 Schlussbetrachtung: Zum Rollenverständnis von Journalistinnen und Journalisten

Moderne Gesellschaften zeichnen sich durch einen kontinuierlich steigenden Informationsbedarf aus, den zu decken die Aufgabe vielfältiger Massenmedien ist. Damit verflochten tragen sie gleichzeitig zur öffentlichen Meinungsbildung bei. Eine tragende Rolle bei der Informationsaufbereitung und -vermittlung spielen Journalisten und Journalistinnen, die, je anspruchsvoller sie ihre Funktion wahrnehmen, desto mehr zwischen zwei Wissensformen changieren: Zwischen alltagsweltlich generierten

Wissensformen einerseits, in denen sich bestimmte Annahmen, Einstellungen und stereotype Denkweisen niederschlagen können, sowie wissenschaftlichen Wissensformen andererseits, die durch eigene Sprachen, Diskursstile und Geltungsansprüche charakterisiert sind. Ziel guter journalistischer Arbeit ist es, die Alltagswelt ihres Publikums, gestützt auf eigene Recherchen glaubwürdiger Informationsquellen, „transparenter, lesbarer und verstehbarer zu machen“. In dieser Weise nehmen sie eine für den explorativen Zuschnitt unserer Studie überdies sehr bedeutsame „Mittlerstellung“ ein.

Journalistinnen und Journalisten verstehen sich häufig als Informationsproduzenten. Als solche lassen sie sich in ihrer Themenwahl – redaktionell offene Entscheidungsspielräume vorausgesetzt – von bestimmten (verallgemeinerbaren) Interessen, Schwerpunktsetzungen, in gewissem Maße aber auch von persönlicher Betroffenheit leiten. Das übergeordnete Thema unserer Untersuchung: Altern, Alter und ältere Menschen, zu dessen differenzierter Einschätzung die von uns befragten Journalisten gebeten wurden, kann in ihren subjektiven Vorstellungsinhalten, assoziativen Verknüpfungen und Bewertungen durchaus abweichen von einem Relevanzsystem, das sich beispielsweise aus der Perspektive der Wissenschaft als Ergebnis diverser Forschungen herauskristallisiert. Denn in ihrer Arbeit sind Journalisten stets auch Teil jener Alltagswelt, aus deren Erfahrungszusammenhängen und Deutungen sich die Produktivität ihrer publizistischen Leistungen speist. Auch darf für ihre informatorische Arbeit unterstellt werden, dass sie sich in der Beschäftigung mit dem ihnen vorgegebenen thematischen Kontext gewissermaßen zunächst vielleicht vorbewusst, sodann in reflektierter Einstellung auch von einer höchst persönlichen, in ihrem bisherigen Leben sich herausbildenden „daseinsthematischen“ Struktur als eher unauffälligen, implizitem Relevanzsystem leiten lassen. Auch in der „Blütezeit“ des Lebens können Erfahrungen eigener Verletzlichkeit gemacht werden, werden zumindest im näheren Lebensumfeld Phänomene körperlichen und geistig-seelischen Alterns (unmittelbar) wahrgenommen worden sein. Solche Erfahrungen werden in vielen Fällen als Anlässe betrachtet, die eigene Lebensgeschichte hinsichtlich persönlich bedeutsamer Situationen zu rekapitulieren und darüber nachzudenken, welche persönlichen Anliegen, Bedürfnisse, Werte und Ziele möglicherweise nur von aktueller oder aber zeitlich überdauernder Natur für die eigene Lebensführung sind. Es ist diese in Prozessen der Selbstreflexion sich kristallisierende daseinsthematische Struktur, die vermutlich die Beschäftigung und auch die Art des Umgangs mit altersbezogenen Themen und Wissensbeständen beeinflussen wird. Jenseits dieser individuellen Ebene der Reflexion und Motivation fungieren Journalisten, wahrscheinlich mit bestimmten Brechungen, gleichzeitig aber auch als Repräsentanten kollektiver, in der Alltagswelt aufzufindender Vorstellungen, Meinungen, Stereotype und Bewertungssysteme, die je nach Lage der gesellschaftlichen Entwicklung und politischen Regulationen eine variable Gestalt aufweisen können.

Betrachtet man unter dieser Prämisse die in Kapitel XI (altersbezogene Themen in europäischen Tageszeitungen) und in diesem Kapitel herausgestellten Befunde, so

lassen sich interessante Spannungsverhältnisse erkennen. Dabei stellt sich die Frage, inwieweit unter den Medienvertretern die Gruppe der Journalisten aufgrund ihrer beruflichen Stellung, ihres beruflichen Auftrages und ihrer Arbeitsweise ein anderes Präferenzsystem hinsichtlich der Bedeutsamkeit und Dringlichkeit der publizistischen Beschäftigung mit unterschiedlichen thematischen Kontexten von Alter und Altern entwickelt als ihre Kollegen aus den Ressortleitungen, die in unserer Untersuchung ebenso befragt wurden und die sich in ihren Aufgaben thematisch erklärmaßen eher „vom Tagesgeschehen leiten“ lassen. Es wird deswegen in weiteren, allerdings medienwissenschaftlich ausgerichteten Untersuchungen der Frage nachzugehen sein, in welchem Maße persönliche Überzeugungen von leitenden Redakteurinnen und Redakteuren nicht nur ihre Themenwünsche, sondern auch das tatsächliche Themenspektrum ihrer Publikationsorgane bestimmen.

Auch in einer anderen Hinsicht werden wir mit Spannungsverhältnissen konfrontiert. Denn die in meinungsbildenden Printmedien Europas detektierten altersbezogenen Themen zeigen, gemessen an der Häufigkeit ihrer Behandlung, einen gewissen Nord-Süd-Gradienten, der mit unterschiedlichen kulturellen Traditionen etwa des familialen Zusammenlebens sowie mit unterschiedlich empfundenen intergenerationalen Verpflichtungen der Fürsorge zusammenzuhängen scheint, die ihrerseits wiederum auf unterschiedlich ausgeprägte innerfamiliale Verhältnisse der Erwerbsarbeit zurückgeführt werden können. Doch auch unabhängig von jener in Europa teilweise feststellbaren Nord-Süd-Differenz lassen sich gewisse Unterschiede im altersbezogenen Themenproporz im Ländervergleich auf differente wohlfahrtsstaatliche Versorgungssysteme zurückführen, die bedeutsamer zu sein scheinen als jeweils unterschiedliche gesellschaftliche, vor allem demografische Entwicklungslagen.

Wir haben es also in der Medienanalyse, verglichen mit den bei Journalistinnen und Journalisten erhobenen subjektiven Einschätzungen, Beurteilungen und Bewertungen, mit einem anderen Status der empirischen Repräsentation altersbezogener Themen zu tun. Lässt die Häufigkeit ihrer Nennung einen Schluss auf ihre Relevanz in jeweils nationalen Kontexten mit unterschiedlichen soziokulturellen Traditionen und wohlfahrtsstaatlichen Systemen zu, so erscheint es nicht weniger interessant, danach zu fragen, inwieweit die subjektive Einschätzung der Relevanz solcher Themen durch Medienvertreter von der Analyse ihrer Häufigkeit in den hier herangezogenen Printmedien abweicht. Ein solcher Vergleich konnte hier vor allem aus methodischen Gründen sehr unterschiedlicher Datensätze nicht vorgenommen werden. Er wird deswegen zukünftiger Forschung vorbehalten bleiben. Betrachtet man Medien, unabhängig von ihrer aufklärerischen Funktion, in einem gewissen Maße als Spiegel der häufig als „Sachverhalte“ verkleideten gesellschaftlichen Einstellungen und Haltungen (*mainstream*), so verweisen davon möglicherweise abweichende subjektive Relevanzzuschreibungen befragter Medienvertreter, die unserer Untersuchung zufolge – auch – als Seismograf und Sprachrohr alltagsweltlich gelagerter, häufig verdeckter und deswegen mit investigativen Methoden zu erkundenden Problemlagen

fungieren, auf Diskrepanzen, die als Hinweise auf politischen Handlungsbedarf gedeutet werden können. Die hier vorgestellten Studienergebnisse verstehen sich insofern auch als Empfehlung, solche Diskrepanzen zukünftig in einem interdisziplinären Zuschnitt wissenschaftlich zu untersuchen.

Literatur

Thiedecke, U. (2012). *Soziologie der Kommunikationsmedien. Medien – Formen – Erwartungen*. Wiesbaden: Springer VS.

Coda

Eine Aufgabe im Leben haben

Andreas Kruse, Eric Schmitt

Die Studien machen deutlich, dass trotz der zunehmenden körperlichen und kognitiven Verletzlichkeit im Alter bei vielen Menschen eine relativ stark ausgeprägte Resilienz und Adaptivität erkennbar ist, wodurch auch in belastenden Situationen die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung einer subjektiv tragfähigen Lebensperspektive, verbunden mit einer relativ hohen Lebenszufriedenheit, möglich wird. Zugleich legen die Untersuchungsergebnisse die Aussage nahe, dass Resilienz und Adaptivität an Grenzen stoßen, die durch gesundheitliche und soziale Verluste – vor allem durch eine Kumulation der Verluste – gezogen werden. Diese Grenzen werden vor allem dann offenbar, wenn alte Menschen unter ungünstigen, im Sinne von Benachteiligungen (oder von sozialer Ungleichheit) zu deutenden materiellen Bedingungen leben oder wenn sie (darüber hinaus) einsam sind und nur wenige Möglichkeiten sozialer Teilhabe erfahren. Gerade in solchen Fällen ergibt sich umfassender Interventionsbedarf, der sich nicht auf die medizinisch-therapeutisch-rehabilitative Intervention beschränkt, sondern auch die psychologisch-psychotherapeutische, die soziale und die rehabilitativ-pflegerische Intervention umfasst. Sittlich-normativ lassen sich die Interventionsanforderungen in der Weise rahmen, dass immer wieder deutlich gemacht wird, dass Menschen jeglichen Lebensalters einen grundlegenden Lebensqualitätsanspruch besitzen und somit im Hinblick auf die Verwirklichung ihrer Vorstellungen von Lebensqualität jene Unterstützung erfahren, die eine Gesellschaft zu leisten in der Lage ist. Dies gilt auch für jene Menschen, bei denen aufgrund einer Vielzahl an Erkrankungen Pflegebedürftigkeit vorliegt oder eine weiter fortgeschrittene Demenz besteht. Die gesellschaftlichen Diskurse zu den Rechten alter Menschen auf eine fachlich fundierte Unterstützung und Versorgung werden in Zukunft vermutlich weiter an Bedeutung gewinnen, wenn nämlich die Anzahl alter Menschen mit chronischen Erkrankungen (des Körpers, des Gehirnes) erkennbar zunehmen wird. Mit Blick auf diese Diskurse sind Forschungsergebnisse wichtig, die eine differenzierte Sicht auf die Lebenssituation und die Lebensbedingungen wie auch auf die Ressourcen und die Verletzlichkeit alter Menschen ermöglichen.

Die drei in dieser Monografie im Zentrum stehenden Studien verstehen sich, wie verschiedentlich dargelegt, *nicht* als repräsentative Studien. Es geht ihnen vielmehr um etwas anderes: Sie möchten vor allem Einblick geben in die *Lebensdeutung*, wie

diese von Menschen im achten, neunten und zehnten Lebensjahrzehnt vorgenommen wird. Dies ist der Grund, warum in den Studien die Methode des *biografischen Interviews* im Vordergrund stand: Denn wir sind davon ausgegangen, dass subjektives Erleben, subjektive Erfahrungen und persönliche Deutungen sehr gut durch ausführliche, auf die Gegenwart und Zukunft konzentrierte, zugleich biografische Rückgriffe ermöglichende und anregende Interviews erfasst werden können. Zudem wurden einige psychologische Messverfahren angewendet, mit deren Hilfe Aussagen zu Merkmalen getroffen werden sollten, die in einem Zusammenhang mit der Lebensdeutung, das heißt mit Erleben, Erfahrungen und Deutungen des Individuums stehen; zu nennen sind hier zum Beispiel jene der Lebenszufriedenheit, des Optimismus, des Kohärenzgefühls, der Depressivität, der subjektiven Wahrnehmung von Potenzialen und Barrieren eines mitverantwortlichen Lebens sowie von Entwicklungsgewinnen. Diese Merkmale, so lautete unsere Annahme, können Lebensdeutungen – wie sich diese vor allem in der daseinsthematischen Struktur eines Individuums widerspiegeln – beeinflussen, wie sie umgekehrt von diesen beeinflusst sind.

Die *Lebensdeutung* alter Menschen haben wir in den theoretischen Kontext der *Daseinsthemen*¹ eingeordnet, die unterteilt werden können in aktuelle, temporäre (also längere Zeiträume überdauernde) und chronifizierte (also über weitere Phasen des Lebenslaufes bestehende) Anliegen, Erwartungen, Hoffnungen und Sorgen des Individuums. In ihnen spiegelt sich die Art und Weise wider, wie die Person die gegebene Lebenssituation deutet und wie sie diese stimmig zu machen versucht. Das Konstrukt der Daseinsthemen haben wir dabei in dreifacher Hinsicht erweitert: zum einen durch das Konstrukt der *Lebensstrukturen*,² also jener Lebensbereiche, in die das Individuum psychische Energie investiert; im Kontext der „Berliner Altersstudie“ hat sich vor allem Ursula Staudinger mit dem *Lebensinvestment* befasst und dabei die einzelnen Lebensbereiche – entsprechend ihrer relativen Gewichtung im Erleben der Person – in eine Rangordnung gebracht, wie auch wir dies getan haben.³ Eine weitere Erweiterung bildete das Konstrukt der *Lebensbewertung*, das von M. Powell Lawton in die psychologische Analyse des hohen Lebensalters eingeführt wurde:⁴ Inwieweit ist die Person in positiver Hinsicht an einzelne Lebensbereiche *gebunden*, und inwieweit spiegelt sich dieses Gebunden-Sein in ihrer Lebensbewertung wider? Die Nähe zu existenzpsychologischen Arbeiten von Viktor Frankl⁵ ist hier unübersehbar und wurde von uns ausdrücklich mitgedacht. Eine dritte Erweiterung erfuhr das Konstrukt der Daseinsthemen durch die Konstrukte der *Lebenserfahrung* und des *Lebenssinns*:⁶ Die in der Biografie gewonnenen Lebenserfahrungen stellen einen Deutungskontext

1 Thomae (1966, 1968, 1996); Jüttemann (2007)

2 Levinson (1986)

3 Staudinger (1996)

4 Lawton et al. (1999)

5 Frankl (1972/2005)

6 Staudinger (2005)

dar, in den aktuelle Erlebnisse und Erfahrungen integriert werden; zugleich kann die Lebenserfahrung der Person als wichtige Hilfe beim Umgang mit (neuartigen) Anforderungen und Herausforderungen dienen.⁷ Ganz ähnlich hatte auch Hans Thomae argumentiert, als er die Bewältigungsversuche (Daseinstechniken) der Person vor dem Hintergrund ihrer daseinsthematischen Strukturen deutete und diese Deutung als einen Ausgangspunkt entwicklungspsychologischer Analysen in der „Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie“ wählte.⁸ Zu nennen ist hier auch die Analyse von möglichen Reifungsschritten in der Bewältigung von schweren und schwersten Belastungen, in denen dieser Bewältigungsprozess (Daseinstechniken) im Kontext von Daseinsthemen betrachtet wurde.⁹

Es ließ sich in den drei Studien aufzeigen, wie differenziert jene alten Menschen, die interviewt wurden (insgesamt N = 1.055 Personen), auf ihre Lebenssituation im Alter blicken, wobei die thematische Akzentsetzung wie auch die emotionale Tönung der Lebensdeutungen zum Teil sehr verschiedenartig ausfallen. Was uns in der „Generali Hochaltrigenstudie“ sowie in der Studie „Kreativ Leben im Alter“ besonders auffiel, war die bei vielen alten Menschen erkennbare *produktive Sorge* – wobei wir den Begriff der Sorge nicht im Sinne von Schwermut oder Niedergeschlagenheit, sondern vielmehr im Sinne der Bindung an andere Menschen verstanden haben: „Ich Sorge mich um einen anderen Menschen, ich Sorge für diesen.“ Hier übrigens erhielten wir viele Impulse durch das philosophische Werk von Immanuel Lévinas.¹⁰ Diese Sorge um oder für einen anderen Menschen musste keine „quantitativ große“ sein, sie konnte auch eine eher „symbolisch gemeinte“ sein. Entscheidend für die Feststellung, dass sich im Erleben alter Menschen ein *Sorgemotiv* zeigt, das sich zudem in bestimmten *Sorgeformen* ausdrückt, war die Tatsache, dass diese in den Interviews spontan und wiederholt darauf zu sprechen kamen, was sie für andere Menschen tun bzw. tun wollten und warum dies der Fall sei. Die spontan berichtete, intensive Auseinandersetzung mit dem Schicksal eines anderen – vielfach: nahestehenden – Menschen bildete für uns einen bedeutenden Indikator des *Sorgemotivs* bzw. der *Sorge* als bedeutendes Daseinsthema. In der Studie „Altern in Balance“ trat die Vielfalt der Daseinsthemen, die ein- und derselbe Mensch berichten kann, noch deutlicher ins Zentrum. Dabei mischte sich die Gebundenheit an das Leben (ganz im Sinne von M. Powell Lawton) mit Lebenssinn (im Sinne von Stimmigkeit) und (Weitergabe von) Lebenserfahrung. Speziell in der Weitergabe von reflektierter Lebenserfahrung erkannten alte Menschen eine für sie wichtige Ausdrucksform der Generativität – wenn nicht sogar der symbolischen Immortalität –, die sich zu einer kosmischen oder Transzendenzerfahrung erweitern konnte.¹¹ Zugleich wurden in den daseinsthematischen

7 Staudinger (2019)

8 Lehr & Thomae (1987); Rudinger & Thomae (1990)

9 Fooker (2009); Kruse (2017)

10 Lévinas (1991)

11 Erikson & Erikson (1998); Tornstam (2005)

Analysen Befürchtungen und Sorgen, wenn nicht sogar hochbelastende Grenzerfahrungen offenbar: Sensorische oder kognitive Einbußen, chronische Erkrankungen, der Verlust nahestehender Menschen, schließlich die Aufgabe der eigenen Wohnung bildeten Erfahrungen, die sich deutlich in der daseinsthematischen Struktur der Person niederschlugen und die auch mit Blick auf die Gesamtgruppe großes Gewicht besaßen.

Besondere Bedeutung kam dabei dem Schmerzerleben des Individuums zu, welches wir in der Studie „Altern in Balance“ einer ausführlichen Analyse unterzogen. Dabei stießen wir auf einen für uns überraschenden Befund: Für die von uns untersuchten psychologischen Parameter war weniger das Faktum entscheidend, welche Schmerzintensität – eingestuft mit der Visuellen Analogskala (VAS) – die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer empfanden. Vielmehr war entscheidend, ob „Schmerz“ ein Daseinsthema, das heißt ein im Interview spontan und wiederholt geäußertes Anliegen bildete oder nicht. Dabei wies der Ausprägungsgrad des Daseinsthemas „Schmerz“ nur geringe Zusammenhänge mit der Schmerzintensität auf. Es ist also nach den Befunden in der Studie „Altern in Balance“ durchaus möglich, dass alte Menschen eine hohe Schmerzintensität empfinden, dass „Schmerz“ aber kein bedeutendes Daseinsthema bildet. Es ist genauso möglich, dass die Schmerzintensität im mittleren Bereich liegt, „Schmerz“ jedoch ein subjektiv bedeutendes Daseinsthema darstellt. Hier lassen sich durchaus vorsichtige Folgerungen im Hinblick auf die „psychologische Bedeutung“ von Schmerz anstellen: Drückt sich in dem Daseinsthema „Schmerz“ möglicherweise *mehr* aus als nur der körperliche Schmerz? Kommt hier vielleicht auch der seelische oder existenzielle Schmerz (nach dem Verlust eines nahestehenden Menschen, in der Konfrontation mit dem Lebensende, als Folge eines eher negativ bilanzierten Lebensrückblickes) zum Ausdruck?

Wir haben in der Studie „Altern in Balance“ versucht, mit Blick auf jene Daseinsthemen, die in besonderer Weise die *Lebensbewertung* und *Lebensbindung* der Person verkörpern, eine Unterteilung der Gesamtgruppe in Untergruppen vorzunehmen und dabei die Frage zu beantworten, inwieweit soziodemografische Merkmale sowie das Merkmal „Schmerz“ Einfluss auf die Zugehörigkeit zu einer spezifischen Untergruppe aufweisen. Wir konnten zum Beispiel auf statistischem Wege zwischen drei Untergruppen differenzieren, von denen (a) eine von einer *eher positiven Einstellung* zum eigenen Alter, verbunden mit einer positiven Bindung an verschiedene Lebensbereiche, verbunden auch mit der Überzeugung, eine Aufgabe im Leben zu haben, bestimmt war, (b) eine weitere eine *eher neutrale* und (c) eine dritte eine *negative Einstellung* zum eigenen Alter aufwies, wobei letztere durch eine Vielzahl an erlebten oder aber antizipierten bzw. befürchteten Verlusten charakterisiert war. Es ließ sich nun zeigen, dass jene Personen, bei denen eine positive Einstellung vorherrschte, mit höherer Wahrscheinlichkeit auf eine eher günstige sozioökonomische Situation blickten, seltener einen höheren Pflegegrad aufwiesen und „Schmerz“ eher als Daseinsthema von geringerer persönlicher Bedeutung zeigten. Diese vorsichtig zu interpretierenden Befunde machen deutlich: Die Lebensdeutung steht in einem

engen Zusammenhang mit den objektiv gegebenen Lebensbedingungen; zudem ist sie von einem Merkmal mitbeeinflusst (erlebte Schmerzintensität), in dem sich zahlreiche Aspekte des Lebens – positive vs. negative – zu *verdichten* scheinen.

Die große Bedeutung, die in der „Generali Hochaltrigenstudie“ der Sorge für andere Menschen und der Sorge um andere Menschen zukam, hat uns dazu motiviert, in der Studie „Altern in Balance“ die Frage zu adressieren, inwieweit im Alter *aktive* Formen der sozialen Teilhabe erkennbar sind, in denen der Wunsch nach einem mitverantwortlichen Leben bzw. nach Engagement für andere zum Ausdruck kommt. Diese Frage bildete einen Grund für die Entscheidung, zusätzlich Besucherinnen und Besucher von Bürgerzentren (N = 200 Personen) zu interviewen und in diesen Interviews die Gestaltung der sozialen Beziehungen zu thematisieren. Es war deutlich erkennbar, dass Bürgerzentren in vielen Fällen erheblich dazu beitragen, das Gefühl der Integration und Teilhabe zu stärken; aus diesem Grunde lassen sich diese auch als Gelegenheitsstrukturen für die Verwirklichung des zentralen Bedürfnisses nach Angenommen-Sein sowie nach Mitgestaltung sozialer Beziehungen deuten. Dabei fiel auf, dass nicht wenige alte Menschen (Frauen mehr als Männer) in den Bürgerzentren die Möglichkeit sehen, etwas für andere Menschen zu tun, Sorge für und Sorge um andere Menschen zu praktizieren – was für eine mitverantwortliche Lebensgestaltung im Alter spricht, die sich einem inneren Bedürfnis und nicht äußerem Druck verdankt; dies wird auch in der Studie „Kreativ leben im Alter“ sehr deutlich. An vielen Stellen der vorliegenden Monografie wurde aufgezeigt, als wie bedeutsam viele alte Menschen die *Reziprozität* erlebter und praktizierter Sorge erachten, welche Bedeutung diese für Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden und Lebensbindung besitzt. Diese zeigt sich in den Daseinsthemen „eine Aufgabe im Leben haben“ und „von anderen Menschen gebraucht werden“ sowie in deren Zusammenhängen mit verschiedenen Merkmalen psychischer Befindlichkeit. Diese Reziprozität bildet auch einen bedeutenden Aspekt sozioemotionaler Selektivität. Dabei wird hervorgehoben,¹² dass sich die Beziehungen im hohen Alter auf einen kleineren Kreis von Menschen konzentrieren, mit denen der Austausch von positiven Gefühlen möglich ist; hier ist vielleicht zu ergänzen: positiven Gefühlen, wie diese in reziproken Sorgebeziehungen gelebt werden können.

Ein Daseinsthema, dem besonderes Gewicht für die positive emotionale Befindlichkeit – in einem weiteren Sinne: für die psychische Widerstandsfähigkeit – beizumessen ist, bildet die Überzeugung, eine *Aufgabe im Leben zu haben*. Man könnte zunächst in der Begrifflichkeit der Existenzanalyse Viktor Frankls¹³ konstatieren, dass sich Sinn oder Stimmigkeit in dem Maße einstellen, in dem das eigene Leben in den Dienst von etwas gestellt wird, was es nicht selbst ist, was außerhalb seiner Selbst liegt. Zu nennen wäre hier der Dienst an anderen Menschen, der Dienst an der Schöpfung bzw. an der Welt. Nicht selten wird der Aufgabencharakter des Lebens

12 Carstensen & Lang (2007)

13 Frankl (1972/2005)

genau in dieser Weise von alten Menschen gedeutet. Aber nicht nur. Eine Aufgabe im Leben zu haben, kann im Selbstverständnis der Person auch bedeuten: Ich versuche, meine Selbstständigkeit möglichst weit zu erhalten, versuche, den Empfehlungen der Ärztin bzw. des Arztes zu folgen, oder versuche, mein Interessenspektrum aufrechtzuerhalten, weil ich weiß, dass dies meinem seelischen Befinden guttut. Die Analyse und Deutung von Selbstständigkeit in ihren vielfältigen (nicht nur rein funktionalen) Aspekten ergab unter anderem, dass Selbstständigkeit subjektiv auch als Form erfolgreichen Alterns wahrgenommen wird:¹⁴ als ein Erfolg insofern, als sich diese auch den kontinuierlich gezeigten Bemühungen um Aufrechterhaltung von Mobilität sowie von körperlicher und kognitiver Leistungsfähigkeit verdankt.¹⁵ Und diese Bemühungen können subjektiv durchaus im Sinne des Aufgabencharakters des Lebens interpretiert werden. Eine ganz ähnliche Bedeutung wie jene des Aufgabencharakters des Lebens besitzt die subjektive Überzeugung, *von anderen Menschen gebraucht* zu werden.¹⁶ Es handelt sich dabei um ein Merkmal, das schon in sehr frühen gerontologischen Veröffentlichungen als bedeutsam für Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter gedeutet wurde und zudem in vielen Untersuchungen aus den vergangenen Jahren als eine zentrale Variable identifiziert wurde. Aber der Wunsch oder die Bereitschaft alter Menschen, ihre seelisch-geistigen Kräfte speziell in den Dienst junger Menschen zu stellen, muss bei diesen auch *entsprechende Resonanz* finden;¹⁷ Generativität ist nicht allein an die Bereitschaft alter Menschen gebunden, mit Blick auf junge Menschen mitverantwortlich zu handeln; sie ist auch an die Bereitschaft junger Menschen gebunden, das mitverantwortliche Handeln alter Menschen als solches zu erkennen, anzuerkennen und zu nutzen. Eben dazu sind im öffentlichen Raum *Gelegenheitsstrukturen* zu schaffen, wie zum Beispiel Bürgerzentren. Die von uns besuchten Bürgerzentren sowie die in diesen durchgeführten Interviews haben uns in dem Eindruck bestärkt, derartige Gelegenheitsstrukturen auch für alte Menschen zu schaffen, wo doch die Generativität im hohen Alter nicht zurückgeht, sondern erhalten bleibt oder – als Ausdruck von symbolischer Immortalität – sogar noch an Intensität gewinnt; dies durchaus auch im Sinne einer *memento mori*-Struktur, wie sich diese mit wachsender Nähe zum Tod zeigt.¹⁸

Die mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgungssystems geführten Interviews wiesen uns auf die Notwendigkeit hin, auch im Falle gravierender gesundheitlicher (körperlicher und kognitiver) sowie sozialer Verluste – die im hohen Alter vielfach Grenzsituationen im eigentlichen Sinne des Wortes bilden – nicht die Veränderungs- und

14 Baltes (1996)

15 Reich et al. (2020); Teater & Chonody (2020); Wahl (2020)

16 Burgess (1950); Browning (1975); Kruse & Schmitt (2012); Le Penne (2017); Schmitt et al. (2015); Stewart et al. (1988)

17 Erikson & Erikson (1998); McAdams & St. Aubin (1992); Kruse (2017); Kruse et al. (2014); Ehret (2016)

18 Kruse (2021a)

Entwicklungspotenziale zu unterschätzen, wie diese im Falle von Rehabilitation, rehabilitativer Pflege, Psychotherapie und psychologischer Beratung sichtbar werden.¹⁹ Deutlich erhöhte körperliche, kognitive und emotionale Vulnerabilität schließt auch die Existenz schöpferischer Kräfte nicht aus, wie sich diese in der (inneren) Verarbeitung und (äußeren) Bewältigung der Vulnerabilität zeigen. Mit anderen Worten: Die Aussagen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind kongruent mit der in der gerontologischen Forschung akzentuierten Gleichzeitigkeit von Vulnerabilität und Reife.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kommunalpolitischer und administrativer Institutionen wie auch von Verbänden, Vereinen und Kirchen hoben gleichfalls die Notwendigkeit hervor, das höhere und hohe Alter nicht nur aus der Sicht eines *modus deficiens* – wie wir dies nennen würden –, sondern auch aus der Perspektive von *Potenzialen* – wie wir dies nennen würden – zu betrachten. Sie führten in den Fokusgruppen und in den Konsensgruppengesprächen viele Beispiele dafür an, dass Menschen im hohen Alter nach und nach mit körperlichen und kognitiven Verlusten konfrontiert sind – und zwar von Individuum zu Individuum in verschiedenartigem Maße und mit unterschiedlicher Geschwindigkeit –, dass aber angesichts der Verluste die gesellschaftliche Mitverantwortung nicht abnimmt, sondern – im Gegenteil – zunimmt: Gelegenheitsstrukturen zur Umsetzung der Potenziale sollten nicht nur im sozialkulturellen Bereich, sondern auch im medizinisch-rehabilitativen wie auch im pflegerischen und psychosozialen Bereich vorgehalten und weiterentwickelt werden.

Damit stehen wir wieder im Zentrum jenes Konstrukts, das uns schon im Vorwort beschäftigt hat: *Selbstaktualisierung*. Diese zeigt sich in körperlichen und kognitiven Veränderungsschritten ebenso wie in der inneren Verarbeitung von Grenzsituationen, schließlich in den Sorgebeziehungen zu anderen Menschen. Dieses Potenzial zur Selbstaktualisierung zu erkennen und dessen Umsetzung zu fördern, ist eine bedeutende Aufgabe einer altersfreundlichen Kultur.

Doch wurde in der vorliegenden Monografie auch die Frage gestellt, ob sich eine derartige altersfreundliche Kultur bereits ausgebildet hat oder sich wenigstens auszubilden beginnt. Die hier getroffenen empirischen Aussagen zu diesem Thema gründen auf Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern von Zeitungen und Zeitschriften wie auch auf einer Analyse europäischer Tageszeitungen. Weiterhin wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgungssystems wie auch aus Kommunen, Verbänden und Vereinen interviewt.

Diese Analysen legen die Annahme nahe, dass wir auf dem Weg zu einer altersfreundlichen Kultur erste Etappen zurückgelegt, diesen Weg aber bei Weitem nicht in Gänze beschrritten haben. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Versorgungssystems beklagen, dass Alter immer noch primär im Sinne eines *modus deficiens* gedeutet wird, sodass sich auch rehabilitative und aktivierende Maßnahmen, die

19 Cooper et al. (2019); Hank et al. (2019); Pantel et al. (2014)

auf eine Förderung oder Wiederherstellung von körperlicher, kognitiver, alltagspraktischer und sozialkommunikativer Kompetenz (bzw. auf die Umsetzung entsprechender Ressourcen) zielen, immer noch nicht durchsetzen konnten: Gegenüber einer eher „klassisch“ konzipierten Versorgung, Betreuung und Pflege (die nicht mit modernen Rehabilitations- und Pflegekonzepten verwechselt werden darf, wie sich diese in der Wissenschaft schon lange durchgesetzt haben) befinden sich diese – was Anwendung und Durchsetzungsgrad anbelangt – im Nachteil. Auch im Hinblick auf eine umfassende und differenzierte geriatrische Diagnostik, Therapie und Rehabilitation finden sich bei Kostenträgern ebenso wie in einzelnen (aber einflussreichen) medizinischen Fachgesellschaften gewisse Vorbehalte: Statt Förderung von Altersmedizin in ihrer Eigenständigkeit als medizinische Fachdisziplin findet man nicht selten die Annahme, dass das dort gelehrt und zur Anwendung gelangende Wissen problemlos von anderen (Grund-)Disziplinen vermittelt werden könne. Eine psychotherapeutische und psychosomatische Diagnostik und Behandlung alter Menschen bildet bis heute eher die Ausnahme, obwohl das Freud'sche Diktum der mangelnden Plastizität ab dem fünften, sechsten Lebensjahrzehnt und die auch auf dieses Diktum zurückgehende Vorenthaltung psychotherapeutischer Versorgung im Alter schon seit vielen Jahren in ihrem empirischen Fundament als widerlegt gelten – selbst Freud hatte hervorgehoben, dass die Aussage, Menschen verfügten ab dem mittleren, vor allem aber mit Erreichen des hohen Erwachsenenalters nicht mehr über die für eine psychoanalytische Therapie notwendige seelische Plastizität, in dieser Verallgemeinerung nicht korrekt sei. Er sprach ausdrücklich von der Begabung (im Sinne einer stärker ausgeprägten Plastizität) nicht weniger Menschen zum erfolgreichen Durchlaufen einer psychoanalytischen Therapie auch im mittleren und hohen Erwachsenenalter: Entscheidend dafür sei die faktische psychische Plastizität, über die die Person verfüge und die ihr auch bewusst sei.

Die Skepsis, die wir bei Vertreterinnen und Vertretern des medizinischen, pflegerischen und psychosozial-psychotherapeutischen Versorgungssystems mit Blick auf eine ausreichend fundierte und differenzierte Versorgung alter Menschen erkennen konnten – verbunden mit der Klage darüber, dass sich eine altersfreundliche Kultur *in praxi* noch nicht wirklich habe durchsetzen können –, begegnete uns auch in Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern von Medien; sie bestätigte sich schließlich auch in der vergleichenden Analyse europäischer Tageszeitungen. Die von uns ins Zentrum gerückte Fähigkeit alter Menschen zur Selbst- und Weltgestaltung und zur Verwirklichung schöpferischer Kräfte (sowohl im Hinblick auf die Persönlichkeitsgestaltung als auch im Hinblick auf Kreativität im Prozess der Erzeugung von Dingen und Ideen) wird in der medialen Darstellung von Alter nach wie vor zu wenig berücksichtigt. Die Bereitschaft alter Menschen, sich für unser Gemeinwohl unentgeltlich zu engagieren (im Sinne des bürgerschaftlichen Engagements), findet in zahlreichen Institutionen, die bürgerschaftliches Engagement vermitteln, noch immer viel zu geringe Resonanz.

*Und dieses Einst, wovon wir träumen,
es ist noch nirgends, als in unserm Geist –
wir sind dies Einst, uns selbst vorausgereist
im Geist, und winken uns von seinen Säumen,
wie wer sich selber winkt*
Christian Morgenstern (1871–1914)

In diesem von Christian Morgenstern verfassten Epigramm drückt sich eine Herausforderung aus, die als charakteristisch für unsere Gesellschaft angesehen werden kann: Denn diese steht vor der Herausforderung, eine tiefgreifend veränderte Sicht des Alters zu entwickeln, die ausdrücklich auch auf die seelisch-geistigen Kräfte in dieser Lebensphase Bezug nimmt und darstellt, in welcher Weise unsere Gesellschaft von der Nutzung dieser Kräfte profitieren könnte; hier sei noch einmal an die wichtigsten Aussagen der Studie „Kreativ leben im Alter“ erinnert. Wie in dieser Monografie deutlich gemacht wurde, sind die seelisch-geistigen Kräfte bei vielen alten Menschen beträchtlich – unter der Voraussetzung, dass sie unter Bedingungen aufgewachsen sind und auch im Alter leben, unter denen sich derartige seelisch-geistige Kräfte ausbilden und immer weiter verfeinern konnten. Im Gegensatz zu der in diesem Epigramm erhobenen Forderung stehen auch heute noch eher Verluste, Defizite und Belastungen akzentuierende kollektive Repräsentationen des Alters im Vordergrund öffentlicher Diskurse. Diese engen – indem sie offene oder verborgene Altersgrenzen verstetigen und fördern – nicht nur die Zukunftsperspektiven alter Menschen ein, sie tragen auch dazu bei, dass die potenziellen Kräfte des Alters gesellschaftlich nicht wirklich genutzt werden: Dies kann sich gerade eine alternde Gesellschaft nicht leisten. Ein Beispiel für derartige kollektive Repräsentationen bildete die von vielen politischen Entscheidungsträgern getroffene Aussage, in der Phase der Corona-Pandemie alte Menschen in besonderer Weise zu schützen, sprich: zu isolieren. Auch wenn der Schutz der Gesundheit ein hohes Gut darstellt (dies ist ja selbstverständlich und bleibt unwidersprochen), so konnte und kann es nicht angehen, alte Menschen pauschal als eine *Risikogruppe* zu klassifizieren und dabei in keinerlei Weise auf die ausgeprägte Heterogenität des Alters Rücksicht zu nehmen: Letzten Endes ist dies ein *Akt der Demütigung*.²⁰

Eine veränderte Sicht des Alters ist also notwendig, damit sich die in diesem Buch aufgezeigten Potenziale und Ressourcen im Alter in deutlich stärkerem Maße *tatsächlich verwirklichen* können. Zu dieser veränderten Sicht gehören ein differenziertes Menschenbild und ein umfassendes Verständnis der Person. Damit ist zunächst gemeint, dass der Alternsprozess nicht auf das körperliche Altern reduziert wird, sondern dass ausdrücklich auch dessen seelisch-geistige Dimension wahrgenommen und geachtet wird, wobei sich in dieser Dimension Entwicklungsmöglichkeiten bis in das hohe Alter ergeben. Damit ist weiterhin gemeint, dass die Verletzlichkeit und

20 Margalit (2012)

Endlichkeit des Lebens größere Akzeptanz in unserer Gesellschaft finden und überzeugende Formen des kulturellen Umgangs mit den Grenzen des Lebens entwickelt werden.

Im Falle der Entwicklung solcher überzeugenden Formen kann mehr und mehr Realität werden, was von Paul Celan in einem seiner Verse (die 1970 in seinem Nachlass gefunden wurden) wie folgt umschrieben wurde:

*Ich lotse dich hinter die Welt
Da bist du bei dir –
Unbeirrbar, heiter
Vermessen die Stare den Tod.
Das Schilf winkt dem Stein ab –
Du hast genug für heute Abend.
Paul Celan (1920–1970)*

*

Die in diesem Buch referierten und diskutierten Studien wurden zu einer Zeit durchgeführt, in der an die Corona-Pandemie nicht im Entferntesten gedacht wurde. Mit der Pandemie hat sich die innere und äußere Situation vieler alter Menschen deutlich verändert. Zum einen waren – und sind – sie mit dem Risiko einer Infektion konfrontiert, die vor allem bei hochbetagten Menschen zu schweren, wenn nicht sogar letalen Verläufen führen kann²¹. Zum anderen mussten sie sich mit der im öffentlichen Raum immer wieder vorgetragene Empfehlung auseinandersetzen, sich vermehrt zurückzuziehen und in Selbstisolation zu begeben, um sich und junge Menschen vor einer Infektion zu schützen. Bei dieser Empfehlung blieb es, während dringend benötigte soziale und kulturelle Angebote, mit denen die Folgen der Selbstisolation hätten kompensiert werden müssen, ausblieben²². Zum dritten waren gerade alte Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen von gravierenden Einbußen der Lebensqualität, der Integration und der Teilhabe betroffen²³. Viele Menschen in diesen Einrichtungen blieben Wochen oder Monate ohne Kontakte zu nahestehenden Menschen, die Beziehungen zu Familienangehörigen waren unterbrochen, nicht wenige starben in völliger Isolation und Einsamkeit²⁴. Der Deutsche Ethikrat hat in

21 Heras et al. (2021); Jordan & Adab (2020); Mueller et al. (2020)

22 Bolt et al. (2021); Burlacu et al. (2021); Plagg et al. (2020)

23 Anderson et al. (2020); Veiga-Seijo et al. (2021)

24 Brooke & Jackson (2020); Hwang et al. (2020)

einer im Dezember 2020 herausgegebenen Ad-hoc-Stellungnahme zum Thema „Mindestmaß an sozialen Kontakten in der Langzeitpflege während der Covid-19-Pandemie“ auf die Notwendigkeit hingewiesen, dass Pflegeheime *umfassend* und *nachhaltig* darin unterstützt werden müssten, Schutz für die Bewohnerinnen und Bewohner zu bieten, ohne diese in ihren Freiheiten (zu stark) einzuengen. Zudem sei es gerade bei sterbenden Bewohnerinnen und Bewohnern unerlässlich, so der Deutsche Ethikrat, den Kontakt zu nahestehenden Menschen sicherzustellen. Schließlich sei ein breites Spektrum an stimulierenden, unterstützenden und begleitenden Angeboten zu unterbreiten.

Vor dem Hintergrund der mit der Corona-Pandemie verbundenen Zäsur stellt sich natürlich die Frage, ob die in diesem Buch berichteten Ergebnisse überhaupt noch Aktualität beanspruchen dürfen. Hat sich nicht, so könnte kritisch angefragt werden, durch ebendiese Zäsur die innere und äußere Situation alter Menschen in einem Maße verändert, dass auch die psychologische Analyse zwischen einem „Vorher“ und „Nachher“ unterscheiden müsste? Wir sind der Ansicht, dass bei der psychologischen Betrachtung des Alters nicht von der Pandemie abstrahiert werden kann. Diese flößte vielen alten Menschen – vor allem jenen in stationären Einrichtungen – Angst ein. Dies zeigen uns auch Erfahrungen aus Interviews, die wir in aktuell laufenden Studien des Instituts für Gerontologie geführt haben bzw. führen und in denen wir – unabhängig von der forschungsleitenden Fragestellung – vereinzelt ergänzende Fragen nach der Deutung der Pandemie wie auch nach der Bewältigung der Pandemiefolgen gestellt haben bzw. stellen. Es wäre aber einseitig, würde man die in der gerontologischen Forschung vor Auftreten der Pandemie gewonnenen Befunde relativieren. Denn, um das zentrale Konstrukt unserer Forschung anzuführen: Die in der Biografie ausgebildeten *Daseinsthemen* wurden und werden durch die Pandemie ja nicht „aufgehoben“; vielmehr kann davon ausgegangen werden, dass diese Daseinsthemen einen bedeutenden Teil des Erlebens- und Deutungshintergrundes der persönlichen Pandemie-Folgen bilden. Oder um ein anderes zentrales Konstrukt, nämlich jenes der *Lebensbindung* und *Lebensbewertung* zu nennen: Unter der Bedingung, dass auch in Zeiten der Pandemie zentrale Kriterien eines (aus der Perspektive des Individuums) „guten“ Lebens verwirklicht werden konnten, bestehen Lebensbindung und positive Lebensbewertung fort. An diesem Beispiel allerdings wird auch deutlich: Sind diese Kriterien *nicht* erfüllt, so gehen Lebensbindung und positive Lebensbewertung erkennbar zurück, was erhebliche Konsequenzen nicht nur für die psychische, sondern auch für die körperliche Gesundheit hat. Es stellt sich dann die anspruchsvolle seelisch-geistige Aufgabe, nach Rückgang des Infektionsrisikos und nach Rücknahme der Schutzmaßnahmen die persönliche Lebenssituation innerlich wie äußerlich so zu gestalten, dass die Kriterien eines guten Lebens (in Teilen) wieder erfüllt sind. Damit ist eine seelisch-geistige Anpassungs- und Gestaltungsaufgabe angesprochen, und die in diesem Buch vorgestellten Befunde können unseres Erachtens zu einem tieferen Verständnis jener inneren und äußeren Bedingungen beitragen, die Anpassung und Gestaltung beeinflussen.

An dieser Stelle sei auf aktuelle Studien hingewiesen, in denen neben der deutlich erhöhten Verletzlichkeit alter Menschen in der Pandemie deren psychische Widerstandsfähigkeit (Resilienz) nachgewiesen wurde. Das Korpus der Befunde rechtfertigt die Aussage, dass es vielen alten Menschen gelungen ist, mit den durch die Pandemie bedingten Krisen seelisch-geistig so gut umzugehen, dass die vormals positive Lebensperspektive aufrechterhalten oder wiederhergestellt werden konnte²⁵. Die im vorliegenden Buch berichteten Studien spiegeln eine Vielfalt von Lebensbindungen und positiv bewerteten Lebensbereichen wider, die – so unsere Annahme – alten Menschen durchaus geholfen haben könnten, die Pandemie innerlich wie äußerlich gut zu überstehen.

Allerdings sprechen die aktuellen Studien zu den psychischen Folgen der Corona-Pandemie für eine nicht kleine Anzahl alter Menschen, die in der Pandemie mit Lebensbedingungen konfrontiert waren, die Lebensbindungen geradezu infrage stellten und die die vormals positiv bewerteten Lebensbereiche immer mehr verdunkelten²⁶. Zu nennen sind hier vor allem Folgen der anhaltenden Isolation, aus der vermehrt Gefühle der Einsamkeit hervorgegangen sind. Wenn man bedenkt, wie groß auch den hier berichteten Studien zufolge die Bedeutung der sozialen Integration und Teilhabe, vor allem der Überzeugung, eine Aufgabe im Leben zu haben und von anderen Menschen gebraucht zu werden, für die Lebenszufriedenheit und das Sinn- oder Stimmigkeitserleben alter Menschen ist, dann lässt sich auch nach der Rezeption dieser Befunde unmittelbar folgern: Die durch die Pandemie hervorgerufene Isolation und Einsamkeit müssen erheblich zur vermehrten Verletzlichkeit beigetragen haben.

Es sei hier der vielen alten Menschen gedacht, die in Zeiten der Pandemie in Isolation und Einsamkeit gestorben sind oder die ihrerseits einen nahestehenden Menschen verloren haben. Es sei weiterhin jener Personen gedacht, die in Zeiten der Pandemie ein überaus hohes Maß an Verantwortung für die medizinisch-pflegerische Versorgung wie auch für die psychische Begleitung und soziale Teilhabe alter Menschen getragen haben.

25 Ayalon et al. (2020); Chen (2020); Fuller & Huseth-Zosel (2021); Kruse (2021b)

26 Grossman et al. (2021); Pearman et al. (2021)

Literatur

- Anderson, D. C., Grey, T., Kennelly, S., & O'Neill, D. (2020). Nursing home design and COVID-19: Balancing infection control, quality of life, and resilience. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(11), 1519–1524.
- Ayalon, L., Chasteen, A., Diehl, M., Levy, B., Neupert, S. D., Rothermund, K., Tesch-Römer, C., & Wahl, H.-W. (2020). Aging in times of the COVID-19 pandemic: Avoiding ageism and fostering intergenerational solidarity. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa051>
- Baltes, M. M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. New York: Cambridge University Press.
- Bolt, S. R., van der Steen, J. T., Mujezinović, I., Janssen, D. J., Schols, J. M., Zwakhalen, S. M., ... & Meijers, J. M. (2021). Practical nursing recommendations for palliative care for people with dementia living in long-term care facilities during the COVID-19 pandemic: A rapid scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 113, 103781.
- Brooke, J., & Jackson, D. (2020). Older people and COVID-19 isolation, risk and ageism. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13–14), 2044–2046.
- Browning, D. S. (1975). *Generative man: Psychoanalytic perspectives*. New York: Dell.
- Burgess, E. (1950). Personal and Social Adjustment in Old Age. In M. Derber (Hrsg.), *The Aged and Society* (S. 138–56). Champaign, Ill.: Industrial Relations Research Association.
- Burlacu, A., Mavrighi, I., Crisan-Dabija, R., Jugrin, D., Buju, S., Artene, B., & Covic, A. (2021). “Celebrating old age”: An obsolete expression during the COVID-19 pandemic? Medical, social, psychological, and religious consequences of home isolation and loneliness among the elderly. *Archives of Medical Science: AMS*, 17(2), 285.
- Carstensen, L. L., & Lang, F. R. (2007). Sozioemotionale Selektivität über die Lebensspanne: Grundlagen und empirische Befunde. In J. Brandstädter, & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne* (S. 389–412). Stuttgart: Kohlhammer.
- Chen, L. K. (2020). Older adults and COVID-19 pandemic: Resilience matters. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 89, 104124.
- Cooper, B., Gößling, S., Kanowski, S., Krauß, B., Kruse, A., Kurz, A., Lauter, H., Mountjoy, C. Q., Müller, C., Munnichs, J. M. A., Murphy, E., Oesterreich, K., Radebold, H., Roth, M., & Wertheimer, J. (2019). *Alterspsychiatrie*. Heidelberg: Springer.
- Ehret, S. (2016). *Echo der Generationen. Eine intergenerationelle Studie*. Berlin: LIT.
- Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1998). *The life cycle completed* (extended version). New York: WW Norton.
- Fookien, I. (2009). Resilienz und posttraumatische Reifung. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische*

- Belastungsstörungen* (S. 65–85). Heidelberg: Springer.
- Frankl, V. (1972/2005). *Der Wille zum Sinn*. Bern: Huber.
- Fuller, H. R., & Huseth-Zosel, A. (2021). Lessons in resilience: initial coping among older adults during the COVID-19 pandemic. *The Gerontologist*, *61*(1), 114–125.
- Grossman, E. S., Hoffman, Y. S., Palgi, Y., & Shrira, A. (2021). COVID-19 related loneliness and sleep problems in older adults: Worries and resilience as potential moderators. *Personality and Individual Differences*, *168*, 110371.
- Hank, K., Schulz-Nieswandt, F., Wagner, M., & Zank, S. (Hrsg.) (2019). *Alternsforschung. Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Baden-Baden: Nomos.
- Heras, E., Garibaldi, P., Boix, M., Valero, O., Castillo, J., Curbelo, Y., ... & Piqué, J. M. (2021). COVID-19 mortality risk factors in older people in a long-term care center. *European Geriatric Medicine*, *12*(3), 601–607.
- Hwang, T. J., Rabheru, K., Peisah, C., Reichman, W., & Ikeda, M. (2020). Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. *International Psychogeriatrics*, *32*(10), 1217–1220.
- Jordan, R. E., & Adab, P. (2020). Who is most likely to be infected with SARS-CoV-2?. *The Lancet Infectious Diseases*, *20*(9), 995–996.
- Jüttemann, G. (2007). *Persönlichkeit und Selbstgestaltung. Der Mensch in der Autogenese*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kruse, A. (2017). *Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife*. Heidelberg: Springer.
- Kruse, A. (2021a). *Vom Leben und Sterben im Alter. Wie wir das Lebensende gestalten können*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kruse, A. (2021b). Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf ältere Menschen. In Ch. Benoy (Hrsg.), *COVID-19 – Ein Virus nimmt Einfluss auf unsere Psyche. Einschätzungen und Maßnahmen aus psychologischer Perspektive* (S. 143–153). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2012). *Generativity as a route to active ageing. Current Gerontology and Geriatrics Research*, Article ID 647650, <http://doi.org/10.1155/2012/647650>.
- Kruse, A., Schmitt, E., & Ehret, S. (2014). *Der Ältesten Rat. Generali Hochaltrigenstudie: Teilhabe im hohen Alter. Eine Erhebung des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg mit Unterstützung des Generali Zukunftsfonds*. www.generalizukunftsfonds.de.
- Lawton, M. P., Moss, M., Hoffman, C., Grant, R., Have, T. T., & Kleban, M. H. (1999). Health, valuation of life, and the wish to live. *The Gerontologist*, *39*, 406–416.
- Le Penne, S. (2017). Longing to Belong: Needing to be Needed in a World in Need. *Society*, *54*, 535–536.
- Lehr, U., & Thomae, H. (Hrsg.) (1987). *Formen seelischen Alterns: Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA)*. Stuttgart: Enke.

- Lévinas, E. (1991). *Entre nous. Essais sur le penser-à-l'autre*. Paris: Grasset & Fasquelle [deutsch (1995) Zwischen uns. Versuche über das Denken an den Anderen. München: Hanser].
- Levinson, D. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, *41*, 3–13.
- Margalit, A. (2012). *Politik der Würde – über Achtung und Verachtung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- McAdams, D. P., & de St. Aubin, E. (1992). A theory of generativity and its assessment through self-report, behavioral acts, and narrative themes in autobiography. *Journal of Personality and Social Psychology*, *62*, 1003–1015.
- Mueller, A. L., McNamara, M. S., & Sinclair, D. A. (2020). Why does COVID-19 disproportionately affect older people? *Aging (Albany NY)*, *12*(10), 9959.
- Pantel, J., Schröder, J., Bollheimer, C., Sieber, C., & Kruse, A. (Hrsg.) (2014). *Praxishandbuch Altersmedizin: Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Pearman, A., Hughes, M. L., Smith, E. L., & Neupert, S. D. (2021). Age differences in risk and resilience factors in COVID-19-related stress. *The Journals of Gerontology: Series B*, *76*(2), e38–e44.
- Plagg, B., Engl, A., Piccoliori, G., & Eisendle, K. (2020). Prolonged social isolation of the elderly during COVID-19: Between benefit and damage. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *89*, 104086.
- Reich, A. J., Claunch, K. D., Verdeja, M. A., Dungan, M. T., Anderson, S., Clayton, C. K., ... & Thacker, E. L. (2020). What Does “Successful Aging” Mean to you? — Systematic Review and Cross-Cultural Comparison of Lay Perspectives of Older Adults in 13 Countries, 2010–2020. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, *35*, 455–478.
- Rudinger, G., & Thomae, H. (1990). The Bonn Longitudinal Study of Aging: Coping, life adjustment, and life satisfaction. In P. B. Baltes, & M. M. Baltes (Hrsg.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (S. 265–295). Cambridge: Cambridge University Press.
- Schmitt, E., Hinner, J., & Kruse, A. (2015). Potentials of survivors, intergenerational dialogue, active ageing and social change. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, *171*, 7–16.
- Staudinger, U. M. (1996). Psychologische Produktivität und Selbstentfaltung im Alter. In M. M. Baltes, & L. Montada (Hrsg.), *Produktives Leben im Alter* (S. 344–373). Frankfurt am Main: Campus.
- Staudinger, U. M. (2005). Lebenserfahrung, Lebenssinn und Weisheit. In S.-H. Filipp, & U. Staudinger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters* (S. 740–761). Göttingen: Hogrefe.
- Staudinger, U. M. (2019). The distinction between personal and general wisdom: How far have we come? In R. J. Sternberg, & J. Glück (Hrsg.), *The Cambridge handbook of wisdom* (S. 182–201). Cambridge: Cambridge University Press.
- Stewart, A. J., Franz, C., & Layton, L. (1988). The changing self: Using

- personal documents to study lives. In D. P. McAdams & R. L. Ochberg (Hrsg.), *Psychobiography and life narratives* (S. 41–74). Durham, NC: Duke University Press.
- Teater, B., & Chonody, J. M. (2020). How do older adults define successful aging? A scoping review. *International Journal of Aging and Human Development*, *91*, 599–625.
- Thomae, H. (1966). *Persönlichkeit – eine dynamische Interpretation*. Bonn: Bouvier.
- Thomae, H. (1968). *Das Individuum und seine Welt*. Göttingen: Hogrefe.
- Thomae, H. (1996). *Das Individuum und seine Welt* (3. Aufl.) Göttingen: Hogrefe.
- Tornstam, L. (2005). *Gerotranscendence: A developmental theory of positive aging*. Heidelberg: Springer.
- Veiga-Seijo, R., Miranda-Duro, M. D. C., & Veiga-Seijo, S. (2021). Strategies and actions to enable meaningful family connections in nursing homes during the COVID-19: A Scoping Review. *Clinical Gerontologist*, *44*, 1–11.
- Wahl, H. W. (2020). Aging Successfully: Possible in Principle? Possible for all? Desirable for all? *Integrative Psychological and Behavioral Science*, *54*, 251–268.

Daseinsthemen alter Menschen werden im Kontext unterschiedlicher Lebenswelten betrachtet: unterschiedliche Sozialschichten, unterschiedliche Wohnkontexte, unterschiedliche Grade von Selbstständigkeit bilden zentrale Komponenten der differenzierten Lebenswelten. Dabei zeigt sich, wie wichtig der erlebte Aufgabencharakter des Lebens sowie die Erfahrung, von anderen gebraucht zu werden, für Zufriedenheit und Sinnerleben ist. Zudem werden Risikofaktoren für Lebenszufriedenheit aufgezeigt: zu diesen zählen vor allem Isolation und ausgeprägter Pflegebedarf. Das Erleben alter Menschen ist nicht allein von Verletzlichkeit bestimmt; es spricht auch für seelisches Wachstum und Bewältigungskompetenz.



UNIVERSITÄT
HEIDELBERG
ZUKUNFT
SEIT 1386

ISBN 978-3-96822-076-5

