

Altersbilder

stehen mit zwei Beiträgen im Mittelpunkt dieser Ausgabe. *Welf-Gerrit Otto* behandelt aus einer laufenden Forschungsarbeit „Zwispältige Altersbilder in Altersratgebern: Optimierung versus Akzeptanz“. *Andreas Kruse*, Vorsitzender der Sechsten Altenberichtscommission, gibt in seinem Artikel „Der Sechste Altenbericht der Bun-

desregierung – Überlegungen, Leitbilder und Empfehlungen der Kommission“, eine kurze Übersicht zum Sechsten Altenbericht „Altersbilder in der Gesellschaft“, der vergangenen November mit einer Stellungnahme der Bundesregierung veröffentlicht wurde. Aus dem DZA stellen *Christopher Marx* und *Benjamin Schüz* die „Medikamenteneinnahme im höheren Alter“ vor.

informationsdienst altersfragen

ISSN 0724-8849
A20690E

Heft 01, Januar / Februar 2011
38. Jahrgang

Herausgeber:
Deutsches Zentrum
für Altersfragen

01

Inhalt

3 Editorial

Aus der Altersforschung

- 4 Zwiespältige Altersbilder in Altersratgebern: Optimierung versus Akzeptanz
Welf-Gerrit Otto

- 10 Kurzinformationen aus der Altersforschung

Aus Politik und Praxis der Altenhilfe

- 12 Der Sechste Altenbericht der Bundesregierung – Überlegungen, Leitbilder und Empfehlungen der Kommission
Andreas Kruse

- 18 Kurzinformationen aus Politik und Praxis der Altenhilfe

Aus dem Deutschen Zentrum für Altersfragen

- 20 Medikamenteneinnahme im höheren Alter
Christopher Marx und Benjamin Schütz

- 26 **Bibliografie gerontologischer Monografien**

Impressum

Herausgeber:

Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Straße 2
12101 Berlin

Telefon (030) 2607400, Fax (030) 7854350

DZA im Internet:

www.dza.de

Presserechtlich verantwortlich:

Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer

Redaktion:

Cornelia Au und Dr. Doris Sowarka
ida@dza.de

Für die Bibliografie gerontologischer Monografien:

Bibliothek und Dokumentation

Pro Senectute Schweiz

Fachstelle für angewandte Altersfragen

Bederstr. 33, 8027 Zürich, Schweiz

Telefon +41-(0)44-283 89 81, Fax -283 89 84

Gestaltung und Satz:

Mathias Knigge (grauwert, Hamburg)

Kai Dieterich (morgen, Berlin)

Druck:

Fatamorgana Verlag, Berlin

Der Informationsdienst erscheint zweimonatlich. Bestellungen sind nur im Jahresabonnement möglich. Jahresbezugspreis 25,- EURO einschließlich Versandkosten; Kündigung mit vierteljährlicher Frist zum Ende des Kalenderjahres. Bezug durch das DZA. Der Abdruck von Artikeln, Grafiken oder Auszügen ist bei Nennung der Quelle erlaubt. Das DZA wird institutionell gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
ISSN 0724 8849

Editorial

Cornelia Au und Doris Sowarka

Diese Ausgabe widmet sich dem Thema „Altersbilder“, die als individuelle und gesellschaftliche Vorstellungen über das Alter, Altern und ältere Menschen in den vergangenen Jahren von unterschiedlichen Arbeitsgruppen und Kommissionen behandelt wurden.

Das Thema „Altersbilder in der Gesellschaft“ wurde im Sechsten Altenbericht von der im Juli 2007 berufenen, interdisziplinär zusammengesetzten Sachverständigenkommission umfassend und fundiert aufgearbeitet.

Aus den Erkenntnissen der Altenberichts-kommission geht hervor, dass stereotype Bilder des Alters und traditionelle Überzeugungssysteme über das Alter(n) erneuerungsbedürftig sind und nicht zum Wissensstand über die Vielfalt der Lebensformen älterer Menschen, die Stärken und Grenzen im Alter und die Beziehungen zwischen den Generationen passen.

Die komplexen Wirkungen und Folgen von einseitig negativen Altersbildern werden ausführlich dargestellt, z.B. als Hemmnis für die Beziehungen zwischen Jung und Alt, oder für die individuelle Entfaltung von Stärken und Kompetenzen älterer Menschen und ihren Mitwirkungs- und Teilhabemöglichkeiten in der Gesellschaft.

Der Sechste Altenbericht wurde im November 2010 vom Deutschen Bundestag mit einer Stellungnahme der Bundesregierung veröffentlicht (Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Drucksache 17/3815 v. 17.11.2010). Sie enthält das grundlegende Ziel der Altenpolitik, die Entwicklung und Verankerung eines neuen Leitbildes des Alters zu unterstützen. Die große Bedeutung des Themas liegt in den Zukunftsaufgaben des demografischen Wandels, die in allen gesellschaftlichen Bereichen von weniger – und im

Durchschnitt älteren – Menschen bewältigt werden müssen (ebd., S. V). Für das altenspolitische Ziel einer realistischen Betrachtung des Alters sind alle politischen Instanzen und gesellschaftlichen Akteure gefordert. Mit großem Nachdruck auch die Medien, die mit differenzierten Darstellungen des Alter(n)s die vorherrschenden Altersbilder mitbestimmen und prägen.

Andreas Kruse, Vorsitzender der Sachverständigenkommission, gibt in seinem Beitrag „Der Sechste Altenbericht der Bundesregierung – Überlegungen, Leitbilder und Empfehlungen der Kommission“ einen komprimierten Überblick zum Auftrag der Kommission und zu Grundlagen und Wirkungen von Altersbildern in unterschiedlichen Lebensbereichen und Lebensumständen älterer Menschen und stellt die Handlungsempfehlungen der Kommission dar.

Welf-Gerrit Otto analysiert in seinem Beitrag „Zwiespältige Altersbilder in Altersratgebern: Optimierung versus Akzeptanz“ Diskurse und Bilder des Alters und der Hochaltrigkeit in der populären und populärwissenschaftlichen Ratgeber-Buchliteratur. Hier werden die polarisierenden Tendenzen einer kompetenzorientierten, positiven Sichtweise und die durch körperlichen und geistigen Verfall gekennzeichnete, negative Seite des Alter(n)s deutlich, die für differenzierte und differentielle Sichtweisen wenig Spielräume eröffnen.

Zusätzlich zum Themenschwerpunkt stellen Christopher Marx und Benjamin Schüz einen Beitrag zum Thema „Medikamentengabe im höheren Alter“ aus dem DZA vor, dem eine abgeschlossene Diplomarbeit zugrunde liegt. Der Beitrag zeigt, dass die Adhärenz bei medikamentöser Therapie von vielfältigen Faktoren abhängig ist, die in der Praxis Berücksichtigung finden sollten.

Zwiespältige Altersbilder in Altersratgebern: Optimierung versus Akzeptanz

Welf-Gerrit Otto

¹⁾ Der Beitrag basiert auf diesen Diskursen und berücksichtigt die Auswertung populärer Altersratgeber (vgl. hierzu die im Literaturverzeichnis kursiv gesetzten Titel).

²⁾ Zum Begriff der kulturellen Plastizität vgl. Zimmermann 2010.

³⁾ vgl. etwa Groschwitz 2009; Heimerdinger 2006, 2009; Jeggle 1995.

⁴⁾ Ausnahmen bilden etwa Arluke u. a. 1984; Darwin 1997; Otto 2009, 2010; Schenda 1972; Woolfmann 2007.

⁵⁾ vgl. Beauvoir 1988.

⁶⁾ Zur Aktivitäts-Theorie vgl. Havighurst 1961; Neugarten 1968.

⁷⁾ vgl. Zimmermann 2010.

Altersratgeber sind gleichermaßen Erzeuger und Erzeugnisse der gesellschaftlich vorherrschenden Altersdiskurse¹. Indem sie Altersbilder verbreiten, Probleme aufzeigen und Handlungsanweisungen geben, spiegeln und beeinflussen sie unsere Wahrnehmung des Alter(n)s. Und Altersratgeber haben Konjunktur. Insbesondere seit der Jahrtausendwende erlebt dieses Subgenre der Ratgeberliteratur einen wahren Boom. Seine Bedeutung sollte deshalb nicht unterschätzt werden.

Grundsätzlich für die Auseinandersetzung mit Altersbildern ist die Erkenntnis ihrer Wandelbarkeit. Ethnologische und historische Vergleiche zeugen von der enormen Plastizität, d. h. Formbarkeit von Altersbildern². Der kulturelle Kontext ist dabei wesentlich. Er ist es, der unsere Wahrnehmung leitet. Je nachdem, wie er ausgeprägt ist, welche Sinnzusammenhänge und Prioritäten er setzt, welchen Mythen und Leitbildern er folgt, urteilen wir über das Alter(n) im Gegenüber oder in der eigenen Person. Sozial bedingt und kulturell normiert wird neben den allgemeinen Altersbildern auch die Vorstellung davon, was für den Einzelnen und für die Gesellschaft das ‚gute und richtige Altern‘ ausmacht.

Altersratgeber als Medien populärer Altersbilder

Ratgeberliteratur als populäres Medium der Alltagskultur tritt zunehmend auch in den Fokus kulturwissenschaftlicher Forschung³. Ratgeber zum Alter(n) allerdings sind bisher noch kaum untersucht worden⁴. Altersratgeber, d. h. populäre und populärwissenschaftliche Bücher, die sich mit den Problemen, Umgangsweisen und Möglichkeiten des Alter(n)s auseinandersetzen und bestimmte Handlungs- und Umgangsweisen propagieren, existieren bereits seit dem

14. Jahrhundert in Form sogenannter *artes moriendi*⁵. Mittlerweile existiert eine schier unabsehbare Menge von Altersratgebern, die unterschiedlichsten Zielsetzungen folgen. Es überwiegen indessen die im Sinne der Aktivitäts-Theorie erfolgreichen Alter(n)s geschriebenen Werke deutlich⁶.

Die Gründe für die Schwemme von Altersratgebern in den letzten Jahren sind vielfältig. Offensichtlich ist es vor allem der demografische Transformationsprozess, der zunehmend an Bedeutung gewinnt und der den Markt für derartige Publikationen bereitet: Quantitativ steigt die Zahl der potenziellen Käufer von Altersratgebern in einer alternden Gesellschaft. Doch damit allein ist die gewaltige Zunahme von Selbsthilfeangeboten im Allgemeinen und der Ratgeberliteratur im Besonderen sicher nicht zu erklären. Der Marburger Kulturwissenschaftler Harm-Peer Zimmermann weist darauf hin, dass unter den Bedingungen der gegenwärtigen Multioptionengesellschaft von den Alten erwartet würde, differente Alter(n)soptionen zu nutzen und diese Optionalität bewusst als Chance zu begreifen. Im Vordergrund stehe in Entsprechung zur aktuellen Vorherrschaft des Aktivitätsprinzips erfolgreichen Alter(n)s die effiziente Nutzung aller Möglichkeiten bis ins hohe Alter.

Neben der Multioptionengesellschaft, welche die Menschen einem Realisierungsdruck ihrer eigenen Möglichkeiten aussetzt, was bisweilen zur Optionsparalyse führt, liefert der Begriff der Risikogesellschaft einen weiteren Hinweis, weshalb Altersratgeber gegenwärtig eine derartige Konjunktur erleben⁷. Die postmoderne Gesellschaft thematisiert selbst produzierte Risiken und wird dadurch reflexiv. Heikle Entwicklungen, etwa Vereinsamung im Alter oder Diskriminierung alter Menschen vor dem Hintergrund anhaltenden Jugendwahns, sind Probleme, die

in den Ratgebern thematisiert werden. Insofern verweist der anhaltende Boom der Altersratgeber auf Verunsicherungen und Überforderungen in der Risikogesellschaft, auf Probleme von Desorientierung und Desintegration. Darauf verweist auch der Innsbrucker Volkskundler Timo Heimerdinger, der sich dem Phänomen aus kulturwissenschaftlicher Perspektive genähert hat und zu dem Schluss kommt, dass Ratgeberliteraturen weniger Normierungsinstanzen als vielmehr Ausdruck kultureller Diskussions- und Verunsicherungslagen sind⁸.

⁸⁾ vgl. Heimerdinger 2006.

⁹⁾ Fascinans (Faszination, Anziehung) und tremendum (Schrecken) sind nach Otto ambivalente Wesensmerkmale des Numinosen; vgl. Otto 1987.

¹⁰⁾ Beauvoir 1988, S. 8

¹¹⁾ vgl. Zimmermann 2010.

¹²⁾ vgl. Angerer u. Foscht 2009. Die Gruppe der Hochaltrigen ist hinsichtlich ihres Konsumverhaltens deutlich uninteressanter. Vgl. a. Wahl u. Rott 2002.

Hochaltrigkeitsbilder: Ambivalenz und Othering

Bemerkenswert ist die Zwiespältigkeit einer Mehrzahl der kulturellen Hochaltrigkeitsbilder: Entweder das hohe Alter idealisierend oder schmähend, erinnern die Wahrnehmungsmuster an die Kontrasttheorie von *fascinans* und *tremendum*, wie sie der Marburger Religionswissenschaftler Rudolf Otto in Bezug auf das Numinose als das ‚Ganz-Anderere‘ bereits 1917 entwickelt hatte⁹. Die französische Philosophin Simone de Beauvoir bemerkt, dass der alte Mensch von der Gesellschaft zum ‚Anderen‘ zum ‚Fremden‘ gemacht, dass er außerhalb der menschlichen Gemeinschaft gestellt wird¹⁰. Die Ambivalenz vom kulturell Fremden, der als edler Wilder oder wilder Barbar in der abendländischen Kulturgeschichte entweder idealisiert oder verteufelt wurde und wird, offenbart ähnliche Klischees wie die polarisierenden Bilder der Hochaltrigkeit. Die Alten stehen außerhalb der menschlichen Gesellschaft und müssen daher wie exotische Kulturen für die Ängste und Sehnsüchte der Mehrheitsgesellschaft herhalten. Wie Beauvoir bemerkt, wird das Alter entweder positiv unter dem Gesichtspunkt der Weisheit oder negativ unter dem des Wahnsinns sowie des körperlichen und geistigen Verfalls betrachtet. Zwischen diesen beiden Extremen existiert gleichsam ein leerer Raum, der eine differenzielle Perspektive erschwert, wenn nicht ausschließt.

In unserer heutigen Zeit gilt dies nicht so sehr für das mittlerweile gesellschaftlich aktivierte und zunehmend integrierte dritte,

als vielmehr für das von Multimorbidität und Vulnerabilität geprägte vierte Lebensalter. Durch den Anstieg der Lebenserwartung bei verbesserter Gesundheitsversorgung sind heutige 65-Jährige sehr viel vitaler als ihre Altersgenossen noch vor wenigen Jahrzehnten. Diese Generation, deren Adoleszenz in die Jahre der Studentenrevolte und Friedensbewegungen fällt, hat sich vielfach emanzipiert und tut dies auch hinsichtlich ihres eigenen Alter(n)s: Alters-Avantgarden erproben neue Lebensentwürfe des Alters jenseits vom Grau früherer Jahrzehnte¹¹. In den vergangenen Jahren wurde darüber hinaus die große Kaufkraft dieser Bevölkerungsgruppe erkannt, und seitdem gehört sie zu einem vielfach umworbenen Kundensegment, dem man positive Identifikationsschablonen zur Verfügung stellt¹². Die jungen Alten sind eine aktive und bunte Community, deren Heterogenität mittlerweile weitgehend gesellschaftlich anerkannt wird.

Indes verstärkt sich zusehends der Eindruck, dass sich die beschriebenen Polarisierungen nur chronologisch nach hinten verschoben haben. Die Horrorszenarien und Idealisierungen verlagern sich vom dritten auf das vierte Lebensalter. Die reproduzierten Bilder sind nicht neu. Sie finden sich bezüglich der Hinfälligkeit des hohen Alters bereits in früheren Zeiten. Der hochaltrige Mensch ist der ‚Fremde‘. Er konfrontiert uns durch seine Erscheinung mit den eigenen Ängsten vor Unbeständigkeit, Verlust und Endlichkeit. Durch das Nachlassen seiner körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit stellt er unsere auf individuellen Erfolg und Leistung ausgerichtete Gesellschaft in Frage. Der hochaltrige Mensch ist nicht selten in einer kulturell unbestimmten Situation, kaum dass sich für ihn angemessene Selbstbilder finden ließen, befindet er sich in einem Zustand der Liminalität, der erst mit dem Tod endet.

Das diskursive Repertoire hinsichtlich des hohen Alters ist aufgrund seiner Polarisierung vergleichsweise eingeschränkt: In positiver Hinsicht wird auf freudige Retrospektive und tugendhafte Weisheit verwiesen, welche das hohe Alter an positiven Aspekten bereithalte. Hier werden Kompetenzen betont. Die negative Perspektive betrachtet das

hohe Alter als körperlichen und geistigen Abbauprozess durchweg defizitär: Die beschriebene Polarisierung gesellschaftlich verbreiteter Wahrnehmungsmuster bezüglich des vierten Lebensalters zeigt sich besonders deutlich auch am Beispiel der Altersratgeberliteratur. Die gegenwärtigen Veröffentlichungen in diesem Bereich spiegeln zu einem großen Teil eine polarisierende und undifferenzierte Sicht auf das vierte Lebensalter wieder. Hinsichtlich ihrer Einstellung gegenüber dem natürlichen Alterungsprozess können die ambivalenten Hochaltrigkeitsbilder in zwei Hauptströmungen unterschieden werden: Anti- und Pro-Aging.

Anti-Aging-Ratgeber: Zwischen Descartes und Laotse

Die Gruppe der Anti-Aging-Ratgeber betrachtet alternde Menschen aus der Perspektive eines defizitorientierten Materialismus und Biologismus. Es wird sich bisweilen einer geradezu technokratischen Sprache bedient, wenn der menschliche Körper beschrieben wird: „*Weil es gar nicht so schwer ist zu glauben, man sei für immer fünfundzwanzig, müsste dazu nur den Geist frisch halten und die jugendliche Attitüde. Störend in dem Konzept ist nur, dass unser Material Schwächen zeigt.*“¹³ Das Alter(n) und seine körperlichen Begleiterscheinungen werden von der Anti-Aging-Literatur als Schrecken gebrandmarkt, den es unter allen Umständen zu bekämpfen gilt. Dabei wird Hochaltrigkeit erst gar nicht behandelt. Es reichen bereits ein paar Fältchen, um, die Alarmglocken läuten zu lassen. Die Mehrzahl der Anti-Aging-Ratgeber richtet sich speziell an Frauen. Dies bestätigt den von Susan Sontag beschriebenen „*Double Standard of Aging*“, wonach Frauen im fortgeschrittenen Alter und im Gegensatz zu Männern eine Entwertung hinsichtlich ihrer Attraktivität erfahren¹⁴. Hier setzen die Ratgeber an und versprechen ewige Jugend. Das Anti-Aging verschweigt indes die positiven und bereichernden Seiten des Alterns. Allein solche Aspekte geraten ins Zentrum der Aufmerksamkeit, die negativ besetzt und als Kräfteschwund interpretiert werden. Insofern sind Anti-Aging und Ageism¹⁵ durchaus zusammenhängende Begriffe. Aspekte der

Hochaltrigkeit, wie Multimorbidität, Vulnerabilität und Endlichkeit, werden in der Anti-Aging-Literatur ausgelassen oder tabuisiert, erscheinen allenfalls als ein zu verhinderndes Schreckensszenario zwischen den Zeilen.

In den Anti-Aging-Ratgebern findet ein Optimierungszwang Ausdruck. Der Körper erscheint machbar. Es liegt in der Verantwortung des Einzelnen, ihn aktiv zu gestalten. Das neoliberale ‚*duty to be well*‘ fordert vom Individuum Selbstdisziplin und Initiative. Andernfalls wird ihm sein alternder Körper als Versagen ausgelegt, als eine charakterliche Schwäche: „*Selbst schuld, wenn man alt aussieht!*“¹⁶ Der menschliche Körper ist nicht mehr schicksalhaft oder gottgegeben. Er ist Projekt und gestaltbares Material, das be- und verurteilt wird¹⁷. Das Alter(n) wird in den Anti-Aging-Ratgebern durchweg als Verlust dargestellt, es wird pathologisiert, medikalisiert und bisweilen wegoperiert. Allerdings gibt es Unterschiede in der Aggressivität der angeratenen Methoden zur Selbstoptimierung¹⁸. Es können fernöstlich und esoterisch inspirierte Anti-Aging-Ratgeber, die vor allem Meditation, Autosuggestion und richtige Ernährung propagieren (*Laotse-Typus*), und biomedizinisch dominierte Publikationen, welche den Körper vor allem als Maschine betrachten, die durch Medikamente, Hormongaben und Ausdauersport optimal am Funktionieren gehalten wird (*Descartes-Typus*), grundsätzlich voneinander unterschieden werden.

Pro-Aging-Ratgeber: Zwischen Kompetenz (*Capacity*) und Vergänglichkeit (*Caducity*)

Auffällig ist das Leistungsethos, das den meisten Publikationen der Altersratgeberliteratur zugrunde liegt. Dies gilt für die Veröffentlichungen des Anti-Aging, aber auch für einen großen Teil der Pro-Aging-Ratgeber. Im Sinne des Aktivierungsparadigmas und Empowerments gegenwärtiger Gerontologie, welches allem Anschein nach Ausdruck gesamtgesellschaftlicher Schwerpunktsetzung auf Individualität, Produktivität, Leistung und Aktivität ist, attestiert die Mehrzahl der Pro-Aging-Ratgeber den Alten erst dann Wert und Berechtigung, wenn sie aktiv und

¹³ Wimmer 2006, S. 165.

¹⁴ vgl. Sontag 1979.

¹⁵ Unter ‚Ageism‘ wird in Anlehnung an die Begriffe ‚Rassismus‘ und ‚Sexismus‘ die Diskriminierung von Menschen aufgrund ihres Alters verstanden; vgl. dazu Butler 1969.

¹⁶ Wooßmann 2007, S. 131.

¹⁷ vgl. Posch 2001.

¹⁸ vgl. Wooßmann 2007

produktiv sind. Dabei wird der Auffassung, alte Menschen würden keine Leistung mehr erbringen, heftig widersprochen. Besonders offensiv vertritt der ehemalige Oberbürgermeister von Bremen und Bestseller-Autor Henning Scherf diese These, wenn er schreibt: „*Wir sind die jungen Alten – und so wollen wir auch leben! Wir ziehen mit sechzig noch in eine WG. Wir laufen mit siebzig noch Marathon. Wir beraten mit achtzig noch Firmen im Ausland. Wir probieren aus, was noch geht. Und es geht noch einiges.*“¹⁹ Vor dem Hintergrund eines auch im Alter beibehaltenen Arbeitsethos zeichnet der Autor ein stark leistungsorientiertes Bild aktiver Alter, die sich durch zahlreiche Ehrenämter, sportliche Höchstleistungen und engagierte Nachbarschaftshilfe auszeichnen.

¹⁹ Scherf 2006, S. 23f.

²⁰ Grün 2008, S. 50.

²¹ Alpert 2001, S. 17.

Das Aktivitätsparadigma findet sich in der Mehrzahl der untersuchten Ratgeber, wenn auch nicht immer in der oben zitierten Intensität. Ausnahmen bilden vor allem jene Ratgeber, die einer religiösen Hintergrundcodierung entstammen und den Alten ein Recht auf Loslassen, Rückzug und Passivität zugestehen. Dabei ist die Art der Religion erst einmal zweitrangig, da allgemein eine nichtmaterielle Existenz jenseits biochemischer Stofflichkeit angenommen wird. Diese Texte sehen in Hochaltrigkeit und Tod keinen Schlusspunkt des Seins und betrachten Multimorbidität, Vulnerabilität und Endlichkeit als unvermeidbare und durchaus positiv zu bewertende Stationen auf dem Weg zu Gott, Erkenntnis, Erlösung oder Wiedergeburt: „*Keiner will sich in den Tod führen lassen. Doch darum geht es letztlich im Alter: die eigene Vorstellung vom Leben loszulassen und sich auf das einzulassen, was Gott uns zumutet: das eigene Sterben,*“²⁰ schreibt der bekannte Benediktinerpater und Bestseller-Autor Anselm Grün.

Die Pro-Aging-Ratgeber lassen sich demzufolge in *Capacity*-Ratgeber (Leistung, Kompetenz) und *Caducity*-Ratgeber (Vergänglichkeit) unterscheiden, wobei die Grenzen mitunter fließender sind als hier zum Zwecke der Akzentuierung dargestellt. Insgesamt wird das Alter(n) positiv betrachtet. Betont werden vor allem Kompetenzen des Alters, allen voran die sogenannte ‚Altersweisheit‘, ein Begriff, welcher auf Er-

fahrung, Gelassenheit, Besinnlichkeit, Milde und Wissen abhebt. Weisheit ist eine Stärke, die oft mit dem Alter in Verbindung gebracht wird. Dabei ist allerdings festzuhalten, dass die *Capacity*-Ratgeber, da sie auf dem Leistungs- und Aktionsethos gründen, bestimmten Attributen der Hochaltrigkeit, nämlich Multimorbidität, Vulnerabilität und Endlichkeit, sehr ablehnend gegenüberstehen, diese mitunter tabuisieren oder neigieren. Positiv bewertet werden einzig die aktiven Alten, die fröhlichen *Golden Ager* egal welchen Alters, die munter und mit Nordic-Walking-Stöcken bewehrt durchs Geäst brechen.

Der unvermeidliche Verfall, der im vierten Lebensalter immer wahrscheinlicher wird, wird vor allem von der religiös motivierten Gruppe der *Caducity*-Ratgeber positiv thematisiert. Diese Gruppe bildet allerdings eine Minderheit auf dem von *Capacity*- und Anti-Aging-Ratgebern dominierten Buchmarkt. Wirkliches Pro-Aging hinsichtlich Hochaltrigkeit im Sinne einer absoluten Akzeptanz und Sinnggebung von Multimorbidität, Vulnerabilität und Endlichkeit findet sich also in erster Linie in der *Caducity*-Gruppe der Ratgeberliteratur. Im Gegensatz zu den *Capacity*-Ratgebern wird Weisheit bei dieser Gruppe auch nicht als jenseitig von geistigem Verfall und kognitivem Abbau betrachtet. Vielmehr ist dieser, wenn nicht eine Voraussetzung so doch zumindest ein Katalysator für Weisheit: „*Der Schlaganfall hat mir eine neue Perspektive geschenkt, die besagt: ‘Sei kein weiser Alter, sondern werde selbst eine Verkörperung der Weisheit.’ Dadurch verändert sich das Wesen des ganzen Spiels. Es beinhaltet nicht einfach eine neue Rolle, sondern wird ein neuer Zustand des Seins – eine wahrhafte Wirklichkeit.*“²¹ Weisheit hat hier weniger mit Wissen als mit der Bereitschaft „loszulassen“ zu tun. Das relativ kleine Segment der religiös inspirierten *Caducity*-Ratgeber bietet ein Gegengewicht zum Leistungsethos der *Capacity*-Ratgeber und zum Jugendwahn der Anti-Aging-Ratgeber.

Fazit und Ausblick: Für eine differenzielle Perspektive auf das hohe Alter

Die undifferenzierte und unbegründete Polarisierung, wie sie sich bei der Mehrzahl der Altersratgeberliteratur beobachten lässt, geht allem Anschein nach aus der mit den Spielregeln unserer gegenwärtigen Gesellschaft zusammenhängenden Tabuisierung und Diabolisierung von abnehmender Leistungsfähigkeit und Funktionalität einher. Das hohe Alter, die Lebensphase jenseits von Spannkraft und Agilität der jungen Alten, weckt Ängste und Befürchtungen, denen durch Stereotypisierung im Sinne von Schmähung und Idealisierung begegnet wird. Allerdings sind beide Extreme geeignet, ein gelingendes und gutes Leben im hohen Alter angesichts von Endlichkeit und Vulnerabilität zu behindern, da die Betroffenen auf starre Klischees festgelegt werden. Die kulturelle Plastizität des Alters und der demografische Wandel verlangen indes nach einer differenziellen Sicht auch auf das vierte Lebensalter – vor allem im Hinblick auf Multimorbidität, Vulnerabilität und Endlichkeit. Keine andere Altersgruppe ist derart heterogen wie die der Hochaltrigen²².

Jacob Grimm hat 1859 unter dem unmittelbaren Eindruck des Todes seines Bruders Wilhelm eine Rede *über das Alter* verfasst²³. Ihm zufolge hat jedes Alter seine organische Struktur, seine spezifischen Merkmale²⁴. Der alte Mensch solle nicht als ein entkräfteter Erwachsener unter dem ausschließlichen Gesichtspunkt des Defizits betrachtet werden. Man müsse ihn vielmehr aus der Perspektive eines anderen, ihm eigenen Gleichgewichtes sehen. Grimm differenziert: Er verschweigt nicht die Probleme der Hochaltrigkeit, stellt gleichzeitig jedoch dessen positive Seiten heraus und trägt damit zu einer hoffnungsvollen Sicht auf das ‚Greisenalter‘ bei:

„das greisenalter gleicht den abnehmenden wintertagen, an welchen die sonnenstrahlen schräge fallen, dann aber oft noch einen fernen schein über den himmel werfen, wie in unserm landstrich wir besonders an heiteren novembertagen gewahren [...]. die meisten ungeleugneten übel und gebrechen des alters treten dann als einzel-

*angriffe vor, die mit allem gewinn einer glücklichen vertheidigung ganz oder theilweise abgeschlagen werden. gibt doch die natur keinen menschen so preis, dasz sie ihm alle mittel der gegenwehr alsbald entzöge und für erlittne einbusze nicht auch manigfache vergütung bereit hielte.“*²⁵ Grimm nimmt hier Auffassungen und Erkenntnisse hinsichtlich der Gebrechlichkeit und Multimorbidität im hohen Alter vorweg, welche die Gerontologie im Zuge ihrer Kompetenz-, Selektions-, Optimierungs- und Kompensationsmodelle erst seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in wissenschaftlicher Weise entwickeln sollte. Bemerkenswert erscheint der Gedanke der Vergütung von Verlusten und Entbehrungen durch Verlagerung auf andere Fähigkeiten und Einblicke.

Der Kulturwissenschaftler und Ethnologe Welf-Gerrit Otto M.A. ist wissenschaftlicher Mitarbeiter des von der VolkswagenStiftung geförderten interdisziplinären Forschungsprojektes ‚Gutes Leben im hohen Alter angesichts von Verletzlichkeit und Endlichkeit – eine Analyse von Altersbildern in öffentlichen Diskursen und Alterspraktiken‘.

Kontakt:
wgotto@web.de

²²⁾ vgl. dazu beispielsweise die Ergebnisse des Vierten Altenberichts der Bundesregierung: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002

²³⁾ Die Rede über das Alter wurde erstmals am 18. August 1859 in der Gesamtsitzung der Akademie der Wissenschaften zu Berlin gehalten; vgl. Grimm 1984

²⁴⁾ vgl. Erikson 1988.

²⁵⁾ Grimm 1984, S. 52f.

Literatur

- Alpert, R. (Ram Dass) (2001). *Die Reise geht weiter. Den Kreislauf von Leben und Tod annehmen*. München: Goldmann Verlag (Arkana). [USA-Originaltitel: *Still Here. Embracing Aging, Changing And Dying, 2000*].
- Angerer, T. & Foscht, T. (2009). Konsumenten zwischen Anti-Aging und Pro-Aging als neue Herausforderung für Unternehmen. In: U. Klingeböck (Hrsg.). *Altern hat Zukunft. Alterskonzepte* (S. 287 – 309). Innsbruck: Studienverlag.
- Arluke, A., Levin, J. & Suchwalko, J. (1984). Sexuality and Romance in Advice Books for the Elderly. *The Gerontologist* 24(4), S. 415 – 419.
- Beauvoir, S. de (1988). *Das Alter*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2002). *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Berlin: MUK.
- Butler, R. N. (1969). Ageism. Another form of bigotry. *The Gerontologist* 9, S. 243 – 246.
- Darwin, T. J. (1997). Searching for the Fountain. Models of Aging in Contemporary Self-Help Literature. In: H. S. Noor Al-Deen (Hrsg.). *Cross-Cultural Communication and Aging in the United States* (S. 201 – 213). Mahwah, Erlbaum.
- Erikson, E. H. (1988). *Der vollständige Lebenszyklus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Göckenjan, G. (2000). *Das Alter würdigen. Altersbilder und Bedeutungswandel des Alters*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Grimm, J. (1984). Rede über das Alter. [1859, 1860]. In: Ders. *Reden in der Akademie* (S. 304 – 323). Ausgewählt und herausgegeben von Werner Neumann und Hartmut Schmidt. Berlin: Akademie Verlag Berlin.
- Groschwitz, H. (2009). Wohlergehen durch Zeitmanagement? Die Bedeutung von Ratgebermedien bei der zeitlichen Orientierung im Alltag. In: M. Simon, T. Hengartner, T. Heimerdinger & A.-C. Lux (Hrsg.). *Bilder-Bücher-Bytes. Zur Medialität des Alltags* (Bd. 3 der Mainzer Beiträge zur Kulturanthropologie / Volkskunde. Zugleich Tagungsband des 36. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde in Mainz 2007, S. 111 – 117). Münster: Waxmann.
- Grün, A. (2008). *Die hohe Kunst des Älterwerdens. 4. Aufl. Münsterschwarzach: Vier Türme*.
- Havighurst, R. J. (1961). Successful aging. *The Gerontologist*, 1, S. 8 – 13.
- Heimerdinger, T. (2006). Alltagsanleitungen? Ratgeberliteratur als Quelle für die volkskundliche Forschung. *Rheinisch-westfälische Zeitschrift für Volkskunde*, 51, S. 57 – 71.
- Heimerdinger, T. (2009). Brust oder Flasche? Säuglingsernährung und die Rolle von Beratungsmedien. In: M. Simon, T. Hengartner, T. Heimerdinger & A.-C. Lux (Hrsg.): *Bilder-Bücher-Bytes. Zur Medialität des Alltags* (Bd. 3 der Mainzer Beiträge zur Kulturanthropologie / Volkskunde. Zugleich Tagungsband des 36. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde in Mainz 2007, S. 100 – 110). Münster: Waxmann.
- Jeggle, U. (1995). Trost und Rat: Trostlos, Ratlos. Was lehren uns Ratgeber. In: U. Brunold-Bigler & H. Bausinger (Hrsg.): *Hören Sagen Lesen Lernen. Bausteine zu einer Geschichte der kommunikativen Kultur. Festschrift für Rudolf Schenda zum 65. Geburtstag* (S. 341 – 358). Frankfurt am Main: Campus.
- Neugarten, B. L. (1968). „Adult personality“ in middle age and aging. Chicago: University of Chicago Press.
- Otto, R. (1987). *Das Heilige. Über das Irrationale in der Idee des Göttlichen und sein Verhältnis zum Rationalen*. München: Beck.
- Otto, W.-G. (2009). Zwischen Leisten und Loslassen. Altersbilder in der Ratgeberliteratur der Gegenwart. *Informationsdienst Altersfragen*, 36(5), S. 6 – 11.
- Otto, W.-G. (2010). „Weisheit oder Verfall“. Von der Polarität populärer Hochaltrigkeitsbilder am Beispiel gegenwärtiger Ratgeberliteratur. In: A. Van Elsbergen, F. Engelhardt & S. Stiefbold (Hrsg.): *Ansichten Einsichten Absichten. Beiträge aus der Marburger Kulturwissenschaft. Förderverein der Marburger kulturwissenschaftlichen Forschung* (S. 211 – 231). Marburg: MakuFEE.
- Posch, W. (2001). Zwischen Schönheit und Schönheitswahn. Die Problematik von Schönheitsideal und Körpernormen. In: I. Antoni-Komar (Hrsg.). *Moderne Körperlichkeit. Körper als Orte ästhetischer Erfahrung* (S. 70-105). Stuttgart, Bremen: dbv.
- Schenda, R. (1972). *Das Elend der alten Leute. Informationen zur Sozialgerontologie für die Jüngeren*. Düsseldorf: Patmos.
- Scherf, H. (2006). *Grau ist bunt. Was im Alter möglich ist*. Freiburg, Basel, Wien: Herder.
- Sontag, S. (1979). The Double Standard of Aging. In: J. H. Williams (Hrsg.). *Psychology of Women: Selected Readings* (S. 462 – 478). New York: Norton.
- Wimmer, M. (2006). *Champagner für alle! Wie man in Würde altert, ohne erwachsen zu werden*. Berlin: Ullstein TB.
- Wooßmann, M. (2007). „Älter werde ich später“ – Anti-Aging oder die Suche nach der ewigen Jugend. Populärmedizinische Ratgeber aus volkskundlicher Sicht. Unveröffentlichte Magisterarbeit im Fach Kulturanthropologie / Volkskunde, Universität Bonn.
- Zimmermann, H.-P. (2010). Kulturelle Plastizität des Alters. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Altersbilder in der Gesellschaft* (Kap. 3.2, S. 86 – 112). Berlin.
- Vgl. www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf.

Kurzinformationen aus der Altersforschung

Individuelle Altersbilder

Beitrag von Susanne Wurm und Oliver Huxhold in: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.). (2010). Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) (S. 246 – 262). Stuttgart: Kohlhammer.

Der Beitrag beschäftigt sich mit der Sicht auf das eigene Älterwerden und Altsein von Menschen ab 40 Jahren in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, Bildung und regionalem Kontext auf Grundlage der Daten des Deutschen Alterssurvey aus den Erhebungswellen von 1996, 2002 und 2008. Der Fokus der Befragung zu individuellen Altersbildern im Alterssurvey liegt auf zwei Dimensionen: der verlustorientierten Sichtweise, Älterwerden mit körperlichen Einbußen zu verbinden, und der gewinnorientierten Sichtweise, Älterwerden mit persönlicher Weiterentwicklung zu verbinden. Dabei zeigte sich bei Menschen in der 2. Lebenshälfte, dass das Älterwerden als Prozess gesehen wird, der sowohl mit körperlichen Verlusten einhergeht, als auch Chancen zur persönlichen Weiterentwicklung beinhaltet. Für beide Dimensionen haben die jüngeren Altersgruppen eine positivere Sicht auf das Alter als die höheren Altersgruppen. Neben dem Alter haben die Bildung und der regionale Kontext einen Einfluss auf das Altersbild: Bei Menschen mit geringerer Bildung und in den neuen Bundesländern ist die verlustorientierte Sicht auf das Alter ausgeprägter und die gewinnorientierte Sicht weniger stark verbreitet als bei der Vergleichspopulation, das Geschlecht hatte keinen Einfluss auf diese Dimensionen des Altersbildes. Über die 12 Jahre betrachtet, hat sich eine Veränderung hin zu positiveren Altersbildern vollzogen, der in den höheren stärker als in den jüngeren Altersgruppen ausgeprägt ist. Dies ist bei

Personen rund um das Alter des Übergangs in den Ruhestand besonders ausgeprägt. Für Personen in der beruflichen Phase im Alter zwischen 40 bis 45 Jahren wurde jedoch eine sich verschlechternde Sicht auf das Alter von 2002 bis 2008 festgestellt. Wurm und Huxhold diskutieren unterschiedliche gesellschaftliche Entwicklungen und Hintergründe, die mit den Befunden zusammenhängen könnten.

Eine Expertise der Autorin/des Autors mit ausführlichen Auswertungen des Alterssurvey zum Thema, die für die Kommission des 6. Altenberichts erstellt wurde, wird im Sommer beim VS Verlag für Sozialwissenschaften erscheinen.

Altersbilder in anderen Kulturen

Die vorgelegte Schrift fasst Ergebnisse einer vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie von der Robert Bosch Stiftung geförderten Studie zu Aspekten der Altersbilder in anderen Kulturen zusammen: Es werden Altersbilder und gesellschaftlich-politische Zugangsweisen zum Alter in sieben Staaten vorgestellt. Aus der Studie sollten Aussagen gewonnen werden, wie das Alter in anderen Ländern gedeutet wird, und wie sich diese Länder mit der Herausforderung des demografischen Wandels auseinandersetzen. In die Analyse gingen die folgenden Länder ein: Brasilien, Frankreich, Großbritannien, Japan, Kanada, Norwegen, USA. Die Untersuchung basierte auf unterschiedlichen Informationsquellen: Literaturanalysen (zu länderspezifischen Altersbildern, demografischen, sozialen und ökonomischen Entwicklungen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen für die Lebensbedingungen älterer Menschen); Experteninterviews zu ausgewählten Themen und

Veränderungen von Altersbildern in den letzten drei Jahrzehnten; detaillierte Informationsgewinnung in Brasilien (ethnologische Feldforschung) und Japan (biographische Interviews) einschließlich Besuche von Einrichtungen. Aus der Studie werden wesentliche länderübergreifende Erkenntnisse und Ergebnisse zu den einzelnen besuchten Ländern berichtet. Länderübergreifend wurde z.B. gefunden, dass das Alter keinem stereotypen Bild folgt und für die Gesellschaft mit Gewinnen, Verlusten, Stärken, Schwächen, Potenzialen wie Belastungen assoziiert ist. Außerdem gab es die bekannte Unterscheidung zwischen dem dritten und vierten Lebensalter, die sich länderspezifisch in der primären Verantwortung für die Bewältigung von Grenzen des vierten Lebensalters gestaltet. Eine ausgeprägte kulturelle Reserviertheit gegenüber Alter und Altern wurde in keinem Land gefunden; allerdings waren länderspezifische Ambivalenzen im Sinne eines Anti-Aging erkennbar. In allen Ländern hängt die Interpretation von Alter und Altern mit der Schichtzugehörigkeit zusammen und ist bei geringeren finanziellen Ressourcen und geringerem Bildungsstand häufig negativer konnotiert. Individuelle Erfahrungen in der eigenen Familie – und zwar Erfahrungen, die in den Beziehungen zu den Eltern in der eigenen Kindheit und Jugend gemacht wurden, wie auch Erfahrungen in den Beziehungen zu den eigenen Kindern und Enkelkindern – üben ebenfalls Einfluss auf die Deutung des Alterns und Alters aus.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). (2009). Altersbilder in anderen Kulturen. Studie des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg im Auftrag der Robert Bosch Stiftung und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Typofactory. www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Gesamt_AlterbilderKulturen_2310.pdf

Josef Ehmer u. Otfried Höffe (Hrsg.): Bilder des Alterns im Wandel

Historische, interkulturelle, theoretische und aktuelle Perspektiven (Kocka, J. u. Staudinger, U. M.: Altern in Deutschland; Bd. 1), Stuttgart, Wiss. Verl.-Ges., 2009, 244 S.

Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina und der Deutschen Akademie für Technikwissenschaften acatech arbeitete von 2006 bis 2009 zum Thema „Chancen und Probleme einer alternden Gesellschaft. Die Welt der Arbeit und des lebenslangen Lernens“. Der Band entstand im Rahmen einer in diesem Kontext stattfindenden Tagung „Bilder des Alterns im Wandel“. Er behandelt theoretische Grundlagen von Konzepten wie Altersbilder, Altersstereotype und Altersdiskurse und beinhaltet Arbeiten aus historischer und interkulturell vergleichender Perspektive, kognitions- und verhaltenswissenschaftlicher Perspektive und beschäftigt sich mit Altersbildern in Medien und Unternehmen.

Wahle, Kai E.: Altersbild und Alterserleben im historischen Wandel

Sonderausgabe Oktober 2009 von Pro Alter

Die vom KDA und der Marie-Luise und Ernst Becker Stiftung herausgegebene Sonderausgabe von Pro Alter führt 4 Beiträge des Historikers Kai E. Wahle über Altersbilder in der Geschichte zusammen, die zwischen 2005 und 2007 in den regulären Ausgaben der Zeitschrift erschienen sind: 1. Die Antike – das goldene Zeitalter der Alten? 2. Das Mittelalter – Älterwerden im Tal der Verachtung? 3. Zwischen Reformation und Revolution – Von der Verachtung zur Huldigung des Alters? 4. Die Neueste Geschichte – Vom elitären zum allgemeinen Ruhestand.

Bezug über das KDA: www.kda.de

Der Sechste Altenbericht der Bundesregierung¹ – Überlegungen, Leitbilder und Empfehlungen der Kommission

Andreas Kruse

¹⁾ Der Sechste Altenbericht ist als PDF-Datei abrufbar unter: www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/bt-drucksache-sechster-altenbericht,-property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,-rwb=true.pdf

Zu keinem Zeitpunkt erreichten so viele Menschen ein so hohes Alter wie heute. Nie stand Menschen mehr Zeit zur Verfügung, persönlich bedeutsame Anliegen und Interessen zu verwirklichen, ihr Leben nach eigenen Vorstellungen zu gestalten. Die Tatsache, dass die Lebenserwartung in Deutschland stark angestiegen ist – seit 1900 um mehr als 30 Jahre – und in Zukunft noch weiter ansteigen wird, spiegelt deutlich verbesserte Gesundheits- und Lebenschancen sowie einen zu begrüßenden gesellschaftlichen Fortschritt wider. Eine Gesellschaft des langen Lebens konfrontiert aber auch mit Aufgaben und Anforderungen; den Einzelnen ebenso wie die Gesellschaft insgesamt. Ungenutzte Möglichkeiten älterer Menschen, einen verantwortlichen Beitrag zum Gelingen von Gesellschaft zu leisten, gewinnen verstärkt an Bedeutung. Gleichzeitig muss sich eine Gesellschaft des langen Lebens vermehrt mit den Grenzen des Alters auseinandersetzen. Mit fortschreitendem demografischem Wandel nimmt die Zahl der chronisch kranken, pflegebedürftigen und demenzkranken Menschen zu, und mit zunehmender Lebenserwartung wird es für den Einzelnen zudem wahrscheinlicher, selbst einmal in derartigen Grenzsituationen des Alters zu stehen oder diese bei nahestehenden Menschen zu erleben. In einer Gesellschaft des langen Lebens stellt sich entsprechend auch der Umgang mit Grenzsituationen, die Erhaltung von Lebensqualität in Grenzsituationen als eine zentrale, den Einzelnen wie die Gesellschaft als Ganzes fordernde Aufgabe dar.

Altersbilder wirken sich nachhaltig auf das Selbstbild, die Nutzung von Potenzialen und Kompetenzen, die individuelle Lebensplanung und Bemühungen um eine Gestaltung des eigenen Alternsprozesses aus. Sie beeinflussen die Erlebens- und Verhaltensspielräume anderer Menschen, insbesondere

auch deren Möglichkeiten und Gelegenheiten zu sozialer Teilhabe, zur Entwicklung und Nutzung von Stärken und Potenzialen. Eine altersfreundliche, durch Solidarität zwischen den Generationen gekennzeichnete Gesellschaft ist deshalb ohne differenzierte Altersbilder nicht denkbar. Mit „differenziert“ sind an dieser Stelle drei Dinge gemeint: Erstens sollten Altersbilder die Unterschiedlichkeit in den körperlichen und geistigen Fähigkeiten ebenso berücksichtigen wie Unterschiede in sozialen, gesundheitlichen und materiellen Ressourcen sowie die Individualität von Lebensentwürfen, Anliegen und Interessen. Zweitens sollte erkannt werden, dass die genannten Merkmale der Lebenssituation im Alter Resultat sehr unterschiedlicher Entwicklungen sein können, die sich zum Teil individueller Einflussnahme entzogen haben, zum Teil auch Ergebnis früherer Entscheidungen und Unterlassungen sind. Drittens sollten Altersbilder in ihrer differenziellen Bedeutung für spezifische soziale und biografische Kontexte sowie für soziale Interaktionen mit verschiedenen Personen und Gruppen erkannt werden.

Mit der Formulierung des Auftrags an die Sechste Altenberichtscommission – Altersbilder in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen zu untersuchen und aufzuzeigen, wie diese sich auf die Teilhabe älterer Menschen am gesellschaftlichen und kulturellen Leben auswirken – wurde der Tatsache Rechnung getragen, dass die Entwicklung und Verwirklichung der Potenziale des Alters für Individuum und Gesellschaft wie auch der gesellschaftliche und individuelle Umgang mit Grenzen im Alter in erheblichem Maße durch die Wahrnehmung und Deutung des Alters und des Alterns beeinflusst sind. Aus der wechselseitigen Abhängigkeit von individuellen Alternsprozessen und gesellschaftlichen Strukturen folgt, dass die für die verschiedenen gesellschaftlichen Bereiche

charakteristischen Altersbilder prinzipiell veränderbar und zumindest in Grenzen gestaltbar sind. Eine Reflexion von Altersbildern in verschiedenen gesellschaftlichen Kontexten, die charakteristische, auf das Alter bezogene Meinungen, Überzeugungen, Bewertungen und Wissenssysteme mit Ergebnissen empirischer Forschung konfrontiert, erscheint deshalb im Hinblick auf die zukünftige Gestaltung einer alternden Gesellschaft notwendig und sinnvoll.

Leitbilder der Kommission

Die Sechste Altenberichtscommission hat sich in der Ableitung von Handlungsempfehlungen aus der Analyse von Altersbildern an zwei zentralen Leitbildern orientiert: dem Leitbild der Ermöglichung einer selbst- und mitverantwortlichen Lebensführung und dem Leitbild der differenzierten Betrachtung der Vielfalt des Alters und des Alterns.

Ausgehend vom Subsidiaritätsprinzip, demzufolge Probleme vorzugsweise dort zu lösen sind, wo sie entstehen, und größere soziale Einheiten erst dann unterstützend („subsidiär“) tätig werden, wenn die jeweils kleineren sozialen Einheiten nicht zu einer selbstständigen Lösung in der Lage sind, leitet die Sechste Altenberichtscommission zwei Verpflichtungen ab: erstens die *individuelle* Verpflichtung, durch eine selbstverantwortliche Lebensführung Potenziale auszubilden und für sich selbst und andere zu nutzen, zweitens eine Verpflichtung des *Staates*, für Rahmenbedingungen zu sorgen, die Menschen eine angemessene Ausbildung und Verwirklichung von Potenzialen ermöglichen.

Individuelles und gesellschaftliches Altern können nur dann gelingen, wenn auch auf der Ebene des Individuums eine selbst- und mitverantwortliche Lebensführung verwirklicht wird, wenn Menschen unabhängig von ihrem Lebensalter Verantwortung übernehmen – und darin umfassende Förderung erfahren. Der Hinweis auf die *Rahmenbedingungen*, die der Staat schaffen muss, soll nicht zuletzt für soziale Ungleichheiten und prekäre Lebenslagen sowie für die Notwendigkeit spezifischer Fördermaßnahmen

sensibilisieren. Mit dem Hinweis auf eine individuelle Verpflichtung wird betont, dass nicht allein die jüngere Generation Verantwortung für die Bewältigung von Herausforderungen des demografischen Wandels und die Wahrung von intergenerationeller Solidarität trägt. Das für jeden einzelnen alter werdenden Menschen gegenüber der Gemeinschaft bestehende *Recht*, Potenziale zu entwickeln und zu verwirklichen, korrespondiert – im Rahmen der jeweils bestehenden Möglichkeiten – mit *Pflichten*, nicht nur gegenüber der eigenen Person, sondern auch gegenüber der Gemeinschaft.

Die Notwendigkeit einer Differenzierung und Diversifizierung von Altersbildern

Der Sechste Altenbericht thematisiert Altersbilder insbesondere als auf lebenslange Entwicklung bezogene Wissenssysteme, die sich auf den Verlauf von Alternsprozessen beziehen und damit für die Verwirklichung von Potenzialen ebenso wie für die Sensibilisierung für Grenzen und den Umgang mit diesen bedeutsam sind. In dem Maße, in dem sich das Alter verändert, müssen sich auch solche Wissenssysteme verändern, sonst werden sie ihrer Funktion, Orientierung in einer komplexen sozialen Realität zu erleichtern und zielgerichtetes, adaptives Handeln zu motivieren und zu steuern, nicht mehr gerecht. Wenn ältere Menschen heute im Allgemeinen gesünder sind und über mehr Ressourcen verfügen als ältere Menschen früher, dann müssen Altersbilder in angemessenem Maße die zunehmenden Potenziale des so genannten dritten Lebensalters akzentuieren. Nur so können sie dazu beitragen, dass einerseits die Gesellschaft ihren Mitgliedern angemessene Entfaltungsspielräume zur Verfügung stellt, dass andererseits die Individuen die ihnen zur Verfügung stehenden Gestaltungsmöglichkeiten in optimaler Weise nutzen. Die Notwendigkeit, Altersbilder zu verändern, zeigt sich aber noch in anderer Hinsicht: Für immer mehr Menschen werden Pflegebedürftigkeit und Demenz Merkmale einer Lebensphase bilden, die sich qualitativ von der auf den Ruhestand folgenden Altersphase ebenso unterscheidet wie von einer durch das Sterben geprägten Lebensphase. Altersbilder

müssen auch der zunehmenden Verletzlichkeit des vierten Lebensalters gerecht werden, wenn sie zu einem angemessenen Umgang mit den Grenzen des Alters beitragen sollen.

Diese Aussagen seien im Folgenden anhand einiger zentraler Ergebnisse des Sechsten Altenberichts verdeutlicht.

Der Sechste Altenbericht macht deutlich, dass Stärken und Grenzen des Alters zum Teil direkt, zum Teil indirekt von Altersbildern beeinflusst sind. Dies gilt für die berufliche Leistungsfähigkeit wie für das bürgerschaftliche Engagement, für die Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit wie für die Auseinandersetzung mit Krankheiten, Pflegebedürftigkeit oder Demenz.

Im Bereich des *Erwerbslebens* spiegeln sich Altersbilder in der Bereitschaft von Unternehmen wider, ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weiter zu beschäftigen, ihnen dabei verantwortliche Aufgaben zu übertragen, in ihre Fort- und Weiterbildung zu investieren und Arbeitsbedingungen und Anforderungen an sich wandelnde Kompetenzprofile anzupassen. Der Einfluss der Altersbilder in der Arbeitswelt zeigt sich zudem in der Arbeitsmotivation älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, in deren Interesse, an Innovationen zu partizipieren, sowie in deren Überzeugung, leistungs-, lern- und veränderungsfähig zu sein.

Für den Bereich des *bürgerschaftlichen Engagements* ist festzustellen, dass ältere Menschen vor allem dann bereit sind, verantwortliche Aufgaben innerhalb der Gesellschaft zu übernehmen, wenn sie davon ausgehen, dass sie den zugehörigen Anforderungen auch auf Dauer gewachsen sind und ihr Engagement von anderen in angemessener Weise nachgefragt und geschätzt wird. Aus diesem Grunde sind die Potenziale für das zivilgesellschaftliche Engagement immer auch unter dem Gesichtspunkt der von unserer Gesellschaft und Kultur ausgehenden Motivation zur aktiven Mitgestaltung des öffentlichen Raums zu betrachten.

Ein verantwortliches *Gesundheitsverhalten* (im Sinne der Selbstsorge), die Nutzung von Präventionsmöglichkeiten sowie ein effektives und eigenverantwortliches Krankheitsmanagement sind in hohem Maße an die Überzeugung gebunden, dass sich Alternsprozesse gestalten lassen und Bemühungen um eine Erhaltung oder Verbesserung der eigenen Gesundheit nicht nutzlos sind. Wenn gesundheitliche Probleme hingegen als unvermeidliche Begleiterscheinungen des Alters interpretiert werden, dann bleiben auch gegebene Behandlungsmöglichkeiten ungenutzt.

Ängste vor *Pflegebedürftigkeit* und *Demenz* (als möglichen Grenzsituationen des Alters) sind nicht zuletzt deswegen verbreitet, weil der Verlust der Selbstständigkeit und gravierende Einbußen der kognitiven Leistungsfähigkeit die Integrität und die Würde der Person infrage zu stellen scheinen. Diese Ängste werden in dem Maße gefördert, in dem sich eine Gesellschaft von einem reduktionistischen Alters- und Menschenbild leiten lässt, welches die Persönlichkeit vor allem auf kognitive Fähigkeiten gründet und die Bezogenheit auf andere Menschen zugunsten einer individualistischen Konzeption von Identität vernachlässigt.

Auch in der Versorgung *pflegebedürftiger* Menschen spiegeln sich Altersbilder und auf diese bezogene Menschenbilder wider. Wenn Pflegebedürftigkeit lediglich im Sinne zeitlich quantifizierter Unterstützungsbedarfe und als Problem der Finanzierung notwendiger Leistungen der Grundpflege diskutiert wird und sich die Versorgung demenzkranker Menschen auf die Behandlung von Symptomen und auf die Kontrolle von Verhaltensauffälligkeiten konzentriert, dagegen Fragen nach Möglichkeiten der Steigerung und Sicherung von Lebensqualität weitgehend ausgeblendet bleiben, dann ist dies nicht selten auf ein Altersbild zurückzuführen, das unterstellt, dass die betroffenen Menschen von einer Gestaltung der sozialen und räumlichen Umwelt nicht mehr profitieren und ein Bemühen um die Rekonstruktion individueller Bedürfnisse, Präferenzen und Befindlichkeiten wenn nicht unmöglich, so doch unnötig ist.

Die Notwendigkeit differenzierter Altersbilder ergibt sich auch im Hinblick auf *soziale Ungleichheiten*, die zu einem guten Teil schon in früheren Lebensjahren bestehen und besondere Benachteiligungen im Alter zur Folge haben können. Benachteiligungen im Bildungssystem wirken sich nicht nur über fehlende berufliche Perspektiven, diskontinuierliche oder unvollständige Berufskarrieren und geringe Rentenansprüche auf die im Alter zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen aus. Die genannten Benachteiligungen sind außerdem in vielen Fällen mit geringeren Möglichkeiten zur Verwirklichung von Bildungs- und Freizeitinteressen sowie besonderen gesundheitlichen und familiären Belastungen verbunden, was die Entwicklung und Verwirklichung von Potenzialen im Alter zusätzlich einschränkt. Diese späten Folgen von sozialen Ungleichheiten zu erkennen und dafür zu sensibilisieren, inwieweit durch Benachteiligungen die Entwicklung von Potenzialen erschwert oder unmöglich gemacht wird, ist eine bedeutende Funktion ausreichend differenzierter und diversifizierter Altersbilder.

Dabei ist zu bedenken: Die traditionellen Altersbildern vielfach zugrunde liegende Normalbiografie ist für einen zunehmenden Anteil der Bevölkerung moderner Gesellschaften nicht mehr charakteristisch. Wenn im Sechsten Altenbericht von der Notwendigkeit einer Differenzierung und Diversifizierung von Altersbildern gesprochen wird, dann ist damit auch gemeint, dass Altersbilder in stärkerem Maße jenen Biografien gerecht werden müssen, die von der Normalbiografie abweichen. Das Alter „nivelliert“ ja nicht die biografische Entwicklung, vielmehr ist das Alter – sowohl in der Verwirklichung von Potenzialen als auch in der Konfrontation mit Grenzen – in hohem Maße von der biografischen Entwicklung beeinflusst.

Handlungsempfehlungen

Die von der Kommission erarbeiteten Empfehlungen verstehen sich nicht als Plädoyer für bestimmte Altersbilder, sie sollen vielmehr für bestimmte Aspekte des Alterns und des Alters in verschiedenen Kontexten sensibilisieren. Der Sechste Altenbericht zeigt auf, wie verschiedenartig das Alter ist, wie vielfältig die Kompetenzen und Lebensstile älterer Menschen sind und wie unterschiedlich deshalb auf die Fragen des Alters geantwortet werden muss. Vor diesem Hintergrund werden zehn Empfehlungen formuliert.

1. Den demografischen Wandel als Gestaltungsaufgabe verstehen

Die Kommission sieht den demografischen Wandel als eine gesellschaftliche und politische Herausforderung an, deren Bewältigung auch davon abhängt, inwieweit Altersbilder der Heterogenität des Alters gerecht werden. Aus diesem Grunde sollten Verantwortliche in Gesellschaft, Politik und Wirtschaft kritisch reflektieren, von welchen Altersbildern sie sich in ihren Entscheidungen leiten lassen, und insbesondere strategische Instrumentalisierungen von Altersbildern – wie sie etwa in Begriffen wie Generationenkonflikt zum Ausdruck kommen – vermeiden.

2. Eine neue Kultur des Alters entwickeln

Der demografische Wandel betrifft nicht nur ältere Menschen, sondern alle Teile der Gesellschaft und alle Altersgruppen. Politik für ältere Menschen muss deshalb als Teil einer übergreifenden Generationenpolitik verstanden werden, die nicht einseitig auf Fürsorge- und Hilfebedürftigkeit fokussiert, sondern den vielfältigen Lebensstilen und Erwartungen älterer Menschen Rechnung trägt und auf deren Kompetenzen und die Entwicklung ihrer Potenziale setzt.

3. Lebenslauforientierung stärken und Altern als individuelle und gesellschaftliche Gestaltungsaufgabe begreifen

In einer Gesellschaft des langen Lebens ist der Begriff „Alter“ zu statisch und zu eng, um die Vielfalt und die Dynamik individueller Lebenslagen und Entwicklungen zu beschreiben. „Alter“ ist in unserer Gesellschaft noch zu sehr mit der Vorstellung eines ein-

heitlichen, fest umrissenen Lebensabschnitts assoziiert. Der Begriff „Alter“ sollte durch den des „Alterns“ ersetzt werden, wobei Heterogenität und Gestaltbarkeit stärker in den Vordergrund treten müssen.

4. Bildung als Recht und Pflicht für alle Lebensalter anerkennen

Bildung muss für *alle* Lebensalter selbstverständlich werden. Bildung, die Kompetenzen für ein eigen- und mitverantwortliches Leben vermittelt, ist ein zentraler Beitrag zu Selbstsorge, Mitverantwortung und sozialer Teilhabe. Es gibt nicht nur ein Recht auf Bildung, sondern auch eine Pflicht zur Bildung, und zwar über den gesamten Lebensverlauf hinweg. Daraus erwächst die Verpflichtung aller Institutionen, die mit allgemeiner und beruflicher Bildung befasst sind, Bildungsangebote für alle Lebensalter zu unterbreiten.

5. Negative und positive Diskriminierungen aufgrund des Alters vermeiden

Es muss vermieden werden, dass Benachteiligungen allein aufgrund des Lebensalters entstehen; aber auch Begünstigungen und Privilegien sollten nicht nach Lebensalter gewährt werden, sondern nach Kriterien, die die *soziale Gesamtsituation* von Personen berücksichtigen. Regulierungen und Altersgrenzen in verschiedenen Bereichen sollten regelmäßig auf eine mögliche implizite negative oder positive Altersdiskriminierung hin geprüft werden.

6. Zu einer neuen Sicht des Alters in der Arbeitswelt gelangen

Unternehmen müssen durch eine lebenszyklusorientierte Personalpolitik (etwa Weiterbildungsangebote oder gesundheits-erhaltende Maßnahmen) innerbetriebliche Altersgrenzen überwinden, Beschäftigte müssen mitverantwortlich Angebote zur beruflichen oder betrieblichen Weiterentwicklung und zur Gesundheitserhaltung nutzen und in die eigene Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit investieren, Sozialpartner sind aufgefordert, der demografischen Entwicklung in Tarifverträgen konsequent und konsistent Rechnung zu tragen, der Gesetzgeber muss verlässliche und konsistente Rahmenbedingungen schaffen.

7. Gesundheitspolitik an eine Gesellschaft des langen Lebens anpassen

Die Gesundheitsversorgung älterer Menschen muss an gesundheitlichen Bedarfen und Notwendigkeiten und nicht an ungeprüften Annahmen über das Alter ausgerichtet sein. Die an der gesundheitsbezogenen Versorgung älterer Menschen beteiligten Personen müssen die Möglichkeit erhalten und nutzen, eine differenzierte Sicht auf das Alter zu entwickeln und auf dieser Grundlage (individualisierende) Präventions-, Therapie-, Rehabilitations-, Pflege- und Palliativkonzepte zu entwickeln und anzuwenden. Eine Rationierung solcher Leistungen aufgrund des Lebensalters ist abzulehnen.

8. Zu einem erweiterten Verständnis von Pflege finden

Auf Unterstützung und Pflege verwiesene Menschen haben das Recht, sich nicht über ihre Behinderung und ihren Unterstützungsbedarf definieren zu müssen. Auf den Begriff „Pflegefall“ sollte deshalb sowohl im Recht als auch in der öffentlichen Kommunikation konsequent verzichtet werden. Die angekündigte Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitskonzeptes sollte nicht nur auf eine Korrektur des vorherrschenden verrichtungsbezogenen Pflegebegriffs zielen, sondern zudem die Förderung von Ressourcen und Teilhabe in das Zentrum stellen. Schließlich sollten auch kognitive Einbußen stärkere Berücksichtigung finden.

9. Selbst- und Mitverantwortung in der Zivilgesellschaft fördern

Solidarität muss über die Familiengrenzen hinausgehen. Es gilt deshalb, älteren Menschen neue Wege für Selbst- und Mitverantwortung in der Zivilgesellschaft zu ebnen. Die Sorgefähigkeit und Sorgequalität der Zivilgesellschaft („caring community“) muss insbesondere in den Kommunen gestärkt werden. Ältere Menschen sind aufgefordert, in ihrer Lebensgestaltung die Möglichkeiten der Zivilgesellschaft zu nutzen.

10. Kulturelle Unterschiede erkennen und gestalten

Die Politik sowie die einschlägigen Verbände und Einrichtungen sind gefordert, in ihren Botschaften, Angeboten und Maßnahmen die Vielfalt der kulturellen Hintergründe älte-

rer Menschen sehr viel stärker zu beachten. Die Selbsthilfeorganisationen der verschiedenen ethnischen und religiösen Gruppen sind gefordert, bei der Entwicklung einer kultursensiblen Altenhilfe und Pflege gestaltend mitzuwirken. Verbände, kommunale Einrichtungen und Träger ambulanter sowie stationärer Pflege sind gefordert, durch kulturelle und sprachliche Schulung des Personals die konkreten Belange von älteren Migrantinnen und Migranten vermehrt zu berücksichtigen.

Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse war Vorsitzender der Sachverständigenkommission des Sechsten Altenberichts „Altersbilder in der Gesellschaft“. Er ist Direktor des Instituts für Gerontologie und Dekan der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.

*Kontakt:
andreas.kruse@gero.uni-heidelberg.de*

Kurzinformationen aus Politik und Praxis der Altenhilfe

BAGSO: Online Portal zum 6. Altenbericht und Dokumentation Fachtagung

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) hat die wichtigsten Aussagen des über 500-seitigen 6. Altenberichtes der Bundesregierung zum Thema „Altersbilder“ im Internet zusammengefasst und bietet allen Interessierten die Möglichkeit, die Feststellungen und Empfehlungen der Sachverständigenkommission ebenso wie die Stellungnahme der Bundesregierung zu kommentieren.

www.projekte.bagso.de/altersbilder-in-der-gesellschaft/startseite.html

Die Veröffentlichung einer Dokumentation der BAGSO-Fachtagung „Altersbilder und Engagement in der Zivilgesellschaft“, die in Kooperation mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) am 08.11.2010 in Berlin durchgeführt wurde, ist abrufbar unter:

www.bagso.de/1466.html

Fotoausstellung „Neue Bilder vom Alter(n)“ in Berlin

Stereotype Altersbilder behindern die Entfaltung der Möglichkeiten, die sich im höheren Alter für Menschen bieten. Denn die Lebenserwartung steigt, ältere Menschen sind länger gesund und leistungsfähig. Die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina zeigt in der Ausstellung „Neue Bilder vom Alter(n)“ ab 18. Januar 2011

Fotografien mit unterschiedlichen Entwürfen und Vorstellungen vom Altwerden, die in einem Fotowettbewerb ausgewählt wurden. Die Ausstellung findet im Atrium des AOK-Bundesverbandes in Berlin statt und wird dort bis zum 16. April laufen. Als Wanderausstellung wird sie in weiteren Städten zu sehen sein.

19. Januar – 16. April 2011; werktags und sonntags, 10 bis 16 Uhr; Atrium des AOK-Bundesverbandes, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin; Eintritt frei.

Quelle:

www.idw-online.de/pages/de/news403817

Kristina Schröder gab Startschuss für das Programm „Alter neu denken – Altersbilder“

Mit dem Foto- und Videowettbewerb „Mein Bild vom Alter – Was heißt schon alt?“ startete am 11.01.2011 das Programm „Alter neu denken - Altersbilder“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Mit dem Programm soll die Verbreitung eines neuen, differenzierten und realistischen Leitbildes des Alters unterstützt werden. Das neue Bild vom Alter sollte die Stärken älterer Menschen hervorheben und dazu beitragen, dass sie ihren Beitrag in Wirtschaft und Gesellschaft auch leisten können.

Alt sein heißt heute nicht mehr in erster Linie hilfe- und pflegebedürftig sein. Die heutigen Seniorinnen und Senioren sind im Durchschnitt gesünder, besser ausgebildet und vitaler als frühere Generationen. Viele ältere Menschen sind keineswegs an einem Rück-

zug aus der Gesellschaft interessiert, sondern zu einer Fortsetzung ihres Engagements in Beruf, Wirtschaft und Gesellschaft bereit. In einer im September 2010 durchgeführten Emnid-Umfrage haben 91 Prozent der Befragten den Wunsch geäußert: „Im Alter möchte ich aktiv sein und Neues kennen lernen“. Selbst bei den über 70jährigen äußerten das noch 78 Prozent. 95 Prozent der über 70jährigen erklärten: „Auch im Alter werde ich für andere da sein“.

Der Wettbewerb läuft bis zum 30. April 2011 und richtet sich an Teilnehmerinnen und Teilnehmer jeden Alters, die ihre persönlichen Vorstellungen vom Alter im Video darstellen bzw. als Foto, auch mit einer kurzen Geschichte, einreichen können. Es können Geld- und Sachpreise sowie eine Einladung zur Preisverleihung nach Berlin gewonnen werden.

Informationen unter www.programm-altersbilder.de und www.was-heisst-schon-alt.de Pressemitteilung v. 11.01.2011

Die verfehlte Zielgruppe: Saarbrücker Wissenschaftlerin analysiert das Konsumverhalten von Älteren

Andrea Gröppel-Klein, BWL-Professorin an der Universität des Saarlandes, und Mitglied der Sachverständigenkommission des 6. Altenberichts hatte alle verfügbaren empirischen Forschungsergebnisse zum Konsumverhalten von Älteren zusammengefasst und einige überraschende Ergebnisse zutage gefördert, die keinen Grund für das Festhalten an landläufigen Meinungen liefern. Eher sind es sehr konträre Altersbilder, die sich ganz unterschiedlich auf die Einstellung und das Verhalten gegenüber älteren Menschen auswirken. Noch in den 1990er Jahren war die Ansicht weit verbreitet, Ältere seien eine unflexible, unfähige und unattraktive Zielgruppe für Hersteller und Handel. Seit einigen Jahren werde dagegen eher die Meinung vertreten, Ältere seien nicht durch die genannten drei „u“s gekennzeichnet, sondern durch die drei „k“s: eine konsumfreudige, kompetente und kaufkraftstarke Zielgruppe.

Während im ersten Fall ein defizitäres Altersbild vorherrscht, das den älteren Konsumenten emotionale und geistige Fähigkeiten abspricht, räumt das positive Altersbild den Älteren die gleiche Leistungsfähigkeit wie jungen Leuten und eine besondere Konsumkompetenz ein. Tatsächlich sei keine Altersgruppe so heterogen wie Menschen ab 60 Jahre, sagt Gröppel-Klein. Welche Altersbilder bei Handel und Herstellern jeweils ausschlaggebend sind, lässt sich an der Werbung für diese Zielgruppe ablesen. Hierzu wurde gefunden, dass sich die Unternehmen ihrer langen Tradition und des hohen Alters ihrer Marke rühmen, aber davor zurückschrecken, in der Werbung ältere Menschen zu zeigen. Ältere Menschen sind in der Werbung nicht nur unterrepräsentiert, sondern oft mit klischeehaften Rollen belegt. Während ältere Männer in der Werbung durchaus als kompetente und erfahrene Fachleute vertreten sind, werden ältere Frauen oft auf die Rolle als Kuchen backende Großmutter reduziert. Dass auch die Annahmen zum Konsumverhalten Älterer veraltet sind, hat die Wissenschaftlerin ebenfalls im Altenbericht dargelegt. Die Gesellschaft für Konsumforschung habe gezeigt, dass die Zahl der Einkaufstrips nach Eintritt ins Rentenalter signifikant ansteige und Ältere mindestens ein Drittel häufiger als Jüngere zum Einkaufen gingen. Auch wechselten ältere Menschen bei Produkten des täglichen Bedarfs besonders häufig die Marke und ließen sich genauso wie jüngere Menschen für neue Produkte begeistern. „Generell setzen sich zu wenige Unternehmen wirklich mit der Zielgruppe der älteren Konsumenten auseinander“, meint die BWL-Professorin. So gebe es beispielsweise für die ältere Kundin viel zu wenig Angebote für qualitativ hochwertige und gleichzeitig attraktive Mode. „Der Wunsch nach Attraktivität hört nicht auf, nur weil man alt ist“, fasst sie empirische Forschungsergebnisse zusammen. Durch negative Altersbilder, die älteren Konsumenten von vorneherein geringere geistige und körperliche Fähigkeit zuordneten, fühlten sich alte Menschen oft diskriminiert.

Quelle: www.idw-online.de/pages/de/news404781

Medikamenteneinnahme im höheren Alter

Christopher Marx und Benjamin Schüz

Medikamente im Alter

Das höhere Erwachsenenalter ist häufig von gesundheitlichen Beschwerden geprägt (Fried 2000). In Deutschland etwa leiden 57% der 55 – 69-Jährigen und 77% der 70 – 85-Jährigen an zwei oder mehr chronischen Erkrankungen (Wurm u.a. 2010). Grundlage der Behandlung solcher multiplen Krankheiten sind in der Regel Medikamente (WHO 2003). Entsprechend gehört für viele ältere Menschen die Einnahme von Medikamenten zum Alltag.

Oft werden allerdings verordnete Medikamente nicht oder nur unregelmäßig eingenommen (Medikamenten-Nonadhärenz). Schätzungen zufolge ist dies bei 25 – 50% aller Patienten der Fall (DiMatteo 2004a; WHO 2003). Dafür gibt es unterschiedliche Gründe: Manche ältere Menschen vergessen z.B. manchmal, ihre Medikamente einzunehmen. Viele entscheiden sich aber auch bewusst gegen die Einnahme von Medikamenten, etwa weil sie unangenehme Nebenwirkungen von Medikamenten vermeiden wollen oder sich aufgrund komplexer Einnahmepläne in ihrem Lebensalltag zu sehr eingeschränkt sehen. Hier dient die Nonadhärenz einem wichtigen Zweck – der Wahrung individueller Autonomie.

Damit ist gleichsam das Dilemma angedeutet, vor dem die Adhärenzforschung wie auch die medizinische Praxis stehen. Einerseits ist es wichtig, dass Patienten ihre Medikamente gemäß ärztlichen Empfehlungen einnehmen, insofern gravierende Abweichungen von solchen Empfehlungen gesund-

heitliche Risiken bergen. So wurde in zahlreichen Studien gezeigt, dass Medikamenten-Nonadhärenz die Effektivität medikamentöser Therapien beeinträchtigt (DiMatteo u.a. 2002) und zudem mit einem höheren Mortalitätsrisiko assoziiert ist (Simpson u.a. 2006). Andererseits lässt sich Adhärenz nicht „um jeden Preis „verlangen“ – denn oft haben Patienten gute Gründe dafür, ihre Medikamente nicht einzunehmen, und diese sind anzuerkennen und bei der Behandlung zu berücksichtigen. Kurzum: Forschung und Praxis stehen vor der komplexen Aufgabe, Mittel und Wege zu finden, um Patienten die Einnahme ihrer Medikamente zu erleichtern – ohne dabei ihre autonome Lebensführung allzu sehr einzuschränken.

Welche Faktoren beeinflussen die Medikamenteneinnahme?

Es lassen sich die folgenden Faktoren unterscheiden, die die empfehlungsgemäße Einnahme von Medikamenten beeinflussen (WHO 2003).

Soziodemografische Faktoren

In der frühen Adhärenzforschung ging man davon aus, dass es einen bestimmten Typ von „nonadhärentem Patienten“ gibt, der sich durch spezifische soziodemografische Merkmale (z.B. Alter, Bildung) kennzeichnen lässt (Leventhal u. Cameron 1987). Neuere Befunde legen jedoch nahe, dass solche Merkmale keine stichhaltige Vorhersage der Medikamenten-Adhärenz erlauben. So fand DiMatteo (2004a, 2004b) in zwei Metaanalysen heraus, dass Alter und Geschlecht nur schwache Assoziationen mit dem Adhärenzverhalten haben. Anders gesagt: Alter und Geschlecht einer Person haben keinen Einfluss darauf, ob Medikamente wie empfohlen eingenommen werden. Höhere Bil-

derung, höheres Einkommen sowie das Bestehen einer Partnerschaft hingegen erhöhen die Wahrscheinlichkeit der Medikamenteneinnahme – substanziell sind diese Effekte aber nicht. Einschränkend ist anzumerken, dass soziodemografische Merkmale indirekte Effekte auf die Medikamenteneinnahme haben können. So geht höheres Alter oft mit einer Minderung der Gedächtnisleistung einher (Singer u.a. 2003) – was dazu beitragen kann, dass die Medikamenteneinnahme vergessen wird (Horne 2006).

Therapiebezogene Faktoren

Bedeutsamer ist der Einfluss therapiebezogener Faktoren. Wichtig ist hier zunächst die Anzahl von Medikamenten, die pro Tag einzunehmen sind: Allgemein gilt die Faustregel, dass eine höhere Zahl von Medikamenten mit geringeren Adhärenzraten einhergeht. So kamen Barat u.a. (2001) in einer querschnittlich angelegten Studie zur Medikamenteneinnahme älterer Patienten mit verschiedenen Erkrankungen¹ zu dem Befund, dass diejenigen, die pro Tag drei oder mehr Medikamente einzunehmen hatten, diese seltener empfehlungsgemäß einnahmen als Patienten mit weniger als drei Medikamenten pro Tag. Dieser Befund lässt sich damit erklären, dass bei steigender Medikamentenzahl die Einnahmepläne für diese Medikamente komplexer werden: Manche Medikamente müssen zum Beispiel vor dem Frühstück, andere nach dem Mittagessen und wieder andere vor dem Schlafengehen eingenommen werden – und je komplizierter der Einnahmeplan wird, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass dabei Fehler unterlaufen oder einzelne Medikamente vergessen werden (Ingersoll u. Cohen 2008). Ein anderer Erklärungsansatz betont die Belastungen, die mit der Medikamenteneinnahme einhergehen. So bedeutet die Einnahme vieler Medikamente prinzipiell eine Einschränkung des Lebensalltags und damit der Autonomie – was dazu beitragen kann, dass einzelne Medikamente bewusst nicht eingenommen werden (Donovan u. Blake 1992).

Ein weiterer kritischer Punkt sind Nebenwirkungen von Medikamenten. So zeigte sich in vielen Studien, dass Patienten die Einnahme ihrer Medikamente abbrachen, wenn sie unter unangenehmen Nebenwirkungen zu leiden hatten. Chao u.a. (2007) fanden in einer querschnittlichen Studie zur Medikamenteneinnahme älterer Diabetes-Patienten² heraus, dass jene, die stärkere Nebenwirkungen beklagten (z.B. Verdauungsbeschwerden), signifikant weniger adhärent waren als solche, bei denen sich keine Nebenwirkungen einstellten. Ähnliches beobachteten McHorney u.a. (2007) in einer querschnittlichen Studie mit älteren Frauen, die an Osteoporose litten³: Stärkere Nebenwirkungen verschriebener Medikamente gingen einher mit einer siebenfach erhöhten Wahrscheinlichkeit, dass Medikamente nicht empfehlungsgemäß eingenommen wurden.

Krankheitsbezogene Faktoren

Krankheitsbezogene Faktoren haben ebenfalls einen Einfluss auf das Adhärenzverhalten. So gibt es bei verschiedenen Krankheiten deutliche Unterschiede in den durchschnittlichen Adhärenzraten. Hohe Raten finden sich etwa bei Arthritis (81.2%) und gastrointestinalen Erkrankungen (80.4%). Deutlich niedrigere Raten wurden im Falle von Schlaflosigkeit (65.5%) und Diabetes (67.5%) beobachtet (DiMatteo 2004a). Woher diese Unterschiede rühren, ist bislang nicht geklärt. Wichtig an diesen Befunden ist zunächst, dass bei verschiedenen Krankheiten unterschiedliche Grade von Medikamenten-Adhärenz zu erwarten sind. Ein weiterer Faktor ist der objektive Gesundheitszustand, d.h. das gesundheitliche Befinden unter medizinischen Gesichtspunkten. Hier zeigt sich ein komplexer Zusammenhang mit dem Adhärenzverhalten, der vom Schweregrad der jeweiligen Krankheit abhängt (DiMatteo u.a. 2007): Bei schwerwiegenden Krankheiten (z.B. Krebs) geht ein *schlechterer* objektiver Gesundheitszustand mit *niedrigeren* Adhärenzraten einher. Das liegt vermutlich daran, dass Adhärenz als „nutzlos“ wahrgenommen wird, wenn eine schwerwiegende Krankheit tödlich auszuweichen droht. Umgekehrt verhält es sich bei weniger schwerwiegenden Krankheiten (z.B. Bluthochdruck): Hier geht ein *schlechterer*

¹ Altersdurchschnitt: 75 Jahre

² Altersdurchschnitt: 56 Jahre

³ Altersdurchschnitt: 66,4 Jahre

Gesundheitszustand mit *höheren* Adhärenzraten einher. Dieser Effekt wurde damit erklärt, dass bei als heilbar wahrgenommenen Krankheiten die Einnahme von Medikamenten als effektives Mittel zur Kontrolle oder Verbesserung des objektiven Gesundheitszustandes empfunden wird.

Ein letzter Aspekt ist das Vorhandensein von Komorbiditäten, d.h. weiteren Erkrankungen neben der medikamentös behandelten Krankheit. Diesbezüglich gilt der Konsens, dass Komorbiditäten das Risiko erhöhen, Medikamente nicht empfehlungsgemäß einzunehmen (WHO 2003). So zeigte sich etwa in einer Querschnittstudie von Kreyenbuhl u.a. (2010), dass in einer Stichprobe von älteren Diabetes-Patienten⁴ die Präsenz weiterer Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck) die Wahrscheinlichkeit signifikant erhöhte, zur Diabetes-Behandlung verschriebene Medikamente nicht empfehlungsgemäß einzunehmen. Dieser Befund ist für die medikamentöse Behandlung älterer Menschen von besonderer Relevanz, insofern diese häufig an multiplen Erkrankungen leiden (Wurm u.a. 2010): Komorbiditäten stellen einen zentralen Risikofaktor für die Medikamenten-Adhärenz im höheren Alter dar.

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient

Daneben hat die Beziehung zwischen Arzt und Patient einen wichtigen Einfluss auf das Adhärenzverhalten. Diverse Befunde verweisen z.B. darauf, dass ein verbindlicher Umgang mit Patienten durch Ärzte der empfehlungsgemäßen Einnahme verordneter Medikamente zuträglich ist. So zeigten DiMatteo u.a. (1993) in einer Studie zur Medikamenteneinnahme von älteren Menschen⁵ mit verschiedenen Erkrankungen, dass Patienten von Ärzten, die häufigeren Kontakt mit ihren Klienten pflegten und nach Erstkonsultation definitive Folgetermine zur weiteren Beobachtung der jeweiligen Krankheit ausmachten, eher dazu neigten, ihre Medikamente gemäß ärztlichen Empfehlungen einzunehmen. Einen vergleichbaren Effekt hat der Kommunikationsstil von Ärzten: Eine Metaanalyse von Zolnierek u. DiMatteo (2009) stellte fest, dass ein „positiver Stil“ (Freundlichkeit, Zuwendung und Empathie) mit signifikant höherer Medikamenten-Adhärenz einhergeht, wohingegen ein „negativer

Stil“ (z.B. kurzangebundener Umgang mit Patienten, harsche Kritik am Patienten) mit niedrigeren Adhärenzraten assoziiert ist. Wichtig ist zudem die „Informationspolitik“ von Ärzten gegenüber Patienten, d.h. die Art und Weise und das Ausmaß, in dem Patienten über die jeweilige Krankheit sowie deren Behandlung informiert werden. Eine Metaanalyse von Hall u.a. (1988) etwa zeigt, dass eine detaillierte Aufklärung von Patienten über Krankheit und Medikation nicht nur zur Zufriedenheit mit der ärztlichen Konsultation beiträgt, sondern gleichsam mit höherer Medikamenten-Adhärenz einhergeht. Für die Population älterer Erwachsener wurde dieser Befund in einer Querschnittstudie von Alm-Roijer u.a. (2004) zum Adhärenzverhalten von Patienten mit koronarer Herzkrankheit⁶ bestätigt: Diejenigen Patienten, die von ihrem Arzt ausführlich über Risikofaktoren dieser Krankheit aufgeklärt wurden, nahmen ihre Medikamente mit größerer Wahrscheinlichkeit ein als jene Patienten, die nicht oder nur geringfügig darüber aufgeklärt worden waren.

Patientenbezogene Faktoren

Auch eine Reihe von patientenbezogenen Faktoren bestimmt mit, ob Medikamente empfehlungsgemäß eingenommen werden. Wichtig sind z.B. krankheitsbezogene Überzeugungen, wie Überzeugungen bezüglich der Schwere der eigenen Krankheit. Harris u. Linn (1985) fanden in einer querschnittlichen Studie mit älteren Diabetes-Patienten⁷ eine positive Assoziation zwischen wahrgenommenem Schweregrad der Erkrankung und der Medikamenteneinnahme: Wer davon ausging, dass sein Diabetes eine schwere Krankheit ist, folgte eher den Empfehlungen zur Einnahme. Dieser Effekt wurde auch in einer Metaanalyse bestätigt (DiMatteo u.a. 2007). Es wird vermutet, dass für Patienten, die ihre Krankheit als schwerwiegend wahrnehmen, die Notwendigkeit akkurater Medikamenteneinnahme plausibler ist – und sie somit motivierter sind, Einnahmeempfehlungen zu folgen. Ähnlich bedeutend sind Kontrollüberzeugungen zu der Frage, inwieweit die Einnahme von Medikamenten die Kontrolle bzw. Heilung einer Krankheit ermöglicht. Hier zeigten z.B. Jessop u. Rutter (2003) in einer Querschnittstudie mit

⁴ Altersdurchschnitt: 60,6 Jahre

⁵ Altersdurchschnitt: 60,1 Jahre

⁶ Altersdurchschnitt: 63,2 Jahre

⁷ Altersdurchschnitt: 53 Jahre

⁸⁾ Altersdurchschnitt:

57,2 Jahre

⁹⁾ Altersdurchschnitt: 57

Jahre

¹⁰⁾ Altersdurchschnitt:

59,9 Jahre

¹¹⁾ Altersdurchschnitt: 66

Jahre

¹²⁾ Altersdurchschnitt:

73,3 Jahre

¹³⁾ Altersdurchschnitt:

68,6 Jahre

¹⁴⁾ Altersdurchschnitt:

54,4 Jahre

¹⁵⁾ Altersdurchschnitt:

71,5 Jahre

Asthma-Patienten⁸, dass die Annahme, die Erkrankung durch regelmäßige Einnahme von Medikamenten kontrollieren zu können, mit größerer Medikamenten-Adhärenz einherging.

Neben krankheitsbezogenen Überzeugungen spielen für das Adhärenzverhalten auch Überzeugungen zur Nützlichkeit eingenommener Medikamente eine Rolle (Horne 1997). Mann u.a. (2009) zeigten in einer querschnittlichen Studie mit Diabetes-Patienten⁹, dass die Wahrnehmung der Nützlichkeit anti-diabetischer Medikamente die Wahrscheinlichkeit, diese empfehlungsgemäß einzunehmen, signifikant erhöhte. Denselben Effekt bestätigten Querschnittstudien bei älteren Menschen mit Bluthochdruck¹⁰ (Ross u.a. 2004) und koronarer Herzkrankheit¹¹ (Byrne u.a. 2005). Schüz u.a. (2010) berichteten darüber hinaus aus einer Längsschnittstudie, dass Veränderungen in Nützlichkeits-Überzeugungen das Adhärenzverhalten über die Zeit hinweg beeinflussen: In ihrer Studie mit multimorbid erkrankten älteren Erwachsenen¹² zeigte sich, dass eine Verbesserung der Nützlichkeitswahrnehmung innerhalb von sechs Monaten mit signifikant höherer Medikamenten-Adhärenz einherging. Negativ wirken sich demgegenüber Sorgen bezüglich eigener Medikamente (Abhängigkeit, Nebenwirkungen) aus. Byrne u.a. (2005) und Mann u.a. (2009) belegen, dass solche Sorgen mit signifikant niedrigerer Medikamenten-Adhärenz assoziiert waren.

Ein weiterer Faktor ist das emotionale Wohlbefinden von Patienten. Seelische Krankheiten, wie z.B. Depressionen, können das Adhärenzverhalten beeinträchtigen: Bei depressiven Patienten besteht eine dreimal höhere Wahrscheinlichkeit, Medikamente nicht empfehlungsgemäß einzunehmen (DiMatteo u.a. 2000). Dieser Zusammenhang bestätigte sich in Stichproben älterer Patienten: Carney u.a. (1995) zeigten in einer Studie zum Adhärenzverhalten älterer Menschen mit koronarer Herzkrankheit¹³, dass Patienten mit Depressionen an signifikant mehr Tagen ihre Medikamente nicht einnahmen (69% der Tage) als Patienten ohne depressive Erkrankung (45% der Tage). Dasselbe beobachteten Bane u.a. (2006) in einer Stichprobe von Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen¹⁴.

Ein letzter Aspekt betrifft die Gedächtnisleistung, die bei Patienten im höheren Erwachsenenalter oft beeinträchtigt ist (Singer u.a. 2003). So zeigten z.B. Isaac u.a. (1993) in einer Stichprobe älterer Menschen mit verschiedenen Erkrankungen¹⁵, dass Patienten, die in Tests zur Erinnerungsfähigkeit schlechtere Leistungen erbrachten, auch signifikant niedrigere Adhärenzraten aufwiesen. Dies legt nahe, dass Einschränkungen in der Gedächtnisleistung ein Risikofaktor für Nonadhärenz sein können, insofern sie es erschweren, sich an die korrekte Art und Weise der Einnahme von Medikamenten zu erinnern.

Implikationen für die Praxis

Aus den berichteten Befunden zum Adhärenzverhalten lässt sich folgern, dass die Einnahme von Medikamenten bei älteren Menschen zahlreichen Einflüssen unterliegt. Entscheidend ist allerdings die Frage, welche praktischen Implikationen sich aus diesen Befunden ergeben. Zusammenfassend seien hier drei „Faustregeln für die Praxis“ formuliert, deren Beachtung durch Ärztinnen und Ärzte bzw. Pflegepersonal dazu beitragen kann, älteren Menschen die Einnahme ihrer Medikamente zu erleichtern.

Zugewandt und verbindlich mit Patienten kommunizieren, ausführlich informieren – und die Patientenperspektive ernstnehmen

Eine gute Beziehung zwischen Arzt und Patient kann die empfehlungsgemäße Einnahme von Medikamenten fördern. Dazu gehören von ärztlicher Seite ein zugewandter und verbindlicher Umgang mit Patienten, die Bereitstellung von Informationen über Natur, Verlauf und Risiken einer Krankheit sowie über die Anwendung, Wirkungsweise und eventuelle Nebenwirkungen der verordneten Medikamente. Entscheidend ist es ferner, die Perspektive von Patienten auf Krankheit und Medikamente zu berücksichtigen. So haben diverse Studien gezeigt, dass Patienten komplexe – und nicht unbedingt rational fundierte – Überzeugungen bezüglich ihrer Krankheiten und Medikamente haben.

Möglichst einfache Einnahmepläne mit möglichst wenigen Medikamenten – und die Gefahr von Interaktionseffekten beachten

Bei Mehrfacherkrankungen und steigender Zahl von Medikamenten wird die Einnahme schnell zur komplexen Aufgabe, so dass gerade bei älteren Menschen mit kognitiven Einschränkungen Medikamente häufig falsch angewendet werden oder die Einnahme vergessen wird. Ferner ist die Einnahme mehrerer Medikamente belastend, insofern bestimmte Medikamente zu bestimmten Tageszeiten eingenommen werden müssen und die Medikamenteneinnahme somit die Alltagsplanung einschränkt. Schließlich ergibt sich bei einer größeren Zahl von Medikamenten die Gefahr, dass es zu Wechselwirkungen zwischen Medikamenten kommen kann – was wiederum gesundheitliche Risiken birgt (Fulton u. Allen 2005).

Aus diesen Gründen ist es wichtig, möglichst einfache Einnahmepläne mit möglichst wenigen Medikamenten zu entwickeln, um die Medikamenteneinnahme zu erleichtern und die durch sie verursachte Belastung des Alltags gering zu halten. So ist es z.B. oft möglich, ein bestimmtes Medikament, das in geringerer Wirkstoffdosis mehrmals am Tag eingenommen werden muss, durch ein anderes Medikament mit demselben Wirkstoff in höherer Dosierung zu ersetzen, das dann nur einmal am Tag einzunehmen ist – was sich nachweislich positiv auf die Medikamenten-Adhärenz auswirken kann (Richter u.a. 2003). Ferner ist es wichtig, sich bei der Verschreibung neuer Medikamente nach anderen gegenwärtig einzunehmenden Medikamenten zu erkundigen, um so die Gefahr von Medikamenten-Interaktionen abschätzen zu können – was zwar im Grunde selbstverständlich ist, in der Praxis aber längst noch nicht immer umgesetzt wird (Cannon u.a. 2006).

Risikofaktoren für Nonadhärenz berücksichtigen und Vorkehrungen zur Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme treffen

Wichtig ist es schließlich, Risikofaktoren zu berücksichtigen, die die Medikamenteneinnahme beeinträchtigen können. Dazu zählen etwa krankheitsbezogene Faktoren: Bei schweren Erkrankungen oder Mehrfacher-

krankungen ist es nicht unwahrscheinlich, dass diese die Fähigkeit von Patienten zur empfehlungsgemäßen Medikamenteneinnahme beeinträchtigen. Auch mag in solchen Fällen eine verminderte Motivation vorliegen, überhaupt Medikamente zu nehmen, insofern sie nicht (mehr) als hilfreich wahrgenommen werden. Motivationsprobleme können ferner aus einem verminderten subjektiven Wohlbefinden resultieren: Depressionen etwa gehen mit generalisierter Hoffnungslosigkeit und Antriebslosigkeit einher und können dazu beitragen, dass Patienten ihre Medikamente nicht einnehmen. Wichtig ist schließlich die kognitive Leistungsfähigkeit von Patienten: So ist gerade bei älteren Menschen häufig die Gedächtnisleistung beeinträchtigt, was dazu führen kann, dass die Einnahme von Medikamenten vergessen wird.

Bezüglich dieser und anderer Risikofaktoren gilt es, sie in Konsultationsgesprächen abzuklären und gegebenenfalls Maßnahmen einzuleiten, um dem Nonadhärenzrisiko vorzubeugen. Eine zentrale Hilfestellung ist hierbei etwa die Mobilisierung sozialer Unterstützung: So konnte eine Metaanalyse von DiMatteo (2004b) zeigen, dass praktische (z.B. Besorgung von Medikamenten) und emotionale Unterstützung (z.B. Motivation zur Medikamenteneinnahme) durch Verwandte und Pflegekräfte Patienten dabei helfen kann, ihre Medikamente einzunehmen. Das Problem, die Einnahme von Medikamenten zu vergessen, lässt sich ebenfalls auf verschiedene Weise angehen. Üblich ist mittlerweile die Verwendung von Pillenboxen, in welche die über den Tag verteilt einzunehmenden Medikamente übersichtlich einsortiert werden können, was die Vorbereitung und Durchführung der Medikamenteneinnahme deutlich vereinfacht. Neuerdings wird zudem diskutiert, ob elektronische Erinnerungssysteme mit visueller und akustischer Alarmfunktion die Einnahme von Medikamenten erleichtern können. Einzelne Studien zum Nutzen solcher Systeme erbrachten vielversprechende Befunde, z. B. die Studie von Ho u.a. (2008) zur Medikamenten-Adhärenz bei älteren an Glaukom erkrankten Menschen¹⁶:

¹⁶ Altersdurchschnitt: 69,1 Jahre

Fazit

Zusammenfassend kann man festhalten, dass die Adhärenzforschung der vergangenen Jahrzehnte das Verständnis für Hindernisse, die einer empfehlungsgemäßen Einnahme von Medikamenten im Wege stehen, entscheidend erweitern konnte. Gleichsam hat sie Perspektiven aufgezeigt, wie sich viele erkannte Probleme angehen lassen, z.B. durch einfachere Medikamentenpläne, soziale Unterstützung durch Angehörige und Pflegepersonal oder elektronische Erinnerungssysteme.

Wichtiger noch ist allerdings, dass sich in Forschung und Praxis mehr und mehr die Relevanz der Patientenperspektive für den Behandlungsprozess herauskristallisiert hat. Dazu zählt der Befund, dass individuelle Überzeugungen der Patienten bezüglich Medikamenten und Krankheiten die Medikamenteneinnahme beeinflussen. Hinzu kommt die Erkenntnis, dass Nonadhärenz nicht prinzipiell als „Fehler“ des Patienten zu werten ist, sondern auf bewussten – und legitimen – Entscheidungen und Abwägungen, wie dem Gewinn an Autonomie und einem gesundheitlichen Risiko, beruhen kann. Die Konsequenz kann dann nicht sein, den betreffenden Patienten für sein „Vergehen“ zu „rügen“, sondern nach Wegen zu suchen, wie Medikamenteneinnahme und Autonomie in Einklang zu bringen sind, um die bestmöglichen Optionen für die medikamentöse Behandlung zu finden.

Christopher Marx ist studentischer Mitarbeiter am DZA. Der Artikel beruht auf seiner Diplomarbeit, die durch Benjamin Schütz betreut wurde. Benjamin Schütz ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am DZA.

*Kontakt:
christopher.marx@dza.de*

Die Literaturliste zu diesem Beitrag ist über Christopher Marx erhältlich.

Neue Veröffentlichungen

- Kondratowitz, H.-J. v. (2010). Auf dem Weg zur Anerkennung? Hakenschläge im Verhalten der öffentlichen Instanzen gegenüber der Beschäftigung osteuropäischer Pflegekräfte in Privathaushalten. In: K. Scheiwe & J. Krawietz (Hrsg.) Tansnationale Sorgearbeit: Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis (S. 229 – 247). Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Tesch-Römer, C., & Andrick, R. (2011). Alter und Altern. Erfurt: Landeszentrale für Politische Bildung Thüringen.
- Zeman, P. (2010). Altersgrenzen. Gerontologische Argumente zur Überprüfung normierter Altersbeschränkungen. Expertise im Auftrag der Berliner Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales (Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung, Hrsg.). Berlin: GAV.
- Zeman, P. (2010). Konzeptionelle Grundlinien einer innovativen Kommunalpolitik für ältere Menschen. In: C. Bischof & B. Weigl (Hrsg.) Handbuch innovative Kommunalpolitik für ältere Menschen (Hand- und Arbeitsbücher, Vol. 17, S. 19 – 32). Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.

Altersgemischte Teamarbeit in Organisationen

Vortrag von Prof. Dr. Jürgen Wegge, TU Dresden, am 17.02.2011 im Rahmen der Vortragsreihe des DZA

Altersgemischte Teams haben sowohl Vor- als auch Nachteile. Die neuere Forschung hat untersucht, welche Vorbedingungen bzw. Interventionen eine erfolgreiche Einbindung älterer Mitarbeiter in Teams fördern. Der Vortrag berichtet über die Ergebnisse aus dem DFG Projekt ADIGU (Altersheterogenität von Arbeitsgruppen als Determinante von Innovation, Gruppenleistung und Gesundheit), das seit fünf Jahren genau dieser Frage in mehreren großen Feldstudien nachgeht. In dem Projekt wurden eine Reihe von Einflussfaktoren identifiziert (z. B. das Teamklima, die subjektive Wahrnehmung und Wertschätzung von Altersunterschieden, die Aufgabenkomplexität), die als entsprechende Gestaltungsfaktoren relevant sind. Ergänzend werden aktuelle Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der deutschen Erwerbsbevölkerung präsentiert, die zentrale Empfehlungen des vorgestellten ADIGU-Modells stützen.

Bibliografie gerontologischer Monografien



Die vorliegende Bibliografie gerontologischer Monografien wird zusammengestellt von der Bibliothek von Pro Senectute Schweiz, der größten Fachbibliothek zu den Themen Alter, Altern und Generationenbeziehungen in der Schweiz. Alle aufgeführten Bücher sind im Buchhandel oder bei der angegebenen Bezugsadresse erhältlich.

Psychologische Gerontologie / Psychologie

- SIMPA – Video für Demenzkranke: ein Projekt zur Evaluation der Wirksamkeit simulierter Präsenz bei Aktivierung durch multimodale Intervention bei zu Hause lebenden Menschen mit Demenz / Sandra Oppikofer et al.; ein Projekt der Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie ; in Koop. mit Pfizer AG. Zürich: ZfG, 2010. – 48 S. – (Zürcher Schriften zur Gerontologie, ISSN 1660-7651 ; Nr. 8)
[Bezug: www.zfg.unizh.ch: CHF 25.00]
- Musikalische Wanderung (DVD): ein Aktivierungs- und Entlastungsfilm für Menschen mit Demenz und deren Angehörigen / Drehbuch: Regula Schmid; Projektleitung: Sandra Oppikofer; Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich. – Zürich: ZfG, 2010. – 1 DVD (38 Min.) + 1 Begleitheft
[Bezug: www.zfg.unizh.ch: CHF 39.00 für Privatpersonen, CHF 98.00 für Organisationen]
- Steiner, Jürgen; mit einem Beitrag von Torsten Bur: Sprachtherapie bei Demenz: Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis. – München: Ernst Reinhardt, 2010. – 164 S. – (Praxis der Sprachtherapie und Sprachheilpädagogik ; Bd. 5)
ISBN 978-349-702-1741: EUR 24.90

Soziologische und Sozialpsychologische Gerontologie / Soziologie

- Aktives Altern älterer Menschen mit Zuwanderungsgeschichte: gute Beispiele in Europa / hrsg. vom Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen. – Düsseldorf, 2010. – 78 S.
[Download: www.aamee.eu/deutsch/austausch-good-practice-beisp/Broschuere_Aktives_Altern.pdf]
- Care und Migration: die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktionsarbeit entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen / Ursula Apitzsch, Marianne Schmidbauer (Hrsg.). – Opladen; Farnington Hills: Verlag Barbara Budrich, 2010. – 214 S.
ISBN 978-386-649-3261: EUR 24.90

- Dehn-Hindenberg, Andreas: Gesundheitskommunikation im Therapieprozess: Lehr- und Arbeitsbuch für Ausbildung, Studium und Praxis. – Idstein: Schulz-Kirchner, 2010. – 167 S. – (Das Gesundheitsforum)
ISBN 978-382-480-6584: EUR 29.95
- Müller, Luzius: Grenzen der Medizin im Alter?: sozial-ethische und individuelle Diskussion. – Zürich: Theologischer Verlag Zürich, 2010. – 456 S.
ISBN 978-329-017-5535: EUR 45.00
- Paillon, Monika: Kultursensible Altenpflege: Ideensammlung mit Fokus Demenz. – München: Ernst Reinhardt, 2010. – 223 S. – (Reinhardts gerontologische Reihe, ISSN 0939-558X ; Bd. 47)
ISBN 978-349-702-1727: EUR 24.90

Geriatric / Gerontopsychiatrie

- Gassmann, Karl Günter: Geriatrie Prävention als interdisziplinäre Aufgabe. – Berlin: Lit Verlag, 2010. – 315 S. – (Erlanger Beiträge zur Gerontologie ; Bd. 5). – Zugl.: Erlangen-Nürnberg, Univ., Habil.schrift, 2003
ISBN 978-382-588-7803 : EUR 39.90
- Kieckebusch, Ursula von: Psychologische Demenzdiagnostik. – München: Ernst Reinhardt, 2010. – 240 S. – (Reinhardts gerontologische Reihe, ISSN 0939-558X ; Bd. 48)
ISBN 978-349-702-1734: EUR 24.90

Sozialpolitik / Soziale Sicherung

- World Alzheimer Report 2010: the global economic impact of dementia / Anders Wimo, Martin Prince; Alzheimer's Disease International. – London: Alzheimer's Disease International, 2010. – 52 S.: Ill.
[Download: www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf]

Altenhilfe / Altenpolitik / Altenarbeit

- Wirtschaftspolitische Herausforderungen des demografischen Wandels / Thomas Salzmann, Vegard Skirbekk, Mirjam Weiberg (Hrsg.); mit einem Geleitw. von Alexander Gross. – Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2010. – 279 S. – (VS research)
ISBN 978-353-117-3764: EUR 39.95

Sozialarbeit / Selbsthilfe / Freiwillige Hilfe

- Aner, Kirsten: Soziale Beratung und Alter: Irritationen, Lösungen, Professionalität. – Opladen: Budrich UniPress, 2010. – 209 S.
ISBN 978-394-075-5643: EUR 24.90

Lebensalter. Alter leben!: ein Handbuch für Ehrenamtliche / Hrsg.: Das Netzwerk von Ehrenamtlichen, Caritas Konferenzen Deutschlands e.V.; Red.: Christina Gilly et al. – Freiburg: Caritas-Konferenzen, 2010. – 78 S. EUR 16.50

Schmalt, Heinz-Dieter; Thomas A. Langens: Motivation. – 4., vollst. überarb. und erw. Aufl. – Stuttgart: W. Kohlhammer, 2009. – 305 S.: Ill. – (Kohlhammer Standards Psychologie) ISBN 978-317-020-1095: EUR 29.90

Wohnen / Wohnumfeld

AAL in der alternden Gesellschaft: Anforderungen, Akzeptanz und Perspektiven: Analyse und Planungshilfe / Hrsg.: BMBF/VDE Innovationspartnerschaft AAL. – Berlin: Vde, 2010. – 173 S. – (AAL Schriftenreihe ; Nr. 2/2010) ISBN 978-3-8007-3239-5: EUR 29.00

Ambient assisted living: technische Assistenz für Menschen mit Behinderung / Elke Driller et al. – Freiburg i.Br.: Lambertus, 2010. – 152 S. ISBN 978-378-411-9489: EUR 17.90

Beyeler, Mariette: Weiterbauen: Wohneigentum im Alter / Hrsg. Age Stiftung. – Basel: Christoph Merian, 2010. – 171 S.: Ill. ISBN 978-385-616-4911: EUR 26.00

Elsernd, Astrid; Friederike Hohloch: Damit die Pflege zu Hause gelingen kann: ein generationenverbindendes Wohnprojekt: Modellprojekt zur Entwicklung eines Pflegenetzwerks. – Düsseldorf: Jacobs, 2010. – 334 S. ISBN 978-389-918-1920: EUR 19.90

Lange-Lagemann, Dieter: Betreutes Wohnen im Alter: Anforderungen an Seniorenwohnanlagen im ländlichen Raum. – Hamburg: Diplomica, 2010. – 158 S. ISBN 978-383-669-5527: EUR 38.00

Praxisleitfaden für die Qualitätssicherung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften / im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen; erstellt von der Fachstelle für ambulant betreute Wohngemeinschaften in Bayern. – 3., geringfügig aktual. Aufl. – S.l.: s.n., 2010. – 34 S.: Ill. [Bezug: www.verwaltung.bayern.de]

Arbeit / Ältere Erwerbstätige / Ruhestand

Arbeiten im Alter: empirische Studie 2009 / Management consult. – Bonn: [s.n.], 2009. – S. 68: Ill. [Bezug: www.managementconsult.de]

Hacker, Winfried: Arbeitsgegenstand Mensch: Psychologie dialogisch-interaktiver Erwerbsarbeit: ein Lehrbuch. – Lengerich: Pabst Science Publishers, 2009. – 339 S. ISBN 978-389-967-5603: EUR 30.00

Generationen / Generationenbeziehungen

Rituale im Familienleben: Inhalte, Formen und Funktionen im Verhältnis der Generationen / Christoph Morgenthaler, Roland Hauri (Hrsg.). – Weinheim: Juventa, 2010. – 263 S. – Literaturverz. ISBN 978-377-991-5508: EUR 25.00

Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gerontologie / Geriatrie / Altenhilfe

Hein, Bernd: Lernkarten Altenpflegehilfe, Krankenpflegehilfe: zur Prüfungsvorbereitung. – München: Elsevier ; Urban & Fischer, 2010. – 1 Kartonschachtel (183 Karten) ISBN 978-343-728-6803: EUR 20.95

Gesundheit / Ernährung / Sport

Kollak, Ingrid: Ethik im Gesundheitswesen [Elektronische Ressource]: interdisziplinäre Interviews: Studien und Unterrichtsmaterialien. – Berlin: Cornelsen, 2009. – 1 DVD-ROM + 1 Begleitheft (31 S.). – (In guten Händen) (Unterricht Plus) ISBN 978-306-450-2567: EUR 49.00

Niepel, Andreas; Thomas Pfister; Fotos: Fides Auf der Mauer: Praxisbuch Gartentherapie Idstein: Schulz-Kirchner, 2010. – 1 Ordner (266 S.) ISBN 978-382-480-6515: EUR 53.95

Aktivierung / Pflege / Rehabilitation / Therapie

Hoedt-Schmidt, Sibylle: Aktives Musizieren mit der Veeh-Harfe: ein musikgeragisches Konzept für Menschen mit dementiellen Syndromen / Sibylle Hoedt-Schmidt. – Münster: Waxmann, 2010. – 192 S. – (Musik als Medium, ISSN 1436-6037 ; Bd. 5) ISBN 978-383-092-2797: EUR 24.90

Kooij, Cora van der; mit einem Geleitw. von Christine Sowinski: Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell: Darstellung und Dokumentation. – Bern: Hans Huber, 2010. – 184 S. – (Hans-Huber-Programmbereich Pflege) (Altenpflege) ISBN 978-345-684-8075: EUR 24.95

Mägerl, Alfred; Gernot Lämmler, Elisabeth Steinhagen-Thiessen: Menschen mit Demenz nach Hüftfraktur mobilisieren: Kommunikation, Hilfsmiteleinsetz, aktivierende Pflege und therapeutische Massnahmen. – Frankfurt a.M.: Mabuse, 2010. – 124 S.: Ill. ISBN 978-394-052-9626: EUR 19.90

Musizieren mit dementen Menschen: Ratgeber für Angehörige und Pflegenden: mit 15 Lieder auf Audio-CD und zahlreichen Bewegungs- und Musizier-vorschlägen / hrsg. vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. – 2. Aufl. – München; Basel: E. Reinhardt, 2010 + 1 CD (30 Min.). – 146 S.: Ill. – (Reinhardts gerontologische Reihe ; Bd. 39) ISBN 978-349-702-1857 : EUR 19.90

Sterben / Sterbebegleitung / Tod

Davy, John; Susan Ellis: Palliativ pflegen: Sterbende verstehen, beraten und begleiten. – 3., aktual. Aufl. – Bern: H. Huber, 2010. – 154 S. – (Verlag Hans Huber, Programmbereich Pflege. Fachpflege, palliative Care). – Übers. von: Counselling skills in palliative care ISBN 978-345-684-9089: EUR 28.95

Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter: eine Einführung / Andreas Heller, Frank Kittelberger (Hg.). – Freiburg i.Br.: Lambertus, 2010. – 360 S. ISBN 978-378-411-9670: EUR 27.80

