

Hochaltrigkeit

Eine Herausforderung
für Individuum und
Gesellschaft



Inhaltsverzeichnis

Einstieg in eine Debatte	2
Hochaltrigkeit – demographische, gesundheitliche und soziale Entwicklungen.	4
Fairness und Verantwortung für Jung und Alt	13
Psychosoziale und körperliche Gesundheit im hohen Alter	23
Hochaltrigkeit – ein Thema für die schweizerische Alterspolitik	39
Gemeinsame Geschichte einer gemeinsamen Welt:	
Der Austausch zwischen den Generationen.	44

Herausgeberin

Pro Senectute Schweiz
Geschäfts- und Fachstelle
Lavaterstr. 60, Postfach, 8027 Zürich
E-Mail: <bibliothek@pro-senectute.ch>
<http://www.pro-senectute.ch/debatte>

November 2003

Hochaltrigkeit – eine Herausforderung für Individuum und Gesellschaft

Einstieg in eine Debatte

Die Menschheit steht vor einer in ihrer langen Geschichte noch nie dagewesenen Situation: Immer mehr Menschen – vor allem jene in den Industrienationen des Nordens – erreichen ein hohes Alter in zumeist guter Gesundheit. Der Menschheitstraum vom langen Leben in würdigen Verhältnissen wird, zumindest in den reichen Gesellschaften, immer mehr zur Wirklichkeit.

Die Erfüllung eines lange gehegten Wunsches löst nicht nur dankbare Zufriedenheit aus – im Gegenteil: Die Verlängerung des Lebens einer wachsenden Zahl von Menschen wird gesellschaftlich vor allem als «Problem» wahrgenommen. Politisch Verantwortliche in der Schweiz und anderswo machen sich Gedanken über die künftige Finanzierung der Altersvorsorge und in den Medien ist immer wieder die Rede von der «Überalterung» – als ob es sich bei den älteren Menschen um einen «überflüssigen» Teil der Bevölkerung handeln würde. Eine solche Sicht steht in krassem Widerspruch zum Wunsch der meisten Menschen, ein möglichst langes Leben in guter Verfassung und unter annehmbaren materiellen Bedingungen führen zu können.

Mit der kommenden «Gesellschaft des langen Lebens» betreten wir Neuland und öffnen ein bislang weitgehend unbekanntes Kapitel der Menschheitsgeschichte. Noch fehlen uns detaillierte «Karten», um das «Land der Langlebigkeit» genauer zu erkunden. So paradox es scheinen mag: Das Alter ist die jüngste Generation – diejenige, über die wir noch am wenigsten Bescheid wissen. Und jede Altersgeneration ist anders, nicht einfach eine Kopie der vorangegangenen. So braucht es soziale Phantasie und Visionen, um etwas von dem vorwegzunehmen, was erst im Entstehen begriffen ist.

Es geht um neue Bilder von gelingendem Leben – auch dann, wenn die Kräfte nachlassen und die Endlichkeit der eigenen Existenz in greifbare Nähe rückt. Ein solches Bild hat der deutsche Philosoph Ernst Bloch in seinem Hauptwerk «Das Prinzip Hoffnung» formuliert: «Wunsch und Vermögen, ohne gemeine Hast zu sein, das Wichtige zu sehen, das Unwichtige zu vergessen: dergleichen ist eigentliches Leben im Alter.» In einer Zeit zunehmender Beschleunigung in allen Bereichen der Gesellschaft besteht die Gefahr, dass eine wachsende Zahl von Menschen das Tempo nicht mehr mithält und an den Rand gedrängt wird. Gegen das drohende Auseinanderdriften von Beschleunigungsgewinnern und -verlierern könnte eine alternde und gereifte Gesellschaft «altmodische» Werte wie Langsamkeit, Ruhe und Gelassenheit wieder in ihr Recht setzen.

Ein solches Altwerden will gelernt sein und ergibt sich nicht einfach von selbst. Die Rede vom «lebenslangen Lernen» findet hier ihren tieferen Sinn: Es geht nicht einzig darum, den Anschluss an die äussere Entwicklung zu halten, sondern vor allem um den eigenen inneren Reifungsprozess. Dieser Vorgang wurde früher mit dem Begriff der «Weisheit» verbunden. Sie war einmal das Privileg einiger Auserwählter. Jetzt ist es an der Zeit, die Möglichkeiten zur Herausbildung von Weisheit zu «demokratisieren» und allen Menschen zugänglich zu machen.

Alter ist nicht mit «Verlust» gleichzusetzen, sondern kann in manchen Bereichen auch einen Zugewinn an Lebensqualität bedeuten. Alter ist kein schicksalhafter Prozess, sondern ein Vorgang, der gesellschaftlich wie individuell beeinflusst wird. An der Tatsache der Endlichkeit ändert diese Einsicht allerdings nichts. Das Wissen um die eigenen Grenzen nicht zu verdrängen, sondern damit zu leben, trägt vermutlich ganz wesentlich dazu bei, in guter Weise zu altern. Das schliesst mit ein, das Geringerwerden der Kräfte, die Einschränkungen im Alltag als unausweichliche Bedingungen des eigenen Lebens annehmen zu können.

Dabei gilt es, das Alter auch nicht zu idealisieren: Einschränkungen und Verluste begrenzen den Lebensraum viel deutlicher, als dies in jüngeren Jahren der Fall gewesen ist. Doch aus der Schwäche können neue Kräfte wachsen – darauf hat die im August 2002 verstorbene Schriftstellerin Laure Wyss in einem kleinen Buch hingewiesen: «Schuhwerk im Kopf und andere Geschichten», Limmat Verlag, Zürich 2000. Drei Jahre vor ihrem Tod erklärte sie in einem Interview: «Ich lebe heute viel mehr so, wie ich leben möchte, als ich das früher getan habe. Das ist die Gnade des Alters.»

Pro Senectute Schweiz stellt zum Thema «Langes Leben – Hochaltrigkeit» einige Texte vor und möchte damit zur Diskussion anregen.

Einen ersten Überblick verschafft der Beitrag des Soziologen *François Höpflinger* zu demographischen, gesundheitlichen und sozialen Entwicklungen im Zusammenhang mit der zunehmenden Lebenserwartung.

Ethische Fragen – vor allem im Hinblick auf die gravierenden Ressourcenprobleme, die sich bei der Hilfe und Pflege für hochaltrige Menschen stellen – behandelt der Beitrag der Theologin und Sozialethikerin *Ruth Baumann-Hölzle*.

Der Text des Psychologen *Hans-Dieter Schneider* befasst sich mit psychosozialer und körperlicher Gesundheit im Alter. Er beschreibt verschiedene Strategiemodelle zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse.

François Huber, Leiter der Fachstelle Altersfragen des Bundesamtes für Sozialversicherung in Bern, nimmt Stellung zu einigen Fragen, die die schweizerische Alterspolitik betreffen.

Olivier Taramaraz, Pro Senectute Schweiz, geht in seinem Beitrag auf die Beziehungen zwischen den Generationen und die Gefahren einer Entwicklung ein, die einseitig von wirtschaftlichen Interessen bestimmt wird.

Wir laden Sie ein, sich zu diesen Beiträgen zu äussern! Schicken Sie Ihre Stellungnahmen an: <kurt.seifert@pro-senectute.ch>.

Hochaltrigkeit – demographische, gesundheitliche und soziale Entwicklungen

François Höpflinger
Soziologe, Forschungsdirektor des Universitären Instituts
«Alter und Generationen» (INAG) in Sion

Mit der erhöhten Lebenserwartung steigt auch die Zahl der langlebigen Menschen. Viele von ihnen können weiterhin ein selbstständiges Leben führen, auch wenn die Häufigkeit von Erkrankungen im hohen Alter zunimmt. Die Mehrzahl der hochaltrigen Menschen bleibt familial und in Freundschaftsbeziehungen integriert – doch die Gefahr ist nicht zu unterschätzen, dass sie als «gestrandete Zeitreisende» enden.

1. Einleitung

Ab wann beginnt Hochaltrigkeit? Diese Frage ist aufgrund der individuellen Unterschiede des Alters nicht eindeutig zu beantworten. Wie bei allen Altersfragen ist eine chronologische Definition wenig hilfreich, selbst wenn aus pragmatischen Gründen heute oft die Grenze von 80 Jahren verwendet wird.

Unter biologischen Gesichtspunkten beginnt das hohe Lebensalter, wenn altersbedingte körperliche Einschränkungen zu Anpassungen des Alltagslebens zwingen. Einige Menschen werden schon früh – unter Umständen vor dem AHV-Alter – mit körperlichen Beschwerden konfrontiert, wogegen andere Menschen noch mit 90 Lebensjahren beschwerdefrei leben. Wer lange lebt, gelangt jedoch früher oder später zwangsläufig an die Grenzen körperlichen Lebens, etwa bezüglich Fitness oder Gedächtnisleistungen.

Unter sozialen Gesichtspunkten beginnt Hochaltrigkeit, wenn Menschen länger leben als ihre Altersgenossen. Wer länger lebt als seine Mitmenschen wird damit konfrontiert, dass sich die Kontakte mit Gleichaltrigen verdünnen. Dagegen wird die Welt immer mehr von jüngeren Menschen und ihren Werten und Modeströmungen beherrscht. So sind auch Alters- und Pflegeheime unweigerlich multigenerationelle Lebenswelten, in denen Betreuung und Pflege hochaltriger Bewohnerinnen und Bewohner von jüngeren Generationen geprägt werden.

Unter biographischen Gesichtspunkten bedeutet ein langes Leben, dass sich erstens die persönlichen Erfahrungen ausweiten, und zweitens, dass die Erinnerungen immer weiter in die Vergangenheit reichen. Voranschreitende Lebenszeit schliesst biographisch ein immer weiteres Zurückgehen in die Gesellschafts- und Kulturgeschichte ein. Entsprechend sind langlebige Menschen oft eine wertvolle Informationsquelle über längst verloren gegangene Zeiten.

2. Demographische Trends – erhöhte Lebenserwartung und steigende Zahl langlebiger Menschen

Die Lebenserwartung hat sich in den letzten Jahrzehnten ausgedehnt, und mehr Frauen und Männer erreichen ein hohes Lebensalter. Von den 1920 geborenen Frauen erlebten 57 Prozent den 80. Geburtstag. 28 Prozent dieses Geburtsjahrgangs können voraussichtlich im Jahr 2010 den 90. Geburtstag feiern. Diese 90-jährigen Frauen werden dann durchschnittlich noch fast weitere 5 Jahre erleben (vgl. Tabelle 1). Da Männer im Durchschnitt weniger lang leben als Frauen (vgl. Höpflinger 1994; Höpflinger, Stuckelberger 1999), ergeben sich hier tiefere Werte: 64 Prozent der 1920 geborenen Männer starben schon vor dem 80. Altersjahr, und nur 11 Prozent aller 1920 geborenen Männer werden im Jahre 2010 den 90. Geburtstag erleben. Hochaltrigkeit ist speziell bei Männern weiterhin ein sozial selektiver Prozess, wobei die Wahrscheinlichkeit, sehr alt zu werden, sowohl von genetischen als auch von sozialen Faktoren (gute Ausbildung, hohes Einkommen, gute Sozialbeziehungen u.a.) abhängig ist. In einem gewissen Sinne sind hochbetagte Männer sozial eine privilegierte Gruppe, verglichen mit den vorzeitig Verstorbenen.

Bei den jüngeren Geburtsjahrgängen nimmt der Anteil derjenigen, welche 80. bzw. 90. Jahre alt werden, in aller Voraussicht zu. Sofern sich die bisherige Entwicklung fortsetzt, dürften beispielsweise 40 Prozent der 1940 geborenen Frauen drei mal 30 Jahre erleben.

In welchem Masse sich die Lebenserwartung weiter erhöhen wird, ist umstritten. Deshalb geht das Bundesamt für Statistik in seinen Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2000 – 2060 von unterschiedlichen Annahmen aus.

Tabelle 1:

Chancen, ein hohes Alter zu erleben und die Lebenserwartung 80- und 90-jähriger Menschen					
		Anteil, welche 80 Jahre alt werden:		Mittlere Lebenserwartung 80-jähriger Menschen:	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen
Jahrgang:	Jahr:				
1920	2000	36%	57%	7.6 J.	10.0 J.
1930	2010	44%	65%	8.3 J.	10.7 J.
1940	2020	50%	70%	8.9 J.	11.3 J.
1950	2030	56%	75%	9.5 J.	11.7 J.
1960	2040	60%	78%	10.0 J.	12.1 J.
		Anteil, welche 90 Jahre alt werden:		Mittlere Lebenserwartung 90-jähriger Menschen:	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen
Jahrgang:	Jahr:				
1910	2000	7%	21%	3.5 J.	4.5 J.
1920	2010	11%	28%	3.8 J.	4.9 J.
1930	2020	16%	35%	4.2 J.	5.2 J.
1940	2030	20%	40%	4.5 J.	5.5 J.
1950	2040	25%	45%	4.8 J.	5.8 J.

Quelle: Bundesamt für Statistik (1998), Kohortensterbetafeln für die Schweiz, BfS: Bern

Je nach Szenario wird davon ausgegangen, dass sich die mittlere Lebenserwartung der Männer zwischen 2000 – 2060 von 76.5 Jahren auf 79.5 Jahre (tiefste Annahme) bzw. 85.5 Jahre (höchste Annahme) erhöht. Bei den Frauen wird ein Anstieg von 82.5 Jahre auf minimal 85.0 Jahre bzw. maximal 90.0 Jahre erwartet. Angesichts der Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung in der Schweiz – ältere Menschen leben nicht nur länger, sondern sie bleiben auch länger gesund und selbständig – ist die tiefste Annahme weniger realistisch. In den letzten Jahrzehnten wurde die Zunahme der Lebenserwartung eher unter- als überschätzt¹. Wichtige Voraussetzung einer weiteren Zunahme der Lebenserwartung ist allerdings, dass die schweizerische Bevölkerung auch inskünftig von einem hohen Wohlstandsniveau und einem ausgebauten Sozial- und Gesundheitssystem zu profitieren vermag. Wie die Erfahrungen osteuropäischer Länder illustrieren, trägt ein massiver Abbau der Altersvorsorge und der gesundheitlichen Versorgung – speziell bei Männern – rasch zu einer Verkürzung der Lebenserwartung bei.

Je nach Annahmen wird sich die Zahl der 80-jährigen und älteren Menschen in der Schweiz von gegenwärtig rund 290'000 Personen bis 2050 auf 608'000 bis 720'000 Menschen erhöhen, um danach – aufgrund des Wegsterbens der <Baby-Boom-Generationen> zu sinken (vgl. Tabelle 2). Da Frauen auch inskünftig länger leben als Männer, bleibt der Frauenanteil bei den 80-jährigen und älteren Menschen hoch (2000: 67 Prozent, 2060: 63 Prozent). Der Anteil der 80-jährigen und älteren Menschen an der gesamten schweizerischen Wohnbevölkerung wird sich gemäss diesen Szenarien bis 2050 mehr als verdoppeln (von 4 Prozent auf 8.5 Prozent). Ein erhöhtes Geburtenniveau und/oder eine verstärkte Einwanderung könnten allerdings den Anteil jüngerer Generationen erhöhen (vgl. Münz, Ulrich 2001).

Eine klare zahlenmässige Zunahme erfährt in aller Voraussicht auch die Zahl von 90-jährigen und älteren Menschen: Von gegenwärtig rund 46'000 bis 2060 auf zwischen 110'000 bis 146'000 Personen. Der Frauenanteil dürfte sich bei dieser Gruppe von Hochaltrigen nur leicht reduzieren, von heute 77 Prozent auf 74 Prozent im Jahre 2060. Hochaltrigkeit ist und bleibt primär Frauenschicksal.

¹ So projektierte das Eidgenössische Statistische Amt im Jahr 1977 für das Jahr 2000 bei Männern eine durchschnittliche Lebenserwartung von 72.1 Jahre. Tatsächlich betrug sie 76.5 Jahre. In ähnlicher Weise wurde die Lebenserwartung der Frauen für 2000 unterschätzt: Gemäss Projektion aus dem Jahre 1977 bis 2000 auf 78.8 Jahre, wogegen sie sich tatsächlich auf 82.5 Jahre belief.

Tabelle 2:

Szenarien zur zahlenmässige Entwicklung der 80- und älteren Bevölkerung in der Schweiz 2000-2060									
Jahr:	Szenario <Trend>				Szenario <positive Dynamik>				
	80+-Jährige		90+-Jährige		80+-Jährige		90+-Jährige		
	A:	B:	A:	B:	A:	B:	A:	B:	
2000	290.1	4.0%	45.8	0.6%	290.1	4.0%	45.8	0.6%	
2010	344.2	4.7%	50.7	0.7%	346.4	4.7%	50.9	0.7%	
2020	380.9	5.2%	61.6	0.8%	392.9	5.1%	63.6	0.8%	
2030	483.4	6.5%	67.4	0.9%	517.9	6.4%	73.0	0.8%	
2040	548.8	7.5%	89.4	1.2%	616.4	7.5%	103.3	0.9%	
2050	608.7	8.5%	101.9	1.4%	719.7	8.5%	126.4	1.3%	
2060	547.1	7.7%	109.7	1.6%	683.4	7.9%	146.0	1.7%	

A: in 1000 Personen.
 B: In % der schweizerischen Wohnbevölkerung.
 Szenario <Trend>: Geringe Fertilität, keine verstärkte Einwanderung sowie verlangsamter Anstieg der Lebenserwartung, bis 2060 auf 82.5 Jahre (Männer) bzw. 87.5 Jahre (Frauen).
 Szenario <Positive Dynamik>: Leicht erhöhte Fertilität, zunehmende Einwanderung sowie stärkerer Anstieg der Lebenserwartung, bis 2060 auf 85.5 Jahre (Männer) bzw. 90.0 Jahre (Frauen).

Quelle: Bundesamt für Statistik (2001), Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2000 – 2060, in: Demos. Informationen aus der Demografie, Nr. 1+2/2001, Neuchâtel

3. Vermehrte gesundheitliche Risiken, aber viele bleiben selbstständig

Generell bleiben heute ältere Menschen länger gesund, und ihr psychisches Wohlbefinden hat sich erhöht. Auch inskünftig ist zu erwarten, dass sich die behinderungsfreie Lebenserwartung bzw. die gesunden Lebensjahre ausweiten. Da gleichzeitig jedoch mehr Menschen alt werden, ist trotzdem mit mehr Pflegefällen zu rechnen, vor allem, wenn die geburtenstarken Jahrgänge hochaltrig werden (vgl. Höpflinger, Stuckelberger 1999). Wer sehr lange lebt, kommt unweigerlich an körperliche Grenzen, und mit steigender Lebensdauer ergeben sich verstärkte Risiken körperlicher und kognitiver Einbussen bzw. Erkrankungen².

Wie die in Tabelle 3 aufgeführten Angaben von Zuhause und in Alters- und Pflegeeinrichtungen lebenden Personen illustrieren, leiden auch einige 70 – 79-jährige Menschen an körperlichen oder hirnorganischen Gesundheitseinschränkungen, aber das Risiko eines funktionalen Autonomieverlustes oder einer dementiellen Störung steigt vor allem nach dem 80. Altersjahr an. Von den 80 – 84-jährigen Personen sind rund 17 Prozent pflegebedürftig, im Alter von 85 – 89 Jahren sind es schon 22 – 23 Prozent, und bei den über 90-jährigen Menschen ist beinahe ein Drittel pflegebedürftig. Gegenwärtig lebt rund die Hälfte der pflegebedürftigen Rentnerinnen und Rentner

²Die Datenlage zur gesundheitlichen Lage über 80-jähriger Menschen in der Schweiz ist allerdings unvollständig, und viele entsprechende Daten – wie etwa die Schweiz. Gesundheitsbefragung – beziehen sich nur auf die Zuhause lebenden Menschen (was die Aussagekraft der entsprechenden Angaben einschränkt, da gerade kranke alte Menschen häufig in sozio-medizinischen Einrichtungen leben).

in Privathaushaltungen, während die andere Hälfte in kollektiven Einrichtungen wohnt (vgl. Abelin et al. 1998).

Tabelle 3:

Zur Häufigkeit funktionaler Alltagseinschränkungen und hirnorganischer Erkrankungen im höheren Lebensalter							
Alter:	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	
%-Anteil mit mindestens einer funktionalen Alltagseinschränkung*	2.5	6.5	8.2	17.5	22.5	31.2	
%-Anteil mit dementiellen Störungen **	1.4	4.1	5.7	13.0	21.6	32.2	

*gemessen durch ADL-Skala ('Activity of daily living scale'). Basis: Epidemiologische Studie in Genf und Zürich 1995/96 bei Zuhause und in Institutionen lebenden Menschen (Vgl: Herrmann, Michel, Gutzwiller, Henderson 1997)

** gemäss Meta-Analysen von epidemiologischen Studien, vgl. Hofman, Rocca, Brayne 1991, Bickel 1999

Im hohen Lebensalter häufig sind auch Schlafstörungen, Gelenkschmerzen sowie Seh- und Hörbeeinträchtigungen (welche nur zum Teil via Operationen oder Hilfsmittel kompensiert werden können). Morbidität – und dabei auch Multimorbidität – nimmt im hohen Lebensalter zu, und Spitalaufenthalte sind im hohen Alter recht häufig. Zwischen einem Fünftel und einem Viertel aller Hochbetagten erfährt innerhalb eines Jahres eine Hospitalisierung.

Auf der anderen Seite ist zu betonen, dass noch bei den 85 – 89-jährigen Menschen nahezu vier Fünftel weiterhin ein selbstständiges Leben führen, und selbst bei den über 90-Jährigen sind gut zwei Drittel weiterhin in der Lage, selbständig zu leben (wenn auch teilweise mit Einschränkungen und dank der Benützung von Hilfsmitteln). Die allgemeine Verschlechterung der funktionalen Gesundheit im 9. Lebensjahrzehnt verdeckt unterschiedliche Schicksale. Längsschnittbeobachtungen zeigen einerseits eine beträchtliche Stabilität der Selbstständigkeit. Menschen, welche mit 80 – 84 Jahren selbstständig sind, sind es mit recht hoher Wahrscheinlichkeit auch fünf Jahre später. Andererseits verläuft der Prozess nicht nur in Richtung einer verschlechterten Gesundheit, und eine nicht unbeträchtliche Minderheit erfährt nach dem 80. Lebensjahr eine Verbesserung ihrer Gesundheit bzw. ihrer Lebensqualität (vgl. Lalive d'Epainay et al. 2001). Rehabilitation ist oft auch nach dem 80. bzw. 85. Lebensjahr sinnvoll und erfolgreich. Eine Beschränkung medizinischer Leistungen aufgrund chronologischer Kriterien ist deshalb gerontologisch problematisch.

4. Soziale Lebensverhältnisse

Hochaltrige Menschen sind Menschen, welche auf eine lange Vergangenheit zurückblicken können, was sie als Zeitzeuginnen und -zeugen wertvoll werden lässt. Gleichzeitig zeigen sich bei hochaltrigen Menschen weit zurückgreifende Lebensprägungen: Sie erlebten in ihrer Jugend noch eine durchaus ländlich-kleinstädtische Schweiz, und sie wuchsen noch häufig in traditionellen bäuerlichen Milieus oder in Arbeiterkreisen auf. Viele heute 80- und 90-jährige Frauen und Männer erfuhren Armut, Not und eine <harte Jugend>, was bis heute ihre Lebenszufriedenheit beeinflusst.

Viele hochaltrige Frauen, aber auch manche hochaltrige Männer konnten aus wirtschaftlichen Gründen keine weiterführende Ausbildung absolvieren, was in späteren Jahren zu tiefen Einkommen geführt hat. Deshalb sind viele hochaltrige Menschen wirtschaftlich weniger gut abgesichert als spätere Generationen. Die über 80-jährigen Männer und Frauen sind überdurchschnittlich auf Ergänzungsleistungen zur AHV angewiesen. 25 Prozent der alleinstehenden 90-jährigen Männern und 36 Prozent der alleinstehenden 90-jährigen Frauen beziehen Ergänzungsleistungen zur AHV (wobei die EL in dieser Altersgruppe häufig zur Deckung von Pflegeheimkosten eingesetzt werden).

Bis zum Alter von 79 Jahren leben gut 95 Prozent in privaten Haushaltungen. Kollektivhaushaltungen – und namentlich Alters- und Pflegeheime – gewinnen erst später ein erhöhtes Gewicht. Gegenwärtig wohnen zwischen 22 – 23 Prozent der über 80-jährigen Menschen in Kollektivhaushaltungen. Dabei steigt der Anteil derjenigen, welche in einer sozio-medizinischen Einrichtung leben, mit steigendem Alter an, von rund 12 Prozent bei den 80- 84-Jährigen auf gut 25 Prozent bei den 85 – 89-Jährigen, um bei den 90 – 94-Jährigen den Wert von gut 40 Prozent zu erreichen. Im Übrigen ist zu erwähnen, dass schon 1992/93 gemäss Schweiz. Gesundheitsbefragung rund 14 Prozent der in Privathaushaltungen lebenden 85+-jährigen Männer und sogar 20 Prozent der in Privathaushaltungen lebenden 85+-jährigen Frauen in einer sogenannten «Alterswohnung» lebten. Zwischenformen zwischen privatem und institutionellem Wohnen sind bei Hochaltrigen nicht selten.

Frauen sind bei den Heimbewohnerinnen und -bewohnern übervertreten, allerdings weniger, weil sie ein höheres altersspezifisches Risiko einer Heimeinweisung aufweisen, sondern weil mehr Frauen als Männer ein sehr hohes Alter erreichen. Besonders häufig in Alters- und Pflegeheimen leben Ledige sowie Geschiedene und Verwitwete. Eher selten in Alters- und Pflegeheimen finden sich verheiratete Personen (was – da Männer im Alter oft verheiratet sind – zusätzlich zu einem hohen Frauenanteil in Alters- und Pflegeheimen beiträgt). Daneben zeigen sich soziale Unterschiede, indem Personen mit fachlich qualifizierter Ausbildung weniger häufiger in Alters- und Pflegeheimen leben als Ungelernte. In der Ost- und Zentralschweiz ist zudem der Anteil der Heimbewohnerinnen und -bewohner höher als im Tessin oder in der Genferregion (vgl. Wehrli-Schindler 1997).

Die Mehrzahl der über 80-jährigen Frauen und Männer lebt somit weiterhin in privaten Haushaltungen, wobei in den letzten Jahrzehnten der Anteil der alleinlebenden Hochaltrigen stark angestiegen ist. Gegenwärtig lebt gut ein Drittel der in Privathaushaltungen lebenden über 80-jährigen Männer allein, und bei den gleichaltrigen Frauen sind es sogar über 70 Prozent (vgl. Sauvain-Dugerdil et al. 1997). Auffallend sind die ausgeprägten Unterschiede je nach Geschlecht. Dies wird deutlich, wenn die Zivilstandsverteilung der über 80-jährigen Bevölkerung betrachtet wird³ (vgl. Tabelle 4):

Zum ersten blieben in diesen Generationen mehr Frauen als Männer ledig (weil in ihren Jugendjahren viele Frauen aus wirtschaftlichen Gründen nicht heiraten durften bzw. konnten). Zum zweiten ist Verwitwung im Alter primär ein Frauenschicksal: Frauen erleben nicht nur häufiger, sondern vielfach auch früher eine Verwitwung als Männer. Dies widerspiegelt sowohl die Tatsache, dass Frauen länger leben als auch die Tatsache, dass Männer zumeist eine jüngere Frau wählen. Im Alter von 85 – 89 Jahren leben noch 56 Prozent der Männer in einer ehelichen Partnerschaft (auch weil geschiedene oder verwitwete Männer häufiger eine Zweit- bzw. Drittehe eingehen als Frauen). Bei den gleichaltrigen Frauen sind dagegen nur noch 13 Prozent verheiratet, und 71 Prozent sind

verwitwet.

Ein Zusammenleben mit den eigenen Kindern ist bei den über 80-jährigen Menschen eher die Ausnahme (selbst wenn im hohen Alter einige Menschen zu ihren Kindern ziehen). Von den über 80-jährigen Frauen und Männern leben höchstens 10 Prozent mit bzw. bei ihren Kindern. Wie bei jüngeren Rentnerinnen und Rentner dominiert im hohen Lebensalter primär das Prinzip der ‹Intimität auf Abstand› (gute Kontakte, aber getrenntes Haushalten).

Da es sich bei den heute hochaltrigen Frauen und Männern um Generationen handelte, die ehe- und familienfreundlich waren, ist der Anteil ohne Angehörige verhältnismässig gering (vgl. Lalive d'Epinay et al. 2000, Höpflinger, Stuckelberger 1999). Die hohe Lebenserwartung trägt dazu bei, dass Viele bis ins hohe Alter noch Geschwister aufweisen, und der Anteil ohne (überlebende) Kinder ist bei diesen Generationen geringer als dies bei späteren Rentnergenerationen der Fall sein wird. Viele Frauen und Männer können im Alter auf Freunde bzw. Freundinnen zählen. Sachgemäss bringt ein hohes Lebensalter Verluste mit sich, namentlich bezüglich Partnerschaft, aber auch bezüglich Geschwister und Freundinnen bzw. Freunden. Teilweise entstehen aber auch im hohen Lebensalter neue Kontakte, etwa durch die Geburt von Enkelkindern (und bei sehr langlebigen Menschen durch die Geburt von Ur-Enkelkindern).

Tabelle 4:

Zivilstandsverteilung der 80-jährigen und älteren Menschen nach Alter und Geschlecht 1998			
	Altersgruppe		
	80- 84	85- 89	90+
Zivilstandsverteilung der Frauen (in %):			
- ledig	12.0	13.0	15.8
- verheiratet	22.7	12.6	5.5
- geschieden	4.6	4.0	2.7
- verwitwet	60.7	70.5	76.0
Zivilstandsverteilung der Männer (in %):			
- ledig	7.1	6.8	6.8
- verheiratet	67.5	55.9	39.8
- geschieden	2.7	1.8	1.0
- verwitwet	22.8	35.4	52.4

Quelle: Eidg. Volkszählungen und Bevölkerungsbewegung der Schweiz.

Die Mehrzahl der über 80-jährigen Menschen bleibt familial oder freundschaftlich integriert, allerdings zeigt sich im hohen Lebensalter eine bedeutsame Verschiebung der informellen Austauschbeziehungen. Der Anteil derjenigen, welche informelle Hilfe erhalten, steigt nach dem Alter von 80 Jahren deutlich an. Dies wurde in der Längsschnittbeobachtung von Genfer und Walliser im Alter von ursprünglich 80 – 84 Jahren deutlich (vgl. Lalive d'Epinay et al. 2001): Bei der Erstbefragung erhielten 59 Prozent eine informelle Unterstützung, fünf Jahre später waren es 77 Prozent. Auch

formelle Hilfe wird in dieser Lebensphase häufiger beansprucht, und in den untersuchten fünf Jahren erhöhte sich der Anteil derjenigen, welche professionelle Hilfe (Haushilfe, Spitex) erhielten bzw. beanspruchten, von 27 Prozent auf 55 Prozent. Es scheint, dass gerade die Lebensperiode nach 80 – 84 Jahren für viele Menschen eine kritische Lebensphase darstellt; eine Lebensphase, in der externe Hilfe und Unterstützung wichtiger wird. Der Anteil derjenigen, welche keine externe Hilfe erhielten bzw. beanspruchten, sank von 35 Prozent auf 14 Prozent.

Ein überdurchschnittliches Lebensalter bedeutet zwangsläufig, dass sich die Zahl gleichaltriger Menschen verdünnt. Hochbetagte Menschen finden sich immer stärker in einer Gesellschaft wieder, welche durch immer Jüngere bestimmt wird. Hochbetagte Menschen befinden sich zwar an der ‹Spitze des Generationengefüges›, und daraus kann sich ein gewisser Stolz ergeben, gleichzeitig wird die Generationenspitze gegen oben immer dünner, und für Hochbetagte ist die Gefahr nicht unbedeutend, als ‹gestrandete Zeitreisende› zu enden. Selbst eine permanente Beschäftigung mit neuen gesellschaftlichen Wandlungen verhindert nicht, dass sich hochbetagte Menschen zwangsläufig in einer Gesellschaft bewegen, in der Vertreterinnen und Vertreter später geborener Generationen das Geschehen beherrschen. Daraus kann sich auch bei hoher sozialer Integration und vielen Kontakten das Gefühl einer existentiellen Einsamkeit ergeben.

Literaturverzeichnis

- Abelin, Th., V. Beer, F. Gurtner, F., Hrsg. (1998), Gesundheit der Betagten in der Schweiz, Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/93, Bern: Haupt
- Bickel, H. (1999), Epidemiologie der Demenzen, in: H. Förstl et al., Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik, Therapie, Heidelberg: Springer-Verlag
- Herrmann, F.R., J.-P. Michel, F. Gutzwiller, A.S. Henderson. (1997), Démence, dépression, handicap et maintien des facultés cognitives chez la personne âgée / Demenz, Depression, Handicap und Erhaltung kognitiver Fähigkeiten im Alter: eine epidemiologische Untersuchung; NF-Projekt 4032-042654, Schlussbericht, Genf: mimeo
- Höpflinger, F. (1994), Frauen im Alter – Alter der Frauen – ein Forschungsossier, Zürich: Seismo (2. Auflage: 1997)
- Höpflinger, F., A. Stuckelberger (1999), Demographische Alterung und individuelles Altern. Ergebnisse aus dem NFP 32 «Altern», Zürich: Seismo (2.Auflage: 2000)
- Hofman, A., W.A. Rocca, C. Brayne. et al. (1991), The prevalence of dementia in Europe: A collaborative study of 1980 – 1990 findings, in: International Journal of Epidemiology, 20: 736-748
- Lalive d'Épinay, C., J.-F. Bickel, C. Maystre, N. Vollenwyder (2000), Vieillesse au fil du temps, 1979 – 1994. Une révolution tranquille, Lausanne: Réalités Sociales
- Lalive d'Épinay, C., S. Pin, D. Spini (2001), Présentation de SWILSO-O, une étude longitudinale Suisse sur le grand âge: L'exemple de la dynamique de la santé fonctionnelle, in: L'Année Gérontologique: 78-96
- Münz, R., R. Ulrich (2001), Alterung und Wanderung: Alternative Projektionen der Bevölkerungsentwicklung der Schweiz, Zürich: Stiftung Avenir suisse.
- Wehrli-Schindler, B. (1997), Wohnen im Alter. Zwischen Zuhause und Heim, Zürich: Seismo.
- Internet-Unterlagen zum Thema Alter: www.hoepflinger.com

Fairness und Verantwortung für Jung und Alt

*Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle
Sozialethikerin, Leiterin des Interdisziplinären Instituts für Ethik im Gesundheitswesen
Dialog Ethik, Zürich*

Die demographische Alterung stellt eine immense ethische Herausforderung dar. Die Rechte und Pflichten zwischen Jung und Alt sind nach den Regeln der Fairness und Verantwortung neu zu bestimmen. Die gravierenden Ressourcenprobleme – vor allem im Bereich der Hilfe und Pflege für hochaltrige Menschen – lassen sich nur mit veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und einem erneuerten Bewusstsein human bewältigen.

1. Einleitung

Eine Erfolgsstory ...

Der Mehrzahl der älteren Frauen und Männer in der Schweiz geht es ausgezeichnet: Sie haben ein gutes Netz von persönlichen Beziehungen, fühlen sich wohl und haben laut eigenen Aussagen eine hohe Lebensqualität. Viele von ihnen sind sozial engagiert und leisten ein beträchtliches Mass an Freiwilligenarbeit. Diese erfreulichen Resultate hat das Nationale Forschungsprogramm Alter / Vieillesse / Anziani (NFP 32) zutage gefördert. Diese erfreuliche Situation der älteren und alten Menschen in unserem Land ist unter anderem eine Folge der «goldenen Jahre» der Nachkriegszeit: Die Lebensbedingungen verbesserten sich ganz generell und dank dem wirtschaftlichen Aufschwung konnten die Kassen der Sozialwerke gefüllt werden. Eine Mehrheit der Seniorinnen und Senioren erlebt deshalb heute ihr Alter in finanziell gesicherten Verhältnissen. Die Beziehungen zwischen den Generationen haben sich entspannt, weil die Abhängigkeiten innerhalb der familiären Strukturen geringer geworden sind. Ältere Menschen können heute mehr Freiheiten geniessen als früher, was sich auf der individualethischen Ebene positiv auf das Generationenverhältnis auswirkt. Zugleich ist das Leben der heutigen Rentnerinnen und Rentner immer noch von traditionellen Werten des Zusammenlebens bestimmt: Sie sind in familiäre Beziehungen eingebettet und werden bei Bedarf unterstützt. Zudem tragen viele Seniorinnen und Senioren durch Kinderbetreuung und Pflege von Angehörigen zur Entlastung der jüngeren Generation bei.

... und ihre Schattenseiten

Gegenüber dieser Mehrheit von Rentnerinnen und Rentnern, denen es gut oder sogar sehr gut geht, steht eine Minderheit, die unter schlechten Lebensbedingungen leidet. Diese Menschen stammen zumeist aus den sozialen Unterschichten, sind nicht gut ausgebildet, können vielfach nicht auf familiäre Unterstützung zählen und sind häufiger hilfs- und pflegebedürftig. Hier haben die Studien des NFP 32 einen ungedeckten Pflegebedarf nachgewiesen. Dessen Risiko steigt mit dem Alter an. «Es ist höher bei Personen, die ohne Partnerin leben sowie bei Betagten mit mittlerer oder geringer

Ausbildung. Insgesamt ergeben sich hochgerechnet auf die Schweiz über 30'000 ältere Menschen mit einem ungedeckten Hilfebedarf, von denen über 10'000 65- bis 75-jährig, 16'000 75- bis 84-jährig und über 5000 85-jährig und älter sind. Der grösste Teil des ungedeckten Bedarfs betrifft Haushaltshilfen, welche durch das aktuelle Sozial- und Krankheitsversicherungssystem nicht vergütet werden.» (Höpflinger, Stuckelberger 1999: 49).

Zudem steigt beim Auftreten von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit die Gefahr, von der Gesellschaft nicht mehr respektiert und ernst genommen zu werden. So erfolgen Heimeintritte immer wieder gegen den Willen alter Menschen und als Heimbewohnerinnen und -bewohner werden ihnen sehr oft Grundrechte vorenthalten, wie z.B. das Niederlassungsrecht oder die Ausübung des Stimmrechts. In den Pflegeheimen besteht vielerorts ein Mangel an Pflegepersonal. Dadurch fehlt die Zeit, pflegebedürftige alte Menschen ihrem eigenen Rhythmus und ihren Fähigkeiten entsprechend zu betreuen. So kommt es vor, dass Menschen, die in der Lage wären, selber zu essen, künstlich ernährt werden, oder solche, die sich durchaus selber pflegen oder zur Toilette gehen könnten, gewaschen werden und manchmal Windeln tragen müssen. Das sehr positive Bild der Situation der älteren und alten Menschen in der Schweiz wird durch diese Umstände relativiert.

Aufschlussreich ist der Zusammenhang zwischen Ausbildungsniveau und Zugehörigkeit zu einer soziale Schicht einerseits und Gesundheitszustand andererseits: Je besser gebildet und je höher sozial gestellt, um so grösser ist die Chance, überhaupt alt zu werden und das Alter in guter Lebensqualität verbringen zu können. Soziale und biographische Faktoren sind für das Wohlbefinden im Alter von grösster Bedeutung. Alte Menschen sind deshalb heute eine enorm heterogene Gruppe. Das Phänomen «Alter» ist kaum Hinweis auf eine bestimmte Lebensqualität. Hierfür bestimmend sind vielmehr die Funktionstüchtigkeit eines Menschen und seine wirtschaftliche Situation. Alte und junge Menschen, die in einer vergleichbaren sozioökonomischen Situation leben, haben einen ähnlicheren Lebensstil als junge und alte Menschen aus verschiedenen Schichten untereinander. Da die Mehrheit der alten Menschen ihren Lebensstil dem der Jungen anpasst, spricht man in diesem Zusammenhang von einer «Verjüngung des Alters» (Höpflinger 2001: 16). Auf diesem Hintergrund teilt die Minderheit der alten Menschen ihre schlechten Lebensbedingungen mit jüngeren in vergleichbaren Verhältnissen.

Eine Frage der Fairness

Die Situation der älteren und alten Menschen in der Schweiz ist ein Spiegel der Erfolgsstory unserer Gesellschaft – einschliesslich ihrer Schattenseiten: Die Ausrichtung auf Maximierungen von Funktionalität und Kompetenz hat den Menschen in vielen Lebensbereichen neue Handlungsspielräume eröffnet. Andererseits hat in diesem Kontext Dysfunktionalität und beschränkte Funktionskapazität immer weniger Platz. So hat der Wechsel von den Defizit- zu den Kompetenzmodellen in der Altersarbeit viel zur verbesserten Lebenssituation der älteren und alten Menschen beigetragen. Die Kehrseite davon ist, dass durch diese Neuausrichtung und Förderung der Kompetenzen eines Menschen, ein gesellschaftliches Klima entstanden ist, in dem Krankheit und Behinderung vielfach als «selbstverantwortet» und damit als Schuld qualifiziert werden. Dies spiegelt sich in der Leistungs- und Mittelverteilung des Gesundheitswesens: Chronisch kranke Menschen werden gegenüber den akut erkrankten, die Aussicht auf Heilung haben, stark benachteiligt (Schopper et al. 2001).

Ein Mensch kann aber seine Funktionskapazität nur beschränkt beeinflussen, denn sie hängt zu einem grossen Teil von sozioökonomischen und biologischen Faktoren ab. Insofern verbirgt sich

hinter der schlechten Lebensqualität einer Minderheit von älteren und alten Menschen ein Gerechtigkeits- und Solidaritätsproblem, welches sie mit jüngeren Menschen in der gleichen Lebenslage teilen. Durch die veränderte Lebensweise der jüngeren Generationen und die dadurch bedingte demographische Entwicklung wird sich diese Gerechtigkeits- und Solidaritätsproblematik zuspitzen und eine grössere Zahl von Menschen betreffen. Zwei Kreise ethischer Hauptprobleme zeichnen sich ab: die Finanzierungs- und die Pflegeproblematik. In beiderlei Hinsicht befindet sich die Schweiz an Wendepunkten.

2. Das Ende der goldenen Ära

Wendepunkt 1: Veränderte Bevölkerungspyramide

Die Schweiz erlebt einen grundlegend veränderten demographischen Prozess: Die Zahl der älteren und alten Menschen nimmt gegenüber derjenigen der Jungen überproportional zu, weil die Entwicklung einer verlängerten Lebensspanne von einem Sinken der Geburtenziffer begleitet wird. Trotz allen Bemühungen, jung zu bleiben oder zumindest jung zu wirken, schreitet der Alterungsprozess bei jedem Menschen unaufhaltsam voran: Er gehört zur menschlichen Leiblichkeit. Die bereits erwähnte Studie des Nationalen Forschungsprogramms macht deutlich, dass zwischen dem 75. und dem 85. Altersjahr der Übergang von einer unabhängigen zu einer abhängigen Lebensgestaltung stattfindet, in der die Menschen zunehmend auf Fürsorge bei den alltäglichen Verrichtungen angewiesen sind und in vielen Fällen der Pflege bedürfen. Die demographische Entwicklung führt deshalb mit grosser Wahrscheinlichkeit zu einem erhöhten Hilfs- und Pflegebedarf. Die Zunahme der alten Menschen wird auch den Bedarf an Pflegeleistungen und damit die Kosten des Gesundheitswesens erhöhen. Des Weiteren ist zu bedenken, dass die Ansprüche der zukünftigen alten und hochaltrigen Menschen höher sein werden als jene der heutigen Hochaltrigen, die in der Zwischenkriegszeit gross geworden sind.

Wendepunkt 2: Allgemeine Pflegeverweigerung

Die Schweiz hat in steigendem Masse ein Pflegeproblem, denn sowohl auf individueller als auch auf sozialer Ebene werden Pflegeleistungen verweigert: Frauen gebären weniger Kinder und sind immer weniger bereit, unbezahlte Pflegeleistungen zu erbringen. Für Kinder fehlen Betreuungs- und Pflegeplätze, behinderte und chronisch kranke Menschen erhalten kaum Assistenzdienste und in den Kranken- und Pflegeheimen besteht vielerorts ein Pflegenotstand.

Rechnet man die bereits bestehende Pflegeproblematik, die allgemeine Pflegeverweigerung und die Zahl der Singlehaushalte in die Zukunft hoch, und setzt diese Faktoren ins Verhältnis zur Zunahme hilfs- und pflegebedürftiger Menschen, so wird deutlich, dass hier gewaltige Aufgaben auf uns zukommen. Bedenkt man zudem, dass die bestehenden Familienstrukturen zur guten Lebensqualität der älteren und alten Menschen beitragen, diese Strukturen aber möglicherweise schwächer werden, so bedarf es Zukunft neuer, zusätzlicher Formen tragender Sozialnetze (Nadai 2001).

Von der Altersweisheit zur Anti-Aging-Bewegung

Angesichts dieser Tatsachen ist die Haltung gegenüber älteren und alten Menschen heute zunehmend ambivalent: Solange sie konsumieren und einen Beitrag an die Gesellschaft leisten,

werden sie wohl geschätzt. Zugleich empfindet man sie als mögliche Bedrohung. Davon zeugen Forderungen nach Alterslimiten für bestimmte gesellschaftliche Funktionen oder gar für medizinische Massnahmen. Es besteht die Gefahr zunehmender Spannungen zwischen den Generationen. Die Stimmen mehren sich, die argumentieren, der bisherige Generationenvertrag habe sich angesichts der längeren Lebensspanne einseitig zum Wohle der älteren und alten Menschen und somit zu Ungunsten der jüngeren Generationen entwickelt. Vor allem für Familien mit Kindern seien die Belastungen zu gross geworden. Die älteren Generationen müssten mehr Eigenverantwortung tragen, um dieses Ungleichgewicht wieder ins Lot zu bringen.

Alte Menschen genossen in der Vergangenheit vielerorts hohes gesellschaftliches Ansehen und ihr Erfahrungswissen wurde als Altersweisheit geschätzt. Als Traditionsträger und Vermittler innerhalb der Generationenfolge hatten sie eine wichtige gesellschaftliche Funktion inne. Solange es alten Menschen möglich war, arbeiteten sie und trugen mit ihrer Arbeitskraft zum allgemeinen Wohl bei. Ihren Beitrag verdankten die übrigen Mitglieder der Gesellschaft mit Respekt und der Pflicht, für sie im Notfall zu sorgen. Dieses Denken bildet auch heute noch die wertmässige Grundlage für den bestehenden Generationenvertrag. Ganz allgemein war die Lebensspanne kürzer und Hochaltrigkeit aussergewöhnlich. Langes Leben gilt deshalb in vielen Religionen als eine Gnade Gottes und alten Menschen wird in manchen Kulturen eine besondere Qualität zugesprochen. Im Gegensatz zu dieser gesellschaftlichen Wertschätzung alter Menschen zeichneten sich die familiären Strukturen auf individualethischer Ebene durch beträchtliche Spannungen zwischen Jung und Alt aus, die oft aus materiellen Gründen auf Gedeih und Verderb aufeinander angewiesen waren. Insofern verschiebt sich heute die Problemlage zwischen den Generationen von der individualethischen auf die sozial-ethische Ebene.

Heute hat das Alter in einer auf Effizienz und Jugendlichkeit ausgerichteten säkularen Gesellschaft diesen besonderen Wert verloren: Mit der Schnellebigkeit des Informationszeitalters und dem Wertepluralismus ist der Vorsprung des Erfahrungswissens der alten Menschen keine gestaltende gesellschaftliche Kraft mehr. Die Altersweisheit hat ausgedient. Die Arbeitskraft von älteren Menschen genügt den Ansprüchen der funktionalen Gesellschaft nicht mehr. Hochaltrigkeit ist heute kein aussergewöhnliches Phänomen mehr.

Durch die Säkularisierung werden die Erfahrungen des körperlichen Abbaus nicht mehr mit der Hoffnung auf ewiges Leben kompensiert. Der Tod ist keine Zäsur mehr, sondern ein Schlusspunkt, vielleicht noch ein Doppelpunkt. Moderne Menschen fühlen sich von Gott selten bei ihrem Namen gerufen, sie müssen sich ihre Individualität selber erwirken. Dem modernen Mensch steht nur noch seine eigene Lebenszeit zur Verfügung, um sich selbst zu erschaffen und zu individualisieren. Der Tod wird zum Feind, dem möglichst viel diesseitiges Leben abgerungen werden soll. Marianne Gronemeyer bringt das moderne Zeitgefühl brillant auf den Punkt, wenn sie schreibt:

«Im Mittelalter gewinnt der Mensch seine Individualität von Gott her. In der Neuzeit muss er sie sich, sein Heil selbst erschaffen. Nur in der Masse, in der er seine Eigenart und seinen Eigensinn entfaltet, gewinnt der Mensch Lebenssinn. Seine Freiheit besteht darin, sich zu besondern, und sein Risiko darin, an der Selbsterschaffung zu scheitern. Der Preis für die so weit getriebene Individualisierung ist eine durch nichts gemilderte Konfrontation mit der eigenen Vergänglichkeit. Der Anspruch auf Einzigartigkeit macht das individuelle Leben unerhört kostbar und unersetzbar. Das einzigartige Individuum kann in nichts und niemand fortleben, mit seinem Ende ist es unwiderruflich verloren. [...] Wenn das Leben die einzige Gelegenheit ist, dann steigert sich die Verlustangst ins Unerträgliche. [...] Und so wird sich der Widerstand gegen den Tod darauf konzen-

trieren, ihm so viel hiesiges Leben wie möglich abzurufen. Da der Tod einstweilen unausweichlich bleibt, soll wenigstens das Leben, solange es dauert, von ihm gereinigt und die schmähhlichen Erinnerungen an ihn getilgt werden. [...] Alles, was uns an ihn erinnert im Leben, Alter, Krankheit und Leiden soll aus dem Leben verbannt werden. Der Glaube an die Technik ist dabei ungebrosen, mit ihrer Hilfe wird es uns vielleicht eines Tages gelingen, noch mehr Lebenszeit abzurufen. Krankheit, Leiden und Tod stehlen mir die Zeit weg.» (Gronemeyer 1993: 22ff)

Die Aussicht auf den Tod als letzte <Deadline> aller seiner Aktivitäten bringt den modernen Menschen in Stress. Zeitnot prägt das moderne Lebensgefühl. Den Menschen fehlt die Zeit zum Leben und die Zeit zum Sterben. Auf diesem Hintergrund ist es verständlich, dass heute der höchste Zufriedenheitsfaktor bei den <jungen Alten> um das 70. Altersjahr herum liegt. Dank der noch bestehenden finanziellen Sicherheiten haben sie endlich Zeit zum Leben. Mit allen Mitteln versuchen sie deshalb die Zeit anzuhalten, möglichst jung zu bleiben und auszusehen. Alte Menschen möchten nicht alt, sondern jung sein.

Die Altersphänomene erinnern an die unausweichliche und sich in alle Lebensbereiche ausdehnende Funktionslosigkeit in der modernen Gesellschaft. Sie werden deshalb mit allen Mitteln bekämpft. Der Begriff <Anti-Aging-Bewegung> spricht für sich. Er weist auf die Illusion hin, die Phänomene des Alterns vermeiden zu können. Diese werden als zu umgehende Defizite im Sinne des <Nicht-mehr-jung-Seins> qualifiziert, auch von den älteren, alten und hochaltrigen Menschen selbst. Man ist nicht mehr ein älterer oder alter Mensch, sondern eine Seniorin oder ein Senior. Sowohl die psychischen wie physischen Eigenschaften, welche ältere und alte Menschen zumeist gegenüber jüngeren auszeichnen (Lebenserfahrung, Abgeklärtheit, ausgeprägte Persönlichkeit und anderes Raum- und Zeitbewusstsein einerseits und schwindende Merkfähigkeit, Rückwärtsorientiertheit, Seh- und Hörschwäche, runzlige Haut und graue Haare andererseits) passen nicht zum Bild des modernen, aktiven, agilen und rational handelnden Individuums. Sie werden, wenn möglich, verdrängt. Falten sind hässlich und lassen sich nach den Inseraten der Kosmetikindustrie genauso wegcremen wie die grauen Haare färben. Der Betagte und Pflegebedürftige ist gleichsam das Gegenteil des modernen Menschenbildes, welches das Selbstverständnis des modernen, <Autonomie> für sich in Anspruch nehmenden Menschen prägt. Wer alt aussieht, ist selber schuld. Das Alter mit den dazugehörigen Erscheinungen erfährt eine schleichende soziale Abwertung.

Störfaktor Leiblichkeit

Die Auflehnung gegen den Alterungsprozess ist ein Symptom für eine tiefer liegende Krise des Menschen in der Moderne. Die eigene Ohnmacht gegenüber dem letztlich nicht zu vermeidenden Alterungsprozess und die Angst vor der eigenen Pflegebedürftigkeit können im Kontext der gegenwärtigen, von der Illusion der absoluten Unabhängigkeit geprägten, funktionalen Gesellschaft Aggressionen auslösen, die Abwertung der Altersphänomene kann zur Feindlichkeit gegenüber alten, pflegebedürftigen Menschen werden. Aus der Illusion des <Anti-Aging> kann sich ein sogenannter <Anti-Age-Effekt> entwickeln.

Ausschlaggebend für die Lebensqualität der Menschen in der modernen Gesellschaft ist der Grad ihrer Autonomiefähigkeit: Je unabhängiger sie ihr Leben führen und gestalten können, um so besser geht es ihnen. Problematisch ist, dass gesellschaftlich der normative Anspruch auf Autonomie und Selbstbestimmung eines Menschen mit einem bestimmten Mass an tatsächlicher Funktionskapazität gleichgesetzt wird. Dadurch geht der normative Anspruch auf

Selbstbestimmung von Menschen, die aus irgendwelchen Gründen das von der Gesellschaft geforderte Mass an Funktionskapazität noch nicht, nicht oder nicht mehr aufweisen können, verloren. Grundsätzlich wird von den Menschen verlangt, dass sie möglichst unabhängig leben können. Pflege- und hilfsbedürftige Menschen, seien sie nun jung oder alt, laufen deshalb Gefahr, dass ihnen die Grundansprüche und Grundrechte vorenthalten und dass sie gar vernachlässigt werden. Das Pflegeproblem ist eines der ethischen Kernprobleme der modernen Gesellschaft.

Mit der einseitigen Orientierung an der Unabhängigkeit und Jugendlichkeit wendet sich der moderne Mensch gegen seine Leiblichkeit. Die Anti-Aging-Bewegung ist deshalb Ausdruck einer tief liegenden Feindlichkeit des modernen Menschen gegenüber seinen eigenen, begrenzten und sterblichen Leib, der an das Altwerden erinnert und aus dem er am liebsten ausziehen würde. Die Leiblichkeit ist für den modernen Menschen zur zu überwindenden Schranke seiner Freiheit geworden. Entsprechend ist das Handeln von der Illusion geleitet, den Altersabbau und die Sterblichkeit eines Tages überwinden zu können. Dabei werden die abhängigen Seiten des Menschseins ausgeblendet. Dem Pflegeproblem liegt letztlich diese Verdrängung zugrunde. Zu dessen Lösung bedarf es eines kulturellen Wandels, der beim Entwurf von Handlungsoptionen die existentiellen Abhängigkeiten und Unabhängigkeiten des Menschen berücksichtigt. Humanität ist nur möglich, wenn der Mensch gegenüber seinen existentiellen Abhängigkeiten und Unabhängigkeiten Verantwortung übernimmt.

3. Autonomie als Verantwortung

Labiles Gleichgewicht

Abhängigkeit ist vor der Unabhängigkeit da. Erst wenn Abhängigkeit und Unabhängigkeit miteinander in Einklang stehen, ist ein Mensch frei, seinen Autonomie- und Würdeanspruch leben zu können. Freiheit setzt voraus, dass der Mensch gegenüber seinen existentiellen Abhängigkeiten Verantwortung übernimmt und übernehmen kann: Verantwortung gegenüber einer intakten Natur, seiner eigenen Leiblichkeit, seinen Beziehungen mit anderen Menschen und Gott als der lebensspendenden Urkraft. Das Primärphänomen <Abhängigkeit> führt dazu, dass der Mensch nicht alleine leben kann, sondern um zu überleben und lebendig zu sein auf Gott, auf andere Menschen und die Lebensmittel der Natur angewiesen ist.

Ein Mensch ist dann frei und lebendig, wenn Abhängigkeit und Unabhängigkeit in Resonanz gemeinsam schwingen. Dann befinden sie sich in einem labilen Gleichgewicht. Freiheit ist nichts anderes als das bewusste Gestalten von Abhängigkeiten und Unabhängigkeiten.

Autonomie als Prozess

Angesichts des Würde- und Autonomieanspruches hat der Mensch als existentiell abhängige und unabhängige Person eine doppelte Verantwortung gegenüber den Rechten und den Pflichten einerseits und dem Gleichgewicht zwischen Abhängigkeiten und Unabhängigkeiten andererseits.. Dieser Verantwortung wird er gerecht, indem er grundsätzlich den Würde- und Autonomieanspruch jedes Menschen respektiert und eingeschränkte Autonomiefähigkeiten bei sich selbst und bei anderen Menschen kompensiert. Dies ist nur möglich im Rahmen eines Beziehungsgeschehens, bei dem sich die Menschen begegnen, denn weder Respekt noch Solidarität können verordnet werden, sondern ereignen sich, wenn Menschen sich mit Wohlwollen begegnen.

Autonomie als Verantwortung ist deshalb ein Prozess, der die normative Ebene des Autonomieanspruchs mit der empirischen Ebene der beschränkten Autonomiefähigkeiten in Beziehung setzt und die Trennung zwischen der normativen und der empirischen Ebene, zwischen Wille und Leiblichkeit, aufhebt. Dieser Prozess muss gewollt werden und dieser Wille ist in einem Leib inkarniert, der den Willen begrenzt. Die Kraft, die diesen Prozess in Gang setzt, ist die Liebe. Das Herz ist der dynamische Anknüpfungspunkt zwischen Wille und Leiblichkeit.

Das Herz – der Kern des Menschseins

Das Herz als körperliches Organ braucht Nahrung, um schlagen zu können., das Herz als psychisches Organ braucht Seelennahrung, um am Leben bleiben zu wollen. Im Herzen treffen Psyche und Physis aufeinander, und doch ist das Herz noch mehr. Das Herz ist auch der Ursprungsort der menschlichen Beziehungen. Die Autonomiefähigkeiten sind mit den Beziehungen eines Menschen eng verwoben. Erfahrungen des Herzens können leibliche Grenzen sprengen. Gelungene Beziehungen führen Menschen über sich selbst hinaus. Wo zwei Herzen miteinander in Beziehung treten, entsteht etwas Drittes, das die eigenen Grenzen der Menschen übersteigen und Freiheit schenken kann. Das Herz als Kern des Menschseins ist der Ursprungsort menschlicher Beziehungen. Doch das Menschsein geht nicht in der Beziehungsfähigkeit auf, denn ein Mensch ist immer mehr als die Summe seiner Beziehungen zu anderen Menschen: Er hat stets auch eine Beziehung zu sich selbst und zu Gott als der Kraft, die ihm das Leben ermöglicht und Lebendigkeit schenkt.

Wird Autonomie als Verantwortung wahrgenommen, stehen sich die Menschen im eigentlichen Sinne Rede und Antwort. Daraus entsteht eine Kultur, die –in Anlehnung an die Französische Revolution – auf den Werten Freiheit, Fairness und Freundschaft basiert. Die Frage, warum Menschen Anspruch auf diese Grundwerte haben, lässt sich säkular nicht begründen. Die geschichtliche Erfahrung lehrt, dass ohne sie humanes Zusammenleben nicht möglich ist.

Freiheitsrechte

Der normative Anspruch auf Menschenwürde und Autonomie und daraus abgeleitet auf Menschenrechte gilt allen Menschen uneingeschränkt. Er ist unteilbar und soll die Menschen vor Instrumentalisierung schützen. Dieser Grundanspruch des Menschen auf Würde und Autonomie materialisiert sich als Recht auf ‹Respektierung der Menschenwürde›, auf ‹Schutz der Persönlichkeit› und auf ‹Selbstbestimmung›. Der Würde- und Autonomieanspruch ist im eigentlichen Sinne grundlegend und begründet die schweizerische Bundesverfassung vor-verfassungsmässig.

Eingeschränkte Autonomiefähigkeiten, welche das Gleichgewicht zwischen den abhängigen und unabhängigen Seiten bei einem Menschen stören, heben den Anspruch auf Würde und Autonomie eines Menschen nicht auf. Der Würde- und Autonomieanspruch ist unantastbar. Artikel 8 der Bundesverfassung (Diskriminierungsverbot) bringt dies in der Forderung auf Rechtsgleichheit zum Ausdruck.

Fairnesspflichten

- *Verantwortung, Solidar- und Verteilungsgerechtigkeit*

Aus den Freiheitsrechten erwachsen die Pflichten zur Selbst- und Fremdverantwortung, stets das eigene Gleichgewicht zwischen Abhängigkeiten und Unabhängigkeiten zu suchen, und mit anderen Menschen, die hierzu selber noch nicht, nicht oder nicht mehr in der Lage sind, Solidarität zu üben. Der uneingeschränkte Würde- und Autonomieanspruch verpflichtet die Menschen zur Verantwortung, eingeschränkte Autonomiefähigkeiten gegenseitig zu kompensieren. Alle Menschen haben Anspruch auf Solidar- und Verteilungsgerechtigkeit. Sozialversicherungen entspringen dieser ethischen Forderung.

Trotzdem bleiben auch Menschen in Abhängigkeitssituationen verantwortlich und haben entsprechend ihren Autonomiefähigkeiten Selbst- und Fremdverantwortung zu übernehmen und Solidarität zu üben.

Bei kranken oder behinderten Menschen geraten die Abhängigkeitsphänomene und die Unabhängigkeitsphänomene aus dem Gleichgewicht. Der Heilungsauftrag besteht darin, dieses Gleichgewicht mit geeigneten Mitteln wieder herzustellen.

- *Entscheidungsqualität und -prozess*

Im Kontext des Verständnisses von Autonomie als Verantwortung haben Entscheidungsprozesse eine gute Qualität aufzuweisen. Voraussetzung hierfür sind hohe Entscheidungskompetenz der Beteiligten und verbindliche Rahmenbedingungen, wie Raum und Zeit, und Strukturen. Innerhalb von Institutionen sind deshalb verbindliche Entscheidungsverfahren zu formulieren und Strukturen in Form von interdisziplinären Gremien zu schaffen (vgl. Baumann-Hölzle 2001, Bundesamt für Sozialversicherung 2002).

Der Entscheid, welche Massnahmen bei einem Menschen angezeigt sind, ist mit ihm zusammen in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess herauszuarbeiten. Seine Entscheidungs- und in diesem Sinne Autonomiefähigkeit bemisst sich an der zu entscheidenden Fragestellung und lässt sich nicht generell beantworten. Der Autonomieanspruch verpflichtet dazu, alle Möglichkeiten zur Verbesserung der jeweiligen Autonomiefähigkeit bei einem Menschen auszuschöpfen.

Konkret sind die jeweiligen Autonomiefähigkeiten in Bezug auf eine bestimmte Fragestellung in einem sorgfältigen Assessment zu erheben und die Handlungsoptionen mittels verbindlichen und strukturierten Entscheidungsfindungsverfahren herauszuarbeiten. Solche Verfahren können als Richtlinien Geltung beanspruchen.

4. Konsequenzen für die Alterspolitik

Gelingendes Leben

Das Phänomen «Alter» ist nach diesen Überlegungen keine moralische Qualität. Alte Menschen haben die gleichen Rechte und Pflichten wie junge. Nur wenn Menschen Arbeiten verrichten müssen, die ihnen nicht entsprechen, ist die so genannte «Pensionierung» als Kompensation für überstandene Mühsal ethisch geboten. In einer Gesellschaft hingegen, in der die Menschen die Chancen und Rahmenbedingungen für ein gelungenes Leben haben, bedarf es der Pensionierung nicht. Ein «gelungenes Leben» ist nicht gleichzusetzen mit «Nichtstun», sondern beinhaltet unter anderem die Möglichkeit, seinen Fähigkeiten und Neigungen entsprechend tätig sein zu können.

Befreiende Kompetenzmodelle für alle

Die befreiende Wirkung der Kompetenzförderung in der Altersarbeit könnte zum Paradigma für die Arbeitswelt schlechthin werden. Damit würde das heutige Fairnessproblem, wonach höher gebildete und sozial besser gestellte Menschen überhaupt älter und erst noch gesünder alt werden, aufgefangen werden. Menschen sollten nicht bis zur Pensionierung warten müssen, bis sie Tätigkeiten nachgehen können, die ihren Fähigkeiten und Neigungen entsprechen. Befriedigende Arbeit ist Lust und nicht Last!

Gesellschaftliche Fairness

Im Rahmen einer Gesellschaft mit fairen Ausgangs- und Rahmenbedingungen sind junge und alte Menschen in gleicher Art und Weise zum Dienst am Allgemeinwohl verpflichtet, um die Verteilungs- und Solidargerechtigkeit unter den Bürgerinnen und Bürgern zu garantieren. Dies gilt sowohl im Hinblick auf die Lösung des sich abzeichnenden Finanzierungs- als auch des Pflegeproblems. Ausgehend vom Diskriminierungsverbot ist es in einer fair organisierten Gesellschaft unfair, wenn eine Generation die andere finanzieren und die Pflegeaufgaben alleine tragen soll. Angesichts der Finanzierungsprobleme wird das Rentenalter diskutiert und flexibilisiert werden müssen. Lösungen für das bereits bestehende Pflegeproblem sind vordringlich. Zur Diskussion steht beispielsweise ein obligatorischer Gemeinschaftsdienst für alle Bürgerinnen und Bürger mit Einführungs- und Wiederholungskursen, bei denen gezielt Pflegekompetenzen geschult werden. Hierzu wäre allerdings eine Verfassungsänderung notwendig.

Revolution des Herzens

Die Menschen können diese Verantwortungen nur übernehmen, wenn sie Raum, Zeit und die Möglichkeit haben, dies auch zu tun. In einer rein auf Effizienz ausgerichteten Gesellschaft ist dies nicht möglich: Weder kann in ihr die Mehrheit der Menschen Tätigkeiten ausüben, die ihren Kompetenzen und Neigungen entsprechen, noch haben sie Raum und Zeit, um ihre Beziehungen zu pflegen und Pflegeaufgaben zu erfüllen. Hierzu bedarf es veränderter gesellschaftlicher Rahmenbedingungen und eines neuen Verantwortungsbewusstseins gegenüber der menschlichen Leiblichkeit, ihren Bedürfnissen und Abhängigkeiten. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen lassen sich organisieren, Verantwortungsbereitschaft hingegen bedarf einer Revolution des Herzens, so dass Menschen sich gegenseitig Freiheit und Fairness zugestehen und Freundschaft pflegen.

Literaturverzeichnis

Baumann-Hölzle, Ruth (2001), *Moderne Medizin – Chance und Bedrohung*, Bern: Peter Lang.

Bundesamt für Sozialversicherung, Hrsg. (2002), *Langlebigkeit – gesellschaftliche Herausforderung und kulturelle Chance. Ein Diskussionsbeitrag aus der Schweiz zur Zweiten Weltversammlung zur Frage des Alterns*, Bern: BSV.

Gronemeyer, Marianne (1993), *Das Leben als letzte Gelegenheit*, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Hillman, James (2000), *Vom Sinn des langen Lebens*, München: Kösel.

Höpflinger, François; Astrid Stuckelberger (1999), *Alter – Anziani – Vieillesse. Hauptergebnisse und Folgerungen aus dem Nationalen Forschungsprogramm (NFP 32)*, Bern: Schweizerischer Nationalfonds.

Nadai, Eva (2001), *Neue Netze und Solidaritäten*, in: *Pro Senectute Schweiz*, Hrsg., *Unterwegs zu einer «Gesellschaft des langen Lebens»*, Zürich: Pro Senectute, 27 – 42.

Schopper, Doris; Ruth Baumann-Hölzle, Marcel Tanner, Hrsg. (2001), *Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen*, Basel / Zürich: Schweizerische Tropeninstitut / Dialog Ethik.

Psychosoziale und körperliche Gesundheit im hohen Alter

*Hans-Dieter Schneider
Psychologe, Prof. emeritus, Universität Freiburg/Schweiz*

Der Beitrag geht der Frage nach, welche Faktoren die Gesundheit und insbesondere auch das subjektive Gesundheitsempfinden alter Menschen fördern können. Der Autor beschreibt verschiedene Strategiemodelle zur Bewältigung von kritischen Lebensereignissen und vergleicht sie mit empirischen Daten aus der Altersforschung.

1. Gesundheit und Krankheit im Alter

Normalerweise sprechen wir von Krankheiten im Alter. Wir möchten nicht blind, taub oder immobil werden und schon gar kein künstliches Gebiss gebrauchen müssen.

Als ich vor kurzem eine alte Bekannte in Zürich besuchte, stellte ich fest, dass sie keine Einschränkungen ihres Bewegungsapparates, keine Vergesslichkeit und keine Depressivität aufwies. Sie berichtete davon, dass sie viele Bekannte besuche und von ihnen besucht werde; sie erzählte von ihren Einkäufen und von Flugreisen zu ihren Kindern und Enkeln ins Ausland.

Warum neigen wir eigentlich dazu, die negative Seite unseres Befindens im Alter (und auch in jüngeren Jahren) in den Vordergrund zu stellen und nicht das, was wir können und was uns das Leben lebenswert macht: Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit, funktionsgerechte Organe?

Im Gegensatz zur klinischen Psychologie, deren Ziel die Verhinderung von psychischen Krankheiten oder ihre Therapie ist, strebt die in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts entstandene Gesundheitspsychologie an, Bedingungen für die Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden zu erforschen und zur Aufrechterhaltung von Gesundheit beizutragen.

Es war Antonovsky (1981, 1987), der die Forderung erhob, von der pathogenetischen Sichtweise wegzukommen und eine salutogenetische Perspektive einzunehmen. Er zeigte auf, dass wir Menschen nicht entweder krank oder gesund sind, sondern dass wir eine bestimmte Position auf dem Wohlbefindens-Störungs-Kontinuum (ease-disease-continuum) einnehmen. Als Ziel sieht er kein maximales, sondern ein optimales Wohlbefinden. Ich meine, es wäre es gut, diese Sicht auch in der gerontologischen Arbeit zu nutzen.

2. Was ist überhaupt Gesundheit?

Aussagen, dass die Gesundheit unser höchstes Gut ist, stimmen wir rasch zu – ohne viel über den Inhalt nachzudenken. Umfrageergebnisse bestätigen diese hohe Bewertung der Gesundheit. Als

beispielsweise in einer Studie zum Erleben des Übergangs in den Ruhestand nach der Wichtigkeit von sieben Lebensbereichen gefragt wurde (Buchmüller et al. 1996), war die Gesundheit den Personen etwa sechs Monate vor ihrer Pensionierung und in den 18 Monaten danach hochsignifikant wichtiger als die anderen erfragten Lebensbereiche.

Diese hohe Bewertung ist sinnvoll, denn ein gesunder Körper ist gerade im Alter Voraussetzung für Selbstständigkeit. Es lohnt sich für das Individuum und für die Gesellschaft, einen hohen Gesundheitszustand auch im Alter zu sichern.

Nach der bekannten Definition der Gesundheit durch die Weltgesundheitsorganisation WHO aus dem Jahre 1946 (Gesundheit als ein Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Schwäche) hat die WHO in Ottawa 1989 Gesundheit als Ressource für das Leben, nicht als Ziel des Lebens gesehen. Sie ist ein positives Konzept, das soziale und personale Ressourcen ebenso betont wie körperliche Fähigkeiten. Damit ist gesund, wer unbehindert seine Lebensziele verwirklichen kann.

Heute wird Gesundheit oft als eine Bewegung in Richtung auf den gesunden Pol des Kontinuums zwischen Gesund und Krank hin gesehen, als ein Prozess mit positiver Entwicklungstendenz (Faltermeier, Kühnlein, Burda-Viering 1998). Dabei ist für das Gesundheitsverständnis wichtig, dass die biologische Funktionsfähigkeit des Organismus, das psychologische Wohlbefinden und die soziale Integration mit dem Ziel der Förderung nicht nur der eigenen Lebenssituation, sondern auch die der Partner gleichwertig einbezogen sind.

Die Gesundheit älterer Menschen erscheint damit in einer Längsschnitt-Perspektive unter Berücksichtigung der Beziehungen des Individuums zu seiner sozialen und physischen Umwelt. Risiken vermeiden, Ressourcen aufbauen und Anforderungen bewältigen sind dabei wichtige Verhaltensweisen.

3. Die Lebenssituation älterer Menschen

3.1. Die körperliche Gesundheit

Dass der Körper älterer Menschen (d.h. von Menschen über 65 Jahren) weniger leistungsfähig ist als der Körper jüngerer Personen, trifft auf die Hochbetagten in besonderem Masse zu. Die Tatsache der Multimorbidität im Alter, die auf die gleichzeitige mehrfache Erkrankung älterer Menschen hinweist, belegt das. Die geringere Leistungsfähigkeit des älteren Körpers ist durch eine Unzahl von Forschungsergebnissen dokumentiert (s. z.B. Platt 1997, Maddox 1995). Ich wähle nur einige Beispiele aus.

Steinhagen-Thiessen und Borchelt (1996) stellten im Rahmen der Berliner Altersstudie fest, dass die Ärzte des Forschungsprojektes bei 70- bis 84-jährigen Männern 19 Prozent mit fünf oder mehr mittleren bis schweren Diagnosen ermittelten; bei 85-jährigen und älteren Männern waren das 41 Prozent. Für die Frauen ergaben sich Anteile von 27 bzw. 54 Prozent.

Marsiske, Delius, Maas, Lindenberger, Scherer und Tesch-Römer (1996) fanden bei 3.4 Prozent der 70- bis 79-Jährigen eine schwere Sehbeeinträchtigung. Unter den 80- bis 89-Jährigen waren das 7.8 Prozent und unter den 90-Jährigen und Älteren sogar 32.9 Prozent. Schwere Hörschwächen

traten bei 13.4, 35.2 und 68.6 Prozent in den drei Altersgruppen auf.

Als Folge dieser und weiterer Einbussen sinkt die funktionelle Kapazität im Alter, wie sie z.B. mit den <activities of daily living> erfasst wird. Baltes, Maas, Wilms und Borchelt (1996) verglichen in der Berliner Altersstudie die subjektive Hilfsbedürftigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens und die Häufigkeit der erweiterten Aktivitäten der jüngeren und der älteren Altersgruppe. Sie fanden dabei eine zunehmende subjektive Hilfsbedürftigkeit und abnehmende Häufigkeiten der praktizierten Aktivitäten und damit der sozialen Integration.

Wie Steinhagen-Thiessen und Borchelt (1996) dokumentieren, ist das Bild des Gesundheitsverhaltens mehrdeutig. Deutlichen Bewegungsmangel weisen ca. 50 Prozent der 70- bis 84-Jährigen auf, aber fast 73 Prozent der 85-Jährigen und Älteren. Dagegen nimmt der Anteil der Raucher bei Männern von 23 auf 18 Prozent und bei Frauen von 12 auf 5 Prozent ab. Auch der Anteil von Personen mit einem hohen Body-Mass-Index sinkt von 32 auf 16 Prozent bei Männern und von 26 auf 16 Prozent bei Frauen. Die körperliche und soziale Aktivität und die Zahl der Sozialkontakte sinken mit zunehmendem Alter (Wagner, Schütze, Lang 1996).

Im Mittel haben die alten Berliner 6.3 Arztkontakte pro Quartal (Linden, Gilberg, Horgas, Steinhagen-Thiessen 1996). 96 Prozent nehmen mindestens ein Medikament täglich ein, wobei 87 Prozent dieser Medikamente ärztlich verordnet wurden. Im Mittel werden 4.7 ärztlich verordnete Medikamente pro Tag eingenommen (Linden et al. 1996). Dazu kommen weitere 1.2 selbstverordnete Mittel pro Tag. Sofern man diese Daten verallgemeinern darf, bedeutet <sich gesund zu verhalten> für die ältere Bevölkerung daher vor allem die Nutzung medizinischer und pharmazeutischer Angebote.

Bei der Nutzung prothetischer Hilfen zeigen sich deutliche Defizite. Dafür nur zwei Beispiele: 95 Prozent haben Hörprobleme, aber nur 16 Prozent besitzen ein Hörgerät. Nur ca. 6 Prozent der Zahnprothesenträger haben einen von Zahnärzten als sehr gut beurteilten Zahnersatz. Gut 70 Prozent haben mässige und schlechte Oberkiefer- und ca. 85 Prozent mässige bis schlechte Unterkieferprothesen (Nitschke, Hopfenmüller 1996).

Das Gesundheitsverhalten im Alter bietet also ein differenziertes Bild: zu einem Teil praktizieren die älteren Menschen ein gesundheitsförderliches, zum Teil aber auch ein eher gesundheitsgefährdendes Verhalten. Auf jeden Fall sollte positives Verhalten weiter gefördert werden.

3.2. Die psychische Gesundheit

3.2.1. Die geistige Leistungsfähigkeit

Dass die geistige Leistungsfähigkeit im hohen Alter, je nach Autor ab ca. 75 oder 80 Jahre, sinkt, ist uns vertraut. Wir wissen, dass die intellektuellen Funktionen unter günstigen Bedingungen (nach Art der Leistung – kristalline oder fluide Intelligenz –, nach vorangegangener Nutzung, nach dem Training im hohen Alter usw.) im Vergleich zu den Personen ohne diese Bedingungen besser erhalten bleiben. Eine Abnahme ist jedoch nicht abzustreiten. Das haben auch die Berliner Altersstudie oder die Längsschnittstudie von Schaie (1990) demonstrieren können. Die Korrelationen zwischen Alter und Wahrnehmungsgeschwindigkeit, Denkfähigkeit, Gedächtnis, Wortflüssigkeit und Wissen liegen zwischen -.59 und -.41 (Reischies, Lindenberger 1996). Helmchen et al. (1996) werteten die Daten der Demenzdiagnostik aus und fanden einen Anstieg

von ca. 4 Prozent der 70- bis 79-Jährigen auf ca. 40 Prozent der über 89-Jährigen.

3.2.2. Das Wohlbefinden

Wer durch solche Defizite in der Mobilität, dem Seh- und Hörvermögen, dem Zahnzustand, der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit und durch Abhängigkeit vom Gesundheitssystem gezeichnet ist, wer Einschränkungen im sozialen und intellektuellen Bereich erlebt hat, müsste eigentlich todunglücklich sein. Daher überrascht der Befund von Helmchen et al. (1996, 1999): «Die Prävalenz der Depressionen zeigt keinen eindeutigen Trend über die Jahrgänge jenseits des 70. Lebensjahrs». Die Depressionswerte liegen je nach Messinstrument bei ca. 5 oder 25 Prozent, ohne signifikante Unterschiede zwischen den jüngeren und älteren Gruppen!

Zum gleichen Resultat gelangen Staudinger et al. (1996) und Smith et al. (1996), wenn sie das Lebensalter mit der Zufriedenheit mit dem Alter und mit dem Leben korrelieren und nichtsignifikante Werte von -.25 und -.06 erreichen (s. Tab. 1). Auch die Befragung von Mitgliedern von Seniorenorganisationen der Nordwestschweiz durch Thüning (2000) bestätigte diesen Befund weitgehend. Nur ganz selten treten geringe negative Zusammenhänge zwischen Alter und Zufriedenheit auf. Der Normalbefund ist: keine erhöhte Unzufriedenheit im hohen Alter.

Tabelle 1:

Zusammenhänge zwischen Lebensalter und Indikatoren der Zufriedenheit		
	Korrelationen zwischen Lebensalter und:	
Staudinger et al. (1996)	Alterszufriedenheit	-.25
Smith et al. (1996)	Lebenszufriedenheit	-.06
Borchelt et al. (1996)	Subjektive Gesundheit	-.01
	Gesundheit im Vergleich zur Altersgruppe	.19
Thüning (2000)	Bilanzierende Zufriedenheit	.01
	Anlässe zu Freude im Leben	.05
	Selbstbild als glücklicher Mensch	-.02
	Skala Lebenszufriedenheit	.05
	Negative Gefühle	-.05
	Positive Gefühle	-.29**
	Selbstwertgefühl	-.12*
	Zufriedenheit mit 7 Bereichen	-.17*
Depressivität (BECK)	.27**	

** p < .01; * p < .05

Dieses sogenannte «Zufriedenheitsparadox» bedeutet, dass die Lebenszufriedenheit im hohen Alter fast nicht oder gar nicht absinkt, obwohl die objektive Situation der Hochbetagten durch viele Veränderungen zum Schlechteren ausgezeichnet ist. Offensichtlich gelingt es den Meisten, die negativen Erfahrungen ihres Alters so zu verarbeiten, dass sie weiterhin zufrieden sein können. Der Frage, wie diese Bewältigungsleistungen zu verstehen ist, wenden wir uns jetzt zu.

4. Gesundheitsförderliche Verhaltens- und Lebensbedingungen älterer Menschen

4.1. Sekundäre Kontrolle

Nach Schulz, Heckhausen und O'Brian (2000) (und im Anschluss an Rothbaum, Weisz, Snyder 1982 und auch an Piaget) können wir auf zwei Arten Kontrolle ausüben: Sie bezeichnen als primäre Kontrolle alle Versuche, die Umgebung den eigenen Wünschen anzupassen, während sekundäre Kontrolle die Anpassung des Individuums an die Umwelt darstellt.

Über den Lebenslauf betrachtet, dominieren nach Heckhausen (1999) in der ersten Lebenshälfte primäre Kontrollstrebungen, während ab ca. 70 Jahre die sekundären Kontrollstrebungen wichtiger werden. Sekundäre Kontrollstrebungen sind auch Anpassungsleistungen an die im hohen Alter veränderten Lebensbedingungen. Die Kontrollstrebungen können realitätsgerecht oder illusorisch sein und funktional oder disfunktional. In der Tabelle 2 sind verschiedene Beispiele vorgestellt.

Tabelle 2:

Arten sekundärer Kontrolle (nach Schulz et al. 2000)			
Funktional			Disfunktional
Realitätsgerecht (<veridical>)	Erwartung	Sozialer Vergleich mit Gleichaltrigen	Selfhandicapping
	Wert	Verzicht auf unerreichbare Ziele	Beharren auf unerreichbaren Zielen
	Attribution	Korrekte Ursachenzuschreibungen	Pessimistische Ursachenzuschreibungen
Illusorisch	Erwartung	Positiv verzerrte Erwartungen (<Ich könnte, wenn ich wollte>)	Übertriebene Erwartungen (<Ich könnte alles, was ich will>)
	Wert	Abwertung unerreichbarer Ziele (Saure Trauben)	Wertsteigerung unerreichbarer Ziele
	Attribution	Selbstbezogene verzerrte Attributionen	Selbstzuschreibung unkontrollierbarer Ereignisse

Mit diesen sekundären Kontrollstrebungen kann es den Hochbetagten gelingen, ein positives Selbstbild zu erhalten, selbst wenn sich die Leistung oder die Lebensbedingungen verschlechtern.

Einige Reaktionsweisen könnten im Rahmen von Vorbereitungsveranstaltungen auf das hohe Alter oder durch therapeutische Bemühungen gezielt gelehrt und gelernt werden.

4.2. Sozialer Vergleich

Seit Festinger (1954) wird der soziale Vergleich als Bewältigungsstrategie immer wieder genannt. Für Hochbetagte ist vor allem der abwärtsgerichtete Vergleich (downward comparison – Suls, Wills 1991) wichtig. Das Individuum sucht sich dabei Vergleichspartner aus, denen gegenüber die eigene Leistungsfähigkeit oder Lebenssituation gar nicht so schlecht ist. So bemerkte meine Mutter vor einigen Monaten: «Wenn ich andere Leute meines Alters betrachte, dann sind diese viel schlimmer daran als ich. Diese Leute können das Bett nicht verlassen, während ich noch aufstehen und herumgehen kann.»

Diese Perspektive ist gesundheitsfördernd, weil sie trotz negativen Lebensbedingungen eine positive Gesamtbewertung erreicht.

4.3. Assimilatives und akkommodatives Coping

Brandtstädter (1989; Brandtstädter, Renner 1992) konnte empirisch belegen, dass gerade ältere Menschen nicht nur ihre Umwelt verändern, um in einer für sie akzeptablen Situation zu leben, sondern dass sie auch ihr Selbstkonzept an die veränderten Bedingungen anpassen.

Assimilative und akkommodative Prozesse schliessen sich nicht gegenseitig aus. Assimilation bedeutet bei Brandtstädter, dass das Individuum, wenn es etwas anstrebt, das es nicht erreichen kann, die Umwelt verändert, um zum Ziel zu gelangen. Der Einbau eines Treppenlifts oder der Einkauf bei einem Geschäft mit einem Hauslieferdienst sind Beispiele dafür. Es kann auch bedeuten, dass es die eigenen Fertigkeiten verbessert oder mit erfolgsversprechenderen Techniken sein Ziel zu erreichen sucht.

Assimilation ist vor allem das Vorgehen der Älteren, die ein kritisches Lebensereignis bewältigen wollen, wie die Pensionierung oder eine schwere chronische Krankheit. Durch reaktive Anpassung bzw. durch Veränderung der physikalischen und sozialen Umwelt können sie sehr wohl nach solchen Veränderungen weiterhin ein zufriedenstellendes Leben führen.

Führen die Assimilationsversuche nicht zum Ziel, wird das Individuum akkommodativ handeln, d.h. es passt seine Überzeugungsstrukturen, seine Werte und Bewertungen den neuen Bedingungen an. Brandtstädter und Renner (1992) bringen das Beispiel, dass bei nachlassendem Gedächtnis die Bedeutung der Lebenserfahrung höher gewichtet wird als die Bedeutung der Speicherung neuer Information. In einer Befragung von ca. 1000 Personen konnten sie zeigen, dass schon von 52 bis 57 Jahren an mehr akkommodative Techniken benutzt werden als vorher.

Obwohl Brandtstädter seine theoretische Konzeption oft vorgetragen hat, steht ihre praktische Nutzung im hohen Alter noch aus.

4.4. Verleugnung und Verdrängung

Eine andere Technik, um unliebsame Entwicklungen der eigenen Person zu bewältigen, ist das von Tiefenpsychologen, aber auch von modernen kognitiven Psychologen wie Lazarus beschriebene

Vorgehen, dass man Veränderungen nicht wahrhaben will, sich nicht damit auseinandersetzt und damit den Sachverhalt aus dem Bewusstsein ausblendet und verdrängt.

Das kann mit der Nichtbeachtung körperlicher Veränderungen beginnen und fortgesetzt werden, indem man sich mit sozialen Abwertungen oder anderen negativen Widerfahrnissen nicht beschäftigt. Wie Lazarus (1981) erwähnt, ist diese evasive Technik erfolgreich, wenn keine nachfolgenden negativen Wirkungen eintreten.

4.5. Optimismus, Hoffnung und Humor

Optimismus

Wenn Carver und Scheier (2001, 31) definieren: «Optimisten sind Menschen, die etwas Gutes in der Zukunft erwarten. Pessimisten erwarten etwas Schlechtes», treffen sie zunächst die populäre Vorstellung von Optimismus. Sie gehen jedoch einen Schritt weiter und sehen ihre Persönlichkeitsvariable als eine Erwartung, dass Ziele erreicht werden können. Wenn wir feststellen, dass die Realität nicht unseren Zielen entspricht, und wenn wir dann erwarten, dass wir diesen Unterschied vermindern oder ausgleichen können, werden wir dieses Verhalten wahrscheinlich ausführen. Eine Person, die ihre Ziele zu erreichen hofft, wird aktiv werden und vielleicht ihre Ziele auch erreichen. Die optimistische Grundhaltung energetisiert also. Wenn Personen generell erwarten, dass Ereignisse sich gut entwickeln, liegt dispositionaler Optimismus vor.

Umgekehrt wird eine Person, die damit rechnet, ihre Ziele nicht zu erreichen, nichts unternehmen. Wenn sie sogar befürchtet, durch ihr Eingreifen vergrößere sich der Unterschied zwischen Ziel und Realität, wird sie sich zurückhalten. Die pessimistische Grundhaltung verhindert also Handeln.

(Der Vollständigkeit halber sei auf die Differenzierung von Schwarzer [1993] nach funktionalem und disfunktionalem Optimismus hingewiesen. Disfunktional optimistische Personen erwarten auch dann Erfolge, wenn sie keine Voraussetzungen dafür mitbringen. Sie werden dann jedoch oft scheitern.)

Optimismus korreliert mit sehr vielen Massen des Wohlbefindens (s. Scheier, Carver, Bridges 2001). Andere Autoren eines Sammelbandes von Chang (2001) beschreiben, wie Optimismus mit Leistung zusammenhängt. Auch in unserer Pensionierungsstudie (z.B. Buchmüller et al. 1996) haben wir viele Beziehungen zwischen Optimismus und einer guten Bewältigung des Ruhestandes gefunden.

Allerdings sind mir keine Untersuchungen über den Optimismus von sehr alten Personen bekannt. Es kann jedoch vermutet werden, dass der Optimismus auch im hohen Alter eine wichtige Variable sein kann, z.B. ob es sich noch lohnt, in eine neue Wohnung zu zügeln, oder ob ein Arztwechsel gewagt werden sollte.

Hoffnung

Snyder (2000) legte vor wenigen Jahren eine theoretische Orientierung vor, die er «Hoffnungstheorie» (theory of hope) nannte. Unter Hoffnung versteht er eine Überzeugung der erfolgreichen Zielerreichung (agentic thinking), die dazu führt, dass man bei Barrieren Umwege (paths) sucht (Abb. 1). Am Besten wird das Konzept verständlich aus der Hoffnungs-Skala, die

sich zusammensetzt aus vier Pfade-Items und aus vier Zielerreichungsitems (Tabelle 3). Wer viele Pfade sieht, wird viele Lösungen finden. Die Zielerreichungskomponente ist der energispendende Teil. Personen ohne Hoffnungen für ihre Zukunft benötigen deshalb viele Ideen, wie sie aus ihrer offensichtlichen Sackgasse herausfinden, und eine motivierende Kraft.

Abbildung 1: Die Symbole der Hoffnung (nach SNYDER, 2000)

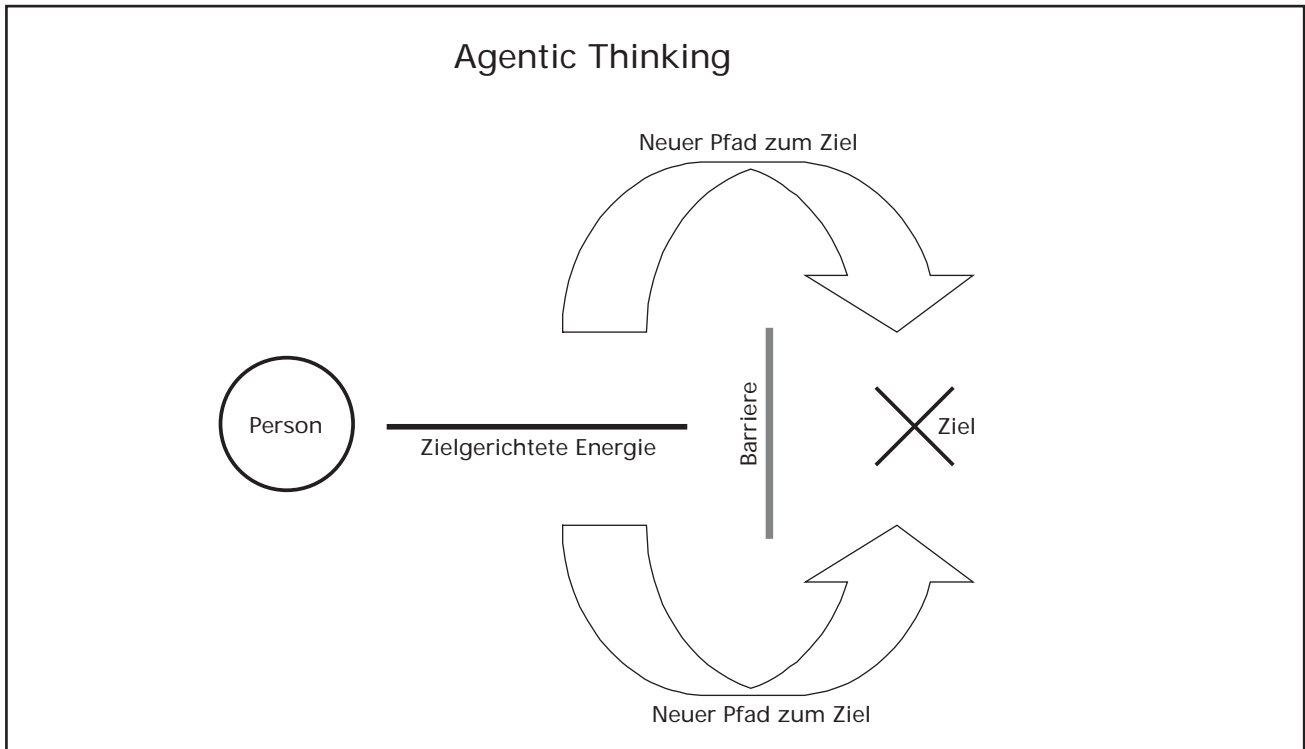


Tabelle 3: Die Hoffnungs-Skala nach SNYDER (2000)

<p>Pfade-Items</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ich Probleme habe, sehe ich viele Wege, aus ihnen heraus zu kommen. • Es gibt für jedes Problem viele Wege, die heraus führen. • Ich kann mir viele Wege ausdenken, um zu erhalten, was mir im Leben am wichtigsten ist. • Selbst wenn Andere entmutigt werden, weiss ich, dass ich für das Problem eine Lösung finde.
<p>Zielerreichungsitems</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ich verfolge meine Ziele energisch. • Meine Erfahrungen haben mich gut auf meine Zukunft vorbereitet. • Ich war ziemlich erfolgreich im Leben. • Ich erreiche die Ziele, die ich mir setze.

In Snyders Handbuch werden viele praktische Beispiele vorgestellt. Wenn die Klienten ein Ziel haben, wenn sie viele Wege finden, um dieses Ziel zu erreichen, und wenn sie genügend motiviert sind, das Ziel zu verfolgen, haben sie oft Erfolg.

Auch diese Überlegungen wurden noch nicht auf sehr alte Menschen übertragen. Wenn wir das tun, muss die alte Person zuerst ein Ziel haben, das sie vielleicht gemeinsam mit einem Partner, einer Partnerin entwickelt. Danach muss sie erkennen, dass es viele Lösungsmöglichkeiten gibt. Sie selbst sollte viele Lösungen finden. Schliesslich muss die motivationale Kraft gesichert sein, damit auch noch der vierte oder fünfte Pfad versucht wird, nachdem die ersten drei Pfade nicht zum Ziel führten. Mit der Formulierung von Zielen für sehr alte Menschen würden neue Wege beschritten.

Humor

Seit einigen Jahren wird propagiert, dass in Spitälern und Altenheimen nicht nur Karikaturen aufgehängt und diskutiert werden, sondern dass auch Spitalclowns die Patienten aufmuntern. Zu diesen vielleicht gut gemeinten, aber doch sehr hemdsärmeligen Interventionen sind mir keine kontrollierten Evaluationen bekannt.

Hier interessiert die Hypothese, dass humorvolle Menschen in schwierigen Situationen ihre Perspektiven wechseln und daher ihre Gedanken vom Negativen abwenden und sich produktiven Lösungen widmen können (O'Connell 1976), oder dass sie Distanz zu ihren Problemen gewinnen können (May 1953). Lefcourt und Thomas (1998) fanden, dass Reize durch humorvolle Menschen weniger bedrohlich eingeschätzt werden, so dass negative Emotionen rascher abgebaut werden. Kuiper et al. (1993) stellten fest, dass Studierende mit Humor Examen eher als Herausforderung und weniger als Bedrohung sahen, und Kuiper und Martin (1993) wiesen bei humorvollen Personen ein stabileres Selbst nach.

Humor kann wahrscheinlich auch von sehr alten Menschen bei den Wechselfällen ihres Lebensabschnittes als eine Bewältigungstechnik genutzt werden. Es ist an der Zeit, ernsthaft zu untersuchen, ob die Förderung von Humor zu einer anderen Haltung dem Leben gegenüber und zu mehr Aktivität führt.

5. Modelle der Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens

5.1. Allgemeinere Modelle

Nach diesen spezifischen Prozessen, die zu mehr Zufriedenheit, Wohlbefinden und damit zu mehr Gesundheit der Hochbetagten beitragen können, sollen noch einige Konzepte erwähnt werden, wie das Gesundheitsverhalten verbessert werden kann. Diese Modelle sind grundsätzlich auch für ältere Menschen brauchbar.

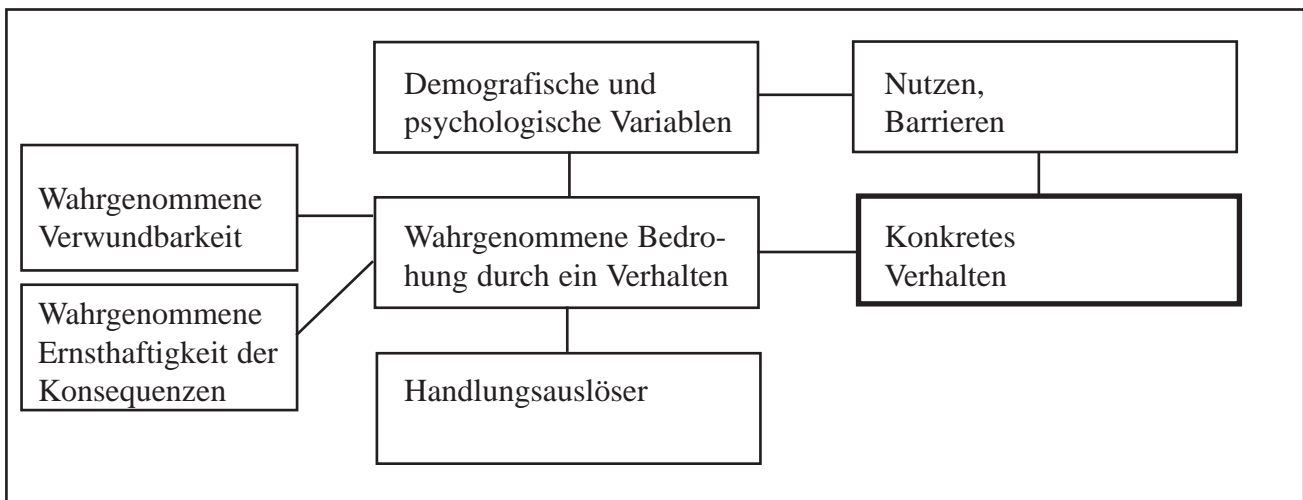
Sehr oft zitiert wird das Health-Belief-Modell (Abb. 2), das von vielen Autoren weiter entwickelt und empirisch zumindest teilweise bestätigt wurde. Danach verwirklichen Menschen ein bestimmtes Gesundheitsverhalten, wenn sie die Beeinträchtigung der Gesundheit als bedrohend oder gefährdend erleben. Allerdings schätzen verschiedene Menschen ihre Verwundbarkeit unterschiedlich ein. Auch in der Beurteilung der Gefährdung («Ernsthaftigkeit») unterscheiden sie sich.

Die Bedrohung kann durch Handlungsauslöser (z.B. die Erkrankung eines Bekannten oder die eindrückliche Beschreibung der drohenden Gefahr durch einen Experten) verstärkt werden.

Demografische und psychologische Eigenschaften bestimmen nicht nur die Bedrohung mit, sondern auch den Nutzen, den man mit dem Gesundheitsverhalten verbindet, und die Widerstände dagegen.

Das Gesundheitsverhalten kann auch im Alter günstig beeinflusst werden durch Handlungsauslöser, Verdeutlichung des Nutzens, Verminderung der wahrgenommenen Barrieren, die Wahrnehmung der Verwundbarkeit der Zielpersonen und der Ernsthaftigkeit der Bedrohung.

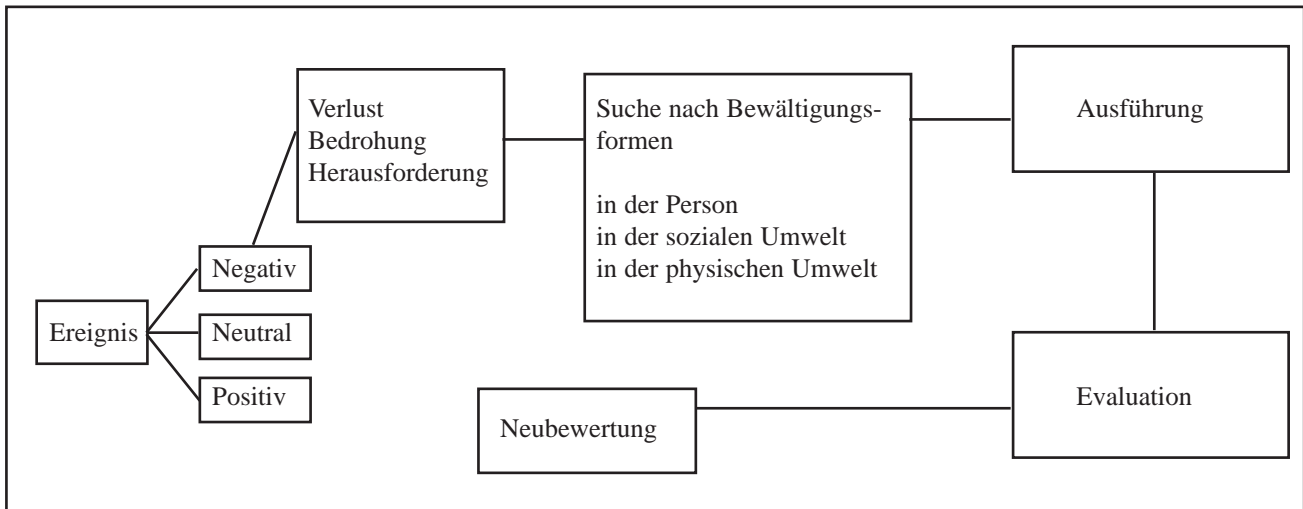
Abbildung 2: Das Health-Belief-Modell



Auch das transaktionale Stressbewältigungsmodell von Lazarus & Folkman (1984) beschreibt Bedingungen für Gesundheit. Die Autoren gehen von einem Ereignis aus (z.B. von einer Einladung zu einem Spaziergang). Wenn dieses Ereignis über die Alltagsanforderungen hinausgeht, kann es als Verlust (in der Vergangenheit liegend), als Bedrohung (in der Zukunft) und als Herausforderung (der man glaubt, gewachsen zu sein) gesehen werden.

In allen Fällen sucht man, wie man mit dem Problem umgehen kann. Wird die Einladung zum Spaziergang als Herausforderung eingeschätzt, wird man überlegen, über welche körperlichen und psychischen Voraussetzungen man verfügt, um wohlbehalten wieder heimkehren zu können. Man wird auch überlegen, ob man soziale Unterstützung (z.B. durch vertraute Begleiter) erwarten kann, und ob der Weg (die physische Umwelt) nicht zu grosse Hindernisse aufweist.

Abbildung 3: Stressbewältigungsmodell, modifiziert nach Lazarus & Folkman (1984)



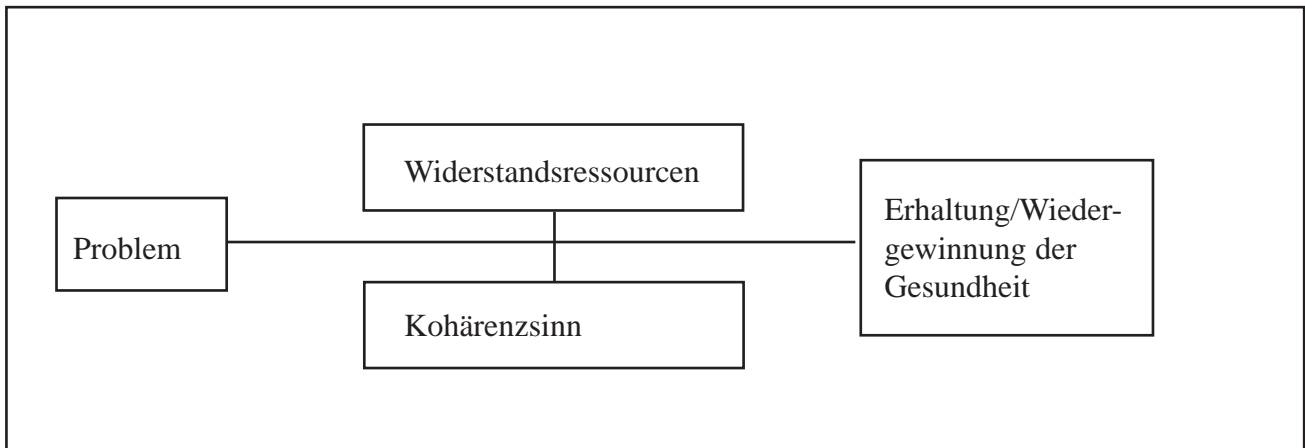
Am Ende wird man bewerten, wie die Herausforderung bestanden ist. Transaktional ist dieses Modell, weil zu jedem Zeitpunkt eine erneute Bewertung des Ereignisses, der Bewältigungsressourcen und der Ausführung vorgenommen und der Prozess selbst dadurch verändert werden kann. Gleichzeitig wird auch die Person durch ihre Erfahrungen im Vollzug des Prozesses verändert, indem sie z.B. neue Freundschaften schliesst und damit ihre soziale Unterstützung und soziale Kompetenzen verstärkt.

Wenn man dieses Modell auf das Gesundheitsverhalten im Alter überträgt, können die Bewertungen zu irgend einem Abschnitt des Prozesses beeinflusst werden. Wichtig sind vor allem Copingressourcen in der Person, in der sozialen und in der physikalischen Umgebung, weil sie zur besseren Bewältigung von gesundheitsrelevanten Ereignissen beitragen können.

Das Bewältigungsmodell von Antonovsky (1981) soll nur kurz erwähnt werden. Nach ihm verfügen wir über einige Widerstandsressourcen biologischer, psychologischer, soziologischer und materieller Art. Als besonders wichtige psychologische Ressource beschreibt er den «Kohärenzsinn», unter dem er eine überdauernde grundlegende Überzeugung der Sinnhaftigkeit, der Verstehbarkeit und der Beeinflussbarkeit angetroffener Umstände versteht. Wer über diesen Kohärenzsinn und über andere Ressourcen verfügt, kann seine Ziele aktiver und erfolgreicher verfolgen (Abb. 4).

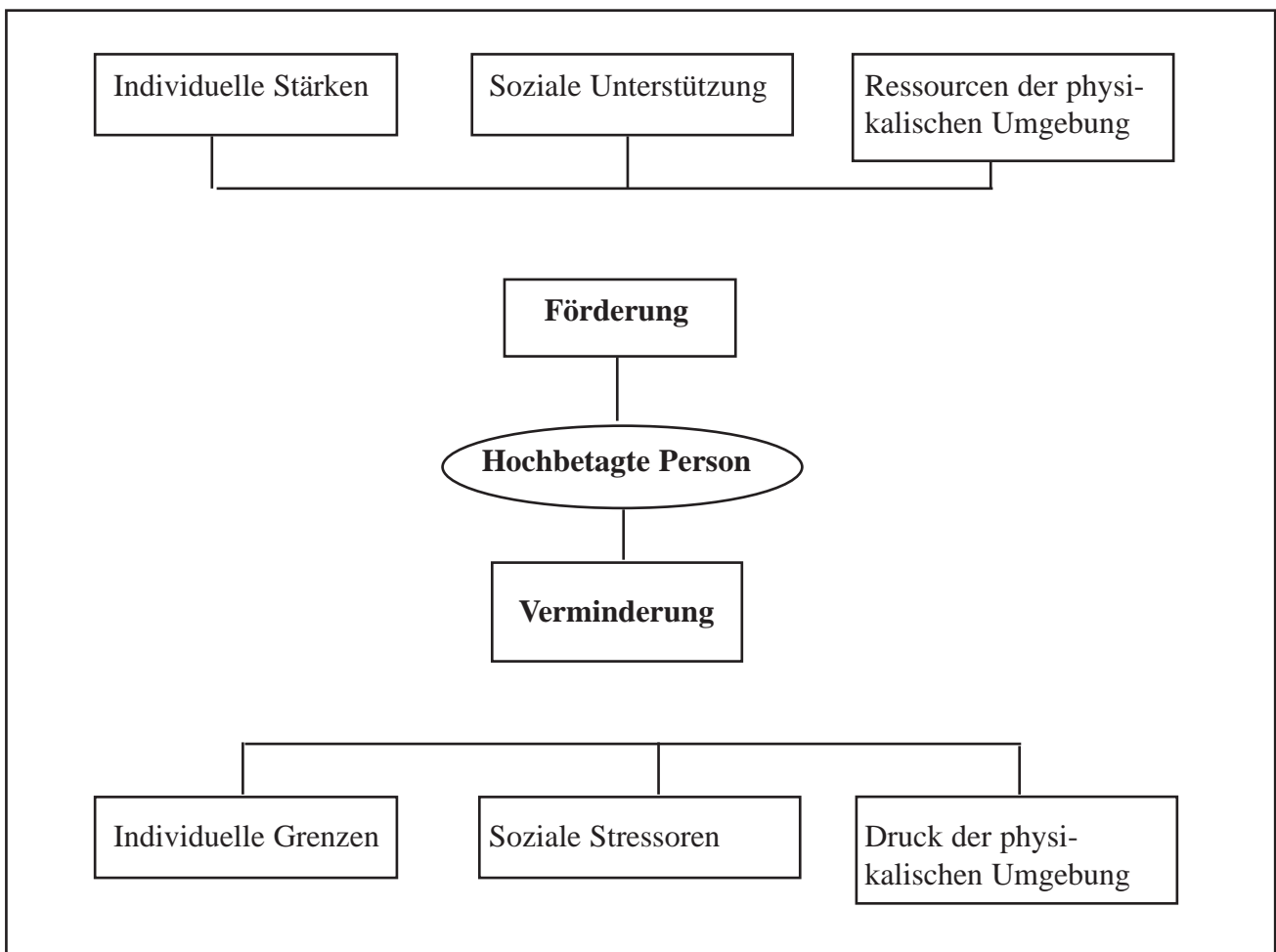
Für die Lebensbewältigung der sehr Alten kann auch das Präventionsmodell von Bloom (1997; Abb. 5) nützlich sein. Nach ihm sollten vor allem drei Bereiche ganz allgemein gefördert werden, wenn Personen sich in positiver Weise entwickeln sollen. Es sind die individuellen Stärken, die soziale Unterstützung und die physikalische Umgebung, die so gestaltet sein sollten, dass die hochbetagte Person sich gut zurechtfindet und ihre Ziele erreicht.

Abbildung 4: Das Bewältigungsmodell nach Antonovsky (1981)



Daneben sollten Defizite vermindert werden. Diese «Grenzen» können in der Person, in der sozialen und in der physikalischen Umgebung liegen. Ganz konkret können wir uns als Partner älterer Personen fragen, wo unser Verhalten die Entwicklungsmöglichkeiten der Alten fördert oder behindert.

Abbildung 5: Das Präventionsmodell von Bloom (1997)



Der Vollständigkeit halber füge ich noch die Theorie des geplanten Verhaltens von Ajzen & Fishbein (1980) an, die in vielen Anwendungsgebieten erfolgreich genutzt wurde. Entscheidend ist bei ihr, dass ein Verhalten (z.B. Teilnahme an Trainingsaktivitäten oder Essen im Speisesaal) nicht primär von Einstellungen, wahrgenommenen Normen oder Kontrollüberzeugungen abhängt, sondern von der Absicht, das Verhalten auszuführen. Vorschriften (Normen) oder positive Einstellungen genügen also nicht. Damit die Handlung erfolgt, muss eine Absicht entwickelt werden – was allerdings nicht immer einfach ist.

Jedes dieser und weiterer Modelle in der Literatur (z.B. Hornung 1997, Conner & Norman 1998) liefert Hinweise, welche Variablen zu beachten sind, wenn bestimmte konkrete gesundheitsbezogene Handlungsweisen auch im hohen Alter verändert werden sollen.

5.2. Spezifischere Konzepte zur Unterstützung des Gesundheitsverhaltens

Auch für ältere Menschen hat sich das Konstrukt der internen Kontrollüberzeugung als wichtig erwiesen (z.B. Krampen 1982). Danach führen Personen, die glauben, ihre Lebenssituation (mit-)beeinflussen zu können, ein gesundheitsangemesseneres Leben als Personen mit externen Kontrollüberzeugungen. Ähnliche Voraussagen macht das Konzept der Selbstwirksamkeitsüberzeugung von Bandura (1977). Durch Wahlmöglichkeiten während des gesamten Lebens und im Alter können solche Überzeugungen gefördert werden.

Ein anderes Konstrukt ist die soziale Unterstützung (z.B. Vaux 1988, Schwarzer & Leppin 1989), die als Puffervariable negative Wirkungen besser ertragen lässt. Die verschiedenen Funktionen von wichtigeren Sozialpartnern (z.B. instrumentelle Hilfe, Information, Aufrechterhaltung der Identität, emotionale Unterstützung, Anerkennung, Rollenpartner, Unsicherheitsreduktion, Zugehörigkeit) können bei Bedarf abgerufen werden und erleichtern deshalb ein aus der Perspektive der Gesundheit sinnvolles Verhalten. Gerade bei Gesundheitsfragen ist auch an die Gefahr der sozialen Schädigung zu denken, die durch negative Wirkungen von Sozialpartnern gekennzeichnet ist.

Nicht zu vergessen ist der Begriff der Plastizität im Alter, der von Baltes & Schaie (1976) in die Diskussion gebracht wurde und die Interventionsgerontologie stark befruchtet hat. Die Autoren gehen von der Veränderbarkeit der menschlichen Fähigkeiten durch Training aus. Darauf baut die Empfehlung von Baltes und Mitarbeitern auf, die «Kapazitätsreserven» zu erschliessen. Bestimmte gesundheitsrelevante Handlungen können daher durch häufiges Üben auch im hohen Alter gelernt oder falls nötig verlernt werden.

Der Überblick über einige Aspekte des Gesundheitsverhaltens älterer Menschen zeigt, dass eine Vielzahl gesundheitspsychologischer Konzepte auf die Situation älterer Menschen übertragen werden kann. Gleichzeitig sollte deutlich werden, dass es sich für viele gerontologische Probleme lohnt, die Lösungen der Gesundheitspsychologie zu Rate zu ziehen. Eine breitere Nutzung dieses Erkenntnismaterials könnte auch im hohen Alter zu mehr Gesundheit führen.

Literatur

- Ajzen, I.; Fishbein, M. (1980) Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall
- Antonovsky, A. (1981) Health, stress, and coping. San Francisco: Jossey-Bass
- Antonovsky, A. (1987) Unraveling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass
- Baltes, M.M., Maas, I., Wilms, H.U., Borchelt, M. (1996) Alltagskompetenz im Alter. In: Mayer, K.U., Baltes, P.B. (Hrsg.) Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, 525 – 542
- Baltes, P.B., Schaie, K.W. (1976) On the plasticity of intelligence in adulthood and old age. American Psychologist 31, 720 – 725
- Bandura, A. (1977) Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 84, 191 – 215
- Bloom, M. (1996) Primary prevention practices. Thousand Oaks: Sage
- Brandstädter, J. (1989) Optimale Entwicklung als Problem der Selbstregulation von Entwicklungsprozessen. In: Baltes, M.M., Kohli, M., Sames, K. (Hrsg.) Erfolgreiches Altern. Bern: Huber, 319 – 323
- Brandstädter, J., Renner, G. (1992) Coping with discrepancies between aspirations and achievements in adult development. In: Montada, L., Filipp, S.-H., Lerner, M.J. (Eds.) Life crises and experiences of loss in adulthood. Hillsdale, N.J.: Erlbaum, 301 – 319
- Buchmüller, R., Dobler, S., Kiefer, T., Margulies, F., Mayring, P., Melching, M., Schneider, H.-D. (Hrsg.) (1996) Vor dem Ruhestand. Bern/Freiburg: Huber/Universitätsverlag
- Carver, C.S., Scheier, M.F. (2001) Optimism, pessimism, and self regulation. In: Chang, E.C. (Ed.) Optimism & pessimism. Washington: APA, 31 – 51
- Conner M., Norman (1998) Predicting health behaviour. Buckingham: Open University Press
- Faltermaier, T., Kühnlein, I., Burda-Viering, M. (1998) Gesundheit im Alltag. Weinheim: Juventa
- Festinger, L. (1954) A theory of social comparison processes. Human Relations 7, 117 – 140
- Heckhausen, J. (1999) Developmental regulation in adulthood. New York: Cambridge University Press
- Hornung, R. (1997) Determinanten des Gesundheitsverhaltens. In: Weitkunat, R., Haisch, J., Kessler, M. (Hrsg.) Public Health und Gesundheitspsychologie. Bern: Huber, 29 – 40
- Helmchen, H., Baltes, M.M., Geiselmann, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F.M., Wagner, M., Wilms, H.-U. (1996) In: Mayer, K.U., Baltes, P.B. (Hrsg.) Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, 185 – 220
- Krampen, G. (1982) Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen. Göttingen: Hogrefe
- Kuiper, N.A., Martin, R.A., Olinger, I.J. (1993) Coping humour, stress, and cognitive appraisals. Canadian Journal of Behavioural Science 25, 81 – 96 (zit. nach Ruch 1996)

- Kuiper, N.A., Martin, R.A. (1993) Humour and self concept. *Humor* 6, 251 –270 (zit. nach Ruch 1996)
- Lazarus, R.S. (1981) Stress und Stressbewältigung – ein Paradigma. In: Filipp, S.-H. (Hrsg.) *Kritische Lebensereignisse*. München: Urban & Schwarzenberg, 198 – 232
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer
- Lefcourt, H.M., Thomas, S. (1998) Humor and stress revisited. In: Ruch, W. (Ed.) *The sense of humour*. Berlin: de Gruyter, 179 – 202
- Linden, M., Gilberg, R., Horgas, A.L., Steinhagen-Thiessen, E. (1996) Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter. In: Mayer, K.U., Baltes, P.B. (Hrsg.) *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, 475 – 496
- Maddox, G.L. (Ed.) (1995) *The encyclopedia of aging*. New York: Springer
- Marsiske, M., Delius, J., Maas, I., Lindenberger, U., Scherer, H., Tesch-Römer, C. (1996) Sensorische Systeme im Alter. In: Mayer, K.U., Baltes, P.B. (Hrsg.) *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, 379 – 404
- May, R. (1953) *Man's search for himself*. New York: Random House (zit. nach Ruch 1996)
- Nischke, I., Hopfenmüller, W. (1996) Die zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen. In: Mayer, K.U., Baltes, P.B. (Hrsg.) *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, 429 – 448
- O'Connell, W.E. (1976) Freudian humour. In: Chapman, A.J., Foot, H.C. (Eds.) *Humour and laughter*. Elmsford, N.Y.: Pergamon, 313 – 329
- Platt, D. (Hrsg.) (1997) *Altersmedizin*. Stuttgart: Schattauer
- Reischies, F.M., Lindenberger, U. (1996) Grenzen und Potentiale kognitiver Leistungsfähigkeit im Alter (1996) In: Mayer, K.U., Baltes, P.B. (Hrsg.) *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, 351 – 378
- Rothbaum, F., Weisz, J.R., Snyder, S.S. (1982) Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology* 43, 5 – 37
- Scheier, M.F., Carver, C.S., Bridges, M.W. (2001) Optimism, pessimism, and psychological well-being. In: Chang, E.C. (Ed.) *Optimism & pessimism*. Washington: APA, 189 – 216
- Schulz, R., Heckhausen, J., O'Brian, A. (2000) Negative affect and the disablement process in late life. In: Manuck, S.B. et al. (Eds.) *Behavior, health and aging*. Mahwah, N.J.: Erlbaum, 119 – 139
- Schwarzer, R. (1993) Defensiver und funktionaler Optimismus als Bedingungen für Gesundheitsverhalten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 1, 7 – 31
- Schwarzer, R., Leppin, A. (1989) *Sozialer Rückhalt und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe
- Smith, J., Fleeson, W., Geiselman, B., Settersten, R., Kunzmann, U. (1996) Wohlbefinden im hohen Alter. In: Mayer, K.U., Baltes, P.B. (Hrsg.) *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, 497 – 524

- Staudinger, U.M., Freund, A.M., Linden, M., Maas, I. (1996) Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter. In: Mayer, K.U., Baltes, P.B. (Hrsg.) Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, 321 – 350
- Snyder, C.R. (Ed.) (2000) Handbook of hope. San Diego: Academic Press
- Steinhagen-Thiessen, E., Borchelt, M. (1996) Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer, K.U., Baltes, P.B. (Hrsg.) Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, 151 – 184
- Suls, J., Wills, T.A. (Eds.) (1991) Social comparison: Contemporary theory and research. Hillsdale, N.J.: Erlbaum
- Thüring, N. (2000) Subjektives Wohlbefinden im Alter. Lizentiatsarbeit an der Philosophischen Fakultät der Universität Freiburg/Schweiz
- Vaux, A. (1988) Social support. New York: Praeger
- Wagner, M., Schütze, Y., Lang, F.R. (1996) Soziale Beziehungen alter Menschen. In: Mayer, K.U., Baltes, P.B. (Hrsg.) Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, 301 – 320

Hochaltrigkeit – ein Thema für die schweizerische Alterspolitik

François Huber
Leiter Fachstelle Altersfragen
Bundesamt für Sozialversicherung (BVS), Bern

Der Autor nimmt aus der Sicht des Bundes Stellung zu Fragen, die das Leben alter Menschen in unserem Land betreffen.

1. Sozialversicherungen

Der Bund ist in erster Linie für die Ausgestaltung der Sozialversicherungszweige verantwortlich. Dabei haben die finanzielle Altersvorsorge wie auch der Schutz bei Krankheit die grösste Bedeutung.

1.1. Einkommenssicherung

Mit der AHV-Rente wie auch mit Einkünften aus der zweiten und dritten Säule wird das Einkommen im Alter gesichert. Bei ungenügendem Einkommen besteht ein Rechtsanspruch auf Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV. Während neun Prozent der Frauen und Männer im Alter von 65 bis 79 Jahren EL beziehen, sind es bei den 80-jährigen und älteren Personen 19 Prozent (BSV 2002, S. 26). Je älter man wird, desto eher müssen Ergänzungsleistungen beansprucht werden. Mit anderen Worten: Die Vorsorge für das hohe Alter weist Lücken auf.

Das hat vor allem mit der Zunahme von Heimeintritten im hohen Alter zu tun. Während 50 bis 60 Prozent der Heimbewohnerinnen und -bewohner EL beziehen, sind es bei AHV-Rentnerinnen und -Rentnern, die zu Hause leben, weniger als zehn Prozent. Die Kosten des Heimaufenthalts sind die Hauptursache des hohen Anteils an hochaltrigen EL-Bezüglerinnen und -Bezügern.

Ein weiterer Grund stellt der geringere Schutz durch AHV und Berufliche Vorsorge dar. Die AHV-Renten werden gemäss Mischindex angepasst, der sich je hälftig aus Preis- und Lohnentwicklung zusammensetzt. Die Altersrenten vollziehen nicht die volle Lohnentwicklung mit, was mittel- und langfristig zu einem Verlust an Kaufkraft führt. In Zeiten schwacher Teuerung und geringer Lohnentwicklung, wie dies in den letzten Jahren der Fall war, ist der Einkommensverlust allerdings gering. Mehr Gewicht gewinnt der Umstand, dass das Gesetz zur Beruflichen Vorsorge erst 1985 in Kraft trat. Ein Teil der heute Hochaltrigen verfügt nicht über eine zweite Säule bzw. konnte nur noch für kurze Zeit bei einer Pensionskasse versichert sein. Zudem ist die Anpassung an die Teuerung für die Renten der Beruflichen Vorsorge nicht zwingend und hängt von den finanziellen Möglichkeiten der jeweiligen Pensionskasse ab.

Je älter man wird, desto mehr stellen sich Einkommensfragen. Als «Jungrentner» war es noch möglich, mit einer kleinen Erwerbstätigkeit zu einem Zusatzeinkommen zu gelangen. Mit wachsendem Alter nehmen diese Möglichkeiten ab. Nebst der Sorge um das gesundheitliche Wohlergehen kommen somit Fragen zur finanziellen Sicherung. Die derzeit bestehenden Probleme in der beruflichen Vorsorge (Umwandlungssatz, Mindestzinssatz usw.) tragen sicher nicht dazu bei, namhafte Verbesserungen für das hohe Alter zu realisieren. Ein automatischer Teuerungsausgleich für die Renten der zweiten Säule dürfte in den nächsten Jahren kaum realisiert werden können.

1.2. Sicherung bei Krankheit, Pflege und Betreuung

Die Gesundheit stellt ein hohes Gut dar – nicht nur im hohen Alter, dann aber ganz besonders. Deshalb kommt einer guten Krankenversicherung grosse Bedeutung zu. Das 1996 in Kraft getretene neue Krankenversicherungsgesetz (KVG) stellte einen äusserst wichtigen Meilenstein dar: Das Obligatorium, die altersunabhängigen Prämien wie auch die sehr guten Grundleistungen sind wichtige Errungenschaften, die gerade der älteren Generation zugute kommen.

Für die nächste Zukunft ist es äusserst wichtig, diesen Schutz aufrechterhalten zu können. Die ständigen Prämien erhöhungen wie auch die Diskussion um die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen weisen aber darauf hin, dass die Zukunft nicht ohne Gefahren ist. Es lässt sich nicht bestreiten, dass Massnahmen zur Kostendämpfung notwendig sind. Bei deren Ausgestaltung ist aber darauf zu achten, dass dabei nicht eine bestimmte Generation benachteiligt wird. Wenn man um die Bedeutung des Hausarztes im Alter weiss, so kann man sich vorstellen, dass eine Aufhebung des Vertragszwanges zu Problemen führen könnte. Zudem muss darauf hingewiesen werden, dass nicht das Alter an sich die Hauptursache für die Kostenentwicklung ist. Mengenausweitung wie auch Fortschritt in der Medizin stellen die grösseren Probleme dar.

Für das Wohlergehen im hohen Alter ist die medizinische Versorgung ein ganz entscheidender Faktor. Deshalb kommt der Entwicklung wie auch den Entscheiden auf diesem Gebiet eine grosse Bedeutung zu. Wichtig wäre es deshalb, einerseits die präventiven pflegerischen und medizinischen Möglichkeiten gut einsetzen zu können. Das Projekt EIGER wie auch die Nachfolgeprojekte zeigen auf, dass eine rechtzeitige Erkennung von Problemen helfen kann, frühzeitig die richtigen Massnahmen in die Wege zu leiten. Deshalb sollte die Finanzierung solcher Programme ebenso möglich sein wie jene der kurativen Behandlung, wenn präventive Massnahmen nicht (mehr) greifen.

Die Finanzierung der Langzeitpflege ist eine ganz spezielle Fragestellung. Pflege- und Betreuungsbedarf nehmen im höheren Alter zu. Dessen Finanzierung ist in der Schweiz im Prinzip gut geregelt. Deshalb hat sich die Frage der Schaffung einer Pflegeversicherung nie wirklich gestellt. Gelänge es, einige Punkte zu verbessern, könnte man diesbezüglich der Zukunft sorgenlos entgegensehen. Die Ergänzungsleistungen haben die Aufgabe einer Restkostenversicherung übernommen. In diesem Bereich müssten die Vermögensgrenzen für den Beginn des Vermögensverzehr erheblich erhöht werden, um die berechtigte Sorge einer massiven Verarmung zu reduzieren. Die jetzigen Grenzen (25'000 Franken bei Alleinstehenden und 40'000 Franken bei Ehepaaren) sind recht tief. Weiter müsste die Beschränkung der EL-Leistungen auf maximal 30'000 Franken pro Jahr aufgehoben werden. Einzige notwendige Begrenzung ist die Festsetzung der für die EL-Berechnung massgebenden Tagestaxe. Weiter sollte bei Wohnsitzproblemen klar festgelegt werden, dass die Bestimmungen des Aufenthaltskantons massgebend sind. Ein Heimaufenthalt sollte pro-

blemlos in jenem Kanton erfolgen können, in dem Kinder und Grosskinder wohnen. Nachdem die EL-Berechnung von der vollumfänglichen Heimtaxe ausgeht, die Pflege, Betreuung und Hotellerie umfasst, sollte der Aufwand für die Festlegung des Krankenkassenpflichtanteils vermindert und auf den Einsatz komplizierter und aufwändiger Pflegeerfassungssysteme verzichtet werden.

2. Förderung der Altershilfe

Artikel 101bis AHVG gibt der AHV die Möglichkeit, die Altershilfe finanziell zu unterstützen. In Leistungsverträgen mit Pro Senectute Schweiz wie mit dem Schweizerischen Roten Kreuz wird festgelegt, welche Leistungen finanziert werden. Inskünftig müsste vermutlich noch mehr auf die Herausforderung der Hochaltrigkeit geachtet werden.

Das heisst aber auch, dass Leistungen bereits in einem früheren Stadium zu unterstützen sind. Gerade die Bereiche Sport und Bildung haben eine wichtige präventive Funktion. Deshalb ist deren Förderung bereits in den Jahren nach der Pensionierung unerlässlich. Dank einer Vereinbarung zwischen dem Bundesamt für Sport (Maggingen) und Pro Senectute wird eine gute Fort- und Weiterbildung der Leiter und Leiterinnen für den Alterssportbereich gewährleistet.

Eine der grossen Herausforderungen der Zukunft dürften die dementiellen Erkrankungen im hohen Alter sein. Um sich gut darauf vorzubereiten, haben Pro Senectute und die Schweizerische Alzheimervereinigung 2002 eine Umfrage bei ihren kantonalen Organen durchgeführt, um zu erfahren, welche Angebote notwendig wären. Das Resultat dieser Umfrage lautet: Es fehlt noch einiges. Aufgabe der beiden Organisationen wird es sein, in den kommenden Jahren dafür zu sorgen, dass die Dienstleistungen – zu denken ist an Tagesheime, Entlastung von Angehörigen usw. – den kommenden Herausforderungen Rechnung trägt.

Mit den Leistungsverträgen und der Unterstützung der Schweizerischen Alzheimer Vereinigungen wie auch der Schweizerischen Parkinson Vereinigung leistet die AHV einen wichtigen Beitrag für die nationalen Plattformen jener Organisationen, die sich um Krankheiten kümmern, die das hohe Alter erheblich belasten.

3. Weitere Bereiche

Das hohe Alter betrifft nicht nur den Sozialversicherungsbereich. Es gibt noch einige andere Gebiete, in denen der Bund mit seinen Rechtssetzungsbefugnissen entscheidende Impulse geben kann.

Neues Erwachsenenschutzrecht

Hochbetagte stellen zweifellos die grösste Kategorie von Personen dar, bei denen sich Fragen stellen, wie vorgegangen werden muss, wenn jemand nicht mehr in der Lage ist, persönliche Bereiche – beispielsweise die eigenen Finanzen – zu regeln. Hier bestehen bislang die Instrumente der Beiratschaft und der Beistandschaft. Es ist an der Zeit, diese Rechtsformen den heutigen Bedürfnissen anzupassen.

In vielen Fällen regelt die Familie – ohne Eingriff staatlicher Organe – die Angelegenheiten des

alten Vaters oder der alten Mutter. Fehlt das familiäre Umfeld, so muss jemand bezeichnet werden, der diese Aufgabe übernimmt. Seit einigen Jahren hat Pro Senectute in einigen Kantonen Treuhänderdienste entwickelt, die sich gut bewährt haben.

Es ist zu hoffen, dass das neue Erwachsenenschutzrecht den Einsatz Freiwilliger mit einfachen Mechanismen ermöglichen wird. Vor allem ist zu vermeiden, dass unverhältnismässige bürokratische Hürden zu nehmen sind, um eine solche Aufgabe erfüllen zu können. Bei Bezug einer EL oder bei nicht zu hohen Vermögenswerten sollte die Rechenschaftsabgabe gegenüber dem heutigen Vormundschaftsrecht stark vereinfacht werden. Die Aufsicht sollte – im finanziellen Bereich – lediglich bei erheblichen Vermögensveränderungen tätig werden.

Sterben und Tod

Die abgelehnte Parlamentarische Initiative Cavalli (Strafbarkeit der aktiven Sterbehilfe. Neuregelung) hat gezeigt, wie brisant das Thema ist. Bereits einige Jahre vorher hatte ein Postulat von Nationalrat Victor Ruffy die Thematik aufgegriffen, worauf der Bundesrat eine Arbeitsgruppe von Fachleuten aus Medizin, Ethik und Recht zur Behandlung der heiklen Fragen rund um die Sterbehilfe einsetzte (Arbeitsgruppe Sterbehilfe 1999).

Es ist anzunehmen, dass auch in den nächsten Jahren um Lösungen gerungen werden wird. Die Diskussion um aktive Sterbehilfe in Heimen der Stadt Zürich hat gezeigt, wie emotional die Diskussion zwischen Befürwortern und Gegnern sein kann. Zukünftige Entscheide des Parlamentes und allenfalls des Stimmvolkes werden für das hohe Alter äusserst wichtig sein.

Es wäre wichtig, die Palliativmedizin so auszubauen, dass die Schmerzen, die in der letzten Lebensphase auftreten können, ausreichend gelindert werden. Lebensverlängernde Massnahmen sollten nur dann ergriffen werden, wenn dies von den Betroffenen bzw. deren Angehörigen ausdrücklich gewünscht wird.

Berufsbildung

Mit dem neuen Berufsbildungsgesetz, das auf den 1. Januar 2004 in Kraft tritt, übernimmt der Bund die Zuständigkeit für die Berufe im Gesundheits- und Sozialbereich.

Wenn man sich bewusst ist, wie wichtig die Dienstleistungen von Spitex und Heimen bei Hochaltrigkeit sind, so wird deutlich, dass die nationalen Vorgaben für die Berufe in diesen Lebensbereichen eine äusserst grosse Bedeutung haben. Der Bund übernimmt hier eine grosse Verantwortung. Genügend Nachwuchs in der Informatik zu haben, kann für das wirtschaftliche Geschehen eines Landes matchentscheidend sein. Genügend Nachwuchs im Betreuungs- und Pflegebereich zu haben, ist für die Menschenwürde im hohen Alter ebenso entscheidend.

Bei der Spitex und in den Heimen sind die Personalausgaben die bedeutendste Ausgabeposition. Im Pflege- und Betreuungsgeschehen haben gut qualifizierte und gut motivierte Fachpersonen den entscheidenden Anteil am Wohlergehen der älteren Menschen. Gegenwärtig weisen die Ausbildungsstätten für Betagtenbetreuung erfreulicherweise einen grossen Zulauf auf und kennen derzeit keine Nachwuchssorgen. Dies ist auch für die Zukunft ein gutes Omen.

Nationaler Zivildienst

Immer wieder taucht die Frage auf, ob Militär – oder Zivildienst für alle – Männer und Frauen –

obligatorisch sein sollte. Die Diskussion wird ab und zu geführt, wenn von Personalmangel im Pflegebereich die Rede ist. In Deutschland ist es so, dass Essen auf Räder – so wird dort der Mahlzeitendienst genannt – ohne Zivildienstleistende zusammenbrechen würde. Seit einigen Jahren kann Zivildienst statt Militärdienst geleistet werden. Allerdings ist ein Nachweis der Gewissensnot erforderlich. Der Zivildienstleistende kann frei wählen, wo er tätig sein will. Da sind Jugendherbergen wie auch der Behindertenbereich attraktiver als die Alterspflege. Der Bundesrat hat sich inzwischen dafür ausgesprochen, die Pflege zu einem Schwerpunkt der Zivildiensteinsätze zu machen. Es wird Aufgabe von Curaviva, des neuen nationalen Verbandes der Alters- und Pflegeheime, sein, Zivildiensteinsätze so attraktiv zu gestalten, dass sich der Anteil der Zivildiensteinsätze erhöhen wird.

Zu hoffen ist aber, dass die Freiwilligkeit bleiben wird. Es müssen Wege gesucht werden, damit die Arbeitsplätze genügend Attraktivität besitzen und auf Obligationen verzichtet werden kann. Der Dienst an den Hochaltrigen darf nicht unter Zwang geleistet werden.

4. Schlussgedanken

Hochaltrigkeit fordert den Bund in verschiedenen Lebensbereichen. Nur in Zusammenarbeit und in aktiver Zusammenarbeit mit Kantonen und Gemeinden wie auch durch das Wirken verantwortungsbewusster Bürgerinnen und Bürger wird es gelingen, die Herausforderung so zu meistern, dass Hochaltrigkeit immer mehr ein erstrebenswertes Lebensziel sein wird.

Literaturhinweise

Arbeitsgruppe Sterbehilfe (1999), Sterbehilfe. Bericht der Arbeitsgruppe an das Eidg. Justiz- und Polizeidepartement, Bern: EJPD.

Bundesamt für Sozialversicherung (2002), Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2001, Bern: BSV.

Gemeinsame Geschichte einer gemeinsamen Welt: Der Austausch zwischen den Generationen

Olivier Tamarcaz
Koordinator Sozialarbeit Westschweiz
Pro Senectute Schweiz, Vevey

Inter homines vivere, mit Menschen in einem gemeinsamen, öffentlichen Raum leben – der politische Raum, in dem jeder zählt – ist ein sich zufällig bildender, unberechenbarer Raum, und deshalb anstrengend. Beim Zusammenleben in dieser Welt zählen Pluralität und Verschiedenheit, perfekte Rationalität gibt es nicht. Fehlt dieser gemeinsame Raum, ist der Mensch desinteressiert und der Welt entrückt. (Eslin 1996: 50)¹

Das Zusammenleben mehrerer Generationen trägt zu einem Prozess der gesellschaftlichen Differenzierung und Diversifizierung bei. Da aber heute wirtschaftliche Interessen den Vorrang gegenüber den kommunikativ-zwischenmenschlichen Bedürfnissen geniessen, ist diese Pluralität bedroht. Möglichkeiten des Austausches zwischen den Generationen werden seltener und eine gemeinsame Identität kann sich nicht mehr so gut herausbilden.

1. Sozialisation und zwischenmenschliche Beziehungen

Sozialisation ist der Prozess, in dem sich das Individuum in Beziehung mit seinem Umfeld eine eigene Identität aufbaut. Dieses Vernetzen verhilft der Person zu persönlichen, zwischenmenschlichen Bezugspunkten sowie zur Möglichkeit, ein Zugehörigkeitsgefühl zu einer Gemeinschaft zu entwickeln, in der jedem Individuum ein Platz und eine Rolle zusteht. Dementsprechend kann die soziale Integration mit dem Konzept einer verstärkten Interdependenz definiert werden, und zwar einer Interdependenz zwischen den einzelnen Teilen innerhalb einer Persönlichkeitsstruktur oder zwischen den Mitgliedern einer Gesellschaft. Diese gegenseitige Abhängigkeit kann bei der Entwicklung der persönlichen und sozialen Identität als Schutzfaktor wirken. Sozialisation hat immer mit der Übertragung von Werten zu tun. Auf welcher Grundlage lässt sich heute eine solche Aussage aber noch rechtfertigen?

- Das Beispiel der Jugend – die so genannte potenzielle Generation –, die beim Erwachsenwerden mit vielen Problemen zu kämpfen hat, muss Anlass sein, unsere von der Gesellschaft geprägten Vorstellungen zu überdenken. Diese Vorstellungen nähren nämlich den Mythos der Jugend, ohne dieser Generation entsprechende Möglichkeiten zu bieten, mit der wachsenden Verantwortung umgehen zu lernen. André Gorz (1961) schreibt über die Adoleszenz, sie sei ein Zustand, «in dem die Menschen zwar körperlich erwachsen sind, auf Grund mangelnder sozialer Reife aber weiter bevormundet werden. [...] Vielleicht macht gerade das die Jugend aus: Die Tatsache, dass eine Generation ihr junges Alter als eine Minderwertigkeit wahrnimmt, alle Arbeitsplätze noch für lange von Alten besetzt vorfindet und weiss, dass sie die von den Alten festgelegten Werte

und Grundsätze mit eigenen Projekten nicht verändern kann.» Diese Aussage setzt sich mit der Übertragung zwischen Generationen auseinander – der Übertragung von Kenntnissen und Fähigkeiten, von Werten und Verbindungspunkten. Mit ihrem Aufbegehren wehren sich die jungen Generationen dagegen, die Geschichte zu wiederholen (Kriege, Ausbeutung, Zerstörung der Erde...). Sie wollen sich nicht mit solchen negativen Beispielen identifizieren. Hier wird ein Zusammenhang zwischen historischen und gesellschaftlichen Generationen ersichtlich. Das Erbe der älteren an die neuen Generationen ist nicht immer annehmbar. Die neuen Generationen müssen ein solches Erbe manchmal nicht nur annehmen, sondern auch ausschlagen können.

- Die aktive Bevölkerung – die so genannte effektive Generation – hat ihrerseits immer stärker mit Zwängen und ständig wechselndem wirtschaftlichem Druck zu kämpfen. «Das Leitmotiv einer Arbeitsgesellschaft [...] hat den öffentlichen Raum ersetzt, in dem Menschen – angetrieben durch lebensnotwenige Bedürfnisse – miteinander reden und gemeinsam handeln» (Eslin 1996: 57). Dieses Gesellschaftsmodell schliesst Menschen aus. Es schliesst diejenigen aus, die eigentlich drin sind! Homogenität und stabile Anhaltspunkte zur Identifizierung funktionieren in diesem Modell nur insofern, als ihnen nicht widersprochen wird, kurz: Die Generationen ausserhalb der wirtschaftlichen Aktivität bringen Heterogenität mit sich. In einer binären Struktur wird dies aber als Risikofaktor wahrgenommen. Durch die Widersprüche der neoliberalen Welt werden der Identitätsfindung während des ganzen Lebenszyklus immer mehr Steine in den Weg gelegt.
- Die älteren Menschen – abwertend als nicht aktuelle Generation bezeichnet – nehmen zwar heute im Rahmen der Sozialversicherungen eine besondere Stellung ein, spielen jedoch bei sozialen Beziehungen innerhalb der Gesellschaft keine bedeutende Rolle.

2. Generationenbewusstsein

Auf welchen Grundlagen können heute Jugendliche und Erwachsene jeden Alters mit diesem Erbe an Hoffnungen und Unsicherheiten einen gemeinsamen Weg finden? Nur der wirtschaftliche Aspekt allein bringt keine Lösung. Die generationenbezogene Geschichtsbetrachtung hinterfragt die soziale Situation – etwas, was in der wirtschaftlichen Betrachtungsweise häufig zu kurz kommt.

Claudine Attias-Donfut (1988: 188) schreibt, dass Jugendliche das Generationsbewusstsein in einem Prozess der Differenzierung erlangen, indem sie sich über soziale und geschichtliche Umstände sowie über die anderen Generationen bewusst werden. Diese soziale Differenzierung hängt mit den sozialen Kontakten zusammen, durch die sich der Jugendliche langsam von sich selbst löst.

Das Generationsbewusstsein formt sich in der Adoleszenz, durch die Neudefinition der Beziehungen mit Erwachsenen. In dieser Übergangsphase verstärkt sich die soziale Identität, die durch erlebte Beziehungen mit anderen Personen und Angehörigen der eigenen Generation entsteht. Das bewusste Wahrnehmen anderer Generationen setzt einen Differenzierungsprozess in Gang. Um den Prozess der zeitweiligen Dezentrierung der jungen Generation darzustellen, verwendet Attias-Donfut (1988: 189) den Begriff «Differenzierung der Generationen». Diese Dezentrierung relativiert die Dauer der jungen Generation und stellt sie in einem Zeitrahmen wieder her, der auf dem Bewusstsein basiert, dass in der Gesellschaft eine gewisse Kontinuität herrscht. Diese

Kontinuität entsteht durch die Abfolge der Generationen und die gegenseitigen Beziehungen zwischen ihnen.

Man kann sich fragen, wie stark wir in unserer modernen Gesellschaft das Generationsbewusstsein angenommen haben – und bis zu welchem Punkt wir diese Dimension, gebunden an die psychosoziale Entwicklung der Jugendlichen, integriert haben? Erich Fromm (1971) analysiert den dialektischen Materialismus – der besagt, dass soziale Beziehungen von Produktionsfaktoren bestimmt werden –, indem er einen Zusammenhang zwischen dem kapitalistischen Habitus, d.h. dem Konditionieren der Individuen auf Arbeit, Disziplin, Anstrengung und Pünktlichkeit, und dem analen Charakter herstellt. Diese normativen Prozesse äussern sich als ein fixer Rahmen einer gleichmachenden Gesellschaft, der bei den Mitgliedern dieser Gesellschaft eine homogene Einstellung prägt.

Im gleichen Zeitabschnitt leben jedoch verschiedene Generationen. Die ihr eigene Zeit einer jeden Generation ist in Bezug auf die Qualität ebenfalls verschieden. So ist für alle «die gleiche Zeit eine andere Zeit, d.h. ein anderes Alter seiner selbst» (Mannheim 1990: 35). Die Art, sich und die anderen zu sehen, ändert sich also. Der soziale Zusammenhang zwischen den Generationen ist aus dieser Sicht durch etwas gemeinsam Erlebtes, eine miteinander geteilte soziale Erfahrung, möglich. Die Beziehung zu anderen formt eine gemeinsame Identität und prägt die Vorstellung von sozialer Zeit. Indem verschiedene Generationen gleichzeitig Dinge erleben, entsteht eine Diversifikation der sozialen Realität.

3. Ohne Alter und Gedächtnis

Jean-Claude Eslin (1996: 18) gibt die Gedanken der Philosophin Hannah Arendt folgendermassen wieder: «Wenn die Welt – die aus der Pluralität der Perspektiven besteht – sich verkleinert, verkümmert oder ganz eingeht [...], so werden die Menschen in ihrer Pluralität selber überflüssig.» Geschieht nicht gerade das mit den alten Menschen, dieser neuen Masse, die nichts zählt und ohne Interaktion mit den Interessen der restlichen Welt nur einen leeren Raum einnimmt? Die Alten erscheinen in der Buchführung als Last, die für die «Aktiven» zu schwer geworden ist. So gibt es für diese Altersgruppe kein Zusammenleben mit den anderen desselben Marktes. Die Alten bilden eine soziale Gruppe, die besonders ungerecht behandelt wird. Sie befinden sich in einem Spannungsfeld verschiedener Weltanschauungen, wobei wirtschaftliche Faktoren heute stärker wiegen als eine politische Überzeugung. Gefühle wie Nutzlosigkeit und Entwurzelung werden vorwiegend als private Probleme wahrgenommen, welche die Öffentlichkeit nur am Rande betreffen. Dabei widerspiegelt die Nutzlosigkeit doch ein mangelndes Zugehörigkeitsgefühl. Die Entwurzelung zeigt, dass nicht mehr alle in der Gesellschaft einen Platz haben. Diese zwei Aspekte betreffen nicht nur die Privatsphäre, sondern auch die öffentliche Welt.

Die Verbreitung des Konkurrenzkampfes hat zu einer Zersplitterung der Beziehung zum Leben geführt. Allgemein wird Konkurrenz zum Mythos erhoben, in dem Leistung zu Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung führt. Hier existieren die Individuen nicht mehr auf Grund von Abstammung und Ursprung. Sie haben nur noch den Wunsch, durch ihren eigenen Verdienst etwas zu erreichen. Andere Menschen werden nur noch als störende Konkurrenten wahrgenommen und gelten nicht mehr als Zeichen eines gemeinsamen Seins auf der Welt. Das Sein auf der gemeinsamen Welt gibt es nicht. Sogar die gemeinsame Welt existiert nicht.

Alain Ehrenberg (1991) fasst die Metapher des Erfolgsmenschen wie folgt zusammen: «Erfolg haben heisst, sein Ich an den Anfang stellen, d.h. sich selbst selber bestimmen, wie auch die eigene Vergangenheit, die damit von Erbe oder Abstammung losgelöst ist. Anders gesagt gibt es zwischen dem Erfolg und dem Vergessen der Ursprünge einen engen Zusammenhang. Ein Mensch, der Erfolg hat, besitzt in erster Linie weder Wurzeln noch eine Vergangenheit; er stellt einen umgekehrten Stammbaum her, indem nur seine eigene Geschichte zählt und seine Ursprünge keine Rolle mehr spielen.» Das heutige Streben der Menschen, ein Wesen ohne Alter zu werden, entsteht durch das Auslöschen jeglicher Tradition und Hierarchie.

Wenn altern bedeutet, sich vom Anfang zu entfernen, so erinnert sich das Individuum mit den Jahren an seine Wurzeln – eine Identität durch Abstammung, eine Generationenidentität. Der Begriff Generation hängt immer mit Zeit und Dauer zusammen. Der Zeitfaktor ist für die Generationen grundlegend. Eine Bedeutung des Begriffs <Generation> findet sich im offensichtlichen Zusammenhang mit der Geschichte. Mircea Eliade (1969) hat das zyklische Zeitempfinden, das durch einen Kreis dargestellt wird, analysiert. Dieses enthält die Idee einer in sich abgeschlossenen Zeit, die begrenzt ist und einen Kreislauf bildet. In dieser Sichtweise gibt es keine fortlaufende Zeit, sondern eine ständige Wiederholung eines abgeschlossenen Systems. Diese Vorstellung eines Zeitkreises findet man vorwiegend in Kulturen, die Erbe und Vergangenheit hoch halten und bei denen die älteren Generationen wichtige Werte weitervermitteln. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde dieses Prinzip der Kontinuität in den Industriegesellschaften auf Grund sozioökonomischer Argumente in Frage gestellt. Emile Durkheim (1902) beschreibt, wie die urbanen Zentren die Bildung neuer Generationen beeinflussen, die vom gewichtigen Einfluss der älteren Generationen und ihrer traditionellen Autorität befreit sind und deshalb viel freier Neues schaffen können: «Um Neues in der Gesellschaft zu bewirken, genügt die blosse Existenz neuer Generationen nicht. Diese sollten nämlich zusätzlich nicht allzu sehr ermutigt werden, die Fehler ihrer Vorgänger zu wiederholen».

Kontinuität ist in den westlichen Kulturen kein wichtiger Wert. Der ältere Mensch erhält durch die Rente zwar eine spezielle Stellung, er spielt jedoch keine besondere Rolle mehr, die mit der Übertragung von Werten in Verbindung stehen würde. Das Alter verleiht de facto keine integrative Identität.

Der Beginn des Zeitkreises geniesst in unserer Innovationsgesellschaft immer noch Vorrang. Mit Innovation wird Neues, Positives geschaffen und der Traum von Prometheus, der Mythos der Unsterblichkeit, verfolgt. Der Fortschritt soll Neues hervorbringen und nicht die Geschichte wiederholen.

Indem sie das Ende des Zeitkreises nur mit Verfall assoziieren, wollten unsere Gesellschaften den Zeitkreis durchbrechen. Während ein Kind dafür zählt, was es ist, zählen die Alten nur noch für das, was sie haben. Besitzen sie nichts und kosten dafür viel, so werden sie dadurch zusammen mit ihrer Verletzlichkeit zur potentiellen Zielscheibe von Missbräuchen. «Ein Baby kostet viel, weckt einen nachts, hat aber viel Anziehendes an sich, während man von den gezeichneten Körpern der Alten lieber den Blick abwendet», fasst Jean Maisondieu zusammen. Die Alten erinnern uns allein mit ihrem Dasein an den Tod. Und das verzeiht ihnen die heutige Profitgesellschaft nicht.

4. Das Alter verbieten

Sollte man das Alter also verbieten? Muss man es, wenn nicht materiell, so doch wenigstens symbolisch abschaffen, weil es – vergleichbar einem Krebsgeschwür – mit seinem Imageproblem den Partikularismus beeinträchtigt, von dem unsere Wachstumsgesellschaft lebt? Ist das Alter, mit anderen Worten, mit Gebrechlichkeit und Unwichtigkeit gleichzusetzen? Die sich ständig wandelnde Gesellschaft ist dem Alter gegenüber gleichgültig, die Alten bleiben sich selbst überlassen und die anderen können sich mit deren Andersartigkeit nicht identifizieren. Ist dieses Anderssein ein Bruch des Gesellschaftsvertrags? Ein Bruch, der entsprechend der (Nicht-)Beachtung der Alten so verstanden werden könnte: «Sie haben sich entschieden, die Zeichen des Alters zu tragen. Sie sind alt. Sie entsprechen nicht mehr dem Bild einer alterslosen Gesellschaft. Sie haben die Gesellschaft verraten, die vergeblich auf sie gezählt hat. Wir können ihren Vertrauensbruch nicht tolerieren. Sie sind deshalb als Teil der Wirtschaftsgesellschaft nicht länger tragbar, weil die Gefahr besteht, dass sie alle mit sich in den Abgrund ziehen. Im Sinn des Allgemeinwohls ist es nötig, dass einige verschwinden.»

Wenn Individuen keine zwischenmenschlichen Beziehungen mehr haben, fühlen sie sich enturzelt. Wenn sie nicht mehr inter homines (unter Menschen) sind, so verfallen sie dem, was Arendt «Desinteresse» nennt. Ohne das Bewusstsein eines gemeinsamen Interesses werden mögliche bereichernde soziale Kontakte vermindert. Die einzelnen Individuen ziehen sich zurück und nehmen an gemeinsamen Interessen nicht mehr Anteil. «Die Regeln der Sozialität und sogar der Realität gelten nicht mehr in einer Welt, die nicht mehr allen Platz bieten kann» (Eslin 1996: 49). Die Welt der losgelösten Individuen erscheint dadurch plötzlich organisierter und logischer als die Wirklichkeit. «Der Mensch wird aus der gemeinsamen Welt ausgeschlossen; dort konnte man auf die anderen zählen und sein Ich durch das Vertrauen, das andere in uns und wir in sie setzen, bestätigen. Doch der Sinn für das Gemeinsame zwischen den Menschen verschwindet, es gibt nichts Gemeinsames mehr zwischen ihnen.» (Eslin 1996: 55). Diese Sichtweise ist heute absolut gängig. Geschichte und Zeit haben darin fast keine Bedeutung mehr.

In einer Zeit, wo alles möglich ist, ist dieses «Alles» totalitär gemeint. Und damit verbindet sich heute die Gewissheit der Menschen, dass sie plötzlich überflüssig (Arendt 1987: 252), ersetzbar werden. Solange eine soziale Gruppe aus kulturellen, politischen, wirtschaftlichen oder anderen Gründen beseitigt oder diskriminiert werden kann – sozusagen der soziale vor dem biologischen Tod –, so kann dies eines Tages alle betreffen.

Diese soziale Unsicherheit zieht eine «Identitäts-Unsicherheit» (Ehrenberg 1998) nach sich. Dadurch ziehen sich Individuen zurück, geben Beziehungen auf und es findet eine Abkopplung von den Wurzeln statt, mit der man sich vor Identitätsverlust aufgrund instabiler gewordenen Anhaltspunkte zu schützen sucht.

In einer Gesellschaft der «Eigenverantwortung» (Ehrenberg 1991) sind alle mit der «Ungewissheit» konfrontiert. Das Individuum ist heute für sich selbst verantwortlich und muss sich sein mentales Inneres selber zusammenbasteln. Auch wenn alle die Verantwortung für ihre Persönlichkeit selber tragen, muss man sich trotzdem über die Gemeinsamkeiten des «Wir» Gedanken machen. Eslin (1996: 59) bezeichnet die Welt dann als gemeinsame Welt, «wenn die Pluralität gelebt wird und die verschiedenen Visionen der Menschen ein Ganzes ergeben. Spielt diese Pluralität jedoch nicht oder ergänzen sich die verschiedenen Visionen der Menschen nicht mehr, so geht die gemeinsame Welt verloren.»

5. Alter als Einschnitt

Der Lebenschnitt, der mit dem Alter, mehr noch mit dem hohen Alter einhergeht, vermittelt die Nähe zum Tod. Interessieren sich die Lebenden für den Tod, diesen anderen Einschnitt? Verändert der nahende Tod das Verhältnis zum Leben (das Kommunizieren und Weitergeben)? Wie gestaltet sich das (Ab-)Leben in einer Gesellschaft, in der Altern und Sterben nicht zu den <Lebensaufgaben> gehören? Der Tod hat im Lebenskreis keinen Platz und macht keinen Sinn. Dies erlaubt es, sich vom eigenen Tod zu distanzieren. «Wird man dement, so ist das ein Widerstand dagegen, wegen des Alters nicht akzeptiert zu werden und dazu verurteilt zu sein, nur noch den Tod abzuwarten (vor allem bei langen Heimaufenthalten) oder vom Tod geholt zu werden.» (Thomas 1991: 414) Demenz kann ein Mittel sein, um das Idealbild seiner selbst zu erhalten und sich nicht mit der eigenen Unzulänglichkeit konfrontieren zu müssen. Was können wir in Bezug auf die Übertragung zwischen Generationen von diesem (Ab-)Leben lernen?

Der Verlust einer stabilen Identität und das Gefühl, sich in einem Niemandsland zu befinden, stellt unsere Fähigkeit der Selbstbeurteilung auf die Probe. Die Fürsorge einer anderen Person kann helfen, die eigene Unzulänglichkeit einzugestehen. Dies geschieht zuerst, indem man sich über die eigene Art zu denken und zu handeln bewusst wird und dann, indem man sich der anderen Person mitteilt. So kann man zwischen verschiedenen Ereignissen und Geschichten einen Zusammenhang herstellen. Eine an Alzheimer erkrankte Person berichtet: «Das Schlimmste am Gedächtnisverlust ist, dass man sich vor anderen und sich selbst demütigt. Man kann nicht mehr für sich selbst sprechen.» Diese Aussage beweist, wie wichtig das Gedächtnis und die innere Verbindung mit der eigenen Lebensgeschichte ist. Sowohl im Dialog mit sich selbst wie auch mit anderen kann man an die eigene Geschichte anknüpfen und sie wieder neu aufleben lassen. Das Gedächtnis vermittelt ein inneres, körperliches Gefühl der Verankerung und einer, wenn auch bruchstückhaften, Sprache. Körper- und Bildsprache stehen mit dem Wesen einer Person in Zusammenhang, trotz allfälligem fortschreitendem Verlust der psychischen Autonomie. Durch einen solchen Verlust stellt sich unerschwerlich das Bedürfnis ein, sofort wenigstens einen Wegabschnitt wieder zu finden. Die Rekonstruktion der Lebensgeschichte und Biographie älterer Menschen verstärkt ihr Gefühl, als Wesen zu existieren. Der biographische Ansatzpunkt vereinfacht die Arbeit mit der betagten Person und ihren Angehörigen, indem die Kontinuität gewährleistet wird.

Ältere Menschen werden allzu oft als <Pflegeobjekte> wahrgenommen und von der Kommunikation ausgeschlossen. Das äussert sich beispielsweise darin, dass eine Pflegeperson ohne zu klopfen in ein Zimmer tritt und sich angesichts des anwesenden Besuchs überrascht entschuldigt: <Ich dachte, es sei niemand hier.> Bei Arendt wird dies als <Banalität der Misshandlung> bezeichnet. Eine banale Situation, in der die betagte Person gar nicht mehr als Person wahrgenommen wird. Bei Pflegefachpersonen drückt sich diese Haltung als vorgeschriebene Norm des Nicht-Kommunizierens aus. Und die Familien der Betagten müssen sich dieser Norm oft zwangsläufig anschliessen. Die Gepflogenheiten in Altersinstitutionen betreffen die Betagten und ihre Angehörigen also auch privat. So kann es sich langsam aber sicher einbürgern, dass betagte Eltern nicht mehr über Familienangelegenheiten wie Geburten, Todesfälle, Hochzeiten informiert werden, als ob diese Ereignisse die Betagten gar nicht mehr betreffen würden. Die betagte Person wird damit symbolisch aus dem Familienleben ausgeschlossen (siehe Bastien 2002). Solche Momente der Generationengeschichte sind auch wichtig für die Nachkommen. Pflegepersonen können in einer solchen Situation helfen, indem sie aktiv zuhören und die betagte Person dazu ermuntern, aus ihrem Familienleben zu erzählen.

6. Unterbruch des Austauschprozesses

Der Einfluss von Pflegepersonen auf das Leben der Betagten und ihrer Angehörigen in Bezug auf Bedeutung und Beziehung kann vor allem in Altersinstitutionen bis zum organisierten Ausschluss führen. Welche ‹Leistung› kann man im hohen Alter noch erwarten?

Mit dem fortschreitenden Autonomieverlust ist eine betagte Person immer stärker auf Hilfe anderer angewiesen. Muss darum aber gleich das ganze Leben nur noch aus Verzicht und Verlust bestehen? Myriam Meuwly beschreibt Leben und Tod ihrer Mutter im Altersheim. Sie beschreibt insbesondere die fehlenden zwischenmenschlichen Beziehungen, die manchmal sogar in Misshandlungen durch Angestellte des Heims ausarteten.

«Sie wurde traurig, resigniert und unterwürfig. Die Pflegehilfen demütigten sie, indem sie ihr die Intimpflege aufzwingen, obwohl meine Mutter diese noch hätte selber erledigen können. Man zählte ihr die Zigaretten ab. Man vergass regelmässig zu klopfen, bevor man in ihr Zimmer trat. Aber sie nahm dies gar nicht mehr wahr. Ihr Fernseher blieb stumm, weil eine Putzfrau einfach den Stecker herausgezogen hatte. Am Morgen zog man ihr eine Windel an, die bis zum Abend nicht gewechselt wurde. Wenn ich sie manchmal nach dem Essen besuchte, war nie jemand vom Pflegepersonal bei ihr auf der Veranda, wo sie – am Anfang jedenfalls – gerne einen Moment bleiben wollte. [...] Der Vorhang zwischen den zwei Betten wurde während der Intimpflege nur pro forma gezogen, wenn gerade Besuch da war. Sonst – wie ich bei einem unangemeldeten Besuch feststellte – war das Schamgefühl hier kein Thema. Bei Annie, die geistig noch voll da war, kamen in diesem Abhängigkeitszustand wieder die Kleinmädchenängste auf. [...] Weinend erzählte Annie mir eines Tages, dass man sie wegen ihrer Inkontinenz wie eine nicht stubenreine Katze mit dem Gesicht in die eigenen Exkremete gestossen hatte.» (Meuwly 2000: 10).

Hier handelt es sich um einen unterbrochenen Austauschprozess, der durch ein System verstärkt wird, in dem die Pflege ohne jede Beziehung, Zuneigung und Emotion geschieht und deshalb auch kein bereichernder Austausch zwischen den Personen stattfinden kann. Diese ‹beruflichen› Handlungen erreichen die Person nicht. Sie zielen an ihr vorbei. Der Pflegeempfänger spielt keine besondere Rolle. Von ihm wird nichts erwartet. Und deshalb bleibt jede persönliche Äusserung ohne Sinn.

Annies Geschichte unterstreicht, wie mangelhaft die Ausbildung des Pflegepersonals oft ist und wie wenig die Institutionen dem zwischenmenschlichen Aspekt in der Pflege Rechnung tragen. Durch mangelnde Reflexion entstehen gravierende Fehlleistungen. Warum werden die Angehörigen nicht in den Begleitprozess einbezogen? In einem System, in dem die betagte Person nicht einmal existiert, keine eigene Identität hat und nicht als ein Wesen mit einer Geschichte, mit Beziehungen, Wurzeln und mit individuellen sowie allgemeinen Erinnerungen wahrgenommen wird, haben auch die Angehörigen keinen Platz. Mit dieser fehlenden zwischenmenschlichen Dimension wird «der Aufenthalt in einem Spital oder Altersheim langsam für Depressionen, Lebensleere und Tod verantwortlich» Pochon (2000). Das kann man nur als eine Form aktiver Vernachlässigung ansehen, die durch mangelndes Wissen, Egoismus und die Unfähigkeit, Anteil zu nehmen, entsteht. Die Institutionen tragen eine Verantwortung, weil sie entweder den Austausch zwischen den Generationen fördern können oder aber das Leben der Insassen von Sinn entleeren und aus ihnen Wesen ohne Wesen machen können, indem sie sich verweigern, die Leiden nicht wahrnehmen und dem anderen keinen Platz einräumen.

Wir können uns mit diesem System identifizieren oder uns dagegen wehren und ihm andere Regeln entgegenhalten – die einer offenen Welt mit einer gemeinsamen Geschichte. Könnten wir nicht andere, kommunikationsorientierte Institutionsformen entwerfen, die nicht mehr einer Institution gleichen? In der Beantwortung der aufgeworfenen Fragen das Leben und das gemeinsame Altern mehr miteinbeziehen? Räume schaffen, in denen das Leben fließt? Räume, in denen ältere Menschen und andere Generationen einen wichtigen Platz einnehmen?

Ein Haus zum Leben

Mit 70 Jahren wollte Joseph noch einige schöne Jahre verbringen. Da er aber nicht gerade ein Hausmann war, beschloss er, in eine Altersresidenz umzuziehen. Er kam vom Land und nahm deshalb vorsorglich Spaten und Rechen mit in sein Gepäck: «Vielleicht kann ich mich dort nützlich machen», dachte er. Doch nichts davon ... Kaum angekommen sagte man ihm freundlich aber bestimmt, dass er seine Werkzeuge im Schrank lassen solle. In einem so tiptopp sauberen Haus wollte man keinen Dreck. Sechs Monate später war Joseph tot. Er war friedlich eingeschlafen, wie man so schön sagt. Jean-Pierre Haquin aus Habay-la-Neuve in Luxemburg nahm diese «banale», aber wahre Geschichte als Anstoss zu seinem anderen Altersheim. Haquin war Verantwortlicher eines Heimes für Kinder in Schwierigkeiten. Auf Grund von Budgetkürzungen wurden ihm plötzlich die staatlichen Subventionen gestrichen. Darauf beschloss Haquin, nicht alles aufzugeben, sondern ein «Haus zum Leben» für Menschen jeden Alters, mit «Grosseltern» und «Enkelkindern», zu schaffen... «Blosse Hotellerie und Pflege interessieren mich nicht. Jemanden beherbergen, der nur die Decke anstarrt, nein danke.»

Im «Haus zum Leben» legt man offensichtlich besonderen Wert darauf, dass alle so enge zwischenmenschliche Beziehungen leben können, wie sie wollen. Die Betagten haben von der Lebensgeschichte der Kinder im Haus nur wenig Ahnung. Einige von ihnen haben sich aber spontan dazu entschlossen, eines oder mehrere Kinder unter ihre Fittiche zu nehmen.

Ein ehemaliger Förster erklärt einigen Kinder das Nistverhalten von Schwalben. Eine Frau sucht ein Klavierstück heraus, um es einem kleinen Mädchen vorzuspielen. Es sind die kleinen Dinge, die zählen. Zwei Kinder im Alter von neun und elf Jahren helfen einer sehbehinderten Frau, sich auf dem Grundstück zurecht zu finden und führen sie ohne Eile im Garten spazieren. Frau Johanna ist eine ehemalige Lehrerin und unterrichtet ein Mädchen im Lesen. Für sie ist dabei eine Beziehung entstanden, die sie in der Schule so nie erlebt hatte. Wer profitiert dabei mehr, das Mädchen oder die Lehrerin? Caroline lernt lesen und erhält gleichzeitig mehr Zuneigung, als dies sonst jemals in dieser Institution möglich gewesen wäre. Und die ehemalige Lehrerin findet ihre Berufung wieder, der sie ihr Leben gewidmet hatte: Wissen weitergeben. In dieser gefühlsbetonten Beziehung gibt jeder der anderen in einer gemeinsamen Welt Sinn.

Im «Auberge du Vivier» leben die Bewohner so, wie es alle Menschen tun sollten. Hier wird gegenseitige Solidarität gelebt und jeder – gleich welchen Alters – hat eine eigene Funktion in dieser Welt, die zwar allen gehört, die aber niemand besitzt.

Affektive Solidarität

Solidarität lässt sich wie folgt definieren: Auf das Zusammengehörigkeitsgefühl und das Eintreten füreinander sich gründende Unterstützung.

Coenen-Huther, Kellerhals und von Allmen (1994: 195 – 226) erläutern die Ursprünge von Anziehung wie folgt: «Man fühlt sich dem anderen nahe und verspürt aufgrund dieser Nähe einen gewissen Wunsch auf gegenseitige Hilfe.» Die «affektive» Solidarität hat sowohl bei Kindern wie bei Erwachsenen (und somit älteren Menschen) einen Einfluss auf das Selbstwertgefühl. Gemäss Bengtson und Giarrusso (1995: 83 – 95) könnte diese Solidarität sogar Einfluss auf die Lebensdauer betagter Eltern haben, insbesondere wenn diese verwitwet sind. Müsste man deshalb Massnahmen ergreifen, um diese affektive Solidarität zu verstärken?

Gegenseitiges Verstehen heisst Fürsorge, sich für den anderen zu interessieren, ihn in dem was er tut und ist zu bestätigen. Das Menschsein zählt mehr als die Frage, wer wem hilft. Damit der andere in einer offenen Welt (weiter)leben kann, müssen wir unsere Verantwortung wahrnehmen. Um eine neue Welt zu erfinden, müssen wir unseren Ursprung verlieren oder verlassen. «Mein Leben besteht nicht aus einem geschichtlichen, chronologischen und linearen Ablauf (genau wie alle anderen Leben tut es das natürlich schon, aber dieser Aspekt interessiert mich nicht). Mein Leben ist die Gesamtheit aller Momente, die mich bewegt und erfüllt haben und mir etwas vom Leben und dem Sinn des Lebens vermittelt haben.» (Villeneuve 1998: 89) So gesehen handelt es sich um eine Zugehörigkeit, die alle betrifft.

Danielle Bastien (2002: 194) schreibt über die Rückschau auf das Leben: «Manchmal entwickelt sich das, was von einem dem anderen weitergegeben wird, mit jeder Generation etwas weiter. Das gesprochene Wort bringt es mit sich, dass alles von jeder Generation neu zusammengesetzt wird, um es somit erträglicher zu machen. In anderen Fällen geschieht diese Übertragung jedoch direkt und unausgefeilt, ohne dass die verschiedenen Generationen das Übertragene anpassen können. Hier muss das Übertragene erst erfasst und in eine Form gebracht werden, bevor es ausgesprochen werden kann. [...] Wie können wir begreifen, dass es in manchen Fällen zu einer positiven Weitergabe, die sich ständig weiterentwickelt, und in andern zu einer negativen kommt, die in sich verschlossen ist und über Generationen hinweg nicht verstanden wird?»

Die Idee der intersubjektiven Identität beinhaltet, Ereignisse im Leben umzubilden und zu integrieren – ein dynamischer Prozess, der immer unvollständig bleibt und wieder aufgenommen wird und sich aus zwischenmenschlichen Beziehungen zusammensetzt. Dieser Prozess kommt nicht von selbst, er ist mit Arbeit verbunden – ein ganzes Leben lang.

Das Gedächtnis der Gabe

Der Austausch folgt keiner bestimmten Logik. Was wir von anderen übertragen bekommen, steht immer in Zusammenhang mit Lebensgeschichten und Erlebnissen im Alltag. Fasst man den sozialen Austausch als eine Quelle für den Fortschritt der Gesellschaft auf, so hängt er nicht nur von einer einzigen erwachsenen und aktiven Generation ab. Hier spielen nicht nur beziehungslose wirtschaftliche Aspekte eine Rolle. Wenn der Fortschritt vom Miteinander, von der Interrelation und Interaktion der Menschen abhängt, so ist er auch ein Fortschritt des symbolischen Austausches zwischen den Individuen. Betrachten wir nur das, was der Geist hervorbringt, so müssten wir annehmen, dass aufgrund der hohen Lebenserwartung und der geistigen Trägheit älterer Leute der Fortschritt verlangsamt wird. Gerade dank der längeren Lebensdauer können jedoch grössere Pläne verwirklicht werden, die die Gesellschaft bedeutend weiter bringen.

Godbout (1992, von Meire zitiert, 1997: 142) schreibt in seinem Werk *L'esprit du don* über die Dynamik dieser sozialen Verbindung in einer gemeinsamen Zeit: «Wenn etwas übertragen wird, werden stets auch Spuren früherer Beziehungen mit übertragen. Im Übertragenen sind

Erinnerungen enthalten, die – im Gegensatz zum Markt, der von der Vergangenheit nur den Preis behält – die Beziehungen zwischen Menschen und nicht nur zwischen Dingen betreffen. Die Dynamik des Gebens ist zeitlich, vertikal, doch der Markt tendiert dazu, die Vergangenheit auszulöschen. Demgegenüber steht die unbegrenzte räumliche, horizontale Ausdehnung der Beziehungen zwischen Fremden, was zu einer Objektivierung der Welt führt, an deren Ursprung der vom Markt herbeigeführte Bruch zwischen Produzenten und Konsumenten steht. [...] Das Gedächtnis der Gabe ist die Gesamtheit aller sozialen Beziehungen, die Spur der Vergangenheit. Dieses Gedächtnis ist im Gegensatz zu jenem von Staat und Markt nicht frei zugänglich. Jeder Mensch ist verschieden, da jeder Mensch die Gesamtheit aller Beziehungen ist, die in der Vergangenheit im Zusammenhang mit dem Geben geknüpft wurden.»

Die Herausforderungen der Gesellschaft müssen heute angesichts der höheren Lebenserwartung anders angegangen werden. Die gelebte Geschichte mit ihren Begegnungen und kommunikativen Werten ist der Nährboden für Beständigkeit und Veränderung von sozialen Beziehungen in einer Welt, in der das Zeitgeschehen weder in einer zwischenmenschlichen noch einer langen Zeitlichkeit gesehen wird. Als Menschen und sozial solidarische Akteure sind wir nicht wirklich <speziell spezialisierte Spezialisten>, wie es Daniel Hameline nennt. Es steht in unserer Verantwortung, der Vermarktung des Lebens etwas entgegenzusetzen.

Die Übertragung von Generation zu Generation basiert auf Intersubjektivität: «Weitergeben heisst etwas zu geben, das uns nicht gehört und das der Empfänger wieder neu formt» (Houde 2000: 24). Die intergenerationelle Beziehung verlange von beiden Seiten Flexibilität und Zusammenarbeit sowie eine gewisse Rastlosigkeit, die schliesslich in Zusammenhalt münden kann. Dabei geht es in gewisser Weise darum, ein grundlegendes Gedächtnis zu schaffen, das sich immer wieder mit den verschiedenen Aspekten des Lebens befasst, im Zusammenhang mit einem gemeinsamen Leben, in einer gemeinsamen Welt der Generationen.

Bibliographie

- Arendt, Hannah (1987), Seule demeure la langue maternelle, in: La tradition cachée, Paris: Christian Bourgois.
- Attias-Donfut, Claudine (1988), Sociologie des générations, l’empreinte du temps, Paris: Presses universitaires de France.
- Bastien, Danielle (2002), Clinique de la paternité et objet de la transmission, in: Métiss’Âges. Rapports croisés entre générations et cultures, Actes du 2e cycle de séminaires centré sur l’interaction entre générations, Bruxelles, Service de l’Education permanente, 5, 193-215.
- Bengtson, Vern L.; Roseann Giarrusso (1995), Effets à long terme du lien filial, in: Claudine Attias-Donfut, Les solidarités intergénérationnelles, Paris: Nathan, 83 – 95.
- Coenen-Huther, Josette; Jean Kellerhals, Malik von Allmen (1994), Les réseaux de solidarité dans la famille, Lausanne: Réalités sociales.
- Durkheim, Emile (1902), De la division du travail social, Paris: F. Alcan (2. Auflage; 1. Auflage 1893).
- Ehrenberg, Alain (1991), L’individu incertain, Paris: Calmann-Lévy.
- Ehrenberg, Alain (1998), La fatigue d’être soi. Dépression et société, Paris: Odile Jacob.
- Eliade, Mircea (1969), Le mythe de l’éternel retour, Paris: Gallimard.
- Eslin, Jean-Claude (1996), Hannah Arendt. L’obligée du monde, Paris: Editions Michalon.
- Fromm, Erich (1971), Société aliénée et société saine, Le courrier du livre.
- Gorz, André (1961), Le vieillissement, in: Les Temps modernes, Nr. 187, Dezember.
- Houde, Renée (2000), Le mentorat un défi relationnel. Quand le message est le messenger, in: Le mentorat et le monde du travail. Actes du Colloque Mentorat Québec, Montréal, 16. und 17. November 2000, 15 – 31.
- Maisondieu, Jean (1989), Le crépuscule de la raison, Paris: Centurion.
- Mannheim, Karl (1928), Das Problem der Generationen (Originalausgabe; französische Übersetzung Paris: Nathan 1990).
- Meire, P. (1997), Les malentendus de la dépendance: à qui profite la confusion?, in: P. Meire, I. Neiryck, Le paradoxe de la vieillesse. L’autonomie dans la dépendance, Paris / Bruxelles: De Boek et Larcier, 125 – 142.
- Meuwly, Myriam (2000), Annie, vie et mort en EMS, in: Le Temps, 6. März, 10.
- Pochon, J.-D. (2000), Menaces au quotidien sur les droits du patient âgé hospitalisé, in: NOVA, ,10, 18 – 22.
- Taramarcas, Olivier; Anna Liechti (2000), Das Generationenhandbuch: Konzepte – Projekte – Arbeitsmittel, Zürich: Verlag Pro Senectute Schweiz / Schweizerische Stiftung pro juventute.

Taramarcas, Olivier (2001), *Génération: les dynamiques du lien*, Vevey: Pro Senectute Suisse.

Thomas, Louis Vincent (1991), *La mort en question*, Paris: L'Harmattan.

Villeneuve, M. (1998), *Ecriture autobiographique et création de soi*, in: *Revue québécoise de Gestalt*, 2, 80 – 97.