

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	2
2	Der demografische Wandel als gesellschaftliche Herausforderung .....	4
3	Alter als eigenständige Entwicklungs- und Sozialisationsphase.....	6
3.1	Alterstheorien und ihr Bezug zur Sozialen Arbeit.....	6
3.2	Biologisch – medizinische Alterstheorien.....	7
3.3	Psychologische Alterstheorien.....	9
3.3.1	Das Kompetenzmodell .....	9
3.3.2	Modell der selektiven Optimierung (SOK-Modell) .....	10
3.3.3	Aktivitätstheorie.....	11
3.4	Soziologische Alterstheorien .....	12
3.4.1	Disengagement-Theorie des Alterns nach Cumming und Henry .....	12
3.4.2	Ansatz zum Strukturwandel des Alters nach Tews .....	14
3.4.3	Das Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung nach Erikson ...	15
4	Lebensbewältigungskonzepte im Alter.....	16
4.1	Gesellschaftliche Individualisierungsprozesse.....	16
4.2	Biografie- und Lebensstilkonzept.....	17
4.3	Das Konzept der Lebenslage .....	19
4.4	Dimensionen der Bewältigung .....	20
5	Potentiale im Alter .....	21
5.1	Gesellschaftliche und individuelle Gesichtspunkte .....	21
5.2	Ausgewählte Potentiale .....	22
5.2.1	Erwerbsarbeit.....	22
5.2.2	Familie und soziale Netzwerke .....	24
5.2.3	Gesundheit als Potential .....	25

5.2.3.1	Morbiditätsexpansion vs. Morbiditätskompression .....	25
5. 2.3.2	Prävention .....	27
6	Alter und Soziale Arbeit.....	29
7	Schlussbemerkungen .....	33
8	Literaturverzeichnis.....	35
Eidesstattliche Erklärung		

*„Alt zu werden ist, als steige man die Treppe in einem Turm hoch:  
Je höher man kommt, desto weiter entfernt man sich vom Leben.  
Aber man hat plötzlich einen wunderbaren Ausblick.“  
(Anne Fischer – Buck, 92 Jahre alt)*

## **1 Einleitung**

Die vorliegende Arbeit entstand als Bachelorarbeit im Wintersemester 2012/2013 an der Fachhochschule Mittweida im Fachbereich Soziale Arbeit.

Ausgehend vom vieldiskutierten demografischen Wandel und dem vorherrschenden Altersbild der Gesellschaft, welches Alter teilweise mit Krankheit, Schwäche und Altersstarrsinn assoziiert, ist es das Anliegen dieser Arbeit, eine andere Sichtweise einzunehmen und die Chancen dieser Lebensphase näher zu beleuchten. Es wird versucht, Potentiale ansatzweise herauszuarbeiten, die sich aus diesem demografischen Wandel ergeben. Dabei wird auf eine ausgewogene Darstellung des Alters Wert gelegt, jede Einseitigkeit soll vermieden werden.

Zuerst werden verschiedene Alterstheorien näher betrachtet. Es liegt auf der Hand, dass nur eine interdisziplinäre Sicht auf das Alter grundlegende Einsichten in diese Lebensphase gewähren kann. Deswegen werden medizinisch/biologische, psychologische und soziologische Theorien vorgestellt, die jedoch in ihrer Darstellung keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben und in ihrer Auswahl keine Wertung gegenüber anderen Theorien darstellen. Bedacht wurde lediglich die Anwendbarkeit im Bereich der Sozialen Arbeit.

Anschließend wird auf die Lebensbewältigung im Alter eingegangen, die sich vor allem über Biografie - und Lebensstilkonzepte definiert. Besonders durch den Prozess der Biografisierung können Potentiale und Kompetenzen im Alter freigesetzt werden. Das bedeutet, dass aus der eigenen Biografie heraus psychosoziale Kompetenzen für das Alter genutzt werden können, in dem ältere Menschen ganz bewusst eigene Lebensperspektiven entwickeln und verwirklichen, die ihnen dabei helfen, das Alter zu bewältigen. Der Prozess der Biografisierung deckt sich mit der demografischen Prognose, die Alter als dominante Lebens- und Sozialform in der heutigen Zeit darstellt.

Eine Auswahl verschiedener Potentiale steht im Mittelpunkt weiterer Betrachtungen. Mit den Bereichen Erwerbsarbeit, Familie und Gesundheit wird versucht, gesellschaftliche und individuelle Potentiale näher zu bestimmen und zu charakterisieren. Damit soll gezeigt werden, wie es älteren Menschen gelingen kann, ein an eigenen Wertvorstellungen orientiertes Leben zu führen und gleichzeitig an der gesellschaftlichen Entwicklung teilzuhaben.

Abschließend wird das Verhältnis von Alter und Sozialer Arbeit behandelt. Hierbei war es wichtig sowohl das abhängige als auch das individualisierte/biografische Alter in die Überlegungen mit einzubeziehen, um so der Differenzierung des Alters Rechnung zu tragen und gleichzeitig die schwierige Rolle der Sozialen Arbeit im Umgang mit dem Alter zu verdeutlichen.

Angeregt wurde das Thema der Arbeit durch eigene Erfahrungen und Erlebnisse sowohl im privaten als auch im beruflichen Bereich. Die Arbeit mit hochaltrigen Menschen und deren Angehörigen auf einer akutgeriatrischen Station eines Leipziger Krankenhauses und der Umgang mit Gebrechlichkeit und Hilfsbedürftigkeit waren sehr prägend und haben Überlegungen zum eigenen Älterwerden ausgelöst.

Nicht zuletzt haben die Fotografien von Gundula Schulze Eldowy einen tiefen Eindruck hinterlassen, die in den achtziger Jahren alte Menschen in einem Berliner Pflegeheim fotografiert hat.

## **2 Der demografische Wandel als gesellschaftliche Herausforderung**

Der Bundespräsident Joachim Gauck stellte in seiner Rede anlässlich des 50 – jährigen Bestehens des *Kuratoriums Deutsche Altenhilfe* am 5. Oktober 2012 fest, dass die Gesellschaft die Herausforderungen des demografischen Wandels noch nicht angenommen hat (Dörries 2012, S.7). Er thematisierte neben der Altersarmut und einer altersgerechten Infrastruktur auch die Einleitung eines Bewusstseinswandels bezüglich des Umgangs mit dem Alter und den damit verbundenen Ängsten. Gauck begibt sich damit auf eine emotionale Ebene und lenkt den Blick auf den einzelnen Menschen und dessen Verantwortung für die Gesellschaft. Nur wenn es gelingt, die Menschen zu sensibilisieren und zu einem Umdenken anzuregen, erst dann wird sich die Einstellung der Gesellschaft gegenüber dem Alter langfristig verändern können. Gauck schließt sich bei diesem Prozess nicht aus, denn er sieht sich selbst als „Verstärker“ für die Fragen des Alters und belebt damit die gesellschaftliche Debatte über das Leben im Alter neu (ebd.).

Die Politik ist bereit, sich mit den Herausforderungen des demografischen Wandels auseinanderzusetzen. Das war in Deutschland nicht immer selbstverständlich, denn die Politik versuchte jahrelang, den Geburtenrückgang und die Migrationsprozesse wegzudiskutieren (Mayer 2011, S.11). Das ein Umdenken stattgefunden hat, zeigt die 2009 von der Bundesregierung beschlossene Entwicklung einer Demografiestrategie, die die Aufgabe hat, die demografische Situation in Deutschland zu analysieren und entsprechende Maßnahmen zur Steuerung, Gestaltung und Verwaltung zu erarbeiten (ebd.).

Der demografische Wandel, der den wachsenden Anteil alter Menschen an der Gesellschaft beschreibt, hat zwei Hauptgründe: zum einen niedrige Geburtenraten und zum anderen eine steigende Lebenserwartung. Während Demografen nicht davon ausgehen, dass niedrige Geburtenzahlen ein dauerhaftes Phänomen sind, wird sich der Trend zu einem langen Leben fortsetzen (Schwentker & Vaupel 2011, S.3). Diese Tendenz basiert auf einer verringerten Sterblichkeit der über 65-jährigen.<sup>1</sup> Frauen in dieser Altersgruppe können im Durchschnitt mit noch weiteren 20 Jahren rechnen, 85 - jährige sogar mit noch weiteren Jah-

---

<sup>1</sup> Bis 1920 nahm die Lebenserwartung durch das Sinken der Kindersterblichkeit zu, d.h. die Lebenserwartung erhöhte sich durch eine positive Entwicklung am Beginn des Lebens. Heute kommt es zu einer Steigerung durch die Entwicklung am oberen Ende des Lebens (Schwentker & Vaupel 2011, S.5).

ren an Lebensgewinn (Schwentker & Vaupel 2011, S.5). Statistische Berechnungen haben ergeben, dass dieser Prozess der Lebensverlängerung anhält. Ein Kind, das 2010 in Deutschland geboren wurde, wird mit 50-prozentiger Wahrscheinlichkeit 100 Jahre alt (ebd.).

Das Alter entwickelt sich immer mehr zu einer aktiven Lebensphase und der Anteil der kranken und schwachen Jahre wird immer geringer. Natürlich haben biologische Prozesse Auswirkungen auf die Lebenserwartung und es gibt viele Menschen, die von körperlichen Einschränkungen betroffen sind. Es ist auch offensichtlich, dass chronische Erkrankungen, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Demenz und Krebs, im Alter zunehmen, die aber früher diagnostiziert und besser therapiert werden können (ebd., S.6).

Ursache für die Zunahme an Lebensjahren sind einmal die Fortschritte in der Medizin, die präventive, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen umfassen. Zum anderen hat auch eine gesündere Lebensweise einen großen Einfluss auf den Zugewinn an Lebensjahren. Menschen können heute gesünder älter werden, indem sie bereits in jungen Jahren Übergewicht, übermäßigen Alkoholkonsum, Rauchen und Bewegungsarmut vermeiden (ebd.). Die Menschen erwarten ein gesünderes und ein längeres Alter, worauf sich die Gesellschaft langfristig einrichten muss. In 25 Jahren wird jeder dritte Deutsche 60 Jahre und älter sein (Börsch-Supan 2011, S.19). Die Anzahl der Rentner steigt und mit dem Geburtenrückgang wird es immer weniger Menschen geben, die in die sozialen Sicherungssysteme einzahlen. Gleichzeitig steigt aber die Anzahl derer, die durch diese Systeme finanziert werden müssen (ebd., S.21). Um diesen Herausforderungen des demografischen Wandels zu begegnen, ist es unumgänglich, nach Lösungen zu suchen. Ansätze in diese Richtung sind zum einen die Erhöhung der Erwerbstätigkeit, in dem junge Menschen früher eine Berufstätigkeit aufnehmen, mehr Frauen arbeiten und das Renteneintrittsalter erhöht wird (ebd., S.23). Zum anderen müssen ältere Arbeitnehmer für die Verlängerung der Lebensarbeitszeit gewappnet sein, in dem sie Aus- und Weiterbildungen erhalten, um flexibel am Erwerbsleben teilnehmen zu können. Nicht zuletzt ist es sinnvoll, kapitalgedeckte Sicherungssysteme der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung zu schaffen, über deren zusätzliches Kapital die jün-

geren Generationen von zukünftigen Sozialabgaben entlastet werden können (Börsch-Supan 2011, S.24).

Nicht außer Acht gelassen werden darf das verzerrte Altersbild, das mit dem demografischen Wandel teilweise einhergeht. Oftmals zeichnen die Medien das Bild von einer ergrauenden oder überalterten Gesellschaft, welches die Öffentlichkeit vor der angeblichen Bürde und dem Starrsinn des Alters zurückschrecken lässt. Vernachlässigt wird dabei, dass sich das Alter verändert und die Menschen immer gesünder älter werden (Schwentker & Vaupel 2011, S.5).

### **3 Alter als eigenständige Entwicklungs- und Sozialisationsphase**

#### **3.1 Alterstheorien und ihr Bezug zur Sozialen Arbeit**

Wie kann die Lebensphase Alter in ihren verschiedenen Dimensionen erfasst werden? Dazu gibt es in der gerontologischen Forschung verschiedene Ansätze bzw. Theorien, die sich wissenschaftlich mit dem Phänomen Alter auseinandersetzen. Diese Theorien haben unterschiedliche Schwerpunkte und beschreiben den Einfluss interner und externer Faktoren, die das Alter beeinflussen (Pohlmann 2011, S.102). Im Wesentlichen geht es um die Erklärung, warum Entwicklungsprozesse im Alter konstant bleiben oder sich verändern.<sup>2</sup> Das Theorieverständnis von Alterungsprozessen ist ein wichtiger Baustein innerhalb der Gerontologie, weil sich dadurch konkrete Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit ergeben. Fundierte Kenntnisse auf diesem Gebiet können dazu beitragen, das Wissen von Fachkräften zu verbessern und dadurch die Arbeit mit Zielgruppen nachhaltig zu stärken und aufzuwerten. Grundkenntnisse theoretischer Konzepte sind demnach notwendige Voraussetzungen für professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit. Eine gute Alterstheorie lässt sich nicht zuletzt daran messen, inwieweit sie Eingang in die Praxis findet, d.h. inwieweit es ihr gelingt, Bezüge zur

---

<sup>2</sup> Die Klassifizierung der Alterstheorien nach den beiden Schwerpunkten *Veränderung* bzw. *Kontinuität* geht auf Hans Thomae zurück, der damit versucht hat, die Fülle der Theorien zu ordnen und dadurch handhabbarer zu machen (Wahl & Heyl 2004, S.136).

Realität herzustellen.<sup>3</sup> Alterstheorien, ganz gleich aus welchem Bereich, sollten in der Praxis anwendbar sein und zum besseren Verständnis von Alterungsprozessen beitragen.

### **3. 2 Biologisch – medizinische Alterstheorien**

Ausgangspunkt dieser Theorien sind Veränderungen durch biologische Prozesse, die endogen gesteuert werden. Sie beschäftigen sich mit den Ursachen des biologischen Alterns und den dadurch hervorgerufenen Auswirkungen auf den Organismus und die maximale Lebensdauer (Lehr 2006, S.19).

Der Prozess des Alterns ist genetisch vorprogrammiert und im Erbmateriale verschlüsselt (Schachtschabel & Maksiuk 2006, S.20). Dabei werden Alterungsprozesse durch die individuell genetische Ausstattung beeinflusst. Das lässt sich zum einen durch das Auftreten bestimmter Erkrankungen und durch die Hochaltrigkeit belegen: So ist beispielsweise die Progerie eine Erkrankung, die mit einer frühzeitigen Vergreisung und einem verminderten Wachstum einhergeht. Der menschliche Organismus altert rapide und die durchschnittliche Lebenserwartung liegt bei 15 Jahren (Pohlmann 2011, S.68-69).

Ein anderes Phänomen ist die Hochaltrigkeit, die nur bei den Menschen auftritt, die über ein bestimmtes Leukozytenantigen verfügen und bei denen irreversible Schäden an der DNA seltener auftreten (Kruse & Wahl 2010, S.91).

Eine andere Altersursache ist in biochemischen Prozessen der Zellen zu suchen. *Die Theorie der freien Radikale* geht auf den amerikanischen Wissenschaftler *Denham Harman* (1956) zurück und ist auch noch heute ein beliebter Erklärungsansatz (Pohlmann 2011, S.69).<sup>4</sup> Eine Häufung der Schädigung durch freie Radikale führt zum Funktionsausfall der Mitochondrien und damit zu einem Mangel an Energie in der Zelle, was zu einer Beschleunigung von Alterungsprozessen führt (ebd., S.94).

---

<sup>3</sup> Die Autoren Hans-Werner Wahl und Vera Heyl haben vier Kriterien herausgearbeitet, aus denen eine gute Theorie bestehen sollte: Neben einem logischen, widerspruchsfreien und klar formulierten Aufbau sowie einer genauen und standardisierten Messung der Variablen sind eine empirische und pragmatische Angemessenheit unabdingbare Voraussetzungen für das Verständnis und die Umsetzung von Theorien (Wahl & Heyl 2004, S.121-126).

<sup>4</sup> Freie Radikale sind Moleküle, die nur ein partnerloses Elektron besitzen. Um diesen instabilen Zustand auszugleichen, lösen sie chemische Reaktionen aus, die Schädigungen an Zellmembranen und an der DNA nach sich ziehen (Pohlmann 2011, S.93).



Durch den langsamen aber stetigen Abbau physiologischer Funktionen wird der menschliche Organismus ab dem 40. Lebensjahr anfälliger für Krankheiten. Diese normalen Alterungsprozesse gehen mit dem Nachlassen bestimmter Organtätigkeiten einher. Darauf zurückzuführen sind z. B. hypertensive Prozesse, denn mit zunehmendem Alter erschlaffen die Gefäße. Auch die Muskelmasse und Muskelkraft nehmen ab, was zu Einschränkungen der Gehfähigkeit im höheren Alter führen kann. Außerdem kann es zu altersbedingten Einschränkungen der Nierenfunktionsleistung kommen, was sich an Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes bemerkbar macht (Pohlmann 2011, S.100). Neben diesen normalen Alterungsprozessen gibt es bestimmte Erkrankungen, deren Inzidenz (Häufigkeit) mit dem Alter steigt. Dazu zählen Demenzen, Tumorerkrankungen und pathologische Veränderungen des Immunsystems (ebd., S.101).

Dementielle Erkrankungen sind keine neuen Erscheinungen, bereits William Shakespeare lässt seinen dementen König Lear klagen: *„Ich fürchte fast, ich bin nicht recht bei Sinnen. Mich dünkt, ich kenn' Euch, kenn' auch diesen Mann; Doch zweifl' ich noch, denn ich begreif' es nicht, an welchem Ort ich bin. All mein Verstand entsinnt sich dieser Kleider nicht, noch weiß ich, wo ich die Nacht schlief. Lacht nicht über mich.“* (Prantl 2012, S.11, zit. nach Shakespeare 2009, S.104-105).

Neu ist heute jedoch die hohe Anzahl an Demenzkranken. Dementielle Erkrankungen zeigen mit einer Inzidenz von ca. 30% jenseits des 80.Lebensjahres eine klare Altersabhängigkeit und werden auch als schleichende Epidemie des 21. Jahrhunderts bezeichnet (Sieber 2006, S.30-31). Die verschiedenen Formen der Demenz werden durch krankhafte gefäßbedingte und biochemische Veränderungen im Gehirn hervorgerufen und zeigen im Verlauf schwere Störungen des Kurzzeit – und Langzeitgedächtnisses (Kruse & Wahl 2010, S. 101-102.) Auch die Funktionen des Immunsystems nehmen mit zunehmenden Alter immer mehr ab, was eine Zunahme von Tumorerkrankungen, wie z.B. Prostata-, Colon- und Mamma- Ca und von Infektionskrankheiten erklärt (Sieber 2006, S.30).

### 3.3 Psychologische Alterstheorien

Aus biologisch – medizinischer Sicht ist Altern ein Prozess von irreversiblen Veränderungen des Organismus, der mit einem wesentlichen Abbau wichtiger Funktionen einhergeht und letztendlich zum Tode führt. Diese biologische Sichtweise hat die gerontologische Forschung lange Zeit geprägt und u.a. zur Verbreitung des *Defizitmodells* beigetragen. Dieses Modell geht davon aus, dass die körperliche und kognitive Funktionsfähigkeit des Organismus etwa mit dem 30. Lebensjahr ihr Optimum erreicht und danach ein Leistungsabfall einsetzt. In der heutigen Forschung gilt dieser Ansatz als grobe Verallgemeinerung und Vereinfachung normaler Alterungsprozesse, der soziologische und gesellschaftliche Aspekte unberücksichtigt lässt (Pohlmann 2011, S.76).

#### 3.3.1 Das Kompetenzmodell

Demgegenüber gibt es in der neueren Forschung eine Reihe von Theorien, die die Kompetenzen und Stärken des Alters hervorheben.

Eine Antwort auf den Defizitansatz ist das *Kompetenzmodell* von *Erhard Olbrich*. Er orientiert sich in seinem Modell weniger an verbindlichen Normen, sondern argumentiert personen – und situationsspezifisch:

*„Das Kompetenzmodell geht davon aus, dass Verhalten im Alter – ebenso wie in jedem anderen Teil der Biographie – aus dem Verhältnis von Anforderungen an die Person und deren Ressourcen zu ihrer Bewältigung verstanden werden muß“* (Olbrich 1987, S.320). Dabei ist Kompetenz nicht als Eigenschaft eines Menschen zu sehen, sondern beschreibt dessen Ressourcen, durch die es möglich ist, flexibel und anpassungsfähig auf Anforderungen aus der Umwelt zu reagieren (ebd., S.321).

Danach werden Anforderungen an eine Person zu den Ressourcen und Kompetenzen in Beziehung gesetzt. Im Mittelpunkt des *Kompetenzmodells* stehen alltägliche Aufgaben, deren Bewältigung ein selbständiges und sinnerfülltes Leben ermöglichen. Unterschieden wird zwischen grundlegenden Kompetenzen des täglichen Lebens, etwa Körperpflege, Essen, Einkaufen, Fortbewegen oder Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel und erweiterten Kompetenzen, die sich auf Aktivitäten in der Freizeit und im sozialen Umfeld

beziehen, was Einfluss auf die Lebensqualität und den Erhalt der Handlungsfähigkeit hat. Hierbei spielen biografische, kulturelle und psychosoziale Präferenzen eine wichtige Rolle.

Allerdings überfordert das Kompetenzmodell diejenigen, die aufgrund von Krankheit oder sozialen Verlusten auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind und dadurch nicht als kompetent wahrgenommen werden (Pohlmann 2011, S.79).

### **3.3.2 Modell der selektiven Optimierung (SOK-Modell)**

Dieses Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation wurde von *Paul* und *Margret Baltes* 1990 entwickelt. Es handelt sich hierbei um eine Strategie, bei der Angebote aus der Umwelt und individuelle Ressourcen erfolgreich miteinander verknüpft werden, um dadurch bestimmte Einschränkungen zu kompensieren. Obwohl das sog. *SOK-Modell* ein ganzes Leben lang genutzt wird, kommt es vermehrt im Alter zur Anwendung, da in dieser Phase die Leistungsfähigkeit nachlässt (ebd., S.90).

Die drei Handlungsfelder des Modells – Selektion, Optimierung und Kompensation - ermöglichen eine Anpassung an begrenzte Kapazitäten. Bei der Selektion findet eine bewusste Auswahl von Aufgaben und Funktionen statt, die an vorhandene Fähigkeiten angepasst werden. Mit Optimierung sind alle Handlungen gemeint, die die ausgewählten Aufgaben und Funktionen aufrechterhalten und verbessern können. Wenn bestimmte Handlungen nicht mehr ausgeführt werden können, dann wird nach Alternativen gesucht, z.B. werden neue Fähigkeiten erlernt oder es wird mehr Zeit und Energie investiert. Durch die Kompensation wird weiter nach passenden Verhaltensweisen gesucht, um Defizite auszugleichen.

Das *SOK-Modell* kann in der Sozialen Arbeit bei der Beratung älterer Menschen angewendet werden. Angesprochen sind geriatrische Fachkräfte u.a. in Krankenhäusern, geriatrischen Tageskliniken, Rehabilitationseinrichtungen, Altenpflegeheimen und Arztpraxen. Durch die drei genannten Strategien – Selektion, Optimierung und Kompensation - kann gezielt nach noch vorhandenen Potentialen gesucht werden, die an veränderte Ziele angepasst werden können. Ziel sollte es sein, die Selbstständigkeit zu erhalten bzw.

wieder herzustellen, um damit ein aktives und selbstverantwortliches Altern zu ermöglichen.

### **3.3.3 Aktivitätstheorie**

Die *Aktivitätstheorie* wurde 1964 u.a. von dem amerikanischen Psychologen *Robert J. Havighurst* entwickelt, bei der der aktive und leistungsstarke ältere Mensch im Mittelpunkt steht. Nach *Havighurst* muss der Mensch, bezogen auf die jeweilige Lebensperiode, verschiedene Probleme lösen und bewältigen. Er formuliert für das Alter folgende Entwicklungsaufgaben: Auseinandersetzung mit eingeschränkten körperlichen Ressourcen, Eintritt in den Ruhestand verbunden mit Einkommenseinbußen, sowie Auseinandersetzung mit dem Verlust des Partners und mit der Rolle des Älterwerdens (Backes & Clemens 2002, S.181). Der Mensch ist glücklich und erfolgreich, wenn er diese Aufgaben lösen kann, aber unglücklich, wenn er dabei versagt (Lehr 2000, S.56). Individuelle Zielsetzungen, gesellschaftliche Erwartungen und biologische Veränderungen beeinflussen ihn bei dieser Bewältigung. *Havighurst* versteht unter optimalen und aktiven Altern, wenn ältere Menschen ihren aktiven Lebensstil fortsetzen und dem Verlust sozialer Kontakte entgegenwirken (Backes & Clemens 2002, S.56). Wenn sie ihre Aktivitäten aufgrund von Krankheit oder Verlust von sozialen Kontakten nicht mehr aufrechterhalten können, dann versuchen sie diesen Zustand auszugleichen, in dem sie nach Alternativen suchen (ebd.).

Die *Aktivitätstheorie* kann als Ausgangspunkt für nachfolgende Alterstheorien gelten. Dieser Ansatz unterstellt aber, dass nur aktive ältere Menschen zu einem erfüllten und zufriedenen Lebensabend finden und entspricht damit modernen Wunschvorstellungen über ein gelingendes Alter (Pohlmann 2011, S.81). Alter wird idealisiert und ist ziemlich realitätsfern dargestellt, mit dem Zwang zur Aktivität, der keinen Rückzug erlaubt. Alter kann nicht Aktivität schlechthin bedeuten. Wichtig für die Gestaltung des Alters ist ein Gleichgewicht von selbstgewählten Rückzug und selbstbestimmter Aktivität, weil sich daraus die Handlungsfähigkeit des Alters ableitet (Schweppe 2005, S.37).

### **3.4 Soziologische Alterstheorien**

Soziologische Alterstheorien beschreiben die Lebensphase Alter als gesellschaftliches und soziales Konstrukt und sind in den letzten vier Jahrzehnten entstanden. Dabei greifen sie auf die ursprünglich in den USA und Großbritannien entstandenen soziologischen Ansätze zurück und entwickeln diese weiter (Backes & Clemens 2002, S.119). Im Wesentlichen geht es um Lebenschancen, Lebensqualität und Lebensformen älterer Menschen sowie um die Bedeutung des Alters für die Gesellschaft und das Individuum. Da die Forschungslandschaft der Alterssoziologie sehr breitgefächert ist, wird im Folgenden nur eine kleine Auswahl beschrieben, die im Zusammenhang mit dem Thema der Arbeit relevant erscheinen.

#### **3.4.1 Disengagement-Theorie des Alterns nach Cumming und Henry**

„Die *Disengagement-Theorie* des Alterns ist wahrscheinlich die bis heute bekannteste Theorie, welche die Altersforschung hervorgebracht hat.“ (Wahl & Heyl 2004, S.136). Deshalb soll dieser Theorie nachfolgend mehr Raum gegeben werden.

Die *Disengagement-Theorie* ist als Reaktion auf die idealisierende *Aktivitätstheorie* entstanden. Sie wurde 1961 von den amerikanischen Soziologen *Elaine Cumming* und *William Henry* entwickelt und kann auch als Theorie des sozialen Rückzugs bezeichnet werden. Grundlage ihrer Theorie waren Daten der *Kansas City Study of Adult Life*, einer Längsschnittstudie, die von 1955 bis 1962 an der Universität Chicago durchgeführt wurde und in die eine Stichprobe von Erwachsenen aller Altersstufen einfluss. Bei der Auswertung des Datenmaterials beobachteten *Cumming & Henry*, dass mit zunehmendem Alter ein Rückzug aus sozialen Rollen und Aktivitäten festzustellen war. Diese sehr allgemeine Beobachtung interpretierten sie als „unvermeidbaren“, „notwendigen“ und „natürlichen“ Rückzug (Tews 1979, S.108).

Durch die *Disengagement-Theorie* wird dem Alter eine eigenständige Entwicklungsstufe zugewiesen, auf der der Mensch mit neuen Anforderungen konfrontiert wird. Durch körperliche und kognitive Einschränkungen muss sich der Mensch mit der eigenen Endlichkeit auseinandersetzen und sich auf den

Tod vorbereiten (Backes & Clemens 2002, S.128). Dazu zieht sich der Mensch von der Außenwelt und gesellschaftlichen Rollen zurück und reduziert seine sozialen Kontakte. Dieser Prozess der sozialen Isolation wird sowohl von gesellschaftlichen Gegebenheiten als auch vom älteren Menschen selbst ausgelöst und ist bei allen Menschen ungeachtet ihrer individuellen Unterschiede zu beobachten. Die *Disengagement-Theorie* besagt, dass der soziale Rückzug im Interesse älterer Menschen und im Interesse der Gesellschaft ist. Ältere ziehen sich aus der Arbeitswelt zurück, da mit der biologischen und sozialen Alterung ein Abbau von Fähigkeiten und Kompetenzen verbunden ist und schaffen so Platz für jüngere und leistungsfähigere Menschen (ebd., S.130). *Disengagement* dient also dem Individuum und der Gesellschaft.

Hier erfolgte eine Verbindung zwischen individuellen und gesellschaftlichen Aspekten, die als zentraler Ansatz der *Disengagement-Theorie* zu werten ist.

Die *Disengagement-Theorie* von *Cumming & Henry* hat in der gerontologischen Forschung ihre Spuren hinterlassen und für reichlich Diskussion gesorgt. Das lässt sich u.a. an der Häufigkeit erkennen, mit der *Disengagement* in der Fachliteratur rezipiert wird.

Wichtig für das Verständnis der Theorie ist eine ausgewogene Beurteilung und kritische Würdigung: Zuerst einmal muss auf den historischen Kontext der Theorie hingewiesen werden, die vor über 50 Jahren, Anfang der 1960iger Jahre entstand. Diese Zeit war geprägt von sehr ambivalenten Vorstellungen über das Alter (Kruse & Wahl 2010, S. 232-233). Der zentrale und bis heute gültige Ansatz ist der wechselseitige Prozess zwischen Individuum und Gesellschaft<sup>5</sup>.

Diese gesellschaftliche Perspektive ergänzt durch psychologische und sozialwissenschaftliche Aspekte, verweist auf eine interdisziplinäre Sichtweise, ein Anspruch, der nach Meinung der Autoren Hans-Werner Wahl und Vera Heyl die meisten gerontologischen Studien heute nicht einlösen können (Wahl & Heyl, 2004, S.131).

---

<sup>5</sup> Diese Verbindung zwischen individuellen und gesellschaftlichen Aspekten, geht auf das funktionalistische Konzept von *Talcott Parson* zurück. Demnach ist eine Anpassung zwischen den Bedürfnissen der Gesellschaft und den Bedürfnissen der in ihr lebenden Menschen für eine funktionierende Gesellschaft unerlässlich (Wahl & Heyl 2004, S.130).

Die *Disengagement-Theorie* gehört mit zu den ersten gerontologischen Theorien, die Alter als eine eigenständige Lebensphase mit eigenen Sinngehalten und Entwicklungsaufgaben einordnen (Wahl & Heyl, 2004, S.131). Es gibt indes auch Aspekte, die heute in der modernen gerontologischen Forschung als überholt gelten. So gehen *Cumming & Henry* davon aus, dass Veränderungen im Alter bei allen Menschen gleichförmig auftreten. Der Individualität der Lebensläufe wird damit wenig Beachtung geschenkt. Sozialer Rückzug vollzieht sich ihrer Meinung nach aus einem inneren Bedürfnis heraus, ist von älteren Menschen gewollt und wirkt sich positiv auf die Lebenszufriedenheit aus. Der gesellschaftliche Druck, der auf dem Alter lastet und der sich durch Abwertung und Segregation bemerkbar macht, wird durch diese Sichtweise ausgeblendet bzw. ganz vernachlässigt (Backes & Clemens 2002, S. 131).

#### **3.4.2 Ansatz zum Strukturwandel des Alters nach Tews**

Das Alter wird durch den gesellschaftlichen Wandel beeinflusst und umgekehrt bestimmt das Alter auch die gesellschaftliche Entwicklung mit. Dieser soziale Alterswandel hat die verschiedensten Auswirkungen auf den Lebenslauf älterer Menschen, die Tews mit den Merkmalen *Verjüngung*, *Entberuflichung*, *Feminisierung*, *Singularisierung* und *Hochaltrigkeit* beschreibt (Tews 1993, S.15).

Die *Verjüngung des Alters* bezieht sich auf die Verlängerung der Lebensphase Alter, ausgelöst durch den früheren Renteneintritt oder den früheren Abschluss der Erziehungsphase der Kinder. Außerdem ist mit *Verjüngung des Alters* gemeint, dass sich ältere Menschen in ihrer Selbsteinschätzung zunehmend jünger einstufen (ebd., S.23). Mit *Entberuflichung des Alters* nimmt Tews Bezug auf den Renteneintritt. Diese Lebensphase ohne Berufstätigkeit verlängert sich durch die erhöhte Lebenserwartung (ebd., S.26). Die *Feminisierung des Alters* beschreibt den starken Frauenanteil, der durch die höhere Lebenserwartung ausgelöst wird. Das Bild der Gesellschaft vom höheren Alter ist somit weiblich geprägt (ebd., S.30). *Singularisierung* umfasst den wachsenden Anteil Alleinstehender mit zunehmendem Alter, hervorgerufen durch lebens- und familienbedingte Ursachen, z.B. Verwitwung (ebd., S.31). Schließlich prägt die

Zunahme der *Hochaltrigkeit* das Gesicht des Alters. Gemeint ist die Altersgruppe der über 80jährigen, die vor allem weiblich dominiert ist. Dieses Lebensalter wird häufig von chronischen Erkrankungen sowie Hilfs- und Pflegebedürftigkeit bestimmt. Dennoch „...bleibt die Mehrheit lange Zeit in einer nicht nur negativ zu kennzeichnenden Lebenssituation“ (Tews 1993, S.32).

### **3.4.3 Das Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung nach Erikson**

Eine Bedingung für die Entstehung sozialgerontologischer Alterstheorien war das *Stufenmodell der lebenslangen psychosozialen Entwicklung* des Psychoanalytiker *Erik Erikson* (1966), der sich darin auch mit der Identitätsentwicklung im Alter beschäftigte. (Pohlmann 2011, S.73). Nach diesem Modell vollzieht sich die Entwicklung der Ich-Identität eines Menschen von der Geburt bis ins höhere Erwachsenenalter auf acht Entwicklungsstufen, die in einem sog. inneren Entwicklungsplan vorgegeben sind (ebd.). Jede der acht Entwicklungsstufen wird von einer altersbezogenen Krise bestimmt, deren erfolgreiche Bewältigung den Weg zu einer höheren Entwicklungsstufe freimacht und somit zu einer individuellen Weiterentwicklung, verbunden mit einem positiven Selbstbild, führt.

Die letzte Stufe dieses Modells setzt ca. ab dem 60. Lebensjahr ein und beinhaltet die beiden Pole *Integrität versus Verzweiflung*. Die Aufgabe auf dieser Stufe besteht nun in einer erfolgreichen Auseinandersetzung mit diesen beiden Polen. In dieser letzten Lebensphase sollte es gelingen, mit Hilfe der eigenen Biografie auf Erfolge und Niederlagen zu blicken und trotz körperlicher und kognitiver Einschränkungen sowie sozialer Verluste eine aktive Lebensgestaltung zu verfolgen. Ziel ist dabei, Integrität zu erlangen, wenn dies nicht gelingt, drohen Selbstzweifel und Verlust von Lebensfreude (ebd., S.73-75).

Das Stufenmodell von *Erikson* basiert auf linearen Entwicklungsverläufen, die vor allem auf eine subjektive Selbstfindung abzielen und dabei wenig Raum für gesellschaftliche Aspekte lassen. Desweiteren sind die einzelnen Stufen wenig empirisch überprüft und zu eng gefasst, um die ganze Bandbreite altersbedingter Prozesse abzubilden.



Trotzdem eignet sich *Eriksons* Modell gut für die Soziale Arbeit mit älteren Menschen, denn es vermittelt Wachstum und Chancen zu neuer Entwicklung trotz verschiedener Einschränkungen.

## 4 Lebensbewältigungskonzepte im Alter

### 4.1 Gesellschaftliche Individualisierungsprozesse

Der Begriff der Individualisierung vermittelt auf den ersten Blick, dass jeder Mensch über sein Leben frei entscheiden kann und dafür selber verantwortlich ist (Kade 1994, S.17). Allerdings sind gesellschaftliche Individualisierungsprozesse in diesem Kontext nicht als psychologische Konstrukte zu verstehen, sondern sie sind das Ergebnis veränderter gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, die sich seit dem Ende des 19. Jahrhunderts etablierten und für die der Soziologe Ulrich Beck den Begriff der *Risikogesellschaft* prägte. Dieser Begriff beschreibt einen Modernisierungsprozess, der aufgrund der beschleunigten ökonomischen und sozialen Arbeitsteilung entstanden ist. Damit verbunden sind ein Strukturwandel der Arbeitsgesellschaft, eine Verknappung der Erwerbsarbeit und eine zunehmende gesellschaftliche Individualisierung (Böhnisch 2012, S. 45).

Ulrich Beck beschreibt gesellschaftliche Individualisierung als „*subjektiv biographische Aspekte des Zivilisationsprozesses [...], insbesondere in seiner letzten Stufe von Industrialisierung und Modernisierung.*“ (Beck 1986, S.206). Dieser Prozess geht mit einer dreifachen Individualisierung einher: mit der Herauslösung aus traditionellen sozialen Strukturen und Beziehungen (Kleinfamilie, soziale Klasse), mit dem Verlust von stabilen Wertesystemen und Normen (z.B. Glaube) sowie mit einer Wiedereinbindung in soziale Gefüge (ebd.).<sup>6</sup>

Menschen können also in zunehmendem Maße nicht mehr auf Lebensstile und Überzeugungen sowie auf ökonomische und kulturelle Ressourcen früherer

---

<sup>6</sup> Beck verweist in diesem Zusammenhang gleichzeitig darauf, dass es für den Einzelnen nahezu unmöglich ist, sich „*individuell zu verselbständigen*“. Der Mensch löst sich zwar aus tradierten Rollen und Versorgungsformen, wird aber durch die Zwänge des Arbeitsmarktes und der Konsumgesellschaft in neue Abhängigkeiten gedrängt (Beck 1986, S.211).

Generationen zurückgreifen, so dass sie in *Risikogesellschaften* immer abhängiger von Individualisierungsprozessen werden (Mader 1994, S.95).

Gerade ältere Menschen werden durch Individualisierungsprozesse herausgefordert. Ihre sozialen Beziehungen werden durch den Tod von Angehörigen und Freunden, aber auch durch die eigene Hilfs- und Pflegebedürftigkeit immer geringer. Sie fühlen sich neu entstandenen Milieus nicht zugehörig und es gibt keinen „[...] *vergleichbaren kulturellen Kontext* [...], *der ihnen in ihrem Alter Orientierung und Struktur bieten könnte*“ (Mader 1994, S.95-96). Wenn sich alte Menschen soziale Räume erhalten möchten bzw. neue schaffen möchten, dann sind sie auf Ressourcen angewiesen, die sie aus ihrer Biografie schöpfen können.

#### **4.2 Biografie- und Lebensstilkonzept**

Durch die Pluralisierung der Gesellschaft besteht ein Zusammenhang zwischen Individualisierung und dem Erfordernis nach einer Biografie. Damit verweist das Biografiekonzept „[...] *auf das biografisch handelnde und immer wieder dem sich wandelnden gesellschaftlichen Prozess ausgesetzte Subjekt im Lebenslauf hin*“ (Böhnisch 2012, S.59).

Ausgelöst durch den demografischen Wandel entwickelt sich das Alter immer mehr zu einer dominanten Lebensphase. Viele ältere Menschen lassen sich nicht mehr auf traditionelle Rollen festlegen, sondern entwickeln eigene Lebensperspektiven (ebd., S.266). Biografisierung ermöglicht ihnen die Weiterführung eigener Lebensprojekte, in dem sie dazu psychosoziale Kompetenzen der vorangegangenen Biografie nutzen können. Damit wird die Biografie mit zunehmendem Lebensalter zum entscheidenden Aspekt der Lebensbewältigung und „[...] *im Laufe eines Lebens ist es mehr und mehr die Biographie, die alles zusammenhält*“ (Mader 1995, S.27).

Kompetenzen und Potentiale des Alters können nicht losgelöst von Biografisierungsprozessen betrachtet werden. Dadurch, dass viele ältere Menschen ihre Lebensprojekte weiterführen und somit eine Abgrenzung vom tradierten Altersbild möglich ist, ist das Alter nicht mehr von vorangegangenen Lebensphasen abgeschnitten (Böhnisch 2012, S.271). Biografisierung verwischt somit die Grenzen zwischen den Lebensaltern und macht es möglich,

dass verschiedene Aspekte des Lebens, z.B. Arbeiten oder Lernen nicht mehr nur auf bestimmte Lebensphasen beschränkt bleiben. Der Lebenslauf ist also im Alter nicht etwa abgeschlossen, sondern vielfältig gestaltbar und bietet Raum für diverse Entwicklungsmöglichkeiten. Durch die Biografisierung wird das Alter nicht mehr als Restzeit des Lebens gesehen, sondern erhält eine eigene Dynamik, die viele Ältere für eine aktive Lebensbewältigung und –gestaltung nutzen (Böhnisch 2012, S.273).

Die Lebensphase Alter basiert auf verschiedenen biografischen Formen, die durch das Konzept des Lebensstils näher gefasst werden können. *„Die Herausbildung von Lebensstilen im Alter ist ein multipler biografischer Prozess, in dem das Individuum Motive und Interessen entwickelt, Lebensstile für sich auszuformen und zu gestalten“* (ebd., S.284). Die Herausbildung von Lebensstilen bietet zum einen die Chance zu einer autonomen Lebensführung und zum anderen ermöglicht es, auf Belastungssituationen und kritische Lebensereignisse, wie z.B. Krankheit oder den Verlust des Partners, adäquat zu reagieren und Hilfe in Anspruch zu nehmen. Auch helfen sie, mit der zentralen Frage der Lebensbewältigung – der Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit – umzugehen.

Lebensstilkonzepte sind nicht nur hilfreich in Belastungs- und Bewältigungssituationen, sondern bieten darüber hinaus auch die Möglichkeit, an der Konsumgesellschaft zu partizipieren. Die speziell auf ältere Menschen abzielende Konsumwerbung wird zur Herausbildung neuer Lebensstile genutzt (ebd.). Voraussetzung für eine aktive Lebensstilbildung ist, dass älteren Menschen - entgegen vorgefertigter Altersrollen - von der Gesellschaft die Möglichkeit erhalten, soziale Räume für sich zu entdecken und daran zu partizipieren, verbunden mit dem Recht *„[...] sich biografisch differenziell entfalten zu können“* (ebd., S.285). Lebensstilkonzepte ebnet somit den Weg für eine soziale Integration in die Gesellschaft.

Dabei muss aber differenziert werden zwischen älteren Menschen, die über genügend finanzielle und gesundheitliche Ressourcen verfügen und dadurch in der Lage sind, ihre biografischen Projekte zu realisieren und jenen, die sich zurückgezogen haben, arm sind oder durch Hilfs – und Pflegebedürftigkeit auf ihr nahes soziales Umfeld beschränkt bleiben.

### 4.3 Das Konzept der Lebenslage

Die Lebensbewältigung im Alter wird nicht nur über Biografie- und Lebensstilkonzepte gesteuert, sondern auch über das *Konzept der Lebenslage*. Dieses Konzept stammt ursprünglich aus der Sozialpolitik und befasst sich in diesem Kontext mit sozialer Ungleichheit. Nachfolgend wird hier aber das *Konzept der Lebenslage* vor dem Hintergrund der Lebensbewältigung gefasst. „Unter Lebenslage wird der Spielraum verstanden, den der Einzelne für die Befriedigung der Gesamtheit seiner materiellen und immateriellen Interessen nachhaltig besitzt“ (Gerling & Naegele 2005, S.36, zit. nach Dieck 1993, S.24). Mit *Lebenslage* sind damit Lebensverhältnisse gemeint, die z.B. durch das Einkommen, die Wohnqualität, die Gesundheit, soziale Kontakte und Wohlbefinden maßgeblich mitbestimmt werden. *Lebenslage* umschreibt alle materiellen, sozialen und kulturellen Ressourcen, auf die sich ein Mensch bei der Lebensbewältigung stützen kann (Böhnisch 2012, S.53). In ihrer Dynamik sind sie ein Produkt von gesellschaftlichen Entwicklungen, z.B. Entgrenzung der Arbeit, lebenslanges Lernen oder Relativierung der Generationenverhältnisse, durch die sich für Ältere ein breites Spektrum an Bewältigungsmöglichkeiten ergibt und ihre Handlungsfähigkeit enorm erweitert (Böhnisch & Lenz & Schröer 2009, S.221).

Wie bereits weiter oben erwähnt, ist der Spielraum ein wichtiges Kriterium im Lebenslagenkonzept. Der Spielraum wird durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen bestimmt, die es dem Einzelnen ermöglichen, seine Interessen zu entwickeln und zu gestalten (Gerling & Naegele 2005, S.36). Hier stellt sich die Frage, wie die gesellschaftlichen Bedingungen ausgeprägt sind, um älteren Menschen genügend Spielraum zu gewähren, damit sie ihre Entwicklungsmöglichkeiten voll ausschöpfen können. Voraussetzung dafür ist eine gesellschaftspolitische Anerkennung des Alters, die diese Lebensphase nicht mehr nur als Restzeit des Lebens definiert, sondern in ihr auch Potentiale und Stärken erkennt. Auch im Hinblick auf die demografische Entwicklung mit einer Verlängerung der durchschnittlichen Lebenserwartung ist diese gesellschaftspolitische Öffnung wünschenswert (Böhnisch 2012, S.222).

#### 4.4 Dimensionen der Bewältigung

Um einen Zugang zu den Lebenslagen der Klienten zu erhalten, gibt es für die Soziale Arbeit verschiedene Mittel und Wege, die Lothar Böhnisch als *Bewältigungsmodell* definiert hat. Dieses Modell besteht aus den Kriterien *Ausdruck*, *Anerkennung*, *Abhängigkeit* und *Aneignung*, die in Verbindung mit verschiedenen Arbeitsmethoden, z.B. Kasuistik, Empowerment und Beratung zu den sozialarbeiterischen Kompetenzen gehören (Böhnisch 2012, S.56). Diese Kriterien sind auch für die Soziale Arbeit mit älteren Menschen geeignet. Das Kriterium der *Aneignung* meint die Befähigung des Klienten, einen eigenen Beitrag zur Problemlösung zu leisten. Bei dieser Methode des Empowerments werden in erster Linie schon vorhandene Kompetenzen der Betroffenen genutzt und aktiviert. Dazu kann das bereits weiter oben beschriebene *SOK – Modell* dienen, durch das trotz zunehmender Einschränkungen die Leistungsfähigkeit älterer Menschen erhalten werden kann, in dem verbleibende Ressourcen und Stärken effizient genutzt werden.

Es ist wichtig, *Abhängigkeiten*, die über lange Zeit entstanden sind und in denen sich Klienten eingerichtet und ihre Handlungsfähigkeit gesichert haben, zu erkennen und dem Prozess der Verstetigung und Verfestigung zu durchbrechen. Dazu kann die Methoden der Beratung angewandt werden, in dem z. B. ältere Menschen in materiellen und psychosozialen Problemsituationen unterstützt sowie Hilfen im ambulanten oder mobilen Bereich vermittelt werden. Dazu gehört ebenfalls die Unterstützung der sozialen Integration durch Selbsthilfeförderung, Bildungs- und Kulturarbeit oder durch generationsübergreifende Begegnungsstätten (Otto 2005, S.16).

Mit *Ausdruck* sind Sprache und Kommunikation gemeint, die es ermöglichen, Probleme zu thematisieren und dadurch gezielt Hilfen in Anspruch nehmen zu können (Böhnisch 2012, S.55). *Anerkennung* für den Betroffenen durchzieht sich als Gebot durch alle methodischen Zugänge. Die Sicht älterer Menschen zu verstehen und sie damit zu akzeptieren ist eine empathische Grundvoraussetzung für sozialarbeiterisches Handeln.

## 5 Potentiale im Alter

### 5.1 Gesellschaftliche und individuelle Gesichtspunkte

Durch den demografischen Wandel und den Fortschritten in der Medizin war der Anteil älterer Menschen noch nie so hoch wie heute. Allerdings hat die Gesellschaft mit dem demografischen Wandel nicht Schritt halten können, denn die individuellen Stärken älterer Menschen sind weiter entwickelt als die gegebenen gesellschaftlichen Strukturen es zulassen und so bleiben viele Potentiale unbeachtet und ungenutzt. Ausgehend von den niedrigen Geburtenraten und dem damit verbundenen Fachkräftemangel kommt die Gesellschaft nicht umhin, die Potentiale älterer Menschen zu nutzen, um so den Wohlstand in Deutschland erhalten zu können (BMFSFJ 2006, S.52). Dafür benötigt das Alter aber einen sozialpolitischen Hintergrund, der nicht nur auf Versorgungsaspekten basiert, sondern der auch Entfaltungsmöglichkeiten aktiver älterer Menschen ermöglicht und mitträgt (Böhnisch & Schröder & Thiersch 2005, S.153).

Das hat auch die Bundesregierung erkannt und eine unabhängige Sachverständigenkommission damit beauftragt, Potentiale und Chancen älterer Menschen auf wissenschaftlicher Basis aufzuzeigen, um so einen entsprechenden Umgang mit dem demografischen Wandel zu ermöglichen.<sup>7</sup> Ziel ist es, eine altersintegrierende Kultur auf der Grundlage von politischen, rechtlichen und gesellschaftlichen Kriterien zu entwickeln und zu verwirklichen (BMFSFJ 2006, S.47). Dazu wurde ein Netzwerk - bestehend aus Vertretern der Politik, Wirtschaft, Kirche, Gewerkschaften und zivilgesellschaftlichen Organisationen - aufgebaut, damit altersgerechte Veränderungen verschiedene gesellschaftliche Ebenen durchdringen und schließlich realisiert werden können.

Grundlage, um Potentiale für das Alter zu erschließen, ist eine zweifache Betrachtungsweise: Sie ergibt sich sowohl aus einer gesellschaftlichen als auch aus einer individuellen Perspektive. Die gesellschaftliche Perspektive speist

---

<sup>7</sup> Im Ergebnis entstand der *Fünfte Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland*. Die Sachverständigen, die diesen Bericht 2006 erstellten, waren ausgewiesene Experten der Altersforschung, u.a. Andreas Kruse, Gertrud M. Backes, Gerhard Naegele und Clemens Tesch-Römer. Diese Berichte zur Lage der älteren Generation erscheinen bereits seit einigen Jahren und sind eine wichtige Entscheidungsgrundlage für die Seniorenpolitik der Bundesrepublik.

sich aus dem Interesse, inwieweit Ältere auf Leistungen des Sozialsystems angewiesen sind oder inwieweit sie selbst in der Lage sind, Leistungen zu erbringen (BMFSFJ 2006, S.47).

Neben dieser materiell geprägten Sichtweise, sind es vor allem individuelle Ressourcen, bezogen auf Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Wissen, Zeit und Lernfähigkeit, die als Potentiale genutzt werden können. Darunter zählen auch die Kompetenzen der sog. *biographischen Lebensbewältigung* (Böhnisch 2012, S.270-271). Gemeint sind hier der Umgang und die Bewältigung kritischer Lebensereignisse, z.B. Tod des Partners, einschneidende Krankheiten und eigene Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Dazu gehört auch die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit, die Herausbildung eines stabilen Selbstkonzeptes und als besondere Integrationsleistung des Alters, die positive Rückschau auf das eigene Leben. So beeinflussen biografische Faktoren, gekoppelt an den Bildungshorizont und an die Erfahrungen im Erwerbsleben, die individuellen Ziel- und Wertvorstellungen in Bezug auf das Alter.

Nicht nur biografische, sondern auch soziale Faktoren, wie Lebenslage, Normen und soziale Herkunft prägen die Vorstellungen über das Alter.

Neue Lebensformen und Lebensinhalte zu erschließen ist sowohl im Interesse der Gesellschaft als auch jedes Einzelnen. Für ältere Menschen ergeben sich heute mehr denn je die Chancen, gesellschaftliche Prozesse zu gestalten und zu beeinflussen sowie ihr Leben an eigenen Ziel- und Wertvorstellungen auszurichten. Darüber hinaus verlängert sich auch die Lebensphase, in der Ältere noch aktiv ihren Beitrag zum gesellschaftlichen Wohl leisten können.

## **5.2 Ausgewählte Potentiale**

### **5.2.1 Erwerbsarbeit**

Das Alter war in der Moderne immer sehr stark an die Erwerbsarbeit gebunden und wurde aus diesem Blickwinkel heraus fokussiert und interpretiert. Durch den Eintritt in das Rentenalter wurde die Lebensphase Alter als unproduktive Restzeit des Lebens gewertet und war den anderen Lebensphasen nicht gleichgestellt (Böhnisch & Schröer & Thiersch 2005, S.150). Jedoch wächst die

Gruppe der Älteren immer mehr an und auch bezüglich des demografischen Wandels muss ein beschäftigungspolitisches Umdenken stattfinden. Im Jahr 2020 wird das Erwerbspotential der über 50-jährigen von 22% (im Jahr 2000) auf 34% steigen und der Anteil der übrigen Altersgruppen sinken (BMFSFJ 2006, S.57). Das heißt, dass es zukünftig insgesamt weniger Arbeitnehmer gibt, die aber zugleich älter sein werden (ebd.).

Diese demografische Entwicklung macht eine bessere Nutzung des Erwerbspotentials älterer Arbeitnehmer aus verschiedenen Gründen unumgänglich: Es wird ein Anstieg der Sozialversicherungsbeiträge verhindert, da es mehr Beitragszahler gibt und enorme Ausgaben für den Vorruhestand entfallen.<sup>8</sup> Das nicht genutzte Wissen und die Erfahrungen Älterer müssen mehr gefördert werden, da es durch jüngere Arbeitnehmer nicht so ohne weiteres ersetzt werden kann. Eine Förderung der Potentiale hat nicht zuletzt einen günstigen Einfluss auf die zukünftige wirtschaftliche Entwicklung (ebd.).

Gerade die sog. jungen Alten möchten ihre Potentiale nutzen und diese in ihr Berufsleben einbringen, was aber aufgrund veralteter gesellschaftlicher Zuschreibungen bezüglich der Leistungsfähigkeit und den Leistungsansprüchen des Alters oftmals nur schwer möglich ist (Mayer et al 1994, S.726). Hier ist ein arbeitsmarktpolitisches Umdenken gefragt, damit die Erwerbsfähigkeit älterer Arbeitnehmer erhalten und genutzt werden kann. Eine sukzessive Anhebung der Altersgrenze ist dafür nicht ausreichend, weil diese Maßnahme allein zu kurz greift und die Rahmenbedingungen unberücksichtigt lässt (BMFSFJ 2006, S.58). Diese Rahmenbedingungen beziehen sich auf die unterschiedlichen Erwerbsbiografien, die durch Qualifikation, Arbeitsbedingungen, Gesundheitszustand, Lebensstil und familiäre Verhältnissen maßgeblich beeinflusst werden (ebd., S.57).

Die Förderung und Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer sowie die Prävention von Beschäftigungsproblemen sind deshalb unerlässlich. Handlungsmöglichkeiten, die darauf abzielen, liegen u.a. in folgenden

---

<sup>8</sup> Seit Ende 2007 sind die Regelungen für den Vorruhestand ausgelaufen. Damit stieg die Anzahl der älteren Arbeitnehmer (50-64 Jahre) an, verbunden mit einer erhöhten Arbeitslosenquote in dieser Altersgruppe. Im Jahr 2011 ist die Arbeitslosigkeit Älterer um 1% auf 8% gesunken und lag damit über der Bundesquote von 7,1% (Statistik Arbeitsagentur 2012: [www.statistik.arbeitsagentur.de](http://www.statistik.arbeitsagentur.de)).



Bereichen: flexible Arbeitszeitgestaltung (Pflegezeiten, längere Freistellungen), Anpassung der Arbeitsverhältnisse an die veränderte Leistungsfähigkeit, Entwicklung von Förderkonzepten mit gezielten Aus- und Weiterbildungen für ältere Arbeitnehmer und Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Sinnvoll ist es, diese Maßnahmen über die gesamte Erwerbslaufbahn hinweg einzusetzen und nicht erst am Ende des Arbeitslebens (Naegele 2006, S.113). Innovativ auf diesem Gebiet ist die *Marie-Luise und Ernst Becker Stiftung*, die seit einigen Jahren einen Förderpreis mit dem Titel *Alter und Arbeit* an Nachwuchswissenschaftler vergibt, deren Forschungsprojekte impulsgebend für die Arbeitswelt sind. Außerdem unterstützt die Stiftung altersgerechte Personalentwicklung in Unternehmen, in dem sie dafür ein Qualitätssiegel, das sog. *AGE CERT* bereit hält. Unternehmen erhalten dieses Siegel, wenn sie durch gezielte Maßnahmen, beispielsweise betriebliche Präventionsangebote, arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen oder altersgerechte Arbeitsplatzgestaltung, die Produktivität ihrer Mitarbeiter bis ins Rentenalter erhalten (Becker-Stiftung 2012: [www.becker-stiftung.de](http://www.becker-stiftung.de)).

### **5.2.2 Familie und soziale Netzwerke**

Die Familie hat eine zentrale gesellschaftliche Bedeutung und ist nach wie vor eine grundlegende Institution innerhalb der Gesellschaft (BMFSFJ 2006, S.173). Neben der Normalfamilie mit dauerhafter Bindung, bestehend aus Vater, Mutter, Kind, gibt es heute sehr verschiedene familiäre Lebensformen, z.B. Patchwork- oder Einelternfamilien.

Durch die längere Lebenszeit verändern sich sowohl die Strukturen als auch die Funktionen innerhalb der Familie. Eltern und Großeltern leben länger, aber gleichzeitig nimmt die Zahl der Kinder ab (ebd.).

Ältere Menschen werden nicht nur zu Hilfeempfängern, sondern bringen sich mit vielfältigen Unterstützungsleistungen in das System Familie ein. Sie betreuen ihre pflegebedürftigen Partner, kümmern sich um die Enkelkinder oder leisten finanzielle Unterstützung. In Partnerschaften wirken sich Potentiale Älterer dahingehend positiv aus, dass sie Verantwortung bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit füreinander übernehmen. In der Eltern-Kind Beziehung helfen Eltern ihren erwachsenen Kinder nicht nur mit finanziellen Zuwendungen,

sondern unterstützen sie dabei, Beruf und Familie miteinander zu vereinbaren (BMFSFJ 2006, S.185) Das hat einen nicht zu unterschätzenden Wert, vor allem bei Alleinerziehenden oder bei nicht ausreichend vorhandenen Kinderbetreuungsmöglichkeiten (ebd., S.186).

Als Großeltern sind ältere Menschen so auch an der Entwicklung ihrer Enkelkinder beteiligt, für die sie wichtige Bezugspersonen sind und neben emotionaler Unterstützung auch Werte und Normen vermitteln. Sie leisten Betreuungsaufgaben, geben praktische Hilfen und fungieren als Vorbilder für ihre Enkelkinder (ebd.).

Ältere Menschen bringen sich auch in private Netzwerke ein. Diese Netzwerke entstehen durch Freundschaften, Bekanntschaften oder nachbarschaftliche Kontakte und werden zu einer weiteren wichtigen Quelle der Hilfe und Unterstützung (ebd., S.173). Unterstützungspotentiale Ältere liegen hier vor allem in der Versorgung hilfs- und pflegebedürftiger Menschen, in der Kinderbetreuung oder in hauswirtschaftlichen Diensten. Die Bedeutung dieser Unterstützungsleistungen durch ältere Menschen wird durch die Veränderungen in den Familienstrukturen zukünftig wahrscheinlich noch zunehmen (ebd., S.187).

## **5.2.3 Gesundheit als Potential**

### **5.2.3.1 Morbiditätsexpansion vs. Morbiditätskompression**

Wissenschaftlich ist es noch nicht bis ins Detail geklärt, wie sich Alterserkrankungen im Hinblick auf die steigende Lebenserwartung entwickeln. Es scheint aber so zu sein, dass der Anteil der kranken Jahre im Verhältnis zur Gesamtlebenszeit immer geringer wird (Schwentker & Vaupel 2001, S.6).<sup>9</sup>

Von 1996 bis 2006 hat sich der Anteil älterer Menschen mit einem guten Gesundheitszustand um 11% erhöht (Kroll & Ziese 2009, S.112). Das ergaben Studien, die seit Ende der 1980iger Jahre durchgeführt wurden. Die Daten weisen also darauf hin, dass der körperliche Verfall später beginnt und die Lebenserwartung in guter Gesundheit zunimmt.

---

<sup>9</sup> Angesichts der immer weiter steigenden Lebenserwartung gehen Forscher heute davon aus, dass eine biologische Obergrenze für das Alter wahrscheinlich nicht existiert. Zumindest gibt es keine Befunde, die dagegen sprechen (Schwentker & Vaupel 2011, S.5).

Diese erfreuliche Entwicklung regte indes Diskussionen an, welche Folgen die demografische Alterung für die Kostenentwicklung im Gesundheitssystem mit sich bringt. Daraus entwickelten sich zwei gegensätzliche Konzepte, die *Morbiditätsexpansion* und die *Morbiditätskompression*, die der Frage nachgehen, in welchem Gesundheitszustand die gewonnenen Lebensjahre verbracht werden.

Das Konzept der *Morbiditätsexpansion* wurde vom amerikanischen Arzt *Ernest Gruenberg* (1977) entwickelt. Er vertrat die Ansicht, dass ein Anstieg der Lebenserwartung mit einer Verlängerung der kranken Lebensphase einhergeht (Kroll & Ziese 2009, S.105). Er begründete das mit einem Sinken der Sterblichkeit infolge medizinischer Fortschritte, was aber dazu führt, dass chronische Erkrankungen häufiger auftreten und immer mehr Menschen lange Zeit im chronisch kranken Zustand leben müssen (ebd.). Der demografische Wandel wäre nach diesem Konzept mit hohen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden.

Als Antwort darauf ist das Konzept der *Morbiditätskompression* entstanden, das auf den Forscher *James F. Fries* (1980) zurückgeht und besagt, dass die meisten Erkrankungen chronisch verlaufen und erst in späteren Lebensjahren auftreten. Die Krankheitsbelastung wird dann reduziert, wenn der Beginn der chronischen Erkrankung hinausgezögert wird und wenn die Verzögerung größer als der Anstieg der Lebenserwartung ist (Kruse 2007, S.47). Diese Effekte lassen sich durch Studien belegen, die beispielsweise in den Jahren 1982 bis 1999 einen Rückgang der Fähigkeitseinbußen für die über 65-jährigen von 26,2% auf 19,7% nachgewiesen haben (ebd., S.48). Dafür gibt es verschiedene Gründe, die auf einer verbesserten medizinischen Versorgung und auf der Umsetzung präventiver Maßnahmen basieren.

Bei der *Morbiditätskompression* handelt es sich um ein positives Konzept, das vom Ideal eines langen Lebens mit kurzer Krankheitsphase vor dem Tod ausgeht.

Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass der größte Anteil der Gesundheitsausgaben in den letzten beiden Lebensjahren entsteht (ebd., S.49). So kommt es zum Anstieg dieser Ausgaben im dritten (60-85 Jahre) und

im vierten Lebensalter (85-100 Jahre). Die hohen Behandlungskosten<sup>10</sup> werden vor allem durch chronische Erkrankungen verursacht, denen aber präventiv begegnet werden kann. Prävention ist ein wichtiger Aspekt, um die Finanzierung im Gesundheitswesen nach wie vor zu gewährleisten (Kruse 2007, S.51).

Vorhersagen, die die demografische Entwicklung in einem Atemzug mit Kostensteigerungen im Gesundheitssystem nennen, lassen aber außer Acht, dass eine steigende Lebenserwartung eine Verbesserung des Gesundheitszustandes nicht ausschließt und mit einem Gewinn an aktiven Jahren einhergehen kann (ebd., S.56).

### **5. 2.3.2 Prävention**

Die Gesundheit zählt zu einer wichtigen individuellen Ressource, die es gilt, durch entsprechende präventive Maßnahmen zu erhalten, um so älteren Menschen zu einem möglichst langen und selbständigen Leben zu verhelfen.

Der Präventionsbegriff bei älteren Menschen wird weiter gefasst und beinhaltet nicht nur die Vorbeugung von Erkrankungen, sondern auch die Vorbeugung von Verschlechterungen des Gesundheitszustandes sowie die Vermeidung von Behinderungen (Schütz & Wurm 2009, S.160). Bei präventiven Maßnahmen im Alter ist im Vorfeld allerdings zu beachten, dass Gesundheit für ältere Menschen einen anderen Stellenwert hat als für jüngere. Während bei jüngeren Menschen vor allem die Vermeidung von Erkrankungen präventives Ziel ist, ist es für ältere wichtig, Beschwerden und körperliche Einschränkungen zu reduzieren. Daneben ist die Verschiedenartigkeit von Einflussgrößen zu berücksichtigen, die auf die Entstehung von Krankheiten einwirken. Darunter fallen z. B. genetische Dispositionen (genetisch bedingte Erkrankungen), Umwelteinflüsse, verhaltensbedingte Risikofaktoren (Bewegungsarmut, Rauchen, unausgewogene Ernährung) und altersphysiologische Veränderungen (abnehmende Muskelkraft, Osteoporose), die miteinander in Beziehung stehen. Genetische Faktoren und altersphysiologische Veränderungen lassen sich nicht bzw. nur schwer beeinflussen und eine

---

<sup>10</sup> Die hohen geriatrischen Behandlungskosten kommen aber auch dadurch zu Stande, dass in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation die Inanspruchnahme gestiegen ist (Kruse 2007, S.51).

generelle Krankheitsvermeidung ist mit hoher Wahrscheinlichkeit schwer umsetzbar. In erster Linie geht es hier vor allem um die Verzögerung von Erkrankungen (Demenz, Gelenkserkrankungen) und um die Verringerung krankheitsbedingter Probleme (Schütz & Wurm 2009, S.161).

Prävention im Alter kann aber gezielt bei verhaltensbedingten Risikofaktoren ansetzen, die es gilt, zu identifizieren und gegebenenfalls zu verändern, um somit gesundheitsfördernde Maßnahmen zu implementieren. So kann z. B. eine ausgewogene Ernährung und das Unterlassen des Rauchens das Risiko für bestimmte Tumorerkrankungen (Lungenkrebs) und Gefäßerkrankungen senken. Körperliches Training hat nicht nur einen positiven Effekt auf die Lebensqualität im Alter, sondern kann auch Krankheitsfolgen (tumorassoziierte Fatigue) und Gebrechlichkeit mindern. Auch altersspezifische Erkrankungen lassen sich mit gesundheitsbewusstem Verhalten beeinflussen. So kann die Vermeidung von Adipositas nicht nur dazu beitragen, Diabetes und Gefäßerkrankungen vorzubeugen, sondern verringert auch das Risiko an vaskulärer Demenz zu erkranken(ebd., S.162).

Älteren Menschen, die bereits an körperlichen und kognitiven Einschränkungen leiden, kann durch eine geeignete geriatrische Rehabilitation und durch das Konzept der aktivierenden Pflege,<sup>11</sup> das sich an Angehörige und Pflegepersonal wendet, wieder zu mehr Selbständigkeit und Lebensqualität verholfen werden. Präventive Maßnahmen, die sich in gesundheitsfördernden Verhaltensweisen manifestieren, müssen systematisch entwickelt werden. Zum einen muss geklärt werden, in welchem Setting diese Maßnahmen sinnvoll sind, z. B. in der ambulanten oder stationären Pflege, beim Hausarzt oder in der Freizeit und zum anderen ist eine altersgerechte Vermittlung von Prävention notwendig (ebd., S.164).

Es gibt bislang nur wenige Studien und Publikationen, die sich mit Faktoren gesundheitsfördernden Verhaltens älterer Menschen beschäftigen. Auf diesem Gebiet besteht noch ein erhöhter Forschungsbedarf.

Dieser Bedarf spiegelt sich leider nicht im *5. Bericht zur Lage der älteren Generation* der Bundesregierung aus dem Jahr 2006 wider. Hier wird das

---

<sup>11</sup> Dieses Konzept versucht, noch verbliebene Ressourcen bei älteren oder behinderten Menschen bei der Durchführung von Pflegemaßnahmen mit einzubeziehen. Damit soll verhindert werden, dass noch vorhandene Fähigkeiten verloren gehen und ermöglicht so Hilfe zur Selbsthilfe.

Thema Gesundheit und Prävention nur marginal aufgegriffen und oberflächlich erwähnt, ohne auf konkrete Aspekte und Handlungsanweisungen einzugehen. Obwohl dieser Bericht die Aufgabe hatte, die Potentiale des Alters darzustellen und damit zur Verbreitung eines neuen positiven Altersbildes beizutragen, bleibt das Potential der Gesundheit nahezu unbeachtet. Damit liegt die Vermutung nahe, dass der Gesundheit in diesem Zusammenhang nicht die gleiche Bedeutung zukommt, wie den aufgeführten Potentialen in diesem Bericht (z.B. Erwerbsarbeit, Familie, Einkommen, Wirtschaftskraft). Diese Betrachtungsweise ist unverständlich, denn Gesundheit im Alter ist eine wichtige Voraussetzung, um Potentiale in dieser Lebensphase überhaupt nutzen zu können. Auch kann nicht unberücksichtigt bleiben, dass sich eine Nichtbeachtung dieses Themas nicht nur ungünstig auf den Einzelnen, sondern auch auf die sozialen Sicherungssysteme auswirken kann.

Zumindest fördert die Bundesregierung verschiedene Präventionsprojekte mit dem Ziel, Gesundheit im Alter zu erhalten und somit ein aktives und selbständiges Leben zu ermöglichen.<sup>12</sup>

## **6 Alter und Soziale Arbeit**

Wie bereits weiter oben ausgeführt, wird die Lebensphase Alter mehr und mehr als biografischer Entwicklungsprozess gesehen. Älteren Menschen eröffnet sich damit die Möglichkeit, eigene Lebensprojekte zu gestalten und weiterzuführen und sich aus abhängigen Lebensformen zu lösen. Durch die Entstehung neuer Sichtweisen und Potentiale, wird das Defizitmodell des Alters mehr und mehr zurückgedrängt.

Dieses individuell gestaltbare Alter kann nicht losgelöst von gesellschaftlichen Prozessen gesehen werden. In der Gesellschaft sind aber nach wie vor die traditionellen Altersbilder - Alter als abhängige und hilfsbedürftige Lebensphase- tief verwurzelt, was sich an sozialstaatlichen Regulierungen, Institutionen und Rollenerwartungen bemerkbar macht (Schweppe 2005, S.36).

---

<sup>12</sup> Die Bundesregierung vergibt seit 2004 den *Deutschen Präventionspreis*. Dieser Preis richtet sich an verschiedene Partner und Institutionen, die mit ihren Themenschwerpunkten einen nachhaltigen Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten. Im Jahr 2005 wurde der Preis an Projekte vergeben, die sich mit der aktiven Gesundheitsförderung im Alter beschäftigt haben.

Die biografischen Lebensformen und das gewachsene Potential des Alters finden keine Entsprechung in der Gesellschaft, die mit den Veränderungen des Alters nicht Schritt halten kann (Schweppe 2005, S.37).

Trotz der positiven Veränderungen zeigt sich das andere Gesicht des Alters in den bekannten Risiken, wie Abhängigkeit, Behinderung, Krankheit und Verfall, die sich besonders bei hochaltrigen Menschen manifestieren können (ebd., S.38). Diesen beiden Seiten des Alters – dem individualisierten/biografischen und dem abhängigen Alter - steht nun die Soziale Arbeit gegenüber, die diese Differenzierung des Alters in ihrer Arbeit berücksichtigen muss.

Die Soziale Arbeit hat erst relativ spät Eingang in die Arbeit mit älteren Menschen gefunden. Das liegt zum Teil daran, dass das Alter wissenschaftlich und gesellschaftlich<sup>13</sup> spät entdeckt wurde und dieser Lebensphase wenig Relevanz zukam (ebd., S.39). Danach stand die Soziale Arbeit in der Tradition der Altenhilfe und Fürsorge und war vor allem auf das abhängige Alter fokussiert. Dazu gehört die medizinische und pflegerische Betreuung und Versorgung älterer Menschen in Alten- und Pflegeheimen, in Sozialstationen und mittels ambulanter Hilfen (Otto 2005, S.11). Dabei bleiben aber viele Bedürfnisse älterer Menschen unberücksichtigt. Sie sind oftmals auf Unterstützung angewiesen, die über Pflegeleistungen hinausgehen. Gemeint ist damit, alte Menschen in ihrem individualisierten Alltag zu begleiten und ihre Wünsche und Bedürfnisse, aber auch Potentiale und Ressourcen zu berücksichtigen, ganz im Sinne einer *Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit*. Das Konzept der *Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit* betrachtet den Menschen in seinem individuellen Alltag und versucht, über kleinräumige Unterstützungskonzepte und niedrighschwellige Hilfsangebote, zu mehr Selbständigkeit und Selbstvertrauen zu verhelfen (Grunwald & Thiersch 2005, S.1136).

Nach diesen Grundsätzen arbeitet der Dresdner Verein *Begleitetes Wohnen*. Dieser Verein bietet älteren Menschen psychosoziale Unterstützung an, die es ihnen ermöglicht, trotz Hilfsbedürftigkeit in ihrem sozialen Umfeld zu bleiben (Begleitetes Wohnen 2012: [www.begleiteteswohnen.de](http://www.begleiteteswohnen.de)). Psychologen, Sozialarbeiter und ehrenamtliche Mitarbeiter bieten Hilfe und Unterstützung an,

---

<sup>13</sup> Erst 1962 wurde durch die Einführung des Bundessozialhilfegesetzes die Altenhilfe auf kommunaler Ebene etabliert (Schweppe 2005, S.39).

die über Pflegeleistungen hinausgehen. Sie betreuen Menschen regelmäßig zu Hause und übernehmen u.a. Hausarbeiten, Behördengänge, Einkäufe, organisieren medizinisch – pflegerische Maßnahmen und führen gesellige Veranstaltungen durch. Die angebotenen Leistungen sind individuell unterschiedlich und berücksichtigen Ressourcen und Gewohnheiten. Bei ihrer Unterstützung versuchen die Mitarbeiter, Kompetenzen und Eigenverantwortung zu stärken und zu Aktivitäten, z.B. selbständiger Haushaltsführung, zu motivieren. Ziel der Arbeit des Vereins ist es, eine selbständige Lebensführung zu fördern bzw. zu erhalten und durch eine bessere soziale Einbindung Rückzug und Isolation älterer Menschen zu vermeiden. Diese Unterstützungsangebote sind für hilfsbedürftige ältere Menschen notwendig und unentbehrlich, aber angesichts der Zunahme pluraler Lebensformen im Alter nicht ausreichend.

Angebote für selbständige Ältere gibt es nur vereinzelt, wie z. B. am Hamburger Albertinen-Haus. In dieser geriatrischen Klinik wurde ein interdisziplinäres Programm zur *Aktiven Gesundheitsförderung im Alter* entwickelt.<sup>14</sup> Das Ziel des Programmes ist es, die Neuentstehung von Krankheiten und Behinderungen im höheren Lebensalter und die damit verbundene Pflegebedürftigkeit zu vermeiden (Meier-Baumgartner & Dapp & Anders 2006, S.20). Dazu berät ein Expertenteam von Ärzten, Sozialarbeitern, Ernährungsberatern und Sporttherapeuten selbständig lebende ältere Menschen zu Fragen der Gesundheit, Mobilität, körperlicher und kognitiver Aktivität, Ernährung und sozialer Vorsorge bzw. Teilhabe. Diese Themen werden über Gruppenveranstaltungen vermittelt, mit dem Ziel, individuell angepasste Empfehlungen in den Alltag zu integrieren, um so die Lebensqualität und die Eigenständigkeit Älterer so lange wie möglich zu erhalten.

Die Aufgabe der Sozialen Arbeit in diesem Team ist es sowohl zu psychosozialen Problemen als auch zu sozialer Vorsorge in Einzelgesprächen zu beraten (ebd., S.53). Die Beratung in Problemlagen bezieht sich u.a. auf Hilfe bei der Pflege dementer oder behinderter Angehöriger mit Hinweisen auf vorhandene ambulante und stationäre Institutionen oder aber auch auf die

---

<sup>14</sup> Sowohl das Dresdner Projekt *Begleitetes Wohnen* als auch die Hamburger Initiative *Aktive Gesundheitsförderung im Alter* wurden 2005 mit dem *Deutschen Präventionspreis* geehrt.



Beratung in Krisensituationen, wie z.B. beim Tod naher Angehöriger oder bei familiären Problemen.

Themen der sozialen Vorsorge betreffen den Bereich der Vorsorgemöglichkeiten im Alter (Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung), die verschiedenen Wohnformen (von der Wohngemeinschaft bis hin zum Pflegeheim) sowie Freizeitgestaltung und Ehrenamt (Meier-Baumgartner & Dapp & Anders 2006 S.54).

Das Albertinen-Haus bietet zum Programm *Aktive Gesundheitsförderung im Alter* Weiterbildungen an, um dieses niedrighschwellige Angebot für ältere Menschen an interessierte Berufsgruppen weiterzugeben und auch an anderen geriatrischen Zentren zu etablieren.

Das Konzept *Aktive Gesundheitsförderung im Alter* macht deutlich, dass das Tätigkeitsfeld der Soziale Arbeit über die punktuelle Beratung bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen hinausgeht. Es kommt den Bedürfnissen des individualisierten und selbständigen Alters entgegen, in dem Lösungen bei altersspezifischen Problemen aufgezeigt werden und so Hilfestellungen bei der Herstellung befriedigender Lebensentwürfe möglich werden. Dadurch gelingt es, alte Menschen in ihrer individuellen Lebensgestaltung zu begleiten und bei den verschiedensten Bewältigungsanforderungen zu unterstützen.

## 7 **Schlussbemerkungen**

Das Alter verändert sich in einem bis heute nicht gekannten Ausmaß. Diese Veränderungen lassen sich an demografischen und an individuellen Aspekten ablesen.

Der öffentliche Diskurs bezüglich des Umgangs und der Zukunft des Alters wird dabei oftmals nur auf individueller Ebene geführt und gesellschaftliche Herausforderungen werden dabei häufig außer Acht gelassen. Hier muss ein Umdenken stattfinden, denn der demografische Wandel bestimmt immer mehr gesellschaftliche Prozesse. Der Gesellschaft gelingt es indes nur langsam, dem Alter eine eigenständige Entwicklungskomponente zuzugestehen und mit der Zunahme des Alters Schritt zu halten. Das macht sich nicht zuletzt an dem medialen Bild bemerkbar, welches Alter mit Krankheit und Gebrechlichkeit verbindet und als Bürde der Gesellschaft beschreibt.

Die Altersforschung kommt zu anderen Ergebnissen und verweist auf Ressourcen und Kompetenzen, die mit dem Alter einhergehen. Angesichts der zunehmenden Alterung gewinnt die Gerontologie einen immer größeren Stellenwert innerhalb der Wissenslandschaft und besonders auf den Gebieten der Medizin, Psychologie und Soziologie ist sie gefordert, Einblicke und neue Erkenntnisse in die Lebensphase Alter zu gewähren und somit zu einem besseren Verständnis beizutragen. Damit leistet die Gerontologie einen wissenschaftlichen Beitrag zu den gestellten Aufgaben, die sich aus dem demografischen Wandel ergeben und ist gleichermaßen in der Lage, die zukünftige gesellschaftliche Bedeutung des Alters über den Versorgungsaspekt hinaus als konstruktiv darzustellen.

Eine neue Sichtweise ist auch dringend notwendig, denn Alter und Gesellschaft stehen in einem Spannungsverhältnis zueinander. Der demografische Wandel wird vielfach als Problem und Last empfunden, vor allem, wenn es um ökonomische Auswirkungen etwa auf die sozialen Sicherungssysteme geht. Um einen Anstieg der Beiträge zu verhindern und mehr Beitragszahler zu halten, ist es notwendig, u.a. das Erwerbspotential älterer Arbeitnehmer auszuschöpfen. Die Lebensspanne, in der Menschen gesund sowie leistungs- und arbeitsfähig sind, erweitert sich ebenso wie die Lebenserwartung. Hier sollten staatliche Maßnahmen ansetzen, die beschäftigungs- und arbeitsmarktpolitisch auf eine

höhere Erwerbsquote älterer Arbeitnehmer abzielen und Vorurteilen bezüglich der eingeschränkten Leistungsfähigkeit älterer Menschen entgegenwirken.

Angesichts der demografischen Prognose ist eine flexible Anpassung des Alters an gegebene Verhältnisse und umgekehrt eine Veränderung bestehender Systeme unumgänglich, in dem Chancen und Potentiale des Alters anerkannt und genutzt werden. Dadurch, dass ältere Menschen immer agiler und aktiver werden, ist es ihnen möglich, auch mehr gesellschaftliche Verantwortung zu übernehmen.

Nichtsdestotrotz ist eine differenzierte Sicht auf das Alter angebracht. Neben dem aktiven und agilen Alter ist diese Lebensphase auch oftmals von schwerwiegenden Problemen, wie Hilfs- und Pflegebedürftigkeit, Krankheit und Verlust gekennzeichnet. Natürlich dürfen bei allen positiven Darstellungen diese Aspekte nicht aus dem Blick verloren werden.

Der Auftrag der Gesellschaft besteht nun darin, sich mit diesen beiden Seiten des Alters auseinanderzusetzen. Die Notwendigkeit dazu ergibt sich aus der demografischen Entwicklung, die eine zukünftige alternde Gesellschaft prognostiziert.

Alter nicht als Last, sondern eine steigende Lebenserwartung als Errungenschaft und Chance zu sehen, ist die eigentliche Herausforderung an die Gesellschaft.

## 8 Literaturverzeichnis

**Aner**, Kirsten & **Karl**, Ute (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden 2010.

**APuZ** : Aus Politik und Zeitgeschichte, Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, 10-11/2011, 7. März 2011.

**Backes**, Gertrud M. & **Clemens**, Wolfgang: Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Weinheim und München 1998.

**Backes**, Gertrud M. & **Clemens**, Wolfgang (Hrsg.): Zukunft der Soziologie des Alter(n)s. Opladen 2002.

**Backes**, Gertrud M.: Alter(n) als ‚Gesellschaftliches Problem‘? Opladen 1997.

**Baltes** Paul B. & **Mittelstraß**, Jürgen & **Staudinger**, Ursula M. (Hrsg.): Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie. Berlin New York 1994.

**Beck**, Ulrich: Individualisierung, Institutionalisierung und Standardisierung von Lebenslagen und Biographiemustern. In: Beck, Ulrich: Risikogesellschaft. Auf den Weg in eine andere Moderne. S. 205 – 219, Frankfurt am Main 1986.

**Beck**, Ulrich: Risikogesellschaft. Auf den Weg in eine andere Moderne. Frankfurt am Main 1986.

**Becker-Stiftung**, In: <http://www.agecert.de/ueber-age-cert/das-siegel.html>, 20.11.2012

**Begleitetes Wohnen**, In: <http://www.begleiteteswohnen.de/wohnen.html>, 20.12.2012.

**BMFSFJ**: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potentiale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft – Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen und Stellungnahme der Bundesregierung, Berlin 2006.

**Böhm**, Karin & **Tesch-Römer**, Clemens & **Ziese**, Thomas (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin 2009.

**Böhnisch**, Lothar: Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung. Weinheim Basel 2012.

**Böhnisch**, Lothar & **Lenz**, Karl & **Schröer**, Wolfgang: Sozialisation und Bewältigung. Eine Einführung in die Sozialisationstheorie der zweiten Moderne. Weinheim München 2009.

**Böhnisch**, Lothar & **Schröer**, Wolfgang & **Thiersch**, Hans: Sozialpädagogisches Denken. Wege zu einer Neubestimmung. Weinheim und München 2005.

**Börsch-Supan**, Axel: Ökonomische Auswirkungen des demografischen Wandels. In: APuZ , Aus Politik und Zeitgeschichte, Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, 10-11/2011,7.März 2011, S.19-26.

**Buchen**, Sylvia & **Maier**, Maja S. (Hrsg.): Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel. Wiesbaden 2008.

**Dieck**, Margret: Altenpolitik. In: Oswald, Wolf D. & Lehr, Ursula & Sieber, Cornel & Kornhuber, Johannes (Hrsg.): Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe. S. 23-37, Stuttgart 1993.

**Dörries**, Bernd: Gauck fordert Debatte über Altersarmut. In: Süddeutsche Zeitung Nr.231, Samstag/Sonntag, 6./7. Oktober 2012, S.7.

**Gerling**, Vera & **Naegele**, Gerhard: Alter, alte Menschen. In: Otto, Hans – Uwe & Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. S.30-40, München Basel 2005.

**Grunwald**, Klaus & **Thiersch**, Hans: Lebensweltorientierung. Zur Entwicklung des Konzepts Lebensweltorientierte Soziale Arbeit, In: Otto, Hans-Uwe & Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. S.1136-1148, München Basel 2005.

**Kade**, Sylvia: Individualisierung und Älterwerden – der paradoxe Weg in die Moderne. In: Kade, Sylvia (Hrsg.): Individualisierung und Älterwerden. S.17-44, Bad Heilbrunn 1994.

**Kade**, Sylvia: Individualisierung und Älterwerden. Bad Heilbrunn 1994.

**Kroll**, Lars Eric & **Ziese**, Thomas: Kompression oder Expansion der Morbidität? In: Böhm, Karin & Tesch-Römer, Clemens & Ziese, Thomas (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. S.105-112, Berlin 2009.

**Kruse**, Andreas: Das letzte Lebensjahr. Zur körperlichen, psychischen und sozialen Situation des alten Menschen am Ende seines Lebens. Stuttgart 2007.

**Kruse**, Andreas & **Wahl**, Hans-Werner: Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen. Heidelberg 2010.

**Lehr**, Ursula: Psychologie des Alterns. Wiebelsheim 2000.

**Lehr**, Ursula: Alternstheorien. Einführung. In: Oswald, Wolf D. & Lehr, Ursula & Sieber, Cornel & Kornhuber, Johannes (Hrsg.): Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe. S.19, Stuttgart 2006.

**Mader**, Wilhelm: Emotionalität und Individualität im Alter – Biographische Aspekte des Alterns. In: Kade, Sylvia (Hrsg.): Individualisierung und Älterwerden. S.95-114, Bad Heilbrunn 1994.

**Mader**, Wilhelm: Altwerden in einer alternden Gesellschaft? – Auf dem Wege zu pluralen Altersstrukturen. In: Mader, Wilhelm (Hrsg.): Altwerden in einer alternden Gesellschaft. Kontinuität und Krisen in biographischen Verläufen. S. 13– 36, Opladen 1995.

**Mader**, Wilhelm (Hrsg.): Altwerden in einer alternden Gesellschaft. Kontinuität und Krisen in biographischen Verläufen. Opladen 1995.

**Maier**, Maja S.: Familien, Freundschaften, Netzwerke. Zur Zukunft persönlicher Unterstützungsbeziehungen. In: Buchen, Sylvia & Maier, Maja S. (Hrsg.): Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel. S.219-235, Wiesbaden 2008.

**Mayer** et al: Gesellschaft, Politik und Altern. In: Baltes Paul B. & Mittelstraß, Jürgen & Staudinger, Ursula M. (Hrsg.): Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie. S.721-757, Berlin New York 1994.

**Mayer**, Tilmann: Demografiepolitik – gestalten oder verwalten? In: APuZ , Aus Politik und Zeitgeschichte, Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, 10-11/2011,7.März 2011, S.11-18.

**Meier-Baumgartner**, Hans Peter & **Dapp**, Ulrike & **Anders**, Jennifer: Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Ein neuartiges Präventivprogramm für Senioren. Stuttgart 2006.

**Naegele**, Gerhard: Arbeitnehmer im Alter. In: Oswald, Wolf D. & Lehr, Ursula & Sieber, Cornel & Kornhuber, Johannes (Hrsg.): Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe. S.110-113, Stuttgart 2006.

**Naegele**, Gerhard & **Tews**, Hans Peter (Hrsg.): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Alternde Gesellschaft – Folgen für die Politik. Opladen 1993.

**Olbrich**, Erhard: Kompetenz im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie 20, S.319-330, Darmstadt 1987.

**Oswald**, Wolf D. & **Lehr**, Ursula & **Sieber**, Cornel & **Kornhuber**, Johannes (Hrsg.): Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe. Stuttgart 2006.

**Otto**, Hans – Uwe & **Thiersch**, Hans (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. München Basel 2005.

**Otto**, Ulrich: Altenarbeit. In: Otto, Hans-Uwe & Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. S.11-20, München Basel 2005.

**Pasero**, Ursula & **Backes**, Gertrud M. & **Schroeter**, Klaus R. (Hrsg.): Altern in Gesellschaft. Ageing – Diversity – Inclusion. Wiesbaden 2007.

**Pohlmann**, Stefan: Sozialgerontologie. München 2011.

**Prantl**, Heribert: Zeitenwende. In: Süddeutsche Zeitung Nr. 243, Samstag/Sonntag, 20./21. Oktober 2012, S.11.

**Schachtner**, Christel: Störfall Alter. Für ein Recht auf Eigen – Sinn. Frankfurt am Main 1988.

**Schachtschabel**, Dietrich O. & **Maksiuk**, Tatiana: Biologisch – genetische Alternstheorien. In: Oswald, Wolf D. & Lehr, Ursula & Sieber, Cornel & Kornhuber, Johannes (Hrsg.): Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe. S. 20, Stuttgart 2006.

**Schulze Eldowy**, Gundula: Berlin in einer Hundenacht. Berlin on a Dog's Night. Leipzig 2011.

**Schütz**, Benjamin & **Wurm**, Susanne: Wie wichtig ist Prävention? In: Böhm, Karin & Tesch-Römer, Clemens & Ziese, Thomas (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. S.160-166, Berlin 2009.

**Schwentker**, Björn & **Vaupel**, James W.: Eine neue Kultur des Wandels. In: APuZ , Aus Politik und Zeitgeschichte, Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, 10-11/2011,7.März 2011, S. 3-10.

**Schweppe**, Cornelia: Alter und Sozialpädagogik –Überlegungen zu einem anchlussfähigen Verhältnis, In: Schweppe, Cornelia (Hrsg.): Alter und Soziale Arbeit. Theoretische Zusammenhänge, Aufgaben- und Arbeitsfelder. S.32-46, Baltmannsweiler 2005.

**Schweppe**, Cornelia (Hrsg.): Alter und Soziale Arbeit. Theoretische Zusammenhänge, Aufgaben- und Arbeitsfelder. Baltmannsweiler 2005.

**Shakespeare**, William: König Lear. Frankfurt am Main 2009.

**Sieber**, Cornel: Medizinische Alternstheorien. In: Oswald, Wolf D. & Lehr, Ursula & Sieber, Cornel & Kornhuber, Johannes (Hrsg.): Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe. S. 30-31, Stuttgart 2006.

**Statistik Arbeitsagentur**. In: <http://statistik.arbeitsagentur.de>, 20.11.2012.

**Tesch-Römer, Clemens & Engstler, Heribert & Wurm, Susanne** (Hrsg.): Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden 2006.

**Tews, Hans – Peter**: Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters, In: Naegele, Gerhard & Tews, Hans Peter (Hrsg.): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Alternde Gesellschaft – Folgen für die Politik. S.15-42, Opladen 1993.

**Tews, Hans-Peter**: Soziologie des Alterns. Heidelberg 1979.

**Wahl, Hans-Werner & Heyl, Vera**: Gerontologie – Einführung und Geschichte. Stuttgart 2004.



## Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt sowie alle Stellen, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken entnommen wurden, als Entlehnung kenntlich gemacht habe.

Leipzig, den 18. Januar 2013

Sylke Claus