

6 ERGEBNISSE DER INHALTSANALYTISCHEN AUSWERTUNG

Die Analyse ausgewählter Befunde der gerontologischen Grundlagenforschung erfolgt mit dem Ziel, relevante wissenschaftliche Erkenntnisse für die Rehabilitation zu ermitteln, die eine Klärung offen gebliebener Fragen der empirischen Diskussion des vorangegangenen Kapitels ermöglicht. Die Auswertung, die auch unter Berücksichtigung der Patientenperspektive durchgeführt wird, dient letztendlich der Weiterentwicklung des Theoriemodells. Die Deskription orientiert sich strukturell am Theoriemodell der Rehabilitation (Gerdes/ Weis 2000) mit seinen sieben Dimensionen: Gesundheitsstörung [6.1], Aktivität(störung) [6.2], persönliche Ressourcen [6.3], Bewältigungsprozesse [6.4], Gesundheitsverhalten [6.5], Umweltfaktoren [6.6] und Partizipation [6.7]. Dabei werden die inhaltsanalytischen Ergebnisse auf die Dimensionen übertragen und in diesem Rahmen detailliert unter Hinzunahme von gerontologischen und geriatrischen Theorieansätzen beschrieben. Gleichzeitig werden bestehende Verknüpfungen zwischen den Dimensionen überprüft und neue Zusammenhänge abgeleitet.

6.1 Gesundheitsstörungen aus geriatrischer Perspektive

Die Erkenntnisse der Geriatrie weisen auf die Notwendigkeit einer differenziellen Beurteilung der Gesundheit und ihrer Störungen im Alter hin, welche wiederum durch bestimmte Begrifflichkeiten charakterisiert werden. Beeinträchtigungen auf organisch-somatischer und psychischer Ebene durch »alternstypische« Einbußen bei Erreichen eines durchschnittlichen Lebensalters fallen unter den Begriff des »**normalen Alterns**«, was allerdings nicht gleichbedeutend mit »natürlich«, unabänderlich oder nicht änderungsbedürftig gesetzt werden sollte. Eine Steigerung im Sinne eines »optimalen« Alterungsprozesses ist unter günstigen Voraussetzungen durchaus möglich. Dieser ist gekennzeichnet durch eine überdurchschnittliche organische Funktionstüchtigkeit und höhere subjektive Lebensqualität (Gerok/ Brandtstädter 1992).

Demgegenüber steht das »**krankhafte Altern**«, welches durch Leistungseinbußen und Funktionseinschränkungen charakterisiert ist. Zugleich führt es zu einer eingeschränkten Lebensqualität, verbunden mit einer unterdurchschnittlichen, also verkürzten Lebensspanne (BMFSFJ 2001a). Körperliche Krankheiten im Alter sind zwar ein Risikofaktor für Funktionseinbußen, führen jedoch nicht automatisch zur Hilfsbedürftigkeit (Steinhagen-Thiessen/ Borchelt 1996). Auch wenn sich pathologische Aspekte von nicht-pathologischen Aspekten des Alterungsprozesses trennen lassen, bedingen sie einander (Gerok/ Brandtstädter 1992).

Sowohl in der Theorie als auch in der Praxis erweist sich eine Abgrenzung zwischen normalem, optimalem und krankhaftem Altern als schwierig. Einerseits erfolgt die Bewertung nach sozialen Konventionen, Wertmaßstäben und Normalitätsvorstellungen, die einem histori-

*schen Wandel unterliegen*¹ (BMFSFJ 2001a; Gerok/ Brandtstädter 1992). Andererseits kann die Zuweisung in Abhängigkeit von den zu bewertenden (biomedizinischen, psychischen, sozialen oder kognitiven) Aspekten variieren, obwohl sie in eine Gesamtbewertung einfließen sollten (Gerok/ Brandtstädter 1992). Die Einordnung der im Einzelfall zu beobachtenden Veränderungen in normale oder pathologische Alterungsprozesse wird bei dem „komplexen Zusammenspiel zwischen Biologie und Kultur bzw. zwischen Merkmalen der Person sowie Merkmalen ihrer räumlichen, sozialen und institutionellen Umwelt“ (Kruse/ Schmitt 2002, S. 207f.) immer eine Unschärfe aufweisen.

Die Kennzeichen **altersphysiologischer Veränderungen** sind „fortschreitende Verluste in der Vitalkapazität des Organismus, in Adaptations- und Kompensationsreserven sowie in den einzelnen Organ- und Funktionssystemen“ (Kruse/ Schmitt 2002, S. 208). „Eine verringerte Funktionsreserve der Organe, [...], eine Abnahme der Muskelfasern und Kapillaren bei gleichzeitiger Zunahme des Bindegewebes, biochemische Veränderungen der Faserbestandteile und der Grundsubstanz des Bindegewebes, eine Abnahme des Mineralgehaltes des Skeletts, eine Trübung der Augenlinse sowie der Verlust des Hörvermögens für hohe Frequenzen stellen bedeutsame altersgebundene biologisch-physiologische Veränderungen dar“ (ebd.). Bezogen auf den orthopädischen Bereich lassen sich folgende Veränderungen am Bewegungsapparat beobachten: Abnahme der Skelettmuskeln, geringere Dehnbarkeit der Bänder, Sehnen, Muskeln, Abnahme des Mineralstoffgehaltes der Knochen, Abnahme der Gelenkbeweglichkeit. Altersphysiologische Veränderungen müssen als gesundheitliche Risiken des Alters aufgefasst werden, da sie z. B. am Bewegungsapparat eine geringere Beweglichkeit (Demobilisierung) und Kraft sowie eine erhöhte Anfälligkeit für Knochenbrüche hervorrufen können (BMFSFJ 2001a; Kruse/ Schmitt 2002).

Die hier beschriebenen altersphysiologischen Abweichungen treten innerhalb altersgleicher Gruppen sowohl quantitativ als auch qualitativ in einer großen Variabilität auf. Dafür sind nicht nur altersabhängige Prozesse, sondern auch altersunabhängige Faktoren [vgl. Kapitel 6.5] verantwortlich (Gerok/ Brandtstädter 1992); dazu gehören:

- „genetische Information;
- Anzahl, Art und (Einwirkungs-) Dauer von Risikofaktoren [...] und Erkrankungen in allen Lebensabschnitten;
- die Art und das Ausmaß körperlicher Aktivität in früheren Lebensaltern und im Alter sowie
- Anreigungsgehalt der Umwelt hinsichtlich der Förderung von Aktivität, Mobilität und Kompetenz im gesamten Lebenslauf“ (Kruse/ Schmitt 2002, S. 208).

¹ Kernaussagen der Inhaltsanalyse sind kursiv hervorgehoben.

Die daraus zu schließende wesentliche Erkenntnis ist, dass *Alter nicht mit Krankheit gleichgesetzt werden darf, jedoch im höheren Alter immer mehr Krankheiten auftreten können, dies aber nicht zwangsläufig der Fall ist* (BMFSFJ 2001a). *Darüber hinaus ist bedeutsam, dass große interindividuelle Unterschiede hinsichtlich des Zeitpunktes, des Einsetzens und der Geschwindigkeit physiologischer Alterungsprozesse zu beobachten sind* (Kruse/ Schmitt 2002).

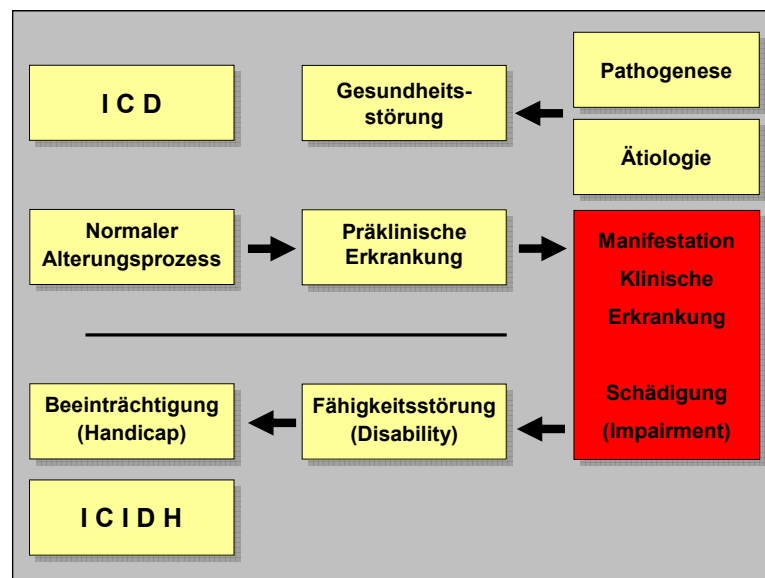
Für **pathologische Alterungsprozesse** haben bereits 1994 Zurcher und Slagboom eine Klassifizierung entwickelt. Nach dieser Typologie lassen sich fünf Kategorien unterscheiden.

- (1) Einige altersabhängige Veränderungen und Erkrankungen, wie z. B. die Abnahme der Knochenfestigkeit und -elastizität (Osteopenie), die Osteoarthritis und das senile Emphysem betreffen alle Individuen mehr oder weniger stark ausgeprägt. Mit zunehmendem Alter und allmählich wachsendem Schweregrad gehen die zunächst physiologischen Veränderungen zu einem bestimmten Zeitpunkt durch das Zusammenwirken mit anderen Faktoren oder Lebensumständen in eine manifeste klinische Erkrankung über. Ab wann eine Zuschreibung als Krankheit erfolgt, unterliegt der jeweils gültigen Definition (s. o.). In dieser Kategorie besteht die Möglichkeit, aufgrund einer hohen Plastizität (Trainierbarkeit, Beeinflussbarkeit) der Prozesse durch entsprechende Verhaltens- und Lebensweisen Einfluss zu nehmen.
- (2) Altersbezogene Erkrankungen weisen mit zunehmendem Alter eine exponentiell ansteigende Inzidenz auf, da sie erst im Alter nach einer langen präklinischen Latenzzeit in Erscheinung treten, also klinisch manifest werden. Diese Erkrankungen, zu denen z. B. Krebserkrankungen gehören, können in der Regel nicht sehr viel früher entdeckt werden. Für die Entstehung und/ oder Promovierung scheinen ebenfalls exogene Faktoren mit verantwortlich.
- (3) Erkrankungen, die in jedem Lebensalter auftreten, wie z. B. eine schwere Lungenentzündung nach Influenzainfektion, verlaufen im Alter aufgrund der altersbezogenen Abnahme homöostatischer Regulationsmechanismen nicht physiologisch. Sie treten mit einem erhöhten Schweregrad auf und enden nicht selten fatal.
- (4) Durch ungenügende Reparaturmechanismen sind bei alten Menschen Folgen von nicht oder nicht vollständig ausgeheilten Erkrankungen oder Schädigungen, wie z. B. ein alter Herzinfarkt oder Taubheit, häufiger zu beobachten.
- (5) Die Ursache chronischer, nicht tödlicher Erkrankungen findet sich häufig bereits in jüngeren Jahren. Je länger die Lebenszeit ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass es zur Manifestation dieser nicht altersabhängigen Erkrankungen, wie z. B. chronische Hauterkrankungen, bzw. zur Ausbildung von weiteren Gesundheitsstörungen kommt. In

dieser Kategorie ist die Zeit selbst der bestimmende Faktor für die Exposition (Schmidt et al. 1996; Walter et al. 1999).

Aus geriatrischer Sicht werden alle Ebenen von Krankheit parallel betrachtet [vgl. Abbildung 51]. So ist eine Akutbehandlung von älteren Patienten ohne eine gleichzeitige Behandlung von Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen nicht angemessen (Pientka 2001).

Abb. 51: Krankheit im Alter – Nosologisches und funktionelles Modell



Quelle: Pientka 2001, S. 39

Die für die physiologischen Alterungsprozesse beschriebenen interindividuellen Unterschiede zeigen sich auch im Verlauf von Krankheiten. Ursachen für unterschiedliche Verläufe sind einerseits intrinsische und andererseits extrinsische Faktoren. Die Entwicklung von Krankheiten und die zueinander in einem Verhältnis wechselseitiger Beeinflussung stehenden Funktionsverluste (Runge/ Rehfeld 1995) können durch diese Faktoren sowohl einen positiven als auch einen negativen Verlauf nehmen. Am Beispiel des Bewegungsapparates werden die Ursachen von interindividuellen Verläufen deutlich. Es zeigen sich z. B. deutliche Geschlechterunterschiede beim Verlust von Knochengewebe (intrinsische Faktoren). Die altersabhängigen Prozesse der Skelettalterung können hingegen durch körperliche Aktivität und Beanspruchung des Skelettsystems, d. h. durch extrinsische Faktoren positiv beeinflusst werden (BMFSFJ 2001a).

Die hier aufgezeigte, mit dem Alter zunehmende interindividuelle Variabilität objektiver Krankheitszeichen und subjektiver Befindensstörungen ist durch unterschiedliche pathologische Alterungsprozesse und unterschiedliche Krankheitsverläufe geprägt.

Im Alter kommt der individuellen Betrachtung von Krankheit im Alter eine besondere Bedeutung zu. Einschränkungen, wie z. B. die des Bewegungsapparates, müssen unter dem Einfluss von weiteren Erkrankungen gesehen werden. So ist ein wesentliches Kennzeichen des älteren Patienten das gleichzeitige Vorliegen mehrerer, häufig chronischer Krankheiten: Etwa 30% haben fünf und mehr Diagnosen. Dieses Phänomen hat sich unter dem Begriff der **Multimorbidität** in die Geriatrie etabliert. *Das Nebeneinander von verschiedenen Krankheiten kann auch zeitlich versetzt auftreten und führt häufig zu einem sehr komplexen Muster von Krankheiten. Die verschiedenen chronischen Krankheiten des älteren Menschen beeinflussen sich wechselseitig und interagieren vielfach miteinander.* Die Festlegung einer Hauptdiagnose erweist sich unter diesen Umständen häufig als problematisch (BMFSFJ 2002a). Bedeutsam sind auch Schwierigkeiten, welche sich aus einer Vielzahl von Symptomen ergeben. Entscheidend ist die Beurteilung der Bedeutung der einzelnen Erkrankungen im Rahmen der Multimorbidität (Lang 1999).

Auch wenn sich durch Multimorbidität nicht alle krankheitsbezogenen Belastungen vervielfachen, so vergrößert sich infolgedessen doch die Anzahl der beeinträchtigten Lebensbereiche (Salewski, 1997). Somit gilt Multimorbidität u. a. als eine wichtige Erklärung für die Entstehung und Entwicklung von Behinderungen im Alter (Lalu/ Schmitz-Scherzer 2002). In Kombination mit einer veränderten Adaptationsfähigkeit kann es zu Problemen wie der »Immobilität« kommen, welche wiederum mit Gefahren, wie z. B. Kontrakturen, Muskelatrophien, Osteoporose, Dekubitus, Pneumonien, Thrombose und Inkontinenz verbunden ist (Steinhagen-Thiessen et al. 1992). Darüber hinaus wird die Multimorbidität von einer häufigen Arzneimittelanwendung begleitet; über ein Drittel der älteren Patienten nehmen fünf und mehr Medikamente ein (BMFSFJ 2002a).

Zusammengefasst lässt sich der »geriatriche Patient« wie folgt charakterisieren: ein hohes biologisches Alter, das Leiden an mehreren Erkrankungen (Polypathie, Multimorbidität) sowie das Vorliegen einer unspezifischen Symptomatik, längere Krankheitsverläufe, eine verzögerte Genesung, eine veränderte Reaktion auf Medikamente und u. U. ein Demobilisierungssyndrom (Steinhagen-Thiessen et al. 1992).

Multimorbidität bedeutet auch das Nebeneinander von *mehreren chronischen und meist irreversiblen Krankheiten*, die den älteren Menschen bis an sein Lebensende begleiten. *Es ist davon auszugehen, dass der Schweregrad mit steigendem Alter progredient ist, d. h., dass sich der Gesamtzustand weiter verschlechtern wird (BMFSFJ 2002a).* Chronisch kran-

ke Menschen weisen ein charakteristisches Krankheitsverhalten auf, das sich durch Merkmale wie zunehmende Passivität und Hilflosigkeit, Verlust an Selbsthilfemöglichkeiten und zunehmende Abhängigkeit vom Versorgungssystem auszeichnet (Paar et al. 2003). *In aller Regel wird bis ans Ende des Lebens eine umfassende medizinische Behandlung benötigt.* Für den älteren Patienten stellen diese Aspekte im Hinblick auf die für ihn wichtige Selbstständigkeit ein nicht unerhebliches Problem dar.

Für diese chronischen Alterskrankheiten liegt ebenfalls eine Klassifikation vor [vgl. Tabelle 22], in der diese hinsichtlich ihrer Lebensgefährlichkeit, ihres Gefährdungspotenzials und ihrer Zugänglichkeit für präventive Interventionen geordnet werden. Letzteres Klassifizierungskriterium ist u. a. für die Rehabilitation bedeutsam. Eine klare Abgrenzung zwischen den Klassifikationskriterien ist nicht immer möglich.

Tab. 22: Klassifikation chronischer Alterskrankheiten

Chronische Krankheiten	Beispiele	Zugänglichkeit für Prävention
Lebensbedrohliche Krankheiten, die durch Ausschaltung von Risikofaktoren beeinflussbar sind.	Diabetes mellitus Typ II, Arteriosklerose und Folgeerkrankungen: Angina pectoris, Herzinfarkt, Leberzirrhose, Schlaganfall	Die Manifestation dieser Krankheiten kann durch Ausschluss von Risikofaktoren verhindert oder zeitlich verzögert werden.
Nicht lebensbedrohliche Krankheiten, die durch Ausschaltung von Risikofaktoren beeinflussbar sind.	Osteoporose, Muskelschwäche, Magengeschwüre	Durch präventive Maßnahmen kann das Auftreten verhindert bzw. zeitlich verzögert werden.
Nicht lebensbedrohliche Erkrankungen und Veränderungen ohne bekannte Risikofaktoren.	grauer Star, Hörverlust, Demenz, Inkontinenz, Parkinsonsche Erkrankung	Eine Prävention ist zurzeit aufgrund mangelnden ätiologischen Wissens nicht möglich, lediglich eine symptomatische Therapie kann die Ausprägung der Symptome vermindern.

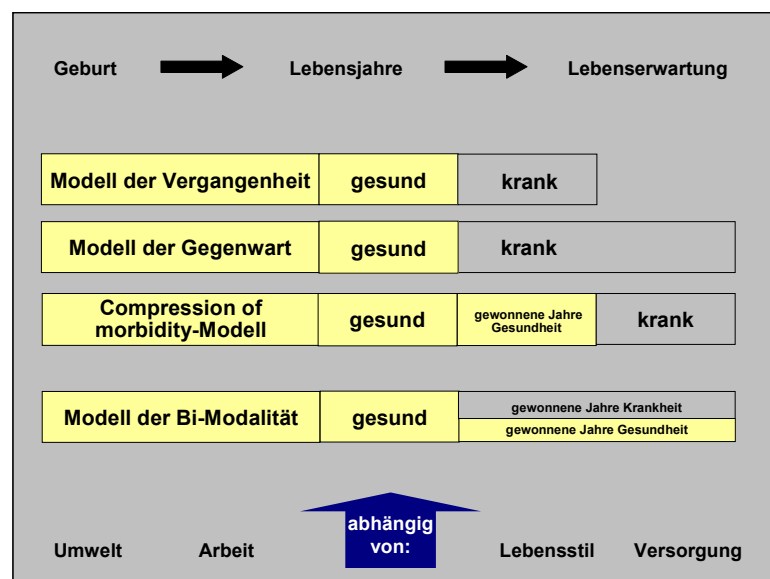
Quelle: Gerok/ Brandtstädter 1992

Auf der Annahme, dass grundsätzlich die Möglichkeit von Einflussnahme besteht – wie in der Klassifikation chronischer Krankheiten deutlich wird – basiert das **Modell compression of morbidity**. *Fries hat schon 1980 auf die prinzipielle Möglichkeit einer »Kompression der Morbidität« durch geeignete Veränderungen und Optimierung der Lebensweise hingewiesen.* Davon ausgehend, dass Alter und Krankheit nicht zwangsläufig zusammen auftreten müssen, kann, dem Modell entsprechend, die durch Krankheit und Behinderung gekennzeichne-

te Lebensphase verkürzt werden (Steinhagen-Thiessen et al. 1999). Ausgehend von einer biologisch festgelegten Lebensspanne geht es Fries weniger um Heilung als um das Hinausschieben der manifesten Phasen chronischer Erkrankungen. Weitere sich daraus ableitende Grundsätze sind: Förderung der Lebensqualität statt der Lebensdauer, das möglichst gesunde Erleben der maximal erreichbaren Dauer der Lebensspanne und das Halten von relativ unvermeidlichen therapieresistenten chronischen Erkrankungen in einer vorsymptomatischen Phase (Garms-Homolová 1991). Längere Lebenserwartung erscheint nur dann erstrebenswert, wenn der Vitalitätsverlust erst kurz vor dem Ende des Lebens eintritt und so ein längeres Leben in Gesundheit und Wohlbefinden ermöglicht wird (Lang 1999).

Das Modell der »compression of morbidity« würde damit das »Modell der Gegenwart« [vgl. Abbildung 52] ablösen. Dieses ist gekennzeichnet durch die Zunahme der absoluten Lebenserwartung, ausgelöst durch die Eindämmung schicksalhafter Erkrankungen, jedoch mit dem Preis der »expansion of morbidity« (Pientka 2001).

Abb. 52: Chancen auf ein gesünderes Altern



Quelle: Deutscher Bundestag, 1994, S. 497

Die als »Medikalisierungsthese« bekannte Prognose, dass die Wahrscheinlichkeit von Morbidität auch in Zukunft steigen wird, verbunden mit funktionellen Einschränkungen und der Gefahr von Pflegebedürftigkeit, steht als pessimistische Gegeneinschätzung zur Annahme von Fries. Als Synthese beider Modelle wird das Konzept der »Bi-Modalität« betrachtet. Die langfristige Verbesserung des Gesundheitszustandes künftiger Altersgenerationen führt

einerseits zur Zunahme gesunder, aktiver älterer Menschen. Andererseits nimmt jedoch der Anteil behinderter, gesundheitlich eingeschränkter und pflegebedürftiger Menschen zu, wenn sich das Gesundheitsverhalten nicht entscheidend verändert (Deutscher Bundestag 1994, 2001). Die theoretisch begründeten Vorhersagen wurden bisher empirisch vernachlässigt. Positive Befunde aus Frankreich belegen gleichwohl eine größere Zunahme der Lebenserwartung in behinderungsfreiem Zustand als die der generellen Lebenserwartung (Schmidt et al. 1996).

Im Modell der »Bi-Modalität«; wie auch in dem der »compression of morbidity«; ist eine zeitliche Verkürzung der Morbidität vor dem Tod eine wesentliche Zielsetzung optimierender Interventionen und der Prävention (Gerok/ Brandtstädter 1992). Nicht nur im Hinblick auf ihre Zugänglichkeit für Präventionsmaßnahmen nehmen chronische Erkrankungen eine besondere Stellung ein. Sie zeichnen sich durch **emotionale Belastungen** aus, von denen ein hoher Bedrohungsgrad ausgehen kann, z. B. durch den Vertrauensverlust in die Funktionstüchtigkeit des eigenen Körpers und in die psychische Funktionstüchtigkeit der Person. Das resultierende körperliche, psychische und soziale Schonverhalten und die durch die Krankenrolle eingeschränkten sozialen Beziehungen können zum Bruch in der sozial-emotionalen Kontinuität des Lebens führen. Die Sicht des chronisch Kranken auf eine eingeschränkte Lebensqualität löst eine Betroffenheit der Person in ihrer Ganzheit des Selbst und deren Identität aus. Mitunter führt der Leidensdruck bzw. die erlebte Bedrohung zu einer Tendenz; Entlastung zu suchen z. B. durch den Missbrauch von Medikamenten bis hin zur Abhängigkeitsgefährdung (Hermann 1997; Paar et al. 2003; Schröder 2001).

Chronische organische Erkrankungen und Behinderungen führen also nicht nur zur körperlichen Beeinträchtigung, sie können für den Patienten auch tief greifende psychische Belastungen und soziale Einschnitte mit sich bringen (Greul 1995).

Wie sich diese psychosozialen Belastungsaspekte im Alter auswirken, scheint bisher wenig thematisiert. Steinhagen-Thiessen et al. vermuten, dass die subjektive Bedeutung einer chronischen Erkrankung zu Beginn zwar groß sein kann, sich aber im Verlauf durch Gewöhnung immer mehr relativiert, also an Bedeutung verlieren kann¹. Ebenso ist auch denkbar, „dass zunächst als relativ unbedeutend eingeschätzte körperliche Beschwerden mit den Jahren zunehmend an Bedeutung gewinnen und immer stärker Einfluss auf die subjektive Wahrnehmung nehmen“ (Steinhagen-Thiessen et al. 1999, S. 287).

Wesentlich umfangreicher stellt sich die Befundlage hinsichtlich der **subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes** alter Menschen dar. Diese Frage ist eine fest verankerte und wichtige Komponente der Altersforschung und ermöglicht, die individuelle Bedeutung

¹ Möglicher Erklärungsansatz für die in den eigenen Befunden beobachtete hohe Stabilität der psychischen Gesundheit bei Patienten mit einer lang andauernden chronifizierten Erkrankung.

von Krankheit im Alter zu erfassen (Steinhagen-Thiessen et al. 1999). *Das auffälligste Merkmal beim alten Menschen ist die Diskrepanz zwischen objektivem Gesundheitszustand und subjektiver Gesundheitseinschätzung. Es zeigt sich, dass es im Allgemeinen einen Zusammenhang zwischen „objektiver“ und „subjektiver“ Gesundheit gibt; dieser Zusammenhang ist aber nicht linear* (Borchelt et al. 1996).

Erstmals wurden erhebliche Unterschiede zwischen objektiver und subjektiver Gesundheitseinschätzung in der Bonner Gerontologische Längsschnittstudie (BOLSA) beobachtet. Die Berliner Altersstudie (BASE) bestätigte und ergänzte die vorliegende Befundlage. Auch in der aktuellen Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) ließen sich die Ergebnisse weitgehend replizieren (Wahl/ Kruse 1999). In der ILSE-Studie lag z. B. die Übereinstimmung zwischen objektivem Gesundheitszustand und subjektiver Gesundheitseinschätzung bei etwa 50%.

Bei der Gesundheitseinschätzung gibt es sowohl subjektive Über- wie Unterschätzung, häufiger allerdings Überschätzung. Studien belegen einen Optimismus in der Einschätzung der Gesundheit – also im Gegensatz zu objektiven medizinischen Befunden eine eher positive Selbsteinschätzung. Der subjektive Gesundheitszustand bleibt weitgehend stabil, während sich der objektive Gesundheitszustand zunehmend verschlechtert (Wahl/ Kruse 1999). Mit anderen Worten, die Antworten von 70-Jährigen unterscheiden sich trotz einer negativen Entwicklung der körperlich-organischen und der körperlich-funktionellen Gesundheit nicht von denen der über 90-Jährigen.

Bei älteren Menschen fällt laut BASE mit steigendem Alter der **subjektive Vergleich** zu gleichaltrigen Personen immer häufiger zugunsten der eigenen Gesundheit aus, korreliert also positiv mit dem eigenen Alter. Vergleichsprozesse beziehen sich demnach vorwiegend auf Personen, denen es schlechter geht. Daraus resultiert eine positivere Selbsteinschätzung. Jedoch wird mit zunehmendem Alter die intraindividuelle Veränderung der eigenen Gesundheit vermehrt negativ empfunden, der Vergleich zur vergangenen Zeit fällt zunehmend schlechter aus. Die Verknüpfung der positiven Einschätzung der zurückliegenden Gesundheit mit einer geringeren Erwartung an die zukünftige Gesundheit scheint die Wahrnehmung von Änderungen der eigenen Situation zu verkleinern (Borchelt et al. 1996; Steinhagen-Thiessen et al. 1999).

Diese Forschungsergebnisse – *dass „der Zusammenhang zwischen objektiver und subjektiver Gesundheit mit zunehmendem Alter immer schwächer wird [und, dass] sich die zugrunde liegenden subjektiven Vergleichsprozesse mit dem Altern gegensinnig entwickeln“* (Borchelt et al. 1996, S. 470) – sind auch unter dem Begriff des »Altersinvarianz-Paradoxon« globaler subjektiver Einschätzungen bekannt geworden (Steinhagen-Thiessen et al. 1999). Das heißt,

es „nimmt die Subjektivität der Einschätzungen mit dem Alter zu, die Beeinflussung durch objektive Gesundheit und psychosoziale Faktoren ab“ (Borchelt et al. 1996, S. 470)¹. Diese Ergebnisse lassen die Vermutung zu, dass sich die Art, wie objektive gesundheitliche Beeinträchtigungen bewertet werden, mit dem Alter verändert und im Vergleich zu jüngeren Personen andere Kriterien zugrunde gelegt werden [vgl. Kapitel 6.4] (Steinhagen-Thiessen et al. 1999).

Ein weiteres Ergebnis ist, dass nicht die Tatsache des Krankseins, sondern vor allem die Art der Erkrankung einen entscheidenden Einfluss auf die subjektive Gesundheit hat (Lampert/Wagner 1998). Der die Befindlichkeit störenden Krankheiten, wie z. B. Erkrankungen des Bewegungsapparates, wird ein größeres Gewicht beigemessen als unmittelbar vitalitätsbedrohenden, beispielsweise einer mittelschweren Koronarinsuffizienz (Lang 1999). Umso erstaunlicher ist, dass die subjektive Gesundheit einen hohen Prognosewert für Mortalität aufweist, sogar einen besseren Prädiktor für Mortalität darstellt als objektive medizinische Befunde (Tesch-Römer 2002).

Erklärungen für die bessere Vorhersagekraft sind wohl in den positiven Korrelationen mit Aktivität, Stimmungslage, Selbstbild und der allgemeinen Zufriedenheit zu suchen. In der BOLSA konnte gezeigt werden: Diejenigen, die sich subjektiv gesund fühlen, auch wenn sie objektiv als »krank« eingestuft wurden, zählten eher zu den Langlebigen und waren die Aktiveren, in körperlicher wie auch in geistiger Hinsicht sowie in Problemsituationen. Bei den subjektiv Kranken, auch ohne auffällige Diagnosen, sanken die Aktivitätsscores in körperlichen, geistigen und sozialen Bereichen sowie in Belastungssituationen. Sie gehörten nicht zu der Gruppe der »survivors« (Lehr 1997).

Ebenso konnten in der ILSE Beziehungen zu bestimmten Persönlichkeitsvariablen wie Aktivität, positiver Zukunftsbezug, positive Stimmungslage, positives Selbstbild und Zufriedenheit mit sozialen Kontakten herausgestellt werden. Positivere Einstellungen fanden sich bei den objektiv und subjektiv Gesünderen. Hier wird explizit auf eine mögliche Wechselwirkung sowie gegenseitige Beeinflussung und Verstärkung hingewiesen, die einen negativen Einfluss auf den körperlichen Zustand bei einer pessimistischen Haltung zur Folge hat (Lehr 1997).

Ein wichtiger gerontologischer Beitrag ist auch die Klärung der **Beziehungen zwischen objektivem bzw. subjektivem Gesundheitszustand** und subjektivem Wohlbefinden [vgl. Kapitel 6.7]. In einem Review fand Thomae 63 Studien, in denen sich zwischen der »subjektiven Gesundheit« und Zufriedenheit eine signifikante Beziehung bestätigte und lediglich 22 Studien, in denen dieser Zusammenhang nicht aufgezeigt werden konnte. Bei der »objektiven« Gesundheit ist die Befundlage nicht so eindeutig. Sieben Studien, in denen eine signifi-

¹ Möglicher Erklärungsansatz für die in dem eigenen Befinden beobachtete hohe Stabilität der psychischen Gesundheit bei Patienten der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen.

kante Korrelation zur objektiven Gesundheit nachgewiesen wurde, stehen neun Studien gegenüber, in denen dies nicht der Fall war (Thomae 2002). In der BOLSA bestanden kaum Beziehungen zwischen dem objektiven Gesundheitszustand und den Indikatoren für subjektives Wohlbefindens (Lehr 1997). Ebenso standen in der BASE die Indikatoren der objektiven Gesundheit in keiner direkten Beziehung zum Wohlbefinden.

Währenddessen bestätigen diese beiden großen Altersstudien die Beziehungen zwischen subjektivem Gesundheitszustand und subjektivem Wohlbefinden. In der Analyse der Berliner Altersstudie stellte sich die subjektive Gesundheit als stärkster Prädiktor für das subjektive Wohlbefinden heraus (Smith et al. 1996; Thomae 2002). In der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie ergab sich eine Vielzahl von Hinweisen auf die Bedeutung des subjektiven Gesundheitszustandes für Zufriedenheit, psychophysisches Wohlbefinden und Lebensqualität im Alter. Ebenso stellten Schumacher, Gunzelmann und Brähler (1996) in einer Untersuchung bei über 60-jährigen Personen den subjektiven Gesundheitszustand als wichtigen Prädiktor für Lebenszufriedenheit dar (Lehr 1997).

Abschließend lässt sich resümieren: Die subjektive Gesundheitseinschätzung ist eine zentrale Variable in der gerontologischen Forschung, welche in der Mehrzahl der Untersuchungen deutliche Einflüsse auf das allgemeine Wohlbefinden des älteren Menschen zeigt (Schöne-mann-Gieck et al. 2003).

6.2 Aktivität(sstörungen) aus gerontologischer Perspektive

In der Gerontologie existiert eine lange Tradition von Untersuchungen, die sich auf Aktivitäten, speziell auf Aktivitäten des täglichen Lebens, beziehen. Sie erweisen sich als wichtig bei der Charakterisierung von Lebensqualität im Alter, als Indikator für Rehabilitationserfolg sowie als wesentlicher Parameter für die aktive Lebenserwartung (active life expectancy) (Wahl 1998). Insbesondere dienen die Aktivitäten des täglichen Lebens der Darstellung von Kompetenz. Das **Konstrukt der Kompetenz** ist in der Gerontologie von zentraler Bedeutung und soll daher im Mittelpunkt der folgenden theoretischen Betrachtung stehen.

Kruse definiert dieses Konstrukt im Sinne von „Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung eines selbstständigen, selbstverantwortlichen und aufgabenbezogenen Lebens in einer anregenden, unterstützenden, die selbstverantwortliche Auseinandersetzung mit Aufgaben und Belastungen fördernden (räumlich, sozialen und infrastrukturellen) Umwelt“ (Wahl/ Kruse 1999, S. 457). Einerseits ist die Definition von Kompetenz auf jedes Alter anwendbar, andererseits muss sie für jedes Lebensalter konkretisiert werden, da sich Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Anforderungen im Laufe eines Lebens verändern. Kompetentes also „'Effektives' und von Menschen als 'effektiv' erfahrenes Handeln meint in

den verschiedenen Lebensaltern Unterschiedliches“ (Kruse 1996, S. 291). Es bedarf präziser Aussagen zu den charakteristischen Entwicklungsaufgaben, Anforderungen und den wesentlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die für deren Bewältigung notwendig sind (Kruse 1996).

Es werden mit dieser Sichtweise die Wechselwirkungen zwischen den an den Menschen gerichteten Anforderungen, den situations- bzw. umweltspezifischen Möglichkeiten sowie den Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Bewältigung der Anforderungen und der Nutzung von Möglichkeiten deutlich (Wahl/ Kruse 1999). Kompetenz ist damit kein unveränderbares Abstrakt, sondern situations- und ressourcenabhängig (Olbrich 1990). „Es gibt also nicht die Kompetenz, sondern Formen kompetenten Verhaltens“ (Lehr 2002, S. 37).

Aus gerontologischer Sicht dient das Konzept der Kompetenz der Beschreibung und Erklärung von Möglichkeiten einer selbstständigen und eigenverantwortlichen Lebensgestaltung des älteren Menschen (Kleinemas 1994). Es löst die lange Zeit vorherrschende Defizitperspektive des Alters ab, indem die Fähigkeiten alter Menschen hervorgehoben werden, und lenkt zugleich das Interesse auf für den Alltag älterer Menschen notwendige Kompetenzen (Wahl 1998, S. 244).

Willis (1991) versteht unter **Alltagskompetenz**: „The adult’s ability or potential to perform adequately those activities considered essential for living on one’s own“. Es geht hierbei nicht nur um die Lösungen von Alltagsproblemen, sondern um alle für die Selbstständigkeitserhaltung alltagsrelevanten Kontexte (Kleinemas 1994). Wie alte Menschen sich in diesen Kontexten verhalten, wie sie diese erleben und welche Relevanz sie haben, ist von ihren eigenen und den gesellschaftlichen Erwartungen und Zielen abhängig. Alltagskompetenz stellt damit das Resultat einer komplexen Verknüpfung von objektiven Faktoren der Person, von eigenen Zielen und Erwartungen, aber auch von gesellschaftlichen Vorgaben dar (Wahl 1998).

Eine allgemeine Definition, wie die der 3. Altenberichtscommission, die alltagspraktische Kompetenz als jene Fähigkeiten und Fertigkeiten versteht, die für die Gestaltung des Alltags und für die Bewältigung einzelner Anforderungen im Alltag bedeutsam sind (BMFSFJ 2001c), ermöglicht einen umfassenden Blick auf den Alltag alter Menschen. Mit dem »perspektivischen« Konstrukt der Alltagskompetenz besteht die Möglichkeit, sehr unterschiedliche Blickwinkel einzunehmen und gestattet damit den verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen, ihren Fokus jeweils anders auszurichten (Wahl 1998).

Die Messung der Alltagskompetenz erfolgt in der Regel durch die Erfassung von Aktivitäten des täglichen Lebens (activities of daily living – ADL bzw. instrumental activities of daily living – IADL) mit Hilfe so genannter (I)ADL-Skalen, die in unterschiedlicher Form dokumentiert sind. Dabei stehen einzelne Aktivitäten und Prozesse der Alltags- und Lebensbewältigung älterer Menschen im Mittelpunkt [vgl. Tabelle 23]. Individuelle Differenzen in der Alltagskom-

petenz, auch von Personen derselben Altersgruppe, werden mit dieser Erfassung erkennbar (Kleinemas 1994).

Tab. 23: Alltagsaktivitäten in Skalen zur Erfassung der Selbstständigkeit älterer Menschen

Tätigkeiten	Skala		
	ADL-Index	Barthel-Index	IADL-Index
	Essen	Essen	Telefonieren
	Waschen	Waschen	Besuche machen
	Baden	Baden	Besuche empfangen
	Anziehen	Anziehen	Kochen
	Toilette benutzen	Toilette benutzen	Haushalt führen
	Urin-/Stuhlkontinenz	Stuhlkontinenz	Wäsche besorgen
		Urinkontinenz	Verkehrsmittel benutzen
		s. v. Stuhl/Bett erheben	Medikamente richten
		Gehen	Finanzdisposition
		Treppensteigen	Einkaufen

Quelle: Kleinemas 1994

Die Kritik an dieser Form der ADL-Messung richtet sich darauf, dass viele situationsspezifische Kompetenzen mit diesen Aktivitäten-Katalogen nicht erfasst werden können. Dies betrifft einerseits spezifische Kompetenzen, wie beispielsweise kreative Fähigkeiten oder umfassende Kompetenzen, wie der Umgang mit schwierigen sozialen und gesundheitlichen Lebenssituationen. Andererseits bleibt unerfasst, dass auch dann noch Kompetenzen bestehen, wenn Fähigkeiten und Fertigkeiten im Sinne einer selbstständigen Lebensführung weitgehend aufgehoben sind (Thomae 2002). Auch Lehr weist darauf hin, dass „es zweifellos viele spezifische Kompetenzen, auch im Alter oder sogar erst recht im Alter (gibt), die über die Aufrechterhaltung eines selbstständigen Lebens hinausgehen“ (Lehr 2002, S. 37).

Der logische Schluss daraus ist die Unterscheidung des Konstrukts Alltagskompetenz in zwei Komponenten, in die sich das gesamte Verhaltensrepertoire, welches für die Gestaltung des Alltags notwendig ist, einteilt. Baltes et al. schlagen die Unterteilung in **basale Kompetenz** (BaCo für »basic level of competence«) und in **erweiterte Kompetenz** (Ex Co für »expanded level of competence«) vor (Baltes et al. 1996a).

Die basale Kompetenz umfasst Selbstpflegeaktivitäten und einfache instrumentelle Aktivitäten. Dazu gehören Waschen und Anziehen ebenso wie das Einkaufen oder das Nutzen eines Transportmittels. Sie umfasst also Aktivitäten aus dem ADL- und dem IADL-Index.

Die erweiterte Kompetenz setzt sich hingegen aus komplexen instrumentellen Aktivitäten, aus sozialen Aktivitäten und aus Freizeitaktivitäten zusammen. Die instrumentellen Aktivitäten, zu denen z. B. Hausarbeit gehört, und die sozialen Aktivitäten, wie Besuche machen, Besuche empfangen, entsprechen weitgehend dem IADL-Index. Deutlich darüber hinaus geht die Erfassung von Freizeitaktivitäten unterschiedlichster Art, wie Ausflüge machen, Sport treiben, ehrenamtlichen Tätigkeiten nachgehen, Theater oder Kino besuchen (Baltes et al. 1996a; BMFSFJ 2001c).

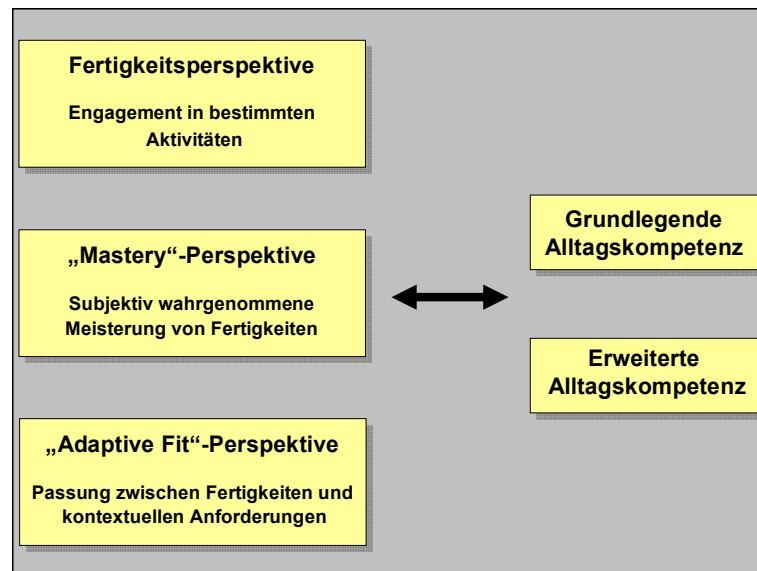
Diese gewählte Grenzziehung begründen Baltes et al. wie folgt: Basale Kompetenzen sind für das tägliche Überleben notwendig. Die dazugehörigen Aktivitäten laufen größtenteils hoch automatisiert und routinemäßig ab und sind relativ kulturunabhängig. Sie haben einen normativen Charakter und die Ausführung wird von allen Erwachsenen erwartet. Erweiterte Kompetenzen verwandeln „eine bloße Existenz in ein lebenswertes Leben“ (Baltes et al. 1996a, S. 527). Sie unterliegen individuellen Präferenzen, Motivationen und Zielen und sind damit stark kulturell beeinflusst (Baltes et al. 1996a). Basale und erweiterte Kompetenz bilden die Basis für ein selbstständiges und selbstverantwortliches Leben im Alter. Sie ermöglichen Unabhängigkeit von der Hilfe anderer Menschen sowie ein hohes Maß an Selbstbestimmung in der Alltagsgestaltung. Insbesondere die erweiterte Kompetenz dient der persönlichen Verwirklichung. Mit ihr wird das Bedürfnis nach einer sinnerfüllten und produktiven Lebensgestaltung erfüllt, welches das Gefühl vermittelt, Aufgaben und Anforderungen des Lebens meistern zu können (BMFSFJ 2001c).

Die effektive Gestaltung und Meisterung der Anforderungen des täglichen Lebens werden von Baltes et al. im **Modell der Alltagskompetenz** dargestellt. Es wird explizit darauf hingewiesen, dass sich diese Anforderungen nicht auf die Aktivitäten des täglichen Lebens im Sinne der traditionellen ADL-Literatur beschränken [s. o.]. Darüber hinaus werden drei Perspektiven von Alltagskompetenz [vgl. Abbildung 53] unterschieden. Bei der »Fertigkeitsperspektive« ist der Fokus lediglich auf die (objektive) Durchführung oder Unterlassung von Aktivitäten gerichtet. Das subjektiv wahrgenommene Meistern von Alltagskompetenzaspekten wird in der »Mastery«-Perspektive berücksichtigt. Die dritte Perspektive, die »Adaptive Fit«-Perspektive, berücksichtigt zusätzlich die jeweiligen Kontextbedingungen und beurteilt die Ausprägung der Passung zur Alltagskompetenz (Wahl 1998).

Kompetenz beschreibt damit einerseits den effektiven Umgang älterer Menschen mit Anforderungen (Fertigkeitsperspektive) in ihrer Umwelt und andererseits das Handlungserleben

hinsichtlich der Effektivität (Mastery-Perspektive). Mit anderen Worten: *Theorien der Kompetenz verbinden eine »objektive« mit einer »subjektiven« Dimension* (Kruse 1996).

Abb. 53: Das Alltagskompetenzmodell von Baltes et al.



Quelle: Wahl 1998, S. 246

- Objektive Aspekte sind kognitive, alltagspraktische, sozialkommunikative und psychologische Fähigkeiten und Fertigkeiten zum Umgang mit Umweltaforderungen;
- subjektive Aspekte sind die **Erfahrungen effektiven Handelns** in spezifischen Situationen – auf der Hintergrundannahme, dass effektives Handeln als Grundbedürfnis in jedem Lebensalter empfunden und besonders befriedigend erlebt wird (Backes/ Clemens 1998).

Das Konstrukt der Alltagskompetenz trägt der großen interindividuellen Variabilität des Lebenslaufs und des Alters Rechnung. Dabei stellt sich die Frage, inwieweit das chronologische Alter Einfluss auf Alltagskompetenz nimmt? Die Analysen der BASE relativieren die mögliche Geltung. Sowohl bei den basalen als auch bei den erweiterten Kompetenzen wird die Bedeutung der Variable „chronologisches Alter“ praktisch vollständig durch andere Variablen moderiert (Wahl/ Kruse 1999). An erster Stelle ist hier die körperliche und psychische Gesundheit zu nennen, die sowohl die basale wie auch die erweiterte **Kompetenz beeinflusst**. Wie bereits beschrieben [vgl. Kapitel 6.1] nimmt auch die subjektive Gesundheit Einfluss, wenn auch nur nachweislich auf den Aktivitätsstatus, also nur einem Teilaspekt der Kompetenz. Darüber hinaus lassen sich hinsichtlich der erweiterten Kompetenz Zusammen-

hänge mit dem sozioökonomischen Status, mit Persönlichkeitseigenschaften sowie mit Gedächtnis- und Denkleistungen nachweisen (BMFSFJ 2001c).

Nach Backes und Clemens (1998) *wirken noch eine ganze Reihe an Faktoren auf die Fähigkeiten und Fertigkeiten älterer Menschen ein*. Beispielhaft ist hier erstens die biographische Entwicklung zu nennen, die prägend für Bildung, Lebensstile, Gewohnheiten und Interessen ist. Hinsichtlich der psychischen Situation werden u. a. Motivation, Selbstbild, Zufriedenheit und Zukunftsperspektive hervorgehoben.

In der Definition von Kompetenz wird ausdrücklich von der Umwelt des Menschen gesprochen. „Diesem Verständnis von Kompetenz liegt die Erkenntnis zugrunde, dass Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Auseinandersetzung des Menschen mit Anforderungen seiner Umwelt ausgebildet, erhalten und erweitert werden“ (Kruse, A. 1996, S. 293).

Die Auseinandersetzung mit basaler und erweiterter Kompetenz verdeutlicht zugleich die **Bedeutung von Umwelt**. Kompetenz zur Aufrechterhaltung eines selbstständigen und selbstverantwortlichen Lebens ist auch abhängig von „den Anforderungen, Anregungen und Hilfen ihrer räumlichen Umwelt“ (BMFSFJ 2001c, S. 57). *Umwelt wird somit als eine Einflussgröße interpretiert, die Alltagskompetenz erleichtern oder erschweren kann* [vgl. Kapitel 6.3] (Wahl 1998).

In das Konstrukt der Alltagskompetenz wird im Rahmen einer kompetenz-theoretischen Analyse unter dem Aspekt der Umwelt nicht nur die räumliche Umwelt, insbesondere die Wohnung (»Mikrobereich«) und das Wohnumfeld (»Makrobereich«), einbezogen. Gleichmaßen sind zwei weitere Umwelt-Regionen von Bedeutung, die soziale und die institutionelle Umwelt. Zur sozialen Umwelt gehören Familie und Freunde (»engere« Umwelt) ebenso wie Gesellschaft und Kultur (»weitere« Umwelt). Dienstleistungsanbieter, wie ambulante und stationäre Einrichtungen, gehören nach Kruse gleichermaßen zur institutionellen Umwelt wie auch das Leben älterer Menschen betreffende politische Entscheidungen und Gesetze (Kruse 1996).

In der BASE wurden empirische Ergebnisse zur Umwelt als wesentliche Einflussfaktoren auf Kompetenzen der Alltagsgestaltung und Selbstständigkeit im Alter ermittelt. Die Analysen bezogen sich auf ältere Menschen, die an einer umweltrelevanten Kompetenzeinbuße des Sehens oder der Mobilität litten. Die Abhängigkeit der Alltagskompetenz von Merkmalen der Wohnumwelt wurde bestätigt, wobei basale Aktivitäten weniger betroffen waren als IADLs. Es wurde vermutet, dass basale ADLs aufgrund ihrer hohen Bedeutsamkeit für eine selbstständige Lebensführung auch bei Umwelteinschränkungen hartnäckig beibehalten, während IADLs bei Umweltproblemen schneller aufgegeben werden. Ältere Personen mit einer gerin-

gen Umweltausstattung wiesen ein deutlich geringeres Spektrum an Tätigkeiten und Interessen auf als in dieser Hinsicht besser ausgestattete Personen (Wahl/ Kruse 1999).

Die Auswirkungen einer hohen Alltagskompetenz werden vor allem im Hinblick auf Zufriedenheit und Wohlbefinden des älteren Menschen deutlich [vgl. Kapitel 6.7]. Es ist eine Tendenz zur höheren Zufriedenheit bei höherer Kompetenz und eine geringere Zufriedenheit bei geringerer Kompetenz zu beobachten. Insbesondere ist es aber die subjektive Einschätzung eigener Fähigkeiten, die eine große Nähe zur Lebenszufriedenheit zeigt (Thomae 2002).

Die kompetenz-theoretische Analyse führt im weiteren Schritt zur Differenzierung zwischen **Kompetenz und Performanz**. Bei der Beurteilung von Leistungen, die ältere Menschen in spezifischen Situationen erbringen, *sind die tatsächlich gezeigten (Performanz) von ihren möglichen Leistungen (Kompetenz), die sie von ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten her erbringen könnten, zu unterscheiden* (Kruse 1996). Die im Alltag tatsächlich vollzogenen Aktivitäten beziehen sich also auf die Alltagsperformanz. Der ältere Mensch verfügt jedoch faktisch über Möglichkeiten (Kapazitäten) auf der Ebene von Fähigkeiten und Fertigkeiten (Alltagskompetenzen), die u. U. über der Performanz liegen können. Dieses Verhältnis von Alltagskompetenz und Alltagsperformanz beinhaltet also ein Potential für ein bestimmtes Verhalten (Tesch-Römer 1998). Für die Leistungsbeurteilung bedeutet dies, *„Kompetenz ist nicht beobachtbar, sondern kann nur abgeleitet werden. Performanz hingegen ist als jener Anteil der Kompetenz zu verstehen, der [...] auf der Verhaltensebene beobachtbar ist“* (Kleinemas 1994, S. 9).

Empirisch wurden mehrere Einflussfaktoren bezüglich der Relation von Kompetenz und Performanz nachgewiesen. Eine intervenierende Variable ist das Konstrukt der Kontrollüberzeugung. Ebenso erwies sich die emotionale Befindlichkeit einer Person als wichtiger Moderator der Alltagsperformanz. Nachweislich korrelieren eine positive Stimmung und die Dauer sozialer Aktivitäten, während zwischen negativer Stimmungslage und verminderter Aktivität kein Zusammenhang nachgewiesen werden konnte (Tesch-Römer 1998).

Kruse nennt zwei weitere Bereiche, die darauf Einfluss nehmen, in welchem Umfang der ältere Mensch Kompetenz verwirklicht. Ein wesentlicher Aspekt für die Kompetenz-Performanz-Relation scheint die Motivation zu sein. Die Ursachen fehlender Motivation können darauf zurückzuführen sein, dass entweder eine Situation nicht genügend Anreize bietet, oder die Person ein zu geringes Bedürfnis nach effektivem Handeln aufweist. Das dritte Motivationsproblem findet sich im mangelnden »Durchhaltevermögen« bei der Bemühung um Situationslösungen, insbesondere beim Auftreten von Schwierigkeiten (Kruse 1996).

In Bezug auf die Bedeutung der Umwelt für die Kompetenz stellt sich die Frage, inwieweit soziale, institutionelle und räumliche Umwelt die Verwirklichung von Kompetenz fördert oder

ob Umweltprobleme dazu führen, dass Performanz auf einem niedrigen Niveau umgesetzt wird (Kruse 1996). Kleinemas folgerte aus den Ergebnissen seiner Untersuchung, dass positive Veränderungen in Person-Umwelt-Konstellationen auch positive Auswirkungen auf die Umsetzung von Kompetenzen haben (Kleinemas 1994).

Die Überlegung, dass Fähigkeiten und Fertigkeiten durch Umwelt- oder Persönlichkeitsvariablen an ihrer Umsetzung gehindert werden können, führt zu der Vorstellung von möglichen Potenzialen. Diese Reserven oder auch »verdeckte Performanzen« können durch entsprechende Intervention freigesetzt werden. Davon abzugrenzen sind Kompetenzeinbußen, die aktuell nicht modifizierbare Ursachen im Sinne von Einbußen der Leistungsfähigkeit haben. Hier lassen sich auch nach einer kontextuellen Veränderung der Einflussvariablen keine Performanzen freisetzen (Kleinemas 1994).

Daraus ergeben sich vier mögliche Variationen im Hinblick auf das Verhältnis von Potenzial und Performanz. Sowohl bei Personen, die keine Performanz und kein Potenzial aufweisen als auch Personen, die über eine maximale Performanz und kein Potenzial verfügen, ist Performanz und Kompetenz gleichzusetzen. Weichen Performanz und Kompetenz voneinander ab, sind entweder die Performanzen größer als die vorhandenen Potenziale oder die Potenziale erweisen sich größer als die Performanzen. Letztere Gruppe ist diejenige, die sich für die Freisetzung von Reserven anbietet. Kleinemas konnte in seiner Untersuchung einen deutlichen Zusammenhang aufzeigen: „Je geringer der Anteil der umgesetzten Kompetenz, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Rehabilitationspotentiale bestehen“ (Kleinemas 1994, S. 137). Seine Schlussfolgerung daraus ist die kritische Bewertung von Untersuchungen, die – auf der Basis von ADL/IADL-Skalen – von auf Verhaltensebene gezeigter Selbstständigkeit direkte Rückschlüsse auf Kompetenzen ziehen.

6.3 Persönliche Ressourcen aus gerontologischer Perspektive

Ressourcen werden definiert „als die Gesamtheit der Mittel, die prinzipiell für die Bewältigung von Lebensaufgaben, die Erreichung von Zielen oder den Umgang mit Verlusten und Defiziten eingesetzt werden können“ (Martin 2001, S. 15). Das **Konzept der Ressourcen** ermöglicht, vielfältige Einflüsse, wie z. B. Leistungsfähigkeit, soziale Unterstützung oder finanzielle Mittel, in Beziehung zu bringen und ihre Wirkung auf eine zu beschreibende Dimension, wie beispielsweise die Gesundheit, zu beurteilen. Wiederum kann auch Gesundheit als Ressource verstanden werden, wenn es beispielsweise darum geht, das Konstrukt »Wohlbefinden« zu erklären. In der Gerontologie wird ein wesentlicher Vorteil darin gesehen, dass vielfältige Aspekte, die z. B. auf das Wohlbefinden oder die Autonomie eines älteren Menschen Einfluss nehmen, in einem einzigen Erklärungsmodell kombiniert werden können (Martin 2001).

Es gibt zwei Möglichkeiten, Ressourcen nach ihrer Art zu differenzieren. Zunächst kann unter kognitiven und nicht-kognitiven Ressourcen unterschieden werden. Fähigkeiten wie das Wahrnehmen, Erinnern und Denken zählen zu den kognitiven Ressourcen. Diese für den Erwerb weiterer Ressourcen so wichtigen Möglichkeiten sind im Alter – wie das Problem zunehmender Demenzerkrankung zeigt – nicht selbstverständlich. Zunehmend wichtiger werden im Alter die »nicht-kognitiven Ressourcen«, zu denen die Bereiche finanzieller, sozialer und emotionaler Art gehören. Die zweite Möglichkeit der Differenzierung von Ressourcen ist die Unterscheidung in individuelle – auch interne – Ressourcen und externe Ressourcen (Martin 2001). *Innerhalb der externen Ressourcen ist insbesondere das »Soziale Netzwerk« hervorzuheben.*

In aller Regel sind alte Menschen formal fest in Netzwerkstrukturen integriert, wobei eine formale, d. h. eine strukturelle und quantitative, Einbindung nicht zwangsläufig mit einer **qualitativ gelungenen Einbindung** gleichgesetzt werden kann (Stosberg 2002). Es sind eher die konkreten Leistungen von Sozialpartnern, wie emotionaler oder praktischer Beistand, als die bloße Einbindung in ein soziales Netzwerk, die sich z. B. auf die konstruktive Krankheitsbewältigung im Alter auswirken (Gunzelmann et al. 1999). Aus soziologischer Perspektive werden die Qualität der Beziehung, des sozialen Austauschs und die Qualität hilfreich zu sein, über den Begriff »soziale Unterstützung« (social support) als eine der wichtigsten Funktionen des sozialen Netzwerkes dargestellt (Reschke/ Schumacher 2001).

Die Psychologie grenzt »soziale Unterstützung« vom Begriff der »sozialen Integration« ab. Soziale Integration beinhaltet das Vorhandensein und das Ausmaß von Sozialkontakten. Sie entspricht Merkmalen des sozialen Netzwerks wie Struktur, Größe, Dichte und Homogenität. Soziale Unterstützung hingegen wird vom »Empfänger« her definiert und ist das Ergebnis von sozialen Interaktionen und deren kognitiv-emotionaler Verarbeitung durch den Patienten (Reschke/ Schumacher 2001; Schröder/ Schwarzer 1997). Soziale Unterstützung wird unterschieden in tatsächlich *erhaltene Unterstützung* (»received« oder »behavioral social support«) und *erwartete Unterstützung* (»cognitive« oder »perceived availability of social support«). Erwartete Unterstützung bezeichnet die prospektive Einschätzung, bei Bedarf über soziale Unterstützung verfügen zu können. Währenddessen steht die erhaltene Unterstützung für in der Vergangenheit tatsächlich erfahrene Zuwendung und Hilfeleistung (Schröder/ Schwarzer 1997). Erwartete Unterstützung kann sich in der Auseinandersetzung mit Belastungssituationen als bedeutsamer erweisen als die aktuell tatsächlich erhaltene Unterstützung (Reschke/ Schumacher 2001). Entscheidend ist die Bewertung von Ressourcen, um z. B. negative Auswirkungen kritischer Lebensereignisse zu vermindern (Martin 2000).

*Die Bewertung der sozialen Unterstützung erfolgt nach **Zufriedenheit, Angemessenheit und Wichtigkeit*** (Reschke/ Schumacher 2001). So ist zu beobachten, dass die Häufigkeit

von Kontakten im Verlauf des Lebens abnehmen. Einzelne bevorzugte Kontakte können jedoch an Bedeutung gewinnen und deren Intensität und Qualität zunehmen. Die sozio-emotionale Selektivitätstheorie (SST) geht davon aus, dass dies einen bewussten aktiven Selektionsprozess darstellt, der einer emotionalen Stabilisierung und der Lebenszufriedenheit dient. Soziale Kontakte werden demnach im Alter aktiv mitgestaltet – d. h., die bewusste Bevorzugung von Sozialpartnern, von denen ein emotionaler Gewinn erwartet werden kann, wie auch das Meiden von jenen, die diesen emotionalen Gewinn nicht versprechen. Sozialkontakte im Alter werden somit als aktive Handlungsstrategie verstanden. Sie werden von Motiven wie der Befriedigung informativer Bedürfnisse, der Stabilisierung des Selbstwertgefühls und der Erfahrung positiver Konsequenzen geleitet [s. o.]. Dieser aktive Gestaltungsprozess des sozialen Umfeldes erlaubt ein größeres Maß an Kontrolle über die Konsequenzen sozialer Interaktionen (Erlemeier 2002).

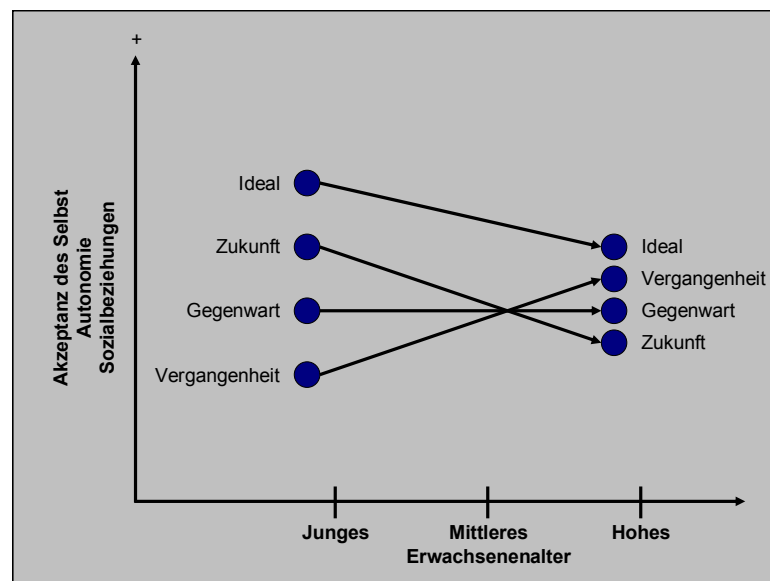
Sozialkontakte lassen sich sowohl als Potenzial für positive als auch für negative Interaktionen verstehen (Schwarzer 1992). Die positiven wechselseitigen Bindungen und Verpflichtungen der Solidarleistungen werden insbesondere in der Familie ausgebildet. Sie dienen, wie alle Sozialkontakte, der Entwicklung und Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls (Schröder/ Schwarzer 1997) sowie der Emotionsregulation. Befunde zeigen, dass Familienmitglieder an der Spitze stehen, wenn nach Vertrauenspersonen und Hilfeleistenden gefragt wird. Jedoch können Sozialkontakte im Hinblick auf die Kompetenzerhaltung des älteren Menschen auch die Gefahr einer unangemessenen Unterstützung beinhalten. Damit können Angehörige oder professionell Unterstützende die Kompetenz negativ mit einem Überangebot an Leistungen beeinflussten und ein Muster der Hilflosigkeit auslösen [vgl. Kapitel 6.7] (Stosberg 2002). Schwarzer sieht damit in der grundlegend positiven Konnotation des Begriffs soziale Unterstützung ein Dilemma, da eine wohltuende Wirkung von vornherein unterstellt wird (Schwarzer 1992).

Hinweise auf interne Ressourcen finden sich in Forschungsergebnissen, die sich mit der Produktivität des alternden Selbst beschäftigen. Das Potenzial der alternden Persönlichkeit und des alternden Selbst zu einer subjektiv positiven Bilanz zu kommen, wird als psychische Ressource gesehen und als Ausdruck psychologischer Produktivität verstanden (Staudinger 1996).

Diese Thematik wurde in Entwicklungsmodellen von Lebenseinsichten und Weisheit aufgegriffen und diskutiert. *Einer der wesentlichen Befunde in diesem Zusammenhang ist die Erkenntnis, dass Menschen im Alter in ihren Selbsteinschätzungen realistischer werden* [vgl. Abbildung 54]. Altersunterschiede in der Selbsteinschätzung werden erst deutlich, wenn Personen nach ihrem Selbstbild in der Vergangenheit, in der Zukunft und als Ideal gefragt werden. Die Frage, wie sie sich gegenwärtig sehen, zeigt hingegen kaum Differenzen in den

verschiedenen Alterstufen. Bei älteren Personen ist der Blick in die Vergangenheit positiver, während Zukunfts- und Idealvorstellungen eher zurückhaltend gesehen werden, man könnte auch sagen realistischer. Insgesamt nähern sich damit die Bewertungen von Vergangenheit, Zukunft und Ideal an, je älter die Probanden sind (Staudinger 1996; Staudinger/ Schindler 2002).

Abb. 54: Selbsteinschätzung im höheren Alter



Quelle: Staudinger 1996, S. 364

Ein weiterer Hinweis auf psychische Ressourcen im Alter findet sich unter dem Stichwort der Daseinskompetenz. Hierbei geht es um Fähigkeiten, die Menschen im Laufe des Lebens entwickelt und genutzt haben und die im Alter fortbestehen. Ihre Erfahrungen im Umgang mit bestimmten Problemen und die ausgereiften Strategien zur Lösung dieser Probleme wurden im Sinne von Wissenssystemen über die Jahre angesammelt und systematisiert. Damit werden ältere Menschen zu Experten in Bezug auf Fragen des Lebens. Dies beinhaltet zum Beispiel Fertigkeiten zur Lösung von alltagspraktischen und kognitiven Problemen, Wissen aus bestimmten Lebensbereichen und letztendlich Fertigkeiten zur Bewältigung persönlicher Entwicklungsaufgaben und Anforderungen in sozialen Beziehungen (Kruse 1999).

Dass viele ältere Menschen über bereichsspezifische Daseinskompetenzen verfügen, ist nachvollziehbar und wird als bedeutender Einflussfaktor im Alter gewertet. Sie fördern die Offenheit für neue Erfahrungen und Anregungen, ermöglichen den reflektierten Umgang mit

Belastungen und Konflikten sowie die Fähigkeit zur psychischen Verarbeitung endgültiger Einschränkungen und Verluste (Kruse 1999).

Einen engen Bezug zum Selbstkonzept haben die »internale Kontrollüberzeugung« (Rotter 1966) und die »generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung« (Bandura 1986), auch als »optimistische Kompetenzerwartungen« bezeichnet (Schwarzer 1994). Als selbstreferenzielle Erwartungshaltungen rekurren sie auf die persönlichen Handlungs- und Kontrollmöglichkeiten. Dabei beinhaltet die Selbstwirksamkeitserwartung die Überzeugung, schwierige Anforderungen durch eigene Aktivitäten bewältigen zu können, d. h. die subjektive Bewertung der zur Verfügung stehenden Handlungskompetenzen. Währenddessen bezieht die Kontrollüberzeugung die Handlungsfolgen (»reinforcements«) ein. Dabei geht es um die Erwartungen hinsichtlich der positiven Konsequenzen einer erfolgreich ausgeführten Handlung, d. h., ob sie in dem Maße zu den gewünschten Ergebnissen führen (Kleinemas 1994; Schröder 1997). Diese Erwartungshaltungen entwickeln und konkretisieren sich erst in der Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Stressauslöser wie z. B. Krankheiten (Schröder 1997).

Für die Rehabilitation ist von entscheidender Bedeutung, dass beim Patienten die Überzeugung vorhanden ist, die Situation verändern zu können. Insbesondere ältere Menschen tendieren eher dazu, ihre Möglichkeiten zu unterschätzen. Die handlungstheoretische Bedeutung von diesen Überzeugungssystemen wird in Bezug auf den Umgang Älterer mit Alltagsanforderungen deutlich. Wenn ein älterer Mensch eine bestimmte Tätigkeit nicht ausführt, weil er sich infolge seiner gesundheitlichen Einschränkungen die eigene Kompetenz abspricht, trägt sein negatives Selbstkonzept dazu bei, dass die tatsächlich gezeigte Leistung (Performanz) hinter der potentiellen Leistungsfähigkeit (Kompetenz) [vgl. Kapitel 6.2] zurückbleibt (Kleinemas 1994; Kruse 1999). In jenen Fällen, in denen die Überzeugung besteht, die eingetretene Situation nicht mehr verändern zu können, z. B. nach einem Sturzereignis, besteht das Risiko, dass die Selbstständigkeit und Selbstverantwortung im Sinne von Autonomie [vgl. Kapitel 6.7] abnimmt (Kruse 1999).

Die interne Ressource der internalen Kontrollüberzeugungen hat aber nicht nur eine starke motivationale Bedeutsamkeit, sondern nimmt auch einen differenziellen Einfluss auf die Art und Weise der Krankheitsbewältigung und trägt damit zur Bewältigung chronischer gesundheitlicher Einschränkungen im Alter bei (Gunzelmann et al. 1999, S. 239). Dabei scheinen laut empirischer Untersuchungen die Effekte dieser Persönlichkeitsvariablen gegenüber den Effekten der sozialen Ressourcen eine intensivere Rolle zu spielen (Schröder/ Schwarzer 1997). Letztendlich sind sie verantwortlich für das gesundheitliche Wohlbefinden und für eine selbstständige Lebensgestaltung des älteren Menschen.

Vergleicht man die **Effekte der externen und internen Ressourcen**, so findet sich u. a. die Annahme, dass Persönlichkeitsmerkmale eine stets verfügbare Ressource mit »Haupteffekt« darstellen, die alltäglich Einfluss auf das Wohlbefinden nimmt. Währenddessen sollen externe Ressourcen im Sinne eines »Puffereffektes« [vgl. Abbildung 55] primär in Krisenzeiten zum Einsatz kommen. Diese Form der Betrachtung der Wechselwirkungen der beiden Ressourcenquellen entspricht dem »synergistischen Modell«, bei dem die beiden Ressourcenfaktoren im Sinne einer Effektoptimierung zusammenwirken. Dabei stellt einerseits das Selbstwertgefühl einen wichtigen Faktor bei der aktiven Gestaltung eines sozialen Netzwerks dar. Andererseits trägt wahrgenommener sozialer Rückhalt, also das Gefühl, geschätzt, anerkannt und geliebt zu werden, zur Entwicklung personaler Ressourcen wie des Selbstwertgefühls oder der Selbstwirksamkeitserwartungen bei (Leppin 1997; Schröder/ Schwarzer 1997).

In der Gerontologie finden sich insbesondere Hinweise auf ein »kompensatorisches Modell«, bei dem eine Ressourcenquelle, z. B. verminderte interne Ressourcen, durch die andere, in diesem Fall externe Ressourcen, substituiert wird. Empirische Befunde zeigen, dass Wohlbefinden trotz einer Verminderung der kognitiven Ressourcen erhalten bleibt, indem die Wirksamkeit der sozialen Ressourcen zunimmt (Martin 2001). Es reicht eine der beiden Ressourcenquellen aus, um eine erfolgreiche Bewältigung zu erzielen.

Das »kompensatorisches Modell« weist indirekt darauf hin, dass **die Verfügbarkeit von internen und externen Ressourcen nicht selbstverständlich vorausgesetzt werden kann**. Dazu können Befunde zu alten Menschen mit Kindern beispielhaft aufgezeigt werden, die mehr Hilfen als die Kinderlosen erhalten und deren Chancen, im Heim zu sein, sehr viel geringer sind. Gleiches gilt für den Ehepartner, in der Regel die Ehefrau, der dem Versorgungsbedürftigen bei den alltäglichen Anforderungen hilft (Wagner et al. 1996). Der Ehepartner scheint krankheitsbezogene Probleme abzufedern, nur steigt mit dem Alter natürlich das Risiko, diesen durch den Tod zu verlieren. Gefahren für die Ressource „Ehe“ liegen zukünftig aber auch in den Scheidungsraten: rund ein Drittel bundesweit und mit steigender Tendenz bei langjährigen Ehen.

In der Gerontologie nimmt die Diskussion bezüglich des sozialen Wandels unserer Gesellschaft viel Raum ein; sie bescheinigt der historisch gewachsenen Netzwerkbeziehung wie Familie zunehmend »Unzuverlässigkeit« (Stosberg 2002), obwohl dies empirisch bisher nicht in dem Maße nachgewiesen werden konnte. Diese möglichen Gesellschaftstendenzen lassen jedoch über Verhaltensoptionen und neue Chancen zukünftiger älterer Generationen nachdenken. Es ist durchaus denkbar, dass künftig alt werdende Menschen beim Risiko Hilfeabhängigkeit selbstständiger und eigenverantwortlicher handeln können und z. B. mehr institutionelle und professionelle Ressourcen einsetzen (Kuhlmey 1997).

Ebenso kann die Auflösung des traditionellen Familienmodells als Chance begriffen werden. Indem Frauen zukünftig ihre materielle Selbstständigkeit selber in die Hand nehmen, indem Phasen des Alleinlebens Strategien fördern, auch ohne Partner, aber mit umfangreicheren sozialen Netzen Probleme zu bewältigen und indem in den neuen Patchworkfamilien ein zahlenmäßig größeres Potenzial für Hilfen wächst (Kuhlmey 1997).

Grundsätzlich bleibt die Frage, ob die Verfügbarkeit von Ressourcen im Alter eingeschränkt ist. Allgemeingültige Aussagen lassen sich nicht treffen. Ergebnisse verweisen auf geringe Unterschiede sowohl in der Verfügbarkeit der sozialen als auch der kognitiven Ressourcen zugunsten jüngerer Gruppen. Die Verringerung der Ressourcen scheint langsam zu verlaufen und beginnt bereits im Bereich des mittleren Erwachsenenalters. Natürlich zeigt sich auch in diesen Befunden die Individualität des Alters. Die Art und Menge benötigter Ressourcen in Abhängigkeit des Alters zeigt nicht für jede Person den gleichen Verlauf (Martin 2000, 2001).

Die Verfügbarkeit von Ressourcen schließt nicht automatisch deren **Nutzung** ein, im Gegenteil: Häufig werden vorhandene Ressourcen weder von Individuen selbst, noch vom Umfeld eingesetzt. So kann das Niveau verfügbarer Ressourcen durchaus über viele Jahre gleich bleiben, sich deren Nutzung aber ändern (Martin 2001). Die Befunde sprechen dafür, dass verschiedene Ressourcen eine unterschiedliche Bedeutung haben. Eine positive Bedeutungszuweisung fördert einen häufigeren Einsatz dieser Ressourcen. Eine Tendenz zu einer vom Alter abhängigen Bewertung ist nicht erkennbar, intraindividuelle Unterschiede in der Bedeutung einzelner Ressourcenbereiche finden sich auch innerhalb gleicher Altersgruppen (Martin 2001). Es kann jedoch gezeigt werden, dass Ressourcen, die als relevant für das Erreichen eigener Ziele eingeschätzt werden, einen größeren Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden haben als Ressourcen, die aus der Perspektive des Betroffenen keine Zielrelevanz haben (BMFSFJ 2002d).

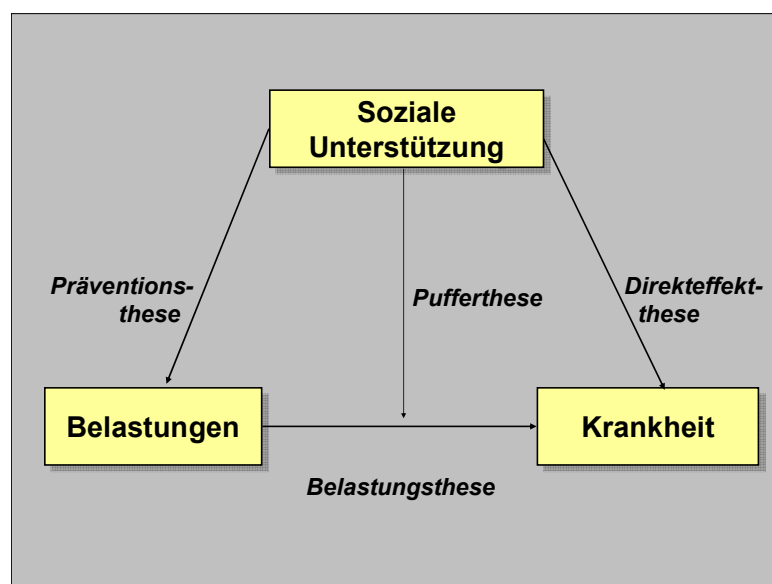
Generell liegt zunächst die Vermutung nahe, dass die Möglichkeit, viele Ressourcen einzusetzen, um Alltagsaktivitäten zu bewältigen, die Chance auf hohe Leistungsfähigkeit und Autonomie erhöht. Dies scheint sich allerdings nicht für alle Ressourcen zu bestätigen. Die Auswahl der geeigneten Ressource gestaltet sich schwierig und die Wirksamkeit gewählter Ressourcen kann sich durch einen raschen Wechsel nicht entfalten. Das Angebot an Ressourcen sollte optimal auf den Bedarf abgestimmt sein. Daraus lässt sich die Notwendigkeit einer individuellen Kombination von Ressourcen ableiten. Die erwünschte **Passung** kann durch eine Veränderung der Ressourcenerbringung der Umgebung oder eine andere zeitliche Strukturierung des Ressourcen-Einsatzes herbeigeführt werden, z. B. wenn der Einsatz eines professionellen Pflegedienstes besser auf die Bedürfnisse des älteren Menschen abgestimmt wird (Martin 2001).

Zusammenfassend wird resümiert, dass zwischen der Verfügbarkeit und der Nutzung von Ressourcen deutlich unterschieden werden muss (Martin 2001), vor allem ist die Passung zwischen Anforderung, Verfügbarkeit und Nutzung der Ressourcen wichtig. Nur der angemessene Einsatz kann die positive Wirkung der Ressourcen auf das Wohlbefinden und den Grad der erreichbaren Autonomie erhöhen (Martin 2001).

Eine bewusste Gestaltung von Ressourcen sollte spätestens dann erwogen werden, wenn das Niveau der Selbstständigkeit und des Wohlbefindens einen kritischen Wert erreicht. Dabei scheint es in einigen Situationen sinnvoller, den Ressourceneinsatz im Sinne einer Optimierung zu beeinflussen, als das eigentliche negative Problem, wie z. B. der eingeschränkte Gesundheitszustand. Die Möglichkeit der Lenkung sollte für alle Ressourcenarten erwogen werden. So sind sowohl das soziale Netzwerk zu stärken und im Sinne einer Kompetenzerhaltung bewusst zu gestalten als auch materielle Ressourcen zu verbessern, um die Chancen auf eine unabhängige Lebensführung zu erhöhen (Martin 2001; Stosberg 2002).

Der Einfluss von Ressourcen ist vielfältig und wirkt auf die verschiedenen Modell-Dimensionen wie Kompetenz, Autonomie, Wohlbefinden und Bewältigung und kann einen »direkten Effekt« [vgl. Abbildung 55] haben. *Neben dem direkten Einfluss belegen empirische Daten, dass die Wirkung von Ressourcen auch in der »Verminderung von Belastungen« zu suchen ist (Martin 2000, 2001).*

Abb. 55: Das Unterstützungsmodell



Die Einflussnahme kann auch »präventiv« als Investition in zukunftssträchtige Ressourcen erfolgen, die dem langfristigen Erhalt oder der Verbesserung vorhandener Ressourcen dient [vgl. Abbildung 55]. Das kann in verschiedenen Bereichen erfolgen: in der Altersvorsorge als Investition in spätere finanzielle Ressourcen, in der Aufrechterhaltung des sozialen Netzwerkes als Investition in spätere Unterstützung oder in dem kognitiven Training als Investition in eine kognitive Leistungsfähigkeit, um vorhandene Ressourcen effizient einsetzen zu können (Martin 2001).

Die unterschiedliche Wirkungsweise findet im Unterstützungsmodell Ausdruck. Es verdeutlicht in graphischer Darstellung die bereits angeführten Unterstützungsmöglichkeiten. Die Investition in zukunftssträchtige Ressourcen entspricht der »Präventionsthese«. Ihr zufolge beugt Unterstützung der Entstehung von Stressoren und damit der Entstehung von Krankheit vor. Eine direkte Verminderung vorhandener Belastungen entspricht der »Belastungsthese«. Währenddessen vermindert Unterstützung nach der »Pufferthese« die Gesundheit beeinträchtigende Wirkung von Stressoren und fängt sie ab. Die stärkste empirische Evidenz findet sich für die »Direkteffektthese«, nach der soziale Unterstützung Gesundheit und Wohlbefinden fördert (Berkman 1995; Pfaff/ Janßen 2004).

6.4 Bewältigungsprozesse aus gerontologischer Perspektive

Jeder Gesundheitsschaden stellt eine Belastungssituation dar, die einen unmittelbaren Bewältigungsprozess nach sich zieht. Der Umgang mit gesundheitlichen Belastungen muss in jedem Alter als komplexe Interaktion zwischen der subjektiven Wahrnehmung und Deutung von Körperzuständen und der sozialen Situation, ihren Anforderungen und Hilfsmöglichkeiten gesehen werden (Faltermaier 1994). Das Individuum bestimmt durch seine Fähigkeiten, Einstellungen, Haltungen, Ressourcen und Kompensationsmöglichkeiten den Verlauf des Bewältigungsprozesses (Paar et al. 2003). Was ist jedoch die Besonderheit des alternden Individuums im Umgang mit gesundheitlichen Einschränkungen?

Zunächst muss davon ausgegangen werden, dass die zu bewältigenden Belastungen als solche Unterschiede aufweisen. *Wesentliches Kennzeichen ist, dass lang andauernde Bewältigungsversuche im Vordergrund stehen, hervorgerufen durch das Vorliegen von chronischen Erkrankungen* (Kruse 1997). Es konnte eine »additive Wirkung« von chronisch-progredienten Erkrankungen bei älteren Menschen nachgewiesen werden, die im Verlauf der Erkrankung zu deutlich höheren Belastungen und Einschränkungen des Wohlbefindens führte als gesundheitliche Krisen zu Beginn der Erkrankung (Erdal und Zautra 1995 n. Kruse 2002). Immer wieder auftretende akute Krisen, mitunter gekennzeichnet durch belastende Schmerzschübe und Einschränkungen in der Alltagsgestaltung, erschweren die Bewältigung

der Situation. Auch die grundsätzliche Akzeptanz der chronischen Erkrankung verhindert nicht, dass frühere Bewältigungserfolge möglicherweise in Frage gestellt werden. Immer wieder wird der alte Mensch vor die Aufgabe gestellt, nach einem eingetretenen Trauma oder bei bestehenden Einschränkungen und Verlusten das frühere psychische Anpassungs- und Funktionsniveau aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen (Kruse 1997; 2002).

Grundlagenforschung, die sich nicht mit dem Stressor auseinandersetzt, sondern mit dem Bewältigungsprozess als solchem, belegt zunächst eine hohe interindividuelle und intraindividuelle Variabilität in den Reaktionen älterer Menschen auf chronische körperliche Krankheiten (Wahl/ Kruse 1999). *Es findet sich bei älteren Menschen ein hohes psychisches Anpassungsniveau, das mit dem im frühen oder mittleren Erwachsenenalter vergleichbar ist.* Trotz durchaus objektiv negativer Lebensumstände des Alters gelingt es meist, die subjektive Realität intakt zu halten (Kruse 2002).

*Es gibt zwei Erklärungsansätze in der gerontologischen Grundlagenforschung, die versuchen, die Prozesse des erfolgreichen Alterns und Bewältigens zu erklären: erstens das Modell der „**selektiven Optimierung mit Kompensation (S-O-K-Modell)**“ von Baltes und Baltes (1990) und zweitens das »Zwei-Prozess-Modell der Entwicklungsregulation« von Brandstädter und Rothermund (1998).*

Baltes und Baltes haben ein Modell des erfolgreichen Alters entwickelt, welches der negativ werdenden Gewinn-Verlust-Bilanz Rechnung trägt und dem alten Menschen erlaubt, trotz Verlusten aktiv, erfolgreich und produktiv zu altern (Baltes 1996). Dieses Modell lässt verstehen, wie es älteren Menschen gelingt, durch Stärken in spezifischen Lebensbereichen Verluste anderer Lebensbereiche zu kompensieren (Kruse 2002). Es dient sowohl der Beschreibung von Entwicklung als auch der Erklärung von Veränderung in den verschiedensten Lebensbereichen (Martin 2001). Der allgemeine Vorgang der Adaptation mit dem Ziel der Meisterung des eigenen Lebens erfolgt über drei prototypische Prozesse, die in Wechselwirkung zueinander stehen:

- die Selektion von Umweltausschnitten oder Fähigkeiten,
- die Optimierung der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten in selektierten Bereichen,
- die Kompensation von Verlusten in einzelnen Bereichen mit Gewinnen in anderen

(Baltes/ Baltes 1989; Baltes 1996).

Über diese Prozesse können die Autonomie und das Wohlbefinden [vgl. Kapitel 6.7] in jeder Lebensphase maximiert werden (Martin 2001).

*„**Selektion** beschreibt die unwillkürlich einsetzende oder bewusst vorgenommene Verringerung der Anzahl von Lebenszielen und Lebensaktivitäten mit dem Ziel, die bestehenden*

Ressourcen zu bündeln“ (Kruse 2002, S. 987). Der ältere Mensch konzentriert sich auf Ziele und Verhaltensbereiche von hoher Priorität, die von ihm gefordert werden, zu denen er persönlich motiviert ist und die seine Fertigkeiten und biologische Leistungsfähigkeit zulassen (Baltes/ Baltes 1989). Darin besteht die besondere Anpassungsleistung des Einzelnen. Es ist der völlige Verzicht auf Aktivitäten in einem bestimmten Verhaltensbereich oder auch ein schrittweiser Abbau von Aufgaben und Zielen innerhalb eines oder mehrerer Komplexe möglich. Selektion ist immer aber mit einer Neuanpassung der Erwartungen, der Standards und der Ziele verbunden (Baltes/ Carstensen 1996).

Selektionsprozesse werden als Entwicklungsaufgaben des Alterns gesehen. Einerseits als Reaktion auf zunehmende Einschränkungen vorhandener Möglichkeiten oder Verluste (reaktiv); andererseits kann dieser Prozess auch vorausschauend auf antizipierte Veränderungen erfolgen (proaktiv). So kann in vielfältiger Weise Vorsorge im Hinblick auf zukünftige Veränderungen und Verluste getroffen werden – z. B. den Tod des Partners –, indem u. a. besondere Lebensinhalte ausgewählt werden, die auch nach den erlebten Verlusten noch ihre Bedeutsamkeit haben. Bei plötzlichen Ereignissen (Krankheiten, Unfälle) oder Entscheidungen, die selbstständig oder für den älteren Menschen entschieden werden müssen, kann die Selektionsleistung nur reaktiv erfolgen. Selektion kann Umweltveränderungen (z. B. Umzug in Einrichtungen des betreuten Wohnens), aktive Verhaltensänderungen (z. B. Reduktion von Verantwortlichkeiten) und passive Anpassungsleistungen (z. B. Vermeiden von Ausflügen) beinhalten (Baltes/ Carstensen 1996).

„Kompensation beschreibt die adaptive Reaktion des Individuums auf den Verlust von Ressourcen, wobei alternative Handlungsmittel aktiviert oder Hilfsmittel verwendet werden, um den Funktionsstand möglichst weit und lange aufrechtzuerhalten“ (Kruse 2002, S. 987). Sie unterscheidet sich von der Selektion, indem sich das ursprüngliche Ziel, der Verhaltensbereich oder die Aufgabe nicht verändern, sondern andere Mittel und Wege eingesetzt werden, um das neu entstandene Defizit auszugleichen. Kompensation wird immer dann notwendig, wenn bestimmte Verhaltenskapazitäten ausfallen oder aber unter das erforderliche Funktionsniveau sinken, sofern sich also das adaptive Potenzial oder die Plastizität vermindert (Baltes/ Baltes 1989; Baltes/ Carstensen 1996). Die Suche nach anderen Möglichkeiten, die automatisch oder geplant erfolgen kann, um das gleiche Ziel und Ergebnis zu erreichen, schließt sowohl die Nutzung als auch die Schaffung von relevanten Handlungsmitteln ein. Mit anderen Worten, es kommen nicht nur die vielfältigen Technologien, die auf dem Markt angeboten werden, zum Einsatz, sondern häufig ist der Einfallsreichtum der betroffenen Person gefragt. Die kompensatorischen Mittel müssen zuvor nicht im Verhaltensrepertoire existieren. So kann es sich z. B. durchaus als sinnvoll erweisen, bei einer Erblindung neue Fertigkeiten (Blindenschrift) zu erlernen oder sich neuer Hilfsmittel (Büchern auf Tonbändern) zu bedie-

nen, um das relevante Ziel (Lesen zur Befriedigung kultureller Bedürfnisse) zu erreichen. Kompensation gestaltet sich umso leichter, je mehr Verhaltensmöglichkeiten und Hilfsmittel sich zur Problemlösung anbieten. Bei großen Ausfällen von Verhaltenskapazitäten, die gleichzeitig durch wenige Tätigkeiten charakterisiert sind, gestalten sich kompensatorische Bemühungen schwieriger (Baltes/ Carstensen 1996).

Die unterschiedlich einsetzbaren Kompensationsmittel lassen sich im Sinne von Ressourcen interpretieren [vgl. Kapitel 6.3] und schließen sowohl interne (Gedächtnisstrategien) als auch externe Ressourcen (soziale Unterstützung durch Angehörige und Hilfsdienste) ein. Darüber hinaus kommen Hilfsmittel im technischen oder technologischen Sinne zum Einsatz, die hier als Umweltressource [vgl. Kapitel 6.6] gedeutet werden. Aus der Betreuung von Behinderten ist bereits eine Vielzahl von Beispielen bekannt; bezogen auf den älteren Menschen sind hierfür beispielhaft anzuführen: Hörgeräte, Prothetik, Rollstühle, Rollator usw. Diese Hilfsmittel kompensieren ein Defizit oder eine Schwäche und ermöglichen den Betroffenen ein mehr oder weniger unabhängiges und erfolgreiches Leben unter optimaler Ausschöpfung ihrer Lebensziele. Nach dem Metamodell der »selektiven Optimierung mit Kompensation« müssen Ressourcen durch Kompensation freigestellt werden, damit sie zur Selektion und Optimierung zur Verfügung stehen (Baltes/ Carstensen 1996).

„Optimierung bezeichnet das Bemühen, in den erhaltenen Lebensaktivitäten möglichst viele Reserven auszuschöpfen und die für die Erreichung der Ziele notwendigen Handlungsmittel zu pflegen und kontinuierlich zu verbessern“ (Kruse 2002, S. 987).

Der Begriff Optimierung steht für das Potenzial des alten Menschen, sich noch entwickeln zu können, noch Ziele zu haben sowie für seine Fähigkeit, eine Aktivierung und Stärkung der körperlichen und geistigen Reserven zu bewirken. Bei dieser Annahme gehen Baltes und Baltes (1989) davon aus, dass Menschen in der Regel ein Interesse daran haben, das allgemeine Niveau ihrer Kapazitätsreserven zu heben, damit ihr Leben insgesamt, quantitativ wie qualitativ, eine Bereicherung erfährt (Baltes/ Carstensen 1996). Dies widerspricht dem von der Gesellschaft häufig hergestellten Zusammenhang zwischen Alter, Schutz und Sicherheit. Diese Ansicht zwingt stattdessen dazu, an Stimulation und Herausforderung zu denken.

Die dritte Modellkomponente beinhaltet die Stärkung und Verfeinerung der Handlungsmittel und -ressourcen, die notwendig sind, um sowohl bereits bestehende (z. B. Pflege generativer Beziehungen) als auch neue Ziele und Erwartungen (z. B. die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod) zu erreichen. Bedingung für die Möglichkeit der Optimierung durch den alten Menschen ist eine »angereicherte Umwelt« und die Bereitstellung von Möglichkeiten. Dem Optimum werden durch die Möglichkeiten des Betroffenen mit seinen individuellen Ressour-

cen, Umweltressourcen und Reserven Grenzen gesetzt. Optimierung kann nur dauerhaft eingesetzt werden, wenn vermehrt Strategien der Selektion und Kompensation zur Anwendung kommen (Baltes/ Carstensen 1996).

Zusammengefasst lässt sich sagen: Im Modell der »selektiven Optimierung mit Kompensation« „bezieht sich Selektion auf Ziele bzw. Verhaltensbereiche, Optimierung auf zielrelevante Handlungsmittel oder Ressourcen und Kompensation auf die Schaffung und das Nutzen neuer, zielrelevanter Handlungsmittel oder Ressourcen, wenn bisher vorhandene verloren gingen“ (Baltes/ Carstensen 1996, S. 206) (vgl. Tabelle 24). Die Entscheidung für eine der Komponenten kann bereits einen Selektionsprozess darstellen. Für alle drei Komponenten gilt, dass reichhaltige und breiter gefächerte Reserven die Aktivierung erleichtern. Das Zusammenspiel aller drei Komponenten wird umso dringender, je mehr sich Reserven zu erschöpfen beginnen (Baltes/ Carstensen 1996).

Die Bewältigungsstrategie der Optimierung durch Selektion und Kompensation ermöglicht dem alten Menschen, die für ihn wichtigen Lebensaufgaben zu bewältigen, obwohl sich körperliche und geistige Energien oder Reserven verringern (Baltes/ Baltes 1989). Es setzt Heterogenität, Plastizität und Resilienz als wesentliches Kriterium des Alterns fest. „Genotypically this strategy of adaptation is universal, phenotypically it can be highly individual“ (Baltes 1996, S. 405).

Tab. 24: Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation nach Baltes & Baltes

Selection:	scaling down number of ecologies, number of goals, extent or scope of goals etc.
Compensation:	using substitute behaviors or means or age-friendly environments
Optimization:	exercising and training selected areas

Quelle: Baltes 1996, S. 405

Das beträchtliche Maß an Variabilität beim erfolgreichen Altern macht diese zu einer wichtigen Komponente des theoretischen und praktischen Vorgehens (Baltes/ Carstensen 1996). Das Modell der »selektiven Optimierung mit Kompensation« dient letztendlich der Erreichung einer größtmöglichen Autonomie.

Das zweite Bewältigungsmodell, welches im gerontologischen Diskurs thematisiert wird, ist das »**Zwei-Prozess-Modell der Entwicklungsregulation**« von Rothermund und Brandstädter (1997). Gegenstand dieses Modells ist die Bewältigung von Entwicklungsproblemen, die dadurch entstehen, dass sich bei der Umsetzung von Lebenszielen Probleme entwickeln, die diesen Prozess erschweren oder sogar unmöglich machen. So kann sich die Realisierung dieser Ziele als schwieriger erweisen als zuvor angenommen oder unvorhergesehene Ereignisse wirken hemmend bei deren Verwirklichung. Es entsteht eine wahrgenommene Diskrepanz zwischen der Lebenssituation der Person und den von ihr verfolgten Lebenszielen. Genau diese Ist-Soll-Diskrepanzen sind Ausgangspunkt des Modells (Salewski 1997; Tesch-Römer 1997). Entscheidend für das Auslösen bewältigungsbezogenen Handelns ist die wahrgenommene Beeinträchtigung bei der persönlichen Zielerfüllung. Nicht die subjektive Bewertung eines Ereignisses und nicht das Auftreten realer Ereignisse, sondern die Diskrepanz zwischen Entwicklungsideal und wahrgenommener Entwicklungsrealität ist bedeutsam (Tesch-Römer 1997).

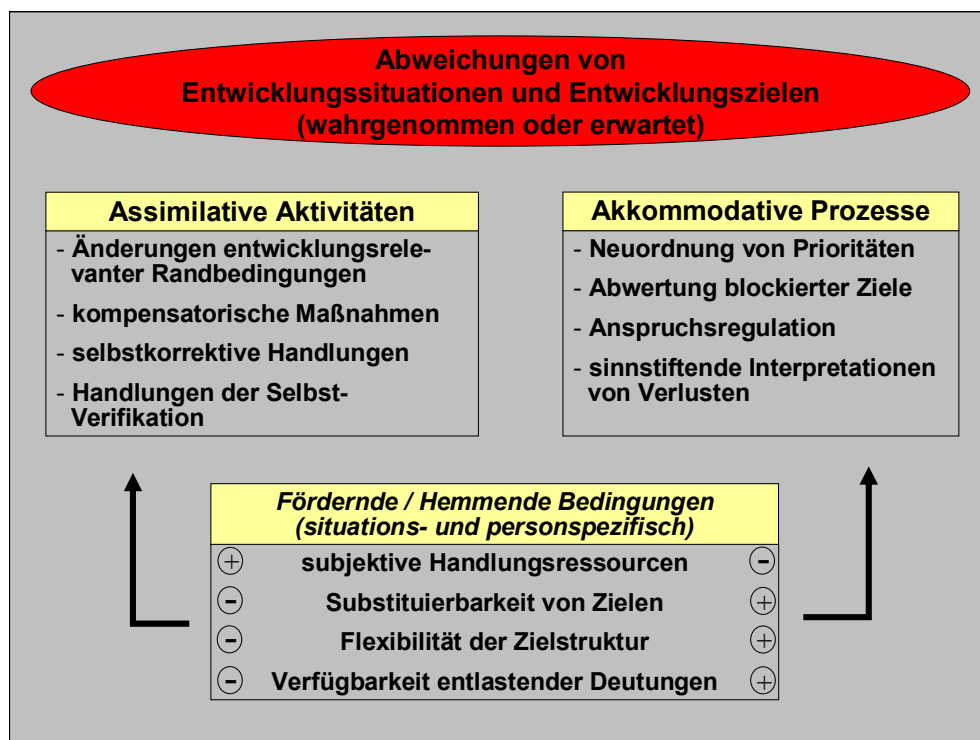
Innerhalb des Modells [vgl. Abbildung 56] bestehen zwei Möglichkeiten des Umgangs mit der Belastung, es lassen sich assimilative und akkommodative Prozesse beschreiben (Salewski 1997; Tesch-Römer 1997).

Durch **assimilative** Aktivitäten versucht der Betroffene, die Situation in Einklang mit seinen Zielvorstellungen zu bringen (Tesch-Römer 1997). „Charakteristisch für den assimilativen Modus ist in jedem Falle ein hartnäckiges Festhalten an etablierten Zielen und selbstevaluativen Standards“ (Brandstädter/ Rothermund 1998, S. 233). Diese Prozesse beinhalten alle Reaktionsweisen, die – im Sinne einer Passung zwischen den Erfordernissen der Situation und den eigenen Zielen – entweder das Problem oder das eigene Verhalten verändern (Salewski 1997). Es kommen alle instrumentellen Handlungen zum Einsatz, die die subjektive Entwicklungsbilanz verbessern, die wahrgenommenen Entwicklungsverluste beseitigen oder antizipierte Verluste vermeiden. Dazu eignen sich „Änderungen situativer Randbedingungen“ sowie „intentionale selbstkorrektive Maßnahmen“ (Brandstädter/ Rothermund 1998, S. 232), aber auch Handlungsweisen, die Leistungs- und Funktionsverluste kompensatorisch ausgleichen. Dieser Ausgleich von Verlusten in einzelnen Funktionskomponenten kann, wie bereits beschrieben, durch Steigerung oder verstärkte Nutzung anderer Komponenten geschaffen werden (Baltes und Baltes 1990). Nach Brandstädter und Rothermund (1998) sind beim älteren Menschen diesen kompensatorischen Anstrengungen durch Einschränkungen physischer, zeitlicher und sozialer Handlungsressourcen Grenzen gesetzt.

An dem Punkt, an dem Bemühungen immer aufwendiger und konfliktrichtiger werden und die Situation keine von der Person kontrollierten Veränderungshandlungen mehr zulässt, setzt die **akkommodative** Belastungsverarbeitung ein. Nun gilt es, im Rahmen der eigenen

Handlungsmöglichkeiten die Erwartungen an die Situation und an den Situationsausgang anzupassen (Salewski 1997); d. h., die verfolgten Zielhierarchien zu verändern und auf diese Weise die wahrgenommene Soll-Ist-Diskrepanz zu verringern (Tesch-Römer 1997). „Charakteristisch für den akkommodativen Modus ist mithin nicht das hartnäckige Festhalten, sondern das flexible Anpassen von Zielen“ (Brandstädter/ Rothermund 1998, S. 233). Dazu werden blockierte Ziele abgewertet, wodurch ermöglicht wird, den Fokus auf neue Ziele zu richten. Diese entlastende Umbewertung einer »initial aversiven Situation« erleichtert die Akzeptanz der Situation.¹

Abb. 56: Das Zwei-Prozess-Modell der Bewältigung



Quelle: Rothermund/ Brandstädter 1997, S.122

Akkommodative Belastungsverarbeitung beinhaltet kognitive und motivationale Prozesse, sie darf jedoch nicht als bewusste und planmäßig durchgeführte Strategie verstanden werden. Sie unterliegt nicht der personalen Kontrolle, bedarf daher keines intentionalen Anstoßes und kann sich sogar gegenläufig zu Intentionen des Betroffenen verhalten (Brandstädter/ Rothermund 1998).

¹ Begründung für die in den eigenen empirischen Daten fehlende Interpretation hinsichtlich des Befundes, dass drei Monate nach Ende der Rehabilitation weniger Patienten angeben, ein bestimmtes Ziel verfolgt zu haben.

Nach Brandstädter und Rothermund dienen akkommodative Prozesse der Aufrechterhaltung personaler Kontrollüberzeugung und vermitteln damit ein Gefühl von Selbstachtung. Das Loslassen der blockierten Ziele verhindert im Gegensatz zum starren Festhalten reaktive Depressionen. Damit widersprechen sie den häufig geäußerten negativen Konnotationen, die akkommodative Prozesse in Verbindung mit Resignation, Depression und Regression sehen (Brandstädter/ Rothermund 1998).

Da es sich insbesondere bei der akkommodativen Belastungsverarbeitung nicht um eine bewusste Strategie handelt ist zu vermuten, dass andere auslösende Faktoren eine Rolle spielen. In der Tat fördern bestimmte Randbedingungen [vgl. Abbildung 56] assimilative Aktivitäten, andere wiederum erhöhen die Auftretenswahrscheinlichkeit (Tesch-Römer 1997). Diese situativen und personenspezifischen Randbedingungen wirken jeweils fördernd oder hemmend und dies überwiegend gegenläufig auf beide Bereiche. So veranlasst die Existenz subjektiver Handlungsressourcen, um die Situation oder das Verhalten entsprechend den gesetzten Zielen zu modifizieren, nicht dazu Ziele preiszugeben, d. h. akkommodative Prozesse wirksam werden zu lassen. Die Verfügbarkeit alternativer Lebensziele hingegen fördert akkommodative Prozesse; ebenso eine hohe Flexibilität in der Zielstruktur. So sind einfach ersetzbare, periphere Ziele leichter aufzugeben als zentrale Ziele, für die es keinen geeigneten Ersatz gibt. Nicht nur die Art der Ziele kann positiv akkommodative Belastungsverarbeitung beeinflussen, sondern auch die Verfügbarkeit entlastender Deutungen, die einen anderen Blick auf die aversive Situation bzw. auf die Entwicklungsverluste zulassen. Auf die Verfügbarkeit wirken einerseits personenspezifische Faktoren wie z. B. die individuelle Wissensbasis, andererseits kontextuelle Rahmenbedingungen (Brandstädter/ Rothermund 1998).

Diese Art der Klassifikation von Bewältigungsprozessen, bei der es entweder zur Problemlösung durch Veränderung der Werthaltungen zur Problemauflösung oder Neutralisierung von Problemen kommt, scheint überzeugend (Tesch-Römer 1997). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das *„Zwei-Prozeß-Modell der Entwicklungsregulation auf die Stabilisierung intrapsychischen Wohlbefindens zielt“* (Tesch-Römer 1997, S. 155). Kriterien, die für eine erfolgreiche Bewältigung sprechen, sind (hohe) Lebenszufriedenheit und (geringe) Depressivität. Tesch-Römer (1997) schlägt allerdings vor, die Funktionalität von Bewältigung auch daran zu messen, ob und wie es dem älteren Menschen gelingt, basale Werte aufrechtzuerhalten. Dabei geht er davon aus, dass eine komplexe Verflechtung von Werten und Zielen nicht immer zulässt, Ziele mit basalen Werten durch beliebige andere zu ersetzen.

Akkommodative Bewältigungsmodi werden primär im Zusammenhang mit dem Alter diskutiert. Dem Modell entsprechend vollzieht sich im Laufe des Lebens ein Wechsel von vorrangig assimilativen Aktivitäten in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter hin zu akkommoda-

tiven Prozessen im Alter. Letztere suchen nicht mehr aktiv-intentional die Ist-Soll-Diskrepanzen zu verändern, sondern passen reaktiv-subintentional die Sollwerte an. Provokanter formuliert: „Jüngere Menschen gehen Zielblockierungen aktiv an, indem sie eigene Kompetenzen steigern und/ oder Hindernisse aus dem Weg räumen. Im Alter hingegen lösen drohende Verluste automatische Anpassungsprozesse aus, die in einer Senkung von Aspirationen und Standards resultieren“ (Nunner-Winkler 1997, S. 149). Diese These eines **alterskorrelierten Wechsels** in Bewältigungsstilen ist nicht ohne Kritik geblieben. Sie ist erstens darauf gerichtet, dass „schon die Ausgangsannahme, Zufriedenheit im Alter sei ein erklärungsbedürftiges Rätsel“ (ebd.), fraglich ist, also die Annahme, dass Zufriedenheit bei der Vielzahl objektiver Einbußen im Alter ohne diese Umdeutungsprozesse nicht erreichbar sein kann. Zweitens könnte ebenso die Art des Bewältigungsstils „offene Anerkennung oder verleugnende Umdeutung von Verlusten“ altersunabhängig, dafür aber von der Persönlichkeit beeinflusst sein. Letztendlich muss die Kritik an einer Zuschreibung subintentional verlaufender Bearbeitungsprozesse zur Gruppe der älteren Menschen zur Kenntnis genommen werden (Nunner-Winkler 1997).

Trotzdem findet sich eine Vielzahl plausibler Beispiele, die für akkommodative Prozesse im Alter stehen können. Kruse (2002) hat folgende formuliert:

- „Veränderung des Anspruchsniveaus in Bezug auf jene Bedingungen, die für ein zufrieden stellendes Leben erfüllt sein müssen,
- Aufrechterhaltung einer positiven und bejahenden Lebenseinstellung trotz erfahrener Einbußen und Verluste,
- zunehmende Fähigkeit, Pläne und Vorhaben an die begrenzte Zeit anzupassen und Unsicherheit in Bezug auf die persönliche Zukunft zu ertragen,
- realistischere Einschätzung der Grenzen eigenen Handelns, zunehmende Akzeptanz dieser Grenzen“ (Kruse 2002, S. 991).

Auf die **Art der Belastung** bzw. auf deren objektive oder objektivierbare Merkmale geht das Zwei-Prozess-Modell der Entwicklungsregulation nicht ein. Lediglich die wahrgenommene Belastung zu berücksichtigen, kann unter Umständen, z. B. wenn nicht nur der ältere Mensch, sondern auch seine Angehörigen belastet sind (z. B. im Falle der Schwerhörigkeit), nicht angemessen oder falsch sein. Daher scheint es *notwendig*, „*zusätzlich zur wahrgenommenen Entwicklungssituation den realen Problemraum einer Belastung zu analysieren*“ (Tesch-Römer 1997, S. 155).

Ebenso fordert Kruse (1997) eine differenzierte Analyse und Beschreibung der Situation, mit der sich Menschen auseinandersetzen müssen. Es genügt nicht, das Bewältigungsverhalten sowie Personen- und Umweltmerkmale, die dieses Verhalten beeinflussen, zu untersuchen.

Ähnlich wirkende Situationen können sehr variieren und dadurch zu interindividuellen Unterschieden im Bewältigungsverhalten führen.

So stellt sich die Frage, welche Aspekte einer Situation, z. B. bei einer Erkrankung, die zu zahlreichen Veränderungen im Leben des Patienten führt, als belastend erlebt werden. Diese vielfältigen Möglichkeiten des Belastungsempfindens müssen bei der Analyse der Bewältigungsversuche berücksichtigt werden, denn erst dann wird deutlich, auf welche Belastungen die Bewältigungsversuche eigentlich gerichtet sind. Nur so lassen sich Bewältigungsversuche eines Menschen verstehen (Kruse 1997).

Nicht nur die genaue Beschreibung der belastenden Aspekte einer Situation ist bedeutsam, sondern auch die inhaltliche Bedeutung einzelner Bewältigungsversuche ist relevant, z. B. für die Verwendung von psychologischen Verfahren zur Erfassung der Bewältigungsversuche. Deren Kategorien wie »Hoffnung«, »positive Deutung der Situation«, »Regulierung des eigenen Anspruchsniveaus«, »Suche nach Hilfe« können in nicht-kongruenten Situationen oder in unterschiedlichen Stadien einer lang andauernden Erkrankung eine intraindividuell verschiedenartige Bedeutung haben, die u. a. auch von der Situiertheit des älteren Menschen abhängt. *Daraus ist zu schließen, dass die Bewältigungskategorien durch die Charakterisierung jener Inhalte ergänzt werden, die den Kern der Bewältigungsversuche bilden* (Kruse 1997).

6.5 Gesundheitsverhalten aus gerontologischer Perspektive

Befunden zufolge variieren der Umfang und die Art des persönlichen gesundheitsfördernden Verhaltens nach Geschlecht und Schichtzugehörigkeit. Hingegen scheint *„die Tatsache, ob sich Menschen gesundheitsbewusst und krankheitsvorbeugend verhalten, relativ altersunabhängig“* (Garms-Homolová 1991, S. 322) zu sein.

Die Annahme, dass Gesundheitserleben und Gesundheitshandeln alterstypische Besonderheiten aufweisen könnten, wird vor allem durch die **Bedeutung von Lebensstilen** für das Gesundheitsverhalten widerlegt. Lebensstil beinhaltet Merkmale wie Aktivitäten und Interessen des Menschen, Umgang mit Lebensanforderungen, Grad der Offenheit für neue Erfahrungen sowie Anregungen und Lebenseinstellung. Merkmale eines Lebensstils werden bereits in frühen Lebensjahren ausgebildet. Diese Erfahrungen und Erkenntnisse aus frühen Lebensjahren und die daraus entwickelten Handlungsweisen bilden die Grundlage für die Auseinandersetzung mit neuen Anforderungen und Möglichkeiten im Alter. Sie tragen zur (gesundheitsbewussten) Gestaltung eines selbstständigen und selbstverantwortlichen Lebens bei. Der Lebensstil steht in wechselseitiger Beziehung zur Umwelt, in der wir leben. Diese nimmt Einfluss, indem sie körperliche, seelisch-geistige und soziale Aktivität ermög-

licht, fördert, behindert oder erschwert. Jedoch gestalten wir durch unseren Lebensstil die Umwelt, in der wir leben. Der in frühen Lebensjahren ausgebildete Lebensstil darf jedoch nicht als unveränderbares Konstrukt verstanden werden, welches das Erleben und Handeln und damit auch das Gesundheitshandeln im Alter determiniert (Kruse 1999).

Aus geriatrischer Perspektive geht es vielmehr – im Sinne der »compression of morbidity« [vgl. Kapitel 6.1] – darum, exogene Einflüsse, die den natürlichen Alterungsprozess belasten und bedrohen, sowie endogene Einflüsse in ihren negativen Auswirkungen zu mildern. Ansätze dazu bieten einerseits die Primärprävention mit präventiven Empfehlungen und Handlungen, die grundsätzlich bei jedem Menschen bedeutsam sind, und andererseits die Sekundärprävention mit Gesichtspunkten der speziellen Prävention, mit der krank machende und damit den Alterungsprozess belastende Faktoren erkannt und beseitigt werden sollen (Lang 1999).

Die Bereiche der **primären Prävention** sind hinlänglich bekannt und nehmen im Alter an Bedeutung zu. Unter der Prämisse „Es ist nie zu spät, ein gesundheitsbewusstes und körperlich sowie geistig aktives Leben zu führen“ (Kuhlmey/ Dräger 2001, S. 1; vgl. Kruse 1999) steht die Vermeidung von Risikofaktoren und damit von Krankheiten, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronischen Erkrankungen der Atemwege und Verdauungsorgane, an erster Stelle. Dies beinhaltet u. a. den Verzicht auf Nikotin und den verantwortlichen Umgang mit Alkohol sowie das Einwirken auf bereits eingetretene Risikofaktoren wie Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck und Übergewicht (Kruse 1999). Entscheidende Ansätze zur primären Prävention liegen auch in der Suchtprophylaxe, z. B. durch einen ärztlich kontrollierten Gebrauch von Medikamenten, in der Unfallprophylaxe und der Infektionsprophylaxe (Lang 1999).

Wesentliche Risiken liegen in der Ernährung. Mit zunehmendem Lebensalter und der damit häufig verbundenen verminderten körperlichen Anforderung im täglichen Leben, nimmt der Energiebedarf ab (Lang 1999). Eine hohe Kalorienaufnahme und zu hoher Fleisch-, Fett- und Zuckerkonsum sollten unterlassen werden. Eine gesunde Ernährung (mit ausreichendem Verzehr von Getreideprodukten, Gemüse und Obst) dient der Vermeidung von Krankheiten, die vorwiegend auf falsche Ernährung zurückgehen (Diabetes mellitus Typ II) oder auf die eine falsche Ernährung Einfluss nimmt (Arteriosklerose, Hypercholesterinämie, Bluthochdruck) (Kruse 1999).

Ein weiteres wesentliches Ziel ist die Förderung der Gesundheit durch körperliche Aktivität. Körperliches Training unter Berücksichtigung des Nutzens und der Risiken kann die Mobilität und körperliche Leistungsfähigkeit möglichst lange erhalten und damit körperlichen Abbauprozessen vorbeugen. Eine möglicherweise daraus resultierende hohe Anpassungs- und

Widerstandsfähigkeit des Organismus fördert Mobilität und Vitalität, die eine wesentliche Grundlage der physischen Kompetenz des alternden Menschen darstellt (Kruse 1999; Lang 1999). Vor allem Ausdauerleistung und Koordination bieten einen Ansatz für optimierende Interventionen, mehr als etwa Kraft und Schnelligkeit. Der Förderungsspielraum ist umso größer, je weiter die Leistungen von den maximalen Grenzen entfernt sind. Eine Steigerung der funktionellen Reserven in geeigneten Bereichen kann Verluste in Funktionsbereichen mit geringerem Änderungsspielraum oder geringerer Kapazitätsreserve ausgleichen (Gerok/Brandtstädter 1992).

Sportliche Aktivität dient aber nicht nur dem Umgang mit Belastungen oder der Verhinderung von Erkrankungen, sondern kann auch als soziale Aktivität aufgefasst werden. Sie nimmt bewusst Einfluss auf die Gesundheitseinschätzung oder das Gesundheitsverhalten insgesamt (Martin 2001).

Die Aufgabe der **sekundären Prävention** liegt vor allem in der Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen mit dem Ziel, gesundheitliche Störungen sowie Erkrankungen im Frühstadium zu erkennen. Frühzeitige Interventionen bei Gesundheitsstörungen, die von natürlichen Alterungsvorgängen abweichen, oder bei Erkrankungen im Frühstadium können das Ausmaß der klinischen Erscheinungen mildern oder Komplikationen verhindern (Lang 1999). Aber auch bei anscheinend unbegründeten Störungen der psychischen und physischen Befindlichkeit sollten vorsorgliche Untersuchungen durchgeführt werden. Dies ist insofern bedeutsam, da mit zunehmendem Alter immer häufiger uncharakteristische Beschwerden als natürliche Alterserscheinungen abgetan werden. Allgemeine und ärztliche Aufklärungsarbeit ist notwendig, damit Warnsymptome nicht missachtet und Unzulänglichkeiten, Beschwerden, Missempfindungen, die den alternden Menschen in irgendeiner Weise stören, als erste Hinweise auf ein sich anbahnendes Leiden interpretiert werden (Kruse 1999; Lang 1999).

Gesundheitsbewusstes Verhalten im Alter beinhaltet darüber hinaus alltägliche Maßnahmen, denen in jungen Jahren weniger bewusst Beachtung zukommt. Insbesondere der grundsätzlich nicht vom Alter abhängigen Körperhygiene und Zahnpflege ist zur Verhinderung regionaler Entzündungen und allgemeiner Infektionen besonders Beachtung zu schenken (Lang 1999).

Gesundheitsbewusstsein umfasst auch die *Vermeidung von lang anhaltenden körperlichen und seelischen Überlastungen sowie die Förderung eines harmonischen Verhältnisses zwischen Arbeit und Erholung*. Es ist wichtig, einen angemessenen Wechsel zwischen einerseits Aktivität und Wachsein und andererseits Nacht, Ruhe und Schlaf zu finden (Kruse 1999; Lang 1999). Es ist für eine ausreichend geistige Aktivität, z. B. durch die Nutzung von Bildungsangeboten, zu sorgen. Damit wird das Ziel verfolgt, möglichst lange die kognitive

Plastizität zu erhalten sowie Verluste in kognitiven Basisoperationen zu verringern. Letztendlich sollten im Sinne von Selbstständigkeit, Selbstverantwortung und sozialer Integration alltagspraktische und sozialkommunikative Fertigkeiten gepflegt und entwickelt werden (Kruse 1999).

Im Alter richtet sich gesundheitsbewusstes Verhalten auch auf die gedankliche Vorwegnahme dessen, was sich in der Zukunft verändern kann. Mit der Ausweitung und Entwicklung eines differenzierten außerberuflichen Interessenspektrums ist die Vorbereitung auf die nachberufliche Phase möglich. Ebenso scheinen die frühzeitige Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten der sozialen Sicherung im Alter, zum Schutz finanzieller Ressourcen, sowie eine frühzeitige Beschäftigung mit möglichen Wohnbedürfnissen im Alter bedeutsam (Kruse 1999).

Gesundheitsverhalten setzt **bei** den **verschiedenen Krankheitstypologien** [vgl. Kapitel 6.1] in unterschiedlicher Weise an. So kann gesundheitsbewusstes Handeln (z. B. ausgewogene Ernährung und ausreichendes körperliches Training) sowohl in früheren Lebensjahren als auch im Alter zum Teil den Verlauf und Schweregrad »altersphysiologischer Veränderungen mit möglichem Krankheitswert«, wie beispielsweise die Osteoporose (erste Kategorie der Typologie) positiv beeinflussen. Im Gegensatz dazu verlaufen altersphysiologische Veränderungen mit höherer Geschwindigkeit, zeigen einen stärkeren Schweregrad und erreichen Krankheitswert, wenn z. B. Risikofaktoren nicht gemieden werden. Vorsorgemaßnahmen können vor allem »Erkrankungen mit langer präklinischer Latenzzeit« (zweite Kategorie) erkennen und durch frühzeitige Therapie den weiteren Verlauf maßgeblich beeinflussen (Kruse 1999).

Der Hinweis, vorsorgliche ärztliche Untersuchungen wahrzunehmen, kann die komplikationsreichen Verläufe und die oftmals unterschätzten Folgen akuter Erkrankungen verhindern. Damit unterliegen neben den chronischen Erkrankungen auch die »Erkrankungen mit im Alter verändertem physiologischen Verlauf aufgrund verminderter homöostatischer Regulations- bzw. Reparaturmechanismen« der dritten Kategorie dem Einfluss präventiver Maßnahmen. In besonderer Weise sprechen jedoch die »Krankheiten infolge langfristiger, mit der Lebenszeit steigender Exposition« (vierte Kategorie) auf frühzeitig einsetzendes und den Lebensstil prägendes gesundheitsbewusstes Verhalten an (Kruse 1999).

Anhand dieser Beispiele konnte gezeigt werden, *dass durch einen gesundheitsfördernden Lebensstil, die Mobilisierung funktioneller Reserven sowie durch Trainingsmaßnahmen das Morbiditätsprofil im Alter verringert und durch Ausschalten von Risikofaktoren die Manifestation von chronischen Krankheiten* [vgl. Kapitel 6.1] *aufgeschoben und damit die Krankheitsphase verkürzt werden kann (»compression of morbidity«)* (Gerok/ Brandtstädter 1992).

All das erfordert beim Individuum jedoch entsprechende **Handlungsbereitschaft** und Handlungskompetenz. Gesundheitsförderndes Verhalten setzt einen aktiven Beitrag des Individuums zur Gestaltung seines Alterns voraus. Bisherige Erfahrungen zeigen jedoch ein eher zurückhaltendes Verhalten älterer Menschen, z. B. hinsichtlich der gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen. Gegenargumente beinhalten eine diffuse Angst vor einer möglichen lebensqualitätseinschränkenden Erkrankung und einer daraus resultierenden notwendigen Behandlung (Lang 1999). Eine eingeschränkte Überzeugung im Hinblick auf Änderungsspielräume von Alterungs- und Krankheitsprozessen resultiert häufig aus dem biographischen Erfahrungshintergrund, kulturellen Selbstverständlichkeiten und Alterns- und Geschlechterstereotypen. Der Fehlannahme „Erkrankungen als »altersbedingte Einbußen« zu werten“ kann nur mit Aufklärung begegnet werden (Kruse 1999), z. B. mit qualitätsgesicherten Broschüren [vgl. Abbildung 57] (Kuhlmey/ Dräger 2001), die die Notwendigkeit und Inhalte präventiver Maßnahmen in angemessener Weise vermitteln.

Es besteht Beratungsbedarf, im Hinblick darauf dass:

- „Alter nicht mit Krankheit gleichgesetzt werden darf,
- Erkrankungen im Alter durch gesundheitsbewusste Lebensführung vermieden werden können,
- auch im Alter, bei frühzeitiger Diagnostik und rechtzeitiger Behandlung eine Heilung oder eine Linderung der Erkrankung und der Krankheitssymptome erreicht werden kann,
- die Befolgung der ärztlichen Empfehlungen in Bezug auf Therapie und Gesundheitsverhalten für die Aussicht auf Heilung oder Linderung sehr wichtig ist“ (Kruse 1999, S. 53).

Wie der ältere Mensch seine persönlichen Einflussmöglichkeiten in diesem Zusammenhang wahrnimmt, ist natürlich aus verhaltensmedizinischer und psychologischer Sicht ein Aspekt der intraindividuellen Ressourcen. *Gesundheitsverhalten setzt „wie jedes motivierte Verhalten – primär Kompetenzerwartungen (Vertrauen in die eigene Fähigkeit, das erforderliche Verhalten ausführen zu können) und Kontrollüberzeugungen (die Erwartung, mittels des eigenen Verhaltens den eigenen Gesundheitszustand kontrollieren zu können) voraus“* (Schröder 1997, S. 329). Fehlende Konsequenzerwartung (»response outcome expectations«) [vgl. Kapitel 6.3] verhindert z. B. eine Kalorien reduzierte Diät aufgrund des mangelnden Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten, und dies, obwohl der Person durchaus bewusst ist, dass eine Gewichtsreduktion zu einem erhöhten Wohlbefinden führen könnte.

Gesundheitsverhalten hat nur langfristig Bestand, wenn es der persönlichen Überzeugung entspricht und durch externe Ressourcen (z. B. soziales Umfeld) Unterstützung findet (Schmidt et al. 1996).

Abb. 57: Scheckliste zum »Gesunden Leben« aus der Broschüre „Gesundheit im Alter fördern“

Gesundheitsverhalten	zurzeit			Veränderungs- wunsch
	ja	gelegentlich	nein	
Gesunde Ernährung				
Ausreichend Gemüse, Getreide und Obst				
Wenig Fleisch, Fett und Zucker				
Mehrere nicht zu umfangreiche Mahlzeiten				
Viel Flüssigkeit				
Wenig Kaffee und Alkohol				
Keine Zigaretten				
Körperliche Aktivität				
Hausarbeit/ Gartenarbeit				
Spaziergänge/ Wandern				
Spielen mit Kindern				
Altersentsprechendes Fitnesstraining				
Vorsorgeuntersuchungen				
Regelmäßiger Gesundheitscheck				
Krebsvorsorgeuntersuchungen				
Gynäkologische Vorsorge (Frauen)				
Zahnärztliche Vorsorge				
Geistige Aktivitäten				
Nutzung von Bildungsangeboten				
Lesen (Zeitung, Zeitschriften, Bücher)				
Gedächtnistraining				
Beschäftigung				
Hobbys				
Kontakt zu Freunden und Bekannten				
Kontakt zur Familie				
Umweltanpassung				
Altersgerechte Wohnraumgestaltung				
Altersgerechte Lage der Wohnung				
Sichere Wohnraumgestaltung				
Nutzung notwendiger Hilfsmittel (Brille, Lesebrille, Hörgerät, Gehhilfen)				

Quelle: Kuhlmeij/ Dräger 2001, S. 14f.

Eine extern geprägte Kontrollüberzeugung, also die Annahme, dass Ereignisse primär durch externe Faktoren wie Glück, Schicksal oder Zufall und nicht durch interne Faktoren wie Fähigkeit oder Anstrengung hervorgerufen werden, interpretiert Gesundheit eher als Zufall oder Schicksal. Einer solchen Einstellung, die nicht selten bei älteren Menschen vorzufinden ist, sind präventive Verhaltensweisen wenig zugänglich (Hornung 1997).

Die Gründe für eine fehlende Umsetzung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils sind vielfältig. So unterscheidet die Motivationspsychologie zwischen einer »**motivationalen**« **Bewusstseinslage** – in der die Intention zur (gesundheitsfördernden) Handlung entsteht – und einer »volitionalen« Bewusstseinslage – in der die Intentionsinitiierung und -realisierung erfolgt (Reschke/ Mohs 2001).

Bevor man sich dem Problem der fehlenden Motivation in diesem Bereich nähert, sollte klar sein, aus welcher Perspektive Motivation definiert wird. *Eine Motivation, die anhand von Behandlungszielen, wie einer Änderung des Lebensstils bzw. der gesundheitsschädigenden Lebensweise definiert wird, entspricht der Sicht der Ärzte und der Therapeuten. Diese kann eine Diskrepanz zur Motivation des Patienten aufweisen, welche sich vor dem Hintergrund seiner internen und externen Ressourcen sowie den Umweltressourcen definiert* (Reschke/ Mohs 2001). Nicht immer sehen alte Menschen einen plausiblen Grund für eine Lebensstiländerung. Das, was Geriater als Problem einstufen, muss nicht zugleich von den Betroffenen als solches eingestuft werden. Durchaus kann aus dem Fortbestehen eines Problems ein größerer Gewinn für den älteren Menschen (»sekundärer Krankheitsgewinn«) resultieren als aus dem Beheben. Legt der Betroffene andere Zielhierarchien zugrunde, ist also anderes wichtiger als gesundheitsförderliches Handeln, wird er sich dagegen entscheiden. Unter Umständen bedeutet, den Anforderungen eines Interventionsangebots nachzukommen die Veränderung liebgewordener Gewohnheiten. Letztendlich kann auch eine Situation der Unentschlossenheit entstehen (»approach-avoidance-Konflikt«), in der die positiven und negativen Aspekte einer Handlung gleich stark erscheinen (Kaiser 2002).

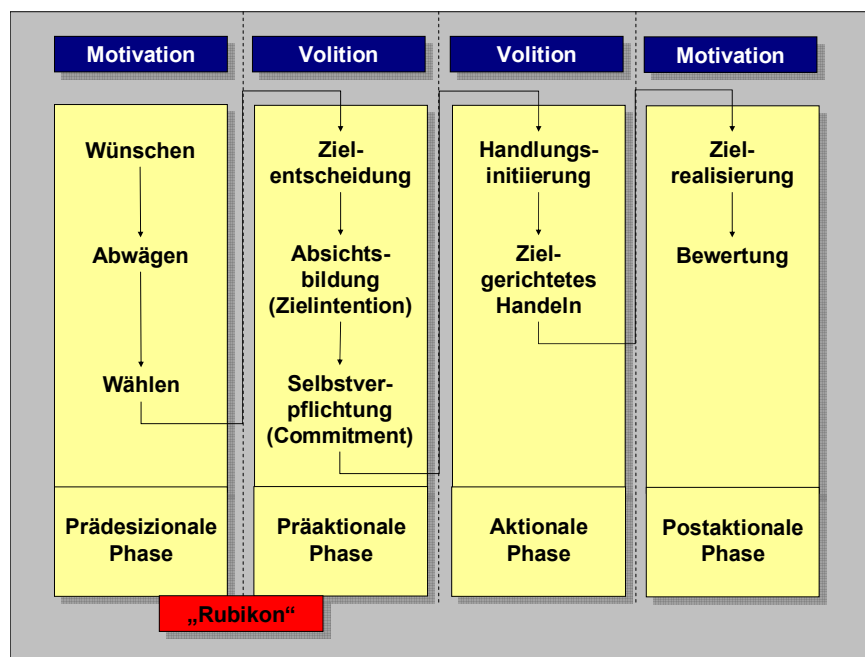
Nach Abschluss einer motivationalen Phase, d. h. der ältere Mensch weiß was zu tun ist, und hat er den Vorsatz getroffen einen neuen Weg zu gehen, muss es nicht immer *zur Realisierung des durchaus vernünftiger erscheinenden zweckrationalen Handelns kommen. Es wird alltagssprachlich fehlende „Willenstärke“ konstatiert.* Kaiser (2002) führt als Ursache neben Motivationsproblemen Wissens- und Fähigkeitsdefizite an, die sich z. B. in einer fehlenden Planungstechnik oder einer fehlenden oder ungeeigneten Selbststeuerungsfähigkeit zeigen. Ebenso kann bei dem Betroffenen emotionales Handeln, gekennzeichnet durch hohe Impulsivität, geringe Frustrationstoleranz und irrationales Verhalten, gegenüber dem rationalen Handeln dominieren (Kaiser 2002).

In der Psychologie steht für den Willen der Begriff der Volition. Bei **volitionalen Prozessen** handelt es sich in der Regel um bewusste Abläufe, die häufig mit Unlustgefühlen verbunden sind und subjektiv als anstrengend erlebt werden, auch wenn dies objektiv nicht der Fall ist. Sie gehen, nachdem ein Entschluss gefasst, eine Entscheidung über ein Ziel getroffen wurde „mit einer Verstärkung (Amplifikation) absichtsrelevanter und damit letztlich zielführenden Reaktionstendenzen einher“ (Schumacher 2001, S. 68). Es müssen innere oder äußere Wi-

derstände, Hemmungen und Schwierigkeiten überwunden werden. „Volitionale Prozesse sind von Bedeutung, wenn eine erwünschte Handlung aufgeschoben (Prokrastination) oder wieder aufgenommen werden soll“ (ebd.) und werden relevant, wenn eine einmal gefasste Absicht über „eine gewisse Zeit aufrecht erhalten werden soll (Speicherung im „Absichtsgedächtnis“) und/ oder gegen andere, konkurrierende Intentionen und Handlungsimpulse abgeschirmt werden muss.“ (ebd.).

Die hier im Zusammenhang mit gesundheitsförderlichem Handeln dargestellte Problematik lässt sich über das **allgemeinpsychologische Rubikon-Modell** [vgl. Abbildung 58] darstellen, welches zielgerichtete Handlungen unter einer zeitlich-sequenziellen Perspektive beschreibt.

Abb. 58: Erweiterte Darstellung des Rubikon-Modells der Handlungsphasen



Quelle: Schumacher 2001, S. 71

Die vier darin enthaltenen Handlungsphasen, die alle bei einer vollständigen Handlung durchlaufen werden, sind durch spezifische Übergänge voneinander getrennt. Die Perspektive richtet sich dabei auf den gesamten Ablauf, von der Entstehung der Wünsche vor der eigentlichen Zielentscheidung bis hin zur Evaluation des erreichten Ziels. Das Rubikon-Modell betrachtet die zentralen Aspekte des Zielsetzens und des Zielstrebens integrativ und beforcht ihren Bezug zueinander. „Wünsche werden dabei durch menschliche Motive de-

terminiert“ (Schumacher 2001, S. 69). So ist z. B. der Wunsch, durch Gewichtsreduktion die Gehfähigkeit zurückzuerlangen, voraussichtlich bei dem älteren Menschen ausgeprägter, der über ein wichtiges Mobilitätsmotiv und damit über eine entsprechend hohe Mobilitätsmotivation verfügt. Ein solcher Wunsch hätte bei einem notwendigen Abwägen und Auswählen in Konkurrenz zu anderen Wünschen sicherlich eine hohe Priorität.

Ein wichtiger Schritt im Handlungsmodell ist der Übergang von der Phase des Abwägens (Prädesizionale Phase) zur Absichtsbildung (Zielintention) und schließlich zur Selbstverpflichtung, ein Ziel erreichen zu wollen (Commitment). Dieser Übergang wird als »Überschreiten des Rubikon« bezeichnet. Letztgenannte Schritte befinden sich innerhalb der präaktionalen Phase, die im Wesentlichen Planungsmaßnahmen enthält.

Die Zielintention („Ich will mein Gewicht um ...kg reduzieren“) ist dabei eng an Handlungsvorsätze („Ich will eine kalorienreduzierte Ernährung durchführen“) gebunden, welche das »wann«, »wo« und »wie« festlegen und somit einer reibungslosen Initiierung, Ausführung und Zielrealisierung dienen. Durch die Handlungsinitiierung wird der Schritt von der Planungsphase zur Handlungsphase (aktionale Phase) vollzogen. Dieser ist wesentlich von der Volitionsstärke abhängig, die eine Aussage darüber trifft, wie stark sich eine Person verpflichtet fühlt, das gewählte Ziel zu erreichen (Intensität der Zielbindung). Volitionsstärke bleibt auch im weiteren Prozess während des zielgerichteten Handelns (Zielstreben) von Bedeutung. Ist das Ziel realisiert, wird es einer Bewertung unterzogen (Postaktionale Phase). Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Zielrealisierung bei spezifisch gefassten Zielen (übergeordnete Ziele) erfolgreicher verläuft als bei vagen oder unvollständigen Zielen. Problematisch wird die Situation, wenn es z. B. einem älteren Menschen nicht gelingt, ein intendiertes Handlungsziel (Gehfähigkeit) aufzugeben, obwohl dies aussichtslos ist [vgl. Kapitel 6.4] (Schumacher 2001).

6.6 Umweltfaktoren aus gerontologischer Perspektive

Die Thematisierung der Wechselwirkungen zwischen Umweltfaktoren und dem alten Menschen ist das Beschäftigungsfeld der ökologischen Gerontologie. Sie untersucht Bedingungen sowie Konsequenzen dieser Wechselwirkungen und schließt dabei belebte (soziale¹) und unbelebte (dingliche) Umwelten ein (Wahl/ Baltes 1993).

Zu den drei wichtigen **Schwerpunktt Themen** dieses Forschungsbereichs gehören das Wohnen, das Wohnumfeld und die Möglichkeiten der Mobilität. „Wohnen meint wiederkehrende Geschehensabläufe im räumlich-sozialen Kontext der Wohnung“ (BMFSFJ 2001d, S. 244). Wohnen ist im Alter mit einer besonderen Herausforderung verbunden, da von veränderten

¹ Die Erörterung der sozialen Umwelt ist nicht Bestandteil dieses Kapitels [vgl. Kapitel 6.3].

Kompetenzen, aber auch veränderten Bedürfnissen ausgegangen werden muss (BMFSFJ 2001d). Der unmittelbare Wohnbereich ist zentraler Lebensort, in dem etwa 80% der alltäglichen Aktivitäten stattfinden (Baltes 1996a). „Alltag im Alter ist Wohnalltag“ (Saup 1993, S. 90), welcher für 95% der über 65-Jährigen in Deutschland in einer privaten Wohnung (Haus) erfolgt (BMFSFJ 1998). Grundsätzlich besteht der Wunsch, solange wie möglich dort selbstbestimmt und selbstständig zu leben (BMFSFJ 2002c).

Der nähere räumliche Bereich um die eigene Wohnung, also die engere und weitere Nachbarschaft sowie das Stadtviertel, wird als Wohnumfeld bezeichnet und stellt das wichtigste Aktionsfeld des älteren, insbesondere des sehr alten Menschen dar. Extern gesteuerte Änderungen in diesem Bereich (z. B. Geschäftsschließungen) können erhebliche Einschränkungen, auch in der Selbstständigkeit des älteren Menschen, nach sich ziehen (BMFSFJ 2001d). *Die zentrale Bedeutung, die die Wohnung selbst und das Wohnumfeld durch den eingeschränkten Aktionsradius des älteren Menschen erhält, ist nachvollziehbar.* Dies trifft auch bei auftretender Hilfebedürftigkeit zu. Der Erhalt der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung werden zukünftig wahrscheinlich mit wachsendem Selbstbewusstsein älterer Menschen noch stärker eingefordert werden, ebenso wie die Mitwirkung bei der Gestaltung ihrer Wohnumwelt (BMFSFJ 2002c).

Aktivitäten außerhalb der Wohnung werden als außerhäusliche Mobilität bezeichnet. Die Fortbewegung über Raum und Zeit ist erforderlich für die Überwindung von Entfernungen (BMFSFJ 2001d). Dabei spielt ganz besonders das Auto für ältere Menschen eine wesentliche Rolle. Einerseits dient es der Bewältigung alltäglicher Erfordernisse, wie die Besorgung von Gütern des täglichen Bedarfs und um gesundheitliche Betreuung wahrnehmen zu können. Es nimmt so einen hohen Stellenwert zur Sicherung der Selbstständigkeit ein. Andererseits können größere Distanzen zurückgelegt werden, um wichtige soziale Beziehungen aufrechtzuerhalten und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen (Mollenkopf 1998).

Außerhäusliche Mobilität kann ein wesentliches Merkmal von Lebensqualität darstellen, auch wenn sie mit zunehmendem Alter lediglich zum Möglichkeitsspektrum gehört (BMFSFJ 2001d). Die Altenberichtscommission weist, neben der unterstützenden (prothetischen) und ausgleichenden (kompensatorischen) Funktion, auf einen weiteren bedeutsamen Aspekt räumlicher Umwelt hin: „Genauso wichtig ist ihre stimulierende Funktion, die zum einen im Sinne der Anregung von Sinnes- und Denkfunktionen zu verstehen ist (hier kommt der Ausstattung der Wohnung große Bedeutung zu), zum anderen im Sinne bestehender Möglichkeiten zur selbstbestimmten Gestaltung der Wohnung“ (BMFSFJ 2001c, S. 57).

„Ältere Menschen gelten als besonders empfindlich gegenüber widrigen räumlich-sozialen Umwelten“ (Oswald 2000, S. 203), da sie eine eingeschränkte Adaptationsfähigkeit an die

Umwelt aufweisen. *Je nach Kontext kann die Umwelt neben den hier beschriebenen positiven Möglichkeiten innerhalb der Handlungsräume auch Risiken enthalten.* Eine exakte Quantifizierung **wohnungsbezogener Risiken** ist zwar nicht möglich, jedoch dürften diese bei steigendem Lebensalter und mit der Zunahme von Hilfe-, Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit ansteigen. Wenn bisher auch wenig quantitative Untersuchungen vorliegen, so belegen doch qualitative Studien sowie die Erfahrungen zahlreicher Wohnberatungsstellen neben Problemen mit veralteten Heizungen eindeutige Mängel wie „unsichere Zugänge und Treppen, Stolpergefahren, nicht erreichbare Fensterhebel, fehlende oder falsch angebrachte Handläufe, unzureichende Bewegungsflächen in Bad und WC, unsichere Elektrogeräte sowie mit Gehwagen oder Rollstuhl nicht erreichbare Balkone“ (BMFSFJ 2002c).

Insbesondere Hochaltrige leben häufig in mangelhaften, mit geringem Komfort ausgestatteten Wohnungen. Dies ist einerseits auf die häufig lange Wohndauer in derselben Wohnung zurückzuführen, andererseits auf die geringe Bereitschaft bzw. Fähigkeit, Einrichtung und Ausstattung der Wohnung zu verändern. Das heißt, wohnungsbezogene Risiken werden teilweise mit zunehmendem Alter noch ausgeprägter (BMFSFJ 2002c).

Risiken lassen sich im Hinblick auf Behinderungen in der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens, auf zunehmende gesundheitliche Einschränkungen und hinsichtlich eines mit dem Alter stark ansteigenden Sturzrisikos konstatieren. Nach einem häuslichen Unfall melden sich schließlich ältere Menschen oder ihre Angehörigen doch bei Beratungseinrichtungen für Anpassungsmaßnahmen im Wohnbereich. Der Anteil Ratsuchender (26% bei den 65- bis 80-Jährigen bzw. 39% bei über 80-Jährigen) mit einem vorausgegangenen Sturzergebnis ist besonders hoch (BMFSFJ 2002c). Umgebungsfaktoren spielen also eine zentrale Rolle für den Erhalt von Gesundheit.

Ein Risiko für den älteren Menschen stellt auch die außerhäusliche Mobilität dar. Die Verkehrsteilnahme wird sowohl als Fußgänger wie auch als Nutzer privater oder öffentlicher Verkehrsmittel im Alter zunehmend prekärer. Das Bedrohungspotenzial verunsichert den älteren Menschen, was dazu führen kann, dass er sich aus der Öffentlichkeit zurückzieht (Mollenkopf 1998).

*Aus interventionsgerontologischer Sicht ist von Bedeutung, inwieweit **Veränderungsmöglichkeiten der räumlichen Umwelt** mit dem Ziel einer stärkeren Unterstützung der Selbstständigkeit möglich sind.* Die Einflussnahmen im Bereich der Wohnumwelt, z. B. die Verbesserung des Sicherheitsgefühls durch architektonisch optimale Gestaltung, erweisen sich als schwierig. Veränderungen auf der Mikro-/Mesoebene der sozialen und räumlichen Umwelt des älteren Menschen sind hingegen leichter umzusetzen (Wahl 2002), wenn auch nicht völlig problemlos. Wie bereits erwähnt, können notwendig werdende neue Wohnentschei-

dungen im Alter durch die häufig sehr lange Wohndauer an einem Ort und die damit einhergehende, hohe emotionale Verbundenheit krisenhafte Züge annehmen (BMFSFJ 2001d).

Veränderungsmöglichkeiten in der Wohnumwelt zur Kompensation von Leistungsdefiziten können im Sinne von Ressourcen interpretiert werden (Martin 2001). Wesentliches Ziel ist der Verbleib des älteren Menschen in (s)einer normalen Wohnung. Je geringer seine Kompetenz ist, umso höher sind die Anforderungen an eine altersgerechte Umwelt.

Soll das selbstständige Wohnen aufrechterhalten bleiben, sind Dienstleistungsangebote, dezentrale Hilfsangebote professioneller Organisationen und die wohnungsnahen Infrastruktur zu nutzen. Intensive Anpassungsmaßnahmen und Beratungsprozesse unter Einbeziehung der betroffenen Person, die Veränderungen zu ihrer eigenen Sache macht, sichern den Erfolg von Maßnahmen (BMFSFJ 2002c).

Umweltgestaltung verbindet sich mit den Stichworten: Wohnungsanpassung, barrierefrei und Technikeinsatz. Unter **Wohnungsanpassung** versteht man spezielle „Veränderungen in der Wohnung oder im Bereich des Zugangs zur Wohnung, die vor allem dazu dienen, funktionale Einschränkungen und nachlassende Fähigkeiten zur Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung zu kompensieren“ (BMFSFJ 2001d, S. 244). Es können Wohnungsmängel beseitigt und die Wohnsituation auf spezifische Erfordernisse der älteren Person optimiert werden. Nach SGB V und SGB XI stehen dafür Finanzierungsmöglichkeiten zur Verfügung (BMFSFJ 2001d; 2002c). Auch wenn die Wohnraumanpassung präventiv eingesetzt werden kann, so überwiegt derzeit die reaktive Form. Sie muss sich nicht ausschließlich auf individuelle Wohneinheiten begrenzen, sondern kann ganze Siedlungen oder Gebäudekomplexe den Bedürfnissen alter Menschen entsprechend verändern (BMFSFJ 2002c).

*Wesentlicher Bestandteil der Wohnraumanpassung und Voraussetzung für den Verbleib älterer Menschen in ihren Wohnungen und ihrem Wohnumfeld ist die **Barrierefreiheit**.* „Mit altersbedingten Einschränkungen der Beweglichkeit, der Wahrnehmungsfähigkeit und auch des Reaktionsvermögens sind ältere Menschen in zunehmendem Maße auf einen Abbau von Hindernissen und Gefahrenquellen angewiesen“ (BMFSFJ 2002c, S. 111). Es besteht ein höherer Bedarf an Sicherheit im Haushalt und es sollte ein möglichst ungehinderter Zugang zu allen Lebensräumen gewährleistet sein. Dies ist Aufgabe und oberste Maxime der Wohnberatung, die sich an den deutschen (europäischen) Richtwerten für Barrierefreiheit (Bereich des Wohnens DIN 18025/ Teil 2; Rollstuhlfähig DIN 18025/ Teil I) orientiert, ohne dabei den individuellen Bedarf außer Acht zu lassen (BMFSFJ 2001d).

Die technisierte Umwelt gestaltet das Alltagsleben und die gesellschaftliche Teilhabe des älteren Menschen in einer modernen Gesellschaft, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung. Technische Kommunikationsmittel oder Unterhaltungselektronik gehören zur alltägli-

chen Lebensführung und sind zugleich ein bedeutender Faktor der Lebensqualität. **Technik** wird hier jedoch im Sinne von technischer Entwicklung diskutiert, die zusätzliche Voraussetzungen für ein selbstbestimmtes Leben schafft. Relevant sind dabei technische Wohnungsausstattung und technische Hilfsmittel zur Kompensation nachlassender Kräfte und beeinträchtigter Körperfunktionen. In Form einer den modernen Standards entsprechenden technischen Wohnungsinfrastruktur und einer Haushaltsausstattung mit geeigneten technischen Haushaltsgeräten können anfallende Arbeiten erleichtert und das Leben im Alter unterstützt werden (Mollenkopf 1998).

Diese »neuen« Person-Umwelt-Konstellationen werden das zukünftige Altern verändern. Als Beispiele sei das Internet als neue Kommunikationsmöglichkeit genannt und »intelligente« Haustechnologien, die den Hausalltag und seine Sicherheit zentral regeln und steuern. Wahl weist darauf hin, dass aber auch ein neues Verständnis von Selbstständigkeit und Unselbstständigkeit entstehen kann, welches die Nicht-Nutzung von neuen Technologien als Aspekt von Unselbstständigkeit betrachtet und daraus eine neue Altersdifferenzierung ableitet, die zwischen Nutzern versus Nicht-Nutzern differenziert (Wahl 2002).

Die bisherige Deskription bezieht sich auf objektive Wohnbedingungen mit ihren darin enthaltenen Risiken und Ressourcen. Dabei bleiben zunächst **Aspekte des Wohnerlebens** als Prädiktoren von Wohnzufriedenheit unberücksichtigt. Wohnen ist jedoch nicht nur alltägliches Verhalten, sondern zugleich auch wesentliches Erleben, z. B. im Sinne eines Gefühls des »Zuhause-Seins«. Somit wird *Wohnen nicht allein durch objektive Rahmenbedingungen, sondern auch durch subjektive Bewertungen bestimmt*, die sich nicht auf räumliche Aspekte der Wohnlage, Erreichbarkeit oder Ausstattung beschränken (Oswald 1996; Oswald et al. 2000). *Das heißt, Umwelt muss auch unter dem Aspekt der Sicherheit, Vertrautheit, Anregungen und als Möglichkeit zum Austausch bewertet werden* (Wahl/ Baltes 1993).

Zur alltäglichen Umwelt besteht eine lebenslang gewachsene emotionale Bindung, die sich z. B. als Vergangenheitsorientierung äußern kann. Befunde zum Erleben von Wohnalltag zeigen z. B. bei Gehbeeinträchtigten größere relative Anteile an biographisch verankerten und kognitiv repräsentierten Aspekten wie Vertrautheit und Verinnerlichung, ausgeprägterer Vergangenheitsorientierung und Beibehaltungstreiben und eine geringere Bindung an die außerhäusliche Wohnumwelt als bei Gesunden. Hingegen erleben Gesunde und Gehbeeinträchtigte verhaltensbezogene, emotionale sowie soziale Inhalte gleichermaßen und unterscheiden sich nicht im Ausmaß häuslicher Bindung und Wohnaktivität (Oswald 1998).

Aus der Vertrautheit mit der gewohnten Wohnumwelt entsteht auch Sicherheit, welche zusätzlich zum Streben nach Beibehaltung des Wohnalltags beiträgt, insbesondere im Hinblick auf bevorzugte Plätze in der Wohnung oder persönlich bedeutsame Dinge. Generell scheint

das Wohnerleben maßgeblich zur Wohnzufriedenheit beizutragen, so dass wir auch im Zusammenhang mit Wohnen trotz objektiv unterschiedlicher Wohnbedingungen und objektiv schlechterer Wohnverhältnisse bei älteren Befragten häufig unverhältnismäßig hohe Zufriedenheitseinschätzungen (Zufriedenheitsparadoxon) [vgl. Kapitel 6.7] finden¹ (Oswald 1998; et al. 2000).

Diese Kenntnisse über das Wohnerleben können zum Verständnis mangelnder Akzeptanz von Anpassungsmaßnahmen beitragen. Es wird deutlich, warum z. B. ein älterer Mensch trotz offensichtlicher Wohnungsmängel oder Gefahrenpotenzial an Gewohntem festhalten möchte (Oswald 1998). Darüber hinaus wird auch erkennbar, *dass ältere Menschen nicht ausschließlich „Opfer“ ihrer Umwelt sind. Vielmehr „gestalten [sie] diese auch „proaktiv“ im Sinne ihrer eigenen Lebensziele (z. B. Selbständigkeit) und in den Grenzen ihrer Entwicklungsmöglichkeiten“* (Oswald et al. 2000, S. 203). Durch diese Gestaltungsmöglichkeiten erleben sie sich als autonom [vgl. Kapitel 6.7] und optimieren so die Passung von Person und Umwelt. Diese subjektive Wahrnehmung hat Vorrang vor objektiven Ausstattungskriterien (Oswald 1998).

Die subjektive Umweltperspektive des älteren Menschen ist auch für die Akzeptanz von Veränderungen von Bedeutung, besonders dann, wenn es um die effiziente Nutzung von technischen Geräten geht. Grundsätzlich sind natürlich die Persönlichkeit, Einstellungen und biographischen Erfahrungen maßgeblich für die **Akzeptanz von Technik**. Allerdings lässt sich eine gewisse Skepsis und Vorsicht, nicht allein gegen technische Neuerungen, sondern gegenüber allem Unbekannten und Ungewohnten, beobachten. Damit einhergehende mögliche Gefahren und Chancen, die moderne Technik dem Einzelnen und der Gesellschaft bietet, lösen ambivalente Gefühle aus. Mit Hilfe von positiven Erfahrungen oder der antizipierten Vorstellung über den spürbaren Nutzen eines Gerätes können Widerstände überwunden werden (Mollenkopf 1998). *Damit ein Gerät den Bedürfnissen eines älteren Menschen entspricht, muss es nicht nur technisch funktional sein, sondern auch soziale Funktionalitätskriterien erfüllen.* Das heißt, die Nutzung technischer Hilfen z. B. bei physischen Beeinträchtigungen kann nur erwartet werden, wenn Geräte „von der Bedienbarkeit her die Kompetenz Älterer nicht in Frage stellen, sondern sie im Gegenteil in ihren physischen und kognitiven Fähigkeiten sowie in ihrem Selbstwertgefühl stützen“ (Mollenkopf 1998, S. 115). Darüber hinaus sollte der symbolische Bedeutungsinhalt eines technischen Gerätes – schließlich kein neutraler Gegenstand – „ihre Nutzer nicht als "alt, krank, behindert" stigmatisieren“ (ebd.).

*In den Theorien der Ökologischen Gerontologie (z. B. Lawton 1982) wird davon ausgegangen, dass Umwelt im **Zusammenhang mit Selbstständigkeit und Unselbstständigkeit***

¹ Begründung für die in den eigenen empirischen Daten fehlende Interpretation für die positive Urteilstendenz bei der Einschätzung der Wohnungssituation in den höheren Altersgruppen.

(Wahl 2002) *gesehen werden muss* [vgl. Kapitel 6.7]. So nahe liegend dieser Zusammenhang erscheint und so selbstverständlich dieser in der Praxis der Altenarbeit vorausgesetzt wird, so wenig existieren (nationale und internationale) Studien, die Zusammenhänge oder Ursache-Wirkungs-Relationen abklären. Empirischen Befunden (z. B. Brandenburg 1996; Kruse/ Schmitt 1995) zufolge scheint zumindest in korrelativer Sicht vieles dafür zu sprechen, dass objektiv beurteilte „Wohnungen mit vielen räumlichen Barrieren und einem insgesamt schlechten Standard mit einer Erhöhung von unselbstständigem Verhalten einhergehen“ (Wahl 2002, S. 75). Ähnliche Befunde über den Zusammenhang von architektonischen Merkmalen und (un-)selbstständigem Verhalten bei Bewohnern existieren gemäß Wahl aus dem Heimbereich.

Die unter der Umweltperspektive beschriebenen Mobilitäts- und Technikaspekte sind im Zusammenhang mit der Integration des älteren Menschen in der Gesellschaft zu sehen. Für die Sicherung dieser und der Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen erweisen sich Kommunikation, Information und Mobilität unter Nutzung technischer Möglichkeiten von zentraler Bedeutung, insbesondere für Menschen mit alters- und krankheitsbedingten physischen Funktionseinbußen (Mollenkopf 1998).

Theoretische Zugänge können einen wesentlichen Beitrag zu einem umfassenden Verständnis der Bedeutung ökologischer Aspekte für Selbstständigkeit und Unselbstständigkeit des älteren Menschen leisten (Wahl 2002).

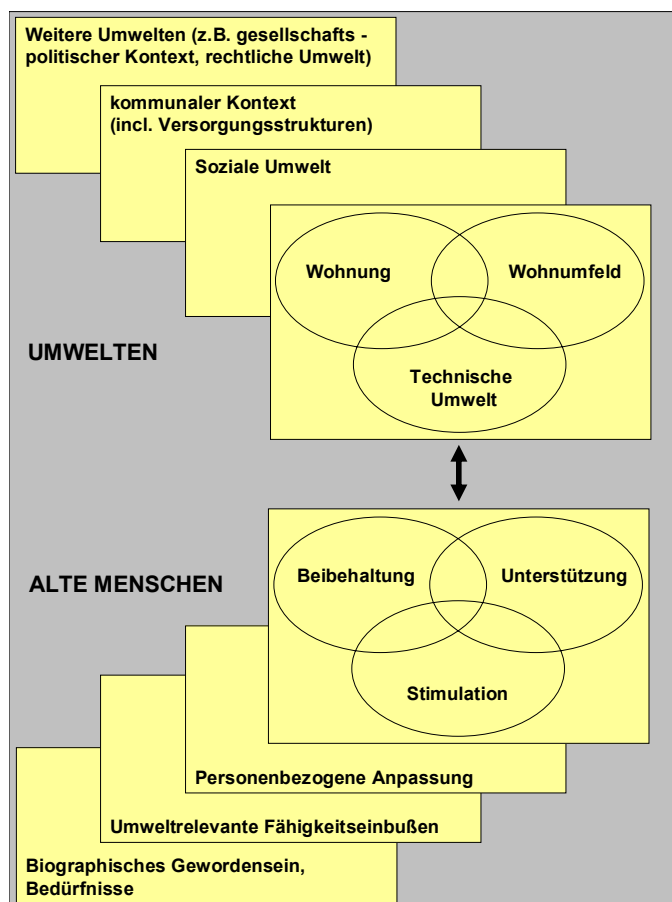
Lawton hat 1989 das in der Gerontopsychologie sehr bekannte »Umwelt-Anforderungs-Modell« aufgestellt, das Störungen im Gefüge „alter Mensch-Umwelt“ konzeptuell genauer zu fassen versucht (Lawton 1982, 1989 n. Wahl/ Baltes 1993, S. 55). Dabei wird die »objektive« Umwelt als bedeutsame eigenständige theoretische Größe für das Verhalten und Erleben des alten Menschen thematisiert, ohne die subjektiven Umweltwahrnehmungen zu leugnen. Keinesfalls lässt sich jedoch Umwelt auf subjektive Umwelt reduzieren. Im Modell werden verschiedene Kompetenzgrade des alten Menschen unterschiedlich starken Anforderungsgraden der Umwelt gegenübergestellt. Die Kernaussage dieses Modells ist, dass mit abfallender Kompetenz die Bedeutung von Umweltfaktoren für das Erleben und Verhalten des alten Menschen größer wird. Diese sog. »Umweltgefüigkeits-Hypothese« (environmental-docility-hypothesis) (Wahl/ Baltes 1993) zeigt sich von großer Bedeutung für die Interventionsgerontologie. Das heißt, unter guten Wohnbedingungen können eingetretene Einbußen der Selbstständigkeit besser kompensiert werden als unter einschränkenden Umweltbedingungen (Kruse 1996).

Der »Umweltgefüigkeits-Hypothese« wurde durch Lawton eine »Umwelt-Proaktivitäts-Hypothese« gegenübergestellt, die den alten Menschen aktiv seine Umwelt zur besseren Aus-

schöpfung von Ressourcen verändern lässt. Damit wird neben der Einflussnahme, durch Bereitstellung von Sicherheit, die Förderung von Autonomie hervorgehoben. Beide Aspekte sollen sich komplementär ergänzen und in einer optimalen Balance gehalten werden, auch im Hinblick auf jederzeit mögliche Kompetenz- oder Umweltveränderungen (Wahl/ Baltes 1993).

Als zweites Beispiel einer modellhaften Darstellung soll eine Übersicht der 3. Altenberichts-kommission vorgelegt werden, die den Ressourcencharakter der Umwelt hervorhebt. In dieser Übersicht [vgl. Abbildung 59] bilden sich die unterschiedlichen Ausführungen vorliegender Deskription deutlich ab. Die Ausgangsüberlegungen der Altenberichts-kommission gehen dahin, „die Bereitstellung und Nutzung von räumlichen, infrastrukturellen und technischen Ressourcen als wesentliche Elemente einer selbstverantwortlichen Alltagsgestaltung von Altern (individuelle Perspektive) wie von Angebots- und Versorgungsstrukturen (gesellschaftlich-kommunale Perspektive) zu begreifen“ (BMFSFJ 2001d, S. 241).

Abb. 59: Räumliche, infrastrukturelle und technische Umwelten alter Menschen



Der Ökologiebegriff erlaubt es, sehr unterschiedliche Umweltsegmente und Auflösungsebenen anzusprechen, ohne die Wechselwirkung dabei aus dem Blick zu verlieren. Bei den drei in der Abbildung dargestellten Umweltaspekten (räumliche Umwelt = Wohnung; infrastrukturelle Umwelt = Wohnumfeld und technische Umwelt) handelt es sich um eine Auswahl und Hervorhebung der Aspekte, die für das alltägliche Handeln und Erleben älterer Menschen eine Rolle spielen. Auch wenn diese ausgewählten Umwelten im Vordergrund stehen, müssen sie im Kontext sozialer Umwelten, der kommunalen Umwelt und der darin enthaltenen Versorgungssysteme und schließlich weiterer Umwelten, wie z. B. der gesellschaftspolitischen oder rechtlichen, gesehen werden.

Dieser Umweltperspektive wird eine Perspektive des alten Menschen gegenübergestellt. Den Hintergrund bilden bei dieser Perspektive das »biographische Gewordensein« und die Bedürfnisse der älteren Person; seine »umweltrelevanten Fähigkeiten« unterliegen altersbezogenen Veränderungen bzw. Einbußen, die ihn gegenüber Umwelanforderungen verletzlich machen und sich negativ auf die Nutzung von Ressourcen auswirken. Demgegenüber besitzen ältere Menschen ein erhebliches Potenzial, welches durch die Nutzung von räumlichen, infrastrukturellen und technischen Umwelten wirksam wird, um Verluste zu kompensieren und Bedürfnisse zu optimieren. Die 3. Altenberichtscommission bezieht sich in der weiteren Ausführung explizit auf das Modell von Lawton. Er geht davon aus, dass Umwelten (1.) Unterstützung im Sinne von prothetischer Funktion (barrierefreie Wohnraumanpassung), (2.) Stimulation durch anregende oder demotivierende Handlungen, erleichternde oder erschwerte Sozialkontakte und Möglichkeiten zur Entwicklung von Eigeninitiative sowie (3.) Beibehaltung (maintenance) als Ausdruck von Lebenskontinuität in der biographischen Entwicklung bieten (BMFSFJ 2001d).

6.7 Partizipation aus gerontologischer Perspektive

Wesentliche Aspekte der Partizipation sind nach Schuntermann (2003b) die Möglichkeiten der Daseinsentfaltung, ein selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Leben sowie die erlebte gesundheitsbezogene Lebensqualität. Aus gerontologischer Sicht bieten sich für die Darstellung dieser Zieldimension zwei eng miteinander verknüpfte Konstrukte an, die sowohl eine objektive als auch subjektive Perspektive des Patienten berücksichtigen. Für die Deskription der objektivierbaren Ebene soll das Konstrukt der Autonomie herangezogen werden. Der zweite Ansatz, der die Bedeutung der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung des Individuums betont, soll über das subjektive Wohlbefinden beschrieben werden.

Objektive Autonomie und subjektives Wohlbefinden sind nicht nur zwei wesentliche Aspekte der Lebensqualität älter werdender Menschen – daher in ihrer Nähe zur Dimension Partizi-

pation evident –, sondern werden zudem in der gerontologischen Forschung als komplementäre, einander ergänzende Konstrukte wahrgenommen (Tesch-Römer et al. 2002).

Autonomie und analog dazu **Selbstständigkeit** können als Ziel oder Produkt einer jeden Person-Umwelt-Auseinandersetzung über die Lebensspanne betrachtet werden (Martin 2001, S. 13). *Diese beiden Begrifflichkeiten haben einerseits aus theoretischer Sicht als »outcome«-Variable in der Grundlagen- und Interventionsforschung eine hohe Relevanz. Andererseits ist Selbstständigkeit als eines der wesentlichen Ziele geriatrischer Behandlungs- und Rehabilitationsbestrebungen von beträchtlicher praktischer Bedeutung.* Unselbstständigkeit bedeutet eben nicht automatisch »Altsein« oder gesundheitliche Einschränkung und andererseits stellt Selbstständigkeit sowie »noch« vorhandene gesundheitliche Leistungsfähigkeit kein Privileg der jüngeren Generationen dar (Wahl 2002). Unselbstständigkeit steht also nicht in Beziehung zu einer unbeeinflussbaren Variable (Alter), sondern ist ein multikausales und multifunktionales Konstrukt, welches einer differenzierten Betrachtung bedarf. Es werden Varianten von physischer, psychischer, emotionaler, kognitiver, sozialer, ökonomischer und umgebungsbezogener Unselbstständigkeit unterschieden (Baltes 1995; Wahl 2002).

Aus psychogerontologischer Sicht bieten sich für die Erklärung von Verhaltensabhängigkeit als eine Form der Unselbstständigkeit drei Ätiologien an: die gelernte Hilflosigkeit, die gelernte Abhängigkeit und die selektive Optimierung mit Kompensation. Obwohl die beiden ersten Paradigmen die Rolle der Umwelt unterschiedlich bewerten, weisen sie die Gemeinsamkeit auf, dass Unselbstständigkeit als fremd induziert erachtet wird.

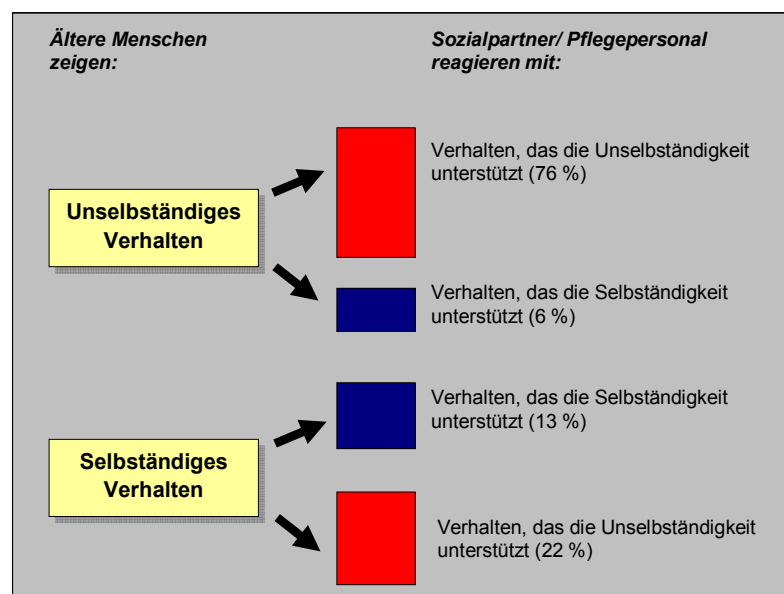
Entweder die Umwelt kann als nicht-kontingent charakterisiert werden [vgl. Kapitel 6.3] und löst mit ihrem nicht-responsiven und vernachlässigenden Verhalten Hilflosigkeit, Passivität und Unselbstständigkeit aus. „Nach diesem Ansatz ist die Wahrscheinlichkeit, ein Einstellungs- und Verhaltensmuster erlernter Hilflosigkeit zu internalisieren für eine Person um so größer, je öfter sie die Erfahrung macht, dass das Ergebnis ihrer Handlungen unabhängig von den Handlungen selbst eintritt“ (Stosberg 2002, S. 217). Demgegenüber erwartet die wenig fordernde Umwelt (kontingente Umwelt) vom älteren Menschen Inkompetenz. Sie ignoriert Selbstständigkeit und gibt Hilfestellung, auch wenn es nicht notwendig ist oder nicht gewünscht wird. Eine zentrale Rolle spielt also die Art, in der Unterstützung gegeben wird. Während bei Kindern in der Regel unterstützendes Verhalten an das Kompetenzniveau angepasst wird, erhalten ältere Menschen häufig unangemessene Unterstützung, selbst bei Tätigkeiten, die sie selbstständig ausführen könnten. Die hier beschriebene Stärkung von Unselbstständigkeit und Missachtung von Selbstständigkeit kann sowohl bei professionellen Hilfeleistenden als auch bei Angehörigen älterer Menschen nachgewiesen werden (Staudinger/ Schindler 2002).

Diese Überprotektion löst Unselbstständigkeitsmuster aus. Durch fehlende Möglichkeiten der Übung eigener Kompetenzen wird der Altersabbau beschleunigt. Dem älteren Menschen gibt dieses Verhalten aber durchaus eine gewisse Kontrolle im Bereich des Sozialkontakts, auch wenn dies passiv und nicht selbst gewählt erfolgt (Baltes 1995).

*Anders beim Paradigma der selektiven Optimierung mit Kompensation, in diesem Fall handelt es sich um eine **selbstregulierte oder selbstbestimmte Unselbstständigkeit** [vgl. Kapitel 6.4]. Sie wird als kompensatorische Strategie eingesetzt. Indem anderen die Kontrolle über bestimmte Dinge überlassen wird, kann der ältere Mensch seine Energie und Kompetenzen in den Bereichen einsetzen, in denen er die Kontrolle selbst behalten möchte. Abhängigkeit kann so Zuflucht im Lebensalltag bieten, wenn die Verfolgung anderer wichtiger Ziele größere Priorität hat (Baltes 1995).*

Die Befunde zur Unterstützung unselbstständiger Verhaltensweisen älterer Menschen bei gleichzeitigem Ignorieren von Selbstständigkeit durch Sozialpartner weisen auf die wesentliche Rolle sozialer Ressourcen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Unselbstständigkeit im Alter hin [vgl. Abbildung 60]. Untermuert werden diese Ergebnisse durch den empirischen Nachweis, dass Veränderungen solcher Interaktionsmuster bei der Betreuungsperson auch zu positiven Veränderungen beim alten Menschen führen (Wahl 2002).

Abb. 60: Einfluss des Pflegekontexts auf die Selbstständigkeit von hilfs- und pflegebedürftigen alten Menschen



Quelle: Staudinger/ Schindler 2002, S. 956

In diesem Sinn kann Autonomie auch als Kontrolle über Ressourcen [vgl. Kapitel 6.3] definiert werden. Über die Verfügbarkeit und den Einsatz von Ressourcen kann die eigene Lebenssituation bewusst beeinflusst und verändert werden. Ressourcen werden im Hinblick auf die Steigerung von Handlungsfähigkeit und Autonomie des Individuums als Mittel zur Zielerreichung eingesetzt (Tesch-Römer et al. 2002). Aus dieser Perspektive werden einzelne Personen immer als Akteure verstanden, nicht aber als Opfer widriger Umstände oder unveränderlicher Persönlichkeitszüge. Dies trifft auch dann zu, wenn ein pflegebedürftiger älterer Mensch durch unselbstständiges Verhalten Zuwendung bei seinem Sozialpartner auslöst und so autonomes Verhalten beweist (Martin 2001).

Die **Konzepte des Wohlbefindens** und der Lebensqualität sind nicht klar definiert, weisen jedoch beide eine große Nähe zu verwandten Begriffen wie Lebenszufriedenheit, Erfüllung im Leben, Lebenssinn, Glück sowie Selbstverwirklichung auf (Westerhof 2001) und werden häufig synonym verwendet. Smith et al. (1996) *empfehlen, in multidisziplinären Kontexten – zu denen die Rehabilitation gehört – den Begriff »Wohlbefinden« zu verwenden, da er nicht in einer bestimmten Disziplin verwurzelt ist.* Sowohl in der psychologischen als auch soziologischen Forschung hat Wohlbefinden seine Bedeutung, aber auch in der Medizin findet es als Therapieziel im Rahmen von Lebensqualitätskonzepten Berücksichtigung (Smith et al. 1996).

Wohlbefinden wird definiert „anhand von individuellen Lebensbewertungen und Gefühlserlebnissen (positiv oder negativ), die wiederum von den jeweiligen Lebensbedingungen abhängen“ (Smith et al. 1996, S. 498). Die Kriterien des Wohlbefindens werden durch die Individuen selbst festgelegt. Die Perspektive des Individuums muss in einer gerontologischen Zieldimension angemessen berücksichtigt werden, da die Alternswissenschaften zeigen, dass sich die Beurteilung einer scheinbar identischen, objektiven Situation aus der Perspektive Außenstehender anders darstellt als aus der des Betroffenen (BMFSFJ 2002d).

Unter Berücksichtigung der uneinheitlichen und nicht eindeutigen Verwendung des Begriffs »Wohlbefinden« findet eine Orientierung an den Aussagen der 4. Altenberichtscommission statt. Demzufolge *bezieht sich subjektives Wohlbefinden „auf die Bewertungen und Gefühle der Person hinsichtlich der eigenen Lebenslage. Nicht allein das globale subjektive Wohlbefinden (wie etwa Lebenszufriedenheit oder Glücksempfinden), sondern auch Bewertungen verschiedener Lebensbereiche (Gesundheit, Autonomieerleben, soziale Beziehungen, Umweltbedingungen) sind von Bedeutung“* (BMFSFJ 2002d, S. 79). Das heißt zugleich, dass es sinnvoll erscheint, verschiedene Facetten des subjektiven Wohlbefindens zu berücksichtigen. Als multikriteriale bzw. mehrdimensionale Dimension bezieht Wohlbefinden eine Vielzahl **unterschiedlicher Lebensbereiche**, wie die materielle Lage, soziale Beziehungen, Gesundheit oder Wohnbedingungen, ein. Eine bereichsspezifische Bestimmung steht nicht

selten im direkten Zusammenhang zu globalen Bewertungen. Und doch ist die Berücksichtigung verschiedener Indikatoren des subjektiven Wohlbefindens notwendig, um ein angemessenes Bild zu erhalten (BMFSFJ 2002d; Erlemeier 2002).

Aus theoretischer Perspektive stellt sich die Frage, ob Wohlbefinden damit die Summe positiver Erfahrungen darstellt oder ob ein Persönlichkeitsmerkmal der Person Lebensbereiche unterschiedlich bewerten lässt. Ein Theorieverständnis, welches Wohlbefinden als erfahrungsabhängig, als Summe angenehmer und unangenehmer Erfahrungen in unterschiedlichen Lebensbereichen interpretiert, wird als »**bottom-up**«-Theorie bezeichnet. Dabei nimmt allgemeines subjektives Wohlbefinden in Abhängigkeit von direkten Ergebnissen emotionaler Erfahrungen im Alltagsleben zu oder ab (BMFSFJ 2002d).

»**Top-down**«-Theorien hingegen gehen davon aus, dass Personen stabile Grundhaltungen und Eigenschaften aufweisen, die sie Erfahrungen in positiver oder negativer Weise erleben lassen. Zu diesen Persönlichkeitseigenschaften gehören „Optimismus, Neurotizismus (Ausmaß, auf negative Emotionen wie etwa Ängstlichkeit zu reagieren) oder Extraversion (Bereitschaft zum Umgang mit anderen Menschen)“ (BMFSFJ 2002d, S. 72). Nach diesem Ansatz erfahren Menschen mit einer positiven Grundeinstellung das Leben positiver als diejenigen, die eine negative Grundeinstellung zeigen. *Neueste Befunde weisen sowohl auf bottom-up- als auch top-down-Prozesse beim Zustandekommen von Wohlbefinden hin* (Westerhof 2001).

*Eine weitere theoretische Differenzierung entsteht durch die Unterscheidung zwischen **kognitiven und emotionalen Aspekten subjektiven Wohlbefindens*** (Smith et al. 1996). Kognitive Aspekte lassen sich dem Begriff der Lebenszufriedenheit zuordnen und stellen Urteile hinsichtlich des eigenen Lebens dar, auf Basis einer allgemeinen Lebensevaluation einschließlich des Abwägens positiver und negativer Seiten des Lebens (BMFSFJ 2002d; Westerhof 2001).

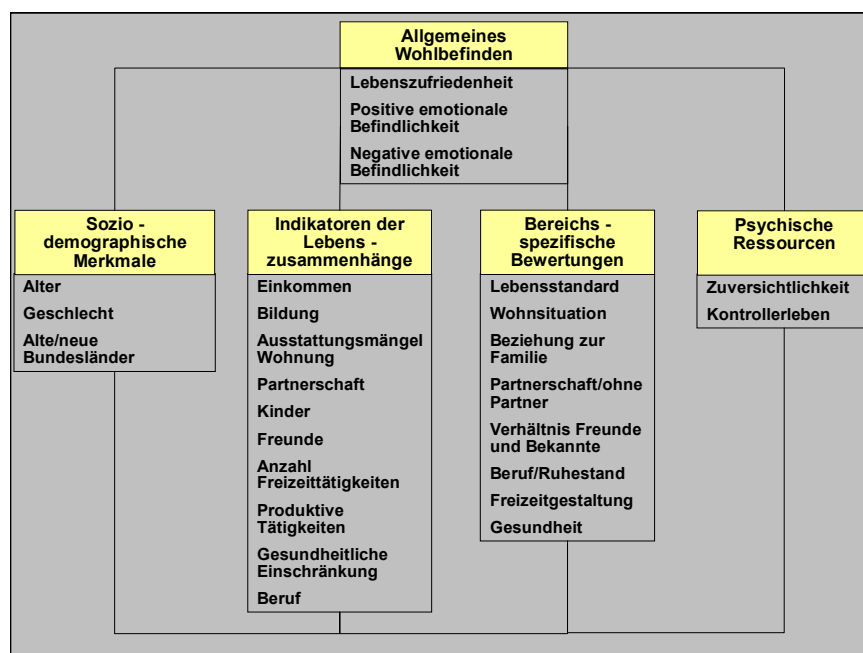
Daneben verweist die emotionale Befindlichkeit als essenzielle Komponente von Wohlbefinden auf positive oder negative Gefühle (BMFSFJ 2002d; Westerhof 2001). Positive Aspekte der emotionalen Dimension des Wohlbefindens beinhalten Gefühle wie Freude und Glück, die negativen hingegen sind z. B. durch Trauer und Verlust charakterisiert. Veränderungen durch den Tod des Partners bzw. der Partnerin, von Familienangehörigen und von Freunden gehören häufig zum Lebensalltag des älteren Menschen (BMFSFJ 2002; Erlemeier 2002).

Auf die Bedeutung verschiedener Lebensbereiche bei der Entstehung des mehrdimensionalen Konstrukts von Wohlbefinden wurde bereits hingewiesen. In Abgrenzung zur bereichsspezifischen Bewertung stellt sich die Frage, ob auch ein direkter **Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und Lebensbedingungen** besteht. *Zu den offensichtlich im Alter be-*

deutsamen objektiven Lebensbedingungen gehören: „Körperliche und seelische Gesundheit, Mobilität und Handlungsfähigkeit, soziale Beziehungen zu Familienmitgliedern und Freunden, materielle Lage sowie die Ausstattung der Wohnung und die Infrastruktur des Wohnumfeldes“ (BMFSFJ 2002d, S. 79). Sie nehmen Einfluss auf die persönliche Handlungsfähigkeit und die Möglichkeiten, die eigene Lebenslage zu verändern. Untersuchungen zeigen, dass objektive Lebensbedingungen globales subjektives Wohlbefinden nicht vorhersagen, wenn zugleich bereichsspezifische Bewertungen berücksichtigt werden. Einen direkten Einfluss findet man lediglich hinsichtlich des Geschlechts und der Wohnsituation. Die Vorhersage der globalen Lebenszufriedenheit ist wesentlich stärker von der subjektiven Bewertung der verschiedenen Lebensbereiche abhängig (BMFSFJ 2002d).

Die Notwendigkeit einer integrativen Verknüpfung unterschiedlicher Sichtweisen wird hier deutlich. So kann aus der Integration verschiedener theoretischer Überlegungen ein Modell entwickelt werden wie das in der Berliner Altersstudie (Smith et al. 1996) oder im Alters-Survey (Westerhof 2001) verwendete. Im Folgenden soll auf Letzteres eingegangen werden, welches die zuvor beschriebenen Sichtweisen auf das Konstrukt Wohlbefinden in einen Zusammenhang stellt. Im Mittelpunkt dieses **heuristischen Modells** [vgl. Abbildung 61] steht die Beziehung zwischen sozialen Strukturen und Lebensumständen sowie dem individuellen Erleben von Wohlbefinden.

Abb. 61: Heuristisches Modell des Wohlbefindens



Quelle: Westerhof 2001, S. 81

Das Modell unterscheidet das »Allgemeine Wohlbefinden« nach kognitiven (Lebenszufriedenheit) und emotionalen Aspekten (positive und negative Befindlichkeit). Objektive Lebensbedingungen werden im Modell über demographische Merkmale einer Person im Zusammenhang mit ihrem sozialen Status und Indikatoren ihrer Lebensumstände dargestellt. Die Bewertungen von Lebensbereichen und psychische Ressourcen sind weitere wesentliche Dimensionen des Modells. Als psychische Ressourcen werden Aspekte der allgemeinen psychischen Befindlichkeit, in diesem Fall Kontrollerleben und Zuversichtlichkeit, berücksichtigt. Deren Verbindung zu bereichsspezifischen Dimensionen wurde als »bottom-up- versus top-down-Diskussion« beschrieben (s. o.). Man geht von Zusammenhängen zwischen bereichsspezifischen und allgemeinen Wohlbefindensaspekten sowie von objektiven Lebensumständen aus. Dementsprechend sind im Modell alle fünf Komponenten miteinander verbunden. In der Annahme, dass sich die meisten Aspekte wahrscheinlich gegenseitig beeinflussen, ist jedoch keine Richtung angegeben (Westerhof 2001).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass *Wohlbefinden nicht als statisches Persönlichkeitsmerkmal betrachtet wird, „sondern als Ergebnis dynamischer Prozesse zwischen Lebensbedingungen, bereichsspezifischen Bewertungen und persönlichen Eigenschaften“* (Westerhof 2001, S. 87). Eine Verbindung von Wohlbefinden mit Lebensbedingungen führt zum Begriff der »Lebensqualität« (Westerhof 2001).

Werden objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden mit einem qualitativen Urteil versehen, entstehen vier – unter dem Begriff der **Wohlfahrtsposition** bekannte – Kombinationen [vgl. Tabelle 25]:

Tab. 25: Wohlfahrtsposition

Objektive Lebensbedingungen	Subjektives Wohlbefinden	
	gut	schlecht
gut	Well-Being	Dissonanz
schlecht	Adaptation	Deprivation

Quelle: BMFSFJ 2002d, S. 73

»Well-Being« steht für die wünschenswerteste Verbindung von guten Lebensbedingungen und positivem Wohlbefinden. Dagegen wird das gegenteilige Urteil schlechter Lebensbedin-

gungen und negativem Wohlbefindens als »Deprivation« bezeichnet. Es können jedoch auch inkonsistente Kombinationen entstehen, so dass trotz guter Lebensbedingungen kein positives Wohlbefinden vorliegt. Dieser als »Dissonanz« bezeichnete Umstand ist auch als »Unzufriedenheitsdilemma« bekannt. Unter älteren Menschen findet sich jedoch häufiger die gegensätzliche »Adaptation« von schlechten Lebensbedingungen und Zufriedenheit (BMFSFJ 2002d). *Alte Menschen sind im besonderen Maß adaptiert, was unter der Bezeichnung des »Zufriedenheitsparadoxons« in die Gerontologie Eingang gefunden hat* (Staudinger 2000). So bestätigt sich häufig nicht die Annahme, dass aufgrund zunehmender Verlusterfahrungen, wie z. B. der Tod von Freunden, eingeschränkte soziale Aktivitäten, nachlassende Gesundheit oder weniger Möglichkeiten, die positiven Seiten des Lebens zu genießen, auch das subjektive Wohlbefinden eingeschränkt sein muss (BMFSFJ 2002d; Smith et al. 1996).

Diese hohe Stabilität in der Zufriedenheit und positiven Lebenseinstellung, ausgehend von einer hohen Resilienz, kann als bedeutsames Potenzial des Alters bezeichnet werden (BMFSFJ 2002d). Allerdings ist der Begriff des »Zufriedenheitsparadoxons« nicht kritiklos geblieben (Lehr 1997; Thomae 2002) und es steht die Frage im Raum, warum ein hohes Ausmaß an Lebenszufriedenheit im Alter von manchen Wissenschaftlern als Problem gesehen wird. So verweist Lehr darauf, dass es sich „verbiere[t], von einem „Paradox“ in den Beziehungen zwischen objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden zu sprechen“ (Lehr 1997, S. 61).

Ältere weisen, nach Kontrolle von Einkommen, Bildungsniveau, Familienstatus und anderen Faktoren, signifikant höhere Zufriedenheitswerte auf als die jüngeren Altersgruppen. Die emotionalen Komponenten des subjektiven Wohlbefindens zeigen andere Zusammenhänge mit dem Alter als die kognitiven Komponenten. Die Häufigkeit positiver Glücksgefühle nimmt ab dem jungen Erwachsenenalter bis ins hohe Alter kontinuierlich ab, korreliert also negativ, während die negativen Emotionen relativ stabil bleiben. Hochaltrige scheinen im Mittel aber noch immer häufiger positive als negative Emotionen zu haben (BMFSFJ 2002d; Staudinger et al. 1996). Bei den Zufriedenheitsangaben findet sich entweder keine Altersabhängigkeit oder ein geringer Anstieg mit dem Alter (Smith et al. 1996). Die Berliner Altersstudie konnte Folgendes aufzeigen: „*Objektive Lebensbedingungen wirken sich hauptsächlich indirekt auf das subjektive Wohlbefinden aus. Selbst wenn objektive Bedingungen sich tatsächlich verändern, werden die Auswirkungen auf das subjektive Wohlbefinden durch interne selbstregulative Prozesse aufgefangen und moduliert*“ (Smith et al. 1996, S. 517f).

Beeinträchtigungen z. B. gesundheitlicher und finanzieller Art wirken sich allerdings nur so lange nicht auf die Bewertungen des subjektiven Wohlbefindens aus, wie existenzielle Mindestanforderungen nicht unterschritten werden (Erlemeier 2002; Staudinger 2000). Offen-

sichtlich sind der menschlichen Anpassungsfähigkeit auch Grenzen gesetzt. Das heißt, *dass bei kumulierten Belastungen, wie sie im hohen Alter nicht selten auftreten, es durchaus zu Einbußen von Lebenszufriedenheit und subjektiver Lebensqualität kommen kann* (BMFSFJ 2002d).

*Von Interesse sind insbesondere die **Begründungen**, warum alternde Menschen auch bei Belastungen oder Verlusten ein hohes Niveau an Wohlbefinden aufrechterhalten. Vermutet wird eine Reihe von Merkmalen oder Mechanismen wie Vergleichsprozesse, Veränderung des Anspruchsniveaus, Anpassung der Zielsetzungen und Ressourceneinsatz* (Martin 2001).

Ältere Menschen verfügen offenbar über eine Vielzahl von Ressourcen [vgl. Kapitel 6.3], die negative Belastungswirkungen »puffern« können. Hier sind nicht nur materielle Ressourcen, die im Zusammenhang mit Wohlbefinden stehen, zu nennen. Positiv scheinen sich ein hohes Selbstwertgefühl und die qualitative Verfügbarkeit sozialer Stützsysteme (Familie und Freunden) auszuwirken (BMFSFJ 2002d; Smith et al. 1996).

Die automatisch ablaufenden Strategien einer Anpassung des Anspruchsniveaus oder einer Veränderung der Vergleichspopulation wurden bereits im Hinblick auf die Bewertung des subjektiven Gesundheitszustandes [vgl. Kapitel 6.1] beschrieben. In der Tat scheinen diese Prozesse für die Aufrechterhaltung des Wohlbefindens verantwortlich zu sein (Smith et al. 1996). Ebenfalls wurden detailliert Bewältigungsprozesse [vgl. Kapitel 6.4] diskutiert, die mit einer Veränderung der Zielstruktur (Brandtstädter/ Rothermund 1998) einhergehen und so zur Stabilität des Wohlbefindens beitragen (Staudinger 1996). Der ältere Mensch ist aber auch durch die Umverteilung und Konzentration von Kräften in der Lage, zu einer letztlich subjektiv positiven Bilanz zu kommen (selektive Optimierung mit Kompensation nach Baltes & Baltes 1990). Diese wirkt sich wiederum als positive Grundstimmung auf den alten Menschen selbst und seine Angehörigen aus (Staudinger/ Schindler 2002).

Die hier aufgezeigten psychologischen Prozesse, „die der subjektiven Bewertung des eigenen Lebens zugrunde liegen“ (Smith et al. 1996, S. 518) und dem alten Menschen ermöglichen, ein positives subjektives Wohlbefinden trotz erheblicher Begrenzungen der Lebenschancen aufrechtzuerhalten, *sind komplex. „Auch im hohen Alter sind sie darauf gerichtet, der Welt und dem Leben ein positives Gesicht zu zeigen. So zeigen Beurteilungen des Wohlbefindens zwangsläufig die nach außen gekehrte Darstellung von Lebenszufriedenheit“* (ebd.).

Wohlbefinden wurde in mehreren Untersuchungen auf **Zusammenhänge** bezüglich unterschiedlicher Variablen geprüft. *Zum Beispiel korreliert hohe Lebenszufriedenheit nach ILSE „mit erhöhten Aktivitätsscores, einem ausgeprägten Gefühl der Selbstbestimmung, hoher Alltagskompetenz, einer als positiv zugewandt erlebten Umwelt, mit einem positiven Selbst-*

bild, mit dem „Gefühl, gebraucht zu werden“, mit einer positiveren ärztlichen Beurteilung des Gesundheitszustandes und einem besseren subjektiven Gesundheitszustand“ (Lehr 1997, S. 61). Auf die Beziehung von subjektiver und objektiver Gesundheit zu Wohlbefinden wurde ausführlich in Kapitel 6.1 eingegangen. Smith et al. betonen die Ergebnisse derjenigen Untersuchungen, „die eine engere Korrelation von Wohlbefinden mit subjektiver Gesundheit – beides auf subjektivem Erleben beruhende Konstrukte – als mit objektiver Gesundheit aufweisen“ (Smith et al. 1996, S. 502).

Eine zufrieden stellende Erfahrung von Kompetenz ist eine der fundamentalsten Zielsetzungen menschlichen Handelns. Darüber hinaus ist ein Zusammenhang zwischen Kompetenz und Lebenszufriedenheit zu beobachten. Thomae verweist auf Untersuchungen, die zeigen, dass Menschen, die über ein Fundament von Wohlbefinden verfügen, gleichzeitig ein Gefühl von Kompetenzerfahrung haben. In einer differenziellen Betrachtung der Beziehungen dieser beiden Variablen innerhalb der ILSE bei einer selbstständig lebenden und relativ gesunden Population bestand die größte Gruppe aus älteren Menschen, welche mit „gesundem, kompetentem Altern“ umschrieben wurde. Hier war das höchste Ausmaß an erlebter Kompetenz mit sehr hoher Zufriedenheit verbunden und wurde gestützt durch eine positive Einstellung der sozialen Umwelt, die dem älteren Menschen das Gefühl des Gebrauchtwerdens vermittelte. Die komplexe Verknüpfung von unterschiedlichen Parametern, wie das Kompetenzerleben und Erleben gesundheitlicher und sozialer Belastung, im Hinblick auf Zufriedenheit als Teil des Wohlbefindens, wird damit deutlich (Thomae 2002).

Das hier beschriebene Konstrukt des Wohlbefindens steht im geriatrischen Modell der Rehabilitation u. a. als Zieldimension. „In jedem Alter streben Menschen nach Wohlbefinden. Dabei setzen sie sich ihre eigenen Lebensziele und verwenden ihre persönlichen Maßstäbe, um ihren Fortschritt beim Erreichen dieser Ziele zu beurteilen“ (Smith et al. 1996, S. 497). *Wohlbefinden kann also auch als die Erfüllung unterschiedlicher Bedürfnisse und Ziele definiert werden. Ein besonders wichtiges Bedürfnis ist das nach der Kontrolle über die eigene Lebenssituation.* Es konnte nachgewiesen werden, dass Lebenszufriedenheit stark vom Erfolg in jenen Lebensbereichen abhängt, die zentral für die eigenen Lebensziele sind. Die weniger relevanten Lebensbereiche üben hingegen keinen Einfluss auf die Variation der Lebenszufriedenheit aus. Im höheren und sehr hohen Alter stehen die Bereiche Gesundheit, Familie, Nachdenken über das Leben und kognitive Leistungsfähigkeit an oberster Stelle des Lebensinvestments (Staudinger/ Schindler 2002).

Für das Wohlbefinden nimmt die Bedeutung von physischer und psychischer Gesundheit in dem Maße zu, „wie sie mit zunehmendem Alter prekär und gefährdet erscheint oder gar beeinträchtigt wird“ (BMFSFJ 2002d, S. 77).