

PROTOKOLL

Begrüßung

Körper

"Älter werden heißt selbst ein neues Geschäft antreten; alle Verhältnisse verändern sich, und man muß entweder zu handeln ganz aufhören oder mit Willen und Bewußtsein das neue Rollenfach übernehmen." Solche Weisheit stammt von dem allzuständigen Goethe aus *Maximen und Reflexion*. Ich zitiere zu unserem Gespräch Goethe nicht, weil dieser Spruch so schön klingt, sondern weil ich die Hoffnung habe, daß wir das Thema des Alters und des Alterns hier nicht zu einem Jammerproblem der Soziologie und der Medizin machen.

Das Alter ist, lassen Sie mich das als ein in diesen Dingen nicht mehr ganz Unerfahrener sagen, nicht primär ein soziales Problem. Erst recht ist das sozialtechnische Interesse unserer Gesellschaft an den Alten nicht allein durch die Frage zur rechtfertigen: Wohin mit unseren Alten?

Diese Frage überspringt das entscheidende Problem, mit dem jeder von uns mit den Jahren konfrontiert wird: Das Alter soll, so wünscht es doch ein jeder von uns, die Erfüllung des Lebens bringen. Also keine Resignation, kein Beiseitreteten, sich nicht abdrängen, sich nicht in die Abstellkammer des Lebens abschieben lassen. Ich jedenfalls habe mich, meinem Instinkt und Goethe folgend, fest dazu entschlossen, aus dem Alter ein "neues Geschäft" zu machen.

Mir ist klar, daß diese freimütigen Erklärungen nicht so einfach in unser westliches Problembewußtsein, das wir vom Alter haben, hineinpassen. Zudem trägt man bei uns mehr den je "Jugend" - auch wenn sie lange Bärte hat.

Bevor wir aber von Altersheimen und gerontologischen Rezepten sprechen, sollten wir einen Blick nach dem Fernen Osten werfen: In der dynamischsten Industrienation der Welt, in Japan, sitzen die Greise im Management und in der Regierung, und im Paradies der gegenwärtigen Gesellschafts-, Kultur- und Weltrevolution, in der Volksrepublik China, regieren ebenfalls die Alten.

Vorbilder mögen das nicht sein, aber wohl Hinweise darauf, daß das Alter nicht nur als ein Problem der Caritas, der Fürsorge und der Lebenshilfe anzusehen ist. Wer das Alter allein unter sozialpolitischen, sozialkritischen oder wissenschaftlichen Gesichtspunkten nur in dieser Dimension sieht, schneidet es vom übrigen sozialen Leben ab, reduziert und isoliert es zum sozialtechnischen Problem. Für die Würde und für die Verantwortung des Alters, für die an Lebenserfahrung reichen Menschen gibt es unter dieser einseitigen und verkürzten Sicht keinen Platz, keine Aufgabe, keine Rolle mehr, und das sollte uns zu denken geben.

Ich meine vielmehr: Wer vom Alter spricht, muß über das Leben philosophieren. Wenn also heute mehr denn je das Alter ein soziales Problem ist, dann ist unsere Gesellschaft als Ganzes ein Problem. Denn seien wir uns doch darüber im klaren: Alter- das betrifft die Würde des Menschen; es betrifft letzten Endes auch die Sinnggebung unseres Lebens. Und je älter der Mensch wird, um so bedrückender wird ihm sein Daseinswert und Lebensinhalt bewußt.

Aber weil dieser Sinn des Lebens, weil die Würde des Menschen heute aufs neue und in gefährlicher Weise gefragt sind, gibt es auch ein gesellschaftliches Problem des Alters, das allen Mitgliedern unserer Gesellschaft bewußt gemacht werden sollte. Die Zukunft darf in den Projektionen unserer gesellschaftlichen Entwicklung nicht allein der Jugend gehören, sondern muß auch dem alten Menschen mitgehören, und zwar nicht nur durch die Gewährung einer Rente. Es ist also, unabhängig von der sozialen Unsicherheit, primär ein Problem der gesellschaftlichen Kommunikation und somit insbesondere ein Forschungsproblem der Psychologie und Psychiatrie. Und davon sollten wir hier sprechen.

Dieses Forschungsproblem soll von der Hauni Stiftung mitgetragen werden. Deshalb wünsche ich mir von unserem heutigen Gespräch einen Beitrag zur Formulierung von Forschungsaufträgen.

Erlauben Sie mir aber, daß ich bei meinem Leitmotiv bleibe, wenn ich mit einem Zitat aus der ebenso schönen wie berühmten Rede Jakob Grimms "Über das Alter" schließe. "Das Alter", sagt Grimm, "liegt

hart an des Lebens Grenze, und wenn der Tod in allen Lebensaltern eintreten oder ausbleiben darf, im Greisenalter muß er eintreten und kann nicht länger ausbleiben."

Das ist natürlich ein neues Thema und gewiß kein gesellschaftspolitisches. Es soll auch nicht debattiert werden; ich erwähne es nur als unverrückbare Kulisse. Bevor wir aber in unserer Thematik soziologisch, psychologisch und medizinisch eintreten, sollten wir uns darüber klar sein: Das Alter ist ein Gesprächsgegenstand, in dem Wissenschaft und Weisheit sich begegnen müssen.

Pross

Zur Thematik unseres Gesprächs liegen Fachbeiträge* vor, die Alter, Altern und Altersforschung aus der Sicht von fünf Disziplinen behandeln. Es kann nicht die Aufgabe einer Einführung sein, diese Referate zu wiederholen oder um einen weiteren Fachbeitrag zu ergänzen. Vielmehr sehe ich meine Aufgabe in dem Versuch, in groben Umrissen nachzuzeichnen, worin die Problematik des Altseins in unserer Gesellschaft besteht. Dabei halte ich mich an die uns zur Verfügung gestellten Texte, ziehe also keine weiteren Unterlagen heran.

Altsein als belasteter Zustand

Alle Referenten machen klar, daß Altsein in der Bundesrepublik, aber nicht nur hier, ein belasteter Zustand ist. Wäre es anders, so säßen wir wohl nicht hier. Alle Referenten gehen direkt oder indirekt auch davon aus, daß die besonderen Schwierigkeiten dieses Zustandes nicht einfach notwendige, unabwendbare Folgen von biologischen Prozessen sind. Maßgebend für seine Beschaffenheit sei statt dessen, was das Gemeinwesen aus den biologischen Vorgaben macht. Bei uns macht es offenkundig spezifische Belastungen daraus. Diese Belastungen lassen sich in drei Hauptkategorien zusammenfassen: erstens Belastungen im Hinblick auf Art und Grad der sozialen Integration; zweitens Belastungen durch Mängel der Versorgung bei Krankheiten und durch Defekte desjenigen Verhaltens, das die Gesundheit beeinflußt; drittens Belastungen durch das dominierende oder am weitesten verbreitete Altersbild. Diese drei Kategorien scheinen mir nach dem Studium der Referate die wichtigsten Sammelstellen der Probleme zu sein, die alte oder ältere Menschen bedrängen. Zu berücksichtigen ist außerdem der Komplex der finanziellen Schwierigkeiten. Sie werden in den Referaten weniger als individuelle Not und mehr als Mangel an öffentlichen Mitteln für Forschung und Pflege bestimmt. Obwohl nicht völlig beseitigt, bildet persönliche Armut im Alter offenbar nicht länger das zentrale, alles andere überschattende Problem, jedenfalls nicht in der Bundesrepublik.

Die genannten Kategorien: Soziale Integration, Krankheit und Gesundheit sowie das vorherrschende Altersbild mögen als erste Klassifikationen ausreichen. Sie sind jedoch noch zu allgemein und bedürfen der Konkretisierung. Ich beginne den darauf gerichteten Versuch mit den Fragen der sozialen Integration.

Probleme der sozialen Integration

Die generelle Ausgangslage ist bekannt. Alter bedeutet in unserer Gesellschaft Lösung oder Veränderung von Bindungen, die für die vorherige Daseinsweise entscheidend waren: Ausscheiden aus dem Beruf, zumindest als Regelfall, und, zeitlich nicht so einheitlich abgesetzt, definitive Beendigung der Aufgaben, die sich aus der Verantwortung für Kinder und Jugendliche ergeben. Beides führt normalerweise zu einer, wie Herr Rosenmayr schreibt, Verringerung der Kontaktchancen. Die Kontakte reißen zwar kaum jemals vollständig ab, ihre Vielfalt geht jedoch zurück. Vielleicht kann man sagen, daß sie sich nun stärker auf die Primärgruppen - erweiterte Familie, Nachbarschaft, Freunde - konzentrieren und gegenüber den Sekundärgruppen - Betrieb, Berufsverbände, andere Großorganisationen - schwächer werden oder ganz entfallen. Auch die Qualität der verbleibenden Kontakte wandelt sich. Charakteristisch wird ein höheres Maß an Distanz.

Von denjenigen, die nach versicherungsrechtlichen und anderen Definitionen die Altersgrenze erreichen und bei guter oder passabler Gesundheit sind, verlangen diese Veränderungen von Grad und Art der sozialen Integration beträchtliche Anpassungsleistungen. Nötig wird, den Verlust an Aufgaben und Kontakten zu kompensieren. Die Möglichkeiten dazu sind nicht für alle gleich. Wie immer sie aussehen, sie scheinen, außer durch die gesundheitliche Verfassung, wesentlich von Gegebenheiten in den dem Alter vorausgehenden Jahrzehnten bestimmt: vom Geschlecht als einer sozialen Größe, vom Familienstand, von Bildung und Ausbildung, vom Beruf. Wie diese Determinanten sich im einzelnen auswirken, sollten wir in der Diskussion erörtern, weil hier wahrscheinlich gruppenspezifische Hilfsbedürftigkeiten und kollektive Hilfsaufgaben bestehen.

Ich beschränke mich im Hinblick auf solche Abhängigkeiten auf die Formulierung einiger Fragen. Sie sollen das angezeigte Problem lediglich illustrieren, sind also kein systematischer Problemkatalog: Wie unterscheiden sich die Kompensations- und Kontaktchancen oder Integrationsart und -grad von Frauen und Männern, von Verheirateten und nicht oder nicht mehr Verheirateten? Von Personen mit anspruchsvoller Ausbildung und in qualifizierten Berufen von den Möglichkeiten derjenigen, die den Gegentypus verkörpern? Von Städtern und Dorfbewohnern? Untersuchungsbefunde lassen keinen Zweifel, daß solche Faktoren die Qualität des Altseins mindestens so stark beeinflussen wie die für alle gleichen Momente der Alterssituation. Was wir als praktische Frage nicht vernachlässigen dürfen:

Welche dieser Gruppen in der Gesamtheit der Älteren brauchen welchen Beistand? Wie könnte, wie sollte er aussehen? Welche Angebote zur Kompensation von Beziehungsverlusten werden schon gemacht? Welche gewünscht?

Belastungen durch Krankheit und mangelnde Gesundheitsvorsorge

Der zweite Komplex von Problemen hat mit Krankheit und Gesundheit einschließlich der individuellen und der kollektiven Gesundheitsvorsorge zu tun. Im Hinblick auf Krankheit im Alter scheinen die großen wissenschaftlichen und praktischen Schwierigkeiten bei uns gleichermaßen unbewältigt zu sein. Das geht sowohl aus den medizinischen Referaten als auch aus dem soziologischen Beitrag hervor. Es fehlt, schreibt Herr Platt, die finanzielle und organisatorische Förderung der geriatrischen Grundlagenforschung. Es fehlen, so Herr Michel, die Krankenbetten und die Pflegepersonen für alte Menschen. Sie können, betont Herr Rosenmayr, nicht durch ein Mehr an Hilfen aus dem Kreis der Familien ersetzt werden, weil viele alten Menschen keine Familie haben und weil die Hilfskapazitäten der Familien in den jüngeren Generationen bereits ausgeschöpft sind.

Was getan werden müßte, wird von allen Referenten gesagt. Aber wie können die verschiedenen Entscheidungsinstanzen dazu gebracht werden, die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen? Welchen Entscheidungsspielraum haben diese Instanzen überhaupt? Und wie kann man solche Probleme wenigstens einer Lösung näherbringen, für die es keine identifizierbaren Entscheidungsadressaten gibt? Ich denke hier an Probleme, auf die Herr Cremer verwiesen hat: die Unzulänglichkeiten des individuellen Ernährungsverhaltens. Offenbar ist auf diesem Gebiet, wenn auch nicht nur auf diesem, sehr viel mehr Aufklärung vonnöten. Aber wer könnte, wer sollte deren Träger sein? Und weiter: Reicht isolierte, bloß an ältere Personen gerichtete Aufklärung überhaupt aus? Kann man schlechte Gewohnheiten allein durch Aufklärung abbauen? Was steht solchem Abbau entgegen? Anscheinend nicht nur simple Unkenntnis, sondern wiederum ein Bündel sozialer und psychischer Tatsachen, die die Lern- und Umstellungsfähigkeit blockieren.

Negatives Altersbild Lern- und Umstellungsfähigkeit sind die Stichworte, die zum dritten Problemkreis überleiten, dem vorherrschenden Altersbild. Frau Lehr hat es das "Defizit-Modell" genannt. Dieses Modell charakterisiert wahrscheinlich die Vorstellungen, die sich die große Mehrheit der Bevölkerung vom Altsein macht, und zwar nicht nur die ältere, sondern auch die jüngere Mehrheit: Alter als biologisches Schicksal, dessen Inhalt Abbau und Verschleiß und deshalb eine soziale Kümmereexistenz ist. Nach Maßgabe dieses Modells wäre es gerechtfertigt, alte Menschen lediglich als Objekte von Fürsorgemaßnahmen zu verstehen und sie in die Randbezirke der aktiven Gesellschaft zu drängen.

Frau Lehr hat eindringlich nachgewiesen, wie falsch ein derartiges Altersbild ist. Sie belegt, daß es weder einen durch das Lebensalter bedingten generellen Abfall intellektueller Fähigkeiten noch ein allgemeines psychomotorisches Stagnieren gibt, weder ein prinzipielles Versagen gegenüber beruflichen Anforderungen noch eine das Handlungsvermögen durchgehend reduzierende Erstarrung der Person. Wo diese Merkmale doch hervortreten, scheinen sie nicht einfach natürlich, sondern wesentlich sozial erzeugt - durch die in Kindheit und Jugend wirksamen Einflüsse und erworbenen Gewohnheiten, durch die Schulbildung, die Art der Berufstätigkeit, die biographische Situation.

Überspitzt kann man sagen, daß über die Daseinsweise im Alter bereits in der Jugend entschieden wird. Ohne Überspitzung muß man folgern, daß auch das falsche Altersbild der Mehrheit das Altsein schwieriger macht, als es nötig wäre.

Orientierung an der Leistungsgesellschaft?

Wir sollten auch überlegen, woher dieses objektiv falsche Bild vom Alter stammt. Denn Bemühungen zum Abbau der falschen Vorstellungen haben nur dann Aussicht auf Erfolg, wenn man ihre Herkunft kennt. Mit Herkunft meine ich jetzt nicht die geistesgeschichtliche Genese des schlechten Altersbildes und auch nicht nur die physischen Veränderungen, über die die anwesenden Mediziner wohl weitere Auskünfte geben werden. Ich meine diejenigen Elemente der Sozialstruktur, die solche Fehlauflassungen hervorrufen oder lebendig halten.

Vermutlich sind hier die im Begriff Leistungsgesellschaft zusammengefaßten Umstände von Belang. Leistungsgesellschaft bezeichnet eine Organisation der zwischenmenschlichen Beziehungen, in der die Menschen nach Maßgabe ihrer Leistung und nicht aufgrund von vorgegebenen, von der persönlichen Anstrengung unabhängigen Merkmalen den verschiedenen sozialen Positionen zugewiesen werden. Leistung wiederum wird in diesem System vorab als Erwerbsarbeit definiert. Es ist die Art seiner Erwerbsarbeit, die weitgehend festlegt, wo der einzelne sozial verortet wird und an welchen Normen und Gruppen er sich orientiert.

Ich bin nicht der Meinung, daß die Bundesrepublik durchgehend eine Leistungsgesellschaft ist, aber das ist für unsere Thematik kaum relevant. Wichtig scheint vielmehr, daß auch in der nicht konsequent nach Leistungsprinzipien eingerichteten Gesellschaft solche Personen, die keine Leistung im Sinn von Erwerbsleistung erbringen, grundsätzlich Außenseiter sind, keinen als legitim erachteten Anspruch auf Geltung und Mitwirkung besitzen. Man glaubt sie mit gutem Gewissen abdrängen zu können, und da die derart Abgedrängten die Leistungsnormen ebenfalls verinnerlicht haben, neigen sie dazu, die skizzierte Einschätzung ihrer selbst zu akzeptieren. Das geht oft so weit, daß auch gesunde ältere Menschen sich gemäß dem falschen Altersbild modellieren, also alt werden, weil die Mitwelt sie dazu macht.

Erweiterung des Leistungsbegriffs

Wenn es zutrifft, daß auch die Leistungsorientierungen für die Dominanz eines falschen Altersbildes verantwortlich sind, das seinerseits das Altsein unnötig erschwert, dann müssen wir überlegen, wie hier Abhilfe möglich ist. Sicher nicht durch einen Generalangriff auf das Leistungsprinzip, vielleicht aber durch eine Erweiterung der Definition von Leistung. Nichts und niemand schreibt vor, unter Leistung einzig die Erwerbsleistungen zu verstehen. Leistung kann ja zum Beispiel auch die Mitwirkung in kommunalen Angelegenheiten oder in irgendwelchen Organisationen sein. Unterstellt, über solche Begriffserweiterungen bestünde ein Konsens, so ist damit natürlich noch nichts über die Möglichkeiten ihrer Durchsetzung im kollektiven Bewußtsein gesagt.

Auf zwei stärker praxisbezogene Formeln gebracht, lauten die Fragen: Auf welche Weise lassen sich die wissenschaftlichen Ergebnisse breiter bekannt und schließlich handlungslenkend machen? Und was könnte das Gemeinwesen, könnten welche Institutionen tun, um bessere Leistungschancen im Sinn eines erweiterten Leistungsbegriffs zu bieten, damit auf diesem Weg wenigstens einige Integrationsprobleme gelöst werden? Eine ergänzende Frage dazu: Ist die vorgezogene Altersgrenze tatsächlich für alle Arbeitnehmer eine so große Hilfe? Oder ist sie nicht für manche auch ein Danaergeschenk, das durch phantasievollere Lösungen, durch mehr Möglichkeiten für gleitende Übergänge, ersetzt werden müßte?

Eine letzte Überlegung. Unter dem Einfluß des falschen Altersbildes neigt man oft dazu, alte Menschen einseitig als Nehmende zu sehen und Diskussionen über sie unter dem Gesichtspunkt zu führen, was das Gemeinwesen für sie herzugeben habe. Vielleicht sollte man auch einmal umgekehrt debattieren und bedenken, daß das Kollektiv sich schadet, wenn es Alter einzig als Ruhestand definiert. Es schadet sich, weil es offenbar vorhandene Energien und Talente verschleudert, indem es alten Menschen zu wenig Angebote für Leistungen macht, die subjektiv befriedigen und das Ganze bereichern könnten. Es schadet sich auch, wenn es nicht nachdrücklicher als bisher die Fähigkeiten zur Selbsthilfe aktiviert - zur Selbsthilfe auch in der Form einer besseren Eigenvorbereitung des einzelnen auf das Alter. Was hier geschehen sollte, wäre ebenfalls ein Thema für unsere Diskussion.

* Diese Beiträge sind auf den Seiten 58-89 abgedruckt.

von Bismarck

Sie werden mich um die Funktion des Diskussionsleiters sicher nicht beneiden. Ich selber gehe auch mit einer gewissen Scheu an die Aufgabe heran, Weichensteller für die Fahrt eines Zuges mit lauter "Lokomotiven" zu sein. Ich bin kein Spezialist und Wissenschaftler und seit vielen Jahren auch nicht mehr in der Sozialarbeit tätig. Als einer, der bereits zu den über Sechzigjährigen gehört, kann ich meinen Dienst nur auffassen als den eines betroffenen Normalbürgers, der sich mit der Unbefangenheit und auch mit dem Selbstvertrauen des Nichtspezialisten der Aufgabe der Gesprächsleitung unterzieht.

Was die Zusammensetzung des Kreises angeht, so fällt auf, daß der ökonomische Sachverstand nicht ausdrücklich vertreten ist. Ich bitte Sie deshalb alle mitzubedenken, ob sich das, was vorgeschlagen wird, auch wirtschaftlich verwirklichen läßt, oder ob wir uns in Traumvorstellungen bewegen.

Gerade angesichts von so massierter Wissenschaft sollten wir der Versuchung widerstehen, an zwei Punkten in eine längere Begriffsdebatte einzusteigen. Nach dem, was wir von Frau Pross gehört haben, ist klar, was mit "Leistungsgesellschaft" gemeint ist. Das heißt, es geht um einen erweiterten Leistungsbegriff, und wir können auch dann von Leistungsgesellschaft sprechen, wenn unsere Gesellschaft, wie Frau Pross sagt, nicht total von diesem Prinzip bestimmt ist.

Zweitens ist mir bekannt, daß man das Wort "interdisziplinär" auch innerhalb der Medizin verwendet. In unserer Debatte geht es bei diesem Begriff aber um die verschiedenen Fakultäten und Wissenschaftsbereiche wie Medizin, Soziologie, Psychologie und so weiter.

Lassen Sie mich vom Ziel des Gesprächs her denken: Was kann optimal dabei herauskommen? Vielleicht eine Art Katalog - wenn auch kein vollständiger - von wissenschaftlichen Untersuchungen, die dort notwendig sind, wo sich Lücken zeigen, wo also neu recherchiert werden muß und wo interdisziplinär bisher nicht vorhandene Querverbindungen hergestellt werden. In dieser Richtung können wir vielleicht ein Stück weiterkommen.

Als Nichtwissenschaftler bin ich geneigt, pragmatisch zu denken. Ich weiß, daß die Protokolle der Bergedorfer Gespräche unter Fachleuten geachtet sind als wichtige Gedankenanstöße auch für die Praxis. Deshalb sollten wir uns schon beim Sprechen bewußt sein, daß wir möglichst für die Leute der Praxis, zum Beispiel in den Wohlfahrtsverbänden, in den Kommunen oder für die Politiker hilfreiche Denkanstöße vermitteln. Eine solche Zielsetzung bitte ich als Grundrichtung für die ganze Debatte im Auge zu behalten.

Ich schlage vor, sich zunächst auf die Frage zu konzentrieren: Was liegt an wichtigen wissenschaftlichen Untersuchungen vor? Wo sind Lücken? Wo gibt es bereits eine vernünftige praktische Zusammenarbeit unter den Disziplinen oder Fakultäten? Wie könnte nach den hier ausgetauschten Erfahrungen eine bessere Organisation der Wissenschaft im Bereich der Gerontologie aussehen?

Ich nenne Ihnen schon am Beginn einige weitere Fragestellungen für eine spätere Gesprächsrunde, etwa: Was geschieht, um die bereits gewonnenen wissenschaftlichen Einsichten in die Praxis zu vermitteln und dort umzusetzen? Um welche praktischen Ansatzpunkte handelt es sich dabei? Dabei müssen wir wissen, was mit dem Wort Praxis hier gemeint ist. Eine andere Frage wäre: Was geschieht im Sinne der vorhandenen wissenschaftlichen Einsichten an praktischer Vorbereitung auf das Älterwerden? Das beginnt bereits, wie Frau Pross gesagt hat, in der Jugend und hat mit Schule und Ausbildung etwas zu tun, wie auch aus den Berichten von Frau Lehr und Herrn Cremer deutlich wird. Ferner wäre nach dem Stand der Öffentlichkeitsarbeit zu fragen: Was gibt es bereits etwa durch die Aktivität des Gesundheitsministeriums und anderer Institutionen? Was fehlt?

Schließlich wäre es mein Vorschlag für eine letzte Diskussionsrunde, daß einige Teilnehmer sich um eine thesenartige Zusammenfassung bemühen, und zwar im Hinblick auf vier Themen. Erstens: Organisation der Wissenschaft und Vermittlung von Informationen zwischen den einzelnen Forschungsbereichen. Zweitens: Vorbereitung auf das Älterwerden. Drittens: Übermittlung der wissenschaftlichen Einsichten an die Praxis. Viertens: Öffentlichkeitsarbeit.

Wir sollten mit dem Thema Organisation der Wissenschaft, Austausch der wissenschaftlichen Informationen beginnen. Was gibt es an verlässlichen Einsichten, und wo ist noch wenig oder nichts vorhanden?

Baitsch

Frau Pross hat gesagt, es seien nicht notwendigerweise biologische Ursachen, die für die Schwierigkeiten und Probleme verantwortlich sind, sondern es sei ein Komplex verschiedener Ursachen. Hier könnte der Genetiker ansetzen und sagen: Immer wenn in der Welt ein großes Übel verbreitet ist und man nicht so recht weiß, wie man damit zu Rande kommt, fragt man eben auch nach biologischen Ursachen.

Offensichtlich fehlen uns angeborene Verhaltensmuster, um mit dem Problem des Altwerdens fertig zu werden. Wir haben hierfür keine Mechanismen, die automatisch einsetzen, um Schwierigkeiten zu bewältigen, so wie sich etwa in der Brutpflege bestimmte Menschen relativ automatisch um den Säugling kümmern.

Seit wann gibt es so viele alten Menschen wie heute? Seit Christi Geburt sind erst sieben Generationen vergangen. Sicher ist das Herausselektionieren von "angeborenen Verhaltensmustern" ein Prozeß, der in der Evolution des Menschen mehr als sieben Generationen braucht; wahrscheinlich benötigt man einige hundert Generationen.

Wenn es nun offensichtlich keine angeborenen Verhaltensmuster für die Bewältigung des Problems Altern gibt, auf die man relativ leicht hingelenkt wird und bei denen es nur einiger Auslöser bedarf, um sie in Gang zu setzen, wie kann man dann Verhalten ändern? Offenbar nur durch Lernprozesse, die sehr mühselig sind. Hier stellt sich für mich die Frage: Ist das Erzeugen neuen Wissens eigentlich noch unser Problem? Geht es nicht primär um den Transfer, die Dissemination von vorhandenem Wissen?

Welche organisatorischen Maßnahmen sind für den Disseminationsprozeß notwendig? Wie müßten die entsprechenden Lehrpläne, die Curricula für spezifische Zielgruppen aussehen: Kinder,

Jugendliche, Erwachsene? Wie müßten die Institutionen aussehen, die solche Curricula vermitteln? Wie muß die "man power" beschaffen sein, die den Vermittlungsprozeß besorgt?

von Bismarck

Welche Verhaltensmuster bestimmen die heute gängige, mehr oder weniger falsche Vorstellung vom Altern?

Gibt es wissenschaftliche Untersuchungen darüber, in welchen Zeiträumen solche Einsichten umgesetzt werden? Vollzieht sich das zum Beispiel in einer Generation oder in dreien, und geschieht das mit Hilfe der Ratio oder wodurch sonst?

Baitsch

Für die Tradierung gewisser Verhaltensmuster rechnet man mit Sprüngen von zweieinhalb bis drei Generationen. So ist mein eigenes Verhalten durch Normen geprägt, die möglicherweise noch von meinen Großeltern stammen. Der Urgroßvater meines Vaters war Leibeigener und lebte selbstverständlich nach entsprechenden Normen, die meinem Vater noch bekannt waren. Gewisse Traditionen sind wohl seit Christi Geburt erst in zwanzig bis dreißig Dreier-Generationen-Sprüngen vermittelt worden.

Grubbe

Sie sagen, Herr Baitsch, es gäbe keine Verhaltensmuster. Ist die Großfamilie nicht ein Verhaltensmuster, das überall, speziell außerhalb von Europa, eine Rolle spielt und in der die Alten einen bestimmten Platz haben? Dieses Muster gab es früher auch bei uns; es ist uns eigentlich erst in den letzten fünfzig Jahren abhanden gekommen.

Früher hatte der alte Mensch auch im Staat - in Rom zum Beispiel der Senator - ganz bestimmte Aufgaben. Müßten wir da nicht wieder anknüpfen und die Menschen auf diese alten Erkenntnisse hinweisen und ihnen klarmachen, wie sie das in anderer Form neu verwerten können?

Baitsch

Es gibt offensichtlich keine angeborenen Verhaltensmuster, die den Menschen in die Lage versetzen, ein eigenes Altersbild gewissermaßen aus sich selbst heraus zu entwerfen. Es gibt aber auch kein spezifisches, gewissermaßen automatisch sich einstellendes Verhaltensmuster, das den jüngeren Menschen in seinem Verhalten gegenüber dem alten Menschen prägt.

Die Großfamilie wird durch relativ schwerwiegende soziale Zwänge gesteuert und nicht durch etwas, das der einzelne oder die Gruppe aus sich heraus tut. Es hat sich ja gezeigt, daß die Großfamilie zerbricht, wenn die Normen zerfallen, die sie zusammengehalten haben.

Rosenmayr

René König und andere Sozialwissenschaftler haben gezeigt, daß in der agrarischen, ja selbst in der handwerklich strukturierten vorindustriellen Gesellschaft keineswegs durchgängig die Großfamilie vorherrschend war. Sie ist vor allem auf die Oberschichten und die oberen Mittelschichten beschränkt gewesen. Man kann auch schwerlich vom römischen Senat her für die Sklavenschichten argumentieren, Herr Grubbe. Ebenso darf man von der großbäuerlichen Sippe des 15. oder 16. Jahrhunderts her nicht auf die Landarbeiter schließen. Wir wissen aus der Agrar- und Sozialgeschichte, daß die Großfamilie keineswegs das generelle familiäre System der vorindustriellen Gesellschaft war.

Schmölz

Sie sagen, Herr Baitsch, bei der Großfamilie gehe es nicht um ein Verhaltensmuster, sondern um soziale Zwänge. Das ist ein interessanter Hinweis; denn soziale Zwänge treffen wir in der Industriegesellschaft in mannigfacher Form an. So wird zum Beispiel der Prozentsatz der alten Menschen immer größer. Wir müssen neue Wohnungen speziell für die Alten bauen. Hier liegen Sachprobleme vor, die ihre Ursachen in den sozialen Zwängen der modernen Industriegesellschaft haben.

Thomae

Es dürfte in der Tat keine angeborenen Verhaltensmuster geben, Herr Baitsch, weder in der Kindges- und Jugendzeit noch im Alter. Alles, was in der Literatur lange Zeit als gesicherte Erkenntnis über Anlagefaktoren tradiert wurde, ist heute fragwürdig geworden. So haben kulturvergleichende Untersuchungen gezeigt, welchen Einfluß die Gesellschaftsform auf die Entwicklung in der Jugendzeit und auch in der Kindheit hat. Aus Untersuchungen wissen wir, wieviele kulturelle und soziale Momente etwa das Sexualverhalten prägen und wie wenig an erblich Fixiertem übrigbleibt. Insofern stellt das Fehlen von angeborenen Verhaltensmustern für das Alter keinen Sonderfall dar.

Die Genetik könnte ihren Beitrag dort leisten, wo wir Sozialwissenschaftler die Umgebungsfaktoren zu hoch einschätzen. Dieser Beitrag würde sich zum Beispiel auf die Definition der biologischen Substanz und auf die Programmierung auch des allgemeinen Alterungsprozesses beziehen.

Baitsch

Weil es sich nicht um angeborene Verhaltensmuster handelt, müssen wir uns auf die Lernprozesse konzentrieren, Herr Thomae. Was ist an Wissen vorhanden, das wir in Lernprozesse umsetzen können, und wo fehlt es uns noch?

Rosenmayr

Die wenigen Arbeiten, die es auf dem tiersoziologischen Gebiet über die Altersproblematik gibt, zeigen, daß auch bei den höheren Primaten die Lernprozesse - also nicht die genetisch angelegten - und die machtmäßigen Auseinandersetzungen für die Individuen im höheren Alter bedeutungsvoll sind. So hat eine Schweizer Forschergruppe unter Leitung Hans Kummers die Hamadryas-Paviane studiert und dabei folgende Erkenntnisse gewonnen:

Dort, wo das Haremssystem herrscht, verlieren die alternden Individuen die Kontrolle über eine größere Anzahl von Weibchen. Sie geraten in Auseinandersetzung mit den jüngeren Männchen. Und wenn sie stärker isoliert werden, spezialisieren sie sich auch als Führer auf der Suche nach Nist- und Nahrungsplätzen. Unter Umständen schließen sich die älteren Individuen außerhalb des sonstigen Horden-, Harems- oder Familiensystems zusammen und bilden gleichsam kleine Genossengruppen. Man sieht also, daß es Macht-, Auseinandersetzungs- und Lernprozesse sind, in denen sich das ältere Individuum behaupten kann und die in verschiedener Hinsicht auf dem Leistungsprinzip und seiner Abwandlung aufbauen.

Becker

Wie gewinnen wir eine Motivation für Gemeinschaft, für das Zusammenleben mit den Älteren? Es gibt, wie wir hörten, dafür keine angeborenen Verhaltensmuster, offenbar aber auch keine tragfähigen gesellschaftlichen Gewohnheiten; sie werden jedenfalls von der "Leistungsgesellschaft" nicht geliefert.

Damit vertieft sich die Aufgabenstellung: Es geht also nicht nur darum, durch Lernprozesse neue Einsichten zu gewinnen; es muß vielmehr auch eine neue Haltung in allen persönlich und gesellschaftlich relevanten Dimensionen verwirklicht werden. Hier trifft man sich als Christ zunächst in der Zielangabe mit dem Gegenpol Simone de Beauvoir, die in ihrem Buch "Das Alter" schrieb: "Der ganze Mensch muß erneuert werden, alle zwischenmenschlichen Beziehungen müssen neu geschaffen werden, wenn die Lebensbedingungen des alten Menschen annehmbar werden sollen". Geschieden sind wir in der Frage: "wie"?

Ich schreibe zur Zeit an einer Theologie des Alterns. Dabei scheint mir zunächst der Hinweis wichtig, daß die theologischen Entwürfe oft mit einer zu allgemeinen Anthropologie arbeiten. Es ist zumeist recht allgemein von dem Menschen die Rede. Der Mensch in seinem spezifischen Sosein, mit seinen besonderen Fragen, tritt überhaupt noch nicht in Erscheinung. Neuerdings wird er hier und da im kirchlichen Raum als Ziel einiger revolutionärer oder radikaler sozialpolitischer Vorschläge ins Auge gefaßt. Auch da ist er meines Erachtens den hier lautwerdenden Theologen mehr das Phantom, das Klischee, die Matrize "Mensch" als der wirkliche Mensch. So müssen wir in der Theologie den alten Menschen erst einmal konkret sehen lernen.

Ein besonderes Problem stellt aus theologischer Sicht der Leistungsbegriff dar. Früher war "Leistung" im Lebensvollzug integriert. Im alten Israel gab es das Sabbatjahr: Alle sieben Jahre gedämpfte Gangart und Besinnung. Das Halljahr, nach sieben mal sieben Jahren, im fünfzigsten Jahr, war ein Jahr der Ruhe. Friedrich Heer macht in seinem Buch "Die dritte Kraft" darauf aufmerksam, daß die Menschen im Mittelalter sowohl in bezug auf das Arbeitstempo als auch auf die Arbeitszeit weit besser dran waren als die Arbeitnehmer mit ihrer 40-45-Stundenwoche heute.

Wir hatten früher im "Abendland" eine jüdisch-christliche Arbeitskultur mit hellenistischem Einschlag. Das hat sich in zwei ethischen Zentralbegriffen niedergeschlagen, nämlich katholisch gesehen in dem Begriff der "guten Werke" und evangelisch-preußisch in dem Pflichtbegriff. Beide Begriffe wurden aber säkularisiert; übrig blieb der Gedanke der Leistung an sich, bar jeder christlich-jüdischen Tradition. Damit befinden wir uns in der Gefahr, die Eduard Spranger mahnend so charakterisiert hat: Wir neigen dazu, Methodengenies zu werden, aber Zielidioten zu sein. Wir betonen das "Wie" und vergessen das "Was".

Um das "Was" muß es aber gerade in der Gerontologie gehen. Die Vorbereitung auf das Alter soll, wie wir alle sehen, so früh wie möglich beginnen. Auch über die Methoden haben wir bereits Vorstellungen. Aber die entscheidende Frage ist: Was soll man denn lernen? Ich las die sehr allgemeine Antwort: Leben lernen; erlernen des Menschseins über das Arbeitersein hinaus. Das "Jahrhundert des Arbeiters" (Ernst Jünger) ist zu Ende. Der Mensch wird durch die Leistungsgesellschaft ausgeschöpft und dann von ihr sozusagen ins Nichts entlassen. So geht es um eine Motivation zum Gemeinsamen, die auch der Teilnahme an der Leistung zugrunde liegen muß. Es geht um das Erlernen der Möglichkeiten zur Teilnahme am Leben; es geht um das Erlernen des Lebens in konkreter Auseinandersetzung mit allen erforschbaren und erforschten Lebensthemen. Im mittleren Lebensalter beginnt es, daß zum Beispiel die "Monotonie des Daseins", also sozusagen das Ausbleiben des Lebens erlebt wird. Damit gerät die "Endlichkeit des Daseins" für den einzelnen Menschen in den Blick. In Anlehnung an Thomases Feststellungen über die Daseinsthemen des Erwachsenen wäre hier weiter zu konkretisieren. Übrigens sind das alles auch theologische Fragen.

von Bismarck

Ich bin dankbar, daß in unserer Runde auch Einsichten und Fragen des theologischen Nachdenkens und Forschens eingebracht werden. Wir kommen bei unserem Thema nicht daran vorbei, uns mit der Bestimmung des Menschen auseinanderzusetzen. An dieser Stelle ist das Gespräch mit den Theologen wichtig, auch wenn christliche Anschauungen in unserer Gesellschaft längst nicht mehr selbstverständlich sind.

Kiesau

Frau Pross hat über die Schwierigkeiten gesprochen, die das Ausscheiden aus dem Beruf für den älteren Menschen mit sich bringen kann. Sie fragte, ob es richtig gewesen sei, die flexible Altersgrenze einzuführen; ob nicht andere Möglichkeiten günstiger gewesen wären, zum Beispiel flexiblere Arbeitszeiten. Die einen sagen, die flexible Altersgrenze und das Herabsetzen des Rentenalters haben nicht nur Vorteile. Andere glauben, das Herabsetzen des Ruhestandsalters auf 60 Jahre wäre noch günstiger gewesen.

Eines möchte ich zu dieser Fragestellung vorab bemerken. Die Hauptbegründung für die Einführung einer flexiblen Altersgrenze lag in dem Wunsch, dem älteren Arbeitnehmer, der ein "erfülltes Arbeitsleben" hinter sich hat, die Möglichkeit zu bieten, früher - also vor Erreichen des 65. Lebensjahres - aus dem Erwerbsleben auszuschneiden. Gerade die Industriearbeiter, in zunehmendem Maße aber auch die Angestellten, befinden sich mit 60 Jahren bereits in einem Gesundheitszustand, der das Ausscheiden allein unter medizinischen Aspekten oft höchst wünschenswert erscheinen läßt. Sicherlich gibt es aber auch eine große Anzahl von Arbeitnehmern, die gerne stundenweise weiterarbeiten möchten, während andere auch mit 65 Jahren noch nicht aus dem Erwerbsleben ausscheiden wollen.

Aus der Skala der unterschiedlichen Vorstellungen und Wünsche läßt sich ersehen, wie komplex der Bereich ist und wieviel man noch über die Bedürfnisse des einzelnen älteren Menschen wissen müßte. Heute scheint es so, daß sowohl die flexible Altersgrenze als auch flexiblere Arbeitszeiten Lösungsmöglichkeiten bieten. In beiden Fällen sollte aber eine hinreichende Vorbereitung auf das Alter während des Erwerbslebens, etwa ab dem 40. Lebensjahr, hinzukommen.

Was weiß man in der Wissenschaft über das Lernverhalten älterer Menschen? Wie sollten die Lerninhalte für eine Vorbereitung auf den Ruhestand aussehen, wenn der einzelne noch im Erwerbsleben steht? Wie reagiert der ältere Mensch - auch unterschieden nach Arbeitern und Angestellten - auf Maßnahmen, die man während seines Arbeitslebens ansetzt, und wie sollen diese etwa im Betrieb aussehen? Lernen für das Alter ist heute noch weitgehend ein Schlagwort. Es wäre eine wichtige Aufgabe der Wissenschaft, über Lerninhalte und Lernmodelle für eine "Vorbereitung auf das Alter" etwas auszusagen, um Schulungsprogramme etwa auf Gruppenbasis erstellen zu können.

Schubert

Es gibt nur wenige Forschungsarbeiten, die sich mit der Frage der Vorbereitung auf das Alter, dem Lernverhalten älterer Menschen und mit der Zeitspanne vor dem Eintritt in den Ruhestand befassen. Die ersten Aktionen in diese Richtung sind vom Schwäbischen Hochschulverband und vom Bayerischen Volkshochschulverband eingeleitet worden, und zwar mit gutem Erfolg. Derartige Vorhaben wollen wir von unserem Ministerium aus in Zukunft noch stärker fördern. Im Hinblick auf die flexible Altersgrenze hat dieser Fragenkomplex erhöhte Bedeutung erlangt.

Sie wissen, daß die Regierungsvorlage die flexible Altersgrenze anders verstanden hat, als sie jetzt Gesetz wurde. Das Gesetz in seiner jetzigen Fassung schafft geradezu einen Anreiz, ohne Rücksicht auf den Gesundheitszustand über das 63. Lebensjahr hinaus weiterzuarbeiten und auf die Möglichkeit, vorzeitig in den Ruhestand zu treten, zu verzichten. Damit ist das, was man mit der flexiblen Altersgrenze eigentlich erreichen wollte, ins Gegenteil verkehrt worden. Ich hoffe, daß der 7. Deutsche Bundestag das Gesetz ändern wird.

Boetticher

Es gibt einen erstaunlichen, bisher nicht geklärten Widerspruch zwischen dem Defizitmodell und dem Ruhestandsmodell. Daß Alter ein Schiffbruch sei und sozial ist es das für die meisten heute in der Tat;- , ist mehr oder weniger eine generelle Vorstellung. Daneben gibt es aber eine ebenso allgemeine Vorstellung vom Ruhestand - möglichst von einem vorzeitigen;- , obgleich dabei klar ist, daß dieser nur in vorgeschrittenem Alter erreicht werden kann. Man fürchtet demnach zugleich das Alter und sehnt es herbei.

Dieser Widerspruch läßt sich wohl nur damit erklären, daß über die Wirklichkeiten und die Möglichkeiten des Alters falsche oder unpräzise Vorstellungen . vorherrschen. Der erwünschte Ruhestand steht in krassem Gegensatz zu den biologischen Bedingungen des Lebens. Der Organismus bedarf ständiger Provokationen; rastet er, rostet er. Anders gesagt: Indem der Ruhestand ersehnt wird, werden die Anstrengungen vermindert, den körperlichen Verfall aufzuschieben. Das aktive Leben im Alter wird verfehlt.

Blume

Ich mußte in den letzten zwei Jahren als Vorsitzender des Sozialausschusses eines Aufsichtsrates der vorzeitigen Entlassung von über 3 000 Arbeitnehmern zustimmen. Betriebsleitung und Direktorium haben mich davon überzeugt, daß die frühzeitige Entlassung per Sozialplan - wie es so schön heißt - sich auf die Kosten des Unternehmens, das in den roten Zahlen stand, günstig auswirkte. Hier stellt sich der Sozialpolitiker die Frage: Darf in diesem Zusammenhang nur das cost-benefit-Denken maßgebend sein, oder können die Unternehmer vom Kostendenken zugunsten der Lebenslage älterer Mitarbeiter Abschied nehmen? Außerdem: Wir wissen nicht, ob der Hinweis auf die Kostensteigerung überhaupt stichhaltig ist. Vielleicht kommt der Betriebsleiter nur aufgrund von gefärbten Berichten seitens der Vorarbeiter und Meister zu dieser Ansicht. Hier bedürfte es genauer Untersuchungen.

Wir sind wenig gut beraten, wenn wir in Verallgemeinerungen über die Leistungsfähigkeit älterer Menschen sprechen, gleichgültig ob es sich dabei um Arbeitnehmer - Arbeiter und Angestellte - oder um Universitätsprofessoren handelt.

Seit 1962 untersuchen meine Mitarbeiter unter anderem die Situation von älteren Arbeitnehmern am Arbeitsplatz. So ließ ich 1963 in den Hüttenwerken Haspe des Klöckner-Konzerns die 55- bis 58jährigen Arbeitnehmer befragen, in welchem Alter sie den Betrieb verlassen wollten. 1967, in der Flaute, habe ich die gleichen Personen noch einmal befragen können, als sie nämlich per Sozialplan entlassen worden waren. 1963 hatten über 90 Prozent der Arbeiter erklärt, sie sähen als günstigstes Alter für den Ruhestand das sechzigste Lebensjahr an. 1967 haben mir die gleichen Leute, nachdem sie freigestellt worden waren, wiederum zu 80 Prozent gesagt, sie würden den Ruhestand, den sie nunmehr kennengelernt hatten, der Tätigkeit während der letzten Arbeitsjahre vorziehen.

Diese Einstellung der Arbeitnehmer ist aber an die Art der Arbeit gebunden. Der Arbeiter in den Hüttenwerken - ich referiere Forschungsergebnisse - will am frühesten ausscheiden, danach kommen, in dieser Reihenfolge, die Arbeiter in der Eisenverarbeitung, der Chemie, der Feinmechanik und der Optik. Die entsprechende Kurve beginnt mit dem 55. und geht hinauf bis zum 70. Lebensjahr. Ähnliche Unterschiede können Sie feststellen, wenn Sie Arbeiter und Angestellte befragen, oder wenn Sie mit mittleren oder leitenden Angestellten sprechen. Ich pflege boshaft zu sagen: Alle Vorstandsmitglieder großer Unternehmen, die ich bis jetzt kennengelernt habe, wollten am liebsten überhaupt nicht pensioniert werden. Das liegt aber nicht daran, daß die Vorstandsmitglieder Not leiden im Alter, sondern die Macht ist halt süß, und vom Süßen trennt man sich nicht gern.

Seit 1962 fordere ich die flexible Altersgrenze und habe sie im DGB vertreten. So habe ich indirekt auch bei der Modifizierung des Gesetzes mitgeholfen. Dabei bin ich davon ausgegangen, daß man zwischen der Situation des einfachen Arbeitnehmers - Sie bewerten das "einfach" hoffentlich nicht falsch - und der Situation desjenigen, der gelernt hat, Verantwortung zu tragen, dem selbstbewußten Angestellten oder auch Beamten, unterscheiden muß. Ich werde auch in Zukunft bei der flexiblen Regelung das 60. Lebensjahr als Untergrenze für denjenigen vorschlagen, der sich dafür entscheidet, um noch ein paar Jahre relativ gesund leben zu können, und das 70. Lebensjahr für denjenigen, der sich dafür entscheidet, weil er sonst Einfluß und Macht verliert und durch diesen Verlust vielleicht gesundheitlich zu Schaden kommt.

Lange

Ich kann die Ausführungen von Herrn Blume nur unterstreichen. Ich kenne aus meiner Praxis viele Arbeiter, denen die vorzeitige Pensionierung schwerer fällt als den Angestellten, die an ihrer Tätigkeit hängen.

Zum anderen wird das Problem des Altwerdens gerade bei den leitenden Angestellten zum Teil schon mit 45 und 50 Jahren akut, wenn sie nämlich in den Leistungsdruck gegenüber der jüngeren Generation geraten. Die Betriebsleitungen entscheiden dann entweder nach mehr oder weniger empirisch erarbeiteten oder nach zufälligen, selbstgebildeten Meinungen. Man sagt, die Älteren seien weniger belastbar, sie würden weniger Dynamik entfalten. Dafür haben die Jüngeren vielleicht weniger Erfahrung. Man versucht, die Betroffenen von der Tätigkeit in der Linie in den Stab zu versetzen oder sie sogar vorzeitig zu pensionieren. Wenn man auf diesem Gebiet nicht rechtzeitig etwas tut, kann das später zu psychischen Krankheiten, Neurosen und so weiter führen.

Heinrichs

Die Sehnsucht nach dem Ruhestand oder nach dem Ausbrechen aus den Zwängen der Leistungsgesellschaft und die Einschätzung des Alters als einer durch ein Defizit belasteten Lebensperiode sehe ich gar nicht als Widerspruch an, Herr Boetticher. Beides hängt doch miteinander zusammen. Auch Herr Blume hat durch seine Beispiele belegt, daß das Alter, so wie es sich uns normalerweise darstellt, eben deshalb defizitär ist, weil man diesen Zwängen in einem langen Erwerbsleben ständig ausgesetzt ist.

Ich weiß von einer Gruppe von drei Rechtsanwälten, die sich darauf geeinigt haben, daß jeder von ihnen jedes dritte Jahr freinimmt, um etwas anderes zu machen, beispielsweise ein Buch zu schreiben. Diese Leute haben also die Möglichkeit, dem Erwerbsleben zeitweise zu entfliehen. Es ist klar, daß sie eine ganz andere Erwartung in bezug auf ihr Altwerden und auf die möglichen Gewinne und Defizite des Alters haben.

Aus diesem Grunde müssen wir uns fragen: Welchen Belastungen unterliegen die Menschen in ihrem Erwerbsleben, die sie den Ruhestand herbeisehnen lassen? Zweifellos bedeutet der Ruhestand für sie nicht das Beste, was sie sich vorstellen können, sondern lediglich das kleinere Übel.

Lehr

Was wissen wir über die Pensionierung? Zunächst, Herr Boetticher, sehnen sich zwar ältere Menschen trotz des negativen Altersbildes nach dem Ruhestand; das ist aber nur ein Teilaspekt. Sie sehnen sich nach dem Aufhören der Arbeit, aber nicht nach dem Älterwerden.

Über die flexible Altersgrenze wurde vor zwei Jahren im Rahmen eines Symposiums der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie diskutiert. Die Ergebnisse sind, knapp zusammengefaßt, die folgenden: Wir wissen, daß die Anpassung an die Pensionierung mitbestimmt ist von der Erwartungshaltung, die der einzelne der Pensionierung entgegenbringt. Mit anderen Worten: Jene Menschen, die die Pensionierung herbeisehnen, die positiv dazu eingestellt sind, haben eine leichtere Anpassung an den Zustand des Pensionärs, während jene, die sie ablehnen, vorübergehend Schwierigkeiten bei der Anpassung an die neue Situation haben. Dabei möchte ich den individuellen Aspekt betonen; auch hier ist jede Verallgemeinerung nur mit äußerster Vorsicht zu genießen.

Wir haben eine Reihe von Faktoren, die die Einstellung zur Pensionierung mitbestimmen. Erstens die Altersvariable. Im allgemeinen gilt: Je jünger die Leute sind, um so positiver ist ihre Einstellung zu einer vorzeitigen Pensionierung; je weiter sie über die 60 gehen, um so eher lehnen sie eine vorzeitige Pensionierung ab.

Dabei sind zweitens Berufsunterschiede zu berücksichtigen. Generell gilt: Leute, die körperliche Schwerarbeit ausüben, sind positiver eingestellt; solche mit sogenannter Schreibtischarbeit wünschen

die Pensionierung hinauszuschieben. Wir sollten nicht vergessen, daß die individuelle, die familiäre Situation über die Einstellung zur Pensionierung mitentscheidet; das gilt auch für die momentane Arbeitssituation. Außerdem bedeutet die Berufstätigkeit - Studie von Havighurst und Friedmann - für jeden etwas anderes. Für den einen ist der Beruf nur Geldquelle; diese Leute sind am ehesten an die Pensionierung angepaßt. Für den anderen bedeutet Beruf die Möglichkeit für Sozialkontakte; diese Menschen haben es sehr viel schwerer. Jene Leute, die den Revirement-Status antizipieren, das heißt sachlich, nüchtern, distanziert vorweggenommen haben - es wurden zum Beispiel Retirement-Kurse eingerichtet, hatten es leichter, sich an die Rolle des Pensionärs anzupassen.

Schließlich: Auch jene, die positiv zur Pensionierung standen, vor allem Arbeiter, also die weniger qualifizierten Berufsgruppen, die von einem frühen Ausscheiden aus dem Beruf Gebrauch machten, hatten Schwierigkeiten, sich anzupassen, während die qualifizierten Berufe der Pensionierung zunächst negativ gegenüberstanden, es dann aber leichter hatten, sich in die neue Situation hineinzufinden. Hier wirken somit viele Faktoren zusammen.

Schubert

Zur Frage der flexiblen Altersgrenze nur ein Beispiel aus den Bereichen der Bundesbahn und der Bundespost. Als wir auf dem Symposium in Nürnberg vor zwei Jahren über die Flexibilität der Altersgrenze sprachen, stellte sich heraus, daß bei der Bundesbahn-Nürnberg nur 7 Prozent bis zur administrativen Altersgrenze arbeiten. Man erklärte sich das vorerst so, daß die Arbeiter im harten Außendienst, zum Beispiel Gleisarbeiter, körperlich stark beansprucht werden und deshalb "verbraucht" zu Recht eher in den Ruhestand gingen. Für die Bundespost schien das nicht zu gelten. Es geht kaum mehr ein Briefträger in den zweiten Stock, es sei denn, er ist Geldbriefträger. Eine starke körperliche Belastung durch das ganze Leben hindurch kommt bei der Bundespost kaum in Betracht. Trotzdem findet sich dort genau dieselbe Zahl von 7 Prozent, die die administrative Altersgrenze erreicht.

Welchen gemeinsamen Nenner kann man hier annehmen? Viele Menschen lassen sich eben ganz gern vorzeitig in den Ruhestand versetzen. Arbeiter eher als Beamte, vor allem wenn es ihnen noch leicht gemacht wird! Ich glaube, diese lapidare Feststellung genügt. Die Flexibilität der Altersgrenze müßte meiner Meinung nach sowohl nach unten als auch nach oben viel intensiver diskutiert werden.

Blume

Es besteht eine enge Korrelation zwischen dem Gesundheitszustand und dem Wunsch, sich frühzeitig pensionieren oder invalidisieren zu lassen. Aus einer interfakultativen Untersuchung in Münster geht hervor, daß ehemalige ungelernete Arbeiter doppelt so häufig pflegebedürftig sind wie die anderer Berufe. Das trifft auch für Personen mit einem Einkommen von unter DM 500,- zu. Zu diesem Thema fehlen bisher genauere Untersuchungen, die es erlauben, die gefundenen Hypothesen zu erhärten. Ich hoffe, Herr Hauss und ich können bald ergänzendes Material vorlegen.

Lehr

Ehemalige Arbeiter sind in der Tat doppelt so häufig pflegebedürftig wie Angestellte oder Leute gehobener Berufe. Dazu haben in der DDR speziell Eitner und Tröger - ein Arbeitsmediziner, der mit einem Psychologen zusammenarbeitet - wichtige Erkenntnisse auch für die interdisziplinäre Forschung gewonnen. Dort ist man in der Lage, betriebsnahe Untersuchungen durchzuführen, während wir uns nur auf Laborsituationen beschränken müssen. Auch in der DDR hat man eine hohe Korrelation zwischen Schwerarbeit und körperlichen Beeinträchtigungen festgestellt.

Es wird aber mit Nachdruck davor gewarnt, die körperlichen Beeinträchtigungen als eine Folge der Schwerarbeit anzusehen. Wie man durch psychologische und soziologische Erhebungen nachwies, haben die Schwerarbeiter, also Personen niedriger beruflicher Qualifikation, eine ganz andere biographische Entwicklung. Das zeigt sich auch in der Lebensweise in bezug auf Hygiene, Vernachlässigung ernster gesundheitlicher Störungen und so weiter. (Beispiel: Zahnpflege, Scheu vor einem Besuch beim Zahnarzt.) Es besteht zwar ein Zusammenhang zwischen Schwerarbeit und gesundheitlichen Störungen, aber die besondere Lebenseinstellung und der besondere Lebenswandel der Schwerarbeiter - die nichts mit dem Beruf und der Schwerarbeit als solche zu tun haben, sondern eher schichtenspezifisch sind - haben zu den stärkeren gesundheitlichen Belastungen geführt. Interdisziplinäre Studien warnen also davor, bestimmte Phänomene vorschnell als Ursache und Wirkung zu deuten.

Rosenmayr

Die Frage der Bindung an den Beruf stellt sich nicht nur für die Menschen im höheren Alter. Wir haben in Wien bei Frauen zwischen 20 und 30 Jahren festgestellt: Je höher die Qualifikation, desto stärker der Wunsch, im Beruf zu verbleiben, beziehungsweise in den Beruf zurückzukehren, nachdem die Kinder größer geworden sind. Häufig ist der Wunsch, im Beruf zu verbleiben, vor der Pensionierungsgrenze viel stärker, als wenn man mit der Realität der Pensionierung bereits konfrontiert ist.

Wir verfügen zwar über eine Vielzahl von Untersuchungen, aber wir müssen sie methodologisch und theoretisch noch sehr verfeinern. So fehlen zum Beispiel Longitudinal-Studien über Erwartungen für die Zeit nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Arbeitsprozeß. Es fehlt auch eine vergleichsweise Erforschung, wie sich die Lebensstile nach der Pensionierung bei den gleichen Personen entwickeln. Dabei müßte nach Frauen und Männern unterschieden werden, da aufgrund der verschiedenen Aufgaben innerhalb der Familie für die Frauen der "Pensionierungsschock" weniger drastisch zum Ausdruck kommt, als es bei den Männern der Fall ist.

Bergener

Wann sollte die Vorbereitung auf das Alter einsetzen? Wir haben in Düsseldorf 200 Einwohner unterschiedlicher Altersgruppen untersucht. Dabei zeigte sich, daß bei einem wohl generell negativen Stereotyp des Alters die Gruppe der 55jährigen sich von allen anderen positiv abhebt. Das könnte ein Hinweis darauf sein, mit Vorsorgemaßnahmen auf das Alter insbesondere bei dieser Gruppe einzusetzen. Daß ihre Einstellung gegenüber dem Alter positiver ist als die der angrenzenden Altersgruppen, ist eine für die Geroprophylaxe wie die Gerohygiene gleichermaßen bedeutsame Erkenntnis.

Grubbe

Sie sagen, Herr Bergener, die günstigste Zeit für die Vorbereitung auf das Alter läge um das 55. Lebensjahr. Ist es dann aber nicht zu spät, um noch Ansätze für eine positive Gestaltung des Alters zu finden? Sind die Menschen noch beweglich genug, wenn man erst mit 55 beginnt? Müßte die Vorbereitung nicht viel früher einsetzen?

Michel

Auch von der klinischen Medizin her gesehen kann ein wirkungsvoller Beitrag zur Vorbereitung auf das Alter nur geleistet werden, wenn man tatsächlich in der Jugend, wie Frau Lehr sagte, beginnt und nicht erst im Alter von 55 Jahren.

Lehr

Herr Bergener meinte die gezielte Vorbereitung, das Bewußtmachen, die Antizipation der Zeit nach dem Retirement-Status. Dafür kann man in der Tat das 55. Lebensjahr ansetzen. Herr Grubbe dagegen denkt wohl an eine generelle Lebenseinstellung auf die Pensionierung hin. Dabei geht es um Interessen, die bereits in der Jugendzeit geweckt werden müssen. In diesem Sinne beginnt Geroprophylaxe schon in der Kindheit.

Blume

Ich habe vor 10 Jahren bereits formuliert: Es gibt nur eine wirksame Altenhilfe, und das ist Jugendhilfe. Dieser Satz ist auch heute noch gültig.

Bergener

Zu jeder Vorbereitung auf das Alter gehört unter psycho-therapeutischem Aspekt auch die Einsicht, daß Verhalten nicht nur gelernt wird, sondern daß wir auch gelerntes Verhalten wieder verlernen müssen.

Blume

In diesem Zusammenhang einige Bemerkungen zum Thema Umschulung. Auch der gewerbliche Arbeitnehmer, nicht nur der Akademiker, müßte in einem permanenten Lernprozeß bleiben. Nur wenn der Arbeiter das Lernen lernt und den Lernprozeß fortsetzt, sind Umschulungsmaßnahmen nach dem 45. Lebensjahr möglich, sonst hat man bei Arbeitern, auch wenn man geschickte didaktische Mittel anwendet, nur noch in Ausnahmefällen Erfolg. In keinem mir bekannten Umschulungszentrum hat ein

Arbeiter, der älter als 45 Jahre war, jemals angefragt, ob er noch umgeschult werden könne. Hingegen bleiben zum Beispiel mittlere Angestellte bis in die Mitte ihrer fünfziger Jahre auf diesem Gebiet aktiv.

Aus diesem Grunde sind zentrale Umschulungsstätten für gewerbliche Arbeitnehmer über 50 Jahre völlig nutzlos. Da das Familienleben der über Fünfzigjährigen ohnehin einigen Belastungen ausgesetzt ist, wirkt sich zum Beispiel ein vierwöchiger Umschulungskursus durch die Trennung von Frau und Kindern auch auf die familiäre Situation nicht gerade förderlich aus.

Es ist auch nicht möglich, die älteren Menschen einfach auf leichte Arbeitsplätze umzusetzen. Wir haben in der Eisenschaffenden- und Stahlindustrie über 25 Prozent Arbeitnehmer, die älter als 50 Jahre sind. Es gibt aber nur 4 Prozent sogenannte leichte Arbeitsplätze, die jedoch an Schwerbeschädigte und an Unfallgeschädigte vergeben sind.

Leutiger

Davon abgesehen, Herr Blume, ist es erstaunlich schwer, die Leute zu einer Umsetzung zu bewegen. Auch wenn er an einem gesundheitsgefährdenden Arbeitsplatz steht, glaubt derjenige, der umgesetzt werden soll, daß er im Betrieb nicht anerkannt wird.

Boetticher

Im Grunde genommen operieren Sie mit Kategorien der Leistungsgesellschaft, Herr Blume. Sie gehen davon aus, Arbeiter wünschten möglichst lange im Betrieb tätig zu sein. Richtig daran ist, daß es derzeit keine Alternativen gibt. Es wären aber auch andere Funktionen für Ältere denkbar als nur produktive im streng ökonomischen Sinn, zum Beispiel soziale, und dies nicht nur in einem engeren Begriff. Freilich hat die Gesellschaft es bisher nicht fertiggebracht, solche bereitzustellen oder zu entwickeln.

Thomae

Ich meine, hier sind zum Teil sehr einseitige Informationen über die Anpassungsfähigkeit des älteren Arbeitnehmers zum Ausdruck gekommen. Das müßte durch die Ergebnisse zahlreicher anderer Studien ergänzt werden.

* An meinem Institut ist inzwischen eine Studie fertig geworden, der Untersuchungen in der automatisierten Produktion der chemischen Industrie zugrundeliegen. Der Autor kommt aufgrund seiner sorgfältigen Analysen zu folgenden Feststellungen:

"Die weitverbreitete Annahme, daß ältere Arbeitnehmer den Anforderungen moderner Produktionsweisen grundsätzlich nicht gewachsen seien, wird durch den verhältnismäßig hohen Anteil der älteren Arbeitnehmer an der Gesamtzahl der zur Ermittlung des Altersaufbaus dienenden Stichprobe eindeutig verneint. Insbesondere auch der Anteil der über 55jährigen Arbeitnehmer, die im Bereich hochtechnisierter Arbeitsplätze vollwertige Arbeit leisten und hier auch entsprechend positiv bewertet werden, führt eine derartige Annahme ad absurdum.

Ebenso kann die Annahme nicht aufrechterhalten werden, daß die älteren Arbeitnehmer aufgrund ihrer verminderten Belastbarkeit nicht hinreichend in der Lage sind, sich auf die infolge des technischen Wandels entstandenen besonderen Formen der Arbeitsbeanspruchung einzustellen.

Zunächst einmal ist hierzu festzustellen, daß die älteren Arbeitnehmer in Anbetracht der äußeren Arbeitsbelastung unter vergleichbaren Bedingungen tätig sind wie die jüngeren und daß hinsichtlich des Erlebens der Intensität der jeweiligen Arbeitsbelastung wesentliche Altersunterschiede nicht festzustellen waren. Bei einem Vergleich der 20-34jährigen mit den über 45jährigen sind es sogar die jüngeren, bei denen eine stärkere Tendenz besteht, Momente der äußeren Arbeiterschwerenisse, die Wechselschicht und den sogenannten "Stress" als Belastung aufzufassen. Auch bei dem Versuch, auf objektivem Wege Altersunterschiede hinsichtlich der Belastbarkeit gegenüber äußeren Arbeiterschwerenissen zu erfassen, konnte eine generell verminderte Belastbarkeit bei den älteren Arbeitnehmern nicht nachgewiesen werden."

* Nachtrag

Michel

Kann es im menschlichen Leben zu irgendeiner Zeit als Regelverhalten angesehen werden, daß der Mensch die Pensionierung und das Alter als etwas Glückliches und Erstrebenswertes ansieht? Für die klinische Medizin ist das Alter praktisch immer ein Defizitproblem. Und in die klinische Medizin münden die alten Menschen ja irgendwann ein.

Bergener

Auch in der Psychiatrie sehen wir das Altern noch immer weitgehend unter Defizitgesichtspunkten, insbesondere dann, wenn es mit psychischen Störungen einhergeht. Wie wir wissen, geschieht das nicht zum Wohle unserer Patienten.

Dieses Defizitdenken hat in der Psychiatrie dazu geführt, daß man den geistigen Abbau, die Demenz, die bei älteren Menschen eintreten kann, immer nur als Defekt und als irreparabel aufgefaßt hat. Wir haben weniger nach den verbleibenden autoprotektiven Kräften und kompensatorischen Fähigkeiten gefragt.

Meine Frage ist also von der Psychiatrie her: Was wissen wir über derartige Kompensationsfähigkeiten? Was wissen wir über die autoprotektiven Kräfte, die durchaus noch vorhanden sein können und die wir auch dann, wenn ein Abbau vorliegt, entwickeln müssen, beispielsweise unter therapeutischen Aspekten?

Deshalb stelle ich an Herrn Michel und an alle Mediziner-Kollegen unter uns die provozierende Frage: Ist es denn richtig, wie Sie es gesagt haben, daß wir es als Ärzte bei alten Menschen nur mit Defiziten zu tun haben? Der registrierte körperliche Defekt besagt noch nichts über die psychische Befindlichkeit und ein auch mit einem "Defekt" noch erfolgreiches Altern.

Michel

Für die klinische Geriatrie handelt es sich in der Mehrzahl der Fälle mit Sicherheit um Defizitprobleme. In der Psychiatrie mag es anders sein.

Baitsch

Herr Bergener hat an uns Mediziner die Frage gerichtet, ob das Defizitmodell als relativ naives Wertesystem so allgemein gültig sei. Herr Michel unterstellt nämlich gewissermaßen, es existiere ein Normensystem, an dem man sich als "Kliniker" orientiere.

Ich möchte die Frage weiter fassen. Läßt sich aus dem Wissensstand, den Frau Lehr resümiert hat, eine Vielfalt von Normensystemen extrahieren, mit denen die verschiedenen Gruppen, Lebensalter, Berufe und Institutionen jeweils operieren? Auch jeder einzelne operiert doch hinsichtlich Alter und Alterserwartung in einem eigenen Normensystem, das davon abhängt, was wir als Kinder in der Schule gelernt oder nicht gelernt haben oder wie es uns von den Eltern tradiert worden ist. Müßte man nicht aktiv in die Evolution dieses Normensystems eingreifen und da einen Teil der Lernprozesse ansetzen und erst in zweiter Linie auf die daraus abgeleiteten Verhaltensmuster abstellen?

Schmölz

Es liegt in der Natur der Sache, daß der Mensch mit zunehmendem Alter in seiner Physis mit Defekten zu rechnen hat und daß die Mediziner sich deshalb am Defizitmodell orientieren.

Man könnte dem aber ein zweites Modell, das Erfüllungsmodell gegenüberstellen. Dazu brauchen wir nicht einmal die Philosophie. Schon aus der Empirie wissen wir, daß die meisten Menschen im Verlauf eines angestregten Berufslebens viele wichtige Dinge vor sich her schieben und sagen: Das werde ich einmal tun, wenn ich Zeit habe. Das fängt beim Hobby an und endet eventuell mit der Frage nach dem Sinn des Lebens. Aber es geht nicht nur um eine individuelle Erfüllung im Alter, sondern man kann dieser Phase auch dadurch einen positiven Akzent geben, daß man fragt: Was kann ich an meine Umwelt weitergeben? Viele Leute haben erst nach der Pensionierung Zeit, sich um die Belange der Gesellschaft zu kümmern.

Rosenmayr

Das Gesundheitsproblem, das Herr Michel mit dem Begriff des Defizits bei vorrückendem Alter angesprochen hat, müßte auch nach Einkommen, wirtschaftlicher Lage, sozialer Schichtung, Bildung und verschiedenen Faktoren der Pflegemöglichkeiten differenziert werden; denn Altern wird zunehmend ein soziales Problem. So wissen wir aufgrund verschiedener Studien, daß Menschen mit höherem Einkommen sich sowohl subjektiv gesünder fühlen als auch von den Ärzten im Durchschnitt als gesünder befunden werden. Diese Untersuchungen reichen allerdings noch nicht aus, um im Gesundheitsbereich die Wirkung sozialer Faktoren genauer festzustellen.

Es wäre zum Beispiel wichtig zu wissen, wie der Bildungsfaktor, die höhere berufliche Qualifikation, die längere Schulbildung, das kulturelle Aktivsein mit einem besseren subjektiven Gesundheitszustand verbunden sind. Es scheint nach unseren Untersuchungen so zu sein. Es ist klar, daß Menschen, die

mehr Geld haben, sich bessere Medikamente kaufen und gründlicher Urlaub machen können und sich deshalb gesünder fühlen. Vermittelt aber nicht Bildung vielleicht auch eine gewisse Kompensation und hilft sie, psychische Mechanismen zu entwickeln, um sich gesünder zu fühlen? Sowohl im Hinblick auf das Bildungsniveau als auch auf den subjektiven Gesundheitszustand und die sozialstrukturellen Lebensbedingungen sind deshalb Untersuchungen erforderlich.

Boetticher

Die Forschungsgruppe für Gerontologie in Gießen arbeitet zur Zeit an einem Untersuchungsprojekt, bei dem eine Reihe von Faktoren dahin überprüft wird, ob und in welcher Weise sie das Leben im Alter bestimmen. Physischer Zustand, Ernährungsgewohnheiten, Usancen der Lebensführung, soziale Verhaltensweisen und Konditionen sowie politische Einstellungen bilden die Hauptmomente der Erhebung.

Die Befunde dieser interdisziplinären Studie werden 1973 veröffentlicht. Aus der Kenntnis des bisher vorliegenden Datenmaterials läßt sich schon jetzt sagen, daß Alter ein sehr differenziertes Feld von Wirklichkeiten ist. Alter ist zum Beispiel für Frauen problematischer als für Männer, für Personen mit einfacher Bildung und Ausbildung schwieriger als für solche mit qualifizierterer oder hochqualifizierterer, für Arbeiter und einfache Angestellte bedrückender als etwa für Selbständige, handle es sich bei diesen um Handwerker, Unternehmer oder um Akademiker.

Diese Unterschiede sind so eklatant, zeigen zum Beispiel so drastisch den Abstand zwischen Grundsicht und Mittelschicht, daß es nützlich ist, bei jedem Ansatz die Verschiedenartigkeit der Probleme sozialer Gruppen mitzudenken. Das kompliziert die Forschung. Doch für die Praxis ist gerade die Einsicht über Art und Qualität der sozialen Differenz wichtig. Um nur an ein Faktum zu erinnern: Bildungspolitik heute ist eine Investition, die auch für die Verbesserung der Lebensqualität im Alter entscheidende Hilfen bietet.

Erbslöh

Herr Michel hat als klinischer Geriater etwas provokativ gesagt, in der Klinik hätten wir es vor allem mit Defizit-, ja zum Teil mit Defekt-Symptomen zu tun. Dabei handelt es sich um Krankheiten, die vom 50. Lebensjahr an eine steigende Morbiditätsrate aufweisen und zwischen 55 und 65 ihren Altersgipfel erreichen. Dazu gehört die Arteriosklerose als Krankheit des Gefäßsystems mit ihren Auswirkungen auf Gehirn, Herz und Gliedmaßen. Dazu gehören die Krankheiten des Bewegungsapparates mit der Tendenz zur Knochenentkalkung, der Wirbelsäulenverkrümmung mit Rundrücken und die im Alter hervortretenden Arthrosen. Hierzu gehören auch bestimmte degenerative Erkrankungen des Zentralnervensystems, die in der genannten Altersgruppe besonders häufig auftreten.

Aus der Tatsache, daß sich derartige Krankheiten im Alter häufen, hat man geschlossen, daß sie mit dem Alterungsprozeß als solchem etwas zu tun haben. Aber das biologische Altern der Gewebe, der Zellen, ihrer Strukturen, ihrer funktionellen Zusammenhänge und die physiologischen Altersveränderungen im Hinblick auf die regulativen Funktionen innerhalb der großen Organsysteme (Kreislauf, Nervensystem, Bewegungsapparat, Blut) sind in ihren Beziehungen zu den genannten typischen Alterskrankheiten erst sehr wenig erforscht.

Wir wissen natürlich, daß sich die Risikofaktoren, die bei der Entstehung der genannten Krankheiten eine Rolle spielen, im höheren Lebensalter summieren: Nikotin, Alkohol, Immobilismus, insbesondere Bewegungsarmut durch Autofahren, Fernsehen und so weiter. Wie sich das aber in die Entstehung der Alterskrankheiten hinein umsetzt, ist uns kaum bekannt. Wir wissen noch nicht einmal etwas Sicheres über die physiologischen Schwankungen beim Altern des motorischen Apparates, das heißt über die Einbußen an Motilität und Mobilität, Einbußen, die der Mensch dadurch erfahren muß, daß Organe, die mit der Initiierung und der Durchführung der Bewegung zu tun haben, wie das Nervensystem, der knöcherne Bewegungsapparat und die Skelettmuskulatur, eine gewisse Rarefizierung, das heißt Verarmung an elementaren Strukturen, und eine Deformierung, also eine strukturelle und funktionelle Änderung erfahren. Wir wissen aber, daß diese physiologischen Alternsvorgänge normalerweise durch physiologische Anpassungsvorgänge hervorragend kompensiert werden können. Mit anderen Worten, das altersbedingte Defizit ist prinzipiell kompensierbar. Die Kompensation wird durch Alterskrankheiten in Frage gestellt. Aus dieser Kenntnis heraus müssen wir einen scharfen Trennungsstrich ziehen zwischen dem, was der Kliniker täglich im Akut-Krankenhaus an Alterskrankheiten und an Vielfachkrankheiten alter Menschen sieht und den wirklichen Altersveränderungen, etwa im Hinblick auf den motorischen Apparat.

Das, was Herr Michel gesagt hat, könnte als Unterstützung einer Defizit-Schablone des alternden Menschen, etwa im Hinblick auf die genannten Organsysteme und das biologische Altern verstanden

werden. Nichts ist falscher, meine ich, als Herrn Michel so zu verstehen. Das Alters-Defizit entsteht erst, wenn die Kompensation der physiologischen Altersvorgänge durch äußere Schäden oder innere Krankheiten oder auch aus psychischen Gründen nicht mehr funktioniert. Die Defizit-Schablone entsteht aber auch dadurch, daß wir ängstlich darauf warten, einmal selbst in eine solche Dekompensation infolge von Alterskrankheiten hineinzugeraten. Die somalische Defizit-Schablone des alternden Menschen ist genauso falsch wie es ein Fehler ist, eine Defizit-Schablone für das psychische Altern aufzumachen. Das hat Frau Lehr überzeugend belegt.

Hauss

Wir haben in unserer Münsteraner Studie festgestellt, daß bei über 60jährigen Menschen in 80 Prozent der Fälle von der gesunden Norm abweichende pathologische Veränderungen zu finden sind. Die meisten dieser Menschen fühlen sich allerdings subjektiv völlig gesund, und ob es zu einer manifesten Krankheit kommt, hängt von weiteren Faktoren ab, wie Herr Erbslöh gerade ausgeführt hat. Auf der einen Seite sollte man die Menschen nicht unnötig durch Hinweis auf pathologische Veränderungen ängstigen, auf der anderen Seite darf man jedoch einwandfreie klinische Befunde nicht völlig herunterspielen. Man sollte aus diesen Untersuchungen vielmehr den Schluß ziehen, daß rechtzeitig gezielte prophylaktische und therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden müssen.

Blume

Was machen wir mit der ständig wachsenden Zahl von permanent pflegebedürftigen Alten? Seit 1959 hat sich der Kreis von Menschen, die zu Hause liegen und gerade noch atmen können, verdoppelt. Wie können wir ihnen helfen, wenn gleichzeitig die Zahl derer, die bereit sind, hier Dienste zu leisten, gleichbleibt? Finden wir auf diese Frage keine Antwort, dann unterhalten wir uns in zehn Jahren darüber, ob wir die Euthanasie einführen sollen oder nicht.

Michel

Aus der Sicht der klinischen Geriatrie überlagert die Defizitvorstellung, die sich aus der in unvorhersehbarer und unkontrollierbarer Weise an Zahl und Schwere laufend zunehmenden Alterskrankheiten ergibt, jedes andere Denkmodell. Das ist nach all dem, was ich an beweiskräftigen Arbeiten kenne, nicht wesentlich abhängig vom Beruf, von der Ausbildung oder vom Gehalt, Herr Rosenmayr.

Mein Lehrer Bürger, der Pionier der Gerontologie in Deutschland, pflegte, wenn das Gespräch auf dieses Thema kam, immer brüsk mit dem Satz zu schließen: "Noch keinen sah ich fröhlich enden."

von Bismarck

Im Zusammenhang mit Ihrem schriftlichen Beitrag habe ich eine Frage, Herr Michel. Was kostet es, wenn man Ihrer Empfehlung folgt und sehr viele Spezialkliniken baut? Wie lassen sich solche Wunschvorstellungen angesichts unserer Gesamtbudgetsituation verwirklichen? Kann man hier stufenweise vorankommen?

Erbslöh

Eine Zahl: Allein für die Unterstützung der Psychiatrie, das hat sich in Wiesbaden auf dem gemeinsamen Kongreß der Nervenärzte aller Sparten ergeben, benötigen wir 17 Milliarden, für die Neurologie lautet der Beitrag für Akut-Krankenhäuser 3 Milliarden.

Schubert

Für die Innere Medizin sind es schätzungsweise 12 Milliarden.

von Bismarck

Ich glaube, die Schockwirkung dieser Zahlen ist ausreichend. Aber auch eine solche Kostenkalkulation darf uns sicher nicht völlig lahmen.

Baitsch

Was; muß im Rahmen einer übergeordneten Forschungsplanung getan werden, und zwar im Sinne einer Unterlassung, um den Zustrom an kranken alten Menschen, von dem Herr Blume gesprochen hat, in den Griff zu bekommen? Dadurch gleicht das, was wir tun, einem Sisyphuswerk. Wir müssen

damit rechnen, daß wir dank unserer medizinischen Kunst, die wir so ausüben - ich bin selbst Mediziner und glaube zu wissen, was wir tun;- , ein Faß ohne Boden schaffen. Das heißt, wir erzeugen fortwährend neue Probleme zusätzlich zu denen, die wir schon haben. Es geht also darum, im Rahmen der Forschungsplanung auch ein Verzichtsprogramm zu entwickeln. Das hört der Grundlagenforscher außerordentlich ungern. Er bemüht dann unter Umständen das Grundgesetz, Artikel 5/3 und weist darauf hin, daß das, was er tut, wertfrei ist.

Bergener

Unsere Untersuchungen beschränken sich bisher weitgehend auf institutionalisierte Gruppen älterer Menschen. Diejenigen Gruppen, die außerhalb der Institutionen der Altenhilfe leben, sind kaum untersucht worden. Da fehlt es an interdisziplinären, insbesondere an Longitudinal-Studien.

Um ein Beispiel zu geben: Wir wissen, daß 15 bis 20 Prozent der über 65jährigen an psychischen Störungen leiden; ein Drittel davon ist derart erkrankt, daß sie ärztlich behandelt werden müßten. Von diesen psychisch Schwerkranken sind aber nur 11 Prozent in Institutionen der Altenhilfe und in psychiatrischen Einrichtungen untergebracht. Wie die anderen außerhalb dieser Institutionen leben und wie sie ärztlich versorgt werden, wissen wir nicht. Meine Anregung wäre daher, sich in interdisziplinären Studien auf diese Zielgruppe zu konzentrieren.

Schubert

Mir sind in der letzten Zeit mehrere Beispiele bekanntgeworden, Herr Bergener, daß verwirrte ältere Menschen in psychiatrische Krankenhäuser eingewiesen wurden, weil zu Hause kein Platz für sie war oder keine Pflegekraft gefunden werden konnte. Hier beginnt das Dilemma.

Als ich noch im Hessischen Sozialministerium tätig war, stellte ich fest, daß in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern des Landeswohlfahrtsverbandes eine große Anzahl von Patienten lag, die nicht in ein psychiatrisches Krankenhaus gehörten, sondern in ein Altenpflegeheim in Form einer halbgeschlossenen Einrichtung. An solchen Einrichtungen fehlt es noch. Für eine Zusammenarbeit der verschiedensten wissenschaftlichen Disziplinen bietet sich hier ein weites Feld.

Leutiger

Das Bild, das der alte Mensch von sich selbst hat, und das er auch von uns Ärzten vorgelegt bekommt, führt dazu, daß er das Anhäufen von Krankheiten im Alter mit den normalen Alterungsvorgängen gleichzusetzen gewohnt ist. Normales Altern bedeutet aber nicht Krankheit im Alter. Es gibt fließende Übergänge, aber man sollte nicht alles, was sich an Veränderungen bei einzelnen Organen schon ab dem dreißigsten Lebensjahr zeigt, dem Alter zuschieben. Mit 30 Jahren schwimmt niemand mehr den 100-Meter-Weltrekord. Dafür ist er zu alt. Aber ist er dann alt? Der einzelne muß sich die Anpassungsfähigkeit und die Veränderung des Organismus rechtzeitig klarmachen. Was erwartet ihn auf körperlichem und psychischem Gebiet?

Die Frage der Pflegebedürftigkeit wird von Arzt zu Arzt und auch von Klinik zu Klinik unterschiedlich beantwortet. Dafür gibt es keine Norm. Man faßt die Pflegebedürftigkeit viel zu statisch auf, weil man sich nicht so lange mit einem Patienten befassen will. Es müßte die Möglichkeit geschaffen werden, Menschen aus Pflegeeinrichtungen auch wieder in andere Institutionen zurückzubringen, wie das in anderen Ländern geschieht, zum Beispiel in Holland, aber auch an einigen Stellen in der Bundesrepublik.

Ich komme damit zu den traditionellen Alterseinrichtungen. Wir beschäftigen uns, wie Herr Bergener sagte, immer nur mit der Situation in den Heimen. Für den Menschen draußen können wir nur wenig tun - dabei leben 95 Prozent der über 65jährigen nicht in den Institutionen. Welche Hilfen geben wir denen? Wo sind die Tageskliniken, wo sind die Hilfen, die einen Kontakt zwischen der Institution und den draußen lebenden Menschen herstellen? Wo sind die notwendigen geriatrischen Kliniken?

Es ist nach den Kosten gefragt worden. Man erschrickt, wenn man so große Zahlen hört. Wir denken immer nur in eingefahrenen Kategorien. Was würde es eigentlich kosten, wenn man den Menschen rechtzeitig rehabilitativ geholfen hätte? Heute gibt es nur das Denken in Krankenkassen und Arbeitslosengeld. Es wäre vielleicht menschlicher, auch einmal an andere Möglichkeiten zu denken. Das ist das Problem der Kostenträger.

Wir haben einen vorsintflutlichen Krankheitsbegriff in unseren Versicherungsleistungen. Auch bei intensiven rehabilitativen Möglichkeiten in den Pflegeeinrichtungen, die natürlich in den Pflegesatz einkalkuliert werden, drücken sich viele davor, den höheren Pflegesatz zu zahlen und lassen sich lieber im Bett versorgen, um nicht auch noch Sozialhilfeempfänger zu werden. Die Pflegesätze liegen

dann schon bei DM 40,- pro Tag. Wieviele Renten oder Pensionen liegen darüber? Hier müßte die Frage der Behandlungsbedürftigkeit für den älteren Menschen in die Reichsversicherungsordnung (RVO) eingearbeitet werden, die seit 1911 in diesem Punkte nicht mehr geändert worden ist.

Eine besondere Rolle bei Erkrankungen im Alter spielt der Zeitfaktor. Darauf müssen die Studenten, die niedergelassenen Ärzte und auch manche anderen Berufsgruppen hingewiesen werden. Wenn es heute zum Beispiel nicht gelingt, einen Schlaganfallpatienten innerhalb von drei Monaten wieder bewegungsfähig zu machen, gilt er als Pflegefall. Auf diese Weise erhalten wir die Vielzahl der Fälle, Herr Blume. In unserem auf Rehabilitation eingestellten Krankenhaus haben wir selbst bei alten Menschen häufig dann noch Erfolg, wenn das Ereignis ein oder auch zwei Jahre zurückliegt. Ich zweifle daran, ob das allen in der Universität dafür Zuständigen bekannt ist.

Man müßte auch das Personal und die Ärzte über Rehabilitationsmöglichkeiten aufklären. Es ist erstaunlich, welche Wirkungen sich zeigen, wenn man nicht nachläßt. Denn der Zeitfaktor spielt bei der Rehabilitation gerade beim älteren Menschen eine entscheidende Rolle. Das braucht eine viel längere Zeit als das Lernen, Frau Lehr. Auch da sollte man mit praktischen Beispielen aufklärend wirken.

So hat man eine fast 80jährige alleinstehende Frau, die nach einer Lungenentzündung im Akut-Krankenhaus ein Herzversagen erlitt, das zu halbseitiger Lähmung führte, zu uns verlegt. Diese Frau lernte wieder besser laufen. Sie wurde dann in ihr Dorf entlassen, und wir haben einen Elektroherd für sie beschafft sowie eine Toilette in der gleichen Etage eingebaut. Interessant war, daß die Einwohner in diesem Dorf bei der schwerkranken Frau selber stimuliert wurden, eigene Altersbeschwerden nicht mehr so schwer zu empfinden und sogar auf Besserung zu hoffen.

Es wäre überdies nicht nur das psychologisch-soziologisch negative Bild vom alten Menschen abzubauen. Man müßte ihm auch sagen, daß Bettruhe kein Allheilmittel ist. Wieviele ältere Menschen betrachten das Bett als Therapie für Kopfschmerzen, Schwindel und Steifigkeit. Damit beschleunigen sie ihre Immobilisierung und machen sich sozial noch abhängiger, weil sie dann weniger Kontakte aufnehmen können.

Schubert

Es ist richtig, Herr Leutiger, daß die Pflegesätze in den Altenheimen und Altenpflegeheimen heute auf ca. 30 DM angestiegen sind - zum Teil liegen sie noch höher;- , und sie werden vermutlich weiter ansteigen. Sollte man auf diesem Sektor nicht etwas ähnliches wie das Krankenhausfinanzierungsgesetz und die Bundespflegesatzverordnung schaffen? In diesem Falle müßten die Länder einen Teil ihrer Zuständigkeiten auf den Bund übertragen. Die Fälle, in denen die Sozialhilfe bei der Unterbringung in einem Altenheim oder Altenpflegeheim eingreifen muß, mehren sich. Auch höhere Pensionen werden von den Pflegesätzen aufgezehrt.

Kiesau

Sie sprechen von der Überprüfung des Krankheitsbegriffes im Sinne der RVO, Herr Leutiger. Ich bin mit Ihnen der Meinung, daß eine baldige Neuorientierung not tut. Hier sollten die Mediziner mit den Juristen zusammenarbeiten, um zu neuen Definitionen in der RVO zu gelangen. Es geht einfach nicht an, daß - wie es derzeit der Fall ist - bei gleichen krankhaften Tatbeständen und rehabilitativen Möglichkeiten eine unterschiedliche Unterbringung (Krankenhaus oder Pflegeheim), Behandlung und finanzielle Belastung des Pflegebedürftigen erfolgen kann.

Die Behandlungsbedürftigkeit des älteren Menschen müßte möglicherweise zusätzlich in die RVO aufgenommen werden.

Außerdem sollte die derzeitige Sozialhilfe und damit das Bundessozialhilfegesetz und die Möglichkeit seines Ausbaus überprüft werden. Auch hier wäre eine Zusammenarbeit von Juristen und Medizinern nötig.

Schubert

Wir wissen doch seit längerem die Begriffe "Krankheit" und "Pflegebedürftigkeit" zu unterscheiden, Frau Kiesau. Wenn wir zu einer anderen Begriffsbestimmung kommen, hat das lediglich zur Folge, daß wir heutige Pflegefälle als Krankheitsfälle deklarieren und sie in Krankenhäusern unterbringen. Davon wollen wir doch gerade abkommen.

Kiesau

Nein, Herr Schubert, es geht darum, daß es heute vielfach von Zufälligkeiten abhängt, ob, wie und wo der alte pflegebedürftige Mensch behandelt wird. Gerade im Hinblick auf eine mögliche Rehabilitation ist die Klärung der Behandlungsbedürftigkeit von weitreichenden, auch materiellen Konsequenzen.

Bergener

Jedes vierte Bett einer psychiatrischen Einrichtung ist heute mit einem über 65jährigen Menschen belegt. Wenn man diese Gruppe auf ihre Pflegebedürftigkeit hin untersucht, stellt sich heraus, daß nur etwa ein Drittel davon wirklich psychiatrischer Hilfe bedarf. Daran zeigt sich, daß die Einweisungspraxis weitgehend mißbraucht wird, um Patienten in diese Einrichtungen "abzuschieben". Die Einweisungspraxis müßte überprüft werden. Damit spreche ich die Landesunterbringungsgesetze, die -Einrichtungen von Pflgeschäften und Vormundschaften an.

Es zeigt sich weiter, daß die diagnostische Etikettierung in vielen Fällen unzutreffend ist und auch nicht überprüft wird. Häufig stellt sie nur ein Alibi dar, um die Einweisung in eine geschlossene psychiatrische Abteilung zu sanktionieren, wenn keine anderweitige Hilfe möglich ist.

Wir befinden uns in der Psychiatrie insofern in einer schwierigen Situation, als wir weitgehend noch von einer idealtypischen Nosologie - das heißt einer systematischen Beschreibung der Krankheiten - ausgehen. Was uns fehlt, ist eine statistisch überprüfbare Nosologie. Für die Einweisung von älteren Menschen in derartige Einrichtungen reicht die psychiatrische Diagnose allein nicht aus. Viel wesentlicher, beispielsweise für die Einstufung des Pflegegrades, wäre die Entwicklung einer Skala zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit. Daran mitzuarbeiten, wäre meine Bitte an die Nichtmediziner unter uns. So etwas ist nur auf interdisziplinärem Wege möglich.

Die Fehlplatzierung älterer Menschen ist allerdings nicht nur in psychiatrischen Einrichtungen anzutreffen, sondern auch in den Alters- und Pflegeheimen und in andersartigen Kliniken. Das heißt, die Platzierung älterer Menschen erfolgt in den verschiedenen Institutionen der Altenhilfe recht zufällig. Es fehlt ein Instrument, um die Zuweisung im Einzelfall adäquat zu kanalisieren, um festzustellen, wann wer welcher Hilfe bedarf.

Sicher kann die Unterbringung in den verschiedensten Institutionen der geschlossenen Altenhilfe nur der letzte Schritt sein. Was uns fehlt, ist eine Auffangstelle, die in den jeweiligen Versorgungsregionen zentral plziert sein sollte und die möglichst alle diagnostischen aber auch sozialen Probleme abklärt. Sie sollte darauf abstellen, solange wie möglich eine ambulante Betreuung durchzuführen und sei es durch weitreichende soziale Hilfen.

Für das Zusammenwirken der verschiedenen Institutionen der offenen und geschlossenen Altenhilfe nur noch ein Hinweis: Wir müssen heute davon ausgehen, daß etwa 70 Prozent der psychisch Gestörten gleichzeitig unter schweren körperlichen Gebrechen leiden. Häufig sind die körperlichen Gebrechen das eigentlich Entscheidende, das primum movens.

Schubert

Es ist sehr einfach zu fordern, die Einweisungsbehörden müßten dafür sorgen, daß Personen, die nicht in psychiatrische Krankenhäuser gehören, dort auch nicht eingewiesen werden. Selbst wenn Fehlentscheidungen getroffen werden, was ich sehr bedauern würde, muß ich von den verantwortlichen Klinikern verlangen, Fehldiagnosen zu korrigieren.

Bergener

Sie sagen, Herr Schubert, daß wir uns gegen die Einweisungspraxis zu stellen hätten. Es ist aber sehr schwer, einen solchen einmal wirksam gewordenen Beschluß wieder aufzuheben. Durch die Unterbringung, beispielsweise in einem psychiatrischen Krankenhaus, wird so viel in Gang gesetzt, daß häufig erst dadurch irreversible Prozesse entstehen können. Das Schicksal eines älteren Menschen ist somit nicht nur von der Art und Dauer seiner Erkrankung, sondern auch wesentlich von der Einstellung der Entscheidungsträger abhängig, die bei auftretenden Krisensituationen für die Einleitung der erforderlichen Hilfsmaßnahmen verantwortlich sind. Dabei kann die Hospitalisierung selbst zu kumulativen Effekten führen. Durch die Institution induzierte Verhaltensweisen können zusätzlich desintegrativ und dissozierend wirken, was in vielen Fällen gleichbedeutend ist mit dem Übergang in ein irreversibles Krankheitsstadium.

Pross

Die Soziologie des Alters befindet sich in der Bundesrepublik gegenüber anderen Disziplinen, zum Beispiel der Alterspsychologie, im Rückstand. Sie ist also ein ausgesprochenes "Defizitfach".

Ein großes Defizit sehe ich innerhalb der Soziologie in der Erforschung der besonderen Alterssituation der Frauen, die ja die Mehrheit der Menschen in höheren Jahren darstellen.

Es wäre weiter zu fragen, welche konkreten Sozialfaktoren, Sozialtatsachen oder Sozialeinflüsse die Qualität des Alters bestimmen. Hier fehlt in der Forschung der systematische Problementwurf.

Wenn Sie etwa von einem Einfluß des Einkommens auf die Gesundheit sprechen, Herr Rosenmayr, dann ist weiter zu fragen: Welche Faktoren stehen hinter dem Einkommen? Das Einkommen ist auch nur ein Indikator für andere Dinge; es hängt zum Beispiel davon die Ausbildung ab. Die Befunde zeigen, daß die Ausbildungsunterschiede für das Alter von erheblicher Bedeutung sind. Ausbildung und Schulbildung indizieren ihrerseits wiederum nur eine soziale Ausgangslage in der Herkunftsfamilie, in der bereits über das spätere Alter mitentschieden wird.

Wir brauchen also für die Bundesrepublik sowohl in der Theorie als auch in der empirischen Forschung viel mehr Klarheit über die sozialen Determinanten, die letztlich über die Qualität des Altseins entscheiden. Das gilt auch im Hinblick auf den Gesundheitszustand, wie Herr Erbslöh herausgearbeitet hat. Wenn schon ein Mediziner sagt, da kommen Sozialfaktoren ins Spiel, wieviel mehr muß man das als Sozialwissenschaftler vermuten. Aber bei welchen spezifischen Voralters- und Alterskrankheiten kommen welche Sozialfaktoren auf welche Weise zur Wirkung? Das ist in der Soziologie noch nicht einmal als theoretische Problemstellung entwickelt und erst recht nicht empirisch untersucht. Das gilt auch für die psychischen Störungen, von denen Herr Bergener sprach.

Schließlich müßte die Soziologie in Zusammenarbeit mit anderen Fächern auch gewisse spekulative Überlegungen mitberücksichtigen. Wenn sich zum Beispiel schon in naher Zukunft die durchschnittliche Gesundheit in höheren Jahren verbessern sollte, wie wirkt sich das dann auf das Altsein aus? Welchen Einfluß hat eine fortschreitende Verlängerung der durchschnittlichen Lebenszeit auf das Altersbild, auf die Alterssteuerung und so weiter?

Körper

Sie sprechen von der Unterentwicklung der Alterssoziologie, Frau Pross. Woran liegt das? Unsere Universitäten sind doch voll von Studenten, die Soziologie studieren. Ist bei denen vielleicht der Wille, das gesellschaftliche Bewußtsein zu verändern, größer, als sich mit den Altersproblemen zu beschäftigen?

Pross

Natürlich vermindern die vielen Studenten die Forschungskapazitäten. Darin sehe ich aber nicht die primäre Ursache. Gerade für die sogenannte kritische Soziologie ist die Altersproblematik nicht existent. Der Soziologiedozent ist gezwungen, sich mit dem auseinanderzusetzen, was die Studenten ständig an ihn herantragen. Das verringert die Möglichkeit, sich mit dem Alter zu beschäftigen.

Baitsch

Die Universität Ulm ist im Augenblick dabei, den Entwurf eines Curriculums für Studiengänge der Sozialarbeit innerhalb der Universität anzuschieben.

Curricula zu entwerfen ist eine schwierige und heikle Arbeit. Was muß den Studenten geboten werden? Soll Ihnen nur die Hälfte oder ein Viertel dessen beigebracht werden, was eigentlich notwendig wäre? Dann ist es außerordentlich schwer, einen vernünftigen Abschluß mit einer vernünftigen Graduierung zu erbringen. In diesem Falle wird auch der Zugang zu diesen Studiengängen nur mäßig sein. Will man dagegen ein Curriculum bieten, das höchsten Ansprüchen genügt, dann stellt sich die Frage: Welche Inhalte sollen multidisziplinär aus dem soziologischen, psychologischen, medizinischen Bereich und so weiter ausgewählt werden? Das Entwerfen eines Curriculums für moderne Pflegeberufe wäre vielleicht ein gutes Beispiel für ein interdisziplinäres Forschungsprojekt.

Rosenmayr

Zur Situation der Soziologie und ihrer Versäumnisse auf dem Altersgebiet möchte ich drei Punkte ergänzen. Erstens gibt es in Deutschland nur einige wenige gute Ausbildungszentren für empirische Sozialforschung. An vielen Hochschulen ist diese Disziplin kaum entwickelt. Zweitens: Das Thema Altenforschung hat zwar viel mit sozialem Wandel zu tun, aber es riecht nicht danach. Dieses Geruchsdefizit hat dazu beigetragen, daß ein gutes halbes Jahrzehnt keine Chance bestand, jüngere Leute dafür zu interessieren. Drittens: Langfristige Forschungsvorhaben sind in Hochschulinstituten -

darauf wies Frau Pross hin - mit bewegten, informations- und wandlungshungrigen jungen Menschen nur schwer anzusetzen.

Welche Forschungslücken müssen ausgefüllt werden? Erstens sind Studien über Interaktions- und Kooperationsformen in Altersheimen und Altersspitälern unter Berücksichtigung des Asylcharakters dieser Heime notwendig. Das betrifft zum Beispiel den Kontakt zwischen Krankenpflegern und -pflegerinnen und den Patienten.

Zweitens sind die Rekrutierung, Schulung und der soziale Status des Pflegepersonals von besonderer Bedeutung. Dieses Problem hat zumindest international Beachtung gefunden.

Drittens halte ich Untersuchungen über die Belastbarkeit der Familien für wichtig. Kann man die Frauen, die mit den Problemen der Erziehung und Betreuung ihrer Kinder und Jugendlichen ringen, ohne weiteres auch noch mit der Pflege der Alten belasten? Wie steht es um die Qualität von Familienbeziehungen sowohl in der physischen als auch psychischen Betreuung der Alten? Im Zusammenhang damit müßten Studien begonnen werden, inwieweit die Heimpflegedienste diese Familienaushilfe und die Zuwendung der jüngeren Familienmitglieder zu den älteren ergänzen können. Das erfordert soziale Experimente. Hier wäre ein Betätigungsfeld auch für wandlungshungrige Menschen. Begleitende Untersuchungen bei der Einrichtung von Heimhilfediensten, Beratungs- und Betreuungszentren wären einzuleiten, um aus diesen sozialen Aktionen Folgerungen zu ziehen.

Schließlich wäre das eine oder andere große Institut dafür zu gewinnen, Studien über wechselseitige Einschätzungen von Altersgruppen in der Gesellschaft zu veranstalten, wie junge Menschen, mittlere und ältere Jahrgänge Selbstbilder bezüglich ihres eigenen Altersstatus aufbauen, und welche Fremdbilder der anderen Altersgruppen sie haben. Dies muß nach sozialen Schichten und Gruppen gegliedert werden.

Schubert

Was die Belastbarkeit der Familie durch die Pflege von Angehörigen angeht, Herr Rosenmayr, so wird man da kaum objektive Feststellungen treffen können. Wir werden sicherlich differenzieren müssen im Hinblick auf die im Einzelfall gegebenen Voraussetzungen. Wo liegt die Grenze des Zumutbaren? Aufgrund einer vorhandenen oder fehlenden christlichen oder ethischen Motivation vermag die Grenze des Zumutbaren nicht einheitlich festgelegt zu werden. Ich würde allerdings Ihrem Vorschlag zustimmen, daß die Pflege durch Angehörige im Hause notfalls durch die öffentliche Hand unterstützt werden sollte.

Hauss

Wir haben in Deutschland keine Lehrstühle für Geriatrie, und es gibt auch keinen Facharzt für Geriatrie. Einige Institute und Kliniken, zum Beispiel in Gießen, Mainz, Nürnberg-Erlangen und Münster, sind besonders an geriatrischen Problemen interessiert, wir in Münster speziell an der Arteriosklerose und am Herzinfarkt, den wichtigsten Alterskrankheiten. Für mich waren die Belehrungen, die ich durch Zusammenarbeit mit den Herren Thomae und Blume auf psychologischem und soziologischem Gebiete erfuhr, recht bedeutsam.

Ich verspreche mir für die geriatrische Forschung keinen Erfolg, wenn wir an potentielle Geldgeber, an die Öffentlichkeit und an Behörden Forderungen stellen, die so umfangreich sind, daß sie nicht erfüllt werden können; zum Beispiel ist es nicht zweckmäßig, morgen fünf geriatrische Lehrstühle zu fordern. Aber wir müssen konsequent weiterarbeiten und im Laufe der Zeit Institute und Kliniken mit spezifisch geriatrischen Forschungs- und Behandlungszielen schaffen.

Bergener

Liegen wir mit unserer Forderung nach Lehrstühlen für Geriatrie oder Gerontologie wirklich richtig? Widerspricht eine solche Forderung nicht unserer interdisziplinären Denkweise? Würde uns ein solcher Lehrstuhl nicht an die Grenzen einzelner Fakultäten binden? Ich wüßte einiges über die Motivation zu sagen, warum immer wieder Lehrstühle für Geriatrie und Gerontologie gefordert werden.

Ich unterstütze daher den Vorschlag, ein Institut für interdisziplinäre Forschung auf dem Gebiet der Geriatrie und der Gerontologie mit angegliederten Kliniken zu schaffen, mit einem geschäftsführenden Direktorium unter ausdrücklicher Berücksichtigung interfakultativer Gesichtspunkte bei der personellen Besetzung.

Thomae

Welche Forschungslücken gibt es? Ich war vor einem Jahr im Anschluß an die "White House Conference on Aging" in Washington. Dort hatten sich ca. 40 Gerontologen aus aller Welt zusammengesetzt, um Forschungslücken zu definieren. Als Ergebnis dieses 8-Tage-Seminars entstand ein Katalog von 150 Forschungsdesideraten. Notwendigerweise ist alles, was wir hier in diesem Gesprächskreis an Forschungsvorhaben vorschlagen können, nur Ausdruck irgendwelcher momentaner Präferenzen. Es bleibt einem nichts anderes übrig, als aufgrund unseres jeweiligen wissenschaftlichen Standortes irgendeine Präferenz zu äußern. Ich selbst würde eine gewisse Akzentverschiebung auf die Gruppen vom vierten, fünften Lebensjahrzehnt an vornehmen. Dabei müßten besonders der Leistungs-, der Persönlichkeits- und der Aspekt der Anpassung an die jeweiligen Lebenslagen berücksichtigt werden.

Wenn hier von Längsschnittstudien gesprochen wurde, dann kann ich dazu aus eigener Erfahrung nur sagen: Der Gedanke ist wunderschön, die Durchführung sehr schwierig; insbesondere bei den zur Zeit gegebenen Bedingungen für eine Forschungsförderung. Ich möchte die Vorhersage wagen, daß die Bonner Gerontologische Längsschnittstudie für lange Zeit in der BRD die einzige bleiben wird.

von Bismarck

Inwieweit kann man wissenschaftliche Untersuchungen über Verhältnisse in Amerika auf uns anwenden? Sind nicht die gesellschaftlichen Voraussetzungen - etwa die Vielzahl von Clubs, die es dort gibt, das social life der Kirchen und anderes mehr - doch so unterschieden von unserer Situation, daß es problematisch ist, die Verhältnisse zu vergleichen?

Pross

Es gibt eine Fülle von amerikanischen Befunden, die wir nicht übertragen können, weil die sozialen Ausgangslagen sich unterscheiden. So sind beispielsweise Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber den Altersphänomenen in großen Teilen der sozialen Grundschichten in Amerika anders als in der Bundesrepublik.

Rosenmayr

Durch interkulturelle soziologische Untersuchungen hat sich erwiesen, daß es durchaus sinnvoll ist, Vergleiche anzustellen, auch über Kontinente hinweg. So ist man in den USA vom Konzept der Sunset-City, der altershomogenen Siedlungen für Pensionisten ebenso abgekommen, wie in einigen europäischen Ländern.

Ferner hat sich bei Untersuchungen in Dänemark, England, in den Vereinigten Staaten, Österreich und in der Schweiz herausgestellt, daß die Aushilffunktionen der zwar nicht im gleichen Haushalt wohnenden, aber in der Nähe lebenden Familienangehörigen überall sehr ähnlich sind. Bestimmte industriegesellschaftliche Phänomene sind also nicht kulturspezifisch, sie treten sehr generell auf.

Lehr

Zur Übertragbarkeit von Ergebnissen aus anderen Ländern ist generell zu sagen, daß sich Erkenntnisse über Leistungen von Menschen verschiedener Altersstufen, über Intelligenz und Lernbereitschaft ohne weiteres übertragen lassen, Erkenntnisse hinsichtlich der Einstellung zur Pensionierung hingegen nur sehr bedingt. Dieses Thema müßten wir in Deutschland dringend untersuchen. Ergebnisse über Sozialkontakte und ähnliches können bei einem sorgfältigen Vergleich der Methoden auch übertragen werden.

Der Vorschlag von Herrn Rosenmayr, Longitudinal-Studien, über die Situation vor und nach der Pensionierung eventuell verbunden mit Kursen durchzuführen, ist unbedingt zu begrüßen. In Amerika hat man bereits vor 15 Jahren mit derartigen Kursen begonnen. Man hat dort im Längsschnittvergleich Gruppen erfaßt, die nicht nur Vorträge hören, sondern auch mit Informationsmaterial, Ausarbeitungen und so weiter versorgt werden.

Kiesau

In Volkshochschulen, Betrieben und konfessionellen Einrichtungen wird bei uns Rüstigkeitsberatung vorgenommen. Wenn man sich einmal die Programme der Volkshochschulen oder der Betriebe daraufhin durchsieht, so wird in dieser Hinsicht herzlich wenig geboten. Ober einige Vorträge oder Vortragsreihen etwa mit den Themen Vorbereitung auf das Alter aus medizinischer Sicht, Rentenrecht und Altenhilfe, gesunde Kost im Alter und so weiter, geht es meist nicht hinaus. In Amerika sind schon in den fünfziger Jahren an den Universitäten Schulungsprogramme ausgearbeitet worden, die den

Betrieben und den Gewerkschaften empfohlen wurden. So etwas gibt es in Deutschland nicht. Auf diesem Gebiet sollte deshalb interdisziplinär geforscht und beraten werden, und zwar von Pädagogen, Psychologen und Soziologen, um derartige Programme zu erstellen.

Dieck

Bisher sind nur die Disziplinen zu Wort gekommen, die in der Gerontologie bereits anerkannt sind. Deshalb möchte ich auf zwei weitere Bereiche hinweisen, die für die Gerontologie ebenfalls wichtig sind. Das ist zum einen die Betriebswirtschaftslehre und zum anderen die Architektur.

Merkwürdigerweise hat sich die Betriebswirtschaftslehre bisher nicht für die Institutionen der Altenhilfe interessiert. Wir haben zwar eine relativ gut ausgebaute Krankenhausbetriebslehre. Es gibt aber keine Kostenanalysen für die Institutionen der Altenhilfe - weder für die geschlossene noch für die offene. Es gibt keine Betriebsvergleiche, keine Arbeitsplatzstudien. Auch der Arbeitsmarkt ist bisher nicht analysiert. Man könnte die Reihe der Problemkreise, die bislang nicht erforscht sind, beliebig fortsetzen.

Zur Architektur: Dieses Gebiet geht in erster Linie die Soziologen und Psychologen, aber auch die Betriebswirte an. Die heutige Ausbildung der Architekten sieht zwar eine Beschäftigung mit psychologischen und soziologischen Fragen vor, aber sie reimen sich daraus lediglich eine eigene Vulgärwissenschaft zusammen. Hier sind die Fachvertreter angesprochen, den Architekten das Wissen zu vermitteln, das sie sich ohne entsprechende Vorbildung selbst oft nicht aneignen können.

Schubert

In den verschiedenen Arten von Altenheimen und Altenpflegeheimen entstehen sehr unterschiedliche Kostensätze, weil man nicht von einer einheitlichen Basis ausgeht. Hier liegt eine Aufgabe für die Volkswirte und für die Betriebswirte, Grundlagen für eine sachgerechte Kostenanalyse zu schaffen, damit diejenigen, die ein Heim führen und nicht über ausreichende Kenntnisse betriebswirtschaftlicher und volkswirtschaftlicher Art verfügen, so optimal wie möglich wirtschaften, nicht zuletzt im Interesse der Heimbewohner. Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit hat für diesen Zweck bereits Forschungsmittel vorgesehen.

von Bismarck

Reicht eigentlich der Austausch unter den Disziplinen aus, und wo gibt es Modelle und Erfahrungen für eine vernünftige Zusammenarbeit?

Bergener

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist zur Zeit in der Bundesrepublik völlig unzureichend. Wir arbeiten zwar zusammen in verschiedenen interdisziplinären Gruppen oder in Gruppen, die sich als solche bezeichnen, beschränken uns aber dennoch im wesentlichen auf die Auswertung jeweils aus der Sicht einer Fachdisziplin.

Schubert

Wir reden hier außerordentlich heterogen; das ist in einem interdisziplinären Gespräch wohl auch nicht zu vermeiden. Diese Heterogenität läßt aber mitunter den Eindruck einer geradezu modellhaften Desintegration aufkommen. Viele laufen nebeneinander her, ohne daß der eine vom anderen recht weiß, was er eigentlich will und was er schon geleistet hat. Jeder befürchtet, daß der andere etwas Ähnliches machen könnte. Mit einem Wort: Wo ist der gemeinsame Nenner für die Integration der verschiedenen Disziplinen? Wo ist eine Matrize, in die man die vielen Disziplinen einmünden lassen könnte, um ein Gesamtbild zu erhalten? Wir sitzen hier zusammen und sind uns in etwa einig über die Aufgaben der verschiedenen Disziplinen. Wie soll man aber interdisziplinär verfahren?

Die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie hat schon vor Jahren einige Sektionen eingerichtet, und zwar für Psychiatrie, Soziologie, Psychologie und experimentelle Gerontologie. Bei unserem letzten Jahreskongreß in Nürnberg haben wir folgende Methode mit Erfolg eingeführt. Am Vormittag des letzten Tages legten die Vertreter der verschiedenen Sektionen, die in Parallelsitzungen getagt hatten, im Plenum in einer allen verständlichen Sprache dar, was jeweils erarbeitet wurde und was geplant wird. Dieses Verfahren erleichtert die Kommunikation und dient vielleicht auch zur Integration der verschiedenen Disziplinen.

Weiterhin bin ich der Auffassung, daß Forschungsergebnisse, die im Laufe des Jahres erarbeitet worden sind, zunächst in Einzelgremien noch einmal durchdacht werden müßten. Dafür eignen sich

nur spezielle Symposien, die nicht interdisziplinär zusammengesetzt sind. Ein Beispiel dafür bietet das Symposium für experimentelle Gerontologie in Gießen. Auch die Psychologen und Soziologen veranstalten solche Symposien unter sich. Man trifft sich aber viel zu selten, weil es an Geld fehlt. Die Mediziner tun sich da etwas leichter, weil sie meistens eine Industrie für irgendeine Thematik begeistern können.

Ich halte es also für notwendig, daß die disziplinäre Arbeit ebenfalls betont wird; denn nur so kann auch die interdisziplinäre Kooperation und Leistung vorangetrieben werden.

Grubbe

In den USA und in der Sowjetunion gibt es große zentrale Altersinstitute, in denen die Vertreter sämtlicher Disziplinen zusammenarbeiten. Ließe sich eine solche Lösung nicht auch bei uns finden?

von Bismarck

Die Frage ist, ob mehr Kongresse und Symposien einen intensiveren Austausch zwischen den Disziplinen versprechen oder ob, wie Herr Grubbe anregt, ein zentrales Institut besser geeignet wäre, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern.

Schubert

Die Bundesregierung wird wahrscheinlich mit Unterstützung der Länder, der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und von Wissenschaftlern ein interdisziplinäres "Deutsches Institut für Altersfragen" gründen. Dieses Zentrum soll eine Art Clearing-Stelle sein zwischen Wissenschaft und Praxis, eine Koordinierungs-, Informations- und auch Dokumentationsstelle.

Heinrichs

Was kann man mit einem interdisziplinären Ansatz leisten? Das Dilemma ist klar: Man hat es mit einem komplexen Gegenstand zu tun, der verschiedene Aspekte hat, die von verschiedenen Stellen angegangen werden, was unterschiedliche Interpretationen zur Folge hat. Das ist aber noch kein interdisziplinärer Ansatz. Dafür müßte man zumindest einen gemeinsamen methodischen Zugang aller Disziplinen erarbeiten.

Schmölz

Die interdisziplinäre Forschung ist gerade nicht auf eine einzige Methode eingeschworen, Herr Heinrichs, sondern jeder Wissenschaftler muß mit seiner spezifischen Methode an das jeweilige und gemeinsame Problem herangehen. Deshalb brauchen wir eine Clearing-Stelle, ohne die wir die Materialien nicht zusammenbekommen. Sonst ist bereits der Informationsprozeß gestört.

Hauss

Interdisziplinäre Forschung ist heute zwar ein Schlagwort, dennoch ist ihre Bedeutung in der Tat außerordentlich groß. Bei dem heutigen Stand der Medizin sind die meisten der einfachen Kausalzusammenhänge erfaßt, und die daraus möglichen prophylaktischen und therapeutischen Schlüsse sind realisiert. Ich erinnere vor allem an die großartigen Entdeckungen der Bakteriologen, insbesondere von Koch und Pasteur, und an die darauf basierende erfolgreiche Ära, die durch die Entdecker der Sulfonamide und der Antibiotika, Domagk und Fleming, eingeleitet wurde.

Die Probleme, vor denen die innere Medizin heute steht, sind insofern noch komplexer, als nicht nur ein Kausalfaktor, sondern viele für die Entstehung der heute wichtigen Erkrankungen eine Rolle spielen. Faktoren der Lebensweise, zum Beispiel des Essens, des Berufes, der Erholung, soziologische Umstände, psychologische und emotionale Faktoren wirken zusammen in der Krankheitsentstehung. Die Schädigungen und damit die Krankheitsprozesse erstrecken sich auf einen jahrzehntelangen Zeitraum, der hinsichtlich seiner Schädigungsmöglichkeiten einer interdisziplinären, interfakultativen Erforschung bedarf.

Rosenmayr

Herr Thomae hat gesagt, daß Longitudinal-Studien leichter zu fordern als durchzuführen seien. Ich möchte hinzufügen, auch interdisziplinäre Kooperation wird mit Recht gefordert, ist aber ein hartes Brot. Dabei war Herr Thomae einer der ersten, der als Psychologe interdisziplinär gearbeitet hat.

Ich möchte in diesem Zusammenhang aber auf ein Dilemma hinweisen. Wenn ich mich als Soziologe auf dem Gebiet der Alterssoziologie interdisziplinär öffne und auf das hinhöre, was Psychiater oder Psychologen sagen - um nur zwei Disziplinen zu nennen - und mich mit ihnen zu verständigen suche, dann werde ich fast unfähig, auf anderen Gebieten der Soziologie meine Arbeit weiterzuführen.

Interdisziplinarität wird also mit Hyperspezialisierung erkauft. Ist das für die Alterssoziologie wünschenswert? Geht man von der Arbeitskapazität aus, die einem zur Verfügung steht, so ist es außerordentlich schwer, interdisziplinäre Kooperation mit einer Überschau im eigenen Fach als ganzem, über die besonders verfolgte Spezialität hinaus zu verbinden, eine Überschau, die natürlich ebenfalls wichtig ist. Vieles, was ich auf dem Gebiet der Jugendsoziologie an Problemen erkenne und theoretisch erarbeite, kann ich für die Alterssoziologie verwenden. Ich betone: Interdisziplinäre Arbeit ist richtig und notwendig. Ich möchte aber die innere Dialektik hervorheben.

Dazu kommt ein praktisches Problem. Für solche interdisziplinären Institutionen werden überbeschäftigte Klinikchefs oder Großordinarien zusammengerufen, die noch zusätzlich einen Teil ihrer Zeit für das interdisziplinäre Institut oder Vorhaben opfern. Sie sind aber nicht in der Lage, wirklich langfristig und bohrend der Sache nachzugehen. Die Folge ist, daß man die Interdisziplinarität an Mitarbeiterstäbe delegiert, also fort- und weiterzuschieben trachtet.

Der Begriff interdisziplinär ist zumindest unter drei Gesichtspunkten zu sehen: Erstens interdisziplinäre Fragestellung und Forschungsansätze. Zum Beispiel haben wir Familienbeziehungen untersucht und sind dabei vom Interaktionsbegriff ausgegangen: Wie helfen die Personen einander? Wir haben aber nicht die sozialpsychiatrischen Gesichtspunkte berücksichtigt, etwa die Ambivalenz der Kinder gegenüber den Eltern und umgekehrt und darum in diesen Forschungen die Qualität der Beziehungen zu wenig beachtet. Für solche Analysen müßten Begriffe und Theorien mitherangezogen werden, wie sie aus der Sozialpsychiatrie oder aus der Perzeptionspsychologie vorliegen. Das setzt aber genügend Zeit voraus; die Forscher müssen freigestellt werden, sei es von ihren Hochschulen oder wo sie sonst tätig sind, damit sie ernsthaft in die Interdisziplinarität einsteigen können. Sonst bleiben das Lippenbekenntnisse.

Davon zu unterscheiden ist zweitens der interdisziplinäre Austausch, wie er sporadisch bei Symposien geschieht oder durch die schon genannte Einrichtung eines Clearing-Hauses zustande kommt. Ein solches Dokumentationszentrum ist sicher zu begrüßen, wenn man Dokumentation nicht als Ausrede oder als Ersatz für Forschungen benutzt und sich damit begnügt zu sagen: Wir haben ja eine großartige Dokumentation. Dann kommen noch irgendwelche technologischen Zaubervorstellungen hinzu, daß man sich gewissermaßen auf Abruf ein bestimmtes Wissen sowohl theoretisch als auch für die Praxis verwendbar aneignen kann.

Drittens möchte ich aber nicht den Gewinn verkennen, den man aus interdisziplinären Anregungen schöpfen kann. Ein Beispiel: Beim Kiewer Gerontologiekongreß hat mich sehr beeindruckt, daß sowohl der sowjetische Biologe Frolkis als auch der Amerikaner Birren hervorgehoben haben, daß das Altern biologisch mit der Veränderung in der Regenerationszeit verbunden ist. Schon von der Zelle her, aber auch in anderen physiologischen Prozessen dauert es beim älter werdenden Menschen länger, sich zu regenerieren. Das Individuum braucht länger, bis es wieder bestimmte Kräfte und Aktivitäten freimachen kann. Das müßte man in Zusammenhang mit dem sehen, was Frau Lehr über die Lernzeit ausgeführt hat; die innere Uhr des Älterwerdenden und Alternden geht etwas langsamer. Auch die Rekonvaleszenz dauert länger und bedarf stärkerer Stützung; darauf hat Herr Leutiger hingewiesen.

Sozialwissenschaftlich wäre zu untersuchen, welche Konsequenzen das etwa für Freizeitprogramme oder für die Frage hat, ob man in den mittleren Jahren lange Wochenenden und lange Urlaube gewähren soll; wie man dem Rechnung tragen soll, was Biologie, Psychologie und Alternsmedizin auf diesem Gebiet erkannt haben.

Cremer

Ich knüpfe an das an, was Herr Rosenmayr eben zur Interdisziplinarität sagte in bezug auf Austausch, Anregungen und Forschungsansatz. Austausch kann in Symposien geleistet werden, und Anregungen sind durch Diskussionen unter Vertretern verschiedener Fächer zu bekommen. Da ist interdisziplinäres Vorgehen nicht schwer zu realisieren. Es äußern sich Vertreter verschiedener Disziplinen zu einem Generalthema aus der Sicht ihres Faches, und die anderen, die zuhören, lernen davon. Aber wie sieht es mit interdisziplinärer Forschung aus?

Frau Lehr hat in ihrem Beitrag gesagt, eigentlich sei die Gerontologie ein Musterbeispiel dafür, wie man interdisziplinär arbeiten und forschen könnte; denn es seien so viele Disziplinen an der

Gerontologie interessiert. Trotzdem sei das, was hier geschehe, mehr oder weniger nur Stückwerk. Leider setzten sich Vertreter verschiedener Disziplinen nicht zusammen, um irgendein Problem zu bearbeiten, sondern sie tagten an verschiedenen Orten, womöglich noch zu verschiedenen Zeiten, und behandelten Themen, die zwar ähnlich klingen, bei denen sie aber zu völlig verschiedenen Ergebnissen kommen. Das ist kein interdisziplinäres Vorgehen.

Unter einer echten interdisziplinären Zusammenarbeit stellen wir uns vielmehr vor, daß alle gemeinsam - jeder mit seiner Methodik - an einem bestimmten Problem arbeiten.

Dazu bringe ich ein praktisches Beispiel aus der Entwicklungshilfe auf einem Gebiet, auf dem man interdisziplinär arbeiten können muß. Eine Organisation, die seit ihrer Gründung im Jahre 1949 auf dem Gebiet der Entwicklungshilfe tätig ist, ist die FAO, die Food and Agricultural Organization in Rom. Ihre verschiedenen Abteilungen, die dem gemeinsamen Ziel dienen, die Ernährungslage in der Welt zu verbessern, sollten interdisziplinär vorgehen. Wie sieht es in Wirklichkeit aus, beziehungsweise wie war es, als ich vor zehn Jahren dort tätig war? Der Fächeregoismus führte dazu, daß jede Abteilung auf ihrem Gebiet - Landwirtschaft, Ernährung, Veterinärmedizin und so weiter - mehr oder weniger für sich allein arbeitete. Alle waren bestrebt, möglichst gute Ergebnisse auf ihrem Gebiet zu erzielen, ohne daß eine ausreichende Kommunikation bestand und ohne daß man wirklich gemeinsame, also interdisziplinär erarbeitete Ergebnisse vorlegen konnte.

Als Beispiel für wirklich interdisziplinäres Vorgehen" möchte ich auf ein vor einigen Jahren durchgeführtes Forschungsprojekt hinweisen, das - wie uns das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit bestätigte - entsprechende Ergebnisse erzielt hat. Unser Thema war: "Studium der Ernährungssituation in Ostafrika und Erarbeitung von Vorschlägen zu ihrer Verbesserung".

Es waren folgende Fächer vertreten: Ökonomie und Sozialökonomie, Landwirtschaft (Pflanzenbau) und Botanik, Ernährung (Ernährungsphysiologie und Lebensmittelchemie), Geographie und Soziologie. Wir haben ein Jahr vor Beginn der eigentlichen Studie eine Planung entworfen, und da wir uns ein Generalthema aus dem Gebiet der Ernährungswissenschaft vorgenommen hatten, war sie in diesem Falle das Leitfach. Die Vertreter der anderen Fächer mußten sich beschränken. So konnte der Botaniker nicht alles untersuchen, was ihn an systematischer Botanik in Kenia interessierte, und der Soziologe konnte nicht allen soziologisch interessanten Problemen nachgehen. Jeder hatte auf seinem Gebiet nur das beizutragen, was für das Generalthema - Ernährungssituation - von Bedeutung war.

Wir hatten eine Sekretärin dabei, die das, was wir täglich erarbeiteten, zu Papier brachte. Wir haben jeden Abend überlegt: Was ist heute herausgekommen, was wird für morgen geplant? Als wir nach Deutschland zurückkehrten, hatten wir unseren Bericht im Konzept fertig und konnten ihn nach drei Wochen dem Entwicklungsministerium vorlegen.

Das war zwar nur eine relativ kleine Studie. Ich meine aber, man kann daraus die Lehre ziehen, daß interdisziplinäres Vorgehen noch nicht dadurch gegeben ist, wenn eine Reihe von Fächern ohne klare Zuordnung nebeneinander arbeitet, sondern es muß eine bestimmte Fragestellung herausgehoben werden. Diese kann aus jedem der beteiligten Fächer stammen; es kann also ein soziologisches, ein pädagogisches oder ein mehr medizinisches Thema sein, zu dem die anderen Fachgebiete nur das beitragen sollen, was für die gestellte Thematik relevant ist. Eine interdisziplinäre Studie hat nur dann einen Sinn, wenn man sich vorher auf ein Generalthema einigt - das "Leitthema" - und einem Fach die Führungsrolle zugebilligt wird. Die anderen Teammitglieder müssen ihren Fächeregoismus soweit zurückdrängen, daß sie nur auf das Leitthema hinarbeiten.

von Bismarck

Nach dieser ersten umfangreichen Diskussionsrunde meine ich, daß einiges im Netz ist. Es ist ein beachtenswerter Katalog von interessanten wissenschaftlichen Untersuchungen, die bereits vorliegen, und von dem, was fehlt, zusammengestellt worden. Als Nichtwissenschaftler verbuche ich es als einen Gewinn, daß die Diskussionsbeiträge auch zahlreiche praktische Anregungen enthielten. Wir haben uns nicht auf einer rein wissenschaftlichen Ebene unterhalten.

Lassen Sie uns jetzt zu der Frage übergehen: Was geschieht, um die bereits gewonnenen wissenschaftlichen Einsichten der Praxis zu vermitteln? Welche Ansatzpunkte haben solche Einsichten in der Praxis?

Ich habe für mich eine Liste der Träger dieser Arbeit zusammengestellt und im Kuratorium Deutsche Altershilfe nachgefragt, ob sie leidlich vollständig sei, was bestätigt wurde. Die Liste sieht, ohne Reihenfolge der Bedeutung, folgendermaßen aus: Altenheime, Altenclubs, Wohnungsbau für Alte,

ambulante Hilfe, Mittagstische, Filmnachmittage, Altentagesstätten, Erholung für Behinderte, mobile Hilfsdienste, Haushaltshilfe, Raumpflege, Bücherei, Wäscherei. In dieser Liste überwiegen die fürsorglichen Aktivitäten. Was fehlt also?

Kiesau

Sicherlich gehört die medizinische Vorsorge, die Prophylaxe, in diesen Katalog. Sie müßte gerade auch im Hinblick auf den Betrieb mitaufgenommen werden. Ein Stichwort mag "die Bedeutung des Werkarztes" für den älteren Arbeitnehmer sein.

Erbslöh

Bei der medizinischen Prophylaxe handelt es sich vor allem um die Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis. Es geht um die Ausbildung der Studenten und um die Weiterbildung der praktischen Ärzte für die speziellen Probleme der Gerontologie.

Michel

Es fehlt auch an "präklinischen" medizinischen Einrichtungen, um die von den Gerontologen erarbeiteten Ergebnisse weiterzugeben. Das wäre Aufgabe des praktizierenden Arztes. Außerdem fehlt das Tageshospital.

Schubert

Auch in dem kleinsten ärztlichen Fortbildungskurs fehlt heute nie irgendein Geroakzent. Auf großen Fortbildungskongressen werden häufig ganze Tage der Geriatrie gewidmet. Denn der alte, kranke Mensch kann ja nicht warten, bis irgendwann einmal eine große Erkenntnis gefunden wird. Wichtig sind die kleine Therapie, die kleinen diagnostischen Hinweise, und diese müssen dem praktischen Arzt nahegebracht werden. Das wird in Deutschland jetzt in systematischer Form durchgeführt, und man kann damit doch sehr zufrieden sein.

Grubbe

Der alte Mensch kann nur Freude an seinem Leben haben, wenn er eine Rolle spielt, das heißt, wenn er noch eine Aufgabe hat. Mit reiner Caritas ist ihm nicht zu helfen. Die Wissenschaftler haben das längst erkannt, aber in die Praxis ist es bisher noch nicht eingedrungen.

Spitzer

Die Möglichkeiten, die der alternde Mensch, auch der Pensionär noch hat, sind längst nicht ausgeschöpft. Wir müßten uns Aufgaben überlegen, die der Pensionierte noch sinnvoll leisten kann, sei es für seinen ehemaligen Betrieb, sei es für die Allgemeinheit, sei es in caritativer oder in sonstiger Hinsicht. Ein solcher Aufgabenkatalog kann gar nicht lang genug sein, um jeden nach seinen Fähigkeiten und seinen Möglichkeiten anzusprechen. Wieviele Menschen möchten gern arbeiten, sie finden aber nicht den richtigen Zugang.

Auch in der Wirtschaft hat man sich noch viel zu wenig um diese Frage gekümmert. Mangels einschlägiger Untersuchungen hat man keine Vorstellung von dem Ausmaß der ungenutzten Arbeitsreserven. Dabei fordert die Vorverlegung des Pensionsalters und damit die Auflockerung der allzu starr gehandhabten Grenze von 65 Jahren ein erleichtertes Hinausschieben der endgültigen Pensionierung für diejenigen, die weiterarbeiten wollen und können, geradezu heraus. Ich weiß, daß fortschrittliche Betriebe sich gern an solchen Untersuchungen beteiligen würden, und daß die Wirtschaft insgesamt an gerontologischen Forschungsergebnissen durchaus interessiert ist.

Boetticher

An dieser Stelle wäre auch die Lebensabendbewegung zu erwähnen. Der Zulauf den sie hat, ist erstaunlich. Sie zeigt an, daß die Älteren organisierbar sind. Störend oder unbefriedigend ist, daß der Rahmen der Aktivitäten eng auf "Unterhaltung" beschränkt ist, auf Hilfen für den geruhsamen Lebensabend. Denkbar wäre, daß solche Grenzen eines Tages überschritten werden.

Heinrichs

Ihr Katalog, Herr von Bismarck, zeichnet sich dadurch aus, daß er den alten Menschen nur als Objekt von Versorgungseinrichtungen begreift.

von Bismarck

So sehe ich es auch. Das ist die Grundversuchung aller caritativ ansetzenden Aktivität.

Heinrichs

Es mangelt daran, daß die alten oder älter werdenden Menschen Formen der eigenen Artikulation entwickeln. Ich möchte dazu zwei praktische Hinweise geben. Von den Sozialpartnern sollten Altenforen gebildet werden, das heißt die alten Leute sollten sich in irgendeiner, wenn auch sehr losen Form organisieren, um eine Art von Vertretung zu bilden.

Zum anderen müssen die alten Menschen beraten werden, damit sie ihre Rechte wahrnehmen können, zum Beispiel gegenüber dem System der Sozialversorgung. Wir wissen, daß die Möglichkeiten der Sozialhilfe nur zum Teil in Anspruch genommen werden, weil die Leute Ihre Rechte nicht kennen.

Grubbe

Altenforen führen zur Cliquenbildung, zur Isolierung der Alten. Das Endergebnis sind dann die Altenstädte, die Sunset-Boulevards. Wir müßten gerade das Gegenteil anstreben, das heißt Integrationsformen für die Alten finden.

Heinrichs

Die Integration ist aber nur möglich, wenn sich die alten Menschen, die sich integrieren, auch artikulieren können.

von Bismarck

Es gibt verschiedene Formen von Interessenvertretungen sowohl für die Familie als auch für die Jugend. Wäre eine Interessenvertretung auch für die Alten im Hinblick auf die Gesamtgesellschaft notwendig und förderungswürdig?

Schubert

Ich befürworte eine Interessenvertretung der Alten. Ich verstehe das aber nicht so, daß zum Beispiel ein Verein der über 65jährigen gegründet wird. Viel wichtiger ist die Vertretung der Interessen in gesellschaftlichen Einzelbereichen, zum Beispiel im Altenheimbereich. In den Einrichtungen der Altenhilfe muß heute auch der ältere Mensch die Möglichkeit erhalten, seine Anliegen zu artikulieren und eine Art Heimbeirat zu wählen.

Diese Frage hat bei der Diskussion um das sogenannte Altenheimgesetz eine wichtige Rolle gespielt. Die Bewohner der in diesem Gesetz genannten Einrichtungen sind in Angelegenheiten des inneren Heimbetriebes, die ihre Persönlichkeitssphäre - Unterbringung, Freizeitgestaltung, Verpflegung - berühren, zu beteiligen. Nicht nur die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, sondern auch die Länder und der Bund haben sich für eine entsprechende Regelung im Gesetz ausgesprochen.

Grubbe

Sie sagen, Herr Schubert, es sollten Beiräte aus den Bewohnern der Altersheime gebildet werden. Das sind Menschen, die über 70 Jahre und älter sind. Wie sollen sie die neuen Erkenntnisse in die Praxis umsetzen? Da ist doch in erster Linie die staatliche Verwaltung angesprochen, eine solche Umsetzung zu leisten und nicht irgendwelche Altenbeiräte.

Becker

In der Evangelischen Kirche haben wir seit sechs Jahren einen ersten konsequenten Versuch unternommen, die gerontologischen Erkenntnisse in die Praxis umzusetzen, und zwar mit Unterstützung der Bonner Schule Thomae/Lehr und Schüler und von Herrn Blume. Ich leite heute diesen Arbeitszweig in der gesamten Bundesrepublik. Es sind allein in Hessen und Nassau in kürzester Zeit 76 Gruppen entstanden. Im Ruhrgebiet haben wir 800 Männer in "Kompanien des guten Willens" aktiviert. Sie leisten ambulante Handwerkereinsätze, bauen etwa alte Bauernhäuser zu Erholungsheimen um und so weiter. Es gibt heute in der EKD einige Hundert konstante Gruppen dieser Art. Entscheidend ist, daß diese Gruppen unter dem Prinzip der Eigenaktivität selbst die Inhalte ihrer Arbeit suchen.

Nun wurde von Herrn Grubbe befürchtet, besondere Gruppen für Ältere bewirkten die Ausgliederung, hätten einen gettoisierenden Effekt. Das kann zwar bei schlechten Gruppen der Fall sein, aber ohne neue Gruppen Älterer bleibt es ja eben beim heutigen Zustand: Sie sind häufig eben nicht in anderen Bereichen beheimatet. Was also ist zu fordern? Ich sage es schlagwortartig: Wer das Ganze will, muß Teile erobern. Die alten Menschen brauchen Spielräume, um die Operationsbasis für integrierende Unternehmungen zu gewinnen. Haben sie solche Räume, dann wird es allerdings Ernst; dann fordern sie beispielsweise den Oberbürgermeister, oder wer es immer sei, in den Dialog. Dann kümmern sie sich mehr und mehr um anstehende Aufgaben.

Wir sagen in unserer kirchlichen Arbeit: Ohne Sammlung und Zurüstung gibt es keine Sendung. Anders gesagt: Fortbildung ist alles. Dieser Tage haben wir von evangelischer Seite aus den ersten, auf den Grundlagen der modernen Gerontologie ausgerichteten Fortbildungskurs für Spitzenkräfte der gesamten kirchlichen Erwachsenenbildung in der Bundesrepublik beschlossen. Wir werden im nächsten Jahr damit beginnen.

Körper

Ich möchte einige Kommunikationsbeispiele aus der industriellen Praxis anführen.

Nach der Ermordung von John F. Kennedy habe ich in einer Betriebsversammlung deutlich zu machen versucht, daß es keinen Zweck hat, immer nur vom Frieden zu reden und sich dann auf die UNO und auf die Regierungen zu verlassen. Vielmehr sollten wir in unserer unmittelbaren Umwelt aktiv Beiträge zur Hilfe und Verständigung im Dienste des Allgemeinwohles leisten. Deshalb habe ich seinerzeit zur Gründung einer Kennedy-Mission aufgerufen und finanzielle Mittel für Nachbarschaftshilfe an alten Menschen zur Verfügung gestellt. Es meldeten sich aus dem Unternehmen viele junge Leute; im Laufe der Zeit kamen andere Jugendgruppen aus dem Bergedorfer Raum dazu.

In unserer Lehrwerkstatt wurden aus Aluminium sogenannte "Silberfische" hergestellt, die die Mitglieder der Kennedy-Mission zu den hilfsbedürftigen Alten in unserer Stadt mit der Aufforderung brachten, den "Silberfisch" an ihr Fenster zu hängen, wenn sie Hilfe benötigten; wenn zum Beispiel Einkäufe, Behördengänge oder Arbeiten in der Wohnung erledigt werden mußten, die die alten Leute selbst nicht verrichten konnten.

Die Silberfischaktion kam nach erfolgreichem Start schnell zum Erliegen, weil die Nachbarn in dem Haus, wo ein "Silberfisch" hing, die hilfeschuchenden Alten aufforderten, den "Silberfisch" nicht mehr an das Fenster, sondern an die Wohnungstür zu hängen, damit sie selbst Hilfe bringen konnten. Die Leute auf der Straße sollten nicht denken, daß sich die Hausbewohner nicht um ihre alten Nachbarn kümmerten.

Ein anderes Beispiel: In unserer Werkzeitschrift gab es eine besondere Nachrichtenrubrik unter dem Titel "Wer ist ausgeschieden?" Das klang so sehr nach: "Wer ist abgeschrieben?" Es wurde deshalb die Formulierung gewählt: "Wer ist in den Ruhestand getreten?"

Schließlich haben wir, um den Kontakt mit unseren Pensionären lebendig zu erhalten, den "Club der Lebenserfahrenen" gegründet, in dem alle Pensionäre mit ihren Ehepartnern als Mitglieder aufgenommen wurden. Dieser Club wählt sich alljährlich einen Vorstand und macht sein eigenes Programm. Er wird von aktiven Mitarbeitern der Sozialabteilung des Unternehmens betreut, die Begegnungen und Veranstaltungen organisieren.

Damit sich die Pensionäre nicht "zum alten Eisen abgestellt" empfinden, holt die Unternehmensleitung aus dem "Club der Lebenserfahrenen" geeignete Mitglieder für kleine freiwillige Sonderaufgaben, zum Beispiel als Führer für Werksbesichtigungen. Selbstverständlich nehmen die Pensionäre mit ihren Ehepartnern an allen Unternehmensfeiern, wie den alljährlichen Opernbesuchen teil.

Nach jedem Bergedorfer Gespräch veranstalten wir zum gleichen Thema einen Gesprächskreis in den Hauni-Werken, zu dem auch die "Lebenserfahrenen" eingeladen werden.

Natürlich müssen zur Betreuung des Clubs und zur Durchführung seiner Veranstaltungen finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden. Ich bin überzeugt, daß andere Unternehmen ähnliche Beiträge leisten oder leisten könnten, um zu verhindern, daß die Pensionäre isoliert und beiseite geschoben werden.

Vielleicht wäre es möglich, daß die Gewerkschaften bei Firmen, die eine Betreuung der Ruheständler finanziell nicht unterstützen können, den jeweiligen Betriebsrat zu solchen Aufgaben anregen und auch die dafür erforderlichen Mittel zur Verfügung stellen.

Rosenmayr

Wenn wir von Praxis sprechen, dann sind auch diejenigen, die das wissenschaftliche Wissen vermitteln und für eine breite Aufklärungsarbeit verwenden, als Praktiker zu verstehen. Wir benötigen sowohl in den Medien als auch zum Beispiel in den Ministerien dringend, was der Soziologe Lazarsfeld mit "the third man" bezeichnet hat. Damit sind diejenigen gemeint, die zwischen dem eigentlichen Entscheidungsträger und dem Wissenschaftler stehen und beide Seiten verstehen. Sie müssen in der Lage sein, in den Organisationen Forschungen in Auftrag zu geben und entgegenzunehmen und sie dann für die Entscheidungsträger zu interpretieren und aufzubereiten.

Zum anderen ist in der neueren Diskussion in Amerika der Begriff "advocacy" geprägt worden. Damit ist sozusagen eine Advokatur für Gruppen gemeint, nämlich für Gruppen älterer Mitbürger, die von sich aus noch keine wirkungsvollen Sprachrohre und Sprecher entwickelt haben.

Ein dritter Punkt ist eine gewisse Mutlosigkeit der Praktiker. Ich habe vor einigen Monaten in einer größeren österreichischen Stadt hundert Praktiker der Altenhilfe, vom Vizebürgermeister der Stadt bis hin zu Mitarbeitern der Stadtgemeinde und Direktoren von Fürsorgeschulen, leitenden Sozialarbeitern und -arbeiterinnen gefragt, ob sie sich vorstellen könnten, daß die Altershelfer, die in die Haushalte kommen, Aufräum-, Einkaufs- oder irgendwelche Pflegearbeiten übernehmen. Darauf haben die Männer zu ungefähr 80 Prozent, die Frauen aber nur zu 60 Prozent geantwortet, daß dies wichtig sei. Nur zwischen 40 und 50 Prozent waren der Meinung, diese Einrichtung ließe sich in der österreichischen Sozial- oder Gemeindepolitik durchsetzen.

Die Praktiker selber haben also kaum Zutrauen, obwohl zumindest einige von ihnen als hohe Beamte in der Stadt, im Land oder in der Fürsorge die Möglichkeit hätten, etwas zu initiieren, damit sich legislativ oder durch großzügige Maßnahmen einmal etwas ändert. Natürlich kann ich das Ergebnis nicht verallgemeinern.

von Bismarck

Sie haben den Begriff Praxis in nützlicher Weise ausgeweitet, das heißt, es gehören die Brückenpfeilerfiguren, also die Vermittler, die Ermutiger, diejenigen, die Sie die "advocacy" genannt haben, hinzu. Das betrifft auch das Problem des Umsetzens.

Boetticher

Die meisten Institutionen der Altenhilfe stehen in keinem Zusammenhang mit der Wissenschaft; sie sind rein pragmatisch orientiert. Was hier "advocacy" oder Beraterfunktion der Wissenschaft genannt wurde, wird selten in Anspruch genommen. Es könnte anders sein. So wird die Gießener Forschungsgruppe von der Stadtverwaltung bei allen ihren Projekten zur Mitarbeit herangezogen.

Lehr

Wenn von Praxis die Rede ist, dann werden darunter meist die Leute verstanden, die in der praktischen Altenarbeit tätig sind. Dazu gehören aber auch diejenigen, die in Behörden, Ministerien, in den Personalabteilungen der Betriebe und so weiter sitzen.

Wie sind diesen Leuten wissenschaftliche Erkenntnisse zugänglich zu machen? Da stellt sich zunächst das Sprachproblem. Die Wissenschaft spricht meist ihre eigene Sprache, was ihr zum Teil berechnete Vorwürfe einträgt. So wissen zum Beispiel viele Leute mit den korrelationsstatistischen Berechnungen nichts anzufangen. Solange sie Grundlagenforschung ist, muß die Wissenschaft eine eigene Sprache sprechen. Denn es ist sehr problematisch, wenn man noch halbreife Grundlagenerkenntnisse in die Praxis umsetzt, dadurch vereinfacht und generalisiert und daraus dann irgendwelche allgemeinen Ratschläge ableitet.

Ethel Shanas hat aber festgestellt, daß selbst jene wissenschaftlichen Erkenntnisse, die in eine verständliche Sprache übersetzt worden sind, von den Praktikern nicht aufgenommen werden. Vielmehr nehmen die Praktiker - und damit sind alle Gruppen gemeint - nur das auf, was dem sogenannten "own belief", der eigenen Vorannahme, entspricht. Man trifft also von vornherein eine Selektion der Wahrnehmung, und die Ergebnisse, die einem nicht ins Konzept passen, werden abgelehnt.

von Bismarck

Aus der Zeit, in der ich selber in der Sozialarbeit tätig war, weiß ich, daß die redlichen Arbeiter der Wohlfahrtsverbände allein durch die tägliche Würgerei voll in Anspruch genommen sind. Das gilt für

die Arbeiterwohlfahrt in gleicher Weise wie für die Caritas, die Innere Mission, das Hilfswerk und so weiter. Wieweit wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis dringen, das hängt sehr von einzelnen Menschen ab, die diese Übermittlung leisten können,.

Thomae

Viele der hier anwesenden Gerontologen werden ständig von irgendwelchen Gremien, von Ministerien der Bundesregierung und der Landesregierungen angesprochen, um beratend an aktuellen Problemen mitzuwirken.

Ich denke zum Beispiel an den Bereich des Verkehrs. Da ist der ältere Kraftfahrer, um den sich die medizinisch-technischen Institute für Verkehrssicherheit und die technischen Überwachungsvereine kümmern, weil man besorgt ist, daß er die Verkehrssicherheit stark gefährdet. Man überschätzt dabei allerdings die Testergebnisse, die man bei über 60 Jahre alten Führerscheinbewerbern gewonnen hat. Nach allen Ergebnissen der Lernpsychologie sollte man bestimmt abraten, nach 60 Jahren noch den Führerschein zu machen. Würde man aber dem älteren Kraftfahrer generell den Führerschein entziehen, könnte das den ganzen Lebensraum des Älteren beeinträchtigen, zumal wenn bei uns Entwicklungen wie in den USA eintreten. Dort werden weite Teile in den Städten vom öffentlichen Verkehrsnetz nicht mehr ausreichend bedient. Dadurch stellen sich Probleme bis hin zur Ernährung, weil zum Beispiel Einholen und ähnliches nicht mehr möglich sind.

Ein weiterer Problembereich betrifft den älteren Fußgänger, mit dem wir uns zur Zeit im Auftrage des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit befassen. Wir haben hier die Forschung von vornherein praxisnah in Zusammenarbeit mit dem deutschen Verkehrssicherheitsrat angelegt. Wir versuchen jetzt, erste Erkenntnisse in Arbeitsgruppen, in verschiedenen Altenclubs und Altenzirkeln umzusetzen.

Boetticher

Aus einer Gruppe von jungen Leuten kam neulich der Vorschlag, man sollte Personen, die das 60. Lebensjahr überschreiten, mit dem Führerschein auch gleich noch das Wahlrecht entziehen. Eine solche Überlegung zeigt an, daß durch Lebensalter unterschiedene Gruppen in einem Konkurrenzverhältnis stehen. Es geht um die sozialen Positionen. Der Druck von unten, von den Jüngeren her, ist verständlicherweise groß. Die Vertreibung aus interessanten Positionen schon im vierten, sicher im fünften Lebensjahrzehnt wird massiv betrieben. Jugendlichkeit wird in allen Bereichen gefordert. Eine prosperierende Gesellschaft sei darauf angewiesen, heißt es, weil heutzutage die Kraft und die Leistungsfähigkeit der Älteren nicht ausreicht, um Fortschritte zu erzielen. Wir wissen, daß diese Begründung nicht stichhaltig ist. Dennoch wird sie ernst genommen und spielt eine Rolle in der Personalpolitik rundherum.

Es wäre gewiß interessant, einmal die Mechanismen dieses Konkurrenzkampfes um soziale Positionen zu untersuchen. Die flexible Altersgrenze ist unter einem solchen Aspekt auch als ein Manöver interpretierbar, die Plätze in der Gesellschaft möglichst frühzeitig von den Älteren zu räumen und sie in eine soziale Internierung abzudrängen. Der Widerstand der Älteren ist gering, hauptsächlich weil sie selber einer Ruhestandsideologie unterliegen, mit der ihnen fatale Bilder vom genüßlichen Pensionistendasein einprogrammiert werden.

Ich meine, wir können auf eine aktive Mitwirkung möglichst vieler Älterer in unserer Gesellschaft nicht verzichten. Es gibt viele Bereiche, in denen sie angemessene Beiträge für die Gesamtheit leisten könnten. Voraussetzung dafür wäre freilich, daß die Älteren ermuntert würden, mögliche Rollen für Mitwirkungen zu entwerfen und diese zu realisieren. Die Ermunterung könnte nur aus ihren eigenen Reihen kommen. Ihre Konkurrenten werden das nicht tun. Anders gesagt, durch Einsicht in ihre Probleme sind die Älteren zu bewegen, sich zu solidarisieren.

Grubbe

Herr Baitsch sprach anfangs von der Großfamilie und den in ihr wirksamen sozialen Zwängen. Könnte man dieses Modell der Großfamilie nicht in die heutige Zeit übertragen? Ich denke an Satelliten- oder Trabantenstädte, an große Siedlungen mit fünf- bis zehntausend Einwohnern. Könnte man die alten Menschen dort nicht mit Hilfe von Sozialpädagogen mit der übrigen Bevölkerung so verkoppeln, daß für zahlreiche Bedürfnisse - vom Babysitter bis zum Handwerker - und für Fürsorgedienste die alten Menschen herangezogen werden?

Man hat mir erklärt, in Finnland sei dieses Modell einmal gescheitert. In Rumänien ist es nach anderen Informationen geglückt. Könnte man nicht den Versuch machen, in einer der modernen Siedlungen

ein oder zwei Sozialpädagogen zu finanzieren, die als Kontaktstellen wirksam werden? Es geht nur darum, in den ersten ein bis zwei Jahren Anlaufkontakte zwischen den Alten und den Jüngeren zu schaffen.

Schmölz

Ich möchte Ihnen an einem konkreten Beispiel den derzeitigen Umsetzungsprozeß von Theorie in Praxis erläutern. Ein religiöser Orden in Salzburg betreut seit einem halben Jahrhundert zwei Altenheime. Eines davon war nahe am Zusammenbrechen. Die zivilisatorischen Einrichtungen stammten noch aus dem 19. Jahrhundert. Dennoch waren beide Altenheime auf 10 Jahre im voraus ausgebaut. Wenn man so etwas erlebt, beginnt man als Autodidakt Fragen zu stellen.

Ich habe mich daraufhin mit einem Soziologen und einem Neurologen zusammengetan. Wir sind dabei zu folgenden wissenschaftlichen Resultaten gekommen. Erstens: Der Übergang vom Berufsleben ins Altendasein sollte nicht abrupt, sondern fließend sein. Das heißt: Man sollte nicht nur ein Altenheim bauen, sondern auch ein Seniorenheim, das den Übergang erleichtert. Zweitens: Der alte Mensch muß eine Funktion erhalten. Ein Vorschlag aus Gießen lautete, in der Nähe einen Kindergarten zu gründen, in dem sich wenigstens die Damen betätigen können. Drittens: In unserer Stadt werden gegenwärtig gleichzeitig drei Altenheime gebaut, die für relativ reiche Leute gedacht sind. Für die ganz Armen sorgt die öffentliche Hand, wenn auch nicht gut, aber sie sind immerhin versorgt. Für den sogenannten Mittelstand bleibt eine Lücke.

Wir haben unser Altenheim auf diese drei Ergebnisse abgestellt. Wir haben für den Mittelstand ein zweistufiges Altenheim mit Betätigungsmöglichkeiten für die Bewohner gebaut. Dabei zeigte sich eine Reihe technischer Probleme. Es war mir im Verlauf eines halben Jahrzehnts nicht möglich - trotz eines Bettendefizits von 1 200 für gesunde Alte - die öffentliche Hand für ein solches Projekt zu interessieren. Man hat sich immer herausgeredet: Wir tun schon genug für die Alten, indem wir fortlaufend die Pensionen angleichen. Ich habe mich auch vergeblich bemüht, einen Pflgetrakt zu bekommen.

Es bedurfte eines Zufalls: Der Governor der österreichischen Rotarier machte vor zwei Jahren das Altenproblem zum Jahresthema seines Club-Distriktes. Diese Rotarier habe ich dann beim Wort und beim Geldbeutel genommen, so daß das Projekt mit ihrer Hilfe endlich durchgeführt werden kann.

Ein besonderes Problem stellte das Pflegepersonal dar. Wir bekamen keine Schwestern und keine jungen Leute. Warum? Weil das Altenpflegepersonal keine den Krankenpflegerinnen adäquate Ausbildung erhält, nicht das gleiche Examen machen kann und nicht die gleiche Bezahlung bekommt. Auch das Sozialprestige der Altenpflegerinnen ist niedriger als das der Krankenpflegerinnen. Dieses Problems müßte sich der Gesetzgeber annehmen.

So sieht derzeit die Umsetzung von Theorie in Praxis aus. Sie ist in jeder Etage bruchstückhaft und macht Kompromisse erforderlich, sowohl was die Zusammenarbeit mit der öffentlichen Hand als auch was die Finanzierung und schließlich die Realisierung angeht.

Grubbe

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe hat durch einen seiner Mitarbeiter die Darstellung des Alters in 69 deutschen Schulbüchern untersuchen lassen. Die Ergebnisse sind so wesentlich für das Altersbild, welches wir unseren Kindern vermitteln, daß sie sofort verbreitet werden sollten. Diese Studie ist bis heute nicht veröffentlicht worden. Dieser Fall demonstriert unsere Hilflosigkeit und Gleichgültigkeit.

Erkenntnisse, wie etwa die, daß der Intelligenzquotient nicht - wie wir früher annahmen - mit 45 Jahren anfängt abzunehmen, sondern gleichbleibt, sind in der Wissenschaft bereits seit 15 oder 20 Jahren bekannt. In die Bevölkerung ist diese Einsicht bisher nicht gedrungen. Es nützt doch nichts, wenn wir uns hier untereinander einig sind, was wir alle machen sollen. Dann fahren wir nach Hause und die, die es angeht, wissen es wieder nicht.

Bergener

Man kann nicht daran vorbeireden, daß wir es in der psychiatrischen Altersfürsorge mit "brutalen Realitäten" zu tun haben - und nicht nur hier ... Vielen alten Menschen geht es gesundheitlich und auch wirtschaftlich schlecht. Was wir bisher dagegen getan haben, ist viel zu wenig. Das persönliche Engagement einzelner in allen Ehren, aber das, was in den Institutionen der Altershilfe geschieht, entspricht häufig nicht dem, was wir uns wünschen. Viele caritative und kommunale Alters- und Pflegeheime, wie auch viele Heime der Freien Wohlfahrtspflege haben es nicht verstanden, sich dem heutigen Bild und den Vorstellungen der alten Menschen und ihrer Bedürfnisse anzupassen.

Auch das, was über Fortbildung und wissenschaftliches Engagement gesagt wurde, hat vielfach nur Alibifunktion. Wirksam gewesen und wirklich geschehen ist recht wenig. Zum Beispiel ist die Durchlässigkeit der praktischen Ausbildung an den Universitäten in bezug auf Geriatrie, von vielen mit der linken Hand betrieben, unzulänglich. Auch das, was von den wissenschaftlichen Projekten, die vom Kuratorium Deutsche Altershilfe und von anderen Institutionen betreut werden, in der Praxis wirksam wird, ist zu wenig transparent. Wir erfahren nichts davon. Es geht darum, die Lücke zwischen dem, was an Tischen beraten wird, und dem, was dann in der Praxis geschieht, endlich zu schließen.

Das hängt wohl auch damit zusammen, daß wir selbst untereinander immer nur ausklammern und uns mit dem, was wir uns gegenseitig sagen und versichern, nur die eigenen Theorien bestätigen. Viele sogenannte Experten in der Altenhilfe tragen das negativste Stereotyp vom alten Menschen als eine Last mit sich herum. Wenn Sie Ärzte hinsichtlich ihrer Einstellung zum Alter und zum alten Menschen befragen, dann werden Sie feststellen, wie ausgesprochen negativ sie ist, besonders bei Psychiatern und Nervenärzten.

Was geschieht an den Universitäten für die Ausbildung in der Geriatrie? Was wird aus dem Katalog "brutaler Realitäten"? Was leistet das Kuratorium Deutsche Altershilfe? Wie verhalten sich die einzelnen Träger zueinander? Sind sie überhaupt zu kooperativem Vorgehen bereit? Sind sie bereit, die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen in die Praxis umzusetzen? Das ist nur selten einmal der Fall und geht dann nur widerstrebend und zögernd.

Festzustellen ist auch, daß für durchaus vergleichbare psychische Störungen älterer Menschen unterschiedliche diagnostische Etikettierungen benutzt werden, je nachdem, wo und von wem die Betroffenen behandelt und betreut werden. Und das geschieht, obwohl wir wissen, daß die Art der Betreuung entscheidend vom sozialen Status und nicht von den gesundheitlichen Bedingungen, pflegerischen Erfordernissen und individuellen Bedürfnissen abhängig ist. Was praktische Ärzte, Psychiater, Heim- und Krankenhausträger unter "psychischen Störungen älterer Menschen" verstehen, ist durchaus nicht ein und dasselbe.

Schubert

Diese Frage muß in erster Linie von den Medizinern beantwortet werden, die ja mit Recht immer wieder darauf hinweisen, daß die psychiatrischen Krankenhäuser von Patienten entlastet werden müßten, die woanders besser aufgehoben sind. Wenn sich im Ansatzpunkt der Diskussion schon Meinungsverschiedenheiten ergeben, zeigt dies ganz besonders deutlich, wie notwendig interdisziplinäre Gespräche unter Einbeziehung der Praxis sind.

Sie kritisieren, Herr Bergener, daß die caritativen Träger es bisher nicht verstanden hätten, ihre Heime umzugestalten. Vom Bund her sind wir den caritativen Verbänden, den Freien Wohlfahrtsverbänden großen Dank schuldig für die Arbeit, die sie in den letzten Jahren im weiten Feld der Sozialarbeit geleistet haben. Die öffentliche Hand ist hier auf die Hilfe und Mitwirkung der freien Träger angewiesen. Natürlich ist auch bei den öffentlichen Trägern der Heime nicht alles in Ordnung. Hier und da kommt es zu Unzulänglichkeiten. Die meisten Unzulänglichkeiten in der Vergangenheit sind aber bei den gewerblichen Trägern von Einrichtungen der Altenhilfe aufgetreten.

Das Altenheimgesetz wird hoffentlich manches verbessern. Es wird in Zukunft nicht mehr möglich sein, daß jemand ohne fachliche Vorbildung ein Heim eröffnet und leitet. Ebenso muß das Personal über fachliche Mindestvoraussetzungen verfügen. Dieses Gesetz wird auch den Schutz der alten Menschen im Behindertenbereich gewährleisten.

Bergener

Die Qualität der Hilfe in Krisensituationen ist sicher von der Einstellung der Entscheidungsträger abhängig, Herr Schubert. Überdies gilt nach wie vor das Wort "old people goes where the money flows". Ich muß aber entschieden widersprechen, wenn Sie sagen, daß in den Alten- und Pflegeheimen generell alles in Ordnung sei, bis auf Unzulänglichkeiten hier und da.

Wenn Sie etwa in Nordrhein-Westfalen nicht nur caritative, sondern auch Alters- und Pflegeheime mit kommunaler Trägerschaft untersuchen, werden Sie feststellen, daß viele Menschen keinen Hörapparat tragen, obwohl sie schwerhörig sind. Das wird überhaupt nicht bemerkt. Diejenigen, die eine Brille benötigen, um sich mit einer Zeitung oder mit einem Buch beschäftigen zu können, werden daraufhin nicht untersucht. Viele hätten die Möglichkeit, anderes als nur Durchgeriebenes und Breikost zu verdauen, aber sie tragen kein funktionsfähiges Gebiß. Ich könnte Ihnen aus Studien, die wir gemacht haben, weitere Fakten aufzählen, die zeigen, daß es sich nicht nur um Unzulänglichkeiten hier und da handelt.

Schubert

Ich habe nicht gesagt, daß in den Alten- und Pflegeheimen generell alles in Ordnung sei. Ich übe Kritik, wenn es erforderlich ist. Ich übe selbstverständlich auch Kritik an den Dingen, die Sie genannt haben, Herr Bergener, und bin bereit, daraus auch Konsequenzen zu ziehen. Ein Sozialarbeiter, der es bewußt unterläßt, die notwendige Hilfeleistung zu gewähren, muß zur Rechenschaft gezogen werden. Ich werde Mißstände immer dort rügen, wo ich sie feststelle. Wir tun dies auch vom Bundesministerium aus, wenn es notwendig ist.

Baitsch

Dann haben Sie bald keine Sozialarbeiter mehr.

Schubert

Ein schlechter Sozialarbeiter schadet mehr als gar keiner.

Dieck

Wir versuchen im Institut für Altenwohnbau, Ergebnisse der Forschung in die Praxis umzusetzen. Da wir das Wohnproblem nicht isoliert sehen können, beschäftigen wir uns mit dem gesamten Bereich sowohl der offenen als auch der geschlossenen Altenhilfe.

Drei Aufgabengebiete stehen für uns im Mittelpunkt: erstens Beratung als Information der Praxis; zweitens eigene Forschungsarbeiten und deren Umsetzung in die Praxis; drittens Dokumentation, also Informationssammlung, Verwertung und Vermittlung. Dabei werden alle uns zugänglichen Forschungsprojekte und Forschungsergebnisse berücksichtigt.

Viele Probleme sind der Praxis und auch der Forschung bekannt, aber man hält sie politisch nicht für aussichtsreich; deshalb fallen sie unter den Tisch. Dazu gehören zum Beispiel die Behandlungsbedürftigkeit, die Reichsversicherungsordnung, aber auch die Kostenfragen. Gerade in dem letzten Punkt kann ich der öffentlichen Hand einen Vorwurf nicht ersparen. Es ist bisher nicht untersucht worden, inwieweit die öffentliche Hand durch ihre Förderungsprogramme für Altenhilfe mit dazu beiträgt, den Fortschritt auf diesem Sektor zu verhindern. Ich nenne nur die Bevorzugung der geschlossenen Altenhilfe gegenüber der offenen.

Durch diese Förderungsprogramme trägt man auf dem Bausektor noch heute dazu bei, daß Planungsruinen geschaffen werden. Es werden noch Heime gebaut, denen eine Konzeption zugrunde liegt, die völlig überholt ist. Da führt dann die öffentliche Hand sicherlich das Kostenargument an. Wenn aber für Umbauten Millionenbeträge draufgehen, wenn das Pflegepersonal miserable Arbeitsbedingungen hat, wenn die Bewohner selbst schlechte Lebensbedingungen vorfinden, dann ist das Kostenargument nur als vordergründig zu werten.

Blume

Ich möchte in groben Strichen die Praxis der Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Politik in der Bundesrepublik auf dem Gebiet der Gerontologie beschreiben.

Wir haben beim Ministerium für Familie, Jugend und Gesundheit einen Altenbeirat, bestehend aus 14 Praktikern und Wissenschaftlern aller Disziplinen, der seit seiner Gründung vor 4 Jahren dreimal zusammengetreten ist. Der Versuch des Beirats, durch Bildung von Arbeitsausschüssen die Arbeit zu intensivieren, hat sich nicht bewährt, weil der Bund kein Geld hatte, um auch nur einfache Hilfsarbeiten für diese Arbeitsgruppen zu finanzieren.

Der Altenbeirat des Landes Nordrhein-Westfalen besteht seit 1965. Er hat einmal ein finanziell ziemlich aufwändiges interfakultatives Forschungsvorhaben finanziert. Es war der erste Versuch in der westlichen Welt überhaupt. Auf der anderen Seite hat das Land Nordrhein-Westfalen einen Landesaitenplan veröffentlicht, ohne mit den Mitgliedern des wissenschaftlichen Altenbeirates vorher darüber zu sprechen.

Es gibt einige Städte in der Bundesrepublik, die in Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern aller Fakultäten Altenpläne haben formulieren lassen. Zum Teil werden die entsprechenden politischen Körperschaften schon seit zehn Jahren durch kleinere Ausschüsse intensiv darüber beraten, wo zum Beispiel ein Altenheim gebaut werden soll, wie es einzurichten ist, ob Essen auf Rädern oder Dienste anderer Art ausgebaut werden und so weiter. Außerdem kenne ich auch Landkreise, die das, was die Wissenschaft erarbeitet hat, in die Praxis der Sozialarbeit einließen lassen.

Der Deutsche Gewerkschaftsbund hat vor einigen Jahren einen Beirat für Probleme der älteren Generation einberufen. Der Beirat hat außer der flexiblen Altersgrenze immerhin erreicht, daß auf den Schulen des DGB die Betriebsräte dazu angehalten werden, das Altenproblem anders zu sehen als bisher.

Seit zwei Monaten hat das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut der Gewerkschaften einen Altenbeirat gebildet, der aus etwa 20 Wissenschaftlern der verschiedenen Fakultäten besteht. Es gibt Arbeitsgruppen für Wohnen, für Medizin, für den alternden Arbeitnehmer im Betrieb und so weiter. Dieser Beirat wurde gebildet, um sowohl die Politik als auch die Gewerkschaften zu beeinflussen. Wenn ich Politik sage, dann ist es zumindest der deklarierte Wille, sich nicht nur an eine, sondern an alle Parteien zu wenden.

Die Sozialdemokratische Partei hat in ihren obersten Gremien gerontologische Probleme beraten. Für die CDU versucht Herr Katzer bei Wissenschaftlern verschiedener Fakultäten Informationen über die Situation der älteren Generation einzuholen.

Thomae

Die FDP hat ein Symposium in Berg Neustadt in der Naumann Akademie durchgeführt.

Blume

Die Kirchen lassen das Thema in ihren Akademien auf entsprechenden Tagungen behandeln. Außerdem gibt es eine Reihe von Unternehmen, die sich intensiv mit der Situation des alternden Arbeitnehmers befassen und dafür auch Wissenschaftler aller Fakultäten in Anspruch nehmen. Auch dort ist also ein Anfang gemacht worden.

Was geschieht an den Universitäten? Außer an den Universitäten, die von den Damen und Herren hier am Tisch vertreten werden, wird an keiner anderen Universität über das Altersproblem systematisch gearbeitet. An einigen Hochschulen macht es erhebliche Schwierigkeiten, regelmäßig Vorlesungen über Sozialarbeit abzuhalten, weil der Geruch dieses Themas einer ehrwürdigen Fakultät nicht gerade angenehm ist.

Es gibt auch Massenmedien, die sich durch Wissenschaftler beraten lassen, und man sollte es gar nicht so geringschätzen, wenn bekannte Illustrierte sich von ehrbaren Professoren bei diesem Thema beraten lassen. Die Effizienz ist hier relativ groß.

Die Spitzenverbände des Wohlfahrtswesens bilden ebenfalls hin und wieder Altenbeiräte. Da kommen dann aber nur die "Fürsten" zusammen, während die Linie bis hinunter zu dem Mann, der es mit dem alten Menschen in der Praxis zu tun hat, kaum verfolgt wird. Lediglich die Funktionäre der Wohlfahrtsverbände lassen sich meist mit diesem Thema konfrontieren. Der Kontakt nach unten findet auch dann nicht statt, wenn in den Zeitschriften der Verbände das Thema aufgegriffen wird. Diese lesen wiederum meist nur die höheren und mittleren "Funktionäre" und die Praktiker der Sozialarbeit haben damit wenig zu tun.

Das Kuratorium Deutsche Altenhilfe (KDA) hat in seinem Förderungsprogramm in Punkt 1 auf Druck der Wissenschaftler hin formuliert, daß die Mittel des KDA dazu dienen sollen, die Gerontologie zu fördern. Bis jetzt sehe ich nur, daß man große Beträge transferiert, damit Altenheime und Pflegeheime gebaut werden. Ich bin fest davon überzeugt, daß in der Bundesrepublik auch ohne die Mittel des KDA kein Altenbett weniger gebaut worden wäre. Hätte man diese Mittel in die Wissenschaft geleitet, stünden wir heute in der Gerontologie etwas besser da.

Ich muß allerdings darauf hinweisen, daß die Mittel für die gerontologische Forschung jetzt intensiver fließen als noch vor 4 oder 5 Jahren. Aber die Vergabe der Mittel geschieht leider immer noch aus verschiedenen Gießkannen. Ich könnte als Forscher ohne weiteres für den gleichen Forschungsauftrag aus drei verschiedenen Gießkannen Mittel bekommen, ohne daß die Gießkannenhalter das bemerken würden. Es gibt auch private Verbände und kleine Stiftungen, die so etwas finanzieren, nicht nur der Bund.

Das Wissenschaftsministerium hat neuerdings die Aufgabe, innerhalb der Sozialwissenschaften die Gerontologie vorrangig zu finanzieren. Außerdem haben die Deutsche Forschungsgemeinschaft, das Landesamt für Forschung in Düsseldorf, das KDA, die Volkswagen-Stiftung, der Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft und auch die anderen Länder der Bundesrepublik Forschungsaufträge finanziert. Nicht zuletzt ist das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit zu nennen, das jetzt immerhin fast 3 Millionen DM für gerontologische Forschung ausgibt. Das ist ein astronomischer Betrag - vor 4 Jahren waren es noch keine 100 000,- DM.

Cremer

Sie sagen, das Wissenschaftsministerium fördere die Forschung auf dem Gebiet der Gerontologie im Bereich der Sozialwissenschaften. Wird interdisziplinäre Forschung nicht gefördert?

Blume

Ich könnte mir vorstellen, daß auch interfakultative Forschung finanziert wird, da Wissenschaftler verschiedener Richtungen an das Ministerium herantreten.

Cremer

Welche Fächer sind in dem wissenschaftlichen Beirat vertreten?

Blume

Medizin, Psychiatrie, Sozialpolitik, Soziologie und Psychologie. Keine Nationalökonominnen und auch keine Betriebswirte.

Lehr

Die Anzahl der Beiräte sagt nichts über die Effizienz aus.

Blume

Ich hoffe, diesen Eindruck auch nicht erweckt zu haben.

Lehr

Sie haben einige Beiräte nicht genannt, etwa die Deutsche Zentrale für Volksgesundheit.

Im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit gibt es einen wissenschaftlichen Beirat, der wenig Notiz vom wissenschaftlichen Beirat für Altersforschung nimmt. Dieser wissenschaftliche Beirat, dem auch ich angehöre, hat den Auftrag an sieben Experten vergeben, einen Familienbericht zu erstellen. Ich habe nicht erreicht, daß die Altersprobleme in den Familienbericht hineingenommen wurden. Die Abteilungen Gesundheit, Familie und Jugend existieren offenbar völlig getrennt voneinander: Familie hat mit Alter nichts zu tun; Alter gehört zur Gesundheit. Das ist die Situation.

von Bismarck

An dem Bericht von Herrn Blume wird deutlich, daß mit einer Vielzahl von Beiräten das Problem der Übermittlung offenbar nicht gelöst ist.

Boetticher

Der Negativbilanz, die Herr Blume aufgemacht hat, will ich eine positive Beobachtung entgegenstellen. Es gibt eine Reihe von großen und mittleren Städten in der Bundesrepublik, die sich aktiv um Lösungen für das Problem ihrer älteren Mitbürger bemühen. Ich denke an Hamburg, Nürnberg oder Stuttgart, Städte, mit denen unsere Forschungsgruppe Kontakte unterhält. Wir haben außerdem für die beschriebene Untersuchung zur Ermittlung der Probanden die Einwohnerkarteien von über 200 Gemeinden benutzt und dabei festgestellt, daß fast jede vierte eine Liste jener Personen verfügbar hatte, die über 60 oder über 65 Jahre alt sind. Diese Listen dienen der sogenannten Altenbetreuung.

Rosenmayr

Was den Informationsfluß zwischen Wissenschaftlern und Praktikern betrifft, so ist uns aus der Informationssoziologie bekannt, daß gerade diejenigen, die schon etwas über ein Problem wissen und die motiviert sind, noch mehr wissen zu wollen, sich für Forschungsergebnisse interessieren. Das heißt, diejenigen, die sowieso schon aufgeschlossen sind, die etwas verändern oder verbessern wollen, kümmern sich um die Forschungsergebnisse. Mir scheint es ein Hauptproblem zu sein, wie man an Entscheidungsträger, die sich im Grunde für ein bestimmtes Problem nicht interessieren und den alten Trott weitergehen, herankommt. Daher geht es hier nicht nur um ein Problem der Information, sondern auch um die Schaffung von Motiven.

Wie kann man das erreichen? Vielleicht dadurch, daß man stärker zu "evaluation studies" übergeht. Man überprüft die eingeleiteten Maßnahmen. Man legt offen, was sie erbracht haben. Wie waren zum

Beispiel die Menschen, denen die Maßnahmen zugute kommen sollten, mit deren Auswirkungen zufrieden? Wie beurteilen diejenigen, die ihre Kräfte eingesetzt haben, die angewandten Methoden? Es geht also um die Bewertung von bereits getroffenen Maßnahmen, so daß in einer Art von kybernetischem Prozeß ein feed back, eine Rückmeldung über soziales und organisiertes Handeln entsteht.

Weiter ist zu fragen: Was wurde durch die Forschungen bewirkt? Wir kennen alle den Garageneffekt: Es werden Forschungen durchgeführt, ihre Ergebnisse erscheinen in dicken Bänden, zum Teil sind sie auch mit kurzen Zusammenfassungen versehen. Diese Arbeiten verschwinden dann in irgendeiner Lade und bleiben dort liegen. Man müßte also systematisch fragen: Was ist aus bestimmten Forschungen geworden? Ich habe zum Beispiel im Auftrag der Stadt Wien Untersuchungen über Altenheimstätten durchgeführt, weiß aber bis heute nicht, ob die politische Entscheidung, die Altenheimstätten nicht so weiterzubauen wie bisher, auf meine Forschungen zurückzuführen ist.

Herr Blume sprach davon, daß es wichtig sei, an die Letztträger der Sozialarbeit heranzukommen. Das ist primär auch ein Zeitproblem. Der Sozialarbeiter, der leidenschaftlich seinen Beruf ausübt, hat für komplizierte Informationsaufnahme einfach zu wenig Zeit, wie Herr von Bismarck sagte. Wenn man bei Sozialarbeitern eine entsprechende Motivation erreichen will, genügt es nicht, noch eine Zeitschrift zu gründen, sondern man muß versuchen, mit dem Sozialarbeiter in seiner Tätigkeit und über diese Gespräche zu führen, zum Beispiel für Ausbildungszwecke Gruppenarbeit zu machen. Mit Vortragsberieselung und Kursen allein ist da nicht viel getan; es bedarf auch neuer didaktischer Methoden.

Das Zeitproblem ist auch im Hinblick auf die Verwertung von Forschungen von großer Bedeutung. Die Warteräume der Ärzte, der Praktiker, sind oft überfüllt mit älteren Leuten. Wo hat der praktische Arzt Zeit, sich mit geriatrischen Problemen durch eigene Lektüre oder sonstwie zu beschäftigen? Reichen dafür Fortbildungskurse aus? Herr Prof. Schubert meinte, es sei immer ein bißchen Geriatrisches dabei. Wie kann man die Motive schaffen, daß sich dieses "bißchen Geriatrische" unter der Hetzjagd und dem Druck der überfüllten Ordinationen irgendwie auswirken kann?

von Bismarck

Wir haben vereinbart, uns jetzt dem Thema Öffentlichkeitsarbeit zuzuwenden.

Filmer

Nach meinen Erfahrungen findet eine gezielte und kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit in der Altenhilfe - wie überhaupt in der Sozialarbeit - so gut wie gar nicht statt. Ausnahmen bestätigen auch hier die Regel. Dort, wo sie von Wohlfahrtsverbänden, Kirchen und staatlichen Trägern geleistet wird, ist sie zum überwiegenden Teil miserabel.

Noch operieren die Träger der Altenhilfe in der Öffentlichkeitsarbeit zu stark mit Defizitmodellen und negativen Stereotypen. In der Öffentlichkeitsarbeit der Altenhilfe werden immer wieder jene Fehler gemacht, die beispielsweise den Kirchen in der Entwicklungshilfe unterlaufen sind. Beispiel: Man hat mit dem "armen hungernden Negerkind" geworben, mit traurigen Kinderaugen und honigsüßen Begriffen. Man hat zu sehr das Mitleid mobilisiert, um Mitarbeiter zu bekommen, Aktionen einzuleiten, Ideen zu propagieren. Die Auswirkungen lassen sich heute exakt umreißen. Entwicklungsarbeit wird eher mit Almosen assoziiert, weniger mit Solidarität. Ähnliches Fehlverhalten entdeckt man in der Öffentlichkeitsarbeit der Altenhilfe. Weitgehend werden Defizitmodelle eher verstärkt, denn abgebaut; jedenfalls dort, wo man glaubt, etwas in der Öffentlichkeit erreichen zu sollen.

Hinzu kommt eine Art Konfliktscheu. Beispiel: Wenn die Massenmedien einen Konflikt in der Altenhilfe darstellen, entstehen häufig schwerwiegende Diskrepanzen. Das liegt unter anderem daran, daß sich viele Mitarbeiter der Sozialhilfe nicht so sehr als kritisch-reflektierende Initiatoren begreifen, sondern zu angepaßt an hierarchisch-sozialbürokratische Institutionen arbeiten. Sie nehmen - um es grob zu sagen - hin und wieder sogar Fehler, Mängel, Unzulänglichkeiten des Systems in Schutz.

Meines Erachtens müßte die Öffentlichkeitsarbeit in der Altenhilfe darauf angelegt sein, auch Konflikte - etwa die Situation der permanent Pflegebedürftigen - der Öffentlichkeit mit all ihren Konsequenzen zugänglich zu machen. Konfliktscheue Öffentlichkeitsarbeit ist keine gute Öffentlichkeitsarbeit.

Viele Städte sowie kommunale Wohlfahrtsverbände geben Altenbriefe heraus. Die darin enthaltenen Informationen sind zum Teil nützlich und lesenswert. Aber es fehlt an korrespondierenden Prozessen etwa in den Volkshochschulen der Städte oder an pädagogischer Ausbildung der Sachbearbeiter, die mit alten Bürgern zu tun haben. Ich habe es in mehrjähriger nebenamtlicher Mitarbeit am Altenbrief einer Stadt erlebt, daß wir recht ordentliche Informationen geben konnten; sobald aber die alten Leute

auf die Sachbearbeiter in den Administrationen stießen, wurden sie durch deren Fehlverhalten frustriert.

Öffentlichkeitsarbeit krankt vor allem an fehlenden Zielvorstellungen, am Aufspüren von Prioritäten. Sie muß sich in der Altenhilfe verstärkt an unterschiedliche gesellschaftliche Zielgruppen wenden, um zu informieren, durch was, wie und inwieweit man den Bedürfnissen der Alten gerecht werden kann. Beispiel: So dankenswert die Initiative des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit ist, Briefe für alte Leute herauszugeben, fände ich es ebenso wertvoll, fundierte Informationen - übrigens auch leicht verständlich - an die Architekten zu geben, damit diese endlich erfahren, was "altengerechtes Bauen" bedeutet; was bei der Planung zu berücksichtigen ist und anderes mehr.

Man sollte auch die Öffentlichkeitsarbeiter - die Journalisten - an interdisziplinären Gesprächen beteiligen: Teilnahme am Erfahrungsaustausch. Öffentlichkeitsarbeit muß aus dem Leben berichten, darf nichts beschönigen, nichts verschleiern. Nur so wird eine künftige Arbeit für die Öffentlichkeit realitätsbezogener strukturiert werden können.

Schubert

1969 hatte das Bundesministerium des Innern zu einer Tagung über Öffentlichkeitsarbeit in der Sozialarbeit nach Bad Neustadt eingeladen. Ich zitiere aus dem Abschlußbericht: "Ebensowenig ist es der deutschen Sozialarbeit gelungen, der Öffentlichkeit zu verdeutlichen, daß ihre Aufgabe nicht die Gewährung von Almosen und nicht in erster Linie die Zuwendung finanzieller Leistung ist, sondern die pflichtmäßige Erfüllung unveräußerlicher Rechtsansprüche einzelner oder Gruppen von Mitbürgern auf soziale Dienste und Leistungen, welche die Führung eines Lebens ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht." Für mich ist dieser Satz heute noch unverändert gültig.

In der Öffentlichkeit besteht weitgehend Unkenntnis über die Aufgabe der Sozialarbeit. Man setzt oft Sozialhilfe mit Armenfürsorge gleich - auch die Betroffenen selbst. Leider ist in den Bereichen, die für Leistungen im Rahmen der Sozialhilfe verantwortlich sind, nur wenig Bereitschaft vorhanden, die Anspruchsberechtigten über ihre Rechte zu informieren. Wir stellen immer wieder fest, daß Anspruchsberechtigte Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz ablehnen, weil sie der Meinung sind, sie müßten diese zurückzahlen, beziehungsweise ihre Angehörigen würden in vollem Umfang mitherangezogen.

Mit der dritten Novelle zum Bundessozialhilfegesetz, die bereits im Bundestag vorgelegt worden ist, wird ein Schritt unternommen, um die Heranziehung Unterhaltspflichtiger abzubauen. Meine Auffassung geht dahin, die Vorschriften über die Heranziehung Unterhaltspflichtiger weiter einzuschränken oder gänzlich zu streichen.

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit sind künftig drei Aufgaben zu erfüllen. Erstens: Die allgemeine Information der Öffentlichkeit über die Sozialarbeit und ihre Aufgaben. Zweitens: Die bessere Information der Anspruchsberechtigten; diesem Zweck dienen beispielsweise die Broschüren, die unser Ministerium herausgibt. Drittens halte ich die Schulung von Multiplikatoren für wichtig. Vor allem muß es uns gelingen, die Massenmedien in Zukunft stärker für die Belange der Sozialarbeit zu gewinnen.

Pross

Ihre Vorstellung, Herr Schubert, daß letztlich jegliche Versorgungsverpflichtung von Angehörigen aufgehoben werden müßte, kann nicht unwidersprochen bleiben. Damit würde man von einem schlechten Extrem ins andere fallen.

Schubert

Hier haben wir uns wohl mißverstanden. Es geht um ein Problem im Rahmen des Bundessozialhilfegesetzes. Wenn wir aber die Frage des bürgerlichen Unterhaltsrechts anschneiden, so bin ich allerdings auch hier der Auffassung, daß einiges novelliert werden muß. Die Unterhaltsverpflichtung in manchen nordischen Staaten ist für mich beispielgebend.

Pross

Auf der einen Seite sollten wir natürlich von dem Prinzip abgehen, daß die Familien für alles aufzukommen haben, wenn der einzelne nicht zugrundegehen soll. Aber daraus kann man doch nicht die Folgerung ableiten, daß Angehörige überhaupt keine Aufgaben mehr gegenüber Älteren oder generell gegenüber den Hilfsbedürftigen haben.

Wohin soll das führen? Wenn das erst bei den älteren Menschen so geschieht, dann macht man es schließlich gegenüber allen Personen, die in irgendeiner Weise hilfsbedürftig sind. Zwischen einer zu großen Verantwortung der Familien und einer völligen Standardisierung des Anspruchs, der letzten Endes jede individuelle Initiative und Bereitschaft zu helfen entmutigt und lahmt, müßte sich ein Kompromiß finden lassen.

Thomae

Haben Sie schon erlebt, wie ältere Leute in Heimen versorgt werden, damit ihnen nur nichts passiert, weil sonst vielleicht sogar die Enkel herangezogen werden? Gerade im Interesse der alten Menschen muß diese Verpflichtung fallen.

Pross

Herr Schubert hat gesagt, es müsse das Ziel sein, jegliche Verpflichtung zu beseitigen. Dagegen wehre ich mich.

Schubert

Ich meine die Heranziehungspflicht im Rahmen des Bundessozialhilfegesetzes.

von Bismarck

Es handelt sich also um die einklagbare Verpflichtung.

Leutiger

Ich habe kein theoretisches Konzept für die Öffentlichkeitsarbeit. Ich kann nur schildern, was wir in unserem Krankenhaus seit beinahe sechs Jahren tun. So sind wir an die Schulen herangetreten. Jedes Jahr kommen die Entlassungsklassen der Realschulen zu uns und werden durch das Krankenhaus geführt. Dabei wird über die Rehabilitationsmöglichkeiten bei alten und chronisch kranken Menschen referiert. Auf diese Weise wollen wir potentielle Bewerber für soziale Berufe bekommen.

Wir haben Kontakte zu den umliegenden Krankenpflegeschulen in den Universitäten Göttingen und Marburg. Die Leute kommen im dritten Ausbildungsjahr mindestens für ein oder zwei Tage zu uns ins Krankenhaus und diskutieren mit den dort ausgebildeten Schwestern über die Fragen der Geriatrie und der Rehabilitation. Das gleiche geschieht an einer Ausbildungsstätte in Hofgeismar mit den Vikaren. Es ist erstaunlich, welche Multiplikatoren die Vikare sind.

Wir führen auch Rechtspfleger durch unsere Einrichtungen; die Frage der Pflegschaft oder der Entmündigung spielt hier ja eine Rolle. Ferner halten wir Referate vor alten Menschen in Altenclubs oder Begegnungsstätten im näheren und weiteren Umkreis. Es kommt darauf an, die Älteren selbst zu treffen und sie mit den Gedanken bekannt zu machen, die bei uns gepflegt werden. Es gibt bei uns seit zehn Jahren eine Altenpflegeschule; bis heute hat aber der Beruf des Altenpflegers in Hessen noch keine staatliche Anerkennung gefunden.

Schubert

Seit vier Wochen ist das der Fall.

Leutiger

Trotzdem hatten wir in früheren Jahren 12-15 Bewerber pro Jahrgang für diese Schule. So mußten wir im letzten und in diesem Jahr zwei Kurse beginnen, weil wir zuviele Bewerber hatten. Es ist erstaunlich, daß nicht nur 18jährige, sondern auch 30- und 40jährige aus den verschiedenen Berufsgruppen zu uns stoßen. Es ist also nicht so aussichtslos, da etwas zu tun, man muß sich nur engagieren.

Kiesau

Ich sehe drei Funktionen der Öffentlichkeitsarbeit: Information, Aufklärung und Beratung. An welche Personengruppen sollte sie sich richten? Sicherlich zuerst an die alten Menschen selbst. Das gilt aber ebenso für die älteren Menschen, also jene, die noch im Erwerbsleben stehen. Hier können und müssen auch die Gewerkschaften etwa über die Betriebsräte einiges an Öffentlichkeitsarbeit leisten. So könnte man zum Beispiel in den Werkzeitleitungen ansetzen.

Eine weitere Gruppe sind die Träger der Altenhilfe und die Personen, die in der Altenhilfe tätig sind. Sie sollten zum Beispiel über das informiert werden, was wir hier betreiben: Welche Forschungen werden durchgeführt, welche Ergebnisse bringen sie in bestimmten Bereichen, zum Beispiel in der Ernährung? Es ist sicher von Bedeutung, wenn das allgemein bekannt wäre. Zum anderen sollte durch die Information eine bessere Koordination unter den verschiedenen Trägern möglich werden.

Ferner denke ich an den Generationenkonflikt in der Familie. Da ist Beratung am Platz, um das Bild des älteren Menschen zu verändern. Es kommt auf die Qualität der Öffentlichkeitsarbeit an und nicht auf die Vielzahl von Veröffentlichungen immer neuer und bunterer Broschüren.

Es müßte das Ziel sein, einen gewissen Haltungswandel anzustreben, einmal bei den alten Menschen selbst, die sich nicht immer als die Ausgestoßenen der Gesellschaft fühlen sollen, zum anderen aber auch bei den jungen Menschen, damit diese lernen, mehr Verständnis für die Schwierigkeiten aufzubringen, die mit zunehmendem Alter auftauchen können.

von Bismarck

Wir kommen jetzt zu einer letzten Runde unseres Gespräches, in der von einzelnen Teilnehmern thesenhaft vorgetragen wird, was in der Pause in kleinen Gruppen besprochen beziehungsweise erarbeitet worden ist. Diese Voten können jetzt nicht mehr diskutiert werden.

Herr Baitsch und Herr Müller beginnen mit dem Thema "Organisation der Wissenschaften; Vermittlung von Informationen zwischen den einzelnen Forschungsansätzen und Disziplinen".

Baitsch

Ich werde eine Reihe von Fragen formulieren und gleich eine Antwort darauf geben.

Erste Frage: Erlauben die derzeit vorhandenen Organisationsstrukturen der Forschung, insbesondere an den Universitäten, eine verstärkte problemgerechte, koordinierte und systematisierte Forschung und Entwicklung für Probleme im Bereich der Gerontologie? Antwort: Offenbar nein. Die Gründe dafür: Wir haben es an den Universitäten herkömmlich mit disziplinären Organisationsformen zu tun, die für komplexe Problemfelder nur schlecht oder gar nicht geeignet sind.

Andererseits muß man fragen: Wären die Universitäten ein richtiger Ort, um solche Fragen zu bearbeiten? Antwort: Ja, weil dort im wesentlichen die Ressourcen für Grundlagenforschung vorhanden sind und weil auch in den Universitäten die Umsetzungsmöglichkeiten von Forschung, vor allem im Hinblick auf Lehre im weiteren Sinn vorhanden sind.

Rosenmayr

Zu optimistisch.

Baitsch

Ich habe gefragt: Sind die Universitäten ein richtiger Ort? Es gibt auch noch andere Möglichkeiten.

Zweite Frage: Gibt es in der Bundesrepublik Forschungsförderungsinstrumente, die in der Lage sind, in den Universitäten vorhandene Ressourcen zu aktivieren und institutionell zu organisieren? Antwort: Nach den bisherigen Erfahrungen, ja; es gibt geeignete Organisationsformen und Instrumentarien. Ich nenne die Instrumente der Sonderforschungsbereiche, der Forschergruppen und der Schwerpunktprogramme. Alle drei ragen in die Universität hinein.

Dafür sind nach meinem Überblick prinzipiell auch Mittel vorhanden.

Dritte Frage: Welchen Kriterien müssen die Organisationsformen und die Instrumente für die Durchführung spezieller Forschungsprojekte genügen? Erstens: Sie müssen institutionalisierte, das heißt längerfristig festgelegte und damit planbare Forschung ermöglichen. Zweitens: Die Universitäten müssen sich mit dieser Forschung identifizieren und eine entsprechende Grundausrüstung (personell und materiell) bereitstellen. Diese Grundausrüstung ist die Voraussetzung dafür, daß die Forschungsförderungsinstrumente dort eingesetzt werden können. Drittens: Die Institutionalisierung muß sicherstellen, daß sich mehrere Disziplinen an solchen Forschungsprojekten beteiligen können.

Vierte Frage: Was muß getan werden, um Wissenschaftler, die sich bislang an den Universitäten nicht mit der Altersforschung befaßt haben, für diese neue Thematik zu interessieren? Das einzige Instrument, daß zur Zeit zur Verfügung steht, um eine solche Motivation zu erzeugen, ist das Bereitstellen von Geld für solche Forschung. Die Erfahrung hat gezeigt, daß Geld einen gewissen

Motivationsdruck erzeugt, der aber offensichtlich nicht immer ausreicht. Welche Gründe gibt es, um die Motivation zu erreichen, daß man sich einer anderen Thematik widmet? Gibt es Strategien, um einen solchen Motivationswandel bei Einzelpersonen und bei Gruppen innerhalb der Universität zu erzeugen? Das gilt natürlich nicht nur für die Wissenschaftler, sondern auch für die Verbraucher der wissenschaftlichen Ergebnisse, also für die Träger der Altenhilfe.

Fünfte Frage: An wievielen Stellen sollte eine solche Forschungsarbeit institutionalisiert durchgeführt werden? Wenn man sich auf Universitäten kapriziert, dann genügt es nicht, sich nur auf eine Stelle zu beschränken. Denn eine Stelle reicht nicht aus, das schwierige Problem der Umsetzung in die Praxis und vor allem die ausreichende Dissemination, also die Verbreitung von Wissen an die möglichen Verbraucher zu erreichen, insbesondere im Zusammenhang mit der Lehre. Deshalb sollten zumindest an drei bis fünf Stellen in der Bundesrepublik solche Forschungsförderungsinstrumente angesetzt werden, beispielsweise Sonderforschungsbereiche, sogenannte Forschergruppen - das ist ein terminus technicus für eine etwas kleinere Gruppe von Wissenschaftlern, die auch interdisziplinär arbeiten kann und soll.

Schließlich noch einige Zusatzforderungen. Es erscheint notwendig, daß solche Forschung überdeckt wird durch eine institutionalisierte Planung, was Projekte und Projektstrategien betrifft. Insbesondere sollte geklärt werden, welche Fragen und Probleme überhaupt durch die Forschung zu lösen sind und welche zweckmäßigerweise sozialtechnisch gelöst werden sollten.

Adressaten für solche Forschungsförderungswünsche lassen sich nach den bisherigen Erfahrungen präzise benennen. Es sind zur Zeit die Deutsche Forschungsgemeinschaft, die für die Einrichtung von Sonderforschungsbereichen und Forschergruppen zuständig ist. Dann das Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft, das gerade ein Programm speziell für sozialwissenschaftliche Forschung eingeleitet hat. Dabei wird sozialwissenschaftliche Forschung nicht als disziplinäres, sondern als problemorientiertes Konzept verstanden. Momentan befaßt sich die Planung dort mit der Frage, welche für die Gesellschaft besonders wichtigen Problemkreise anstehen, die intensiv interdisziplinär erforscht werden müßten. Unter den Beispielen, die genannt sind, befindet sich auch die Frage nach den alternden und alten Menschen. Ferner wären verschiedene Stiftungen zu nennen, die nicht unmittelbar für Projekte eingesetzt werden müßten, sondern für Arbeitskreise, die Absprachen über Planungen durchführen und ein geeignetes Instrumentarium bereitstellen könnten.

Zu den Zusatzforderungen wäre weiter zu rechnen, daß neben die Grundlagenforschung an den Universitäten grundsätzlich praxisbezogene Projekte gestellt werden sollten. Hinzu kommt die Ausbildung insbesondere für Pflegeberufe, Sozialarbeit, Aufbau- und Kontaktstudiengänge. Dazu wurde von mir schon die Entwicklung von Curricula genannt, deren Inhalte noch nicht genügend festliegen. Zu erwägen ist auch die Einwirkung auf die neugeschaffene Prüfungsstelle im Rahmen der medizinischen Approbationsordnung, die künftig schriftliche Prüfungen vorsieht. Die Prüfungsfragen werden zentral erarbeitet, und es kommt entscheidend darauf an, auf sie Einfluß zu nehmen. Denn nur so ist gewährleistet, daß auch die Mediziner mit dem Stoff konfrontiert werden, mit dem wir es in diesem Gespräch zu tun haben.

Mit der Grundlagenforschung wären weiter diagnostische Zentren und Beratungszentren sowohl für behinderte als auch für alte und alternde Menschen zu verbinden. Damit wäre der Zusammenhang zwischen der Grundlagenforschung und der Anwendung ihrer Ergebnisse in der Praxis gewährleistet.

Müller

Herr Baitsch hat von der empirischen Forschung, von der Lehre und von der Entwicklung gesprochen. Mein Thema ist: Wie können solche Dinge in politische Konzepte umgesetzt werden? Lassen Sie mich das an der Gründung des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung und des Bildungsrates verdeutlichen. Das Max-Planck-Institut verdankt seine Entstehung der Einsicht eines kleinen sachkundigen Kreises, daß für die Fortentwicklung unseres Bildungswesens empirisches Material und theoretische Entwürfe gewonnen werden müssen. Der Bildungsrat war die Folge einer bald danach eintretenden allgemeinen Alarmierung der Öffentlichkeit über die Lage unseres Bildungswesens (Picht: "Bildungskatastrophe"). Dem Bildungsrat war die Frage gestellt, wie man bildungspolitische Forschungen in bildungspolitische Konzepte umsetzt, um damit die politische Entscheidung vorzubereiten. Der Weg dahin setzt einen Kommunikations- und Kooperationsprozeß in einem Kreis voraus, der in der Lage ist, ein solches Konzept zu entwerfen. Ein solcher Kreis muß kompilieren, Selektion treiben sowie die Ergebnisse von Fachforschungen kritisch modifizieren, koordinieren und die Prioritäten klären. Das können nicht die Beiräte leisten, wie sie Herr Blume beschrieben hat.

In der Arbeit des Bildungsrates und seiner Ausschüsse sind bedeutende Kommunikations- und Koordinationsergebnisse erzielt worden. Ich nenne nur die Arbeit des Ausschusses "Begabung und

Lernen", der seinerzeit ein Bündel wichtiger Gutachten vorlegte. Im Plenum des Bildungsrates entstand der "Strukturplan" des Bildungsrates. Dieser Plan stellt heute die Basis für alle bildungspolitische Planungsarbeit von Bund und Ländern dar.

Wir werden sicher nicht zu einer vergleichbaren Einrichtung für die Alten kommen und mit einer solchen Prestigevorgabe, wie das beim Bildungsrat der Fall war. Wir haben eben keine der "Bildungskatastrophe" entsprechende "Altenkatastrophe".

Bergener

Dann haben wir heute wohl aneinander vorbeigeredet

Müller

Es ist jedenfalls nicht gelungen, die "Altenkatastrophe" so ins allgemeine Bewußtsein zu bringen, wie es Herr Picht mit der "Bildungskatastrophe" erreicht hat. Für die Altenpolitik wäre auch ein dem Bildungsrat nicht ganz gleichwertiges Gremium schon sehr viel. Die Autorität ist nicht allein vom Auftraggeber abhängig, der ein solches Organ beruft, sondern von der sachlichen Kompetenz, die seine Mitglieder haben. Es ist neben der Förderung von empirischer Forschung, wie sie Herr Baitsch beschrieben hat, notwendig, Organe zu schaffen, die mit großer Kompetenz ausgestattet der Öffentlichkeit ein Konzept für die Altenpolitik vorlegen können. Auf dem Wege dahin muß ein langer Kommunikations- und Kooperationsprozeß stattfinden.

von Bismarck

Zu dem zweiten Themenkreis "Was geschieht an praktischer Vorbereitung auf das Älterwerden" wollen sich jetzt Herr Erbslöh und Frau Lehr äußern.

Was die Bereiche "Öffentlichkeitsarbeit" und "Übermittlung der wissenschaftlichen Ergebnisse an die Praxis" angeht, können wir uns wohl mit dem, was dazu in der Diskussion gesagt worden ist, zufriedengeben.

Erbslöh

Es ist wohl symptomatisch, daß wir erst zum Schluß mit dem wichtigsten Thema, das zu einem interdisziplinären Gespräch geradezu herausfordert, beginnen. Daran zeigt sich, daß auch wir nicht unbeeinflusst sind von der Tabuisierung, die das Altwerden und die Kenntnis vom Altwerden allgemein erleidet. Wir haben den ganzen Abend instruktive Diskussionen interdisziplinär und intradisziplinär geführt über das Thema: Wie können wir dem alten Menschen als Objekt unserer Bemühungen helfen? Wir haben aber das Subjekt, den Menschen im Rückbildungsalter, wie wir das wissenschaftlich und sachlich nennen müssen, den älter werdenden Menschen also, außer acht gelassen.

Wir sagten vorhin, daß die physiologischen Altersveränderungen kompensiert werden können, so daß es nicht zum Defizit, sondern zu einer qualitativen Veränderung kommt. Was muß nun aus dieser Sicht an praktischer Vorbereitung für das Älterwerden geschehen?

Wir sollten eine Unterscheidung treffen: Einmal gibt es die praktische Vorbereitung auf das Altern, die als lebenslange Geroprophylaxe bezeichnet wurde. Zum anderen gibt es die praktische Vorbereitung im Sinne einer gezielten Umstellungsprophylaxe und Hilfeleistung, die sozusagen im Kulminationspunkt beginnt, wenn das Altern einsetzt, also im präsenilen und senilen Lebensabschnitt. Wir haben festzustellen, daß die lebenslange Geroprophylaxe und die gezielte zeitliche und situativ im Alter notwendige konzentrierte Umstellungsprophylaxe in ihrem Erfolg voneinander abhängen. Die letztere kann nur funktionieren, wenn die lebenslange Geroprophylaxe stattgefunden hat.

Dazu sind folgende Teilgesichtspunkte zu nennen: Einmal lebenslange Geroprophylaxe im Hinblick auf die körperliche Verfassung, also körperliches Training, Krankheitsprophylaxe. Zweitens die Prophylaxe im Hinblick auf die psychologische Verfassung und drittens im Hinblick auf die soziologischen und sozialen Verhältnisse.

Welche Aufgaben kommen in der lebenslangen Geroprophylaxe auf uns zu? Wie können wir rechtzeitig einen Aufbau von Verhaltensweisen ermöglichen, die den durch die somatischen Alterungsvorgänge zunehmend belasteten Anpassungsmechanismen aufhelfen, die also altersfreundlich und nicht altersfeindlich sind? Außerdem müssen wir uns Gedanken darüber machen, wie wir kompensations- und damit altersfeindliche Verhaltensweisen, die in der modernen

Gesellschaft weit verbreitet sind, rechtzeitig abbauen, damit wir keinen zusätzlichen Schadensfaktor erzeugen oder festhalten.

Der Aufbau von Verhaltensweisen im Rahmen der somatischen lebenslangen Geroprohylaxe betrifft vor allen Dingen das Bewegungs-Training: Gymnastik, synchrone, ganzkörperliche rhythmische Bewegung ist hier das Richtige - nicht Leistungssport. Damit muß früh begonnen werden. Leistungssport ist das Vorrecht der Jugend. Die rechtzeitige Umstellung im Hinblick auf die Lebensziele ist auch hier erforderlich, und sie beginnt schon im Körperlichen. Das gleiche gilt aber auch für das Psychische und das Soziale.

Die Umstellung führt vom Erfolgsstreben in der Aufbauphase zum Erfüllungstreben in der Rückbildungsphase. So müssen wir beispielsweise vom Leistungssport rechtzeitig auf das mäßige und regelmäßige körperliche Training umschalten. Die Ernährungsfaktoren müssen in den Aufbau von körperlichen Verhaltensweisen bei der Förderung von Anpassungsmechanismen miteinbezogen werden, ebenso die Sexualität und andere Dinge.

Ich möchte dann noch auf den Abbau von altersfeindlichen, das heißt von kompensations- und anpassungsfeindlichen Verhaltensweisen, also auf den rechtzeitigen Abbau der durch unser Verhalten sich einstellenden Risikofaktoren hinweisen, die insbesondere unsere Wohlstandsgesellschaft mit sich bringt. Beim Abbau der Risikofaktoren rufe ich besonders die Gewerkschaften auf, uns behilflich zu sein. So ist zum Beispiel der Abbau von Alkohol und Nikotin bei der Arbeit notwendig, wenn wir eine lebenslange Geroprohylaxe betreiben wollen. Wir haben dabei nicht nur die etwa durch den Nikotin-Abusus mitbedingten Krankheiten wie Krebs, Herzinfarkt und so weiter im Auge, sondern auch die typischen Altersveränderungen, wie zum Beispiel das Lungenemphysem. Der "Tattergreis", der uns als falsche Schablone des alten Menschen vorgeführt wird, ist in Wirklichkeit ein durch viele sich aufsummierende und potenzierende Krankheiten schwerst veränderter Mensch; er ist zum Teil auch ein Produkt der Schädigungsfolgen, die unsere Gesellschaft mit sich bringt, nicht zuletzt durch die Immobilisation, das heißt den Verlust an Bewegungsantrieb. Auto und Fernsehen sind dafür nur Stichworte.

Ich gehe jetzt auf die gezielte, individuelle Umstellungshilfe für den alternden, um Kompensation bemühten Menschen ein, die auch wieder psychologisch, sozial und körperlich erfolgen muß. Hinsichtlich der oben erwähnten, im Altern gehäuft auftretenden Krankheiten, stelle ich vor allem auf die Notwendigkeit ab, den Menschen die Angst vor der Aufdeckung eventueller Störungen oder Krankheiten zu nehmen, damit sie sich rechtzeitig einer prophylaktischen Untersuchung unterziehen. Gleichzeitig muß man sie von der Angst befreien, daß dabei in jedem Fall irgend etwas Schreckliches herauskommt und von der daraus folgenden Vogel-Strauß-Politik.

Es ist natürlich falsch, wenn wir erst in der zweiten, der Umstellungsphase mit der Trimm-Dich-Aktion beginnen, wenn wir also die eingetretenen Mobilitätsverluste durch Einbuße an Bewegungsantrieb und Bewegungsspielraum und die eingetretenen Motilitätseinbußen durch Behinderung, das heißt "Einrosten" des Bewegungsapparates rasch auf einmal kompensieren wollen.

In der Ernährung ist es ganz falsch, wenn wir von einem in der Umstellung des Alterns befindlichen Menschen verlangen, daß er seine Gewohnheiten noch ändert. Alles das ist nicht möglich. Hier zeigt sich wieder der Zusammenhang mit der lebenslangen Geroprohylaxe. Sehr wichtig ist aber in dieser zweiten Phase die Antizipation dessen, was uns im Alter körperlich, psychisch und sozial erwartet, damit wir uns rechtzeitig darauf einstellen. Dazu bedarf es eines starken Ausbaus der Beratungsmöglichkeiten, nicht nur auf dem medizinischen Sektor.

Rosenmayr

Sie sagen: Was uns im Alter erwartet. Warum sagen Sie nicht: Was wir von unserem Alter selbst erwarten und wie wir es gestalten wollen. Wir sollten auch den Begriff "Rückbildungsalter" nicht unbefragt übernehmen.

Lehr

Das möchte ich unterstreichen, Herr Rosenmayr. Als Psychologe durchzuckt es mich, wenn Herr Erbslöh vom Rückbildungsalter spricht, weil dieser Begriff an einem quantitativen Entwicklungsmodell des Auf und Ab orientiert ist. Wenn Veränderungen eintreten, sind sie doch in erster Linie qualitativer Art.

Bergener

Wir sollten nicht vom geistigen Defizit sprechen, ohne zu betonen, daß an die Stelle der anfangs vorhandenen Fähigkeiten vielfach kompensatorisch andere Fähigkeiten treten.

Erbslöh

Rückbildungsalter meint etwas Quantitatives, nämlich die physiologische Verminderung der Struktur- und Funktionselemente des alternden Menschen. Sie führen zu einer Leistungseinbuße, die ja meßbar ist, beispielsweise an der Muskelkraft, an der Reaktionszeit, der Leitgeschwindigkeit von Nervenimpulsen über einen peripheren Nerven oder erkennbar ist an einer zahlenmäßigen Verminderung von Nervenzellen und von nervösen Strukturen, zum Beispiel der Tastkörperchen in den Fingerbeeren.

Alle diese quantitativen Verminderungen sind unzweifelhaft gegeben und in der Phase dieser Verminderung sprechen wir vom Rückbildungsalter. Damit ist kein Defizitmodell konstituiert. Denn nur wenn wir die Tatbestände der quantitativen Veränderungen kennen und jedem diesen Tatbestand zur Antizipation klarmachen, werden wir ihn befähigen und dazu bringen, die vorhandenen Kompensationsmöglichkeiten auszuschöpfen. Erst dann bedeutet Altern nicht Defizit, sondern qualitative altersgemäße Veränderung.

Lehr

Der heutige Gesprächskreis wurde eingeleitet, mit einem Zitat von Goethe: Im Alter ein neues Geschäft beginnen, ein neues Rollenfach übernehmen. Ich komme noch einmal auf Goethe zurück, aber jetzt im Hinblick auf eine Interpretation, wie sie Herr Thomae einmal gegeben hat. Es ist ja häufig der Fall, daß gerade bei Altersdiskussionen Goethe oder andere alte, berühmte Meister, die im Leben etwas geschaffen haben, als Vorbilder hingestellt werden. Hier kann man mit Thomae nur sagen: Es kann ein Mensch nicht wie Goethe altern, der nicht wie Goethe gelebt hat.

Das hängt unmittelbar mit meinem ersten Hauptgesichtspunkt der lebenslangen Vorbereitung zusammen. Wie ein Mensch psychologisch gesehen altert, das heißt, wie er das Altern erlebt und wie er sich im Alter verhält, hängt davon ab, wie er ein Leben lang seine Tage verbracht hat, also von ganz individuellen Erfahrungen. Wie weit hat die gesamte Lebensentwicklung etwas mit dem Verhalten im Alter zu tun? Was sagt die Forschung über die intellektuellen Fähigkeiten beziehungsweise über den Trainingsfaktor? Man hat festgestellt, daß jene Personen, die ihr Leben lang intellektuell - vor allem durch den Beruf - herausgefordert werden, die durch den Berufsalltag zu einem intellektuellen Training gezwungen werden, im Alter in ihrer geistigen Leistungsfähigkeit weniger nachlassen als jene Personen, die ein Leben lang weniger herausgefordert werden.

Vielfach hat man hier den Unterschied zwischen Männern und Frauen begründet gesehen. Man fand nämlich, daß Männer und Frauen mit gleicher Schulbildung, also mit gleicher Ausgangsbasis, im Alter erhebliche intellektuelle Unterschiede erkennen lassen, was sicherlich auf das geringere Training in der Hausfrauenrolle zurückzuführen ist. Das hängt aber auch mit der Rollenerwartung der Gesellschaft zusammen, die zwar vom Mann erwartet, daß er sich orientiert, informiert, von der Frau jedoch im allgemeinen nicht.

Der zweite Punkt: Was wissen wir bezüglich der biographischen Bedingtheit des Alterns? Hier gibt es Untersuchungen speziell zur Lernfähigkeit. Man konnte nachweisen, daß die Lernfähigkeit, das Gedächtnis, mit zunehmendem Alter hauptsächlich bei jenen nachläßt, die es zeit ihres Lebens nicht trainiert haben. Man spricht hier von der disuse-Hypothese: Dinge, die man nicht gebraucht, verlieren ihre Funktion. Was rastet, das rostet, so heißt es im Volksmund. Konsequenzen aus diesen beiden Punkten: Intellektuelles Training, intellektuelle Aktivität während des ganzen Lebens. Das muß schon in der Jugend einsetzen, damit durch eine höhere Schulbildung eine höhere Ausgangsbegabung erlangt wird. Denn Begabung ist nicht nur genetisch bedingt, sondern die intellektuellen Fähigkeiten sind sehr stark sozialisationsbedingt. In diesem Sinne ist bereits die schulische Förderung der Jugend die erste Geroprophyaxe für das Alter.

Der dritte Punkt schließt eng daran an: Auch ein Nachlassen der beruflichen Fähigkeiten stellte man hauptsächlich dort fest, wo eine berufliche Leistungsfähigkeit nicht ständig gefordert wurde. Jene Personen, die beruflich gefordert werden, zeigen auch als 50-, 55-, ja nach Eitner/Tröger sogar als 60jährige, die gleiche berufliche Leistungsfähigkeit, sofern nicht andere Faktoren wie Gesundheit und so weiter hier beeinträchtigend wirken.

Ein vierter Gesichtspunkt: Lebenslange Bedeutung der Interessen. Wir wissen, daß der Lebensabend, die Zeit nach dem Berufsaustritt, stark mitbestimmt ist von dem Interessenradius des einzelnen. Verschiedene amerikanische Studien, aber auch unsere Bonner' Untersuchung, haben erbracht, daß

im Alter selten neue Interessen hinzugelernt, hinzu erworben werden. Bestenfalls werden im Alter jene Interessen wieder aktiviert, die irgendwann in der Jugend oder im früheren Erwachsenenalter bereits vorhanden waren. Ein Rat an alle Eltern: Schränkt Eure 15-, 16-, 17jährigen Kinder nicht ein, von denen wir wissen, daß sie einen breiten Interessensradius haben. Nicht zu den Jugendlichen sagen: 'Konzentrier' Dich auf eines und mach' das richtig. Damit würde man einer Geroprophylaxe entgegenarbeiten. Vielmehr soll man durchaus die Interessenvielfalt fördern, um dann im Alter daraus schöpfen zu können.

Ein fünfter Gesichtspunkt betrifft die Sozialkontakte. Wir alle kennen den Ausspruch: Der ältere Mensch ist vereinsamt, ist isoliert. Das muß man mit Ethel Shanas als Mythos bezeichnen, da der ältere Mensch - von Ausnahmen abgesehen - im großen und ganzen nicht einsam und nicht isoliert ist. Auch hierzu wissen wir, daß die Art und das Erleben der Sozialkontakte durch eine lebenslange Entwicklung mitbestimmt sind. Hier ebenfalls wieder der Hinweis, daß Frauen besonders schwer dran sind, vor allem dann, wenn sie daraufhin erzogen oder sozialisiert worden sind, sich auf die Familienrolle zu konzentrieren, die zweifelsohne an Bedeutung einbüßt, wenn die Kinder aus dem Hause gehen und die Frau dann ohne neue Sozialkontakte dasteht. Deshalb sollte man von vornherein gegen eine Familienzentrierung der Frauenrolle arbeiten. Darüber hinaus ist aber auch zu sehen: Bei der Vorbereitung auf das Alter, bei dem Versuch, den Kreis der Sozialkontakte auszudehnen, die Pflege sozialer Kontakte zu ermöglichen, müssen schichtspezifische Momente mitberücksichtigt werden.

Sechster Punkt: Vorbereitung auf das Alter durch ständige Kontrolle der Gesundheit. Da wir wissen, wie sehr der Gesundheitszustand das psychische Befinden im Alter mitbeeinflusst, ist hier eine ständige Kontrolle geboten.

Schließlich, siebtens, das Problem der Ernährung. Wir wissen, daß das Verhalten gegenüber dem Essen im Alter vielfach durch "child rearing practices" mitbestimmt ist. Ein Mensch, dem als Kind jahrelang eingetrichtert wurde: "Iß schön den Teller leer, dann bist du brav", wird sich im Alter nur schwer dazu bekehren, etwas stehen zu lassen, auf etwas zu verzichten.

Der zweite Problemkreis, der zweite Hauptgesichtspunkt, betrifft die aktuelle Vorbereitung auf das Alter im fünften, sechsten Lebensjahrzehnt. Hier wäre Vorbereitung auf das Alter erstens ein Aufruf an die Gesellschaft, für ein positives Altersbild zu sorgen. Der alte Mensch sollte wissen, daß man von ihm noch etwas erwartet, ob das nun Leistung im Sinne einer erbrachten Arbeitsleistung ist oder generelle Aktivität und Anteilnahme bedeutet, sei dahingestellt. Damit wird auch ein positives Selbstbild gefördert. Dem Älteren muß klargemacht werden, daß er noch zu etwas nütze ist.

In einem zweiten Punkt geht es um Fragen der Antizipation. Es liegen Untersuchungen darüber vor, daß eine neue Lebenssituation dann besser bewältigt wird, wenn man sie klar, nüchtern, aus der Distanz heraus antizipiert, und zwar in allen ihren Aspekten. Untersuchungen sind speziell gemacht worden zur Antizipation des Retirement-Status und der Wohnsituation.

Zum Retirement-Status gehört, daß jeder einzelne sich überlegt, was der Beruf für ihn persönlich bedeutet hat. Hinzu kommen müssen Überlegungen über die spätere finanzielle Lage und die voraussichtliche gesundheitliche Situation, sowie über juristische Fragen, die auf einen zukommen können. Es gehört weiter dazu - das kann man gerade in Vorbereitungskursen, wie sie in Deutschland jetzt angelaufen sind, nicht genügend betonen;- daß die Arbeit für jeden Menschen eine Rhythmisierung des Lebens mit sich bringt. Die Berufstätigkeit sagt uns, wann der Tag anfängt, wann Mittag, wann Feierabend ist. Die Berufstätigkeit gibt eine Mikro- und eine Makrorhythmisierung, indem sie bestimmt, wann im Jahr Ferien sind und dergleichen mehr. Daß diese Rhythmisierung durch das Berufs- und Arbeitsleben bei der Pensionierung plötzlich wegfällt, macht sich selten einer klar. Hier kann man nur mit Havighurst aufgrund seiner Forschungen sagen: Es gilt, im Alter eine neue Rhythmisierung zu schaffen, einen festen Rhythmus von Alltagsgewohnheiten, aber auch einen Rhythmus von etwas größeren Makrorhythmen, also von Dingen, die man wöchentlich vorhat, sei es der Stammtisch oder der Kegelklub, und von bestimmten Dingen, die man sich monatlich vornimmt, seien es Theaterbesuche und dergleichen mehr.

Ich wies schon darauf hin, daß bei uns die Volkshochschulen und bestimmte Betriebe die Antizipation des Retirement-Status fördern. In den Betrieben läuft meistens ein Zyklus von 8-10 Vortragsabenden ab. Dabei werden auch Ernährungsfragen, Freizeitprobleme, Bewegungstherapie, Gymnastik und ähnliche Dinge mitangeschnitten. Leider kommen zu solchen Veranstaltungen gerade diejenigen Personen am seltensten, die eine Vorbereitung auf das Alter am nötigsten hätten, also die Arbeiter. Es machen meist diejenigen von dem Angebot Gebrauch, die ohnehin über das Altern nachdenken.

Hier zeigt sich das gleiche Problem wie bei der viel diskutierten Vorschulerziehung. Jene, für die es gedacht war, machen davon keinen Gebrauch, während sich die anderen, die es eigentlich gar nicht nötig haben, sehr stark beteiligen. Es müßte diskutiert werden, wieweit man amerikanischen Vorbildern folgen sollte und bereits im Alter von 55 Jahren nicht nur durch Kurse, sondern auch durch andere Formen der Beeinflussung, zum Beispiel durch Betreuungsbriefe für die Älteren, durch Aufklärung, Information, Zeitschriften und so weiter eine gewisse Vorbereitung erreichen kann.

Im Zusammenhang mit der Antizipation weiterhin zu berücksichtigen ist die Wohnsituation. Forschungen haben gezeigt, daß jene Personen, die sich rechtzeitig Gedanken um die Wohnsituation im Alter machen, die Kontakte zu Altenheimen, Altenwohnungen aufnehmen, sich dann, wenn es soweit ist, sehr viel schneller an die neue Situation des Heimes anpassen, als jene Leute, die sich davon überraschen lassen.

Ein dritter Punkt: Zur Vorbereitung auf das Alter gehört schließlich die, allerdings nur individuell mögliche, kritische Erörterung des Zukunftsbezuges beziehungsweise des Ausrichtens auf die Zukunft. Wir wissen, daß ältere Leute vielfach vergangenheitsverhaftet sind, was zum Teil allerdings einem Vorurteil entspricht. Wichtig ist es, älteren Leuten bei der Verarbeitung der Gegenwartssituation zu helfen, so daß sie diese realistisch sehen und akzeptieren.

Rosenmayr

Gegenwart kann man nur verarbeiten, wenn man eine Zukunftsperspektive hat.

Lehr

Ebenso geht es um einen realistischen Zukunftsbezug, und zwar im Hinblick auf realistisch eingeschätzte Möglichkeiten und Grenzen. Es kommt oft darauf an, dem Betagten die Möglichkeiten wie auch die Begrenzungen seines Lebensraumes aufzuzeigen und ihn dazu zu bringen, diese in seine Zukunftsplanungen miteinzubeziehen, damit keine auf falschen Voraussetzungen und unrealen Einschätzungen aufgebauten Erwartungen dem Älteren die Realitätsanpassung erschweren oder gar unmöglich machen. Es gilt dabei, seine speziellen Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Bewältigung der Alltagssituation zu erfassen, diese durch Zuspruch, Aufmunterung und Stärkung des Selbstvertrauens zu aktivieren - oder falls notwendig und möglich - durch gezielte Rehabilitationsmaßnahmen zu kräftigen. In diesem Sinne forderte der kürzlich verstorbene Tübinger Psychiater Schulte: "Es kommt darauf an, ihn (den älteren Menschen) zu stützen und zu ermutigen, ohne die Situation zu verhüllen. Der Ältere kann durch nichts so gefördert werden, wie dadurch, daß man ihn fordert, ihm etwas zutraut und zumutet". Es gilt, den Älteren zu einer Akzeptierung sowohl seiner gegenwärtigen Situation als auch bestimmter gegebener Grundbedingungen des Lebens, zu denen auch der Abschied gehört, zu bringen.

Noch einmal abschließend: Psychologisch gesehen sollte Altern nicht bedeuten, einem Prozeß passiv ausgeliefert zu sein, sondern es müßte eine aktive Auseinandersetzung mit dieser Lebenssituation sein. Die Umwelt sollte den Menschen auch im höheren Alter zur eigenen Aktivität ermuntern, diese Eigenaktivität fördern und unterstützen und sie nicht etwa durch gutgemeinte Hilfsmaßnahmen abbremsen. In welcher Form Altershilfe auch geleistet wird, sie dürfte nie eine Passivität des Älteren begünstigen, sie müßte vielmehr stets Hilfe zur Eigenaktivität sein.

von Bismarck

Die Ausführungen von Frau Lehr haben klargemacht, daß man ältere Menschen davor bewahren muß, nur in der Vergangenheit zu leben. Die Einsicht, daß ein Leben in der Gegenwart nur möglich ist, wenn man sich auch auf die Zukunft ausrichtet, veranlassen mich, am Abschluß das Wort zu nehmen - und zwar ausnahmsweise nicht als Diskussionsleiter, sondern als engagierter Teilnehmer;- nämlich zum Menschen als geschichtliches Wesen in der Folge der Generationen.

Meine Überlegungen als Laienchrist haben wohl auch etwas zu tun mit dem von Pfarrer Becker eingebrachten Stichwort einer "Theologie des Alterns", an der es nach seiner Auffassung, jedenfalls im Bereich der evangelischen Theologie, mangelt.

Soviel ich weiß, gehört es in vielen Sippen- und Stammesreligionen zum Brauch, daß der verstorbene Stammvater nach dem Tode von den Sippengenossen göttlich verehrt wird; natürlich die Männer zunächst, was auf die Patriarchalität unserer bis in die Gegenwart hineinwirkenden Tradition hinweist.

Es gehörte also nicht nur in der Vergangenheit zu den Besonderheiten der archaischen Gesellschaften, sondern bis heute gibt es in allen überwiegend traditionalistischen Gesellschaften die Tendenz, daß die Generation der Väter alles gesellschaftlich relevante Handeln bestimmt. Diese von

der Tradition geprägten Handlungsmodelle der Vorväter haben oft mit der Zeit einen religiösen, zumindest aber einen moralischen Heiligenschein erlangt.

Eine zu stark traditionalisierte und patriarchalisch betonte Haltung der christlichen Kirchen in Vergangenheit und Gegenwart ist also mitschuldig daran, wenn es in unserer Zeit in einer Art Pendelreaktion zu einer besonders problematischen Apotheose der Jugend gekommen ist, die Jugend wie Alter gefährlich aus dem Zusammenhang der Generationen herausreißt und isoliert.

Eine älter werdende Generation muß, wenn sie getrost an Kraft und Einfluß abnehmen soll, von den Folgenden, von ihren Kindern, erwarten können, daß die neue Generation nicht nur bewahrt, sondern auf neuen Wegen weiterführt, was die Älteren begonnen haben. Diese Erwartung ist eine Voraussetzung gelassenen Alterns. Die Hoffnung auf die Zukunft ist unendlich wichtig, eben nicht zunächst als Hoffnung auf ein erträumtes Jenseits des seligen Friedens nach dem Tode, sondern auch als Hoffnung auf Erden, auf neue und wichtige Aufgaben für die, dies nach uns kommen.

Das bedeutet theologisch sicher nicht Glauben an ewigen Fortschritt - auch nicht durch eine ideale gesellschaftliche Struktur plus Technik;- , aber es bedeutet die Einsicht, daß Gott nach rechtem christlichem Verständnis nicht - wie bei den archaischen Religionen - zunächst der Gott der Toten ist, sondern der Lebendigen, derer, die sein werden.

Christliches Hoffen und Warten auf Vollendung darf eben nicht mißverstanden werden (wie das etwa in vielen alten Kirchenliedern, also in einem traditionellen Glaubensverständnis immer wieder deutlich wird) als ein individualistisches Warten auf die Vollendung nach dem Tode, sondern als Hoffen und Warten auf Vollendung des angefangenen Werkes durch folgende Generationen auf Erden. Solche Hoffnung auf Weiterführung hilft zur Freiheit gegenüber der eigenen partiellen Blindheit und Endlichkeit, baut eine Brücke zwischen den Generationen, die mit dem geschichtlichen Wandel nacheinander nicht nur das Überkommene bewahren, sondern auch neue Wege suchen und sich ganz neuen Aufgaben stellen müssen.

Es ist wohl geschichtlich nachweisbar, daß nicht nur die primitiven archaischen Religionen, sondern auch die christlichen Kirchen bis heute der Versuchung der traditionalistischen Erstarrung ausgesetzt und zeitweise weithin erlegen sind. Aber schon mit Abraham im Alten Testament wird deutlich, daß jüdischer und christlicher Glaube etwas völlig anderes sind als Variationen auf den Glauben und die Überlieferung der Väter, so gewiß Christi Aussagen bei den früheren Generationen der jüdischen Glaubensgeschichte anschließen. Die Christen unter uns haben in unseren Zeiten angesichts romantischer Fortschrittsgläubigkeit auf der einen und Weltuntergangsstimmung des bürgerlichen, sogenannten christlichen Abendlandes auf der anderen Seite, allen Anlaß, über den Gott der Geschichte und über die Hoffnung auf ein Morgen auf Erden neu nachzudenken. Solche Einsichten und Hoffnungen der Christen könnten helfen, Jugend und Alter vor Isolierung zu bewahren.

Körper

Wie schwierig es für den alten Menschen ist, aus seinem Alter "ein neues Geschäft zu machen", hat unser Gespräch gezeigt; denn in unserer Gesellschaft überwiegt das negative Bild, nach dem das Alter in den Augen der meisten Menschen ein belasteter Zustand ist, weit davon entfernt, die Erfüllung des Lebens zu bringen. Zudem gehört die Altersforschung in der Bundesrepublik zu den "unterentwickelten" Disziplinen. Das betrifft sowohl die interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen, an der Gerontologie beteiligten Fächer, als auch die Umsetzung der wissenschaftlichen Ergebnisse in die Praxis der Altershilfe, die Öffentlichkeitsarbeit und schließlich die Vorbereitung auf das Alter - es gibt mehr Probleme als konstruktive Lösungen.

Ich bin deshalb der Meinung, daß die Altersforschung einer sehr viel weitergehenden Unterstützung bedarf, als es bisher der Fall war. Dabei denke ich nicht nur an die Förderung seitens des Bundes und der Länder, sondern auch an die Mobilisierung der Initiative privater Stiftungen, um neue Wege in der Gerontologie gangbar zu machen. Hier sieht die Hauni Stiftung eine Aufgabe, die Altersforschung in der Bundesrepublik zu fördern; dafür hat unser heutiges Gespräch wichtige Hinweise gegeben.

Wenn wir die Qualität des Lebens in unserer Gesellschaft erhöhen wollen, dann geht es dabei nicht nur um Umweltfaktoren, sondern gerade auch um die Situation der alten Menschen. Hier zeigt sich nämlich am deutlichsten, daß die Qualität des Lebens nicht mit ökonomischer Effizienz gleichgesetzt werden kann.

Die Diskussion wurde abgeschlossen mit der Empfehlung, den 44. Bergedorfer Gesprächskreis zum Thema "Die,neue Mitte': Schlagwort oder Strukturwandel" nach Hamburg einzuladen.

(Referent: Dr. Richard Frhr. von Weizsäcker, Bonn; Diskussionsleiter: D. Klaus von Bismarck, Köln)

Michel

Die Probleme der klinischen Geriatrie sind vielschichtig und vielfältig. Ich greife deshalb lediglich drei Punkte heraus und von ihnen wiederum nur Teilaspekte.

Soziologische Probleme

In den nächsten 10-15 Jahren ist mit einem Bevölkerungszuwachs von 10-15 Prozent zu rechnen. Der Anteil der Bevölkerung jenseits des Erwerbsfähigkeitsalters, der derzeit bei rund 16 Prozent liegt, wird im Rahmen dieser Entwicklung, geht man von den Erfahrungen der letzten Jahrzehnte aus, nicht nur gleichbleiben, sondern noch zunehmen. Für den Soziologen und den Politiker ergibt sich daraus eine Fülle von Problemen, die in das umfassende Gebiet der Altersfürsorge und Altersversorgung im weitesten Sinne gehören.

Die Geriatrie als kleiner Teil dieses großen Gebietes, also die Behandlung und Pflege kranker alter Menschen, wird in diesem Gesamtkomplex um so mehr zu einem Schwerpunkt, als die Institution der Großfamilie besonders in den bevölkerungsdichten Ballungsgebieten der Städte und Großstädte mehr und mehr an Bedeutung verliert und die Verantwortung damit auf die Gemeinschaft beziehungsweise in die öffentliche Hand übergeht. Für sie heißt es aber, nicht nur Wohn- und Pflegemöglichkeiten, sondern vor allem auch Behandlungsmöglichkeiten für den Erkrankungsfall zu schaffen, für den Fall, daß die präklinische medizinische Betreuung weder für Diagnostik noch für Therapie mehr ausreicht und eine klinische Betreuung, also eine Krankenhausaufnahme und -behandlung erforderlich wird.

Ober die Zahl der derzeit vorhandenen geriatrischen Krankenbetten in Deutschland konnte ich keine verbindlichen Angaben erhalten. Vor einigen Jahren waren es noch rund 7000. Sie sind inzwischen sicher gestiegen, belaufen sich aber genauso sicher nur auf einen Bruchteil des tatsächlichen Bedarfs, der mit 45 000 - 70 000 Betten beziffert wird. Diese Zahl entspricht einem Schlüssel von rund 0,7 -1,3 Krankenhausbetten pro 1 000 Personen Bevölkerung. Im allgemeinen ist ein normaler Schlüssel von 2:1000, für die USA als optimal ein solcher von 1,6:1000, für Großstädte dagegen sogar von 3,0-3,3:1000 (Schweiz) errechnet worden.

Die derzeitigen Verhältnisse in Deutschland müssen demzufolge als indiskutabel unzureichend bezeichnet werden. Sie bleiben auch indiskutabel, wenn man berücksichtigt, daß in die Schlüsselzahlen im allgemeinen nicht nur geriatrische Patienten eingehen, sondern sämtliche chronisch Kranken einbezogen werden. Da aber nach allen Erfahrungen rund 80 Prozent der chronisch Kranken geriatrische Patienten sind, erfährt der Bedarf an geriatrischen Krankenhausbetten auf diese Weise keine wesentliche Korrektur.

Aufgaben und Belastungen des Staates, der Länder, der Kreise und Städte liegen angesichts dieser Zahlen auf der Hand. Die Dringlichkeit einer Lösung bedarf keiner zusätzlichen Erwähnung.

Praktisch - medizinische und wirtschaftliche Probleme

Wirft man die Frage auf, wie bei einer derartigen Bettensituation geriatrische Patienten bisher überhaupt stationär behandelt werden, so ergibt sich folgendes Bild:

In den Akut-, Schwerpunkt- und Allgemeinkrankenhäusern werden nach vorsichtiger Schätzung 50-60 Prozent der Betten von Patienten jenseits des 60. Lebensjahres belegt. Manche Krankenhäuser geben noch ungünstigere Zahlen an.

Da geriatrische beziehungsweise chronisch Kranke eine wesentlich längere Liegezeit haben als Akutkranke - nach amerikanischer Statistik beträgt die Liegedauer beim Kind im Durchschnitt 13 Tage, im hohen Alter dagegen 136 Tage;- , werden die allgemeinen und Akut-Krankenhäuser durch geriatrische Patienten nicht allein erheblich belastet, sondern ihre eigentliche Aufgabe wird in unzumutbarer Weise in Frage gestellt. Man hat berechnet, daß in der gleichen Behandlungszeit anstelle eines geriatrischen Patienten im Durchschnitt zwei Akutkranke stationär behandelt werden könnten, wobei auf das in der Regel günstigere Behandlungsergebnis bei Akutkranken nur am Rande hingewiesen sei.

Die aufwendigen diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen der Akutkrankenhäuser werden von geriatrischen Patienten nicht oder nur teilweise benötigt und genutzt. Teuere Investitionen der Krankenhäuser amortisieren sich auf diese Weise nur noch nach zeitlich-steuerrechtlichen Gesichtspunkten, nicht dagegen von der Sache her. Aus diesen und aus anderen Gründen müssen geriatrische Patienten zwangsläufig die wirtschaftliche Situation eines allgemeinen Krankenhauses verschlechtern.

Die Dunkelziffer der geriatrischen Patienten, deren stationäre Aufnahme bei oder trotz kurabler Erkrankung nur deshalb nicht erfolgt oder abgelehnt wird, weil ein höheres Alter besteht und die

aufnehmenden Ärzte beziehungsweise Krankenhäuser bei der bekannten Bettennot automatisch auf jüngere Patienten zurückgreifen, würde, wäre sie bekannt, sicher eine sehr bittere Dokumentation klinischer Geriatrie darstellen.

Krankenhäuser mit "humanerer" Aufnahmepraktik, die Patienten unabhängig von ihrem Alter und damit geriatrische Patienten in größerer Zahl aufnehmen, werden nach der geltenden Pflegesatzordnung für diese Haltung mit niedrigeren Pflegesätzen bestraft. In die Höhe der jeweils von einem Krankenhausträger mit den RVO- und den Ersatzkassen in Form eines Privatvertrages auszuhandelnden Pflegekosten geht die durchschnittliche Verweildauer als nicht unwesentlicher Posten ein. Lange Verweildauer (= große Zahl geriatrisch Kranker) bedingt eine Senkung des Pflegesatzes. Für kommunale Häuser mag diese Frage von untergeordnetem Wert sein. Für private oder nicht subventionierte Krankenhäuser kann sie dagegen lebenswichtige Bedeutung haben.

Notwendiger Strukturwandel der klinischen Geriatrie und personelle Probleme

Diese wenigen Punkte mögen genügen, um die Notwendigkeit und Dringlichkeit eines Strukturwandels in dem, was sich heute klinische Geriatrie nennt, zu begründen. Die erfolgversprechendsten Wege wurden bereits 1964 in einem Gutachten zur Frage der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Errichtung geriatrischer Kliniken, unter dem Vorsitz von Herrn Störmer für das Kuratorium der Deutschen Altershilfe erstellt, zusammengefaßt. Nachdem sich seit dieser Zeit weder bezüglich der theoretischen Vorstellungen noch der praktischen Auswirkungen Wesentliches geändert hat, mag es gestattet sein, einige mir bedeutsam erscheinende Punkte zu zitieren.

Weder die Errichtung selbständiger geriatrischer Krankenhäuser (Mitscherlich: "Präkrematorium") noch die Umwandlung von Altersheimen in Alterskrankenhäuser erscheint zweckmäßig und geeignet, um der Not an geriatrisch-klinischen Betten abzuhelpen. Eine solche Abhilfe kann jedoch von eigenständigen Abteilungen im Verband allgemeiner Krankenhäuser, die über eine größere Bettenzahl und über die für ein modernes allgemeines Krankenhaus erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen verfügen, erwartet werden. Für ein allgemeines Krankenhaus von 1000-1200 Betten wäre dabei eine geriatrisch-medizinische Klinik von 200-300 Betten vorzusehen.

Ein derartiger "Zusammenschluß" von allgemeinem Krankenhaus und geriatrisch-medizinischer Klinik bietet den Akutkliniken den Vorteil, ihre Patienten nach Überwindung der akuten Krankheitsphase in die Spezialabteilung für geriatrische oder chronische Kranke mit ihren Sondereinrichtungen für Rehabilitation und Readaptation zu verlegen, wenn eine längere Rekonvaleszenz oder Rehabilitation zu erwarten ist. Er bietet andererseits der geriatrischen Spezialklinik den Vorteil, die aufwendigen diagnostischen Einrichtungen, Labors und therapeutischen Möglichkeiten aller übrigen Kliniken in gezielter Weise zu beanspruchen und mitzubenutzen.

Bessere therapeutische Ergebnisse und damit eine Aufwertung der geriatrischen Klinik insgesamt müssen nach den bisherigen Erfahrungen die Folge einer solchen Praktik sein. Es darf erwartet werden, daß etwa 40-50 Prozent der Patienten einer derartigen geriatrischen Klinik mit den aufgezeigten speziellen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten das Krankenhaus wieder verlassen können, um in die eigene Häuslichkeit zurückzukehren. Daß hierbei, wie schon angedeutet, die geriatrisch-medizinische Klinik rehabilitative Aufgaben im engeren und im weitesten Sinne vordringlich zu erfüllen hat, versteht sich von selbst.

Die bei einer isolierten geriatrischen Klinik sicher fast unüberwindlichen personellen Schwierigkeiten dürften in einer geriatrisch-medizinischen Klinik innerhalb eines allgemeinen Krankenhauses wieder überwindlich werden, indem die Möglichkeit besteht, daß sowohl Ärzte als auch Schwestern und Pflegepersonal sowohl im Rahmen ihrer Ausbildung als auch ihrer gesamten beruflichen Tätigkeit turnusmäßig für eine begrenzte Zeit, soweit nicht eine Dauerbeschäftigung erwünscht ist, in der geriatrischmedizinischen Klinik eingesetzt werden. Zudem stehen sämtliche medizinischen Fachrichtungen konsiliarisch zur Verfügung, da zu einem allgemeinen größeren Krankenhaus entsprechende Spezialabteilungen zu gehören pflegen. Qualifiziertere Diagnostik, Beratung und Behandlung ist die logische Konsequenz, was um so bedeutsamer ist, als bei geriatrischen Fällen fast stets eine Multimorbidität vorliegt.

Trotzdem sollte man die personellen Schwierigkeiten, die mit der pflegerischen Betreuung einer Abteilung für geriatrische oder chronische Kranke verbunden sind, nicht unterschätzen. Als Schlüssel wird ein Verhältnis von einer Pflegekraft (im Idealfall eine Schwester) pro zwei Patienten verlangt. Nachdem aber derzeit selbst in Großstädten kaum an einem Krankenhaus die für Akutabteilungen wesentlich personalgünstigeren Schlüssel von 1:3 bis 1:6 erfüllt werden können, ist es mehr als unwahrscheinlich, daß auf dem bisherigen Wege und unter den gegebenen wirtschaftlichen und

gesetzlichen Möglichkeiten, also auch ohne Sondertarife, ein Schlüssel von 1 :2 bewältigt werden kann.

Wissenschaftliche und ärztliche Probleme

Für Geriatrie existiert in Deutschland bisher kein Lehrstuhl. Sie ist auch kein obligates Lehrfach oder Lehrteilgebiet. Je nach Einstellung und Gutdünken bleibt es den Vertretern der einzelnen medizinischen Disziplinen damit überlassen, geriatrische Fragen und Probleme in ihren Vorlesungen anzuschneiden, zu vernachlässigen oder völlig zu ignorieren. Da erfahrungsgemäß das Interesse der Dozenten, soweit sie überhaupt an diesbezüglichen Fragen interessiert sind, altersphysiologischen und biochemischen, also gerontologischen Problemen gilt, ist die klinische Geriatrie an unseren Hochschulen, betrachtet man sie unter dem Etikett "Geriatrie", schlecht vertreten.

Die tatsächlichen Gegebenheiten sind aber insofern günstiger, als keine kleine Zahl der großen ungelösten oder nur zum Teil gelösten medizinischen Probleme eine ausgeprägt geriatrische Färbung aufweist, zum Beispiel Arteriosklerose und Krebs. Unter anderem Etikett wird mithin an den Instituten und Kliniken nicht nur in Deutschland intensive geriatrische Forschung betrieben, deren Ergebnisse und Erfolge gelehrt und damit zwangsläufig der praktischen klinischen Geriatrie ein guter und zum Teil großer Dienst erwiesen.

Eine weitere Frage ist, ob sich genügend Ärzte für die klinische Geriatrie als Lebensaufgabe werden begeistern können. Soweit die Verhältnisse übersehbar sind, gibt es nicht nur gegenwärtig, sondern auch in absehbarer Zeit nur wenige Aufstiegsmöglichkeiten. Attraktive Positionen müßten also geschaffen werden.

Hinzu kommt, daß es keinen Facharzt für Geriatrie gibt. Ob er wünschenswert ist oder nicht, vermag ich nicht mehr so eindeutig zu verneinen wie in dem zitierten Gutachten vor 8 Jahren. Zumindest sollte meines Erachtens die Einführung der Teilbezeichnung "Geriatrie" zum Facharzt für innere Medizin erwogen werden - derartige Zusätze gibt es für andere Teilgebiete, zum Beispiel Kardiologie, schon seit längerer Zeit.

Zusammenfassend läßt sich die gegenwärtige Situation der klinischen Geriatrie mithin selbst bei euphemistischer Einstellung nur zwiespältig beurteilen. Bei kritischer Abwägung kann man sie weder als befriedigend, noch in erkennbarer Weise als zukunftsfruchtig bezeichnen. Außer wenigen geriatrischen Spezialkliniken, zum Beispiel in Stuttgart, Berlin, Hofgeismar, Leverkusen, Hannover, München, ist es im wesentlichen der persönlichen Passion und Initiative der einzelnen Krankenhausärzte überlassen, welchen Raum und welche Qualität die klinische Geriatrie in ihrer Tätigkeit und damit auch in ihrem Krankenhause einnimmt. Bei dieser Sachlage kann es nicht verwundern, wenn pseudomedizinische Methoden und Wunderkuren in den Nöten, Gebrechen und Krankheiten der alten Menschen einen günstigen Nährboden gefunden haben und in den Ansichten der Laien - und leider nicht nur dieser - die Geriatrie und geriatrische Therapie mehr zu repräsentieren scheinen als die wissenschaftliche Medizin.

Platt

Aufgabe der "Experimentellen Gerontologie" ist es, Gründe oder Ursachen des Alterns zu finden und diejenigen Prozesse aufzudecken, die den normalen Alterungsvorgang beschleunigen oder verlangsamen (Vérzár, 1965).

Historische Entwicklung der experimentellen Gerontologie

1889 wurde von Brown-Séquard die verjüngende Wirkung von Testesextrakt beschrieben. Metchnikoff sah die Ursache des Alterns in einer enteralen Intoxikation. Bogomoletz versuchte durch ein Serum die Lebensspanne zu verlängern. Da alle diese Experimente, nach erheblichen Diskussionen, zu keinen reproduzierbaren Ergebnissen führten, ist es verständlich, daß das Interesse an diesem neuen wissenschaftlichen Gebiet erlahmte. Ein erneuter Anstoß für die experimentelle Gerontologie wurde durch die sozialen Verhältnisse, sowie durch die steigende Zahl alter Menschen in den 20er und 30er Jahren dieses Jahrhunderts gegeben. So entwickelten sich an verschiedenen Stellen gleichzeitig Schwerpunkte gerontologischer Forschung.

1938 wurde von Abderhalden und Bürger die erste "Zeitschrift für Altersforschung" herausgegeben. Max Bürger (1885-1966) erkannte die große Bedeutung der theoretischen Grundlagenforschung, um klinische Veränderungen beim Altern zu verstehen. Die Ergebnisse seiner biochemischen und biophysikalischen gerontologischen Forschungen schlugen sich in seinem weltbekannten Werk über "Altern und Krankheit" nieder.

Von großer Bedeutung für die Entwicklung der Gerontologie war eine 1951 publizierte Bibliographie der bis damals existierenden gerontologischen Literatur - insgesamt etwa 18 000 Titel. Zahlreiche nationale Kongresse über Gerontologie zeigten, daß das Interesse an diesem Fach wuchs. So fand im Jahre 1950 in Lüttich der 1. "Internationale Gerontologenkongreß" statt. Im August 1972 wurde in Kiew der 9. "Internationale Gerontologenkongreß" veranstaltet.

Stand der Gerontologie in der Bundesrepublik

Wie ist nun der Stand der Gerontologie in der Bundesrepublik im Vergleich zum Ausland, und welche speziellen Probleme der experimentellen Gerontologie stellen sich zur Zeit?

1967 wurde in Nürnberg die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie gegründet, der Prof. Schubert als Präsident bis zum heutigen Tage vorsteht. Jährlich wird in Nürnberg der "Deutsche Kongreß für Gerontologie" abgehalten. Seit 3 Jahren ist unter dem Vorsitz von Prof. Heim die Sektion "Experimentelle Gerontologie" aufgenommen. Besondere Förderungen erfährt diese, in der Bundesrepublik junge Wissenschaft, durch regelmäßige "Tagungen der Akademie der Wissenschaften und der Literatur zu Mainz" und durch die "Gießener Internationalen Symposien über experimentelle Gerontologie".

Aus den Ergebnissen dieser Tagungen und Symposien haben sich bestimmte Schwerpunkte der gerontologischen Grundlagenforschung herauskristallisiert. So beschäftigt sich eine Arbeitsgruppe in Ulm mit der Proliferationskinetik von Bindegewebszellen in Beziehung zum Lebensalter, sowie mit altersabhängigen Veränderungen des Zellkerns und die Beziehung des Zellkerns zur Zelleistung.

Im Mittelpunkt der experimentell gerontologischen Forschung zweier Gruppen in Münster steht der Stoffwechsel der Interzellulärsubstanz. Die Interzellulärsubstanz, der in der Pathogenese der Arthrose und Arteriosklerose - zwei Erkrankungen, die im höheren Alter vermehrt auftreten - eine bedeutende Rolle zukommt, wird sowohl in ihren Syntheseschritten, als auch in ihren Abbauwegen eingehend untersucht. Mit dem Einfluß von Hormonen auf die DNS-, RNS-Protein- und Zellneubildung, sowie auf den Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsel der Leber von Laboratoriumstieren befaßt sich eine Arbeitsgruppe in Erlangen.

In unserer Arbeitsgruppe in Gießen beschäftigen wir uns mit der Beeinflussbarkeit subzellulärer Strukturen und ihres Stoffwechsels durch Alterungsvorgänge, Pharmaca und Hormone. Altersabhängige, experimentelle Untersuchungen am Menschen werden von einer Arbeitsgruppe in Heidelberg durchgeführt, die sich vor allem mit Ernährungsstörungen des menschlichen Gehirns im Alter befaßt.

Notwendige Förderungsmaßnahme in der Bundesrepublik

Max Bürger hat besonderen Wert darauf gelegt, geriatrische Probleme experimentell gerontologisch bearbeiten zu lassen. Er stellte klar heraus, daß für die klinische Diagnostik der Veränderungen beim Alter eine theoretische Grundlagenforschung unbedingt erforderlich sei. Während in der Schweiz, in den USA, der UdSSR, in Schweden, England, Italien und zahlreichen anderen Ländern, die Gerontologie eine anerkannte und geförderte Fachrichtung mit eigenst dafür errichteten Instituten darstellt, sind wir in der Bundesrepublik mehr als rückständig.

Was ist nun zur Förderung der experimentellen Gerontologie in der Bundesrepublik zu tun? Die in der Bundesrepublik experimentell gerontologisch arbeitenden Arbeitsgruppen stehen mit den Ergebnissen qualitativ keinesfalls hinter den genannten Ländern zurück. Eine optimale wissenschaftliche gerontologische Arbeit ist jedoch nur dann gewährleistet, wenn eine übergeordnete Institution die Programme der einzelnen Arbeitsgruppen koordiniert und aufeinander abstimmt.

Eine Möglichkeit, dieses Problem zu lösen, wäre die Errichtung eines oder besser mehrerer Zentralinstitute, in denen verschiedene Vertreter der experimentellen Gerontologie - Biochemiker, Pharmakologen, Pathologen, experimentell arbeitende Kliniker - zusammenarbeiten können. Da, wenn auch auf weite Sicht, die Grundlagenforschung unter anderem Ergebnisse liefern soll, die einmal für den alten gesunden und kranken Menschen von Nutzen sind, erscheint es mir erforderlich, in solchen Zentralinstituten Stationen mit Patienten einzurichten. Durch eine solche Einrichtung wäre der innige Kontakt zwischen Theoretikern und Praktikern gewährleistet. Fragestellungen, die am Krankenbett auftreten, könnten direkt mit dem Theoretiker besprochen und in Experimenten angegangen werden. Bis zur Errichtung solcher Institute sollte aber unbedingt ein Verbundprogramm der einzelnen Forschungsgruppen aufgebaut werden, das von zentraler Stelle gesteuert wird.

Sowohl die Errichtung von Instituten, als auch die Einrichtung eines Verbundprogramms setzt eine großzügige finanzielle Unterstützung dieses in der Bundesrepublik Deutschland unterentwickelten, aber sehr wichtigen Forschungszweiges voraus. Leider gibt es bei uns offiziell keine Institution, die die

Grundlagenforschung des Alterns finanziell als ein Schwerpunktprogramm unterstützt. Forschungsarbeiten auf dieser Basis sind bisher nur durch eigene Initiative der einzelnen Gruppen über die Deutsche Forschungsgemeinschaft oder die Industrie möglich. Erfreulicherweise beabsichtigt die Volkswagenstiftung, in Kürze die experimentelle Gerontologie zu unterstützen. Feste Zusagen für die einzelnen Projekte liegen jedoch bisher meines Wissens nicht vor.

Die experimentelle Gerontologie, die in den letzten beiden Jahren in der Bundesrepublik eine starke Aufwärtsentwicklung durchgemacht hat, sollte daher umgehend durch Institutionen finanziell gefördert werden, damit der Anschluß an die in der Gerontologie weiter entwickelten Länder gewährleistet wird.

Cremer

Wohl niemand kann daran zweifeln, daß "richtige" Ernährung Voraussetzung für eine normale körperliche und geistige Entwicklung, für die Erhaltung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit ist. Richtig aber ist eine Ernährung nur dann, wenn Zufuhr und Verwertung der Kost den jeweiligen Ansprüchen des Organismus am besten genügen. Diese Ansprüche hängen weitgehend von äußeren Umständen ab, die wiederum durch die körperliche Beanspruchung und durch das Lebensalter bedingt sind.

Kurzfristige Ernährungsfehler kann der Organismus im allgemeinen leicht ausgleichen. Entspricht die Ernährung aber längere Zeit quantitativ und qualitativ nicht den Erfordernissen, so ist mit Stoffwechselstörungen und auch mit Erkrankungen zu rechnen. Eine solche quantitativ oder qualitativ unrichtige Ernährung - wir wollen dies alles als Fehlernährung zusammenfassen - kann entweder die Gesundheit unmittelbar gefährden oder mittelbar dadurch, daß sie die Anpassungsfähigkeit des Organismus an die Umwelt und seine Widerstandsfähigkeit gegen die verschiedensten Krankheitsursachen vermindert. Daß der Mensch in bestimmten Lebensabschnitten hier besonders gefährdet ist, einerseits in früher Kindheit, andererseits in höherem Alter, liegt auf der Hand. Doch kann auch bei jugendlichen Erwachsenen eine Fehlernährung insofern Spätfolgen zeitigen, als sie unter Umständen zu Störungen führt, die sich erst im höheren Alter auswirken.

Einfluß der Ernährung auf die Lebensdauer

Die Ernährungsproblematik ist ein Phänomen von allgemein biologischer Bedeutung. Eine Lösung kann also keineswegs nur durch Studien am Menschen erwartet werden, eine Vorklärung vieler Fragen läßt sich in vieler Hinsicht auch aus Tierexperimenten erhalten.

Schon vor fast 40 Jahren berichteten amerikanische Ernährungswissenschaftler über Versuche an verschiedenen Tierarten, zum Beispiel an Ratten und Mäusen, aus denen deutlich wird, daß die sogenannte "ad libitum Fütterung", das heißt unbeschränktes Futterangebot, nicht mit maximaler Lebenserwartung verbunden ist. Man konnte vielmehr durch verschiedene Ernährungsmaßnahmen eine bis zu 50 Prozent gesteigerte Erhöhung der Lebenszeit erreichen, so zum Beispiel durch

- quantitative und qualitative Variationen der Eiweißzufuhr,
- Herabsetzung der Kalorienaufnahme,
- abwechselndes Hungern und Wiederauffüttern,
- Erhöhung der Zahl der Mahlzeiten bei gleichbleibender Kalorienzufuhr.

Der neueste Stand der Forschung wurde auf dem Internationalen Ernährungskongreß im September 1972 in Mexico vorgetragen. Englische Ernährungswissenschaftler berichteten über Zusammenhänge zwischen Ernährung und Lebensdauer und erörterten unter anderem folgende Fragen:

1. Ergibt sich eine unterschiedliche Lebensverlängerung, wenn man entweder die Kalorienzufuhr oder aber die Eiweißzufuhr beschränkt?
2. Wie relevant sind Versuchsergebnisse an Laboratoriumstieren für die Problematik des Alterns beziehungsweise das Studium der Zusammenhänge zwischen Ernährung und Lebensdauer beim Menschen?

Eine Antwort auf die erste Frage geben die Ergebnisse von Versuchen an Ratten, die in der folgenden Tabelle wiedergegeben sind:

Die Zahlen der Tabelle zeigen deutlich, daß durch Futterbeschränkung eine erhebliche Verlängerung der Lebenszeit zu erzielen ist, wobei es offensichtlich keine Rolle spielt, ob man den Kalorien- oder den Eiweißgehalt senkt. Besonders interessant sind die Ergebnisse der Versuche, bei denen man die Tiere zunächst reichlich fütterte, dann aber, wenn die Tiere erwachsen waren (die Knochenlänge nahm auch bei weiterer Gewichtszunahme nicht mehr zu), das Futter beschränkte. Diese Tiere

blieben im Gewicht stehen, während die Tiere, denen das Futter weiter nach Belieben zur Verfügung stand, erheblich an Gewicht zunahmen. Diese Gewichtszunahme bezog sich vor allem auf das Körperfett. Die Tiere, die "schlank" blieben, hatten eine um fast Vs höhere Lebensdauer.

Wieweit lassen sich nun aus diesen Tierversuchen Schlüsse auf menschliche Verhältnisse ziehen? Ein ernster Einwand ist, die Entwicklung beim Menschen erfolge an sich schon so langsam, daß - im Gegensatz zu der schnell wachsenden Ratte - eine Nahrungsbeschränkung nicht zur Lebensverlängerung führen könne. Dieser Einwand wäre dann relevant, wenn die Nahrungsbeschränkung nur in der Reifungsperiode bei der Ratte eine Rolle spielte. Dies aber ist offensichtlich nicht der Fall. Nimmt man nämlich - wie aus Tabelle 1 ersichtlich - die Futterbeschränkung erst dann vor, wenn die Tiere erwachsen sind, kommt es trotzdem noch zu einer Erhöhung der Lebensdauer.

Daß auch beim Menschen Beziehungen zwischen Körpergewicht und Lebensdauer bestehen, zeigen zahlreiche Statistiken von Lebensversicherungsgesellschaften, für die Tabelle 2 ein Beispiel darstellt:

Der Wirkungsmechanismus der Beschränkung von Art und Menge der Nahrungszufuhr liegt vermutlich in einer Senkung des Stoffwechsels und damit in einer Verminderung der bei erhöhtem Stoffwechsel schneller eintretenden degenerativen Veränderungen der verschiedenen Organe und Gewebe. Die "biologische Uhr" läuft langsamer, was sich dann in einer Verlängerung der Lebenszeit äußert.

Ein weiterer Einwand gegen die Lebensdauer als Test darf allerdings nicht verschwiegen werden. "Langes Leben" ist ja keineswegs immer gleichzusetzen mit "lebenswert Altern". Insofern sind die - ebenfalls auf dem Ernährungskongreß - vorgetragene Ergebnisse tschechischer Ernährungsforscher von besonderem Interesse. Sie betrachteten die Zusammenhänge zwischen Ernährung und Langlebigkeit aus einer anderen Sicht: Man hatte verschiedene, mehrere 100 Personen umfassende Bevölkerungsgruppen zwischen 80 und 90 und zwischen 90 und 104 Jahren untersucht. Die Mehrzahl der Personen der erstgenannten, der jüngeren Gruppe, sowohl Männer wie Frauen, waren fast alle recht mobil, viele von ihnen übten eine Tätigkeit innerhalb oder außerhalb des Hauses aus. Selbst von der zweiten, der älteren Gruppe, fühlten sich 70 Prozent im ganzen gesund und gingen noch der einen oder anderen Alltagsbeschäftigung nach. Etwa 2/3 der Männer dieser Gruppe waren Raucher.

Als besondere Charakteristika der Angehörigen beider Gruppen wurden herausgestellt: Viele stammten aus kinderreichen Familien, die meisten hatten, zumindest in jüngerem Lebensalter, handwerklich gearbeitet, etwa 1/3 waren Bauern und Landarbeiter, und auch von den übrigen hatten viele eine Tätigkeit oder ein Hobby im Freien ausgeübt. Die meisten - sowohl Männer wie Frauen - waren nicht übergewichtig und erklärten bei Befragen, daß sie zeitlebens im Essen mäßig waren, zeitweise sogar gezwungen waren, sich nur knapp zu ernähren oder gar hungrig zu Bett zu gehen.

Wenn man die alten Leute nach der Art ihrer Ernährung fragte, wurde meist betont, daß sie reichlich Obst und Gemüse, aber auch Milch und Milchprodukte zu sich nahmen, während die Aufnahme von Fleisch und Fett verhältnismäßig niedrig lag.

Interessante Unterschiede fanden sich zwischen Menschen in Altenheimen und solchen, die noch eine eigene Wohnung hatten oder in der Familie ihrer Kinder lebten. Bei in der Familie lebenden 65 bis 80 Jahre alten Leuten lag die tägliche Kalorienaufnahme bei 2100, bei 80jährigen und darüber im Durchschnitt bei 1800 Kalorien. In Altenheimen dagegen wurden im Durchschnitt 2800 Kalorien pro Tag aufgenommen mit einer Kost, die bezüglich des Gehalts an wichtigen Nährstoffen keineswegs optimal war. Ihr Gehalt an einigen Vitaminen und zum Beispiel an Eisen deckte kaum den Minimalbedarf.

Ein weiterer Unterschied zwischen den genannten beiden Gruppen von alten Menschen lag in ihrer Betätigung: Die in der Familie Lebenden machten sich meist im Haushalt und im Garten etwas zu tun. Die Menschen in den Altersheimen dagegen empfanden es als ihr Privileg, versorgt zu sein und nicht arbeiten zu müssen. Der Lebensinhalt vieler war hier nicht viel mehr, als daß sie von einer Mahlzeit auf die andere warteten. Sie aßen so viel einfach deshalb, weil diese Menge ihnen "zustand".

Wie soll die Ernährung des alten Menschen aussehen?

Das Verständnis für eine richtige Ernährung des alternden Menschen kann nur der haben, der neben der Kenntnis ernährungsphysiologischer Grundtatsachen die gesetzmäßigen Alternsvorgänge des Organismus berücksichtigt. Untersuchungen weisen darauf hin, daß die Produktion verschiedener Verdauungsenzyme im Alter abnimmt. Man könnte daraus schließen, daß es dann infolge gestörter Resorption zu einer Verminderung der Nahrungsausnutzung kommt. Zahlreiche Untersuchungen zeigen aber, daß auch bei alten Menschen keine Störung, weder in der kalorischen

Nahrungsausnutzung noch in der Resorption von Eiweiß und Fetten, besteht. Man kann also annehmen, daß die verminderte sekretorische und fermentative Tätigkeit im Verdauungssystem alter Menschen soweit kompensiert wird, daß insgesamt die Resorption nicht vermindert ist. Infolgedessen besteht auch keine Veranlassung, nur wegen des höheren Lebensalters eine bestimmte Schonkost zu empfehlen. Diese mag im Einzelfall einmal nützlich sein, zweifellos ist sie aber nicht generell erforderlich.

Für den Kalorienbedarf besteht die folgende Altersabhängigkeit:

Alter 20-30 31-40 41-50 51-60 61-70 über 70 Jahre

Kalorienbedarf in Prozent 100 97 94 86,5 79,69

Schon im Grundumsatz (Wärmebildung pro qm Körperoberfläche und Stunde) zeigt sich mit zunehmendem Alter ein kontinuierlicher Abfall. In der Kindheit liegt der Wert bei 50 Kalorien, im Greisenalter sinkt er auf unter 35 Kalorien ab. Diese Änderung im Grundumsatz hat zwei Ursachen:

1. Abnahme der Gesamtmuskelmasse, also der Organe, die wesentlich am Energiestoffwechsel beteiligt sind
2. generelle Abnahme der Fermentaktivitäten in Organen und Geweben, nicht nur im Verdauungssystem.

Lehr

Interdisziplinäre Forschung in der Gerontologie Zunächst kann man feststellen, daß im Hinblick auf interdisziplinäre Diskussionen die Situation in der Gerontologie - verglichen mit anderen Lebensabschnitten, wie Kindheit, Jugend und mittleres Erwachsenenalter - ausgesprochen günstig ist. Geht es zum Beispiel um Fragen des Kindes- und Jugendalters, so ist es üblich, daß Psychiater unter sich tagen und daß Pädagogen, Psychologen und Soziologen wie auch Juristen ihre Tagungen mit gleicher Thematik jeweils an einem anderen Ort zu einer anderen Zeit abhalten. Für die Gerontologie hingegen gehört es seit Ende der 30er Jahre zumindest in einigen Ländern zur Selbstverständlichkeit, daß Wissenschaftler verschiedener Richtungen und Fachgebiete sich zusammenfinden, um Probleme des Alterns zu erörtern. Die diesbezügliche Entwicklung in Deutschland hing allerdings diesem internationalen Trend etwas nach. Eine erste offizielle Zusammenarbeit zwischen den einzelnen wissenschaftlichen Disziplinen ergab sich erst seit 1967, als sich die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie neu konstituierte. Freilich waren schon vor diesem Zeitpunkt - seit Beginn der 60er Jahre etwa - vereinzelt Bemühungen interdisziplinärer Zusammenarbeit zu beobachten. Im Vergleich zu den Studien anderer Lebensalter müßte man demnach einen recht fortgeschrittenen Stand der interdisziplinären Diskussion in der Gerontologie erwarten. Wir haben interdisziplinäre Zeitschriften, beginnen mit interdisziplinär angelegten Forschungen und veranstalten interdisziplinäre Kongresse. Aber die Veranstaltungen laufen dort im wesentlichen nach Einzeldisziplinen getrennt ab. Bestenfalls reihen sich die Beiträge der verschiedensten Wissenschaftler summativ aneinander, ohne aufeinander Bezug zu nehmen, ohne eine Integration erkennen zu lassen. Häufig genug - und diese Erfahrung bezieht sich sowohl auf die deutschen wie auch zum Teil auf die internationalen Kongresse - sind Partner aus Nachbarwissenschaften, die formell sogar bei diesem oder jenem Objekt zusammenarbeiten, über die Publikationen des anderen Faches gar nicht orientiert. Wir stehen also im Hinblick auf interdisziplinäre Diskussionen nach am Anfang. Bezieht man darüber hinaus die Frage nach dem Stand der interdisziplinären Diskussion auf das Thema Altern und Leistungsgesellschaft, so wird die Situation noch weit ungünstiger. Gerade zu diesem Thema kommt es vor, daß auf der gleichen Tagung im Raum A ein Bild des älteren Menschen gezeichnet wird, das diesen im wesentlichen als hilflos, mitleidsbedürftig und als "anormales Wesen" charakterisiert. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn man von einer psychiatrischen Stichprobe ausgeht oder von den Erfahrungen eines Landeskrankenhauses. In Saal B dagegen werden bei der gleichen Tagung zu der gleichen Zeit aufgrund von Untersuchungsergebnissen bei einer Durchschnittspopulation entscheidende Argumente gegen das weit verbreitete Defizit-Modell vorgebracht. In einem weiteren Raum beklagt man vielleicht die gesellschaftliche Vernachlässigung und zeichnet ein generelles Bild vom "Elend der alten Leute". Natürlich wird man hier und da die Unterschiede zwischen diesen Bildern konstatieren, selten aber nach den möglichen Ursachen forschen. Meistens hilft man sich in solchen Fällen mit der Erklärung, daß am Untersuchungsort X etwa mit einer rosa Brille und am Untersuchungsort Y eher durch eine schwarze Brille auf das Alter gesehen wird. Insofern muß man trotz der eingangs erwähnten relativ günstigen Voraussetzungen für interdisziplinäre Altersforschung und für interdisziplinäre Diskussionen in der Gerontologie feststellen, daß speziell das Thema "Alter und Leistungsgesellschaft" interdisziplinär noch nicht ernsthaft diskutiert wurde. Von hier aus gesehen muß sich der folgende Beitrag im wesentlichen darauf beschränken, die Erkenntnisse der

psychologischen Altersforschung zu diesem Thema zusammenzustellen. II Die geistigen Fähigkeiten im Alter. Einen durch das Lebensalter bedingten Abfall intellektueller Fähigkeiten gibt es nicht. Untersuchungen der 20er Jahre führten zwar zu einer solchen Behauptung; sie basierten jedoch auf methodisch sehr fragwürdigen Grundlagen. Die ersten Untersuchungsergebnisse von Miles (1932), Conrad (1930, 1931), Jones und Conrad (1933) und Wechsler (1944) stellten es deutlich heraus: Altern bedeutet Verlust der intellektuellen Fähigkeiten, soweit sie sich mit Intelligenztests messen lassen. Wenn man sich die Leistungskurve anschaut, dann beginnt dieses "Altern" aber bereits im 3. Lebensjahrzehnt! Aufgrund neuerer Forschungsergebnisse muß das Defizit-Modell jedoch manche Differenzierung beziehungsweise Modifizierung erfahren: Es läßt sich nicht generell vom Abbau "der Intelligenz" sprechen. Es gibt vielmehr bestimmte intellektuelle Fähigkeiten, die "altersbeständig" sind, das heißt auch im höheren Alter kein Nachlassen, eventuell sogar eine Zunahme zeigen. Hierher gehört zum Beispiel Wissensumfang, praktische Urteilsfähigkeit, die Fähigkeit, sich in Problemsituationen zurechtzufinden, sprachliche Gewandtheit. Andere intellektuelle Fähigkeiten erwiesen sich als weniger altersbeständig, als "altersunabhängig". Hierzu gehören zum Beispiel Merkfähigkeit und Gedächtnis, Konzentrationsfähigkeit. Neuere Untersuchungen von Hörn und Cattell (1966) konnten aufgrund einer Faktorenanalyse unterschiedliche Verlaufsformen der Veränderung intellektueller Funktionen nachweisen. Danach ist mit zunehmendem Alter eine Abnahme jener Leistungen und Fähigkeiten festzustellen, die eine "Flüssigkeit der Umstellung" verlangen, hingegen eine Zunahme der Leistungen bei jenen Aufgaben, die "kristallisierte" Fähigkeiten, bei denen es auf die Aktualisierung eines Erfahrungsschatzes ankommt, erfordern. Weiterhin fand man, daß mit zunehmendem Alter nur dann die Leistungen schlechter werden, wenn der Zeitfaktor eine große Rolle spielt. Läßt man die zum Lösen einer Aufgabe benötigte Zeit unberücksichtigt, dann waren ältere im Vergleich zu jüngeren Personen gleich gut, oft erbrachten sie sogar bessere Leistungen. Längsschnittuntersuchungen - das heißt Untersuchungen, bei denen die gleichen Personen in bestimmten Zeitabständen erfaßt werden - zeigten, daß sich bei jenen Personen mit zunehmendem Lebensalter früher ein Verlust bestimmter intellektueller Fähigkeiten bemerkbar macht, deren Intelligenzkapazität von vornherein, also schon im Jugendalter etwas begrenzter war. Jene Personen hingegen, die schon im Jugendalter zu höheren geistigen Leistungen fähig waren, die einen höheren "Ausgangs-IQ" oder "Begabungsfaktor" hatten, zeigten einen weit später einsetzenden und auch weit geringeren Abfall der altersabhängigen Intelligenzleistungen. Das "Defizit-Modell" konnte nur durch Querschnittsuntersuchungen zustande kommen; das heißt, man verglich eine Gruppe Jüngerer, eine oder mehrere Gruppen sogenannter "Mittelalterlicher" und einige Gruppen Älterer. Wenn man dabei vom "repräsentativen Durchschnitt" der jeweiligen Altersgruppe in der Bevölkerung ausgeht, so ist es selbstverständlich, daß in jeder höheren Altersgruppe auch die Schulbildung eine geringere ist. Denn in früheren Zeiten war der prozentuale Anteil derjenigen Schüler, die aus der Volksschule in eine weiterführende Schule umgeschult wurden, im Vergleich zur neueren Zeit viel niedriger. Wenn man jedoch aus jeder Altersgruppe Personen mit gleicher Schulbildung auswählt und deren Leistungen gegenüberstellt, dann schneiden auch ältere Personen weit günstiger ab, und dieses "Defizit-Modell" ist kaum noch zu erkennen. Auch die Art der Berufstätigkeit ist zu berücksichtigen, also das "Training", das einem durch die Ausübung eines Berufes gegeben ist. Jene Berufsgruppen, von denen am wenigsten intellektuelle Funktionen bei der Ausübung ihrer täglichen Arbeit verlangt werden, zeigen einen stärkeren Altersabbau. Eine Leistungssteigerung findet man bei jenen, die im Beruf bestimmte Fähigkeiten "üben". So gab man zum Beispiel jüngeren und älteren Bahnbeamten die Aufgabe, Fahrpläne zusammenzustellen - eine Aufgabe, die sicher ein erhebliches Maß an Merk-, Umstellungs- und Orientierungsfähigkeit verlangt - und konnte eine eindeutige Besserleistung mit zunehmendem Alter nachweisen. Das "Defizit-Modell" kam zum Teil auch dadurch zustande, daß man bei früheren Untersuchungen vielfach den Gesundheitszustand der jüngeren und älteren Vergleichsgruppen unberücksichtigt ließ. Neuere Untersuchungen von Birren und seinen Mitarbeitern in den USA (1963) haben nachgewiesen, daß der Gesundheitszustand auch im Hinblick auf die intellektuelle Leistungsfähigkeit von großer Bedeutung ist. Die dort untersuchten gesunden über 65jährigen erbrachten vergleichbare, wenn nicht sogar bessere Leistungen als die Jüngeren. Wenn natürlich gesunde jüngere Personen bessere Leistungen erbringen als kränkliche ältere, so deutet das nicht gleich auf einen generellen Altersabfall der Leistung hin. Sicher, mit zunehmendem Lebensalter wird die Wahrscheinlichkeit gesundheitlicher Beeinträchtigungen größer; aber: Älterwerden bedeutet nicht grundsätzlich gleichzeitig Kränkerwerden! Weiterhin fand man, daß Altersveränderungen im intellektuellen Bereich mit einer Reihe von biographischen Daten in Beziehung stehen. Berufserfolg, allgemeine Lebenszufriedenheit mit dem Lebensschicksal im familiären Bereich korreliert - wie auch die Bonner gerontologische Längsschnittstudie zeigt - mit einem verzögerten Nachlassen oder sogar mit einer Konstanz der Leistungsfähigkeit. Der Einfluß einer stimulierenden Umgebung auf intellektuelle Veränderungen wurde kürzlich erst wieder von Weinstock und Bennet (1968) durch vergleichende Altersheimuntersuchungen in den USA nachgewiesen. Jene Personen, die in einer

anregenden und zur Eigenaktivität auffordernden Heimumgebung lebten, zeigten während der Beobachtungszeit keinerlei Veränderungen im Sinne eines Abbaus, während jene Personen, die in einem Heim mit weniger Anregung, in einer eher "reizarmen" Atmosphäre lebten, stärkere Abbauerscheinungen hatten. Mögliche intervenierende Variablen - wie Gesundheitszustand, sozialer Status, Familienstand - wurden bei dieser Vergleichsuntersuchung berücksichtigt. Schließlich ist noch auf die situativen Bedingungen der Testsituation hinzuweisen, die vielfach auch zum "Defizit-Modell" beigetragen haben mögen. Für ältere Menschen, die im allgemeinen weniger testgeübt sind, die sich außerdem vielleicht sogar mit Recht die Frage stellen: "Wozu soll ich mich noch anstrengen, was hängt für mich denn schon von einem besseren oder schlechteren Abschneiden ab?", ist zweifellos eine ungünstigere Ausgangsbasis gegeben als für Jüngere, die auch in Testsituationen stärker leistungsmotiviert sind, weil für sie unter Umständen sehr viel davon abhängt. Die motivationalen Bedingungen wurden bei Altersvergleichen vielfach unberücksichtigt gelassen. Auch die These einer mit zunehmendem Alter nachlassenden Lernfähigkeit, wie sie durch die klassischen Untersuchungen zum Lernprozeß (Ebbinghaus 1885, Schumann, Müller und Pilzecker), die das Behalten von sinnlosen Silben prüften, gestützt wurde, bedarf ebenso aufgrund neuerer Forschungen einer gewissen Revision beziehungsweise Modifikation. Ergebnisse empirischer Studien über die Lernfähigkeit im Alter: Ältere lernen bei sinnlosem Material schlechter; bei sinnvollem Material - das heißt bei Einsichtigwerden des Sinnzusammenhangs - sind die Lernleistungen mit denen Jüngerer durchaus vergleichbar. Älteren fehlt es oft an einer gewissen Lerntechnik ("Codierungsschwäche"), die sich jedoch beheben läßt, so daß ein dadurch bedingtes Lerndefizit ohne weiteres ausgeglichen werden kann. Zu schnell gebotener Lernstoff behindert Ältere mehr als Jüngere. Bei Eliminierung des Zeitfaktors nivellieren sich die Altersunterschiede. Der Übungsgewinn bei den einzelnen Aufgaben-Wiederholungen ist bei Älteren und Jüngeren gleich. Allerdings gilt es zu berücksichtigen, daß bei Jüngeren im allgemeinen eine höhere Ausgangsbasis gegeben ist, und insofern bei Älteren mehr Wiederholungen nötig werden, um den gleichen Stand zu erreichen. Schlechtere "Lernleistungen" bei Älteren sind häufig weniger ein Zeichen nachlassender "Lernfähigkeit", sondern von Unsicherheit, die einer Reproduzierung des bereits Gelernten im Wege steht. Ältere lernen leichter, wenn der gebotene Lehrstoff übersichtlich gegliedert ist, das heißt, wenn er einen geringen Komplexitätsgrad aufweist. Der Lernprozeß bei Älteren ist störanfälliger als der Lernprozeß bei Jüngeren. Während der Übungsphase eingeschaltete Pausen führen häufig zur Verbesserung der Lernleistung Jüngerer, aber eher zur Verschlechterung der Lernleistung Älterer. Lernen in Teilen begünstigt Jüngere; Lernen im Ganzen begünstigt Ältere. Außerdem fand man auch bei Lernexperimenten, daß weniger der Altersfaktor als vielmehr der "Begabungsfaktor" (das heißt die "Ausgangsbegabung") eine Rolle spielt; daß dem "Übungsfaktor", dem Ausmaß des Trainings während des ganzen Erwachsenenalters, und schließlich dem "Gesundheitsfaktor" beim Lernvorgang eine erhebliche Rolle zukommt. Von besonders starkem Einfluß erwiesen sich motivationale Faktoren, also die innere Bereitschaft, einen gebotenen Stoff aufzunehmen und zu behalten. Die hier knapp referierten Befunde machen deutlich, daß für ein etwaiges durch experimentelle Forschungen festgestelltes Lerndefizit nicht primär der Alternsprozeß verantwortlich zu machen ist, sondern daß vielmehr eine Reihe von somatischen, sozialen, psychischen, pädagogischen und biographischen Faktoren wirksam wird. Diesen Sachverhalt hat erst kürzlich Löwe (1969) aufgrund der Ergebnisse seiner Untersuchungen recht überzeugend wie folgt zusammengefaßt: "Die Lernfähigkeit im Sinne eines Lernfortschritts ist nicht eindimensional vom Alter der Erwachsenen abhängig, wie das in vielen bisherigen Untersuchungen zu lernpsychologischen Fragen im Erwachsenenalter behauptet wird und zur Aufstellung einer "Adoleszenz-Maximum-Hypothese" führte. Soziale Faktoren, wie Herkunft, bisherige Schulbildung und spezieller Beruf (rollenspezifische Aspekte) spielen eine weitaus größere Rolle für den Lernerfolg im Erwachsenenalter als sogenannte biologisch bedingte und sind für allemal feststehende, Altersbesonderheiten". Zusammenfassend muß hierzu festgestellt werden, daß "pathologische" Altersveränderungen, wie sie im Defizit-Modell zum Ausdruck kommen, keineswegs die Norm sind! Von einem generellen Altersabfall der intellektuellen Fähigkeiten kann nicht die Rede sein? Die differenziertere Betrachtung zeigt, daß bei Gruppenvergleichen, die den möglichen intervenierenden Variablen (Begabung, Schulbildung, Beruf, Gesundheit, biographische Situation) Rechnung tragen, Altersunterschiede stark zurücktreten, hingegen innerhalb ein und derselben Altersgruppe individuelle Differenzen deutlich werden. III Zur Psychomotorik Unter "psychomotorischen Fähigkeiten" versteht man mit Welford "jene erworbenen Verhaltensmuster von völlig aufeinander abgestimmten koordinierten willentlichen Bewegungen, die auf eine bestimmte Situation beziehungsweise auf einen bestimmten Stimulus hin erfolgen". Gütekriterien einer psychomotorischen Leistung sind einmal die Reaktionszeit, zum anderen die Anzahl der Fehler. Veränderungen psychomotorischer Leistungen im Erwachsenenalter wurden vor allem von Welford und seinem Arbeitskreis untersucht. Die ersten Ergebnisse zeigten ein schlechteres Abschneiden mit zunehmendem Alter und stützten damit das Defizit-Modell der Leistungsfähigkeit. Bald jedoch

schränkte man die These eines generellen Abbaus insofern ein, als man - aufgrund von Untersuchungen - betonte: "Ältere arbeiten zwar langsamer, aber dafür genauer; Jüngere arbeiten schneller, aber häufiger mit mehr Fehlern." Doch auch diese Feststellung bedeutet, wie neuere Untersuchungen zeigten, eine grobe Vereinfachung des Tatbestandes. Versucht man, die Resultate vieler Studien zusammenzufassen, so ergibt sich ein weit differenzierteres Bild: Bei der Reaktionszeit hat man zwischen einer "prämotorischen" und einer "motorischen" Komponente zu unterscheiden. Während sich die prämotorische Zeit (die Zeit vom Erscheinen eines Signals bis zum Beginn der dadurch ausgelösten Bewegung) mit zunehmendem Alter verlängert, scheint die motorische Zeit (die Zeit vom Beginn der Bewegung bis zum Ende der Bewegung) nicht altersanfällig zu sein. Danach braucht der ältere Mensch zwar mehr Zeit zur Erfassung einer Situation, um sich einen Überblick über Gegebenheiten zu verschaffen; ist dieser Überblick jedoch einmal da, erfolgt die Reaktion in gleicher Schnelligkeit wie bei Jüngeren. Weiterhin erkannte man, daß ein Vorsignal - im richtigen Abstand zum Hauptsignal geboten - die Reaktionszeit bei älteren Menschen verkürzen kann. Dabei erwiesen sich ein akustisches Vorsignal und ein optisches Hauptsignal für Ältere am günstigsten, für Jüngere hingegen ein optisches Vorsignal und akustisches Hauptsignal. Der Art des Informationsangebots kommt ebenfalls eine gewisse Bedeutung zu: Eine zur gleichen Zeit gebotene Vielzahl von Informationen benachteiligt Ältere stärker als Jüngere. Dies sieht Birren bei älteren Menschen in der Unfähigkeit des zentralen Nervensystems begründet, große Mengen von Reizen über das Rezeptorensystem zur gleichen Zeit zuzuführen. Eisdorfer hingegen glaubt nachweisen zu können, daß es auch hier das größere Sicherheitsstreben der Älteren ist und ihr Bemühen um größere Sorgfalt und Exaktheit, was eine schnelle Reaktion verhindert. Dieses größere "Sicherheitsstreben" konnten auch Wallach und Kogan (1961) belegen: Waren bei bestimmten Aufgaben 2 Lösungswege geboten, von denen der eine zwar mit Risiko verbunden war, aber eine Belohnung in Aussicht stellte, der andere Lösungsweg hingegen ohne Risiko war, aber keinerlei Belohnung erbrachte, wählten Ältere signifikant häufiger den zweiten Weg, Jüngere entschieden sich für den ersten. Entscheidende Altersunterschiede ergeben sich bei psychomotorischen Aufgaben dann, wenn eine große "Komplexität" gegeben ist. Kay (1954) fand, daß bei übersichtlichen und wenig komplexen psychomotorischen Aufgaben Ältere und Jüngere gleich gut abschneiden, die Unterschiede hinsichtlich Reaktionszeit und Fehler zumindest unterhalb der Signifikanzgrenze bleiben. Bei zunehmender Komplexität der Aufgaben steigt jedoch sowohl die Zeit als auch die Fehlerzahl Älterer unverhältnismäßig stark an. Weiterhin ist zu bemerken, daß die Frage der Veränderung psychomotorischer Fähigkeiten mit zunehmendem Alter bisher fast ausschließlich in Querschnittsuntersuchungen angegangen worden ist, so daß die im Zusammenhang mit der Diskussion um die Veränderung intellektueller Fähigkeiten gebrachten Einwände hinsichtlich der Vergleichbarkeit in der Zusammensetzung der verschiedenen Altersgruppen (unterschiedliche Schulbildung, Gesundheitszustand, berufliches Training) hier ebenso erhoben werden müßten. Zusammenfassend läßt sich die Frage nach einer Veränderung der psychomotorischen Leistungsfähigkeit im höheren Erwachsenenalter dahingehend beantworten, daß eine generelle Altersbedingtheit nicht eindeutig nachweisbar wird. Eine Reihe von Faktoren - wie Darbietungsart der auslösenden Stimuli, Vorsignal, Vielzahl und Eindeutigkeit der Informationen, Grad der Komplexität derartiger Aufgaben und vor allem Momente, die die biographische Situation bestimmen (Persönlichkeitsstruktur, intellektuelle Leistungsfähigkeit, sozialer Status, Schulbildung, Berufserfahrung und Gesundheitszustand) - wirkt hier modifizierend.

IV Zur beruflichen Leistungsfähigkeit: Hier herrscht in der Literatur lediglich im Hinblick auf die Schwierigkeit der Meßbarkeit Übereinstimmung. Dennoch ist die "nachlassende Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz" geradezu zum Schlagwort geworden, obwohl empirische Belege fehlen. Bevölkerungsstatistische Hinweise (Erwerbstätigen-, Renten- und Arbeitslosen-Statistiken), oft als indirekter Zugang zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit herangezogen, sind jedoch in diesem Zusammenhang als problematisch anzusehen. Erhebungen hinsichtlich der wirklich erbrachten Arbeitsleistung älterer Arbeitnehmer zeigten widersprüchliche Ergebnisse: Je nach spezifischer Betriebssituation fand man entweder keinerlei Unterschiede zwischen Jüngeren und Älteren vor allem dann, wenn es sich um bereits eingeübte Tätigkeiten handelt. Werden hingegen Personen verschiedener Altersstufen mit einer völlig neuen und unbekanntem Tätigkeit konfrontiert, verschlechtert sich die erbrachte Leistung mit zunehmendem Alter. Ein besseres Abschneiden der älteren Gruppe zeigt sich, wenn besondere Aufmerksamkeitsleistungen erforderlich werden und kein Zeitdruck gegeben ist. Clay (1956) wies bei seinen Untersuchungen in einem Druckereibetrieb an Maschinensetzern, Handsetzern nach (normaler Text, Fremdsprachentext, Noten und mathematische Formeln), daß bei größer werdenden Anforderungen an Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit die berufliche Leistungsfähigkeit zunehmend bis ins höhere Alter (über 60) sogar einen leichten Anstieg erfährt. Selbst im Hinblick auf die bei körperlicher Schwerarbeit erbrachten Leistungen älterer Menschen sind die Befunde nicht eindeutig. Hier liegen methodisch exakte neueste Studien vor, die Eitner und Tröger in den letzten

Jahren in der DDR durchgeführt haben. Die Tatsache, daß sich bei älteren männlichen Personen "mit relativ geringer beruflicher Qualifikation" häufig eine Reihe von gesundheitlichen Störungen zeige, dürfe man nicht als Folge der Schwerarbeit und beruflichen Belastung deuten, sondern als Folge von Lebensbedingungen, Verhaltensweisen und Einstellungen (Vernachlässigung körperlicher Hygiene, mangelnde Gesundheitsvorsorge und dergleichen), die nichts mit der Arbeitsanforderung direkt zu tun haben. Die Autoren warnen vor den gesundheitsschädigenden Folgen einer plötzlichen Inaktivierung nach einer Periode der Schwerarbeit: "Es wäre ein schwerwiegender arbeitsmedizinischer Fehler, hochtrainierte, überdurchschnittlich gesunde und leistungsfähige Schwerarbeiter beim Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze aus dem Arbeitsprozeß herauszunehmen und somit der Gefahr des Trainingsabbruchs auszusetzen". Auch unter dem Aspekt des Unfallgeschehens und des Absentismus versucht man Fragen der beruflichen Leistungsfähigkeit anzugehen. Die vorliegenden exakt erhobenen Daten sprechen jedoch keineswegs für die immer wieder angenommene Benachteiligung älterer Menschen. V Veränderungen der Persönlichkeit im Alter Feststellungen über einen altersbedingten Persönlichkeitswandel, wie sie etwa Gruhle (1938) gegeben hat, sind durch empirische Untersuchungen nicht zu belegen. Gruhle spricht zum Beispiel von der "zunehmenden Abgeklärtheit und Weisheit" des Alters, die er jedoch mit einem "Mangel an Affektivität" oder gar mit "beginnender Stumpfheit" interpretiert, womit er vielen älteren Menschen unrecht tut. Andere Autoren glauben, daß die "Fähigkeit" abnehme und ein gewisser Antriebsmangel, der sich auch in Gleichgültigkeit, Mattigkeit, Lustlosigkeit äußere, zu beobachten sei. Diese Feststellungen basieren auf den Beobachtungen von Extremgruppen beziehungsweise von Einzelfällen, meist aus der klinischen Praxis, und somit verbietet sich eine jede Generalisierung. Eine abnehmende Antriebsstärke und auch eine nachlassende Ansprechbarkeit konnte Gottschaldt (1968) bei seinen Längsschnittuntersuchungen zwar feststellen, sie sind jedoch "in Korrelation zu den jeweiligen unterschiedlichen Existenzbedingungen" zu erklären und sollten nicht primär als altersabhängig gedeutet werden. Ähnliche Ergebnisse brachte die Duke-Längsschnitt-Studie (Palmore, 1970), die dabei auch die These einer altersbedingten Abnahme der emotionalen Bindungsfähigkeit widerlegte, ebenso die Bethesda-Längsschnittstudie (Birren et al. 1963). Wo sich überhaupt eine Persönlichkeitsveränderung ergab, war diese eindeutig in Zusammenhang mit einschneidenden Erlebnissen zu bringen, vor allem mit dem Verlust enger Bezugspersonen. Die Bonner Gerontologische Längsschnittstudie (Thomae 1968, 1969) zeigt über einen Zeitraum von 5 Jahren bei 60- bis 70jährigen eine weitgehende Konstanz von Aktivität, Anregbarkeit, Steuerung, Angepaßtheit und Stimmung. In den wenigen Fällen, in denen sich eine Tendenz zur Veränderung nachweisen ließ, ging diese mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder sonstigen exogen bedingten Änderungen der Lebenssituation einher. Dies trifft sowohl für etwaige Veränderungen der Aktivität zu, wie auch bezüglich der emotionalen Ansprechbarkeit und hinsichtlich der Rigidität. Das chronologische Alter trat für die Determinierung von derartigen Persönlichkeitsmerkmalen weitgehend zurück, während Intelligenz, Sozialstatus, Schulbildung und Gesundheitszustand sowie sonstige äußere Bedingungen der momentanen Lebenssituation eher an Bedeutung gewannen. Eines der wichtigsten Konzepte der neueren Persönlichkeitsforschung ist jenes des "Selbst" oder "Selbstbildes", also die Art und Weise, in der sich "das Individuum selbst innerhalb eines sozialbedingten Bezugssystems wahrnimmt". Auch hier ist eine altersbedingte Veränderung der Selbsteinschätzung empirisch nicht nachweisbar, zum Teil sogar widerlegt worden. Die Ergebnisse einer Vielzahl von Untersuchungen stellen eine direkte Altersabhängigkeit des Selbstbildes in Frage und weisen auf situationsspezifische Momente hin. So ergaben sich Zusammenhänge zwischen Selbstbild und Gesundheitszustand, wie vor allem zwischen Selbstbild und sozialer Interaktion. Dabei zeigte sich immer wieder, daß die Einstellung der Umgebung zum älteren Menschen, die Art und Weise, wie sie ihm entgegentritt, weitgehend dessen Selbsteinschätzung bestimmt. Wie auf diese Art der Einfluß des "Fremdbildes" auf das "Selbstbild" nachgewiesen wurde, konnte andererseits auch wieder gezeigt werden, daß die Selbsteinschätzung des älteren Menschen dessen Verhalten anderen Personen gegenüber bestimmt. Wir haben es hier mit einem Wechselwirkungsprozeß zu tun: Begegnet die Gesellschaft dem älteren Menschen mit Hochachtung und begünstigt oder verstärkt damit dessen positive Selbsteinschätzung, dann begegnet der ältere Mensch aus einer inneren Selbstsicherheit heraus den Menschen seiner Umgebung auch eher mit Wohlwollen und Verständnis. Jene älteren Personen aber, bei denen die Umwelt eine negative Selbsteinschätzung begünstigt, erwiesen sich in ihrem Sozialverhalten anderen - und vor allem jüngeren Personen - gegenüber auch stärker abwehrend, skeptisch, mißtrauisch und weniger wohlwollend. VI Veränderungen im Bereich der Sozialkontakte Jedes Älterwerden (auch das des Jugendlichen und jungen Erwachsenen) bedeutet, sich mit neuen Lebenssituationen auseinandersetzen; jedes Älterwerden verlangt eine Umorientierung, eine Übernahme neuer Aufgaben, Pflichten und Rechte und ein Aufgeben früherer Rechte, Pflichten und Gewohnheiten. Die neuen Lebenssituationen, mit denen der ältere Mensch konfrontiert wird, sind vielfach gekennzeichnet durch Veränderungen im Bereich sozialer Kontakte. So erfordert die Pensionierung eine gewisse

Umstellung: Einem großen Kreis von Menschen, mit denen man täglich am Arbeitsplatz zusammenkam, begegnet man jetzt seltener oder auch gar nicht mehr. Nach verschiedenen internationalen Untersuchungen wird jedoch durch Intensivierung anderer Sozialkontakte familiärer Art oder auch zu Freunden und Bekannten ein gewisser Ausgleich geschaffen. Eine Veränderung im Bereich sozialer Kontakte ergibt sich weiterhin, wenn die Kinder aus dem Hause ziehen und einen eigenen Haushalt gründen. In unserer Zeit ist das Zusammenleben in Drei-Generationen-Haushalten immer weniger üblich, wird auch im allgemeinen von älteren Leuten selbst gar nicht erwünscht. Man hat jedoch festgestellt, daß damit die eigentlichen Kontakte keineswegs ungünstig beeinflusst werden; "innere Nähe äußere Distanz" kennzeichnet vielmehr die Situation eines überwiegenden Teiles der Bevölkerung, während sich bei "äußerer Nähe" (also bei Wohngemeinschaft) oft eine "innere Distanz" ergibt. Hier sind in der Gesellschaft vielfach falsche Vorstellungen verbreitet, die im Zusammenleben älterer Eltern mit ihren erwachsenen Kindern und den Enkeln einen Idealzustand sehen. Die "Ausgliederung" aus dem Familienverband wird dann häufig als "Isolierung des älteren Menschen" gedeutet. Untersuchungen haben jedoch ergeben, daß von einer generellen Isolierung des älteren Menschen auch in bezug auf die Familie heute kaum die Rede sein kann. Vielmehr legt eine Betrachtung der verschiedenen Befunde die Annahme nahe, daß Interaktionen verschiedener Art unter den Generationen stattfinden, gleichgültig, ob diese in einem Haushalt leben oder nicht. Gefühle der Einsamkeit beziehungsweise der Wunsch nach einer Ausdehnung sozialer Kontakte wird von jenen Personen hervorgehoben, deren Partnerbeziehung als gestört erscheint oder durch den Tod getrennt ist. Eine harmonische Partnerbeziehung und ein großes Ausmaß von Gemeinsamkeit läßt den Wunsch nach häufigen Eltern-Kind-Kontakten weitgehend zurücktreten. Jene älteren Personen, die in reichlichem Maße außerfamiliäre Kontakte zu Freunden, Nachbarn und Bekannten oder zu sonstigen Gruppen pflegen, fühlen sich weniger einsam. Forschungsergebnisse zeigen, daß Familienkontakte oft gewissermaßen als Ersatz für fehlende anderweitige Kontakte gesucht werden. Sozioökonomischer Status, Wohngegend und gesundheitliches Wohlbefinden wirken weiterhin im Hinblick auf den Wunsch nach Sozialkontakten modifizierend. Allerdings sollte man bei all diesen Feststellungen zwischen "Isolation" und "Einsamkeit" unterscheiden. Während mit dem Begriff der Isolation stärker objektive Gegebenheiten im Bereich der Sozialkontakte zu erfassen sind, zielt der Begriff der "Einsamkeit" mehr auf das subjektive Erleben des sozialen Interaktionsgefüges. Das subjektive Gefühl der Einsamkeit wird aber keineswegs von der objektiven Kontakthäufigkeit bestimmt. Manch einer fühlt sich einsam, obwohl er keineswegs isoliert ist, weil er eben noch mehr Sozialkontakte erwartet. Andere wiederum sind objektiv isoliert, fühlen sich jedoch keineswegs einsam. So läßt sich feststellen: Das Ausmaß der Einsamkeitsgefühle ist eher eine Funktion der Erwartungen hinsichtlich der Sozialkontakte als eine Funktion der tatsächlichen Kontakthäufigkeit. Weiterhin hat man festgestellt, daß Einsamkeitsgefühle eine Funktion der Langeweile sind. Personen, die einen eingeschränkten Interessenradius haben und eine geringe Zukunftsorientierung, klagen eher über Langeweile. Andererseits fand man, daß bei einem breitgefächerten Interessengebiet auch Einsamkeitsgefühle und Langeweile auftreten können, und zwar als Folge fehlender Rhythmisierung im Tagesablauf, für die bisher die geregelte Berufstätigkeit gesorgt hat.

VII Zur Frage der individuellen Leistung Mit der beginnenden Industrialisierung gewann der Beruf mehr und mehr Bedeutung als Lebensinhalt, so daß er geradezu - wie Friedman und Havighurst (1954) aufgrund empirischer Untersuchungen in den USA feststellten - für viele Menschen "zur Achse wurde, um die herum das Leben organisiert ist". Während im Mittelalter das Hineingeborenwerden in eine bestimmte Zunft oder Gilde den Status, den der einzelne innerhalb der Gesellschaft einnahm, begründete und keineswegs eine Minderung mit zunehmendem Lebensalter erfuhr, ist es heute in unserer (in vieler Hinsicht "offeneren" und weitgehend Chancengleichheit bietenden) Gesellschaft die individuelle Leistung, die - nahezu ausschließlich auf der Berufsebene erbracht - zur Gewähr und zum Maßstab der sozialen Anerkennung wird. Tartier stellt auch für die westdeutsche Bevölkerung fest, daß "die Bedeutung des Berufes in der industriellen Gesellschaft dauernd zugenommen hat und im Leben des Menschen heute eine zentrale Rolle spielt". Die Feststellung, daß die individuell erbrachte Leistung das Sozialprestige in unserer Leistungsgesellschaft bestimmt, beleuchtet die schwierige Situation des älteren Menschen in unserer Gesellschaft von heute, in der man ihm spätestens von 65 Jahren an vielfach zwangsweise die Möglichkeit beruflicher Leistungen nimmt und zudem von vornherein geneigt ist, einen Abfall der Leistungsfähigkeit anzunehmen. Berücksichtigt man zudem noch, daß wir - im Vergleich zu anderen stärker vergangenheitsbewußten Völkern mit ihrem Ahnen- und Totenkult - in einer stark zukunftsorientierten Gesellschaft leben, in der vergangene Leistungen schon sehr bald verblassen oder aus dem Bewußtsein verdrängt werden, dann erscheint damit die Stellung des älteren Menschen in unserer Gesellschaft noch stärker negativ akzentuiert. Man neigt allzuoft dazu, generell den älteren Menschen als nicht mehr leistungsfähig, arm, bedauernswert, isoliert und hilfsbedürftig darzustellen, der durch sozialpolitische Maßnahmen zu unterstützen ist, darüber hinaus aber zu einem Appell an das Mitgefühl der Gesellschaft herausfordert. Man reiht mit dieser einseitigen

Charakterisierung von vornherein gewissermaßen den alten Menschen in eine Problemgruppe der Gesellschaft ein und erweist damit ihm selbst einen denkbar schlechten Dienst. Denn gerade in einer auf Leistung hin orientierten Gesellschaft, die sich bemüht, schon die Dreijährigen in Form von Früh-Lese-Lernkursen einem Leistungsmandat zu unterwerfen, läßt man durch derartige am Defizit-Modell orientierte Beschreibungen den alten Menschen zur Problemgruppe werden und vermag ihn so unter Umständen in die Isolation zu treiben. Nicht gesundheitliche Beschwerden oder auch die finanzielle Situation lassen heute das eigene Altern bewußt werden, sondern in weit stärkerem Maße die Einstellung der sozialen Umwelt dem Älterwerdenden gegenüber. So gelangt Thomae zu der Feststellung: "Altern ist heute nicht mehr primär als biologischer Prozeß zu sehen, als Abnahme gewisser funktioneller und körperlicher Fähigkeiten, sondern Altern ist heute primär soziales Schicksal." Abschließend noch einen Hinweis: Die Aufgabe des Berufslebens - und damit für viele Menschen auch der Verlust der Möglichkeiten zu individueller beruflicher Leistung, die ja in einer Leistungsgesellschaft weitgehend Ansehen und Status des einzelnen bestimmt - wird mehr und mehr Konsequenzen auch in bezug auf das Freizeitverhalten nach sich ziehen. Damit wird die zunehmende Bedeutung der Freizeit für den (alten) Menschen in unserer zur Leistung verpflichtenden Gesellschaft deutlich: Für den Menschen zu Beginn unseres Jahrhunderts war Spiel und Freizeit noch Erholung von der "Last der Arbeit". In Zukunft wird aber Freizeit und Hobby bestimmte Formen einer inneren "Notwendigkeit" annehmen, die dem älteren Menschen erst eine Daseinsermöglichung gewährleistet, die neben rhythmisierenden auch noch prestigestiftende Funktionen hätte. So könnte man mit einem Ausblick auf die Zukunft schließen, den Tartier schon 1961 gewagt hat, wenn er damals feststellte: "Es dürfte zu den reizvollsten Gedankenexperimenten der Gegenwart gehören ... , sich die menschliche Gesellschaft in einer Situation vorzustellen, in der die Berufsarbeit den Charakter der Notwendigkeit verloren hat, die Freizeittätigkeit aber zur "Lebensnotwendigkeit" geworden und eindeutig Leistungsmaßstäben unterworfen ist". Wie weit bereits heute in unserer Leistungsgesellschaft die Freizeit unter Leistungsaspekt erlebt wird und wie weit hierin vielleicht auch eine Altersabhängigkeit gegeben ist, sollte in nächster Zukunft nicht nur Gegenstand gedanklichen Bemühens, sondern exakter, empirischer Forschung sein.

Rosenmayr

Das Altwerden, die individuelle und die soziale Zukunft "Multa senem circumveniunt incommoda ... " (Horaz) Bedeutet Altern für den Menschen die Auseinandersetzung mit einem schicksalhaften Ungemach? Wie groß, welcher Art sind die "Incommoda", die bei allen individuellen und sozialen, medizinischen, technischen und organisatorischen Eingriffen und Hilfen noch verbleiben? Natürliche Prozesse, denen auch der Mensch unterliegt, sind nach der Thermodynamik irreversible, "fatale" Prozesse, die einseitig ablaufen. Um die "Jugend" eines Systems auf physikalischer Ebene, in der unbelebten Natur, wiederherzustellen, bedarf es "zusätzlicher Energie", die in geeigneter, von Fall zu Fall verschiedener Weise von außen dem System zugeführt werden muß. Der Physiker, der unter astronomischen Perspektiven denkt, vermag sich daher tröstlich zu geben - und vielleicht auch tröstlich zu wirken;- , weil er die Zufuhr von Energien für die Stabilisierung aus anderen Alterungsprozessen, den Kernprozessen der Sonne "für einige Zeit" gewährleistet sieht.¹⁾ Geht man zum Lebendigen weiter, so zeigt sich, daß der Botaniker, an das Goethe-Wort anknüpfend, wonach der Tod als "Kunstgriff der Natur, viel Leben zu haben", gesehen wird, nicht wie der Physiker mit dem Stabilisieren auskommt, sondern bereits den Untergang auf den Begriff bringen muß. Die Irreversibilität des biologischen Alterns und die Dekompensation, das Absterben, werden hier im Organischen und Individuellen - gegenüber der Physik- nur durch das Konzept kollektiven und kosmologischen Überlebens überwunden. Von Denffer sieht Altern und Tod als Platzhalter für die Evolution, als "Preis" für die stammesgeschichtliche Höherentwicklung und damit auch für die Entstehung des Menschen.²⁾ Alter als philosophisches und wissenschaftliches Konzept Ohne damit die komplexe und durch Widersprüchlichkeiten strukturierte Kontinuität zwischen Natur und Kultur im Menschen simplifizieren zu wollen³⁾, ist doch, wie die Entwicklung des Unsterblichkeitsbegriffes im biblischen Judentum es erkennen läßt, die Vorstellung vom Weiter- und Überleben vorerst eine soziale gewesen, ehe sie zur Idee der Unvergänglichkeit der Individualität hinführte. Fortleben des (auserwählten) Volkes im "Samen", in der Nachkommenschaft, war das soteriologisch-theologische Ziel. In der kollektiven Zukunft des gottverbundenen Volkes war der Tod des einzelnen überwunden. Das hohe "biblische" Alter, die Koexistenz mit den "Kindeskindern" war eine Segnung, ein Stück Vorwegnahme und Realisierung der kollektiven "Unsterblichkeit". Erst das Christentum forderte, daß der Tod höchstpersönlich und moralisch, durch den Glauben, jeweils und immer neu überwunden werden müsse. Leben bedeutet hier Neu-geboren-Werden, "Auferstehen", Überwindung von Schuld und eine Art Großzügigkeit gegenüber dem physischen Tod. So tritt von da an - seit der Ausbreitung des Christentums - in der alteuropäischen ideologischen Geschichte des Alternskonzeptes gegenüber Judentum und Stoa (etwa seit Ciceros Idee des hohen Alters als Kulmination und als subjektives

Optimum) keine neue Hochbewertung des Alters mehr auf. Erst das Humanitäts- und Pietätsdenken des 18. Jahrhunderts, die neue Synthese aus Christentum, Antike und neuzeitlichem Progressivismus, verbindet das Altersbild mit dem Elternbild und ergibt eine Art Kompensationsdenken auf ethischer Basis. Auf Nietzsche, der den "Tod Gottes" thematisierte, und Feuerbach, der Gott als Spiegelbild des Bewußtseins sah, folgte im 20. Jahrhundert in den Krisen des persönlichen Unsterblichkeitsbewußtseins ein radikales Mitdenken des Todes zur Bestimmung der menschlichen Existenz. Das "Vorlaufen zum Tode" (Martin Heidegger) als Sich-Aufbauen und Ek-sistenz aus dem Bewußtsein des Zerfalls der alten Metaphysik oder als revolutionäres Sich-Aufbäumen angesichts des penetranten "Nichts" nach dem Sartre'schen Existentialismus: Darin war jedoch keine Konfrontation mit dem Altwerden, keine Vorstellung vom Vorrücken zum Tode enthalten. Der Anstoß zu einer Auseinandersetzung mit der "Seneszenz" kam von ganz woanders her. Einerseits von einem enzyklopädisch denkenden Amerikaner, Stanley Hall, der Alter gleichsam sozial und begrifflich symmetrisch zur "Adoleszenz" behandelt sehen wollte⁴⁾ und eine, wenn auch (selbst nach seiner eigenen Meinung) stark "subjektiv gefärbte" Befragungsaktion laufen ließ; andererseits von Ignaz L. Nascher, der 1909 den Begriff "Geriatric" aufgrund seiner speziellen Beobachtungen an betagten Personen in einem Wiener Gemeindespital prägte. Seit etwa 15 Jahren schwillt nun eine bedeutende Welle medizinischer und biologischer Altersforschung an, die in den USA und in der Sowjetunion auf bedeutende Zentren zurückgeht, und sie wird seit etwa einem Jahrzehnt in den USA, später dann auch immer nachhaltiger in Europa, durch eine psychologische und sozialwissenschaftliche Gerontologie ergänzt. Nicht von der Philosophie, vom Szientismus her ist der Einstieg in die Problematik der Irreversibilität der biologischen Alternsprozesse und ihrer medizinischen, psychischen, sozialen und politischen Steuerbarkeit erfolgt, und von dorthin, aus Medizin und Sozialwissenschaft hat selbst die Diskussion über das konkrete Sterben und den Tod in Symposien und Bibliotheken sich auszubreiten begonnen. Soziale Gesetzmäßigkeiten im demographischen Überblick Während Verzweiflung und Tod als Schlüsselbegriffe in nicht nur literarisch wirkungsvollen philosophischen Richtungen zur menschlichen Selbstdeutung entwickelt wurden, bahnte sich die in der Humangeschichte bisher bedeutungsvollste Kontrolle der Sterblichkeit an. Bald nach dem Zweiten Weltkrieg setzt auch die wissenschaftliche Reflexion auf die großen Veränderungen der "Bevölkerungsweise" (G. Mackenroth) in beträchtlicher Breite ein. Ein geraffter Hinweis auf diese Prozesse muß hier genügen: Das ständige Absinken der Sterberate (durch Steigerung der Lebenserwartung) und die Senkung der Geburtenrate hatten zur Folge, daß die "Basis" der Kinder und Jugendlichen im Altersaufbau immer kleiner wurde, während der "Gipfel" der älteren Menschen mit fortschreitender Entwicklung sich bedeutend vergrößerte. Beide Faktoren, Sterbe- wie Geburtenrate, müssen berücksichtigt werden. Es ist möglich, daß gerade der Geburtenrückgang der primäre Faktor für die anteilmäßige Zunahme der Bevölkerung im höheren Alter war. Diese Erhöhung der mittleren Lebenserwartung bei der Geburt darf aber nicht zu dem Schluß verleiten, daß der Mensch heute im allgemeinen um Jahrzehnte älter werde als zu Beginn unseres Jahrhunderts. Es sind die Neugeborenen, deren Lebenserwartung sich im Zeitraum von 1900 bis 1960 fast um die Hälfte erhöht hat. Die Sechzigjährigen hingegen hatten um 1960 nur die Aussicht, um knapp vier Jahre länger zu leben als ihre Altersgenossen um die Jahrhundertwende. Dieser Umstand erklärt sich aus der Tatsache, daß die Sterblichkeit vor allem im Kindes- und Jugendalter zurückgegangen ist. Die Lebenschancen eines Erwachsenen oder gar eines Greises haben sich wesentlich weniger erhöht, doch rechnet man mittelfristig gerade dabei mit beträchtlichen Steigerungen bis etwa 85 Jahre. Der Anteil von Personen über 65 hat sich gegenüber der vorindustriellen Periode zumindest verdreifacht, fast schon vervierfacht. Um 1800 dürfte in Deutschland etwa jeder 30. Einwohner älter als 65 Jahre gewesen sein, 1880 war es jeder 20., 1962 aber bereits jeder 10., und unter den besonderen Bedingungen einiger Großstädte, wie etwa West-Berlins oder Wiens, hat nun schon jeder 5. Bewohner das 65. Lebensjahr überschritten. Bevölkerungsprobleme sind auch Ausdruck der Wirtschafts- und Sozialstrukturen. Ein Vergleich der Alterspyramiden von Mexiko (1960) und Frankreich (1961) zeigt die Diskrepanz zwischen einer noch wenig und einer schon stark industrialisierten Gesellschaft. Die Grafik zeigt den Anstieg der Lebenserwartung in Deutschland in den letzten 100 Jahren: Eine Begleiterscheinung der Industrialisierung und ihrer Folgen ist die beträchtlich angestiegene Lebenserwartung sowie ein erheblicher Geburtenrückgang. Der wachsende Anteil alter Menschen im Bevölkerungsaufbau hat seinerseits vielfältige soziale Auswirkungen, die sich insgesamt zu einem gesellschaftspolitischen Problem verdichten. Veränderungen im Altersaufbau Das Schwergewicht innerhalb der Älteren verschob sich zugunsten der Hochbetagten. Am Beispiel Wiens gezeigt, betragen die Anteile der über 75jährigen an den über 65jährigen: 1910 - 24 Prozent von 90.100 Personen über 65 1934 - 26 Prozent von 154.800 Personen über 65 1961 - 33 Prozent von 277.300 Personen über 65 Das "Altersproblem" ist vorwiegend ein Problem der betagten alleinstehenden Frauen. Durch die höhere Lebenserwartung der Frauen verschiebt sich das Geschlechterverhältnis gegen das Alter zu: Während in der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik

Deutschland auf 100 Männer 113 Frauen kommen, beträgt das Verhältnis bei den über 65jährigen 100:138. In Westberlin stehen in dieser Altersgruppe 10 Männern bereits 19, in Wien 20 Frauen gegenüber. In vielen Ländern nimmt überdies die weibliche Lebenserwartung rascher zu als die männliche, so daß mit einem stärkeren Frauenüberschuß im höheren Lebensalter zu rechnen ist. In der überwiegenden Zahl der Ehen stirbt der Gatte zuerst, denn die männliche Lebenserwartung ist geringer als die weibliche, und die männlichen Ehepartner sind im Durchschnitt um einige Jahre älter als die weiblichen. So ist der Anteil der Verwitweten und Alleinstehenden unter den alten Frauen mehr als doppelt so hoch als unter den Männern. Haushaltsformen der Bejahrten Ein zentrales Problem ist das der Haushaltsgemeinschaft älter werdender Menschen. Von den Verheirateten über 65 wohnen in städtischem Milieu rund 75 Prozent nur mit dem Ehepartner; etwa 20 Prozent leben in Haushaltsgemeinschaft mit der Nachkommenschaftsfamilie (also Kindern, Schwiegerkindern oder Enkeln); die übrigen - nur etwa 5 Prozent - leben mit anderen Personen, meist Verwandten, zusammen. Die Alleinstehenden über 65 (ledige, verwitwete oder geschiedene Personen, ob sie nun mit anderen in gemeinsamem Haushalt leben oder nicht) überwiegen bereits stark die Verheirateten. In Wien machen schon die alleinstehenden Frauen etwa die Hälfte der 320.000 Personen betragenden Gesamtpopulation über 65 aus. Von den alleinstehenden Personen höheren Alters wohnt etwa ein Viertel bis ein Drittel bei Kindern oder Schwiegerkindern; mehr als die Hälfte verbleiben allerdings nach dem Tode des Ehepartners allein in einer Wohnung. Die Gruppe dieser Alleinstehenden und Alleinlebenden, die somit stark verringerte Kontaktchancen haben, macht in Wien ein Viertel der Bevölkerung der über 65 Jahre alten Menschen aus, circa 80.000 Personen - die Gesamtbevölkerung einer Stadt zumeist schon großstädtischen Typs. Warum leben nun so wenige alte Menschen mit ihren Familien zusammen? Europäische und amerikanische Studien aus den letzten zehn Jahren lassen in unerwarteter Übereinstimmung erkennen, daß die Auflösung des Mehrgenerationen-Haushaltes nicht schlechthin die Auflösung der Mehrgenerationen-Familie bedeutet. Untersuchungen (zuerst in Londoner Arbeiterbezirken) ergaben, daß sich die Kinder meist in der Nähe des elterlichen Wohnsitzes ansiedeln. Diese Tendenz wurde jedoch auch in anderen Ländern und für verschiedene Sozialschichten bestätigt. Selbst in den USA zeigte sich, daß nur etwa 15 Prozent der alten Eltern von dem zunächst wohnenden Kind durch eine Entfernung von mehr als einer Tagesreise getrennt leben. Die Besuchshäufigkeit zwischen Eltern und Kindern ist dementsprechend groß. Nach einer umfangreichen Vergleichsstudie der Internationalen Gerontologischen Gesellschaft mit großen, besonders sorgfältig ausgewählten Stichproben in Großbritannien, Dänemark und den USA sind in jedem dieser Staaten zwei Drittel aller alten Leute, die Kinder haben, mit diesen täglich oder fast täglich beisammen. Untersuchungen aus Budapest sowie aus der Schweiz und Österreich bestätigen diese Ergebnisse. Bei den über die Familie ange deuteten Ergebnissen handelt es sich freilich um Berichte aus der gegenwärtigen Gesellschaft. Eine Übertragung auf das Verhältnis der Generationen in der Familie für die kommenden 30 oder 50 Jahre kann nur unter bestimmten Annahmen erfolgen. Wandlungen in Sozialisation, Sexualmoral und Partnerbildung werden auch Wandlungen interpersonaler Verhältnisse in den Familiensystemen zur Folge haben. Gewisse Anzeichen sprechen dafür, daß den alternden und alten Menschen ihre Beziehungen zu ihren Kindern mehr bedeuten als diesen die Beziehungen zu den Eltern; für die erwachsenen Kinder haben sich neue Beziehungsfelder gebildet, diejenigen der Eltern stagnieren eher. Die Bindungen zwischen den Generationen im Verband der Mehrgenerationen-Familie garantieren (zur Zeit noch!) in relativ hohem Maß die Einsatzfähigkeit dieser Beziehungen für wirksame Funktionen der Hilfeleistung. Es wurden in Untersuchungen keine wesentlichen Diskrepanzen zwischen aufs Praktische orientierten Hilfewünschen von Seiten der Eltern und Hilfsbereitschaft von seilen der Kinder sichtbar. Eine Wohngemeinschaft zwischen alten Menschen und ihren erwachsenen Kindern wird eventuell akzeptiert, wenn die Umstände es erfordern. Daß sie aber tatsächlich so selten besteht, liegt nicht nur an der Unwilligkeit der jungen Generation, bei den Eltern zu leben, auch nicht allein an äußeren Faktoren, wie etwa die Beengtheit der Wohnung. Man kann feststellen, daß die alten Menschen selbst nur zu einem erstaunlich geringen Anteil gemeinsam mit ihren Kindern zu wohnen wünschen. Es hat sich herausgestellt, daß gerade in einer etwas distanzierten Beziehung eine für alte Menschen überhaupt typische Art der Sozialkontakte zu sehen ist: Alte Menschen schätzen solche Formen, die es ihnen ermöglichen, ihre Umwelt zu beobachten, ohne aber selber einbezogen und zu aktiver Teilnahme gezwungen zu werden. Ich habe seinerzeit für eine den alten Menschen entsprechende Lebensform die Formel geprägt: "Intimität - aber auf Abstand".⁵⁾ Grenzen der Belastbarkeit der Familie Frühere Untersuchungen haben die Aushilffunktionen innerhalb der erweiterten Familie dargestellt. Es ist heute dringend nötig, die Untersuchungen zu revidieren; weil im letzten Jahrzehnt sowohl in Europa als auch in den USA gewisse Verschiebungen stattgefunden haben. Gegenüber der Bereitschaft äer Familienmitglieder zur Aushilfe wurde man in zunehmendem Maße auf die psychischen Spannungsmomente zwischen den Generationen, auch innerhalb der Familien aufmerksam und es muß daher eine Neubewertung

sowohl des Umfangs als auch der Qualität der Familienbeziehungen vorgenommen werden. Die seinerzeitigen Untersuchungen von Familienbeziehungen orientierten sich zu sehr an stark schematischen Befragungen über Besuchshäufigkeit, Aushilfe, fallweise Pflege, ohne auf die innere Ambivalenz der Familienbeziehungen auch den Bejahrten gegenüber einzugehen. Es wurden Ablehnung und Abhängigkeit zwischen den Generationen in der Familie nicht genügend berücksichtigt. Aus generellen Angaben über Aushilffrequenz oder Aushilfbereitschaft kann die Belastbarkeit der Familie nicht zureichend erschlossen werden. Die Familie ist bis in die emotionalen Bezüge hinein teilweise ersetzt worden. Auf dem Sektor der Information wurde sie so entscheidend konkurrenziert, daß eine gewisse Schwächung ihrer Funktionen eingetreten ist. Das heißt aber nicht, daß der Rahmen der Probleme, mit dem sich die Familie konfrontiert sieht, kleiner geworden ist. Im Gegenteil: Bei bestimmten Belastungen, etwa der berufstätigen Frau im mittleren Lebensabschnitt oder familiären Beanspruchungen durch Kleinkinder oder kranke Kinder, Adoleszenten-Probleme, darf keineswegs durchgehend angenommen werden, daß gerade die Frauenrolle in der Familie de facto noch erweitert werden kann. Es hieße die Rollenkapazität überschätzen, wollte man die Versorgung und Betreuung der älteren Eltern oder Schwiegereltern zusätzlich in die Frauenrolle integrieren mit der Illusion, daß dadurch keine Beeinträchtigung der beruflichen oder familiären und ehelichen Rollensegmente der Frau eintreten würde. Auch die psychische Belastbarkeit im Generationenkonflikt oder im Konflikt der Loyalitäten und emotionalen Zuwendungen der Frau ihrem eigenen Mann oder den Kindern gegenüber wird durch die entweder tatsächlichen oder dringlich angemeldeten Bedürfnisse der Älteren weiter strapaziert. Es sollte gerade unter Bedingungen der Belastung der Frau in ihrem mittleren Lebensabschnitt Hilfe für die älteren Familienmitglieder extern gewonnen werden, wobei allerdings weiterhin vorzusorgen wäre, daß die älteren Personen im "gewohnten Milieu" verbleiben können. Das erfordert aber einen bisher weder genügend durchdachten noch zureichend politisch geförderten Aushilfsdienst für bejahrte Mitbürger von seiten der kommunalen beziehungsweise religionsgemeinschaftlichen Einrichtungen. Das System dieser Hilfeleistung ist wohl zu überdenken. Es liegen Experimente verschiedenster Art vor. Sie reichen von der Bezahlung für betreuungswillige Familienmitglieder, von der Koppelung dieser Betreuung mit der Inanspruchnahme von Hilfsdiensten sozialmedizinischer Zentren in der Wohnregion, bis zur weitreichenden Versorgung und Hilfestellung durch ein System ausgebildeter Altershelfer. Der Systemzusammenhang zwischen der Familie und der möglichen Unterstützung ihrer Funktion in der Betreuung der Alten darf auf keinen Fall außer acht gelassen werden, wenn man nicht wichtige menschliche Kontinuitäten unterbrechen und zerstören will: Um bestimmten Personen zu helfen, muß gleichzeitig diesen Helfern von den Institutionen her geholfen werden und dies strukturell, das heißt deren Rollenpositionen müssen zugleich materiell, psychisch und ideologisch gestützt werden. Eine zweite systemtheoretische Konzeption ist für die Gerontologie unerlässlich: Es müssen die Probleme der Bejahrten gleichzeitig als Probleme von Rückwirkungen gesehen werden: Die Belastung, die durch die Betreuung entsteht, muß an den Personen, welche die Betreuung leisten, aufgezeigt werden. Das "Altersproblem" wird theoretisch falsch gesehen, wenn es nur als ein ausgegrenzter Bereich betrachtet wird, als Bereich der vielfältigen Schwierigkeiten der Bejahrten selbst. Es ist vielmehr ein Problem, das die Alten und die Betreuenden gleichzeitig angeht. Es ist vielleicht mit in erster Linie als Problem der Selbstdefinition und des Selbstverständnisses des Pflegenden, des Altenhelferpersonals zu sehen, des Selbstverständnisses aber vor allem der Familienmitglieder, die sich um die Betreuung und Hilfe kümmern oder kümmern sollten. Das Problem einer spezifischen Bevölkerungsgruppe ist immer auch in einem forschungsmäßig noch näher zu bestimmenden Ausmaß jeweils das Problem anderer Gruppen und sozialer Rollen, und es muß untersucht werden, wo sich die besondere Belastung konzentriert, damit die Funktionen für die zu befürsorgende oder zu stützende Gruppe überhaupt aufrecht erhalten beziehungsweise auf das nötige Minimum angehoben werden können. Wenn man also Altersprobleme einschränkt und allein in bezug auf den alten Menschen konzipiert, werden sie zu kurz und damit auch für die Praxis ungenügend behandelt. Forschungsschwerpunkte und Anwendung der sozialen Gerontologie Von besonderer Dringlichkeit wäre zur Zeit ein nach Schwerpunkten gegliederter detaillierter und kritischer Überblick über die Probleme, die etwa im letzten Jahrfünft in der Bundesrepublik in das Blickfeld der sozial-gerontologischen Forschung getreten sind, samt einem Bericht über Thematisierung, Methodologie, theoretische Konsequenzen und Anwendung beziehungsweise Verwertung der Forschungsergebnisse. Überblick bieten zwei zur Orientierung unerlässlich nötige Arbeiten: Die "Soziologie des Alterns" von Hans Peter Tews (1971) und die "Psychologie des Alterns" von Ursula Lehr (1972). Den fokussierten Berichten über die Forschung wären die Entwicklungen der Gesetzgebung, der Maßnahmen und Pläne gegenüberzustellen, so wie sie gesellschaftspolitisch in der Altenfrage ins Rollen kamen, nicht zuletzt, um auch zu zeigen, welche Annäherungsverhältnisse zwischen Wissenschaft und Praxis auf dem Gebiet der sozialen Gerontologie möglich und wo und wie sie wünschenswert sind.⁶⁾ Auf dem Sektor der Ermittlung des Gesundheitsstatus der älteren Mitbürger haben die Forschungen Otto Blumes⁷⁾

nicht nur interessante generelle Orientierung erbracht, sondern auch eine Reihe der nur schwer lösbaren methodologischen Probleme klarer werden lassen. In einer kürzlich begonnenen eigenen Studie⁸⁾ bin ich bemüht, auf der Basis österreichischer Mikrozensusdaten den Wunsch nach Aufnahme in Altersspitäler, Altersheime oder -pensionen im Zusammenhang mit dem subjektiven Gesundheitsstatus (und dessen Konnex mit Sozialstrukturen und -beziehungen) zu analysieren. Gleichfalls für Österreich hat E. Gehmacher eine Bedarfsschätzung von Einrichtungen und "Plätzen" vorgenommen.⁹⁾ Nach eigenen Untersuchungen dürfte trotz aller Reserven gegen eine Hospitalisierung und "Unterbringung" in geschlossenen Heimen in West- und Zentraleuropa der Anteil der nötigen Spitals- und Heimplätze entscheidend über der bisher behaupteten 5%igen Schwelle der Population über 65 liegen. Man wird vermutlich mit 7-10 Prozent zu rechnen haben. Natürlich führt dieser Gedanke sofort zu den vielen Fragen nach Struktur und Qualität der "Anstalten" über, wie auch nach einer geplanten Ergänzung der geschlossenen Einrichtungen durch offene Zentren und mit diesen abgestimmten organisierten Diensten,¹⁰⁾ (auch der Pflege und Entlastung bei Haushaltsarbeiten) im Falle der Belassung von hilfsbedürftigen älteren Personen in ihren Wohnungen. Überhaupt drängt die gesamte Entwicklung auf die Erstellung von Altenplänen, wie sie nunmehr mancherorts entstehen,¹¹⁾ oder zumindest auf die Zusammenschau von bestehenden Einrichtungen.¹²⁾ Das ist zweifellos zu begrüßen, sofern solche Pläne nicht Politikern das verhängnisvolle Gefühl vermitteln, daß mit ihrer Aufstellung bereits das Problem "erledigt" sei. Problemlösung für die Altenpopulation sollte diesen sozialen Fragenkreis von verschiedenen Aspekten her behandeln - zum Beispiel von baulichen, bildungspolitischen oder fürsorgerischen Gesichtspunkten und Zielsetzungen aus. Das erfordert ein beträchtliches Ausmaß an Koordination und Kooperation, besonders in den zentralen Organisationsstellen, wie Stadtverwaltungen, Landesregierungen, Bundesstellen, wobei diese Kooperation geradezu ein Ziel für sich ist. Planung muß die verschiedenen Organisationsstufen und -einheiten berücksichtigen, in denen soziales und politisches Leben sich formt, gliedert und überschneidet; Familienstrukturen, Nachbarschafts- und Gemeindestrukturen werden ebenso zu berücksichtigen sein, wie die Strukturen der Regionen und Subregionen. Eine spezielle Planungsproblematik liegt auf dem Gebiet der Organisation und Kontrolle in Altersheimen, der Personalrekrutierung, -motivation und -ausbildung und in der Frage, wieweit Altenpflegeheime notwendig "totale Institutionen" mit strengen Regelsystemen und nur marginalen Außenkontakten sein müssen. Diesbezüglich laufende Forschungsprojekte wie jenes von H. Anger¹³⁾ erscheinen besonders dringlich. Nicht übersehen werden dürfen die aus dem Grenzbereich von Geropsychologie und Gerosoziologie kommenden Studien über die Arbeits- und Berufsleistungen im mittleren und höheren Alter.¹⁴⁾ Ein Ausbau der Studien nach dem "vita humana" Aspekt, dem Lebensablauf-Konzept, wäre auch vom Standpunkt der Soziologie bezüglich der Pensionierungsprozesse, der Freizeitverwendung im höheren Alter wichtig, besonders um Typen von Lebensstilen in der Pensionierung herauszuarbeiten, wie dies M. Castells und A. M. Guillemand in Frankreich versuchten.¹⁵⁾ So kann der Begriff der "andauernden Kultivierung" mit dem Longitudinal-Aspekt und dem des Familien-Lebenszyklus (der sich phasenartig ändernden Position den Kindern und Eltern gegenüber) für die mittleren und höheren Altersgruppen dargestellt werden.¹⁶⁾ Schließlich sei noch auf die Probleme der erotischen und sexuellen Selbststilisierung in den mittleren und höheren Jahren verwiesen, und zwar nicht nur vom Standpunkt simpler Verhaltensreports aus, welche sexuelle Aktivität bis ins hohe Alter bescheinigen, sondern auch unter Berücksichtigung zum Beispiel relativ spät erfolgender Scheidungen, des Ursachensyndroms der "Partnerschaftskatastrophen" nach einer Ehedauer von über zwei Jahrzehnten. Bei allen hier nur überblicksmäßig und notwendigerweise unvollständig referierten Forschungs- und Planungsgebieten hinsichtlich des Altersproblems läßt sich jedoch die immer wiederkehrende Problematik der Familien der betagten Menschen nicht übersehen. Sei es, daß Familienmitglieder direkt als hauptsächliche Betreuungspersonen fungieren, sei es, daß sie im Fall einer Hospitalisierung oder eines Aufenthalts in Heimen die wichtigsten Außenkontaktpersonen darstellen, oder sei es, daß bei einer Mangelhaftigkeit oder beim Fehlen von Familienbeziehungen die Einsamkeit von den alten Menschen als Kern ihrer Beschwerden empfunden wird - fast immer wird das "Altersproblem" als menschliche, emotionale Problematik im Zusammenhang mit Beziehungen zu Familienmitgliedern erfahren. Allerdings bedürfen Familienbeziehungen einer ständigen Entwicklung und überlegten Gestaltung. Autonomisierung der Älteren und Nachreifeung der mittleren Generation Konflikt wird sich überall dort breitmachen, wo Töchter, Söhne, Schwiegertöchter und Schwiegersöhne sich aus ihren unreifen Bindungen an die Älteren nicht lösen können. Nur wer abgelöst und differenziert ist, kann Hilfe geben. Die Überwindung emotionaler Abhängigkeit ist die Voraussetzung dafür, daß die Beziehungen innerhalb der Familien zu post-ambivalenten Verhältnissen qualitativ verbessert werden können. Die Qualität der Beziehungen ist nicht nur ein einschneidendes Forschungsthema, sondern auch eine eminent praktische Frage. Aus Ambivalenz kann sich nie genug Toleranz, Verfeinerung des Verständnisses des Standpunktes des anderen entwickeln. Das Verständnis den Alten gegenüber muß einen gewissen Selbstverzicht mit

einschließen. Man muß den, der einen selber nicht versteht, weil er so sehr festgelegt ist, auch in diesem Nicht-Verständnis akzeptieren lernen. Das setzt die Heranbildung einer Mentalität voraus, die in die gesellschaftliche Zukunft weist und die über die Maßstäbe der Leistungsgesellschaft hinausgeht. Autonomisierung der Alten, Überwindung der Ambivalenz der Jüngeren gegenüber den Älteren, die Einsicht, daß manches von dem, was Ältere an den Jüngeren nicht verstehen können, einfach hingenommen, und daß genug Liebe geschaffen und erzeugt werden muß, um das intergenerative Verhältnis wenn schon nicht fruchtbar, so doch erträglicher zu gestalten das alles wird auf einem erneuten Fundament menschlicher Beziehungen überhaupt aufzubauen sein. Vielleicht sind wir gesellschaftlich schon auf der Suche nach der Verbesserung bestimmter Beziehungsqualitäten im Zuge der Erotisierungswelle. Wo wir sozial mehr Kapazität zur Hingabe brauchen, müssen wir durch umfassendere Konzepte und Praktiken der Lebenserfüllung denen, die Hilfe und Liebe geben sollen, mehr Ressourcen zuführen. Konkurrenz zwischen den Verpflichtungen für Alter und Jugend? Zweifellos hat eine Verlagerung stattgefunden: Die Fürsorgepflichten der erwerbstätigen Gruppe der Bevölkerung, die früher mehr den Kindern zugewendet waren, werden in den letzten Jahrzehnten auch stärker von der Gruppe der alten Menschen in Anspruch genommen. Das gehobene Anspruchsniveau auch der älteren Personen mag das Gefühl der Belastung durch die Gruppe der alten Menschen intensivieren; denn es beginnen nun Menschen in das höhere Alter vorzurücken, die in ihren mittleren Jahren nicht nur an den Nachkriegskonjunkturen teilnehmen konnten, sondern auch das subjektive Bewußtsein aktiver wie passiver Leistung - etwa des Durchstehens des Ungemachs zweier Kriege - für sich buchen können. Auch der Einfluß der popularisierten Human- und Sozialwissenschaften, die häufig rege Teilnahme alter Menschen an der Massenkommunikation, besonders durch Radio und Fernsehen, erzeugt eine gewisse Bewußtheit menschlicher Chancen und Ansprüche, so daß sich nun Menschen in höheren Altersgruppen - um die ja auch von den politischen Parteien geworben wird - mit einem Selbstbild sehen, das Teilnahme am Wohlstand und an einer entwickelten Konsumwelt einschließt. Wenn man dann Jugendlichkeit, als Jung-, Fit- und Aggressiv-Sein, als einen abstrakten und losgelösten Wert hinstellt und psychologisch und konsumgesellschaftlich vereinseitigt, so ist die Folge, daß es für den älteren Menschen schwierig ist, in der Gesellschaft als "voll" bewertet zu werden. Im Grunde genommen müßte kein Gegensatz zwischen einer verständnisvolleren Einstellung zu den jüngeren Generationen einerseits und einer Stützung der Älteren andererseits bestehen. Wenn man anstelle primär auf Erfolg und Wirtschaftswachstum orientierter Werte das Konzept der systemstrukturell erforderlichen Hilfestellung für besonders problematische Gesellschaftsgruppen setzt, läßt sich die doppelte Zuwendung zu Jugend und Alter theoretisch fundieren. Das Armutsproblem der Alten Sprachen wir oben von den zunehmenden Konsumvorstellungen der Älteren, so darf die strukturelle Armut unter den Alten nicht übersehen werden.. Schätzungen von M. Orshansky¹⁷⁾ in den USA und von B. Abel Smith und P. Townsend¹⁸⁾ in Großbritannien ergaben, daß 33 bis 40 Prozent der armen Individuen über 65 Jahre zählen. Nimmt man die Alten-Population selber zum Ausgangspunkt, so läßt sich nach Dorothy Wedderburn der Armutsanteil an dieser in den USA und in Großbritannien mit 30 bis fast 50 Prozent schätzen.¹⁹⁾ Für die Bundesrepublik liegt nach Otto Blume dieser Prozentsatz zwischen 18 und 22 Prozent.²⁰⁾ Untersuchungen des österreichischen Institutes für empirische Sozialforschung (IFES) aus dem Jahre 1971 im größten österreichischen Bundesland (mit einem allerdings überdurchschnittlich hohen Anteil klein- und mittelbäuerlicher Bevölkerung) ergaben eine außerordentlich ungünstige Einkommenslage (monatlich nur bis 1.500 Schilling, ca. 225 DM) für 57 Prozent der alten Menschen.²¹⁾ Unter keiner Altersgruppe in der Bevölkerung gibt es so viele Arme wie unter den älteren Mitbürgern. Sie leben oft versteckt, verschollen, vergessen von der Konsumgesellschaft, nur am Rande vom Wohlfahrtssystem mitversorgt. Im höheren Alter muß man jedoch vieles wettmachen: gesundheitliche Schwächen, mangelnde Bewegungsfähigkeit, Isolation und vieles andere. Dazu aber braucht man materielle Ressourcen. Die soziale Reaktionsfähigkeit, die Reaktion auf das Wirtschaftssystem und seine Entwicklungen, ist im Alter zumeist schwieriger als in den früheren Lebensphasen. Statusverlust der Älteren Aus dieser eben beschriebenen ökonomischen Situation allein läßt sich jedoch der relative Statusverlust der Älteren in der Gesellschaft nicht zureichend erklären. Hierzu muß man weiter ausholen: Bis herauf in die industrielle Welt ist die Arbeits- und Kraftleistung der zentrale Klassifikationswert des Menschen gewesen. Wohl erhielten überall dort, wo Ahnenkult herrschte, die älteren Individuen einen Wert zugemessen, der außerhalb der unmittelbaren praktischen Nützlichkeit lag. In den europäischen, aber auch invalideren auf Hochreligionen fußenden sozialen Systemen, hat zwar schon früh der Kampf um die Schätzung des Menschen als Person gegenüber seinem instrumentalen Arbeitswert eingesetzt. Doch die tierischen Formen - das alte Individuum wird so lange und insofern anerkannt, als es Lagerplätze, Eßplätze und Abwendung der Gefahr garantieren kann - sind nie ganz überwunden worden. Mit dem Zurücktreten der Arbeits- und Leistungswelt der vor- oder hochindustriellen Gesellschaft muß eine dramatische Verlagerung auf die Anerkennung des Menschen um seines Personenwertes willen

eutreten, wenn nicht die "kulturelle Verspätung" den Altenstatus ruinieren soll. Es muß eine "Philosophie" der Zuwendung zu dem arbeitsmäßig nutzloser Gewordenen entstehen, damit die älter Gewordenen Chancen zur Selbstrealisierung, zur Verarbeitung ihrer Lebenserfahrungen erhalten. Nur dann können sie aus den geistigen und psychischen Erfahrungen ihres Lebens auch Frucht und Erkenntnis gewinnen. Gewiß: als Meister im Handwerk, als Erfahrungs- und Traditionsspeicher der Arbeitswelt verliert der ältere Mensch an Bedeutung. Wir speichern unsere Traditionen anders, wir ersetzen den "Menschen als Archiv" technologisch und wissenschaftlich. Die "Generationen" der Maschinen - bei den Computern ist das sehr markant - beginnen einander zu jagen. Alle Personen, die qualifizierte Berufe ausüben, müssen darauf achten, nicht von einem Jahr auf das andere zu "veralten", "Informationswerte" zu verlieren. Doch ist dies ein zu enger leistungsgesellschaftlicher Standpunkt. Immer die Notwendigkeit bestimmter Grundlagen im Auge, die uns diese Leistungs- und Wachstumsgesellschaft liefert, müssen wir jenseits ihrer Erfolgsprinzipien Bewertungen des Menschen ansetzen, die für Zonen der Lebenserfüllung stehen. Lebensqualität und Lebensplanung Vom Standpunkt einer brutal auf dem Gesichtspunkt ökonomischen Wachstums beharrenden gesellschaftspolitischen Haltung mag das Vorausplanen für die späteren Phasen des Lebens sich nicht konzipieren lassen. Voraus-Planen heißt nämlich nicht nur auf ein Mehr, sondern auf ein Maß hin planen. Das kann Zurücknahme von Forderungen und Leistungen ebenso bedeuten wie deren Erhöhung. Die Jugendsoziologie zeigt uns: Mit höherer Schulbildung, mit bestimmten besseren kulturellen Voraussetzungen setzt man sich auch mit der eigenen Zukunft intensiver auseinander²². Warum fehlt in unserer Gesellschaft das Langfristdenken für die individuelle Lebensentwicklung so weitgehend, wo wir doch jetzt durch die Umwelttheorie darauf gestoßen werden, daran zu denken, daß die Reserven bestimmter Energiematerialien in absehbarer Zeit erschöpft sein werden? Das Denken über die Endlichkeit der persönlichen Kräfte ist in der Zukunftsbeurteilung der eigenen Person aufsehenerregend unterentwickelt. Wir haben zwar das Schlagwort von der Umwelt entdeckt, wir müßten aber die Innenwelt, den Raum der Entwicklungsmöglichkeiten für die Persönlichkeit in Anbetracht ihrer Kräfte und Motive im Altersprozeß konzipieren. Nur wenn wir bedenken, daß auch die individuellen physischen und psychischen Reserven nicht unbegrenzt sind und auf bestimmten Gebieten auch nicht ersetzt werden können, gewinnen wir einen Standpunkt zur Betrachtung der Möglichkeiten der Lebenserfüllung. Nach dem Schock, den uns die Erkenntnis der Umweltzerstörung gebracht hat, müßte uns die Erkenntnis des Mangels an Langfristplanung, der Kurzsichtigkeit unserer Auffassung bezüglich des individuellen Lebens erschrecken und auf die Notwendigkeit einer viel sorgsameren Gestaltung der Innenwelt führen. Das bedeutet nicht Mystizismus, nicht Reduktion der sozialen Probleme auf psychische Dimensionen. Gefordert wird vielmehr, Werte zu verändern und anders zu setzen, um zu der Erkenntnis zu führen, daß für den einzelnen Menschen in seinem Verhältnis zu der Gruppe und zu den sozialen Einrichtungen für die Erfüllung des Lebens in diesem Leben rechtzeitig (und dauernd) vorgedacht werden muß. Vorausdenken setzt Wissen, Initiative, Fähigkeit zum Befriedigungsaufschub voraus, Aktivierung von persönlichen Einstellungen und Handlungsweisen: kurz Aktivität der Innenwelt. Altern ist lehr- und lernbar. Da menschliches Altern nicht generell als Abstieg menschlicher Möglichkeiten gesehen werden muß, sondern auch als Aufstieg und Erfüllung, bedarf es der Aufklärung, die schon in jungen Jahren einsetzen muß. Einstellungen müssen entstehen, die auf Veränderungen in den äußeren und inneren Bedingungen des eigenen Lebens gefaßt sind und den Menschen instand setzen, auf diese Veränderungen auch später im Leben mit einer gewissen Elastizität zu reagieren. Altern muß nicht nur vorbedacht, sondern das Vorbedenken muß auch gelernt werden - durch eine Art Differenzierung und Abstandnehmen von sich selbst. Die Gesellschaft muß den Individuen von früh an Altersprozesse verständlich machen, bis hinein in die Lehrpläne der Schulen, so daß nicht nur Grundkonzepte der Sexualität, sondern auch Vorstellungen über das biologische, psychische und soziale Altern frühzeitig grundgelegt werden. Schon Kinder müßten lernen, selbst bei starkem körperlichen Verfall, den sie an alten Menschen wahrnehmen, nicht grundsätzlich die Möglichkeit hellen Verstandes auszuschließen, der in diesen immer noch lebendig sein kann. Eine solche Erziehung müßte einerseits die Individuen für ihr eigenes Älterwerden vorbereiten, andererseits die Jüngeren zu einer besseren Beurteilung der Probleme des älteren Menschen führen. Die bürgerliche Gesellschaft hat für diese Elastizität nicht genug Voraussetzungen geschaffen, weil sie strengere und klarere Ordnungen zu setzen, wenn schon nicht durchzuhalten, imstande war. Die nachindustrielle und post-bourgeoise Gesellschaft muß für den älteren Menschen - auch für ihn - mehr Fähigkeit zur Autonomie und zur Elastizität schaffen, damit er sich besser und aktiver anpassen kann. Gegen das Stereotyp vom "alten Menschen" Die Position, der Lebensraum, die Anerkennung, die ältere Menschen erhalten, die emotionale Zuwendung, die sie erfahren, sind das Ergebnis einer Vielzahl gesellschaftspolitischer Regelungen und Maßnahmen und der hinter diesen Regelungen und Maßnahmen gesetzlicher und außergesetzlicher Art stehenden Gesellschaftsstrukturen und der Triebkräfte zur Ausbildung dieser Strukturen. Diese Triebkräfte sind einerseits ökonomische Faktoren und Lösungsmuster durch

Wissenschaft, andererseits Wertgesichtspunkte und Ideologien. Daher darf das Altersproblem nicht durch Ausgrenzung aus der Problematik der umfassenden Gesellschaftsentwicklung herausgelöst werden: Das führt zu falschen theoretischen und in der Praxis unbrauchbaren Ansätzen, außerdem zum politischen Abschieben des Problems und zur konzeptuellen Stereotypisierung. Wir sind in unserer Sprache und unserer Denkwelt befangen. Einerseits sprechen wir von "Altersproblemen" generell, andererseits wissen wir, daß es im Grunde genommen ein unzulässiges Stereotyp ist, vom "alten Menschen" zu sprechen. Bei der Altersdiskussion sollte mit besonderer Subtilität vorgegangen und die Stereotypisierung vermieden werden. Von allen Phasen des Lebenszyklus gibt es in keiner eine so hoch vorangetriebene Individualisierung. Zumindest müßte das Auffinden eines eigenen individuellen Lösungsversuches im Altern, die differenzierte Stilbildung im eigenen Leben begünstigt werden. So kehren wir zum Ausgangspunkt zurück: Altern bringt irreversible Prozesse, "natürliche" Abläufe. Aber die Reaktivität, mehr noch die Antizipation ist sozial und individuell auf vielen Stufen und in vielen Dimensionen des menschlichen Daseins gestaltbar. Das Schicksalhafte des Alterns ist nicht reversibel wie verschiedene physikalische Prozesse, und auch, daß der Mensch in seiner Nachkommenschaft biologisch "überlebt", vielleicht sich sozial vollendet, beantwortet die Ansprüche des individualisierten modernen Bewußtseins zu wenig. Altern muß im vollen Sinn Personalisierung sein können. Die Gesellschaft hat dafür viel mehr Chancen zu geben, mehr noch: Erfindungen und Ermutigungen anzubieten. Anmerkungen 1) A. Knappworst, Das Altern in der unbelebten Welt, in: Das Altern - Fakten und Probleme, Vorträge, gehalten auf der Tagung der Joachim Jungius-Gesellschaft der Wissenschaften in Hamburg am 28. und 29. Oktober 1965, Göttingen 1966, S. 25 und 29. 2) D. von Denffer, Das Altern aus der Sicht des Botanikers, in: Das Alter - Fakten und Probleme, a. a. O., S. 53 u. 54. 3) Siehe neuere Auseinandersetzungen darüber (auch unter politischen Perspektiven) bei W. Lepenies und H. Nolle, Kritik der Anthropologie, München 1971. 4) G. Stanley Hall, Adolescence (1904), Senescence (1922). 5) Diesen Distanzwunsch habe ich in einem Forschungsbericht 1956/57 in der Weiterentwicklung einer früher von mir aufgestellten Theorie des "Negativismus" der Wiener Familie zuerst mit Daten belegen können. L. Rosenmayr, Wohnverhältnisse und Nachbarschaftsbeziehungen, in: Wohnen in Wien, Der Aufbau, Monographie 8, hrsg. vom Stadtbauamt Wien, Juli 1956, S. 59 ff, und Alte Menschen in der Großstadt, Ergebnisse von soziologischen Forschungen über Wohnverhältnisse, Familienbeziehungen und soziale Schwierigkeiten von alten Leuten in den Wohnungen, Heimstätten und Altersheimen der Stadt Wien (mimeographiert, Januar 1958), S. 62 f. 6) Vgl. dazu Barbara Füllgraß, The Problems of Retirement, in: Symposia Reports des Internationalen Kongresses für Gerontologie, Kiew, UdSSR, 2.-7. Juli 1972, S. 215. 7) Hinweise in O. Blume, Subjektiver Gesundheitszustand und sozialer Status im höheren Lebensalter, aus: Aktuelle Probleme der Geriatrie, Geropsychologie, Gerosoziologie und Altenfürsorge, Bd. 3, Darmstadt 1970, S. 114-118. 8) L. Rosenmayr, Structural Analysis of Elderly People and the Definition of Needs, Paper presented at the International Colloquium on Social Gerontology, Kiew, June 29 - July 7, 1972 (mimeographed). 9) E. Gehmacher, Die gesellschaftliche Stellung alter Menschen, ihre Vorstellungen und Wünsche, in: Probleme des Status in der Betreuung alter Menschen; österreichischer Städtebund, österreichisches Komitee für Sozialarbeit, Wien 1971, S. 11-20. 10) E. Jarmbaek, Der Stand der Altenhilfe in Dänemark, in: Probleme ... , a.a.O. S. 35 ff. 11) Altenplan Paderborn, bearbeitet von Barbara Roschinsky und Dorothea Brinkmann-Herz, Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, Köln 1972. Sozialplan-Altenhilfe, Bestandsaufnahme, Stadt Braunschweig, Schriften der Stadt Braunschweig zur kommunalen Planung, Heft 3. 12) Altenhilfe in Nordrhein-Westfalen, Bericht der Landesregierung, 1972. Altenpolitik in Rheinland-Pfalz, 1970. Vgl. auch den Überblick von Margot Paazig, Altenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland und in West-Berlin, 1971. 13) H. Anger, Forschungsprojekt: Heimunterbringung älterer Menschen, Berichterstattung Lorenz Fischer, Forschungsbericht an das Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln Juli 1972 (mimeographiert). 14) Untersuchungen zum Problem der Veränderungen der beruflichen Leistungsfähigkeit im mittleren und höheren Erwachsenenalter; eine Analyse des Forschungsstandes, erstellt von H. Thomae, U. Lehr unter Mitarbeit von G. Dreher und W. Opgenoorth (mimeographiert). 15) M. Castells und A. M. Guillemard, La détermination des pratiques sociales en situation de retraite, Revue de Sociologie du Travail, September 1971, S. 293 ff. 16) L. Rosenmayr, Soziologie des Alters, Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd. II, Hrg. René König, Stuttgart 1969, S. 342 ff. 17) M. Orshansky, Who's who among the poor: a demographic view of poverty, Social Security Bulletin, vol. 28, No. 7, S. 12, 1965. 18) B. Abel Smith and P. Townsend, The Poor and the Poorest, London, Bull. 1965, S. 65. 19) D. Wedderburn, A Cross National Study of Standards of Living of The Aged in Three Countries, in: P. Townsend (Hrsg.), The Concept of Poverty, London 1970, S. 195. 20) O. Blume, Old People in Urban and Rural Areas, in: P. Townsend (Hrsg.), The Concept of Poverty, a.a.O., S. 190. 21) IFES, Der subjektive und objektive Lebensrahmen der alten Menschen in Niederösterreich, Bd. II, Wien, April 1971, S. 23 (mimeographiert). 22) L. Rosenmayr, New

theoretical approaches to the study of young people, *International Social Science Journal*, vol. XXIV, No. 2, 1972, S. 233 ff.