

Ludwig Amrhein

## Risiken und Ressourcen

### *Sozialgerontologische Aspekte des vierten Lebensalters*

**Einteilung des Lebens in vier Phasen folgt gesellschaftlichen Konstruktionen.**

**Dabei sollte auch das vierte Alter nicht nur von Verfall und Krankheit, sondern von seinen spezifischen Möglichkeiten und Chancen her definiert werden. Es lohnt sich ein nüchterner Blick hinter die Mythen.**

#### Soziale Konstruktion

● Welche Informationen über das hohe Alter kann ein Sozialgerontologe den Lesern/innen einer theologischen Zeitschrift mit auf den Weg ihrer seelsorgerischen oder sonstigen sozialen Praxis geben? Auf welches gesicherte Wissen der Soziologie und Psychologie des Alter(n)s und weiterer gerontologischer Disziplinen kann er hierfür zurückgreifen? Je tiefer man in die jeweiligen Bezugswissenschaften einsteigt, desto uneindeutiger wird das Wissen; und jenseits der klaren Sprache der Statistik dominieren subjektiv grundierte Interpretationen und Gegenstandsbestimmungen.<sup>1</sup> Dies gilt schon für die Kategorie des Alters selbst: Auf welche Kriterien der Abgrenzung greift man hier zurück?

»Alter« stellt jeweils etwas anderes dar, je nachdem, ob es biologisch, soziologisch, psychologisch oder pädagogisch definiert wird. Die

Gliederung des Lebensverlaufs in einzelne Phasen ist eine kognitive und soziale Konstruktion und keine natürliche Gegebenheit. Man sieht zwar Körper, die im unerbittlichen Ablauf der chronologischen Zeit biologisch altern – Max Bürger beschrieb 1960 Altern als »jede irreversible Veränderung der lebenden Substanz als Funktion der Zeit« – und jeder erfährt diese Veränderungen buchstäblich am eigenen Leibe, aber niemand kann exakt angeben, ab wann jemand als alt zu bezeichnen ist.

»Alt sind immer nur die anderen« – so lassen sich empirische Studien zum subjektiven Alterserleben zusammenfassen.<sup>2</sup> Je älter ein erwachsener Mensch ist, desto mehr weicht sein gefühltes Alter vom chronologischen Alter nach unten ab – er fühlt sich subjektiv jünger als er nach Jahren tatsächlich ist. Umgekehrt verschiebt sich die Grenze, ab wann ein Mensch von ihm als alt bezeichnet wird, in immer höhere Altersregionen.

Gleichwohl markieren der Übergang in den Ruhestand und der nachfolgende Bezug einer Altersrente bzw. Pension einen gesellschaftlichen Statuswechsel, der allgemein als Eintritt in die Lebensphase des höheren und hohen Alters angesehen wird. Eine eigenständige und abgegrenzte Altersphase ist allerdings ein historisch

junges Produkt moderner Industrie- und Arbeitsgesellschaften, die den Ausschluss aus dem Erwerbsleben institutionell mit dem Einschluss in sozialstaatliche Alterssicherungssysteme verknüpft haben. Moderne Lebensläufe gliedern sich seitdem in eine vorberufliche Lern- und Ausbildungsphase (Kindheit/Jugend), eine berufliche und familiäre Aktivitätsphase (mittleres Alter) und eine nachberufliche Ruhestandsphase (höheres Alter).

Diese »Institutionalisierung des Lebenslaufs« (Kohli)<sup>3</sup> weicht zwar im Zuge von Individualisierungs- und Pluralisierungsprozessen auf, gibt aber weiterhin den Rahmen für biographische Projekte und Sinndeutungen vor. Gleichzeitig hat die fortwährende Zunahme der Lebenserwartung die Ruhestandsphase im Durchschnitt deutlich verlängert und so das höhere Alter erwartbar und planbar gemacht. Altwerden und Altsein ist nicht mehr gleichbedeutend mit dem Verlust der biologischen Leistungs-

*»Heute ist alt,  
wer nicht mehr arbeiten muss.«*

fähigkeit und dem Verfall des abgenutzten Körpers, wie dies noch in vorindustriellen, bäuerlich geprägten Zeiten der Fall war. War damals alt, wer nicht mehr arbeiten konnte, so ist heute alt, wer nicht mehr arbeiten muss bzw. nicht mehr darf. Das »dritte Alter« ist damit primär sozial und nicht biologisch definiert und wird mehrheitlich und für längere Zeit in guter körperlicher und geistiger Verfassung verbracht.

Entsprechend betont die gegenwärtige Gerontologie auch den Charakter des Alters als Ressource und Kapital, das von aktiven, kompetenten und vielleicht auch weisen Alten nutzbringend für die Gesellschaft eingesetzt werden könne. Die Schattenseiten des Alters bleiben in dieser Perspektive allerdings unterbelichtet und

werden der Restzeit des biologisch hinfalligen und sozial abhängigen »vierten Alters« zugeordnet, das möglichst spät beginnen und möglichst kurz andauern solle. Die biomedizinische These einer zunehmenden »Kompression der Morbidität« (Fries) drückt diese Hoffnung aus: Für die Altersphase wird ein Anwachsen der »behinderungsfreien« Lebenszeit erwartet bei gleichzeitiger Schrumpfung der Krankheits- und Sterbephase. Sterben, ohne vorher krank gewesen zu sein, und das immer später, lautet das Motto, dessen logischer Fluchtpunkt die Utopie der irdischen Unsterblichkeit zu sein scheint.

Modelle des so genannten »erfolgreichen Alterns« dominieren denn auch die aktuelle Gerontologie, welche die ebenfalls mögliche Zukunft einer länger werdenden Morbiditätsphase, wie sie in der »Medikalisierungsthese« (Verbrugge) formuliert wird, als pessimistische und interventionsgerontologisch vermeidbare Vorstellung zurückweist. Das »vierte Alter« lässt sich so auch als terminologische Konstruktion von Gerontologen verstehen, die damit einen abgetrennten Raum für die – vielleicht angenehmere? – Beschäftigung mit dem »dritten Alter« geschaffen haben. Problematisch bleibt hier jedoch die Auslagerung negativer Seiten des Alterns in eine als eigenständig postulierte vierte Lebensphase, der all das an Schmerz, Sinnlosigkeit und Scheitern thematisch aufgebürdet wird, was zuvor aus der »fröhlichen Gerontologie« des »erfolgreichen« und »produktiven« dritten Alters inhaltlich entfernt wurde.

## Strukturwandel

- Die steigende Lebenserwartung und die Verlängerung der Ruhestandsphase verändern nicht nur das individuelle Leben im Alter, sondern auch die Strukturen der Gesellschaft insgesamt.

Die Altersthematik hat sich im Laufe der letzten Jahrzehnte von einem individuellen und sozial abgrenzbaren Problem zu einem gesamtgesellschaftlichen Problem entwickelt, welches mittlerweile alle Teilbereiche – von der Ökonomie und Politik über Familie und Verwandtschaft bis hin zu Freizeit, Bildung und Kultur – erreicht hat. Bisherige Institutionen – allen voran die sozialen Sicherungssysteme – verlieren immer mehr ihre Funktionalität, so dass neue Lösungen

### »Strukturwandel des Alters«

für die Erreichung kollektiver Ziele wie materielle Sicherung, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben oder individuelle Entfaltungsfreiheit im Alter gefunden werden müssen. Zurecht lässt sich deshalb von einer »normativen und instrumentellen Unbestimmtheit des gesellschaftlichen Umgangs mit Alter(n)« (Backes) sprechen. Dieser »Strukturwandel des Alters«, der in allen westeuropäischen Industriegesellschaften zu beobachten ist, umfasst nach Tews<sup>4</sup> die im Folgenden genannten Dimensionen.<sup>5</sup>

*Zunahme der Hochbetagten und Langlebigen:* Die demographische Alterung der Gesellschaft, also der stetige Anstieg der absoluten und relativen Anteile von Menschen über 60 bzw. 80 Jahren an der Gesamtbevölkerung, hat auch zu einer quantitativen Ausdehnung der Altersphase geführt. Nach einer Systematik der WHO kann man zwischen älteren Menschen (60-75-Jährige), alten Menschen (75-90-Jährige), Hochbetagten (90-100-Jährige) und Langlebigen (über 100-Jährige) unterscheiden. Vor allem die Zahlen der beiden letzten Altersgruppen sind um ein Vielfaches angestiegen, so dass sehr alte Menschen zu einer alltäglichen Erscheinung geworden sind. Bei diesen so genannten »alten Alten« zeigen sich allerdings vermehrt die negativen Seiten des biologischen Altersabbaus: Chronische

Krankheiten und Behinderungen häufen sich und führen zu Mehrfachdiagnosen (Multimorbidität), und ab ca. 75 Jahren erhöht sich das Risiko einer dementiellen Erkrankung (vor allem in Form einer Alzheimer- oder Multiinfarkt-Demenz) deutlich. Da die damit verbundene Hilfs- und Pflegebedürftigkeit mit anwachsendem Alter ebenfalls exponentiell zunimmt, steigt auch der zukünftige Bedarf an präventiven, ambulanten und (teil-)stationären Betreuungs- und Versorgungsangeboten für die immer größer werdende Gruppe der Hochaltrigen stark an.

*Verjüngung und Entberuflichung:* Biologisch und psychologisch hat sich das Alter verjüngt, da die älteren und alten Menschen als Folge der allgemeinen Wohlfahrtsentwicklung immer gesünder, leistungsfähiger und geistig aktiver geworden sind. Dieser positiven Verjüngung steht eine negative entgegen, denn sozial beginnt das Alter in immer jüngeren Jahren, was vor allem an der rückläufigen Erwerbstätigkeit älterer Menschen abzulesen ist. Hierfür ist neben einem

### »Sehr alte Menschen sind zu einer alltäglichen Erscheinung geworden.«

sinkenden Renteneintrittsalter – das mittlerweile bei knapp unter 60 Jahren liegt – die erhöhte Altersarbeitslosigkeit verantwortlich, die auch eine Diskriminierung älterer Menschen auf dem Arbeitsmarkt widerspiegelt. Jenseits der 65 Jahre sind nur noch sehr wenige Ältere regulär erwerbstätig, entweder weil sie als Freiberufler bzw. Selbständige nicht den renten- oder pensionsrechtlichen Regelungen für Arbeiter, Angestellte und Beamte unterworfen sind oder weil ihre Bezüge nicht ausreichend sind und sie hinzuverdienen müssen. Das Alter ist damit weitgehend »entberuflicht« – eine historisch völlig neuartige Erscheinung.

*Feminisierung:* Das Alter ist weiblich – sowohl quantitativ als auch qualitativ – ohne dass jedoch ältere Frauen eine Angleichung an die Lebenschancen älterer Männer erfahren haben. Bis in die Gegenwart stieg der Anteil älterer Frauen an der jeweiligen Altersgruppe mit zunehmendem Alter stark an (über 60-Jährige: ca. 2/3, über 75-Jährige ca. 3/4 Frauenanteil). Die Ursa-

### »Das Alter ist weiblich.«

chen hierfür liegen in ihrer um ca. 7 Jahre höheren Lebenserwartung und der höheren Sterblichkeit von Männern im 2. Weltkrieg. Allerdings wird diese Entwicklung in Zukunft rückläufig sein, da die nachfolgenden Männergenerationen keine kriegsbedingten Ausfälle mehr aufweisen. Auch in den Angeboten und Einrichtungen der Altenarbeit, -hilfe und -pflege überwiegen Frauen: Sie nehmen häufiger an Angeboten der offenen Altenhilfe (z.B. Bildungsveranstaltungen) teil, übernehmen hauptsächlich die Pflegearbeit (familiär wie beruflich) und stellen das größte Kontingent an ambulant und stationär versorgten Pflegebedürftigen dar. Ebenso sind soziale Probleme im Alter zumeist weiblich: Alte Frauen sind überproportional stark von Armut und schlechten Wohnbedingungen betroffen, da sie typischen, kumulativ wirkenden Benachteiligungen im Lebenslauf ausgesetzt wurden. Vor allem aufgrund ihrer meist diskontinuierlichen Erwerbs- und Bildungsbiographien (Unterbrechung durch Kinder, Hausfrauendasein, niedrigere Formalbildung) konnten sie weitaus geringere Rentenansprüche als die Männer aufbauen, was vor allem für alleingebliedene Kriegerwitwen und geschiedene Frauen ein Armutsrisiko im Alter darstellt.

*Singularisierung:* Die Wahrscheinlichkeit, ein unfreiwilliges »Singledasein« führen zu müssen, erhöht sich mit zunehmendem Lebensalter

durch Verwitwung oder Trennung bzw. Scheidung. Dies ist mit einer Tendenz zur »Entfamiliarisierung« und sozialen Isolierung verbunden: Verwandtschafts- und Kontaktnetze des gestorbenen Ehepartners entfallen, ältere bzw. gleichaltrige Familienmitglieder und Freunde sterben zunehmend, und soziale Kontakte sind bei Krankheiten und Behinderungen schwerer aufrecht zu erhalten. Diese Singularisierung ist wiederum hauptsächlich ein Phänomen von Frauen, die wesentlich häufiger als Männer von Verwitwung betroffen sind – Frauen überleben ihre Männer nicht nur, weil sie eine höhere Lebenserwartung haben, sondern weil sie zusätzlich auch meistens einige Jahre jünger sind.

Diesen Dimensionen des Altersstrukturwandels nach Tews sind weitere Tendenzen hinzuzufügen, die sich seit einiger Zeit abzeichnen und in Zukunft stark an Bedeutung gewinnen werden. Eine kulturelle Differenzierung bzw. Ethnisierung des Alters wird vor allem aufgrund der wachsenden Anzahl an altgewordenen Gastarbeitern stattfinden. Unterschiedliche religiöse, kulturelle und lokale Traditionen, welche die Gastarbeiterfamilien aus ihrer Heimat mitgebracht haben, werden auch im Alter gepflegt und führen dort zu spezifischen Bedarfslagen. Insbesondere Einrichtungen der Altenhilfe und -pflege sind gefordert, abweichende Lebens- und

### »Zwei-Klassen-Gesellschaft des Alters«

Ernährungsgewohnheiten und religiöse Traditionen – vor allem der zahlreichen türkisch-muslimischen Gastarbeiter – zu berücksichtigen.

Eine Ökonomisierung und Verrechtlichung des Alters lässt sich seit längerem auf den Feldern der Gesundheitspolitik und der Altenhilfe beobachten: Die Einführung der Pflegeversicherung in Deutschland und ähnliche Maßnahmen

in anderen europäischen Ländern haben ebenso wie die Etablierung marktwirtschaftlicher Elemente in das Gesundheitssystem dazu geführt, dass ökonomische Interessen und rechtliche Regelungen immer stärker in die privaten Lebenswelten älterer Menschen eindringen und damit das Leben im Alter »kolonialisieren« (Habermas). Gleichzeitig werden ältere Menschen als neue Zielgruppe für altersspezifische Dienstleistungs- und Konsumangebote wie z.B. »Wellness«- und »Anti-Aging«-Produkte umworben, und für vermögende Schichten ist eine anspruchsvolle Pflege in einer luxuriösen Seniorenresidenz finanzierbar.

Insgesamt steht eine soziale Polarisierung des Alters zu befürchten, wenn die sozialstaatliche Alterssicherung zunehmend von privaten Vorsorgemaßnahmen ergänzt und teilweise ersetzt werden muss. Soziale Ungleichheiten im Alter werden dann zunehmen und eine Zweiklassen-Gesellschaft des Alters entstehen lassen, in der die Altersarmut als verbreitetes soziales Problem wieder zurückkehrt.

## Mythen und Fakten

● Über das hohe Alter kursieren in der Öffentlichkeit Ansichten und Meinungen, die nicht immer mit der Realität übereinstimmen und oft aus Vorurteilen und Ressentiments gespeist sind. Eine interdisziplinäre Forschergruppe aus den Bereichen Innere Medizin/Geriatrie, Psychiatrie, Psychologie und Soziologie/Sozialpolitik hat in ihrem Bericht über die Hauptergebnisse der »Berliner Altersstudie« eine solche Liste von »Vorstellungen über das Alter(n)« gesammelt und mit eigenen Forschungsergebnissen konfrontiert.<sup>6</sup> Die »Berliner Altersstudie« – die als bisher anspruchsvollste Untersuchung des vierten Lebensalters im deutschsprachigen Raum gilt –

wurde in den Jahren 1990 bis 1993 an einer repräsentativen Stichprobe der Westberliner Bevölkerung aus 516 Personen im Alter von 70 bis über 100 Jahren durchgeführt. Ihre Ergebnisse sind trotz der regionalen Beschränkung in ihren grundlegenden Aussagen auch auf andere deutschsprachige und europäische Regionen übertragbar, die in vergleichbarer Weise vom oben beschriebenen Altersstrukturwandel betroffen sind. Welche Vorstellungen über das hohe Alter müssen somit als Mythen zurückgewiesen werden, welche stimmen mit den Resultaten dieser Studie überein?

*Innere Medizin und Geriatrie:* Zwar werden 92 % der 70-Jährigen und älteren Personen mit mindestens einem Medikament und 24 % dieser Altersgruppe mit fünf und mehr Medikamenten gleichzeitig behandelt. Daraus darf aber

### »Vorenthalten eines angezeigten Medikaments«

nicht geschlossen werden, dass die meisten alten Menschen zu viele Medikamente erhielten. Vielmehr gibt es ein Problem damit, dass nicht immer die Medikamente verordnet werden, die geeignet und indiziert wären, und vielfach ist auch eine Untermedikation – also das Vorenthalten eines angezeigten Medikaments – zu beobachten.

Ältere Menschen fühlen sich entgegen einem Vorurteil in der Regel nicht krank: Nur 33 % der Befragten bewerten ihre körperliche Gesundheit als ausreichend (19 %) oder mangelhaft (14 %), während 29 % diese als gut bis sehr gut und 38 % als befriedigend einstufen. Dennoch ist richtig, dass die meisten alten Menschen mindestens eine Krankheit haben, wenn gleich ernsthafte bzw. lebensbedrohliche Erkrankungen wie eine Herzinsuffizienz oder eine koronare Herzerkrankung nur in ca. einem Drittel der Fälle festgestellt werden konnte.

Auch wenn alte Frauen länger leben, sind sie deshalb nicht weniger krank als Männer; beispielsweise leiden sie mit 41 % häufiger unter fünf oder mehr nebeneinander bestehenden Erkrankungen als Männer derselben Altersgruppe, die mit 30 % von Multimorbidität betroffen sind. »Mehr als die Hälfte der hochbetagten Frauen braucht Hilfe beim Baden und Duschen«: Diese Behauptung ist zutreffend, denn 60 % der 85-jährigen und älteren Frauen empfinden einen solchen Unterstützungsbedarf (gleichaltrige Männer: 32 %, alle Befragten: 16 %).

*Psychiatrie:* Depressionen werden im hohen Alter nicht häufiger, es kann kein nennenswerter Anstieg depressiver Erkrankungen beginnend mit dem 70. Lebensjahr festgestellt werden. Auch leiden die meisten Menschen über 70 Jahren nicht an einer ernsthaften Beeinträchtigung ihrer geistigen Leistungsfähigkeit: »Nur

### »Depressionen werden im hohen Alter nicht häufiger.«

etwa 17 % der 70-Jährigen und Älteren haben kognitive Störungen im pathologischen Sinne, nur 14 % vom Ausmaß einer Demenz (von denen auch nur gut zwei Drittel eine mittlere oder schwere Demenz haben, die in der Regel Pflegebedürftigkeit bedingt)«<sup>7</sup>. Allerdings steigt die Demenzhäufigkeit mit dem Alter stark an, sodass schon etwa die Hälfte der 90-Jährigen und Älteren an einem deutlichen geistigen Abbau leidet.

In der Regel war die Verordnung von Psychopharmaka, die von einem Viertel aller über 70-Jährigen eingenommen werden, erforderlich; eine Übermedikation wurde nicht beobachtet, teilweise wurden ungeeignete (kontraindizierte) oder gar keine Präparate verabreicht, obwohl sie nötig gewesen wären.

Ebenso falsch ist die Aussage, dass der Alltag alter Menschen vorwiegend aus Inaktivität

und Ausruhen bestehe: Selbst bei 85-Jährigen und Älteren beträgt der durchschnittliche Tagesanteil an Ruhepausen nur ca. ein Viertel; bezogen auf die Gesamtheit aller über 70-Jährigen liegt der Anteil bei 19 %.

*Psychologie:* »Wenn man alte Menschen fragt, womit sie sich stark oder sehr stark beschäftigen, hat das Thema Sterben und Tod bei den meisten hohe Priorität«: Auch hier wird ein Fehlurteil ausgesprochen, denn nur 30 % beschäftigen sich intensiv mit ihrem Sterben und Tod, während 70 % stark oder sehr stark an das Wohlergehen ihrer Angehörigen denken. Der Wunsch zu sterben, war bei 8 % der Untersuchungsteilnehmer/innen gegeben, als suizidgefährdet wurde 1 % eingestuft.

Mit zunehmendem Alter wird das Gedächtnis tatsächlich immer schlechter: Z.B. konnten sich 35 % der 90-Jährigen und Älteren an nur ein oder gar kein Wortpaar aus einer Liste von acht Wortpaaren erinnern, während dies bei nur 9 % der 70- bis 79-Jährigen der Fall war (demente Personen waren bei dieser Aufgabe ausgeschlossen). Wie verschiedene Lernexperimente ergeben haben, ist die Behauptung falsch, dass die meisten alten Menschen nichts Neues mehr lernen können; dies trifft lediglich für Personen mit Demenz zu, für die diese Unfähigkeit

### »Wohlergehen der Angehörigen«

ein frühes Anzeichen ihrer Erkrankung darstellt. Dennoch schützen auch eine gute Ausbildung und ein anspruchsvoller Beruf nicht vor dem Altersabbau der geistigen Leistungsfähigkeit – dieser findet bei gebildeten Personen aber von einem höheren Niveau aus statt, so dass kognitive Abbauprozesse länger unbemerkt bleiben und besser kompensiert werden können.

»Die meisten alten Menschen glauben, dass sie ihr Leben nicht mehr selbst bestimmen kön-

nen« – auch hier ist das Gegenteil richtig, denn 70 % der Befragten äußerten das Gefühl, ihre Geschicke selbst beeinflussen zu können. Ebenso falsch ist die Überzeugung, dass nur wenige alte Menschen noch ausgeprägte Lebensziele hätten: 94 % der Studienteilnehmer entwarfen noch Zukunftspläne, auch wenn ein geringfügiger Altersrückgang beobachtet werden kann.

»Alte Menschen leben vor allem in der Vergangenheit« – auch dies ist ein weitverbreiteter Mythos. Tatsächlich denken 40 % am meisten über die Gegenwart, 30 % am meisten über die Vergangenheit und 25 % am meisten über die Zukunft nach. Allerdings fehlt vielen alten Menschen eine vertraute Person, denn fast die Hälfte der Befragten (43 %) haben niemanden, mit dem sie über persönliche Probleme reden können.

*Soziologie und Sozialpolitik:* Alter ist kein besonderer Risikofaktor für Armut: Zwar »kann der Einkommensbedarf im hohen Alter auch überproportional steigen, so z.B. für Hilfen im Haushalt bei Gebrechlichkeit und insbesondere bei Pflegebedürftigkeit«<sup>8</sup>, und sehr alte Frauen

### »häusliche Pflege hauptsächlich von der Ehepartnerin«

und geschiedene Frauen weisen ein erhöhtes Armutsrisiko auf. Dennoch bilden nicht ältere und alte Menschen, sondern alleinstehende Mütter mit Kindern die von Armut am meisten betroffene Gruppe.

Die Anzahl sozialer Beziehungen nimmt mit dem Alter ab: Umfasst die Größe des sozialen Netzwerks bei den 70- bis 74-Jährigen noch ca. 13 Personen, werden bei den 95-Jährigen und Älteren nur noch ca. 7 Kontakt- und Bezugspersonen genannt. Auch wenn die Häufigkeit einer Unterbringung in einem Altenheim oder Altenpflegeheim mit dem Alter stark ansteigt, lebt die

Mehrzahl der 95-Jährigen und Älteren noch zu Hause: Während etwa 9 % der über 70-jährigen Westberliner in Heimen leben (in den alten Bundesländern insgesamt ca. 5 %), beträgt dieser Wert für die 95-Jährigen und Älteren 37 %. Pflegebedürftige alte Menschen in Privathaushalten werden nicht, wie man vermuten könnte, überwiegend von ihren Kindern versorgt, gewaschen

### »ärmere Menschen nicht kränker als reichere«

oder angezogen. Vielmehr erfolgt die häusliche Pflege hauptsächlich von den (meist weiblichen) Ehepartnern oder von formellen Hilfs- und Pflegediensten.

»Menschen, die in ihrer Jugend sozial aktiver waren, beteiligen sich auch im Alter stärker am gesellschaftlichen Leben« – diese Kontinuität kann tatsächlich als Zusammenhang nachgewiesen werden. Überraschend ist der Befund, dass ärmere Menschen im Alter nicht kränker sind als reichere Menschen: Die Forscher fanden kaum soziale Schicht- oder Einkommensunterschiede im Hinblick auf körperliche und geistige Funktionseinbußen und Krankheitsbefunde. Sie vermuten, dass die in jüngeren Altersgruppen beobachtbaren Schichtunterschiede deshalb zurückgehen, weil mehr ärmere als reichere Menschen schon vor dem Eintritt ins hohe Alter an Krankheiten sterben – damit stellen die überlebenden Unterschichtangehörigen eine Positivauslese mit robusterer Gesundheit dar.

Schließlich sind Frauen, die ihr Leben lang überwiegend Hausfrauen waren, im hohen Alter nicht schlechter gestellt als Frauen, die über lange Zeit erwerbstätig waren. Hierfür gibt es zwei Gründe: Einerseits werden verheiratete oder verwitwete Frauen überwiegend von den Renten und Pensionen ihrer Ehepartner mitversorgt, andererseits konnten auch dauerhaft er-

werbstätige Frauen oft keine angemessenen Versorgungsansprüche aufbauen.

## Ambivalenzen

● Die Ergebnisse der Berliner Altersstudie verdeutlichen – übereinstimmend mit anderen Untersuchungen – die grundlegende Ambivalenz des Alter(n)s: Altwerden und Altsein hat zwei Gesichter. Zunächst ist das vierte Lebensalter nicht so stark von Verfall, Isolation, Einsamkeit und Unglück geprägt, wie dies die Defizittheorie des Alters behauptet hatte. Krankheiten und Behinderungen sind nicht Zeichen des »normalen« Alterns, sondern wie in anderen Lebensphasen auch pathologische Abweichungen, die medizinisch behandelt werden können. Lebenszufriedenheit, Aktivität und Gegenwartsbezug dominieren auch bei alten und hochaltrigen Menschen und stellen wichtige Ressourcen der Alltagsbewältigung dar. Auch leben die meisten alten Menschen zu Hause und nicht in Einrichtungen der Altenhilfe, erfahren vielfältige soziale Unterstützung in ihren privaten und familiären Netzwerken und sind in der Regel materiell gut abgesichert.

Diesen Ressourcen des Alters stehen allerdings auch Risiken und Einbußen entgegen. Das vierte Lebensalter ist vor allem durch seine Verletzlichkeit geprägt. Nach dem 80. Lebensjahr erfolgt ein allgemeiner biologischer und psychologischer Leistungsabbau, der auch überdurchschnittlich gebildete und sozioökonomisch gut situierte Personen betrifft. Nicht nur der Tod,

### »durch Verletzlichkeit geprägt«

auch das hohe Alter ist tendenziell ein Gleichmacher, denn biologisch-genetische Veränderungen scheinen in dieser Lebensphase weniger durch soziokulturelle Ressourcen kompensierbar zu sein. Auch werden durch den Tod von Ehepartnern, Angehörigen und Freunden die sozialen Netze brüchiger und Gefühle des Verlustes und der Einsamkeit intensiver. Die negativen Seiten des Alters nehmen also mit dem Eintritt in das vierte Alter zu und sind dort als Realität nicht mehr zu leugnen. Der Berliner Alternsforscher Paul B. Baltes charakterisiert die Zukunft des Alterns denn auch folgerichtig als »Hoffnung mit Trauerflor«<sup>9</sup> und fasst so den Forschungsstand zum vierten Lebensalter in einer prägnanten Formulierung zusammen.

<sup>1</sup> Vgl. zur Einführung: Gertrud M. Backes/Wolfgang Clemens, Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Alternsforschung, Weinheim/München 1998.  
<sup>2</sup> Vgl. Sigrun-Heide Filipp/Anne-Kathrin Mayer, Bilder des Alters. Altersstereotype und die Beziehungen zwischen den Generationen, Stuttgart 1999, Kap. 1; Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, Ältere Menschen – Neue Perspektiven.

Seniorenbericht 2000: Zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich, Wien 2000, Kap. 13.

<sup>3</sup> Vgl. Martin Kohli/Harald Künemund (Hg.), Die zweite Lebenshälfte – Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey, Opladen 2000.

<sup>4</sup> Hans Peter Tews, Von der Pyramide zum Pilz. Demographische Veränderungen in der Gesellschaft, in: Annette Niederfranke/Gerhard Naegele/Eckart Frahm (Hg.),

Funkkolleg Altern 1. Die vielen Gesichter des Alterns, Opladen 1999, 137–168.

<sup>4</sup> Zu aktuellen Zahlen vgl. für Österreich den Seniorenbericht 2000 (Anm. 2) und für Deutschland den Alters-Survey (Anm. 3) sowie Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft, Bonn 2001, und dass., Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der

Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger, Bonn 2002.

<sup>6</sup> Karl Ulrich Mayer/Paul B. Baltes (Hg.), Die Berliner Altersstudie, Berlin 1996, 599–634.

<sup>7</sup> Ebd., 603.

<sup>8</sup> Ebd., 605.

<sup>9</sup> Paul B. Baltes, Über die Zukunft des Alterns: Hoffnung mit Trauerflor, in: Margret M. Baltes/Leo Montada (Hg.), Produktives Leben im Alter, Frankfurt a. M./New York 1996, 29–69.