

Josefine Heusinger

2.1 Einleitung

Ein hohes Alter zu erreichen war noch vor hundert Jahren in Deutschland und Europa nur wenigen vergönnt. Die durchschnittliche Lebenserwartung lag um 1910 bei rund 50 Jahren, im Jahr 2010 waren es 30 Jahre mehr. Der Altersmedian der deutschen Bevölkerung liegt heute bei über 45 Jahren. Die Hälfte der Menschen in der Bundesrepublik ist demnach älter als 45¹ und darf durchschnittlich mit weiteren rund 40 Jahren Lebenszeit rechnen. Das Alter als erwartbare, lange Lebensphase ist also ein historisch betrachtet recht junges Phänomen. Noch für unsere Urgroßeltern war es nichts Ungewöhnliches, 50-Jährige zu Grabe zu tragen, während sich heute 60-Jährige fragen, wie sie den nächsten Lebensabschnitt gestalten. Was bedeutet das für Alter(n) und das Altsein? Haben sich die Altersbilder, der Alltag im Alter, die soziale Rolle der Alten gewandelt? Woran lässt sich überhaupt festmachen, dass ein Mensch alt ist? Und unter welchen Voraussetzungen können wir „gut“ altern? Auch die Lebenserwartung von Menschen mit lebenslangen Behinderungen, die nach der Nazizeit geboren sind, ist in den letzten

¹ <http://www.lebenserwartung.info/index-Dateien/ledeu.htm>; <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/248994/umfrage/durchschnittsalter-der-bevoelkerung-in-den-eu-laendern/> (Zugriffen: 4. September 2014).

J. Heusinger (✉)

Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen, Hochschule Magdeburg-Stendal, Postfach 3655, 39011 Magdeburg, Deutschland

E-Mail: josefine.heusinger@hs-magdeburg.de

Jahrzehnten stark gestiegen. Erstmals in der Geschichte stehen sie vor der Frage, wie sie gut alt werden können und wollen und welche Rahmenbedingungen dafür erforderlich sind.

Im Folgenden wird der Versuch unternommen, einige wichtige Erkenntnisse der gerontologischen Forschung zu den genannten Fragen zu skizzieren. Auf dieser Grundlage werden dann jeweils schlaglichtartig Überlegungen angestellt, welche Bedeutung diese für alte Menschen mit lebenslangen Behinderungen haben – mit der Einschränkung, dass allgemeine Aussagen über diese sehr heterogene Gruppe häufig ebenso wenig Gültigkeit für alle beanspruchen können wie die über „die Alten“. Zunächst wird aus verschiedenen disziplinären Perspektiven erörtert, wann ein Mensch als alt gilt. Nach dieser Eingrenzung werden verschiedene Theorien zum „guten“ Altern diskutiert und abschließend daraus einige Hinweise abgeleitet, was zu bedenken ist, wenn es um gerecht verteilte Chancen auf zufriedenes Alter(n) für alle geht.

2.2 Wann ist ein Mensch alt?

Wird in einer Gruppe, z. B. von Studierenden, die Frage aufgeworfen, wann ein Mensch alt ist, lassen sich diese auf Alltagserfahrungen beruhenden Antworten regelmäßig mindestens vier wissenschaftlich gebräuchlichen Kategorien zuordnen: Ein *kalendarisches* Alter von beispielsweise neunzig oder hundert Lebensjahren gilt als sicherer Hinweis auf Alt-Sein. Als *biologische* Kennzeichen des Alters werden zum Beispiel Falten, graue Haare und zunehmende Gebrechlichkeit genannt. Die *psychologische* Seite des Alters wird oft mit der Aussage „Man ist so alt wie man sich fühlt“ zusammengefasst. Großeltern zu werden oder im Ruhestand zu sein thematisiert veränderte soziale Rollen, die aus *soziologischer* Perspektive typischerweise das Alter kennzeichnen. Auch wenn diese auf Erfahrung beruhenden Aussagen nicht für jeden alten Menschen zutreffend sein müssen, gibt es doch vielfache Belege für ihre soziale und biographische Bedeutsamkeit, die gemeinhin unter den Begriff „Alter“ gefasst wird.

Kalendarisches Alter

Die Angabe des Geburtsjahrgangs oder der Anzahl der gelebten Lebensjahre ist eine einfache und verbreitete Methode zur Bestimmung des Alters. Bei Behörden und im Geschäftsleben dient sie u. a. der Erlangung bestimmter Privilegien, z. B. Ermäßigungen, oder auch bestimmter Nachteile, wie der Verweigerung von Versicherungsleistungen oder Krediten. Das kalendarische Alter ist außerdem eine wichtige Variable in vielen Statistiken, z. B. den o. g. Berechnungen zur Lebenserwartung. Am kalendarischen Alter lässt sich auch ablesen, welcher Kohorte Men-

schen angehören, d. h. welche historischen Ereignisse und Entwicklungen sie in einem bestimmten Lebensalter als ZeitzeugInnen erlebt haben. So unterscheiden sich die Erfahrungen eines 15-Jährigen, der 1930 geboren wurde, sehr von denen eines Gleichaltrigen, der 1950, 1970 oder 1990 geboren wurde. Wie es um den individuellen Alterungsprozess und die Biografie Einzelner bestellt ist, lässt sich aus deren Lebensalter allerdings nicht ablesen.

In Deutschland wachsen die ersten Kohorten kalendarisch alter Menschen mit lebenslangen Behinderungen² erst seit rund 15 Jahren heran. Dies ist einerseits bedingt durch die Verfolgungen und Ermordungen dieser Menschen in der Nazizeit, andererseits durch verbesserte teils spezialisierte medizinische und pflegerischen Versorgung, derer sie oft bedürfen, um bei guter Gesundheit zu bleiben – und zu altern.

Biologisches Alter(n)

Der Alterungsprozess beginnt mit der Geburt und endet mit dem Tod. In dieser Zeit verändert sich der Körper, wenn auch durchaus unterschiedlich von Mensch zu Mensch und in Abhängigkeit von Lebensbedingungen und Lebensweise. Mit den Versuchen, die sichtbaren Folgen dieser Prozesse aufzuhalten oder zu kaschieren, wird unter dem Schlagwort des Anti-Aging viel Geld verdient. Dies kann als Beleg dafür gewertet werden, wie sehr Jugendlichkeit mit (körperlicher) Leistungsfähigkeit und Attraktivität assoziiert wird, während das Alter eher mit Abbau in Verbindung gebracht wird.

Der menschliche Körper verändert sich nicht nur äußerlich, der Verschleiß der inneren Organe und eine nachlassende Widerstandsfähigkeit führen mit zunehmendem Alter zu mehr Krankheiten. Repräsentative Untersuchungen zu Gesundheitszustand und Krankheitslast belegen, dass vor allem Herz-Kreislauf-, muskuloskelettale und Krebserkrankungen mit dem Alter zunehmen (zusfsd. BZgA 2011, 2013, 2014). Auch Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes II betreffen verstärkt ältere Menschen, die Demenz vom Alzheimer-Typ gilt nachgerade als Alterskrankheit. Typisch für das Alter ist das gleichzeitige Vorliegen mehrerer chronischer Krankheiten (Multimorbidität). Allerdings hat seit 1996 die Zahl der berichteten Krankheiten vor allem in den höheren Altersgruppen abgenommen, die alten Menschen sind heute gesünder als früher (BMFSFJ 2009, S. 22). Im sehr hohen Alter nehmen Funktionseinschränkungen, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu. Rund ein Drittel der über 80-Jährigen hat mit wenigstens einer Aktivität des täglichen Le-

² Der weitaus größte Teil der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung in der Bundesrepublik hat diese erst im Laufe des Lebens, vor allem im Alter erworben. Sie werden gemeinhin eher als Pflegebedürftige kategorisiert und sind in diesem Beitrag ausdrücklich nicht gemeint, wenn von Menschen mit Behinderungen die Rede ist.

bens wie Waschen/Baden, Anziehen, durch den Raum Laufen usw. Schwierigkeiten (Menning 2006, S. 8) und ist dadurch im Alltag auf Unterstützung angewiesen. Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes ist jedoch bis zum Alter von 85 Jahren nur eine Minderheit. Erst bei den über 90-Jährigen Frauen überschreitet die sogenannte Pflegequote die 50 %-Marke, wie Abb. 2.1 zeigt.

Frauen haben zwar eine höhere Lebenserwartung als Männer (Lampert und Kroll 2014), sind aber im Alter wie Abb. 2.1 zeigt, früher und stärker von Pflegebedürftigkeit betroffen. Die Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken sind außerdem nicht nur im Lebenslauf, sondern auch im Alter sozial ungleich verteilt. Sozial benachteiligte Menschen, die unter schlechteren sozio-ökonomischen Bedingungen leben, erkranken häufiger und schwerer, außerdem sterben sie früher (Lampert 2009). Auch wenn die biologischen Alterungsprozesse unausweichlich sind, werden sie von sozialen Faktoren beeinflusst.

Über den biologischen Alterungsprozess von Menschen mit geistigen Behinderungen und chronischen psychischen Erkrankungen gibt es widersprüchliche Befunde. Statistisch betrachtet ist ihre Lebenserwartung noch immer deutlich niedriger, vielfach ist zu lesen, das Risiko an Demenzen zu erkranken sei für sie erhöht, ganz besonders für Menschen mit Down-Syndrom (vgl. dazu genauer die entsprechenden Beiträge in diesem Band). Studien, die prüfen, wie sich die Le-

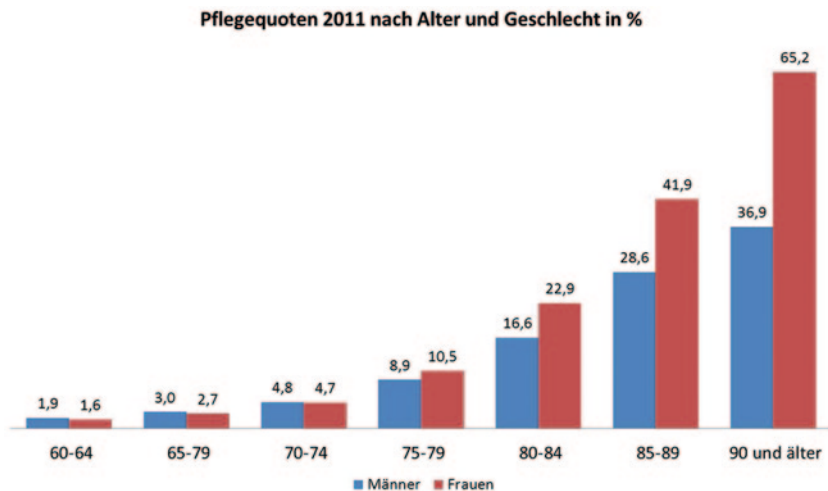


Abb. 2.1 Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe 2011 (Pflegequote) nach Alter und Geschlecht in %. (BZgA 2014 auf Basis von; Statistisches Bundesamt 2013: Pflegestatistik 2011)

bensbedingungen auf den Alterungsprozess dieser Zielgruppe auswirken, liegen m. W. nicht vor.

Die biologischen Veränderungen im Alterungsprozess verlaufen individuell unterschiedlich. Wie sie sich in der Wahrnehmung der Einzelnen widerspiegeln, ist eine Frage, mit der sich besonders die Psychologie beschäftigt.

Psychologisches Alter(n)

Das Alter(n) bringt neben den Herausforderungen durch körperliche Veränderungen auch psychische mit sich. Zum einen verändern sich im Alter die Hirnstrukturen: Die Leistungsfähigkeit des Gehirns basiert immer stärker auf Erfahrungs- und Zusammenhangswissen und sog. kristalliner Intelligenz, während die fluide Intelligenz, also Flexibilität und schnelle Aufgabenverarbeitung – individuell höchst unterschiedlich – nachlassen und an Bedeutung für die Lösung von Aufgaben verlieren. Altersweisheit im Sinne von besonderem Fakten-/Strategiewissen oder Einsichten in die Ungewissheiten des Lebens konnte in wissenschaftlichen Untersuchungen nicht nachgewiesen werden, auch die persönlichen Eigenschaften ändern sich mit dem Alter kaum (zusfsd. Wahl und Schmitt 2010).

Zum anderen gibt es aus psychologischer Sicht in jedem Lebensalter bestimmte Entwicklungsaufgaben (Havighurst 1948/1974), die sich durch biologische Veränderungen des Körpers, z. B. in der Pubertät, und mit dem Alter wechselnde gesellschaftliche Erwartungen und Normen, z. B. hinsichtlich ökonomischer Selbständigkeit oder Elternschaft, stellen. Die Entwicklungsaufgabe des höheren Alters ist es demnach, die vielen Lebenserfahrungen in Einklang zu bringen. Dazu gehört, Erreichtes zu würdigen, aber eben auch nicht Erreichtes zu akzeptieren und schließlich die Begrenztheit des Lebens anzunehmen. Die Voraussetzungen dafür sind allerdings ungleich verteilt. Manche Menschen können auf eine Biografie voller Chancen, Anerkennung und Erfolge zurückblicken, andere haben in ihrem Leben immer wieder Vergeblichkeitserfahrungen machen müssen, Armut, vielleicht chronische Krankheit oder frühe Verluste wichtiger Menschen zu bewältigen gehabt. Ob sie daraus mit der Zuversicht hervorgehen, Krisen meistern zu können, oder eher lernen mussten, sich abzufinden oder resignierten, hängt vielfach mit den emotionalen, kognitiven, sozialen und nicht zuletzt ökonomischen Ressourcen zusammen, die ihnen zur Verfügung standen, aber auch damit, in welchem Alter sie belastende Ereignisse wie z. B. chronische Krankheit und Verwitwung erlebten.

Die sozialisatorisch erworbenen Bewältigungsstrategien für den Umgang mit kritischen Lebensereignissen sind zwar individuell oft recht verschieden, verändern sich im Alter gegenüber denen im Erwachsenenleben jedoch eher wenig (zusfsd. Wahl und Schmitt 2010). Sie prägen daher auch den Umgang mit dem eigenen Alter(n), der bei den meisten Menschen davon gekennzeichnet ist, dem

kalendarischen Alter ein gefühlt jüngerer entgegenzuhalten: Fast zwei Drittel der 65- bis 69-Jährigen und gut die Hälfte der 80- bis 85-Jährigen fühlen sich rund zehn Jahre jünger als sie sind (Generali Zukunftsfonds 2012), vor allem dann, wenn sie bei guter Gesundheit sind. Alters- und Gesundheitsempfinden hängen also offensichtlich eng zusammen. Unabhängig von den objektiven Diagnosen hat sich die eigene, subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes außerdem als recht verlässlicher Indikator für die künftige Erkrankungswahrscheinlichkeit erwiesen (Tesch-Römer und Wurm 2009, S. 14). Worauf das zurückzuführen ist, ist bislang nicht erforscht: Vielleicht werden optimistische Menschen weniger krank, vielleicht fühlen sich Menschen, die unter belastenden Lebensumständen leben müssen, öfter krank. Jedenfalls wird die Einschätzung der subjektiven Gesundheit mit abnehmendem Bildungsgrad immer schlechter (vgl. Tab. 2.1), ob das auch für das gefühlte eigene Alter gilt, ist m. W. nicht untersucht.

Die Bewältigungsstrategien, die Menschen mit Behinderungen in ihrem Leben erworben haben, wenden sie vermutlich auch im Alter an. Allerdings dürften sie teilweise andere und vermutlich mehr kritische Lebensereignisse erlitten haben als die Mehrheitsbevölkerung, beispielsweise im Zusammenhang mit stationären Unterbringungen, mit Körperpflege, mit Diskriminierung. Wie sich das auf ihr Erleben des Alterungsprozesses und der Gesundheit im Alter auswirkt, ist m. W. kaum erforscht. Eine Ausnahme ist die eine Untersuchung von Menschen mit conterganbedingten Behinderungen zu ihrer Lebenssituation, die heute überwiegend über 50 Jahre alt sind (Kruse et al. 2012, S. 53). Nicht zu unterschätzen ist die Chance, aus der Bewältigung von Krisen gestärkt hervorzugehen – möglicherweise bringen Menschen mit Behinderungen besondere Kompetenzen für das Alter(n) mit. Insgesamt schätzen Menschen mit Beeinträchtigungen ihr psychisches Wohl-

Tab. 2.1 Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands 65- bis unter 80-Jähriger nach Geschlecht und Bildungsgruppe, 2010, in %. (BZgA 2013, S. 45)

Frauen (65–80 Jahre)	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
Gesamt	11,0	39,8	36,8	10,7	1,5
Einfache Bildung	9,2	35,4	41,1	12,8	1,5
Mittlere Bildung	13,9	46,6	30,3	7,5	1,7
Höhere Bildung	18,0	57,0	20,3	3,9	0,8
<i>Männer (65–80 Jahre)</i>					
Gesamt	11,1	46,3	33,1	8,1	1,3
Einfache Bildung	7,6	41,4	39,5	9,9	1,6
Mittlere Bildung	13,2	53,0	26,4	6,1	1,2
Höhere Bildung	19,1	52,3	22,6	5,4	0,5

befinden jedoch sowohl in jüngeren Jahren als auch im Alter schlechter ein als die ohne Beeinträchtigungen (BMAS 2013, S. 196).

Soziologisches Alter(n)

Aus soziologischer Perspektive stellt sich das Alter als durch soziales Handeln konstruiert und normiert dar. Das zeigt sich z. B. daran, dass das wahrgenommene Alter – neben dem Geschlecht und den Symbolen für den sozialen Status wie Kleidung oder Auftreten – eine Eigenschaft ist, anhand derer wir andere Menschen schon bei der ersten Begegnung einordnen. Das Alter beeinflusst unsere Interaktionen mit anderen Menschen bewusst und unbewusst, wir reagieren anders auf Gleichaltrige als auf Ältere oder Kinder. Nicht zuletzt begegnen wir den verschiedenen Altersgruppen mit differenzierten, gesellschaftlich-sozialisatorisch geprägten Erwartungen. So gilt, was für die eine Altersgruppe normal ist, bei den anderen als unpassend oder zumindest ungewöhnlich, beispielsweise das Spielen im Sandkasten, das Tragen modischer Teenie-Kleidung oder Piercings und Tattoos. Andererseits sind ältere und alte Menschen heute allerorten ein gewohnter Anblick, sie haben die Fitness-Studios und Tanzflächen mancher Diskothek erobert. Manche Alten beklagen hingegen, ihnen würde nicht mehr mit so viel Achtung und Wertschätzung begegnet wie früher, beispielsweise wenn es um das Angebot eines Sitzplatzes im Bus geht.

Das Alter an sich hat eine normierende Funktion, mit Vor- und Nachteilen, und offensichtlich ist die Einschätzung, wann ein Mensch alt und was ein altersangemessenes Verhalten ist, stark vom historischen und gesellschaftlichen Kontext geprägt. Auch kalendarische Altersgrenzen, wie beispielsweise das Renteneintritts- oder das Einschulungsalter, sind das Ergebnis gesellschaftlicher Aushandlungsprozesse und ihrer institutionellen Verankerung. In historischer Perspektive hat sich die Bedeutung des Alters als soziale Konstruktion in vielen Feldern der Gesellschaft immer wieder gewandelt. Die eingangs kurz skizzierten demografischen Entwicklungen tragen bis heute zu diesem Wandel bei. Die Bilder, die heute dafür vom Alter gezeichnet werden, reichen dabei von den gutsituierten, junggebliebenen Alten, die die „silver economy“ beflügeln und ehrenamtlich den sozialen Zusammenhalt sichern sollen, bis zu den Pflegebedürftigen, die ihre Familien und die Gesellschaft als kaum zu stemmende Last zu erdrücken drohen. Sie dienen vielfältigen Argumenten in wichtigen Feldern gesellschaftlicher Auseinandersetzungen (Amrhein und Backes 2007, S. 105).

Wie der Alltag der Älteren heute tatsächlich aussieht, ist Gegenstand zahlreicher Untersuchungen (vgl. zusf. BZgA 2011, 2013, 2014). Sie zeigen, dass die materielle Lage der Älteren heute durchschnittlich auskömmlich bis gut ist. Die sozialen Sicherungssysteme im Nachkriegsdeutschland ermöglichen den meisten

Älteren heute finanziell unabhängig von anderen zu leben. Sie können ihren Lebensstandard in der Nacherwerbsphase aufrechterhalten, auch wenn die meisten von ihnen schon Jahre vor Erreichen der Altersgrenze in den (Vor-)Ruhestand gegangen sind. Altersarmut hat in den vergangenen drei Jahrzehnten nur einen sehr kleinen Teil der Älteren betroffen, vor allem hochaltrige Frauen mit geringen Rentenansprüchen. Heute nimmt sie wieder zu, besonders in den rentennahen Jahrgängen der neuen Bundesländer. Die Armutsgefährdungsquote der über 65-Jährigen lag 2012 bei 13,6%³, mehr als jeder zehnte ist davon betroffen. Insgesamt sind die Älteren im Vergleich der Altersgruppen heute (noch) die am besten Gestellten (vgl. zusfsd. BZgA 2014).

Wenn im hohen Alter die Gebrechlichkeit zunimmt und mehr und mehr Hilfen bis hin zur Pflege benötigt werden, reichen die Leistungen des Sozialsystems für einen selbstbestimmten Alltag dennoch häufig nicht aus. Die Pflegeversicherung springt erst bei schwerer Pflegebedürftigkeit ein und zahlt auch dann nur einen Teil der Leistungen. Die als Leistung der Sozialhilfe von Kommunen gewährte Hilfe zur Pflege zieht die Einkommen von Angehörigen bei der Prüfung der Anspruchsberechtigung heran. Aus diesen Gründen sind Familien und soziale Netzwerke im Falle von Pflegebedürftigkeit besonders gefordert.

Die heutigen Alten zwischen 55 und 85 haben zu rund 90% lebende Kinder, ungefähr 80% beschreiben ihre Familienbeziehungen als gut oder sehr gut. Bei rund der Hälfte wohnt wenigstens ein Kind in der Nachbarschaft oder im gleichen Ort, bei weiteren 30–40% höchstens zwei Fahrstunden entfernt (DEAS 2008). Allerdings zeigen sich hier Veränderungen: Vor allem in den neuen Bundesländern, aber auch aus ländlichen Regionen der alten Bundesländer sind viele Jüngere weggezogen, so dass dort bald jeder fünfte Ältere weiter von den Kindern entfernt lebt (vgl. zusfsd. BZgA 2013, 2014). Umso wichtiger werden dann außerfamiliäre Netzwerkbeziehungen. Mit zunehmendem Alter werden die Netzwerke der meisten Menschen jedoch dünner: Gleichaltrige sterben, die Gelegenheiten, neue Bekanntschaften zu schließen, werden seltener. Ungefähr ein Fünftel der Menschen zwischen 55 und 85 gibt an, keinen oder höchstens einen guten Freund mit regelmäßigem Kontakt zu haben, ebenso viele fühlen sich zumindest mittelmäßig einsam (DEAS 2008). Allgemein fühlen sich Ältere aus niedrigen Einkommens- und Bildungsgruppen häufiger einsam und erleben häufiger nur unzureichende soziale Unterstützung (RKI 2011). Die weitaus meisten Älteren sind jedoch in familiäre

³ <http://www.amtliche-sozialberichterstattung.de/Alarmutsgefaehrungsquoten.html>, 10.9.2014: Anteil der Personen mit einem Äquivalenzeinkommen von weniger als 60% des Medians der Äquivalenzeinkommen der Bevölkerung in Privathaushalten am Ort der Hauptwohnung. Das Äquivalenzeinkommen wird auf Basis der neuen OECD-Skala berechnet, für einen Einpersonenhaushalt lag es 2012 bei 869 €/Monat.

und außerfamiliäre Netzwerke eingebunden. Dort leisten und empfangen sie Unterstützungen aller Art, wenngleich bei den Hochaltrigen finanzielle Transfers an die jüngeren überwiegen und sie zunehmend praktische Hilfen empfangen, während die jüngeren Alten zwischen 55 und 65 Jahren beispielsweise in der Enkelkinderbetreuung und Nachbarschaftshilfe auch viele praktische Hilfen erbringen.

Mit Anfang 60 endet für die meisten auch die Erwerbsarbeit, 2008 traten die Menschen in Deutschland durchschnittlich im Alter von 61,7 Jahren aus dem Erwerbsleben aus (Brussig 2010). Damit beginnt ein neuer Lebensabschnitt, der oft mit dem Beginn des Alters assoziiert wird: Die Kontakte zu den KollegInnen und die Alltagsstruktur verändern sich. Die damit einhergehende Entpflichtung bei gleichzeitiger materieller Sicherheit gilt einerseits als wohlverdienter Ruhestand und Ausdruck gesamtgesellschaftlicher Produktivität sowie sozialstaatlicher Entwicklung. Andererseits wird den Älteren nicht zuletzt mit Verweis auf die demografische Entwicklung und die Aktivitätstheorie heute vielfach vorgehalten, sie müssten sich freiwillig engagieren und zum gesellschaftlichen Zusammenhalt beitragen (van Dyk 2009). Freiwilligenbörsen und Ehrenamtstreffs erfreuen sich begeisterter politischer Unterstützung und finanzieller Förderung in immer neuen Programmen, und so manches Sozialprojekt muss für eine weitere Förderung inzwischen einen ehrenamtlich erbrachten Eigenanteil vorweisen. Die Medien greifen Diskussionen um ein soziales Pflichtjahr für RenterInnen, wie es z. B. von Bestsellerautor Richard David Precht angeregt wurde, begeistert auf (20.000 Treffer bei Google am 10.9.2014). In ihren Empfehlungen zum Sechsten Altenbericht der Bundesregierung wird die Pflicht zum lebenslangen Lernen gerade der Älteren betont (BMFSFJ 2010a, S. 270). De facto engagieren sich rund ein Drittel der Älteren freiwillig (BMFSFJ 2010b, S. 8), ebenfalls rund ein Drittel nimmt Bildungsangebote wahr, beides nimmt mit höherem Alter ab (Motel-Klingebiel et al. 2010). Zweifellos kann Engagement sehr zu einer befriedigenden Alltagsgestaltung im Alter beitragen. Gebraucht zu werden und Wertschätzung zu erfahren wünschen sich die meisten Menschen, auch wenn sie alt und gebrechlich sind. Als Pflicht auferlegt bekommen möchten es jedoch die wenigsten, und nicht wenigen mangelt es an Geld, Wissen und Selbstvertrauen, um sich einen befriedigenden Platz in der Engagementwelt zu erobern. Besser situierte und gebildete Ältere engagieren sich jedenfalls mehr freiwillig als schlechter gestellte.

Die Kehrseite der einseitigen Betonung des engagierten, aktiven Alters ist die damit implizierte Abwertung des gebrechlichen Alters. Denn wenn der aktive alte Mensch der „gute“ ist – was ist dann der „unnütze“ kranke alte Mensch? Reindl (2009) fragt, ob die weitgehende Negierung altersbedingter Veränderungen nicht geradezu auf eine diskursive Abschaffung des Alters – und damit seiner Schutzbedürftigkeit – hinauslaufe.

Menschen mit lebenslangen geistigen Behinderungen oder chronischen psychischen Erkrankungen blicken im Alter ganz überwiegend auf andere Biografien zurück als die oben skizzierten mehrheitstypischen. Sie wurden schon oft als „nicht normal“ wahrgenommen und entsprechend behandelt, die meisten von ihnen haben keine eigenen Familien gegründet, sie haben häufig anders zusammengesetzte soziale Netzwerke, leben von Transferleistungen. Viele von ihnen haben gearbeitet und sind nun im Ruhestand oder kurz davor. Woran sie Alt-sein festmachen, wie sie sich selbst dabei sehen, was sie sich wünschen und brauchen ist bislang nur unzureichend thematisiert und unterliegt vermutlich einer großen individuellen Bandbreite.

Denn es gibt bislang nur wenige Konzepte dafür, wie das Leben von Menschen mit Behinderungen im Ruhestand aussehen könnte, dafür umso mehr sozialrechtliche Fallstricke: Schwerbehinderte im Rentenalter haben nach bisheriger Rechtsauffassung in der Regel keinen Anspruch auf Eingliederungshilfe, auch die Finanzierung des Wohnens ändert sich in der Nacherwerbsphase. Schlimmstenfalls werden so – unter der politisch gesetzten Maßgabe der Begrenzung kommunaler Sozialausgaben und aufgrund von Verschiebepahnhöfen zwischen Institutionen des sozialen Sicherungssystems – aus Menschen mit Behinderungen Pflegebedürftige nach dem Pflegeversicherungsgesetz, die entsprechend in Pflegeheimen untergebracht werden. Sich mit Fragen des „guten“ Alterns von Menschen mit Behinderungen zu beschäftigen bleibt daher eine Zukunftsaufgabe der Betroffenen selbst, der Gesetzgebung, der Praxis und nicht zuletzt der Altersforschung.

2.3 Was ist „gutes“ Altern?

Wenn vom guten oder richtigen Alter(n) die Rede ist, muss zunächst geklärt werden, was dafür der Maßstab ist oder sein kann. Geht es um messbar bessere Gesundheit? Um soziale Sicherheit oder Teilhabe? Oder um die subjektive Wahrnehmung der Lebensqualität und des Wohlbefindens? Angesichts der Heterogenität der älteren Bevölkerung ist dies keine einfach zu beantwortende Frage. Letztlich müssen viele Faktoren stimmen, subjektive wie objektive, und es sollten Wahlmöglichkeiten gesichert sein.

Die Frage der Lebensqualität im Alter beschäftigt die Altersforschung bis heute. Der im 20. Jahrhundert zunächst populären Disengagement-Theorie (Cumming und Henry 1961) zufolge hängt die Zufriedenheit im Alter davon ab, dass es gelingt, sich aus dem gesellschaftlichen Leben zurückzuziehen, sich auf sich selbst zu konzentrieren und sich so auf den Tod vorzubereiten. Diese Auffassung wurde von der Aktivitätstheorie abgelöst, die bis heute sehr populär ist. Sie postuliert einen engen Zusammenhang von Aktivität in körperlicher, sozialer, kognitiver Hinsicht im Alter mit Wohlbefinden. „Es ist besser, aktiv zu sein als inaktiv und

Lebensqualität im Alter

Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung
und psychischen Erkrankungen

Müller, S.V.; Gärtner, C. (Hrsg.)

2016, X, 496 S. 16 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-09975-6