

Zeitschrift: Schweizer Heimwesen : Fachblatt VSA
Herausgeber: Verein für Schweizerisches Heimwesen
Band: 53 (1982)
Heft: 6

Artikel: Intervention in der Gerontologie
Autor: Lehr, Ursula M.
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-809889>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 15.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Intervention in der Gerontologie

Von Prof. Dr. Ursula M. Lehr, Bonn

Zukunftsaspekte: Altern im Jahre 2000

In den Räumen der Schweizer Mustermesse in Basel findet vom 22. bis 27. Juni der Kongress VITA TERTIA für Fragen des Älterwerdens statt. Dazu gehört eine Ausstellung, an welcher auch der VSA vertreten ist (Stand Nr. 1455). Im Rahmen des grossangelegten Vortragsprogramms, das von Prof. Dr. H. Tuggener, Prof. Dr. N. Luyten, Prof. Dr. R. Battegay, Prof. Dr. H. Thomae, Prof. Dr. L. Rosenmayer und andere Referenten bestritten wird, spricht Frau Prof. Dr. Ursula Lehr am 23. Juni (im Konferenzraum «Brüssel») über das Thema «Lässt sich der Altersprozess beeinflussen?». Der hier abgedruckte Vortrag wurde 1981 anlässlich der Herbsttagung der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie in St. Gallen gehalten. Ursula Lehr zählt zu den profiliertesten Vertretern der sogenannten Interventionsgerontologie.

Vergegenwärtigen wir uns demographische Trends der Bevölkerungsentwicklung, so sind zumindest fünf Aspekte hervorzuheben:

- Die zunehmende Lebenserwartung des einzelnen, die in den Industriestaaten zwischen 1970 und 2000 um 2,8 Jahre steigen wird, in den weniger entwickelten Ländern jedoch um 15,7 Jahre. In Deutschland liegt die durchschnittliche Lebenserwartung für einen männlichen Neugeborenen heute bei 69,4 Jahren, eine weiblichen Neugeborene bei 76,1 Jahren (Frauen werden bei uns demnach 6,7 Jahre älter); in der Schweiz kann heute ein männlicher Neugeborener sogar mit 72,1 Jahren, ein weiblicher mit 78,7 Jahren (Differenz: 6,6 Jahre) rechnen (vgl. Statistisches Jahrbuch 1981, S. 638).

- Der Anteil der über 65jährigen beträgt heute in unserem Land 16 Prozent, in der Schweiz 14 Prozent. Älter als 60 Jahre sind heute bei uns zirka 20 Prozent; im Jahre 2000 werden es bei uns 22,6 Prozent sein (18,4 Prozent der Männer und 25,6 Prozent der Frauen), in der Schweiz 21,5 Prozent (19,1 Prozent der Männer und 23,8 Prozent der Frauen).

Der Anteil der über 65jährigen in den Industrieländern steigt in diesen Jahren um 58 Prozent, in den Ländern der Dritten Welt jedoch um 158 Prozent. Im Jahre 2000 werden in den Industrieländern 231 Millionen über 60jährige leben, in der Dritten Welt jedoch 354 Millionen, also über 65 Prozent mehr. Doch nicht nur der Anteil der über 60jährigen steigt, sondern – und das hat für unsere Fragestellung besondere Konsequenzen – der Anteil der sehr alten Bevölkerung. Die Gruppe der 75–80jährigen nimmt in Deutschland allein zwischen 1975 und 1990 um 17 Prozent zu, die der 80–85jährigen um 51 Prozent und der über 90jährigen sogar um 42 Prozent.

- Schliesslich ist zu bemerken, dass in den höheren Altersgruppen sich das *Verhältnis Männer/Frauen verschiebt*. Bei den über 60jährigen wird es bald 1 : 2 sein bei uns in der Bundesrepublik; bei den über 90jährigen ist es 1 : 4 – und das in den meisten Ländern der westlichen

Welt. Frauen haben zwar eine durchschnittlich höhere Lebenserwartung, doch sind sie meist kränker – gemessen an Arztbesuchen und Medikamentenverbrauch. Der «subjektive Gesundheitszustand» ist (in nahezu allen Altersgruppen übrigens) bei Frauen nun einmal schlechter als bei Männern.

- Ein weiterer Trend demographischer Entwicklung zeigt sich in der Zunahme der *Einfamilien- und Einpersonenhaushalte* in der älteren Bevölkerung. Auch hier wird ein spezifischer Betreuungsbedarf im medizinischen, pflegerischen und sozialen Bereich auf uns zukommen, wie Kamerman aufgrund ihrer 8-Länder-Studie schon 1976 feststellte.

- Schliesslich sei die Zunahme der *4- und sogar 5-Generationenfamilien* erwähnt (Shanas 1981, Lehr 1981), die eine familiäre Versorgung doch stark einschränkt. *Zwei Generationen im Rentenalter* – ein Phänomen, das keinesfalls in der Bereich der Utopie gehört. Ist es dann nicht geradezu verantwortungslos, heute eine Altersgrenze mit 55 zu fordern? Strebt man 3 Generationen im Rentenalter an?

Konsequenzen der Bevölkerungsentwicklung

Dieser hier kurz aufgezeigte Trend in der Bevölkerungsentwicklung lässt zumindest drei Veränderungen hervorsagen:

Es werden in naher Zukunft mit steigender Zahl der Hochbetagten *quantitativ mehr Dienste für ältere Menschen benötigt* werden. Wir wissen, dass mit zunehmendem Lebensalter einmal die Wahrscheinlichkeit wächst, soziale und Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu müssen (Kamerman/Kahn 1976), zum anderen die Wahrscheinlichkeit, einen Alten- oder Pflegeheimplatz zu beanspruchen (zirka 3 Prozent aller über 65jährigen, 8,8 Prozent aller über 75jährigen, 13 Prozent aller über 80jährigen und zirka 40 Prozent aller über 85jährigen leben bei uns in Heimen). Hier werden Kosten entstehen,

die durch die Anpreisung einer als sehr problematisch zu sehenden «family care» (die eigentlich «daughter care» heissen müssten!) kaum reduziert werden können. Familiäre Versorgung ist sicher in vielen Fällen erstrebenswert, doch nicht immer kann die 60jährige für ihre 85/90jährige Mutter aufkommen – ganz bestimmt nicht ohne entsprechende Tageskliniken und spezielle Hilfen. «Care for the caregivers», «Hilfe für die Helfenden», Beratung der betreuenden Familienmitglieder, der «alternden Kinder alter Eltern» (Ragan 1979, Brody 1979) ist eine Forderung, die sowohl in der Forschung als auch in der Praxis aufgegriffen werden sollte.

Es werden in naher Zukunft aber auch *qualitativ bessere Dienste benötigt* werden. Heutzutage erfolgt dank des Ausbaus der offenen Altenhilfe der Einzug in ein Alten- oder Pflegeheim zu einem späteren Zeitpunkt als früher und bei einem stärkeren Grad der Hilfsbedürftigkeit. Dies aber setzt bei der Heimleitung und bei dem Personal eine *besondere Qualifikation auf dem Gebiet der Gerontologie* voraus. Es werden höhere Anforderungen an die Mitarbeiter im Bereich der Altenarbeit gestellt. Eine Ausbildung im Bereich der Krankenpflege allein genügt heute nicht mehr. Spezielle Kenntnisse im Bereich der *Gerontologie* und nicht nur der Geriatrie sind unbedingt erforderlich.

Die psychologische Forschung der vergangenen Jahre zeigt, dass Altern nicht Abbau und Verlust bedeuten muss. Alternsprozesse lassen sich – zum Teil wenigstens – verhindern, verändern, oder wenn sie eingetreten sind, abstoppen, vielleicht sogar rückgängig machen (vgl. Lehr 1972, 1979, Birren und Schaie 1977). Diese Aufgaben freilich, die den Einsatz *aller* in der Altenarbeit Tätigen verlangen und nicht von Ärzten allein übernommen werden können, verlangen mehr als nur medizinisch-pflegerische Fähigkeiten und Fertigkeiten. Diese Aufgabe verlangen auch mehr als nur guten Willen, gemischt mit etwas Menschenkenntnis (auf die man freilich nicht verzichten kann). Diese Aufgaben verlangen eine *fachlich fundierte Ausbildung auf dem Gebiet der Gerontologie*, ein Wissen um den sog. «normalen» Alternsprozess und nicht nur um pathologische Formen desselben! Freilich werden geriatrische Fragen im Rahmen der Gerontologieausbildung eine wesentliche Stellung einnehmen, doch gilt es, neben medizinischen auch psychologische, soziologische, sozialwissenschaftliche, pädagogische, theologische, ökonomische Themen zu behandeln, um der Mehrdimensionalität der Alternsprozesse gerecht zu werden. Was nützen zum Beispiel wundervolle Kliniken, behindertengerecht ausgestattet mit allen technischen Schikanen, wenn das Haus nicht «mit Leben» erfüllt ist, wenn dort eine eisige Sagrotan-Atmosphäre herrscht, wenn vor lauter Hygiene- und Sauberkeitssucht die Menschen vergessen werden, die darin leben und sich dort zu Hause fühlen sollten. Ist die Flucht zum angeblich notwendigen Spiegelblankputzen und Wasserkranenwienern nicht manchmal eine Flucht vor einem Gespräch mit einem Heimbewohner – vielleicht aus Unsicherheit und eigener Hilfslosigkeit? Untersuchungen haben festgestellt, dass im Pflegeheim und in geriatrischen Stationen diejenigen am meisten Zuwendung des Personals erhielten, die sie am wenigsten brauchten, und diejenigen, die des Zuspruchs und der Zuwendung am meisten bedurften, am stärksten vernachlässigt wurden. Ansprache und Zuwendung erhielten diejenigen Patienten, die «more attractive» waren

(was Arie zu dem Ausspruch veranlasst hat: «man hat als junger Mensch zu lernen, wie man auch als alter Mensch noch attraktiv sein kann»). Jene Patienten hingegen, die «weniger attraktiv» waren, denen es schlechter ging, wurden weniger angesprochen. Um die Türen, hinter denen ein Sterbender lag, machte man einen besonders grossen Bogen und entschuldigte sich vor sich selbst mit der stereotypen, aber falschen Annahme, dieser Patient wolle «seine Ruhe».

Als dritte Konsequenz, die sich aus der zunehmend kopflastiger werdenden Bevölkerungspyramide ergibt, ist festzustellen: Der Forderung zunehmender Quantität und besserer Qualität einerseits stehen andererseits *nachlassende finanzielle Mittel* gegenüber. Man denke an den steigenden Rentenberg, der auf uns zukommt – vor allem, wenn kurzsichtige Politiker ein Rentenalter mit 55 Jahren beginnen lassen und damit sicher nicht zu einem steigenden Wohlbefinden im Alter beitragen! Die durch frühe Verrentung beim Arbeitslosengeld eingesparten Mittel werden sich in höheren Kosten für die offene und geschlossene Altenhilfe für die Frührentner niederschlagen. Doch dies ist eher ein Problem in unserem Land und nicht in Ihrem, in der Schweiz. Dennoch gilt für die meisten Länder: bis zum Jahre 2000 werden weniger finanzielle Ressourcen für Altenhilfe und Altenarbeit zur Verfügung stehen aufgrund der zahlenmässigen Zunahme der sehr alten Bevölkerung einerseits und dem erhöhten Bedarf (der durch die wirtschaftliche Lage, durch verringerte Kaufkraft usw. verstärkt wird) andererseits; und dies alles bei einem enorm gestiegenen Anspruchsniveau der jüngeren Generation von heute, einem Anspruchsniveau, welches für die Betagten von morgen und übermorgen kaum mehr zu befriedigen sein wird.

Ziele der Interventionsgerontologie

Angesichts dieser Situation gewinnt die Frage

Wie kann man intervenieren, wie kann man den Altersprozess beeinflussen?

Wie kann man Abbauerscheinungen verhindern, oder wenn sie eingetreten sind, rückgängig machen, wie kann man weitere Abbauprozesse abstoppen?

an besonderer Bedeutung. Was lässt sich tun, um den einzelnen vielleicht dank einer günstigeren Lebensentwicklung, dank zu entwickelnder und zu fördernder Eigeninitiative und Eigenaktivität auf Betreuungs- und Hilfemassnahmen weniger angewiesen werden zu lassen? (Wir fordern nicht, dass man schon als Kind «altern» lernen soll, wie oft etwas vorwurfsvoll gefragt wird. Man sollte Kinder «richtig leben» lernen, denn *wer richtig lebt, der altert auch richtig!*) Aber wir haben auch zu fragen: Was lässt sich tun, um auch erkrankten oder «abgebauten» älteren Menschen zu einem grösseren Wohlbefinden, zu mehr «Lebensqualität» zu verhelfen?

Dieses Insgesamt der Massnahmen wird heute in der internationalen gerontologischen Literatur unter dem Begriff der «Intervention» diskutiert (vgl. Estes und Freeman 1976, Eisdorfer und Stotsky 1977, Lehr 1979). Trotz mancher zum Teil widersprüchlicher Definitionen bzw. unterschiedlicher Ausdehnungsgrade des Interventionsbegriffes (von der «Krisenintervention», Österreich 1978,

bis zur «Sozialen Intervention», Lakoff 1976, Rückert 1979) herrscht doch Einigkeit

1. bezüglich des *Zieles*: nämlich einer Sicherung bzw. Rückgewinnung und Erhaltung des psycho-physischen Wohlbefindens bis ins hohe Alter;
2. bezüglich der *mehrfachen Aufgabe* von Interventionsmassnahmen: der Optimierung, der Prävention oder Prophylaxe (von Steinmann als auch als «präventive Rehabilitation» bezeichnet), der Rehabilitation und des Managements von Problemsituationen (vgl. Tabelle 1);
3. bezüglich der Notwendigkeit einer *interdisziplinären Zusammenarbeit* bzw. der Betonung der Mehrdimensionalität und gegenseitigen Wechselwirkung der anzuwendenden Massnahmen. Medizinische Versorgung und Pflege, so wichtig sie auch ist, allein genügt genausowenig wie die alleinige Veränderung der ökologischen und/oder sozialen Bedingungen (von der Verschönerung des Zimmers, der Beschaffung besser zu handhabender Rollstühle bis zur finanziellen Besserstellung).

«Intervention» ist nicht etwa ein Ersatz für die Begriffe «Geroprophylaxe» und «Rehabilitation», sondern bezeichnet in einem weit stärkeren Masse einmal die Zusammengehörigkeit und Aufeinanderbezogenheit beider Gruppen von Massnahmen, zum anderen sollte man Intervention mehr auf die gesamte Lebenssituation bezogen sehen, das heisst sie bleibt nicht auf den körperlichen-medicinischen Bereich beschränkt, sondern es gilt, neben der medizinischen, pharmakotherapeutischen Behandlung «das Schwergewicht auf physikalische, psychologische und soziologische Massnahmen zu legen» (Steinmann 1979, S. 55). Dabei scheint es geboten zu betonen, dass ein solches umfassendes Angebot, welches die somatischen, psychologischen und sozialen Bedürfnisse des älteren Menschen berücksichtigt, nicht etwa zu einer «totalen Fürsorge» und Betreuung führen darf, sondern zur Eigenaktivierung. So ist Feder und Junod (1979) voll zuzustimmen, wenn sie feststellen: «Von allen Interventionen scheint uns die am bedeutsamsten, welche der ältere Mensch *selbst* unternimmt»; doch manchmal sind bereits viele Interventionsmassnahmen notwendig, *damit* der ältere Mensch selbst etwas unternimmt.

Grundlagenforschung und praktische Konsequenzen

Ich kann im folgenden nur einige Aspekte herausgreifen; einen Überblick zu dieser Thematik vermittelt Tabelle 2.

Als erstes wäre hier die *Korrektur des negativen Altersbildes* zu nennen: Es konnte der Nachweis erbracht werden, dass unter bestimmten Bedingungen (unter anderem durch Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten, Anregung und stimulierende Umgebung, durch Vermittlung eines positiven Selbsterlebens) Abbauprozesse im psychischen Bereich gar nicht oder erst sehr spät eintreten; es konnte weiterhin nachgewiesen werden, dass eingetretene Abbauprozesse oft nicht biologisch bedingt und damit irreversibel sind (im Sinne einer «Aufbrauchs-», «Abnutzungs-» oder «Verschleisstheorie» – vgl. Lehr 1972, 1979). Erst diese Erkenntnis einer Flexibilität der Altersprozesse lassen Interventionsmassnahmen als sinnvoll erscheinen (vgl. Baltes 1980).

Mitarbeiterberatung

Helfen: Beruf oder Berufung?

Der *Evangelische Verband für innere Mission und Diakonie* führt am 21. Juni auf Schloss Hünigen, Konolfingen, seine diesjährige Abgeordnetenversammlung und Mitarbeitertagung durch. Diese Mitarbeitertagung ist dem Thema «Helfen: Beruf oder Berufung?» unterstellt, zu welchem

Frau Dr. Imelda Abbt

im VSA zuständig für das Kurswesen und die Fortbildung, den Hauptvortrag hält. Als Votanten werden im Programm die Herren Werner Germann, Weinfelden, Pfr. Hans Dürig, Zollikerberg, Dr. Heinz Zindel, Zizers, und Markus Brandenberger, Uetikon a. S., aufgeführt. Es sind auch Gruppenarbeiten vorgesehen. Die Fachblattleser werden auf diese interessante Veranstaltung aufmerksam gemacht und zum Besuch eingeladen. Anmeldungen sind (möglichst rasch) an das Sekretariat des Verbandes, Sihlstrasse 33, Postfach 384, 8021 Zürich, zu richten. Tagungskosten, inkl. Mittagessen, Fr. 30.–. Die Mitarbeitertagung beginnt mit dem Hauptvortrag um 11.00 Uhr.

Doch im Grunde genommen sind viele Ärzte und Krankenschwestern von dieser Flexibilität innerlich nicht überzeugt, für sie ist der ältere Mensch grundsätzlich ein Behinderter. Allerdings verbieten sich auch hier Verallgemeinerungen. So zeigten zum Beispiel Kahana und Kijak (1981), dass das eigene Lebensalter von Arzt und Pflegepersonal die Einstellung zum älteren Patienten mitbestimmt: je älter Arzt und Pflegepersonal selbst sind, um so stärker wurde das selbständige, unabhängige Verhalten von alten Patienten verstärkt, während jüngere Ärzte und Schwestern sich dem älteren Patienten gegenüber stärker in einer Weise verhielten, die abhängiges Verhalten und Passivität begünstigte. Coe (1981) fand bei Untersuchungen an 1600 Ärzten eine Abnahme der Verordnung präventiver Massnahmen mit zunehmendem Alter der Patienten, allerdings war dieser Trend bei jenen Ärzten, die spezielle Kenntnisse in der Gerontologie hatten und einen grösseren Wissensumfang über «normale» Altersprozesse hatten, weniger stark ausgeprägt. Sandman berichtete über eine schwedische Studie, die die negative Einstellung von Ärzten und Pflegepersonal älteren Menschen gegenüber durch den «niedrigen Status» der in geriatrischen Stationen Tätigen erklärt («working with the aged in these health care institutions has a low status»).

Untersuchungen haben gezeigt, dass sich das negative Altersbild besonders stark bei der Rehabilitation Herzkreislauf-Kranker auswirkt. Rehabilitationsdiskussionen im Bereich der Kardiologie beziehen über 55/60jährige äusserst selten mit ein, obwohl gerade in dieser Altersgruppe derartige Erkrankungen besonders häufig auftreten (von den 25–45jährigen sind 0,1 Prozent; von den 45–55jährigen: 0,7 Prozent; von den 55–65jährigen:

2,15 Prozent und von den über 65jährigen: 5,94 Prozent 1977 in der Bundesrepublik an Herzinfarkt verstorben). Man konnte nachweisen, dass aufgrund eines negativen Altersbildes älteren Infarktpatienten von vorneherein ein geringerer Rehabilitationserfolg eingeräumt wird. So stellte Mock (1977) fest, dass der behandelnde Arzt den älteren Infarkt-Patienten bereits als «rocking chair-man» sieht und ihn eher unterfordere als überfordere; ihm wird von vorneherein eine längere Phase der Bettruhe verordnet. Bedenkt man, dass Bettruhe bei Älteren zu grösserer Beeinträchtigung führt als bei Jüngeren (Steinmann) und dass bei ihnen eine eingetretene «Inaktivierungssathrophie» einmal schwieriger zu beheben ist, zum anderen auch negativere Auswirkungen hat, dann wird man den rehabilitativen Wert dieser verlängerten Bettruhe in Frage stellen müssen. Ausserdem beobachtete man, dass man oft allein auf der Grundlage des Lebensalters ältere Patienten von Trainingsprogrammen ausschloss. In der Geriatrie erfahrene Ärzte hingegen, wie H. Schaefer betonten, dass eine Rehabilitation nach Herzinfarkt auch beim älteren Menschen unbedingt sinnvoll ist und so früh wie möglich beginnen sollte.

Die Vernachlässigung des älteren Menschen im Rahmen der Rehabilitation ist zum Teil mit versicherungstechnischen Gründen zu erklären: sofern eine Erwerbsfähigkeit bzw. Berufsfähigkeit wiederhergestellt werden kann, wird mit der Finanzierung von «AHM» (Anschluss-Heilmassnahmen, § 1236 der RVO) nicht gespart. Bei älteren Menschen (heutzutage, bei vorverlegter Altersgrenze bereits in den 50er Jahren) wird nach einem Herzinfarkt zum Beispiel von vorneherein eine solche Leistungsminde- rung erwartet, dass die Voraussetzung für eine solche Finanzierung nicht gegeben sind. Für ältere Patienten hat man nur den Rat bereit: «Regen Sie sich nicht auf», «Strengen Sie sich nicht an», «Machen Sie bald einen Rentenantrag». Statt des Erstellens konkreter individueller Rehabilitationsprogramme erhält der Ältere den Rat «no stress, no steps and take it easy».

Auch wenn von versicherungstechnischer Seite hier mittlerweile einige Verbesserungen erreicht werden konnten – nach neuesten Informationen im Sinne des allgemeinen Sparzwangs jedoch wieder eine Verschlechterung zu erwarten ist – wirkt offenbar dieser Maßstab, dieses Altersbild bei manchen Ärzten noch nach. Solche Wirkungen konnten bereits direkt nach der Erkrankung nachgewiesen werden: ältere Patienten erhalten nach ihrer Erkrankung vom Arzt weniger Auskunft und Information bzw. Erklärung ihrer Krankheit als jüngere Patienten. Dahinter steht die falsche Annahme, Ältere verstehen die komplizierten physiologischen Zusammenhänge sowieso nicht, so dass ihnen die Erklärung «das kommt eben in Ihrem Alter vor», genüge. *Älteren spricht man eine Einsichts- und Lernfähigkeit oft von vorneherein ab* und geht auch davon aus, dass Anordnungen allein aufgrund der ärztlichen Autorität befolgt werden. Ergebnisse der experimentellen Lernpsychologie, denenzufolge Ältere nur dann, wenn sie den Sinnzusammenhang erkannt haben, «lernen» («heisst: ihr Verhalten ändern»), vergessen oft Ärzte und Pflegepersonal offenbar. (Dies gilt auch in bezug auf die Medikamenteneinnahme: ist eine für den Patienten verständliche Aufklärung über die spezifische Wirkungsweise erfolgt, dann zeigten sich weniger Selbstdosierung und weniger Unregelmässigkeiten. Ähnliches gilt auch in bezug auf die Einhaltung von Diätvorschriften.)

Zusammenfassend hierzu:

1. Das negative Altersbild führt zu mangelnder Informationsvermittlung und Aufklärung über die eigene Situation. *Dadurch* erschwert man dem Älteren die Einsicht in die Zusammenhänge – und erklärt ihn dann für «uneinsichtig», «altersstarr».
2. Das negative Altersbild führt weiterhin zu verlängerter Bettruhe, zu verstärkten Schonungstendenzen, die sich häufig mehr zum Schaden als zum Nutzen des Älteren auswirken: die Älteren a priori zugesprochene «Unbeweglichkeit», «Immobilität», «Desinteresse» und «Teilnahmslosigkeit» wird *dadurch* erst herbeigeführt.
3. Rehabilitationsmassnahmen setzen – wenn überhaupt – bei einem Älteren erst zu einem späteren Zeitpunkt ein, sind weniger prägnant umschrieben, weniger konkret – und führen häufiger zur *Unterforderung* (die genauso schädlich ist wie eine *Überforderung*).

Hier ist die Kunst eines jeden im Bereich der Rehabilitation Tätigen, seine Anforderungen so *individuell* zu stellen, dass «dosierte Diskrepanzerlebnisse» herbeigeführt werden. Das heisst: Anforderungen, die etwas höher als das bereits Erreichte liegen, jedoch so dosiert sind, dass sie unbedingt im Bereich der Möglichkeiten des einzelnen Patienten liegen.

Dieser Forderung basiert auf der durch empirische Forschungen belegten *Individualität* der Alternsprozesse. Es sollte nicht – wie im Mediziner-Jargon durchaus üblich – «den Ulcus», «die Nierentransplantation», «den Infarkt», «den Apoplex» geben. So stark generalisierende Bezeich-

nungen von Patienten als «Fall» stehen einer *differentiellen Gerontologie*, die immer wieder auf die grösste Variationsbreite hinweist, entgegen und werden der Individualität des einzelnen nicht gerecht. Die *individuelle Situation des einzelnen* (seine körperlichen und psychischen Gegebenheiten, seine Biographie und auch seine gegenwärtige Lebenssituation im familiären und sozialen Bereich) gilt es zu berücksichtigen – sowohl in der bereits erwähnten Informationsvermittlung als auch bei allen übrigen Interventionsmassnahmen. Das bedeutet eine Abkehr von *allgemeinen* «Therapie- oder Beschäftigungsprogrammen», eine Erarbeitung individueller Rehabilitationsprogramme, wobei bei den einzubeziehenden gruppentherapeutischen Massnahmen eine sehr sorgfältige Auswahl und Zusammenstellung der Gruppenmitglieder zu erfolgen hat.

Die *mehrfache Determinierung von Alterszuständen und Alternsprozessen* durch biologische, psychische und soziale Gegebenheiten, durch die bisherige Lebensentwicklung und das Geflecht gegenwärtiger situativer Bedingungen wurde bereits erwähnt (vgl. auch Lehr 1979). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, *Intervention als Zusammenwirken einer Vielfalt von Massnahmen* zu verstehen (von medizinischen, pharmakologischen, physikalischen psychologischen, sozialen und ökologischen Massnahmen).

Daraus aber ergibt sich wiederum der erschwerte Nachweis einer spezifischen Erfolgskontrolle. Selbst wenn eine

Besserung im subjektiven und objektiven Befinden eindeutig belegt werden kann, dann lässt sich nicht evaluieren, welche Einzelmassnahme zu welchem Einzeleffekt geführt hat. Hierin ist wohl die Hauptbarriere für eine methodisch-exakte Forschungsstrategie zu sehen, eine Barriere, die dann zur Vernachlässigung der gerontologischen Interventionsforschung führte – und vielfach zu einem «trial- and error-Vorgehen» in der Praxis zwingt.

Mir scheint es hier weniger sinnvoll, bestimmte Interventionstechniken (wie Gruppentherapie-Formen, Realitätsorientierungstraining, Remotivation, Revitalisierung, Musiktherapie, Selbstbildtherapie, Konditionierungstherapien (vgl. Barns 1973), Lehr 1979) anzusprechen, als vielmehr gewisse Grunderkenntnisse, auf denen alle Interventionsmassnahmen aufbauen sollten, um den «error»-Anteil möglichst gering zu halten, zu vermitteln.

Neben der *Korrektur des negativ verzerrten Altersbildes* und der darauf basierenden stärkeren Herausforderung des älteren Menschen, neben der Forderung nach *differenzieller Vorgehensweise*, die der Individualität des einzelnen in seiner spezifischen Situation gerecht wird, neben der notwendigen *Mehrgleichigkeit von Interventionsmassnahmen*, ist es schliesslich die Bedeutung des *subjektiven Erlebens*, die den Rehabilitationserfolg mitbestimmt.

Die Art und Weise, wie der einzelne Mensch die Interventionsmassnahmen *erlebt*, wie sie bei ihm «*kognitiv repräsentiert*» sind (Thomae 1971), ist in starkem Masse mitentscheidend für den Erfolg. Der Mensch verhält sich nun einmal nicht nach der Situation, wie sie objektiv ist, sondern danach, wie er selbst sie subjektiv erlebt. Erlebt man zum Beispiel seine objektiv schlechten Wohnverhältnisse (schwer heizbar, schwer erreichbar, alte Möblierung) als subjektiv gut (evtl. durch ganz persönliche Erinnerungen in diesen alten Räumen), dann verhält man sich auch dementsprechend: Zufriedenheit, positive Grundstimmung, Zukunftsgerichtetheit, höhere Aktivität wurden dann in unseren Studien nachweisbar. Erlebte man hingegen objektiv beste Wohnverhältnisse (verkehrsgünstig gelegen, einfach zu bewirtschaften usw.) selbst als schlecht, unangenehm, dann zeigte sich eine negative Stimmungslage, Passivität, Antriebslahmheit, Meidung von Sozialkontakten. Dies ist nur ein Beispiel; unsere Untersuchungen haben gezeigt, dass zum Beispiel dem «*subjektiven Gesundheitszustand*» (und den beeinflussen wir alle, die wir mit älteren Menschen umgehen – anfangen vom Arzt, der Informationen gibt, oder auch nicht gibt – bis hin zur Putzhilfe, die im Krankenhaus die Patientin bedauert und bemitleidet, so dass diese sich noch kränker fühlt) in vieler Hinsicht eine grössere Bedeutung zukommt als dem sogenannten «*objektiven Gesundheitszustand*» (Lehr 1981, Thomae 1981).

Diese Erkenntnis zwingt uns, vor jeder Rehabilitations-/Interventionsmassnahme nicht nur mit einer detaillierten Analyse der *jeweils spezifischen individuellen Situation* anzusetzen, sondern auch das *subjektive Erleben dieser Situation zu erforschen*. Sodann kommt es nicht nur darauf an, dass die für den einzelnen «massgeschneiderten Interventionstechniken» *objektiv gut sind* für ihn, sondern dass sie zudem noch von *ihm als gut erlebt werden!* Dies verlangt besondere Fähigkeiten von allen in der Altenarbeit Tätigen, denn diese – an sich berechnete – Forderung ist nicht problemlos.

Erwähnt sei hier nur beispielsweise die Thematik des «Überpflegens»: Umsorgtwerden, Zuwendung erfahren, Hilfe bekommen, mag zwar im Moment von vielen Älteren durchaus positiv erlebt werden, doch unangebrachte übertriebene Zuwendung manövriert eher in zunehmende Abhängigkeit hinein und macht hilflos – eine voraussagbare zukünftige Situation, die mit Sicherheit von den meisten Älteren nicht positiv erlebt werden kann. «Hilfe durch Hilfeverweigerung» ist eine Forderung, die man manchmal in bezug auf die Betreuung mancher Betagter stellen muss! Doch hier gilt es, fein zu unterscheiden (und das setzt gerontologische Grundkenntnisse voraus): *Manche* älteren Menschen brauchen eine solche intensive Zuwendung und Hilfe, *anderen wiederum schadet* das gleiche Helferverhalten. Hier müssen wir differenzialdiagnostisch vorgehen. Für manch einen Betagten, der das Umsorgt- und Gepflegt-Werden irgendwann im Leben einmal genossen hat, der auf diese Weise einen «Krankheitsgewinn» erfahren hat, gewinnt Krankheit und Unbeholfenheit eine Appellfunktion. Verstärken Sie ein solches Verhalten nicht durch vermehrte Zuwendung – verstärken sie hier vielmehr alle Ansätze zur Selbständigkeit und Unabhängigkeit (vgl. Lehr 1979).

Die Herausforderung der Zukunft

Gerontologisches Wissen zu erweitern, gerontologische Praxis zu verbessern, das ist die Herausforderung der Zukunft angesichts der aufgezeigten Trends der Bevölkerungsentwicklung. Aber nicht nur «die Gesellschaft», die Umwelt kann dazu beitragen, dass viele Menschen ein hohes Alter bei psychophysischem Wohlbefinden erleben, sondern *jeder einzelne muss selbst* etwas dazu tun, und zwar (angesichts der Mehrdimensionalität der Alternsprozesse) im körperlichen, seelisch-geistigen und sozialen Bereich! *Altwerden ist kein Vorgang, dem der einzelne passiv ausgeliefert ist, sondern ein Prozess, der durch uns selbst, durch unser Verhalten während des ganzen Lebens, beeinflusst werden kann;* Altern ist ein Prozess, der eine aktive Auseinandersetzung verlangt. Verbleibende – und auch sich neu eröffnende – Möglichkeiten und Grenzen einer solchen Beeinflussung, einer solchen Intervention, müssen stets von Neuem abgesteckt werden.

Gesundes Altern ist nicht eine Frage der Geriatrika, sondern der Lebensführung und Lebensgestaltung. Schulte (1971) plädiert für eine «carpe-diem»-Haltung als Geroprophylaxe wenn er sagt: es gilt, «die Bereitschaft zum intensiveren Leben (womit nicht Ausleben gemeint ist) nicht erst von der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen abhängig zu machen. Sowohl die falsche Erwartungseinstellung dem Leben gegenüber als auch das fruchtlose Zehren von der Vergangenheit gehen am gegenwärtigen Leben in der Konfrontierung mit seinen Gegebenheiten vorbei!» Es kommt auf ein gegenwartsbezogenes Leben und – so möchte ich ergänzen – auf eine Zukunftsaussichtung an! Belastend für den Alternenden ist nicht so sehr, dass er gelebt *hat* und mit der Zeit auf dieses Leben verzichten muss, sondern belastend für den einzelnen ist, dass man gerade *nicht gelebt* hat, «nicht richtig, nicht ernst genug, nicht erfüllt genug, dass man überhaupt nicht gelebt hat und das Angebot des Lebens vertan ist, bevor es sich überhaupt erst hat entfalten können» (Schulte 1971, S. 82/83) – Worte, die nachdenklich stimmen sollten.