

»Divergentes Altern«

Öffentliche, wissenschaftliche und politische Diskussionen über demografische Prozesse in Deutschland fokussieren derzeit stark auf Themen der alternden Gesellschaft. Konstatiert wird dringender Handlungsbedarf bezogen auf neue Konzepte zum Leben im Alter, insbesondere vor dem Hintergrund einer prognostizierten wachsenden Zahl an Menschen mit Pflegebedarf, einer sinkenden Zahl von Familien, die ihre Angehörigen zu Hause pflegen und betreuen können. Hier muss die Frage gestellt werden, wie unter diesen gesellschaftlichen Umständen eine Lebensphase gestaltet werden kann, in der Menschen häufig auf ein hohes Maß an Hilfe und Unterstützung angewiesen sind.

Auszuhandeln sind Konzepte dafür, was unter einem »guten Leben« im Alter verstanden werden und mit welchem gesellschaftlichen und individuellen Einsatz dieses gute Leben erreicht werden kann. Angesichts der Diversität soziokultureller Zugehörigkeiten und sozioökonomischer Lebensbedingungen einerseits und unterschiedlicher, z. T. lebenslaufbezogener gesundheitsrelevanter Rahmenbedingungen andererseits können Eckpunkte eines »guten Lebens« mit Begriffen wie Selbstbestimmung, Autonomie, Würde, Teilhabe und Zugehörigkeit (inclusion) bestimmt werden. Über diese Eckpunkte besteht weitgehender gesellschaftlicher Konsens; weniger aber über den Umfang und das Maß darüber, wie weit der Anspruch auf Selbstbestimmung, Autonomie, Würde, Teilhabe und Zugehörigkeit im Alter und unter den Bedingungen von Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit gehen soll. Dieses Maß muss in kontextbezogenen und detaillierten Erörterungen und Analysen debattiert und ausgehandelt werden. Debattiert und ausgehandelt werden ebenso die Ressourcen, die zur Verfügung gestellt bzw. eingeschränkt werden. Allerdings haben sozial benachteiligte Gruppen nur geringe Chancen, entsprechende Aushandlungsprozesse zu beeinflussen.

Alterspolitik findet in einem Spannungsverhältnis zwischen mächtigen privatwirtschaftlichen Interessen und gesellschaftlich auszuhandelnden Politikzielen statt. Herrschende Diskurse zeichnen das Bild einer sich selbst gesund erhaltenden, aktiven und »zivil engagierten« und ungehindert teilhabenden Seniorengeneration. Dabei werden entsprechende Bilder als selbstbestimmte Entwürfe »der« älteren Menschen unterstellt; gleichzeitig werden sie mit nicht unerheblichem gesellschaftlichem und politischem Druck normativ festgelegt. Exemplarisch formuliert die Stellungnahme der Bundesregierung (Bundes-

regierung 2010) zum Sechsten Altenbericht (BMFSFJ 2010) Anforderungen an die Älteren zugleich selbstverständlich und unverblümt: So ist von einer »Verpflichtung zum lebenslangen Lernen« (ebd.: VI) und einer »höhere[n] Verantwortung für die eigene Person« (ebd.) die Rede, die den »Verzicht auf Risikofaktoren, eine gesunde Ernährung und ein ausreichendes Maß an körperlicher und geistiger Aktivität« (ebd.) beinhaltet; ferner wird zivilgesellschaftliches Engagement ange-mahnt, mit dem ältere Menschen »ihrer Verantwortung für sich selbst, für andere, für das Gemeinwohl gerecht werden« (ebd.: VII) und mit dem sie »einerseits zur Entlastung nachfolgender Generationen und andererseits zur eigenen höheren Lebenszufriedenheit« (ebd.) beitragen sollen. Solche und ähnliche Postulate reflektieren gesellschaftspolitisch umkämpfte Positionen zum Wohlfahrtsstaat und zur Rolle zivilgesellschaftlichen Engagements (Lessenich 2009). Sie verlagern die Verantwortung für Gesundheit, Versorgung und deren Finanzierung auch im Alter tendenziell auf das Individuum (vgl. van Dyk/Graefe 2010). Autonomie und Selbstbestimmung erhalten in dieser Argumentation eine spezifische Bedeutung. Ältere sollen autonom und selbstverantwortlich für ihre eigene Gesundheit sorgen, damit sie autonom und selbstständig bleiben. Letztlich sollen sie der Gesellschaft nützen und ihr nicht zur Last fallen.

Dabei wird unterstellt, dass die Realisierung solcher Lebensentwürfe im Alter scheinbar allen unterschiedslos offensteht. Ungleiche Gesundheitschancen und die (nicht nur dadurch) ungleichen Möglichkeiten, sich in zivilgesellschaftliche Initiativen einzubringen, werden kaum reflektiert. Dass die mit dem sozioökonomischen Status verbundenen erheblichen gesundheitlichen Unterschiede bis ins hohe Alter reichen, ist vielfach belegt – dass sie in hohem und höchstem Alter abnehmen, ist mittlerweile umstritten. Einige neuere Studien zeigen sich im Alter vergrößerte Unterschiede im Zusammenhang mit beruflichem Status- (Chandola et al. 2007) oder Bildungsunterschieden (Leopold/Engelhardt 2011). Allerdings sprechen etliche Befunde dafür, dass sich – bei gleichbleibender oder verlängerter allgemeiner Lebenserwartung – die in Krankheit oder Behinderung verbrachte Lebenszeit insgesamt verkürzt (>compression of morbidity<). Von diesen Gesundheitsgewinnen profitieren untere Schichten aber kontinuierlich und deutlich weniger (Kroll et al. 2008). Von Segregationsprozessen und kumulierenden sozialen Problemlagen in benachteiligten städtischen Wohngebieten sind gerade benachteiligte Ältere besonders betroffen, weil ihre finanzielle und körperliche Mobilität oft stark eingeschränkt ist, große Hürden ein >Wegziehen< erschweren und sie wenig Ressourcen für einen konstruk-

tiven Umgang mit prekären Nachbarschaften haben. Eine andere Form der Segregation lässt schrumpfende Regionen in strukturschwachen ländlichen Gebieten entstehen, die vornehmlich von den zurückbleibenden Älteren bewohnt werden.

Während viele politische Debatten wortmächtig Lebensqualität und Autonomie älterer Menschen betonen und gelegentlich auch auf Diversitätsaspekte verweisen, unterstützen gesetzliche Regelungen entsprechende Umsetzungen kaum (z.B. einseitiger Pflegebegriff, »Taylorisierung« der Pflege, Unterfinanzierung). Für die kommenden Altengenerationen, insbesondere für die als »Babyboomer« bezeichnete Kohorte wird prognostiziert, dass deren finanzielle Möglichkeiten kaum eine Form der Pflege zulassen, die den heute formulierten Ansprüchen von Lebensqualität und Autonomie im Alter entsprechen. So wird prognostiziert, dass die Renten in den östlichen Bundesländern zukünftig vermutlich im Durchschnitt unter das Grundsicherungsniveau fallen (Geyer/Steiner 2010). Die mit Verspätung nun auch politisch erwachte Diskussion der ins Haus stehenden, man könnte sagen geplanten Altersarmut geht an dieser extensiven Dimension noch weitgehend vorbei.

Diese Entwicklungen werfen vielfältige Fragen auf, von denen der vorliegende Band des Jahrbuchs einige aufgreift:

1. Welche Aspekte müssen im Spannungsverhältnis zwischen ökonomischen Entscheidungen und individuellen Bedürfnissen diskutiert werden und welche Kriterien liegen Entscheidungen über Strukturen der Pflege zugrunde?
2. Wie ist das Verhältnis zwischen Pflegerhetorik und Pflegerealtäten zu bewerten?
3. Welche Auswirkungen haben demografische Entwicklungen und die Pflegepolitik in Deutschland bzw. auf europäischer Ebene auf die Pflegemigration?
4. Wie ermöglichen oder behindern – gesellschaftlich gestaltete – Wohnumwelten und Nachbarschaften ein selbstbestimmtes Leben im Alter?
5. In welchem Verhältnis steht die Förderung von Zivilengagement, Diversität, Inklusion zum Anspruch, partizipative Chancen zu ermöglichen, aber parallel jene auszugrenzen, die sich daran nicht beteiligen können oder wollen?
6. Welche neuen Ansätze wie bspw. die des »Dritten Sozialraums« werden diskutiert und welche Potenziale und Fallstricke enthalten diese?

Literatur

- BMFSFJ (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht der Sachverständigenkommission. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Bundesregierung (2010): Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission für den Sechsten Altenbericht »Altersbilder in der Gesellschaft«. Berlin: Deutscher Bundestag.
- Chandola, T.; Ferrie, J.; Sacker, A.; Marmot, M. (2007): Social inequalities in self reported health in early old age: follow-up of prospective cohort study. *British Medical Journal* 334:990-997.
- Geyer, J.; Steiner V. (2010): Künftige Altersrenten in Deutschland: Relative Stabilität im Westen, starker Rückgang im Osten. *Wochenbericht des DIW Berlin* 10: 85-126
- Kroll, L. E.; Lampert, T.; Lange, C.; Ziese T. (2008): Entwicklung und Einflussgrößen der gesunden Lebenserwartung. Berlin: WZB-Discussion-Paper SPI 2008-306.
- Leopold, L.; Engelhardt, H. (2011): Bildung und Gesundheitsungleichheit im Alter: Divergenz, Konvergenz oder Kontinuität? *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 63:207-236.
- Lessenich, S. (2009): Die Neuerfindung des Sozialen. Bielefeld: transcript.
- Van Dyk, S.; Graefe, S. (2010): Fit ohne Ende – gesund ins Grab? Kritische Anmerkungen zur Trias Alter, Gesundheit, Prävention. *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 46: 96-121.