

Internationale Gerontologie

Fred Karl & Martha Meyer
(Hrsg.)

Kasseler Gerontologische Schriften Band 32

KASSELER GERONTOLOGISCHE SCHRIFTEN

Begründet von R. Schmitz-Scherzer, H. Radebold
und W. Tokarski

Hrsg. von B. Jansen und F. Karl

Universität Kassel FB 4
Arnold-Bode-Str. 10
34109 Kassel

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar

ISBN: 3-89958-513-5
ISSN: 0933-1050

kassel university press GmbH
www.upress.uni-kassel.de

Universität Kassel 2003

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
<i>Lehre und Curriculum</i>	
Der European Master in Gerontology (EUMAG) ein innovatives Studienkonzept <i>Martha Meyer</i>	7
<i>Forschung und Transfer</i>	
Die Bedeutung des Wohnraums für ältere spanische Mitbürger <i>Ramona Rubio Herrera & Manuel A. Rico</i>	31
Das transnationale Altenpflegequalifizierungs- Projekt Deutschland–Bulgarien <i>Klaus Mathes</i>	49
Weiterbildung zur „Gerontologischen Fachkraft“ – Realisierung und Evaluation <i>Evgenyia Hristakieva & Miroslava Petkova</i>	57
<i>Wissenschaftstheorie</i>	
Ansätze zu einer Kritischen Gerontologie <i>Jan Baars</i>	67
Zu den Autoren	88

Vorwort der Herausgeber

Auf der Jahrestagung der Gesellschaft für sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Gerontologie (Sektion III der DGGG) im April 2001 an der Universität Kassel stellte Martha Meyer die Ausbildungssituation in der „Gerontologie in Europa“ und erste Module des European Master of Gerontology vor (vgl. Band 30 der Kasseler Gerontologischen Schriften, S. 39). In ihrem Beitrag für dieses Buch präsentiert sie nunmehr den *aktuellen Stand dieses europäischen Curriculums und Studienangebots*.

Auch auf der Forschungsebene und jener des Konzepttransfers nimmt die internationale Zusammenarbeit zu. In der Kasseler Schriftenreihe erschien vor Jahren bereits ein Band zur Situation der „Gerontologie in der spanischen Welt“ (Band 18) mit mehreren Beiträgen der Universität Granada. Hier veröffentlichen wir die Ergebnisse eines aktuellen Forschungsprojekts zur Erkundung von *Wohnbedürfnissen spanischer Senioren*. Des Weiteren sind in diesem Band zwei Beiträge zur Konzeption und Umsetzung eines transnationalen Transfer-Projekts in der Altenpflege aufgenommen. Sie dokumentieren mit einem deutschen und bulgarischen Beitrag die Kooperation zwischen einer Kasseler Arbeitsgruppe und Lehrkräften der Thrakischen Universität Stara Zagora zur Umsetzung einer *Weiterbildung in der Altenpflege*.

Die je kulturellen Bedingungen des Alterns und Alters in verschiedenen Ländern werfen auch ein Licht auf die Konstitution der Gerontologie. Jan Baars aus den Niederlanden, vor Jahren Gastdozent an der Universität Kassel, hinterfragt die oft nicht explizierten wissenschaftstheoretischen Axiome des Mainstreams in der internationalen Gerontologie und zeigt Ansätze einer *Kritischen Gerontologie* auf.

Fred Karl (Kassel), Martha Meyer (Bremen), im September 2003

Der European Master in Gerontology (EUMAG) – ein innovatives Studienkonzept

Martha Meyer

I. Einleitung

In den Jahren 1998 bis 2000 wurde im Auftrag der Europäischen Kommission – Generaldirektorat V – von einer mit internationalen Experten besetzten Arbeitsgruppe ein Europäischer Master Studiengang in Gerontologie (EUMAG) entwickelt. (*Viidik, Meyer, van Rijsseelt, 2000*). Dieses Programm ist neben dem EU-Master Public Health Nutrition (ENPHN) und EU-Master Health Promotion (EUMAHP) das dritte, welches im Auftrag der EU entwickelt wurde. Die beiden letztgenannten Programme sind bereits umgesetzt worden und Studierende können Module an verschiedenen europäischen Universitäten belegen (*Yngve, Sjöström, Warm 2001* und EUMAHP: www.health.bton.ac.uk/sass/eumahp/). Die Entwicklung des Master-Studienganges in Gerontologie unterstreicht die Notwendigkeit der umfassenden und breit angelegten Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gerontologie als eine elementare Aufgabe, mit der sich nicht nur die europäischen Gesellschaften im Allgemeinen auseinander setzen müssen. Es muss auch zentrales Anliegen der Gerontologie sein, gleichrangig neben der Forschung für eine fundierte Ausbildung von Gerontologinnen und Gerontologen auf hohem Niveau Sorge zu tragen.

Die zugrunde liegenden Argumentationsstränge sind hinlänglich bekannt, aber doch zu wichtig, als dass sie an dieser Stelle nicht wenigstens noch einmal kurz skizziert werden sollen: In einer fachlich-inhaltlichen Perspektive begründet sich eine qualifizierte Aus- und Fortbildung in Gerontologie aus den gesellschaftlichen Herausforderungen durch die zunehmende Differenzierung der Lebensstile, Lebenswelten und Dienstleistungsbedürfnisse mit tiefgreifenden Auswirkungen auf sogenannte „klassische“ gerontologische Handlungsfelder.

Dies verlangt

- eine kontinuierliche Evaluation und Weiterentwicklung sozialer Infrastrukturen sowie auch eine stärkere Gewichtung von Prävention und Gesundheitsförderung unter Bezugnahme auf lebensweltliche Erfordernisse einer älter werdenden Bevölkerung,
- eine Differenzierung und Konturierung professioneller Strukturen,
- die Profilschärfung, Neuordnung und -zuschneidung von gerontologischen Handlungsfeldern und Aufgabenstellungen im Hinblick auf Beratung und Unterstützung von älteren Menschen zu Fragen von Interventions- und Präventionsbedarfen, der gesundheitlichen Versorgung, Mobilität, Partizipation und Teilhabe am öffentlichen Leben, Migration, Wohnen, Mobilität, neuen Medien usw.,
- eine Analyse und Rekonstruktion klassischer bzw. eher wissenschaftsorientierter Curriculumstrukturen in der gerontologischen Qualifizierung, die den spezifischen Lebenswelten einer älter werdenden Bevölkerung Rechnung tragen,
- sowie die Entwicklung von neuen und innovativen Ansätzen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gerontologinnen und Gerontologen.

Experten aus vielen gerontologischen Handlungsfeldern und Institutionen, die sich mit Alter(n)sfragen befassen, sind sich dahingehend einig, dass der Bedarf an qualifizierten Gerontologinnen und Gerontologen in der Zukunft weiter steigen wird und Zugangsmöglichkeiten zu entsprechenden Studienmöglichkeiten europaweit ausgebaut werden müssen (*Netherlands Platform For Older People In Europe – NPOPE*, 2001).

Die Diskussion der hochschul- und bildungspolitischen Perspektive schließt die Frage ein, inwieweit die derzeit in Deutschland bestehenden postgradualen Aufbau- und Weiterbildungsstudiengänge in Gerontologie den Bedarf an gerontologischen Expertinnen und Experten decken können. Sowohl an Universitäten als auch an Fachhochschulen gibt es nur sehr wenige oder keine Lehrer, die über eine entsprechende gerontologische Qualifikation durch eigene Forschungen verfügen,

um dieses Lehrgebiet überhaupt ausfüllen zu können (*Kühnert/Naegele, 1995*).

Ausgehend von der bereits Mitte der achtziger Jahre von *Baltes* und *Kanowski* angestoßenen Diskussion zur „*Gerontologisierung der Professionen*“ sehen *Kühnert/Naegele* die bestehenden Studiengänge eher als eine Ergänzung „*zu einer Ausweitung gerontologischer Angebote innerhalb der grundständigen Studiengänge*“ (*1995, S. 84*), da postgraduale Programme auf Grund ihres Selbstverständnisses in erster Linie darauf ausgerichtet sind, wissenschaftliche und berufliche Qualifikationen zu vertiefen oder zu erweitern. Die Verlängerung der akademischen Ausbildung scheint auch aus bildungspolitischer Perspektive wenig bedarfsadäquat.

Mit Blick auf die bereits laufende Hochschulreform und die Neu- und Reorganisation der Studienstrukturen in Bachelor- und Master-Programme können sich neue Chancen und Perspektiven für die „*Gerontologisierung der Professionen*“ eröffnen, indem bereits in Bachelor- Studiengängen regelhaft alternsbezogene Studienanteile aufgenommen und die Studienordnungen in den Grunddisziplinen wie etwa Psychologie, Soziologie oder Pädagogik durch Gerontologie systematisch erweitert werden. Die Diskussion um die Akzeptanz von Bachelor- Abschlüssen sowie die bildungs- und arbeitsmarktpolitische Konsequenz dieser Reformbestrebungen muss in diesem Kontext zurückgestellt werden.

II. Von einer Vision zur Realität: Zu den Ideen und Zielsetzungen eines Europäischen Master-Studiums in Gerontologie - EUMAG-

1. Zielsetzungen

Die Idee einer gemeinschaftlichen Konzeption eines Europäischen Master Studienganges wurde nicht nur vor dem Hintergrund der enormen demographischen und sozialstrukturellen Veränderungen in Europa geboren, die gemeinsame Anstrengungen und Strategien in Bezug auf die gerontologische Ausbildung sinnvoll erscheinen ließen, sondern ausschlaggebend war insbesondere die gegenwärtige Situati-

on der gerontologischen Ausbildung im europäischen Vergleich, die sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht als defizitär zu bezeichnen ist.

Das Programm besteht aus einem flexibel angelegten modularen Studiengerüst mit insgesamt 90 credits, die auf dem ECTS (European Credit Transfer System) basieren. Die Modulinhalte sind einer multidisziplinären, europaweit vergleichenden Perspektive verpflichtet. Der EUMAG will vor allem denjenigen Studierenden den Zugang zu einem Gerontologiestudium eröffnen, welche in ihren Ländern nicht über diese Qualifizierungsmöglichkeiten verfügen. Nach Abschluss des Studiums können sie eine wichtige Multiplikatorenfunktion in der Entwicklung und Beratung in gerontologischen Handlungsfeldern ihrer eigenen Länder übernehmen.

Dieser Sachverhalt wird bei der Diskussion über das Für und Wider eines europäischen Master-Programms gern übersehen und die (vergleichsweise luxuriöse) Ausstattung mit gerontologischen Studiengängen im eigenen Land als Maßstab heran gezogen. Gleichzeitig sollen auch die sprachliche Kompetenz und die Mobilität der Studierenden gefördert und sie dazu qualifiziert werden, sich neue gerontologische Handlungsfelder in einem zusammenwachsenden Europa zu erschließen.

In einem europäischen Master-Programm sollte jeder und jede das Recht haben, in seiner bzw. ihrer eigenen Sprache sprechen und lernen zu können. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wird vom Exekutiv Komitee des EUMAG favorisiert, dass die Studierenden sich die Module, die von den internationalen Partner-Universitäten in der entsprechenden Landessprache angeboten werden, je nach ihrer sprachlichen Kompetenz wählen sollten und die Entscheidung somit bei ihnen liegt, welches Modul sie in welcher Sprache belegen und studieren wollen.

Mit Hilfe des Studienprogramms soll der Grundstein gelegt werden für eine Optimierung und Vernetzung der in Europa vorhandenen akademischen Qualifizierungsmöglichkeiten sowie ihrer personellen Ressourcen.

Mit Blick auf die europaweite Nutzung dieser Expertise und den systematischen Austausch von Dozentinnen und Dozenten, im Sinne eines Netzwerkkonzeptes im Bereich der Lehre und Ausbildung, muss zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Situation für die Gerontologie als

defizitär bezeichnet werden. Der Austausch beschränkt sich auf wenige nationale Aktivitäten, die zudem häufig auf persönlichen und zufälligen Kontakten basieren. So sind Feldstudien und Praktika im Ausland innerhalb des Gerontologiestudiums als fester Bestandteil des Curriculums bisher nur in vereinzelten Studiengängen implementiert worden (*Meyer ebd., S. 150 ff*).

2. Die Ziele der Joint Declaration der Bologna Konferenz

Die Zielsetzungen des Master-Programms sind deckungsgleich mit der Deklaration der europäischen Bildungsminister-Konferenz in Bologna im Jahre 1999, welche die zukünftigen hochschulpolitischen Entwicklungslinien formuliert und die Harmonisierung der universitären Bildungsstrukturen in Europa zum übergeordneten Ziel gesetzt hat. Die sehr klar formulierten Teilziele beziehen sich u.a. auf:

- die Anpassung des allgemeinen Studiengerüsts in das zwei-stufige two-tier- System mit international vergleichbaren Abschlüssen (i.d.R. 3-jähriges undergraduate Bachelor- Studium mit berufsqualifizierendem Abschluss und 2-jähriges postgraduate Master-Studium);
- die Modularisierung der Studienangebote mit der Einführung des „Diploma Supplement“, in welchem die erworbenen Teilqualifikationen aus einzelnen Modulen aufgelistet werden müssen;
- die Gewährleistung des Vergleichs von erbrachten Studienleistungen im Ausland und die Einführung des European Credit Transfer Systems (ECTS);
- die Entwicklung eines europäischen Qualitätssicherungssystems mit vergleichbaren Kriterien und Methoden zur Evaluation von Studienprogrammen.

Letzteres stellt sich bereits jetzt bei der Diskussion der Details im EU-Master in Gerontology als die weitaus schwierigste Aufgabe dar. Die Frage der ständigen Qualitätssicherung wird in der Deklaration besonders betont, weil dies zu strukturellen Verbesserungen beiträgt und damit den Radius der Lernmöglichkeiten für den Einzelnen in einem sich öffnenden europäischen Arbeitsmarkt erweitert.

Tabelle 1: Gerontologische Studienprogramme in Europa

1. Belgien	2
2. Deutschland	6
3. Finnland	1
4. Frankreich	9
5. Italien	1
6. Malta	1
7. Niederlande	2
8. Österreich	1
9. Republik Irland	2
10. Schweden	1
11. Schweiz	3
12. Spanien	6
13. Vereinigtes Königreich	23
Total	58

Meyer, Stand 1/2002

3. Die „Artenvielfalt“ gerontologischer Bildungsprogramme im europäischen Vergleich

Die EU-Arbeitsgruppe konnte bei der Analyse der gegenwärtigen gerontologischen Ausbildungssituation in Europa auf diverse Vorarbeiten und Untersuchungen zu gerontologischen Studiengängen in Europa zurückgreifen (*Meyer, 2000*) welche die Annahme belegten, dass der europaweit steigende Bedarf nach gerontologischer Expertise in scharfem Kontrast zu den viel zu geringen akademischen Möglichkeiten der Weiterqualifizierung steht. Die Ausbildungssituation in Europa ist sehr heterogen und stellt sich als ein ausgesprochen buntes Bild mit einigen weißen Flecken dar. Neben der ausgeprägten strukturellen Diversifizierung

- besteht einerseits ein deutliches Ungleichgewicht in der europaweiten Verteilung der Studienprogramme und andererseits eine erhebliche Variationsbreite in ihrer nationalen Dichte,
- finden sich mehr oder weniger „weiße Flecken“ auf der gerontologischen Landkarte – insbesondere der Situation in Südeuropa steht eine quantitativ und qualitative große Vielfalt von Studiengängen in West- und Mitteleuropa gegenüber (*Meyer, 2000*).
- Die gerontologische Ausbildungssituation in den osteuropäischen Ländern darf, auf Grund der enormen sozialen und politischen Umwälzungen in den vergangenen Jahren, wohl auch eher als defizitär angenommen werden. Hier stehen Forschungen m. W. bisher noch aus.

In Dänemark, Griechenland, Italien, Luxemburg, Norwegen und Portugal konnten keine gerontologischen Studiengänge mit akademischem Abschluss nachgewiesen werden, wobei die Gründe hierfür angesichts der unterschiedlichen soziokulturellen und –strukturellen Bedingungen vielfältig sein dürften.

Tabelle 2: Gerontologische Studienprogramme in Europa sortiert nach akademischen und nicht-akademischen Abschlüssen

Land \ Studienphase	<i>Postgraduate</i> Master, DESS/DEA und äquivalent	<i>Undergraduate</i> BA/BSc, DU / und äquivalent	<i>Berufliche Fort- und Weiterbildungs- programme</i> ohne akad. Grad mit Diplom oder Zerti- fikat (Auswahl)
1. Belgien	2		
2. Deutschland	5	1	
3. Finnland	1*		
4. Frankreich	4	5	
5. Italien			1
6. Malta	1		
7. Niederlande	2		
8. Österreich			1
9. Republik Irland	2		
10. Schweden	1		
11. Schweiz			3
12. Spanien	6		
13. Vereinigtes Königreich	16	1	6
Total	40	7	11

Meyer, Stand 1/2002.

3.1 Akademische Studienprogramme in Gerontologie

Obwohl die Zahl der europaweit untersuchten Studiengänge sicher nicht repräsentativ ist, wobei die Schwankungsbreite aber nur sehr gering sein dürfte, offenbart sich doch die ausgesprochene Heterogenität in den Studienstrukturen. Von insgesamt 58 Studienprogrammen (Stand 1/2002) verleihen 47 einen akademischen Grad. Diese teilen sich auf in 40 Postgraduate-Programme mit einem Master's degree als am weitesten verbreiteten Abschluss, wie z. B. im Vereinigten Königreich, oder äquivalent dazu das französische *Diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS)* im sogenannten troisième cycle oder deutsche Aufbau- oder Weiterbildungsstudiengänge. Sieben weitere Studienprogramme qualifizieren auf dem undergraduate-Niveau: ein BA-Programm im Vereinigten Königreich oder äquivalent dazu das *Diplôme d'Université* oder *licence* und *Maîtrise* (*ebd.* S. 72). In Deutschland besteht außerdem ein grundständiger Studiengang in Gerontologie.

3.2 Fort- und Weiterbildungsprogramme für Professionelle

Neben den Studienprogrammen mit akademischem Abschluss wurden 11 Fort- und Weiterbildungsprogramme untersucht. Sie stehen exemplarisch für die große Anzahl kürzerer oder längerer Studienprogramme mit starker Praxisorientierung. Diese vorwiegend in West- und Mitteleuropa durchgeführten Programme werden sowohl von Universitäten als auch von privaten Trägern durchgeführt und verleihen keinen akademischen Grad. Sie sind in erster Linie auf die Fort- und Weiterbildungsbedürfnisse von Professionellen ohne formale Hochschulzugangsberechtigung zugeschnitten und weisen die größte Varianz auf von qualitativ und quantitativ fragwürdigen bis hin zu vorbildlichen und innovativen Konzepten. Das Studienangebot reicht hier von 9-tägigen Kursen mit 72 Stunden (Italien) bis hin zu dreijährigen (berufsbegleitenden) Programmen mit mehr als 800 Stunden einschließlich Auslandspraktika (Schweiz).

3.3 Strukturelle Diversifizierung

Die strukturelle Vielfalt der Studienprogramme ist insbesondere auf die verschiedenen universitären Studiensysteme und hochschulrechtlichen Rahmenbedingungen in Europa zurück zu führen. Dies findet seinen Ausdruck in den unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen zu Studiengängen, den Finanzierungsmodalitäten, der Art der Modularisierung des Curriculums, den Credit Points, der zeitlichen Dauer, dem angebotenen Stundenumfang, den Studienleistungen sowie in der Bewertung der Abschlüsse. Diese Unterschiede fallen vor allem beim Vergleich des deutschen mit anderen europäischen Hochschulsystemen auf, da fast alle europäischen Länder die Struktur des britischen „two-tier-system of higher education“ übernommen haben. (*Viidik, Meyer, van Rijsselt, 2000, S. 73 – 76*).

Diese strukturellen Unterschiede erschweren nicht nur die europaweite Vergleichbarkeit und Übertragbarkeit von Studienleistungen, sondern sie sind dem systematisch geplanten internationalen Austausch von Studierenden und personellen Ressourcen abträglich.

3.4 Gerontologische Studienabschlüsse im Vergleich

Insbesondere beim Vergleich von akademischen und nicht-akademischen Studienprogrammen hinsichtlich ihrer Abschlüsse wird deutlich, dass eine Harmonisierung des europäischen Hochschulsystems dringend geboten ist und der EUMAG ein erster Schritt in diese Richtung sein könnte. Am Beispiel der Abschlüsse „Diplom“ und „Zertifikat“ soll das Dilemma veranschaulicht werden. Ihre Bedeutung ist nicht einheitlich und zugleich besitzen sie einen unterschiedlichen Stellenwert in den verschiedenen Hochschulsystemen.

- Der Erwerb eines Diploms als akademischen Grad mit gleichzeitiger neuer Berufsbezeichnung einer/eines Diplom-Gerontologin/en kann sowohl in universitären postgradualen Studiengängen (Deutschland) als auch in nicht-universitären 3-jährigen, berufsbegleitenden Studienprogrammen (Schweiz) erworben werden (*S. 150 ff, ebd.*).
- Ein „Universitäts-Diplom“ in Gerontologie kann darüber hinaus ohne neue Berufsbezeichnung in einem 9-tägigen „Fortbildungskurs“ erworben werden (Italien).

- Universitäten können Weiterbildungsstudiengänge für Professionelle aus gerontologischen Handlungsfeldern ohne Hochschulzugangsberechtigung durchführen und ein Zertifikat verleihen (Schweiz, Deutschland).
- Gleichzeitig können Universitäten gerontologische Weiterbildungsprogramme nur für Hochschulabsolventen durchführen, welche dafür ebenfalls ein Zertifikat erwerben: –*CEFEG-Certificat de formation continue en gérontologie* (Schweiz).
- In Frankreich stellt das „*Certificat d'études Supérieures Spécialisées*“ (*CESS*) im dritten Studienabschnitt eine reguläre akademische Qualifikation mit starker Methodenausrichtung dar, für dessen Erwerb sich Studierende in herausragender Weise im vorausgegangenen Studienabschnitt qualifiziert haben müssen. Das Studienprogramm qualifiziert Studierende für ein anschließendes Doktorat.
- Bezogen auf die deutschsprachigen Länder in Europa lässt der Titel Diplom-Gerontologin/e keine Rückschlüsse darüber zu, ob er im Rahmen eines akademischen Studiums erworben wurde.
- In den anglo-amerikanischen Ländern hat das „*Diploma*“ (*in further* oder *higher education*) im Sinne einer „*pre-undergraduate*“ bzw. „*pre-postgraduate qualification*“ eine völlig andere Bedeutung und ist nicht mit dem deutschen Diplom-Abschluss als universitärem, berufsqualifizierendem Abschluss vergleichbar (*Meyer, S. 179 ff.*).

3.5 Zentrale Gestaltungsprinzipien gerontologischer Studiengänge

Historisch betrachtet waren viele gerontologische Studienprogramme in ihrer Entwicklung eher generalistisch und undifferenziert orientiert. Im Laufe der letzten Jahre haben diese sich deutlich differenziert und – häufig im Kontext mit der Orientierung an einer bestimmten „Leitdisziplin“ – bestimmte Gestaltungsprinzipien ausgebildet, die so als archetypische Orientierungen in (nicht nur gerontologischen) akademischen Studienprogrammen vorkommen (*Carnegie Commission on Higher Education, 1973*). Diese drei archetypischen Orientierungen –

geisteswissenschaftlicher, professioneller und forschungsorientierter Ansatz – haben sehr differenzierte „Outcomes“, basierend auf den unterschiedlichen Sets von Kompetenzprofilen der Studierenden. Es gibt keine implizite Hierarchie bei diesen drei Orientierungen; jede verfolgt ihre eigenen, sehr nützlichen und legitimen Absichten. Es sollte ein Qualitätsmerkmal eines gut elaborierten gerontologischen Studienprogramms sein, seine Orientierung zu klären, um eine Verwässerung in den Zielsetzungen und Absichten zu vermeiden (*Wendt 1993, S. 5-7*).

Neben vielfach undifferenzierten Curricula finden sich die o.g. Gestaltungsprinzipien am häufigsten wieder bei gerontologischen Studienprogrammen im deutsch- und englischsprachigen Raum, wobei diejenigen Konzepte, die sich thematisch eindeutig an einer „Ursprungsdisziplin“ ausrichten, ihren Forschungs- oder Anwendungsbezug auf der Outcome-Seite in der Beschreibung eines spezifischen Kompetenzprofils auch klar herstellen (*vgl. dazu: Meyer, S. 39 ff, ebd.*). Daneben finden sich Curricula, die eher „unterschwellig“ von einer bestimmten Fachdisziplin (z.B. Gesundheitsökonomie, Geriatrie) dominiert werden, ohne dass die Studienziele eindeutig definiert sind (*vgl. dazu S. 108 ff, ebd.*), oder sie warten mit einer quantitativ beeindruckenden Vielzahl von „interdisziplinären“ Themenfeldern auf, die aber ein Gestaltungsprinzip als einen inneren Bezugspunkt mit entsprechender Outcome-Orientierung vermissen lassen (*vgl. dazu den Anhang „Vergleich der Lehrinhalte, S. 268 ff, ebd.*).

Schaut man sich die Variabilität bei der zeitlichen Dauer der Studiengänge sowie dem angebotenen Stundenkontingent an – sie bewegen sich zwischen den Extremen von wenigen Tagen mit 72 Stunden (*S. 117f, ebd.*) bis hin zu 3-jährigen, berufsbegleitenden Konzepten mit fast 600 Stunden Unterrichtsangebot (*S. 157 f ebd.*) – so stellt sich die Frage nach den Gestaltungsprinzipien bei einigen Programmen ohnehin nicht mehr.

4. Studienstruktur des European Master in Gerontology – EUMAG-

Bei der Entwicklung des europäischen Master-Studienprogramms waren die beteiligten Expertinnen und Experten sich einig, dass das erste Studienjahr in Kern-Modulen angelegt werden sollte, welches neben den zentralen Grunddisziplinen der Gerontologie, wie Social-, Psycho- und Health-Gerontology, ein „durchlaufendes“ Methoden-Modul, ein integriertes Introductory- Module sowie am Ende des ersten Jahres eine Summer School umfasst. Damit soll den unterschiedlichen Kernkompetenzen der Bezugsdisziplinen innerhalb der Gerontologie Rechnung getragen werden. Die Festlegung auf eine sogenannte „Leitdisziplin“ war bei der Studiengangskonzeption nicht gewünscht und ist wenig sinnvoll, da die Gerontologie ein „interdisziplinäres Projekt“ ist und es eine „*Omnipotenz in allen gerontologischen Fragen*“ (Naegele 2002) nicht geben kann. Trotz aller Einmütigkeit zeigte die Diskussion dieser Thematik in der internationalen Arbeitsgruppe aber auch, dass es europaweit durchaus unterschiedliche Vorstellungen über eine „Leitdisziplin“ in der Gerontologie gibt und wenn ja, welche das sein solle und was zu den gerontologischen „Bezugsdisziplinen“ zu rechnen sei.

4.1 Modularisierung

Alle 5 Core-Module des ersten Jahres sind strukturell gleich angelegt: sie haben die gleiche Credit-Anzahl (9) sowie die gleiche zeitliche Dauer von etwa 2 Monaten. Jedes Modul beginnt mit einer etwa einwöchigen Präsenzphase, an welche sich private Studienzeit anschließt. Das zweite Studienjahr besteht aus Pflicht-, Wahlpflicht- und Wahlmodulen und trägt den unterschiedlichen professionellen Bedürfnissen der Studierenden Rechnung.

Wahrscheinlich können die Studierenden zwischen drei verschiedenen Schwerpunktsetzungen wählen; welche dies sein werden, ist derzeit noch in der Bearbeitungsphase. Zu jeder Studienrichtung gehört ein einführendes Pflicht-Modul, zusätzlich müssen 2 Wahlpflicht-Module mit Bezug zur gewählten Studienrichtung belegt werden. Darüber hinaus steht eine Auswahl von frei wählbaren Modulen zur Verfügung. Die Studierenden sollen die Möglichkeit erhalten, die

Module aus dem Angebot der beteiligten europäischen Partner- Universitäten auszuwählen, um das 2. Studienjahr ihren Studienzielen entsprechend zu planen. Die Modulauswahl und der Studienort müssen von den Studierenden vor Beendigung des ersten Studienjahres schriftlich vorgelegt und begründet werden.

Für die Anfertigung der *Master's dissertation* sind die letzten 4 Monate des Studiums eingeplant; ein erstes Exposé soll zu Beginn des 2. Studienjahres eingereicht werden. Bisher sind Details der Studienorganisation in Bezug auf die anteilig zu studierenden Auslands- Module erst im Ansatz diskutiert worden.

4.2 Die Konzeption der Kern-Module am Beispiel von Social- und Psycho-Gerontology

Alle Module beschreiben im Prinzip eine maximale Themenfülle, welche vor ihrer Umsetzung auf inhaltliche ‚Machbarkeit‘ und auch auf ihre Aktualität hin evaluiert werden sollen. Die strukturelle Vorgabe der Modulkonzeption wird aber beibehalten.

Jedes Kern-Modul ist in 7 Sektionen gegliedert, umfasst 9 credits für ‚residential‘ und ‚homework‘, formuliert ausführliche Lernziele für die Studierenden und gibt, analog zu den angelsächsischen Gepflogenheiten einer reading list für jede Sektion umfangreiche Literaturreferenzen an (*Viidik, Meyer, van Rijsselt, 2000, S. 25 ff*).

A) Modul Social-Gerontology

Die 7 Sektionen gliedern sich in die Themenkomplexe: General framework, Time, historical process and demographic change, Macro and micro social context of ageing, Macro and micro level interventions sowie Outcomes: successful ageing as dependent variables in understanding quality of life.

Die Einführung in makro- und mikrosoziologische Kontexte des Alterns soll die Studierenden vertraut machen mit soziologische Denkweisen in Bezug auf ihre basalen Vorstellungen von Altern sowie die Verbindungen und Beziehungen herstellen zwischen der makro- und mikrosozialen Ebene.

Die makrosoziologische Perspektive des Alterns beleuchtet institutionelle formelle und informelle Einflüsse auf Alternsprozesse. Stichworte sind hier: politische Institutionen, öffentliche und private Ge-

sundheitsversorgungssysteme sowie kulturelle Aspekte des Alterns, europäische soziale Sicherungssysteme, Wohlfahrtspolitiken, soziale Partizipation Älterer, kulturelle und ethnische Differenzierung, ‚ageism‘, Altersstratifikationen und Strukturen des Lebenslaufs sowie ökonomische Aspekte des Alterns.

Im Abschnitt „Zeit, historische Prozesse und demographischer Wandel“ werden individuelles und soziales Altern als Prozesse in der Zeit untersucht, eingebettet in den jeweiligen historischen Kontext und das persönliche Erleben aus dem Blickwinkel der Biographieforschung. Der mikrosoziologische Kontext untersucht hier die sich wandelnden familialen Unterstützungssysteme in der Zeit, persönliche Beziehungen, emotionale und soziale Unterstützungssysteme, Wohnbedingungen und ökologische Aspekte usw.

Intervention auf der Makro- und Mikroebene beleuchtet zum einen die verschiedenen europäischen Altenpolitiken im Kontext der sozialen Sicherungssysteme, der aktuellen Arbeitsmarktpolitiken sowie der öffentlichen und privaten Gesundheitspolitiken. Die Mikroebene fokussiert das Zusammenspiel formaler und informeller Hilfesysteme, die Rolle der Familien und Professionellen im Hilfe- und Betreuungssystem sowie die Evaluation dieser Systeme in Bezug auf ihre Effektivität.

In der abschließenden Sektion „Outcomes“ steht die Schlüsselvariable „Lebensqualität“ zur Evaluation von Alternspolitiken mit ihren Hauptkriterien im Mittelpunkt und die Frage, wie Lebensqualität gemessen und international vergleichbar gemacht werden kann. Stichworte hierzu sind: soziale Integration als unabhängige und abhängige Variable, physisches und psychosoziales Wohlergehen, Abnahme von Fähigkeiten und Wege, um sie wieder herzustellen, Wohlbefinden als Balance zwischen subjektiven und objektiven Aspekten des Alterns, Variabilität und Wandel als Vorstellung „erfolgreichen“ Alterns.

B) Modul Psychogerontology

Die erste Sektion ‚*Myths and realities*‘ vermittelt in entwicklungspsychologischer Perspektive basale Konzepte und Modelle der Psychologie des Alterns und stellt dar, wie im Laufe der Zeit das höhere Lebensalter zum Thema der Psychologie wurde.

In der Sektion ‚*Perception and cognition*‘ stehen die Veränderungen von Sinneswahrnehmungen, Lernen und Gedächtnis mit zunehmendem Alter sowie seine Potenziale im Mittelpunkt.

‚*Personality, self and identity*‘ fokussiert die Veränderungen und Kontinuitäten der Persönlichkeit im Lebenslauf aus unterschiedlichen theoretischen Blickwinkeln, während die Sektion ‚*Coping, adaptation and successful ageing*‘ die Themenbereiche Verlust, Restriktionen und Bedrohungen bearbeitet und Fähigkeiten untersucht, Copingstrategien für diese Stressoren zu entwickeln oder zu erhalten.

Der Abschnitt: ‚*What happens when coping fails?*‘ behandelt den Themenkomplex ‚psychische Gesundheit und Psychopathologie‘ und die Frage, wie soziale und psychologische Risikogruppen und Risikoverhalten identifiziert werden und welche Unterstützung den betroffenen Personen und Familien angeboten werden können. Weitere Stichworte sind hier: Entwicklung und Behandlung psychopathologischer Gesundheitsprobleme wie Demenz, Depression oder Suizidalität.

Die praxisbezogene Sektion ‚*Psychological assessment, intervention and support*‘ vermittelt aufbauend auf dem vorausgegangenen Modul Assessment-Instrumente und klinische Interventionsmöglichkeiten in der Behandlung älterer Menschen mit mentalen Problemen sowie Unterstützungsmöglichkeiten für die betroffenen Familien. Die institutionellen Rahmenbedingungen werden auf ihre unterstützende oder destruktive Wirkung auf ältere Menschen hin untersucht und darauf hin, wie diese Bedingungen so beeinflusst werden können, dass sie sich positiv auf die psychische Stabilisierung auswirken.

5. Strategische Nahziele zur Realisierung des EUMAG

Nach dem Abschluss des EU-Projektes im Juli 2000 bestand das Hauptproblem darin, das fertige Konzept, in welches die Vision von einem europäischen Studium der Gerontologie gegossen worden war, nun auch zu realisieren, damit die mühevoll entwickelte Entwicklungsarbeit nicht in der Schublade verschwindet. Kees Knipscheer, Direktor des Departments für Soziologie und Soziale Gerontologie und Direktor des Altersforschungsprogramms der Freien Universität Amsterdam und sein Programm-Manager René van Rijsselt haben die weitere Organi-

sation und Entwicklung des Masterprogramms übernommen. Hier kam der Arbeitsgruppe der Umstand zugute, dass die Freie Universität Amsterdam sich einerseits gerade in der Phase der Neustrukturierung und Internationalisierung ihrer Studienprogramme befand, und sich andererseits als einen unter sechs Programmschwerpunkten „Aging research“ für die kommende Dekade auf die Fahnen geschrieben hat.

Das Exekutiv Komitee arbeitet seit 2001 intensiv an der Umsetzung des Studienprogramms. Dank erfolgreich eingeworbener EU-Fördergelder konnten wichtige Meilensteine auf dem Wege zur Weiterentwicklung des Programms realisiert werden:

- An der Vrijen Universiteit Amsterdam wurde eine Geschäftsstelle mit einer festangestellten wissenschaftlichen Mitarbeiterin zur Koordination aller Aktivitäten des EUMaG eingerichtet,
- in regelmäßigen Arbeitstreffen wird an der Weiterentwicklung des Curriculums gearbeitet und die Mitglieder des Consortiums sind dazu aufgerufen, in ihren jeweiligen Heimatländern an der Entwicklung eines nationalen Netzwerkes Gerontologie und Lehre zu arbeiten,
- ein erstes Pilot-Modul Social-Gerontology wurde an der Universität Keele/GB im Januar 2003 auf seine Umsetzungsfähigkeit hin getestet und von den Studierenden des regulären Studienganges Master Social Gerontology evaluiert,
- die Öffentlichkeitsarbeit wurde intensiviert,
- im Juli 2002 wurde in Valencia an der Escuela Valenciana De Estudios Para La Salud (EVES) mit großem Erfolg der erste EUMAG- Basis-Kurs im Rahmen einer zweiwöchigen Summer School durchgeführt, welche zusammen mit den beiden bereits erfolgreich laufenden Masterprogrammen Public Health Promotion und -Nutrition organisiert wurde,
- eine 2. Summer School auf Kreta fand im Juni 2003 statt,
- die Akkreditierung des Studienprogramms wurde eingeleitet,
- alle administrativen Arbeiten (Studien- und Prüfungsordnung, Anerkennungsmodalitäten usw.) zur Durchführung eines ordnungsgemäßen Studiums sind in der Abschlussphase,

- die Studienorte für die Kern-Module des ersten Studienjahres wurden festgelegt (an der Struktur des 2. Studienjahres wird derzeit noch gearbeitet).

Die Kern-Module des ersten Studienjahres werden an den Universitäten Heidelberg, Paris Nr. 5, Keele und Amsterdam gelehrt. Das Consortium zur Entwicklung eines europäischen gerontologischen Netzwerkes umfasst mittlerweile interessierte Universitäten aus allen EU-Ländern, Island, Norwegen, Malta, Polen sowie Tschechien.

Das Studienprogramm will zwei verschiedene Zielgruppen ansprechen: Studierende, welche bereits einen Bachelor-Abschluss (oder äquivalent) nachweisen können sowie Professionelle aus Gesundheitsberufen. Weitere Details zu den Zugangsvoraussetzungen finden sich auf der Webseite: www.eumag.org. Geprüft wird derzeit auch die Möglichkeit, inwieweit Studierende, die bereits ein nationales Masterprogramm in Gerontologie absolviert haben, zusätzlich das erste Jahr des EUMaG studieren und somit eine Doppelqualifikation in Form von zwei Master-Abschlüssen erwerben können. Der Master-Studiengang soll im Wintersemester 2003 mit dem Introductory Modul in Amsterdam an den Start gehen.

6. Überlegungen zur Neustrukturierung und Internationalisierung gerontologischer Studiengänge

Im Zuge der in der Europäischen Union angelaufenen Harmonisierungsbestrebungen hinsichtlich der internationalen Vergleichbarkeit von Studienstrukturen und akademischen Abschlüssen ergeben sich auf der Ebene der Hochschul- und Bildungspolitik neue Gestaltungsaufgaben und -chancen.

Diese beziehen sich sowohl auf die formale Neustrukturierung der grundständigen und postgradualen Studiengänge in Bachelor- und Master-Programme sowie die Erprobung neuer Studienprogramme. Das Ziel ist aber nicht, das deutsche Studiensystem durch ein System britischer oder amerikanischer Prägung zu ersetzen. Vielmehr strebt die Kultusminister-Konferenz (KMK) an, durch eine Öffnung in dafür geeigneten Studienbereichen und Hochschulen neben dem bestehenden System neue Ausbildungsformen zu erproben und nach sorgfälti-

ger Evaluation über die weitere Entwicklung zu entscheiden (KMK, Bonn 1999). Auch gerontologische Studiengänge können eine Neustrukturierung erproben und sollten dabei nicht eine Vereinheitlichung der gerontologischen Bildungsinhalte anstreben; vielmehr muss das Augenmerk darauf gerichtet sein, an einer stetigen inhaltlichen Anpassungsarbeit und Schärfung des eigenen Profils zu arbeiten, bei kontinuierlicher Evaluation des Studienganges.

6.1 Zum Begriff und Konzept der Modularisierung

Ein wesentliches Element bei der konzeptionellen Neugestaltung und Anpassung von Studiengängen in Deutschland ist die Anpassung an das European Credit Transfer System ECTS und die „Modularisierung“ der Studieninhalte. Modularisierung ist Begriff und Konzeptvorstellung zugleich, um bestimmte berufspolitische Interessen auszudrücken und Bildungszielen nachzugehen. Hierbei handelt es sich um die Entwicklung einer Studienstruktur, die auf Modulen als Verbund thematisch und fachlich aufeinander abgestimmter Lehrveranstaltungen basiert. Der Begriff der „modularen Qualifizierung“ wird vor allem im beruflichen Weiterbildungsbereich diffus und inflationär benutzt. Die Begriffshülse „Modularisierung“ verspricht Modernität und Flexibilität, bezeichnet aber zumeist keine neue Praxis und lässt keinen Veränderungswillen bzw. ein neues Gestaltungsziel erkennen. Dem diffusen Gebrauch des Begriffes widerspricht die Forderung nach mehr Transparenz der Weiterbildungsangebote (Kloas, 1997).

Module werden als eine *curricular-didaktische Zerlegung* des gesamten *Lernprozesses* nach Lernsequenzen, Lernformen und Lernorten, Lernprojekten etc. begriffen. Hier wird der Begriff der Modularisierung als Prinzip der Binnendifferenzierung verwendet, da ausschließlich die Prozessseite betroffen ist. Auf der Output-Ebene werden Module als *in sich abgeschlossene Teilqualifikationen* verstanden, die *abschließend* einzeln geprüft und zertifiziert werden und doch immer *als Teil eines Ganzen* verstanden werden. Dieser Ansatz ist aus dem britischen Modulsystem (*NVQ: National Vocational Qualification System*) entlehnt, welches entwickelt wurde, um dem großen Anteil der Erwerbsbevölkerung Rechnung zu tragen, die nie eine geregelte berufliche Aus- und Weiterbildung durchlaufen haben. Sie erhalten auf diesem Wege die Möglichkeit, sich beruflich erworbene Qualifi-

kationen anerkennen zu lassen. Für berufliche Bildungsgänge in Deutschland, für die eine berufliche Gesamtqualifikation definiert ist, um im Berufsleben handlungsfähig zu sein, ist eine derartige Definition nicht tragbar (z. B. Ausbildungen nach dem BBiG). Für berufs- und bildungspolitisch unregelte Bereiche der beruflichen Weiterbildung (in diesem Kontext gerontologische Weiterbildungs- oder Aufbaustudiengänge) ist dieser Ansatz aber relativ unproblematisch zu verwenden. Mit der Modularisierung eröffnen sich neue Chancen auf dem Wege zur Internationalisierung gerontologischer Studiengänge, da modularisierte und ECTS-basierte Bildungsangebote sich nicht nur zwischen einzelnen Studiengängen in Deutschland leichter „austauschen“ und anrechnen lassen, sondern gleichzeitig damit der Transfer von Studienleistungen zwischen den Ländern sowie der Austausch von Studierenden erleichtert und gefördert wird.

6.2 Modularisierung zur Konstituierung einer Gesamtfunktion „berufliche (gerontologische) Handlungskompetenz“

Einzelne Module konstituieren in ihrer Summe die Gesamtfunktion „*berufliche (gerontologische) Handlungskompetenz*“ bzw. *Berufsfähigkeit*, welche vorher definiert sein muss, um sich über die Zielsetzungen der einzelnen Module Klarheit zu verschaffen. Dies gilt völlig unabhängig von der disziplinären Schwerpunktbildung einzelner gerontologischer Studiengänge. In jedem Falle sind bestimmte Module für die Gesamtfunktion unabdingbare Voraussetzung und müssen definierte Mindestanforderungen erfüllen, so wie ein Haus mindestens vier Wände, eine Tür, Fenster und ein Dach haben muss. Dies würde allerdings niemals ausreichen, um eine bestimmte Wohnqualität und -kultur sicher zu stellen; dazu bedarf es weiterer Module (Heizung, Wasser, Wärmedämmung usw.). Die qualitativen Anforderungen an die o.g. Gesamtfunktion werden durch den gesellschaftlichen Entwicklungsstand mitgeprägt und lassen Erweiterungsmöglichkeiten des Systems zu. So können Zusatzmodule die beruflichen Einsatzmöglichkeiten erweitern. Wenn man bei dem Modulsystem „Haus“ bleibt, so wird deutlich, dass einzelne Module in der Regel keine Einzelfunktion im Sinne einer eigenständigen Verwertbarkeit auf dem Arbeitsmarkt haben, der Modul-Aufbau in seiner Reihenfolge nicht völlig frei wählbar ist, sondern bestimmten Restriktionen unterliegt, um die Ge-

samtfunktion zu erreichen (die Wände müssen stehen, bevor das Dach gebaut wird).

Wenn einzelne Module zu einer Gesamtfunktion beitragen und diese am Nutzen gemessen wird (hier: berufliche gerontologische Handlungskompetenz als Nutzen der Weiterbildung), so muss der Nutzen der Module auf der selben Ebene (Output) gemessen werden. Um beim Beispiel zu bleiben: Nicht der Herstellungsprozess des Daches ist für den Beitrag des Moduls zum Gesamtnutzen und zur Passfähigkeit mit anderen Modulen entscheidend, sondern allein das Ergebnis des Herstellungsprozesses – ist das Dach dicht und stimmen die Maße – ist ausschlaggebend. Erwerben Studierende eine Qualifikation als Teil einer Gesamtqualifikation, so ist es letzten Endes egal, über welche Inputs (Seminar, Projekt, eigene Studien, Feldarbeit) sie erworben wurde. Entscheidend für die Funktionalität ist nicht das „Wie“, sondern vielmehr das „Was“, also die Kompetenzebene. Die erworbenen Teilqualifikationen werden einzeln zertifiziert und im „*Diploma Supplement*“ ausgewiesen. Die Modularisierung bringt für berufs begleitend Studierende den Vorteil mit sich, Module individuell zusammenstellen zu können und die Studiendauer, bis zu einem gewissen Grade, flexibler auf ihre Bedürfnisse zuschneiden zu können. Für die Organisatoren der Studienprogramme bringt die Modularisierung erst einmal viel Arbeit mit sich, denn sie erfordert einen höheren individuellen Beratungsaufwand und eine bessere Transparenz der Modul Inhalte und Lernziele.

III. Zusammenfassung

Die gerontologische Gesamtqualifikation „berufliche Handlungskompetenz“ besteht aus einer Kombination von Modulen bzw. Teilqualifikationen, die für die Gesamtfunktion unerlässlich sind. Die Module sind das Ergebnis von Qualifizierungsprozessen (Output- bzw. Kompetenzkategorie), einzelne Module können verändert werden, ohne dass das gesamte System erneuert werden muss. Die Freiheit in der zeitlichen Abfolge des Erwerbs von Modulen unterliegt pädagogischen Beschränkungen, Module sind ohne Standards oder Leitlinien, die Transparenz und Vergleichbarkeit ermöglichen, nicht denkbar.

Modularisierung stellt ein ökonomisches Gestaltungsprinzip dar, wenn die Module standardisiert und übertragbar sind. Der Anpassungsaufwand bei der Modernisierung von Berufsbildern wird geringer und die Konsensfindung gestaltet sich einfacher. Auch wenn die Modularisierung eines Studienganges zu Beginn einen hohen Arbeitsaufwand darstellt, so bietet sie doch gleichzeitig die Chance, die Studieninhalte neu zu diskutieren und auf ihre aktuelle Relevanz hin zu evaluieren. Eine konzeptionelle und inhaltliche Auseinandersetzung mit den Intentionen eines gerontologischen Curriculums mündet zwangsläufig in die Fragestellung, welches Bild von Alter(n) vermittelt werden soll und ob es geeignet erscheint, die sozialen und kulturellen Herstellungsprozesse von Alter(n) zu reflektieren und transparent zu machen. Die Frage nach dem „Bildungsgegenstand“, dem Leitbild und den Zielsetzungen ist nicht nur theoretischer Natur, sondern die Studierenden werden durch die curriculare Konzeption in eine bestimmte Richtung „sozialisiert“, die auch ihre Vorstellungen von und die Sicht auf Alter(n) und ältere Menschen entscheidend mitprägt. Schon zu Beginn der neunziger Jahre postulierte *Russell*, dass es zentrales Anliegen der Curriculumkonzeption in der Sozialen Gerontologie sein sollte, „*to destroy the myths which so thickly encrust the subject of aging*“, zu deren Entstehung sie selber beigetragen habe und zu untersuchen, warum sich manche Mythen so hartnäckig halten und welche gesellschaftlichen Konsequenzen sich aus ihrer Persistenz ergeben (*Russell, 1990*).

In diesem Kontext betrachtet kann sich auch die Frage der Internationalisierung des eigenen Studienganges neu stellen. Die Mitarbeit in einem internationalen Netzwerk in Gerontologie sowie die Möglichkeit, an der Gestaltung eines europäischen Gerontologiestudiums mitzuarbeiten, ist Chance und Herausforderung zugleich. Sie schließt das Wissen um verschiedene Sozialstrukturen und Altenpolitiken ebenso selbstverständlich ein wie die jeweiligen kulturgebundenen Bedingungen von Altern. Internationale Entwicklungsprozesse in Bezug auf Alter(n)sfragen werden transparent und schärfen den Blick für die jeweiligen nationalen gesellschaftlichen Wechselbeziehungen von Altern und können der kreativen Suche nach gemeinschaftlichen „Problemlösungsstrategien“ neue Impulse geben.

Literatur:

- Kanowski, S. /Baltes, M. (1985): *Zusammenfassung einer Diskussion zum Thema "Akademische Ausbildung in der Gerontologie/Geriatrie*. In: Zeitschrift für Gerontologie (18): S. 105-106
- Kloas, P.-W. (1997): *Modularisierung in der beruflichen Bildung, Berichte zur beruflichen Bildung*. Heft 208, Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.), Berlin
- KMK; HRK: *Neue Studiengänge und Akkreditierung*. Beschlüsse und Empfehlungen vom Kultusministerkonferenz (KMK) und Hochschulrektorenkonferenz (HRK). Bonn, 1999
- Kühnert, S. / Naegele, G. (1995) *Qualifizierung und Professionalisierung in der Altenarbeit*. Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie Band 3. Hannover
- Meyer, M. (2000): *Studium der Gerontologie in Europa. Ausbildungsprogramme und Professionalisierungsstrategien – Gegenwärtiger Stand und zukünftige Entwicklungen-*. Shaker Verlag Aachen
- Naegele, G. (2002): *Thesepapier* im Forum 2 der Jahrestagung der Sektion III der DGGG am 27. April 2001 in Kassel. In: Karl, F., Zank, S. (Hrsg.): *Zum Profil der Gerontologie*, Kassel: Kasseler Gerontologische Schriften Bd. 30, S. 61-65
- Netherlands Platform for Older People and Europe -NPOE- (2001): *A Market Research to investigate the need for a European Master's degree in Gerontology*. Durchgeführt im Auftrag des Departments für Soziologie und Soziale Gerontologie der Freien Universität Amsterdam.
- Russell, C. (1990): *A Multidisciplinary Course in Gerontology: Sociological Issues and Teaching Strategies*. In: *Educational Gerontology*, 16 (2), S. 151-163
- Viidik, A., Meyer, M. & van Rijsselt, R. (ed.): *European Master Gerontology*, EU Commission DG V, SOC 200505 05 FO3 (2000) und <http://www.sg.scw.vu.nl/emg>
- Wendt, P. F. et al.: (1993) *Core Principles and Outcomes of Gerontology, Geriatrics And Aging Studies Instruction*, Association for Gerontology in Higher Education –AGHE-, Washington, D.C.

Yngve, A., Sjöström, M. & Warm, D (2001): *SANCO/G/3 Report to the European Commission: A European Master's Program in Public Health Nutrition*. Contract Nr.: 2000CVF3-405, ISSN 1402-6031 und <http://www.prevnut.ki.se/prevnut>

Die Bedeutung des Wohnraums für ältere spanische Mitbürger

Ramona Rubio Herrera & Manuel Alejandro Rico

Einführung

Die Lebensqualität älterer Personen lässt sich durch eine Reihe von Indikatoren ermitteln: der Lebens- und Wohnraum ist einer davon. Die Wichtigkeit, die dieser für die ältere Person hat, ist sowohl für Forschungszwecke als auch für die Entwicklung der sozialen Dienste von höchstem Interesse – dies gilt auch für die Gesellschaft Spaniens.

Eine der Sozialeinrichtungen, die in letzter Zeit in unserem Lande großen Aufschwung erlebt, ist die sogenannte "Hausfürsorge": es handelt sich hierbei um Unterstützungsprogramme für ältere Menschen in der eigenen Wohnung, wobei davon ausgegangen wird, dass die Person es bevorzugt, in der eigenen Wohnung zu leben und nicht in ein Pflegeheim eingewiesen zu werden, und dass sie es bevorzugt, in der eigenen Wohnung zu sterben und nicht in einer Intensivstation. In diesem Zusammenhang kommt der Bedeutung des Wohnraumes und deren Einflußfaktoren große Wichtigkeit in einem Programm sozialer Intervention zu.

Wie können wir aus psychologischer Sicht die Bedeutung erklären, die der Mensch dem Wohnraum zuspricht? Eine mögliche Antwort könnte die Verhaltenslehre Bowlbys (1976) geben, welche die Zuneigung als eine Verhaltensform ansieht, die darin besteht, dass ein Individuum Nähe zu einer anderen Person herstellt oder aufrechterhält. Bowlby sprach von Zuneigung mit sozialem Inhalt, wir jedoch legen nicht nur Nachdruck auf die soziale, sondern ebenso auf die physische Welt (Stadtviertel, Plätze, Wohnung, Objekte innerhalb der Wohnung). Viele der Grundeigenschaften der sozialen Zuneigung finden sich ebenso in der materiellen Zuneigung: Beide Arten von Zuneigung scheinen eine natürliche menschliche Neigung zu wohlwollenden Be-

ziehungen zu sein; im einen Fall zu Personen, im anderen zu Objekten. Sowohl die eine als auch die andere Zuneigung konkretisieren jene natürliche Neigung durch ein Verhalten, welches in der Aufrechterhaltung der Nähe besteht (im Falle der Objekte wären jene die "speziellen Objekte"). Diese "speziellen Muster des Zuneigungsverhaltens" (Bowlby) hängen von Alter, Geschlecht und zum größten Teil von vorhergehenden Erfahrungen ab. Die Zuneigung erfüllt eine Reihe von höchst wichtigen symbolischen Funktionen wie z.B. Selbstdefinition, Ansporn zu Wohlwollen, Identifizierung, Orientierung etc.

Im Laufe des Lebenszyklus werden einige Objekte durch andere ersetzt; wenn wir zurückblicken, werden wir uns daran erinnern, dass während einiger Zeit bestimmte Dinge zu unsere bevorzugten gehörten, während es andere zu anderen Zeiten waren.

All dies bringt uns zu der Aussage, dass die Objekte nicht nur eine nützliche Funktion sondern ebenso viele andere Funktionen haben, wie z.B. die sozialen Strukturen zu reflektieren, als Modulator der verschiedenen Gemütslagen zu agieren, Kompetenz und Selbstkontrolle zu erhöhen, die persönliche Identität aufrechtzuerhalten, Verbindungen zu anderen Zeiten herzustellen und ebenso eine wichtige Rolle als Zukunftselemente zu spielen. Manchmal können die Objekte sogar eine Funktion der "Unsterblichkeit" übernehmen: denken wir z.B. an das dem Erben übertragene Haus oder einen Brief, der nach dem Tode der Person gelesen wird.

Ziele

Mit diesem Buchbeitrag versuchen wir folgende Ziele zu erreichen:

1. Untersuchung, wieviel Wichtigkeit dem Wohnraum in der Gesamtheit der Parameter, welche die Lebensqualität darstellen, beigemessen wird.
2. Untersuchung der ausschlaggebenden Faktoren, die einen älteren Menschen dazu veranlassen, dem Wohnraum mehr oder weniger Bedeutung in Kontext der Lebensqualität beizumessen.

Methodik

1. Stichprobe

Die Grundgesamtheit (N=100.757) bestand aus der in der Provinz Granada wohnhaften Personen mit einem Mindestalter von 65 Jahren. Unsere Stichprobe setzte sich aus 450 Individuen zusammen. Von einem Verlässlichkeitswert von 95,5% ausgehend, erhielten wir einen Fehlertoleranzbereich von +/- 4.7%, so dass die Resultate unserer Forschung den notwendigen und ausreichenden Grad von Repräsentativität und Generalisierbarkeit aufweisen. Nach einer Segmentierung der Stichprobe in Bezug auf Geschlecht, Alter und Sozialschicht reduzierte sich der Fehlerbereich auf +/- 3.8%.

2. Messinstrumente

a) Skala PGC (Lawton)

Die Skala PGC ("Philadelphia Geriatric Center Moral Scale") misst die "Gemütslage", welche als ein multidimensionales Konzept psychologischen Wohlbefindens angesehen wird. Laut dieser Skala charakterisiert sich eine gehobene Gemütslage durch das Gefühl von Zufriedenheit mit sich selbst, das Gefühl, dass die Person "ihren Platz im Leben hat" (Lawton, 1972) und das Akzeptieren dessen, was sich nicht ändern lässt. Der Grossteil der Studien hat sich darauf konzentriert, die multidimensionale Natur des subjektiven Wohlbefindens zu definieren, ohne jedoch theoretische Erklärungen über die gegenseitigen Wechselwirkungen dieser Dimensionen zu geben.

Ein Teil dieser Probleme ist durch die Anwendung von Modellen struktureller Gleichungen zu beheben. Je nach Abstraktionsniveau erweist sich die Skala PGC sowohl als uni- als auch multidimensional.

So wäre sie multidimensional, wenn sich die drei möglichen analysierbaren Faktoren bestätigen (Aufregung, Einstellung zum Alter und durch das Alter hervorgerufene Unzufriedenheit).

Jene Kovariation zwischen den drei Faktoren der ersten Kategorie kann durch einen Faktor der zweiten Kategorie erklärt werden, welchen wir in unserer Studie in Betracht ziehen und als "Allgemeine Zufriedenheit" bezeichnen. Aus jener zweiten Perspektive heraus kann

die Skala als unidimensional angesehen werden. Wir stellten fest, dass dieser Faktor der zweiten Kategorie "Allgemeine Zufriedenheit" 90% der Varianz des Faktors "Unzufriedenheit", 60% des Faktors "Aufregung" und 74% des Faktors "Einstellung gegenüber dem eigenen Altern" erklärt. So können wir daraus schließen, dass die allgemeine Lebenszufriedenheit als eine erklärende Variable verstanden werden kann und ein wichtiger Faktor in den drei erwähnten Dimensionen der Skala PGC ist.

Diese Skala wurde für die spanische Bevölkerung bearbeitet. Die durchschnittliche Punktezahl der spanischen Bevölkerung liegt bei 8.8 (von möglichen 16), welche unter der von Lawton erzielten (11.3) liegt, wobei man jedoch nicht vergessen darf, dass die Individuen in Lawtons Studie sowohl aus der Gesamtbevölkerung als auch aus Altersheimen stammten.

b) Skala der subjektiven Lebensqualität (Morag Farquhar)

Als globalen Indikator der subjektiven Lebensqualität wurde die von Morag Farquhar entworfene Skala (1995) verwendet, welche die Qualität als „sehr negativ“, „negativ“, „neutral“, „positiv“ und „sehr positiv“ wertet. Dieses Material besteht aus zwei Fragen vom Typ Likert: die erste erbittet vom Individuum die persönliche Wahrnehmung seiner Lebensqualität; die zweite erbittet eine Bewertung, in der sich das Individuum mit anderen Individuen mit den selben soziodemografischen Eigenschaften vergleicht.

c) Vorgehensweise

Jedem Interviewer wurde eine bestimmte Anzahl von Interviews zugewiesen, mit genauen Angaben der Anzahl jeder einzelnen Bevölkerungsschicht der Stichprobe sowie exakten Anweisungen, wie die zu befragenden Personen zu lokalisieren seien.

Ergebnisse

Unser erstes Forschungsziel versucht die Bedeutung herauszuarbeiten, die dem Lebensraum in der Gesamtheit der Parameter, welche die Lebensqualität ausmachen, gegeben wird. So baten wir die befragten Personen, eine Bewertung von 1 bis 5 in Bezug auf die Wichtigkeit bestimmter Ereignisse vorzunehmen, welche in der traditionellen Literatur als relevante Aspekte der Lebensqualität angesehen werden.

Wie aus der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen ist, steht der "Wohnraum" auf Platz drei der Faktoren, welche die Lebensqualität ausmachen, nach "Gesundheit" und "Familie" und vor "ökonomischer Situation".

	Mittelwerte
1 Die Gesundheit	4.510
2 Die Familie	4.486
3 Der Wohnraum	4.145
4 Die ökonomische Situation	4.118
5 Die Lebensgemeinschaft	3.521
6 Die Arbeit	3.465
7 Andere materielle Umstände	3.065
8 Die Freunde	2.906
9 Niveau der Ausbildung	2.280

Dies wird ebenfalls durch den Korrelationskoeffizienten zwischen diesem Faktor und dem Faktor "Subjektive Lebensqualität" bestätigt, welcher mit 0.1555 statistisch signifikant ist. Der daraus abgeleitete Bestimmungskoeffizient lag bei 0.024, was bedeutet, dass der Wohnraum 2,4% der Varianz des Faktors "Subjektive Lebensqualität" erklärt.

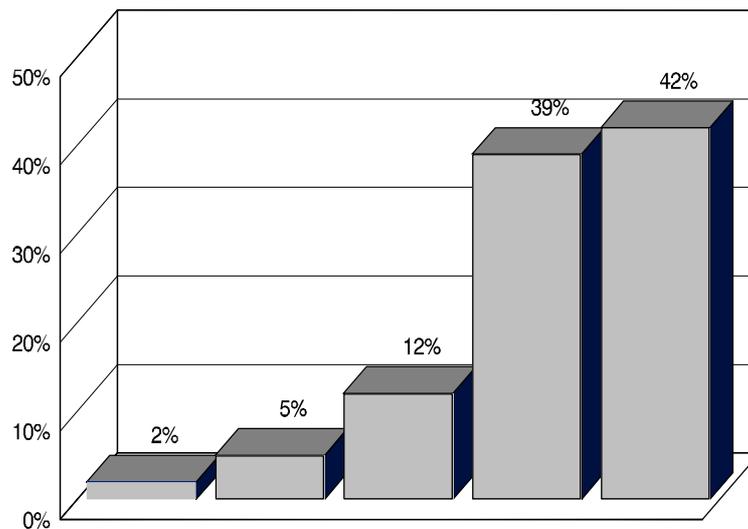
Dieser Prozentsatz mag anfangs niedrig erscheinen; wenn wir ihn jedoch mit dem Prozentsatz der Varianz vergleichen, welcher die in der Tabelle erstplatzierten Faktoren erklärt, so sehen wir, dass die Gesundheit demgegenüber nur 0.9% und die Familie nur 0.78% der Varianz der Lebensqualität erklären.

In Bezug auf die prozentuale Verteilung lässt sich ersehen, dass 81% der befragten Personen den Wohnraum als "wichtig" oder "sehr

wichtig" innerhalb der Konfiguration ihrer eigenen Lebensqualität betrachten.

Die Bedeutung des Lebensraums für die Lebensqualität

von "sehr unwichtig" bis "sehr wichtig"



Unser zweites Forschungsziel bestand darin, ausschlaggebende Faktoren herauszufinden, welche einen älteren Menschen dazu veranlassen, dem Wohnraum mehr oder weniger Bedeutung innerhalb seiner Lebensqualität beizumessen. Um diese Analyse auszuführen, teilten wir die Faktoren in drei Gruppen:

* Der erste Block besteht aus Faktoren, die wir als persönliche Faktoren bezeichnen. Innerhalb dieser Gruppe wären zu nennen: Geschlecht, Zivilstand, Alter usw.

* Die zweite Gruppe bezieht sich auf die Eigenschaften des Wohnraumes (Zufriedenheit mit demselbigen, Eigentum oder Miete, Ausstattung usw.)

* Der dritte Block enthält Faktoren, die mit der Lage des Wohnraumes zu tun haben (Wohnviertel, Zahl der Dienstleistungen die das Viertel zu bieten hat, Zufriedenheit in Bezug auf die Nachbarschaft usw.)

Resultate des ersten Blockes: Persönliche Faktoren

Die folgende Tabelle enthält die Resultate eines Vergleichs der Mittelwerte der persönlichen Faktoren (ANOVA und T-Student). Weder "Geschlecht" noch "Alter", noch "Anwesenheit oder Abwesenheit der Kinder", noch das "Umfeld" konnten als statistisch signifikant innerhalb der Unterscheidung zwischen den verschiedenen Niveaus des Faktors "Die dem Wohnraum beigemessene Wichtigkeit zur Lebensqualität" angesehen werden.

Faktor	F oder T	Signifikanz
Alter	2.0348	0.133
Geschlecht	-0.23	0.812
Zivilstand	5.529	0.043
Lebensraum	0.4357	0.510
Kinder	0.0736	0.786
Wahrnehmung der Gesundheit	4.8121	0.025
Hindernde Krankheiten	0.842	0.035

Wir möchten daran erinnern, dass die verwendete Stichprobe ausschließlich aus Personen über 65 Jahren bestand. Es erscheinen dann signifikante Unterschiede in Bezug auf Geschlecht, Alter, Anwesenheit der Kinder und der Wichtigkeit des Wohnraumes, wenn die erwachsene Bevölkerung miteinbezogen ist. Dies zeigen frühere Untersuchungen unserer Forschergruppe.

In dieser Stichprobe aus älteren Menschen konzentrieren sich die statistisch signifikanten Unterschiede auf die folgenden Faktoren reduzieren:

- * Zivilstand
- * Selbstwahrnehmung der Gesundheit
- * Krankheit oder für das Alltagsleben bedeutsame körperliche Einschränkungen.

Für den Zivilstand führten wir den Scheffe-Test durch, um herauszufinden, auf welchem Niveau statistisch signifikante Unterschiede bestehen. Die Resultate weisen darauf hin, dass Witwer dem Wohnraum mehr Wert beimessen. Auch fanden wir heraus, dass Individuen mit einer schlechten Selbstwahrnehmung der Gesundheit dem Wohnraum mehr Wichtigkeit zuordnen als die restlichen Untergruppen, wobei der Unterschied als statistisch signifikant zu bezeichnen ist.

Ebenso konnte aufgezeigt werden, dass Personen, die unter einer Krankheit leiden, welche ihnen die Ausführung der täglichen Hausarbeit erschwert, dem Wohnraum größeren Wert beimessen als Personen, die nicht diese Problematik aufweisen.

Resultate des zweiten Blocks: Faktoren in Bezug auf den Lebensraum

In Bezug auf diese Faktoren konnten wir beobachten, dass weder "Größe des Wohnraumes" noch "Eigentum oder Miete" oder "Mietpreis" einen signifikanten Unterschied innerhalb der verschiedenen Niveaus der "Wichtigkeit des Wohnraumes für die Lebensqualität" aufwiesen.

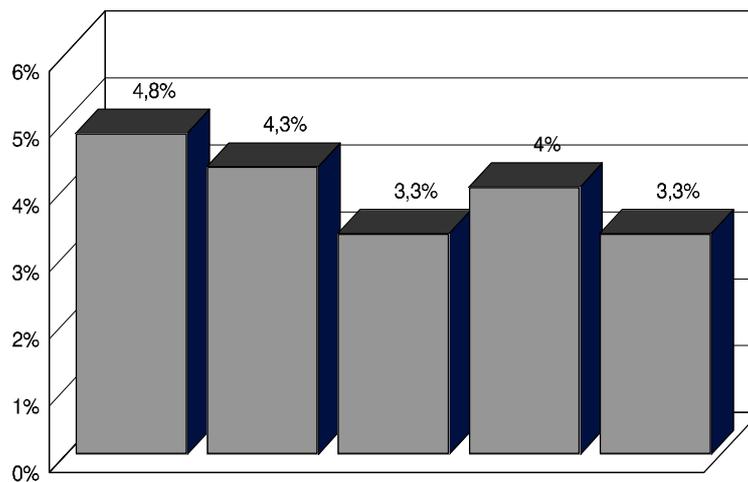
Faktor	F	Signifikanz
Ausstattungsniveau	7.005	0.018
Allg. Zufriedenheit mit dem Wohnraum	6.9674	0.026
Größe des Wohnraumes	2.0045	0.232
Eigentum oder Miete	1.8977	0.336
Mietpreis	1.7789	0.368

Ebenso kann aus der Tabelle entnommen werden, dass im Gegensatz zu den vorher erwähnten Faktoren die "Allgemeine Zufriedenheit mit dem Wohnraum" und ebenso das "Ausstattungsniveau" die Wichtigkeit des Lebensraumes zur Lebensqualität bestimmten.

In Bezug auf den ersten Faktor (Zufriedenheit mit dem eigenen Wohnraum) lässt sich aus der folgenden Grafik entnehmen, dass innerhalb der Faktoren, welche die Lebensqualität bestimmen, die Personen (welche dem Lebensraum mehr Bedeutung beimessen) sich in den extremen Punkten des Kontinuums aufhalten: Diese Personen bezeichnen sich als "sehr zufrieden" oder "sehr unzufrieden" mit ihrem

Wohnraum. Personen, welche dem Wohnraum weniger Bedeutung beimessen, sind jene, die eine "gleichgültige" Haltung in Bezug auf die Zufriedenheit mit dem Wohnraum einnehmen.

Zufriedenheit mit dem eigenen Wohnraum von "sehr unzufrieden" bis "sehr zufrieden"



Diese Resultate wurden durch den Scheffe-Test mit einem Verlässlichkeitswert von 95.5% bestätigt; es bestehen statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Personengruppen "gleichgültig" in Bezug auf Zufriedenheit mit dem Wohnraum und jenen, die sich als "sehr unzufrieden", "wenig" oder "sehr zufrieden" bezeichnen.

Die vorhergehende Ausführung lässt sich generalisieren und wir können sagen, dass sich die Unterschiede in Bezug auf Zufriedenheit mit dem Wohnraum bei jenen Personen ergeben, die sich auf *emotionaler* Ebene mit ihrem Wohnraum verbinden, sei dies nun in positiver oder negativer Form, und jenen, die nicht eine solche Zuneigung entwickelt haben.

Aus diesem Grund war unser nächster Schritt herauszufinden, welches die Unterscheidungscharakteristiken jener Personen waren, die sich

selbst als gleichgültig gegenüber dem Wohnraum bezeichneten. Wir führten je nach Faktor verschiedene statistische Überprüfungen durch und konnten signifikante Unterschiede in Bezug auf die Wichtigkeit des Wohnraumes bei folgenden Faktoren feststellen:

* *Die Selbstwahrnehmung des Gesundheitszustandes:* Jene Personen, die der Wichtigkeit des Wohnraumes gegenüber gleichgültig sind, haben eine bessere Wahrnehmung ihres Gesundheitszustandes als jene Personen, die sich emotional mit ihrem Wohnraum verbinden: Nur 6.6% jener Personen die “wenig zufrieden” oder “nicht zufrieden” mit ihrem Wohnraum sind, nehmen ihren Gesundheitszustand als “gut” oder “sehr gut” wahr. Im Gegensatz dazu stehen 38.4% der “gleichgültigen” Personen, welche ihren Gesundheitszustand als “gut” oder “sehr gut” bezeichnen. Der Prozentsatz der Personen, die ihren Gesundheitszustand als “gut” oder “sehr gut” wahrnehmen, reduziert sich für jene, die sich als “zufrieden” oder “sehr zufrieden” mit ihrem Wohnraum bezeichnen auf 29.8%.

* *Anwesenheit der Kinder:* Bei Personen mit Kindern besteht ein höherer Prozentsatz der Gleichgültigkeit gegenüber dem Wohnraum: 98% der “gleichgültigen” Personen haben Kinder, im Vergleich zu 72.4% der “unzufriedenen” und 87% der “zufriedenen” Personen.

* *Ausbildungsniveau:* Innerhalb der “gleichgültigen” Personen besteht ein niedriger Prozentsatz von Individuen mit oder ohne Volksschulabschluss: 78.8% der “gleichgültigen” Personen mit oder ohne Volksschulabschluss im Vergleich zu 86.7% jener Personen, die sich als “sehr unzufrieden” oder “unzufrieden” bezeichnen und zu 84.1% der “zufriedenen” oder “sehr zufriedenen” Personen. Ebenso besteht ein größerer Prozentsatz mittleren oder höheren Ausbildungsniveaus unter jenen “gleichgültigen” Personen: 15.4% der “gleichgültigen” Personen haben mittlere oder akademische Ausbildung, im Vergleich zu 5.7% der “zufriedenen” oder “sehr zufriedenen” Personen und 0% der “unzufriedenen”. In den anderen Kategorien ließen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede aufweisen.

* *Freizeitgestaltung:* Die “sehr unzufriedenen” und “unzufriedenen” Personen weisen einen höheren Prozentsatz ohne Freizeitgestaltung auf als die Gruppe der “gleichgültigen” und die der “zufriedenen” und

“sehr zufriedenen” Personen: 70% der ersten Gruppe erwähnen wenige oder keine Freizeitaktivitäten, im Vergleich zu 48% der “gleichgültigen” und 49% der “zufriedenen” und “sehr zufriedenen” Personen. Die “zufriedenen” Personen weisen einen größeren und statistisch signifikanten Prozentsatz in der häufigen und regelmäßigen Realisation von Freizeitaktivitäten auf (30% in Vergleich zu 14%).

* *Beziehung zu den Kindern:* Die “gleichgültigen” Individuen haben bessere Beziehungen zu ihren Kindern, als jene, die emotional mit ihrem Wohnraum verbunden sind: 92% der dem Wohnraum gegenüber gleichgültigen Personen sprechen von “guten” oder “sehr guten” Beziehungen zu ihren Kindern, im Vergleich zu 72% der “unzufriedenen” und “sehr unzufriedenen” Personen und 85% der “zufriedenen” und “sehr zufriedenen” Personen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass jene ihrem Wohnraum gegenüber gleichgültigen Personen eine bessere Wahrnehmung ihres Gesundheitszustandes haben, als jene, die sich emotional mit demselben verbinden. Es handelt sich hierbei um Personen, die gute Beziehungen zu ihren Kindern haben und über ein höheres Ausbildungsniveau verfügen als jene Personen, die sich emotional mit ihrem Wohnraum verbinden. In Bezug auf Freizeitaktivität liegen sie signifikant über den “unzufriedenen” und “sehr unzufriedenen” Personen und signifikant unter jenen, die sich als “zufrieden” oder “sehr zufrieden” mit ihrem Wohnraum bezeichnen.

Bezüglich der Ausstattung der Wohnung unterschieden wir zwei Ebenen der Analyse; an erster Stelle bewerteten wir die subjektive Wahrnehmung des Individuums bezüglich der Ausstattung. Hier sehen wir eine klare Relation zwischen jenen Personen, die bestätigen in Häusern mit guter oder hoher Ausstattung zu leben und höheren Werten in Bezug auf die Wichtigkeit des Heimes zur Lebensqualität, wobei diese Werte statistisch signifikant sind. An zweiter Stelle analysierten wir die objektive Ausstattung des Hauses; dafür konstruierten wir einen Indikator, in dem dem Individuum jeweils ein Punkt für jede in seinem Heim vorhandene Ausstattung zugeschrieben wurde. Wie aus der folgenden Tabelle zu entnehmen ist, konnten wir in der Analyse dieses Indikators keine statistisch signifikanten Unterschiede feststellen.

Ausstattung der Wohnung	F	Signifikanz
Subjektive Zufriedenheit	4.987	0.0011
Objektive Zufriedenheit	0.926	0.4082

Von diesen Daten ausgehend können wir sagen, dass das Niveau der Ausstattung ein Faktor subjektiver Interpretation ist und nicht von dem tatsächlichen Ausstattungsniveau, sondern von der Wahrnehmung des Individuums abhängt.

Resultate des dritten Blocks: Lage des Wohnraumes, Stadtviertel, Anzahl der Dienstleistungen, Zufriedenheit in Bezug auf die Nachbarschaft usw.

Hier konnten wir signifikante Unterschiede in der Bewertung des Wohnraumes für die Lebensqualität bei folgenden vier Faktoren feststellen:

Faktor	F	Signifikanz
Lage oder Standort des Wohnraumes	4.3259	0.002
Stadtviertel der Wohnung	4.5894	0.001
Serviceleistungen im Stadtviertel	4.9326	0.000
Wahrnehmung der Nachbarn im Viertel	3.9865	0.012

Bezüglich der ersten beiden Faktoren besteht wie in bereits vorausgegangenen Fällen eine eindeutige Bipolarität der Resultate: Jene Personen, die den Wohnraum höher bewerteten, waren jene, die sich in den Extremen des Kontinuums befanden, mit anderen Worten jene, deren Zufriedenheit mit der "Lage des Wohnraumes" oder "Stadtteil", "sehr hoch" oder "sehr niedrig" war. Die gegenüber jenen Charakteristiken "gleichgültigen" Individuen maßen dem Wohnraum innerhalb der Gesamtheit jener Faktoren weniger Wichtigkeit bei.

Bezüglich der Serviceausstattung des Stadtviertels konnten wir feststellen, dass dem Wohnraum mehr Bedeutung für die Lebensqualität beigemessen wurde, wenn eine höhere Anzahl von Dienstleistungsbetrieben in jenem Stadtteil vorhanden waren.

Aus der Analyse der 17 meist vorhandenen Dienstleistungsbetriebe innerhalb jedes Stadtviertels konnten wir beobachten, dass folgende Serviceausstattungen in der näheren Umgebung eine höhere oder niedrigere Bewertung des Wohnraumes als Bestandteil der Lebensqualität zur Folge haben: Kulturzentrum, Zentrum mit sozialen Dienstleistungen, Polizei sowie Tanzlokale. Dazu gegensätzlich wurden folgende Einrichtungen als nicht ausschlaggebend wichtig in Bezug auf den Wohnraum für die Lebensqualität angegeben: Öffentliche Schule, Supermarkt, Café oder Gaststätte, Banken, Grünzonen, Kirche, Apotheke, Krankenhaus oder Ambulanz, Rentnervereinigungen, Zeitungskiosk, Bücherei, Sportanlagen und Kino.

Abschließend bewerteten wir innerhalb dieses Blockes die existierende Relation zwischen der Wichtigkeit des Wohnraumes für die Lebensqualität und der Zufriedenheit mit den Bewohnern des Stadtviertels. Die Resultate der Varianz-Analyse ($F=4.4752$ $P=0.0015$) wiesen Signifikanz auf; wie sich auch in den Resultaten des Scheffe-Tests zeigt, existieren signifikante Unterschiede zwischen jenen Individuen, die sich als "sehr zufrieden" und "sehr unzufrieden" mit den Anwohnern des Viertels bezeichnen und jenen, die diesem Faktor gegenüber gleichgültig sind.

Jene herausragenden Eigenschaften, die zu einer positiven Bewertung der Anwohner des Viertel führten, waren: "Freundliche" Nachbarn, die "bereit sind zu helfen", "sauber und gepflegt", "respektvoll gegenüber den anderen" und mit denen man über "Probleme, die das Viertel betreffen" sprechen kann.

Eine Variable, die zwischen dem persönlichen Faktor liegt und jenen, die sich auf die Örtlichkeit beziehen, ist die Anzahl der Personen, die im selben Block oder Haus leben, sowie die Beziehungen zu ihnen. Aus unseren Resultaten geht hervor, dass die Anzahl der Personen, die mit dem befragten Individuum leben, kein ausschlaggebender Faktor in der Wichtigkeit des Lebensraumes ist. Dies geht aus der Varianzanalyse in der folgenden Tabelle hervor.

Faktor	F	Signifikanz
Anzahl der Personen, die den Wohnraum teilen	2.8954	0.1987

Eine eingehende Analyse dieser Beziehungen zeigt eindeutige Unterschiede auf, wie sich aus der folgenden Tabelle ersehen lässt:

Mit dem "Ehepartner" oder mit "anderen Familienmitgliedern" zu leben, ist für die befragten Personen ein ausschlaggebend wichtiger Faktor. So messen jene, die mit dem Ehepartner leben, dem Lebensraum bezüglich der Lebensqualität mehr Bedeutung bei, als jene, die mit anderen Familienmitgliedern leben, diese messen dem Lebensraum statistisch signifikant weniger Bedeutung bei.

	F	Signifikanz
Ehepartner	3.5989	0.0396
Andere Familienmitglieder	3.4529	0.0412
Ledige Kinder	2.2892	0.0987
Verheiratete Kinder	1.9872	0.2456
Enkel	1.6792	0.2357
Vater	1.4248	0.3256
Mutter	1.7845	0.2769
Geschwister	0.9897	0.5989
Verheiratete Geschwister mit Familie	1.0989	0.4435
Andere Personen	1.7896	0.2001

Schlussfolgerungen

Die hier vorgestellten Resultate erlauben eine Reihe von Schlussfolgerungen:

- a) Ausschlaggebend ist nicht die Realität der Mikro- oder Makroumwelt, sondern die Art und Weise, wie die Person diese Realität wahrnimmt, verarbeitet und interpretiert; weswegen die signifikanten Daten immer mit extremer Wahrnehmung von Zufriedenheit oder Unzufriedenheit assoziiert sind.
- b) Diese Resultate brachten uns zu der Schlussfolgerung, dass ein mit seinem Wohnraum zufriedenes Individuum diesem im Kontext der allgemeinen Lebensqualität einen bestimmten Wert beimisst; ebenso bezieht sich dies auf die sehr unzufriedenen Personen. Letztlich sind

beide Personengruppen durch ihre emotionale Wahrnehmung beeinflusst, welche mehr Einfluss hat als die objektive Realität.

c) Dies hatte zur Folge, dass wir eine Schlüsselfrage ausarbeiteten: Welche Faktoren spielten bei den gleichgültigen Personen eine Rolle? Welches Profil haben sie gemein und warum weisen sie nicht eine so große Zuneigung zu ihrem Wohnraum auf wie vorhergehende Personengruppen?

Die Antwort darauf fanden wir in den signifikanten Unterschieden in Bezug auf eine bessere Wahrnehmung der Gesundheit. Die "gleichgültigen" Personen haben bessere Beziehungen zu ihren Kindern, ein höheres Ausbildungsniveau und realisieren mehr Freizeitaktivitäten; all dies sind Faktoren, die zu einer Relativierung in der Bewertung des Wohnraumes beitragen. Es handelt sich hier um Personen, die mehrere mögliche Lebensstile zur Auswahl haben und deswegen nicht so sehr an einer Lebensstildimension - dem Wohnraum - festhalten. Wegen besserer Gesundheit verfügen sie über größere Mobilität und die Möglichkeit, sich von ihrem Haus zu entfernen. Außerdem haben diese Personen weniger Angst vor Heimeinweisung, denn durch gute Beziehungen mit ihren Kindern öffnen sich ihnen noch andere Möglichkeiten, als die, alleine zu leben. Ein höheres kulturelles Niveau erlaubt ihnen, gewisse Situationen zu relativieren; mehr Freizeitaktivität bedeutet eine größere Möglichkeit, sich von zu Hause zu entfernen.

Wenn wir nun diese Resultate mit der in der Einleitung vorgestellten Zuneigungstheorie in Verbindung bringen, sehen wir, dass jene Verhaltensformen eine Zuneigung in Bezug auf den persönlichen Kontext darstellen (weswegen gute Beziehungen zu den Kindern dem Wohnraum an Bedeutung nehmen; eine bessere Wahrnehmung der Gesundheit reflektiert mehr Autonomie, Möglichkeiten, das Haus zu verlassen, Kontakte mit der sozialen Umwelt einzugehen, mehr Teilnahme an Freizeitaktivitäten usw.). An zweiter Stelle steht die Zuneigung zu physischen Objekten, wobei hier die Zuneigung mit der rein nützlichen Funktion verschmilzt. Die Objekte verlieren an Wert oder nehmen einen sekundären Rang ein, in dem Maße, in dem menschlicher Kontakt oder die sogenannte soziale Zuneigung zunimmt.

In dem Sinne, in dem Bowlby von der Zuneigung als Tendenz zur Herstellung von liebevollem Kontakt spricht, können wir hinzufügen, dass der Wohnraum für den alten Menschen ein konkreter Ausdruck jener Kontakte im Laufe seines Lebens ist. Wohnungen sind immer Expression eines Lebens und eine Widerspiegelung der Wahrnehmung und des persönlichen Wertes, der diesem Wohnraum beigemessen wird.

Die Bewertung des Wohnraumes steht ebenfalls in Relation zur Lebenserfahrung, die mit dem Zuhause während des ganzen Lebenszyklus assoziiert wird. Wenn jene mit dem Wohnen assoziierten Erfahrungen positiv und reich an liebevollen Erlebnissen sind, kommt diesem eine besondere Bedeutung in der Definition der subjektiven Lebensqualität bei. Eine solche Wahrnehmung des Wohnraumes kann auch dann weiterhin fortbestehen, nachdem die Kinder das Haus verlassen haben bzw. nach dem Tode des Ehepartners. Diese Assoziation des Lebensraumes als Quelle liebevoller, intensiver Erlebnisse sollte bei der weiteren Planung der direkten Zukunft des alten Menschen in Betracht gezogen werden. In diesem Falle könnte ein zwanghaftes Verlassen des Zuhauses (um mit den Kindern zu leben oder im Falle einer Heimeinweisung) einer Unterdrückung all dieser aufgebauten Assoziationen gleichgesetzt werden (aus der Sicht des alten Menschen). Anders ausgedrückt, kann das subjektive Erleben der Auslöser einer ganzen Reihe von Problemen auf psychologischer Ebene und damit indirekt auf biologischer Ebene sein.

Das Wohnen bezieht sich nicht nur einen funktionalen, möblierten Raum, sondern ist mit einem ganzen Repertoire vergangener Erlebnisse verbunden, welche Fortbestand haben und Erwartungen von Stabilität und Sicherheit in Bezug auf die Zukunft aufrecht erhalten.

Diese Wahrnehmung des Wohnraumes bei älteren Menschen bestätigt die Wichtigkeit der alternativen Serviceleistungen (Hausfürsorge, Hausnotrufsysteme usw.), wobei diese nicht als „Luxuseinrichtungen“ für alte Menschen angesehen werden dürfen, sondern als notwendige Unterstützungsmaßnahmen, die dazu beitragen, diese oft für die Stabilität wichtige Quelle weiterhin zu erhalten.

Literatur

- Bowlby, G. (1986). Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Editorial Morata. Madrid.
- Butler, R. & Lewis, M. (1983). Aging and mental health. New York. Mosbit.
- Csikszentmihalyin, M. & Rochberg-Halton, E. (1981). The meaning of things: Domestic Symbols and the self. M.A. Cambridge University Press.
- Erikson, J.M., Erikson, E.H. & Kivnick, H. (1996). Vital Involvement in old age. New York, Norton.
- Gilderbloom & Mullins (1995): Elderly Housing needs: an examination of the American housing survey. Rev. International of Aging and Human Development, Vol 40.
- Korelitz, J.H. (1986): The house I grew up in. Glamour, 84 (9), 256.
- Lawton, H.P. (1972) Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. PGC. Gerontologist, 18.
- Lieberman, M.A. & Tobin, S. (1983). The experience of old age. New York, Basic Books.
- Rubio Herrera, R. (1991). Experiencias psíquicas sobre el sentimiento de pérdida. Revista *Communio*, vol. XXIV, fascículo 1, pag. 77-98
- Saez Narro, N., Rubio Herrera, R. & Dosil Maceira, A. (1996). Tratado de Psicogerontología. Promolibro. Valencia.
- Schudson, M. (1986): The giving of gifts. Psychology Today, pag. 27-29

Das transnationale Altenpflegequalifizierungs-Projekt Deutschland–Bulgarien

Klaus Mathes

1. Gerontologischer Konzepttransfer nach Osteuropa

Mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung begann die Arbeiterwohlfahrt Hessen-Nord im Jahr 2000 einen Fachkräfteaustausch mit bulgarischen Krankenschwestern (die in Altenheimen arbeiten) und deutschen AltenpflegerInnen.

Der Hintergrund dieser Arbeit: Die Arbeiterwohlfahrt ist ein großer Träger von Sozialeinrichtungen – in Nordhessen überwiegend von Alten- und Pflegeheimen. Es gibt historisch gewachsene Kontakte zu Bulgarien: die Vorgeschichte waren Hilfstransporte und irgendwann warf sich von selbst die Frage auf, was es noch zu tun gäbe. Dies geschah spätestens, als bulgarische Fachkräfte in deutschen Altenheimen hospitierten und als Hospitanten an der Altenpflegeausbildung der Arbeiterwohlfahrt in Kassel teilnahmen.

Ebenfalls mit der Unterstützung der Robert Bosch Stiftung wurde ein Projekt mit dem Titel „Konzepttransfer Deutschland – Bulgarien“ begründet. Es ging im Wesentlichen darum, das unter bulgarischen Verhältnissen Mögliche zu tun, um dort die Qualität der Pflege alter Menschen und die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte in diesem Arbeitsfeld zu verbessern. Auf beiden Seiten wusste man, um was es ging. Jeder hatte „des Anderen Haus“ gesehen.

1.1 Voraussetzungen in Bulgarien

Es gibt in Bulgarien keine spezielle Ausbildung für Fachpersonal in Altenpflegeheimen. Das Personal besteht aus Krankenschwestern. Ein Teil der dort Tätigen sind „Sanitäter“, vergleichbar mit KrankenpflegehelferInnen.

Die Krankenpflegeausbildung ist in Bulgarien wie in den meisten osteuropäischen Ländern ausschließlich medizinisch orientiert. Psychosoziale Inhalte, Pflegephilosophien und Vorstellungen von Pflege

als Beruf, wie sie in Deutschland durch Einflüsse aus dem angloamerikanischen Raum in den letzten Jahrzehnten gewachsen sind, gibt es dort nicht. Krankenpflege ist in Bulgarien ärztlicher Hilfsberuf.

Die Altenheime sind in Bulgarien „Auffanginstitutionen“, in denen sich zu einem Teil alt gewordene Behinderte aufhalten, die über Jahrzehnte hospitalisiert sind, und alte Menschen, die überwiegend in hohem Maße dement sind und keine Angehörigen haben. Ebenfalls gibt es in diesen Einrichtungen Menschen mit Behinderungen unterschiedlichen Alters, die nicht in der Lage sind, außerhalb von Institutionen zu leben.

Zunehmend entwickelt sich in Bulgarien ein Bedarf an Altenhilfestrukturen, da sich auch hier durch Industrialisierung und berufliche Mobilität die Institution Familie zunehmend auflöst und die Verantwortlichkeit für alt gewordene Familienmitglieder nicht mehr in vollem Umfang gewährleistet werden kann. Dies ist eine Tendenz, die sehr schnell voranschreitet.

Es fehlt jedoch an Modellen und vor allem an Mitteln, solche Alten- und Behindertenhilfestrukturen langfristig und mit Aussicht auf Erfolg zu planen. Allein mit den vorhandenen Bedingungen etwas Sinnvolles anzufangen, sie zu verbessern und für die Beteiligten etwas erträglicher zu machen, erschien unter diesen Voraussetzungen realistisch zu sein.

Pflegekonzepte oder Planungen über Abläufe in der Pflege existieren nur in Rudimenten. Es fehlen vollständig Konzepte für den Umgang mit alten Menschen, insbesondere mit dementiell Erkrankten. Ausgestattet sind die Einrichtungen auf denkbar niedrigem Niveau. Die ökonomischen Umstellungsschwierigkeiten des Landes spiegeln sich auch hier wieder.

Auf den ersten Blick sind dies keine besonders guten Voraussetzungen für ein Projekt mit dem Ziel, sozialpflegerische Inhalte und moderne Pflegephilosophie zu vermitteln.

1.2 Projektteam und Initiatoren

Initiiert wurde das Projekt von der Arbeiterwohlfahrt Hessen-Nord mit der Federführung ihrer Altenpflegeschule in Kassel. Bei der Suche nach Partnern in Nordhessen wurden die Kontakte zur Universität Kassel (Prof. Dr. Fred Karl) genutzt. Prof. Karl beteiligte sich an der

Konzept- und Curriculumsentwicklung, nahm an der Auswahl und den Gesprächen mit dem bulgarischen Dozententeam in Kassel und Sofia teil und erarbeitete die Vorlage für ein Evaluationsinstrument. Ebenfalls zum Projektteam gehörten Einzelwissenschaftler aus der nordhessischen Region und Lehrkräfte der AWO-Altenpflegeschule.

1.3 Projektstrategie und Projektablauf

Auch wenn es in den osteuropäischen Ländern aus gerontologischer Forschung abgeleitete Pflegekonzepte und Altenpflege als Beruf nicht gibt, ist es doch möglich, kulturhistorisch und sozialpsychologisch begründete Konzepte für den Umgang mit kranken und alten Menschen zu transferieren. Ein solches Vorhaben muss aber scheitern, wenn man es sich als „Export“ vorstellt. Transkulturelle Konzepttransferprozesse haben die Eigenart, sich zu verselbständigen. Sie entwickeln ihre eigene Dynamik und oft bleibt auf der gesamten Strecke in vielen Aspekten unklar, welches Ergebnis zu erwarten ist. Gibt es diese Dynamik nicht, hat das Projekt wenig Aussicht auf Erfolg. Beginnt sie sich zu entwickeln, wird das Projekt allerdings auch zunehmend unübersichtlicher, scheint sich zu verselbständigen, wird unhandhabbarer.

Die Kommunikation mit bulgarischen Kollegen und potentiellen Partnern musste ausschließlich über Übersetzungen stattfinden. Bereits zu Beginn und in der ersten Projektphase wurde deutlich, dass nicht nur die Sprache, sondern auch Motive und unterschiedliche Kultur eine unendliche Quelle von Missverständnissen sind.

Auch im vorliegenden Fall war es nicht so, dass bulgarische und deutsche Kollegen sich nicht hätten verständigen können. Die unterschiedlichen kulturellen Hintergründe haben das Verstandene aber immer wieder verändert. Diese Tendenz wird stärker, je praxisrelevanter die Aufgabenstellungen werden.

Wahrscheinlich gibt es z.Zt. im ganzen Land Bulgarien nicht eine zweite Arbeitsgruppe, in der gleichberechtigt miteinander alle Ebenen der Hierarchie der Gesundheits- und Sozialorganisationen an einem selbst gesetzten Ziel arbeiten (Krankenschwester, Hochschullehrerin, Sozialarbeiter, Klinikmanagement), wie dies in diesem Projekt in Stara Zagora (siehe 1.4) – warum auch immer – gelungen ist.

Es gibt viele Faktoren, die transnationale Projekte gefährden. Die Undurchlässigkeit von Hierarchien und die nur schwach entwickelte Bereitschaft zu interdisziplinärem Denken hat schon viele internationale Projekte zum Scheitern gebracht.

Konzepte, die in Deutschland gewachsen sind und hier erfolgreich angewendet werden, müssen in Bulgarien noch lange nicht funktionieren. Ökonomie, historische Voraussetzungen, Kultur und politische Verhältnisse prägen stärker als jede neue Idee.

Auch wenn Einverständnis über Sinn und Ziel der zu transferierenden Inhalte vorliegt, heißt das noch lange nicht, dass diese im Lande funktionieren und Anerkennung finden bzw. auf Dauer überleben können. Es muss wohl so sein, dass transnationale Projekte grundsätzlich – wollen sie erfolgreich sein – am Rande des Scheiterns agieren. Projektleitung und das deutsche Team hatten sich vorgenommen, bulgarischen Partnern die in Deutschland praktizierten Konzepte zu erklären und dann zu fragen, welche Teile und welche Aspekte davon in Bulgarien denkbar wären und welche Aussicht auf Erfolg sie haben.

Erst als sich auf der bulgarischen Seite Motive entwickelten, die eigenen Nutzen aus diesem Prozess zu ziehen versprachen, bekam das Projekt jene Dynamik, die eine Transformation der deutschen Erfahrungen und Konzepte aus gerontologischer Forschung und Praxis der Altenpflegeausbildung in bulgarische Ideen und innovative Prozesse im Rahmen der eigenen ökonomischen, politischen und kulturellen möglich machten. Im Wesentlichen ging es hierbei den Kooperationspartnern um wissenschaftliches Ansehen, die persönliche Beteiligung an öffentlich beachteten Innovationen und die Entwicklung europakompatibler Konzepte, die im Land begrüßt werden und die auf lange Sicht eine Verbesserung der Gesamtsituation im Land versprechen.

1.4 Die Basis der Projektarbeit in Bulgarien

Nach einem zunächst gescheiterten Anlauf konnte ein Kontakt zur Universität Stara Zagora hergestellt werden. Dort waren in verschiedenen Fachbereichen (Medizin, Sozial- und Geisteswissenschaften, Psychologie) alle Kompetenzen vorhanden, die für das Projekt gebraucht wurden. Charakteristisch für Bulgarien: diese Kompetenzbereiche haben innerhalb der Hochschule nichts miteinander zu tun. Erst das starke Interesse der Hochschulleitung und der Verwaltung der

Stadt Stara Zagora (die Kommune ist auch Träger mehrerer Pflegeheime) an diesem Projekt beförderte einen ungewöhnlichen Prozess.

Eine Person aus dem Leitungsbereich der Hochschule bekam den Auftrag, sich aus den verschiedenen Fachbereichen Fachkräfte zu suchen, die nach Vorschlägen der deutschen Seite zusammengestellt werden sollten. Es wurde ein zehnköpfiges Wissenschaftlerteam ausgewählt, das für eine Woche nach Deutschland kommen konnte. Hier wurden im Wesentlichen die Grundzüge des Konzepts entwickelt. Im Nachhinein kann festgestellt werden, dass diese Konzeptarbeit ausschließlich in Bulgarien nicht möglich gewesen wäre. Ein multiprofessionelles bulgarisches Wissenschaftlerteam ist erst in Deutschland (Kassel) entstanden.

Die für bulgarische Verhältnisse ungewöhnliche Kommunikation und Arbeit unterschiedlichster Fachbereiche unter einer Leitung aus zwei Personen aus beiden Ländern (bulgarische Projektleitung und deutsche Projektleitung) an einem gemeinsamen Ziel hat erst den interdisziplinären Charakter des Konzepts ermöglicht. Das war nur möglich außerhalb der heimischen Arbeitszusammenhänge und außerhalb der dort herrschenden „Abteilungsstrukturen“, Hierarchien und Abhängigkeiten.

Allein dieser besondere – eigentlich eher formale – Aspekt der Kooperation ist wahrscheinlich der wichtigste Grund für das Gelingen des Projekts, obwohl er zu den größten Risiken für solche Unternehmungen zählt. Viele Beteiligte mussten hoch über ihren Schatten springen: Hochschullehrer und Krankenschwestern, Wissenschaftler aus verschiedenen Fachbereichen und Sozialarbeiter hatten den Auftrag, aus den deutschen Vorschlägen ein Konzept für eine gerontologische Fachkraft, eine weitergebildete Krankenschwester für die bulgarischen Altenheime zu entwickeln, die in Bulgarien von bulgarischen Lehrkräften durchgeführt wird und die dort auch Aussicht darauf hat, als „Dauerangebot“ im Bildungssystem installiert werden zu können.

Die Wissenschaftler kamen aus den Bereichen Medizin (Dermatologie und Neurologie) aus dem Bereich der Rehabilitation, Psychologie, Soziologie, Sozialmedizin, Pflege, Kulturgeschichte, Psychiatrie. Auch der einzige über die Grenzen Bulgariens hinaus bekannte Gerontologe war Mitglied in diesem Team.

2. Ergebnis

Nach der Kasseler Tagung im September 2002 haben die bulgarischen Kollegen über die Grenzen ihrer Fachbereiche hinaus an einem Konzept gearbeitet, das als sechsmonatige Weiterbildung für Krankenschwestern in Altenheimen der beiden beteiligten Partnerstädte Stara Zagora und Kasanlak durchgeführt werden sollte.

Ziel dieser Weiterbildung sollte es sein, sozialpsychologisches Wissen über Alter, sozialpflegerische Inhalte, psychosoziale Sichtweisen und Pflegephilosophie zu vermitteln und die rein medizinisch orientierte Arbeit der in Altenheimen Pflegenden auf diese Weise zu relativieren, letztlich die Arbeit zu verändern.

Der Beitrag des deutschen Teams in dieser Phase bestand aus der Zuarbeit von Material. Das dann vorgelegte Konzept war ausschließlich das Ergebnis der bulgarischen Kollegen. Das gleiche Team hat dann auch die Lehrtätigkeit für die Weiterbildung übernommen.

Durchgeführt wurde dies auf der Grundlage eines Bildungspartnerschaftsvertrages zwischen den beiden Städten Stara Zagora und Kasanlak, der Universität, dem medizinischen Kolleg (Krankenpflegeschule) und der AWO Hessen-Nord sowie der AWO Stiftung Bulgarien. Die Projektleitung und das Management des gesamten Projekts lagen in der Hand des Gesamtprojektleiters Klaus Mathes (Altenpflegeschule der AWO) in Kassel und für Bulgarien bei Frau Dr. Evgenya Hristakieva (Universität Stara Zagora). Die wissenschaftliche Beratung und Begleitung erfolgte durch Prof. Dr. Fred Karl (Universität Kassel). Entwickelt und durchgeführt wurde die Evaluation von Frau Dr. Miroslava Petkova (Universität Stara Zagora).

Die Erfahrung der an diesem Projekt Beteiligten kann in wenigen Sätzen zusammengefasst werden: Wenn schon es für Prozesse der Kommunikation und Vermittlung grundsätzlich von zentraler Bedeutung ist, dass Form und Inhalt zusammenpassen, so ist es bei interkulturellen Kommunikationsprozessen in noch höherem Maße wichtig, diesen Sachverhalt nicht aus dem Blick zu verlieren. Möglicherweise ist bei interkulturellen Projekten sogar die Form vorrangig. Das erfordert „Kultursensibilität“ und von Seiten der Projektplaner die Formulierung eines vorrangigen Ziels, das auf den ersten Blick mit den Inhalten der Projekts nichts zu tun zu haben scheint: Die Entwicklung

einer Partnerschaft, von der beide Seiten profitieren, die nicht unkritisch und die *auch* emotional glaubwürdig ist. Helfersynndrome haben hier ebenso wenig Platz wie Besserwisserei.

Die deutschen Projektmacher glauben, dass es im vorliegenden Fall gelungen ist, den bulgarischen Partnern die Erfahrungen und die Kompetenz der Altenpflegeausbildung im kulturellen Kontext der deutschen Entwicklung der letzten 50 Jahre sichtbar zu machen. Die bulgarischen Projektmacher haben etwas Nützliches für sich daraus entwickelt.

Literatur

Robert Bosch Stiftung: Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Schattauer, Stuttgart, New York, 2000, 3-416



Prof. Dr. Fred Karl, Dr. Evgenyia Hristakieva, Klaus Mathes

Weiterbildung zur „Gerontologischen Fachkraft“ – Realisierung und Evaluation

Evgenyia Hristakieva & Miroslava Petkova

Die Zukunft beginnt heute, Leben heißt denken und handeln, denken und handeln aber heißt verändern (James Allen).

Untersuche die Vergangenheit, vervollkomme die Gegenwart, bereite die Zukunft vor! (Bogomil Beron)

1. Das transnationale Projekt

Die vielfältigen sozialökonomischen Veränderungsprozesse, die in Bulgarien tief in die Sozialstrukturen und Versorgungssysteme des Gesundheitswesens einwirken, zwingen zu einem neuen Pflegeverständnis und zur Notwendigkeit neuer Formen der Ausbildung in pflegerischen Kompetenzfeldern. Dazu gehören:

- Die demographische Entwicklung, die durch die Zunahme des Anteils alter Menschen und sehr alter Menschen gekennzeichnet ist. Mehr als 12% der bulgarischen Bevölkerung ist heute schon über 60 Jahre alt.
- Die Anzahl der langfristig Pflegebedürftigen und Kranken wächst sehr stark an.
- Ebenfalls anwachsend ist die Zahl der dementiell erkrankten Menschen.
- Die Reformen im Gesundheitswesen und die Zunahme ambulanter Behandlungen ebenso wie Defizite in Krankenhausstrukturen lassen Lücken für chronisch kranke und alte Patienten entstehen.
- Die Teile der Sozialstruktur, die die Altenpflege und die Behandlung chronisch Kranker regeln, sind noch nicht voll ausgebildet.
- Die materiellen Bedingungen für pflegebedürftige Menschen sind in Bulgarien auf sehr niedrigem Niveau.

- Die staatliche Anerkennung der Berufe geriatrischer Assistenz und ihre Abgrenzung von der Fachrichtung Geriatrische Medizin für Ärzte ist noch nicht eindeutig geklärt.
- Das Pflegepersonal in bulgarischen Altenheimen besteht aus Krankenschwestern und Sanitätern (Hilfskräfte), die ausschließlich medizinisch ausgebildet sind.
- Die pflegerischen Aufgaben Betreuung, Unterstützung, Beistand bei Aktivitäten des täglichen Lebens, sowie Beschäftigung mit BewohnerInnen von Pflegeheimen sind in Bulgarien kaum bekannt.
- Der Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse weist erhebliche Mängel auf.
- Auch die Krankenpflegekräfte im Land wissen, dass eine neue Pflegephilosophie notwendig ist: die Qualität der Pflege muß in mehreren Dimensionen verbessert werden.

Auf Initiative der Arbeiterwohlfahrt Hessen-Nord ist das Projekt "Pflegewissenschaftlicher Austausch mit bulgarischen Fachpersonal" entstanden. Ziel dieses Ausbildungsprojekts, das durch die Robert-Bosch-Stiftung unterstützt wurde, war ein internationaler Austausch von Konzepten, die ein verändertes Pflegeverständnis ermöglichen sollen mit der Aufgabe, die Qualität der Pflege in den Bezirken Stara Zagora und Kusanlak zu verbessern. Das Projekt erfolgte in mehreren Schritten. Im Februar 2002 begann das akademische Lehrerteam der Thraker Universität und des Universitätskrankenhauses Stara Zagora zusammen mit dem deutschen Wissenschaftlerteam das Projekt "Konzepttransfer gerontologische Fachkraft Deutschland – Bulgarien" zu entwickeln.

Für die konkrete Durchführung des Projekts bis zum Abschluss der ersten gerontologischen Weiterbildung waren die Projektleitungen in Deutschland und Bulgarien verantwortlich. Die erste Aufgabe der bulgarischen Leitung war es, ein Lehrerteam mit den entsprechenden Qualifikationen zu einem multidisziplinären Team zu gestalten. Voraussetzung war, dass diese Wissenschaftler auch Lehrerqualifikation haben.

Alle Kompetenzfelder von der medizinischen, über die psychologische bis zur sozialen Seite sollten abgedeckt sein. Es war eine Herausforderung für die bulgarischen Lehrkräfte und Experten aus verschie-

denen Ebenen der akademischen Hierarchie und der Institutionen der praktischen Arbeit miteinander zu kooperieren.

Den meisten bulgarischen Professoren fehlt es an der Fähigkeit zur Teamarbeit und an Erfahrungen in internationalen multidisziplinären Ausbildungsprojekten. Es war eine zusätzliche Komplikation, dass die Kommunikation zwischen den beiden Partnern in Deutschland und Bulgarien übersetzt werden musste. Die Komplexität der Thematik und die Besonderheit der einzelnen Beteiligten erlaubte das Ausweichen auf eine dritte Sprache (z.B. Englisch) nicht.

Die Mitglieder des neuen bulgarischen Lehrerteams waren zwar erst skeptisch, dann aber sehr schnell engagiert und begeistert bei der Arbeit an den Zielen des neuen Projekts. Es wurde festgelegt, dass die Weiterbildung an der Universität Stara Zagora durchgeführt wird mit dem Ziel, sie dauerhaft im Lehrplan des medizinischen Kollegs einzugliedern.

Die Ausbildung sollte im Laufe von sechs Monaten mit mindestens 400 Unterrichtsstunden durchgeführt werden (die restliche Zeit sind Praktika in verschiedenen Einrichtungen).

Der Prozess des Konzepttransfers

Vom 9. bis 14. September 2002 fand in Kassel die erste große Konzeptkonferenz statt. Zehn bulgarische Experten, die zukünftigen Lehrer der Weiterbildung und das deutsche Wissenschaftlerteam arbeiteten auf der Grundlage des deutschen Curriculums an einem bulgarischen Konzept für eine Weiterbildung von Krankenschwestern und SozialarbeiterInnen zur gerontologischen Fachkraft. Das komplizierteste an diesem Problem war, die Curricularelemente an die bulgarischen Verhältnisse anzupassen. Dies gilt vor allem für die medizinischen Teile. Hier liegt den bulgarischen Studierenden sehr viel Vorwissen vor. Die psychosozialen Anteile der deutschen Lehrpläne mussten integriert werden. Diese Inhalte gibt es in Bulgarien so gut wie gar nicht.

Die einzelnen Themen sollten in Kompetenzfeldern multiprofessionell unterrichtet werden, um dem insgesamt biopsychosozialen Anspruch Genüge zu tun. Es wurde geplant, zu Beginn der Weiterbildung mit Mitteln psychologischen Trainings auch die neuen Methoden zu

integrieren. Die Weiterbildung sollte zu jeweils 50% aus Praxis und 50% aus Theorie bestehen.

Für die Beteiligten wurde zunehmend deutlich, dass es im wesentlichen darum ging, Haltungen im Umgang mit Menschen zu vermitteln. Im Folgenden sind in einigen Stichpunkten die wesentlichen Schwerpunkte der Bildungsplanung dargestellt, die dann später zu einem Lehrplan verarbeitet werden sollten: Modelle des Alterns, Berufliche Kompetenz, Biographiearbeit, Teamarbeit, Umgang mit demenziell erkrankten Menschen, Umgang mit Menschen mit Behinderungen und Bewegungseinschränkungen, Kommunikation in der Pflege, Erwartungen, Motivation und die geistigen Werte alter Menschen, Einschätzung der Fähigkeiten und Störungen im biographischen und sozialen Kontext, die öffentliche Einstellung zu alten Menschen, Bearbeitung der "Haltung" (Behandlung ist ein anderes Ziel als Begleitung; Beratung, Begleitung und Hilfestellung versus Therapie).

Die Umsetzung der Weiterbildung in Bulgarien

Die feierliche Unterzeichnung des Bildungspartnerschaftsvertrages zwischen der Thraker Universität Stara Zagora (vertreten durch den Rektor der Universität), Stadt Stara Zagora (vertreten durch den Vorsitzenden des Stadtrates der Stadt Stara Zagora), Stadt Kasanlak (vertreten durch den Oberbürgermeister), Universitätskrankenhaus Stara Zagora (vertreten durch den Direktor des Krankenhauses), die Arbeiterwohlfahrt Hessen-Nord e.V. (vertreten durch Herrn Michael Schmidt und Frau Brigitte Mende) und die AWO-Stiftung Bulgarien (vertreten durch den Geschäftsführer Herrn Nikola Atanasov) fand am 15. Oktober 2002 statt. Die Weiterbildung zur gerontologischen Fachkraft am Medizinischen Kolleg der Universität Stara Zagora konnte begonnen werden.

Begleitend zum ersten Ausbildungsgang wurde ein Beirat eingesetzt. Dieser Beirat hatte die Aufgabe, die Interessen der am Projekt Beteiligten zu koordinieren. Dem Beirat gehörten an der Gesamtprojektleiter der AWO Hessen-Nord, Herr Klaus Mathes und die Projektleiterin des bulgarischen Teams Frau Dr. Evgenyia Hristakieva. Ebenfalls gehörten diesem Beirat an jeweils ein/e Vertreter/in einer Heimeinrichtung der beiden beteiligten Städte Stara Zagora und Kasanlak und ein/e gewählte/r Vertreter/in des Lehrerkollegiums sowie ein/e

Vertreter/in der AWO Bulgarien und ein/e Vertreter/in der Universität Stara Zagora.

22 TeilnehmerInnen, jeweils zur Hälfte aus beiden Städten, nahmen an der Weiterbildung teil. Über die Teilnahme entschied ein Zulassungsausschuss. Die Weiterbildung orientierte sich an der Weiterbildungsordnung und den gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Berufsausbildung an medizinischen Kollegs in Bulgarien. Die Weiterbildung wurde „Weiterbildung zur gerontologischen Krankenschwester“ genannt. Nach Abschluss der Konzeptarbeit war das gemeinsam entwickelte Curriculum und die Stoffverteilungspläne für alle Lehrenden bindend.

Zusammenfassende Würdigung der Ergebnisse

Nach sechs Monaten Arbeit und dem Abschluß der Weiterbildung am 03.07.03 kann festgestellt werden, dass die TeilnehmerInnen mit dem neuen Konzept ebenso wie die Lehrkräfte sehr gut zurecht kamen. Dieses Konzept scheint praktikabel zu sein. Die TeilnehmerInnen haben nach erfolgreichem Abschluss der Weiterbildung (Examen mit Referaten und Kolloquium) ein Zertifikat der Universität Stara Zagora, des medizinischen Kollegs und damit die Anerkennung der Zusatzberufsbildung als gerontologische Fachkraft erhalten.

Die TeilnehmerInnen (überwiegend Krankenschwestern) waren sehr zufrieden mit den neuen Kenntnissen und es scheint so, dass die Möglichkeiten, diese Kenntnisse in die Arbeit umzusetzen und sie weiter zu multiplizieren, sehr gut sind. Bei den Besuchen der bulgarischen und deutschen Projektleitung in den Altersheimen der beiden Städte Kasanlak und Stara Zagora, aus denen die WeiterbildungsteilnehmerInnen kamen, konnte erkannt werden, dass bereits kleine Veränderungen stattgefunden haben. Insbesondere im Umgang mit den alten Menschen und hinsichtlich der psychologischen Gesamtsphäre waren Veränderungen bemerkbar. Heimleitungen und Sozialämter der beiden Städte unterstützen das Projekt, weil sie der Meinung sind, dass solche Weiterbildungen für die Zukunft der Arbeit mit alten Menschen in Bulgarien sehr wichtig ist.

2. Evaluation der Projektergebnisse

Im Folgenden werden Ergebnisse zur Änderung der Berufsvorstellungen und der Anpassungsfähigkeit an das Arbeitsfeld Altenpflege bei den Krankenschwestern, die an der Weiterbildung zur gerontologischen Fachkraft teilgenommen haben, berichtet.

Es wurden 22 Krankenschwestern untersucht, die an Altersheimen in Stara Zagora und Kasanlak tätig sind. Es handelt sich um Frauen zwischen 28 und 54 Jahren. Sie wurden vom Oktober 2002 bis Juli 2003 im Rahmen des Projekts "Weiterbildung zur gerontologischen Fachkraft" unterrichtet. Der Kurs bestand aus 200 Stunden theoretischem Unterricht und 200 Stunden praktischem Unterricht. Der Rest der Weiterbildung bestand aus praktischen Einsätzen in verschiedenen Einrichtungen.

Zum theoretischen Unterricht gehörten die Fächer Neurologie, Psychiatrie, Psychologie, Physiotherapie, Sozialmedizin, Dermatologie, medizinische Betreuung, zum praktischen Unterricht gehörten Gruppenarbeit, Training, Hospitationen, Übungen und Ausarbeitungen zu den neuen Themen.

Untersuchungsverfahren

Jeweils am Anfang und am Ende des Kurses wurden zwei verschiedene Fragebögen eingesetzt:

Der erste Fragebogen (aus der übersetzten und angepassten Version von Prof. Karl, Universität Kassel) erfasst das Altersbild von Fachkräften in Altenheimen. Der erste Teil umfasst 43 Fragen (zur Beantwortung im Rahmen einer Fünf-Stufen-Skala). Der zweite Teil enthält zehn offene Fragen. Die Antworten werden von den untersuchten Personen frei formuliert. Der Fragebogen wird am Anfang und am Ende eingesetzt.

Der zweite Fragebogen beschäftigt sich mit den Rückmeldungen der KursteilnehmerInnen vor und nach Kursabschluss und enthält 15 Fragen zur Auswertung des Kurses. Es handelt sich dabei um Inhalt, Verfahren, Organisation des Unterrichts. Die Bewertung erfolgt auf einer Fünf-Stufen-Skala. Weiterhin werden drei offene Fragen nach Themen gestellt, die den KursteilnehmerInnen am wichtigsten waren und nach weiteren Themen, die sie vermisst haben sowie nach Vor-

schlagen zur Verbesserung. Hierfür wurde eine Skala zur Messung der Anpassungsfähigkeit und zum subjektiven Wohlbefinden eingesetzt und enthält sechs Unterskalen:

Selbstakzeptieren – positive Selbstwertung und ein Gefühl der Selbstachtung als wichtigstem Kennzeichen der wirksamen Tätigkeit der Psyche. Die Skala enthält acht Items. Quotient der innerlichen Konsistenz, der für diese Untersuchung geltend ist – Cronbach's $\alpha = 0,7972$.

Positive Beziehungen mit den Anderen – Empathie, Verbundenheit, vertraute Beziehungen – 11 Items. Quotient der innerlichen Konsistenz Cronbach's $\alpha = 0,8057$.

Autonomie – Bestehen von innerlichen Bewertungskriterien und deren Berücksichtigung – 6 Items. Quotient der innerlichen Konsistenz Cronbach's $\alpha = 0,7474$.

Kontrolle der Umgebung – Fähigkeit zum Manipulieren und Kontrollieren der komplexen Umgebung – 10 Items. Quotient der innerlichen Konsistenz Cronbach's $\alpha = 0,7410$.

Langfristige Zielsetzungen – man ist davon überzeugt, dass das unmittelbare momentane Geschehen einen Sinn hat und die Erfüllung von Lebenszielen ermöglicht – 7 Items. Quotient der innerlichen Konsistenz Cronbach's $\alpha = 0,7429$.

Entwicklung der Persönlichkeit – Erreichung und Ausweitung von (nicht nur unmittelbaren) Zielen sondern auch deren Ausweitung – 9 Items. Quotient der innerlichen Konsistenz Cronbach's $\alpha = 0,7812$.

Evaluation

Nach den Untersuchungsergebnissen hat die durchgeführte Weiterbildung Veränderungen in den Vorstellungen der Krankenschwestern bezüglich alter Menschen, der Berufsmotivation und der Berufsziele bei der Arbeit mit alten Menschen bewirkt. Wichtig waren die Unterschiede, die mit der Veränderung der Motivation und der Ziele der untersuchten Personen deutlich wurden.

Am Anfang des Unterrichts dominiert ein ganz allgemeiner Grund: "Ich will den alten Menschen helfen". Am Ende der Weiterbildung wurden neue, genauere und wahrscheinlich überlegtere Gründe dargestellt: "Ich möchte etwas Neues über Alter und Altwerden erfahren" und "Ich will meiner Berufung folgen" („Sinn in der Arbeit finden“).

Die Berufsziele am Anfang des Kurses beziehen sich vor allem auf die Sorge für Gesundheit und Selbstbewusstsein der alten Menschen. Bei der Befragung am Ende des Kurses spielen die Sorgen für das emotionale Befinden und das Selbstbewusstsein der alten Menschen schon eine führende Rolle. Dieser Unterschied ergibt sich wahrscheinlich aus den veränderten Vorstellungen der TeilnehmerInnen von Altenpflege und von der Einsicht, dass es sich hierbei nicht allein um eine medizinische Betreuung handeln darf. Es scheint die Auswirkung der Vermittlung der sozialen und psychosozialen Aspekte zu sein. Bedeutende Unterschiede sind auch im Verhältnis zu den alten Menschen festzustellen. Vor allem haben sich ihre Vorstellungen von der Entwicklungsfähigkeit und den Kompetenzen alter Menschen positiv verändert. Am Ende der Weiterbildung hat sich die Überzeugung der TeilnehmerInnen von einem schwachen Leistungsvermögen der alten Menschen deutlich verringert ($t = 4,23$; $p < 0,001$).

Diese Befunde lassen uns glauben, dass die Weiterbildung der Fachkräfte der Altenheime erfolgreich abgeschlossen werden konnte. Die Vorstellungen von Alter und Altwerden haben sich grundsätzlich verändert. Am Anfang wurde das hohe Alter als Lebensabend aufgefasst. Am Ende vertreten viele TeilnehmerInnen die Auffassung, dass das Alter eine eigenständige Lebensphase, eine vollwertige Funktion haben kann und sogar vervollkommen werden kann.

Die Vorstellungen der Teilnehmer über alte Menschen haben sich positiv verändert. Dieses Ergebnis sollte sich auf die Ergebnisse ihrer Arbeit positiv auswirken und ihre Anpassung an die Arbeitsumgebung und die Arbeitsziele fördern.

Die in der Untersuchungsperiode beeinflusste Anpassungsfähigkeit an die Arbeitsumgebung wurde mit Hilfe der Dispersionsanalyse erschlossen. Dieser Einfluss bewirkt positive Selbstakzeptanz, Autonomie in der Arbeit und ein positives Verhältnis zu den Kollegen (vgl. Tab. 1).

Tab.1: Einfluss der Untersuchungszeitpunkte auf die Anpassungsfähigkeit an die Arbeitsumgebung (Dispersionsanalyse)

<i>Variable</i>	<i>Zeitpunkt</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Selbsteinschätzung	I	29,47	5,30	8,52	<0,01
	II	33,31	5,65		
Autonomie	I	26,43	5,54	4,54	<0,05
	II	29,26	5,57		
Positive Beziehungen zu den anderen	I	42,40	6,60	3,92	<0,05
	II	45,86	8,19		

Die erhöhte Anpassungsfähigkeit an die Arbeitsumgebung in Altenheimen am Ende der Weiterbildung ergab sich vor allem dank der gegenseitigen Unterstützung in der Gruppe. Dabei wurde ganz gezielt dafür gearbeitet, dass die Kommunikationsfähigkeit der TeilnehmerInnen erhöht wird. Davon unabhängig konnte gemessen werden, dass sich Berufsziele und Motivation besser ausgebildet haben.

Es zeigte sich, dass sich sowohl positivere Auffassungen von alten Menschen in Heimen als auch ein positiveres Selbstverständnis der Pflegenden entwickelt haben. Die verbesserte Kommunikationsfähigkeit der Krankenschwestern führte zu erfolgreicheren Kontakten mit Kollegen. Sie haben neue Kriterien zur Selbst- bzw. Fremdeinschätzung sowie zur Einschätzung ihrer Arbeit formuliert und streben mehr danach diese zu berücksichtigen.

3. Schlussfolgerungen

Am Ende der Weiterbildung haben die TeilnehmerInnen eine bessere und genauere Berufsmotivation für ihre Arbeit im Heim.

Die Berufsziele, die sich gerontologische Fachkräfte nach Abschluss der Weiterbildung setzen, sind vor allem psychologischer und sozialer Art im Unterschied zu den bisher vorrangig medizinischen Arbeitszielen.

Die Weiterbildung hat die Entwicklung von positiven Vorstellungen vom Alter und vom Altwerden sowie von alten Menschen ermöglicht. Am Ende des Kurses hat sich die Anpassungsfähigkeit der geriatrischen Fachkrankenschwestern an die Arbeitsumgebung erhöht. Positivere Selbstakzeptanz, Autonomie bei der Arbeit und erfolgreiche Beziehungen zu Arbeitskollegen sind ein weiteres Ergebnis.

Dieser Erfolg ist dem Umstand zu verdanken, dass das beteiligte Team mit großem Engagement und Optimismus an die Aufgabenstellungen herangegangen ist und das Leitungsteam des Projekts einheitliche Ziele verfolgt und diese auch durchgesetzt hat.

Das vorliegende Konzept ist das Produkt einer langfristigen Arbeit. Nach Abschluss der Weiterbildung wird in Bulgarien ein Kompendium zur Veröffentlichung der Ergebnisse vorbereitet.

Ansätze zu einer Kritischen Gerontologie

Jan Baars

Das Studium des menschlichen Alterns stellt ein komplexes Spannungsfeld zwischen mehreren Polen dar. Auf der einen Seite existiert das *biologische Wissen* über die Auswirkungen des Alternsprozesses, die möglicherweise jeden betreffen, der lange genug lebt. Auf der anderen Seite wissen wir auch, dass institutionalisierte Formen, psychologische Merkmale und sogar physiologische Befunde des Alterns in Abhängigkeit von *kulturellen, strukturellen und persönlichen Faktoren* beträchtliche Unterschiede zeigen. Wenn man auf das zurückblickt, was eine persönliche Lebensgeschichte zu sein scheint, wird klar, dass viele wichtige Entwicklungen in einem gesellschaftlich geformten Lebensverlauf stattfanden.

Die Kultur, in der ein Mensch lebt, kennt möglicherweise auch nur bestimmte Modelle des höheren Alterns und des Umgangs mit den damit verbundenen Möglichkeiten und Problemen oder lässt nur diese zu. In welchem Alter Menschen als „alt“ angesehen werden und welche Konsequenzen dies hat, hängt zum großen Teil von sozialen Prozessen ab, die jenseits der unmittelbaren Kontrolle des Einzelnen ablaufen und daher häufig als gegeben hingenommen werden. Darüber hinaus kann die sozioökonomische Stellung eines Menschen die eigenen praktischen Möglichkeiten, den eigenen Alternsprozess zu bestimmen, beträchtlich einschränken.

Eine kritische Reflexion über die Bedingungen des menschlichen Alterns mündet in eine kritische Reflexion über die Gerontologie, wenn wir uns vor Augen führen, dass das Studium des Alterns eine eigenständige Rolle in diesem Prozess spielt. Die Gerontologie kann die Wahlmöglichkeiten erweitern, indem sie aufzeigt, wie bestimmte Alternsmodelle von konstitutiven sozialen Mustern abhängen und wie sie verändert oder gelöst werden können.

Die Wissenschaft vom Altern hat eine andere Beziehung zu ihrem Forschungsobjekt als eine Wissenschaft wie die Astronomie. Die Bewegungen von Sternen und Planeten verändern sich nicht (wenn auch ihre Bedeutung), während unsere Theorien, Beobachtungen und

Handlungen sich sehr wohl verändern. Wir führen also keine Diskussionen, ob die Erde sich andersherum drehen soll, so dass einige Menschen mehr Sonne bekommen und andere weniger. Alternsprozesse sind anders aufgebaut: *Menschen sind die Akteure ihrer Alternserfahrungen*, auch wenn sie sich dessen nicht bewusst sind. Sie können die gesellschaftliche Realität, in der sie leben, nicht verlassen, aber sie sind nicht gänzlich von ihr bestimmt. Ihre Qualität kann verändert und verbessert werden, wenn geklärt ist, wie bestimmte Formen des Alterns durch (veränderliche) soziale Prozesse entstehen.

1. Das Problem der sozialen Konstituierung

Kritische Fragen haben die Entwicklung der Gerontologie begleitet und sich seit den 1980er Jahren zu alternativen Ansätzen entwickelt (z.B. Cole und Gadow 1986; Estes 1979, Gubrium und Buckholdt 1977; Guillemard 1983; Myles 1984; Moody 1988a, 1988b; Phillipson und Walker 1986, 1987). Die Art und Weise, in der sich diese Ansätze ausdrücken, variiert beträchtlich. Sie hängt nicht nur von den diskutierten praktischen Problemen, sondern auch von den zugrunde gelegten theoretischen Perspektiven ab (Kapitel 4). Dennoch scheinen die kritischen Ansätze in einer gemeinsamen Opposition gegen den „Mainstream“ vereint zu sein. Programmatische Beiträge über die Aufgaben einer Kritischen Gerontologie (Phillipson und Walker 1987; Moody 1988a) formulieren diese Opposition explizit. In diesem Zusammenhang wiederholen sie das Plädoyer für eine „radikale Gerontologie“, das bereits ein Jahrzehnt zuvor von Marshall und Tindale (1978) formuliert wurde.

Der Konflikt zwischen der konventionellen Gerontologie und ihrem kritischen Gegenstück ist ein Konflikt über die *Art der Fragen und Probleme*, die ernsthaft betrachtet werden sollten. „Kritische Gerontologie“ setzt sich zusammen aus einer Sammlung von Fragen, Problemen und Analysen, die vom etablierten Mainstream nicht beachtet werden. Die Alternativen werden von verschiedenartigen kritischen Traditionen inspiriert, die sich gegen ein theoretisches Selbstverständnis der Gerontologie wenden, das von einem idealisierten Konzept der Naturwissenschaften bestimmt wird. In letzterem Kon-

zept verschwinden alle kritischen Fragen aus dem Diskurs, die die *Be-
deutung, Verwendung, Ziele des produzierten Wissens* betreffen.

Eine kritische Gerontologie kann als ein Studium des Alterns ver-
standen werden, das wissenschaftsinterne methodologische Fragen
ernst nimmt, aber ihre Selbstreflexion nicht darauf beschränkt. Sie
stellt sich kritische Fragen auch über die Identität, die sozialen Funk-
tionen und Effekte gerontologischer Arbeit: Reproduziert die Geronto-
logie durch ihre Aktivitäten soziale Ungleichheiten von Gesellschafts-
schichten, Geschlecht und ethnischer Herkunft? Wie sehen die Alters-
bilder oder die sozialpolitischen Konzepte aus, die implizit in lediglich
neutral oder deskriptiv erscheinenden gerontologischen Theorien ste-
cken (Phillipson und Walker 1987)?

Gerontologie ist ein Teil der gesellschaftlichen Verhältnisse, die
für viele soziale Probleme Älterer verantwortlich sind. Die theoretische
Herausforderung einer kritischen Gerontologie besteht darin, eine
Analyse der sozialen Konstituierung der Gerontologie zu versuchen,
einer *verantwortlichen Reflexion* über die *Konstituierung* unserer in-
tellectuellen Aktivitäten. Ausgehend von dieser Erkenntnis können
wir versuchen, die Grenzen, Stärken und Schwächen jeder Position zu
verstehen.

Im *erkenntnistheoretischen* Sinn wurde das Konzept der „Konstitu-
ierung“ bzw. „Konstitution“ bisher zurückgehend auf das Werk von
Kant untersucht. Später wurde ihr *sozialer* Charakter mehr und mehr
hervorgehoben, was insbesondere auf die späteren Arbeiten von
Husserl (1962) und Wittgenstein (1953) zutrifft.

Der Grund dafür, dass der Ausdruck „Konstituierung“ in Verbin-
dung mit sozialen Prozessen gegenüber dem häufig verwendeten Be-
griff „Konstruktion“ zu bevorzugen ist (Berger und Luckmann 1972),
liegt darin, dass „Konstruktion“ ein bewusst durchgeführtes Projekt
suggeriert. Zwar kann man versuchen, die Möglichkeiten der Wahl-
freiheit und der Konstruktion zu schaffen, aber man kann nicht davon
ausgehen, dass sie immer zu realisieren sind. Wenn wir dagegen über
eine soziale Konstituierung des Alterns sprechen, betrachten wir die
Tendenz sehr kritisch, Alternsprozesse zu behandeln, als ob sie ledig-
lich natürliche oder biologische Prozesse und folglich „natürlich“ und
daher ebenso „unveränderbar“ wie unsere körperliche Konstitution
wären. In diesem Sinne zielt der Begriff „soziale Konstituierung“ da-

rauf, jene Bedingungen und Phänomene zu kritisieren, die als gegeben hingenommen werden, in Wirklichkeit aber Einschränkungen der verschiedenen Möglichkeiten älterer Menschen sind.

Es ist notwendig, die traditionelle Leitidee einer „objektiven Wissenschaft“ zu verlassen, wenn man die Bedeutung der angewandten Gerontologie erkennen will oder wenn man eine positive Sicht auf interdisziplinären und interkulturelle Studien gewinnen möchte, ohne alles abzulehnen, was aus den idealisierten Normen der Naturwissenschaften herrührt.

2. Kritik der positivistischen Perspektive

Wenn es eine integrative Perspektive im Mainstream der Gerontologie gibt, dann lebt sie von der Hoffnung, dass das Sammeln riesiger Mengen von Daten irgendwann einmal – per se – ein schlüssiges Bild des Alternsprozesses liefern wird.

Dies ist die dominierende Sichtweise, wie sie von Maddox und Campbell (1985) im „Handbook of Aging“ formuliert worden ist: „Wir sind in den Anfangsstadien eines Prozesses zur Datengewinnung, der schließlich einmal interkulturell, intertemporär und für alle Altersstufen vergleichbare Daten über das gesamte Leben oder wenigstens über große Teile kompletter Lebensläufe mit ergänzenden Zeitreihendatenreihen auf der Makroebene liefern wird. Zweifellos wird die Form, die diese Datensets annehmen, teilweise motiviert durch die theoretischen Interessen derjenigen, die sie erheben, aber viele der Daten werden aus einem mehr oder weniger zufälligen Prozess administrativer oder akademischer Interessen resultieren.“

Dies ist ein methodisch naives Echo auf die traditionelle positivistische Hoffnung, dass alle Disziplinen durch fortgesetzte logische und empirische Verfeinerung schließlich kumulatives und komplementäres Wissen über ihr Thema, in diesem Fall Altern, erlangen werden.

Ist diese Hoffnung gerechtfertigt? Kann die positivistische Tradition noch eine wissenschaftliche Methode anbieten, die adäquat ist für *alle* Arten empirischen Wissens und die auf dieser Basis eine Perspektive zeigt, wie die Gerontologie als multidisziplinäre, aber integrierte Wissenschaft verstanden werden kann? Und ist diese wissenschaftliche Basis so solide, dass Fragen über die materiellen Interessen, Ziele,

Verwendung und Bedeutung wissenschaftlicher Erkenntnisse zurück gestellt werden können?

Zur Beantwortung dieser Fragen müssen wir zwei Annahmen betrachten, die die tragenden Säulen des traditionellen positivistischen Ansatzes bilden.

(1) *Zum Theorie-Praxis-Zusammenhang*: Die erkenntnistheoretische Vorannahme war, dass die modernen Naturwissenschaften die glaubwürdigste Form „objektiven“ empirischen Wissens darstellen (wie durch ihre technologische Effektivität praktisch bewiesen sei). Folglich könnte sich die Gewinnung „objektiven Wissens“ auf die Forschungsstrategien der Naturwissenschaften beschränken. Wissenschaftler könnten sich mit sicherem Gefühl darauf konzentrieren, die Wahrheit herzustellen und müssten sich nicht damit befassen, auf welche Weise dieses Wissen benutzt wird, da angenommen wird, dass ein solches „objektives“ Wissen per se das menschliche Dasein verbessert.

Der Titel „Wissenschaftlichkeit“ wurde in diesem Paradigma denjenigen theoretischen Aktivitäten verliehen, die eine technologische Kontrolle ermöglichen sollten, indem sie die Kausalität erforschen. Natürlich kann dies in den Naturwissenschaften besonders erfolgreich sein, wo der Gegenstand der Untersuchung (idealerweise totes natürliches Material) passiv und unveränderlich ist. Diese eingegrenzte und spezifische Situation der empirischen Untersuchung erlaubte die exaktesten Resultate und wurde daher als *das* Modell der Wissenschaft idealisiert.

Es kann nicht geleugnet werden, dass die logische und empirische Verfeinerung, die aus diesem Prozess resultierte, in einigen Sparten der Forschung sinnvoll sein kann. Aber das daraus folgende Diktat, naturwissenschaftliche Methoden für *alle* möglichen Domänen der Erforschung des Menschen anzuwenden, impliziert eine energische Reduktion jedes der untersuchten Objekte auf die vorausgesetzten kausalen Beziehungen, die für totes Material typisch sind.

Wo sich diese Reduktion als unmöglich herausstellt oder wo sie zu viele Fragen und Probleme offen lässt, wird dies häufig nicht als die unausweichliche Konsequenz einer *unterschiedlichen Qualität* des untersuchten *Gegenstandes* gesehen, sondern als Folge der Unreife der

noch „jungen“ Disziplinen wie der (Sozialen) Gerontologie. Disziplinen wie die Gerontologie mögen nur in ihrer erfolglosen Imitation der Naturwissenschaften jung sein, haben dagegen tiefe, aber vergessene Wurzeln in der Geschichte ihrer Kultur. Dies trifft sicherlich auf die Befassung mit Altern und Alter zu. Wir können mit neuen Problemen konfrontiert werden, aber die im Laufe der Geschichte sich verändernden Erfahrungen des menschlichen Alterns und seiner kulturellen Reflektion sind keine neuen Phänomene (Cole und Gadow 1986).

Das Konzept des „objektiven“ Wissens, das durch seine technologische Effektivität überprüft werden kann, ist außerhalb der Naturwissenschaften nicht adäquat. Es leugnet die Art und Weise, in der die soziale Realität fortlaufend durch theoretisch orientierte Handlungen verändert wird und wurde. Während der technologische Gebrauch eines bestimmten Materials seine physikalischen Eigenschaften nicht verändert, ist dies bei soziotechnologisch beeinflussten politischen Entscheidungen anders. Die Untersuchungsergebnisse können tiefgreifende Konsequenzen für die Forschungsobjekte haben. Politische Entscheidungen haben dauerhaften Einfluss auf die Lebensqualität älterer Menschen, ihren Gesundheitszustand oder ihre Lebensdauer (Phillipson und Walker 1986; Dannefer 1987). Ob eine theoretisch begründete Sozialpolitik erfolgreich „arbeitet“, kann nicht jenseits normativer Beurteilungen bewertet werden. Eine schlecht konstruierte Brücke wird einstürzen, aber eine schlechte Sozialpolitik wird ihre „Arbeit“ fortsetzen und ihre Auswirkungen haben. Solche komplexen Beziehungen zwischen sozialer Theorie und sozialer Realität erfordern eine Reflexion, die in den Naturwissenschaften nicht erforderlich zu sein scheint.

(2) Nicht nur hinsichtlich der Anwendung wissenschaftlicher Arbeit, sondern auch *im Prozess wissenschaftlicher Forschung selbst* hat es sich gezeigt, dass „externe“ Faktoren, mit denen in der Logik wissenschaftlicher Entdeckungen nicht gerechnet wurde, von grundlegender Bedeutung sind.

Der Prozess, in der der traditionelle Gedanke des unverfälschten „objektiven Wissens“ unterminiert wurde, kann eindeutig auf den Einfluss der Arbeiten von Karl R. Popper (1963, 1968, 1972) zurückverfolgt werden. Popper versuchte, so lange wie möglich an dem Gedan-

ken der „objektiven Realität“ festzuhalten, von der angenommen wurde, dass sie systematisch durch die Logik der Wissenschaft entdeckt worden sei, während er gleichzeitig die fundamentale Bedeutung der Intersubjektivität in der Wissenschaft betonte.

Popper stellte das Prinzip der Falsifikation als ein logisches Kriterium der wissenschaftlichen Entdeckung vor. Aber das Problem der fundamentalen *Intersubjektivität*, das von ihm erkannt worden ist, untergräbt auch seinen eigenen Lösungsansatz. Sobald Aussagen über Beobachtungen nicht mit der angenommenen Beobachtung „selbst“ identifiziert werden können, dominiert die Bedeutung der Theorie und kann daher nicht länger vernachlässigt werden. Jede Falsifikation setzt eine Theorie voraus, durch die die Überprüfung der Falsifikation begonnen werden kann. Diese Theorie kann ihre logische Priorität nur durch eine bewusste Entscheidung erhalten, und nicht, weil festgelegt wurde, dass diese Theorie die „objektive“ Realität repräsentiert. Daher kann es keine grundlegenden Aussagen geben, die unabhängig von einer sie umfassenden Theorie sind. Dies wurde von Popper bestätigt: „Die Akzeptanz grundlegender Aussagen ist Teil der Anwendung eines theoretischen Systems“ (1968, S. 111). Dies beinhaltet mehr Implikationen, als er zugeben wollte.

An jedem Punkt der Forschung ist eine Theorie notwendig, die nicht dem Test der Falsifikation unterzogen werden kann. Solche vorausgesetzten Modelle oder Standards, die nicht überprüft werden können (man kann eine Kneifzange nicht mit derselben Kneifzange kneifen), da sie selbst Tests darstellen, wurden in Wittgensteins späteren Werken als „Paradigmen“ bezeichnet. Die erforderliche Theorie wurzelt in einer notwendigen Sprache, die – wie sich in Wittgenstein Sprachspielen zeigt – prinzipiell mit intersubjektiv bedeutungsvollen Handlungen verbunden ist.

Hier setzt die Kritik von Thomas Kuhn aus der Perspektive einer theoretisch orientierten Wissenschaftsgeschichte ein (Kuhn 1962). Die Ergebnisse dieser Kritik und der nachfolgenden Diskussionen zwischen Kuhn und Popper können wie folgt zusammengefasst werden: (a) Die *Wahl* der Paradigmen kann nicht rational begründet werden, und (b) Paradigmen fungieren als Orientierung und Interpretationsschemata, die weit über die Grenzen dessen hinaus reichen, was empirisch be-

gründet wurde. Trotz der Ungenauigkeit des Konzeptes der „Paradigmen“ untergräbt es weiter positivistische Lösungen, weil es die *Unmöglichkeit* verdeutlicht, *methodische Regeln und soziale Faktoren streng voneinander abzugrenzen*.

Sogar Lakatos' Theorie, die populärste Alternative in der Popper-Tradition, kann keine theoretische Lösung der damit verbundenen Probleme bieten. Seine methodologischen Kriterien ermöglichen kaum klare und strikte Trennungen zwischen den verschiedenen Paradigmen. Seine Lösung ist pragmatisch: Die heuristische Kraft eines Paradigmas wird zeigen, welches am besten wirkt. Die „Geschichte“ muss im Rückblick zeigen, welches Paradigma das beste ist, und sogar dies kann nicht definitiv festgestellt werden (Lakatos und Musgrave 1970). Jedoch, da die „Geschichte“ kein eindeutige objektive Realität ist, wirft dies die prinzipielle normative Frage auf, wie die heuristische Kraft unterschiedlicher Paradigmen *bewertet* werden kann.

Was von der traditionellen Vorstellung von Wissenschaft bleibt, sind auf der einen Seite logische Ableitungen, die axiomatisch begründet sind und deren Energie die Eliminierung jeglichen empirischen *Inhalts* erfordert, und auf der anderen Seite „soziokulturell kontaminierte“ empirische Informationen. Wir können nie sicher sein, dass sie eindeutig eine „objektive“ Realität repräsentieren. Selbst die Naturwissenschaften entstanden in einem sozialen Prozess.

So lange der einzige Orientierungspunkt eines „rationalen Wissens“ aus der verlorenen traditionellen Vorstellung einer strengen Logik eines „objektiven Wissens“ besteht, wird das Ergebnis dieser Diskussionen folglich starke Skepsis in bezug auf rationale oder wissenschaftliche Standards sein (Feyerabend 1975; Latour und Woolgar 1979; Latour 1987). Eine solche Skepsis ist zu einfach. Wir müssen nach *besseren* Wegen für gerontologische Arbeit suchen. Der Disput kann nicht allein auf der methodischen Ebene entschieden werden.

3. Die soziale Konstituierung von Gerontologie und Altern

3.1 Die doppelte Konstituierung der Sozialwissenschaften

Die eben beschriebenen theoretischen Entwicklungen haben den traditionellen Status der wissenschaftlichen Objektivität erschüttert, aber

die Unterschiede zwischen den Naturwissenschaften und den Sozialwissenschaften nicht aufgehoben. Die unterschiedliche Qualität der Sozialwissenschaften wurde im Sinne einer „doppelten Hermeneutik“ verstanden (Giddens 1984). Dies unterstreicht, dass soziale Inhalte nicht nur *von* Wissenschaftlern interpretiert werden, sondern *selbst* interpretierende Aktivitäten sind. Befragte können z.B. Antworten geben, die von ihrer eigenen Interpretation der gerade durchgeführten Untersuchung beeinflusst werden. Die Informationen, die in der Sozialforschung zusammengetragen werden, können veränderlich oder mehrdeutig sein, da Antworten in unterschiedlichen oder sich verändernden soziokulturellen Zusammenhängen variieren können. All dies ist undenkbar in der physikalischen oder chemischen Forschung. Nicht nur Theorie und Forschung werden in der Sozialforschung in einem sozialen Prozess konstituiert, sondern Themen und Inhalte bestehen selbst aus konstitutiven menschlichen Interaktionen (Marshall und Tindale 1978). Daher ist es angemessener, von einer doppelten Konstituierung zu sprechen. Dies impliziert wiederum, dass Theorie und Forschung von relativ unabhängigen Ergebnissen menschlicher Handlungen beeinflusst werden, die ihren eigenen Einfluss in Form von Institutionen, Organisationen, Systemen und Strukturen erlangt haben.

3.2 Die doppelte Konstituierung der Gerontologie

Die soziale Konstituierung der *Altersforschung* kann auf unterschiedlichen Ebenen analysiert werden.

Zunächst (a) ist die *direkte Interaktion* unter Wissenschaftlern zu nennen. Selbstverständlich können Kollegen, die auf dem selben Gebiet arbeiten, wichtig für die eigene Theoriebildung und Forschung sein. (Solche Prozesse konnten durch eine Rekonstruktion des gegenseitigen Einflusses untersucht werden.)

Zweitens (b) die *organisatorische Ebene*: Universität, Regierungsinstitut, unabhängige Stiftung, Herausgebergremien einflussreicher Zeitschriften oder Publikationsreihen usw. Man denke z.B. an die Rolle des „Committee of the Social Sciences Research Council“, das „National Institute of Aging“, die Universität Chicago, Duke University oder des Max-Planck-Instituts in Berlin. Welche Art Forschungspro-

gramme haben sie durchgeführt? Welche Richtungen von Theorie und Forschung wurden abgelehnt oder bekämpft?

Diese organisatorische Ebene entwickelt ihre eigenen Strategien, wird aber auch beeinflusst von (c) *politischen und ökonomischen Prozessen und Strukturen*. Dies wird z.B. sichtbar an veränderten Strategien der Forschungsfinanzierung oder Veränderungen in universitären Curricula, was Konsequenzen für die Inhalte des Studiums und die Herangehensweise an die Themen hat. Politische Präferenzen beeinflussen die angewandten theoretischen Perspektiven.

Die allgemeinste Ebene (d) ist die historische Ebene nationaler Traditionen wissenschaftlicher Forschung.

3.3 Die soziokulturelle Konstituierung des Alterns

Wenn man die soziokulturelle Konstituierung des *Alterns* betrachtet, kann man feststellen, dass Altern als erstes (a) auf der Ebene der *direkten Beziehungen* zwischen Menschen in ihrer Lebenswelt konstituiert wird. Die nächste Ebene (b) besteht aus *Institutionen und Organisationen*, die den Lebenslauf durch ihre altersbezogenen Strategien entscheidend mitbestimmen. Diese organisatorische Ebene wird selbst stark beeinflusst durch (c) die *politischen und ökonomischen Prozesse* und Strukturen, die die Möglichkeiten dieser Organisationen bestimmen. Darüber hinaus gibt es (d) nationale Traditionen der Organisation von Pflege auf dem Hintergrund *historisch veränderlicher Bilder* des Alters, von Sterben und Tod.

Insbesondere in entwickelten Ländern beeinflusst die soziale Konstituierung der *Gerontologie* die soziale Konstituierung des *Alterns*, da die Ergebnisse gerontologischer Forschung die Interpretation und Struktur des Alternsprozesses verändern. In den Niederlanden kann man die Tendenz beobachten, dass Menschen im nachberuflichen Alter sich selbst mit Bezeichnungen (z.B. die ihre finanzielle Situation bestimmen) aus Gesetzestexten benennen. Alternspolitik, die tief in die Lebenswelt hineinreicht, wird häufig von Akademikern entwickelt und umgesetzt, und häufig wird die Politik von Wissenschaftlern beraten. Sogar wenn diese Empfehlungen nur als Legitimation politisch begründeter Praxis fungieren, ist ihr Beitrag wesentlich und sollte ofengelegt werden, wenn wir eine selbstreflexive oder kritische Ein-

sicht in die soziale Konstituierung der Gerontologie und deren Einfluss wiederum auf die soziale Konstituierung ihres Untersuchungsgegenstandes, das Altern in der Gesellschaft, gewinnen wollen.

4. Kritik, Konstituierung und Gerontologie

Die Traditionen der Kritik, die im Folgenden diskutiert werden, weisen jede auf ein spezifisches Problem, einen Aspekt oder eine Ebene im Prozess der sozialen Konstituierung hin. Dieser charakteristische Fokus unterscheidet die einzelnen Traditionen und erklärt in hohem Maße ihre mangelnde Kooperation. Darüber hinaus haben alle ihre eigenen spezifischen Konzepte und Strategien der Diskussion und Analyse, die daraus resultieren, dass sie bestimmten Tradition des Denkens folgen. Sie haben alle ihren eigenen intellektuellen Impuls, tendieren jedoch dazu, primär nur von ihrem eigenen Gesichtswinkel auszugehen. Um das Potential einer kritischen Gerontologie aufzuzeigen, kann es sinnvoll sein, eine Perspektive dafür zu entwickeln, wie diese Traditionen miteinander in Beziehung stehen.

Die Schwerpunkte dieser Traditionen entsprechen teilweise den Ebenen des Prozesses der soziokulturellen Konstituierung, die in Kapitel 3 dargestellt wurden. Folglich sind wir konfrontiert

- ♦ mit der konstitutiven Tendenz der westlichen Tradition, die Natur zu kontrollieren (4.1),
- ♦ mit der intersubjektiven (zwischenmenschlichen) Lebenswelt (4.2),
- ♦ mit politischen und ökonomischen Prozessen (4.3) und
- ♦ mit dem konstitutiven Einfluss der rationalen institutionellen Kontrolle (4.4).

In diesem Sinne werde ich die Kritische Theorie, die interpretative Tradition, den strukturellen Ansatz der politischen Ökonomie und den poststrukturalistischen Ansatz vorstellen sowie abschließend in einer vermittelnden Überlegung die Notwendigkeit der Integration der Ansätze aus 4.2 und 4.3 mit Impulsen aus 4.1 und 4.4 verdeutlichen.

4.1 Kritik der technologischen Kontrolle: die Kritische Theorie

„Kritische Gerontologie“ scheint ihren Namen analog zur „kritischen Psychologie“ und „kritischen Soziologie“ (Moody 1988) von der Tradition der „kritischen Theorie“ geborgt zu haben, wie sie von Max Horkheimer und Theodor W. Adorno begründet wurde. Diese Kritik wurde geboren aus der Enttäuschung des Traumes der Aufklärung, eine vollständige wissenschaftliche Kontrolle über die Natur zu erlangen (Baars 1987). Einerseits anerkennen sie die relative Effizienz der technologischen Annäherung an die Natur, ob sie nun außerhalb oder als natürlicher Prozess im menschlichen Körper stattfindet. Auf der anderen Seite aber betonen sie, dass dieses Modell der Kontrolle über die Natur stark überschätzt worden und zum idealisierten Modell für rationales Denken als solches geworden ist. Diese Interpretation einer dominanten Tradition der westlichen Kulturen kann helfen zu klären, warum die Altersforschung eine so starke naturwissenschaftliche Ausrichtung hat und warum die Medizintechnologie mit einem so hohen Status und Machtstrategien assoziiert wird. Eine einseitige Konzentration auf eine medizinische oder soziotechnische Kontrolle verringert jedoch das *Verständnis* des menschlichen Altersprozesses.

Nicht nur das moderne Projekt der *Kontrolle* über die Natur wird von Adorno und Horkheimer als ein spezifisch historisches Bestreben gesehen, auch die *menschliche Natur* wird von ihnen aus historischer und sozialer Perspektive betrachtet: demzufolge ist das, was als „unabänderlich“, „normal“, „gesund“, kurz als „natürlich“ präsentiert wird, in Wirklichkeit eine „zweite“ Natur, das Ergebnis konstituierender sozialer Strukturen und Prozesse.

In der Sozialen Gerontologie können wir die Relevanz dieses Themas z.B. in Dannefers (1984) Kritik der Theorien menschlicher Entwicklung erkennen. Sie ist auch in Walkers (1983) Kritik von Bedürfnismodellen im Lebenslauf zu finden oder in der immer noch weit verbreiteten Annahme der „Pflegeratur“ von Frauen. Solche ideologischen Metaphern der „Natürlichkeit“ unkritisch zu reproduzieren, bedeutet, die diskriminierenden Karriereverläufe, traditionelle Muster des Familienlebens und der geschlechtspezifischen Aufteilung sozialer Aktivitäten zu verschleiern, die diese Phänomene hervorgebracht haben.

Die biologischen und medizinischen Ansätze behalten ihre eigene *relative* Berechtigung. Menschen sind körperliche Wesen, und ihre unvermeidlichen biologischen Merkmale (Geschlecht, Alter, Tod) haben weitreichende Konsequenzen. Welche Formen diese Konsequenzen jedoch annehmen, hängt weitgehend von dem gesellschaftlichen Kontext ab, in dem der Mensch lebt.

Die Stärke dieser kritischen Tradition ist ihre durchgängige Kritik an einigen fundamentalen Problemen der westlichen Kultur. Ihre prinzipiell groben Verallgemeinerungen bilden gleichzeitig ihre Grenzen. Spezifische Prozesse der sozialen Konstituierung in der intersubjektiven Lebenswelt oder auf der Ebene von politischen und ökonomischen Systemen werden vernachlässigt (Baars 1987; 1989). Daher müssen die folgenden Traditionen in eine Analyse der Prozesse der sozialen Konstituierung integriert werden.

4.2 Die konstitutive Realität der Lebenswelt: die interpretative Tradition

Eine zweite Tradition, die für eine Analyse des Prozesses sozialer Konstituierung von Bedeutung ist, nimmt die konstitutiven Bedingungen der Lebenswelt in den Blick. Alle menschlichen Handlungen (auch das wissenschaftliche Arbeiten) werden als von einer gemeinsamen Lebenswelt geprägt angenommen. Diese Lebenswelt ist ein Horizont *bedeutungsvoll miteinander in Beziehung stehender Realitäten, der das gegenseitige Verstehen möglich macht* (Husserl 1962; Schütz 1971, 1974). Gleichzeitig tragen die Handlungen der Menschen zu diesem gemeinsamen Horizont bei und transformieren ihn. Die gerontologischen Vertreter dieser Tradition nennen ihr Vorgehen „interpretativ“ (Neugarten 1984) oder „qualitativ“ (Reinharz & Rowles 1989), um den Unterschied zur quantitativ orientierten Sozialforschung zu unterstreichen. Das heißt nicht, dass quantitativ-empirisches Wissen über die soziale Realität als weniger bedeutend angesehen wird. Allerdings ist das qualitative Vorgehen auf eine bestimmte Art und Weise reichhaltiger. Im Gegensatz zu den Wirklichkeiten, die in den Naturwissenschaften studiert werden, sucht sie nach einem angemessenen Verständnis der bedeutungsvoll miteinander in Beziehung stehenden Realitäten. In einem historischen Rückblick

können wir eine auffallende Affinität zu einigen grundlegenden Fragen der Altersforschung beobachten. Nach Dilthey könne nur „von innen“, d.h. mit Bezug zum subjektiven Lebenslauf adäquat untersucht werden. Die individuelle Biografie war sein Modell für das Verständnis des spezifischen Untersuchungsgegenstandes der Geisteswissenschaften (Dilthey 1970). Mehr noch wurde das Verständnis der subjektiven Bedeutung „von innen“ von Alfred Schütz zum Thema gemacht. Er verwies auf die *Bedeutung des gemeinsamen Alterns mit einer anderen Person* (mit der Zeit und Raum geteilt wird) für den Einzelnen (Schütz 1974). Die Beachtung der Lebenswelt gibt uns die Möglichkeit, die entscheidende Bedeutung gelebter Erfahrung sowie der menschlichen Lebenszeit anzuerkennen, die von Moody (1988) in seinem Programm einer „Kritischen Gerontologie“ betont wurde.

Die Stärke des interpretativen Lebenswelt-Ansatzes liegt in seiner Sensibilität für interpersonelle Bedeutungsstrukturen. Er ist in der Lage, detaillierte empirische Analysen über repressive Mechanismen zu liefern, die z.B. in Prozessen professioneller Entscheidungen mit Auswirkungen auf die Karrieren von Klienten liegen (Gubrium & Buckholdt 1977).

Als Einschränkung muss ihr interpersoneller Reduktionismus in seiner Analyse gesellschaftlicher Strukturen benannt werden. Dieser Ansatz hat die Tendenz, auf einem Mikrolevel zu verbleiben und Machtbezüge zu vernachlässigen, die die direkten interpersonellen Beziehungen überschreiten (Habermas 1987).

Um die Probleme der sozialen Konstituierung des Alters besser verstehen zu können, muss der Lebenswelt-Ansatz deshalb mit einer weiteren kritischen Tradition verbunden werden, welche die gesellschaftlichen Strukturen betrachtet.

4.3 Der strukturelle Ansatz: die konstitutiven Effekte des politischen und ökonomischen Systems

Die strukturellen Beziehungen der Macht sind zentral für eine dritte kritische Tradition, deren Grundstein in Marx' Kritik der politischen Ökonomie gelegt wurde. Soziale Probleme im allgemeinen und Probleme der Lebenswelt werden demnach verursacht durch gesellschaftliche Widersprüche im Bereich der Produktion. Im Gegensatz zu der

zuvor diskutierten Position ist in dieser kritischen Tradition der wissenschaftlichen Arbeit die Aufgabe zugeordnet, jene gesellschaftlichen Verhältnisse ändern zu helfen, welche die Ursache sozialer Probleme sind.

In einer modifizierten, empirisch verfeinerten Version ist diese Tradition in der kritischen Gerontologie durchaus präsent (Estes 1979, 1982, 1984; Myles 1984; Olson 1982). In der „kritischen Gerontologie“ von Phillipson & Walker (1987) als Teil der englischen Tradition sozialer Politikanalyse wird gezeigt, wie Probleme sozialer Gefährdung und Abhängigkeit strukturell durch politisch-ökonomische gesellschaftliche Mechanismen konstituiert werden (Townsend 1981; Phillipson 1982; Phillipson & Walker 1986; Walker 1981, 1983). Inzwischen hat diese Analyse ihren Schwerpunkt von der Sphäre der Produktion hin zur Analyse der Funktion des Marktes und der staatlichen Politik verlagert.

Eine Schwäche dieses Ansatzes ist die Reduktion personeller und interpersoneller Phänomene auf sozio-ökonomische Faktoren. Der strukturelle Ansatz tendiert dazu, Probleme der Älteren auf ihre Position im gesellschaftlichen System der Produktion und Verteilung zu reduzieren. Zwar bestehen eindeutig Beziehungen zwischen Bildung, Einkommen und Gesundheit im Alter. Aber der strukturelle Aspekt ist insofern inadäquat erklärt, als intersubjektive Handlungen und Charakteristiken spezifischer Lebenswelten nicht beachtet werden. Weiterhin ist die Erklärung der Probleme der Alten durch den Bezug auf eine Klassentheorie (Walker 1981, 1983) problematisch. Es macht nicht länger Sinn, zwischen Klassen nach ihrer Beziehung zu den Produktionsmitteln zu unterscheiden, weil die Differenzen in vielen relevanten Dimensionen innerhalb der sozialen Klassen (z.B. der „Arbeiterklasse“) deutlich sind. Das Klassen-Konzept tendiert sogar trotz aller Kritik am Funktionalismus dazu, mit einem funktionalistischen Konzept der Schichten (Foner 1988) vermischt zu werden. Für ein kritisches Verständnis der Gerontologie und ihrer Untersuchungsgegenstände ist es wichtig, die Lebenswelt-Tradition und den strukturellen Ansatz ohne einseitige Reduktion zu integrieren.

4.4 Die poststrukturalistische Kraft der institutionellen Kontrolle

Eine vierte kritische Tradition hinterfragt die Verbindungen wissenschaftlicher Arbeit mit der „rationalen Ordnung“. Eines der wichtigsten Motive dieser heterogenen Tradition ist der Verdacht, dass Theorie inhärent mit Machtausübung verbunden ist. Ein fundamentaler *Respekt vor Differenzen oder Heterogenität* findet sich in einer jüngeren Kritik der Sozialwissenschaften und Kultur: in Foucaults „Post-Strukturalismus“.

Foucaults Arbeit betrachtet die Herstellung des modernen „Wissens vom Menschen“ als ein rationales Medium der Disziplinierung devianter Personen in Institutionen. Mit historischen Darstellungen zeigt er, dass Disziplinen wie Psychiatrie, Medizin und Kriminologie Teil des modernen Projekts sind, eine „rationale Ordnung“ zu etablieren. Phänomene wie Wahnsinn (Foucault 1965), Krankheit und Tod (Foucault 1975) sind die irrationalen und unheimlichen Phänomene, die die systematische Erforschung des Menschen vorantrieben.

Nach Foucault ist es die sozial konstituierte Funktion der verschiedenen Disziplinen, die sich mit den Aspekten des menschlichen Lebens beschäftigen, *Definitionen von Gesundheit, Normalität und Anormalität* zu produzieren. Die „normalen“ Individuen werden gemeinhin untersucht, um sie in produktiver Form zu halten, die „anormalen“ werden wissenschaftlich studiert, um die „Probleme“ ihres Verhaltens zu behandeln. Aus dieser Perspektive gesehen, werden auch „die Älteren“ zu einer gesetzten Kategorie, über die Wissen für die Behandlung durch „Experten“ in Institutionen gesammelt wird.

Foucaults Sensibilität für die konstitutive Kraft moderner Strategien rationaler Kontrolle warnt uns vor den Gefahren, die gut gemeinten Programmen der Vorsorge innewohnen können. In einer technologisch organisierten alternden Gesellschaft könnten die Älteren aus Gründen der Prävention ständig überwacht werden (sie könnten ja fallen, einsam oder depressiv werden). In gleicher Weise können unreflektiert präsentierte statistische Kennziffern eine gesellschaftlich restriktive „Normalität“ reproduzieren oder verstärken.

Die Stärke der poststrukturalistischen Kritik liegt in ihrer Sensibilität für Dogmatismus und für die Kontrolle der Wirkungen von Theorie. Doch ihre Stärke verwandelt sich in eine selbstisolierende Schwäche, sobald Theorie a priori mit Machtstrategien gleichgesetzt wird.

Die radikale Kritik würde nicht nur ihre eigene Position, sondern auch jede Möglichkeit einer besseren Gerontologie unterminieren.

Wie auch immer, es bleibt die Möglichkeit, Foucaults kritische Analysen fortzuführen, ohne seine massiven pessimistischen Schlussfolgerungen zu akzeptieren. Solch ein Herangehen (vgl. Gubrium & Silverman 1989) könnte zu einer offeneren Position führen, wie sie Foucault in seinen fragmentarischen späteren Arbeiten entwickelt hat.

4.5 Verbindende Reflexion: Lebenswelt, System und Gerontologie

Der generelle Trend in den kritischen Theorien führt inzwischen weg von großen historischen Perspektiven und den radikalen Veränderungen ganzer Gesellschaften. Doch immer noch wird mit der *Kritik an Herrschaftsverhältnissen* ein Schwerpunkt fortgesetzt. Ein gemeinsames, allerdings unterschiedlich artikuliertes Thema ist die Art und Weise, in der soziale Systeme und Strukturen „Personen“ bestimmen oder kontrollieren, ihre Körper disziplinieren und normalisieren, ihre Lebenswelt kolonisieren, ihre intersubjektiven Bedeutungsstrukturen objektivieren bzw. soziale Abhängigkeit hervorrufen. Es gibt Grund genug, die Gerontologie in diesen kritischen Zusammenhang einzubeziehen. Zum Beispiel bei der Untersuchung der Institutionalisierung des Lebenslaufs (Kohli 1985) oder der Erfahrungen älterer Menschen in Heimsituationen (Gubrium 1975) scheinen die Spannungen zwischen der interpersonellen Lebenswelt und den Systemen von entscheidender Bedeutung zu sein.

Die große Herausforderung ist es dabei, das Zusammenspiel bzw. den Konflikt *zwischen individuellen oder intersubjektiven Projekten* auf der einen *und strukturellen Dynamiken* auf der anderen Seite zu analysieren. Warum und wie diese funktionieren und wie sie verändert werden können, kann nicht adäquat analysiert werden ohne eine kritische Analyse der relevanten Systeme und Strukturen, welche die Perspektive der Lebenswelt überschreiten. Auf der Ebene der Lebenswelt kann gezeigt werden, wie Strukturen intersubjektive Handlungen verändert oder reproduziert werden (Dannefer 1989).

Wie diese prekäre Dialektik konkret funktioniert, kann nur sichtbar gemacht werden durch die Rekonstruktion spezifischer Prozesse. Die Bedeutung einer *Integration des interpretativen und des strukturellen*

Ansatzes kann für verschiedene, für die Gerontologie aktuell relevante Probleme gezeigt werden: um z.B. Prozesse des Ruhestands zu verstehen, ist es wichtig, deren strukturelle Organisation in Relation zum Arbeitsmarkt und zur technologischen Entwicklung zu analysieren. Um den oft beschriebenen Wunsch älterer Arbeiter nach einem frühen Ausscheiden zu verstehen, sollte dieser also in Beziehung zur Art und Qualität der Arbeit betrachtet werden. Die lebensweltliche Erfahrung von Arbeit und die Art, wie diese strukturell organisiert ist, kann nur dann in einen fruchtbaren Zusammenhang gebracht werden, wenn beide Perspektiven genutzt werden.

5. Die Notwendigkeit einer Theorie sozialer Konstituierung

Das Problem sozialer Konstituierung kann in einer bewussten Reflexion wissenschaftlicher Arbeit nicht länger verleugnet werden. Das ist nicht nur die Botschaft verschiedenster nicht-positivistischer Traditionen, sondern auch zwangsläufiges Ergebnis gegenwärtiger Diskussionen zur Wissenschaftsgeschichte (Kuhn 1962), –philosophie (Feyerabend 1975) und –soziologie (Latour 1987), die in diesem Punkt bemerkenswerte Übereinstimmung zeigen.

Wir können nicht von einer „objektiven“ Wahrheit ausgehen, wir können nur sprechen von verschiedenen Wegen, Wissen zu erlangen. Diese Wege stehen zu unterschiedlichen theoretischen Paradigmen, sozialen Kontexten und kulturellen Traditionen intrinsisch in Beziehung. In der Folge kann eine allgemeingültige gerontologische Perspektive nur in einer theoretischen Reflexion, die das Problem sozialer Konstituierung der Gerontologie und ihres Untersuchungsgegenstandes, des Alterns, ins Auge fasst, gefunden werden. Eben weil sich in der Gerontologie verschiedene Disziplinen treffen, könnten diese Begegnungen dazu dienen, eine neue Perspektive ihrer Beziehungen untereinander zu erreichen.

So ist theoretisch viel aus einer fundamentalen Reflexion über die Gerontologie zu gewinnen. Die explizite Anerkennung des Endes der positivistischen Ära und des Bedarfs einer erneuten bewussten Reflexion sind auch von praktischer Bedeutung – und das in einem Moment, wo viel von dieser gerontologischen Expertise erwartet wird. Die Organisationen und ihre Politik haben weitreichende Auswirkungen

gen auf das Leben alter Menschen und sollten deshalb intensiv studiert werden, statt sie ohne kritische Distanz zu bedienen. „Kritische Gerontologie“ ist der programmatische Ausdruck einer problematischen Beziehung zu dominanten Formen der Gesellschaft und der Gerontologie. Es gibt keine einfachen Formeln, die von unvermeidlichen Ambivalenzen befreien. Sie müssen wieder und wieder, weitgehend abhängig von der jeweiligen Situation, geklärt werden.

Anmerkung

Dieser Beitrag stellt eine gekürzte Fassung von Baars 1991 dar; übersetzt von Kirsten Aner, Ingrid Friedrich und Fred Karl.

Literatur

- Baars, J. 1987, De mythe van de totale beheersing. Adorno, Horkheimer en de dialektiek van de vooruitgang, Amsterdam: SUA.
- Baars, J. 1989, "Kritik als Anamnese. Die Komposition der Dialektik der Aufklärung". In: H. Kunneman & H. de Vries (ed.) Die Aktualität der Dialektik der Aufklärung. Zwischen Moderne und Postmoderne, Frankfurt: Campus.
- Baars, J. 1991, "The Challenge of Critical Gerontology: The Problem of Social Constitution". *Journal of Aging Studies* 5: 219-243
- Berger, P. & Luckmann, T. 1972, *The social construction of reality*, Harmondsworth: Penguin.
- Cole, T.R. & Gadow, S.(Eds.) 1986, *What does it mean to grow old? Reflections from the humanities*. Durham N.C., Durham University Press.
- Dannefer, D. 1984, "Adult development and social theory: a paradigmatic reappraisal", *American Sociological Review*, 49:100-116.
- Dannefer, D. 1987, "Aging as intracohort differentiation: Accentuation, the Matthew effect and the life course". *Sociological Forum* 2: 211-236.
- Dannefer, D. 1989, "Human action and its place in theories of aging". *Journal of Aging Studies* 3: 1-20.
- Dilthey, W. 1970, *Der Aufbau der geschichtlichen Welt in den Geisteswissenschaften*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Estes, C. 1979, *The aging enterprise*, San Francisco: Josey-Bass.

- Estes, C., Swan, J., Gerard, L. 1982, "Dominant and competing paradigms in Gerontology: towards a political economy of aging". In *Aging and Society* Vol.2, p. 151-164.
- Estes, C., Gerard, L., Zones, J.S., Swan, J.H. 1984, *Political Economy, Health and Ageing*. Boston, Little, Brown.
- Feyerabend, P. 1975, *Against Method*. London, Verso.
- Foner, A. 1988, "Age inequalities: are they epiphenomena of the class system?" In: Riley, M.W. (Ed.) *Social Structures and human lives*. London: Sage
- Foucault, M. 1965, *Madness and Civilization. A History of Insanity in the Age of Reason*, New York: Vintage/Random House.
- Foucault, M. 1975, *The birth of the clinic*, New York: Vintage/Random House.
- Foucault, M. 1979, *Discipline and punish: The birth of the prison*, New York: Vintage/Random House.
- Giddens, A. 1984, *The constitution of society*, Cambridge: Polity.
- Gubrium, J.F. 1975, *Living and Dying at Murray Manor*, New York, St.Martin's Press
- Gubrium, J.F. & Buckholdt, D.R. 1977, *Toward maturity: the social processing of human development*. San Francisco, Jossey Bass
- Gubrium, J.F. & Silverman, D. 1989, *The politics of field research. Sociology beyond Enlightenment*. London, Sage.
- Guillemard, A.M. 1983 (ed.) "Old age and the welfare state". London: Sage.
- Habermas, J. 1987, *Theory of communicative action*, Cambridge: Polity.
- Husserl, E. 1962, *Die Krisis der Europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie*, Den Haag: Martinus Nijhoff.
- Kohli, M. 1985, "Die Institutionalisierung des Lebenslaufs", *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 37:1-29.
- Kuhn, T. 1962, *The structure of scientific revolutions*, Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Lakatos, I. & Musgrave 1970, *Criticism and the growth of knowledge*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Latour, B. & Woolgar, S. 1979, *Laboratory Life: The social construction of scientific facts*. London: Sage.
- Latour, B. 1987, *Science in action. How to follow scientists and engineers through society*. Milton Keynes: Open University.
- Maddox, G.L. & Campbell, R.T: 1985, "Scope concepts and methods in the study of Aging". In: Binstock, R.H. & Shanas, E. *Handbook of Aging and the Social Sciences*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Marshall, V.W. & Tindale, J.A. 1978, "Notes for a radical gerontology". *Int. Journal for Aging und human development* 9:163-175.

- Marx, K. 1970, *Capital*. London: Lawrence & Wishert.
- Marx, K. 1976, *Grundrisse*. Harmondsworth: Penguin.
- Moody, H. 1988a, "Toward a critical gerontology: The contribution of the humanities to theories of aging". In: Birren, J. & Bengtson, V. *Emergent theories of aging*, New York: Springer.
- Moody, H. 1988b, *Abundance of life*, New York, Columbia University Press
- Myles, J. 1984, *Old age in the Welfare State. The political economy of public pensions*. Boston: Little, Brown.
- Neugarten, B. 1984, "Interpretive social science and research on aging". In: Rossi, A. (ed.) *Gender and the life course*. Chicago: Aldine.
- Olson, L.K. 1982, *The political economy of aging: the state, private power and social welfare*, New York: Columbia University Press.
- Phillipson, C. 1982, *Capitalism and the construction of old age*. London: Macmillan.
- Phillipson, C. & Walker, A. *Ageing and social policy: a critical assessment*. Aldershot: Gower.
- Phillipson, C. & Walker, A. 1987, "The case for a critical gerontology". In: Di Gregorio S. (ed.) *Social Gerontology: New Directions*. London: Croom Helm.
- Popper, K.R. 1963, *Conjectures and Refutations*. London: Routledge.
- Popper, K.R. 1966, *The open society and its enemies*, London: Routledge.
- Popper, K.R. 1968, *The logic of scientific discovery*, London: Hutchinson.
- Popper, K.R. 1972, *Objective knowledge*. Oxford: Clarendon.
- Reinharz, S. & Rowles, G.D. 1989, *Qualitative Gerontology*. New York: Springer.
- Schütz, A. 1971, *Collected Papers*, Den Haag: Martinus Nijhoff.
- Schütz, A. 1974, *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt*, Frankfurt: Suhrkamp.
- Townsend, P. 1981, "The structural dependency of the elderly: a creation of social policy in the 20th century" *Ageing and society* 1:5-28.
- Walker, A. 1981, "Towards a political economy of old age", *Ageing and Society*, 1:73-94.
- Walker, A. 1983, "The construction of dependent social and economic status in old age", In: Guillemand, A.M. (Ed.), *Old age and the welfare State*, London: Sage.
- Wittgenstein, L. 1953, *Philosophical Investigations*. Oxford: Basil Blackwell.

Zu den Autoren

Jan Baars, Prof. Dr., Interpretive Gerontology, University of Humanist Studies, Utrecht; Philosophy of Social Sciences and the Humanities, Department of Philosophy, Tilburg University, The Netherlands.

Evgenyia Hristakieva, MD, PhD, Stellv. Direktorin des Universitätskrankenhauses, Leiterin der Sektion Dermatologie der Medizinischen Fakultät und der Hautklinik des Universitätskrankenhauses, Thrakische Universität, Stara Zagora, Bulgarien.

Klaus Mathes, Dipl. Soziologe, Leiter der AWO-Altenpflegeschule Kassel.

Martha Meyer, Dr. rer.soz., Dipl. Sozialwissenschaftlerin, Fachkrankenschwester –aip-, Lehrerin für Pflegeberufe, Universität Bremen, Institut für angewandte Pflegeforschung -iap-.

Miroslava Petkova, PhD, Psychotherapeutin, Hauptassistentin Medizinische Fakultät, Thrakische Universität, Stara Zagora, Bulgarien

Manuel A. Rico, Dr., Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Granada, Spanien

Ramona Rubio Herrera, Prof. Dr., Lehrstuhl für Psychogerontologie, Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Granada

Kasseler Gerontologische Schriften

Band 1: Garms-Homolová, V., Hoffmann, A., Schmitz-Scherzer, R. und Tokarski, W. (Hrsg.): Professionalisierung und Laiisierung in der sozialen und gesundheitlichen Versorgung alter Menschen. 1985 (vergriffen)

Band 2: Tokarski, W. und Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.): Situationen - Konzepte - Perspektiven: Aktuelle Beiträge zur Gerontologie. 1987 (vergriffen)

Band 3: Bergmann, S., Naegele, G. und Tokarski, W. (Hrsg.): Early Retirement. Variations and Approaches. 1988

Band 4: Klausing, G.: Demenz. 1988 (vergriffen)

Band 5: Braun, H., Karl, F. und Veelken, L. (Hrsg.): Qualitätssicherung, Beratung, soziale Rehabilitation in der Altenarbeit. 1988 (vergriffen)

Band 6: Karl, F. und Tokarski, W. (Hrsg.): Die "neuen" Alten. 1989 (vergriffen)

Band 7: Tokarski, W.: Zur Situation von Lehre und Studium der Gerontologie in der Bundesrepublik. 1989 (vergriffen)

Band 8: Karl, F.: Alte Menschen im Stadtteil. 1989 (vergriffen)

Band 9: Gitschmann, P. und Breitenstein, F.: Kommunale Altenhilfepolitik und Organisationsentwicklung im Heim. 1990

Band 10: Tokarski, W.: Freizeit- und Lebensstile älterer Menschen. 1989 (vergriffen)

Band 11: Bracker, M. und Meiswinkel, P.: Quantitative und qualitative Methoden der Sozialforschung in der sozialen Gerontologie - unter besonderer Berücksichtigung des Aspektes Hilfsbedürftiger im Alter. 1991 (vergriffen)

Band 12: Backes, G., unter Mitarbeit von Neumann, E.-M.: Ältere und alte Frauen in Berlin (West) - geschlechtsspezifische Alter(n)sproblematik in der Großstadt. 1991

Band 13: Braun, H.: Bestimmungsgrößen für den Pflegeplatzbedarf älterer Menschen. Qualitative und quantitative Aspekte. 1992

Band 14: Radebold, H. (Hrsg.): Psychoanalyse und Altern. 1992

Band 15: Karl, F. und Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.): Soziale Gerontologie - Wissenschaft und Praxis. 1994 (vergriffen)

Band 16: Fliedner, G.: Altwerden in Unfreiheit. 1994

- Band 17:** Jansen, B. und Friedrich, I. (Hrsg.): Soziale Gerontologie - ein Herstellungsprozeß. 1997
- Band 18:** Friedrich, I. und Schmitz-Scherzer, R.: Gerontologie in der spanischen Welt. 1997
- Band 19:** Klein, U.: Netzwerkarbeit und ambulante Rehabilitation. Das Berliner Modell der Koordinierungsstellen. 1996 (vergriffen)
- Band 20:** Karl, F.: Performanz im Kontext. Plurales und polares Alter im Quer- und Längsschnitt. 1996 (vergriffen)
- Band 21:** Sperling, H. und Wiese, M.: Gerontopsychiatrische Weiterbildung. 1997 (vergriffen)
- Band 22:** Jansen, B. und Karl, F.(Hrsg.): Lebensweltorientierung oder Marktdiktat. Zur Zukunft Sozialer Arbeit (mit Älteren). 1997
- Band 23:** Ostermann, K. (Hrsg.): Ambulante und mobile Rehabilitation. Tagung anlässlich des Ruhestandes von Herrn Prof. Dr. H. Radebold am 3. und 4. Dezember 1997 in Kassel. 1999 (vergriffen)
- Band 24:** Franke, L.: Psychosoziale Beratung für Angehörige Demenzkranker. Erste Konturen der unterschiedlichen Nutzerprofile von Ehegatten und Kindern. 2000
- Band 25:** Scheffler, I.: Alter und Altern im Märchen. 2000 (vergriffen)
- Band 26:** Ostermann, K., Kretschmann, R. und Sprung-Ostermann, B.: Therapie und Rehabilitation in der Geriatrie - Geriatrische Rehabilitation und Altenhilfe. 2000 (vergriffen)
- Band 27:** Weißleder, B.: Gewinnung von Zeitspenden im Fundraising. 2001
- Band 28:** Karl, F. und Aner, K. (Hrsg.): Die „neuen Alten“ – revisited. Kaffeefahrten – Freiwilliges Engagement – neue Alterskultur – Intergenerative Projekte. 2002
- Band 30:** Karl, F. und Zank, S. (Hrsg.): Zum Profil der Gerontologie. 2002 (vergriffen).
- Band 60:** Friedrich, I., Jansen, B. und Karl, F. (Hrsg.): Theoria cum Praxi. Reinhard Schmitz-Scherzer zum 60. Geburtstag. 1998
- Bestelladresse:** Verein zur Förderung der angewandten Gerontologie (VFG) e.V., Postfach 10 33 62, 34033 Kassel. Fax 0561/804-7930; Tel. 0561/804-2930. E-mail friedrich@sozialwesen.uni-kassel.de