

RESEARCH

Sandra Wesenberg

# Tiergestützte Interventionen in der Demenzbetreuung

 Springer VS

---

# Tiergestützte Interventionen in der Demenzbetreuung

---

Sandra Wesenberg

# Tiergestützte Interventionen in der Demenzbetreuung

Mit einem Geleitwort von  
Prof. Dr. Frank Nestmann

 Springer VS

Sandra Wesenberg  
Dresden, Deutschland

Dissertation, TU Dresden, 2014

ISBN 978-3-658-08339-7      ISBN 978-3-658-08340-3 (eBook)  
DOI 10.1007/978-3-658-08340-3

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

Springer VS

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2015

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Fachmedien Wiesbaden ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media ([www.springer.com](http://www.springer.com))

# Geleitwort

Sandra Wesenbergs Buch wird die wissenschaftlichen Entwicklungen und Diskurse der Mensch-Tier-Forschung ebenso bewegen wie die Modellvorstellungen einer personenzentrierten nichtmedikamentösen Demenzbehandlung und Begleitung. Und es ist sehr zu hoffen, dass die wichtigen Impulse ihrer wegweisenden Studie auch eine veränderte und durch Haustiere unterstützte Pflege- und Betreuungspraxis in der Arbeit mit Demenzpatienten und -patientinnen anstoßen.

Sandra Wesenberg gelingt in ihrer Arbeit, der tiergestützten Intervention in der stationären Versorgung von alten und demenziell erkrankten Menschen erstmals eine solide theoretische und empirische Grundlage zu verschaffen und sowohl ihre Möglichkeiten und Potenziale wie die Bedingungen und Grenzen sensibel, scharfsichtig und überzeugend auszuleuchten. Um die eigene Untersuchung eines standardisierten Hundebesuchsprogramms bei stationär betreuten Demenzkranken allerdings überhaupt angemessen verstehen und einordnen zu können, vermittelt die Autorin dem Leser zwei hervorragende Ein- und Überblicke: über ‚Alter und Demenz‘ einerseits wie über die ‚Mensch-Tier-Beziehung‘ andererseits.

Selten wurde bisher so prägnant der gesellschaftliche Kontext des demografischen Wandels, das objektive und subjektive Altern und Alter, die aktuelle und zukünftige Relevanz der Demenz und die bio-psycho-sozialen Dimensionen der Erkrankung und ihrer Behandlung zusammengestellt. Wesenberg rekonstruiert die Belastungsdimensionen und oft paradoxen Anforderungen für die Angehörigen und die Pflegefachkräfte, bietet differenzierte Analysen der stationären Versorgungsbedingungen und der Beziehungsverhältnisse zwischen Kranken, Pflegenden, Angehörigen und institutionellem Rahmen. In einer kritischen Würdigung (internationaler) Leitlinienbehandlung zeigt sie die Stärken und Schwächen medizinischer, pharmako-therapeutischer Modellvorstellungen, Forschung und Praxis auf, resümiert umfassend den Erkennt-

nisstand zu psychosozialen Interventionsformen und erhebt die berechtigte Forderung nach geprüften integrativen Gesamtbehandlungskonzepten.

Auch die brillante Einführung in die sich noch etablierende Beziehungsforschung zwischen Mensch und Tier, die der vorliegende Band bietet, steht für sich. Sandra Wesenberg gelingt eine gerade hier äußerst wichtige akkurate und reflexive Aufbereitung internationaler *gesicherter* Wissensbestände zu den bio-psycho-sozialen Wirkungsweisen der Mensch-Tier-Interaktion – jenseits herrschender Idealisierung einerseits oder ebenso verbreiteter Ignoranz und häufigem Skeptizismus andererseits. Eine gute Zusammenschau der bisher relevantesten Erklärungsansätze zu Wirkungswegen, von der Bindungstheorie über Kommunikationskonzepte bis hin zu Supportmodellen mündet durch Wesenbergs Entwurf einer analytischen ‚Beziehungs- und Interaktionstriade‘ – KlientIn-Tier-TherapeutIn – in ein für die Forschung zu tiergestützter Intervention endlich weiterreichendes Modell, das über die bisherigen Alleinvertretungsansprüche einzelner Erklärungsversuche ebenso hinausreicht wie über die schlichte Kumulation weiterer potenzieller Wirkfaktoren oder ein beliebiges ‚Alles hängt mit Allem zusammen‘.

Im Rahmen einer DFG-geförderten Programmevaluation zur tiergestützten Intervention bei Demenzkranken hat Sandra Wesenberg eine aufwendige ‚technisch vermittelte Beobachtungsstudie‘ durchgeführt, die ihresgleichen sucht und die Tier-Mensch-Forschung konzeptionell wie forschungspraktisch entscheidend weiterführt. Die Autorin entwickelt ein Forschungsdesign und eine Forschungsmethode, die sowohl den Ansprüchen an eine streng kontrollierte und damit reliable und valide Datenerhebung und -auswertung genügt und die doch andererseits so offen, wirkungssensibel und feinfühlig ist, um dem Untersuchungsgegenstand – der Wirkung von Interaktionen zwischen ‚tierischen Tandems‘ (Hund und HundebegleiterIn) und stationären DemenzpatientInnen – angemessen gerecht zu werden. Auch wenn sie kaum positive Wirkungen auf nichtkognitive Demenzsymptome ermitteln kann, so zeigen ihre Ergebnisse doch eindrucksvolle und auch signifikante positive Effekte der Tierbesuche auf verbaler wie nonverbaler sozial-interaktiver Ebene. Sandra Wesenberg kann erstmals im Kontrollgruppenvergleich mit menschlichen InteraktionspartnerInnen nachweisen, dass trotz der alles überschattenden progredienten Krankheitsentwicklung der Demenz im ‚Hier und Jetzt‘ der PatientInnen positiv stimulierende ‚Spontanwirkungen‘ der Besuchstiere, stimmungsaufhellende, interaktions- und kommunikationsanregende sowie aktuell Wohlbefinden förderliche Wirkungen nachweisbar sind.

In einer Lebenslage, in der die eigene Vergangenheit mehr oder weniger schnell subjektiv ‚verlöscht‘ und in der auch eine persönliche Zukunft

nur noch sehr begrenzt ist, sind diese positiven sozio-emotionalen Ad-hoc- und Akutwirkungen von besonderer, ja herausragender Bedeutung. Sie unterstreichen die Notwendigkeit, gerade in der Betreuung und Versorgung von Demenzkranken eine von Wesenberg zurecht kritisierte ‚hyperkognitive Kultur‘ zu überwinden und vielmehr relationale und gefühlszentrierte Lebensdimensionen in den Mittelpunkt zu rücken, wozu auch Beziehungen zu Tieren eminent viel beitragen können.

Dass Sandra Wesenberg bei uneingeschränkter Empathie für die Zielgruppe der DemenzpatientInnen immer auch die Bedürfnisse und Rechte der eingesetzten Tiere als Beziehungspartner mitdenkt, gefällt an diesem Buch besonders.

Prof. Dr. Frank Nestmann

# Inhalt

<b>Einleitung</b> . . . . .	17
<b>1 Alter und Demenz</b> . . . . .	25
1.1 Alter und Altern im Wandel . . . . .	25
1.1.1 Die Alterung der Gesellschaft . . . . .	25
1.1.2 Die Lebensphase Alter im Wandel . . . . .	27
1.1.3 Differenzierung des Alters . . . . .	29
1.1.4 Altersstereotype . . . . .	33
1.1.5 Selbstbeschreibungen und subjektives Wohlbefinden im Alter . . . . .	36
1.2 Alzheimer-Demenz . . . . .	42
1.2.1 Krankheitsbild und Prävalenz . . . . .	42
1.2.2 Pathogenese . . . . .	45
1.2.3 Symptome . . . . .	46
1.2.3.1 Kognitive Symptome . . . . .	47
1.2.3.2 Nicht-kognitive Symptome – Herausfordernde Verhaltensweisen . . . . .	49
1.2.4 Verlauf und Schweregrade . . . . .	53
1.2.5 Häusliche Betreuung demenziell Erkrankter . . . . .	56
1.2.6 Übergang in die stationäre Pflege . . . . .	59
1.2.7 Stationäre Betreuung demenziell erkrankter Menschen 1.2.7.1 Nicht-kognitive Symptome . . . . .	64
1.2.7.2 Emotionalität . . . . .	67
1.2.7.3 Soziale Kontakte . . . . .	70
1.2.8 Therapeutische Strategien . . . . .	73
1.2.8.1 Pharmakotherapie . . . . .	74
1.2.8.2 Psychosoziale Interventionen . . . . .	76

<b>2 Demenziell erkrankte Menschen und Tiere . . . . .</b>	<b>85</b>
2.1 Mensch-Tier-Interaktionen im Fokus der Wissenschaften . . .	85
2.2 Bio-psycho-soziale Wirkungen von Mensch-Tier-Interaktionen	90
2.2.1 Physiologische Wirkungen . . . . .	92
2.2.2 Psychologische Wirkungen . . . . .	97
2.2.3 Soziale Wirkungen . . . . .	100
2.3 Effekte tiergestützter Interventionen auf demenziell erkrankte Menschen . . . . .	107
2.3.1 Nicht-kognitive Symptome . . . . .	107
2.3.2 Sozialverhalten . . . . .	111
2.3.3 Emotionales Wohlbefinden . . . . .	117
2.3.4 Physiologische Parameter . . . . .	121
2.3.5 Kritische Diskussion und Schlussfolgerungen für zukünftige Studien . . . . .	123
2.4 Wirkmodell tiergestützter Interventionen bei Demenzkranken	128
2.4.1 Voraussetzungen förderlicher Mensch-Tier- Interaktionen . . . . .	130
2.4.1.1 Die Biophiliehypothese . . . . .	130
2.4.1.2 Du-Evidenz . . . . .	132
2.4.1.3 Bindung . . . . .	135
2.4.2 Direkte Wirkmechanismen in tiergestützten Interventionen mit demenziell Erkrankten . . . . .	139
2.4.2.1 Wirkeffekte in der Interaktion Hund – demenziell erkrankter Mensch . . . . .	139
2.4.2.2 Wirkeffekte in der Interaktion Hund – HundehalterIn . . . . .	148
2.4.2.3 Wirkeffekte in der Interaktion HundehalterIn – demenziell erkrankter Mensch . . . . .	151
2.4.3 Integration der Ansätze . . . . .	154
<b>3 Empirische Untersuchung . . . . .</b>	<b>159</b>
3.1 Forschungskontext: Das DFG-Projekt „Tiergestützte Intervention bei Demenzkranken“ . . . . .	159
3.2 Das tiergestützte Interventionsprogramm „Tierische Tandems“	163
3.3 Untersuchungsfragen und Hypothesen . . . . .	167
3.4 Studiendesign . . . . .	169
3.5 Stichprobe . . . . .	173
3.6 Methoden der Datenerhebung im Überblick . . . . .	175

---

3.6.1	Technisch-vermittelte Beobachtung . . . . .	176
3.6.2	Fremdbeurteilung . . . . .	179
3.7	Technisch-vermittelte Beobachtung – Erhebung und Auswertung . . . . .	180
3.7.1	Vorbereitung und Durchführung . . . . .	181
3.7.2	Kodierung der Videoaufzeichnungen . . . . .	185
3.7.3	Videokodiersystem . . . . .	188
3.7.3.1	Nicht-kognitive Symptome . . . . .	190
3.7.3.2	Sozialverhalten . . . . .	192
3.7.3.3	Emotionaler Ausdruck . . . . .	194
3.7.4	Auswertung der Beobachtungsdaten . . . . .	196
3.8	Fremdbeurteilung – Erhebung und Auswertung . . . . .	199
3.9	Ergebnisse . . . . .	204
3.9.1	Untersuchungsdimension I: Nicht-kognitive Symptome	204
3.9.2	Untersuchungsdimension II: Sozialverhalten . . . . .	206
3.9.3	Untersuchungsdimension III: Emotionen . . . . .	219
3.10	Interpretation der Ergebnisse . . . . .	222
	<b>Fazit und Implikationen für zukünftige Forschung . . . . .</b>	<b>233</b>
	<b>Literatur . . . . .</b>	<b>243</b>
	<b>Anhang . . . . .</b>	<b>269</b>

# Abbildungsverzeichnis

1.1	Altersstruktur der deutschen Bevölkerung 2008 und 2060 . . . . .	27
1.2	Das Stufenalter des Menschen . . . . .	34
1.3	Demenzformen . . . . .	43
1.4	Prävalenz von Demenzen in Abhängigkeit vom Alter . . . . .	44
1.5	Phasen der Alzheimer-Demenz . . . . .	53
1.6	Prototypischer Verlauf einer Alzheimerdemenz . . . . .	55
1.7	Häufigkeit nicht-kognitiver Symptome . . . . .	65
2.1	Wirkfaktoren tiergestützter Interventionen mit Demenzkranken	158
3.1	Studiendesign DFG-Projekt . . . . .	160
3.2	Studienaufbau . . . . .	173
3.3	Setting . . . . .	183
3.4	Beobachtete nicht-kognitive Symptome . . . . .	206
3.5	Beobachtete Berührungen . . . . .	208
3.6	Beobachtete Körperbewegungen . . . . .	209
3.7	Beobachtete fokussierte Blicke . . . . .	211
3.8	Beobachtete verbale Kommunikation . . . . .	213
3.9	Beobachtete selbstbezogene Verhaltensweisen . . . . .	215
3.10	Mittelwerte der Skala Soziale Interaktionen . . . . .	216
3.11	Mittelwerte des NAR-Gesamtscore . . . . .	217
3.12	Einschätzung des aufgaben- und leistungsbezogenen Verhaltens	218
3.13	Einschätzung der Stimmung und psychischen Verfassung . . . . .	218
3.14	Beobachtung von Interesse/allgemeiner Aufmerksamkeit . . . . .	221
3.15	Beobachtung von Freude . . . . .	221
3.16	Charakteristisches Muster der Beobachtungszeiten . . . . .	228

# Tabellenverzeichnis

1.1	Kognitive Beeinträchtigungen bei Alzheimer-Demenz . . . . .	50
2.1	Physiologische Wirkungen von Mensch-Tier-Beziehungen . . . . .	95
2.2	Psychologische Wirkungen von Mensch-Tier-Beziehungen . . . . .	98
2.3	Soziale Wirkungen von Mensch-Tier-Beziehungen . . . . .	101
3.1	Wirkungsdimensionen und Erhebungsinstrumente . . . . .	162
3.2	Trainingseinheiten des tiergestützten Interventionsprogramms . . . . .	168
3.3	Untersuchungshypothesen . . . . .	170
3.4	Stichprobencharakteristik . . . . .	174
3.5	Beurteilung der Beobachterübereinstimmung . . . . .	189
3.6	Kodierung nicht-kognitiver Symptome . . . . .	191
3.7	Kodierung des Sozialverhaltens . . . . .	195
3.8	Kodierung des emotionalen Ausdrucks . . . . .	196
3.9	Prozedur zur Kontrolle der FDR . . . . .	200
3.10	Beispielitem des ersten Teils des FBB-TT . . . . .	201
3.11	Beispielitem des zweiten Teils des FBB-TT . . . . .	202
3.12	Beobachtete nicht-kognitive Symptome (Absolute Häufigkeiten)	205
3.13	Beobachtete emotionale Zustände (Absolute Häufigkeiten) . . . . .	219

# Einleitung

„Weniger, älter, bunter“ – auf diese Kurzformel bringt Schönig (2003) die wesentlichen Charakteristiken des demographischen Wandels in Deutschland. Insbesondere die anhaltend niedrige Geburtenrate einerseits und eine wachsende durchschnittliche Lebenserwartung andererseits führen dazu, dass sich die Bevölkerungsstruktur nachhaltig verändert und der Anteil älterer Menschen an der deutschen Gesamtbevölkerung stetig wächst. In der Debatte um die Auswirkungen des demographischen Wandels standen zunächst vor allem die gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen, die sich etwa angesichts steigender Sozialausgaben ergeben, im Mittelpunkt. In der jüngsten Vergangenheit ist allerdings auch eine gegenläufige Entwicklung zu bemerken: Der in den letzten Jahrzehnten beobachtete Anstieg der Lebenserwartung bedeutet für Viele vorrangig einen Gewinn an ‚aktiven Jahren‘, das heißt einer Verlängerung der Zeit aktiver, selbstbestimmter und durch das Alter nicht wesentlich beeinträchtigter Lebensführung. Diejenigen, die sich heute in der Lebensphase ‚Alter‘ – verstanden als Lebensphase nach dem Berufsausstieg bzw. dem 65. Lebensjahr – befinden, sind gesünder, besser ausgebildet und finanziell abgesicherter als jede vorhergehende Generation (vgl. BMFSFJ 2010). Entsprechend verweisen die öffentliche und politische Debatte ebenso wie der wissenschaftliche Diskurs zunehmend auch auf die Entwicklung und Förderung von Potenzialen des Alters. Die Folgen des demographischen Wandels und die Heterogenität der Lebensphase Alter werden vielfältig medial inszeniert und polarisiert. Einerseits wird oft ein Bild des dynamischen, fitten und selbstbestimmten alten Menschen gezeichnet, andererseits zeigt sich in zahllosen Berichten über die steigenden Kosten der Pflegeversicherung, die wachsende Zahl demenziell erkrankter Menschen oder den (Alten-)Pflegetotstand das (Schreckens-)Szenario eines hilflosen, abhängigen Alters. Dieses paradoxe Bild spiegelt sich auch in den subjektiven Wahrnehmungen von Alter und Altern wider. So wünschen sich viele

Menschen zum einen, ein hohes Alter zu erreichen und ihren verdienten Ruhestand möglichst lange zu genießen, zum anderen belegen Umfragen aber auch eine weit verbreitete Furcht vor dem höchsten Alter, das mit Einbußen in kognitiven Fähigkeiten und dem Verlust einer selbstbestimmten Lebensführung assoziiert wird. Als das wohl am meisten gefürchtete Risiko des Alters gilt die Gefahr einer demenziellen Erkrankung und der damit verbundene Autonomieverlust (vgl. Kruse 2006).

Eine demenzielle Erkrankung und ihre Folgen stehen den ‚Idealen‘ eines produktiven, selbstbestimmten Alters diametral entgegen. Nach Stephen G. Post (1995) werden in den westlichen Industrienationen Rationalität und Produktivität, Autonomie und Unabhängigkeit sowie die effiziente Nutzung von Zeit und Energie betont. Post spricht in diesem Zusammenhang auch von einer „*hypercognitive culture*“ (ebd., S. 3), in der eine Demenzerkrankung und der assoziierte kontinuierliche Verlust verschiedener kognitiver Funktionen als besonders bedrohlich erfahren werden. Auch Klie (2006) verweist auf die wahrgenommene Gefährdung der Werte westlicher Gegenwartsgesellschaften durch die Zunahme von Demenzen:

„Die Verbreitung der Demenz in einer Zeit, in der wir in hohem Maße auf Selbstkontrolle, auf Rationalität und Jugendlichkeit gepolt sind, in der wir aber auch das Altern neu bejahen lernen als einen Lebensabschnitt mit vergleichsweise guter Gesundheit, hohem Aktivitätsniveau und viel erlebter Zufriedenheit, stellt sich als Kränkung prägender Bilder gelingenden Lebens dar“ (ebd., S. 68).

Die existenzielle Bedrohung, die mit einer demenziellen Erkrankung für Viele assoziiert ist, spiegelt sich in verschiedenen Umfragen deutlich wider. So stimmten beispielsweise mehr als zwei Drittel von über 1.700 befragten Deutschen in einer Umfrage von Kofahl et al. (2013) der Aussage „Besser früher geistig fit sterben als später mit Demenz“ überwiegend oder voll zu. Auch der Spiegel (6/2014) berichtet im Zusammenhang der aktuellen Debatte um Sterbehilfe von einer in Auftrag gegebenen Befragung von 1.000 Deutschen über 18 Jahren, in der 55 % angaben, dass sie sich vorstellen könnten, dem eigenen Leben im Alter aufgrund von Demenz, schwerer Krankheit oder langer Pflegebedürftigkeit ein Ende zu setzen. Der Angst vor einer demenziellen Erkrankung werden in den Medien häufig Berichte über medizinische Studien gegenübergestellt, die die Hoffnung auf eine baldige Heilbarkeit vermitteln. So wird etwa von der Möglichkeit zur Vorbeugung einer Erkrankung durch ausreichende Aufnahme bestimmter Pflanzenfette (vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 06.11.2013) oder der Entwicklung eines Impfstoffs gegen Alzheimer (vgl. Focus 4/2014) berichtet. Die Präsentation

entsprechender optimistisch stimmender Studienergebnisse gibt den allgemeinen Stand der Forschung zu Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten demenzieller Erkrankungen allerdings einseitig verzerrt wieder. Die hohen Erwartungen, die in den letzten Jahrzehnten an die Grundlagenforschung gerichtet waren und einen Durchbruch in der Demenzforschung bis circa 2015 prognostizierten, haben sich bislang nicht bestätigt. Die Aussicht auf eine kausale Therapiemöglichkeit und damit Heilbarkeit von Demenzen besteht nach aktuellen Schätzungen in naher Zukunft nicht (vgl. u.a. Hampel et al. 2012). Ein Erfolg pharmakotherapeutischer Behandlung besteht gegenwärtig darin, dass die Verschlechterung kognitiver Einbußen verzögert wird. Vor dem Hintergrund der verbreiteten Schreckensszenarien einer Demenzdiagnose und der ausbleibenden Erfolge medizinischer Forschung entsteht in der öffentlichen Wahrnehmung schnell die Überzeugung, dass ‚nichts mehr getan werden könne‘ für demenziell erkrankte Menschen. Die weite Verbreitung dieser Vorstellung verdeutlichen die Ergebnisse der angeführten Umfrage von Kofahl et al. (2013). Mehr als ein Drittel der über 1.700 Befragten glaubt demnach, dass es praktisch unmöglich sei, Demenzkranken ein würdevolles Leben zu geben. An dieser Stelle bleibt offen, welcher Begriff von Würde bzw. Menschenwürde hier jeweils individuell assoziiert wird. Zweifellos spiegeln die Umfrageergebnisse aber wider, welche großen Befürchtungen mit der Diagnose Demenz verknüpft sind. Die Entwicklung eines Medikaments zur Heilung der Erkrankung erscheint Vielen als einzige Lösungsmöglichkeit.

Um zu verdeutlichen, dass trotz des progredienten Verlaufs der meisten Demenzerkrankungen, der bislang nicht aufgehalten werden kann, für die Betroffenen ‚viel‘ getan werden kann, ist ein Wechsel der Perspektive nötig. Eine alleinige Fokussierung auf kognitive Leistungen, die durch medizinische Fortschritte erhalten und verbessert werden sollen, ist in der Formulierung von Leitgedanken und Maximen der Demenzbehandlung nicht ausreichend. Das Paradigma ‚cogito ergo sum‘, welches nach Post (1995) die ‚hypercognitive culture‘ wesentlich bestimmt, erscheint aus der Perspektive von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung, die in ihren kognitiven Fähigkeiten immer mehr beeinträchtigt sind, zunehmend weniger bedeutungsvoll und sinnstiftend. Eine Reformulierung von grundlegenden Überzeugungen und Handlungsmaximen sollte nach Post an anderen Werten des Mensch-Seins ansetzen: „an appreciation of the noncognitive aspects of human well-being [...] places value on the affective and social-relational aspects of being human. Nothing could be more alien to dementia ethics than pure cogito ergo sum“ (ebd., S. 38). Der Autor führt die Förderung emotionalen Wohlbefindens und des Eingebundenseins in eine soziale Gemeinschaft als zentrale

Ziele der Betreuung demenziell erkrankter Menschen an. Ein Mensch, der an Demenz erkrankt ist und sich infolgedessen zunehmend weniger an vergangene Ereignisse erinnern, komplexe Sachverhalte weniger verstehen und die eigenen Befindlichkeiten und Bedürfnisse nur noch eingeschränkt verbal ausdrücken kann, bleibt trotzdem emotional ansprechbar und kann sich in bestimmten Situationen mehr oder weniger wohlfühlen. In diesem Sinne ist es sehr wichtig, Bedingungen zu schaffen, die den Bedürfnissen demenziell erkrankter Menschen gerecht werden, deren individuelles Wohlbefinden fördern und Lebensqualität trotz krankheitsbedingter Einbußen erhalten. Pharmakotherapeutische Strategien allein können diese Bedingungen nicht schaffen; vielmehr liegen Ausgangspunkte für die Erhaltung von Wohlbefinden und Lebensqualität primär in der (Um-)Gestaltung der räumlichen und sozialen Umwelt.

In der Forschung zu geeigneten Behandlungskonzepten für demenziell erkrankte Menschen wurden dennoch lange Zeit pharmakotherapeutische Strategien betont. Erst in den letzten Jahren werden psychosoziale Interventionen – also Interventionen, die auf (neuro-)psychologischen oder psychosozialen Wirkmechanismen basieren – vermehrt entwickelt, stärker ausdifferenziert und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit empirisch geprüft. Viele dieser Interventionen zielen primär auf die Förderung emotionalen Wohlbefindens und der Erfahrung sozialer Integration und folgen damit den von Post (1995) formulierten Maximen des Umgangs mit demenziell erkrankten Menschen. Es existiert aktuell eine große Bandbreite entsprechender therapeutischer Interventionen – von ergo- und musiktherapeutischen Angeboten über erinnerungsfokussierte Ansätze bis hin zu umfassenden Konzepten der Lebensweltgestaltung. In diesem Zusammenhang werden in den letzten Jahren unter anderem tiergestützte Interventionen und ihre potentiellen Wirkungen auf demenziell erkrankte Menschen diskutiert. Auch Post verweist explizit auf die Potentiale des Einbezugs von Tieren in die Betreuung von Menschen mit Demenz – „to focus on the use of companion animals in dementia care to enhance emotional and relational quality of life“ (ebd., S. 112).

Nicht nur in der Betreuung demenziell erkrankter Menschen, auch in vielen anderen therapeutischen und pädagogischen Bereichen sind immer mehr Professionelle von den positiven Wirkungen der Interaktion mit Tieren auf ihre KlientInnen überzeugt und integrieren Tiere in verschiedener Weise in ihre alltägliche Arbeit. Die therapeutischen HelferInnen und ihre ‚Arbeitsfelder‘ sind dabei außerordentlich vielfältig – die Beispiele reichen von Therapiehund Bonzo, der jeden Tag seinen ‚Dienst‘ auf einer Station der psychiatrischen Klinik Süd-Württemberg antritt (vgl. Koch 2002; Koch, Süß, Asshauer 2002),

über Katze Leila, die in einer ambulanten psychotherapeutischen Praxis auf viele PatientInnen „als natürliches Anti-Stress-Mittel“ (vgl. Lessenthin 2007, S. 15) wirkt, bis hin zu Ringo, einem über 1.100 Kilogramm schweren Ochsen, der auf einem Bauernhof in Bayern u.a. in der therapeutischen Arbeit mit autistischen Kindern eingesetzt wird (vgl. Baur o.J.). Diese rasch und oft eher ‚spontan‘ wachsende Interventionspraxis wird begleitet von einer zunehmenden medialen Präsenz. In vielen Printmedien, Hörfunk- und TV-Sendungen werden Praxisbeispiele aus verschiedensten Bereichen vorgestellt. Das Hamburger Abendblatt veröffentlichte beispielsweise in seiner Ausgabe vom 12. Mai 2012 einen Artikel unter der Überschrift „Therapie mit Hund: Mit vier Pfoten gegen die Demenz“, in dem ein Hundebesuchsprogramm am Universitätsklinikum Mainz vorgestellt wurde. Im selben Jahr berichtete Focus Online (14.08.2012) unter dem Titel „Doktor Hund heilt Depressionen“ über die optimistisch stimmenden Ergebnisse einer Studie zu den Effekten tiergestützter Interventionen auf Menschen mit Depression. Schlagzeilen wie diese zeichnen ein überaus positives, bisweilen recht wenig differenziertes und einseitiges Bild des Einsatzes von Tieren in verschiedensten therapeutischen und pädagogischen Feldern. Die Vorstellung eines ‚Doktor Hund‘, der PatientInnen ‚heilt‘, suggeriert zudem eine Rolle von Tieren im therapeutischen Prozess, die mit der Realität wenig gemein hat. Zum einen können und sollen Tiere keine TherapeutInnen sein, sondern arbeiten in tiergestützten Interventionen gemeinsam mit ihren (menschlichen) PartnerInnen und werden von diesen angeleitet und gezielt eingesetzt. Zum anderen ‚heilen‘ Tiere nicht. Sie können als therapeutische HelferInnen dazu beitragen, dass Genesungsprozesse angeregt und gefördert werden. Von der Vorstellung des ‚Wundermittels Tier‘, welches in jeder Lebenslage hilft und ‚auf Rezept‘ erhältlich ist, ist aber ausdrücklich Abstand zu nehmen.

Der weiten Verbreitung und starken Befürwortung des Einsatzes von Tieren in verschiedenen Praxisfeldern steht eine eher sporadische wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Thematik gegenüber. Mensch-Tier-Beziehungen und -Interaktionen sind bislang vergleichsweise selten zum ‚Forschungsgegenstand‘ geworden. Erst in den letzten Jahren werden vermehrt auch größer angelegte Untersuchungen mit experimentellen oder quasi-experimentellen Designs, hochwertige qualitative Studien und differenzierte Programmevaluationen durchgeführt (vgl. Nestmann 2010). Dabei rücken u.a. die Effekte tiergestützter Interventionen auf demenziell erkrankte Menschen in den Fokus wissenschaftlichen Interesses. Mit der verstärkten Orientierung an den von Post (1995) postulierten „affective and social-relational aspects of being human“ (ebd., S. 38) und der wachsenden Verbreitung psychosozialer

Ansätze in der Demenzbehandlung werden auch die Möglichkeiten des Einbezugs von Tieren, zumeist Hunden, in die therapeutische Arbeit verstärkt diskutiert und empirisch geprüft. Die Ergebnisse vorliegender Studien verweisen auf verschiedene Wirkungen tiergestützter Interventionsprogramme, die beispielsweise emotionales Wohlbefinden fördern und prosoziale Verhaltensweisen verstärken, die Befunde können aufgrund verschiedener methodischer Schwierigkeiten aber nicht als hinreichend verlässlich betrachtet werden und bedürfen dringend der Überprüfung und weiteren Fundierung. Vor diesem Hintergrund war es das primäre Ziel der DFG-Studie „Tiergestützte Intervention bei Demenzkranken“ erstmals im deutschsprachigen Raum die Wirkungen eines zielgerichteten, strukturierten tiergestützten Interventionsprogramms auf das psychosoziale Wohlbefinden, das Sozialverhalten sowie die Alltagskompetenzen demenziell erkrankter PflegeheimbewohnerInnen differenziert zu untersuchen. Neben den längerfristigen Effekten der Teilnahme an der Intervention auf das Verhalten der StudienteilnehmerInnen im Alltag wurden auch die unmittelbaren Wirkungen in den einzelnen Interventionseinheiten analysiert. Eine Substudie zu diesen kurzfristigen Effekten wurde im Rahmen des Promotionsprojektes der Autorin durchgeführt. In dieser Untersuchung wurden die Wirkungen der Teilnahme an einem tiergestützten Interventionsprogramm auf das Sozialverhalten, die Emotionalität und die Auftretenshäufigkeit nicht-kognitiver Symptome einer Demenzerkrankung erfasst. Im Mittelpunkt standen dabei die potentiellen Vorteile einer tiergestützten Intervention gegenüber vergleichbaren psychosozialen Interventionen (ohne Einbezug von Tieren).

Die vorliegende Arbeit beschreibt ausgehend von den aktuellen demographischen Veränderungen die gesellschaftlichen Wandlungen, die mit dem Anstieg der Lebenserwartung und der zeitlichen Ausdehnung des ‚Alters‘ einhergehen. Insbesondere der wachsende Anteil hochaltriger Menschen und die damit verbundene steigende Zahl von Menschen, die an einer Demenz – mehrheitlich einer Alzheimer-Demenz – erkrankt sind, stellen die deutsche Gegenwartsgesellschaft vor große Herausforderungen. Demenzen gelten als häufigste und folgenreichste psychiatrische Erkrankungen im höheren Alter und sind durch vielfältige kognitive und nicht-kognitive Symptome gekennzeichnet. Nach einer Darstellung des Krankheitsbildes, der Pathogenese und des Erkrankungsverlaufs wird ein besonderes Augenmerk auf die stationäre Betreuung von Menschen mit Demenz gelegt. Demenzielle Erkrankungen gelten heute als stärkster Prädiktor für den Übergang in eine stationäre Pflegeeinrichtung im höheren Alter. Schätzungen zufolge wechseln 60 % bis 80 % aller von Demenz Betroffenen im Verlauf der Erkrank-

kung aus dem häuslichen Umfeld in ein Pflegeheim. In den letzten Jahren werden die Lebensbedingungen älterer Menschen in stationärer Betreuung aus vielfältigen Perspektiven untersucht, bestehende Handlungsstrategien reflektiert und neue therapeutische Konzepte erprobt. In der Entwicklung geeigneter therapeutischer Ansätze ist dabei zunehmend eine Abkehr von rein pharmakotherapeutischen Strategien, die primär auf den Erhalt und die Verbesserung kognitiver Leistungen zielen, bemerkbar. Hingegen gewinnen verschiedenste psychosoziale Interventionen an Bedeutung, die im Sinne Posts auf die Förderung des subjektiven Wohlbefindens zielen. In der vorliegenden Arbeit steht eine spezifische Form dieser Interventionen im besonderen Fokus: die tiergestützte Intervention. Nach einem Überblick über den Stand der wissenschaftlichen Erforschung förderlicher Mensch-Tier-Begegnungen werden die bislang empirisch belegten Wirkungen tiergestützter Interventionen für demenziell erkrankte Menschen ausführlich vorgestellt und diskutiert. Der Forschungsstand verweist auf potentielle positive Effekte, allerdings bedürfen die Befunde dringend weiterer Überprüfung. Zudem fehlt bislang eine differenzierte Auseinandersetzung mit den Mechanismen, die in tiergestützten Interventionen mit demenziell erkrankten Menschen wirksam werden und die Potentiale begründen. Mögliche Wirkfaktoren werden beschrieben und in einem eigenen Modell zusammengeführt. Vor dem Hintergrund der aktuellen Forschungslage sowie der theoretischen Erklärungsmodelle zu den Wirkeffekten werden Zielstellung, Durchführung sowie zentrale Ergebnisse der eigenen empirischen Untersuchung ausführlich dargestellt. Diskutiert werden insbesondere die Vorteile einer tiergestützten Intervention gegenüber einer Vergleichsintervention, welche ohne den Einbezug von Tieren arbeitet. Die Studienergebnisse zeigen, inwiefern Posts (1995) Annahme, dass der Einsatz von Tieren das emotionale Wohlbefinden und die Eingebundenheit in soziale Gruppen fördern kann, gerechtfertigt ist.

# 1 Alter und Demenz

## 1.1 Alter und Altern im Wandel

Wie in anderen westlichen Gesellschaften ist auch in Deutschland ein demographischer Umbruch zu beobachten, denn – so Lenz, Rudolph und Sickendiek (1999) – „die Modernisierung einer Gesellschaft geht Hand in Hand mit der Alterung ihrer Bevölkerung“ (ebd., S. 16). Mit der Änderung in der Bevölkerungsstruktur sind verschiedene charakteristische Wandlungsprozesse in der sozialrechtlichen Strukturierung der Lebensphase ‚Alter‘ sowie der allgemein-gesellschaftlichen und individuellen Wahrnehmung dieser Phase verknüpft.

### 1.1.1 Die Alterung der Gesellschaft

Die Alterung der deutschen Gegenwartsgesellschaft wird im Wesentlichen durch die anhaltend niedrige Geburtenrate, gegenwärtig 1,38 Kinder je Frau (vgl. Statistisches Bundesamt 2013a), sowie die steigende Lebenserwartung bestimmt. Seit etwa 130 Jahren kann in Deutschland ein kontinuierlicher Rückgang der Sterblichkeit und ein Anstieg der Lebenserwartung beobachtet werden. Zu dieser Entwicklung haben maßgeblich Fortschritte in der Hygiene und der medizinischen Versorgung, der Ernährung, der Wohnsituation sowie die verbesserten Arbeitsbedingungen und der insgesamt gestiegene materielle Wohlstand beigetragen. Durch diese Veränderungen verloren beispielsweise Infektionskrankheiten wie die Tuberkulose, die zu Beginn des 20. Jahrhunderts weit verbreitet war und eine wesentliche Todesursache darstellte, an Bedeutung (vgl. ebd. 2006).

Im Deutschen Reich betrug die Lebenserwartung 1871/1881 bei Geburt für Männer 35,8 und für Frauen 38,4 Jahre (vgl. ebd.). Betrachtet man vergleichend die Sterbetafel 2009/2011 so wird deutlich, dass sich die Lebenserwartung mehr als verdoppelt hat. Männer hatten bei Geburt eine

Lebenserwartung von 77,7 Jahren und Frauen sogar von 82,7 Jahren (vgl. ebd. 2013b). Bis Mitte des 20. Jahrhunderts kann der rasche Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung größtenteils auf die Verringerung der Säuglings- und Kindersterblichkeit zurückgeführt werden. Heute finden Mortalitätsfortschritte in den Industriestaaten fast ausschließlich in den höheren Altersstufen statt. Dementsprechend hat sich die Lebenserwartung der 60-jährigen Männer zwischen 1949/1951 und 2009/2011 um mehr als fünf Jahre, von 16,2 auf 21,3 Jahre, erhöht, für 60-jährige Frauen stieg die Lebenserwartung in diesem Zeitraum sogar um mehr als sieben Jahre, von 17,5 Jahren 1949/1951 auf knapp 25 Jahre 2009/2011 (vgl. ebd. 2012). Die Gruppe älterer Menschen vergrößert sich anteilmäßig zur Gesamtbevölkerung, altert aber durch die gestiegene Lebenserwartung auch in sich. Schimany (2002) spricht in diesem Zusammenhang von einer „doppelte[n] Alterung“ (ebd., S. 24). Durch die gestiegene Lebenserwartung im höheren Erwachsenenalter erhöht sich insbesondere auch die Zahl der Hochaltrigen. Im Jahr 2011 waren rund 5 % der Deutschen 80 Jahre oder älter (vgl. Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung 2013).

Der demographische Umbruch wird sich in den kommenden Jahren fortsetzen. Nach der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (2009) wird die Lebenserwartung bei Geburt 2060 für Männer bei 87,7 und für Frauen bei 91,2 Jahren liegen. Diese statistische Vorausberechnung der Lebenserwartung basiert auf der Trendentwicklung seit 1970 und setzt voraus, dass sich die Verbesserung der medizinischen Versorgung und damit die Verringerung des Sterberisikos in den höheren Altersstufen in gleicher Weise wie in den letzten 35 Jahren fortsetzen werden. Die Prognosen zur künftigen Bevölkerungsentwicklung, die 2009 veröffentlicht worden sind, werden vergleichend zum Stand 2008 dargestellt. Aktuellere Vorausberechnungen liegen bislang nicht vor.

Die Zahl älterer Menschen wird sich nach den Berechnungen bis 2060 deutlich erhöhen. Es werden dann bereits über 5 Millionen mehr 65-Jährige und Ältere in Deutschland leben als im Jahr 2008, wobei sich die Gesamtbevölkerung im selben Zeitraum um mehr als 17 Millionen Menschen reduzieren wird. War im Jahr 2008 noch etwa jede/r Fünfte 65 Jahre oder älter, wird dies 2060 bereits mehr als jede/r Dritte sein. Insbesondere die Gruppe der Hochaltrigen wird im Vergleich zur Gesamtbevölkerung spürbar wachsen. Der Anteil der 80-Jährigen und Älteren wird sich von 5 % 2008 auf 14 % 2060 nahezu verdreifacht haben (vgl. Abbildung 1.1).

Aufgrund der beschriebenen demographischen Alterung kann davon ausgegangen werden, dass in den kommenden Jahrzehnten trotz insgesamt

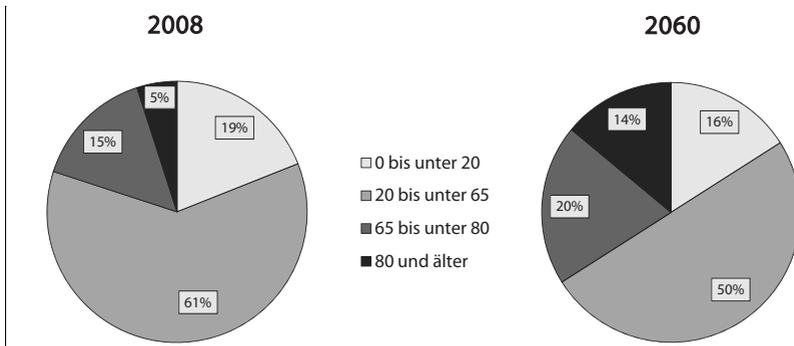


Abbildung 1.1: Altersstruktur der deutschen Bevölkerung 2008 und 2060 (vgl. Statistisches Bundesamt 2009)

rückläufiger Bevölkerungszahlen immer mehr Menschen in Deutschland leben werden, die bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Mehr Menschen werden damit die Lebensphase, die traditionell als das ‚Alter‘ beschrieben wird, erreichen. Diese Lebensphase unterliegt im Zuge des beschriebenen demographischen Umbruchs zahlreichen Wandlungsprozessen und weist gegenwärtig eine hohe Heterogenität auf.

### 1.1.2 Die Lebensphase Alter im Wandel

Das ‚Alter‘ als eigenständige Lebensphase mit spezifischen Eigenschaften existiert in den westlichen Industrienationen erst seit dem 20. Jahrhundert. „Das Alter ist in einer interessanten Weise noch jung“ (Baltes, Mittelstraß 1994, S. 1Xf.). Bis Ende des 19. Jahrhunderts galt Arbeit bis ans Lebensende für die meisten Menschen als unabdingbares Muss. Erst mit einem gestiegenen Lebensstandard, der Rationalisierung der Wirtschaft und der Entstehung eines Rentensystems entwickelte sich in der Zeit der Weimarer Republik der Ruhestand als allgemeingültige Lebensphase. Eine weitere „Errungenschaft des 20. Jahrhunderts“ (Baltes, Baltes 1994, S. 2) ist die enorm gestiegene Lebenserwartung in den Industriestaaten (vgl. Kap. 1.1.1). Nur durch diese beiden Entwicklungen, der gesellschaftlichen Konstruktion des Ruhestandes auf der einen Seite und der Erhöhung des Sterbealters auf der anderen Seite, konnte sich das Alter als arbeitsfreie letzte Phase des Lebens etablieren.

Als wesentlicher Indikator für den Eintritt in diese Lebensphase gilt somit zunächst das Erreichen eines bestimmten kalendarischen Alters. Das

Renteneintrittsalter ist gegenwärtig gesetzlich auf 67 Jahre festgelegt (§ 35 Satz 2 SGB VI) bzw. für vor dem 1. Januar 1947 Geborene auf 65 Jahre (§ 235 Absatz 2 Satz 1 SGB VI). Die Orientierung an dieser Altersgrenze als Definitionskriterium der Lebensphase Alter wird zunehmend kritisiert. Die Situation älterer ArbeitnehmerInnen ist gegenwärtig durch hohe Arbeitsmarkt- und Beschäftigungsrisiken geprägt (vgl. Höpflinger 2007) und entsprechend scheiden trotz des gestiegenen gesetzlichen Rentenalters sehr viele Menschen aus beschäftigungspolitischen Gründen und im Zuge verschiedener Vorruhestandsregelungen vor Erreichen dieses Rentenalters aus dem Erwerbsleben aus (vgl. Schimany 2002). In der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen ist nicht einmal jede/r Dritte versicherungspflichtig beschäftigt (29.4 %; vgl. Bundesagentur für Arbeit 2013). Wird das Alter also als Lebensphase definiert, deren Beginn durch das altersbedingte Ausscheiden aus dem Berufsleben bestimmt wird, so kann man eine ‚Verjüngung‘ des Alters konstatieren.

Bäcker und Kollegen (2010) identifizieren neben dieser ‚Verjüngung‘ noch weitere Tendenzen, die den gegenwärtigen Strukturwandel der Lebensphase Alter kennzeichnen: Hochaltrigkeit, Ausdehnung, Feminisierung, Singularisierung und Differenzierung. Durch die gestiegene Lebenserwartung erreichen heute immer mehr Menschen ein sehr hohes Alter und damit den Lebensabschnitt, der in der Literatur auch als Hochaltrigkeit bezeichnet wird. Gegenwärtig ist etwa jede/r zwanzigste Deutsche mindestens 80 Jahre alt. Nach den Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes (2009) wird dies in 50 Jahren bereits jede/n Siebten betreffen. Eng verknüpft mit dem Phänomen der Hochaltrigkeit und der Verjüngung des Alters ist die zeitliche Ausdehnung der Altersphase. Das frühere Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und die gestiegene Lebenserwartung bewirken eine Verlängerung der Lebensphase Alter. Sie umfasst heute für viele Menschen eine Zeitspanne von drei Jahrzehnten oder mehr.

Deutlich erkennbar ist auch ein Trend zur Feminisierung des Alters. Insbesondere in den höchsten Altersgruppen gibt es einen deutlich größeren Anteil von Frauen als von Männern. Dieses Ungleichgewicht ist nach Backes (2005) hauptsächlich auf die höhere Lebenserwartung von Frauen und auf die kriegsbedingten Verluste auf Seiten der Männer zurückzuführen. In den letzten Jahren sind die demographischen Auswirkungen des Krieges zwar rückläufig, nach dem Datenreport 2013 sind sie in den höchsten Altersgruppen aber immer noch spürbar. In der Gruppe der 60- bis unter 70-Jährigen ist der Anteil der Frauen mit 51 % noch leicht erhöht, in den höheren Altersgruppen verstärkt sich das Ungleichgewicht. So beträgt der Frauenanteil bei den 70- bis unter 80-Jährigen 55 % und bei den 80-Jährigen und Älteren sogar

fast 66 % (vgl. Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung 2013).

Ältere Frauen sind zudem deutlich häufiger verwitwet, dies nicht allein aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung, sondern auch aufgrund der geschlechtstypischen Unterschiede im Heiratsalter. Ältere Frauen leben entsprechend häufig allein. Diese Tendenz zur Singularisierung, die bei beiden Geschlechtern im höheren Alter zu beobachten ist, wird gegenwärtig dadurch verstärkt, dass viele Menschen altern, die auch schon in früheren Lebensphasen allein leben (Ledige, Geschiedene bzw. getrennt Lebende). Auch das Zusammenleben mit Kindern oder Enkelkindern verliert zunehmend an Bedeutung. Junge und auch alte Menschen ziehen häufig eine eigene Wohnung dem gemeinsamen Haushalt vor. Die räumliche Trennung wird dabei von beiden Seiten zumeist positiv erlebt und bedeutet nicht zwangsläufig, dass die familiären Beziehungen weniger eng oder bedeutsam sind. Trotz – oder gerade aufgrund – der räumlichen Trennung bestehen oft intensive Beziehungen (vgl. Lehr 2000). Dies wird auch als „innere Nähe bei äußerer Distanz“ (BMFSFJ 2001, S. 37) oder als „Intimität auf Abstand“ (Bäcker et al. 2010, S. 365) beschrieben.

Aufgrund der Veränderungen, denen die Lebensphase Alter gegenwärtig unterliegt, weist das Alter heute unzählige Facetten auf.

„Alte Menschen sind nicht Mitglieder einer homogenen Kategorie. Genau das Gegenteil ist der Fall. Altern ist gekennzeichnet durch Plastizität (Formbarkeit), Variabilität zwischen Funktionen und Personen und ein hohes Maß an biografischer Individualität“ (Baltes 2007, S. 16).

Diese Heterogenität und Komplexität erfordert daher den Versuch einer weiteren Differenzierung dieser Lebensphase.

### *1.1.3 Differenzierung des Alters*

In der Wissenschaft wird zunehmend diskutiert, ob es überhaupt noch möglich ist, die Jahre nach dem Eintritt in den Ruhestand in eine Lebensphase zu fassen. Nach Rott (2011) machen „[d]ie sich immer mehr ausdehnende Länge des menschlichen Lebens und die enorme Zunahme der Hochaltrigkeit [...] eine Unterscheidung des Alters in mehrere Lebensphasen notwendig“ (ebd., S. 58). Eine Möglichkeit, der Heterogenität und Komplexität des Alters zu begegnen, ist eine Differenzierung der älteren Bevölkerung in ‚junge Alte‘ und ‚alte Alte‘, korrespondierend mit der phasenspezifischen Einteilung in das ‚Dritte‘ und ‚Vierte Lebensalter‘. Neugarten nahm bereits 1974 eine

Unterteilung in ‚young-old‘ und ‚old-old‘ vor. Als ‚junge Alte‘ werden von ihr die 55- bis 75-Jährigen bezeichnet, die frei von familiären und beruflichen Verpflichtungen und bei guter Gesundheit ihr Leben selbstbestimmt und ohne Unterstützung meistern. Nach Neugarten (1974) markiert der Übergang vom Berufsleben in den Ruhestand den Übergang zum ‚jungen Alter‘. Da der Berufsausstieg zunehmend früher erfolgt, wird das 55. Lebensjahr als untere Altersgrenze definiert. Kennzeichnend für die ‚alten Alten‘ ist eine deutliche Zunahme gesundheitlicher Probleme. Die Wahrscheinlichkeit von chronischen Krankheiten, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit ist bei den ‚alten Alten‘ im Vergleich zu den ‚jungen Alten‘ wesentlich erhöht.

In ähnlicher Weise wie Neugarten (1974) differenziert auch Laslett (1995) die Lebensphase Alter. Er unterscheidet zwischen dem ‚Dritten Alter‘ als „Alter der persönlichen Errungenschaften und Erfolge“ und dem ‚Vierten Lebensalter‘ als „Zeit der unabänderlichen Abhängigkeit, der Altersschwäche und des Todes“ (ebd., S. 35). Durch die Konstruktion des ‚Dritten Lebensalters‘ soll der Erhöhung der durchschnittlichen Zeit aktiver, durch das Alter nicht wesentlich beeinträchtigter Lebensmöglichkeit Rechnung getragen werden. Dies trifft nach Baltes und Smith (2003) heute auf den überwiegenden Teil der 60- bis 80-Jährigen in hochentwickelten Industrieländern zu. Dies bedeutet nicht, dass die Menschen dieser Altersgruppe keinerlei körperliche Funktionseinbußen aufweisen. Nach den Ergebnissen der Berliner Altersstudie lässt sich bei nahezu allen Menschen ab dem 70. Lebensjahr mindestens eine Krankheit diagnostizieren. Die meisten älteren Menschen leiden dabei unter chronischen körperlichen Erkrankungen, die zwar mit verschiedenen subjektiven Beschwerden einhergehen, aber nicht unmittelbar lebensbedrohlich sind und nicht zwangsläufig dazu führen, dass Hilfe und Unterstützung in Anspruch genommen werden muss (vgl. Steinhagen-Thiessen, Borchelt 1999).

Eine weit verbreitete theoretische Folie zur Begründung, wie ‚erfolgreiches Altern‘ trotz objektiver und subjektiv erlebter Einschränkungen gelingen kann, bietet ein von einer Forschergruppe um Baltes entwickeltes Modell des effektiven Lebensmanagement: das Modell der ‚selektiven Optimierung mit Kompensation‘ (vgl. u.a. Baltes, Baltes 1989; Baltes 1990; Baltes, Baltes 1994; Baltes 1996; Baltes 2007). Die drei prototypischen Prozesse – Selektion, Kompensation und Optimierung – erlauben es demnach einem älteren Menschen „trotz Verlusten aktiv, erfolgreich und produktiv zu altern“ (Baltes 1996, S. 404). Selektion beschreibt dabei die Leistung, sich auf einzelne Bereiche zu konzentrieren, die von hoher Priorität sind und in denen Fertigkeiten und Leistungsfähigkeiten, Umwelтанforderungen und persönliche

Motivierung zusammentreffen. Optimierung bezieht sich auf die Annahme, dass Menschen in der Lage sind, körperliche und kognitive Fähigkeiten zu trainieren und das Niveau ihrer Kapazitätsgrenzen anzuheben. Der dritte Prozess, die Kompensation, setzt immer dann ein, wenn Einschränkungen in bestimmten Funktionsbereichen erlebt werden. Diese Bewältigungsstrategien erlauben es dem/r Einzelnen, den individuellen Alternsprozess proaktiv zu gestalten und auch im höheren Lebensalter selbstbestimmt und subjektiv zufrieden zu leben. Insbesondere vor dem Hintergrund multipler schwerwiegender Einbußen in verschiedenen Funktionsbereichen gelingt dieser Prozess allerdings zunehmend weniger. ‚Erfolgreiches Altern‘ scheint dann kaum mehr möglich und der Übergang zum ‚Vierten Alter‘ beginnt.

Auch wenn immer mehr Menschen nach dem Austritt aus dem Berufsleben zunächst das ‚Dritte Alter‘ erreichen und noch Jahre bis Jahrzehnte selbstständig ihr Leben gestalten können, darf dies nicht dazu verleiten, „Krankheit und Pflegebedürftigkeit überhaupt als Phänomene aus der Lebenswirklichkeit von alten Menschen auszublenden“ (Lenz, Rudolph, Sickendiek 1999, S. 78). Bei den über 80-Jährigen im ‚Vierten Alter‘ werden Pflege- und Hilfsbedürftigkeit zunehmend zur Regel und es entsteht nach Baltes (2007) „das Bild eines mehr und mehr gleichförmigen Verlustgeschehens in praktisch allen Dimensionen des Lebens“ (ebd., S. 16). In diesem Lebensabschnitt nehmen neben körperlichen Beschwerden Beeinträchtigungen in kognitiven Leistungen deutlich zu. Insbesondere die Prävalenz von Demenzerkrankungen steigt mit dem Alter kontinuierlich. Zahlreiche empirische Befunde bestätigen die Annahme eines ‚Vierten Alters‘ als eines Lebensabschnitts, in dem sich die Wahrscheinlichkeit von Pflege- und Hilfsbedürftigkeit im Vergleich zum ‚Dritten Alter‘ deutlich erhöht. Während nach Angaben der Pflegestatistik in der Gruppe der 70- bis 75-Jährigen nur jede/r Zwanzigste pflegebedürftig ist, betrifft dies bei den 75- bis 80-Jährigen bereits jede/n Zehnte/n. In den höchsten Altersschichten beschleunigt sich der Trend zur Pflegebedürftigkeit weiter. So sind in der Altersgruppe der 85- bis 90-Jährigen bereits fast 40 % und bei den 90-Jährigen und Älteren sogar knapp 60 % pflegebedürftig (vgl. Statistisches Bundesamt 2013c).

Auch die Ergebnisse der Berliner Altersstudie bestätigen die Tendenz zu einem Anstieg der Pflege- und Hilfsbedürftigkeit mit fortschreitendem Alter. Zwar gaben 78 % der 70-jährigen und älteren Befragten in der Berliner Altersstudie an, zu einer völlig selbstständigen und unabhängigen Lebensführung in der Lage zu sein, doch ist ein sprunghafter Anstieg der Hilfsbedürftigkeit im höchsten Alter ab dem 85. Lebensjahr zu verzeichnen. Benötigten beispielsweise in der Gruppe der 70- bis 84-Jährigen nur 9.3 % der Männer und

8.5 % der Frauen Hilfe beim Baden bzw. Duschen, so waren es bei den 85-Jährigen und Älteren 31.8 % der Männer und sogar 60.5 % der Frauen. Auch im Bereich der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) wie zum Beispiel Einkaufen oder Erledigung von Haushaltsaufgaben konnte etwa eine Verdreifachung des Unterstützungsbedarfs im Vergleich der beiden Altersgruppen festgestellt werden (vgl. Steinhagen-Thiessen, Borchelt 1999). Diese objektiv gegebenen Einbußen sind dabei aber nicht zwangsläufig als subjektiv hoch belastend zu werten. Verschiedene Studien verweisen vielmehr darauf, dass das psychische Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit nicht nur von funktionellen Fähigkeiten bzw. dem Verlust derselben beeinflusst wird, sondern auch von anderen Faktoren abhängig ist (vgl. Kap. 1.1.5).

Auch wenn die Existenz des ‚Vierten Alters‘ empirisch gut bestätigt scheint, wird die Differenzierung zwischen ‚jungen Alten‘ und ‚alten Alten‘ bzw. ‚Drittem‘ und ‚Viertem Alter‘ von verschiedenen AutorInnen kritisch betrachtet. So sieht etwa Lehr (2012) die Festlegung von Altersgrenzen, die den Übergang zwischen den Phasen markieren, als schwierig an. Sie verweist auf die individuell verschiedenen Altersverläufe und empfiehlt eher eine Orientierung an einem ‚functional age‘, der „Funktionsfähigkeit verschiedener körperlicher und seelisch-geistiger Fähigkeiten“ (ebd., S. 15), als an kalendarischen Altersangaben, wie sie insbesondere in empirischen Studien zur Unterscheidung zwischen ‚jungem‘ und ‚altem Alter‘ herangezogen werden. Auch in anderer Hinsicht wird die Differenzierung der Altersphase kritisiert. So weisen Aner, Karl und Rosenmayr (2007) auf die Gefahr hin, dass

„[m]it dem euphorischen Blick auf die ‚jungen Alten‘ im Dritten Alter [...] problematische Lebensereignisse wie Partnerverlust, Verwitwung und bedrohliche Hilfs- und Pflegebedürftigkeit allzu leicht ins Vierte Alter jenseits des 80. bzw. 85. Lebensjahrs verdrängt [werden]“ (ebd., S. 23).

Pichler (2010) argumentiert in ähnlicher Weise. Sie führt aus, dass durch die einseitige Fokussierung auf Aktivität, Produktivität und Selbstbestimmung der ‚jungen Alten‘ Krankheiten und Unterstützungsbedarfe als „Norm abweichende Besonderheiten ins Abseits geschoben [werden]“ (ebd., S. 418). Amrhein (2013) verweist besonders deutlich auch auf die sozialpolitische Dimension der aktuellen Diskussion um eine Differenzierung der Altersphase:

„Die symbolische Aufwertung des dritten Alters erfolgt komplementär zur symbolischen Diskreditierung des vierten Alters. Auf diese Weise entsteht ein sozialpolitisches und kulturelles ‚Feld des dritten Alters‘, das als Kontrast das abschreckende Bild eines hilflosen ‚vierten Alters‘ erzeugt“ (ebd., S. 14).

Auch Motel-Klingebl, Ziegelmann und Wiest (2013) sehen in der kategorialen Trennung verschiedener Lebensphasen im Alter eine Gefahr der Abspaltung und Ausblendung differenter, insbesondere problematischer Facetten des Alterns in der sozialpolitischen Debatte. Baltes und Baltes beschreiben in ihren Schriften selbst explizit die Heterogenität und Komplexität des Alterns und warnen vor vorschnellen Verallgemeinerungen. Auch wenn eine relative Ähnlichkeit zwischen den Personen der jeweiligen Altersgruppe bestehe, dürfe dies „nicht darüber hinweg täuschen, daß die Variabilität innerhalb jeder dieser Altersgruppierungen außerordentlich groß ist“ (Baltes, Baltes 1994, S. 15).

#### 1.1.4 Altersstereotype

Altersbilder bzw. Altersstereotype sind „Vorstellungen über das Alter, über die im Alternsprozess zu erwartenden Veränderungen und über die für ältere Menschen mutmaßlich charakteristischen Eigenschaften“ (BMFSFJ 2001, S. 64). Filipp und Mayer (2005) weisen ergänzend darauf hin,

„dass es sich bei altersstereotypgeleiteten Eigenschaftszuschreibungen um Übergeneralisierungen handelt: Der Zustand ‚alt‘ ist danach mehr oder minder automatisch mit bestimmten Eigenschaften (z. B. ‚vergesslich‘) verknüpft, und diese werden einem Menschen alleine auf Grund seines Alters – in Absehung seiner individuellen Besonderheiten – zugeschrieben“ (ebd., S. 26).

Bis ins 19. Jahrhundert herrschte nach Tews (1991) die Vorstellung des Alters als einer Phase, die durch körperliche Funktionseinbußen, Krankheit und Gebrechlichkeit charakterisiert ist. Diese Auffassung spiegelt sich deutlich in den Darstellungen so genannter Lebenstreppe oder Lebensbögen wider, die vom 16. bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts weit verbreitet waren (vgl. Schenda 1983; Will 1983). Abbildung 1.2 zeigt die im 19. Jahrhundert übliche Darstellung der ‚Stufenalter des Menschen‘. Der erste Teil der Lebensspanne, also Kindheit, Jugend und das frühe Erwachsenenalter, ist demnach die Zeit des Wachstums, des Gewinns von Möglichkeiten. Ausgehend von den Kompetenzen des mittleren Erwachsenenalters folgt dann die Zeit des Abbaus, des Schwindens von Kräften (vgl. Walter 2006). In dieser Tradition wird das Alter klar als eine Phase des Verlusts von Kompetenzen und Möglichkeiten interpretiert.

Der Vorstellung eines zwangsläufigen Abbaus der körperlichen, geistigen, sozialen und emotionalen Fähigkeiten mit fortschreitendem Alter wird theoretisch im so genannten Defizitmodell des Alterns gefasst. Jüngere Menschen