



Karsten Hank | Michael Wagner | Susanne Zank [Hrsg.]

Altersforschung

Handbuch für Wissenschaft und Studium

2. Auflage



Nomos
Handbuch

Karsten Hank | Michael Wagner | Susanne Zank [Hrsg.]

Altersforschung

Handbuch für Wissenschaft und Studium

2., aktualisierte und erweiterte Auflage

Mit Beiträgen von

Heike Baranzke | Frank Berner | Susanne Brose | Josef Ehmer | Yvonne Eisenmann | Lea Ellwardt | Marcel Erlinghagen | Uwe Fachinger | Luise Geithner | Thomas Görgen | Bernadette Groebe | Helen Güther | Hans Gutzmann | Karsten Hank | Daniel Hauber | Peter Häussermann | Rolf G. Heinze | Kira Hower | Daniela Klaus | Lars-Oliver Klotz | Sebastian Klüsener | Helena Kukla | Franziska Landgraf | Katharina Mahne | Andreas Mergenthaler | Michael Neise | Frank Oswald | Johannes Pantel | Susanne Penger | Holger Pfaff | Timo-Kolja Pfortner | M. Cristina Polidori | Holger Schmidt | Laura Schmidt | Katrin Schneiders | Frank Schulz-Nieswandt | Andreas Simm | Julia Simonson | Anja Steinbach | Anna Storms | Julia Strupp | Clemens Tesch-Römer | Claudia Vogel | Raymond Voltz | Michael Wagner | Hans-Werner Wahl | Judith Wenner | Inka Wilhelm | Christiane Woopen | Susanne Zank | Melanie Zirves



Nomos
Handbuch

© Titelbild: skynesher – istockphoto.com

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

ISBN 978-3-7560-0430-0 (Print)

ISBN 978-3-7489-3809-5 (ePDF)



Onlineversion
Nomos eLibrary

2., aktualisierte und erweiterte Auflage 2023

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2023. Gesamtverantwortung für Druck und Herstellung bei der Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Vorwort zur 2. Auflage

Dass der Nomos Verlag uns nur wenige Jahre nach Erscheinen der 1. Auflage des „Handbuchs Altersforschung“ (2019) um die Herausgabe einer 2. Auflage gebeten hat, werten wir als erfreuliches Indiz dafür, dass das Handbuch – wie von uns erhofft – tatsächlich eine bis dahin bestehende Lücke in der deutschsprachigen Literatur zum Altern hat schließen können.

Die „Ausgangslage, Kontexte und Konturen“ des Handbuches, so, wie sie von uns in der Einleitung der Erstauflage skizziert wurden, sind weitgehend konstant geblieben. Wir können uns daher im Folgenden darauf beschränken, die – neben der Aktualisierung aller und textlichen Straffung einiger Kapitel – wesentlichen Änderungen der vorliegenden Auflage nur kurz zu benennen:

Erstens hat sich Frank Schulz-Nieswandt aus dem Kreis der Herausgebenden verabschiedet, um mehr Zeit für seine vielfältigen eigenen – ebenfalls häufig bei Nomos verlegten – Publikationsprojekte zu haben. Wir wünschen Frank hierbei weiterhin viel Erfolg, bedanken uns für seine Mitherausgeberschaft bei der Erstauflage und freuen uns, dass er weiterhin als Autor eines Beitrags zur Frage „Was ist Altern und wie erforscht man es wozu?“ im Handbuch vertreten ist!

Zweitens finden sich in der Neuauflage zwei ganz neue Kapitel, die sich mit „Bevölkerungsperspektiven auf das Altern“ (Mergenthaler & Klüsener) sowie dem Thema „Seniorenpolitik“ (Bernier) befassen. Der in der 1. Auflage enthaltene Beitrag von Schломann & Rietz zur „Erhebung von Daten in der älteren Bevölkerung“ wurde hingegen gestrichen.

Drittens hat die im Jahr nach Erscheinen der Erstauflage ausgebrochene COVID-19-Pandemie das Leben im Alter (und die Altersforschung) auf bis dahin kaum vorstellbare Weise verändert. Während wir auf ein eigenes Kapitel zu den Folgen der Pandemie in der vorliegenden Auflage des Handbuchs verzichtet haben, finden sich in etlichen der aktualisierten Beiträge jedoch Hinweise auf diesbezügliche Studien und wir möchten zudem auf entsprechende Themenschwerpunkte einschlägiger nationaler (z.B. Köller & Simm 2022) und internationaler Fachzeitschriften (z.B. Kelley 2022; Meeks 2021; Tesch-Römer & Lamura 2021) verweisen.

Wir hoffen, auch mit der Neuauflage unseres Handbuchs für Wissenschaft und Studium einen guten Zugang zum weiten Feld der Altersforschung zu bieten!

Karsten Hank, Michael Wagner, Susanne Zank

Köln, im Februar 2023

Literatur

- Kelley, J. A. (2022). Viewing COVID-19 Through a Telescope: Exploring the Longer-Term Social, Emotional, and Health Impacts of the Pandemic for Older Adults – Introduction to the Aging and COVID 2.0 Special Collection. *The Journals of Gerontology: Series B*, 77(7), e96-e99. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbac076>
- Köller, M. & Simm, A. (2022). COVID-19 im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 55(7), 545. <https://doi.org/10.1007/s00391-022-02127-2>
- Meeks, S. (2021). Gerontology in a Time of Pandemic: An Introduction to the Special Collection. *The Gerontologist*, 61(1), 1-2. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa195>
- Tesch-Römer, C. & Lamura, G. (2021). Older adults in the first wave of the Corona pandemic. *European Journal of Ageing*, 18(2), 145-147. <https://doi.org/10.1007/s10433-021-00629-3>

Einleitung zur 1. Auflage: Ausgangslage, Kontexte und Konturen des Handbuchs

Das vorliegende Handbuch trägt das Wissen über das Alter und das Altern in „westlichen“ Gesellschaften aus sozialwissenschaftlicher Perspektive zu Beginn des 21. Jahrhunderts zusammen. Die sozialwissenschaftlichen Perspektiven gehen allerdings – trotz der Bedeutung der überwiegend genutzten empirischen Sozialforschung – über die Soziologie hinaus und integrieren, im Schnittbereich zu originär sich gerontologisch definierenden Forschungen, psychologische und verhaltenswissenschaftliche Perspektiven, rechtliche und sozialökonomische Dimensionen sowie Aspekte und Erträge der Versorgungsforschung. Ganz wesentlich erweitert jedoch der als „lead article“ in diesem Handbuch zu verstehende Beitrag von Josef Ehmer die so skizzierte sozialwissenschaftliche Perspektive um eine universalhistorische Sicht und den vergleichenden Blick der nordatlantischen (insbesondere europäischen) Geschichte um einen Einblick in die Forschung zur Geschichte von Asien (insbesondere China, Korea, Japan).

Der Beitrag von Ehmer mag einleitend helfen, jenen zivilisatorischen Stand der Alterungsprozesse und der gesellschaftlichen Umgangsweise mit diesen Prozessen (Schulz-Nieswandt 2008) zu erläutern, um sodann zu verstehen, wie die moderne sozialwissenschaftliche Altersforschung vor diesem Entwicklungshintergrund ansetzt. Ehmer vertritt als Zugang zur Altersforschung eine von der Historischen Anthropologie (Tanner 2017) geprägte Historische Sozialwissenschaft (klassisch: Wehler 1980). Sodann können die Beiträge des vorliegenden Handbuchs, eingeordnet in die bisherigen internationale und deutschsprachige Handbuch- und z.T. Lehrbuchliteratur (Abschnitt 2 dieser Einleitung), angemessen in ihren thematischen und methodologisch-methodischen Positionierungen gesichtet werden (Abschnitt 3 dieser Einleitung).

1. Ausgangslage: die lange, ambivalente Vorgeschichte des modernen Alter(n)s

Ausgangspunkte sind die Befunde zur Vielfalt des Alterns und des Alters, zur Varianz und Variabilität, zur Ambivalenz und Vulnerabilität, zur jeweiligen Individualität und sozialen Strukturierung sowie zur kulturellen Prägung. Die etwa in der „langen Dauer“ traditioneller Altersbilder (vgl. Ehmer in diesem Band) beobachtbare Kontinuität in der Geschichte von Alter(n)sauffassungen fokussiert dabei auf eine gewisse Heterogenität, also auf eine Vielfalt der Alter(n)sansichten und damit auf die Ambivalenz dieser Bilder. Ambivalenz meint allerdings nochmals mehr und anderes als die Betonung der Vielfalt. Gerade mit Blick auf die Hochaltrigkeit (vgl. Wenner et al. in diesem Band) wird eher das tragische Dilemma und mitunter das erlebbare soziale Alltagsdrama erkennbar, wonach mit dem Wunsch nach einem hohen Alter dann auch die Herausforderung der Annahme, Akzeptanz und Bewältigung der Schattenseiten des hohen Alters verbunden sind. Erstmals am Ende des 20. und zu Beginn des 21. Jahrhunderts pocht der Diskurs überaus deutlich auf die Vielfalt der Altersverläufe und auf die vielen Gesichter des Alters als Herausforderung, aber eben auch als Chance. In der

Altenberichterstattung der Bundesregierung ist dies die dominante Interpretationslinie geworden und in den vorliegenden Beiträgen des Handbuchs repliziert sich dieser Blick.

2. Kontext: die internationale und deutschsprachige Handbuch- bzw. Lehrbuchliteratur zum Alter(n)

Der gesellschaftliche Umgang mit dem Alter(n) steht mitten in einem Umbruch, dessen Ausgang noch offen bleibt (vgl. dazu den Beitrag von Schulz-Nieswandt in diesem Band). Erstmals in der Geschichte hat das Alter eine Chance auf ein goldenes Zeitalter, zumindest im nord-westlichen Zentrum des europäischen Raumes, denn die materiellen Verhältnisse, von denen Ehmer schreibt, sie hätten die spannungsvollen Generationenbeziehungen in älteren Zeiten immer wieder belastet, haben sich in einer historisch unvergleichbaren Weise verändert. Dies gilt trotz der Probleme der Alterssicherung und der Altersarmut (vgl. den Beitrag von Fachinger in diesem Band), die in den Beiträgen in diesem Handbuch entfaltet werden, etwa mit Blick auf Gesundheits- und Pflegeversorgung, Wohnen und Mobilität, soziale Beziehungen, Einsamkeit, Sterben und Tod etc. (Schulz-Nieswandt 2017). In den Semi-Peripherien und vor allem in den Peripherien der so genannten Dritten und Vierten Welt, in denen die Alterung der Bevölkerung ebenso ein Thema wird, bleibt Europa das *Ganz Andere* der menschlichen Daseinsherausforderungen.

Aus den USA liegen mehrere umfassende und erstklassige Handbücher zur sozialwissenschaftlichen Altersforschung vor (Bengtson et al. 2009; Dannefer & Phillipson 2010; Settersten & Angel 2011). Aber nicht nur in den USA, sondern auch in Deutschland hat die sozialwissenschaftliche Altersforschung in den letzten Jahrzehnten einen bedeutsamen Aufschwung genommen. Das zeigt sich nicht zuletzt an der beeindruckenden Anzahl von neueren deutschsprachigen Enzyklopädien, Hand- und Lehrbüchern, die sich vor allem aus soziologischer und sozialpsychologischer, aber auch aus multidisziplinärer Sicht der Altersforschung widmen. Umfassende Darstellungen vor allem zur Psychologie des Alterns haben Ursula Lehr (2007), Mike Martin und Matthias Kliegel (2014) sowie Hans-Werner Wahl (2017) vorgelegt, während sich die Bände von Wolfgang Voges (2008), Gertrud M. Backes und Wolfgang Clemens (2013) sowie Silke van Dyk (2015) in erster Linie der Alterssoziologie oder der Soziologie des höheren Lebensalters widmen.

Der multidisziplinäre Charakter der Altersforschung wird deutlich, wenn man sich die von Andreas Kruse und Mike Martin herausgegebene Enzyklopädie der Gerontologie aus dem Jahr 2004 ansieht, die immerhin 42 Kapitel umfasst. Ebenso eine umfassende Einführung in die Altersforschung mit Schwerpunkt auf historischen und methodischen Fragen der Gerontologie liefern Hans-Werner Wahl und Vera Heyl (2015). Ebenso befassen sich Andreas Kruse und Hans-Werner Wahl (2010) sowie Hans-Werner Wahl und Heidrun Mollenkopf (2007) auf breiter theoretischer und empirischer Grundlage mit aktuellen und zukünftigen Herausforderungen des Alterns.

Mit dem Aufkommen der empirischen Altersforschung sind auch zunehmend Publikationen erschienen, die empirische Befunde aus großen sozialwissenschaftlichen, ebenfalls interdisziplinär angelegten Projekten präsentieren. So werden von Axel Börsch-Supan et al. (2009; 2011) empirische Befunde aus dem Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) berichtet, Ergebnisse der Berliner

Altersstudie werden von Karl Ulrich Mayer und Paul B. Baltes (1996) und Ulman Lindenberger et al. (2010) dargestellt. Schließlich lassen sich die Befunde des Deutschen Alterssurveys in zahlreichen Buchpublikationen des Deutschen Zentrums für Altersfragen nachlesen (vgl. Mahne et al. 2017; Kohli/Künemund 2005; Motel-Klingebiel et al. 2010; Tesch-Römer et al. 2006). Zur Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) gibt es einen Abschlussbericht (BMFSFJ 2008) sowie einen Ergebnisband, der von Peter Martin et al. (2010) herausgegeben wurde. Generali Deutschland (2017) stellt Befunde aus einer Altersstudie vor, deren Aussagekraft aufgrund einer selektiven Stichprobe allerdings beschränkt ist.

Schließlich beschäftigt sich eine kaum übersehbare Buchliteratur mit dem Verhältnis zwischen Altersforschung und Sozialpolitik (z.B. Schulz-Nieswandt 2006) sowie den Anwendungen gerontologischer Erkenntnisse oder der Altersmedizin für spezielle Berufe, beispielsweise in der Pflege, in der Altenhilfe, in der Sozialarbeit oder im psychotherapeutischen Bereich (vgl. Heuft, Kruse & Radebold 2006; Neubart 2015; Raem et al. 2005; Wahl et al. 2012; Zank et al. 2010 u.v.a.). Ebenso nicht zu überblicken ist die deutsche Buchlandschaft, die sich theoretisch und empirisch speziellen Aspekten des Alterns oder der Lebenssituation alter Menschen widmet. So gibt es schon mehrere Buchreihen (z.B. die Buchreihe der Sektion Alter(n) und Gesellschaft der Deutschen Gesellschaft für Soziologie im Springer Verlag; die Reihe Grundriss Gerontologie im Kohlhammer Verlag), die sich den zahlreichen sozialen, psychischen und körperlichen Facetten des Alterns, Teilgruppen der älteren und alten Bevölkerung, der Sozialstruktur und Kultur des Alterns sowie dem zeitgeschichtlichen Kontext widmen, in dem Männer und Frauen altern.

Wenn wir trotz dieser reichhaltigen Literatur ein weiteres Handbuch zur Altersforschung vorlegen, dann auch deswegen, weil wir damit neueren und neuesten Entwicklungen in der Altersforschung Rechnung tragen wollen. Angesichts einer rasch voranschreitenden empirischen Forschung, einer zunehmenden disziplinären Breite dieses Forschungsfeldes und einer wachsenden sozialpolitischen Relevanz alternder Bevölkerungen soll dieses Handbuch die vorhandene deutschsprachige Hand- und Lehrbuchliteratur weiterführen und auch neu entstandene Lücken füllen.

Die Beiträge dieses Handbuchs reflektieren und präsentieren den Stand der nationalen und internationalen Theorieentwicklung sowie der empirischen Forschung in den verschiedenen Bereichen sozialwissenschaftlicher Altersforschung. Dabei stellen wir die aus sozialwissenschaftlicher Sicht relevanten interdisziplinären Bezüge her, sodass wir uns einem enzyklopädischen Anspruch vorsichtig und achtsam nähern. Die Achtsamkeit bezieht sich auch auf die Grenzen des Machbaren. Neuere kulturwissenschaftliche Altersforschungsbeiträge, insbesondere aus dem Post-Strukturalismus kommend, sind nicht eigens berücksichtigt worden.

3. Konturen des vorliegenden Handbuchs

Trotz der Einsicht in die Notwendigkeit einer die Disziplinen übergreifenden Annäherung an „das Alter“ und Alternsprozesse¹ bleibt jeder Überblick über den Stand der Forschung nahezu unvermeidlich

¹ An unserer Heimatinstitution – der Universität zu Köln – finden sich einige hervorragende Beispiele dafür, wie erfolgreiche interdisziplinäre Altersforschung aussehen kann, z.B. das Exzellenzcluster CECAD zur Erforschung der molekularen

selektiv. Der Fokus des vorliegenden Handbuchs Altersforschung liegt auf einschlägigen Beiträgen der Sozial- und Verhaltenswissenschaften und deren Zugang zu ausgewählten Aspekten des Alter(n)s.

Die Entscheidung hierfür ist nicht nur in der entsprechenden fachlichen Expertise der Herausgeberin und der Herausgeber begründet, sondern auch darin, dass die Wahrnehmung des Alters und die öffentliche Debatte über die Bevölkerungsalterung lange durch negative Stereotype sowie einen einseitig negativen Duktus („Überalterung“) gekennzeichnet waren und dass Altersdiskriminierung („ageism“) nach wie vor ein nennenswertes Problem darstellt. Obwohl inzwischen auch der Heterogenität des Alters angemessenere Altersbilder entstanden sind, die z. B. auf bislang teilweise ungenutzte Chancen und Potenziale des Alters verweisen, sehen wir es nach wie vor als wichtige Aufgabe der Sozial- und Verhaltenswissenschaften an, durch empirische fundierte Analysen zu einem sachlich-konstruktiven Diskurs beizutragen.

Tragende Säulen des vorliegenden Bandes sind – natürlich – die als „klassisch“ zu bezeichnenden Kernthemen. Hierzu zählen: (1) Theorien des Alterns und der Altersforschung (vgl. Klotz & Simm sowie Tesch-Römer); (2) die Kapitel zum Themenkreis der ökonomischen Lage und der Einkommensarmut (Fachinger) sowie der sozialen Ungleichheiten (Simonson & Vogel) im Alter, die durch einen Blick auf die sozioökonomischen Potenziale des Alters (Heinze & Schneiders) ergänzt werden; (3) die Beiträge zur seelischen (Gutzmann & Pantel) und körperlichen (Polidori & Häussermann) Gesundheit, einschließlich der medizinisch-pflegerischen Versorgung Älterer (Hower et al.) bis hin zum Lebensende (Strupp et al.); und (4) die Betrachtung sozialer Netzwerke (Ellwardt & Hank), einschließlich Partnerschaft und Familie (Klaus & Mahne) sowie gesellschaftlicher Teilhabe (Erlinghagen & Hank). Aus einer „demographischen“ Perspektive sind (5) die Themen Migration (Steinbach), Geschlecht (das als Querschnittsthema in den einzelnen inhaltlichen Kapiteln behandelt wird) und auch die Hochaltrigkeit (Neise et al.) zu nennen.

„Emerging topics“ wie das der Hochaltrigkeit bilden eine zweite Säule des vorliegenden Handbuchs, das den Blick auch auf bislang häufig eher randständig behandelte Themen und Perspektiven lenken will, die dazu geeignet sind, „klassische“ Betrachtungsweisen zur ergänzen. Hervorgehoben werden sollen hier u.a. die Lebensverlaufsperspektive (Wagner & Geithner) und die historisch-kontextuelle Perspektive (Wilhelm & Zank sowie insbesondere Ehmer) auf das Alter(n). Thematisch wichtige Ergänzungen des üblichen Kanons inhaltlicher Forschung stellen die Kapitel zu Gewalterfahrungen (Neise & Zank), Straffälligkeit (Kunz & Görden), Sexualität (Brose & Zank) und Spiritualität (Janhsen & Woopen) im Alter sowie die Ethik des Alterns (Baranzke et al.) dar.

Eine dritte Säule dieses Handbuchs bilden nicht zuletzt eine Reihe alltags- und forschungspraktisch relevanter Themen: Neben den bereits genannten Kapiteln zur medizinisch-pflegerischen Versorgung sei hier insbesondere auf die Kapitel zu Altern im Raum (Penger et al.), Alter und Technik (Schmidt & Wahl) sowie den Beitrag zur Erhebung von Daten in der älteren Bevölkerung (Schlomann & Rietz) hingewiesen.

Mechanismen des Alterns und altersassoziierter Erkrankungen, der Schwerpunkt „Altern und demographischer Wandel“ des Cologne Center for Ethics, Rights, Economics and Social Sciences of Health (ceres) sowie das NRW Graduiertenkolleg „Gerontological Research on Well-Being“.

Wir hoffen, dass das vorliegende Handbuch damit ertragreich in vielen Verwendungskontexten eine orientierende und informierende Hilfe bietet!

Die Herausgeber

Köln, im April 2018

4. Literaturverzeichnis

- Backes, G. M. & Clemens, W. (2013). *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 4., überarbeitete und erweiterte Auflage.
- Bengtson, V. L., Silverstein, M., Putney, N. M. & Gans, D. (Hg.). (2009). *Handbook of Theories of Aging*. 2. Aufl. New York: Springer.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2008). *Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). Abschlussbericht anlässlich der Fertigstellung des dritten Messzeitpunkts*. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/abschlussbericht-der-interdisziplinaeren-laengsschnittstudie-des-erwachsenenalters--ilse-/79352>.
- Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hank, K. & Schröder, M. (Hg.) (2011). *The Individual and the Welfare State. Life Histories in Europe*. Berlin & Heidelberg: Springer.
- Börsch-Supan, A., Hank, K., Jürges, H. & Schröder, M. (Hg.). (2009). *50plus in Deutschland und Europa. Ergebnisse des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Wiesbaden: Springer VS.
- Dannefer, D. & Phillipson, C. (Hg.). (2010). *The SAGE Handbook of Social Gerontology*. Los Angeles u.a.: Sage.
- Generali Deutschland AG (Hrsg.) (2017). *Generali Altersstudie 2017. Wie ältere Menschen in Deutschland denken und leben*. Berlin: Springer.
- Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (2006). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie*. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage.
- Kohli, M. & Künemund, H. (Hg.) (2005). *Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2. erweiterte Auflage.
- Kruse, A. & Martin, M. (Hg.). (2004). *Enzyklopädie der Gerontologie*. Bern u.a.: Verlag Hans Huber.
- Kruse, A. & Wahl, H.-W. (2010). *Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Lehr, U. (2007). *Psychologie des Alterns*. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag, 11., korrigierte Auflage.
- Lindenberger, U., Smith, J., Mayer, K. U. & Baltes, P. B. (Hg.). (2010). *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag. 3. erweiterte Auflage.
- Mahne, K., Wolff, J. K., Simonson, J. & Tesch-Roemer, C. (Hg.). (2017). *Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*. Wiesbaden: Springer VS.
- Martin, M. & Kliegel, M. (2014). *Psychologische Grundlagen der Gerontologie*. Stuttgart: W. Kohlhammer, 4., durchgesehene und aktualisierte Auflage.
- Martin, P., Etrich, K. U., Lehr, U., Roether, D., Martin, M. & Fischer-Cyrulies, A. (Hg.). (2000). *Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter. Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE)*. Darmstadt: Steinkopff.
- Mayer, K. U. & Baltes, P. B. (Hg.). (1996). *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag.
- Motel-Klingebiel, A., Wurm, S. & Tesch-Roemer, C. (Hg.). (2010). *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Neubart, R. (Hg.) (2015). *Repetitorium Geriatrie. Geriatrie Grundversorgung – Zusatz-Weiterbildung Geriatrie – Schwerpunktbezeichnung Geriatrie*. Berlin Heidelberg: Springer.

- Oswald, W. D., Lehr, U., Sieber, C. & Kornhuber, J. (Hg.). (2006). *Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 3., vollständig überarbeitete Auflage.
- Raem, A. M., Fenger, H., Kolb, G., Nikolaus, T., Pientka, L., Rychlik, R. & Vömel, T. (Hg.). (2005). *Handbuch Geriatrie. Lehrbuch für Praxis und Klinik*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH.
- Rosenmayr, L. & Böhmer, F. (2003). *Hoffnung Alter. Forschung, Theorie, Praxis*. Wien: WUV Universitätsverlag.
- Schöttler, P. (2015). *Die „Annales“-Historiker und die deutsche Geschichtswissenschaft*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Schulz-Nieswandt, F. (2006). *Sozialpolitik und Alter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulz-Nieswandt, F. (2008). "Alterslast" und Sozialpolitik. *Jahrbuch für Wirtschaftsgeschichte* 1, 147–157.
- Schulz-Nieswandt, F. (2017): *Kommunale Daseinsvorsorge und sozialraumorientiertes Altern. Zur theoretischen Ordnung empirischer Befunde*. Baden-Baden: Nomos.
- Settersten, R. A., Jr. & Angel, J. L. (Hg.). (2011). *Handbook of Sociology of Aging*. New York, Dordrecht: Springer.
- Tanner, J. (2017). *Historische Anthropologie zur Einführung*. 3. Aufl. Hamburg: Junius.
- Tesch-Römer, C., Engstler, H. & Wurm, S. (Hg.). (2006). *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Van Dyk, S. (2015). *Soziologie des Alters*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Voges, W. (2008). *Soziologie des höheren Lebensalters. Ein Studienbuch zur Gerontologie*. Augsburg: Maro Verlag.
- Wahl, H.-W. (2017). *Die neue Psychologie des Alterns. Überraschende Erkenntnisse über unsere längste Lebensphase*. München: Kösel.
- Wahl, H.-W. & Heyl, V. (unter Mitarbeit von H. Burkhardt, J. Pantel & A. Simm). (2015). *Gerontologie – Einführung und Geschichte*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 2., vollständig überarbeitete Auflage.
- Wahl, H.-W. & Mollenkopf, H. (Hg.). (2007). *Altersforschung am Beginn des 21. Jahrhunderts. Alterns- und Lebenslaufkonzeptionen im deutschsprachigen Raum*. Berlin: Akademische Verlagsanstalt.
- Wahl, H.-W., Tesch-Roemer, C. & Ziegelmann, J. P. (2012). *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage.
- Wehler, H.-U. (1980): *Geschichte als Historische Sozialwissenschaft*. 2. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Zank, S., Peters, M. & Wilz, G. (2010). *Klinische Psychologie und Psychotherapie des Alters*. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	15
Tabellenverzeichnis	18
I. Was ist Altern und wie erforscht man es wozu?	19
<i>Frank Schulz-Nieswandt</i>	
II. Altersbilder und Konzeptionen des Alter(n)s im historisch-kulturellen Vergleich	29
<i>Josef Ehmer</i>	
III. Theorien der sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Altersforschung	59
<i>Clemens Tesch-Römer</i>	
IV. Biologie des Alterns	85
<i>Lars-Oliver Klotz & Andreas Simm</i>	
V. Die Lebenslaufperspektive – Theorie und Anwendung am Beispiel kultureller Aktivitäten im Alter	113
<i>Michael Wagner & Luise Geithner</i>	
VI. Alterssicherung und Armut	139
<i>Uwe Fachinger</i>	
VII. Aspekte sozialer Ungleichheit im Alter	171
<i>Julia Simonson & Claudia Vogel</i>	
VIII. Sozioökonomische Potenziale des Alters	199
<i>Rolf G. Heinze & Katrin Schneiders</i>	
IX. Seelische Gesundheit	225
<i>Hans Gutzmann & Johannes Pantel</i>	
X. Körperliche Gesundheit und Altersmedizin	253
<i>Maria Cristina Polidori & Peter Häussermann</i>	
XI. Medizinisch-pflegerische Versorgung älterer Menschen in Deutschland	279
<i>Kira Hower, Melanie Zirves, Holger Pfaff & Timo-Kolja Pfortner</i>	
XII. Lebensende	315
<i>J. Strupp, B. Groebe, Y. Eisenmann, H. Kukla, H. Schmidt & R. Voltz</i>	
XIII. Soziale Netzwerke im Alter	341
<i>Lea Ellwardt & Karsten Hank</i>	
XIV. Partnerschaft und Familie im Alter	361
<i>Daniela Klaus, Katharina Mahne & Karsten Hank</i>	

Inhaltsverzeichnis

XV.	Gesellschaftliche Teilhabe Älterer in der Nacherwerbsphase	387
	<i>Marcel Erlinghagen & Karsten Hank</i>	
XVI.	Altern im Raum am Beispiel von Wohnen und Mobilität	411
	<i>Susanne Penger, Frank Oswald & Hans-Werner Wahl</i>	
XVII.	Altern im historischen Kontext Deutschlands	443
	<i>Daniel Hauber, Inka Wilhelm & Susanne Zank</i>	
XVIII.	Gewalterfahrungen älterer Menschen im sozialen Nahraum – Befunde und Herausforderungen	461
	<i>Michael Neise & Susanne Zank</i>	
XIX.	Alter(n) und Straffälligkeit	487
	<i>Franziska Landgraf & Thomas Görgen</i>	
XX.	Sexualität im Alter	517
	<i>Susanne Brose & Susanne Zank</i>	
XXI.	Alter und Technik	535
	<i>Laura Schmidt & Hans-Werner Wahl</i>	
XXII.	Ältere Migrantinnen und Migranten in Deutschland	557
	<i>Anja Steinbach</i>	
XXIII.	Lebensqualitäten in der Hochaltrigkeit	581
	<i>Judith Wenner, Michael Wagner & Susanne Zank</i>	
XXIV.	Spiritualität und Alter – Spiritualität im Alter	603
	<i>Anna Storms & Christiane Woopen</i>	
XXV.	Ethik des Alterns	629
	<i>Heike Baranzke & Helen Güther</i>	
XXVI.	Bevölkerungsperspektiven auf das Altern	659
	<i>Andreas Mergenthaler & Sebastian Klüsener</i>	
XXVII.	Seniorenpolitik	685
	<i>Frank Berner</i>	
	Autorinnen & Autoren	713
	Sachregister	719

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 4.1:	Abnahme der funktionellen Reserve mit dem Alter.	88
Abbildung 4.2:	Historische Entwicklung der Lebenserwartung des Menschen.	89
Abbildung 4.3:	Modelle der Altersforschung.	91
Abbildung 4.4:	Akkumulation von defekten Eiweißen im Alter durch Selektionsausfall. ..	93
Abbildung 4.5:	Seneszenz als ein Tumorabwehrsystem.	94
Abbildung 4.6:	Östrogene schützen vor degenerativen Erkrankungen	96
Abbildung 4.7:	Radikale und Altern.	98
Abbildung 4.8:	Pathophysiologische Bedeutung der „ <i>Advanced Glycation End Products</i> “ (AGEs).	99
Abbildung 4.9:	Insulinrezeptor-abhängige Signalkaskade in Säugerzellen und <i>C. elegans</i>	102
Abbildung 4.10:	Das mammalian target of rapamycin (mTOR) in der Regulation des Zellwachstums.	104
Abbildung 4.11:	Geroscience – ein neues Konzept in der biomedizinischen Altersforschung.	107
Abbildung 5.1:	Hypothetische Beispiele von Alters-, Perioden- und Kohorteneffekten nach 10-Jahres-Kohorten.	118
Abbildung 5.2:	Zwei Idealtypen sozialer Strukturen: die altersdifferenzierte und die altersintegrierte Gesellschaft.	119
Abbildung 5.3:	Besuch von Kulturveranstaltungen im letzten Jahr im Interkohortenvergleich.	127
Abbildung 5.4:	Besuch von Kulturveranstaltungen im letzten Jahr im Intrakohortenvergleich.	128
Abbildung 5.5:	Besuch von Sportveranstaltungen im letzten Jahr im Interkohortenvergleich.	128

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 6.1:	Rentenhöhe in Abhängigkeit von der Anzahl an Versicherungsjahren und den durchschnittlich erreichten Entgeltpunkten pro Jahr.	150
Abbildung 6.2:	Sicherungsniveau vor Steuern.	158
Abbildung 6.3:	Erforderliche Versicherungsjahre für eine GRV-Rente auf Grundsicherungsniveau.	159
Abbildung 7.1:	Entwicklung der Armutquoten bei Personen zwischen 40 und 85 Jahren nach Bildung, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent).	178
Abbildung 7.2:	Immobilienbesitz bei Personen zwischen 40 und 85 Jahren nach sozialer Schicht, in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 (in Prozent).	180
Abbildung 7.3:	Anteile freiwillig Engagierter nach Altersgruppen, Bildung und Geschlecht ab 55 Jahren, 2019.	185
Abbildung 13.1:	Fiktives egozentriertes Netzwerk.	343
Abbildung 13.2:	Anzahl familiärer und außerfamiliärer sozialer Beziehungen über die Zeit, getrennt nach Altersgruppen.	350
Abbildung 15.1:	Entwicklung des Anteils ehrenamtlich Aktiver und informell Helfender nach Alter, Deutschland (West/Ost) 1986/1992–2017/2019.	393
Abbildung 15.2:	Entwicklung des Anteils aktiver Sportler nach Alter, Deutschland (West/Ost) 1986/1992–2019.	396
Abbildung 15.3:	Entwicklung des Anteils von Gottesdienstbesuchern nach Alter, Deutschland (West/Ost) 1986/1992–2019.	398
Abbildung 15.4:	Entwicklung der Wahlbeteiligung bei Bundestagswahlen (1983–2017) und (b) Anteil von Partei- und Gewerkschaftsmitgliedern (2018) nach Alter, Deutschland (West/Ost).	401
Abbildung 16.1:	Rahmenmodell zum Person-Umwelt-Austausch im höheren Alter.	412
Abbildung 16.2:	Wohnformen älterer Menschen in Deutschland.	414
Abbildung 16.3:	Urbanes Identitätserleben in drei Frankfurter Stadtteilen.	420
Abbildung 16.4:	Modal Split des Verkehrsaufkommens.	427

Abbildung 16.5:	Verteilung aller Wege auf verschiedene Wegezwecke.	428
Abbildung 18.1:	Internationale Prävalenzschätzungen zu Elder Abuse	467
Abbildung 18.2:	Potenzielle Risikofaktoren von Elder Abuse im sozialökologischen Modell	472
Abbildung 19.1:	Tatverdächtigenbelastung der deutschen Bevölkerung 2021 nach Alter und Geschlecht.	488
Abbildung 19.2:	Gesamtprävalenzraten nach Referenzzeitraum und Alter.	496
Abbildung 21.1:	Technology Acceptance Model.	540
Abbildung 23.1:	CHAPO-Modell – Theoretisches Rahmenkonzept zur Lebensqualität in der Hochaltrigkeit.	589
Abbildung 26.1:	Die Makro-Mikro-Makro-Verknüpfung der erklärenden Sozial- und Bevölkerungswissenschaft.	663
Abbildung 26.2:	Altenquotienten in Deutschland auf Kreisebene im Jahr 2020.	672
Abbildung 26.3:	Höchster schulischer und beruflicher Bildungsabschluss (ISCED) nach Altersgruppen (in %).	675
Abbildung 26.4:	Bezug einer Pflegeleistung in der Bevölkerung 6579 Jahre nach Wohnregion (West- vs. Ostdeutschland), siedlungsstrukturellen Kreistypen und Bildungsniveau (in %).	676
Abbildung 26.5:	Bezug einer Pflegeleistung in der Bevölkerung 80 Jahre und älter nach Wohnregion (West- vs. Ostdeutschland), siedlungsstrukturellen Kreistypen und Bildungsniveau (in %).	677

Tabellenverzeichnis

Tabelle 6.1:	Alterssicherung für verschiedene Gruppen von Erwerbstätigen in Deutschland.	142
Tabelle 10.1:	Wichtige altersmedizinische Syndrome: Geriatrische I's	255
Tabelle 10.2:	Pathophysiologie, Diagnose und Therapie ausgewählter geriatrischer Syndrome	256
Tabelle 10.3:	Geriatrisches Assessment	265
Tabelle 10.4:	Übersicht zu wichtigen Aspekten der Pharmakotherapie im Alter	268
Tabelle 16.1:	Skalen des Konstrukts mobilitätsbezogene Handlungsflexibilität und Routinen (MBFR) mit Itembeispielen.	432
Tabelle 17.1:	Eckdaten deutscher Geschichte im 20. Jahrhundert	445
Tabelle 17.2:	Geburtskohorten und Alter bei der Machtübernahme der Nationalsozialisten, bei Kriegsende, bei Gründung von BRD und DDR und zum Zeitpunkt der Wiedervereinigung	445
Tabelle 18.1:	Multiperspektivische Erklärungsansätze	470
Tabelle 19.1:	Polizeilich registrierte Seniorenkriminalität (60 J.+), Deutschland 2000–2021.	494
Tabelle 19.2:	Strafgefangene am 31.3. eines Jahres nach Altersgruppe, Deutschland 1994–2021.	505

I.

Was ist Altern und wie erforscht man es wozu?

Frank Schulz-Nieswandt

Abstract

Das Fundament des Beitrags der Sozialwissenschaften zur Altersforschung ist die methodologisch reflektierte und methodisch kontrollierte empirische Sozialforschung. Der Beitrag skizziert einige zentrale Überlegungen zur anthropologisch fundierten Verklammerung der empirischen Altersforschung als interdisziplinäre Verdichtung des Blicks auf das Altern. Die Bedeutung der erfahrungswissenschaftlichen Befunde muss sodann jedoch auch im Lichte der Rechtsphilosophie und Ethik, beides geprägt von den normativen Vorgaben des modernen Naturrechts der personalen Würde, wie es in den grundrechtlich geprägten Rechtsregimen zu finden sind, zur Sprache gebracht werden. Erst dadurch erhält die empirische Wahrheit von Befunden (Richtigkeitswahrheit im Sinne des Kritischen Rationalismus) auch ihre Vermessung im Lichte ontologischer Wahrheit eines „guten Lebens“ gelingender Daseinsführung als Ausdrucksgestaltwahrheit des Menschen im Lebenslauf.

Keywords: Empirische Sozialforschung, Faktizität, Normativität, Wahrheit, Rechtsphilosophie, Philosophische Anthropologie

Überblickt man die Landschaft der sozialwissenschaftlichen Altersforschung und schließt dabei die Forschung der praktischen Philosophie der Ethik (Scarre, 2016) ein, so kristallisiert sich tendenziell durchaus gestaltartig eine Befundlandschaft heraus, die eine gewisse Kohärenz aufweist. Es zeichnet sich eine Landschaft statistischer Zusammenhänge von zentralen Konstruktvariablen ab, die mit dem Alter assoziiert sind bzw. sich im Lichte von Theorien und Hypothesen auch kausal diskutieren lassen. Statt nun diese empirische Befundlandschaft zu paraphrasieren, soll zum Thema der Alter(n)sforschung in einer grundsätzlichen Weise angesetzt werden (Schulz-Nieswandt, 2018a).

In den nachfolgenden kurzen und dichten Ausführungen wird davon ausgegangen, dass Altern in seiner Komplexität allein im Rahmen der Biowissenschaften unter Abstraktion der vielfältigen Sozial- und Kulturwissenschaften nicht angemessen rekonstruiert werden kann (Bengtson et al., 2016; Ferraro & George, 2015).

Sozialwissenschaft meint mehr als Soziologie (Settersten & Angel, 2012; vgl. etwa auch Aner & Karl, 2020). Es kommen auch historische, ökonomische, psychologische und juristische, sodann auch ethische und geriatrische Zugänge zur Wirkung. Erforscht werden muss das Altern als Prozess der Lebensspanne multidisziplinär. Das Ideal wäre eine Interdisziplinarität. Die Differenz ist die zwischen der Addition des Wissens einerseits und der kohärenten Integration des Wissens andererseits. Die Gerontologie ist daher ihrem Gegenstand gemäß eine Einzeldisziplin, aber sie setzt sich aus den Theorien, Methoden und Befunden verschiedener Bezugsdisziplinen zusammen. Allerdings ist durch die die Forschungsqualität sichernde Tiefe der Spezialforschungen die Sektionalisierung innerhalb der Gerontologie sehr weit fortgeschritten. Es fehlt an der Transformation der Multi- zur

Interdisziplinarität. Und es fehlt zwar nicht an Theorien mittlerer Reichweite, jedoch an Versuchen zu *großen Erzählungen*, wobei man von der Hypothese von ihrem Ende im Sinne von Lyotard (1999) nicht überzeugt sein muss, sondern durchaus die Position vertreten kann, es bedürfe nach wie vor einer anthropologischen Klammer des Wissens als Reintegration der arbeitsteiligen Erkenntnis- und Wissensproduktion.

Ferner wird davon auszugehen sein, dass das rekonstruktive Verstehen (Schulz-Nieswandt, 2021f) und das praxeologische (Schulz-Nieswandt, Köstler, Bruns & Mann, 2022) Erklären des Alterns letztendlich dem Fortschritt der gesellschaftlichen Praxis im Umgang mit dem Alter im Generationengefüge und somit der Gestaltung der Lebensqualität der Menschen in sozial eingebetteter Selbstbestimmung und Teilhabe bis ins hohe Alter hinein zu dienen hat. Die praxeologischen Studien der neueren kulturtheoretisch orientierten Soziologie lassen die Mechanismen der Generierung sozialer Probleme (Heterogenität, Ausgrenzung, Diskriminierung, Ungleichheit etc.) infolge der sozialen Praktiken der Konstruktion sozialer Wirklichkeit als performative Praxis immer besser verstehen. Doch wann und warum sind, wie begrifflich soeben genutzt, Befunde zugleich Probleme, die in die Agenda der politischen Arena eingehen? Sie sind eben bedeutsam, weil sie in einem „Gap“ zu den relevanten normativen Maßstäben erfahren werden, die wiederum aus rechtlichen Vorgaben (Menschenbild der Autonomie und der Partizipation als Ausdruck der Würde) resultieren. Dabei handelt es sich nicht nur um einfaches positives Recht, sondern um überpositives Recht wie die Menschenrechte und die ableitbaren Grundrechte (Heerd & Schulz-Nieswandt, 2022).

1. Was ist Altern? Und wie erforscht man das Altern?

Altern ist ein multidimensionales und in der Folge multidisziplinär zu behandelndes Phänomen und außerordentlich aspektenreich. Altern ist in allen Kulturen, wenn auch vielgestaltig, normativ-rechtlich im Generationengefüge in Verbindung mit dem Kontext der Alterssicherung reguliert, immer, wenn auch vielgestaltig konnotiert, bewertet und beurteilt. Die kulturtheoretisch interessierte Psychoanalyse hatte bekanntlich den Ursprung der Schuldkultur – also die Entstehung der Selbstregulierung durch Verinnerlichung sozialer Normen sowie die entsprechende rituelle Praxis – am Mythos des Vtermordes durch die Horde der jungen Männer als Generationenkonflikt in Bezug auf die Ökonomik der Zugangschancen zu den Eigentumsrechten an der Agrarproduktion und zu den Heiratsmärkten erläutert. Die Schuldgefühle resultieren aus den Formen des Umgangs mit dem Alter zwischen Wertschätzung einerseits und Ausgrenzung andererseits, zwischen Würdigung einerseits und Demütigung andererseits. Neigt das Alter aus dem Bedürfnis nach Anerkennung zur Generativität (Partizipation durch Rollenübernahme), so wäre der Gegensatz dazu die Ausgrenzung von der Teilhabe als Phänomen des „sozialen Todes“. Die Schuldgefühle entstehen also aus der Differenz zwischen sozialer Praxis des Tuns einerseits und den normativen Gesellschafts-Idealen andererseits. Bewunderung und Ausgrenzung, Faszination und Abschreckung wechseln sich in der universalen Kulturgeschichte nicht nur oftmals ab, sondern bilden mitunter ein ambivalentes Bild der Uneindeutigkeit (Beauvoir, 2000).

Das Thema ist von konstitutiver Aktualität. Es beschäftigt die Politik der Gesellschaft in geradezu ubiquitärer Art und Weise (Mayer, 2017; Harper & Hamblin, 2016). Kaum ein Diskurs wird ohne Demografiebezug geführt. Der demografische Wandel ist ein globales Phänomen (Uhlenberg, 2009) und

ein Megatrendthema der Gesellschaft geworden. Formen einer Demografiepolitik und eines Demografiemanagements haben sich herausgebildet. Das politische System ist hier ebenso herausgefordert wie die Unternehmen der Wirtschaft. So zeichnet sich einerseits das Wachstumsmarktthema der sog. Seniorenwirtschaft ab, andererseits aber auch die Herausforderung einer nachhaltigen Humankapitalentwicklung der Erwerbsbevölkerung, volks- wie auch betriebswirtschaftlich. Und längst ist das kein Thema einer isolierten „Nationalökonomie“ mehr, sondern ein Thema der globalen, interdependenten Weltwirtschaft geworden.

Insbesondere stehen einerseits fiskalische Nachhaltigkeitsdiskurse der Sozialschutzsysteme und deren Reform im Vordergrund, andererseits aber auch im Sinne der Versorgungsforschung (Schulz-Nieswandt, 2023c) die konkreten sozialen Wirklichkeiten des Gesundheits- und Sozialwesens (Cure und Care). Analysen der Kosteneffektivität stellen hier auf die wirtschaftliche Produktion der sozialpolitischen Ergebnisqualität ab.

Der demografische Wandel und seine Determinanten ist in seinen Grundzügen an sich weitgehend begriffen. Dies betrifft nicht nur die primären Determinanten der Fertilität, Mortalität und Migration. Die Zusammenhänge mit der sog. Modernisierung der Gesellschaften – die technischen Revolutionen, die ökonomischen Wohlstandsentwicklungen ebenso wie die normativen Wandlungen des Wertgefüges und der sozialen Mentalitäten, der Geschlechterverhältnisse, der Sozialstaatsentwicklungen usw. – sind mit Blick auf die Modernisierungstheorien kontrovers diskutiert worden. Im Mainstream der Gerontologie wie der Gesellschaftspolitik im Lichte der Ergebnisse der Altersberichts-kommissionen der Bundesregierung hat sich das Deutungsmuster des doppelten Charakters des demografischen Wandels als Herausforderung und Chance herausgebildet. Entsprechend haben sich die Altersbilder – ein wichtiger Aspekt im Wandel der Kultur des sozialen Umgangs mit dem Alter(n) – allmählich differenziert. Dieser Wandel hat die Dominanz negativer (defizitärer) Altersbilder in eine gewisse Heterogenität incl. der Bilder eines „neuen“ Alters und des aktiven Alterns überführt. Die privaten/individuellen und öffentlichen/gesellschaftlichen Altersbilder unterscheiden sich aber in den verschiedenen sozialen Sphären (z. B. Wirtschaft und Recht), institutionellen Settings (z. B. Bildungs- Gesundheits- und Pflegewesen) und Kommunikationsmedien (Werbung, Film, Literatur etc.). Auch die Geschlechterdifferenz in den Altersbildern ist ein Thema, ferner sind die Differenzen zwischen Selbstbilder und Fremdbilder des Alters zu erwähnen. Insgesamt gilt: Menschliches Verhalten kovariert ja nicht mit der objektiven Wirklichkeit, sondern infolge der Bilder, die sich die Menschen von ihrer Umwelt machen.

Der demografische Wandel ist hoch komplex mit anderen Megatrendthemen verschachtelt, mit Familie, Gender, Migration, sozialem Engagement, Arbeitsmärkten und Produktivität, Raum und Siedlung usw. Aus soziologischer Perspektive werden die generativen Vektoren der sozialen Ungleichheit im Altern, hier den Blick auf die Soziologie der Lebensläufe richtend, und im Alter (z. B. mit Blick auf die Einkommensarmut im Alter) signifikant entschlüsselt (Schulz-Nieswandt, Köstler & Mann, 2022). In psychologischer Perspektive wird aber auch die Bewältigungsaufgabe aus personaler Sicht evident. Altern – insbesondere auch die vulnerable Hochaltrigkeit ist zu einer gesellschaftlichen Herausforderung geworden, die eine gesellschaftliche Gestaltungsaufgabe deutlich werden lässt. Altern ist aber – wie eh und je – eine Aufgabe der selbstkonzeptionellen Arbeit der Person an der eigenen Identität im Lebenslauf. Die Diskurse über eine Kunst des Alterns und letztendlich des Sterbens sind uns aus dem vor- wie nachchristlichen Altertum überliefert und sie werden heute wieder reaktualisiert angesichts

XIII.

Soziale Netzwerke im Alter

Lea Ellwardt & Karsten Hank

Abstract

Der vorliegende Beitrag gibt eine Übersicht über den aktuellen Forschungsstand zu sozialen Netzwerken im Alter, unter besonderer Berücksichtigung ihres Zusammenhangs mit Gesundheit und Wohlbefinden. Auf die Definition und Operationalisierung von sozialen Netzwerken folgt ein Abriss aktueller Theorien und eine Auswahl empirischer Befunde zum Zusammenhang von sozialen Netzwerken mit alternstypischen Krankheiten und Sterblichkeit. Der Beitrag schließt mit einer Diskussion des aktuellen Forschungsstandes und zeigt mögliche zukünftige Entwicklungslinien auf.

Keywords: ganze & persönliche Netzwerke, funktionale & strukturelle Netzwerkmerkmale, sozio-emotionale Selektivitätstheorie, Modell des sozialen Konvois, Gesundheit & Sterblichkeit

1. Einleitung

Im Zuge des demographischen Wandels hat sich die Bevölkerungsstruktur in den westlichen Industrieländern innerhalb der letzten Jahrzehnte stark verändert. So ist die Lebenserwartung stetig gestiegen und die Geburtenrate dauerhaft unter das Bestandserhaltungsniveau gesunken. Gesellschaften mit einer in Folge dieser Entwicklungen alternden Bevölkerung geraten dabei durch mindestens zwei parallele Entwicklungen unter Druck: die wachsende Prävalenz altersbedingter Krankheiten auf der einen Seite und das Schrumpfen – horizontaler – familialer und sozialer Netzwerke auf der anderen Seite (vgl. hierzu etwa die Beiträge von Polidori & Häussermann sowie Klaus & Mahne im vorliegenden Band).

Diese Entwicklungen sind in ihren Folgen für die Gesellschaft und den Einzelnen weitreichend und hängen häufig miteinander zusammen. In den letzten zwei bis drei Jahrzehnten hat vor allem der Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialen Netzwerken zunehmend an Beachtung in der wissenschaftlichen Literatur gewonnen (Berkman et al., 2000; Cohen & Janicki-Deverts, 2009; House, 2002; Roth, 2020).¹ Insbesondere im Feld der Sozialepidemiologie und Sozialgerontologie herrscht Einigkeit darüber, dass Integration in soziale Netzwerke die Gesundheit und Überlebenswahrscheinlichkeit im Alter befördert (Ali et al., 2018; Berkman & Krishna, 2014; Ellwardt et al., 2016; Holt-Lunstad et al., 2010). Zugleich fungieren Netzwerke als Moderator von Krankheits- und Genesungsverläufen

¹ Zusätzliche Aufmerksamkeit hat dieses Thema während und durch die COVID-19-Pandemie erfahren, in der ältere Menschen häufig als vulnerable Gruppe betrachtet wurden, die nicht nur durch das Virus selbst, sondern auch durch die zu seiner Eindämmung ergriffenen sozialen Isolationsmaßnahmen besonderen – vor allem psychischen – Gesundheitsrisiken ausgesetzt waren (vgl. hierzu etwa Gauthier et al., 2021; Litwin & Levinsky, 2022; Van Tilburg, 2021).

von alternstypischen Erkrankungen wie Demenz und Krebs (Ali et al., 2018; Pinquart & Duberstein, 2010; Piolatto et al., 2022).

Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, eine Übersicht über den aktuellen Forschungsstand zum Thema soziale Netzwerke im Alter, unter besonderer Berücksichtigung ihres Zusammenhangs mit Gesundheit und Wohlbefinden, zu geben.² Zunächst erfolgt die Definition und Operationalisierung von sozialen Netzwerken mit ihren funktionalen und strukturellen Merkmalen (*Abschnitt 2*). Dabei werden insbesondere persönliche Netzwerke thematisiert, da sich die bisherigen theoretischen und empirischen Arbeiten der sozialgerontologischen Forschung größtenteils dieser Netzwerkart widmen. Anschließend folgt ein Abriss aktueller Theorien, aus denen sich mittels netzwerktheoretischer Sichtweise Implikationen für die Entstehung und Folgen von sozialen Netzwerken in der zweiten Lebenshälfte ableiten lassen (*Abschnitt 3*). Hiernach wird eine Auswahl an empirischen Ergebnissen zum Zusammenhang von sozialen Netzwerken mit alternstypischen Krankheiten und Sterblichkeit präsentiert (*Abschnitt 4*). Die Auswahl orientiert sich strikt am zuvor eingeführten Netzwerkbegriff, d.h. an Studien, die funktionale und/oder strukturelle Merkmale einbeziehen. Der Beitrag schließt mit einer Diskussion des aktuellen Forschungsstandes und zeigt mögliche zukünftige Entwicklungslinien, mit besonderem Augenmerk auf die Untersuchung von Netzwerkstrukturen, auf (*Abschnitt 5*).

2. Definition und Operationalisierung sozialer Netzwerke

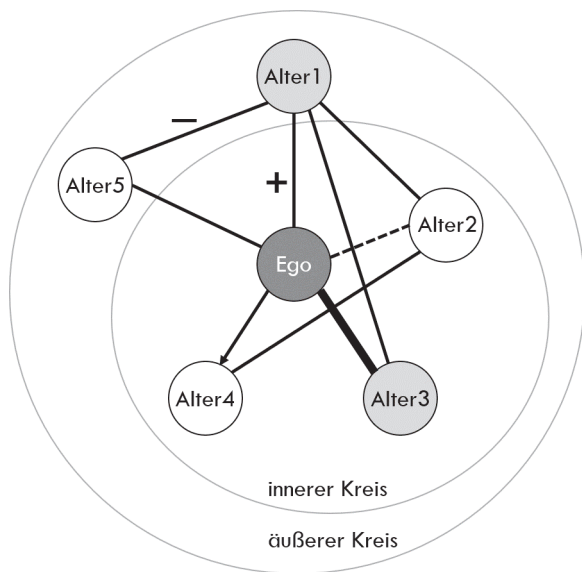
2.1 Definition

Unter sozialem Netzwerk wird hier ein abgrenzbares Gefüge interpersoneller Beziehungen verstanden, meist zwischen den Mitgliedern einer sozialen Gruppe. Soziale Netzwerke sind daher in ihrer Begrifflichkeit abzugrenzen von anderen Konzepten sozialer Integration wie Teilhabe oder Partizipation (vgl. hierzu ausführlich den Beitrag von Erlinghagen & Hank im vorliegenden Band). Die Beziehungsformen und -inhalte können sich zwischen den jeweiligen Mitgliedern eines sozialen Netzwerkes unterscheiden. So können Mitglieder durch Verwandtschaft oder Freundschaft verbunden sein, also verschiedenartige soziale Rollen einnehmen, und Inhalte wie materielle Ressourcen oder emotionale Zuwendung austauschen. Charakteristisch für viele Netzwerkansätze ist eine handlungstheoretische Sichtweise, in der die Sozialstruktur des Netzwerkes als Handlungskontext fungiert (Burt, 1982; Coleman, 1990; Fuhse, 2018): Die Beschaffenheit eines sozialen Netzwerkes prägt und steuert die Rahmenbedingungen individuellen Handelns, welches wiederum die Netzwerkstruktur beeinflusst und formt. Die Netzwerkmitglieder hängen dadurch in ihren Handlungsmöglichkeiten von den Beziehungen, die sie umgeben und nur bedingt kontrollieren, ab. Individuen streben nach ressourcenreichen Netzwerken mit vielen Opportunitäten, auch Sozialkapital genannt (Lin, 2001). Das Netzwerk selbst ist eine dynamische Erscheinung, denn es unterliegt im Lebensverlauf stets

2 Eine ausführliche deutschsprachige Einführung zu den Konzepten, Forschungsmethoden und Theorien sozialer Netzwerke ist in Fuhse (2018) nachzulesen. Ausführliche Übersichten zu den gängigen Operationalisierungen sozialer Integration und sozialer Netzwerke in sozialepidemiologischen (Fragebogen-)Studien finden sich zudem bei Marsden (2011) und, speziell für ältere Menschen, bei Siette et al. (2021) und Ayalon & Levkovich (2019).

endogenen Einflüssen, d.h. Veränderungen innerhalb der Beziehungen, und exogenen Einflüssen, z.B. einschneidenden Lebensereignissen wie eine schwere Krankheit.

2.2 Ganze und persönliche Netzwerke



Legende

- Beziehung
- Soziale Rolle
- Richtung
- Beziehungsstärke
- + - Valenz
- Attribut

Beispiel

- Ego-Alter, Alter-Alter
- Ego und Alter2 sind befreundet
- Ego unterstützt Alter4
- Ego und Alter3 haben häufigen Kontakt
- Positiv oder negativ
- Alter1 und Alter3 sind weiblich

Abbildung 13.1: Fiktives egozentriertes Netzwerk. Quelle: Eigene Darstellung.

In der Netzwerkliteratur wird allgemein hin zwischen sogenannten ganzen und persönlichen Netzwerken unterschieden. *Ganze Netzwerke* umfassen eine abgegrenzte Gruppe und die sozialen Beziehungen zwischen allen Mitgliedern in dieser Gruppe, z.B. ein Freundschaftsnetzwerk in einer Schulklasse oder einem Seniorentreff. Greift man nun ein einzelnes Mitglied mit all seinen Beziehungen heraus, blickt man auf ein persönliches Netzwerk. *Persönliche Netzwerke*, auch ego-zentrierte Netzwerke oder kurz Egonetzwerke genannt, beschreiben eine fokale Ankerperson (Ego) und die von ihr ausgehenden sozialen Beziehungen zu anderen Personen (Alteri). Beispiel ist eine ältere Person und ihre Kontakte zu ehrenamtlichen Helfern verschiedener Einrichtungen, die gegebenenfalls, aber nicht zwingend untereinander in Kontakt stehen. Kontakte zwischen Ankerpersonen werden ausgeblendet, sprich

Ankerpersonen werden isoliert voneinander betrachtet und analysiert. Abbildung 13.1 illustriert beispielhaft ein fiktives Egonetzwerk.

Während ganze Netzwerke eine Vollerhebung erfordern und nur kontextgebunden zu untersuchen sind (d.h. *alle* Mitglieder innerhalb *einer* Schulklasse oder Organisation), können persönliche Netzwerke in repräsentativen, zufallsbasierten Stichproben untersucht werden (d.h. mehrere *unverbundene* Ankerpersonen in *unterschiedlichen* Regionen). Die Erhebung persönlicher Netzwerke erfolgt meist rollen- oder ressourcenorientiert, richtet sich also auf strukturelle oder funktionale Aspekte bei der Abfrage von Beziehungen (Ayalon & Levkovich, 2019; Crossley et al., 2015; Fuhse, 2018; Siette et al., 2021).

2.3 Funktionale und strukturelle Merkmale

In der sozialepidemiologischen Forschung wird häufig zwischen funktionalen und strukturellen Merkmalen eines persönlichen Netzwerkes unterschieden (Ellwardt et al., 2015; Holt-Lunstad et al., 2010; Kahn & Antonucci, 1980). *Funktionale Merkmale* beschreiben die qualitativ verwertbaren Ressourcen, die ein Netzwerk einer Person potentiell bietet. Diese beinhalten konkrete Unterstützungsleistungen wie Zugang zu Informationen und Hilfe bei Alltagstätigkeiten, aber auch die subjektive Zufriedenheit einer Person mit ihren Kontakten, sei es auf Basis realen oder gefühlten Nutzens. Operationalisiert wurden funktionale Merkmale in der Vergangenheit in dreierlei Hinsicht (Holt-Lunstad et al., 2010): erhaltene Unterstützungsleistungen, wahrgenommene Verfügbarkeit von Unterstützungsleistungen und Einsamkeit. Unterstützungsleistungen können emotionale, instrumentelle, informative und affektive Dimensionen beinhalten. Erhaltene Unterstützung bezieht sich auf bereits bezogene Hilfe und wird retrospektiv abgefragt (z.B. „Wer hat Ihnen in den vergangenen zwei Wochen im Haushalt ausgeholfen?“). Verfügbare Unterstützung bezieht sich auf die Perzeption, dass Hilfe angefordert werden könnte, ungeachtet der eigentlich beanspruchten Hilfeleistungen (z.B. „Wer würde Ihnen Geld leihen?“). Einsamkeit ist ein subjektives Gefühl, nicht zu verwechseln mit dem Alleinleben, Alleinsein oder sozialer Isolation. Vielmehr beschreibt Einsamkeit die Diskrepanz zwischen der gewünschten und der vorgefundenen Qualität und Quantität an sozialen Beziehungen (Gierveld & Van Tilburg, 2006). So können sich Menschen einsam fühlen, auch wenn sie objektiv viele Freunde haben. Ebenso können scheinbar isolierte Personen durchaus zufrieden sein mit ihrem Sozialleben. Daher wird manchmal zwischen emotionaler und sozialer Einsamkeit differenziert (Gierveld & Van Tilburg, 2006). Emotional einsame Menschen vermissen enge vertrauliche Kontakte wie beispielsweise einen Partner oder eine Partnerin. Soziale einsame Menschen vermissen die Einbettung in ein größeres Netzwerk wie beispielsweise die Integration in eine Freundesclique. Einsamkeit repräsentiert strenggenommen kein Netzwerkmaß, sondern eine psychologische Skala.

Strukturelle Merkmale treffen keine Aussage über die Zweckdienlichkeit einzelner Beziehungen, sondern quantifizieren die Existenz und die Zwischenverbindungen der Beziehungen. Dazu gehören beispielsweise objektive Maßzahlen wie Netzwerkgröße und -dichte, aber auch Anzahl und Variation der verschiedenen sozialen Rollen (Rollendiversität), die eine Person innehat. Es gibt vielfältige Messungen von strukturellen Netzwerkcharakteristika, die in ihrer Komplexität stark variieren (Holt-Lunstad et al., 2010). Einfache Maße beinhalten Familienstand (verheiratet versus andere), Wohnsituation

(allein leben versus andere) und die globale Einschätzung der eigenen Netzwerkgröße („Wieviele enge Freunde haben Sie?“ Berkman & Syme, 1979, „Wieviele Verwandte sehen oder hören Sie monatlich?“ Lubben, 1988). Komplexere Survey-basierte Module fragen erst die Kontakte einer Person einzeln ab, z.B. mit einem Namensgenerator, und erheben dann zusätzliche Daten für jeden generierten Kontakt wie soziale Rolle, Kontakthäufigkeit und Anfahrtszeit bei Besuchen. Anschließend lassen sich daraus mehrere spezifische Maße berechnen wie die Anzahl enger Kontaktpersonen einer bestimmten sozialen Rolle in der näheren Umgebung. Letztere Maße sind kognitiv und zeitlich ungleich aufwändiger in ihrer Erhebung als einfachere Maße, gelten aber als deutlich präziser (Sudman, 1985).

Funktionale und strukturelle Merkmale bedingen einander: Ein großes Netzwerk leistet potentiell mehr Unterstützung als ein kleines Netzwerk. Eine Unterscheidung dieser beiden Dimensionen ist jedoch wichtig in Hinblick auf die verschiedenartigen direkten und indirekten theoretischen Mechanismen, die einen Zusammenhang mit Gesundheit im Alter erklären (Berkman & Krishna, 2014), wie wir noch sehen werden.

3. Theoretische Ansätze

Es existiert eine große Bandbreite an soziologischen und psychologischen Theorien zu sozialen Beziehungen speziell im Alter (vgl. hierzu ausführlicher den Beitrag von Tesch-Römer im vorliegenden Band). Im Mittelpunkt soziologischer Theorien stehen vor allem die Prozesse des Rückzuges (engl. *disengagement*) aus gesellschaftlichen Rollen und Verpflichtungen (Achenbaum & Bengtson, 1994; Cumming & Henry, 1961), des rationalen sozialen Austausches (Homans, 1972) sowie intergenerationale Modelle (Bengtson & Roberts, 1991). Psychologische Theorien thematisieren Bindungsstile im Erwachsenenalter (Bowlby, 1969), sozioemotionale Selektivitätsmechanismen (Carstensen, 1993) und die Bildung sozialer Konvois im Lebensverlauf (Kahn & Antonucci, 1980).

Im Folgenden wird ein knapper Überblick über zwei für die Analyse sozialer Netzwerke im Alter zentrale Theorieansätze gegeben: die sozioemotionale Selektivitätstheorie und das Modell des sozialen Konvois. Diese beiden Theorien sind in ihren Annahmen und Vorhersagen teils komplementär, teils widersprüchlich. Sie unterscheiden sich in ihrem Ansatz hinsichtlich der Bezugnahme zu funktionalen und strukturellen Aspekten von persönlichen Netzwerken sowie der Berücksichtigung einer Lebenslaufperspektive. Daraus folgen unterschiedlich postulierte direkte und indirekte Wechselwirkungen mit Wohlbefinden im Alter.

3.1 Die sozioemotionale Selektivitätstheorie

Diese entwicklungspsychologische Theorie konstatiert ein rational motiviertes Handlungsmodell, nach dem Erwachsene mit dem Alter zunehmend wählerisch in Hinblick auf ihre Interaktionspartner agieren. Ältere Menschen investieren demnach vornehmlich in Beziehungen, die positive und nützliche Interaktionen erwarten lassen. Das dahinterliegende Motiv ist die Emotionsregulation, die umso salienter wird, je kürzer die subjektiv wahrgenommene Zeitperspektive einer alternden Person ist. Ähnlich der Vorhersagen der *Disengagement Theorie* (Cumming & Henry, 1961) wird hier die

XVII.

Altern im historischen Kontext Deutschlands

Daniel Hauber, Inka Wilhelm & Susanne Zank

Abstract

Ein großer Teil der deutschen Altenbevölkerung war von traumatischen Ereignissen wie dem Zweiten Weltkrieg oder politischer Verfolgung in der DDR betroffen. Repräsentative Studien weisen darauf hin, dass diese Traumatisierungen auch im hohen Alter mit erhöhter physischer und psychischer Morbidität verknüpft sind. Auch die Interaktion der Betroffenen mit ihren Nachkommen kann durch die erlebten Traumatisierungen nachhaltig beeinträchtigt sein.

Keywords: Trauma, Zweiter Weltkrieg, DDR, Holocaust, transgenerational

1. Einleitung

„Wir haben eine Geschichte, wir sind Geschichte und wir verkörpern Geschichte. Sie begleitet uns – auch in ihren leidvollen Anteilen – lebenslang. Hoffentlich haben wir nicht zuviel (sic!) davon an die nächste Generation weitergegeben“ (Radebold, 2009: 25). In wenigen Sätzen hat der 1935 geborene Psychoanalytiker Hartmut Radebold hier zusammengefasst, weshalb die deutsche Geschichte nicht nur für ältere, sondern auch für jüngere Menschen hoch bedeutsam ist.

Zweimal war Deutschland hauptverantwortlich für Weltkriege im 20. Jahrhundert, die unvorstellbares Leid gebracht haben (Vogel, 2015b). Schon der Erste Weltkrieg bedeutete eine Zäsur in der Geschichte des Krieges, da er der erste hochgradig industrialisierte Krieg war, in dem mit massivem Aufwand neue Waffen zum Einsatz kamen (Panzer, Flugzeuge, Luftschiffe), die erhebliche Konsequenzen für die Zivilbevölkerung hatten. Durch Massenvernichtungswaffen (Giftgas) traten zudem verheerende Verluste bei den Soldaten ein (Kruse, 2013; Ulrich, 2013). Gegen Ende des Krieges hatten etwa 13 Millionen Menschen ihr Leben verloren (Krumeich, 2014). Dieser Krieg gilt als 'Urkatastrophe des 20. Jahrhunderts' (Kennan, 1979; Kruse, 2013).

Tatsächlich wurde diese Katastrophe aber noch übertroffen vom Zweiten Weltkrieg. Insgesamt wurden über 60 Millionen Menschen in diesem Krieg getötet und zum ersten Mal wurden mit den Abwürfen über Hiroshima und Nagasaki Atomwaffen systematisch eingesetzt (Echternkamp, 2015). Die ehemalige Sowjetunion hatte mit etwa 27 Millionen Menschen die größten Verluste zu beklagen, etwa die Hälfte davon waren Zivilist*innen (Vogel, 2015c). In Deutschland waren ca. 7 Millionen Menschen Opfer dieses Krieges geworden, die meisten von ihnen Soldaten (Vogel, 2015c). Darüber hinaus wurden Millionen Menschen vertrieben, mussten fliehen oder im Rahmen rassenideologischer Umsiedlungspolitik ihre Heimat verlassen (Echternkamp, 2015). Zahlreiche Kriegsverbrechen wurden verübt, und es fanden gewaltsame, zumeist systematische Übergriffe auf die Zivilbevölkerung oder auf Kriegsgefangene statt (Frei, 2009). Die Zivilbevölkerung war zudem im Vergleich zum Ersten Welt-

krieg noch stärker von den Kampfhandlungen direkt betroffen, insbesondere durch die großflächige Bombardierung ganzer Wohngebiete in Europa und Asien (Vogel, 2015).

Mit dem Zweiten Weltkrieg untrennbar verbunden ist auch die Ermordung von sechs Millionen Juden durch das nationalsozialistische Deutschland. Auch Sinti und Roma, Menschen mit Beeinträchtigung, Homosexuelle, Geistliche oder Angehörige eines Ordens, ‚Arbeitsscheue‘ und ‚Gewohnheitsverbrecher‘ sowie Kommunist*innen wurden interniert und ermordet (Wildt, 2012). Insgesamt fielen etwa 6,7 Millionen Menschen den NS-Vernichtungslagern zum Opfer (Deutsche Geschichten, 2005).

Mit dem Zweiten Weltkrieg und dem Nationalsozialismus endete aber nicht die Geschichte politischer Gewalt in Deutschland. Menschen, die nach der Gründung 1949 in der DDR lebten, erlebten eine weitere Diktatur und waren erneut der Gefahr politischer Gewalt ausgesetzt (Weißflog & Brähler, 2015).

Bedenkt man, dass der Zweite Weltkrieg im Jahr 1945 endete, also vor über 77 Jahren, so wird deutlich, dass diejenigen die den Krieg als Erwachsene erlebten heute dem vierten Alter bzw. der Hochaltrigkeit angehören. Im dritten und vierten Alter befinden sich diejenigen, die als Kinder z.B. Bombardierungen, Flucht oder Vertreibung durchlebten. Dennoch handelt sich um eine Vielzahl von Menschen: zum Jahresende 2020 lebten in Deutschland über 8 Million Menschen über 75 Jahre, was etwa 10% der Gesamtbevölkerung entspricht (Statistisches Bundesamt, 2021).

Empirische Daten belegen, dass eine beträchtliche Anzahl von Menschen im vierten Lebensalter kriegsbedingte Traumata¹ erlitten haben und diese sich in ihren negativen Auswirkungen mitunter erst später im Leben manifestieren (Glaesmer, 2014, 2019). Auch Studien zu politischer Gewalt und Inhaftierung in der DDR legen nahe, dass diese Erfahrungen langfristige Auswirkungen haben (Weißflog & Brähler, 2015).

Darüber hinaus weisen verschiedene Untersuchungen auf die Möglichkeit einer Weitergabe von Traumata über mehrere Generationen hinweg hin (transgenerationale Weitergabe/Tradierung) (Glaesmer, Reichmann-Radulescu, Brähler, Kuwert & Muhtz, 2011a; Yehuda et al., 2005).

Es ist also durchaus wahrscheinlich, dass professionell Tätige in verschiedenen Bereichen wie Medizin und Pflege anhaltend beschädigten, traumatisierten Menschen oder deren möglicherweise ebenfalls belasteten Nachkommen begegnen. Hier werden spezifische Kenntnisse und Offenheit benötigt, um die häufig versteckt gegebenen Hinweise auf kriegsbedingte oder durch politische Gewalt entstandene Belastungen zu verstehen. Im Folgenden wird versucht, die möglichen Erfahrungen der betroffenen Jahrgänge zu veranschaulichen.

1 Die WHO definiert ein psychisches Trauma als ein „belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2013). Die Art des Traumas kann dabei unterschiedlich sein, detailliert ausgeführt ist dies in Maercker (2009). Für unseren Beitrag wichtig sind die so genannten ‚interpersonellen Traumata‘, zu denen beispielsweise Kriegserleben, sexuelle und körperliche Gewalt sowie Folter und politische Inhaftierung gehören (Maercker, 2009).

2. Lebenszeit der Betroffenen

In Tabelle 17.1 sind Eckdaten der deutschen Geschichte im 20. Jahrhundert aufgeführt, Tabelle 17.2 zeigt das Alter der jeweiligen Kohorten bei den wichtigsten dieser Daten.

Tabelle 17.1: Eckdaten deutscher Geschichte im 20. Jahrhundert. Quelle: Eigene Darstellung.

1914	Beginn des Ersten Weltkriegs im Kaiserreich
1918	Ende des Ersten Weltkriegs
1919	Gründung der Weimarer Republik
1923	Hyperinflation
1929	Weltwirtschaftskrise
1933	Machtübernahme der Nationalsozialisten
1939	Beginn des Zweiten Weltkriegs
1941	Beginn des Russlandfeldzugs
1945	Kriegsende mit bedingungsloser Kapitulation
1949	Gründung der BRD und der DDR
1961	Mauerbau
1989	Mauerfall
1991	Wiedervereinigung Deutschlands

Quelle: Vogt, 2002.

Tabelle 17.2: Geburtskohorten und Alter bei der Machtübernahme der Nationalsozialisten, bei Kriegsende, bei Gründung von BRD und DDR und zum Zeitpunkt der Wiedervereinigung. Quelle: Eigene Darstellung.

Alter 2022	Geburtskohorten	Alter 1933	Alter 1945	Alter 1949	Alter 1989
93–103	1919–1929	4–14	16–26	20–30	60–70
83–92	1930–1939	0–3	6–15	10–19	50–59
73–82	1940–1949	–	0–5	0–9	40–49

Anmerkung: Aufgrund der äußerst komplexen Sachverhalte wurde hier eine feinere Untergliederung der Geburtskohorten als die Einteilung ins dritte und vierte Alter vorgenommen.

Welche Bedeutung können diese Ereignisse für Menschen über 60 Jahre haben? Den im Folgenden aufgeführten Risiken waren nicht alle, aber viele Menschen der jeweiligen Geburtskohorte ausgesetzt. Diese Darstellung ist notgedrungen schematisch und simplifizierend, denn es handelt sich um ein äußerst komplexes Geschehen.

Die Geburtskohorten 1919 bis 1929 erlebten ihre Kindheit in der Zwischenkriegszeit mit Weltwirtschaftskrise und Massenarbeitslosigkeit. Manche dieser Kinder hatten Väter, die im Ersten Weltkrieg Soldaten waren und dadurch psychisch oder physisch beeinträchtigt waren (Kruse, 2013). Die Erziehungsmethoden waren deutlich strenger als heute, allerdings steigerte sich dies noch mit den Erziehungsidealen des Nationalsozialismus (Chamberlain, 2003; Reulecke & Stambolis, 2008). Die

Geburtskohorten 1919 bis 1929 waren während ihrer Schulzeit den nationalsozialistischen Erziehungszielen ausgesetzt und mussten den Jugendorganisationen Hitlerjugend (HJ) oder Bund deutscher Mädel (BDM) beitreten (Kompisch, 2008). Die älteren Jungen wurden Soldaten, die jüngeren Jahrgänge dienten als Flakhelfer (Forstmeier, Kuwert, Spitzer, Freyberger & Maercker, 2009). Manche der Männer verbrachten ihr gesamtes junges Erwachsenenalter im Krieg an der Front. Bei den kämpfenden Soldaten weisen die „Geburtskohorten ab 1920 (bezogen auf die Rekrutenzahlen) [...] in der Regel Todesquoten von mehr als 30% auf“ (Radebold, 2005: 21).

Die Frauen waren z.T. dienstverpflichtet, teilweise freiwillig im Arbeitsdienst und in kriegsbedingte Arbeiten in der Waffenproduktion eingebunden, erzogen ihre Kinder allein, durchlitten Bombardierungen, Vertreibungen, Vergewaltigungen und betrauerten je nach Alter ihre gefallenen Männer, Väter oder Brüder (Beutel, Decker & Brähler, 2007; Eichhorn & Kuwert, 2011). Einige wurden z.B. als KZ-Aufseherinnen selbst zu Täterinnen (Kompisch, 2008). Nach dem Krieg repräsentierte diese Gruppe die Aufbaugeneration. 2020 lebten noch über 600.000 Menschen, die 1929 oder früher geboren wurden in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2021). Es handelt sich in hohem Maße um Frauen, von denen heute viele hilfs- und pflegebedürftig sind.

Infolge der fortgesetzten Bombardierungen der Städte erlebten Millionen Kinder dieser und folgender Jahrgänge die Kinderlandverschickung. Getrennt von ihren Familien lebten sie monatelang im Klassenverband mit ihren Lehrer*innen und Erzieher*innen (Radebold, 2009).

Die Geburtskohorten 1930 bis 1939 wuchsen in Kindheit und früher Jugend im Nationalsozialismus auf. Sie erlebten möglicherweise Bombardierungen und (dauerhafte) Evakuierung. Manche Kinder wurden auf der Flucht und während der Vertreibung Augenzeugen grauenvoller Ereignisse (Teegen & Meister, 2000).

Von den Geburtskohorten 1940 bis 1949 erlebten manche als Säuglinge oder Kleinkinder noch die Verheerungen der letzten Kriegsjahre. Die ab 1945 Geborenen verbrachten ihre frühen Jahre zwar im Frieden, litten aber unter Hunger und großer Not sowie oftmals unter dem Verlust des Vaters, der 'im Krieg geblieben' war (Benz, 2005).

Personen, die vor 1945 geboren sind, wurden verfolgt, sofern sie nicht den rassischen, politischen oder sozialen Vorstellungen der Nationalsozialisten entsprachen oder als politische Gegner*innen betrachtet. Sie wurden ihrer Bürgerrechte und ihres Besitzes enthoben, ‚ghettoisiert‘, ihren Familien entrissen und ermordet (Wildt, 2012). Kinder und Jugendliche dieser Gruppen waren nicht nur der NS-Propaganda in der Schule ausgesetzt, sondern lebten gleichzeitig in der Angst, als Zugehörige einer diffamierten Gruppe ‚entdeckt‘ und als solche bedroht zu werden.

Die Kohorten, die nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs in Ostdeutschland lebten, wurden ab 1949 Bürger*innen der DDR. Viele erlebten hier unter einer weiteren Diktatur Repressalien, manche erneut politische Gewalt. Wie viele Menschen aus politischen Gründen (z.B. Kontakte ins westliche Ausland, 'Republikflucht', Arbeitslosigkeit oder 'Zugehörigkeit zu Subkulturen') in der DDR inhaftiert wurden, ist schwer zu sagen. Die Zahlen unterscheiden sich in der Fachliteratur z.T. erheblich (Borbe, 2010). Borbe (2010) führt als mögliche Orientierung die bis 2008 aufgehobenen Urteile der DDR-Justiz an (200.000), betont aber gleichzeitig, dass auch diese Zahl nur bedingt verlässlich ist, „da die Rehabilitierungen dezentral von den jeweiligen Landgerichten sowie von den Innenministerien der neuen Bundesländer erfasst werden“ (Borbe, 2010: 18). In der Haft waren die Betroffenen oft

physischer und psychischer Folter ausgesetzt, litten unter mangelhafter Hygiene und fehlender medizinischer Versorgung. In den Jahren 1949 bis 1953 starben viele Häftlinge aufgrund der mangelhaften Lebensbedingungen (Gäbler, Maercker & Schützwohl, 2009). Darüber hinaus wurde der Kontakt zur Außenwelt stark beschränkt oder ganz unterbunden (Weißflog, Klinitzke & Böhm, 2014). Auch nach der Haftentlassung waren Betroffene oft weiteren ‚Zersetzungsmaßnahmen‘ ausgesetzt. Diese konnten Bespitzelung, Rufmordaktionen, oder gezieltes Treiben in den Suizid beinhalten (Gäbler, Maercker & Schützwohl, 2009).

Für einige Personen der oben beschriebenen Kohorten, kann eine ‚doppelte Betroffenheit‘ festgestellt werden, da sie kriegsbedingte Traumata erlitten und zusätzlich in der DDR durch politische Gewalt und Diktatur traumatisiert wurden (Weißflog & Brähler, 2015).

3. Langfristige physische und psychosoziale Konsequenzen

3.1 Nicht verfolgte Kriegsgeneration

Menschen, die traumatische Erfahrungen im Kriegskontext gemacht haben, haben oftmals langfristig mit den Folgen dieser Erlebnisse zu kämpfen (vgl. Herman, 2006).

Ob sich langfristige Folgen entwickeln, wird durch Faktoren der Lebenslage (Lebensumstände, Entwicklungsstadium/Alter, sozialer Kontext und (nicht) vorhandenes unterstützendes Umfeld) sowie den Eigenschaften des Ereignisses (Intensität und Dauer) beeinflusst (Fookan, 2009; Herman, 2006). Gleichzeitig scheint die individuelle Perspektive der betroffenen Menschen besonders bedeutsam zu sein. Ergebnisse der Resilienzforschung² weisen darauf hin, dass manche Menschen auch unter widrigsten Umständen Schutzfaktoren nutzen können. Durch die Auseinandersetzung mit dem Erlebten gelingt es ihnen zudem, mit der erlittenen Situation in einer subjektiv akzeptablen Weise fertig zu werden und trotz Belastung an ihr zu wachsen. Dieser positiv konnotierte Reifungsprozess infolge einer traumatischen Erfahrung wird als posttraumatische Reifung oder Posttraumatic Growth definiert (Fookan, 2009).

Die Erforschung traumatischer Weltkriegserlebnisse betrachtete zunächst einzelne Erlebnisse, wie die „Dresdner Bombennacht“ (Maercker, Herrle & Grimm, 1999), den „Hamburger Feuersturm“ (Lamparter et al., 2010) oder Fluchterfahrungen (Beutel, Decker & Brähler, 2007; Teegen & Meister, 2000). Besonders schwerwiegende und langanhaltende Folgen wurden insbesondere bei Opfern von Vergewaltigungen beschrieben (Kuwert et al., 2010, 2014). Wie die Arbeit von Teegen und Meister (2000) zeigt, sind traumatische Weltkriegserlebnisse selten singuläre Ereignisse. In dieser Studie berichteten die Studienteilnehmer*innen durchschnittlich fünf traumatische Erlebnisse während ihrer Flucht.

In Bezug auf traumatisierende Erfahrungen des Zweiten Weltkriegs in Deutschland lassen sich Ergebnisse verschiedener bevölkerungsbasierter Studien heranziehen. So berichten in Erhebung aus den Jahren 2007 und 2008 zwischen 40 und 50% der älteren Deutschen (59 Jahre und älter) von mindes-

2 Unter Resilienz wird die psychische Widerstandsfähigkeit eines Individuums verstanden (Fookan, 2009: 70).

XXIV.

Spiritualität und Alter – Spiritualität im Alter

Anna Storms & Christiane Woopen

Abstract

Spiritualität und Religiosität wurden in westlichen Gesellschaften lange Zeit als Antagonisten zu naturwissenschaftlich basierter Medizin gesehen. Dies hat sich insbesondere in palliativen Kontexten bereits geändert, wo Spiritualität als eine eigenständige Dimension von Pflege und Versorgung angesehen wird. Auch in anderen Bereichen der Krankheitsbewältigung und Wohlbefindensforschung hat Spiritualität in den letzten Jahren international mehr Aufmerksamkeit erfahren – die deutschsprachige Altersforschung steckt hier jedoch noch in den Kinderschuhen. Dieser Artikel wirft daher Schlaglichter sowohl auf die Bestimmung von Spiritualität aus unterschiedlichen Perspektiven, auf die Entwicklung von Spiritualität über den Lebenslauf hinweg als auch auf internationale Erkenntnisse zur Bedeutung von Spiritualität im Kontext von medizinischer und gerontologischer Forschung und Versorgung.

Keywords: Spiritualität, Religiosität, Spiritual Well-Being, Spiritual Distress, Spirituelle Resilienz

Nachdem die Altersforschung (vgl. Beitrag von Tesch-Römer in diesem Band) einige Zeit lang ihren Schwerpunkt auf die mit dem Alter(n) möglicherweise einhergehenden Abbauprozesse gelegt hatte, werden zunehmend auch die mit dem Alter(n) einhergehenden Potentiale in den Blick genommen (vgl. Beitrag von Schulz-Nieswandt in diesem Band). Zugänge wie das Kompensationsmodell (Baltes 1993), das Konzept vom erfolgreichen Altern (Rowe & Kahn, 1998), vom guten Altern (Vaillant, 2002) oder vom kreativen Altern (Cohen, 2007) betonen Möglichkeiten und Potentiale von älter werdenden Menschen. Ein solcher potentialbasierter Ansatz wird dabei auch gerne in der Relation von Alter und Religiosität gesehen, die kulturgeschichtlich lange in einen engen Zusammenhang gesetzt wurden. Auch heute noch werden insbesondere ältere Menschen oft als besonders religiös eingeschätzt, wobei dies in nicht wenigen Fällen eher negativ konnotiert und als antiquierte Sicht wahrgenommen wird. Nicht zuletzt aus der Aufklärung resultiert der Trend, dass sich immer mehr Menschen von traditionellen, institutionalisierten Religionsgemeinschaften abwenden und Erklärungsansätzen zuwenden, die sich innerhalb eines naturwissenschaftlichen Weltverständnisses verorten lassen. Jeder Bezug zu einer darüber hinausgehenden Existenz galt lange Zeit entsprechend als unseriös.

Eine solche Einstellung befindet sich jedoch gegenwärtig in Wandlung. Zwar kann mit Blick auf die Forschung noch nicht von einem „Megatrend“ die Rede sein, allerdings kam es in den vergangenen Jahren bereits zu einem kaum mehr überschaubaren Anstieg an Studien und Veröffentlichungen in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen zum Thema Religiosität und Spiritualität. Insbesondere Letzteres zieht dabei gegenwärtig Aufmerksamkeit auf sich, und es lässt sich innerhalb der Bevölkerung und gesellschaftlichen Praktiken ein nahezu schon inflationärer Rekurs auf eine subjekt- und erfahrungszentrierte Spiritualität beobachten. Im Gegensatz zur Versorgungslandschaft, wo Fort- und Weiterbildungen zum Thema Spiritual Care wie Pilze aus dem Boden schießen, scheint die

deutschsprachige Altersforschung hingegen bei diesem Thema noch eher in den Kinderschuhen zu stehen.

Um diesbezüglich zur Schließung der Lücke zur insbesondere angloamerikanischen Forschung beizutragen, widmet sich dieser Beitrag dem Zusammenhang von Spiritualität und Alter sowie der Rolle und Funktion von Spiritualität im Alter. Da es mit Blick auf die Bedeutung von Spiritualität unterschiedliche Verständnisse und Definitionsansätze gibt, liegt der Fokus des ersten Kapitels auf eben jenen unterschiedlichen Zugängen zur Begriffsbestimmung, um das Bedeutungsspektrum darzustellen. Anschließend werden Entwicklungsmodelle von Spiritualität über den Lebensverlauf hinweg beschrieben und diese abschließend mit Blick auf ihren Aussagegehalt für Spiritualität im Alter beleuchtet. Darauf aufbauend werden Schlaglichter auf die Rolle und Funktion von Spiritualität im Zusammenhang mit gerontologischer und medizinischer Forschung geworfen und exemplarisch einige empirische Ergebnisse vorgestellt. Ziel dieses Beitrags ist es, eine erste Annäherung an das Thema von Spiritualität und Alter sowie Spiritualität im Alter zu ermöglichen und dessen Relevanz für die Altersforschung aufzuzeigen.

1. Bestimmung von Spiritualität unter verschiedenen Perspektiven

Der gegenwärtige Spiritualitätsdiskurs ist von verschiedenen Deutungsströmungen geprägt, die eine eindeutige begriffliche und inhaltliche Bestimmung erschweren. Je nach Betrachtungsperspektive unterscheidet sich die Bestimmung nach disziplinärer Forschungsrichtung, kulturellem und ethnischem Hintergrund sowie Altersgruppen. Etymologisch leitet sich das Wort vom lateinischen *spiritus* (Luft, Hauch, Atem, aber auch Seele, Geist, Begeisterung und Sinn) ab, was dem griechischen *pneuma* und hebräischen *rûah* entspricht (vgl. Bucher, 2014: 29f.). Grundsätzlich wird Spiritualität im Vergleich zur Religion, die in der Regel auf ein vermeintlich deutlicher umrissenes Verständnis geteilter, institutionalisierter Glaubensgrundsätze und -praktiken bezogen wird, stärker auf subjektiver Ebene angesiedelt und wird mit Aspekten von Lebensphilosophie, Religiosität und existentiellen Fragen in Verbindung gebracht. Formal gesprochen, wird unter Spiritualität dabei eine Haltung, ein Tun, ein Lebensstil und die Gestaltung des Lebens aus einer Letzteinsicht und Orientierung an einem wie auch immer näher bestimmten „Letzten“ verstanden. Prozesshafter formuliert, beschreibt Spiritualität den „Weg, auf dem der Mensch nach letzten geheiligten und sinnvollen Strukturen sucht, innerhalb derer er sich selbst erfüllen und verwirklichen kann“ (zitiert nach Dahlgren, 2009: 120), wobei dieser Weg subjektiv sehr unterschiedlich ausfällt. Jeder Versuch der konkreten Bestimmung einer verallgemeinerbaren inhaltlichen Basis setzt demgegenüber eine normative Letztorientierung voraus, die nur wenig offen ist für individuelle Suchbewegungen, Glaubenskrisen und -verluste sowie Versuche der Neuorientierung. Eine allgemeinverbindliche Definition kann es demnach auf inhaltlicher Ebene gar nicht geben, da sie missachtet, dass Spiritualität einen „lebendigen Transformationsprozess meint, in dem die letzten Sinnhorizonte nicht von vorneherein feststehen, sondern oft erst allmählich ans Licht treten, niemals unangefochten gelten und manchmal auch tiefgreifende Verwandlungen und radikale Verdunkelungen durchlaufen“ (Baier, 2006: 39).

Neben einem solch weiten Verständnis von Spiritualität gibt es jedoch auch ein engeres, das Spiritualität innerhalb religiöser Deutungssysteme als die persönliche Gestaltung und Lebenspraxis von

Religion versteht und es synonym mit Religiosität verwendet. Dies ist insbesondere im deutschen Sprachraum zumeist noch der Fall, wo religiöse Institutionen kulturgeschichtlich lange Zeit eine deutliche deutungsprägende Rolle innehatten. Strukturell lassen sich zudem religiöse und soziokulturelle Betrachtungsperspektiven unterscheiden, auf die im Folgenden im Einzelnen eingegangen werden soll, um Licht in das gegenwärtig oft vorherrschende „Bestimmungs-Wirrwarr“ zu bringen.

1.1 Spiritualität in religiöser Perspektive

Bei der Bestimmung von Spiritualität aus religiöser Perspektive wird zwischen einem eher westlichen, jüdisch-christlichen und einem eher östlichen, insbesondere buddhistischen Verständnis unterschieden. Im jüdisch-christlichen Verständnis kam es insbesondere im Mittelalter, mit einer verstärkten Rezeption der griechischen Philosophie innerhalb der neuscholastischen Theologie und dem damit zunehmend prominenter werdenden Dualismus von Körper und Geist bzw. Leib und Seele, zu einer Einengung des Verständnisses von Spiritualität. *Spiritualis* bezog sich nun mehr und mehr ausschließlich auf geistige, vernunftgesteuerte und moralische Aspekte des Lebens, die im Gegensatz zur *carne-litas* (Fleischlichkeit) und einem damit assoziierten nicht-rationalen, sondern animalischen Leben standen. Hierdurch kam es zu einer Hierarchisierung innermenschlicher Aspekte durch führende Geistliche. Es überrascht demnach auch nicht, dass insbesondere im Hochmittelalter Spiritualität zunehmend nicht mehr nur für Geistigkeit, sondern vielmehr synonym für Geistlichkeit im Sinne einer spezifisch religiös ausgerichteten Haltung bzw. als Bezeichnung von kirchlichen Personen selbst verwendet wurde, was sich auch heute noch wiederfinden lässt. Wegbereitend war dafür auch die Entwicklung des Ordenslebens, das sich vollkommen der Haltung der Spiritualität verschrieb und zum Ort spiritueller Lebensführung *par excellence* stilisiert wurde. Spiritualität wurde so zusehends zu einem Ausdruck kirchlicher Rechtsgläubigkeit, katholischer Frömmigkeit und im Zuge der Glaubenskriege und Christianisierung zu einem neuen Axiom in der Distinktion zwischen Eigenem und Fremden, zwischen Kultiviertem und Barbarischem, zwischen Rationalem und Animalischem (vgl. Sheldrake, 2013). Nach dieser ersten Blütezeit im Mittelalter mit der geistesgeschichtlichen Wurzel in der antiken Philosophie kam es jedoch zu einer Vergessenheit des Begriffs innerhalb der westlichen Kultur. Nach dem Mittelalter bis ins 19. Jahrhundert war die Verwendung des Begriffs im lateinischen Westen eher unüblich.

In östlichen Kulturen herrschte im Gegensatz dazu von jeher ein anderes Spiritualitätsverständnis vor: Bereits Strömungen innerhalb des frühen Buddhismus bezeichneten mit Spiritualität eine individuelle Erfahrung der Selbsttranszendenz des Menschen, die durch Meditation erreicht werden kann und auf eine Erfahrung des Eins-Werdens mit allen Lebewesen und dem Kosmos hinwirkt (vgl. Ramers, 2009). Im Gegensatz zu einer „vernunftorientierten“ Bestimmung, wonach es der Ratio entspricht, ein spirituelles Leben zu leben, betont dieses Verständnis die individuelle affektive Erfahrung. Typisch für diese Richtung ist eine Übersteigerung eines egozentrischen Ichs hin zu einem umfassenden Bewusstsein. Tiefe Spiritualität wird dabei oft als Zielpunkt individueller und kollektiver Entwicklung verstanden.

Im Zuge der Kolonialisierung und Globalisierung wirkte dieses zweite Verständnis von Spiritualität zusehends auch in das hiesige religiöse Verständnis hinein und bereitete den Boden für die heutige

Schwierigkeit der eindeutigen Definition des Begriffs. So kam es spätestens seit dem *fin de siècle* zu einem Nebeneinander und Ineinander dieser verschiedenen Spiritualitätsverständnisse sowohl innerhalb der christlichen Theologie als auch der soziokulturellen Rezeption. Spätestens das Zweite Vatikanische Konzil (1962–65) revitalisiert auch innerhalb des Katholizismus den Begriff, wobei grundlegend von einem „Paradigmenwechsel von einer lehrmäßig und autoritativen zu einer empirisch-subjektiv erkennenden Spiritualität“ (Heusser, 2011: 14) gesprochen werden kann. Solche Entwicklungen, die der Bedeutung von subjektiver Erfahrung für Religion und Glaube einen wiedererstarkten Platz zuweisen, haben inzwischen Rückwirkungen auf das Leben in christlichen Gemeinden, wo neue Formen und Orte spiritueller Praxis etabliert werden.

Auch im Kontext des interreligiösen Dialogs sowie im Ringen um Anerkennung unterschiedlicher gender- und kultursensibler Zugänge zu Erfahrungen und Vorstellungen kommt Spiritualität seit dem Zweiten Vatikanum die Rolle eines auf Verständigung und auf Gemeinsamkeiten zielenden Nährbodens zu. Gerade die sich aus der Frauenrechtsbewegung der 1960er Jahre entwickelnde Strömung der *feministischen Spiritualität* ist darum bemüht, neben den traditionellen männlichen Zugangswegen auch andere Formen der Spiritualität aufzuzeigen. Sie unterstreicht in ihrem Ansatz, dass unabhängig vom biologischen Geschlecht eine Heterogenität der Zugänge, Praktiken und Erfahrungen für die Gestaltung und das Ausleben des Glaubens von Bedeutung sind. *Feministische Spiritualität* betont dabei im Unterschied zu *weiblicher Spiritualität* „die patriarchatskritische Reflexion von Spiritualität durch Frauen und Männer und eine frauengerechte spirituelle Praxis“ (Ladner, 2006: 127). *Weibliche Spiritualität* ist somit enger gefasst und bezieht sich primär auf geschlechtsspezifische spirituelle Praxis und auf Formen einer vermeintlich eigentümlichen Spiritualität von Frauen. *Feministische Spiritualität* versteht sich demgegenüber als kritisches Korrektiv und weist auf einen Mangel innerhalb traditioneller kirchlicher und religiöser Gemeinschaften hinsichtlich der Wahrnehmung einer Diversität von spirituellen Bedürfnissen und Erfahrungen hin. Innertheologisch betonen feministische Theolog*innen zudem eine Re-Vision der christlichen Tradition und ihren heutigen Erscheinungsformen (vgl. z.B. Schüngel-Straumann 2015). Insbesondere in den USA gibt es, darauf aufbauend, auch neuere Formen feministischer Spiritualität, die interkulturelle Dimensionen miteinschließt, wie etwa die *Womanist Spirituality* als Spiritualität von Afro-Amerikaner*innen oder eine spezifische Spiritualität von Lateinamerikaner*innen wie der *Mujerista Spirituality* (Sheldrake, 2013: 190). Es kann also in keiner Hinsicht von DER (einen) Spiritualität die Rede sein.

1.2. Spiritualität in soziokultureller Perspektive

War die Verwendung des Begriffs der Spiritualität bis in die 1960er in westlichen Kulturen noch primär binnentheologischen und religiösen Diskursen vorbehalten, verließ Spiritualität nun zusehends den religiösen Bereich und wurde auch außerhalb der christlichen Kirchen verwendet. Zum Teil wurde er dabei sogar als Antimodell zur dogmatischen Lehre des Christentums konstruiert, wie etwa in der New Age-Bewegung, die in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts „wesentlich zur weltweiten Popularisierung des Terminus *Spiritualität* beitrug“ (Baier, 2006: 25). War diese Bewegung anfangs noch recht überschaubar, ist sie heute Teil des kulturellen und sozialen Mainstreams geworden. Im Anschluss daran wird sowohl im Alltagsverständnis als auch innerhalb des wissenschaftlichen

Diskurses immer wieder versucht, Spiritualität in Abgrenzung zur Religion bzw. Religiosität zu bestimmen: Religion wird dabei zunehmend mit institutionalisierten Glaubensgemeinschaften (organisierten Kirchen, religiösen Institutionen, etc.) gleichgesetzt und Religiosität als die Partizipation an deren Glaubensinhalten und Praktiken verstanden. In Abgrenzung dazu wird Spiritualität rein über einen individuellen und erfahrungsbasierten Zugang zu einer nicht-materiellen Wirklichkeit (Transzendenz) bzw. dem Gefühl der Selbsttranszendenz, das sich einer grundlegenden Verbundenheit eines Selbst mit etwas über das Selbst Hinausgehenden äußert, bestimmt (vgl. Utsch et al., 2017; Bucher, 2014: 32ff.). Angesichts der tiefen Verwurzelung des Begriffs in der europäischen Geistesgeschichte gibt es jedoch gerade im hiesigen kulturellen Verständnis einen großen Überschneidungsbereich zwischen Religion/Religiosität und Spiritualität, weswegen beide Begriffe für lange Zeit synonym verwendet wurden bzw. immer noch werden.

Befördert durch die deutlichen Veränderungen der Gesellschaft mit ihren Tendenzen der Entstrukturalisierung und Individualisierung sowie einem weit verbreiteten Vertrauensverlust in traditionelle, institutionalisierte Glaubensformen ist Spiritualität als vermeintlicher Antagonist zur Religion/Religiosität gegenwärtig im Alltagsverständnis jedoch zum „Leitbegriff postmoderner Religiosität“ (Körtner, 1999: 8) bzw. „Megatrend“ (Zulehner, 2004) avanciert, sodass in der Soziologie von einem regelrechten „Spiritual Turn“ (vgl. Frick, 2014) gesprochen wird. Es wird dabei auf eine ganze Fülle von Weltanschauungen und Praktiken aus traditionellen westlichen und östlichen Glaubensvorstellungen oder auch archaischem Naturglauben zurückgegriffen, sodass es zum Teil zu eklektischen Mischformen kommt. Spiritualität ist gegenwärtig somit sowohl fester Bestandteil christlicher und nicht-christlicher Konfessionen als auch anderer kultureller Strömungen wie dem atheistischen Humanismus als Ausdruck ihrer jeweiligen Weltanschauung (vgl. Kahl, 2000). In Zusammenschau mit der Vielzahl von Lebens- und Wellnessratgebern, die sich auf Spiritualität berufen, lässt sich dabei der Anschein kaum leugnen, dass Spiritualität soziokulturell zusehends zu einer Ware degradiert wird und sich als eigener, lukrativer Markt etabliert.

1.3. Spiritualität als konzeptionelle Herausforderung

Wird Spiritualität jedoch zu einem unter vielen Wohlfühlangeboten, so wird sie inhaltsleer und ihrer existentiellen Dimension entzogen. Neben Vorstellungen von Spiritualität in verschiedenen Weltreligionen und ihren soziokulturellen Ausprägungen in der heutigen Gesellschaft gibt es daher gerade in wissenschaftlichen Kreisen das Bestreben, Spiritualität als anthropologisches Grundbedürfnis und damit existentiell rückgebunden zu bestimmen. Der Theologe Hans Urs von Balthasar entwickelte entsprechend bereits Mitte der 60er Jahre des letzten Jahrhunderts den Ansatz einer „allgemein-menschlichen Spiritualität“ im Sinne einer „praktische[n] oder existentielle[n] Grundhaltung des Menschen, die Folge und Ausdruck seines religiösen – oder allgemeiner: ethisch-engagierten Daseinsverständnisses ist: eine akthafte und zuständige (habituelle) Durchstimmtheit seines Lebens von seinen objektiven Letzteinsichten und Letztentscheidungen her“ (Balthasar, 1965: 715; vgl. auch den Beitrag von Baranzke & Güther in diesem Band). Er setzt sich mit dieser Bestimmung davon ab, dass Spiritualität auf der einen Seite eine Art neuscholastische Askese und Mystik sei und sich

Autorinnen & Autoren

Heike Baranzke, Dr.: wissenschaftliche Mitarbeiterin und Koordinatorin im DFG-Forschungsprojekt „Habitue in der Langzeitpflege von Menschen mit Demenz“ (HALT), Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar (PTHV), Vallendar sowie Lehrbeauftragte für Theologische Ethik an der Bergischen Universität Wuppertal (BUW). Arbeitsgebiete: Ethik der Menschenwürde, Kants Moralphilosophie, humane und außerhumane Bioethik, personenzentrierte Pflege, Haltung/Habitue. Kontakt: heike.baranzke@t-online.de

Susanne Brose, Dipl. Heilpäd.: Referentin für Regionale Gesundheitsnetze/Umsetzung des Hessischen Gesundheitspaktes. Referat Gesundheitspolitik, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration. Arbeitsgebiete: sprachliche Veränderungen bei Menschen mit Demenz, Möglichkeiten gelingender Kommunikation trotz sprachlicher Abbauprozesse bei Demenz, Gesundheitsversorgung für eine alternde Bevölkerung im ländlichen Raum. Kontakt: susanne.brose@hsm.hessen.de

Josef Ehmer, Prof. em. für Wirtschafts- und Sozialgeschichte an der Universität Wien. Arbeitsgebiete: Geschichte von Arbeit, Lebenslauf, Alter und Migration sowie Historische Demografie. Kontakt: josef.ehmer@univie.ac.at

Yvonne Eisenmann: Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln. Arbeitsgebiete: Versorgung von Menschen mit Demenz am Lebensende; Todeswunsch und Lebenswille von Palliativpatienten; Atemnot bei fortgeschrittener Erkrankung, klinische Forschung, Versorgungsforschung. Kontakt: yvonne.eisenmann@uk-koeln.de

Lea Ellwardt, Prof. Dr.: Professorin für Soziologie am Institut für Soziologie und Sozialpsychologie der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät an der Universität zu Köln. Arbeitsgebiete: Soziale Netzwerke, Altern, Gesundheit. Kontakt: ellwardt@wiso.uni-koeln.de

Marcel Erlinghagen, Prof. Dr.: Professor für Soziologie, insbesondere empirische Sozialstrukturanalyse, am Institut für Soziologie der Fakultät für Gesellschaftswissenschaften an der Universität Duisburg-Essen. Arbeitsgebiete: Arbeitsmarkt, Ehrenamt, Migration. Kontakt: marcel.erlinghagen@uni-due.de

Uwe Fachinger, Prof. Dr.: Professur für Ökonomie und Demographischer Wandel am Institut für Gerontologie der Universität Vechta. Arbeitsgebiete: Ökonomische Analyse der Sozial- und Verteilungspolitik; Gesundheitsökonomie. Kontakt: uwe.fachinger@uni-vechta.de

Luise Geithner, Dr.: Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health an der Universität zu Köln von 2016 bis 2020. Arbeitsgebiete: Soziale Ungleichheit, Lebensstile im Alter, Lebensqualität. Kontakt: luise.geithner@alumni.uni-koeln.de

Thomas Gørgen, Prof. Dr.: Professor für Kriminologie und interdisziplinäre Kriminalprävention und Leiter dieses Fachgebiets, Deutsche Hochschule der Polizei, Münster. Arbeitsgebiete: Sicherheit(sbedrohungen) im höheren Lebensalter; Extremismus und politisch motivierte Gewalt; Kriminalprävention. Kontakt: thomas.goergen@dhpol.de

Bernadette Groebe, Dr.: stellvertretende Leitung der Fachstelle Hospizarbeit, Palliativversorgung & Trauerbegleitung, Malteser Hilfsdienst e.V.; ehem. Doktorandin im NRW Forschungskolleg GROW

„Wohlbefinden bis ins hohe Alter“ der Universität zu Köln. Themenfeld der Doktorarbeit: Einstellungen zu Sterben, Tod und der Endlichkeit des Lebens; Versorgung am Lebensende. Kontakt: bernadette.groebe@malteser.org

Helen Güther, Dr.: wissenschaftliche Mitarbeiterin im DFG-Forschungsprojekt „HABitus in der Langzeitpflege von Menschen mit Demenz“ (HALT), Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar (PTHV), Vallendar sowie am Lehrstuhl für multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen, Universität Witten/Herdecke. Arbeitsgebiete: Personenzentrierte Pflege, Angehörigenpflege, heilpädagogische Gerontologie, Anerkennung. Kontakt: helen.guether@uni-wh.de

Hans Gutzmann, Prof. Dr.: Professor für Psychiatrie. Past-President der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie. Arbeitsgebiete: Gerontopsychiatrie, Versorgungsforschung. Kontakt: hgutzmann@posteo.de

Karsten Hank, Prof. Dr.: Professor für Soziologie am Institut für Soziologie und Sozialpsychologie der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät an der Universität zu Köln. Arbeitsgebiete: Familie, Altern, Gesundheit. Kontakt: hank@wiso.uni-koeln.de

Daniel Hauber, Dr.: Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz der International Psychoanalytic University Berlin. Kontakt: daniel.hauber@ipu-berlin.de

Peter Häussermann, Priv.-Doz. Dr. med. habil.: LVR Klinik Köln, Abteilung Gerontopsychiatrie & -psychotherapie, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln. Arbeitsgebiete: Gerontopsychiatrie, Geriatrie, Demenzerkrankungen, Assessment, Sport und Bewegung im Alter. Kontakt: peter.haeussermann@lvr.de

Rolf G. Heinze, Prof. Dr.: Professor für Allgemeine Soziologie, Arbeit und Wirtschaft an der Ruhr-Universität Bochum. Arbeitsgebiete: Sozialpolitik, soziale Gerontologie, Wirtschaftssoziologie. Kontakt: rolf.heinze@rub.de

Kira Hower, Dr.: Referentin im Bundesministerium für Gesundheit, Referat für Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung und Prävention. Arbeitsgebiete: Gesundheit vulnerabler Zielgruppen, insbesondere Ältere Menschen und LSBTIQ*, gesundheitliche Chancengleichheit. Kontakt: kira-isabel.hower@bmg.bund.de

Daniela Klaus, Dr.: bis 2020 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Zentrum für Altersfragen, Berlin. Forschungsschwerpunkte: Familienbeziehungen, soziale Netzwerke, Kulturvergleich, soziale Ungleichheit, Lebenslagen von Migrant*innen. Kontakt: daniela.klaus@posteo.de

Lars-Oliver Klotz, Prof. Dr.: Leiter des Instituts für Nutrigenomik, geschäftsf. Direktor des Instituts für Ernährungswissenschaften, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Arbeitsgebiete: Zellkulturen, Genexpression, Molekularbiologie, Zellkommunikation. Kontakt: lars-oliver.klotz@uni-jena.de

Helena Kukla: wissenschaftliche Mitarbeiterin im NRW Forschungskolleg GROW - Gerontological Research on Well-being- der Humanwissenschaftliche Fakultät der Universität zu Köln. Arbeitsgebiete: psychosoziale Versorgung von Menschen am Lebensende, Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit. Kontakt: helena.kukla@uni-koeln.de

Franziska Landgraf (geb. Kunz), Dr.: Mitarbeiterin Fachservicestelle Sachsen, i.A. des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, Dresden. Kontakt: franziska.kunz@gmx.net.

Katharina Mahne, Dr.: Soziologin; frei berufliche Dozentin in der Erwachsenenbildung, Körpertherapeutin. Kontakt: post@katharina-mahne.de

Michael Neise, M.A.: Landschaftsverband Rheinland (LVR). Dezernat Soziales. Kontakt: michael.neise@lvr.de

Frank Oswald, Prof. Dr.: Professor für Interdisziplinäre Alternswissenschaft (IAW) am Fachbereich Erziehungswissenschaften der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Arbeitsgebiete: Person-Umwelt Wechselwirkungen und Übergänge im höheren Alter.

Kontakt: oswald@em.uni-frankfurt.de

Johannes Pantel, Prof. Dr.: Leiter des Arbeitsbereichs Altersmedizin mit Schwerpunkt Psychogeriatric und klinische Gerontologie, Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main. Arbeitsgebiete: neurodegenerative Erkrankungen, klinische Neurologie, Prävention und Früherkennung dementieller Erkrankungen, Psychosoziale Folgen der demographischen Alterung. Kontakt: pantel@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Susanne Penger, Dipl.-Psych.: Arbeitsbereich Interdisziplinäre Alternswissenschaft (IAW) der Goethe-Universität Frankfurt am Main, Stipendiatin im Projekt „autonomMOBIL“. Arbeitsschwerpunkte: Mobilität, Handlungsflexibilität, quantitative Methoden.

Kontakt: pengers@em.uni-frankfurt.de

Holger Pfaff, Prof. Dr.: Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln. Arbeitsgebiete: Versorgungsforschung, Sozial- und Versorgungsepidemiologie, Gestaltung und Interventionen in sozialen Systemen. Kontakt: holger.pfaff@uk-koeln.de

Timo-Kolja Pfoertner, Vertr.-Prof. Dr.: Vertretung Forschungsmethoden. Department für Heilpädagogik und Rehabilitationswissenschaften. Humanwissenschaftliche Fakultät. Universität zu Köln. Forschungsschwerpunkte u.a. Soziale Determinanten der Gesundheit und gesundheitlichen Ungleichheiten; Arbeit und Gesundheit; Lebenslaufforschung. Kontakt: tpfoertl@uni-koeln.de

M. Christina Polidori, Prof. Dr. Dr.: Leiterin Schwerpunkt Klinische Altersforschung, Klinik II für Innere Medizin der Universitätsklinik Köln. Arbeitsgebiete: Biochemische Grundlagen des Alterungsprozesses, Prävalenz und Pathophysiologie der Anämie im höheren Lebensalter, Einflüsse auf den gesunden Alterungsprozess, Prävention und Management kognitiver Störungen und Demenz. Kontakt: maria.polidori-nelles@uk-koeln.de

Holger Schmidt, Dr.: Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln. Arbeitsgebiete: bedürfnisorientierte Versorgung von Menschen mit Demenz am Lebensende; Evaluation der ambulanten Palliativversorgung in Nordrhein.

Kontakt: holger.schmidt@uk-koeln.de

Laura Schmidt, Dr.: Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Psychologischen Institut der Universität Heidelberg und Vertretungsprofessorin für Gesundheitsförderung an der Evangelischen Hochschule

Ludwigsburg. Arbeitsgebiete: Technikhandhabung im Alter, Selbstregulation und Gesundheitsverhalten, Körperliche Aktivität. Kontakt: laura.schmidt@psychologie.uni-heidelberg.de

Katrin Schneiders, Prof. Dr.: Professorin für Wissenschaft der Sozialen Arbeit mit dem Schwerpunkt Sozialwirtschaft an der Hochschule Koblenz. Arbeitsgebiete: Sozialpolitik und Sozialwirtschaft. Kontakt: schneiders@hs-koblenz.de

Frank Schulz-Nieswandt, Prof. Dr.: Professor für Sozialpolitik, Methoden der qualitativen Sozialforschung und Genossenschaftswesen am Institut für Soziologie und Sozialpsychologie der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln; Honorarprofessor für Sozialökonomie der Pflege an der PTH Vallendar. Arbeitsgebiete: Anthropologisch fundierte Sozialpolitik des Lebenszyklus, insbesondere im Alter; Sozialraumorientierte Wohn-, Pflege- und Gesundheitsversorgung; Mehr-Ebenen-Rechtsregime und Inklusion; Öffentliche, freie und genossenschaftliche Gemeinwirtschaftslehre; kultursemiotische qualitative Sozialforschung. Kontakt: schulz-nieswandt@wiso.uni-koeln.de

Andreas Simm, Prof. Dr.: Klinik für Herzchirurgie, Herzzentrum, Halle (Saale). Arbeitsgebiete: Proteinglykierung als Alterungsmechanismus, Altern des Herz- Kreislaufsystems, Entstehung des Bronchialkarzinoms im Alter, Biomarker des Alterns – Analyse des biologischen Alters. Kontakt: andreas.simm@uk-halle.de

Julia Simonson, Dr.: stellvertretende Leiterin des Deutschen Zentrums für Altersfragen, Berlin. Arbeitsgebiete: soziale Ungleichheit im Alter; freiwilliges Engagement. Kontakt: julia.simonson@dza.de

Anja Steinbach, Prof. Dr.: Professorin für Soziologie am Institut für Soziologie der Fakultät für Gesellschaftswissenschaften an der Universität Duisburg-Essen. Arbeitsgebiete: Familien- und Migrationssoziologie. Kontakt: anja.steinbach@uni-due.de

Anna Storms (geb. Janhsen), Dr.: ehemalige wissenschaftliche Mitarbeiterin bei ceres an der Universität zu Köln; Promotion zum Thema „Spiritualität im Kontext der Lebensqualität im höheren Lebensalter“; gegenwärtig Dozentin für Ethik und Unternehmenskultur im Sozial- und Gesundheitswesen bei der Akademie „Die Wolfsburg“ in Mülheim an der Ruhr. Kontakt: anna_storms@outlook.de

Julia Strupp, Priv.-Doz. Dr. Dr.: Forschungs koordinatorin am Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln. Venia Legendi im Fach "Versorgungsforschung und Palliative Care". Forschungsgebiete: das letzte Lebensjahr in Köln, Sterben zu Hause, palliative und hospizliche Versorgung von Patient:innen mit neurologischen Langzeit-Erkrankungen, Todeswünsche von Palliativpatient:innen. Kontakt: julia.strupp@uk-koeln.de

Clemens Tesch-Römer, Prof. Dr.: Institutsleiter des Deutschen Zentrums für Altersfragen, Berlin. Arbeitsgebiete: Lebensqualität im Alter, Kontexte von Alter und Altern, sozialpolitische Implikationen gerontologischer Forschung. Kontakt: ctr@dza.de

Claudia Vogel, Prof. Dr.: Soziologie sowie Methoden der empirischen Sozialforschung an der Hochschule Neubrandenburg. Kontakt: cvogel@hs-nb.de

Raymond Voltz, Prof. Dr.: Direktor des Zentrums für Palliativmedizin, Uniklinik Köln. Lehrstuhlinhaber Palliativmedizin, Universität zu Köln. Arbeitsgebiete: Versorgungsforschung, Umgang mit To-

deswünschen, Palliativversorgung bei Tumor- und Nicht-Tumorerkrankungen, Leitlinienerarbeitung.
Kontakt: raymond.voltz@uk-koeln.de

Michael Wagner, Prof. Dr.: Professor für Soziologie am Institut für Soziologie und Sozialpsychologie der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät an der Universität zu Köln. Geschäftsführender Direktor vom Cologne Center for Ethics, Rights, Economics and Social Sciences for Health (ceres) der Universität zu Köln. Arbeitsgebiete: Sozialdemographie, Familie, Altern. Kontakt: mwagner@wiso.uni-koeln.de

Hans-Werner Wahl, Prof. Dr.: Seniorprofessor und Direktor des Netzwerks AlternsfoRschung der Universität Heidelberg. Arbeitsgebiete: Entwicklungspsychologie chronischer Funktionsverluste, Altern im physisch-technischen Kontext, subjektives Altern. Kontakt: wahl@nar.uni-heidelberg.de

Judith Wenner, Dr.: Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Department Heilpädagogik und Rehabilitation an der Humanwissenschaftlichen Fakultät und am Cologne Center for Ethics, Rights, Economics and Social Sciences for Health (ceres) der Universität zu Köln. Arbeitsgebiete: Sozialepidemiologie, Versorgungsforschung, Diversität und gesundheitliche Ungleichheit. Kontakt: judith.wenner@uni-koeln.de

Inka Wilhelm, Dr.: Fachstelle ALTERN UNTERM REGENBOGEN. frauenberatungstelle düsseldorf e.V. Kontakt: Inka.Wilhelm@frauenberatungsstelle.de

Christiane Woopen, Prof. Dr.: Heinrich-Hertz-Professur im Bereich Life Ethics an der Universität Bonn. Kontakt: CHWoopen@uni-bonn.de

Susanne Zank, Prof. Dr.: Leiterin des Lehrstuhls für Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie, Department Heilpädagogik und Rehabilitation an der Humanwissenschaftliche Fakultät der Universität zu Köln. Arbeitsgebiete: Belastungs- und Interventionsforschung bei pflegenden Angehörigen von Demenzpatienten, Interventions- und Rehabilitationsforschung bei alten Menschen, Evaluation ambulanter und stationärer Versorgung, Lebensqualität im Alter. Kontakt: susanne.zank@uni-koeln.de

Melanie Zirves, Dr.: Lektorin und Mentorin bei Fußnötchen. Arbeitsgebiete: wissenschaftliches Fachlektorat, wissenschaftliches Schreiben, qualitative und quantitative Methoden der empirischen Sozialforschung, Versorgungsforschung, Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen. Kontakt: melanie@kontakt-fussnoetchen.de

Sachregister

A

Abhängigkeit 40, 67, 68, 150, 159, 162, 227, 259, 288, 297, 318, 326, 327, 352, 366, 374, 378, 422, 467, 470, 490, 498, 499, 538, 563, 583, 588, 592, 666

Aktivität 41, 52, 61, 73, 95, 99–101, 103, 106, 113–116, 118, 121–126, 129–132, 212, 219, 235, 243, 257, 266, 269, 270, 294, 301, 303, 304, 347, 351, 362, 376, 387–389, 391, 394–396, 399, 401, 416, 421–423, 425, 427, 430–433, 448, 471, 472, 474, 498, 501, 503, 517–523, 525, 526, 529, 530, 587, 592, 593, 617, 638, 668, 690, 691, 699, 700

Alltag 24, 47, 216, 239, 240, 244, 269, 324, 425, 426, 431, 535, 542, 543, 545, 610, 677

Altenhilfe 9, 227, 322, 324, 325, 530, 651, 685–691, 696, 699–702, 705–707

Altenverehrung 46–48

Altersbild 29, 32, 35–37, 40, 41, 48–52, 75, 172, 592, 637, 666

Alterslast 41, 49

Alterssicherung 8, 20, 63, 139, 140, 142–145, 163, 174, 219, 368, 691

Altersvorsorge 139, 141, 143, 144, 148–150, 153, 154, 156, 157, 162–164, 169, 172, 180–182, 189, 205, 695

Alterungstheorie 91, 92

Anthropologie 7, 19, 23, 43, 622

Anti-Aging 40, 96, 105, 631

Antike 29–31, 35–40

Armut 139, 140, 153, 155, 162, 171, 176–178, 180, 190, 366, 452, 479, 492, 566, 586, 587, 705

Arzt 265, 266, 282, 304, 315, 316

Attraktivität 36, 51, 298, 300, 524

B

Beruf 9, 25, 41, 42, 63, 66, 123, 129, 142, 146, 175, 183, 200, 204, 207, 210–212, 239, 261, 269, 280, 293, 298, 299, 320, 370, 391, 524, 527, 565, 572, 617, 649, 651, 652, 664, 686, 689

Bewegung 40, 269, 289, 290, 299, 394, 425, 430, 451, 547, 606, 613, 617, 647

Bildung 96, 97, 99–102, 114, 118, 121, 123–126, 129, 156, 172, 173, 175, 177–179, 182–189, 205, 345, 347, 349, 350, 370, 389, 399, 416, 429, 476, 520, 568, 616, 638, 662, 664, 669, 670, 674, 675, 677, 689, 703

Bundesregierung 8, 21, 24, 29, 140, 149, 152, 156, 158, 160, 161, 176, 199, 299, 302, 535, 687, 688, 691, 692, 695, 698, 701, 702, 706

D

Demenz 93, 99, 104, 105, 225–228, 231, 235–244, 255, 258, 259, 262, 281, 284, 299, 301, 315, 318, 323, 324, 342, 352, 415, 418, 449, 477, 527, 540, 542–545, 613, 643–651, 705

Depression 63, 119, 225, 226, 228–235, 239, 244, 254, 255, 262, 266, 271, 284, 285, 296, 326, 327, 329, 351, 354, 364, 448–450, 453, 455, 474, 479, 493, 525–527, 619, 636

Diabetes 101, 104–106, 212, 243, 255, 281, 289, 300, 525

Dienstleistung 24, 73, 163, 199, 200, 203, 205–207, 209–213, 215–218, 301, 302, 417, 498, 499, 688, 689, 698, 706

Digitalisierung 200, 214–216, 298, 535–537, 548

Diskriminierung 20, 69, 74, 174, 201, 208, 216, 217, 471, 569, 630, 643, 644, 647

Diskurs 7, 10, 20, 21, 24, 33–36, 39, 41, 42, 49–51, 132, 149, 184, 199, 200, 216, 218, 219, 295, 461–463, 606–608, 621, 630, 631, 640, 643–646, 667, 668, 687, 689, 693

E

Ehepartner 105, 295, 296, 365, 368, 474

Einkommen 40, 65, 123, 124, 129, 139, 141, 144, 147, 150, 151, 155, 156, 159, 163, 164, 172, 173, 175–180, 182–184, 189, 190, 203, 204, 207, 210, 366, 370, 389, 397, 473, 474, 493, 558, 566, 661, 703

Einsamkeit 8, 74, 129, 233, 262, 271, 302, 326, 344, 351, 388, 423, 434, 543, 547, 594, 609, 636, 669, 698

Eltern 45–49, 66, 92, 187, 261, 291, 295, 361, 362, 364, 366–377, 451–453, 570

Engagement 21, 60, 73, 131, 183–186, 189, 200, 216, 218, 220, 389–392, 399, 401, 402, 421, 536, 688, 689, 696, 704, 706

Enkel 361, 369–373, 455

Erbe 66, 172

Erbschaft 172, 176, 179–181

Ergotherapie 243, 262, 265, 266, 283, 288

Erkrankung 10, 60, 75, 89, 90, 93, 96, 104, 106, 107, 121, 130, 182, 212–215, 225, 226, 228–238, 243, 244, 253–255, 257, 259, 261–263, 267, 269–271, 279–281, 283–285, 287–292, 294, 296, 299, 300, 304, 315–321, 323, 325, 328, 329, 342, 352, 364, 425, 448–450, 454, 455, 474, 504, 508, 523–528, 530, 548, 572, 581, 583, 592, 613, 618, 619, 622, 634–636, 645, 648, 659, 661, 668, 675

Erwerbstätigkeit 40, 41, 67, 140, 141, 148, 154, 156, 157, 160, 182, 183, 200–202, 218, 291, 371, 376, 565, 666

Ethik 10, 19, 25, 629, 630, 632, 633, 641–643, 646, 648

Sachregister

Europa 8, 29, 30, 35, 38, 39, 43, 45, 46, 50, 88, 105,
200, 326, 371, 425, 444, 545, 574, 659, 660, 664

F

Fachkräftemangel 199, 214, 279, 292, 304

Familie 10, 21, 30, 38, 39, 41, 44–46, 48–52, 66, 72, 73,
78, 101, 105, 115, 116, 120, 123, 143, 181–183, 187, 203,
204, 216, 218, 229, 263, 291, 294, 319, 322, 328, 329,
344, 346–351, 354, 355, 361, 362, 367–370, 372–374,
376–378, 390, 397, 446, 449, 453, 462, 464, 466,
469, 470, 477, 522, 543, 544, 558–565, 568–571, 574,
575, 582, 637, 661, 664, 670, 687–691, 695, 696, 699,
706

Finanzierung 68, 139, 140, 143–147, 153, 213, 279, 283,
292, 300, 321

G

Geburt 22, 38, 39, 47, 63, 64, 66, 85, 86, 88–90, 114,
116, 117, 119, 122, 123, 125–127, 129, 132, 172, 174, 182,
184, 188, 341, 361, 362, 374, 445, 446, 449, 451, 454,
495, 562, 583, 614, 641, 660, 662, 664, 665

Gedächtnis 48, 257, 258, 351, 644

Geisteswissenschaft 29

Generation 8, 20, 24, 29, 31, 34, 38, 39, 43, 48–52,
60–64, 75, 85, 91–93, 117, 119, 122, 125, 146, 147, 157,
159, 161, 172, 184, 189, 203, 205, 218, 220, 291, 362,
366–372, 377, 389, 399, 426, 428, 443, 444, 448,
451, 470, 492, 498, 545, 546, 557, 559, 560, 563, 564,
567, 569, 570, 572, 608, 609, 616, 661, 662, 667, 668,
671, 673, 688, 694, 695, 700

Geriatrie 85, 86, 230, 253, 280, 293, 535, 536, 629, 631

Gerontologie 8, 9, 19, 21–23, 29, 42, 61, 67–69, 85, 86,
113, 116, 171, 199, 218, 219, 401, 411, 414, 433, 535–539,
544, 547, 548, 582, 631, 632, 638, 663, 666, 667

Geschlecht 10, 21, 33, 44, 46, 65, 68, 92, 96, 123,
126, 162, 172–175, 177, 178, 183, 185, 186, 188, 201,
225–228, 232, 267, 281, 288, 289, 315, 317, 321, 325,
348, 364, 365, 370–373, 378, 391, 395, 416, 424,
428, 465–467, 470, 473, 479, 488, 500, 518–523,
525–528, 544, 561, 562, 569, 583, 584, 606, 616, 638,
664, 703

Geschwister 361, 365, 373–376, 452

Gesellschaft 7, 9, 20, 21, 32, 33, 38, 39, 42–46, 48, 49,
51, 60, 63–68, 78, 108, 114, 116, 118–122, 125, 132, 171,
175, 199, 217, 218, 220, 236, 260, 279–282, 285, 287,
292, 305, 315, 320, 322, 341, 355, 368, 387–389, 397,
400, 401, 456, 461, 466, 479, 492, 508, 535, 536, 563,
587, 589, 603, 607, 608, 614, 637, 639, 640, 642,
644, 647, 651, 652, 661, 662, 675, 695, 698

Gesundheit 10, 41, 47, 64, 65, 67, 68, 71, 74, 76, 78, 120,
121, 125, 129–131, 145, 173, 175, 176, 182, 205, 206, 213,
215, 253, 254, 259, 260, 263, 269–271, 279, 280, 284,
287, 290, 299, 319, 341, 342, 345, 347–349, 351–353,
355, 364, 371, 388–390, 419–422, 428, 431, 434, 449,
450, 454, 519, 525, 536, 549, 557, 564, 571, 572, 574,

581, 583, 584, 586, 587, 592, 593, 618, 619, 632, 636,
639, 659, 661, 662, 664, 666, 674, 675, 687, 689, 691,
695, 699, 700

Gewalt 364, 444, 446, 447, 450, 461–480, 493, 507,
508

Großeltern 261, 361, 369–372, 452

H

Haushalt 116, 124, 161, 203, 209, 212, 269, 291, 294, 295,
344, 363, 364, 370, 376, 378, 414, 569, 697

Hilfsmittel 286

Hochaltrigkeit 7, 10, 21, 22, 41, 190, 254, 263, 444, 461,
468, 581–584, 587–591, 593, 594, 631, 632

Holocaust 443, 449, 450, 452, 454

Hospiz 290, 317, 320–322, 506, 689

Humanismus 607

I

Immobilität 255, 257, 426

Industrie 32, 43, 199, 205, 206, 341, 400, 468, 493, 648,
703

Insulin 101, 103, 104, 106

Integration 19, 24, 64, 184, 186, 210, 299, 329, 341, 342,
344, 347, 352, 353, 355, 377, 394, 417, 492, 504, 558,
567, 588, 589, 593, 630, 688, 702

J

Jugend 39, 40, 49, 61, 63, 64, 66, 72, 75, 86, 94, 119,
189, 446, 462, 490, 491, 497, 524, 530, 582, 661, 687,
690, 691, 695, 696

K

Kindheit 22, 61–64, 66, 67, 86, 119, 123, 232, 367, 374,
445, 446, 488, 530, 587, 638

Klima 300

Klinik 241, 264

Körper 22, 30, 36, 40, 74, 75, 91, 100, 258, 261, 523,
605, 631, 634–636

Krankenhaus 253, 259, 260, 265, 282, 283, 286, 290,
295, 316, 317, 320, 321

Krankheit 60, 90, 105, 108, 122, 131, 156, 160, 208, 212,
227, 235, 237, 238, 240–242, 244, 258, 262–264, 279,
316, 324, 343, 352, 364, 377, 399, 521, 524, 525, 530,
581, 582, 585, 587, 588, 618, 621, 637, 669

Krebs 342, 353, 448, 449, 526

Krieg 172, 205, 443, 444, 446, 452, 455, 671

Kriminalität 487, 489, 491, 493, 494, 497, 498, 500,
501, 503, 508, 509

Kultur 9, 21, 23, 29, 33, 45–48, 52, 68, 95, 205, 424,
429, 605, 634, 638, 689

L

Lebenserwartung 40, 85, 88–90, 93–95, 97, 100, 114, 121, 125, 131, 132, 149, 173, 176, 186, 203, 235, 263, 264, 316, 317, 325, 341, 355, 361, 363, 364, 369, 388, 493, 518, 529, 562, 581, 583, 584, 587, 631, 632, 636, 660, 661, 664, 666, 670, 673

Lebenslauf 19, 21, 23, 24, 43, 59, 61–64, 66, 67, 70, 72, 73, 77, 114–120, 125, 129, 132, 171, 173, 174, 185, 189, 190, 232, 325, 346, 349, 355, 363, 365, 371, 411, 414, 587, 603, 608, 610, 662, 665–668, 674

Lebensqualität 20, 25, 68, 125, 187, 208, 214, 215, 254, 255, 260, 263, 265, 271, 280, 289, 290, 294, 297, 303, 304, 318, 319, 326–329, 388, 418, 423, 430, 434, 450, 468, 543, 544, 564, 581, 582, 584–594, 618, 621, 629, 635, 636, 648, 651, 668, 696

Lebensspanne 19, 22, 63, 71, 74, 86, 88, 90, 94, 95, 97, 100–103, 105, 106, 113, 367, 487, 489, 490, 499, 519, 524, 527, 530, 536, 546, 629

Lebensstil 40, 113, 121, 123–126, 131, 175, 263, 269, 270, 370, 501, 593, 604

Lebenszeit 72, 73, 116, 179, 361, 369, 445, 614, 619, 622, 640, 651

Leistungsfähigkeit 41, 73, 87, 121, 124, 144, 146, 216, 243, 256, 257, 266, 413, 425, 474, 538, 583, 631, 634, 645

M

Macht 32, 38, 43, 45, 46, 68, 69, 71, 75, 608, 703, 704

Makro-Ebene 30, 66, 476, 477, 479

Medien 74, 75, 206, 502, 543, 689

Medizin 29, 31, 35, 77, 213, 219, 279, 281, 290, 302, 316, 411, 424, 444, 456, 603, 618, 631

Migration 10, 21, 44, 557, 558, 560, 562, 563, 567, 660, 664

Mikro-Ebene 30, 66, 476

Mobilität 8, 46, 121, 124, 125, 130, 175, 187, 208, 234, 257, 265–267, 285, 299, 301, 322, 377, 394, 411, 413, 416, 421, 423–426, 428–434, 498, 503, 506, 536, 538, 540, 545, 547, 665, 666, 689, 700

N

Nachhaltigkeit 152, 217, 297, 299, 305

O

Operation 87, 139, 149, 154, 259, 341, 342, 344, 352, 353, 468, 469, 581, 584, 588, 621, 648

P

Palliativmedizin 318–322, 617, 619

Palliativversorgung 279, 290, 298, 305, 315, 317, 319–322, 325, 329, 619, 689

Partizipation 20, 24, 121, 152, 171, 173, 176, 342, 387, 388, 399, 401, 430, 434, 607, 659, 685, 688, 689, 703

Partnerschaft 10, 115, 186, 261, 361–365, 371, 374, 376, 377, 520, 593

Pflege 9, 24, 61, 71, 130, 131, 187, 206, 209, 211–213, 217, 218, 254, 259, 265, 266, 279, 280, 285–287, 290, 292, 296–299, 301, 302, 305, 318, 322, 346, 347, 364, 366, 368, 374–378, 388, 418, 444, 455, 456, 462, 466, 468, 469, 475–478, 480, 504, 507, 522, 529, 530, 536, 545, 571, 603, 619, 635, 636, 649, 651, 675, 678, 689–691, 694, 696, 699, 700, 705

Physiotherapie 265, 283, 290

Pietät 46, 47

Politikfeldanalyse 685

Prävention 73, 211–213, 218, 225, 235, 237, 243, 260, 269, 279, 289, 290, 299, 303, 305, 462, 477, 479, 507, 536

Psychotherapie 225, 234, 235, 262, 456

Public Health 77

R

Rehabilitation 71, 211, 243, 279, 287, 288, 293, 299, 305, 696

Reise 49, 204, 206, 207

Rente 39–41, 130, 139, 142, 144, 145, 147–152, 155–162, 169, 171, 172, 174, 176, 179–182, 188, 189, 201–203, 207, 208, 287–289, 296, 387–389, 417, 471, 492, 504, 506, 566, 567, 639, 659, 661, 666, 673, 689, 695, 697, 703

Ressource 24, 39, 43, 48, 63, 65–70, 74, 125, 129, 130, 139, 153–155, 174, 175, 183, 185, 206, 218, 220, 233, 261, 262, 264, 271, 280, 289, 292, 294, 295, 304, 321–323, 342, 344, 346, 347, 349, 353, 367, 377, 387–391, 395, 399, 401, 402, 411, 413, 431–433, 537–539, 543, 557, 564, 571, 573, 584, 585, 587, 588, 590–593, 622, 633, 659, 669, 674, 687, 691, 702, 703

Ruhestand 40–42, 52, 60, 61, 63, 73, 75, 114–116, 121, 124, 130, 131, 181–184, 189, 201, 291, 347, 388, 391, 393, 402, 427, 455, 524, 563, 567, 665–667, 695

S

Schmerz 254, 317, 323

Senior 428, 582, 689, 702

Sexualität 10, 23, 364, 517–519, 521–530

Solidarität 33, 52, 62, 362, 366, 368, 371, 374, 590, 640, 642, 692

Sozialisation 121, 174, 367, 392, 400, 455, 563, 611, 612, 616

Sozialleben 255, 344

Sozialpolitik 9, 68, 69, 116, 304, 677, 690, 696, 700

Sozialwissenschaft 7, 19, 32, 33, 48, 49, 51, 113, 114, 155, 387, 664

Spiritualität 10, 323, 328, 603–622

Sachregister

Staat 39, 47, 67, 68, 116, 368, 378, 567
Status 32, 38, 39, 43, 44, 48, 49, 66, 67, 115, 125, 129,
155, 161, 184, 213, 239, 254, 266, 279, 289, 389, 391,
395, 397, 502, 546, 563, 567, 572, 574, 587, 638, 643,
646, 667, 674–676
Sterblichkeit 66, 259, 262, 267, 289, 324, 325, 328, 341,
342, 352, 353, 562, 631, 673
Stereotyp 10, 30, 34, 35, 38, 42, 51, 59, 74, 76, 233, 491,
538
Straffälligkeit 10, 487, 489, 491, 493, 496
Strafvollzug 487, 492, 503–505
Suizid 231, 326, 327, 447
Symptom 75, 228–230, 232–234, 236, 242, 257, 258,
317, 318, 323, 326, 328, 329, 351, 418, 448–450,
452–455, 468, 572, 619, 620
Syndrom 225, 226, 235, 236, 238, 253–260, 264–266,
270, 271

T

Therapie 87, 102, 105, 106, 108, 212, 227, 228, 230–237,
241–244, 255–257, 259, 260, 264–269, 271, 283, 288,
293, 301, 302, 328, 329, 527, 528, 543, 620
Tod 8, 22, 30, 38, 41, 47, 60–62, 74, 76, 78, 86, 87,
90, 93, 95, 106, 119, 124, 132, 205, 261, 262, 315–318,
324–328, 330, 365, 450, 525, 526, 609, 614, 636, 637,
640, 644, 649
Tourismus 52, 205, 206, 217
Training 235, 243, 256, 269, 542, 543
Trauma 443, 444, 447–452, 454, 455, 530

U

Überalterung 10, 39
Überforderung 214, 262, 430, 453, 637
Umwelt 21, 23, 61, 116, 411–414, 416, 419, 422, 424, 425,
429, 431–434, 497, 539, 581, 586, 588–590, 592, 593,
633, 642, 648
Ungleichheit 20, 21, 59, 65–67, 69, 77, 118, 120, 125,
129, 130, 132, 171–174, 176–184, 186, 188–190, 355,
398, 548, 587, 588, 665, 667, 674, 677, 678

V

Vereinsamung 230, 492, 659

Verhalten 21, 30, 34, 47, 69, 74, 75, 121, 130, 132, 225,
227, 233, 285, 354, 392, 418, 431, 451, 452, 456, 464,
469, 470, 475, 490, 492, 496, 498, 499, 502, 508,
517–520, 527, 529, 539, 619, 636, 639
Verkehr 689, 694
Vermögen 65, 149, 150, 172, 176, 179, 183, 189, 203, 207,
366, 566
Versicherung 142, 159, 207
Versorgung 10, 24, 46, 52, 67, 89, 176, 187, 205, 208,
214, 237, 254, 263, 264, 279–288, 290–305, 315, 316,
318–323, 327–329, 447, 455, 456, 461, 470, 478, 479,
529, 543, 573, 603, 618, 619, 629, 688, 694, 700, 702,
705
Verwitwung 71, 115, 116, 121, 130, 172, 186, 350,
363–366, 374, 387, 414, 583
Vulnerabilität 7, 52, 228, 230, 232, 259, 305, 450, 583,
622, 629, 630, 632, 633, 650, 659, 667–669, 673,
674, 676, 677

W

Werte 20, 21, 24, 32, 33, 39, 48–50, 65–67, 124, 125,
139, 147–149, 151, 154, 163, 172, 175, 179, 205, 206,
209, 213, 215, 226, 230, 294, 298, 299, 316, 346, 370,
396, 399, 419, 450, 471, 488, 494, 495, 502, 517, 519,
544, 559, 563, 573, 582, 584, 586, 589–592, 608–611,
614, 617, 618, 621, 622, 636, 640, 643, 650, 664, 692
Wohlbefinden 61–63, 69, 70, 72–74, 260, 261, 271, 300,
317, 318, 322, 324–326, 328, 341, 342, 345–349, 351,
353, 355, 363–365, 388, 402, 413, 414, 419, 421–423,
425, 430, 432–434, 449, 476, 521, 536, 543, 567, 571,
581–583, 585–587, 589, 590, 592, 618, 619, 621, 622,
636, 669
Wohnsituation 173, 176, 300, 344, 479, 557, 558,
567–569, 574, 594, 700
Wohnung 163, 204, 208–210, 214, 215, 218, 411,
414–417, 419, 422, 492, 547, 568, 569, 689, 694, 705,
706
Würde 19, 20, 25, 36, 40, 42, 70, 155, 160, 216, 318, 327,
329, 469, 646
Z
Zuwanderung 557–561, 660, 664, 671