



universität
wien

Titel der Diplomarbeit

**Ageismus in der Hauskrankenpflege alter
Menschen in Österreich**

Verfasserin

Birgit Rohatsch

Angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2011

Studienrichtung lt. Studienblatt: A057/122

IDS Pflegewissenschaften

Betreuerin:

Dr. Dipl. Math. Julia Inthorn

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Verwendung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quellen gekennzeichnet.

Weiter erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Ich habe mich bemüht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder in dieser Arbeit eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.

Wien, am

Birgit Rohatsch

Widmung

Diese Diplomarbeit widme ich meiner Großmutter Herta Rohatsch, denn sie hat mich in einem unserer von mir sehr geschätzten Gespräche zu dem Thema „Ageismus“ inspiriert.

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei all denen bedanken, die mich bei meinem Studium und dem Finalprodukt der Diplomarbeit mit positiven Zusprüchen so kräftig unterstützt haben.

An erster Stelle möchte ich mich bei Frau Dr. Dipl.-Math. Julia Inthorn für die Betreuung dieser Diplomarbeit bedanken. Vielen Dank für das Interesse am Thema, die tatkräftige Unterstützung, die vielen Stunden des Korrekturlesens, die raschen Feedback-Rückmeldungen und die gute Zusammenarbeit!

Auch bei meiner Zweitprüferin und Vorgesetzten Frau Dr. Maria Kletecka-Pulker möchte ich mich sehr herzlich bedanken, die während meiner Arbeit am Institut für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien immer an mich geglaubt hat, genauso wie meine lieben Kolleginnen Mag.^a Silke Huber, Sabine Parrag und Maren Geyer und meine Kollegen Dr. Lukas Kaelin und Mag. Imre Bard.

Des Weiteren möchte ich mich herzlich bei meiner Familie bedanken, vorrangig bei meinen Eltern, Elke und Thomas Rohatsch, die mich während meines gesamten Studiums in jeder erdenklichen Weise unterstützt haben. Ohne die finanzielle Hilfestellung wäre mir dieses Studium nie möglich gewesen.

Auch meine beiden, lieben Großmütter möchte ich hier anführen, Herta Snediz und Herta Rohatsch, an die ich während des Verfassens dieser Arbeit oft dachte. Beide stehen mir zeit meines Lebens sehr nahe und ich bin sehr glücklich, die Chance bekommen zu haben, von ihnen lernen zu dürfen!

Auch bei meinem Bruder Christoph und seiner Frau Ana möchte ich mich bedanken, vor allem für Ihr Nachsehen, dass ich in den letzten Monaten so wenig Zeit für sie hatte.

Ich möchte mich auch bei Andreas Danzer bedanken, für seine moralische Unterstützung, für seine mich immer so motivierenden Worte und seine große inhaltliche Hilfe. Auch meiner besten Freundin Mag.^a Julia Hanzl gilt mein Dank für kurzweilige, anregende und kraftgebende Spazier-Nachmittage in Mödling.

“Forever young, I want to be forever young

Do you really want to live forever, forever forever?

Forever young, I want to be forever young

Do you really want to live forever

Forever young”

(Liedtext von Alphaville – “Forever Young”)

Zusammenfassung

Ziel dieser Diplomarbeit ist die detaillierte Beantwortung der Forschungsfrage: *„Was ist Ageismus und in welchen Formen zeigt er sich in der häuslichen Krankenpflege Österreichs?“*

Unter dem Überbegriff „Ageismus“ werden in der Literatur die sozialen Phänomene Altersstereotype, Vorurteile gegenüber älteren Menschen und Altersdiskriminierung zusammengefasst. Diese Formen der Altersfeindlichkeit drücken sich einerseits in einer negativen Wahrnehmung des Alters aus und andererseits im Verhalten gegenüber alten Menschen. Dies bedeutet, dass alte Menschen pauschal beurteilt und behandelt werden, zumeist auf eine benachteiligende oder negative Art und Weise.

Ageismus ist in der Gesellschaft als Ganzes weit verbreitet und somit auch in der Hauskrankenpflege. Studien zeigen, dass professionell in der Altenpflege tätige Personen besonders gefährdet sind, altersdiskriminierend zu agieren, da sie in überdurchschnittlichem Maße mit alten, gebrechlichen Menschen zusammen arbeiten. Ageistische Ausprägungsformen in der Krankenpflege, beziehen sich entweder auf diskriminierendes Kommunikations- und Interaktionsverhalten, oder auf den Zugang zu Dienstleistungen und pflegerischer Versorgung. In der dreijährigen Ausbildung zum diplomierten Pflegepersonal werden gerontologische Themen in geringem Maße behandelt, sodass die Schüler nur schwer Interesse an der Arbeit mit alten Menschen entwickeln können. Hinzu kommt das Problem, dass der Altenpflegeberuf in Österreich zwar als notwendig eingeschätzt wird, ihn aber im Grunde nur sehr wenige Menschen ergreifen wollen. Neben diesen Problemen, gibt es strukturelle, gesamtgesellschaftliche Benachteiligungen alter Menschen, zum Beispiel Zwangspensionierungen.

Es existiert eine Polemik, die den Umstand, dass mehr Menschen alt werden, mit einer „Überalterung“ gleichsetzt und ein „Zuviel“ an alten Menschen impliziert. Es werden der Wert des Lebens allgemein und die Würde des Menschen im Besonderen verletzt, wenn man alte Menschen diskriminiert. Gegenmaßnahmen gegen Ageismus in der Hauskrankenpflege alter Menschen können auf individueller, struktureller und institutioneller Ebene stattfinden.

Abstract

The aim of this diploma thesis is an explicit answer to the central research question which is: *“What is ageism and in what forms can it be detected in Austria’s home care nursing?”*

Ageism is a very heterogeneous concept which combines age-stereotypes, age-prejudice and age-discrimination. Ultimately it means that old people are treated stereotypically, in a general manner, not assessed to their needs and mostly in a negative way. Ageism is widely spread in the society as a whole which also implies that it exists in home care nursing.

There is evidence that suggests that nurses who care for elderly and frail people are at special risk to hold stereotypical beliefs and act in age-discriminatory ways since they are very exposed to old people in need of care. Studies show that there are many ways in which ageism appears in home care nursing: either in discriminatory communication and interaction or in a general difficult access to medical services.

There is evidence that suggests that nursing students do not learn enough about gerontological topics during their three-years-education, which often leads to a lack of interest in the work with the elderly later.

In addition the nursing profession in Austria is rated important and necessary but at the same time there are not enough applicants and a lot of vacancies that are hard to fill. Besides these problems there are structural disadvantages that older people are facing, such as compulsory retirement or the negative media coverage which consists in depicting negative and exaggerated consequences of the aging population.

When old people are discriminated against solely on grounds of age, the human life in general and the human dignity in particular are being violated.

Counteractive measures against ageism in home care nursing can be taken on an individual, a structural and an institutional level.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	1
1.1.	Ziele der Arbeit und Forschungsfrage	1
1.2.	Problemstellung und Relevanz der Thematik	1
1.3.	Aufbau der Arbeit.....	4
2.	Lebensphase Alter.....	6
2.1.	Überblick über die Gerontologie	7
2.1.1.	Gegenstand der Gerontologie	7
2.1.2.	Demografische Entwicklungen.....	9
2.1.3.	Kennzeichen der Gerontologie	14
2.2.	Gegenstand der Gerontologie	17
2.2.1.	Alte Menschen	18
2.2.1.1.	Hochaltrigkeit	20
2.2.2.	Altern	25
2.2.2.1.	Physiologische Alterungsprozesse und -merkmale	27
2.2.2.2.	Psychische und kognitive Alterungsprozesse	28
2.2.3.	Strukturelle Dimensionen des Alters.....	29
2.2.3.1.	Strukturwandel des Alters nach Tews.....	30
2.2.3.2.	Altersbilder.....	34
2.3.	Prognosen für Pensions- und Gesundheitssystem.....	38
2.4.	Fazit.....	41
3.	Hauskrankenpflege.....	45
3.1.	Definitionen	45
3.2.	Ziele.....	47
3.3.	Aufgaben	49
3.4.	Bedeutung und Eigenschaften der Hauskrankenpflege.....	53
3.5.	Betrachtung des Pflegearrangements	57
3.5.1.	Situation pflegebedürftiger Personen.....	59
3.5.2.	Situation professionell Pflegenden	61

3.5.3.	Situation pflegender Angehöriger	64
3.6.	Fazit.....	69
4.	Ageismus.....	71
4.1.	Altersvorurteile.....	77
4.2.	Altersstereotype.....	78
4.3.	Altersdiskriminierung	85
4.4.	Fazit.....	88
5.	Ageismus in der Hauskrankenpflege	90
5.1.	Datenlage und Stand der Forschung.....	90
5.2.	Ursachen des Ageismus in der Hauskrankenpflege	91
5.3.	Ausprägungsformen des Ageismus in der Hauskrankenpflege	96
5.3.1.	Interaktions- und Kommunikationsverhalten	99
5.3.2.	Erlernte Hilflosigkeit	106
5.3.3.	Vernachlässigung und Gewalt	107
5.3.4.	Image des Pflegeberufes	109
5.4.	Maßnahmen gegen Ageismus in der Hauskrankenpflege	113
5.4.1.	Individuelle Ebene	114
5.4.2.	Institutionelle und strukturelle Ebene	117
6.	Conclusio.....	119
7.	Literaturverzeichnis	126
8.	Lebenslauf.....	143

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Darstellung der Arbeit.....	5
Abbildung 2: Lebensphasen im Überblick	6
Abbildung 3: Bevölkerung nach breiten Altersgruppen 1950 bis 2050	10
Abbildung 4: Bevölkerungsentwicklung nach Bundesländern	11
Abbildung 5: Der Pflegeprozess	50
Abbildung 6: Akteure des Pflegearrangements in der Hauskrankenpflege	59
Abbildung 7: American social groups arrayed along perceived competence and perceived warmth and sorted by cluster analysis	82
Abbildung 8: Ausprägungsformen der Altersdiskriminierung	86
Abbildung 9: Gegenüberstellung Pflegende – Gepflegte.....	95
Abbildung 10: Teufelskreis-Modell intergenerationeller Kommunikation	105
Tabelle 1: Durchschnittsalter der Pensionsneuzuerkennungen in der gesetzlichen Pensionsversicherung 2008	41
Tabelle 2: Achtdimensionale Ageismus- Ausprägungsformen	74

1. Einleitung

1.1. Ziele der Arbeit und Forschungsfrage

Diese Diplomarbeit will durch eine Übertragung der allgemeinen Ergebnisse der Sozialgerontologie sowie der Forschung zu Altersdiskriminierung eine neue theoretische Perspektive auf das Betreuungsverhältnis im Bereich der Hauskrankenpflege aufmachen. Dabei soll Ageismus und altersdiskriminierendes Verhalten zwischen Pflegefachkräften und pflegebedürftigen alten Menschen im Mittelpunkt der Betrachtungen stehen. Das Ziel der Arbeit ist das Öffnen einer neuen Perspektive und ein Übertrag der Forschungsergebnisse der Gerontologie und der Altersdiskriminierung auf die Hauskrankenpflege.

Die Forschungsfrage lautet:

„Was ist Ageismus und in welchen Formen zeigt er sich in der häuslichen Krankenpflege Österreichs?“

1.2. Problemstellung und Relevanz der Thematik

„Alte Menschen sind ja nicht alle gleich, wahrscheinlich sind sie das sogar noch weniger als irgendeine andere Altersgruppe: denn ihr langes Leben hat sie zu Individualisten gemacht. Eines unserer augenblicklichen sozialen Probleme ist, dass die Gesellschaft sich weigert, das zu verstehen, und alle alten Leuten als 'gleich' behandelt“ (Pincus 1982, S. 56-57).

Zitate wie dieses unterstreichen die Heterogenität der Menschen im Alter, woraus sich auch die Schwierigkeit ableitet, diese Lebensphase vollständig zu beschreiben, aber andererseits bietet diese Heterogenität auch die Chance, alte

Menschen differenziert wahrzunehmen. Dieses Zitat schlägt aber auch die Brücke zu sozialen Problemen und dazu, dass alte Menschen nicht diskriminierend (gleich), sondern individuell abgestimmt, behandelt werden möchten.

Die Zahl der Menschen, die ein sehr hohes Alter erreicht, steigt rapide (Statistik Austria 2010/ siehe Kapitel 2. „Lebensphase Alter“). Hohes Alter bedeutet eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Pflegebedürftigkeit (vgl. Poon et al 2005/ Olbermann et Reichert 1993, S.205-206/ siehe Kapitel 3 “Hauskrankenpflege“).

Einhergehend mit diesen Entwicklungen prägt die so genannte Leistungsgesellschaft das Denken der Menschen, welche durch Erfolgsstreben basierend auf individueller Leistung und durch persönlichen Kraftaufwand gekennzeichnet ist. Auch das Senioritätsprinzip gilt heute als überholt: Nicht das Alter ist Grundlage für soziale Positionen, sondern individuelle Leistung (vgl. Amann et Kolland 2008, S.27).

Gesellschaftliche Prognosen und Sichtweisen auf das Alter wechseln zwischen Paranoia und Euphorie, je nachdem welche Bilder im Hintergrund walten: Paranoia versteht sich im Sinne einer dunkel skizzierten Zukunft, die eine Flut an alten, gebrechlichen Menschen vorhersagt, welche Wirtschaft und den Staat gleichsam einer unfinanzierbaren und unbewältigbaren Katastrophe überrollt. Euphorie ist im Sinne der Freude über die Planbarkeit des Lebens zu sehen, in der der Tod eine immer nebensächlichere Rolle spielt und das Schlagwort „Erfolgreiches Altern“¹ heißt.

Negativen Altersbildern entgegensteuernde Maßnahmen zielen auf die Zielgruppe der „jungen Alten“, die Gruppe jener Menschen kurz nach der Pensionierung, die in Aufgaben eingebunden werden sollen und oft in den Medien, wenn es um das Thema „Altern“ geht, präsentiert wird. Defizite bestehen auf Seiten der pflegebedürftigen, hochaltrigen Menschen in der vierten Lebenspha-

¹ Der Begriff „Erfolgreiches Alter“ wurde in den 1950er-Jahren von Robert Havighurst eingeführt und beschreibt kompetente Problembewältigung auf individueller Ebene und altersfreundliche Umwelten auf gesellschaftlicher Ebene. Die hier auftretende Frage ist, was unter „erfolgreich“ eigentlich verstanden werden soll und ob alte Menschen durch die Erwartung an „erfolgreiches Altern“ einem Erfolgszwang bzw. -druck ausgesetzt sind, dem sie ab einem gewissen Punkt bzw. einem gewissen Maß an Einschränkungen nicht mehr nachkommen können (vgl. Klingenberg 1992, S. 37).

se und es stellt sich die Frage, ob lediglich das Propagieren eines aktiven Lebensstils bei „jungen Alten“ überhaupt ein positives Bild der Hochaltrigkeit generieren kann oder ob nicht vielmehr die Verluste, die oft mit hohem Alter einhergehen, verdrängt und nach hinten geschoben werden und die Altersgruppe der pflegebedürftigen und hochaltrigen diskriminiert wird (siehe Kapitel 2. „Lebensphase Alter“).

Das Thema „Altern“ ist in den Medien häufig an „Anti- Aging- Medizin“ gekoppelt, welche ebenfalls eine negative Sicht auf das Alter fördert. Anti-Aging und die Idealisierung der „jungen Alten“ ist fest an gebunden an den Traum- und das Leitbild ewiger Jugend. Ebenso verhält es sich mit vermeintlichen Komplimenten wie „jemand sieht jünger aus als er oder sie ist“. Als gut erachtet wird nur, dass man ab der Pensionierung, meist ab ca. 58 Jahren, noch „jung bleiben“ kann. „Wirklich alt“ hingegen will dabei aber niemand sein. In diesem Sinne ist Alter negativ konnotiert. Auch professionell Pflegende sind nicht vor diesen Bildern und stereotypen Denkweisen gefeit. In der dreijährigen Ausbildung zum diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger (bzw. –schwester) werden praktische Kenntnisse und Phänomene akzentuiert und die Bewusstseinsbildung im Bereich des altersdiskriminierenden Verhalten wird, wenn überhaupt, nur stiefmütterlich behandelt. Professionell Pflegende können in Aus- und Weiterbildung daher oft gar kein Interesse für die Gerontologie entwickeln und ziehen andere Pflegebereiche, zum Beispiel Kinderkrankenpflege der geriatrischen Pflege vor.

Stereotype und Vorurteile gegenüber alten Menschen sowie Altersdiskriminierung lassen sich unter dem Stichwort „Ageismus“ zusammenfassen (siehe Kapitel 6 „Ageismus“). Das Phänomen „Ageismus“, das begrifflich an Sexismus und Rassismus angelehnt ist, existiert nicht nur in der Gesellschaft im Allgemeinen, sondern auch in der Hauskrankenpflege. Gerade im Bereich der Kommunikation und der Sprache zeigt sich Ageismus. Negative Einstellungen treffen hier die Hochbetagten, die pflegebedürftig sind und „abgebaut“ haben. Der Theologe Ulrich Körtner steuert dem vehement entgegen: *„Auch die letzte Lebensphase kann eine Phase des Reifens sein und muss nicht ausschließlich als defizitär erlebt werden. Selbst in der Begegnung mit schwerst pflegebedürftigen*

Menschen kann ein wechselseitiges Geben und Empfangen stattfinden“ (Körtner 2005).

1.3. Aufbau der Arbeit

In dieser Arbeit werden Überlegungen aus den Bereichen der Sozialgerontologie und der Pflegewissenschaften zusammengeführt. „Sozial“ schlägt hier die Brücke zu den Geistes- und Sozialwissenschaften, die sich mit dem Phänomen „Alter(n)“ beschäftigen.²

Inhaltlich lässt sich diese Arbeit in vier Abschnitte gliedern, die sich jeweils aus mehreren Kapiteln zusammensetzen. Im ersten Teil der Arbeit wird die Lebensphase Alter sozialwissenschaftlich betrachtet. Demografische Entwicklungen, die Gerontologie, die Wissenschaft vom Alter und vom Altern, und zukünftige Entwicklungen werden dargestellt. Es wird aufgezeigt, inwiefern in der Gesellschaft vorherrschende Altersbilder Vorstellungen über alte Menschen beeinflussen und auf das Selbstbild alter Menschen einwirken. Von besonderem Interesse für diese Arbeit ist die Gruppe der hochaltrigen Menschen, die am häufigsten von Pflegebedürftigkeit betroffen ist (Kapitel 2 „Lebensphase Alter“). Im zweiten Abschnitt werden die Ziele, Aufgaben und Eigenschaften der Hauskrankenpflege beschrieben. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Darstellung der häuslichen Pflegearrangements zwischen Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und professionell Pflegenden. Die große Bedeutung der Hauskrankenpflege hervorzuheben, ist ebenfalls Ziel in diesem Abschnitt (Kapitel 3 „Hauskrankenpflege“). Im dritten Teil der Arbeit wird auf den ersten Teil der Forschungsfrage eingegangen und das Phänomen „Ageismus“ beschrieben, welcher ein Komplex aus Stereotypen, Vorurteilen und Altersdiskriminierung ist. Der Versuch, die Begriffe voneinander abzugrenzen, soweit dies möglich ist, wird unternommen. Anschließend wird im vierten Abschnitt, dem zentralen Kapitel dieser Arbeit, auf das Vorkommen altersdiskriminierender Handlungen in der extramuralen Pflege hochaltriger Menschen hingewiesen und hiermit der zweite Teil der

² Der Themenkomplex Altern bezieht sich in dieser Arbeit nicht auf die Wissenschaftsbereiche Biologie oder Medizin, die sich ursprünglich mit dem Phänomen Altern beschäftigen.

Forschungsfrage bearbeitet. Die Datenlage hierfür ist sehr dünn, deshalb werden analoge Themengebiete auf den Bereich der Hauskrankenpflege übertragen (Kapitel 4 „Ageismus“).

Ideen und Verbesserungsvorschläge für die Bekämpfung von Ageismus in der Hauskrankenpflege bilden das Ende dieser Diplomarbeit.

In der nun folgenden Grafik wird der Aufbau der Arbeit noch einmal vereinfacht präsentiert.

1 Einleitung					
1.1 Ziele der Arbeit und Forschungsfrage		1.2 Problemstellung/Relevanz der Thematik		1.3 Aufbau der Arbeit	
2 Lebensphase Alter					
2.1 Überblick über die Gerontologie		2.2 Definitionen		2.3 Zukunftsprognosen für das Pensions- und Gesundheitssystem	2.4 Fazit
3 Hauskrankenpflege					
3.1 Definitionen	3.2 Ziele	3.3 Aufgaben	3.4 Bedeutung und Eigenschaften der Hauskrankenpflege	3.5 Das Pflegearrangement	3.6 Fazit
4 Ageismus					
4.1 Altersvorurteile		4.2 Altersstereotype		4.3 Altersdiskriminierung	4.4 Fazit
5 Ageismus in der Hauskrankenpflege und Gegenmaßnahmen					
5.1 Datenlage und Stand der Forschung		5.2 Ursachen des Ageismus in der Hauskrankenpflege		5.3 Ausprägungsformen des Ageismus in der Hauskrankenpflege	5.4 Maßnahmen gegen Ageismus in der Hauskrankenpflege
6 Conclusio					
7 Literaturverzeichnis					
8 Lebenslauf					

Abbildung 1: Darstellung der Arbeit

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in der vorliegenden Diplomarbeit bei allen Begriffen, die sowohl die männliche als auch die weibliche Form erfordert hätten, im Singular wie im Plural die maskuline Endung gewählt.

2. Lebensphase Alter

Das menschliche Leben lässt sich grob in drei Phasen gliedern (vgl. Backes et Clemens 2008, S. 55-56).

Kindheit und Jugend ist die Lebensphase, die von einer zunehmenden Individualisierung geprägt ist und mit Identitätssuche verbunden ist. Sie wird auch als Vorbereitungsphase auf das spätere Leben betrachtet. Das danach folgende Erwachsenenalter geht mit einer lebenslangen Sozialisation einher, in Bezug auf das Wechseln von Rollen und Status sowie der fortlaufenden Bewältigung innerer Wandlungsprozesse (vgl. Abels et al. 2008, S. 10 und S. 163).³ Das Erwachsenenalter ist die Lebensphase, die durch Erwerbstätigkeit gekennzeichnet ist. Die dritte Lebensphase Alter wird meist mit der nachberuflichen Zeit, dem Ruhestand in Zusammenhang gesetzt.

In der nachfolgenden Abbildung sollen diese Phasen prozesshaft veranschaulicht werden.

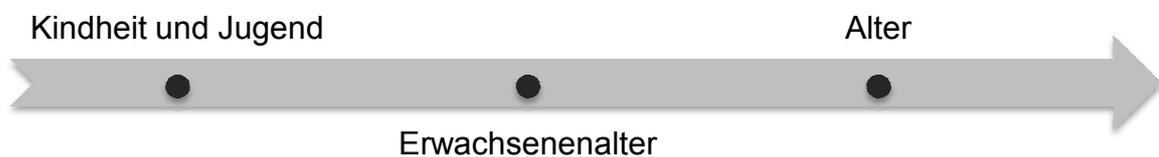


Abbildung 2: Lebensphasen im Überblick
Quelle: Eigene Darstellung

Die nächsten Kapitel haben das Ziel, die Lebensphase Alter zu beschreiben, die in Österreich immer bedeutungsvoller wird. Gleichzeitig mit dem Zunehmen an Relevanz existieren Altersstereotype und negative Bilder über das Alter, was zur Diskriminierung alter Menschen beiträgt. Das Spezifische an dieser Le-

³ Es gibt verschiedene Herangehensweisen an Erwachsenensozialisation: „Erwachsenensozialisation als Vergesellschaftung des Individuums; Erwachsenensozialisation als soziale Konstruktion von Person und Identität; Erwachsenensozialisation als Begleiterscheinung des Handelns rationaler Akteure“ (Weymann 2008, S. 208). Der interessierte Leser sei auf das Buch „Lebensphasen – Eine Einführung“ von Abels et al. verwiesen (2008).

bensphase wird im Folgenden herausgearbeitet, da es in dieser Arbeit um die Diskriminierung alter Menschen geht sowie um die Einstellungen, die ambulante Pflegepersonen gegenüber alten, pflegebedürftigen Menschen haben. Das Wissen über die Lebensphase Alter ist für die nachfolgenden Kapitel daher unerlässlich.

2.1. Überblick über die Gerontologie

Das nun folgende Kapitel „Überblick über die Gerontologie“ soll einen Querschnitt über die Gerontologie liefern. In dieser Arbeit wird der Begriff „Gerontologie“ in Anlehnung an Steidl und Nigg mit *„Wissenschaft vom Alter und vom Altern“* übersetzt (2008, S. 15).

Zuerst werden Definitionen der Gerontologie vorgestellt und diskutiert, danach wird ihr hoher Stellenwert anhand von demografischen Daten erörtert und abschließend ihre Kennzeichen herausgearbeitet.

2.1.1. Gegenstand der Gerontologie

An dieser Stelle sollen die Grundlagen der Wissenschaft vom Alter und vom Altern dargestellt werden.

„Gerontologie beschäftigt sich mit der Beschreibung, Erklärung und Modifikation von körperlichen, psychischen, sozialen, historischen und kulturellen Aspekten des Alterns und des Alters, einschließlich der Analyse von altersrelevanten und alternskonstituierenden Umwelten und sozialen Institutionen“ (Baltes et Baltes 1994, S. 8).

In der vielzitierten Definition von Baltes und Baltes steht die übergeordnete Perspektive des Begriffes „Gerontologie“ im Vordergrund. Die Gerontologie umfasst nach dieser Konzeption die Untersuchung von Körper, Psyche, sozialem Umfeld, der Geschichte und von kulturellen Unterschieden. Zum Beispiel wäre demnach die medizinische Geriatrie der Gerontologie als Teilgebiet untergeordnet. Strukturelle und temporale Zusammenhänge, wie die Dreiteilung des

Lebenslaufs oder der gesellschaftliche Wandel, kommen bei dieser Definition vielleicht etwas zu kurz. Nachteilig könnte auch sein, dass die Erforschung der Variabilität des Alterns, deren Ursachen und gesellschaftliche Bedeutung bei dieser Definition nicht explizit dargestellt wird. Menschen altern auf ganz unterschiedliche Weisen, sodass man nicht von universalistischen Prinzipien ausgehen kann.

Nachdem bis jetzt der Gegenstand der Gerontologie näher betrachtet wurde, wird im Folgenden auf die Geschichte der Gerontologie eingegangen.

In der Vergangenheit wurde primär die Medizin für Alterungsprozesse und die Bedürfnisse alter Menschen für zuständig erklärt. Der Wunsch nach Lebensverlängerung stand dabei im Vordergrund. Außerdem wollte man wissen, wie man möglichst lange im Vollbesitz seiner Kräfte bleiben könne. Das Suchen nach Verjüngungsmöglichkeiten, das uns in Märchen und Mythen begegnet, war von zentraler Bedeutung. Die Menschen waren schon immer daran interessiert, lebensverlängernde und verjüngende Maßnahmen zu finden. Deshalb erscheint es auch verständlich, dass noch heute viele Beschreibungen von Alternsvorgängen von biologischen Ansätzen ausgehen (vgl. Lehr 2007, S. 5). Um die vielfältigen Alternsphänomene und –prozesse beschreiben zu können, brauchte es jedoch den wissenschaftlichen Einblick der Biologie und Biomedizin, Psychologie und der Sozialwissenschaften.

Mit der Zeit kamen weitere Disziplinen hinzu: Die Anthropologie, die Demografie, Wirtschaftswissenschaften, Epidemiologie, Geschichte, Geisteswissenschaften und Kunst, Politikwissenschaften, Pflegewissenschaft, Sozialarbeit, sowie viele andere Bereiche, in denen mit alten Menschen zusammengearbeitet wird (Bengston et al. 2005, S.6).

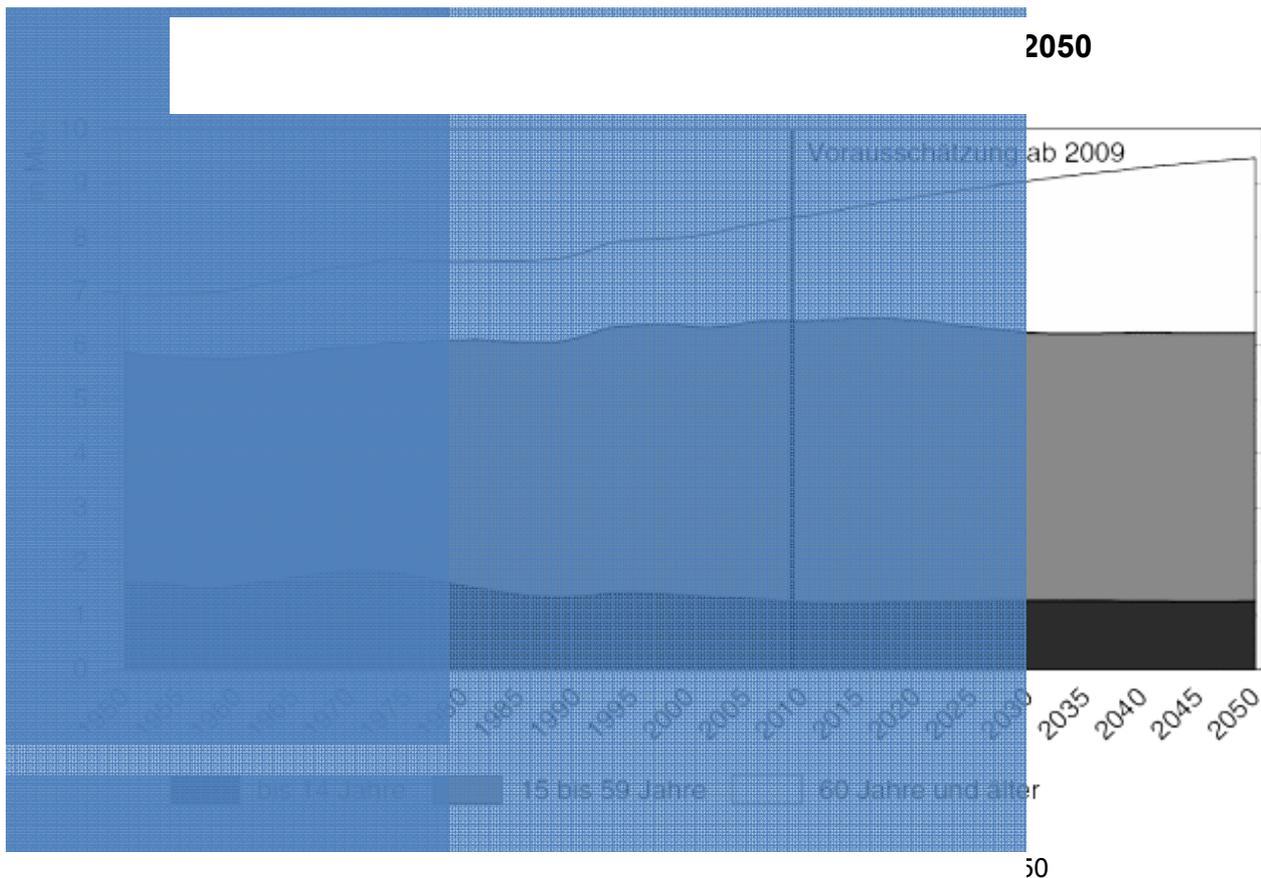
Die Entwicklung von „Alter“ zu einer Lebensphase und die Herausbildung der Gruppe alter Menschen als sozialstrukturell bestimmbare Gruppe mit ähnlichen Eigenschaften sind Auswirkungen der Industrialisierung. Es gab zwar auch davor vereinzelt Menschen, die ein hohes Alter erreichten, angesichts größerer Unsicherheit, Ungewissheit und Unberechenbarkeit von Lebensläufen aber wesentlich seltener als heute (vgl. Backes et Clemens 2008, S. 23). Durch die deutlich gestiegene Lebenserwartung wurde das Leben sicherer und planbarer.

Die Omnipräsenz des Todes während des ganzen Lebens und in jeder Lebensphase ist verschwunden und das Erreichen eines hohen Alters ist zur Planungsgrundlage geworden (vgl. Klein 2004, S. 78). Die Lebenserwartung lag 2009 in Österreich bei Frauen bei 82,9 Jahren und bei Männern bei 77,4 Jahren (Statistik Austria 2009). Um diese und zukünftige Entwicklungen zu veranschaulichen, werden im Folgenden demografische Prognosen für Österreich vorgestellt.

2.1.2. Demografische Entwicklungen

Nach den Ergebnissen der neuesten Prognose der Statistik Austria (Statistik Austria 2010) wird die Bevölkerung Österreichs in Zukunft stark wachsen: Bis 2030 soll es in Österreich 9 Mio. und im Jahr 2050 schon 9,5 Mio. Einwohner geben. Parallel dazu verschiebt sich die Altersstruktur deutlich hin zu älteren Menschen. In den beiden folgenden Grafiken kann man diese Trends deutlich erkennen. Der Anteil an unter 15-Jährigen wird sinken und langfristig zurückgehen. Die Bevölkerung im Erwerbsalter (von 15 bis 59) wird in den nächsten Jahren vor allem durch Zuwanderung etwas anwachsen, langfristig aber wieder sinken. Ein starker Anstieg ist im Gegensatz dazu bei der über 60-jährigen Bevölkerung zu erwarten. Seit der Jahrhundertwende gibt es immer mehr Personen, die ein Alter über 60 Jahren erreichen. Zurückzuführen ist dies einerseits auf die geburtenreichen Jahrgänge um 1940, andererseits werden künftig die Babyboom-Jahrgänge der späten 1950er und der 1960er hinzu kommen. Mehr Menschen als früher werden ein höheres Alter erreichen, da zum einen die Lebenserwartung steigt und zum anderen Männergenerationen nachrücken, die von Kriegsverlusten unversehrt geblieben sind.

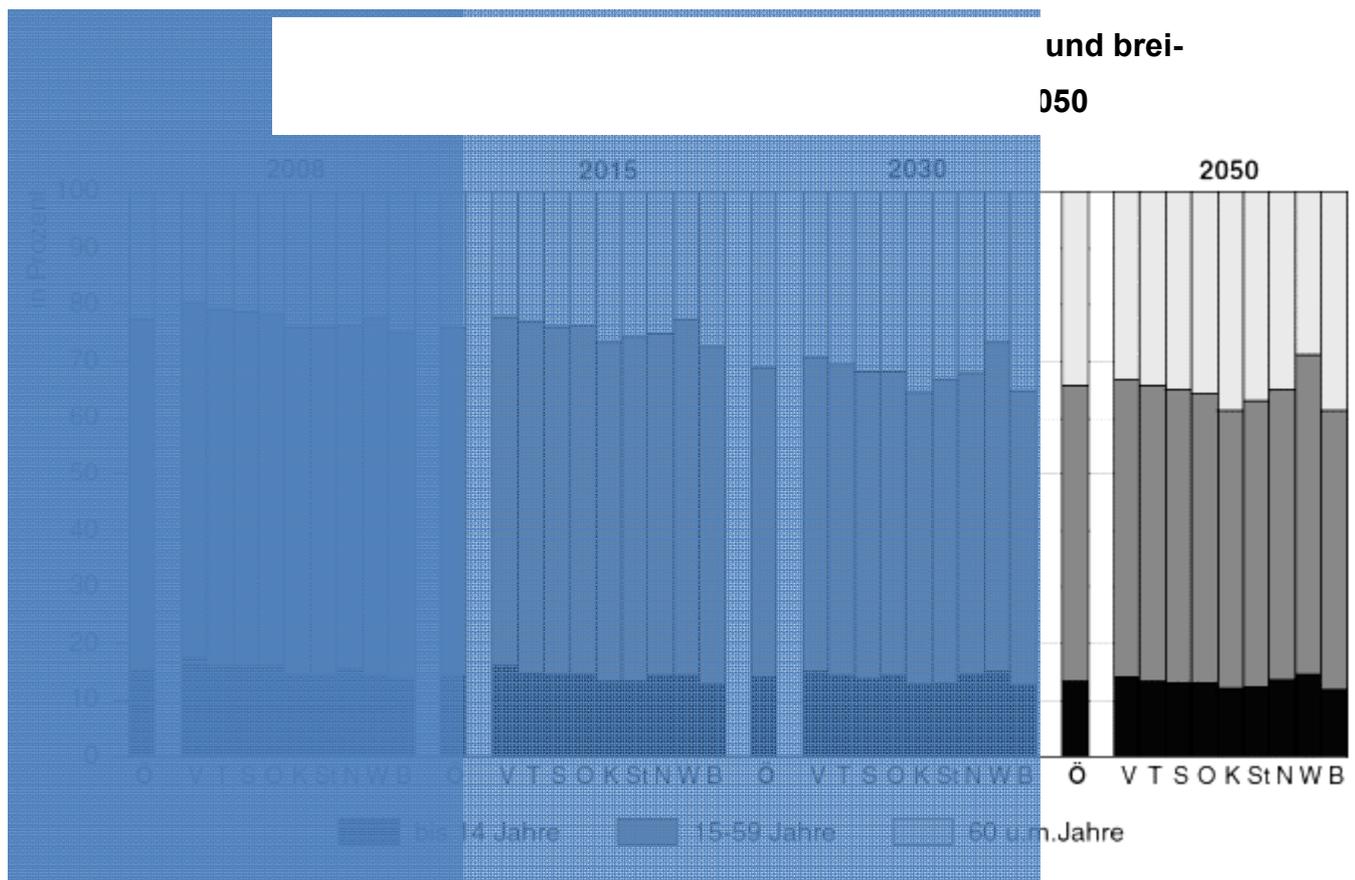
2010 gibt es in Österreich 23,10% Menschen, die 60 Jahre und älter sind. 2020 werden es 26,10% sein und im Jahr 2050 erwartet man 34,20%.



In Abbildung 3 kann man deutlich das quantitative Wachsen der Gruppe der Über-60-Jährigen im Laufe der Zeit in Österreich erkennen.

Bei den über 75-Jährigen wird der Anstieg besonders deutlich: *„Die Absolutzahl der über 75-jährigen Menschen steigt von derzeit 662.000 bis 2030 auf über 1 Million, um 54% mehr als 2008. Bis 2050 steigt ihre Zahl auf 1,58 Mio. an, das entspricht einem Plus von 139%. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung wird sich in diesem Zeitraum von 8% über 11% (2030) auf 17% (2050) ebenfalls mehr als verdoppeln“* (Statistik Austria 2009).

Diese Ergebnisse stützt auch der **„Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe“**, die sogenannte SHARE-Studie mit longitudinalem Design (siehe Kapitel 2.2.1.1. Hochaltrigkeit). Sie beschreibt, dass die Bevölkerungsgruppe der Über-80-Jährigen die am schnellsten wachsende Altersgruppe in ganz Europa darstellt. (Andersen-Ranberg et al. 2005/ Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe 2009).



Der Alterungsprozess wird alle Bundesländer Österreichs betreffen, jedoch unterschiedlich stark. Die derzeitigen Prognosen gehen davon aus, dass sich Wien zum demographisch jüngsten Bundesland entwickeln wird (Statistik Austria 2009), was in Abbildung 4 deutlich zu sehen ist. Auch der Gesundheitsbericht Österreich beschreibt ein Wachstum der Gruppe der älteren Menschen in der Gegenwart wie in der Zukunft, wobei es regionale Unterschiede in Österreich gibt. In Süd- und Ostösterreich wird ein stärkeres Wachstum erwartet als im übrigen Österreich (ÖBIG 2010a, S. 4ff.)

Der Alterungsprozess hat Auswirkungen auf das gesamte, österreichische Gesundheitswesen. „Dies (Anmerkung der Autorin: Die demografische Entwicklung) wird das Gesundheitssystem sowie alle Arten von Betreuungseinrichtungen für ältere Menschen vor große Herausforderungen stellen“ (Statistik Austria 2009/ siehe Kapitel 2.3. Prognosen für Pensions- und Gesundheitssystem).

Die Statistik Austria spielt hier auf die Tatsache an, dass die zukünftige Anzahl der Pflegebedürftigen sehr stark vom Wachstum der Zahl älterer Menschen bestimmt wird (vgl. auch Geser-Engleitner et Jochum 2009).

Angesichts dieser Entwicklungen ist es begreiflich, dass die Wissenschaft vom Alter und vom Altern, die Gerontologie, in den letzten Jahrzehnten zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Das Altern nimmt im persönlichen und gesellschaftlichen Kontext einen wichtigen Stellenwert ein. *„Wie alt man wird, wie und wo man stirbt, ob und wie man den Verlauf des Alterns mitsteuern kann, inwieweit die Gesellschaft eine angemessene Kultur des Alters anbietet, all dies sind Fragen, die die Wissenschaft mehr und mehr beschäftigen“* (Baltes et Baltes 1994, S. 2).

So gut die Datenlage in Bezug auf die Bevölkerungsentwicklung ist, so schlecht ist sie im Bereich der Hauskrankenpflege, die in dieser Arbeit von zentraler Bedeutung ist, da erörtert werden soll, wie sich Ageismus in der ambulanten Pflege zeigt. Die schlechte bzw. dünne Datenlage bemängeln auch viele aktuelle Studien (ÖBIG 2006, S. V / GÖG 2007, S. 11 und S. 13/ ÖBIG 2010b, S. 4). Deshalb muss unter anderem auf die alten Daten von Kytir und Münz aus 1992 zurückgegriffen werden, die erstmals Mikrozensus- Ergebnisse aus 1987 heranziehen konnten (Kytir et Münz 1992).

Sie errechneten damals eine Personengruppe von rund 330.000 Menschen, die hilfs- und pflegebedürftig war und in österreichischen Privathaushalten lebte. Weiters berechneten sie die Wahrscheinlichkeit ab einem Alter von 60 Jahren hilfs- und pflegebedürftig zu werden, indem sie die Hälfte der älteren Menschen in Altenheimen als hilfsbedürftig einschätzen und kamen auf eine Schätzung von 22,6% der Wohnbevölkerung.

Aktuellere Daten stammen von der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit (BMfG 2010):

„2007 bezogen rund 405.430 Österreicher und Österreicherinnen Bundes- oder Landespflegegeld, das waren rund 4,9 Prozent der Gesamtbevölkerung. Rund 55 Prozent (ca. 224.100 Personen) der Pflegegeldbezieher war den Stufen eins und zwei zugeordnet, rund 40 Prozent (ca. 160.650 Personen) den Stufen drei bis fünf und knapp über fünf Prozent (rund 20.700 Personen) den Stufen sechs

und sieben, also den höchsten Graden an Pflegebedürftigkeit. Zwei Drittel der Pflegegeld beziehenden Personen im Jahr 2007 waren Frauen, ein Drittel Männer. Mit zunehmendem Alter steigt erwartungsgemäß das Ausmaß der Beeinträchtigung und damit der Pflegebedürftigkeit: Rund 7,7 Prozent der Pflegegeldbezieher im Jahr 2007 waren unter 40 Jahre, rund 11 Prozent fielen in die Altersgruppe der 41 bis 60-Jährigen, rund 34 Prozent waren zwischen 61 und 80 Jahre alt, und rund 48 Prozent der Pflegegeld beziehenden Personen 2007 waren über 80 Jahre alt“ (BMfG 2010, S. 21).

Von diesen 405.430 Pflegegeldbeziehern wird ein Teil in Heimen betreut, was bedeutet, dass man die nicht zur Gänze als ambulant gepflegte Personen annehmen kann. Der Österreichische Pflegebericht aus dem Jahr 2007 hat auch noch keine genauen Daten zu den mobilen Pflegediensten in Österreich geliefert. Er beschreibt aber, dass 80% der Pflegegeldbezieher zu Hause gepflegt werden (vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2007, S. I). 80% von 405.430 pflegebedürftigen Menschen ergibt eine Anzahl von rund 324.340 Menschen, die zu Hause versorgt werden. Wie aus dem zuvor beschriebenen Zitat hervorgeht, sind 82% davon über 60 Jahre alt.

Primär kümmern sich Angehörige um die Pflegebedürftigen, von denen 45% über 60 Jahre alt sind, 22% der Hauptbetreuungspersonen sind sogar über 70 Jahre alt (ÖBIG 2005, S. 12). Für mehr Informationen zum Pflegearrangement sei auf das Kapitel 3.5.3. Situation pflegender Angehöriger verwiesen.

Aus dem Österreichischen Pflegebericht aus 2007 geht auch hervor, dass es ein Ziel war, mehr Stellen im Bereich der mobilen Dienste zu schaffen, was seit von 1995 bis 2002 auch gelang (vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2007, S. 12). Es gibt mehr Pflegekräfte in der Hauskrankenpflege und somit eine bessere Versorgungsdichte, die Kytir et Münz im Jahr 1992 (also noch vor der Einführung des Bundespflegegeldgesetzes und der entsprechenden Landesgesetze 1993) noch bemängelten, weil sie noch nicht in der derzeitigen Form gegeben war (Kytir et Münz 1992, S. 96).

Dem quantitativen Ausbau und der Stellenschaffung in der Hauskrankenpflege steht ein Mangel an qualitativer Weiterentwicklung gegenüber. Verbesserungspotenziale gibt es bei Problemlagen verschiedener Patientengruppen. Es han-

delt sich um Probleme von dementiell und anderweitig psychisch Kranken, chronisch kranken Pflegebedürftigen in den Spätstadien ihrer Erkrankung, multimorbiden Menschen mit komplexem Pflegebedarf und sterbenden Menschen (vgl. Schaeffer et Wingenfeld 2004, S. 486). Der Fokus für Verbesserungspotenziale liegt primär auf ressourcenorientierter, ambulanter Pflege, die es für diese Patientengruppen noch auszubauen gilt. Die ambulante Pflege ist für diese Patientengruppen noch nicht effektiv genug (vgl. Schaeffer et Wingenfeld 2004, S. 487).

2.1.3. Kennzeichen der Gerontologie

Die Gerontologie ist noch eine relativ junge Wissenschaft, die durch Interdisziplinarität und dem Wunsch nach systematischer Integration des Wissens der gerontologisch tätigen Disziplinen gekennzeichnet ist (vgl. Baltes et Baltes 1994, S.2). Alter und Altern setzen sich aus körperlichen, psychischen, sozialen und gesellschaftlich konstruierten Phänomenen zusammen. Während der letzten Jahrzehnte hat die Gerontologie danach gestrebt, sich selbst als Wissenschaft zu definieren. In diesem Zeitraum ist eine Vielzahl an gerontologischen Daten angewachsen, ohne jedoch die Theoriebildung voranzutreiben, was dazu führte, die Gerontologie als Daten-reich, aber Theorie-arm zu kritisieren (Bengston et al. 2005, S.4).

Neben der Interdisziplinarität ist die Gerontologie noch durch andere Merkmale gekennzeichnet: eine interventionistische Grundhaltung, deren Ziel es ist, den Lebensabschnitt Alter sinnstiftend und aktiv zu gestalten. Die kritische Meinung, dass die Lebensphase Alter ein noch kaum ausgestalteter Abschnitt der Entwicklung der Menschheit ist, ist unter Gerontologen weit verbreitet (vgl. Baltes et Baltes 1994, S.1f.). Hinzu kommt, dass historisch gesehen das Altwerden eines so großen Teils der Bevölkerung eine neue Entwicklung darstellt, dass es noch keine differenzierte, hoch entwickelte Kultur des Alterns gibt – in diesem Sinne: *„eine Kultur, die so angelegt wäre, dass sie das qualitativ Bestmögliche aus dieser Lebensphase macht“* (Baltes et Baltes 1994, S.3).

Die Bedeutung von Alter – also dem Gegenstand der Gerontologie - ist einem historischen und kulturellen Wandel unterworfen, was die großen Unterschiede

zwischen Personen und Kulturen im Prozess und Ergebnis des Alterns erklärt. Es ist nicht eindeutig, was „alt sein“ eigentlich bedeutet, weil es kontextgebunden ist. Aus der Perspektive eines Kindes erscheint ein 30-Jähriger alt, ein Sportler mit 40 Jahren ebenso, wohingegen ein erfolgreicher Direktor eines Großunternehmens in diesem Alter als jung gilt. Auch in der Vergangenheit hatte ein hohes Alter andere Bedeutungen als heute: Im 18. Jahrhundert setzten sich Menschen noch weiße Perücken auf, um alt auszusehen und vor hundert Jahren, vor dem ersten Weltkrieg, war es das Ideal eines erwachsenen Mannes, mit langen Bärten möglichst greisenhaft und ernst zu wirken (vgl. Prisching 2006, S. 255). Diese Ideale sind inzwischen von anderen abgelöst worden: *„Inzwischen ist es nicht die aufdringliche Greisenhaftigkeit, sondern die aufdringliche Jugendhaftigkeit, die sich breitmacht“* (Prisching 2006, S. 255). Auch die Einstellungen dem eigenen Alter(n) gegenüber lassen sich zum Teil dadurch erklären. Dadurch dass unsere Gesellschaft eine Kultur der Jugend und Produktivität propagiert bzw. zum höchsten Gut erhebt, ist es notwendig, auf die Wichtigkeit positiver Altersbilder hinzuweisen, um dagegen zu steuern.

Die Gerontologie verdankt ihre Entstehung einer ausgeprägten Defizit-Orientierung des Alters: Alt gleichbedeutend wie arm, krank und einsam, stand am Anfang der angewandten Gerontologie und auch der konkreten Altersarbeit im Zentrum. Heute existieren in theoretischer Hinsicht neben den Defizit-Modellen des Alters auch ressourcen- und kompetenzorientierte Modelle.⁴

Darüber hinaus sind die meisten Menschen, die beruflich mit alten Menschen zu tun haben, meist jünger als diese. In dieser Hinsicht liefert die Gerontologie auch immer eine persönliche Zukunftssicht, und sie erhält dadurch auch immer ein Element der Zukunftsgestaltung. *„Das Ideale wäre es, durch die eigene gerontologische Arbeit die Beratung, Betreuung und Pflege langlebiger Menschen so zu verbessern, dass man später selbst davon profitiert“* (Höpflinger 2007). Hier wird die eigene Betroffenheit hervorgehoben, denn uns werden die Bedeutung von Alten und die strukturellen Veränderungen in der Gegenwart eines

⁴ Einen Überblick über die verschiedenen Alternstheorien und -konzepte liefern Backes und Clemens für den interessierten Leser in ihrem Buch „Lebensphase Alter: eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung“ im Kapitel 3 (Backes et Clemens 2008, S.118 bis 190).

Tages selbst berühren unter der Voraussetzung ein hohes Alter zu erreichen. Es geht nicht um eine fremde Zielgruppe, wenn alte Menschen im Mittelpunkt der Betrachtungen und politischen Umstrukturierungen stehen – in diesem Sinne läuft die Eigenperspektive immer parallel mit, was verglichen mit anderen wissenschaftlichen Disziplinen in dieser Weise einzigartig ist.

In den letzten Absätzen wurde die wichtige Bedeutung der Gerontologie hervorgehoben. Da es in dieser Arbeit von Interesse ist, wie die alten Menschen in der Hauskrankenpflege behandelt werden, stellt sich die Frage, in wie weit auf gerontologische Themen in der Ausbildung der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege Bezug genommen wird.

In der dreijährigen Ausbildung zum diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger werden von den insgesamt vorgesehenen 2000 Stunden Theorieunterricht nur 30 Stunden für die Bildung im Bereich der Gerontologie verwendet. Das Fach nennt sich „Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie“ und es wird nur im zweiten Ausbildungsjahr gelehrt (vgl. Wiener Krankenanstaltenverband 2007, S. 16). Die inhaltlichen Themenschwerpunkte liegen auf Begriffsklärungen und der demografischen Entwicklung. Im Vergleich dazu entfallen auf das Fach „Allgemeine und spezielle Pathologie, Diagnose und Therapie einschließlich komplementärmedizinische Methoden“ über alle drei Jahre verteilt 360 Stunden (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2003, S. 425ff. und 381ff.).

Darüber hinaus gibt es eine spezielle Grundausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege, in der Altenpflege, die so einen wichtigen und immer relevanter werdenden Stellenwert einnimmt, gibt es etwas Vergleichbares nicht.

Die 30 gerontologischen Stunden in der allgemeinen Ausbildung, gebündelt im zweiten Jahr der Ausbildung, erscheinen daher verhältnismäßig wenig angesichts der künftigen Entwicklungen und der hohen Bedeutung des Gegenstandes der Gerontologie (siehe nächstes Kapitel 2.2 Gegenstand der Gerontologie) und der Fülle an Aufgaben der professionell Pflegenden, die später (siehe Kapitel 3.3. Aufgaben) dargestellt werden.

2.2. Gegenstand der Gerontologie

Da es in dieser Arbeit um Ageismus geht, der alte Menschen betrifft, werden in diesem Abschnitt die Besonderheiten und Schwierigkeiten alter Menschen herausgearbeitet und aus verschiedenen Blickpunkten betrachtet.

Gerontologen konzentrieren sich auf drei Bereiche, wenn sie das Phänomen des Alterns beschreiben und verstehen möchten: Der erste Bereich betrifft die alten Menschen (the aged) – jene Bevölkerungsgruppe, die als bejahrt oder alt hinsichtlich der gelebten Jahre oder hinsichtlich der Lebenserwartung gilt. Der Großteil der gerontologischen Forschung der letzten Jahrzehnte richtete sein Interesse auf funktionelle Probleme alter Menschen, vor allem körperliche Behinderungen oder Beeinträchtigungen eines unabhängigen Lebens.

Der zweite gerontologische Bereich beschreibt Altern im Sinne eines Entwicklungsprozesses (ageing). Der Fokus liegt hier auf Situationen und Problemen, die während der Lebensdauer anwachsen und nicht ohne Entwicklungserfahrungen und –prozessen, die sich über ein Leben erstrecken, verstanden werden können. Gerontologen beschreiben in diesem Zusammenhang biologische, psychologische und soziale Aspekte des Alterungsprozesses einschließlich veränderbarer Faktoren und Konsequenzen.

Im dritten Bereich geht es um das Alter als strukturelle Dimension und wie in der Gesellschaft damit umgegangen wird. Sozialgerontologen interessieren sich dafür, wie Organisationen als Reaktion auf altersabhängige Geburtenmuster, Rollenveränderungen, Altersbilder, Pensionierung oder Tod gegründet und verändert werden. Die Phänomene, die hier beschrieben werden, beziehen sich darauf, wie Gemeinschaftsorgane wie Arbeitsmärkte, Pensionssysteme, Gesundheitsorganisationen und politische Institutionen das Thema „Alter(n)“ berücksichtigen oder damit umgehen.⁵

⁵ Erkenntnisgewinn über Alter als Dimension ist darüber hinaus ebenfalls eine Angelegenheit von Zoologen, Anthropologen und Evolutionsbiologen, die diesem Bereich einen wichtigen Stellenwert zuerkennen, da Alter in vielen Arten als Organisationsprinzip dient.

Während diese drei Bereiche unterschiedliche Schwerpunkte haben und unterschiedliche Fragen aufwerfen, stehen sie in der gerontologischen Forschung und Praxis dennoch in enger Beziehung (Bengston et al. 2005, S.4).

2.2.1. Alte Menschen

In diesem Teilkapitel wird erörtert, was unter dem Begriff „alter Mensch“ zu verstehen ist. Wenn der Begriff „die Alten“ verwendet wird (auf Englisch: „the aged“), stehen die älteren Menschen und das Ergebnis des Älterwerdens bzw. des Alterns im Vordergrund. Das Alter als Lebensphase und die Alten als Bestandteil der Gesellschaft bilden den Mittelpunkt der Betrachtungen. Wenn im Gegensatz dazu von Altern die Rede ist, liegen die Schwerpunkte auf Prozessen und Mechanismen, die mit dem Altwerden verbunden sind oder diesem zugrunde liegen (Baltes et al. 1996, S. 22). Im Grunde sagt das Alter nichts über die Eigenschaften oder Merkmale einer Person aus.⁶ Das Alter ist aber dennoch ein hochsalientes, das heißt auffälliges Merkmal einer Person aufgrund optischer Veränderungen, die man bei der ersten Begegnung mit alten Menschen sofort wahrnimmt (vgl. Stuart-Hamilton 2000, S. 20/ siehe auch Kapitel 1.2.2. Altern). Mit hohem Alter gehen automatisch stereotype Assoziationen einher, auf die später eingegangen wird, obwohl jeder Mensch individuell anders ist (siehe Kapitel 4.2. Altersstereotype).

⁶ Gabe et al. beschreiben Alter, also den Zustand, den Menschen erreicht haben, wenn sie alt sind, folgendermaßen (Gabe et al. 2005, S.18):

„In the context of health and medicine, age is a property of human individuals and groups that denotes the duration of the life span since birth and the membership of a specific cohort or generation. (...) While studying age is often treated as being synonymous with studying the elderly (as gender is often taken to mean the study of women), it should be remembered that age refers to many stages of the lifecourse.“ In dieser Definition steht im Vordergrund, dass das Alter eine Besonderheit eines jeden Menschen darstellt und gleichzeitig sehr prägend ist: Durch die Geburt gehört man zu einer bestimmten Kohorte oder zu einer ganz bestimmten Generation. Außerdem wird sehr deutlich, dass Alter generell nicht ein hohes Alter impliziert, sondern dass es sich um einen lebenslangen Prozess handelt. Was in dieser Definition nicht beschrieben wird, ist die Lebensphase Alter – die dritte Phase, nach Kindheit und Erwachsenenalter.

Dies führt zur nächsten und übrigens sehr umstrittenen Frage, ab wann eine Person eigentlich als alt gilt. Eine wichtige und in der Literatur oft erwähnte Messgröße ist das chronologische oder kalendarische Alter, welches das Geburtsdatum als Referenzpunkt heranzieht und die Lebensdauer bei Erwachsenen in Jahren angibt. Die Vereinten Nationen beschreiben, dass kein Standardkriterium existiert, an dem man festmachen könnte, dass eine Person alt ist. Sie markieren den Eintritt in die dritte Lebensphase aber dennoch ganz allgemein mit einem Alter ab 65 Jahren. In den meisten Industriestaaten gilt eine Person als „älter“ oder „alt“, wenn sie in den Ruhestand eintritt und das passiert ungefähr im Alter von 60 bis 65 Jahren, wobei diese Grenze willkürlich gesetzt wurde (WHO 2001/ WHO 2004, S. 42). Es gibt nämlich kein Merkmal, das bei allen Menschen ab einer gewissen chronologischen Altersgrenze einfach da ist und das man heranziehen könnte, weil Menschen, wie bereits erwähnt, individuell und sehr unterschiedlich altern. Das Ende der Altersphase ist zwar mit dem Tod eindeutig bestimmbar, der Übergang vom Erwachsenenalter zum „Alter“ ist hingegen unklar (vgl. Lehr 2008, S.21).

Neben der schwierigen Bestimmbarkeit des Beginns der Lebensphase Alter bleiben auch Fragen nach Struktur und Qualität offen. Das Alter ist für viele Menschen die zweitlängste Lebensphase nach dem Erwachsenenalter. Sie kann bis zu 50 oder mehr Jahren dauern, wenn ein vorzeitiger Ruhestand und eine lange Lebensdauer zusammenfallen. Deshalb wurde der Versuch unternommen, diese lange Zeit in Teilbereiche zu unterteilen: Walker schlägt zum Beispiel Altersphasen von 50 bis 74 Jahre und 75 Jahre und älter vor (vgl. Walker 1993, S.3).

Eine andere Form der Einteilung von Altersstadien orientiert sich nicht am chronologischen Alter, sondern an den vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen in physischer, psychischer, sozialer und gesellschaftlicher Hinsicht.

Das eben angesprochene soziale Alter bezieht sich auf gesellschaftliche Erwartungen, wie sich Menschen mit einem bestimmten chronologischen Alter verhalten sollen. Dabei wird das Erreichen eines hohen Alters oft nicht als Belohnung oder als etwas Positives interpretiert, sondern als erzwungene Entspannung. Demnach erwarten westliche Kulturen von den über 60jährigen sehr ruhige

Verhaltensweisen und den Beginn des Alters, nicht gerade überraschend, einhergehend mit der Pensionierung.

Mayer et al. (1996) sprechen sich in der Berliner Altersstudie für eine Unterteilung in junges Alter und hohes Alter aus: Die jungen Alten sind demnach Menschen im sechsten und siebenten Lebensjahrzehnt, die meist einen überraschend hohen körperlichen, psychischen und sozialen Funktionsstatus besitzen. Weiters verfügen sie über Optimismus und Vitalität und vermitteln insgesamt eine sehr positive Sicht auf das Alter. Sie bilden eine heterogene Gruppe, die nur in einem Merkmal etwas gemeinsam hat: Die Gruppe der jungen Alten ist chronologisch gesehen alt, wenn man sie jüngeren Menschen gegenüberstellt. Das Bild der jungen Alten impliziert eine deutliche Verlängerung der nachberuflichen Lebensphase, die bestimmt ist von Gesundheit, Reisefreudigkeit, hohen materiellen Ressourcen, Kompetenz und Engagement (Brandenburg et Huneke 2006, S.69). Diese Unterscheidung wird auch in dieser Arbeit immer wieder herangezogen. Die Gruppe der „alten Alten“ wird im nachfolgenden Kapitel genauer betrachtet.

2.2.1.1. Hochaltrigkeit

Da es in dieser Arbeit darum geht, wie sich Altersdiskriminierung in der Hauskrankenpflege zeigt, ist die Gruppe der hochaltrigen Menschen von besonderer Wichtigkeit, da sie es ist, die es zu untersuchen gilt, weil sie von Pflegebedürftigkeit am meisten betroffen ist. Es ist die Gruppe, auf die sich die Forschungsfrage dieser Arbeit konzentriert.

Der Begriff „Hochaltrigkeit“ verweist auf eine Unterteilung der Lebensphase Alter in ein drittes und viertes Alter und beschreibt das vierte Alter, in dem sich die „alten Alten“ befinden. Der Beginn dieser Phase wird meist mit einem chronologischen Alter von 80 Jahren festgelegt, wobei sie vereinzelt auch mit einem höheren Alter angegeben wird. Die hochaltrigen Menschen machen die am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe in Österreich aus, weil immer mehr Menschen ein hohes Alter erreichen können. Trotz des starken Wachstums dieser Altersgruppe wurde ihr in Wissenschaft und Forschung bis heute nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt, denn die meisten Studien, in denen es um alte Menschen geht, differenzieren nicht zwischen den beiden letzten

Lebensphasen und decken spezifische Charakteristika der Menschen im hohen Alter nicht auf. Mehr Informationen über die hochaltrigen Menschen wären notwendig, um ihre Eigen- und Besonderheiten besser verstehen zu können und um die alternden Gesellschaften auf die Zukunft vorzubereiten.

Eines der auffallendsten Merkmale der Hochaltrigen ist die Geschlechtsverteilung, die mit voranschreitendem Alter immer ausgeprägter und sichtbarer wird: Frauen sind deutlich überrepräsentiert (siehe Kapitel 2.2.3.1. Strukturwandel des Alters nach Tews). Acht von zehn Hundertjährigen sind weiblich (Poon et al 2005, S. 347) und die meisten von ihnen sind nicht mehr verheiratet. Andere soziodemographische Merkmale, die die „alten Alten“ von den „jungen Alten“ unterscheiden, sind die zunehmende Wahrscheinlichkeit alleine zu leben, gerade bei Frauen. Nur ein kleiner Prozentsatz alter Menschen lebt in Institutionen, wobei die Wahrscheinlichkeit dafür mit zunehmendem Alter steigt. „Alte Alte“ verfügen über schlechtere Bildung und sind armutsgefährdeter als die „jungen Alten“. Ein anderes Merkmal, das bei den „alten Alten“ in den nächsten Dekaden zunehmen wird ist die ethnische und kulturelle Diversität. Die Anzahl der Menschen, die nicht in Österreich geboren wurde und aus anderen Ländern stammt, wird zunehmen.

Der physische und funktionale Gesundheitszustand entwickelt sich im hohen Alter immer mehr zum zentralen Kriterium, der die gesamte Lebenssituation bestimmt (Olbermann et Reichert 1993, S. 205). In der europaweiten und in Israel durchgeführten SHARE-Studie (**S**urvey of **H**ealth, **A**geing and **R**etirement in **E**urope) zum Thema Altern, in der mehr als 45.000 Menschen ab 50 Jahren zu verschiedenen Zeitpunkten befragt wurden, gibt nur ein Drittel der hochaltrigen Menschen (definiert als Menschen über 80) an, keine anhaltenden, dauerhaften gesundheitlichen Probleme zu haben. „Gesund“ zu sein, kann auf vielfältige Art und Weise interpretiert werden. Bei der SHARE-Studie wurde dieser Zustand so operationalisiert: „Gesund“ zu sein bedeutet, unabhängig in den Aktivitäten des täglichen Lebens, den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens und der Mobilität zu sein. Demnach fühlten sich in den Ländern der SHARE-Studie nur 16% der über-80-Jährigen gesund. In Österreich sind es mehr als der Gesamtdurchschnitt, die sich gesund fühlen: 51% der Männer und 26% der Frauen über 80 schätzen sich als „gesund“ ein. 46% der Männer und

64% der Frauen ab 80 Jahren fühlen sich stark in den Aktivitäten des täglichen Lebens beeinträchtigt. Der Genderaspekt ist hierbei sehr interessant, da sich fast doppelt so viele Männer als Frauen als „gesund“ einstufen. Hier wird ein deutlicher Geschlechtsunterschied sichtbar. Männer schätzen ihren Gesundheitszustand wesentlich besser ein und fühlen sich gesünder als Frauen, obwohl ihre Lebenserwartung niedriger ist als die der Frauen (vgl. Buber 2007).

Die durchschnittliche Anzahl der Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens erhöht sich mit voranschreitendem Alter und die kognitiven Funktionen nehmen mit zunehmendem Alter ab, wobei ein hoher Bildungsgrad dagegen wirkt (vgl. Andersen-Ranberg et al. 2005).

Ursachen dieser Einschränkungen sind meist chronische Krankheiten. Alte Männer in Österreich leiden, sind an erster Stelle Bluthochdruck, gefolgt von erhöhten Cholesterinwerten, Herzerkrankungen und Diabetes. Bei den alten Frauen liegt Bluthochdruck ebenfalls an erster Stelle, gefolgt von erhöhten Cholesterinwerten, Rheumatismus und arthritischen Erkrankungen und Osteoporose.

Da chronische Krankheiten und der individuelle Gesundheitszustand Einflüsse auf das soziale Leben haben, ist die soziale Aktivität von Menschen in hohem Alter von Interesse. Nur ein Fünftel bis ein Viertel der hochaltrigen Menschen, die zu Hause leben, sind sozial aktiv (das bedeutet freiwillige Arbeit zu verrichten, sich um einen kranken oder eingeschränkten Erwachsenen zu kümmern, Familie, Freunden oder Nachbarn Hilfe zu leisten, Bildungsangebote zu nutzen, in sozialen Klubs oder Vereinen Mitglied zu sein oder sich religiös oder politisch zu engagieren) (vgl. Andersen-Ranberg et al. 2005, S. 2).

Clemens und Backes beschreiben darüber hinaus noch weitere Risiken, die mit Hochaltrigkeit verbunden sind: eine Abnahme der Kapazität der Informationsverarbeitung (inkl. einer verminderten Anpassungsfähigkeit an neuartige, kognitive Problemsituationen), ein exponentieller Anstieg der Krankheitshäufigkeit von Demenzen, Multimorbidität und Polypathie, erhöhter Pflegebedarf, eine Zunahme negativ bewerteter Eigenschaften in der Selbstdefinition (obwohl positive dennoch überwiegen) und eine Anhäufung sozialer Verluste im Freundeskreis und der Familie (2008, S. 104ff.).

Hochaltrigkeit geht auch mit psychischen Veränderungen einher. Die Demenzprävalenz nimmt nach dem 80. Lebensjahr stark zu (siehe Kapitel 2.2.2.2. Psychische und kognitive Alterungsprozesse).

Die Depressionsrate liegt bei 21% unter den 80 bis 84-Jährigen und bei 23% unter den über 85-Jährigen und ist somit höher als bei den jungen Alten (15%) (Poon et al. 2005). Eine große Anzahl an Studien hat gezeigt, dass Depressionen im hohen Alter vermieden oder gelindert werden können, indem das Gefühl der Selbstkontrolle und das Selbstbewusstsein aktiviert werden. Während objektive Gesundheitsindikatoren eine große Rolle spielen, um die Situation langlebiger Menschen allgemein einzuschätzen, ist die subjektive Wahrnehmung auch sehr wichtig. Wissenschaftler fanden nämlich heraus, dass die selbst wahrgenommene Gesundheit einen höheren Stellenwert besitzt als objektive Indikatoren. Positive Einstellungen und Erwartungen an sich selbst und die Ablehnung negativer Altersbilder gegenüber dem Alterungsprozess erhöhen die Chance auf ein langes Leben um durchschnittlich 7,5 Jahre (vgl. Levy et al. 2002).

Das Erkrankungsrisiko ist im hohen Alter also erhöht, Heilungschancen nehmen ab und die selbstständige Lebensführung ist gefährdet, wobei festgehalten werden muss, dass die individuellen Unterschiede unter den hochaltrigen Menschen sehr groß sind. Manche sind sehr mobil und unabhängig, andere wiederum sind sehr gebrechlich und in hohem Maße hilfs- und pflegebedürftig. Es gibt Schätzungen, dass ca. ein Drittel der Hochaltrigen gesund genug ist, um unabhängig leben zu können, ein Drittel funktionell eingeschränkt ist und das dritte Drittel schwer beeinträchtigt, behindert und gebrechlich („frail“) ist (Poon et al 2005).

Aus der SHARE-Studie geht hervor, dass in Europa mehr als die Hälfte der Hochaltrigen, die zu Hause leben, dies alleine tun (56%), während ca. ein Viertel (27%) mit dem Partner wohnt und 16% zusammen mit der Familie, meistens einem Kind.⁷ In allen Ländern der SHARE-Studie helfen die Kinder der hochaltrigen Menschen diesen am meisten und verrichten ca. ein Drittel der Arbeit, die es zu tun gibt. Hilfe von anderen annehmen zu müssen wird hierbei von den

⁷ In der SHAHE-Studie sind Menschen, die institutionalisiert sind, ausgeschlossen.

individuellen physischen und kognitiven Fähigkeiten bestimmt: Je mehr Einschränkungen es gibt, desto mehr Hilfe wird benötigt. Hier wird deutlich, dass den Kindern hochaltriger, pflegebedürftiger Menschen in der Betreuung und Pflege eine herausragende Bedeutung zukommt, da ganz allgemein gesprochen, die Morbidität mit voranschreitendem Alter zunimmt (und dies stärker bei Frauen als bei Männern).

Der im jüngeren Alter eher vereinzelt vorkommende geistige Leistungsrückgang entwickelt sich im hohen Alter zu einem allgemeinen und alle Bereiche umfassenden Leistungsverlust, wobei dies hier auch solche Menschen betrifft, die während ihres früheren Lebens über überdurchschnittliche personale, soziale und ökonomische Ressourcen verfügten. In einer Studie aus dem Jahr 1992 schnitten Hundertjährige im Durchschnitt wesentlich schlechter beim Lernen neuer Informationen, bei Intelligenztests (in denen zum Beispiel Vokabel, arithmetische Fragestellungen und Bilderzusammensetzen abgefragt wurden) und beim Wiedergeben bekannter Informationen ab als Sechzigjährige oder Achtzigjährige. Beim Lösen von Alltagsproblemen waren die Hundertjährigen genauso gut wie die jüngeren Alten. Aus dieser Studie ging auch hervor, dass eine hohe Bildung diese Effekte abschwächte (vgl. Poon et al. 1992).

Pflegebedürftigkeit und Multimorbidität steigen ebenso bei den Hochbetagten, was auf eine weniger gute körperliche, soziale und seelische Gesundheit hindeutet. Die Autoren der Berliner Altersstudie nehmen daher an, dass das hohe Alter zunehmend durch andere und von früheren Lebensumständen unabhängigen Faktoren bestimmt wird, deren Auftreten weniger durch soziokulturelle Ressourcen steuerbar ist, als dies im früheren Erwachsenenalter der Fall ist (vgl. Mayer et al. 1996, S. 627). Sie vermitteln das Bild eines chancenreichen, dritten bzw. jungen Alters und das eines vierten, hohen Alters, das vom Verlust der Selbstkompetenz und oft auch von Pflegebedürftigkeit geprägt ist.⁸

Die meisten Studien fokussieren auf rückläufige und gefährdete Eigenschaften bei den „alten Alten“. Es sollten auch die positiven Merkmale in Betracht gezo-

⁸ Lehr (2008, S.22) schlägt auch vor, zwischen einem „chancenreichen dritten“, einem „eingeschränkten vierten“ und einem „abhängigen fünften Lebensabschnitt“ zu unterscheiden.

gen werden. Wenn man Altern als Adaptionsprozess auffasst, haben hochaltrige Menschen Vorteile darin, Bewältigungsstrategien im Umgang im Abbau von Spannungen und Problemen zu entwickeln aufgrund der lebenslangen Erfahrungen.

Hochaltrige Menschen haben auch andere Lebensperspektiven und Erwartungen. So sehen sich viele ihre Einschränkungen und Behinderungen als Altersveränderung und nicht als Gesundheitsprobleme. Eine andere Stärke ist, dass sich sehr alte Menschen auch als vereinzelte Überlebende betrachten, die ein Alter jenseits der Lebenserwartung erreicht haben. Das kann hochaltrigen Menschen dabei helfen, ein positives Selbstbild aufrechtzuerhalten.

In Verbindung mit dem Thema „Alter“ ist noch wichtig zu erwähnen, dass sich alte Menschen keineswegs als alt bezeichnen. Vor wenigen Jahrzehnten war dies noch nicht der Fall, weil sich die meisten Menschen über 70 für alt hielten. Heute tut das nur mehr ein Drittel der über 70jährigen. Eine mögliche Ursache ist, dass „alt“ häufig negativ besetzt ist. Die Mehrheit alter Menschen hat eine positive Selbsteinschätzung und betrachtet sich als kompetent und leistungsfähig (Brandenburg et Huneke 2006, S. 68).

2.2.2. Altern

„Ageing as a widespread phenomenon is confined to modern industrialised nations, resulting from lower infant mortality rates, and improvements in health care and lifestyle in earlier adulthood, rather than intrinsic improvements in the way humans age.“ (Stuart-Hamilton 2000, S. 43).

Stuart-Hamilton sieht die Ursachen im Altern in demographischen und medizinischen Veränderungen und nicht in einer den Menschen innewohnenden Optimierung verortet. Wenn vom Altern gesprochen wird, stehen soziale, biologische und psychologische Veränderungen im Vordergrund, die miteinander in Zusammenhang stehen. Altern ist ein Prozess, der bereits im Mutterleib beginnt. Im hohen Alter sind für die Wissenschaft vor allem jene Faktoren interessant, die für ein langes Leben von Bedeutung sind. Hier soll auf die Georgia Centenarian Study hingewiesen werden, die beschreibt, welche Einflüsse und

Gegebenheiten für ein langes Leben (über 100 Jahren) ausschlaggebend sind (Poon et al. 2007).

Wenn vom „Altern“ die Rede ist, sind meistens physiologische Prozesse vor-dergründig. Der Begriff „biologisches Alter“ bezieht sich auf physische Veränderungen bzw. Degenerationsformen. Meist wird der Begriff nicht differenziert und sehr allgemein verwendet.⁹

Wenn Altern aus biologischer Sicht gemeint ist, impliziert dies meistens *„zeitabhängige, irreversible und vorhersehbare Veränderungen in jeder vorhandenen Spezies. Solche Veränderungen führen zu einem fortschreitenden Funktionsverlust und letztendlich zum Tod, wobei Unfälle ausgeschlossen werden“* (Danner/ Schröder 1994, S. 96).

Ähnlich auf den Punkt bringt es Werner Hansen: *„Alternsvorgänge sind durch regressive Veränderungen der Organstrukturen und –funktionen gekennzeichnet. Sie erscheinen ubiquitär in der belebten Natur und beginnen mit dem Eintritt in das Leben“* (Hansen 2007, S. 4). Altern bedeutet also einen Leistungsrückgang, welcher prozesshaft während des ganzen Lebens stattfindet.¹⁰ Alterungsabhängiger Leistungsabfall ist kein einfacher, sondern ein sehr komplexer Prozess, der sich auf den gesamten Körper, die Psyche und das soziale Leben auswirkt (Stuart-Hamilton 2000, S. 43).

Andererseits beinhaltet diese verlustorientierte und Leistungsrückgang erwartende Denkrichtung, dass Alter mit Abbau und Verlust gleichzusetzen ist, was dem Defizitmodell des Alterns Nährboden liefert. Biologen und Mediziner, die oft sehr im Detail forschen und Alterungsprozesse untersuchen, laufen Gefahr, die ganzheitliche Sicht auf den alten Menschen, der im Zentrum der Betrachtungen steht, auszuklammern.

⁹ Es gibt aber auch Vorschläge, ihn in anatomisches Alter (Beschaffenheit der Knochenstruktur, Körperbau etc.) und in physiologisches Alter (Zustand der physiologischen Abläufe wie zum Beispiel der Grundumsatz) zu unterteilen (Stuart-Hamilton 2000, S.23), wobei die jeweiligen Werte immer mit „Normalwerten“, das heißt mit den Werten von Menschen im zweiten Lebensalter, verglichen werden.

¹⁰ . Das physiologische Altern lässt sich medizinisch als ein Leistungsverlust der bestehenden Zellen beschreiben.

Geistes-, Sozial- und Verhaltenswissenschaften engagieren sich im Gegensatz dazu für eine grundlegend anders angelegte Altersdefinition: Klammert man die physiologische Perspektive aus, bedeutet „Altern“ einen Zuwachs an Wissen und Erfahrung, welcher während des Lebens aufgebaut wurde.

Einerseits wird die biologische Sichtweise akzeptiert, nämlich dass der Körper biologisch weniger adaptions- und funktionstüchtig wird, andererseits argumentieren sie, dass dies nicht das menschliche Verhalten beeinflusst. Da Alter und Altern psychologisch und kulturell geschaffene Phänomene sind, beinhaltet es genauso wachstumsartige und positive Aspekte.

Rosenmayer plädiert ebenfalls für eine ausdifferenzierte und eine Gewinne berücksichtigende Sichtweise auf Altern, indem er ausführt, dass es trotz eines alternden Organismus positive Aspekte des Alter(n)s geben kann, solange es Älteren gelingt, bestimmte Wissens- und Handlungskörper zu entwickeln und zu pflegen, die altersspezifisch sind. Weisheit und Lebenserfahrung könnten derartige altersspezifische Wissens- und Handlungskörper sein (Rosenmayer 2007, S. 212). Rosenmayer ist davon überzeugt, dass das Gefühl sich selbst zu steuern, die Selbstwirksamkeit, den Mut im späteren Leben erhöht. Er sieht im Alter viele Potenziale, die aber erst geweckt, eingesetzt und gepflegt werden müssen. *„In welcher Weise sie von den Potenzialen Gebrauch machen, hängt von Aufklärung, Ermutigung, real gelebten Vorbildern und verantwortlichen Medien, und nicht zuletzt von den ökonomischen Ressourcen der Altersgruppe 50+ ab. Zu den Herausforderungen an die neuen Alten zählt ein emotionales Bekenntnis zu einem aus der Fesselung durch falsche Selbstrepräsentation befreiten Ich.“* (Rosenmayer 2007, S. 212).

2.2.2.1. Physiologische Alterungsprozesse und -merkmale

Der Alterungsprozess geht mit vielen physischen Veränderungen einher, von denen eine große Zahl das Erscheinungsbild des Gesichtes betreffen (Duncan et Schaller 2009, S. 101).

Die sichtbarsten Anzeichen eines alten Menschen lassen sich an der Haut erkennen: Sie hat Falten, das Bindegewebe ist locker und oft fleckig. Die Haare sind weiß oder grau und anders verteilt als in jungen Jahren. Das Unterhautfettgewebe bildet sich zurück. Weitere Altersmerkmale lassen sich am Herz-

kreislaufsystem, am Immunsystem, an den endokrinen Systemen, am Nervensystem, am Bewegungsapparat, am Verdauungssystem, an den Nieren, der Lunge und an den Sinnesorganen erkennen (Dörner et al. 2007, S. 427/ Hansen 2007, S. 6ff.)

Baltes und Baltes (1994, S. 10ff.) schreiben der Bedeutung von Alter in biologischer Hinsicht vor allem zwei Bedeutungen zu:

Erstens ist die Lebensphase Alter postreproduktiv. Das bedeutet, dass die Phase, in der Kinder auf die Welt gebracht werden, abgeschlossen ist.

Zweitens ist die Altersphase von einer Verringerung der biologischen Funktionstüchtigkeit gekennzeichnet, was schlussendlich die Sterbewahrscheinlichkeit vergrößert.

2.2.2.2. Psychische und kognitive Alterungsprozesse

Das reine Altern hat auf psychische und kognitive Veränderungen wenig Einfluss. Es ist das Zusammenspiel verschiedener Faktoren, die zu Änderungen der Persönlichkeit führen (Dörner et al. 2007, S. 432).

„Ging man früher davon aus, dass Menschen mit dem Alter dümmer werden (gradweiser Abbau der intellektuellen Fähigkeiten durch das Alter), so weiß man heute, dass das Alter nur eine Nebenrolle spielt und dass z.B. die letzte berufliche Stellung, die Schulbildung, die Gesundheit, die Motivation, der derzeitige Umgang – anregend oder nicht – sehr viel bedeutsamer für die intellektuellen Fähigkeiten im Alter sind als das schiere Alter“ (Dörner et al. 2007, S. 428). Nur das Alter selbst ist also nicht ausschlaggebend für eine eventuelle intellektuelle Veränderungen, sondern ein Zusammenspiel mehrerer Einflussfaktoren. Das Gedächtnis alter Menschen erinnert sich gut an Erlebnisse aus der Jugend, wo hingegen neuere Ereignisse schlechter gemerkt werden. Das Altern hat erheblichen Einfluss auf die Psychomotorik, insofern, dass alte Menschen langsamer lernen als junge und das nur, wenn die Lerninhalte von Interesse für alte Menschen sind. Die Aufbereitung der Lerninhalte ist gerade für alte Menschen von großer Bedeutung.

Eine psychische und kognitive Erkrankung, die im Alter vermehrt auftritt und deshalb an dieser Stelle erwähnt wird, ist die Demenz. Knapp 6 bis 9% der über

65-jährigen Bevölkerung leidet unter Demenz und jede vierte Person über 80 (Caritas 2005, S. 2). Die häufigste Form ist die Alzheimer Erkrankung. Mit steigendem Alter nimmt die Demenzprävalenz zu und erreicht bei den 90- bis 100-Jährigen eine Wahrscheinlichkeit zwischen 40 und 60%. (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2008). In Österreich fallen jährlich zwischen 600 Mio. und 1,2 Mrd. Euro für die Versorgung demenzkranker Menschen an, davon macht nur ein Viertel medizinische Kosten aus. Die Pflege alter, demenzkranker Menschen ist besonders kompliziert. In Österreich fehlen epidemiologische Daten zu dieser Krankheit noch weitgehend (vgl. Caritas 2005).¹¹

Gerade diese Patientengruppe ist schwer zugänglich und somit in großer Gefahr, diskriminiert zu werden.

2.2.3. Strukturelle Dimensionen des Alters

Zum Thema Altern und Gesellschaft stellt sich zunächst die Frage nach der Beeinflussung: Beeinflusst das Altern die Gesellschaft oder ist sind es die in der Gesellschaft vorherrschenden Einstellungen, die das Altern und die Lebensphasen des Alters prägen? Diese Frage ist auch in Bezug auf Altersstereotype interessant und lässt sich nicht leicht beantworten, denn viele komplexe Faktoren spielen zusammen, die im Folgenden dargestellt werden sollen.

Ein Vorreiter, der die strukturelle Dimension des Alters beschrieb, ist Tews, der die Herausbildung der Lebensphase Alter von zwei Auslösern bestimmt sah: Einerseits dem Strukturwandel des Alters, auf den im nächsten Kapitel eingegangen wird, und andererseits dem demografischen Wandel, der zu einer gesellschaftlichen Alterung geführt hat. Den demografischen Wandel beschreibt Tews (1993) auch als dreifaches Altern und meint damit die Zunahme älterer Menschen in absoluten Zahlen, in relativen Verhältnissen sowie einen Zuwachs an hochaltrigen Menschen. Tews ist einer jener Forscher, die die Einstellungen der Gesellschaft zum Thema Altern außer Acht lassen. Dennoch beschreibt er anhand von fünf Konzepten, wichtige gesellschaftliche Entwicklungen.

¹¹ Für den interessierten Leser sei an dieser Stelle auf die Homepage der Caritas verwiesen (http://www.caritas.at/fileadmin/user/oesterreich/publikationen/service_und_downloads/publikationen/zum_thema/ZT_3_05_demenz.pdf)

2.2.3.1. Strukturwandel des Alters nach Tews

Unter der Begrifflichkeit „Strukturwandel des Alters“ versteht Tews gesellschaftliche und soziale Veränderungen, die mit dem demografischen Alterungsprozess Hand in Hand gehen. Er beschrieb 1993 den sozialen Strukturwandel des Alters anhand von fünf Konzepten:

1. Verjüngung des Alters (Tews 1993, S.23 ff.)

Die „Verjüngung“ des Alters bezieht sich auf verschiedene Phänomene. Alte Menschen schätzen sich selbst zum einen jünger ein als früher und das unabhängig von ihrem chronologischen Alter. Zum anderen gelten in der Arbeitswelt über 45-Jährige bereits als „alt“ und erhalten seltener als jüngere Arbeitnehmer Umschulungen oder Qualifizierungsmaßnahmen im Falle einer Arbeitslosigkeit (ebd. 1993, S. 24). Drittens betrifft die Verjüngung die Frauen, die früh Kinder bekamen und bei denen die Kindererziehungsphase früher abgeschlossen war als bei Frauen, die erst später Kinder bekamen. Noch vor rund 100 Jahren hat eine Mutter selten die Heirat ihres jüngsten Kindes erlebt; heute erlebt sie sogar die der Enkel (ebd. 1993, S.25).

Zusätzlich zu diesen Aspekten muss noch darauf hingewiesen werden, dass alte Menschen in den Medien jung dargestellt werden. Die alten Menschen im Fernsehen und anderen Formen der Medien werden nie einsam, krank und arm dargestellt. Geworben wird mit jungen Alten und jugendlichen Lebensformen wie Fitness, Attraktivität und Unkonventionalität. „In der Tendenz sind ältere Menschen in den Medien unterrepräsentiert und in der Werbung auf wenige Muster eingeschränkt. (...) Vor allem wird nicht die Vielfalt des Alters abgebildet; so sind z.B. häufiger alte Männer als alte Frauen zu sehen, die Männer werden dabei häufig als weiter berufstätig, die Frauen in der Familienrolle gezeigt. In Nachrichten und Magazinsendungen erscheinen Alte als Opfer, Kranke und Sterbende und kommen insgesamt seltener zu Wort als andere Altersgruppen. In Zeitungen und Zeitschriften liegen die Schwerpunkte auf Heimversorgung (Bauen, Wohnen), Pflege und Altenhilfe, außerdem auf ‚jungen‘ und ‚aktiven‘ Alten, die ein ‚neues Alter‘ propagieren“ (Backes et Clemens 2008, S.59).

Eine Verjüngung des Alters vollzieht sich somit auf verschiedenen Ebenen. Tews spricht in diesem Zusammenhang auch von einer „Vorverlegung von Altersproblemen und Auseinandersetzungen mit dem eigenen Alter in einer Phase des Lebens, in der man sich den Alten subjektiv noch nicht zurechnen kann“ (Tews 1993, S. 26).

2. Entberuflichung des Alters (Tews 1993, S.26ff.)

Unter Entberuflichung des Alters versteht Tews eine Alterszeit ohne Berufstätigkeit resultierend aus früher Berufsaufgabe und erhöhter Lebenserwartung und den Prozess der Berufsaufgabe selbst verbunden mit einer Anpassung an die nachberufliche Lebensphase. Das durchschnittliche Berufsaufgabealter liegt unter 60 Jahren und die Erwerbsbeteiligung hat laufend abgenommen, wurde jedoch durch die erhöhte Frauenerwerbsquote gebremst. Die Chancen von jüngeren Arbeitnehmern Erfahrungen mit älteren zu machen, schätzt Tews daher gering ein, da ältere Arbeitnehmer schon Seltenheitswert für die alltägliche Erfahrung der Jungen haben.

3. Feminisierung (Tews 1993, S.28ff.)

Unser Bild vom hohen Alter ist durch den überwiegenden Frauenanteil geprägt. Hohes Alter ist weiblich, da die Mehrheit alter Menschen weiblich ist: Frauen machen zwei Drittel bei den Alten allgemein und bei den über 75-Jährigen sogar drei Viertel aus. Vor ca. 100 Jahren war das Verhältnis noch ausgeglichen. Die Folgen dieser unausgeglichene Geschlechterverhältnisse beschreibt Tews folgendermaßen: Verwitung ist quantitativ gesehen ein Schicksal der Frauen, alte Männer können grundsätzlich auf die Hilfen und auf die Pflege durch ihre Ehefrauen zählen, insofern diese dazu noch in der Lage sind.

Alte alleinstehende Frauen sind primär auf familiäre Kontakte angewiesen.

Frauen nehmen in der Gesellschaft vermehrt Angebote der Altenhilfe wahr, sie gehen öfter in die Kirche und nehmen auch mehr an Bildungsveranstaltungen teil als Männer.

Statistisch gesehen sind Frauen eine häufige Problemgruppe, denn auf sie entfällt der größte Teil der Altersarmut. Dies hat mit geringeren Einkommen wä-

rend der Erwerbstätigkeit zu tun sowie mit den im Alter auftretenden Veränderungen wie der Singularisierung und auftretenden Krankheiten.

Frauen sind gemeinsam mit ihrem Singularisierungsgrad abhängiger von ambulanten und stationären Diensten, sind öfters Heimbewohner und prägen deshalb auch Struktur und Bild der Heime.

4. Singularisierung (Tews 1993, S.30ff.)

Mit zunehmender Lebenserwartung nimmt der Anteil alleinstehender Personen zu. Dies führt zu Veränderungen in den Wohnformen Älterer, was sich in einer Abnahme der Drei- und Mehrgenerationen-Haushalte und in einer Zunahme der Zwei- und Einpersonen-Haushalte ausdrückt. Tews prognostiziert den Anteil alter Menschen, die mit ihren Ehepartnern und solcher, die alleine leben, steigend.

Während bei jüngeren Generationen die Zunahme der Einpersonen-Haushalte als Verhaltenswandel im Sinne einer Individualisierung interpretiert wird, sind für die Älteren eher lebens- und familienzyklusbedingte Gründe, wie zum Beispiel Verwitwung entscheidend. Risiken wie Isolation, Vereinsamung und erhöhter Kontaktbedarf betreffen eher die Alleinlebenden. Tews beschreibt darüber hinaus, dass Männer mit dem Alleinleben deutlich schlechter fertig werden als Frauen. Frauen leben laut Tews eher lieber allein oder gewöhnen sich besser daran.

5. Zunahme der Hochbetagten und Langlebigen (Tews 1993, S.32)

Wie bereits im ersten Kapitel dargestellt, ist die Gruppe der hochaltrigen Menschen – bei Tews sind dies Menschen mit einem chronologischen Alter ab 80 Jahren – im Steigen. Langlebigkeit wird zu einem Phänomen, das nicht mehr nur vereinzelt Personen widerfährt, sondern ist für die meisten Menschen erreichbar. Tews beschreibt, dass Hochaltrigkeit meist mit Feminisierung und Singularisierung einhergeht. Das bedeutet, dass mit Hochaltrigkeit häufig familiäre Isolierung, Vereinsamung, Krankheiten (meist multimorbide Formen), psychische Erkrankungen, Hilfe- und Pflegeabhängigkeit, dauerhafte Behandlungsbedürftigkeit und die Einweisung in stationäre Einrichtungen verbunden sind (vgl. Tews 1993, S.32).

Es gibt auch einige Kritikpunkte am Strukturwandel des Alters. Die fünf Konzepte des Altersstrukturwandels sind keine isolierten Phänomene, wie es bei Tews den Anschein erweckt und betreffen nicht nur ein spezifisches Feld, sondern sind ein dynamischer Prozess, der alle Altersgruppen einbezieht (vgl. Amrhein 2008, S. 179-185).

Beide Entwicklungen – der Struktur- und der demografische Wandel – stehen miteinander in enger Beziehung und führen dazu, dass die Lebensphase Alter zunehmend auf gesellschaftliche Strukturen und auf jüngere Altersgruppen einwirkt. Die demografische Alterung beeinflusst in diesem Zusammenhang nicht nur die Lebensphase Alter, sondern betrifft alle Lebensphasen (vgl. Backes et Clemens 2008, S.30).

Hierbei sind konkret Veränderungen im Pensions-, Pflege- und Gesundheitssystem zu nennen, sowie Debatten über die Zukunft der sozialen Sicherungssysteme, das weite Thema intergenerationelle Gerechtigkeit, das Verhältnis der Generationen zueinander, das Altern der arbeitenden Menschen, Konsequenzen betreffend dem Arbeitsmarkt, die Entwicklung der Beschäftigten und die sich ändernden Familienstrukturen mit Auswirkungen auf die Pflege (siehe Kapitel 2.3. Zukunftsprognosen für Pension- und Gesundheitssystem).

Amrhein kritisiert jedoch, dass die Ursachen für den Strukturwandel in Tews Konzept verborgen bleiben und bemängelt das Fehlen eines theoretischen Rahmens bei seiner deskriptiven Beschreibung der Phänomene (Amrhein. 2008, S.104-107).

Auch Lehr (2007, S.198) kritisiert Tews These, dass Alter immer mehr zur Determinante gesellschaftlicher Entwicklung wird, indem sie darauf hinweist, dass es umgekehrt ist, nämlich dass gesellschaftliche Entwicklungen das Alter bestimmen. Alter beschreibt sie, ist durch industrielle und wirtschaftliche Einflüsse geregelt, die oft unter 60-jährige am Höhepunkt ihrer Schaffenskraft zu Pensionisten machen. Deshalb wird im nächsten Kapitel versucht, diese Perspektive vorzustellen, nämlich wie die alten Menschen in der Gesellschaft wahrgenommen werden.

2.2.3.2. Altersbilder

Zur strukturellen Altersperspektive sind nicht nur der demografische und der Strukturwandel, den Tews beschrieb, von Bedeutung. Ein gewichtiger Teil für den Umgang mit dem Thema Alter und Altern liegt in den Altersbildern, die in der Gesellschaft existieren, begründet. Hier wird die Komplexität des Themas deutlich, denn einerseits bestimmt das Alter die Gesellschaft und andererseits bestimmt die Gesellschaft das Altern und die Lebensphasen des Alters, was nun skizziert werden soll.

Zum Altern gibt es positive und negative Stereotype und Bilder. Neben dem Bild des pflegebedürftigen Alten existiert auch das eines dynamischen, aktiven und unabhängigen alten Menschen. Das dritte Alter wird dabei so positiv dargestellt, dass es zu einer Veränderung des negativ pointierten Altersbildes gekommen ist. Obwohl diese Prozesse zu würdigen sind, muss bedacht werden, dass dabei das vierte Alter verdrängt wird und dass die Entwicklung in eine beschönigende und verklärende Richtung abzielt. Es stellt sich die Frage, ob das positive Akzentuieren der jungen Alten wirklich ein neues Altersbild entstehen lassen kann.¹²

Die Leugnung von negativen Altersproblemen bzw. ihre Nichtbeachtung führt zur Frage, ob es hier zu einer Realitätsverzerrung auf Kosten der Hochaltrigen kommt, die eine Beschäftigung mit dem Älterwerden mit all seinen möglichen Einschränkungen und Verlusten verhindert. Es wäre vielleicht treffender, von einem „Nach- hinten-Schieben“ negativer Bilder zu sprechen, als von einer generellen Veränderung des Altersbildes in eine positive Richtung. *„Zwar tragen die heute zu beobachtenden differenzierten Sichtweisen zu einer positiveren*

¹² Bereits Cicero beschreibt 44 vor Christus in „Cato maior de senectute“ das Alter als eine überaus positive Lebensphase, in der es keinen Grund gibt, das Alter anzuklagen und es als eine Phase, in der auch Verluste möglich sind, zu betrachten. „ (...) Als man ihn (Anmerkung: Gorgias von Leontoni, der angeblich nie in seinem Arbeitseifer nachließ, auch nicht mit 107 Jahren) fragte, warum er so lange am Leben bleiben wolle, erwiderte er: „Ich habe keinen Grund, das Alter anzuklagen.“ Eine großartige Antwort, die eines Gelehrten würdig ist! (14) Denn nur Dummköpfe lasten ihre Fehler und ihre Schuld dem Alter an“ (Cicero, 1998, S. 33). Cicero meint also, dass es eine Ausrede sei, sich auf das Alter zu beziehen und gleichzeitig von Verlusten zu sprechen. Diese Ansicht ist sehr beschönigend, um nicht zu sagen verklärt und nicht der Realität entsprechend, weil das Alter auch eine Phase von Verlusten ist.

Wahrnehmung des Alters bei, jedoch ist auch diese zur Veridealisierung neigende Betrachtung kritisch zu bewerten, da es ihr nicht gelungen ist, reale Verluste und Grenzen des Alters zu integrieren und letztendlich zur Ausgrenzung des (hohen) Alters beiträgt. Daher ist weiterhin von einem vorwiegend negativ pointierten Altersbild zu sprechen, das seine Erweiterung in einer geschlechtsbezogenen Polarisierung findet“ (Tschirge et Grüber-Hrcan 1999, S. 41). Die Autorinnen bringen die negative Stereotypisierung hochaltriger Menschen auf den Punkt und spielen zudem darauf an, dass das gesellschaftliche Bild von alten Frauen noch schlechter ist, weil sie Geschlechterstereotype und Altersstereotype in sich integrieren.

Auch die Medien sind hinsichtlich der Konstruktion von Altersbildern von großer Relevanz. Wenn die Bevölkerung durch negative Schlagzeilen sensibilisiert wird, ist das sehr hinderlich für die alten Menschen selbst, die zum Feindbild im „Krieg der Generationen“ deklariert wird. In den Medien werden beim Bezeichnen der möglichen und oft düster dargestellten Probleme Ausdrücke wie „Vergreisung der Gesellschaft“, „Überalterung“ „Altenproblem“ oder „die demographische Zeitbombe tickt“ verwendet (zum Beispiel: Frankfurter Allgemeine Zeitung aus August 2006) oder „Trotz Überalterung: 81 Prozent gegen mehr Zuwanderer“ (Der Standard, Titelblatt der Wochenendausgabe vom 23. und 24.10.2010). Es wird oft ein sehr negatives Bild vom Altern gezeichnet, welches den Anschein erweckt, als würden reichen Staaten von einer unfinanzierbaren Katastrophe bedroht, der sie nicht Herr werden könnten. Die Menschen werden in der Tat älter, was jedoch nicht synonym mit dem Wort „Überalterung“ gleichgesetzt werden darf, weil der Begriff „Überalterung“ impliziert, dass die Menschen zu alt werden und die „normale“ Altersstruktur ins Wanken gerät.

Da es sich um eine ganze Gruppe an Menschen handelt, die nicht differenziert betrachtet wird, kann man in solchen Fällen Bereits von Ageismus sprechen.

Mayer et al. (1996, S. 599) beschreiben die Folgen der gesellschaftlichen Sichtweise über das Alter so: *„Was wir über das Alter als Lebensphase und über das Altern als Prozeß zu wissen meinen, ist außerordentlich folgenreich. Vorstellungen über das Alter beeinflussen unser tägliches Verhalten gegenüber alten Menschen, die Einstellungen älterer Menschen zu sich selbst, unsere eigene Lebensführung und nicht zuletzt die staatliche Sozialpolitik und die Viel-*

zahl derjenigen Personen, die beruflich mit alten Menschen zu tun haben. Die Gerontologie prangerte zu Recht lange Zeit negative Altersstereotypen an und setzte Befunde und Postulate vom ‚aktiven‘, ‚produktiven‘ und ‚erfolgreichen‘ Altern dagegen. Mit der Unterscheidung zwischen ‚jungen Alten‘ und ‚alten Alten‘ erschien es dann möglich, ein positives und ein negatives Altersbild nebeneinander aufrechtzuerhalten.“

Hier beschreiben die Autoren, dass Altersbilder weitreichende Konsequenzen haben: Sie können alte Menschen in ihrer Selbstwahrnehmung, sowie Menschen, die mit alten Menschen beruflich arbeiten, beeinflussen. Ein positives drittes Alter besteht neben dem Bild eines negativen vierten Alters. Auch der Ausdruck „jung“ impliziert hier positive Werte. Der Philosoph Jean Amery beschreibt ebenfalls eine gewisse Konkurrenz mit der Jugend bzw. Missgunst und Neidhaftigkeit bei den alten Menschen selbst und auch eine Abneigung gegenüber gleichaltrigen alten Menschen und zeichnet ein sehr negatives Bild vom hohen Alter: *„Der Alternde ist ein solcher nicht nur für die Jugend, sondern auch für die Jahrgangsgleichen: diese blicken ihrerseits auf die Jungen, auch wenn sie bei diesen keinen Widerblick erwecken, verweigern dem Schicksalsgenossen die Solidarität, suchen Distanz zu nehmen von den Zeichen der Daseinsnegation, die sie in seinen Zügen lesen. Das will nicht sagen, daß sie die Jungen lieben, nur daß sie sich an sie klammern in absurder Sehnsucht und sich nicht eingestehendem Neid“* (Amery 2005, S. 100).

Aber nicht nur auf der individuellen Ebene kommen Altersbilder zum Tragen. Sie sind auch maßgeblich daran beteiligt, wie die Politik mit Altersfragen umgeht. Es gilt den negativen Altersbildern entgegenzusteuern. Amery beschreibt, dass es möglich ist, ein drittes Alter, das positiv besetzt ist und ein viertes Alter, das negativ besetzt ist, zu konstruieren. Dass eine ganze Gruppe von Menschen, die statistisch gesehen älter und schwächer als die restliche Bevölkerung ist, negativ betrachtet wird, sollte jedenfalls kritisch hinterfragt werden. Hier wirken negative Stereotype, die zu Vorurteilen führen und zu Altersdiskriminierung beitragen (siehe auch Kapitel 4. Ageismus). Negative Altersbilder wirken wie sich selbst erfüllenden Prophezeiungen. Erwartungen an

Leistungssteigerung („Pygmalion-Effekt“¹³) oder Leistungsminderung („Golem-Effekt“¹⁴) werden Wirklichkeit.

„Alleine die Erwartungen, die Personen über bestimmte Eigenschaften eines Wahrnehmungsobjekts aufweisen, können dazu führen, dass die Person sich dem Wahrnehmungsobjekt gegenüber so verhält, dass das Wahrnehmungsobjekt schließlich tatsächlich die vermuteten Eigenschaften entwickelt“ (Greitemeyer 2008, S. 83).

Dieses Phänomen ist sehr gut erforscht und führt im Falle negativer Altersbilder zu Fähigkeitsverlusten und zum Verkümmern von Potenzialen (Greitemeyer 2008, S. 80ff.).

Es stellt sich die Frage, wie es sich in einer Gesellschaft, in der Werte wie Jugendhaftigkeit und Jugend zählen, anfühlt alt zu werden. An dieser Stelle sei weiterführend auf das Kapitel 4.2. (Altersstereotype) verwiesen.

Pflegepersonen, die in der Hauskrankenpflege tätig sind, sehen regelmäßig Bilder von alten, sehr gebrechlichen Menschen (siehe Kapitel 3.5. Betrachtung des Pflegearrangements), die das Denken und Wahrnehmen beeinflussen und zu Altersdiskriminierung führen. Durch regelmäßiges Reflektieren und Weiterbilden kann dem entgegengewirkt werden (siehe Kapitel 5.4. Maßnahmen gegen Ageismus in der Hauskrankenpflege).

Weiterführend sei an dieser Stelle auf den sehr umfassenden Sechsten Bericht zur Lage der älteren Generation der Bundesrepublik Deutschland zum Thema „Altersbilder in der Gesellschaft“ verwiesen (Deutscher Bundestag 2010).

¹³ Greitemeyer 2008, S. 83.

¹⁴ Ebd.

2.3. Prognosen für Pensions- und Gesundheitssystem

Die Zukunftsprognosen für das österreichische Sozialsystem in Bezug auf den demografischen Wandel werden meist sehr dunkel skizziert, man könnte sogar in vielen Fällen von einer „Panikmache“ sprechen. Wenn vom Altern der Gesellschaft gesprochen wird, fallen oft Begriffe wie „Krieg der Generationen“ oder „Alten- und Pflegelast“ (Tschirge et Grübner-Hrcan 1999, S. 38) und es wird vorhergesagt, dass unser Pensionssystem und unser Gesundheitssystem unter großen Druck kommen werden. Dafür werden verschiedene Gründe gefunden; die wachsende Anzahl alter Menschen wird in diesem Zusammenhang fast immer problematisch hervorgehoben. Der erfreuliche Aspekt, nämlich dass die Menschen älter werden, wird dabei oft außer Acht gelassen.¹⁵

Es wäre für ein Land wie Österreich natürlich sinnvoll, eine Verbindung zwischen Pensionseintrittsalter und Langlebigkeit herzustellen. In Österreich können bzw. müssen Frauen derzeit mit 60 Jahren und Männer mit 65 in Pension Jahren gehen, wobei das Pensionsantrittsalter der Frauen ab 1.Jänner.2024 bis 2033 schrittweise auf 65 Jahre angehoben wird. Diese Regelung wird Frauen mit einem Geburtstag ab 2. Dezember 1963 betreffen (Pensionsversicherungsanstalt 2010).

2008 lag das Durchschnittsalter bei Pensionsneuzuerkennungen in Österreich bei 58,1 Jahren (Statistik Austria), also durchschnittlich unter dem offiziellen Antrittsalter. Hier gilt es in Zukunft gegenzusteuern. Für Österreich wird es in einem weiteren Schritt immer notwendiger werden, das Pensionssystem neu zu überdenken, das in seinen Grundmustern völlig überholt ist. Starre Regelungen

¹⁵ Diese Folgen dieser unschönen und oft auch unrealistischen Prognosen beruhen aber auf einigen grundlegenden Annahmen, die nicht eintreten müssen: Es gibt genügend Ideen und Möglichkeiten diesen Szenarien entgegenzuwirken. Gegensteuernde Elemente wären zum Beispiel die Schwächung derzeitiger finanzieller Anreize, die Erwerbsgesellschaft schon vor dem offiziellen Pensionsantrittsalter zu verlassen oder das Vermeiden von Frühpensionierungen und in weiterer Folge die Anhebung des Pensionsantrittsalter. Grund dafür ist, dass sich das Pensionsantrittsalter seit den letzten Jahrzehnten kaum verändert hat und sich den Trends eines längeren Lebens nicht angepasst hat (s).

zu Alter und Beitragszeiten sind derzeit nämlich für eine Pensionierung ausschlaggebend, nicht Gesundheitszustand, Leitungsfähigkeit oder der Wille zu arbeiten. Es gibt strenge Grenzen, wie viel man dazuverdienen darf und im Falle einer Überschreitung der Zuverdienstgrenzen verliert man die ganze Pension. Es sollten finanzielle Anreize zum Weiterarbeiten geschaffen werden und Flexibilität ist hier das Stichwort. Die hetzerische Panikmache gilt es dabei allerdings zu vermeiden.

Nachfolgend wird in Tabelle 1 das durchschnittliche Alter der Menschen, die 2008 in Pension gingen, präsentiert. Das durchschnittliche Pensionsantrittsalter der Österreicher liegt bei den Direktpensionen, die sich aus Invaliditäts- bzw. Erwerbsunfähigkeitspensionen und aus Alterspensionen zusammensetzen, bei 58,1 Jahren. Österreichweit waren 2008 Männer durchschnittlich 58,9 und Frauen 57,1 Jahre alt als sie in Pension gingen (wobei hier nicht nach Pensionsform differenziert wird). Bei der Alterspension liegt das Durchschnittsalter bei 60,9 Jahren – Frauen gingen 2008 durchschnittlich mit 59,5 und Männer mit 62,7 Jahren in Alterspension. Das Pensionsantrittsalter bei Invaliditäts- bzw. Erwerbsunfähigkeitspensionen liegt niedriger, in 2008 in Österreich lag es bei insgesamt 52,5 Jahren. Hier gibt existiert ganz allgemein noch ein Verbesserungspotenzial nach oben.

Durchschnittsalter der Pensionsneuzuerkennungen in der gesetzlichen Pensionsversicherung 2008

Bezeichnung	Pensionsversicherung der Unselbständigen						Pensionsversicherung der Selbständigen		
	Insgesamt ¹⁾	zusammen		PVA der ...		VA für Eisenbahnen und Bergbau	zusammen ¹⁾	SVA der gewerblichen Wirtschaft	SVA der Bauern
		Arbeiter	Angestellten	Eisenbahnen	Bergbau				
Direktpensionen²⁾									
Insgesamt	58,1	57,9	57,5	58,3	57,8	60,2	59,4	60,2	58,3
Männer	58,9	58,7	57,9	60,1	58,6	60,6	60,2	61,1	58,6
Frauen	57,1	57,0	56,9	57,0	55,8	57,0	58,3	58,7	58,0
Invaliditäts-/Erwerbsunfähigkeitspensionen									
Zusammen	52,5	51,8	52,2	50,5	54,3	53,7	56,5	55,5	57,0
Männer	53,7	53,2	53,2	53,0	55,4	54,0	56,8	56,2	57,3
Frauen	50,3	49,1	49,7	48,2	50,4	51,9	56,0	53,2	56,6
Alterspensionen									
Zusammen	60,9	60,9	61,4	60,4	61,0	61,6	61,3	61,7	60,3
Männer	62,7	62,6	63,0	62,3	62,2	62,0	62,9	63,1	62,1
Frauen	59,5	59,4	59,9	59,1	59,0	58,3	59,7	59,7	59,6

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Erstellt am: 09.09.2009.
 1) Ohne VA des österreichischen Notariates. - 2) Invaliditäts-/Erwerbsunfähigkeitspensionen und Alterspensionen.

Tabelle 1: Durchschnittsalter der Pensionsneuzuerkennungen in der gesetzlichen Pensionsversicherung 2008
 Quelle: Statistik Austria, 2009

Simone de Beauvoir meinte in Bezug auf den Zusammenhang zwischen Staat und der Bedeutung des Alterns: *„Der Staat setzt das Alter fest, in dem der Arbeiter einen Anspruch auf Rente hat; dieses Alter legen dann auch die öffentlichen und privaten Arbeitgeber zugrunde, um ihr Personal in den Ruhestand zu schicken; es ist also das Alter, in dem ein Mensch von der Kategorie der Aktiven in die der nicht mehr Aktiven hinüberwechselt. Zu welchem Zeitpunkt tritt diese Veränderung ein? Wie hoch sind die ausgezahlten Beträge? Um das zu entscheiden, muss die Gesellschaft zwei Faktoren berücksichtigen: ihr eigenes Interesse und das der Rentner“* (de Beauvoir 2008, S.288).

Die Frage, auf die Simone de Beauvoir hier abzielt ist, ob der Staat in kapitalistischen Ländern das Interesse der Wirtschaft und des Geldes prioritär behandelt und das Schicksal der alten Menschen vernachlässigt. Beides ist miteinander zu vereinbaren, denn schließlich werden die Jungen auch einmal alt sein. Amann und Kolland beschreiben die Kontextualität des Alters wie folgt: *„Alle*

Ordnungen und Bewertungen des Alters konstituieren sich in der jeweiligen geschichtlich und gesellschaftlich notwendigen (oder so erachteten) Systemerhaltung und –entwicklung in einer Gesellschaft. Was ein System oder ein Subsystem jeweils zur materiellen und ideellen, also auch moralischen Gestaltung und Erhaltung benötigt und investieren will, entscheidet darüber, wie Alter angesehen, gewertet, eingeordnet, bestimmt wird“ (Amann et Kolland 2008, S. 35).

Der Umgang der Gesellschaft und des Staates mit dem Thema Altern schafft Bedeutung und hat weitreichende Konsequenzen, nämlich unter anderem auf Altersbilder (siehe Kapitel 2.2.3.3. Altersbilder) und die individuellen Einstellungen zum Altern.

Dass mehr Menschen eine höhere durchschnittliche Lebenserwartung haben, ist eine positive Entwicklung. Dass sich die Alterspyramide auflösen wird und ein neues Modell Platz greifen wird, ist klar. Die Übergangsphase wird wie eine Art Pilz aussehen: weniger junge Menschen, viele Alte. Es wird langfristig zu einer Stabilisierung kommen und sich ein neues Gleichgewicht einpendeln (Prisching 2006, S.250 ff.).

Das positive am demographischen Wandel ist, dass die Lebenserwartung der Menschen steigt und dass die dazugewonnenen Lebensjahre von geistiger und körperlicher Leistungsfähigkeit geprägt sind.

2.4. Fazit

Im Fazit werden die Erkenntnisse der letzten Kapitel zusammengefasst.

Die Gerontologie ist die Wissenschaft des Alters und des Alterns. Sie ist multidisziplinär ausgerichtet und beschreibt verschiedene Bereiche: Zum einen befasst sie sich mit Einschränkungen, zum anderen mit den Prozessen, die mit dem Altern einher gehen. Diese finden auf drei Ebenen statt: psychisch, physisch und sozial. Der dritte Bereich beschreibt, wie die alten Menschen in der Gesellschaft leben und welche strukturellen Bedingungen gegeben sein müssen, um optimal altern zu können. In diesem Sinne beinhaltet der Themenkomplex Alter eine Zukunftsperspektive für die Menschen, die jetzt noch nicht alt

sind. Es gilt, gesellschaftliche Bedingungen für ein optimales Altwerden und Altsein herauszufinden und zu fördern, gerade auch auf der politischen Ebene.

Alte Menschen unterscheiden sich sehr stark voneinander, wahrscheinlich sogar mehr als in jeder anderen Lebensphase und durch den Ausdruck „Alter“ ist man geneigt, alle alten Menschen „in einen Topf zu werfen“ und pauschal zu beurteilen.¹⁶

Eine Einteilung in drittes und viertes Alter, abhängig vom Grad der Hilfebedürftigkeit, macht Sinn, um den Unterschieden in diesen Lebensphasen gerecht zu werden. Junge Alte sind wirtschaftlich potent, aktiv und übernehmen soziale Aufgaben. Sie sind in der Regel gesund und man sieht diese Gruppe in der Öffentlichkeit. Gerne wird mit ihnen in den Medien geworben, sie verkörpern ein positives Altersbild.

Anders hingegen verhält es sich mit den hochaltrigen Menschen. Hochaltrige Menschen sind meist weiblich und leben alleine. Oft hat diese Gruppe mit Einschränkungen und vielen Krankheiten zu kämpfen. Hochaltrige Menschen sind unsichtbarer als die „jungen Alten“ in dem Sinn, dass sie in den Medien und im sozialen Leben kaum vertreten sind.

Die Einteilung in ein drittes und viertes Alter birgt allerdings auch die Gefahr, ein beschönigendes Bild vom dritten und ein negatives und stereotypgeleitetes Bild vom vierten Alter zu erschaffen, dem es entgegenzuwirken gilt.

Die für diese Arbeit relevante Gruppe sind die Hochaltrigen, weil sie den größten Betreuungsbedarf aufweisen und weil sie dem gängigen und stereotypen Bild der Jugend- und Leistungskultur nicht entsprechen. Die hochaltrigen Menschen sind eine Gruppe, die statistisch gesehen von Multimorbidität, Einschränkungen und erhöhtem Pflegebedarf geprägt sind, und so gar nicht in mit dem gesellschaftlichen Jugendideal übereinstimmen.

„Es ist der Trend einer massiven Konsum- und Aktivitätspropaganda, der zur Erfahrungsbeschleunigung und zur Entmachtung von Erfahrungswirklichkeit und Lebenserfahrung führt“, beschreibt Manfred Prisching die Hochstilisierung

¹⁶ Warum sollte zwischen einer 65-jährigen und einer 90-jährigen weniger Unterschied sein als zwischen einer 25-jährigen und einer 50-jährigen Person?

eines gesellschaftlichen und schnelllebigen Jugendkults, der mit einer gesellschaftskonformen Karriereorientierung einhergeht (Prisching 2006, S.255). Denn nur wer fit und leistungsfähig ist, kann sich auch Spaß leisten. Ist für die Gruppe der Hochaltrigen Platz in einer derartig orientierten Gesellschaft bzw. ist das Ideal ewiger Jugend wirklich so erstrebenswert? Dies stellen wichtige Fragen dar, die es zu beantworten gilt. Ein Ansatzpunkt gegen einseitige Altersbilder liegt in der Ausdifferenzierung begründet, auf die später eingegangen wird (siehe Kapitel 5.4. Maßnahmen gegen Ageismus in der Hauskrankenpflege).

Die Gruppe hochaltriger Menschen leidet an einem Verlust sozialer Aufgaben, wie in der SHARE-Studie deutlich wurde. Das Alter ist noch ein zu wenig ausgestalteter Lebensabschnitt, obwohl er nach dem Erwachsenenalter den zweitlängsten ausmacht. Ältere Menschen haben viel Potenzial, vor allem hinsichtlich ihrer Erfahrungen, ihres Engagements, ihrer Produktivität und ihrer Fähigkeiten im Rahmen ihrer Möglichkeiten. Diese Potenziale bleiben mehrheitlich ungenutzt, wobei Aktivität nicht zur einzigen Maxime erhoben werden sollte. Das theoretische Modell hierzu ist die Kompetenztheorie, die sich gegen die automatische Verbindung von Alter und Verlust sowie von Alter und Aktivität wendet und vorschlägt, die Kompetenzen abhängig von den individuellen Fähigkeiten zu sehen (Tschirge et Grübner-Hrcan 1999, S42ff.).

Alte Menschen erleben oft wegen ihres Alters Diskriminierung, weil die Gesellschaft ein verlustorientiertes Altersbild aufrechterhält und diese Lebensphase mit Defiziten gleichsetzt. Negative und unangemessene Einstellungen und Stereotype unterbinden eine positive und differenzierte Sichtweise auf diesen Lebensabschnitt.

Die Themen Alter und Altern werden aufgrund der demografischen Veränderungen immer mehr an Bedeutung gewinnen. Es wird nicht nur gesamtgesellschaftlich immer wichtiger werden, Antworten auf gerontologische Fragen zu finden, sondern gerade Menschen, die mit alten Menschen arbeiten sollten profundes Wissen besitzen. Die professionell in der Hauskrankenpflege tätigen Personen lernen in ihrer Ausbildung jedoch zu wenig über diesen Themenkomplex. Dies in Kombination mit negativen Altersbildern, die in unserer Gesellschaft existieren, kann auch bei professionellen Pflegepersonen zu stereotypen Denkweisen und zu diskriminierendem Verhalten führen.

Als Solidaritätsgesellschaft sollten nicht nur individualistische, sondern vermehrt kollektivistische Gedanken leitend sein, wenn es um die Implementierung von neuen Strukturen für die Menschen in dieser Lebensphase geht (Sully et Dallas 2005, S. 3f.). Die Gesellschaft und der Wohlfahrtsstaat haben die Verpflichtung, den Ansprüchen alter Menschen gerecht zu werden, um sie nicht als Opfer oder weniger wertvolle Mitglieder einer Produktivitätsgesellschaft werden zu lassen. Gerade die professionelle Pflege sollte als Fürsprecher für die hochaltrigen, kranken und gebrechlichen Menschen agieren und auf ihre Bedürfnisse hinweisen. Wichtig ist, dass sich Österreich auf die aktuellen und künftigen Entwicklungen einstellt, und zum Beispiel Verbindungen zwischen einem langen Leben und dem Pensionsantrittsalter herstellt und der Diskriminierung hochaltriger Menschen entgegenwirkt.

Auch wenn Alter nicht als dasselbe betrachtet werden darf wie Pflegebedürftigkeit, muss festgehalten werden, dass sich Krankheiten im Alter häufen. *„Zwischen dem Alter und dem Risiko pflegebedürftig zu werden besteht ein starker Zusammenhang“* (Engleitner et Jochum 2009). Alter geht in vielen Fällen mit nicht zu verleugnenden Verlusten einher.

Der Großteil der pflegebedürftigen Menschen will zu Hause betreut werden. Durch die Einführung des Pflegegeldes ist die ambulante Versorgung und deren Ausbau gefördert worden. Durch die quantitative, finanzielle Absicherung ist ein wichtiger Schritt getan, jedoch muss berücksichtigt werden, dass natürlich auch die Qualität der angebotenen Pflege weiterentwickelt werden muss.

Auf die hohe Bedeutung der Hauskrankenpflege, auf deren Aufgaben und Ziele vor allem im Kontext der Alterung der Bevölkerung wird im nächsten Kapitel eingegangen. Mögliche Schwierigkeiten werden dargestellt, die in weiterer Folge zu Ageismus führen. Die zu berücksichtigenden Faktoren im Pflegearrangement zwischen pflegenden Angehörigen, professionell Pflegenden und den pflegebedürftigen, alten Menschen werden im folgenden Abschnitt ebenfalls erörtert.

3. Hauskrankenpflege

In diesem Kapitel geht es um die Darstellung wichtiger Merkmale der Hauskrankenpflege. Das Spezielle der Hauskrankenpflege wird herausgearbeitet und Ziele und Aufgaben, die sich stark am Pflegeprozess orientieren, werden dargestellt. Dies ist für diese Arbeit insofern von großer Bedeutung, als sich in den pflegerischen Tätigkeiten altersdiskriminierende Verhaltensweisen einschleichen können, auf die im Kapitel 5 eingegangen wird (siehe Kapitel 5 Ageismus in der Hauskrankenpflege). Das Pflegearrangement – also die Art und Weise der Zusammenarbeit zwischen Pflegebedürftigem, pflegenden Angehörigen und professionell Pflegenden - wird kritisch beleuchtet und potenzielle Probleme und Schwierigkeiten, die sich in der Pflege alter Menschen zu Hause ergeben können, werden skizziert, bevor sie im Hauptkapitel dieser Arbeit wieder aufgegriffen und systematisiert werden (siehe Kapitel 5 Ageismus in der Hauskrankenpflege).

3.1. Definitionen

Hauskrankenpflege ist ein typisch österreichischer Begriff. Extramurale Pflege, ambulante Pflege oder häusliche Krankenpflege sind deutsche Synonyme. In der englischen Sprache werden die Begriffe „home care“, „home health care“, „domiciliary care“, „in-home care“ oder „community-based care“ verwendet.

Es gibt viele verschiedene Definitionen des Begriffs „Hauskrankenpflege“, abhängig davon, welche Aspekte dabei im Vordergrund stehen sollen: dies kann zum Beispiel der Wunsch nach beruflicher Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen sein. Die Hauskrankenpflege ist nämlich nur ein Baustein von mehreren aus dem Angebot extramuraler Dienstleistungen, zu denen unter anderem auch Essen auf Rädern, Einkaufsdienst, Besuchsdienst, Haushaltshilfe, oder Ergo- und Physiotherapeuten zählen. Im Blickpunkt können auch die Ziele bzw. die Aufgabengebiete stehen, bei denen es immer um die Befriedigung der physi-

schen, psychischen und sozialen Bedürfnisse geht. Um auf diese drei Bereiche gleichermaßen eingehen zu können, bedarf es eines ganzheitlichen Pflegekonzeptes und einer fundierten Ausbildung. Ein besonders wichtiges Merkmal der Hauskrankenpflege ist die multiprofessionelle Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen und den pflegenden Angehörigen, ohne die Hauskrankenpflege gar nicht möglich wäre. Aus dieser Sicht wird Hauskrankenpflege nicht nur von diplomiertem Pflegepersonal geleistet, sondern beinhaltet auch andere Berufsgruppen und private Helfer, die zu ebenbürtigen Partnern werden.

Um diesen vielen Facetten gerecht zu werden, schlagen Ertl und Kratzer eine sehr offene Definition der Hauskrankenpflege vor:

„Hauskrankenpflege bedeutet immer die Pflege und Betreuung von Menschen zu Hause“ (Ertl et Kratzer 2007, S. 12).

Im Gegensatz dazu, sind die berufliche Abgrenzung und zusammenhängend damit der Wunsch nach Anerkennung bei der Definition des Bundesministeriums für Gesundheit vordergründig:

„Hauskrankenpflege ist eine zeitlich unbegrenzte Pflege und Betreuung durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie Pflegehelferinnen bzw. Pflegehelfer zuhause. Dabei steht eine ganzheitliche Betreuung nach dem Prinzip der aktivierenden und reaktivierenden Pflege sowie der Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit im Vordergrund“ (Bundesministerium für Gesundheit 2009, S. 31).

Im letzten Satz dieser Definition werden auch die Ziele der Hauskrankenpflege angesprochen. Es geht um die Wahrung und um die Förderung der Autonomie (siehe auch Kapitel 3.2. Ziele).

Die WHO schlägt folgende Definition für „community-based care“ vor und öffnet eine weitere Betrachtungsweise:

„The blend of health and social services provided to an individual or family in his/her place of residence for the purpose of promoting, maintaining or restoring health or minimizing the effects of illness and disability. These services are usually designed to help older people remain independent and in their own homes. They can include senior centres, transportation, delivered meals or

congregate meals sites, visiting nurses or home health aides, adult day care and homemaker services“ (WHO 2004).

Die WHO-Definition stellt den Mix aus verschiedenen Dienstleistungsanbietern im extramuralen Bereich in den Vordergrund, mit dem Ziel, dass (größtenteils) alte Menschen an deren Wohnort unabhängig leben können.

Für diese Arbeit, in der es um Altersdiskriminierung in der Hauskrankenpflege geht, ist vor allem der Tätigkeitsbereich des professionellen Pflegefachpersonals interessant. Viele Anregungen und Prinzipien wird man auch auf die anderen Berufsgruppen übertragen können; deshalb seien sie hier auch erwähnt. Der Fokus liegt jedoch auf dem diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegedienst und den Pflegehelfern. Somit wird für diese Arbeit die Definition des Bundesministeriums für Gesundheit tragend.

3.2. Ziele

Hermann und Palte definieren mannigfaltige Ziele der Hauskrankenpflege (Hermann et Palte 2008, S. 2). Allen voran soll sie die Autonomie und die Würde der pflegebedürftigen Menschen sicherstellen.¹⁷ Dies bedeutet ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben im Rahmen der Erkrankung(en) für den Pflegebedürftigen und seine pflegenden Verwandten zu ermöglichen. Das psychische und körperliche Wohlbefinden soll so gut es geht erhalten und bestenfalls gefördert werden, das Stichwort hier lautet „aktivierende Pflege“. Außerdem soll die ambulante Pflege den Pflegebedürftigen bei der Grundpflege und den AEDL (**A**ktivitäten und **e**xistentielle **E**rfahrungen **d**es **L**ebens) qualifiziert unterstützen.

¹⁷ Unter Autonomie werden vielfältige Konzepte zusammengefasst. Sehr gut dargestellt hat die verschiedenen Aspekte Elisabeth Hildt (2006). Das Autonomiekonzept wird überdies gerne als eines der vier von Beauchamp and Childress beschriebenen Prinzipien der biomedizinischen Ethik gehandelt (Beauchamp and Childress 2001). Die anderen Prinzipien, die im Zusammenhang mit medizinischen Entscheidungen eine große Rolle spielen sind das Nonmalefizienz-Prinzip (Nichtschadensprinzip), das Benefizienz-Prinzip (Fürsorgeprinzip) und das Gerechtigkeitsprinzip.

Die AEDL sind (NPO Consult):¹⁸

1. *„Kommunizieren*
2. *Sich bewegen*
3. *Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten*
4. *Sich Pflegen*
5. *Essen und Trinken*
6. *Ausscheiden*
7. *Sich kleiden*
8. *Ruhen und Schlafen*
9. *Sich beschäftigen*
10. *Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten*
11. *Für eine sichere Umgebung sorgen*
12. *Soziale Bereiche des Lebens sichern*
13. *Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen“*

Da es in dieser Arbeit um altersdiskriminierendes Verhalten geht, sei an dieser Stelle erwähnt, dass gerade die AEDL „Kommunizieren“ für ein wertschätzendes und würdevolles Miteinander von ausschlaggebender Bedeutung ist.

„Communication with patients has been recognized as one of the most important aspects of nursing elderly people (Hockey 1976, Armstrong-Esther et al. 1989, Van Cott 1993). Furthermore, communication is an important aspect of the quality of care. From several studies it appears that poor communication is the largest source of dissatisfaction in patients (Macleod Clark 1985, Ley 1988, Davies & Fallowfield 1991). Consequently, the quality of care may improve with effective communication“ (Caris-Verhallen et al. 1999a). Die Wichtigkeit von Kommunikation kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Sie ist der Schlüssel zum Pflegeerfolg und zu einem gelungenen Miteinander. Zwischen

¹⁸ Das AEDL- Strukturierungsmodell ist ein Teilaspekt der „Fördernden Prozesspflege“, welche auf Monika Krohwinkel zurückgeht, die es in den 1980er Jahren entwickelte, indem sie das Modell der Aktivitäten des Täglichen Lebens von Liliane Juchli erweiterte (Baumgartner et al. 2003, S.14). Die Unabhängigkeit und das Wohlbefinden des Pflegebedürftigen und seiner pflegenden Angehörigen zu stärken ist bei diesem Modell die leitende Motivation.

der Pflegequalität und der Kommunikation besteht also ein sehr starker Zusammenhang, da Kommunikation einen der wichtigsten Aspekte der pflegerischen Beziehung ausmacht. Durch sie kann die Pflegequalität erheblich gesteigert werden. Auf welche Art und Weise diesen Zielen vom Pflegepersonal nachgegangen wird, hängt maßgeblich vom individuellen Menschenbild ab, das eine Pflegeperson prägt.

Rottenhofer und Wild sehen das Ziel der österreichischen Hauskrankenpflege darin, den Pflegebedürftigen *„ein an ihren Bedürfnissen orientiertes Leben zu ermöglichen. Bezogen auf die Zielgruppe bedeutet dies insbesondere, auch ihnen einen Verbleib in ihrer vertrauten Umgebung zu ermöglichen. Dadurch soll die größtmögliche Lebensqualität erreicht und/oder erhalten werden“* (Rottenhofer et Wild 2004, S. 95). Darüber hinaus definieren sie auch das Hinauszögern oder Vermeiden eines stationären Aufenthaltes als gleichwertiges Ziel. In Bezug darauf, wäre es interessant, die Kostenersparnis zu errechnen, wenn eine pflegebedürftige Person zu Hause gepflegt wird anstatt in einem Heim oder im Spital. Dazu gibt es aber noch keine Studien.

3.3. Aufgaben

Die Aufgaben der Hauskrankenpflege orientieren sich am Pflegeprozess, welcher den Bezugsrahmen für die Pflege darstellt. Der Pflegeprozess dient den professionellen Pflegepersonen als Arbeitsstrukturierung und Problemlösung (Derrer-Merk 2007, S. 89) und ist dynamisch und flexibel. Durch ihn wird Pflege systematisch planbar, überprüfbar, allen an der Pflege Beteiligten stehen dieselben Informationen zur Verfügung (aufgrund von Dokumentation), individuelle Ressourcen, Probleme und Bedürfnisse sollen dadurch bedacht werden und die Maßnahmen werden laufend dem Zustand des Pflegebedürftigen angepasst.

Exemplarisch wird nachfolgend ein für den deutschen Sprachraum ein idealtypischer sechsstufiger Pflegeprozess dargestellt (vgl. Hermann et Palte 2008, S. 11ff.).¹⁹

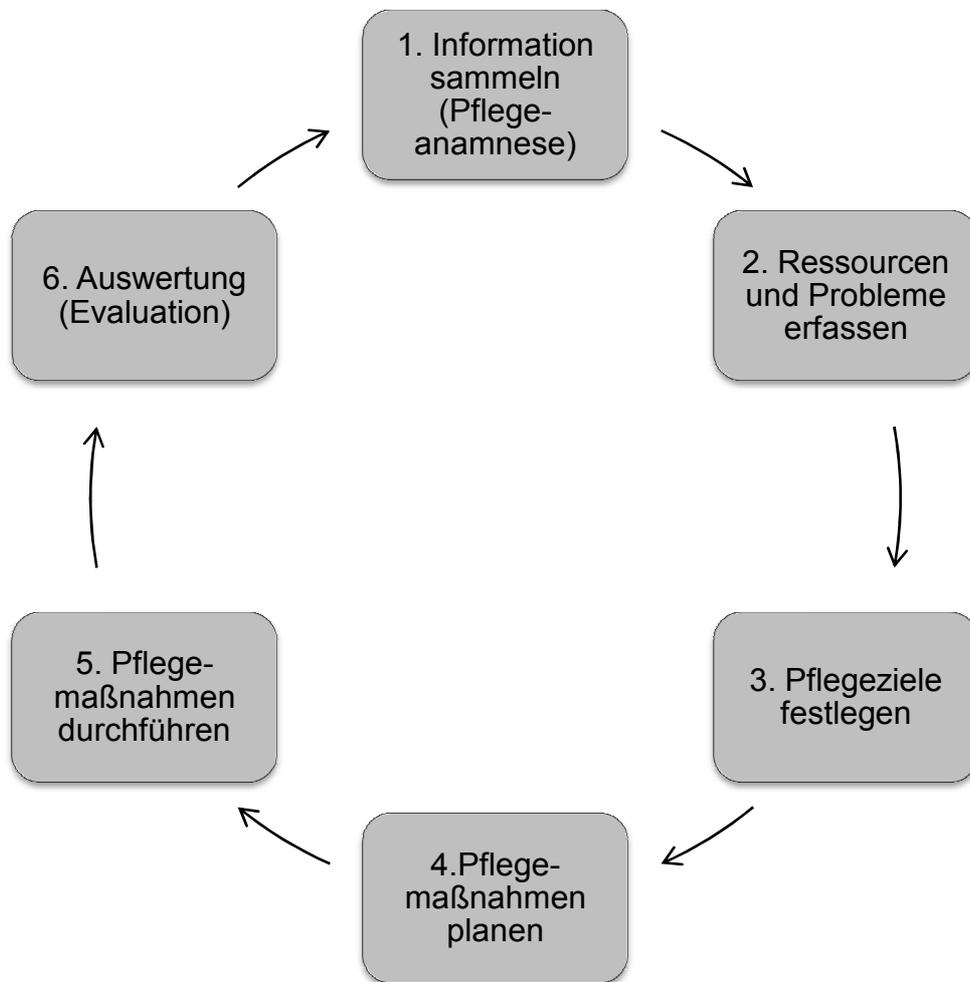


Abbildung 5: Der Pflegeprozess
Quelle: Hermann et Palte 2008, S. 11

Im ersten Schritt werden Informationen über die Vorgeschichte und den Zustand des Pflegebedürftigen eingeholt. Informationsquellen sind der pflegebedürftige Mensch, seine Angehörigen, der Pflegebericht nach einer eventuellen Krankenhausentlassung und der Hausarzt. Die Informationssuche soll in regelmäßigen Abständen evaluiert und wiederholt werden (Hermann et Palte 2008,

¹⁹ In der Literatur findet sich alternativ auch ein vierstufiger Pflegeprozess (vgl. Mötzing et Wurliker 2006, S. 77) Auch fünfstufige Modelle existieren.

S. 11f.). In Bezug auf Ageismus können in diesem Schritt bereits erste Schwierigkeiten auftreten. Kommunikation ist eine Schlüsselqualifikation in der Pflege. Es ist die Aufgabe der professionellen Pflegeperson in Gesprächen mit dem Pflegebedürftigen die Situation zu erörtern. Dabei soll sich die professionell Pflegende „*situationsgerecht, verständlich und differenziert ausdrücken können*“ (Sachweh 2002, S. 20). Erschwert wird dies durch einige Unterschiede, die zwischen den Pflegekräften und den Pflegebedürftigen bestehen, auf die im Kapitel 5, Ageismus in der Hauskrankenpflege, eingegangen wird (siehe Kapitel 5.2 Ausprägungsformen des Ageismus).

Das Spezifische an den Aufgaben der Hauskrankenpflege ist in diesem ersten Schritt des Pflegeprozesses das permanente Aushandeln und Ausloten und der Versuch eines Aufbaus einer nachhaltig gelungenen Pflegebeziehung.

Der zweite Schritt im Pflegeprozess lautet „Ressourcen und Probleme erfassen“ und zielt darauf ab, individuelle Fähigkeiten und Ressourcen zu erkennen, diese zu erhalten und zu fördern sowie die Probleme des Pflegebedürftigen zu sehen (vgl. Herrmann et Palte 2008, S. 12f.). In Bezug auf die Pflege alter Menschen ist in diesem Schritt besonders wichtig, nicht defizitorientiert zu agieren und dem Pflegebedürftigen nicht seine Kompetenzen abzusprechen (siehe Kapitel 5.2. Ausprägungsformen des Ageismus in der Hauskrankenpflege).

Im dritten Schritt werden die Ziele definiert. Man unterscheidet zwischen Nah- und Fernzielen. Ziele sollen realistisch formuliert und an den Pflegebedürftigen und seine individuelle Situation angepasst sein. Einschränkungen, chronische Krankheiten und Sterbeprozesse sollen berücksichtigt werden. Gerade bei alten Menschen trifft eine auf Aktivierung ausgerichtete Pflege oft nicht mehr zu.

Im vierten Schritt des Pflegeprozesses gilt es die Pflegemaßnahmen zu planen, wobei wichtig ist, dass die Pflege den aktuellsten Erkenntnissen der Pflegewissenschaft entspricht. Um immer am neusten Stand zu sein, sollten sich professionell Pflegende regelmäßig weiterbilden. Der hohe Stellenwert lebenslangen Lernens kann für Pflegepersonal gar nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Bei der Pflegeplanung wird festgelegt, wer was wie lange, wie oft und womit macht. Alle Maßnahmen werden dokumentiert. Die Pflegebedürftigen sollten in diesem Schritt aktiv einbezogen werden.

Der fünfte Schritt im Pflegeprozess ist ein sehr aktiver, denn hier geht es darum, die Pflegemaßnahmen durchzuführen. Dabei ist es wichtig, dass alle am Pflegearrangement Beteiligten (siehe Kapitel 3.5. Betrachtung des Pflegearrangements) an einem Strang ziehen.

Bei diesem Schritt ist eine gewisse Ambivalenz zu erkennen: Pflege sollte nach ihren Grundzügen immer aktivierend sein (siehe z.B. Hermann et Palte, S. 14). Ob bei hochaltrigen Patienten aktivierend gepflegt werden kann, ist jedoch fraglich. Dieses Ziel ist eher für jüngere pflegebedürftige Menschen von Relevanz. Alten Menschen wird dieses Ziel ebenfalls übergestülpt und die individuellen Erfordernisse nicht berücksichtigt, was eine Form der Altersdiskriminierung darstellt. Andererseits darf den Pflegebedürftigen auch nicht zu viel abgenommen werden, auch wenn es gut gemeint wird. Denn damit werden rüstige, alte Personen zu hilflosen und „abbauenden“ Menschen erzogen, denen es viel besser gehen würde und die sich viel eigenständiger fühlen würden, wenn man ihnen nicht so viel abgenommen hätte (vgl. Seligman 1999, S. 172ff./ Deutsche Pflegeauskunft, 2010). Dies ist einer der größten Pflegefehler und ebenfalls altersdiskriminierend (siehe Kapitel 5.3.2. Erlernte Hilflosigkeit). Man spricht den alten Menschen die Kompetenz ab. Die Hauskrankenpflege muss in diesem Sinne eine schwierige Gradwanderung meistern, die an die Kompetenzen der pflegebedürftigen Person angepasst werden soll.

Im sechsten Schritt des Pflegeprozesses findet die Auswertung statt, bei der evaluiert wird, welche Ziele erreicht wurden und welche nicht und weshalb. Es wird auch erörtert, ob neue Probleme dazugekommen sind und ob deshalb neue Maßnahmen erforderlich werden. Auch die vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen werden eingeschätzt und danach wird die Pflege ausgerichtet.

Generell sind die Aufgaben in der Hauskrankenpflege *„abwechslungsreich, vielfältig, kreativ und anspruchsvoll. Der Grund dafür ist der weite Spannungsbogen der Aufgaben, wie Management, Organisation, Information und Beratung, Durchführung medizinisch-technischer Tätigkeiten bis hin zu Validation, Biografiearbeit u. v. m.“* (Ertl et Kratzer 2007, S. 113).

Weitere Aufgaben sind die Verfolgung der ärztlichen Behandlungsziele, die Pflege nach einem stationären Krankenhausaufenthalt sowie dessen Vermei-

dung, die Pflege schwer beeinträchtigter Menschen und Sterbebegleitung, und die Unterstützung pflegender Angehöriger (Hermann und Palte 2008, S. 2).

Der Hauskrankenpflege kommen also vielfältige und sehr verantwortungsvolle Aufgaben zu. Von allen Formen der Pflege verlangt sie die höchste Eigenverantwortlichkeit. Die Ausbildung wird diesen Anforderungen vielfach noch nicht gerecht, da sie nicht spezifisch auf Hauskrankenpflege eingeht, sondern allgemein gehalten ist. Auch Sonderausbildungen gibt es (noch) nicht (vgl. Ertl et Kratzer 2007, S. 29). Hier gibt es zukünftig noch einigen Handlungsbedarf.

3.4. Bedeutung und Eigenschaften der Hauskrankenpflege

„Wenngleich Alter nicht mit Pflegebedürftigkeit gleichgesetzt werden darf und sich ein großer Teil älterer Menschen eines hohen Maßes an Lebensautonomie erfreut, darf nicht übersehen werden, dass Krankheiten, Behinderungen und sonstige Gesundheits- und Funktionseinbußen – damit auch Abhängigkeit von pflegerischen Hilfen – mit zunehmendem Alter verstärkt auftreten“ (Schaeffer et Wingenfeld 2004, S. 477).

Zusätzlich zu dem quantitativen Ansteigen der Pflegebedürftigkeit aufgrund der Zunahme alter Menschen (siehe Kapitel 2.1.2. Demografische Entwicklungen/ vgl. Geser-Engleitner et Jochum 2009) und den Zusammenhängen zwischen Hochaltrigkeit und Pflegebedürftigkeit, auf die Schaeffer und Wingenfeld in diesem Zitat Bezug nehmen, möchte eine große Mehrheit alter Menschen gerne zu Hause, in ihrer vertrauten Umgebung gepflegt werden (vgl. Schaeffer et Wingenfeld 2004, S. 485).

Diese Entwicklungen unterstreichen bereits zu Beginn die hohe Relevanz und die große Bedeutung der Hauskrankenpflege.

Wie in Kapitel 2.1.2. Demografische Entwicklungen dargestellt, gab es im Jahr 2007 rund 324.340 Menschen, die zu Hause gepflegt wurden. Nur durch diese Zahlen verdeutlicht sich der immens wichtige Stellenwert der Hauskrankenpflege.

ge. Der Bedarf an Hauskrankenpflege soll bis 2011 um rund 42% wachsen. Somit stellt Hauskrankenpflege „das Kerngeschäft der Pflege dar“ (Ertl et Kratzer 2007, S. 29).

Die Hauskrankenpflege hat vielfältige Eigenschaften und Besonderheiten. Auf der Organisationsebene lässt sich erkennen, dass hauptsächlich Non-Profit-Organisationen Hauskrankenpflege bereitstellen. In Österreich sind dies das Österreichische Hilfswerk, das Österreichische Rote Kreuz, die Caritas und die Volkshilfe Österreich.²⁰ Seit 10 Jahren gibt es auch andere Anbieter, teilweise auch private Organisationen. Der Aufbau der Hauskrankenpflege ist aber den vier Hauptorganisationen zu verdanken, was (bis auf Vorarlberg) in den 1970er-Jahren erfolgte. Die Anzahl der Pflegepersonen und deren Qualifikationen variiert stark nach Bundesländern und teilweise auch nach Bezirken.

Natürlich müssen auch gewisse Voraussetzungen für die Hauskrankenpflege gegeben sein. *„Sie entsteht, wenn Menschen die Leistung aufgrund eines definierbaren und messbaren Pflegebedarfs benötigen und diese bei einem Anbieter angefordert wird. Sie kann nur entstehen, wenn durch eine begrenzte, aber bedarfsorientierte Pflegezeit sichergestellt und verantwortet werden kann, dass die KundInnen auch in der Zeit, die sie allein verbringen, ein sicheres Leben zu Hause führen können“* (Ertl et Kratzer 2007, S. 120). Ertl und Kratzer beschreiben hier eindrucksvoll, welche Bedingungen vorherrschen müssen, damit Hauskrankenpflege überhaupt möglich werden kann. Zum einen muss eine Pflegebedürftigkeit da sein und zum anderen ist das Wohl und die Sicherheit des Pflegebedürftigen immer oberstes Prinzip.

Auf der zwischenmenschlichen Ebene kommt es bei der Hauskrankenpflege, die meist über Wochen, Monate und Jahre andauert, zum Aufbau intensiver Beziehungen. Der Beziehungsaufbau findet einerseits mit der pflegebedürftigen Person, andererseits mit den pflegenden Angehörigen statt. Das unterscheidet die Hauskrankenpflege stark vom intramuralen Bereich. Vertrauen kann sich langsam aufbauen und führt im besten Fall zu einer Wertschätzung. Die Pflegenden sind nicht wie häufig im Spital die Gehilfen von Ärzten, sondern können

²⁰ Einen Überblick über die Anbieter der Hauskrankenpflege in Wien findet man auf der Homepage des Fonds Soziales Wien der Stadt Wien: <http://pflege.fsw.at/pflege-zuhause/hauskrankenpflege.html>.

selbstständig in Absprache mit den Betroffenen agieren und auch den Pflegeerfolg für sich verbuchen. Die Hauptzielgruppe der Hauskrankenpflege sind hochaltrige, betagte Menschen mit *„jenen Abhängigkeiten und Defiziten, die das Alter mit sich bringt“* (Ertl et Kratzer 2007, S. 119).

Im Gegensatz zum intramuralen Bereich kann in der Hauskrankenpflege nur sehr rudimentär mit allgemeinen Standards gearbeitet werden. Jeder Klient lebt in unterschiedlichen Verhältnissen. Den professionell Pflegenden muss der Spagat zwischen berufsethischen Anforderungen und individuellen Wünschen und Gegebenheiten der Klienten und Angehörigen gelingen. Um das erreichen zu können, bedarf es einer ganzheitlichen Orientierung und einer Abkehr von der Konzentration auf Teilaufgaben.²¹

Ein weiteres Merkmal der Hauskrankenpflege besteht darin, dass sie sehr verantwortungsvoll und präventiv durchgeführt werden muss. Eine Pflegeperson kann sich nämlich nicht darauf verlassen, dass eine andere Kollegin bei etwaigen Problemen Fehler beheben kann, wie dies im intramuralen Bereich der Fall ist. Sie muss im extramuralen Setting eventuelle Probleme bedenken und sie schon im Vorhinein verhindern, da die Pflegebedürftigen viele Stunden und meist auch die ganze Nacht ohne professionelle Unterstützung auskommen müssen.

Ertl et Kratzer (ebd. 2007, S.115ff.) fassen die Eigenschaften der Hauskrankenpflege wie folgt zusammen: Sie ist *„innovativ und kreativ“*, wenn zum Beispiel Wohnungen pflegegerecht verändert werden müssen. Sie ist *„spontan und geplant“*, da einerseits am Pflegeplan festgehalten werden soll und andererseits kurzfristige Änderungen berücksichtigt werden müssen. Sie ist *„bürokratisch und unbürokratisch“*, weil auch medizinische Hauskrankenpflege, die nur von Ärzten angeordnet werden kann, in akuten Situationen auch (noch) ohne Genehmigung von den professionellen Pflegenden durchgeführt werden muss. Sie ist *„sensibel“*, da Pflegekräfte auf ihr Gegenüber eingehen müssen und einschätzen müssen, wie zu beraten ist und welche Informationen gerade notwen-

²¹ Die ganzheitliche Orientierung wird auch im nächsten Kapitel „Das Zusammenspiel zwischen Pflegebedürftigem, pflegenden Angehörigen und dem professionellen Pflegepersonal“ genauer dargestellt.

dig sind. Sie ist „*vielfältig*“, weil Pflegekräfte über einen großen Erfahrungs- und Wissensschatz verfügen und es ihnen überlassen ist, welche Maßnahme wie gesetzt wird. Hauskrankenpflege ist darüber hinaus sehr „*rücksichtsvoll*“, weil trotz des formellen Betreuungsverhältnisses informelles Auftreten der Pflegepersonen gefordert wird. Rücksichtsvoll bedeutet darüber hinaus auch die individuellen Gewohnheiten zu akzeptieren und auf Wünsche einzugehen. Sie ist „*begrenzt*“ in fachlicher und organisationsbedingter Hinsicht. Eine 24-Stunden-Pflege ist deshalb meist nur für reiche Personen möglich. Sie ist „*wohltuend und distanziert*“. Wohltuend, weil sie eine große Entlastung für den Pflegebedürftigen und die pflegenden Angehörigen darstellen kann. Die pflegebedürftige Person erhält dadurch die Möglichkeit, zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung zu leben und die pflegenden Angehörigen erhalten wertvolle Unterstützung. Mit Distanz ist der respektvolle Abstand gemeint, den die Pflegeperson wahren muss. Sie soll den Pflegebedürftigen zum Beispiel nicht mit „Opa“ anreden oder wie mit einem Kind mit ihm sprechen (siehe Kapitel 5.3.1. Interaktions- und Kommunikationsverhalten).

Sie ist „*komplex und einfach*“. Komplex ist sie deshalb, weil sie eine anspruchsvolle Tätigkeit in einem komplexen System ist. Die Pflegeperson muss sehr viele kleine Details berücksichtigen. Für Laien hingegen wirkt die Arbeit der professionellen Pflegeperson oft sehr einfach und oft vermuten Laien nicht, dass viel mehr dahinter steckt.

Weiters ist Hauskrankenpflege „*informativ und anregend*“. Pflegepersonen müssen immer am aktuellsten Stand der Erkenntnisse sein und sich regelmäßig weiterbilden und dieses Wissen in die Pflegebeziehung einbringen. Zuletzt ist Hauskrankenpflege „*team- und öffentlichkeitsorientiert*“. Die Teamarbeit besteht in der Trägerorganisation und in den Pflegearrangements. Die öffentliche Rolle wird durch die Repräsentation der Berufsgruppe deutlich, wie zum Beispiel auf Kongressen oder an Tagen der Offenen Tür.

Trotz dieser vielfältigen, verantwortungsvollen Aufgaben hat die Pflege alter Menschen zu Hause ein Imageproblem (vgl. Salzburger Pflergetage 2010/ siehe Kapitel 5.3.4. Image des Pflegeberufes).

3.5. Betrachtung des Pflegearrangements

Das Pflegearrangement ist die Organisation und die Bewältigung der Pflege einer pflegebedürftigen Person. Im Folgenden wird das kooperative Pflegearrangement beschrieben, das bestimmt ist durch die Trias Pflegebedürftiger, Angehörige(r) und professionelle Pflegeperson. Daten zu kooperativen Pflegearrangements gibt es bislang nur aus der Rheintalregion in Vorarlberg: 72% der Pflegebedürftigen werden informell, größtenteils von Familienmitgliedern, betreut. In 63% der Fälle sind ambulante Dienste involviert (vgl. Geser-Engleitner et Jochum 2009).

Für die Hauskrankenpflege ist die Einbeziehung der Angehörigen, meist sind dies Ehepartner oder Töchter (vgl. Kytir et Münz 1992, S. 88), typisch. Häufig besteht die Pflege durch Angehörige bereits lange bevor eine professionelle Pflegekraft hinzugezogen wird. Dies ist oft der Fall, wenn sich der Krankheitszustand rapide verschlimmert und die Pflege von den Angehörigen alleine nicht mehr bewältigt werden kann. Angehörige überfordern sich davor oft lange Zeit über selbst, weil sie den Pflegeaufwand unterschätzen, die Pflege als soziale Verpflichtung einschätzen, und meinen alles alleine schaffen zu müssen, oder auch aus Angst und Scheu, fremde Menschen in das zu Hause kommen zu lassen, sowie Unwissenheit über finanzielle Unterstützung und schließlich auch deshalb, weil der große Bedarf ab und zu nicht gedeckt werden kann. (vgl. ÖBIG 2005, S. III) Angehörige ziehen fremde, professionelle Hilfe erst spät hinzu, und zwar dann, wenn die Pflegesituation zu eskalieren droht. Der Gesundheitszustand von alten, pflegebedürftigen Menschen ist bei einem kooperativen Pflegearrangement zwischen Pflegebedürftigem, Angehörigen und professioneller Pflegekraft daher meist sehr schlecht (vgl. Haberkern 2009, S. 139).

Das Pflegearrangement in der Hauskrankenpflege ist von einigen Besonderheiten, die im Folgenden beschrieben werden, geprägt.

Die ambulante Pflege erfordert meist eine Neustrukturierung des Alltags für alle am Pflegearrangement Beteiligten. Im Normalfall geht mit der erhöhten Pflegebedürftigkeit eine vermehrte Hilfsbedürftigkeit einher. Dabei ändert sich oft die

Persönlichkeit des Pflegebedürftigen (vor allem bei demenziellen Erkrankungen) und auf der Seite der Angehörigen kommt es zu größeren körperlichen und seelischen Belastungen. Für die Pflegeperson ändern sich die Pflegeanforderungen ständig – der Pflegeaufwand variiert, das soziale Umfeld kann sich verändern und gesetzliche Bestimmungen, zum Beispiel bezüglich der Höhe des Pflegegeldes, werden neu geregelt. Die Pflegeperson muss hier versuchen, eine Balance herzustellen und eine Grundstruktur in den Tagesablauf bringen, die es gegebenenfalls auch erlaubt, kurzfristig etwas zu verändern (vgl. Bierhinkel 2008, S. 135ff.).

Wie bereits im letzten Kapitel aufgezeigt (siehe Kapitel 3.4. Bedeutung und Eigenschaften der Hauskrankenpflege), hat die Hauskrankenpflege, im Vergleich zum intramuralen Bereich, einen weniger starken institutionellen Charakter, denn die Pflegekraft begibt sich in die Lebenswelt des Pflegebedürftigen. Dadurch, dass sich die Pflegeperson im Zuhause eines anderen Menschen, also dessen Hoheitsgebiet aufhält, ist ein respektvoller und von Würde gekennzeichneter Umgang unerlässlich.

Für die professionelle Pflegeperson bedeutet verständnisvolles und wertschätzendes Handeln eine besondere Herausforderung, weil von ihnen der Erfolg im Pflegearrangement abhängt. Für die Art und Weise des Umgangs miteinander spielen Menschenbilder, die bei jedem Menschen anders aussehen, eine Schlüsselrolle.

Baumgartner et al. definieren „Menschenbild“ als den *„Versuch einer Antwort auf die Frage, was den Menschen kennzeichnet und was für ihn typisch ist, bzw. den Versuch des Menschen, sich selbst zu erklären.“* (Baumgartner et al. 2003, S. 3) Wichtige und lebensbestimmende Fragen nach zum Beispiel Geburt, Leben und Tod oder Gesundheit, Glück und Schmerz werden individuell unterschiedlich beantwortet. Jeder Mensch ist durch seine Erfahrungen, Werte und Außeneinflüsse einzigartig und hat ihm eigene Wertvorstellungen. Diese Wertvorstellungen bestimmen auch, wie die professionelle Pflegeperson das häusliche Umfeld und die am Pflegearrangement beteiligten Personen (Pflegebedürftiger und pflegende Angehörige) wahrnimmt. Andererseits bestimmen auch die Vorstellungen und Erwartungen des Pflegebedürftigen und der Angehörigen die Wahrnehmung. Interessant ist hier die Frage nach Selbstkonzepten

für Gesundheit, Krankheit oder Pflegebedürftigkeit. Divergieren diese Vorstellungen, führt das in der Regel zu Konflikten im Pflegearrangement. Auch Ageismus kann so in das Pflegearrangement einfließen. Die nachfolgende Übersicht zeigt die Verwobenheit bzw. das Zusammenspiel der am Pflegearrangement beteiligten Akteure, auf die in den nächsten Kapiteln eingegangen wird.



Abbildung 6: Akteure des Pflegearrangements in der Hauskrankenpflege
Quelle: Eigene Darstellung

3.5.1. Situation pflegebedürftiger Personen

Die Situation der pflegebedürftigen Person ist durch eine völlige Lebensumstellung seit Beginn der Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet. Erwartungen und Perspektiven müssen neu ausgerichtet werden. Wie die Pflegesituation erlebt wird, ist individuell sehr unterschiedlich. Die einen konzentrieren sich auf ihre Erkrankungen und auf die Pflege bzw. die Abhängigkeit von externer Hilfe, die zum Mittelpunkt des Lebens wird. Diese Haltung führt oft dazu, dass die pflegebedürftige Person den Blick für die Anstrengungen der Leistungserbringer (also

der pflegenden Angehörigen und der professionell Pflegenden) und deren Erschöpfung verliert.

Andere gebrechliche Menschen wiederum empfinden es als Schmach und Schande plötzlich zum Zentrum der Aufmerksamkeit der ganzen Familie zu werden und es ist ihnen unangenehm, dass sich andere nach ihnen ausrichten müssen. Sie sagen dann oft nicht, wenn etwas nicht in Ordnung ist und ihre Nöte werden erst spät erkannt.

Der gesundheitliche Zustand wird mit voranschreitendem Alter zunehmend immer wichtiger und zum zentralen und lebensbestimmenden Faktor: Das Erkrankungsrisiko ist erhöht, die Heilungschancen sinken und damit geht einher, dass das Risiko, an chronischen Krankheiten zu leiden und auch Einschränkungen in Bezug auf den Alltag zu bekommen, steigt. Multimorbide Krankheitsverläufe sind häufiger als in jungen Jahren, oft treten mit vier und mehr Krankheiten zusammen auf (vgl. Olbermann et Reichert 1993, S. 205f.). Das macht alte Menschen zu einer vulnerablen Gruppe mit speziellen Problemen und Bedürfnissen (vgl. Dogan et Deger 2004).

Vier Krankheitsbilder führen am häufigsten zu Pflegebedürftigkeit, wobei es zwischen Männern und Frauen leichte Unterschiede gibt. Bei Männern führen vaskuläre Erkrankungen und bei Frauen psychische Beeinträchtigungen und Verhaltensstörungen am häufigsten zu Pflegebedürftigkeit (vgl. Röttger-Liepmann 2008, S. 29).

1. Krankheiten der Gefäße (inklusive Herzinfarkt und Schlaganfall)
2. Demenz und Senilität
3. Verschleißerkrankungen der Gelenke
4. Bösartige Neubildungen (Tumore)

Alte Menschen haben mehr Behinderungen und chronische Krankheiten sind meist die Auslöser dafür. Die meisten chronischen Krankheiten bei Personen über 75 Jahren sind Gelenksentzündungen (Arthritis), Bluthochdruck, Hörbeeinträchtigungen und Katarakte (Grauer Star). Diese Behinderungen erfordern bei alten Menschen mehr Pflege, sie sind beeinträchtigender als bei jüngeren Menschen und die Behandlung ist schwieriger und kostenintensiv (Meis 2001). Weitere Krankheiten alter Menschen sind leichte kognitive Beeinträchtigungen, De-

pression, Alzheimer, Demenz, Stürze und sensorische Probleme (Dogan et Deger 2004).²² Kennzeichnend sind bei all diesen Erkrankungen Mobilitätseinschränkungen, die die darunter Leidenden von fremder Hilfe abhängig machen (vgl. Röttger-Liepmann 2007, S. 184).

Während die Bevölkerung älter wird, wird es für alte Menschen gleichzeitig immer wichtiger, unabhängig zu Hause leben zu können und eine so große Lebensqualität wie möglich zu wahren.

3.5.2. Situation professionell Pflegender

Grundsätzlich handelt es sich beim Pflegearrangement zwischen einer professionellen Pflegeperson und einem Pflegebedürftigen um ein Dienstleistungsverhältnis, bei dem die Pflegeperson gegen Entlohnung ein breites Spektrum an Aufgaben erbringt (siehe Kapitel 3.3. Aufgaben).

Im Zuge dieses Pflegeverhältnisses nimmt die professionell Pflegende eine Gastrolle ein, weil sie im Zuhause eines anderen Menschen arbeitet. Sie hat also kein „Hausrecht“ und muss sich bei allen Tätigkeiten mit der pflegebedürftigen Person oder/und den Angehörigen absprechen. *„Pflege muss sich in die Lebenssituation, die Wohnungsausstattung und die Abläufe des täglichen Lebens der KundInnen sanft und reibungslos einfügen“* (Ertl et Kratzer 2007, S. 130). Dies birgt zum einen die Möglichkeit anspruchsvoll und selbstverantwortlich zu arbeiten aber auch sehr viel Konfliktpotenzial (siehe Kapitel 5.1. Ursachen des Ageismus).

²² Ehrlich beschreibt die vier geriatrischen Syndrome, die am häufigsten bei alten Menschen zur Einweisung in ein Pflegeheim führen. Dies sind ein hohes Sturzrisiko (Menschen über 75 Jahren, die stürzen haben eine 4- bis 5-mal höhere Wahrscheinlichkeit ein Jahr oder länger in einer Langzeitpflegeeinrichtung zu leben als 75-Jährige, die nicht stürzen), Inkontinenz, Demenz und Depression (Ehrlich 2006).

Eine Pflegekraft muss ein großes Repertoire an Fertigkeiten mitbringen, wenn sie in der mobilen Pflege tätig werden möchte und sie sollte gut gerüstet sein, wenn sie sich dazu entschließt, im ambulanten Bereich tätig zu werden.²³

Kompetenzen, die ambulant Pflegende mitbringen sollten (Palte 2008, S. 6):

1. *„Selbstständige Arbeitsweise*
2. *Eigenverantwortlichkeit*
3. *Genaue Krankenbeobachtung, Beachtung gefährdender Situationen des Wohnumfeldes, z.B. nicht ausgeschaltete Herdplatte*
4. *Akzeptanz individueller Besonderheiten des Pflegebedürftigen, auch wenn diese nicht der eigenen Einstellung entsprechen*
5. *Improvisations- und Organisationstalent, v.a. bei unvorhergesehenen Situationen*
6. *Beratungskompetenz im Umgang mit Pflegebedürftigen und Angehörigen*
7. *Überzeugungskraft im Umgang mit Ärzten, Mitarbeitern von Kranken- und Pflegekassen, Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen*
8. *Teamfähigkeit“*

Palte beschreibt wichtige Faktoren, aber persönliche Motive lässt sie außen vor. Die Motivation, in der Altenpflege zu arbeiten, kommt primär aus der Persönlichkeit:

Ulrich Körtner beschreibt in seinem Buch Grundkurs Pflegeethik die „professional attitudes“ in der Pflege und meint damit, dass nicht nur die Beachtung gewisser beruflicher Regeln notwendig ist, sondern legt großen Wert auf die Achtung von Grundwerten wie die Menschenwürde und Menschenrechte und auf eine berufsspezifische Grundeinstellung. Die berufsspezifische Grundeinstel-

²³ „Das Bedenken und Überblicken der gesamten Pflege- und Betreuungssituation der KundInnen ist für viele Pflegepersonen zunächst ungewohnt und muss in der Praxis erlernt werden, bis es selbstverständlich ist – besonders unmittelbar nach einem Wechsel aus dem stationären Bereich“ (Ertl et Kratzer 2007, S. 113). Die Autorinnen verdeutlichen, dass es große Unterschiede zwischen intra- und extramuralem Bereich hinsichtlich der Arbeitsbedingungen gibt. Gerade beim Jobübergang vom stationären in das ambulante Umfeld kann es wegen des großen Unterschieds zu Schwierigkeiten auf Seiten der Pflegeperson kommen.

lung der Pflege liegt vor allem in Fürsorglichkeit, Empathie und Anteilnahme (Körtner 2004, S. 78).

Die Schwierigkeiten, die Pflegende beschreiben, beziehen sich einerseits auf den Zeitdruck für eine angemessene Pflege. *„Besonders in der Versorgung pflegebedürftiger Hochaltriger ist der Zeitbedarf entsprechend der verschlechterten Leistungsfähigkeit deutlich angestiegen, wird aber nicht entsprechend in Zeitwerten ausgedrückt. Pflegende sehen sich unter Zeitdruck und haben gleichzeitig das Gefühl, nicht ausreichend versorgen zu können“* (Brandenburg et Huneke 2006, S. 120).

Eine weitere Belastung stellt die Pflegearbeit an sich dar, die physisch sehr fordernd ist und in der Hauskrankenpflege in Räumen stattfindet, die arbeitstechnisch oft mangelhaft eingerichtet sind. Zusätzlich gibt es viele psychische Belastungsfaktoren und oft eine große Diskrepanz zwischen „helfen zu wollen“ und „helfen zu können“, gerade in der Arbeit mit Hochaltrigen.

All diese Punkte setzen eines voraus und das ist eine fundierte und den vielen Anforderungen gerecht werdende Ausbildung, die leider in der Praxis in dieser Form noch nicht existiert. Im Curriculum zur Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege sind im zweiten und dritten Ausbildungsjahr jeweils nur 20 theoretische Stunden von insgesamt 2.000 zum Thema „Hauskrankenpflege“ vorgesehen, was sehr wenig erscheint. In der praktischen Ausbildung sind auch nur 160 fix vorgegebene Stunden von insgesamt 2.480 in der Hauskrankenpflege zu absolvieren (vgl. Wiener Krankenanstaltenverbund 2007).²⁴

Durch die den Ansprüchen hinterherhinkende Ausbildung und dem Ausgesetztsein der negativen Altersbilder in der Gesellschaft, das natürlich an Pflegepersonen nicht spurlos vorübergeht, kommt es oft vielfach zu einem Desinteresse an gerontologischen Themen wie zur Bildung von Stereotypen und Vorurteilen in Bezug auf das hohe Alter. Die Grenze zwischen dem Handeln im besten Interesse des pflegebedürftigen, alten Menschen und einer Schädigung desselben

²⁴ Der an der Hauskrankenpflege interessierte Schüler hat aber die Möglichkeit, ein Wahlpraktikum im Ausmaß von 200 Stunden und 360 Stunden, je nach Wahl der Schule in einem der folgenden Bereiche zu absolvieren: Akutpflege, Langzeitpflege, rehabilitative Pflege, extramurale Pflege.

ist oft sehr dünn. Hier kommt der alte Konflikt zwischen der Autonomie des Pflegebedürftigen und der Benefizienz zu Tragen (siehe Kapitel 5 Ageismus in der Hauskrankenpflege).

3.5.3. Situation pflegender Angehöriger

Die Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen durch ihre Angehörigen hat von allen Pflegeformen den wichtigsten Stellenwert in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen (vgl. Röttger-Liepmann 2007, S. 179).

Die Inanspruchnahme der professionellen Pflegedienstleistungen ist zum einen abhängig von der Anzahl der alten Menschen und zum anderen von der Stärke der sozialen Netze der Pflegebedürftigen, wobei zukünftig von einem Schrumpfen der Betreuungsnetze auszugehen ist (vgl. Geser-Engleitner et Jochum 2009).

Im einzigen Österreichischen Bericht zur Situation pflegender Angehöriger (ÖBIG 2005) wird dieser Umstand ebenfalls deutlich: *„Pflegerische Angehörige sind der größte ‚Pflege- und Betreuungsdienst‘, und stellen aus ökonomischer Sicht für den Staat und somit für die Volkswirtschaft ein immenses personelles wie auch finanzielles Potenzial dar“* (ÖBIG 2005, S. III).

Diese wichtige Aufgabe wird größtenteils von Frauen erbracht. Rund 79% der pflegenden Angehörigen sind weiblich und 21% sind männlich (ÖBIG 2005, S. 12). Von den Frauen erbringen meist die Ehepartnerinnen, die Töchter und Schwiegertöchter die pflegerischen Leistungen (vgl. Kytir et Münz 1992, S. 88/ Gröning et al. 2004, S. 14). *„Dabei steht die Pflegekonstellation ‚Frau pflegt eigene Mutter‘ an erster Stelle, gefolgt von ‚Frau pflegt Ehemann‘ und ‚Frau pflegt Schwiegermutter“* (Fuchs 1999 zitiert nach Gröning et al. 2004, S. 14). Von den Angehörigen, die pflegen sind 40% Ehepartner (Männer und Frauen) und mehr als 25% Kinder (vgl. ÖBIG 2005, S. 15).

Das Durchschnittsalter der pflegenden Angehörigen in Österreich liegt bei 58 Jahren (vgl. ÖBIG 2005, S. 12). 30% der österreichischen Angehörigen, die pflegen, gehen arbeiten, 68% tun dies nicht (ÖBIG 2005, S. II). 47% haben

entweder kein monatliches Einkommen oder ein Einkommen bis 700€. Drei Viertel der pflegenden Angehörigen kümmern sich um pflegebedürftige Menschen (aller Altersgruppen) in den Pflegestufen eins bis drei, ein Fünftel betreut Menschen in den Pflegestufen vier und fünf und 7% pflegen einen Angehörigen in den beiden höchsten Pflegestufen (vgl. ÖBIG 2005, S. II).

„In Zukunft müssen immer älter werdende Pflegebedürftige von immer älter werdenden Angehörigen versorgt werden“ (Döbele 2008, S. 3). Döbele beschreibt, dass der gesamtgesellschaftliche Strukturwandel des Alters, wie in Kapitel 1 aufgezeigt, sich stark auf den gesellschaftlichen Teilbereich der Hauskrankenpflege auswirkt. Die meisten Angehörigen sind, wie bereits dargestellt weiblich und alt. Die Männer sterben früher, und wenn sie pflegebedürftig werden, kümmern sich meist ihre Ehepartnerinnen um sie. Die Mehrheit der Ehepartnerinnen ist aber selbst schon stark beeinträchtigt und alt, und in Zukunft werden auch die Kinder bereits oft zwischen 50 und 60 Jahren alt sein.

Chronische Krankheiten, die zu Pflegebedürftigkeit führen, beeinflussen das gesamte Familiengefüge und führen oft zu Rollenveränderungen der einzelnen Familienmitglieder. Angehörige können anfänglich häufig nicht mit der Erkrankung des Pflegebedürftigen umgehen. Um das zu ändern bedarf es einer Beschäftigung mit der Erkrankung. *„Diese Unsicherheit kann sich in Überfürsorglichkeit und Schonung, in Verleugnung, Bagatellisierung oder ständiger Kontrolle äußern. Angehörige sind je nach ihrer Stellung im Familiensystem (...) mit vielfachen Erwartungen seitens der Familienmitglieder, des sozialen Umfeldes und des Medizinsystems konfrontiert. Sie müssen Aufgaben übernehmen, die quer zu ihren bisherigen Rollen liegen und sich langfristig auf ihr Selbstverständnis und Selbstkonzept, auf Lebenszufriedenheit, Belastbarkeit und Motivation sowie auf ihre Partnerschaft auswirken. Auf diese Anforderungen reagieren sie in Abhängigkeit von soziodemografischen Variablen, sozialer Lage, biografischen Erfahrungen oder Vulnerabilität ganz unterschiedlich“* (Schönberger et Von Kardoff 2004, S. 13ff.).

Eine Entscheidung zur Übernahme der Pflege eines nahen Angehörigen muss gut überlegt sein, sie kann sehr fordernd sein. Deshalb werden im Folgenden die Gründe für eine Übernahme einer Pfl egetätigkeit dargestellt.

Abhängig von den eigenen Wertvorstellungen und vom Menschenbild sind auch die Motivation und die Übernahme der Pflege eines Angehörigen seitens der Familienmitglieder.

Martina Döbele nannte die möglichen Beweggründe für eine Betreuung (2008, S. 4):

- *Liebe und Zuneigung*
- *Dankbarkeit*
- *Verantwortungs- und Pflichtgefühl*
- *Selbstbestätigung*
- *Sinnstiftung*
- *Mitleid*

Die Beweggründe, die Döbele aufzählt sind kritisch zu betrachten: Dass die Hauskrankenpflege nicht nur für den Staat, sondern auch für die Betroffenen kostengünstiger als zum Beispiel eine intramurale Betreuungsform ist, erwähnt Döbele nicht, dieser wichtige Beweggrund ist dieser Liste noch hinzuzufügen, da der finanzielle Hintergrund in der Praxis ebenfalls sehr genau abgewogen werden muss.

Mager zeigt noch weitere Faktoren auf, die zur Motivation, die Pflege eines Angehörigen zu übernehmen, führen:

- Physische und psychische Pflegefähigkeit
- Pflegebereitschaft (Entscheidungsgrund ist die emotionale Nähe zum Pflegebedürftigen)
- Ökonomische Vorteile, vor allem wenn die Kosten der Pflege sehr hoch sind (nicht immer sind altruistische Motive ausschlaggebend!)
- *„Alter, Geschlecht, Familienstand, Kinderzahl, Bildungs- und Berufsstatus*
- *Rollenverständnis und –erwartungen*
- *Normen, Werte und Traditionen*
- *Einkommen, vermögen, Preise für professionelle Pflegearrangements*
- *Wohnsituation, Wohnkomfort“* (Mager 2002, S. 115 zit. nach Röttger-Liepmann 2007, S. 185f.)

Wie Angehörige die Krankheit und Pflegebedürftigkeit ihres nahen Verwandten erleben ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Grundsätzlich gilt, dass die Belastung, mit einem kranken Menschen zusammen zu sein, unterschiedlich stark empfunden wird. Einerseits ist die Pflege alter Menschen innerhalb der Familie für die Empfänger emotional entlastend, andererseits kann die Betreuung, wenn sie über viele Jahre andauert, zu Stress und starker Belastung auf Seiten der Betreuenden führen (Kytir et Münz 1992, S. 88).

Die Evidenz für eine höhere Belastung der Angehörigen, im Gegensatz zu den Betroffenen selbst, ist groß. Angehörige haben ein sehr ausgeprägtes Informationsbedürfnis und wollen meist gerne in die Therapie integriert werden.

Die Bedingungen für den Einfluss, den eine Krankheit auf den gesunden Partner ausüben kann werden von Corbin und Strauss sehr übersichtlich aufgelistet (Corbin et Strauss 2004, S. 321f.):

1. *„Art und Schweregrad der Krankheit oder Behinderung*
2. *die Verlaufskurvenbezogene Phase bzw. Subphase*
3. *der Schweregrad der damit verbundenen Körperstörung*
4. *das Ausmaß, in dem der Kranke seine Krankheit kontextualisiert und bewältigt hat und in dem sie ihr Leben darauf hin neu aufgebaut hat*
5. *das Ausmaß, in dem der Kranke Symptome kontrollieren, an seiner Behandlung mitwirken, Krisen verhindern und bewältigen kann oder will*
6. *der Arbeitsstil, den das Paar im Hinblick auf die Krankheitsbewältigung entwickelt hat, und die Tatsache, wie erfolgreich die Partner in der Organisation (einzeln oder gemeinsam) der Ressourcen, in der Aufteilung von Aufgaben und in der Aufrechterhaltung der Motivation zur Fortsetzung der Arbeit sind*
7. *die Tatsache, wie gut es dem Kranken gelingt, eine Balance herzustellen zwischen der Überwindung von Einschränkungen und Überanstrengung.“*

Zusätzlich gibt es noch andere Einflussfaktoren, die mit dem individuellen Lebensweg der Angehörigen zusammenhängen:

1. die Bedeutung, die gesunde Angehörige der Krankheit zuschreiben und wie sie ihr Leben danach ausgerichtet haben. Die Ungewissheit und die Angst sind mögliche Begleiter, die aus gefürchteter Unzulänglichkeit oft nicht verbalisiert werden.
2. bei langer Krankheitsdauer ist die völlige Erschöpfung der Angehörigen möglich
3. der Verlust von Träumen, Zukunftsplänen, aber auch zum Beispiel der Sexualität oder des Arbeitsplatzes
4. Bedeutungsbeimessung seitens der Angehörigen über Verluste von Eigenschaften oder Fähigkeiten des Kranken, die früher selbstverständlich waren
5. Erfindungsreichtum der Angehörigen ist sehr wichtig (hinsichtlich der Ressourcen und der Bewältigungsstrategien)

Gesamtgesellschaftliche Einflüsse wie zum Beispiel die Inflationsrate oder die Höhe des Pflegegeldes spielen überdies auch eine wichtige Rolle (Corbin et Strauss 2004, S. 322).

Die Konsequenzen sind für die pflegenden Angehörigen individuell sehr unterschiedlich. Speziell alte Menschen (Frauen), die ihren kranken Partner pflegen, haben oft Angst vor dem Sterben, fühlen sich isoliert und einsam, haben knapper werdende finanzielle Mittel, empfinden große Belastungen, sehen sich in einem biografischen Schwebезustand und nehmen Veränderungen in der Paarbeziehung wahr, da die gegenseitige Unterstützung zu einer einseitigen geworden ist. Es hängt von der gelebten Vergangenheit ab, wie mit Krisen und Krankheiten umgegangen wird und natürlich auch von bereits durchgemachten Erfahrungen und den entworfenen Problemlösungsstrategien ab.

In Verbindung mit der Pflegeübernahme durch eine professionelle Pflegekraft ergibt sich aus den eben beschriebenen Hintergründen ein gewisses Konfliktpotenzial. Oft sind die Angehörigen mit der Pflege überfordert, vor allem dann, wenn sie selbst Probleme haben. Ein Ansatz, um möglichen Konflikten entge-

genzusteuern wäre zum Beispiel ein stärkerer Fokus der Angehörigenentlastung (siehe Kapitel 5.4.2. Institutionelle und strukturelle Ebene).

3.6. Fazit

Die Hauskrankenpflege in Österreich wird größtenteils von Angehörigen erbracht. 80% der pflegebedürftigen Menschen werden zu Hause versorgt. Österreichweit herrscht ein Mangel an Daten und Studien in diesem Bereich, deshalb lassen sich aktuelle Zahlen schwer abschätzen. Ca. 324.340 pflegebedürftige Menschen wurden 2007 zu Hause versorgt, Tendenz steigend. Menschen werden immer älter, und an das hohe Alter ist auch eine hohe Wahrscheinlichkeit an Pflegebedürftigkeit gekoppelt. Gleichzeitig geht die Bereitschaft, informelle Pflege in Familien zu übernehmen langfristig zurück – zum einen wegen der beruflichen Verpflichtungen von Töchtern und Schwiegertöchtern, den sich verändernden Rollenbildern und zum anderen, weil die Partner hochaltriger Menschen selber oft gebrechlich sind. Zusätzlich dazu ist unsere Gesellschaft durch eine zunehmende Individualisierung und Pluralisierung gekennzeichnet.

Die entstehende Lücke müssen professionelle Pflegepersonen füllen, die sich aber vielfach nicht für die ambulante Versorgung alter Menschen interessieren und andere Tätigkeiten in der Pflege bevorzugen. Das Image dieses Bereiches ist sehr schlecht. Dies rührt sicherlich von negativen Altersbildern und von stereotypen Vorurteilen, die unter Pflegenden weit verbreitet sind.

Werden alte Menschen gefragt, wo sie gerne alt werden möchten, gibt es von der überwiegenden Mehrheit eine Antwort: „Zu Hause“.

Aber nicht nur für die alten Menschen ist die Betreuung daheim wichtig, auch für den Staat Österreich ist es eine erhebliche Kostenersparnis, wenn Menschen in ihren vier Wänden gepflegt werden anstelle eines Heimes oder eines Spitals („ambulant vor stationär“). Die Ziele in der Hauskrankenpflege alter Menschen sind die Wahrung von Würde und Autonomie und die Förderung des Wohlbefindens der Pflegebedürftigen sowie die Grundpflege und die Hilfestellung im Bereich der **Aktivitäten** und existentiellen **Erfahrungen des Lebens**

(AEDL). Die professionell Pflegenden müssen hier einen Spagat zwischen einerseits einer wertschätzenden Umgangsweise und kompetenzorientierter Pflege und andererseits zwischen verständlichem und einfachen Ausdrücken und der Vermeidung von erlernter Hilflosigkeit schlagen, aber auch respektloses Verhalten gilt es zu vermeiden. Pflegepersonen, die ambulant tätig sind müssen gut gerüstet sein, denn jede Situation, jedes Pflegearrangement ist anders. Auch die Bedürfnisse und die Lebenssituation der am Pflegearrangement Beteiligten ist immer unterschiedlich: Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und professionell Pflegenden sollten aus diesem Grund ein zukunftsweisendes, klärendes Gespräch über ihre (oft divergierenden) Vorstellungen und Erwartungen führen, um eventuelle Missverständnisse von vornherein zu unterbinden.

Wichtig bei der Pflege alter Menschen sind die Orientierung am Pflegeprozess und gleichzeitig das Eingehen auf die spezifischen individuellen Besonderheiten. Pflegepersonen sollten eine solide Ausbildung im Bereich der Hauskrankenpflege durchlaufen, was sich derzeit aber nicht so verhält. Auch im Bereich Gerontologie gibt es ausbildungstechnische Defizite. Dies stellen wichtige Ansatzpunkte für Gegenmaßnahmen des Ageismus in der Hauskrankenpflege dar.

Die asymmetrischen Beziehungen, die durch eine Pflegeübernahme entstehen, führen zu einem Konfliktpotenzial innerhalb des Pflegearrangements. Die Pflegebedürftigen empfinden Autonomieverluste und Demut wegen der Abhängigkeit von anderen, die pflegenden Angehörigen erleben langsame oder plötzliche Veränderungen bei dem Pflegebedürftigen und müssen ihr Bild von ihm in wichtigen Punkten revidieren. Auf Seiten der pflegenden Angehörigen kann physische und psychische Erschöpfung eintreten, die in weiterer Folge zu einer negativen Grundstimmung und zu einer Demoralisierung führen kann (Gröning et al. 2004, S. 41f.). Das Spezifische an der Hauskrankenpflege ist, dass mehrere Personen in die Pflege involviert sind, sie im Intimen der eigenen vier Wände stattfindet und dass durch die vorherrschende Anonymität altersdiskriminierendes Verhalten, besonders unter Zeitdruck und angespannten menschlichen Beziehungen, entstehen kann (siehe Kapitel 5.3. Ausprägungsformen des Ageismus in der Hauskrankenpflege).

Was Ageismus ist und woraus sich Ageismus zusammensetzt wird im nächsten Kapitel dargestellt.

4. Ageismus

Das Ziel dieses Kapitels ist eine Begriffserklärung und eine Beschreibung des Phänomens „Ageismus“ inklusive einer Darstellung der ihm untergeordneten Konzepte.

Bei der ersten Begegnung mit fremden Menschen, ist eines der sofort auffälligen Merkmale, die neben Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit wahrgenommen werden, ihr Alter. Im Gegensatz zu den anderen Kategorien ist Alter jedoch dadurch gekennzeichnet, dass wir – vorausgesetzt wir leben lange genug – alle altern und einmal „alt werden“. (Cuddy et Fiske 2004, S.3; Butler 1969, S.246/ Laslett 1995, S. 225). Dies unterscheidet die in der Literatur auch als „Ageismus“ (oder englisch „ageism“ oder „agism“) beschriebene Altersdiskriminierung grundlegend von anderen Diskriminierungsformen wie zum Beispiel dem Rassismus oder dem Sexismus. Die diskriminierende Gruppe wird im Verlauf der Zeit nämlich selbst zur diskriminierten. Ein weiterer Unterschied besteht in dem Umstand, dass Ageismus im Gegensatz zu Rassismus und Sexismus gesellschaftlich noch eher geduldet wird, bzw. dass es noch wenig öffentliches Verständnis dafür gibt, weil Ageismus - im Gegensatz zu den anderen - ein neues Konzept ist und viele Menschen noch nichts darüber wissen (Palmore 2001). Rassismus und Sexismus sind theoretisch wie empirisch gut untersucht, im Gegensatz dazu gibt es wenige Erkenntnisse bei der Schlagwortsuche nach „Ageismus“ (Nelson 2004, S.IX).

Der englische Begriff „Ageism“ wurde vom Gerontologen Robert N. Butler geprägt, der 1969 den Artikel „*Age-ism: Another form of bigotry*“ in der Zeitschrift *The Gerontologist* publizierte und den Begriff erstmals verwendete. Er beschreibt Altersdiskriminierung oder in seinen Worten „Age-ism“ als „*prejudice by one age group toward other age groups*“ (Butler 1969, S.243) und sieht Altersdiskriminierung zwischen Altersgruppen verortet (und es muss nicht notwendigerweise immer die alten Menschen betreffen).²⁵ Er beschreibt Altersdiskriminierung im Zusammenhang mit negativen Reaktionen der Einwohner auf den

²⁵ In dieser Arbeit geht es aber nur um Ageismus in Bezug auf alte Menschen.

Vorschlag, in der mittelständischen und von Menschen mittleren Alters bewohnten Nachbarschaft Chevy Chase, am Rande von Washington D.C.(USA), ein Gebäude in ein Altenheim für arme Menschen umzufunktionieren.²⁶ Butler charakterisiert „Ageism „als Vorurteile zwischen Menschen mittleren Alters und alten Menschen, aber auch jungen Menschen. Butler schreibt weiter:

„Age-ism reflects a deep seated uneasiness on the part of the young and middle-aged – a personal revulsion to and distaste for growing old, disease, disability; and fear of powerlessness, „uselessness“ and death. Cultural attitudes in our society reinforce these feelings.(...) Age-ism is manifested in the taunting remarks about „old fogeys,“ in the special vulnerability of the elderly to muggings and robberies, in age discrimination in employment independent of individual competence, and in the probable inequities in the allocation of research fund“ (Butler 1969, S. 243f.).

Butler beschreibt das Unbehagen, das bei jüngeren und mittelalten Menschen bei dem Gedanken daran auftritt, alt zu werden und skizziert Bereiche, in denen es zu Ageismus kommt und gibt bereits Hinweise auf die sprachliche Altersdiskriminierung, auf die später (siehe auch Kapitel 5.3.1. Altersdiskriminierendes Interaktions- und Kommunikationsverhalten) näher eingegangen wird. Er geht auch auf die negativen Einstellungen gegenüber alten und gebrechlichen Menschen seitens der Förderer von Studien zu diesem Themengebiet ein.

In der deutschen Sprache gibt es keine geeignete Übersetzung für „ageism“, deshalb wird Ageismus in Anlehnung an den Buchbeitrag mit dem Titel „Ageismus – zur sprachlichen Diskriminierung des Alters“ von Undine Kramer verwendet (Kramer 2003). Der Begriff „Ageismus“ ist sehr weit gefasst und es gibt eine Fülle an Definitionen, die von eindimensionalen Erklärungen bis hin zu achtdimensionalen reicht (Palmore, 2003). Es gibt eine negative Form und auch eine positive, auch wenn der negative Beigeschmack bei „Ageismus“ durchaus ausgeprägter ist. Im Folgenden sollen die verschiedenen Definitionen beispielhaft aus dem Sammelband von Todd Nelson aus 2004 mit dem Titel „Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Persons“ dargestellt werden (Nelson 2002):

²⁶ Das Altenheim in Chevy Chase wurde trotz zahlreicher Gegenargumente schließlich eröffnet.

1. „A one-part definition of ageism is “prejudice against older persons” or the “association of negative traits with the aged” (p. 57).
2. A two-part definition is reflected in the subtitle of this book, “Stereotyping and Prejudice Against Older Persons.” Another two-part definition, which recognizes discrimination, is “negative attitudes and behaviors toward the elderly” (p. 28) or “prejudice and discrimination against older people” (p. 340).
3. A three-part definition uses the traditional three components of attitudes: (1) an affective component such as feelings one has toward older individuals; (2) a cognitive component such as beliefs or stereotypes about older people; and (3) a behavioral component such as discrimination against older people (p. 131).
4. A four-part definition includes the above three components, but distinguishes between personal and institutional discrimination (p. 340).
5. The eight-part definition arises when it is recognized that all four of the above components can be negative or positive toward elders (p. 340; see also Palmore, 1999“ (Palmore 2003).

Die eindimensionale Erklärung setzt Ageismus mit Vorurteilen gleich, was zwar zutreffen kann, aber nicht notwendigerweise zutreffen muss. Vorurteile und Stereotype sind die kognitiven Komponenten von Ageismus und Diskriminierung ist die behaviorale Komponente von Ageismus, die sich durch Verhalten ausdrückt (Palmore 2001). Gefühle stellen die Komponente dar, die am schwierigsten zu messen ist. Zusätzlich kann noch zwischen der persönlichen und einer übergeordneten, institutionellen Ebene unterschieden werden. Das Konzept wird acht-dimensional, wenn noch negative und positive Formen getrennt dargestellt werden, was in der folgenden Tabelle veranschaulicht wird:

Es folgt eine Tabelle, die die acht Dimensionen des Ageismus beispielhaft darstellt.

	Positiv	Negativ
Affektive Komponente	Alte Menschen erzeugen ein Wohlgefühl.	Alte Menschen erzeugen ein unangenehmes Gefühl.
Kognitive Komponente (Stereotype, Vorurteile)	„Alle alten Menschen sind so lieb wie Omi.“ (Undifferenzierte Überzeugungen, dass alte Menschen besonders „gut“ seien.)	„Alte Menschen sind langsam und ich hasse Langsamkeit“. (Assoziationen alter Menschen mit negativen Eigenschaften)
Verhaltensbezogene Komponente (Diskriminierung)	Günstiger „Seniorenteller“ oder vergünstigtes „Seniorenticket“	Verniedlichendes Sprechen mit alten Menschen, weil man meint, sie verstehen den Inhalt nicht.
Ebene	Persönlich: „Ich“ behandle alte Menschen auf diskriminierende Art und Weise.	Institutionell: Eine ganze Institution behandelt alte Menschen altersdiskriminierend z.B. durch interne Regelungen (in Österreich z.B. starre Pensionsregelungen bezüglich Eintrittsalter).

Tabelle 2: Achtdimensionale Ageismus- Ausprägungsformen
Quelle: Eigene Darstellung

„Ageism is a set of social relations that discriminate against older people and set them apart as being different by defining and understanding them in an oversimplified, generalised way“ (Minichiello et al. 2000).

Der Aspekt, dass alte Menschen vereinfacht und generalisiert und als „anders“ definiert werden, ist dem Begriff des „Ageism“ inhärent. Ähnlich beschreibt es Kramer 2003: *„Altersfeindlichkeit als Form sozialer Diskriminierung, die negative Wahrnehmung des Alters und die damit zusammenhängende Stigmatisierung sowohl des Prozesses Altern als auch des Zustandes Altsein und der davon betroffenen Gruppe von Menschen wird als ‚Ageism‘ bezeichnet“ (Kramer 2003, S. 258).*

Im deutschsprachigen Raum gibt es erst ab 1990 vermehrt Veröffentlichungen zu gerontologischen Themen, zum Beispiel Tews 1993 (siehe Kapitel 2.2.3.1. Strukturwandel des Alters nach Tews), oder die gerontologischen Studientexte von Baltes et al. aus 1994 (1994).

Illhart sieht in Ageismus eine verzerrte Wahrnehmung auf dreifache Weise:

1. *„als Schwierigkeit, die Perspektive des Betroffenen wahrzunehmen,*
2. *als die geschichtlich gewachsene, nur schwach kaschierte, aber immer noch tabuisierte Aversion oder sogar Aggression gegen alte Menschen und*
3. *als unrealistische Wahrnehmung der Lebenswelt alter Menschen“ (Illhart 1995, S.9 zitiert nach Kramer 2003, S. 259).*

Illhardt geht darauf ein, dass jüngere Menschen sich nicht vorstellen können, wie es ist, alt zu werden bzw. zu sein und dass es deshalb sogar zu Gewalt-handlungen kommen kann. Er sieht die Ursachen dafür in einer Schwierigkeit der Perspektivenübernahme begründet (siehe Kapitel 5.4.1. Individuelle Ebene).

Duncan und Schaller gehen auf die Ausprägungsformen des Ageismus ein, indem sie feststellen: *„Ageism manifests in many forms, and has many implications for the well-being of older adults, and for public policy (see Bugenthal & Hehman, 2007 for a review)“ (Duncan et Schaller 2009, S. 97).*

Die sehr renommierte American Psychological Association hat in ihrer Resolution gegen Ageismus auch beschrieben, in welchen Bereichen Ageismus zum Tragen kommt:

„Ageism exists on many levels, from: discriminatory attitudes toward older adults;

discriminatory behaviors against older adults; prejudicial comments and poor treatment by service providers; and discrimination of older adults by institutionalized practices and policies, such as mandatory retirement and age-based promotions and raises (Cavanaugh, 1993). In fact, there is evidence that older adults often do not perform well partly due to personally held beliefs that because of their age, they cannot perform well (Rodeheaver, 1990)“ (APA 2010)

Die Bereiche umfassen laut APA Einstellungen und Verhalten sowie abfällige Kommentare aber auch schlechte Behandlung im medizinischen und pflegerischen Kontext. Rein altersabhängige Grenzen wie das Pensionsantrittsalter und Beförderungen nur aufgrund des Alters werden ebenfalls abgelehnt (siehe Kapitel 2.3. Zukunftsprognosen für Pensions- und Gesundheitssystem). Außerdem wird darauf hingewiesen, dass altersdiskriminierende Einstellungen weitreichende und hemmende Konsequenzen für die betroffenen, alten selbst Menschen haben, die den Ageismus verinnerlichen und dann selbst altersstereotyp denken.

Ageismus existiert also auf vielen verschiedenen Ebenen, in vielen Bereichen, bei jüngeren Personen, aber auch bei alten Menschen selbst.

Auf den nächsten Seiten sollen die Unterschiede zwischen Diskriminierung, Stereotypen und Vorurteilen herausgearbeitet werden, die in unserer Gesellschaft existieren und anschließend werden sie auf den Bereich der Hauskrankenpflege übertragen.

4.1. Altersvorurteile

Der Begriff „Vorurteil“ ist umgangssprachlich. Definitionen knüpfen an den Begriff aus der Alltagssprache an und beinhalten zumeist eine negative Haltung gegenüber einer Person, die zu einer bestimmten sozialen Gruppe gehört.

Der Vorurteilsbegriff kommt aus der europäischen Aufklärungsbewegung und bezeichnet *„nicht-geteilte, in Sprache ausgedrückte Einstellungen sozialer Gruppen oder ‚falsche‘ Erkenntnisse bzw. ‚vorschnelle‘ Verallgemeinerungen, denen ‚richtige‘ Erkenntnisse und ‚angemessenere‘ Urteile entgegengestellt werden“* (Pätzold und Marhoff 1998, S. 73)

Die Theoriebildung auf diesem Gebiet der Sozialwissenschaften wurde seit den 1950er-Jahren vorangetrieben und beschäftigte sich vorrangig mit Phänomenen des Rassismus in den USA und später auch mit subtileren Einstellungen gegenüber anderen ethnischen Minderheiten. Durch die Frauenbewegung bekam auch die Erforschung von geschlechtsspezifischen Vorurteilen und Benachteiligungen Relevanz. Seit den 1990er-Jahren gibt es im deutschsprachigen Sprachraum auch eine Auseinandersetzung mit Vorurteilen in Bezug auf das Alter. (Petersen et Six 2008, S. 109f.). Aktuell ist die Forschung auf dem Gebiet der Vorurteile durch eine Entwicklung und eine Zunahme an Methoden zu deren Messung gekennzeichnet. Schlagwort hier sind „implizite Einstellungen“, *„in deren Zentrum die vermutete Beziehung von unterschiedlichen Persönlichkeitseigenschaften steht (...). Der Begriff (...) wurde (...) eingeführt, um naive Annahmen in der Personenwahrnehmung zu beschreiben, denen eine wahrgenommene Beziehung zwischen Eigenschaften und anderen Informationen über Personen (wie Verhaltensweisen oder Rollen) zugrunde liegt. So schlussfolgern Personen, dass gewisse Eigenschaften bzw. Verhaltensweisen stärker zusammenhängen als andere Eigenschaften. Beispielsweise erwarten Personen, dass freundliche Menschen besonders gesprächig sind. Diese Annahmen werden von einer großen Anzahl von Personen geteilt“* (Wolfradt 2008, S. 71). Während explizite Vorurteile auf kognitiv bewussten Haltungen basieren und mittels Fragebögen abgerufen werden können, sind implizite Vorurteile dem Träger nicht bekannt und werden mittels Reaktionszeitverfahren gemessen. Derzeit wird

danach geforscht, ob und inwieweit implizite und explizite Vorurteile zusammenhängen. (Petersen et Six 2008, S. 110).

Hierzu passt thematisch die Studie von Perdue und Gurtman aus 1990 zum Thema „automatische bzw. implizite Altersvorurteile“ (zitiert nach Krings et Kluge 2008, S. 127ff.): Die Studienleiter entschieden sich für die Methode des semantischen Primings. Die Prime-Wörter „jung“ und „alt“ wurden einer Gruppe junger Versuchsteilnehmer jeweils so kurz auf einem Bildschirm gezeigt, dass sie noch unterhalb der bewussten Wahrnehmungsschwelle lagen. Danach wurden den Probanden positive und negative Eigenschaften präsentiert, die die Studienteilnehmer in die Kategorien „gut“ und „schlecht“ einteilen mussten und die Reaktionszeiten wurden gemessen. Das Studienergebnis war eindeutig: Die Probanden waren schneller, negative Begriffe nach dem Wort „alt“ negativ zu kategorisieren und positive nach dem Wort „jung“. Es wurde auch nach bewussten, expliziten Vorurteilen bzw. Haltungen gefragt. Die Teilnehmer hatten keine bewussten negativen Einstellungen gegenüber alten Menschen. Das Wort „alt“ erleichterte also die Verarbeitung von negativen Informationen. Negative Urteilsprozesse laufen daher nicht nur bewusst ab, sondern auch unbewusst ohne das Wissen der Verurteilenden.

Den meisten Vorurteilsdefinitionen haben eines gemeinsam: Sie sind eine besondere Art von Einstellungen. Es geht um Menschen, die aufgrund ihrer Gruppenzugehörigkeit eingeschätzt werden, und das meistens negativ, nicht anhand individueller Eigenschaften. Die Abgrenzung vom Stereotyp- Begriff, auf den im Folgenden eingegangen wird, gelingt nicht. Die Grenzen sind fließend bzw. werden die Begriffe synonym verwendet.

4.2. Altersstereotype

Der Begriff „Stereotyp“ tauchte erstmals 1922 in den Sozialwissenschaften auf, als der US-Amerikaner Walter Lippmann in seinem Buch „Public Opinion“ darüber schrieb, dass Personen oft als Teil einer Gruppe, nicht als individuelle Personen wahrgenommen werden (vgl. Klauer 2008, S. 21). Er schreibt: „For

the most part we do not first see, and then define, we define first and then see. In the great blooming, buzzing confusion of the outter world we pick out what our culture has already defined for us, and we tend to perceive that which we have picked out in the form stereotyped for us by our culture (Lippmann 1922, S. 81).“ Die kulturell geprägte Meinung über die Gruppe, deren Mitglieder sie sind, wird zur Beurteilung herangezogen, nicht ihre individuelle Persönlichkeit. Dadurch erfüllen Stereotype einen vereinfachenden Zweck; sie reduzieren die Komplexität der Umgebung und helfen dabei, die Vielzahl an Informationen zu ordnen (vgl. Cuddy et Fiske 2004, S. 4).

Die Frage, was Stereotype sind, beantworten McGarty et al. sehr genau, indem sie drei leitende Prinzipien von Stereotypen aufzeigen:

1. Stereotype sind Erklärungshilfen, die vor allem in einem Umfeld zum Tragen kommen, das zu viele Informationen enthält. (Stichwort hier ist die zugrundeliegende Kategorisierung, auf die in diesem Kapitel noch eingegangen wird). Sie sollen dem Betrachter dabei helfen, aus Situationen Sinn zu machen und die Umwelt zu verstehen.
2. Stereotype sind Hilfsmittel um Energie zu sparen. Der Betrachter reagiert auf Reizüberflutungen meist mit dem Versuch diese zu reduzieren, indem er nur gewisse Teile davon herausfiltert oder die Mehrheit ignoriert. Bei Interaktionen zwischen Menschen unterschiedlicher Altersgruppen bedeutet das, dass es energiesparend ist, diese Personen in die Kategorie „alte Menschen“ einzuordnen, weil das verhindert, dass man sich über die individuellen, facettenreichen und detaillierten Informationen Gedanken machen muss.
3. Drittens werden Stereotype von einer breiten Masse geteilt („shared group beliefs“) – sie erzeugen wenig Aufmerksamkeit, wenn sie nur von wenigen geteilt werden. Wie es dazu kommt liegt in der Kultur und in der wechselseitigen sozialen Beeinflussung begründet (vgl. McGarty et al. 2002, S. 2ff.).

Nachdem gerade die drei Charakteristika von Stereotypen beschrieben worden sind, stellt sich die Frage nach der Stereotypentwicklung, die Cuddy et Fiske folgendermaßen beantworten:

„Stereotypes develop over time as people perceive their changing environments, interpret the perceived information, and encode it in memory. (...) Accurate or not, stereotypes guide our social behavior and often govern what information we seek, heed, and remember (...). The root of stereotyping is our impulse to assign objects, events, and people to meaningful classes, about which we have established beliefs and expectations“ (Cuddy et Fiske 2004, S. 4).

Die Wurzel des Stereotypisierens ist der Drang, die Umwelt in bedeutungsvolle Klassen einzuteilen, über die wir im Vorfeld bereits Annahmen getroffen haben.

Stereotype entstehen also mit der Zeit, während Veränderungen in der Umwelt wahrgenommen und diese danach eingeordnet und interpretiert werden. Sie können richtig oder falsch sein.

Es ist jedoch grundsätzlich fragwürdig, warum jüngere Menschen negative Einstellungen gegenüber alten Menschen hegen, vor allem deshalb, weil sie selbst altern (Nelson 2004, S. 10). Stereotype werden *als „eine Reihe von Überzeugungen über die Mitglieder einer sozialen Gruppe oder als Assoziation einer Reihe von Merkmalen mit einer Kategorie verstanden“* (Klauer 2008, S. 21). Hier wird auf die bereits angesprochene Kategorisierung Bezug genommen, die für die Stereotypisierung unerlässlich ist. Unter Kategorisierung versteht man die Unterteilung der Außenwelt in Gruppen bzw. in Kategorien; es gibt sehr breite Kategorien, wie zum Beispiel „alte Menschen“ und „junge Menschen“ oder „Männer“ und „Frauen“, aber auch enge Kategorien wie zum Beispiel „Burgenländer“ und Wiener“ oder „Kampfhundebesitzer“. Analog zu den Bildern, die in unseren Köpfen beim Abrufen der Kategoriebedeutungen entstehen, nehmen wir wahr und beurteilen wir.

Dabei sind mehrere Effekte zu beobachten:

Zum einen werden Mitglieder der Eigengruppe positiver bewertet als die der Fremdgruppe. Dabei wird negatives Verhalten der Mitglieder der Eigengruppe konkret und das von Fremdgruppenmitgliedern abstrakt beschrieben. Positives

Verhalten wird bei der Eigengruppe in umgekehrter Weise abstrakt und bei der Fremdgruppe konkret angegeben (zum Beispiel: Eigengruppe(positiv): „Jemand ist fleißig und klug“; Fremdgruppe: „Jemand hat viel für die Lateinprüfung gelernt und eine gute Note erhalten“). Man nennt diesen Effekt auch „Linguistic Intergroup Bias“, bei dem beim Bewerten positiver Eigenschaften der Eigengruppe und beim Bewerten negativer Eigenschaften der Fremdgruppe viel Interpretationsspielraum gegeben wird und kein kontextgebundener Handlungsbezug existiert. (Schöl et al. 2008, S. 62ff.). Das Ziel dabei ist ein positives Selbstbild durch positive Beurteilungen der Eigengruppe zu erreichen bzw. aufrechtzuerhalten.

Ein weiterer interessanter Effekt, der oft bei der Aktivierung von Stereotypen eintritt, ist der „Saliens-Effekt“, der beschreibt, dass augenfällige, schnell sichtbare Eigenschaften bzw. Eigenheiten wie zum Beispiel das Alter oder das Geschlecht Stereotyp-anregend wirken.

Darüber hinaus wirken Stereotype nicht nur bei den Wahrnehmenden, sondern auch bei den davon Betroffenen. Es kann passieren, dass sich die Stereotyp-Empfänger hinsichtlich der an sie gestellten stereotypen Erwartungen anpassen und die Stereotype so zur Wirklichkeit werden. Man nennt dieses Phänomen „Sich selbst erfüllende Prophezeiungen (Greitemeyer 2008, S. 80ff.) (siehe auch Kapitel 3.2.3.2. Altersbilder).

Die American Psychological Association (APA) beschreibt „Altersstereotype“ folgendermaßen: *„There are many negative stereotypes dealing with the psychological functioning of older adults (Zarit, 1980) and often complaints such as anxiety, tremors, fatigue, confusion, and irritability are frequently attributed to "old age" without sufficient assessment (Goldstein, 1985; Edelstein & Kalish, 2000). There are also positive stereotypes that deny real psychological changes that occur during adult development, e.g., "Aging is just a state of mind." (Cherry & Smith, 1998; Gatz & Pearson, 1988)“ (APA 2010).*

Altersstereotype können in Bezug auf negative Erwartungen an die psychische Leistungsfähigkeit wirken, aber auch in Bezug auf ein zu positiv dargestelltes Altwerden, das die Realität ausblendet. Die Aussage „Man ist so alt wie man sich fühlt“ ist ein Beispiel für eine stereotype Beschönigung.

Dass negative Stereotype in Bezug auf das Alter existieren, ist weniger individuell geschaffen, sondern eher sozialstrukturell bestimmt. Amann und Kolland meinen dazu folgendes: „*Negative Einstellungen gegenüber älteren Menschen und ihrer abhängigen Position können am besten durch den Verlust an sozialer Geltung erklärt werden, der durch den Verlust ihrer produktiven Rolle innerhalb der industriellen Gesellschaften entsteht, in der nur die Produktion zählt*“ (Amann et Kolland 2008, S. 28).

Nachdem nun die Definition, die Ursachen und Folgen von Altersstereotypen geklärt wurden, wird der Frage nachgegangen, wie diese Altersstereotype eigentlich aussehen bzw. was sie beinhalten. Cuddy und Fiske beschreiben die Assoziation mit der Kategorie „alte Menschen“ als warm und inkompetent, was auch auf körperlich und geistig behinderte Menschen zutrifft und in der nachfolgenden Abbildung hervorgeht.

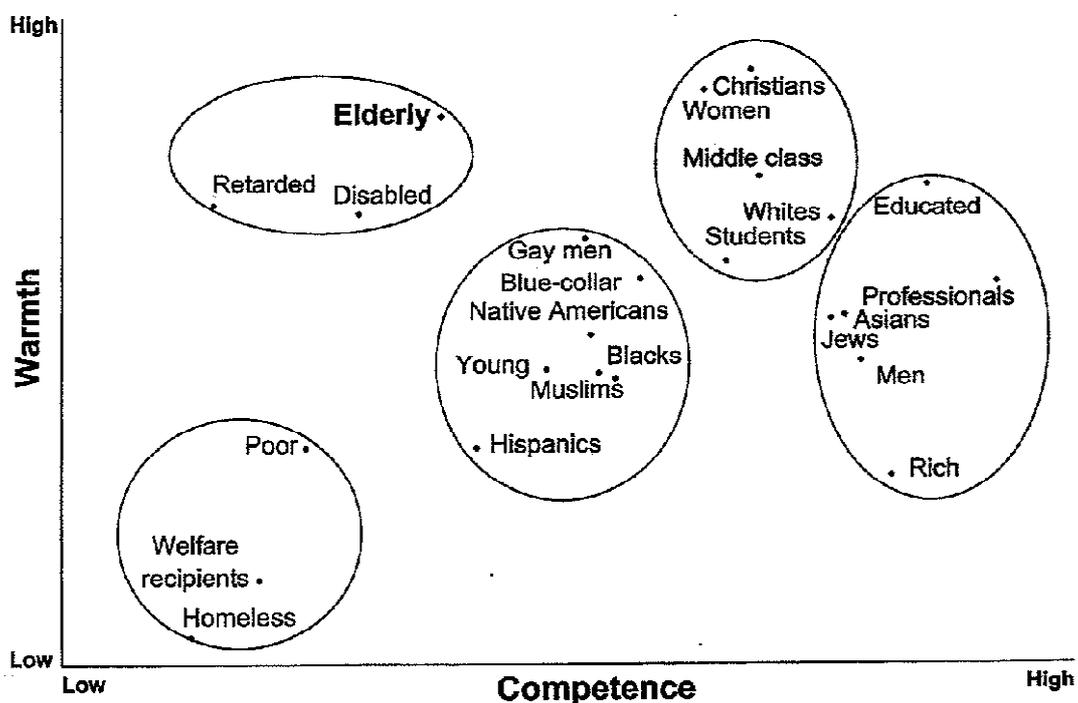


Abbildung 7: American social groups arrayed along perceived competence and perceived warmth and sorted by cluster analysis
Quelle: Cuddy et Fiske 2004, S. 10

In dem Stereotype-Content Model gibt es grundsätzlich vier mögliche Konstellationen:

1. Gruppen, die als warm und inkompetent eingeschätzt werden, wie traditionellerweise Frauen und alte Menschen. Sie bieten meist Angriffsfläche für paternalistische Vorurteile; Gruppen, denen diese Attribute zugeschrieben werden, werden gemocht aber nicht respektiert.
2. Gruppen, die als kompetent und kalt eingeschätzt werden (wie Asiaten in den USA (sie werden nicht gemocht aber respektiert))
3. Gruppen, die als inkompetent und kalt gelten (sie werden nicht gemocht und nicht respektiert)
4. Gruppen, die als kompetent und warm gelten – sie rufen Stolz hervor (sie werden gemocht und respektiert).

Als Studienteilnehmer die alten Menschen einschätzten, reflektierten die angegebenen Antworten Mitleid und Sympathie und kaum Emotionen wie Neid oder Eifersucht. Ebenfalls geht aus den Ergebnissen von Cuddy und Fiske hervor, dass Vergessen bei jungen Menschen einem Mangel an Bemühen oder Aufmerksamkeit zugeschrieben wird, hingegen bei alten Menschen werden die Ursachen in intellektueller Inkompetenz gesehen. Generell werden alten Menschen schnell inkompetente Wesenszüge zugesprochen. Weiters geht hervor, dass mit alten Menschen keine typisch männlichen, leistungsbezogenen („agentic traits“) Eigenschaften, wie zum Beispiel Zielstrebigkeit, Durchsetzungsvermögen, Konsequenz, sondern sozial-emotionale Eigenschaften („communal traits“) wie Sensibilität, Wärme, Nächstenliebe und Fürsorge verbunden werden.

Daneben existieren verschiedene Subtypen alter Menschen: Das ist zum einen der Typ „Großmutter“, welcher das globale Stereotyp alter Menschen, nämlich nährend aber unwirksam, verbunden mit Gefühlen des Mitleids am besten widerspiegelt. Ein anderer Typ ist der „Senior Citizen“ (zu Deutsch: Pensionist), der als inkompetent und kalt gilt. Dieser Typ wird als jammernd und faul wahrgenommen, der für seine missliche Lage selbst verantwortlich ist.

Der Typ „elderly statesman“ (zu Deutsch: erfahrener, älterer Staatsmann) gilt als leistungsbezogen aber kalt, und wird respektiert. (vgl. Cuddy et Fiske 2004, S. 3ff.).

Neben diesen Stereotypen gibt es eine Anzahl weiterer Eigenschaften, die mit alten Menschen assoziiert werden, die von Whitebourne und Sneed aufgezeigt werden: Alte Menschen gelten als einsam und depressiv, sie haben nach Ansicht vieler Menschen wenig enge Freunde und Familie. Weiters gibt es das falsche Stereotyp, dass alte Menschen einander mit der Zeit immer ähnlicher werden. Dieses Stereotyp deutet auf eine eindimensionale und in eine Richtung weisende Perspektive in Bezug auf Altern hin. Ein anderes Stereotyp beschreibt alte Menschen als krank, gebrechlich und abhängig. Auch das Bild des kognitiv und psychologisch eingeschränkten alten Menschen existiert. Die eben beschriebenen Stereotype treffen auf manche alte Menschen zu, aber eine generalisierende und die individuellen Besonderheiten vernachlässigende Sichtweise ist zu vermeiden.

Neben diesen negativen Stereotypen gibt es auch positive, wie das Stereotyp, dass alte Menschen freundlich, nett und niedlich sind. Auch solche vermeintlich positiven Perspektiven werfen alte Menschen in dieselbe Kategorie und verhindern so wieder die individuelle Wahrnehmung (vgl. Whitebourne et Sneed 2004, S. 247ff.).

Eine negative Sichtweise auf das Problem und auf die Zukunft des Stereotypisierens liefert Pickering: *„Stereotyping is a problem that refuses to go away. It recurs, across various contexts and discourses, as a divisive and troubling issue, and remains a central source of contention in the politics of representation“* (Pickering 2001, S. X).

Nachdem nun Altersvorurteile und Altersstereotype detailliert beschrieben worden sind, wird die Frage aufgeworfen, was Altersdiskriminierung ist. Diese Frage wird im folgenden Kapitel behandelt.

4.3. Altersdiskriminierung

Altersdiskriminierung ist die Komponente des Ageismus, die sich im Verhalten zeigt. 2009 gaben 46% der Österreicher an, dass Altersdiskriminierung weit verbreitet ist (vgl. Vereinte Nationen 2009, S. 72). Je älter die befragten Personen sind, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer Diskriminierungswahrnehmung (vgl. Vereinte Nationen 2009, S. 73).

Es gibt grundsätzlich drei verschiedene Formen bzw. Kriterien für diskriminierendes Verhalten.

Wenn man den Ausdruck „Diskriminierung“ benützt, impliziert der Begriff zum einen eine „*benachteiligende (Ungleich-)Behandlung*“ einer Person oder einer Gruppe von Menschen (Rothermund et Mayer 2009, S. 12) und beinhaltet eine Beeinträchtigung der sozialen Anerkennung und Wertschätzung bzw. einen normativen Tadel, dass die Behandlung ungerechtfertigt und ohne Grund ist. Diskriminierung stellt somit ein ungerechtes Verhalten dar. Andere Formen von schädigendem Verhalten hingegen werden nicht als diskriminierend bezeichnet, wie zum Beispiel die rechtmäßige Bestrafung für eine Straftat.

Andererseits kann Diskriminierung auch ohne das Wissen der Betroffenen bestehen, nämlich wenn eine unrechtmäßige Gleichbehandlung vollzogen wird, obwohl Unterschiede gemacht werden sollten und Ansprüche auf anderes Verhalten bestehen. Dies tritt zum Beispiel ein, wenn Pflegebedürftige in einer zu niedrigen Pflegestufe eingestuft sind oder gewisse Hilfen nicht erhalten, die ihnen eigentlich zustehen würden. „*Bei Diskriminierung geht es letztlich immer um die Verletzung legitimer Ansprüche auf Gleichbehandlung bzw. bevorzugte Behandlung*“ (Rothermund et Mayer 2009, S. 13).

Drittens gibt es auch die sogenannte „positive Diskriminierung“, eine absichtliche Bevorzugung einer Person, um Benachteiligungen, denen sie ausgesetzt sein könnte, anzufechten bzw. diese auszugleichen. Beispielhaft hierfür ist zum Beispiel ein vergünstigtes Seniorenticket für die Bahn. Solche Maßnahmen sind insofern Streitbar, als dass sie Personen, die ein bestimmtes Alter noch nicht aufweisen, ausschließen (Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2005).

In der folgenden Abbildung werden die drei Ausprägungsformen grafisch veranschaulicht.

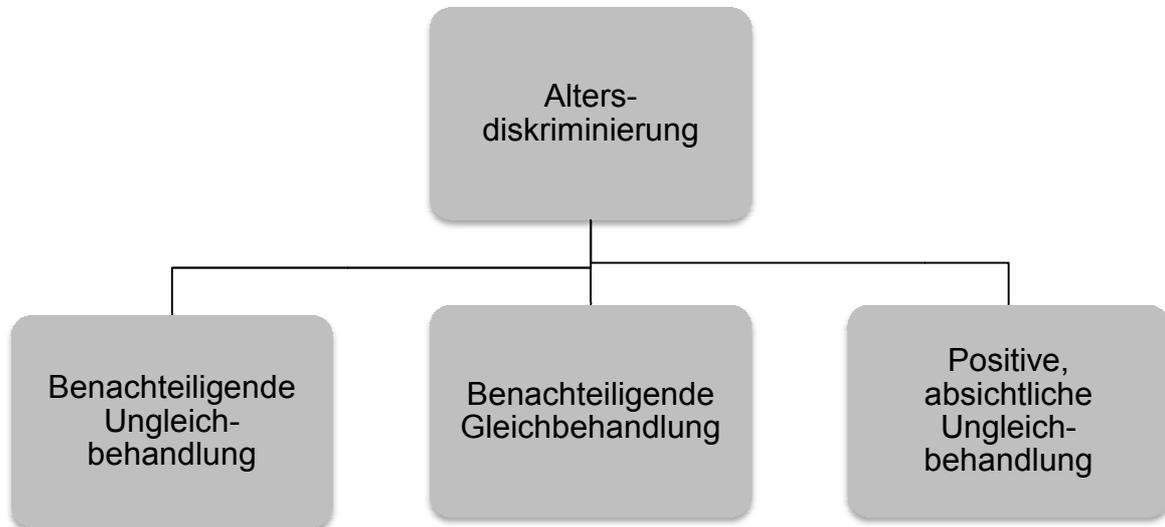


Abbildung 8: Ausprägungsformen der Altersdiskriminierung
Quelle: Eigene Darstellung

Im Grunde bedeutet Diskriminierung also nicht die Unterschiedlichkeit im gezeigten Verhalten, sondern das Verwenden ungleicher Maßstäbe für ein bestimmtes Verhalten. Dies beinhaltet immer eine Gerechtigkeitsverletzung. Das Erkennen einer Diskriminierung ist nur durch einen Vergleich konkreter Situationen möglich und erweist sich in der Praxis oft als sehr schwierig.

Die Ungleichheit der Maßstäbe kann sich darauf beziehen, dass unter gleichen Voraussetzungen unterschiedliche Ergebnisse zustande kommen bzw. dass unter unterschiedlichen Voraussetzungen gleiche Ergebnisse entstehen. Das ist die Kernaussage der sog. *“Equity Theorie der Gerechtigkeit”*, die auf Stacy Adams (1965) zurückgeht: *„When the normative expectations of the person making social comparisons are violated, when he finds that his outcomes and inputs are not in balance in relation to those of others, feelings of inequity result“* (Adams 1965, S. 280). Bei dieser Theorie wird von einem Vergleich mit anderen ausgegangen. In diesem Fall bestünde Ungerechtigkeit auch dann, wenn man zum Beispiel im Gegensatz zu anderen überhöhten Lohn für die gleiche Tätig-

keit bekäme und nicht nur im Falle einer Unterbezahlung.²⁷ Ein weiteres wichtiges Kriterium für Diskriminierung ist, wie bereits eingangs erwähnt, in jedem Fall die Verletzung moralischer Standards und Normen.

Rothermund und Mayer definieren den Begriff „Altersdiskriminierung“ folgendermaßen: *„Der Begriff der Altersdiskriminierung bezeichnet eine Diskriminierung von Menschen wegen ihres (hohen) Alters. Es kommt zu einer Verletzung von Rechten oder legitimen Ansprüchen, zu einer sozialen oder ökonomischen Benachteiligung von Menschen, weil sie alt sind“* (2009, S. 32).

Altersdiskriminierung ist also eine Ungleichbehandlung, für die es keinen sachlichen Grund gibt und stellt eine Form von sozialer Diskriminierung dar. Sie kann grundsätzlich Menschen jedes Alters treffen, wobei junge (Kinder und Jugendliche) und alte Menschen am stärksten davon betroffen sind. Wenn über Altersdiskriminierung gesprochen wird, stehen aber meistens ältere Menschen im Blickpunkt.

Die Frage, die sich deshalb für diese Arbeit stellt, ist weshalb dies so ist und wie sich Altersdiskriminierung ausdrückt.

Es ist grundsätzlich fragwürdig, warum jüngere Menschen negative Einstellungen gegenüber alten Menschen hegen, vor allem deshalb, weil sie möglicherweise selbst einmal ein hohes Alter erreichen werden (Nelson 2004, S. 10). Geht es nach Cuddy und Fiske, rührt Altersdiskriminierung von negativen Altersstereotypen, das heißt, kognitiven und affektiven Einstellungen gegenüber alten Menschen (Cuddy et Fiske 2004, S.4).

²⁷ Zum anderen kann sich die Ungleichheit der Maßstäbe auch auf den Prozess beziehen, der zu einer Entscheidung geführt hat. In diesem Sinne bedeutet Gerechtigkeit, dass für alle die gleichen Verfahrensregeln gelten, die zu Entscheidungen führen und nicht, dass bei jemandem zum Beispiel neue Beweise oder Argumente nicht gelten und nicht in die Entscheidung einfließen. Diese Form der Gerechtigkeit nennt man auch prozedurale Gerechtigkeit und geht auf Thibaut und Walker zurück (Thibaut et Walker 1975).

4.4. Fazit

Der Begriff „Ageismus“ wird in der Literatur äußerst unterschiedlich und uneinheitlich gebraucht. Er kann sich grundsätzlich auf drei Arten zeigen: Affektiv – durch Gefühle in Bezug auf alte Menschen, kognitiv durch Vorurteile und Stereotype, also durch generalisierte Überzeugungen wie alte Menschen sind, und durch Verhalten. Diese verhaltensbezogene Form des Ageismus bezeichnet man auch als Altersdiskriminierung. Diese drei Formen beinhalten sowohl positive, als auch negative Formen und können auf einer individuellen und auf einer institutionellen Ebene auftreten. Bezieht man alle diese Ausprägungsformen mit ein, ist Ageismus ein achtdimensionales Konzept.

Stereotype sind Überzeugungen oder Assoziationen mit verschiedenen Kategorien der Außenwelt bzw. sozialen Gruppen. Es handelt sich hierbei um pauschale Urteile, die der Individualität einer Situation oder Person nicht gerecht werden. Der Vorteil hierbei ist eine Reduktion der Außeneinflüsse in einer ohnehin schon reizüberfluteten Umgebung und der erklärende Charakter, der meist von einer breiten Masse geteilt wird. Der Nachteil ist das Nichtberücksichtigen der Individualität und die oft falschen Annahmen. Besonders bedauerlich ist das Stereotyp, das in unserer Gesellschaft vorherrscht, alte Menschen seien warmherzig aber inkompetent. Vergesslichkeit zum Beispiel wird bei alten Menschen im Gegensatz zu jungen schnell „pathologisiert“.

Der Begriff „Vorurteil“ ist umgangssprachlich und bezeichnet grundsätzlich das Urteilen vor dem Nachdenken. Er wird oft synonym mit dem Stereotyp- Begriff verwendet.

Altersdiskriminierung ist die dritte Komponente des Ageismus, die in dieser Arbeit beschrieben wird. Altersdiskriminierung ist ungerecht und findet ohne Begründung statt, denn nur das Alter wird für Entscheidungen herangezogen, was in Wirklichkeit keinen Grund für einen Unterschied darstellen sollte. Drei unterschiedliche Formen der Altersdiskriminierung werden dabei unterschieden.

In Bezug auf die Hautkrankenpflege ist die Gradwanderung hervorzuheben, der pflegende Personen, seien es professionelle Pflegekräfte oder Angehörige, ausgesetzt sind. Sie sollen zum einen die individuellen Verluste ausgleichen

und müssen der pflegebedürftigen Person Dinge abnehmen, die sie selbst nicht mehr schafft. Zum anderen muss altersdiskriminierendes Verhalten, das die alte Person nur noch auf ihre Gebrechlichkeit und ihr hohes Alter reduziert, vermieden werden. „Erlernte Hilflosigkeit“ (siehe auch Kapitel 5.2.2. Erlernte Hilflosigkeit) – eine Form des Ageismus - gilt es zu vermeiden, denn sie kann im schlimmsten Fall zum frühzeitigen Tod der pflegebedürftigen Person führen.

Das Prinzip der aktivierenden Pflege, die den kranken Menschen so schnell wie möglich wieder gesund werden lassen soll, ist auf alte Menschen nur bedingt anwendbar. Die Pflege alter Menschen findet häufig in Todesnähe statt und soll nichts desto trotz Lebensqualität fördern, unabhängig von der Dauer des noch verbleibenden Lebens. Hier wird das Spannungsfeld deutlich, in dem sich die ambulante Pflege befindet: Dabei soll die Hauskrankenpflege die Autonomie und die Selbstständigkeit fördern und ressourcenorientiert agieren, und auch Hilfe und Schutz bieten. Dabei nicht paternalistisch und ageistisch vorzugehen, ist die Schwierigkeit. Wenn alte und sehr pflegebedürftige Menschen am Ende ihres Lebens angekommen sind, ist der Tod oft unvermeidbar und sollte nicht als der absolute Gegner betrachtet werden und ein Symbol des Versagens darstellen.

In diesen Spannungsfeldern manifestiert sich Ageismus auf viele unterschiedliche Arten, in den verschiedensten Kontexten und hat Auswirkungen auf die alten Menschen und auf die öffentliche Politik.

Um gegen Ageismus ankämpfen zu können, muss man seine Ursachen verstehen. Auf diese Aspekte wird im fünften Kapitel eingegangen, wobei ageistisches Verhalten in der Hauskrankenpflege im Zentrum der Betrachtungen steht.

5. Ageismus in der Hauskrankenpflege

5.1. Datenlage und Stand der Forschung

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln die Relevanz des Alterns, der Hauskrankenpflege und des Ageismus im Allgemeinen abgehandelt wurden, folgt nun im Hauptkapitel dieser wissenschaftlichen Abschlussarbeit die Betrachtung des Ageismus in der Hauskrankenpflege.

Bevor damit begonnen werden kann, muss jedoch festgehalten werden, dass es zum Thema „Altersdiskriminierung in der Hauskrankenpflege“ sehr wenig wissenschaftliche Literatur gibt und kaum Studien gefunden werden konnten, um den zweiten Teil der Forschungsfrage „wie zeigt sich Ageismus in der Hauskrankenpflege“ hinreichend zu beantworten. Im Gegensatz dazu gab es bei der Literatursichtung im Kapitel 2 (siehe Kapitel 2 Lebensphase Alter) eine Fülle an Informationen; hier war das Problem eher die Unstrukturiertheit der Ergebnisse. Im Zuge der Literaturrecherche für das Kapitel Hauskrankenpflege (siehe Kapitel 3 Hauskrankenpflege) wurden primär Lehrbücher der Krankenpflege herangezogen; es mangelt allgemein – wahrscheinlich aufgrund des erschwerten Feldzuganges im Gegensatz zu Institutionen und des stetigen aber noch lange nicht abgeschlossenen Aufbaus an empirischen Evidenzen der noch jungen pflegewissenschaftlichen Disziplin – an wissenschaftlichen Studien aus dem deutschsprachigen Raum. Im vierten Kapitel über Ageismus fanden sich vor allem Monografien und auch vereinzelt, überwiegend englischsprachige Studien.

Zu dem dünn gesäten Themenkomplex „Ageismus in der Hauskrankenpflege“ werden deshalb anhand eines Workarounds analoge bzw. verwandte Themengebiete aus der allgemeinen Pflege auf die Hauskrankenpflege übertragen. Da es sich um Ageismus in der Hauskrankenpflege in Österreich handelt, sollten zuerst nur wissenschaftliche Arbeiten aus Österreich verwendet werden. Da

diese aber so rar sind, wurde der deutschsprachige Raum prioritär behandelt und in weiterer Folge wurden auch internationale Studien inkludiert, sofern sie thematisch relevant waren und eine neue Perspektive eröffneten.

5.2. Ursachen des Ageismus in der Hauskrankenpflege

Dass Ageismus unter den Betreuungspersonen pflegebedürftiger, alter Menschen existiert, ist oftmals unvorstellbar und unvereinbar mit dem etwas verklärten Bild helfender Berufsgruppen. Zu behaupten, dass Ageismus im Gesundheitswesen existiert, bedeutet demnach, dass alte Menschen besonders benachteiligt oder aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters auf wenig wünschenswerte Weise behandelt werden.

Altersdiskriminierung, stereotype Denkmuster und Altersvorurteile sind – wie bereits gezeigt wurde nicht nur in der Gesamtheit der Gesellschaft weit verbreitet, sondern auch in dem Teil der Gesellschaft, der sich um alte Menschen kümmert - den professionell, ambulant tätigen Pflegekräften.

„Older persons may be discriminated against because of the way they look, speak or function in a society that values productivity, economic wealth, speed, youth and beauty“ (Fick 2006, S. 14). Auch diese Autorin beschreibt die Unvereinbarkeit, der alte Menschen ausgesetzt sind, wenn sie mit dem Standard der Leistungsgesellschaft, den im Erwerbsleben Tätigen, verglichen werden und weshalb sie zu Diskriminierungsopfern werden. Das gesellschaftliche Klima und die Werte der Leistungsgesellschaft sind ein Grund für Ageismus. Pflegende sind auch altersdiskriminierenden und altersstereotypen Bildern in der Gesellschaft ausgesetzt. Im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen sind professionelle Pflegekräfte in der Hauskrankenpflege sogar noch häufiger mit Situationen konfrontiert, in denen sie sich alten, gebrechlichen und von Verlusten geprägten Menschen gegenübersehen.

“In several studies it has been suggested that nurses’ approach to and treatment of elderly people is mainly determined by a negative predisposition to-

wards elderly patients and a tendency to stereotype them as having undesirable traits and characteristics (Taft 1985, Brasker & Visser 1990, Treharne 1990, Pennix 1995)” (Caris-Verhallen et al. 1999a).

Caris-Verhallen et al. beschreiben hier eine zentrale Annahme ihrer Studie über Faktoren, die die Kommunikation mit alten Menschen beeinflussen. Sie meinen, dass Pflegepersonen vor allem negative Einstellungen gegenüber alten, gebrechlichen Pflegebedürftigen haben. In dieser Studie werden Faktoren seitens der Pflegebedürftigen, seitens der Pflegekräfte und situationale Faktoren beleuchtet. Es geht hervor, dass mobile Pflegekräfte den Pflegebedürftigen mehr Aufmerksamkeit an Tagen schenken, an denen sich die Pflegebedürftigen gesund fühlen (also der Leistungsgesellschaft näher sind). Diese Aufmerksamkeit richtet sich auf deren Gefühle und auf ihren Lebensstil. Weiters wird deutlich, wie wichtig die Ausbildung der Pflegekräfte ist:

“The general conclusion on provider variables is that the amount of nursing education in particular was related to the way nurses communicated with their patients. More highly educated nurses showed more task-related communication such as remarks that guided the patient through the encounter and conversations about nursing and health topics, and they employed less small talk and banter with their patients” (Caris-Verhallen et al. 1999a). Der Umfang der Pflegeausbildung lässt also Rückschlüsse auf die Art und Weise des Umgangs mit älteren Menschen zu: Je mehr Ausbildung eine Pflegeperson hat, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit für einen respektvollen Umgang. Schlechte Ausbildung ist also auch ein Grund für Ageismus.

Darüber hinaus finden sich noch andere Ursachen: Die negativen Einstellungen und stereotypen Denkmuster gegenüber alten Menschen (siehe Kapitel 4 Ageismus), die Wehrlosigkeit alter Menschen gegenüber diskriminierenden Attacken aufgrund von Gebrechlichkeit, langjährige, konfliktbeladene Beziehungen seitens der pflegenden Angehörigen, starre Regelungen auf der Organisationsebene mobiler Dienste, die das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse alter Menschen unmöglich machen, der Zeitdruck und der Stress, dem Pflegekräfte ausgesetzt sind und schließlich der Mangel an Informationen über dieses Tabuthema tragen zu Ageismus bei (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2010, S. 3). Unzureichende soziale Unterstützung seitens

der pflegenden Angehörigen und Stress durch organisationale Bedingungen bei in der Hauskrankenpflege tätigen Personen führen zu großen Belastungen und ermöglichen dadurch das altersdiskriminierende Verhalten.

Ein anderer Grund für Ageismus in der Hauskrankenpflege ist in der Struktur der Organisationsform verortet. In der Hauskrankenpflege, in der schwerst pflegebedürftige alte Menschen von ihren Angehörigen und professionellen Pflegenden versorgt werden (siehe Kapitel 3.5. Betrachtungen des Pflegearrangements), gibt es große Unterschiede im Gegensatz zum intramuralen Bereich, die in der verborgenen und „unkontrollierten“ Atmosphäre der eigenen vier Wände wurzeln. Durch die „Unsichtbarkeit“ und den vermeintlichen Schutz, den das eigene Heim bietet, kann Ageismus widerspruchslos entstehen und im schlimmsten Fall äußert er sich in Form von Gewalt gegen alte Menschen.

Andere Ursachen für Ageismus in der Hauskrankenpflege sind stark mit der Ungleichheit der Gesprächspartner verwoben, wie Sachweh eindrucksvoll darstellt (Sachweh 2002; S. 25ff.).

Es besteht eine Asymmetrie zwischen den Gesprächspartnern. Zum einen unterscheiden sich die Pflegepersonal und der Pflegebedürftige durch ihr Alter. Es kommt vor, dass eine Pflegeperson noch nicht einmal 20 Jahre alt ist und die pflegebedürftige Person ist über 90. Die Wertvorstellungen der beiden unterscheiden sich grundlegend voneinander, was ein gewisses Maß an Konfliktpotenzial mit sich bringt. Jugend und Alter gehen auch mit unterschiedlichen psychischen Verfassungen einher. Während die Jugend das Leben noch vor sich hat und das Sterben in weiter Ferne zu liegen scheint, sehen hochaltrige und pflegebedürftige Menschen oft nur dem Tod entgegen. *„Krass formuliert können also Lebensfreude und Todesangst aufeinander treffen“* (Sachweh 2002, S. 27).

Zum anderen unterscheiden sich Pflegeperson und Pflegebedürftiger durch den Gesundheitszustand in Bezug auf ihre Rollen. Pflegenden sind gesund, Pflegebedürftige hingegen krank.

„Ihre Rollen als Pflegenden und Pflegebedürftigen bedingen ebenfalls, dass die einen im Umgang miteinander stets den handelnden, aktiven Part übernehmen (müssen), und die anderen den passiven. Das Agieren der einen und das Reagieren der anderen erstreckt sich in vielen Fällen auch auf den Bereich der

Kommunikation“ (Sachweh 2002, S. 27). Der alte gebrechliche Mensch ist passiv und reagiert auf die aktive und handelnde Pflegeperson.

Ein weiterer Grund in der Assymetrie liegt darin, dass Pflegekräfte bekleidet, und die Pflegebedürftigen oft nackt sind. Nacktheit vor Fremden ist in unserer Gesellschaft tabu. Beide am Pflegearrangement Beteiligten müssen einen Weg finden, mit diesen Tabubrüchen zurechtzukommen.

Darüber hinaus sind Pflegepersonen in punkto Medizin und Pflege bestens geschult, während die pflegebedürftige Person Laie ist. Pflegepersonen haben meist ein großes soziales Netz, bestehend aus vielen Familienmitgliedern, Bekannten, Arbeitskollegen und Freunden. Die gebrechliche alte Person kann die sozialen Kontakte oft nicht mehr frei wählen, und ist auf wenige Menschen und die Pflegeperson beschränkt.

Es kommt vor, dass Pflegebedürftige in den Pflegenden einen Familienersatz suchen, was den Pflegepersonen aber zu viel sein kann. Zuletzt unterscheiden sich die beiden durch die Macht über sich selbst und andere. Pflegekräfte bestimmen über ihr eigenes Leben und geben den Tagesablauf der Pflegebedürftigen vor. Sie legen zum Beispiel den Zeitpunkt und die Häufigkeit der Körperpflege fest und entscheiden über das Zugestehen oder das Verweigern von kleinen Aufmerksamkeiten. Die pflegebedürftige Person hingegen ist ohnmächtig und abhängig von den Pflegenden.

Gemeinsam ist den beiden unterschiedlichen Gruppen, dass sie sich ihre Gesprächspartner nicht aussuchen können auf Basis von Sympathie und Antipathie. Wenn sie sich gut verstehen und vielleicht sogar mögen, ist das Glück, wenn nicht, muss trotzdem ein Kompromiss gefunden werden, um miteinander zurechtzukommen. Der in Österreich vorherrschende Pflegemangel bewirkt, dass oft keine andere Pflegeperson organisiert werden kann.

Die nachfolgende Darstellung fasst die Unterschiede zwischen der Pflegeperson und dem Pflegebedürftigen übersichtlich zusammen.

Pflegernde	Pflegerbedürftige
<ul style="list-style-type: none"> • jung oder jünger • Lebenserfahrung: Frieden, Demokratie, Konsum-, Informationsgesellschaft • psychische Verfassung: Lebensanfang alles ist noch machbar/ möglich • gesund • immer bekleidet • aktiv, handelnd • medizinisch-pflegerische Experten • viele potenzielle Gesprächspartner • Macht 	<ul style="list-style-type: none"> • alt • Lebenserfahrung: 1-2 Weltkriege, verschiedene politische Systeme, Not und Entbehrung • psychische Verfassung: Lebensende, es gibt keine Zukunft mehr, nur Tod • krank • öfter nackt • passiv, erleidend • medizinisch-pflegerische Laien • wenig potenzielle Gesprächspartner • Ohnmacht

Abbildung 9: Gegenüberstellung Pflegernde – Gepflegte
(Sachweh 2002, S. 30)

Neben den bereits genannten Ursachen für Ageismus ist noch ein weiterer Ansatz nennenswert, nämlich jener von Duncan und Schaller (2009). Die beiden Forscher fanden heraus, dass Vorurteile bei Personen größer sind, die Angst vor einer Übertragung von Infektionskrankheiten haben. Da pathogene Keime nur mikroskopisch wahrnehmbar sind, werden morphologische oder verhaltensbezogene Hinweise auf Krankheitsanzeichen zur Beurteilung herangezogen. Dabei tendieren Menschen dazu, auch gesunde Menschen als krank einzustufen. Im Zentrum steht der Wunsch, übertragbare Krankheiten zu vermeiden. Während Menschen altern, verändert sich ihr physisches Aussehen immer mehr von dem des Prototyps des Erwachsenen weg. Daraus folgt, dass das „behaviorale Immunsystem“ beim bloßen Anblick einer alten Person implizite, also unbewusste, aversive Reize auslöst. Betrachter alter Menschen assoziieren diese dann mit Krankheiten und versuchen sie zu vermeiden. Die Studienergebnisse von Duncan und Schaller liefern erste Ergebnisse, die diese Annahmen stützen. Im Hinblick auf das Gesundheitswesen, wo die Auffälligkeit von Krankheitsanzeichen besonders deutlich sichtbar ist, wird erwartet, dass alte Menschen mit dem größten Wohlwollen behandelt werden. Es ist ironisch,

dass alte Menschen auch bzw. gerade hier Altersdiskriminierung erleiden, die sich in Vermeidung, Ausschluss und Aversion zeigt.

In diesem Kapitel wurden mannigfaltige Gründe für Ageismus in der Hauskrankenpflege erörtert. Im nun Folgenden werden die Ausprägungsformen des Ageismus in der Hauskrankenpflege zusammengefasst.

Die Ursachen für Ageismus können zum einen dazu führen, dass Pflegekräfte selbst altersdiskriminierend agieren, was im Folgenden dargestellt wird, und zum anderen führt dieser Umstand zu einer Sekundärdiskriminierung, die wegen des schlechten Images der Altenpflege die Betreuungspersonen selbst zum Opfer von Diskriminierung werden lässt, worauf später eingegangen wird.

5.3. Ausprägungsformen des Ageismus in der Hauskrankenpflege

Nachdem nun Gründe für Ageismus ausführlich dargestellt worden sind, geht dieses Kapitel auf die Erscheinungsformen des Ageismus in der Hauskrankenpflege ein.

Ageismus kann alle Phasen des Pflegeprozesses in der Hauskrankenpflege betreffen (siehe Kapitel 3.3. Aufgaben).

Zum einen können alte Menschen im Gegensatz zu jüngeren eine schlechtere medizinische und pflegerische Versorgung erhalten, indem gewisse Behandlungen bei ihnen nicht durchgeführt, erschwert oder nicht zu genüge verrichtet werden. Zum anderen schlagen sich Ageismus und negative Einstellungen gegenüber alten Menschen im Kommunikationsverhalten nieder (vgl. Rothermund et Mayer 2009, S. 57). Darüber hinaus zeigt sich Ageismus – im Sinne einer Distanzierung von alten Menschen – in der geringen Motivation zukünftiger im Gesundheitswesen Tätiger (und dazu zählen auch die professionellen Pflegepersonen in der Hauskrankenpflege), sich auf den gerontologischen Bereich zu spezialisieren. Hier sind es die strukturellen Gegebenheiten, die von Interesse sind, die eine Qualifizierung in der Arbeit mit alten Menschen unattraktiv er-

scheinen lassen. Da gerontologische Themen in der Ausbildung in eher geringem Maß vorkommen, halten Pflegende diese Themen oft für irrelevant und sind der Meinung, alte Menschen benötigen keine speziell auf sie zugeschnittene Behandlung. Diese Mängel können in weiterer Folge zu Unsicherheit und zu Pflegefehlern führen, indem gewisse Maßnahmen zum Beispiel nicht gesetzt, Diagnosen falsch gestellt oder Medikamente falsch gegeben werden. Weitere altersdiskriminierende Pflegehandlungen beziehen sich auf Vernachlässigung, die bis hin zu physischer Gewalt gegen ältere Personen reicht.

Unterschiede, die alte Menschen im Gegensatz zu jüngeren im Gesundheitssystem erleben bzw. erleiden, betreffen zum einen den allgemeinen Zugang zu Einrichtungen des Gesundheitswesens. Zum anderen zeigen sie sich –wenn alte Menschen bereits behandelt werden - auch im internen Zugang zu speziellen Behandlungen, Spezialisten, Operationen und Diagnoseverfahren und drücken sich in einer weniger großen Wahrscheinlichkeit aus, zu bestimmten diagnostischen Tests oder Therapien zugelassen zu werden und dies nur aufgrund eines hohen Alters. In Bezug auf Hauskrankenpflege kann dies bedeuten, dass Krankenpfleger ihre Aufgaben im Pflegeprozess bei alten Menschen nicht so genau durchführen wie bei jüngeren Menschen.²⁸

Hinter diesen im Gesundheitssystem auftretenden Unterschieden zwischen Jung und Alt und weniger gründlichen Untersuchungen bzw. Behandlungen bei alten Menschen stecken oft Vorschläge, Menschen ab einer gewissen Altersgrenze Leistungen zu rationieren. Dahinter stecken meist finanzielle Überlegungen, Kosten einzusparen. Geschieht dies, werden Grundrechte und das Solidaritätsprinzip in unserer Gesellschaft in Frage gestellt (vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe 2005, S. 13).

„Sie (Anmerkung der Autorin: die Rationierungsvorschläge ab einem gewissen Alter) legen die Vermutung nahe, dass bei dieser Kostenrechnung die Kosten zu hoch sind und der Nutzen des alten Menschen zu gering ist – sprich: das

²⁸ Eine aktuelle Studie aus Großbritannien weist auf altersdiskriminierende Verhaltensweisen und Defizite in der medizinischen Versorgung bei alten Menschen hin, die chirurgische Eingriffe hinter sich hatten, und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation verstarben. Der Fokus hierbei liegt im intramuralen Bereich und der interessierte Leser sei an dieser Stelle auf die Quelle verwiesen: NCEPOD (2010).

Leben des alten Menschen keine oder zu wenig anerkannte Qualitäten hat“ (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2005, S. 13). Alte Menschen ausnahmslos als Belastung und/ oder Kostenfaktor für das Gesundheits- und Sozialsystem zu sehen, ist aus gesellschaftspolitischer Sicht sehr kritisch zu bewerten.

Eine andere altersdiskriminierende Ausprägungsform zeigt sich, wenn eine Pflegeperson falsche Vermutungen über den Gesundheitszustand der alten Person anstellt, indem sie behauptet, dass verschiedene Symptome natürliche Eigenschaften des Alters seien, anstatt Krankheitsanzeichen. Die alte Person wird auf diese Weise zu einem Opfer ageistischer Pauschalisierungen. Weitere diagnostische Verfahren werden in weiterer Folge nicht eingeleitet (vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe 2005, S. 13). Dahinter steckt oft die falsche Überzeugung, Schmerz gehöre einfach zum Alter dazu. Es gibt Schätzungen, die davon ausgehen, dass bei 30 bis 40% der alten Menschen, die sich wegen einer Depression behandeln lassen wollen, diese nicht erkannt wird (vgl. Rothermund et Mayer 2009, S. 58).

Dies deutet auf einen gewissen therapeutischen Nihilismus hin, der sich dadurch ausdrückt, dass alte Menschen als schwierig und wenig therapierbar eingeschätzt werden.

Alten Menschen werden präventive, vor allem tertiär präventive, dh rehabilitative Maßnahmen oftmals verweigert, da die Aussichten auf Behandlungserfolg irrtümlich zu klein eingestuft werden. Das Unterlassen diagnostischer und therapeutischer Schritte führt in solchen Fällen oft zu starker Schmerzbelastung und zu großem Leidendruck auf Seiten der Pflegebedürftigen und daraus resultieren hohe Folgekosten (vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, S. 13).

Auch die Art und Weise des Umgangs mit pflegebedürftigen Menschen in der Hauskrankenpflege kann von Ageismus durchdrungen sein: Alte Menschen werden oft nicht als Partner in der pflegerischen Beziehung betrachtet. Entscheidungen werden über den Kopf der alten Person hinweg gefällt ohne dass der Pflegebedürftige mitbestimmen kann. Man nennt diese Form auch „paternalistisch“.

Durch diese paternalistische Herangehensweise drückt sich ein Aberkennen von Fähigkeiten und Kompetenzen der alten Person aus (vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, S. 13).

Diese soeben beschriebenen Ausprägungsformen von Ageismus in der Hauskrankenpflege fokussieren auf technische Aspekte oder die Art und Weise der Zuwendung und beinhalten auch die Zeit, die sich ein im Gesundheitswesen Tätiger für einen alten Menschen nimmt. Zum Beispiel beinhaltet dies auch die Zeit, die sich eine Pflegeperson bei einem alten Menschen für eine Differentialdiagnose nimmt oder das Ausmaß, inwieweit der professionell Tätige direkt mit der alten Person kommuniziert anstatt über ihn mit jüngeren Familienangehörigen. Dies führt auch schon zu dem nächsten Kapitel, in dem altersdiskriminierende Kommunikationsformen näher beleuchtet werden.

5.3.1. Interaktions- und Kommunikationsverhalten

Die wissenschaftliche Evidenz für den großen Stellenwert der Kommunikation in der Krankenpflege ist überwältigend (Caris-Verhallen et al 1997/ Caris-Verhallen et al. 1998/ Caris-Verhallen et al 1999a/ Caris-Verhallen et al 1999b/ Olbrich 2006/ Sadala et al. 2010/ Abt-Zegelin et Schnell 2005, S. 11f./ Walther 2005, S. 51/ Sitzmann 2005, S. 93f./ Buser et al. 2005, S. 225/ Hausmann 2005, S. 177/ Sachweh 2002, S. 20).

Die kommunikativen Anforderungen an Pflegende sind sehr groß – sie müssen sich *„situationsgerecht, verständlich und differenziert ausdrücken“* können (Sachweh 2002, S. 20).

Die Kommunikation in der Hauskrankenpflege ist gekennzeichnet durch Verhandeln über Ziele, gegenseitiges Aufeinandereingehen und das Treffen von Entscheidungen. Daher ist die Kommunikation in der Hauskrankenpflege eher aufgabenorientiert als sozial-emotional. Es kommt zu häufigem Informationsaustausch über pflegebezogene, medizinische oder therapeutische Themen (vgl. Caris-Verhallen et al. 1998, S. 97ff.). Darüber hinaus ist die Kommunikation dadurch geprägt, dass Pflegepersonen sich verpflichtet fühlen, ein Gespräch zu

eröffnen, einen Dialog in Gang zu halten und diesen zu gegebener Zeit auch wieder zu beenden. Schweigen der pflegebedürftigen Menschen wird mit dem Versuch ein Gespräch aufzubauen erwidert (vgl. Langfeldt-Nagel 2004, S. 50).

Die heute alten und pflegebedürftigen Menschen wuchsen in einer anderen Zeit auf. Es wurde ihnen anerkundet, nicht über ihre Gefühle zu sprechen und sich nicht anmerken zu lassen, wie es ihnen geht. Kindern wurde erklärt, nicht „ich will“ zu sagen und von Mädchen wurde erwartet, sich und die eigenen Wünsche zurückzunehmen, Probleme zu ertragen und für andere da zu sein.

„Sie hatten keine Übung darin, Wünsche zu äußern. ‚Man muss doch zufrieden sein‘, das ist eine Forderung, die viele alte Frauen an sich selbst stellen“ (Langfeldt-Nagel 2004, S. 52).

Dieses Zitat drückt die Gegensätzlichkeit zu heutigen Einstellungen aus. Alte Menschen haben auch gelernt, besonderen Respekt alten Menschen entgegenzubringen. Viele erwarten das jetzt von jüngeren.

Auch die Themen alter Menschen unterscheiden sich von denen jüngerer Personen. Primär wird über Gesundheit, das Befinden der Angehörigen und die geistige Leistungsfähigkeit geredet. Es wird viel über das vergangene Leben und über Sterben und Tod eher weniger geredet. Alte Menschen sprechen Schicksalsschläge und Belastungen rascher an, auch wenn diese schon sehr weit zurückliegen. Damit beschreiben sie wichtige Ereignisse in ihrem Leben, die ein Teil ihrer Identität sind. Alte Menschen erwähnen in Dialogen mit jüngeren gerne ihr Alter und die damit verbundenen Rollen (zum Beispiel: Großeltern). Es handelt sich um eine Selbstdarstellung in der geklärt wird, dass die Gesprächspartner unterschiedlichen Gruppen angehören. Zugleich distanzieren sie sich aber von den „Alten“, zu denen sie nicht gehören wollen (vgl. Langfeldt-Nagel, S. 52).

Die Themen zwischen pflegenden und pflegebedürftigen Menschen unterscheiden sich also stark. Während die jüngeren Pflegepersonen noch viel vorhaben, blicken alte Menschen gerne zurück (siehe auch Kapitel 5.1. Ursachen des Ageismus).

Erfolgreiche Kommunikation zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen hat folgende sehr positive Auswirkungen: Durch gelungene Kommunikation ist eine optimale Betreuung gewährleistet, sie erhöht die Zufriedenheit aller Beteiligten, stärkt die Beziehung. Sie lenkt sogar von Schmerzen ab und stärkt das Selbstbewusstsein. Sie zeigt den Willen zu einer ganzheitlichen Pflegeform, signalisiert Respekt vor dem Individuum und verringert die Arbeitsbelastung bei den Pflegenden(vgl. Sachweh 2002, S. 21f.).

Die Kommunikation in der Hauskrankenpflege dient der professionell pflegenden Person dazu, herauszufinden, wie es dem Pflegebedürftigen geht, um daraufhin ausgerichtet die Arbeit zu planen. Man nennt diesen Teil der Kommunikation auch Informationsaustausch. Hierbei kommt es auch oft zu altersdiskriminierendem Verhalten. Dies kann sich auf mehrere Arten zeigen:

Als primärer Indikator für die Einstellung der in der Hauskrankenpflege Tätigen gilt die Anredeform. Man unterscheidet grundsätzlich zwischen Duzen und Siezen. Duzen symbolisiert Nähe und Vertrautheit, und ob man jemanden duzt hängt eng mit Geschlecht, Sympathie, Gewohnheit und Alter zusammen. Viele Pflegende duzen die Pflegebedürftigen um Geborgenheit zu vermitteln, aber es gibt auch eine herablassende Form: Duzen, vor allem durch einseitiges, kann auch Macht ausdrücken. Es symbolisiert eine Überlegenheit der eigenen Person und ist diskriminierend, weil der alten, pflegebedürftigen Person die Eigenständigkeit aberkannt wird und sie nicht respektiert wird (vgl. Sachweh 2002, S. 77ff.).

Zum Siezen kommt es in unserer Gesellschaft bei erwachsenen, einander fremden Menschen. Es signalisiert neben Respekt, Höflichkeit auch Distanz und den formellen Charakter einer Situation. Viele Pflegeeinrichtungen setzen von ihren Angestellten voraus, dass sie die pflegebedürftigen Menschen siezen müssen.

Im Deutschen gibt es keine Stilebene, die gleichzeitig Höflichkeit UND Zuneigung bzw. Empathie ausdrückt, weshalb es in der Hauskrankenpflege zu Mischformen der Anrede kommen kann, das heißt es kommt zu einer Mischform aus Duzen und Siezen. Den Pflegekräften ist das Hin- und Herwechseln zwischen Duzen und Siezen meist nicht bewusst. „*Es entsteht der Eindruck,*

dass der durch das Siezen ausgedrückte Respekt nur oberflächlich bzw. vorge-täuscht ist und die BewohnerInnen in Wahrheit nicht mehr als gleichwertige Er-wachsene von den Pflegepersonen wahrgenommen werden (...) – vor allem, weil das unhöflichere Duzen von einigen auch schon bei leichtem Stress, Un-aufmerksamkeit oder Streit mit alten Menschen verwendet wird“ (Sachweh 2002, S. 87). Das Hin- und Herwechseln der Anredeform ist also ein Zeichen für respektlose, ageistische Einstellungen gegenüber alten, pflegebedürftigen Menschen.

Ein weiteres Anzeichen für Altersdiskriminierung bzw. für negative Einstellun-gen gegenüber pflegebedürftigen Menschen äußert sich im sogenannten „Kran-kenschwester-Wir“ (Beispiele: „Wie geht es uns denn heute?“ „So, jetzt nehmen wir die Tablette!“ „Dann waschen wir den Rücken.“).

Die Pflegeperson, die den Nominativ Plural („wir“) verwendet, meint damit ent-weder sich selbst, oder die pflegebedürftige Person, aber nicht beide gemein-sam.²⁹

Meistens wird das Krankenschwester-Wir für Tätigkeiten verwendet, die alte Menschen nicht mehr selber machen können. Oft ist dies Waschen oder die Intimpflege oder wenn die pflegebedürftigen Personen bei irgendetwas Hilfe benötigen. Es wird umso öfter gebraucht, je hilfloser die Pflegebedürftigen sind und je weniger sie jüngeren, gesünderen Erwachsenen gleichen. Es ist grund-sätzlich wenig sinnvoll, so mit alten Menschen zu sprechen, da es geistig rege Menschen verärgern und kränken kann und sie auf diese Weise unmündig be-handelt werden (vgl. Sachweh 2002, S. 91ff.).

Neben den eben genannten altersdiskriminierenden und unwürdigen Kommuni-kationsformen existiert auch noch das Sprechen über Pflegebedürftige über diese in deren Beisein mit einer dritten Person. Damit spricht man der alten Person jede Selbstbestimmung ab. Manchmal fallen hier auch abwertende Beg-riiffe, vor allem bei verstummten, sterbenden oder komatösen Patienten, vermut-lich in der falschen Annahme, dass diese nichts mehr verstehen können (vgl.

²⁹ Anmerkung der Autorin: Beim Nominativ im Plural in der deutschen Sprache handelt es um ein „inklusives Wir“, was bedeutet, dass der Sprecher sich selbst in die Gruppe, von der er spricht, mit einbezieht.

Sachweh 2002, S. 43ff.). Ein derartiges Verhalten, vor allem, wenn negativ über die pflegebedürftige Person in deren Beisein gesprochen wird, ist entwürdigend. „*Sie* (Anmerkung der Autorin: hier wird eine Pflegende beschrieben, die Charakterzüge einer alten, pflegebedürftigen Person in deren Beisein kommentiert) *spricht, als wäre die alte Frau ein Ding ohne Verstand oder Gefühle* (Sachweh 2002, S. 53). Hier mangelt es an einfühelndem Verstehen, einer sehr wichtigen pflegerischen Basiskompetenz (vgl. Langfeldt-Nagel 2004, S. 88ff.).

Nun soll an dieser Stelle auf die patronisierende, sekundäre Babysprache eingegangen werden, die altersdiskriminierend ist. Typische Elemente der Babysprache sind solche, die auch beim Sprechen mit Babies verwendet werden. Dazu zählen einfache Grammatik und kurze Sätze, vereinfachtes Vokabular (zum Beispiel „Hund“ statt „Dogge“), Kosewörter (wie zum Beispiel „Schatzi-lein“), hohe, schrille Tonlage und langsames und lautes Sprechen, viele Wiederholungen und der Gebrauch von babytypischen Wörtern wie „Brumm Brumm“ für „Auto“. Auch Verniedlichungen und Verkleinerungsformen wie „Köpfchen“ oder „Händchen“ gehören dazu. Überschwängliches Loben meist in Bezug auf die Kontrolle der Ausscheidungen („sehr brav“) und Ausdrücke wie etwas „schön“ zu tun (zum Beispiel: „du musst jetzt schön schlafen“), die man normalerweise nicht im Zusammenhang mit erwachsenen Menschen gebraucht, sind ebenfalls Bestandteile der sekundären Babysprache. In der Hauskrankenpflege verwenden Pflegerinnen die typischen Babysprachworte in Bezug auf den Körper („Popo“) oder Ausscheidungen („Lulu“) (vgl. Sachweh 2002, S. 99ff.).

Auch wenn die Babysprache in der Mehrzahl der Fälle nett gemeint ist, wirkt sie herablassend und stellt die Pflegebedürftigen mit Babies gleich. Viele alte Menschen fühlen sich dadurch erniedrigt, trauen sich aber gleichzeitig auch nicht, etwas dagegen zu unternehmen.

Neben der Babysprache gibt es - damit eng verknüpft - eine weitere diskriminierende Kommunikationsform, nämlich die patronisierende Kommunikation. Sie enthält Elemente der Babysprache und drückt sich durch eingeschränkte Themenwahl, oberflächliche Inhalte, Unterbrechungen und Imperative aus. Auf der Ebene der nonverbalen Kommunikation gibt es negative Merkmale („sich weg-drehen, Augenrollen, Grinsen, Hände in die Hüften stemmen, Arme verschrän-

ken, abrupte Bewegungen“ (Ryan et Kwong See 1998, S. 64)), die häufiger stattfinden als die positiven Merkmale („Augenkontakt, Lächeln, Nicken, Sich herunter bücken, sanfte Bewegungen“ (Ryan et Kwong See 1998, S. 64)). Der Zweck dieses Stils ist zweidimensional: Einerseits zeichnet sich patronisierendes Verhalten durch fehlenden Respekt aus, andererseits möchte die Pflegeperson damit sicherstellen, dass der alte Mensch aus Fürsorgegründen etwas tut. Auch wenn es das Ziel ist, fürsorglich zu agieren, wird dieser Stil oft als respektlos empfunden. In jedem Fall ist der patronisierende Kommunikationsstil bevormundend und kontrollierend und kann bei dementen Personen zu abwehrendem und aggressiven Verhalten führen (vgl. Rothermund et Mayer 2009, S. 64f.). Die Folge von Babysprache und patronisierender Kommunikation ist eine Verstärkung von altersstereotypen Verhaltensweisen (vgl. Ryan et Kwong See 1998, S. 64ff.). Das Modell stereotypgeleiteter Kommunikation mit Älteren von Ryan et al. gehen davon aus, dass bei jüngeren Menschen (Pflegepersonen) im Kontakt mit alten Menschen (Pflegebedürftigen) automatisch durch das Erkennen von Altersmerkmalen wie grauen Haaren und Falten stereotype Erwartungen geweckt werden: Das sind vor allem Vorstellungen vom unausweichlichen Abbau körperlicher, geistiger und sprachlicher Kompetenzen (vgl. Ryan et al. 1986 zit. nach Mayer 2002, S. 23f.). Aufgrund dieser stereotypen Einschätzungen passen Jüngere ihr Sprachverhalten an die vermeintlichen Defizite an, die die alten Menschen in Wirklichkeit gar nicht haben.

Meist passieren diese Anpassungsbemühungen in guter Absicht, haben aber trotzdem negative Folgen. Die alte Person, fühlt sich „alt“, unverstanden und nicht respektiert und verhält sich unselbstständiger als sie eigentlich ist. Es kann dazu führen, dass alte Menschen immer weniger Möglichkeiten und Gelegenheiten haben, ihre kommunikativen Fähigkeiten mit anderen zu üben und schließlich verlernen, sich wie Erwachsene zu unterhalten.

Erlebt sich der alte Mensch als uninteressanten Gesprächspartner, wird er soziale Kontakte immer mehr scheuen. Dies beschleunigt den physischen und psychischen Alterungsprozess. Solche Veränderungen werden in folgenden Gesprächen wahrgenommen und aktivieren negative Altersstereotype weiter. Es handelt sich hier um ein Zusammenspiel von altersstereotypen Erwartungen

seitens der betreuenden Personen und sich selbst erfüllenden Prophezeiungen seitens der Pflegebedürftigen.

Die nachfolgende Darstellung, Abbildung 10, zeigt den „Teufelskreis“ der intergenerationellen Kommunikation deutlich.

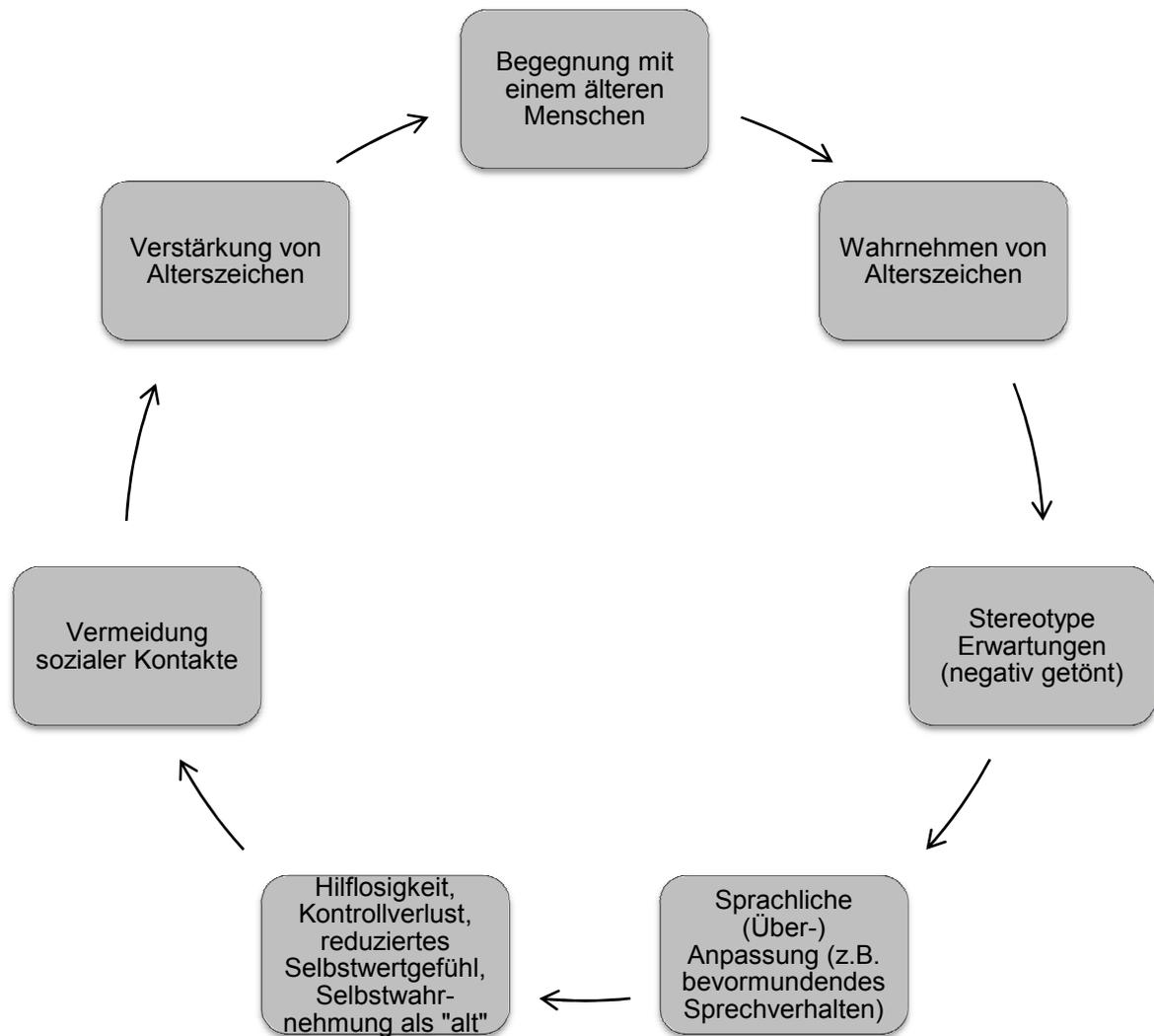


Abbildung 10: Teufelskreis-Modell intergenerationeller Kommunikation
Quelle: Communication Predicament of Aging; Ryan et al. 1986 zitiert nach Mayer 2002, S. 23

Dieses Modell zeigt bereits, dass sich alte Menschen als hilflos wahrnehmen können und, dass dies sehr weitreichende, negative Konsequenzen mit sich

bringt. Hier besteht eine Verbindung zum Konzept der Erlernten Hilflosigkeit von Martin Seligman, auf welches im nun folgenden Kapitel ausführlich eingegangen wird.

5.3.2. Erlernte Hilflosigkeit

Das Konzept der Erlernten Hilflosigkeit stammt von Martin Seligman (1999). Er beschreibt darin, dass Abhängigkeiten und Kontrollverlust zu Gefühlen der Hilflosigkeit führen und diese sich noch weiter verstärken und schließlich zu einem frühzeitigen Tod führen, wobei die hilflosen Menschen die Situation eigentlich noch ändern könnten. Gerade im Hinblick auf Heilberufe, zu denen die Hauskrankenpflege zählt, ist die Erlernte Hilflosigkeit von zentraler Bedeutung.

Im Glauben, es mit einer alten, pflegebedürftigen Person besonders gut zu meinen, nehmen ihr pflegende Personen (seien es Angehörige oder auch professionell Pflegende) so viel wie möglich ab, zum Beispiel das Kochen oder Einkäufe. Wenn eine alte Person zum Beispiel gerne kocht und Gespräche mit Bekannten beim Einkaufen für sie wichtig sind, wird sie diese Dinge sehr vermissen, wenn sie ihr plötzlich abgenommen werden und sich inkompetent und eingeschränkt fühlen.

Dies stellt eine oft unbewusste Altersdiskriminierung dar, es handelt sich um eine positive, absichtliche Ungleichbehandlung. Der alte Mensch wird absichtlich anders behandelt, weil er alt und gebrechlich ist und seine Kompetenz wird ihm abgesprochen. Die Ressourcen werden nicht beachtet und es kommt so zu einer Abwärtsspirale des Gesundheitszustandes der alten Person.

Gerade im Umgang mit medizinischem Fachpersonal ist es üblich, dass die alten, pflegebedürftigen Menschen geduldig auf die professionelle Hilfe vertrauen und die Anweisungen nicht hinterfragen. Dies führt zu Abhängigkeit und zu einem Kontrollverlust auf Seiten der pflegebedürftigen Person. *„Dieser Verlust an Kontrolle kann darüber hinaus einen organisch kranken Menschen weiter schwächen und seinen Tod verursachen“* (Seligmann 1999, S. 172).

Weiters schreibt Seligman: „*Wir sollten erwarten, daß wir ein körperlich bereits geschwächtes menschliches Wesen umbringen, wenn wir die Reste möglicher Kontrolle über seine Umgebung entfernen*“ (1999, S. 177).

Alte Menschen sollten also über ein Maximum an Kontrolle über ihr Leben verfügen, die pflegenden Personen sollten sich des negativen Mechanismus der Erlernten Hilflosigkeit stets bewusst sein.

Diese Forderung unterstützt auch die Deutsche Pflegeauskunft (2010), die zwar kritisch anmerkt, dass die Hilfe zur Selbsthilfe zeitintensiv und anstrengend sein kann, aber im Prinzip alternativlos ist. Nur wenn dem Pflegebedürftigen nicht alles abgenommen wird, kann er seine Fähigkeiten trainieren und vorhandene Kompetenzen bewahren.

5.3.3. Vernachlässigung und Gewalt

Vernachlässigung stellt eine existenzbedrohende Erscheinungsform der Altersdiskriminierung dar, bei der das Unterlassen von Handlungen im Zentrum steht. Es gibt wenige Studien über dieses Tabuthema, doch wird in denen, die es gibt, davon ausgegangen, dass Vernachlässigung sowie auch Gewalt nicht selten passieren. Die Betroffenen sind meist schwerst Pflegebedürftige, die in der Hauskrankenpflege den Großteil der Patienten ausmachen. Außerdem werden demente Menschen besonders oft zu Opfern der Vernachlässigung (vgl. Rothermund et Mayer 2009, S. 67). Vernachlässigung, Gewalt und Missbrauch liegen eng beieinander.

Rothermund und Mayer beschreiben folgende Formen der Vernachlässigung in der Pflege alter Menschen: Übermedikation oder Nicht- Verabreichen von Medikamenten, Unterernährung in der Langzeitpflege, mechanische Fixierungsmaßnahmen, physische oder verbale Misshandlungen und Einschränkungen der persönlichen Freiräume (2009, S. 67).

Bei Menker und Waterboer wird zwischen aktiver und passiver Vernachlässigung unterschieden (2006, S. 53f.). Demnach drückt sich aktive Vernachlässigung durch eine bewusste Handlungsverweigerung aus, wie zum Beispiel das

Verweigern der Nahrungseingabe bei Menschen, die nicht mehr selbstständig essen können. Passive Vernachlässigung zeigt sich in einer Handlungsunterlassung, wie zum Beispiel dem Liegenlassen in den eigenen Ausscheidungen.

Darüber hinaus gehen Menker und Waterboer auch auf Formen von Misshandlung ein und differenzieren zwischen körperlicher (zum Beispiel Schlagen oder Kratzen), psychischer (zum Beispiel Totschweigen) und sozialer Misshandlung (zum Beispiel Einsperren des Pflegebedürftigen oder Vorenthalten von Geld).

„Häufig beginnt die Gewalt mit leichten Formen der Vernachlässigung und endet schlimmstenfalls mit der Tötung. Diese Steigerung wird als Gewaltspirale bezeichnet“ (Menker et Waterboer 2006, S. 54).

Mögliche Ursachen der Gewaltspirale liegen in der Routine pflegerischer Tätigkeiten begründet, durch die persönliche Bedürfnisse der Pflegebedürftigen, die oft unter Zeitdruck zu reinen Objekten werden, ignoriert werden. Gebrechliche, alte Menschen fühlen sich dann von der Pflege dominiert und machtlos. Sie haben oft keine Möglichkeit, Einfluss in ihre eigene Pflege zu nehmen und sind unfähig, ihre Bedürfnisse auszudrücken.

Dazu kommt, dass es wegen des Pflegemangels in Österreich zu wenig Personal gibt und die ambulanten Pflegepersonen häufig überfordert sind (siehe Kapitel 5.3.4 Image des Pflegeberufes). Zentral ist hier auch die biomedizinische Konstruktion von Alter, in der angenommen wird, dass der menschliche Körper einer Maschine gleicht, die zum völligen Stillstand kommt, wenn Teile kaputt gehen und es mit der Zeit zu einem erhöhten Reparaturbedarf kommt. Diese altersdiskriminierende Sichtweise beeinflusst im Gesundheitswesen Tätige negativ und führt zu einer depersonalisierten Sichtweise in Bezug auf die zu behandelnden Menschen. *„A medical perception of health has a narrow focus on pathological processes affecting parts of the body rather than the whole person and has tended to confirm a construct of ageing as a time of decay and decline. Nurses are influenced by the medical model and have succumbed to negative stereotyping of old age by associating it with decay and deterioration* (Koch et Webb 1996, S. 958).

Altersstereotype Sichtweisen von Pflegepersonen, die Alter mit Verfall gleichsetzen, wirken sich also sehr negativ auf die Pflege alter Menschen aus und können zu Vernachlässigung und in den schlimmsten Fällen zu Gewalt führen.

Gewalt kommt oft dort vor, wo eine vertrauensvolle Beziehung erwartet wird. Gerade auf die Hauskrankenpflege trifft dies zu. Durch eine Hilfs- und Pflegebedürftigkeit kommt es zu einer Abhängigkeit. Gewalthandlungen entstehen meist aus Überforderung durch die vielen Pflegeanforderungen und oft auch aufgrund von mangelndem Wissen und wegen eines falsch eingeschätzten bzw. unterschätzten Pflegebedarfs. Gewalt umfasst dabei körperliche und psychische Gewalt, sexuellen Missbrauch, finanzielle Ausbeutung, Einschränkung des freien Willens und die schon dargestellte Vernachlässigung (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 2009, S. 9f.).

Menker und Waterboer beschreiben, dass sich Gewalt mittels Prävention, vor allem in Bezug auf den Personalstand, der adäquat sein sollte, und hinsichtlich bedürfnisorientierter Pflege verhindern lässt (2006, S. 54). Darüber hinaus lässt sich Gewalt durch Interventionen unterbrechen. Dies sind zum Beispiel Gespräche mit Betroffenen, Fallbeispiele oder das Entlassen gewalttätiger Mitarbeiter. Um Gewalt entgegenzuwirken kann zusätzlich auch das Mitspracherecht der pflegebedürftigen Menschen vergrößert werden oder eine Vertrauensperson, die in schwierigen Situationen von Pflegenden angesprochen werden kann, kann eingesetzt werden. Das wichtigste Mittel gegen Gewalt sind jedoch eine stabile Persönlichkeit und regelmäßige Psychohygiene (vgl. Menker und Waterboer 2006, S. 54f.).

5.3.4. Image des Pflegeberufes

In diesem Kapitel soll einerseits auf die öffentliche Wahrnehmung des Pflegeberufes in Österreich eingegangen werden und andererseits analysiert werden, wie sich der Zugang der in der Altenpflege tätigen Personen darstellt.

Die Attraktivität des Pflegeberufes ist in Österreich nicht sonderlich groß. Das liegt zu einem Großteil am schlechten Image der Krankenpflege, auf das nun eingegangen wird.

Besonders die Tätigkeit mit alten und gebrechlichen Menschen schreckt viele potenziell am Pflegeberuf Interessierte ab. Eine Studie von Pursey und Luker (1993) führt diesen Umstand alleine auf die Tatsache zurück, dass Pflegepersonen negative Einstellungen gegenüber alten Menschen haben (siehe Kapitel 4. Ageismus). Somit führen negative Altersbilder in unserer Gesellschaft und die damit einhergehende Diskriminierung alter Menschen zu einer Sekundär-diskriminierung der Gruppe der Personen, die mit alten Menschen arbeitet, den diplomierten Krankenpflegern und –schwestern.

Daraus ergibt sich, dass es im Bereich der Altenpflege und der ambulanten Pflege in Österreich nicht genügend Arbeitskräfte gibt, weil dieser Bereich sehr negativ besetzt ist. Eine 2010 von der Motivforscherin Karmasin durchgeführte Studie zur Einschätzung der Pflegeberufe besagt, dass die Österreicher dem Pflegeberuf ambivalent gegenüberstehen: So haben Mitarbeiter der Krankenpflege in den Augen der Österreicher (Männer und Frauen sowie in allen Altersgruppen) zwar besondere soziale Fähigkeiten, Empathie, und Verantwortungssinn und übernehmen gesellschaftlich wichtige Aufgaben. Trotz dieser positiven Sichtweisen ist der Wunsch, selbst in der Pflege tätig zu werden, generell nicht vorhanden, weil die Arbeit als sehr hart eingestuft wird. Die Schicht- und Nachtarbeit stößt ab, Stress, Zeitdruck und Burnoutgefahr tragen ihr Übriges dazu bei. Jedenfalls wird der Pflegeberuf als unentbehrlich und zukunftsicher eingeschätzt.

Die Berufsgruppe der pflegenden Personen gilt in der Gesellschaft als durchschnittlich angesehen, vor allem in großen Städten wie Wien wird das Berufsbild dieser Berufsgruppe mit Negativem assoziiert (vgl. Salzburger Pflorgetage 2010).

In Österreich herrscht ein Mangel an tausenden Arbeitskräften in der Pflege, die größte Anzahl davon entfällt auf den Bereich der diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger, konkret in der Hauskrankenpflege.

Angesichts des demografischen Wandels und der rapiden Zunahme alter Menschen ist mit einem Wachsen der Gruppe pflegebedürftiger Menschen zu rechnen (siehe Kapitel 2.1.2. Demografische Entwicklungen). Damit geht auch ein erhöhter Bedarf an gut ausgebildetem Pflegepersonal einher.

Das Problem hierbei ist die immer größer werdende Lücke zwischen einem Mangel an Pflegepersonen auf der einen und einem kontinuierlich steigenden Bedarf an diesen Personen auf der anderen Seite.

Nachdem nun dargestellt worden ist, dass die meisten Menschen sich derzeit nicht dazu entschließen, in der ambulanten Pflege mit alten Personen zu arbeiten, stellt sich die Frage nach den Gründen hierfür.

Die Pflege alter Menschen orientiert sich vielfach an physischen Bedürfnissen und ist von Routinetätigkeiten dominiert. Durch diese stramme Routine können Pflegepersonen mit ihren pflegebedürftigen Patienten oft keine effektive Beziehung aufbauen, die aber so wichtig wäre und auch die Pflegetätigkeiten an sich erleichtern würde (vgl. Pursey et Luker 1995).

Die in der Langzeitpflege alter Menschen zu Hause vorkommenden pflegerischen Routinetätigkeiten orientieren sich darüber hinaus oft an der medizinischen „Cure-Ethik“, in der das Heilen im Zentrum steht.³⁰ In Zusammenhang mit der „Cure-Ethik“ steht auch die Orientierung an der „aktivierenden Pflege“, die ein Genesen und anschließendes Aktivsein impliziert. Daraus leitet sich ab, dass alte, gebrechliche Menschen, die sich nicht in die „Cure-Ethik“ einreihen lassen, als „Fehler“ im System gesehen werden und ungern mit ihnen gearbeitet wird (siehe auch Kapitel 3.3. Aufgaben)

Die fünf österreichischen Trägerorganisationen der Krankenpflege in Österreich, Caritas, Diakonie, Hilfswerk, Rotes Kreuz und Volkshilfe haben sich seit 1995 zu der Gemeinschaft BAG (Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt) zusammengeschlossen, um gemeinsam wichtige Anliegen in der Öffentlichkeit zu vertreten.

³⁰ Anknüpfungspunkt hier ist der Unterschied zwischen den therapeutischen Prinzipien „Cure“ und „Care“. Während Ärzte ihren Erfolg meist mit einer Heilung oder einer Erhaltung-am-Leben gleichsetzen, das sich am Prinzip „Cure“ orientiert, gilt das Prinzip „Care“ für die Pflege, die fortgeschrittene oder unheilbar Kranke pflegt und begleitet (vgl. Körtner 2004, S. 41) *„Hier ist das Ziel nicht Heilung, sondern Begleitung und optimale Lebensqualität. Auch ein ‚gutes‘ Sterben nach entsprechend qualitätsvoller Begleitung kann daher aus ethischer Sicht der Pflege als erfolgreiches Handeln angesehen werden. Güterethisch betrachtet liegt dies daran, dass nicht nur Gesundheit, sondern auch Komfort als Gut zu bewerten ist“* (Körtner 2004, S. 41f.).

Im Jahr 2010 wies die BAG auf die wichtige Bedeutung hin, den Pflegeberuf in Österreich attraktiver zu gestalten. Sie sieht erhebliches Verbesserungspotenzial in folgenden Bereichen:

- Ausbildungsverbesserung
- Anhebung von Verdienstmöglichkeiten
- Etablierung von Karrierepfaden
- Belastungsverringerung bei Pflegenden
- Neukonzeption von Berufsbildern
- Erhöhen von fachlichen, pflegerischen Kompetenzen

Auf diese Weise soll das Image der Pflege insgesamt verbessert werden (vgl. Rotes Kreuz 2010).

Von Interesse ist, ob sich die negativen Erwartungen der Bevölkerung tatsächlich mit den Erfahrungen der Pflegenden decken. Aus der Perspektive von Altenpflegern und auch von Pflegeschülern ist zu sagen, dass beide Gruppen tatsächlich erhöhte negative Einstellungen gegenüber alten Menschen haben, aus dem Grund, weil sie vermehrt mit alten und kranken Menschen zu tun haben (vgl. Lookinland et Anson 1995). In dieser Studie geht auch hervor, dass Pflegeschüler sogar negativere Einstellungen gegenüber alten Menschen haben als die derzeitig in der Altenpflege Tätigen. Diese Entwicklungen sind definitiv alarmierend, zumal der Bedarf an Altenpflegern immer mehr zunehmen wird. Darüber hinaus deutet dieser Umstand auf stereotype und ageistische Denkweisen hin (siehe Kapitel 4. Ageismus).

„(...) the current and future health care workers experienced strong feelings of discomfort and ill-ease in the presence of old people. Nurses experienced discomfort, suggesting that their prolonged exposure to ill and infirm elderly people (half the group had worked longer than 15 years) had led to emotional rejection (...). RNs (Anmerkung der Autorin: gemeint werden hier “Registered Nurses”, also diplomierte Pflegefachkräfte) may be using their feelings of discomfort to categorize all elderly into a homogenous group - a subtle form of prejudice (Allport 1954, Levin & Levin 1980)” (Lookinland et Anson 1995, S. 53).

Der häufige Umgang mit gebrechlichen, alten Menschen kann also zu einer emotionalen Ablehnung und zu einer Kategorisierung dieser Menschen als eine „homogene Gruppe“ und somit zu Ageismus führen.

Ähnlich beschreibt es eine aktuellere Studie aus dem Jahr 2010 von Kang und Chasteen:

„The societal devaluation of the old-age identity is a ubiquitous phenomenon and can be seen readily upon analysis of our cultural attitude toward older adults” (2010, S. 303).

Die Abwertung alter Menschen ist ein universelles und allgegenwärtiges Phänomen, das es auch in der Hauskrankenpflege gibt.

Somit sollten Verbesserungen, die auf das Pflegeimage abzielen nicht nur auf die breite Bevölkerung allgemein mit dem Ziel, das Interesse am Pflegeberuf zu wecken, abzielen, sondern auch die Pflegeausbildung sollte dahingehend verbessert werden, dass ageistischen Denkweisen entgegengesteuert wird. Langjährig in der Pflege tätige Personen sollten ebenfalls Schulungen zum Thema „Altersbilder“ besuchen (siehe Kapitel 5.4. Maßnahmen gegen Ageismus).

Dies führt bereits zum nächsten Kapitel, das Aufschlüsse über Fragen nach Gegenmaßnahmen liefern soll.

5.4. Maßnahmen gegen Ageismus in der Hauskrankenpflege

Zum Abbau von Ageismus im Allgemeinen gibt es eine Vielzahl an Ansatzpunkten, die entweder individuenzentriert ausgerichtet sind, oder auf struktureller Ebene greifen sollen. Sie werden in den nächsten Kapiteln dargestellt.

Viele Maßnahmen sind sehr allgemein gehalten. Beispielhaft wird der Zehn-Punkte-Plan zur Ageismus-Reduktion vorgestellt (Braithwaite 2004, S. 331f.):

„1. Heightening sensitivity to the stereotyping of older people.

2. *Creating greater exposure to diversity in the personal characteristics of older people.*
3. *Having greater commitment to recognizing and responding to diversity in dealings with older people.*
4. *Making deliberate use of perspective taking to see the older person as an individual.*
5. *Seeking out opportunities for intergenerational cooperation.*
6. *Taking advantage of opportunities to promote the social attractiveness of older people.*
7. *Strengthening institutional practices that promote the norm of human-heartedness.*
8. *Desensitizing ourselves to the stigma of degeneration and dependency.*
9. *Reviewing policies and practices for evidence of stigmatizing through disrespect, particularly the disrespect communicated through treating older people as an invisible group.*
10. *Mandating inclusiveness of older people in policy planning and implementation.”*

Die zehn Punkte sind sicherlich gute Ansätze, aber doch etwas unkonkret formuliert (vor allem Punkt 8). In den nächsten Darstellungen soll daher speziell auf die Ageismus-Reduktion in der Hauskrankenpflege Bezug genommen werden.

5.4.1. Individuelle Ebene

Zum einen richten sich Maßnahmen gegen Ageismus auf die potenziell diskriminierenden Personen. Dies sind einerseits Kinder und Jugendliche, und zum anderen Menschen, die mit alten Menschen arbeiten, wie zum Beispiel professionell in der Hauskrankenpflege tätige Personen.

Die Maßnahmen hier sind vielfältig: Viele zielen auf Wissensvermittlung ab. Die Annahme im Hintergrund ist, dass Vorurteile gegenüber alten Menschen aus Unwissenheit entstehen. Effekte reiner Wissensvermittlung sind beeinträchtigt durch die Tatsache, dass das Alter auch mit negativen Entwicklungen einhergeht, vor allem in der vierten Lebensphase. Im schlimmsten Fall kann eine Wissensvermittlung daher Ageismus schüren. Ziel sollte daher eine Ausdifferenzierung sein, indem negativen Altersbildern positive Aspekte hinzugefügt, negative und falsche Annahmen korrigiert, und nicht nur beschönigende Inhalte vermittelt werden. Ein solches Vorgehen wäre zum Beispiel im Curriculum der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege anzudenken, kombiniert mit persönlichem Kontakt zu alten Menschen. Zusätzlich sollte auch der Themenschwerpunkt „Ageismus und Diskriminierung wegen des Alters“ in die Ausbildung aufgenommen werden. Auch Fortbildungen zu diesem Thema wären wünschenswert.

Der Kontakt zwischen Mitgliedern verschiedener sozialer Gruppen soll das Bild der Fremdgruppe positiv verändern, indem die jeweilige Person individuell und nicht mehr als Teil der Gruppe und somit pauschalisiert wahrgenommen wird. Wenn Schüler in der Pflegeausbildung nur zu gebrechlichen Menschen Kontakt haben, kann das wiederum negative Einstellungen aktivieren. Wünschenswert sind Kontakte zu vielen verschiedenen alten Menschen mit unterschiedlichen Charakteren und Eigenschaften. Im Alltag sind die Bedingungen für einen optimalen Intergruppenkontakt aber oft nur schwer herzustellen. Sensibilisierungsmaßnahmen sollten nicht das Ziel haben, die Kategorien „jung“ und „alt“ aufzuheben, denn wie bereits in Kapitel 2.2.1. (Alte Menschen) betont, ist Alter ein hochsalientes Merkmal, und es wäre sehr unrealistisch, dieses Merkmal auslöschen zu wollen. Die Vielfalt des Alters soll dargestellt werden, was ein Entgegenwirken pauschaler, stereotyper Annahmen bewirkt. Das Ziel dabei ist eine Ausdifferenzierung von Altersbildern.

Ein weiterer Ansatz auf der individuellen Ebene ist die Perspektivenübernahme, die zum Ziel hat, dass jüngere Menschen sich in die Lage eines älteren Menschen hineinversetzen. Das kann durch Rollenspiele erreicht werden, oder durch das Schreiben eines Aufsatzes aus der Perspektive eines alten Menschen (zum Beispiel über den Tagesablauf aus der Sicht einer 80-jährigen Dame), oder mittels aufwendiger Hilfsmittel, zum Beispiel Handschuhen zur Simu-

lation eines eingeschränkten Tastsinns. In der Ausbildung könnten solche Module immer wieder eingebaut werden, das heißt, nicht wie jetzt nur im zweiten Jahr gelehrt werden, sondern über alle drei Jahre verteilt. Die Nachhaltigkeit scheint dabei wichtig, da punktuelle Maßnahmen oft nur eine kurzfristige Auswirkung haben.

Darüber hinaus ist ein breites Spektrum an Kompetenzen notwendig, das Pflegende brauchen, wenn Sie mit alten Menschen, die oft beeinträchtigt sind, in Kontakt treten. Wie in Kapitel 5.3.1. (Altersdiskriminierendes Interaktions- und Kommunikationsverhalten) dargestellt, kann es in der Hauskrankenpflege zu bevormundendem Verhalten und zu unerwünschter Kommunikation kommen. Verhaltenstrainings fungieren als Gegenmaßnahme (vgl. Rothermund et Mayer 2009, S. 129f.).

Bis jetzt wurden individuelle Maßnahmen gegen Ageismus vorgestellt, die sich auf die diskriminierenden Menschen bezogen.

Auch für die von Ageismus betroffenen, alten Menschen gibt es Möglichkeiten, die meist darauf abzielen, ältere Menschen gegen Ageismus zu stärken oder die ageistischen Folgen zu verringern.

„Ältere Menschen sollten darin unterstützt werden, ihr eigenes Altersbild zu reflektieren, auf negative Fehlannahmen zu überprüfen und diese durch eine differenzierte und realistische Sicht auf das Alter zu ersetzen“ (Rothermund et Mayer 2009, S. 133).

Es gibt einige problematische Verhaltensweisen auf Seiten der alten Menschen, die dazu beitragen, dass sie altersdiskriminiert werden. Hier sollten spezielle Schulungen und Beratungen stattfinden, die professionell Pflegende anbieten könnten. Die Inhalte sollten die alten Menschen sensibilisieren und stärken. Zu den problematischen Verhaltensweisen zählen schmerzvolle Selbstenthüllungen gegenüber fremden oder schlecht bekannten Menschen wie zum Beispiel Klagen über Verluste, Krankheiten oder Schmerzen. Auch ein passives und abhängiges Auftreten, stilles Akzeptieren von Bevormundung oder Baby Talk (siehe auch Kapitel 5.3.1. Altersdiskriminierendes Interaktions- und Kommunikationsverhalten) sowie altersbezogene Ausreden wie „in meinem Alter ist das

nicht mehr möglich“ gilt es zu vermeiden. Dagegen wirkt ein engagiertes, stereotyp-konträres Auftreten dem Ageismus entgegen.

Auch denkbar ist es, dass alte Menschen Ageismus aufzeigen, eventuell durch institutionelle Unterstützung. Die entsprechend ausgebildete Pflege könnte hier als Fürsprecher fungieren.

5.4.2. Institutionelle und strukturelle Ebene

Auf der institutionellen und strukturellen Ebene gilt es primär die Kontextbedingungen, unter denen Ageismus wahrscheinlich ist, zu verringern. Der Zeitdruck, dem Pflegekräfte in der ambulanten Pflege ausgesetzt sind, führt zu Stress und zu Belastungssituationen und erleichtert den Einzug von altersdiskriminierendem Verhalten (siehe auch Kapitel 5.3. Ausprägungsformen des Ageismus in der Hauskrankenpflege). Dies kann durch das Einstellen von mehr Personal erfolgen. Wie aber bereits skizziert (3.4. Bedeutung und Eigenschaften der Hauskrankenpflege) scheitert es in Österreich an einem grundsätzlichen Desinteresse für die Arbeit mit alten Menschen. Diesem Problem muss auf struktureller Ebene begegnet werden. Sinnvolle Ansätze, die in diese Richtung gehen sind zum Beispiel die aktuelle Kampagne des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz in Kooperation mit dem Verein Pro Senectute: Es wurde ein Film zum Thema „Und a jeds Leben is anders“ herausgebracht in Verbindung mit einem sehr interessanten Begleitbuch. Der Wunsch, das negative Altersbild zu korrigieren bildete den Anlass zu der Dokumentation. Das Projekt zielt darauf ab, ein ganzheitliches Altersbild der vierten Lebensphase und eine Ausdifferenzierung zu vermitteln und stellt viele verschiedene alte Menschen in den unterschiedlichsten Lebenssituationen dar (Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2010).

Zum anderen sollten die Angehörigenpflege soweit es möglich ist, erhalten werden. Pflegende Angehörige müssen entlastet werden. Würde es weniger Pflege durch Angehörige geben, müssten institutionelle, mehr Kosten verursachende Alternativen geschaffen werden oder mehr ambulante Pflegepersonen einspringen, was sich problemverstärkend auswirken würde.

Auf der strukturellen Ebene ist anzudenken, alte Menschen in den Gesetzgebungsprozess mit einzubeziehen. Die diskriminierte Gruppe sollte mehr Macht und Einfluss bekommen.

Die starren Altersgrenzen für die Pensionierung gilt es zu überarbeiten und flexibler zu gestalten, um die Dreiteilung des Lebenslaufs (Ausbildung, Arbeit und Ruhestand) aufzulockern, die zu einer Distanzierung und Entfremdung zwischen jungen und alten Menschen beiträgt.

Auch die Schaffung altersfreundlicher Umwelten ist eine strukturelle Maßnahme gegen Ageismus. Altersfreundlich bezieht sich hier auf den öffentlichen Raum, auf den öffentlichen Verkehr, die stärkere Förderung von gerontologischen Forschungsprojekten und die altersgerechte Entwicklung technischer Produkte, die sich durch Verständlichkeit und Benutzerfreundlichkeit auszeichnen (von der übrigens auch jüngere Menschen profitieren würden).

Zuletzt ist die wichtige Rolle der Medien zu nennen. Gezielte Öffentlichkeitsarbeit, die die Allgemeinheit gegenüber Ageismus sensibilisiert und Toleranz fördert, lautet das Ziel. Die Darstellung realistischer und differenzierter Szenarien im Alter sollte vermittelt, und die Potenziale älterer Menschen sollten angesprochen werden. Medien sollten das Bedrohungserleben von jungen Menschen durch unrealistische Zukunftsszenarien und Hinweise auf intergenerationelle Konflikte nicht weiter schüren und auch von negativen Begriffen wie „Überalterung“ Abstand zu nehmen (siehe auch Kapitel 2.2.3.2. Altersbilder).

6. Conclusio

Dieses Kapitel fasst die zentralen Aussagen, die sich im Zuge der Bearbeitung des Themas „Ageismus in der Hauskrankenpflege alter Menschen in Österreich“ ergeben haben, zusammen.

Der Forschungszweig, der sich mit alten Menschen beschäftigt, ist die interdisziplinär ausgerichtete Gerontologie. Sie setzt sich mit den Besonderheiten alter Menschen, dem Prozess des Alterns und dessen Ergebnis, dem Alter auseinander. Dabei enthält die Gerontologie immer eine interventionistische Grundhaltung, die darauf abzielt, die Lebensphase Alter sinnstiftend und aktiv zu gestalten. Die in diesem Bereich Tätigen verfolgen neben dem Nutzen, der eventuell durch ihre Arbeit entsteht, auch immer einen persönlichen Vorteil, denn sie werden später, wenn sie selbst alt sind, von möglichen Verbesserungen oder Errungenschaften profitieren. Dieser Umstand macht die Gerontologie auf ihre Weise so einzigartig. Aufgrund der demografischen Entwicklung in Österreich gewinnt der Forschungsbereich vom Alter und vom Altern immer mehr an Bedeutung.

Der Anteil der hochaltrigen Menschen über 80 Jahren in der österreichischen Gesamtbevölkerung nimmt zu und wird sich bis 2050 voraussichtlich mehr als verdoppeln (2009 gab es 8% über 75-jährige Menschen in Österreich und 2050 werden bereits 17% erwartet). Die Gruppe der hochaltrigen Menschen ist die am schnellsten wachsende. Sie ist sehr heterogen und hat spezielle Bedürfnisse und Besonderheiten; zum Beispiel kommt es im hohen Alter zu einer größeren Wahrscheinlichkeit für Pflegebedürftigkeit und häufiger zu multimorbiden Krankheitsverläufen. Pflegebedürftigkeit wird oft mit den „dunklen Seiten des Alters“ assoziiert. Daraus ergeben sich Konsequenzen für die ambulante Pflege, vor allem wenn bedacht wird, dass rund 80% der pflegebedürftigen, alten Menschen zu Hause versorgt werden.

Dem hohen Bedarf an Pflegekräften steht ein Mangel an Personen gegenüber, die Interessen daran haben, den Pflegeberuf zu ergreifen. In Österreich herrscht ein „Pfleagemangel“. Negative Altersbilder in der Gesellschaft tragen dazu bei.

Oft haben Menschen in Bezug auf Ältere Vorurteile, stereotype Denkweisen oder zeigen diskriminierende Verhaltensweisen, die in dieser Arbeit unter dem Begriff „Ageismus“ zusammengefasst werden. Auch professionelle Pflegepersonen zeigen manchmal ageistisches Verhalten.

In ihrer Ausbildung zum diplomierten Pflegepersonal lernen Pflegeschüler theoretisch wie praktisch nur in geringem Umfang über Alter und Altern. Dies kann dazu führen, dass sie gar kein Interesse entwickeln können, in diesem Bereich tätig zu werden – darüber hinaus ist die Arbeit mit alten Menschen allgemein wenig „prestigeträchtig“, obwohl der Pflegeberuf an sich als sehr wichtig eingestuft wird. Hier besteht eine große Diskrepanz.

Ambulante Pflegepersonen kämpfen zum Teil mit harten Arbeitsbedingungen. Oft herrschen Zeitdruck, Personalmangel und schwierige Rahmenbedingungen. Die ambulante, professionelle Pflege wird oft erst hinzugezogen, wenn die Pflegesituation zwischen Angehörigen und Pflegebedürftigen zu Hause zu eskalieren droht. Der Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Menschen ist dann in der Regel sehr schlecht.

Die professionell pflegende Person begibt sich in die Lebenswelt eines anderen Menschen, also in dessen „Hoheitsgebiet“. Um die pflegerische Beziehung so positiv als möglich zu gestalten, ist ein würde- und respektvoller Umgang von großer Wichtigkeit. Von besonderer Bedeutung ist die Ausrichtung auf ressourcenorientierte Pflege, welche die Kompetenzen alter Menschen berücksichtigt, was sich in der Praxis oftmals als Herausforderung erweist.

Die Pflege alter Menschen findet häufig in Todesnähe statt und soll nichts desto trotz Lebensqualität fördern, unabhängig von der Dauer des noch verbleibenden Lebens. Hier wird das Spannungsfeld deutlich, in dem sich die ambulante Pflege befindet: Die Hauskrankenpflege soll Autonomie und Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person fördern und ressourcenorientiert agieren, und auch Hilfe und Schutz bieten. Dabei nicht paternalistisch und ageistisch vorzugehen, ist die Schwierigkeit, vor allem in Hinblick darauf, dass alte Menschen in unserer Gesellschaft als inkompetent eingestuft werden.

In diesen Spannungsfeldern manifestiert sich Ageismus auf viele unterschiedliche Arten, in den verschiedensten Kontexten und hat Auswirkungen auf die alten Menschen.

So kommt es zum Beispiel zu Ageismus in der Kommunikation, einem für den gesamten Pflegeerfolg sehr bedeutenden, zwischenmenschlichen Bereich. Im schlimmsten Fall führt misslungene Kommunikation zu einem Teufelskreis, welcher in Abbildung 10 dieser Arbeit dargestellt wird und bei alten Menschen zu einem Vermeiden sozialer Kontakte und zu einem erhöhten Auftreten von Alterszeichen führt. Im Glauben, es mit einer alten Person besonders „gut“ zu meinen und ihr so viel wie möglich abzunehmen, kommt es zur altersdiskriminierenden „Erlernen Hilfllosigkeit“ die dazu führt, dass die pflegebedürftige Person immer uneigenständiger wird, obwohl dies vermeidbar wäre.

Darüber hinaus zeigen sich altersdiskriminierende Ausprägungsformen in Vernachlässigung oder Gewalt, was in den schlimmsten Fällen zum Tod der pflegebedürftigen Person führen kann.

Maßnahmen gegen Ageismus in der Hauskrankenpflege können auf individueller und struktureller Ebene erfolgen. Auf individueller Ebene richten sich Maßnahmen einerseits an diskriminierende Personen und andererseits an die alten Menschen selbst. In beiden Fällen geht es generell darum, die Personen für altersspezifische Themen und Ageismus zu sensibilisieren. Auf struktureller Ebene zielen Maßnahmen darauf ab, Kontextbedingungen zu schaffen, durch die die Lebensphase Alter ohne Ageismus gestaltet werden kann.

Neben den Maßnahmen gegen Ageismus auf individueller und struktureller Ebene ergaben sich im Zuge der Bearbeitung dieser Diplomarbeit noch einige weitere Ansatzpunkte, die an dieser Stelle präsentiert werden sollen:

Allgemeine Ansatzpunkte:

- **Wahrung der Menschenwürde**

Eine herausragende Bedeutung bei der Pflege alter Menschen zu Hause kommt wertschätzendem Handeln und Kommunizieren zu (siehe Kapitel 3.5. Betrachtung des Pflegearrangements), bei dem ganz allgemein gilt, ageistisches Verhalten zu vermeiden. Jeder Mensch trägt Würde in sich, die er nicht erst durch Leistung verdienen muss.

- **Empowerment“ alter Menschen und Förderung eines positiven Selbstbildes**

Die Ablehnung negativer Altersbilder und ein gesundes Selbstwertgefühl erhöhen die Chance auf ein längeres Leben um durchschnittlich 7,5 Jahre, wie aus Kapitel .2.2.1.1. (Hochaltrigkeit) dieser Arbeit hervorgeht.

Daher ist es von großer Wichtigkeit positive Einstellungen und Erwartungen an sich selbst zu fördern.

- **Ausdifferenzierung der Altersbilder im gesellschaftlichen Diskurs**

Die Individualität alter Menschen sollte im gesellschaftlichen Diskurs verstärkt untermalt werden um nicht ein Bild der homogenen Gruppe „der Alten“ entstehen zu lassen-

Eine Ausdifferenzierung der Lebensphase Alter mit all ihren Facetten hinsichtlich Persönlichkeiten und Lebenslagen könnte dazu beitragen, eine neue und weniger Defizit-orientierte Sicht auf das Alter zu fördern.

Altern darf nicht mit der Unfinanzierbarkeit des Pensionssystems assoziiert werden; der Beitrag älterer Menschen in der Gesellschaft sollte akzentuiert werden.

- **Medialer Umgang mit alten Menschen**

Ein weiterer Ansatzpunkt, ist die Rolle der Medien hinsichtlich Bildern und Inhalten alternder Menschen. Alte Menschen sind in den Medien unterrepräsentiert werden oft stereotyp dargestellt.

- **Verbesserung des öffentlichen Images der geriatrischen Pflege**

Das eher schlechte Image der Altenpflege kann dazu beitragen, dass es in diesem Bereich nicht genügend professionell ausgebildete Pflegepersonen gibt. Darüber hinaus kann eine Sekundärdiskriminierung auftreten, die sich auf Krankenschwestern und –pfleger bezieht, weil diese Gruppe vermehrt mit alten Menschen arbeitet. Das negative, stereotype Bild alter Menschen kann sich sozusagen auf die mit diesen Menschen arbeitende Berufsgruppe, die Altenpfleger, übertragen.

Es sollte daher das Ziel sein, negativen Altersbildern entgegenzusteuern und das Image der Altenpflege zu verbessern.

- **Wissenschaftliche Forschung im Bereich Hauskrankenpflege und Pflege alter Menschen**

Hochaltrige Menschen sind als Probanden und Studienteilnehmer in der wissenschaftlichen Forschung unterrepräsentiert. Spezifische Charakteristika der Menschen im hohen Alter sollten herausgearbeitet und mit der Forschung über Hauskrankenpflege verknüpft werden. Darüber hinaus sollten Studien durchgeführt werden, die die Kosten der ambulanten Pflege mit denen der stationären vergleichen, um die Pflege alter Menschen kostenseitig zu beleuchten. Es mangelt an Studien, die Auskunft über die ambulante Pflege in Österreich geben; vor allem wären sowohl konkrete Daten über pflegebedürftige und zu Hause betreute Menschen, als auch Informationen über die Struktur und die Qualität der professionell durchgeführten Pflege zu Hause von Interesse. Dadurch könnten spezielle Bedürfnisse alter, pflegebedürftiger Menschen ermittelt und Rahmenbedingungen der häuslichen Pflege verbessert werden.

Pflegespezifische Ansatzpunkte:

- **Gelungene Kommunikation und respektvoller Umgang mit alten Menschen in der Hauskrankenpflege**

Im Pflegeprozess kann es zur Bevormundung alter, pflegebedürftiger Menschen kommen. Professionell Pflegende sollten sich daher ihrer überlegenen Rollen bewusst werden. Es gilt hier einen Spagat zwischen Verständlichkeit und Respekt zu schaffen.

- **Aus- und Fortbildung des Pflegepersonals in Hauskrankenpflege und Gerontologie**

Der respektvolle und würdevolle Umgang mit alten Menschen kann unter anderem durch eine auf alte Menschen zugeschnittene Ausbildung umgesetzt werden, in der auch die Hauskrankenpflege einen größeren Stellenwert als zurzeit einnehmen sollte (vgl. Kapitel 3. Hauskrankenpflege). Auch Fortbildung im gerontologischen Bereich verknüpft mit fundiertem Rüstzeug für eine Tätigkeit in der Hauskrankenpflege, wäre wünschens-

wert, weil die Hauskrankenpflege alter Menschen viele Besonderheiten aufweist (zum Beispiel: Delir, Sturzgefahr oder Nährstoffmangel).

- **Schaffung von Sonderausbildungen im Bereich Altenpflege und Hauskrankenpflege**

Während es im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde Sonderausbildungen für die Krankenpflege gibt, existiert bislang keine derartige Spezialausbildung im Bereich Pflege alter Menschen. Es erscheint paradox, dass trotz des demografischen Wandels der Ausbildung in diesem Bereich keine Rechnung getragen wurde. Ebenso wenig gibt es Sonderausbildungen in der Hauskrankenpflege, obwohl dies die häufigste Pflegeform darstellt.

- **Berücksichtigung der Individualität pflegebedürftiger Personen**

Ein Ziel professionell Pflegenden ist die individuelle Behandlung der zu pflegenden Person. Um das zu erreichen, bedarf es neben einem Maß an Offenheit auch der Bereitschaft, die pflegebedürftige Person individuell wahrzunehmen und genügend Zeit auf ihre Bedürfnisse einzugehen. Aufgrund des in Österreich vorherrschenden Pflegemangels ist dies häufig nicht gegeben.

Viele physische und psychische Fähigkeiten verändern sich mit dem Alter. Benachteiligungen alter Menschen können oft nur dann verhindert werden, wenn diese Veränderungen von den professionellen Pflegepersonen berücksichtigt werden.

- **Fokussierung auf Stellenschaffung in der Hauskrankenpflege, insbesondere verstärkter Ausbau ressourcenorientierter, ambulanter Pflege**

Ein weiterer Fokus, der sich aus dieser Arbeit ergibt, liegt auf der Stellenschaffung in der ambulanten Pflege aufgrund des demografischen Wandels.

- **Stärkung und Entlastung der Angehörigenpflege**

Angehörige, die sich um einen pflegebedürftigen, alten Menschen kümmern, nehmen in Österreich die wichtigste Pflegeform ein. Dabei geht die Entwicklung in Richtung immer älter werdende pflegende Angehörige. Sie benötigen Unterstützung und Information.

7. Literaturverzeichnis

Abels, Heinz/ Honig, Michael/ Saake, Irmhild/ Weymann, Ansgar (2008): Lebensphasen; eine Einführung. Wiesbaden: VS verlag für Sozialwissenschaften.

Abt-Zegelin, Angelika/ Schnell, ;Martin (2005): Sprache und Pflege als Thema der Pflegewissenschaft. In: Abt-Zegelin, Angelika/ Schnell, Martin (2005) (Hrsg.): Sprache und Pflege.2. Auflage, Berlin: Ullstein Mosby, S. 11-17.

Abt-Zegelin, Angelika/ Schnell, Martin (2005) (Hrsg.): Sprache und Pflege.2. Auflage, Berlin: Ullstein Mosby.

Adams, Stacy J. (1965): Inequity in social exchange. In: Berkowitz, Leonard (1965) (Hrsg.): Advances in experimental social psychology; Volume 2. New York: Academic Press Inc., S.267-297.

Amann, Anton/ Kolland, Franz (2008) (Hrsg.): Das erzwungene Paradies des Alters? Fragen an eine Kritische Gerontologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Amann, Anton/ Kolland, Franz (2008): Kritische Sozialgerontologie – Konzeptionen und Aufgaben. In: Amann, Anton/ Kolland, Franz (2008) (Hrsg.): Das erzwungene Paradies des Alters? Fragen an eine Kritische Gerontologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 13-43.

Amery, Jean (2005): Werke. Über das Altern; Hand an sich legen. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 81-110.

Amrhein, Ludwig (2008): Drehbücher des Alter(n)s; die soziale Konstruktion von Modellen und Formen der Lebensführung und -stilisierung älterer Menschen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Backes, Gertrud/ CLEMENS, Wolfgang (2008): Lebensphase Alter; eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. 3. Auflage, Weinheim, München: Juventa Verlag.

Baltes, Paul et Baltes, Margret (1994): Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: Baltes, Paul/ Mittelstraß, Jürgen/ Staudinger, Ursula (1994) (Hrsg.): Alter und altern; ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie. Berlin: de Gruyter, S.1-34

Baltes, Paul/ Mittelstraß, Jürgen/ Staudinger, Ursula (1994) (Hrsg.): Alter und altern; ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie. Berlin: de Gruyter.

Baumgartner, Luitgard/ Kirstein, Reinhard/ Möllmann, Rainer (2003) (Hrsg.): Häusliche Pflege heute. München, Jena: Elsevier Urban und Fischer.

Baumgartner, Luitgard/ Schneider, Solveigh/ Kommerell, Tilman/ Bazlen, Ulrike (2003): Grundlage in der Pflege; Pflegeverständnis und rechtliche Rahmenbedingungen. In: Baumgartner, Luitgard/ Kirstein, Reinhard/ Möllmann, Rainer (2003) (Hrsg.): Häusliche Pflege heute. München, Jena: Elsevier Urban und Fischer.

Beauchamp, Tom/ Childress James (2001): Principles of Biomedical Ethics; fifth edition. New York: Oxford University Press.

Bengston, Vern/ Putney, Norella/ Johnson , Malcolm (2005): The problem of theory in gerontology today. In: Johnson, Malcolm (2005)(Hrsg.): The Cambridge handbook of age and ageing. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, Sao Paulo: Cambridge University Press, S.3-19.

Berkowitz, Leonard (1965) (Hrsg.): Advances in experimental social psychology; Volume 2. New York: Academic Press Inc.

Bierhinkel, Curd-Jürgen (2008): Angehörige zu Hause pflegen; Pflegehandlungen in Wort und Bild. Urban & Fischer: München, Jena.

Börsch-Supan, Axel/ Brugiavini, Agar/ Jürges, Hendrik/ Mackenbach, Johan/ Siegrist, Johannes/ Weber, Guglielmo (2005): Health, Ageing and Retirement in Europe - First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Mannheim: MEA.

Braithwaite, Valerie (2004): Reducing Ageism. In: Nelson, T.D. (Hrsg.) (2004): Ageism; Stereotyping and prejudice against older persons. First MIT Press Paperback edition, Cambridge: MIT Press, S. 311-333.

Brandenburg, Hermann/ Huneke, Michael (2006): Professionelle Pflege alter Menschen; eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Brauer, Kai / CLEMENS, Wolfgang (2010) (Hrsg.): Zu Alt? „Ageism“ und Altersdiskriminierung auf Arbeitsmärkten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bundesministerium für Gesundheit (2009): Interdisziplinäres Glossar „Geriatric und Gerontologie in Österreich“. Wien: BMfG.

Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2010): Lebenssinn bleibt; das Begleitbuch zum Film: „Und a jeds Leben is anders“. 2. Auflage, Wien.

Buser, Kurt/ Schneller, Thomas/ Wildgrube, Klaus (2007): Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie; Kurzlehrbuch zum Gegenstandskatalog. 6. Auflage, München, Jena: Elsevier Urban & Fischer, S. 225-242.

Butler, Robert N. (1969): Age-ism; another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, S. 243-246.

Caris-Verhallen, Wilma/ de Gruijter, Ingrid/ Kerkstra, Ada/ Bensing, Jozien (1999b): Non-verbal behaviour in nurse-elderly patient communication. In: *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), S. 808-818.

Caris-Verhallen, Wilma/ de Gruijter, Ingrid/ Kerkstra, Ada/ Bensing, Jozien (1999a): Factors related to nurse communication with elderly people. In: *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), S. 1106-1117.

Caris-Verhallen, Wilma/ Kerkstra, Ada/ Bensing, Jozien (1997): The role of communication in nursing care for elderly people: a review of literature. In: *Journal of Advanced Nursing*, 25, S. 915-933.

Caris-Verhallen, Wilma/ Kerkstra, Ada/ van der Heijden, Peter/ Bensing, Jozien (1998): Nurse-elderly patient communication in home care and institutional care: an explorative study. In: *International Journal of Nursing Studies*, 35, S. 95-108.

Cicero, Marcus Tullius (1998): *Cato maior de senectute*. Stuttgart: Philipp Reclam jun.

Cuddy, Amy/ Fiske, Susan (2004): *Doddering but Dear: Process, Content and Function in Stereotyping of older Persons*. In: Nelson, T.D. (Hrsg.) (2004): *Ageism; Stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge: MIT Press, S. 3-26.

Danner, David/ Schröder, Heinz (1994): *Biologie des Alterns; Ontogenese und Evolution*. In: Baltes, Paul/ Mittelstraß, Jürgen/ Staudinger, Ursula (1994) (Hrsg.): *Alter und altern; ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie*. Berlin: de Gruyter, S.95-103.

de Beauvoir, Simone (2008): *Das Alter*. 4. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Der Standard (Wochenendausgabe 23 und 24. Oktober 2010) mit dem Themenschwerpunkt „Wir werden älter“.

Derrer-Merk, Elfriede (2007): *Prüfungswissen Altenpflege; Band 1: Fallbeispiele für die Lernfelder 1.1. und 1.2*. München: Elsevier.

Döbele, Martina (2008): *Angehörige pflegen; ein Ratgeber für die Hauskrankenpflege*. Heidelberg: Springer Verlag.

Dogan, Hanzade/ Deger, Mebrure (2004): *Nursing care of elderly people at home and ethical implications: an experience from Istanbul*. In: *Nursing Ethics* 11(6).

Dörner, Klaus/ Plog, Ursula/ Teller, Christine/ Wendt, Frank (2007): *Irren ist menschlich; Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. 3. Auflage, Bonn: Psychiatrie Verlag

Duncan, Lesley/ Schaller, Mark (2009): *Prejudicial attitudes toward older adults may be exaggerated when people feel vulnerable to infectious disease: Evidence and implications*. In: *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 9 (1), S. 97-115.

Ehrlich, Phyllis (2006): Caring for the frail elderly in the home: a multidisciplinary approach. In: Home Health Care Management Practice 19:38.

Ertl, Regina/ Kratzer, Ursula (2007): Hauskrankenpflege; wissen, planen, umsetzen. 2.Auflage, Wien: Facultas Universitätsverlag.

Fick, Donna (2006): Ageism. In: Fitzpatrick, Joyce/ Wallace, Meredith (2006): Encyclopedia of nursing research. 2. Auflage, New York: Springer, S. 13-15.

Fiehler, Reinhard/ Thimm, Caja (Hrsg.)(2003): Sprache und Kommunikation im Alter. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.

Fitzpatrick, Joyce / Wallace, Meredith (2006): Encyclopedia of nursing research. 2. Auflage, New York: Springer.

Flohr, Susanne (2008): Diskriminierung im Alter; welche Möglichkeiten bietet Diversity Management in der Arbeitswelt? Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.

Gabe, Jonathan/ Bury, Mike/ Elston, Mary Ann (2005): Key Concepts in Medical Sociology. 2. Auflage, London: SAGE Publications Ltd, S.18-22.

George, Linda (2005): Stress and coping. In: Johnson, Malcolm (2005)(Hrsg.): The Cambridge handbook of age and ageing. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, Sao Paulo: Cambridge University Press, S. 292-299.

Haberkern, Klaus (2009): Pflege in Europa; Familie und Wohlfahrtsstaat. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hansen, Werner (2007): Medizin des Alterns und des alten Menschen. Stuttgart: Schattauer.

Hermann, Ariane/ Palte, Heike (2008) (Hrsg.): Leitfaden Häusliche Pflege. 2.Auflage, München, Jena: Elsevier Urban und Fischer.

Hildt, Elisabeth (2006): Autonomie in der biomedizinischen Ethik; Genetische Diagnostik und selbstbestimmte Lebensgestaltung. Frankfurt, New York: Campus Verlag.

Hiltdt, Elisabeth (2006): Autonomie in der biomedizinischen Ethik; genetische Diagnostik und selbstbestimmte Lebensgestaltung. Frankfurt, New York: Campus Verlag.

Illhardt, Franz Joseph (1995): Ageism im Umgang mit alten Menschen und seine Auswirkung auf die therapeutische Beziehung. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie 8, Heft ½, 9-16.

Johnson, Malcolm (2005)(Hrsg.): The Cambridge handbook of age and ageing. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, Sao Paulo: Cambridge University Press.

Kang, Sonia/ Chasteen, Alison (2010): The development and validation of the age-based rejection sensitivity questionnaire. In: The Gerontologist, Vol. 49, 3, S. 303-316.

Klauer, Karl C. (2008): Soziale Kategorisierung und Stereotypisierung. In: Petersen, Lars-Eric/ Six, Bernd (2008) (Hrsg.): Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung; Theorien, Befunde und Interventionen. Weinheim: Beltz-PVU.

Klauer, Karl Christoph (2008): Soziale Kategorisierung und Stereotypisierung. In: Petersen, Lars-Eric/ Six, Bernd (2008) (Hrsg.): Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung; Theorien, Befunde und Interventionen. Weinheim: Beltz-PVU, S. 23-33.

Klein, Thomas (2004): Lebenserwartung – gesellschaftliche und gerontologische Bedeutung eines demografischen Konzepts. In: Kruse, Andreas/ MARTIN, Mike (2004) (Hrsg.): Enzyklopädie der Gerontologie; Alternsprozesse in multidisziplinärerer Sicht. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber, S. 66-81.

Klingenberger, Hubert (1992): Ganzheitliche Geragogik; Ansatz und Thematik einer Disziplin zwischen Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Koch, Tina/ Webb, Christine (1996): The biomedical construction of ageing: implications for nursing care of older people. In: Journal of Advanced Nursing, 23,S. 954-959.

Kramer, Undine (2003): Ageismus; zur sprachlichen Diskriminierung des Alters. In: Fiehler, Reinhard/ Thimm, Caja (Hrsg.)(2003): Sprache und Kommunikation im Alter. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, S.257-277.

Krings, Franciska/ Kluge, Annette (2008): Altersvorurteile. In: Petersen, Lars-Eric/ Six, Bernd (2008) (Hrsg.): Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung; Theorien, Befunde und Interventionen. Weinheim: Beltz-PVU, S. 131-139.

Kruse, Andreas/ MARTIN, Mike (2004) (Hrsg.): Enzyklopädie der Gerontologie; Alternsprozesse in multidisziplinärerer Sicht. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.

Kytir, Josef/ Münz, Rainer (1992).: Alter und Pflege. Argumente für eine soziale Absicherung des Pflegerisikos. Schriftenreihe Gesundheitsökonomie. Berlin: Blackwell.

Kytir, Josef/ Münz, Rainer (1992): Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter - empirische Evidenzen. In: Kytir, Josef/ Münz, Rainer (1992).: Alter und Pflege. Argumente für eine soziale Absicherung des Pflegerisikos. Schriftenreihe Gesundheitsökonomie. Berlin: Blackwell.

Laslett, Peter (1995): Das Dritte Alter; historische Soziologie des Alterns. Weinheim, München: Juventa Verlag.

Lehr, Ursula (2007): Psychologie des Alterns. 11. Auflage, Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag GmbH &Co.

Levy, Becca/ Slade, Martin/ Kunkel, Suzanne/ Kasl, Stanislov (2002): Longevity increased by positive self-perception of aging. In: Journal of Personality and Social Psychology, 83, S.261-270.

Lippmann, Walter (1922): Public Opinion. New York: Harcourt, Brace and Company.

Mayer, Anne-Kathrin (2002): Alt und Jung im Dialog. Wahrnehmung intergenerationaler Gespräche innerhalb und außerhalb von Familien. Weinheim: Beltz-PVU.

Mayer, Karl Ulrich/ Baltes, Paul/ Baltes, Margret/ Borchelt, Markus/ Delius, Julia/ Helmchen, Hanfried/ Linden, Michael/ Smith, Jacqui/ Staudinger, Ursula/ Steinhagen-Thiessen, Elisabeth/ Wagner, Michael (1996): Wissen über das Alter(n); eine Zwischenbilanz der Berliner Altersstudie. In: Mayer, Karl/ Baltes, Paul (Hrsg.) (1996): Die Berliner Altersstudie; das höhere Alter in interdisziplinärer Perspektive. Berlin: Akademie Verlag, S.599-634.

Mayer, Karl/ Baltes, Paul (Hrsg.) (1996): Die Berliner Altersstudie; das höhere Alter in interdisziplinärer Perspektive. Berlin: Akademie Verlag.

McGarty, Craig/ Yzerbyt, Vincent/ Spears, Russell (Hrsg.) (2002): Stereotypes as explanations; the formation of meaningful beliefs about social groups. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, Sao Paulo: Cambridge University Press.

Menker, Kerstin/ Waterboer, Christina (Hrsg.) (2006): Pflgeetheorie und –praxis. 2. Auflage, Elsevier Urban und Fischer: München.

Meis, Martha (2001): Home Care: Where the elderly and chronic issues meet. Sage Publications.

Mötzing, Gisela/ Wurlitzer, Grit (2006): Leitfaden Altenpflege. 3. Auflage, München: Urban & Fischer Elsevier.

Naegele, Gerhard/ Tews, Hans Peter (Hrsg.) (1993): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters; Alternde Gesellschaft – Folgen für die Politik. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Nelson, T.D. (Hrsg.) (2004): Ageism; Stereotyping and prejudice against older persons. First MIT Press Paperback edition, Cambridge: MIT Press.

Olbermann, Elke/ Reichert, Monika (1993): Hochaltrigkeit und Strukturen gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung. In: Naegele, Gerhard/ Tews, Hans Peter (Hrsg.) (1993): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters; Alternde Gesellschaft – Folgen für die Politik. Opladen: Westdeutscher Verlag, S.200-214.

Olbrich, Christa (2006): Hinter den Worten. In: Altenpflege 1/2006, S. 60-61.

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2003): Offenes Curriculum für die Ausbildung in Allgemeiner gesundheits- und Krankenpflege. (CD des BMfG)

Österreichisches Rotes Kreuz (2009): Breaking the taboo; Gewalt gegen ältere Frauen in der Familie: Erkennen und Handeln. Informationsbroschüre.

Palmore, Erdman (2001): The Agism Survey: First findings. In: The Gerontologist, Vol. 41 (5); S. 572-575.

Palmore, Erdman (2003): Ageism comes of age. In: The Gerontologist, Vol.43 (3), S.418-420.

Pätzold, Margita/ Marhoff, Lydia (1998): Zur sozialen Konstruktion von 'Stereotyp' und 'Vorurteil'. In: Heinemann, Margot (Hrsg.) (1998): Sprachliche und soziale Stereotype. Frankfurt/M., Berlin, Bern, New York, Paris, Wien: Peter Lang.

Perdue, Charles/ Gurtman, Michael (1990): Evidence for the automaticity of ageism. In: Journal of Experimental Social Psychology, Volume 26 (3); S. 199-216.

Petersen, Lars-Eric/ Six, Bernd (2008) (Hrsg.): Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung; Theorien, Befunde und Interventionen. Weinheim: Beltz-PVU.

Pickering, Michael (2001): Stereotyping; the politics of representation. Houndmills, Basingstoke, Hampshire, New York: Palgrave.

Pincus, Lilly (1982): Das hohe Alter. Stuttgart, Berlin: Kreuz-Verlag.

Poon, Leonard/ Jang, Yuri/ Reynolds, Sandra/ McCarthy, Erick (2005): Profiles of the Oldest-Old. In: Johnson, Malcolm (2005) (Hrsg.): The Cambridge handbook of age and ageing. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, Sao Paulo: Cambridge University Press, S.346-353.

Prisching, Manfred (2006): Altern heute; ein Mosaik mit Widersprüchen. In: Rosenmayr, Leopold/ Böhmer, Franz (Hrsg.) (2006): Hoffnung Alter; Forschung, Theorie, Praxis. 2.Auflage, Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG, S.246-271.

Pursey, Ann/ Luker, Karen (1995): Attitudes and stereotypes: nurses' work with older people. In: Journal of Advanced Nursing, 22, S. 547-555.

Robbins, Jordan/ Krueger, Joachim (2005): Social projection to ingroups and outgroups; a review and meta-analysis. In: Personality and Social Psychology Review, Vol.9, No.1, S.32-47.

Rothermund, Klaus/ Mayer, Anne-Kathrin (2009): Altersdiskriminierung; Erscheinungsformen, Erklärungen und Interventionsansätze. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Rottenhofer, Ingrid/ Wild, Monika (2004): Jenseits von Wien. In: Bartels, Andreas/ Jenrich, Holger (2004)(Hrsg.): Alt werden in Europa; Entwicklungen in der europäischen Altenhilfe. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S.93-99.

Röttger-Liepmann, Beate (2007): Pflegebedürftigkeit im Alter; aktuelle Befunde und Konsequenzen für künftige Strukturen. Weinheim, München: Juventa Verlag.

Ryan, Ellen/ Giles, Howard/ Bartolucci, Giampiero/ Henwood, Karen (1986): Psycholinguistic and social psychological components of communication by and with the elderly. In: Language and Communication, 6, S. 1-24.

Ryan, Ellen/ Kwong See, Sheree (1998): Sprache, Kommunikation und Altern. In: Fiehler, Reinhard/ Thimm, Caja (Hrsg.)(2003): Sprache und Kommunikation im Alter. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.

Sachweh, Svenja (2002): „Noch ein Löffelchen“; effektive Kommunikation in der Altenpflege. Bern: Hans Huber Verlag.

Sadala, Maria/ MIRANDA, Marcelo/ Lorencon, Marisa/ der Campos Pereira, Estela (2010): Nurse-patient communication while performing home dialysis: the patients' perceptions. In: Journal of Renal Care 36 (1), S. 34-40.

Schaeffer, Doris/ Wingenfeld, Klaus (2004): Pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kruse, Andreas/ MARTIN, Mike (2004) (Hrsg.): Enzyklopädie der Gerontologie; Alternsprozesse in multidisziplinärerer Sicht. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.

Schöl, Christiane/ Stahberg, Dagmar/ Maass, Anne (2008): Sprachverzerrungen im Intergruppenkontext. In: Petersen, Lars-Eric/ Six, Bernd (2008) (Hrsg.): Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung; Theorien, Befunde und Interventionen. Weinheim: Beltz-PVU, S. 62-70.

Schönberger, Christine/. Von Kardoff, Ernst (2004): Mit dem kranken Partner leben: Anforderungen, Belastungen und Leistungen von Angehörigen Krebskranker; soziologische Fallstudien. Opladen: Leske und Budrich.

Seligman, Martin (1999): Erlernte Hilflosigkeit. 3. Auflage, Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Sitzmann, Franz (2005): Reden, wie einem der Schnabel gewachsen ist? Plädoyer für eine Sprachkultur in Pflege, Medizin und Gesellschaft. In: Abt-Zegelin, Angelika/ Schnell, Martin (2005) (Hrsg.): Sprache und Pflege.2. Auflage, Berlin: Ullstein Mosby, S.93-101.

Steidl, Siegfried/ Nigg, Bernhard (2008): Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie; ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. 2. Auflage, Wien: Facultas.

Stuart-Hamilton, Ian (2000): The psychology of ageing; an introduction. 3. Auflage, London: Jessica Kingsley.

Sully, Philippa/ Dallas, Joan (2005): Essential Communication skills for nursing. Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Lois, Sydney, Toronto: Elsevier Mosby.

Tews, Hans Peter (1993): Neue und alte Aspekte des Strukturwandel des Alters. In: Naegle, Gerhard/ Tews, Hans Peter (Hrsg.) (1993): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters; Alternde Gesellschaft – Folgen für die Politik. Opladen: Westdeutscher Verlag, S.15-42.

Thibaut, John/ Walker, Laurens (1975): Procedural justice; a psychological analysis. Hillsdale, New York: Erlbaum Associates.

Tschirge, Uta/ Grübner-Hrcan, Anett (1999): Ästhetik des Körpers; Der alte Körper zwischen Jugendlichkeitsideal und Alterswirklichkeit. Stuttgart: Kohlhammer.

Walker, Alan (1993): Einstellungen zum Alter. Hauptergebnisse einer Eurobarometer-Umfrage. Luxemburg: Kommission der Europäischen Gemeinschaften.

Walther, Sabine (2005): Sprechen als Pflegehandlung. In: Abt-Zegelin, Angelika/ Schnell, Martin (2005) (Hrsg.): Sprache und Pflege. 2. Auflage, Berlin: Ullstein Mosby, S. 51-60.

Weymann, Ansgar (2008): Lebensphase Erwachsenenalter. In: Abels, Heinz/ Honig, Michael/ Saake, Irmhild/ Weymann, Ansgar (2008): Lebensphasen; eine Einführung. Wiesbaden: VS verlag für Sozialwissenschaften, S. 158-234.

Whitbourne, Susan/ Sneed, Joel (2004): The Paradox of Well-Being, Identity Processes, and Stereotype threat: Ageism and its potential relationships to the self in later life. In: Nelson, T.D. (Hrsg.) (2004): Ageism; Stereotyping and prejudice against older persons. First MIT Press Paperback edition, Cambridge: MIT Press.

Wolfradt, Ute (2008): Implizite Persönlichkeitstheorien. In: Petersen, Lars-Eric/ Six, Bernd (2008) (Hrsg.): Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung; Theorien, Befunde und Interventionen. Weinheim: Beltz-PVU.

Internetquellen

Andersen-Ranberg, Karen/ Petersen, Inge/ Robine, Jean-Marie/ Christensen, Kaare (2005): Who are the oldest old?. In: Börsch-Supan, Axel/ Brugiavini, Agar/ Jürges, Hendrik/ Mackenbach, Johan/ Siegrist, Johannes/ Weber, Guglielmo (2005): Health, Ageing and Retirement in Europe - First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Mannheim: MEA. http://www.share-project.org/t3/share/uploads/tx_sharepublications/3.1.pdf (Aufrufdatum: 17.6.2010)

APA (2010): Resolution on Ageism
<http://www.apa.org/about/governance/council/policy/ageism.aspx> (Aufrufdatum: 25.10.2010)

Bundesministerium für Gesundheit (2010): Gesundheit und Krankheit in Österreich; Gesundheitsbericht Österreich 2009; (GBÖ 2009).

http://www.goeg.at/media/download/berichte/GBÖe_09.pdf (Aufrufdatum: 30.10.2010)

Buber, Isabella (2007): Ageing in Austria; an overview of „Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe“ (SHARE) with special focus on aspects of health. In: Österreichische Akademie der Wissenschaften (2007): Vienna Yearbook of Population Research. Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften; S.309-326. http://www.oeaw.ac.at/vid/publications/VYPR2007/abstract_Data-Trends_Buber.html (Aufrufdatum: 28.7.2010)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2010): Gewalt erkennen; Fragen und Antworten zu Gewalt an älteren Menschen. <https://broschuerenservice.bmask.gv.at/PubAttachments/Folder%20Gewalt%20erkennen%202010.pdf> (Aufrufdatum: 27.11.2010)

Caritas (2005): Zum Thema Demenz: Vergessen, aber nicht vergessen werden. http://www.caritas.at/fileadmin/user/oesterreich/publikationen/service_und_downloads/publikationen/zum_thema/ZT_3_05_demenz.pdf (Aufrufdatum: 30.11.2010)

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2008): Das Wichtigste; die Epidemiologie der Demenz. <http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01.pdf> (Aufrufdatum: 28.11.2010)

Deutsche Pflegeauskunft (2010): Übersicht: Die Vermeidung häufiger Pflegefehler; Kapitel 13: Patientenressourcen ausschöpfen. <http://www.deutsche-pflegeauskunft.de/cms/pflege/pflege-informativ/tipps-fuer-pflegende-angehoerige/patientenressourcen/> (Aufrufdatum: 2.12.2010)

Deutscher Bundestag (2010): Unterrichtung durch die Bundesregierung; Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/bt-drucksache-sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>

(Aufrufdatum: 5.2.2011)

Europäische Kommission (2009): Special Eurobarometer 317; Discrimination in the EU in 2009; S. 71-77.

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=de&catId=370&featuresId=100&furthe rfeatures=yes> (Aufrufdatum: 10.8.2010)

Fonds Soziales Wien (2007): Hauskrankenpflege. <http://pflege.fsw.at/pflege-zu-hause/hauskrankenpflege.html> (Aufrufdatum: 12.12.2010)

Geser-Engleitner, Erika/ Jochum, Christoph (2009): Die Entwicklung der Pflege-ressourcen im Bereich der Altenpflege; Vorarlberg 2008-2020. http://www.vision-rheintal.at/fileadmin/VRuploads/PDF/Studien/pflegeressourcen2008_-_2020.pdf (Aufrufdatum: 10.12.2010)

Gesundheit Österreich GmbH (2007): Österreichischer Pflegebericht 2007. http://www.goeg.at/media/download/berichte/Oesterreichischer_Pflegebericht_2007.pdf (Aufrufdatum: 26.10.2010)

Höpflinger, Francois (2003): Hochaltrigkeit - demographische, gesundheitliche und soziale Entwicklungen
<http://www.hoepflinger.com/fhtop/fhalter1J.html> (Aufrufdatum: 28.3.2010)

Höpflinger, Francois (2007): Gerontologie - Definition und Entwicklung im Blick auf den gesellschaftlichen Fortschritt.
<http://www.hoepflinger.com/fhtop/fhalter1O.html> (Aufrufdatum: 20.3.2010)

Frankfurter Allgemeine Zeitung (15.8.2006): Deutschland ver-greist. <http://www.faz.net/s/Rub02DBAA63F9EB43CEB421272A670A685C/Doc~E39A1A480496D441C8EDE236BD8A85950~ATpl~Ecommon~Scontent.html> (Aufrufdatum: 31.8.2010)

Körtner, Ulrich (2005): „Ageism“: Diskriminierung älterer Menschen.
<http://sciencev1.orf.at/science/koertner/134562> (Aufrufdatum: 25.9.2010)

Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2005: Alter – Kein Hinderungsgrund; Wege aus der Altersdiskriminierung.

http://www.kda.de/tl_files/kda/Projekte/Gleichbehandlung%20aelterer%20Menschen/2005-Positionspapier-Altersdiskriminierung.pdf (Aufrufdatum: 24.11.2010)

NCEPOD (2010): An age old problem; A review of the care received by elderly patients undergoing surgery.

http://www.ncepod.org.uk/2010report3/downloads/EESE_summary.pdf (Aufrufdatum: 6.2.2011)

NPO Consult: AEDL; <http://www.aedl.de/> (Aufrufdatum: 27.5.2010)

Nomura International (2008): The business of ageing; older workers, older consumers: big implications for companies.

<http://www.nomura.com/resources/europe/pdfs/TheBusinessOfAgeing.pdf> (Aufrufdatum: 10.6.2010)

Österreichische Akademie der Wissenschaften (2007): Vienna Yearbook of Population Research. Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften. <http://www.oeaw.ac.at/vid/yearbook/> (Aufrufdatum: 20.4.2010)

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2005): Situation pflegender Angehöriger; Endbericht.

http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/4/1/2/CH0161/CMS1228215542463/studie_situation_pfleger_angehoeriger.pdf (Aufrufdatum: 28.11.2010)

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2006): Österreichischer Pflegebericht.

http://www.goeg.at/media/download/berichte/Pflegebericht_Publikation.pdf (Aufrufdatum: 30.10.2010)

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2010b): Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich (2010).

http://www.goeg.at/media/download/berichte/Gesundheitswesen_2010.pdf (Aufrufdatum: 30.10.2010)

Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (2007): Alterspsychiatrie: Die aktuellen Entwicklungen. <http://www.geriatrie->

online.at/dynasite.cfm?dsmid=78970&dspaid=612395 (Aufrufdatum: 28.11.2010)

Pensionsversicherungsanstalt (2010): Alterspension.

<http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/01%20-%20Alterspension.pdf> (Aufrufdatum: 20.8.2010)

Poon et al. (2007): The Georgia Centenarian Study; A Study of Longevity and Survival of the Oldest Old;1988-2007.

<http://www.geron.uga.edu/pdfs/CentStudyBooklet.pdf> (Aufrufdatum: 7.9.2010)

Salzburger Pflageitage 2010 (2010): Presseinformation:Dem Pflegepersonalmangel in Österreich mit positivem Image begegnen!

http://www.salzburgerpflageitage.at/images/stories/motivforschung/pa_imageka_tdkp10.pdf (Aufrufdatum: 30.10.2010)

Statistik Austria (2009): Bevölkerungsprognosen

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html (Aufrufdatum: 10.5.2010)

Statistik Austria (2009): Lebenserwartung.

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/sterbefaelle/index.html#index2 (Aufrufdatum: 1.11.2010)

Statistik Austria (2009): Pensionen und Renten.

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/pensionen_und_renten/index.html (Aufrufdatum: 1.11.2010)

Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2009). www.share-project.org (Aufrufdatum: 26.8.2010)

WHO (2001): Definition of an older or elderly person; Proposed Working Definition of an Older Person in Africa for the MDS Project.

<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html> (Aufrufdatum: 10.4.2010)

WHO (2004): A glossary of terms for community health care and services for older persons. http://whqlibdoc.who.int/wkc/2004/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf (Aufrufdatum: 16.5.2010)

Wiener Krankenanstaltenverbund (2007): Berufsbild gehobener Dienst für Gesundheits-- und Krankenpflege; 3.Aufl.; Wien: Manz Crossmedia.

http://www.wienkav.at/_cache/Doku/Berufsbild_Okt2010_6045.pdf (Aufrufdatum: 14.11.2010)

Wiener Rotes Kreuz (4.8.2010): Pflegeberufe attraktiver machen.

<http://www.rotekreuz.at/wien/berichten/aktuelles/presseaussendung/datum/2010/09/24/pflegeberufe-attraktiver-machen/> (Aufrufdatum: 29.1.2011)

8. Lebenslauf

1. Persönliche Daten

Name: Birgit Rohatsch
Geboren: 16.Juni 1982, 2340 Mödling
Staatsangehörigkeit: Österreich

2. Ausbildung

2006-2011 Studium des IDS Pflegewissenschaft an der Universität Wien
2000 –2002 Kolleg für Internationale Wirtschaft und Tourismus; Diplom für Internationale Wirtschaft
1992 –2000 Allgemein bildende höhere Schule Gymnasium Franz- Keimgasse 3, 2340 Mödling; Abschluss mit Matura

3. Berufspraxis

Seit 03/2010 Mitarbeiterin der Österreichischen Plattform für Patientensicherheit
Seit 10/2009 Institut für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien; Assistentin der Geschäftsführung
09/2008-02/2009 Ad Hoc Dolmetschdienste GmbH; Projektmanagerin
08/2002-03/2004 CIEE International Work and Study Programs in Escondido, Kalifornien, USA