

Gesellschaftliche Dimensionen von Frailty (Gebrechlichkeit)

Kolland, Franz

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Kolland, F. (2011). Gesellschaftliche Dimensionen von Frailty (Gebrechlichkeit). *SWS-Rundschau*, 51(4), 426-437.
<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-374107>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Gesellschaftliche Dimensionen von Frailty (Gebrechlichkeit)

Franz Kolland (Wien)

Franz Kolland: *Gesellschaftliche Dimensionen von Frailty* (S. 426–437)

Dieser Beitrag befasst sich mit der soziologischen Dimension des gerontologisch-geriatriischen Konzepts Frailty. Dieses Konzept ist in einem biopsychosozialen Modell des Alterns verortet. Diskutiert werden sozialstrukturelle Faktoren, mikrosoziale Handlungsmuster und gesellschaftliche Folgen des Frailty-Konzepts. Die dazu angeführten Forschungsarbeiten lassen erkennen, dass der Einfluss sozialer Determinanten auf den Prozess des Gebrechlichwerdens eine bedeutende Rolle spielt. Frailty ist nicht nur eine physiologische Veränderung, sondern eng verknüpft mit entsprechenden subjektiven Bearbeitungsmustern (role-making). Defizitär ist weiterhin eine hinreichende gesellschaftstheoretische Begründung des Frailty-Konzepts.

Schlagworte: Gebrechlichkeit, soziale Ungleichheit, soziale Rolle

Franz Kolland: *Social Dimensions of Frailty* (pp. 426–437)

This article examines the sociological dimension of the gerontological-geriatric concept of frailty. This concept is rooted in a biopsychosocial model of ageing. In addition to socio-structural factors, also micro-social behaviour patterns and implications of the frailty concept for society are discussed. Studies, which are referenced in this article, provide strong empirical evidence for the impact of social factors on processes of becoming frail. Frailty does not only imply physiological changes, but is closely connected to appropriate subjective coping mechanisms (role-making). However, the frailty concept still lacks an exhaustive socio-theoretical foundation.

Keywords: frailty, social inequality, social role

1. Einleitung

Frailty (Gebrechlichkeit) ist ein Begriff, der kritische Veränderungen im Verlauf des Alterns zu bestimmen sucht. Ein Blick in den Social Science Citation Index veranschaulicht, wie stark dieser Begriff in den letzten 30 Jahren an Bedeutung gewonnen hat. Ist dieser Ausdruck in den 1980er-Jahren in 13 im SSCI gelisteten Publikationen verwendet worden, so sind es in den 1990er-Jahren dann 251 und in der Folgedekade bereits 1.252 Publikationen, in denen dieser Begriff vorkommt (Zugriff: 23. 10. 2011). 1994 schreibt Sharon Kaufman noch: »Gebrechlichkeit ist einer jener komplexen Begriffe wie Unabhängigkeit, Lebenszufriedenheit und Kontinuität, der GerontologInnen mit seinen vielfältigen und rutschigen Bedeutungen plagt«¹ (Kaufman 1994, 48). Etwa zehn Jahre später wird dann bereits von einem klar bestimmbareren medizinischen bzw. geriatrischen Begriff ausgegangen. Erreicht wird über die präzise wissenschaftliche Bestimmung und empirische Anwendung eines Begriffs zweierlei: Die klassifizierte Beschreibung von beobachtbaren Phänomenen erfüllt einerseits die Funktion, eine wissenschaftliche Vorgangsweise zu bezeichnen, und führt andererseits dazu, Grundlagen für eine wissenschaftliche Disziplin zu schaffen. In diesem Fall ist es die Geriatrie, die über das Konzept Frailty den eigenen Forschungs- und Handlungsgegenstand definiert. So bestimmt der Geriater Cornel Sieber Frailty als »Verlust der physiologischen Reserve aufgrund hormoneller und immunologischer Veränderungen« (Sieber 2005, I/1). Und Linda Fried et al. legen 2001 mit ihrem Frailty-Index eine wesentliche Basis für empirische Forschung und klinische Anwendung. Dieser Index setzt sich aus fünf Indikatoren zusammen, nämlich Gewichtsverlust, Schwäche, Antriebslosigkeit, langsame Gehgeschwindigkeit und geringe Aktivität. Treffen drei dieser fünf Indikatoren bei einer Person zu, dann liegt Gebrechlichkeit vor. Als wesentlicher Hauptrisikofaktor für die chronisch-degenerativen Erkrankungen des höheren Lebensalters wird in der einschlägigen Literatur der Bewegungsmangel genannt (Rowe/ Kahn 1997). Dieser ist erwartungsgemäß umso häufiger zu beobachten, je älter man ist. So kommen in Österreich (Majce/ Rosenmayr 2004) 48 Prozent der 50–59-Jährigen und 83 Prozent der 75- und -Mehrjährigen nie durch sportliche Bewegung ins Schwitzen. Dabei spielt Schulbildung eine Rolle – sowohl bei der Häufigkeit als auch im Hinblick auf die Intensität ist mit dem Schulbildungsniveau eine markante *Zunahme sportlicher Aktivität* zu konstatieren. Neuere klinische Forschungen bestimmen Gebrechlichkeit als eine Kumulation von Defiziten, als ein bestimmtes klinisches Syndrom, welches unabhängig vom chronologischen Alter auftreten kann (Chan 2008).

Im Unterschied zum medizinischen Konzept von Frailty kommen Maureen Markle-Reid und Gina Browne (2003) in einem Literaturreview zu dem Schluss, dass es sich um ein multidimensionales Konzept handelt, welches physiologische, psychologische, soziale und Umweltfaktoren berücksichtigt. Der Begriff Frailty bietet dort, wo er nach Jan de Lepeleire et al. (2009) dem biopsychosozialen Modell folgt, eine kon-

1 Englischer Originalwortlaut: »Frailty is one of those complex terms – like independence, life satisfaction, and continuity – that trouble gerontologists with multiple and slippery meanings.«

zeptuelle Basis, um von einem organ- bzw. krankheitsbasierten Ansatz wegzukommen und eine gesundheitsorientierte Sichtweise zu etablieren, die auch Pflege und soziale Unterstützung einschließt. Das biopsychosoziale Modell geht von der Vorstellung aus, dass Gebrechlichkeit bzw. der Gebrechlichkeitsverlauf und die Folgen der Gebrechlichkeit durch biologische, psychologische und soziale Faktoren bedingt sind. Es ist gerade das Zusammenspiel der genannten Faktoren, das für Frailty im hohen Alter typisch ist. Frailty ist das Ergebnis einer dynamischen Interaktion zwischen dem medizinisch diagnostizierten Gesundheitsproblem, wie z. B. Gewichtsverlust, und den so genannten Kontextfaktoren (z. B. soziale Isolation), die das jeweilige Problem hervorrufen.

In einer rezenten Arbeit bezeichnet Walter Bortz (2010) Frailty als einen emergenten Status, womit gemeint ist, dass Gebrechlichkeit nicht über einzelne Komponenten oder Indikatoren bestimmt werden kann, sondern als Folge multipler Synergien. Es ist kein bestimmter Status, sondern ein plastischer Prozess. Wird der Faktor Zeit berücksichtigt, dann kann Gebrechlichkeit in ihrer phänotypischen Plastizität beschrieben werden. Gemeint ist mit phänotypischer Plastizität, dass Umwelteinflüsse eine starke Variabilität des Erscheinungsbildes eines Individuums hervorrufen. Der Organismus passt sich an die jeweiligen Umweltbedingungen aktiv an: Er wird, was er tut! Ein Beispiel dafür ist die unterschiedliche Entwicklung eineiiger Zwillinge. Es ist nicht die genetische Ausstattung als solche, die allein entscheidend ist, sondern wie der Organismus auf die Umwelt antwortet und agiert (Kirkwood et al. 2005). Damit wird die Relevanz psychologischer, soziologischer und Umweltdaspekte deutlich.

In den folgenden Abschnitten wird die soziologische Dimension der Gebrechlichkeit näher ausgeführt. Diskutiert wird, wie soziologisch gesehen exogene Stressfaktoren bestimmt werden können, welchen Einfluss sie haben und wie diese nicht nur hingenommen, sondern in sozialen Handlungsprozessen aktiv bearbeitet werden. Im zweiten Abschnitt werden die sozialen Determinanten der Gebrechlichkeit im hohen Lebensalter herausgearbeitet, wobei einerseits Forschungsergebnisse diskutiert werden und andererseits auf die »Rollenlosigkeit« dieser Lebensphase hingewiesen wird, die Gestaltungsmöglichkeiten im Sinne des »role-making« eröffnet. Der dritte Abschnitt verknüpft das Konzept der Gebrechlichkeit mit soziologischen Forschungen zur gesundheitlichen Ungleichheit und zu Veränderungen von Gesundheit/ Gebrechlichkeit im Lebenslauf. Im Ausblick wird der Forschungsstand im internationalen Kontext beleuchtet und werden Interventionsansätze berichtet.

2. Forschungszugänge zur sozialen Gebrechlichkeit

Die Untersuchungen der soziologischen Dimension der Gebrechlichkeit gehen erstens in die Richtung des empirischen Nachweises von sozialen Faktoren, die gleichzeitig oder infolge erhöhter physischer Vulnerabilität (Verletzbarkeit) auftreten (Woo et al. 2005). Sie richten sich zweitens auf subjektive Einstellungsmuster, die mit Gebrechlichkeit verknüpft sind (Grenier 2007). Dazu gehört ein akteursorientierter Ansatz. Und sie befassen sich drittens mit den gesellschaftlichen Bedingungen und Ursachen von Frailty, die als Folge der Veränderungen in modernen Gesellschaften gesehen werden (Conroy 2009).

2.1 Soziale Determinanten der Gebrechlichkeit

Jene gerontologischen Forschungsarbeiten, die sich mit den sozialstrukturellen Merkmalen der Gebrechlichkeit befassen, kommen zu dem Ergebnis, dass der Verlust von informeller sozialer Unterstützung, soziale Isolation und andere sozio-ökonomische Faktoren zu einer eingeschränkten Lebensqualität, Einsamkeit, Depression und »social frailty« (Woo et al. 2005) führen. Gebrechliche Ältere befinden sich demnach häufiger in stationärer Pflege (Espinoza/ Walston 2005), verfügen über einen geringeren Bildungsstatus und leben in ökonomisch benachteiligten Sozialräumen bzw. Nachbarschaften (Szanton et al. 2010). Als soziodemographische Indikatoren sind weiters geschlechtsspezifische Unterschiede herausgearbeitet worden (Cawthon et al. 2007). Männer, die hohe Gebrechlichkeitswerte aufweisen, verfügen über einen niedrigen Sozialstatus, geringe physische Aktivität, wenig Verwandte und Nachbarn und wenig Hilfe von anderen. Ältere gebrechliche Frauen haben wenig Kontakte zu Verwandten und weisen geringe Partizipation an kommunalen Aktivitäten auf.

Insgesamt ist zu den geschlechtsspezifischen Unterschieden festzuhalten, dass Frauen zwar eine höhere Lebenserwartung als Männer aufweisen, sie aber häufiger krank sind und häufiger über körperliche und psychische Beeinträchtigungen berichten. Umgekehrt haben Männer häufiger Alkoholprobleme als Frauen. Begründet wird dieser Unterschied damit, dass Frauen ihre Gesundheit anders wahrnehmen und anders darüber berichten als Männer. Es dürfte so sein, dass Männer Gesundheit eher über Leistungsfähigkeit definieren und negatives Befinden eher verschweigen. Bei Männern tauchen öfter somatische Diagnosen auf, bei Frauen eher psychosomatische (Amann/ Loos 2011).

Wird nach der Richtung der Kausalität gefragt, nach Ursache und Wirkung von sozialen Faktoren, dann gibt es sowohl für den Ansatz der gesundheitsbedingten Mobilität als auch für den des Einflusses materieller Lebensbedingungen empirische Evidenz. Ersterer besagt, dass Gebrechlichkeit zu sozialem Abstieg führt, ein schlechter Gesundheitsstatus wirkt sich auf den sozio-ökonomischen Status aus. Letztere These geht davon aus, dass sich Frailty aus einem Zusammenspiel von ungünstigem Einkommen, schlechten Wohn- und Arbeitsbedingungen ergibt. Das Risiko, gebrechlich zu werden, wird beeinflusst von der Schichtzugehörigkeit, der sozialen Lage nach Alter, Geschlecht und Ethnizität und vom Lebensstil. Wer physisch weniger aktiv ist (siehe oben), hat ein höheres Risiko, gebrechlich zu werden.

Wohlhabende Personen bleiben länger gesund und leben länger als einkommensschwache Personen. Das Sterberisiko der »besser Situierten«, gemessen an Bildungsstatus, Einkommen und sozialer Schichtzugehörigkeit, ist in faktisch allen Altersgruppen geringer (Höpflinger 2002). Markante soziale Ungleichheiten in Einkommen, beruflicher Stellung und sozialer Sicherheit führen zu einem deutlich unterschiedlichen Risiko, gebrechlich zu werden. Gebrechlichkeit ist ein Produkt von Kultur und Zivilisation, d. h. die Ursachen sind sowohl in biologischen als auch in gesellschaftlichen Faktoren zu suchen.

2.2 *Gebrechlichkeit als mikrosozialer Gestaltungsprozess*

Für die Lebenssituation im Alter sind nicht nur objektive Veränderungen der Gesundheit und die sozial-strukturelle Lebenslage von Bedeutung, sondern auch die subjektive Einschätzung der Gesundheit bzw. das soziale Handeln der Älteren. Grenier (2006) kommt auf Basis ihrer empirischen Untersuchungen von älteren Frauen zu dem Schluss, dass zum Verständnis von Gebrechlichkeit nicht so sehr die Veränderungen des Körpers entscheidend sind, sondern die damit einhergehenden persönlichen und emotionalen Erfahrungen. Wie auf körperliche Veränderungen reagiert wird, hat mit sozialen Erwartungen, Selbstzuschreibungen, Coping-Strategien und persönlichen Körperbildern zu tun.

Aus soziologischer Perspektive stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, warum Handelnde in einer bestimmten Situation so und nicht anders handeln. Warum finden sich bei gesundheitlich beeinträchtigten hochaltrigen Menschen sowohl Handlungsmuster des sozialen Rückzugs als auch solche der »revoltierenden Anerkennung« (Pichler 2011)? Ersteres Handlungsmuster ist stärker von außen bestimmt, so zum Beispiel von Erfahrungen zwangsweiser Ausgliederung aus dem Erwerbsprozess. Letzterer Ansatz geht davon aus, dass der körperliche Alterungsprozess nicht passiv hingenommen wird, sondern es eine aktive Revolte bei einem gleichzeitigen Annehmen des Alterns gibt.

Mit diesen Fragen tritt der *homo sociologicus*² ins Blickfeld, der Rollenerwartungen erfüllt. Die Rollenanalyse ist deshalb von Bedeutung, weil sie die »Brücken zwischen den Makro-Sinnwelten einer Gesellschaft und den Formen, in denen diese Sinnwelten für den Einzelnen Wirklichkeitscharakter erhalten, sichtbar macht« (Berger/Luckmann 1980, 83). Wird nun der Handelnde als jemand gesehen, der bestimmten Erwartungen ausgesetzt ist und diese Erwartungen erfüllt, dann werden Rollen als normativ gesetzt. Rollen haben dementsprechend die Aufgabe (Funktion), Strukturen zu erhalten. Werden Rollen als gestaltbar in sozialen Beziehungen gesehen, dann hängen diese von Interpretationen der beteiligten Akteure ab und haben einen offeneren Charakter. Während im ersteren Ansatz eher ein *role-taking* gegeben ist, handelt es sich im zweiten Ansatz eher um *role-making*. *Role-making* ist ein Begriff, der innerhalb der interaktionistischen Rollentheorie von Ralph Turner (1958) geprägt wurde. Es bezeichnet die konkrete (aktive) Ausgestaltung einer sozialen Rolle durch die Person selbst und ist vor allem dann möglich, wenn keine konkreten Erwartungen an den Inhaber einer sozialen Position gerichtet sind. Rollennormen sind demnach nicht rigide definiert, sondern lassen einen gewissen Spielraum für subjektive Interpretation durch die Handelnden.

Die Anpassung an das Altern und die Gebrechlichkeit kann also als »*role-taking*« und als »*role-making*« verstanden werden, wobei hier das *role-making* aufgrund der

2 Der Begriff „*homo sociologicus*« geht auf Ralf Dahrendorf (2010/1958) zurück, der damit den Menschen als gesellschaftliches Wesen bestimmte. Die spezifische soziologische Perspektive richtet sich nicht auf individuelles Handeln in seiner Gesamtheit, sondern richtet sich nur auf die jeweilige Rolle, die ein Individuum in einer bestimmten Situation einnimmt.

Neuheit des hohen Lebensalters in der gesellschaftlichen Entwicklung im Vordergrund steht. Wie erfolgt dieses role-making? Bei der Gestaltung der eigenen Rolle sind evaluative Selbstansprüche bedeutsam. Unter evaluativen Selbstansprüchen ist zu verstehen, wie man sein will und wie man leben will. Als Referenz wird auf der individuellen Ebene das eigene mittlere bzw. jüngere Alter herangezogen. Diese evaluativen Selbstansprüche sind von gesellschaftlichen Altersbildern beeinflusst (Bytheway 2011), die sich bislang primär auf das dritte Lebensalter beziehen (siehe weiter unten). Sie sind auf ein gesundes und aktives Alter gerichtet und führen unter Bedingungen von Gebrechlichkeit eher dazu, die eigene Lebenssituation als stark defizitär einzuschätzen.

Role-making liegt dann vor, wenn eine aktive Auseinandersetzung mit der Situation der Gebrechlichkeit stattfindet. Und qualitative Forschungen weisen nach (Grenier 2007), dass es sehr differenzierte Reaktionen gibt, die von biographischen Erfahrungen und dem eigenen Selbstkonzept abhängig sind. Da es keine klar formulierten Erwartungen an das hohe Alter unter Bedingungen von Gebrechlichkeit gibt, ist das Konzept des role-making insgesamt besser geeignet, das Handeln der Individuen zu beschreiben. Hochaltrigkeit muss erst gestaltet werden. Es handelt sich um eine in der Geschichte neu entstehende Lebensphase. Sie erbringt eine neue Rolle in den sich weiter differenzierenden Gesellschaften der Zweiten Moderne.³ Es sind dabei soziale Kompetenzen, die ältere Personen in die Lage versetzen, soziale Ordnungen nicht länger bloß als gleichsam mechanische Anwendung fertiger Regeln zu sehen, sondern situativ und intersubjektiv herzustellen.

Die hochgradige Rollenvielfalt moderner Gesellschaften verlangt sehr ausgefeilte, einzelfallspezifische Lösungen. Diese hängen davon ab, wie das eigene Selbst gesehen wird. So zeigt sich: Je höher jemand seine Kompetenz einschätzt bzw. je höher jemand von relevanten Bezugspersonen (z. B. Freunden) als kompetent eingeschätzt wird, desto höher ist das Aktivitätsniveau (Sneegas 1986). Personen mit einem positiven Altersselbstbild betreiben deutlich häufiger Sport, hören Musik, gehen auf Ausflüge, betätigen sich im Garten oder gehen Hobbys nach (Kolland 2008). Und eine holländische Studie mit über 85-Jährigen (Faber/Bootsma-van der Weil 2001) kommt zu dem Schluss, dass die meisten der Befragten einen guten Status weniger als einen bestimmten Zustand sehen, sondern vielmehr als einen Prozess der Anpassung, wobei soziale Aspekte und Erwartungshaltungen zum Teil wesentlicher sind als physische Funktionsfähigkeit.

2.3 Gebrechlichkeit und »normales« gesellschaftliches Altern

In der Sozialgerontologie wird der Begriff Gebrechlichkeit an sich weniger verwendet, weil es nicht primär um die Beschreibung und Analyse von pathogenen Zuständen geht, sondern um die gesellschaftliche Verfasstheit der Gesamtheit soziodemographischen Alters. Im Vordergrund der Analyse steht die »Normalität des Alters« und seit

3 Die Erste Moderne gilt als die Zeit ab der Aufklärung und der mit ihr verknüpften Rationalisierung. Die Zweite Moderne unterscheidet sich durch eine Radikalisierung der Prinzipien der Ersten Moderne. Dazu gehören etwa die weitere Rationalisierung, die Autonomie des Individuums und Flexibilisierung.

einigen Jahren die Auseinandersetzung mit Hochaltrigkeit. Als normales Altern wird die allmähliche Abnahme der allgemeinen Leistungsfähigkeit bezeichnet, ohne dass Erkrankungen auftreten. Ähnlich ist die Begriffsbestimmung von Hochaltrigkeit. Im 4. Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland heißt es dazu: Hochaltrigkeit ist nicht per se Schwäche, aber sie kann aufgrund des Zusammentreffens individueller und sozialer Faktoren erhöhte Verletzbarkeit bedeuten. Hochaltrigkeit ist auch nicht per se Stärke, nur weil gesundheitliche, genetische oder soziale Bedingungen einen Menschen zu einem hohen Alter geführt haben (BMFSFJ 2002, 46). Wer alt ist und wann man alt ist, ist von sozialen Konstruktionen abhängig.

In diesem Zusammenhang ist Peter Lasletts (1989) Differenzierung der Altersphase in ein drittes und viertes Lebensalter zu nennen. Während das dritte Lebensalter eine Lebensphase der Wahlmöglichkeiten, der erweiterten Gelegenheiten, der Kreativität und der persönlichen Entwicklung ist, ist das vierte Lebensalter durch Abhängigkeit und Abbau gekennzeichnet. Die jungen Alten (drittes Alter) leben weitgehend behinderungsfrei, während bei hochaltrigen Menschen altersbedingte körperliche Einschränkungen zu Anpassungen des Alltagslebens zwingen. Wenn auch Laslett diese Gliederung nicht an ein bestimmtes Lebensalter gebunden sehen wollte, so werden in der sozialwissenschaftlichen Diskussion die über 80-jährigen Menschen bzw. die über 85-jährigen Personen zur Gruppe der Hochbetagten gezählt. Diese Festlegung beruht auf demographischen Überlegungen und Zahlen zur Pflegeprävalenz.

Demographisch wird Hochaltrigkeit als jenes Lebensalter bestimmt, wenn die Hälfte der Angehörigen eines Geburtsjahrgangs verstorben ist. In Österreich liegt hier das Alter 2010 bei den Frauen bei 83,2 Jahren und bei den Männern bei 77,7 Jahren (Statistik Austria 2010b). Dabei zeigen sich erhebliche Unterschiede im internationalen Vergleich, die sozial und kulturell bestimmt sind. So beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt in Bulgarien für Frauen 77 Jahre, für Männer 70 Jahre, in Nicaragua für Frauen 77 Jahre und für Männer 71 Jahre sowie in Tansania für Frauen 60 Jahre und für Männer 58 Jahre (United Nations 2011).

Hinsichtlich der Pflegeprävalenz zeigt sich, dass ab dem Alter von 80 bis 85 Jahren die gesundheitlichen Beeinträchtigungen deutlich ansteigen, so insbesondere auch die »Pflegequoten«, d. h. die Anteile von Personen der jeweiligen Altersgruppe, die ständig der Betreuung und Pflege bedürfen. Während der Anteil der Personen in Heimen bzw. stationären Einrichtungen in Österreich bei den unter 80-Jährigen nie mehr als zwei Prozent beträgt, steigt der Anteil bei den 80–84-Jährigen auf sechs Prozent, bei den 85–89-Jährigen auf 13 Prozent und bei den 90-Jährigen und Älteren auf 29 Prozent (Statistik Austria 2010a).

Soziologisch von Bedeutung ist, dass Gebrechlichkeit bei Hochaltrigkeit von sozialen und ökonomischen Benachteiligungen bestimmt wird (Grenier 2007). Lebenserwartung und Hochaltrigkeit werden immer auch durch soziale und gesundheitliche Ungleichheitsbedingungen über den gesamten Lebenslauf bestimmt. Dazu gehört etwa, dass ein höherer Bildungsstatus zu einer höheren Lebenserwartung bzw. einer niedrigeren Sterblichkeit führt (Huisman et al. 2004). Und deshalb ist Hochaltrigkeit aus einer soziologischen Perspektive eine Lebensphase, die nur von einer – grö-

ßer werdenden – Minderheit erreicht wird. Sie ist Ausdruck sozialer bzw. gesellschaftlicher Selektivität (Höpflinger 2003). Damit wird ein zentraler Aspekt der Hochaltrigkeit, nämlich ihr hoch selektiver Charakter, angesprochen. Die soziale Selektivität der Hochaltrigkeit führt dazu, dass Personen unterschiedlichen Alters eine je unterschiedliche interne Homogenität und eine je unterschiedliche soziale Zusammensetzung aufweisen. Bezogen auf die Lebenssituation hochaltriger Menschen heißt das, dass diese aufgrund der »Übersterblichkeit« von sozial benachteiligten Personen eine geringere soziale Variabilität aufweist.

Schließlich ist gesellschaftlich von Bedeutung, dass die Zunahme von gebrechlichen älteren Menschen in modernen Dienstleistungsgesellschaften in einem Zusammenhang mit einem Wandel in den Hilfe- und Sorgebeziehungen zu sehen ist. Gesundheit, Pflege und soziale Unterstützung sind zu Aufgaben staatlicher Einrichtungen und marktlicher Versorgungssysteme geworden. Und dabei zeigt sich, dass jene, die am meisten Hilfe brauchen, häufig keinen Zugang haben, weil entsprechende Transportsysteme oder Einrichtungen fehlen (Conroy 2009).

3. Gesundheit/Gebrechlichkeit im Lebensverlauf

Die bisherige Darstellung der Befunde zur sozialen Bedingtheit von Gebrechlichkeit wirft die Frage auf, wie diese Befunde aus einer Lebenslaufperspektive und im Zusammenhang mit allgemeinen gesundheitssoziologischen Erkenntnissen einzuschätzen sind.

Der Blick auf den Lebenslauf erweitert die Perspektive und erlaubt es, einen bestimmten gesundheitlichen Status – hier Gebrechlichkeit – mit einem Entwicklungs- und Prozessgeschehen zu verknüpfen. Dabei geht es in der hier geführten Diskussion weniger um eine psychologische oder physiologische Sichtweise, sondern um soziologische Einflüsse. Werden diese soziologischen Einflüsse systematisiert, dann lassen sich diese nach Anton Amann und Roland Loos (2011) in vier Thesen zusammenfassen, die in ihrer Widersprüchlichkeit zeigen, dass die Theorienbildung hier eher noch am Anfang steht.

Die *Kumulationsthese* geht davon aus, dass sich Ungleichheiten mit dem Alter verstärken, was vor allem auf den Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheitszustand zurückzuführen ist, da Menschen in höheren sozioökonomischen Positionen gesundheitliche Einschränkungen besser ausgleichen können als solche in niedrigen Positionen. Die *Nivellierungsthese* behauptet eine nachlassende Wirkung sozialer Ungleichheiten mit zunehmendem Alter. Getragen ist diese Auffassung von der Annahme, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen sich im Alter gegenüber anderen Faktoren dominant durchsetzen. Die *Kontinuitätsthese* favorisiert die Vorstellung, dass sich die soziale Ungleichheit im Alter nicht grundlegend verändert, da diese Ungleichheiten in der sozialen Lage während der Erwerbsphase verankert sind, und sich später nur fortsetzen. Schließlich geht die These der *Altersbedingtheit* davon aus, dass das Alter selbst als wesentliche Ursache für die soziale Ungleichheit in Frage kommt, was vor allem auf die gesundheitlichen Benachteiligungen im Alter zurückzuführen ist (Amann/ Loos 2011, 79).

Eine Prüfung dieser Thesen haben Liliya Leopold und Henriette Engelhardt (2011) auf Basis einer europäischen Längsschnittstudie vorgenommen. Sie untersuchten, ob sich gesundheitliche Unterschiede zwischen verschiedenen Bildungsgruppen im Alter vergrößern (Divergenz- bzw. Kumulationsthese), verkleinern (Konvergenz- bzw. Nivellierungsthese) oder ob sie konstant bleiben (Kontinuitätsthese). Herangezogen wurde für die Untersuchung der Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), in dem Personen im Alter zwischen 50 und 80 Jahren befragt wurden. Für das längsschnittliche Vorgehen wurden die Untersuchungswellen 2003 und 2007 verwendet. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass Divergenz als das Hauptmuster bildungsbedingter Veränderungen der Gesundheit im Alter angesehen werden kann: Die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Hoch- und Niedriggebildeten vergrößern sich im Alter für die Indikatoren Greifkraft, Einschränkungen bei Aktivitäten und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens sowie in der Mobilität, bei depressiven Symptomen, numerischen Fähigkeiten und bei zeitlicher Orientierung. Für vereinzelte Indikatoren sind jedoch auch kontinuierliche Muster (Anzahl chronischer Krankheiten, subjektive Gesundheitseinschätzung, Gedächtnis) und konvergierende Verläufe (Sprechgeschwindigkeit) bildungsbedingter Gesundheitsunterschiede zu beobachten (Leopold/ Engelhardt 2011, 207).

Eine Sichtung und Zusammenfassung der empirischen Forschungsbefunde zu Gesundheit/ Gebrechlichkeit im Alter haben Olaf von dem Knesebeck und Ingmar Schäfer (2009) vorgenommen. Dabei zeigen sich unterschiedliche Wirkungen sozialer Ungleichheit. Nachweisbar sind Unterschiede zwischen Bildungsgruppen im Hinblick auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im höheren Lebensalter. Diese Unterschiede sind auch schon in früheren Lebensphasen vorhanden gewesen. So weisen ältere Frauen und Männer mit vergleichsweise hohem Einkommen, hoher Bildung, hohem beruflichen Status und Vermögen eine häufigere Nutzung von Brustkrebsvorsorge- und Prostata-Untersuchungen auf als Personen mit niedrigem sozialem Status. Ein zweiter Bereich ist das Gesundheitsverhalten. Während die Ungleichverteilung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen im mittleren Erwachsenenalter als einer der wesentlichen Erklärungsfaktoren für den sozialen Gradienten (die soziale Abstufung) von Morbidität und Mortalität gilt, ist die Befundlage bei älteren Menschen weniger eindeutig. Gründe mögen darin liegen, dass besonders gefährdete Personen versterben, bevor sie das höhere Lebensalter erreichen und dass das Vorherrschen verschiedener gesundheitsschädigender Verhaltensweisen im höheren Alter abnimmt (z. B. Rauchen). Als bedeutsam für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten im Alter gelten zwischenmenschliche Kontakte. Diese haben im Unterschied zu anderen Lebensphasen eine deutlich höhere Bedeutung. Es sind sowohl die Anzahl sozialer Kontakte als auch die Qualität der sozialen Beziehungen mit Morbidität und Mortalität assoziiert. Je höher das Lebensalter, desto kleiner ist das soziale Netzwerk. Und das hat insbesondere unter Bedingungen von Gebrechlichkeit ungünstige Auswirkungen auf die Lebensqualität (von dem Knesebeck/ Schäfer 2009, 261–262).

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Gerhard Majce und Leopold Rosenmayr (2004) auf Basis einer österreichischen Repräsentativbefragung. Demnach hat soziale

Integration einen bedeutenden protektiven Wert für die Gesundheit im Alter. Die gesundheitliche Beeinträchtigung ist umso geringer, je größer der Freundes-/ Bekanntenkreis ist. So berichten 73 Prozent derjenigen, die einen großen Freundeskreis haben, von einem guten oder sehr guten Gesundheitszustand, jene mit einem kleinen Freundeskreis schätzen sich nur mehr zu 56 Prozent so positiv ein, und von jenen, die keinen Freundeskreis haben, schätzen nur mehr 23 Prozent ihre Gesundheit gut oder sehr gut ein. Damit ist auch eine Spezifik der Gebrechlichkeit im hohen Lebensalter im Unterschied zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen in anderen Lebensphasen herausgestellt. Im hohen Alter ist die Wahrscheinlichkeit deutlich höher, über kein entsprechendes soziales Netzwerk zu verfügen, weil NetzwerkpartnerInnen verstorben sind.

Wenn wir nun die Ergebnisse zusammenfassen, können wir festhalten, dass sich soziale Ungleichheiten mit zunehmendem Alter nicht auflösen, sondern sozio-ökonomische Faktoren wie Bildung, Beruf, Einkommen und soziale Netzwerke einen nachweisbaren Einfluss darauf haben, pflegebedürftig zu werden bzw. ein ungünstiges Gesundheitsempfinden aufzuweisen.

4. Ausblick

Während das Konzept Frailty in der englischsprachigen Fachliteratur in den letzten Jahren sehr häufig verwendet wird (siehe Einleitung), gilt das nur eingeschränkt für deutschsprachige Publikationen. Zwar finden sich in der wissenschaftlichen Datenbank Springerlink 358 Einträge zur Gebrechlichkeit (Zugriff: 18. 10. 2011), aber es sind sehr wenige Aufsätze, die sich explizit mit dem Konzept befassen und empirisch ausgerichtet sind. Verwendet wird dieses Konzept im geriatrischen Zusammenhang (z. B. Singler et al. 2010), im medizinethischen Kontext (z. B. Körtner 2006) oder bei der Behandlung von rechtlichen Fragen (Sailer 2008).

Geprägt ist die Forschungsliteratur auch von Hinweisen zu Interventionen und Handlungsstrategien. So schlagen die beiden Psychogerontologen Howard Fillit und Norbert Butler (2009, 349) vor, dass es auf individueller Ebene statt einer passiven Akzeptanz der Gebrechlichkeit eine adaptive und aktive Reaktion auf die physischen Veränderungen braucht. Sie forcieren damit gewissermaßen das oben beschriebene role-making. Zur aktiven Reaktion gehört die Suche nach Faktoren, die die Gebrechlichkeit abmildern. Dazu gehört auch, unrealistische Erwartungen in das Gesundheitssystem bzw. medizinisches Handeln zu ändern. Denn, so die beiden Autoren, diese Erwartungen führen zu exzessivem Gesundheitsverhalten, welches sich etwa im »doctor shopping syndrome« manifestiert (Fillit/ Butler 2009, 350). Vorgeschlagen wird deshalb ein selektiver Anpassungsprozess. Dies könnte folgendermaßen aussehen: Als jüngere Person bzw. in der mittleren Lebensphase führt jemand eine Landwirtschaft. Im späteren dritten Lebensalter kann dann unter Bedingungen eingeschränkter Mobilität die Gartenarbeit zu einem bevorzugten Tätigkeitsfeld werden. Im vierten Lebensalter können dann, wenn es zu weiteren physischen Einschränkungen der Mobilität und der Seh- und Hörfähigkeit kommt, die Pflanzen in der eigenen Wohnung erhöhte Aufmerksamkeit erhalten.

Eine weitere Form des role-making bei Gebrechlichkeit sehen Margareta Carlsson et al. (1991) in der Ritualisierung der Zeit. Indem Alltagsbeschäftigungen und alltägliche Handlungen in eine bestimmte Struktur und Routine gebracht werden, finden Anpassungsleistungen statt, die auch dazu beitragen, eine erhöhte Vulnerabilität auszugleichen.

Auf gesellschaftlicher Ebene braucht es Alternativen zur passiven Akzeptanz der Gebrechlichkeit. Dazu gehört, dass die Umweltbedingungen so geändert werden, dass auch gebrechliche ältere Menschen gut leben können und weniger von spezifischen anderen Personen abhängig sind. So sehr die Familie ein wesentliches stützendes soziales Netzwerk bei Gebrechlichkeit ist, so sehr kann es auch die eigene Abhängigkeit und Immobilität erhöhen, wenn ein stark Unselbständigkeit förderndes Verhalten verstärkt wird (Baltes/ Wahl 1996). Deshalb wird in Versorgungsstrukturen, die auf Wohnquartiersebene angesiedelt sind, ein günstiger Rahmen für Stützung und Ermutigung gesehen. Nimmt die Chance zur Selbststrukturierung bzw. der gestaltenden Assimilation ab, sind strukturierende Angebote notwendig, die von außen kommen. Um die »*frailty identity crisis*« (Fillit/ Butler 2009, 248) zu überwinden, braucht es positive gesellschaftliche Gelegenheitsstrukturen für gebrechliche ältere Menschen (z. B. Barrierefreiheit). Altersbilder, die einzig darauf aufgebaut sind, jenes Alter als lebenswert zu bestimmen, welches durch eine robuste physische Gesundheit gekennzeichnet ist, führen letztlich zu Diskriminierung und einer Marginalisierung von Menschen, die gebrechlich sind.

Literatur

- Amann, Anton/ Loos, Roland (2011) *Gesundheitsförderung und Gesundheitssituation*. In: Amann, Anton (Hg.) *Alter und Zukunft. Wissen und Gestalten. Forschungsexpertise zu einem Bundesplan für Seniorinnen und Senioren*. Wien, 83–94.
- Baltes, Margret M./ Wahl, Hans-Werner (1996) *Patterns of Communication in Old Age: The Dependency-support and Independence-ignore Script*. In: *Health Communication*, Nr. 3, 217–231.
- Berger, Peter L./ Luckmann, Thomas (1980) *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit*. Frankfurt a. M.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2002) *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation*. Bonn.
- Bortz, Walter (2010) *Understanding Frailty*. In: *Journal of Gerontology. Medical Sciences*, Nr. 3, 255–256.
- Bytheway, Bill (2011) *Unmasking Age. The Significance of Age for Social Research*. Bristol.
- Carlsson, Margareta et al. (1991) *The Oldest Old: Patterns of Adjustment and Life Experiences*. In: *Scandinavian Journal of Caring Science*, Nr. 4, 203–210.
- Cawthon, Peggy M. et al. (2007) *Frailty in Older Men: Prevalence, Progression, and Relationship with Mortality*. In: *Journal of the American Geriatric Society*, Nr. 8, 1216–1223.
- Chan, Felix H.W. (2008) *Frailty in Older People*. In: *The Hongkong Medical Diary*, Nr. 9, 7–9.
- Conroy, Simon (2009) *Defining Frailty – the Holy Grail of Geriatric Medicine*. In: *The Journal of Nutrition Health & Aging*, Nr. 4, 389.
- Dahrendorf, Ralf (2010/ Orig. 1958) *Homo Sociologicus*. Wiesbaden (17. Auflage).
- Espinoza, Sarah/ Walston, Jeremy D. (2005) *Frailty in Older Adults: Insights and Interventions*. In: *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, Nr. 12, 1105–1112.
- Faber, Margaret/ Bootsma-van der Weil, Annetje (2001) *Successful Aging in the Oldest Old*. In: *Archives of Internal Medicine*, Nr. 161, 2694–2700.

- Fillit, Howard/ Butler Robert N. (2009) *The Frailty Identity Crisis*. In: Journal of the American Geriatric Society, Nr. 2, 348–352.
- Fried, Linda P. et al. (2001) *Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype*. In: Journal of Gerontology. Medical Sciences, Nr. 3, M146–M156.
- Grenier, Amanda (2006) *The Distinction Between Being and Feeling Frail: Exploring Emotional Experiences in Health and Social Care*. In: Journal of Social Work Practice, Nr. 3, 299–313.
- Grenier, Amanda (2007) *Constructions of Frailty in the English Language, Care Practice and the Lived Experience*. In: Ageing & Society, Nr. 3, 425–445.
- Höpflinger, Francois (2002) *Generativität im höheren Lebensalter*. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Nr. 4, 328–335.
- Höpflinger, Francois (2003) *Hochaltrigkeit – demographische, gesundheitliche und soziale Entwicklungen*, verfügbar unter: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/fhalter1J.html>, 23. 10. 2011.
- Huisman, Martijn et al. (2004) *Socioeconomic Inequalities in Mortality among Elderly People in 11 European Populations*. In: Journal of Epidemiology and Community Health, Nr. 58, 468–475.
- Kaufman, Sharon R. (1994) *The Social Construction of Frailty – an Anthropological Perspective*. In: Journal of Ageing Studies, Nr. 1, 45–58.
- Kirkwood, Thomas B. L. et al. (2005) *What Accounts for the Wide Variation in Life Span of Genetically Identical Organisms Reared in a Constant Environment?* In: Mechanisms of Ageing and Development, Nr. 126, 439–443.
- Knesebeck, Olaf von dem/ Schäfer, Ingmar (2009) *Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter*. In: Richter, Matthias/ Hurrelmann, Klaus (Hg.) *Gesundheitliche Ungleichheit*. Wiesbaden, 253–265.
- Körtner, Ulrich H. J. (2006) *Frailty. Medizinethische Überlegungen zur Gebrechlichkeit des alten Menschen*. In: Ethik in der Medizin, Nr. 2, 108–119.
- Kolland, Franz (2008) *Alltag im Alter*. In: Hörl, Josef u. a. (Hg.) *Hochaltrigkeit in Österreich*. Wien, 131–160.
- Laslett, Peter (1989) *A Fresh Map of Life. The Emergence of the Third Age*. London.
- Leopold, Liliya/ Engelhardt, Henriette (2011) *Bildung und Gesundheitsungleichheit im Alter: Divergenz, Konvergenz oder Kontinuität? Eine Längsschnittuntersuchung mit SHARE*. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Nr. 2, 207–236.
- Lepeleire, Jan et al. (2009) *Frailty: an Emerging Concept for General Practice*. In: The British Journal of General Practice, Nr. 5, 177–182.
- Majce, Gerhard/ Rosenmayr, Leopold (2004) *Gesundheit und Krankheit in den Altersgruppen 50+. Eine empirisch-soziologische Untersuchung der Altersforschung in Österreich*. Wien.
- Markle-Reid Maureen/ Browne, Gina (2003) *Conceptualizations of Frailty in Relation to Older Adults*. In: Journal of Advanced Nursing, Nr. 1, 58–68.
- Pichler, Barbara (2011) *Revoltierendes Anerkennen des Alter(n)s*. In: Magazin erwachsenenbildung.at, Nr. 13, 4-2–4-8.
- Rowe, John W./ Kahn, Robert L. (1997) *Successful Aging*. In: The Gerontologist, Nr. 4, 433–440.
- Sailer, Hansjörg (2008) *Voraussetzungen eines Testamentes*. In: Juristische Blätter, Nr. 1, 43–44.
- Sieber, Cornel (2005) *Zum Konzept der Gebrechlichkeit*. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Suppl 1, I/1–I/3.
- Singler, Karl u. a. (2010) *Gebrechlichkeit, Demenz und Diabetes. Der geriatrische Patient*. In: Der Diabetologe, Nr. 7, 534–540.
- Sneegas, Janiece J. (1986) *Components of Life Satisfaction in Middle and Later Life Adults*. In: Journal of Leisure Research, Nr. 4, 248–258.
- Statistik Austria (2010a) *Halbjährliche Anstalteneinweisung*. Wien.
- Statistik Austria (2010b) *Lebenserwartung für ausgewählte Altersjahre*. Wien.
- Szanton, Sarah L. et al. (2010) *Socioeconomic Status is Associated with Frailty: the Women's Health and Aging Studies*. In: Journal of Epidemiology and Community Health, Nr. 1, 63–67.
- Turner, Ralph H. (1958) *Role-taking: Process versus Conformity*. In: Rose, Arnold M. (ed.) *Human Behaviour and Social Processes*. Boston, 22–40.
- United Nations (2011), verfügbar unter: <http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/socind/health.htm>, 23. 10. 2011.
- Woo, Jean et al. (2005) *Social Determinants of Frailty*. In: Gerontology, Nr. 4, 402–448.

Kontakt:
franz.kolland@univie.ac.at