

Grundlagen und Herausforderungen gerontologischer Intervention

1 Stellenwert und Ziele von Interventionsforschung und -praxis

Hans-Werner Wahl

Zusammenfassung

Gero-Interventionen können als »Härtetest« des Erfolgs der Alterswissenschaft angesehen werden. Sie zeigen die vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten ihrer Befunde, aber auch die bedeutsame Plastizität des alternden menschlichen Systems in seinen physischen, psychischen und sozialen Bereichen. Interventionen unterstreichen ferner die Gestaltbarkeit (auch) des späten Lebens, sie unterstützen Bemühungen um ein gutes Leben im Alter und sie nähren damit auch

Utopien dessen, was im Alter, selbst im sehr hohen Alter, möglich ist. Vor diesem Hintergrund werden in diesem Kapitel die Bedeutung von Interventionen für die Alterswissenschaft, für alternde Menschen, für ihre Angehörigen, für eine ganze Reihe von Professionen und für die Gesellschaft aufgezeigt, definitorische Klärungen angeboten, Ziele und Strategien von Interventionen erläutert sowie wesentliche Anwendungsfelder der Interventionsgerontologie umrissen.

Einführung

Für die Alterswissenschaft sind Interventionen mehrfach bedeutsam. Erfolgreiche und effiziente Interventionen zeigen etwa die große Plastizität des alternden menschlichen Systems, und sie spiegeln gleichzeitig das Potential der Alterswissenschaft, wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis zu transferieren – ein hehres Ziel aller Wissenschaften (Willis, 2001). In gewisser Weise ist, wie auch Salthouse (2006) schreibt, der Erfolg in der Praxis der »Härtetest« für die Gültigkeit alterswissenschaftlicher Befunde bzw. von Alternstheorien, insbesondere der dort getroffenen Kausalitätsannahmen

hinsichtlich dessen, was in welcher Weise und in welchen Konstellationen »wirkt«.

Auch alte Menschen selbst profitieren von Interventionen, zeigen sie doch, was alles »trotz Alters« bzw. trotz altersabhängiger Einbußen und Verluste möglich bzw. wieder erreichbar ist. Es ist in diesem Zusammenhang eine der zentralen Errungenschaften der modernen Altersforschung und ihrer Befunde, Altern nicht als einen nur biologisch determinierten »Abbauvorgang« zu betrachten. Eine solche Sichtweise hat im Übrigen auch dazu geführt, neben der Altersmedizin und Alterspsychiatrie auch Fä-

Grundlagen und Herausforderungen gerontologischer Intervention

cher wie Gerontopsychologie, Alterssoziologie und Geragogik, also einen psychologischen, sozialen und erziehungswissenschaftlichen Zugang zu Alter und Altern, in den Mittelpunkt des Wissenschaftsfelds Gerontologie zu rücken (Wahl & Heyl, 2004).

Angehörige sind oft durch die mit dem Altern eintretenden Veränderungen ihrer Partner oder Eltern, prototypisch dementielle Veränderungen, stark gefordert und nicht selten psychisch und physisch sehr belastet. Hilfreiche Interventionen, bei den älteren Menschen selbst, aber auch bei Angehörigen, können hier zu Entlastungen und zu einem besseren Umgang mit der Pflegesituation, aber auch mit eigenen Lebenszielen führen.

Interventionen führen zudem stetig zu einer weiteren Verbesserung der Profilierung unterschiedlichster Professionen. Beispielsweise hat international der Berufsstand der Ergotherapeuten gerade durch Interventionserfolge bei alten Menschen signifikante Profilierungen mit heute, gegenüber der Situation etwa noch in den 1990er Jahren, deutlich anderen, eben auch auf ältere Menschen bezogenen Ausbildungs- und Tätigkeitsinhalten erfahren.

Interventionen sind schließlich auch für die Gesellschaft insgesamt von großer Be-

deutung. Sie können beispielsweise durch den Nachweis dessen, was »noch« spät im Leben möglich ist, negativen Altersstereotypen entgegenwirken, aber sie können auch, ganz handfest, Gesundheitskosten sparen, etwa wenn gezeigt werden kann, dass die Unterstützung und Edukation im »Disease-Management« von chronischen Krankheiten zu deutlichen Einsparungen im Psychopharmakaverbrauch bei älteren Menschen führen kann.

Historisch hat sich das Feld der Interventionsgerontologie seit den 1970er Jahren dynamisch entwickelt. Die Entwicklung ist eng verbunden mit Namen wie Paul und Margret Baltes, Louis Burgio, Ellen Langer, Ursula Lehr, Judith Rodin, Richard Schulz, Sherry Willis und Robert Rubenstein. Nachdem in den 1980er Jahren erste eher begrenzte Interventionsforschungsprojekte (wie z. B. das »Adult Development and Enrichment Project«/ ADEPT Programm zum kognitiven Training von Baltes und Kollegen) erfolgreich abgeschlossen wurden, sehen wir seit den 1990er Jahren große kontrollierte Studien wie beispielsweise die kognitiv orientierte Interventionsstudie »Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly« (ACTIVE; Ball et al., 2002).

Definition von Intervention und wichtige Unterscheidungen

Gemäß einer heute klassischen Definition von Lehr (1979) beinhaltet Interventionsgerontologie das »Insgesamt der Bemühungen, bei psychophysischem Wohlbefinden ein hohes Lebensalter zu erreichen«. In Anlehnung an einen Vorschlag von Smyer, Zarit und Qualls (1990) kann man Interventionen verstehen als Prozess geplanter Verhaltensveränderung (mit einem sehr weit gefassten Begriff von Verhalten), der auf der systematischen An-

wendung von Prinzipien, Theorien und Befunden aus unterschiedlichen Gebieten der Alternswissenschaft beruht. Gero-Interventionen sollten demnach stets wissenschaftlich fundiert sein, auch wenn sie sicherlich in ihrer praktischen Anwendung »Übersetzungen« (translation, implementation) erfahren müssen (vgl. Kapitel 100 von Diehl & Wahl »Prinzipien der Übersetzung und Implementierung in die Praxis«).

1 Stellenwert und Ziele von Interventionsforschung und -praxis

Interventionen haben per se eine deutliche interdisziplinäre Konnotation, und dies gilt vielfach sowohl hinsichtlich ihrer wissenschaftlichen Fundierung, ihrer praktischen Umsetzung und ihrer Wirkungen. Beispielsweise wird immer deutlicher, dass effiziente kognitive Intervention nicht nur Befunde der psychologischen Trainingsforschung, sondern auch der Gehirnphysiologie und der inneren Medizin (z. B. Herzkreislaufsystem) benötigt. Praktisch sind viele Interventionen multiprofessionell angelegt, d. h. ihre effiziente Durchführung legt multiprofessionelle Zusammenarbeit nahe. Präventive Interventionen auf sportwissenschaftlicher Grundlage im Bereich der körperlichen Fitness können beispielsweise auch sehr von Erkenntnissen der Gesundheitspsychologie profitieren bzw. sie benötigen die Unterstützung durch Pflegefachwissen, wenn sie sich an bereits fragiler gewordene Ältere richten. Ferner verfügen wir heute über hochwertiges und reichhaltiges Wissen zu den multidimensionalen Auswirkungen von praktisch jeglicher Intervention. Körperliche Trainingsprogramme beispielsweise führen nicht nur zu vermehrter Muskelkraft, besserer Balancefähigkeit und erhöhter kardio-vas-

kulärer Fitness; sie fördern auch überraschend stark die kognitive Leistungsfähigkeit, sie gehen mit Steigerungen des Wohlbefindens und einer Reduktion depressiver Verstimmung einher, und sie können zu neuen Aktivitäten führen.

Vor diesem Hintergrund ist auch die heute in der Interventionsforschung allgemein übliche Unterscheidung von primären und sekundären Wirkungen («outcomes») von erheblicher Bedeutung. Auf der einen Seite sollen bestimmte Interventionen zu bestimmten, theoretisch erwartbaren Veränderungen führen; eine antidepressive Medikation soll beispielsweise primär den Verlauf einer depressiven Erkrankung positiv beeinflussen. Auf der anderen Seite mag eine solche Wirkung beispielsweise auch die berufliche Leistungsfähigkeit, das Aktivitätsprofil oder die Partnerzufriedenheit verändern. Diese sekundären Wirkungen kann man allerdings nur feststellen, wenn man in Studien auch eine entsprechende Bandbreite an »outcomes« erfasst (das könnte in unserem Beispiel bedeuten: Berücksichtigung von Indikatoren der beruflichen Leistungsfähigkeit wie Krankheitsstage, aber auch von Aktivitäten und der Partnerzufriedenheit).

Ziele und Strategien von Interventionen

Als primäre Ziele bzw. Strategien von Interventionen werden traditionell Optimierung, Prävention, Rehabilitation/Therapie und Erhaltung und Management eines nicht weiter verbesserbaren Zustands unterschieden (Lehr, 1979). *Intervention als Optimierung* bezieht sich auf die Herstellung allgemein günstiger Entwicklungsbedingungen, die Schwächen ausgleichen und Stärken fördern sollen. Unter *Prävention als Interventionsstrategie* werden gesundheitliche, körperliche, geistige und psycho-

soziale Vorbeugemaßnahmen verstanden, die den altersbedingten Abbau verzögern, mildern oder verhindern sollen. *Intervention als Rehabilitation und Therapie* bezieht sich auf die Behandlung von Krankheiten bzw. deren Auswirkungen und das gezielte Training verlorener Fähigkeiten. *Intervention im Sinne von Erhaltung und Management* bedeutet Akzeptanz irreversibler Verluste und den Versuch, mit den vorhandenen Einschränkungen so gut wie möglich zurechtzukommen. Erfolgreiche Interventi-

Grundlagen und Herausforderungen gerontologischer Intervention

onsmaßnahmen müssen also nicht zwangsläufig eine Verbesserung zur Folge haben, sondern können insbesondere in der Arbeit mit Älteren auch beinhalten, dass keine Verschlechterung des Zustands eintritt oder eine Verlangsamung von nicht vermeidbaren Verlusten erreicht wird.

Auf einer grundsätzlicheren Ebene zielt Interventionsforschung darauf ab, die vorhandene (und lange Zeit unterschätzte) Plastizität des Alters in den unterschiedlichsten Bereichen (grob: körperlich, psychisch, sozial) abzuschätzen bzw. nachzuweisen bzw. auszuschöpfen (Brehmer & Lindenberger, 2007; Salthouse, 2006). Interventionsforschung kann zudem zeigen, welche Strategien erfolgversprechender und effizienter als andere sind, um die Plastizität des alternden menschlichen Systems auszunutzen. Zunehmend ist deshalb nicht zuletzt dank des vielfachen Nachweises der bedeutsamen Plastizität bzw. der vorhandenen Reservekapazitäten älterer, selbst hochaltriger Menschen das lange Zeit vorherrschende *Defizitbild* des Alters zurückgedrängt und durch ein differenziertes Altersbild ersetzt worden, das die Schwächen, aber eben auch die verbliebenen Stärken des Alters, selbst des sehr hohen Alters, herausstellt. Allerdings scheint es auch so zu sein, dass die Plastizität vor allem im hohen und sehr hohen Alter auch deutliche Einbußen erfährt, was aber keineswegs bedeutet, Interventionen seien nicht mehr möglich oder effizient. Wir wissen heute beispielsweise, dass selbst bei über 90-jährigen Menschen Muskelaufbautraining die Lebensqualität vielschichtig verbessern kann,

aber wir wissen auch, dass selbst hochintensive Interventionen und Trainings im Bereich der geistigen Leistungsfähigkeit bei Hochaltrigen nicht das Rad der kognitiven Entwicklung mit Verlustdynamik aufhalten, geschweige denn zurückdrehen können.

Interventionen verfolgen ferner auch das Ziel, zu einem »guten« Leben im Alter beizutragen, d. h. sie zeigen für alternde Individuen und für die Gesellschaft auf, was alles selbst im deutlich fortgeschrittenen Leben noch machbar bzw. erlebbar ist. Interventionen sind insofern auch immer wichtiger Teil von Argumenten für Optimierungen von lebenslangen Entwicklungsverläufen bis ins höchste Alter (Brandtstädter, 2007). Sie können deshalb auch Utopien des im Alter Möglichen in fruchtbarer Weise befördern, und sie unterstützen die prinzipielle Offenheit und Unvollkommenheit des menschlichen Entwicklungssystems. Gleichzeitig stecken sie einen Möglichkeitshorizont in Bezug auf Gestaltungen des Alterns heute und morgen ab und wirken damit auch einem nicht selten vorhandenen Zeitgeist von »Anti-Aging« Euphorien und von »Forever Young« Phantasien entgegen. Diese Überlegung bedeutet auch, dass Interventionsgerontologie unmittelbar der Verschränkung mit Modellvorstellungen von Adaptation und »guter« Entwicklung und damit auch eines Lebensspannungszugangs bedarf (s. dazu insbesondere auch die Beiträge unter »Interventionsgerontologische Basiskonzepte« in diesem Buch).

1 Stellenwert und Ziele von Interventionsforschung und -praxis

Wesentliche Anwendungsfelder der Interventionsgerontologie

Tabelle 1.1 gibt, modifiziert und erweitert nach Wahl und Zank (2006), einen Überblick über Problembereiche, Interventionsformen und Anbieter/Institutionen.

Tab. 1.1: Anwendungsbereiche der Interventionsgerontologie

Bereich	Beispielhafte Interventionsformen	Beispielhafte Anbieter/Institutionen
Verlust von Alltagskompetenz zur selbstständigen Lebensführung (z. B. Nahrungsaufnahme, Körperpflege, An- und Auskleiden nach Schlaganfall)	Training von Alltagskompetenz, Verhaltensmodifikation, Beratung, Optimierung der gebauten und sozialen Umwelt, Nutzung von Technologien	Ergotherapie, Physiotherapie, Sozialdienst, Tagesklinik, ambulante und stationäre Reha-Teamen, Wohnberatung, Betreutes Wohnen
Depression, Ängste, psychosomatische Störungen, posttraumatisches Belastungssyndrom	Psychotherapie (vor allem psychodynamische Ansätze, Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie), Pharmakotherapie	Psychotherapeuten, Klinische Psychologen, Psychiater, entsprechende Kliniken und Beratungsstellen
Allgemeine körperliche Fitness, Bewegungsunsicherheit, Sturzängste	Bewegungswissenschaftlich fundierte Interventionen, Krafttraining	Selbsthilfegruppen (z. B. Koronarsportgruppen), Volkshochschulen, Angebote der Krankenkassen
Bedeutsame/krankhafte kognitive Defizite	Differenzierte Diagnostik der Ursachen, ggf. kognitives Training, auch körperliches Training	Memory Clinic, Gedächtnis-sprechstunde, Neurologen, Psychiater
Normale mit dem Altern verbundene kognitive Verluste	Kognitives Training, Mehrkomponenten-Interventionen einschließlich körperlichem Training, Schaffung von neuen Anre-gungsbedingungen	Ärzte, Freizeitstätten, Tagespflege, Volkshochschulen, neue Wohnformen
Dementielles Syndrom	Biographieorientierte Aktivierung, Realitätsorientierungstherapie, kognitives Training (vor allem in Frühstadien), Validation, Erinnerungstherapie, Mal- und Musiktherapie, Anpassung der räumlichen Umgebung	Häusliche Pflege, Tagesklinik, Tagespflege, Heime
Kritische Lebensereignisse (wie Multimorbidität, Verwitwung, Umgang mit Sterben und Tod)	Disease-Management Programme, psychosozial orientierte Gruppenarbeit und Beratung, Trainings in sozialen Fertigkeiten, Trauergruppen	Fachkliniken, Krankenkassen, Träger psychosozialer Beratungsangebote, Bestattungsinstitute
Belastung pflegender Angehöriger	Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige, Psychoedukation, Entlastungsinter-ventionen, Psychotherapie	Selbsthilfegruppen (z. B. Alzheimer Gesellschaft), Sozialstationen, Kurzzeitpflege, Tagespflege, Psychotherapeuten

Grundlagen und Herausforderungen gerontologischer Intervention

Hierbei zeigt sich unmittelbar, dass das Feld der Interventionsgerontologie in dynamischer Entwicklung begriffen ist und stetig neue Interventionszugänge und -anbieter auf die Bühne treten. Zudem verändert sich durch nachfolgende Kohorten stetig

das Erwartungsspektrum der älteren Menschen selbst, was etwa an der wachsenden Inanspruchnahme von Psychotherapie auch durch Ältere und sogar Hochbetagte zu erkennen ist.

Ausblick

Interventionsgerontologie verfolgt, mit wachsendem Erfolg, eine Vielfalt bedeutsamer Ziele, die nicht nur die Lebensqualität alternder Menschen unterstützt, sondern auch das Ansehen und den »Impact« der Alterswissenschaft zunehmend festigt und stärkt. Weiterhin unbefriedigend ist, dass das Potential der heute verfügbaren Interventionsangebote und -möglichkeiten mit großer Wahrscheinlichkeit noch längst nicht ausgeschöpft wird. Verantwortlich hierfür ist wahrscheinlich ein Konglomerat von Faktoren wie fehlende Information auf Seiten der älteren Menschen, ihrer Angehö-

rigen, aber auch von Professionellen, in Verbindung mit einem wohl immer noch weit verbreiteten Interventionspessimismus. Sträflich unterschätzt werden wohl bis heute auch die Anforderungen, die eine erfolgreiche und nachhaltige Implementierung von nachgewiesenermaßen effizienten Interventionen mit sich bringt. Es ist an der Zeit, die »Translation« von Interventionen bei Älteren auch als Forschungsaufgabe und als ein noch vernachlässigtes Evaluationskriterium für »gute Interventionsforschung« zu begreifen.

Literatur

- Ball, K., Berch, D. B., Helmers, K. F., Jobe, J. B., Leveck, M. D., Marsiske, M., Morris, J. N., Rebok, G. W., Smith, D. M., Tennstedt, S. L., Unverzagt, F. W. & Willis, S. L. (2002). Effects of cognitive training interventions with older adults. A randomized controlled trial. *JAMA*, 288, 2271–2281.
- Brandtstädter, J. (2007). Konzepte positiver Entwicklung. In J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Ein Lehrbuch* (S. 681–723). Stuttgart: Kohlhammer.
- Brehmer, Y. & Lindenberger, U. (2007). Intraindividuelle Variabilität und Plastizität. In M. Hasselhorn & W. Schneider (Hrsg.), *Handbuch der Psychologie* (Handbuch der Entwicklungspsychologie, S. 407–418). Göttingen: Hogrefe.
- Lehr, U. M. (Hrsg.). (1979). *Interventionsgerontologie*. Darmstadt: Steinkopff.
- Salthouse, T. A. (2006). Theoretical issues in the psychology of aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (6th ed., pp. 3–13). Amsterdam: Elsevier.
- Smyer, M. A., Zarit, S. H. & Qualls, S. H. (1990). Psychological intervention with the aging individual. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (3 ed., pp. 375–406). New York: Academic Press.
- Wahl, H.-W. & Heyl, V. (2004). *Gerontologie: Einführung und Geschichte*. (Band 1 der Reihe »Grundriss Gerontologie«). Stuttgart: Kohlhammer.

1 Stellenwert und Ziele von Interventionsforschung und -praxis

Wahl, H.-W. & Zank, S. (2006). Interventionsgerontologie. In W. D. Oswald, U. Lehr, C. Sieber & J. Kornhuber (Hrsg.), *Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe* (3. Auflage; S. 225–230). Stuttgart: Kohlhammer.

Willis, S. L. (2001). Methodological issues in behavioral intervention research with the elderly. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5th ed., pp. 78–108). San Diego, CA: Academic Press.