

1 Das Alter und alte Menschen

Gerontolog*innen, Geriater*innen und Pflegewissenschaftler*innen erforschen diese sehr lange und abwechslungsreiche Lebensspanne. Die Komplexität der Lebensspanne Alter führt zu vielfältigen Forschungsfragen, die von verschiedenen Forschungsdisziplinen beantwortet werden wollen. In der Folge führt die Komplexität des Themas dazu, dass sich auch Lehrende und Lernende ebenfalls mit den unterschiedlichen Forschungsperspektiven beschäftigen sollten.

Von besonderem Interesse ist die Lebensspanne Alter, da die demografische Entwicklung der Bevölkerung zu immer mehr alten Menschen führen wird. Schon jetzt sind von den ca. 80 Millionen Bundesbürger*innen ungefähr 20 % über 67 Jahre und älter. Schätzungen des Bundesamtes für Statistik gehen davon aus, dass sich diese Verteilung bis zum Jahr 2070 fortsetzen wird und ca. 22 % der Menschen über 67 Jahre alt sein werden (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022a). Gründe für die Zunahme alter Menschen in der Bevölkerung sind die Möglichkeiten der modernen Medizin, die zu einer immer weiter steigenden Lebenserwartung und einer längeren Phase eines aktiven Alters bei guter Gesundheit führen. Aufgrund des Wohlstands in der Bundesrepublik Deutschland ist es nahezu allen Menschen möglich, sich gesund und ausreichend zu ernähren, sich zu kleiden sowie sich sinnvoll in Beruf und Freizeit zu beschäftigen. Bedrohungen ihrer körperlichen Unversehrtheit sind nur im Ausnahmefall zu erwarten, was ein sicheres Leben ermöglicht. Nicht zuletzt ein komplexes Gesundheitssystem mit dem Angebot von Kranken- und Pflegeversicherung bietet Sicherheit auch in gesundheitlichen Problem- oder krankheitsbedingten Krisensituationen.

Fragen zur Selbstreflexion

- Wie alt sind Ihre Patient*innen im Durchschnitt?
- Wie alt war Ihre jüngste Patientin/Ihr jüngster Patient?
- Wie alt war Ihre älteste Patientin/Ihr ältester Patient in der geriatrischen Frührehabilitation?

Alte Menschen treten im täglichen Leben als Familienmitglieder, als Bürger*innen, als Konsument*innen, als geriatrische Patient*innen oder als pflegebedürftige Personen auf. Sie nehmen bis ins hohe Alter verschiedene Rollen in ihrer Familie, aber auch in der Gesellschaft wahr. Als Familien-

112
...

mitglieder kümmern sie sich um ihre Kinder und Enkel, auch wenn sie mit zunehmendem Alter und Einschränkungen immer weniger Aktivitäten gestalten können. Anstelle von gemeinsamen Aktivitäten tritt dann oft eine finanzielle Unterstützung, selbst wenn es ihnen schwerfällt, kleinere Summen ihres Einkommens an die Enkel abzutreten. Als Bürger*innen engagieren sie sich in Ehrenämtern, nehmen an Wahlen teil und möchten ihre Wohn- und Lebensumgebung mitgestalten. Als Konsument*innen sind sie von besonderem Interesse für zahlreiche Branchen, da alte Menschen in der Regel über stabile Einkommen als Rente oder Pension verfügen, die sie für Verbrauchsgüter oder Freizeitaktivitäten ausgeben können und wollen.

Einige ältere Menschen erleben gesundheitliche Krisen, weil chronische und akute Erkrankungen zu Einschränkungen in der Alltags- und Freizeitgestaltung führen. Deshalb müssen sie häufig Einrichtungen des Gesundheitswesens aufsuchen. Nicht selten münden diese Probleme in Pflegebedürftigkeit. Von den ca. 5 Millionen pflegebedürftigen Personen leben laut Pflegestatistik 793.461 Personen in einer stationären Pflegeeinrichtung, also 16 %. Allerdings leben 84 % der pflegebedürftigen Personen zu Hause und werden dort von ihren Angehörigen allein oder gemeinsam mit ambulanten Pflegediensten betreut (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022b). Die Erfahrungen in der Arbeit mit älteren Menschen zeigen allerdings, dass sie sich sehr selten und frühzeitig mit dem Risiko einer Pflegebedürftigkeit auseinandersetzen. Das führt meist zu einem akuten Auftreten von Pflegebedürftigkeit, die nur unter Zeitdruck, mit wenigen Entscheidungsalternativen und unter persönlichem Druck bewältigt werden kann. Die drohende Pflegebedürftigkeit ist aus ihrer Sicht eher das Risiko von anderen. Das eigene Risiko wird aus verständlichen Gründen unterbewertet, denn Pflegebedürftigkeit ist keine Lebenssituation, die anzustreben ist. Sie ist von persönlicher Abhängigkeit und dem Angewiesen Sein auf personelle Hilfestellung geprägt und das ist unvereinbar mit den eigenen Vorstellungen eines guten Lebens im Alter.



Eine Frage zur Selbstreflexion

Welche Fragestellungen beschäftigen geriatrische Patient*innen, wenn sie sich bewusst werden, pflegebedürftig zu bleiben?

2 Das Alter aus der Perspektive der Entwicklungspsychologie

Die Lebensspanne Alter kann aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden. Eine wichtige ist die der Entwicklungspsychologie. Sie befasst sich mit der Entwicklung des Menschen vom Kind bis zum alten Menschen. In jeder Lebensspanne muss der Mensch Lern- und Entwicklungsschritte bewältigen, die zur Kompetenz und Erhaltung beitragen.

Die Lebensspanne Alter kann vom 65. bis zum 95. Lebensjahr reichen und ist damit die längste im menschlichen Leben. In der Literatur wird zwischen dem dritten und vierten Lebensalter unterschieden. Das dritte Lebensalter umfasst die Lebensjahre 65 bis 80 Jahre. Mit dem 80. Lebensjahr beginnt das vierte Lebensalter, auch als *Hochaltrigkeit* bezeichnet (vgl. Wurm et al., 2010). Folglich können in einer langen bis sehr langen Lebensspanne zahlreiche Entwicklungsmuster und -phänomene im Umgang mit neuen Lebensanforderungen gefunden werden (vgl. Brandtstädter, 2007). Neue Lebensanforderungen im Alter umfassen den Umgang mit gesundheitlichen Einschränkungen, mit Krankheiten, mit Pflegebedürftigkeit, aber auch mit dem Verlust von nahestehenden Menschen. Das Leben in Abhängigkeit von anderen Menschen oder in Einsamkeit erfordert eine angepasste Zukunftsplanung, die von Angst vor der Zukunft beeinflusst werden kann.

2.1 Das Altersbild des produktiven Alterns

Trotz sämtlicher negativer Einflüsse auf das Leben älterer Menschen sind sie in der Lage, ihre eigenständige Produktivität zu erhalten. Viele von ihnen möchten »produktiv« im Sinne von unabhängig bleiben, um anderen Menschen nicht zur Last zu fallen. Dies spiegelt sich auch in einem Altersbild wider.

Bei Altersbildern handelt es sich um Beschreibungen des Verhaltens und der Meinung über »typische« alte Menschen. Ihre Bedeutung ist im Alltag älterer Menschen nicht zu unterschätzen, denn sie sind unbewusst in den Köpfen von Mitarbeiter*innen oder Familienmitgliedern präsent und beeinflussen ihre Entscheidungen und ihr Handeln. Sie trauen älteren Menschen nicht mehr so viel zu und neigen deshalb zur Übernahme vieler Aktivitäten. Die unreflektierte Übernahme von Alltagsaktivitäten, auch

wenn sie gut gemeint sind, verhindert Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten, da die älteren Menschen keine Gelegenheit dazu bekommen (BMFSFJ, 2010). Nicht alle älteren Menschen bringen dann die Kraft auf, sich ihre Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten zu erhalten oder zu erkämpfen.

Die fehlende Reflexion des eigenen Altersbilds anderer Menschen, z. B. die defizitorientierte Sicht auf das Altern, kann zur Beschneidung von vorhandenen Ressourcen und Alltagskompetenzen führen, in deren Folge ältere Menschen nicht befähigt und ermächtigt werden, sondern sich eingengt und fremdbestimmt fühlen. So ist eine sehr große Fürsorge von Familienmitgliedern eine Ursache dafür, dass sie viele Alltagstätigkeiten für die alten Menschen übernehmen, anstatt es ihnen zu überlassen, es selbst zu tun. Auch die Angst der Pflegenden, dass ein alter Mensch zu Schaden kommen könnte und sie selbst dafür die Verantwortung tragen, führt sehr schnell zur Übernahme von Alltagstätigkeiten durch Pflegende, z. B. sich bewegen bei einer vorliegenden Sturzgefahr.

Im Krankenhausalltag macht sich ein defizitorientiertes Altersbild bereits an der Wortwahl von Pflegenden bemerkbar. Die unreflektierte Nutzung des Begriffes »Pflegefall«, »dement«, »kommt aus dem Heim« durch Pflegende birgt die Gefahr, in der Selbst- und Fremdwahrnehmung mit dem Verlust der individuellen Persönlichkeit und der Autonomie verbunden zu werden. Auch auf Unterstützung und Pflege angewiesene Menschen haben das Recht, sich nicht nur über ihre Behinderung, Erkrankung, ihren Lebensort, Pflegeaufwand und ihren Unterstützungsbedarf definieren zu lassen. In Pflegeeinrichtungen werden ältere Menschen deshalb bewusst als *Bewohner*innen* und als *Kurzzeitpflegegäste* bezeichnet, um ihre Person ins Zentrum zu stellen und nicht ihre Abhängigkeit von personeller Hilfe (vgl. BMFSFJ, 2010).



Fragen zur Selbstreflexion

- Fällt es Ihnen schwer, bei alten Menschen ihre Ressourcen und Kompetenzen zu sehen?
- Was verstehen Sie unter dem Begriff der Ressource?
- Was verstehen Sie unter dem Begriff der Alltagskompetenz?

Die Befähigung und Ermächtigung alter Menschen und damit ihre Produktivität hängt davon ab, ob die vorliegenden Ressourcen und Alltagskompetenzen differenziert in der Pflege ermittelt werden. So kommt es häufig vor, dass chronisch kranke oder pflegebedürftige Menschen lediglich in defizitbestimmten Kategorien wahrgenommen werden, obwohl sie bei der Bewältigung ihrer Pflegebedürftigkeit seelische und geistige Stärke zeigen und deshalb Vorbild für andere Menschen sein könnten. Trotz ihrer Pflegebedürftigkeit können sie konfliktbereit, durchsetzungsfähig und konsequent sein. Sie vertreten ihre eigenen Anliegen und möchten damit ihrem Bedürfnis nach einem selbstgesteuerten Leben Nachdruck verleihen. Dafür werden sie oftmals als »starrsinnig« bezeichnet, obwohl es sich um eine

berechtigte hartnäckige Zielverfolgung handelt, welche alternativlos ist, da es sich um eine Bewältigungsstrategie handelt. Sie bringen dadurch die eigene Stärke auf, ihre Pflegebedürftigkeit in ihr Leben zu integrieren, um sie akzeptieren zu können (vgl. Halisch & Geppert, 2000) und um ihre Lebensvorstellungen gegen andere Menschen zu behaupten.

Nicht selten unterschätzen alte Menschen selbst ihre eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten, weil sie das ihnen zugedachte defizitorientierte Altersbild übernehmen. Sie schildern folglich ihre Ressourcen und vorhandenen Alltagskompetenzen nicht (vgl. BMFSFJ, 2010) und nehmen sich keine neuen Ziele vor.

2.2 Ressourcen und Kompetenzen im Alter

Sowohl der Begriff der Ressource als auch der der Kompetenz findet Berücksichtigung in unserem alltäglichen Sprachgebrauch und wird dort oftmals synonym verwendet. Im fachlichen Kontext werden Ressourcen und Kompetenzen getrennt voneinander verwendet.

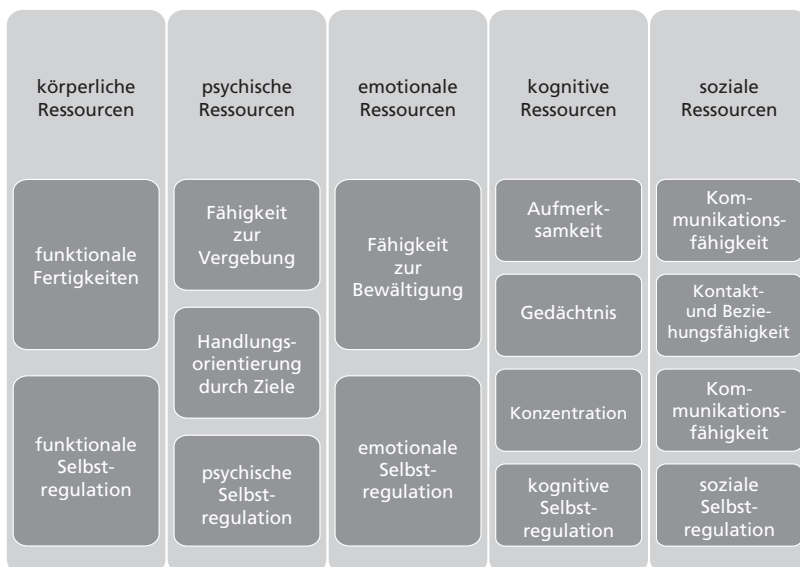
Die vorliegenden Ressourcen eines alten Menschen bilden die Grundlage für die Bewältigung von Alltagskompetenzen, z. B. der Mobilität und der Selbstversorgung. In der Regel bedarf es zur selbstständigen Ausführung einer Alltagskapazität ein ganzes Bündel von Ressourcen, z. B. Fein- und Grobmotorik, Motivation etc. (vgl. Schumann, 2020).

2.2.1 Die individuellen Ressourcen von älteren Menschen

Es gibt insgesamt fünf verschiedene Gruppen von individuellen Ressourcen: die körperlichen, die psychischen, die emotionalen, die kognitiven und sozialen Ressourcen (► Abb. 1). Das Zusammenspiel von allen vorhandenen Ressourcen hat stets eine positive Auswirkung für den Betroffenen. Sollte eine Ressource nicht vorhanden sein, kann diese nicht durch eine andere kompensiert werden und es ergibt sich dann daraus resultierend eine Negativentwicklung für den Betroffenen.

Unter *körperlichen Ressourcen* sind die funktionalen Fertigkeiten zu verstehen. Sie bilden die Basis für die Erhaltung einer funktionalen Selbstkontrolle, z. B. der alte Mensch kann seine Extremitäten umfänglich nutzen und gehen, weil die Fein- und Grobmotorik oder die Rumpfstabilität intakt sind und genügend Kraft, Ausdauer und Koordination aufgebracht werden kann. Die Selbstkontrolle von körperlicher Bewegung ermöglicht eine weitgehend unabhängige Alltags- und Freizeitgestaltung (vgl. Schumann, 2020).

Abb. 1:
Übersicht über die
verschiedenen Arten
von individuellen
Ressourcen
(Schumann, 2020, S. 29)




Empfehlung

Die vorhandenen Ressourcen können am besten im Dialog mit den älteren Menschen herausgefunden werden. Eine ressourcenorientierte Leitfrage könnte sein: *Was können Sie gut allein ausführen? Was funktioniert gut in Ihrem Alltag?*

Bei den *psychischen Ressourcen* handelt es sich um die seelische Verfassung, z. B. die Fähigkeit zur eigenen Vergebung oder bei anderen Menschen und eine Handlungsorientierung für die Umsetzung von angestrebten Zielsetzungen.

Psychische Ressourcen können eine Belastung wie das Angewiesen Sein auf die Hilfe anderer Menschen abmildern oder den Mut wachsen lassen, sich an neuen Herausforderungen des Alltags auszuprobieren und auf den gewünschten Erfolg zu hoffen (vgl. Schumann, 2020).


Empfehlung

Eine Leitfrage könnte lauten: *Welchen Situationen sehen Sie optimistisch entgegen?* So kann herausgefunden werden, inwieweit ältere Menschen von erfolversprechenden eigenen Zielsetzungen berichten.

Die Leitfrage zur Einschätzung der persönlichen Bereitschaft zur Vergebung könnte lauten: *Fällt es Ihnen leicht, eigene Fehler zu verzeihen?* (vgl. Schumann, 2020).

Die *emotionalen Ressourcen* umfassen den gefühlsmäßigen und affektiven Umgang mit persönlichen Missgeschicken oder Verlusten, wie z. B. einer Erkrankung oder eines kritischen Lebensereignisses, z. B. eines Sturzes. An die emotionale Ausnahmesituation und Verunsicherung schließen sich

unterschiedliche Verhaltensstrategien an, die sich als ein aktives oder passives Verhalten der alten Menschen äußern. Dahinter steht eine affektbezogene Bewältigungsstrategie, Erlebnissen mit offen gezeigter Angst, Trauer, Wut, dem Bedürfnis nach häufigem Erzählen oder mit sozialem Rückzug zu begegnen. Sie führen bestenfalls dazu, die emotionale Selbstkontrolle durch die nötige emotionale Stärke zur Gestaltung des Alltags wieder zu erlangen.

Emotionale Ressourcen setzen Motivation und Ausdauer frei, mit körperlichen oder sozialen Verlusten umzugehen oder Strategien zu entwickeln, diese zu kompensieren. Diese Kompensation gelingt gut, wenn alte Menschen nach ihrem persönlichen Ziel gefragt werden (vgl. Schumann, 2020).

Für die Einschätzung der aktuellen emotionalen Befindlichkeit kann die folgende Leitfrage gestellt werden: *Was bewegt Sie zurzeit?* Sie zielt darauf ab, die inneren belastenden emotionalen Vorgänge oder die persönliche Erlebniswelt im Ansatz zu erfahren, um abzuschätzen, welche positiven oder negativen Auswirkungen diese auf die Wiedererlangung von Ressourcen oder Kompetenzen haben können. Auch folgende Leitfrage eignet sich: *Was möchten Sie in den nächsten Wochen im Krankenhaus oder in der Rehabilitation erreichen? Was können wir für Sie tun?*



Empfehlung

Unter *kognitiven Ressourcen* werden Fähigkeiten wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Konzentration verstanden. Sie sind nötig, um Sachverhalte zu verstehen, um sich mit ihnen gedanklich zu beschäftigen und um sie sich zu merken. Alle kognitiven Ressourcen bilden erstens die Grundlage für die Fähigkeit, sich auf der Basis aktueller Information zu entscheiden und um mögliche Konsequenzen in Erwägung zu ziehen.

Kognitive Ressourcen bilden zweitens die Grundlage für das Lernen, das auch bei älteren Menschen von Bedeutung ist. Die lernende Aneignung neuer Problemlösungen, z. B. Techniken oder die Nutzung von Hilfsmitteln im Haushalt, sind immer auch mit Lernen verbunden.

Kognitive Ressourcen ermöglichen drittens die Teilnahme am sozialen Leben, da es hier z. B. um die Aufmerksamkeit gegenüber anderen Menschen oder der längeren Konzentration auf eine gemeinsame Aufgabe oder Gesprächsinhalte geht.

Die drei Arten der kognitiven Ressourcen bilden wiederum die Basis für die kognitive Selbstkontrolle. Sie ist nötig für die soziale Teilhabe und für funktionelle Fähigkeiten, die die Unabhängigkeit der älteren Menschen sichern (vgl. Schumann, 2020).

Eine mögliche Leitfrage ist: *Welche Situationen verbinden Sie mit guten Erinnerungen und was waren die Gründe?* Diese Frage zielt ab auf die Erinnerung an positive Situationen, die ausführlicher dargestellt werden sollen, um die Plausibilität und die Vollständigkeit der Schilderungen einzuschätzen.



Empfehlung

Unter *sozialen Ressourcen* wird die Kommunikationsfähigkeit als Basis für die Kontakt- und Beziehungsfähigkeit verstanden. Kommunikation umfasst die verbale oder nonverbale Sprach- und Sprechfähigkeit der älteren Menschen. Dabei geht es auf der einen Seite um die korrekte Verwendung der Sprache und ihrer Worte und auf der anderen Seite um die Möglichkeiten der Äußerungen in Worten, in Schrift und in Gesten. Sensorische Ressourcen umfassen die Hör- und Sehfähigkeit, die dem verbalen oder gestisch-mimischen Ausdruck vorgelagert sind. Zunächst müssen Eindrücke, gesprochene Worte und Schrift eindeutig erfasst und wahrgenommen werden, um darauf eine persönliche Einschätzung, eine Entscheidung oder eine Antwort zu geben. Kommunikationsfähig sein verhindert persönlichen Rückzug, weil soziale Kontakte ohne oder mit wenigen Einschränkungen aufgenommen und gepflegt werden können (vgl. Schumann, 2020).

Die Art und Weise der Kommunikation bildet die Basis für Kontakte zu anderen Menschen und den Aufbau von Beziehungen. Ältere Menschen pflegen nicht nur Kontakte zu ihrer Familie und Freunden, sondern auch zu professionellen Personen. Diese Kontakte sind ihnen bei sehr persönlichen Hilfestellungen, bei Alltagsaktivitäten oder im Haushalt behilflich und gehören aus diesem Grund zu ihrem sozialen Netzwerk, welches sie gestalten und aufrechterhalten. Ob ein Netzwerk stabil und damit zuverlässig funktionieren kann, hängt von der Beziehungsfähigkeit des älteren Menschen ab. Damit ist eine gegenseitige Zuverlässigkeit gemeint. Sie bildet den Kern der sozialen Selbstkontrolle.



Empfehlung

Um die Vertrauenspersonen in Erfahrung zu bringen, bieten sich die Leitfragen an: *Wen zählen Sie zu Ihren Vertrauenspersonen? Auf wen können Sie sich verlassen?*

2.2.2 Ressourcen als Basis für Alltagskompetenzen

Alle körperlichen, psychischen, emotionalen, kognitiven oder sozialen Ressourcen sind eine Basis für die Ausführung von Alltagskompetenzen. Die Selbstregulation und Selbstwirksamkeit sind Mechanismen, die die Grundlage für die Ausführung der Alltagsaktivitäten bilden. Alle zwei Mechanismen können von geriatrischen Patient*innen umfanglich genutzt werden, wenn die unterschiedlichen Ressourcen zur Verfügung stehen und die darauf aufbauenden Kompetenzen umfanglich genutzt werden können. Sie versetzen sie in die Lage, ihre verloren gegangene Unabhängigkeit wiederzuerlangen oder zu erhalten.

In einem interdisziplinären Team fördern unterschiedliche Berufsgruppen die Ressourcen. Zu nennen wären Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Psychologie. Sie fördern kognitive oder körperlich-funktionelle Ressourcen. Pflegende nutzen die bereits geförderten Ressourcen, um sie in Ausübung von Alltagskompetenzen zu integrieren.

Eine Frage zur Selbstreflexion

In einem interdisziplinären Team sind die Zuständigkeiten für die Förderung der Ressourcen und der Alltagskompetenzen verteilt. Welche Berufsgruppe kümmert sich um welche Art von Ressourcen und welche um die Alltagskompetenzen?

117
...

Um die eigene Selbstregulation zu aktivieren, hört der Mensch in sich hinein und vernimmt sein »Bauchgefühl« oder seine Intuition. Es spiegelt eigene Gefühle, eigene Erfahrungen und eigene Werte wider. Diese können sich widersprechen und sich als innere Unruhe äußern. Daraus resultierend kann es zur Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit führen, da eine Motivation entsteht, die aktuelle Situation zu verändern. Innere Unruhe, Motivation und Handlungsfähigkeit sind die Voraussetzung für persönliche Entscheidungen, die zur Veränderung der Lebenssituation getroffen werden müssen.

Persönliche Entscheidungen üben auf den älteren Menschen einen positiven Einfluss aus, denn sie fördern die praktische Umsetzung der Entscheidung, ihre Handlungsfähigkeit und damit die angestrebte Zielerreichung.

Ein leichtes Erreichen von persönlichen Zielen führt zu einem schnellen oder auch großen Erfolg, was die Motivation zu mehr Erfolg nach sich zieht. Persönlicher (Rehabilitations-)Erfolg bildet die Basis für ein subjektives Wohlbefinden und Lebensqualität. Ein schweres Erreichen von persönlichen Zielen führt zu Misserfolg oder zur hartnäckigen Zielverfolgung, was wiederum die Umsetzung befördern kann.

Die Selbstregulation kann auch von äußerem Druck beeinflusst werden. Dieser führt selten zur Überzeugung, bestimmte Ziele zu erreichen, sondern eher zu einer Verpflichtung für Angehörige etc., etwas oder ihnen einen Gefallen zu tun. Dabei übernimmt der Wille im Sinne von Disziplin und Selbstkontrolle die Aufgabe, das angestrebte Ziel zu erreichen.

Selbstregulation ist die Basis für Selbstwirksamkeit und setzt alle Ressourcen abgestimmt und umfangreich ein, um den Alltag und die Freizeit zu gestalten. Gerade älteren Menschen stehen nicht mehr alle Ressourcen zur Verfügung. Gründe dafür sind der Alternsprozess, gesundheitsbedingte Einschränkungen sowie chronische und akute Erkrankungen. Sie führen ihnen körperliche, emotionale, kognitive und soziale Grenzen vor Augen, was zur Abwertung ihrer Selbstwirksamkeit führen kann. In der Folge verlieren sie das Vertrauen, für sich noch etwas bewirken zu können. Das Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit dagegen stärkt die Unabhängigkeit von personeller Hilfestellung. Dies bildet die Grundlage für die Ermächtigung zur eigenen Ausführung aller Alltagskompetenzen.



Erkundungsaufgaben

1. Bitte suchen Sie sich eine geriatrische Patientin/einen geriatrischen Patienten und ermitteln ihre/seine Ressourcen mit dem oben beschriebenen Schema.
2. Bitte nehmen Sie die Befunde des geriatrischen Basis-Assessments zur Hilfe, um die individuellen Ressourcen der geriatrischen Patientin/des geriatrischen Patienten zu ermitteln.

2.3 Ein differenziertes Altersbild im bio-psycho-sozialen Modell

Das bio-psycho-soziale Modell eignet sich besonders gut für die Abbildung der geriatrischen Rehabilitation, denn es kennt biologische, psychologische und soziale Einschränkungen (► Abb. 2). Des Weiteren verfolgt seine Umsetzung das Ziel, Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und damit soziale Teilhabe zu ermöglichen. Übertragen auf die Lebenssituation und das Lebensumfeld von geriatrischen Patient*innen führt die Berücksichtigung körperlicher, kognitiver und sozialer Ressourcen zu der Möglichkeit, Anschluss an das »ganz normale Leben« und »das gute eigene Leben« zu behalten oder wieder zu erreichen.

Das differenzierte Altersbild im bio-psycho-sozialen Modell orientiert sich an den Vorstellungen der geriatrischen Person, ein gutes, unabhängiges Leben zu führen. Dazu gehören nicht nur die Erfassung und Bewertung von Krankheit, sondern auch die von Gesundheit und dem aktuellen Erleben des Alltags und der Freizeit.

Ein Gesundheitsproblem, d. h. eine funktionelle Einschränkung oder eine Krankheit, führt zu Veränderungen bei den Körperfunktionen wie z. B. der Bewegung. Kognitive oder emotionale Einschränkungen verursachen Probleme mit dem Gedächtnis, der Motivation und der Stabilität der eigenen Identität. Diese wiederum haben Auswirkungen auf die Partizipation/Teilhabe, wenn bestimmte Orte zum Gemeinschaftserleben nicht aufgesucht werden können oder Angst das Verlassen der Wohnung unmöglich macht. Eingeschränkte Partizipation und Teilhabe bergen die Gefahr der Isolation und Vereinsamung.

Das bio-psycho-soziale Modell und seine Aspekte richten sich nicht an der Heilung einer Erkrankung aus, sondern an dem sog. Normalitätsprinzip. Gesundheitliche Einschränkungen gilt es in den Alltag und in die Freizeit zu integrieren, gerade wenn sie irreversibel sind. Zur Verwirklichung des Normalitätsprinzips muss der ältere Mensch in seine gesamte Lebenssituation einbezogen sein, also allumfänglich teilhaben können. Die Bündelung aller