

Zweitveröffentlichung

Alter(n) mit schwerer psychischer Erkrankung. Problemwahrnehmung und soziale Teilhabebedarfe aus Sicht älter werdender Nutzer*innen von Tagesstätten für psychisch Erkrankte

Rohleder, Christiane

Datum der Zweitveröffentlichung: 02.09.2024
Verlagsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / Journal Article

Erstveröffentlichung:

Rohleder, Christiane (2021): Alter(n) mit schwerer psychischer Erkrankung. Problemwahrnehmung und soziale Teilhabebedarfe aus Sicht älter werdender Nutzer*innen von Tagesstätten für psychisch Erkrankte. In: TUP – Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 3, 178-194. <https://doi.org/10.3262/TUP2103178>

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Rohleder, Christiane (2021): Alter(n) mit schwerer psychischer Erkrankung. Problemwahrnehmung und soziale Teilhabebedarfe aus Sicht älter werdender Nutzer*innen von Tagesstätten für psychisch Erkrankte. In: TUP – Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 3, 178-194. <https://doi.org/10.3262/TUP2103178>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC-BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC-BY Licence (Attribution). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Alter(n) mit schwerer psychischer Erkrankung

Problemwahrnehmung und soziale Teilhabebedarfe aus Sicht älter werdender Nutzer*innen von Tagesstätten für psychisch Erkrankte

Christiane Rohleder

Älter werdende Menschen mit einer lebensbegleitenden schweren psychischen Erkrankung („severe mental illness“ – SMI) sind zu den besonders vulnerablen Seniorengruppen zu zählen. In ihren Lebenslagen, insbesondere auch in ihrer sozialen Teilhabe, dokumentiert sich die intersektionale Verwobenheit von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Armut und Alter. Die Fachdiskurse der Sozialpsychiatrie wie der Gerontologie und Altenhilfe widmen dieser Personengruppe noch wenig Aufmerksamkeit. Nachfolgend werden Ergebnisse aus zwei qualitativen Studien mit über 50-jährigen Nutzer*innen von Tagesstätten für Menschen mit einer psychischen Behinderung in NRW vorgestellt. Sie setzen sich mit den individuellen Voraussetzungen und Handlungsstrategien, den Ängsten und den Einschätzungen der sozialen Teilhabemöglichkeiten im Hinblick auf das Alter(n) auseinander.

Ältere Menschen mit lebensbegleitenden psychischen Erkrankungen – gerontologisch irrelevant?

Beschäftigt man sich mit dem Thema „Alter(n) und psychische Erkrankungen“, so findet man derzeit viele deutschsprachige Pu-

blikationen zu degenerativen, vaskulären und hirnorganischen Veränderungen im Sinne „demenzieller Erkrankungen“ sowie zu Depressionen, Angst oder auch Suchterkrankungen, die erst im höheren Erwachsenenalter manifest werden. Demgegenüber sind, auch im Unterschied zum anglo-amerikanischen Raum, deutschsprachige empirische Untersuchungen zu älteren Menschen, die bereits in jungem oder mittlerem Erwachsenenalter („lebensbegleitend“) unter einer schweren psychischen Erkrankung (SMI)¹ leiden, noch selten (Maier 2008; Altwein/Hormuth 2009; Ding-Greiner/Kruse 2010; Gromann 2012; Altwein/Dech 2016). Im Vergleich zu älter werdenden Menschen mit einer geistigen Behinderung spielen ihre Lebenslagen und Teilhabebedarfe in der Fachöffentlichkeit eine untergeordnete Rolle.

Als ursächlich für diese Lücken kommen verschiedene Aspekte in Betracht. Zunächst gelten Menschen, die mit einer lebensbegleitenden schweren psychischen Erkrankung alt werden, noch als relativ kleine Gruppe

1 Gühne et al. (2015) identifizieren drei allgemeine Kriterien für die Kategorisierung einer „severe mental illness“ (SMI): 1. eine erhöhte Behandlungsintensität; 2. eine längere, häufig chronische Dauer; 3. erhebliche Beeinträchtigungen der Betroffenen in ihren beruflichen und sozialen Teilhabemöglichkeiten.

(Hewer et al. 2018: 471). Die Mehrheit lebt nicht in gemeinschaftlichen Wohnformen, sondern selbstständig und/oder unterstützt von ambulanten gemeindepsychiatrischen Angeboten und Wohnhilfen (vgl. für NRW: Dieckmann et al. 2015: 90). Hinzu kommt, dass ein großer Teil schon relativ früh aus Beschäftigungskontexten ausscheidet. In der sogenannten BAESCAP-Studie, an der knapp 1.900 Nutzer*innen sozialpsychiatrischer Angebote aus vier Bundesländern im Alter von 18 bis 65 Jahren teilgenommen haben (Höptner/Daum 2018), gaben nur 11 Prozent der Befragten an, regulär auf dem 1. Arbeitsmarkt zu arbeiten. Weitere 32 Prozent waren „geschützt“ beschäftigt. Die Mehrheit der Befragten (57 %) fiel unter die Kategorie „anderes“, im Sinne von Erwerbslosigkeit oder Bezug einer Erwerbsminderungsrente (Daum 2018: 89). Eine Konsequenz dieser Wohn- und Arbeitssituation kann sein, dass altersbedingte Veränderungen und Unterstützungsbedarfe noch vergleichsweise selten institutionelle Kontexte der Eingliederungshilfe tangieren.

Hinzu kommt eine Besonderheit des Alter(n)s von Menschen mit einer SMI: ihre erhöhte Frühsterblichkeit. International wird von einer 10 bis 30 Jahre kürzeren Lebenserwartung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ausgegangen (Bartels et al. 2014: 7; Lawrence et al. 2013). Diese ist vor allem somatischen Begleiterkrankungen wie kardiovaskulären, pulmonalen und onkologischen Erkrankungen geschuldet (Kopf/Hewer 2018). Die im Bevölkerungsvergleich deutlich früher einsetzenden Gesundheitseinschränkungen resultieren aus einem komplexen, zum Teil jahrzehntelangen Zusammenspiel von krankheitsbedingten neurobiologischen Veränderungen, Nebenwirkungen von langfristig eingenommenen Psychopharmaka, Polypharmazie,

erschweren Zugängen zu allgemeinmedizinischer und internistischer Behandlung sowie eingeschränkten ökonomischen und sozialen Teilhabemöglichkeiten, die mit gesundheitsbelastenden Lebensstilen einhergehen können (Bartels et al. 2014; Jakobi et al. 2017; Juckel 2017). Kurz gesagt: Es besteht für Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung ein höheres Risiko, ein fortgeschrittenes Seniorenalter gar nicht erst zu erreichen. Dies erklärt auch, warum sich die fachliche Diskussion mehrheitlich auf Handlungsbedarfe bezüglich der gesundheitlichen, beruflichen und sozialen Teilhabemöglichkeiten im jungen und mittleren Erwachsenenalter konzentriert. Darüber dürfen jedoch die Unterstützungsbedarfe von älter werdenden Menschen mit SMI nicht unberücksichtigt bleiben.

Demografischer Wandel in den Einrichtungen der Sozialpsychiatrie

Die Entwicklung von nebenwirkungsärmeren Psychopharmaka, Psychiatriereform und Enthospitalisierung sowie der allgemeine demografische Wandel haben in Deutschland dazu beigetragen, dass die Zahl der über 60-Jährigen mit SMI sukzessive gestiegen ist. In absehbarer Zeit kommen zudem die geburtenstarken Jahrgänge in die 6. und 7. Lebensdekade. Wie alle Handlungsfelder der Sozialen Arbeit (Meyer 2016) sieht sich somit auch die Sozialpsychiatrie verstärkt mit den Folgen der gesellschaftlichen Alterung konfrontiert.

Auch wenn Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eine heterogene soziale Gruppe bilden, lassen sich für ihr Alter(n) einige allgemeine Risikofaktoren identifizieren. Diese bestehen nicht nur in der früher einsetzenden somatischen Mul-

timorbidität. Darüber hinaus wird im Hinblick auf die Auswirkungen chronifizierter psychischer Erkrankungen zwar einerseits eine Reduktion von Positivsymptomen konstatiert. Die entwickelten Coping-Strategien im Umgang mit der Krankheit werden von Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis im fortgeschrittenen mittleren Erwachsenenalter (50+) subjektiv als effektiver bewertet (Solano/Krauss Whitborne 2001). Andererseits steigt die Gefahr der Zunahme unspezifischer Residualzustände, wie zum Beispiel Indifferenz, Antriebsschwäche, verarmte Gefühlswelt und Sprache, Apathie sowie vermehrte Eigenheiten. Diese können generell vorfindbare krankheitsbedingte Tendenzen sozialen Rückzugs beziehungsweise Ausschlusses im Alter(n) noch verstärken (Fey 2016: 301 f.).

Soziale Teilhabemöglichkeiten im Alter, hier verstanden als „informelles und persönliches Eingebundensein in primäre Netzwerke wie Familie, Freundeskreis und soziale Aktivitäten in der Gesellschaft sowie Teilhabe und Mitverantwortung“ (BMFSFJ 2016: 22), sind jedoch nicht allein aufgrund der Krankheitsentwicklung begrenzt. Die einseitige Betonung des Masterstatus „psychische Behinderung“ verdeckt die intersektionale Verwobenheit verschiedener ungleichheitsgenerierender Faktoren im Leben und Alltag von Menschen mit Behinderungen (Windisch 2014). So erscheint insbesondere auch ihr erhöhtes Risiko für chronifizierte Armut häufig wie eine zwangsläufige Krankheitsfolge. Die finanzielle Einschränkung der individuellen Handlungsspielräume wie die von Armut ausgehenden eigenständigen Stigmatisierungsgefahren und ihre verstärkenden oder sogar gravierenderen sozialen Folgen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung bleiben unbeachtet.

Dabei ist anzunehmen, dass verschiedene ungleichheitsgenerierende Faktoren dazu beitragen, dass die informellen Netzwerke von (älteren) Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung als kleiner und fragiler gelten (Gromann 2012; Höptner 2018: 73 ff.). Dies ist insofern problematisch, als fehlende soziale Einbindung und daraus gegebenenfalls resultierende Einsamkeitsgefühle eigenständige negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben, die in ihrer Wirkung anderen gesundheitsgefährdenden Risikofaktoren wie Rauchen oder Übergewicht gleichkommen (Holtstad-Lund et al. 2010). Aber obwohl Einsamkeitsgefühle zu den zentralen Momenten psychischer Erkrankungen gehören, werden sie weder zu ihren Symptomen gezählt noch sind sie im Hinblick auf ihre Auswirkungen ausreichend erforscht (Juckel/Schröer 2018: 2). Mit dem Alter(n) kommt schließlich hinzu, dass existierende soziale Ungleichheiten immer schlechter kompensiert werden können (Schütze 2012: 118; Kümpers/Alisch 2018: 56 ff.).

Die Zunahme von Negativsymptomen im Alter kann zudem Auswirkungen auf den individuellen Umgang mit Alterungsprozessen haben. Erkenntnisse der Gerontologie und Geriatrie hinsichtlich der Plastizität und Beeinflussbarkeit von Alterungsprozessen haben mittlerweile Eingang in breite gesellschaftliche Diskurse gefunden. Aber die Befolgung der Imperative des Alter(n)s, wie zum Beispiel „Bleibe in Bewegung“, „Ernähre Dich gesund“, „Lerne Dein Leben lang“ oder „Sorge vor“, setzt Motivation und vor allem Selbstwirksamkeits- und Kontrollerleben voraus. Diese scheinen jedoch bei älteren Menschen mit einer schizophrenen Störung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung niedriger ausgeprägt zu sein (Maier 2008: 249).

Ältere Menschen mit einer SMI sind somit besonders vulnerabel. Sie sind zwar eine noch eher kleine Gruppe in den Hilfesystemen, „der aber aufgrund der Schwere der Beeinträchtigung und des daraus resultierenden medizinischen und psychosozialen Versorgungsbedarfs eine hohe Bedeutung zukommt“ (Hewer et al. 2018: 741). Zugleich verfügt dieser Personenkreis, anders als zum Beispiel demenziell erkrankte ältere Menschen, nicht über eine Pressure Group in pflegenden An- und Zugehörigen, um Teilhaberechte einzufordern.

Bislang vorliegende quantitative Befragungen von älter werdenden Nutzer*innen gemeindepsychiatrischer Dienste in Deutschland zeigen, dass bei den Unterstützungswünschen für das Alter(n) die Aufrechterhaltung vertrauter Sozialräume und Beziehungen, ein Mehr an hauswirtschaftlichen Hilfen und Hilfen bei Behördenangelegenheiten sowie die Förderung von Selbsthilfe und Kontakten zur Vermeidung von Einsamkeit und sozialer Isolation im Alter dominieren (Gromann 2012: 152). Möglichkeiten der „Inklusion“, zum Beispiel in Angebote der offenen Altenhilfe, werden skeptisch beurteilt (Altwein/Dech 2016: 41), auch weil für die jetzt ins höhere Alter kommenden Kohorten eine sozialräumliche Integration außerhalb der gemeindepsychiatrischen Angebote kaum stattgefunden hat (Eikelmann et al. 2005).

Fokusgruppeninterviews mit älter werdenden Tagesstättennutzer*innen

Inwiefern setzen sich Menschen mit SMI in der 6. und 7. Lebensdekade bereits mit dem Älterwerden auseinander? Wie gestaltet sich ihre soziale Teilhabe? Und wie beurteilen

sie ihre Teilhabemöglichkeiten mit Blick auf das höhere Erwachsenenalter?

Diesen Fragen gingen 2017 bis 2018 zwei Forschungsprojekte an der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Münster, nach. In der Region Westfalen-Lippe wurden unter Einsatz der Methode des qualitativen Fokusgruppeninterviews (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 134 f.) über 50-jährige Klient*innen in sieben Tagesstätten für Menschen mit einer psychischen Erkrankung befragt (Gutkowski et al. 2018²; Rohleder 2019³). Im Sinne des „share and compare“ dienen Fokusgruppeninterviews der Aktivierung eines breiteren Spektrums an Teilnehmerbeiträgen (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 134 f.). Der vertraute Rahmen der natürlichen Gruppe „Tagesstättenbesucher*innen“, die Freiheit, so viel oder wenig einbringen zu können, wie man möchte, sowie die Möglichkeit, dass Diskussionen untereinander entstehen können, aber nicht müssen, sind Vorteile der Erhebungsmethode für die Befragung von Menschen mit SMI. Ziel der Studie war,

- 2 Es handelt sich um das Lehrforschungsprojekt von Marja Gutkowski, Milena Heuel und Jasmin Moselhy (2018) „So geht's uns gut' – Lebensqualität von älter werdenden Menschen mit einer lebensbegleitenden psychischen Behinderung“ im Rahmen des Masterstudiengangs „Teilhabeorientierte Netzwerke in der Heilpädagogik“ an der Katho Münster. Das Projekt fand in Kooperation mit dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe und unter Leitung der Autorin statt. In dem Projekt wurden älter werdende Nutzer*innen aus fünf Tagesstätten und einer Kontakt- und Beratungsstelle befragt.
- 3 In dem Projekt der Autorin „Älter werden mit einer lebensbegleitenden psychischen Behinderung in Westfalen-Lippe“ wurden in zwei Tagesstätten und zwei Kontakt- und Beratungsstellen weitere Fokusgruppeninterviews durchgeführt sowie zehn Expert*innen aus unterschiedlichen Bereichen der (Sozial-)Psychiatrie befragt. Der vorliegende Artikel bezieht sich auf Datenmaterial aus beiden Projekten.

den Beginn der Auseinandersetzung mit Alterserscheinungen und -fragen zu erfassen.

Die Tagesstätten befinden sich in unterschiedlicher Trägerschaft und in städtischen wie ländlichen Einzugsgebieten. Die Ansprache der Teilnehmenden erfolgte jeweils über die Einrichtungsleitungen. Die Fokusgruppen hatten vier bis zehn Teilnehmende und dauerten ein bis zwei Stunden. Themen der Gruppeninterviews waren die aktuelle subjektive Bedeutung des Älterwerdens, Gesundheit, Wohn-, finanzielle und Freizeitsituation, Unterstützungsstrukturen, soziale Kontakte sowie Wünsche und Befürchtungen im Hinblick auf das höhere Erwachsenenalter (Gutkowski et al. 2018: 12). Die qualitativen Daten wurden inhaltsanalytisch nach Mayring (2015) ausgewertet.

Wie setzt sich das realisierte Sample zusammen? Insgesamt nahmen 45 Nutzer*innen an der Studie teil. Die jüngste Befragte ist 52 Jahre, der älteste Teilnehmer 67. Knapp die Hälfte des Samples ist älter als 60 Jahre. 27 Befragte (60 %) sind weiblich. 19 Personen (gut 40 %) leben ambulant betreut (12 Frauen, 7 Männer), 7 allein und ohne professionelle Wohnhilfen. 15 Teilnehmende (12 Frauen, 3 Männer) wohnen mit Partner*in, zum Teil noch mit Kindern, oder anderen Familienangehörigen, Geschwistern oder Eltern, zusammen. Für 4 Personen liegen keine Angaben zur Wohnsituation vor. 14 Personen, darunter 12 Frauen, erwähnen eine Partnerschaft, 20 Interviewte (17 Frauen, 3 Männer) Kinder.

Das Spektrum der Diagnosen reicht von Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises über Psychosen, Angsterkrankungen bis zu schweren Depressionen. Der kleinere Teil der Befragten berichtet, bereits im jungen Erwachsenenalter psychisch erkrankt zu sein, mit entsprechenden negativen Folgen für Ausbildung und Berufsbiografie. Vereinzelt besu-

chen diese Teilnehmenden schon lange eine Tagesstätte. Die Mehrzahl erzählt von „Normalbiografien“ mit Ausbildung, Beruf und zum Teil Familiengründung, die erst in der 4. bis 6. Lebensdekade durch eine psychische Erkrankung gravierend verändert worden sind.

Wahrnehmung und Umgang mit Alterserscheinungen

Eine zentrale Herausforderung für Studien zu Altersprozessen ist die Notwendigkeit, Altersgrenzen zu setzen, die aber seitens der Teilnehmenden subjektiv gar nicht geteilt werden müssen, zumal „alt sein“ weiterhin mit negativen sozialen Zuschreibungen verbunden ist. Allgemeine Bevölkerungsbefragungen zeigen, dass für Menschen im höheren Erwachsenenalter weniger ihr kalendarisches Alter als vielmehr gesundheitliche Einbußen für die subjektive Selbstbezeichnung als „alt“ relevant sind (van Dyk 2015: 114). Die kalendarische Altersspanne, die der Samplebildung zugrunde liegt, trägt dem Befund durchschnittlich früher einsetzender somatischer Alterungsprozesse und der Frühsterblichkeit von Menschen mit SMI Rechnung, ist jedoch mit 50+ um einiges von den typischen kalendarischen Marken zur Bestimmung der Lebensphase Alter entfernt. Von daher war eine offene Frage, ob für die Teilnehmenden Altersaspekte überhaupt schon von Relevanz sind.

Im Hinblick auf frühzeitige Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit berichten 20 Personen über zum Teil bereits stark ausgeprägte somatische Probleme. Sehr häufig genannt werden Mobilitätsbeeinträchtigungen, angefangen mit Schwierigkeiten bei der Badewannennutzung bis hin zur Notwendigkeit eines Rollators. Herzprobleme und Asthma führen zu

Atemnot beim normalen Gehen und Treppensteigen. Ein wiederkehrendes Thema ist die rückläufige Kraft, Einkäufe oder die Wäsche in höhere Etagen zu tragen. Einzelne Teilnehmer*innen berichten von Schlaganfällen, Rheuma, Gicht, Diabetes, Dauerschmerzen oder Sinnesbeeinträchtigungen bis hin zu drohender Erblindung. Einige Befragte haben bereits Pflegegrade und erhalten Unterstützung bei der Körperpflege. Auch wenn nach Aussagen der Einrichtungsleitungen die älter werdenden Nutzer*innen unter anderem aufgrund besserer Medikamente weniger eingeschränkt sind als noch vor 20 Jahren, ist das Ausmaß körperlicher Voralterung für Mitte 50- bis Mitte 60-Jährige überdurchschnittlich hoch.

Aber: Die Antworten auf die Einstiegsfrage in die Fokusgruppeninterviews „Sie sind jetzt schon in einem Alter, in dem sich viele Menschen mit dem Thema Älterwerden und Altsein beschäftigen. Wie ist das bei Ihnen?“ hängen nicht automatisch mit bereits zutage tretenden Alterserscheinungen zusammen. So finden sich sowohl Anfang 50-Jährige ohne manifeste Einschränkungen, aber auch Anfang 60-Jährige, die schon Gehirnblutungen hatten, die betonen, dass sie sich noch zu jung für die Auseinandersetzung mit dem Alter(n) fühlen.

Entscheidend für den Blick auf das eigene Alter(n) scheinen die im Umgang mit der psychischen Erkrankung entwickelten Coping-Strategien zu sein. Mehrfach heben Befragte hervor, wie wichtig es ihnen ist, sich auf die Gegenwart und das Hier und Jetzt zu konzentrieren, sich bewusst keine Gedanken über die Zukunft zu machen beziehungsweise eine Auseinandersetzung mit dem Alter(n) zu verdrängen. Insbesondere, wenn die psychische Erkrankung als unerwarteter Einbruch in eine bis dahin relativ „normal“ verlaufende Biografie erlebt wurde, dominiert nachfolgende Haltung:

B: Ja. Man muss nur die Augen offen halten. Die sieben Sinne bereithalten. Und Sorgen wegen später mache ich mir gar nicht. Wenn man sich da was Schönes ausmalt, das kommt sowieso nie, wie man meint.

A: Kommt anders, als man denkt.

B: Kommt anders, als man denkt. Hat sie recht.

A: Ich habe mir mein Leben auch ganz anders vorgestellt. Aber kommt ganz anders.

C: Tja, so ist das Leben. Das kam anders, als ich gedacht habe. (FGI 2)⁴

Erwartet man nach den ersten drei Sätzen des Zitats Ausführungen zu den Chancen des Alter(n)s, kippt die Aussage in einen Zweckpessimismus, in den weitere Teilnehmer*innen einstimmen. Die Erfahrung, dass das eigene Leben „ganz anders gekommen ist“, als man sich das gedacht hat, dass frühere Lebensentwürfe, auch Pläne für das Alter(n), krankheitsbedingt zerstört wurden, und die teils immer noch schwankende psychische Gesundheit lassen aus Sicht dieser Teilnehmenden Auseinandersetzungen mit dem Alter(n) unnütz erscheinen. In diesen fatalistischen Einstellungen herrscht meist ein Defizitbild des Alter(n)s: die Annahme, dass mit fortschreitendem kalendarischem Alter automatisch ein unabänderlicher körperlicher Abbau erfolgt wird, gegen den man nichts tun könne.

Andere Teilnehmende betonen ebenfalls eine Konzentration auf die Gegenwart. Diese ist jedoch Ergebnis ihrer aktiven Auseinander-

4 Die nachfolgenden Zitate sind sprachlich nur leicht geglättet. Runde Klammern mit Punkten (...) markieren die Länge von Sprechpausen, jeder Punkt steht für eine Sekunde. Eckige Klammern mit Punkten [...] verweisen auf Textauslassungen. Die Abkürzung FGI steht für Fokusgruppeninterview. Die Gruppeninterviews wurden durchnummeriert. Die Teilnehmenden wurden jeweils entlang ihrer Erstbeiträge in den Fokusgruppen alphabetisch mit A, B, C etc. bezeichnet.

dersetzung mit der eigenen Erkrankung und eine bewusste Coping-Strategie. Man wisse, dass es bei einer Psychose nicht sinnvoll sei, sich zu viel mit einer – negativ antizipierten – Zukunft zu beschäftigen.

C: Ich weiß nicht, was morgen ist und was übermorgen ist. Da jetzt großartig für die Zukunft zu planen. Weiß ich nicht. Ist nicht wirklich sinnvoll. Also die Erfahrung habe ich schon gemacht, wenn ich zu weit in die Zukunft denke. Das ist nicht gut für mich. (FGI 7)

Bei diesen Personen schließt die Konzentration auf das Hier und Jetzt präventive Aktivitäten für das Alter(n) nicht automatisch aus, denn „wichtig ist, die Selbstständigkeit zu erhalten. Das hat bei mir die oberste Priorität. Nicht von anderen abhängig sein“ (FGI 7, C). Im Sinne eines „active aging“ (WHO 2002) heben diese Befragten hervor, dass man nicht „rasten“ (FGI 1, A) und sich nicht „gehen lassen“ (FGI 1, C) dürfe. Formen der Altersprävention sind vereinzelt Umzüge in altengerechten Wohnraum, vor allem aber körperliche Aktivitäten.

Proaktive Haltungen gegenüber dem Alter(n) scheinen in einem engen Zusammenhang zu entsprechenden Angeboten in den Tagesstätten zu stehen. So berichten diese Teilnehmenden von regelmäßigen gesundheitsförderlichen Aktivitäten wie Wanderungen, Schwimmen, Konzentrations- und Gedächtnistrainings. Wie wichtig entsprechende Anregungen sind, belegen Evaluationsstudien zu spezifischen Programmen für älter werdende Menschen mit SMI. Bartels, DiMilia und Leutwyler (2019: 170 ff.) folgend, verbessern sie das gesundheitsbezogene Selbstmanagement („illness self-management“) erkennbar.

Auch wenn die einzelnen Reaktionen unterschiedlich ausfallen, wird in fast allen Beiträgen zur Einstiegsfrage deutlich, dass sich

mit der Lebensphase Alter keine Chancen, sondern vor allem negative Erwartungen verbinden. Die thematisierten Altersängste stehen häufig in Zusammenhang mit bereits wahrgenommenen körperlichen Veränderungen und der Frage, ob man zusätzlich zu der psychischen Erkrankung auch noch in der Lage sei, die Herausforderungen somatischer Krankheiten zu bewältigen.

D: Wenn ich in Führungsstrichen als gesunder Mensch mich mit meinem Leben und mit meinem Alter auseinandersetze, sind das ganz andere Voraussetzungen, wie psychisch krank zu sein, Handicaps zu haben [...]. Fakt ist, dass die Angst da ist, dass der Gesundheitszustand sich im Alter verschlechtert. [...] Dass man sagt, man schafft es einfach nicht, weiter zu kämpfen. [...] Es ist dann wirklich Lebenskampf, und der ist also im Alter viel massiver, weil man einfach nicht weiß, wie sich der Körper entwickelt, wie die Leistungsfähigkeit da ist. (FGI 7)

Wenn neben den täglichen „Kampf“ mit den Symptomen und Folgen der psychischen Erkrankung, der nicht als „lebensbegleitend“, sondern „lebensbestimmend“ (D, FGI 3) erlebt wird, noch die Herausforderungen somatischer Krankheiten treten, befürchten Befragte, an das Ende ihrer individuellen Bewältigungskapazitäten zu gelangen. Sorgen betreffen die Abhängigkeit von der Hilfe anderer, den Verlust der eigenen Wohnung und insbesondere auch einen, vielfach ungewünschten, Umzug in ein Pflegeheim. Diese Sorgen teilen die Teilnehmenden mit der Mehrheit der deutschen Bevölkerung, ebenso wie den Wunsch einer möglichst langen Versorgung in der eigenen Häuslichkeit (Kuhlmey/Blüher 2015: 6 f.). Im Unterschied zur Allgemeinbevölkerung besteht allerdings US-amerikanischen Daten zur Folge bereits für 50- bis 64-jährige Menschen mit

einer SMI im Vergleich zu Menschen mit anderen Einschränkungen ein 3½-fach höheres Risiko, in ein Pflegeheim zu kommen (Bartels et al. 2019: 169). Und während in Deutschland das Durchschnittsalter für einen Einzug in ein Altenpflegeheim bei über 80 Jahren liegt (Rothgang et al. 2013: 185), sehen sich Teilnehmende bereits mit 70 Jahren in einem Heim, sollte ihr Gesundheitszustand sich nicht verbessern.

Zu den empfundenen Unwägbarkeiten der Entwicklung ihrer psychischen und körperlichen Gesundheit kommt für die Befragten noch ein weiterer belastender Punkt: die Ungewissheit, welche Unterstützungsmöglichkeiten für sie im Alter existieren. Das mit allen drei Aspekten verbundene Gefühl *„Man weiß ja nicht, was auf uns zukommt.“* (FGI 2, C) zeigt sich im Bereich der sozialen Teilhabe besonders deutlich.

Soziale Netzwerke von älter werdenden Menschen mit SMI

Die Auseinandersetzung mit Möglichkeiten sozialer Teilhabe und Aktivitäten im Alter(n) entwickelte in den Fokusgruppen eine besondere Dynamik. Mitursächlich hierfür sind die Förderrichtlinien für Tagesstätten in Westfalen-Lippe. Sie sehen vor, dass für Nutzer*innen ab dem 65. Lebensjahr *„eine Maßnahmeplanung zu entwickeln [ist, C.R.]*, die die Menschen mittelfristig in eine Tagesstruktur für Senioren begleitet“ (LWL 2020: 4).⁵ Dies stellt eine spezifische Ausgangssituation für die Studie dar. In anderen Bundesländern bestehen zum Teil

keine kalendarischen Altersgrenzen sowie insgesamt eine andere Förderstruktur von Tagesstätten. Zugleich konturiert das mögliche Ende der Teilhabeleistung die Angaben zur Teilhabesituation und den Teilhabebedarfen älter werdender Menschen mit SMI besonders deutlich.

In der Netzwerkforschung generell, aber gerade auch im Hinblick auf die Lebensphase Alter, kommt den informellen Netzwerken – Freundschaften (Hahmann 2013) Partnerschaften und Kindern (Mahne/Huxhold 2017) – eine bedeutsame Rolle zu. Auch von den 14 Teilnehmenden, die von einer aktuellen Ehe/Partnerschaft sprechen, wird die Partnerschaft mehrheitlich als große Ressource dargestellt (Gutkowski et al. 2018: 27). Für die Gestaltung des Alter(n)s kommt vor allem psychisch nicht-erkrankten Partner*innen eine entscheidende Rolle und hohe Verantwortung zu – *„Meine Frau wird für eine Lösung [finden, C.R.]“* (FGI 5, A). Vereinzelt gestehen Teilnehmende aber auch, dass ihre psychische Erkrankung eine Belastung für die Partnerschaft darstelle und der Besuch der Tagesstätte nicht nur der eigenen psychischen Stabilisierung, sondern ebenso der Entlastung des*der Partner*in und damit dem Erhalt der Beziehung diene.

20 Teilnehmende, überwiegend Frauen, erwähnen in den Fokusgruppen ihre zumeist bereits erwachsenen Kinder. Diese erscheinen in den Gruppeninterviews durchaus als wichtige soziale Ressource für das Alter(n), da sie im Sinne eines *„distance caregiving“* (Franke et al. 2019) häufig organisatorisch Hilfe- und Unterstützungsbedarfe regeln. Regelmäßige Face-to-Face-Kontakte sowie instrumentelle Unterstützung kommen vor, aber eher selten. Die wissenschaftlich mittlerweile gut belegten Risiken des Aufwachsens mit einem psychisch erkrankten Elternteil (Jungbauer/Heitmann 2018;

5 Zum Zeitpunkt der Erhebung fand diese Vorgabe Anwendung. Derzeit ist die Umsetzung nach Aussagen von Einrichtungsleitungen und LWL ausgesetzt, allerdings nicht aus den Förderrichtlinien gestrichen.

Lenz/Wiegand-Grefe 2017) schlagen sich in diesen Familienbeziehungen auf Distanz nieder. Weitere relevante Familienangehörige sind Geschwister, mit denen zwei Teilnehmende zusammenleben. Für weitere haben Geschwister die gesetzliche Betreuung. Selten wird in den Gruppeninterviews auf diese Beziehungen ausführlicher eingegangen.

Im Alltag vieler Befragter spielen – altersgemäß – nicht-familiäre soziale Kontakte für Möglichkeiten sozialer Teilhabe eine wichtigere Rolle. In jeder Fokusgruppe sind Teilnehmende, die sich als offen für neue Menschen charakterisieren und von einzelnen festen Freundschaften, Freundeskreisen und/oder Hobbys berichten. Diesen Personen gelingt es, auch außerhalb der Tagesstätte Beziehungen und Aktivitäten zu pflegen, über die sie sich sozial eingebunden fühlen. Sie machen sich über ihre zukünftigen sozialen Teilhabemöglichkeiten weniger Sorgen.

G: Bin gelernter Schreiner, ne. Da hab ich mir zu Hause ne eigene Werkstatt eingerichtet und so, ne? Und da bin ich offen. Also, also wenn jetzt hier Bekannte, hier so nette, mit Küche umziehn oder so, ne? Dann mach ich das, ne? Ich hab auch 22 Jahre im Kreis (X) gewohnt, da kennt man auch viele Leute, ne? [...] Wenn die jetzt, wenn die Tagesstätte zu Ende ist, hab ich auch schon meine Weichen gestellt. Also dann alles.

I: Was machen Sie dann?

G: Entweder gehe ich Pferdehof, [...] oder geh in Tierheim oder gehe [...] in die Möbelbörse, ne? (FGI 3)

Teilnehmenden, die ihr soziales Netzwerk positiv beurteilen, konkrete Vorstellungen von möglichen sozialen Aktivitäten haben sowie das Selbstbewusstsein besitzen, über Kompetenzen und Interessen zu verfügen, ist nicht nur – wie nahezu allen Befragten –

die Notwendigkeit der Pflege sozial tragfähiger Bezüge und Aktivitäten für das Alter(n) bewusst. Sie tun dies bereits beziehungsweise haben konkrete Alternativen für die Zeit nach der Tagesstätte im Blick.

B: Ich finde auch schnell Anschluss bei den Leuten. Zum Beispiel, ich hab eine gute Stimme. Ich könnte im Chor, in Chören singen. Ich weiß zum Beispiel, hier dieser Shanty-Chor, hab ich schon mal vorgesungen und bloß, die sind alle älter wie ich. Aber wenn ich dann das Alter erreicht habe und mich noch halten kann, dann geh ich da rein. Zum Beispiel. Es gibt auch andere Veranstaltungen, wo man hingehen kann, zum Beispiel Kolpingsfamilie. (FGI 2)

Allerdings bilden diese Teilnehmer*innen in der Studie eher eine Minderheit. Deutlich häufiger wird betont, dass man vor dem regelmäßigen Besuch der Tagesstätte wenig bis keine sozialen Kontakte (mehr) hatte und sozial sehr isoliert gelebt habe (Gutkowski et al. 2018: 27).

C: Ja, und ich habe durch die Tagesstätte wieder gelernt, auch wieder Kontakt zu anderen Menschen aufzunehmen. Weil hier die ganzen Kontakte, die ich früher hatte, habe ich ja alle abgebrochen, weil ich enttäuscht von den Menschen war. (FGI 1)

D: Ich hab, mit Beginn meiner Krankheit sind mir die sozialen Kontakte und Familienkontakte weggebrochen. Die ersten neuen Kontakte hab ich erst hier [in der Tagesstätte, C.R.] gekriegt. (FGI 3)

Da Tagesstätten ein Angebot für psychisch kranke Menschen darstellen, die „durch einen chronischen Krankheitsverlauf weitgehend sozial isoliert leben und bei denen durch die psychische Krankheit erhebliche soziale Schwierigkeiten aufgetreten sind“ (Röh 2004: 9), wundert es nicht, dass Pro-

bleme beim Aufbau und der Pflege sozialer Beziehungen sowie das Thema „Alleinsein“ in den Fokusgruppeninterviews viel Raum einnehmen.

F: Ja (...), dass ich immer alleine bleibe und (...), davor habe ich die meiste Angst. (FGI 1)

B: Bloß das Problem ist, wenn man ganz alleine ist. Das ist nicht so schön. (FGI 2)

C: Ich hab wohl auch nen Freund, aber der wohnt in X. [...] Sonst bin ich immer viel alleine. Und wenn ich die Tagesstätte nicht hätte, dann wär das schon übel. (FGI 3)

D: Ich möchte nicht allein sein.

C: Ich finde das auch schlimm, allein zu sein. (FGI 8)

Für diese Befragten war und ist der Besuch der Tagesstätte häufig mit wichtigen sozialen Erfahrungen verbunden: sich nicht mehr alleine zu fühlen; mit anderen Menschen zusammen sein zu können; wieder gelernt zu haben, zu reden und soziale Kontakte bis hin zu Freundschaften aufzunehmen; Menschen – Besucher*innen wie Mitarbeiter*innen – zu haben, die einem zuhören, die einen annehmen, wie man ist, und die im Bedarfsfall auch helfen. Viele beurteilen ihre derzeitige soziale Teilhabe aufgrund des Einrichtungsbesuchs als gut bis sehr gut und heben die positiven Wirkungen auf ihre psychische Erkrankung hervor. Diese positiven Effekte sind jedoch von einem sehr bedeutsamen Aspekt überschattet: Teilnehmende erleben ihre Möglichkeiten sozialer Teilhabe als ausschließlich auf die Tagesstätte begrenzt.

F: Und hier hab ich, kann ich mit jemandem sprechen. Und (...) hier kann ich mit jemandem lachen. Und hier werde ich auch (...), hört man mir auch zu, wenn ich etwas sage. Das ist hier im normalen Leben, wenn ich da wieder rausgehe, nach Hause, ist das wieder, fahre ich wieder in dasselbe Fahrwasser wieder rein. Weil ich

alleine lebe. (...) Das ist natürlich nicht schön. (FGI 2)

D: Wie gesagt, wenn ich 65 werde und das hier weggeht, hab ich keine sozialen Kontakte mehr, keine Tagesstruktur. (FGI 3)

E: Mhm, ja also, wenn es die Tagesstätte nicht geben würde, ich wär nur zu Hause. Ich würd auch überhaupt nicht rausgehen, weil ich das dann nicht auf die Reihe krieg. Dann bin ich Wochen, Tage, Monate nur zu Hause. (FGI 4)

Wiederkehrend werden in diesem Zusammenhang „drinnen-draußen“-Gegensätze konstruiert. Während in der Tagesstätte „alles schön positiv“ (FGI 1, F), „ganz toll“ (FGI 1, C), „wie eine große Familie“ (FGI 4, G) sei und Teilnehmende „sehr dankbar“ sind, dass man sie „aufgenommen“ habe (FGI 1, B), gelten andere Lebensbereiche als „draußen“ und weiterhin als problematisch, denn „draußen ist es ja doch manchmal schon wieder bisschen anders, ne?“ (FGI 1, C). Auch wenn Teilnehmende vereinzelt konstatieren, dass sie Erfahrungen aus der Tagesstätte in andere Lebensbereiche transferieren können, zeigen diese Deutungsmuster, wie bewusst den Befragten ihre soziale Exklusion ist. Exklusionserfahrungen, auch im Sinne eines gesellschaftlich Nicht-mehr-gebraucht-Werdens, zeichnen sich im Unterschied zu anderen Ungleichheitserfahrungen nicht durch stratifikatorische Metaphern wie „oben“ und „unten“, sondern durch „eine räumlich konnotierte Differenz zwischen ‚drinnen‘ und ‚draußen‘“ (Schroer 2007: 257) aus. In den Beiträgen scheint sich die Metapher zwar umzukehren – die Befragten fühlen sich durch die Tagesstätte in soziale Zusammenhänge integriert und damit „drinnen“. Zugleich begrenzt sich diese Integration bei vielen aber auf die dortigen Sozialkontakte, und ihnen ist bewusst, dass sie ohne diese „draußen“ sind.

C: *Wir haben ja die [Name der Tagesstätte, C.R.]. Also wir sind ja nicht so isoliert, aber wenn wir die [...] nicht mehr haben, sind wir isoliert. (FGI 8)*

Im Hinblick auf zukünftige Bedarfe älterer Menschen mit einer SMI ist eine nähere Betrachtung der Ursachen für die häufig ausschließliche Konzentration der sozialen Teilhabe auf die Tagesstätte aufschlussreich. Argumente sind zunächst die Vielfalt der Kontaktmöglichkeiten und angebotenen Aktivitäten in der Einrichtung – „Was wir hier in Tagesstätte machen, reicht.“ (FGI 2, B). Die Tagesstätte „reicht“ einem Teil der Befragten auch deswegen, weil ihr Besuch mit Herausforderungen verbunden ist.

D: *Die Kontakte in der Tagesstätte sind so, dass die herzlich sind, dass die einem auch guttun. Aber ich bin am Wochenende auch froh, wenn ich dann auftanke und bei mir bleibe (..) und sage jetzt, jetzt rüstest du wieder für die nächste Woche, denn wenn die Tagesstätte mit vielen Klienten besucht ist, dann ist die Geräuschkulisse da, dann (...) man kann ja so auch sagen, man ist offen, aber es ist dann auch einfach anstrengend. Dann brauche ich einfach das Wochenende, um auszuruhen. (FGI 7)*

In diesem Sinne nehmen Besucher*innen die Tagesstätte wie einen Erwerbsarbeitsersatz wahr – die verbindlichen Anfangszeiten, die langen Tage sowie die Anstrengungen, die mit dem Zusammensein mehrerer Menschen und gemeinsamer Aktivitäten verbunden sein können, lasten sie so aus, dass sie abends und am Wochenende froh sind, ihre „Ruhe zu haben“.

Weitere Aspekte, die die Konzentration sozialer Kontakte auf die Tagesstätte befördern, sind Symptomen der psychischen Erkrankung geschuldet. Genannt werden soziale Schwierigkeiten und Ängste gegenüber als fremd empfundenen Personen, feh-

lende Kompetenzen, Freundschaften und Bekanntschaften dauerhaft zu pflegen, oder auch basale Schwierigkeiten, sich ohne äußeren Druck zu Aktivitäten zu motivieren. In jeder Fokusgruppe wird vor diesem Hintergrund betont, wie wichtig die Struktur der Tagesstätte für die Nutzer*innen sei.

D: *Die Strukturierung hier ist ja eine ganz andere. [...] Jetzt dann mehr oder weniger am Arbeitsleben orientiert. Man soll das Gefühl bekommen, man wird gebraucht. Drüben [in der Kontakt- und Beratungsstelle, C.R.] wird man nicht gebraucht, in anderen Einrichtungen. (FGI 4)*

„Struktur“ umfasst aus Sicht der Befragten ganz unterschiedliche Aspekte. Die festen Zeiten, zu denen man spätestens da sein muss, die Notwendigkeit zu erläutern, warum man nicht kommen kann, die zu erfüllenden Anforderungen und das Aktivitätenangebot wirken aus Sicht der Teilnehmenden ihrer krankheitsbedingter Motivations- und Antriebslosigkeit entgegen. Die Übernahme von Aufgaben, aber auch die Nachfragen, wenn Besucher*innen nicht erscheinen, vermitteln ein wichtiges Gefühl: das eigene Leben ist nicht bedeutungslos, man wird noch „gebraucht“ und es gibt einen sozialen Ort, an dem es relevant ist, ob man lebt oder nicht. Demgegenüber antizipieren die Interviewten richtigerweise, dass in offenen Angeboten der Sozialpsychiatrie, aber auch der Altenhilfe niemand „gebraucht“ werde, aber vor allem weder ausreichend Strukturvorgaben noch intensive soziale Vertrautheit und Verbindlichkeiten herrschen. Diese sind für viele Befragte jedoch notwendige Voraussetzungen, um sich auf soziale Zusammenhänge einlassen zu können. Der Bedarf an Struktur schränkt allerdings die Verallgemeinerbarkeit der Studienergebnisse auf alle älter werdenden Menschen mit einer SMI deutlich ein. Denn einerseits brauchen

nicht alle Menschen mit einer psychischen Erkrankung zur Alltagsbewältigung einen festen strukturellen Rahmen. Andererseits gibt es Personen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind, feste Strukturvorgaben zu erfüllen.

Für die befragten Tagesstättenutzer*innen kommen schließlich der Akzeptanz und dem Verständnis seitens der Mitarbeitenden und anderer Besucher*innen eine hohe Bedeutung zu.

D: Weil sie ham ja alle so die gleiche Krankheit, hätte ich beinah gesagt, und dann kann man sich auch schon mal dann austauschen. [...] Ja und eh, das würde fehlen. Man kann mit nem Gesunden, kann man da nicht drüber reden. (FGI 3)

G: Ja, weil wir hier Unterstützung von der Tagesstätte haben, ne? Wir werden hier ganz normal akzeptiert und behandelt und alles, wie vollständige Menschen. Und die zeigen uns nicht, dass sie uns für bekloppt halten, ne? Also ich habe auch so einige in der Familie auch und Bekannte, die [...] meinen, ich wäre bekloppt, ne? (FGI 8)

Krankheitssymptome und damit verbundene Erfahrungen sozialen Ausschlusses tragen dazu bei, dass – auch aus Sicht der Einrichtungsleitungen – gerade für älter werdende Nutzer*innen dem sozialen „Schutzraum“ (Gutkowski et al. 2018: 21) Tagesstätte eine zentrale Bedeutung für die Alltagsbewältigung zukommt.

Intersektionale Überschneidungen: Armut und sozialer Rückzug

Es wäre aber eine unzulässige Vereinfachung, wenn der soziale Rückzug in die Tagesstätte allein als Folge der psychischen

Erkrankung gesehen würde. Wiederkehrend wird in den Fokusgruppen darüber diskutiert, dass soziale Teilhabe und Freizeitaktivitäten nicht nur eine Frage der psychischen Erkrankung oder des Alterns sind, sondern an den begrenzten finanziellen Möglichkeiten der Befragten scheitern.

B: Gerade für uns. Es geht hier nicht nur ums Alter. Gerade für sozial Schwache müssten mehr Angebote da sein.

C: Ein Konzertbesuch ist ja auch nicht möglich. [...]

B: Auch wenn man sich das mal leisten kann, aber ich will da nicht als sozial Schwacher dann zwischen all den Möchtegern-Juppies da rumhängen, die dann sagen: „Guck mal, wie sieht der denn aus? Was will der hier?“

A: Ja. Was will der denn hier?

B: Dann gehe ich doch lieber hierhin, wo ich weiß, die haben alle nicht viel. (FGI 7)

D: Man muss sich auf einmal nicht mehr schämen, dass man nur ein kleines Einkommen hat. Sondern man ist unter Gleichgesinnten und braucht keine großen Worte zu machen, weil alle wissen, wo die Glocken hängen. Und das ist für das eigene Selbstwertgefühl und die eigene Sicherheit sehr wichtig, auch im Alter, denke ich. (FGI 7)

Die Pflege von Freundschaften/Bekanntschaften basiert in der Regel auch auf gemeinsamen, außerhäusigen Unternehmungen. Auswärts Kaffee zu trinken, essen zu gehen, Kino-, Konzert- oder Theaterbesuche sowie sportliche Aktivitäten, Ausflüge oder Reisen werden von den Teilnehmenden vermisst (Gutkowski et al. 2018: 26), auch weil man diese Dinge früher gerne gemacht hat. Aber selbst kleinere außerhäusige Aktivitäten werden vielfach als schwer bis nicht finanzierbar erachtet. Der Abbruch

von Kontakten zu Menschen, die nicht psychisch erkrankt sind, wie ungenutzte Gelegenheiten zum Aufbau neuer Beziehungen sind somit auch Ergebnis der eigenständigen Exklusions- und Beschämungspotenziale von Armut.

Diese bestehen nicht nur im fehlenden Geld für eine Kinokarte, sondern auch darin, dass man sich während dieser Unternehmungen über andere soziale Ereignisse austauscht, wie zum Beispiel das Verhältnis zu den Kindern und Enkelkindern, Anschaffungen jedweder Art, wahrgenommene Bildungsangebote, sportliche Aktivitäten bis hin zu Wochenendtrips und Urlaubsreisen. Bei diesen alltagsweltlich oft selbstverständlichen Kommunikationsinhalten nicht mitreden zu können beziehungsweise sich in der eigenen Lebenslage nicht verstanden zu fühlen, kann Freund- oder Bekanntschaften beeinträchtigen, aber auch eine Barriere in der Nutzung alternativer Teilhabemöglichkeiten sein, wie zum Beispiel offener Seniorenangebote. Zwar setzen diese vordergründig auf gemeinschaftsstiftende Aktivitäten, im flankierenden Smalltalk treten soziale Unterschiede aber dann doch zutage. Hinzu kommt, dass die Leitung von offenen Angeboten der Seniorenarbeit nicht selten im Sinne neuer Verantwortungsrollen für das Alter in den Händen von Ehrenamtlichen liegt. Von diesen kann der kompetente Umgang mit der steigenden Diversität unter Senior*innen (neben ökonomischen Ungleichheiten, kognitiven sowie psychischen Beeinträchtigungen auch aufgrund von Migrationserfahrungen oder sexueller Orientierung) jedoch nur bedingt erwartet werden.

Tagesstätten für psychisch erkrankte Menschen leisten somit auch einen wesentlichen Beitrag zur Abmilderung der Armutsproblematik ihrer älter werdenden

Klient*innen. Den meisten Befragten ist bewusst, dass sie die breit gefächerten Aktivitäten bis hin zu Urlaubsangeboten, regelmäßigen Mahlzeiten sowie der gegebenenfalls mit dem Tagesstättenbesuch verbundenen Finanzierung von Mobilitätshilfen nicht finanzieren könnten.

B: Dafür sind wir dankbar. Wenn ich die Tagesstätte nicht hätte, hätte ich nicht ausgekommen. (FGI 1)

Dies hat zur Folge, dass die Mehrheit der Interviewten weit davon entfernt ist, den Tagesstättenbesuch als ein ihnen zustehendes Recht anzusehen. Häufig wird von Dankbarkeit gesprochen, einen der als rar empfundenen Plätze zu haben und kommen zu „dürfen“. Das zum Erhebungszeitpunkt angedrohte Ende der Teilhabeleistung nach dem 65. Lebensjahr scheint diese „devote Haltung der Zielgruppe“ (Gutkowski et al. 2018: 36) noch zu befördern.

Angesichts der subjektiv hohen Bedeutung der Tagesstätte für die Befragten ist es nicht verwunderlich, dass sie, nach ihren Wünschen für die Alltagsgestaltung im Alter gefragt, vorrangig auf einen möglichst langen weiteren Besuch der Einrichtung verweisen.

G: Ja, erst mal so lange wie möglich hier [in der Tagesstätte, C.R.] noch zu bleiben, ne? Ist das Problem ja auch schon gelöst, ne? (FGI 8)

G: Ich geh auch gerne in die Tagesstätte und finde ganz doof, dass bis 65 Schluss ist. Dat ist doch kein Alter. [...] Jeder soll dann von sich aus sagen: „Ich bin ja 72, ich geh jetzt, komm nicht mehr.“ Oder „Ich bin 66, ich will jetzt auch nicht, ich hab noch andere Interessen.“ Nicht, nicht von oben, äh (.), das sollte eigentlich jeder selber für sich entscheiden. Denn die meisten haben nur noch dann zu Hause. (FGI 4)

Insbesondere dann, wenn Befragte keine ambulanten Wohnhilfen erhalten und sehr auf die Tagesstätte zentriert sind, verbinden sich mit dem antizipierten Leistungsende vielfältige Sorgen. Befürchtet wird „auf uns alleine gestellt“ (FGI 2, C) zu sein, dass „alles wieder andersrum wäre“ (FGI 2, A) und man „wieder in ein Loch fallen“ (FGI 4, A) würde. Auch bei diesem Punkt sind alternative Perspektiven nach einem möglichen Ende der Teilhabeleistung unklar: „Was machen wir dann?“ (FGI 3, A). Für einen wesentlichen Teil der Befragten gibt es gefühlt nur zwei Alternativen – irgendwie weiter in die Tagesstätte kommen zu können oder nur noch zu Hause zu sein. Um Letzteres zu vermeiden, besteht die Bereitschaft, wie in einer Art Altersteilzeit, Abstriche beim zeitlichen Umfang der Tagesstättennutzung zu akzeptieren.

A: Wenn man wenigstens einmal oder zweimal in der Woche in die Tagesstätte gehen könnte und vielleicht noch die Fahrten machen könnte. Diese Außenaktivitäten, das würde schon helfen. Dass man nicht ab 65 sofort zu Hause ist und gar nichts mehr hat. (FGI 2)

Insgesamt zeigt sich eine ausgeprägte Abhängigkeit der älter werdenden Nutzer*innen vom Angebot der Tagesstätte. Viele haben dort einen Ort gefunden, an dem sie sich wohl, akzeptiert und sozial eingebunden fühlen und der ihnen psychisch guttut. Zwar werde versucht, „außerhäusige“ Aktivitäten zu fördern, dabei handelt es sich aber in der Regel um Gruppenunternehmungen. Die personellen Kapazitäten lassen keine personenzentrierte individuelle Begleitung in diesem Punkt zu. Regionale Kooperationen mit Angeboten für Senior*innen werden gesucht, scheitern aber den Aussagen der Einrichtungsleitungen folgend an der fehlenden Finanzierung hierfür als notwendig erachte-

ter Personalressourcen sowie an personellen Diskontinuitäten bei ehrenamtlich getragenen Angeboten der Altenhilfe. Unabhängig davon stellt die finanzielle Knappheit der Klient*innen eine eigenständige Barriere für die Inanspruchnahme alternativer Teilhabemöglichkeiten im Sozialraum dar.

Soziale Teilhabebedarfe von Menschen mit SMI – keine Frage des kalendarischen Alters

Die UN-Konvention der Rechte behinderter Menschen kennt keine Altersgrenzen. Sie thematisiert Aspekte des Alter(n)s nur insofern, als sie die höheren Risiken, zum Beispiel von Mehrfachdiskriminierungen, Vorurteilsstrukturen, sozialer Abwertung, gerade auch für ältere Menschen mit Beeinträchtigungen und damit ihre besondere Unterstützungs- und Schutzbedürftigkeit hervorhebt (Rohleder/Dieckmann 2019: 22 ff.). Allgemeine Risiken des Alter(n)s gestalten sich je nach intersektionaler Verwobenheit verschiedener ungleichheitsgenerierender Faktoren unterschiedlich. So konstatiert der 7. Altenbericht, dass „sich Armut, soziale Isolation und Gesundheitseinschränkungen gegenseitig verstärken“ (BMFSFJ 2016: 76). Finanzielle Knappheit kann sozialen Rückzug befördern. Und Armut und Einsamkeit können sich sowohl negativ auf die körperliche Gesundheit auswirken als auch psychische Erkrankungen erst hervorbringen beziehungsweise verstärken (Butterwegge 2020: 243 ff.). Im höheren Erwachsenenalter verengen sich zugleich die Spielräume des Subjekts, diesen Prozessen zum Beispiel durch Aufnahme einer Berufstätigkeit individuell entgegenzuwirken.

Die gezielte Unterstützung sozialer Teilhabe ist ein Ansatzpunkt, um diesen Kreis-

lauf zu durchbrechen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass viele der über 50-jährigen Teilnehmer*innen den Besuch einer Tagesstätte als „Wendepunkt“ (Gutkowski et al. 2018: 22) hin zu einer verbesserten Lebenssituation beschreiben, nachdem ihre Versuche einer Rückkehr in den Arbeitsmarkt gescheitert sind. Dabei bedient die Tagesstätte nicht nur ihren Wunsch nach haltgebenden Tagesstrukturen, sinnvollen Aktivitäten und vertrauten, akzeptierenden Sozialkontakten, sondern reduziert auch armutsbedingte Beschämungspotenziale. Nur ein Teil der Befragten hat für das Seniorenalter realistische alternative Pläne. Die Mehrheit besorgt die Ungewissheit, wie lange ihr individueller Anspruch auf diese Leistung der Eingliederungshilfe besteht und ob sie ihn ab einem bestimmten kalendarischen Alter verlieren. Die Berücksichtigung von älter werdenden Menschen mit Behinderung in einer „inklusiven“ kommunalen Sozialplanung und damit in Regelangeboten für das Seniorenalter im Zuge der Umsetzung der UN-BRK ist wichtig (Schäper et al. 2019). Unstrittig ist aber auch, dass die offene Altenarbeit, die als kommunale Kann-Leistung angesichts angespannter kommunaler Haushalte immer unter einem starken Finanzierungsvorbehalt steht (Michell-Auli 2013: 30 f.), kaum in der Lage sein wird, ohne haupt- oder nebenamtlich finanziertes qualifiziertes Personal adäquate Begegnungsmöglichkeiten für mehrfach benachteiligte ältere Menschen mit ausgeprägten Teilhabedefiziten bereitzustellen.

Bundesweit wird auf die Zunahme älterer Menschen mit (lebensbegleitender) schwerer psychischer Erkrankung bereits reagiert. Es finden sich einige, über Leistungen der Eingliederungshilfe finanzierte, Tagesstätten für über 65-jährige Menschen mit psychi-

scher Erkrankung. Sie können nicht nur von älteren Menschen mit einer lebensbegleitenden SMI besucht werden, sondern stellen auch eine Option für Senior*innen dar, die erst im Alter eine Depression oder Angsterkrankung entwickeln.

Ob das derzeitige Angebot bedarfsdeckend ist, dazu finden sich bislang keine Angaben. Dass Kostenträger wie Leistungserbringer zukünftig jedoch vor der Aufgabe stehen werden, dem Altern von Menschen mit lebensbegleitender psychischer Erkrankung konzeptionell wie finanziell Rechnung zu tragen, zeichnet sich aber bereits ebenso deutlich ab wie ein grundlegender Bedarf an weiterführenden empirischen Studien zur Lebens-, insbesondere auch der Wohnsituation der Betroffenen.

Literatur

- Altwein, E./Dech, H. 2016: Alt werden mit psychischer Erkrankung – eine neue Herausforderung für die Soziale Arbeit. In: FORUM sozial, Heft 4, 40–41.
- Altwein, E./Hormuth, K. 2009: Alt werden mit psychischer Erkrankung. In: Psychosoziale Umschau, Heft 2, 14–16.
- Bartels, S.J./DiMilia, P.R./Leutwyler, H. 2019: Model Programs and Interventions for Older Adults with Schizophrenia. In: Cohen, C.I./Meesters, P.D. (Hrsg.): Schizophrenia and Psychoses in Later Life. New Perspectives on Treatment, Research, and Policy. Cambridge, 169–189.
- Bartels, S.J./Pepin, R./Gill, L.E. 2014: The Paradox of Scarcity in a Land of Plenty: meeting the needs of Older Adults with Mental Health and Substance Use Disorders. In: Generations – Journal of the American Society on Aging, Heft 38, 3–7.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2016: Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin.
- Butterwegge, C. 2020: Die zerrissene Republik. Wirtschaftliche, soziale und politische Ungleichheit in Deutschland. 2. Aufl. Weinheim, Basel.

- Daum, M. 2018: Fokus Arbeit und Beschäftigung: „Bildung und Arbeit für alle?“. In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V./Speck, A./Steinhart, I. (Hrsg.): *Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen*. Köln, 83–93.
- Dieckmann, F./Schäper, S./Thimm, A./Dieckmann, P./Dluhosch, S./Lucas, A. 2015: Die Lebenssituation älterer Menschen mit lebenslanger Behinderung in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- Ding-Greiner, C./Kruse, A. (Hrsg.) 2010: *Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter*. Stuttgart.
- Eikermann, B./Reker, T./Richter, D. 2005: Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker – Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts. In: *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, Jg. 73, Heft 11, 664–673.
- Fey, T. 2016: Älter werden mit psychotischen Erkrankungen. In: Müller, S.V./Gärtner, C. (Hrsg.): *Lebensqualität im Alter – Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen*. Wiesbaden, 299–311.
- Franke, A./Kramer, B./Jann, P.M./van Holten, K./Zentgraf, A./Otto, U./Bischofberger, I. 2019: Aktuelle Befunde zu „distance caregiving“. Was wissen wir und was (noch) nicht? In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Bd. 52, Heft 6, 521–528.
- Gromann, P. 2012: Alt werden mit einer psychischen Erkrankung. Eine nutzerorientierte Bedarfsstudie. In: Dies. (Hrsg.): *Mit Teilhabeplanung zu einer individuellen Versorgung*. Bonn, 145–160.
- Gühne, U./Becker, T./Salize, H.-J./Riedel-Heller, S.G. 2015: Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank? In: *Psychiatrische Praxis*, Jg. 42, Heft 8, 415–423.
- Gutkowski, M./Heuel, M./Moselhy, J. 2018: „So geht's uns gut“ – Lebensqualität älter werdender Menschen mit einer lebensbegleitenden psychischen Behinderung. Unveröffentl. Forschungsbericht im Masterstudiengang Teilhabeorientierte Netzwerke in der Heilpädagogik. Münster.
- Hahmann, J. 2013: *Freundschaftstypen älterer Menschen. Von der individuellen Konstruktion der Freundschaftsrolle zum Unterstützungsnetzwerk*. Wiesbaden.
- Hewer, W./Holthoff-Detto, V./Kopf, D. 2018: Themenschwerpunkt alt gewordene psychisch Kranke. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Jg. 51, Heft 7, 741–743.
- Höptner, A. (2018): Fokus Wohnen: „Ambulant (immer) vor stationär?“ In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern/Speck, A./Steinhart, I. (Hrsg.): *Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen*. Köln, 65–82.
- Höptner, A./Daum, M. 2018: Methodik: „Wir haben die Menschen gefragt. In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V./Speck, A./Steinhart, I. (Hrsg.): *Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen*. Köln, 40–54.
- Holtstad-Lund, J./Smith, T.B./Layton, J.B. 2010: Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-Analytic Review, abrufbar unter: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000316> [06.01.2021].
- Jakobi, F./Karadza, A./Ziervogel, K. 2017: Gesundheitsförderung bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Konzept und Evidenzlage. In: Pohl, U. (Hrsg.): *Morgenspuren*. Bielefeld, 155–167.
- Juckel, G. 2017: Risiko für Leib und Leben – Somatische Krankheitsbelastung und erhöhte Sterblichkeit bei psychisch kranken Menschen. In: Pohl, U. (Hrsg.): *Morgenspuren*. Bielefeld, 61–68.
- Juckel, G./Schröer, S. 2018: Einsamkeit bei psychischen Erkrankungen und ihre psychiatrisch-seelensorgliche Bewältigung – aus Sicht eines Profis und eines Betroffenen. In: *Internationale Zeitschrift für Philosophie und Psychosomatik*, Heft 2, 1–20, abrufbar unter: www.izpp.de/fileadmin/user_upload/Ausgabe_2_2018/009_Juckel_Schroeer_2_2018.pdf [18.12.2020].
- Jungbauer, J./Heitmann, K. (Hrsg.) 2018: *Unsichtbare Narben: erwachsene Kinder psychisch erkrankter Eltern berichten*. Köln.
- Kopf, D./Hewer, W. 2018: Somatische Risiken bei alt gewordenen Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Jg. 51, Heft 7, 779–784.
- Kuhlmeiy, A./Blüher, S. 2015: Pflegebedürftigkeit: Herausforderung für spezifische Wohn- und Versorgungsformen – eine Einführung in das Thema. In: Jacobs, K./Kuhlmeiy, A./Greß, S./Schwinger, A. (Hrsg.): *Pflegereport 2015. Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit*. Stuttgart, 3–14.

- Kümpers, S./Alisch, M. 2018: Ungleichheiten des Alter(n)s in sozialräumlicher Perspektive. In: Bleck, C./van Rießen, A./Knopp, R. (Hrsg.): *Alter und Pflege im Sozialraum*. Wiesbaden, 53–68.
- Lawrence, D./Hancock, K.J./Kisley, S. 2013: The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. In: *British Medical Journal* 346:f2539. doi: 10.1136/bmj.f2539346 [16.04.2020].
- Lenz, A./Wiegand-Grefe, S. 2017: *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen.
- LWL – Landschaftsverband Westfalen-Lippe 2020: *Richtlinien des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe vom 01.01.2020 zur Förderung von Tagesstätten für Menschen mit psychischen Behinderungen*, abrufbar unter: <https://www.lwl.org/spur-download/240/tagesstaetten/richtlinien.tagesst.pdf> [10.04.2020].
- Mahne, K./Huxhold, O. 2017: Nähe auf Distanz: Bleiben die Beziehungen zwischen älteren Eltern und ihren erwachsenen Kindern trotz wachsender Wohnentfernungen gut? In: Mahne, K./Wolff, J.K./Simonson, J./Tesch-Römer, C. (Hrsg.): *Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*. Wiesbaden, 215–230.
- Maier, I. 2008: *Alt werden mit einer schizophrenen Störung. Selbst- und Lebenskonzeptionen schizophrene erkrankter Menschen im mittleren und höheren Lebensalter*. Saarbrücken.
- Mayring, P. 2015: *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12., überarb. Aufl. Weinheim, Basel.
- Meyer, C. 2016: *Soziale Arbeit, demographischer Wandel und Alternsprozesse. Das Profil Sozialer Altenarbeit*. Lahnstein.
- Michell-Auli, P. 2013: *KDA-Ansatz zur Quartiersentwicklung*. In: Michell-Auli, P./Kremer-Preiß, U.: *Quartiersentwicklung. KDA-Ansatz und kommunale Praxis*. Köln, 8–57.
- Przyborski, A./Wohlrab-Sahr, M. 2014: *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. 4. Aufl. München.
- Röh, D. 2004: *Tagesstättenarbeit wirkt! – Die Tagesstätte als wichtiger Baustein in der gemeindepsychiatrischen Versorgung*. In: *Sozialpsychiatrische Informationen*, Heft 2, 9–11.
- Rohleder, C. 2019: „Subjektive Beurteilung sozialer Teilhabechancen im Alter durch Nutzer_innen von Tagesstätten für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“. Vortrag am 27.09.2019 auf dem 1. Kongress der Teilhabeforschung. Berlin.
- Rohleder, C./Dieckmann, F. 2019: *Inklusive Sozialplanung als kommunale Gestaltungsaufgabe*. In: Schäper, S./Dieckmann, F./Rohleder, C./Rodekohl, B./Katzner, M./Frewer-Graumann, S.: *Inklusive Sozialplanung für Menschen im Alter. Ein Manual für die Planungspraxis*. Stuttgart, 11–55.
- Rothgang, H./Müller, R./Unger, R. 2013: *BARMER GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Reha bei Pflege*. Siegburg.
- Schäper, S./Dieckmann, F./Rohleder, C./Rodekohl, B./Katzner, M./Frewer-Graumann, S. 2019: *Inklusive Sozialplanung für Menschen im Alter. Ein Manual für die Planungspraxis*. Stuttgart.
- Schroer, M. 2007: *Defizitäre Reziprozität: Der Raum der Überflüssigen und ihr Kampf um Aufmerksamkeit*. In: Klinger, C./Knapp, G.-A./Sauer, B. (Hrsg.): *Achsen der Ungleichheit. Zum Verhältnis von Klasse, Geschlecht und Ethnizität*. Frankfurt a.M., 257–270.
- Schütze, Y. 2012: *Soziale Ungleichheiten im Alter*. In: Graf Kielmansegg, P./Häfner, H. (Hrsg.): *Alter und Altern. Wirklichkeiten und Deutungen*. Heidelberg, 115–123.
- Solano, N.H./Krauss Whitbourne, S. 2001: *Coping with Schizophrenia: Patterns in Later Adulthood*. In: *International Journal Aging and Human Development*, Jg. 53, Heft 1, 1–10.
- van Dyk, S. 2015: *Soziologie des Alters*. Bielefeld.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation 2002: *Aktiv Altern. Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln*. Wien, abrufbar unter: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8_ger.pdf;jsessionid=EA4D1B789807E822192AE2859538E714?sequence=2 [20.10.2010].
- Windisch M. 2014: *Behinderung – Geschlecht – Soziale Ungleichheit. Intersektionelle Perspektiven*. Bielefeld.

Dr. Christiane Rohleder

ist Professorin für Soziologie an der katho – Katholische Hochschule NRW, Abteilung Münster.
E-Mail: c.rohleder@katho-nrw.de