

1 Einleitung

Der Gebrauch von Drogen und Suchtmitteln ist kein Phänomen unserer Tage. Bereits für deutlich ältere Kulturen als die der Griechen und Römer ist Drogenkonsum belegt. Dabei geht es nicht nur um Alkohol, sondern sehr früh schon auch etwa um Cannabis oder Halluzinogene, und es betrifft nicht nur Europa und Vorderasien, sondern auch Indien, China und Südamerika (Völger & von Welck 1982). Nicht erst im Mittelalter wurde Alkohol als Grundnahrungsmittel genutzt, sondern bereits im antiken Griechenland und Rom. Schon damals kannte man: die berauschende Wirkung, teilweise als Kriegslist genutzt, um Gegner unschädlich zu machen, die im täglichen Leben aber den Trinker der Lächerlichkeit preisgeben konnte; ebenso die betäubende Wirkung, die zu seinem Einsatz in der Medizin führte, aber auch die – wie wir heute sagen würden – forensischen Probleme der verminderten Zurechnungsfähigkeit und die mögliche teratogene Wirkung. Alkoholkonsum von Frauen wurde eher skeptisch betrachtet, mitunter sogar verboten, gleichwohl kam er in Attika häufiger vor. Platon will im zweiten Buch seiner Gesetze den uneingeschränkten Weingenuss erst Männern ab dem Ende des vierten Lebensjahrzehnts – also für die damalige Zeit eher älteren Personen – vorbehalten wissen (Preiser 1982 a, b). In Kunst und Literatur der griechischen und römischen Antike gab es kaum Darstellungen von älteren Menschen mit Alkoholproblemen. Während alte Männer häufig als weise Herren erscheinen, sind alte Frauen in der Mehrzahl der Fälle eindeutig negativ besetzt: „Da sie nicht mehr fähig zur Reproduktion waren, wurden alte Frauen zunehmend diffamiert und an den Rand der Gesellschaft gedrängt“ (Parkin 2005, S. 53). Neben dem Topos der bössartigen oder sexuell besessenen Hexe kommt dabei häufig das der trunksüchtigen alten Frau zum Tragen, entstanden in der Komödie des 4. Jahrhunderts v. Chr. (Kunze 2009; Parkin 2005).

Ein Beispiel gibt **Abbildung 1.1**: „Die Statue zeigt eine alte, abgemergelte Frau, die mit vorgestreckten, vorne überkreuzten Beinen am Boden hockt. In ihrem Schoß birgt sie eine überdimensionale Weinflasche – eine Lagynos – die sie als ihr teuerstes Gut liebevoll an Bauch und Mündung umklammert. Dem darin enthaltenen Wein hat sie schon gehörig zugesprochen. In haltlosem Rausch wirft sie den Kopf zurück und lallt mit geöffnetem Mund selbstvergessen dem Betrachter entgegen“ (Kunze 2009, 116 ff).

Abb. 1-1

Bis heute spielen sich Suchterkrankungen im Alter am Rande der gesellschaftlichen Wahrnehmung ab. Sie gehören zu den Gesundheitsproblemen, denen die Medizin lange Zeit keine Aufmerksamkeit geschenkt hat. In der deutschsprachigen Fachliteratur sind die ersten systematischen Veröffentlichungen in den späten 1980er Jahren zu verzeichnen. Die Buchbeiträge von Solms et al. (1986) und



Abb. 1.1: „Trunkene Alte“ (Archäologisches Museum der WWU Münster, Inv. A 383, Photo Robert Dylka)

Soeder (1989) etwa sollten dabei keinesfalls als historisch abgetan werden, sie zählen nach wie vor zur unbedingt lesenswerten Literatur für alle, die sich mit dem Gebiet eingehend beschäftigen wollen. Dabei ist bemerkenswert, dass es sich in beiden Fällen um geriatrische Werke handelt. Die psychiatrischen Lehr- und Handbücher schenken dem Thema bis heute praktisch keine Beachtung.

Entscheidende Impulse kamen in Deutschland aus der Suchthilfe bzw. Gerontopsychiatrie. Ein Seminar der Hamburgischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren im September 1988 stieß auf so großes Interesse, dass ein Jahr später eine größere Tagung folgte. Die Dokumentationen beider Veranstaltungen (Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren 1989, 1990) gehören ebenso zu den Meilensteinen wie der Tagungsband des Landkreises Esslingen (1992). Die Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (DHS) nahm sich des Themas 1997 mit einer Tagung in der Evangelischen Akademie Tutzing an. Das daraus hervorgegangene Buch (Havemann-Reinecke et al. 1998) ist nach wie vor die einzige deutschsprachige Monographie über Sucht im Alter. Die umfangreichen gerontopsychiatrischen Lehrbücher berücksichtigen das Thema seitdem (Buijssen & op de Haar 1997; Scholz 1996; Mann et al. 2003; Weyerer 2003), z. T. allerdings in inhaltlich inakzeptabel dürftiger Art und Weise (Bergener et al. 2005).

Das Interesse der Suchthilfe bzw. Suchtmedizin an diesem Thema blieb jedoch lange eher punktuell (z. B. mit einem Schwerpunkttheft „Riskanter Alkoholkonsum im höheren Lebensalter“ der Zeitschrift Sucht, Heft 5/2009). Wie in der Psychiatrie, so sparen auch in der Suchtmedizin wichtige Standardwerke die Problematik aus (Batra 2005; Haustein & Groneberg 2008; Soyka et al. 2008; Tretrer 2000; 2008; Uchtenhagen & Zieglgänsberger 2000 – Ausnahmen: Gastpar et al. 1999; Zernig et al. 2000). Erfreulich ist allerdings, dass die DHS seit einiger Zeit dem Thema eine eigene Internetseite widmet (www.unabhaengig-im-alter.de). Alternde Drogenabhängige schließlich, die ja mittlerweile nicht mehr nur in Ausnahmefällen die Altersgrenze von 65 Jahren überschreiten, werden erst jetzt zum Thema in der deutschsprachigen Fachliteratur. Immerhin räumt ihnen der jüngste Bericht der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogenmissbrauch ein eigenes Kapitel ein (Pfeiffer-Gerschel et al. 2009), und nach vereinzelt Zeitschriftenveröffentlichungen (Vogt 2009a) nimmt sich 2011 ein Buch dieser Problematik (Vogt 2011) an.

Das Erwachen des Interesses für das Thema Sucht im Alter seit den späten 1980er Jahren brachte tiefgreifende Umwälzungen in der Betrachtung des Problems mit sich. Bis dahin hatte man noch geglaubt, Suchterkrankungen verschwänden im Zuge der Alterung zum Senium hin („maturing out“-Hypothese) bzw. bei den wenigen älteren Menschen mit Suchtproblemen handle es sich ausschließlich um Personen, deren Abhängigkeit früh im Erwachsenenalter begonnen habe. Nun zeigte sich, dass bei einer beträchtlichen Anzahl der alten Menschen mit Alkoholmissbrauch- oder Abhängigkeit das Problem erst im Alter begonnen hat („Late onset“-Alkoholiker) und die Niedrigdosisabhängigkeit von Benzodiazepinen überwiegend ein Phänomen des fortgeschrittenen Alters ist. In dem Handbuchbeitrag von Scholz (1996) kann man die Aufregung noch spüren, die diese Erkenntnisse hervorriefen. Michael Soeder (1989) war hierzulande Pionier, der

nicht nur theoretisierte, sondern aus den Erfahrungen schöpfte, die er mit der Entwicklung altersspezifischer Therapiekonzepte in der Fachklinik Fredeburg im Sauerland seit Ende der 1970er Jahre gesammelt hatte.

Das vorliegende Buch will die Erkenntnisse zusammenfassen, die in den letzten drei Jahrzehnten zum Thema Sucht im Alter gewonnen werden konnten. Es behandelt die „klassischen“ Suchtmittel Alkohol sowie Schlaf- und Beruhigungsmittel, aber auch Nikotin bzw. Tabak, Schmerzmittel und illegale Drogen. Das Buch beschränkt sich damit auf sog. stoffgebundene Süchte, obwohl seit einiger Zeit diskutiert wird, ob nicht den sog. nicht stoffgebundenen Süchten bzw. Verhaltensabhängigkeiten (Spielsucht usw., Wölfling et al. 2009) ähnliche neurobiologische Entstehungsmechanismen zugrunde liegen, die selbst in der Entstehung der Adipositas eine Rolle spielen könnten (Kiefer & Grosshans 2009; Volkow et al. 2008). Die Beschränkung erfolgt aus drei Gründen: Zum einen ist diese Diskussion noch nicht abgeschlossen. Zum anderen können Drogen als solche unmittelbar toxische Auswirkungen auf den Organismus haben, was bei Verhaltensabhängigkeiten nicht zutrifft. Schließlich geht es auch darum, den Umfang des Buches übersichtlich zu halten.

Dieses Buch ist entstanden mit der Absicht, eine Brücke zwischen Suchtmedizin und Altersmedizin bzw. Gerontopsychiatrie zu schlagen. Es ist aus der Perspektive des Gerontopsychiaters geschrieben. So mag der Suchtmediziner manches nicht korrekt dargestellt oder die Gewichtung unangemessen empfinden – für entsprechende Hinweise bin ich ebenso dankbar wie für Anmerkungen von gerontopsychiatrischer Seite.

Welche Fragen stellen sich, wenn man Suchtprobleme aus der altersmedizinischen Perspektive betrachtet? Es geht um die Auswirkungen auf die im Alter geringeren Reservekapazitäten auf körperlichem und geistig-seelischem Gebiet; ein spezieller Aspekt davon ist die kognitive Leistungsfähigkeit und ihre Beeinträchtigung bis hin zur Demenz. Es geht auch um die Alterung von Neurotransmittersystemen und deren Bedeutung für die Wirkung psychotroper Substanzen und Suchtmittel. Eine weitere Frage ist, ob die klinische Symptomatik altersabhängigen Wandlungen unterworfen ist und ob hierdurch, wie auch im Wechselspiel mit objektiven Altersveränderungen einerseits und unzutreffenden negativen Altersstereotypen andererseits, die Diagnostik erschwert sein könnte. Ein mit dem Alter assoziiertes Phänomen stellt die Multimorbidität mit entsprechender Multimedikation dar; hier ist nach dem Risiko von Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln und Suchtmitteln zu fragen. Und natürlich ist es von Interesse, ob Suchterkrankungen erst im Alter beginnen können und inwieweit sich diese Patienten dann von denen unterscheiden, die mit einer Suchterkrankung ins Alter hineinwachsen. Dabei stellt sich die Frage, wo „Sucht“ anfängt, ob beispielsweise die langjährige regelmäßige Einnahme eines Schlafmittels bereits bedeutet, dass der Betreffende abhängig ist bzw. welche schädlichen Folgen daraus erwachsen können. Schließlich gilt es zu klären, wie geeignete Versorgungskonzepte für ältere Suchtkranke aussehen sollten und wie gut die verschiedenen Hilfesysteme und medizinischen

Disziplinen für diese Aufgabe gerüstet sind. Eine Vorbereitung darauf ist notwendig, denn – um eine Erkenntnis vorwegzunehmen – es muss davon ausgegangen werden, dass die Zahl älterer Menschen mit Suchtproblemen erheblich anwachsen wird.

Der Schwerpunkt des Buches liegt bei den Suchtmitteln, die heute zahlenmäßig in unserer Altenbevölkerung am bedeutsamsten sind. Dies sind natürlich vor allem Alkohol, Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Opiatanalgetika. Mit dem Altern der geburtenstarken Jahrgänge, in deren Jugendzeit das entstand, was wir heute als „Drogenszene“ bezeichnen, werden auch die illegalen Drogen bedeutsam. Hier geht es in Deutschland vor allem um Cannabis und Opiate/Heroin, in den USA auch schon um Kokain und Amphetamine, die bei uns erst später folgen werden. Halluzinogene spielen bisher keine große Rolle und bleiben deshalb ebenso unberücksichtigt wie die neuen Stimulanzien (Ecstasy u. Ä.), die – wenn überhaupt – erst in späteren Altengenerationen bedeutsam werden.

Soweit Eigenschaften und Nebenwirkungen von Medikamenten erwähnt werden, handelt es sich meist um selektive Darstellungen, die Aspekte hervorheben, die im Alter von besonderer Bedeutung sind. Im Übrigen wird auf die einschlägigen pharmakologischen und psychopharmakologischen Lehrbücher verwiesen sowie auf die Fachinformationen und weitere Herstellerangaben. Alle Darstellungen beziehen sich, soweit nicht ausdrücklich anders erwähnt, auf die Situation in Deutschland.

Danksagung

Dieses Buch hätte ohne das Zutun zahlreicher Menschen nicht entstehen können. Für Diskussionen, Informationen und Hinweise sowie Hilfe bei der Literaturbeschaffung möchte ich mich herzlich bedanken bei: Paul Aveyard, Anil Batra, Frederic C. Blow, Alexander Brunbauer, Fulton T. Crews, Lutz M. Drach, Uwe Ehrhart, Gerd Glaeske, Ingrid Gralow, Martin Haupt, Ursula Haveman-Reinecke, Walter Hewer, Falk Hoffmann, Vjera Holthoff, Rüdiger Holzbach, Elisabeth Huntgeburth, Bernd Ibach, Falk Kiefer, Ludwig Kraus, Bodo Lieb, Hans-Georg Nehen, Friedhelm Niesbach, Hans-Werner Paul, James O. Prochaska, Judith J. Prochaska, Martina Schäufele, Daniel Sommerlad, Irmgard Vogt, Elisabeth Weichmann und Siegfried Weyerer. Dabei muss ich Fred Rist besonders hervorheben – danke für die vielen Telefonate und E-Mails. Dank gilt auch meinen Kolleginnen und Kollegen in Langenfeld, Münster, Haugesund und Wasserburg a. Inn sowie unseren gemeinsamen Patienten – ohne sie wäre dieses Buch undenkbar. Dank gebührt auch Ruprecht Poensgen vom Kohlhammer Verlag für den Anstoß und die beharrliche Motivationsarbeit, ohne die ich das Projekt nicht in Angriff genommen hätte, sowie Dagmar Kühnle vom Kohlhammer Verlag, die ebenso kompetent wie geduldig das Entstehen des Buches begleitet hat. Ohne die alltägliche Unterstützung und vielfältige Zuarbeit durch meine Sekretärin Regina Krippner wäre dieses Buch nicht zustande gekommen, auch ihr gilt mein herzlicher Dank. Schließlich sind da noch meine Frau und unsere Tochter – danke für den Gleichmut und die Geduld, mit der sie meine Konzentration auf dieses Buchprojekt, die häufig mit physischer oder mentaler Abwesenheit verbunden war, ertragen haben!

Literatur zum Weiterlesen

- Buijssen, HPJ, op de Haar, MT (1997): Abhängigkeit und Sucht. In: Buijssen HPJ, Hirsch RD (Hrsg.): Probleme im Alter. Weinheim: Beltz, S. 216–260.
- Havemann-Reinecke U, Weyerer S, Fleischmann H (Hrsg.) (1998): Alkohol und Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter. Freiburg. Lambertus.
- Oslin DW (2004): Late-life alcoholism: issues relevant to the geriatric psychiatrist. *Am J Geriatr Psychiatry* 12(6): 571–583.
- Soeder M (1989): Abhängigkeit und Sucht. In: Platt D (Hrsg.): Handbuch der Gerontologie, Bd. 5: Neurologie, Psychiatrie. Stuttgart: Fischer, S. 337–355.
- Solms H, Paychére J-M, De Bus P (1986): Alkoholismus. In: Martin E, Junod JP (Hrsg.): Lehrbuch der Geriatrie. Bern: Huber, S. 440–453.

2 Die gerontologische Perspektive Demografische, gesellschaftliche, sozialpolitische medizinische und neuropsychologische Rahmen- bedingungen

2.1 Demographischer Wandel

Seit über den demographischen Wandel systematische Aufzeichnungen geführt werden, nimmt die Lebenserwartung in den Industriestaaten stetig zu, und zwar um 3 Monate pro Jahr oder 2,5 Jahre pro Dekade. **Abbildung 2.1** zeigt die Entwicklung für Deutschland. Die Anzahl der 100-Jährigen ist hier seit 1960 um den Faktor 45 gestiegen. Der international renommierte Bevölkerungswissenschaftler Vaupel kommentiert: „Erstaunlicher als der anhaltende Anstieg der Lebenserwartung ist nur, dass er von vielen ignoriert wird“ (Vaupel & v. Kistowski 2007). Dies trifft vor allem für die Politik zu, die es jahrzehntlang versäumt hat, die erforderlichen sozialpolitischen Weichenstellungen vorzunehmen, obwohl die Fakten spätestens seit F.X. Kaufmanns Buch von 1960 *Die Überalterung – Ursachen, Verlauf, wirtschaftliche und soziale Auswirkungen des demographischen Alterungsprozesses* bekannt waren.

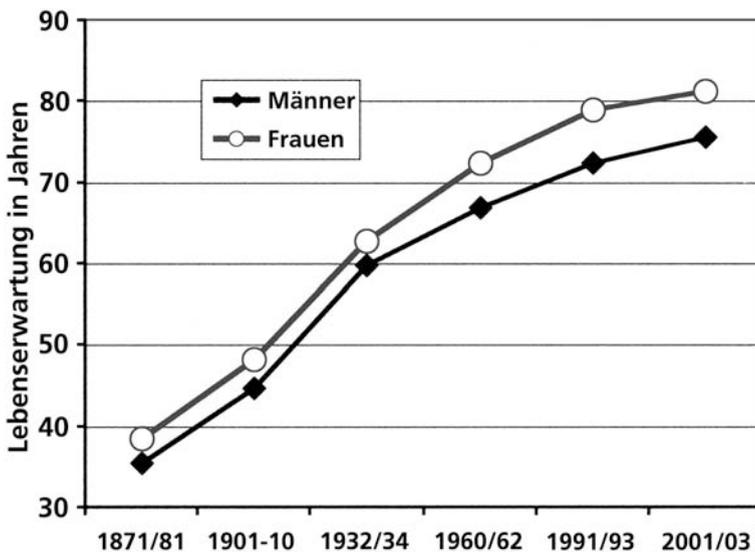


Abb. 2.1: Anstieg der Lebenserwartung (Weyerer et al. 2008)

Parallel zu diesem Anstieg der Lebenserwartung ist ein Sinken der Geburtenrate zu verzeichnen. Die Konsequenz daraus ist, dass sich das Verhältnis der Anzahl älterer zu der jüngerer Menschen kontinuierlich zugunsten ersterer verschiebt. War der Begriff der „Bevölkerungspyramide“ zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch zutreffend, so ist daraus heute ein unten ausgefranzter Weihnachtsbaum geworden, und in der Mitte des 21. Jahrhunderts wird ihre Form einem Dönerspieß ähneln. Da allmählich die geburtenstarken Jahrgänge das Rentenalter erreichen, wird sich noch bis etwa 2030 nicht nur der relative Anteil alter Menschen erhöhen (s. Abb. 2.2), sondern auch ihre absolute Zahl. Gleichzeitig wird die Bevölkerungszahl abnehmen; um sie konstant zu halten, müsste jede Frau ca. 2,1 Kinder zur Welt bringen, tatsächlich aber lag diese sog. Fruchtbarkeitsrate in Deutschland im Jahr 2005 bei ca. 1,34 (Statist. Bundesamt).

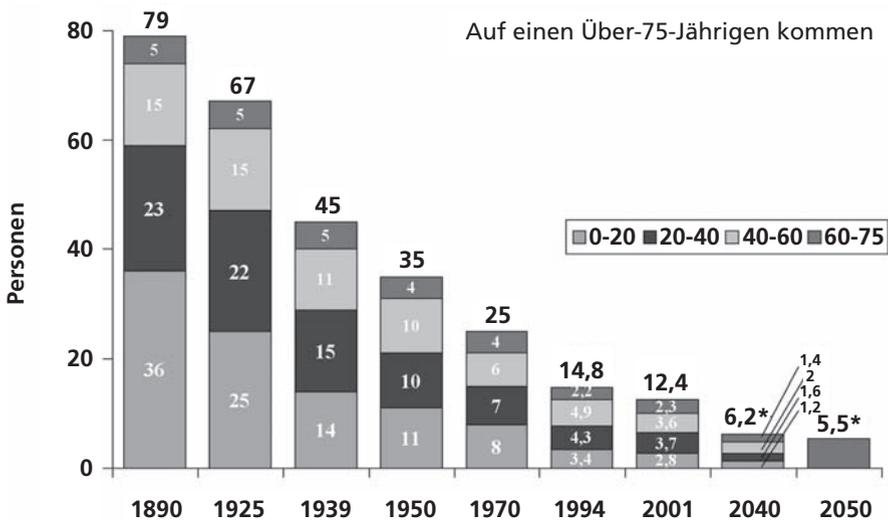


Abb. 2.2: Das Verhältnis zwischen den Generationen im Wandel (Lehr 2006)

Diese Entwicklung wird häufig „Überalterung“ oder „Vergreisung“ genannt, tatsächlich wären die Bezeichnungen „Unterjüngung“ bzw. „Entjüngung“ ebenso treffend. Unabhängig von dieser semantischen Frage (in der gleichwohl zum Ausdruck kommt, wie das Problem aufgefasst und angegangen werden wird), bildet diese Entwicklung den Hintergrund für die Diskussionen um die Anhebung des Renteneintrittsalters sowie Höhe und Sicherung der Renten. Gleichzeitig kündigt sich an, dass nicht allein die Finanzierung der Pflege der zunehmenden Anzahl hilfsbedürftiger alter Menschen problematisch werden wird, sondern dass auch die menschlichen Ressourcen bzw. Arbeitskräfte knapp werden, die diese Aufgabe bewältigen sollen.

Die höhere Lebenserwartung von Frauen in Verbindung mit der Altersdifferenz der Ehepartner (seit Jahrzehnten stabil: Ehemänner zwei bis drei Jahre älter;

Statist. Bundesamt) führt dazu, dass sie ein höheres Risiko tragen, Witwe zu werden. Das durchschnittliche Verwitwungsalter der Frauen beträgt 72 Jahre, das der Männer hingegen 77 Jahre. Somit sind nur noch weniger als 10 % der über 80-jährigen Frauen verheiratet gegenüber rund 55 % der Männer. Hinzu kommt in der heutigen Altengeneration ein Frauenüberschuss als Folge des Zweiten Weltkriegs. Die meisten der heute über 80-jährigen Alleinlebenden in Deutschland sind Frauen, die damit zu einem relevanten Teil zum Anstieg der Einpersonenhaushalte beitragen (s. **Abb. 2.3**). Die Diversifikation von Formen des Zusammenlebens (Patchworkfamilien usw.) führt in Verbindung mit der zunehmenden Mobilität dazu, dass allein lebende alte Menschen immer häufiger nicht mehr über nahestehende Personen in unmittelbarer Nähe verfügen (multi-lokale Mehrgenerationenfamilie). Weniger als 3 % der 70- bis 90-Jährigen leben in Dreigenerationen-Haushalten.

Eine weitere Konsequenz dieser Gegebenheiten ist: Alte Männer werden häufig von ihrer Ehefrau gepflegt, umgekehrt ist dies aber nur selten der Fall (BMFSFJ 2002; Lehr 2006; Schmitt & Re 2004; Tesch-Römer & Wurm 2009).

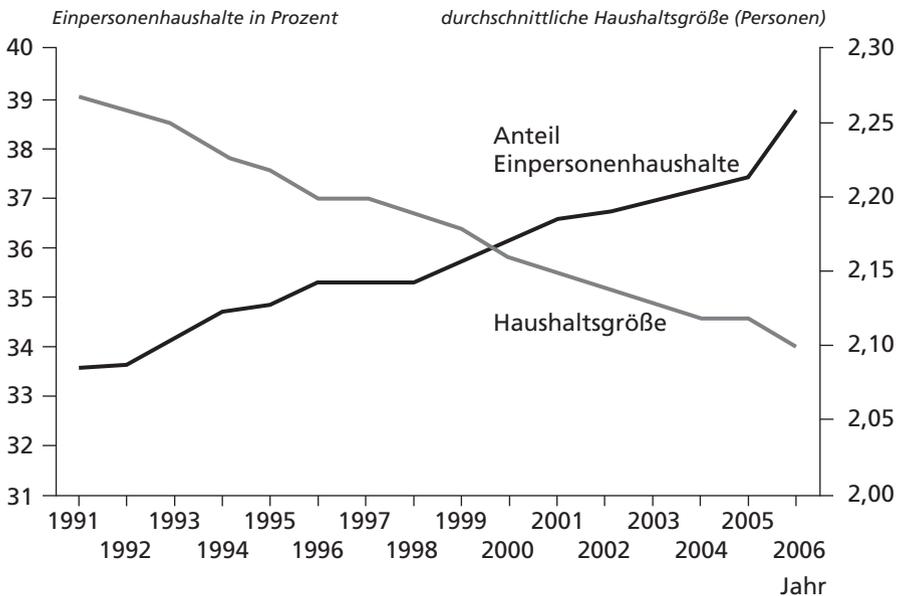


Abb. 2.3: Entwicklung der Haushaltsgröße und Einpersonenhaushalte in Deutschland (Tesch-Römer & Wurm 2009)

Der Anstieg der Lebenserwartung war in der Vergangenheit v. a. der Eindämmung der Säuglings- und Kindersterblichkeit durch allgemeine soziale und hygienische Maßnahmen zu verdanken. So konnte man zu Beginn des 20. Jahrhunderts lediglich bei 40 % der Neugeborenen davon ausgehen, dass sie ihren 65. Geburtstag erleben, während dies heute bei mehr als 80 % der Jungen und bei über 90 % der Mädchen der Fall ist. Gegen Ende des 20. Jahrhunderts setzte auch ein Rückgang der Sterb-

lichkeit in den höheren Altersgruppen ein – wesentlich bedingt durch medizinische Fortschritte. Frauen leben länger als Männer, was hauptsächlich auf verhaltens- und umweltbedingte Geschlechtsunterschiede zurückgeführt werden kann. Die Lebenserwartung steht dabei in engem Zusammenhang mit Einkommen und Sozialstatus; die Differenz der Lebenserwartung zwischen Armen (unter 60 % des Durchschnittseinkommens) und Reichen (über 150 % des Durchschnittseinkommens) beträgt 14 Jahre bei Männern und bei Frauen 18 Jahre. Personen mit geringem Einkommen sind grob geschätzt etwa doppelt so häufig von gesundheitlichen Problemen betroffen wie Personen mit hohem Einkommen und leiden auch häufiger an chronischen Erkrankungen. Zudem ist ein riskantes Gesundheitsverhalten bei niedriger Schichtzugehörigkeit häufiger anzutreffen, z. B. Rauchen und Bewegungsmangel (Hoffmann et al. 2009; Lampert 2009; Weyerer et al. 2008). Die heutige Altengeneration ist historisch einmalig relativ wohlhabend, in der Zukunft wird die Altersarmut allerdings deutlich zunehmen (s. Kapitel 7).

2.2 Gesellschaft und Alter(n)

Die sog. fernere Lebenserwartung für Menschen ab 65 Jahren beträgt heute in Deutschland nach Berechnungen von Versicherungsmathematikern 92,4 Jahre für Frauen und 88,9 Jahre für Männer (Dt. Aktuarvereinigung, Dt. Ärztebl 9/2005, 68), d. h. eine 65-jährige Frau hat statistisch noch über 27 und ein 65-jähriger Mann noch knapp 24 Lebensjahre vor sich.

Damit stellen sich historisch völlig neue Herausforderungen. Betrug die Phase zwischen dem Zeitpunkt, als das letzte Kind das Elternhaus verließ und dem Tod der Eltern früher nur wenige Jahre, so gilt es heute, eine lange nachberufliche Phase mit Sinn und Inhalt zu füllen. Besonders zu beachten ist dabei die lange gemeinsame „nachelterliche Gefährtschaft“, die den (Ehe-)Paaren heute vergönnt ist. Wie schwierig diese Aufgabe sein kann, lässt sich daran ablesen, dass bei einem allgemeinen Anstieg der Ehescheidungen die Auflösung langjähriger Ehen überdurchschnittlich stark zunimmt (9 % aller Scheidungen betreffen Ehen von über 25 Jahren Dauer; Schmitt & Re 2004).

Romantisierende Klischees, wonach „früher in der Großfamilie alles besser“ gewesen wäre, sind allerdings historisch unzutreffend. Bis ins 20. Jahrhundert war v. a. die eigene Arbeitskraft die wichtigste Stütze für die alten Menschen, nicht die Familie und nicht die Heimatgemeinde. „Arbeit bis ins Grab“ war ein unabdingbares Muss. Einen arbeitsfreien Lebensabend konnten sich nur die Allerreichsten erlauben. Mit dieser lebenslangen Arbeit war v. a. im mittel- und westeuropäischen Raum ein deutlicher Drang zur Unabhängigkeit im Alter verbunden, eine Unabhängigkeit in erster Linie von den nachfolgenden Generationen.

Die weitverbreitete Ansicht, in vorindustriellen Gesellschaften hätten die Menschen ihr Alter „im Schoße der Familie“ verbracht, ist ein Mythos. Auf dem Land war z. B. die Institution des „Ausgedinges“ verbreitet, die oft glorifiziert wurde, in Wirklichkeit aber erhebliches Konfliktpotential beinhaltete, da der Besitzüber-