

Gesundes Leben im Alter – geht mit dem Alter alles nur bergab?

Susanne Wurm, Anke-Christine Saß

Geht mit dem Alter gesundheitlich alles bergab? Der Beitrag von Susanne Wurm und Anke-Christine Saß liefert zunächst anhand von epidemiologischen Daten Informationen darüber, wie gesund oder krank ältere Menschen sind. Neben diesen „objektiven“ Maßzahlen wird die große Bedeutung der subjektiven Gesundheit hervorgehoben. Verbesserungen in der medizinischen Versorgung, eine immer besser werdende Bildung, höhere Einkommen und ein gesunder Lebensstil legen die Vermutung nahe, dass eine älter werdende Gesellschaft mit einer guten Gesundheit einhergeht. Die Frage, ob der Gewinn an Lebensjahren mehr Jahre in Gesundheit oder in Krankheit mit sich bringt, wird durchaus kontrovers diskutiert. Unstrittig ist hingegen der Einfluss der subjektiven Gesundheit. Subjektive Einschätzungen der Gesundheit und positive Altersbilder korrelieren mit einer besseren körperlichen Funktionsfähigkeit sowie einer längeren selbstständigen Lebensführung. Wie gesund sich eine Person fühlt, ist zentral für ihre Lebensqualität und ihre Lebenserwartung. Der zweite Teil des Beitrags beleuchtet, was wir dazu beitragen können, das Alter bei guter Gesundheit zu erleben. Obwohl das Älterwerden von gesundheitlichen Einbußen begleitet wird, können wir diese Entwicklung selbst in vielfältiger Weise beeinflussen. ■

Nimmt die Krankheitslast eher zu oder eher ab?

In den ersten Jahrzehnten unseres Lebens, also in Kindheit, Jugend und jungem Erwachsenenalter ist für viele Menschen eine gute Gesundheit selbstverständlich, während Krankheiten, zum Beispiel Infekte, meist vorübergehender Art sind. Ab dem mittleren Erwachsenenalter, also ab etwa 40 Jahren, machen sich nach und nach mit dem Alter einhergehende (altersphysiologische) Veränderungen bemerkbar, sei es in Form von Altersweitsichtigkeit (Presbyopie), grauen Haaren oder dem Beginn der Wechseljahre. Außerdem treten vermehrt gesundheitliche Einbußen auf, chronische und teilweise auch schwere Erkrankungen. Geht man chronologisch im Lebensverlauf weiter und betrachtet die Lebensjahre im Ruhestand, zeigt sich, dass sich die Gesundheit hier oftmals weiter verschlechtert. Viele Menschen haben mehrere gleichzeitig bestehende Erkrankungen (Multimorbidität), nehmen regelmäßig Medikamente ein, und die Wahrscheinlichkeit zu versterben steigt deutlich an. Geht mit dem Alter also alles bergab?

Wie gesund sind ältere Menschen?

Körperliche Erkrankungen im Alter weisen mehrere Besonderheiten auf: Im höheren Lebensalter steigen chronische

Erkrankungen deutlich an. Zudem haben Krankheiten im Alter eine veränderte und oftmals unspezifische Symptomatik. Hinzu kommen häufig ein längerer Krankheits- und Genesungsverlauf sowie eine veränderte Reaktion auf Medikamente. Im Alter sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck und Herzinsuffizienz) am stärksten verbreitet, gefolgt von Krankheiten des Bewegungsapparates (z. B. Arthrose, Arthritis, Rückenbeschwerden; vgl. Wurm/Schöllgen/Tesch-Römer 2010). Die Dominanz dieser beiden Krankheitsgruppen zeigt sich im Rahmen von bevölkerungsbasierten Surveys (z. B. Deutscher Alterssurvey, Gesundheit in Deutschland aktuell 2009 und 2010) ebenso wie auf der Grundlage von Daten der ambulanten und stationären Versorgung (z. B. Abrechnungsdatenträger-Panel, Statistik der Krankenhausdiagnosen). Die genauen Zahlen (Prävalenzraten) variieren je nach Datengrundlage – dies liegt unter anderem darin begründet, dass viele Krankheiten nicht zu Krankenhauseinweisungen führen, teilweise auch nicht zu Arztbesuchen. Je nach Datengrundlage werden dadurch unterschiedlich viele Informationen erfasst.



Eine Seniorengruppe läuft durch den Innenhof des Dresdner Zwingers. Nach und nach machen sich mit dem Alter einhergehende (altersphysiologische) Veränderungen bemerkbar, und sei nur es in Form grauer Haare.

picture alliance/dpa

In der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“ (GEDA 2009) zeigte sich beispielsweise, dass etwa bei jeder fünften Frau (20,5%) und jedem dritten Mann (31%) zwischen 65 und 74 Jahren eine ärztlich diagnostizierte Herz-Kreislauf-Erkrankung vorliegt (Fuchs/Busch/Lange/ Scheidt-Nave 2012). Ab 75 Jahren war rund jede dritte Frau betroffen (35,1%), bei den Männern lag der Anteil mit 40 Prozent noch etwas darüber. In diesem Alter haben Frauen deutlich häufiger Erkrankungen des Bewegungsapparates als Männer. Nahezu zwei von drei Frauen dieser Altersgruppe (63,7%) und fast die Hälfte der gleichaltrigen Männer (45,8%) leiden an Arthrose, rheumatoider Arthritis, Osteoporose oder chronischen Rückenschmerzen. Eine dritte große Krankheitsgruppe im Alter sind Krebserkrankungen. Von allen neu diagnostizierten Krebserkrankungen entfallen knapp zwei Drittel auf Menschen ab 65 Jahren (Zentrum für Krebsregisterdaten 2015). In der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“ berichtet ein etwa gleich hoher Anteil von Frauen in den Altersgruppen 65 bis 74 Jahre (17,5%) und 75 Jahre und älter (16,6%) über eine jemals ärztlich diagnostizierte Krebserkrankung. Bei Männern liegt der Anteil bei jenen ab 75 Jahren etwas höher (18,6%) als bei den 65- bis 74-Jährigen (13,6%; vgl. Fuchs/Busch/Lange/Scheidt-Nave 2012). Insgesamt nehmen Krankheiten im Alter also zu. Da es sich überwiegend um chronische Erkrankungen handelt, kommt es dadurch oftmals zu einer Häufung von Erkrankungen. Dies bedeutet für eine angemessene Behandlung und Versorgung eine besondere Herausforderung. Mehrfacherkrankungen erhöhen das Risiko für eine psychische Ko-Erkrankung (z. B. Depression) und gehen oftmals mit der Ein-

nahme verschiedener Medikamente einher, wodurch die Gefahr unerwünschter Medikamenten-Wechselwirkungen wächst.

Mit Blick auf die psychischen Störungen dominieren im Alter insgesamt Depressionen und demenzielle Erkrankungen. Letztere Erkrankungen sind aber vor allem eine Herausforderung im hohen Alter. Demenzielle Erkrankungen zeichnen sich durch fortschreitenden Gedächtnisverlust und den Abbau kognitiver Fähigkeiten aus, hiervon sind bei den 65- bis 69-Jährigen nur etwa 1,5 Prozent betroffen, bei den 90-Jährigen und Älteren hingegen über 30 Prozent (Busch 2011; Weyerer/Bickel 2007). Eine neuere Studie mit Krankenversicherungsdaten stützt diese Prävalenzschätzungen (Ziegler/Doblhammer 2009). Basierend auf einer aktuellen Auswertung zahlreicher bevölkerungsbasierter Studien wird geschätzt, dass etwa sieben Prozent aller Älteren ab 75 Jahren eine klinisch bedeutsame Depression aufweisen (Riedel-Heller/Luppa 2013). Zusätzlich liegen bei vielen älteren Menschen depressive Symptome vor, die ebenfalls von großer Bedeutung sind. Die Prävalenz einer depressiven Symptomatik bei 75-Jährigen und Älteren wurde in der Studie von Steffi Riedel-Heller und Melanie Luppa (2013) auf 17 Prozent geschätzt. Depressionen und depressive Störungen werden im Alter möglicherweise unterdiagnostiziert und zu selten behandelt. Wesentliche Gründe dafür liegen vermutlich darin, dass ältere Menschen, ihre Angehörigen und das medizinische Personal dazu neigen, Schlafprobleme, soziale Rückzugstendenzen und mangelnde Lebensfreude im Alter als eine normale Begleiterscheinung des Älterwerdens zu interpretieren und deshalb keinen Behandlungsbedarf sehen.

Funktionale Beeinträchtigungen sind eine weitere Gruppe wichtiger gesundheitlicher Probleme im Alter. Inwieweit sind Menschen gesundheitlich in der Lage, Alltagsaktivitäten nachzugehen (wie z. B. Einkaufen, Zubereiten von Mahlzeiten) und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen? Die funktionale Gesundheit umfasst die körperliche Mobilität, Hör- und Sehfähigkeit sowie die Fähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens ausführen zu können. Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit entstehen in der Regel dann, wenn keine ausreichende funktionale Gesundheit mehr gegeben ist und damit eine selbstständige Lebensführung beeinträchtigt oder unmöglich wird. Danach gefragt, ob sie innerhalb des letzten halben Jahres durch gesundheitliche Probleme in der Ausübung ihrer üblichen Aktivitäten gehindert waren, bejahten dies 80 Prozent der 80-Jährigen und Älteren im Rahmen der deutschen SHARE-Studie (vgl. Menning/Hoffmann 2009). Solche Einschränkungen betreffen jedoch nur zu einem kleinen Anteil Basisaktivitäten der Selbstversorgung wie das Baden oder Anziehen: Weniger als jede fünfte Person (18%) im Alter zwischen 70 und 85 Jahren hat hierbei Probleme (Wurm/Schöllgen/Tesch-Römer 2010). Ab dem 85. Lebensjahr kommt es jedoch zu einem deutlichen Anstieg von Funktionseinbußen und zu vermehrter Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Mehr als jede dritte Person (35%), die in diesem Alter in einem Privathaushalt lebt, hat einen Hilfebedarf, im Alter zwischen 65 und 74 Jahren ist dies hingegen nur etwa jede Zehnte (9%; Schneekloth/Wahl 2005). Auch der Pflegebedarf steigt im Alter deutlich – von drei Prozent in der Gruppe der



65- bis 69-Jährigen auf 9,8 Prozent bei den 75- bis 79-Jährigen und 64,4 % bei den 90-Jährigen und Älteren (Statistisches Bundesamt 2015). Funktionale Einschränkungen sind damit wie demenzielle Erkrankungen vor allem Herausforderungen des hohen Alters. Doch wie gesund Menschen alt werden, lässt sich nicht allein an körperlichen und psychischen Erkrankungen oder funktionalen Einschränkungen messen.

Die „Gnade der späten Geburt“?

Neben der individuellen Entwicklung über den Lebenslauf, die oftmals mit steigenden gesundheitlichen Einbußen einhergeht, vollziehen sich auch auf gesellschaftlicher Ebene Veränderungen, die einen Einfluss auf die Gesundheit in der (älteren) Bevölkerung haben. Hierzu zählen beispielsweise Verbesserungen in der medizinischen Versorgung und neue Medikamente, aber auch die Tatsache, dass die nachfolgenden Geburtsjahrgänge eine bessere Bildung und ein höheres Einkommen sowie teilweise einen gesünderen Lebensstil haben. Diese positiven gesellschaftlichen Entwicklungen geben Anlass zur Hoffnung, dass der Zuegewinn an Lebensjahren mit einer Verlängerung von Jahren in guter Gesundheit einhergeht. Aber ist dies auch tatsächlich der Fall?

Bereits Ende der 1970er Jahre wurden hierzu verschiedene Thesen formuliert. Diese sollen kurz skizziert werden: (1) Die pessimistische These der Morbiditätsexpansion (Grubenberg 1977) geht davon aus, dass der Beginn von (meist chronischen) Krankheiten zeitlich nicht hinausgezögert wird. Die längere Lebenserwartung führt in diesem Fall dazu, dass der Anteil von Personen mit chronischen Krankheiten, körperlichen Einschränkungen, Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit in den nachfolgenden Geburtsjahrgängen zunimmt. Die infolge steigender Lebenserwartung gewonnenen Lebensjahre wären damit vor allem eine Verlängerung der Lebensphase in schlechter Gesundheit. (2) Im Gegensatz dazu geht die optimistische These der Morbiditätskompression (Fries 1980) davon aus, dass mit Hilfe von Maßnahmen der primären (Vorbeugung) und sekundären Prävention (frühzeitige Erkennung von Erkrankungen) gesundheitliche Einschränkungen in ein späteres Alter hinausgeschoben werden können, während die Lebenserwartung nicht gleichermaßen schnell steigt. Damit könnte die Dauer gesundheitsbedingter Beeinträchtigungen auf eine kürzere Zeit vor dem Tod komprimiert werden. Die gewonnenen Lebensjahre wären in erster Linie mehr Jahre in guter Gesundheit. (3) Eine dritte Theorie, die These des dynamischen Äquilibriums (Manton 1982) ist inhaltlich zwischen den anderen beiden anderen anzusiedeln. Sie geht wie die These der Morbiditätsexpansion davon aus, dass die Zahl der Erkrankungen zunimmt, sie nimmt jedoch zugleich an, dass der Schweregrad der Erkrankungen abnimmt.

Welche dieser Thesen trifft nun zu? Darauf gibt es bisher keine eindeutige Antwort. Einerseits stützt eine Reihe von empirischen Studien in Deutschland die Thesen des dynamischen Äquilibriums oder sogar jene der Morbiditätskompression: In den vergangenen Jahren kamen mehrere deutsche Studien zu dem Ergebnis, dass die Gesundheit der nachfolgenden Geburtskohorten besser ist, als jene früher geborener Jahrgänge (z. B. Dinkel 1999; Wurm/Schöllgen/Tesch-Römer 2010). Allerdings weisen nicht alle Da-



ten in diese Richtung. Ergebnisse des Lebenserwartungssurveys (Gärtner/Scholz 2005) deuten beispielsweise darauf hin, dass zwar die Lebenszeit, die Ältere ohne gesundheitliche Beschwerden verbringen, zugenommen hat, nicht aber die sogenannte subjektive Gesundheit, die unten näher erläutert wird. Im internationalen Kontext zeigte sich in verschiedenen europäischen und amerikanischen Studien zwar eine Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit aber zugleich ein Anstieg von Erkrankungen. Andere Studien kommen zu pessimistischeren Einschätzungen: Eine der führenden amerikanischen Wissenschaftlerinnen in diesem Forschungsfeld zog im Jahr 2010 den Schluss, dass weder ein Rückgang von Krankheiten noch ein Rückgang körperlicher Einschränkungen festzustellen ist und folgert: „However, compression of morbidity may be as illusory as immortality“ (Crimmins/Beltrán-Sánchez 2010: 83). Eine umfassende Studie, die im Jahr 2012 in der renommierten medizinischen Fachzeitschrift *The Lancet* veröffentlicht wurde und auf Daten aus 187 Ländern basiert, geht sogar noch weiter und beschreibt international einen Anstieg der Häufigkeit von Erkrankungen, auch wenn es Unterschiede zwischen einzelnen Ländern gibt (Salomon u. a. 2012). Auch wenn sich auf der Grundlage der bisher vorliegenden Befunde in Deutschland eher eine vorsichtig optimistische Entwicklung abzeichnet, wird sich erst anhand weiterer Untersuchungen besser einschätzen lassen, inwieweit sich dies zu einem stabilen Trend entwickelt



Eine Tanzlehrerin unterrichtet in einem Altenheim in Mainz eine Gruppe Senioren und Betreuer im Rollatoranz. Der Förderung der subjektiven Gesundheitseinschätzung kommt im Alter eine hohe Bedeutung zu. Eine gute subjektive Gesundheit trägt dazu bei, dass ältere Menschen eine bessere körperliche Funktionsfähigkeit aufrechterhalten können. Sie erholen sich schneller von Krankheiten und entwickeln weniger kognitive Beeinträchtigungen.

picture alliance/dpa

oder auf einzelne Gesundheitsmaße und Geburtsjahrgänge beschränkt bleibt.

Alt = Krank? Die Schwierigkeit einer Unterscheidung von Alter und Krankheit

Die Übergänge zwischen natürlichem, physiologischem Altern und Krankheitsprozessen sind fließend. Mit steigendem Lebensalter wird es deshalb zunehmend schwieriger, zwischen altersbezogenen Veränderungen und pathologischen Prozessen oder einfacher gesagt, zwischen Alter und Krankheit zu unterscheiden. Diese Unterscheidung hat nicht allein theoretische, sondern auch praktische Bedeutung. Ob ein schlechter werdender Gesundheitszustand durch Krankheitsprozesse bedingt ist oder eine Folge von Alternsprozessen ist, berührt nicht nur die wissenschaftliche Frage nach krankhaftem, normalem oder optimalem Altern. Sie entscheidet wesentlich mit über das eigene Gesundheitsverhalten sowie über die medizinische Versorgung.

Mehrere Studien haben darauf hingewiesen, dass ältere Menschen, die gesundheitliche Beschwerden ihrem Alter zuschreiben, ein schlechteres Gesundheitsverhalten haben und seltener zum Arzt gehen als jene, die ihre Beschwerden auf Krankheiten zurückführen. In der medizinischen Versorgung ist darüber hinaus festzustellen, dass Erkrankungen

und Risikofaktoren (zum Beispiel Bluthochdruck) bei Älteren häufiger übersehen werden als bei Jüngeren und dadurch unbehandelt bleiben. Körperliche wie psychische Beschwerden werden oft als normale Begleiterscheinung des Alterns angesehen. Dies birgt nicht nur die Gefahr, dass behandlungsbedürftige Krankheiten unerkannt bleiben. Ein weiteres Problem ist, dass eine (zum Beispiel medikamentöse) Dauerversorgung erfolgt, die auf den Umgang mit Beschwerden ausgerichtet ist, statt kurativen Maßnahmen gegen die zu Grunde liegende Erkrankung. Die Unterscheidung zwischen krankheits- und altersbedingten Problemen ist für viele Entscheidungen wichtig: Handelt es sich um Krankheitsprozesse, die beeinflussbar sind, sollten Maßnahmen stärker auf die Vermeidung der Krankheiten (etwa über die Veränderung gesundheitlich ungünstiger Verhaltensweisen wie z. B. Rauchen) und auf die Wiederherstellung der Gesundheit ausgerichtet sein. Handelt es sich hingegen um unvermeidliche und unveränderbare, mit dem Alter verbundene Gesundheitseinbußen, stehen der alltagspraktische Umgang mit diesen Einbußen und auch die psychische Bewältigung im Mittelpunkt, um mögliche Krankheitsfolgen und Folge-Erkrankungen zu vermeiden.

Die große Bedeutung der subjektiven Gesundheit

Vor dem Hintergrund des Anstiegs von gesundheitlichen Einbußen im Alter ist es bemerkenswert, dass viele ältere Menschen ihre Gesundheit positiv bewerten. Danach befragt, wie sie ihre eigene Gesundheit einschätzen, antworteten beispielsweise im Rahmen des für Deutschland repräsentativen Deutschen Alterssurveys 40 Prozent der 70- bis 85-Jährigen, ihre Gesundheit sei gut oder sehr gut, weitere 43 Prozent beurteilten ihre Gesundheit als mittelmäßig und weniger als jede fünfte Person dieser Altersgruppe bewertete ihre Gesundheit als schlecht (Wurm/Schöllgen/Tesch-Römer 2010). Die eigene subjektive Bewertung der Gesundheit („subjektive Gesundheit“) spiegelt mit steigendem Alter zunehmend weniger die körperliche Gesundheit wider, was dazu führen kann, dass sich eine Person gesund fühlt auch wenn sie mehrere ärztliche Diagnosen für Krankheiten hat.

Der subjektiven Gesundheitseinschätzung kommt besonders im Alter eine hohe Bedeutung zu. Zahlreiche Studien zeigen, dass eine gute subjektive Gesundheit zum einen dazu beiträgt, dass ältere Menschen eine bessere körperliche Funktionsfähigkeit über die Zeit hinweg aufrechterhalten können. Damit ist zum Beispiel eine höhere Mobilität und bessere Bewältigung alltäglicher Aufgaben gemeint, was für eine selbstständige Lebensführung zentral ist. Sie erholen sich schneller von Krankheiten und entwickeln weniger kognitive Beeinträchtigungen. Die Bedeutung der subjektiven Gesundheit wird jedoch in jenen Studien besonders deutlich, die sich mit der Vorhersage von Langlebigkeit und Sterblichkeit beschäftigen. In diesen Studien wurden objektive Gesundheitsmaße (z. B. Arztdiagnosen), die subjektive Gesundheit sowie weitere Informationen wie beispielsweise das Alter, Bildung, Einkommen und Beruf erhoben und untersucht, inwieweit diese Infor-

mationen die Lebensdauer einer Person vorhersagen können. Bemerkenswert an diesen Studien ist die Feststellung, dass die subjektive Gesundheit die Langlebigkeit bzw. Sterblichkeit besser vorhersagen kann, als der objektive Gesundheitszustand (für eine Übersicht über entsprechende Studien z. B. Benyamini/Idler 1999). Wie gesund sich eine Person fühlt, ist damit also zentral für ihre Lebensqualität und ihre Lebenserwartung.

Die Frage nach dem Grund, weshalb die subjektive Gesundheit das Sterberisiko besser vorhersagen kann als viele andere (objektivere) Gesundheitsmaße, wird unterschiedlich beantwortet. Hierbei lassen sich mehrere Erklärungsansätze unterscheiden: Zum einen handelt es sich um Erklärungen, die auf die Grenzen medizinischer Messbarkeit von Erkrankungen hinweisen. Es ist denkbar, dass subtile biologische und physiologische Veränderungen mit medizinischen Gesundheitsmessungen nicht ausreichend erfasst werden können. In der eigenen Gesundheitseinschätzung sind sie durchaus enthalten. Andere Erklärungsansätze gehen davon aus, dass die subjektive Gesundheit einen dynamischen Bewertungsprozess widerspiegelt. Verschlechtert sich der Gesundheitszustand, verändern Menschen teilweise ihre Bewertungsmaßstäbe. Das heißt, sie passen ihre eigenen Kriterien an, was für sie gute oder schlechte Gesundheit ist. Außerdem geht in ihre Gesundheitsbewertung ein, wie ihre Stimmung im Alltag ist, ob sie Schmerzen haben oder wie gesund sie leben. Schließlich kann die subjektive Gesundheit auch widerspiegeln, in

welchem Maß eine Person über psychische und soziale Ressourcen verfügt. Hierzu zählen unter anderem optimistische Erwartungen und soziale Unterstützung durch Familie oder Freunde. Ältere Menschen ziehen bei der Bewertung ihrer Gesundheit darüber hinaus die Gesundheit Gleichaltriger heran (sozialer Vergleich). Dies ermöglicht ihnen oftmals, die eigene Gesundheit als vergleichsweise gut zu erleben, wenn es Gleichaltrige gibt, denen es schlechter geht als ihnen selbst.

Wie tragen wir selbst zur Gestaltung eines längeren Lebens bei?

Altern ist zwar mit einer Reihe von Verlusten verbunden, aber es ist zugleich durch Gewinne gekennzeichnet, die durch Wachstums- und Weiterentwicklungsprozesse entstehen. Hierzu zählen Erfahrungen mit sich selbst und der Umwelt, die im Laufe des Lebens gewonnen werden. Zudem existiert eine erhebliche Plastizität, das heißt, ein hohes individuelles Änderungs- und Anpassungsvermögen. Dadurch können Defizite in einem Bereich oftmals durch Stärken in anderen Bereichen ausgeglichen werden. Auf psychologischer Ebene zeigt sich dies beispielsweise in der besseren Nutzung geringer werdender Ressourcen, der Optimierung von Handlungsabläufen oder auch dem besseren Umgang mit Verlusten. Alternsprozesse können dadurch aktiv beeinflusst werden, Abbauprozesse können



Altersbilder haben einen starken Einfluss auf die Gesundheit. Senioren mit einem positiven Altersbild gehen trotz gesundheitlicher Probleme regelmäßig spazieren. Menschen mit einem negativen Altersbild hingegen sind deutlich seltener körperlich aktiv.

picture alliance/dpa

aufgehalten oder kompensiert werden. Dies hat bedeutsamen Einfluss auf die Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Das soll am Beispiel unserer Sicht auf das Älterwerden verdeutlicht werden.

Bevor Menschen Erfahrungen mit ihrem eigenen Älterwerden und Altsein machen, verinnerlichen sie bereits als Kinder die in einer Gesellschaft vorherrschenden Alter(n)sstereotype, beispielsweise durch Kinderbücher oder Werbung. Da diese Stereotype zunächst nicht die eigene Altersgruppe betreffen, werden sie unreflektiert angenommen und können zu diskriminierendem Verhalten gegenüber Älteren führen. Gesellschaftliche Altersbilder, die sich in Altersstereotypen manifestieren, bilden zugleich den Hintergrund, vor dem die eigenen Erfahrungen mit dem Älterwerden gemacht und interpretiert werden. Dies ist eine Besonderheit von Altersstereotypen, denn die meisten anderen Stereotype (z. B. geschlechtsbezogene) beziehen sich auf Personengruppen, denen man in der Regel ein Leben lang (nicht) angehört. Altersstereotype hingegen beziehen sich auf eine Gruppe, der man zunächst nicht angehört, in die man aber unweigerlich hineinwächst, wenn man nur lange genug lebt (Levy 2003). Ältere Menschen beziehen Altersstereotype deshalb nicht nur auf andere, sondern auch auf sich selbst. Auf diese Weise prägen gesellschaftliche Altersbilder auch die individuelle Sicht auf das eigene Älterwerden und Altsein mit.

Das Zusammenspiel von gesellschaftlichen Altersbildern und der Sicht auf das eigene Älterwerden lässt sich anhand von folgendem Beispiel illustrieren: In den 1960er Jahren wurde mit der „Disengagement-Theorie“ (Cumming/Henry 1961) gesagt, Altern sei, vergleichbar mit biologischen Verlusten, in natürlicher Weise mit dem Rückzug aus sozialen Aktivitäten und Rollen verbunden. Heutzutage wird hingegen vermehrt über die Potenziale des Alters gesprochen und die Bedeutung des aktiven Alterns hervorgehoben (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005). Dies veranschaulicht, dass sich gesellschaftliche Vorstellungen vom Älterwerden und Altsein verändert haben. Auch auf individueller Ebene hat sich das Altersbild verändert. Heute erleben viele ältere Menschen, dass ihnen die nachberufliche Lebensphase die Möglichkeit bietet, persönliche Ziele und Interessen zu verfolgen, nicht selten wird diese Lebensphase deshalb auch als „späte Freiheit“ bezeichnet.

Die Folgen von Altersbildern für die Gesundheit und Langlebigkeit älterer Menschen sind empirisch gut belegt. Eine Reihe von Studien untersuchte dies über viele Jahre hinweg und betrachtete hierbei gesellschaftliche Altersstereotype oder die individuelle Sicht auf das Älterwerden. Im Rahmen der Studien wurde deutlich, dass Altersbilder nicht nur kurzfristige, sondern auch langfristige Folgen für die Gesundheit und Langlebigkeit haben (z. B. Kotter-Grühn/Kleinspehn-Ammerlahn/Gerstendorf/Smith 2009; Levy/Myers 2005; Levy/Slade/Kasl/Kunkel 2002; Wurm/Tomasik/Tesch-Römer 2008). In einer Längsschnittstudie über 23 Jahre konnte beispielsweise gezeigt werden, dass Personen mit einer positiveren Sicht auf das Älterwerden mehrere Jahre länger lebten als jene mit einer negativeren Sicht (Levy u. a. 2002). Menschen mit einer schlechteren Gesundheit entwickeln oftmals negativere Altersbilder. Mehrere Studien weisen jedoch darauf hin, dass Altersbilder einen stärkeren Einfluss auf die Gesundheit haben als umgekehrt der Gesundheitszustand die Altersbilder verändert (Levy u. a. 2002; Wurm/Tesch-Römer/Tomasik 2007).

Altersbilder können eine erhebliche Wirkung entfalten, sei es direkt über physiologische Stressreaktionen oder sei es indirekt über gesundheitsrelevante Verhaltensweisen.

Letzteres wird deutlich anhand von Studienergebnissen zur körperlichen Aktivität. Haben ältere Menschen ein eher negatives Bild vom Älterwerden, sind sie deutlich seltener körperlich aktiv als Personen mit einem positiven Altersbild. In einer Studie zeigte sich dabei Folgendes: Ältere Menschen gehen besonderes dann selten spazieren, wenn sie gesundheitliche Probleme haben. Dies ist zunächst einleuchtend, denn gesundheitliche Probleme können die Bewegungsfreude und Bewegungsfähigkeit deutlich beeinflussen. Allerdings werden heutzutage moderate körperliche Aktivitäten wie das Spaziergehen gerade auch älteren Menschen empfohlen, die bereits gesundheitliche Probleme haben (Nelson u. a. 2007). In vertiefenden Analysen konnte jedoch gezeigt werden, dass der beschriebene Befund nur für jene Personen gilt, die ein eher negatives Altersbild haben. Demgegenüber gingen ältere Personen mit einem positiven Altersbild trotz gesundheitlicher Probleme regelmäßig spazieren (Wurm/Tomasik/Tesch-Römer 2010). Dies deutet darauf hin, dass Personen mit einem positiven Altersbild besser in der Lage sind, ein gesundheitsförderliches Verhalten gerade auch angesichts von gesundheitlichen Problemen aufrechtzuerhalten und auf diese Weise aktiv zu ihrer Gesundheit und Langlebigkeit beizutragen.

Ausblick

Geht mit dem Alter also alles nur bergab? Die Studienlage macht deutlich, dass für viele Menschen das Älterwerden von gesundheitlichen Einbußen begleitet wird. Dies ist jedoch eine Entwicklung, die wir selbst in vielfältiger Weise aktiv mitbeeinflussen können. Einige Beispiele dafür, was wir beitragen können, wurden im Beitrag genannt, auch wenn diese sicherlich nicht erschöpfend sind. Wichtig ist, gesundheitliche Beschwerden nicht vorschnell dem Altern zuzuschreiben und damit möglicherweise auf wichtige Handlungsmöglichkeiten zu verzichten (Veränderung des eigenen Lebensstils, Aufsuchen eines Arztes). Anhand der subjektiven Gesundheit wird deutlich, dass Menschen über eine hohe Anpassungsfähigkeit verfügen und diese Fähigkeit große Bedeutung für die objektive Gesundheitsentwicklung und Langlebigkeit hat. Mit den persönlichen Ressourcen und vor unserem jeweiligen kulturellen Hintergrund haben wir mehr oder weniger Möglichkeiten, biologische Verluste auszugleichen. Veranschaulicht werden kann dies an den gesellschaftlich mit geprägten, individuellen Altersbildern, die neueren Studien zufolge einen bemerkenswerten Einfluss auf die Gesundheit und Langlebigkeit haben.

All dies macht deutlich, dass wir die Chancen von Intervention im Alter nicht unterschätzen sollten. Interventionsmaßnahmen können an extraindividuellen und intraindividuellen Faktoren ansetzen, also solchen, die am Umfeld einer Person oder einer Person selbst ansetzen: Zu erfolgversprechenden extraindividuellen Maßnahmen zählen Prävention (z. B. präventive Hausbesuche), gute medizinische



Zu erfolgreichen Präventions- und Interventionsmaßnahmen, die für die Gesundheit im Alter förderlich sind, gehören u. a. eine gute medizinische Versorgung und eine aktivierende Pflege. **picture alliance/dpa**

Versorgung (z. B. geriatrisches Assessment), geriatrische Rehabilitation bis hin zur aktivierenden Pflege. Auch die Unterstützung durch Sozialdienste sowie die Veränderung von Umweltbedingungen (z. B. Wohnraumanpassungen) haben sich als wirksam erwiesen. Ein intraindividuellem Ansatzpunkt für Interventionen ist zum Beispiel gesundheitlich ungünstige Verhaltensweisen zu ändern (z. B. körperliche Inaktivität zu reduzieren), was bis ins hohe Alter gesundheitsfördernd wirkt. Dauerhafte körperliche und soziale Verluste sowie die vermehrte Auseinandersetzung mit Sterben und Tod dürfen als zwei große Herausforderungen gelten, denen besonders häufig alte Menschen gegenüberstehen. Das Ziel, psychische und soziale Ressourcen zu stärken und Bewältigungsstrategien zu entwickeln, sollte deshalb ebenfalls im Mittelpunkt von Interventionen im Alter stehen.

Mit dem Ziel, alte Menschen bei der Erhaltung und Stärkung ihrer Gesundheit zu unterstützen, wurde das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ erarbeitet. Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de erarbeitete drei prioritäre Handlungsfelder und 13 konkrete Ziele für alle gesundheitsrelevanten Bereiche, von der Prävention und Gesundheitsförderung bis hin zur medizinischen, psychosozialen und pflegerischen Versorgung. Im Jahr 2012 wurde das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ als siebtes Nationales Gesundheitsziel vorgestellt (vgl. Kooperationsverbund gesund-

heitsziele.de 2012). Es bietet konkrete Ansätze für die Bewältigung der gesundheitsbezogenen Herausforderungen, die aus dem demografischen Wandel resultieren. Das Gesundheitsziel richtet sich vor allem an die Politik, an Kostenträger und Leistungserbringer im Gesundheitswesen, aber auch an die Wissenschaft und sensibilisiert dafür, dass wir alle aktiv mitgestalten können, wie ein gutes Leben im Alter aussehen kann.

LITERATUR

- Benyamini, Yael/Idler, Ellen L. (1999): Community Studies Reporting Association Between Self-rated Health and Mortality: Additional Studies, 1995 to 1998. In: *Research on Aging*, 3/1999, S. 392–401.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2005): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Bonn.
- Busch, Markus (2011): Demenzerkrankungen – Epidemiologie und Bedeutung vaskulärer Risikofaktoren. In: *Cardiovasc*, 5/2011, S. 32–38.
- Crimmins, Ellen M./Beltrán-Sánchez, Hiram (2010): Mortality and Morbidity Trends: Is there Compression of Morbidity? In: *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 1/2010, S. 75–86.
- Cumming, Elaine/Henry, William E. (1961): *Growing old – the Process of Disengagement*. New York.
- Dinkel, Reiner H. (1999): Demographische Entwicklung und Gesundheitszustand. Eine empirische Kalkulation der Healthy Life Expectancy für die Bundesrepublik auf der Basis von Kohortendaten. In: Häfner, Heinz (Hrsg.): *Gesundheit – unser höchstes Gut?* Berlin, S. 61–82.
- Fries, James F. (1980): Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity. In: *The New England Journal of Medicine*, 3/1980, S. 130–135.
- Fuchs, Judith/Busch, Markus/Lange, Cornelia/Scheidt-Nave, Christa (2012): Prevalence and Patterns of Morbidity Among Adults in Germany. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 4/2012, S. 576–586.
- Gärtner, Karla/Scholz, Rembrandt (2005): Lebenserwartung in Gesundheit. In: Gärtner, Karla/Grünheid, Evelyn/Luy, Marc (Hrsg.): *Lebensstile, Lebensphasen, Lebensqualität. Interdisziplinäre Analysen von Gesundheit und Sterblichkeit aus dem Lebenserwartungssurvey des BiB*. Wiesbaden, S. 311–331.
- Gruenberg, Ernest M. (1977): The Failures of Success. In: *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 1/1977, S. 3–24.
- Kooperationsverbund Gesundheitsziele.de (2012): Nationales Gesundheitsziel: Gesund älter werden. URL: <http://www.gesundheitsziele.de> [19.3.2015].
- Kotter-Grühn, Dana/Kleinspehn-Ammerlahn, Anna/Gerstendorf, Denis/Smith, Jacqui (2009): Self-Perceptions of Aging Predict Mortality and Change with Approaching Death: 16-year Longitudinal Results from the Berlin Aging Study. In: *Psychology and Aging*, 3/2009, S. 654–667.
- Levy, Becca R. (2003): Mind Matters: Cognitive and Physical Effects of Aging Self-stereotypes. In: *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 4/2003, S. 203–211.
- Levy, Becca R./Myers, Lindsay M. (2005): Relationship Between Respiratory Mortality and Self-perceptions of Aging. In: *Psychology and Health*, 5/2005, S. 553–564.
- Levy, Becca R./Slade, Martin D./Kasl, Stanislav V./Kunkel, Suzanne R. (2002): Longevity Increased by Positive Self-perceptions of Aging. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 2/2002, S. 261–270.
- Manton, Kenneth G. (1982): Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population. In: *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 2/1982, S. 183–244.
- Menning, Sonja/Hoffmann, Elke (2009): Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. In: Böhm, Karin/Tesch-Römer, Clemens/Ziese, Thomas (Hrsg.): *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin, S. 62–91.
- Nelson, Miriam E./Rejeski, W. Jack/Blair, Steven N./Duncan, Pamela W./Judge, James O./King, Abby/Castaneda-Sceppa, Carol A. (2007): Physical Activity and Public Health in Older Adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. In: *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 8/2007, S. 1435–1445.
- Riedel-Heller, Steffi/Luppa, Melanie (2013): Depression im Alter – was trägt die aktuelle epidemiologische Forschung bei? In: *Psychiatrie Praxis*, 4/2013 S. 173–175.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.): *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin 2011.
- Salomon, Joshua A./Wang, Haidong/Freeman, Michael K./Vos, Theo/Flaxman, Abraham D./Lopez, Alan D./Murray, C.J.L. (2012): *Healthy*

- Life Expectancy for 187 Countries, 1990–2010: A Systematic Analysis for the Global Burden Disease Study 2010. In: The Lancet, 380 (19859), S. 2144–2162 [doi: 10.1016/S0140–6736(12)61690–0].
- Schneekloth, Ulrich/Wahl, Hans-Werner (Hrsg.). (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht. München.
- Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Weyerer, Siegfried/Bickel, Horst (2007): Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Stuttgart.
- Wurm, Susanne/Schöllgen, Ina/Tesch-Römer, Clemens (2010): Gesundheit. In: Motel-Klingebiel, Andreas/Wurm, Susanne/Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart, S. 90–117.
- Wurm, Susanne/Tesch-Römer, Clemens/Tomasik, Martin J. (2007): Longitudinal Findings on Aging-related Cognitions, Control Beliefs and Health in Later Life. In: Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 3/2007, S. 156–164.
- Wurm, Susanne/Tomasik, Martin J./Tesch-Römer, Clemens (2008): Serious Health Events and Their Impact on Changes in Subjective Health and Life Satisfaction: The Role of Age and a Positive View on Aging. In: European Journal of Ageing, 2/2008, S. 117–127 [doi: 10.1007/s10422–008–0077–5].
- Wurm, Susanne/Tomasik, Martin J./Tesch-Römer, Clemens (2010): On the Importance of a Positive View on Aging for Physical Exercise Among Middle-aged and Older Adults: Cross-sectional and Longitudinal Findings. In: Psychology & Health, 1/2010, S. 25–42.
- Zentrum für Krebsregisterdaten (2015): Krebsinzidenz, Fallzahlen in Deutschland 2010 (ICD-10: C00–97 ohne C44). URL: http://www.krebsdaten.de/Krebs/SiteGlobals/Forms/Datenbankabfrage/datenbankabfrage_stufe1_form.html.
- Ziegler, Uta/Döhlhammer, Gabriele (2009): Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland – Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002. In: Gesundheitswesen, 5/2009, S. 281–290.

Prof. Dr. Susanne Wurm ist Professorin für Psychogerontologie an der Universität Erlangen-Nürnberg. Forschungsschwerpunkte ihrer Arbeit liegen in Fragen des gesunden Älterwerdens, insbesondere der Bedeutung von psychischen Ressourcen, Altersbildern und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen für Gesundheit und Langlebigkeit im Alter.

Dr. Anke-Christine Saß ist stellvertretende Leiterin der Gesundheitsberichterstattung des Bundes am Robert Koch-Institut in Berlin. In der Gesundheitsberichterstattung werden umfassende Daten und Informationen zur Gesundheit in Deutschland auf Bevölkerungsebene gesammelt und aufbereitet. Ein Schwerpunkt von Frau Saß ist die Gesundheit im Alter.

Die Didaktische Reihe

Ein Muss für Gemeinschaftskundelehrer



Die didaktische Reihe der Landeszentrale

- beinhaltet Standardwerke der politischen Bildung
- veröffentlicht erfolgreiche Praxisbeispiele politischer Bildungsarbeit
- setzt bundesweit Impulse
- greift Desiderate auf
- offeriert neue didaktische Handlungsfelder
- begleitet und fördert die Diskussion der Didaktik politischer Bildung



Bestellung: 2.– Euro zzgl. Versand

Landeszentrale für politische Bildung, Fax 0711.164099 77, marketing@lpb.bwl.de,
http://www.lpb-bw.de/didaktische_reihe.html