

# Gesundheit im Alter

Prof. Dr. Andreas Kruse

---

Unter Mitarbeit von  
Prof. Dr. G. Heuft (Münster), Prof. Dr. P. Oster (Heidelberg) und  
Prof. Dr. F. Schulz-Nieswandt (Köln)

## Inhaltsverzeichnis:

### Vorbemerkung

1. Demographische Entwicklungen
  2. Die Mehrdimensionalität des Alternsprozesses
    - Die biologisch-physiologische Dimension
    - Die psychologische Dimension
    - Die soziale Dimension
  3. Erweitertes Gesundheitsverständnis
  4. Körperliche Erkrankungen
  5. Psychische Erkrankungen
- Abschluss  
Literatur
- 

## Vorbemerkung

Der Strukturwandel der Bevölkerung mit einem deutlich steigenden Anteil älterer, vor allem hochbetagter Menschen wirft die Frage nach den Anforderungen an die soziale Sicherung und die medizinische Versorgung auf, wie auch die Frage nach möglichen Gewinnen des Alters für unsere Gesellschaft und den gesellschaftlichen Bedingungen für die Aufrechterhaltung der intergenerationellen Solidarität. In der gerontologischen Forschung wurden

- a) die grossen interindividuellen Unterschiede in der körperlichen und seelisch-geistigen Leistungsfähigkeit älterer Menschen,
- b) die Bedeutung der körperlichen und seelisch-geistigen Aktivität in allen Phasen des Lebenslaufs für die Aufrechterhaltung von Gesundheit, Selbständigkeit und Kompetenz im Alter,
- c) die erhöhte Verletzbarkeit des Organismus im Alter - vor allem im hohen Alter - und damit dessen erhöhte Anfälligkeit für körperliche und hirnganische Erkrankungen,
- d) die Bedeutung der Prävention in allen Phasen des Lebenslaufs für die Vermeidung von Erkrankungen im Alter,
- e) das hohe Veränderungs- und Rehabilitationspotential im Alter

nachgewiesen. Diese Befunde sind sowohl für das Verständnis des Alternsprozesses als auch für die Entwicklung von Rahmenbedingungen für die Aufrechterhaltung von Gesundheit, Selbständigkeit, Kompetenz und Lebensqualität im Alter bedeutsam.

Im folgendem werden Befunde der gerontologischen Forschung berichtet, auf deren Grundlage Aussagen zur Gesundheit, Selbständigkeit, Kompetenz und Lebensqualität im Alter möglich sind und die darüber hinaus Hinweise auf den Versorgungsbedarf älterer Menschen geben. Einleitend sollen einige Aussagen zur erwarteten demographischen Entwicklung getroffen werden, um die gesellschaftspolitische Bedeutung des Themas "Gesundheit im Alter" zu veranschaulichen und aufzuzeigen, dass der sich in Zukunft fortsetzende Strukturwandel der Bevölkerung mit wachsenden Anforderungen an die soziale Sicherung und die medizinische Versorgung verbunden sein wird. Die rechtzeitige Vorbereitung auf diese Anforderungen ist als eine bedeutende gesellschaftspolitische Aufgabe zu werten.

## 1. Demographische Entwicklungen

In der Bundesrepublik Deutschland leben heute ca. 82 Millionen Menschen, von denen 18.5 Millionen (22.5%) 60 Jahre und älter sind. Im Jahre 1900 betrug der Anteil der 60-Jährigen und älteren Menschen (bei einer Gesamtbevölkerung von 56 Millionen Menschen) 7.8%, im Jahre 1960 (bei einer Gesamtbevölkerung von 73.6 Millionen Menschen) 17.8%, im Jahre 1980 (bei einer Gesamtbevölkerung von 78.4 Millionen Menschen) 19.4%. Ein wachsender Anteil der Gesellschaft erreicht auch ein hohes Lebensalter: Im Jahre 1970 waren nur 1.9% der Gesamtbevölkerung 80 Jahre und älter, heute sind es hingegen schon 3.8%. Mit diesen demographischen Daten korrespondiert die Entwicklung der

durchschnittlichen Lebenserwartung in den vergangenen Jahrzehnten: Diese ist erkennbar gestiegen. Nach der Sterbetafel 1970 betrug die Lebenserwartung bei Frauen 73 Jahre und bei Männern 68 Jahre. Nach der Sterbetafel 1995/97 hatten weibliche Neugeborene eine Lebenserwartung von 80 Jahren (in Westdeutschland) bzw. von 79 Jahren (in Ostdeutschland), männliche Neugeborene von 74 Jahren (in Westdeutschland) bzw. von 72 Jahren (in Ostdeutschland). Im Zeitraum von 1900 bis 1910 hatten neugeborene Mädchen hingegen nur eine durchschnittliche Lebenserwartung von 48 Jahren, neugeborene Jungen von 45 Jahren. In den ersten Jahrzehnten des vergangenen Jahrhunderts wurden die Zunahme der Lebenserwartung vorwiegend durch die Abnahme der Kindersterblichkeit erreicht; in den letzten Jahrzehnten wurde auch die Sterblichkeit in den mittleren und höheren Altersgruppen erkennbar verringert. Die verringerte Sterblichkeit in den höheren Altersgruppen spiegelt sich auch in den folgenden demographischen Daten wider: Sie 65-Jährigen Frauen haben heute eine durchschnittliche Lebenserwartung von 18.9 Jahren (Westdeutschland) bzw. 17.9 Jahren (Ostdeutschland); die 65-Jährigen Männer von 15 Jahren (Westdeutschland) bzw. 14.1 Jahren (Ostdeutschland); die 80-Jährigen Frauen haben heute eine durchschnittliche Lebenserwartung von 8.2 Jahren (Westdeutschland) bzw. 7.7 Jahren (Ostdeutschland), die 80-Jährigen Männer von 6.7 Jahren (Westdeutschland) bzw. 6.1 Jahren (Ostdeutschland) (siehe dazu auch Lehr, 1998).

Welche weiteren Entwicklungen im Bevölkerungsaufbau werden angenommen? Aus den vorliegenden Bevölkerungsvorausrechnungen sei stellvertretend die 9. Koordinierte Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Bundesamts (2000) ausgewählt, deren Prognosezeitraum bis zum Jahre 2050 reicht (siehe Tabelle 1). In dem Modell wird eine bis zum Jahre 2050 um weitere vier Jahre steigende durchschnittliche Lebenserwartung angenommen; Die durchschnittliche Lebenserwartung würde bei den Frauen dann 84 Jahre, bei den Männern 78 Jahre betragen. Es wird zudem von einer bleibend niedrigen Geburtenrate – im Durchschnitt 1.3 Kinder pro Frau – sowie von einem jährlichen Zuwanderungssaldo von 200.000 Menschen ausgegangen.

**Tabelle 1:** Daten der 9. Koordinierten Bevölkerungsvorausrechnung (Statistisches Bundesamt, 2000)

	2010	2020	2050
<b>Altersgruppe</b>	<b>Bevölkerung in Millionen</b>		
0 - 20	15,21	14,02	11,40
20 - 59	45,33	42,92	33,39
60 und älter	20,88	23,22	25,15
Insgesamt	81,42	80,15	69,94
	<b>Altersstruktur in %</b>		
0 - 20	18,68	17,49	16,30
20 - 59	55,67	53,55	47,74
60 und älter	25,64	28,97	35,96
Insgesamt	100,00	100,00	100,00
	<b>Altenquotient</b>		
65-jährige bezogen auf ...			
... 15 bis unter 65jährige	29,95	33,10	48,31
... 20 bis unter 65jährige	32,51	35,67	52,20

Ein besonders steiler Anstieg wird in der Gruppe der 80-Jährigen und älteren Menschen erwartet. Tabelle 2 fasst die Ergebnisse der Vorausberechnung für diese Altersgruppe zusammen. Zunächst wird deutlich, dass die Anzahl der 80jährigen und älteren Menschen sowie deren Anteil an der Gesamtbevölkerung in diesem Jahrzehnt erkennbar zurückgehen werden – hier handelt es sich um Spätfolgen des II. Weltkriegs. Weiterhin zeigt sich, dass vor allem zwischen 2010 und 2020 sowie zwischen 2040 und 2050 ein besonders starker Anstieg in der Anzahl der hochbetagten Menschen belaufen, zwischen 2040 und 2050 auf fast 1.5 Millionen Menschen. Allerdings ist hinsichtlich der erwarteten Veränderungen im Umfang der Gesamtbevölkerung – anzumerken, dass die vom Statistischen Bundesamt für die nächsten fünf Jahrzehnte angenommene Konstanz der Zuwanderungssalden

(200.000 Menschen im Jahr) sicherlich nicht den in diesen Jahrzehnten tatsächlich bestehenden Verhältnissen entsprechen wird. Es erscheint – auch mit Blick auf die heute geführte politische Diskussion – vielmehr angemessen, von einem deutlichen Anstieg in den Zuwanderungssalden auszugehen. Auf der anderen Seite darf dieser Anstieg in seinem Einfluss auf den Anteil der 80-Jährigen und älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung nicht verändern, gleichzeitig aber die Anzahl der 80-Jährigen und älteren Menschen in der vom Statistischen Bundesamt vorausgesagten Größenordnung zunehmen würde, würde sich der Anteil der hochbetagten Menschen an der Gesamtbevölkerung im Jahre 2050 immer noch auf 9.66% belaufen.

#### **(Tabelle 2)**

Die Bevölkerungsvorausberechnung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (1999) enthält Annahmen zur Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung bis zum Jahre 2050; diese Annahmen sind in Tabelle 3 dargestellt. Es wird von zwei Varianten hinsichtlich der Zuwachsraten der Lebenserwartung ausgegangen: in Variante A wird eine – im Vergleich zum Zeitraum von 1987 bis 1996 – sich abschwächende, in Variante B eine gleichbleibende Zuwachsrate der durchschnittlichen Lebenserwartung angenommen.

#### **(Tabelle 3)**

Dabei erscheint die Annahme einer gleichbleibenden Zuwachsrate der Lebenserwartung als durchaus realistisch. Es kann nämlich damit gerechnet werden, dass die Fortschritte in der Medizin, der Gentechnik und der Pharmakologie dazu führen werden, dass (a) die Ursachen und Risikofaktoren jener Erkrankungen, die die häufigsten Todesursachen im Alter bilden – Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Karzinom, Schlaganfall, Alzheimer-Krankheit – immer besser erforscht werden und damit auch wirksam bekämpft werden können, dass (b) die Erkrankungen frühzeitig erkannt und die Patienten damit rechtzeitig behandelt werden können, und (c) dass aus den gewonnenen Erkenntnissen über Ursachen und Risikofaktoren effektivere Präventionsansätze abgeleitet werden, durch die zur Vermeidung einzelner Erkrankungen beigetragen wird. So erscheint zum Beispiel vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes die Erwartung als realistisch, dass die molekularbiologisch erforschten, zur Alzheimer-Krankheit führenden Krankheitsprozesse Behandlungswege eröffnet werden, die über die symptomatische Behandlung hinaus die Krankheitsprozesse direkt und damit ursächlich angreifen. Die Kenntnisse jener pathogenetischen Prozesse, die zum Nervenzelluntergang führen, lassen erhebliche Fortschritte auf dem Weg von einer symptomatischen zu einer kausalen Arzneimittelbehandlung erwarten (siehe dazu Förstl, Lauter & Bickel, 2000; Masters & Beyreuther, 1998).

## **2. Die Mehrdimensionalität des Alternsprozesses:**

Biologisch-physiologisches, psychologisches und soziales Altern

Die mit fortschreitendem Alternsprozess auftretenden Veränderungen des Organismus und des Zentralnervensystems beschreiben ein qualitativ anderes Geschehen als die mit dem Altern verbundenen Veränderungen unseres Wissens, unserer Erfahrungen, unseres Umgangs mit Lebensanforderungen und unserer Persönlichkeit, während erstere eher auf Verluste und eine zunehmende Verletzbarkeit (Vulnerabilität) deuten, sind in letzteren eher Stabilität oder sogar weitere Differenzierung und Wachstum erkennbar. Aus diesem Grunde wird in der Gerontologie zwischen biologisch-physiologischem, und sozialem Altern differenziert.

### **Die biologisch-physiologische Dimension**

Auf der biologisch-physiologischen Dimension finden sich charakteristische Verluste, zu denen vor allem die verringerte Funktionsreserve der Organe, die abnehmende Vitalkapazität, der zunehmende Blutdruck, der erhöhte Cholesteringehalt im Blut, die verminderte Glukosetoleranz, die Abnahme der Muskelfasern und Kapillaren bei Zunahme des Bindegewebes, die Abnahme des Mineralgehalts des Skeletts, die Trübung der Augenlinse sowie der Verlust des Hörvermögens für hohe Frequenzen zu zählen sind (Steinhagen-Thiessen, Gerok & Borchelt, 1994). Im Ausmass dieser Verluste bestehen große interindividuelle Unterschiede, die auf folgende vier Faktoren zurückgeführt werden können:

- die genetische Information; auf Schädigungen der DNA, die bei der Zellteilung, beim Ablesen der genetischen Information sowie beim Stoffwechsel auftreten können; auf die Kapazität der DNA zur Identifikation und „Reparatur“ dieser Schädigungen;
- die körperliche und kognitive Aktivität in früheren Lebensjahren und im Alter;
- Anzahl, Art und Expositions-dauer von Risikofaktoren und Erkrankungen in früheren Lebensjahren und im Alter;
- Umweltbedingungen.

Im Alter gehen Widerstands- Anpassungsfähigkeit des Organismus zurück; darüber hinaus zeigen sich Folgen gesundheitsschädigender Einflüsse im Lebenslauf oftmals erst im Alter: Zu nennen sind vor allem langandauernde Fehlbelastungen des Organismus, Risikofaktoren, schädliche Umwelteinflüsse, frühere Erkrankungen, seelische Belastungen. Aus diesem Grunde differenziert die vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Kommission, 1996) vorgeschlagene Krankheitstypologie zwischen (a) alterphysiologischen Veränderungen mit möglichem Krankheitswert (zum Beispiel Arteriosklerose, Osteoporose), (b) Erkrankungen mit langer präklinischer Latenzzeit (zum Beispiel Krebserkrankungen), (c) Erkrankungen mit im Alter verändertem physiologischen Verlauf (zum Beispiel Infektionskrankheit) und (d) Krankheit infolge langandauernder oder vielfacher Exposition (zum Beispiel Atemwegserkrankungen, Altersdiabetes, Bluthochdruck). Die altersphysiologischen Veränderungen mit möglichem Krankheitswert können durch gesundheitsbewusstes Verhalten in früheren Lebensjahren und im Alter in ihrem Verlauf und Schweregrad beeinflusst werden. Der Verlauf von Erkrankungen mit langer präklinischer Latenzzeit kann durch eine frühzeitige Diagnostik und Therapie positiv beeinflusst werden. Die dritte Kategorie der Typologie (Erkrankungen mit im Alter verändertem physiologischen Verlauf) macht deutlich, dass sich die erhöhten gesundheitlichen Risiken des Alters nicht auf die Zunahme chronischer Erkrankungen beschränken. Akute Erkrankungen werden in ihren möglichen Folgen oftmals unterschätzt, deshalb sollten ältere Menschen vermehrt darüber aufgeklärt werden, dass auch bei auftretenden akuten Krankheiten die Konsultation eines Arztes notwendig ist. Krankheiten infolge langandauernder oder vielfacher Exposition sprechen in besonderer Weise den Lebensstil des Menschen sowie die Umweltbedingungen, denen er ausgesetzt ist, an und betonen damit die persönliche Verantwortung für die Gesundheit im Alter.

Ein bedeutsames Merkmal der biologisch-physiologischen Dimension bildet das über den gesamten Lebenslauf bestehende Veränderungspotential (Plastizität) der Organe sowie des Zentral-Nerven-Systems (Kruse, 1998; Lindenberger, 2000). Die Plastizität ist zwar bei älteren Menschen im Durchschnitt geringer als bei jüngeren Menschen, doch ist sie so hoch, dass durch physisches und kognitives Training eine signifikante Steigerung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit und durch

Rehabilitation eine signifikante Verbesserung der Selbstständigkeit, der verschiedenen sensomotorischen Funktionsabläufe sowie der kognitiven und alltagspraktischen Fertigkeiten erzielt werden kann (Meier-Baumgartner, Nerenheim-Duscha & Görres, 1992; Meusel, 2000; Oswald, Rupprecht & Gunzelmann, 1998; Stähelin, 2000). Allerdings ist für die Bundesrepublik Deutschland kritisch festzustellen, dass bei älteren Menschen die geriatrische Rehabilitation viel zu selten eingesetzt und damit die im Alter gegebene Plastizität nicht ausreichend genutzt wird. Noch grössere Mängel in der rehabilitativen Versorgung sind in der Gerontopsychiatrie erkennbar, obwohl durch eine integrierte, d.h. die pharmakologische, die psychotherapeutische und die psychosoziale Komponente verbindende Rehabilitation auch bei psychisch erkrankten Menschen eine Verbesserung der physischen, der alltagspraktischen, der psychischen und der kognitiven Kompetenz erreicht werden könnte (Helmchen & Kanowski, 2000; Oesterreich, 1993). – Der Mangel an Rehabilitationsangeboten für ältere Menschen ist auch darauf zurückzuführen, dass ein zentrales Merkmal der biologisch-physiologischen Dimension – nämlich die Plastizität der Organe und des Zentral-Nerven-Systems über den gesamten Lebenslauf – in der Öffentlichkeit nicht ausreichend bekannt ist. Darüber hinaus werden die Erfolge der stationären und ambulanten Rehabilitation bei älteren Menschen in der Öffentlichkeit vielfach unterschätzt.

## Die psychologische Dimension

In dieser Dimension treffen wir auf die Gleichzeitigkeit von Verlusten und potentiellen Stärken im Alter. Ergebnisse psychologischer Forschung zufolge treten in folgenden vier Bereichen der kognitiven Leistungsfähigkeit Verluste auf: (1) in der Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung, (2.) in der Fähigkeit zur Lösung neuartiger kognitiver Probleme, (3.) im Kurzzeit- oder Arbeitsgedächtnis (Prozess der Verschlüsselung von Informationen und der Uebertragung dieser verschlüsselten Informationen in den Langzeitspeicher), sowie (4.) in der Kontrolle von Lernvorgängen (das Lernen ist störanfälliger). – Hingegen liegen die potentiellen Stärken des Alters in den primär erfahrungs-, wissens- und fertigkeitsbasierten Leistungen, die Menschen im Lebenslauf gezeigt haben. Die reflektierte Auseinandersetzung mit neuen Erfahrungen und Anforderungen – als Grundlage erfahrungsbasierter Leistungen -, die kontinuierliche Erweiterung unseres Wissens und dessen Organisation zu Wissenssystemen – als Grundlage wissensbasierter Leistungen – sowie die Ausbildung und Verfeinerung von Strategien zur Lösung kognitiver und alltagspraktischer Anforderungen – als Grundlage fertigkeitsbasierter Leistungen- sind zentrale Bedingungen für potentielle Stärken im Alter. Diese finden sich vor allem in der Fähigkeit zur Lösung vertrauter kognitiver Probleme, in den bereichsspezifischen Wissenssystemen (zu denen auch das Lebenswissen zu zählen ist) sowie die Fähigkeit zur psychischen Bewältigung von Anforderungen und Belastungen im Alltag. Die letztgenannte Fähigkeit, die für die psychische Widerstandsfähigkeit zentral ist, lässt sich auch dahingehend deuten, dass viele ältere Menschen in der Auseinandersetzung mit Anforderungen im Lebenslauf Daseinskompetenzen entwickelt haben, die sie in die Lage versetzen, Einbussen, Verluste und andere Belastungen im Alter zu verarbeiten. – In Tabelle 4 findet sich ein Ueberblick über „Entwicklungsgewinne“ im Alter, die von älteren Menschen in einer Untersuchung zu Gewinnen und Verlusten im Alter berichtet wurden (n=450 Personen, die zum überwiegenden Teil der (unteren) Mittelschicht angehörten; angegeben ist für die drei differenzierten Altersgruppen jeweils der Anteil der älteren Menschen, die den entsprechenden Entwicklungsgewinn genannt haben). Wie aus Tabelle 4 hervorgeht, wird ein Grossteil der Gewinne in positiv bewerteten Veränderungen auf der psychologischen Dimension gesehen. Dabei ist im hohen Alter vor allem die Fähigkeit zur Neuorientierung, zur Annahme bestimmter Grenzen sowie zur persönlich sinn erfüllten Lebensführung in diesen Grenzsituationen zentral. Auch vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse erweist sich die Ergänzung einer „verlustorientierten“ Sicht des Alters durch eine „gewinnorientierte“ Sicht als notwendig.

### (Tabelle 4)

Das Veränderungspotential (Plastizität) des Zentral-Nerven-Systems ist für das Verständnis der Alternsprozesse auf der psychologischen Dimension von Bedeutung. Obwohl in einzelnen Bereichen der kognitiven Leistungsfähigkeit alterskorrelierte Verluste auftreten, ist das Veränderungspotential des Zentral-Nerven-Systems und damit die kognitive Plastizität so hoch, dass länger andauerndes kognitives Training zur Verringerung dieser alterskorrelierten Verluste führt. Darüber hinaus weisen kognitive Trainingsstudien auch auf latente, d.h. nicht genutzte kognitive Potentiale hin. Diese Potentiale zeigen sich, wenn ältere Menschen in Trainingsstudien die Gelegenheit erhalten, sich gezielt mit kognitiven Problemsituationen auseinanderzusetzen. In diesen Studien setzen sie vielfach kognitive Strategien ein, die sie zwar in früheren Lebensabschnitten erworben, jedoch seit langer Zeit nicht mehr genutzt haben. Des weiteren besteht im Alter auch das Potential zur Ausbildung neuer kognitiver Strategien, mit deren Hilfe alterskorrelierte Verluste in einzelnen kognitiven Bereichen in Teilen kompensiert werden können (Baltes, 1996, 1999; Lindenberger, 2000). – Die Aussagen zur Plastizität im Alter gelten auch für den Bereich des Erlebens und Verhaltens. Die in der Bewältigung von Belastungen erkennbare psychische Widerstandsfähigkeit (Kruse, 1995; Staudinger, Marsiske & Baltes, 1995) spricht ebenso für diese Plastizität wie die Erfolge der psychotherapeutischen Behandlung (Heuft, 1993; Heuft, Kruse & Radebold, 2000; Kruse, 1998) oder des Kompetenztrainings im Alter (Baltes, 1995; Zank & Baltes, 1998). Der heute immer noch festzustellende Mangel an psychotherapeutischen Angeboten für ältere Menschen (vgl. Radebold, 1998) ist auch darauf zurückzuführen, dass ein zentrales Merkmal der psychologischen Dimension – nämlich die Erlebens- und Verhaltensplastizität im gesamten Lebenslauf – in der Öffentlichkeit nicht ausreichend bekannt ist. Darüber hinaus werden die Erfolge der Psychotherapie im Alter in der Öffentlichkeit oftmals unterschätzt.

## Die soziale Dimension

Die soziale Dimension ist vor allem durch Veränderungen in den Möglichkeiten einer aktiven sozialen Teilhabe gekennzeichnet. Durch die in industrialisierten Gesellschaften westlicher Prägung bestehende Altersschichtung werden spezifische Uebergänge („Statuspassagen“) in individuellen Lebensverläufen und damit verbundene Entwicklungsaufgaben definiert, die eine grundlegende Neuorientierung erfordern und deshalb auch das Risiko vorübergehender Fehlanpassung bergen. Jedoch ist das Alter weder durch den Verlust von sozialen Rollen oder gar durch „Rollenlosigkeit“ noch durch soziale Isolation und subjektive Gefühle von Einsamkeit und Sinnlosigkeit geprägt. Im Vergleich zu früheren Lebensabschnitten weisen die Verhaltenserwartungen an den einzelnen Menschen im Alter nur einen geringen Grad an sozialer Verbindlichkeit auf. Mit dem Erreichen der Altersgrenze wird zwar das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben erwartet, hinsichtlich der Frage, inwieweit und in welchen Rollen sich ältere Menschen engagieren sollten, besteht aber kein gesellschaftlicher Konsens (Kohli, 2000). Aus der Tatsache, dass unsere Gesellschaft über keine verbindlichen Altersrollen verfügt, kann nicht abgeleitet werden, dass das Engagement älterer Menschen in neuen sozialen Rollen oder die Fortsetzung persönlich bedeutsamer Rollenaktivitäten nicht möglich wären oder negativ sanktioniert würden. Die Entpflichtung von einzelnen gesellschaftlichen Rollen ermöglicht zum Teil gerade erst das Eingehen von neuen, persönlich bedeutsamen, zum Teil auch „identitätsstiftenden“ Verpflichtungen und eine an persönlichen Interessen und Bedürfnissen orientierte Lebensgestaltung. Damit ist die soziale Dimension auch durch die Chance zur Verwirklichung der späten Freiheit charakterisiert (Gerhardt, 1998). Diese späte Freiheit äussert sich nicht selten im Engagement Älterer am freiwilligen Engagement in unserer Gesellschaft, Der „Alters-Survey“ (Kohli & Künemund, 1997) hat deutlich gemacht, dass ältere Menschen in vielfältiger Weise einen aktiven Beitrag in die intergenerationalen Beziehungen einbringen; die gegebenen und empfangenen Hilfen stehen in vielen Familien in einem Gleichgewicht. In diesem Kontext ist das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend initiierte Modellprogramm „Seniorenbüro“ zu nennen, mit dem das Ziel verfolgt wurde, eine Infrastruktur für die Engagementförderung im Alter aufzubauen (ausführlich dazu Fachinger, 1999).

Im Jahre 1992 wurden an 43 Standorten in der Bundesrepublik Seniorenbüros eingerichtet, deren Zielsetzung (1.) in der Beratung älterer Menschen über Aktivitätsmöglichkeiten, die ihren Interessen und Fertigkeiten entsprechen, (2.) in der Vermittlung an Träger ehrenamtlichen Engagements, (3.) in der Hilfe beim Aufbau eigener Projektgruppen und Initiativen bestand. Aus der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms geht hervor, dass die Seniorenbüros – entsprechend ihrer Zielsetzung – in erster Linie von Menschen in der nachberuflichen und nachfamilialen Phase (71%) genutzt werden, darüber hinaus von Fachleuten der Altenarbeit und der Engagementförderung (20%), von kommunalen Entscheidungsträgern, Journalisten sowie von Gruppen und Initiativen. In den Jahren 1994 und 1995 wurden für 33 Seniorenbüros 36.000 Nutzer mit 95.300 Kontakten ermittelt. Diese Zahlen belegen die hohe Bereitschaft vieler älterer Menschen, sich für andere zu engagieren, die durch entsprechende infrastrukturelle Angebote in einer für die Gesellschaft fruchtbare Weise genutzt werden kann. Die im Kontext des Modellprogramms Seniorenbüro gewonnenen Erfahrungen erlauben die Folgerung, dass durch gezielte Qualifikationsangebote für ältere Menschen unter diesen die Bereitschaft, eine ehrenamtliche Tätigkeit auszuüben, erhöht werden könnte.

Alter in unserer Gesellschaft spiegelt sich auch in der Entwicklung der materiellen Ressourcen, der Wohnbedingungen und des Bildungsstandes der älteren Generationen wider.

Die materielle Lage der Haushalte älterer Menschen hat sich in den vergangenen Jahrzehnten erkennbar verbessert, woraus auch positive Folgen für die selbstverantwortliche Gestaltung des Alltags erwachsen: Höhere materielle Ressourcen bilden eine bedeutende Voraussetzung für die Erweiterung des Aktivitätsradius und Interessenspektrums. Auch wenn berücksichtigt werden muss, dass sich hinter den Durchschnittsbeträgen eine beträchtliche Streuung verbirgt, so spricht doch die Tatsache, dass im Jahr 1998 das durchschnittlich verfügbare monatliche Äquivalenzeinkommen der Haushalte älterer Menschen mit DM 2.710 nur 3% unter jenem der Arbeitshaushalte mit DM 2.790 lag, dass die Pensionärshaushalte im Durchschnitt über DM 4.090 und die Haushalte von Sozialversicherungsrentnern im Durchschnitt über DM 2.590 verfügten, für die Annahme, dass die materielle Lage der Haushalte älterer Menschen im grossen und ganzen betrachtet relativ günstig ist. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass von 1985 bis Ende 1997 in den westlichen Bundesländern die Zahl der 60-Jährigen und älteren Sozialhilfeempfängern um 40.000 Personen zurückgegangen ist; der Anteil der älteren Menschen an allen Sozialhilfeempfängern hat sich in diesem Zeitraum um 3.5% von 10.4% auf 6.9% verringert. Keine Altersgruppe in Deutschland – und diese Aussage gilt für die westlichen wie für die östlichen Bundesländer – hat eine so geringe Sozialhilfedichte wie jene der älteren Menschen, (Allerdings ist zu beachten, dass ein nicht kleiner Teil der Anspruchsberechtigten die Sozialhilfe nicht in Anspruch nimmt.)

1998 verfügten in den westlichen Bundesländern 51.3% aller Haushalte älterer Menschen über Wohneigentum (bei einer allgemeinen Eigentumsquote von 42.6%), in den östlichen Bundesländern belief sich dieser Anteil allerdings nur auf 28.8% (bei einer allgemeinen Eigentumsquote von 31.0%). – 47% jener Privathaushalte, in denen ein 60-Jähriger oder älterer Mensch lebt, sind Ein-Personen-Haushalte, 41% Zwei-Personen-Haushalte (in der Regel Ein-Generationen-Haushalte). Nur in 12% der Privathaushalte mit einem 60-Jährigen oder älteren Menschen leben drei und mehr Personen. Die Anzahl der Ein-Personen-Haushalte nimmt im hohen Alter erkennbar zu und ist bei Frauen deutlich höher als bei Männern: 31% der 60-65-Jährigen Frauen und 10% der 60-65-Jährigen Männer, aber 69% der 75-Jährigen und älteren Frauen und 27% der 75-Jährigen und älteren Männer leben in einem Ein-Personen-Haushalt. - 882.000 65-Jährige und ältere Menschen (=6.9% dieser Altersgruppe) leben in Einrichtungen, die als „Sonderwohnformen“ bezeichnet werden: 662.000 Menschen (=5.3%) leben in Heimen (dabei der deutlich grössere Teil in Altenpflegeheimen), 220.000 Menschen (=1.6%) in speziellen Altenwohnungen, zu denen auch das „Betreute Wohnen“ gezählt wird. Der Anteil der in einem Heim lebenden Menschen nimmt vor allem im hohen und sehr hohen Alter deutlich zu: Er beläuft sich in der Gruppe der 75-79-Jährigen auf 3.8%, in der Gruppe der 80-84-Jährigen auf 8.2%, während er in der Gruppe der 85-89-Jährigen 17% und in der Gruppe der 90-Jährigen und Älteren 31% beträgt. 67% der Heimbewohner/innen sind älter als 80 Jahre. Das Durchschnittsalter lag 1998 bei 81 Jahren.

In bezug auf den Bildungsstand lässt sich zunächst feststellen: Von den über 65-Jährigen haben ca. 78% Volksschul- oder Hauptschulabschluss, ca. 11% Realschulabschluss, ca. 8% Fachhochschul- oder Hochschulreife, ca. 1% Abschluss der polytechnischen Oberschule; 2% haben keinen schulischen Bildungsabschluss (Statistisches Bundesamt 1998). Blickt man nun auf die schulischen Bildungsabschlüsse in der heutigen mittleren Generation, so wird der in den letzten Jahrzehnten bestehende Trend zur Höherqualifizierung deutlich: von den 40-jährigen Frauen und den 40-Jährigen Männern haben jeweils 60% einen Hauptschulabschluss, 40% dieses Jahrgangs haben die Mittlere Reife oder die Fachhochschul- bzw. Hochschulreife erworben. Von den 30-Jährigen Frauen haben 62%, von den 30-Jährigen Männern haben 53% Mittlere Reife oder Abitur abgelegt – der Trend zur Höherqualifizierung ist also bei den Frauen noch stärker ausgeprägt als bei den Männern. Den künftigen Generationen älterer Menschen wird somit ein relativ hoher Bevölkerungsanteil mit mittleren oder höheren Bildungsabschlüssen angehören. Höhere Schulabschlüsse eröffnen eher den Zugang zu Institutionen der Erwachsenenbildung sowie zu anderen kulturellen Einrichtungen; die Vertrautheit mit diesen institutionalisierten Bildungsangeboten wird auch eine zentrale Grundlage für erhöhte Bildungsaktivitäten im Alter bilden (Kruse, 1997). Bereits heute finden Akademien für Ältere, Seniorenstudiengänge oder die von Volkshochschulen, kirchlichen und politischen Bildungsträgern entwickelten Angebote der Erwachsenenbildung zunehmendes Interesse der älteren Generation.

### **3. Erweitertes Gesundheitsverständnis**

In Uebereinstimmung mit der Ottawa-Erklärung der Welt-Gesundheits-Organisation (1986) wird hier die selbstständige, selbstverantwortliche und persönliche sinnerfüllte Lebensgestaltung als ein wesentliches Merkmal der Gesundheit im Alter verstanden. Gesundes Altern werden ist also nicht allein eine Frage der körperlichen und seelischen Gesundheit, sondern vielmehr ein komplexer, mehrdimensionaler Prozess, der neben gesundheitlichem Wohlbefinden und gesundheitsbewusstem Verhalten auch die aktive Lebensführung und eine positive Lebenseinstellung umfasst. Tabelle 5 gibt einen Ueberblick über Aspekte dieses erweiterten Gesundheitsverständnisses.

#### **(Tabelle 5)**

Diese Merkmale von Gesundheit sind zum einen von personalen Faktoren, zum anderen von Umweltfaktoren beeinflusst. Tabelle 6 und Tabelle 7 geben einen Ueberblick über die wichtigsten Einflussfaktoren der Gesundheit. Die Analyse der personalen Faktoren weist zunächst auf die große Bedeutung der Biographie für die Gesundheit im Alter hin: Zum einen sind hier die verschiedenen Aspekte gesundheitsbewussten Verhalten zu nennen, zum anderen Fähigkeiten, Fertigkeiten, Interessen und Wissenssysteme, die eine bedeutende Grundlage für die sinnerfüllte Gestaltung des Alltags bilden, und schliesslich die Art und Weise, wie sich die Person in der Biographie mit neuen Anforderungen und Aufgaben sowie mit Belastungen und Konflikten auseinandergesetzt hat. Der zuletzt genannte Einflussfaktor gewinnt besonderes Gewicht bei auftretenden chronischen Erkrankungen; Gesundheit lässt sich in diesem Falle verstehen als die Fähigkeit des Menschen, mit einer Erkrankung zu leben, d.h. ein persönlich zufriedenes und sinnerfülltes Leben auch bei gesundheitlichen Belastungen zu führen. Der Ueberblick über

die personalen Faktoren betont weiterhin die Bedeutung der psychischen Situation in der Gegenwart sowie die Zukunftsperspektive für die Gesundheit. In bezug auf die aktuelle psychische Situation ist vor allem die Frage von Bedeutung, wie viele als belastend und als positiv bewertete Ereignisse eingetreten sind: Eine Vielzahl belastender Ereignisse verringert die Bewältigungsressourcen des Individuums; dies ist vor allem der Fall, wenn gleichzeitig keine positiv bewerteten Ereignisse gegeben sind. In der Masse, in der die persönliche Zukunftsperspektive von Hoffnungen, Wünschen und Zielsetzungen bestimmt ist, werden die Bewältigungsressourcen des Menschen gestärkt – aus diesem Grunde kommt auch den Anregungen im Alltag große Bedeutung für die psychische Situation zu. Die Analyse der Umweltfaktoren weist zunächst auf die Bedeutung der Gesellschaft für die Gesundheit im Alter hin: Inwieweit wird in den gesellschaftlichen Altersbildern das Alter als eine Lebensphase betrachtet, in der Menschen einen produktiven Beitrag für unsere Gesellschaft leisten können? In welchem Umfang werden die Bedürfnisse älterer Menschen in bundes-, landes- und kommunalpolitischen Entscheidungen berücksichtigt? In welchem Umfang gehen die Bedürfnisse älterer Menschen in die Gestaltung der räumlichen und infrastrukturellen Umwelt ein? Weiterhin wird bei der Analyse der Umweltfaktoren zwischen drei Segmenten der Umwelt differenziert: der sozialen, der räumlichen, der infrastrukturellen Umwelt. Die soziale Umwelt eröffnet zum einen Möglichkeiten der Aktivität und des Engagements und kann auf diesem Wege auch die – für die Zufriedenheit im Alter bedeutsame – Überzeugung vermitteln, von anderen Menschen gebraucht werden. Zum anderen können von der sozialen Umwelt verschiedenartige Formen der Unterstützung ausgehen, die ihrerseits einen bedeutsamen schätzenden („protektiven“) Faktor bei der Auseinandersetzung mit Belastungen darstellen. Die räumliche Umwelt ist nicht nur unter dem Aspekt der Lebensqualität, die in hohem Masse von der Wohnqualität beeinflusst ist, zu betrachten, sondern auch unter dem Aspekt der Erhaltung von Selbständigkeit, die durch Barrierefreiheit sowie durch die technische Hilfsmittel in der Wohnung und im näheren wie weiteren Wohnumfeld gefördert wird. Der Umwelt kommt hier also nicht nur anregende, sondern auch stützende (prothetische) und kompensatorische Bedeutung zu. Die infrastrukturelle Umwelt umfasst zum einen das gesamte System sozialer Sicherung, zum anderen die medizinisch-rehabilitativen und sozialen Angebote für ältere Menschen; dabei lässt sich heute immer noch ein deutlicher Mangel an geriatrischen sowie an gerontopsychiatrischen und gerontopsychosomatischen Versorgungsstrukturen feststellen (Kommission, 2000). Die infrastrukturelle Umwelt umfasst schliesslich das gesamte Spektrum von Dienstleistungen und soziokulturellen Angeboten, wobei auch hier die Aussage zu treffen ist, dass die Bedürfnisse älterer Menschen bei der Entwicklung dieser Leistungen und Angebote nicht immer in ausreichendem Masse berücksichtigt werden.

#### **(Tabelle 6 und 7)**

Den Daten des Bundesgesundheitsurvey 1998 (Robert Koch-Institut, 2000) zufolge ist der grössere Teil der älteren Bevölkerung nicht nur mit der Gesundheit, sondern auch mit anderen Aspekten der persönlichen Lebenssituation und dem Leben insgesamt eher zufrieden. Die familiäre Situation, die Beziehungen zu Nachbarn, Freunden und Bekannten, die persönliche finanzielle Situation sowie das Leben insgesamt wurden ebenfalls auf einer siebenstufigen Skala beurteilt. Von den älteren Frauen waren mit ihrer familiären Situation 84,5%, mit ihren Beziehungen zu Nachbarn, Freunden und Bekannten 92,8%, mit ihrer finanziellen Situation 82,1% und mit ihrem Leben insgesamt 92,2% eher zufrieden. Von den älteren Männern waren mit ihrer familiären Situation 87,5%, mit ihren Beziehungen zu Nachbarn, Freunden und Bekannte 84,4% eher zufrieden. – Im Interdisziplinären Alters-Projekt (IDA) wurden drei Bereiche des Wohlbefindens – physisches, psychisches, soziales Wohlbefinden – untersucht (vgl. Perrig-Chiello, Perrig, Stähelin, Krebs-Roubicek & Ehrsam, 1996). Beim physischen Wohlbefinden waren statistisch signifikante, alterskorrelierte Einbussen erkennbar: im hohen und sehr hohen Alter geht das physische Wohlbefinden eher zurück. Es fanden sich keine alterskorrelierten Einbussen im psychischen Wohlbefinden: dieses bleibt im hohen Alter eher bestehen. Die Kontinuität in diesem Bereich ist den Ergebnissen von IDA zufolge auf zwei Faktoren zurückzuführen: (a) auf die Zufriedenheit vieler älterer Menschen mit der Gegenwart und der gedanklich vorweggenommenen Zukunft, (b) auf die als veränderbar erlebte Lebenssituation. Beim sozialen Wohlbefinden (Zufriedenheit mit den Kontakten, mit der materiellen Situation und mit den Wohnbedingungen) fanden sich auch keine alterskorrelierten Veränderungen: dieses bleibt im hohen Alter eher bestehen. – In der Interdisziplinären Langzeitstudie des Erwachsenenalters (ILSE) liessen sich auf der Grundlage von zehn Merkmalen der subjektiv erlebten Lebenssituation in einer Gruppe von 61-63-Jährigen Menschen fünf Alternsstile differenzieren, die wie folgt umschrieben werden (vgl. Minnemann, Schnitt, Sperling & Jüchter, 1997): „Gesundes und glückliches Altern“, „Gesundes und kompetentes Altern“, „Kompensatorisches Altern“, „Hinnehmendes Altern“ sowie „Physisch und sozial belastendes Altern“. Auf die beiden ersten Alternsstile entfielen mehr als 40% der Stichprobe, auf die zwei weiteren mehr als 45% und auf den zuletzt genannten 12%. – Die in der Berliner Alterstudie (BASE) ermittelten Ergebnisse zum Inhalt der Selbstdefinitionen alter und sehr alter Menschen (Freund & Smith, 1997) sprechen insgesamt für ein aktivitätsbetontes, gegenwartsbezogenes Selbstbild, wobei der Gesundheit mit wachsendem Alter immer grössere Bedeutung beigemessen wird. Dabei überwiegen auch in der Selbstdefinition der 85-Jährigen und älteren Menschen positiv bewertete Merkmale und Eigenschaften; allerdings wird hier das Verhältnis zwischen positiv und negativ bewerteten Attributen ungünstiger, was vor allem auf körperliche und sensorische Einschränkungen zurückzuführen ist. Darüber hinaus geht die Anzahl der Bereiche, durch die sich Menschen selbst definieren, mit zunehmendem Alter zurück. – Die genannten Studien stimmen in dem Ergebnis überein, dass der grössere Anteil jener Menschen, bei denen gesundheitliche Einbussen und soziale Verluste eingetreten sind, keine psychischen und psychosomatischen Störungen aufweist. Dieses Ergebnis kann auch im Sinne hoher psychischer Widerstandsfähigkeit („Resilienz“) gedeutet werden (Kruse, 1996b), die die Fähigkeit des Menschen umschreibt, nach Eintreten von Anforderungen und Verlusten das frühere psychische Anpassungs- und Funktionsniveau wiederherzustellen (Staudinger, Marsiske & Baltes, 1995). Allerdings geht die psychische Widerstandsfähigkeit bei einer Kumulation von Beeinträchtigungen und bei einer gleichzeitigen Abnahme der (physischen, kognitiven, sozialen und materiellen) Ressourcen. In Situationen deutlich verringerter psychischer Widerstandsfähigkeit nimmt auch die Gefahr psychischer und psychosomatischer Störungen zu.

Bei lang anhaltenden Belastungen, vor allem bei schweren Erkrankungen sowie beim Verlust nahestehender Menschen, ist darüber hinaus das Risiko des Selbstmordes erhöht. Bei Männern steigt die Suizidrate von 9 je 100.000 in der Altersgruppe der 20-Jährigen auf 30 je 100.000 in der Altersgruppe der 70-Jährigen und auf 130 je 100.000 in der Altersgruppe der 90-Jährigen. Bei Frauen steigt die Suizidrate von 2 je 100.000 in der Altersgruppe der 20-Jährigen auf 18 je 100.000 in der Altersgruppe 70-Jährigen und auf 27 je 100.000 in der Altersgruppe der 90-Jährigen (Erlmeier, 1998). Die Suizidrate für depressiv erkrankte Menschen liegt bei 500-900 je 100.000. Bei 40-60% aller Suizidenten liegen Depressionen vor (Häfner, 1994).

#### **4. Körperliche Erkrankungen**

Auch bei einem mehrdimensionalen Verständnis von Gesundheit wird der körperliche Gesundheitszustand in erster Linie über das Vorhandensein von Erkrankungen definiert. Allerdings wären Aussagen über den körperlichen Gesundheitszustand, die sich auf das Vorhandensein von Erkrankungen beschränken, unvollständig. Vielmehr sind auch Aussagen über die verschiedenen sensorischen motorischen Funktionen sowie über den Grad der Selbständigkeit im Alltag notwendig, um zu einem umfassenderen Bild von körperlicher Gesundheit zu gelangen. Darüber hinaus sind Aussagen zur subjektiven Gesundheit zu treffen, durch die eine Einschätzung der Befindlichkeit des Menschen möglich wird. Diese Aspekte von Gesundheit bilden zentrale Komponenten

des geriatrischen Assessments, das mehrdimensional aufgebaut sein muss, d.h. neben den körperlichen und psychischen Erkrankungen den Grad der Selbständigkeit (vs. Hilfsbedürftigkeit oder Pflegebedürftigkeit), die Kapazität spezifischer sensomotorischer Funktionen und alltagspraktischer Fertigkeiten, den allgemeinen physischen, psychischen und kognitiven Status, die Persönlichkeit sowie der Grad der Krankheitseinsicht und die Art der Krankheitsverarbeitung erfasst. Das geriatrische Assessment bildet die zentrale Grundlage für die frühzeitige Erfassung von Risikofaktoren und Krankheiten sowie für die Einschätzung des Rehabilitationspotentials (Lenzen-Grossimlinghaus & Steinhagen-Thiessen, 2000; Meier-Baumgartner, 1998; Nehe, 1998).

Ein wesentlicher Aspekt medizinischer Prävention liegt in der Vermeidung der Entwicklung von Krankheiten und Behinderungen. Bisherige Erkenntnisse zeigen, dass es für einige lebensbedrohliche Krankheiten sowie für nicht lebensbedrohliche, chronisch behindernde Erkrankungen Präventionsstrategien gibt, durch die Risikofaktoren vermieden oder verringert werden. Tabelle 8 gibt einen Überblick über die Effekte bekannter Risikofaktoren auf die klinische Manifestation von vier Erkrankungen. Es wird deutlich, dass die Koronare Herzkrankheit und der cerebrovaskuläre Insult eine hohe Übereinstimmung in den Risikofaktoren zeigen. Des Weiteren zeigt sich, dass mehrere Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen (Rauchen, Östrogenmangel, Diabetes mellitus, Adipositas, Bewegungsarmut) zugleich Risikofaktoren für die Osteoporose darstellen. Und schliesslich ist festzustellen, dass durch einen gesundheitsbewussten, verantwortlichen Lebensstil ein zentraler Beitrag zur Vermeidung von drei der vier genannten Erkrankungen geleistet werden könnte.

**(Tabelle 8)**

Aufgrund der erhöhten biologisch-physiologischen Vulnerabilität liegen bei älteren Menschen die Prävalenz- und Inzidenzzahlen in den meisten Krankheitsgruppen höher als bei jüngeren Erwachsenen. Daten ACUT-Datenbank (Infratest, 2000) zufolge wurden die in Tabelle 9 genannten Erkrankungen bei Patienten in der ambulanten Primärbetreuung im Jahre 1993 am häufigsten diagnostiziert.

**(Tabelle 9)**

Die Daten der ACUT-Datenbank decken sich in etwa mit den häufigsten Diagnosen bei 70-Jährigen und älteren Menschen aus der Berliner Altersstudie, in der die Altersspanne vom achten bis in das elfte Lebensjahrzehnt, d.h. vor allem das „vierte Lebensalter“ erfasst wurde, allerdings lagen dieser Studie die Prävalenzraten zwischen 45% und 76% (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996). Aus den Befunden der Berliner Altersstudie geht weiterhin hervor, dass bei 96% der 70-Jährigen und älteren Menschen mindestens eine und bei 30% fünf und mehr internistische, neurologische oder orthopädische Erkrankungen diagnostiziert wurden. Dabei standen die mit einer deutlichen Verkürzung der weiteren Lebenserwartung einhergehenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Vordergrund. Gefässerkrankungen wie die koronare Herzkrankheit und die periphere sowie zerebrovaskuläre Verschlusskrankheit liessen sich mit mittel- bis schwergradiger Ausprägung bei 36%, eine mittel- bis schwergradige Herzinsuffizienz bei 24% der Untersuchungsteilnehmer finden. Von den Personen mit einer dieser genannten Erkrankungen sind bis 28 Monate nach der Untersuchung 20% verstorben, im Vergleich zu 6% der übrigen Personen. – Die häufigsten behandlungsbedürftigen Nebendiagnosen älterer Patienten, die wegen der Hauptdiagnose Schlaganfall oder Fraktur (meist Schenkelhalsfraktur) stationär behandelt werden müssen, bestätigen den Befund, wonach im Alter die Herz-Kreislauf-Erkrankungen besonderes Gewicht besitzen (vgl. Kommission, 2000): Bei jenen Patienten, bei denen der „Schlaganfall“ die Hauptdiagnose bildet, bestehen die Nebendiagnosen: Hypertonus (52%), Herzinsuffizienz (28%), Diabetes mellitus II (26%), Demenz (7%). Bei jenen Patienten, bei denen die „Fraktur“ die Hauptdiagnose bildet, finden sich die Nebendiagnosen: Hypertonus (31%), Herzinsuffizienz (22%), Demenz (12%), Diabetes mellitus II (10%).

Die Daten zu den Krankenhausfällen aus dem Jahre 1993 (siehe Tabelle 8) machen deutlich, dass bei älteren Patienten Krankheiten des Kreislaufsystems dominieren; weiterhin geht aus diesen Daten die mit zunehmendem Alter wachsende Bedeutung der Neubildungen hervor.

**(Tabelle 10)**

Im Alter besteht ein deutlich erhöhtes Sturzrisiko: Fast ein Drittel der 65-Jährigen und Älteren sowie die Hälfte der 80-Jährigen und Älteren stürzen jährlich mindestens einmal (Specht-Laible & Oster, 2000). Dabei führen 10-20% aller Stürze zu Verletzungen, ca. 5% zu Frakturen, ca. 1-2% zu einer hüftnahen Oberschenkelhalsfraktur. Die Inzidenz der Stürze beträgt bei den 65-Jährigen und Älteren 6.6 pro 1.000, bei den 95-Jährigen und Älteren 40 pro 1.000. Jährlich ereignen sich in Deutschland 70.000 Oberschenkelhalsfrakturen (Bundesärztekammer, 1998). Bis zu 50% jener Menschen im hohen Lebensalter, die wegen eines Sturzes stationär behandelt werden müssen, und 14-34% der Patienten nach einer hüftnahen Oberschenkelhalsfraktur sterben innerhalb eines Jahres. Darüber hinaus ist festzustellen, dass nur ca. 33-40% der Patienten nach einer hüftnahen Oberschenkelhalsfraktur ihre bisherige Kompetenz in den basalen Aktivitäten des täglichen Lebens und nur 14-21% in den instrumentellen Aktivitäten ihre bisherige Kompetenz wieder erreichen (Zuckermann, 1996). Als Ursache für diese Kompetenzeinbussen ist auch die Fallangst zu nennen: ca. 30% aller Gestürzten äussern Angst vor weiteren Stürzen (Tinetti, Mendes de Leon, Doucette & Baker, 1994). – Stürze sind immer multifaktoriell verursacht, das Sturzrisiko steigt mit der Zahl der Risikofaktoren. Zu diesen zählen kardiovaskuläre Erkrankungen, Arrhythmien mit zerebraler Minderperfusion, Erkrankungen mit Störungen der neuromuskulären Koordination, medikamentöse Faktoren (Sedativa, Hypnotika, Psychopharmaka, Muskelrelaxantien) sowie Faktoren der räumlichen Umwelt (glatter Fussboden, Stufen in der Wohnung, enge Möblierung, schlechte Beleuchtung, unbefestigte Teppiche, Schnee und Glatteis) (Tinetti, Ducette, Claus & Marottoli, 1995).

Seh- und Höreinbussen bilden zentrale funktionelle Einbussen des höheren Lebensalters (Tesch-Römer & Wahl, 1996). Fast 70% der Menschen mit schweren Sehbeeinträchtigungen sind 60-Jahre und älter; 90% dieser Personen sind späterblindet oder spätsehbehindert. Die wichtigsten Erkrankungen des Auges bilden Katarakt (16%), Makuladegeneration (9%), Glaukom (3%) und diabetische Retinopathie (3%). – Bei mindestens einem Drittel der 60-Jährigen und Älteren und bei mindestens der Hälfte aller 70-Jährigen und Älteren liegen starke Höreinbussen vor, wobei diese Einbussen von älteren Menschen oftmals unterschätzt werden. – Bei der Rehabilitation von Menschen mit Seh- und Höreinbussen spielen technische Hilfen eine herausragende Rolle.

Häufig treten infolge von Erkrankungen Schmerzzustände auf. Nach den Ergebnissen des Bundesgesundheitsurvey 1998 (Robert-Koch-Institut, 2000) litten von den 60-69-Jährigen Frauen 22,5%, von den gleichaltrigen Männern 25,5%, von den 70-79-Jährigen Frauen 24,4% und von den gleichaltrigen Männern 30,8% in den letzten vier Wochen unter Schmerzzuständen. Mit diesen Schmerzzuständen waren für 37,6% der 60-69-Jährigen Frauen, 31,7% der 60-69-Jährigen Männer, 39,8% der 70-79-Jährigen Frauen und 35,3% der 70-79-Jährigen Männer zumindest als „mässig stark“ beurteilte Einschränkungen in der Ausführungen von Tätigkeiten verbunden, des Weiteren hatten Schmerzzustände für 20,6% der 60-69-Jährigen Frauen, 15,9% der 60-69-Jährigen Männer, 27,5% der 70-79-Jährigen Frauen und 19,2% der 70-79-Jährigen Männer zumindest „manchmal“ eine Beeinträchtigung von sozialen Kontakten zur Folge. In einer Befragung von 60-Jährigen und älteren Patienten einer geriatrischen Akutklinik mit Hilfe des Giessener Beschwerdeboogens gaben nur 17% keine bzw. sehr geringe Schmerzen an. Von den Patienten, die unter Schmerzen litten, gaben nur 17% eine Schmerzregion an (wie Kopf-, Nacken- und Schulter-, Kreuz-

und Gelenkschmerzen). Die übrigen 83% gaben zwischen zwei und vier Schmerzregionen mit starken oder sehr starken Schmerzen an (Heuft, Kruse, Lohmann & Nehen, 1995). Aus den USA liegen Studien vor, die für 81% der 64-69-Jährigen und für 64% der 80-89-Jährigen Schmerzprobleme berichten. Dabei legen die Befunde dieser Studien die Annahme nahe, dass bei den ältesten Menschen (85 Jahre und älter) die Schmerzprävalenz abzunehmen scheint. – Viele mit chronischen Schmerzen verbundene Erkrankungen sind bei älteren Menschen überproportional häufig zu beobachten. Zu nennen sind hier vor allem muskuloskeletale Erkrankungen wie chronische Polyarthrit, Arthrosen der Gelenke, Osteoporose, Frakturen. Schmerzen stellen hier oftmals ein Leitsymptom dar.

Medizinische Diagnosen reichen alleine nicht aus, um den körperlichen Gesundheitszustand älterer Menschen zu beschreiben. Es sind auch die Auswirkungen dieser Krankheiten auf die Selbständigkeit und das Selbsthilfepotential der alten Menschen zu berücksichtigen. Von grosser Bedeutung für die Therapie und Rehabilitation ist die Frage, inwieweit die Erkrankungen zu funktionellen Einbußen führen. Deren Überwindung oder Linderung bildet das zentrale Ziel der geriatrischen Rehabilitation, wobei festgestellt werden kann, dass bei vielen älteren Menschen ein hohes Rehabilitationspotential gegeben ist, das die Einleitung einer Rehabilitation rechtfertigt. In Abbildung I ist die Erweiterung des nosologischen, d.h. auf der Diagnose von Erkrankungen gründenden Gesundheitsverständnisses durch ein funktionales, d.h. auf der Bestimmung des Grades des Selbstständigkeit und des Selbsthilfepotentials gründenden Gesundheitsverständnis dargestellt.

#### **(Abbildung I)**

**Pflegebedürftigkeit:** Im Jahre 1998 belief sich die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen in Privathaushalten auf 1.204 Millionen, in vollstationären Einrichtungen auf 492.100. Fast 90% der in Privathaushalten lebenden Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung erhalten Leistungen entsprechend den Pflegestufen I und II. Bei den stationären Leistungsempfängern entfallen ca. 70% aller Leistungen auf die Pflegestufe II und III.

Bezüglich des Pflegebedarfs ist eine Zunahme ab dem 80. Lebensjahr festzustellen: 2.6% der 65-70-Jährigen Bevölkerung, 4.5% der 70-75-Jährigen Bevölkerung und 8.9% der 75-80-Jährigen Bevölkerung waren Ende 1998 pflegebedürftig (nach den Massstäben des Pflegeversicherungsgesetzes). In der 80-85-Jährigen Bevölkerung belief sich dieser Anteil hingegen auf 19.2%, in der 85-90-Jährigen Bevölkerung auf 34% und in der 90-Jährigen und älteren Bevölkerung auf 55.4% (Bundesministerium für Gesundheit, 1999; Kommission, 2000). Ab dem 80. Lebensjahr ist der Anteil jener Menschen, die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung beziehen, in der Gruppe der Frauen um ca. 5% höher als in der Gruppe der Männer. – Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (1999) nimmt an, dass die Zahl der 60-Jährigen und älteren pflegebedürftigen Menschen von 1.31 Millionen im Jahre 1997 auf 2.25 Millionen im Jahre 2020 und auf 3.88 Millionen im Jahre 2050 ansteigen wird. Allerdings ist hier anzumerken, dass bei dieser Vorausberechnung davon ausgegangen wird, dass das Risiko der Pflegebedürftigkeit in den kommenden Jahrzehnten genauso hoch sein wird wie heute. Dazu ist anzumerken, dass durch eine Verbesserung der medizinischen, der medizinisch-rehabilitativen und der pflegerischen Versorgung eine Verringerung dieses Risikos erreicht werden kann. Darüber hinaus sind Untersuchungen zu berücksichtigen, aus denen die Folgerung abgeleitet werden kann, dass sich in der jüngeren Vergangenheit der Gesundheitszustand älterer Menschen erkennbar verbessert hat. Dinkel (1999) hat auf der Basis von Mikrozensusdaten des Zeitraums 1978 bis 1995 die Entwicklung des subjektiven Gesundheitszustandes im Alter und den Zuwachs der durchschnittlichen Lebenserwartung in Gesundheit in der Abfolge der Geburtsjahrgänge 1907, 1913 und 1919 untersucht und kommt zu dem Schluss, dass sowohl für das dritte als auch für das vierte Lebensalter im Durchschnitt eine Verbesserung des Gesundheitszustandes angenommen werden kann. Dinkel kommt auf der Grundlage seiner Befunde zu folgender Bewertung: „Man kann zumindest für die jüngere Vergangenheit in der Bundesrepublik die weit verbreitete pessimistische These nicht länger aufrechterhalten, wir würden zwar immer älter, aber auch gleichzeitig immer kränker“ (1999, S. 79). Die Sachverständigenkommission des Dritten Berichts zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland stellt ebenfalls fest: „Die Kommission wendet sich bewusst gegen immer noch vorherrschende Auffassungen einer dramatischen Ausweitung der Gebrechlichkeit mit zunehmender Langlebigkeit der Bevölkerung. Es spricht vieles dafür, dass die – unter Hinweis auf die demographische Alterung unserer Gesellschaft – vorgebrachten Befürchtungen eines massiven Anstiegs der Gesundheitsausgaben auf zu pessimistischen Annahmen über die voraussichtliche Entwicklung des Gesundheitszustands der Alten der Zukunft beruhen“ (Kommission, 2000, S. 48).

## **5. Psychische Erkrankungen**

Die psychischen Störungen im Alter können auf sehr verschiedenartige Ursachen zurückgehen. Entscheidend für die möglichst weite Erhaltung oder für die Wiedererlangung von Selbständigkeit, Selbstverantwortung und Zufriedenheit des Menschen sind (a) die frühzeitige Erfassung psychischer Störungen, (b) die Differentialdiagnostik dieser Störungen und (c) die rechtzeitige Einleitung therapeutischer Massnahmen. Dabei ist hinsichtlich der heute bestehenden Versorgungssituation kritisch festzustellen, dass psychische Störungen (aufgrund ihrer Überlagerung durch körperliche Erkrankungen oder durch die fehlerhafte und gefährliche Annahme, die vorliegende psychische Störung sei im Kern Ausdruck des „normalen Alterns“) oftmals nicht rechtzeitig erkannt werden. Hirnorganisch bedingte Störungen werden aufgrund eines fachlich nicht zu rechtfertigenden therapeutischen Nihilismus vielfach nicht behandelt, und auch bei erlebnisreaktiven Störungen unterbleibt eine Behandlung in den meisten Fällen – dies aufgrund der fehlerhaften Annahme, im Alter sei die für eine erfolgreiche Psychotherapie notwendige Plastizität des Erlebens und Verhaltens nicht gegeben. Durch die Korrektur solcher Vorurteile und durch Verbesserungen in bezug auf die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung würde ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit im Alter geleistet (Helmchen & Kanowski, 2000; Heuft, Kruse & Radebold, 2000; Radebold, 1998).

In diesem Bericht können die psychischen Störungen im Alter nicht ausführlich beschrieben werden. Wir beschränken uns auf die Nennung zentraler Symptome sowie der wichtigsten ätiopathogenetischen Merkmale und Risikofaktoren. – Demenzen: Obligate Merkmale einer Demenz sind nach ICD-10 die Abnahme des Gedächtnisses und anderer kognitiver Fähigkeiten (Urteilsfähigkeit, Denkvermögen) über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten, Störung der Affektkontrolle, des Antriebs sowie des Sozialverhaltens (mit emotionaler Labilität, Reizbarkeit und Apathie oder mit Vergröberung des Sozialverhaltens) sowie fehlende Hinweise auf einen vorübergehenden Verwirrheitszustand. Die häufigste Form der Demenz mit ca. 60% aller Demenzen ist die Alzheimer Demenz, deren wichtigste morphologische Kennzeichen fortschreitende Hirnatrophie, neurofibrilläre Veränderungen, Ausbildung von senilen Plaques, Verlust kortikaler Pyramidenzellen und Veränderungen der Neurotransmitter (vor allem im cholinergen System) bilden. Als Risikofaktoren für die Alzheimer-Demenz wurden in mehreren Studien Alter und Familiengeschichte nachgewiesen.

Es kann heute davon ausgegangen werden, dass sich in der kommenden Dekade Wege zu einer Behandlung der Alzheimer-Demenz finden werden, die über die symptomatische Behandlung hinaus geht und die Krankheitsprozesse direkt und ursächlich beeinflusst (Fürstl, Lauter & Bickel, 2000; Masters & Beyreuther, 1998). Im Mittelpunkt pharmakologischer Überlegungen



steht derzeit die nachgewiesene Abnahme des für kognitive Funktionen wichtigen Neurotransmitters Azetylcholin. Durch Azetylcholinesterasehemmer soll der Abbau von Azetylcholin gestoppt und damit das Azetylcholin-Defizit verringert werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass diese Medikation vor allem in einem frühen Stadium der Alzheimer-Demenz erfolgversprechend ist, so dass sich auch von daher die Notwendigkeit der frühzeitigen Erfassung einer Alzheimer-Demenz ergibt. Die zweithäufigste Form der Demenz bilden die vaskulären Demenzen. 10-20% aller Demenzen sind als vaskulär bedingt anzusehen, 20% als eine Mischung aus vaskulärer und Alzheimer-Demenz. Es handelt sich bei den vaskulären Demenzen um eine heterogene Krankheitsgruppe, die durch zwei gemeinsame Eigenschaften – stark ausgeprägte kognitive Defizite und Hinweise auf eine vaskuläre Ursache – definiert ist. Die Symptome setzen eher plötzlich ein, die Verschlechterung erfolgt eher stufenweise. Bei ca. 30% der Schlaganfallpatienten ist ein vaskuläres Demenzsyndrom (post stroke dementia) nachweisbar (Pohjasvaara, Erkinjuntti & Ylikoski, 1998). Die Prävention der vaskulären Demenzen ist vor allem durch die Beeinflussung der Risikofaktoren für vaskuläre Demenz möglich. Den bedeutsamsten und bislang einzig gesicherten Risikofaktor bildet die arterielle Hypertonie, als weitere Risikofaktoren werden Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Rauchen und übermäßiger Alkoholkonsum beschrieben. – Verwirrheitszustände: Von den Demenzen abzugrenzen sind die kurzzeitigen Verwirrheitszustände, die von wenigen Stunden bis zu wenigen Tagen dauern können. Deren Ursachen sind vielfältig: Verwirrheitszustände können auf eine reduzierte Sauerstoffversorgung des Gehirns (infolge Herzrhythmusstörungen, starkem Blutdruckabfall oder cerebralen Gefäßprozessen), auf hohe psychische Belastungen (vor allem bei bereits eingetretenen psychoorganischen Veränderungen), auf medikamentöse Einflüsse (infolge von Überdosierung, Interaktionen und Wirkungen einzelner Substanzen) sowie auf diätetische Ursachen (mangelnde Flüssigkeitszufuhr, unzureichende Ernährung) zurückgehen (Häfner, 1994). – Depressive Störungen und Angststörungen: Bei den depressiven Störungen ist die Differenzierung zwischen den „majoren Depressionen“, deren Symptomatik stark ausgeprägt ist und bei denen sowohl eine endogene als auch eine erlebnisreaktive Komponente angenommen wird, den „Dysthymien“, deren Symptomatik geringer ausgeprägt ist und die vor allem auf die nicht gelingende Bewältigung und Verarbeitung neuer Lebensanforderungen und Entwicklungsaufgaben zurückgehen, sowie den Störungen mit subdiagnostischer Symptomatik zu unterscheiden, die sich auf den Verlauf körperlicher Erkrankungen, auf das Krankheitserleben (und hier vor allem auf das Schmerzerleben), auf die Lebenseinstellung und auf das persönliche Altersbild auswirken. Die Ursachen der Depressionen im Alter weichen nicht deutlich von jenen im mittleren Lebensalter ab. Die manisch-depressiven und rein depressiven affektiven Psychosen, die familiär gehäuft auftreten, bilden den kleineren Anteil der depressiven Störungen. Das Risiko der depressiven Erkrankung ist vor allem bei Partnerverlust, bei subjektiv erlebter Einsamkeit sowie bei körperlichen Erkrankungen und Behinderungen erhöht. Unter den Angststörungen im Alter dominieren zwei Formen: die generalisierte Angststörung und die Agoraphobie. Daneben sind Angststörungen mit subdiagnostischer Symptomatik erkennbar, die noch häufiger auftreten als Angststörungen mit diagnostischer Symptomatik. Angststörungen finden sich vor allem bei jenen älteren Menschen, die bereits im Lebenslauf eine ängstliche Persönlichkeit gezeigt haben. Darüber hinaus tragen Isolation und subjektiv erlebte Einsamkeit zu Angststörungen bei. – Belastungsstörungen und somatoforme Störungen: Zu diesen werden die akute Belastungsreaktion und die posttraumatische Belastungsstörung (zum Beispiel nach einem sehr bedrohlichen und traumatischen Ereignis wie dem Verlust nahe stehender Menschen), die Anpassungsstörungen (Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung nach einem belastenden Lebensereignis oder nach schwerer körperlicher Krankheit) sowie somatoforme Störungen (zum Beispiel die anhaltende somatoforme Schmerzstörung) gezählt. Akut auftretende Belastungs- und somatoforme Störungen im Alter sind verursacht (a) durch einen neurotischen Kernkonflikt, der nach langer Latenz zu einer Erstmanifestation der Symptomatik in der zweiten Hälfte des Erwachsenenlebens führt, (b) durch einen Aktualkonflikt, der sich trotz einer psychisch stabilen Entwicklung im Lebenslauf aufgrund von nicht bewältigten Entwicklungsaufgaben im Alter (zum Beispiel der Suche nach neuen Rollen in der nachberuflichen Phase) oder aufgrund von Ängsten vor möglichen gesundheitlichen Einbußen im Alter ausbildet, (c) durch die Reaktivierung von Traumatisierungen, die in der Adoleszenz oder im Erwachsenenalter erlebt wurden, oder (d) durch die nicht gelingende Verarbeitung von Erkrankungen (Heuft, 1993). In bezug auf die Reaktivierung von Traumatisierungen ist eine Studie von Kruse & Schmitt (2000) zu nennen, in der ehemalige jüdische Emigranten und Lagerhäftlinge über eine im Alter deutlich zunehmende Intensität der Erinnerungen an das persönliche Schicksal in der NS-Diktatur berichtet haben. Vor allem die ehemaligen Lagerhäftlinge gaben an, dass die Erinnerungen an erlittene Traumatisierungen im Alter wieder genau so stark gewesen seien wie im Zeitraum nach der Befreiung aus dem Vernichtungslager. - Akut auftretende Belastungsstörungen und somatoforme Störungen können auch bei älteren Menschen psychotherapeutisch behandelt werden – die psychische Plastizität ist weniger vom Alter und mehr von der Dauer der psychischen Erkrankung beeinflusst. Auch wenn bisher nur vereinzelt katamnestic Studien zu den langfristigen Effekten psychotherapeutischer Intervention veröffentlicht wurden, so lassen diese, wie auch Auswertungen jener Studien, in dem die Effekte einer gerade durchgeführten oder abgeschlossenen Psychotherapie erfasst wurden, die Annahme zu, dass eine Psychotherapie im Alter mit ähnlichen Erfolgen wie in früheren Lebensaltern eingesetzt werden kann. Auch dieser Befund weist auf die Möglichkeit der Wiedererlangung von seelischer Gesundheit im Alter hin.

Etwa ein Viertel der über 65-Jährigen Bevölkerung leidet an einer psychischen Störung. Trotz der altersabhängigen Zunahme von Demenzerkrankungen ist die psychiatrische Gesamtmorbidität mit etwa 25 Prozent in der Gruppe der 65-Jährigen und älteren Menschen nicht höher als in jüngeren Altersgruppen. In der Berliner Altersstudie werden für die Altersgruppe der 70- bis über 100-Jährigen folgende Zahlen berichtet (Helmchen, Baltes, Geiselman, Kanowski, Linden, Reischies, Wagner, Wilms, 1996): 13.9% leiden an einer Demenz, 9.1% an einer depressiven Störung (5.4% an einer Majoren Depression, 2.0% an einer Dysthymia, 1% an einer Demenz mit Depression sowie 0.7% an einer depressiven Anpassungsstörung), 1.9% an einer Angststörung, 0.6% an einer organisch bedingten wahnhaften Störung oder Halluzinose, weitere 0.6% an einer organisch bedingten Persönlichkeitsstörung und 0.7% an einer schizophrenen und paranoiden Störung. Bezüglich der Inzidenz der Demenzen wurde ein exponentieller Anstieg im hohen Alter nachgewiesen: Während nur zwischen ein und vier Prozent der 65-69-Jährigen Bevölkerung an einer schweren oder mässig schweren Demenz leiden, beläuft sich dieser Anteil in der 80-84-Jährigen Bevölkerung immerhin schon auf 15% und in der 90-Jährigen und älteren Bevölkerung auf 40%. Im Gegensatz zu den Demenzen weisen die Depressionen keine Altersabhängigkeit auf, d.h. deren Inzidenz nimmt nicht im hohen Alter zu. Bei den Angaben zur psychiatrischen Morbidität ist zu berücksichtigen, dass bislang kein gesichertes Wissen zur Häufigkeit der subdiagnostischen Symptomatik vorliegt. Mit diesem Begriff wird eine psychopathologische Symptomatik beschrieben, die zwar für die Lebensqualität und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Bedeutung ist, die jedoch den Diagnosekriterien der Diagnosesysteme (ICD, DSM) zufolge für eine spezifische psychiatrische Diagnose nicht ausreicht. Dies gilt vor allem für depressive Störungen: Depressionen weisen verschiedenartige Ausprägungsgrade auf; es ist von den Schwellenwertsetzungen sowie von den Krankheitsdefinitionen abhängig, ab welchem Ausprägungsgrad von einer depressiven Störung gesprochen wird. Den Ergebnissen der Berliner Altersstudie zufolge bestehen bei 17.8% der 70- bis über 100-Jährigen Depressionen mit subdiagnostischer Symptomatik.

Ein bis heute ungelöstes Problem bildet die Differenzierung zwischen einer „leichten kognitiven Beeinträchtigung“ (auch umschrieben mit dem Begriff der „gutartigen Altersvergesslichkeit“) und der Demenz. Derzeit lässt sich die Frage, ob die leichte kognitive Beeinträchtigung als gutartige altersassoziierte Leistungsminderung oder als präklinische Phase der Demenz zu interpretieren ist, nicht beantworten; darüber hinaus ist keine einheitliche Definition leichter kognitiver Defizite erkennbar (Förstl, Lauter, Bickel, 2000). Die Bedeutung dieser Frage zeigt sich an zwei Befunden: Die Prävalenz der leichten kognitiven

Beeinträchtigung liegt in der älteren Bevölkerung zwischen 16 und 34 Prozent. Zwischen 70 und 100% der in einem dreijährigen Beobachtungszeitraum auftretenden dementiellen Neuerkrankungen entwickelt sich in der Gruppe älterer Menschen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung (Ritchie, 1998; Leibovici & Ledsert, 1996).

## Abschluss

Alter ist ein komplexes Phänomen; diese Aussage gilt sowohl im Hinblick auf die individuelle Entwicklung als auch im Hinblick auf die Gesellschaft. – Die individuelle Entwicklung zeichnet sich durch eine hohe Verschiedenartigkeit von Veränderungsprozessen aus: Altern ist nicht alleine mit Verlusten, sondern auch mit potentiellen Gewinnen verbunden. Darüber hinaus besteht auch in jenen Bereichen, in denen Verluste dominieren, vielfach ein hohes Veränderungspotential (Plastizität), welches die Grundlage sowohl für das Lernen als auch für die Rehabilitation bildet. In der öffentlichen Diskussion werden die beiden Aspekte: (a) potentielle Gewinne im Alter, (b) Plastizität im Alter noch nicht ausreichend gewürdigt. Die mangelnde Berücksichtigung der Plastizität im Alter ist mit dafür verantwortlich zu machen, dass erkrankte ältere Menschen viel zu selten eine Rehabilitation erhalten, obwohl durch diese ein bedeutsamer Beitrag zur Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung der Selbständigkeit und Lebensqualität geleistet werden könnte. In bezug auf die individuelle Entwicklung sind auch die grossen interindividuellen Unterschiede im Alter zu nennen. Für diese Unterschiede ist unter anderem die Lebensführung in früheren Lebensaltern verantwortlich zu machen; damit ist auch die große Bedeutung der Prävention für die Aufrechterhaltung der Gesundheit im Alter angesprochen. Vielfach wird Alter als ein schicksalhaftes Geschehen interpretiert, in das der Mensch nicht gestaltend eingreifen kann. Diese Interpretation ist falsch. Gesundheit, Selbständigkeit, Lebensqualität und Kompetenz im Alter sind auch als Ergebnis der Lebensführung des Menschen in den verschiedenen Phasen des Lebenslaufs zu interpretieren. Aus diesem Grunde ist auch die Forderung gerechtfertigt, dass die Aufklärung über Alter(n) und dessen Einflussfaktoren möglichst früh – zum Beispiel schon im Schulunterricht – erfolgt, damit sich Menschen ihrer eigenen Verantwortung für das individuelle Altern bewusst werden (Kruse, 1999). Prävention beschränkt sich dabei nicht nur auf die körperliche Dimension, sondern spricht ausdrücklich auch die seelisch-geistige Dimension an. Kognitive Aktivität, die Entwicklung eines breiten Interessenspektrums sowie die bewusste und verantwortliche Auseinandersetzung mit Entwicklungsaufgaben, Belastungen und Konflikten in den einzelnen Phasen des Lebenslaufs bilden eine zentrale Voraussetzung für persönlich zufriedenstellendes und sinnerfülltes Leben im Alter. – Es wurde hervorgehoben, dass Alter auch ein komplexes gesellschaftliches Phänomen darstellt. Dies ist insofern der Fall, als die zunehmende Alterung unserer Gesellschaft nicht nur mit einem Mehr an Belastungen (der sozialen Sicherung), sondern auch mit potentiellen Gewinnen (aufgrund der zahlreichen Formen von Produktivität älterer Menschen) einher geht, wobei diese Gewinne an die Bereitschaft der Gesellschaft gebunden sind, die verschiedenen Formen möglicher Produktivität älterer Menschen zu erkennen, zuzulassen und aktiv zu nutzen. Darüber hinaus verändern sich in den aufeinander folgenden Generationen älterer Menschen Lebensstile und Lebensformen. Vor allem in der Gegenwart (Stichwort: „junge“ oder „neue Alte“) und in der Zukunft ist von tiefgreifenden Veränderungen in diesen Lebensstilen und Lebensformen auszugehen. Eine Gesellschaft muss sich auf diese Veränderungen einstellen – denn sie haben Auswirkungen auf individuelle Präferenzen hinsichtlich Art und Umfang sozialer Teilhabe und sozialer Aktivität, hinsichtlich der soziokulturellen Angebote sowie hinsichtlich Umfang, Art und Qualität medizinischer Versorgung.

## Literatur

- Baltes, M.M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P.B. (1996). Ueber die Zukunft des Alterns: Hoffnung mit Trauerflor. In M.M. Baltes, L. Montada (Hrsg.), *Produktives Leben im Alter* (S. 29-68). Frankfurt: Campus.
- Baltes, P.B. (1999). Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 32, 433-488.
- Bundesärztekammer (HRSG.) (1998). *Gesundheit im Alter*. Köln: Bundesärztekammer.
- Bundesgesundheitsurvey (2000). Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Bundesministerium für Gesundheit – BMG (1999). *Daten des Gesundheitswesens – Ausgabe 1999*. Baden-Baden: Nomos.
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (1999). *Bevölkerungsvorausrechnungen bis zum Jahre 2050*. Berlin: DIW.
- Dinkel, R. (1999). Demographische Entwicklung und Gesundheitszustand. Eine empirische Kalkulation der Healthy Life Expectancy für die Bundesrepublik auf der Basis von Kohortendaten. In H. Häfner (Hrsg.), *Gesundheit – unser höchstes Gut?* (S. 61-82) Berlin: Akademie Verlag.
- Erlenmeier, N. (1998). Suizidalität im Alter. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie, Band 1: Grundlagen* (S. 299-314). Göttingen: Hogrefe.
- Fachinger, B. (1999). Mitverantwortliches Leben im Alter. Modellprogramm „Seniorenbüro“. In A. Kruse (Hrsg.), *Weltgesundheitsstag 1999* (S. 73-80). Bonn: Schriftenreihe der Bundesvereinigung für Gesundheit.
- Förstl, H., Lauter, H., Bickel, H. (2000). Ursachen und Behandlungskonzepte der Demenzen. *Entwicklungen, Gegenwart und Zukunft. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „3. Altenbericht der Bundesregierung“*. München.
- Freund, A., Smith, J. (1997). Die Selbstdefinition im hohen Alter. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 28, 44-59.
- Häfner, H. (1994). Psychiatrie des höheren Lebensalters. In P. Baltes, J. Mittelstrass, U. Staudinger (Hrsg.), *Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie* (S. 151-179). Berlin: de Gruyter.
- Helmchen, H., Baltes, M.M., Geiselmann, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F.M., Wagner, M. Wilms, H.U. (1996). Psychische Erkrankungen im Alter. In K.U. Mayer & P. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 185-220). Berlin: Akademie

Verlag.

- Helmchen, H., Kanowski, S. (2000). Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen an die Gerontopsychiatrie in Deutschland. Expertise für den Dritten Altenbericht der Bundesregierung. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. (Erscheint 2001 bei Campus, Frankfurt.)
- Heuft, G. (1993). Psychoanalytische Gerontopsychosomatik. Zur Genese und differentiellen Therapieindikation aktueller funktioneller Somatisierungen im Alter. *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 43, 46-54.
- Heuft, G., Kruse, A., Lohmann, R., Senf, W. (1995). Psychosomatische Aspekte des Schmerzlebens im Alter. Ergebnisse aus der Eldermen-Studie. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 28, 349-357.
- Heuft, G., Kruse, A., Radebold, H. (2000). *Gerontopsychosomatik*. München: UTB, Reinhardt.
- Gerhardt, U. (1998). „Und dass ich Rente kriege“: Zur Dynamik des gesellschaftlichen Alterns. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie, Band 1: Grundlagen* (S. 253-257). Göttingen: Hogrefe.
- Infratest (1992). *Hilfe- und Pflegebedarf in Deutschland 1991. Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung im Alter*. München: Infratest.
- Infratest (2000). *ACUT-Datenbank*. München: Infratest.
- Kohli, M. (2000). Altersgrenzen als gesellschaftliches Regulativ individueller Lebenslaufgestaltung: ein Anachronismus? *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 33, 15-23.
- Kohli, M., Künemund, H. (1997). *Nachberufliche Tätigkeitsfelder. Konzepte, Forschungslage, Empire*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Kommission (1996). Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: *Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Kommission (1998). *Wohnen im Alter. Zweiter Altenbericht der Bundesregierung*. Bonn: Bundesministerium für Familien und Senioren.
- Kommission (2000). *Alter und Gesellschaft. Dritter Bericht zur Lage der älteren Menschen in Deutschland*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Kruse, A. (1995). Entwicklungspotentialität im Alter – eine lebenslauf- und situationsorientierte Sicht psychischer Entwicklung. In P. Borscheid (Hrsg.), *Alter und Gesellschaft* (S. 63-87). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kruse, A. (1996a). Geriatrie. Gesundheit und Kompetenz im Alter. Aufgaben der Prävention und Rehabilitation. In P.J. Allhoff, J. Leidel, G. Ollenschläger, P. Voigt (Hrsg.), *Handbuch der Präventivmedizin* (S. 601-628). Heidelberg: Springer.
- Kruse, A. (1996b). Alltagspraktische und sozioemotionale Kompetenz. In M. Baltes, L. Montada (Hrsg.), *Produktives Leben im Alter* (S. 290-322). Frankfurt: Campus.
- Kruse, A. (1997). Bildung und Bildungsmotivation im Erwachsenenalter. In F. Weinert, H. Mandl (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie – Pädagogische Psychologie, Band IV: Psychologie der Erwachsenenbildung* (S. 45-85). Göttingen: Hogrefe.
- Kruse, A. (1998). Störungen im Alter: Intervention. In U. Baumann, M. Perrez (Hrsg.), *Klinische Psychologie* (S. 1024-1038). Bern: Huber.
- Kruse, A. (1999). Aktives Altern – ein Lebenslaufbezogenes Verständnis von Gesundheit. In A. Kruse (Hrsg.), *Weltgesundheitsstag 1999* (S. 5-26). Bonn: Schriftenreihe der Bundesvereinigung für Gesundheit.
- Kruse, A. (in Vorbereitung). *Potentiale, Anforderungen und gesellschaftliche Ressourcen des Alters*. (Erscheint in *Psychologie VerlagsUnion, Weinheim*).
- Kruse, A., Schmitt, E. (2000). Wir haben uns als Deutsche gefühlt. Lebenssituation und Lebensrückblick jüdischer Emigranten und Lagerhäftlinge. Darmstadt: Steinkopff.
- Lehr, U., (1998). Altern in Deutschland. Trends demographischer Entwicklung. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie, Band 1: Grundlagen* (S. 13-34). Göttingen: Hogrefe.
- Lehr, U., Thomae, H. (2000). *Psychologie des Alterns*. Wiesbaden: Quelle & Meyer.
- Lindenberger, U. (2000). Plastizität. In H.W. Wahl, C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie – Handbuch in Schlüsselbegriffen* (S. 213-219). Stuttgart: Kohlhammer.
- Masters, C.L., Beyreither, K. (1998). Alzheimer'disease. *British Medical Journal*, 316, 446-448.
- Meier-Baumgartner, H.P. (1998). Das Modell einer geriatrischen Fachabteilung in der Rehabilitation. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie, Bd 2: Intervention* (S. 140-152). Göttingen: Hogrefe.
- Meier-Baumgartner, H.P., Nerenheim-Duscha, I., Görres, S. (1992). Die Effektivität von Rehabilitation bei älteren Menschen unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer Komponenten bei ambulanter, teilstationärer und stationärer Betreuung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Meusel, H. (2000). Grundlagen der Bewegungstherapie in der geriatrischen Rehabilitation. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 33, 35-44.

Minnemann, E., Schmitt, M., Sperling, U., Jüchtern, J.C. (1997). Formen des Alterns: Sozialer, gesundheitlicher und biographischer Kontext. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 10, 251-257.

Nehen, H.G. (1998). Rehabilitation in der Geriatrie aus Sicht verschiedener Disziplinen. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie*, Bd 2: Intervention (S. 127-139). Göttingen: Hogrefe.

Oesterreich, K. (1993). *Gerontopsychiatrie*. München: Quintessenz.

Oster, P., Schlierf, G. (1998). Die gesundheitliche Situation älterer Menschen. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie*, Bd. 1: Grundlagen (S. 79-86). Göttingen: Hogrefe.

Oswald, W.D., Rupprecht, R., Gunzelmann, T. (1998). Effekte eines einjährigen Gedächtnis-, Kompetenz- und psychomotorischen Trainings auf Leistungsfähigkeit im höheren Lebensalter. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie*, Band 2: Intervention (S. 94-107). Göttingen: Hogrefe.

Perrig-Chiello, P., Perrig, W.J., Stähelin, H.B., Krebs-Roubicek, R., Ehram, r. (1996). Autonomie, Wohlbefinden und Gesundheit im Alter. Das Basler IDA-Projekt. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 29, 95-109.

Pohjasvaara, T., Erkinjuntti, T., Ylikoski, R. (1998). Clinical determinants of poststroke dementia. *Stroke*, 49, 75-81.

Radebold, H. (1998). Psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten bei über 60-Jährigen Menschen. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie*, Bd. 2: Intervention (S. 155-167). Göttingen: Hogrefe.

Ritchie, K. (1998). Establishing the limits of normal cerebral ageing and senile dementias. *British Journal of Psychiatry*, 173, 97-101.

Ritschie, K., Leibovici, D., Ledsert, B. (1996). A typology of subclinical senescent cognitive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 168, 470-476.

Robert-Koch-Institut (2000). *Bundesgesundheitsurvey*. Berlin: Robert-Koch-Institut.

Specht-Leible, N., Oster, P. (2000). Stürze und sturzbedingte Frakturen. In Wahl, H.W., Tesch-Römer, C. (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S. 309-313). Stuttgart: Kohlhammer.

Stähelin, H.B. (2000). Kognitive Voraussetzungen der Rehabilitation. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 33, 24-27.

Statistisches Bundesamt (1998). *Statistisches Jahrbuch 1998*. Wiesbaden: Metzler und Poeschel.

Statistisches Bundesamt (2000). 9. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Staudinger, U., Marsiske, M., Baltes, P. (1995). Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials und limits of development the life span. In D. Cicchetti, D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology*, Vol. 2: Risk, disorder and adaption (pp. 801-847), New York: Wiley.

Steinhagen-Thiessen, E., Borchelt, M. (1996). Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In K.U. Mayer & P. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 152-184). Berlin: Akademie Verlag.

Steinhagen-Thiessen, E., Gerok, W., Borchelt, M. (1994). Innere Medizin und Geriatrie. In P. Baltes, J. Mittelstrass, U. Staudinger (Hrsg.), *Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie* (S. 125-150). Berlin: de Gruyter.

Lenzen-Grossimlinghaus, R., Steinhagen-Thiessen, E. (2000). Geriatrie und geriatrische Rehabilitation (S.290-295).

Tinetti, M.E., Doucette, J.T., Claus, E.B., Marottoli, R. (1995). Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, 1214-1221.

Tinetti, M.E., Mendes de Leon, C.F., Doucette, J.T., Baker, D.I. (1994). Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders. *Journal of Gerontology*, 49, M 40-47.

Welt-Gesundheits-Organisation (1986). *Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa*. Genf: WHO.

Zank, S., Baltes, M. (1998). Förderung von Selbstständigkeit und Lebenszufriedenheit alter Menschen in stationären Einrichtungen. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie*, Band 2: Intervention (S. 60-72). Göttingen: Hogrefe.

Zuckerman, J.D. (1996). Hipfracture. *New English Journal of Medicine*, 334, 1519-1525.

---

#### Erscheint in:

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2001). *Gesundheitsbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Berlin: Robert Koch Institut.

---

**pdf-Format zum Download**

[Zur Homepage](#)  
[Zum Archiv](#)

