

Altersbilder in unserer Gesellschaft – Chancen und Potentiale durch Partizipation

Andreas Kruse, Heidelberg¹

(I) Einführung: Notwendigkeit einer neuen Verantwortungsethik

Dies die Athener zu lehren, befiehlt mir mein Herz,
dass Dysnomie der Stadt sehr viel Unglück bereitet,
Eunomie aber alles wohlgeordnet und, wie es sein soll,
hervorbringt und beständig den Ungerechten Fesseln umlegt.
Rau es glättet sie, beendet Übermut, erniedrigt die Hybris
und lässt vertrocknen der Verblendung wachsende Blüte,
richtet gerade die krummen Rechtssprüche und mildert hochmütiges Tun,
beendet die Taten der Zwietracht, beendet den Zorn schlimmen Streites;
und es ist unter ihr alles im menschlichen Bereich,
wie es sein soll, und vernünftig.

Solon (640 – 560 v. Chr.)
Staats- oder Eunomia-Elegie

Überlegungen zu Altern, Altersbildern, Gesundheit und Partizipation werden hier mit der Staats- oder Eunomia-Elegie Solons eingeleitet. Diese Elegie gilt als „Geburtsurkunde“ des Bürgerstaates. Mit der Eunomie entstand zum ersten Mal ein Begriff politischer Ordnung; Solons Analyse bildete einen der Ausgangspunkte in der Entwicklung der Polis. Solon appelliert an die Gesellschaft („Polisgemeinschaft“), die individuellen, partikularen Interessen dem Gemeinwohl unterzuordnen. In dem Maße, in dem die Mitglieder der Polis Verantwortung für die Gemeinschaft übernehmen, tragen sie zur Verwirklichung der Eunomie bei, die alles „wohlgeordnet und, wie es sein soll, hervorbringt“. Wenn von Verantwortung gesprochen wird, so ist – dieser Idee der Polis und des Gemeinwohls zufolge – die Mitverantwortung des Individuums für die Polisgemeinschaft gemeint, von der im Grunde niemand ausgenommen ist, von der aber im Grunde auch niemand ausgeschlossen werden darf.

Die Idee der Polis und des Gemeinwohls lässt sich mit dem Begriff des „öffentlichen Raumes“ in die Gegenwart übertragen. Die Verbindung zum politikwissenschaftlichen Werk von Hannah Arendt liegt insofern nahe, als sich diese Autorin – so zum Beispiel in ihrer Schrift *Vita activa oder vom tätigen Leben* (1960) – ausdrücklich auf Ideen aus der altgriechischen Philosophie bezieht, und dabei in besonderer Weise auf die Idee der Polis und des Gemeinwohls. Freiheit interpretiert Arendt im Sinne des Zugangs jedes Individuums zum öffentlichen Raum und der Mitgestaltung des öffentlichen Raums. Arendt spricht von *den* Menschen und nicht von *dem* Menschen, um hervorzuheben, dass die Vielfalt der Menschen Grundlage für das schöpferische Leben im öffentlichen Raum darstelle. Der Ausschluss eines Menschen aus dem öffentlichen Raum – sei es aufgrund seines Geschlechts, seines Alters, seiner Hautfarbe oder eines Handicaps – würde nicht nur die Idee des öffentlichen Raumes (und damit der Demokratie) kompromittieren, sondern auch diesen Menschen selbst schwächen, denn: Der Mensch ist ein *zoon politikon*, Menschen sind *zoa politika*, das heißt, sie streben in den öffentlichen Raum, sie haben das Bedürfnis, diesen aktiv mitzugestalten. Dabei ist die

¹ Prof. Dr. Dr. h.c., Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg.

Mitgestaltung des öffentlichen Raums – in unserer Terminologie: die Übernahme von Mitverantwortung für andere Menschen – nicht als ein beiläufiges, sondern als ein zentrales Merkmal der Person zu werten.

Eine *Verantwortungsethik* weist große Potenziale für ein verändertes Verständnis von Alter auf. In welchen Verantwortungsbezügen steht der Mensch? Hier sei auf das Sprachbild der *coram*-Struktur zurückgegriffen. Das lateinische Wort *coram* kann übersetzt werden mit vor den Augen, das Wort *coram publico* mit vor den Augen der Öffentlichkeit (der Gemeinschaft, der Gesellschaft, der Welt). Es wird nun von drei grundlegenden Verantwortungsbezügen des Menschen ausgegangen, die in ihrer Gesamtheit jene *coram*-Struktur bilden, die die Bedeutung des Alters sowohl für das Individuum als auch für die Gesellschaft erhellt. Den ersten Verantwortungsbezug bildet die Selbstsorge des Individuums, das heißt, dessen Verantwortung für sich selbst, den zweiten die Mitverantwortung des Individuums, das heißt dessen Bereitschaft, sich für Menschen, für die Gesellschaft zu engagieren, den dritten die Verantwortung des Individuums vor der Schöpfung.

Überlegungen zum Alter in den Kontext dieser Verantwortungsbezüge zu stellen, bedeutet, zu fragen, was der Mensch selbst in früheren und späteren Lebensjahren dafür tun kann, um Kompetenz, Selbstständigkeit und Lebensqualität zu bewahren. Es sind selbstverständlich gesellschaftliche Vorleistungen (und zwar im Sinne der Daseinsvorsorge) notwendig, um den Menschen zur Selbstsorge zu befähigen, es ist jedoch genauso wichtig, dessen Verantwortung für das eigene Leben in allen Phasen des Lebens zu betonen und an diese zu appellieren. In diesem Zusammenhang sind die Lern- und positiven Veränderungspotenziale des Menschen bis ins hohe Alter hervorzuheben, die für Bildungsprozesse auch nach Ausscheiden aus dem Beruf sprechen. Individuelle Bildungsaktivitäten können für die Erhaltung von Kompetenz Selbstständigkeit, Gesundheit und Lebensqualität nicht hoch genug bewertet werden.

Ein aus gesellschaftlicher wie auch aus individueller Sicht gelingendes Alter ist zudem an die Mitverantwortung des Menschen gebunden, die verstanden werden soll als gesellschaftliche Teilhabe oder – in den Worten von Hannah Arendt (1960) – als Zugang zum öffentlichen Raum sowie als dessen aktive Mitgestaltung. Der öffentliche Raum beschreibt dabei jenen Raum, in dem sich Menschen (in ihrer Vielfalt) begegnen, sich in Worten und Handlungen austauschen, etwas gemeinsam beginnen – und dies im Vertrauen darauf, von den anderen Menschen in der eigenen Besonderheit erkannt und angenommen zu werden, sich aus der Hand geben, sich für einen Menschen oder eine Sache engagieren zu können. Dabei ist bei alten Menschen nicht selten die Sorge erkennbar, im Falle körperlicher Veränderungen (die natürlicherweise mit dem Alter einhergehen und in denen folglich das eigenen Altern auch nach außen hin deutlich wird) und körperlicher Einschränkungen von anderen Menschen abgelehnt, in seiner Einzigartigkeit eben nicht mehr erkannt, sondern aufgrund seines Alters nicht mehr als ebenbürtig akzeptiert zu werden – was bedeutet, dass man sich mehr und mehr aus dem öffentlichen Raum ausgeschlossen fühlt und sich die Verwirklichung von Mitverantwortung nicht länger zutraut. In diesem Falle, so sei hier unterstrichen, nimmt man dem Menschen auch das *Politische* – dieser fühlt sich nämlich nicht mehr länger als Teil von Gemeinschaft, von Gesellschaft, die er durch eigenes Handeln mit gestalten, für die er Mit-

verantwortung empfinden kann. In jenen Fällen, in denen ältere Menschen aus dem öffentlichen Raum ausgeschlossen werden (sei es, dass sie abgelehnt werden, sei es, dass sie auf verborgene Grenzen und Diskriminierungen stoßen), beraubt sich unsere Gesellschaft eines Teils ihrer Vielfalt. Zudem schadet sie im Kern dem Gedanken der Demokratie. Mitverantwortliches Leben wird von den meisten älteren Menschen als eine Quelle subjektiv erlebter Zugehörigkeit wie auch von Sinnerleben, von positiven Gefühlen, von Lebensqualität verstanden. Nicht allein die soziale Integration ist für ältere Menschen bedeutsam, sondern das aktive Engagement für andere Menschen – und gerade in diesem liegt die Grundlage für Mitverantwortung oder soziale Teilhabe.

Neben diesen beiden Verantwortungsbezügen wurde schließlich ein dritter genannt: Nämlich die Verantwortung des Menschen vor der Schöpfung, vor Gott. Damit ist die Bereitschaft des Menschen angesprochen, sich für nachfolgende Generationen einzusetzen und diese durch Bereitstellung eigener Ressourcen – materielle, kognitive, instrumentelle, emotionale oder zeitliche – in ihrer Entscheidung für die Zeugung neuen Lebens zu stärken und sie bei der Verbindung von familiären und beruflichen Aufgaben zu unterstützen. Initiativen des Gesetzgebers zur Förderung des Engagements älterer Generationen für die nachfolgenden Generationen sind an dieser Stelle ausdrücklich zu würdigen und zu unterstützen, denn ein derartiges Engagement ist zum einen für die nachfolgenden Generationen von hohem Wert, zum anderen stärkt es die Überzeugung älterer Menschen, ihren Beitrag zur Gerechtigkeit zwischen den Generationen zu leisten.

(II) Ein zentraler Aspekt der Altersbilder: Differenzierung zwischen Altern und Krankheit

Die Differenzierung zwischen Altern und Krankheit führt – bei der Suche nach ideengeschichtlichen Wurzeln – zu einem Werk aus der römisch-lateinischen Geschichte, nämlich zu der von Marcus Tullius Cicero (106 – 43 v. Chr.) verfassten Schrift: *Cato maior de senectute* (Cicero, 1998). Diese Schrift, die Cicero im Alter von 62 Jahren verfasst hat, ist in Form einer *Anklage* gegen das Alter und einer *Verteidigung* des Alters angelegt. Eine *Anklage*, die gegen das Alter vorgebracht wird, bezieht sich auf die Tatsache, dass das Alter selbst zu Krankheiten und funktionellen Einbußen führe. In der *Verteidigungsrede* wird diese Gleichsetzung zurückgewiesen. Zunächst zu der Anklage: „Aber es gibt doch viele Greise, die so schwächlich sind, dass sie kein Geschäft des Berufs oder überhaupt des Lebens mehr zu verrichten im Stande sind.“ Nun zu der Verteidigung: „Allein, dies ist ein Fehler, der dem Greisenalter nicht eigentümlich zukommt; er liegt gewöhnlich in den Gesundheitsumständen.“ In der Verteidigungsrede steht die Notwendigkeit der Differenzierung zwischen Alternsprozessen einerseits und Krankheitsprozessen andererseits, also die Unterscheidung zwischen „normalen“ und „pathologischen“ Prozessen im Zentrum. Eine zentrale Frage gerontologischer Forschung betrifft die Auswirkung pathologischer Prozesse auf den natürlichen biologischen Prozess des Alterns: Inwiefern wird der Alternsprozess durch Krankheiten beschleunigt, inwiefern qualitativ abgewandelt? Die Differenzierung zwischen Altern und Krankheit ist auch aus *praktischer Sicht* von Bedeutung: Denn mit ihr wird verdeutlicht, dass bei der Behandlung alter Menschen nicht verallgemeinernd von Alter als *der* Ursache der Störungen gesprochen werden darf und alten Menschen nicht allein aufgrund ihres Alters bestimmte Behandlungs- und Rehabilitationsangebote vorenthalten werden dürfen. In dem

Maße, in dem es gelingt, körperliche und psychische Erkrankungen im Alter zu verhindern oder deren Verlauf zu kontrollieren, wird auch die durchschnittliche Lebenserwartung steigen. Führende Demografen entwickelten übereinstimmend Bevölkerungsszenarien, die von der Annahme eines sich fortsetzenden Anstiegs der durchschnittlichen Lebenserwartung ausgehen, wobei sie diesen Anstieg mit einer verbesserten Prävention von Erkrankungen wie auch mit einer effektiveren medizinischen Diagnostik und Therapie erklären. Besondere Bedeutung messen sie dabei der *besseren Kontrolle von Krankheitsverläufen im Alter* bei. Auch dies zeigt, dass die Differenzierung zwischen Alterns- und Krankheitsprozessen großes Gewicht für unser Verständnis von Altern besitzt. Dieses Verständnis sei im Folgenden expliziert.

(II) Ein weiterer Aspekt der Altersbilder: Altern als Biomorphose

Altern ist ein lebenslanger Veränderungsprozess. Im biologischen Sinne bezieht sich der Begriff Altern auf die Tatsache, dass die lebende Substanz über den gesamten Lebenslauf einer fortschreitenden Wandlung (Biomorphose) unterworfen ist. Unter Altern ist dabei jede irreversible Veränderung der lebenden Substanz als Funktion der Zeit zu verstehen (Bürger, 1947). Altern beschreibt den stetigen Wandel der stofflichen Zusammensetzung aller Strukturen und Funktionen unseres Organismus. Ihm entgeht kein menschliches oder tierisches Wesen. Er ist mit dem Alterungsprozess identisch, welcher als entelechialer Vorgang einen Sinn in sich trägt. Das Ziel ist der Tod des Individuums, welcher für die Erhaltung der Art Vorbedingung ist. Die Biomorphose lässt sich durch das in der römisch-lateinischen Literatur verwendete Bild der *Stufenleiter der Natur* (*scala naturae*) veranschaulichen: „Die Natur kennt keine Sprünge“ (*natura non facit saltum*). Veränderungen des Organismus wie auch der Persönlichkeit sind gradueller Natur. Graduelle Veränderungen werden jedoch nicht nur in physiologischen, sondern auch in psychologischen Beiträgen zum Entwicklungsbegriff betont, etwa wenn es heißt, Entwicklung stelle eine Folge von miteinander zusammenhängenden Veränderungen dar, die verschiedenen Orten des biographischen Kontinuums zuzuordnen sind (Kruse, 2005; Thomae, 2002).

Im Kontext einer theoretisch und empirisch fundierten Untersuchung des Alternsprozesses ist die Differenzierung zwischen physiologisch-biologischem, psychologischem und sozialem Altern wichtig. In diesen Dimensionen finden sich verschiedenartige Entwicklungsprozesse. In der physiologisch-biologischen Dimension sind Verringerungen der Anpassungsfähigkeit und Leistungskapazität des Organismus erkennbar, die sich langfristig in einer erhöhten Verletzlichkeit oder Anfälligkeit des Menschen für chronische Erkrankungen äußern. In der psychologischen Dimension finden sich Gewinne und Verluste: Gewinne sind vor allem in jenen kognitiven und emotionalen Bereichen erkennbar, die auf Erfahrung und Wissen wie auch auf der gelungenen Auseinandersetzung mit Entwicklungsaufgaben und Krisen in früheren Lebensjahren beruhen. Verluste treten hingegen eher in Bereichen auf, die in hohem Maße an die Umstellungsfähigkeit von Nervenzellverbänden gebunden sind, wie zum Beispiel das Kurzzeitgedächtnis oder eine hohe Geschwindigkeit im Denken. In der sozialen Dimension ist mit Alter auf der einen Seite der Verlust bedeutsamer sozialer Rollen verbunden. Zugleich bedeutet in unserer Gesellschaft das Ausscheiden aus dem Beruf für nicht wenige Menschen eine *späte Freiheit* (Rosenmayr, 1983), da sie zu diesem Zeitpunkt nicht nur über eine gute Gesundheit, sondern auch über zufrieden stellende materielle Ressourcen verfügen

und die Alterssicherung in unserem Land (verglichen mit anderen Ländern, verglichen mit der Sicherung von Kindern) relativ hoch und stabil ist. Die soziale Dimension akzentuiert aber auch den großen Einfluss kultureller Deutungen des Alternsprozesses auf den gesellschaftlichen und den individuellen Umgang mit Alter (Kommission, 2010). Erst allmählich setzt sich in unserer Gesellschaft ein kultureller Entwurf des Alters durch, der die seelisch-geistigen und sozialkommunikativen Stärken älterer Menschen betont und in diesen eine Grundlage für die kreative Lösung von gesellschaftlich relevanten Fragen sieht (Kruse, 2009a; Pohlmann, 2005). Hier ist vor allem das zivilgesellschaftliche Engagement älterer Menschen zu nennen, das einen signifikanten Beitrag zur Entwicklung einer „*caring community*“ (sorgenden Gesellschaft) zu leisten vermag (Klie, 2010) und eine zentrale Ausdrucksform mitverantwortlichen Lebens bildet (Hüther, 2010; Kruse, 2010), das in seiner Bedeutung für die subjektiv erlebte Gesundheit (Lehr, 1997), für die kognitive Leistungsfähigkeit (Lövdén, Ghisletta & Lindenberger, 2005) und für die persönliche Sinnerfahrung (Staudinger, 2005) nicht hoch genug bewertet werden kann.

Über die Differenzierung zwischen physiologisch-biologischem, psychologischem und sozialem Altern hinaus ist die *Plastizität körperlicher und seelisch-geistiger Prozesse im Altern* bedeutsam, die unterschätzt wird. Von den tatsächlich erbrachten Leistungen älterer Menschen (Performanz) darf nicht auf potenzielle Leistungen (Kompetenz) geschlossen werden, wie sich diese unter fördernden, anregenden, herausfordernden Umweltbedingungen ergeben; zudem ist auch im hohen Alter von bestehender Plastizität, also der Fähigkeit des Erwerbs neuartiger Strategien und Informationen auszugehen. Die positiven Effekte körperlichen und geistigen Trainings auf die Leistungsfähigkeit im Alter sind empirisch dokumentiert; diese sprechen für Plastizität und positive Beeinflussbarkeit von Entwicklungsprozessen im hohen Lebensalter (Colcombe et al., 2003).

Die mit dem Alternsprozess auftretenden Veränderungen beschränken sich nicht auf Verluste – wie sich diese zum Beispiel in der Anpassungsfähigkeit des Organismus oder aber in der Abnahme der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit zeigen. Sie schließen im seelisch-geistigen Bereich auch *potenzielle Gewinne* ein – wie zum Beispiel die Entwicklung von hoch organisierten und damit leicht abrufbaren Wissenssystemen sowie von effektiven Handlungsstrategien (Baltes, Freund & Li, 2005). Der Zuwachs an Wissen und Handlungskompetenz ist jedoch nur unter der Voraussetzung einer im Lebenslauf bestehenden Offenheit des Menschen für neue Erfahrungen wie auch der bewussten, reflektierten Auseinandersetzung mit neuen Problemsituationen möglich (Sternberg, 1997).

(III) Aktivität und Partizipation als Indikator von Gesundheit im Alter

In einer von der Weltgesundheitsorganisation (1986) vorgeschlagenen Definition stellt Aktivität (*active state*) einen bedeutsamen Indikator für Gesundheit dar. In Abbildung 1 werden ein neues und ein klassisches Gesundheitsmodell einander gegenübergestellt.

Model	Health indicators	Health indicators within the life span
CLASSICAL (Medical model)	Mortality Longevity Morbidity Disease related health Disability Functional health (ADL)	Life expectancy Healthy life expectancy Disease specific free life expectancy Disability-free life expectancy (impairment, disability, handicap)
NEW (Interdisciplinarity, integrating Social sciences)	Active state Perceived health Life satisfaction Health behavior Healthy lifestyles	Active life expectancy Perceived health life expectancy „Lifestyle specific“-free life expectancy (tobacco/alcohol-free life expectancy)

Tab. 1: Ein „klassisches“ und „neues“ Modell von Gesundheit (nach WHO, 1986)

Im Gegensatz zum klassischen Modell betont das neue Modell bei der Auswahl von (lebenslaufbezogenen) Indikatoren von Gesundheit sehr viel stärker die Aktivität des Individuums, die Lebenszufriedenheit, die subjektiv wahrgenommene Gesundheit und das gesundheitsbewusste Verhalten. Die im klassischen Modell enthaltenen Indikatoren deuten auf eine stärkere Orientierung an einem Gesundheitsbegriff hin, der vor allem Störungen bzw. das Freisein von Störungen in den Mittelpunkt rückt. In dem neuen Modell ist hingegen eine stärkere Orientierung an (persönlich sinnerfüllter) Aktivität erkennbar, die zwar nicht losgelöst von Funktionen und Fähigkeiten betrachtet werden darf, die aber auch nicht allein durch Funktionen und Fähigkeiten erschöpfend erklärt werden kann – vielmehr sind auch Antrieb und Motivlage des Menschen und der Anregungsgehalt der Situation zu berücksichtigen. Allerdings wird in dem Modell der Begriff der Aktivität nicht genauer definiert. Es sei hier folgende Definition von Aktivität vorgeschlagen: Diese beschreibt die bewusste, gezielte, auf Erhaltung oder Herstellung eines Zustandes in der Person und in ihrer Umwelt gerichtete, in ihrer Ausführung kontinuierlich kontrollierte Handlung. – In dem neuen Modell von Gesundheit werden

zwei Konzepte eingeführt, die im Folgenden kurz erläutert werden sollen – jenes der aktiven Lebenserwartung (*active life expectancy*) und jenes der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit (*perceived health*). Diese beiden Konzepte sind für ein angemessenes Verständnis der Prävention für das Alter und der Prävention im Alter von großer Bedeutung.

(a) Das Konzept der *aktiven bzw. behinderungsfreien Lebenserwartung* gründet auf der Annahme, dass Erkrankungen nicht notwendigerweise zu Behinderungen führen müssen (Robine & Michel, 2004). Weiterhin wird angenommen, dass sich Erfolge der Prävention, Therapie und Pflege nicht allein in der Kompression der Morbidität (Fries, 2005), sondern auch im späteren Auftreten von Behinderungen widerspiegeln (Klein, 2004). Dabei wird von einem breiten Spektrum von Funktionen ausgegangen, die sensumotorische, kognitive, sozialkommunikative und emotionale Funktionen umfassen. Dieses Konzept ist für einen lebenslauforientierten Ansatz in zweifacher Hinsicht von Bedeutung. Erstens hebt es die Notwendigkeit hervor, bereits in früheren Lebensaltern physische, kognitive und alltagspraktische Kompetenzen aufzubauen und systematisch zu erweitern, die sich positiv auf die physische und kognitive Leistungskapazität sowie auf die Selbstständigkeit im Alter auswirken – zum einen dadurch, dass Menschen mit besseren Kompetenzprofilen in das Alter eintreten, zum anderen dadurch, dass ältere Menschen im Falle eingetretener Erkrankungen eine höhere Kompensationsfähigkeit und damit höhere Rehabilitationspotenziale aufweisen, die sie eher in die Lage versetzen, auch bei chronischer Erkrankung ihre Mobilität sowie ihre physische und kognitive Leistungsfähigkeit aufrechtzuerhalten. Zweitens betont es die Notwendigkeit, auch im hohen Alter Maßnahmen zur Förderung der physischen, der kognitiven und der alltagspraktischen Kompetenz anzuwenden, um auf diese Weise die Ausbildung von Hilfe- oder Pflegebedarf bei chronischen Erkrankungen zu vermeiden: Aus diesem Grunde wird in der Teilnahme älterer Menschen an präventiv ausgerichteten, umfassend konzipierten Bildungsangeboten wie auch in spezifischen Schulungs- und Trainingsprogrammen für chronisch erkrankte Menschen ein zentraler Beitrag der *funktionelle Prävention* für die Erhaltung von physischer und kognitiver Leistungskapazität sowie von Selbstständigkeit im Alter gesehen

(b) Das Konzept der *subjektiv wahrgenommenen Gesundheit*, das ebenfalls Eingang in das von der WHO entwickelte Gesundheitsmodell gefunden hat, hat eine spezifische, gegenüber dem objektiven Gesundheitszustand eigenständige Bedeutung: Die subjektiv wahrgenommene Gesundheit ist nicht als Abbildung der objektiv gegebenen Gesundheit zu verstehen, denn sie ist von subjektiven Kriterien für Lebensqualität mitbestimmt – diese Kriterien wiederum sind sowohl von Personmerkmalen (wie zum Beispiel Widerstandsfähigkeit, Kontrollüberzeugungen und Bewältigungstechniken) als auch von Umweltmerkmalen (wie zum Beispiel Ausmaß und Art der sozialen Unterstützung, Bewertung der Gesundheit durch andere Menschen) beeinflusst ist. Lehr (1997) berichtet enge Zusammenhänge zwischen subjektivem Gesundheitszustand sowie Lebenszufriedenheit und Kontrollüberzeugungen; in der subjektiven Gesundheit spiegeln sich auch die Zufriedenheit des Menschen mit seiner Lebenssituation sowie dessen Überzeugung, die gegebene Lebenssituation durch eigenes Handeln beeinflussen zu können, wider. Staudinger, Marsiske & Baltes (1995) interpretieren den positiven subjektiven Gesundheitszustand trotz eingetretener gesundheitlicher Belastungen als Ausdruck von psychologischer Widerstandsfähigkeit (*Resilienz*). Diese definieren sie als Fähigkeit des Menschen, nach Eintritt von Einschränkungen und Verlusten das frühe-

re Niveau von psychologischer Funktionsfähigkeit aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen. Die eigenständige Bedeutung der subjektiven Gesundheit gegenüber der objektiven Gesundheit kommt in empirischen Befunden zum Ausdruck, die auf eine erhöhte Mortalität älterer Menschen bei schlechter subjektiver Gesundheit deuten: Eine negative subjektive Gesundheit bildet einen Prädiktor für verringerte Lebenserwartung. Die subjektive Gesundheit – als ein zentrales Merkmal von Gesundheit – ist ebenfalls Gegenstand präventiver Bildungsangebote: Deren Aufgabe mit Blick auf ältere Menschen ist darin zu sehen, neben der Informationsvermittlung (zum Beispiel über gesundheitsförderliches Verhalten, über Präventionspotenziale, über bestehende gesundheitliche Dienstleistungen) kognitive, psychische und alltagspraktische Strategien zu verstärken (oder neu zu vermitteln), die zum einen auf die Erhaltung oder Wiedergewinnung von Kompetenz und Wohlbefinden gerichtet sind, durch die zum anderen Kontrollüberzeugungen – und damit die subjektive Gesundheit – gefördert werden.

Aus dieser Definition von Gesundheit lassen sich die folgenden Gesundheitsziele ableiten (Kruse, 2002; Walter, Schneider & Bisson, 2006):

- Vermeidung von Erkrankungen und Funktionseinbußen,
- Erhaltung der Unabhängigkeit und Selbstständigkeit,
- Erhaltung der aktiven Lebensgestaltung,
- Vermeidung von psychischen Erkrankungen aufgrund von Überforderung,
- Aufrechterhaltung eines angemessenen Systems der Unterstützung.

Dabei ist zu unterscheiden zwischen einer Prävention *für* das Alter und einer Prävention *im* Alter – ein Unterschied, der nachfolgend in Kürze charakterisiert werden soll.

Prävention für das Alter: Viele Erkrankungen im hohen Alter – zum Beispiel die Arteriosklerose und die auf Arteriosklerose zurückgehenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder der Diabetes mellitus Typ II – sind *mitalternde* Erkrankungen, die sich durch gesunde Lebensführung in früheren Lebensjahren ganz vermeiden lassen oder die – wenn sie denn aufgetreten sind – durch frühzeitige Diagnostik und Therapie hinausgezögert und in ihrem Verlauf positiv beeinflusst werden können. Zur Prävention *für* das Alter gehören auch körperliche und geistige Aktivität, durch die eine möglichst hohe Leistungskapazität bis in das hohe Alter gefördert wird. Dieses zweite Beispiel ist eher mit dem Begriff der *Gesundheitsförderung* zu umschreiben, denn es geht hier weniger um die Vermeidung von Krankheiten und mehr um die Erhaltung von Gesundheit im Sinne von Leistungsfähigkeit.

Prävention im Alter: Auch Präventionsmaßnahmen, die erst im Alter einsetzen, haben positive Auswirkungen auf die Gesundheit und die Selbstständigkeit. Zu nennen sind hier zum Beispiel Präventionsmaßnahmen, die auf die Vermeidung von Stürzen zielen. Durch das Training von Kraft, Ausdauer und Bewegung kann bei älteren Menschen ein Leistungszuwachs in den koordinativen Fertigkeiten bis zu 40 Prozent erzielt werden. In stationären Einrichtungen der Altenhilfe wurden Maßnahmen zur Prävention von Stürzen, Druckgeschwüren und bestimmten Infektionskrankheiten umgesetzt. Die Ergebnisse der Analysen zur Prävention im Alter zeigen, dass durch diese nicht nur eine deutliche Steigerung der Lebensqualität

des Menschen erreicht wird, sondern zugleich auch erhebliche Kostenersparnisse bewirkt werden.

(IV) Aktivitätsformen älterer Menschen: Ein Kontrapunkt zu Defizit-bestimmten Altersbildern

1. Körperliche Aktivität

Der Förderung körperlicher Aktivität kommt im Rahmen von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung besondere Bedeutung zu, da von ihr selbst gesundheitlich stark beeinträchtigte ältere Menschen profitieren. Unabhängig vom Lebensalter wird durch regelmäßige physische Aktivität eine Verbesserung der Gesundheit erreicht (Jeschke & Zeilberger, 2004).

Körperliche Aktivität hat positive Einflüsse auf die funktionale Gesundheit, das heißt auf die Fähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens kompetent auszuführen. Physische Aktivität geht mit einem höheren Maß an funktionaler Kapazität einher, sie bestimmt die Funktionsfähigkeit im Alltag. Durch eine Stärkung der Muskulatur und Förderung des Gleichgewichtssinns wird zu einer Prävention von Stürzen beigetragen (Gordon et al., 2004). Körperliche Aktivität ist der wichtigste Faktor, der vor Stürzen schützt und die Leistungsfähigkeit des Bewegungsapparates und des Herz-Kreislauf-Systems erhält.

Unter der Annahme, dass sich altersbedingte Veränderungen sensomotorischer und kognitiver Funktionen auf eine gemeinsame Ursache zurückführen lassen (Baltes & Lindenberger, 1997), liegt es nahe, dass sich Interventionsgewinne in einem der beiden Bereiche förderlich auf den jeweils anderen Bereich auswirken. Während der Effekt kognitiver Interventionen auf die körperliche Leistungsfähigkeit bislang nicht belegt ist, liegen zahlreiche Hinweise auf eine *verbesserte kognitive Leistungsfähigkeit infolge gesteigerter körperlicher Aktivität* vor.

Colcombe und Kramer (2003) konnten in einer Metaanalyse von 18 zwischen 1996 und 2001 publizierten Interventionsstudien zeigen, dass ein aerobes Fitnesstraining insbesondere auf exekutive Kontrollprozesse, aber auch auf Aufgaben zum räumlichen Vorstellungsvermögen und einfache Tempoaufgaben positive Auswirkungen hat. In einer Querschnittstudie von Colcombe et al. (2003) gewonnene Ergebnisse sprechen dafür, dass sich aerobe Fitness positiv auf die Dichte des Hirngewebes im frontalen, parietalen und temporalen Cortex auswirkt. Auch nach Kontrolle des Bildungsstandes der Untersuchungsteilnehmer zeigte sich bei Personen, die regelmäßig körperlich aktiv waren, ein deutlich geringerer Rückgang der Hirngewebedichte mit zunehmendem Alter. Dieser Effekt war in jenen Hirnregionen am stärksten ausgeprägt, die die engsten Korrelationen mit dem Lebensalter zeigten. Jene Regionen, die sich im Prozess des normalen Alterns am stärksten verändern, erwiesen sich also als durch aerobe Fitness am stärksten beeinflussbar. Die empirischen Befunde sprechen zudem dafür, dass ein aerobes Fitnesstraining mit veränderten Aktivationsmustern des Cortex einhergeht.

2. Angemessenes Ernährungsverhalten

Als eine weitere wesentliche Zielsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung ist die Förderung eines angemessenen Ernährungsverhaltens im Alter zu nennen (Sieber, 2010).

Bedeutsame Kriterien angemessenen Ernährungsverhaltens bilden dabei die Anpassung der Energiezufuhr an den veränderten Bedarf, eine eiweiß-, vitamin- und ballaststoffreiche Nahrungszusammensetzung mit viel Obst und wenig Milchfett bei zugleich vielseitiger Lebensmittelauswahl, die Verteilung der Nahrungsaufnahme auf mehrere kleine Mahlzeiten und ausreichende Flüssigkeitszufuhr (Schroll et al., 1996). Durch angemessenes Ernährungsverhalten können Mangelzustände vermieden und körpereigene Ressourcen bewahrt werden (Bauer & Sieber, 2006). Der körpereigene Schutz vor biochemischen Fehlreaktionen kann durch eine ausreichende Zufuhr der Vitamine A, C, E, von Retinoiden und von Koenzymen, die Schädigungen durch freie Radikale reduzieren, verstärkt werden. Die Vitamine können bei Störungen der Resorption durch entsprechende Präparate zugeführt werden, sie sind aber auch ausreichend in der Nahrung zu finden. Die Bedeutung der Ernährung als Ansatzpunkt von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung wird auch auf dem Hintergrund der Gefahr einer mit dem Alter zunehmend zurückgehenden Nahrungsmittelaufnahme deutlich.

3. Kognitive Aktivität

Aus den Ergebnissen einer Studie von Wilson et al. (1999) lässt sich folgern, dass das allgemeine Ausmaß an kognitiver Aktivität für die kognitive Leistungsfähigkeit im Alter von ähnlicher Bedeutung ist wie die Teilnahme an kognitiven Trainings. In dieser Untersuchung wurden ca. 6.100 Personen im Alter von 65 Jahren und mehr darüber befragt, inwieweit sie kognitiven Aktivitäten wie z.B. Zeitung lesen regelmäßig nachgehen, und hinsichtlich ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit getestet. Zwischen dem Ausmaß an kognitiver Aktivität und dem Lebensalter bestand nur ein schwacher Zusammenhang, stärkere Zusammenhänge bestanden dagegen mit dem Bildungsstand und dem Einkommen. Nach Kontrolle des Einflusses soziodemographischer Variablen zeigte sich eine statistisch bedeutsame Beziehung zwischen dem Ausmaß an kognitiver Aktivität und der kognitiven Leistungsfähigkeit.

Dieses Ergebnis wird durch weitere Untersuchungen gestützt. Befunde der MacArthur Studie lassen die Folgerung zu, dass die Dominanz monotoner Tätigkeiten im Berufsleben dazu beitragen kann, dass die geistige Flexibilität zurückgeht, während Problemlösefähigkeiten von Menschen, die sich im Beruf immer wieder mit neuen Aufgaben und Herausforderungen auseinandersetzen mussten und die auch nach Austritt aus dem Beruf neue Aufgaben und Herausforderungen gesucht haben, im Alter keine wesentliche Veränderung zeigen. Rowe und Kahn (1998, p. 63-64) fassen die Ergebnisse wie folgt zusammen: „Just as we must keep our physical selves active, so we must keep our minds busy in our later years if we want it to continue to function well. Use it or lose it is a mental, not just a physical phenomenon.“

Befunde aus der Victoria Longitudinal Study deuten darauf hin, dass ein hohes Maß an kognitiver Aktivität Gedächtnisfunktionen im Alter positiv beeinflusst. Ein Nachlassen von kognitiver Aktivität bewirkt auch das Nachlassen von kognitiven Fähigkeiten im Bereich des Gedächtnisses. Ältere Menschen hingegen, die kognitiv herausfordernden Tätigkeiten nachgehen, weisen nur in geringerem Maße kognitive Einbußen auf; jene Menschen, die auch weiterhin kognitiv aktiv bleiben, zeigen im Längsschnitt nur vergleichsweise geringe kognitive Einbußen (Hultsch et al., 1999).

Lövdén, Ghisletta und Lindenberger (2005) sind in ihrer Analyse von Daten der Berliner Altersstudie der Frage nachgegangen, ob der empirische Zusammenhang zwischen einem engagierten und aktiven Lebensstil im Alter und der kognitiven Leistungsfähigkeit darauf zurückgeht, dass sich ein entsprechender Lebensstil positiv auf die Entwicklung kognitiver Fähigkeiten im Alter auswirkt, oder er primär darauf zurückzuführen ist, dass erhaltene kognitive Fähigkeiten die Aufrechterhaltung eines engagierten und aktiven Lebensstils ermöglichen. In dieser Studie wurde der Grad der sozialen Teilhabe mit Hilfe der in einem Yesterday-Interview erhobenen Informationen über die für Freizeitaktivitäten, instrumentelle Aktivitäten, soziale Aktivitäten und Arbeit verwendete Zeit bestimmt. Die Untersuchungsteilnehmer sollten zudem angeben, inwieweit sie diesen Aktivitäten in den letzten zwölf Monaten nachgegangen sind. Als Maß für kognitive Leistungsfähigkeit diente Wahrnehmungsgeschwindigkeit. Es wurde gezeigt, dass sich Veränderungen in der Wahrnehmungsgeschwindigkeit durch den Grad der sozialen Partizipation (dies heißt, durch den Lebensstil) vorhersagen lassen, während umgekehrt die Wahrnehmungsgeschwindigkeit nicht zur Vorhersage der sozialen Partizipation beiträgt. Als Erklärung für die positiven Auswirkungen der sozialen Partizipation auf die Entwicklung kognitiver Funktionen im Alter weisen die Autoren darauf hin, dass ein höheres Engagement mit verbesserten Kompensations- und Bewältigungsmöglichkeiten einhergehen kann. Zum anderen betonen sie, dass ein engagierter Lebensstil mit Lebensstilfaktoren wie vermehrter körperlicher Aktivität und gesünderer Ernährung zusammenhängen kann. Damit könnte soziale Teilhabe auch günstige Auswirkungen auf Hirnalterungsprozesse haben, die für Verringerungen der kognitiven Plastizität im Alter verantwortlich sind.

In Laboruntersuchungen, in denen spezielle Gedächtnisstrategien für das freie Erinnern von Wörtern und Zahlen vermittelt wurden, zeigten ältere Teilnehmer nach dem Gedächtnistraining deutlich bessere Leistungen. In einer Untersuchung von Kliegl et al. (1989) wurden 20 gesunde ältere Menschen zwischen 65 und 83 Jahren in der sog. Loci-Methode unterwiesen, bei der 40 neue Stimuli mit einer vertrauten Sequenz von Orten innerhalb einer kognitiven Landkarte assoziiert werden sollen. Vor dem Erlernen der Loci-Methode lag die Durchschnittsleistung bei 3.1 in ihrer Reihenfolge korrekt wiedergegebenen Substantiven. Dieser Durchschnittswert für Lern-Leistungen konnte im Verlauf des Trainings auf 32.4 gesteigert werden. Neben dieser Verbesserung der Gedächtnisleistung älterer Menschen durch Vermittlung und Übung einer effektiven Abrufstrategie zeigte sich in dieser Studie auch, dass die Trainingsgewinne einer Vergleichsgruppe jüngerer Menschen (20 bis 24 Jahre) signifikant höher ausfielen: Hier waren fast alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach dem Training in der Lage, die komplette Sequenz korrekt wiederzugeben; die Durchschnittsleistung bei selbst gewählter Darbietungszeit verbesserte sich von 4.8 auf 39.8.

Die *leichte kognitive Beeinträchtigung* (MCI, Mild Cognitive Impairment) ist wahrscheinlich ein ätiologisch heterogenes Syndrom, das bei der Mehrzahl der Betroffenen (jedoch nicht bei allen) in eine Demenz übergeht (Schönknecht et al., 2005). Dabei kommt dem psychometrischen Nachweis diskreter kognitiver Defizite eine höhere prädiktive Wertigkeit zu als der lediglich subjektiv wahrgenommenen Beeinträchtigung. Da die leichte kognitive Beeinträchtigung als Ansatzpunkt für präventive und frühe therapeutische Maßnahmen betrachtet wer-

den kann, gilt der Erforschung ihrer Determinanten und ihres Verlaufes besonderes Interesse.

Rapp et al. (2002) berichten Ergebnisse einer Studie zur Fragestellung, inwieweit Menschen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung von der Teilnahme an einem Training zur Verbesserung von Gedächtnisleistungen und zur Stärkung von gedächtnisbezogenen Überzeugungen profitieren. Bestandteil der Intervention waren Informations- und Diskussionsveranstaltungen über Einbußen des Gedächtnisses und deren Einflussfaktoren (Ermüdung, Angst, Motivation), ein Entspannungstraining sowie die Vermittlung und Einübung von Gedächtnisstrategien. Das Training umfasste insgesamt sechs zweistündige Gruppensitzungen, die einmal pro Woche stattfanden. Des Weiteren wurden Informations- und Übungsmaterialien unter den Teilnehmern verteilt. Nach dem Ende des Trainingsprogramms und in einer sechs Monate später durchgeführten Nachuntersuchung zeigte sich in der Interventionsgruppe, nicht aber in der Kontrollgruppe, eine signifikant verbesserte Bewertung der Gedächtnisleistung. Jene neun Personen, die am Trainingsprogramm teilgenommen hatten, schätzten ihre Gedächtnisfähigkeiten nicht nur als besser ein, sie erwarteten für die Zukunft auch mehr Verbesserungen und weniger Verschlechterungen als die zehn Mitglieder der Kontrollgruppe. In den Analysen von Small et al. (1997) erwies sich die Häufigkeit der Anwendung von Gedächtnisstrategien als bedeutsamer Prädiktor des Frontallappen-Glukosestoffwechsels und später eintretender kognitiver Einbußen.

(V) Entwicklung der Lebenserwartung: Ausdruck kultureller Gestaltung biologischen Alterns

Der Biologe und Bevölkerungsmathematiker Shripad Tuljapurkar hat postuliert, dass aufgrund steigender Lebenserwartung und abnehmender Mortalität zukünftig in allen OECD-Staaten von einer deutlichen Zunahme der Anzahl 80-jähriger und älterer Menschen auszugehen ist (zum Beispiel Tuljapurkar et al., 2000). Er stellt ein Szenario auf, demzufolge die durchschnittliche Lebensspanne in den kommenden zwei bis drei Jahrzehnten um 25 Jahre ansteigen wird. Es sei nicht unrealistisch, anzunehmen, dass die durchschnittliche Lebenserwartung in den OECD-Staaten langfristig auf 100 Jahre ansteigen wird. Dabei bedeuteten der Anstieg der Lebenserwartung und die mit diesem verbundene Zunahme des Anteils alter Menschen an der Gesamtbevölkerung keinen Nachteil für unsere Gesellschaft – unter der Voraussetzung einer Verlängerung der Lebensarbeitszeit: nämlich auf 80 bis 85 Jahre. Die Vereinigten Staaten müssten sich darauf einstellen, dass im Jahre 2035 nicht, wie bislang geschätzt wurde, zwei von fünf Erwachsenen 65 Jahre und älter sind, sondern vier von fünf. In einigen Ländern Europas könne die Anzahl der 65-Jährigen und Älteren im Jahre 2035 die Zahl der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Alter von 20 bis 64 Jahren sogar noch übertreffen. Tuljapurkars Szenario beruht auf der Annahme, dass der medizinische Fortschritt in naher Zukunft ein deutlich längeres und gesünderes Leben ermöglicht und somit die genetischen Grundlagen für ein langes Leben vermehrt ausschöpft. Die entsprechende medizinische Technologie dafür sei vorhanden. Allerdings könne hier eine neue Form sozialer Ungleichheit entstehen – nämlich zwischen jenen Menschen, die entsprechende Therapien zahlen können, und solchen, die dazu nicht in der Lage sind.

Ob Menschen ein hohes oder sehr hohes Lebensalter erreichen, ist dabei zu einem guten Teil durch genetische Faktoren bedingt. Bis etwa zum 85. Lebensjahr steigt die Sterbewahrscheinlichkeit mit dem Alter exponentiell an, während für die noch höheren Altersgruppen eine flacher werdende Sterblichkeitskurve zu beobachten ist. Dies bedeutet eine Abweichung von dem *Gesetz der Mortalität*, das Gompertz bereits 1825 formuliert hat. Dessen zentrale Aussage lautet: Die Sterbewahrscheinlichkeit lässt sich durch einen altersunabhängigen Parameter und einen konstanten Faktor, um den die Sterbewahrscheinlichkeit mit dem Alter exponentiell zunimmt, bestimmen ($\mu_x = ae^{bx}$). Die Abweichung von diesem Gesetz ist nun darauf zurückzuführen, dass nur jene Menschen ein sehr hohes Alter erreichen, die über besondere Erbanlagen verfügen und deren Immunsystem noch sehr gut in der Lage ist, Krebszellen zu vernichten. Die bislang vorliegenden Ergebnisse biochemischer Analysen zur Hochaltrigkeit sprechen dafür, dass ein bestimmtes Leukozytenantigen im hohen Alter häufiger vorkommt und irreversible Schädigungen der chromosomalen DNA seltener auftreten.

Ergebnisse demographischer und epidemiologischer Forschung sprechen für die Annahme, dass die Möglichkeiten der Bekämpfung spezifischer oder allgemeiner genetischer Dispositionen für Krankheiten im Alter noch lange nicht ausgeschöpft sind. Die höchsten der im internationalen Vergleich zu beobachtenden durchschnittlichen Lebenserwartungen folgen seit Mitte des 19. Jahrhunderts einem ungebrochenen Trend. Die höchste durchschnittliche Lebenserwartung wurde im 19. Jahrhundert für England und in den letzten Jahren für die skandinavischen Länder ermittelt. Im Jahre 2008 fand sich diese in Japan mit 85.9 Jahren für neugeborene Mädchen, mit 79.1 Jahren für neugeborene Jungen (OECD, 2010). Die höchste durchschnittliche Lebenserwartung findet sich zwar je nach Beobachtungsjahr in unterschiedlichen Ländern, doch folgen die jeweiligen Rekordwerte einer nach wie vor linear ansteigenden Kurve. Damit kann unter der Voraussetzung optimaler Umweltbedingungen und optimaler medizinischer Versorgung auch weiterhin ein Anstieg der Lebenserwartung angenommen werden. Es liegt bereits ein Szenario vor, demzufolge „most babies born since 2000 in countries with long-lived residents will celebrate their 100th birthdays if the present yearly growth in life expectancy continues through the 21st century“ (Christensen et al., 2009, S. 1196).

Die These einer genetischen Steuerung oder Kontrolle des Alterns wird nicht nur durch biochemische Untersuchungen zur Hochaltrigkeit gestützt. Befunde aus Zwillingsuntersuchungen zeigen, dass der mittlere Unterschied in der Lebensdauer zwischen zweieiigen Zwillingen etwa doppelt so groß ist wie jener zwischen eineiigen Zwillingen. Des Weiteren ist belegt, dass die Nachkommen hoch betagter Menschen im Durchschnitt ein höheres Lebensalter erreichen als die Nachkommen von Menschen mit normaler Lebensspanne. Wenn hier von genetischer Steuerung oder Kontrolle des Alterns gesprochen wird, so ist damit nicht gemeint, dass spezifische Gene im Alter „angeschaltet“ werden. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass Altern eine Folge von Veränderungen genetisch kontrollierter zellulärer Aktivitäten ist, welche durch eine Drosselung oder aber Steigerung der entsprechenden Genaktivitäten hervorgerufen wird (Schachtschabel, 2004).

Präventive Maßnahmen, vor allem die Vermeidung von Risikofaktoren (Rauchen, Alkohol, Übergewicht, UV-Strahlung) und ein gesunder Lebensstil (ausreichende Bewegung und

ausgewogene Ernährung), verzögern den Ausbruch von Krankheiten in höherem Alter und erhöhen die Lebenserwartung, doch sie können die grundlegenden Alternsprozesse nicht umkehren oder verhindern. Die Beseitigung der drei häufigsten Todesursachen im Alter – Herzkreislauferkrankungen, Schlaganfall und Tumoren – könnte die Lebenserwartung nach heutigen Erkenntnissen um ca. Jahre verlängern. Alternsprozesse, die zu einem Zusammenbruch der Anpassungsmechanismen führen, träten dann mehr und mehr als Todesursache in den Vordergrund.

(VI) Die eigene Gesundheit in den Dienst höchster Güter stellen

Für das Verständnis von Gesundheit im Alter – einer Lebensphase, in der die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von chronischen Erkrankungen zunimmt – ist die Aussage wichtig, dass Gesundheit selbst im Falle von Krankheit bestehen kann. Diese Aussage bildet den Kern der von Aaron Antonovsky entwickelten Theorie der Salutogenese, die den *Kohärenz-sinn* als jenen psychischen Mechanismus identifiziert, der zur Erhaltung seelischer Gesundheit auch unter dem Einfluss (zum Teil extremer) Stressoren beiträgt (Antonovsky, 1987). Die Fähigkeit zur Erhaltung von Gesundheit auch im Falle von Krankheit wird dabei von Antonovsky wie folgt umschrieben: „Wir alle sind sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, gesund. Der Verlust von Gesundheit ist natürlich; um den Erhalt der Gesundheit muss gekämpft werden. Was macht, was erhält einen Menschen gesund?“ In ganz ähnlicher Weise ist in der *Pathosophie* von Viktor von Weizsäcker (2005) zu lesen: „Gesundheit ist nicht ein Kapital, das man aufzehren kann, sondern sie ist nur dort vorhanden, wo sie in jedem Augenblick des Lebens erzeugt wird.“ Ähnlich wie Antonovsky betont auch Viktor von Weizsäcker die (physischen, kognitiven, emotionalen, sozialen) *Ressourcen* des Menschen, die diesen in die Lage versetzen, Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen – diesem weiten Verständnis von Ressourcen liegt dabei ein umfassendes Person-Konzept zugrunde. Für einen theoretisch-konzeptionellen Zugang zur Gesundheit im Alter sind das weite Ressourcen-Verständnis und das umfassende Person-Konzept in der Hinsicht bedeutsam, als das Wohlbefinden des Menschen in zunehmendem Maße von dessen Fähigkeit beeinflusst ist, gesundheitliche und funktionelle Einbußen seelisch-geistig zu bewältigen – dies gilt vor allem für das hohe Alter, in dem die Wahrscheinlichkeit des Auftretens chronischer körperlicher und psychischer Erkrankungen zunimmt. Der Einsatz von Ressourcen mit dem Ziel, Einbußen möglichst weit zu kompensieren und eine persönlich tragfähige (optimistische, hoffnungsvolle, bejahende) Zukunftssicht aufrechtzuerhalten, bildet einen zentralen psychischen Mechanismus für die Wahrung oder Wiederherstellung von Gesundheit im Falle von Krankheit.

v. Krehl, Begründer der Heidelberger Medizinischen Anthropologie (die das *Subjekt* in das Zentrum der Theorie stellt), expliziert in seiner Schrift *Pathologische Physiologie* (1906) folgendes Verständnis von Krankheit: Jeder Krankheitsvorgang stelle etwas Neues dar, „das so noch nie da war und so nie wieder sein wird.“ Dies habe im Einzelfalle die medizinische Betrachtung zu erweisen. Diese beschäftige sich mit „zwei Reihen von Vorgängen“: mit den allgemeinen Beziehungen der Morphologie, Physiologie, Ätiologie und Pathogenese im menschlichen Organismus wie auch mit der „Umgestaltung des Typisch-Menschlichen“ durch die Persönlichkeit des Individuums. Hier spiegelt sich das umfassende Person-

Konzept wider, das auch im Verständnis des experimentell arbeitenden Mediziners grundlegend für die Deutung von Krankheiten, deren Verlauf und deren Bewältigung ist. Aus dem umfassenden Person- und Ressourcen-Ansatz ergeben sich Folgerungen für die Interaktion zwischen dem Patienten einerseits und jenen Personen, die für dessen Behandlung Heilung verantwortlich sind, andererseits. In der Tradition der Heidelberger Medizinischen Anthropologie stehend, hat Richard Siebeck die ärztliche Seite dieser Interaktion wie folgt charakterisiert: Gesundes und krankes Leben müsse in seinen vielgestaltigen Beziehungen und Zusammenhängen gesehen werden. Das persönliche Wesen des Patienten sowie die biografischen und sozialen Zusammenhänge seien hier von großer Bedeutung. Der Arzt müsse „Erlerntes und Erfahrenes“, „Erkanntes und Empfundenes“, „Bewusstes und Unbewusstes“ zusammenführen; in dieser Bewegung werde dieser hervorheben, was ihm „wesentlich“ erscheine (Siebeck, 1973).

Eine bemerkenswerte Deutung des Arzt-Patienten-Verhältnisses findet sich in den Aufzeichnungen des jüdischen Arzt Mosche ben Maimon (Moses Maimonides; *1135 in Córdoba; †1204 in Kairo). Damit Heilung (auch im Sinne des Heilseins verstanden) gelingt, müssten Arzt und Patient in ein rechtes Verhältnis zueinander kommen und den Bezug zu einem übergeordneten Ziel des Lebens gefunden haben. Diese Deutung kann als weitere Grundlage für das Verständnis von Gesundheit dienen (Kruse, 2009b): Danach ist Gesundheit nicht unser höchstes Gut; sie soll vielmehr dazu dienen, unser Leben in den Dienst höchster Güter zu stellen, so zum Beispiel in den Dienst anderer Menschen oder einer Idee. Dies heißt: Aus der Gesundheit erwächst Verantwortung – für das eigene Leben (Selbstverantwortung) und das Leben anderer (Mitverantwortung).

Literatur:

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Arendt, H. (1960). *Vita activa oder vom tätigen Leben*. Stuttgart: Kohlhammer.

Baltes, P.B., Freund, A., & Li, S.C. (2005). The psychological science of ageing. In M.L. Johnson (Ed.), *The Cambridge Handbook of Age and Ageing* (pp. 47-71). Cambridge: Cambridge University Press.

Baltes, P.B., Lindenberger, U. (1997). Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across the adult life span: A new window to the study of cognitive aging? *Psychology and Aging*, 12, 12-21.

Bauer, J., Sieber, C. (2006). Ernährung. In W.D. Oswald, U. Lehr, C. Sieber, & J. Kornhuber (Hrsg.), *Gerontologie* (S. 165-170). Stuttgart: Kohlhammer.

Bürger, M. (1947). *Altern und Krankheit*. Leipzig: Thieme.

Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J.W. (2009). Ageing populations: The challenges ahead. *Lancet*, 374, 1196-1208.

Cicero (1998). *De senectute. Über das Alter*. Stuttgart: Reclam.

Colcombe, S.J., Erickson, K.I., Raz, N., Webb, A.G., Cohen, N.J., McAuley, E., & Kramer, A.F. (2003). Aerobic fitness reduces brain tissue loss in aging humans. *Journal of Gerontology*, *58*, 176-180.

Colcombe, S.J., & Kramer, A.F. (2003). Fitness effects on the cognitive function of older adults: A meta-analytic study. *Psychological Science*, *14*, 125-130.

Fries, J.F. (2005). The compression of morbidity. *The Milbank Quarterly*, *83* (4), 801-823.

Gordon, N.F., Gulanick, M., & Costa, F. (2004). Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors. *Stroke*, *35*, 1230-1240.

Hüther, M. (2010). Vertrauen im Wandel und Vertrauen in den Wandel - Die Bedeutung des langen Lebens für den politischen Diskurs. In A. Kruse (Hrsg.), *Leben im Alter. Eigenverantwortlichkeit und Mitverantwortlichkeit aus gesellschaftlicher, kultureller und politischer Sicht* (S. 200-211). Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.

Hultsch, D.F., Hertzog, C., Small, B.J., Dixon, R.A. (1999). Use it or lose it: Engaged lifestyle as a buffer of cognitive aging? *Psychology and Aging*, *14*, 245-263.

Jeschke, D., & Zeilberger, K. (2004). Altern und körperliche Aktivität. *Deutsches Ärzteblatt*, *101*, 789-798.

Klein, T. (2004). Lebenserwartung – gesellschaftliche und gerontologische Bedeutung eines demografischen Konzepts. In A. Kruse, & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie* (S. 66-81). Bern: Huber.

Kliegl, R., Smith, J., & Baltes, P.B. (1989). Testing the limits and the study of age differences in cognitive plasticity and mnemonic skill. *Developmental Psychology*, *25*, 247-256.

Klie, T. (2010). Reflexionen zur zivilgesellschaftlichen Dimension des Alterns. In A. Kruse (Hrsg.), *Leben im Alter. Eigenverantwortlichkeit und Mitverantwortlichkeit aus gesellschaftlicher, kultureller und politischer Sicht* (S. 236-264). Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.

Kommission (2010). *Altersbilder in unserer Gesellschaft*. Sechster Altenbericht der Bundesregierung. Berlin: Deutscher Bundestag.

v. Krehl, L. (1906). *Pathologische Physiologie* (4. Auflage). Leipzig: Thieme.

Kruse, A. (2002). *Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien*. Baden-Baden: Nomos.

- Kruse, A. (2005). Biografische Aspekte des Alter(n)s: Lebensgeschichte und Diachronizität. In U. Staudinger, & S.-H. Filipp (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters* (S. 1-38). Göttingen: Hogrefe.
- Kruse, A. (2009a). Kulturelle Gerontologie: Gesellschaftliche und individuelle Antworten auf Entwicklungspotenziale und Grenzsituationen im Alter. In T. Klie, M. Kumlehn, & R. Kunz (Hrsg.), *Praktische Theologie des Alterns* (S. 77-105). Berlin: de Gruyter.
- Kruse, A., (2009b). Coping – Anthropologische Überlegungen zur Auseinandersetzung des Menschen mit Aufgaben und Belastungen. In D. Schaeffer (Hrsg.), *Bewältigung chronischer Krankheiten im Lebenslauf* (S. 179-206). Bern: Huber.
- Kruse, A. (2010). Alter neu denken – Kategorien eines veränderten kulturellen Verständnisses von Alter. In A. Kruse (Hrsg.), *Leben im Alter. Eigenverantwortlichkeit und Mitverantwortlichkeit aus gesellschaftlicher, kultureller und politischer Sicht* (S. 66-84). Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Lehr, U. (1997). Gesundheit und Lebensqualität im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 10, 277-287.
- Lövdén, M., Ghisletta, P., & Lindenberger, U. (2005). Social participation attenuates decline in perceptual speed in old and very old age. *Psychology and Aging*, 20, 423-434.
- OECD (2010). *OECD Health Data 2009*. Paris: OECD Directorate for Employment, Labour and Social Affairs.
- Pohlmann, S. (2005). Die ethische Dimension der Generationensolidarität. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, 233–241.
- Rapp, S., Brenes, G., & Marsh, A.P. (2002). Memory enhancement training for older adults with mild cognitive impairment: a preliminary study. *Aging & Mental Health*, 6, 5-11.
- Robine, J.M., & Michel, J.P. (2004). Looking forward to a general theory on population aging. *Journal of Gerontology*, 59, 590-597.
- Rosenmayr, L. (1983). *Die späte Freiheit*. Berlin: Severin & Siedler.
- Rowe, J.W., & Kahn, R.L. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books.
- Schachtschabel, D.O. (2004). *Humanbiologie des Alterns*. In A. Kruse, & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie* (S. 167-181). Bern: Huber.

Schönknecht, Pantel, J., Kruse, A., & Schröder, J. (2005). Prevalence and natural course of aging-associated in a population-based sample of "young-old" subjects. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2071-2077.

Schroll, K., Carbajal, A., Decarli, B., Martins, I., Grunenberger, F., & Blauw, Y.H. (1996). Food patterns of elderly Europeans. *European Journal of Clinical Nutrition*, 50, Suppl. 2, 86-100.

Siebeck, R. (1973). *Medizin in Bewegung* (5. Auflage). Stuttgart: Thieme.

Sieber, C. (2010). Ernährungsaspekte im Alter unter wissenschaftlichen und ethischen Gesichtspunkten. In A. Kruse (Hrsg.), *Leben im Alter. Eigen- und Mitverantwortlichkeit aus gesellschaftlicher, kultureller und politischer Sicht* (S. 279-287). Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft.

Small, G.W., La Rue, A., Komo, S., Kaplan, A., & Mandelkern, M.A. (1997). Mnemonics usage and cognitive decline in age-associated memory impairment. *International Psychogeriatrics*, 9, 47-56.

Staudinger, U. (2005). Lebenserfahrung, Lebenssinn und Weisheit. In Staudinger, U. & Filipp, S.-H. (Hrsg.). *Enzyklopädie der Psychologie, Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters* (S. 739-761). Göttingen: Hogrefe.

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

Sternberg, R.J. (1997). The concept of intelligence and its role in lifelong learning and success. *American Psychologist*, 52, 1030-1037.

Strawbridge, W.J., Cohen, R.D., Shema, S.J., & Kaplan, G.A. (1996). Successful aging: predictors and associated activities. *American Journal of Epidemiology*, 144, 135-141.

Thomae, H. (2002). Psychologische Modelle und Theorien des Lebenslaufs. In G. Jüttemann, & H. Thomae (Hrsg.), *Persönlichkeit und Entwicklung* (S. 12-45). Weinheim: Beltz.

Tuljapurkar, S., Nan, L., & Carl, B. (2000). A universal pattern of mortality decline in the G7 countries. *Nature* 405, 789-792.

Walter, U., Schneider, N., & Bisson, S. (2006). Krankheitslast und Gesundheit im Alter. Herausforderungen für die Prävention und gesundheitliche Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt*, 49, 537-546.

v. Weizsäcker, V. (2005). *Pathosophie*. Frankfurt: Suhrkamp.

Weltgesundheitsorganisation (1986). *Charta der Ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa*. Genf: WHO.

Wilson, R.S., Bennett, D.A., Beckett, L.A., Morris, M.C., Gilley, D.W., Bienais, J.L., Scherr, P.A., & Evans, D.A. (1999). Cognitive activity in older persons from a geographically defined population. *Journal of Gerontology*, *54*, 155-160.