

M A R T F E L D E R SCHLOSSGESPRÄCHE

Professor Dr. Dr. h.c. Ursula Lehr:

Gesundes Älterwerden
Langlebigkeit verpflichtet
zu einem gesunden und
kompetenten Älterwerden

Schriftenreihe der
Senioren-Union der CDU NRW
Ausgabe Nr. 14



M A R T F E L D E R SCHLOSSGESPRÄCHE

Professor Dr. Dr. h.c. Ursula Lehr:

Gesundes Älterwerden
Langlebigkeit verpflichtet
zu einem gesunden und
kompetenten Älterwerden

Schriftenreihe der
Senioren-Union der CDU NRW
Ausgabe Nr. 14

**Senioren
Union** 
CDU

Herausgeber

Senioren-Union der CDU Nordrhein-Westfalen · Heinz Soth · Landesgeschäftsführer
Wasserstraße 6 · 40213 Düsseldorf · Telefon (02 11) 1 36 00-22 · Telefax (02 11) 1 36 00-54
Internet: www.senioren-union-nrw.de · E-Mail: senioren@senioren-union-nrw.de
Redaktion und Fotos: Isabella von Kageneck, Roland Rochlitzer

Herstellung und Verlag

DZE GmbH · Bamlerstraße 20 · 45414 Essen
Telefon (02 01) 201 831 04-10 · Telefax (02 01) 201 831 04-90
E-Mail: info@dzessen.de
1. Auflage, 5000/07/09

Inhalt

Leonhard Kuckart

Begrüßung 4

Professor Dr. Dr. h.c. Ursula Lehr:

Gesundes Älterwerden

**Langlebigkeit verpflichtet zu einem gesunden
und kompetenten Älterwerden**

**Was versteht man unter einem „gesunden“
und „kompetenten“ Älterwerden?** 6

I. Gesundheit – umfassend definiert 8

II. Formen „kompetenten Älterwerdens“ 10
1) Altern und Reifen – Gesundheit und Kompetenz

III. Altern als soziales Schicksal: Altersbilder der Gesellschaft 13

IV. Leben in einer Gesellschaft des langen Lebens 16
1) Fakten zur Langlebigkeit
2) Alter und Pflegebedürftigkeit
3) Anstieg der Gesundheitskosten?

V. Der notwendige Ausbau der Prävention 22
1) Vorsorge – Untersuchungen
2) Die Bedeutung des „subjektiven Gesundheitszustandes“
3) Die Bedeutung umweltbezogener Prävention
4) Die Forderung nach einem gesundheitsbewussten Lebensstil
5) Älter werden – aktiv bleiben

**VI. Langlebigkeit, gesundes und kompetentes Älterwerden -
ein Interaktionsgefüge einer Vielzahl von Faktoren** 34

Leonhard Kuckart

Landesvorsitzender
der Senioren-Union der CDU NRW



Sehr geehrte Damen und Herren,

„Gesundheit fördern statt Krankheiten finanzieren“, so lautet das Thema unserer neuen Vortragsreihe im Rahmen der Martfelder Schlossgespräche.

In den Jahren 2000 bis 2007 haben wir im Rahmen der Martfelder Schlossgespräche den Demografischen Wandel und die sich daraus ergebenden Herausforderungen erörtert und aus unterschiedlichen Sichtweisen beleuchtet. Alle Referate sind dokumentiert. Außerdem haben wir zwischenzeitlich einen Sammelband dieser Martfelder Schlossgespräche herausgebracht. Die Dokumentation und der Sammelband sind über die Landesgeschäftsstelle der Senioren-Union kostenlos erhältlich.

Das Thema Demografischer Wandel wird uns auch in der Zukunft weiter politisch beschäftigen. Es ist manchmal bedrückend erfahren zu müssen, wie desinteressiert Gesellschaft und Politik an Lösungen dieses Problems sind.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, wir möchten gesund sein und möglichst lange leben. Nach wissenschaftlichen Erkenntnissen sind 80 Prozent aller Krankheiten vermeidbar. Das heißt also, dass wir selbst in großem Umfange in der Hand haben, möglichst lange gesund zu bleiben. Für ältere Menschen ist Gesundheit ein besonders hohes Gut. So möchten wir diese Martfelder Schlossgespräche zur Grundlage unseres politischen Handelns machen.

Prävention und Eigenverantwortung dürften der Schlüssel zu einem gesunden Leben sein. Lassen Sie es provozierend wie folgt ausdrücken: Wer säuft wie ein Loch, wer raucht wie ein Schlot, wer frisst wie ein Scheunendrescher und wer sich bewegt wie ein Faultier, ist unsolidarisch und hat den Anspruch auf Solidarität der Gesellschaft verwirkt. Er kann nur noch auf christliche Nächstenliebe hoffen.

Wir werden – wie gewohnt – zwei Veranstaltungen im Jahr durchführen und die Senioren-Union, und ganz besonders ich, begrüßen es, dass Frau Prof. Lehr nicht nur mit den Vorträgen beginnt, sondern sich auch bereit erklärt hat, die gesamte Vortragsreihe zu organisieren, durchzuführen und inhaltlich zu gestalten.

Ich möchte mich dafür herzlich bedanken.

Leonhard Kuckart

**Professor
Dr. Dr. h.c. Ursula
Lehr**

**Institut für Gerontologie der
Universität Heidelberg
Bundesministerin a.D.**

**GESUNDES
ÄLTERWERDEN**

**Langlebigkeit
verpflichtet-
zu einem gesunden
und kompetenten
Älterwerden**



PRO-AGING statt ANTI-AGING

Wir leben in einer Gesellschaft des langen Lebens. Noch nie zuvor haben so viele Menschen eine so lange Lebenszeit gehabt wie heute. Sehen wir darin nicht ein Problem, sondern eine Chance! Wir haben gleichzeitig auch einen Rückgang der Geburtenzahlen, der zu bedauern ist. Immer mehr ältere Menschen stehen immer weniger Jungen gegenüber. Wir leben in einer alternden Gesellschaft, in einer alternden Welt.

Freuen wir uns über die zunehmende Langlebigkeit – doch versuchen wir alles, damit aus den gewonnenen Jahren erfüllte Jahre werden! Setzen wir uns für ein PRO- AGING ein, für ein Älterwerden bei möglichst großem körperlichem und seelisch-geistigen Wohlbefinden. Wir wollen ja gar nicht „ewig jung“ bleiben, wie es der Slogan „forever young“ verspricht. Wir wollen gesund und möglichst kompetent alt werden. Die meisten Senioren wenden sich

auch gegen eine heutzutage übliche „Anti-Aging-Kampagne“, denn „anti-aging“ setzt voraus, dass Altern etwas Schlimmes ist, gegen das man angehen muss, das man fürchten muss.

„Ich möchte noch mal 20 sein...“ – so ein alter Schlager, ein Wunsch, den sicher die meisten der heutigen Seniorinnen und Senioren nicht teilen. Wenn sie zurückdenken, als sie 20 waren – Kriegszeit, Nachkriegszeit, Hunger und Kälte, schlechte Wohnverhältnisse und danach: Familiengründung, Kinder (die sicher viel Freude gemacht haben, aber auch manche Sorgen. Wie hat man gebangt, als sie krank waren, wie hat man mit ihnen bei Prüfungen gezittert). Was gab es in Ihrem ganz persönlichen Leben für Höhen und Tiefen, für Freuden und Sorgen, für angenehme Erlebnisse und Erfahrungen – und für Enttäuschungen. Das alles hat sie geprägt und zu dem gemacht, was Sie heute sind. „Leben ist Lernen“, ist Verhaltensänderung aufgrund von Erfahrungen. Und ein langes Leben bringt viele Erfahrungen mit sich, trägt zur Reife bei, zur Gelassenheit, vielleicht auch zu einer gewissen Abgeklärtheit und Weisheit.

Im Alter können wir heute toleranter sein – uns selbst gegenüber, aber auch anderen gegenüber. Wir sollten uns mit unserer Vergangenheit, mit unserem bisherigen Leben und Älterwerden aussöhnen, nicht nur nach möglicherweise Misslungenem fragen, sondern uns an dem Gelungenen freuen! Wenn wir rückblickend unser eigenes Leben betrachten, sehen wir heute manches anders als damals, als es geschah. Unsere biografischen Studien an den Universitäten Bonn und Heidelberg zeigen: manche Begebenheit, über die man vor Jahren fast verzweifelt wäre, die damals als großes Unglück erschien, einen vielleicht sogar beinahe aus der Bahn geworfen hätte, die einen damals sehr, sehr traurig stimmte – sieht man heute vielleicht in einem anderen Licht und sagt sich: „Wer weiß, wozu das gut war!“

Doch ein Zehren von der Vergangenheit sollte nicht auf Kosten des Erlebens der Gegenwart gehen und erst recht nicht den Blick in die Zukunft versperren. Seien wir dankbar für schöne Erlebnisse, integrieren wir sie in unser Sein und seien wir nicht undankbar für manche unangenehmen Erfahrungen und Schicksalsschläge, die uns auch zu dem gemacht haben, was wir sind.

Aufgaben, Herausforderungen, Probleme, Konflikte, manchmal auch Krisen, gehören nun einmal zum menschlichen Leben, zum Älterwerden dazu. Freuen wir uns, dass wir sie gemeistert und überstanden haben!

Ingeborg Albrecht hat das treffend zum Ausdruck gebracht:

„Schönes habe ich erlebt -

Goldfarben der Teppich

des Lebens durchwebt.

Auch dunkle Fäden

sind manchmal dabei.

Doch, wollt ich sie entfernen,

der Teppich riss` entzwei.“

(Ingeborg ALBRECHT: Weit spannt sich der Lebensbogen; Puchheim; Idea Vlg., 2001)

Sagen wir JA zu unserer Vergangenheit, zu unserem Älterwerden – und zu unserer Zukunft. Sehen wir im Älterwerden eine Chance. Wir sind nicht gegen das Altern, das wir ohnehin nicht verhindern können und wollen, wir sind aber für ein möglichst gesundes und kompetentes Älterwerden.

Was versteht man unter einem „gesunden“ und „kompetenten“ Älterwerden?

I. Gesundheit – umfassend definiert

1. Gesundheit ist nicht nur das Fehlen von Krankheit. Bei dem Fortschritt der Medizin und der Medizintechnik, bei den immer neuen und gründlicheren Diagnosemöglichkeiten, gilt heute bei manchen Vertretern der Medizin die Feststellung: „Gesund ist schlecht diagnostiziert“, denn nahezu jeder hat irgendwo irgendwelche kleineren oder größeren Probleme.

2. Gesundheit ist sodann – der früheren klassischen Weltgesundheitsorganisation (WHO)-Definition entsprechend – „körperliches, seelisch-

geistiges und sozialen Wohlbefinden“. Es kommt also danach nicht nur darauf an, ob man laut Arzturteil und Laborbefund gesund ist, sondern auch, ob man sich gesund fühlt. Der sogenannte „subjektive Gesundheitszustand“ ist, wie unsere, aber auch internationale Untersuchungen zeigen, ganz entscheidend für eine Lebensqualität im Alter.

3. „Gesundheit“ schließt aber auch die Fähigkeit mit ein, mit etwaigen Belastungen, mit Einschränkungen, mit Behinderungen (im körperlichen, aber auch im geistig-seelischen und sozialen Bereich) sich auseinander zu setzen, adäquat damit umzugehen und dennoch ein zufriedenstellendes Leben zu führen.

Gesundheit ist nicht etwas bei Geburt Gegebenes, das sich dann im Laufe des Lebens immer mehr abbaut, sondern Gesundheit muss jeden Augenblick des Lebens neu erzeugt werden. Die WHO hat Gesundheit als „active state“ definiert und darunter die selbstverantwortliche, selbstständige Lebensführung verstanden.



Schloss Martfeld in Schwelm (Ennepe-Ruhr-Kreis)



Professor Lehr verdeutlichte ihre Aussagen durch zahlreiche Schaubilder und Statistiken

II. Formen „kompetenten Älterwerdens“

Altern und Reifen – Gesundheit und Kompetenz

Der Bonner Philosoph Erich Rothacker hat schon 1938 in seinem Buch „Die Schichten der Persönlichkeit“ in einem Exkurs „Altern und Reifen“ festgestellt: Während die medizinische Altersforschung überwiegend damit beschäftigt ist, ein mit dem Alter verbundenes Nachlassen der Organe zu prüfen, zeigt die Analyse der kulturellen Dokumentationen geistigen Schaffens, „dass die größten geistigen Leistungen oft gerade in Lebensaltern gelingen, in denen die Leistungsfähigkeit vieler einzelner Organe und Funktionen bereits wesentlich nachgelassen hat“. Alternskurve (der Funktionen und Organe, der körperlichen Gesundheit) und Reifungskurve (der geistigen kulturellen Werke, der zunehmenden Kompetenz) überschneiden sich oft. Rothacker spricht bereits von „Kompensation“ – aber nicht im BALTES'schen Sinne des SOK-Modells (Selektion-Optimierung-Kompensation) – sondern sieht im Schwinden körperlicher Kräfte eine verstärkte Zuwendung zu geistigen Aufgaben. Doch er stellt fest: „Aber jedem Greis etwa ‚Vitalität‘ abzusprechen,

widersprüche bereits vielen Tatsachen. Eher finden hier oft ‚Umleitungen‘ des vitalen Antriebs auf andere, spät zur Reife gelangende Fähigkeiten statt“. Die Fähigkeit, Wesentliches von Unwesentlichem zu unterscheiden, zunehmende Kreativität, zunehmende Kompetenzen werden oft herausgestellt. Diese Reifungskurve geht in die Höhe, steigt an, während die körperliche Alterskurve oft sinkt, körperliche Probleme oft zunehmen.

Ähnlich hat man das Älterwerden mit einer Bergbesteigung verglichen: je höher wir hinaufkommen, um so mehr lassen unsere körperlichen Kräfte nach, aber umso schöner und lohnender ist die Aussicht. Doch nicht jeder versteht sie zu genießen.

So hat das Alter viele Gesichter. Interindividuelle Unterschiede treten deutlich hervor. Hans THOMAE nimmt auf diese Aussagen seines Lehrers RO-THACKER Bezug und erklärt: „Die Reifekurve ist diejenige der zunehmenden Präzision, Verlässlichkeit und Differenziertheit von Äußerungen und Wirkungen, sie ist das Ergebnis höchstmöglicher Integration von Erfahrung und Verhalten.“ Er beschreibt den Vorgang der Reifung als „zunehmende Durchdringung aller Abläufe mit eigenen Grunderfahrungen, ihrer Integration zu bestimmten Zielen und Einstellungen hin“. THOMAE (1951,1966, S.110ff) sieht auch als einen Maßstab der Reife, „wie der Tod integriert oder desintegriert wird“, wie das Dasein im ganzen eingeschätzt und empfunden wird, als gerundetes oder unerfüllt und Fragment gebliebenes, wie Versagungen, Fehlschläge, Enttäuschungen, die sich auf einmal als endgültig abzeichnen, abgefangen oder ertragen werden, wie Lebenslügen, Hoffnungen, Ideale, Vorlieben, Gewohnheiten konserviert oder revidiert werden.“ Und schließlich heißt es: „Güte, Gefasstheit und Abgeklärtheit sind Endpunkte zu einer Entwicklung zur Reife hin, Verhärtung, Protest, ständig um sich greifende Abwertung solche eines anderen Verlaufs.“

THOMAE spricht – auf interindividuelle Unterschiede in der Entwicklung anspielend – von „Variationen der Lebenshöhe“, die man bei diesen und jenen Persönlichkeiten finden kann. Er stellt hier Vorgänge der „Verinnerlichung“ jenen der „Veräußerlichung“ gegenüber. „Wenn der Schwerpunkt der Seele im Außen, im eigenen Leib, in der Kleidung, dem

Schmuck, der Wohnung, dem Besitz, den materiellen Gütern liegt“, sprechen wir von „Veräußerlichung“. „Eine veräußerlichte Seele lebt so, als ob ihr ganzes Heil allein von dem Haben bestimmter äußerer Güter und von dem Fernsein bestimmter äußerer Übel abhinge“ (1966, S.101). Angst vor Verlust äußerer Güter ruft eine ständig wachsende Unbefriedigtheit und Angst vor dem Alter hervor. Hier wird Alter nicht als Chance, sondern als Gefahr erlebt werden können, hier dürfte eine positive Einstellung zum Altern sehr schwer fallen. Verinnerlichung hingegen würde bedeuten, sich auf seine Wesensmitte zu besinnen, das zu verfolgen, was einem persönlich wesentlich erscheint, seinem eigenen Wesen entspricht. „Veräußerlicht“ würde man auch eine Formierung der Persönlichkeit nennen, welche die Erfahrungen und Erlebnisse nur mehr anfügt, sie aber nicht mehr zu integrieren vermag – Verinnerlichung wäre, neues Erfahrungsgut aufzunehmen, neue Erlebnisse zu verarbeiten. Rainer Maria RILKE äußerte sich im „Malte Laurids Brigge“: „Ich lerne sehen. Ich weiß nicht, woran es liegt, es geht alles tiefer in mich ein und bleibt nicht an der Stelle stehen, wo es sonst immer zu Ende war. Ich habe ein Inneres, von dem ich nicht wusste. Alles geht jetzt dort hin.“ Beschrieben wird hier ein Anfang neuer seelischer Entwicklung, der auch noch im hohen Alter möglich ist. Beschrieben wird hier eine besondere Form der Kreativität und der kompetenten Auseinandersetzung mit der neuen Lebenssituation.

Güte, Gefasstheit und Abgeklärtheit sind Anzeichen für das Maß des Offenbleibens für neue Entwicklungen, auch noch im hohen Alter. „Und sei es auch nur jener (Entwicklung), welche weniger dieses oder jenes erreichen will, sondern sich einfach tragen lässt, von irgendeiner Erinnerung vielleicht, von einem Glanz, der früher das Leben erhellte und lebenswert gemacht hatte, von dem „Wissen“ um eine Stunde, die besonders gut geraten schien.“ (THOMAE, 1966, S. 111).

Kommen wir zurück zu unserem Bergsteiger: Wie erlebt er den Gipfel? Ist er aufgeschlossen, kann er die neuen Eindrücke verarbeiten, verinnerlichen, kommt es bei ihm zu einem vertieften Erleben („ich lerne sehen“) - oder zählen für ihn nur Äußerlichkeiten, die erreichten 2.000 Meter, die Mühen, der Muskelkater, die Blasen an den Füßen?

Der eine erlebt im Alter nur Verengungen und Reduzierungen des eigenen Lebensraumes; sein Blick ist stärker auf körperliche Probleme und materielle Güter gerichtet, er sieht nur Verluste. Bei ihm mag im wahrsten Sinne des Wortes eine Anti-Aging-Einstellung dominieren, er mag das Alter ablehnen; ihm ist der Weg versperrt, die positiven Seiten des Älterwerdens wahrzunehmen. Der andere mag bei einer vergleichbaren körperlichen und materiell/finanziellen Situation eine Daseinserweiterung erleben, „ich lerne sehen...“, ich erfahre Neues oder sehe Altes unter einem anderen Blickwinkel und integriere es, verinnerliche es. Dieser Ältere erlebt auch Gewinne.

Es gibt viele Auseinandersetzungsformen mit gesundheitlichen Belastungen, Verzagen, Verzweifeln, aber auch solche, die trotz Einschränkungen der Gesamtsituation noch positive Aspekte abgewinnen können, im Älterwerden eine Chance zu sehen.

III. Altern als soziales Schicksal: Altersbilder der Gesellschaft

Im Älterwerden eine Chance zu sehen – das ist eine Herausforderung für jeden Einzelnen, aber auch für die Gesellschaft, für unsere Politik, in der immer noch negative Altersbilder dominieren (und Ministerpräsident Seehofer stolz darauf ist, dass seine Regierungsmannschaft keinen über 60-jährigen hat!)

„Wenn ein alter Mensch stirbt, dann ist es,
als ob eine ganze Bibliothek verbrennt“.

Dieses alte afrikanische Sprichwort, das die Funktion, den Wert, das Wissen, die Lebenserfahrung und die besondere Kompetenz der Alten in einmaliger Weise zum Ausdruck bringt, hat bei uns heutzutage keine oder nur eine äußerst eingeschränkte Gültigkeit. Funktionen des Speicherns, Behaltens und Erinnerns, wie auch die Weitergabe von Wissen und Informationen werden heute weitgehend durch moderne Technologien ersetzt. Mit einem Mausklick googelt man sich im Internet alle Informationen „schwarz auf weiß“ herbei. Freilich, die lebendige, durch eigene Erfahrung und eigenes Erleben

geprägte Mitteilung, die Veranschaulichung und damit die Chance zum Nacherleben, fehlen. Doch Wikipedia wird Erlebnisberichte von Zeitzeugen nie ersetzen können. Aber dafür hat man meist mehr Informationen, detailliertere Informationen, die man sogar noch ausdrucken kann.

Dies ist nur ein Aspekt des rapiden technischen Wandels, der uns in eine neue Welt der Informationstechnologie, der elektronischen Datenrennbahnen, führt, die allerdings mit einem Verlust der Achtung, des Ansehens der Älteren, mit einem Verlust der besonderen Hochschätzung ihrer Erfahrung, einhergeht.

Das Altersbild der Gesellschaft beeinflusst auch unsere Kompetenz und Gesundheit. Es war vor über 40 Jahren, 1968, als Hans THOMAE auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Tübingen mit seiner Feststellung „Altern ist heute primär soziales Schicksal und erst sekundär funktionelle oder organische Veränderung“ (THOMAE 1969, S.23) eine heftige Diskussion auslöste. Einige Medizinerkollegen widersprachen heftig, fühlten sie sich doch alleine für den Alternsprozess zuständig; einige Soziologen sahen etwas einseitig „soziales Schicksal“ im Sinne sozialer Schichtzugehörigkeit: weil Du arm bist, musst Du früher sterben. Doch soziales Schicksal sind nicht nur in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter erlebte Chancen und Barrieren, die durch sozioökonomische Faktoren definiert werden, sondern der Einfluss der Mitmenschen.

Man verdeutlichte das an dem Beispiel eines Schlaganfall-Patienten, dessen Umwelt den Ernst der Erkrankung nicht erfasst und abwartet, „bis es wieder gut wird“, so dass wertvolle Zeit verloren geht oder aber auch an einem Schlaganfall-Patienten, der von Notärzten in eine Institution eingewiesen wird, die ein sehr konservatives Bild von Interventionsmöglichkeiten hat. Im Vergleich dazu ein Patient, der sofort in eine Stroke-Unit eines Klinikums gebracht wird, bei dem frühestmöglich mit Rehabilitationsmaßnahmen begonnen wird.

Derartige Beispiele ließen sich beliebig aneinanderreihen. Das Altersbild der Ärzte ist oft sehr entscheidend. Es gibt auch heute noch Ärzte ohne ge-

riatrische Ausbildung, die Klagen über ein nachlassendes Gedächtnis einfach als altersbedingt hinnehmen und nichts dagegen tun. Dabei könnte eine Memory-Klinik weiterhelfen und lehren, wie man durch bestimmtes Training kognitive Störungen zumindest hinauszögern kann. Oft ist auch eine medikamentöse Behandlung hilfreich. Ein von Medizinern geprägtes einseitig negativ akzentuiertes Altersbild herrschte in Deutschland lange Zeit vor.

Hier wird der Einfluss der Gesellschaft in seiner ganzen Komplexität deutlich – nicht nur in jener reduzierten auf die finanzielle Situation begrenzten Sicht.

Auch bei knappen Mitteln kann man durch Prävention und frühzeitig einsetzende Rehabilitation die Lebensqualität erhöhen und gleichzeitig Behandlungs- und Pflegekosten sparen.



Professor Lehr während ihres Vortrages

IV. Leben in einer Gesellschaft des langen Lebens

1) Fakten zur Langlebigkeit

Umberto ECO stellte fest: der größte Fortschritt – über die Jahrhunderte hinweg – wurde nicht etwa auf dem Gebiet der Technik, des Computers, der SMS erreicht, sondern auf dem Gebiet des Lebens! „Wir glauben immer noch, uns in einer Epoche zu befinden, in der die Technik jeden Tag Riesenfortschritte macht, wir fragen uns, wohin uns die Globalisierung bringen wird, aber selten denken wir darüber nach, dass die größte Entwicklung der Menschheit, und darüber hinaus die schnellste, die Erhöhung des Durchschnittsalters ist.“ (Umberto Eco, 2004).

Allerdings sollte man auch sehen, dass technische Entwicklungen, Innovationen (z.B. die Erfindung des Kühlschranks, die Entwicklung medizinischer Geräte zur Diagnose und Therapie etc.) mit zu einer Verlängerung der Lebenszeit, zu einer zunehmenden Langlebigkeit beigetragen haben.

Die durchschnittliche Lebenserwartung, um 1900 bei 45 Jahren, hat sich heute fast verdoppelt und liegt heute für männliche Neugeborene bei 77 Jahren, für weibliche bei 82 Jahren. Sie steigt pro Jahr um 3 Monate, pro Tag um etwa 5 Stunden.

Wenn man heute in Rente geht oder gehen muss, hat man noch ein Viertel, oft sogar noch ein Drittel seines Lebens vor sich. Wir haben eine zunehmende Langlebigkeit (Versicherungen sprechen vom „Langlebkeitsrisiko“).

Wir haben gleichzeitig aber auch eine verlängerte Jugendzeit mit sehr spätem Berufsbeginn (und oft in das 4. Lebensjahrzehnt hinein verschobener Familiengründung) – was sich übrigens auch auf die Beiträge zur Krankenkasse und die Alterssicherung auswirkt.

Der Anteil der „gesunden“ Lebensjahre, die wir in Unabhängigkeit und Selbstständigkeit verbringen dürfen, ist in den letzten Jahren enorm gestiegen.

Es sind also wirklich „gewonnene Jahre“. Der amerikanische Mediziner FRIES (1980, 1989) geht von einer „compression of morbidity“ aus, d.h., dass sich der Beginn ernstzunehmender Krankheiten in ein immer höheres Lebensalter hinausschieben wird und die Krankheitsdauer auf einen immer kürzeren zeitlichen Abschnitt direkt vor dem Tod begrenzt sein wird. Die Zeit des aktiven, relativ gesunden Alterns nimmt zu und wird weiter zunehmen, vorausgesetzt, eine optimale Prävention und Gesundheitsvorsorge wird ausgebaut.

Allerdings hat man festgestellt, dass die Zunahme dieser „gesunden“ Lebenszeit besonders in den höheren und mittleren sozialen Schichten zutage tritt und für die „bildungsferneren“ Schichten signifikant weniger zutrifft (man fand z.B. in den letzten Jahren einen signifikanten Anstieg von Diabetes II – „Altersdiabetes“ bei 14-16-jährigen Jugendlichen der „bildungsferneren Schichten“). Hier werden Aspekte der sozialen Ungleichheit deutliche, für die viele Faktoren verantwortlich zu machen sind. Allein finanzielle Aspekte reichen da nicht zur Erklärung aus. Gesunder Lebenswandel, körperliche Bewegung, muss nicht teuer sein. Hier spielt zweifellos die Bildung eine ganz entscheidende Rolle, das Wissen um die Folgen schlechter Ernährung, mangelnder körperlicher Bewegung und das entsprechende Verhalten, was wiederum oft von Persönlichkeitsfaktoren abhängt. Zweifellos findet man in bildungsferneren Schichten meist auch eine nicht so anregende, stimulierende Umwelt. Bildung ist eine äußerst wichtige Variable im Hinblick auf Gesundheit. Wir müssen Bildung anbieten, aber auch die Bildungsbereitschaft stärken, die Familien aufklären.

Altern ist ein lebenslanger Prozess. Alter selbst ist keine Krankheit, aber mit zunehmendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit, krank zu werden, zu. Doch die meisten Krankheiten im Alter sind keine Alterskrankheiten, sondern alternde Krankheiten, haben sich im früheren Leben über eine lange Zeit hin aufgebaut. Das gilt für die vier gesundheitlichen Hauptprobleme:

1. Cardiovasculäre Erkrankungen,
2. Stoffwechsel- Erkrankungen (Diabetes II)
3. Erkrankungen der Wirbelsäule, Osteoporose, Gelenkprobleme
4. einige Tumorerkrankungen

Dies sind Krankheiten, die sich weitgehend durch den Lebensstil beeinflussen lassen. Langlebigkeit verpflichtet: Wir haben alles zu tun, um ein möglichst hohes Lebensalter bei psycho-physischem Wohlbefinden zu erreichen und das ist eine lebenslange Aufgabe; Prävention ist eine Aufgabe von den ersten Lebenstagen an.

Victor v. Weizsäcker hat einmal gesagt: „Gesundheit baut sich nicht im Laufe des Lebens, des Älterwerdens, ab, sondern Gesundheit ist dort vorhanden, wo sie jeden Augenblick des Lebens neu erzeugt wird. Auch wenn ein Mensch krank ist, hat er noch viele Elemente von Gesundheit, die es zu fördern gilt (durch Sekundär- und Tertiär-Prävention).“

2) Alter und Pflegebedürftigkeit

Schon heute gilt: Altern muss nicht Hinfälligkeit und Pflegebedürftigkeit bedeuten. Das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit alter Menschen wird oft überschätzt. Es fällt eigentlich erst in der Gruppe der über 85-Jährigen ins Gewicht und betrifft dort rund 30 Prozent. Das heißt aber, dass noch rund 70 von 100 Hochbetagten in der Lage sind, allein kompetent ihren Alltag zu meistern.

Bei Hochschätzungen im Hinblick auf den Anteil der Pflegebedürftigen von morgen, wenn ja weit mehr über 80/85-Jährige in unserer Gesellschaft leben werden, sollte man vorsichtig sein. Schon die Älteren von heute sind in einem höheren Alter viel gesünder und kompetenter als es deren Eltern und Großeltern im gleichen Alter waren, sofern sie dieses überhaupt erreicht hatten. Und dieser Trend wird sich fortsetzen.

Aber auch wenn wir den Anteil der Pflegebedürftigen von morgen und übermorgen nicht überschätzen sollten, müssen wir doch feststellen: die Thematik der Pflegebedürftigkeit in einer alternden Gesellschaft wird weiterhin eine Herausforderung bleiben. Werden heute noch 60- 70 Prozent der Pflegebedürftigen in der Familie gepflegt (leider nicht immer in einer optimalen Form), so müssen wir dennoch deutlich sagen: Begrenzungen familiärer Hilfs- und Pflegeleistungen sind nun einmal gegeben.



Über 60 Gäste verfolgten Professor Lehrs Vortrag

Bei all den gegebenen Einschränkungen wird man zu fragen haben, wie lange Pflege durch Angehörige in optimaler Form noch möglich sein wird, bzw. was zu tun ist, um Pflege zu optimieren, um dem älteren pflegebedürftigen Menschen – sofern er es will – ein Leben in der eigenen Wohnung zu ermöglichen. Der im Pflegegesetz verankerte Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist eine Herausforderung.

Der zweite, im Pflegegesetz verankerte Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ ist bisher leider nur in engen Grenzen realisiert, was sicherlich mehrere Gründe hat. Einmal ist es sicher die Zuständigkeit unterschiedlicher Kassen bei der Finanzierung der Pflege und der Rehabilitation, zum anderen das bei manchen Medizinern vorherrschende negative Altersbild, das von Skepsis gegenüber Interventionsmöglichkeiten geprägt ist. Darüber hinaus findet man bei den betroffenen Pflegebedürftigen manchmal eine gewisse Scheu vor anstrengenden Reha-Maßnahmen, man hat sich mit seinem Schicksal abgefunden und möchte endlich „seine Ruhe“ haben. Und oft kann man auch bei den pflegenden Angehörigen eine gewisse Skepsis oder Zurückhaltung feststellen (vereinzelt manchmal auch, weil ein etwaiger Reha-Erfolg das Pflegegeld reduzieren würde).

3) Anstieg der Gesundheitskosten?

„Immer älter – immer kränker – immer teurer?“ – ein Dreiklang, der zunächst überzeugend klingt, der aber doch infrage gestellt werden muss. Das Schreckgespenst einer Altersrationierung bei Gesundheitsleistungen geistert durch die Medien. Der Konstanzer Gesundheitsökonom Friedrich BREYER und der Bochumer Theologieprofessor Joachim WIEMEYER sprachen sich vor einigen Jahren für eine Altersbegrenzung von kostenintensiven Therapien, auch bei Dialysebehandlungen und bei Operationen bei Herz- und Krebserkrankungen aus. Ab dem 75. Lebensjahr sollten danach Gesetzliche Krankenkassen für diese Leistungen nicht mehr aufkommen. (Nebenbei bemerkt: wenn so etwas Gesetz würde, wie viele Menschen würden dann „vorsorglich“ sich mit 74 Jahren einer Bypass-Operation unterziehen?) Ein Sturm der Entrüstung brach aus, der noch verstärkt wurde durch die Äußerung des damals 24-jährigen Philipp MISSFELDERS: „Für 85-Jährige keine Hüftoperationen mehr – früher gingen Alte auch auf Krücken!“

Friedrich BREYER (2002; „Ökonomische Grundlagen der Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen“ in: D.P.AUFDERHEIDE (Hg): Gesundheit- Ethik- Ökonomik: wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens, Berlin; S.11-27) stellte fest: „Statt der heute 13,5 Prozent müssen die Arbeitnehmer in 40 Jahren 23 Prozent ihres Arbeitseinkommens für die Krankenversicherung zahlen, wenn die Strukturen des Gesundheitswesens so bleiben wie heute und am medizinischen Fortschritt wie bisher teilhaben wollen.“ (BREYER,S.15). Medizinischer Fortschritt, „Vergreisung“ der Gesellschaft und sinkende wirtschaftliche Leistungsfähigkeit werden dafür verantwortlich gemacht.

Doch wie sieht es mit der „Vergreisung“ aus? Die Feststellung „immer älter – immer kränker – immer teurer“ hat Hilke BROCKMANN (2004) vom Max-Planck-Institut Rostock hinterfragt. Ihre Untersuchungen an über 400.000 AOK- Versicherten zeigten:

1. wenige Patienten (etwa 10 Prozent) verursachten ungefähr 40 Prozent der gesamten Ausgaben, 50 Prozent der Patienten machten nur bis zu 15 Prozent der Kosten aus.

2. Kostenunterschiede zwischen versterbenden und nicht versterbenden Patienten sind erheblich. Versterbende sind im letzten Lebensjahr deutlich kostenintensiver, besonders wenn sie jünger sind: eine 20-50-jährige Frau kostete 1996/97 im letzten Lebensjahr durchschnittlich über 36.000 DM, eine gleichaltrige nicht versterbende Patientin weniger als 10.000 DM.

3. Die Kostendifferenz zwischen sterbenden und nicht versterbenden wird mit zunehmendem Lebensalter geringer. „Die Sterbekosten sind hoch, aber sie sinken kontinuierlich mit dem Alter der Patienten“

4. Krankenhausbehandlungskosten sinken ungefähr ab dem 80. Lebensjahr, auch für den nicht versterbenden Patienten.

„Fasst man diese Ergebnisse zusammen, so ergibt sich, dass nicht das Alter über die Gesundheitskosten entscheidet, sondern die Nähe zum Tod“ (BROCKMANN, 2004, S.9) „Über Jahrzehnte kosten Versicherte sehr wenig, aber im letzten Lebensjahr schießen die Kosten in die Höhe. Je näher der Tod rückt, desto rasanter steigen die Gesundheitsausgaben an. Dieser Anstieg fällt jedoch flacher aus, je älter der Patient ist.“ Wenn Menschen nun immer älter werden, später sterben, ist der Anstieg der Gesundheitskosten dann nicht mehr so steil. „Das bedeutet zu allermindest, dass die Gesundheitskosten im Prozess der demografischen Alterung weniger stark ansteigen werden, als es BREYER unterstellt“.

Sodann die Frage: ist der medizinische Fortschritt die Ursache der Kostensteigerung, wie es BREYER und ULRICH (2000: Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse; Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 220, 1-17) behaupten. Auch diese Frage untersucht BROCKMANN (2004, S.10f) gründlich und stellt zunächst fest, dass die mittlere Krankenhausverweildauer 1960 28,7 Tage betrug, im Jahre 2000 auf durchschnittlich 9,8 Tage gesunken ist. Hier wirkt sich Medizinischer Fortschritt kostensenkend aus. Teuer hingegen ist die Forschung dort, wo sie auf dem „half-way-through“- Stadium ist, in dem, man zwar die Tödlichkeit der Krankheit senken oder hinauszögern kann (z.B. Bypass-Operationen) mit permanenten Behandlungen blutdruck- und cholesterinsenkender Mittel, aber

noch nicht die Ursachen behandeln und heilen kann. Krankheiten, die heute dank einer ausgereiften Therapie heilbar sind, verursachen nur noch sehr geringe Kosten – wie zum Beispiel Tuberkulose. Warum sollte eine ähnliche Entwicklung nicht beispielsweise auch im Bereich der Krebstherapie möglich sein? Wir sehen also, wir brauchen medizinische und pharmazeutische Forschung und den medizinischen Fortschritt, der letztendlich kostensenkend und vor allem lebensqualitätssteigernd ist.

V. Der notwendige Ausbau der Prävention

Doch zunächst gilt es erst einmal, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und das ist eine Herausforderung für jeden einzelnen und die Gesellschaft. Präventive Maßnahmen sollten weit stärker verankert werden. Dazu gehören ein entsprechender gesundheitsbewusster Lebensstil, Förderung der Eigenverantwortung, Teilnahme an regelmäßigen Vorsorge-Untersuchungen und vor allem deren Finanzierung durch die Kassen.

1) Vorsorge- Untersuchungen

Hier wäre – um nur ein Beispiel zu nennen – im Hinblick auf eine Knochendichte-Messung zum Erkennen der Osteoporose-Gefahr der diesbezügliche Leistungskatalog der Krankenkassen zu korrigieren, der seit dem 1. April 2000 die Knochendichte-Messung erst nach einer bereits eingetretenen osteoporotischen Fraktur vorsieht. Handelt es sich dann dabei – wie häufig – um einen Oberschenkelhalsbruch, dann entstehen enorme Krankheitskosten und oft auch Pflegekosten (abgesehen von enormen Einbußen der Lebensqualität) die bei rechtzeitiger Diagnose hätten vermieden werden können.

Vorsorge-Untersuchungen im Hinblick auf das Mamma-Carcinom werden zur Zeit ja in der Öffentlichkeit sehr intensiv diskutiert, wobei auch der Aspekt der „Qualitätssicherung“ der Mammografie eine Rolle spielt. Ebenso ist in letzter Zeit die Notwendigkeit der Darmspiegelung zur Früherkennung durch spezifische Kampagnen herausgestellt worden.

So kann das Krebsrisiko im Hinblick auf das Mamma-Carcinom durch Früherkennung um 35-40 Prozent gesenkt werden, Gebärmutterhals sogar um 55-80 Prozent (MASCHEWSKI-SCHNEIDER, 1997, S.307). Andererseits wissen wir, dass von Vorsorgeuntersuchungen nicht in dem erwünschten Umfang Gebrauch gemacht wird. Hier lassen Frauen allerdings mehr Eigenverantwortung erkennen als Männer; „Mittelalterliche“ – 35-55-Jährige – mehr als jüngere und Ältere, Angehörige der mittleren und höheren sozialen Schichten mehr als Angehörige niederer Schichten.

Eine Stärkung der Eigenverantwortlichkeit hinsichtlich der Aufrechterhaltung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit und der Vermeidung von Krankheiten ist oft eine der schwierigsten und zeitraubendsten Aufgaben in der Arztpraxis, die darüber hinaus noch nicht einmal entsprechend mit der Kasse abzurechnen ist. Hier ist politischer Handlungsbedarf gegeben. Warum lässt man nicht prüfen, ab wie viel Zeitaufwand im Schnitt solche Informations-, Motivations- und Überzeugungsarbeit überhaupt erst fruchtet! Freilich, Prävention spart Krankenkosten und bei unserer alternden Bevölkerung in erheblichem Ausmaß Pflegekosten, aber das wirkt sich erst später aus, doch bezahlt werden muss jetzt, und zwar zusätzlich zu den Kosten unveränderter Krankheitslandschaft.

Sicher gilt: mehr Prävention in jungen Jahren, im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter wird die Gesundheitskosten im höheren Erwachsenenalter und Alter senken. Die Kassen sollten bedenken: „Was für den Augenblick (an Prävention, an Vorsorgeuntersuchungen) gespart wird, kommt später oder früher in Gestalt eingeschränkter Erwerbsfähigkeit, zunehmender Behinderung, Pflegebedürftigkeit und verminderter Lebensqualität auf die Rechnung“ (STEINBACH, 2000, S.3).

2) Die Bedeutung des „subjektiven Gesundheitszustandes“

Als Psychologin möchte ich auf viele Untersuchungsergebnisse über die Bedeutung des „subjektiven Gesundheitszustandes“ hinweisen. Danach zeigt sich: Es kommt nicht nur darauf an, ob man „gesund“ ist, sondern auch, ob man sich „gesund“ fühlt (vgl. LEHR & THOMAE, 1987, LEHR 1997).

Viele Studien belegen: Der Mensch verhält sich nun einmal nicht nach der Situation, wie sie objektiv ist, sondern danach, wie er sie subjektiv erlebt (THOMAE, 1970). Dies gilt – wie viele Untersuchungen zeigen – sowohl für seine familiäre Situation, für die Wohnsituation (objektiv mangelhaft und dennoch subjektiv hochgeschätzt – oder auch : objektiv ausgezeichnet und dennoch subjektives Missbehagen), die gesundheitliche Situation bzw. die Krankheit, die Behinderung.

In der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (THOMAE 1976, 1983, LEHR & THOMAE 1987) zeigte sich, dass die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes die engste Korrelation zur Langlebigkeit und Wohlbefinden im hohen Alter hat, nicht aber der objektive, durch den Arzt festgestellte Gesundheitszustand. Fühlte man sich relativ gesund (auch wenn andere Diagnosen durch den Arzt gestellt wurden), dann war man aktiver, unternahm mehr, interessierte sich für mehr, setzte sich auch aktiver mit Problemen auseinander – und zählte dann auch eher zu den Überlebenden. Fühlte man sich hingegen krank (auch bei anderslautendem Arzturteil), dann war man insgesamt passiver, ließ sich eher hängen, unternahm nichts, resignierte schneller, gab sich selbst eher auf – und zählte zu den „non-survivors“.

Das subjektiv wahrgenommene Verhalten des Arztes und der Pflegenden dem Patienten gegenüber bestimmt wesentlich dessen subjektives Gesundheitsgefühl mit. Unklare Informationen, die dem Patienten nicht verständlich sind, führen häufig zu einer Schlechtereinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes. Es zeigte sich auch: „Gut gemeintes Krankschreiben“ macht krank, wirkt sich negativ auf den subjektiven Gesundheitszustand aus.

Und wie oft erlebt und deutet ein Patient das Verhalten des Arztes anders, als es gemeint war und reagiert entsprechend? Unverständliche Informationen, Sehschwächen und Schwerhörigkeit tragen zudem zu der verzerrten Wahrnehmung bei.

Ärzte, Pflegekräfte sollten den Erlebens- und Reaktionsweisen der Patienten viel Aufmerksamkeit schenken. Es gilt, dem Patienten neben den not-

wendig werdenden Begrenzungen auch die noch verbliebenen Möglichkeiten aufzuzeigen und ihn zu ermuntern, diese zu nutzen. Es gilt, ihn auf die Möglichkeiten der Veränderung seiner Situation durch sein eigenes Zutun (und sei es auch nur in kleinsten Teilbereichen) hinzuweisen. Man sollte sich nicht nur fragen, was der Patient in einer spezifischen Situation (z.B. nach einem Schlaganfall) nicht mehr kann, sondern was er noch kann. Man sollte die noch vorhandenen Fähigkeiten stärken und abrufen und dann gezielt die verlorenen herausfordern und fördern.

Ein Umdenken im Gesundheitsbereich (Hausarztbesuche) wird erforderlich. Der Prävention ist weit mehr Bedeutung zuzumessen. An die Eigenverantwortung im Hinblick auf einen möglichst gesunden Lebenswandel ist zu appellieren, besser: der Arzt muss erklären und überzeugen, wie wichtig körperliche Bewegung und gesunde Ernährung für ein Altwerden bei Wohlbefinden sind.

„Gesagt ist nicht gehört
 Gehört ist nicht verstanden
 Verstanden ist nicht einverstanden
 Einverstanden ist nicht angewendet
 Angewendet ist noch lange nicht beibehalten“

Das ärztliche Gespräch mit dem Patienten ist äußerst wichtig, wird aber heute nicht hinreichend vergütet. Allerdings sollte der Arzt nicht nur Verhaltensweisen anordnen, sondern die Notwendigkeit präventiven Verhaltens verständlich machen, erklären. Dabei gilt der Satz:

„Der alte Arzt spricht Latein,
 der junge Arzt spricht Englisch,
 der gute Arzt spricht die Sprache des Patienten!“

Und noch ein Aspekt zu dem so bedeutenden „subjektiven Gesundheitszustand“:

Ich bin kein Experte, der sich zu der neuen Arzneimittelverordnung, die nur noch Wirkstoffe verschreibt und dem Apotheker die Auswahl des preis-

wertesten Medikaments überlässt, kompetent äußern kann. Aber wenn nun der Patient glaubt, dass ihm z.B. bei seiner Parkinson-Erkrankung das Medikament X am besten hilft, der Arzt dies auch für optimal hält, aber aus Kostenersparnis nur das vielleicht objektiv sogar gleichwertige Medikament Y verschreiben kann und nun der Patient bereit ist, aus eigener Tasche den Differenz-Betrag zu zahlen, ist dies nicht möglich. Ist eine solche Regelung weise?

Ein ähnliches Beispiel, das – unter Einbeziehung von Eigenverantwortung bzw. Eigenleistung – mehr „Gesundheit“ verspricht. In Klinik X werden von bestimmten Kassen nur ambulante Meniskus-Operationen bezahlt. Frau Müller, 60 Jahre, hat sich endlich zu dieser für sie notwendigen Operation entschlossen. Da sie alleinstehend ist, möchte sie – aus eigener Tasche bezahlt – danach noch eine Nacht in dieser Klinik verbringen. Dies ist doch eigentlich wünschenswert und beugt möglichen Komplikationen vor, die dann teurer kämen und die Lebensqualität erheblich mehr beeinträchtigen würden. Das wurde ihr abgelehnt: wenn sie auch nur eine Nacht stationär aufgenommen würde, müsse sie auch die ganze Operation aus eigener Tasche bezahlen. Ist diese Regulierung sinnvoll?

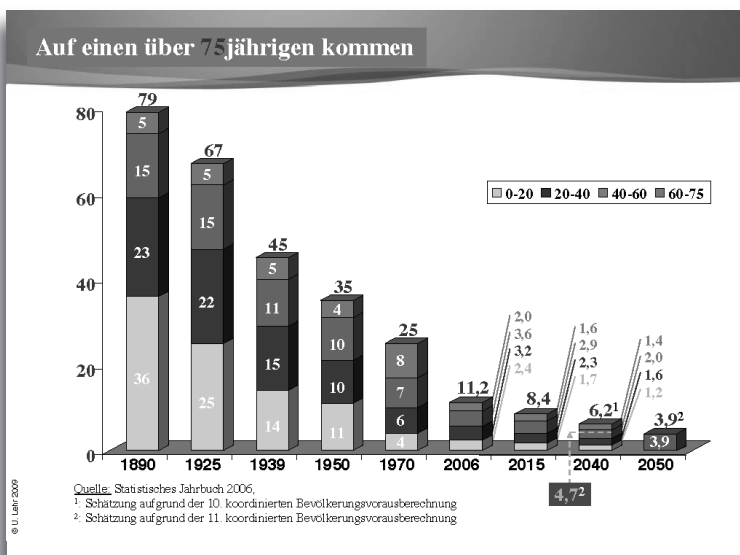
Ich will mich nicht in Einzelfällen verlieren, sondern nur mit diesen Beispielen auf Regulierungen aufmerksam machen, die gewiss nicht Gesundheitskosten sparen, sondern – im Gegenteil – das Gut „Gesundheit“ verteuern, wenn dann unnötige Komplikationen auftreten, die man durch Eigenleistung und Zuzahlung aus eigener Tasche hätte verhindern können.

Auf den hohen Anteil Hochaltriger und Alleinlebender, denen niemand im Alltag „zur Hand“ gehen kann, haben sich auch viele unserer pharmazeutischen Firmen noch nicht eingestellt. Ich erinnere nur an komplizierte Flaschenöffnungen, die man erst zusammendrücken und dann mühsam hochschrauben muss (die nicht nur „kindersicher“, sondern auch „altensicher“ sind), oder an Minipillen, die man dann noch halbieren und manchmal sogar vierteln muss; von der Gestaltung der Beipackzettel ganz zu schweigen: Schriftgröße (Minibuchstaben auf grauem Papier – und das bei eingeschränkter Sehfähigkeit), Verständlichkeit (!) und oft geradezu abschreckende Hinweise auf

Nebenwirkungen führen manch einen Älteren (aber auch Jüngere) dazu, die Medikamente gleich ungeöffnet wegzuwerfen.

3) Die Bedeutung umweltbezogener Prävention

Wir leben heute in einer Welt, in der einem über 75-jährigen nur noch 10 Menschen, die jünger als 75 sind, gegenüber stehen und schon 2015 werden es nur noch 7,7 sein. (vgl. Abb.)



Wenn wir diese Entwicklung vor Augen haben, dann ist auch die Gesellschaft, die Kommune, aber auch die Wirtschaft und Industrie gefordert, zu einem gesunden und kompetenten Älterwerden beizutragen.

Dann haben wir einmal z.B. Konzepte der Stadtentwicklung zu überdenken, von der Verkehrsführung bis hin zu Sportstätten und Sportmöglichkeiten für Ältere; neben Kinderspielplätzen brauchen wir Sport- und Freizeitmöglichkeiten für Ältere; Warmbadetage in Schwimmbädern werden immer notwendiger. Wir müssen und Gedanken über die Erreichbarkeit von Schwimmbädern, Sportstätten, Arztpraxen und Einkaufsmöglichkeiten machen.

Und wir haben bei dieser alternden Gesellschaft weiter zu fragen: gibt es genug sichere Radwege, sichere Spazierwege – denn Bewegung ist im Alter nötig, Bewegung hält gesund und zögert die Immobilität bzw. eingeschränkte Mobilität hinaus.

Wir haben aber auch über den entsprechenden Ausbau von Beschäftigungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten (Gesundes Altern ist auch eine Bildungsfrage) nachzudenken. WHO-Programme einer „age-friendly city“ bzw. einer „healthy city“ greifen diese Herausforderungen auf.

Tatsache ist: Je gesunder und kompetenter ein Mensch ist, umso weniger beeinflusst die dinglich-sachliche Umwelt sein Verhalten. Je beeinträchtigt ein Mensch allerdings ist, um so mehr bestimmt diese Umwelt sein Verhalten – sei es, dass sie im negativen Fall zur Unselbstständigkeit und Abhängigkeit und zur Verengung seines Lebensraumes beiträgt (was dann zu einem weiteren Abbau der an sich noch vorhandenen Fähigkeiten führt: man geht weniger zu Veranstaltungen, erhält weniger Anregung, zieht sich zurück und stellt körperliche, geistige und soziale Aktivitäten weitgehend ein), - sei es, dass sie im positiven Fall zu Aktivitäten anregt und damit die noch vorhandenen Fähigkeiten erhält und steigert. (Der vorhandene Aufzug kann unternehmungsfreudiger machen; die für manch einen Senior schwer zu bewältigende Treppe in den zweiten Stock verführt ihn dazu, Aktivitäten einzustellen): Was rastet, das rostet.

Und das verlangt, um Hinfälligkeit oder gar Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine „präventive Umweltgestaltung“ oder auch eine „umweltbezogene Prävention“, die einmal Stolpersteine, Barrieren erkennen und ausräumen muss, zum anderen aber zu Aktivitäten motivieren, zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil, anregen sollte.

4) Die Forderung nach einem gesundheitsbewussten Lebensstil

Langlebigkeit verpflichtet zu einem gesunden, kompetenten, d.h. zu einem „bewegten“, aktiven Altern. Die WHO hat Gesundheit als „active state“ definiert und darunter die selbstverantwortliche, selbstständige Lebensführung verstanden.

Zu einem gesunden und kompetenten Altern tragen bei:

- Gesunde Ernährung (Verzicht auf Nikotin und Alkohol in Maßen)
- Körperliche Aktivität, Sport
- Geistige Aktivität
- Sozialkontakte, soziale Aktivität
- und nicht zuletzt eine ausgeglichene Lebensbilanz.

Ernährungsverhalten:

Beim Ernährungsverhalten spielen eine Reihe psychologischer Gesichtspunkte eine Rolle (vgl. LEHR 2003). Die Tiefenpsychologie wie auch die Sozialisationsforschung bieten sowohl für eine „Nahrungsverweigerung“ als auch für „übermäßige Nahrungszufuhr“, Gefräßigkeit oder Naschsucht eine Reihe von Erklärungsmöglichkeiten an. Probleme der Mangelernährung (Malnutrition) wurden untersucht und neben psychischen Ursachen (Depression, Konfrontation mit kritischen Lebensereignissen) wurde vor allem auf physiologische Altersveränderungen (Veränderung der Geschmacks- und Geruchsnerven, Kaubeschwerden, Schluckstörungen, Medikamenteneffekte, die u.a. zu Appetitverlust, gestörtem Geschmacksempfinden und Mundtrockenheit führen können) hingewiesen. Aber auch Schwierigkeiten bei Einkauf durch eingeschränkte Mobilität und Probleme bei der Zubereitung wären zu nennen.

„Warum isst der Mensch das, was er isst und wie er isst?“ wäre zu fragen. Warum zeigt er Präferenzen oder auch Abneigung bestimmten Speisen gegenüber; warum müssen wir Über-Ernährung oder auch Mangelernährung feststellen? Hier hat man bei Untersuchungen an Senioren festgestellt, dass das Ernährungsverhalten auch „a product of child-rearing“ ist, durch frühe Erziehungsmethoden geprägt. Andere Studien weisen auf (vorwiegend in Kindheit und Jugend) erlebte (kriegsbedingte) Hungerzeiten hin, die bestimmte Einstellungen zum Essen bewirkten („Brot wirft man nicht weg“).

Bestimmte Speisen, die man eigentlich meiden sollte (z.B. Schokolade), gönnt man sich in Ausnahmefällen als „Selbstbelohnung“ (vor allem nach einer anstrengenden, gelungenen Leistung). Aber auch bei misslungenen Leistungen, bei Misserfolgserlebnissen, gönnt sich manch einer „wenigstens et-

was Gutes zum Essen“. Man sucht gewissermaßen „Trost“ im Essen. Verhaltensforscher haben den Begriff der „Übersprungshandlung“ eingeführt, wonach die Unmöglichkeit einer Bedürfnisbefriedigung (z.B. im sexuellen Bereich) zu einer Verlagerung der Bedürfnisse auf andere Verhaltensbereiche wie den der Nahrungsaufnahme führt.

Nahrungsverweigerung als Daseinstechnik, als Appellfunktion, ist uns bei kindlichen Essstörungen bekannt – und es fragt sich, wie weit z.B. in Altenheimen beobachtete Nahrungsverweigerung ähnlich zu sehen ist, z.B. als Wunsch nach Zuwendung. Auf das „meal as a social event“ haben Untersuchungen ebenso hingewiesen, die zeigen, dass vielfach Partnerschaftskontakte im hohen Alter auf das gemeinsame Essen reduziert sind.

Weiterhin konnte man nachweisen, dass eine Vielzahl kultureller Faktoren die Essensgewohnheiten bestimmen. In einer spezifischen (keineswegs immer gesunden) Zubereitung wird das Gefühl der Heimatverbundenheit, des „Dazugehörens“, der Gruppenidentität vermittelt. Diese möglichen Motivationsstrukturen wären zu ergänzen durch „verordnete“, gesundheitsbedingte Ernährungsweisen wie auch durch Faktoren der Zahngesundheit (Kaufähigkeit), die nur bestimmte Formen der Zubereitung (z.B. pürierte Nahrung) erlauben. Schließlich sind ökologisch bedingte Faktoren (z.B. Einkaufsmöglichkeiten in der Nähe und leicht erreichbar), zu erwähnen und nicht zuletzt auch durch die finanzielle Situation (vgl. LEHR 1972; LEHR 2007) gegebene Einschränkungen.

5) Älter werden – aktiv bleiben

Die Bedeutung der Aktivität für ein Altwerden bei psychophysischem Wohlbefinden wurde in der Wissenschaft schon lange erkannt. Spätestens seit Anfang der 70er Jahre betonten Mediziner, Psychologen, Sportwissenschaftler und andere Disziplinen: Körperliche, geistige und soziale Aktivität ist den Erkenntnissen der gerontologischen Forschung zufolge die Voraussetzung für eine Lebensqualität in der 3. (oder 4.) Lebensphase.

Doch so neu ist diese Erkenntnis gar nicht. Ein hohes Lebensalter bei psychophysischem Wohlbefinden zu erreichen war von jeher der Wunsch der

Menschheit. Schon vor mehr als 2000 Jahren empfahl bereits HIPPOKRATES (460-377 v.Chr.) als Regeln für eine gesunde Lebensführung, die ein hohes Lebensalter garantiere:

„Alle Teile des Körpers, die zu einer Funktion bestimmt sind, bleiben gesund, wachsen und haben ein gutes Alter, wenn sie mit Maß gebraucht werden und in den Arbeiten, an die jeder Teil gewöhnt ist, geübt werden. Wenn man sie aber nicht braucht, neigen sie eher zu Krankheiten, nehmen nicht zu und altern vorzeitig“ (HIPPOKRATES, *de articulis reponendis* 56;).

Ähnliche Empfehlungen bezüglich körperlicher Bewegung und Gymnastik finden sich u.a. bei Galen v. Pergamon (129-199 n. Chr.), van SWIETEN (1700-1772), HUFELAND (1762-1836) und anderen. Frühe Hinweise auf eine notwendige Aktivität im Alter, eine lebenslange Vorbereitung auf das Alter, eine Geroprophylaxe, die schon in Kindheit und Jugend beginnen sollte und neben dem physischen Bereich auch den geistigen Bereich umfassen muss, findet man auch bei PLATO (427-347 v. Chr.) in seiner „*Politeia*“ und auch bei CICERO (106-43 v. Chr.) in seiner Schrift „*Cato maior de senectute*“. Sie preisen die lebenslange körperliche Aktivität, die richtige Ernährung, weisen aber auch auf die Notwendigkeit geistiger Aktivität und entsprechender Sozialkontakte, sozialer Zuwendung hin, die während des ganzen Lebens geübt werden müsse: Nichtaufhören, Weitermachen, ständiges Üben in allem, das sei die *Maxime* (CICERO).

Heute haben wir durch neuere Forschungen hinreichend Belege für die Zutreffendheit dieser alten Einsichten. Spätestens seit Anfang der 70er Jahre betonen Mediziner, Psychologen, Sportwissenschaftler und andere Disziplinen aufgrund ihrer Forschungen den Wert körperlichen Trainings, den Wert der Aktivierung körperlicher Kräfte und der Abforderung körperlicher Leistungen als Prävention bzw. Geroprophylaxe und als Therapeutikum.

Die meisten körperlichen Altersveränderungen (in Bezug auf die Muskulatur, die Atmungsorgane und sonstige Funktionen), die zwar – je nach Individuum – in sehr unterschiedlichen Lebensaltern eintreten können, „ähneln denen, die auch ein Mangel an Bewegung im Gefolge hat“ (J.SCHMIDT, 1972, S.191).

Nun, der Nachweis, dass die für das einzelne Individuum „richtigen“ sportlichen Aktivitäten, in richtiger Dosierung ausgeübt, das psychische Wohlbefinden steigern und die relevanten physiologischen Werte auch beim 40, 50 und sogar 70-jährigen noch verbessern können, ist mehrfach seitens der Sportwissenschaft und Sportmedizin erbracht worden.

Ebenso wurde gezeigt, dass körperliche Aktivität, Bewegung und Sport auch auf kognitive Fähigkeiten von Einfluss sind. Schnellere Reaktionszeiten, bessere Gedächtnisleistungen, besseres Abschneiden bei Problemlösungsaufgaben konnten nachgewiesen werden. In Langzeitstudien haben jene Senioren und Seniorinnen ihre intellektuellen Fähigkeiten, vor allem Gedächtnisleistungen, am stärksten verbessert und über Jahre hinweg gehalten, die neben dem Gedächtnis-Trainingsprogramm gleichzeitig ein körperliches Aktivierungsprogramm durchgeführt haben (vgl. OSWALD et al.).

Nach einer kritischen Analyse der Literatur über den Zusammenhang von sportlicher Betätigung, Gesundheit und Anpassung an das Alter kommt MEUSEL (1996) zu dem Schluss, dass bei einer in dieser Hinsicht inaktiven Lebensweise das Leistungsniveau in allen motorischen Fähigkeiten zurückgeht. „Schon geringe Bewegungsaktivität im Alltag, Beruf und Sport wirkt sich, besonders bei sonst bewegungsarmer Lebensweise, positiv im Sinne einer Verzögerung der Rückbildungsprozesse aus.“

Auch im höheren Alter können durch gezieltes Training noch Anpassungsprozesse in Gang gesetzt werden, die degenerativen Veränderungen entgegenwirken. Andernfalls beginnt der Rückgang der Leistungsfähigkeit ohne Training schon am Ende des zweiten, spätestens im dritten Lebensjahrzehnt. Jede der motorischen Fähigkeiten Ausdauer, Kraft, Schnelligkeit, Gelenkigkeit, Gleichgewicht und Koordination hat ihre spezifische Bedeutung für die Erhaltung der allgemeinen motorischen Leistungsfähigkeit im Alter und für die Bewahrung oder Verbesserung einzelner Merkmale der Gesundheit.“ (MEUSEL, 1996, S.119).

Und weiter heißt es bei MEUSEL: „Was bisher als Alternsprozess verstanden wurde, ist in hohem Maße Auswirkung mangelnden Trainings. Des-

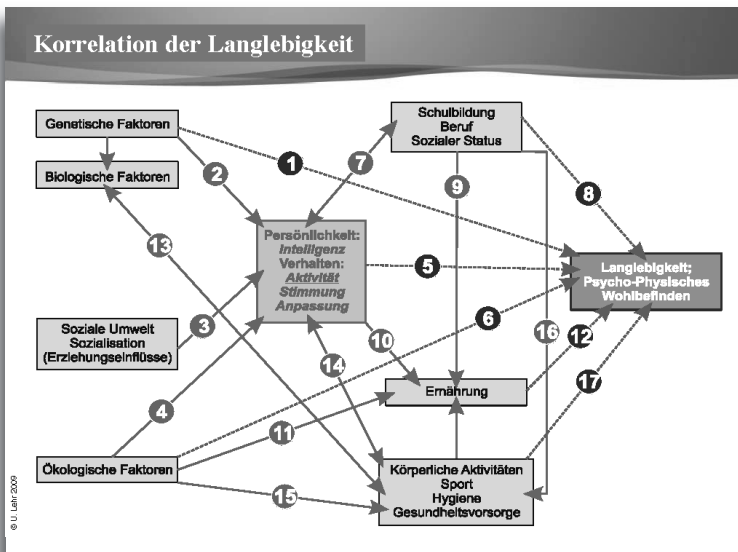
halb kann sportliche Betätigung und Bewegungsaktivität überhaupt helfen, die Leistungsfähigkeit in allen motorischen Fähigkeiten bis ins hohe Alter zu erhalten.“ (MEUSEL, 1996, S.119) -

Aber wir brauchen auch geistige Aktivität. Auch unsere Forschungen (vgl. LEHR 1972, 2007) belegen: Geistig aktivere Menschen, Personen mit einem höheren IQ, einem breiteren Interessenradius, einem weitreichenderen Zukunftsbezug erreichen – wie auch die bekannten internationalen Längsschnittstudien übereinstimmend feststellen – ein höheres Lebensalter bei psychophysischem Wohlbefinden als jene, die weniger Interessen haben, geistig weniger aktiv sind. Eine größere Aktivität und Aufgeschlossenheit sorgt für geistige Anregungen und Stimulation. Geistig aktive Menschen trainieren dadurch ihre geistigen Fähigkeiten zusehends und steigern sie somit, während bei geistig mehr passiven Menschen eine geringere Suche nach Anregungen und neuen Interessen feststellbar wurde, so dass die noch vorhandenen geistigen Kräfte im Laufe der Zeit mehr und mehr verkümmerten. Damit bestätigte sich die Inaktivitätstheorie der Medizin oder die „dis-use-Hypothese“ der Psychologie, die besagen: Funktionen, die nicht gebraucht werden, verkümmern. Der Volksmund sagt schlicht: „Was rastet, das rostet“.

Aber wir brauchen auch soziale Aktivität, den Kontakt zu anderen Menschen, über die Familie hinaus. Freilich, mit zunehmendem Alter schrumpft der Freundeskreis mehr und mehr, viele nahestehende Menschen sterben weg, es können leicht Einsamkeitsgefühle auftreten. Man muss versuchen, neue Kontakte zu knüpfen – was nicht jedem älteren Menschen leicht fällt. Ich erinnere mich hier an eine Begegnung mit Wilhelmine Lübke, die selbst als 90-Jährige, nachdem ihr Mann schon lange verstorben war, immer noch körbewise Post bekam. Sie öffnete einen Brief, in dem eine 85-Jährige schrieb: „Mir ist es so einsam, ich weiß nicht mehr weiter, was soll ich tun?“ Wilhelmine Lübke diktierte die Antwort, kurz und knapp: „Suchen Sie sich eine andere ältere Frau, die sich noch einsamer fühlt als sie, und kümmern sie sich um diese! Hiermit tun Sie etwas für andere und gleichzeitig sehr viel für sich selbst.“

VI. Langlebigkeit, gesundes und kompetentes Älterwerden - ein Interaktionsgefüge einer Vielzahl von Faktoren

Die Zahl der Hundertjährigen, ja sogar die der über 105-Jährigen nimmt enorm zu. Die Ergebnisse der internationalen Forschung weisen auf eine Vielzahl interessanter Zusammenhänge hin (vgl. LEHR 1982 THOMAE 1993). Doch scheint es bei der gegenwärtigen Forschungslage immer noch verfrüht, Theorien oder auch nur Gesetzmäßigkeiten, die mit einer längeren Lebenserwartung in Beziehung stehen, daraus abzuleiten. Es ist eine Vielzahl von Faktoren, die sich zum Teil gegenseitig beeinflussen und in einem sehr komplizierten Wechselspiel miteinander zu sehen sind. Dieses Zusammenwirken lässt sich an einem Modell verdeutlichen (vgl. Abb.):



Genetische, physiologische und biologische Faktoren beeinflussen einmal direkt die Langlebigkeit (1), beeinflussen aber auch (2) die Persönlichkeitsentwicklung. Diese wird außerdem durch Sozialisationsprozesse (Erziehungsweisen der Eltern, der Schule, der sozialen Umwelt) mitbestimmt (3), wobei auch epochale Faktoren wirksam werden. Doch auch ökologische Faktoren (die dingliche Umwelt, der Stimulationsgrad der Umgebung, klimatische Bedingungen) prägen die Persönlichkeit (4). Enge Korrelationen zwischen

Aktivität und Langlebigkeit sind heute bewiesen (5). Ebenso wurde in einer Reihe von Studien ein direkter Zusammenhang zwischen ökologischen Faktoren und Langlebigkeit (6) festgestellt. – Die Persönlichkeit hat Einfluss auf die Schulbildung, die Berufsausbildung und die berufliche Tätigkeit und damit auf den sozialen Status (7) – wobei diese Faktoren wiederum die Persönlichkeitsentwicklung beeinflussen. Zusammenhänge zwischen sozialem Status und Langlebigkeit (8) hat man anhand von Statistiken, aber auch von Längsschnittstudien durch einen Vergleich survivor-nonsurvivor nachweisen können, jedoch sind hier weitere intervenierende Variablen zu berücksichtigen.

Sowohl der soziale Status (9), die Persönlichkeit (10) wie auch ökologische Faktoren (11) haben Einfluss auf die Ernährungsgewohnheiten. Ein direkter Zusammenhang zwischen Ernährung bzw. ernährungsbedingten Krankheiten und Langlebigkeit (12) steht heute außer Frage. Der Lebensstil, gesundheitsbewusstes Verhalten (neben Ernährung körperliche Aktivität, Hygiene, Gesundheitsvorsorge-Untersuchungen), ist außerdem einmal von genetisch-biologischen Faktoren (13), sodann auch von der Persönlichkeit (14) und von ökologischen Faktoren, Umweltgegebenheiten (15) mit beeinflusst. Schulbildung und sozialer Status (16) wirken sich ebenso auf den Lebensstil aus. Dieser wiederum zeigt eine enge Korrelation mit Langlebigkeit.

Dieses Modell beansprucht keineswegs, vollständig alle möglicherweise beeinflussenden Variablen erfasst zu haben. Weitere Untersuchungen sollten zur Modifikation, Erweiterung und Differenzierung beitragen. Dieses Modell dürfte aber auch für die Vorhersage eines gesunden und kompetenten Alterns generell von Bedeutung sein.

Lassen Sie mich kurz zusammenfassen: Wir leben in einer alternden Welt. Jeder Einzelne von uns, aber auch die Gesellschaft, die Kommunen, haben alles zu tun, damit möglichst gesund und bei hoher Lebensqualität ein hohes Alter erreicht werden kann. Dass - neben Vorsorgeuntersuchungen, richtiger Ernährung und Vermeidung sonstiger Risikofaktoren - Sport, Bewegung, körperliche Aktivität, aber auch geistige und soziale Aktivität dazu beitragen, ist heute durch viele Untersuchungen belegt. Prävention ist notwendig, erspart Krankheits- und Pflegekosten. Doch unsere alternde Gesellschaft braucht

auch eine „umweltbezogene Prävention“, eine entsprechend gestaltete dingliche Umwelt, die einerseits Barrieren und „Stolpersteine“ ausräumt, andererseits aber zu Aktivitäten motiviert. Hier sind die Kommunen gefordert, sich stärker auf den demografischen Wandel einzustellen.

Es gilt, zu informieren, zu motivieren, mögliche Hindernisse und Barrieren, die diesen Aktivitäten im Wege stehen, aufzuspüren und zu beseitigen. „Aktiver leben – aktiv erleben“, das ist die Herausforderung in unserer Zeit des demografischen Wandels, in einer Zeit zunehmender Lebenserwartung.

Es gilt, nicht nur dem Leben Jahre zu geben,
sondern den Jahren Leben zu geben!
Es kommt nicht nur darauf an, wie alt man wird,
sondern wie man alt wird!

Weiterführende Literatur in:

Lehr, U. Psychologie des Alterns, 1. A. 1972, 11. überarbeitete A. 2007;
Quelle & Meyer, Wiebelsheim.



Leonhard Kuckart dankte im Anschluss des Vortrages Professor Lehr für ihre Ausführungen

