

# Gesundes Altern – geht das?

von Adelheid Kuhlmeiy\*

## ABSTRACT

**Ältere Frauen und Männer** sind heute gesünder als in früheren Zeiten, und es gibt Belege dafür, dass sich sowohl die körperliche als auch geistige Vitalität im Alter von Kohorte zu Kohorte verbessert. Andererseits leidet jedoch auch jeder dritte über 70-Jährige an fünf mittelschweren und fast jeder vierte an fünf gleichzeitig behandelten Erkrankungen. Der vorliegende Beitrag befasst sich mit den Möglichkeiten und Grenzen eines gesunden Alterns. Gesundes Altern frei von jeglichen Erkrankungen ist eine Utopie. Der Erhalt von Lebensqualität im Alter setzt das Ausschöpfen präventiver Potenziale, die Unterstützung vorhandener Ressourcen alter Menschen und nicht zuletzt das Abrufen von Fähigkeiten und Kompetenzen voraus.

**Schlüsselworte:** Altern, Krankheitsentwicklung, Gesunderhaltung, Kompetenzen, Lebensqualität

**Elderly men and women** are healthier today than in the past, and there is evidence that both physical and mental vitality in the elderly improves from cohort to cohort. On the other hand, every third person over 70 years suffers from five moderately severe illnesses and almost every fourth person from five concomitantly treated diseases. The conclusion can be drawn that healthy ageing free from diseases is utopian. Maintaining the quality of life of the elderly requires utilising preventive potentials, supporting their existing resources and, last but not least, access to their skills and competences.

**Keywords:** ageing, nosogeny, health maintenance, competences, quality of life

## ■ 1. Alter(n)

Der Begriff Alter steht für eine bestimmte Lebensphase, eine Periode am Ende der menschlichen Biografie. Altern dagegen ist ein Prozess, ein normales, also physiologisches Geschehen. Lebewesen altern vom Augenblick ihrer Zeugung an durch alle Lebensphasen hindurch bis zum Tod. Noch existiert ein Streit der Gerontologen über die Ursachen des Alterns. Während die einen glauben, dass Gene die Prozesse des Alterns steuern, vermuten die anderen, dass Tiere und Menschen einfach verschleißten (Kuhlmeiy 2003).

Auch wenn Altern ein physiologisches Geschehen ist, heißt das nicht, dass dieser Prozess unveränderlich ist. Altern und alterstypische Veränderungen haben mit dem Entwicklungsstand einer Gesellschaft und ihrer Kultur, der medizinischen Wissenschaft und eines Gesundheitssystems zu tun. Darum ist Altwerden, Altsein und sind die Alten im 21. Jahrhundert von früheren Zeiten zu unterscheiden.

Im Gegensatz zu früher ist Altern heute alles andere als ein Einzelschicksal, es ist ein Massenphänomen. Neu ist das frühe soziale

\* Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmeiy  
Institut für Medizinische Soziologie,  
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften an der Charité

– Universitätsmedizin Berlin, Thielallee 47, 14195 Berlin,  
Telefon: 030 8445-1391 · Fax: 030 8445-1392  
E-Mail: adelheid.kuhlmeiy@charite.de

TABELLE 1

**Entwicklung der Bevölkerungszahl und des Anteils älterer und hochaltriger Menschen,  
1953–2050**

Alter (in Jahren)	Kalenderjahr (jeweils 1. Januar)					Zu- / Abnahme	
	1953	1971	2000	2020 <sup>1</sup>	2050 <sup>1</sup>	1953–2000	2000–2050 <sup>1</sup>
<b>Bevölkerungszahl</b>							
Insgesamt	70.163.872	78.069.471	<b>82.163.475</b>	80.339.100	70.381.400	+17,1%	-14,3%
60 und älter	10.618.429	15.567.540	<b>18.881.148</b>	22.886.300	25.199.500	+77,8%	+33,5%
80 und älter	783.540	1.536.469	<b>2.934.837</b>	5.068.300	7.922.200	+274,6%	+169,9%
90 und älter	30.679	105.347	<b>497.343</b>	771.200	1.482.600	+1.521,1%	+198,1%
<b>Bevölkerungsanteil</b>							
60 und älter	15,1%	19,9%	<b>23,0%</b>	28,5%	35,8%	+7,8%-Punkte	+12,8%-Punkte
80 und älter	1,1%	2,0%	<b>3,6%</b>	6,3%	11,3%	+2,5%-Punkte	+7,7%-Punkte
90 und älter	0,1%	0,1%	<b>0,6%</b>	1,0%	2,1%	+0,5%-Punkte	+1,5%-Punkte
<b>Altenquotient<sup>2</sup></b>	27,8	39,8	<b>41,3</b>	52,8	74,7		

1 Die Angaben für die Jahre 2020 und 2050 sind Schätzwerte auf der Grundlage der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Variante 2).

2 Altenquotient: Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren je 100 20- bis 59-Jährige.

Quelle: BMFSFJ 2002

Alter. So gehört ein 60-Jähriger am Arbeitsplatz zu den Alten und wechselt als junger Rentner in eine nachberufliche Phase, die zwanzig, vielleicht sogar dreißig Jahre dauern kann und zu gestalten ist. Neu ist heute das Phänomen der Hochaltrigkeit. Menschen über achtzig Jahre stellen den am schnellsten wachsenden Teil der Bevölkerung dar (Tabelle 1).

So betrachtet ist das Alter(n) kein fest stehender Begriff, sondern auch eine gesellschaftliche und/oder subjektive Zuschreibung. In modernen Gesellschaften kann ein Prozess der schrittweisen Pluralisierung von Alters-Leitbildern verfolgt werden. Dabei spannt sich der Bogen vom Leitbild des „betreuten Alters“, das die 60er und 70er Jahre dominierte, über das „aktive Alter“ der 80er Jahre bis hin zum „produktiven Alter“ heutiger Provenienz (siehe hierzu auch den Beitrag Tesch-Römer ab Seite 14 in diesem Heft). Mit dem Leitbild des „betreuten Alters“ verband sich die weitgehende Abwesenheit von Anforderungen. Das „aktive Alter“ zielte auf Teilhabe am gesellschaftlichen Leben durch Aktivierung ab. Das Bild des „produktiven Alters“ schließlich fokussiert auf die Gestaltung sozialen Lebens mittels Mobilisierung von Kompetenzen.

## ■ 2. Gesundheit

Gesundheit wird unter anderem als das Funktionieren der Organe, gemessen an einer Durchschnittsnorm, beschrieben. Der Philosoph Ernst Bloch bezieht diese Normalität biomedizinischer Art auf die Gesellschaft, wenn er schreibt: „Gesundheit ist ... überwiegend ein gesellschaftlicher Begriff. Gesundheit wieder herzustellen heißt in Wahrheit: Den Kranken zu einer Art von Gesundheit zu bringen, die in der jeweiligen Gesellschaft die jeweils anerkannte ist, ja in der Gesellschaft selbst erst gebildet wird“ (Bloch 1955) – ein bedenkenswerter Ansatz mit Blick auf das Gesundheitspotenzial alternder Gesellschaften. In diesen Gesellschaften wird Gesundheit nicht als Abwesenheit von Kranksein bestimmt, sondern als ein Potenzial für Lebensqualität, das sich in gut gelebten späteren Jahren oder eben im Gegenteil ausdrückt.

Der gegenwärtigen Befundlage zufolge hat der demografische Strukturwandel zahlreiche Auswirkungen auf das Gesundheitsniveau der Menschen. Die Wirkungen können so zusammengefasst werden: Die Grenze der Lebenserwartung hat sich nach oben ver-

schoben. Die Chance vermehrter Lebensjahre brachte für älter werdende eine zunehmende Vitalität: biologisch, psychologisch, sozial und geistig. Die hohe Lebenserwartung musste aber auch mit einem Anstieg chronischer Leiden, psychischer Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit bezahlt werden.

Es gibt einen Streit darüber, in welchem Gesundheitszustand die Menschen in Zukunft die gewonnenen Lebensjahre verbringen werden. Auf der einen Seite stehen die Annahmen der so genannten Morbiditätskompressionsthese mit ihrem Begründer Fries während auf der anderen Seite die Medikalisierungsthese steht – die im deutschsprachigen Raum insbesondere von Krämer vertreten wird (Fries 2003, Krämer 1997). Nach der Kompressionsthese nimmt die Morbidität bei steigender Lebenserwartung ab. Die Zeitspanne zwischen dem Alter beim erstmaligen Ausbruch einer chronisch-irreversiblen Erkrankung und dem späteren Sterbezeitpunkt wird kleiner. Primärprävention zielt auf das Hinauszögern des Ausbruchs chronischer Morbidität und damit auf die Kompression. Die Medikalisierungsthese geht demgegenüber davon aus, dass die Gesamtmorbidität zunimmt. Es gelingt der kurativen Medizin immer besser – so das Argument –, die mit chronischen Krankheiten einhergehenden Komplikationen in den Griff zu bekommen, also Leben zu verlängern, ohne jedoch das Voranschreiten der eigentlichen Krankheit anhalten zu können. Damit expandiert die Morbiditätsdauer.

Wie stellt sich also die Morbiditätsentwicklung alter Menschen in Deutschland vor dem Hintergrund dieser beiden Thesen dar? Einerseits gibt es Anhaltspunkte für eine insgesamt expandierende Morbidität. Die allgemeine Verlängerung des Lebens erhöht vielfach die Möglichkeiten einer Manifestation vormals latenter chronischer Krankheiten und lässt degenerative Prozesse an Bedeutung gewinnen. So leiden rund 20 Prozent aller über 65-jährigen in Deutschland an einer dauerhaften Krankheit oder Behinderung (Statistisches Bundesamt 2000); bei 89 Prozent aller neu Erkrankten jenseits des 65. Lebensjahres handelt es sich um ein

chronisches Leiden (Zank et al. 1997). Aktuelle eigene Forschungsergebnisse weisen in eine ähnliche Richtung. Sie zeigen, dass unter rund 73.000 der über 60-jährigen Versicherten einer Betriebskrankenkasse (BKK) im Jahr 2000 72,8 Prozent regelmäßig (das heißt über vier Quartale hinweg) ein Medikament verordnet bekamen, das der Behandlung einer chronischen Erkrankung dient. 45 Prozent dieser Arzneimittel betrafen das kardiovaskuläre System (Kuhlmey et al. 2003), wobei das Diagnosespektrum älterer Menschen insgesamt zu zwei Dritteln durch Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Nervensystems, der Sinnesorgane, des Blutes, des Stoffwechsels sowie des Gastrointestinaltraktes und durch Neubildungen gekennzeichnet ist (von Renteln-Kruse 2001). Darüber hinaus zählen muskuloskelettale Krankheiten sowie krankhafte neurologische und psychische Veränderungen, insbesondere demenzielle und depressive Störungen, zu den häufigsten chronischen Leiden im Alter (Tabelle 2).

Untersuchungen von über 65-jährigen Chronikern belegen zudem eine erhöhte Auftrittswahrscheinlichkeit weiterer dauerhafter Leiden. Dies gilt insbesondere für Personen, die an Diabetes mellitus oder Arthrose leiden (von Renteln-Kruse 2001). Somit steigt mit zunehmendem Lebensalter nicht nur das Vorkommen chronischer Erkrankungen, sondern das Krankheitsgeschehen wird auch durch das Phänomen der Multimorbidität geprägt. Jeder dritte über 70-jährige Bundesbürger leidet beispielsweise an fünf mittelgradig bis schweren und fast jeder vierte an fünf gleichzeitig behandelten Erkrankungen (Baltes und Mayer 1999). Mehrfacherkrankungen stellen wiederum ein erhöhtes Risiko für das Eintreten von Fähigkeitsstörungen sowie Behinderungen dar und münden nicht selten in Pflege- und Hilfsabhängigkeit. So zeigte die Analyse der Krankenkassendaten im Fall der 73.000 älteren BKK-Versicherten, dass 13,8 Prozent der als chronisch krank identifizierten Frauen und Männer pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) waren. Ferner wird davon ausgegangen, dass funktionelle Einbußen aufgrund

TABELLE 2

### Prävalenz von mittelschweren und schweren Demenzen in Deutschland

Alter (in Jahren)	65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	90+
Anteil	1,2%	2,8%	5,8%	13,3%	22,6%	33,5%

Quelle: Bickel 2002

von Multimorbidität sich nicht einfach summieren, sondern dass sich ihre Wirkungen oftmals in komplexer, synergetischer Weise negativ verstärken.

Die Versorgung chronisch kranker alter Menschen stellt für immer mehr Betroffene, aber auch für Kostenträger und Leistungserbringer eine zentrale Herausforderung dar. Dies wird insbesondere durch die spezifische Verlaufsdynamik chronischer Erkrankungen, das heißt den Wechsel unterschiedlicher Krankheitsphasen, durch das komplexe Krankheitsgeschehen sowie die in der Regel langen, kostenintensiven Versorgungsverläufe begründet. Aus der Perspektive der Patienten kommt es meist zu nachhaltigen psychosozialen Veränderungen sowie zu Einschränkungen der individuellen Lebensführung in Form von teilweise gravierenden Selbstversorgungsdefiziten. Sie erfordern nicht nur erhebliche Anpassungs- und Bewältigungsleistungen, sondern können auch zu einer verkürzten Lebensperspektive führen. Nach eigenen Untersuchungen haben chronisch kranke ältere Menschen ein etwa sechs- bis achtfach erhöhtes Sterberisiko im Vergleich zu älteren Frauen und Männern, die nicht an solchen Erkrankungen leiden.

Andererseits sind ältere Frauen und Männer heute durchschnittlich gesünder als früher und es gibt ernst zu nehmende Hinweise darauf, dass sich sowohl die körperliche als auch die geistige Vitalität im Alter in der Vergangenheit von Kohorte zu Kohorte verbessert hat (*Schwartz und Walter 1998*). Darüber hinaus zeigen Befragungen älterer Menschen selbst nahezu durchgängig hohe Zufriedenheitswerte mit der eigenen Gesundheit, wobei diese Zufriedenheitswerte im ländlichen Raum ausgeprägter sind als in Großstädten und unter Männern insgesamt etwas höher ausfallen als unter Frauen. Dem Bundesgesundheitsurvey zufolge sind beispielsweise 50 Prozent der 70- bis 79-jährigen Männer und rund 44 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe mit ihrer Gesundheit sehr zufrieden oder zufrieden. Dabei stellen Aktivität, soziale Teilhabe und Sinnerfüllung wichtige Einflussgrößen dar in Bezug auf Wohlbefinden und Gesundheit im Alter (*Robert Koch Institut 2002*).

Zudem ist heute weitgehend unbestritten, dass altersbedingten funktionellen Einbußen beispielsweise durch psychophysisches Training erfolgreich entgegengewirkt werden kann. Darüber hinaus senkt die Reduktion von Gesundheitsrisiken (wie zum Beispiel Nikotinverzicht, Abbau von Übergewicht) das Krankheitsrisiko und dies selbst dann, wenn dies erst im höheren Lebensalter stattfindet. Evaluationsstudien im Bereich der Rehabilitation belegen schließlich, dass rehabilitative Maßnahmen auch im Alter das Selbstständigkeitsniveau und die Lebensqualität durchaus langfristig verbessern können.

Trotz solcher Befunde sind Prävention und Rehabilitation beim alten Menschen einerseits weiterhin mit Legitimationsproblemen behaftet, andererseits setzt sich aber eine Entwicklung durch, die auch Ältere zur Zielgruppe von Rehabilitation und Prävention bestimmt. Diese Entwicklung lässt sich erstens mit evidenten Potenzialen alter Menschen begründen. Hinweise für ein nicht ausgeschöpftes Potenzial geben zum Beispiel die beträchtlichen Unterschiede im Anteil der Lebenszeit, die in gutem Gesundheitszustand verbracht werden, die von 45 bis über 80 Prozent bei Männern und bei Frauen von 37 bis 76 Prozent reichen (*Baltes und Mayer 1999*). Darüber hinaus zeigen zweitens die genannten empirischen Belege für die Wirksamkeit präventiver und rehabilitativer Maßnahmen im Alter ihren Einfluss.

### ■ 3. Das gesunde Alter(n)

Gesundes Alter(n) ist von vielen Faktoren abhängig. Dazu zählen das persönliche Gesundheitsverhalten ebenso wie die Verhältnisse eines Gesundheitssystems, die sozialen Ressourcen, die im Lebenslauf erworben wurden, genauso wie biografische Ereignisse, die erst im Alter auftreten.

Die Erhaltung der Gesundheit wird von alten Menschen als eines der wichtigsten Lebensziele genannt. Analysiert man über die gesamte Lebensspanne die Bereiche, in die der Mensch investiert, so nimmt die Bedeutung des Bereichs Gesundheit mit zunehmendem Alter zu. Im höheren und sehr hohen Alter steht schließlich der Bereich Gesundheit an oberster Stelle des Investments (*Staudinger et al. 1996*).

Gesundes Alter(n) ist abhängig von den sozialen Ressourcen, die ein Mensch im Verlauf seines Lebens erwerben konnte. Evident ist zum Beispiel, dass die Prävalenz der Multimorbidität im Alter mit abnehmender sozialer Schicht ansteigt und in der unteren sozialen Schicht am höchsten ist (*u. d. Knesebeck 2005*). Darüber hinaus zeigen Studien einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Statusindikatoren Einkommen und Berufsprestige und der subjektiven Gesundheit: So schätzen 51 Prozent der Befragten mit einem Haushaltseinkommen über 35.000 Euro ihre Gesundheit als sehr gut bis gut ein, jedoch nur 35,4 Prozent mit einem Haushaltseinkommen kleiner als 30.000 Euro (*u. d. Knesebeck 2004*).

Analysen zur Bedeutung von Risikofaktoren für das Auftreten einer Demenz nennen den Faktor „geringe formale Bildung“. Einige Studien zeigten, dass eine geringere beziehungsweise kürzere Schulbildung mit einer höheren Prävalenz der Alzheimer-Demenz einhergeht. Diese Ergebnisse führten zur Bildung der „Reservekapazitäts-Hypothese“. Dieser Hypothese folgend verfügen Personen mit höherer Bildung über eine größere Reservekapazität des

Gehirns als Personen mit niedrigerer Bildung (Seidler 2004). Es gibt Hinweise, dass intensives Lernen die Zahl der synaptischen Verbindungen erhöht und dadurch die kompensatorische Wirkung des Gehirns verbessern kann (Katzman 1993).

Die höchste Prävalenz einer Alzheimer-Demenz weisen Menschen auf, die Analphabeten sind beziehungsweise keine Schulbildung hatten. Die Ergebnisse lassen sich am ehesten auf Trainingseffekte bei geistiger Arbeit zurückführen; möglich wäre auch eine gewisse Verzerrung. Besser Ausgebildete könnten in kognitiven Tests deshalb besser abschneiden, weil ihnen die Logik der erwarteten Lösung bekannt ist. Diese Erklärung dürfte die Unterschiede jedoch nicht gänzlich erklären.

Ergebnisse auf der Basis des sozio-ökonomischen Panels für Deutschland zeigen, dass Männer ohne Abitur ab dem 16. Lebensjahr eine um 3,3 Jahre kürzere Lebenserwartung aufweisen als Männer mit Abitur; bei Frauen beträgt der Unterschied sogar 3,9 Jahre (Tabelle 3).

Für gesundes Alter(n) ist nicht zuletzt die Frage interessant, ob es biografische Ereignisse gibt, die die Gesundheit von Frauen und Männern im Alter auf besondere Weise gefährden. Die Ehe gilt als wichtigste Beziehung für gesundheitsschützende Funktionen. Bereits ab dem 70. Lebensjahr sind 40 Prozent der Frauen verwitwet, dagegen nur 11 Prozent der Männer. Erst nach dem 80. Lebensjahr sind auch die Männer zu einem Drittel von der Verwitwung betroffen. In diesen Altersjahren erleben allerdings bereits 78,4 Prozent aller Frauen den Verlust ihres Ehepartners (BMFSFJ 2002).

Es gibt viele Quellen, die einen Zusammenhang zwischen reduziertem subjektiven und objektiven Gesundheitszustand der Verwitweten im Gegensatz zu nicht Verwitweten der gleichen

Altersgruppen und des gleichen Geschlechts bestätigen. In einer Untersuchung aus den 90er Jahren beklagt die Hälfte der befragten Witwen gesundheitliche Veränderungen; von diesen Veränderungen sind vor allem die Frauen der älteren Jahrgänge betroffen (71 bis 80 Jahre). Eine aktuelle Untersuchung beschreibt massive psychopathologische und psychosomatische Symptome, die bei den Verwitweten rund ein Jahr nach Partnerverlust einsetzen und den Beginn einer Pflegebedürftigkeit darstellen können. Die befragten verwitweten Frauen einer australischen Längsschnittstudie schätzten ihre Gesundheit in allen Dimensionen im Vergleich zu Verheirateten niedriger ein. Als typische Symptome werden Depressionen, Erschöpfung, schnelle Ermüdung, Herzbeschwerden, Magenprobleme und generelle Nervosität geschildert (Dibelius 2000).

### ■ 4. Fazit

Ziel der Gesunderhaltung im Lebensverlauf ist der Gewinn von Lebensqualität. Gesund zu altern setzt die Unterstützung der jeweils vorhandenen Potenziale der alt werdenden Frauen und Männer voraus und ist nicht der zum Scheitern verurteilte Versuch, einen Zustand X bis zum Lebensende erhalten zu wollen.

Das gesunde Alter als eine Phase frei von jeglichen Funktionseinschränkungen scheint nach wie vor ein nicht erreichbares Konstrukt. Allerdings ist die Diskrepanz zwischen objektivem, medizinisch feststellbarem Gesundheitszustand und subjektiver Gesundheitseinschätzung beim alten Menschen auffällig. Bei der Gesundheitseinschätzung gibt es sowohl subjektive Über- wie Unterschätzung der Gesundheit, häufiger allerdings Überschätzung. „Gute Gesundheit“ bedeutet im Alter vielfach eine im Vergleich zu anderen Menschen bessere Gesundheit. Darüber hinaus gibt es im höheren Alter häufig eine reduzierte Erwartungshaltung an die eigene Gesundheit und das Funktionieren im täglichen Leben. Die

TABELLE 3

### Schulbildung und Lebenserwartung

Schulbildung	Lebenserwartung ab 16 Jahren	
	mit Abitur	ohne Abitur
Männer	60,3 Jahre	57,0 Jahre
Frauen	65,5 Jahre	61,6 Jahre

Stichprobe: rund 12.000 Männer und Frauen ab 16 Jahre aus den alten Bundesländern  
Datenbasis: Befragung 1984–1993 (Sozio-ökonomisches Panel)

Quelle: Klein 1996

erheblichen Diskrepanzen zwischen objektiver und subjektiver Gesundheitseinschätzung wurden bereits in der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie BOLSA beschrieben (*Lehr und Thome 1987*). In einer jüngeren Folgeuntersuchung des Heidelberger gerontologischen Institutes (ILSE-Studie) lag die entsprechende Übereinstimmung nur bei etwa 50 Prozent (*Wahl und Kruse 1999*). Die positive subjektive Gesundheitseinschätzung zeigte enge Zusammenhänge zur Aktivität, zur Stimmungslage, zum Selbstbild und zur allgemeinen Zufriedenheit und hat eine vom objektiven Gesundheitszustand unabhängige Bedeutung für die individuelle Lebenserwartung und Gesundheitssituation.

Die Auffassung, wir könnten alle mit anhaltender Kontrolle über die eigene Situation leben, gute Lebensbedingungen stets bewahren, immer weiter intelligent, leistungsfähig, sozial anerkannt und beziehungsfähig bis ins höchste Alter sein, hat auch eine Utopie entstehen lassen, die weder die Medizin noch die Gesellschaft noch das Individuum einlösen kann. Wer meint, allen Krankheiten vorbeugen zu können, wer jedes Leiden zu heilen anstrebt, der verliert im Alter seine eigene Souveränität. Der Mensch kann gut, also gesund altern, doch nicht allein durch Intensivierung seiner Ressourcen. Eine zentrale Lebensproblematik des Alterns besteht in der Bewältigung einer zunehmend negativen Bilanzierung des Verhältnisses zwischen Kompetenzerhalt und -verlust.

Kompetenz wiederum bedeutet, „etwas gemeinschaftlich anzustreben“ und im weiteren Sinn „dazu auch fähig zu sein“. Wissenschaftlich verklausuliert liest sich dieser Gedanke so: Kompetenz ist die Fähigkeit des Menschen zu einem selbstständigen, aufgabenbezogenen und sinnerfüllten Leben in einem anregenden, unterstützenden und die effektive Auseinandersetzung mit Aufgaben und Belastungen fördernden Umfeld (*Kruse 1996*).

Zwei Bereiche üben Einfluss darauf aus, in welchem Umfang der Mensch seine Kompetenzen in spezifischen Situationen verwirklicht: zum einen die Motivation. Inwieweit sind wir motiviert, unsere Kompetenzen überhaupt einzusetzen? Zum anderen die soziale, institutionelle und räumliche Umwelt. Inwieweit fördert diese die Verwirklichung der Kompetenz? Wenn Kompetenzen nicht mehr gebraucht werden, verkümmern sie und sind dann nicht mehr verfügbar, so dass geringere Kompetenzen im Alter oft nicht Folge ihres Nichtvorhandenseins, sondern Folge ihres Nichtabgerufenwerdens sind.

Zum Beispiel werden heute durch den Arbeitsmarkt die Kompetenzen von Älteren kaum mehr abgerufen – und dazu muss man nicht einmal wirklich alt sein: In Deutschland arbeiten in der Gruppe der 55- bis 64-Jährigen lediglich noch 41,2 Prozent (*Tesch-Römer et al. 2005*).

Andererseits zeigt sich dort, wo es die Strukturen erlauben, insbesondere in Aufsichtsräten der Wirtschaft und in der Politik, dass heute alte Menschen wichtigste Aufgaben übernehmen. Höheres und hohes Alter korrespondieren bei weitem nicht mehr zwangsläufig mit Senilität, beruflicher Untauglichkeit und Krankheit. Vielmehr steigt nicht nur die Lebenserwartung kontinuierlich, sondern die Menschen bleiben auch bis ins hohe Alter leistungsfähig und gesünder. ♦



### Literatur

- Baltes PB/Mayer KU (eds.) (1999):** The Berlin Aging Study. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bickel H (2002):** Stand der Epidemiologie. In: Hallauer JF/Kurz A (Hrsg.). Weißbuch Demenz: Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Stuttgart: Georg Thieme, 10–14.
- Bloch E (1955):** Das Prinzip Hoffnung. 3 Bände. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002):** Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin.
- Dibelius O (2000):** Verwitwung. In: Wahl HW/Tesch-Römer C (Hrsg.). Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer, 158–162.
- Fries JF (2003):** Measuring and Monitoring Success in Compressing Morbidity. In: Ann Intern, Jg. 139, 455–459.
- Katzman R (1993):** Education and the prevalence of dementia and Alzheimer's disease. Neurology, Jg. 43, 13–20.
- Klein T (1996):** Mortalität in Deutschland: Aktuelle Entwicklungen und soziale Unterschiede. In: Zapf W/Schupp J/Habich R (Hrsg.): Lebenslagen im Wandel. Sozialberichterstattung im Längsschnitt. Frankfurt, New York: Campus, 366–377.
- Knesebeck O v d (2004):** Sozialer Status und subjektive Gesundheit im Alter. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Jg. 8, Heft 3, 262–272.
- Knesebeck O v d (2005):** Alter, soziale Faktoren und Gesundheit. In: Badura B/Iseringhausen O (Hrsg.): Wege aus der Krise der Versorgungssituation: Beiträge aus der Versorgungsforschung. Bern: Hans Huber, 26–36.
- Krämer W (1997):** Hippocrates und Sisyphus – die moderne Medizin als das Opfer ihres eigenen Erfolges. In: Kirch W/Kliemt H (Hrsg.): Rationierung im Gesundheitswesen. Berlin, New York.
- Kruse A (1996):** Alltagspraktische und sozioemotionale Kompetenz. In: Baltes M/Montada L (Hrsg.). Produktives Alter. Frankfurt/M., New York: Campus, 344–373.

- Kuhlmeiy A/Winter MH-J/Maaz A/Hofmann W et al. (2003):** Alte Frauen und Männer mit starker Inanspruchnahme des Gesundheitswesens – ein Beitrag zur altersspezifischen Versorgungsforschung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 36, 233–240.
- Kuhlmeiy A (2003):** Stichwort Alter und Altern. In: Pschyrembel, Wörterbuch Pflege. Berlin, New York: Walter de Gruyter, 19–21.
- Lehr U/Thomae H (Hrsg.) (1987):** Formen seelischen Alterns: Ergebnisse der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA). Stuttgart: Enke.
- Renteln-Kruse W v (2001):** Epidemiologische Aspekte der Morbidität im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 34, Heft 1, 10–15.
- Robert Koch Institut (2002):** Gesundheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 10, Berlin.
- Schwartz FW/Walter U (1998):** Altsein – Kranksein? In: Schwartz FW/Badura B/Leidl R et al. (Hrsg.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban und Schwarzenberg, 124–140.
- Seidler A (2004):** Können psychosoziale Faktoren vor der späteren Entwicklung einer Demenzerkrankung schützen? In: Jahrbuch für kritische Medizin, Jg. 40, 40–48
- Statistisches Bundesamt (2000):** Statistisches Jahrbuch 2000 für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Staudinger UM/Freund AM/Linden M/Maas I (1996):** Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter: Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität. In: Mayer KU, Baltes PB. Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, 321–350.
- Tesch-Römer C/Engstler H/Wurm S (Hrsg.) (2005):** Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden: VS Verlag.
- Wahl HW/Kruse A (1999):** IV. Aufgaben, Belastung und Grenzsituationen im Alter, Gesamtdiskussion. Zeitschrift für Gerontologie, Jg. 32, Heft 6, 450-472.
- Zank S/Wilms H-U/Baltes MM (1997):** Gesundheit und Alter. In: Schwarzer R (Hrsg.). Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe 245–263.

### DIE AUTORIN



**Prof. Adelheid Kuhlmeiy, Dr. Phil.**  
Seit 2002 Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie im Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Charité – Universitätsmedizin Berlin, in den Jahren davor Professorin für Soziale Gerontologie und Medizinsoziologie an den Fachhochschulen Neubran-

denburg und Braunschweig-Wolfenbüttel. Der Schwerpunkt „Altern, Gesundheitsentwicklung und medizinische sowie pflegerische Versorgung“ steht im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Arbeit. Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der 5. Altenberichtscommission der Bundesregierung.