

Im mittleren Erwachsenenalter treten gesundheitliche Themen deutlicher in den Vordergrund. Gesundheitliche Risikoverhaltensweisen, die vor Jahren begonnen wurden wie Rauchen, zu viel Alkohol konsumieren, Bewegungsmangel und Übergewicht, können bereits ihre Auswirkungen in Krankheiten wie Bluthochdruck, Arthrose und Diabetes zeigen. Die Grenzen der eigenen Leistungsfähigkeit und des eigenen Alterns zu ignorieren, wird in dieser Lebensphase schwieriger. Gravierende Lebensereignisse wie eigene Krankheiten oder im nahen Umfeld und altersbedingte körperliche Veränderungen wie das Klimakterium bei der Frau können der Anstoß zu einer veränderten und gesundheitsbewussteren Lebensweise sein.

1.6.1 Die Auswirkungen von körperlicher Aktivität auf Psyche (Depression) und Kognition (Demenz)

Laut WHO ist körperliche Aktivität jede Bewegung, die den Energieumsatz steigert. Auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse schlägt die WHO vor, dass Kinder und Jugendliche sich täglich mindestens 60 Minuten bewegen sollten. Für Erwachsene und Senioren werden mindestens 150 Minuten moderate körperliche Aktivität oder 75 Minuten intensive Aktivität wöchentlich vorgeschlagen, um gesundheitsförderliche Effekte zu erzielen (Finger et al., 2017).

Körperliche Aktivität meint aerobe Aktivität; dabei werden große Mengen von Sauerstoff verbraucht. Laufen, Schwimmen, Rudern, Walken, Radfahren, Tanzen und Skilanglauf gehören dazu. Durch Ausdauer und Intensität wird die Herzfrequenz auf eine individuelle, optimale Höhe gebracht.

Die KIGGS-Studie (Poethko-Müller et al., 2018), eine repräsentative Längsschnittuntersuchung zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, fand heraus, dass etwa die Hälfte der Kinder zwischen 3 und 10 Jahren einmal in der Woche Sport im Verein treibt. Mehr als 70 % der 3- bis 17-Jährigen geben an, Sport zu treiben und Jugendliche zwischen 11 und 17 Jahren sind zu 84 % einmal in der Woche sportlich aktiv. Jungen sind in bedeutendem Ausmaß häufiger aktiv als Mädchen und 11- bis 17-Jährige häufiger als 3- bis 10-Jährige. Es wurde herausgefunden, dass sich elterliches Sporttreiben und eine bewegungsfreundliche Wohnumgebung günstig auf das Sporttreiben der Kinder und Jugendlichen auswirken. Zusammengefasst treiben drei Viertel aller Kinder und Jugendlichen Sport, zwei Drittel sind im Sportverein.

Im Erwachsenenalter ist das Aktivitätsniveau niedriger: Nur 43 % der Frauen und 48 % der Männer sind 150 Minuten pro Woche sportlich aktiv (Finger et al., 2017).

Körperliches Training hat auf viele chronische Krankheiten einen positiven Effekt. Sowohl vorbeugende als auch rehabilitative Wirkungen sind z. B. nachgewiesen bei Herzerkrankungen, Krebs, Diabetes, Übergewicht, Bluthochdruck, Muskel- und Knochenkrankungen wie Osteoporose und Stoffwechselprozessen. Körperliche Aktivität beugt nicht

nur körperlichen Erkrankungen vor (siehe Exkurs), sie fördert auch die Langlebigkeit: 2–3 Stunden Bewegung pro Woche senken das Mortalitätsrisiko (Hardman & Stensel, 2009).

Exkurs: Gesundheitliche Effekte von körperlicher Aktivität

Erstmals im Jahr 1953 wurde ein Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Herz-Kreislauf-Erkrankungen festgestellt. Eine Untersuchung am Personal der Londoner Doppeldeckerbusse ergab Folgendes: Die Busfahrer mit ihrer hauptsächlich sitzenden Tätigkeit erlitten doppelt so häufig Herzinfarkte oder den plötzlichen Herztod als die Fahrkartenkontrolleure, die regelmäßig die Treppen hoch und runter liefen (Voelcker-Rehage, 2018). ◀

Die schützenden Effekte von körperlicher Aktivität sind unabhängig vom Körpergewicht, Ernährungsverhalten und dem sonstigen Gesundheitsverhalten. Selbst bei sehr alten Menschen, die noch nie sportlich aktiv waren, lassen sich noch durch entsprechend zugeschnittene Bewegungsprogramme Fortschritte und Verbesserungen im Herz-Kreislauf-System erreichen.

Bewegung senkt auch das Risiko, an Depressionen zu erkranken und wirkt sich positiv auf bereits vorhandene Depressionen aus. Zahlreiche Studien konnten positive Effekte finden, die sogar vergleichbar hoch waren wie eine medikamentöse Therapie oder Psychotherapie. Dass sportliche Betätigung zu einer Stimmungssteigerung führt, lässt sich zum einen biologisch erklären, da u. a. sogenannte Glückshormone (Endorphine) ausgeschüttet werden. Zum anderen lenkt sie ab von grübelnden Gedanken und vermittelt Selbstwirksamkeitsgefühle (Brand & Schlicht, 2009). Generell verbessert körperliche Aktivität das psychische Wohlbefinden. Allerdings weiß man noch wenig über die Wirkweise und den Zusammenhang zwischen Bewegung und Stimmungslage. Körperliche Aktivität beeinflusst auch das Denken, wie im Folgenden ausgeführt wird.

Körperliche Aktivität beeinflusst auch die Hirnfunktionen positiv (Voelcker-Rehage, 2018). Bei Menschen aller Altersstufen fand man direkt nach der sportlichen Aktivität Verbesserungen in ihren Gedächtnisleistungen und der Konzentration (Hogan et al., 2013). Bei alten Menschen konnte man durch Ausdauertrainings und durch Koordinationstrainings Verbesserungen in kognitiven Funktionen wie z. B. Aufmerksamkeit nachweisen (Voelcker-Rehage & Niemann, 2013). Für diese Verbesserungen reichen 2–3 wöchentliche Aktivitäten von 30 Minuten. Auch gibt es Hinweise, dass ein aktiver Lebensstil das Auftreten von Demenz reduziert. Frauen, die 150 Minuten pro Woche spazieren gingen, hatten einen besseren Schutz vor Demenz als nicht aktive Frauen (a. a. O).

Ein aktiver Lebensstil, ein anspruchsvoller Beruf und soziale Kontakte stehen in positivem Zusammenhang mit kognitiven Funktionen. Dagegen wirken sich monotone Tätigkeiten im Berufsleben negativ auf die geistige Flexibilität aus. Hat man sich im Beruf mit neuen Herausforderungen auseinandersetzen müssen, bleibt diese Flexibilität auch im Alter erhalten.

1.6.2 Frauen- und Männergesundheit

Gesundheitsverhalten ist je nach Lebensphase und Lebensalter unterschiedlich ausgeprägt. So ist das Jugendalter eine eher gesundheitsriskante Lebensphase, Menschen ab dem mittleren Erwachsenenalter dagegen achten verstärkt darauf, ihre Gesundheit zu erhalten und zu verbessern. Aber nicht nur in Bezug auf das Alter unterscheidet sich das Gesundheitsverhalten, auch die Schichtzugehörigkeit und das Geschlecht sind wichtige Unterscheidungsmerkmale. Lange Zeit ist in der Gesundheitsforschung besonders das Geschlecht nicht berücksichtigt worden. So wurden z. B. Medikamente nur an männlichen Personen getestet. Männer haben aber u. a. ein höheres Körpergewicht und ein anderes hormonelles Profil als Frauen. Deshalb wirken auch manche Medikamente an Frauen nicht oder sind wegen zu starker Wirkung aufgrund zu hoher Dosierung für sie gefährlich (Regitz-Zagrosek & Schmid-Altringer, 2020, S. 191).

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind auf biologische und auf psychosoziale Faktoren zurückzuführen (Faltermaier, 2017, S. 325):

- Frauen und Männer haben unterschiedliche biologische Risiken aufgrund unterschiedlicher genetischer und hormoneller Ausstattung.
- Frauen und Männer erwerben aufgrund ihrer Lebenssituation und ihres Lebenslaufs unterschiedliche Risiken.
- Männer und Frauen gehen unterschiedlich mit Krankheiten und Beschwerden um.
- Frauen und Männer werden vom Gesundheitssystem unterschiedlich behandelt.

Ein bekanntes Phänomen ist die unterschiedliche *Lebenserwartung*. In den Industrienationen unterscheiden sich die Geschlechter um fünf bis acht Jahre zugunsten der Frauen. Gegenwärtig liegt in Deutschland die Lebenserwartung von Frauen bei 84,1 und bei Männern bei 79,1 (Statistisches Bundesamt, 2020). Insbesondere in der Altersspanne zwischen 15 und 65 Jahren ist die männliche Mortalitätsrate etwa doppelt so hoch wie bei Frauen dieses Alters (Brähler et al., 2001). Wie lässt sich dieses „Geschlechterparadox“ (Kolip, 2003) erklären, demzufolge Frauen zwar das vermeintlich „kränkere Geschlecht“ sind (Sieverding, 2005), aber eine höhere Lebenserwartung haben?

Zunächst interessiert die Frage, ob biologische oder soziale Faktoren bedeutsamer für die Lebensdauer sind. Das konnte durch die Klosterstudie (Luy, 2011; siehe Exkurs) beantwortet werden.

Exkurs: Klosterstudie

Die Studie ging von der Hypothese aus, dass es zwischen Mönchen und Männern der Allgemeinbevölkerung keine Unterschiede in der Lebenserwartung geben dürfte, wenn biologische, also nicht beeinflussbare Faktoren eine bedeutsame Rolle spielen würden. Sollten jedoch soziale Faktoren ausschlaggebend sein, müsste es einen bedeutsamen Unterschied zwischen Männern innerhalb und außerhalb des Klosters in der Lebenser-

wartung geben, denn der Lebensstil von Mönchen und Nichtmönchen unterscheidet sich gravierend. In diesem Fall dürfte auch zwischen Nonnen und Mönchen kein bedeutsamer Unterschied bestehen, da beide Gruppen in nahezu identischen Lebensumständen leben. Die Ergebnisse zeigten, dass die Mönche im Durchschnitt nur ein bis zwei Jahre kürzer lebten als die beiden Frauengruppen. (innerhalb und außerhalb des Klosters) Dagegen lebten die Männer der Allgemeinbevölkerung sechs Jahre kürzer als die beiden Frauengruppen und viereinhalb Jahre kürzer als die Mönche.

Kommentar: Biologische Unterschiede machen nur ca. ein bis zwei Jahre Unterschied in der Lebenserwartung der Geschlechter aus, nichtbiologische Faktoren dagegen ca. fünf Jahre. Die Lebenserwartung ist also wesentlich von beeinflussbaren Faktoren (Lebensstil) abhängig. ◀

Die Klosterstudie ergab, dass die Lebensdauer und damit Gesundheit und Krankheit eng mit der Lebenssituation zusammenhängen. Dazu gehören der Lebensstil, die Sozialisation und die individuellen Ressourcen. In diesen Faktoren unterscheiden sich die Geschlechter in typischer Weise. Biologische Faktoren sind dagegen weniger bedeutend.

Welche Geschlechtsunterschiede sind bekannt?

- Frauen haben eine höhere Aufmerksamkeit für körperliche Funktionen. Sie berichten häufiger über Beschwerden und nehmen Signale ihres Körpers eher wahr.
- Sie ernähren sich gesünder (mehr Gemüse und Obst, weniger Fleisch) als Männer.
- Frauen suchen ärztliche Behandlung im Falle von Beschwerden schneller auf als Männer und nehmen präventive Angebote häufiger in Anspruch. So sind Männer z. B. in Stressbewältigungskursen oder bei Entspannungstrainings kaum vertreten.
- Das aktive Aufsuchen von Hilfe und das Annehmen von Unterstützung sind generell weibliche Bewältigungsstile, die günstig sind, weil sie soziale Ressourcen aktivieren. *Soziale Unterstützung* ist ein Schutzfaktor in Stresssituationen. Auf diesen Schutzfaktor greifen Frauen in allen Altersstufen erheblich häufiger zurück als Männer.
- Frauen pflegen auch ihr Leben lang soziale Beziehungen und Netzwerke aktiver als Männer das tun. Bei ihnen besteht deshalb die Gefahr von Vereinsamung im Alter durch Verwitwung in viel geringerem Maß als das bei Männern der Fall ist. Als Teil eines sozialen Netzwerks pflegen sie aber auch andere in erheblichem Umfang. In Familien sind sie häufig die Expertinnen für die Gesundheit der Familienmitglieder, später pflegen sie ihre Ehemänner, Eltern und Schwiegereltern. Aufgrund eines fehlenden sozialen Netzwerks und der geringen Fähigkeit, sich Hilfen zu erschließen, sind geschiedene, alleinlebende und verwitwete Männer gesundheitlich gefährdeter und zeigen auch einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand als verheiratete Männer. In einer Ehe bzw. einer Partnerschaft zu leben stellt also für Männer einen Schutzfaktor dar. Dieser Schutzfaktor zeigt sich besonders deutlich in unteren Bildungsschichten (Sieverding, 2005, 2010).
- Männer zeigen mehr *Risikoverhaltensweisen*, die gesundheitsschädlich sind und zu einer Verkürzung des Lebens beitragen. Sie konsumieren mehr Alkohol und Nikotin als

Frauen. Sie üben häufiger gefährliche Sportarten aus, haben mehr Autounfälle und sind häufiger in Gewalthandlungen verstrickt als Frauen. Auch dies sind Ursachen für ihre kürzere Lebenserwartung: In allen Altersstufen sind die Mortalitätsraten bei Männern aufgrund dieser Gründe drei bis viermal höher als bei Frauen.

Die kürzere Lebenserwartung ist also teilweise von den Männern „selbstverschuldet“.

Schadet also die männliche Rolle der Gesundheit? Darüber gibt die Marlboro-Studie Aufschluss (siehe Exkurs). Sie bestätigt diese Vermutung. Rollenverhalten und Rolleneigenschaften beruhen auf gesellschaftlichen Erwartungen. Aufgrund ihres biologischen Geschlechts werden Frauen und Männern unterschiedliche Rollen zugewiesen. Traditionell ist der Mann für die materielle Basis der Familie zuständig. Er sichert das Überleben der Familie und definiert sich damit über Leistung. Die gesellschaftlich den Männern zugeschriebenen Eigenschaften werden als *instrumentell* bezeichnet und umfassen Merkmale wie „wettbewerbsorientiert“, „unabhängig“, „abenteuerlustig“, „Druck standhaltend“, „entscheidungsstark“. Frauen werden dagegen *expressive* Eigenschaften zugeschrieben; diese dienen der Herstellung und Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen. Feminine Merkmale sind demnach „freundlich“, „sanft“, „verständnisvoll“, „hilfreich“. Diese Werte sind natürlich einem Wandel unterlegen und weichen gerade in den letzten Jahren etwas auf. Dass Männer, die besonders dem Männlichkeitsideal von Stärke, Macht und Überlegenheit entsprechen, sich in riskanten Verhaltensweisen engagieren und auch Schwächen wie etwa Krankheitssymptome nicht zugeben und vielleicht auch gar nicht registrieren, ist leicht vorstellbar und wird durch Untersuchungen bestätigt (Kolip & Hurlmann, 2016). Männer assoziieren im Gegensatz zu Frauen Gesundheit eher mit Leistungsfähigkeit: Der Körper soll funktionieren. Frauen verbinden mit dem Körper eher Wohlbefinden.

Experiment: Der Marlboro-Mann

In einer Studie (Sieverding 2004) sollte überprüft werden, ob Männer, die das Selbstkonzept eines Macho-Mannes haben, wie es die Marlboro-Werbefigur vertritt, weniger Beschwerden angeben als Männer, deren Selbstkonzept dem Marlboro-Mann eher unähnlich ist. Die Ergebnisse der Untersuchung an 450 Studierenden bestätigten die Hypothese. Männer, die dem Marlboro-Mann in ihrem Selbstkonzept ähnelten, gaben deutlich weniger Beschwerden an als die dem Marlboro-Mann eher unähnlichen Männer. Letztere hatten ähnlich hohe Beschwerdewerte wie die untersuchten Frauen. ◀

Traditionelle Rollenvorstellungen sind zeitgeschichtlichen Veränderungen unterworfen, und Männer dürfen mehr und mehr ihre femininen Anteile zeigen. Dass das für sie vorteilhaft ist, ergaben Untersuchungen, nach denen „feminine“ Männer eine koronare Herzerkrankung länger überleben als „normale“ Männer (Hunt et al., 2007). Die Anpassung von Frauen an männliches Verhalten hat dagegen einen gegenteiligen Effekt: Seit-

dem Frauen Männer in der Häufigkeit des Rauchens zunehmend einholen, erkranken sie auch vermehrt an Lungenkrebs. Insgesamt lässt sich festhalten, dass eine Feminisierung von Männern ihrer Gesundheit hilft, während eine Maskulinisierung des Gesundheitsverhaltens von Frauen diesen schadet.

Der Einfluss des Geschlechts auf die Gesundheit wird auch vom sozioökonomischen Status beeinflusst. So beträgt der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen der höchsten und der niedrigsten Einkommensgruppe bei Männern 10,8 Jahre und bei Frauen 8,4 Jahre. Ein Mann der höchsten Einkommensgruppe hat eine um vier Jahre höhere Lebenserwartung als eine Frau der niedrigsten Einkommensgruppe. Solche Unterschiede in der Lebenserwartung reduzieren sich in dem Maße, wie die Lebenssituation beider Geschlechter sich angleicht (siehe Exkurs „Klosterstudie“). Ein niedriger sozialer Status tritt mit häufigerem Rauchen, Übergewicht und weniger sportlicher Aktivität auf. Es ist daher nicht verwunderlich, dass ein niedriger sozialer Status mit einem erhöhten Herz-Kreislauf-Risiko einhergeht. Ein Zusammenhang, der für beide Geschlechter gilt. Aber auch Umweltfaktoren wie schichtspezifisch schlechtere Arbeitsbedingungen, eine ungünstigere Wohngegend und erhöhte Luftverschmutzung spielen eine wichtige Rolle für die kürzere Lebenserwartung.

Zusammenfassung

Gesellschaftliche Erwartungen an geschlechtsbezogenes Verhalten und entsprechende Einstellungen haben eine erhebliche Bedeutung für die Gesundheit von Frauen und Männern. Traditionell männliches Rollenverhalten geht mit riskanterem Gesundheitsverhalten einher. Je mehr sich die Geschlechter in einer Gesellschaft angleichen, desto geringer fallen diese Unterschiede aus.

Aufgaben

- Welche Erklärung gibt es für die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen den Geschlechtern?
- Welche Schlussfolgerung lässt sich aus den Ergebnissen der Marlboro-Studie ziehen?
- Bringen Sie drei Belege dafür, dass männliches Gesundheitsverhalten ungesünder ist als weibliches Gesundheitsverhalten.

1.7 Die Kompensation von Defiziten als Entwicklungsaufgabe des Alters

Beginnen Sie mit einer kleinen Prüfung Ihres Alltagswissens über das Alter und alte Menschen und beantworten Sie die Fragen im folgenden Kasten:

Test zu Altersstereotypen (Auswahl aus Palmore: The facts of aging quiz 1988)

	Ja	Nein
Psychotherapien haben wenig Erfolg bei alten Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mehrheit alter Menschen hat kein Interesse an Sexualität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mehrheit älterer Menschen ist sozial isoliert und einsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mehrheit der alten Menschen kann sich an Veränderungen nicht anpassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alte Menschen können nichts Neues mehr lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ältere Menschen ihre Aktivitäten vermindern, geht es ihnen besser, als wenn sie das nicht tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt ungefähr gleich viele Witwen wie Witwer unter den alten Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alle Fragen müssen aufgrund wissenschaftlicher Kenntnisse mit „Nein“ beantwortet werden! Bei sämtlichen Feststellungen handelt es sich um Vorurteile. Der folgende Abschnitt korrigiert diese Vorurteile mithilfe wissenschaftlicher Forschungsergebnisse.

Die Altersbilder in unseren Köpfen haben nicht nur auf unser eigenes Verhalten, sondern auch auf das Leben des alten Menschen einen großen Einfluss. Die negativen Altersbilder aus der Umwelt werden von alten Menschen übernommen und treten im Sinne einer Sich-selbst-erfüllenden-Prophezeiung ein. Wird das eigene Altern als negativ und defizitorientiert betrachtet, werden Vorsorgeuntersuchungen und körperliche Trainings weniger wahrgenommen, als wenn der Blick auf das eigene Älterwerden positiv ist. Eine negative Selbstwahrnehmung wirkt sich also negativ auf das eigene Gesundheitsverhalten aus. Demgegenüber geht eine positive Sicht mit mehr Aktivität, besseren Gedächtnisleistungen und einer besseren Erholung nach Erkrankungen einher. Positive Altersbilder können beim Betreffenden sogar zu einer höheren Lebenserwartung führen (Levy et al., 2002). Die eigenen Altersbilder, die den Umgang mit dem alten Menschen prägen, haben also eine große Bedeutung für sein seelisches und körperliches Wohlbefinden und für seine Gesundheit.

In allen Altersstufen haben Menschen Vorstellungen über das Alter. Diese Altersbilder sind individuelle oder gesellschaftliche Vorstellungen und Einstellungen zum Alter und zu alten Menschen. Abgesehen von wenigen positiven Aspekten (würdevoll, altersweise), enthalten diese subjektiven Theorien über das Alter in unserer Gesellschaft eher negative Vorstellungen, die mehr von Verlusten als von Gewinnen des Alters ausgehen. Nachlassende geistige Fähigkeiten, Demenz, schlechte Stimmung und Rigidität gehören zu den negativen Beschreibungen des Alters (Staudinger & Kessler, 2018; siehe Exkurs).

Exkurs: Altersbilder steuern das Verhalten!

Nach dem Teufelskreis-Modell (Filipp & Mayer, 2005) aktiviert die Begegnung mit einem älteren Menschen negative Altersbilder, die eine Veränderung des Verhaltens des jüngeren Menschen bewirken. So konnte man in alltäglichen Pflegesituationen beobachten, dass – um das vermeintlich geringere Kompetenzniveau der älteren Person zu

treffen – einfache Wörter, kurze Sätze und eine hohe Lautstärke benutzt wurden. Nonverbal konnte bei den Pflegenden ein aufgesetztes Lächeln, verschränkte Arme und ein Ausweichen des Blickkontakts beobachtet werden. In Experimenten ließ sich nachweisen, dass ein solcher Umgang das Selbstwertgefühl Älterer beeinträchtigt und sie eigene Defizite und Inkompetenz dafür verantwortlich machen (ein Studienüberblick findet sich bei Voos & Rothermund, 2019). Dass sich ältere Menschen aus solchen als unangenehm erlebten Kontakten zurückziehen, dadurch sozial isolierter werden und dann wirklich ein schnellerer kognitiver Abbau stattfindet, ist gut vorstellbar. ◀

Im Sinne des *Lebensspannenkonzepts* (Baltes, 1990) ist auch das hohe Alter eine spannende Entwicklungsphase mit zahlreichen Veränderungen. Bedeutende Entwicklungspsycholog*innen wie Ursula Lehr und Hans Thomae, Paul Baltes, Erik Erikson und Robert Havighurst erforschten speziell das hohe Lebensalter. Sie sind die wissenschaftlichen „Väter“ und „Mütter“ der Gerontologie.

► **Definition: Gerontologie** Die Lehre vom Älterwerden des alten Menschen wird als Gerontologie bezeichnet. Als ein Teilgebiet der Entwicklungspsychologie beschäftigt sie sich mit der Beschreibung, Erklärung und Veränderung von körperlichen, psychischen, sozialen, historischen und kulturellen Aspekten des Alterns und Alters, einschließlich der Analyse von altersrelevanten Umwelten und sozialen Institutionen (Baltes & Baltes, 1992).

In der Definition finden sich die Begriffe des „Alters“ und des „Alterns“. Alternsprozesse beginnen schon früh: Im dritten Lebensjahrzehnt vermindert sich bereits die Sehfähigkeit, ebenso die Hörfähigkeit; nach dem dritten Lebensjahrzehnt verringert sich die Muskelkraft und um die Lebensmitte beginnt die Herzmuskulmasse abzunehmen (Faltermaier et al., 2014, S. 163 ff.). Das Altern ist also ein Prozess des kontinuierlichen Wandels, der über den gesamten Lebenslauf anhält. Es gibt kein Alter, ab dem festgestellt werden kann: Nun beginnt das Alter. Altern beginnt ab der Geburt (Baltes, 1990; Kruse, 2006, 2011). Es ist nicht nur ein Abbauprozess, sondern ein Entwicklungsvorgang, der Veränderungen einer Person im Erleben und Verhalten mit sich bringt. Demgegenüber ist das Alter eine Zeitspanne. Die Gerontologie interessiert sich besonders für die Untersuchung von Alternsprozessen im Alter.

► **Definition: Altern und Alter** Altern ist ein lebenslanger Entwicklungsvorgang. Er ist ein Veränderungsprozess zentraler Bereiche, aus dem relativ überdauernde Veränderungen im Erleben und Verhalten resultieren. Er verläuft multidirektional (in unterschiedliche Richtungen), multidimensional (auf verschiedenen Ebenen) und multifaktoriell (durch viele Faktoren beeinflusst). Bei der Erforschung des Alterns des älteren Menschen wird weniger nach universellen Gesetzmäßigkeiten als vielmehr nach der Erklärung unterschiedlicher Altersverläufe und Altersformen gesucht (Kruse, 2011; Thomae, 1983). Der ältere Mensch ist nicht Spielball der Umstände, sondern kann seinen Altersprozess aktiv mitbestimmen, er hat die Chance zum konstruktiven Altern (Faltermaier et al., 2014, S. 168).

Das Alter ist eine Zeitspanne im individuellen Lebenslauf (Faltermaier et al., 2014, S. 230) und beginnt mit ca. 60 Jahren.

Repräsentative Studien, die auch den Verlauf des Alters betrachten, entstanden ab den 1960er-Jahren. Lehr und Thomae (1987) führten eine der ersten Längsschnittstudien an alten Menschen durch (*BOLSA-Studie*) und konnten anhand ihrer Ergebnisse mit zahlreichen Vorurteilen, die bis dahin mit dem Alter verbunden waren, aufräumen. Ab 1965 begannen sie, 222 Männer und Frauen zu untersuchen, die alle um 1900 geboren waren. In insgesamt acht aufeinanderfolgenden Untersuchungen wurden mittels Interviews, Persönlichkeitsfragebögen, psychomotorischen Funktionstests, Verhaltensbeobachtung und medizinischen Untersuchungen insgesamt 1000 Merkmale pro Person und pro Untersuchung erhoben und ausgewertet. Im Jahr 1980 nahmen noch 53 Personen teil, im Jahr 2000 lebten noch vier Teilnehmerinnen.

Eine weitere bedeutende Studie ist die *Berliner Altersstudie* (BASE-Studie, Lindenberger et al., 2010), eine ebenfalls thematisch breit angelegte, multidisziplinäre Längsschnittuntersuchung des Alters. Die BASE-Studie untersuchte Menschen im Alter von 70 bis über 100 Jahren, sie begann 1993 und umfasst insgesamt 14 Untersuchungstermine.

Eine dritte große Studie ist die *Generali Hochaltrigen Studie* (Kruse & Sittler, 2015), die sehr alte Menschen (85–100-Jährige) in den Mittelpunkt ihrer Untersuchung stellte.

Die Studien hatten zum Ziel, Altersprozesse zu erfassen und Fragen zu beantworten wie:

- Ist der Lebensverlauf eher kontinuierlich oder eher diskontinuierlich, d. h. ist das Erleben und Verhalten eines alten Menschen dasselbe wie im mittleren Alter?
- Haben ältere Menschen Kapazitäts- und Handlungsreserven?
- Entwickeln sie Kompensationsmechanismen für altersbedingte Defizite?
- Halten sich Gewinne und Verluste im Alter die Waage oder ist das Alter eine Phase des Abbaus auf allen Ebenen?
- Lässt sich das Alter in Unterphasen unterteilen?
- Sind individuelle Unterschiede im Alter aus lebensgeschichtlichen Daten vorhersagbar?
- Wie stellen sich Zusammenhänge zwischen medizinischen, psychologischen und sozio-ökonomischen Merkmalen dar?

Zur Beantwortung dieser Fragen wurden in allen drei Studien umfangreiche Daten u. a. zur geistigen und körperlichen Gesundheit, zur intellektuellen Leistungsfähigkeit, zur psychischen Befindlichkeit sowie zur sozialen und ökonomischen Situation erhoben. Im weiteren Verlauf dieses Kapitels werden ausgewählte Ergebnisse der Studien dargestellt.

Abgesehen vom Perspektivenwandel der Entwicklungspsychologie, der insbesondere von Baltes in Gang gesetzt wurde und Entwicklung als lebenslangen Prozess entwarf (Baltes, 1990; Wahl & Schilling, 2012, S. 312), ist ein weiterer Grund für die wissenschaftliche Hinwendung zum hohen Alter in der Tatsache zu sehen, dass die Lebenserwartung stetig ansteigt und immer mehr Menschen in Deutschland zur Gruppe der hochaltrigen Menschen (älter als 80 Jahre) gehören. Die 85-Jährigen sind die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe in den nächsten Jahren und gegenwärtig ist es möglich, bei Eintritt in die Rente noch ein Viertel seines Lebens vor sich zu haben. Die durchschnittliche Lebenserwartung der Deutschen beträgt gegenwärtig für Männer 79,1 Jahre, für Frauen 84,1

Jahre (Statistisches Bundesamt, 2020). Es ist deshalb auch aus volkswirtschaftlicher Sicht relevant, diese Altersgruppe zu erforschen: Gesundheits- und Pflegeausgaben sowie Armut im Alter verursachen zunehmend Kosten. In diesem Kontext sind wichtige Fragen: Wie kann man alte Menschen fördern, ihre Selbstständigkeit möglichst lange erhalten und ihnen z. B. Wohnformen anbieten, die weniger kosten und gleichzeitig ihren Bedürfnissen entgegenkommen? Daran schließen sich gesellschaftspolitische Fragen an, z. B. wie man Städte altersgerecht einrichtet, etwa durch mehr Barrierefreiheit und neue, altersgerechte Wohnformen (Altenwohngemeinschaften, Mehrgenerationenhäuser).

In der Literatur finden sich verschiedene Einteilungen des Alters. Eine verbreitete *Einteilung* der alten Menschen ist die in „junge Alte“ (ab 60 Jahre) und „alte Alte“ (ab 80 Jahren). Die über 80-Jährigen werden auch als Hochbetagte, Hochaltrige oder Langlebige bezeichnet (Lehr, 2007). Baltes (1990) spricht von vier Lebensaltern. Das erste umfasst das Kindheits- und Jugendalter, das zweite das Erwachsenenalter, das dritte Lebensalter bezeichnet die Altersspanne zwischen 60 und 80 Jahren und das vierte Lebensalter die Zeit ab 80 Jahren.

Für die Lebensqualität im Alter ist weniger das *kalendarische Alter als das funktionale Alter* aussagekräftig (Lehr, 2007, S. 23): Das funktionale Alter spiegelt die Funktionsfähigkeiten wider; sie sind nicht nur an das chronologische Alter gebunden, sondern hängen von biologischen und sozialen Faktoren ab, die während des ganzen Lebens einwirkten wie z. B. ein aktiver Lebensstil, körperliches Training, vielseitige geistige Anregung und das Zusammensein mit anderen Menschen (Lehr & Thomae, 1987).

► **Merke!** Zeitlebens vorhandene wichtige biologische und soziale Faktoren, die die Lebensqualität im Alter positiv beeinflussen:

- aktiver Lebensstil,
- körperliches Training,
- geistige Anregung und
- soziale Kontakte.

Eine Person, die ihr Leben lang körperlich und geistig aktiv war und viele Kontakte gepflegt hat, ist gut auf das Alter vorbereitet, weil sie Interessen und Kontakte hat (a. a. O.). Beides puffert geistigen Abbau und Einsamkeit ab. Auch eine Berufstätigkeit, die anregend war und selbstbestimmt gestaltet werden konnte, ist eine gute Vorbereitung für eine aktive Gestaltung der Rentenzeit. Insoweit ist das ganze Leben eine Vorbereitung auf das Leben im Alter.

Ein wichtiges Unterscheidungskriterium innerhalb der Gruppe der alten Menschen ist der Gesundheitszustand. So gibt es große Differenzen zwischen Menschen desselben Alters: sie können entweder sehr rüstig sein oder bereits schwer erkrankt, dement und pflegebedürftig. Aber auch alte Menschen unterschiedlichen Alters unterscheiden sich manchmal in unerwarteter Weise. So kann ein 60-jähriger Mensch bereits senil sein, ein 90-jähriger aber noch sehr rüstig. Auch die Familien- und Wohnsituation ist relevant. Ist

ein alter Mensch alleinlebend, alleinstehend und ohne Kinder? Lebt er mit eine*r pflegebedürftigen Partner*in zusammen oder ist selbst pflegebedürftig? Es sind vielfältige Faktoren, die den Alternsprozess positiv oder negativ beeinflussen.

Insgesamt sind ältere Menschen also eine Bevölkerungsgruppe, deren Mitglieder sich untereinander sehr stark unterscheiden.

Berufsbezug

Hat man mit alten Menschen beruflich zu tun, sind differenzierte Kenntnisse über die Wohn- und Familiensituation wichtig, weil sie Voraussetzung sind für die Einleitung von Kontakt-, Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen. Kenntnisse über den Gesundheitszustand und die geistige Verfassung sind ebenfalls unerlässlich. ◀

Da sich alte Menschen in zahlreichen Merkmalen ihrer Persönlichkeit und ihrer Lebenssituation gravierend unterscheiden, sind globale Aussagen über „die Alten“ nicht nur nicht aussagekräftig, sondern gar nicht möglich. Deshalb lässt sich auch keine verbindliche Altersangabe machen, ab wann ein universeller Verfall oder ein Verlust von Funktionen festgestellt werden kann. Wie in allen anderen Lebensphasen auch, gibt es im Alter ebenso bedeutende intraindividuelle Veränderungsmuster wie auch bedeutende interindividuelle Unterschiede hinsichtlich des Beginns und der Geschwindigkeit von Veränderungen. Auch unterscheiden sich Menschen in ihren Kompensationsmöglichkeiten von altersbedingt auftretenden Verlusten.

Entwicklung als Veränderungsprozess bedeutet aber auch, nicht nur die Verluste (von Funktionen, von Gesundheit, von Rollen), sondern auch die Gewinne zu betrachten. So verliert man z. B. die soziale Rolle als berufstätige Person, gewinnt aber u. U. die Rolle als Großelternanteil.

Trotz dieser großen Variabilität des Alterns im Alter gibt es Hinweise (Kruse & Sittler, 2015; Lindenberger et al., 2010), dass die Mitte des 9. Lebensjahrzehnts einen Wendepunkt im Alter darstellt: Zu diesem Zeitpunkt findet vermehrt ein Einbruch im subjektiven Wohlbefinden statt, der mit einem erhöhten Auftreten von Erkrankungen, einer verminderten Mobilität und einem sozialen Rückzug einhergeht (Abb. 1.9).

1.7.1 Theorien zum Alter

Eine der ersten Theorien über das Alter war die *Disengagement-Theorie* (Cumming & Henry, 1961). Sie besagt, dass sowohl die gesellschaftliche Umwelt als auch das Individuum selbst sich mit zunehmendem Alter einen sukzessiven Rückzug aus sozialen Rollen und Aufgaben wünscht. Da Krankheit und Tod des Individuums mit zunehmendem Alter immer wahrscheinlicher werden, reduziere sich die Bereitschaft zum Engagement der einzelnen Person. Altern sei deshalb geprägt von Disengagement (Rückzug) aus gesellschaftlichen Rollen, eingeleitet durch den beruflichen Ruhestand. Das sei für das gesellschaftli-

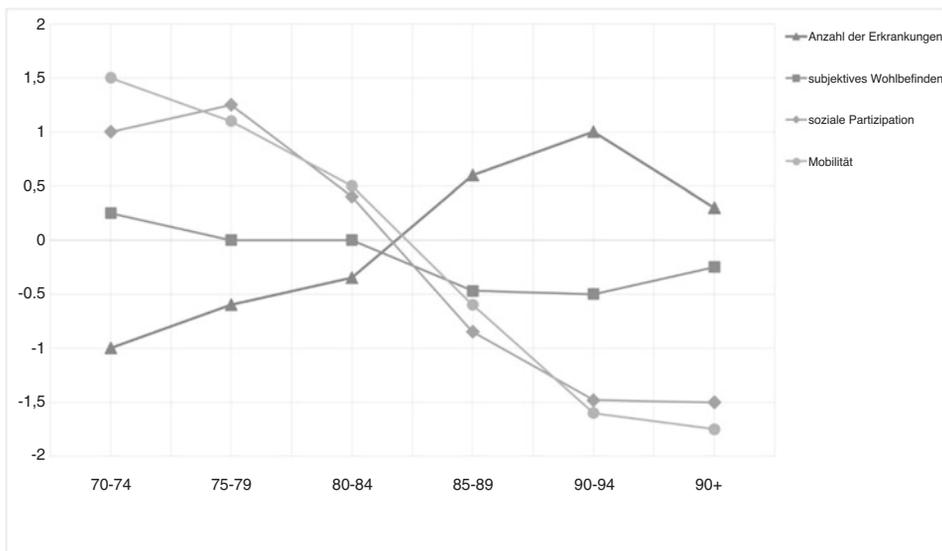


Abb. 1.9 Verlauf von subjektivem Wohlbefinden, Anzahl der Erkrankungen, sozialer Teilhabe und Mobilität im dritten und vierten Lebensalter (Smith & Baltes, 2010, S. 541)

che Funktionieren auch notwendig, weil sie dadurch der nachfolgenden Generation Platz mache. Als Gegenposition zu dieser Theorie entwickelte sich die *Aktivitätstheorie* (Tartler, 1961), die besagt, dass nur der Mensch zufrieden sei, der von anderen Menschen gebraucht werde und noch wichtige Funktionen zu erfüllen habe. Die sozialen und psychischen Bedürfnisse würden sich mit dem Alter nämlich nicht verändern. Subjektives Wohlbefinden und Zufriedenheit stellten sich dann ein, wenn eine Person aktiv sei, etwas leiste und von anderen Menschen gebraucht werde. Optimal sei deshalb ein Altern, bei dem die Aktivitäten des mittleren Erwachsenenalters so lange wie möglich beibehalten würden, weil dies nicht nur das Gefühl des Gebrauchtseins stärke, sondern auch der Einschränkung der sozialen Kontakte entgegenwirken würde (Havighurst, 1976).

Beide Theorien sind in ihrer Allgemeingültigkeit widerlegt, weil sie nicht die Individualität und damit die Unterschiedlichkeit der Menschen berücksichtigen. Alle Altersstudien (z. B. Lindenberger et al., 2010; Kolland, 1996; Lehr & Thomae, 1987; Kruse & Sittler, 2015) weisen vielmehr darauf hin, dass beide Theorien je nach der spezifischen Sozialisation, der spezifischen Persönlichkeitsstruktur und der jeweiligen Lebenssituation zutreffend sein können oder auch nicht.

Berufsbezug

Auswirkungen der Aktivitäts- und Disengagementtheorie auf die praktische Arbeit mit alten Menschen:

Auch wenn beide Theorien heute in ihrer ursprünglichen Form nicht mehr vertreten werden, haben sie bis heute Auswirkungen, z. B. für die Angebote der Altenarbeit. Wird

„Aktivität“ zum wichtigen Bewertungsmaßstab, dann wird ein zurückgezogenes Leben im Alter nicht akzeptiert und Menschen im Altersheim werden genötigt, am Freizeitprogramm teilzunehmen. Dagegen kann eine geringe Altenpolitik damit begründet werden, dass die Alten „für sich allein sein wollen“. Beides ist möglich. Deshalb sollte das jeweilige Theoriekonzept, welches Maßnahmen der Altenhilfe zugrunde liegt, immer kritisch hinterfragt werden. ◀

Die Möglichkeiten und Grenzen der individuellen Reaktion auf das Alter hängen also von einem „vielfältigen Geflecht sozialer, biographischer und gesundheitlicher Bedingungen“ (Thomae, 1983, S. 147) ab und jeder Mensch wird auf unterschiedliche Art glücklich; deshalb lässt sich nicht von einem einzigen Konzept des befriedigenden Lebens im Alter ausgehen.

Trotzdem sind nach Backes und Clemens (2013, S. 139) einige wenige globale Aussagen über alte Menschen nachgewiesen; das sind folgende:

- Zurückgezogene alte Menschen sind seltener zufrieden als aktivere alte Menschen.
- Der bislang gewohnte Lebensstil prägt auch die Gestaltung des Alters.
- Traditionelle Geschlechtsrollen werden im Alter weiterhin gelebt: Die sozioemotionale Rolle erfüllt die Frau, die instrumentelle Rolle erfüllt der Mann.

► **Merke!** Auf die Gruppe der alten Menschen trifft das Postulat der Entwicklungspsychologie ebenso zu wie auf alle anderen Altersstufen: Entwicklung ist ein individueller Prozess, der unterschiedliche Richtungen nehmen kann. Weiterhin ist er ein differenzieller Prozess, d. h., Menschen unterscheiden sich untereinander in ihrer Entwicklung. Deshalb kann niemals eine einzige Theorie über das Alter (z. B. die Disengagementtheorie oder die Aktivitätstheorie) für alle alten Menschen Allgemeingültigkeit haben; sie treffen nur im Einzelfall zu.

Übung

Reflektieren Sie Ihre Einstellung zu alten Menschen im Allgemeinen. Haben Sie eher Respekt vor der Lebenserfahrung und Weisheit alter Menschen oder belächeln Sie eher ihre Vergesslichkeit und andere Defizite? Wie lässt sich Ihre Beziehung zu Ihren Großeltern beschreiben? Welchen „Gewinn“, welchen „Verlust“ stellen sie für Sie als Enkelkind dar?

1.7.2 Der Umgang mit Gewinnen und Verlusten

Ein herausragendes Charakteristikum des höheren Alters stellt die zunehmende Einschränkung der verfügbaren Ressourcen (z. B. Baltes, 1997; Lehr, 2007) und der Umgang

mit diesen Verlusten dar. Eine der *Hauptaufgaben im Alter* besteht deshalb darin, diese Verluste zu kompensieren. Je älter ein Mensch wird, umso mehr muss er sich mit

- körperlichen (sensorischen, motorischen) Einschränkungen,
- chronischen körperlichen Erkrankungen,
- hirnorganischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen,
- Hilfsbedürftigkeit,
- Pflegebedürftigkeit,
- Multimorbidität (das gleichzeitige Bestehen mehrerer Krankheiten),
- dem Verlust wichtiger Bezugspersonen,
- einem ausgedünnten sozialen Netz, reduzierten Kontakten und
- geringer bzw. keiner Kontrolle über diese Prozesse

auseinandersetzen (Hautzinger, 2012).

Außerdem lässt die kognitive Kontrolle im Alter nach. Kognitive Kontrolle ist ein Oberbegriff für geistige Funktionen, mit denen Menschen ihr eigenes Verhalten je nach Umweltbedingung steuern. Sie dienen dazu, das eigene Handeln möglichst optimal einer Situation anzupassen, um das selbst gesteckte Ziel zu erreichen. Kognitive Kontrolle ist überall im Alltag von zentraler Bedeutung und unverzichtbar für eine eigenständige Lebensführung. Kontrollprozesse werden besonders dann eingesetzt, wenn automatisiertes Handeln zur Problemlösung nicht mehr ausreicht (siehe Beispiel im Kasten; Abb. 1.10).

► **Definition: Kognitive Kontrolle** Mit kognitiver Kontrolle sind übergeordnete kognitive Prozesse gemeint, die sensorische, motorische, emotionale und kognitive Prozesse in Gang setzen und beeinflussen. Das Ziel ist eine optimale Anpassung an die Umwelt.

Abb. 1.10 Kleine Kinder und alte Menschen nähern sich an (angefertigt von Sabrina Hilz in Anlehnung an Klie & Gaymann, 2015, S. 55)

