

*Prof. Dr. Ursula Lehr
DZFA,
Universität Heidelberg*

*„Altersbilder unserer Gesellschaft –
ein Beitrag zu Prävention und
Gesundheitsförderung?“*

Vortrag am 30.4.2004

1. Kongress des
Deutschen Forums Prävention
und Gesundheitsförderung

**„Gesellschaft mit Zukunft –
Altern als Herausforderung
für Prävention und
Gesundheitsförderung“**

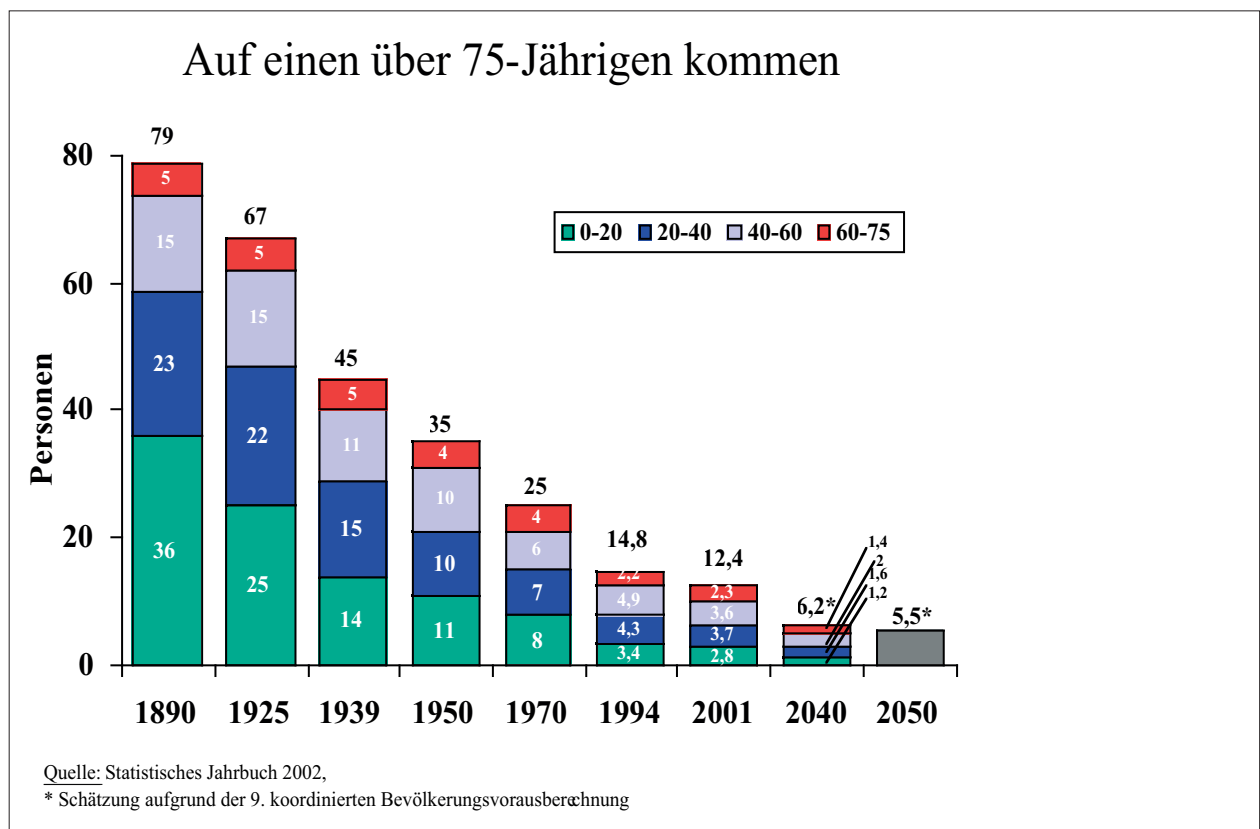
*29. und 30. April 2004
Estrel Hotel Berlin*



Prof. Dr. Ursula Lehr, DZFA, Universität Heidelberg
„Altersbilder unserer Gesellschaft – ein Beitrag zu Prävention und Gesundheitsförderung?“

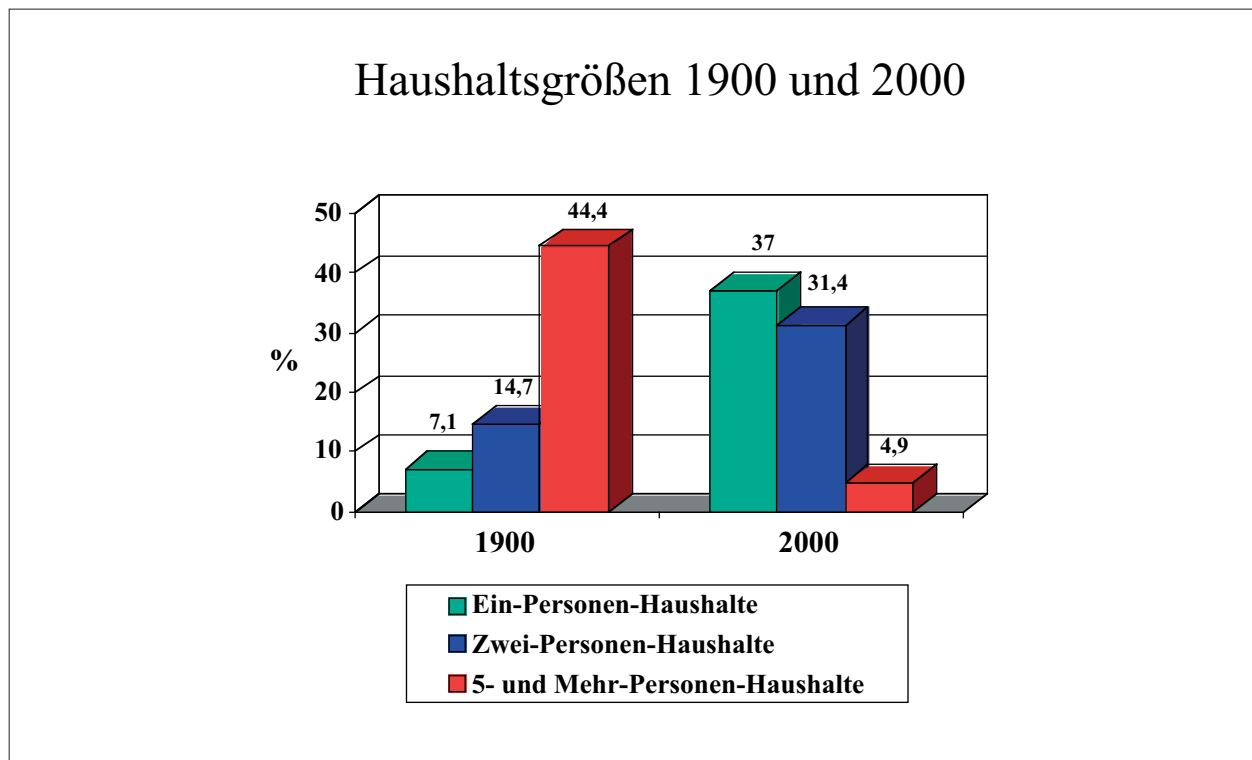
1 Einleitung: Langlebigkeit verpflichtet

Wir leben in einer Welt des langen Lebens. Immer mehr Menschen erreichen ein immer höheres Lebensalter; immer weniger Kinder werden geboren. Auf einen über 75-jährigen kamen vor gut 100 Jahren 79 Menschen, die jünger als 75 waren,- heute sind es nur noch 12,4. Und wenn unsere heutigen 30-jährigen 75 Jahre alt sein werden, dann werden es nur noch 6,2 Personen in Deutschland sein, die jünger als 75 sind: dann gibt es kaum mehr unter 20-jährige (nur 1,2) als über 75-jährige und nur 1,6 Personen im Alter von 20 bis 40 Jahren.



Wer soll dann Dienstleistungen, Hilfe und evtl. Pflege übernehmen? – Hinzu kommt, dass die Zahl der Einpersonenhaushalte enorm zugenommen hat (37 % aller Haushalte), jene der 5- und Mehrpersonenhaushalte heute extremen Seltenheitswert (4,9 %) haben. In der Gruppe der über 75-jährigen leben zwei von drei Frauen in Einpersonenhaushalten.

Die zunehmende Langlebigkeit und diese strukturellen Veränderungen unterstreichen die Forderung, alles zu tun, um möglichst gesund und kompetent alt zu werden, um möglichst selbstständig sein Leben auch als 80-, 90-jähriger und Älterer führen zu können. Dies ist nur möglich durch einen Ausbau von Prävention und Rehabilitation.



2 Prävention und Gesundheitsförderung – nicht erst eine Herausforderung einer alternden Welt

Prävention und Gesundheitsförderung ist keineswegs eine Erfindung des 20. oder gar des 21. Jahrhunderts. (HÄFNER, 1996), auch wenn sie in einer alternden Welt eine besondere Herausforderung ist. „Prävention ist traditionell aktuell. Und vom Ansatz her einleuchtend. Weil man nämlich bei der Behandlung insbesondere vieler chronischer Krankheiten zu wenig Erfolg hat, versucht man, das Auftreten dieser Krankheiten von vorneherein zu verhindern. Primärprävention wäre, wenn dieses gelingen würde. Primärprävention würde erhebliche Kostenersparnisse bringen, würde erhebliches Leid verhindern, würde allgemeine Gesundheit verbessern, würde chronische Krankheiten verhindern, würde ärztliche Misserfolge bei der Krankheitsbehandlung vermeiden, würde die stationären und ambulanten Einrichtungen des Gesundheitsversorgungssystems entlasten... Primärprävention ist also ein viel versprechender Ansatz.“ (HAISCH, WEITKUNAT u. KESSLER, 1997; S.115, TROSCHKE, 1995,), den man bereits bei HUFELAND (1860), KNEIPP (1889) und anderen – siehe auch LÜTH (1965) – findet.

Doch man sollte im Bereich der Prävention nicht nur eine Kostenfrage sehen, sondern auch eine Frage der Lebensqualität, sowohl für die Betroffenen selbst als auch für ihre Angehörigen.

Doch leider funktioniert Prävention trotz vieler Anstrengungen nicht in dem erhofften Ausmaß. Ganze Listen von Risikofaktoren für spezifische Krankheitsbilder wurden erarbeitet, gesundheitsschädigendes Verhalten bekannt gemacht und Vorbeugungsmaßnahmen aufgezeigt, aber nicht immer mit dem gewünschten Erfolg.

3 Der Einfluss von Altersbildern auf gesundheitsförderndes und präventives Verhalten

Der Prävention und speziell der Gesundheitsförderung geht es nicht nur um die Vermeidung spezieller körperlicher Erkrankungen oder Risiken, sondern um die Erhaltung von Wohlbefinden und Gesundheit des ganzen Individuums (Salutogenese, ANTONOVSKY, 1991). Dabei zielen Gesundheitsförderung und Prävention nicht nur auf das Individuum, sondern ebenso auf die Umwelt und die Mensch-Umwelt-Interaktion – und hier spielt das Altersbild der Gesellschaft, des Individuums und ganz besonders auch das Altersbild des Arztes eine große Rolle.

Dabei gilt: ein realistisches, positiv getöntes Altersbild trägt zu einem gesundheitsfördernden Verhalten bei, während ein negativ getöntes Altersbild Präventionsmaßnahmen infrage stellen und auf den älteren Menschen eher demotivierend wirken. So hat kürzlich Becca LEVY (2003) nachgewiesen, dass „the aging stereotypes (of the society) become self-stereotypes“ und aufgezeigt, „how cognitive und physical functioning is affected by aging self-stereotypes“ (S. 203, 204). Auch KORTHASE und TRENHOLME (1983) zeigten, dass „these negative expectations about aging will become self-fulfilling and impose unnecessary limitations of the elderly“ (S. 890). Immer wieder wird betont, dass Altersbilder der Gesellschaft wichtig sind, „because the attitudes of others can have profound influences on older adults both as individuals and as a group“ (SLOTTERBACK & SAARNIO, 1996, S. 563). Auch wenn manche Studien – je nach Erhebungsmethode – neutrale oder gelegentlich sogar positive Altersbilder erkennen lassen, herrschen negativ akzentuierte Altersbilder vor (SLOTTERBACK & SAARNIO, 1996; HUMMERT, 1990, 1993, HUMMERT et. al., 1994, 1995).

Dabei gilt: Das Fremdbild, die Verhaltenserwartungen der Umwelt, beeinflussen das Selbsterleben, das Selbstbild (ROGERS, 1959, PINQUART, 1997, 2002, SMITH 1999, LEVY, 2003) und dementsprechend auch das eigene Verhalten, wie es schon in den alten Experimenten von ROSENTHAL & JACOBSON (1961) im „Pygmalion-Effekt“ aufgezeigt wurde. Erwartet die Gesellschaft einen gewissermaßen „naturegegebenen“ irreversiblen Altersabbau, dann werden auch eigene Präventionsbemühungen reduziert. Ist hingegen die Gesellschaft und die Ärzteschaft von der Beeinflussbarkeit etwaiger Altersveränderungen überzeugt, bedeutet dies auch eine Motivation für den Einzelnen zu gesundheitsbewussteren Verhaltensweisen.

3.1 Altersbilder der Gesellschaft

Das Bild des alten Menschen, das in historischen Zeiten vorwiegend ein durchaus positives war und heute noch bei manchen „Naturvölkern“ vorherrscht, in denen der Ältere als Ratgeber betrachtet wird, in denen gerade den Alten richterliche, lehrende und heilende Funktionen zugesprochen werden, hat sich bei uns in den letzten drei- bis vierhundert Jahren verändert. Alter bedeutet seit der Mitte des letzten Jahrhunderts Funktionsverlust (TARTLER, 1961). Der alte Mensch als Ratgeber ist zum Ratsuchenden abgestempelt worden, wovon man sich in jeder Buchhandlung mit meterlanger Ratgeberliteratur überzeugen kann.

Doch ein negatives Altersbild findet man bereits in den vielen Darstellungen der Lebenstreppe, die bis in das 17. Jahrhundert hineinreichen. Dort ist (erst) der 50-jährige auf der Höhe seiner Kräfte angelangt; dann heißt es kurz „stillestahn“ und dann geht rapide abwärts.

Noch früher beginnt Alter als Abbau in den Märchen der Gebrüder Jacob (1785-1863) und Wilhelm Grimm (3 Bände, Kinder- und Hausmärchen, 1812-1822). Dort liest man über die Lebenszeiten: *Danach hat der Herrgott dem Menschen ursprünglich nur 30 Lebensjahre zugestanden. Der Mensch war damit unzufrieden und beschwerte sich. So nahm der Herrgott dem Esel, dem Hund und dem Affen einige Lebensjahre ab. Jetzt hat der Mensch nur die ersten 30 Jahre wirklich zu eigen; dann muss er sich placken wie ein Esel, dann sitzt er am Ofen, zahnlos wie ein alter Hund. Und ist es ihm vergönnt, 70 zu werden, dann wird er „nährisch wie ein Affe“.*

Vorwiegend negativ akzentuiert ist auch das Altersbild in manchen Schulbüchern (hier wären allerdings neuere Analysen notwendig), sicher in der guten Absicht, Kindern rechtzeitig Hilfsbereitschaft beizubringen. Ähnliche negativ akzentuierte Altersbilder findet man in der Werbung, in der der alte Mensch als Treppenlift-Benutzer, als Kukident-Verbraucher, der für seine Gelenke Vitamin E notwendig hat, oder als inkontinenter WC-Sucher dargestellt wird, selbst neuerdings bei äußerlich annehmbarer Erscheinung. Der Großvater, der der Enkelin etwas fürs Sparbuch schenkt wird belehrt, dass ein Sparbuch heutzutage altmodisch sei und man heute Investmentfonds oder Aktien vorzieht. Auch die Medien vermitteln oft ein Altersbild, das ältere Menschen sehr einseitig als hilfsbedürftig, gebrechlich, hilflos, unattraktiv und passiv darstellt (WILLIAMS & GILES, 1998).

Kürzlich hat sich eine Klasse des 4. Schuljahres, Zehnjährige, Gedanken über das Alter gemacht. Das Bild war vielseitig, aber doch negativ getönt: alt, krank, schwächlich, einsam, uninteressiert. Ähnliche Ergebnisse brachten die Untersuchungen von LEVY (2003, S. 203), denen zufolge 67 % der Kinder ältere Menschen beschrieben als „helpless, incapable of caring for himself and generally passive“. In der deutschen Studien wurden die Zehnjährigen befragt, ob ihre Beschreibung für die eigenen Großeltern zutraf; hier erhielt man durchweg eine strikte Zurückweisung: Nein, die eigenen Großeltern (die allesamt jenseits der 70 waren), die sind doch noch nicht alt“. Hier wird deutlich: Altern ist zwar vorwiegend

negativ, durch Abbau, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet, aber der über 60-, 70-jährige ist heute „noch nicht alt“ – im Erleben der Kinder, im Gegensatz zur Einstellung in unserer Gesellschaft. Wir werden heute älter, sind gesünder und kompetenter – und werden in einem jüngeren Lebensalter zu den Alten oder zu den Senioren gerechnet.

Das Altersbild einer 63-jährigen zu Dürers Zeiten wirkt weit negativer, „älter“ als das Bild von Hundertjährigen in den letzten 30 Jahren (FRANKE, 1985).

Wann beginnt das Alter, wann wird man in der Gesellschaft zu den Alten gerechnet? Zu BISMARCKs Zeiten bei 70, weil 1889 die Altersgrenze bei 70 Jahren festgelegt wurde (und damals waren 2 % der Bevölkerung 70 Jahre und älter). Heute liegt das Renten-Eingangsalter bei uns zwischen 58 und 59, für manchen schon bei Mitte 50. Tatsache ist, dass man heute schon ab Mitte 40 zu den „älteren Arbeitnehmern“ gerechnet wird und – des negativen Altersbildes wegen – keinen Job mehr bekommt, und mit 50, 55 Jahren die „Seniorenwirtschaft“ nach einem greift. Ab 75, so diskutieren Professoren, keine Dialyse mehr, den über 85-jährigen wollen 24-jährige eine Hüftoperation verweigern, denn früher seien „Alte ja auch auf Krücken gegangen“.

Ein anderes Beispiel, das negative Altersbilder in der Gesellschaft schürt: Man liest fast tagtäglich in der Zeitung von „Alterslast“, „Rentenlast“, „Pflegebelast“. Ältere werden nur als Lastquoten gesehen und – in der Sprache der Versicherung – als „Langlebigerisiko“. Warum diskutiert man nur die Kosten und nicht die Nutzen? Der ältere Mensch als Verbraucher! Wie viele Reisebüros könnten schließen, wenn es die Senioren nicht gäbe? Wie sähe es am Möbelmarkt aus? Und auch die Autobranche profitiert erheblich an den Seniorinnen und Senioren – wie auch andere Wirtschaftszweige. Das Bild des Älteren, der Neuanschaffungen meidet, entspricht nicht der Realität (REIDL & KRIEB, 2001) – auch wenn das Privatfernsehen davon ausgeht, dass nur 19- bis 49-jährige als Verbraucher interessant sind.

Ein negatives Altenbild in unserer Gesellschaft wird auch deutlich, wenn z. B. ein schlechtes Spiel eines Fußballspielers kommentiert wird mit: „Sieht der aber heute alt aus!“, oder auch, wenn Beratungsgremien in der Politik, in denen Endfünfziger tätig sind, in den Medien mit „Grufties-Riege“ bezeichnet werden. Dies sind einige Belege eines in unserer Gesellschaft vorherrschenden negativen Altersbildes, die man erheblich erweitern könnte.

Während um die Mitte des 20. Jahrhunderts die Forschung zum Altersbild und zu Einstellungen gegenüber dem Alter diese stark negative Tönung aufzeigten, erschienen im letzten Viertel des letzten Jahrhunderts mehr und mehr Studien (KITE & JOHNSON, 1988, HERZOG & MARKUS, 1999), die entweder neutrale oder sogar positive Einstellungen zum Alter erkennen ließen (zusammenfassend CROCKETT & HUMMERT im Annual Review of Gerontology and Geriatrics 1987, vergleiche auch den 3. Altenbericht der Bundesregierung, 2001, S. 68), wobei allerdings Altersbilder, die eine „leicht negative Tönung“ hatten, überwogen – je nach Befragtengruppe (Jüngere haben ein negativeres Altersbild als Ältere) und je nach

Zielgruppe (Frauen und niedere soziale Schicht negativer als Männer und gehobene soziale Schicht).

Im Widerspruch zu Feststellungen eher positiv getönter Altersbilder stehen allerdings die Befunde einer Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung aus dem Jahr 2001, der zufolge es in mehr als der Hälfte der Deutschen Betriebe keine Beschäftigten gibt, die älter als 50 Jahre sind. Hier werden die verringerten Chancen älterer Arbeitnehmer, einen Arbeitsplatz zu finden, deutlich. Offensichtlich wird hier das in der Sozialpsychologie bekannte Phänomen der Diskrepanz zwischen einer an der „social desirability“ orientierten Einstellung und dem realen Verhalten wirksam.

3.2 Personale Altersbilder des Individuums

Das Fremdbild (oder „generelle Altersbild“) beeinflusst das Selbstbild (oder „personale Altersbild“) – siehe auch LEHR & NIEDERFRANKE, 1991. Verhaltenserwartungen der Umwelt beeinflussen in starkem Ausmaße das Verhalten der Individuen. Bei einem eher negativ getönten gesellschaftlichen Altersbild und damit auch einem eher negativ akzentuierten personalen Altersbild ist die Bereitschaft zur Eigenaktivität und Eigenverantwortung des älteren Menschen im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention reduziert.

Dabei sei festgestellt, dass eine Eigenverantwortung für die Gesundheit über die finanzielle Eigenleistung z. B. beim Medikamentenkauf weit hinausgeht. Verhaltensbezogene Präventionsmaßnahmen, wie richtige Ernährung, körperliches und auch geistiges Training, setzen Eigenaktivität voraus. Diese Eigenleistung wird von einem älteren Menschen aber nur dann erbracht werden, wenn er davon überzeugt ist, dass „es sich lohnt“, dass man mit Anstrengungen Krankheiten vermeiden und die Gesundheit fördern kann. Herrscht jedoch die Auffassung vor, dass Krankheit im Alter dazugehört, sieht man „Krankheit als Altersschicksal, dem man ausgeliefert ist, das man hinzunehmen hat“ und glaubt man an die „Unveränderbarkeit der Situation“ (THOMAE & KRANZHOF, 1979), dann wird man Präventionsmaßnahmen eher ablehnen.

Ist man hingegen – bei einem eher positiv getönten personalen Altersbild – „der Überzeugung, dass man Krankheiten vermeiden kann oder Krankheitsfolgen vermindern kann, oder auch, dass man trotz Krankheit die sonstige Gesundheitssituation verbessern kann“, dann ist man zu einem gesundheitsbewussteren Verhalten bereit. Ist die Überzeugung da – und dazu kann der Arzt sehr viel beitragen, – dass sich der Gesundheitszustand auch im Alter noch beeinflussen lässt, dass Gesundheit zum Teil auch die Konsequenz eigenen Verhaltens ist, dann steigt die Eigenverantwortung (HORNUNG, 1997, LEVY et al., 2002) und Bereitschaft zu präventiven Maßnahmen. Dazu bedarf es allerdings hinreichender erklärender Informationen, wie was unter welchen Umständen wirkt. Die Zeiten, in denen der Arzt einfach „anordnet“ und der Patient dann diese Anordnungen brav befolgt, sind heute vorbei; heutzutage muss der Arzt überzeugen. Und besonders ältere Menschen sind oft schwer zu

überzeugen, dass sich auch bei ihnen noch Präventionsmaßnahmen lohnen. Ein tief verwurzeltes Altersbild bei ihnen selbst (und übrigens auch bei manchen Ärzten), demzufolge Altern nun einmal Abbau und Verlust bedeutet und in keiner Weise zu beeinflussen ist, stehen entsprechenden Präventionsanstrengungen entgegen. Viele sportmedizinische und sportwissenschaftliche Studien (siehe u. a. MEUSEL, 1996, RIEDER, 1992; WILLIAMS & GILL, 1997), die einen Trainingserfolg eindeutig nachweisen konnten (siehe auch LEHR 2003), werden noch nicht hinreichend zur Kenntnis genommen.

Unsere Untersuchungen (THOMAE & KRANZHOF, 1979; LEHR & THOMAE, 1987) zeigen, dass eine erlebte Unveränderbarkeit der Situation anti-präventives und anti-rehabilitatives Verhalten hervorruft („warum soll ich die Sahnetorte – oder auch die Zigarette – meiden, es nützt ja doch nichts mehr“), dass hingegen eine erlebte Veränderbarkeit der Situation zu (sekundär)präventivem Verhalten, zur aktiven Bewältigung, zur Übernahme eigener Verantwortung anregt (vgl. LEHR, 2003. S.143). Sicher gibt es auch fortgeschrittene Krankheiten – nicht nur im Alter,- bei denen weitere Präventionsmaßnahmen wenig sinnvoll erscheinen. Hier muss der konkrete Einzelfall entschieden werden. Doch die Bedeutung des Gefühls, irgendetwas selbst noch bewirken zu können, die Situation wenn auch nur äußerst geringfügig verbessern, verändern zu können und damit den „subjektiven Gesundheitszustand“ etwas zu verbessern, ist nicht zu unterschätzen (LEHR 1997; IDLER & KASL 1991). Dies trägt zumindest zur weiteren Eigenaktivität (körperliche Aktivität, aktives Problemlösen) bei, die dann ihrerseits positive Auswirkungen haben kann. LEVI et al. (2000) konnten sogar zeigen, dass ein positives Selbstkonzept nicht nur zur Gesundheit beiträgt, sondern die Überlebenschancen von terminal Erkrankten erhöht.

3.3 Altersbilder der Ärzte

1938 beschrieb der Psychiater Hans GRUHLE in seinem Beitrag zur ersten Nummer der Zeitschrift für Alter(n)sforschung „Das seelische Altern“ nur unter dem Aspekt des Abbaus und der Hinfälligkeit. Die „Schwerfälligkeit der Umstellung, der Aneignung neuer Gedächtnisinhalte, Vergesslichkeit und Eigensinn sowie über die zunehmende Gereiztheit“ mache den typischen Alternsprozess aus. Eine „zunehmende Abgeklärtheit und Weisheit“ werden als „Mangel an Affektivität“ und als „Ausdruck beginnender Stumpfheit“ gedeutet. Diese zweifellos durch die Konfrontierung mit Kranken gewonnene pathologische Sicht des Alterns bestimmte lange Zeit die Betrachtung der Norm seelischer Alternsvorgänge. Und es ist vielleicht verständlich, wenn Mediziner und Pflegepersonal, das ja im beruflichen Alltag täglich mit kranken, älteren Menschen konfrontiert wird, ein ähnliches Altersbild entwickelt. Aber Altern muss nicht Abbau bedeuten. Altern ist keine Krankheit – selbst wenn die Wahrscheinlichkeit, krank zu werden, sich mit zunehmendem Lebensalter erhöht.

Bisherige Untersuchungen an Ärzten, allerdings vorwiegend aus den USA, zeigen, dass ältere Menschen allein aufgrund ihres Lebensalters oft von vorneherein als beeinträchtigt oder gar behindert angesehen werden und so manche Behandlung sogar verweigert bzw. von

vorneherein als sinnlos betrachtet werde (BOUMAN & ARCELUS, 2001, CAPLAN, 1964). Dieses negative Altersbild findet sich häufiger bei jüngeren als bei älteren Ärzten und bei jenen Ärzten, die keine speziellen Kenntnisse im Bereich der Gerontologie und Geriatrie haben und sich so auch weniger für Präventionsmaßnahmen bei älteren Menschen einsetzen und seltener Rehabilitationsmaßnahmen anordnen. Ebenso wurde nachgewiesen, dass das Altersbild das Verhalten des Arztes dem Patienten gegenüber bestimmt im Hinblick auf

- die Vermittlung der Diagnose („Sie haben eben ein Altersherz“)
- die Informationsvermittlung bzw. die Erklärung des Krankheitsgeschehens („Das kommt eben in Ihrem Alter vor“)
- die Behandlungsform (z. B. verlängerte Bettruhe, die sich jedoch beim Älteren schädlicher auswirkt als beim Jüngeren)
- den Verzicht auf Präventionsmaßnahmen („Da ist ohnehin nichts mehr zu machen“)
- die Erstellung bzw. Nichterstellung von individuellen Rehabilitationsprogrammen (z. B. „Regen Sie sich nicht auf“; „Machen Sie schön langsam“, „Schonen Sie sich.“)

Erkenntnisse der psychologischen Grundlagenforschung zeigen jedoch, dass auch im Alter keineswegs generell von einem Abbau und Verlust von Fähigkeiten und Fertigkeiten ausgegangen werden darf, und dass ein grundsätzlich negativ akzentuiertes Altersbild einer Korrektur bedarf. Präventionsmaßnahmen (als primäre, sekundäre oder auch tertiäre Prävention) lohnen immer! – Allerdings sollte der Arzt auch wissen, dass dem „Zeitfaktor“, der bei manchen älteren Menschen verzögerten Aufnahme von Informationen und der verzögerten Umstellung von Verhaltensgewohnheiten Rechnung zu tragen. Hier sind die Ergebnisse der experimentellen Lernforschung zu berücksichtigen, denen zufolge der Ältere nur das lernt, was ihm als sinnvoll erscheint. Es gilt also, älteren Patienten den Sinn und das genaue Wirken von Verhaltensempfehlungen, körperlichem Training, Diät und Medikamenten zu erklären, sie von der Notwendigkeit dieser Präventions- oder Therapiemaßnahmen wirklich zu überzeugen. Dies setzt allerdings auch beim Arzt ein realistisches, nicht ins Negative hinein verzerrte Altersbild voraus.

Nicht nur für ältere Menschen gilt der Konrad Lorenz zugeschriebene Ausspruch, der sich auf den Rat gesundheitsbewusster Verhaltensweisen bezieht:

Gesagt ist nicht gehört;

Gehört ist nicht verstanden;

Verstanden ist nicht einverstanden;

Einverstanden ist nicht angewendet;

Angewendet ist noch lange nicht beibehalten.

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 welchem 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 zunächst unveränderter Krankheitslandschaft.

Schlussbemerkung

Wir leben in einer alternden Welt. Die durchschnittliche Lebenserwartung hat sich in den letzten hundert Jahren fast verdoppelt – sicher ein Ergebnis medizinischer Forschung und neuer Erkenntnisse in Diagnose und Therapie, ein Ergebnis medizintechnischer Entwicklung und pharmazeutischer Forschung – aber auch ein Ergebnis gesundheitsbewussterer Lebensführung, präventiver Maßnahmen.

Prävention führte einerseits mit zu diesem demografischen Wandel: sowohl zu einer zunehmenden Langlebigkeit, zu immer mehr Menschen, die ein immer höheres Lebensalter erreichen – als auch zu größeren Möglichkeiten der Familienplanung und damit zu rückläufigen Geburtenzahlen. Andererseits wiederum sind es die Langlebigkeit und das Leben in einem alternden Volk, das zur Prävention, zu einem möglichst „gesunden Altwerden“ geradezu verpflichtet! Die Aussicht, ein sehr hohes Lebensalter zu erreichen, ist eine Herausforderung für jeden Einzelnen und die Gesellschaft, gesundheitsbewusster zu leben und Präventionsmaßnahmen, die mehrgleisig angelegt sein müssen, auszubauen.

Die nicht zuletzt durch Gesundheitsförderung und Prävention sowie die immer besser werdenden Möglichkeiten der Krankheitsbehandlung erzielten Erfolge in Form einer Steigerung der Lebenserwartung und Lebensqualität sind zu begrüßen und nicht nur als Kostenfaktor zu beklagen. Präventionserfolge zeigen sich bereits: Die Krankheitsanfälligkeit von über 65-jährigen nimmt ab. Gesundheitliche Probleme, die Ärzte bei dieser Altersgruppe bisher als „ganz normal“ ansahen, stellen sich heute oft erst zehn Jahre später ein. „MANTONs Berechnungen zufolge sparte die staatliche Gesundheitsversorgung Medicare seit 1982 Aufwendungen in Höhe von 200 Milliarden Dollar ein, weil alte Menschen länger gesund geblieben sind“ (2. Zwischenbericht, Enquete-Komm. Demografischer Wandel, 1998, S. 411/412).

Zu den Rahmenbedingungen (im gesamten Lebensverlauf) zählen u. a. „ein bewussteres Gesundheitsverhalten, eine angemessene Prävention und die Früherkennung von Krankheiten durch bessere Diagnostik, Fortschritte in der Therapie und Rehabilitation sowie eine breite Bildung“, die zur Übernahme von Eigenverantwortung beiträgt. (a. a. O., S.412) – Und im Abschlussbericht der Enquete-Kommission „Demografischer Wandel“ können Sie lesen: „dass ein wichtiger Ansatz, die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems zu erhöhen, in der Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftlicher Aufgabe gesehen wird ... Theoretisch werden die Einsparpotenziale in Deutschland durch eine langfristig angelegte Prävention auf bis zu 30 % der heutigen Gesundheitskosten geschätzt“ (2002, S. 405/406).

Literatur

- ANTONOVSKY, A. (1991) Meine Odyssee als Stressforscher. In: Argument- Sonderband AS 196. Rationierung der Medizin. Hamburg: Argument-Verlag
- BOUMAN, W.P. & ARCELUS, J. (2001) Are psychiatrists guilty of «ageism» when it comes to talking a sexual history? in: International Journal of Geriatric Psychiatry, 16, 27-31
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN und JUGEND (2001) Dritter Altenbericht: Bericht zur Lage der älteren Generation, Berlin BMSFFJ
- CAPLAN, G. (1964) Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books
- CROCKETT, W. H., & HUMMERT, M.L. (1987) Perceptions of aging and the elderly in: C. EISDORFER (Ed.). Annual Review of Gerontology and geriatrics (Vol. 7, 217 – 241), New York: Springer Publ.
- DEUTSCHER BUNDESTAG (1994) Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Demografischer Wandel“, Bonn, Referat Öffentlichkeitsarbeit
- DEUTSCHER BUNDESTAG (1998) Zweiter Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Demografischer Wandel“, Bonn, Referat Öffentlichkeitsarbeit,
- Deutscher Bundestag, (2002) Enquete-Kommission Demografischer Wandel: Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik; Berlin: Referat Öffentlichkeitsarbeit
- FRANKE, H. (1985) Auf den Spuren der Langlebigkeit; Stuttgart: Schattauer Verlag
- GRUHLE, H. (1938) Das seelische Altern Zeitschrift für Altersforschung, 1, 89 – 95
- HÄFNER, H. (1996) „Volksgesundheitspflege“ (Public Health) in Vergangenheit und Gegenwart; Münch. Med. Wschr. 35; 583 – 588
- HAISCH, J., WEITKUNAT, R., & KESSLER, M. (1997) Prävention in Public Health und Gesundheitspsychologie; S.115 – 118; in: WEITKUNAT, R., HAISCH, J. & KESSLER, M. (Hrsg) Public Health und Gesundheitspsychologie; Bern: Huber
- HERZOG, R. A. & MARKUS, H. R. (1999) The self-concept in life-span and aging research. in: V. L. BENGTON & K. W. SCHAE (Eds.) Handbook of theories of aging, 227 – 252, New York: Springer Publ.
- HORNUNG, R. (1997) Determinanten des Gesundheitsverhaltens; S.29 – 40 in WEITKUNAT, R. et al. (Hrsg). Bern: Huber
- HUFELAND, Ch. W. (1860) Makrobiotik oder die Kunst, das Leben zu verlängern. 8. A., Berlin: Reimer
- HUMMERT, M. L. (1990) Multiple stereotypes of elderly and young adults. Psychology and Aging, 5, 182 – 193
- HUMMERT, M.L.(1993) Aging and typicality judgements of stereotypes of the elderly. International Journal of Aging and Human development, 37, 217 – 226
- HUMMERT, M. L., GARSTKA, T. A., SHANER, J. L. & STRAHM, S. (1994) Stereotypes of the elderly – held by young, middle-aged and elderly adults; Journal of Gerontology, Psychological Sciences, 49/5, 240 – 249
- KITE, M. & JOHNSON, B. (1988) Attitudes toward older and younger adults: A meta-analysis; Psychology and Aging, 3, 233 – 244

- IDLER, E. L. & KASL, S. (1991) Health perceptions and survival. *Journal of Gerontology*, 46, P 55 – 65
- KNEIPP, S. (1889) *So sollt ihr leben!* Kempten: Kösel'sche Buchhandlung
- KORTHASE, K.M. & TRENHOLME, I. (1983) Children's perception of age and physical attractiveness, *Perceptual and motor skills*, 56, 895 – 900
- LEHR, U. (1997) Gesundheit und Lebensqualität im Alter: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 10, 277 – 287
- LEHR, U. (2003) *Psychologie des Alterns*, 10.,A., Wiesbaden: Quelle & Meyer
- LEHR, U. & NIEDERFRANKE, A. (1991) Altersbilder und Altersstereotype in: W.D.OSWALD et al. (Eds) *Gerontologie*, 2. A., S.38 – 46, Stuttgart: Kohlhammer
- LEHR, U. & THOMAE, H. (1987) *Formen seelischen Alterns*. Stuttgart: Enke
- LEVY, B. R. (2003) Mind matters: cognitive and physical effects of aging self-stereotypes, *Journal of Gerontology, Psychological Sciences*, 58 B, 203 – 211
- LEVY, B. R. ASHMAN, O. & DROR, I. (2000) To be or not to be: the effects of aging self-stereotypes on the will-to-live. *Omega, Journal of death and dying*, 40. 409 – 420
- LEVY, B. R., SLADE, M., KUNKEL, S. & KASL, S. (2002) Longitudinal benefit of positive Self-perceptions of aging on functioning health. *Journal of Gerontology, Psychological Sciences*, 57 B, 409 – 417
- LÜTH, P. (1965) *Geschichte der Geriatrie*; Stuttgart: Enke
- MANTON, K., STALLARD, E. & CORDER, L. (1998) The dynamics of dimensions of age-related disability 1982 – 1997 in the US elderly population; *Journal of Gerontology, Biological Sciences*, 53 A, 59 – 70
- MEUSEL, H. (1996) *Bewegung, Sport und Gesundheit im Alter*. Wiesbaden, Quelle & Meyer
- THOMAE, H. & KRANZHOF, H.E. (1979) Erlebte Unveränderlichkeit von gesundheitlicher und ökonomischer Belastung; *Zeitschr. f. Gerontologie*, 12, 439 – 459
- PINQUARTZ, M. (1992) Selbstkonzept und Befindensunterschiede im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 10, S.17 – 25
- PINQUART, M. (2002) Good news about the effect of bad old age stereotypes ; *Experimental Aging Research* 28, 317 – 336
- REIDL, A. & KRIEB, Ch. (2001) *Seniorenmarketing*; Landsberg/Lech; Verlag moderne Industrie
- RIEDER, H. (1992) Körpertherapie bei Älteren. in: H.BAUMANN & M.LEYE (Eds) *Älter werden – kompetent bleiben*, S.110 – 116, Erlangen: Universität Erlangen- Nürnberg
- ROGERS, R. (1959) A theory of therapy, personality and interpersonal relationship, in: S.KOCH (Ed) *Psychology: a study of a science*, Bd.3, S.184 – 256, New York: Mc Gill
- ROSENTHAL, R. & JACOBSON, L. (1971) *Pygmalion im Unterricht*, Weinheim: Beltz
- SLOTTERBACK, C. S. & SAARNIO, D. A. (1996) Attitudes toward older adults reported by young adults. *Psychology and Aging*, 11/4, 563 – 571
- SMITH, E. R. (1999) Affective and cognitive implications of a group becoming a part of the self: in : D. ADAMS & M. A. HOGG (Eds) *Social identity and social cognition (183 – 196)*, Malden,. MA: Blackwell
- TARTLER, R. (1961) *Das Alter in der modernen Gesellschaft*. Stuttgart: Enke

THOMAE, H. & KRANZHOF, H. E. (1979) Erlebte Unveränderlichkeit von gesundheitlicher und Ökonomischer Belastung. Zeitschrift f. Gerontologie, 12, 439 – 459

TROSCHKE, J. v. (1995) Gibt es einen Paradigmenwechsel in der Prävention? Prävention 1, S.3 – 6)

WILLIAMS, A., & GILES, H. (1998) Communication of ageism, in: M. L. HECHT (Ed) Communicating prejudice (S.136 – 160), Thousand Oaks, Ca: Sage

WILLIAMS, K. & GILL, D. L. (1997) Age differences in psychological wellbeing and mobility. in: G. HUBER (Ed) Healthy aging, activity and sport (S. 351 – 358), Hamburg: Verlag f. Gesundheitsvorsorge