

Einleitung

Gesundheit und gelingendes Altern

Franz Kolland / Thomas E. Dorner / Sandra Haider

Die Fortschritte in der Medizin und Verbesserungen in den sozioökonomischen Lebensgrundlagen haben zu einer erheblichen Erhöhung der Lebenserwartung beigetragen. Die Verlagerung der Sterbefälle von jungen hin zu älteren Menschen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts und die stetig sinkende Sterblichkeit im mittleren Lebensalter sind Gründe dafür, dass Menschen zunehmend länger leben. Diese grundsätzlich positiven Trends in allen OECD-Staaten stellen jedoch das Gesundheits- und Pflegewesen vor erhebliche Herausforderungen, weil die Erkrankungswahrscheinlichkeit bei vielen Krankheiten mit steigendem Alter kontinuierlich zunimmt. Aber nicht nur die potenziell erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeit im Alter ist bedeutsam für das Gesundheitssystem und die Lebensqualität des Individuums, sondern auch die mit dem Alter verstärkt auftretende Multimorbidität.

Diese Veränderungen sind der Ausgangspunkt für dieses Buch und die Absicht, Gesundheit und Pflege in der Lebensphase Alter aus dem Blickwinkel verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen zu beschreiben und neue Konzepte vorzustellen. Als Basis sollen in dieser Einleitung Alter und Gesundheit konzeptionell diskutiert werden.

I. Alter(n) und Gesundheit

Je länger Menschen leben, desto stärker stellt sich die Frage, welche Bedeutung und welchen Stellenwert das Alter für die Gesellschaft und ganz allgemein für die menschliche Spezies hat. Das Wort „Alter“ hat viele Bedeutungen, die je nach gesellschaftlichem und wissenschaftlichem Zusammenhang sehr stark variieren können. Das Geburtsdatum einer Person erweist sich dabei als sehr schlechter Prädiktor für die Beschreibung der Lebenssituation im Alter. Die häufig verwendete Angabe des kalendarischen Alters täuscht eine Vergleichbarkeit von Geburtskohorten vor, die zwar als grobe Annäherung in statistischen Modellen dienlich ist, aber kaum eine adäquate Beschreibung individueller Abläufe und soziologischer Phänomene erlaubt.

Unterschieden wird sehr häufig zwischen „Alter“ und „Altern“. Während Altern den Prozess des Altwerdens bezeichnet, wird unter Alter jener Lebensabschnitt verstanden, der das Resultat des Altwerdens ist. Für den menschlichen Lebenslauf wird zwischen

- biologischem,
- psychischem und
- sozialem Alter

unterschieden. Damit wird sichtbar, dass Alter und Altern stets multidisziplinär betrachtet werden.

Geht es um die Versorgung der steigenden Zahl alter Menschen, dann wird Alter sehr schnell mit Gebrechlichkeit, Pflegebedürftigkeit und Tod in Verbindung gebracht. Das ist nicht neu. Auch im historischen Zusammenhang wird die Lebensphase Alter sehr oft gleichgesetzt mit Hinfälligkeit. Das Alter wird als Krankheit beschrieben und mit Arthritis, Blindheit oder Senilität verknüpft. Der österreichische Schriftsteller Jean Améry (1912–1978) bezeichnet in einem Essay das Altern sogar als „unheilbare Krankheit“, womit er in gewisser Weise allen Hoffnungen des alternden Menschen entgegentritt. Améry (2016 [1968]) geht noch über den bio-medizinischen Aspekt hinaus und beschreibt auch das gesellschaftlich verortete „soziale Alter“ als problematisch. Denn Jugendlichkeit, Leistungsfähigkeit und eine auf Aktivität orientierte Gesellschaft schiebt alte Menschen zunehmend ab in die soziale Unsichtbarkeit.

Aber – und das ist eine wesentliche Aussage dieses Buches –: *Alter ist keine Krankheit*. Erstens verbringen viele Menschen die Lebensphase Alter gesund und ohne physische, psychische oder soziale Beeinträchtigungen, und zweitens geht es auch im Alter eher um funktionale Gesundheit. Eine gute funktionale Gesundheit ist wesentlich für Autonomie und selbstständige Lebensführung (Menning & Hoffmann 2009).

Wenn auch die von Améry angeführten sozialen Bedingungen negative Altersbilder befördern, so sind pauschale Zuschreibungen mehr als falsch. Altern ist keineswegs automatisch mit Krankheit verbunden. Auch wenn wir im Lebensverlauf eine zunehmend geringere Widerstands- und Anpassungsfähigkeit aufweisen, so handelt es sich dabei um keinen Automatismus. Die Veränderungen verlaufen von Mensch zu Mensch sehr verschieden und können beeinflusst werden. Individueller Lebensstil und persönliche Ressourcen, soziale Teilhabe, medizinische Betreuung und sozialpolitische Rahmenbedingungen beeinflussen den Gesundheitszustand, die Lebensqualität und das Wohlbefinden. Positive Gesundheitsaspekte in Hinblick auf alte und hochaltrige Menschen treten dann stärker in den Vordergrund, wenn subjektive Einschätzungen und subjektives Altern betrachtet werden.

Kommt es im Alter zu einem gesundheitsbedingten sozialen Rückzug, so ist das nicht notwendigerweise eine Folge des Alterns. Am wirkmächtigen Konzept des Ruhestands, das im Zuge der Einführung des Pensionssystems Ende des 19. Jahrhunderts entstanden ist, lässt sich das zeigen: Der Ruhestand als Form der inhaltlichen Ausgestaltung der Lebensphase Alter hat nicht nur mit biologischen Veränderungen im Lebenslauf zu tun, sondern beruht auch auf gesellschaftlichen Vereinbarungen. Dazu gehört, dass über die Einführung des Ruhestands eine geordnete Abfolge der Generationen in der Arbeitswelt gewährleistet werden sollte.

Sehen wir Alter und Altern als sozial bedingt, dann erweitert sich das Spektrum der Interventionsmöglichkeiten und wir verlassen die rein bio-medizinische Sichtweise. Werden etwa eingeschränkte soziale Beziehungen im Alter ausschließlich als Folge gesundheitlicher Belastungen gesehen, wird Altern primär zum medizinischen Problem und es geht vorwiegend um die Behandlung einer Krankheit.

Ein anderer – inzwischen gut abgesicherter – Befund, der die soziale Bestimmtheit von Gesundheit gut illustriert, ist jener, der den Einfluss von Bildung auf Demenz herausstellt. Epidemiologische Studien zeigen eine Kompression an Lebensjahren mit Demenzen bei

einem gleichzeitigen Anstieg von demenzfreien Lebensjahren (Doblhammer 2019). Als hauptverantwortlich für diesen Trend gilt der Anstieg der formalen Bildung in der älteren Bevölkerung. Vor allem Frauen profitierten von der Bildungsexpansion ab den 1960er Jahren. Diese Veränderung hat, so der Erklärungsansatz, über die Kohorten zu einer Erhöhung der kognitiven Reserve geführt und damit zu einer besseren Kompensationsmöglichkeit pathologischer Erkrankungen des Gehirns (Doblhammer 2019).

Wir wollen auf Basis dieser Befunde die bio-medizinische Sichtweise modifizieren und statt einer pathogenetischen die salutogenetische Perspektive von Krankheit und Gesundheit in den Vordergrund rücken.

A. Gelingendes Altern

Gesundheit im Alter bedeutet nicht Abwesenheit von jeglicher Krankheit und Einschränkung. Sie zeigt sich vielmehr in der Aufrechterhaltung und in der Wiederherstellung von Lebensqualität und Selbstständigkeit. Dabei ergeben sich aufgrund veränderter gesellschaftlicher Lebensbedingungen Möglichkeiten für neue biografische Entwürfe und neue Formen sozialer Beteiligung im Alter. Zu den Zielen gehört die Erhaltung und Stärkung der Autonomie und der gesundheitlichen Ressourcen, um das Fortschreiten bestehender Erkrankungen zu vermeiden und ein *gelingendes Altern* zu gewährleisten. Für ein gelingendes Altern finden sich wenige kulturelle Vorgaben und Erwartungsmuster, weshalb hier weniger empirisch als konzeptionell Angaben bzw. Hinweise erfolgen.

Gelingendes Altern ist etwas, was nicht einfach geschieht, sondern erstrebt werden will (Dierken 2012). In diesem Begriff steckt die Differenzierung zwischen dem bloßen Ablauf von Leben und seiner Gestaltung zum guten Leben (Kolland 2016). Unter gelingendem Altern wird verstanden, dass eine Person mit individuellen und gesellschaftlichen Veränderungen und Erfahrungen, die das Alter mit sich bringt, zurechtkommt (Fiehler 2012). Gelingendes Altern ist weder eine Zielsetzung noch eine Zuschreibung, die von außen kommt. Es geht auch nicht um eine Fortschreibung der Lebensverhältnisse des mittleren Lebensalters, sondern es geht um reflexive Veränderung. Damit wird einerseits Annahmen der Aktivitäts- und Kontinuitätstheorie entgegengetreten, die von einer (notwendigen) Fortsetzung von Lebenskonzepten der Mitte des Lebens ausgehen, andererseits soll damit herausgestellt werden, dass Altern kein ungewollter und selbstlaufender Prozess ist. Die Gestaltung des Lebens liegt im Blickpunkt dieses Ansatzes. Gelingendes Altern passiert nicht einfach. Es ist etwas, das erarbeitet und hergestellt werden muss. Wie geschieht das? Was gehört auf individueller Seite dazu?

Antworten auf diese Fragen liefert das SOK-Modell, das als allgemeingültiges Konzept für ein gelingendes Altern in der Wissenschaft der Psychologie sehr bekannt geworden ist (Schneider 2019). Im Zentrum dieses psychologischen Modells geht es darum, sich aktiv gestaltend an die Bedingungen des Älterwerdens anzupassen (Baltes & Baltes 1989). Für die Aufrechterhaltung des persönlichen Wohlbefindens im Alter ist es entscheidend, die eigene Lebensführung so auszugestalten, dass die Verlusterfahrungen weitestgehend reduziert werden und das Gewinnerleben erhöht wird.

Das SOK-Modell sieht gelingendes Altern als ein spezifisches Zusammenspiel der Prozesse Selektion, Optimierung und Kompensation. Selektion bezieht sich auf die Richtung und

das Ziel von Entwicklung. Optimierung bezieht sich auf die Ressourcen, die zur Zielerreichung eingesetzt werden. Kompensation beschreibt die Reaktion auf den Verlust von Ressourcen. Mit steigendem Lebensalter gewinnen die Funktionen Selektion und Kompensation an Bedeutung, während die Optimierung in den Hintergrund tritt. Bei der Selektion geht es darum, sich auf jene Lebensbereiche zu konzentrieren, die für einen persönlich eine hohe Priorität haben. Nach der Pensionierung werden zumeist verschiedene Optionen überlegt und eine Auswahl getroffen. Das kann von einer weiteren beruflichen Tätigkeit bis hin zu kreativen oder sportlichen Aktivitäten reichen. Bei der Kompensation geht es um die Einbeziehung geeigneter Hilfsmittel, um das gewählte Ziel gut erreichen zu können. Kommt es zu gesundheitlichen Einschränkungen, können Hilfsmittel herangezogen werden, die einen möglichst hohen gesundheitlichen Funktionsstatus gewährleisten. Optimierung schließlich steht für das Entwickeln von Spezialkenntnissen für die ausgewählten Aktivitäten bzw. für eine gute Nutzung von Hilfsmitteln.

Auf individueller Ebene braucht es eine weitreichende Selbstständigkeit, Eingebundenheit in soziale Netzwerke – letztlich Selbstverantwortlichkeit und selbstbestimmtes Handeln. Als zentraler Ort für die Herstellung eines gelingenden Alterns wird das Gespräch mit anderen gesehen, in dem die alterstypischen Veränderungen und Erfahrungen bearbeitet und auf diese Weise auch zugleich verarbeitet und angeeignet werden können (Fiehler 2012).

Gelingendes Altern ist aber nicht allein eine Angelegenheit des Individuums. Es braucht auf der Mesoebene gesellschaftliche Institutionen, die Reflexionsprozesse unterstützen und über Bildungsangebote fördern. In den gesundheitlichen Versorgungssystemen braucht es entsprechende Rahmenbedingungen, die sowohl für die älteren Menschen selbst als auch für jene, die mit und für ältere Menschen arbeiten, ein gelingendes Altern ermöglichen.

Und was braucht es auf gesellschaftlicher Ebene? Es braucht ein konstruktives gesellschaftliches Verständnis des Alterns, denn ohne Wohlstand und wohlfahrtsstaatliche Absicherung schwinden die Chancen für ein gelingendes Altern der Individuen. Dazu braucht es entsprechend differenzierte Altersbilder.

B. Gesundheitliche Lebensqualität

Die gesundheitliche Lebenssituation im Alter weist einige Spezifika auf. Nach dem Erreichen des 60. Lebensjahrs sind Beeinträchtigungen weitgehend auf den altersbedingten Verlust der sensorischen Fähigkeiten wie des Gehörs und des Sehvermögens, Einschränkungen der Mobilität, sowie auf nichtübertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfälle, chronische Atemwegserkrankungen, Krebserkrankungen, Demenz und Depressionen zurückzuführen. Hinzu kommt, dass im Alter andere Gesundheitsprobleme auftreten, die von den traditionellen Klassifikationssystemen für Krankheiten nicht erfasst werden. Dazu gehört etwa Gebrechlichkeit (Frailty) (WHO 2016). Erneut gilt es, darauf hinzuweisen, dass Altern selbst keine Krankheit ist, wenngleich ältere Menschen oftmals Schwierigkeiten haben, zwischen alter(n)sbedingten Beschwerden und behandlungsbedürftigen Erkrankungen zu unterscheiden. Diese Unterscheidung ist jedoch keineswegs trivial. Denn Forschungsergebnisse zeigen (Wurm, Wiest & Tesch-Römer 2010), dass ältere Menschen, die gesundheitliche Beschwerden ihrem Alter zuschreiben, ein schlechteres Gesundheitsverhalten haben und seltener zum Arzt oder zur Ärztin gehen, als Personen, die ihre Beschwerden als krankheitsbedingt erachten. Auch in der medizinischen Versorgung ist

festzustellen, dass Erkrankungen und Risikofaktoren (z. B. Bluthochdruck) bei Älteren häufiger übersehen werden und daher unbehandelt bleiben als bei Jüngeren.

Die Weltgesundheitsorganisation definiert gesundes Altern als den „Prozess der Entwicklung und Aufrechterhaltung der funktionalen Fähigkeit, die Wohlbefinden im Alter ermöglicht“.

C. Gesundheitliche Ungleichheit im Alter

Gesundheit ist sowohl durch *gesellschaftliche Verhältnisse und Strukturen* wie die Verteilung von Wohlstand und von Steuerungsfähigkeit, als auch durch *institutionelle Bedingungen* wie Versorgungsstrukturen und *individuelle Lebensführung* beeinflussbar. Sie ist also sowohl ein gesellschaftliches als auch ein individuelles Produkt.

Als soziale Determinanten der Gesundheit werden die sozioökonomischen Lebensumstände verstanden, unter denen Menschen leben und arbeiten, und wie diese Umstände Gesundheit und Lebensqualität beeinflussen (Braveman et al. 2011). Der sozioökonomische Status, als Stellenwert einer Person in der Gesellschaft und üblicherweise operationalisiert durch Bildung, Einkommen und berufliche Position, ist bei alten und hochaltrigen Menschen genauso mit der Gesundheit assoziiert wie in der Allgemeinbevölkerung. Als Faktoren, die den Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Status und Gesundheit mediierten, gelten Zugang zu und Inanspruchnahme des Versorgungssystems inklusive präventiver und gesundheitsförderlicher Leistungen, Sozialkapital, Kohärenzsinn, Faktoren der Persönlichkeit, Gesundheitskompetenz („health literacy“) und lebensstilassoziierte Faktoren wie ausreichende und trainingswirksame Bewegung und ausreichende und gesunde Ernährung (Dorner 2020).

Die angeführten sozialen Bedingungen bestimmen die Gesundheit und – noch weitreichender – die *Lebenserwartung*. Die Lebenserwartung ist in Österreich und generell in Mittel- und Westeuropa deutlich von Bildung, Teilhabechancen und Einkommen abhängig: Je höher der Bildungsgrad und das Einkommensniveau sind, desto höher steigt die Lebenserwartung. Auch die soziale Integration erhöht die Lebenserwartung. Es gibt also messbare gesellschaftliche Bedingungen, die auf die Lebenserwartung einen entscheidenden Einfluss nehmen. Weitere Effekte zeigen sich in Hinsicht auf das Geschlecht. So ist in der zweiten Lebenshälfte (50+) die Lebenserwartung der Männer wesentlich kürzer als die der Frauen (Marmot 2004).

Unterschiedliche Positionen in der Sozialstruktur bzw. den jeweiligen zentralen Institutionen einer Gesellschaft implizieren für die betroffenen Personen und sozialen Gruppen unterschiedliche Rahmenbedingungen und somit Handlungsspielräume, die mit bestimmten Vor- und Nachteilen verbunden sind. Mit anderen Worten: Sozialer Status und Gesundheitszustand stehen bis ins hohe Alter in einem signifikanten Zusammenhang. Dies gilt sowohl für die je aktuellen Lebensbedingungen, die den Gesundheitszustand beeinflussen, als auch für kumulierte sozioökonomische Belastungen, die über den Lebenslauf vorhanden sind. Die Lebenslage beeinflusst die Lebenschancen und damit auch die Krankheitsanfälligkeit und Sterblichkeit.

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017 zu Ressourcen und Gesundheitsverhalten von Seniorinnen und Senioren zeigt, dass gesundheitsförderliche Verhaltensweisen wie gesunde Ernährung, körperliche Aktivität oder Nichtrauchen bis ins hohe Alter abhängig sind

vom Bildungsniveau (BFS 2019). Die Unterschiede sind bei den Frauen ausgeprägter als bei den Männern. Frauen ab 55 Jahren mit einem Tertiärabschluss konsumieren doppelt so häufig fünf Portionen Früchte und Gemüse pro Tag als Frauen ohne Ausbildung nach der Pflichtschule (42% gegenüber 19%) und sind nahezu dreimal weniger häufig adipös (8% gegenüber 22%).

Grundlegende Zusammenhänge hat Michael Marmot aus den sogenannten Whitehall-Studien gezogen (Marmot 2004). Sie lauten: Je niedriger der soziale Status eines Individuums, desto höher ist die Zahl der Erkrankungen, desto höher ist das Mortalitätsrisiko und desto kürzer ist die Lebenserwartung. Ergebnisse anderer Studien korrespondieren mit diesen Aussagen: Menschen mit niedrigem Bildungsstand, einer niedrigeren Erwerbsposition oder einem geringeren Einkommen erreichen demnach eine geringere Lebenserwartung und weisen eine höhere Krankheitsprävalenz auf (Muckenhuber & Volk 2018). Dies konnte eindrucksvoll sowohl mit internationalen als auch mit österreichischen Daten und Kohorten gezeigt werden (Dorner 2020). Wohlhabende Personen bleiben länger gesund und leben länger als einkommensschwache Personen. Das Sterberisiko der „besser Situierten“ – gemessen an Bildungsstatus, Einkommen, sozialer Schichtzugehörigkeit – ist in faktisch allen Altersgruppen geringer (Huisman et al. 2004). Markante soziale Ungleichheiten in Einkommen, beruflicher Stellung und sozialer Sicherheit führen auch zu einem deutlich unterschiedlichen Risiko, gebrechlich zu werden. Auch bei Hochaltrigen wird Gebrechlichkeit von sozialen und ökonomischen Benachteiligungen bestimmt (Grenier 2007). Deshalb ist Hochaltrigkeit eine Lebensphase, die nur von einer – wenngleich größer werdenden – Minderheit erreicht wird und somit Ausdruck sozialer bzw. gesellschaftlicher Selektivität (Höpflinger 2011). Bezogen auf die Lebenssituation hochaltriger Menschen heißt das, dass diese aufgrund der höheren Sterblichkeit von sozial benachteiligten Personen eine geringere soziale Variabilität aufweist.

D. Gesundheit in der Pflegesituation

In der Pflege scheint sich derzeit ein Paradigmenwechsel zu vollziehen: weg vom bloßen Ausgleich pflegerischer Defizite hin zu Steigerung von Ressourcen zum pflegerischen Selbstmanagement und Prävention von Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen nehmen den Part der Gesundheitspflege zunehmend stärker wahr und der Stellenwert der Pflege in Gesundheitsförderung und Prävention steigt. Dies äußert sich auch im Berufsbild neuer Pflegeberufe wie „community nurses“ oder „public health nurses“. Aus diesem Grund gewinnt eine ressourcen- und gesundheitsfördernde Betrachtens- und Herangehensweise des Alterns in der Pflege zunehmend an Bedeutung.

E. Konzepte der Gesundheitsversorgung im Alter

Die Gesundheitsversorgung muss Bedürfnisse und Bedarfe abdecken. Sie umfasst die gesundheitsförderliche, präventive, therapeutische, rehabilitative, palliative und pflegerische Versorgung, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht wird. Als besonders brisant gilt in der Debatte um eine altersangepasste Gesundheitsversorgung in den Gesellschaften des langen Lebens die zunehmende Zahl an psychisch Erkrankten und Personen mit kognitiven Veränderungen.

Um Abläufe der Gesundheitsversorgung besser zu steuern, haben sich international unterschiedliche Ansätze etabliert. Allen Ansätzen gemeinsam ist das Ziel, eine gut abgestimmte Versorgung ohne Über-, Unter- oder Fehlversorgung zu erreichen. Es geht darum, Leistungen unterschiedlicher Institutionen und Anbieter zu koordinieren und aufeinander abzustimmen.

Seit den 1970er-Jahren wird die Idee der *Integrierten Versorgung* verfolgt, die die koordinierte und vernetzte Behandlung von Patientinnen und Patienten sicherstellen soll. Das funktioniert dann gut, wenn das Management an den Schnittstellen zwischen den verschiedenen Versorgungssystemen gut angesetzt ist, gesundheitliche ebenso wie soziale und lebensstilassoziierte Maßnahmen in der Versorgung integriert sind und sowohl individuelle als auch gesamtgesellschaftliche Interventionen mitberücksichtigt sind. Als problematisch gilt für die Versorgungsforscherin Adelheid Kuhlmeier (2011) das dominierende traditionelle Modell des „sequenziellen Krankheitsverlaufs“. Diesem Modell entsprechend werden Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege als nacheinander geschaltete Maßnahmen gesetzt. Diese Instrumente werden – entsprechend den Phasen eines idealtypisch gedachten Krankheitsverlaufs – zeitlich nacheinander getrennt ergriffen. Dieses Modell wird allerdings der im Alter auftretenden komplexen Krankheitssituation nicht gerecht, weil die gleichzeitige Präsenz mehrerer Gesundheitsstörungen (Multimorbidität) in unterschiedlichen Verlaufsstadien die gleichzeitige und gleichberechtigte Anwendung und Verzahnung von Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege erfordern. Ein in dieser Form integriertes Versorgungsmodell käme dem Ziel einer optimalen Gesundheitsversorgung im Alter näher.

Eine große Chance für ein langes Leben in guter Gesundheit, Selbstständigkeit und Mitverantwortung liegt zweifellos in der *Prävention*. Durch eine stärker präventive Ausrichtung des Gesundheitssystems, eine Kultur des präventiven Handelns und einer flächendeckenden Einführung von gesundheitsfördernden Maßnahmen über die gesamte Lebensspanne lässt sich nicht nur die Kostenentwicklung im Gesundheitssystem positiv beeinflussen, sondern auch die Lebensqualität von älteren Menschen erheblich erhöhen. Altern ist zwar ein natürlicher Prozess, wird aber sozial und durch das persönliche Gesundheitsverhalten überformt. Die diesbezüglichen Forschungsergebnisse zu Demenz, orthopädischen Veränderungen, Diabetes usw. bezeugen das in beeindruckender Weise.

Die Wirksamkeit von Strategien zur Verminderung der Auftrittswahrscheinlichkeit von Erkrankungen ist wissenschaftlich ausreichend belegt. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen (Ernährung, Bewegung, Nicht-Rauchen, Vermeidung von riskantem Alkoholkonsum) spielen eine wesentliche Rolle. Angesichts der Informationsflut zu Gesundheitsfragen braucht es Selektionskompetenz und in der Folge auch Entscheidungssicherheit und Entscheidungsgewissheit.

Eine wichtige Rolle in der Gesundheitsversorgung hat die *geriatriische Medizin*. Die Geriatrie ist bestrebt, die Daseinsfunktionen aufrechtzuerhalten, also die Funktionalität im Alter in den Vordergrund zu stellen und nicht primär den Blick auf einzelne Krankheiten zu richten. Es geht um die Funktionstüchtigkeit, sodass das Individuum über Lebensziele und Lebensinhalte verfügen kann und mit deren Hilfe das eigene Dasein bewältigt. In der personalen Lebensführung ist es wichtig, dass Belastungen, wenn sie spürbar werden, nicht dysfunktional kompensiert werden. Solche dysfunktionalen Kompensationsmechanismen sind Überernährung, sozialer Rückzug, Bewegungsreduktion.

Ein neues Konzept, welches für die Altersmedizin handlungsleitend ist, ist jenes des „Choosing Wisely“. Gute medizinische Entscheidungen mit alten Menschen zu treffen ist deshalb so wichtig, weil manche Behandlung oder Untersuchung in Spitälern und Pflegeheimen die Gesundheit von alten Menschen nicht verbessert. Dazu wurden fünf problematische Behandlungen bzw. Untersuchungen ausfindig gemacht. Diese reichen von Früherkennungsuntersuchungen und künstlicher Ernährung bis zu Psychopharmaka bei Demenz (Schippinger et al. 2018).

Das von Tom Kitwood (1997) entwickelte Konzept der *personenzentrierten Pflege* hat einen tiefgreifenden Wandel in der Pflegeversorgung angestoßen. Es geht dabei um die Idee, dass der Mensch in seiner Persönlichkeit wahrgenommen wird und nicht auf seine Erkrankung und Defizite reduziert werden soll. Dieses Konzept wird im Zuge eines Innovationsprojektes in den Pflege- und Betreuungszentren des Landes Niederösterreich implementiert und setzt ein neues Wertesystem in Gang. Die personenzentrierte Perspektive schließt auch die Angehörigen und Ehrenamtlichen mit ein, da diese im Versorgungsprozess eine zentrale Aufgabe haben. Entwickelt wurde dieses Konzept primär für die Bedingungen der Pflege alter Menschen in Langzeitbetreuungseinrichtungen. Es gilt darüber nachzudenken, wie dieses Konzept, das deutlich die Zufriedenheit alter Menschen anhebt, auch in der Akutpflege angewendet werden kann.

II. Die Beiträge dieses Buches – eine Übersicht

Im Beitrag von *Herbert Janig* werden basale Konzepte der gesundheitsbezogenen Altersforschung dargestellt und die Beziehung älterer Menschen zu den professionellen Akteuren im Gesundheitssystem wird behandelt. Herausgearbeitet werden zentrale Aspekte für eine hohe Lebensqualität im Alter. Dazu gehören Möglichkeiten, neue Erfahrungen zu machen, und die Förderung einer positiven Sicht des Alters.

Tatjana Fischer und *Gernot Stöglehner* befassen sich in ihrem Artikel mit der Bedeutung des Raumes bzw. der Raumplanung für die Lebensqualität im Alter. Gesundheit und Gesundheitsförderung werden durch raumbezogene Aspekte mitbestimmt. Gesundheitsförderung im Sinne einer „Health-in-all-policies“ ist ohne Raumplanung nicht möglich.

Ein Möglichkeitsraum für neue Erfahrungen bildet die Freiwilligentätigkeit. Mit diesem Thema befasst sich *Martin Oberbauer* in seinem Beitrag. Freiwilliges Engagement im Alter fördert die psychische und körperliche Gesundheit. Es erhöht das Wohlbefinden, die körperliche Funktionstüchtigkeit und die Lebenserwartung. Damit ist Freiwilligentätigkeit nicht nur in ihrer Wirkung auf andere bedeutsam, sondern auch in Hinsicht auf die Steigerung der Lebensqualität der freiwillig Tätigen selbst.

Unumstritten ist in der gerontologischen und gesundheitswissenschaftlichen Forschung der Einfluss der Gesundheitskompetenz auf den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten, die Pflegesituation und die Gesundheitsversorgung. *Franz Kolland*, *Vera Gallistl* und *Rebekka Rohner* arbeiten die Bedingungen für eine hohe Health Literacy heraus und zeigen, dass für diese oft noch die Voraussetzungen fehlen: Bildungsangebote nämlich, die den Aufbau von Gesundheitskompetenzen fördern. Gesundheitskompetenzen sind zudem alterskorreliert, bildungsabhängig und werden von sozialräumlichen Umwelten beeinflusst.

Von *K. Viktoria Stein* wird das Modell der Integrierten Versorgung im Zusammenhang mit einem erfüllten Altern zu Hause diskutiert. Die alternde Person und ihre Angehörigen werden als Ausgangspunkt genommen und herausgearbeitet, wie ein entsprechendes niederschwelliges und wohnortzentriertes Versorgungsnetzwerk aufgebaut werden kann. „Maps of Care“ sind für alle beteiligten Akteure – Betroffene, Angehörige, Pflegende – stressreduzierend und handlungsunterstützend.

Eine Zusammenstellung und Analyse von Programmen der Gesundheitsförderung im Alter in Österreich bringen *Gudrun Braunegger-Kallinger*, *Gerlinde Rohrauer-Näf* und *Verena Zeuschner*. Diese Programme sind gebunden an ein zentrales Qualitätskriterium, nämlich die gesundheitliche Chancengerechtigkeit. Damit wird deutlich gemacht, dass Gesundheitsförderungsprogramme in Österreich das Ziel verfolgen, die Gesundheit benachteiligter (älterer) Menschen zu verbessern.

Starke Aufmerksamkeit erlangt in den letzten Jahren die digitale Welt im Alter. *Martin Morandell* zeigt Chancen und Risiken in der Verbindung von Digitalisierung und demografischem Wandel auf und erklärt, wie Menschen im Altern bereits heute und in Zukunft eine Verbesserung der Lebensqualität erfahren. Um die Chancen der Digitalisierung im Alter besser nutzen zu können, ist es wichtig, Menschen im Alter aktiv in Forschung und Entwicklung einzubeziehen. Im Active & Assisted Living Programm (AAL) werden solche Ansätze ausprobiert.

Gesundheitliche Lebensqualität ist eine besondere Herausforderung bei vulnerablen Personengruppen im Alter. Dazu gehören Menschen mit Demenz. Lebensqualität ist für alle Menschen möglich – auch bei Menschen mit Demenz. *Herman Brandenburg* und *Martin N. Dichter* stellen dabei weniger auf die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Individuums ab als auf die Adaptation an Umweltbedingungen. Lebensqualität unter Bedingungen von Demenz ist abhängig von einer entsprechenden Umweltgestaltung und Unterstützung.

Eine andere Vulnerabilität im Alter ist dann gegeben, wenn Depressionen auftreten, wobei dies sehr häufig im Zusammenhang mit anderen Krankheiten der Fall ist. Das Erkennen und Behandeln depressiver Störungen im höheren Alter, so *Sonja Heidenblut* und *Susanne Zank* in ihrem Artikel, erfordert einen ganzheitlichen Ansatz. Die besonderen Lebens Themen älterer Menschen, wie Trauer, Verlust der körperlichen Vitalität und gegebenenfalls der Selbstständigkeit haben zu eigenen psychotherapeutischen Behandlungsansätzen geführt, deren Erfolg mittlerweile gut belegt ist.

Aus epidemiologischer, gesundheitsökonomischer und versorgungstechnischer Sicht stellen *Melanie Lupp* und *Steffi G. Riedel-Heller* depressive Störungen im höheren Alter dar. Entsprechend dieser Zugänge zeigen sich depressive Störungen als folgenschwer im höheren Lebensalter mit einer hohen Versorgungsrelevanz. Zu den Folgen gehören eine reduzierte Lebensqualität, erhöhte Suizidraten, Funktionsbeeinträchtigungen und letztlich eine erhöhte Mortalität. Als protektiv erweist sich ein gut ausgebautes soziales Netzwerk.

Gesundheit im Alter in den Kontext der Menschenrechte zu stellen, hat einerseits mit Fragen der Autonomie und Selbstbestimmung des Menschen zu tun und andererseits mit dem Verlust von körperlichen und geistigen Fähigkeiten, die mit Bevormundungsversuchen bzw. einem erhöhten Schutzbedürfnis verbunden sind. *Michael Ganner* befasst sich in seinem Beitrag mit rechtlichen Fragen zu Gesundheit und Krankheit im Alter, wobei es etwa um

das Recht auf Gleichbehandlung und Nichtdiskriminierung geht. Kritisch wird eine explizite Zuerkennung von Rechten generell für ältere Menschen gesehen, weil diese im Sinne des Gleichheitsgrundsatzes bedenklich ist.

Wenn auch ältere Menschen ganz allgemein ein gesundheitsförderliches Ernährungsverhalten zeigen, so gilt dies nicht für hochbetagte Menschen. *Karl-Heinz Wagner, Bernhard Franzke und Alexandra Hofer* sehen bei hochbetagten Menschen häufig Mangel- und Fehlernährung. Als Folge dieser Situation zeigen sich sekundäre Erkrankungen wie kognitive Defizite und damit verknüpft eine erhöhte Pflegebedürftigkeit. (Krankheitsbedingter) Gewichtsverlust im Alter geht einher mit Veränderungen der Skelettmuskulatur – ein Zustand, der als Sarkopenie bezeichnet wird und die Lebensqualität deutlich einschränkt.

Um Krankheiten vorzubeugen, ist Bewegung ein gutes Präventionsmittel. *Constance Schegl* beschreibt Bewegung, Training und Sport als Faktoren eines aktiven Alterns und Grundlagen für eine hohe Lebensqualität. Herausgearbeitet wird ein wenig beachteter Aspekt der Bewegung, nämlich die positive Wirkung auf Prozesse der Schmerzverarbeitung. Weniger Schmerzen erhöhen in weiterer Folge die soziale Teilhabe und steigern das subjektive Wohlbefinden. Regelmäßiges Krafttraining in Kombination mit Gleichgewichtstraining ist besonders effektiv zur Reduktion der Sturzgefahr.

Forschungsergebnisse zeigen deutlich, dass für den Erhalt der Lebensqualität im Alter die Verhinderung bzw. Verzögerung von Frailty essenziell ist. Als bedeutsame Einflussfaktoren arbeiten *Sandra Haider und Thomas E. Dorner* in ihrem Artikel Ernährungsfaktoren, körperliches Training und soziale Unterstützung heraus. So können monatliche Hausbesuche, bei denen Risikofaktoren von Gebrechlichkeit in den Blick genommen werden und entsprechende soziale Unterstützung angeboten wird, die Lebensqualität stark erhöhen.

Ein Monitoring des Bewegungsverhaltens im höheren Alter ist deshalb günstig, weil, wie *Daniela Schoberer und Christa Lohrmann* zeigen, mit zunehmendem Alter die Sturzhäufigkeit steigt. Die in diesem Artikel gezeigten Forschungen belegen eindeutig die positive Wirkung von gezielten Präventionsmaßnahmen. Zielgerichtete Sturzprävention vermag das Selbstbewusstsein älterer Menschen zu stärken und Sturzangst, die direkt mit der Lebensqualität korreliert, abzubauen.

Noch immer tabuisiert ist Sexualität im Alter, obwohl sie für die Lebensqualität eine hohe Bedeutung hat. *Gerald Gatterer* beschreibt Sexualität im Alter als gelungenes Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Bedürfnisse in einem entsprechenden Umfeld. Vor allem das soziale Umfeld ist relevant, wenn es intime Beziehungen und Sexualität im Alter als Ressource sieht und damit Anpassungsprozesse an veränderte Bedingungen fördert und nicht verhindert.

Carmen Birkholz, Katharina Heimerl und Elisabeth Reitingner suchen die Frage zu beantworten, ob Spiritualität dazu beitragen kann, Grenzerfahrungen im hohen Alter, wie gesundheitliche Krisen, Verwundbarkeit, Sterben und Tod, besser zu bewältigen. Als besonders für dieses Buch relevant wird Spiritual Care als wertebasierter Teil von Pflegeorganisationen bzw. Pflegetätigkeiten herausgearbeitet.

Im Kapitel Qualitätsindikatoren in der Langzeitpflege von *Veronika Schauer und Christoph Gisinger* wird für die Schaffung von Qualitätsstandards für Betreuungsleistungen argumen-