

1 Grundlagen

1.1 Grundlagen aus der Biologie, Psychologie und Soziologie

Heinrich Burkhardt und Uwe Sperling

Die wichtigsten Kernpunkte

- Alterung ist ein Teil eines Lebensphänomens (evtl. auch ein universales Welt-Phänomen), das wir als Entwicklung über die Zeit bezeichnen können.
- Die wichtigsten zellulären Alterungsmotoren sind die abnehmende Telomerenlänge in somatischen Zellen und die zunehmende Vulnerabilität vieler Strukturen, was oxidative Prozesse anbelangt.
- Die meisten lebenden Strukturen zeigen einen Alterungsprozess und sind bzgl. ihrer Lebenserwartung insgesamt regelhaften und mathematisch beschreibbaren Vorgängen unterworfen.
- Ältere Menschen führen gegenwärtig in der Mehrzahl ein aktives, von Zufriedenheit geprägtes Leben. Auf der anderen Seite setzen sie sich mit Beeinträchtigungen und Behinderungen auseinander, die weniger aufgrund des kalendarischen Alters, als vor allem aufgrund gesundheitlicher und finanzieller Problemlagen entstehen.
- Nach Demenzerkrankungen stellen depressive Erkrankungen, Angststörungen und Abhängigkeitserkrankungen die häufigsten psychischen Störungen im höheren und hohen Lebensalter dar.
- Somatische und psychische Erkrankungen müssen bei alten Menschen in ihrer gegenseitigen Bezogenheit diagnostiziert und behandelt werden.

1.1.1 Biologische Grundlagen

Zwei wesentliche Beobachtungen können für die allermeisten komplexen lebenden Strukturen geltend gemacht werden. Erstens: Die maximale Lebensspanne ist endlich und bewegt sich speziesabhängig in relativ engen Grenzen. Zweitens durchläuft der Organismus eine definierte Abfolge von Lebensphasen, an deren Ende die Phase der Alterung mit sukzessivem Verlust unterschiedlicher biologischer Ressourcen steht. Diese Phase kann

man aber für viele Organismen in ihrer Lebenswelt kaum beobachten, da ihr Leben früh von Fressfeinden oder anderen Ereignissen beendet wird. Leben sie aber in Obhut von Menschen, findet sich diese Phase dann fast regelhaft. Von einer leistungszentrierten Perspektive aus ergibt sich eine Hormesis-artige Kurve mit einem Optimum, einem mehr oder weniger langem Plateau, am Ende gefolgt von einem mehr oder weniger akzelerierten Ver-

lust der maximalen Leistung. Beispielhaft lässt sich dies an solchen Aspekten wie maximale Muskelkraft, Reaktionsgeschwindigkeit, aber auch maximale Herzfrequenz und maximale Sauerstoff-Aufnahme zeigen, um nur einige Beispiele aus der Physiologie anzuführen. Von einer Entwicklungsperspektive aus kann man sagen, dass sich biologische Formationen über juvenile Phasen zu einer adulten Ausprägung entwickeln, die über eine meist längere Zeit der Stabilität Aktivitäten wie Bewegung, Kommunikation, Fortpflanzung etc. erlaubt. Dieser Zustand ist aber für alle Organismen sehr komplex und kann leicht Störungen, ausgelöst sowohl von externen Faktoren (thermische und Strahlenwirkungen, Ressourcenknappheit etc.) wie auch solchen des internen Milieus, z. B. des Stoffwechsels, ausgesetzt sein. Bezuglich letzterem ist wichtig zu verstehen, dass auch im eigenen Organismus potenzielle Störmomente entstehen. Dabei handelt es sich insbesondere um chemische Stoffwechselprodukte, die sich hemmend oder anderweitig schädlich auf alle möglichen Systeme vom Genom über Eiweiße bis hin zu komplexeren Strukturen wie Zellmembranen oder Details der Organstruktur auswirken können und somit das Optimum der Leistung beeinträchtigen. Letztlich ist jeder Organismus wie alle Strukturen der Welt dem Druck der Entropie (hin zu einer weniger geordneten Struktur) ausgesetzt.

Die Biogerontologie beschäftigt sich mit den Mechanismen dieser Alterungsphänomene bzw. der zu beobachtenden langsamen Destabilisierung der zellulären und physiologischen Integrität und dem Schwinden der diesen Aspekten innewohnenden Reservekapazität. Sie versucht, dies auf den Ebenen der molekularen, zellulären und organphysiologischen Stabilität zu beschreiben.

Neben dieser mechanistischen Sicht mit dem Fokus auf die Mechanismen der Alterung, quasi die Frage nach dem »Wie«, gibt es aber auch eine stärker systemische Betrachtungsweise. Klassischerweise werden hierbei ökologische Aspekte (Mikro- und Makroökono-

mie) und evolutionsbiologische Aspekte (Anpassung und Optimierung an sich verändernde Bedingungen) integriert. Aus dieser Perspektive werden zusätzlich die Fragen nach dem »wozu« der Alterung adressiert. Grob gesprochen meint dieser Ansatz die klassischen Fragen, was nützt es einem einzelnen Individuum zu altern, einer Spezies, einer Gruppe und der Gesamtheit der biologischen Sphäre? Damit eröffnen sich einige grundlegende Fragen und unklar bleibt zum Beispiel, ob evolutive Prozesse letztlich nur eine Reaktion auf die im Grundsatz nicht zu erhaltende Stabilität hyperkomplexer Strukturen, wie sie lebende Formationen darstellen, ist.

In den letzten Jahrzehnten wurde auf diesem Weg eine Fülle an einzelnen Befunden zu den unterschiedlichsten molekularen Aspekten (omics), zu Aspekten der Zellphysiologie (z. B. Signaltransduktion, intrazelluläre Kommunikation) und zu organspezifischen Befunden zusammengetragen. Einige von diesen werden weiter unten noch im Detail erwähnt, da sie für sich eine modellhafte Rolle in Anspruch nehmen können und theoretische Konzepte geprägt haben. Heute wird stärker versucht, an integrierenden Konzepten der Systembiologie zu arbeiten und all diese einzelnen Befunde in einem komplexen Kontext zu verstehen. Eine wichtige Erkenntnis in diesem Zusammenhang ist, auch diese Vorgänge eingebettet in Lebensphasen des Organismus zu begreifen. Beispielsweise kann eine genetische Veränderung, die sich im höheren Erwachsenenalter als ungünstig erweist, weil sie Alterungsphänomene unterstützt, in einer frühen Lebensphase sehr wohl vorteilhaft beim Aufbau und der initialen Stabilisierung des Organismus gewirkt haben. Das zeigt, wie bedeutsam es ist, auch die Rolle einzelner molekulärer Mechanismen vor dem Hintergrund von Lebensphasen zu betrachten. Einige Kardinalpunkte dieser Befunde sollen hier explizit erwähnt werden:

- Für die meisten Spezies existiert ein individuelles maximal erreichbares Alter, wel-

ches auch unter optimierten Bedingungen wenig veränderbar ist.

- Je höher der Grundumsatz einer Spezies in einer Familie von Spezies ist, umso geringer ist dessen maximal erreichbare Lebenserwartung (rate of living).
- Moderate Nahrungsrestriktion kann bei einigen Spezies die Lebenserwartung unter kontrollierten Bedingungen (Labor) verlängern.
- Die Lebenserwartung einer Geburtskohorte insgesamt folgt für sehr viele Spezies einer mathematischen Regel (Gompertz-Kurve).

Theoretische Konzepte

Eine Reihe theoretischer Konzepte, diese Phänomene besser erklären zu können, konvergieren heute zu einer multifaktoriellen Zuschreibung genetisch oder proteomisch präformierter Motoren der Alterung.

Lange suchte man unter dem Eindruck des ersten der oben aufgeführten Punkte und dem Modell der »biologischen Uhr« nach determinierenden Prozessen, welche letztlich die maximale Lebenserwartung einer Spezies bestimmen und in der Struktur des Organismus zu finden wären. Ein Durchbruch und eine sehr überzeugende Bestätigung dieser Programmtheorie war die Entdeckung der mit jeder Zellteilung der somatischen Zellen abnehmenden Länge der Chromosomenenden (Telomere). Hier fand man ein eindrucksvolles zellmorphologisches Korrelat für diese deterministischen Aspekte der Alterstheorien. Aber auch hier zeigt sich, dass dies nur auf den ersten Blick ein hart determinierter Aspekt ist. Neuere Arbeiten zeigen nämlich multiple mögliche Einflüsse, welche die Abnahme der Telomerenlänge quasi als messbares Korrelat der Lebensprognose in gewissen Grenzen eher wieder plastisch erscheinen lassen.

Ein nach wie vor ebenfalls sehr attraktiver Aspekt ist die Signaltransduktion, hier der IGF1-Signalweg, der eine zentrale Rolle bei wichtigen Alterungsphänomenen wie der Sarkopenie (alterungsbedingte Abnahme der Muskelmasse) einnimmt. Dieser ändert sich ebenfalls mit zunehmendem Lebensalter. Die Nähe zur Pathogenese klassischer geriatrischer Syndrome legt eine bedeutende Rolle dieses Befundes im Kontext der Alterungsvorgänge nahe. Andererseits ist die Alterung sicher auch nicht frei von stärker stochastisch beschreibbaren Phänomenen. Dies wurde von den Aspekten der »Verschleißtheorie« aufgegriffen. Auch hier fand sich ein in diesem Fall zellphysiologisches Korrelat in Form der hyperreaktiven freien Sauerstoffradikale, die hauptsächlich im Energiestoffwechsel in den Mitochondrien entstehen und im Laufe der Lebensspanne verstärkt auftreten. Diese chemisch reagiblen Produkte können sogenannte Advanced Glycation End (AGE)-Produkte hervorrufen, welche ihrerseits die strukturelle Integrität wichtiger Bestandteile der Zelle beschädigen und so bei Akkumulation und Überforderung von Reparaturmechanismen zum Tod der einzelnen Zelle führen können (Apoptose). Dies ist ein sehr attraktives Konzept für einen wichtigen Motor der Alterung und erklärt im Übrigen auch die Pathogenese vieler degenerativer Erkrankungen wie Arteriosklerose und Niereninsuffizienz, Erkrankungen, die ihrerseits mit der Alterung einhergehen. Dass aber solche Aspekte sicher nicht die einzigen Faktoren sind, sondern nur ein Mix aus unterschiedlichen Vorgängen letztlich die Phänomenologie der Alterung bestimmt, macht ein einzelnes berühmtes Gedankenexperiment klar. Wären wir Menschen wie Reagenzgläser im Labor nur durch Verschleißmechanismen in unserer Lebenserwartung determiniert, müsste allein aus stochastischen Gründen eine andere Verteilung der Lebenserwartung entstehen und es wäre auch in unserer historischen Zeit ein Mensch mit einem Alter sehr deutlich über 120 Jahre aufgetreten. Im Labor

kann ein Reagenzglas, welches nie benutzt wird, viel länger bestehen als die anderen, die einem ständigen Verschleiß unterworfen sind. Das ist aber bei der Betrachtung der menschlichen Lebenserwartung nicht der Fall und auch nicht der Fall bei besser beobachtbaren verwandten hochkomplexen Organismen. Aspekte, die eher deterministisch zu verstehen sind, wie die Telomerenlänge, und solche, die eher stochastisch erfassbar sind, wie die Effekte der radikalen Sauerstoffspezies, konvergie-

ren heute in eine komplexe multidimensionale Konzeption der biologischen Alterung. Insgesamt stellt die Phase des Alterns ein untrennbar mit dem Organismus verbundenes Phänomen dar. Seine fassbaren Ausprägungen in Form von Veränderungen der Gestalt und Performance des Gesamtorganismus sind eines der essenziellen Attribute des Lebendigen und erregen seit je die Aufmerksamkeit des Menschen und der menschlichen Gesellschaft.

1.1.2 Psychologische und soziologische Grundlagen

Altern ist nicht nur biologisch betrachtet eine Wirklichkeit, die das Leben des Menschen grundlegend bestimmt, sondern es betrifft auch die in die Zeitlichkeit eingebundene psychische und soziale Entwicklung des Menschen in seinem Lebenslauf. Dieser Wirklichkeit und ihren Einflüssen kann der Mensch zwar nicht entrinnen, aber er gestaltet sie individuell und gesellschaftlich mit. Deshalb altern Menschen unterschiedlich und die Unterschiede zwischen den Individuen werden mit dem steigenden Lebensalter immer größer. Ist es also allein eine Frage der klugen Lebensführung, physisch, psychisch und sozial gesund ein hohes Lebensalter zu erreichen und dann innerhalb kurzer Zeit zu sterben, wie es die Theorie der »Compression of Morbidity« aufgrund der im 20. Jahrhundert erfolgten Zunahme der Lebenserwartung und der Anzahl von Jahren ohne schwere Krankheit (Fries 1980) annimmt? Wie so oft lautet die Antwort: »Es kommt darauf an.«

Zunächst muss geprüft werden, ob die im physischen Bereich festgestellte Zunahme der Vulnerabilität im höheren Lebensalter auch im psychischen und sozialen Bereich zu beobachten ist. Dagegen spricht das sog. »Wohlbefindensparadox« (Staudinger 2000), das den vielfach bestätigten Befund zusammenfasst, dass

ältere Menschen trotz eines höheren Belastungsgrads aufgrund gesundheitlicher, funktioneller und sozialer Einschränkungen genauso zufrieden wie jüngere oder gar zufriedener als diese sind. Sie haben offensichtlich die Fähigkeit, durch aktive Anpassungsprozesse an die sich verändernde Situation und durch kognitive Restrukturierung mit altersassoziierten Veränderungen und im höheren Lebensalter auftretenden Herausforderungen bspw. so umzugehen, dass ihr Erleben auf einem für sie von Zufriedenheit geprägten Niveau bleibt. Man kann diesen Befund auch als eine Bestätigung für die seit Charlotte Bühler (1959) in der Gerontologie postulierte und vielfältig erforschte »lebenslange Entwicklung« verstehen. Die menschliche Entwicklung ist keineswegs mit dem Ende der Kindheit und Jugend abgeschlossen, sondern sie erstreckt sich bis ins höchste Alter. Lebenslang sieht sich der Mensch immer neuen Veränderungen, Aufgaben und Verlusten gegenübergestellt, mit denen er sich auseinandersetzen muss: Solchen, die ihn unmittelbar voranbringen, solchen, die ihn in Krisen stürzen, oder solchen, die sein bisher Erreichtes in Frage stellen. Seine weitere Entwicklung hängt davon ab, inwieweit er ausreichend eigene Kräfte und Verhaltensweisen sowie die Unterstützung der psychosozia-

len Umwelt für den Coping-Prozess mobilisieren kann, ob er den Anforderungen ausweicht oder von ihnen überfordert wird.

Wegweisende theoretische Modelle, die in den zurückliegenden Jahrzehnten entstanden sind, leisten einen Beitrag zum Verständnis der Entwicklung des Menschen im höheren und hohen Lebensalter. Auf dem psychologischen Feld hat bspw. Erikson (1973) die Aufgabe, das eigene Leben anzunehmen, als spezifische »Entwicklungsaufgabe« (Integrität vs. Verzweiflung) für das höhere Lebensalter formuliert. Später hat seine Frau herausgestellt, dass auch die von der Kindheit bis ins mittlere Erwachsenenalter vollzogenen Entwicklungsschritte unter den gewandelten Lebensbedingungen nochmals neu bearbeitet werden wollen (Erikson und Erikson 1997). In weltweiten Studien, die die soziologisch fundierte Aktivitätstheorie (Tartler 1961) und Rückzugstheorie (Disengagementtheorie) (Cumming und Henry 1961) überprüften, wurde die Bedeutung der sozialen Rollen und die damit verbundenen Rollenaktivitäten für ein zufriedenes Altern herausgearbeitet. Die Schaffung neuer sozialer Rollen im Alter gilt bis heute als längst noch nicht erfüllte gesellschaftliche Aufgabe. Soziale Teilhabe gilt als zentrales Element bei der Entwicklung von Maßnahmen für altersgerechtes Leben im Quartier. Unter dem Konzept der Kompetenz im Alter sind das von Lawton und Nahemow (1973) entwickelte Umwelt-Anforderungs-Modell und das von Baltes (1990) prominent vertretene SOK-Modell bekannt geworden. Lawton hebt vor allem auf das Zusammenspiel der jeweiligen Kompetenz des Individuums und dem Anforderungsgrad seiner Umwelt ab, um Überforderung, Komfort und Trainingseffekte zu erklären. Dabei sieht er den Einzelnen jedoch nicht passiv seiner Umwelt ausgeliefert, sondern dieser kann sie auch proaktiv verändern. Baltes erklärt mit Hilfe der Begriffe Selektion, Optimierung und Kompensation im sog. SOK-Modell, wie betagte Menschen trotz Einschränkungen ihre Kompetenz stärken und erhalten. Sie tun dies dadurch, dass sie vermehrt die

Aktivitäten wählen, die sie besonders gut beherrschen (Selektion), darin ihre Fähigkeiten durch Übung verbessern (Optimierung) und zugleich Fähigkeiten, über die sie nicht mehr in der gewohnten Weise verfügen, durch den Gebrauch von Hilfsmitteln oder Strategien ersetzen (Kompensation).

Seit der Berliner Altersstudie (Baltes und Meyer 1996) ist die Unterscheidung des höheren und hohen Lebensalters in ein drittes und viertes Lebensalter üblich geworden. Damit wird der Beobachtung Rechnung getragen, dass bei vielen Menschen auf eine aktive Altersphase ohne wesentliche gesundheitliche Probleme eine Zeit folgt, in der vor allem gesundheitlich bedingte Einschränkungen zunehmen und zu einem Pflegebedarf führen. Die Zeiten, als man im Defizitmodell des Alters davon ausging, dass mit zunehmendem Alter bei allen Menschen alle Funktionen abnehmen, sind zwar längst vorbei. Dennoch besteht die Gefahr, dass man in unseren Tagen die auch im vierten Lebensalter vorhandenen Entwicklungsmöglichkeiten unterschätzt und die alten Vorstellungen von Defizit und Abbau auf dieses vierte Lebensalter projiziert und verschiebt. Diese rücken damit zwar weiter in die Ferne, können andererseits aber umso unausweichlicher und beängstigender erscheinen.

Merke

Alles kommt darauf an, einen möglichst differenzierten Blick auf die Lebensphase des Alters zu gewinnen und die inter- und intraindividuellen Unterschiede alter Menschen wahrzunehmen.

Dabei hat sich in den Alterswissenschaften immer deutlicher herauskristallisiert, dass man diese Lebensphase zwar weiterhin unter dem Blickwinkel eines möglichst erfolgreichen Umgangs mit Einschränkungen, Abschied und Sterben betrachten muss. Zugleich aber müssen die Interessen und Poten-

ziale der älteren und alten Menschen sowie ihre gesellschaftliche Partizipation und Verantwortung stärker als dies bisher gelungen ist in den Blick genommen werden.

Dementsprechend verortet Kruse »das Alter im Schnittpunkt von Chancen, Einschnitten und Aufgaben« (Generali Deutschland 2017, S. 1) und betont die selbst- und mitverantwortliche Lebensführung älterer Menschen, die sich in den Ergebnissen der Generali-Altersstudie (2017) widerspiegelt. Aus der Altersstudie (Generali Deutschland 2017), der eine repräsentative Stichprobe der deutschsprachigen Wohnbevölkerung in Privathaushalten im Alter von 65–85 Jahren in Deutschland zugrunde liegt, geht hervor, dass die große Mehrheit der 65–85-Jährigen eine positive Lebensbilanz zieht bei guten materiellen Verhältnissen, einem stabilen sozialen Umfeld und einer positiv bewerteten Wohnsituation.

Merke

Mehr als das Alter wirken sich der eigene Gesundheitszustand und die soziale Schichtzugehörigkeit darauf aus, wie das eigene Alter wahrgenommen wird.

Jeder siebte gibt finanzielle Sorgen an. Die Studie beschreibt die älteren Menschen heute als vitaler und innovationsoffener, im Vergleich zu ihrem kalendarischen Alter fühlen sie sich sieben bis acht Jahre jünger. Allerdings wird das Leben im Alter auch mit Beschwerden und Mühen verbunden, 12 % äußern, öfter das Gefühl zu haben, nicht mehr gebraucht zu werden. Nach Ansicht der Studienautoren weist dies auf Isolation und Einsamkeit hin; man könnte darüber hinaus aber auch an Rollenverluste denken. Ältere Menschen gehen mehr nach draußen als noch vor wenigen Jahrzehnten, am Beispiel des gewachsenen Anteils älterer Autofahrer wird die steigende Mobilität festgemacht. 15 % der älteren Menschen sind beruflich aktiv, wenn auch meist

mit reduzierter Stundenzahl, 42 % engagieren sich ehrenamtlich mit durchschnittlich 4,4 Stunden in der Woche. Auch wenn die Wohnsituation überwiegend positiv bewertet wird, fehlt es oft an der Barrierefreiheit, die monatlichen Kosten sind hoch. Was die sozialen Kontakte angeht, können die meisten auf ein sicheres und verlässliches Netzwerk zurückgreifen, was auch daran abzulesen ist, dass nur 4 % häufiger das Gefühl von Einsamkeit berichten. Die gesundheitliche Belastung steigt ab dem 75. Lebensjahr kontinuierlich an. »Während 52 Prozent der 65–85-Jährigen aus den höheren sozialen Schichten eine positive Bilanz ihres Gesundheitszustands ziehen, ist dies nur bei 28 Prozent der Gleichaltrigen aus den niedrigen sozialen Schichten der Fall.« (Generali Deutschland 2017, S. 338). Das Thema der Pflegebedürftigkeit wird trotz des teilweisen Hilfebedarfs besonders mit Blick auf die Zukunft als belastend erlebt.

Bereits 20 Jahre zuvor haben die Ergebnisse der Berliner Altersstudie (1996) ähnliche Trends gezeigt. Mit Hilfe von 23 Variablen aus den vier Forschungseinheiten in der Berliner Altersstudie (BASE) »Innere Medizin/Geriatrie«, »Psychiatrie«, »Soziologie/Sozialpolitik« und »Psychologie« wurden elf Altersmuster unterschieden (Mayer et al. 2010). Hochgerechnet auf die Berliner Bevölkerung ab 70 Jahren konnten fast 65 % den Altersmustern 1–7 zugeordnet werden, die von hoher körperlicher und geistiger Fitness und Lebensfreude bis hin zu psychischer Stabilität bei einer Herzkrankheit oder kognitiven bzw. sensorischen Einschränkungen bei Selbstbestimmtheit reichten. Den Mustern 8–11, die auch unter psychiatrischer Perspektive als problematisch anzusehen sind, gehörten hochgerechnet gut 35 % der Berliner Bevölkerung ab 70 Jahren an, wobei hochaltrige Personen, und hier vor allem Frauen, bevorzugt betroffen waren. Die Muster wurden folgendermaßen charakterisiert: (8) krank, deprimiv, ängstlich und einsam, (9) zurückgezogen, passiv, freudlos und wenig unterstützt, (10) kognitiv und sensorisch sehr einge-

schränkt und (11) sehr gebrechlich, depressiv und einsam.

Nach wie vor stellen die Daten der Berliner Altersstudie (BASE) zur Prävalenz psychischer Erkrankungen im höheren und hohen Lebensalter einen wichtigen Referenzpunkt dar (Helmchen et al. 2010), weil sie besonders die älteren Jahrgänge in der Allgemeinbevölkerung repräsentiert. Ab einem Alter von 70 Jahren bis über 95 Jahre waren je 43 Männer und Frauen pro 5-Jahresgruppe eingeschlossen (Helmchen et al. 2010). Hochgerechnet auf die Berliner Gesamtbevölkerung kamen zu den 23,5 % mit einer psychiatrischen Diagnose weitere 16,9 % mit einer nicht näher bezeichneten psychischen Erkrankung sowie 16 %, die zwar Symptome, aber keine Erkrankung aufwiesen (Helmchen et al. 2010). An der Spitze lagen Demenzerkrankungen (14 %), gefolgt von depressiven Erkrankungen (9,1 %), Angststörungen (1,9 %) und Abhängigkeit/Missbrauch von Alkohol (1,1 %) oder Medikamenten (0,7 %). Aktuell gibt die Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2020) für Demenzerkrankungen eine Prävalenzrate von 8,4 % an. Diese fällt im Vergleich zur BASE vor allem deshalb geringer aus, weil hier auch die 65–69-Jährigen eingeschlossen werden, bei denen Demenzerkrankungen relativ selten sind. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen steigt mit dem Lebensalter stark von 1,3 % (65–69 Jahre) auf 40,9 % (90 Jahre und älter) an (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2020). Dieser Anstieg ist für die mit dem zunehmenden Lebensalter wachsende psychiatrische Gesamt morbidität verantwortlich. Insbesondere bei den Depressionen fand man »keinen eindeutigen Trend über die Jahrgänge jenseits des 70. Lebensjahres« (Helmchen et al. 2010, S. 220). Bei den Depressionen darf jedoch ein anderer Befund nicht übersehen werden, dass nämlich zu den diagnostizierten weitere nicht näher bezeichnete, aber behandlungsbedürftige depressive Erkrankungen mit einer Prävalenzrate von 17,8 % (Helmchen et al. 2010) hinzukamen. Damit stellen Depressionen die häufigsten psychischen Erkrankungen im höheren und

hohen Lebensalter dar. Auch bei den Angststörungen sollten die nicht näher bezeichneten Erkrankungen und reinen Symptome nicht übersehen werden. Die Bedeutung der Abhängigkeitserkrankungen wird immer wieder unterschätzt, nicht zuletzt auch in ihrem Bezug zum Suizid.

Abgesehen von Demenzerkrankungen sind ältere Menschen für psychische Erkrankungen in ähnlichem Ausmaß vulnerabel wie Menschen im mittleren Erwachsenenalter. Heuft et al. (2000) berichten, dass etwa ein Viertel der Patienten einer geriatrischen Akutstation nach Berücksichtigung aller somatischen Befunde eine psychiatrische Diagnose aufwies. Die Tatsache, dass lediglich ein Drittel davon neu erkrankt war, spricht dafür, dass die meisten psychischen Erkrankungen nicht erst im höheren Lebensalter entstehen. Dennoch sind die Diagnostik und Behandlung älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen mit besonderen Herausforderungen verbunden, denen man am ehesten mit einer interdisziplinären Herangehensweise gerecht wird. Erkrankungen im höheren Alter weisen häufig eine unspezifische Symptomatik auf und sind multifaktoriell bedingt. »Bei der psychotherapeutischen Behandlung muss berücksichtigt werden, dass eine psychische Störung immer durch eine somatische Krankheit verursacht sein kann. Psychische Störungen sind aber umgekehrt auch ein erheblicher und oft unterschätzter Risikofaktor für körperliche Erkrankungen.« (Kessler 2021, S. 36). Dies macht die Kooperation der Vertreter aus dem somatischen und psychiatrisch-psychologischen Bereich erforderlich; das betrifft nicht nur Ärzte, sondern ebenso die jeweils zuzuordnenden Therapeutengruppen. Gerade bei psychotherapeutischen Behandlungen sind ältere Menschen unterrepräsentiert (Peters und Lindner 2019). Darüber hinaus ist es essenziell, weitere Berufsgruppen heranzuziehen, um bspw. lebensgeschichtliche, soziale und gesellschaftspolitische Aspekte einer psychischen Erkrankung im Alter zu erkennen und entsprechend der individuellen Konstellation zu behandeln (zur

Rolle der sozialen Arbeit vgl. Dörr 2020). Eine zunehmende Bedeutung gewinnen Menschen, die als Arbeitskräfte oder als Geflüchtete gekommen sind, und jetzt das höhere Lebensalter erreichen. Hier sind zusätzliche soziale, sprachliche und kulturelle Aspekte bei der Entstehung und Therapie psychischer Erkrankungen

zu berücksichtigen. Eine solche multiprofessionelle Behandlung erfordert sektorenübergreifende Konzepte. Selbtkritisch muss allerdings durchaus festgestellt werden, dass es noch nicht allzu lange her ist, dass sich die Erkenntnis, dass psychische Störungen im Alter behandelbar sind, durchsetzt (Radebold 1971).

Literatur

- Baltes PB, Baltes MM (1990) Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: Baltes PB, Baltes MM (Hrsg.) *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press. S. 1–34.
- Bühler C (1959) Der menschliche Lebenslauf als psychologisches Problem. 2. Auflage. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Cumming E, Henry WE (1961). Growing old, the process of disengagement. New York: Basic Books Inc.
- Deutsche Alzheimergesellschaft (2020). Informationsblatt 1: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. (https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf, Zugriff am 23.02.2024).
- Dörr M (2020) Soziale (Alten-)Arbeit in der Gerontopsychiatrie. In: Aner K, Karl U (Hrsg.) Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 2 Auflage. Wiesbaden: Springer VS. S. 187–196.
- Erikson EH (1973) Identität und Lebenszyklus. Frankfurt: Suhrkamp.
- Erikson EH, Erikson JM (1997) The Life Cycle Completed. Extended version with new chapters on the ninth stage of development by Joan M. Erikson. New York: Norton.
- Fries JF (1980) Aging, natural death, and the compression of morbidity. NEJM 303(3): 130–250.
- Generali Deutschland AG (2017) Generali Altersstudie 2017. Wie ältere Menschen in Deutschland denken und leben. Repräsentative Studie des Instituts für Demoskopie Allensbach mit Kommentaren des wissenschaftlichen Beirats der Generali Altersstudie 2017. Berlin: Springer.
- Helmchen H, Baltes MM, Geiselmann B et al. (2010) Psychische Erkrankungen im Alter. In: Lindenberger U, Smith J, Mayer KU, Baltes PB (Hrsg.) Die Berliner Altersstudie. 3 Auflage. Berlin: Akademie Verlag. S. 209–243.
- Heuft G, Schneider G, Nehen HG et al. (2000) Funktionelle Störungen bei älteren Menschen. Deutsches Ärzteblatt-Ärztliche Mitteilungen-Ausgabe A 97(36): 2310–2312.
- Kessler E-M (2021) Psychotherapeutisches Arbeiten mit alten und sehr alten Menschen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lawton MP, Nahemow L (1973) Ecology and the aging process. In: Eisdorfer C, Lawton MP (Hrsg.) The psychology of adult development and aging. Washington, DC: American Psychological Association. S. 619–674.
- Mayer KU, Baltes PB (1996) *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag.
- Mayer KU, Baltes PB, Baltes MM et al. (2010) Wissen über das Alter(n): Eine Zwischenbilanz der Berliner Altersstudie. In: Lindenberger U, Smith J, Mayer KU, Baltes PB (Hrsg.) Die Berliner Altersstudie. 3 Auflage. Berlin: Akademie Verlag. S. 623–658.
- Peters M, Lindner R (2019) Psychodynamische Psychotherapie im Alter. Grundlagen, Störungsbilder und Behandlungsformen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Radebold H (1971) Probleme einer integrierten psychiatrischen Tätigkeit im Allgemeinen Krankenhaus. Nervenarzt 42(1): 41–44. Abgedruckt in: Lindner R, Hummel J (2015) Psychotherapie in der Geriatrie. Aktuelle psychodynamische und verhaltenstherapeutische Ansätze. Stuttgart: Kohlhammer. S. 26–29.
- Staudinger UM (2000) Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. Psychologische Rundschau 51(3): 185–197.
- Tartler R (1961) Das Alter in der modernen Gesellschaft. Stuttgart: Enke.