

Überalterung der Gesellschaft – Überforderte Medizin

Birgitta STÜBBEN

Die intra- und intergenerationelle Solidarität wird in unserer Gesellschaft als ein hohes Gut gewertet. Dies zeigt sich in der öffentlichen Diskussion über das Altern der Gesellschaft und die damit verbundene Notwendigkeit einer Anpassung des sozialen Sicherungssystems an den veränderten Bevölkerungsaufbau. Auch wenn sich die Vorschläge über die Art der Anpassung zum Teil deutlich voneinander unterscheiden, so kann doch nicht in Abrede gestellt werden, dass Konsens in Bezug auf die intra- und intergenerationelle Solidarität als Kern unserer Gesellschaft besteht.

2001 hat die deutsche Bundesregierung dem Bundestag und der Öffentlichkeit den Dritten Bericht zur Lage der älteren Generation vorgelegt. Der von einer unabhängigen Sachverständigenkommission erstellte und mit einer Stellungnahme der Bundesregierung versehene Bericht liefert unter dem Titel „Alter und Gesellschaft“ eine umfassende Bestandsaufnahme der Lebenssituation älterer Menschen und beschäftigt sich mit den politischen und gesellschaftlichen Herausforderungen der alternden Gesellschaft. Demographischen Vorhersagen zufolge wird ab 2020 jeder zweite Deutsche älter als 50 Jahre sein, 2030 sind mehr als die Hälfte der dann 76,7 Mio. Deutschen älter als 60 Jahre (statistisches Bundesamt). Beim alten und sehr alten Menschen gibt es einen wachsenden Unterschied des Anteils der Frauen.

Das Bild vom alten Menschen

Das Bild vom alten Menschen ist widersprüchlich. Es ist verknüpft mit Assoziationen wie Einsamkeit, Hilfsbedürftigkeit, Passivität, Krankheit, Einschränkung der Funktionsfähigkeit und Ausgrenzung aus dem gesellschaftli-

chen Leben. Oder es fallen Schlagworte wie Unruhestand, junge Alte, mit 66 Jahren fängt das Leben erst an.

In Werbung und Medien ist das Bild des alten Menschen eher von Hilfsbedürftigkeit und Passivität geprägt: Er ist Subjekt für Haftcremes, Inkontinenzartikel oder erhöhtem Versorgungs- und Versicherungsanspruch. Negative Altersstereotype zeigen nur eine geringe Tendenz des Rückgangs. Das Alter entspricht eben einer Lebensphase, die für die meisten eine Zeitspanne von zwei oder drei Jahrzehnten umfasst, in der vielfach deutliche Veränderungen der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit auftreten. Der Bericht greift die Metaphern vom „dritten“ und „vierten“ Lebensalter bzw. von den „jungen“ und „alten“ Alten auf, betont jedoch, dass es sich dabei um größere Verallgemeinerungen handelt und die körperlichen und psychischen Veränderungen im Alter vielfach graduell verlaufen.

Zusätzlich unterscheiden sich die älteren Menschen in ihren Biographien, Lebenslagen, Interessen und Kompetenzen. Die schon in früheren Lebensabschnitten bestehenden sozialen Unterschiede in der Bevölkerung setzen sich auch im Alter fort. Allerdings zeigen neuere empirische Studien zu der optimistischen Einschätzung, dass mit der steigenden Lebenserwartung die Menschen nicht nur älter werden, sondern auch länger gesund und funktionstüchtig bleiben. Sie wenden sich gegen Vorstellungen einer dramatischen Ausweitung der Gebrechlichkeit mit zunehmender Langlebigkeit.

Implikationen des Alterns

Es ist bekannt, dass in modernen Gesellschaften die Lebensqualität im Alter stark von

der intergenerationellen Familiensolidarität als auch vom Dienstleistungsniveau abhängt, das der Wohlfahrtsstaat bzw. private Quellen bereithalten.

Trotz der Verschiedenartigkeit der Altersformen und Lebenssituationen und der gegenüber früheren Altengenerationen verbesserten materiellen und gesundheitlichen Lage der ins Rentenalter kommenden Menschen, müsse gesehen werden, dass mit zunehmendem Alter die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit sinke, die Wahrscheinlichkeit chronischer und Mehrfach-Erkrankungen steige, die Gefahr sozialer Isolation und Einsamkeit im Zuge der Verkleinerung des sozialen Netzwerks und des Verlusts nahe stehender Menschen und das Risiko eigener Hilfsbedürftigkeit jedoch wüchsen. Besonders im hohen Alter komme es oft zu einer Kumulation von Anforderungen, Verlusten und Belastungen. Ob und wie die Betroffenen damit umgehen, wie sie dies bewältigen können, hänge entscheidend ab von den persönlichen Fähigkeiten, Interessen, Erfahrungen und Einstellungen, der Unterstützung durch das soziale Netzwerk, den finanziellen Ressourcen, den Wohnbedingungen, dem Spektrum sozialer und kultureller Angebote und den Leistungen der sozialen Sicherungssysteme.

Altern ist keine Krankheit, sondern ein physiologischer Rückbildungsvorgang, eine „als Funktion der Zeit entstehende irreversible Veränderung der lebenden Substanz“ (Max BÜRGER, 1962). Diese Veränderungen schränken beim gesunden älteren Menschen die Bewältigung der normalen alltäglichen Anforderungen im Allgemeinen bis ins hohe Alter nicht wesentlich ein. Dennoch kommt es zu einem fortschreitenden Verlust der physischen und psychischen Anpassungsfähigkeit.

Mit dem Erreichen hohen Alters ist häufig die Abnahme der sensorischen Fähigkeiten verbunden, die wiederum eine kognitive Minderleistung begründen können. Sensorischen Einschränkungen im Alter kann heute oftmals durch geeignete Seh- und Hörhilfen begegnet werden. Damit kann einer möglichen

Kommunikationsstörung und einem damit verbundener Verlust von Selbstwertgefühl entgegengewirkt werden.

Die Verlangsamung von Informationsverarbeitungsprozessen hat Auswirkungen auf die Bewältigung des Alltags insofern, als verlangsamte Denkprozesse die pro Zeiteinheit bewältigbare Informationsmenge reduzieren. Alte Menschen können durchaus noch einen beträchtlichen und stabilen Lernerfolg erzielen, vor allem wenn es sich um Automatisierungen in konsistenten Lernumwelten handelt. Beim Transfer erworbener Strategien auf andere Situationen kommt es zu Einbußen.

„Natürliche“ Altersvorgänge werden von psychischen und sozialen Faktoren überlagert, bzw. im Einzelfall sind diese ursächlich anzusehen für somatische Entwicklungen.

Das Altersbild der Gesellschaft, die Rollenerwartungen der sozialen Umgebung bestimmt zweifellos den Alterungsprozess des Individuums mit – meistens im Sinne einer Einengung des Verhaltensradius-, da ein negatives, am Defizitmodell orientiertes Altersbild zu Einschränkungen führt. Merkmale wie Traurigkeit und Depression werden mit zunehmendem Alter häufiger, ohne dass ein Zusammenhang zwischen Alter und Depression gefunden werden konnte. Eigenschaften wie Neurotizismus, Ängstlichkeit oder Extraversion verändern sich bis ins hohe Alter wenig und bleiben relativ stabil. Eine hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugung gilt als Indikator erfolgreichen Alterns.

Häufige Ursache für das Alleinsein im Alter ist der Tod des Partners. In der Berliner Altersstudie waren etwa die Hälfte der über 70jährigen verwitwet. Hinzu kommt der Verlust weiterer nahe stehender Personen. Den Verlust zu überwinden, sich allein in der Wohnung wohl zu fühlen, fällt schwer. Durch eigene Erkrankung oder die des Partners sind Kontakte aus Familie, Beruf, Bekanntschaften und Freundschaften eingeschränkt oder bereits aufgegeben, da eine regelmäßige Kontaktaufnahme nicht möglich war und die Betroffenen

für diese bereits funktionslos waren. Die mithelfende Großfamilie ist in der heutigen Gesellschaft mit lokaler Flexibilität und häufigem Single-Haushalt die Ausnahme.

Es ist schwer abzusehen, welche Konsequenzen die Zunahme der Single-Leben in der Gestaltung der Altersrolle mit sich bringen wird. Dennoch konnte bislang in der Forschung keine damit verbundene eindeutige Erkrankungskorrelation nachgewiesen werden. FOOKEN kam zu dem Ergebnis, dass nicht generell von einer herabgesetzten Lebenszufriedenheit verwitweter Personen im Vergleich zu Verheirateten gesprochen werden kann.

Die Fähigkeit, den eigenen Haushalt ohne Hilfestellung durch Angehörige oder Fremdpersonal zu führen, nimmt mit zunehmendem Alter ab. Nach dem 85. Lebensjahr werden Hilfen deutlich häufiger erforderlich.

Die finanziellen Möglichkeiten der Einzelnen wirken sich gerade im Alter spürbar aus, bei der Pflege sozialer Kontakte wie bei der vielseitigen, anregenden Freizeitgestaltung, nicht zuletzt auf die Möglichkeit angemessener Pflege und Gesundheitsvorsorge. Inzwischen bricht aber auch eine neue Tendenz in der Gegenrichtung auf, in der sich Senioren zu Wohngemeinschaften in Wohnungsanlagen zusammenschließen und die vorhandenen Ressourcen gegenseitig einbringen.

Umgang mit dem Altern

Die meisten Menschen haben Angst davor, zu den Alten zu gehören, alt und krank zu sein und dadurch Kontakte zu verlieren und zu vereinsamen.

Untersuchungen in den USA und Europa zu den Voraussetzungen der Lebenszufriedenheit im Alter haben übereinstimmend ergeben, dass die drei wichtigsten Voraussetzungen beziehungsweise Einflussfaktoren der subjektive Gesundheitszustand, der sozioökonomische Status und die soziale Aktivität beziehungsweise Teilhabe sind. Unter den sozioökonomischen

Faktoren werden vor allem Einkommen und die Wohnverhältnisse herausgestellt. Sie beeinflussen die Lebenszufriedenheit ganz wesentlich.

Das Alter stellt die Lebensphase dar, auf die wir uns am besten und am längsten vorbereiten können. Frank SCHIRRMACHER schreibt im „Methusalem-Komplott“: „Unsere Mission ist es alt zu werden. Wir haben keine andere. Es ist die Aufgabe unseres Lebens“. Gleichzeitig ist das Alter eine Lebensphase, die derzeit länger dauert als z.B. die Kindheit oder Jugend, beinahe auch länger als die Phase der Berufstätigkeit. Das Ausscheiden aus dem Berufsleben erfolgte in den letzten Jahren aufgrund der ausgeweiteten Vorruhestandsregelung vorzeitiger als in früheren Generationen. Damit kam es zu einer Verjüngung und Freistellung von Berufstätigkeit im Alter.

Eine Heidelberger Längsschnittstudie ergab, dass 45% – 76% der Befragten die Pensionierung als Ausweitung des Lebenswertes erlebten und in allen Gruppen weniger als ein Drittel der Befragten die Pensionierung als Beschränkung in ihrem Leben ansahen. Die negative Bewertung der Pensionierung nimmt im Laufe der vergehenden Zeit ab.

Im verbesserten Selbstbewusstsein organisieren sich Senioren zunehmend ihr Leben. Bildungsangebote wie auch Seniorenstudium sind beliebt und gut frequentiert. Computer und Internetkurse werden wahrgenommen und eröffnen weitreichende Betätigungsfelder. Sie reisen, pflegen Hobbys, treiben Sport, übernehmen soziale, kulturelle oder kirchliche Aufgaben.

Das Zerrbild des ewig jungen, belastbaren Älteren, der nicht wahrhaben will, älter geworden zu sein, erschwert es dabei Betroffenen körperliche Grenzen zu akzeptieren und zu lernen, dennoch ein zufriedenes, genussvolles Leben zu erfahren.

Ursula LEHR, Gerontologin, meint, dass das Alter als eine Chance betrachtet werden solle, auch wenn Krankheit und sogar Pflege dazu gehören. Befriedigendes Leben heißt nicht nur erfolgreich zu sein.

Für die Gesundheit im Alter ist die Erhaltung und Neuaufnahme sozialer Kontakte von Bedeutung. Hierzu ist es erforderlich, Altwerden frühzeitig zu lernen und zu antizipieren (statt es zu negieren) und zu einem realistischen Selbstkonzept des eigenen Alters zu gelangen. Dazu zählen:

- Erhaltung der geistigen und körperlichen Funktionsfähigkeit, u. a. durch Selbstständigkeit
- Ausbau und Weiterentwicklung der Interessen und Kenntnisse sowie Hobbys
- Konsolidierung und Bewahren der ökonomischen Unabhängigkeit
- Selbstkontrolle der eigenen Lebensgewohnheiten
- Aufrechterhaltung und Einhaltung einer selbstbestimmten Ordnung im Tage-, Wochen- und Jahresablauf mit zukunftsorientierter Perspektive
- aktive Auseinandersetzung mit Fragen nach Sinn von Leben, Tod, Krankheit, Leiden, Freude, Hoffnung
- Verantwortungsbewusstsein für nachfolgende Generationen verbunden mit Zukunftsvisionen der Gesellschaft (zu der der Alte noch gehört!)
- Offenheit, neue Fähigkeiten, Erkenntnisse und Fertigkeiten zu erwerben
- Pflege, Erhaltung und Wiederherstellung des Auftretens
- Aufrechterhaltung der „Gesellschaftsfähigkeit“

Die Gerontologie hat einige psychologische Konzepte untersucht, die als unmittelbare Gewinne des Alterns gesehen werden können: z. B.

- Reife
- Lebenswissen/ „Weisheit der Alten“

Früher hatten die Alten – die Weisen – aufgrund ihres Alters und ihres Wissens sowie der Lebens- und Berufserfahrung angesehene Funktionen auszuüben, die ihnen vorbehalten waren.

Alt wird man von selbst – Altsein kann man lernen.

Erstaunlich ist, dass nur ein geringer Pro-

zentsatz der Alten sich zum eigenen Tod Gedanken machen. FREUND fand nur bei 3% der 70- bis 84jährigen eine diesbezüglich positive Antwort, bei den 85- bis 103jährigen erst bei 9%. Dies zeigt, dass das Bewusstwerden des Todes keinen so hohen Stellenwert einnimmt, wie oftmals angenommen.

Erkrankungsrisiko im Alter

Durch die altersbedingte Biomorphose mit Veränderungen der Gewebe und Organe mit fortschreitendem Alter wird die Anpassungs- und Widerstandsfähigkeit reduziert, was wiederum mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko sowohl im physischen als auch im psychischen verbunden ist. 25% der über 65jährigen leiden an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung. Dieser Prozentsatz wird sowohl bei einer früheren Untersuchung aus dem Jahr 1965 als auch aktuelleren der letzten 10 Jahre gefunden. Problemfaktoren, die signifikant häufiger im weiteren Verlauf mit einer Depression korreliert sind, sind Hilfsbedürftigkeit, Multimorbidität, Immobilität und Multimedikation. Nicht alle Verlust- und Belastungsfaktoren in Kumulation führen zu einer Beeinträchtigung oder psychiatrischen Erkrankung. Wider Erwarten haben insbesondere sensorische Funktionseinschränkungen nicht per se einen Einfluss auf die Erkrankungshäufigkeit. Entscheidend scheinen vielmehr subjektive Bewertungen der Belastungsfaktoren zu sein. MAERCKER fand heraus, dass Angststörungen im Alter häufiger vorkommen als bislang angenommen.

Die Anpassung an veränderte Lebensbedingungen im Alter ist nicht nur von den tatsächlichen Gegebenheiten, sondern von der kognitiven Bewertung der Situation durch das Individuum abhängig. Bei Personen, die die Situation als unveränderbar bewerten, finden sich eher Reaktionsformen wie Passivität oder Resignation und auch Depression.

Die allgemeine Tendenz zur Individualisie-

rung kann unter gleich bleibenden demographischen Umständen bei älteren Menschen, deren soziale Kontaktchancen wegen des Verlustes der Ehegatten-, Eltern und Berufsrolle vermindert ist, zusätzlich zur Vereinzelung und Vereinsamung wie auch damit verbunden zu psychischer wie physischer Erkrankung führen.

Die Medizin indessen ist nur ungenügend auf die besonderen Belange der Morbidität und der Funktionseinschränkungen im Alter ausgerichtet. Die Erkenntnisse und Konzepte der Geriatrie, der Gerontopsychiatrie und der Alterspsychotherapie werden bedauerlicherweise in der Versorgungspraxis noch wenig beachtet und umgesetzt. Hierin besteht dringender Handlungsbedarf.

Weiterführende Literatur:

- 1 Dritter Altenbericht mit dem Titel „Alter und Gesellschaft“, Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Postfach 201551, 53145 Bonn
- 2 FÜSGEN I., *Somatische Veränderungen im Alter*, in: FÜSGEN I., *Der ältere Patient* (3. Auflage), Urban & Fischer Verlag, München, Jena 2000, S. 3-7
- 4 BALTISSEN R., *Psychische Veränderungen im Alter*, in: FÜSGEN I., *Der ältere Patient* (3. Auflage), Urban & Fischer Verlag, München, Jena 2000, S. 7-8
- 5 BRANDSTÄTTER J., ROTHERMUND K., *Bewältigungsprozesse im höheren Lebensalter: Adaptive un protektive Prozesse*, in: KRUSE A. (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie 1*, Hogrefe Verlag, Göttingen 1997
- 6 JÜCHTERN J.-C., BRANDENBURG H., *Gerontologische Aspekte des demographischen Wandels*, in: NIKOLAUS T. (Hrsg.), *Klinische Geriatrie*, Springer, Berlin 2000
- 7 KLIEGL R., MAYR U., *Kognitive Leistung und Lernpotential im höheren Erwachsenenalter*, in: WEINERT F. E., MANDL H. (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Bd. D/II/5: Psychologie der Erwachsenenbildung*, Hogrefe Verlag, Göttingen 1997
- 8 LINDENBERGER U., BALTES P. B., *Kognitive Leistungsfähigkeit im hohen Alter: Erste Ergebnisse aus der Berliner Altersstudie*, *Z Psychol* (1995); 203: 283-317
- 9 BALTES P. B., BALTES M. M. (ed.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, University Press, Cambridge, New York 1990
- 10 HÄFNER H., *Psychiatrie des höheren Lebensalters*, in: BALTES P. B., MITTELSTRASS J. (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*, De Gruyter, Berlin, 1992, S. 151-179
- 11 HAUTZINGER M., *Determinanten depressiver Reaktionen im Alter*, *Akt Geront* (1983); 13: 191-194
- 12 THOMAE H., KRANZHOF H. E., *Erlebte Unveränderlichkeit von gesundheitlicher und ökonomischer Belastung. Ein Beitrag zur kognitiven Theorie der Anpassung*, *Z Geront* (1979); 12: 439-459
- 13 DEIMLING G., *Soziale Veränderungen im Alter*, in: FÜSGEN I., *Der ältere Patient* (3. Auflage), Urban & Fischer Verlag, München, Jena 2000, S. 13-18
- 14 MAERCKER A., *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*, Springer Verlag, Frankfurt/Main 2002
- 15 FOOKEN I., *Partnerverlust im Alter*, in: MAYRING P., SAUP W. (Hrsg.), *Entwicklungsprozesse im Alter*, Kohlhammer Verlag, Stuttgart 1990
- 16 BORCHELT M., GILBERG R., HORGAS A. L., GEISELMANN B., *Zur Bedeutung von Krankheit und Behinderung im Alter*, in: MAYER H., BALTES P. B. (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie*, Akademie Verlag, Berlin 1999
- 17 MAERCKER A., *Psychotherapie (Verhaltenstherapie) von Angststörungen im Alter*, *Nervenheilkunde* (2000); 51: 3-6
- 18 JOHANNSEN J., *Systemische Therapie mit alten Menschen*, in: JOVIC N., UCHTENHAGEN A. (Hrsg.), *Psychotherapie und Altern*, Fachverlag AG, Zürich 1995
- 19 NIEDERFRANKE A., *Ältere Frauen in der Auseinandersetzung mit der Berufsaufgabe und Partnerverlust*, Kohlhammer Verlag, Stuttgart 1991 (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Frauen und Jugend)
- 20 SAUP W., *Übersiedlung und Aufenthalt im Alten- und Pflegeheim*, in: MAYRING P., SAUP W. (Hrsg.), *Entwicklungsprozesse im Alter*, Kohlhammer Verlag, Stuttgart 1990
- 21 FREUND A. M., *Die Selbstdefinition aller Menschen*, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin 1995

Dr. Birgitta STÜBBEN, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
 Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Bgm.-Dr.-Hartmann-Str. 50
 D-86899 Landsberg am Lech
 Birgitta.Stubben@psychiatrie-landsberg.de