

Stefan Pohlmann *Hrsg.*

Alter und Prävention

 Springer VS

Alter und Prävention

Stefan Pohlmann (Hrsg.)

Alter und Prävention

 Springer VS

Herausgeber

Stefan Pohlmann

Hochschule München

München, Deutschland

Das Buch ist im Rahmen des vom BMBF geförderten Projekts PrimA mit dem Förderkennzeichen 03FH002SX2 entstanden

ISBN 978-3-658-11990-4

ISBN 978-3-658-11991-1 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-658-11991-1

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer VS

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer VS ist Teil von Springer Nature

Die eingetragene Gesellschaft ist Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

Inhalt

1 Prävention im Alter verstehen – eine Einführung	
<i>(Stefan Pohlmann)</i>	11
1.1 Präventionslogik	11
1.1.1 Prävention und Gesundheitsförderung	12
1.1.2 Verhaltens- und Verhältnisprävention.....	18
1.1.3 Biopsychosoziale Dimensionen der Prävention	23
1.2 Präventionszielgruppen.....	27
1.3 Präventionszugänge.....	32
1.4 Ausblick auf Präventionsschwerpunkte	37
2 Meilensteine für ein modernes Präventionsverständnis im Alter	
<i>(Stefan Pohlmann)</i>	47
2.1 Einflüsse der Antike	47
2.1.1 In der Tradition des Hippokrates‘	47
2.1.2 Senecas Verweise auf ein proaktives Altern	53
2.2 Hürden einer gelingenden Prävention im Alter.....	55
2.2.1 Regression des Mittelalters.....	56
2.2.2 Wende der protestantischen Ethik	57
2.3 Fazit und Ausblick.....	59
3 Präventiver Erhalt von Gesundheit und Aktivität im Alter	
<i>(Elisabeth Pott)</i>	65
3.1 Einführung.....	65
3.2 Demografie und Lebenslagen.....	66
3.2.1 Demografie	67
3.2.2 Familienstand.....	68
3.2.3 Soziale Einbindung.....	68
3.2.4 Wohnen.....	69
3.2.5 Lebensgestaltung.....	69
3.2.6 Mediennutzung	70
3.2.7 Lebenszufriedenheit.....	70
3.3 Gesundheitliche Situation älterer Menschen.....	70
3.3.1 Gesundheit und Lebensstil.....	71
3.3.2 Erkrankungen im Alter.....	73
3.4 Nachhaltige Präventionsstrategien	77
3.4.1 Prinzipien und Standards einer modernen Gesundheitsförderung	77
3.4.2 Strategien der Gesundheitsförderung bei älteren Menschen.....	78
3.5 Fazit und Ausblick.....	79

4 Präventive Vermeidung von Altersarmut	
<i>(Irene Götz & Katrin Lehnert)</i>	85
4.1 Vulnerabilität älterer Frauen	85
4.1.1 Die Spezifik weiblichen Alter(n)s.....	85
4.1.2 Lebenslange Auswirkung und Kumulation von Benachteiligungen	87
4.2 Gesellschaftspolitische Aspekte: Arbeitsteilung und Leistungsdruck.....	89
4.2.1 Geschlechtsspezifische Arbeitsteilung und „gender pension gap“	89
4.2.2 Weibliche Mehrfachbelastung und Leistungsdruck im Alter	91
4.3 Das Forschungsprojekt „Prekärer Ruhestand – Arbeit und Lebensführung von Frauen im Alter“.....	93
4.3.1 Forschungsdesign	93
4.3.2 Individuelle und gruppenspezifische Bewältigungsstrategien	95
4.4 Thesen zur Prävention weiblicher Altersarmut.....	97
4.5 Fazit und Ausblick.....	104
5 Prävention im Alter: Anthropologischer Kontext, Konzepte, Befunde	
<i>(Andreas Kruse)</i>	107
5.1 Selbst- und Weltgestaltung im Alter als Grundlage der Prävention.....	107
5.1.1 Selbst- und Weltgestaltung als Aspekte einer Anthropologie des Alters	108
5.1.2 Die Annahme und Gestaltung des Alters als schöpferische Leistung	110
5.1.3 Soziale Bezogenheit im Alter als eine Grundlage von Selbst- und Weltgestaltung im Alter	112
5.2 Was ist Gesundheit? Eine anthropologische Annäherung	113
5.2.1 Dimensionen der Gesundheit.....	113
5.2.2 Kohärenzsinn.....	114
5.2.3 Beziehung zwischen den Patienten und den für deren Versorgung Verantwortlichen.....	116
5.3 Gesundheit im Alter aus Sicht der Prävention	117
5.3.1 Zielsetzungen.....	118
5.3.2 Altersbilder in ihrer Bedeutung für Kompetenz im Alter.....	120
5.4 Die Integration einer Entwicklungs- und Verletzlichkeitsperspektive in ihrer Bedeutung für ein umfassendes Verständnis von Gesundheit	122
5.4.1 Entwicklungs- und Potenzialperspektive.....	122
5.4.2 Verletzlichkeitsperspektive.....	123
5.4.3 Die Integration beider Perspektiven für eine Anthropologie des Alters	124
5.5 Fazit und Ausblick.....	125
6 Prävention von Medikationsfehlern im Alter	
<i>(Stefan Pohlmann & Andreas Fraunhofer)</i>	131
6.1 Medikation im Alter	131
6.1.1 Pharmakologische Versorgungsmängel.....	132
6.1.2 Polypharmazie und ihre Ursachen.....	135

6.2	Veränderungsbedarfe.....	137
6.2.1	Verschreibungspraxis.....	138
6.2.2	Einnahmepraxis.....	141
6.3	Überzeugungsarbeit.....	143
6.3.1	Empowerment und Angehörigenedukation.....	143
6.3.2	Schulungen der Fachkräfte.....	144
6.3.3	Verantwortung der Pharmaindustrie.....	147
6.4	Forschungsansatz.....	149
6.4.1	Fragestellungen.....	150
6.4.2	Methoden.....	152
6.4.3	Erwartbare Ergebnisse.....	159
6.5	Ausblick und Fazit.....	161
7	Prävention in der Demenzbetreuung am Beispiel des Kompetenzzentrums München	
	<i>(Hermann Schoenauer, Jürgen Salzhuber & Hans Kopp)</i>	169
7.1	Gesellschaftliche Bedeutung.....	169
7.2	Trärgemeinschaft.....	170
7.3	Öffentlichkeitsarbeit.....	170
7.4	Konzept Kompetenzzentrum.....	171
7.4.1	Ethos und Menschenbild.....	171
7.4.2	Bedarfsorientierung.....	172
7.4.3	Wohngruppenkonzept – ein milieutherapeutischer Leitgedanke.....	173
7.4.4	Architektur.....	174
7.4.5	Vernetzung, Quartierbezug und Fachbeirat.....	175
7.4.6	Personelle Ressourcen und Kompetenzen.....	176
7.4.7	Methodische Verfahren in der Demenzbetreuung.....	176
7.4.8	Technikunterstützung.....	178
7.5	Fazit und Ausblick.....	179
8	Präventive Ansätze der Ergotherapie	
	<i>(Kathrin Weiß & Ulrike Marotzki)</i>	181
8.1	Wurzeln der ergotherapeutischen Berufsidee.....	181
8.2	Lebensübergänge im Alter als Ansatzpunkt für ergotherapeutische Gesundheitsförderung & Prävention.....	187
8.3	TATKRAFT – Gesundheit im Alter durch Betätigung.....	189
8.3.1	Prinzipien.....	190
8.3.2	Modularer Programmaufbau.....	190
8.4	Programmimplementierung.....	194
8.5	Fazit und Ausblick.....	196

9 Präventive Umgebungsgestaltung mit Licht – Human Centric Lighting

<i>(Herbert Plischke)</i>	201
9.1 Bestimmung „Guter Beleuchtung“	201
9.1.1 Ausrichtung hin zu humanzentriertem Licht.....	202
9.1.2 Mehr als nur Sehen	203
9.1.3 Aspekte der Allgemeinbeleuchtung	203
9.1.4 „Licht“-Synchronisierung.....	205
9.2 Einflussfaktor Melatonin.....	207
9.2.1 Saisonale und altersabhängige Änderung des Melatoninspiegels	208
9.2.2 Folgen der Melatoninunterdrückung	210
9.3 Entdeckung eines neuen Lichtrezeptors	211
9.3.1 Die messtechnische Bewertung von nicht-visuellen Effekten	212
9.3.2 Planung von präventiven Umgebungen mit Lichtassistenz.....	215
9.4 Fazit und Ausblick.....	217

10 Prävention und Gesundheitsförderung durch universitäre Bildungsangebote für die zweite Lebenshälfte

<i>(Urs Baumann & Herta Windberger)</i>	221
10.1 Einleitung.....	221
10.2 Begründung für Bildung in der zweiten Lebenshälfte	222
10.3 Hochschulische Bildungsangebote für Personen der zweiten Lebenshälfte.....	226
10.4 Uni 55-PLUS als Beispiel für ein universitäres Angebot.....	232
10.5 Fazit und Ausblick.....	235

11 Prävention durch einen realitätsorientierten Altersdiskurs

<i>(Heiner Keupp)</i>	239
11.1 Alter ist auch nicht mehr das, was es einmal war	239
11.2 Älter werden in einer Gesellschaft des „disembedding“.....	241
11.3 Zur gesellschaftlichen Dekonstruktion kontinuierlicher Entwicklungsmodelle	244
11.4 Konjunkturzyklen von Alterskonstruktionen	246
11.4.1 Alter als Disengagement	246
11.4.2 Alter als Stigma	246
11.4.3 Alter als Befreiung	247
11.4.4 Das aktivierte Alter.....	247
11.5 Altern heute: Unvermeidlich ambivalent.....	247
11.6 Unabschließbare Identitätsarbeit auch im Älterwerden	248
11.6.1 Lebensformen und Identitäten im gesellschaftlichen Strukturwandel	248
11.6.2 Vorstellungen vom guten Leben im Wertewandel.....	251
11.6.3 Identitätsarbeit heute.....	254
11.6.4 Ressourcen für eine gelingende Altersidentität	257
11.7 Fazit und Ausblick.....	264

12 Prävention aus Sicht der Krankenkassen

<i>(Kerstin Ludewig & Robert Wolf)</i>	271
12.1 Präventionsgesetz	271
12.1 Krankenkassenspezifische Handlungsfelder der Prävention und Gesundheitsförderung	272
12.1.1 Ansätze und Zugangswege der Primärprävention	275
12.1.2 Vorsorge und Früherkennung: Prävention im weitesten Sinne	276
12.1.3 Individuelle Prävention und Gesundheitsförderung	278
12.1.3 Prävention in Lebenswelten	283
12.1.4 Betriebliche Gesundheitsförderung	286
12.1.5 Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz	289
12.2 Ziele der Prävention und Gesundheitsförderung der Krankenkassen	289
12.2.1 Primärprävention	290
12.2.2 Gesundheitsförderung	291
12.3 Kriterien der Krankenkassen zur Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung	292
12.3.1 Kriterien für die Strukturqualität (Anbieterqualifikation)	292
12.3.2 Kriterien für die Konzept- und Planungsqualität	293
12.3.3 Kriterien für die Prozessqualität	293
12.3.4 Kriterien für die Ergebnisqualität	294
12.3.5 Kriterien für eine erleichterte Inanspruchnahme durch sozial benachteiligte Zielgruppen	295
12.3.6 Kriterien für Breitenwirksamkeit und Nachhaltigkeit	295
12.3.7 Ausschlusskriterien	296
12.4 Fazit und Ausblick	296

13 Präventive Praxis- und Politikansätze in Europa

<i>(Hannele Häkkinen)</i>	301
13.1 Europäische Initiativen und Programme	301
13.1.1 Die EU-Gesundheitsstrategie „Gemeinsam für die Gesundheit“	302
13.1.2 Drittes Gesundheitsprogramm (2014–2020)	302
13.1.3 Europäische Innovationspartnerschaft „Aktives und gesundes Altern“	303
13.1.4 Die Schlussfolgerungen des Rates über Ernährung und körperliche Bewegung	303
13.1.5 Sozialinvestitionen für Wachstum und sozialen Zusammenhalt	304
13.1.6 Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU	304

13.2 Präventive Hausbesuche in Europa	305
13.2.1 Geschichte und Ziele der präventiven Hausbesuche	305
13.2.2 Präventive Hausbesuche in Dänemark	305
13.2.3 Präventive Hausbesuche in Schweden	307
13.2.4 Präventive Hausbesuche in Finnland.....	308
13.2.5 Präventive Hausbesuche in Deutschland	309
13.2.6 Präventive Hausbesuche in Österreich	309
13.2.7 Neue Trends präventiver Hausbesuche.....	310
13.3 Fazit und Ausblick.....	310
 Autorinnen und Autoren	 313

1 Prävention im Alter verstehen – eine Einführung

Stefan Pohlmann

Auf die Frage, was Prävention im Alter bedeutet, lassen sich sehr unterschiedliche Antworten konstruieren. Diese Antworten können ebenso auf das höhere Lebensalter des Einzelnen wie auf alternde Bevölkerungsgruppen in bestimmten Regionen oder auch auf die Gesamtgesellschaft abzielen. Sie lassen relativ kurzfristige wie auch sehr langfristige Maßnahmen und Ziele vermuten und können dazu diverse Zuständigkeiten, Defizite oder Musterbeispiele mit sich bringen. Alle Aussagen hängen schließlich davon ab, wie genau Prävention auf der einen und Alter auf der anderen Seite ausgelegt werden und auf welche Fachdiskurse man sich dabei beruft. Es bedarf daher zunächst einer genaueren Begriffsbestimmung, wenn man in diesem Kontext solide Einschätzungen vornehmen und konkrete Herangehensweisen ausfindig machen und bewerten will. Das nachfolgende Einführungskapitel soll deshalb zunächst zur Klärung beitragen, welches Verständnis von Prävention im Alter den verschiedenen Aussagen der in dieser Publikation vereinten Kolleginnen und Kollegen zugrunde liegt, welche Akzente und Schwerpunkte in den einzelnen Beiträgen gewählt wurden und welche Herausforderungen sich daraus für unterschiedliche Handlungsfelder und Professionen ergeben.

1.1 Präventionslogik

Angestoßen wurde dieser Band durch ein Forschungsprojekt, das mit dem Titel „Prävention im Alter“ unter Leitung des Herausgebers im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung durchgeführt wurde. Die beteiligten Autorinnen und Autoren in diesem Band haben neben anderen Personen und Institutionen das Projekt als Kooperationspartner unterstützt und bereichert. Ein derzeit in Vorbereitung befindlicher Abschlussbericht unter dem Titel *Alter und Resilienz* gibt dazu gesondert und detailliert Aufschluss über die verschiedenen Arbeitspakete, empirischen Erhebungen, Auswertungen und daraus resultierender Schlussfolgerungen dieser wissenschaftlichen Studie und wird ebenfalls im Springer VS-Verlag erscheinen. Im Zuge der Kooperationen mit den sehr zahlreichen Partnern haben sich auch jenseits der durchgeführten Untersuchungen viele gewinnbringende Erkenntnisse eingestellt. In der nunmehr hier vorgelegten Schrift sollen diese Ergebnisse vorgestellt werden. Entsprechend kommen Expertinnen und Experten zu Wort, die aus ganz unterschiedlicher Warte die Potenziale

von Präventionsmaßnahmen zunächst grundsätzlich veranschaulichen und dabei wesentliche Forschungs- und Praxisfragen herausarbeiten, die für das genannte Forschungsprojekt wegweisend waren. Die Leserinnen und Leser erwarten eine ausführliche Lektüre über Voraussetzungen und Gestaltungsmöglichkeiten eines gelingenden Alterns (vgl. Hammerschmidt, Pohlmann & Sagebiel, 2014), das dazu beiträgt, vorhandene Potenziale zu aktivieren, erwartbare Risiken zu reduzieren und bereits eingetretene Krisen abzumildern. Es sei angemerkt, dass die jeweils aufgeführten Autoren und Autorinnen die ihnen zugeordneten Beiträge eigenständig und unabhängig voneinander verfasst haben. Sie sind damit auch für etwaige Urheberrechte und Quellenverweise in ihren Kapiteln verantwortlich. Die Ausführungen in diesem Band geben insofern stets die jeweilige Sicht und Denkweise der Verfasser wider. Hypothesen, Konzepte, Befunde, Modelle und Handlungsfelder der Prävention werden daher auch nicht in allen Punkten gleichermaßen beschrieben, bewertet und eingeordnet. Genau dies macht den vorliegenden Sammelband umso reizvoller, da er die Komplexität, Spannweite und Deutungsvielfalt der Prävention veranschaulicht. Gleichwohl sollen zu Beginn zunächst einige wesentliche Aspekte einführend herausgestellt werden, die zum besseren Verständnis der weiteren Beiträge und als gemeinsame Grundlage für alle weiteren Überlegungen dienen sollen.

1.1.1 Prävention und Gesundheitsförderung

Die in unserer Gesellschaft auftretenden Veränderungen erfordern eine Reihe von Anpassungsleistungen und Neuorientierungen. Technologische Errungenschaften erzwingen den Gebrauch und die Etablierung neuer Fähig- und Fertigkeiten auf Seiten ihrer Nutzerinnen und Nutzer (vgl. Pohlmann, 2010b). Die Diversifizierung sozialer Lebens- und Arbeitsgemeinschaften verlangt neue Verbindlichkeiten und Engagementformen. Globale Auswirkungen im Bereich von grenzüberschreitend wirksamen Gesetzen, aber auch Fragen der Sozial-, Gesundheits-, Umwelt-, Wirtschafts- und Sicherheitspolitik bringen transnationale Zusammenhänge, Abhängigkeiten und Verantwortungen mit sich. Das Wissen um all diese und weitere nichtgenannte Entwicklungen nötigt uns nicht nur ein anderes Verständnis, sondern auch anders gelagerte Anstrengungen ab, mit diesen Trends Schritt zu halten. Die Vorbeugung von Problemen und die antizipative Beurteilung von Handlungskonsequenzen gewinnen in diesem Zusammenhang besonders an Bedeutung (vgl. Pohlmann, 2011). Insbesondere Erkenntnisse über die demografischen und epidemiologischen Entwicklungen machen zum einen auf kollektiver Ebene zum anderen auf individueller Basis die Verhütung oder Abmilderung unerwünschter Effekte möglich. Gemeinsames Ziel ist ein langes und möglichst beeinträchtigungsfreies und sinnerfülltes Leben. Der langfristige

Erhalt von Gesundheit und Funktionsfähigkeit erhält vor diesem Hintergrund sowohl für den Einzelnen als auch für die Gesellschaft eine besondere Priorität. Grundlegende Frage ist hierbei, welche Spielräume zur Verfügung stehen, um den Erhalt von Gesundheit und die Vermeidung von Krankheiten zu optimieren. Darauf zielen auch die von dem indischen Ökonom Amartya Sen (2000, S. 29) beschriebenen Verwirklichungschancen ab, die zum einen die Rahmenbedingungen und zum anderen die persönlichen Fähigkeiten von Menschen umfassen, die notwendig sind, um das Leben nach eigenen Wünschen und nach persönlichen Wertmaßstäben führen zu können. Ein Konglomerat aus genetischen Dispositionen, situativen Anforderungen, strukturellen Umweltbedingungen, erlernten Bewältigungsverhalten und zugrundeliegenden Persönlichkeitsmerkmalen kann diese Spielräume in die eine oder andere Richtung erweitern oder einengen. Aus gesellschaftlicher Perspektive fußen diese Thesen ganz erheblich auf den grundlegenden Arbeiten von Gerhard Weisser (1978), der bereits in den 1950er-Jahren die politisch auszugestaltenden Spielräume für Personen oder Gruppen beschrieben hat, um die äußeren Umstände nachhaltig für die Befriedigung eigener Interessen zu verändern. Auf individueller Ebene erscheint hingegen der Ansatz von Ingeborg Nahnsen bemerkenswert, die vier Gestaltungsbereiche differenziert. Dabei handelt es sich um den Versorgungs- und Einkommensspielraum, den Kontakt- und Kooperationsspielraum, den Lern- und Erfahrungsspielraum und schließlich den Dispositionsspielraum (Nahnsen, 1975, S. 145 ff). Die Soziologin hat damit die Vielseitigkeit von Partizipationsoptionen einerseits und Teilhabebeschränkungen andererseits plastisch aufgezeigt.

Eine zentrale theoretische Grundlage zum Verständnis der gesundheitlichen Gestaltungsoptionen hat der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky entwickelt (vgl. auch Kapitel 11 in diesem Band). Sein Ansatz gehört heute zu den meist zitierten Ansätzen in den Gesundheitswissenschaften. Ausgangsüberlegung seines visionären Modells war die Beeinflussbarkeit von Gesundheit. Dabei nutzte er die klinische Erkenntnis, dass Menschen mit vergleichbaren Krankheitsrisiken keineswegs einheitliche Krankheitsverläufe aufweisen und selbst bei identischen Beeinträchtigungen unterschiedliche Grade von Pflegebedürftigkeit aufweisen und ein unterschiedliches Maß an Unterstützung benötigen. Ihn beschäftigte, wie und warum Menschen krank werden und unter welchen Umständen sie auch trotz potenziell gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund bleiben. Er folgerte daraus, dass nicht nur Krankheit, sondern auch Gesundheit ein zu beeinflussendes Gut darstellt. Der Schlüssel zum Verständnis dieser Einflussnahme wird nach seinem Dafürhalten durch drei Komponenten bestimmt (vgl. [Abb. 1.1](#)):

Die Wahrung von Gesundheit hängt demnach von der Fähigkeit einer Person ab, eine Situation auf ihre Ursachen hin zu analysieren (*Verstehbarkeit* – Comprehensibility). Hinzu kommt das Wissen um die eigenen Ressourcen und Bewäl-

tigungskompetenzen (*Handhabbarkeit* – Manageability). Ergänzt werden diese beiden Komponenten durch die Einschätzung über den Erfolg und den Nutzen eigener Bewältigungsversuche (*Sinnhaftigkeit* – Meaningfulness). Die zugrundeliegenden Fähigkeiten sind kompatibel mit den in der Lernpsychologie gängigen Begriffen der Selbsteffizienz und Kontrollüberzeugung. Hinzu kommen die in der Sozialen Arbeit geforderte Selbstbefähigung (Empowerment) und das in der Entwicklungspsychologie gebräuchliche Konstrukt der Resilienz (vgl. Pohlmann, 2015). Die von Antonovsky gewählten drei Faktoren formieren die Ausprägung eines von ihm postulierten *Kohärenzsinn*es (Sense of Coherence), der bei einer hohen Ausprägung als wichtige Determinante fungiert, um einen Organismus vor Schaden und Stress zu schützen und trotz auftretender Belastungen eine Erkrankung nicht grundsätzlich ausschließen aber durchaus positiv zu verändern vermag. Er definiert den Kohärenzsinn als:

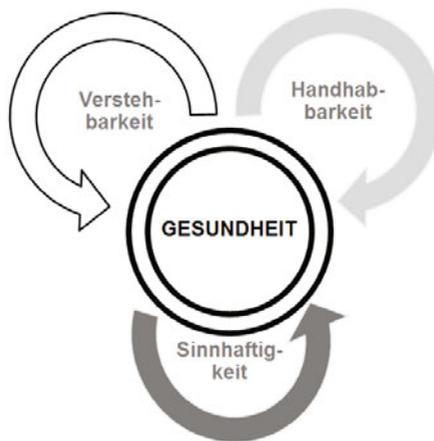


Abb. 1.1: Gestaltungsoptionen der Gesundheit nach Antonovsky (s.o.)

“A global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring, though dynamic feeling of confidence that one’s internal and external environments predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected.”
(Antonovsky, 1979, S. 172)

Kohärenzsinn stellt eine endogen angelegte aber durch externe Bedingungen zu beeinflussende Fähigkeit eines Menschen dar, die eine Stimmigkeit zwischen uns selbst und unserer Umwelt herzustellen vermag. Daraus abgeleitet wurde das Mo-

dell der *Salutogenese* im Sinne eines Erhalts von Gesundheit. Der Begriff bildet einen Komplementäransatz zur *Pathogenese*, die sich aus der medizinischen Tradition heraus mit der Entstehung von Krankheit befasst. Eng verbunden ist damit auch die Unterscheidung von Gesundheitsförderung und Prävention. Während Gesundheitsförderung diejenigen Bedingungen unterstützt, die zu einer gesunden Entwicklung beitragen, befasst sich die Prävention mit der Vermeidung und Bekämpfung von krankheitsauslösenden Faktoren. Vielfach wird behauptet, dass sich Antonovsky damit von Risikofaktorenmodellen abgewandt habe. Er setzt sich in seinen Arbeiten ausdrücklich mit drei gesundheitsgefährdenden Einflussfaktoren auseinander, die mit vermehrten Belastungen und Beeinträchtigungen einhergehen. Zu den Einflussfaktoren gehören demnach chemische Giftstoffe, Biologika wie Bakterien, Viren oder Pilze wie auch psychosoziale Stressoren durch Leistungsdruck, verminderte soziale Bindungen und fehlende Kontakte. Tatsächlich handelt es sich allerdings bei seinen Überlegungen nicht um eine Abgrenzung, sondern vielmehr um eine Erweiterung und Integration des ehemals alleinigen Präventionsgedankens. Das Wissen um Risiken wie Übergewicht, Nikotin- und Drogenkonsum oder die Auswirkung anderer Noxen stellt eine elementare Quelle der Gesundheit dar. Hinzu kommen aber all jene Komponenten, die unsere Gesundheit stärken, wie eine angemessene körperliche Bewegung, gesunde Ernährung und geistige Aktivität. Damit bilden Prävention und Gesundheitsförderung zwei Seiten der gleichen Medaille, die jeweils unterschiedliche Aspekte des gleichen Phänomens berücksichtigen.

Indes hat die Salutogenese mittlerweile viele Anhänger gefunden, die diesen Begriff mehr als Schlagwort, denn als klares Bekenntnis zur Gesundheitsförderung benutzen. So kritisieren Bengel, Strittmatter und Willmann im Rahmen einer Expertise für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:

„Nicht alles, was wir unter den Schlagworten Salutogenese und Gesundheitsförderung finden konnten, setzt den damit verbundenen Anspruch auch um. So „basieren“ klassische Programme zur Vermeidung von gesundheitlichen Risikofaktoren nun plötzlich auf dem Salutogenese-Modell; oder eine thematische Einheit bzw. ein Angebot zur sozialen Unterstützung oder zu Genußtraining genügt, um Antonovskys Modell in die Praxis umgesetzt zu haben. Die augenblickliche Situation in der Gesundheitsförderung ist dadurch gekennzeichnet, daß der Informationsstand der Anbieter gesundheitsfördernder Maßnahmen sehr unterschiedlich ist. Vielfach wird ohne genaue Kenntnis des Modells eine salutogenetische Wende gefordert bzw. bereits eingeführte Maßnahmen werden unter

dem Etikett Salutogenese weitergeführt.“ (Bengel, Strittmatter & Willmann 2001, S. 72)

Letztlich erweist sich die Unterscheidung von Gesundheitsförderung und Prävention weder in der Theorie noch in der Praxis als hinreichend trennscharf. In den

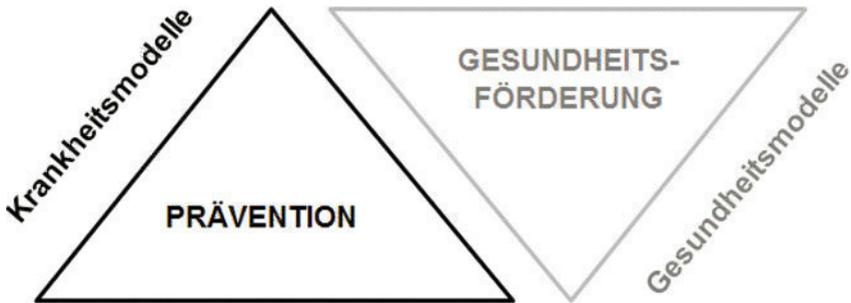


Abb. 1.2: Gesundheits- und Krankheitsverständnis

weiteren Ausführungen wird Prävention deshalb als Sammelbegriff verwendet, der ausdrücklich Ansätze der Gesundheitsförderung integriert und Maßnahmen einbezieht, die zur Aufrechterhaltung einer möglichst weitgehenden Selbstbestimmung und Funktionalität dienen. Damit wird Prävention als übergreifendes Konstrukt verstanden, das sich nicht nur auf klassische Formen der Krankheitsvermeidung und -bewältigung beschränkt, sondern jegliche Option zur Aufrechterhaltung und Verbesserung der Gesundheit mit einbezieht. Gesundheit bleibt insofern stets ein relativer Zustand.

Prävention im Alter zielt nach diesem Verständnis grundsätzlich darauf ab, Menschen vor vermeidbaren Krisen und Belastungen im höheren Lebensalter zu schützen, ihre Bewältigungspotenziale lebenslang zu stärken und bereits in Erscheinung getretenen Beeinträchtigungen möglichst effizient zu begegnen. Dies ist angesichts schwerwiegender alterskorrelierter Erkrankungen eine mitunter schwierige und nicht grundsätzlich von Erfolg gekrönte Ausrichtung. Mit zunehmendem Alter treten physiologische Veränderungen auf, die eine abnehmende Vitalkapazität des gesamten Organismus mit sich bringen können. Alterskorreliert sind diese Erkrankungen deshalb, weil sie zwar einen klaren Zusammen-

hang nicht aber eine kausale Verbindung zum Alter haben. In der Regel wird niemand nur aufgrund seines Geburtstages krank, auch wenn der eine oder die andere sich vor dem Eintritt in ein neues Lebensjahr fürchten mag. Bislang konnte man bei gesunden Menschen kein biologisches Programm nachweisen, das zu einer vordefinierten vorbestimmten Alterserkrankung führen würde (vgl. Pohlmann, 2011). Unbestreitbar finden sich aber bei älteren Menschen überzufällige Häufungen bestimmter Krankheitsbilder bis hin zu multiplen Erkrankungen und interagierenden Syndromen. Eine nachlassende körperliche Leistungsfähigkeit wird in diesem Zusammenhang vor allem auf Beeinträchtigungen der inneren und äußeren Organe, des Skeletts und der Leitungssysteme zurückgeführt (vgl. RKI, 2002). Zu den besonders ausgeprägten und erkennbaren Beschwerdekomplessen im Alter gehören Störungen der Gangsicherheit und der allgemeinen Hirnleistung sowie Spätfolgen von Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen, die deutliche Veränderungen der Wohn- und Lebenssituation, aber auch des individuellen Lebensgefühls mit sich bringen können. Studien zum geriatrisch-gerontologischen Screening lassen zudem vermuten, dass ein Teil relevanter Gesundheitsprobleme älterer Patienten gar nicht dokumentiert ist (vgl. Junius, Fischer & Kemnitz, 1995), da viele Störungen in den regulären Routineüberprüfung nicht untersucht werden. Das Ausmaß körperlicher oder psychosomatischer Erkrankungen müssen wir vor diesem Hintergrund als größer ansehen, als es aus den herkömmlichen Statistiken hervorgeht.

Ältere Menschen sind bei der Gesundheitsförderung und Prävention auch dann zu unterstützen, wenn bereits Erkrankungen diagnostiziert oder Symptome eingetreten sind. Gesundheitsbewusste Lebensführung, frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation stellen Variablen dar, die den Eintritt von Krankheit und Behinderung vermeiden oder ihre Folgen lindern sollen. Da sich aufgrund des erhöhten Multimorbiditätsrisikos Erkrankungen eben nicht per se verhindern lassen, geht es nach Dafürhalten des Präventionsforschers Erich Lang (2014, S. 17) vor allem darum, das Alter so lange wie möglich als erträglich und lebenswert anzusehen und in diese Richtung auszugestalten. Eine besondere Herausforderung ist mit der Bewältigung chronischer Erkrankungen verbunden, die über viele Jahre oder auch lebenslang anhalten können. Hier gilt es, vor allem den Verlauf zu beeinflussen und insbesondere fortschreitende Verschlimmerungen zu verhindern. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass nahezu alle Erkrankungen im Alter auch präventive Potenziale aufweisen (vgl. Böhm, Tesch-Römer & Ziese, 2009). Das Ausmaß und die zugrundeliegenden Zeitfenster sind abhängig von der auftretenden Erkrankung einerseits und von dem Kohärenzvermögen der Betroffenen andererseits. Gerade für hochaltrige Personen stellen sich zunehmend

Anforderungen im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention. Auch bei schon bestehenden Einbußen lassen sich neben kurativ und rehabilitativ erforderlichen Akutleistungen dennoch auch primäre Präventionsanteile für noch nicht in Erscheinung getretene Symptome und Neuerkrankungen ausmachen (vgl. Pohlmann, 2015). Selbst bei chronischen Erkrankungen bleibt folglich stets Raum für eine bessere Bewältigung erlittener Einschränkungen sowie für die Vorbeugung noch drohender Veränderungen. Ebenso wie wir von einer Multimorbidität im Alter ausgehen, müssen wir auch eine Multivitalität unterstellen (vgl. Pohlmann, 2010), die eine Prävention langfristig auf unterschiedlichen Funktionsebenen und Zeitdimensionen gestattet. Bisweilen muss sich dazu dann aber auch das Anspruchsniveau der Prävention anpassen, das eben nicht den Vergleich mit jüngeren Generationen sucht, sondern das Optimum der individuell bestehenden Möglichkeiten nutzt (Pohlmann, 2015).

1.1.2 Verhaltens- und Verhältnisprävention

Anton Amann (2006) hat auf das Wechselverhältnis zwischen aktivem Verhalten (Lebensführung) und den kulturellen historischen Gegebenheiten (Lebenswelt) verwiesen. Beide Begriffe lassen sich den Bereichen der *Verhaltens-* und *Verhältnisprävention* (vgl. Schott & Hornberg, 2011) zuordnen. Beide Bereiche sollen im Weiteren näher ausgeführt werden:

Chronisch belastende Lebensstile im Sinne einer destruktiven Lebensgestaltung tragen nicht nur zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko, sondern zudem dazu bei, dass wir auf uns selbst und andere verlebt und vorzeitig gealtert wirken. Dies ist für eine falsche Ernährung, Drogenkonsum, Alkoholabhängigkeit, unzureichende Bewegung, hohe körperliche und psychische Beanspruchung oder auch die Einnahme toxischer Substanzen empirisch gut belegt. Sie bringen ein erhöhtes pathologisches Alterungsrisiko mit sich. Daten des Robert-Koch-Instituts zufolge führt beispielsweise der Konsum von Zigaretten zu einer signifikanten Verkürzung der Lebenserwartung. Wer bereits im Alter von 14 Jahren mit dem Rauchen beginnt und langfristig einen hohen Nikotinkonsum aufweist, verliert rund zwei Jahrzehnte seines Lebens (RKI, 2007). Hier ist die Verhaltensprävention gefordert. Diese erfordert oftmals Überzeugungsarbeit durch Eltern, Bildungs- und Forschungsinstitutionen, Politik und Medien, um Zusammenhänge zwischen Verhalten und Gesundheit verständlich und publik zu machen. Nach dem Prinzip der Eigenverantwortung ist jede Person für ihre Gesundheit mitverantwortlich und kann diese durch ein angemessenes Gesundheitsverhalten verbessern. Sie muss dazu allerdings auch in die Lage versetzt werden, genau dies zu tun. Dazu

gehören Informationen und Anreize. Wenngleich sich Krankheiten selbst bei einem maximalen Gesundheitsverhalten weiterhin einstellen können, ist mit einem späteren Erkrankungszeitpunkt, einer geringeren Symptomausprägung, besseren Heilungschancen oder einem produktiveren Umgang mit den Krankheitsfolgen zu rechnen. In größeren Populationen wirkt sich dies entsprechend auf Mortalitäts- und Morbiditätsraten aus.

Im Rahmen der REFER-Studie (Personal Resources of Elderly People with Multimorbidity) wurde der Frage nachgegangen, was älteren Menschen mit Mehrfacherkrankungen dabei helfen kann, trotz gesundheitlichen Einschränkungen ein selbstständiges Leben mit hoher Lebensqualität und Autonomie zu führen. Hierzu wurden persönliche Ressourcen (Einstellungen und Gedanken wie z.B. Selbstwirksamkeit, Autonomieerleben, Altersbilder) sowie Gesundheit und Gesundheitsverhalten untersucht und hinsichtlich ihrer Wechselwirkungen geprüft. Mittels zwei randomisierter, kontrollierter Erhebungen wurden zudem Interventionsmodule entwickelt und evaluiert, um ältere, mehrfach erkrankte Menschen zu körperlicher Aktivität zu motivieren und konkret darin zu unterstützen, körperlich aktiv zu bleiben oder zu werden. Schüz et al. (2013, S. 106) kommen auf der Grundlage dieser Untersuchungen zu dem Schluss:

„Durch die gezielte Förderung von personalen Ressourcen, hier insbesondere Selbstwirksamkeitserwartungen, individuelle Altersbilder, Überzeugungen und soziale Unterstützung können nachhaltige Veränderungen in individuellen Verhaltensweisen erzielt werden, die sich förderlich auf Gesundheit und damit auf Autonomie und Lebensqualität mehrfach erkrankter Personen auswirken können.“

Je mehr wir umgekehrt über ungesundes Verhalten wissen, umso mehr sind wir entsprechend gefordert, risikobehaftete Handlungen zu unterlassen. Das zumindest wäre ein gesundheitspolitisches Ideal. Leider ist dieses Ideal nicht leicht in der Praxis umzusetzen. Dafür lassen sich verschiedene Gründe anführen. So ist allein das Wissen um Zusammenhänge zwischen Verhalten und Gesundheit noch lange nicht mit einer konsequenten Umsetzung notwendiger Handlungen verbunden. Gerade diejenigen, die als besonders vulnerabel gelten, zeigen oftmals ausgeprägte Widerstände, wenn es um ein gesundheitsorientiertes Verhalten geht. Raucher wissen spätestens nach einem Blick auf die Verpackung der Rauchwaren um die damit verbundenen Risiken. Da aber die problematischen Auswirkungen nicht immer unmittelbar sichtbar überwiegen der kurzfristige Genuss, gegebenenfalls verbunden mit Routinen und Abhängigkeiten. Wäre das Rauchen mit der Gefahr von Spontanamputationen verbunden, würde vermutlich der Anteil der Raucher sinken. Doch selbst derart drastische Auswirkungen garantieren keine

Einsicht oder ausreichende Willensbildung und Verhaltensumsetzung, da die kausalen Zuschreibungen für Krankheit und Gesundheit auf eine Vielzahl von Variablen zurückzuführen sind. Viele Menschen tun sich schwer, wenn entsprechende Zuschreibungen mit der Aufgabe von Gewohnheiten verbunden ist. Vor allem dann, wenn diese Gewohnheiten real oder scheinbar zumindest kurzfristig eine Bedürfnisbefriedigung mit sich bringen. Verschiedene gesundheitswissenschaftliche Modelle machen Aussagen darüber, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit eine Person tatsächlich gesundheitsbewusst handelt. Aufschlussreich erscheint in diesem Zusammenhang das von Reuter und Schwarzer (2009) propagierte Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens (*Health Actions Process Approach*). Sie unterscheiden Motivationsanreize, die die Planung und Aktivierung eines Gesundheitsverhaltens befördern und grenzen dies von Hürden und Barrieren ab, die ein solches Handeln erschweren oder unmöglich machen.

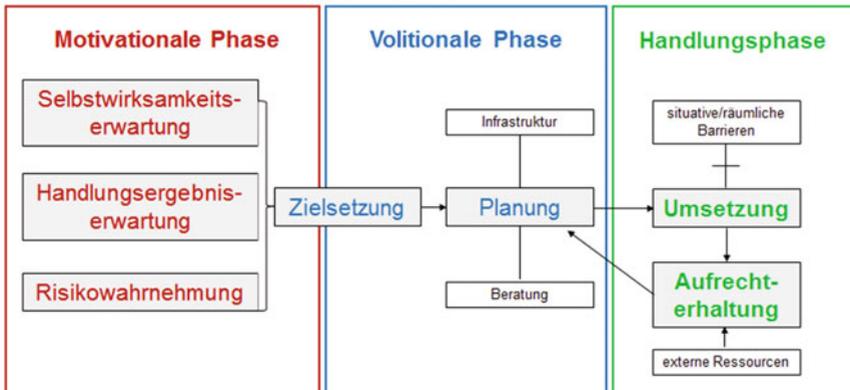


Abb. 1.3: Voraussetzungen für Gesundheitsverhalten in Anlehnung an Reuter & Schwarzer, 2009

Selbst ein subjektives Bewusstsein über Präventionsbedarfe muss sich insofern nicht zwangsläufig auf der Performanzebene niederschlagen. Anreize für ein bewusst gewähltes Gesundheitsverhalten sind dann gegeben, wenn sich die Person zutraut, diese Handlungen auch durchzuführen, die damit verbundenen Risiken gering erscheinen und die Konsequenzen des Verhaltens im Sinne einer Belohnung wirken. Diese Faktoren im Rahmen der motivationalen Phase sind in Lerntheorien bereits hinreichend untermauert worden (vgl. Mazur, 2006). Auf der nächsten Stufe der Willensbildung (volitionale Phase) wird der Handlungsimpuls strategisch geplant. Hier handelt es sich wie bereits in der ersten Stufe um einen kognitiven Vorgang. Er kann durch Beratungsangebote und andere infrastruktural-

relle Hilfe (Hilfsmittel, Assistenz etc.) flankiert werden. In der letzten Phase der Handlungsumsetzung kann das Gesundheitsverhalten noch sehr fragil erscheinen, wenn eigenen Ressourcen nicht für eine längerfristige Aufrechterhalten ausreichen und zudem situative oder räumliche Barrieren genau diese Handlungen empfindlich stören.

Das Modell veranschaulicht, dass für die Gesundheit nicht nur selbst initiiertes Verhalten, sondern auch externe Gegebenheiten zu berücksichtigen sind. Eine allgemeine positive Milieugestaltung trägt infolge dessen zur unmittelbaren Stärkung von Gesundheitschancen bei. Umweltbedingungen wie Gesundheitsversorgung, soziale Unterstützung, Arbeitsanforderungen, Bildungschancen, ökologische Lebensbedingungen, Infektionsrisiko, kriegerische Auseinandersetzungen und ökonomische Sicherung beeinflussen den Alterungsprozess auf vielfältige Weise. Der *Sozialraum*, der all diese Bedingungen umfasst, beeinflusst damit in erheblichem Ausmaß unsere Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken. Betrachtet man die Lebenserwartung in unterschiedlichen Regionen dieser Welt, so lassen sich beispielsweise zwischen Europa und Afrika sehr deutliche Unterschiede ausmachen. Nach Angaben der Vereinten Nationen (UN, 2009) liegt die durchschnittliche Lebenserwartung in Äthiopien rund 23 Jahre niedriger als die Lebenserwartung in Deutschland. Neben der deutlich höheren Kindersterblichkeit verschärfen sich dort im Alter Risiken und Problemlagen und tragen zu einer vorzeitigen Alterung bei. So wirkt sich der Lebensraum einer Person zumindest mittelbar auf die Altersbeschleunigung aus. Nimmt man eine Rangreihe innerhalb der Bevölkerung nach den soziodemografischen Variablen Bildung, Beruf und Einkommen vor, so lässt sich anschaulich zeigen, dass für das unterste Fünftel einer derart geordneten Population ein statistisch mindestens doppelt so hohes Risiko besteht, ernsthaft zu erkranken, zu verunfallen oder vorzeitig zu sterben wie für das oberste Fünftel. Zudem haben arme Menschen eine um etwa sieben Jahre verkürzte Lebenserwartung (Vienken, 2010, S. 17). Dieses Wahrscheinlichkeitsgefälle verweist auf soziale Benachteiligungen mit erheblicher gesellschaftspolitischer Sprengkraft (vgl. Janssen, Swart & Lengerke, 2014). Neben der finanziellen und ausbildungsbezogenen Situation prägt ferner die Wohnsituation den Gesundheitsstatus.

Diese Zusammenhänge werden als sozialer Gradient der Gesundheit bezeichnet. Bereits in den 1970er Jahren ist auf den sozialen Gradienten gesundheitlicher Lebenschancen hingewiesen worden (vgl. Cornia & Pannacia, 2000). Sind in einer Gesellschaft die Lebensbedingungen und die damit verbundenen Lasten und Nutzen ungleich verteilt, sprechen wir von sozialer Ungleichheit (Richter & Hurrelmann, 2006). Gesundheitsrisiken, Verringerung der Lebenserwartung, ökonomische, rechtliche und soziale Benachteiligung und Ausgrenzung finden

sich vor allem für Bevölkerungsgruppen, für die ästhetische, kulturelle und soziale Normen zu einer sozialen Ungleichheit beitragen. Dabei sind all jene Lebensbedingungen auszumachen, die eine Lebenslage definieren und soziale Unterschiede mit sich bringen. Aufbauend auf den Arbeiten von Otto Neurath (1931) hat sich die Untersuchung der Lebenslage zur Analyse sozialer Ungleichheit seit den 1970er Jahren in der empirischen Soziologie fest etabliert.

„Beim Lebenslagenansatz geht es um das Auftreten von Unterversorgungslagen, die je nach Haushaltskonstellation und Dauer der Unterversorgung unterschiedliche Auswirkungen auf das Armutsrisiko haben und manifeste Tatbestände sozialer Ausgrenzung sichtbar machen, aber keineswegs damit gleich zu setzen sind. Defizite in der Theoriebildung und Konstruktion von Indikatoren haben bislang eine unmittelbare Umsetzung des Lebenslagenansatzes in die Sozialberichterstattung erschwert.“ (Voges, 2006 S.5)

Lebenschancen werden beschnitten, sofern sich der Zugang zu Kapital, sozialen Gütern oder sozialen Positionen nicht nach Anstrengung und Leistung einer Person richtet, sondern nur die Gruppenzugehörigkeit den Ausschlag gibt. Soziale Ungleichheit besteht auch dann, wenn einzelne Personen trotz einer bestimmten Gruppenzugehörigkeit nicht prinzipiell davon ausgeschlossen sind, Chancen zu nutzen, sie aber prinzipiell mehr Aufwand dafür benötigen. Um die Potenziale einer Gesellschaft nutzbar zu machen, müssen sich Entscheidungen und Handlungen nach den Bedürfnissen aller Altersgruppen richten. Dies setzt die konsequente Einhaltung einer Generationengerechtigkeit voraus. Sie ist der Seismograf für die Belastbarkeit und Funktionstüchtigkeit einer Gesellschaft und macht die wohl schwerwiegendste Aufgabe für die Sozialgerontologie aus (vgl. Pohlmann, 2011). In Anlehnung an Immanuel Kants Kritik der reinen Vernunft (1787) ist Gerechtigkeit erst dann erreicht, wenn sie für alle gilt. Generationengerechtigkeit umfasst insofern die moralische Verantwortung gegenüber vergangenen und zukünftigen Generationen. Obgleich in der Forschung zahlreiche Faktoren isoliert werden konnten, die soziale Ungleichheit befördern, und obwohl deutliche Zusammenhänge zur Gesundheit aufgedeckt werden konnten (vgl. Kümpers, 2008), fehlen bis heute passgenaue Ansätze, die eine genaue Vorhersage und systematische Beeinflussung von Gesundheit im Alter erlauben würden. Zu dieser Interpretation gelangt auch der Hamburger Medizinsociologe Olaf von dem Knesenbeck:

„Während in den letzten Jahren einige Arbeiten zur Beschreibung von gesundheitlicher Ungleichheit im höheren Lebensalter entstanden sind, besteht ein deutlicher Mangel an Studien, die sich damit beschäftigen, welche spezifischen Erklärungsansätze für den sozialen Gradienten von

Morbidität und Mortalität im höheren Lebensalter in Frage kommen bzw. welchen Beitrag die vorwiegende in Bezug auf das mittlere Erwachsenenalter diskutierten Faktoren (soziale Selektion, materielle Lebensbedingungen, Gesundheitsverhalten, psychosoziale Faktoren) zur Erklärung von sozial bedingten Morbiditäts- und Mortalitätsunterschieden im höheren Lebensalter leisten.“ (von dem Knesenbeck 2008, S.129)

1.1.3 Biopsychosoziale Dimensionen der Prävention

Vielfach wird Prävention auf ihre somatischen Anteile hin reduziert. Demgemäß existieren diverse Programme, die sich mit der Aufrechterhaltung von Gesundheit in verschiedenen körperlichen Regionen von Kopf bis Fuß befassen – etwa von der Kariesprävention im Bereich der Mundgesundheit bis hin zur Vermeidung von Dermatophyten von Haut, Haaren und Nägeln. Diese Präventionsangebote leisten mit ihrer Fokussierung einen wichtigen Beitrag zur Volksgesundheit. Gleichwohl geht Prävention über diese einzelnen Beiträge deutlich hinaus und muss zusätzlich weitere Dimensionen berücksichtigen, die auch im Hinblick auf ihre Wechselwirkungen stärker als bislang in die bestehenden Leistungspaketen einbezogen werden sollten.

Die Weltgesundheitsorganisation hat ihrer internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ein Orientierungsraster vorgelegt, das die Multidimensionalität von Gesundheit dingfest zu machen versucht. Damit wurde in einer einheitlichen, standardisierten Sprache eine Beschreibung von gesundheitsbezogenen Zuständen präsentiert (WHO, 2001). Als Zielsetzung dieser Klassifikation wird genannt:

„Die ICF wurde als Mehrzweckklassifikation für verschiedene Disziplinen und Anwendungsbereiche entwickelt. Ihre spezifischen Ziele können wie folgt zusammengefasst werden:

- Sie liefert eine wissenschaftliche Grundlage für das Verstehen und das Studium des Gesundheitszustands und der mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände, der Ergebnisse und der Determinanten;*
- Sie stellt eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung des Gesundheitszustands und der mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände zur Verfügung, um die Kommunikation zwischen verschiedenen Benutzern, wie Fachleuten im Gesundheitswesen, Forschern, Politikern*

und der Öffentlichkeit, einschließlich Menschen mit Behinderungen, zu verbessern;

- Sie ermöglicht Datenvergleiche zwischen Ländern, Disziplinen im Gesundheitswesen, Gesundheitsdiensten sowie im Zeitverlauf;
- Sie stellt ein systematisches Verschlüsselungssystem für Gesundheitsinformationssysteme bereit.

Diese Ziele stehen miteinander in Beziehung, zumal der Bedarf an und die Anwendung der ICF die Entwicklung eines sinnvollen und praktischen Systems erfordert, das von unterschiedlichen Anwendern auf den Gebieten der Gesundheitspolitik, Qualitätssicherung und Ergebnisevaluation in unterschiedlichen Kulturen genutzt werden kann.“ (DIMDI 2005, S. 11)

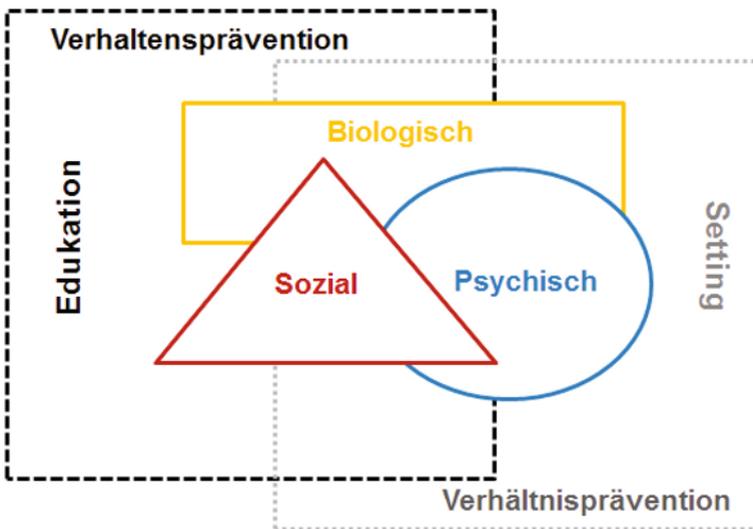


Abb. 1.4: Dimensionen von Gesundheit und Prävention

Das so genannte bio-psycho-soziale Modell der Funktionsfähigkeit und Behinderung bildet den Grundgedanken der ICF (vgl. Cieza & Stucki, 2005). Es integriert verschiedene Perspektiven der Funktionsfähigkeit und Gesundheit in einer einheitlichen, kohärenten Sichtweise. Sie verknüpft die Komponenten Gesundheit, Körperfunktions- und -strukturen, Aktivitäten, Partizipation, Umweltfaktoren

und personenbezogene Faktoren in einem komplexen dynamischen Interaktionsgeflecht miteinander und versteht den Menschen als handelndes und Einfluss nehmendes Subjekt. Zum Erhalt der individuellen Funktionsfähigkeit bedarf es im jeweiligen Kontext von Umwelt- und Personenfaktoren unterschiedlicher Unterstützung.

Das Modell beschreibt die wechselseitigen Beziehungen zwischen Krankheit und Behinderung auf der einen und biologischen, psychischen und sozialen Determinanten auf der anderen Seite. [Abbildung 1.4](#) setzt diese Dimensionen zudem mit der oben genannten Unterscheidung von Verhaltens- und Verhältnisprävention in Beziehung und stärkt damit die Bedeutung einer gesundheitlichen Aufklärung und Beratung (Eduktion) wie die Schaffung einer altersgerechten Umwelt (Setting). Erst durch die Berücksichtigung dieses komplexen Zusammenspiels lassen sich Vorgehensweisen für eine Prävention im Alter ableiten, die sich auf multimodale Interventionen stützen muss. Zugrunde liegt ein salutogenes und zugleich ganzheitliches Grundverständnis, das Gesundheit und Krankheit als Extrempunkte eines Kontinuums versteht und dem Individuum einen aktiven Part beim Erhalt und der Förderung von Gesundheit einräumt, ohne die Kontextbedingungen außer Acht zu lassen. Ralf Brinkmann fasst zusammen:

„Dem Modell entsprechend werden das Schmerzerleben, die Wahrnehmung von Krankheitssymptomen, die Bereitschaft den Arzt aufzusuchen und nach der Diagnose seinen Rat zu befolgen sowie vieles andere mehr von psychischen und sozialen Faktoren beeinflusst. Zu den psychischen Variablen zählen Emotionen (z.B. Ärger, chronische Angst, Depressionen, Schmerzwahrnehmung) und Kognitionen (z.B. Vorstellungen vom Krankheitsverlauf oder Verhaltensweisen, die zur Genesung führen). Die drei Bereiche des Modells sind miteinander verbunden und beeinflussen sich wechselseitig. Änderungen in einem Einzelbereich haben Wirkung auf alle anderen. Im biopsychosozialen Modell sind Krankheit oder Gesundheit keine Zustände, sondern ein dynamischer Prozess, der zu jeder Sekunde im Leben ‚erschaffen‘ werden muss. Insofern kann ein Ereignis, das zunächst in einer Dimension auftritt, die anderen Dimensionen zeitgleich oder zeitverzögert beeinflussen.“ (Brinkmann 2014, S. 31)

Es braucht vor diesem Hintergrund vermehrt Ansätze, die Gesundheitsthemen auch unter Berücksichtigung ihrer biopsychosozialen Dimensionen betrachten und dazu beitragen, Potenziale des Alterns verstärkt nutzbar zu machen und Krisen effizienter zu bewältigen (vgl. Pohlmann, 2010). Soziale Verluste wie der Tod eines nahen Angehörigen, Isolation und Zukunftsangst prägen insofern ebenso Gesundheitsoptionen, wie die Einbindung in ein soziales Netzwerk, Möglichkei-

ten zur politischen und kulturellen Teilhabe und die Hoffnung auf ein produktives Leben (Tesch-Römer & Wurm, 2009, S. 16). Insofern ist der Aufbau eines funktionierenden Nachbarschaftsnetzwerkes unter Umständen genauso wichtig wie eine effiziente Medikation oder die persönliche Einschätzung der persönlichen Situation. Der Gesundheitsstatus älter werdender Menschen lässt sich deshalb nicht allein an einer Diagnose oder den gegebenen äußeren Umständen ablesen.

Die psychische Gesundheit älterer Menschen wird nach wie vor zu selten im Hinblick auf Prävention hin beachtet. In dem renommierten Sammelband von Vern Bengtson und Warner Schaie, das als Handbuch der Alterstheorien zu den Standardwerken der Gerontologie zählt, konstatieren Gatz und Zarit in einem Beitrag über die Anwendung und Potenziale von Alterstheorien:

„We have posed and tried to answer the question of how to have a good old age. We argued that this question is fundamentally psychological, both because well-being is a psychological construct and because the development of good habits is built on psychological principles. We proposed the concept of the previously normal life for understanding psychopathology and the potential for treatment and prevention in late life. Although first onset of mental health problems in later life is more likely to be indicative of a biological source, older patients may have greater psychological, social, and economic resources that can be of assistance in confronting the problem.“ (Gatz & Zarit, 1999 S. 411)

Die Akzentuierung psychischer Faktoren darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass biosoziale Aspekte stetig auf die psychische Gesundheit einwirken. Schätzungsweise ein Viertel der über 65-Jährigen leidet unter einer psychischen Störung irgendeiner Art (Saß, Wurm & Ziese, 2009, S. 31). Abgesehen von Demenzen erkranken über 65-Jährige allerdings nicht häufiger an psychischen Störungen als jüngere Altersgruppen. Der Anteil entspricht in etwa der Prävalenz im mittleren Lebensalter. Die Gerontopsychiatrie als Handlungsfeld stellt die Verbindung zur psychosozialen und vorrangig ambulant orientierten Altenhilfe und zur eher stationär ausgerichteten medizinisch-pflegerischen Geriatrie her. Noch ist diese Verknüpfung nicht zufrieden stellend geglückt. So zeigt sich für die Unterstützung psychisch erkrankter Menschen im Alter ein eher desolates Bild (vgl. Jacoby & Oppenheimer, 2002). Die komplexen ambulanten und stationären Leistungen entsprechen in Teilen weder den erforderlichen Standards noch den aktuellen Anforderungen an eine bedarfsgerechte und an den individuellen Bedürfnissen orientierte Hilfe. In einigen Fällen erscheinen institutionell ausgebaute Heime eher als Aufbewahrungsorte ohne altersangemessene therapeutische Ausrichtung (Pohlmann, 2011). Weiterhin fehlen verbindlich koordinierte ambulante Angebote.

Lange Zeit hat man zudem viele krankheitswertige Veränderungen im Alter nicht hinreichend ernst und als naturgegebenes und gleichsam unabwendbares Schicksal abgetan. Erst mit der Unterscheidung von John Rowe und Robert Kahn (1998) konnte eine breitenwirksame Änderung dieser Sichtweise herbeigeführt werden. Mit ihrem Modell hat sich eine Differenzierung in drei Alternsentwicklungen durchgesetzt. Sie unterscheiden krankheitswertige Alterungsprozesse von einem normalen oder einem erfolgreichen Altern. Normales Altern wird zwar als krankheitsfrei verstanden – dennoch weist es einen relativ hohen Risikostatus auf. Prävention soll nun gerade zu einem erfolgreichen Altern beitragen und hierbei funktionale Beeinträchtigungen verhindern, ein hohes geistiges und körperliches Funktionsniveau erhalten und ein aktives Engagement im täglichen Leben ermöglichen. Erfolg im Altern definiert sich somit nicht nur über die Abwesenheit von Krankheit oder eine bestehende Alltagskompetenz, sondern gerade in der Kombination mit einer aktiven Lebensgestaltung. Jedoch sind eben nicht allein biologische Kriterien maßgeblich für ein erfolgreiches Alter(n). Stattdessen sind Konstrukte wie Lebensqualität und Wohlbefinden aussagekräftiger, weil sich in ihnen neben biologischen eben auch psychosoziale Komponenten vereinigen.

1.2 Präventionszielgruppen

Insgesamt sind Maßnahmen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung für die Zielgruppe älterer Menschen bislang nur punktuell verankert. Der Wunsch nach einem Ausbau präventiver Interventionen zeigt sich sowohl bei den älteren Kunden solcher Angebote als auch bei den professionellen Akteuren dieser Dienstleistungen (vgl. Gerlinger et al., 2010). Der Bedarf ist hier bei weitem nicht abgedeckt, und Präventionspotenziale werden im Alter nur unzureichend ausgeschöpft. Die Maßnahmen erreichen besonders vulnerable Zielgruppen nicht oder nur mit gravierendem Zeitverzug. Dort wo erfolgreiche, gesundheitsfördernde Modelle existieren, ist es noch zu selten gelungen, diese zu verstetigen und überregional auszuweiten. Erst unter Berücksichtigung zielgruppenspezifischer Bedarfslagen, von Bedürfnissen und Risikofaktoren lassen sich passgenaue Präventionsansätze entwickeln. Aus diesen Gründen ist es ratsam, die heterogene Zielgruppe der Prävention im Alter genauer in den Blick zu fassen und einige Differenzierungen vorzunehmen.

Wie unterschiedlich sich das Alter(n) gestalten kann, hängt unter anderem von der Entwicklung der physischen und kognitiven Leistungsfähigkeit eines Menschen ab, aber auch von seinem Lebensstil sowie von seinen materiellen Ressourcen (Pohlmann, 2011). Unterschiedliche Formen des Alterns sind Ausdruck lebenslanger Entwicklungsprozesse, deren Verlauf – wie oben dargestellt – zu

einem guten Teil durch biopsychosoziale Faktoren bestimmt und durch bewusstes Handeln beeinflussbar ist. Obgleich persönliche, biografische, kulturelle, gesundheitliche, genetische und historische Aspekte den Alternsprozess prägen, lassen sich systematische Benachteiligungen für bestimmte Subgruppen in unserer Gesellschaft nachweisen, die sich im Alter als besonders problematisch erweisen können. Besonders zu berücksichtigen sind an dieser Stelle geschlechts- und kulturspezifische Besonderheiten. Anpassungen der Präventionsleistungen sind hierbei aus vielerlei Gründen nötig. Die demografischen Entwicklungsunterschiede zwischen Männern und Frauen sind in der Fachdiskussion mit dem Slogan „Das Alter ist weiblich“ zusammengefasst worden (vgl. Tews, 1999). Diese Formulierung hat zu einer Reihe von Missdeutungen beigetragen. Die höhere Lebenserwartung von Frauen von durchschnittlich fünf Jahren bedeutet nicht, dass Alter(n)sfragen allein Frauen betreffen und politische Diskussion lediglich Frauen adressieren müssten. Vielmehr sind die Fragen zu stellen, ob Frauen und Männer unterschiedlich altern, wo sich geschlechterspezifische Unterschiede niederschlagen und inwiefern sie bezogen auf das höhere Lebensalter an Bedeutung gewinnen. Anders als im englischsprachigen Raum haben sich in Deutschland, Österreich und in der Schweiz alter(n)swissenschaftlich orientierte Forschungsansätze mit dem Themenschwerpunkt Gender erst sehr spät herausgebildet (vgl. Backes, 2002). Noch ist daher die Zahl von relevanten Arbeiten auf diesem Gebiet überschaubar. Es zeichnen sich dennoch trotz erheblicher Forschungslücken in bestimmten Feldern schon jetzt besorgniserregende Unterschiede zwischen Männern und Frauen ab, die auf eine systematische, geschlechterbezogene Benachteiligung im Alter hinweisen. Eine schlechtere Versorgungs- und Einkommenslage älterer Frauen macht sie vulnerabler. Gleichzeitig bestehen gerade für hochaltige Männer verschärfte Risikolagen (vgl. Trommer, 2010). Zudem bestehen bei Alleinstehenden Geschlechtsunterschiede in der Selbständigkeit der privaten Haushaltsführung und sozialen Partizipation (vgl. Baas, Schmitt & Wahl, 2008).

Ein besonderer Handlungsdruck im Feld der Prävention (vgl. Fraser, 2000) besteht durch folgende Situationsbeschreibung. Über 65-Jährige Frauen verfügen durchschnittlich über ein geringeres Niveau allgemeiner und beruflicher Bildung im Vergleich zu ihren männlichen Altersgenossen (vgl. Rosenbrock & Gerlinger, 2014). Aufgrund ihrer geringeren Qualifikationen haben sie einen schlechteren Zugang zu gut bezahlten Arbeitsplätzen erhalten. Vermehrte Familienarbeit sowohl für die eigenen Kinder und Enkelkinder als auch für betreuungsbedürftige Eltern hat Erwerbsbiografien unterbrochen oder beendet und Rentenanwartschaften systematisch in diesen Generationen verringert. Die begrenzte Beteiligung an Entscheidungsfindungen und in der politischen Interessenvertretung gibt äl-

teren Frauen weniger Raum zur Artikulation eigener Bedürfnisse und Interessen. Während sich im Verlauf der Emanzipationsbewegung das Frauenbild erheblich gewandelt und zu einer deutlichen Erweiterung des Rollenbilds geführt hat, erscheinen dagegen männliche Rollenbilder eher zementiert und wenig wandlungsfreudig (vgl. Pohlmann, 2011).

Jede Kultur verfügt über eigene altersbezogene Symbole, Rituale und Einstellungen, die zu einer eigenen Interpretation des Alters und der damit zusammenhängenden Problemlagen beitragen. Ältere Migranten weisen in Deutschland ein mehr als dreifach höheres Armutsrisiko auf als die deutsche Bevölkerung im gleichen Alter (vgl. RKI, 2008). Darüber hinaus besteht ein erhöhtes Gesundheits- und Pflegeabhängigkeitsrisiko (vgl. Bauer & Büscher, 2008). Im nationalen Integrationsplan (NIP) wird die Frage der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung älterer Migrantinnen und Migranten als eine zentrale integrationspolitische Aufgabe hervorgehoben (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2007). Sprachbarrieren machen die Nutzung von Gesundheitsleistungen zudem komplizierter und erschweren die Information über gesundheitsförderndes Verhalten. Die derzeitigen Flüchtlingswellen in Europa führen auch in Deutschland zu enormen Herausforderungen. Nach Einschätzung des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) müssen die bisherigen Prognose für die Zahl von Flüchtlingen deutlich nach oben korrigiert werden. Im Jahr 2014 stellten 173.000 Asylsuchende einen Erstantrag. Das waren 63.000 mehr als im Jahr zuvor (BAMF 2015, S. 5). Mit der später einsetzenden Flüchtlingswelle hat Niemand wirklich gerechnet. Für 2015 rechnet die Bundesregierung mit mehr als 800.000 Flüchtlingen für Deutschland. Diesen Zahlen geht über alle damaligen Vorhersagen hinaus und stellen Gesamteuropa vor dramatische Herausforderungen. Gleichzeitig liegt darin auch eine demografische Chance, denn der überwiegende Teil (70,5 Prozent) der Antragsteller ist jünger als 30 Jahre alt (BAMF 2015, S. 21). Wie sich die Zahlen für die weiteren Jahre entwickeln, bleibt abzuwarten. Damit stellen sich aber gerade für die Prävention verschärfte Anforderungen, die bislang in keiner Weise systematisch angegangen werden.

Das Etikett des Alters wird für ein höchst unterschiedliche Gruppe vergeben. Die damit zusammengefassten Personen unterscheiden sich auf individueller Ebene hinsichtlich ihrer Risiken und Chancen, und im Gruppenvergleich lassen sich unterschiedliche Generationen ausmachen. Insgesamt ist das Konstrukt des Alters schwerer zu fassen, als dies auf den ersten Blick erscheinen mag, da es über die rein kalendarische Unterscheidung hinausgeht. So wissen wir von vielfältigen anderen Einteilungsmöglichkeiten (vgl. dazu ausführlich Pohlmann, 2011). Die in einer Gesellschaft bestehenden impliziten Einstellungen gegenüber dem Alter