

Kapitel VI

Gesundheit im Alter: Subjektive Deutung in unterschiedlichen Lebenswelten

Andreas Kruse, Eric Schmitt, Beate Wild,
Gabriele Becker, Dimitrios Kampanaros

Zusammenfassung In diesem Kapitel wird Gesundheit vor allem aus der Perspektive des individuellen Gesundheitsverhaltens sowie der individuellen Sicht auf personale und gesellschaftliche Einflussfaktoren von Gesundheit betrachtet; darüber hinaus werden diese beiden Deutungen in Beziehung zu sozialstrukturellen Merkmalen gesetzt. Es wird mit einer anthropologischen Betrachtung von Gesundheit begonnen, wobei hier vor allem Beiträge angeführt werden, die ein umfassendes Verständnis der Person und ihrer Lebensbezüge in das Zentrum der Analyse rücken. Zudem werden grundlegende Aussagen zur Prävention getroffen, mit denen veranschaulicht werden soll, wie Gesetzgeber und unterschiedliche Gesundheitsdisziplinen das präventive Potenzial im Lebenslauf deuten. Die weiteren Schritte sind empirisch-analytischer Art. Es werden – auch auf der Grundlage von Clusteranalysen – verschiedenartige Formen des Gesundheitsverhaltens wie auch der Deutung von personalen und gesellschaftlichen Einflussfaktoren von Gesundheit differenziert. Diese unterschiedlichen Formen machen nicht nur deutlich, dass Menschen mit ihrer Gesundheit (sowohl in gesundheitsförderlichen und präventiven, als auch in medizinisch-therapeutischen und rehabilitativen Aspekten) auf sehr verschiedenartige Art und Weise umgehen, sondern auch die Beeinflussbarkeit ihrer Gesundheit sehr unterschiedlich deuten. Wie die Analysen weiterhin zeigen, sind Verhaltens- und Deutungsmuster in hohem Maß von sozialstrukturellen Variablen (so zum Beispiel Schichtzugehörigkeit) beeinflusst, die somit auch im Sinne von (engeren oder weiteren) Handlungsspielräumen interpretiert werden können, die sie eröffnen.

Schlagwörter Gelegenheitsstrukturen, Gesundheitsverhalten, Lebenswelt, Potenziale des Alters, Prävention

Abstract In this chapter, health is considered primarily from the perspective of individual health behaviour as well as the individual view of personal and social factors influencing health; in addition, these two interpretations are placed in relation to social-structural characteristics. The chapter begins with an anthropological view of health, concentrating on contributions which delineate a comprehensive understanding of the person and his or her life relations. In addition, basic statements on prevention are made to illustrate how legislators and different health disciplines interpret the preventive potential in the different phases of the life course. The subsequent steps are empirically driven. Different forms of health behaviour as well as the interpretation of personal and social factors influencing health are differentiated – also on the basis of cluster analyses. These different forms not only

make it clear that people deal with their health (in health-promotion and preventive care as well as in medical-therapeutic and rehabilitative aspects) in very different ways, but also interpret very differently the extent to which their health can be influenced. As the analyses further show, patterns of behaviour and interpretation are influenced to a large extent by social-structural variables (such as social class), which can thus also be interpreted in terms of the (narrower or wider) “scope for action” that they open up.

Keywords Health behaviour, living environment, opportunity structures, potentials in old age, prevention

VI.1 Was ist Gesundheit? Eine anthropologische Annäherung

Hans-Georg Gadamer¹ ging von der Annahme aus, dass dem „gesunden Menschen“ das Wesen der Gesundheit *verborgen* bleibe: Auf die Frage hin, was er unter Gesundheit verstehe, könne dieser keine differenzierte Antwort geben. Erst im Falle eingetretener Erkrankungen erhelle sich dem Menschen, was er unter Gesundheit verstehe – und zwar das, „was ihm derzeit fehlt“. Dem gesunden Menschen bleibe die Gesundheit *verborgen*; daraus erwachse die für die Gesundheitsförderung und Prävention bedeutende Aufgabe, sich schon in Zeiten der Gesundheit mit der Frage zu beschäftigen, durch welche Merkmale sich Gesundheit *im eigenen Verständnis auszeichne*, was man selbst dafür tun könne, um Gesundheit zu erhalten. Zudem solle der Mensch schon früh nach Antworten auf die Frage suchen, inwieweit sich *verschiedene Dimensionen* von Gesundheit differenzieren lassen, zum Beispiel eine körperliche, funktionelle, seelisch-geistige Dimension. Im Falle eingetretener Erkrankungen sei diese Differenzierung wichtig: Denn auch dann, wenn auf der körperlichen Dimension Einbußen und Störungen eingetreten seien, könne sich auf der funktionellen, vor allem aber auf der seelisch-geistigen Dimension weiterhin ein hohes Entwicklungspotenzial zeigen, das als Merkmal von Gesundheit zu verstehen sei. Einer der Verfasser dieser Arbeit hat als Ergebnis einer eigenen Untersuchung zur Bewältigung chronischer Erkrankungen im Alter zwischen vier Dimensionen differenziert, die bei der Analyse des Krankheitsgeschehens und der Bewältigung dieses Geschehens zu berücksichtigen sind: der körperlichen, kognitiven, emotionalen und existenziellen Dimension.² Diese Differenzierung spiegelt sich auch in der von Hans-Georg Gadamer getroffenen Aussage wider, wonach die Behandlung des Leibes nicht möglich sei ohne die Behandlung der Seele und ohne das Wissen um das ganze Sein. Sie zeigt sich zudem in einer Schrift von Hans-Georg Gadamer zum Wesen des Schmerzes,³ in der er – der zeit seines Lebens mit zum Teil schweren Schmerzen zu kämpfen hatte – darlegt, dass der Schmerz das Leben umgreife und den Menschen ständig neu herausfordere.

1 Gadamer (1993)

2 Kruse (1987)

3 Gadamer (2003)

Der Schmerz verlange viel vom Menschen – vor allem, nicht den Mut aufzugeben. Wem dies gelinge, der könne die Schmerzen „verwinden“. Dies bedeute im Kern eine „Meisterung“ der Schmerzen.

Damit ist auch ausgesagt, dass Gesundheit *selbst im Falle von Krankheit bestehen* kann. Diese Aussage bildet den Kern der von Aaron Antonovsky entwickelten Theorie der Salutogenese, die den *Kohärenzsinn* als jenen psychischen Mechanismus identifiziert, der zur Erhaltung seelischer Gesundheit auch unter dem Einfluss zum Teil extremer Stressoren beiträgt.⁴ Die Fähigkeit zur Erhaltung von Gesundheit auch im Falle von Krankheit wird dabei von Antonovsky wie folgt umschrieben: „Wir alle sind sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, gesund. Der Verlust von Gesundheit ist natürlich; um den Erhalt der Gesundheit muss gekämpft werden. Was macht, was erhält einen Menschen gesund?“⁵ In ganz ähnlicher Weise ist bei Viktor von Weizsäcker zu lesen: „Gesundheit ist eben nicht ein Kapital, das man aufzehren kann, sondern sie ist überhaupt nur dort vorhanden, wo sie in jedem Augenblick des Lebens erzeugt wird. Wird sie nicht erzeugt, dann ist der Mensch bereits krank.“⁶ Ähnlich wie Antonovsky betont auch Viktor von Weizsäcker die (physischen, kognitiven, emotionalen, sozialen) *Ressourcen* des Menschen, die diesen in die Lage versetzen, Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen – diesem weiten Verständnis von Ressourcen liegt dabei ein umfassendes Person-Konzept zugrunde.

Für einen theoretisch-konzeptionellen Zugang zur Gesundheit im Alter sind das weite Ressourcenverständnis und das umfassende Person-Konzept in der Hinsicht bedeutsam, als das Wohlbefinden des Menschen in zunehmendem Maße von dessen Fähigkeit beeinflusst ist, gesundheitliche und funktionelle Einbußen seelisch-geistig zu verarbeiten oder zu bewältigen – dies gilt vor allem für das hohe Alter, in dem die Wahrscheinlichkeit des Auftretens chronischer körperlicher und psychischer Erkrankungen zunimmt.⁷ Der Einsatz von Ressourcen mit dem Ziel, Einbußen möglichst weit zu kompensieren und eine persönlich tragfähige (optimistische, hoffnungsvolle, bejahende) Zukunftssicht aufrechtzuerhalten, bildet einen zentralen psychischen Mechanismus für die Wahrung oder Wiederherstellung von Gesundheit im Falle von Krankheit.

Ludolf Krehl, Begründer einer medizinischen Anthropologie, die das *Subjekt* in das Zentrum der Theorie stellt, entwickelt folgendes Verständnis von Krankheit: Jeder Krankheitsvorgang stelle etwas Neues dar, „das so noch nie da war und so nie wieder sein wird“.⁸ Dies habe im Einzelfalle die medizinische Betrachtung zu erweisen. Diese beschäftige sich mit „zwei Reihen von Vorgängen“: mit den allgemeinen Beziehungen der Morphologie, Physiologie, Ätiologie und Pathogenese im menschlichen

4 Antonovsky (1979, 1987)

5 Antonovsky (1997)

6 Weizsäcker (1933/1987), S. 294

7 Kruse (2017)

8 Krehl (1906)

Organismus wie auch mit der „Umgestaltung des typisch Menschlichen“ durch die Persönlichkeit des Individuums. Hier spiegelt sich das umfassende Person-Konzept wider, das auch im Verständnis des experimentell arbeitenden Mediziners grundlegend für die Deutung von Krankheiten, deren Verlauf und deren Bewältigung ist.

Aus dem umfassenden Person- und Ressourcenansatz ergeben sich unmittelbare Folgerungen für die Interaktion zwischen der Patientin / dem Patienten einerseits und jenen Personen, die für dessen Behandlung oder Heilung verantwortlich sind, andererseits. In der Tradition dieser medizinischen Anthropologie stehend, hat Richard Siebeck⁹ die „ärztliche Seite“ dieser Interaktion wie folgt charakterisiert: Gesundheit und Krankheit müssten in ihren vielgestaltigen Beziehungen und Zusammenhängen betrachtet werden. Das persönliche Wesen der Patientinnen und Patienten sowie die biografischen und sozialen Zusammenhänge seien hier von großer Bedeutung. Ärztinnen und Ärzte müssten Erlerntes und Erfahrenes, Erkanntes und Empfundenes, Bewusstes und Unbewusstes zusammenführen; in dieser *seelisch-geistigen Bewegung* würden diese hervorheben, was ihnen „wesentlich“ erscheine.

Eine bemerkenswerte Deutung des Arzt-Patienten-Verhältnisses findet sich in den Aufzeichnungen des jüdischen Arztes Mosche ben Maimon (Moses Maimonides, 1135–1204). Damit Heilung (auch im Sinne des Heilseins verstanden) gelingt, müssten Arzt und Patient in ein rechtes Verhältnis zueinander kommen und den Bezug zu einem übergeordneten Ziel des Lebens gefunden haben.¹⁰ Diese Deutung diene einem der Verfasser dieses Beitrags als Grundlage für folgendes Verständnis von Gesundheit: Diese sei nicht unser höchstes Gut; sie solle vielmehr dazu dienen, unser Leben in den Dienst anderer Menschen, einer Idee, einer Sache zu stellen – und damit unser höchstes Gut zu verwirklichen.¹¹ Dies heißt: Aus der Gesundheit erwächst auch Verantwortung – für das eigene Leben (Selbstverantwortung) wie für das Leben anderer (Mitverantwortung).

In einem anthropologischen Beitrag des US-amerikanischen Medizinethikers Daniel P. Sulmasy¹² wird der Aspekt der *Beziehung* ins Zentrum des Verständnisses von Gesundheit gerückt. Diesem Verständnis zufolge ist Krankheit nicht einfach mit einer Schädigung des Organismus und daraus hervorgehenden Symptomen und Funktionseinschränkungen gleichzusetzen. Vielmehr ist Krankheit im Sinne von gestörten Beziehungen innerhalb und außerhalb der Person zu verstehen. Dabei differenziert Sulmasy zwischen vier verschiedenen Beziehungen – und zwar jenen zwischen

- (1) verschiedenen Organsystemen,
- (2) Seele / Geist und Körper,
- (3) Individuum und Umwelt sowie
- (4) Individuum und Transzendenz.

9 Siebeck (1973)

10 Maimonides (1992); Hayoun (1999); Heidrich (2010)

11 Kruse (2009a, b)

12 Sulmasy (2002)

Vor dem Hintergrund dieser Differenzierung zwischen verschiedenen Beziehungsformen beschreibt der Prozess der „Heilung“ die Wiederherstellung von Beziehungen, wobei in Bezug auf die beiden letztgenannten Beziehungsformen nur dann von Wiederherstellung gesprochen werden kann, wenn der Patient diese als persönlich bedeutsam und sinnstiftend erfährt. Sulmasy¹³ hebt hervor, dass sich Heilung somit nicht allein auf die Aufhebung oder Linderung organischer Störungen beschränkt. Ein *holistischer Heilungsansatz* schließt auch die Konzentration auf mögliche Störungen zwischen Seele / Geist einerseits und dem Körper andererseits („Ich fühle mich in meinem Körper fremd“, „Ich fühle mich als Gefangener meines Körpers“), zwischen Individuum und Umwelt („Ich kann mich in der gegebenen räumlichen Umwelt nicht mehr selbstständig bewegen“, „Ich fühle mich meinen Familienangehörigen gegenüber unterlegen“) sowie zwischen Individuum und Transzendenz („Ich finde nichts mehr, was mein Leben trägt“, „Mein Glauben droht mir abhanden zu kommen“) ein.

VI.2 Gesundheit im Alter

Körperliche und geistige Gesundheit sind gerade im Alter (prinzipiell aber in allen Lebensaltern) als Ergebnis eines komplexen Zusammenwirkens von im Einzelfall sehr unterschiedlich ausgeprägten Person- und Umweltbedingungen sowie von Potenzialen und Vulnerabilitäten zu verstehen.¹⁴ Die Potenziale (zum Beispiel im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung sowie der Entwicklung von Wissenssystemen) und Vulnerabilitäten (zum Beispiel im körperlichen oder kognitiven Bereich) beeinflussen sich in ihrem Verlauf zum Teil gegenseitig, in Teilen sind sie aber auch unabhängig voneinander; sie werden vom Individuum zum Teil als unabänderlich, zum Teil als beeinflussbar und damit als ein Bereich der Selbstgestaltung von Entwicklung gedeutet.¹⁵ Die körperliche Leistungsfähigkeit und Anpassungsfähigkeit nehmen nicht ab einem bestimmten Lebensalter *plötzlich* ab, sondern sie gehen *allmählich* zurück, wobei im Alternsprozess auftretende Verluste durch gesundheitsförderliches Verhalten, wenn auch nicht vermieden, so doch *verzögert* und in Teilen *kompensiert* werden können. Die psychische Entwicklung kann in allen Lebensaltern durch Erkrankungen, durch kritische Lebensereignisse sowie durch langwierig bestehende emotionale Belastungen erheblich erschwert oder beeinträchtigt werden. Psychische Probleme und Erkrankungen können auf sehr anspruchsvolle aktuelle Situationsbedingungen zurückgehen, die sich aus der zunehmenden Verletzlichkeit des Alters und der Konfrontation mit Grenzsituationen im Alter ergeben, sie können aber auch (stärker) altersunabhängig auftreten oder problematische Entwicklungsprozesse im Lebenslauf

13 Sulmasy (2009)

14 Bozzaro et al. (2018); Wahl et al. (2012); Wrzus et al. (2016)

15 Freund & Hennecke (2015)

widerspiegeln. Mit dem Verweis auf den „individuellen Lebenslauf“ können Entwicklungsprozesse über die Lebensspanne sowohl als Ergebnis sozialer Normierung oder kultureller Konstruktion als auch als Ergebnis der individuellen Aufschichtung von Erfahrungen oder als Resultat von Bemühungen um eine Gestaltung eigener Entwicklung analysiert werden. Der Verlauf von Alternsprozessen und die im Zuge lebenslanger Veränderung eher zu- als abnehmenden interindividuellen Unterschiede wie auch die Heterogenität des Alters sind nur vor dem Hintergrund einer *integrierten Betrachtung der verschiedenartigen Entwicklungsgesetze*, denen körperliche, kognitive, emotionale und soziale Veränderungen folgen, angemessen zu verstehen.¹⁶ In diesem Zusammenhang sind auch soziale und kulturelle Rahmenbedingungen, Repräsentationen und Gelegenheitsstrukturen zu berücksichtigen: Welche Bildungs- und Partizipationsmöglichkeiten, welche Formen sozialer Sicherung, welche beruflichen und nachberuflichen Möglichkeiten haben sich dem Individuum im Lebenslauf geboten, welche sind ihm infolge von sozialen Ungleichheiten und Benachteiligungen verwehrt geblieben?¹⁷

Mit der körperlichen und geistigen Gesundheit ist ein wesentlicher Aspekt von Daseinsvorsorge, eine grundlegende Verpflichtung des Sozialstaates angesprochen: Gesundheitliche Versorgung im Sinne der Verfügbarkeit von Leistungen, die zur Erhaltung, Wiedererlangung oder Verbesserung körperlicher und geistiger Gesundheit beitragen sollen. Die Zielvorgabe einer den spezifischen Bedarfen und Bedürfnissen des Bürgers bzw. der Bürgerin gerecht werdenden Versorgung verweist nicht nur auf die Aufgabe der Wahrung oder (Wieder-)Herstellung möglichst weitreichender körperlicher und geistiger Unversehrtheit und Leistungsfähigkeit sowie auf die Korrektur oder Kompensation von Defiziten und Verlusten. Gesundheitliche (und pflegerische) Versorgung zielt vielmehr umfassender auf die Schaffung, Erhaltung und Optimierung der Voraussetzungen für ein möglichst vielfältiges und chancenreiches Leben; gerade im hohen Lebensalter sind neben der Erhaltung von Selbstständigkeit und Autonomie Teilhabe, Bezogenheit und Integrität zentrale Zielkriterien der Gestaltung gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung.¹⁸

Im Zusammenhang mit der Gestaltung gesundheitlicher Versorgung sind entsprechend auch Möglichkeiten sozialer Partizipation sowie die Zugänglichkeit sozialer, kultureller und medizinisch-pflegerischer Angebote für alle Menschen zu berücksichtigen.¹⁹ Dieser Gedanke hat auch Eingang in das vom Deutschen Bundestag am 18. Juni 2015 verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) gefunden, das unter der Zielsetzung steht, Gesundheit direkt im Lebensumfeld – sei es in der Kita, der Schule, am Arbeitsplatz oder im Pflegeheim – zu stärken.

16 Kramer & Colcombe (2018); Potter et al. (2020); Staudinger (2020); Wahl (2020)

17 Lampert et al. (2016); Kruse & Schmitt (2016, 2018)

18 Deutscher Bundestag (2016)

19 Kruse (2002); Pohlmann (2016)

Rehabilitative Maßnahmen können in diesem Zusammenhang als tertiäre Prävention aufgefasst werden. Dies gilt insbesondere im Kontext der stationären Langzeitversorgung, in dem das Ziel der Maßnahme nicht nur Verbesserung, sondern auch der Erhalt von Kompetenzen, die Verzögerung des Abbaus von Fertigkeiten oder die Erhaltung der Lebensqualität ist. Bei Menschen mit Pflegebedarf sind Prävention und Rehabilitation kaum zu trennen. So ist beispielsweise das Konzept der aktivierenden Pflege eher der Prävention und Gesundheitsförderung zuzuordnen, enthält aber auch rehabilitative Elemente.²⁰ Nur wenn Prävention und Rehabilitation integriert werden, ist eine optimale Versorgung nahe an den Bedarfen der Pflegebedürftigen möglich.²¹ Die eingesetzten therapeutischen Konzepte unterscheiden sich weniger in der Zuordnung zu Prävention oder Rehabilitation, sondern sie müssen vor allem auf die spezifische Situation von Menschen im hohen Alter zugeschnitten sein, indem bei ihrer Umsetzung die individuellen Einbußen und Bedarfe genauso wie die noch vorhandenen Ressourcen berücksichtigt werden.²²

Erfolge der Prävention, Therapie und Pflege spiegeln sich nicht allein in dem Hinausschieben von Erkrankungen (Kompression der Morbidität),²³ sondern auch im späteren Auftreten von Behinderungen wider.²⁴ Der Übergang von chronischen Erkrankungen zu Funktionseinschränkungen wie auch von Funktionseinschränkungen zur Behinderung wird durch außerhalb der Person liegende (extraindividuelle) und durch in der Person liegende (intraindividuelle) Faktoren beeinflusst. Erstere umfassen Merkmale der räumlichen, der sozialen und der infrastrukturellen Umwelt, letztere Lebensstil, subjektive Deutung und Bewältigung der chronischen Erkrankung, Anpassung von Aktivitäten an die Erkrankung sowie die Fähigkeit zur Kompensation eingetretener Einschränkungen.²⁵

Den Ansatzpunkt der Prävention bildet nicht allein das Individuum. Vielmehr sind individuelle Bemühungen um Aufrechterhaltung oder Wiedergewinnung von Mobilität und Selbstständigkeit vor dem Hintergrund der räumlichen, der sozialen, der institutionellen und der rechtlichen Umwelt zu betrachten. Auch wenn im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung Interventionsmaßnahmen nach wie vor deutlich häufiger am Individuum als an dessen Entwicklungskontext ansetzen, sind das Auftreten und der Verlauf chronischer Erkrankungen sowohl vom persönlichen Verhalten als auch von Fehlanreizen und gesundheitlichen Belastungen aus der räumlichen, sozialen, institutionellen und rechtlichen Umwelt beeinflusst. Damit ist eine grundlegende Prämisse der Entwicklung von Strategien benannt, durch deren Implementierung das Auftreten von Gesundheitsbelastungen reduziert und

20 Dangel & Korporal (2003)

21 Bartels et al. (2019); Wittrich et al. (2019)

22 Remmers & Walter (2013)

23 Fries (2016)

24 Lee et al. (2020)

25 Verbrugge (2020)

gesundheitsdienliche Ressourcen vermehrt werden sollen. Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung und Prävention bilden zum einen persönliche Faktoren wie Lebensstil, Alltagsgestaltung, Gesundheitsverhalten, subjektive Deutung und Bewältigung von Belastungen, Fähigkeit zur Kompensation von Einschränkungen. Zum anderen sind Umweltfaktoren von Bedeutung, wie zum Beispiel die Gestaltung der Wohnung (Barrierefreiheit, Ausstattung mit Hilfsmitteln) sowie die Ausstattung des Wohnumfeldes mit Dienstleistungen (Infrastruktur) oder die räumliche und personelle Ausstattung von Pflegeheimen.

Dies wird im Leitfaden für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI²⁶ berücksichtigt. Zielsetzung ist, „die gesundheitliche Situation der Pflegebedürftigen und deren gesundheitliche Ressourcen unter Beteiligung der Pflegekräfte zu verbessern“. Der Leitfaden soll dazu „beitragen, die gesundheitsfördernden Potenziale von Pflegeeinrichtungen zu stärken“. Die darin genannten Handlungsfelder (Körperliche Aktivität, Ernährung, Stärkung der kognitiven Ressourcen, Psychosoziale Gesundheit, Prävention von Gewalt) decken einen großen Ausschnitt der Präventionsmöglichkeiten in diesem Setting ab.

Auch im Pflegekontext gibt es Hinweise auf Präventionspotenziale bis ins hohe Alter. In einem Review von 92 Studien zu Prävention in der Pflege wurde moderate Evidenz für präventive Maßnahmen in der stationären Pflege konstatiert. Einzelne Wirkungsnachweise von Prävention in Pflegeheimen wurden aufgezeigt, z. B. bei ernährungsbezogenen Maßnahmen, beim Schutz durch Hüftprotektoren, bei physischem Training von bettlägerigen Patientinnen und Patienten, bei aktivierenden Betreuungskonzepten.²⁷

Als ethisch begründete, fachliche und instrumentelle Hilfestellung – und dies insbesondere für sozial benachteiligte Gruppen²⁸ – sind Angebote im Gesundheitssystem für die Umsetzung von selbstgestalteter Gesundheitsförderung und Prävention erforderlich.²⁹ Eine Antwort auf die erhöhte Verletzlichkeit des Menschen ist eine umfassende, sich ganz an den kognitiven und emotionalen Ressourcen des Individuums orientierende Aufklärung, verbunden mit Takt- und Mitgefühl sowie einer motivierenden Haltung, die nicht die objektiv gegebenen und subjektiv erlebten gesundheitlichen Grenzen des Individuums leugnet.³⁰ Dabei darf nicht übersehen werden, wie wichtig das mehrfach geführte Gespräch (sowohl mit den Patienten als auch mit deren Angehörigen) für die möglichst differenzierte Wahrnehmung der eigenen Veränderungs- und Entwicklungspotenziale ist. Die Umsetzung dieser Potenziale wird zusätzlich gefördert durch eine Infrastruktur, die das Individuum in seinen Bemühungen um die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung körperlicher und

26 GKV-Spitzenverband (2018)

27 Görres et al. (2013)

28 Kruse & Schmitt (2015); Naegele (2016)

29 Kümpers & Zander (2012); Kuhlmeier & Tesch-Römer (2012)

30 Frühwald (2012)

psychischer Gesundheit, wie auch allgemeiner um eine selbst- und mitverantwortliche Lebensführung unterstützt – dies sowohl im Sinne einer engen Kooperation von Haus- und Fachärzten mit Vertretern anderer Gesundheitsberufe als auch im Sinne eines angemessenen (barrierefreien) Zugangs zu öffentlichen Räumen, Gesundheitsinformationen und Gesundheitsangeboten.³¹

VI.3 Gesundheit im Verständnis alter Menschen:

Zwei unterschiedliche Perspektiven als Deutungskontexte

Die Untersuchung „Altern in Balance“ setzte sich auch das Ziel, empirisch fundierte Aussagen zur Bedeutung des *Gesundheitsverhaltens* im Erleben alter Menschen (Altersbereich: 75 bis 95 Jahre) zu treffen. Dabei wurde das Gesundheitsverhalten von zwei Perspektiven aus thematisiert: zum einen aus einer allgemeineren, grundsätzlicheren Perspektive, zum anderen aus einer ganz persönlichen. (1) *Die allgemeinere, grundsätzlichere Perspektive* (siehe dazu Kapitel II, Interviewleitfaden, Frage 10): Was kann ein Individuum (personale Ebene), was können Institutionen (gesellschaftliche Ebene) zur Förderung und Erhaltung von Gesundheit im Alter tun? (2) *Die persönliche Perspektive* (siehe dazu Kapitel II, Interviewleitfaden, Frage 11, 11a, b): Was tut das Individuum *selbst* für seine Gesundheit, was versteht es *für sich selbst* unter „gesundheitsbezogenem Verhalten“? Die Differenzierung zwischen diesen beiden Perspektiven – einer allgemeineren oder grundsätzlicheren, einer ganz persönlichen – ist deswegen hilfreich, weil erstere die Kenntnisse des Individuums darüber widerspiegelt, welche Angebote und welches Verhalten der Gesundheit alter Menschen förderlich sind, während letztere einen Einblick vermittelt, was das Individuum selbst dafür tut, die eigene Gesundheit zu fördern bzw. zu erhalten („Verhalten im Dienste der eigenen Gesundheit“). Dabei haben wir in unseren Fragen nach dem Gesundheitsverhalten (und zwar sowohl auf allgemeinerer als auch auf persönlicher Ebene) ausdrücklich zwischen *körperlicher* und *seelischer* Gesundheit differenziert (siehe dazu Kapitel II, Interviewleitfaden, Frage 7, 8, 10, 11, 11b). Weiterhin sollte die Untersuchung „Altern in Balance“ eine empirisch fundierte Aussage darüber vermitteln, inwieweit die unter der allgemeineren (grundsätzlicheren) und der persönlichen Perspektive getroffenen Aussagen vom Lebensalter wie auch von der sozialen Schichtzugehörigkeit beeinflusst sind.

Eine Pilotstudie mit 30 Personen (Altersbereich: 75 bis 95 Jahre) diente dazu, ein erstes Kategoriensystem mit Blick (a) auf grundsätzliche Aussagen darüber, was Individuum und Gesellschaft für die Förderung und Erhaltung von Gesundheit im Alter tun können, wie auch mit Blick (b) auf das eigene Gesundheitsverhalten („Was tue ich für meine Gesundheit?“) zu entwickeln. Alle Aussagen, die zu diesen Fragen

31 Klein & Knesebeck (2016); Kümpers & Zander (2012)

getroffen wurden, wurden daraufhin untersucht, inwieweit sich in diesen *Kategorien* widerspiegeln, die für die Auswertung der in der Hauptuntersuchung geführten Interviews geeignet sind; dabei wurde ausdrücklich zwischen jenen Aussagen differenziert, die von den Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern unter einem *allgemeineren, grundsätzlicheren* Gesichtspunkt getroffen wurden, und solchen, die unter einem *ganz persönlichen* Gesichtspunkt erfolgten. Die beiden Auswerter nahmen zunächst unabhängig voneinander die Auswertung und die Ableitung von Kategorien vor; Ergebnis: Auswerter I/II: 19 Kategorien/17 Kategorien – allgemeinere Perspektive, 16 Kategorien/17 Kategorien – persönliche Perspektive. In einem zweiten Schritt wurden die Kategorien miteinander verglichen und unter Heranziehung des Interviewmaterials ausführlich diskutiert. Aus diesem Vergleich und dieser Diskussion gingen schließlich 17 Kategorien für die allgemeinere Perspektive und 16 Kategorien für die persönliche Perspektive hervor. In einem dritten Schritt haben die Auswerter die Interviews auf der Grundlage der 17 bzw. 16 Kategorien ausgewertet. Ergebnis: Übereinstimmung zwischen den Auswertern im Hinblick auf 15 (grundsätzlichere Perspektive) bzw. 14 Kategorien (persönlichere Perspektive). In einer Diskussion der Ergebnisse wurden zweimal 15 Kategorien abschließend definiert. In der Hauptuntersuchung (N = 400 Personen) gelangten diese 30 Kategorien zur Anwendung. Dabei wurde nach dem 30. Interview der Hauptuntersuchung geprüft, inwieweit die Kategorien noch einmal eine Veränderung erfahren sollten. Dabei zeigte sich, dass für fünf dieser 30 Kategorien eine geringfügige Umbenennung notwendig war. Mit der Vornahme dieser Umbenennung war das Kategoriensystem (zweimal 15 Kategorien) endgültig erstellt. Die Codierung des Ausprägungsgrades erfolgte jeweils auf einer dreistufigen Skala mit den Skalenpunkten: 1: nicht erkennbar bzw. gering; 2: mittelstarke Ausprägung; 3: eher starke / starke Ausprägung. 250 Interviews der Hauptuntersuchung wurden von zwei Personen, die unabhängig voneinander die Codierung vornahmen, ausgewertet. Cohens Kappa (als Maß für den Grad der Übereinstimmung zwischen den Auswertern) lag bei .91.

Mit Blick auf die *allgemeinere, grundsätzlichere Perspektive* („Was kann auf einer eher individuellen und auf einer eher gesellschaftlichen Ebene für die Gesundheit alter Menschen getan werden?“) wurden folgende 15 Kategorien identifiziert und in der Hauptuntersuchung verwendet (M = Mittelwert, SD = Standardabweichung):

Erhaltung körperlicher und geistiger Beweglichkeit

M = 2,3 SD = .51

Zeit der Ärztin bzw. des Arztes für Patientin bzw. Patienten

M = 2,3 SD = .55

Beratung und Information durch Ärztin bzw. Arzt

M = 2,2 SD = .56

Compliance / Adhärenz

M = 2,2 SD = .55

Sich für etwas im Leben engagieren und einsetzen

M = 2,1 SD = .74

Verbesserte pflegerische Versorgung: qualitativ

M = 2,1 SD = .64

Vermehrt Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen

M = 2,1 SD = .55

Sozial aktiv und engagiert bleiben

M = 2,1 SD = .64

Verbesserte pflegerische Versorgung: quantitativ

M = 2,1 SD = .58

Ausbau ambulanter / stationärer Hospizhilfen

M = 2,1 SD = .62

Vermehrte öffentliche Aufklärung über Präventions-, Therapie- und Rehabilitationserfolge

M = 2,0 SD = .71

Vermehrte öffentliche Aufklärung über Altern und Alter

M = 2,0 SD = .67

Körperliche und kognitive Aktivität

M = 2,0 SD = .58

Konzentration auf ein stimulierendes Interessen- und Tätigkeitsspektrum

M = 2,0 SD = .75

Vermehrte Nutzung von Rehabilitationsmaßnahmen (ambulant / stationär)

M = 1,9 SD = .68

Mit Blick auf die *persönliche Perspektive* (eigenes Gesundheitsverhalten: „Was tue ich für meine Gesundheit?“) wurden folgende 15 Kategorien identifiziert und in der Hauptuntersuchung verwendet:³²

Wiederholte Arztbesuche bei chronischen Erkrankungen

M = 2,6 SD = .51

Kontakte zu engen Vertrauten innerhalb der Familie

M = 2,3 SD = .62

Therapie-Compliance / Adhärenz

M = 2,3 SD = .60

Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung von Teilhabe

M = 2,2 SD = .73

32 Es sind wieder die Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) angegeben.

Arztbesuche bei aufgetretenen Krankheitssymptomen

M = 2,2 SD = .42

Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung von Autonomie (Selbstständigkeit und Selbstverantwortung)

M = 2,2 SD = .55

Suche nach Informationen über gesundheitsförderliches Verhalten

M = 2,2 SD = .56

Gezielte Bewegungsmaßnahmen

M = 2,1 SD = .54

Kontakte zu engen Vertrauten außerhalb der Familie

M = 2,0 SD = .72

Gesunde Ernährung

M = 2,0 SD = .58

Teilnahme an Gruppenmaßnahmen: intragenerationell

M = 1,8 SD = .76

Ambulante / stationäre Rehabilitation

M = 1,8 SD = .62

Gezielte Entspannungsmaßnahmen (seelische Gesundheit)

M = 1,8 SD = .65

Sportliche Aktivitäten

M = 1,7 SD = .69

Teilnahme an Gruppenmaßnahmen: Intergenerationell

M = 1,5 SD = .64

Vor der Deutung dieser beiden Rangreihen gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und Angebote sei noch einmal betont, dass es sich bei der Studie „Altern in Balance“ nicht um eine repräsentative Studie zur Lebenssituation im Alter handelt; zudem sei hervorgehoben, dass sich in der Nennung der Verhaltensweisen und Angebote *individuelle Wahrnehmungen und Deutungen* widerspiegeln. Gerade der letztgenannte Aspekt ist wichtig, weil er uns noch besser verstehen lässt, warum bestimmte Verhaltensweisen aus Sicht der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer Ausdruck gesundheitsförderlichen Verhaltens darstellen. Dies ist der Fall, weil Gesundheit, vor allem aber Verhalten, welches Gesundheit fördert und erhält, immer auch einer hochgradig individuellen Interpretation unterliegen. Was für den einen gesundheitsförderlich ist, kann für den anderen gesundheitsneutral sein. Mit einer solchen Überlegung im Hintergrund lässt sich zum Beispiel besser verstehen, warum Kontakte zu engen Vertrauten innerhalb der Familie von nicht wenigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern als Beitrag zur Förderung und Erhaltung von

Gesundheit verstanden werden ($M = 2,3$); und auch die Kontakte zu engen Vertrauten außerhalb der Familie besitzen im Erleben nicht weniger Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine gesundheitsförderliche Funktion ($M = 2,0$). Hervorzuheben sind unter den Verhaltensweisen, die der eigenen Gesundheit dienen sollen, zudem gezielte Maßnahmen zur Erhaltung von Teilhabe ($M = 2,2$) sowie zur Erhaltung von Autonomie ($M = 2,2$), wobei Autonomie nicht nur in Termini der Selbstständigkeit, sondern auch der Selbstverantwortung definiert wird. Unter „Teilhabe“ ist mit Blick auf unsere Stichprobe nicht nur der Kontakt zu anderen Menschen, nicht nur die Aktivität in Vereinen zu verstehen, sondern auch die innere Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen, politischen und kulturellen Fragen; es ist bemerkenswert, dass diese von alten Menschen durchaus im Sinne der Förderung und Erhaltung von Gesundheit gedeutet wird. Die Teilhabe an der Welt, die Liebe zur Welt (*amor mundi*) ist vor dem Hintergrund dieser Befunde als ein subjektiv erlebter Beitrag zur eigenen Gesundheit zu verstehen. Die hier berichteten Befunde unterstreichen einmal mehr die Bedeutung von Befunden, wonach unfreiwillige Isolation und Einsamkeit einen bedeutenden Risikofaktor für psychische und körperliche Erkrankungen bilden.³³ Denn die besondere Stellung, die alte Menschen in unserer Stichprobe den qualitativ hochwertigen Kontakten zu nahestehenden Menschen (innerhalb und außerhalb der Familie) wie auch den Möglichkeiten zur gesellschaftlichen, politischen und kulturellen Teilhabe – mithin der Weltgestaltung – im Kontext von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen zuordnen, führt vor Augen, dass sie erkennen, wie wichtig der lebendige Austausch mit anderen Menschen für die körperliche und seelische Gesundheit ist und wie sehr die Gesundheit gefährdet ist, wenn dieser Austausch fehlt. Dass die Teilnahme an intra- und intergenerationellen Gruppenangeboten ($M = 1,8$ und $M = 1,5$) von alten Menschen als ein Beispiel für gesundheitsförderliches Verhalten genannt wird (auch wenn diese beiden Kategorien nur eine vergleichsweise geringe Ausprägung zeigen), unterstreicht diese Interpretation. Die Tatsache, dass die Erhaltung von Autonomie (und zwar sowohl im Sinne der Selbstständigkeit im Alltag als auch im Sinne der selbstverantwortlichen Alltags- und Lebensgestaltung) von alten Menschen im Kontext von gesundheitsförderlichem Verhalten angeführt wird, weist auf den *umfassenden* Gesundheitsbegriff hin, der (auch) von alten Menschen vertreten wird. Die erlebte Mitverantwortung für die eigene Gesundheit spiegelt sich auch in dem vergleichsweise hohen Ausprägungsgrad von Compliance und Adhärenz wider ($M = 2,3$). Überraschend ist dagegen, dass sportliche Aktivitäten ($M = 1,7$) sowie gesunde Ernährung ($M = 2,0$) keine hervorgehobene Stellung im Gesamtspektrum gesundheitsförderlichen Verhaltens, wie dieses von alten Menschen selbst gedeutet wird, einnehmen; allerdings wird der niedrige Wert für sportliche Aktivitäten zumindest in Teilen durch den deutlich höheren Wert ($M = 2,1$) für gezielte Bewegungsmaßnahmen kompensiert.

33 Bu et al. (2020); Hawkey & Cacioppo (2010); Holt-Lunstad et al. (2010)

Was ist aus Sicht alter Menschen *aus einer allgemeineren, grundsätzlicheren Perspektive* zu tun, wenn es darum geht, die Gesundheit im Alter zu fördern und zu erhalten? Hier werden gesundheitsbezogene Verhaltensweisen angeführt, die zum Teil auch aus einer *persönlichen Perspektive* genannt wurden. Die Antworten lassen sich im Kern unter drei großen Bereichen subsumieren: (a) Unter dem Bereich der individuellen Verantwortung; hier sind vor allem zu nennen: „Erhaltung körperlicher und geistiger Beweglichkeit“ (M = 2,3), „Compliance / Adhärenz“ (M = 2,2), „Sich für etwas im Leben engagieren und einsetzen“ (M = 2,1), „Vermehrt Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen“ (M = 2,1), „Sozial aktiv und engagiert bleiben“ (M = 2,1) sowie „Körperliche und kognitive Aktivität“ (M = 2,0), wobei letztere in den Interviews als *eine* bedeutende Voraussetzung für die Erhaltung körperlicher und geistiger Beweglichkeit genannt wurden; (b) unter dem Bereich der Infrastruktur und Qualität der Versorgungsangebote: Hier werden medizinische, medizinisch-rehabilitative, pflegerische und palliativmedizinische bzw. -pflegerische Angebote (einschließlich Hospizhilfe) angeführt; (c) unter dem Bereich der Beratung, der Information und der Aufklärung – siehe „Beratung und Information durch Ärztin bzw. Arzt“ (M = 2,2), „Vermehrte öffentliche Aufklärung über Präventions-, Therapie- und Rehabilitationserfolge“ (M = 2,0), „Vermehrte öffentliche Aufklärung über Altern und Alter“ (M = 2,0). Dies zeigt: Mit Blick auf die persönliche Mitverantwortung für Gesundheit liegen die beiden Perspektiven nicht weit auseinander; zudem wird deutlich, als wie wichtig eine gute, zudem individualisierte Aufklärung über Rehabilitations- und Veränderungspotenziale im Alter erachtet wird; schließlich wird die große Bedeutung einer quantitativ wie qualitativ tragfähigen Versorgungsinfrastruktur betont; dabei nehmen auch die pflegerischen Angebote eine wichtige Stellung ein – siehe die „Verbesserte pflegerische Versorgung: qualitativ (M = 2,1) und quantitativ“ (M = 2,1), „Ausbau ambulanter / stationärer Hospizhilfen“ (M = 2,1).

VI.4 Zusammenhänge zwischen der Deutung von Gesundheit, Sozialschicht und Lebensalter

Im Folgenden sollen die Ergebnisse von Varianzanalysen zu Schicht- und Altersunterschieden in der Deutung von Gesundheit im Alter dargestellt werden. Dabei orientieren wir uns an der obigen Unterscheidung zwischen einer allgemeinen, grundsätzlichen Perspektive und einer persönlichen Perspektive. Es wird zunächst gefragt, inwieweit sich zwischen verschiedenen Schichtzugehörigkeiten und Lebensaltern signifikante Unterschiede in der Wahrnehmung von individuellen und gesellschaftlichen Möglichkeiten der Erhaltung und Förderung von Gesundheit im Alter ergeben. Im Anschluss daran gehen wir der Frage nach, inwieweit Unterschiede im gesundheitsbezogenen Verhalten oder in gezielten Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung eigener Gesundheit systematisch mit verschiedenen Schichtzugehörigkeiten und Lebensaltern einhergehen.

Möglichkeiten der Förderung und Erhaltung von Gesundheit im Alter durch individuelles Verhalten und gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Für zehn der 15 Merkmale fanden sich signifikante Unterschiede in Abhängigkeit von der Schichtzugehörigkeit der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer (Tabelle VI.1). Dabei fanden sich für die Angehörigen der niedrigsten Sozialschicht jeweils die niedrigsten Werte, in sechs Fällen bestanden signifikante Unterschiede sowohl gegenüber den Angehörigen der mittleren als auch gegenüber jenen der (eher) höheren Schicht, für zwei Merkmale war der Unterschied zur mittleren Sozialschicht signifikant, für zwei weitere Merkmale der Unterschied zur höheren Sozialschicht. Die ermittelten Werte lassen sich in Teilen im Sinne eines linearen Zusammenhanges interpretieren, die Werte für die höhere Sozialschicht liegen mit Ausnahme jener Items, die sich auf ärztliche und pflegerische Versorgung beziehen, konsistent über jenen für die mittlere Sozialschicht (die fehlende Signifikanz mag auf die vergleichsweise geringere Anzahl an Personen aus der höheren Sozialschicht zurückgehen). Für die Inanspruchnahme gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung finden sich keine bedeutsamen Schichtunterschiede, während die Nutzung von ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen stärker schichtspezifisch variiert. Deutliche Unterschiede zulasten der niedrigen Sozialschicht spiegeln sich in jenen Verhaltensmerkmalen wider, die stärker mit sozialer Aktivität, Engagement und Teilhabe zu tun haben. Des Weiteren scheinen auch die Möglichkeiten, sich auf ein engeres Tätigkeits- und Interessenspektrum zu konzentrieren, was im Allgemeinen als einer Kompensation von Einschränkungen und Verlusten förderlich angesehen werden kann, in niedrigeren Sozialschichten geringer zu sein.

Das Lebensalter erwies sich für die Wahrnehmung individueller und gesellschaftlicher Möglichkeiten (aus allgemeiner, grundsätzlicher Perspektive) als weitgehend unbedeutend (siehe Tabelle VI.2). In den Varianzanalysen wurden lediglich zwei signifikante Altersunterschiede ermittelt. Der vermehrten öffentlichen Aufklärung über Alter und Altern und der vermehrten öffentlichen Aufklärung über Präventions-, Therapie- und Rehabilitationserfolge wurden in der höchsten Altersgruppe signifikant weniger Bedeutung beigemessen als in den beiden jüngsten Altersgruppen.

Tabelle VI.1 Individuelle und gesellschaftliche Möglichkeiten der Förderung von Gesundheit im Alter nach Schichtzugehörigkeit

		N	M	SD	ANOVA post hoc
Sozial aktiv und engagiert bleiben	(eher) niedrig	124	1,9	.69	F = 17,51, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .001$ $1 < 2, 3$
	mittel	215	2,2	.57	
	(eher) hoch	61	2,3	.60	
	Gesamt	400	2,1	.64	
Sich für etwas im Leben engagieren und einsetzen	(eher) niedrig	124	1,8	.77	F = 30,25, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .001$ $1 < 2 < 3$
	mittel	215	2,2	.67	
	(eher) hoch	61	2,5	.59	
	Gesamt	400	2,1	.74	
Vermehrt Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen	(eher) niedrig	124	2,0	.53	F = 7,3, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .01$ $1 < 3$
	mittel	215	2,1	.55	
	(eher) hoch	61	2,3	.53	
	Gesamt	400	2,1	.55	
Körperliche und kognitive Aktivität	(eher) niedrig	124	1,8	.64	F = 12,9, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .001$ $1 < 2, 3$
	mittel	215	2,1	.52	
	(eher) hoch	61	2,2	.55	
	Gesamt	400	2,0	.58	
Erhaltung körperlicher und geistiger Beweglichkeit	(eher) niedrig	124	2,2	.45	F = 5,7, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .01$ $1, 2 < 3$
	mittel	215	2,3	.52	
	(eher) hoch	61	2,5	.53	
	Gesamt	400	2,3	.51	
Therapie-Compliance / Adhärenz	(eher) niedrig	124	2,1	.51	F = 2,6, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ n. s.
	mittel	215	2,3	.58	
	(eher) hoch	61	2,3	.50	
	Gesamt	400	2,2	.55	
Konzentration auf ein stimulierendes Interessen- und Tätigkeitsspektrum	(eher) niedrig	124	1,7	.77	F = 12,33, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ $p < .01$ $1 < 2, 3$
	mittel	215	2,0	.70	
	(eher) hoch	61	2,2	.70	
	Gesamt	400	2,0	.75	

Tabelle VI.1 Fortsetzung

		N	M	SD	ANOVA post hoc
Beratung und Information durch Ärztin bzw. Arzt	(eher) niedrig	124	2,1	.50	F = 0,92, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ n. s.
	mittel	215	2,2	.55	
	(eher) hoch	61	2,2	.56	
	Gesamt	400	2,2	.54	
Vermehrte Nutzung von Rehabilitationsmaßnahmen (ambulant / stationär)	(eher) niedrig	124	1,6	.66	F = 18,42, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ p < .001 1 < 2, 3
	mittel	215	1,9	.63	
	(eher) hoch	61	2,1	.67	
	Gesamt	400	1,9	.68	
Vermehrte öffentliche Aufklärung über Altern und Alter	(eher) niedrig	124	1,8	.67	F = 6,92, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ p < .01 1 < 2, 3
	mittel	215	2,1	.64	
	(eher) hoch	61	2,1	.74	
	Gesamt	400	2,0	.67	
Vermehrte öffentliche Aufklärung über Präventions-, Therapie- und Rehabilitationserfolge	(eher) niedrig	124	1,9	.72	F = 4,56, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ p < .05 1 < 2
	mittel	215	2,1	.68	
	(eher) hoch	61	2,0	.75	
	Gesamt	400	2,0	.71	
Zeit der Ärztin bzw. des Arztes für Patientinnen bzw. Patienten	(eher) niedrig	124	2,3	.50	F = 0,66, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ n. s.
	mittel	215	2,3	.59	
	(eher) hoch	61	2,2	.52	
	Gesamt	400	2,3	.55	
Verbesserte pflegerische Versorgung: quantitativ	(eher) niedrig	124	2,1	.58	F = 1,42, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ n. s.
	mittel	215	2,2	.54	
	(eher) hoch	61	2,0	.73	
	Gesamt	400	2,1	.58	
Verbesserte pflegerische Versorgung: qualitativ	(eher) niedrig	124	2,1	.65	F = 3,70, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ p < .05 n. s.
	mittel	215	2,2	.61	
	(eher) hoch	61	2,0	.68	
	Gesamt	400	2,1	.64	
Ausbau ambulanter / stationärer Hospizhilfen	(eher) niedrig	124	1,9	.61	F = 4,86, $df_1 = 2$, $df_2 = 397$ p < .01 1 < 2
	mittel	215	2,2	.60	
	(eher) hoch	61	2,1	.67	
	Gesamt	400	2,1	.62	

Tabelle VI.2 Individuelle und gesellschaftliche Möglichkeiten der Förderung von Gesundheit im Alter nach Altersgruppen (75–80 Jahre, 81–85 Jahre, 86–90 Jahre, 91–95 Jahre)

	Alter in Jahren	N	M	SD	ANOVA post hoc
Sozial aktiv und engagiert bleiben	75–80	95	2,2	.63	F = 1,35, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s.
	81–85	123	2,1	.63	
	86–90	105	2,1	.68	
	91–95	77	2,0	.59	
	Gesamt	400	2,1	.64	
Sich für etwas im Leben engagieren und einsetzen	75–80	95	2,2	.73	F = 0,85, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s.
	81–85	123	2,2	.68	
	86–90	105	2,1	.76	
	91–95	77	2,1	.82	
	Gesamt	400	2,1	.74	
Vermehrt Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen	75–80	95	2,2	.51	F = 0,68, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s.
	81–85	123	2,2	.60	
	86–90	105	2,1	.54	
	91–95	77	2,1	.52	
	Gesamt	400	2,1	.55	
Körperliche und kognitive Aktivität	75–80	95	2,0	.60	F = 0,18, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s.
	81–85	123	2,0	.56	
	86–90	105	2,0	.59	
	91–95	77	2,0	.58	
	Gesamt	400	2,0	.58	
Erhaltung körperlicher und geistiger Beweglichkeit	75–80	95	2,3	.48	F = 0,16, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s.
	81–85	123	2,3	.50	
	86–90	105	2,3	.51	
	91–95	77	2,3	.55	
	Gesamt	400	2,3	.51	
Therapie-Compliance / Adhärenz	75–80	95	2,3	.53	F = 0,89, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s.
	81–85	123	2,2	.56	
	86–90	105	2,2	.54	
	91–95	77	2,2	.56	
	Gesamt	400	2,2	.55	

Tabelle VI.2 Fortsetzung

	Alter in Jahren	N	M	SD	ANOVA post hoc
Konzentration auf ein stimulierendes Interessen- und Tätigkeitsspektrum	75-80	95	2,0	.68	F = 0,43, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s.
	81-85	123	1,9	.78	
	86-90	105	2,0	.75	
	91-95	77	2,0	.76	
	Gesamt	400	2,0	.75	
Beratung und Information durch Ärztin bzw. Arzt	75-80	95	2,3	.51	F = 1,23, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s.
	81-85	123	2,2	.51	
	86-90	105	2,2	.55	
	91-95	77	2,1	.60	
	Gesamt	400	2,2	.54	
Vermehrte Nutzung von Rehabilitationsmaßnahmen (ambulant / stationär)	75-80	95	1,9	.71	F = 0,71, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s.
	81-85	123	1,9	.65	
	86-90	105	1,8	.68	
	91-95	77	1,8	.68	
	Gesamt	400	1,9	.68	
Vermehrte öffentliche Aufklärung über Altern und Alter	75-80	95	2,1	.68	F = 4,2, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ $p < .01$ 1, 2 > 4
	81-85	123	2,1	.66	
	86-90	105	1,9	.68	
	91-95	77	1,8	.65	
	Gesamt	400	2,0	.67	
Vermehrte öffentliche Aufklärung über Präventions-, Therapie- und Rehabilitationserfolge	75-80	95	2,1	.72	F = 3,91, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ $p < .01$ 1, 2 > 4
	81-85	123	2,1	.73	
	86-90	105	2,0	.68	
	91-95	77	1,8	.65	
	Gesamt	400	2,0	.71	
Zeit der Ärztin bzw. des Arztes für Patientinnen bzw. Patienten	75-80	95	2,3	.51	F = 2,15, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s.
	81-85	123	2,2	.56	
	86-90	105	2,4	.51	
	91-95	77	2,2	.63	
	Gesamt	400	2,3	.55	

Tabelle VI.2 Fortsetzung

	Alter in Jahren	N	M	SD	ANOVA post hoc
Verbesserte pflegerische Versorgung: quantitativ	75–80	95	2,2	.61	F = 1,61, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s.
	81–85	123	2,1	.55	
	86–90	105	2,0	.53	
	91–95	77	2,1	.66	
	Gesamt	400	2,1	.58	
Verbesserte pflegerische Versorgung: qualitativ	75–80	95	2,2	.62	F = 0,22, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s.
	81–85	123	2,2	.59	
	86–90	105	2,1	.64	
	91–95	77	2,2	.74	
	Gesamt	400	2,1	.64	
Ausbau ambulanter / stationärer Hospizhilfen	75–80	95	2,2	.62	F = 2,08, $df_1 = 2$, $df_2 = 396$ n. s.
	81–85	123	2,1	.60	
	86–90	105	2,0	.63	
	91–95	77	2,1	.61	
	Gesamt	400	2,1	.62	

VI.5 Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung eigener Gesundheit

Das Ausmaß, in dem Menschen durch gezielte Maßnahmen versuchen, ihre körperliche und geistige Gesundheit möglichst lange zu erhalten, zeigte sich in den durchgeführten Varianzanalysen als in starkem Maß durch die *soziale Schichtzugehörigkeit* beeinflusst (siehe Tabelle VI.3). Für zehn der 15 berücksichtigten Verhaltensmerkmale fanden sich signifikante Schichtunterschiede. Dabei wiesen die Angehörigen der niedrigen Sozialschicht konsistent die niedrigsten Werte auf; der Unterschied zu den Angehörigen der mittleren Sozialschicht war bei jedem dieser zehn Verhaltensmerkmale signifikant, der Unterschied zu den Angehörigen der höheren Sozialschicht in acht dieser zehn Merkmale. Zwischen der mittleren und höheren Sozialschicht fand sich in keinem der berücksichtigten zehn Verhaltensmerkmale ein statistisch bedeutender Unterschied, in den absoluten Werten der beiden höheren Sozialschichten zeigt sich weiterhin kein konsistenter Trend, der die Hypothese nahelegte, dass eine höhere Sozialschicht generell mit einer größeren subjektiven Bedeutung möglicher gesundheitsbezogener Maßnahmen oder stärker ausgeprägtem gesundheitsdienlichen Verhalten einherginge. Vielmehr sprechen die Ergebnisse dafür, dass die Zugehörigkeit

Tabelle VI.3 Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen der Untersuchungsteilnehmer*innen nach Schichtzugehörigkeit

		N	M	SD	ANOVA post hoc
Gesunde Ernährung	(eher) niedrig	124	1,8	.64	F = 12,29, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .001 1 < 2, 3
	mittel	215	2,1	.45	
	(eher) hoch	61	2,0	.71	
	Gesamt	400	2,0	.58	
Sportliche Aktivitäten	(eher) niedrig	124	1,4	.68	F = 10,83, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .001 1 < 2, 3
	mittel	215	2,1	.45	
	(eher) hoch	61	2,0	.71	
	Gesamt	400	2,0	.58	
Gezielte Bewegungsmaßnahmen	(eher) niedrig	124	2,0	.56	F = 2,96, df ₁ = 2, df ₂ = 397 n. s.
	mittel	215	2,2	.47	
	(eher) hoch	61	2,2	.70	
	Gesamt	400	2,1	.54	
Gezielte Entspannungsmaßnahmen (seelische Gesundheit)	(eher) niedrig	124	1,6	.68	F = 8,92, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .001 1 < 2, 3
	mittel	215	1,8	.59	
	(eher) hoch	61	1,9	.72	
	Gesamt	400	1,8	.65	
Suche nach Informationen über gesundheitsförderliches Verhalten	(eher) niedrig	124	2,1	.58	F = 2,74, df ₁ = 2, df ₂ = 397 n. s.
	mittel	215	2,2	.52	
	(eher) hoch	61	2,2	.65	
	Gesamt	400	2,2	.56	
Kontakte zu engen Vertrauten innerhalb der Familie	(eher) niedrig	124	2,2	.52	F = 0,66, df ₁ = 2, df ₂ = 397 n. s.
	mittel	215	2,3	.66	
	(eher) hoch	61	2,4	.63	
	Gesamt	400	2,3	.62	
Kontakte zu engen Vertrauten außerhalb der Familie	(eher) niedrig	124	1,6	.67	F = 40,55, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .01 1 < 2, 3
	mittel	215	2,3	.62	
	(eher) hoch	61	2,2	.73	
	Gesamt	400	2,0	.72	
Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung von Autonomie	(eher) niedrig	124	2,0	.54	F = 5,90, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .001 1 < 2
	mittel	215	2,2	.54	
	(eher) hoch	61	2,2	.58	
	Gesamt	400	2,2	.55	

Tabelle VI.3 Fortsetzung

		N	M	SD	ANOVA post hoc
Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung von Teilhabe	(eher) niedrig	124	1,8	.76	F = 28,76, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .001 1 < 2, 3
	mittel	215	2,4	.62	
	(eher) hoch	61	2,4	.71	
	Gesamt	400	2,2	.73	
Arztbesuche bei aufgetretenen Krankheitssymptomen	(eher) niedrig	124	2,1	.38	F = 1,72, df ₁ = 2, df ₂ = 397 n. s.
	mittel	215	2,2	.42	
	(eher) hoch	61	2,2	.45	
	Gesamt	400	2,2	.42	
Wiederholte Arztbesuche bei chronischen Erkrankungen	(eher) niedrig	124	2,5	.53	F = 2,41, df ₁ = 2, df ₂ = 397 n. s.
	mittel	215	2,6	.49	
	(eher) hoch	61	2,5	.53	
	Gesamt	400	2,6	.51	
Therapie-Compliance / Adhärenz	(eher) niedrig	124	2,1	.58	F = 7,86, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .001 1 < 2
	mittel	215	2,4	.60	
	(eher) hoch	61	2,2	.58	
	Gesamt	400	2,3	.60	
Teilnahme an Gruppenmaßnah- men: intragenerationell	(eher) niedrig	124	1,5	.72	F = 10,27, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .001 1 < 2, 3
	mittel	215	1,9	.76	
	(eher) hoch	61	1,9	.76	
	Gesamt	400	1,8	.76	
Teilnahme an Gruppenmaßnah- men: intergenerationell	(eher) niedrig	124	1,3	.54	F = 10,99, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .001 1 < 2, 3
	mittel	215	1,6	.63	
	(eher) hoch	61	1,7	.77	
	Gesamt	400	1,5	.64	
Ambulante / stationäre Rehabilitation	(eher) niedrig	124	1,5	.62	F = 14,89, df ₁ = 2, df ₂ = 397 p < .001 1 < 2, 3
	mittel	215	1,9	.59	
	(eher) hoch	61	2,0	.56	
	Gesamt	400	1,8	.62	

zur niedrigen Sozialschicht im Sinne einer *Verhaltensbarriere* zu interpretieren ist. Diese zeigt sich sowohl mit Blick auf gesundheitsbewusstes Verhalten im engeren Sinne (gesunde Ernährung, sportliche Aktivität und Entspannungsmaßnahmen) als

auch mit Blick auf die Suche nach gesundheitlichen Informationen und Kontakten innerhalb wie außerhalb der Familie, die (auch) unter der Zielsetzung stehen, Gesundheit zu erhalten und zu fördern.

Für Arztbesuche bei akuten gesundheitlichen Problemen oder chronischen Erkrankungen ergeben sich ebenso keine Unterschiede nach Schichtzugehörigkeit wie für Compliance/Adhärenz. Anders als für die (haus-)ärztliche Versorgung finden sich für die Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Rehabilitation bedeutsame Schichtunterschiede. Dies mag zum Teil auf Informations- und Nachfragedefizite rückführbar sein, legt aber auch die Vermutung nahe, dass Angehörige der niedrigen Sozialschicht möglicherweise auch durch die gesundheitliche Versorgung insofern benachteiligt werden, als derartige Maßnahmen vergleichsweise seltener empfohlen oder gewährt werden.

Anders als die soziale Schichtzugehörigkeit erwies sich das Lebensalter als für die Ausprägung der berücksichtigten Verhaltensmerkmale weitgehend unbedeutend (Tabelle VI.4). Hier ergaben die 15 berechneten Varianzanalysen lediglich zwei statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen den jüngsten und den ältesten Untersuchungsteilnehmern. Erstere gingen signifikant häufiger sportlichen Aktivitäten nach, um gesund zu bleiben, letztere nannten signifikant häufiger Arztbesuche bei aufgetretenen Krankheitssymptomen als eine für die Erhaltung ihrer Gesundheit wichtige Maßnahme.

Tabelle VI.4 Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen der Untersuchungsteilnehmer*innen nach Altersgruppen

	Alter in Jahren	N	M	SD	ANOVA post hoc
Gesunde Ernährung	75–80	95	2,0	.66	F = 0,86, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s.
	81–85	123	2,0	.55	
	86–90	105	1,9	.57	
	91–95	77	1,9	.51	
	Gesamt	400	2,0	.58	
Sportliche Aktivitäten	75–80	95	1,8	.72	F = 4,34, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ p < .01 4
	81–85	123	1,7	.66	
	86–90	105	1,7	.71	
	91–95	77	1,4	.59	
	Gesamt	400	1,7	.69	
Gezielte Bewegungsmaßnahmen	75–80	95	2,2	.60	F = 1,23, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s.
	81–85	123	2,2	.51	
	86–90	105	2,1	.59	
	91–95	77	2,1	.44	
	Gesamt	400	2,1	.54	

Tabelle VI.4 Fortsetzung

	Alter in Jahren	N	M	SD	ANOVA post hoc
Gezielte Entspannungsmaßnahmen (seelische Gesundheit)	75-80	95	1,9	.72	F = 3,12, df ₁ = 3, df ₂ = 396 p < .05 n. s.
	81-85	123	1,7	.64	
	86-90	105	1,7	.59	
	91-95	77	1,7	.63	
	Gesamt	400	1,8	.65	
Suche nach Informationen über gesundheitsförderliches Verhalten	75-80	95	2,2	.58	F = 0,32, df ₁ = 3, df ₂ = 396 n. s.
	81-85	123	2,2	.62	
	86-90	105	2,1	.50	
	91-95	77	2,1	.53	
	Gesamt	400	2,2	.56	
Kontakte zu engen Vertrauten innerhalb der Familie	75-80	95	2,3	.59	F = 0,64, df ₁ = 3, df ₂ = 396 n. s.
	81-85	123	2,3	.63	
	86-90	105	2,3	.64	
	91-95	77	2,4	.61	
	Gesamt	400	2,3	.62	
Kontakte zu engen Vertrauten außerhalb der Familie	75-80	95	2,1	.72	F = 2,06, df ₁ = 3, df ₂ = 396 n. s.
	81-85	123	2,1	.70	
	86-90	105	2,1	.78	
	91-95	77	1,9	.635	
	Gesamt	400	2,04	.722	
Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung von Autonomie	75-80	95	2,23	.493	F = 1,22, df ₁ = 3, df ₂ = 396 n. s.
	81-85	123	2,1	.58	
	86-90	105	2,2	.57	
	91-95	77	2,2	.55	
	Gesamt	400	2,2	.55	
Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung von Teilhabe	75-80	95	2,2	.77	F = 0,59, df ₁ = 3, df ₂ = 396 n. s.
	81-85	123	2,3	.74	
	86-90	105	2,2	.69	
	91-95	77	2,1	.71	
	Gesamt	400	2,2	.73	

Tabelle VI.4 Fortsetzung

	Alter in Jahren	N	M	SD	ANOVA post hoc
Arztbesuche bei aufgetretenen Krankheitssymptomen	75-80	95	2,1	.32	F = 3,71, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ $p < .05$ $1 < 4$
	81-85	123	2,2	.42	
	86-90	105	2,2	.42	
	91-95	77	2,3	.48	
	Gesamt	400	2,2	.42	
Wiederholte Arztbesuche bei chronischen Erkrankungen	75-80	95	2,6	.49	F = 0,1, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s.
	81-85	123	2,6	.51	
	86-90	105	2,6	.53	
	91-95	77	2,6	.52	
	Gesamt	400	2,6	.51	
Therapie-Compliance / Adhärenz	75-80	95	2,3	.57	F = 0,54, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s.
	81-85	123	2,3	.62	
	86-90	105	2,2	.62	
	91-95	77	2,2	.61	
	Gesamt	400	2,3	.60	
Teilnahme an Gruppenmaßnahmen: intragenerationell	75-80	95	1,8	.72	F = 0,20, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s.
	81-85	123	1,7	.74	
	86-90	105	1,8	.79	
	91-95	77	1,8	.82	
	Gesamt	400	1,8	.76	
Teilnahme an Gruppenmaßnahmen: intergenerationell	75-80	95	1,6	.64	F = 1,85, $df_1 = 3$, $df_2 = 396$ n. s.
	81-85	123	1,6	.63	
	86-90	105	1,5	.66	
	91-95	77	1,4	.63	
	Gesamt	400	1,5	.64	
Ambulante / stationäre Rehabilitation	75-80	95	1,8	.64	F = 0,33, $df_1 = 2$, $df_2 = 396$ n. s.
	81-85	123	1,8	.59	
	86-90	105	1,7	.63	
	91-95	77	1,8	.61	
	Gesamt	400	1,8	.62	

VI.6 Deutungen von Gesundheit im Alter als Widerspiegelung von Lebenswelten

In der Studie „Altern in Balance“ gingen wir von der Annahme aus, dass sich in unterschiedlichen Deutungen von Gesundheit im Alter – in allgemeinerer, grundsätzlicherer wie auch in persönlicher Perspektive – zu einem guten Teil unterschiedliche Lebenswelten widerspiegeln, die durch charakteristische Person-Umwelt-Interaktionen und auf diesen gründenden Potenzialen und Vulnerabilitäten gekennzeichnet sind. Da eine empirische Differenzierung von Lebenswelten allein auf der Grundlage objektiver Außenmerkmale in der vorliegenden Stichprobe nicht sinnvoll erschien und die bei der Stichprobenziehung verfolgte Strategie der Überrepräsentation verschiedener Merkmale der Rekonstruktion von Lebenswelten auf der Grundlage soziodemografischer Merkmale entgegenstand, entschieden wir uns dafür, in den einzelnen Analysebereichen zunächst verschiedene Muster von gesundheitsbezogenen Verhaltensmerkmalen zu identifizieren, die dann in einem weiteren Schritt in ihrem Zusammenhang mit Außenvariablen betrachtet werden.³⁴ Im Zusammenhang mit der Deutung von Gesundheit wurden zwei Clusteranalysen gerechnet und der Differenzierung der Untersuchungsteilnehmer*innen in Untergruppen zugrunde gelegt. Über diese Analysen soll im Folgenden berichtet werden.

VI.6.1 Individuelle und gesellschaftliche Möglichkeiten der Förderung von Gesundheit im Alter

In einer ersten Clusteranalyse ging es uns um die Frage, durch welche Verhaltensweisen alte Menschen *generell* aus der Sicht der Untersuchungsteilnehmerinnen und -teilnehmer zur Förderung und Erhaltung ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit beitragen können und welche institutionellen Angebote und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sie hierbei unterstützen könn(t)en.

In diese Clusteranalyse sind jene 15 Merkmale eingegangen, die unter einer allgemeineren, grundsätzlicheren Perspektive als Kategorien eingeführt wurden (Tabelle VI.5).

34 Als Methode zur Gruppierung der N = 400 Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde die (agglomerative) hierarchische Clusteranalyse angewendet. Als Proximitätsmaß dienten dabei quadrierte euklidische Distanzen, als Algorithmus wurde Ward gewählt. Gerechnet wurden die Analysen mit SPSS, Version 24. Die Entscheidung für die Anzahl der im Weiteren zu differenzierenden Cluster erfolgte auf der Grundlage des mit einzelnen Fusionierungsschritten verbundenen Heterogenitätszuwachses im Dendrogramm, verbunden mit sowie – da Clusteranalysen explorative, heuristische Verfahren sind – inhaltlicher Überlegungen. (Zwei-Cluster-Lösungen wurden a priori vor dem Hintergrund des Erkenntnisinteresses als nicht hinreichend differenziert verworfen, eine größere Anzahl von Clustern wurde – hinreichende inhaltliche Interpretierbarkeit vorausgesetzt – bei ähnlichem Heterogenitätszuwachs präferiert).

Tabelle VI.5 Verteilung der Clustermerkmale (individuelle und gesellschaftliche Möglichkeiten der Förderung und Erhaltung von Gesundheit im Alter)

Clustervariable	Cluster 1 (N = 75)	Cluster 2 (N=156)	Cluster 3 (N = 169)	Gesamt	Signifikante Unterschiede
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
Sozial aktiv und engagiert bleiben	1,5 (.53)	2,0 (.49)	2,5 (.50)	2,1 (.64)	1 < 2 < 3
Sich für etwas im Leben engagieren und einsetzen	1,3 (.52)	2,0 (.63)	2,7 (.47)	2,1 (.75)	1 < 2 < 3
Vermeehrt Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen	1,7 (.48)	2,1 (.45)	2,4 (.50)	2,1 (.55)	1 < 2 < 3
Körperliche und kognitive Aktivität	1,5 (.50)	1,9 (.55)	2,3 (.46)	2,0 (.58)	1 < 2 < 3
Erhaltung körperlicher und geistiger Beweglichkeit	2,0 (.34)	2,2 (.42)	2,6 (.51)	2,3 (.51)	1 < 2 < 3
Compliance / Adhärenz	1,8 (.37)	2,1 (.48)	2,5 (.52)	2,2 (.55)	1 < 2 < 3
Konzentration auf ein stimulierendes Interessen- und Tätigkeitsspektrum	1,1 (.33)	1,9 (.72)	2,4 (.53)	2,0 (.75)	1 < 2 < 3
Beratung und Information durch Ärztin bzw. Arzt	1,8 (.40)	2,1 (.45)	2,5 (.54)	2,2 (.54)	1 < 2 < 3
Vermehrte Nutzung von Rehabilitations- maßnahmen (ambulant / stationär)	1,1 (.31)	1,8 (.58)	2,3 (.53)	1,9 (.68)	1 < 2 < 3
Vermehrte öffentliche Aufklärung über Altern und Alter	1,4 (.49)	1,8 (.51)	2,5 (.55)	2,0 (.68)	1 < 2 < 3
Vermehrte öffentliche Aufklärung über Präventions-, Therapie- und Rehabilita- tionserfolge	1,4 (.49)	1,8 (.51)	2,6 (.54)	2,0 (.71)	1 < 2 < 3
Zeit der Ärztin bzw. des Arztes für Patientinnen und Patienten	1,9 (.41)	2,2 (.53)	2,5 (.55)	2,3 (.56)	1 < 2 < 3
Verbesserte pflegerische Versorgung: quantitativ	1,8 (.44)	2,0 (.63)	2,3 (.53)	2,1 (.59)	1 < 2 < 3
Verbesserte pflegerische Versorgung: qualitativ	1,7 (.56)	2,2 (.69)	2,3 (.54)	2,2 (.65)	1 < 2 < 3
Ausbau ambulanter / stationärer Hospizhilfen	1,6 (.57)	2,0 (.60)	2,4 (.50)	2,1 (.63)	1 < 2 < 3

Für die Gesamtgruppe der Untersuchungsteilnehmerinnen und -teilnehmer liegen die Mittelwerte der 15 Kategorien zwischen 2,3 und 1,9, die Standardabweichungen zwischen .75 und .51. Die höchsten Mittelwerte ergeben sich für die Kategorien Erhaltung der körperlichen und geistigen Beweglichkeit ($M = 2,3$), Zeit der Ärztin bzw. des Arztes für die Patientinnen und Patienten ($M = 2,3$), Compliance / Adhärenz ($M = 2,2$) und Beratung und Information durch Ärztin bzw. Arzt ($M = 2,2$), die niedrigsten Mittelwerte für vermehrte Aufklärung über Alter und Altern ($M = 2,0$), körperliche und kognitive Aktivität ($M = 2,0$), die Konzentration auf ein stimulierendes Interessen- und Tätigkeitsspektrum ($M = 2,0$) und die Nutzung ambulanter und stationärer Rehabilitationsmaßnahmen ($M = 1,9$).

Das Ergebnis der Clusteranalyse legt eine Differenzierung der $N = 400$ Teilnehmerinnen und Teilnehmer in *drei Untergruppen* nahe. Eine erste, vergleichsweise kleine Gruppe von $N = 75$ Personen („Eher geringe Bedeutung von Eigeninitiative mit Blick auf die Gesundheit; eher geringe Beeinflussbarkeit von Gesundheit durch gesundheitsbezogene Informationen“), die im Vergleich mit den anderen beiden Gruppen für alle 15 Kategorien signifikant niedrigere Werte aufweist, eine zweite Gruppe von $N = 156$ Personen („Mittlere Bedeutung von Eigeninitiative und moderate Beeinflussbarkeit durch gesundheitsbezogene Informationen“), die für alle Kategorien Werte aufweist, die zwischen den anderen beiden Gruppen liegen, und eine dritte Gruppe von $N = 169$ Personen („Starke Beeinflussbarkeit von Gesundheit durch gesundheitsförderliches Verhalten, verbunden mit hoher gesundheitsbezogener Eigeninitiative und ausgeprägtem Interesse an gesundheitsbezogenen Informationen“), die für alle 15 Kategorien signifikant höhere Werte aufweist als die beiden anderen Gruppen.

Aus Tabelle VI.6 geht hervor, dass sich signifikante Unterschiede für die soziodemografischen Merkmale „Soziale Schicht“, „Wohnort“ und „Pflegegrad ergeben“.

Die drei Untergruppen (Cluster) werden nachfolgend ausführlicher charakterisiert. Es werden zudem potenzielle Ressourcen und Risiken aufgezeigt, die sich aus den Transaktionen von *individueller gesundheitsbezogener Einstellung* einerseits und *Lebenswelt* andererseits ergeben. Weiterhin stehen mögliche Handlungsansätze zur Stärkung gesundheitsförderlicher Einstellungen im Zentrum des Interesses.

Tabelle VI.6 Verteilung der in der Analyse individueller und gesellschaftlicher Möglichkeiten der Förderung von Gesundheit im Alter differenzierten Cluster nach soziodemografischen Merkmalen

Außenmerkmale	Cluster 1 (N = 75) (18,8 %)	Cluster 2 (N = 156) (39 %)	Cluster 3 (N = 169) (42,3 %)	Chi ² (df)	p
(A) Geschlecht				1.46 (2)	.48
(B) Lebensalter				4.94 (6)	.55
(C) Familienstand				6.17 (4)	.19
(D) Wohnform				5.83 (2)	.05
Privathaushalt	45 (60 %)	103 (66 %)	126 (75 %)		
Stationäre Einrichtung	30 (40 %)	53 (34 %)	43 (25 %)		
(E) Haushaltsstruktur				4.33 (2)	.12
Zusammen lebend					
Allein lebend					
(F) Soziale Schicht				27,55 (4)	.00
Eher niedrig	35 (47 %)	38 (24 %)	29 (17 %)		
Mittel	35 (47 %)	93 (60 %)	102 (60 %)		
Eher hoch	5 (6 %)	25 (16 %)	38 (22 %)		
(G) Wohnort				14.92 (2)	.00
Land	39 (52 %)	66 (42 %)	47 (28 %)		
Stadtgebiet / Umland	36 (48 %)	90 (58 %)	122 (72 %)		
(H) Pflegegrad				27,75 (2)	.00
2 und höher	51 (68 %)	86 (55 %)	58 (34 %)		
0 und 1	24 (32 %)	70 (45 %)	111 (66 %)		

Cluster 1

Eher geringe Bedeutung von Eigeninitiative für die Gesundheit; eher geringe Beeinflussbarkeit von Gesundheit durch gesundheitsbezogene Informationen

Die zu dieser Gruppe zusammengefassten Untersuchungsteilnehmer*innen zeichnen sich zunächst dadurch aus, dass sie vergleichsweise geringe Möglichkeiten sehen, gesundheitliche Entwicklung im Alter durch individuelles Verhalten nachhaltig zu beeinflussen. Sozialer Aktivität und sozialem Engagement wird ebenso wie (zusätzlichen) kognitiven und körperlichen Aktivitäten eher geringe Bedeutung beigemessen. Gleiches gilt für die Möglichkeit, Einbußen und Verluste durch die Konzentration auf ein stimulierendes Tätigkeits- und Interessenspektrum zu kompensieren. Körperliche und geistige Beweglichkeit wie auch Compliance / Adhärenz werden in ihrem Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung zwar gesehen, dies allerdings vor dem Hintergrund bestehender, teils eben unabänderlicher Grenzen der Selbstgestaltung. Institutionellen und gesellschaftlichen Aufklärungs- und Informationsangeboten – sowohl

mit Blick auf Alter und Altern allgemein als auch mit Blick auf Präventions-, Therapie- und Rehabilitationsmöglichkeiten – wird nur geringe Bedeutung beigemessen. Wichtiger erscheint hier die Ausgestaltung ärztlicher und pflegerischer Versorgung, wobei auch diese als in ihren Möglichkeiten auf Dauer begrenzt wahrgenommen wird.

Auffällig sind in dieser Gruppe ein im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen starkes Überwiegen von Angehörigen der unteren Sozialschicht und Personen mit einem Pflegegrad von 2 oder höher. Der Anteil von Personen, die im Privathaushalt leben, liegt nur wenig über dem Anteil jener, die in einer stationären Einrichtung leben. Deutliche Unterschiede zwischen städtischer und ländlicher Bevölkerung finden sich nicht.

Potenzielle Ressourcen: In dieser Gruppe finden sich Hinweise auf Ressourcen. (a) Eine mittelstark ausgeprägte Tendenz zur Erhaltung körperlicher und geistiger Beweglichkeit sowie zur Compliance/Adhärenz, die deutlich macht, dass das Bewusstsein für gesundheitliche Selbstverantwortung gegeben ist. (b) In jenen Fällen, in denen eine derartige Tendenz auch bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern besteht, kann auch vom Lebensort „Heim“ als einer externalen Ressource gesprochen werden. (c) Ein geringes bis mittelstarkes Motiv, Beratung und Information durch die Ärztin / den Arzt zu erhalten: In jenen Fällen, in denen dieses Motiv eine mittelstarke Ausprägung aufweist, darf von einer gesundheitsförderlichen Ressource gesprochen werden. (d) Die verbesserte pflegerische Versorgung sowie der Ausbau der Hospizhilfe als Thema von mittlerer Bedeutung: Darin drückt sich die Tendenz aus, die eigene zukünftige Versorgungssituation zu antizipieren.

Potenzielle Risiken: Zunächst sind die objektiven Lebensbedingungen genauer in den Blick zu nehmen. (a) Die Tatsache, dass in dieser Gruppe die untere Sozialschicht deutlich überwiegt, lässt uns besser verstehen, warum die Eigenverantwortung mit Blick auf die Gesundheit hier erkennbar niedriger ist als in den beiden anderen Gruppen. Die Zugehörigkeit zu einer unteren Sozialschicht ist, wie bereits mehrfach hervorgehoben, zum einen mit dem Risiko einer deutlich geringeren Gesundheitsbildung, zum anderen mit dem Risiko eines deutlich eingeschränkten Anspruchsniveaus (Erwartungshorizonts) im Hinblick auf gesundheitliche Versorgung verbunden: Gerade in unteren Sozialschichten wird „Alter“ vielfach mit „Krankheit“ gleichgesetzt, woraus sich negative Konsequenzen für die Eigeninitiative mit Blick auf die Gesundheit ergeben können. Zudem haben Angehörige der unteren Sozialschicht in ihrem Lebenslauf gesundheitliche Angebote vielfach ungenutzt gelassen, weil diese nicht Teil ihres Anspruchsniveaus bildeten. (b) Dieser Gruppe gehören zu einem deutlich höheren Anteil Personen an, bei denen ein Pflegegrad von 2 oder höher gegeben ist (68 %). Dies heißt auch: Die Wahrscheinlichkeit, dass diese Personen eine ausgeprägte Eigeninitiative mit Blick auf ihre Gesundheit entwickeln und erhalten, ist geringer als in den beiden anderen Gruppen, in denen höhere Pflegegrade (2 und höher) seltener (siehe Gruppe 2) oder deutlich seltener (siehe Gruppe 3) vertreten sind. Dabei muss die geringere Eigeninitiative nicht allein stärkeren funktionellen Beeinträchtigungen geschuldet sein; in ihr können sich auch das Verständnis von Pflegebedürftigkeit und

die „innere Logik“ der Pflegeversicherung widerspiegeln: Mit Pflegebedürftigkeit werden nicht selten deutlich verringerte Ressourcen zur Selbstständigkeit und Selbstverantwortung verbunden; selbstständigkeitsorientiertes Verhalten wird vielfach nicht gefördert oder verstärkt, sondern vielmehr übergangen. (c) In dieser Gruppe sind Personen, die in einer stationären Einrichtung leben, deutlich stärker repräsentiert als in den beiden anderen Gruppen. Der Heimalltag erschwert möglicherweise den Aufbau und die Erhaltung von Eigeninitiative im Hinblick auf die Mitgestaltung des sozialen Nahumfeldes und im Hinblick auf die Gesundheit (einschließlich der gesundheitlichen Versorgung). In diesem Falle (aber eben nur in diesem Falle) wäre der Lebensort „Heim“ als möglicher Problemfaktor zu werten. (Es sei aus Gründen der Fairness auch festgestellt: Das Heim kann sich im Falle eines innovativen, kompetenz- und teilhabeorientierten Pflege- und Betreuungskonzepts als Ressource erweisen.) Kommen wir nun zu den „internalen“ Bedingungen des Individuums: (d) Zu nennen sind hier zunächst eher geringe soziale Aktivität und geringes soziales Engagement: Mit Blick auf psychische und körperliche Gesundheit ist hier – auch vor dem Hintergrund der in der Literatur berichteten empirischen Befunde – von einem bedeutenden Risikofaktor zu sprechen. (e) Die nur gering ausgeprägte Tendenz, sich für etwas im Leben einzusetzen und zu engagieren, ist als ein potenzielles Gesundheitsrisiko zu deuten, da unter einer derartigen internalen Bedingung die positive Lebensbewertung (Lebensbindung) zurückgeht. (f) Das eher geringe Interesse an Informationen und Aufklärung über Altern und Alter sowie über Präventions-, Therapie- und Rehabilitationserfolge kann einer eher „skeptischen“ Haltung dem (eigenen) Alter gegenüber geschuldet sein; es kann zudem darauf zurückgehen, dass im sozialen Nahumfeld keinerlei Information und Aufklärung über derartige Erfolge angeboten werden. (g) Eine eher geringe körperliche und kognitive Aktivität ist auf den ersten Blick – angesichts des Überwiegens von Pflegegrad 2 und höher – nicht überraschend. Und doch deutet sie auf einen Problemfaktor hin, weil sie dazu beitragen kann, dass sich im Falle einer noch nicht gegebenen Pflegebedürftigkeit eine derartige (früher) einstellt bzw. dass sich im Falle einer bestehenden Pflegebedürftigkeit diese weiter vertieft.

Handlungsansatz

(a) Für Bildungs- und gesundheitliche Versorgungsinstitutionen ergibt sich die Aufgabe, Angehörigen einer eher niedrigen Sozialschicht gegenüber größere Verantwortung für die Bereitstellung gesundheitsbezogener Informationen und gesundheitsförderlicher Dienste zu zeigen. Lebensweltorientierte, informierende und aktiv zugehende gesundheitliche Bildungs- und Beratungsangebote im gesamten Lebenslauf dürfen in ihrer Bedeutung für die Erhaltung von Gesundheit bis in das hohe Alter nicht unterschätzt werden. Durch diese Angebote wird die gesundheitliche Versorgung (und damit auch die Prävention) mit höherer Wahrscheinlichkeit zu einem bedeutenden Merkmal des persönlichen Anspruchsniveaus (oder: Erwartungshorizonts). (b) Es besteht die Notwendigkeit, auch im Falle gegebener – sogar: stärker

ausgeprägter – Pflegebedürftigkeit auf die Sinnhaftigkeit eines aktivierenden, auf Förderung und Erhaltung von Funktionen und Fertigkeiten ausgerichteten Pflege- und Betreuungsansatzes hinzuweisen, in dem auch rehabilitative Elemente vertreten sind. (c) Eine verständliche und motivierende, der Lebenswelt des Individuums entsprechende Information über Ressourcen im Alter wie auch über die positiven Effekte von Übung und Training kann die Motivation, vermehrt Verantwortung für Gesundheit und Lebensqualität wahrzunehmen, steigern. (d) Den Dreh- und Angelpunkt bilden hier die Beziehungen und Kontakte mit dem persönlichen Nahumfeld; zudem sind öffentliche, auch für Menschen mit Beeinträchtigungen geeignete Räume zu schaffen, die als Ort der Begegnung und des Austausches dienen können. Bürgerzentren, die auch mit einem Transportdienst ausgestattet sind bzw. diesen kostengünstig in Auftrag geben können, bilden hier ein bedeutendes institutionelles Angebot.

Cluster 2

Mittlere Bedeutung von Eigeninitiative und moderate Beeinflussbarkeit durch gesundheitsbezogene Informationen

In dieser Gruppe wird Gesundheit als in stärkerem Maße durch gezielte Verhaltensmaßnahmen beeinflussbar wahrgenommen, wobei gleichzeitig aber auch deren Grenzen hervorgehoben werden. Entsprechend wird einzelnen Aktivitäten im Durchschnitt eine mittlere Bedeutung beigemessen. Die Erhaltung von Gesundheit kann in Teilen durch Eigeninitiative beeinflusst werden; persönlichen Bemühungen um die Erhaltung geistiger und körperlicher Beweglichkeit kommt aus Sicht der Untersuchungsteilnehmerinnen und -teilnehmer ähnliche Bedeutung zu wie den berücksichtigten Merkmalen der ärztlichen und pflegerischen Versorgung. Institutionellen und gesellschaftlichen Angeboten mit dem Ziel der Aufklärung und Information wird nur geringe bis mittlere Bedeutung beigemessen, vergleichsweise wichtiger erscheint hier, dass qualitativ hochwertige Angebote medizinischer und pflegerischer Versorgung flächendeckend vorgehalten werden.

In dieser Gruppe überwiegen deutlich Personen, die im Privathaushalt leben; Angehörige der mittleren Sozialschicht sind deutlich stärker repräsentiert als Angehörige der unteren Sozialschicht; der Anteil der städtischen Bevölkerung und der Anteil von Personen mit höherem Pflegegrad (2 und höher) überwiegen leicht.

Potenzielle Ressourcen: Die mittelgradige Ausprägung fast aller einstellungs- und verhaltensbezogenen Merkmale ist im Sinne von Ressourcen zu deuten; es handelt sich zwar nicht um Ressourcen stärkerer Ausprägung, aber doch um gesundheitsbezogene Potenziale, die im Kontext von einstellungs- und verhaltensbezogener Prävention und Intervention (Therapie, Rehabilitation und aktivierende Pflege) durchaus fruchtbar gemacht werden können.

Potenzielle Risiken: Mögliche Risiken: (a) Es findet sich in dieser Gruppe mit 24,5 % ein gegenüber Gruppe 3 (18 %) höherer, gegenüber Gruppe 1 (46,5 %) deutlich niedrigerer Anteil von Angehörigen der unteren sozialen Schicht. Die mit unterer Sozialschicht

assoziierten Risiken wurden bereits im Kontext der Deutung von Gruppe 1 genannt. Diese sind zwar auch für Gruppe 2 anzunehmen, jedoch bei Weitem nicht in dem Ausmaß wie für Gruppe 1. (b) Es findet sich in Gruppe 2 mit 55,5 % ein gegenüber Gruppe 3 (34,5 %) deutlich höherer, gegenüber Gruppe 1 (68 %) niedrigerer Anteil von Personen mit höherem Pflegebedarf (2 und höher). (c) Eine geringe bis mittelstarke Tendenz zur Nutzung von Rehabilitationsangeboten stellt einen potenziellen Problemfaktor dar.

Handlungsansatz

Hier ergeben sich zwei unterschiedliche Sichtweisen: eine *retrospektive*, die fragt, was man in der Vergangenheit hätte tun können, um die Gesundheit bis in das hohe Alter zu fördern; eine *zukunftsorientierte, antizipative*, die fragt, was getan werden kann, um die bestehende Situation zu verbessern oder zumindest zu erhalten bzw. weitere potenzielle Risiken abzuwenden. (a) Aus einer retrospektiven Sicht wird deutlich, mit welchen negativen Folgen für die Gesundheit soziale Ungleichheit verbunden ist. Aus diesem Grund ist das *lebenslauforientierte Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention* (in allen Lebensphasen sind Angebote zur Gesundheitsförderung und zur Prävention vorzuhalten) mit Blick auf die Verringerung der Folgen von sozialer Ungleichheit zu unterstreichen: Es kann nicht genug dafür getan werden, gesundheitsförderliche Angebote zu unterbreiten, die auch Personen aus unteren Bildungsschichten erreichen, ansprechen, motivieren. (b) Aus retrospektiver Sicht ist weiterhin hervorzuheben, dass die vermehrte Förderung von physischer, alltagspraktischer und kognitiver Aktivität im mittleren Erwachsenenalter einen zentralen präventiven Beitrag zur Erhaltung von Selbstständigkeit und (körperlicher wie auch kognitiver) Leistungsfähigkeit im hohen Alter leistet. Es wird weiterhin deutlich, dass auf den konsequenten Einsatz rehabilitativer Maßnahmen auch im hohen Alter (man könnte auch sagen: gerade im hohen Alter) nicht verzichtet werden kann. Denn dadurch könnte – dies zeigen auch die in den Interviews angestellten Beobachtungen und gewonnenen Erkenntnisse – Pflegebedarf in vielen Fällen vermieden werden. (c) Die zukunftsorientierte, antizipative Sicht weist zunächst auf die Notwendigkeit hin, einstellungs- und verhaltensbezogene Ressourcen zu stützen und zu verstärken, gegebenenfalls weiter auszubauen. Die in dieser Gruppe ermittelten Ressourcen legen ein umfassenderes Verständnis von gesundheitlicher Förderung nahe: Pflege sollte immer auch im Sinne von *präventiver Pflege* verstanden werden, die Risiken für die Selbstständigkeit (in den Einstellungen, im Verhalten, aber auch in der räumlichen, sozialen und institutionellen Umwelt) erkennt, adressiert und abbauen hilft. Rehabilitation sollte zu einer zentralen Komponente jeder geriatrischen Behandlung werden; hier ist ein Leitbild der Geriatrie bedeutsam, demzufolge der Fokus nicht nur auf Krankheiten und Krankheitssymptomen liegt, sondern auch auf Funktionalität und funktionellen Ressourcen bzw. Einbußen. Zudem kann eine Psychotherapie, die auf eine Stärkung gesundheits-, selbstständigkeits- und teilhabeförderlicher Überzeugungen und Verhaltens- bzw. Bewältigungsstrategien zielt, einen Beitrag zur Förderung wie auch zur Erhaltung von

Kompetenz leisten. Sport- und bewegungsbezogene Maßnahmen sind hier ebenfalls zu nennen: Denn die Angehörigen dieser Gruppe sind auch für körperliche Aktivitäten ausdrücklich offen. (d) Schließlich adressiert die zukunftsorientierte, antizipative Sicht den Bereich sozialer Beziehungen und sozialer Teilhabe, der als Teil von Gesundheit zu verstehen ist. Die in dieser Gruppe erkennbaren Grade und Formen von sozialer Aktivität und von sozialem Engagement rechtfertigen die Annahme, dass durch die Schaffung von Gelegenheitsstrukturen zur Begegnung und zum Austausch mit anderen Menschen (derselben Generation, nachfolgender Generationen) ein Beitrag zur Förderung und Erhaltung von Lebensqualität geleistet werden kann.

Cluster 3

Starke Beeinflussbarkeit von Gesundheit durch gesundheitsförderliches Verhalten, verbunden mit hoher gesundheitsbezogener Eigeninitiative und ausgeprägtem Interesse an gesundheitsbezogenen Informationen

In dieser Gruppe wird Gesundheit im Alter in starkem Maß als durch individuelles Verhalten und institutionelle Angebote beeinflusst angesehen. Soziale Aktivität und Engagement werden ebenso wie gezielte Maßnahmen zur Förderung körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit als notwendig für die Erhaltung und Förderung von Gesundheit erachtet. Zudem wird Informations- und Aufklärungsangeboten große Bedeutung beigemessen. Weit stärker als in den anderen beiden Gruppen werden Rehabilitationsangebote als Teil einer qualitativ hochwertigen medizinischen und pflegerischen Versorgung wahrgenommen.

Der überwiegende Anteil der Personen lebt im Privathaushalt, die höheren Sozialschicht ist ebenso deutlich stärker repräsentiert wie der Anteil der städtischen Bevölkerung und der Anteil der Personen ohne Pflegegrad bzw. mit Pflegegrad 1.

Potenzielle Ressourcen: Es handelt sich hier um eine Gruppe, die ein hohes gesundheitsbezogenes Engagement – auch mit Blick auf die Gestaltung sozialer Beziehungen, auch mit Blick auf das Engagement in einem oder in mehreren Lebensbereichen – beschreibt. Die Mitglieder dieser Gruppe weisen, verglichen mit den anderen Gruppen, deutlich stärkere Ressourcen im Hinblick auf die verschiedenen Bereiche von Gesundheit – körperliche, seelische, soziale – auf; die verschiedenen einstellungs- und verhaltensbezogenen Merkmale zeigen vielfach hohe gesundheitsförderliche Ausprägungen. Zudem sind Personen mit einem höheren Pflegegrad (2 und höher) in dieser Gruppe deutlich seltener repräsentiert als in den beiden anderen Gruppen; Ähnliches gilt für die Zugehörigkeit zur unteren Sozialschicht. Nun könnte argumentiert werden, dass Pflegegrad und Sozialschicht die Gruppenzugehörigkeit nahezu determinieren. Dies ist allerdings nicht der Fall: denn 18 % der Angehörigen von Gruppe 3 gehören der unteren Sozialschicht an, bei 34,5 % liegt ein Pflegegrad von 2 und höher vor. Daraus folgt: Es sind auch die *internalen Ressourcen* der Person – und zwar Ressourcen, die im Laufe der Biografie entwickelt wurden –, die mit darüber entscheiden, wie sich diese im Alter mit gesundheitlichen Themen auseinandersetzt,

wobei diese Aussage für alle drei gesundheitlichen Bereiche gilt: die körperliche, die seelische und die soziale.

Potenzielle Risiken: Mögliche Risiken sind in dieser Gruppe – wenn man diese als ganze betrachtet – kaum erkennbar.

Handlungsansatz

Die Frage, was zu tun ist, lässt sich wie folgt beantworten: Es ist sicherzustellen, dass diese günstigen einstellungs- und verhaltensbezogenen Konstellationen möglichst lange erhalten bleiben. Angemessene Präventionsangebote wie auch gute Informations- und Beratungsangebote (die die Ressourcenperspektive akzentuieren) sind hier wichtig.

VI.6.2 Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung eigener Gesundheit

In einer zweiten Clusteranalyse ging es uns um die Frage, inwieweit alte Menschen durch ihr Verhalten gezielt Einfluss auf ihre Gesundheit (einschließlich Autonomie und Teilhabe) zu nehmen versuchen (Tabelle VI.7).

In diese Clusteranalyse sind jene 15 Merkmale eingegangen, die als bedeutende Kategorien zur Erfassung der „persönlichen Perspektive“ identifiziert wurden: (1) Gesunde Ernährung, (2) Sportliche Aktivitäten, (3) Gezielte Bewegungsmaßnahmen, (4) Gezielte Entspannungsmaßnahmen (seelische Gesundheit), (5) Suche nach Informationen über gesundheitsförderliches Verhalten, (6) Kontakte zu engen Vertrauten innerhalb der Familie, (7) Kontakte zu engen Vertrauten außerhalb der Familie, (8) Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung von Autonomie, (9) Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung von Teilhabe, (10) Arztbesuche bei aufgetretenen Krankheitssymptomen, (11) Wiederholte Arztbesuche bei chronischen Erkrankungen, (12) Compliance / Adhärenz, (13) Teilnahme an Gruppenmaßnahmen: intragenerationell, (14) Teilnahme an Gruppenmaßnahmen: intergenerationell, (15) Ambulante / stationäre Rehabilitation. Auch diese Kategorien wurden hinsichtlich ihrer Bedeutung für das individuelle Verhalten von zwei Interviewern gemeinsam auf einer dreistufigen Ratingskala mit den Skalenpunkten 1: nicht erkennbar / sehr gering ausgeprägt, 2: mittlere Ausprägung, 3: (eher) starke Ausprägung eingeschätzt.

Für die Gesamtgruppe der Untersuchungsteilnehmerinnen und -teilnehmer liegen die Mittelwerte der 15 Kategorien zwischen 2,6 und 1,7, die Standardabweichungen zwischen .77 und .42. Die höchsten Mittelwerte ergeben sich für die Kategorien „Wiederholte Arztbesuche bei chronischen Erkrankungen“ (M = 2,6), „Kontakte zu engen Vertrauten innerhalb der Familie“ (M = 2,3), „Therapie-Compliance / Adhärenz“ (M = 2,3), „Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung von Teilhabe“ (M = 2,2) und „Arztbesuche bei aufgetretenen Krankheitssymptomen“ (M = 2,2), die niedrigsten Mittelwerte für „Teilnahme an intragenerationellen Gruppen“ (M = 1,8), „Gezielte Entspannungsübungen“ (M = 1,8), „Sportliche Aktivitäten“ (M = 1,7) und „Teilnahme an intergenerationellen Gruppen“ (M = 1,5).

Tabelle VI.7 Verteilung der Clustermerkmale (Verhaltensmaßnahmen im Dienste eigener Gesundheit)

Clustervariable	Cluster 1 (N = 89)	Cluster 2 (N = 96)	Cluster 3 (N = 107)	Cluster 4 (N = 108)	Gesamt	Signifikante Unterschiede
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
Gesunde Ernährung	1,5 (.50)	2,5 (.58)	1,8 (.42)	2,0 (.37)	2,0 (.58)	1 < 3 < 4 < 2
Sportliche Aktivitäten	1,2 (.36)	2,4 (.56)	1,4 (.48)	1,8 (.64)	1,7 (.69)	1 < 3 < 4 < 2
Gezielte Bewegungsmaßnahmen	1,8 (.43)	2,8 (.44)	2,1 (.42)	2,1 (.38)	2,2 (.55)	1 < 3, 4 < 2
Gezielte Entspannungsmaßnahmen (seelische Gesundheit)	1,2 (.43)	2,4 (.58)	1,6 (.54)	1,9 (.51)	1,8 (.66)	1 < 3 < 4 < 2
Suche nach Informationen über gesundheitsförderliches Verhalten	1,7 (.48)	2,7 (.45)	2,0 (.32)	2,2 (.45)	2,2 (.57)	1 < 3 < 4 < 2
Kontakte zu engen Vertrauten innerhalb der Familie	2,0 (.52)	2,4 (.65)	2,3 (.55)	2,5 (.65)	2,3 (.62)	1 < 3 < 4, 2
Kontakte zu engen Vertrauten außerhalb der Familie	1,3 (.47)	2,5 (.52)	1,9 (.67)	2,4 (.58)	2,1 (.72)	1 < 3 < 4, 2
Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung von Autonomie	1,8 (.47)	2,5 (.50)	2,0 (.48)	2,3 (.48)	2,2 (.56)	1 < 3 < 4 < 2
Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung von Teilhabe	1,2 (.40)	2,8 (.42)	2,2 (.47)	2,5 (.54)	2,2 (.73)	1 < 3 < 4 < 2
Arztbesuche bei aufgetretenen Krankheitssymptomen	2,1 (.43)	2,3 (.45)	2,1 (.32)	2,3 (.45)	2,2 (.42)	1, 3 < 4, 2
Wiederholte Arztbesuche bei chronischen Erkrankungen	2,4 (.56)	2,8 (.44)	2,5 (.52)	2,6 (.48)	2,6 (.52)	1, 3 < 4, 2
Therapie-Compliance / Adhärenz	2,0 (.60)	2,6 (.50)	2,0 (.52)	2,4 (.62)	2,3 (.61)	1, 3 < 4, 2
Teilnahme an Gruppenmaßnahmen: intragenerationell	1,3 (.53)	2,2 (.72)	1,2 (.41)	2,4 (.57)	1,8 (.77)	1, 3 < 4, 2
Teilnahme an Gruppenmaßnahmen: intergenerationell	1,1 (.31)	2,1 (.68)	1,2 (.41)	1,7 (.59)	1,5 (.65)	1, 3 < 4 < 2
Ambulante / stationäre Rehabilitation	1,3 (.60)	2,2 (.56)	1,6 (.55)	1,9 (.46)	1,8 (.62)	1, 3 < 4 < 2

Das Ergebnis der Clusteranalyse legt eine Differenzierung der N = 400 Teilnehmerinnen und Teilnehmer in vier Untergruppen nahe: (1) Gering ausgeprägtes Gesundheitsverhalten; eher geringe soziale Aktivität und Teilhabe; (2) Stark ausgeprägtes (körperliches und seelisches) Gesundheitsverhalten sowie stark ausgeprägte soziale Aktivität, Autonomie und Teilhabe; (3) Weniger stark ausgeprägtes Gesundheitsverhalten; mittelgradige Aktivität und Teilhabe; (4) Etwas stärker ausgeprägtes Gesundheitsverhalten; eher hohe soziale Aktivität, Autonomie und Teilhabe. Aus Tabelle VI.7 geht hervor, dass die erste und die dritte Gruppe durchgängig signifikant niedrigere Werte aufweisen als die zweite und die vierte Gruppe. Des Weiteren liegen die Werte bei den Angehörigen der ersten Gruppe in neun der 15 Kategorien signifikant unter jenen der Gruppe 3. Für Arztbesuche, die Nutzung von Gruppenangeboten, Adhärenz und Rehabilitation findet sich kein bedeutsamer Unterschied zwischen der ersten und der dritten Gruppe. Mit Ausnahme der Merkmale „Kontakte zu engen Vertrauten innerhalb der Familie“ sowie „Teilnahme an Gruppenmaßnahmen: intragenerationell“ weisen die Angehörigen der Gruppe 2 für alle Kategorien die höchsten Durchschnittswerte auf.

Aus Tabelle VI.8 geht hervor, dass sich signifikante Unterschiede für die soziodemografischen Merkmale „Geschlecht“, „Familienstand“, „Wohnform“, „Wohnort“, „Soziale Schicht“ und „Pflegegrad“ ergeben.

Insgesamt lassen sich die vier Gruppen wie folgt charakterisieren:

Tabelle VI.8 Verteilung der in der Analyse zu Verhaltensmaßnahmen im Dienst eigener Gesundheit differenzierten Cluster nach soziodemografischen Merkmalen

Außenmerkmale	Cluster 1 (n = 89)	Cluster 2 (n=96)	Cluster 3 (n = 107)	Cluster 4 (n = 108)	Chi ² (df)	p
(A) Geschlecht					9,48 (3)	.24
Frauen	51 (57 %)	62 (65 %)	47 (44 %)	63 (58 %)		
Männer	38 (43 %)	34 (35 %)	60 (56 %)	45 (42 %)		
(B) Lebensalter					10,36 (9)	.32
(C) Familienstand					15,73 (6)	.02
Verheiratet	32 (36 %)	53 (55 %)	39 (37 %)	54 (50 %)		
Verwitwet	46 (52 %)	29 (30 %)	57 (53 %)	40 (37 %)		
Ledig, geschieden	11 (12 %)	14 (15 %)	11 (10 %)	14 (13 %)		
(D) Wohnform					10,93 (3)	.01
Privathaushalt	63 (71 %)	75 (78 %)	61 (57 %)	75 (69 %)		
Stationäre Einrichtung	26 (29 %)	21 (22 %)	46 (43 %)	33 (31 %)		
(E) Haushaltsstruktur					7,00 (6)	.32
Zusammen lebend						
Allein lebend						

Tabelle VI.8 Fortsetzung

Außenmerkmale	Cluster 1 (n = 89)	Cluster 2 (n=96)	Cluster 3 (n = 107)	Cluster 4 (n = 108)	Chi ² (df)	p
(F) Soziale Schicht					48,12 (6)	.00
Eher niedrig	46 (52 %)	19 (20 %)	23 (21 %)	14 (13 %)		
Mittel	34 (38 %)	53 (55 %)	67 (63 %)	76 (70 %)		
Eher hoch	9 (10 %)	24 (25 %)	17 (16 %)	18 (17 %)		
(G) Wohnort					9,19 (3)	.03
Land	44 (29 %)	30 (31 %)	44 (41 %)	34 (31 %)		
Stadtgebiet / Umland	45 (51 %)	66 (69 %)	63 (59 %)	74 (69 %)		
(H) Pflegegrad					42,41 (3)	.00
2 und höher	62 (70 %)	28 (29 %)	65 (61 %)	40 (37 %)		
0 und 1	45 (51 %)	27 (30 %)	42 (39 %)	68 (63 %)		

Cluster 1

Gering ausgeprägtes Gesundheitsverhalten; eher geringe soziale Aktivität und Teilhabe

Die in dieser Gruppe zusammengefassten Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer beschreiben ihren Lebensstil nur in geringem Maße als gesundheitsbewusst bzw. als durch das Bemühen um eine Erhaltung und Förderung eigener Gesundheit geprägt. Gesunde Ernährung, Sport und Bewegung stellen keine besonderen Anliegen dar, gezielte Maßnahmen zur Erhaltung von Autonomie und Teilhabe sind selten. Soziale Kontakte konzentrieren sich weitgehend auf Familienangehörige. Das Interesse an Informationen über gesundheitsförderliches Verhalten ist eher gering, den Anlass für die Beschäftigung mit der eigenen Gesundheit bietet primär oder allein das Auftreten von Symptomen und Erkrankungen. Entsprechend kommt Arztbesuchen unter den berücksichtigten gesundheitsbezogenen Maßnahmen die größte Bedeutung zu.

Auffällig sind ein vergleichsweise hoher Anteil Verwitweter, ein hoher Anteil von Angehörigen der eher unteren Sozialschicht sowie ein hoher Anteil an Personen mit einem höheren Pflegegrad. Die Mehrzahl der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer dieser Gruppe lebt im Privathaushalt.

Potenzielle Ressourcen: (a) Therapie bildet hier ein subjektives Thema mittlerer Ausprägung; (b) Autonomie (Selbstständigkeit und Selbstverantwortung) bildet ein Thema mittlerer Ausprägung; (c) es besteht eine mittelgradig ausgeprägte Familienorientierung.

Potenzielle Risiken: (a) Das gesundheitsverantwortliche Verhalten (Ernährung, Bewegung, Sport, Entspannungstechniken) ist nur gering ausgeprägt; (b) die soziale Teilhabe ist gering ausgeprägt; (c) dieser Gruppe gehört eine höhere Anzahl von Menschen aus der unteren Sozialschicht an; (d) in dieser Gruppe sind Personen mit einem

höheren Pflegegrad (2 und höher) stärker repräsentiert; (e) in dieser Gruppe findet sich eine vergleichsweise höhere Anzahl von verwitweten Menschen.

Handlungsansatz

(a) Es fällt auf, dass gesundheitsförderliche Themen wie gesunde Ernährung, sportliche Aktivität und Bewegungsfreude sowie entspannungsorientierte Techniken in dieser Gruppe kaum repräsentiert sind. Damit ist im Grunde ein Lebensstil angedeutet, in dem sich nur eine geringe Empfänglichkeit (oder Sensibilität) für gesundheitliche Fragen widerspiegelt. Die Sensibilisierung für gesundheitliche Fragen, das Aufzeigen von Möglichkeiten, etwas für die eigene Gesundheit zu tun, bildet bei den Angehörigen dieser Gruppe eine besonders wichtige Aufgabe. (b) Dabei kann angesetzt werden bei einer mittelgradigen Therapie- und Autonomieorientierung: Für die Angehörigen dieser Gruppe sind Aspekte einer fachlich fundierten, wirksamen Therapie von mittlerer Wichtigkeit; Gleiches gilt für die Erhaltung der Autonomie. Hier also ist eine Gesundheitsberatung wichtig, die verdeutlicht, wie eng die beiden Themen „Therapie“ und „Autonomie“ mit einem gesundheitsförderlichen Lebensstil verknüpft sind. (c) Dabei ist zu berücksichtigen, dass Angehörige aus der unteren Sozialschicht in dieser Gruppe stärker vertreten sind, was auch bedeutet: Es besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass die Angehörigen dieser Gruppe eine vergleichsweise geringe Gesundheitsbildung erfahren haben, sodass sich im hohen Alter die Aufgabe des „Nachlernens“ ergibt – eine wichtige Aufgabe nicht nur der hausärztlichen Medizin, sondern auch der präventiven Pflege und der zugehenden Intervention; dabei ist auch die Bereitstellung von Materialien wichtig, die zu vermehrter Gesundheitsorientierung motivieren und in einer lebensweltorientierten Art und Weise aufzeigen, wie ein gesundheitsbewusster Lebensstil entwickelt und aufrechterhalten werden kann. (d) Die Tatsache, dass ein höherer Pflegegrad (2 und höher) in dieser Gruppe in stärkerem Maße anzutreffen ist, spricht nicht gegen die Notwendigkeit der Motivation zu einer stärkeren Gesundheitsorientierung, sondern – im Gegenteil – für diese; auch hier kann und sollte an der mittelgradig ausgeprägten Autonomieorientierung angesetzt werden.

Cluster 2

Stark ausgeprägtes (körperliches und seelisches) Gesundheitsverhalten; stark ausgeprägte soziale Aktivität, Autonomie und Teilhabe

Die in dieser Gruppe zusammengefassten Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer können als ernährungsbewusst, sportlich aktiv, bewegungsfreudig, entspannungs-, gesundheits-, therapie- und autonomieorientiert, familienbezogen, kontaktfreudig, teilhabeorientiert und stärker sozialkommunikativ orientiert beschrieben werden.

Unter den Angehörigen dieser Gruppe finden sich mehr Frauen, mehr Verheiratete und mehr Personen, die im Privathaushalt leben. Diese zählen eher zur mittleren

bis höheren Sozialschicht, leben eher in der Stadt oder im Stadtumland und haben einen eher geringeren Pflegegrad.

Potenzielle Ressourcen: (a) Ernährungsbewusste Lebensführung; (b) große Bedeutung von Bewegung und Sport – auch im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention; (c) große Bedeutung eines auf Erhaltung von Autonomie (Selbstständigkeit und Selbstbestimmung) gerichteten Lebensstils; (d) Suche nach Phasen der Entspannung; (e) familienbezogen; (f) teilhabeorientiert; (h) stärker sozialkommunikativ- und teilhabeorientiert; (i) eher mittlere bis hohe soziale Schicht; (g) eher fehlender oder geringer Pflegegrad

Potenzielle Risiken: Es sind keine Risiken erkennbar.

Handlungsansatz

Hier sind zwei Perspektiven wichtig: (a) Es ist eine Analyse darüber vorzunehmen, inwieweit sich dieser Lebensstil in der Biografie ausgebildet und im hohen Alter möglicherweise differenziert hat. In der empirischen Untersuchung wurde deutlich, dass es sich hier um einen in früheren Lebensabschnitten entwickelten Lebensstil handelt, der in den späteren Lebensabschnitten nur geringfügig modifiziert wurde. Dabei spielten auch die günstigen Lebens- und Entwicklungsbedingungen eine wichtige Rolle. (b) Hier ist zu fragen, inwieweit sich dieser gesundheits- und teilhabeförderliche Lebensstil auch in den kommenden Jahren *fortsetzen* lässt. Folgt man den in den Interviews getroffenen Aussagen, dann ist aus Sicht der alten Menschen der Ausbau von sport-, bewegungs-, sozial- und kulturbezogenen Angeboten wichtig, die zur Aufrechterhaltung eines derartigen Lebensstiles motivieren und dessen Aufrechterhaltung unterstützen. Es wurde zum einen die mobilitätsförderliche Verkehrsgestaltung, zum anderen eine noch stärkere Orientierung der Angebote an den spezifischen Bedürfnissen (Stärken, Verletzlichkeiten) alter Menschen hervorgehoben.

Cluster 3

Weniger stark ausgeprägtes Gesundheitsverhalten; mittelgradige Aktivität und Teilhabe

Die Angehörigen dieser Gruppe sind in mittlerem Grade ernährungsbewusst, eher wenig sportlich aktiv, in mittlerem Grade bewegungs-, in geringerem Maße entspannungs-, in mittlerem Grad therapieorientiert, in mittlerem Grad autonomieorientiert und kontaktfreudig und eher teilhabeorientiert.

Soziodemografisch ist diese Gruppe eher durch männliches Geschlecht, Verwitwung, mittlere Sozialschicht und höheren Pflegegrad gekennzeichnet. Die meisten leben im Stadtgebiet/Umland.

Potenzielle Ressourcen: Alle mittelgradigen Ausprägungsgrade im gesundheitsbezogenen Verhalten wie auch im sozialkommunikativ- und teilhabeorientierten Verhalten

Potenzielle Risiken: (a) Geringe Sensibilität für gesunde Ernährung; (b) geringe sportliche Aktivität; (c) gering ausgeprägte Suche nach Phasen der Entspannung; (d) größere Anzahl von Personen mit höherem Pflegegrad (2 und höher)

Handlungsansatz

Es ist (a) an den mittelgradigen Ausprägungsgraden im gesundheits-, sozialkommunikativ- und teilhabeorientierten Verhalten anzusetzen: Dieses Verhalten zu verstärken, beschreibt ein bedeutsames Präventionsziel. Es ist (b) zu prüfen, inwieweit das Bewusstsein für gesunde Ernährung gestärkt werden kann; zudem ist (c) zu prüfen, inwieweit die Person auch für Sportangebote gewonnen werden kann; diese Sportangebote könnten (d) in ein physiotherapeutisches Konzept integriert werden. Dass ein derartiges Konzept notwendig ist, zeigt auch die Tatsache, dass in dieser Gruppe Personen mit einem höheren Pflegegrad (2 und höher) stärker repräsentiert sind.

Cluster 4

Etwas stärker ausgeprägtes Gesundheitsverhalten; eher hohe soziale Aktivität, Autonomie und Teilhabe

Die Personen sind in mittlerem Grade ernährungsbewusst, in mittlerem Grade sportlich aktiv, in mittlerem Grade bewegungs- und entspannungsorientiert, autonomie- und teilhabeorientiert, kontaktfreudig, sozialkommunikativ orientiert; in stärkerem Maße therapieorientiert.

Es überwiegen eher Frauen, die Zugehörigkeit zur mittleren bis höheren Sozialschicht, das Leben im Privathaushalt und ein geringerer Pflegegrad.

Potenzielle Ressourcen: Gesundheitsförderliches Verhalten, das zwar in der Regel nur mittelgradig ausgeprägt ist, das sich aber zugleich auf zahlreiche Aspekte von Gesundheit, Autonomie und Teilhabe konzentriert. Ausgeprägte Kontaktfreude, eingebettet in eine hohe Kommunikations- und Teilhabeorientierung (als Lebensstilkomponente).

Potenzielle Risiken: Diese sind nicht erkennbar.

Handlungsansatz

Es findet sich hier zum einen eine durchweg mittelgradige Ausprägung gesundheitsförderlichen Verhaltens, zum anderen eine hohe Kontaktfreude wie auch eine hohe sozialkommunikative Orientierung und Teilhabeorientierung, die sich positiv auf gesundheitsförderliches Verhalten auswirken kann. In dieser Gruppe ist die mittlere bis höhere Sozialschicht vergleichsweise stärker repräsentiert, ein höherer Pflegegrad (2 und höher) hingegen geringer. Es handelt sich auch hier – ähnlich der Gruppe 2 – um eine Gruppe, in der Frauen stärker vertreten sind als Männer. Mit anderen Worten: Jene beiden Gruppen, in denen sich ein stärker ausgeprägtes Gesundheitsverhalten

sowie eine eher hohe soziale Aktivität bzw. Teilhabe finden, zeigen zugleich einen *höheren Anteil an Frauen*. Dies lässt die allgemeine Aussage zu, dass bei allen Präventions- und Interventionskonzepten auch eine *geschlechtsdifferenzielle Perspektive* notwendig ist, die eine erhöhte Sensibilität mit Blick auf das Gesundheitsverhalten von Männern aufweist.

VI.7 Fazit

Die hier berichteten Befunde machen deutlich, dass alte Menschen im Allgemeinen *Möglichkeiten der Selbstgestaltung*, und zwar im Sinne der Einflussnahme auf die eigene körperliche und geistige Gesundheit, erkennen und durch gezieltes Verhalten zu realisieren versuchen. Sie erleben sich mithin als (mit-)verantwortlich für ihre eigene gesundheitliche Entwicklung. Die ermittelten Zusammenhänge zwischen den identifizierten Gruppen einerseits, den soziodemografischen Merkmalen andererseits weisen allerdings auch auf erhebliche soziale Ungleichheiten hin. In allen Analysen – in jenen zum Verhalten im Dienste eigener Gesundheit wie in jenen zu gesundheitsförderlichen Beiträgen von Individuum und Gesellschaft – erwies sich insbesondere die *soziale Schichtzugehörigkeit* als eine wichtige differenzierende Variable.

Personen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status haben nachgewiesenermaßen ein signifikant erhöhtes Krankheitsrisiko: Im Hinblick auf kardio- und zerebrovaskuläre Erkrankungen, neurodegenerative Erkrankungen, Stoffwechsel- und Tumorerkrankungen sowie entzündliche Erkrankungen der Gelenke wird ein enger Zusammenhang zwischen sozialem Status und Krankheitsrisiko festgestellt und eine Erhöhung um das Zwei- bis Dreifache in den unteren sozialen Schichten beobachtet.³⁵ *Bildung* stellt dabei unter jenen Merkmalen, die den sozialen Status eines Individuums definieren, die zentrale Einflussgröße von Gesundheit dar: Sowohl das Morbiditäts- als auch das Mortalitätsrisiko im hohen Alter sind eng mit dem Bildungsstand assoziiert.³⁶ Unabhängig von anderen Merkmalen des sozioökonomischen Status geht ein geringeres Bildungsniveau mit einem höheren Risiko (a) chronischer Erkrankungen und Beeinträchtigungen, (b) damit verbundener körperlicher und psychischer Belastungen sowie (c) aus diesen Belastungen resultierender Verringerungen der Teilhabechancen einher.³⁷

Die ausgeprägten sozialen Schichtunterschiede mit Blick auf gesundheitliche Risiken und Problemlagen wie auch mit Blick auf den Zugang zu und den realisierten Nutzen von medizinischer und pflegerischer Versorgung³⁸ sprechen für die Notwen-

35 Uluşoy & Gräßel (2010)

36 Clark & Roayer (2013); Fletcher (2014); Meghir et al. (2012)

37 Mielck et al. (2014)

38 Deutscher Bundestag (2016)

digkeit *gezielter Beratung und Begleitung* dieser Personengruppen im Hinblick auf Patientenrechte und mögliche Effekte einer gesundheitsbezogenen Intervention. Infrage kommen hier zum Beispiel präventive Hausbesuche durch Sozialarbeiterinnen und -arbeiter und Pflegefachpersonen, die über ausreichende Expertise im Hinblick auf schicht- und kulturspezifische Verständnisformen von Altern, Gesundheit und Krankheit wie auch im Hinblick auf schicht- und kulturspezifische Krankheitsrisiken, Symptompräsentationen, alters- und gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen verfügen.³⁹ Mit derartig qualifiziertem Fachpersonal wäre die Etablierung und Implementierung entsprechender neuer Aufgaben oder Funktionen zu unterstützen, deren Kernelement die schicht-, milieu- und kultursensible Beratung und Begleitung von Patientinnen und Patienten bildet.⁴⁰ Dabei sind derartige Beratungs- und Begleitungsangebote *in allen Phasen des Lebenslaufs* vorzuhalten; Gesundheitsbildung (*health literacy*) ist schon in früheste Bildungsangebote zu integrieren; Schicht-, Milieu- und Kultursensibilität müssen als *cantus firmus* von Gesundheits- und Bildungsangeboten für Kinder, Jugendliche, Menschen im frühen, mittleren und hohen Erwachsenenalter begriffen und umgesetzt werden.

39 Kono et al. (2012); Stuck et al. (2002)

40 Lie et al. (2011); Purnell (2012, 2014)

Literatur

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping. New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.
- Bartels, F., Eckardt, C., & Wittrich, A. (2019). *Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie*. Bd. 1: *Grundlagen und Formulierungshilfen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bozzaro, C., Boldt, J., & Schweda, M. (2018). Are older people a vulnerable group? Philosophical and bioethical perspectives on ageing and vulnerability. *Bioethics*, 32, 233–239.
- Bu, F., Philip, K., & Fancourt, D. (2020). Social isolation and loneliness as risk factors for hospital admissions for respiratory disease among older adults. *Thorax*, 75(7), 597–599. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2020-214873>.
- Clark, D., & Royer, H. (2013). The Effect of Education on Adult Mortality and Health: Evidence from Britain. *American Economic Review*, 103, 2087–2120.
- Dangel, B., & Korporal, J. (2003). Kann Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Grundlage eines spezifischen pflegerischen Ansatzes der Rehabilitation sein? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36, 50–62.
- Deutscher Bundestag (2016). *Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften* (Bundestagsdrucksache 18/10210). Berlin: Deutscher Bundestag.
- Fletcher, J. M. (2014). New evidence of the effects of education on health in the US: compulsory schooling laws revisited. *Social Science & Medicine*, 127, 101–107.
- Freund, A. M., & Hennecke, M. (2015). On means and ends: The role of goal focus in successful goal pursuit. *Current Directions in Psychological Science*, 24, 149–153.
- Fries, J. F. (2016). On the compression of morbidity: from 1980 to 2015 and beyond. In N. Musi, & P. Hornsby (2016) *Handbook of the Biology of Aging* (S. 507–524). New York: Academic Press.
- Frühwald, T. (2012). Ethik in der Geriatrie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45, 545–557.
- Gadamer, H.-G. (1993). *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gadamer, H.-G. (2003). *Schmerz. Einschätzungen aus medizinischer, philosophischer und therapeutischer Sicht*. Heidelberg: Winter.
- GKV-Spitzenverband (2018). *Leitfaden für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI (2018)*. Berlin: GKV-Spitzenverband.

- Görres, S., Schmitt, S., Neubert, L., Zimmermann, M., & Stolle, C. (2013). *Prävention in der Pflege. Maßnahmen und ihre Wirksamkeit*. Abschlussbericht für das ZQP.
- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, *40*, 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>.
- Hayoun, M.-R. (1999). *Maimonides. Arzt und Philosoph im Mittelalter*. München: Beck.
- Heidrich, P. (2010). *Im Gespräch mit Meister Eckhart und Maimonides*, herausgegeben von H. M. Niemann (Rostocker Theologische Studien 22). Münster: LIT-Verlag.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2010). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>.
- Klein, J., & Knesebeck, O. (2016). Soziale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung. Ein Überblick über aktuelle Befunde aus Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, *59*, 238–244.
- Kono, A., Kanaya, Y., Fujita, T., Tsumura, C., Kondo, T., Kushiya, K., & Rubenstein, L. Z. (2012). Effects of a preventive home visit program in ambulatory frail older people: a randomized controlled trial. *The Journal of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, *67*(3), 302–309.
- Kramer, A. F., & Colcombe, S. (2018). Fitness effects on the cognitive function of older adults: A meta-analytic study — revisited. *Perspectives on Psychological Science*, *13*, 213–217. <http://dx.doi.org/10.1177/1745691617707316>.
- Krehl, L. (1906). *Pathologische Physiologie*. Leipzig: Thieme.
- Kruse, A. (1987). Coping with chronic disease, dying and death – a contribution to competence in old age. *Comprehensive Gerontology*, *1*, 1–11.
- Kruse, A. (2002). Produktives Leben im Alter. Der Umgang mit Verlusten und der Endlichkeit des Lebens. In R. Oerter, & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (4. Aufl.), (S. 563–574). Weinheim: Beltz PVU.
- Kruse, A. (2009a). Coping – Anthropologische Überlegungen zur Auseinandersetzung des Menschen mit Aufgaben und Belastungen. In D. Schaeffer (Hrsg.), *Bewältigung chronischer Krankheiten im Lebenslauf* (S. 179–206). Bern: Huber.
- Kruse, A. (2009b). Die Bewältigung chronischer Erkrankung – Anthropologische Überlegungen zur Krankenbehandlung. In G. Etzelmüller, & A. Weissenrieder (Hrsg.), *Religion und Krankenbehandlung. Welche Formen der Kopplung sind lebensförderlich?* (S. 100–125). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Kruse, A. (2017). *Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife*. Heidelberg: Springer.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2015). Glück und Unglück im hohen Alter. Ein empirischer Beitrag zur Wertverwirklichung alter und sehr alter

- Menschen. *Psychotherapie im Alter*, 12, 425–440.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2016). Soziale Ungleichheit, Gesundheit und Pflege im höheren Lebensalter. *Bundesgesundheitsblatt*, 59(2), 252–258.
- Kruse, A., & Schmitt, E. (2018). Psychosoziale Faktoren geriatrischer Krebspatienten. In M. Ebert, N. Härtel, & U. Wedding (Hrsg.), *Geriatrische Onkologie* (S. 155–174). Berlin: Springer.
- Kümpers, S., & Zander, M. (2012). Der Autonomiebegriff im Kontext von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und sozialer Benachteiligung. In S. Kümpers, & I. Heusinger (Hrsg.), *Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? Altern unter Bedingungen von Marginalisierung* (S. 21–38). Bern: Huber.
- Kuhlmei, A., & Tesch-Römer, C. (Hrsg.). (2012). *Autonomie trotz Multimorbidität: Ressourcen für Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im Alter*. Göttingen: Hogrefe.
- Lampert, T., Richter, M., Schneider, S., Spallek, J., & Dragano, N. (2016). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 59, 153–165.
- Lee, J., Lau, S., Meijer, E., & Hu, P. (2020). Living longer, with or without disability? A global and longitudinal perspective. *The Journals of Gerontology: Series A*, 75, 162–167.
- Lie, D. A., Lee-Rey, E., Gomez, A., Berekyei, S., & Braddock, C. H. III. (2011). Does cultural competency training of health professionals improve patient outcomes? A systematic review and proposed algorithm for future research. *Journal of General Internal Medicine*, 26, 317–325.
- Maimonides, M. (1992). *Eine Abhandlung zur jüdischen Ethik und Gotteserkenntnis*. Hamburg: Meiner.
- Meghir, C., Palme, M., & Simeonova, E. (2012). *Education, health and mortality: Evidence from a social experiment*. <http://ftp.iza.org/dp6462.pdf>.
- Mielck, A., Vogelmann, M., & Leidl, R. (2014). Health-related quality of life and socioeconomic status: inequalities among adults with a chronic. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 58–67.
- Naegele, G. (2016). 25 Jahre sozialgerontologische Forschung in Dortmund. In G. Naegele, E. Olbermann, & A. Kuhlmann (Hrsg.) *Teilhabe im Alter gestalten* (S. 13–44). Wiesbaden: Springer VS.
- Pohlmann, S. (Hrsg.). (2016). *Alter und Prävention*. Wiesbaden: Springer VS.
- Potter, S., Drewelies, J., Wagner, J., Duezel, S., Brose, A., Demuth, I., Steinhagen-Thiessen, E., Lindenberger, U., Wagner, G. G., & Gerstorf, D. (2020). Trajectories of multiple subjective well-being facets across old age: The role of health and personality. *Psychology and Aging*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/pag0000459>.
- Purnell, L. D. (2012). *Transcultural health care: A culturally competent approach*. Philadelphia: FA Davis.
- Purnell, L. D. (2014). *Guide to culturally competent health care*. Philadelphia: FA Davis.

- Remmers, H., & Walter, U. (2013). Altersbilder bei Gesundheitsberufen. Einige neuere Befunde. In *Psychotherapie im Alter*, 10(2), 267–278.
- Siebeck, P. (1973). *Medizin in Bewegung*. Stuttgart: Thieme.
- Staudinger, U. M. (2020). The positive plasticity of adult development: Potential for the 21st century. *American Psychologist*, 75, 540–553.
- Stuck, A. E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E., & Beck, J. C. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *Jama*, 287(8), 1022–1028. <https://doi.org/10.1001/jama.287.8.1022>.
- Sulmasy, D. P. (2009). Spirituality, religion, and clinical care. *Chest*, 135(6), 1634–1642.
- Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42, 24–33.
- Ulusoy, N., & Gräßel, E. (2010). Türkische Migranten in Deutschland. Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege – ein Überblick. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43, 330–338.
- Verbrugge, L. M. (2020). Revisiting the Disablement Process. In C. Jagger, E. M. Crimmins, Y. Saito, R. Yokota, H. Van Oyen, & J. M. Robine (Hrsg.) *International Handbook of Health Expectancies* (S. 275–285). Cham: Springer.
- Wahl, H. W. (2020). Aging Successfully: Possible in Principle? Possible for all? Desirable for all? *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 54, 251–268.
- Wahl, H. W., Iwarsson, S., & Oswald, F. (2012). Aging well and the environment: toward an integrative model and research agenda for the future. *The Gerontologist*, 52, 306–316.
- Weizsäcker, V. v. (1933/1987). Ärztliche Fragen. In V. v. Weizsäcker, *Gesammelte Schriften* (Bd. 5) (S. 259–342). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Wittrich, A., Schumann, S., Bruss, M., Eschmann, S., Jacobs, G., Gerdemann, N., & Czemplik, S. (2019). *Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie* (Bd. 2). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wrzus, C., Wagner, G. G., & Riediger, M. (2016). Personality-situation transactions from adolescence to old age. *Journal of Personality and Social Psychology*, 110, 782–799.